

STROKOVNO SREČANJE SEKCIJE MEDICINSKIH SESTER IN BABIC

Ljubljana, april 2021



**V STIKU Z NOVIMI DOGNANJI –
ZDRAVSTVENA OBRAVNAVA ŽENSK
IN DRUŽIN**

ZBORNİK PREDAVANJ



**V STIKU Z NOVIMI DOGNANJI –
ZDRAVSTVENA OBRAVNAVA ŽENSK
IN DRUŽIN**

ZBORNİK PREDAVANJ

Izdala in založila:

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

Sekcija medicinskih sester in babic

Ob železnici 30 a

1000 Ljubljana

Za založnika: Monika Ažman

Urednica: Anita Prelec

Strokovno - organizacijski odbor: Karolina Kovač, Gordana Njenjić, Nata Kocijan,
Anita Prelec

ZBORNİK JE LEKTORIRAN IN RECENZIRAN

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

618.2/.6-083(082)

V stiku z novimi dognanji - zdravstvena obravnava žensk in družine (srečanje)
(2021 ; online)

V stiku z novimi dognanji - zdravstvena obravnava žensk in družine : zbornik
predavanj : [program strokovnega srečanja, petek, 16. april 2021] / [urednica
Anita Prelec]. - Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije -
Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov
Slovenije, Sekcija medicinskih sester in babic, 2021

ISBN 978-961-94013-7-8

COBISS.SI-ID 59191555

Fotografija na naslovnici: PRISPODOBE, Urša Klajder

Oblikovanje in tisk: Barbara Kralj, PRELOM d. o. o.

Kraj in leto izdaje: Ljubljana, 2021

Naklada: 130 izvodov

PROGRAM STROKOVNEGA SREČANJA – 16. 4. 2021

- 8.00 – 9.00 REGISTRACIJA
- 9.00 – 9.10 POZDRAVNI NAGOVORI
- 9.10 – 9.30 **PREPREČEVANJE SENZIBILIZACIJE ANTI-D MED NOSEČNOSTJO IN PO PORODU**
prim. Irena Bricl, dr. med., spec. transf. med., Ivica Marić, dr. med.
- 9.30 – 9.50 **NIFTY TEST**
Zorana Kocić, dr. med., spec.gin. in por.
- 9.50 – 10.10 **OVIRE IN PRILOŽNOSTI, KI SO V PRETEKLEM DESETLETJU (2009–2019) KROJILE PROFESIONALIZACIJO BABIŠTVA**
doc. dr. Mirko Prosen, FVZ UP
- 10.10 – 10.30 **ANALIZA POJAVNOSTI PREDMENSTRUALNEGA SINDROMA PRI PACIENTKAH V DISPANZERJU ZA ŽENSKE**
Marija Tulek, mag. zdr. neg., ZD Sežana; doc. dr. Mirko Prosen, FVZ UP
- 10.30 – 10.45 RAZPRAVA
- 10.45 – 11.00 *Odmor*
- 11.00 – 11.20 **NOVOSTI IN NAŠE IZKUŠNJE PRI REANIMACIJI NOVOROJENČKA**
dr. Irena Cetin Lovšin, dr. med., spec. ped., Alenka Stepišnik, dr. med.
- 11.20 – 11.40 **MENINGOKOKNA OKUŽBA IN MOŽNOSTI ZAŠČITE**
prim. mag. Breda Zakotnik, dr. med., spec. ped. in inf.
- 11.40 – 12.00 **PРАВNA PODLAGA ZA POSVOJITEV OTROKA V SLOVENIJI**
Liljana Dreu, univ. dipl. soc. del.
- 12.00 – 12.20 **GINEKOLOŠKI VZROKI ZA AKUTNI ABDOMEN**
Monika Colja dr. med., specializantka gin. in por.
- 12.20 – 12.35 RAZPRAVA
- 12.35 – 12.50 *Odmor*

- 12.50 – 13.10 **DOKUMENTIRANJE STORITEV – RES LE ADMINISTRACIJA?**
Vesna Rugelj, dipl. m. s.
- 13.10 – 13.30 **POMEN PRISOTNOSTI DOULE PRI PORODU – VIDIK
PORODNIC**
Maja Drčar, dipl.bab., viš. pred. Tita Stanek Zidarič, dipl. bab., MSc
(UK), IBCLC
- 13.30 – 14.00 **MOTIVACIJA**
Gašper Pinter
- 14.00 – 14.30 RAZPRAVA IN ZAKLJUČKI
- 14.30 – 15.00 **VOLITVE PRESEDNICE IN ČLANOV IO ZA OBODOBJE
2021 – 2025**

PREPREČEVANJE SENZIBILIZACIJE ANTI-D MED NOSEČNOSTJO IN PO PORODU

Ivica Marić, dr. med., prim. Irena Bričl, dr. med.

Zavod RS za transfuzijsko medicino, Center za imunohematologijo, Odsek za prenatalno diagnostiko

ivica.maric@ztm.si

IZVLEČEK

Hemolitično bolezen ploda oz. novorojenčka povzročijo eritrocitna aloprotitelesa v krvi nosečnice, ki preko posteljice prehajajo v plodov krvni obtok. Za hudo obliko HBPN so najpogosteje odgovorna protitelesa anti-D, povzročijo pa jo lahko še številna druga protitelesa, med drugim anti-K, anti-c, anti-C, anti-Fy^a, anti-Jk^a in še nekatera. Da bi preprečili hemolitično bolezen ploda oz. novorojenčka, imamo v Sloveniji program prenatalne zaščite, v okviru katerega vsem nosečnicam določimo krvno skupino (ABO, D, K) in jih presejalno testiramo na prisotnost morebitnih eritrocitnih aloprotiteles. Z novimi metodami genske tipizacije plodove DNK je danes mogoče že dovolj zanesljivo določiti plodov antigen D. Določitev antigena D pri plodu je osnova za ciljno zaščito z Ig anti-D. Kljub preventivnim ukrepom za zmanjševanje senzibilizacij, se še vedno srečujemo s senzibiliziranimi nosečnicami. Senzibilizirane nosečnice je treba redno spremljati. V primeru ogroženosti ploda moramo ustrezno ukrepati. V tem prispevku obravnavamo temo senzibilizacij nosečnic, preprečevanje senzibilizacij, spremljanje senzibiliziranih nosečnic in ukrepanje v primeru ogroženosti ploda.

Ključne besede: protitelesa, hemolitična bolezen ploda oz. novorojenčka, ciljana zaščita

ABSTRACT

Haemolytic disease of the newborn, also known as haemolytic disease of the foetus and newborn, develops in the foetus when erythrocyte alloantibodies produced by the mother pass through the placenta. Severe form of disease is mainly caused by anti-D antibodies, but it can also be caused by many other types of antibodies, most often by anti-K, anti-c, anti-C, anti-Fy^a, anti-Jk^a and some others. In order to prevent sensibilisation to erythrocyte antigens, every pregnant woman is tested for blood group ABO, D, K and for irregular antibodies. With new methods of testing foetal DNA from peripheral maternal blood sample we can now determine foetal D status in order to avoid the unnecessary administration of Ig anti-D to women bearing D-negative foetuses. Despite all measures to prevent sensibilisation of women there are still pregnant women with antibodies. It is

necessary to monitor pregnant women with antibodies to foresee foetus complication. With this article we are trying to highlight problems of pregnant women with antibodies, prevention of sensibilisation, monitoring pregnancy and how to solve foetus complications.

Key words: antibodies, haemolytic disease of the foetus and newborn, target prophylaxis

UVOD

Leta 1609 je francoska babica v porodnem zapisniku natančno opisala nenavadno stanje, ki ga je opazila pri porodu dvojčkov. Eden od dvojčkov je bil močno otečen, drugi, ki je kasneje tudi umrl, pa izrazito zlateničen. Sledili so številni opisi podobnih stanj pri novorojencih, a vzrok je ostal nepojasnen vse do sredine 20. stoletja. Leta 1939 je Levine odkril eritrocitni antigen D (druge oznake so še RhD oz. RH1), ko je posumil na povezavo med mrtvorojenim otrokom ter hudo transfuzijsko reakcijo matere na kri očeta od mrtvorojenega otroka (Denomme, 2014).

Patofiziologija

Hemolitična bolezen ploda oz. novorojenca (HBPN) je stanje, ki se razvije med nosečnostjo in ogroža razvoj ploda oz. novorojenčka ter v najhujši obliki lahko povzroči smrt ploda oz. novorojenčka. Vzrok za nastanek HBPN je prehajanje protiteles oz. imunoglobulinov (Ig) preko posteljice iz krvnega obtoka matere v plodov. Preko posteljice lahko prehajajo samo protitelesa razreda IgG, za razliko od IgM, ki so prevelika in zato ne morejo. Protitelesa v krvnem obtoku ploda se vežejo na eritrocitne antigene proti katerem so usmerjena. S protitelesi označene eritrocite uničijo (hemoliza) makrofagi v vranici ploda. Posledično pride do padca hemoglobina, kar je signal plodovemu kostnemu mozgu, da pospeši sproščanje eritrocitov v krvni obtok. S slabšanjem anemije se vse več nezrelih eritrocitov imenovanih eritroblasti (predstopnja zrelih eritrocitov) sprošča v krvni obtok, kar imenujemo erythroblastosis fetalis. S slabšanjem anemije plodov nezreli kostni mozeg ne more kompenzirati hemolize eritrocitov, zato z eritropoezo pričnejo še vranica in jetra, kar vodi v povečanje obeh organov in portalno hipertenzijo. Prizadeta jetra zmanjšajo produkcijo albumina, zato pride do znižanja onkotskega pritiska s posledičnimi generaliziranimi edemi in ascitesom (lat. hydrups fetalis). Nezdravljen hydrups fetalis vodi v odpuved srca in smrt. Hemoliza plodovih eritrocitov je odvisna od podrazreda IgG, količine protiteles ter števila antigenskih mest na eritrocitih. Iz hemoliziranih eritrocitov se sprošča hemoglobin, ki razpade v bilirubin. Sproščen bilirubin preide nazaj v materin krvni obtok, kar omogoči, da ga jetra matere konjugirajo in se izloči iz telesa. Po rojstvu nezrela jetra novorojenčka ne morejo zadostno konjugirati večjih količin bilirubina, ki se zato zadržuje v telesu in prehaja krvno-možgansko pregrado. V možganih nekonjugiran bilirubin povzroča nepopravljivo poškodbo možganov, kar imenujemo kernikterus. Pri nosečnicah, ki imajo zelo visok titer protiteles,

so lahko protitelesa prisotna v plodovem krvnem obtoku še mesece po rojstvu in povzročajo hemolizo. Glede na prizadetost ploda oz. novorojenčka delimo HBPN na blago, zmerno in hudo obliko. V približno polovici primerov gre za blago obliko, pri kateri je prisotna minimalna anemija in terapija ni predvidena. V približno četrtini primerov se razvije zmerna oblika z zmerno anemijo ploda, *hydrops fetalis* se ne razvije, vendar se po rojstvu lahko razvije kernikterus zaradi presežkov nekonjugiranega bilirubina. V preostali četrtini primerov se razvije huda oblika HBPN že v maternici s *hydrops fetalis*. Huda oblika HBPN se lahko razvije že v 18. do 20. tednu nosečnosti (Kennedy, 2014).

Senzibilizacija je tvorba protiteles proti tujim antigenom oz. antigenom, ki jih nimamo. V primeru HBPN gre za protitelesa proti eritrocitnim antigenom. Eritrocitni antigeni so dedna znamenja, ki jih podedujemo od obeh staršev. V primeru, da plod podeduje antigene, ki jih mama nima, lahko pride do senzibilizacije in tvorbe protiteles proti plodovim antigenom. Senzibilizirana ženska je vsaj enkrat tekom svojega življenja bila izpostavljena tujim eritrocitnim antigenom, bodisi v obliki transfuzije krvi, nosečnosti oz. splava ali presaditve krvotvornih matičnih celic. Z vnosom tujege antigena se stimulira kompleksen imunski odgovor s tvorbo protiteles proti vnesenemu antigenu. Večina senzibiliziranih žensk v rodni dobi se senzibilizira tekom prve nosečnosti, ponavadi bolj proti koncu le-te, zato prvi otrok načeloma ni prizadet. Vzrok za senzibilizacijo tekom nosečnosti je vdor plodovih eritrocitov v krvni obtok matere. Posteljica loči materin krvni obtok od plodovega in je neprepustna za eritrocite, vendar tekom nosečnosti prihaja do mikroskopskih poškodb, ki omogočajo vdor plodovih eritrocitov. Večji kot je plod tem pogostejše in obsežnejše so te poškodbe, zato se večina senzibilizacij zgodi v zadnjem tromesečju nosečnosti oz. med porodom. Poleg mikroskopskih poškodb senzibilizacijo lahko povzročijo še poškodbe med nosečnostjo (zlasti tiste z udarcem v trebuh), medicinski posegi (npr.: biopsija horionskih resic, amniocenteza), splav ter ostali ev. posegi (npr.: zunanji obrat). Pri izpostavitvi D-negativnih posameznikov 200 ml D-pozitivne krvi, le 85 % tvori protitelesa anti-D. Preostalih 15 % ne tvori protiteles, kljub nadaljnjim transfuzijam D-pozitivne krvi. Po drugi strani pa pri D-negativnih osebah, ki so nagnjene k tvorbi protiteles (ang.: responder), zadostuje že 0.1 do 1 ml D-pozitivne krvi za senzibilizacijo. Vsaka nosečnost D-negativne nosečnice z D-pozitivnim plodom se ne konča s senzibilizacijo, le 16 % se jih senzibilizira. Glavni vzrok temu je, da so obsegi fetomaternalne krvavitve (FMK) v normalni nosečnosti zelo majhni in posledično ne pride do aktivacije imunskega sistema.

Senzibiliziramo se lahko na katerikoli eritrocitni antigen, vendar klinično pomembno obliko HBPN lahko povzročajo le nekatera protitelesa. Med njimi so predvsem protitelesa anti-D, treba je omeniti še anti-K (Kell), anti-c, redkeje pa anti-C, anti-Fy^a (Duffy), anti-Jk^a (Kidd), itd. Nastanek senzibilizacije in klinični pomen odkritih protiteles je odvisen od več dejavnikov, med drugim tudi od frekvence eritrocitnega antigena v populaciji, kombinacije različnih antigenov, naganjenosti posameznika k tvorbi protiteles ter lastnosti protiteles v smislu razreda Ig oz. podrazreda IgG. Vse to govori v prid zelo zapletenemu sistemu senzibilizacije na eritrocitne antigene (Klein & Anstee, 2014).

Preprečevanje senzibilizacij

Splošni ukrep za preprečevanje senzibilizacij pri prejemnikih krvnih komponent je zagotavljanje skladnih enot v eritrocitnih antigenih ABO, D in K. To pravilo zanemarimo v izjemnih okoliščinah (npr.: masivne transfuzije), vendar načeloma nikoli pri ženskah v rodni dobi oz. otrocih. Glavni ukrep za preprečevanje senzibilizacije na antigen D je preventivno injiciranje IgG anti-D D-negativnim nosečnicam oz. porodnicam, s čimer se je odstotek senzibiliziranih D-negativnih nosečnic, ki nosijo D-pozitiven plod, znižal iz 16 % na 0, 18%. Imunoglobulinski pripravek IgG anti-D, ki ga uporabljamo za preprečevanje senzibilizacij, je poliklonsko protitelo, pridobljeno iz plazme prostovoljno senzibiliziranih posameznikov. Mehanizem delovanja ni popolnoma pojasnjen. Verjetno se humana protitelesa anti-D, ki jih injiciramo D-negativni nosečnici oz. porodnici, vežejo na antigen D eritrocitov (D-pozitivni eritrociti ploda) ter jih »označijo«, da jih lahko makrofagi prepoznajo in odstranijo iz krvnega obtoka še predno bi D-pozitivni eritrociti lahko dosegli antigen predstavitvene celice (APC) in sprožile imunski odgovor s produkcijo protiteles. Verjetno so vpleteni še dodatni mehanizmi, ki zavirajo aktivacijo limfocitov B, celic pomagalk Th4 in APC. Zgodovinsko gledano so prvo uvedli poporodno zaščito. Približno leta 1970 so začeli z injiciranjem IgG anti-D D-negativnim porodnicam, ki so rodile D-pozitivnega otroka. Kasneje so dodali še predporodno aplikacijo v 28. tednu, zaradi česar je odstotek senzibiliziranih žensk močno vpadel (Železnik, et al., 2012).

Zaščita z injiciranjem IgG anti-D

Do leta 2018 (»stari« sistem) smo izvajali zaščito z IgG anti-D v obliki dveh odmerkov, in sicer predporodnega v 28. tednu nosečnosti in poporodnega znotraj 72 ur po porodu. Vsaka D-negativna nosečnica je v 28. tednu prejela odmerek IgG anti-D. Po porodu pa so prejele samo D-negativne porodnice, ki so rodile D-pozitivnega otroka. Glede na obseg FMK smo še prilagodili poporodni odmerek IgG anti-D. V primeru obsežnih FKM je treba priporočiti dodatno injiciranje IgG anti-D. V primeru imunizirajočih dogodkov kot so splav, vaginalna krvavitev, poškodba in intrauterini poseg, pa mora nosečnica prejeti še dodatni odmerek. Na slovenskem tržišču so trije pripravki IgG anti-D dveh različnih ponudnikov. Na voljo je pripravek 125 mcg, ki je »polovični« odmerek namenjen apliciranju pred 12. tednom nosečnosti, ter dva standardna odmerka z 250 mcg oz. 300 mcg, ki sta namenjena za aplikacijo po 12. tednu. Po starem sistemu so tako vse nosečnice v 28. tednu prejele zaščito, ne glede na status D ploda. Leta 1997 je Lo s sodelavci odkril zunajcelično DNK ploda v krvnem obtoku matere. Odkritje je med drugim omogočilo neinvaziven način določitve prisotnosti plodovega gena *RHD* v krvi matere in posledično postavilo temelje ciljnemu zaščiti D-negativnih nosečnic v 28. tednu nosečnosti. V primeru, da je v krvnem obtoku matere plodov gen *RHD* prisoten, pomeni, da je plod D-pozitiven in nosečnica potrebuje zaščito z IgG anti-D. V nasprotnem primeru, če je gen odsoten, pa je plod D-negativen in nosečnica ne potrebuje preventivne zaščite. Z letom 2018 smo

ciljano zaščito kot rutinsko preiskavo uvedli tudi pri nas in smo tako postali ena od redkih držav na svetu, ki izvaja tak program prenatalne zaščite (Železnik, et al., 2012).

Odkrivanje senzibilizacij

Prisotnost eritrocitnih protiteles dokazujemo z indirektnim Coombsovim testom (ICT), ki je presejalno testiranje in ga poleg krvne skupine AB0, D in K opravimo do 12. tedna nosečnosti. Pri D-negativnih nosečnicah v 25. – 26. tednu nosečnosti določimo prisotnost plodovega gena *RHD* in če je ta prisoten naredimo še ICT ter priporočimo zaščito. Na koncu ob porodu še enkrat ponovimo presejalno testiranje z ICT pri D-negativnih porodnicah, ki so rodile D-pozitivnega otroka. To je normalni potek presejalnega testiranja na prisotnost nepričakovanih eritrocitnih protiteles tekom nosečnosti in v večini primerov je negativen. V primeru, da je ICT pozitiven, moramo določiti specifičnost odkritih protiteles oz. proti kateremu eritrocitnemu antigenu so protitelesa usmerjena. Vsa odkrita protitelesa niso klinično pomembna za nastanek HBPN. Za klinično manj pomembna protitelesa je značilno, da ne povzročajo anemije ploda. Pri klinično pomembnih protitelesih svetujemo napotitev nosečnice v ustrezno ustanovo z namenom rednega spremljanja razvoja ploda ter dinamike protiteles pri mami (Železnik, et al., 2012).

Prenatalno spremljanje

Senzibilizirane nosečnice s klinično pomembnimi protitelesi se morajo voditi v ustanovi, ki je sposobna izvesti intrauterine transfuzije (IUT). Ginekologi specializirani za spremljanje patoloških nosečnosti spremljajo tudi nosečnice s klinično pomembnimi protitelesi ter se na podlagi klinične slike in izvidov odločajo o pogostosti kontrol in dodatnih ukrepih. Pri nosečnicah intervalno spremljamo titer protiteles. Na začetku do 20. tedna načeloma na več tednov (4 do 6 tednov), kasneje pa bolj pogosto. Pri hudih oblikah HBPN celo tedensko. Titer protiteles je slab napovednik ogroženosti ploda. Visok oz. nizek titer ni nujno v korelaciji s hemolizo plodovih eritrocitov oz. odsotnostjo le-te. Skrbi nas trend rasti titra, saj nakazuje na dogajanje, ki stimulira imunski sistem k dodatni tvorbi protiteles. Poleg titra lahko s testom ADCC (ang. Antibody dependent cell cytotoxicity) določamo agresivnost odkritih protiteles. Test ADCC je izražen v odstotkih pričakovane hemolize (npr: pri rezultatu 10% je pričakovano, da bodo protitelesa matere hemolizirala 10% plodovih eritrocitov). Poleg omenjenega pa v primeru nekaterih protiteles (protiteles iz sistema Rh in K) lahko iz periferne krvi matere določamo prisotnost plodovih genov *RHD*, *RHCE* in *KEL1*. Test je odvisen od gestacijske starosti ploda, saj v zgodnji nosečnosti ni zadovoljive količine plodove DNK v periferni krvi matere in lahko plod določimo za lažno negativnega. Klinično stanje ploda spremljajo ginekologi z ultrazvočnim merjenjem pretoka skozi srednjo možgansko arterijo (lat. arteria cerebri media). Povišan pretok govori v prid anemiji ploda. Posebnega zdravljenja senzibiliziranih nosečnic

ni. Obstajajo določeni ukrepi, vendar so si strokovnjaki nasprotujoči glede njihove uporabnosti. Nekateri svetujejo postopke plazmaferez, drugi aplikacijo nespecifičnih imunoglobulinov, tretji pa kombinacijo obojega. S postopkom plazmafereze poskušamo znižati količino protiteles v plazmi matere in posledično količino protiteles, ki preidejo v plodov krvni obtok. Z aplikacijo nespecifičnih imunoglobulinov naj bi zavrli oz. upočasnili tvorbo protiteles. V primeru ogroženosti ploda se ginekolog odloči za IUT (Železnik, et al., 2012).

Intrauterine transfuzije

Zdravila za HBPN ni. S pomočjo IUT lahko korigiramo anemijo pri plodu in preprečimo nadaljnje zaplete. IUT je poseben način transfuzije koncentriranih eritrocitov z namenom, da zvišamo koncentracijo hemoglobina v krvnem obtoku ploda in s tem izboljšamo oksigenacijo tkiv. S pomočjo UZ ginekolog vstavi iglo transfuzijskega sistema v popkovnično veno preko trebušne stene matere. IUT ima 1-3 % tveganje za smrt ploda ter zaradi sprožitve FMK lahko poslabša HBPN. Za IUT pripravimo eritrocite krvne skupine O, D- in K-. Eritrociti morajo biti filtrirani, s tem zmanjšamo število levkocitov v komponenti, negativni na okužbo s citomegalovirusom (CMV-) ter odvzem ne sme biti starejši od 5 dni (s staranjem komponente se kopičijo presnovni produkti, zlasti kalij, ki lahko škodijo plodu). Eritrociti morajo biti oprani, s čimer odstranimo ohranitveno raztopino, ki je za plod toksična. Pripravimo približno 50 ml/kg ploda s tarčnim hematokritom 0.7 do 0.85, da čim manj volumsko obremenimo plodov krvni obtok. Za preprečevanje bolezni presadka proti gostitelju (GvHD) tik pred izdajo pripravek še obsevamo s 25 do 50 Gy. Pred transfuzijo je treba kri ogreti na 37° C. Po dveh do treh IUT pride do zavora plodove hematopoeze in v plodovem obtoku ostanejo samo eritrociti krvodajalca, zaradi česar postane padec hematokrita predvidljiv in znaša približno 0.1/dan. Z IUT si pomagamo dokler ne ocenimo, da je plod dovolj zrel, da lahko sprožimo porod. Če je potek IUT ugoden in brez zapletov, jih izvajamo do 35. – 36. tedna nosečnosti (Lindenburg, et al., 2014).

Postnatalno spremljanje

V veliki večini primerov se s porodom končajo zapleti povezani s senzibilizirano nosečnostjo. Po porodu sta možna dva zapleta, in sicer nevarno kopičenje nekonjugiranega bilirubina ter vztrajanje materinih protiteles v krvnem obtoku novorojenčka oz. dojenčka. V primeru, da je titer protiteles pri materi zelo visok, ta prehajajo v večjih količinah v krvni obtok ploda in lahko po porodu še vedno povzročajo hemolizo plodovih eritrocitov. Povišano koncentracijo nekonjugiranega bilirubina odstranjujemo s fototerapijo valovne dolžine 420 do 480 nm. Fototerapija pospeši pretvorbo bilirubina v netoksičen biliverdin. Pri otrocih senzibiliziranih nosečnic je treba redno spremljati vrednosti hemoglobina in bilirubina. V primeru nizke vrednosti hemoglobina ob povišanem bilirubinu se lečeči zdravnik odloči za izmenjalno

transfuzijo. Izmenjalna transfuzija je poseben postopek, kjer z volumnom 160-200 ml/kg otrokove TT v 60-90 minutah izmenjamo »dvojni« volumen plodove krvi in pri tem odstranimo 90% plodovih eritrocitov in 50% bilirubina (Norfolk, 2013).

ZAKLJUČEK

Kljub vsem ukrepom za preprečevanje senzibilizacij, se redno srečujemo s senzibiliziranimi nosečnicami. V večini primerov gre za klinično manj pomembna protitelesa, ki ne razvijejo HBPN. Mehanizem senzibilizacije na eritrocitne antigene je zelo zapleten, zaradi česar je nemogoče napovedati ali se bo razvila HBPN. Primeri nosečnic z enako specifičnostjo protiteles in različnim potekom govorijo v prid osebnemu pristopu z rednim spremljanjem razvoja ploda ter imunohematološkim testiranjem. Dodatni pregledi in težko razumljivo področje senzibilizacij predstavlja nosečnicam nepotreben stres, zato si je treba vzeti dodaten čas za razlago. Le redke nosečnice s klinično pomembnimi protitelesi razvijejo hudo obliko HBPN, ko je treba plod zdraviti z IUT. V Sloveniji imamo priznane strokovnjake in izkušnje, da se lahko uspešno soočamo tudi z najtežjimi primeri.

Literatura

Denomr, G.A. & Westhoff, C.M., 2014. The Rh System. V: Fung, M.K., Grossman, B.J., Hillyer, C.D. in Westhoff, C.M., Technical Manual, 18. izdaja. Bethesda: AABB, pp. 317-336.

Kennedy, M.S., Delaney, M. & Scrape S., 2014. Perinatal Issues in Transfusion Practice. V: Fung, M.K., Grossman, B.J., Hillyer, C.D. in Westhoff, C.M., Technical Manual, 18. izdaja. Bethesda: AABB, pp. 561-570.

Klein, H.G. & Anstee, D.J., 2014. Immunology of red cells. V: Klein, H.G. in Anstee, D.J., Blood Transfusion in Clinical Medicine, 12. izdaja, Oxford: John Wiley & Sons Ltd, pp. 53-117.

Lindenburg, I.T.M., Kamp, I.L. & Oepkes, D., 2014. Intrauterine Blood Transfusion: Current Indications and Associated Risks, *Fetal Diagn Ther*, 36, pp. 263-271.

Norfolk, D., 2013. Effective transfusion in paediatric practice. V: Norfolk, D. In Smith, C., Handbook of Transfusion Medicine, 5. izdaja. Norwich: TSO, pp. 115-126.

Železnik, K., Dovč-Drnovšek, T., Rožman, P. & Bricl, I., 2012. Preventiva in diagnostika hemolitične bolezni ploda in novorojenčka, *Zdrav Vestn*, 81(II), pp. 312-321.

NIFTY TEST

Zorana Kocić, dr.med, specialistka ginekologije in porodništva

Splošna bolnišnica Izola, Oddelek za ginekologijo in porodništvo,
Polje 40, 6310 Izola
zorasabo@gmail.com

IZVLEČEK

NIFTY test je preprost, varen in zelo natančen neinvazivni predrojstveni test za odkrivanje trisomij 21, 18 in 13 z več kot 99 % občutljivostjo in specifičnostjo.

Test NIFTY je potrdila največja do sedaj objavljena klinična študija (112. 669 nosečnic). Rezultati študije so pokazali, da ima test najvišjo pozitivno napovedno vrednost (92, 2%) in najmanj ponovljenih (1,16 %) ter najmanj neuspešnih analiz (0, 098 %).

Testiranje je za najpogostejše trisomije (T21, T18, T13), za aneuploidije spolnih kromosomov, dodatne trisomije (9, 16, 22) in 60 sindromov kromosomskih delecij/duplikacij. Test NIFTY lahko na željo bodočih staršev razkrije tudi spol ploda. Na voljo je katerikoli ženski, na lastno željo, ne glede na starost ali predhodno določeno testiranje. Med drugimi je primeren tudi za nosečnice, ki imajo osebno ali družinsko zgodovino kromosomskih nepravilnosti, ženskam, starim 35 let ali več ali ko rezultati drugih testov v prvem tromesečju pokažejo povečano tveganje za aneuploidije.

Test lahko nosečnica opravi že po 10. tednu nosečnosti. Za izvedbo testa NIFTY je potrebnih le 10 ml materine krvi, v kateri se nahajajo prostocelični fragmenti DNA matere in ploda, ki se analizirajo, da bi se odkrile morebitne kromosomske nepravilnosti ploda. Uporablja se tehnologija vsegenomskega sekvenciranja, ki omogoča zelo natančne rezultate. Rezultati testa so znani običajno v 6-10 dneh.

Ključne besede: nosečnost, neinvazivni, presejalni test, kromosomske nepravilnosti, spol

UVOD

Neinvazivni presejalni test za odkrivanje kromosomskih nepravilnosti – NIFTY test je preprost, varen in zelo natančen test za odkrivanje trisomij 21 (Downov sindrom), 18 (Edwardsov sindrom) in 13 (Patauov sindrom). Omogoča tudi presejalno testiranje za aneuploidije spolnih kromosomov, dodatne trisomije (9, 16, 22) in 60 sindromov kromosomskih delecij/duplikacij. Ob tem lahko na željo bodočih staršev test NIFTY razkrije tudi otrokov spol (NIFTY by Geneplanet, 2019). NIFTY je na voljo katerikoli ženski, na lastno željo, ne glede na starost ali predhodno določeno tveganje.

NIFTY test se posebej priporoča nosečnicam, pri katerih obstaja povišano tveganje za genetske nepravilnosti ploda, kot so ženske z osebno ali družinsko zgodovino kromosomskih nepravilnosti, ženskam starim 35 let ali več, ter v primerih, ko rezultati drugih testov v prvem tromesečju pokažejo povečano tveganje za aneuploidije (NIFTY by Geneplanet, 2019).

Prihod novih, neinvazivnih predrojstvenih testov na osnovi DNA (NIPT) je korenito spremenil področje predrojstvenega testiranja. NIPT je omogočil uvedbo zelo natančne strategije presejanja aneuploidije ploda. NIFTY test omogoča veliko natančnejšo zaznavo najpogostejših ob rojstvu prisotnih trisomij (T21, T18, T13), aneuploidij spolnih kromosomov, trisomij 9, 16, 22 ter kromosomskih mikrodelecij/duplikacij, v primerjavi s tradicionalnimi postopki presejanja. Omogoča tudi zaznavo mnogo večjega števila nepravilnosti. Na željo bodočih staršev pa razkrije še spol otroka (NIFTY by Geneplanet, 2019).

Do leta 2020 je bilo po vsem svetu opravljenih več kot 5.000.000 testov NIFTY (NIFTY by Geneplanet, 2019).

Pojavnost posameznih sindromov

Trisomije - trisomija je izraz, ki označuje genetsko nepravilnost, pri kateri ima plod tri kromosome namesto običajnega para. T 21, 18 in 13 so tri najpogostejše avtosomalne kromosomske aneuploidije pri živorojenih otrocih. Ta kromosomska stanja nastanejo zaradi dodatne ali delne kopije kromosoma 21, 18 ali 13. Dodatni genetski material lahko povzroči značilne obrazne poteze, prirojene deformacije in različne stopnje motenj v duševnem razvoju (NIFTY by Geneplanet, 2019).

Trisomija 21 (Downov sindrom) – je nepravilnost, ki jo povzroča dodatna kopija kromosoma 21. Pogostost pojave je 53 %. 30 % nosečnosti z Downovim sindromom se konča s splavom. Otroci, ki se rodijo z Downovim sindromom, pa potrebujejo posebno zdravstveno oskrbo, odvisno od individualne prizadetosti. Večina otrok s Downovim sindromom ima intelektualne motnje, ki so lahko blage ali zmerne (NIFTY by Geneplanet, 2019).

Trisomija 18 (Edwardsov sindrom) – nastane pri otroku s tremi kopijami kromosoma 18 namesto dveh. Pogostost pojave je 13 %. Nosečnost z Edwardovim sindromom imajo visoko tveganje za spontani splav. Posameznik z Edwardovim sindromom trpi za resno mentalno zaostalostjo in ima običajno težave s srcem, možgani, ledvicami, ter abnormalnosti, kot so zajčja ustnica, volčje žrelo, majhna glava, deformirana stopala, nerazviti prsti in majhna čeljust (NIFTY by Geneplanet, 2019).

Trisomija 13 (Patauov sindrom) – nastane pri otroku s tremi kopijami kromosoma 13. Pogostost pojave je 5 %. Nosečnost s Patauovim sindromom imajo visoko tveganje za spontani splav ali rojstvo mrtvega otroka. Večina otrok, ki se s tem

sindromom rodi, ne živi dlje od 10 tednov. Tako otroci lahko trpijo za okvarami srca, možganov ali hrbtenjače, imajo dodatne prste, zajčjo ustnico s prisotnostjo ali odsotnostjo razcepljenega neba in slab mišični tonus. Prisotne so tudi okvare drugih organov (NIFTY by Geneplanet, 2019).

Trisomija 9 – nastane zaradi treh kopij kromosoma 9 in je pogosto razlog za okvare srca, ledvic in mišično-skeletnega sistema (NIFTY by Geneplanet, 2019).

Trisomija 16 - povzročajo tri kopije kromosoma 16. Popolna trisomija 16 ni kompatibilna z življenjem in večina doživi spontane splav že v prvem tromesečju (NIFTY by Geneplanet, 2019).

Trisomija 22 - nastane pri otrocih s tremi kopijami kromosoma 22 in je zelo redka. Je velika smrtnost, je pogost vzrok spontanih splavov ali rojstva mrtvega otroka (NIFTY by Geneplanet, 2019).

Aneuploidije spolnih kromosomov (Klinefelterjev sindrom, Turnerjev sindrom, Trojni X, Jacobov sindrom-XXY) - definiramo kot številčne nepravilnosti kromosomov X ali Y, z možnostjo dodanega oziroma odsotnega celotnega kromosoma X ali Y. Kljub temu, da se aneuploidije spolnih kromosomov v večini primerov kažejo v blagi obliki brez motenj v duševnem razvoju, lahko določen fenotip vključuje fizične nepravilnosti, težave pri učenju in neplodnost. Pogostost pojave je 5 % (NIFTY by Geneplanet, 2019).

Sindrom delecij/duplikacij (Alfa talasemija, sindrom mentalne zaostalosti, Dandy – Walkerjev sindrom, Duchennova/Beckerjeva mišična distrofija) – definiramo kot skupino klinično prepoznavnih nepravilnosti, ki nastanejo zaradi delecije (izbrisa) ali duplikacije (podvojitve) dela kromosoma. Velikost in položaj delecije oz. duplikacije določata, katere klinične lastnosti so izražene in kako resne so. Lahko vključujejo zaostanek v razvoju in motnje v duševnem razvoju, upočasnjeno rast, vedenjske motnje, težave pri hranjenju, nizek mišični tonus, epileptične napade, značilne obrazne poteze in druge nepravilnosti. Pogostost pojave je 17 % (NIFTY by Geneplanet, 2019).

METODOLOGIJA TESTA NIFTY

Prostocelični fragmenti DNA (cfDNA) so kratki deli DNA, ki krožijo po krvi. V nosečnosti se v materinem obtoku nahajajo prostocelični fragmenti DNA matere in ploda. Za izvedbo testa NIFTY je potrebno le 10 ml materine krvi, ki se analizira, z namenom odkrivanja morebitnih kromosomskih nepravilnosti ploda. Če je testirana nepravilnost prisotna, pri štetju določenega kromosoma zazna se majhen višek ali pomanjkanje. NIFTY učinkovito premaguje težavno merjenje majhnih viškov ali primanjkljajev določenega kromosoma v koncentraciji DNA z uporabo tehnologije masivnega paralelnega sekvenciranja. To pomeni, da NIFTY test v vsakem vzorcu

sekvencira milijone fragmentov plodove in materine prostocelične DNA (NIFTY by Geneplanet, 2019).

S tehnologijo vsegenomskega sekvenciranja in s štirimi različnimi lastnimi bio-informacijskimi logoritmi lahko analizira podatke celotnega genoma in primerja kromosome v testiranem vzorcu z optimalnimi referenčnimi kromosomi. Tako se natančno določi prisotnost genetskih nepravilnosti.

Metoda testa NIFTY omogoča izjemno natančne rezultate in nudi tudi širšo paleto možnosti testiranja, vključno s testiranjem za dodatne trisomije, aneuploidije spolnih kromosomov in mikrodelecije/duplikacije (NIFTY by Geneplanet, 2019).

ŠTUDIJA

Test NIFTY je potrdila največja do sedaj objavljena klinična študija: Non-Invasive Prenatal Testing for Trisomy 21, 18 and 13 – Clinic Experience from 146, 958 Pregnancies (Zhang, et al., 2015).

Rezultati študije (januar 2011- avgust 2013) temeljijo na vzorcu 112.669 nosečnic z znanim kliničnim izidom:

Tabela I (NIFTY by Geneplanet, 2019)

TRISOMIJA	TP*	OBČUTLJIVOST	SPECIFIČNOST	PPV*	NPV*
T21	720	99,17 %	99,95 %	92,19 %	99,99 %
T18	167	98,24 %	99,95 %	76,61 %	100 %
T13	22	100 %	99,96 %	32,84 %	100 %
SKUPAJ	909	99,02 %	99,86 %	85,27 %	99,99 %

**TP - resnično pozitivni rezultati (angl. number of true positive results), PPV - pozitivna napovedna vrednost (angl. positive predictive value), NPV - negativna napovedna vrednost (angl. negative predictive value)*

Študija je zajemala 147.314 nosečnic. Od tega je bilo 211 neustreznih vzorcev, 145 pa je imelo neuspešno testiranje. Število uspešno analiziranih vzorcev je znašal 146.958. Od tega so 112.669 bili z znanim kliničnim izidom (kariotip ali rojstvo), neznan klinični izid pa je imelo 34.289 nosečnic. Pozitivni NIPT je imelo 1.066 nosečnic, negativen pa 111.603 nosečnic (Zhang, et al., 2015).

Tabela II (NIFTY by Geneplanet, 2019)

Število vseh nosečnic, vključenih v študijo	Število uspešno analiziranih vzorcev	Vzorci z znanim kliničnim izidom (kariotip ali rojstvo)
147.314	146.958	112.669
Neustrezni vzorci: 211		
Neuspešno testiranje: 145		

Tabela III (NIFTY by Geneplanet, 2019)

POZITVINI NIPT	NEGATIVNI NIPT
1.066	111.603

INDIKACIJE

Test NIFTY je možen po 10. tednu nosečnosti, in sicer pri katerikoli ženski, na lastno željo, ne glede na starost ali predhodno določeno tveganje. Med drugim je primeren tudi za nosečnice z naslednjimi indikacijami: starost matere ob rojstvu otroka 35 let ali več; ko je prisotna kontraindikacija za invazivno predrojstveno testiranje, kot so placenta previa, povečano tveganje za splav, okužba s HBV; predhodne nosečnosti z znanim kromosomskim nepravilnostmi; ko ultrazvočni pregled nakazuje povečano tveganje za T21, T18 in T13; za nosečnice, ki želijo dodatno potrditev po predhodno opravljenih presejalnih testih; za nosečnice, ki so zanosile po postopku IVF ali so imele predhodne spontane splave (NIFTY by Geneplanet, 2019).

KONTRAINDIKACIJE

Test NIFTY ni primeren za nosečnice z naslednjimi indikacijami: znana prisotnost mozaicizma matere, ploda ali posteljice (kombinacija kromosomsko normalnih in abnormalnih celic v nosečnosti); znana prisotnost uravnoteženih in neuravnoteženih kromosomskih translokacij in inverzij pri materi in plodu; za pacientke, ki so prejele transfuzijo krvi v času enega leta pred opravljenjem testa; za pacientke, ki so imele presaditev organov; za pacientke, ki so se zdravile z matičnimi celicami v času enega leta pred opravljanjem testa; testa ni priporočljivo opravljati v primeru nosečnosti, pri kateri je prišlo do pojava izginulega dvojčka (Vanishing twin syndrome). V teh primerih je test mogoče opraviti, če je od odmrtja ploda do odvzema krvi preteklo najmanj 8 tednov in je plod odmrli do 8. tedna nosečnosti (NIFTY by Geneplanet, 2019).

PREDNOSTI NIFTY TESTA

NIFTY je presejalni test za vse nosečnice in ima več kot 99 % občutljivost za T21, T18 in T13, ter nizko stopnjo lažno pozitivnih rezultatov, največjo NIPT validacijsko študijo, ni tveganja za mati in otroka in ima majhen delež ponovljenih in neuspešnih analiz (NIFTY by Geneplanet, 2019).

Ena od velikih prednosti tehnologije NIPT je, da zmanjša potrebo po invazivnem predrojstvenem testiranju. Od uvedbe testa beležijo 88 % zmanjšanje števila opravljenih invazivnih diagnostičnih metod, kot je amniocenteza (NIFTY by Geneplanet, 2019).

PRIMERJAVA TESTA NIFTY Z OSTALIMI TESTI (za Downov sindrom) prikazana je v naslednji tabeli (NIFTY by Geneplanet, 2019):

Tabela IV (NIFTY by Geneplanet, 2019)

	Kombinirani presejalni test*	NIFTY
Stopnja zaznave	80 %	99 %
Stopnja lažno pozitivnih rezultatov	5 %	0,05 %
Pozitivna napovedna vrednost	3 %	92,2 %
Visoko tveganje	100	100
Resnično pozitiven rezultat	3	92
Lažno pozitiven rezultat	97	8

**Kombiniran presejalni test: nuhalna svetlina + dvojni hormonski test + starost matere*

NIFTY test ima majhen delež ponovljenih (0,098 %) in neuspešnih analiz (1,16 %) ter visok delež uspešno ponovljenih analiz (96,65 %) (NIFTY by Geneplanet, 2019). NIFTY uporablja tehnologijo sekvenciranja celotnega genoma, tehnologijo mikromrež, ciljno sekvenciranje in paralelno sekvenciranje celotnega genoma s pomočjo SBS tehnologije (sekvencije s sintezo) (NIFTY by Geneplanet, 2019).

Tabela V (NIFTY by Geneplanet, 2019)

	NIFTY	Nuhalna svetlina ali dvojni hormonski test	Amniocenteza
Presejalni test	da	da	ne
Neinvazivnost	da	da	ne
Stopnja odkrivanja Downovog sindroma 99,17 %	da	ne	da
Stopnja lažno pozitivnih rezultatov < 0,05 %	da	ne	da
Informacije o spolu in nepravilnostih spolnih kromosomov	da	ne	da

MOŽNOSTI TESTA NIFTY

NIFTY test ponuja tri različna paketa (BASIC, STANDARD IN PLUS) ter paket za dvojčke (TWINS). Vsi paketi zajemajo najbolj pogoste trisomije (T21, T18 in T13) ter določajo spol ploda. Paket STANDARD zajema še poleg najbolj pogostih trisomij še aneuploidije spolnih kromosomov. Paket PLUS analizira **še dodatne trisomije (T9, T16 in T22)**, aneuploidije spolnih kromosomov ter delecije in duplikacije (NIFTY by Geneplanet, 2019).

Poleg navedenih kromosomskih nepravilnosti med analizo se lahko odkrijejo tudi druge kromosomske spremembe, ki so pri rezultatu navedene kot naključne ugotovitve (angl. incidental findings) (NIFTY by Geneplanet, 2019).

SVETOVANJE ZA STARŠE PRED IN PO OPRAVLJENEM TESTU NIFTY

Strokovnjaki in strokovna združenja s področja neinvazivnega predrojstvenega testiranja (NIPT) z uporabo prostocelične DNA priporočajo, da imajo pacientke pred testiranjem na voljo osebno svetovanje. Na podlagi zadostnih informacij se lahko pacientke samostojno odločajo za opravljanje testa. Obstajajo tudi priporočila kako naj bi potekalo svetovanje nosečnic (NIFTY by Geneplanet, 2019).

ZAKLJUČEK

Test NIFTY je preprost, varen in zelo natančen neinvazivni predrojstveni test za odkrivanje trisomij 21, 18 in 13 z več kot 99-odstotno občutljivostjo in specifičnostjo (NIFTY by Geneplanet, 2019).

Testiranje je za najpogostejše trisomije (T21, T18, T13), za aneuploidije spolnih kromosomov, dodatne trisomije (9, 16, 22) in 60 sindromov kromosomskih delecij/duplikacij. Test NIFTY lahko na željo bodočih staršev razkrije tudi spol ploda. Na voljo je katerikoli ženski, na lastno željo, ne glede na starost ali predhodno določeno testiranje. Med drugimi je primeren tudi za nosečnice, ki imajo osebno ali družinsko zgodovino kromosomskih nepravilnosti, ženskam, starim 35 let ali več ali ko rezultati drugih testov v prvem tromesečju pokažejo povečano tveganje za aneuploidije (NIFTY by Geneplanet, 2019).

Test NIFTY je neobvezni in izbirni. Je zanesljiv in ženske razdeli v dve skupini: v skupino z nizkim ali v skupino z visokim tveganjem. Nizko tveganje pomeni, da obstaja izredno majhna verjetnost za prisotnost nepravilnega števila kromosomov. Visoko tveganje pomeni, da obstaja velika verjetnost za prisotnost nepravilnega števila kromosomov. Rezultati testa so podani kot izračun tveganja. Test se izvaja na vzorcu materine krvi in ne predstavlja povišanega tveganja za spontani splav. V primeru, da rezultate testa tudi po ponovnem odvzemu vzorca ni mogoče pridobiti, se pacientkam priporoča diagnostična preiskava (amniocenteza), saj v tem primeru obstaja povišana možnost za prisotnost kromosomskih napak. Kombinirana občutljivost testa za trisomije 21,18 in 13 je 99,02 %, za aneuploidije spolnih kromosomov 95 %, za določitev spola pa 98 % (NIFTY by Geneplanet, 2019).

NIFTY test ne testira vseh kromosomskih napak. S testom ni možno zaznati monogenske nepravilnosti in prirojene napake, ki ne izvirajo iz okvarjenih kromosomov. Na zanesljivost testov NIPT lahko vplivajo dejavniki, kot so: transfuzija, transplantacija, imunoterapija in terapija z matičnimi celicami. Pacientke, ki so imele katero izmed navedenih terapij v zadnjem letu, niso primerne za NIFTY testiranje. Prav tako vpliva na zanesljivost testa prisotnost mozaicizma (ploda, posteljice ali matere), kromosomske translokacije, inverzije in druge spremembe pri materi, kot je metastatski rak (NIFTY by Geneplanet, 2019).

Testiranje se lahko izvede kadarkoli po 10. tednu nosečnosti. Najustreznejši časovni okvir je med 10. in 24. tednom nosečnosti. Rezultati testa so na voljo 6 do 10 dni po odvzemu vzorca. Treba poudariti tudi to, da pri rezultatih testa z visokim tveganjem, verjetnost, da plod resnično ima aneuploidijo, pozitivna napovedna vrednost ni višja od 99 %. Pozitivna napovedna vrednost močno varira, saj je odvisna od specifičnosti, občutljivosti, starosti matere, predhodnih rezultatov presejalnih testov, pojavnosti aneuploidije, tednov gestacije, itd. Kombiniranja stopnja pozitivne napovedne vrednosti za trisomije 21, 18 in 13 je 85,27 %. Na osnovi objavljenih študij je pozitivna napovedna vrednost za mikrolecije nižji, približno 5 %. V primeru negativnega rezultata verjetnost, da plod nima aneuploidije, negativna napovedna vrednost, je zelo visoka in znaša 99,99 % (NIFTY by Geneplanet, 2019).

Glede na to, da NIFTY test ni diagnostični test, je potrebno v primeru rezultatov, ki kažejo na visoko tveganje za kromosomsko spremembo, je za potrditev rezultatov potrebno testiranje s kariotipizacijo ali analiza na mikromrežah (NIFTY by Geneplanet, 2019).

Literatura

NIFTY by GENEPLANET, strokovna literatura za pogodbene partnerje, 2019

Zhang, et al., 2015. Non-invasive prenatal testing for trisomies 21,18 and 13: clinical experience from 146958 pregnancies, *Ultrasound Obstet Gynecol*, 45, pp. 530-538.

ZAHVALA

Zahvaljujem se NIFTY by GENEPLANET za strokovno literaturo.

OVIRE IN PRILOŽNOSTI, KI SO V PRETEKLEM DESETLETJU (2009–2019) KROJILE PROFESIONALIZACIJO BABIŠTVA

BARRIERS AND OPPORTUNITIES THAT HAVE IN THE PAST DECADE (2009–2019) DEFINED THE PROFESSIONALISATION OF MIDWIFERY

doc. dr. Mirko Prosen

Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Katedra za zdravstveno nego, Polje 42, 6310 Izola
mirko.prosen@fvz.upr.si

IZVLEČEK

Uvod: Namen prispevka je prikazati preliminarne rezultate integrativnega pregleda literature, katerega namen je bil identificirati ovire in priložnosti profesionalnega razvoja babištva v zadnjem desetletju (2009–2019), ki je neposredno in posredno povezan z boljšimi izidi zdravstvene obravnave za ženske, družine in družbo.

Metode: V raziskavi je bil uporabljen integrativni pregled literature. Iskanje literature je potekalo v naslednjih bazah podatkov: EBSCO, PubMed, ScienceDirect, SAGE, Scopus, Web of Science Core Collection. Pri tem so bile uporabljene naslednje ključne besede: *midwifery* OR (ALI) *midwives* OR (ALI) *midwife* AND (IN) *professionalism*. Od skupno 1507 člankov jih je bilo v končno preliminarno analizo vključenih 33 člankov.

Rezultati: V kategoriji priložnosti je bilo identificiranih šest podkategorij ter v kategoriji ovire enajst podkategorij. V stičišču obojih je v žensko osrediščena skrb, medpoklicno sodelovanje in samo-zavedanje lastne profesionalne vloge.

Diskusija in zaključek: Profesionalizem babištva prinaša pozitivne izide ne le za babice, ampak tudi za pacientke. Če se bo babištvo želelo razviti v profesijo v pravem pomenu besede, bo moralo v prvi vrsti pričeti graditi na samozavedanju svoje lastne profesionalne vloge in kolektivne profesionalne identitete.

Ključne besede: profesija, medpoklicno sodelovanje, izobraževanje, družbeni kapital, medicina

ABSTRACT

Introduction: The purpose of the paper is to present preliminary results of an integrative literature review aimed at identifying obstacles and opportunities for midwifery professional development in the last decade (2009–2019), which is directly and indirectly linked to better health outcomes for women, families and society.

Methods: An integrative literature review was used in the study. The literature search was conducted in the following databases: EBSCO, PubMed, ScienceDirect, SAGE, Scopus, Web of Science Core Collection. The following keywords were used: midwifery OR midwives OR midwife AND professionalism. Of the total 1507 articles, 33 were included in the final preliminary analysis.

Results: Six subcategories were identified in the opportunities category and eleven subcategories were identified in the barriers category. At the intersection of both, the focus is on woman-centered care, interprofessional collaboration and self-awareness on its own professional role.

Discussion and conclusions: Midwifery professionalism brings positive outcomes not only for midwives themselves, but of course also for patients. If midwifery is to develop into a profession in the true meaning of the word, it will first and foremost have to start building on self-awareness on its own professional role and collective professional identity.

Key words: profession, interprofessional collaboration, education, social capital, medicine

UVOD

Babištvo je profesija, ki združuje znanost, umetnost in etične vrednosti v enem najbolj kritičnih trenutkov v življenju ženske. Babica (izraz babica velja v prispevku za nevtralni izraz, tako za moško kot tudi žensko različico naziva) skrbi za zdravje ženske holistično, pri čemer uporablja svoje znanje, sposobnosti in veščine, da izgradi zanjo pozitivno izkušnjo. Za doseg tako visokih ciljev pa ne zadostujejo le znanje in veščine, ampak tudi delovanje v skladu z načeli profesionalizma (Khakbazan, et al., 2019). Vloga in pomen babic in babištva kot profesije je bila skozi zgodovino za zdravje žensk, otrok in družin vedno priznana, a nezadostno podprta z dokazi. Zaradi tega je bilo babištvo skozi proces profesionalizacije pogosto ovirano, saj so obstajali in še vedno obstajajo neodvisni dejavniki, na katere babištvo kot profesija težko vpliva. Vsekakor pa je danes dokazov, da babice pomembno prispevajo k izboljševanju reproduktivnih, maternalnih in neonatalnih izidov ter izboljševanju okoljskih dejavnikov, ki prispevajo k višji kakovosti babiške prakse (Fullerton, et al., 2011; Castro Lopes, et al., 2016; Mivšek, et al., 2015), veliko več. Babice, ki imajo zagotovljeno ustrezno izobrazbo in vzpostavljeno regulacijo z licenco, k temu pripomorejo v veliki meri (Castro Lopes, et al., 2016). Mivšek in sodelavke (2015) poudarjajo, da gre tu za elemente »starega profesionalizma« (med drugim specifično znanje, profesionalno avtonomijo, formalno vzpostavljeno regulacijo in etični kodeks), ki so bolj povezani z značilnostmi tradicionalnih poklicev, ki so se profesionalizirali pod drugačnimi socialnimi pogoji kot se je babištvo. Med nove elemente profesionalizma tako nekateri, po ugotovitvah istih avtoric, uvrščajo medpoklicno sodelovanje, partnerski odnos z uporabnicami/-ki in reflektivno prakso.

Po drugi strani pa v marsikaterih okoljih babištvo ne dosega niti osnovnih elementov »starega« profesionalizma (Bogren, et al., 2018; Holmlund, et al., 2017; Shaban, et al., 2012; Thiessen, et al., 2016), medtem ko jih v drugih celo presega (Goemaes, et al., 2016; Goemaes, et al., 2018; Small, et al., 2016). Obdobje polpretekle zgodovine pa kaže tudi na začetek nekaterih sprememb, ki bodo vplivale na profesionalizacijo babištva, kot na primer širjenje pristojnosti na področja, ki jih je v preteklosti obvladovala medicina (Goemaes, et al., 2016; Holmlund, et al., 2017) ali na področja, ki jih slednja ne priznava, npr. komplementarne in alternativne metode zdravljenja (Hall, et al., 2013) ter celo tudi postopna maskulinizacija babištva v nekaterih okoljih (Cartier & Lechien, 2012; Charrier, 2011). Vsekakor so pred profesijo v naslednjem desetletju tako pri nas kot v svetu pomembni izzivi.

Namen prispevka je prikazati preliminarne rezultate integrativnega pregleda literature, katerega namen je bil identificirati ovire in priložnosti profesionalnega razvoja babištva v zadnjem desetletju (2009–2019), ki je neposredno in posredno povezan z boljšimi izidi zdravstvene obravnave za ženske, družine in družbo.

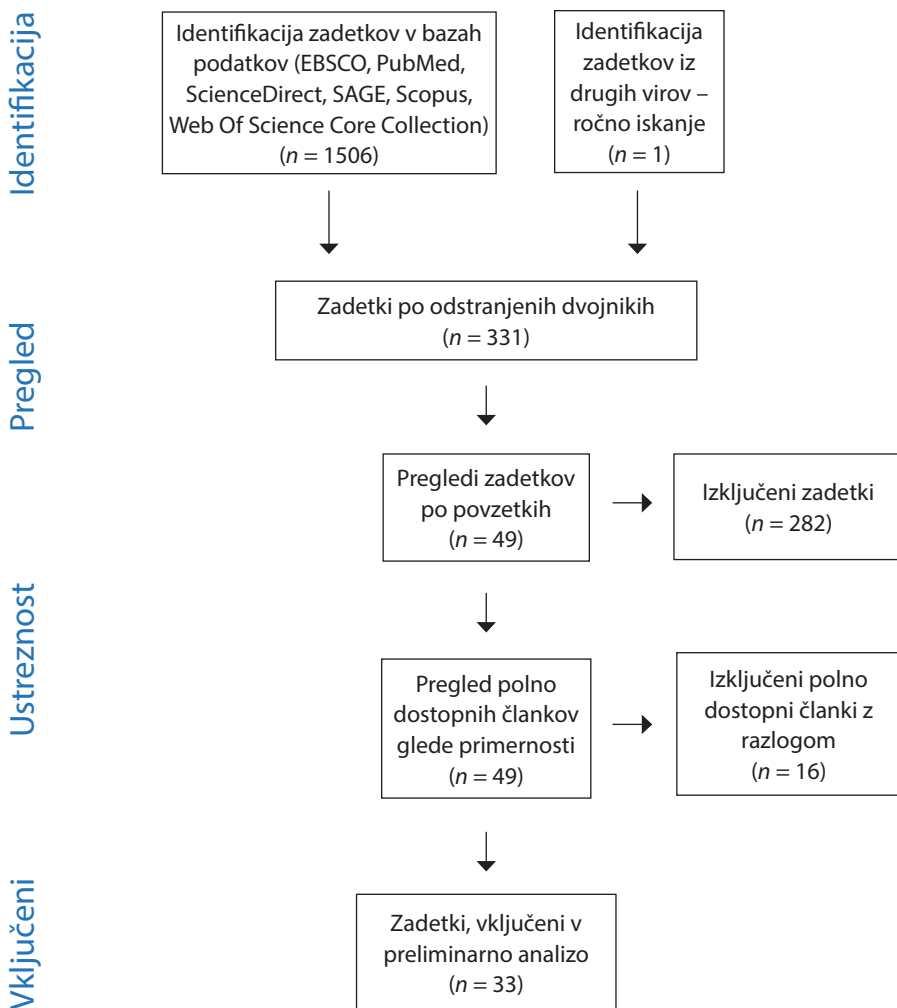
Metode

V raziskavi je bil uporabljen integrativni pregled literature zato, ker dovoljuje vključevanje raziskav narejenih z rabo različnih metodologij z namenom bolj poglobljenega razumevanja proučevanega fenomena (Glerean, et al., 2017; Whitemore & Knafl, 2005). Proces pregleda literature je sledil ogrodju, ki sta ga predlagala Whitemore in Knafl (2005): (1) identifikacija problema, (2) iskanje literature, (3) evalvacija podatkov, (4) analiza podatkov in (5) predstavitev. Četrta zaporedna faza »Analiza podatkov« je v tem procesu sestavljena iz štirih korakov: (i) redukcija podatkov, (ii) prikaz podatkov, (iii) primerjava podatkov in (iv) sprejemanje zaključkov in verifikacija. Faza redukcije podatkov v preliminarni analizi ni bila izpeljana v celoti.

Iskanje literature je potekalo novembra 2019 v naslednjih bazah podatkov: EBSCO, PubMed, ScienceDirect, SAGE, Scopus, Web of Science Core Collection. Pri tem so bile uporabljene naslednje ključne besede: *midwifery* OR (ALI) *midwives* OR (ALI) *midwife* AND (IN) *professionalism*. Iskanje je bilo omejeno na ključne besede v naslovu, čas (2009–2019), znanstveno periodiko, polno besedilo in angleški jezik. V vseh navedenih bazah podatkov je bilo identificiranih 1506 člankov. Eden članek je bil vključen na podlagi ročnega iskanja. Od skupno 1507 člankov jih je po pregledu naslovov in povzetkov bilo v končno preliminarno analizo vključenih 33 člankov (Slika 1).

Pri integrativnem pregledu literature je pomembno oceniti kakovost primarnih virov (Glerean, et al., 2017; Whitemore & Knafl, 2005), zato so bili zadetki preliminarne analize ocenjeni s pomočjo orodij za presojo kakovosti Joanna Briggs Institute (2017). Presoja je pokazala na razlike v kakovosti identificiranih virov, vendar so bili v tej fazi ohranjeni vsi končni zadetki, saj je bil namen pregleda doseči širši domet iskanja zaradi iskanja vsebine povezane s profesionalizacijo babištva.

Končni zadetki so bili analizirani s pomočjo redukcije (Whittemore & Knaf, 2005) do te mere, da so bili identificirani tisti elementi profesionalizacije babištva (kode), ki bi jih lahko opredelili kot ovire oziroma priložnosti. Kode smo v nadaljevanju obravnavali zato le kot kategoriji vezani na ovire in priložnosti profesionalizacije preteklega desetletja.



Slika 1: PRISMA diagram procesa iskanja literature (Moher, et al., 2009)

Rezultati

Identificirane in kategorizirane priložnosti in ovire profesionalizacije babištva prikazujeta Tabeli 1 in 2.

Tabela 1: *Identificirane priložnosti / področja bodočega profesionalnega razvoja babištva*

Kategorija: Priložnosti	Avtor
<ul style="list-style-type: none">• razvoj novega profila v babištvu - babica z naprednimi znanji (ang. <i>advanced midwife practitioner</i>; magistrski študijski program)	Goemaes, et al., 2016; Goemaes, et al., 2018
<ul style="list-style-type: none">• jasna opredelitev profesionalnih kompetenc babic ter pridobivanje novih (formalno priznanih) kompetenc vezanih na različna področja dela babic (npr. raba sodobne tehnologije, komplementarnih in alternativnih metod zdravljenja ter vključevanje v medpoklicno sodelovanje v okviru farmacevtske skrbi)	Bäck, et al., 2017; Butler, et al., 2018; Fullerton, et al., 2011; Hall, et al., 2013; Holmlund, et al., 2017; Small, et al., 2016
<ul style="list-style-type: none">• prizadevanja babic za ohranjanje / vzdrževanje vseh formalno pridobljenih profesionalnih kompetenc skozi delovno kariero	Calvert, et al., 2017
<ul style="list-style-type: none">• usmerjeno izobraževanje, ki motivira, podpira in razvija medpoklicno sodelovanje	Aune & Olufsen, 2014
<ul style="list-style-type: none">• promoviranje in vpeljava babiškega modela zdravstvene oskrbe in njegovo povezovanje s standardi kakovosti (perinatalnimi in maternalnimi izidi)	Bradfield, et al., 2019a; Bradfield, et al., 2019b; Fontein-Kuipers, et al., 2019; Hobbs, 2012; Khakbazan, et al., 2019; Mivšek, et al., 2015; Thiesen, et al., 2016
<ul style="list-style-type: none">• spodbujanje samozavedanja v svoji profesionalni vlogi (pozitivni vplivi na osebno in profesionalno identiteto, avtonomijo, občutenje odgovornosti do samega sebe)	Hunter & Warren, 2014; Khakbazan, et al., 2019

Tabela 2: *Identificirane ovire profesionalnega razvoja babištva*

Kategorija: Ovire	Avtor
<ul style="list-style-type: none"> • nasprotujoče si perspektive na porod kot akt (fiziološki ali medicinski dogodek) - inter- in intraprofesionalno 	Narchi, et al., 2017; Schölmerich, et al., 2014; White & Queirós, 2018
<ul style="list-style-type: none"> • neurejena razmerja moči med poklicnimi skupinami s katerimi vstopa v interakcijo babištvo 	Bogren, et al., 2018; Mivšek, et al., 2015; Narchi, et al., 2017; Pollard, 2011; Shaban, et al., 2012; Thiessen, et al., 2016; van der Lee, et al., 2016; White & Queirós, 2018
<ul style="list-style-type: none"> • pomanjkljiva zakonska regulacija 	Castro Lopes, et al., 2016; Thiessen, et al., 2016
<ul style="list-style-type: none"> • neustrezna / nezadostna medpoklicna komunikacija 	Munro, et al., 2013; Schölmerich, et al., 2014
<ul style="list-style-type: none"> • nezadostno medpoklicno sodelovanje in povezovanje 	Bayes, et al., 2019; Daemers, et al., 2017; Mivšek, et al., 2015; Narchi, et al., 2017; Schölmerich, et al., 2014; van der Lee, et al., 2016
<ul style="list-style-type: none"> • nezadostno družbeno priznanje profesije 	Bogren, et al., 2018; McCool, et al., 2013; Narchi, et al., 2017; Shaban, et al., 2012
<ul style="list-style-type: none"> • preozko zastavljeni modeli izobraževanja 	Shaban, et al., 2012; Thiessen, et al., 2016
<ul style="list-style-type: none"> • nizka profesionalna samopodoba in zaznana nizka avtonomija (opolnomočenje) 	Bogren, et al., 2018; Mivšek, et al., 2015; Pollard, 2011; Shaban, et al., 2012; Thiessen, et al., 2016
<ul style="list-style-type: none"> • značilnosti dela (stres, velike delovne obremenitve) vplivajo na fluktuacijo in pomanjkanje kadra (»videz prekarnosti«) 	Bogren, et al., 2018; Hunter & Warren, 2014; McCool, et al., 2013; Shaban, et al., 2012; Thiessen, et al., 2016
<ul style="list-style-type: none"> • vprašanja spola (feminizacija vs. maskulinizacija profesije; patriarhalni kulturni vzorci in položaj žensk) 	Bogren, et al., 2018; Charrier, 2011; Pollard, 2011
<ul style="list-style-type: none"> • spregledana vloga in / ali nezadostno vključevanje profesionalnih babiških združenj (podobnih stanovskih organizacij, profesije) pri načrtovanju zdravstvene politike in razvoju profesije 	Castro Lopes, et al., 2016; Castro Lopes, et al., 2015; Mivšek, et al., 2015; Thiessen, et al., 2016

Diskusija

Številne raziskave so po navedbah Zohreh Khakbazana in sodelavcev (2019) poudarile vlogo profesionalizacije babištva v zagotavljanju kakovostne babiške nege. Slednje se odraža v odnosu do pacientk in družin, ki vstopajo s potrebami v središče babiške skrbi ter povečevanju njihovega zadovoljstva, zmanjševanju strokovnih napak oziroma povečevanju varnosti pacientk ter preprečevanju zapletov. Po drugi strani pa profesionalizem pomembno vpliva tudi na višjo stopnjo zadovoljstva zaposlenih z delom, povečuje možnosti za vpeljavo babiškega modela zdravstvene oskrbe in prispeva k zagotavljanju stroškovno učinkovite oskrbe. A to je le ena plat zgodbe. Na podlagi rezultatov pregleda literature so se v zadnjem desetletju (2009–2019) z vidika razvoja profesije za babice in babištvo pokazale nekatere priložnosti o katerih (ali vsaj nekaterih) bi veljalo razmisliti tudi v našem prostoru. Po drugi strani pa se zdi, da se babištvo kot profesija srečuje tudi z venomer enimi in istimi ovirami, ki jih prepoznavamo kot elemente starega profesionalizma (Mivšek, et al., 2015), a se kažejo tudi takšne, ki jih babištvo v 21. stoletju lahko preseže. Zanimivo ob tem je, da je situacija glede večine identificiranih dejavnikov, ki vplivajo na profesionalizacijo, podobna po vsem svetu.

Med identificiranimi ovirami prevladujejo tisti elementi profesionalizacije, ki so jih kot nujne elemente v 20. stoletju omenjali že Flexner, Wilensky, Hughes, Millerson, Goode in drugi. Med temi so na primer neurejena razmerja moči med poklicnimi skupinami, s katerimi vstopa v interakcijo babištvo, zlasti medicina; pomanjkljiva zakonska regulacija, nezadostno družbeno priznanje profesije in s tem seveda povezana nizka profesionalna podoba profesije (tudi samoidentiteta) in nizka avtonomija izvajalk in izvajalcev; spregledana vloga profesionalnih združenj pri regulaciji poklica in umeščanju profesije v načrtovano zdravstveno politiko. Na večino omenjenih ovir je profesija v okoljih, kjer so bile le-te identificirane, težko vplivala oziroma je za to imela omejene možnosti. Rdeča nit, ki je v ozadju omenjenih ovir, je zanesljivo nezadosten družbeni kapital (vsaj v primerjavi z drugimi »konkurenčnimi« profesijami), ki je za profesionalizacijo nekega poklica izjemnega, če ne odločujočega pomena. V kontekstu omembe družbenega kapitala je na mestu tudi večni diskurz o feminizaciji poklica v patriarhalni družbi, kjer pa so vidne spremembe v obnašanju »elementov profesionalizacije«, ko v poklic začnejo vstopati moški (Charrier, 2011).

Tisto, kar bi lahko prišteli kot oviro in hkrati izpostavili tudi kot priložnost, ki bi jo bilo potrebno nujno nasloviti, je nezadostna oziroma neustrezna medpoklicna komunikacija in posledično oteženo medpoklicno sodelovanje in povezovanje med člani iste oziroma člani različnih profesij na različnih nivojih zagotavljanja zdravstvene dejavnosti. Prepoznana neravnotežja moči med profesijami ter pogostokrat nezaznavanje lastne vloge in vloge drugih profesionalcev so povezana z občutenjem nezaupanja in pomanjkljive vzajemnosti, kar zavira razvoj veščin potrebnih za medpoklicno sodelovanje in na splošno vodi v ustvarjanje negativnih stališč do medpoklicnega sodelovanja (van der Lee, et al., 2016). Dodatno še k temu prispevajo same značilnosti dela (delovne obremenitve, urnik, pomanjkanje kadra itd.) in

tudi marsikdaj nasprotujoče si perspektive na porod kot akt, zlasti med babicami in zdravniki.

Od začetka izbranega desetletja (2009–2019) je razvidno, da si mednarodno združenje babic (ang. *International Confederation of Midwives*) prizadeva za jasne opredelitve babiških kompetenc kot tudi poudarjanje prednostnih (in novih) kompetenc glede na zdravstvene potrebe (Butler, et al., 2018; Fullerton, et al., 2011), ki v tem času vstopajo v ospredje. Trendi po svetu kažejo, da sodobna tehnologija spodbuja razvijanje novih kompetenc, vezanih na njeno rabo, še posebej v okoljih, kjer zdravnikov primanjkuje (Holmlund, et al., 2017). Podobno tudi vključevanje babic v uporabo komplementarnih in alternativnih metod zdravljenja (Hall, et al., 2013), med katerimi se že danes nekatere množično uporabljajo v klinični praksi, vendar njihova raba ostaja bolj ali manj na neformalni ravni. Nadalje, delo babic je vpeto tudi v zagotavljanje farmacevtske skrbi tj. rokovanja z zdravili, kjer zasedajo pomembno vlogo v medpoklicnem sodelovanju z zdravniki in farmacevti (Small, et al., 2016). Ne gre sicer za nove kompetence, gre pa za priznanje tistega, kar vsakodnevno počno. V nekaterih državah se te kompetence nadgrajujejo tudi s predpisovanjem določenih zdravil (npr. kontracepcije) (Prosen, et al., 2018).

Priložnosti za babištvo se v prihodnje kažejo tudi v snovanju takšnih podiplomskih izobraževalnih programov, ki bodo omogočali nadgrajevanje doseženega znanja dodiplomskega študija in pospeševali implementacijo znanja v klinično prakso. Ugotovitve pregleda literature (Shaban, et al., 2012; Thiessen, et al., 2016) kažejo na to, da je potrebno usmeriti izobraževanje v razvoj ne le podiplomskega študija, temveč tudi v širitev vsebin na vertikalni, npr. vsebin vezanih neposredno na babiško nego oziroma različne pristope, ki se ob tem uporabljajo (Shaban, et al., 2012) ali vsebine, ki spodbujajo in motivirajo k medpoklicnemu sodelovanju (Aune & Olufsen, 2014).

Z vidika dokazanih pozitivnih maternalnih in neonatalnih izidov babiškega modela skrbi je vpeljevanje slednjega v okolja, kjer delujejo babice, pomemben izziv prihodnjega desetletja – če ne celo eden najpomembnejših. Gre za vpeljavo, ki se na svoji poti srečuje s številnimi ovirami znotraj in zunaj profesije, a vendar je dejstvo, da je »biti z žensko« ali »v žensko osrediščena skrb« osrednja filozofija babiškega dela (Bradfield, et al., 2019a). Ta koncept brez dvoma razločuje babištvo od ostalih disciplin, poklicev oziroma profesij, ker tako jasno definira vlogo babice kot skrbnice le-tega. Znotraj koncepta »v žensko osrediščene skrbi« so namreč babice tiste, ki imajo prvenstveno pravico biti varuhinje in izvrševalke te skrbi (Fontein-Kuipers, et al., 2019).

Raziskava ima določene omejitve, saj je v tej fazi vezana na preliminarne rezultate. Obenem je vključevala le članke v angleškem jeziku, pri čemer bi z vključitvijo še kakšnega drugega jezika, pokazala morda drugačne rezultate. Integrativni pregled literature z metodološkega vidika ponuja širino vključevanja različnih metodologij ter s tem tudi boljše razumevanje fenomena profesionalizma.

Zaključek

Predstavljena raziskava prikazuje nekatere ovire, s katerimi se je v preteklem desetletju soočalo babištvo in obenem razkriva tudi nekatere priložnosti bodočega razvoja babištva kot profesije in prav slednje so najpomembnejše. Četudi se za nekatere dejavnike, ki jih povezujemo s profesionalizacijo v negativnem smislu mnogokrat zdi, da bo moralo preteči desetletja, da se bodo spremenili, pa se morajo babice zavedati, da se profesionalizacija začneja najprej v njih samih. Če se bo babištvo želelo razviti v profesijo v pravem pomenu besede, bo moralo v prvi vrsti pričeti graditi na samozavedanju svoje lastne profesionalne vloge in kolektivne profesionalne identitete.

Financiranje

Raziskava je bila izvedena v okviru daljše raziskovalne mobilnosti na *Laboratoire Professions, Institutions, Temporalités, Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines*, ki jo je financirala vlada Republike Francije.

Literatura

Aune, I., & Olufsen, V., 2014. 'From fragmented to interdisciplinary understanding of integrated antenatal and postnatal care'—An interprofessional project between public health nursing students and midwifery students. *Midwifery*, 30(3), pp. 353–358.

Bäck, L., Hildingsson, I., Sjöqvist, C., & Karlström, A., 2017. Developing competence and confidence in midwifery-focus groups with Swedish midwives. *Women and Birth*, 30(1), e32–e38.

Bayes, S., Juggins, E., Whitehead, L., & De Leo, A., 2019. Australian midwives' experiences of implementing practice change. *Midwifery*, 70, pp. 38–45.

Bogren, M., Erlandsson, K., Byrskog, U., Members of the Midwifery Faculty Master's degree holders in, S., Reproductive, H., & Rights., 2018. What prevents midwifery quality care in Bangladesh? A focus group enquiry with midwifery students. *BMC Health Services Research*, 18(1).

Bradfield, Z., Hauck, Y., Kelly, M., & Duggan, R., 2019. "It's what midwifery is all about": Western Australian midwives' experiences of being 'with woman' during labour and birth in the known midwife model. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 19(1).

Bradfield, Z., Hauck, Y., Kelly, M., & Duggan, R., 2019. Urgency to build a connection: Midwives' experiences of being 'with woman' in a model where midwives are unknown. *Midwifery*, 69, pp. 150–157.

Butler, M. M., Fullerton, J. T., & Aman, C., 2018. Competence for basic midwifery practice: Updating the ICM essential competencies. *Midwifery*, 66, pp. 168–175.

- Calvert, S., Smythe, E., & McKenzie-Green, B., 2017. "Working towards being ready": A grounded theory study of how practising midwives maintain their ongoing competence to practise their profession. *Midwifery*, 50, pp. 9–15.
- Cartier, M., & Lechien, M.-H., 2012. Vous avez dit « relationnel » ? Comparer des métiers de service peu qualifiés féminins et masculins. *Nouvelles Questions Féministes*, 31(2), pp. 32–48.
- Charrier, P. (2011). Male midwives in France. *Culture, Society & Masculinities*, 3(2), pp. 103–123.
- Daemers, D. O. A., van Limbeek, E. B. M., Wijnen, H. A. A., Nieuwenhuijze, M. J., & de Vries, R. G., 2017. Factors influencing the clinical decision-making of midwives: a qualitative study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 17, pp. 1–12.
- Fontein-Kuipers, Y., de Groot, R., van Beeck, E., van Hooft, S., & van Staa, A., 2019. Dutch midwives' views on and experiences with woman-centred care — A Q-methodology study. *Women and Birth*, 32(6), e567–e575.
- Fullerton, J. T., Thompson, J. B., & Severino, R., 2011. The International Confederation of Midwives Essential Competencies for Basic Midwifery Practice. An update study: 2009–2010. *Midwifery*, 27(4), pp. 399–408.
- Glerean, N., Hupli, M., Talman, K., & Haavisto, E., 2017. Young peoples' perceptions of the nursing profession: An integrative review. *Nurse Education Today*, 57, pp. 95–102.
- Goemaes, R., Beeckman, D., Goossens, J., Shawe, J., Verhaeghe, S., & Van Hecke, A., 2016. Advanced midwifery practice: An evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 42, pp. 29–37.
- Goemaes, R., Shawe, J., Beeckman, D., Decoene, E., Verhaeghe, S., & Van Hecke, A., 2018. Factors influencing the implementation of advanced midwife practitioners in healthcare settings: A qualitative study. *Midwifery*, 66, pp. 88–96.
- Hall, H. G., Griffiths, D. L., & McKenna, L. G., 2013. Navigating a safe path together: A theory of midwives' responses to the use of complementary and alternative medicine. *Midwifery*, 29(7), pp. 801–808.
- Hobbs, J. A., 2012. Newly qualified midwives' transition to qualified status and role: Assimilating the 'habitus' or reshaping it? *Midwifery*, 28(3), pp. 391–399.
- Holmlund, S., Ntaganira, J., Edvardsson, K., Lan, P. T., Semasaka Sengoma, J. P., Åhman, A., Mogren, I., 2017. Improved maternity care if midwives learn to perform ultrasound: a qualitative study of Rwandan midwives' experiences and views of obstetric ultrasound. *Global Health Action*, 10(1).
- Hunter, B., & Warren, L., 2014. Midwives' experiences of workplace resilience. *Midwifery*, 30(8), 926–934.
- Joanna Briggs Institute, 2017. Critical Appraisal Tools. Available at: https://joannabriggs.org/ebp/critical_appraisal_tools [25. 11. 2019].
- Khakbazan, Z., Ebadi, A., Geranmayeh, M., & Momenimovahed, Z., 2019. Midwifery Professionalism: An Integrative Review. *Journal of Clinical & Diagnostic Research*, 13(3), pp.1–8.
- Lopes, S. C., Nove, A., Hoopé-Bender, P. t., de Bernis, L., Bokosi, M., Moyo, N. T., 2016. A descriptive analysis of midwifery education, regulation and association in 73 countries: the baseline for a post-2015 pathway. *Human Resources for Health*, 14, pp. 1–12.

- Lopes, S. C., Titulaer, P., Bokosi, M., Homer, C. S. E., & ten Hoop-Bender, P., 2015. The involvement of midwives associations in policy and planning about the midwifery workforce: A global survey. *Midwifery*, 31(11), pp.1096–1103.
- McCool, W., Guidera, M., Reale, B., Smith, A., & Koucoi, J., 2013. Professional issues related to obstacles to midwifery practice in the Americas: A pilot survey. *Midwifery*, 29(8), pp. 838–844.
- Mivšek, P., Pahor, M., Hlebec, V., & Hundley, V., 2015. How do midwives in Slovenia view their professional status? *Midwifery*, 31(12), pp. 1193–1201.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & The, P. G., 2009. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097.
- Munro, S., Kornelsen, J., & Grzybowski, S., 2013. Models of maternity care in rural environments: Barriers and attributes of interprofessional collaboration with midwives. *Midwifery*, 29(6), pp. 646–652.
- Narchi, N. Z., de Castro, C. M., Oliveira, C. D., & Tambellini, F., 2017. Report on the midwives' experiences in the Brazilian National Health System: A qualitative research. *Midwifery*, 53, pp. 96–102.
- Pollard, K. C. (2011). How midwives' discursive practices contribute to the maintenance of the status quo in English maternity care. *Midwifery*, 27(5), pp. 612–619.
- Prosen, M., Ličen, S., & Karnjuš, I., 2018. *Vloga medicinskih sester v medpoklicnem sodelovanju v okviru farmacevtske skrbi v Evropi: rezultati EUPRON projekta za Slovenijo* Izola: Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju.
- Schölmerich, V. L. N., Posthumus, A. G., Ghorashi, H., Waelput, A. J. M., Groenewegen, P., & Denktaş, S., 2014. Improving interprofessional coordination in Dutch midwifery and obstetrics: a qualitative study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 14(1), pp. 1–8.
- Shaban, I., Barclay, L., Lock, L., & Homer, C., 2012. Barriers to developing midwifery as a primary health-care strategy: A Jordanian study. *Midwifery*, 28(1), pp. 106–111.
- Small, K., Sidebotham, M., Fenwick, J., & Gamble, J., 2016. Midwifery prescribing in Australia. *Australian Prescriber*, 39(6), pp. 215–218.
- Thiessen, K., Heaman, M., Mignone, J., Martens, P., & Robinson, K., 2016. Barriers and facilitators related to implementation of regulated midwifery in Manitoba: a case study. *BMC Health Services Research*, 16, pp. 1–22.
- van der Lee, N., Driessen, E. W., & Scheele, F., 2016. How the past influences interprofessional collaboration between obstetricians and midwives in the Netherlands: Findings from a secondary analysis. *Journal of Interprofessional Care*, 30(1), pp. 71–76.
- White, J., & Queirós, F., 2018. Reconcilable differences? Portuguese obstetricians' and midwives' contrasting perspectives on childbirth, and women's birthing experiences. *Diferenças reconciliáveis? Perspetivas contrastantes de obstetras e enfermeiras parceiras portuguesas sobre o parto e as experiências de parto das mulheres.*, 22(3), pp. 643–668.
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), pp. 546–553.

ANALIZA POJAVNOSTI PREDMENSTRUALNEGA SINDROMA PRI PACIENTKAH V DISPANZERJU ZA ŽENSKE

ANALYSIS OF THE INCIDENCE OF THE PREMENSTRUAL SYNDROME IN PATIENTS IN A GYNECOLOGICAL DISPENSARY

Marija Tulek, mag. zdr. nege

Zdravstveni dom Sežana; Dispanzer za ženske Sežana
Partizanska cesta 24, 6210 Sežana
marijamraki@gmail.com

doc. dr. Mirko Prosen

Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju
Polje 42, 6310 Izola

IZVLEČEK

Uvod: Predmenstrualni sindrom ima kot zdravstveni pojav nedvomno posledice na kakovost življenja žensk. To področje je v Sloveniji premalo raziskano, ozaveščenost med populacijo je zelo nizka. **Metoda dela:** Uporabljena je bila neeksperimentalna kvantitativna opisna metoda dela – presečna raziskava. V raziskavi je bil pri anketiranju uporabljen priložnostni vzorec 149 žensk v reproduktivni dobi, pacientk dispanzerja za ženske v Zdravstvenem domu Sežana. Raziskovalni instrument, uporabljen v raziskavi, je bil delno strukturiran vprašalnik. Prvi sklop predstavlja vprašalnik, povzet po angleškem vprašalniku PSST-A, drugi sklop obsega socialno-demografske podatke. **Rezultati:** Glede na rezultate lahko trdimo, da imajo ženske vseh socialnih statusov, zakonskih razmerij, stopnje izobrazbe, starosti ter števila rojstev enake težave s predmenstrualnim sindromom. Ugotovili smo, da jokavost oziroma povečano občutljivost na zavrnitev v predmenstrualnem obdobju čuti kot blage simptome 46 (31,29 %) žensk, kot zmerne 36 (24,49 %) žensk in kot hude 12 (8,16 %) žensk. Kar 75 % anketirank med predmenstrualnim sindromom čuti anksioznost, 80 % jih ima težave s prenejedanjem in povečano slo po hrani. **Diskusija in zaključek:** Dokazali smo, da imajo zaposlene ženske manj težav kot brezposelne, študentke in dijakinje. Ugotavljamo, da so naši rezultati v nekaterih točkah primerljivi s tujino. Zavedati se moramo omejitev raziskave; rezultatov ne smemo posploševati. Na tem področju bi bilo smiselno izvesti širšo raziskavo, ki bi zajela večje število žensk po vsej Sloveniji. Širšo javnost bi bilo treba ozaveščati z zloženkami in plakati, ki bi bili dostopni v zdravstvenih ustanovah, temo pa vključiti v zdravstveno vzgojo šolarjev.

Ključne besede: predmenstrualni sindrom, predmenstrualna distrofična motnja, kakovost življenja, menstruacija, ženska (doživljanje žensk/breme bolezni)

ABSTRACT

Intrudatcion: Premenstrual syndrome has undeniable consequences for the quality of life as a health phenomenon. There is too little research in Slovenia, and awareness among the population is low. A non-experimental quantitative descriptive method of work was used - cross-sectional survey. The survey technique was used. The study used an appropriate sample in the reproductive period, which can be used in the health center in Sežana, women dispensary. **Methods:** The research instrument used in the survey is a partially structured questionnaire, divided into two strands. PSST-A - a tool for observing premenstrual symptoms, the second will include socio-demographic data. **Results:** According to the results, it can be argued that women of all social status in the fields of marriage, education, age and birth rates have the same problems with premenstrual syndrome. We have found that among all the respondents of women in the premenstrual period they experience symptoms such as crying and increased sensitivity to rejection; 46 (31.29%) feel mild symptoms; 36 (24.49%) moderate and 12 (8.16%) severe. As many as 75% of premenstrual syndromes experience anxiety, 80% of respondents have problems with overeating and increased food intake. **Discusion and conclusion:** We have proven that women who work have fewer problems with premenstrual syndrome than unemployed women and students. Our results are comparable with the rest of the world. We must be aware of the limitation of our research. It would be sensible to carry out a larger research in Slovenia in this field. To raise awareness we must add this topic of to health education classes in schools and create information the material (posters, flyers).

Keywords: premenstrual syndrome, premenstrual dysphoric disorder, quality of life, menstruation, women (women experiencing /burden of illness)

UVOD

Menstruacija je naraven biološki pojav, ki je bistvenega pomena za obstoj in reprodukcijo človeške vrste. Kljub temu se v današnji družbi pojavlja negativna konotacija ob omembi menstrualne krvi (Kojadinović, 2014). Vse več raziskav (Ghani & Parveen, 2016; Işik, et al., 2016; Mello-Goldner & Jackson, 1999; Shobeiri, et al., 2018) opisuje vpliv menstruacijskega ciklusa in predmenstrualnega sindroma na kakovost življenja žensk, na njihovo zdravje, počutje, produktivnost ter medsebojne odnose tako v družinskem krogu kot v delovnem okolju.

T. i. menstrualne motnje so povezane z različnimi bolezenskimi stanji, kot so migrena, astma ter endokrine motnje. Na pojav različnih motenj menstruacijskega ciklusa ali predmenstrualnega sindroma lahko vpliva tako genetska nagnjenost kot vpliv okolja in življenjskega sloga (Jahanfar, 2012). Poznamo različne menstrualne motnje, ki vključujejo nepravilnosti v trajanju menstruacijskega ciklusa ali obsegu krvavitve (Freeman, et al., 2011; Ghani & Parveen, 2016).

Menstrualne motnje pogosto vplivajo na kakovost življenja najstnic in mladih žensk, zlasti tistih, ki trpijo zaradi dismenoreje in obilne menstrualne krvavitve (Freeman, 2007; Dell, Moskowitz & Sondheimer, 2001). Takšne motnje imajo tudi ekonomske posledice glede stroškov zdravstvenega varstva, saj se poveča poraba dragih hormonskih zdravil in laboratorijskih preiskav. Poleg zdravstvenih težav lahko posledično pride do pogostejše odsotnosti na delovnem mestu ali v šoli. Vse to lahko predstavlja oviro pri doseganju življenjskih ciljev posamezne ženske ter negativno vpliva na življenjske dosežke in možnosti zaposlitve (Freeman, et al., 2011).

Menstruacijske motnje imajo več etiologij, raziskave povezanih spremenljivk pa so ugotovile povezavo s prehrano in motnjami prehranjevanja, vadbo in indeksom telesne mase, stresom in kroničnimi boleznimi (Farahmand, et al., 2017; Freeman, 2007; Hussein Shehadeh & Hamdan-Mansour, 2018).

Med menstruacijskim ciklusom se v ženskem reprodukcijskem sistemu zgodi veliko sprememb, ki se lahko izrazijo s spremembami v razpoloženju, razdražljivostjo, bolečimi dojkami in spremembo apetita. T. i. predmenstrualni sindrom je pojmovan kot skupek telesnih, emocionalnih ter psiholoških simptomov neznane etiologije, ki se pogosto pojavijo tik pred menstruacijo (Appleton, 2018; Kane, 2015). Kues in sodelavci (2016) navajajo, da prizadene 75 % žensk v reproduktivni dobi. Simptomi predmenstrualnega sindroma zelo pogosto povzročajo čustvene, kognitivne ter fizične težave. Od sedem do štirinajst dni pred koncem menstruacijskega ciklusa se pogosto pojavi veliko število simptomov, ki pri večini prizadetih žensk izzvenijo ob pojavu krvavitve (Gosselin, 2013). Negativno vpliva na življenjski slog žensk ter kakovost življenja (Nikam, Chavan & Sharma, 2014).

Predmenstrualni sindrom je med ženskami zelo razširjen pojav, vendar imajo zanj znatno povečano tveganje ženske z nizkim indeksom telesne mase, pozitivno družinsko anamnezo, neredno menstruacijo, slabimi prehranjevalnimi navadami, kot so hitra prehrana, izpuščanje zajtrka ter pretirano pitje kave in alkohola. Da bi pri težavah, ki nastanejo zaradi predmenstrualnega sindroma, izboljšali kakovost življenja, morajo biti ženske poučene o simptomih, dejavnikih tveganja in možnostih ukrepanja (Išik, et al., 2016).

Predmenstrualni sindrom kot zdravstveni pojav nedvomno vpliva – tako kratkotrajno kot dolgotrajno – na kakovost življenja žensk (Alemu, Habtewoll & Haile, 2017), zato je njegovo raziskovanje pomembno za lajšanje in odpravljanje posledic (Schmelzer, et al., 2015). V prejšnjih desetletjih šolski sistem in zdravstveni delavci žensk o predmenstrualnem sindromu niso posebej ozaveščali, medtem ko novejša raziskave posvečajo temu področju več pozornosti (Shobeiri, et al., 2018).

Ozaveščene ženske bi lažje prepoznale znake predmenstrualnega sindroma ter posledično poiskale pomoč veliko prej ali pa spremljajoče motnje deloma ublažile same. Tako bi lahko bistveno zmanjšali negativne posledice na zdravje in predvsem

kakovost življenja (Ule, 2013). Zelo pomembno je, da zdravstveni delavci, ki delajo z ženskami v rodni dobi, razvijejo zavedanje o predmenstrualnem sindromu ter ogromnem vplivu in posledicah, ki ga ima na življenje žensk. Zdravstveni delavci bi ženskam v stiski lažje pomagali, če bi poznali tudi demografske in druge dejavnike, zaradi katerih so pogosteje prizadete (Tempel, 2001).

Rezultati predhodnega pregleda literature (Kocjan, 2016; Kojadinović, 2014; Ule, 2013) jasno kažejo na pomanjkljivo ozaveščenost slovenskih žensk in zdravstvenih delavcev o predmenstrualnem sindromu. V vsakodnevni klinični praksi nimamo instrumenta, s katerim bi lahko enostavno ocenjevali, koliko žensk ima težave zaradi predmenstrualnega sindroma, kako močno so te težave izražene ter v kolikšni meri okrnijo življenjski slog žensk ter vplivajo na kakovost njihovega življenja. Cilj raziskave je bil s pomočjo raziskovalnega instrumenta preučiti, s katerimi telesnimi in čustvenimi simptomi se spopadajo ženske s predmenstrualnim sindromom ter kako vplivajo na kakovost življenja. Ugotoviti smo želeli, kako so medsebojno prepletene in povezane socialno-demografske značilnosti (starost, okolje bivanja, socialni status, zakonski status, stopnja izobrazbe) ter kakšna je razlika glede pojavnosti predmenstrualnega sindroma in njegovega vpliva na kakovost življenja med prvo- ali drugorodnicami in ženskami, ki še niso rodile.

V skladu z nameni in cilji so bile postavljene naslednje osnovne raziskovalne hipoteze:

H 1: Povezava med številom porodov (ženske, ki so rodile, in tiste, ki še niso) in pojavnostjo predmenstrualnega sindroma je statistično značilna.

H 2: Povezanost med socialno-demografskimi značilnostmi žensk in pojavnostjo predmenstrualnega sindroma je statistično značilna.

Metode

Uporabljena je bila neeksperimentalna kvantitativna opisna metoda dela – presečna raziskava. Uporabljena je bila tehnika anketiranja.

Opis vzorca

V raziskavi je bil uporabljen priložnostni vzorec 149 žensk, pacientk v dispanzerju za ženske Zdravstvenega doma Sežana. Priložnostni vzorec je vrsta hitro dostopnega, nepredvidljivega ali naključnega vzorčenja. V raziskavo so zajete enote ciljne populacije, ki so enostavno dostopne, takoj na razpolago v danem času in pripravljene na sodelovanje ter brez geografskih ovir (Etikan, Musa, in Alkassim, 2016).

Vzorec so sestavljale ženske v reproduktivni dobi. Ženske, ki nimajo več menstruacije, so bile iz vzorčenja izključene oziroma niso bile zaprosene za sodelovanje.

Merski instrument

Raziskovalni instrument, uporabljen v raziskavi, je bil delno strukturiran vprašalnik, razdeljen v dva sklopa. Prvi sklop predstavlja vprašalnik, povzet po angleškem vprašalniku PSST-A – *The premenstrual symptoms screening tool* (Steiner, Macdougall & Brown, 2003), drugi sklop pa zajema socialno-demografske podatke. Vprašalnik je prosto dostopen na spletu, slovensko verzijo vprašalnika smo pridobili po Marčiču (2018). Po elektronski pošti smo navezali stik z avtorjem (Steiner, Macdougall & Brown, 2003), ki je dovolil uporabo vprašalnika. Vprašalnik PSST-A je sestavljen iz dveh delov ter je zaprtega tipa. Prvi del sestavlja štirinajst trditev o najpogostejših psihičnih in fizičnih simptomih, s katerimi se ženske soočajo pri predmenstrualnem sindromu. Vprašalnik oceni, kateri simptomi so pri anketirankah prisotni teden dni pred menstruacijo in prenehajo v prvih dneh menstrualne krvavitve. Anketirane so lahko izbirale med odgovori »ni prisoten/blag/zmeren/hud«. Drugi del vprašalnika je sestavljen iz petih dejavnikov, povezanih z vsakdanjim življenjem žensk v odnosu do vplivov predmenstrualnega sindroma (vpliv na produktivnost v šoli, doma, na delovnem mestu, na običajne socialne dejavnosti in družinske oziroma partnerske odnose). Anketiranke so lahko izbirale med odgovori »ne vpliva/blago/zmerno/hudo«.

Drugi sklop vprašalnika je namenjen zbiranju socialno-demografskih in drugih podatkov porodne/ginekološke anamneze (porodi, kontracepcija), s čimer ugotavljamo povezavo med simptomi, socialno-demografskimi dejavniki ter dejavniki porodno/ginekološke anamneze in kakovostjo življenja žensk.

Vprašalnik, ki smo ga uporabili (Marčič, 2018), je iz angleščine preveden v slovenščino, pilotno testiran in uporabljen v raziskavi.

Potek raziskave in analiza podatkov

Podatki so bili zbrani s pomočjo vprašalnika v prostorih dispanzerja za ženske v Zdravstvenem domu Sežana. Sodelovanje v raziskavi je bilo za ženske popolnoma anonimno in prostovoljno. Poudarjeni so bili kriteriji, kdo lahko pristopi k reševanju vprašalnika, vsem zainteresiranim sodelujočim smo ponudili možnost povratnih informacij. Predstavili smo tudi namen in cilje raziskave. Zdravstvena ustanova je bila pisno zaprosena za soglasje za izvedbo raziskave. Pri raziskovanju smo upoštevali etična načela raziskovanja, v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014) ter načeli Helsinško-tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013).

Pridobljene podatke smo analizirani v statističnem računalniškem programu SPSS, verzija 22. Na podlagi ocene porazdelitve smo izbrali ustrezne statistične teste in uporabili hi-kvadrat test in t-test neodvisnih vzorcev.

Vse spremenljivke smo deskriptivno analizirali in jih grafično ter opisno prikazali. Uporabili smo hi-kvadrat test, t-test za neodvisne vzorce in za analizo t–testa potreben Levenov test primerjave varianc. Mejna vrednost za testiranje vseh hipotez je bila $\alpha = 0,05$, kar predvideva 95 % stopnjo zaupanja. Za analizo hipotez smo iz originalnega vprašalnika povzeli lestvico za določanje predmenstrualnega sindroma in omenjeno določili za vsak posamezni primer.

Rezultati

Analiziranih je bilo 149 vprašalnikov. Povprečna starost vprašanih je bila 33,7 let (min. 15, max. 54, st. odklon 8,6 let). Najvišje dosežene stopnje izobrazbe so bile zastopane v naslednjih odstotkih: osnovnošolska 12,16 %, srednješolska 39,19 %, višješolska/visokošolska 18,92 %, univerzitetna 18,24 % ter magisterij 11,49 %. Med vprašanimi je bilo 4,08 % dijakinj, 10,20 % študentk, 66,67 % zaposlenih ter 19,05 % brezposelnih. Trenutni zakonski status vprašanih je bil pri 49,66 % poročen, 17,45 % samskih, 1,34 % ločenih ter 31,54 % v zunajzakonski skupnosti. 41,61 % jih biva v mestu in 58,39 % na podeželju.

Zmeren ali hud predmenstrualni sindrom je v raziskavi prepoznan, če je pri odgovorih 1–4 vsaj enkrat označen odgovor »zmerno« ali »hudo«, pri odgovorih 1–14 vsaj štirikrat odgovor »zmerno« ali »hudo« in pri odgovorih A–D vsaj enkrat »zmerno« ali »hudo«. Ugotovili smo, da se pri 53 ženskah pojavlja zmeren do hud predmenstrualni sindrom, pri 96 pa ne.

Sinteza rezultatov

Pri analizi Hipoteze 1 smo preverjali, ali med ženskami, ki so že rodile, in tistimi, ki še niso, pri pojavnosti predmenstrualnega sindroma obstaja statistično pomembna razlika. Hipotezo 1 smo po izvedenem testiranju obdržali ($p = 0,658$). V drugem delu Hipoteze 1 (H 1.1) smo preverjali, ali med številom porodov in pojavnostjo predmenstrualnega sindroma obstaja statistično pomembna razlika neodvisnih vzorcev. Po izvedenem testiranju smo tudi H 1.1 obdržali ($p = 0,645$).

Pri analizi Hipoteze 2 smo preverjali, ali med socialno-demografskimi značilnostmi žensk in pojavnostjo predmenstrualnega sindroma obstaja statistično pomembna razlika. Hipotezo smo testirali v več sklopih. V prvem delu (H 2.1) smo preverjali, ali imajo ženske, mlajše od 35 let, pogostejše težave s predmenstrualnim sindromom kot ženske, starejše od 35 let. Po izvedenem testiranju smo ta del hipoteze obdržali ($p = 0,290$).

V naslednjem delu (H 2.2) smo preverjali, ali med socialnim statusom žensk (zakonska razmerja) in pogostostjo težav, povezanih s predmenstrualnim sindromom, obstaja statistično pomembna razlika. Po izvedenem testiranju smo tudi ta del hipoteze obdržali ($p = 0,703$).

V naslednjem sklopu (2.3.) smo preverjali, ali med ženskami z višjo in nižjo (končana osnovna ali srednja šola) stopnjo izobrazbe ter številom simptomov predmenstrualnega sindroma obstaja statistično pomembna razlika. Tudi ta del hipoteze smo po testiranju obdržali ($p = 0,128$). V analiziranem primeru je p -vrednost ($0,128$) višja od zastavljene mejne p -vrednosti ($0,05$), kar pomeni, da lahko trdimo, da imajo ženske z različnimi stopnjami izobrazbe enake težave s predmenstrualnim sindromom.

Preverjali smo tudi, ali imajo ženske, ki so zaposlene, manj težav s predmenstrualnim sindromom kot brezposelne ženske, študentke in dijakinje (H 2.4). V tem primeru smo med skupinami opazili pomembno razliko in posledično H 2.4 zavrnil. V analiziranem primeru je p -vrednost ($0,048$) nižja od zastavljene mejne p -vrednosti ($0,05$), kar pomeni, da obstajajo razlike pri težavah s predmenstrualnim sindromom pri brezposelnih, zaposlenih in dijakinjah ter študentkah.

V petem delu hipoteze 2 (H 2.5) smo preverjali, ali med ženskami glede na starost ob prvi menstruaciji in pogostostjo težav s predmenstrualnim sindromom obstaja statistično pomembna razlika. Po izvedenem testiranju smo ta del hipoteze obdržali ($p = 0,438$). V analiziranem primeru je p -vrednost ($0,438$) višja od zastavljene mejne p -vrednosti ($0,05$), kar pomeni, da ne moremo trditi, da je povezanost med starostjo ob začetku menstruacije in pojavnostjo predmenstrualnega sindroma statistično značilna.

V predzadnjem sklopu Hipoteze 2 (H 2.6) smo preverjali, ali med trajanjem menstruacije in številom težav, povezanih s predmenstrualnim sindromom, obstaja statistično pomembna razlika. Po izvedenem testiranju smo tudi ta del hipoteze obdržali ($p = 0,251$). V analiziranem primeru je p -vrednost ($0,251$) višja od zastavljene mejne p -vrednosti ($0,05$), kar pomeni, da ne moremo trditi, da je povezanost med trajanjem menstruacije in številom težav s predmenstrualnim sindromom statistično značilna.

V zadnjem delu Hipoteze 2 (H 2.7) smo preverjali, ali med ženskami, ki uporabljajo hormonsko kontracepcijo in tistimi, ki je ne uporabljajo, pri številu težav s predmenstrualnim sindromom obstaja statistično pomembna razlika. Hipotezo smo preverjali s t -testom dveh neodvisnih vzorcev. Primerjali smo pogostost težav s predmenstrualnim sindromom pri obeh omenjenih skupinah. Po izvedenem testiranju smo zadnji del hipoteze zavrnil ($p = 0,048$). V analiziranem primeru je p -vrednost ($0,048$) nižja od zastavljene mejne p -vrednosti ($0,05$), kar pomeni, da lahko trdimo, da je povezava med uporabo hormonske kontracepcije in številom težav s predmenstrualnim sindromom statistično značilna.

Določene hipoteze smo obdržali, ker nimamo izpolnjenih predpostavk za izpeljavo hi-kvadrat testa (več kot 20 % celic pričakovanih vrednosti je v vseh primerih uporabe t -testa imelo vrednost manjšo od 5). Omenjeno nakazuje zahtevo po smiselnem združevanju oziroma zmanjšanju kategorij ali povečanju vzorca.

S preučevanjem pojavnosti predmenstrualnega sindroma in socialno-demografskih značilnosti v naši raziskavi smo želeli najti bolj ogroženo skupino žensk (npr. brezposelne, samske, neizobražene) in usmeriti naše ukrepe najprej k bolj ranljivi skupini žensk, ki najbolj trpijo in je zato kakovost njihovega življenja najslabša. Vendar je raziskava pokazala, da ni bistvene razlike v pojavnosti predmenstrualnega sindroma pri ženskah glede na socialno-demografske značilnosti ali pa se ti v skupini 149 žensk niso dovolj izrazili (premajhna skupina). Zato lahko težimo k celostni obravnavi vsake posamezne žensk, ki potrebuje individualen pristop ter zaupljiv in partnerski odnos z zdravstvenimi delavci v dispanzerju za žene. Ugotovili smo, da na vsa omenjena življenjska področja simptomi predmenstrualnega sindroma v veliki večini sploh ne vplivajo ali pa je njihov vpliv blag.

Diskusija

Menstruacija in težave, s katerimi se ženske srečujejo med menstrualnim ciklusom, postajajo vse pogostejše teme odprtih pogovorov (Crow & Jeannot, 2017). Večina žensk ima med predmenstrualnim sindromom izražene psihološke simptome, kot so razdražljivost, depresivno razpoloženje, anksioznost, napetost in jokavost. Poleg tega imajo občutek nemoči, so ranljive in bolj konfliktno, zmanjša se njihova dejavnost v vsakdanjem življenju, imajo slabšo koncentracijo, so preobremenjene, nenašpane in utrujene (Takač & Kotnik, 2009).

Naši rezultati so pokazali, da med izbranimi sociodemografskimi značilnostmi žensk, pri katerih je bila opravljena raziskava, ni statistično značilne povezanosti s pojavnostjo predmenstrualnega sindroma, razen pri brezposelnih, študentkah in dijakinjah. Te imajo v primerjavi z zaposlenimi ženskami več težav s predmenstrualnim sindromom.

V raziskavi smo ugotavljali, kako pogosto anketiranke doživljajo težave s predmenstrualnim sindromom ter kako te vplivajo na kakovost življenja. To smo ugotavljali tako, da smo jih glede kakovosti življenja spraševali o simptomih ter vplivu na učinkovitost, produktivnost, medsebojne odnose v družini, s prijatelji in sodelavci. Predpostavljali smo, da bodo ženske s manjšo stopnjo izobrazbe, mlajše od 35 let, ki nimajo partnerja ali so ločene, imele več težav z doživljanjem predmenstrualnega sindroma kot visoko izobražene, poročene, starejše od 35 let. Vendar se je pokazalo, da je kakovost življenja v obeh skupinah statistično značilno enaka, razen pri ženskah, ki imajo močnejšo in daljšo menstruacijo ali uporabljajo hormonsko kontracepcijo.

Rezultati predhodnega pregleda literature (Kocjan, 2016; Kojadinović, 2014; Ule, 2013) jasno kažejo na pomanjkljivo ozaveščenost slovenskih žensk in zdravstvenih delavcev o predmenstrualnem sindromu, kar se sklada z ugotovitvami naše raziskave. Na vprašanje o čutenju fizičnih simptomov smo dobili zaskrbljujoče podatke: večina žensk (70 %; n = 91) ima zmerne in hude simptome. Primerljiva raziskava v Sloveniji, izvedena leta 2018 (Marčič, 2018), je ugotovila, da fizične simptome, kot so

občutljivost dojk, glavoboli, bolečine v mišicah in sklepih, napihnjenost, povečanje telesne teže in podobno, občuti kar 89 % anketirank.

Vse več raziskav po svetu se posveča problematiki predmenstrualnega sindroma. Predvsem opažamo osredotočenost na mlajšo populacijo žensk v puberteti (Tadakawa, et al., 2016), kar potrjuje naše ugotovitve o pomenu zgodnjega odkrivanja predmenstrualnega sindroma. S pregledom literature smo ugotovili, da bi z dejavno in sistematično zdravstveno vzgojo mladih žensk (npr. v osnovnih in srednjih šolah) ter z več informacijami v obliki člankov, plakatov ali zloženk, namenjenih tudi starejšim generacijam, lahko dosegli, da bi ženske veliko prej prepoznale predmenstrualni sindrom in poiskale zdravniško pomoč ali bile dovolj poučene, da bi si lahko pomagale tudi same s spremembo življenjskega sloga. Izmed vseh vprašanih žensk jih je le nekaj že poiskalo zdravniško pomoč zaradi težav, povezanih s predmenstrualnim sindromom. Ta odstotek bi bil lahko višji, če bi bile bolj ozaveščene o problematiki. Na tak način bi lahko zmanjšali negativen vpliv predmenstrualnega sindroma in predmenstrualne disforične motnje na kakovost življenja žensk ter jih poučili o pomenu zdravega življenjskega sloga ter načinih samopomoči.

Halbreich s sodelavci (2003) in Lustyk s sodelavci (2009) poročajo, da so med lutealnim obdobjem menstrualnega ciklusa ženske s predmenstrualnim sindromom ali predmenstrualno disforično motnjo poročale o bistveno slabši socialni prilagoditvi in zmanjšanju zaznane kakovosti življenja. Čeprav Shulman (2010) opisuje, da do 80 % žensk v reproduktivnem obdobju doživlja predmenstrualni sindrom, le od 20 do 50 % žensk poroča o njem. Simptomi vplivajo na njihovo življenje, vključno z medosebnimi odnosi, delom in učinkovitim opravljanjem vsakodnevnih dejavnosti. Tretjina vprašanih žensk odgovarja, da simptomi predmenstrualnega sindroma blago vplivajo na medsebojne odnose v družini, malo žensk je odgovorilo, da je vpliv zmeren in hud. Naši rezultati so primerljivi, saj polovica anketirank navaja, da so zaradi simptomov predmenstrualnega sindroma manj učinkovite in produktivne tako v službi kot doma.

Zanimiv je podatek, da so težave z anksioznostjo povezane z nezdravim življenjskim slogom, uporabo drog in uživanjem alkohola. Mumtaz, Roohi in Iqbal (2018) v raziskavi, opravljeni med najstnicami v Pakistanu, opisujejo depresivno razpoloženje pri večini anketiranih študentk. Pomemben simptom, povezan z depresijo v času predmenstrualnega sindroma, je jokavost. Žal je bilo opravljenih premalo raziskav s posebnim poudarkom na anksioznosti med predmenstrualnim sindromom v povezavi z življenjskim slogom. V naši raziskavi je večina vprašanih odgovorila, da v predmenstrualnem obdobju čutijo anksioznost. Predmenstrualna disforična motnja je najbolj izčrpavajoča oblika predmenstrualnega sindroma in vključuje vsaj en onemogočajoč afektivni simptom (Shulman, 2010). Stopnjo funkcionalne okvare in zmanjšano kakovost življenja, povezano s predmenstrualnimi simptomi, so primerjali s stopnjo kronične depresije (Lee, et al., 2005). Z našo raziskavo smo

ugotovili, da se med 149 vprašanimi pri tretjini žensk pojavlja zmeren do močan predmenstrualni sindrom; ostale anketiranke težav nimajo. Sigmon in Schartel (2008) opisujeta tesno povezavo med težavami, povezanimi s predmenstrualnim sindromom, in zdravstvenim vedenjem, vendar raziskovalci težko določijo vzročnost. Eden od razlogov za slednje je lahko, da se ženske poskušajo zdraviti same z uporabo različnih zdravil ali zmanjšanjem telesne dejavnosti, s katero se ukvarjajo. Nasprotno pa lahko negativna zdravstvena vedenja ter nezdrav življenjski slog povečajo ranljivost in občutljivost žensk na široko paleto zdravstvenih stanj.

Ugotoviti bi bilo treba pogostost predmenstrualnega sindroma pri mladostnicah, ki imajo pomanjkljivo znanje o simptomih, zapletih in izidih predmenstrualnega sindroma, ter vpliv na kakovost zdravja žensk v rodni dobi (Mumtaz, Roohi & Iqbal, 2018). Trdimo, da so specifični vzroki predmenstrualnega sindroma in predmenstrualne disforične motnje še vedno slabo razumljeni. Natančna in pravočasna diagnoza je ključnega pomena za razvoj učinkovitega pristopa k zdravljenju ter lajšanje simptomov in težav žensk. Natančneje, simptomi, ki se pojavijo zunaj lutealne faze, ne predstavljajo predmenstrualnega sindroma ali predmenstrualne disforične motnje, saj zdravstvene težave lahko poslabšajo tudi druga bolezenskega stanja. Zbiranje natančnih informacij o simptomih ter dosledno beleženje sta ključnega pomena za razvoj učinkovitih zdravstvenovzgojnih ter terapevtskih ukrepov (Shulman, 2010).

Omejitev naše raziskave predstavlja velikost priložnostnega vzorca, ki je bil zajet na majhnem geografskem področju. Zanimivo bi bilo opraviti raziskavo na večjem vzorcu žensk ter na širšem geografskem področju v Sloveniji. Tako bi lahko dobili bolj natančne ter primerljive podatke in bolj realen pogled na trenutno stanje ozaveščenosti slovenskih žensk na področju predmenstrualnega sindroma. Zavedati se moramo, da glede na zgoraj opisane omejitve raziskave ter majhno število sodelujočih anketirank ne smemo posploševati. Rezultati, ki smo jih z raziskavo dobili, bodo v pomoč strokovni javnosti ter spodbuda in temelj nadaljnjemu raziskovanju na tem področju.

Dodana vrednost raziskave

Ženske imajo pomembno vlogo v današnji družbi: so matere, vzgojiteljice, partnerke, delavke, gospodinje. Zdrave, srečne ženske, ki imajo manj fizičnih in psihičnih težav, so ozaveščene in poučene o predmenstrualnem sindromu ter vzdržujejo zdrav življenjski slog, bi morale biti naš cilj. Ob sistematičnem pregledovanju literature nismo našli gradiva v slovenščini, ki bi bilo namenjeno ozaveščanju žensk o predmenstrualnem sindromu, zato smo sami pripravili informativno zloženko za ženske, ki obiščejo dispanzer za ženske v Zdravstvenem domu Sežana. Zloženka bo prosto dostopna na spletni strani zdravstvene ustanove.

O predmenstrualnem sindromu bi morali poučiti otroke že v osnovni šoli, tako da bi medicinska sestra na šoli izvajala predavanja v sklopu rednega programa zdravstvene vzgoje. Kako naj ukrepajo ob simptomih in težavah, s katerimi se srečujejo vse mlajša dekleta, bi morali ozavestiti starše in učitelje. Obstaja kar nekaj mobilnih aplikacij na temo predmenstrualnega sindroma, ki bi jih ženske lahko uporabljale. V prostorih zdravstvenih ustanov (npr. v čakalnicah, na hodnikih) bi lahko na ekranih predvajali kratke video vsebine o obravnavani tematiki. O predmenstrualnem sindromu in negativnem vplivu na kakovost življenja žensk ter na njihovo delovno storilnost so danes dostopni predvsem podatki in raziskave tujih avtorjev. V Sloveniji ni veliko raziskav, ki bi se dotaknile tega, med ženskami zelo razširjenega, pojava. Ženske in zdravstveni delavci imajo o predmenstrualnem sindromu pomanjkljivo znanje, kar posledično vpliva na pozno prepoznavanje težav in pomanjkljivo nudenje strokovne pomoči. Številne raziskave zelo podrobno opisujejo predmenstrualni sindrom ter njegov vpliv na zdravje in življenje žensk. Med njimi jih ni veliko, zlasti v Sloveniji, ki bi se poglobile v povezavo med demografskimi in drugimi dejavniki, ki lahko vplivajo na pogosto prizadetost. Raziskava lahko pomembno prispeva k ozaveščanju žensk in zdravstvenih delavcev o predmenstrualnem sindromu ter njegovem ogromnem vplivu na življenje žensk. Uporaba oziroma modifikacija vprašalnika PSST-A_SLO bi pomembno prispevala h klinični praksi, saj do sedaj nimamo ustreznega orodja za merjenje jakosti (niti ne vseh simptomov) in pojavnosti simptomov v času predmenstrualnega sindroma.

Ugotovili smo, da bi z aktivno in sistematično zdravstveno vzgojo mladih žensk (npr. v osnovnih in srednjih šolah) ter z več informacijami v obliki člankov, plakatov ali zloženek za ženske vseh starosti lahko dosegli, da bi ženske prej prepoznale simptome predmenstrualnega sindroma in poiskale zdravniško pomoč ter bile dovolj poučene, da bi si lahko tudi same pomagale s spremembo življenjskega sloga. Gospodarstvo in zdravstvo bi z izvajanjem preventivnih ukrepov in izobraževanja žensk imela finančno korist. Ženske, ki bi poiskale zdravniško pomoč, bi imele manj bolniških odsotnosti in bi bile bolj produktivne na delovnem mestu. Prav tako bi bili pozitivni učinki opazni v šolstvu, saj bi bilo zaradi težav z nezdravljenim predmenstrualnim sindromom manj odsotnih dijakinj in študentk, kar bi lahko pozitivno vplivalo na njihov akademski uspeh in nadaljnjo poklicno pot.

Glede na ugotovitve raziskave predlagamo več ukrepov na različnih področjih, s poudarkom na zdravstvenovzgojnem delu in ozaveščanju žensk. V našem prostoru se znotraj primarnega zdravstvenega varstva v dispanzerjih za žene v vsakodnevni klinični praksi ne uporablja instrument, s katerim bi lahko enostavno ocenili, koliko žensk ima zaradi predmenstrualnega sindroma težave, kako močno so te izražene ter v kolikšni meri je okrnjen življenjski slog žensk oziroma kakovost njihovega življenja. Ozaveščanje, temeljito beleženje in vrednotenje simptomov ter skrbno in podporno zdravljenje bo najbolj služilo ženskam, ki iščejo olajšanje predmenstrualnih simptomov.

Zaključek

Predmenstrualni sindrom ima kot pojav nedvomno veliko negativnih posledic na počutje, produktivnost in kakovost življenja žensk. Veliko več časa in truda bi morali posvetiti poučenosti deklic in žensk, zgodnjemu odkrivanju simptomov ter ustreznemu zdravljenju in podpori. V preteklosti zdravstvena stroka predmenstrualnemu sindromu ni posvečala posebne pozornosti, kar se kaže tudi v majhnem številu raziskav s tega področja, opravljenih v Sloveniji, čeprav se z njim srečuje velika večina žensk.

Glede na omenjeno bi bilo smiselno izvesti raziskavo o predmenstrualnem sindromu, ki bi zajela večje število žensk po vsej Sloveniji, in rezultate predstaviti širši javnosti. Problematiko bi bilo treba vključiti v javno zdravstvo in izvajati ukrepe za ozaveščanje širše javnosti ter jo dodati v zdravstvenovzgojna predavanja na osnovnih in srednjih šolah. Kot modernejši pristop informiranja bi lahko uporabili socialna omrežja ter izdelali in delili informativno gradivo v obliki zloženek, plakatov, dostopnih v čakalnicah in na hodnikih zdravstvenih ustanov.

Literatura

Alemu, S. M., Habtewold, T. D., & Haile, Y. G., 2017. Mental and Reproductive Health Correlates of Academic Performance among Debre Berhan University Female Students, Ethiopia: The Case of Premenstrual Dysphoric Disorder. *BioMed Research International*, 1-8. doi:10.1155/2017/9348159

Appleton, S. M., 2018. Premenstrual Syndrome: Evidence-based Evaluation and Treatment. *Clinical Obstetrics & Gynecology*, 61(1), pp. 52-61.

Crow, E. M., & Jeannot, E., 2017. Premenstrual Syndrome: Symptomatic and Diagnosed Prevalence, Dualistic Treatment Approach -- A Cross-Sectional Study in Ukraine. *International Journal of Preventive Medicine*, 1-10. doi:10.4103/ijpvm.IJPVM_18_16

Etikan, I., Musa, S. A., & Alkassim, R. S., 2016. Comparison of convenience sampling and purposive sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*, 5(1), pp. 1-4.

Farahmand, M., Ramezani Tehrani, F., Khalili, D., Amin, G., & Negarandeh, R., 2017. Factors associated with the severity of premenstrual syndrome among Iranian college students. *Journal of Obstetrics & Gynaecology Research*, 43(11), 1726-1731. doi:10.1111/jog.13439

Freeman, E. W., Halberstadt, S. M., Rickels, K., Legler, J. M., Lin, H., & Sammel, M. D., 2011. Core Symptoms That Discriminate Premenstrual Syndrome. *Journal of Women's Health*, 20(1), pp.29-35. doi:10.1089/jwh.2010.2161

Ghani, S., & Parveen, T., 2016. Frequency of dysmenorrhea and premenstrual syndrome, its impact on quality of life and management approach among medical university students. *Pakistan Journal of Surgery*, 32(2), pp. 104-110.

Gosselin, M., 2013. *Menstrual Cycle: Signs and Symptoms, Psychological/Behavioral Changes and Abnormalities*. Hauppauge, UNITED STATES: Nova Science Publishers, Incorporated.

- Halbreich, U., Borenstein, J., Pearlstein, T. & Kahn, L. S., 2003. The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). *Psychoneuroendocrinology*, 28(3), 1–23. Pridobljeno s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12892987>
- Hussein Shehadeh, J., & Hamdan-Mansour, A. M., 2018. Prevalence and association of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder with academic performance among female university students. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54(2), pp. 176-184. doi:10.1111/ppc.12219
- Işık, H., Ergöl, Ş., Aynioğlu, Ö., Şahbaz, A., Kuzu, A., & Uzun, M., 2016. Premenstrual syndrome and life quality in Turkish health science students. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 46(3), 695-701. doi:10.3906/sag-1504-140
- Jahanfar, S., 2012. Genetic and environmental determinants of menstrual characteristics. *Indian Journal of Human Genetics*, 18(2), 187-192. doi:10.4103/0971-6866.100759
- Kane, E. A., 2015. SOS FOR PMS. *Better Nutrition*, 77(5), pp. 22-26.
- Kocjan, N., 2016. *Kakovost življenja žensk s predmenstrualnim sindromom (diplomsko delo)*. Maribor: [N. Kocjan].
- Kojadinović, T., 2014. *Menstrucija kot kulturno pogojeni sindrom : magistrsko delo*. [T. Kojadinović], Available at: http://dk.fdv.uni-lj.si/magistrska_dela_2/pdfs/mb22_kojadinovic-tea.pdf
- Kues, J. N., Janda, C., Kleinstäuber, M., & Weise, C. (2016). How to measure the impact of premenstrual symptoms? Development and validation of the German PMS-Impact Questionnaire. *Women & Health*, 56(7), 807-826. doi:10.1080/03630242.2015.1118734
- Lee, A. M., Wei, R., Chung, K. F., Hui, K. T., Ip, S. K., Leung, H. L., et al., 2005. Premenstrual symptoms among Chinese female undergraduates: relationship with stress and mental health. *Hong Kong journal of gynecology, obstetrics and midwifery*, 5, pp. 10–21. Available at: <http://hub.hku.hk/handle/10722/208727>.
- Lustyk, M. K. B., Gerrish, W. G., Shaver, S., & Keys, S. L., 2009. Cognitive-behavioral therapy for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: a systematic review. *Archives Of Women's Mental Health*, 12(2), pp. 85–96. <https://doi.org/10.1007/s00737-0090052-y>
- Marčič, M., 2018. *Uporaba presejalnega orodja Premenstrual symptoms screening tool (PSST) pri ugotavljanju kakovosti življenja žensk v času predmenstrualne faze menstruacije : diplomska naloga [na spletu]*. Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju. Available at: <https://repozitorij.upr.si/lzpisGradiva.php?lang=slv&id=9658>
- Mello-Goldner, D., & Jackson, J., 1999. Premenstrual Syndrome (PMS) as a Self-Handicapping Strategy among College Women. *Journal of Social Behavior & Personality*, 14(4), pp. 607-616.
- Mumtaz, T., Roohi, N. & Iqbal, M.A., 2018. A census of premenstrual syndrome in young adolescent girls: facts about women health in developing country. *Medical reports and case studies journals*, 3(2), p. 159.
- Nikam, S., Chavan, M., & Sharma, P. H., 2014. Premenstrual syndrome-causes, symptoms, diagnosis and treatment. *International Journal of Pharmaceutical, Chemical & Biological Sciences*, 4(4), pp. 829-833.

- Schmelzer, K., Ditzen, B., Weise, C., Andersson, G., Hiller, W., & Kleinstäuber, M., 2015). Clinical Profiles of Premenstrual Experiences Among Women Having Premenstrual Syndrome (PMS): Affective Changes Predominate and Relate to Social and Occupational Functioning. *Health Care for Women International*, 36(10), pp. 1104-1123. doi:10.1080/07399332.2014.954701
- Shobeiri, F., Ebrahimi, R., Arasteh, F. E., Nazari, S., & Nazari, S., 2018. Frequency of premenstrual syndrome and effectiveness of group counseling in reducing the severity of symptoms in female students. *JPMI: Journal of Postgraduate Medical Institute*, 32(1), pp. 80-86.
- Sigmon, S. T. & Schartel, J. G., 2008. Anxiety, anxiety disorders, and the menstrual cycle. V J. A. J. Smits in M. J. Zvolensky (ur.), *Anxiety in health behaviors and physical illness*. New York: Springer, pp. 181-205.
- Steiner, M., Macdougall, M. & Brown, E., 2003. The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. *Archives of women's mental health*, 6(3), pp. 203-209.
- Shulman, L. P., 2010. Gynecological management of premenstrual symptoms. *Current pain and headache reports*, 14(5), pp. 367–375. <https://doi.org/10.1007/s11916-010-0131-9>
- Ule, M. , 2013. Družbene neenakosti v zdravju žensk v Sloveniji = Social inequalities in women's health in Slovenia. Ljubljana: Zavod LRS za zdravstveno varstvo, Republiški zdravstveni center, 52, pp. 69-74.
- Tadakawa, M., Takeda, T., Monma, Y., Koga, S., & Yaegashi, N., 2016. The prevalence and risk factors of school absenteeism due to premenstrual disorders in Japanese high school students—a school-based cross-sectional study. *BioPsychoSocial medicine*, 10(1), p. 13.
- Takač, I., & Kotnik, B., 2009. Premenstrual syndrome. *Zdravniški vestnik*, 78(10), pp. 555-563.
- Tempel, R., 2001. PMS in the workplace: an occupational health nurse's guide to premenstrual syndrome. *AAOHN Journal*, 49(2), pp. 72-78.

NOVOSTI IN NAŠE IZKUŠNJE PRI OŽIVLJANJU NOVOROJENČKA

Irena Cetin-Lovšin, dr. med; Alenka Stepišnik, dr. med; Nika Morgan, dr. med.

Splošna bolnišnica Izola
Polje 40, 6310 Izola
irena.cetin@sb-izola.si

POVZETEK

Prilagajanje novorojenčka na življenje po rojstvu je običajno fiziološki proces, kjer posebni ukrepi niso potrebni. Pri vitalnih novorojenčkih je pomembna pravilna pomoč pri prehodu v postnatalno življenje, da preprečimo poslabšanje njihovega zdravstvenega stanja. Nove smernice poudarjajo pomen vzdrževanja telesne temperature in priporočajo odloženo stisnjenje popkovnice, tako pri donošenih kot nedonošenih novorojenčkih, ki ne potrebujejo oživljanja. Oživljanje novorojenčka izvajamo skladno s smernicami in najboljšimi lokalnimi zmožnostmi. Priporočljivo je, da ima vsaka ustanova pisna navodila za ukrepanje ob zapletih pri porodu ter se na tvegan porod predhodno pripravi.

Novorojenčka, pri katerem je bilo potrebno oživljanje in je utrpel hipoksijo, je potrebno po stabilizaciji stanja premestiti na oddelek ali v ustanovo, kjer mu lahko zagotovijo nadaljnje zdravljenje in po potrebi terapevtsko hipotermijo. Starše moramo sproti obveščati o otrokovem stanju ter v okviru možnosti upoštevati njihove želje pri odločitvah o nadaljnjih postopkih.

V naši bolnišnici ob tveganem porodu poleg babice, ginekologa in pediatrične medicinske sestre sodeluje pediater in po potrebi tudi anesteziolog.

Po pregledu podatkov 11-letnega obdobja je bilo pri nas novorojenčkov, ki so potrebovali oživljanje malo, večina otrok s slabo začetno oceno vitalnosti je potrebovala le kratkotrajne ukrepe in pomoč pri prehodu.

ABSTRACT

Adaptation of the newborn to postnatal life is usually a physiological process where no special measures are required. In a vital newborn, proper transition assistance is important to prevent deterioration of his health, especially the maintaining of normal body temperature. The delayed umbilical cord clamping is suggested. Newborn resuscitation is performed in accordance with the international and local guidelines.

It is recommended that each institution has written instructions for dealing with complications during childbirth and that the team is prepared for a risky birth in

advance. A newborn who has undergone resuscitation and has suffered from hypoxia should be transferred to a tertiary center after stabilization, where further treatment can be provided and, if necessary, therapeutic hypothermia can be commenced.

Parents must be continuously informed of the child's condition and their wishes must be taken into consideration when deciding on further procedures.

In addition to the midwife, a gynaecologist and a paediatric nurse, a paediatrician and, if necessary, an anaesthesiologist are present during a high-risk birth in our hospital.

After reviewing the data from the 11-years period, there were only few newborns in need of resuscitation. Most children with poor initial vital signs needed only short-term resuscitation or help with the transition.

UVOD

Ob rojstvu se mora novorojenček v nekaj minutah prilagoditi na izvenmaternično življenje. Ta prehod je pri večini otrok fiziološki pojav, pri katerem ne potrebujejo posebne pomoči. Po oceni Svetovne zdravstvene organizacije približno 10 % otrok po rojstvu potrebuje le nekaj ukrepov za uspešen prehod, pri 1-3 % pa so potrebni postopki oživljanja (Wyllie, et al., 2015).

Smernice za uspešno pomoč pri prehodu in za postopke oživljanja izdajajo skupine strokovnjakov na državni, evropski in mednarodni ravni. Smernice zajemajo navodila za izobraževanje zdravstvenega osebja, ki sodeluje pri porodu in priporočila za temeljne in dodatne postopke oživljanja. Svet za oživljanje tudi uvaja novosti, ki se preverjajo in spreminjajo skladno z dokazi podprtimi ugotovitvami. V prispevku so povzete smernice Evropskega sveta za oživljanje (European Resuscitation Council) iz leta 2015 ter poudarjene nekatere novosti (Wyllie, et al., 2015).

Na koncu so podane izkušnje v SB Izola pri pripravi na tvegan porod ter oživljanju novorojenčkov v enajstletnem obdobju od leta 2010 do 2020.

Prilagajanje novorojenčka na življenje po rojstvu in dogodki ob intrauterini hipoksiji

Porod je za plod relativno hipoksičen dogodek, vendar je pomanjkanje kisika med popadki kratkotrajno in večinoma neškodljivo.

Ob rojstvu, po prekinitvi popkavnice, nastane trenutna hipoksija, kar je za novorojenega otroka dražljaj za prvi vdih. Tlaki, ki so za to potrebni, so 10-15x večji kot

kasneje. Ob prvih vdihih se vzpostavi funkcionalna rezidualna kapaciteta, pospeši se tvorba in izločanje surfaktanta na površino pljučnih mešičkov. Zaradi povečane oksigenacije, spremembe tlakov v pljučnem žilju in zaradi nekaterih mediatorjev iz pljuč se spremeni vzorec plodovega krvnega obtoka- zapre se ovalno okence ter Botallov vod.

Kadar je plod izpostavljen intrauterini hipoksiji ali je krvni pretok popolnoma ali delno prekinjen, plod vzpostavi obrambne mehanizme za ohranitev življenja.

Začetna hipoksija sproži sunkovite dihalne gibe, po nekaj minutah pa nastopi primarna apnea. Srčni utrip se upočasni, plod vzdržuje krvni tlak s centralizacijo krvnega obtoka in povečanjem utripnega volumna. Če se hipoksija nadaljuje, plod izgubi zavest, aktivirajo se hrbtenjačni centri, plod hlasta (gasping), diha s pomožnimi mišicami, cirkulacijo lahko vzdržuje, dokler so prisotni dihalni gibi - približno 20 minut od začetka hipoksije. Za tem nastane terminalna ali sekundarna apnea, ki je nepovratno stanje. Takega otroka tudi s pravilnimi postopki oživljanja ne oživimo ali pa ima po oživljanju hude posledice (Wyllie, et al., 2015).

Priprava na porod

Zdravstveno osebje, ki je prisotno ob porodu, mora glede na potek poroda oceniti stopnjo tveganja za morebiten neugoden izid (Aziz, et al., 2008). Glede na to je potrebno zagotoviti ustrezno ekipo usposobljenega osebja, ki je večča oživljanja novorojenčka, vključno z intubacijo. Že pred rojstvom je potrebno tako pripraviti ustrezen ogret prostor ter pripomočke in zdravila, ki bi jih lahko pri oživljanju potrebovali.

Začetna ocena novorojenčka

Za ukrepe pri novorojenčku se odločimo na podlagi prve ocene novorojenčka. S hitro oceno frekvence dihanja, srčnega utripa in mišičnega tonusa in barve kože prepoznamo novorojenčke, ki potrebujejo dodatno pomoč. Kasneje nam lahko spremembe teh parametrov nakazujejo uspešnost ali neuspešnost naših postopkov.

1. Novorojenček z dobrim tonusom, ki glasno joka, zelo verjetno ne bo potreboval veliko pomoči. Takega otroka osušimo, pokrijemo s toplo plenico ter zagotovimo vzdrževanje telesne temperature s stikom na kožo pri materi. Nove smernice poudarjajo pomen vzdrževanja telesne temperature pri novorojenčkih, saj je dokazano, da lahko podhladitev novorojenčka po rojstvu povzroči številne zaplete (Wyllie, et al., 2015).

Odloženo stisnjenje popkavnice: pri novorojenčkih, ki ne potrebujejo oživljanja po rojstvu, je priporočeno stisnjenje popkavnice po 1 minuti. S tem postopkom zagotavljamo po rojstvu višji krvni tlak, boljšo cirkulacijo in manjšo verjetnost razvoja anemije (American Academy of Pediatrics, 2013; Kugelman, et al., 2007). Enako velja

tudi za nedonošenčke, ki so ob rojstvu vitalni in ne potrebujejo dodatnih postopkov oživljanja (American Academy of Pediatrics, 2013; Kugelman, et al., 2007; Rabe, et al., 2012; Fogarty, et al., 2018; Katheria, et al., 2014).

2. Če otrok ne diha ali je dihanje nezadostno, otroka osušimo, pokrijemo, preverimo dihalno pot, nato dihanje najprej vzpodbujamo z dotikom in sicer z nežnim brisanjem po hrbtu in podplatih. V kolikor nismo uspešni, je potrebno predihavanje preko maske.

3. Če ima znižano srčno frekvenco ($< 100/\text{min}$) ali slabši mišični tonus, otroka osušimo, zavijemo, damo na toplo površino pod grelec in preverimo prehodnost dihalnih poti. V primeru zapore aspiriramo kri in/ali mekonij iz ustno-žrelnega predela ter pričnemo s predihavanjem na masko. Preverjamo srčno frekvenco.

4. Če je otrok ob rojstvu bled, ne diha, je povsem mlahav, srčni utrip je zelo počasen ali komaj zaznaven, ga takoj osušimo, damo na toplo in/ali zavijemo ter začnemo z oživljanjem

Postopki oživljanja pri novorojenčku

S postopki oživljanja pričnemo, če otrok kljub začetni oskrbi ne diha in ima znižan srčni utrip ($< 100/\text{min}$).

Najpomembnejši korak je vzpostavitev dihalne poti in vzdrževanje dihanja. Novorojenčka položimo na ogreto površino na hrbet z glavo v nevtralnem položaju. Za lažje vzdrževanje položaja glave, mu lahko rame podložimo z 2 cm debelo podlogo. Čeljust potisnemo nekoliko naprej. Če v ustih ni goste vsebine, ki bi zapirala dihalno pot, aspiracija ni potrebna, saj lahko z njo vzdražimo vagusne reflekse in še dodatno poslabšamo stanje (Kelleher, et al., 2015).

Pri donošenih otrocih pričnemo predihavanje z zrakom (Wyllie, et al., 2015; Davis, et al., 2004). Najprej izvedemo 5 počasnih vpihov, ki trajajo 2-3 sekunde, ki pomagajo razpeti pljuča. Opazujemo, če se ob tem dviguje prsni koš. Če smo s prvimi vpihi uspešni, bomo zaznali povišanje srčne frekvence, če ne, nadaljujemo s hitrejšimi vpihi, ki trajajo 1 sekundo in frekvenco 30 vpihov/min. Priporočljiv pripomoček pri predihavanju je mehanični ventilator s T členom, s katerim lahko nastavimo pozitivni tlak ob koncu izdiha in s tem pomagamo ohranjati razpetost pljuč.

Vzdrževanje prehodne dihalne poti in predihavanje sta najpomembnejša in ključna dejavnika pri oživljanju novorojenčka.

Zasičenost krvi s kisikom najbolj natančno merimo s pulznim oksimetrom, ki nam hkrati meri tudi srčni utrip.

Podpora krvnemu obtoku

Vzrok za srčni zastoj ali bradikardijo pri novorojenčku je skoraj vedno odpoved dihanja.

Za vzpostavitev srčne akcije je najpomembnejša prosta dihalna pot in vzdrževanje dihanja.

Kadar se kljub pravilnemu predihavanju ne vzpostavi primerna srčna frekvenca, pričnemo s stisi prsnega koša. Palce prekrizamo v sredini prsnega koša, na črti, ki povezuje prsne bradavice, z ostalimi prsti pa objamemo prsni koš. Stiskamo s frekvenco 90 stisov na minuto, prsni koš pa naj se vgreza za 1/3 svoje debeline. Razmerje med stisi in vpihi naj bo 3:1. Kadar so potrebni stisi prsnega koša, predihavamo s 100% kisikom.

V novih smernicah je priporočeno, da srčni utrip nadzorujemo z EKG (Johnson, et al., 2019; Perlman, et al., 2015).

Pomembno je, da vsake pol minute preverimo srčni utrip in nadaljujemo, če ta ni zadovoljiv. Če kljub pravilno izvedenimi postopki ne dosežemo zelenega učinka, so potrebni zahtevnejši ukrepi, kot so trahealna intubacija in vzpostavitev intravenskega kanala za dajanje zdravil.

Žilni pristopi

Najenostavnejši in hiter venski dostop pri novorojenčku je popkovnična vena.

Zdravila

Zdravila se pri oživljanju novorojenčka uporabljajo redko, saj je znižan srčni utrip večinoma posledica odpovedi dihanja. Dobra dihalna podpora privede do normalizacije srčnega utripa, če je izvedena pravilno in če hipoksija ni trajala predolgo.

V postopku oživljanja uporabljamo naslednja zdravila:

Adrenalin: uporabljamo ga ob trdovratni bradikardiji in dolgotrajnem oživljanju. Začetni odmerek 0,01-0,03 mg/kg telesne teže. Raztopino v ampuli redčimo 1:10. Adrenalin dajemo v veno ali intraosalno, dajanje v sapnik pa je v novih smernicah odsvetovano (Barber & Wyckoff, 2006).

Bikarbonat: dajemo ga lahko pri dolgotrajnem oživljanju, vendar moramo prej zagotoviti dobro predihavanje in krvni obtok.

Tekočine: so pomembne predvsem pri novorojenčkih, kjer je prišlo do krvavitve ali so v šoku. Dajemo izotonično raztopino (ali kri) v dozi 10 ml/kg telesne teže.

Prenehanje oživljanja

Natančnih navodil o prenehanju oživljanja ni. Obstajajo priporočila, da naj bi prenehali z oživljanjem, če se po 10-15 minutah pravilno izvedenih postopkov oživljanja ne vzpostavi dihanje in srčni utrip.

Opustitev oživljanja je težka odločitev. Navadno opustimo oživljanje pri nekaterih vnaprej poznanih kliničnih stanjih z visoko stopnjo umrljivost (prenatalna diagnostika) ali pri zelo nezrelih nedonošenčkih, po predhodnem pogovoru s starši.

Nedonošenčki

Nedonošenčki so bolj termolabilni, zaradi nezrelosti vseh organskih sistemov pa je hipo pa tudi hipertemija pri njih prej usodna. Dokazano je, da je telesna temperatura ob sprejemu v enoto intenzivne terapije zelo pomemben napovedni dejavnik za izid zdravljenja pri nedonošenčkih (Kent & Williams, 2008; Meyer & Bold, 2007; Almeida, et al., 2014).

Kadar je nedonošenček ob rojstvu vitalen in diha sam, je priporočljivo odloženo stisnjenje popkovnice (Rabe, et al., 2012). Pazimo, da se ob tem ne podhladi. Brez brisanja ga damo v za to pripravljeno plastično vrečko s kapuco, na glavo mu damo kapo. Nadzor telesne temperature je priporočljiv s kožnim avtomatskim merilcem na ogrevalni napravi. Če diha sam, mu razpetost pljuč poskušamo vzdrževati z masko s pozitivnim tlakom. Kadar je potrebno predihovanje, je priporočljiv mehanični ventilator s T-sistemom, kjer nastavimo ustrezne tlake pri vdihu in izdihu ter s tem preprečimo poškodbo pljuč zaradi previsokih tlakov. Rokovanje z nedonošenčkom mora biti kar se da nežno in neagresivno.

Oskrba novorojenčka po oživljanju

Novorojenček, ki smo ga oživljali, potrebuje skrben nadzor, saj se mu stanje lahko poslabša. Priporočljiva je premestitev na oddelek intenzivne terapije novorojenčkov, kjer mu lahko nudijo najbolj strokovno oskrbo. Pri donošenih novorojenčkih, ki so utrpeli hujšo hipoksijo, poskušamo z zniževanjem telesne temperature (terapevtska hipotermija) zmanjšati možgansko okvaro.

Porod na domu

Za načrtovanje poroda doma je zelo pomembna skrbna ocena tveganja. Osebe, ki so udeležene ob takem porodu, morajo biti izkušene in večje pomoči novorojenčku ob prehodu, postopkov oživljanja in imeti ustrezno opremo.

Izobraževanje zdravstvenega osebja

Zaželeno je, da ima vsak oddelek porodnišnice napisane smernice za ukrepanje ob zapletih po porodu. Zdravstveno osebje mora redno vaditi temeljne in dodatne

postopke oživljanja novorojenčka. Priporočljivo je, da se čim več zdravstvenega osebja tudi redno udeležuje tečajev (Newborn Life Support), ki jih organizira Svet za oživljanje novorojenčka, kjer se seznanjajo s teoretičnimi in praktičnimi novostmi postopkov oživljanja.

Naše izkušnje

V naši porodnišnici se letno rodi 650-700 otrok, od tega 22 % s carskim rezom. 5-6 % je nedonošenčkov, velika večina z gestacijsko starostjo nad 32. tednov. V primeru grozečega prezgodnjega poroda pred 32. tednom, je nosečnica premeščena v terciarni center kot »transport in utero«. Izjemoma se pri nas rodi zelo nezrel nedonošenček, mlajši od 32. tednov.

Ob porodu je vedno prisotna babica, ob samem rojstvu tudi ginekolog porodničar in pediatrična medicinska sestra.

Pri vseh carskih rezih, pri rojstvu nedonošenčka in pri porodih, kjer so glede na potek predvideni zapleti, je prisoten pediater, po potrebi pa tudi anesteziolog. Vsi pediatri in tudi nekatere babice, imamo opravljen mednarodno priznan tečaj oživljanja novorojenčka (Newborn life support-NLS), redno pa izvajamo vaje oživljanja tudi na lutkah.

Med leti 2010 in 2020 se je v Porodnišnici Izola rodilo 7650 otrok. Prvo oceno po Apgarjevi 5 ali manj je imelo 92 živorojenih otrok, kar je 1,2 %. Dva od teh sta imela hudo kromosomopatijo in sta kasneje umrla. Po podatkih Perinatalnega informacijskega sistema je 39 otrok (0,5 %) potrebovalo oživljanje s podporo dihanja in masažo srca, ostalim pa se je stanje izboljšalo po kratkotrajnih postopkih ob prehodu. Število otrok, ki je potrebovalo le pomoč pri prehodu ali kratkotrajno predihavanje ni povsem zanesljivo in je verjetno večje od prikazanega. Pri pregledu porodnih zapisnikov smo namreč ugotovili, da kratkotrajni ukrepi niso bili vedno dosledno beleženi.

Zaključek

V smernicah za obravnavo in oživljanje novorojenčka iz leta 2015 Svet za reanimacijo predlaga nekaj novosti. Poudarjen je pomen ustrezne priprave na porod glede na stopnjo tveganja. Ukrepe po rojstvu otroka načrtujemo glede na začetno oceno vitalnosti in na njegovo gestacijsko starost. Za ohranitev otrokovega zdravja so zelo pomembni postopki pomoči pri prehodu ob rojstvu, še zlasti ohranjanje telesne temperature novorojenčka. Pri novorojenčkih, ki ne potrebujejo oživljanja, tako donošenih, kot nedonošenih, je svetovano odloženo stisnjenje popkavnice od 30 sekund do 1 minute. Pri vitalnem novorojenčku je odsvetovana aspiracija mekonija

iz ust in zgornjih dihal. Aspiracija mekonija iz dihal je priporočljiva le, kadar mekonij zapira dihalno pot. Uporaba kisika naj bo previdna. Pri donošenem otroku je priporočeno začetno oživljanje z zrakom, pri nedonošenčku pa 21-30 % kisik, odvisno od zasičenosti hemoglobina. 100 % kisik naj bi uporabljali ob oživljanju, kadar so potrebni tudi stisi prsnega koša.

Pri nedonošenčku je priporočena uporaba CPAP pred trahealno intubacijo.

Za nadzor življenjskih funkcij med oživljanjem je priporočena uporaba pulzne oksimetrije, za kontrolo srčne akcije pa EKG. Poznavanje smernic, redno izobraževanje in vaje na lutkah in simulatorjih nam omogočajo pravilno ukrepanje, lažje odločitve in zmanjšajo stres ob oživljanju. Glede na naše izkušnje v 11-letnem obdobju je pravih oživljanj malo, pogosteje pa novorojenčki potrebujejo kratkotrajno pomoč za dober prehod v življenje po rojstvu.

Literatura

Almeida, M.F., Guinsburg, R., Sancho, G.A., Rosa, I.R., Lamy, Z.C., Martinez, F.E., et al., 2014. Brazilian Network on Neonatal Research. Hypothermia and early neonatal mortality in preterm infants. *J Pediatr*, 164, pp. 271–275.e1. doi: 10.1016/j.jpeds.2013.09.049.

American Academy of Pediatrics, 2013. Statement of endorsement: timing of umbilical cord clamping after birth. *Pediatrics*, 131:e1323.

Aziz, K., Chadwick, M., Baker, M. & Andrews, W., 2008. Ante- and intra-partum factors that predict increased need for neonatal resuscitation. *Resuscitation*, 79, pp. 444–452. doi: 10.1016/j.resuscitation.2008.08.004

Barber, C.A. & Wyckoff, M.H., 2006. Use and efficacy of endotracheal versus intravenous epinephrine during neonatal cardiopulmonary resuscitation in the delivery room. *Pediatrics*, 118, pp. 1028–1034. doi: 10.1542/peds.2006-0416

Davis, P.G., Tan, A., O'Donnell, C.P. & Schulze, A., 2004. Resuscitation of newborn infants with 100% oxygen or air: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*; 364, pp.1329-1333.

Fogarty, M., Osborn, D.A., Askie, L., Seidler, A.L., Hunter K, Lui K, Simes J. & Tarnow-Mordi W., 2018. Delayed vs early umbilical cord clamping for preterm infants: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*, 218, pp. 1–18. doi: 10.1016/j.ajog.2017.10.231

Johnson, P.A.; Cheung, P.Y.; Lee, T.-F.; O'Reilly, M. & Schmölzer, G.M., 2019. Novel technologies for heart rate assessment during neonatal resuscitation at birth—A systematic review. *Resuscitation*, 143, pp. 196–207.

Katheria, A.C., Leone, T.A., Woelkers, D., Garey, D.M., Rich W. & Finer, N.N., 2014. The effects of umbilical cord milking on hemodynamics and neonatal outcomes in premature neonates. *J Pediatr*, 164, pp. 1045–1050.e1. doi: 10.1016/j.jpeds.2014.01.024.

- Kelleher, J. & Bhat, B.V., 2015. Endotracheal Suction for Nonvigorous Neonates Born through Meconium stained Amniotic Fluid:A randomized Controlled Trial. *The Journal of Pediatrics*.
- Kent, A.L. & Williams, J., 2008. Increasing ambient operating theatre temperature and wrapping in polyethylene improves admission temperature in premature infants *J Paediatr Child Health*, 44, pp. 325–331.
- Kugelman, A., et al., 2007. Immediate versus delayed umbilical cord clamping in premature neonates born < 35 weeks: a prospective, randomized, controlled study. *American Journal of Perinatology*, 24, pp. 307–315.
- Meyer, M.P. & Bold, G.T., 2007. Admission temperatures following radiant warmer or incubator transport for preterm infants h28 weeks: a randomised study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 92, F295–F297.
- Perlman, J., Wyllie, J., Kattwinkel, J., Wyckoff, M., Aziz, K., Guinsburg, R., et al., 2015. Part 7: Neonatal Resuscitation 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Circulation*, 132, pp. S204–241.
- Rabe, H. , Diaz-Rossello, J.L., Duley, L. & Dowswell, T., 2012. Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes . *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8. Art. No.:CD003248. DOI: 10.1002/14651858.CD003248.pub3 .
- Wyllie, J., et al., 2015. European Resuscitation Council: Newborn Life Support; ERC guidelines 2015 edition. Available at: [http://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(15\)00366-4/pdf](http://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(15)00366-4/pdf).

INVAZIVNE MENINGOKOKNE OKUŽBE

Prim. mag. Breda Zakotnik, dr. med.

Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja
Univerzitetni klinični center Ljubljana
Japljeva 2, 1000 Ljubljana
bzakotnik@gmail.com

IZVLEČEK

Invazivna meningokokna bolezen je akutna huda bolezen, ki jo povzroča bakterija *Neisseria meningitidis*. Najpogosteje okužba poteka kot meningitis in bakteriemija. Čeprav se lahko pojavi v katerikoli starosti, je invazivna meningokokna bolezen najpogostejša pri dojenčkih, mlajših od 1 leta, najstnikih in mladih odraslih ter pri osebah, starejših od 65 let. Skoraj vse okužbe povzroči eden od petih serotipov meningokokov: A, B, C, W in Y. Zadnja leta so na voljo cepiva proti tem petim serotipom meningokokov. V Sloveniji je cepljenje proti meningokokom priporočeno le za rizične skupine.

Ključne besede: meningokokne okužbe, epidemiologija, priporočila za cepljenje

ABSTRACT

Invasive meningococcal disease is an acute, severe illness caused by the bacterium *Neisseria meningitidis*. Meningitis and bloodstream infections are the most common presentations of invasive meningococcal infection. Although it can occur across all ages, incidence is highest in infants under 1 year, adolescents and young adults, and those over age 65 years. Almost all invasive meningococcal diseases are caused by one of five serogroups: A, B, C, W, and Y. Vaccines that provide direct protection against those five meningococcal serogroups are currently available. In Slovenia, vaccination against meningococcal disease is recommended for risk groups only.

Key words: meningococcal infection, epidemiology, recommendation for vaccination

UVOD

V trenutnih razmerah epidemije novega koronavirusa smo kar nekako pozabili, da bolniki v tem času lahko potrebujejo zdravstveno oskrbo tudi zaradi drugih infekcijskih bolezni. Res je, da so zaradi omejitve stikov in gibanja ljudi manjše možnosti prenosa bolezni, ki se širijo s stiki med ljudmi, vendar pa moramo biti tudi v tem

času pozorni na eno izmed nujnih stanj v infektologiji, ki se zaradi neznačilne klinične slike zlahkoto spregleda in ima zaradi hitrega poteka pogosto neugoden izid, to je invazivna meningokokna bolezen (Pollard, 2018).

Povzročitelj

Bakterija *Neisseria meningitidis* ali kratko meningokok je po Gramu negativen diplokok. Obdaja jo polisaharidna kapsula, ki je njen glavni virulenčni dejavnik, saj jo ščiti pred fagocitozo. Na osnovi kapsularnih polisaharidnih antigenov delimo meningokoke v vsaj 13 seroloških skupin, glavnino okužb povzročajo skupine A, B, C, Y in W 135. Serološki skupini A in C sta znani kot povzročiteljici epidemij in izbruhov bolezni v zaprtih okoljih kot so vojašnice ali dijaški domovi (Pollard, 2018). V Sloveniji in tudi po Evropi več kot polovico okužb povzročajo meningokoki seroskupine B (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2019a; ECDC, 2018). Človek je edini naravni gostitelj meningokoka bodisi kot bolnik ali kot brezsimptomni nosilec bakterije v nosno-zrelnem prostoru. Brezsimptomnih nosilcev je 1-10% zdravih ljudi. Klicečnost je lahko prehodno, občasno ali kronično (Pollard, 2018). Meningokok se prenaša kapljično ter posredno in neposredno s stikom z izločki dihal (Pollard, 2018).

Pojavnost invazivnih meningokoknih okužb

V Evropi je povprečna pojavnost invazivne meningokokne bolezni 0,6/100.000 prebivalcev na leto, v Sloveniji pojavnost niha od 0,3 do 1/100.000 prebivalcev na leto (ECDC, 2018; Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2019a). Bolezen pa ni enako pogosta v vseh starostnih skupinah. V Evropi je najvišja pojavnost pri dojenčkih (8,2/100.000/leto), nižja v starostni skupini 1-4 let (2,5/100.000/leto), manjši vrh je še pri starostni skupini 15-24 let (1/100.000/leto) (ECDC, 2018). V Sloveniji je največja pojavnost pri otrocih, mlajših od 5 let (5,8/100.000/leto), manjši vrh pa prav tako še pri starostni skupini 15-24 let (2/100.000/leto) (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2019a).

Tako kot drugod po Evropi tudi pri nas več kot polovico vseh okužb v vseh starostnih skupinah povzroča serološka skupina B. Pri otrocih mlajših od 5 let je ta delež skoraj 70% (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2019a).

Bolezenske slike

Inkubacijska doba za meningokokno bolezen je med 2 do 10 dni. Meningokoki sicer lahko povzročajo lokalne okužbe, ki pa so redke. Invazivne okužbe se lahko kažejo kot različne bolezenske slike: bakteriemija brez sepse, meningokokcemija z ali brez meningitisa, gnojni meningitis ali meningoencefalitis z ali brez bakteriemije (American Academy of pediatrics, 2018). Bakteriemija brez sepse poteka z vročino, znaki in

simptomi okužbe zgornjih dihal ali izpuščajem, ki spominja na virusno okužbo, potek je počasen, bolezen se dobro odziva na antibiotično zdravljenje (American Academy of pediatrics, 2018). Meningokokcemija nastane akutno z vročino, slabostjo, bolečinami v mišicah, sklepih, glavobolom, bledico, v nekaj urah se pojavijo kožne spremembe, ki so sprva makulozne in nato petehialne, sledijo simptomi in znaki sepse, septičnega šoka in odpoved organov. Potek bolezni je lahko tudi izredno hiter z obsežnimi krvavitvami v koži predvsem spodnjih udov in trupa, krvavitvami v nadledvični žlezi ter hitrim nastankom nepovratnega šoka (American Academy of pediatrics, 2018). Meningokokni meningitis se kaže z vročino, slabostjo, bruhanjem, glavobolom, otrplostjo tilnika in različnimi stopnjami motnje zavesti od zmedenosti, zaspanosti do kome. Žariščni nevrološki znaki in krči se pojavljajo redko (American Academy of pediatrics, 2018). Pri dojenčkih je bolezen še težje prepoznavna. Dojenček je nerazpoložen, nemiren, bled, zaspan, odklanja hranjenje, lahko ima povišano temperaturo in napeto fontanelo (American Academy of pediatrics, 2018).

Zapleti in posledice bolezni

Zgodnji zapleti nastanejo zaradi burnega vnetnega odziva na okužbo in hipoksično-ishemičnih okvar kot posledica septičnega šoka; zapleti, ki nastanejo 5-7 dni po začetku bolezni pa so posledica odlaganja imunskih kompleksov (npr.: artritis in perikarditis). Posledice meningokokcemije so okvare kože, skeleta, oči (Pollard, 2018). Meningokokni meningitis lahko zapuša številne posledice kot so gluhost, epilepsija, ataksija, slepota, pareze možganskih živcev, hidrocefalus (Pollard, 2018). Dejavniki tveganja za meningokokno okužbo so predvsem prirojeno ali pridobljeno (zaradi nekaterih bolezni ali zdravljenja z nekaterimi biološkimi zdravili) pomanjkane komplementa (predvsem komponent C3, C5-C9 ter properdina), asplenija (tako anatomsko kot funkcionalna) in agamaglobulinemija. Manj pomembni, ne pa tudi zanemarljivi dejavniki tveganja, ki pripomorejo k okužbi so tudi podhranjenost, oslabelost, predhodna virusna okužba dihal, bivanje v prenatrpanih prostorih, kajenje, uživanje alkohola (American Academy of pediatrics, 2018).

Diagnoza

Diagnozo bolezni postavimo na osnovi kliničnega suma, potrdimo pa jo z dokazom povzročitelja iz krvi, možganske tekočine, kožne lezije. Meningokoke dokažemo z metodami: kultivacije in osamitve bakterij, barvanja po Gramu, pomnoževanja nukleinskih kislin, antigena (American Academy of pediatrics, 2018).

Zdravljenje

Ob sumu na invazivno meningokokno okužbo takoj po odvzemu kužnin uvedemo antibiotično zdravljenje intravenozno, saj ima zamuda pri uvedbi antibiotika lahko

hude posledice. Izkustveno začnemo zdravljenje s cefalosporini 3. generacije, po osamitvi bakterije in antibiogramu pa lahko nadaljujemo s penicilinom. Bolniki potrebujejo tudi ostalo, pogosto intenzivno, podporno zdravljenje (Čižman & Beović, 2013).

Preprečevanje

Cepiv proti meningokokom je več vrst. Polisaharidna cepiva, ki so bila manj učinkovita, pri nas niso več v uporabi. Obstajajo monovalentna konjugirana cepiva le proti meningokokom skupin A ali C, ki se uporabljajo bolj za preprečevanje izbruhov (Dretler, et al., 2018). Štirivalentno konjugirano cepivo, ki vsebuje antigene serotipov A, C, Y in W 135, je namenjeno cepljenju odraslih in otrok od 6. tedna starosti dalje (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020a). Priporoča se za preprečevanje izbruhov bolezni v endemskih področjih in osebam z veliko nevarnostjo za meningokokno okužbo (pomanjkanje komplementa, brez vranice). Za cepljenje starejših od 1 leta zadošča 1 odmerek cepiva, mlajši od 12 mesecev prejmejo 2 odmerka cepiva v razmiku 2 meseca in požitveni odmerek, ko dopolnijo 12 mesecev. Zaščita traja 3-5 let (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020a). Cepiva proti meningokokom skupine B vsebujejo 2 ali 4 antigene. Pri nas uporabljamo cepivo s 4 antigeni – 3 rekombinantne vezavne beljakovine iz bakterijskega plašča in glavni protein iz vezikla zunanje membrane. Z antigeni v cepivu se ujema 73-87% divjih sevov, ki krožijo pri nas in v Evropi (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020a; Dretler, et al., 2018). Cepljenje lahko začnemo po dopolnjenem 2. mesecu starosti, število odmerkov je odvisno od starosti v kateri začnemo s cepljenjem (sheme 3+1, 2+1), pri starejših od dveh let zadoščata 2 odmerka cepiva v razmiku najmanj 1 mesec. Zaščita traja 4 leta. Neželeni učinki so pri mlajših pogostejši, posebno pri majhnih otrocih je pogosta vročina, možni so še glavobol, razdražljivost, neješčnost in lokalne reakcije (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020a). V nekaterih evropskih državah (Velika Britanija, Irska, Italija, Avstrija) so cepljenje proti meningokokom skupine B uvrstili v program priporočenih cepljenj za dojenčke in mladostnike. Rezultati so ugodni, saj poročajo o znatnem upadu pojavnosti invazivne meningokokne bolezni (Ladhani, et al, 2016; Tirani, et al., 2016).

Priporočila

Po našem nacionalnem programu cepljenja cepljenje proti meningokoknim okužbam ni vključeno med rutinska cepljenja predšolskih in šolskih otrok, ampak je namenjeno osebam z večjim tveganjem za okužbo (Uradni list, 2020). Cepljenje se priporoča osebam s pomanjkanjem komplementa (tudi zaradi jemanja zdravil, ki zmanjšajo aktivnost komplementa, npr. ekulizumab), osebam z anatomsko in funkcionalno asplenijo in po presaditvi krvotvornih matičnih celic (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020a; Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020b; Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020c). Cepljenje pa je obvezno, če obstajajo epidemiološke

indikacije za cepljenje (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020a). V navedenih primerih je cepljenje plačano iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja. Cepljenje se priporoča tudi pri zaposlenih, ki službeno potujejo v endemične kraje (npr. vojaki, poslovneži...) in pri zaposlenih, ki so pri delu v laboratoriju lahko izpostavljeni okužbi z meningokoki, v teh primerih je plačnik delodajalec (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020a). Cepljenje se priporoča tudi potnikom na endemska področja in potnikom, ki bodo izpostavljeni tesnemu stiku z domačini ali množico ljudi (npr. shodi). Cepljenje je obvezno za romarje v Meko v času Hajja. V teh primerih je cepljenje samoplačniško (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2019b). Priporočila so enotna za cepljenja z obema cepivoma.

Literatura

American Academy of pediatrics, 2018. Meningococcal infections. In: Kimberlin, D.W., Brady, M.T., Jackson, M.A., Long, S.S., eds. Red book 2018-2021, Report of the Committee on infectious diseases, 31st ed. Itasca, IL: American Academy of pediatrics; pp. 550-561.

Čižman, M. & Beović, B., 2013. Kako predpisujemo protimikrobna zdravila v bolnišnicah, 2. Izdaja. Ljubljana, Sekcija za protimikrobno zdravljenje Slovenskega zdravniškega društva, pp. 192-195.

Dretler, A.,W., Roupael, N.,G. & Stephens, D.,S., 2018. Progress toward the global control of Neisseria meningitidis: 21st century vaccines, current guidelines, and challenges for future vaccine development. *Hum Vaccin Immunother*,14(5), pp.1146-1160.

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), 2018. Disease data from ECDC Surveillance atlas for meningococcal disease. Dosegljivo na: <https://atlas.ecdc.europa.eu/public/index.aspx?Dataset=27&HealthTopic=36>.

Ladhani, S.N., Ramsay, M., Borrow, R., Riordan, A., Watson, J.M. & Pollard, A.J., 2016. Enter B and W: two new meningococcal vaccine programmes launched. *Arch Dis Child*, 101(1), pp. 91-95.

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2019a. Epidemiološko spremljanje nalezljivih bolezni v Sloveniji v letu 2018. Dostopno na: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/epidemiolosko_spremljanje_nalezljivih_bolezni_v_sloveniji_v_letu_2018.pdf.

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2019b. Smernice za cepljenje potnikov. Dosegljivo na: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/smernice_za_cepljenja_potnikov_ver1_maj19_0.pdf

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020a. Navodila za izvajanje Programa cepljenja in zaščite z zdravili za leto 2020. Dostopno na: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/navodila_za_izvajanje_ip_2020_končna.pdf.

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020b. Priporočila za cepljenje oseb z anatomsko ali funkcionalno asplenijo. Dostopno na: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/2020_priporocila_za_cepljenje_po_splenektomiji_0.pdf.

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020c. Priporočila za cepljenje oseb po presaditvi krvotvornih matičnih celic. Dostopno na: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/cepljenje_po_pkmc_posodobljena_2020.pdf.

Pollard, A.J., 2018. Meningococcal disease. *Ulster Med J*, 87(2), pp. 81-82.

Program cepljenja in zaščite z zdravili za leto 2020, 2020. Uradni list Republike Slovenije, št. 113/20, pp. 4736-4750.

Tirani, M., Meregaglia, M. & Melegaro, A., 2015. Health and economic outcomes of introducing the new MenB vaccine (Bexsero) into the Italian routine infant immunisation programme. *PLoS ONE*, 10(4), e0123383. doi:10.1371/journal.pone.0123383.

POSVOJITEV OTROKA; PRAVNA PODLAGA IN IZKUŠNJE V PORODNIŠNICI LJUBLJANA

Liljana Dreu, univerzitetna diplomirana socialna delavka

Univerzitetni klinični center Ljubljana
Ginekološka klinika, Svetovalno socialna služba
Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana
liljana.dreu@kclj.si

IZVLEČEK

S posvojitvijo Družinski zakonik, enako kot že za Zakon o zakonski zvezi in družinskih razmerjih, uresničuje posebno varstvo otrokove koristi, ki ga Ustava Republike Slovenije v 56. členu zagotavlja otrokom, za katere starši ne skrbijo, ki nimajo živih staršev ali so brez ustrezne družinske oskrbe. Posvojitev je ena najbolj znanih oblik socialnega starševstva. Skozi zgodovino sta se njena vsebina in oblika spreminjali in razvijali, v današnjem času pa je posvojitev, kot posebna oblika varstva otrok, usmerjena v zagotavljanje koristi otroka. S posvojitvijo nastanejo med posvojenim otrokom in njegovimi potomci, ter posvojitelji in njegovimi sorodniki enaka pravna razmerja kot med sorodniki. Hkrati pa prenehajo pravice in obveznosti otroka do njegovih staršev in drugih sorodnikov ter pravice in dolžnosti staršev in sorodnikov do njega. V prispevku se bomo seznanili s pogoji za posvojitev na strani otroka in pogoji, ki jih mora izpolnjevati posvojitelj ter samim postopkom posvojitve. Spoznali bomo vlogo centa za socialno delo, kjer se začne postopek za ugotavljanje pogojev za posvojitev ter vlogo sodišča, kjer poteka postopek odločanja. Kljub načelni svobodi odločanja o rojstvu otrok, so izbire, ki jih ima ženska na razpolago v času nosečnosti in poroda odvisne od: podpore v njenem ožjem socialnem okolju ter od vključenosti v socialne in zdravstvene mreže storitev, ki vplivajo na kvaliteto oskrbe reproduktivnega zdravja, ter varen potek nosečnosti in poroda. Na Ginekološki kliniki UKCL se socialne delavke vključimo v proces pomoči pri ženski, ki razmišlja, da bi dala otroka po rojstvu v posvojitev v visoki nosečnosti, ki je običajno nenačrtovana in nezaželena ali celo šele po porodu. Skupna značilnost žensk, ki se odločajo, da bodo dale otroka v posvojitev je zelo velika potreba po skrivnosti. Iz tega izhajajo, da se izogibajo ginekoloških ordinacij. Ob tem same doživljajo zelo hudo stisko, obremenitev. Strokovne delavke ji pomagamo pri reševanju problemov in stiske. Zelo pomembno je, da ustvarimo socialno delovni odnos, ki zagotavlja odprt prostor za pogovor, soustvarjanje sprememb, soustvarjanje pomoči in zelenih izidov.

Ključne besede: socialno delo z biološko mamo, socialno starševstvo, neželena in nenačrtovana nosečnost

ABSTRACT

The Family Code will, once adopted, the same as the Law of Partner Union and Family Relations, realise a special protection of a child's benefit ensured by article 56 of the Constitution of the Republic of Slovenia to all children that are not taken care of by parents or are without living parents or adequate family care. Adoption is one of the most wellknown forms of social parenting. Through history its contents and form have changed and developed. Today, adoption as a special kind of childcare is aimed at ensuring the child's best interest. Through adoption, the same legal relationships are formed between the adopted and the adoptive family as those formed between blood relatives. At the same time, the rights and obligations between the child and the biological parents are broken off. In this article, we will become familiarised with the terms required of the child and those required of the adoptive parent, as well as the process of adoption itself. We will come to understand the role played by the Centre of Social Care, where the process of establishing the conditions for adoption begins, and the role of the court, where the proceedings take place. Despite a principal freedom of decision about childbirth, the choices available to a woman in the time of pregnancy and childbirth are dependent on: the support available to her from her closer social circle and her being included in the social and health care networks that have an effect on the quality of reproductive health care, as well as a safe course of pregnancy and birth. At the Gynecological Clinic, social workers are included in the process of providing help to a woman considering giving the child away to adoption, during late pregnancy that was usually unplanned, or even after the child's birth in some cases. A common feature of the women deciding on adoption is a strong need for secrecy, which is the reason they often avoid gynecological offices. During this time, they are experiencing a severe strain. Expert workers help them in solving their problems. It is essential that we form a social working relationship which ensures an open place for conversation, creating changes and help together, and the desired outcome.

Key words: social work with the biological mother, social parenting, unwanted and unplanned pregnancy

UVOD

Posvojitev je ena najstarejših in najbolj znanih oblik socialnega starševstva. Vsaj eden ali oba starša z otrokom nista biološko povezana ampak sta njegova socialna starša. Posvojitev je po eni strani intimno dejanje para ali posameznika, po drugi strani pa socialnovarstveni ukrep države v primeru, ko ostane otrok brez staršev ali ti zaradi kateregakoli razloga ne morejo skrbeti zanj. Osnovna načela posvojitve so zapisana v 56. členu Ustave Republike Slovenije, ki pravi, da otroci in mladostniki, za katere starši ne skrbijo, ki nimajo živih staršev ali so brez ustrezne družinske oskrbe, uživajo posebno varstvo države. To določilo je izraženo v Družinskem zakonu, ki določa, da s posvojitvijo nastanejo med otrokom in njegovimi potomci ter

posvojiteljem in njegovimi sorodniki enaka razmerja kot med sorodniki. V nadaljevanju prispevka se bomo seznanili s pravno podlago za posvojitev. Od aprila 2019 področje posvojitve v Sloveniji ureja Družinski zakonik. Družinski zakonik določa namen posvojitve, pogoje za namestitev otroka v posvojitev in pogoje, ki jih mora izpolnjevati posvojitelj, ter postopek posvojitve. Posvojitev poveže ljudi, ki prej med sabo niso bili povezani: otroka, ki je posvojen, družino, ki je posvojila otroka in biološko družino. V porodnišnici se občasno srečamo z žensko, ki razmišlja, da bo po porodu oddala otroka v posvojitev. Običajno gre za neželjeno in nenačrtovano nosečnost. Nosečnost so večinoma ugotovile, ko je bilo za splav že prepozno. Od leta 2005 do leta 2010 se je v Porodnišnici Ljubljana sedemnajst žensk odločilo, da odda svojega otroka v posvojitev. Ena izmed žensk je rodila več otrok, ki jih je dala v posvojitev. Tako je bilo v šestih letih dvajset novorojenčkov, ki so porodnišnico zapustili skupaj z bodočimi posvojitelji. Biološke matere odločitev za oddajo otroka v posvojitev običajno sprejmejo po dolgotrajnem premisleku kot izhod v sili in so zaradi tega pogosto v veliki stiski. Odločitev praviloma izvira iz kompleksnih ekonomskih, socialnih in čustvenih stisk ter osamljenosti, zaradi katerih spoznajo, da za otroka ne bodo zmogle primerno poskrbeti. Razlogi za oddajo otroka v posvojitev so običajno zelo individualne narave in jih je težko posplošiti ter jih ni možno poenostavljati. Kot zelo pomembno se kaže tudi medsebojno sodelovanje ustanov, relevantnih pri sodelovanju oddaje otroka v posvojitev, torej centrov za socialno delo, zdravstvenih domov, ginekoloških ambulant in drugih pri vzpostavljanju možnosti za zagotavljanje zanesljive podpore in razumevanje konteksta oddaje otroka v posvojitev.

ZAKONODAJA NA PODROČJU POSVOJITEV

Mednarodni pravni viri

Najpomembnejši mednarodni pravni vir je Konvencija o varstvu otrok in sodelovanju pri meddržavnih posvojitvah. Sprejeta je bila leta 1993 v Haagu, zato jo imenujemo tudi Haaška konvencija. Slovenija jo je ratificirala leta 1999. Namen te konvencije je, da države določijo zaščitne ukrepe, ki bodo zagotavljali, da bodo meddržavne posvojitve v otrokovo korist, da se spoštujejo otrokove temeljne pravice, da se vzpostavi sistem sodelovanja, ki bo preprečeval ugrabitve, prodajo ali trgovino z otroki, ter da se zagotovi, da bodo države pogodbenice medsebojno priznavale posvojitve.

Najširše sprejeta pogodba s področja varstva pravic otrok je Konvencija ZN o otrokovih pravicah. Konvencijo so ratificirale vse države razen Somalije in ZDA. V 3. členu KOP je opredeljeno načelo največje koristi otroka, ki zahteva, da morajo biti pri vseh dejavnostih v zvezi z otrokom njegove koristi glavno vodilo.

Leta 1999 je bila sprejeta Evropska konvencija o uresničevanju otrokovih pravic. Konvencija upošteva načelo otrokove koristi v postopkih, ki zadevajo otroke, ter jim priznava procesne pravice. Poskrbljeno mora biti, da otrok v postopkih pred

uradnimi organi dobi vse ustrezne informacije, da se z njim posvetujejo in da izrazi svoje mnenje in da se to mnenje tudi ustrezno upošteva.

Leta 2008 je začel veljati Sporazum med Vlado Republike Slovenije in Vlado Republike Makedonije o meddržavnih pogodbah. Je edini bilateralni sporazum med Slovenijo in kakšno drugo državo. Določa temeljne pogoje za posvojitelja in otroka, postopek meddržavne posvojitve otroka, organe za izvajanje meddržavnih posvojitvev, ureditev izstopa iz matične države ter vstopa v državo sprejema in prebivanja otroka v državi sprejema ter ureditev zdravstvenega zavarovanja otroka v času predhodne namestitve.

Notranji pravni viri

Temeljna izhodišča slovenskega družinskega prava vsebuje Ustava Republike Slovenije. Osnovna načela za urejanje posvojitvev pa izhajajo iz določbe o pravicah otrok, zlasti iz tretjega odstavka 56. člena, ki poudarja, da otroci in mladoletniki, za katere starši ne skrbijo, ki nimajo staršev ali so brez ustrezne družinske oskrbe, uživajo posebno varstvo države, njihov položaj pa ureja zakon. Ustavne določbe konkretizira Družinski zakonik (Uradni list RS, št. 15-729/17).

Posvojitev je posebna oblika varstva otrok, s katero nastane med posvojiteljico ali posvojiteljem in otrokom enako razmerje, kakor je med starši in njihovimi otroki (9.čl. DZ).

Pogoji za namestitev otroka v posvojitev

Po Družinskem zakoniku je dopustno posvojiti samo otroka, katerega starši so umrli ali za katerega sicer ni mogoče pričakovati, da bi še lahko živel pri starših: starši so neznani, že leto dni so neznanega prebivališča, odvzeta jim je bila starševska skrb ali pa so privolili v posvojitev. Privolitev lahko starši podajo pred centrom za socialno delo ali sodiščem. Praviloma morata v posvojitev privoliti oba starša. Privolitev enega od staršev zadostuje le, kadar je drugi od staršev mrtev, neznanega prebivališča ali neznan, ker njegovo starševstvo ni bilo določeno. Privolitev po otrokovem rojstvu je dopustna šele po dopolnjenem osmem tednu otrokove starosti. V posvojitev mora privoliti tudi otrok, ki je rzsoden. Posvojitev je mogoča po preteku šestih mesecev od izpolnitve pogojev za posvojitev.

Pogoji, ki jih mora izpolnjevati posvojitelj

Posvojitelj mora biti vsaj osemnajst let starejši od posvojenega otroka. DZ vztraja pri prepovedi posvojitve sorodnika ali varovanca. Posvojitelj mora imeti ustrezne lastnosti, ki zagotavljajo, da zaradi njih ne bo ogrožena otrokova korist. Posvojitelj po DZ ne samo, da ne more biti oseba, ki ji je odvzeta starševska skrb, oseba za katero se utemeljeno domneva, da bo posvojitev izrabila v škodo posvojenega otroka, oseba, ki ne daje jamstva, da bo izvajala starševsko skrb v otrokovo korist, oseba, ki ji je odvzeta poslovna sposobnost ali ki je tako duševno bolna ali prizadeta, da

utegne spraviti v nevarnost posvojenčevu zdravje in življenje, ampak tudi ne more biti oseba, ki je bila pravnomočno obsojena zaradi naklepnega kaznivega dejanja, ki se preganja po uradni dolžnosti, ali zaradi kaznivega dejanja zoper življenje in telo ali kaznivega dejanja zoper spolno nedotakljivost, za katerega se storilec preganja na predlog, kot tudi ne oseba, ki živi s tako osebo. Posvojitelj mora biti slovenski državljan. Zakonca in po novem tudi zunajzakonska partnerja lahko samo skupaj posvojita otroka. Izjemoma lahko otroka posvoji ena oseba, če je to v otrokovo korist.

Postopek posvojitve

Postopek posvojitve po DZ sestavljata postopek za ugotavljanje pogojev posvojitve, ki se odvija na centru za socialno delo in postopek odločanja o posvojitvi, ki poteka na sodišču.

Postopek za ugotavljanje pogojev posvojitve

Postopek za ugotavljanje pogojev za posvojitve se začne s pisno prijavo na centru za socialno delo, s katero zakonca, zunajzakonska partnerja ali posameznik izrazijo željo za posvojitve. Strokovna delavka v začetni fazi ugotavlja splošno sposobnost prijavitelja, preveri ali je par ali posameznik formalno upravičen do posvojitve, v skladu s pogoji za posvojitve, ki jih določa DZ. Te pogoje strokovna delavka preveri na podlagi podatkov, ki jih pridobi po uradni dolžnosti. V drugi fazi ugotovitvenega postopka strokovna delavka preverja motive prijavitelja za posvojitve. Namenjena je zagotavljanju otrokove dobrobiti, zato mora biti osnovni motiv kandidata za posvojitve usmerjen v zagotavljanje otrokovih koristi. Otroku je treba poiskati najbolj primerne posvojitelja, kar se presoja glede na otrokovo starost, potrebe in druge za posvojitve pomembne okoliščine. Postopek ugotavljanja primernosti prijavitelja ne sme trajati dlje kot leto dni od dneva vložitve pisne prijave. Na podlagi ugotovitvenega postopka strokovna delavka pripravi strokovno mnenje o prijavitelju. Pred posvojitvijo mora CSD to mnenje ponovno preveriti. Če iz strokovnega mnenja izhaja, da je prijavitelj primeren za posvojitve, mu CSD dodeli status kandidata za posvojitve in ga vpiše v centralno zbirko podatkov o kandidatih za posvojitve. S kandidatom za posvojitve sklene strokovna delavka dogovor o pripravi za posvojitve. CSD med vsemi možnimi kandidati za posvojitve izbere najprimernejšega kandidata in vloži predlog za posvojitve na sodišče. Pri izbiri najprimernejšega kandidata CSD upošteva značilnosti in potrebe otroka, želje kandidata, strokovno mnenje CSD, željo staršev glede bodočih posvojiteljev in čas vpisa v centralno zbirko podatkov o kandidatih za posvojitve. Čas vpisa se ne upošteva, kadar je v korist otroka, da ga posvoji določeni kandidat.

Postopek odločanja o posvojitvi

Sodišče lahko odloči, da otrok preživi določen čas pred posvojitvijo v družini bodočega posvojitelja, da se ugotovi ali se bosta otrok in bodoči posvojitelj lahko živela v nov položaj in ali bo posvojitve v korist otroka. Pri otroku v zelo nizki starosti se s poskusno posvojitvijo lahko preizkusi predvsem, ali bo družina bodočega

posvojitelja ustrezno sprejela otroka in ali bo posvojitelj zmožegal optimalno zadovoljiti otrokove koristi. Manj pa kako se bo otrok vživel v nov položaj. Če sodišče ugotovi, da so izpolnjeni zakonsko določeni pogoji za posvojitvev in da je le ta v korist otroka, izda odločbo o posvojitvi. Pravnomočno sodno odločbo o posvojitvi pošlje sodišče v 15 dneh od njene pravnomočnosti pristojnemu CSD zaradi vpisa podatkov v centralno zbirko podatkov na področju posvojitvev in upravni enoti, ki posvojitev vpiše v matični register. Listinsko gradivo s področja posvojitvev, ki je podlaga za vpis posvojitve v matični register, se hrani trajno.

DELO Z BIOLOŠKIMI STARŠI NA GINEKOLŠKI KLINIKI

V ljubljanski porodnišnici se je od leta 2005 do leta 2010 sedemnajst žensk odločilo da odda otroka po porodu v posvojitev. Rojeno je bilo 20 otrok, saj je ena ženska rodila več otrok, ki jih je dala v posvojitev. Vseh 20 novorojenčkov je porodnišnico zapustilo skupaj z bodočimi posvojitelji. Z nekaterimi ženskami smo se srečali v pozni nosečnosti, ki je bila naključna in neželena, ko je bilo za splav že prepozno, z drugimi pa šele porodu. Večina žensk je odločitev za oddajo otroka v posvojitev sprejela sama, po dolgotrajnem premisleku, že v času nosečnosti kot izhod v sili. Strokovne delavke spoštujemo odločitev za oddajo otroka v posvojitev, jo sprejememo in do biološke matere pristopimo brez negativnih odzivov, z empatijo in občutkom, četudi morda odločitev za oddajo otroka v posvojitev ne razumemo in jo težko odobravamo. Upoštevati moramo, da nam biološke matere marsikdaj ne zaupajo celotne zgodbe in vseh vzrokov za sprejeto odločitev, zato so lahko razlogi mnogo bolj kompleksni, kot se zdijo na prvi pogled. Pomembno je, da odločitev bioloških mater ne obsojamo. Pogovor vodimo na spoštljiv način in z razumevanjem njihovega položaja. Zelo pomembno je, da ustvarimo socialno delovni odnos, ki zagotavlja odprt prostor za pogovor, soustvarjanje sprememb, soustvarjanje pomoči in zelenih izidov. Delo poteka v smeri iskanja možnosti, ki so za biološko mamo sprejemljive. Preveriti je potrebno vse možnosti za podporo, da bi otrok in biološka mama ostala skupaj (materinski dom, začasno rejništvo). Biološko mamo pri odločitvi za oddajo otroka podpremo in ji ponudimo oblike pomoči, ki bi jo morda potrebovala ob sami oddaji otroka v posvojitev, pri soočanju z izgubo otroka in pri reševanju drugih stisk, ki jih pestijo. Biološke matere, ki oddajo otroka v posvojitev, potrebujejo različno količino strokovne pomoči, zato jim ponudimo le toliko pomoči, kolikor so jo pripravljene sprejeti. Vse ženske so že takoj v porodni sobi povedale, da želijo, da gre otrok v posvojitev. Večina ni želela nobenih informacij o otroku. Želele so biti nameščene ločeno od svojih otrok. Zdravstveno osebje je to upoštevalo in sledilo ženski. Večina jih je želela zapustiti porodnišnico čimprej, nekatere že naslednji dan po porodu. Socialna delavka se je vključila takoj, ko je bila obveščena, običajno zelo kmalu po porodu, še isti ali naslednji dan. S tistimi s katerimi smo se srečali že v času nosečnosti, smo lahko vzpostavili bolj zaupen odnos. Imeli smo več informacij o njenih življenjskih okoliščinah, njeni osebni stiski, razlogih zakaj se tako

odloča. Poudarek pa je vedno na tem, da mora imeti ženska na voljo vse informacije, o vseh možnih oblikah pomoči, ki so ji na voljo, da potem sama sprejme svojo lastno odločitev, brez vseh pritiskov, mi pa jo v njeni odločitvi podpiramo.

Povprečna starost žensk, ki so med letom 2005 in 2010 pustile otroka v porodnišnici, za posvojitev je bila 27,5 let. Več kot polovica žensk je bilo samskih. Več kot polovica žensk je imelo dokončano le osnovno šolo, preostale pa srednjo šolo in polovica jih je bilo brez zaposlitve, četrtnina jih je bila še vključena v proces izobraževanja (3 dijakinje in 2 študentki). Podatki kažejo na ekonomsko stisko žensk, ki so oddale otroka v posvojitev. Poudariti velja, da je imela več kot polovica žensk že svoje otroke. Domnevamo lahko, da gre za součinkovanje ekonomske ranljivosti. Tako se ženske odgovorno odločijo, da zaradi ekonomske stiske ne morejo preživljati še enega otroka, in ga v želji, da mu zagotovijo boljšo prihodnost in zaščitijo obstoječo družino oddajo v posvojitev. O ekonomski stiski govori tudi podatek, da kar četrtnina ni imela urejenega osnovnega zdravstvenega zavarovanja. Posledica tega je bila, da je bila kar polovica žensk do poroda brez ginekoloških pregledov. Le ena je hodila na redne ginekološke preglede. Tri ženske so imele prvi pregled pri ginekologu v 24. tednu in šest šele v 30. tednu nosečnosti, kar kaže na njihovo ranljivost na področju spolnega in reproduktivnega zdravja.

ZAKLJUČEK

Ženske, ki so sprejele odločitev, da dajo otroka v posvojitev, so imele večkrat manj ugodne socialne ekonomske razmere, nekatere še niso zaključile izobraževanja ali so imele nižjo stopnjo izobrazbe, bile so brez zaposlitve, z neurejenimi stanovanjskimi razmerami in v nestabilni partnerski zvezi, samske in odvisne od družine, države in od dobrodelnih organizacij. Vse to kaže na to, da so njihove potrebe bolj kompleksne.

Če podatke o socialno ekonomski ranljivosti žensk, ki so oddale otroka v posvojitev, primerjamo s primerljivim vzorcem ljudi, ki so v Sloveniji posvojili otroka, se globalni trendi posvojitve, da revnejše ženske otroke rodijo, premožnejši ljudje pa jih posvojijo kažejo tudi v Sloveniji.

Oddaja otroka v posvojitev je izhod v sili in ne altruizem. Strokovni delavci se moramo zavzemati za to, da bi bilo takšnih izidov čim manj. K temu lahko prispevamo z izobraževanjem za varno spolnost, z izobraževanjem in motiviranjem za uporabo zanesljive kontracepcije; izobraževanjem o reproduktivnih pravicah žensk, tudi o pravici do umetne prekinitve nosečnosti; z ozaveščanjem skupnosti in s tem depatologizaciji žensk, ki so oddale otroka v posvojitev.

Ženske, ki so oddale otroka v posvojitev, so se v življenju znašle v situaciji, v kateri niso videle prihodnosti skupaj z otrokom. Kaj jih je vodilo pri tej odločitvi vedo najbolje one same.

Eden možnih odgovorov nam ponuja Renata Salecl v knjigi Izbira v 4. poglavju: Otroci: jih imeti ali ne? »Številne ženske, ki so pri odločanju o tem, ali bi imele otroka ali ne, v dvomih glede lastne želje, se nemalokrat zavestno ali nezavedno soočijo z vprašanjem, kako so same prišle na svet. Nekatere poudarjajo, da so se spraševale o naravi materine želje in, da je na njihovo odločitev, da bodo imele otroke (oz. da jih ne bodo imele), vplivalo prav to, kako so si razložile željo lastne matere po otrocih. Ameriška psihoterapevtka, Phyllis Ziman Tobin, se je pogovarjala z ženskami, ki so imele težave pri odločanju za otroka. Ugotovila je, da so lastno negotovost pripisovale prav razdvojenosti svojih mater glede tega vprašanja. Ženske na obeh straneh vprašanja imeti otroke ali jih ne imeti se soočajo z izgubo. Soočajo se s strahom pred izgubo samostojnosti, preobremenitvijo odnosa, izgubo nadzora, telesne privlačnosti oz. svojega notranjega otroka. Odločitev za ne imeti otroka, pa po drugi strani prinaša izgubo umišljene prihodnosti, vezi z drugim, po kateri je dolga leta hrepene-la, nadaljevanje rodu oz. darila, ki ga je ženska hotela podariti staršem ali partnerju.«

Literatura

Čačinovič Vogrinčič, G., 2005. Vzpostavljanje delovnega odnosa v socialnem delu. V: Vzpostavljanje delovnega odnosa in osebnega stika. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Dremelj, P., Rosič, J., Črnak Meglič, A. & Kobal Tomc, B., 2019. Smernice za delo na področju posvojitve. Ljubljana. Inštitut RS za socialno varstvo.

Ličer, Zlata. 2005. Socialni vidiki varovanja reproduktivnega zdravja. *Socialno delo*, 44(6), pp. 377-387.

Novak, B., 2018. Družinski zakonik z uvodnimi pojasnili. Uradni list RS.

Salecl, R., 2010. Otroci: jih imeti ali ne? V: Izbira. Ljubljana: Cankarjeva Založba, pp. 81-95.

Zaviršek, D., 2012. Notranje in meddržavne posvojitve: od osebnih izkušenj do dobre prakse. Priročnik za razvijanje novih strokovnih kompetenc v socialnem varstvu. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

GINEKOLOŠKI VZROKI ZA AKUTNI ABDOMEN

Monika Colja, dr. med.

Splošna bolnišnica Izola, Oddelek za ginekologijo in porodništvo,
Polje 40, 6310 Izola
monika.colja@gmail.com

IZVLEČEK

Izraz akutnega abdomna se nanaša na diagnostično vsa nejasna stanja, ki so povezana z bolečino v trebuhu in resno ogrožajo zdravje in življenje bolnika. Pojem označujemo kot nenadne boleznine trebušnih organov za katere je značilen skupek simptomov, med katere spadajo hude bolečine v trebuhu, bruhanje, znaki peritonealnega draženja in splošna prizadetost. Pri bolniku z bolečino v trebuhu moramo pomisliti na številna bolezenska stanja, vse od povsem benignih do potencialno življenjsko ogrožajočih. Zaradi resnega ogrožanja življenja bolnika nujnost takojšnjega terapevtskega ukrepanja prevlada nad diagnostiko. V več kot 90% vseh razvitih kliničnih slik akutnega abdomna, ki trajajo več kot pol ure, potrebuje nujno operativno zdravljenje. V prispevku se bomo omejili predvsem na obravnavo bolnic z najpogostejšimi ginekološkimi vzroki akutne pelvične bolečine oz. akutnega abdomna.

Ključne besede: akutni abdomen, bolečina v trebuhu, akutna pelvična bolečina, ginekološki vzroki

UVOD

Glavni simptom akutnega abdomna ginekološkega izvora je pelvična bolečina, ki je znak bolezni, ki bolnico življenjsko ogroža ali trajno poškoduje organe v mali medenici in pomembno vpliva na kakovost življenja. Akutna pelvična bolečina je definirana kot bolečina v mali medenici, ki traja manj kot tri mesece. Klinična slika akutnega abdomna se kaže kot huda bolečina v trebuhu, ki se pojavi kot prvi in največkrat vodilni klinični simptom. Lahko je spontana ali pa jo povzroči otipavanje trebuha. Vzroki bolečine so različna draženja – napetost, pritisk, trenje, raztezanje, vnetno draženje, kemično draženje, endogeni toksini in neposredne poškodbe. Za razpoznavo bolezni so potrebni podatki o mestu, času in okoliščinah nastanka bolečine, o selitvi in vrsti bolečine (ostra, topa, pekoča, nenadna, stalna, ponavljajoča se). Bolečino velikokrat spremljajo bruhanje zaradi draženja potrebušnice, peritonelano draženje, ki se kaže kot mišični odpor in ohromelost črevesja ter splošna prizadetost (tahikardija, nemir, hladen znoj, dehidracija, šok).

Vzroki za akutni abdomen so številni. Najpogostejše vzroke lahko razdelimo v več skupin. Med kirurške vzroke spadajo vnetja trebušnih organov, predrtja trebušnih

organov, ileus, krvavitev v trebušno votlino in motnje prekrvavljenosti trebušnih organov. Najpogostejši internistični vzroki akutnega abdomna so pankreatitis, AMI, peptični ulkus, GERB, ketoacidoza, adrenalna insuficienca. Med ginekološke vzroke nenadne bolečine v mali medenici spadajo pelvično vnetje, zunajmaternična nosečnost, torzija materničnih adneksov, raztrganje (ruptura) ovarijske ciste in hemo-ragična cista rumenega telesca.

Pelvično vnetje

Pelvično vnetje in zapleti (tuboovarijski absces) PID je najpogostejša resna okužba žensk v reproduktivnem obdobju. Bolezen se lahko pojavlja v blagi ali težki obliki in vključuje vnetje jajcevodov (salpingitis), vnetje endometrija maternice (endometritis), vnetje plodovih ovojnic (horioamnionitis), pelvični peritonitis ali tuboovarijski absces. Večino okužb povzročata bakteriji *Neisseria gonorrhoeae* in *Chlamydia trachomatis*, v 30-40 % pa je PID polimikrobnega izvora. Začne se z vnetjem materničnega vratu s spolno prenosljivimi mikroorganizmi. Vnetje oslabi obrambno sposobnost materničnega vratu in omogoči vdor tudi drugim mikroorganizmom iz spodnjega genitalnega trakta v zgornjega. Ker gre za spolno prenosljivo bolezen, je pelvično vnetje pričakovati pri ženskah, ki so spolno aktivne. Raziskava, ki jo je opravil Kelly s sodelavci, je pokazala pojavnost PID pri uporabi materničnih vložkov v 9,6 primerih na 1000 uporabnic. Najvišja incidenca pojavnosti je v prvih 20 dneh po vstavitvi. Nosečnost je zaradi povečane količine sluzi v področju materničnega vratu varovalni dejavnik. Kljub temu pa se PID lahko pojavi v prvem trimesečju in ima lahko usodne posledice za plod. Zelo pomembno je da zaplet pelvičnega vnetja čim prej prepoznamo, ker lahko povzroči hude posledice okužbe genitalnega trakta in rodil, kot so tuboovarijski absces in razpok abscesa, peritonitis, septični šok in posledično smrt (Brunham, et al., 2015).

Najpogostejši simptom je bolečina v mali medenici, ki je lahko bolj izražena na eni strani. Začetek intenzivne bolečnosti je lahko nenaden, pogosteje pa se jakost bolečine povečuje postopoma. Poleg bolečine imajo bolnice pogosto povišano telesno temperaturo, znake vnetja spodnjega genitalnega trakta in urotakta, izvensiklično krvavitev in slabost. Pri ginekološkem pregledu navajajo bolečnost pri pritisku na adneксе in maternico ter pri premikanju materničnega vratu. V laboratorijskih izvidih so povišani parametri vnetja. Povišane vrednosti levkocitov, C - reaktivnega proteina in sedimentacija eritrocitov lahko dodatno podpirajo našo diagnozo PID, vsekakor pa niso zadosti občutljive in specifične, da bi lahko potrdile diagnozo in ovrgle druge možne vzroke pelvične bolečine. Za dokaz povzročiteljev bi morali odvzeti bris materničnega vratu, vendar rezultate dobimo z zakasnitvijo, zato ta preiskava za izključitev urgentnega stanja ni prav uporabna. Ob hudem pelvičnem vnetju je lahko prisotna prosta tekočina v trebuhu (Ross, 2018).

Zdravljenje je konzervativno s kombinacijo antibiotikov, ki so usmerjeni proti širokem spektru povzročiteljev. Pomembna sta hitro odkrivanje in odločno zdravljenje,

saj le pri takšni obravnavi zmanjšamo tveganje za trajne posledice pelvičnega vnetja, kot so neplodnost, zunajmaternična nosečnost, ponavljajoča vnetja in kronična pelvična bolečina (Takač & Geršak, 2016).

Diagnostični kriteriji za odločitev zdravljenja PID

SKUPINA 1 - Minimalni kriteriji, na podlagi katerih lahko ob odsotnosti drugih verjetnih vzrokov začnemo z empiričnim zdravljenjem:

- Občutljivost in bolečnost adneksalnih struktur ali maternice
- Občutljivost in bolečnost materničnega vratu

SKUPINA 2 - Dodatni kriteriji, ki povečajo specifičnost diagnoze PID:

- Povišana oralna telesna temperatura ($\geq 38,3^{\circ}\text{C}$)
- gost serozno-gnojen izcedek iz materničnega vratu ali nožnice
- povišana sedimentacija eritrocitov , povišana vrednost CRP
- laboratorijski dokaz okužbe z *N. gonorrhoeae* ali *C. trachomatis*

SKUPINA 3 - Specifični kriteriji za zdravljenje PID:

- laparoskopna potrditev okužbe
- TVUZ ali MR kaže zadbelitev jajcevodov, napolnjenih s tekočino
- biopsija endometrija, ki kaže na endometritis

Izvenmaternična nosečnost

Izvenmaternična nosečnost je implantacija oplojenega jajčeca izven maternične votline. Pojavlja se v 2 % vseh nosečnosti in je najpogostejši vzrok maternalne smrtnosti v prvem trimesečju. V 95% se nahaja v jajcevodu, ostala možna mesta vgnednitve so: jajčnik, maternični vrat, brazgotina po carskem rezu, rog maternice, trebušna votlina. Pri vseh bolnicah v rodnem obdobju, ki imajo bolečino v trebuhu in/ali medenici, in/ali krvavijo iz nožnice in/ali po sinkopi moremo pomisliti na možnost izvenmaternične nosečnosti. Na anamnezo s strani bolnice, da ni možnosti, da bi bila noseča, se ne smemo zanašati. Dejavniki tveganja za izvenmaternično nosečnost so prebolela pelvična vnetja, kirurški posegi na jajcevodih, sterilizacija, predhodne IMN, splavi, zarastline jajcevodov zaradi endometrioze ali vnetja slepiča, uporaba materničnih vložkov in zdravljenje z zdravili za neplodnost (Alkatout, et al., 2013).

Klinični simptomi se kažejo kot bolečina v mali medenici, ki je ponavadi enostranska sprva topa in manjše jakosti. Klinična slika je nato odvisna od poteka bolezni.

Ob spontani resorpciji zunajmaternične nosečnosti težave postopoma izzvenijo. Najpogostejše pa krčenje jajcevoda deloma ali popolnoma iztisne nosečnost v trebušno votlino in pride do tubarnega splava s krvavitvijo z mesta ugnezditve zarodka. V tem primeru postane bolečina sprva krčevita, nato začasno popusti in se ponovno pojavi kot topa bolečina, ki se lahko razširi tudi na celoten trebuh, to pa je znak nevarne krvavitve v trebušno votlino. V primeru raztrganja jajcevoda naraščajoči topi bolečini sledi rahlo olajšanje in nato ponovno poslabšanje z znaki intraabdominalne krvavitve. Poleg bolečine je značilen še 6-8 tedenski izostanek menstruacije in manj izrazita izveniklična krvavitev. Krvavitev se lahko zamenja z menstruacijo, posebej pri ženskah, ki imajo neredne menstruacije (Takač & Geršak, 2016).

Ko pomislimo na možnost IMN, je naslednji korak določitev β -HCG v laboratoriju ali s hitrim urinskim testom. β -HCG ima zelo visoko občutljivost, zato negativen β -HCG izključuje izvenmaternično nosečnost kot vzrok bolničnih težav. Laboratorijski izvid je občutljivejši, vendar traja dlje časa v primerjavi s hitrim urinskim testom. Ob pozitivnem izvidu je nadaljnji korak izključitev znotrajmaternične nosečnosti. Potrebno je poudariti, da če tudi vidimo zarodek v maternici, je še zmeraj lahko prisotna heterotropna nosečnost (sočasna izven- in znotrajmaternična nosečnost), ki je sicer izredno redka (1: 30 000 nosečnosti). Možno je tudi, da zarodka ne vidimo, pa vendar gre za normalno nosečnost, saj je la-ta še premajhen (s transabdominalnim UZ viden po 6-7 tednih, s TVUZ pa po 5 tednih in pol). V primeru suma na razpok IMN, ob čemer je bolnica hemodinamsko prizadeta, je potreben takojšen transport v operacijsko dvorano ter dokončna oskrba. Terapija je v glavnem kirurška z odstranitvijo prizadetega jajcevoda, redkeje se odločamo za medikamentozno zdravljenje z metotreksatom (Tintinalli, et al., 2011).

Torzija materničnih adneksov

Torzijo jajčnika, jajcevoda ali celotnih materničnih adneksov povzroči zasuk teh struktur okoli svoje osi. Posledica tega so motnja v krvnem pretoku, zastoj krvi v venah in celo popolnoma prekinitev venskega in arterijskega krvnega obtoka v teh strukturah. To privede do edema in ishemije ter nekroze prizadetih organov. Najpogosteje se pojavlja v rodni dobi zaradi razvoja ciste rumenega telesca v času menstruacije. Lahko se pojavi pri mladih deklicah (najpogosteje v starosti med 9 in 14 let), nosečnicah, prav tako pa tudi v postmenopavzalnem obdobju. Nastane zaradi zasuka jajčnika ali jajčnika in jajcevoda (govorimo o zasuku adneksov) v področju žilnega pedikla in podpornih ligamentov. Najpogostejši vzrok (v 50-80 %) je benigni tumor jajčnika – cista, ki nastane zaradi hiperstimulacijskega sindroma jajčnikov med in vitro fertilizacijo (IVF, angl. in vitro fertilisation) ali v sklopu sindroma policističnih jajčnikov. Študije so pokazale prisotnost benignih struktur jajčnika v 73% vseh zasukov. Lahko se pojavi kot zaplet med nosečnostjo ali v prvih nekaj tednih po porodu. Torzija zdravega jajčnika je redka, a ne nemogoča. Pri otrocih je navadno vzrok velika mobilnost adneksalnih struktur. Razmerje med torzijo levega

in desnega jajčnika je 2:3 v prid desnega, kar nam še oteži razlikovanje med torzijo jajčnika ter akutnim vnetjem slepiča. Vzrok nižjemu pojavljanju torzije levega jajčnika je najverjetneje učinek sigmoidnega dela črevesja, ki stabilizira področje, kjer leži levi jajčnik (Takač & Geršak, 2016).

Zelo pomembna je anamneza, ki nam prva poda sum na morebitno prisotno torzijo jajčnika. Anamneza in vitro fertilizacije, prisotnost prejšnjih ginekoloških težav (v smislu sindroma policističnih jajčnikov, ovarijskih mas), zgodnja nosečnost (če se pojavi v nosečnosti, se pogosteje pojavi v prvem in začetku drugega trimesečja). Prav tako nepojasnjena trebušna bolečina pri deklicah. Vedno pomislimo na torzijo pri ženskah pri nenadno nastali, hudi, ostri ali količni bolečini v spodnjem delu trebuha, ponavadi enostransko, z izžarevanjem ledveno, v hrbet ali dimlje. Včasih ženske povedo, da se je bolečina prvič pojavila po fizični aktivnosti ali spolnem odnosu. Bolečina je lahko prisotna ves čas, lahko pa izgine in se ponovno pojavi zaradi možnosti spontane razrešitve zasuka (de-torzije) in ponovnega zasuka. Dlje časa trajajoča bolečina (48-72 ur) nas ne sme odvesti od diagnoze. Jajčnik je še lahko rešljiv tudi dan ali dva po prisotni anamnezi zaradi dvojne prekrvavitve (maternične in ovarijske arterije). Bolečino pogosto spremljata slabost ali bruhanje (Sanfilippo, 2015).

Klinični pregled je običajno manj poveden kot anamneza. Laboratorij nam pri sumu na torzijo jajčnika ne pomaga. Lahko je popolnoma normalen, lahko so prisotni povišani parametri vnetja, ki pa ne izključujejo drugih dogajanj v trebuhu. Na UZ lahko vidimo povečan jajčnik, najdbo mase v jajčniku, prisotnost proste tekočine v trebuhu in odsotnost prekrvavitve jajčnika (prisotna prekrvavitev nam zasuka ne izključi). Velikokrat se dokončna diagnoza torzije jajčnika opravi šele med laparoskopijo ali laparotomijo. Pomembna je pravočasna diagnoza, še preden nastanejo nepopravljive poškodbe, pa tudi operativno zdravljenjem, kajti le tako se izognemo odstranitvi prizadetih struktur (Takač & Geršak, 2016).

Ruptura ovarijske ciste in hemoragična cista rumenega telesca

Ciste jajčnika lahko nastanejo v katerem koli življenjskem obdobju ženske, največja pojavnost pa je v rodni dobi. Najpogostejše so fiziološke ciste, kot so folikularne ciste med ovulacijo in ciste rumenega telesca. Folikularne ciste navadno spontano izginejo. Ciste rumenega telesca izginejo ob koncu menstrualnega ciklusa, če ne pride do nosečnosti. Lahko pa kljub odsotnosti nosečnosti ostanejo ter povzročajo težave, kot so pelvična bolečina ali celo razpok z draženjem peritoneja. Ostali pomembnejši vzroki za nastanek cist so sindrom policističnih jajčnikov, PID, tumorji, endometrioza in spodbujanje ovulacije z zdravili. Lahko se pojavijo tudi med nosečnostjo, pogosteje v prvem trimesečju nosečnosti. Večina razpokov fizioloških cist je asimptomatskih ali pa se kažejo z blago do zmerno bolečino v spodnjem delu trebuha med ovulacijo. Še posebej pozorni moramo biti pri ženskah v obdobju ovulacije, pri ženskah z znanimi cistami na jajčnikih, pri ženskah, ki so na terapiji za stimulacijo ovulacije, na antikoagulantni terapiji (večja verjetnost za krvavitev iz

ciste rumenega telesca), pri tistih, ki so že utrpele razpok ciste jajčnika, pri bolnicah z znano endometriozo, PID ali tumorji jajčnika (Bottomley & Bourne, 2009).

V kliničnem pregledu so bolnice običajno občutljive na palpacijo v prizadetem predelu. Razpok večjih cist lahko povzroči krvavitev v trebušno votlino, draženje peritoneja ter hemodinamsko nestabilnost bolnice zaradi šokovnega stanja. Še posebej nevaren je razpok dermoidne ciste, ki vodi v kemični peritonitis. V teh primerih je pomembna čim prejšnja prepoznavna in ukrepanje. Najpogosteje povzročata težave hemoragična cista rumenega telesca. Nastane v lutealni fazi menstrualnega ciklusa, se zaradi krvavitve v lumen ciste hitro poveča in zato povzroči topo bolečino. Če cista počni, je bolečina podobna kot pri rupturi jajcevoda izvenmaternične nosečnosti. Ostra bolečina nastane nenadoma in se nato lahko razširi na celotno trebušno votlino. Pri močnejši krvavitvi v trebušno votlino se pojavita vrtoglavica in omedlevica. Bolezenski znaki pri razpoku endometriotične ciste in drugih benignih cist so podobni, le simptomi notranje krvavitve niso prisotne. Z ultrazvočnim pregledom iščemo prosto tekočino v trebuhu in večje mase na jajčnikih. Še posebej nam je to v pomoč pri hitrem odločanju v primeru hemodinamsko prizadete bolnice. Prisotnost proste tekočine v trebuhu, večje ciste jajčnika in negativni β -HCG nakazujejo na veliko verjetnost razpoka ciste. Cista je po razpoku še lahko prisotna, lahko pa zaradi izpraznitve v trebušno votlino izgine. Prisotnost proste tekočine v trebuhu pa ne pomeni nujno razpoka ciste jajčnika, saj je le-ta lahko prisotna pri ostalih nujnih ginekoloških stanjih ter neginekološki patologiji. Nekaj proste tekočine je lahko normalno prisotno v rodnem obdobju ženske. Terapija je pretežno konzervativna, le v primeru ogrožajoče krvavitve v trebušno votlino ali razpoka nekaterih benignih cist (dermoid) je potrebna operativna zaustavitev krvavitve in/ali odstranitev ciste (Takač & Geršak, 2016).

AKUTNI ABDOMEN V NOSEČNOSTI

Vzrok za akuti abdomen v nosečnosti je lahko ginekološka ali internistična bolezen, kirurško stanje, poškodba ali sama nosečnost. Akutni abdomen v nosečnosti je redek, pojavi se na 1/500-600 nosečnic. Zdravniki so pogosto postavljeni pred izziv, kadar gre za diagnostiko in zdravljenje nosečih bolnic. Obravnava ženske z bolečino v trebuhu med nosečnostjo mora biti izpeljana temeljito in hitro. Vsaka zapozneta diagnostika lahko poveča maternalno in fetalno obolevnost ali umrljivost. Nekateri simptomi in znaki se lahko pojavljajo tudi med normalno nosečnostjo.

Po drugi strani pa lahko anatomske spremembe v nosečnosti prikrijejo značilne znake za akutni abdomen zato je diagnostika teh primerov v nosečnosti še težja. Diferencialno diagnostično lahko pridejo v poštev stanja povezana z nosečnostjo, ki se delijo v dve skupini. V prvi polovici nosečnosti lahko pride v poštev krvavitev v trebuh zaradi zunajmaternične/heterotopne nosečnosti, septični splav s peritonitisom, akutna retenca urina zaradi retrovertirane maternice, ukleščena maternica, degeneracija mioma in torzija ovarija. V drugi polovici nosečnosti moremo pomisliti

na degeneracijo mioma, prezgodnjo ločitev posteljice (abrupcija), rupruro maternice, hudo preeklampsijo, HELLP, horioamnionitis in porod. V stanja ki se pojavijo naključno v nosečnosti spadajo akutni apendicitis, akutni holecistitis, krvavitev v cisto jajčnika, zapora črevesja, perforacija ulkusa, nefrolitijaza, divertikulitis, travma, gastroenteritis. Najpogostejši vzrok je vnetje slepiča z incidenco 1/600-1000, nato vnetje žolčnika oz. žolčni kamni in obstrukcija črevesja (Kilpatrick, 2007).

Pristop k bolnici

Osnova vseh pristopov k bolniku z akutnim abdomnom je pogovor (anamneza) z bolnikom in klinični pregled. Včasih, ko to ni mogoče zaradi pacientove prizadetosti, pa je bolj pomembno hitro in pravilno ukrepanje, saj je v življenje ogrožajočih stanjih najdba pravega vzroka bolečine drugotnega pomena. Diagnostika more biti smiselna in hitra. Najprej moramo opraviti temeljit status bolnika z inspekcijo, palpacijo, perkusijo in avskultacijo. Nato sledi slikovna diagnostika - ultrazvok trebuha, ki mu lahko dodamo RTG trebuha ali CT preiskavo. Z bolnikom se pogovarjamo strukturirano. Zanima nas čas nastanka bolečine (nenadno ali postopno), širjenje bolečine v ostale telesne regije, kaj bolečino sproži oziroma olajša, ali je bolečina konstantne ali krčevite narave. Zanima nas tudi, ali morda boli celoten trebuh ali samo določen del. Pozorni smo na to, ali je bolnica takšne težave že kdaj imela, na morebitne pridružene simptome, kot so vročina, bruhanje ali slabost ter bolečine drugod po telesu. Povprašamo jih o rednosti menstrualnega cikla, datumu zadnje menstruacije, spolnih navadah in kontracepciji. Pri bolnicah v rodni dobi ne smemo nikoli izključiti možnosti nosečnosti, ne glede na anamnestični podatek o spolnih odnosih. Po vseh opravljenih preiskavah in postavljeni diagnozi sledi odločitev o zdravljenju. Na odločitev vplivajo anamneza, pregled in interpretacija laboratorijskih ter slikovnih preiskav. Lahko je potreben kirurški poseg ali pa bo zadostovalo konzervativno zdravljenje brez operativnega posega. Zavedati se moramo, da mora biti in da je zdravljenje prilagojeno vsakemu posamezniku posebej. Ekipna obravnava bolnikov ter znanje in izkušnje so tiste stvari, ki bi morale poskrbeti, da je obravnava vseh bolnikov kar se da ustrezna. V obravnavo nosečnice z akutnimi bolečinami v trebuhu morajo biti vključeni kirurg, neonatolog in internist. Cilj obravnave je hitra identifikacija urgentnega stanja nosečnice, ki zahteva takojšnje ukrepanje. Pri nosečnici z bolečino v trebuhu se najprej izključijo možni porodniški vzroki bolečine.

ZAKLJUČEK

Bolezenske spremembe na trebušnih organih, ki terjajo nujno kirurško pomoč so tako pogoste, da predstavljajo približno tretjino vseh operativnih posegov na trebušnih organih. Pogosto so to manjši operativni posegi, ki pa rešujejo mnogo življenj. Pomembnejša od natančne diagnoze je pravilna in pravočasna indikacija za

ustrezno zdravljenje. Približno 90% vseh razvitih kliničnih slik akutnega abdomna, ki trajajo več kot 1-2 uri, potrebujejo nujno operativno zdravljenje. Glavni simptom akutnega abdomna ginekološkega izvora je pelvična bolečina, ki je znak bolezni, ki lahko bolnico življenjsko ogroža ali trajno poškoduje organe v mali medenici in pomembno vpliva na kakovost življenja. Vsi primeri zato terjajo hitro obravnavo in smiselno diagnostiko, ki nam ne sme vzeti preveč časa.

Literatura

Alkatout, I., Honemeyer, U., Strauss A, et al., 2013. Clinical diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol Surv*, 68. p. 571.

Bottomley, C. & Bourne, T., 2009. Diagnosis and management of ovarian cyst accidents. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 23, p. 711.

Brunham, RC., Gottlieb, SL. & Paavonen, J., 2005. Pelvic inflammatory disease. *N Engl J Med*, 372, p. 2039.

Kilpatric, CC. & Monga, M., 2007. Approach to the acute abdomen in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 34, p. 389.

Ross, J., Guaschino, S., Cusini, M. & Jensen, J., 2017 European guideline for the management of pelvic inflammatory disease. *Int J STD AIDS*, 29. p. 108.

Sanfilippo, JS. & Rock, JA., 2015. Surgery for benign disease of the ovary. In: TeLinde's Operative Gynecology, 11th ed., Jones HW, Rock JA (Eds), Wolters Kluwer.

Takač, I. & Geršak, K., 2016. Ginekologija in porodništvo. Maribor: Medicinska fakulteta.

Tintinalli, J.E., Stapczynski, J.S., John, MO., Cline, D.M., Cydulka, R. & Meckler, D., 2011. Tintinalli's Emergency Medicine. 7th ed. The McGraw-Hill Companies, Inc.

DOKUMENTIRANJE STORITEV – RES LE ADMINISTRACIJA?

Vesna Rugelj, dipl. m. s.

Univerzitetni klinični center Ljubljana
Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana
vesna.rugelj@kclj.si

IZVLEČEK

Evidentiranje in dokumentiranje storitev in porabljenega materiala ni zgolj nepotrebna administrativna obremenitev medicinskih sester in bobic, saj je pomembno za obračun in plačilo opravljenih storitev. Zavedena poraba zdravil in materiala omogoča nadzor nad zalogami in potrebo po načrtovanju nabave, poleg tega pa omogoča tudi stroškovno analizo posamezne obravnave. Podatki o bolnišničnih obravnava-
vah predstavljajo pomemben vir informacij za spremljanje, načrtovanje, vodenje in razvijanje zdravstvene dejavnosti, za ocenjevanje zdravstvenega stanja prebivalstva. Natančno beleženje vseh opravljenih storitev dokazuje obremenitev zaposlenih in je objektivna osnova za določitev kadrovskega standardov in normativov.

Ključne besede: evidentiranje, dokumentiranje, obračun storitev, zdravstvena in babiška nega

Abstract

Recording and documenting services and materials used is not just an unnecessary administrative burden for nurses and midwives, as it is important for billing and payment for services rendered. The misused consumption of medicines and materials enables the control of stocks and the need to plan the purchase, and also enables the cost analysis of an individual treatment. Data on hospital treatments represent an important source of information for monitoring, planning, managing and developing health care activities, for assessing the health status of the population. Accurate recording of all services provided proves the workload of employees and is an objective basis for determining personnel standards and norms.

Key words: recording, documentation, billing of services, nursing, midwifery care

UVOD

Dokumentiranje opravljenih storitev, ne le v zdravstveni in babiški negi, predstavlja v slovenskem zdravstvu precejšen problem. Pogosto se namreč pozablja, da dokumentiranje ne pomeni le zapis opazanj o pacientu in/ali opravljene intervencije zdravstvene in babiške nege, temveč je pomembno tudi za obračun in plačilo

opravljenih storitev, organizacijo dela, načrtovanje potreb po kadrih, razvoj stroke, organizacijo zdravstvenega varstva in še česa.

Dokumentacija služi številnim namenom in se pojavlja v različnih oblikah. Obstaja razlika med splošno in specifično dokumentacijo. Splošna dokumentacija je usmerjena v profesionalni in organizacijski vidik, specifična je del posameznikove obravnave (Pajk, 2006). S pomanjkljivim dokumentiranjem svojo stroko negiramo in razvrednotimo pomen opravil (Peric, 1995). Veliko se govori o potrebi po kakovostnem dokumentiranju procesa zdravstvene in babiške nege, ki je pomembna za kakovost in razvoj stroke (Pajk, 2006), premalo pa o tem, da je kakovostno dokumentiranje vseh opravljenih storitev tudi osnova za vrednotenje našega dela in plačilo storitev. Izkušnje kažejo, da zaposleni v zdravstveni in babiški negi evidentiranje in dokumentiranje storitev, ki niso neposredno del dokumentacije procesa zdravstvene in babiške nege, smatrajo za odvečno in povsem administrativno delo, torej delo nekega drugega profila zaposlenih v zdravstveni ustanovi.

Evidentiranje in dokumentiranje

Evidentiranje je namensko in sistematično spremljanje nečesa in vpisovanje podatkov. V zdravstveni in babiški negi se evidentiranje povezuje zgolj z obračunom storitev in porabo materiala, nepovezano z dokumentiranjem ugotovite v procesu zdravstvene nege, česar pa ne razumemo kot del našega dela. Evidentiranje opravljenega dela uvrščamo med administrativno delo, ki nam povzroča veliko obremenitev in stresor (Škerjanc, 2018).

A zakaj strogo ločevati med evidentiranjem storitev in dokumentiranjem zdravstvene nege? Dokumentiranje pomeni vsako zapisano obliko ali elektronsko beleženje podatkov o zdravstveni negi. Namen dokumentiranja zdravstvene nege je v prikazu opravljene zdravstvene nege (Leskovic & Velikonja, 2016). Od začetka informatizacije zdravstva v Sloveniji je minilo že več kot četrto stoletje. Zdravstveni informacijski sistemi postajajo vedno bolj zapleteni in zbirajo vedno več podatkov. Na eni strani imamo »čiste« zdravstvene podatke (strokovne, medicinske,...) ki se tičejo samega zdravljenja, na drugi pa podatke, ki se tičejo poslovanja (administrativne, obračunske) (Torkar, 2010). Še nedolgo tega so bili informacijski sistemi v zdravstvu namenjeni le za potrebe obračuna opravljenih zdravstvenih storitev ter vodstvom bolnišnic za potrebe analiz in spremljanja stroškov poslovanja. V zadnjem desetletju se v bolnišnične informacijske sisteme uvaja vedno več modulov za evidentiranje in spremljanje strokovnih podatkov. Z elektronskim evidentiranjem preprečujemo izgubo podatkov med zdravstveno oskrbo, ter pozitivno vplivamo na pretočnost informacij in komunikacijo (Priatelj, 2016).

Nameni evidentiranja in dokumentiranja

Dokumentiranje opravil medicinske sestre in zdravstvenega tehnika je namenjeno zagotavljanju sistematične in kontinuirane zdravstvene nege in osnovnih standardov in zahtev stroke ter ustvarjanju legalnih dokumentov, ki pričajo o izvedenih delih (Peric, 1995).

Evidentiranje opravljenih storitev je namenjeno obračunu zdravstvenih storitev plačniku storitev. Zavedena poraba zdravil in materiala omogoča nadzor nad zalogami in potrebo po načrtovanju nabave, poleg tega pa omogoča tudi stroškovno analizo posamezne obravnave.

Podatki o bolnišničnih obravnavaх predstavljajo pomemben vir informacij za spremljanje, načrtovanje, vodenje in razvijanje zdravstvene dejavnosti, za ocenjevanje zdravstvenega stanja prebivalstva, so pa tudi osnova za poročanje in za mednarodne primerjave v okviru obveznosti do Evropske unije, Svetovne zdravstvene organizacije in drugih (NIJZ, 2020).

Natančno beleženje vseh opravljenih storitev dokazuje obremenitev zaposlenih in je objektivna osnova za določitev kadrovskih standardov in normativov, načrtovanja potreb po kadrih, sistemizacijah delovnih mest in zaposlovanja pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti.

Obračun storitev

Evidentirane storitve so osnova za obračun opravljenih storitev, ne glede na to, ali je plačnik storitev zavarovalnica ali oseba sama. Obračun storitev utemeljuje verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji (ZZZS, 2021). Obračunavanje zdravstvenih storitev je povsem elektronsko in se razlikuje glede na vrsto dejavnosti. Medtem, ko se v ambulantni dejavnosti (tako splošni kot specialistični) obračunavajo posamezne storitve (pregledi, diagnostične, terapevtske, rehabilitacijske storitve in podobno), se v bolnišnični obravnavi za plačilo uporablja sistem SPP (skupine primerljivih primerov) (Smodiš, 2014). Sistem SPP je način razvrščanja bolnikov v skupine, podlaga za razvrščanje bolnikov pa so statistične analize kliničnih podatkov in podatkov o porabi velikih vzorcev bolnikov. Na podlagi statističnih obračunov je izračunana osnovna cena primera zdravljenja. Vsaka bolnišnična obravnava se v določeno skupino razvrsti na podlagi glavne diagnoze in ob upoštevanju in morebitnih drugih podatkov, dodatnih diagnoz in posegov (Pišek, 2015).

Evidentiranje in dokumentiranje v zdravstveni in babiški negi

V zadnjem desetletju se za informatizacijo procesov in dejavnosti namenja vedno več denarja. V bolnišnične informacijske sisteme se uvaja vedno več modulov za

spremljanje in evidentiranje strokovnih podatkov. Uvedeni moduli uporabnika vodijo skozi proces dela in vključujejo navodila, opozorila in kontrole vnosa podatkov, kar zmanjšuje možnost napak pri zapisovanju. Glede na to, da so strokovni moduli del informacijskih sistemov, preko katerih poteka tudi obračun storitev, bi vsak zapis strokovnih ugotovitev lahko omogočil avtomatičen zapis opravljene storitve v obračunski modul.

Kljub naporom posameznikov v zdravstvenih zavodih in pospešeni informatizaciji procesov v zdravstveni in babiški negi in celotnem zdravstvu pogled na zdravstveno dokumentacijo v večini zdravstvenih zavodov daje vtis, da je do brezpapirnega poslovanja še zelo dolga pot. Večina dokumentacije je tako še vedno papirna ali v najboljšem primeru dvojna, kar pomeni, da podatke izvajalec zapiše na papirni dokument, potem pa tiste, ki so »obvezni« sam ali nekdo drug prenese v informacijski sistem. Pri tem se skoraj po pravilu v informacijski sistem zabeležijo samo tisti podatki, ki so obvezni za obračun storitev plačniku ali za potrebe poročanja podatkov v statistične namene in zbirke podatkov. Težava zapisov v papirno dokumentacijo je v množici dokumentov, ki imajo vsak svoj namen, pri čemer je potrebno isti podatek zabeležiti na več dokumentov. To poleg tega, da pri zaposlenih predstavlja nepotrebno obremenitev in slabo voljo, pomeni tudi podvajanje zapisov in veliko možnost pomanjkljivosti in napak pri beleženju.

Če smo zapisovanje strokovnih ugotovitev v procesu zdravstvene in babiške nege nekako že osvojili, pa medicinskim sestram in babicam še vedno predstavlja težavo evidentiranje opravljenih storitev, porabe materiala in podatkov za zdravstveno statistiko. Prevladuje mnenje, da so to administrativni podatki, ki ne sodijo v delokrog medicinske sestre in babice in naj jih zbira in beleži zdravstveni administrator. Zagotovo je potrebno medicinske sestre in babice razbremeniti administrativnega dela, a pri tem ne smemo dovoliti, da bi nestrokovna ali napačna interpretacija zapisanih podatkov pomenila pomanjkljiv ali napačen zapis v obračunski ali statistični modul. Zavedati se moramo, da zdravstveni administratorji nimajo formalne zdravstvene izobrazbe, niso prisotni pri samem izvajanju našega dela in pogosto niti nimajo dostopa do vseh podatkov.

Informatizirani zdravstveni procesi nedvomno prinašajo prednosti, saj z vsemi vključenimi opozorili in kontrolami omogočajo varnejšo in kvalitetnejšo obravnavo pacientov. Ob tem se vsak podatek vpiše le enkrat, informacijski sistem pa omogoča, da se ga uporabi v vseh evidencah, kjer je potreben. Dosledna uporaba e-dokumentacije bi torej omogočala natančne in zanesljive podatke tudi za obračun in statistiko.

Razlogi za evidentiranje in dokumentiranje

Še vedno je evidentiranje in dokumentiranje opravljenih storitev prvenstveno namenjeno obračunu in analizi stroškov posamezne obravnave. Pri tem tako sami zavodi v internih nadzorih kot Zavod za zdravstveno zavarovanje kot plačnik storitev

ob svojih nadzorih opažajo nepravilnosti v obe smeri – zdravstveni zavodi obračunajo storitve, za katere v zdravstveni dokumentaciji ni zapisov, da so bile izvedene kot ne obračunajo storitve, za katere ti zapisi obstajajo. Pogosto se pozabi evidentirati dodatno plačljive materiale in zdravila. Evidentiranje vsega porabljenega materiala, zdravil, preiskav in ostalih stroškov omogoča realnejšo analizo stroškov na posameznega pacienta oziroma obravnavo, kar je osnova za ugotavljanje potreb po spremembi višine ali sistema plačila. Sprotno beleženje omogoča vodstvom zavodov analizo stroškov poslovanja.

Dosledno in pravilno evidentiranje storitev omogoča, da bo delo v zdravstveni in babiški negi vidnejše in morda tudi bolj cenjeno. Zabeležena količina in vrsta opravljenih storitev je pogosto edini pokazatelj obremenitve zaposlenih in je podlaga za določanje kadrovskih standardov ter ugotavljanja potreb po kadrih in zaposlovanju, pa tudi optimizaciji delovnega procesa.

Razlogi za pomanjkljivo evidentiranje storitev so poleg preobremenjenosti, pomanjkanja časa in preobsežne papirne dokumentacije tudi premalo število računalniških postaj, prepočasni računalniki in programi, pomanjkanje izobraževanja o pomembnosti evidentiranja in načinu izpolnjevanja elektronske dokumentacije, odsotnost vzpodbud za opravljeno in kazni za neopravljeno delo.

Zaključek

Medicinske sestre in babice moramo evidentirati opravljene storitve in material, saj nam to predstavlja osnovo za obračun opravljenega dela našemu plačniku. Ne jemljimo tega kot nepotrebno dodatno delo in še manj kot delo, nevredno naše izobrazbe, ki ga lahko opravi kdo drugi. Samo z doslednim evidentiranjem bomo dokazali eventualno neprimerno vrednotenje storitev, obremenitve zaposlenih, načrtovanje potreb po zdravstvenih storitvah in kadrih v prihodnje. Pri optimizaciji dela nam je lahko v veliko pomoč uporaba informacijskih sistemov.

Literatura

Leskovic, L. & Kregar Velikonja, N., 2016. E-dokumentiranje kot pripomoček za poučevanje študentov na področju zdravstvene nege. In: M. Milavec Kapun, eds. *Elektronska dokumentacija v zdravstveni in babiški negi. Strokovno srečanje. Ljubljana, 20. januar 2016.* Ljubljana: Zdravstvena fakulteta Univerze v Ljubljani, p. 16.

NIJZ, 2020. Perinatalni informacijski sistem (PIS): *Definicije in metodološka navodila za sprejem podatkov perinatalnega informacijskega sistema preko aplikacije ePrenosi*, v 2.3. Available at: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/podatki/podatkovne_zbirke_raziskave/peris_metodoloska_navodila_2021.pdf [20.3.2021]

- Peric, H.K., 199. Dokumentiranje v zdravstveni negi – ali je res potrebno. *Obzor Zdr N*, 29, pp.167-170.
- Pišek, B., 2015. *Analiza financiranja akutne bolnišnične obravnave po sistemu skupin primerljivih primerov: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta, p. 11.
- Prijatelj, V., 2016. Razvoj elektronske dokumentacije v zdravstveni negi v Sloveniji – entropija ali strategija?. In: M. Milavec Kapun, eds. *Elektronska dokumentacija v zdravstveni in babiški negi. Strokovno srečanje. Ljubljana, 20. januar 2016*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta Univerze v Ljubljani, p. 5.
- Ramšak Pajk, J., 2006. Dokumentacija v zdravstveni negi: pregled literature. *Obzor Zdr N*, 40, pp. 137-142.
- Smodiš, A., 2014. *Obračunavanje zdravstvenih storitev na Zavodu za zdravstveno zavarovanje: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za upravo, pp. 19-21.
- Škerjanc, E., 2018. *Vpliv obremenjenosti medicinskih sester na medosebne odnose v zdravstveni negi: magistrsko delo*. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, p. 16.
- Torkar, S., 2010. *Informatizacija procesa obravnave pacienta v primarnem zdravstvu: magistrsko delo*. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, p. 3.
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2021. Navodila za obračun, vprašanja in odgovori, 2021(1), pp. 14. Available at: <https://www.zzzs.si/?id=126&detail=DBD1FAFBC984757D-C12586A10046DA5A> [1.4.2021]

PRISOTNOST DOULE PRI PORODU – VIDIK PORODNIC

DOULA PRESENCE AT BIRTH – ASPECT OF WOMEN

Maja Drčar, dipl. bab., viš. pred. Tita Stanek Zidarič, dipl. bab., MSc (UK), IBCLC
Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta Ljubljana
maja.drcar@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: V današnjem času večina žensk rojeva v porodnišnicah, kjer je stalna prisotnost babice bolj izjema kot pravilo. Podpora med porodom naj bi vključevala tudi čustveno podporo, vzpodbujanje, informiranje in zagovarjanje interesov porodnice. Douline podporo skozi nosečnost in porod povezujejo z nižjim številom nedonošenih otrok in carskih rezov. Namen raziskave je poizvedeti, kako porodna podpora vpliva na porod in zakaj se ženske odločajo za prisotnost doule pri porodu. V nadaljevanju pa je cilj ugotoviti, kaj ženske pričakujejo od doule in ali so s svojo porodno izkušnjo bolj zadovoljne zaradi prisotnosti doule. **Rezultati:** Razlogi žensk za odločitev za prisotnost doule med porodom se najpogosteje pojavijo želja po kontinuirani obravnavi pred in po porodu, stalna prisotnost med porodom ter želja po zagovarjanju njenih potreb. Poleg tega pa tudi predhodna slaba porodna izkušnja in dejstvo, da jim doula predstavlja občutek varnosti, zaupanja in emocionalne podpore. **Razprava:** Babice stremijo k celostni, kontinuirani obravnavi porodnic, ampak to zaradi preobremenjenosti v zdravstvenem sistemu ni vedno mogoče. Strokovna zdravstvena oskrba med porodom je enako pomembna kot čustvena podpora, saj lahko pomanjkanje le-te vodi celo do psiholoških travm, ki prav tako poslabšajo kakovost življenja žensk in njihovih družin. Zaradi želje žensk po čustveni podpori izhaja tudi potreba po doulah. Doule morajo oz. bi morale dobro poznati svoje pristojnosti in kritično gledati na svoje znanje ter se v vsakem trenutku zavedati, do kje sega meja njihovih »pristojnosti«. Da bi ženske izkusile svojo porodno izkušnjo kot varno in izpolnjujočo, je nujno sodelovanje med babico in doulo.

Ključne besede: doula, čustvena podpora, babica, porodna izkušnja

ABSTRACT

Introduction: Today, the majority of women give birth in maternity hospitals, where constant presence and support is more of an exception than a rule. Support during labour should include emotional support, encouragement, informing, and defending the interests of a birthing mother. Presence of doula is connected with lower rate of cesarian sections and premature births. The aim of this research is to investigate why women decide for the presence of a doula during childbirth. as well as to

find out what women expect from doulas and whether these women are more pleased with their childbirth experience due to the presence of a doula. **Results:** The most often reasons for deciding for the presence of a doula during childbirth are continuous treatment before and after labour, constant presence during the labour, the wish for defending their needs, and bad childbirth experience from the past. Doula also presents the feeling of safety, trust, and emotional support. **Conclusion:** Midwives strive for an overall, continuous treatment of birthing mothers, but due to the overloadness of the healthcare system it is often impossible. It is imperative to be aware of the fact that emotional support during labour is just as important as professional health care. The lack of emotional support can lead to psychological trauma, which deteriorates the quality of life of the birthing mothers and their families. This is also the reason for the need of doulas. Doulas should, on the other hand, be always aware of their authority limitations and of the level of professional knowledge they actually have. For safer and more empowering birthing experience cooperation between midwife and doula is necessary.

Keywords: doula, emotional support, midwife, birth experience

UVOD

Prisotnost drugih žensk med porodom skozi zgodovino ni bilo nič neobičajnega. V sedanosti pa večina žensk rojeva v porodnišnicah, kjer je zaradi preobremenjenosti stalna prisotnost babic bolj izjema kot pravilo. Tudi to je prispevalo k poslabšanju porodnih izkušenj. Moderna porodniška oskrba ženske velikokrat izpostavlja nepotrebni rutinski postopki, ki imajo lahko kasneje vpliv na potek poroda. Podpora med porodom mora vključevati čustveno podporo, vzpodbujanje, informiranje in zagovarjanje interesov porodnice. Ženska se tako počuti samozavestno, predvsem pa ima občutek, da sama vodi svoj porod, kar pa vodi k zmanjševanju potrebe po medicinskih intervencijah (Hodnett, et al., 2013). Rojstvo je nepozabljiv dogodek v življenju ženske, ki močno vpliva na kasnejše fizično in psihično zdravje (Khresheh, 2010). Hinic (2015) pa dodaja, da je sama izkušnja poroda večdimenzijska in kompleksna; vsebuje rojstvo otroka in s tem povezane fiziološke, psihološke in čustvene odzive na to večjo življenjsko spremembo. Z namenom zavarovati pozitivno izkušnjo poroda, se morajo zdravstveni strokovnjaki posvečati tudi psihološkemu in socialnemu vidiku poroda, brez da bi zanemarili strokovnost svojega dela (Nilsson, et al., 2013). Sodeč po raziskavi Bohrena in sodelavcev (2019) spremstvo in podpora pozitivno vplivata na celotno porodno izkušnjo.

V raziskavi smo ugotavljali, kako podpora med porodom vpliva na porodno izkušnjo in zakaj si ženske kot podpornico med porodom želijo doulo. Doulino podporo skozi nosečnost in porod povezujejo z nižjim številom nedonošenih otrok in carskih rezov. Prav tako pa tudi z večjo možnostjo izključnega dojenja in dobro porodno izkušnjo (Thomas, et al., 2017). Wagner (2008) navaja, da so babice strokovnjakinje za fiziološki potek nosečnosti in poroda. Med porodom je babica zaupnica rojevajoče

ženske. Predstavlja veliko pomoč pri soočanju v zvezi z obporodnimi postopki in izbiro protibolečinske terapije. Z zgoraj navedeno trditvijo se strinja tudi Gaskin (2010), ki pa še dodaja, da je filozofija babištva imeti v obravnavi samo eno žensko na enkrat. Potrebno je dobro spoznati njene želje in pričakovanja, kar pa naj bi po avtoričinem mnenju vodilo k manj prerezom presredka in manj porodov s pomočjo vakuuma in porodnih klešč. Prav tako naj bi se zmanjšala uporaba epiduralne analgezije in možnost carskega reza. Zaradi svoje izobrazbe in znanja babice poznajo normalen potek poroda in zato tudi prepoznajo zaplete med porodom in vedo, kdaj je potrebna zdravniška intervencija.

Hodnett in sodelavci (2013) so ugotovili, da je več žensk, ki je prejemale kontinuirano podporo, rodilo spontano, kar pomeni brez potrebe po carskem rezu, vakuumu ali porodnih kleščah. Manjkral so čutile potrebo po protibolečinskih sredstvih in njihovi porodi so trajali manj časa. Z zgornjo trditvijo se prav tako strinjajo Bohren in sodelavci (2017), Kozhimannil in sod. (2013) ter Kozhimannil in sod. (2014). Tudi Wagner (2008) navaja, da je neprekinjena podpora ene osebe eni porodnici med porodom izredno pomemben dejavnik obporodne skrbi. Prav taka podpora tudi pripomore k zmanjšanju uporabe invazivnih posegov, prispeva k zmanjšanju uporabe zdravil za lajšanje bolečin, zmanjšuje število poškodb presredka, uporabe porodnih klešč, vakuuma in zmanjša verjetnost carskega reza. Še posebej učinkovito je, kadar ženska sama izbere svojo spremljevalko.

Namen raziskave je ugotoviti, kako porodna podpora doule vpliva na porod in zakaj se ženske odločajo za prisotnost doule pri porodu.

Zastavljeni sta bili dve raziskovalni vprašanji:

Zakaj se ženske odločajo za prisotnost doule med porodom?

Ali prisotnost doule vpliva na potek poroda in porodno izkušnjo ženske?

Rezultati

V vzorec je bilo vključenih 66 oseb ženskega spola, ki so rodile vsaj enega otroka. Največ žensk je rodilo enkrat (45,5 %), nekoliko manj, a vseeno primerljivo, dvakrat (43,9 %), najmanj žensk pa je rodilo trikrat (10,6 %), vse pa vsaj enkrat v spremstvu doule. Med razlogi za odločitev za prisotnost doule med porodom se najpogosteje pojavijo kontinuirana obravnava pred in po porodu (57,6 %), stalna prisotnost med porodom (51,5 %) ter želja po zagovarjanju svojih stališč (51,5 %). Nekaj jih je kot razlog navedlo tudi predhodno slabo porodno izkušnjo (28,8 %). Med skoraj četrtino udeleženk pa doula predstavlja občutek varnosti, zaupanja in emocionalno podporo (22,7 %).

Tabela 1: Opisne statistike o stališčih do doule med nosečnostjo

	M	SD
Pred najemom doule sem se pozanimala o njenih ustreznih kvalifikacijah in izkušnjah.	4,18	1,108
Doula mi je pomagala sestaviti porodni načrt.	4,03	1,067
Doula je bila dosegljiva že med nosečnostjo z nasveti o zdravem poteku nosečnosti.	4,56	0,77

Legenda: M: aritmetična sredina, SD: standardna deviacija

Tabela 2: Opisne statistike o stališčih do doule med porodom

	M	SD
Doula je bila seznanjena s pravili izbrane porodnišnice.	4,70	0,58
Doula mi je nudila podporo pri zagovarjanju mojih želja in pričakovanj v času poroda.	4,50	0,81
Doula je bila med porodom prisotna ves čas.	4,68	0,71
Po mojem mnenju je doula vplivala na uspešen zaključek poroda.	4,47	0,73

Legenda: M: aritmetična sredina, SD: standardna deviacija

Tabela 3: Opisne statistike o stališčih do doule po porodu

	M	SD
Doula mi je pomagala pri prvem podoju.	4,15	1,18
Doula je bila prisotna tudi po porodu in mi nudila nasvete in podporo.	4,41	0,91
Doula mi je pomagala pri vzpostavitvi dojenja.	4,08	1,17
Prisotnost doule je izpolnilo moja pričakovanja.	4,59	0,76

Legenda: M: aritmetična sredina, SD: standardna deviacija

Iz podatkov, pridobljenih iz anketnega vprašalnika, vidimo, da je 78,79 % žensk rodilo po naravni poti. 27,27 % izmed teh ni imelo obporodnih poškodb, 25,76 % pa jih je imelo raztrganino presredka. 7,58 % anketirank je rodilo s prerezom presredka, 6,06 % s carskim rezom in ena s pomočjo vakuuma, kar predstavlja 1,5 % anketirank.

O zadovoljstvu s prisotnostjo doule ob porodu kažejo tudi rezultati na vprašanje, če bi se pri naslednjem porodu znova odločili za njeno prisotnost. Velika večina (87,88 %) je odgovorila, da bi se za to odločila še kdaj, nekaj (12,12 %) pa jih tega ne bi storilo.

Z raziskavo smo ugotovili, da se ženske odločajo za prisotnost doule med porodom zaradi stalne prisotnosti spremljevalca, zaradi kontinuirane obravnave tudi pred in po porodu. Prav takšno željo imajo tudi babice, ki si želijo izvajati kontinuirano obravnavo. S spremljanjem celotne nosečnosti bi se ustvarilo zaupanje med nosečnico in babico, ki je potem prav tako prisotna ves čas poroda.

Kontinuirana podpora med porodom lahko izboljša porodne izide za žensko in otroka. Ženske imajo večjo možnost spontanega in krajšega poroda. Potreba po porodni analgeziji se zmanjša, prav tako pa možnost vakuuma in carskega reza. S trditvijo se strinjajo tudi Kozhimannil in sodelavci (2014). V drugi raziskavi Kozhimannil s sodelavci (2013) navaja, da je v primerjalni študiji med ženskami, pri katerih je bila prisotna doula, in pri ženskah, kjer doule ni bilo, procent carskega reza kar za 9,2 % manjši v skupini, kjer je doula bila prisotna. Da je bil zaradi stalne prisotnosti odstotek carskega reza manjši, potrjuje tudi Khresheh (2010), ki pa še pravi, da se časovno porodi niso skrajšali zaradi stalne prisotnosti in podpore.

Bohren in sodelavci (2017) v svoji raziskavi ne izpostavljajo ugotovljene nobene slabosti kontinuirane podpore med porodom. Podobne rezultate smo dobili tudi v naši raziskavi, saj je velika večina žensk rodila po naravni poti, brez ali z lažjimi obporodnimi poškodbami. Majhen delež žensk pa je rodilo s pomočjo carskega reza ali vakuuma. Bohren s sodelavci (2019) še poudarjajo, da nekatere ženske ne želijo stalne prisotnosti zdravstvenega osebja zaradi pomanjkanja zasebnosti in prostora. Prav tako se s povečanim številom oseb v prostoru zviša možnost infekcij. Prisotnost spremljevalca ali odsotnost le-tega je med porodom pomembna za izboljšanje kvalitete oskrbe med porodom.

Zaključek

Babice stremimo k celostni, kontinuirani obravnavi porodnic, ampak to večino časa zaradi preobremenjenosti v zdravstvenem sistemu ni mogoče. Zavedati se moramo, da je čustvena podpora med porodom prav tako pomembna kot strokovna zdravstvena oskrba in pomanjkanje le-te lahko vodi do psiholoških travm, ki lahko poslabšajo nadaljnjo kakovost življenja žensk in njihovih družin. Raziskave, omenjene v prispevku, kažejo na boljše obporodne rezultate ob prisotnosti doule

oziroma kadar ima ženska med porodom stalno podporo in je na porod psihološko pripravljena. Naloga vseh nas, ki delamo z ženskami v reproduktivnem obdobju, pa je vedenje, da je vsaka ženska s svojim porodom svoj individuum s svojimi željami, potrebami in pričakovanji, za katere smo dolžni po najboljših močeh poskrbeti.

Na porod se v dobi sodobne tehnologije vedno bolj gleda kot na medicinski postopek, čeprav gre v osnovi za popolnoma naraven proces, česar bi se medicinsko osebje moralo bolj zavedati. Iz tega je tudi nastala potreba po doulah. Doule pa bi morale razumeti, do kje sega meja njihove pristojnosti in koliko znanja pravzaprav imajo. Če bi z obeh strani prišlo do boljšega sodelovanja, bi lahko skupaj še bistveno izboljšali celoten porodni proces.

Literatura

Bohren, MA., Hofmeyr, GJ., Sakala, C., Fukuzawa, RK. & Cuthbert, A., 2017. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (7), pp. 1–4. Available at: doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub6 [5.9.2019].

Bohren, MA., Berger, BO., Munthe-Kaas, H. & Tuncalp, O., 2019. Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3), pp. 2–15. Available at: doi: 10.1002/14651858.CD012449.pub2 [5.9.2019].

Gaskin, IM., 2010. Modrost rojevanja. Ljubljana: Založba Sanje. pp. 327–333.

Hinic, K, 2015. The Relationships Among Perceived Stress, Birth Satisfaction, and Breastfeeding Self-Efficacy in Early Postpartum Women. Seton Hall University Dissertations and Theses (ETDs), pp: 59–60. Available at: <https://scholarship.shu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3072&context=dissertations> [30.5.2019].

Hodnett, ED., Gates, S., Hofmeyr, GJ. & Sakala C, 2013. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane database of systematic reviews* (7), pp: 2–118. Available at: doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub5 [2.6.2019].

Khresheh, R., 2010. Support in the first stage of labour from a female relative: the first step in improving the quality of maternity services. *Midwifery*, pp: 21–24. Available at: doi: 10.1016/j.midw.2008.11.003 [15.6.2019].

Kozhimannil, KB., Hardeman, RR., Attanasio, LB., Blauer-Peterson, C. & O'Brien, M., 2013. Doula Care, Birth Outcomes, and Costs Among Medicaid Beneficiaries. *American Journal of Public Health*, 3(4), pp: 113–120. Available at: doi: 10.2105/AJPH.2012.301201 [15.6.2019].

Kozhimannil, KB., Attanasio, BA., Jou, J., Joarnt, LK., Johnson, J. & Gjerdingen, DK, 2014. Potential benefits of increased access to doula support during childbirth. *Am J Manag Care*, 20(8), pp: 1–18. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5538578/> [15.10.2019].

Nilsson, L., Thorsell, T., Hertfelt Wahn, E. & Ekstrom, A., 2013. Factors Influencing Positive Birth Experiences of First-Time Mothers. *Nursing Research and Practice*, (6), pp: 1–6. Available at: doi: 10.1155/2013/349124 [15.6.2019].

Thomas, MP, Ammann, G., Brazier, E., Noyes, P. & Maybank, A., 2017. Doula Services Within a Healthy Start Program: Increasing Access for an Underserved Population. *Maternal and Child Health Journal*, 21(1), pp: 59–64. Available at: doi: 10.1007/s10995-017-2402-0 [15.10.2019].

Wagner, M., 2008. Moj porodni načrt. Ljubljana: Založba Sanje. pp. 77–79, 213–224.

Za varnejši in lažji porod

DIANATAL®

porodni gel



DATUMI PIRIPRAVE: APRIL 2021, SL21.DIA.01

PROXIMUM

Varen za mamo in otroka.

ofenosept

oktenidinijev diklorid, fenoksietanol

50 ml s pumpico



NEŽEN DO KOŽE,
MOČAN PROTI
MIKROORGANIZMOM.

DERMALNA RAZTOPINA ZA ANTISEPTIČNO ZDRAVLJENJE RAN, SLUZNIC IN KOŽE

schulke +

PRIPRAVLJENO V SLOVENIJI: marec 2021. SI.21.OFE.02






SKRAJŠAN POVZETEK GLAVNIH ZNAČILNOSTI ZDRAVILA

Pred predpisovanjem, prosimo, preberite celoten Povzetek glavnih značilnosti zdravila, ki ga dobite pri naših strokovnih sodelavcih ali na sedežu podjetja OPH Oktal Pharma d.o.o. Ofenosept 1 mg/20 mg v 1 ml dermalno pršilo, raztopina, Ofenosept 1 mg/20 mg v 1 ml dermalna raztopina. **SESTAVA:** En ml raztopine vsebuje 1 mg oktenidinijevega diklorida in 20 mg fenoksietanola. **TERAPEVTSKE INDIKACIJE:** Zdravilo Ofenosept je indicirano za: (i) antiseptično zdravljenje majhnih površinskih ran, (ii) razkuževanje kože pred nekirurškimi posegi, (iii) ponavljajoče kratkotrajno antiseptično zdravljenje sluznice in sosednjih tkiv pred kateterizacijo sečnega mehurja. **ODMERJANJE IN NAČIN UPORABE:** Raztopina je namenjena za dermalno uporabo. Nanaša se na predel, ki ga je treba zdraviti, dokler ni povsem navlažen. Po nanosu in pred nadaljnjimi ukrepi, kot je npr. namestitev povojev na rano, mora čas izpostavljenosti trajati najmanj 1 do 2 minuti. Odmerjanje je za odrasle in otroke enako. **KONTRAINDIKACIJE:** (i) Preobčutljivost na zdravilni učinkovini ali katero koli pomožno snov, (ii) spiranje trebušne votline (npr. med operacijo), spiranje mehurja, ali nanašanje na membrano bobniča. **POVZETEK PREVIDNOSTNIH UKREPOV, OPOZORIL IN INTERAKCIJ:** Zdravila se ne sme zaužiti in ne sme priti v krvni obtok, npr. kot rezultat nehotnega injiciranja. Zdravila ne smete injicirati ali nanašati na tkivo s pritiskom, da preprečite morebitno poškodbo tkiva. Uporabi zdravila Ofenosept v obeh se je treba izogibati. Ne uporabljajte sočasno z antiseptiki na podlagi polivinilpirrolidona (PVP) in joda (povidon-jod) na sosednjih predelih kože. Anionske površinske aktivne snovi (milo, detergenti itd.) lahko pri sočasni uporabi zmanjšajo ali izničijo učinek. Med nosečnostjo se lahko, če je potrebno, razmisli o uporabi zdravila Ofenosept. Zaradi previdnosti se zdravilo ne sme nanašati na predel dojke v obdobju dojenja. **POVZETEK NEŽELENIH UČINKOV:** (i) Redki: skelet občutek, rdečina, srbenje in toplota na mestu nanosa, (ii) zelo redki: alergijska kontaktna reakcija, npr. začasna rdečina na mestu nanosa. **NAČIN IN REŽIM IZDAJE:** Izdaja zdravila je brez recepta v lekarnah in specializiranih prodajalnah. **IMETNIK DOVOLJENJA ZA PROMET:** Schulke & Mayr GmbH, Robert-Koch-Str. 2, D- 22851 Norderstedt, Nemčija. **DATUM PRIPRAVE INFORMACIJE:** marec 2021. **SAMO ZA STROKOVNO JAVNOST.**

PreMama^{duo}[®]

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


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


Način uporabe: 1 tableta in 1 kapsula dnevno z avtozile z nekaj tekočino po obroku.



KAR POTREBUJE BODOČA MAMICA



 Izdelek je na voljo v vseh lekarnah, tudi spletnih.

 Zdrava nosečnost in dojenje – PreMama

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

Dolirief 400 mg

ibuprofenijev lizinat

20 filmsko obloženih tablet brez recepta

- BOLEČINE
- VROČINA
- GRIPA
- PREHLAD



**BREZ LAKTOZE
BREZ GLUTENA**

Povečani glavni značilnosti zdravila se na voljo pri imeniku dostavljajo za promet z zdravilom Alkaloid-RT d.o.o. in na spletni strani www.chi.si.



HITREJŠI,
MOČNEJŠI,
DOLIRIEF



GATTART

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

**TUDI ZA NOSEČNICE
BREZ SLADKORJA
BREZ ALUMINIJA**



ZGAGA...?
NIČ VEČ

Povečani glavni značilnosti zdravila se na voljo pri imeniku dostavljajo za promet z zdravilom Alkaloid-RT d.o.o. in na spletni strani www.chi.si.

SPONZORJI:



PRELOM

družinski fotostudio



www.prispodobe.si



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

www.zbornica-zveza.si