



ŽALOVANJE OB NEUSPELI NOSEČNOSTI IN PRAVNI POSTOPKI

ZBORNIK PREDAVANJ

Organizacijski odbor:

SONJA HARNIK
GORDANA NJENJIĆ
MATEJA POGORELC

Strokovni odbor:

RENATA NAHTIGAL
GORDANA NJENJIĆ
ANITA PRELEC

ZBORNİK JE LEKTORIRAN IN RECENZIRAN

Izdala

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

Sekcija medicinskih sester in babic

Ob železnici 30a

1000 Ljubljana

www.sekcija-babic.si

Slovenj Gradec, 2016

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

618.2/.3(082)

ŽALOVANJE ob neuspeli nosečnosti in pravni postopki : zbornik predavanj. -
Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih
društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija
medicinskih sester in babic, 2016

ISBN 978-961-94013-1-6

286825728

Oblikovanje in tisk:
PRELOM design d.o.o.

Naklada 140 izvodov

PROGRAM STROKOVNEGA SREČANJA – 21. 10. 2016

- 8.15 – 9.00 **Registracija udeležencev**
- 9.00 – 9.10 **POZDRAVNI GOVORI**
- 9.10 – 9.30 **PORODNIŠNICA SLOVENJ GRADEC – NA POTI K ŽENSKO OSREDIŠČENI OBRAVNAVI**
Sonja Harnik, dipl. babica
- 9.30 – 9.55 **HISTEROSKOPSKA STERILIZACIJA ESSURE – VARNA IN UČINKOVITA IZBIRA TRAJNE ZAŠČITE PROTI ZANOSITVI**
Branka Verdnik Golob, dr.med., spec.gin. in por.
- 9.55 – 10.20 **INDUKCIJA PORODA PRI POTERMINSKIH NOSEČNOSTIH - PRIMERJAVA MEHANSKIH IN FARMAKOLOŠKIH METOD**
dr. Polona Pečlin, dr.med.,
mag. Gorazd Kavšek, dr.med., spec.gin. in por.
- 10.20 – 10.45 **VNOS IZBRANIH VITAMINOV, MINERALOV IN ELEMENTOV V SLEDOVIH PRI SLOVENSКИH NOSEČNICAH IN DOJEČIH MATERAH**
dr. Evgen Benedik, ing.živ.tehn.
- 10.45 – 10.55 **PREDSTAVITEV SPONZORJA**
- 10.55 – 11.40 **ODMOR**
- 11.40 – 12.05 **ODKRIVANJE RAZVOJNIH NEPRAVILNOSTI PRI PLODU IN UKREPANJE**
doc.dr. Nataša Tul Mandić, dr.med., spec.gin. in por.
- 12.05 – 12.30 **MRTVOROJENOST NA KOROŠKEM – NAŠA OBRAVNAVA**
asist. Helena Šavc, dr.med., spec.gin. in por.
- 12.30 – 12.55 **ŽALOVANJE PO IZGUBI ZAŽELENE NOSEČNOSTI IN POTREBE ŽALUJOČE DRUŽINE**
dr. Vislava Globevnik Velikonja, spec. klin. psihologije
- 12.55 – 13.20 **KOMUNIKACIJA ZDRAVSTVENIH DELAVCEV S STARŠI OB PERINATALNI SMRTI**
Lucija Pavše, uni.dipl. psihologinja
- 13.20 – 13.45 **PRAVICA DO POKOPA, ZAKONSKA PODLAGA**
Barbara Marinko, univ.dipl.prav.
- 13.45 – 14.30 **VOLITVE predsednika/ce in članov/ic Izvršnega odbora**
- 14.30 – 15.30 **KOSILO**
- 15.30 – 15.45 **SHIATSU MASAŽA MED PORODOM**
Mojca Breg, dipl. babica

- 15.45 –16.30 **HOMEOPATIJA IN OBPORODNA POMOČ: nosečnost, porod,
poporodna doba**
dr. Maruša Hribar, mag.farm.
- 16.30 –16.45 **Poročanje volilne komisije**
- 16.45 –17.00 **ZAKLJUČKI STROKOVNEGA SREČANJA**

PORODNIŠNICA SLOVENJ GRADEC – NA POTI K ŽENSKOOSREDIŠČENI OBRAVNAVI

Sonja Harnik, dipl.bab.

Splošna bolnišnica Slovenj Gradec
Gospodsvetska 1
2380 Slovenj Gradec

IZVLEČEK

Porodnišnica Slovenj Gradec je srednje velika porodnišnica s približno 900 porodi letno. Pokriva geografsko območje celotne Koroške in Velenjsko kotlino. Omogoča epiduralno obporodno analgezijo in spinalno anestezijo. Prizadevamo si za čimbolj prijazno, enakovredno, toplo in strokovno obravnavo vseh porodnic. Vzpodbujamo naravne porode in dopuščamo porodnicam možnost izbire. Izvajamo tudi šolo za starše, ki je dobro obiskana.

Uvod

V okviru splošne bolnišnice Slovenj Gradec deluje porodnišnica oz. oddelek za ginekologijo in porodništvo že od leta 1936. Prvi carski rez je bil opravljen leta 1938 in v tem obdobju so nastali tudi zametki posvetovalnice za nosečnice. Kot prvi v Sloveniji smo uvedli »rooming in« – sobivanje matere z novorojenčkom.

Največje število porodov je bilo doseženo leta 1978, in sicer kar 2195.

Od leta 2003 v porodnišnici poteka testiranje sluha za novorojenčke, kar je presejalna metoda za testiranje sluha za novorojenčke.

Leta 2003 je rodila prva porodnica z epiduralno porodno analgezijo, leta 2011 pa s spinalno anestezijo.

V letu 2009 smo pridobili certifikat Novorojenčkom prijazna porodnišnica, v letošnjem letu smo imeli reoceno in dosegli 96 % vseh točk ter s tem ponovno dobili certifikat in hkrati potrditev našega dobrega dela.

Danes je Porodnišnica Slovenj Gradec moderna porodnišnica, ki sledi vsem strokovnim standardom in se v zadnjih letih trudi približati porodnicam, upoštevati njihove želje (v kolikor ni kakšne medicinske kontraindikacije), omogočati parom – in ne samo ženskam – čim lepšo in čim manj stresno porodno izkušnjo.

V pričujočem prispevku je na kratko opisano delo porodnišnice v zadnjih desetih

letih in nekaj bolj razdelanih podatkov iz leta 2015 ter leta 2016, vključno z mesecem julijem.

Metode

Podatki za raziskavo so bili pridobljeni s pomočjo Nacionalnega perinatalnega informacijskega sistema Slovenije (NPIS) za obdobje od leta 2006 in do konca julija 2016. NPIS je zdravstveni register o porodih in rojstvih, ki omogoča spremljanje perinatalnih rezultatov. V raziskavo so bile vključene vse porodnice, ki so v omenjenem obdobju rodile v porodnišnici Slovenj Gradec. Podatki o vodstvu porodov so podrobneje razdelani za leto 2015 in 2016 (do konca julija).

Predstavitev porodov v porodnišnici Slovenj Gradec

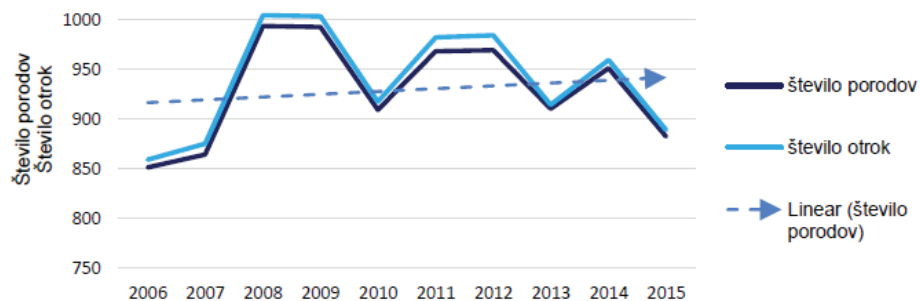
Število porodov

Porodnišnica Slovenj Gradec glede na število porodov v Sloveniji spada med srednje velike porodnišnice. Število porodov se giblje med 900 in 1000 porodi (tabela 1). Minimum porodov je bil leta 2005, in sicer 777, sedaj pa je število porodov že nekaj let bistveno višje, opazen je trend rasti porodov v zadnjih desetih letih (slika 1).

Tabela 1: Število porodov v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec 2006-2015

| Leto | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|-----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| število porodov | 851 | 864 | 993 | 992 | 909 | 968 | 969 | 910 | 951 | 882 |
| število otrok | 859 | 875 | 1004 | 1003 | 917 | 982 | 984 | 914 | 959 | 889 |

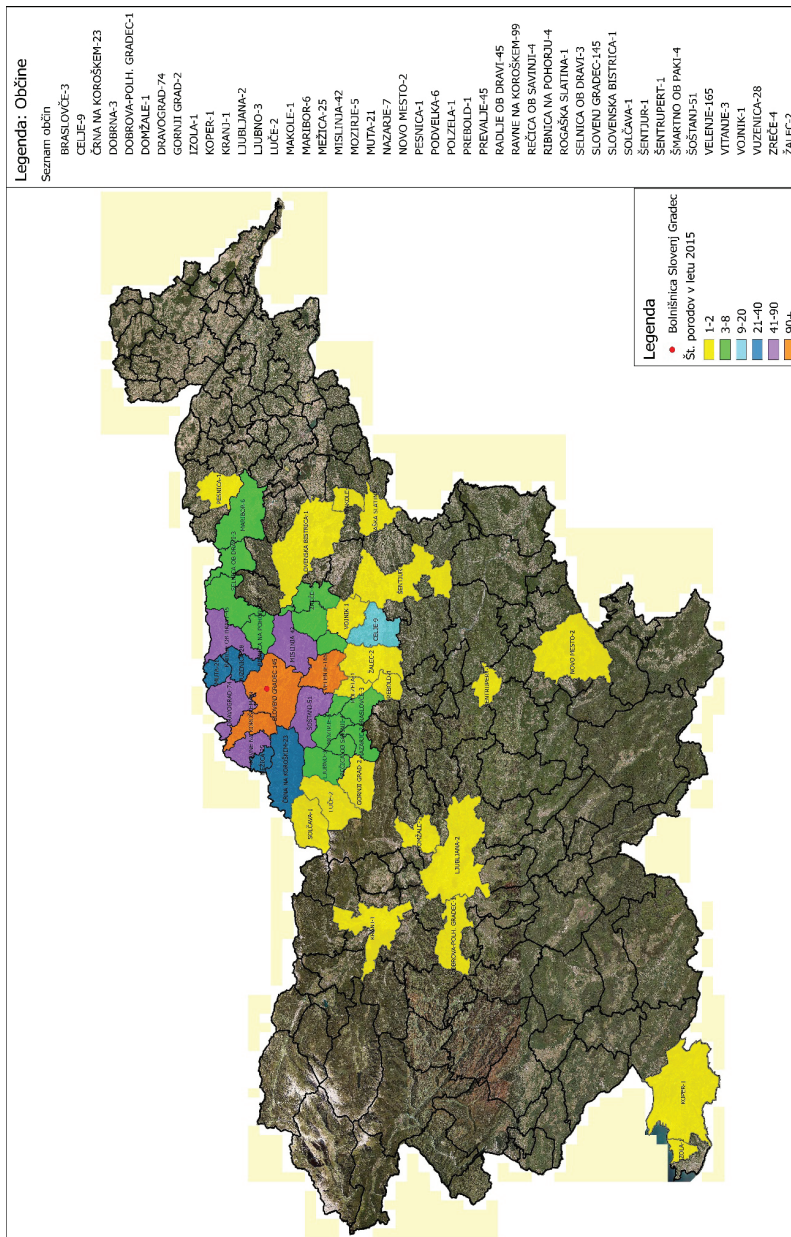
Število porodov v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec



Slika 1: Število porodov v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec 2006-2015

Število porodov v letu 2015, razdeljeno po občinah bivanja

Porodnišnica pokriva geografsko območje Koroške regije (občine: Črna, Ravne, Prevalje, Mežica, Dravograd, Slovenj Gradec, Mislinja, Muta, Radlje ob Dravi, Podvelka, Ribnica na Pohorju) ter območje Velenja s širšo okolico.

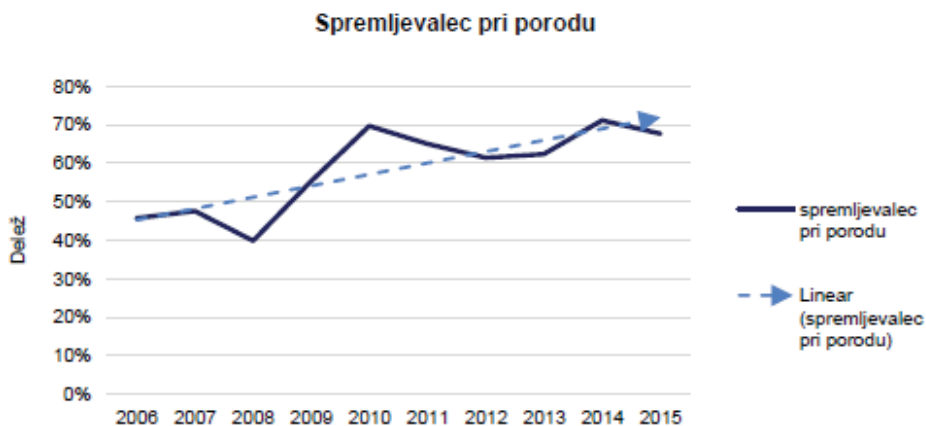


Prisotnost spremljevalcev

Pri porodu je lahko prisoten en spremljevalec. Glavni pogoj za prisotnost je ta, da si porodnica to osebo želi ob sebi in da je ta oseba polnoletna. Za prisotnost ni potrebna udeležba šole za starše, je pa zaželena. Največkrat so porodni spremljevalci seveda partnerji oz. otrokov oče, nemalokrat pa tudi druge osebe (tabela 2). Omenim naj, da nimamo posebnega prostora za očete oz. spremljevalce, vendar kljub temu dobro sodelujemo. Kadar hkrati rojeva več porodnic, je potrebna še posebna potrpežljivost, saj imamo le eno porodno posteljo, v kateri je porodnica sama.

Tabela 2: Prisotnost spremljevalcev 2006-2015

| Leto | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|--------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|------|---------|---------|---------|---------|
| Spremljevalec pri porodu | 45,70 % | 47,50 % | 39,87 % | 55,30 % | 69,74 % | 65 % | 61,40 % | 62,40 % | 71,20 % | 67,70 % |



Slika 2: Delež porodov, pri katerih je prisostvoval spremljevalec 2006-2015

Vodstvo poroda

Lajšanje bolečin

Porodna bolečina sodi med najbolj intenzivne akutne bolečine in ima pomemben vpliv na porodnico, porod in plod. Bolečino med porodom ocenjujemo po VAS-lestvici, in sicer v aktivni fazi poroda enkrat na uro, pred aplikacijo analgetika in po aplikaciji analgetika, v latentni fazi poroda pa približno na 3 ure. Vedno natančno razložimo skalo na VAS-lestvici, da ne prihaja do napačnih interpretacij.

Farmakološko lajšanje bolečin

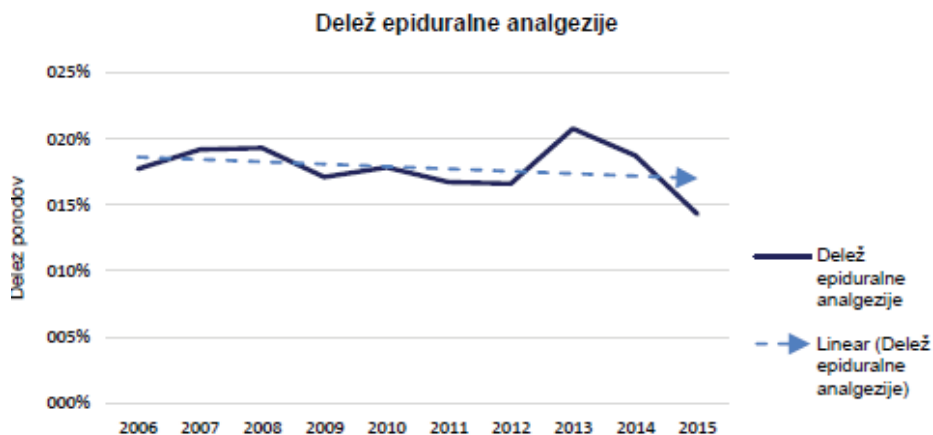
Za lajšanje bolečin uporabljamo različna zdravila (Dolcontral, Spasmex, Buscopan, Analgin). V letu 2016 je narkotik Petidin v obliki Dolantina ali Dolcontrala prejelo 241 porodnic, kar znaša 27,32 %, v letu 2015 pa 111 porodnic, kar znaša 21,43 %. Upam si trditi, da z naravnejšim pristopom k porodu upada potreba porodnic po lajšanju bolečin, saj upada uporaba Petidina in tudi epiduralne analgezije.

Epiduralna analgezija

V Slovenj Gradcu uporabljamo epiduralno analgezijo od leta 2003. Na voljo je 24 ur na dan in vse dni v letu. Za uporabo EA ni potrebno doplačilo. Porodnica mora biti predhodno seznanjena s potekom vstavljanja epiduralnega katetra in z možnimi zapleti. Preden se pričnejo popadki oz. pred nastopom bolečin, mora porodnica podpisati izjavo o privolitvi v ta postopek. Za EA se letno odloči od 14–20 % vseh porodnic.

Tabela 3: Delež epiduralne analgezije 2006-2015

| Leto | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Št. epiduralne analgezije | 17,70 | 19,20 | 19,30 | 17,10 | 17,82 | 16,70 | 16,60 | 20,76 | 18,71 | 14,28 |
| | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % |



Slika 3: Delež epiduralne analgezije pri porodih 2006-2015

Nefarmakološko lajšanje bolečin

Dihanje

Babice se trudimo, da na najrazličnejše načine lajšamo bolečine porodnicam. Zelo pomembno je predihavanje popadkov, za kar si babice vzamejo čas in porodnico vzpodbujajo in jo naučijo pravilnega dihanja.

Različni položaji

Zelo pogosto uporabljamo različne položaje za lajšanje bolečin in hkrati za boljše napredovanje poroda. Prednost dajemo porodničinemu počutju in občutkom pri zavzemanju različnih položajev in gibanja. Med popadki ji le svetujemo in jo k temu vzpodbujamo. Po izkušnjah menjavanje položajev ne vpliva zgolj na bolečino in porodnično počutje, pač pa zelo pozitivno vpliva na napredovanje poroda. V pomoč pri različnih položajih so nam gimnastične žoge, ki jih zelo pogosto uporabljamo, letos pa smo pridobili tudi porodni stolček, ki omogoča porod sede ali pa je zgolj v pomoč med predihavanjem popadkov in se lahko uporablja na različne načine.

Tuširanje

Ker zaenkrat še nimamo porodne kadi in zato ne moremo porajati v vodi, pa s pridom in pogosto uporabljamo večkratno tuširanje med popadki. Tuširanje deluje na porodnice protibolečinsko in sproščujoče.

Masaža

Najpogosteje pride v poštev masaža po križnem predelu hrbtenice, za ta predel uporabljamo tudi TENS. Babice pa smo opravile tudi tečaj shiatsu masaže in le-to tudi uporabljamo za lajšanje bolečin, krepitev popadkov, sprostitvev porodnice ...

Žal podatkov o nefarmakološkem lajšanju bolečin ne beležimo sistematično in zato ne morem statistično prikazati uporabe, vendar pa je ta prav gotovo prva v vrsti izbire lajšanja bolečine.

Obravnavna porodnic

V porodnišnici se vedno bolj zavedamo dejstva, da poroda ne vodimo mi, ampak je to fiziološki proces, ki se odvija in dogaja po naravni poti. Naša naloga je, da ta proces spremljamo in usmerjamo porodnico, da čimbolj pripomore k napredovanju poroda. Ženska naj postane središče poroda, t. i. ženskoosrediščna skrb temelji na uresničevanju pravic žensk do odločanja o lastnem telesu, do informirane izbire, izbire, kje, s čigavo pomočjo in kako bodo rodile. Zavedamo se pomena babiškega pristopa k nosečnosti in porodu, ki temelji na ohranjanju nizke ravni stresa, na oblikovanju najustreznjšega porodnega okolja, kjer se ustvarja krog zaupanja med porodnico in babico in se spodbuja okoliščine, ki omogočajo popolno sprostitvev in predajo porodnemu procesu.

Zavedamo se, da je zelo pomembna prehrana in pitje tekočine med porodom, saj lačna in dehidrirana porodnica nima moči za sodelovanje pri porodu. Porodnicam omogočamo nemoteno pitje tekočine med porodom, vendar pa morajo v aktivni fazi poroda ostati tešč. Trenutno potekajo dogovori o prehrani porodnic med anesteziologi, porodničarji, babicami in dietetikom.

Trudimo se, da bi zgradili zaupljiv in profesionalen odnos med porodnicami in zaposlenimi, da bi bodočim staršem omogočali kar najbolj domače in zaupanja vredno okolje, v katerem bi se počutili varno in dovolj sproščeno, da bi izrazili svoje želje in potrebe. Želimo, da bi porodnice aktivno sodelovale v odločitvah, ki jih sprejemamo med nosečnostjo in porodom. Sodelovanje in soodločanje pa seveda pogojuje dobro informiranost porodnic, zato vsem nosečnicam, ki prihajajo k nam na ambulantne preglede in snemanja CTG, ponudimo v branje pisne informacije o vseh pomembnih aspektih poroda. Med snemanjem CTG, ki traja vedno več kot 20 minut, pa so babice na voljo za pogovor in vsa vprašanja in strahove, ki morebiti plašijo bodoče porodnice. Na ta način se trudimo zmanjšati negativne vplive v Sloveniji uveljavljenega modela deljene obporodne skrbi, ko za nosečnico in porodnico skrbi več različnih strokovnjakov. Velik delež porodnic tako spozna vsaj nekatere od babic, ki jih bodo srečale med porodom.

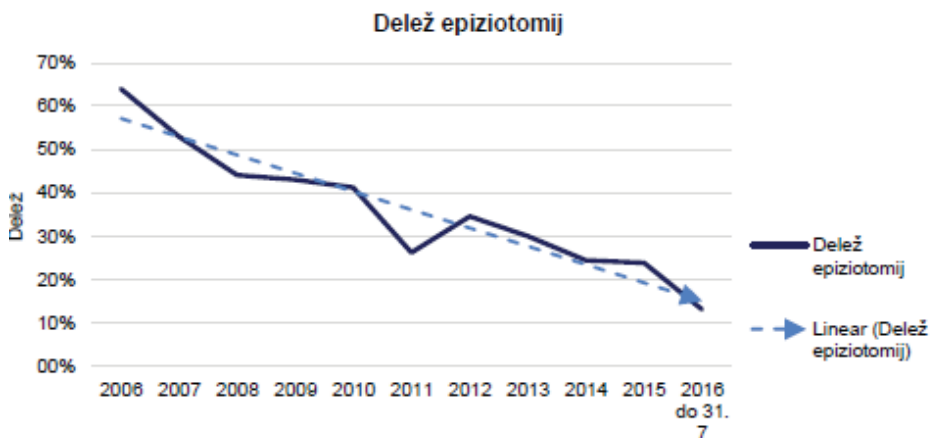
V naši porodnišnici se je v letu 2015 spontano pričelo 644 (73 %) porodov, od tega 456 (51,7 %) s popadki in 188 (21,32 %) s spontanim razpokom mehurja. 141 (15,94 %) porodov je bilo sproženih zaradi različnih indikacij. 43 (4,87 %) je bilo induciranih z oksitocinom in UPM, 14 (1,59 %) porodov je bilo sproženih samo z UPM. 68 (7,7 %) porodov je bilo induciranih z aplikacijo Prostina E2 vaginalno in 16 (1,59 %) porodov je bilo sproženih z aplikacijo Prostina E2 intravenozno. V letu 2015 je bilo 78 (8,84 %) elektivnih carskih rezov.

V letu 2015 je za pospešitev ali sprožitev 401 porodnica prejela oksitocin (Syntocinon), kar znaša 45,46 %. Zavedamo se, da je to dokaj visoko število, vendar pa naj omenim, da je do konca julija 2016 oksitocin prejelo 164 porodnic, kar znaša 31,47 %. Tudi število umetnih predrtij plodovih ovojev smo uspeli zmanjšati, saj je bilo v letu 2015 opravljenih kar 421 (47,73 %) teh posegov, v letu 2016 pa 186 (35,91 %), kar pomeni, da smo to število zmanjšali za več kot 10 %.

Za velik uspeh pa si babice štejejo upad števila epiziotomij. V zadnjih desetih letih smo uspele z zelo visokega števila (64 %) preiti na minimalno število (tabela 4). K temu je pripomoglo dodatno izobraževanje babic o naravnem porodu, rojevanje v različnih položajih, potrpežljivo čakanje na spontano raztegovanje presredka, masaža presredka z otroškim oljem in seveda tudi vzpodbuda zdravnikov ginekologov. Število epiziotomij v letu 2016 do konca sedmega meseca je 13 %.

Tabela 4: Delež epiziotomij 2006-2016

| Leto | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 do 31. 7. |
|-------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----------------|
| Delež epiziotomij | 64,0 % | 53,0 % | 44,0 % | 43,0 % | 41,2 % | 26,1 % | 34,5 % | 29,9 % | 24,3 % | 23,7 % | 13,0 % |



Slika 4: Delež epiziotomij 2006-2016

Z manjšim številom epiziotomij pa seveda naraste število raztrganin presredka, predvsem prve in druge stopnje. V letu 2015 smo tako imeli 195 (22,1 %) ruptur presredka prve stopnje, 65 (7,36 %) ruptur presredka druge stopnje in 2 (0,23 %) rupturi tretje stopnje.

Do konca julija 2016 smo zabeležili 123 (23,75 %) ruptur prve stopnje, 51 (9,88 %) ruptur presredka druge stopnje in 4 (0,77 %) rupture presredka s poškodbo sfinktra.

Šola za starše

Z namenom večje odprtosti porodnišnice in boljše informiranosti porodnic oz. bodočih staršev smo leta 2011 pričeli z izvajanjem šole za starše. Šola za starše deluje v okviru porodnišnice in več let sploh ni bila financirana s strani ZZSZ. V njej sodelujejo strokovnjaki z ožjega strokovnega področja. Program šole za starše je predpisan v Navodilu za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni in tega programa se seveda držimo tudi mi. Posebnost naše šole za starše je v tem, da v njej sodelujejo strokovnjaki, ki se z nosečnicami in porodnicami tudi srečajo v obravnavi pred, med in po porodu. K sodelovanju smo pridobili ginekologe, psihologinjo, dietetičarko, medicinsko sestro IBCLC, babice, fizioterapevte. Vsi so zaposleni v naši porodnišnici in se dnevno srečujejo z nosečnicami ter tako lažje ugotovijo, kje je primanjkljaj informacij, ki bi jih bodoči starši morali imeti. Največ slušateljev obiskuje tudi ginekološki dispanzer v naši ustanovi in na ta način lahko v šoli za starše dobijo res aktualne informacije.

Trudimo se, da so vse informacije poenotene, da tudi predavatelji sodelujemo drug z drugim in da si izmenjujemo mnenja in pobude, za katere menimo, da so pomembne. Ob koncu uradnega predavanja smo vedno na voljo za morebitna osebna svetovanja ali vprašanja.

Babice v šoli za starše poudarimo pomen psihične in fizične pripravljenosti na porod. Poudarimo, da je porod naravni proces, ki traja, da to ni zgolj rojstvo otroka, ampak se ob tem rodi tudi mama in da je za ta proces potreben čas. Poskušamo razložiti, kakšne so prednosti naravnega, vaginalnega poroda za otroka in mater.

Z uvedbo te šole za starše smo opazili večjo informiranost porodnic o porodu, dojenju, o skrbi za novorojenca, o prehrani med nosečnostjo in po porodu. Porodnice so bolj samozavestne, prihod v porodnišnico jim je manj stresen, saj jim med predavanji tudi razkažemo porodni oddelek, porodno sobo in tudi urgentni vhod v bolnišnico.

Zaključek

Porodnišnica Slovenj Gradec je sodobna porodnišnica, v kateri si prizadevamo za čimbolj prijazno, enakovredno, toplo in strokovno obravnavo vseh porodnic. Poskušamo ugoditi čim večjemu številu želja porodnic, prizadevamo pa si tudi, da bi nosečnice razumele, kakšne so prednosti naravnega, vaginalnega poroda, in da bi vsem, ki odhajajo iz naše porodnišnice, porod ostal v spominu kot lep, sicer naporen dogodek, na katerega bodo vedno z veseljem pomislile.

Vsi zaposleni se že veselimo novih prostorov, v katere se bomo vselili konec letošnjega leta in na katere smo predolgo čakali. S preselitvijo v novogradnjo bo prišlo do sprememb v organizaciji dela. Ustanovljen bo perinatalni center, ki bo združeval delo ambulate za patološko nosečnost in enodnevno obravnavo nosečnic. Pomembna sprememba bo tudi ta, da bosta center za nedonošenčke in porodni oddelek locirana blizu skupaj, kar bo olajšalo transport novorojencev na preiskave in mamiciam skrajšalo pot do njihovega otroka. Novi prostori v porodni sobi bodo nudili pripomočke, kot so porodna kad in obešalo na stropu. Predvsem pa bodo nudili večjo zasebnost porodnicam in njihovim partnerjem med porodom, kar najbolj pogrešamo sedaj.

Viri

Drglin Z. (2011). Za zdrav začetek: Šola za starše – priprava na porod in starševstvo kot del vzgoje za zdravje – teoretična izhodišča, izvedbeni in metodološki predlog. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Stanek Zidarič, T., Mivšek, A. P., Skubic, M., Zakšek, T. (2011). »Kontinuirana babiška skrb: predstavitev projekta Oddelka za babištvo ZF UL in MOL.« Obzornik zdravstvene nege, 2: 141–145.

Statistika porodov SB Slovenj Gradec.

Splošna bolnišnica Slovenj Gradec – 120 let: 1896–2016 (urednik Franc Verovnik). Slovenj Gradec: Splošna bolnišnica, 2016.

HISTEROSKOPSKA STERILIZACIJA ESSURE – VARNA IN UČINKOVITA IZBIRA TRAJNE ZAŠČITE PROTI ZANOSITVI

Hysteroscopic sterilization Essure – safe and efficient method of permanent birth control

Branka Verdnik Golob, dr. med., spec.gin. in por.

Splošna bolnišnica Slovenj Gradec
Gospodsvetska 1
2380 Slovenj Gradec
Branka.verdnikgolob@sb-sg.si

Ključne besede: histeroskopija, trajna kontracepcija, Essure sterilizacija, varnost, škodljivi dogodki

IZVLEČEK

Uvod: Od novembra 2010 do februarja 2016 smo na Oddelku za ginekologijo in porodništvo Splošne bolnišnice Slovenj Gradec opravili histeroskopsko sterilizacijo Essure, vključno s potrditvenim testom po treh mesecih, pri 352 ženskah. Namen študije je bila ocena varnosti, učinkovitosti, prenašanja posega in zadovoljstva uporabnic metode.

Metode: Celotna obravnava, od vstavitve Essure mikrovložkov (Essure) do ambulantne kontrole po treh mesecih s potrditvenim testom lege Essure, je pri 352 pacientkah potekala po lastno izdelani klinični poti. Poseg smo izvedli vaginoskopsko, po premedikaciji z oralnimi analgetiki. Kazalniki, ki smo jih spremljali, so: obojestranska vstavitvev Essure, delež perforacij jajcevoda ali uterusa, ocena bolečine med posegom po VAS lestvici (0-10), zadovoljstvo pacientk (po pet stopenjski Likertovi lestvici (0-5)).

Rezultati: Essure smo obojestransko uspešno vstavili pri 338 ženskah (96%), enostransko pri 11 ženskah; v 5 primerih po enostranski salpingektomiji. Varnostni zapleti so bili redki. Ugotovili smo 3 primere perforacije (0,85%) in eno enostransko ekspanzijo mikrovložka. Pri vseh primerih perforacije smo Essure odstranili laparoskopsko in jajcevode elektrokoagulirali. Povprečna ocena bolečine po VAS lestvici je bila 2,68 od 10; vazovagalne reakcije so bile redke. Do sedaj še ni bilo pojava nosečnosti.

Diskusija in zaključek: Histeroskopska sterilizacija Essure je v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec varna in učinkovita metoda trajne kontracepcije, kar je odraz ustrezne usposobljenosti izvajalcev posega, timskega dela ter doslednega upoštevanja klinične poti. Kljub temu metoda ni brez varnostnih zapletov, zato je potrebna še boljša informiranost pacientk in njihova skrbna izbira. Upoštevatelj je potrebno

varnostna opozorila in dejavnike tveganja FDA (Food and Drug Administration), objavljena septembra 2015.

Key words: hysteroscopy, permanent birth control, Essure sterilization, safety, adverse events

ABSTRACT

Introduction: Analysis of 352 women with Essure sterilization done in General Hospital Slovenj Gradec from November 2010 to February 2016, including Essure confirmation test already done, was performed. The purpose of the study was to assess the safety, efficacy, tolerability and satisfaction of patients.

Methods: All 352 women with Essure sterilization done were treated in line with the own clinical pathway, including confirmation test after 3 months, assessment of pain and satisfaction. The vaginoscopic approach under premedication with oral analgetics was performed. The monitored quality measures were: bilateral placement success, perforation of fallopian tubes or uterus, assessment of pain during the procedure according to VAS scale (0-10), the satisfaction of patients (five point Likert scale (0-5)).

Results: Bilateral placement success was achieved in 338 women (96%), unilateral in 11 women, in 5 cases after the unilateral salpingectomy. Adverse events were rare. 3 cases of perforation happened (0.85%) and one case of unilateral expulsion of Essure. The therapy of perforation was laparoscopic removal of Essure and tubal coagulation. The average assessment of pain during the procedure was 2,68. Vasovagal reactions were rare. Until now there was no incidence of pregnancy.

Discussion and conclusion: Essure sterilization in General Hospital Slovenj Gradec is a safe and effective method of permanent contraception, reflecting education, practical skills, teamwork and strict following the Essure confirmation test. However, the method is not without adverse events, so we need the best informed female patients before deciding on surgery and their careful selection. The safety warnings and risk factors published in September 2015 by FDA (Food and Drug Administration) must be considered consistently.

Uvod

Za žensko, ki ne želi več zanositi, je sterilizacija varna in zelo učinkovita izbira. Z razvojem mikrovložka Essure se je končno uresničila možnost učinkovite in varne ter minimalno invazivne sterilizacije skozi maternični vrat.

Prednosti histeroskopske sterilizacije Essure (Essure sterilizacija) v primerjavi z laparoskopsko sterilizacijo:

- Ni incizij, ni brazgotin
- Manj pooperacijskih bolečin
- Primerna tudi za ženske z intraabdominalnimi adhezijami
- Primerna za pacientke z boleznimi, pri katerih je operacija v splošni anesteziji visoko rizična za zaplete
- Vstavitve mikrovložkov poteka v analgeziji ali v paracervikalnem bloku ambulantno
- Je stroškovno in časovno učinkovita metoda
- Večina žensk ne potrebuje bolniškega dopusta
- Manj zapletov
- Visoka učinkovitost.
- Pomanjkljivosti Essure sterilizacije v primerjavi z laparoskopsko sterilizacijo:
 - Še tri mesece po vstavitvi mikrovložkov (do potrditve zadovoljive lege in okluzije jajcevodov) mora ženska uporabljati dodatno kontracepcijo
 - Za potrditev zadovoljive lege in okluzije je potrebna slikovna diagnostika
 - Večje tveganje za enostransko okluzijo ali neuspeh postopek vstavitve, ki zahteva uporabo drugega načina kontracepcije in/ali še en poseg sterilizacije. Po zadnjih podatkih je pri okoli 8% pacientk prvi poskus obojestranske vstavitve neuspešen
 - Tveganje za perforacijo ali nepravilno lego mikrovložka, ki zahtevata kirurški poseg
 - Potencialna možnost za poslabšanje kroničnih bolečinskih sindromov
 - Omejitve elektrokirurških posegov zaradi prevodnosti mikrovložkov (posegi z monopolarnimi instrumenti so kontraindicirani).

Pred razvojem Essure mikrovložka so razvili in uporabljali različne tehnike in tehnologije v smislu transcervikalne sterilizacije, z različno stopnjo uspešnosti, kot so: korozivne snovi (dušikova kislina, fenol, quinacrine, methyl cyanocrylate); mehanski obstrukcijski pripomočki (silikon, polyethylene, nylon, keramika); destrukcija s toplotno energijo (elektrokirurgija, YAG laser). Večina teh metod ni v uporabi.

Essure mikrovložek (v nadaljevanju Essure) je za trženje odobrila v ZDA Food and Drug Administration (FDA) leta 2002.

Essure je kovinski in polimerni mikrovložek, dolg 3,85 cm in premera 0,8 mm, sestavljen iz:

- notranje spirale iz nerjavne kovine – nitinol (nikelj in titanij)
- superelastične zunanje spirale, ki se ob sprostitvi vložka razširi do premera 1,5 do 2 mm in zasidra vložek v jajcevodu
- vlaken iz polietilen tereftalata (PET), ki so znotraj in okoli notranje spirale in znotraj nje.

Vstavljen je v sistem za uvajanje, ki ga sestavlja ergonomski ročaj z uvajalno žico, uvajalnim katetrom in katetrom za sprostitev vložka. Kolesček na ročaju omogoča umik obeh katetrov, uvajalna žica se sprosti z mikrovložka z vrtenjem sistema.

Introduktor ščiti mikrovložek pri prehodu skozi histeroskop in preprečuje iztekanje tekočine iz maternice.

Pod kontrolo histeroskopa ga posebej usposobljen ginekolog uvede v proksimalni del jajcevoda. Zaradi dolžine, majhnega premera in hidrofilnega uvajalnega katetra je možna namestitev preko uterotubarnega stika, kar je dovolj globoko, da med krčenjem maternice ne pride do iztisa, in dovolj plitvo, da mikrovložek moli v maternično votlino (kavum); 3 do 8 zavojev je optimalno. Zasidranje omogoča 2-krat večji premer zavojev spirale, ki molijo v kavum, v primerjavi s premerom tistih znotraj jajcevoda, na katere pritiskajo stene uterotubarnega stika. Je dinamičen, prilagodi se obliki jajcevoda.

Po namestitvi PET vlakna sprožijo tkivni odgovor, s kroničnim vnetjem in brazgotinjenjem. Vraščanje tkiva v vložek prepreči zanositev in zadrži vložek v jajcevodu, okluzija jajcevodov nastane po 3 mesecih. Do potrditve zadovoljive lokacije Essure in obojestranske okluzije jajcevodov mora ženska uporabljati zanesljivo kontracepcijo.

Indikacije za histeroskopsko sterilizacijo Essure

Za uspešno vstavitve in zadovoljstvo pacientk je najpomembnejša izbira pacientk. Vsaka ženska, ki je prepričana, da je njena družina zaključena, je primerna kandidatka, še posebej pa, če je nezadovoljna s trenutno kontracepcijo ali jo slabo prenaša, ali pa obstaja visoko tveganje za kirurški poseg, anestezijo, hormonsko zdravljenje oz. kontracepcijo. Nekontračnijska indikacija je tudi hidrosalpinx pri ženkah v postopku oploditve z biomedicinsko pomočjo.

Kontraindikacije za histeroskopsko sterilizacijo so:

- Ženska ni prepričana v zaključenost družine
- Nosečnost ali sum na nosečnost
- Porod ali prekinitve nosečnosti pred ≤ 6 tedni
- Aktivno ali nedavno pelvično vnetje
- Bolezen maternice in/ali jajcevodov, ki preprečuje vstavitve Essure v tubarni ostij
- Znana preobčutljivost na kontrastno sredstvo
- Že opravljena ligacija jajcevodov
- Možnost vstavitve le enega mikrovložka
- Sum na enorogo maternico.

Znano preobčutljivost na nikelj je FDA 2011 umaknila s seznama kontraindikacij zaradi izredno nizkega pojavnosti ($< 1:5000$), vendar kljub temu narašča zaskrbljenost glede vnetnih učinkov zaradi preobčutljivosti na kovino. Po analizi poročil je incidenca pravih alergij v resnici zelo nizka (0,014%).

Dejavniki tveganja za varnostne zaplete:

- Pacientke z anamnezo kroničnih bolečinskih stanj, ne le kronične pelvične bolečine, pogosteje razvijejo bolečino, povezano z Essure sterilizacijo.
- Anamneza avtoimune bolezni, preobčutljivosti na kovine in močnih menstruacijskih krvavitev prav tako lahko poveča tveganje za vnetni odgovor na mikrovložek in potrebo po njegovi odstranitvi.

Predoperacijska priprava

- Postopek histeroskopske sterilizacije Essure lahko izvaja le ginekolog, ki se je usposabljal po posebnem načrtu, ki ga je predpisal proizvajalec (Clinical Pathway Training Plan).
- Pred sterilizacijo je potrebno pacientko seznaniti z drugimi možnostmi kontracepcije, načini sterilizacije, učinkovitostjo in trajnostjo sterilizacije in dejavniki tveganja za obžalovanje. Pacientka, ki se odloči za Essure sterilizacijo, mora biti seznanjena z možnimi varnostnimi zapleti in opozorili FDA, potekom celotnega postopka, nujnostjo kontracepcije po vstavitvi Essure do ambulantnega pregleda za potrditev lege mikrovložkov oz. okluzije jajcevodov po 3 mesecih. V ta namen podpiše specialno soglasje.
- Pri pacientki s komorbidnostjo je potrebna ocena tveganja za poseg z ustrežno konzultacijo z drugimi specialisti.
- Testiranje na nosečnost.
- Antibiotična in antitrombotična profilaksa nista potrebni.
- Možna je vstavev mikrovložkov ob prisotnosti IUD, zaradi težav z vidljivostjo ga je potrebno odstraniti v 8-10%.
- Za uspešen poseg mora biti zagotovljena dobra vidljivost s tanko maternično sluznico, poseg je najbolje izvesti neposredno po končani menstruaciji; najboljšo pripravo maternične sluznice zagotavlja jemanje gestagenskega kontraceptiva od 1. dne ciklusa, ki ga nato ženska uporablja še 3 mesece. V primeru, da gestagene uporablja že prej, se poseg lahko izvede kateri koli dan menstruacijskega ciklusa.

Priprava na postopek vstavitve Essure

Oprema:

- Pretočni histeroskop, z zunanjim premerom 5 mm ali manj in 5Fr delovnim kanalom, prijemalka
- Izvor svetlobe, kabli, kamera, monitor
- Sistem za izpiranje in razpenjanje maternične votline
- Topla fiziološka raztopina

- Kompresse za pokrivanje
- Essure sistem za histeroskopsko sterilizacijo, z introduktorjem in ID kartico za žensko.

Osebj: ekipa 3 oseb: usposobljen kirurg ginekolog, instrumentarka, ki asistira kirurgu, in pomožna instrumentarka

Anestezija: kot premedikacijo večina ginekologov uporablja nesteroidne antirevmatike, pacientka zdravilo prejme pred posegom. Lokalna anestezija (paracervikalni blok) je redko potrebna. Pri pacientkah, ki slabo prenašajo posege, je smiselno dodati oralni benzodiazepin ali i.v. sedativ.

Postopek vstavitve

Zajema histeroskopijo za pregled maternične votline in tubarnih ostijev ter vstavitve mikrovložkov.

Uporabiti je potrebno čim nižji tlak tekočine za razpenjanje maternične votline, najboljši je elektronski pripomoček, s tem preprečimo hiter nastanek tkivnega edema, ki preprečuje vidljivost tubarnih ostijev. Poseg naj bo ambulantni, zagotovljeno naj bo varno počutje ženske in psihološka podpora.

Vstavitve mikrovložkov poteka po več zaporednih fazah.

Na koncu postopka preštejemo in zabeležimo število zavojev, ki moli v maternično votlino. Idealno število je 3-8, v primeru, da jih je več kot 18, je potrebno mikrovložek odstraniti in poskusiti znova.

Pri samem postopku vstavitve je možno izvesti tudi biopsijo maternične sluznice, odstranitev polipa ali IUD.

FDA in Ameriško združenje ginekologov in porodničarjev (ACOG) istočasno izvedbo ablacije endometrija odsvetuje zaradi nezanesljive izvedbe histerosalpigografije (HSG) po treh mesecih, kot testa za potrditev neprehodnosti jajcevodov, saj so možne sinehije. Po izvedeni HSG je ta poseg možen kljub Essure sterilizaciji, vendar brez uporabe monopolarnih kirurških instrumentov zaradi možnosti poškodb okolnega tkiva.

Sledenje po postopku vstavitve

Rutinska oskrba

Po postopku naj prejmejo ženske pisna navodila, kako ravnati v primeru težav. Uporabljati morajo zanesljivo kontracepcijo do potrjene neprehodnosti jajcevodov. Večina žensk se že isti dan vrne k običajnim aktivnostim.

Potrditev lege Essure oz. neprehodnosti jajcevodov po 3 mesecih

FDA je od začetka uporabe kot standard za potrditev okluzije jajcevodov odobrila le HSG, vendar je bila odzivnost pacientk nizka (od 21-71%). Obstaja tudi možnost, da med HSG pride do spazma jajcevodov in zato napačnega zaključka. Tudi anamneza zaprtih jajcevodov, tudi če je potrjena s HSG, ni dovolj za opustitev dodatne kontracepcije, če ni potrjena tudi pravilna lega mikrovložkov.

Ker je HSG dražja preiskava, zamudna in neprijetna za žensko, so strokovnjaki začeli uporabljati kot test potrditve prve izbire vaginalni ultrazvok (VUZ) ali rentgen medenice. HSG se uporabi le pri pacientkah, pri katerih obstaja sum za nezadovoljivo lego mikrovložkov. V juliju 2015 je tudi FDA odobrila VUZ kot test, ki ga opravi usposobljen ginekolog kot prvo preiskavo

Komplikacije

V največji prospektivni študiji (Phase III study), ki je vključila 518 žensk in je spremljala pacientke 5 let, so po 15 mesecih ugotovili ekspanzijo pri 14 ženskah in perforacijo pri 5 ženskah, po 5 letih spremljanja je bilo ugotovljenih še 15 varnostnih zapletov, ki bi lahko bili povezani z Essure sterilizacijo: močne menstruacije, dispareunija, ovulacijske krvavitve, bolečine; ni bilo nosečnosti. V drugi študiji, ki je primerjala histeroskopsko in laparoskopsko sterilizacijo, je bilo ugotovljeno večje tveganje za dodatni kirurški poseg, ki je lahko ponovna sterilizacija, histerektomija ali odstranitev zapletov po Essure sterilizaciji.

Med novembrom in 2002 in majem 2015 je FDA prejela 5093 poročil o varnostnih zapletih: bolečine v trebuhu (3353), nepravilne maternične krvavitve (1408), glavobol (1383), utrujenost (966), nihanje telesne teže (936). Poročali so o 4 smrtih: zaradi infekcije po posegu, zaradi perforacije med vstavitvijo, zaradi zračne embolije med odstranjevanjem mikrovložka in ena smrt zaradi samomora. Zaradi tega je FDA organizirala srečanje posebne skupine ekspertov za uporabo pripomočkov v ginekologiji in porodništvu v septembru 2015, da bi preučili varnost in učinkovitost Essure sterilizacije.

Ugotovitve strokovnega odbora so bile:

- Potrebna je boljša priprava informacijskih materialov za pacientke
- Potreba po dodatnih postmarketinških podatkih o Essure za boljše razumevanje škodljivih učinkov
- Prepoznavanje koristi in tveganj v odvisnosti od individualnih značilnosti pacientk. Histeroskopska sterilizacija je pomembna izbira za ženske, ki niso primerne za laparoskopijo ali laparotomijo in tiste, ki so dobro informirane o možnih tveganjih posega.
- Manj primerne kandidatke so ženske z znano preobčutljivostjo za kovine, avtoimuno boleznijo, anamnezo pelvične vnetne bolezni in anamnezo nepravilnih materničnih krvavitvev.

Infekcije - redke zaplet, podobno kot pri drugih histeroskopskih posegih, pojav abscesov zelo redek.

Zunajmaternična nosečnost - pojav v 0,006%, bistveno manj kot po laparoskopski sterilizaciji.

Pelvična bolečina je pogostejša pri ženskah z anamnezo kroničnih bolečin v medenici ali kjer koli drugje, obstaja 6- krat večja verjetnost pojava. V retrospektivni analizi 458 žensk se je bolečina v prvih treh mesecih po vstavitvi pojavila pri 8,1% žensk, po treh mesecih je bila prisotna še pri 4,2%.

Nepravilne maternične krvavitve – obstaja povezava z Essure sterilizacijo, ni pa jasno, če so mikrovložki vzrok zanje.

Perforacija jajcevodov ali maternice – v študijah se pojavlja v 0 do 1,8 %, Perforacija je lahko brezsimptomna ali pa povzroča bolečine v medenici, redko nastane poškodba črevesa. Ugotovi se lahko v času vstavljanja ali pri pregledu po treh mesecih.

Intraperitonealna migracija brez prisotne perforacije je možna predvsem, če se mikrovložek nahaja v jajcevodu preveč distalno.

Ekspulzija mikrovložka – pogostost je od 0,4 do 3%, tveganje je povečano, če v kavum moli več kot 18 zavojev.

Alergija na nikelj – pogostost 0,014%. Pri sumu nanjo naredimo krpični test, poročajo o nekaj primerih dermatitisa, ki je po odstranitvi Essure izginil.

Odstranitev Essure je indicirana:

- Na zahtevo pacientke pri novo nastalih simptomih, če s preiskavami ne najdemo drugega vzroka zanje
- Pri nepravilni legi, še posebej, če je povezana z bolečinami, nepravilnimi krvavitvami, črevesnimi težavami, mikcijskimi težavami in pri prehodnih jajcevodih.

Načini odstranitve: histeroskopsko, laparoskopsko, z laparotomijo z reanastomozo jajcevodov ali brez nje, s histerekтомijo in obojestransko salpingektomijo.

Izid

Zadovoljstvo pacientk je po Essure sterilizaciji visoko. Klinična kazalnika izida sta pravilna namestitve mikrovložkov in kontracepcijska učinkovitost.

Obojestranska vstavitev je uspešna pri večini žensk. V prospektivni multicentrični študiji 469 žensk je bila obojestranska vstavitev uspešna v 94%, unilateralna v 5%. Edini dejavnik povezan z uspešno vstavitvijo je dobra vidljivost tubarnih ostijev.

Kontracepcijska učinkovitost je vsaj takšna kot pri drugih metodah sterilizacije. V pregledu literature, ki je zajela 22 študij, je bila stopnja nosečnosti po Essure sterilizaciji 1,5 na 1000 žensk, s tem, da se je večina nosečnosti pojavila zaradi neupoštevanja priporočil.

Najpogostejši vzroki za nosečnost so: ženska je že noseča v času vstavitve, nepravilna lega mikrovložkov, neupoštevanje priporočil po vstavitvi (neuporaba kontracepcije), nepravilna ocena slikovne preiskave.

Tveganje za nosečnost je ob upoštevanju vseh priporočil približno 0,1% (Greenberg & Yunker, 2016).

Namen in cilj

V prispevku smo želeli predstaviti klinični izid Essure sterilizacije, ki smo jih opravili na Ginekološko-porodniškem oddelku Splošne bolnišnice Slovenj Gradec od novembra 2010 do februarja 2016. Osredotočili smo na varnost in učinkovitost metode. Cilj je bil ugotoviti primerljivost kazalnikov izida s tistimi, ki so navedeni v literaturi.

Metode

Opis instrumenta

Retrospektivno smo pregledali zdravstveno dokumentacijo pacientk, pri katerih smo opravili Essure sterilizacijo. Že na začetku izvajanja smo sestavili lastno klinično pot, na osnovi katere spremljamo tudi kazalnike kakovosti; podatke sproti dopolnjujemo in spremljamo, zato je raziskovanje tudi prospektivno. Kazalniki, ki smo jih želeli predstaviti, so: obojestranska vstavev Essure, delež perforacij jajcevoda ali uterusa, ocena bolečine med posegom po VAS lestvici (0-10), zadovoljstvo pacientk (po pet stopenjski Likertovi lestvici (0-5)). Vse kazalnike smo lahko ugotovili pri vsaki pacientki šele 3 mesece po vstavitvi Essure, po končanem potrditvenem testu.

Opis vzorca

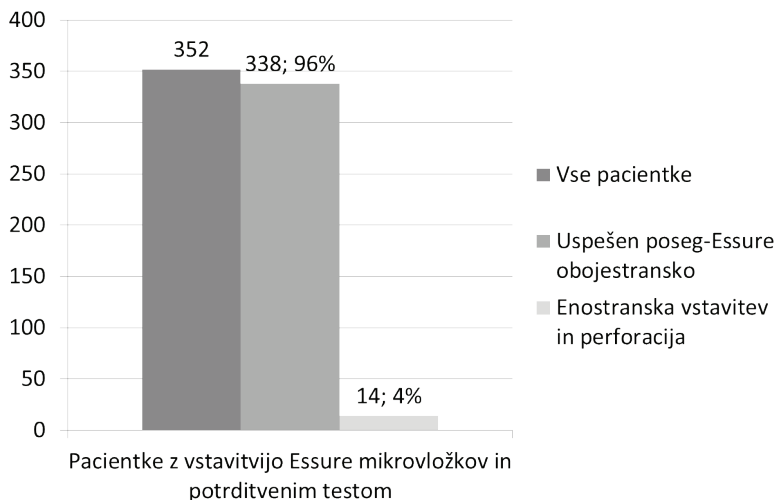
Od novembra 2010 do februarja 2016 smo na Oddelku za ginekologijo in porodništvo Splošne bolnišnice Slovenj Gradec opravili Essure sterilizacijo, vključno s potrditvenim testom po treh mesecih, pri 352 ženskah, ki so bile v času izvedbe posega stare od 35 do 47 let. Poseg smo opravili le pri ženskah, pri katerih nismo ugotovili kontraindikacij. Vse so imele odobren zahtevek za sterilizacijo s strani Komisije za umetno prekinitev nosečnosti, skladno s slovensko zakonodajo. Essure sterilizacijo smo izvedli s tehniko histeroskopije, ki zagotavlja čim manj bolečin; to je tehnika vaginoskopije in nedotikanja, ki jo je uvedel prof. Stefano Bettocchi, po premedikaciji z oralnimi analgetiki. Za distenzijo maternične votline smo uporabili fiziološko raztopino. Essure smo vstavili v primeru dobro vidnih tubarnih ostijev. Pacientke so ocenile stopnjo bolečine po vizualno analogni lestvici od 0 do 10 (VAS) med posegom in po njem. Po posegu so prejele ustna in pisna navodila. Po treh mesecih od vstavitve Essure smo za potrditev pravilne lege uporabljali Nizozemski protokol, odobren tudi s strani FDA leta 2015 (Veersema, et. al., 2005). Izključno vaginalno ultrazvočno preiskavo (VUZ) smo uporabili pri 278 ženskah (96%), v drugih primerih smo kot test uporabili rentgen male medenice ali HSG ali pa kombinacijo dveh ali vseh treh slikovnih metod. Celoten postopek sta izvajali dve za to posebej usposobljeni ginekologinji, sodelujoči s timom usposobljenih medicinskih sester.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

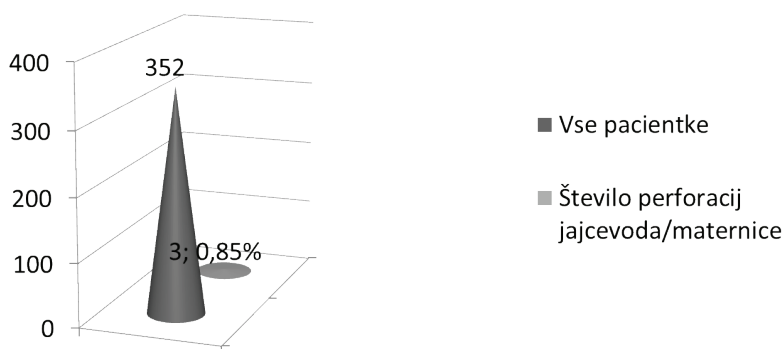
Celotna obravnava, od vstavitve Essure do ambulantne kontrole po treh mesecih, je pri 352 pacientkah potekala po lastno izdelani klinični poti glede na strokovna priporočila. Klinična pot je bila tudi osnova za pridobitev vseh podatkov. Pred posegom so bile pacientke informirane o poteku sterilizacije in celotne obravnave, vključno z ambulantnim pregledom in testi za potrditev uspešnosti posega ter tudi možnimi zapleti. Vse so podpisale splošno soglasje za zdravstveno obravnavo ter tako privolile tudi v uporabo podatkov za raziskovalne namene, in tudi specialno soglasje. Anonimnost podatkov je bila zagotovljena, saj so uporabljeni le v sumarni obliki. Vse podatke smo vnesli v Excelovo tabelo in jih nato prikazali v obliki tabel po enostavni statistični obdelavi (frekvenca pojavov, srednja vrednost).

Rezultati

Essure smo obojestransko uspešno vstavili pri 338 ženskah (94%), enostransko pa pri 11 ženskah, v 5 primerih po enostranski salpingektomiji (slika 1). Varnostni zapleti so bili redki. Ugotovili smo 3 primere perforacije (0,85%) (slika 2) in en primer enostranske ekspanzije mikrovložka.

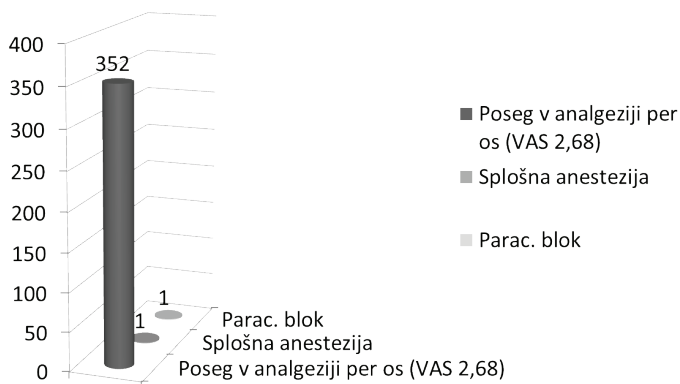


Slika 1: Uspešnost histeroskopske sterilizacije Essure : vstavitev v oba jajceveda
Figure 1: Successful hysteroscopic sterilization: bilateral tubal placement



Slika 2: Število perforacij jajceveda/uterusa z Essure mikrovložkom
Figure 2: The number of tubal/uterine perforation with Essure microinsert

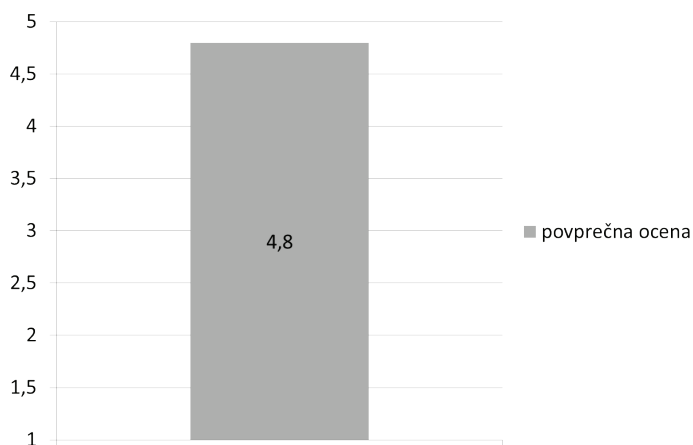
Pri večini pacientk je bila ocena bolečine po VAS pod 4 (slika 3), vazovagalnih reakcij nje bilo 10.



Število pacientk s sterilizacijo

Slika 3: Način lajšanja bolečin in ocena bolečine med Essure sterilizacijo, VAS lestvica 0-10
 Figure 3: The method of analgesia and average assessment of pain during Essure sterilization, VAS scale 0-10

Zadovoljstvo pacientk s celotno obravnavo, od predoperacijske priprave do potrditvenega testa po 3 mesecih, je bilo visoko. Večina pacientk je bila zelo zadovoljnih (slika 4).



Slika 4: Zadovoljstvo pacientk s celotnim postopkom Essure sterilizacije
 Figure 4: The satisfaction of patients with the Essure procedure

Poleg opisanih rezultatov smo spremljali vse varnostne zaplete, ki so bili naslednji:

- 3 primeri perforacije jajcevoda/uterusa – 0,85%. Pri vseh smo laparoskopsko odstranili Essure in opravili elektrokoagulacijo jajcevodov.
- En primer enostranske ekspulzije – ponovni poseg vstavitve je bil uspešen.
- 10 primerov vazovagalne reakcije.
- 1 primer odstranitve Essure mikrovložkov po uspešni vstavitvi zaradi zahteve pacientke –pritožba zaradi kožnih sprememb na trebuhu –sum alergije na nikelj.

Diskusija

Essure sterilizacija je minimalno invaziven endoskopski poseg, ki se izvaja v ambulantnih pogojih, brez anestezije, sam poseg vstavitve Essure v jajcevoda je kratek, večina pacientk ga dobro prenaša. Za uspešno obojestransko vstavitvev je zelo pomembna izbira pacientk, upoštevajoč kontraindikacije in dejavnike tveganja za neuspešen poseg in varnostne zaplete. Bistveno je dobro informiranje pacientk pred začetkom samega postopka, standardiziran postopek od prvega kontakta s pacientko pa do potrditvenega testa. Metodologija in rezultati opravljenih posegov kažejo, da je bilo navedeno upoštevano. Posege sta izvedli posebej za to usposobljeni ginekologinji, kot je priporočeno s strani proizvajalca. Celotni postopek se je izvajal po klinični poti, ki upošteva strokovna priporočila, tudi za potrditveni test po treh mesecih. V klinično pot so bili vključeni tudi kazalniki kakovosti, zaradi česar je spremljanje izidov dostopno in učinkovito. Iz rezultatov je razvidno, da je Essure sterilizacija zelo učinkovita metoda trajne kontracepcije, do sedaj še ni bilo nosečnosti. Varnostni zapleti so bili redki. Pojav perforacije jajcevoda oziroma uterusa je pod povprečjem glede na podatke v literaturi, enako velja za pojav drugih varnostnih zapletov, kot so ekspulzije, alergije na nikelj. Do sedaj je bil Essure odstranjen le pri eni pacientki zaradi suma alergije na nikelj, zaradi kožnih sprememb. Pacientke so poseg vstavitve dobro prenašale, stopnja bolečine je bila povprečno nizka. Zadovoljstvo s celotnim postopkom, vključno s potrditvenim testom, je bilo zelo visoko. Zaradi varnostnih opozoril FDA bo potrebno pacientke še boljše informirati o kasnih varnostnih zapletih, kot so kronični bolečinski sindromi, nepravilne maternične krvavitve, dispareunija in jih tudi prospektivno spremljati. Pridobljeni podatki bodo pripomogli k še boljšim rezultatom.

Zaključek

Varnost Essure sterilizacije je v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec je visoka, primerljiva s podatki v drugih uspešnih centrih in je odraz ustrezne usposobljenosti izvajalcev posega in celotnega sodelujočega tima ter doslednega upoštevanja klinične poti, vključno s protokolom za potrditev lege Essure po treh mesecih. Poseg vstavitve pacientke dobro prenašajo, zadovoljstvo s celotnim postopkom je visoko. Kl-

jub temu metoda ni brez varnostnih zapletov, zato je potrebna še boljša informiranost pacientk pred odločitvijo za poseg in njihova skrbna izbira ter prospektivno spremljanje pacientk. Upoštevati je potrebno varnostna opozorila in dejavnike tveganja, ki jih je objavila FDA septembra 2015.

Literatura

Greenberg, J., Yunker, AC., 2016. Hysteroscopic sterilization. UpToDate. Available at:http://www.uptodate.com/contents/hysteroscopicsterilization?source=search_result&search=hysteroscopic+sterilization&selectedTitle=1%7E21(12.9.2016).

Veersema, S., Vleugels, M., Koks, C., Thurkow, A., Van der Vaart, H., Brölmann, H., 2011. Confirmation of Essure Placement Using Transvaginal Ultrasound. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 18 (2), pp.164–168.

INDUKCIJA PORODA PRI POTERMINSKIH NOSEČNOSTIH - PRIMERJAVA MEHANSKIH IN FARMAKOLOŠKIH METOD

Dr. Polona Pečlin, dr.med., specializantka ginekologije in porodništva
Mag. Gorazd Kavšek, dr.med., spec. gin.in por.

Klinični oddelek za perinatologijo
Ginekološka klinika, UKC Ljubljana
Šlajmerjeva 4
1000 Ljubljana
polonapeclin@gmail.com

Ključne besede: indukcija poroda, potermimska nosečnost, prostaglandin, mehanska metoda, dvobalonski kateter, Foley kateter

Uvod

Indukcija poroda je upravičena povsod tam, kjer tveganje nadaljevanja nosečnosti preseže tveganje takojšnjega poroda, ob tem pa ni kontraindikacije za vaginalni porod. Indicirana sprožitev poroda je terapevtski postopek dokončanja nosečnosti zaradi medicinskih, medicinsko-preventivnih ali socialnih razlogov (Pajntar & Lučovnik, 2015). Najpogostejša vzroka za indukcijo poroda sta potermimska nosečnost in sum na zastoj rasti ploda (Mozurkewich, et al., 2009), med ostale pogostejše vzroke pa prištevamo še hipertenzivne bolezni v nosečnosti, sladkorno bolezen, večplodno nosečnost, horioamnionitis, smrt ploda v maternici in ostale (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008).

Pri sicer zdravih nosečnicah brez znanih zapletov v nosečnosti, je večina dosedanjih študij pokazala, da indukcija poroda po dopolnjenem 41. tednu nosečnosti, v primerjavi z ekspektativnim pristopom, pomembno zmanjša delež potrebnih carskih rezov in mekonijskih plodovnic (Caughey, et al., 2009) ter verjetno zmanjša perinatalno umrljivost (Gülmezoglu, et al., 2006; Sanchez-Ramos, et al., 2006). Mnenja pa so si med seboj tudi nasprotujoča (Mahomed, et al., 2016; Thangarajah, et al., 2016).

Tudi na Kliničnem oddelku za perinatologijo (KOP) Ljubljana, v skladu z večino tovrstnih priporočil po svetu, že vrsto let sledimo podobnim priporočilom. Priporočen čas za indukcijo poroda pri nosečnosti, ki poteka brez zapletov, je 7 do 10 dni po predvidenem datumu poroda. Žal se pri nas mnogokrat to ne upošteva in tako ocenjujemo, da je med 30% in 50% vseh indukcij nepotrebnih in niso v skladu s priporočili. Poleg tega je pri nas uveljavljena le metoda indukcije s prostaglandinskimi (PGE₂) vaginalnetami, ki je povezana s pomembnim tveganjem za hiperstimulacijo maternice (brez ali s pridruženim nepravilnim srčnim utripom pri plodu) ter je v literaturi omenjena kot metoda, ki naj bi se v rutinske namene ne uporabljala (Dede, et al., 2010).

Zato se v zadnjem času po svetu, poleg te farmakološke metode, ponovno uveljavljajo prav tako učinkovite, vendar varnejše mehanske metode indukcije (Boulvain, et al., 2001).

Sintetični prostaglandin PGE₂ posnema normalno fiziološko zorenje materničnega vratu in poveča občutljivost miometrija maternice na oksitocin (Riskin-Mashiah, et al., 1999). Če ga primerjamo s placebom, prostaglandin sicer zmanjša potrebo po carskem rezu, vendar štirikratno poveča tveganje za hiperstimulacijo maternice s spremembami plodovega srčnega utripa (Kelly, et al., 2003).

Mehanska sredstva za dozorevanje materničnega vratu s pritiskom na notranje ustje materničnega vratu in z raztezanjem spodnjega dela maternice posredno vplivajo na lokalno sekrecijo prostaglandina. Foley kateter (FK) je enobalonski kateter, ki ga z namenom zorenja materničnega vratu skozi cervikalni kanal vstavimo v spodnji segment maternice. Že nekaj randomiziranih raziskav je dokazalo njegovo učinkovitost. Znano je, da v primerjavi z oksitocinom pomembno zmanjša potrebo po dokončanju poroda s carskim rezom, primarjavo s PGE₂ pa daje nasprotnoče si rezultate (Boulvain, et al., 2001; Vaknin, et al., 2010).

Cookov balon je dvobalonski kateter (DBK), ki poleg materničnega balona vsebuje tudi cervikovaginalni balon in tako povzroči obojestranski pritisk na maternični vrat. Nekateri raziskave so že pokazale njegovo učinkovitost in prednost pred uporabo PGE₂ (Boulvain, et al., 2001; Vaknin, et al., 2010; Du, et al., 2016).

Obstaja kar nekaj študij o primerjavi FK in DBK (Pennell, et al., 2009; Sali, et al., 2011), od katerih pa nobena ni bila usmerjena le na indukcije pri poterminkih nosečnicah.

Metode

V letih od 2012 do 2014 smo na KOP Ginekološke klinike v Ljubljani izvedli prospektivno randomizirano raziskavo metode za indukcijo poroda pri poterminkih nosečnicah (od 41 0/7 tedna do 41 3/7 tedna), za katero smo pridobili dovoljenje Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko. Namen raziskave je bilo ugotoviti, ali je uporaba mehanskih metod za indukcijo, v primerjavi s PGE₂ vaginaletami, učinkovita in varna metoda za indukcijo poroda pri poterminkih nosečnicah. Končni cilj pa je bil tudi uvedba novih metod v redno klinično prakso, saj je bila pri nas pred tem uveljavljena le metoda indukcije s PGE₂ vaginaletami.

Vključili smo 106 porodnic z enoplodno nosečnostjo v glavični vstavi, intaktnimi ovoji, nezrelim materničnim ustjem (ocena po Bishopu ≤ 5) (Bishop, 1964). Izključitveni kriteriji so bili: kontraindikacije za vaginalni porod, nosečnice z anamnezo predhodnih operacij na maternici, vse z ugotovljeno nizkoležečo posteljico (< 4 cm

od notranjega materničnega ustja), sumljiv kardiokotografski zapis pred indukcijo poroda. Izključene so bile tudi vse tiste nosečnice, pri katerih je bila s predhodnim brisom nožnice ugotovljena prisotnost Streptokoka skupine B.

Porodnice so bile razvrščene v tri skupine. V 1. skupini so za indukcijo poroda prejele PGE₂ vaginalete, v 2. skupini smo porod inducirali s FK, v 3. skupini pa z DBK. Primerjali smo izid poroda, stanje novorojenčka, neželene dogodke in subjektivno zadovoljstvo porodnic. Slednjega smo ocenili na podlagi vprašalnikov, ki so jih ženske izpolnile pred odpustom. S pomočjo vizualno-analogne lestvice (VAS, od 0 - brez bolečine do 10 - neznoсна bolečina) so ocenile stopnjo bolečine med vstavitvijo tablete oz. katetra (VAS- vst) v sprejemni ambulatni ter med zorenjem materničnega ustja (VAS- zor) na oddelku. Prav tako so ocenile splošno zadovoljstvo s porodom (od 1- zelo nezadovoljne do 5- zelo zadovoljne).

Rezultati

Analizirali smo 105 porodnic, 36 jih je za indukcijo poroda prejelo PGE₂, 35 FK in 34 DBK. Statistično pomembnih razlik v času od indukcije do poroda med skupinami ni bilo (PGE₂ 29,47h, FK 30,89h, DBK 29,56h, P = ,937), prav tako ne v stopnji carskih rezov (PGE₂ 33,3%, FK 28,6%, DBK 41,2%, P = ,538). Prav tako ni bilo pomembnih razlik v maternalni ali neonatalni obolevnosti. Po analizi vprašalnikov o zadovoljstvu s porodom smo ugotovili, da je bil VAS- vst pomembno nižji v PGE₂ skupini (1,65), medtem ko je bil v FK in DBK skupinah višji (3,30 in 2,41), P= ,007. VAS- zor pa je bil pomembno nižji v skupinah FK in DBK (3,33 in 2,65) kot v PGE₂ skupini (5,62), P= ,000. Splošno zadovoljstvo s porodom je bilo primerljivo v vseh 3 skupinah (PGE₂ 4,41, FK 4,15, DBK 4,24), P = ,265.

Diskusija

Omenjena raziskava je potrdila naše domneve, da je mehanska (kateterska) indukcija poroda v domačem kliničnem okolju prav tako učinkovita in varna kot indukcija z do sedaj najbolj uveljavljeno metodo s prostaglandinskimi vaginaletami, poleg tega pa je združena z manj stranskimi učinki in boljšo izkušnjo pri porodnicah. Glede na to, da so najmanjšo bolečino med zorenjem materničnega vratu navajale porodnice prav po indukciji s katetri, bi izpostavili prednosti le-teh, ob njihovi pogostejši uporabi pa pričakujemo tudi manjši delež zapletov ter izrazito stroškovno učinkovitost. Izsledke raziskave bomo uporabili za izdelavo novih priporočil in klinične poti za indukcijo poroda na Kliničnem oddelku za perinatologijo Ljubljana.

Zaključek

Indukcija poroda pri poterminskih nosečnicah z nezrelim materničnim ustjem je združena z visokim deležem maternalnih in neonatalnih zapletov, zato je prav, da uporabimo individualni pristop pri vsaki porodnici, ki zahteva indukcijo. Do sedaj smo na Kliničnem oddelku za perinatologijo v Ljubljani kot metodo indukcije uporabljali le metodo s PGE₂ vaginaletami, mehanskih metod v klinični praksi nismo izvajali. Glede na dokazano učinkovitost, varnost in zadovoljstvo porodnic tako z enobalonskimi kot tudi z dvobalonskimi katetri smo mnenja, da bi morali v bodočnosti tudi ti dve metodi imeti pomembnejše mesto kot sedaj, pa ne samo pri indukcijah poroda zaradi poterminske nosečnosti, temveč pri vseh indukcijah poroda nasploh.

Literatura

Bishop, EH.,1964. Pelvic scoring for elective induction. *Obstet Gynecol*, 24, pp. 266-8.

Boulvain, M., Kelly, A., Lohse, C., Stan, C., Irion, O.,2001. Mechanical methods for induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev*, (4):CD001233.

Caughey, AB., Sundaram, V., Kaimal, AJ., Gienger, A., Cheng, YW., McDonald, KM., et al.,2009. Systematic review: elective induction of labor versus expectant management of pregnancy. *Ann Intern Med*, 151(4), pp. 252-63.

Dede, H., Kandemir, O., Yalvaç, S., Karçaaltincaba, D., Kiykaç, S.,2010. Is dinoprostone safe? A report of three maternal deaths. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 23(6), pp. 56972.

Du, YM., Zhu, LY., Cui, LN., Jin, BH., Ou, JL.,2016. Double-balloon catheter versus prostaglandin E2 for cervical ripening and labour induction: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BJOG*. doi: 10.1111/1471-0528.14256.

Gülmezoglu, AM., Crowther, CA., Middleton, P., Heatley, E.,2012. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *Cochrane Database Syst Rev*, (6):CD004945. doi: 10.1002/14651858.CD004945.pub3.

Kelly, AJ., Kavanagh, J.,Thomas, J.,2003. Vaginal prostaglandin (PGE2 and PGF2a) for induction of labour at term. *Cochrane Database Syst Rev*; Art. No.; CD003101.

Mahomed, K., Pungsornruk, K., Gibbons, K.,2016. Induction of labour for postdates in nulliparous women with uncomplicated pregnancy - is the caesarean section rate really lower? *J Obstet Gynaecol*. 201, 9, pp. 1-5. [Epub ahead of print]

Mozurkewich, E., Chilimigras, J., Koepke, E., Keeton, K., King, VJ., 2009. Indications for induction of labour: a best evidence review. *BJOG*, 116(5), pp. 626-36.

National Institute for Health and Clinical Excellence. Induction of Labour: NICE Clinical Guideline 70, 2008. Available at <https://www.nice.org.uk/guidance/cg70>.

Pajntar, M., Novak Antolič, Ž., Lučovnik, M. eds., 2015. *Nosečnost in vodenje poroda*. 3. dopolnjena izd. Ljubljana: Društvo medicinski razgledi, pp. 238-9.

Pennell, CE., Henderson, JJ., O'Neill, MJ., Doherty, DA., Dickinson, JE., 2009. Induction of labour in nulliparous women with an unfavourable cervix: a randomised controlled trial comparing double and single balloon catheters and PGE2 gel. *BJOG*, 116(11), pp. 1443-52.

Riskin-Mashiah, S., Wilkins, I., 1999. Cervical Ripening. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 26, pp. 243-57.

Sali, R., Zafran, N., Nachum, Z., Garmi, G., Kraiem, N., Shalev, E., 2011. Single-balloon compared with double-balloon catheters for induction of labour: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*, 118(1), pp. 79-86.

Sanchez-Ramos, L., Olivier, F., Delke, I., Kaunitz, AM., 2003. Labor induction versus expectant management for postterm pregnancies: a systematic review with meta-analysis. *Obstet Gynecol*, 101(6), pp. 1312-8.

Thangarajah F, Scheufen P, Kirn V, Mallmann P., 2016. Induction of Labour in Late and Postterm Pregnancies and its Impact on Maternal and Neonatal Outcome. *Geburtshilfe Frauenheilkd*, 76(7), pp. 793-8.

Vaknin, Z., Kurzweil, Y., Sherman, D., 2010. Foley catheter balloon vs locally applied prostaglandins for cervical ripening and labour induction: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*, 203(5), pp. 418-29.

VNOS IZBRANIH VITAMINOV, MINERALOV IN ELEMENTOV V SLEDOVIH PRI SLOVENSKIH NOSEČNICAH IN DOJEČIH MATERAH

Intake of selected vitamins, minerals and trace elements in Slovenian pregnant and lactating women

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

Pediatrična klinika, UKC Ljubljana
Bohoričeva 20, 1525 Ljubljana, Slovenija
evgen.benedik@kclj.si

Ključne besede: prehranski vnos, vitamini, minerali, elementi v sledovih, nosečnost, dojenje, priporočila

Key words: dietary intake, vitamins, minerals, trace elements, pregnancy, lactation, recommendations

IZVLEČEK

Uvod: Zdrava prehrana že v času pred in med nosečnostjo ter dojenjem vpliva na zdravje dojenčka in otroka vse v odraslo dobo. Namen študije je bil preveriti, ali vnos izbranih vitaminov, mineralov in elementov v sledovih pri slovenskih nosečnicah in doječih materah odstopa od prehranskih priporočil.

Metode: V študijo Moje-mleko (www.moje-mleko.si) smo v letih 2010 in 2012 vključili 174 zdravih nosečnic, v glavnem iz Ljubljane regije. Trenutno prehrano smo spremljali z metodo 4-dnevnega prehranskega dnevnika dvakrat, med nosečnostjo ter med dojenjem. Pridobljene podatke smo obdelali in statistično analizirali.

Rezultati: V celoti je vse načrtovane aktivnosti v študiji zaključilo 152 prostovoljk. Prehranski vnos izbranih vitaminov, mineralov in elementov v sledovih pri slovenskih nosečnic in doječih mater kaže na previsok vnos natrija (soli) ter prenizek vnos folne kisline, vitamina D in vitamina E ter magnezija, železa, fluorida in joda.

Razprava in zaključki: Z našo študijo smo dobili vpogled v prehranski vnos izbranih vitaminov, mineralov in elementov v sledovih pri slovenskih nosečnicah in doječih mater, ki ni optimalna. S tem želimo opozoriti pristojne v državi, da sprejmejo ukrepe za izboljšanje stanja.

ABSTRACT

Introduction: Early nutrition plays an important role in health, not only during childhood but also through adulthood. We aimed to examine whether Slovenian pregnant and breastfeeding women meet dietary recommendations about the intake of selected vitamins, minerals and trace elements.

Methods: We recruited 174 pregnant women into the "My-Milk" study (www.moje-mleko.si/en) from December 2010 to October 2012, mainly from the Ljubljana region. The diet of the volunteers was assessed by 4-day dietary records during pregnancy and lactation. The acquired data were processed and statistically analyzed

Results: 152 volunteers completed all activities in the study. We conclude that the dietary intake of selected vitamins, minerals and trace elements of Slovenian pregnant and lactating women is characterized by excessive intake of sodium (salt), and a deficient intake of folic acid, vitamin D and E, magnesium, iron, fluoride and iodine.

Discussion and Conclusions: The results show inadequate dietary intake of selected vitamins, minerals and trace elements nutrition in Slovenian pregnant and lactating women. This is the starting point for targeted actions to improve nutrition on a national level.

Uvod

Zdrava prehrana in zdrav življenjski slog v času pred nosečnostjo tako za žensko kot moškega, med nosečnostjo in dojenjem ter v času prvih dveh let otrokovega življenja sta pomembna dejavnika za doseganje optimalnega zdravja otroka skozi celo življenje (zmanjšanje tveganja za razvoj prekomerne telesne mase, diabetesa, alergij, povišanega krvnega tlaka, bolezni srca in ožilja ter presnovnih bolezni), ne samo v rani mladosti ampak seže njen vpliv tudi v odraslo dobo (1–4), kar imenujemo presnovno oziroma prehransko programiranje (angl. metabolic programming) (5) ali presnovni vtis (angl. metabolic imprinting) (6,7).

V času pred in med nosečnostjo ter dojenjem se povečajo potrebe po hranilih kot tudi energiji, zato bi ženske v teh obdobjih morale v svojo prehrano vključiti predvsem čim več živil, ki so hranilno bogata (8).

Pestra in uravnotežena prehrana ter redni obroki noseče in doječe matere so, poleg zadostnega vnosa tekočine, izrednega pomena za zdravje matere in njenega otroka (8,9). S tega vidika so v letu 2007 izšla poenotena priporočila Evropske komisije in Mednarodnega društva za proučevanje maščobnih kislin in maščob, ki svetujejo, da se že v času nosečnosti, najbolje pa v prvem trimesečju, preverijo morebitne neustreznosti v prehrani. Oceno tveganja bi lahko izvedel osebni zdravnik ali ginekolog.

Nosečnicam, pri katerih bi ugotovili odstopanja od priporočil, naj bi zagotovili individualno prehransko svetovanje pri dietetiku (10,11).

Humano mleko (HM) zdravih in dobro prehranjenih mater je najustreznejša hrana in zaščita za dojenčke, saj je kompleksna mešanica hranil, ravnih faktorjev, hormonov ter bioaktivnih in drugih zaščitnih snovi (12). Hranjenje dojenčka s HM se priporoča vsaj do dopolnjenega drugega leta starosti, nato pa, dokler želita doječa mati in otrok (13). Izključno dojenje v prvih šestih mesecih življenja zagotovi vse dojenčkove potrebe za optimalno rast, razvoj in zdravje (14).

Cilj raziskovalnega dela

Z metodo 4-dnevnega tehtanega prehranskega dnevnika (4PD) smo pridobili podatke o prehrani slovenskih nosečnic in doječih mater. Skupaj smo proučevali uživanje 41 prehranskih parametrov, od tega jih bo danes podrobneje predstavljeno 24 in sicer vitamini (biotin, folna kislina, niacin, pantotenska kislina, retinol ekvivalent, riboflavin, tiamin, vitamin B₁₂, vitamin B₆, vitamin C, vitamin D, vitamin E), minerali (kalcij, magnezij, fosfor, kalij, natrij, klorid) ter elementi v sledovih (železo, baker, fluorid, jod, mangan in cink).

Potek raziskovalnega dela

Študija Vloga materinega mleka v razvoju črevesne mikrobiote dojenčka ali krajše »Moje-mleko« (J4-3606; nosilka prof. dr. Irena Rogelj; www.moje-mleko.si) (15) je potekala od decembra 2010 do oktobra 2012 v treh geografskih regijah Slovenije: 1) Osrednjeslovenska (Ljubljana in okolica (LJ)); 2) Primorska (Nova Gorica/Izola (NG/IZ)); ter 3) Štajerska (Maribor in okolica (MB)). Vključevanje je potekalo predvsem v šolah za starše, ki so organizirane v lokalnem okolju.

V študijo so bile vključene zdrave nosečnice (prostovoljke), ki so imele namen dojiti svojega otroka vsaj 6 tednov in so bile pripravljene dvakrat voditi 4PD: 1. v času nosečnosti (od 27. do 37. tedna) (MN) ter 2. v času dojenja (od 4. do 5. tedna po porodu) (MD). V študijo nismo vključili nosečnic, ki so bile noseče več kot 37. tednov, so imele avtoimunske kronične bolezni, akutne in kronične okužbe in povečano tveganje za prezgodnji porod. Iz študije so bile izključene tudi prostovoljke, katerih otroci so tokom študije huje zboleli. Prostovoljk iz NG in MB nismo vključevali v klinični del študije.

Prostovoljke, ki so se odločile sodelovati v študiji, so bile povabljeni na uvodno enourno predavanje na Pediatrično kliniko, UKC Ljubljana. Na predavanju smo jim podrobno predstavili namen in potek študije s praktičnimi primeri ter demonstracijo o vodenju 4PD. Na uvodnem predavanju so prostovoljke prejele vsa navodila tudi v pisni obliki in kuhinjsko tehtnico (CTC, Clatronic, International GmbH), ki tehta na gram natančno. Med študijo so prostovoljke nadaljevale s svojo običajno prehrano.

Študija je bila izvedena anonimno, vsaka prostovoljka je s prijavo pridobila svojo šifro, pod katero je bila vodena med celotno študijo. Vsi podatki, pridobljeni v času študije, so bili uporabljeni izključno za namen študije in so skrbno varovani kot del medicinske dokumentacije v skladu z vsemi predpisi. Študijo je odobrila Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko (No. 32/07/2010) in je registrirana v informacijski bazi ClinicalTrials.gov (NCT01548313).

Metode

Metoda prehranskega dnevnika (4PD)

Trenutno prehrano smo spremljali z metodo 4PD dvakrat, in sicer MN ter MD. Gre za 4PD, ki so ga prostovoljke vodile štiri dni (en dan med vikendom – nedelja in tri zaporedne dni v tednu – ponedeljek, torek, sredo). Natančno so tehtale in beležile vso hrano in pijačo, preden so jo zaužile; stehtati in opisati je bilo treba tudi morebitne ostanke hrane. Beležile so tudi uživanje prehranskih dopolnil, ki pa jih nismo upoštevali pri analizi prehranskega dnevnika, saj vseh prehranskih dopolnil do dneva, ko smo opravili analize prehranskega dnevnika, še niso bila vključena v spletno aplikacijo Odprta platforma za klinično prehrano (OPKP) katero smo uporabili za analizo prehranskih dnevnikov. Analiza prehranskega dnevnika bi bila tako nepopolna. Če prostovoljki ni uspelo stehtati hrane in pijače, je bila dovoljena uporaba domačih mer oziroma gospodinjskih enot (kozarec, skodelica, zajemalka, jedilna žlica, čajna žlička, ščepec, kos kruha in podobno). Prostovoljkam nismo pripravili predavanja o zdravi prehrani, nasprotno, opozorili smo jih, naj med vodenjem 4PD ne spreminjajo svojih prehranskih navad, saj je bil namen ugotoviti dejansko stanje njihove prehrane.

Referenčne vrednosti in priporočila

Vnos energije in hranil smo primerjali z Referenčnimi vrednostmi za vnos hranil (16,17), priporočili WHO/FAO (18,19) ter priporočilom Evropske komisije in Mednarodnega društva za proučevanje maščobnih kislin in maščob (10,11).

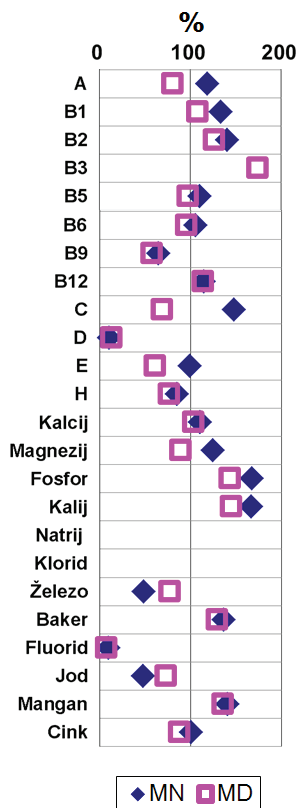
Statistična analiza

Pridobljene podatke smo obdelali in statistično analizirali z uporabo dveh računalniških programov za statistično analizo; SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences) in statističnim paketom R (20). Uporabili smo metodo opisne statistike (srednja vrednost, standardni odklon), t-test za odvisne vzorce (parni t-test) za iskanje razlik v prehranskem vnosu med nosečnicami in doječimi materami, ter t-test za en vzorec, s katerim smo iskali razlike v primerjavi s priporočili. Vnos hranil je bil s pomočjo rezidualne metode (21) standardiziran glede na energijski vnos.

Rezultati

V študijo smo od decembra 2010 do oktobra 2012 vključili 294 nosečnic iz treh slovenskih regij: LJ, IZ/NG in MB. V kliničnem delu študije je sodelovalo 174 prostovoljk iz ljubljanske in izolske regije z okolico. V celoti je vse načrtovane aktivnosti v študiji zaključilo 152 prostovoljk.

Slika 1 prikazuje dnevni vnos izbranih vitaminov, mineralov in elementov v sledovih (12 vitaminov, 6 mineralov in 6 elementov v sledovih) MN in MD.



Slika 1: Vnos izbranih vitaminov, mineralov in elementov v sledovih pri slovenskih nosečnicah (MN) in doječih materah (MD) pridobljen na podlagi 4-dnevnega tehtanega prehranskega dnevnika (4PD) v primerjavi s priporočili (16,17,19).

Figure 1: Intake of selected vitamins, minerals and trace elements in Slovenian pregnant (MN) and lactating women (MD) obtained from the 4-day weighted dietary protocol (4PD) and compared to the recommendations (16,17,19).

Razprava

Prehrano slovenskih nosečnic in doječih mater smo ugotavljali s 4PD. Ugotovili smo, da prehranski vnos ni optimalen za kar 25 % prostovoljk MN in 41 % prostovoljk MD. Vnos natrija (soli) je previsok, vnos folne kisline, vitamina D in vitamina E ter magnezija, železa, fluorida ter joda pa prenizek. Z neustreznim prehranskim vnosom imajo težave tako v deželah v razvijajočem se kot tudi razvitem svetu (22–25). V zadnjem času največjo pozornost v času nosečnosti in dojenja posvečajo predvsem trem hranilom, in sicer vnosu folne kisline, železa in joda.

Vnos izbranih vitaminov, mineralov in elementov v sledovih

Nosečnice in doječe matere s prehrano v povprečju niso dosegle priporočenih dnevni potrebe (16) (% doseženega priporočenega dnevnega vnosa za noseče in doječe matere) za vnos: folne kisline (64 in 57 %), vitamina D (10 in 13 %), vitamina E (98 in 60 %), magnezija (nezadosten vnos samo MD, in sicer 88 %), železa (48 in 76 %), fluorida (10 in 6 %) ter joda (51 in 47 %). Vnos natrija je bil MN in MD višji od zgornje dopustne vrednosti (34 in 40 % nad priporočili (19)) (Slika 1), kar kaže na previsok vnos soli s prehrano.

Vnos folne kisline s prehrano MN znaša 386 ± 118 $\mu\text{g}/\text{dan}$ in MD 339 ± 99 $\mu\text{g}/\text{dan}$, kar je bistveno prenizek vnos od priporočenih 600 $\mu\text{g}/\text{dan}$) (16) (Slika 1). S pomočjo anketnega vprašalnika smo pridobili podatek o uživanju folne kisline kot prehranskega dopolnila. Ugotovili smo, da folno kislino v obliki prehranskih dopolnil MN uživa 39 % prostovoljk (26). V študiji, opravljeni leta 2010 v Sloveniji, v kateri je sodelovalo 259 nosečih prostovoljk, so ugotovili, da jih le 19 % uživa zadostne količine folne kisline (27). MN in MD so potrebe po folni kislini povečane, predvsem zaradi normalnih fizioloških sprememb organizma pri materi in optimalnega razvoja ter rasti ploda oziroma novorojenčka (28). Zato folno kislino svetujejo uživati v obliki prehranskih dopolnil vsaj 4 mesece pred začetkom nosečnosti in z uživanjem nadaljevati med 1. tretjino nosečnosti (16). V prejšnji pilotni študiji (N = 69) smo ugotovili, da uporaba prehranskih dopolnil med nosečnostjo in dojenjem sicer izboljša prehranski vnos hranil, a je 46,4 % preiskovank uvrščenih v skupino z revnim prehranskim statusom (zadovoljiv vnos dveh ali manj preiskovanih hranil). Poleg tega nobena od preiskovank ni dosegla priporočenega vnosa šestih ali več preiskovanih hranil (29).

Zaužile so premalo vitamina D (2,0 $\mu\text{g}/\text{dan}$ MN in 2,5 $\mu\text{g}/\text{dan}$ MD, namesto 20,0 $\mu\text{g}/\text{dan}$). Pomanjkanje vitamina D v času nosečnosti in dojenja se povezuje z neželenimi zdravstvenimi posledicami pri nosečnici in doječi materi ter plodu oziroma otroku, predvsem pri pojavu zgodnje osteoporoze pri odraslih in rahitisa pri otrocih (30–32).

Vnos železa s prehrano MN znaša $14,5 \pm 7,4$ mg/dan od priporočenih 30 mg železa/dan MN, vnos železa s prehrano MD pa znaša $15,2 \pm 7$ mg/dan od priporočenih 20 mg železa/dan MD (Slika 1) (16). Približno 75 % od vseh diagnosticiranih slabokrvnosti (anemij) MN je zaradi pomanjkanja železa (33) defined as a haemoglobin concentration (Hb. Prevalenca anemij je bila zaradi pomanjkanja železa med nosečnicami v Sloveniji na podlagi reprezentativnih podatkov 18,9 % v letu 2005 (34) in 25,2 % v letu 2011 (35).

Vnos fluorida s prehrano pri MN je znašal 0,3 mg/dan in 0,2 mg/dan MD, kar je prenizko glede na priporočenih 3,1 mg/dan (16). V literaturi poročajo o podobni vsebnosti fluorida v prehrani nosečnic (0,35 mg/dan) (36). Fluorid je hranilo, ki ima pomembno vlogo pri preprečevanju nastajanja zobnega kariesa (36).

Prostovoljke so v povprečju zaužile preveč natrija. MN so zaužile 2684 ± 897 mg/dan in MD 2801 ± 972 mg/dan od priporočenih < 2000 mg natrija/dan. Študija iz leta 2009, ki je bila opravljena v Sloveniji in je temeljila na podlagi nakupov hrane gospodinjstev, je pokazala vnos 1860 mg natrija/dan, kar je sicer v skladu s priporočili, vendar je potrebno upoštevati, da so v študiji uporabili, manj natančno metodo za izračun skupnega natrija v prehrani (37). Visok vnos natrija pri slovenskih nosečnicah in doječih materah kaže na visok vnos soli v prehrani, kar je povezano z visokim krvnim tlakom, ki ima neugoden vpliv na plod in na otroka, a tudi pozneje v življenju. Dokazano je, da imajo otroci mater, ki so s prehrano zaužile velike količine soli, povečano tveganje za težave z razvojem in funkcijo ledvic in uravnavanjem krvnega tlaka (38).

Pre- in postnatalna prehranska podpora v Sloveniji

V Sloveniji obstajajo tako imenovane šole za starše (financira jih država), ki sicer niso obvezne, so pa v zadnji tretjini nosečnosti priporočljive za vse nosečnice in njihove partnerje. V okviru omenjene šole je tudi tematski sklop namenjen prehrani med nosečnostjo in dojenjem, ki ga je treba posodobiti in nadgraditi. Poleg šole za starše imamo v Sloveniji urejeno in dobro organizirano patronažno službo, ki nudi strokovno, praktično in tudi prehransko pomoč na domu v času nosečnosti in prvo leto po porodu (39). Kljub razmeroma dobri organiziranosti in dostopnosti služb za pre- in postnatalno podporo rezultati naše študije kažejo na neučinkovito uvajanje najnovejših prehranskih smernic v prakso, kar govori o tem, da bo treba spremeniti strategijo nacionalne prehranske politike v Sloveniji, v okvir katere sodi prehransko svetovanje nosečnicam in doječim materam, kar sta predlagali že Evropska komisija in Mednarodno društvo za proučevanje maščobnih kislin in maščob (10,11).

Prednosti in slabosti študije

Ena od prednosti naše študije je, da smo vanjo vključili razmeroma veliko število prostovoljk in da smo imeli nizek osip (12 %). Poleg tega smo spremljali prehranski vnos MN in MD pri istih prostovoljkah. Vseeno je pri tem potrebna previdnost pri interpretaciji naših rezultatov in sklepanju na širšo populacijo, saj naš vzorec prostovoljk ni reprezentativen. Prostovoljke so v večini prihajale iz Ljubljane in so bile bolj izobražene (podiplomska: 17 %; visoka in višješolska: 64 %; srednješolska in poklicna: 19 %, osnovnošolska ali manj: 0 %), kot je izobrazbena struktura v Sloveniji. Izobrazbena struktura med rodnimi ženskami v Sloveniji je naslednja: podiplomska: 2,4 %; višješolska: 35,7 %; srednješolska: 52,9 %, osnovnošolska ali manj: 9 % (40). Stopnja izobrazbe in z njo povezani prihodki vplivajo na boljše prehranske navade posameznikov, kar je tudi opisano v literaturi (41–43). Zato na podlagi omenjenih podatkov domnevamo, da utegne biti prehrana nosečnic in doječih mater v Sloveniji še slabša kot kažejo podatki v naši študiji.

Natančnost pri vodenju prehranskega dnevnika se lahko med prostovoljkami zelo razlikuje glede na različne dejavnike, kot sta izobrazba in socialnoekonomski status, ter nekatere druge lastnosti (nosečnost, materinstvo). Poleg tega lahko prostovoljka vodenje prehranskega dnevnika nekoliko prilagodi ali med vodenjem poenostavi svoje prehranske navade z namenom, da bo vodenje prehrane lažje.

Zaključek

Prispevek je del večje prospektivne opazovalne klinične raziskave »Moje-mleko«, ki vključuje slovenske nosečnice in doječe matere ter njihove novorojenčke, usmerjene v ugotavljanje povezav med prehrano matere, vsebnostjo LCP in sestavo mikrobiote v HM, otrokovo črevesno mikrobioto in zdravjem.

Zdrava prehrana eno leto pred nosečnostjo, med nosečnostjo in mesec dni po porodu pomembno vpliva na zdravje dojenčka in otroka vse v odraslo dobo. V srednji Evropi, še posebej v Sloveniji, primanjkuje nacionalnih podatkov o prehranskem vnosu.

V študijo so bile vključene dobro izobražene prostovoljke iz treh slovenskih regij. Ugotovili smo, da prehranski vnosi med nosečnostjo in v času dojenja niso skladni z veljavnimi priporočili na področjih vnosa izbranih vitaminov, mineralov in elementov v sledovih.

Dobljeni rezultati so zato lahko dobro izhodišče za izboljšanje prehrane nosečnic in doječih mater na nacionalni ravni.

- Članek vsebuje del rezultatov večje raziskave "Moje-mleko.si".
- Članek je nastal na podlagi podatkov iz doktorskega dela.
- Raziskava je bila financirana iz strani Javne agencije za raziskovalno dejavnost republike Slovenije (ARRS) (projekt št J4-3606).
- ARRS je financiral tudi doktorski študij raziskovalca Evgena Benedika.
- Zahvaljujemo se vsem prostovoljkam in njihovim najmlajšim za sodelovanje v študiji.

Literatura

1. Sun C, Burgner DP, Ponsonby AL, Saffery R, Huang R-C, Vuillermine PJ, et al. Effects of early-life environment and epigenetics on cardiovascular disease risk in children: highlighting the role of twin studies. *Pediatr Res*. 2013;73(4):523–30.
2. Koletzko B, Brands B, Poston L, Godfrey K, Demmelmair H. Early nutrition programming of long-term health. *Proc Nutr Soc*. 2012;71(3):371–8.
3. Vickers MH. Early life nutrition, epigenetics and programming of later life disease. *Nutrients*. 2014;6(6):2165–78.
4. Langley-Evans SC. Nutrition in early life and the programming of adult disease: a review. *J Hum Nutr Diet*. 2015;28:1–14.
5. Lucas A. Programming by Early Nutrition: An Experimental Approach. *Nutr Res*. 1998;128(Suppl. 1):S401–6.
6. Waterland RA, Garza C. Potential mechanisms of metabolic imprinting that lead to chronic disease. *Am J Clin Nutr*. 1999;69(2):179–97.
7. Patel MS, Srinivasan M. Metabolic programming in the immediate postnatal life. *Ann Nutr Metab*. 2011;58(Suppl. 2):S18–28.
8. Koletzko B, Bauer CP, Bung P, Cremer M, Flothkötter M, Hellmers C, et al. German national consensus recommendations on nutrition and lifestyle in pregnancy by the "Healthy start - Young family network." *Ann Nutr Metab*. 2013;63:311–22.
9. Agostoni C, Braegger C, Decsi T, Kolacek S, Koletzko B, Michaelsen KF, et al. Breast-feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2009;49:112–25.
10. Koletzko B, Cetin I, Brenna JT. Dietary fat intakes for pregnant and lactating women. *Br J Nutr*. 2007;98(5):873–7.
11. Koletzko B, Lien E, Agostoni C, Böhles H, Campoy C, Cetin I, et al. The roles of long-chain polyunsaturated fatty acids in pregnancy, lactation and infancy: review of current knowledge and consensus recommendations. *J Perinat Med*. 2008;36(1):5–14.

12. Jenness R. The composition of human milk. *Semin Perinatol.* 1979;3(3):225–39.
13. PAHO/WHO. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Washington DC, Pan Am Heal Organ Heal Organ. Washington DC: Pan American Health Organization/World Health Organization; 2002.
14. Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, Goulet O, Kolacek S, Koletzko B, et al. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2008;46(1):99–110.
15. Bogovič Matijašič B, Bratanič B, Fidler Mis N, Benedik E, Golja P, Robič T, et al. The role of human milk in development of breast fed child's intestinal microbiota – a prospective observational clinical study. *Slov J Public Heal (poslano v objavo).* 2016;
16. Referenčne vrednosti za vnos hranil. 1. izdaja. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije; 2004. 215.
17. German Nutrition Society. New reference values for vitamin D. *Ann Nutr Metab.* 2012 Jan;60(4):241–6.
18. WHO. Guideline: Sugars intake for adults and children. Geneva: World Health Organization; 2015.
19. WHO/FAO. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. WHO Technical Report Series no. 916. Geneva: World Health Organisation: 60 str.; 2003. 1-60 p.
20. R development core team. R development core team. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing; 2013. p. A language and environment for statistical comput. Available from: <http://www.r-project.org>
21. Willett W, Stampfer MJ. Total energy intake: implications for epidemiologic analyses. *Am J Epidemiol.* 1986;124(1):17–27.
22. Kim H, Jang W, Kim KN, Hwang JY, Chung HK, Yang EJ, et al. Comparison of dietary food and nutrient intakes by supplement use in pregnant and lactating women in Seoul. *Nutr Res Pract.* 2013;7(3):199–206.
23. Haileslasie K, Mulugeta A, Girma M. Feeding practices, nutritional status and associated factors of lactating women in Samre Woreda, south eastern zone of Tigray, Ethiopia. *Nutr J. Nutrition Journal;* 2013;12(28):2–11.
24. Ogechi UP. A study of the nutritional status and dietary intake of lactating women in Umuahia, Nigeria. *Am J Heal Res.* 2014;2(1):20–6.
25. Vidal MV, Amiano P, Bernal CR, Marina LS, Mozo I, Vioque J, et al. Compliance of nutritional recommendations of Spanish pregnant women according to sociodemographic and lifestyle characteristics: a cohort study. *Nutr Hosp.* 2015;31(4):1803–12.
26. Benedik E, Robič T, Jarc K, Carli T, Godnov U, Tušar T, et al. Intake of fish and supplements in pre-pregnant and pregnant Slovenian women. In: 46th annual meeting of the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Abstract book, 8-11 May, 2013, London, United Kingdom. London, European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition; 2013. p. 211–211.
27. Antolič R, Polič M, Stanovnik L, Novak Antolič Ž. Medication interest in pregnant women. *Zdr Vestn.* 2010;80(12):897–904.

28. Lamers Y. Folate recommendations for pregnancy, lactation, and infancy. *Ann Nutr Metab.* 2011;59:32–7.
29. Puš T, Podgrajšek K, Mis NF, Benedik E, Rogelj I, Simčič M. Vitamin and mineral nutritional status of healthy pregnant women improved by nutrient supplements. *Acta Agriculturae Slov.* 2013;102(1):47–54.
30. Dawodu A, Wagner CL. Prevention of vitamin D deficiency in mothers and infants worldwide — a paradigm shift. *Paediatr Int Child Health.* 2012;32:3–13.
31. Wagner CL, Taylor SN, Dawodu A, Johnson DD, Hollis BW. Vitamin D and its role during pregnancy in attaining optimal health of mother and fetus. *Nutrients.* 2012;4(3):208–30.
32. Mulligan M, Felton S, Riek AE, Bernal-Mizrachi C. Implications of vitamin D deficiency in pregnancy and lactation. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;202(5):1–18.
33. Goonewardene M, Shehata M, Hamad A. Anaemia in pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* Elsevier Ltd; 2012;26(1):3–24.
34. McLean E, Cogswell M, Egli I, Wojdyla D, de Benoist B. Worldwide prevalence of anaemia, WHO vitamin and mineral nutrition information system, 1993-2005. *Public Health Nutr.* 2009;12:444–54.
35. Stevens GA, Finucane MM, De-Regil LM, Paciorek CJ, Flaxman SR, Branca F, et al. Global, regional, and national trends in haemoglobin concentration and prevalence of total and severe anaemia in children and pregnant and non-pregnant women for 1995-2011: A systematic analysis of population-representative data. *Lancet Glob Heal.* 2013;1:16–25.
36. Maheshwari UR, King JC, Leybin L, Newbrun E, Hodge HC. Fluoride balances during early and late pregnancy. *J Occup Med.* 1983;25(8):587–90.
37. Hlastan Ribič C, Maučec Zakotnik J, Koroušič Seljak B, Poličnik R, Blaznik U, Fidler Mis N, et al. Estimation of sodium availability in food in Slovenia: results from household food purchase data from 2000 to 2009. *Slov J Public Heal.* 2014;53(2):209–19.
38. Coimbra TM, Francescato HDC, Balbi APC, Marin ECS, Costa RS. Renal development and blood pressure in offspring from dams submitted to high-sodium intake during pregnancy and lactation. *Int J Nephrol.* 2012;2012:e919128, doi: 10.1155/2012/919128: 5.
39. Ministry of Health. Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. 1998. Uradni list Republike Slovenije, 19, 807: 1253-1282 [Internet]. Slovenia: Uradni list RS, št. 19/1998; Available from: <https://www.uradni-list.si/1/content?id=7259>
40. SURS. Prebivalstvo, staro 15 ali več let, po izobrazbi, starosti in spolu, Slovenija, letno. Ljubljana, Statistični urad Republike Slovenije: baza podatkov <http://www.stat.si> (junij 2015); 2015.
41. McGowan CA, McAuliffe FM. Maternal nutrient intakes and levels of energy underreporting during early pregnancy. *Eur J Clin Nutr.* Nature Publishing Group; 2012;66(8):906–13.

42. Brunst KJ, Wright RO, Digioia K, Enlow MB, Fernandez H, Wright RJ, et al. Racial/ethnic and sociodemographic factors associated with micronutrient intakes and inadequacies among pregnant women in an urban US population. *Public Health Nutr.* 2014;17(9):1960–70.
43. Rifas-Shiman SL, Rich-Edwards JW, Kleinman KP, Oken E, Gillman MW. Dietary quality during pregnancy varies by maternal characteristics in project Viva: A US cohort. *J Am Diet Assoc.* 2009;109(6):1004–11.

ODKRIVANJE RAZVOJNIH NEPRAVILNOSTI PRI PLODOVIH IN VODENJE NOSEČNOSTI OB ODKRITIH NEPRAVILNOSTIH

Doc. dr. Nataša Tul Mandić, dr. med.

KO za perinatologijo Ginekološke klinike Ljubljana, UKC Ljubljana
natasata.tul@guest.arnes.si

Uvod

Spremljanje razvoja plodov in odkrivanje razvojnih nepravilnosti je v sodobnem svetu sestavni del predrojstne oskrbe vsake nosečnice. Temu sta po navodilih iz Uradnega lista (Ur.l.RS 19/1988), namenjena dva ultrazvočna pregleda (UZ): prvi pregled ob prvem pregledu v nosečnosti (ki naj bi bil med 6 in 10 tednom nosečnosti) in drugi UZ med 20. in 24. tednom nosečnosti. V zadnjih 20 letih pa se je izkazalo, da je za odkrivanje nepravilnosti izredno pomemben še natančen UZ pregled med 11 in 14 tednom nosečnosti, ki pa je v Uradnem listu priporočen le za nosečnice stare 36 in 36 let ob pričakovanem dnevu poroda, za vse ostale pa je po strokovni plati priporočen, a ga ne krije zdravstveno zavarovanje in je zato samoplačniški. Pri nosečnicah, ki imajo večje tveganje za pojav nepravilnosti pri plodovih ali se nepravilnosti ugotovi med rednimi pregledi ali se pojavijo zapleti pri nosečnici, pa lahko zdravnik predpiše več UZ pregledov, ki jih v takih primerih krije zavarovanje.

Posvet pred zanositvijo

Idealno bi bilo, če bi imele vse ženske posvet pred zanositvijo. Tak pregled je zlasti pomemben za ženske s kroničnimi boleznimi, genetskimi boleznimi v družini ali po neuspešnih nosečnostih.

Vsem svetujemo že pred zanositvijo zdrav življenjski slog (s poudarkom na zdravi prehrani, redni telesni aktivnosti, primernem počitku), opustitev razvad (kajenje, alkohol, nedovoljene substance), primerno telesno težo (priporočen je indeks telesne mase med 18 in 25), jemanje folne kisline. Pri svetovanju nosečnicam ima zelo pomembno vlogo babica oziroma medicinska sestra.

Pri nosečnicah z obremenilno anamnezo ali kroničnimi boleznimi, je potrebno vključiti še strokovnjake drugih področij (najpogosteje medicinske genetike, interne medicine, nevrologije, klinične psihologije, itn). Če teh strokovnjakov ne vključimo pred nosečnostjo, jih pogosto kasneje v nosečnosti.

Prvi pregled v nosečnosti

Ob tem pregledu sta zelo pomembna natančna anamneza in pregled nosečnice. Ocenimo tveganje za nepravilnosti v poteku nosečnosti in razvojne nepravilnosti plodov. Večje tveganje imajo nosečnice, ki imajo v osebni ali družinski anamnezi razvojne nepravilnosti ali so izpostavljene delovanju teratogenih dejavnikov v nosečnosti. Tem nosečnicam lahko svetujemo genetski posvet že pred ali zgodaj v nosečnosti.

Med prvo UZ preiskavo, ki je običajno pred 10 (12) tednom, potrdimo nosečnosti (zlasti je pomembno, da potrdimo, da je nosečnost v maternici, da se izključi zunajmaternična nosečnost), viabilnost in število plodov, plod izmerimo v dolžino in potrdimo gestacijsko starost. S tem pregledom se ugotavlja tudi morebitne nepravilne tvorbe v spodnjem delu trebuha nosečnice (zlasti v maternici ali na jajčnikih) (Tul Mandić & Premru Sršen, 2012).

Nosečnice seznanimo s priporočenimi pregledi in preiskavami, jim o preiskavah svetujemo ter jih zopet opozorimo na zdrav življenjski slog.

Pregled med 11 - 14 tednom nosečnosti

Natančen UZ pregled, ki se ga je oprijelo žargonsko ime »nuhalna svetlina«, priporočamo vsem nosečnicam. Pomembno je, da ga opravijo zdravniki z mednarodno licenco za ta pregled.

Cilji pregleda so natančna določitev trajanja nosečnosti, odkrivanje večplodnih nosečnosti ter opredelitev ali gre za mono ali bihorijsko nosečnost, ocena tveganja za kromosomske nepravilnosti pri plodu (z meritvijo nuhalne svetline ploda ter eventualno oceno drugih označevalcev), zgodnje odkrivanje večjih razvojnih nepravilnosti ploda (Tul Mandić N & Premru Sršen T, 2012).

S kombinacijo nuhalne svetline in starosti nosečnice lahko odkrijemo do 75 % plodov z Downovim sindromom. Delež odkritih plodov z Downovim sindromom lahko povečamo na 90 %, če ob meritvi nuhalne svetline opravimo še dvojni test. Za test odvzamemo nosečnici vzorec krvi med 9 - 14. tednom nosečnosti, torej že pred, med ali po pregledu nuhalne svetline in v njej določimo vrednosti dveh hormonov, ki jih proizvaja posteljica, to sta prosti beta HCG in PAPP-A.

Danes ima ta pregled (kljub temu, da je za večino nosečnic samoplačniški) že več kot 80% slovenskih nosečnic. S tem smo dosegli, da se veliko pomembnih razvojnih nepravilnosti odkrije že v prvi polovici nosečnosti.

V tem obdobju je sedaj na voljo še en presejalni test – test s prosto plodovo DNA v materini krvi (cell free fetal DNA, cffDNA). Test z veliko natančnostjo oceni tveganje

za Downov sindrom (detekcija 99,9%) ter ZA nekatere druge kromosomske nepravilnosti (za določene nepravilnosti detekcija okoli 95%). S testom ne moremo odkrivati strukturnih nepravilnosti, zato je pomembno, da imajo nosečnice pred testom natančen UZ pregled in ustrezno svetovanje. Test je izključno samoplačniški in je zelo drag.

Ob sumu na nepravilnost ali ugotovljeni nepravilnosti, se nosečnico napoti v terciarni center, kjer jo obravnavamo timsko.

Pregled med 20 - 24 tednom nosečnosti

Ta pregled moramo ponuditi vsaki nosečnici, plačilo pa gre iz obveznega zavarovanja. Pred pregledom nosečnici pojasnimo namen pregleda ter omejitve. Posvet in pregled opravljajo izbrani ginekologi. Pred pregledom morajo nosečnice vedeti, da s pregledom ne moremo odkriti vseh nepravilnosti v razvoju ploda.

Glavni cilji pregleda so potrditi višino nosečnosti in oceniti rast ploda z biometrijo, natančen pregled ploda z namenom odkrivanja razvojnih nepravilnosti, ocena količine plodovnice, izgleda popkovnice in posteljice (lege in strukture). Priporočamo, da se na tem pregledu opravi še ocena tveganja za prezgodnji porod (ki ogroža plodove bolj kot razvojne nepravilnosti) in ocena pretokov skozi uterine arterije; s tem se ocenjuje tveganje za razvoj preeklampsije in zastoja v rasti pri plodu (Tul Mandić & Premru Sršen, 2012).

Ob nejasnem izvidu, sumu na nepravilnost ali ugotovljeni nepravilnosti, se nosečnico napoti v terciarni center, kjer jo obravnavamo timsko.

Dodatni pregledi

Dodatni UZ pregledi so potrebni pri nosečnicah, ki imajo v osebni ali ožji družinski anamnezi nekatere razvojne nepravilnosti ali težke zaplete v predhodnih nosečnostih, pri nosečnicah, kjer z osnovnimi pregledi ugotovimo nepravilnosti, pri nosečnicah, ki imajo nekatere kronične ali z nosečnostjo povezane bolezni (npr. nosečnostno sladkorno bolezen) in pri tistih, ki imajo večplodne nosečnosti.

Invazivni testi (biopsija horionskih resic, amniocenteza) so najpogosteje namenjeni nosečnicam s povečanim tveganjem za kromosomske nepravilnosti pri plodu. Trenutno veljavni kriteriji (kriteriji se s časom lahko spreminjajo) za kariotipizacijo ploda so (Tul Mandić, 2012):

1. starost nosečnice ≥ 37 let ob pričakovanem dnevu poroda,
2. tveganje nad določeno mejo pri ultrazvočnem ali biokemičnem presejalnem testu. Pri presejalnem testu med 11. in 14. tednom je meja tveganje $\geq 1/300$, v drugem trimesečju pa $\geq 1/190$ ob terminu poroda,
3. predhodna nosečnost s kromosomsko nepravilnostjo,
4. eden od staršev je nosilec kromosomske preureditve,
5. ultrazvočno ugotovljeni označevalci za kromosomopatije ali vidne razvojne nepravilnosti pri plodu.

Pred testi je potrebno intenzivno svetovanje, običajno tudi s strani genetika. Nosečnica se mora zavedati tveganja za splav zaradi posega in morebitnih zapletov med posegom.

Magnetna resonanca (MRI) – pri nekaterih razvojnih nepravilnostih ali sumu nanje, nosečnice napotimo na slikanje ploda z MRI. Slikanje z MRI za plod v drugi polovici nosečnosti ni nevarno.

Vodenje nosečnosti ob ugotovljenih nepravilnostih

Zdravniki iz primarnega nivoja napotijo nosečnico s sumom na razvojno nepravilnost ali ob ugotovljeni nepravilnosti na sekundarni ali neposredno na terciarni nivo.

Obravnava na terciarnem nivoju je potrebna, ker imamo zdravniki na terciarnem nivoju največ izkušenj z obravnavo plodov z razvojnimi nepravilnostmi ter dostop do drugih diagnostičnih postopkov (npr. invazivnih testov, MRI ipd). Obravnava poteka vedno konziliarno (več specialistov fetalne medicine), v sodelovanju s specialisti medicinske genetike in po potrebi s specialisti drugih medicinskih strok (neonatologi, rentgenologi, mikrobiologi, kirurgi), kliničnimi psihologi, socialnimi delavci. Pomembno vlogo imajo dodatno usposobljene medicinske sestre ali babice (Jeršin & Štuhec, 2012).

Pri nekaterih razvojnih nepravilnostih se, po končanih osnovnih preiskavah in oceni prognoze, naredi načrt spremljanja plodov v nosečnost ter časa in kraja rojstva. Namen je omogočiti otroku z razvojno nepravilnostjo najboljšo oskrbo takoj po rojstvu.

V primerih hudih razvojnih nepravilnosti imajo starši možnost, da po končanih diagnostičnih postopkih zaprosijo za prekinitev nosečnosti. Na Ginekološki kliniki

v Ljubljani vse prošnje za prekinitve nosečnosti iz medicinskih razlogov obravnava Konzilij za umetno prekinitev nosečnosti (sestaja se 1x tedensko), odobri pa jih Komisija za umetno prekinitev nosečnosti prve stopnje. Če je prošnja zavrnjena, se lahko nosečnica pritoži na komisijo druge stopnje (Cerar, 2010; Šajina Stritar & Jeršin, 2016).

Zaradi medicinskih razlogov (ugotovljenih nepravilnosti v razvoju ploda, odmrtnja ploda ali razpoka amnijskih ovojev pred viabilnostjo ploda) se prekinitve po odobritvi komisije za umetno prekinitev nosečnosti opravljajo večinoma z zdravili, z mifepristonom in mizoprostolom. Odmerki zdravil so odvisni od višine nosečnosti. V višji nosečnosti uporabljamo nižje odmerke mizoprostola, saj je maternica zanj bolj občutljiva. Kiretaža maternice je potrebna pri četrtini nosečnic. Ostali zapleti so blagi ali redki. Kirurške prekinitve so pri nas redke, saj menimo, da ima prekinitev nosečnosti z zdravili številne prednosti: podobna je poteku pri spontanih prekinitvah, zahteva manj kirurških spretnosti in je zato manj možnosti za poškodbo rodil, v večini primerov ni potrebe po anesteziji (Tul Mandić & Kumer, 2016).

Plod in placento po splavu/porodu pošljemo za pregled na genetiko in patologijo. Po prejemu vseh izvidov vsak primer, ki je prekinjen na Kliničnem oddelku za perinatologijo Ginekološke klinike UKC Ljubljana, od 1. maja 2015 obravnava Komisija za analizo mrtvorojenosti in razvojnih anomalij (KAMRA), ki po natančni analizi poda pisne ugotovitve. Komisija poda navodila o eventualnih dodatnih preiskavah, ki naj jih ženska opravi pred naslednjo nosečnostjo (npr.: dodatne genetske preiskave, iskanje nepravilnosti v razvoju maternice, izključitev določenih bolezni matere). Komisija oblikuje napotke za vodenje naslednje nosečnosti. Ugotovitve komisije se po končani analizi pisno posredujejo ženski in izbranemu ginekologu ter na željo tudi ginekologu, ki je bil vključen v proces diagnostike (Šajina Stritar & Jeršin, 2016). Vsi postopki, vključno z mnenjem KAMRA, so običajno končani v šestih mesecih po prekinitvi nosečnosti.

Pred, med in po obravnavi nosečnice z razvojnimi nepravilnosti ali prekinitvi nosečnosti je izredno pomembna timska obravnava. Vlogo medicinske sestre v postopku umetne prekinitve nosečnosti zaradi medicinske indikacije sta natančno opisali Jeršin & Štuhec (2012).

Literatura

Cerar VM, 2010. Proces odločanja za prekinitev nosečnosti. V: Tul Mandić N, Štolfa Gruntar A (ur). Prekinitev nosečnosti z zdravili v 1. in 2. trimesečju nosečnosti. Zbornik.

Jeršin N & Štuhec D, 2012. Vloga medicinske sestre v postopku umetne prekinitve nosečnosti zaradi medicinske indikacije. V: Tul Mandić N, Štolfa Gruntar A (ur). Prekinitev nosečnosti z zdravili. Zbornik.

Šajina Stritar B & Jeršin N, 2016. Postopki ob prekinitvi nosečnosti. V: Tul Mandić N (ur). Neuspela nosečnost. Zbornik.

Tul Mandić N, Premru Sršen T, 2012. Ultrazvočni pregledi v nosečnosti. V: Kobal B (ur). Izbrana poglavja iz ginekološke in perinatološke propedeutike. Medicinski razgledi, pp. 99-122.

Tul Mandić N, 2012. Invazivni diagnostični postopki v nosečnosti. V: Kobal B (ur). Izbrana poglavja iz ginekološke in perinatološke propedeutike. Medicinski razgledi, pp. 123-128.

Tul Mandić N & Kumer N, 2016. Prekinitev nosečnosti v 2. in 3. trimesečju nosečnosti. V: Tul Mandić N (ur). Neuspela nosečnost. Zbornik.

MRTVOROJENOST NA KOROŠKEM - NAŠA OBRAVNAVA

Stillbirth in Carinthia – our proceedings

asist. Helena Šavc, dr.med., spec. gin. por.

Splošna bolnišnica Slovenj Gradec

Gospodsvetska 1

2380 Slovenj Gradec

Ključne besede: nosečnost, definicija mrtvorojenosti, izguba otroka

IZVLEČEK

Rojstvo mrtvega otroka je težka preizkušnja, tako za starše, kot tudi za ekipo v porodnišnici. Protokol ukrepanja nam olajša delo in prepreči morebitne napake v ključnih trenutkih. V zadnjih desetih letih v porodnišnici v Slovenj Gradcu obravnavamo od enega do tri mrtvorojene letno. Poskušamo izboljšati kvaliteto obravnave nosečnice in partnerja v vseh fazah od prvega stika do zaključka obravnave mrtvorojenosti. Prikazani so rezultati raziskave mrtvorojenosti v porodnišnici v Slovenj Gradcu v obdobju od 2007 do 2016. Psihološka obravnava porodnic se v zadnjih petih letih izboljšuje.

Key words: pregnancy, definition of stillbirth, child loss

ABSTRACT

Stillbirth is a difficult test for both parents as well as for the team in the hospital. Action protocol facilitates the work and prevents any errors in crucial moments. In the last ten years in the maternity ward of General Hospital Slovenj Gradec we had one to three stillbirths annually. We are trying to improve the quality of treatment of pregnant women and partners at all stages from the first contact to the completion of the hospital stay. In this article we are presenting research results of stillbirths in the hospital in Slovenj Gradec in the period from 2007 to 2016. Psychological treatment has been improving in the last five years.

Uvod

Izguba otroka je verjetno najtežja življenjska preizkušnja. Z izgubo otroka izgubimo prihodnost (Zečevič, 2003). Pomembno je, da znamo v trenutku, ko ugotovimo smrt (nerojnega) otroka, takoj in primerno ukrepati. S tem precej zmanjšamo tisko staršev in jim pomagamo prebroditi prve težke trenutke. V porodnišnici v

Slovenj Gradcu od leta 2011 uporabljamo protokol ukrepanja, ki je pripravljen po slovenskih priporočilih iz leta 2010 (Guzej & Lovšin, 2010).

Poleg protokola je bistvena človeška nota. Z umrlim otrokom ravnamo spoštljivo, kot z vsakim pokojnikom.

Definicija za mrtvorojenost se po svetu razlikuje, ponekod se kot porod definira že rojstvo pri 20. tednih, drugod pa šele pri 28.tednih nosečnosti. (Fretz, 2016). Zato je včasih težko primerjati rezultate. V Sloveniji veljavna definicija pravi:

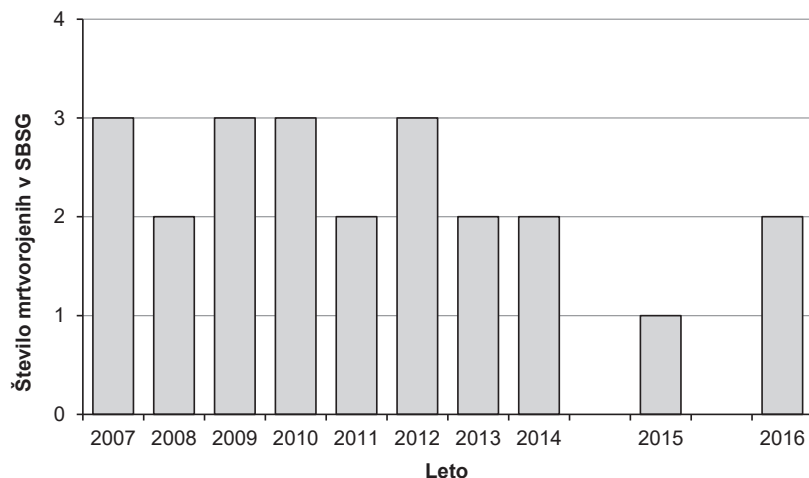
Mrtvorojen je otrok, ki je bil rojen brez znakov življenja (ni dihal, ni se gibal, srce ni utripalo) in je ob rojstvu tehtal najmanj 500 g, oziroma je nosečnost trajala najmanj 22 tednov, ali je bila dolžina telesa vsaj 25 cm. Če se pri multipli nosečnosti eden izmed otrok rodi kot živorojen, štejemo med mrtvorojene tudi njegov mrtvorojeni par, kljub temu, da je lažji od 500 g. (Guzej & Lovšin, 2010).

Metode

Pregledali smo podatke o mrtvorojenih v naši porodnišnici v letih 2007 - 2016. Preverili smo višino nosečnosti ob sprejemu v porodno sobo, težo mrtvorojenega in najverjetnejši vzrok mrtvorojenosti. Pogledali smo, ali je bil zapisan povzetek poroda in preiskav ter sporočen staršem skupaj s priporočili za nadaljnje preiskave in predvidevanji za naslednjo nosečnost. Pregledali smo, koliko porodnic je imelo psihološko obravnavo.

Rezultati

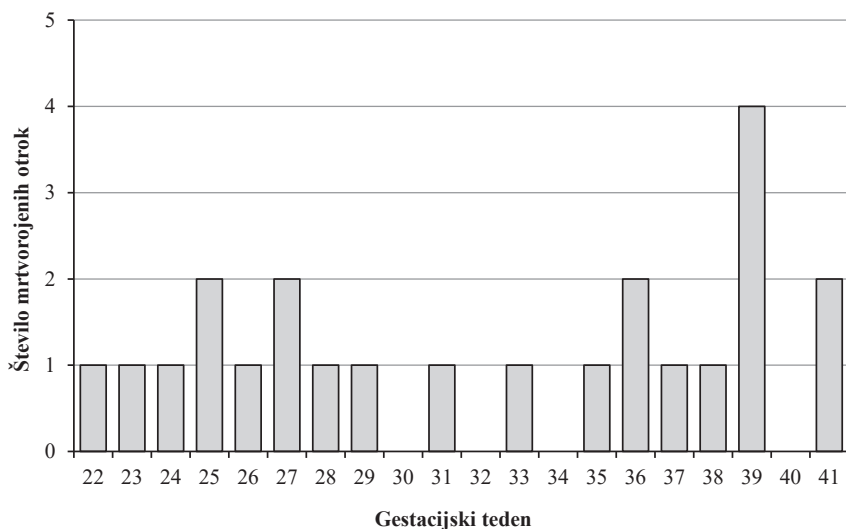
V obdobju zadnjih deset let smo obravnavali v porodnišnici v Slovenj Gradcu 23 mrtvorojenih, kar predstavlja 0,25 % vseh porodov (skupno število porodov je 9089) ali 2,53 na 1000 živorojenih otrok. Letno obravnavamo od enega do tri mrtvorojene, gibanje po letih kaže slika 1.



Slika 1: Število mrtvorojenih otrok v SBSG, obdobje 2007-2016

Figure 1: Stillborn number in General hospital Slovenj Gradec, years 2007-2016

Porazdelitev po tednih nosečnosti je prikazana na sliki 2. Višina nosečnosti ob porodu variira od 22. tedna nosečnosti do gestacije 41 tednov 1/7.



Slika 1: Število mrtvorojenih otrok v SBSG, obdobje 2007-2016
Figure 1: Stillborn number in General hospital Slovenj Gradec, years 2007-2016

Tabela 1: Najverjetnejši vzroki mrtvorojenosti v SB Slovenj Gradec v obdobju 2007-2016
Table 1: Probable causes of stillbirth in General Hospital Slovenj Gradec, years 2007-2016

| Najverjetnejši vzrok | Število |
|-------------------------------|---------|
| horioamnionitis | 5 |
| nezrelost | 2 |
| abrupcija placente | 2 |
| gemini-posledice | 2 |
| tromboza umbilikalne arterije | 1 |
| strangulacija s popkovnico | 1 |
| ruptura maternice med porodom | 1 |
| trisomija 18 | 1 |

V štirih primerih (17%) smo našli podatek o psihološki obravnavi (verjetno zlasti v prejšnjih letih ni bila zabeležena). Tri ženske so psihološko obravnavo zavrnila. Pisni zaključek obravnave mrtvorjenosti je bil izdelan in poslan pacientki in izbranemu ginekologu v šestih primerih.

Diskusija

Od leta 2012 v porodnišnici v Slovenj Gradcu uporabljamo protokol obravnave mrtvorjenosti, ki od ugotovitve smrti ploda dalje jasno definira vlogo vsakega zdravstvenega delavca v posameznih fazah obravnave nosečnice in porodnice.

V zadnjih desetih letih ugotavljamo v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec incidenco mrtvorjenosti 2,53/1000 živorojenih otrok. To je zelo dober rezultat v primerjavi z rezultati v tujini. V ZDA npr. znaša incidenca 5,96/1000 živorojenih (MacDorman & Gregory, 2015).

Vzrok za mrtvorjenost je običajno seštevek materinih, fetalnih in placentarnih nepravilnosti. V svetovni literaturi ugotavljajo, da v 20 - 65 % ne najdejo vzroka za smrt ploda (Bukowski et al., 2011). V porodnišnici Slovenj Gradec v zadnjih 10 letih ta delež predstavlja 34,7 %.

V zadnjih 10 letih nismo imeli nobenega mrtvorjenega, ki bi bil prenošen, saj gestacija ob porodu variira med 22.t.n. in gestacijo 41 t 1/7. V porodnišnici v Slovenj Gradcu induciramo vse porode najkasneje do gestacije 41 t 4/7.

Med porodom se babica in porodničar poskusita dogovoriti s porodnico in partnerjem o pomembnih odločitvah, zlasti, če bosta želela pogledati otroka po porodu ter ali želita, da ga fotografiramo in jima kasneje pokažemo fotografijo. Povemo jima, da lahko otroka poimenujeta. Kasneje skupaj razmišljamo o morebitni obdukciji. Zaželen je klinični pregled neonatologa.

Povemo jima, da se lahko odločita za individualni pokop ali za raztros pepela na Barbarinem gaju na pokopališču Barbara na Prevaljah. Stroške za to nosi Splošna bolnišnica Slovenj Gradec.

Porodnici odvzamemo vzorce za laboratorijske preiskave, s pomočjo katerih bomo poskušali odkriti vzrok smrti in jo morda tudi morali zdraviti. Po presoji pošljemo vzorce tkiva na histološko, mikrobiološko in/ ali genetsko preiskavo. Od leta 2012 porodničar, ki je bil prisoten pri porodu, v mesecih po porodu zbere laboratorijske in histološke izvide, pregleda obdukcijski zapisnik in zapiše zaključek obravnave mrtvorjenosti. V tem zaključku poskuša pacientko usmeriti na nadaljnje preiskave (npr. za trombofilijo, antifosfolipidni sindrom, genetske preiskave...) in svetuje glede možne ponovitve v naslednji nosečnosti. O zaključku obvesti tudi izbranega ginekologa.

Poporodu poskusimo zagotoviti porodnici svojo sobo in dovolimo prisotnost partnerja, kolikor je potrebno. Nekatere ženske pa želijo deliti sobo z drugimi pacientkami. Pacientki ponudimo strokovno podporo kliničnega psihologa na oddelku. Relativno veliko porodnic le to zavrne, zgodi pa se tudi, da v času kratkotrajne hospitalizacije psihologinja ni prisotna na oddelku. V tem primeru pacientko opozorimo, da se vedno lahko obrne na nas. Verjetno so še vedno prisotni predsodki pred obravnavo pri psihologu. Nekatere ženske pa v stanju začetnega šoka

še niso pripravljene za odprt pogovor. Če ima pacientka težje psihološke težave, jo napotimo v UKC Ljubljana k doc. Vislavi Globevnik Velikonja. Naše sodelovanje poteka zgledno, brez težav. Administratorica na oddelku obvesti patronažno službo o dogodku z namenom zagotoviti čim kvalitetnejšo oskrbo porodnice na domu.

Zaključek

Smrt ploda, zlasti v drugi polovici nosečnosti, je zelo boleč in precej redek pojav, zato naj obravnava nosečnice in porodnice poteka čim bolj skladno, umirjeno in urejeno. S tem nekoliko zmanjšamo stres, zlasti pa ga ne povečujemo že tako prizadetim staršem. Ugotavljamo, da dobi premalo porodnic strokovno psihološko podporo, kar bomo izboljšali.

S pomočjo protokola obravnave nam ne uide noben pomemben korak. S tem zaščitimo tudi sebe, saj tak dogodek prinaša dolgotrajno žalovanje, z možnimi pravnimi in drugimi zapleti za ekipo v porodni sobi.

Na Koroškem imamo v okviru pokopališča Barbara na Prevaljah po zgledu Parka zvončkov v Ljubljani in Polja belih vrtnic v Mariboru od leta 2013 prostor, kamor raztrosimo pepel mrtvorojenih in splavkov, Barbarin gaj. Mnogi pa se odločijo za individualni pokop.

Literatura

Bukowski, R, Carpenter, M, Conway, D, Coustan, D, Dudley, D, Goldenberg, R, et al., 2010. Causes of Death Among Stillbirths, Jama-Journal Of The American Medical Association, 306, 22, pp. 2459-2468.

Guzej Z, Lovšin B., 2010. Mrtvorojenost - pomanjkljivost dokumentacije. Priporočila za postopke in preiskave. Zbornik prispevkov 11. Novakovi dnevi; 2010, Bled. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, 2010: 21-26.

Fretz R.C., 2016. Fetal death and stillbirth: Incidence, etiology, and prevention. In UpToDate. 2016. (Accessed on July 19, 2016).

MacDorman, M., & Gregory, E., 2015. Fetal And Perinatal Mortality: United States, 2013, n.p.: National Center for Health Statistics. Available at: http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr64/nvsr64_08.pdf

Zečević, B., 2003. Prazna Zibka, Strto Srce : Staršem, ki so izgubili otroka med nosečnostjo ali kmalu po porodu, n.p.: Krško : Društvo Solzice, 2003.

ŽALOVANJE PO IZGUBI ZAŽELENE NOSEČNOST IN POTREBE ŽALUJOČE DRUŽINE

Mourning after pregnancy loss and needs of the grieving family

Dr. Vislava Globevnik Velikonja,, univ. dipl. psih, spec. klin. psih.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika, Šlajmerjeva 3,
1000 Ljubljana
vislava.velikonja@guest.arnes.si

IZVLEČEK

Prispevek govori o žalovanju posebne skupine staršev, ki izgubijo želeno nosečnost zaradi smrti ploda ali medicinske prekinitve nosečnosti na željo staršev po ugotovljeni nepravilnosti pri plodu. Tako žalovanje je bilo dolgo zanikano, čeprav je prepoznano kot eno najbolj bolečih, saj je izguba nosečnosti sociokulturno prepoznana kot neuspeh, staršem pa pomeni ne le izgube zelenega otroka, pač pa dela sebe, načrtov za prihodnost, dobre samopodobe, upanja v sposobnost roditi zdravega otroka. Žalovanje ni odvisno od gestacijske starosti ploda, pač pa od osebnega pomena izgube. Raziskave dokazujejo, da je najučinkovitejša pomoč žalujoči družini tista, ki priznava njihovo žalovanje, omogoča rituale, soustvarja spomine in zna poslušati njihovo zgodbo – tako usmerjamo žalovanje v zdravo prebolevanje in preprečujemo psihične težave v naslednjih nosečnostih. Prikazana so dosedanja prizadevanja, trenutno stanje in priporočila za boljše delo na tem področju v Sloveniji.

Ključne besede: prekinitve nosečnosti, nepravilnosti pri plodu, perinatalno žalovanje, psihološka pomoč

ABSTRACT

The paper deals with grieving of a special population of parents, of those who lose a wanted pregnancy due to pregnancy loss or abortion for medical reasons on parents' request after a fetal anomaly has been diagnosed. Such grieving has long been denied, though it has been recognized as one of the most painful since a pregnancy loss has been treated as a failure from the sociocultural perspective, whereas the parents do not experience it as a loss of a wanted child only, but as a loss of a part of themselves, their plans for the future, positive self esteem, hope of the ability to deliver a healthy baby. The grieving does not depend on the fetal gestational age, but on the personal perception of the loss. Studies have shown that the most efficient help to the grieving family is the one that recognizes their loss, provides rituals, co-creates memories, and listens to their story – in this way

grieving leads to a healing recovery, preventing the occurrence of mental problems in next pregnancies. The presentation is focused on the efforts undertaken until now, actual situation and recommendations for better work in this field in Slovenia.

Key words: pregnancy termination, fetal anomalies, perinatal grieving, psychological help

Uvod

Izguba zelene nosečnosti in smrt ploda ali otroka sproži globoko žalovanje, ki je bilo s strani družbe dolgo minimalizirano in ignorirano. Žalovanje po perinatalni smrti je prepoznano kot eno najbolj bolečih žalovanj. Raziskave žalovanja in potreb žalujočih staršev v zadnjem stoletju so botrovale tudi spremembam profesionalne pomoči od zgolj protektivne v bolj suportivno (Capitulo, 2005). V Sloveniji se sistematično lotevamo te problematike od leta 1997, ko smo organizirali prvo izobraževanje za zdravstvene delavce z naslovom "Strah, bolečina, žalost – kako se z njimi soočata bolnik in zdravstveni delavec v perinatologiji" in je vodilo k spremembam dela z žalujočimi starši po perinatalni smrti, izgradnji Parka zvončkov na Žalah za pokop perinatalno umrlih otrok in pomoči pri organizaciji društva Solzice, ki združuje žalujoče starše in ponuja laično pomoč (Velikonja, 1997). Z napredkom medicine, ki omogoča vse zgodnejše odkrivanje nepravilnosti pri plodu, pa narašča skupina staršev, ki se soočajo s prav posebno obliko žalovanja po prekinitvi zelene nosečnosti na željo staršev zaradi ugotovljene nepravilnosti pri plodu. Žalovanje teh staršev še posebej obarvajo izraziti občutki krivde in ambivalenca med pravilnostjo take odločitve in težavami življenja s prizadetim ali hudo bolnim otrokom. Tudi ta skupina staršev, ki večinoma prekinja nosečnost v 2. trimesečju, ko je prekinitev nosečnosti opredeljena kot splav, zahteva našo posebno pozornost. Prav tako žalujejo za izgubo zelenega otroka in imajo podobne potrebe kot starši, ki izgubijo otroka po dopolnjenem 22. tednu nosečnosti oz. s porodno težo nad 500 grami, ko je po medicinski terminologiji in zakonodaji že opredeljena perinatalna smrt s posledičnimi pravicami povezanimi s porodom in rojstvom. Zdravstveni delavci bi morali ponuditi enake možnosti vsem staršem, ki izgubljajo zeleno nosečnost, pred ali po 22. tednu, zaradi spontanega splava ali zaradi ugotovljene nepravilnosti pri plodu, da lahko vidijo svojega umrlega otroka, si ustvarijo spomine nanj in se poslovijo od njega, če to želijo (Baena-Antequera & Juado- Garcia, 2015).

Žalovanje

Žalovanje je globoko čustveno dogajanje, v katerem se prepletajo različna doživljanja: žalost, občutek nepovratnosti in dokončnosti, oživljanje spomina na vse lepo in hudo, kar so člani družine delili z umrlim, razmišljanja, kaj lepega bi

lahko storili zanj in kaj hudega bi mu lahko prihranili, ko je bil še čas za to. Občutja krivde za povzročene prizadetosti, jeza na okoliščine, povezane s smrtjo, bolečina pogrešanja - vse to se prepleta v bolečini izgube, ki je ni mogoče kar zadržati, niti je prav zanikati. Prav tako žalovanje pomeni počasno sprejemanje realnosti in navajanje na spremembo v življenju. Žalovanje ni pozabljanje umrle osebe, pač pa iskanje stalnega mesta zanj, kjer ne bo povzročala take bolečine. Sčasoma so tudi znaki žalovanja v telesnih spremembah in vedenju, kot so nespečnost, napetost, slabo počutje, vzkipljivost, vse manj očitni (Thomas, 1996).

Žalovanje po perinatalni izgubi se razlikuje od drugih žalovanj, ker je smrt nastopila ob začetku življenja, je večinoma nepričakovana in pogosto nepojasnjena. V primerjavi z ostalimi žalovanji, je perinatalno vezano na omejene izkušnje in spomine na umrlega otroka, v primeru splava pa so staršem odvzete tudi možnosti kulturno prepoznanih ritualov žalovanja, vključno s pokopom (Kersting & Wagner, 2012) Predvsem pa se žalovanje po perinatalni izgubi razlikuje od ostalih žalovanj po tem, da je sociokulturno izguba nosečnosti doživeta kot "neuspeh" (Hammersley & Drinkwater, 1997).

Čustvena izkušnja perinatalne smrti, spontanega splava ali medicinskega splava zaradi odkrite nepravilnosti pri plodu, ni zgolj izguba želenega otroka, pač pa tudi izguba dobre samopodobe, izguba vloge starša, izguba zaupanja v sposobnost imeti zdravega otroka, izguba dela sebe, izguba prihodnosti, objekta ljubezni, izguba pričakovanj, izguba lastne moči. Izguba želenega otroka ustvari ozračje obupa in zmedenosti v družini, ki se je veselila srečnega dogodka (Staudacher, 1987; Weiss, et al., 1989). Nekatere študije kažejo, da je izguba višje nosečnosti ali novorojenčka povezana z večjim stresom kot izguba zgodnje nosečnosti (Gaudet, et al., 2010), druge pa niso našle razlik v žalovanju glede na gestacijsko starost ploda (Swanson, et al., 2007; Bennett, et al., 2008). Globino žalovanja staršev določa njihova osebno doživeta izguba in ne gestacijska starost ploda (Hammersley & Drinkwater, 1997), kar potrjujejo tudi naše dolgoletne klinične izkušnje.

Proces žalovanja lahko opišemo skozi štiri osnovne stopnje, ki pa se ne nujno pojavijo v taki obliki, v tem vrstnem redu in ne v takem časovnem okviru (Stroebe, et al., 2004).

1. Faza šoka, otopelosti:

Gre za začetno obdobje čustvene otopelosti, zanikanja in nesprejemanja realnosti izgube, ki običajno traja krajši čas, od nekaj dni do največ treh tednov. Lahko se kaže skozi telesne simptome (težave pri dihanju, zadrženo grlo, občutek praznine v želodcu), izbruhe jeze, globokega obupa in zanikanja. V tem času so žalujoči namreč zaščiteni pred najburnejšimi čustvi. To je tudi čas za urejanje najosnovnejših formalnosti ter opravljanje ritualov, ki žalujočemu omogočijo počasen prehod v naslednjo

fazo. Ženski obrambno omogoči, da naredi vse potrebno (se pogovarja z nami, podpiše prošnjo za prekinitve nosečnosti, splavi oz. rodi, se poslovi, pokoplje) in preživi.

2. Akutna faza: hrepenenje, protest

Gre za obdobje močnih čustev, globoke žalosti in bolečine ter močnega fiziološkega vzburjenja, ki se začne, ko se zaključi faza šoka, običajno dva do šest tednov po izgubi. Prehodi med fazami niso vedno jasni in enaki pri vseh ljudeh. Akutna faza traja običajno od dveh do treh mesecev. Pogosta so skoraj sočasna nasprotujoča si čustva: jok, močno hrepenenje, neprestano iskanje, klicanje umrlega, nemir, panika, občutki krivde, jeza (usmerjena na okolico in umrlega), razdražljivost, spremenjeno doživljanje samega sebe (pogosti so občutki, da je otrok še prisoten, da ga še čuti v trebuhu, in je preokupirana s spomini nanj, ureja album s slikami iz ultrazvoka ter fotografijami umrlega,...). Včasih se v tem obdobju pojavi močna želja po otroku, po ponovni nosečnosti, po zapolnitvi praznine, kar je v tem obdobju sicer pogosto in človeško, a predvsem odraz žalovanja za izgubljenim otrokom in želja po nadomestku. Pojavljajo se tudi različne telesne spremembe (motnje v spanju, apetitu, bolečine, splošen občutek manjvrednosti, ker jo je telo pustilo na cedilu), spremenjeni vzorci vedenja in odnosi z ljudmi, nizka energetska raven. Žalujoči lahko deluje odmaknjen od okolja (vse, kar ni povezano z umrlim, nima nobenega pomena zanj). V tem obdobju žalujoče matere ne silimo v družbo, pogosto je zaradi simptomov globoke depresije (s pridruženimi motnjami koncentracije in spomina) kot sestavne komponente žalovanja nesposobna za učinkovito opravljanje dela in je smiselen bolniški dopust.

3. Faza dezorganizacije in brezupa

Gre za obdobje depresije, ki traja od več mesecev do približno enega leta po smrti, lahko pa celo več let. Značilna so občutja obupa, brezizhodnosti, sprejemanje dokončne odsotnosti umrlega ter spremljajoče telesne, duševne in socialne spremembe v življenju žalujočega. Žalujoči ima lahko težave s koncentracijo in se čuti nesposobnega začeti kakšno novo dejavnost. Pogoste so motnje spanja in apetita, nočne more, žalujoči je lahko pretirano utrujen ali pretirano nemiren in aktiven, poroča o problemih z dihanjem ali želodčnih težavah, pa tudi drugih telesnih težavah brez organskega vzroka. Je preobremenjen z umrlim (njegovo boleznijo, dodatnimi pregledi, iskanjem razlag obdukcijskega zapisnika), zato pogosto deluje zmeden in nezbran, v družbi pa umaknjen, pogosti so tudi umiki v samoto. Tesnoba, občutki krivde in jeze ter razdražljivost se v tej fazi pogosto stopnjujejo. Čeprav žalujoči in okolica pogosto pričakujejo izboljšanje, je to obdobje marsikdaj še bolj rušilno kot prejšnje. Lahko opazimo tudi odsotnost potrnosti, obenem pa nesposobnost sprejeti in spoznati dokončnost izgube. Pogost je občutek notranje praznine, tam, kjer naj bi bila bolečina, ni ničesar.

4. Faza reorganizacije in izboljšanja

Običajno se začenja po dokončanem prvem letu po smrti, ko žalujoči dokončno sprejme dejstvo, da umrlega ni več. Smrt sprejema razumsko in čustveno ter proces žalovanja se tako izteka. Žalujoči se lahko povrne k življenjskim aktivnostim. Takrat se vsi ključni dogodki, ki sicer povzročijo ponovno poslabšanje razpoloženja, v prvem letu po smrti vsaj enkrat bolj ali manj uspešno preživijo. Žalujoči posameznik in družina namreč najbolj občutijo praznino ob pomembnih družinskih dogodkih - obletnicah, rojstnih dnevih, družinskih praznikih, ki naj bi jih preživljali skupaj. Po dokončanem prvem letu (nekateri pa lahko potrebujejo tudi precej daljše obdobje) spoznajo, da kljub hudi bolečini ob izgubi lahko preživijo in živijo svoje življenje naprej. Tako npr. ni več potrebe, da bi žalujoči zanikal vse, kar pripada umrlemu ali spominja nanj.

Vsak med žalovanjem doživlja različne občutke, ki se lahko spreminjajo iz dneva v dan in lahko trajajo zelo dolgo. Matere mrtvorojenih otrok se počutijo zmedeno in žalostno, taka občutja pa se lahko razvijejo v kronično depresijo, hipohondrijo, fobijo in druge motnje. Vsi starši občutijo po perinatalni izgubi otroka iracionalen sram in krivdo in taki občutki so lahko del normalnega žalovanja. Normalno žalovanje je obdobje psihičnih motenj in je težko presoditi, kdaj postane patološko (Bourne & Lewis, 1984). Več avtorjev meni, da je "normalno" žalovanje samoomejevalni proces, katerega akutno stanje traja največkrat 2 do 6 tednov, v naslednjih 6 do 24 mesecih ali včasih še dalj pa gre za postopno in kompleksno prebolevanje (Forrest, et al., 1982). V eni od študij so ugotovili, da se je približno polovica mater borila z izgubo tako, da so se zakopale v delo, druga polovica pa je kmalu ponovno zanosila (Wolff, et al., 1970), v drugi raziskavi pa, da je kar tretjina zakoncev imela partnerske težave po perinatalni smrti (Benfield, et al., 1978). Patološko žalovanje, ki je definirano kot slabše psihično ali fizično ali socialno funkcioniranje še po 2 letih po izgubi, je odvisno predvsem od že obstoječih kriz med nosečnostjo, če mati ni videla in se dotaknila svojega otroka ter pomanjkanja podpore s strani moža. Patološko žalovanje so odkrili pri 21% žensk (Nichol, et al., 1986). Ena novejših študij je odkrila patološko žalovanje pri 12,4% mater še 5 let po perinatalni izgubi, kar je več kot v večini drugih žalujočih skupin. Ugotovili so, da ima prisotnost drugih živih otrok v družini zaščitno vlogo pri razvoju patološkega žalovanja (McSpedden, et al., 2016).

Omenjena vrsta študij, tako starih kot najnovejših, kaže na visoko stopnjo psihopatologije v družinah po perinatalni smrti otroka in potrebo po dodatni obravnavi te izredno ranljive skupine staršev. Prav zato se danes raziskujejo prisotnost in napovedni dejavniki psihopatologije pri perinatalno žalujočih, zlasti materah, pri katerih ugotavljajo najpogosteje pomembno povišano depresijo, anksioznost in travmatsko stresno motnjo (Blackmore, et al., 2011; Christiansen, et al., 2013). V eni od študij so ugotovili, da ženske, ki že imajo v anamnezi spontani splav, večkrat razvijejo globoko depresijo kot ženske, ki imajo doma že živega otroka (Neugebauer,

et al., 1997). Ugotovili so, da matere, ki niso deležne strokovne podpore v procesu žalovanja po perinatalni smrti, večkrat razvijejo psihiatrične simptome, imaj daljše žalovanje in pogosteje prehitro ponovno zanosijo (že par mesecev po izgubi). Prav tako imajo podobne težave ženske, ki živijo v socialni izolaciji in nimajo partnerjeve podpore (Forrest, et al., 1982).

Kot diagnostična kriterija za moteno žalovanje sta bila v zadnjih letih predlagana "motnja podaljšanega žalovanja" /Prolonged Grief Disorder/ (Prigerson, et al., 2009) in "otežkočeno žalovanje" /Complicated Grief/ (Shear, et al., 2011), ki oba označujeta intenzivni distress, vrsto kognitivnih, čustvenih in vedenjskih simptomov ter slabše funkcioniranje, ki traja vsaj 6 mesecev. Ameriško psihiatrično združenje v DSM V (2013) govori o "Vztrajajoči kompleksni motnji žalovanja" /Persistent Complex Bereavement Disorder/, simptomi pa morajo biti prisotni več kot eno leto.

Potrebe žalujoče družine

Prave potrebe žalujočih staršev so odvisne od njihovih individualnih občutij, osebnosti ter okoliščin izgube želene nosečnosti oz. perinatalne smrti. Kljub temu pa obstaja nekaj splošnih potreb, ki so skupne vsem (Thomas, 1996):

Senzibilnost:

Ne glede na višino nosečnosti ob smrti ploda starši zaslužijo, da jih vsi okrog njih obravnavamo z največjo senzibilnostjo v času izgube nosečnosti in tudi mesece ali leta kasneje. Najmočnejši spomini staršev na izgubo želene nosečnosti so pogosto prav komentarji prijateljev in sorodnikov (saj sta še mlada; saj že imata otroka; je že bilo za nekaj dobro, da se je tako zgodilo; čimprej pozabi in spet zanosi), ki so bili sicer dobronamerni, a nekoristni, ali besede zdravstvenih delavcev, ki niso bile pazljivo izbrane (bo pa drugič bolje).

Razumevanje:

Starši ne želijo, da jim govorimo o tem, kaj čutijo - samo oni to zares vedo. Pomaga pa jim, če jim pokažemo, da razumemo nekatera njihova občutja, skrbi in strahove. Pomembno je, da poslušamo, kaj nam pripovedujejo in da smo občutljivi za misli, ki jih ne zmorejo povedati z besedami. Pomaga, če vemo, da starši v tem težkem obdobju zelo težko razumejo in izrazijo svoja čustva in potrebe.

Sočutje:

Staršem pomaga pri izražanju njihovih čustev, če čutijo, da so tudi drugi žalostni ob izgubi njihove nosečnosti ali perinatalni smrti otroka. To velja tako za zdravstvene delavce kot za prijatelje in sorodnike. Prav tako kot je pomembno, da staršem

pokažemo, da nam je hudo, je pomembno tudi, da jih ne preplavimo s svojimi lastnimi čustvi, ki so pogosto rezultat osebnih bolečih izkušenj iz našega življenja.

Odkritost:

Karkoli se dogaja staršem ali njihovem še ne rojenemu otroku, skoraj večina staršev se bo lažje soočila s tem, če jim bomo povedali resnico na razumljiv in senzibilen način. Strah zaradi nejasnih možnosti je pogosto težje prenašati, kakor soočiti se z realnostjo.

Možnost izbire:

Starši potrebujejo občutek, da imajo dogajanje pod kontrolo, zato jim moramo, kolikor je le mogoče, ponuditi možnost izbire glede tega, kar se dogaja z njimi in njihovim otrokom (npr. pravico do drugega mnenja glede otrokove prizadetosti pred odločitvijo o prekinitvi nosečnosti; ali bo mož prisoten v porodni sobi; si želita videti plod, se posloviti od njega; izbira načina in kraja pokopa; možnost za ustvarjanje spominov).

Podpora:

Nihče ne more staršem odvzeti intenzivnih občutij bolečine in izolacije, ki jih doživljajo po otrokovi smrti. Vendar prijatelji, sorodniki in zdravstveni delavci lahko pomagamo staršem izraziti in razumeti njihova občutja in postopno sprejemati izgubo. Seveda se moramo zavedati, da nekateri raje žalujejo na svoj način in v zasebnosti, zato moramo biti senzibilni za njihove potrebe in jih ne smemo siliti k nekemu vzorcu.

Čas:

Starši potrebujejo čas, da sprejmejo lastne odločitve. Starši lahko potrebujejo dneve za odločitev o prekinitvi nosečnosti. Zdravstveni delavci bi morali pri tem starše podpreti, jih razumeti in ne hiteti, če zdravje nosečnice zaradi tega ni ogroženo. Prav tako potrebujeta starša čas, da se odločita o načinu pokopa. Nikakor ne bi smeli siliti matere k odločitvi že v porodnem bloku, če na to še ni pripravljena.

Možnost, da so s svojim umrlim otrokom:

Nekateri starši želijo objeti in pozibati svojega mrtvega otroka in se pogovarjati o njem. Drugi se bojijo, da bi dotik otroka povečal tudi njihovo bolečino. Nekateri starši, ki so se odločili, da se svojega otroka ne bodo dotaknili, kasneje to odločitev obžalujejo, ker imajo tako malo spominov na otroka. Skrb in podpora, ki ju naklonimo staršem v tem obdobju, sta izjemnega pomena.

Zasebnost:

Starši, ki jim je umrl otrok, si lahko zaželiyo biti nekaj časa skupaj z otrokom sami, skupaj s partnerjem ali nekom drugim, ki jim je blizu. Družine potrebujejo svoj čas, da se poslovijo od otroka. Če otrok umre v perinatalnem obdobju, je za bratca ali sestrico, stare starše in druge bližnje sorodnike lažje dojeti, kako resničen in pomemben je bil otrok, če vidijo droben dokaz o njegovem obstoju (npr. odtis stopala, zapestnico ali medaljon s številko).

Duhovne potrebe:

Zavedati se moramo, da ima veliko staršev ob otrokovi smrti tudi duhovne potrebe, tudi če se nimajo za posebno religiozne. Nekaterim krst otroka pred smrtjo veliko pomeni in to jim moramo omogočiti. Drugi želijo, da je skupaj z otrokom pokopan tudi njegov prvi medvedek, da ne bo čisto sam.

Pomoč pri ohranjanju spominov na otroka:

Ob času otrokove smrti se nekateri starši želijo izogniti vsemu, kar jih spominja na otroka, ker je to tako boleče. Sčasoma pa je večina hvaležna za stvari, ki jim pomagajo spominjati se svojega otroka. Pri otrocih, ki umrejo pred rojstvom ali kmalu po njem, je fotografija eden od tistih najbolj natančnih spominov, ki jih lahko starši imajo. Drugi spomini na dojenčka so lahko materinska knjižica, ultrazvočni posnetki, odtis njegovega stopala, morda pramen laskov (vzetih z dovoljenjem staršev), zapestnica s porodno številko ali pisni opis otroka. Ti predmeti služijo kot dokaz otrokovega življenja, četudi kratkega, in ponujajo staršem možnost za žalovanje. Ko so vse, kar imaš, le spomini, je dragocen čisto vsak.

Pomoč drugih:

Smrt otroka, tudi prenatalna, je ena najbolj bolečih izkušenj, ki lahko doleti človeka. Prav tako je lahko stresna za sorodnike, prijatelje in zdravstvene delavce, ki so v stiku z žalujočo družino. Ne moremo jim omiliti bolečine, tega niti ne želijo od nas. Vendar ima vsak od nas nekaj, kar lahko ponudi. Naša humana skrb in občutljivost nam lahko pomagata približati se bolečini drugih, jim prisluhni in jim ponuditi pomoč. Staršem ne smemo reči, da vemo, kako se počutijo, čeprav imamo sami podobno izkušnjo. Samo oni vedo, kaj preživljajo. Morda jim lahko ponudimo praktično pomoč, na primer uredimo jim varstvo za starejšega otroka v družini, medtem ko starša potrebujeta čas zase, opravimo v njunem imenu kakšen telefonski klic ali omočimo očetu, da prvo noč po otrokovi smrti preživi z ženo v porodnišnici.

Spoštovanje:

Spoštovati moramo čustva in odločitve staršev. Le te se lahko razlikujejo od tega, kar morda sami mislimo, da bi občutili ali se odločili, če bi se znašli v podobnih okoliščinah. Pomaga, če vemo, da vsak žaluje na svoj način.

Žalovanje starih staršev

Žalujejo tudi stari starši - ne samo za vnukom, ki so ga izgubili, hudo jim je tudi zaradi svojega otroka. Zlasti če so sami pred leti izgubili otroka, jim vnukova smrt ponovno obudi spomine in lahko spet začno žalovati za svojim otrokom. Nekatere vnukova smrt spomni na lastno umrljivost in se bojijo, da ne bodo dočakali svojih vnukov. Pomagamo jim lahko z nasveti, kako lahko pomagajo svojemu žalujočemu otroku. Svetujemo, da staršema pokažejo svojo žalost in sočutje, ju poslušajo in se pogovarjajo z njima. Pomembno je, da omenjajo otrokov obstoj. Hkrati pa naj se ne vsiljujejo, če želita biti starša sama in naj ju ne obremenjujejo še s svojo žalostjo. Ponudijo naj čisto praktično pomoč v gospodinjstvu ali pri skrbi za starejše otroke v družini (Thomas, 1996).

Značilnosti žalovanja sorojencev

Tudi otroci so čustveno prizadeti ob izgubi bratca ali sestrice, ki so ga pričakovali. Šoloobvezni otroci, ki že razumejo, kaj smrt pomeni, žalujejo, čeprav na drugačen način kot starši. Mlajši morda ne bodo točno razumeli, kaj se je zgodilo in sami ne bodo žalostni, bodo pa čutili žalost in nemir staršev, četudi bodo le ti skušali to pred otrokom skriti. Otroci, ki so dojenčka kakorkoli videli, bodo drugače doživljali, kot tisti, ki te izkušnje niso imeli (Thomas, 1996). Otroci gredo skozi tri razvojne stopnje razumevanja koncepta smrti (Staudacher, 1987):

1. stopnja (do 5. leta starosti)

Smrti ne razumejo kot nekaj dokončnega. Smrt nekoga razumejo kot odhod ali spanec - nadaljevanje življenja nekje drugje. Ne ločijo popolnoma med smrtjo in življenjem. Smrt za njih torej obstaja, vendar ni nekaj absolutno dokončnega. To razumevanje pa ne pomeni, da otroci na smrt nekoga ne odreagirajo.

2. stopnja (od 5. do 9. leta starosti)

Otrok si umrlega predstavlja kot ločeno osebo (duh, okostnjak, angel), smrt enači z umrlo osebo. Otrok smrt personalizira, kar pomeni, da sprejme obstoj in dokončnost smrti, vendar jo zaradi njegovega odpora do le-te dojema kot nekaj zunanjega, izven dosega njegovega obstoja.

3. stopnja (po 9. letu starosti)

V tej stopnji otrok spozna, da je smrt del življenja, da je dokončna, univerzalna in neizogibna.

Tudi pri otrocih se kažejo simptomi žalovanja, kot so motnje v razvoju, vedenjske in duševne težave (motnje spanja, motnje hranjenja, poslabšanje medvrstniških odnosov, poslabšanje učnega uspeha, preokupiranost z mislijo na umrlega sorojenca,

misel na samomor). Kljub začetnim težavam pa izguba sorojenca dolgoročno vpliva na večjo zrelost ter spremembo vrednot (Staudacher, 1987).

Starši pogosto ne vedo, kako povedati otroku za smrt ploda oz. novorojenčka in ali mu sploh povedati. Svetovanje v takem primeru upošteva naslednja načela. Otroci morajo vedeti, kako se počutijo starši in zakaj jim je hudo. Starši morajo biti do otrok odkriti in pošteni. Uporabljati je potrebno prave besede: povedati, da je plod oz. novorojenček umrl in ne, da je zaspal ali odšel, ker otroci razumejo dobresedno in se lahko posledično bojijo zaspati ali pa jih zanima, kdaj pride nazaj. Vedeti morajo, da otroci ne pokažejo takoj svojih občutij in da se njihova čustva lahko hitro spreminjajo. Včasih se starejši otroci ukvarjajo z občutkom krivde. Vedno rabijo zagotovilo, da oni ne bodo umrli, da starši ne bodo umrli in da se lahko življenje normalno nadaljuje. Otroci potrebujejo občutek, da lahko izrazijo čustva, sprašujejo in se pogovarjajo o izgubi. Včasih želijo tolažiti starše in takrat naj starši sprejmejo njihovo pozornost in podporo, vendar je od otrok ne smejo zahtevati. Staršem je včasih zelo težko skrbeti za otroke, ko so tako obupani in takrat je dobrodošla pomoč starih staršev. Pomembno je, da tudi otrokov vzgojitelj/ učitelj ve, kaj se je zgodilo, da ima otrok možnost tudi v vrtcu/šoli govoriti o tem (Thomas, 1996).

Pomen obredov žalovanja

Ljudje si že od nekdaj poskušajo olajšati žalovanje z različnimi notranjimi obrambami, pa tudi z raznimi obredi. Bedenje pri pokojniku, pogrebne svečanosti, urejanje groba in obiski na pokopališču, spomin s cvetjem in prižiganjem svečke pomagajo sprostiti čustveno napetost in obvladati bolečino, ki bi utegnili biti še bolj neznosni in razdiralni, če bi ju skušali zanikati ali zadrževati. Obredi in rituali imajo svojo zaščitno vlogo. V primeru perinatalne smrti pa ljudje pogosto ne vedo, kaj storiti, saj za te redke dogodke ni ustreznih ritualov, ljudje pogosto ne vedo, kaj naj rečejo in se zatečejo v molk. Starši tako pogosto ostajajo sami s svojimi občutji.

Žalovanje družino navadno poveže. Nekaterim članom družine so skupni obredi potrebni bolj in dalj časa kot drugim. Vsakdo sam zase kar nagonsko čuti, kako mu olajšujejo najhujšo prizadetost, zato mora imeti možnost, da poleg tega, da žaluje skupaj z drugimi, tudi sam v sebi postopoma opravi svoje slovo od umrlega. Pogovor o izgubi in shranjevanje predmetov, ki spominjajo na nosečnost in otroka, so del notranjih intimnih obredov, ob katerih potrebuje prizadeti podporo družine, da po izgubi počasi spet začuti tla pod nogami. Proces žalovanja ob izgubi želene nosečnosti, mrtvorojenem otroku ali smrti otroka v perinatalnem obdobju zaplete prav pomanjkanje spominov in "tih dogovor molka". Zato je še posebej važno, da smo zdravstveni delavci usposobljeni za ustrezno pomoč družinam v tem času, da jim znamo prisluhni in se z njimi pogovarjati. Žalujočim staršem lahko pomagamo ustvariti spomine na njihovega mrtvega otroka s tem, da ga vidijo, se ga dotaknejo,

poimenujejo in pokopljejo ter ohranijo svoj status starševstva pri življenju, ki jim ga večina drugih ne priznava (Bourne, & Lewis, 1984; Thomas, 1996).

Glavna intervencija, ki pomaga žalujoči družini pri celjenju ran po perinatalni izgubi, je ustvarjanje in priznavanje pomembnosti njihove izgube. Uporaba simbolov, duhovnosti in ritualov pri tem pomaga. Raziskave kažejo, da so spomini ključni pri prebolevanju žalovanja in da spol, starost in razmerje do umrlega, prinašajo različne izraze in izkušnje žalovanja. Ker se otrokovo doživljanje izgube in žalovanje spreminjajo z otrokovo razvojno stopnjo, bi jim tudi morali ponuditi možnost, da sodelujejo pri žalnih ritualih in slovesnostih (Capitulo, 2005).

Priporočila za psihološko pomoč družini ob izgubi zelene nosečnosti

Prisotnost suportivne in svetovalne pomoči znotraj zdravstvenega sistema v tem obdobju je lahko staršem v pomoč pri obvladovanju krizne situacije ob izgubi in omogoča zdrav proces žalovanja ter preprečuje patološke prilagoditve. Predporodno, obporodno in poporodno psihološko svetovanje je smiselno v obsegu, ki ga določajo okoliščine in potrebe staršev. Svetovanje je lahko razširjeno na celo družino, zlasti moramo biti pozorni do ostalih otrok v družini.

Psihološko pomoč je smiselno ponuditi staršema že kmalu po sporočeni slabi novici o ugotovljeni hudi nepravilnosti pri plodu ali njegovi smrti. Starša lahko potrebujeta psihološko svetovanje že pri odločanju glede prekinitve nosečnosti ali življenja s prizadetim ali bolnim otrokom. Potrebujeta poštene, popolne informacije in čas za sprejem lastne odločitve, ki jo nato spoštujemo. Na začetku pogosto ne verjamejo oz. upajo, da so se zdravniki zmotili, iščejo drugo mnenje, ali pa se sprašujejo po vzrokih in iščejo krivca.

Večina se v tej fazi že želi pogovarjati o občutkih krivde, zlasti če morajo sami napisati prošnjo za prekinitve nosečnosti na Konzilij za umetno prekinitve nosečnosti. Zelo težko jim je, kadar je zaradi višine nosečnosti v postopku prekinitve nosečnosti že potreben feticid. Zlasti verni bi se taki odločitvi radi izognili, odlašajo in upajo, da bo narava sama poskrbela za to.

Zelo pomembna je psihična priprava na sam poseg prekinitve nosečnosti, medicinski splav ali porod mrtvega otroka. Starša potrebujeta natančne informacije tudi o načinih lajšanja bolečine, o možnostih sobivanja partnerja oz. moža in njegovi prisotnosti v porodnišnici ob visokem splavu oz. porodu. Za žensko, ki ve, da bo morala roditi mrtvega otroka, je še posebej pomembno, da se že pred porodom na svoj intimen način poslovil od otroka in mu dovoli, da se rodi. Zavedati se moramo, da je porod zelo psihosomatski proces in če ženska razumsko sicer ve, da mora roditi, psihično pa tega ni zares sprejela, se porod lahko podaljša.

Smiselno ju je pravočasno seznaniti z možnostjo, da vidita svojega otroka, se poslovita od njega in ga fotografirata, če to želita. Prav tako ju je potrebno pripraviti na birokratska vprašanja glede pokopa otroka, ki se postavijo že v porodnem bloku in prijave rojstva pri plodu nad 500 g, ki zahteva tudi materino izjavo glede otrokovega imena in priimka. Seveda imajo starši vso pravico, da tako majhnemu otroku ne dajo ali ne želijo dati imena, zlasti če ga še nimajo izbranega in v tem primeru označijo samo spol otroka (deček ali deklica). Kadar starša že imata izbrano ime, poznata otrokov spol in sta se z njim že pogovarjala tako, da sta ga klicala po imenu svetujemo, da to napišeta tudi na rojstni list, ki ga bosta naknadno prejela. Tablico z otrokovim imenom (četudi tega nista napisala v rojstni list ali pa te možnosti sploh nista imela, ker je šlo za splav) lahko kadarkoli kasneje odneseta na za to namenjeno mesto v Parku zvončkov oz. drugih prostorih po Sloveniji, ki so namenjeni pokopu perinatalno umrlih otrok. Odsvetujemo le, da se ime, ki je bilo namenjeno temu otroku, zadrži za naslednjega otroka, ker ga lahko obremeni z nerealnimi pričakovanji in zaplete družinsko dinamiko. Za sprejem vseh teh odločitev starša potrebujeta čas, da se v miru pogovorita drug z drugim in včasih tudi z družino, če se odločata za individualni pokop v družinski grob. Opozoriti ju je potrebno, da se tovrstne odločitve lahko sčasoma spreminjajo, saj na začetku zaradi obrambnih mehanizmov zaščite pred bolečino ljudje pogosto ne želijo vedeti, videti, slišati, kasneje pa si premislijo, in da je to povsem normalno in pogosto, da v procesu žalovanja ni nič prav ali narobe in da bomo spoštovali njuno odločitev, ki je za njuno družino najbolj prava.

Starša morata biti seznanjena s procesom žalovanja, razlikami med spoloma in virih pomoči v procesu žalovanja. Starši, ki že imajo doma otroke, so pogosto najbolj hvaležni za nasvete, kako povedati starejšemu otroku, ki že ve za nosečnost in se veseli dojenčka. Nasveti seveda upoštevajo okoliščine in otrokovo starost.

Ženske ali pare, ki pred posegom psihološkega svetovanja niso potrebovali, obišče po porodu psiholog z namenom nujenja osnovnih informacij o virih pomoči v procesu žalovanja, če bi jo potrebovali, in namesto matičarke pomaga pri izpolnitvi rojstnega lista. Pri gospeh, ki so splavile, se psiholog oglasi samo, če se gospa s tem strinja, o čemer jo povpraša zdravnik na viziti. Velikokrat so pari v tem trenutku še v fazi šoka in se še brez težav pogovarjajo z nami. Seznaniti jih je potrebno s tem, da se bodo nekaj tednov po odpustu verjetno počutili veliko slabše kot v preteklem tednu, kar včasih kar težko verjamejo. Marsikateri par, ki sprva odkloni tovrstno svetovanje, kasneje v procesu žalovanja poišče pomoč sam in pove, da ni vedel, kaj psiholog v resnici lahko ponudi.

Po splavu ženski pripadajo 2 do 4 tedni bolniškega dopusta, po porodu mrtvega otroka pa 42 dni porodniškega dopusta. Ob izteku tega obdobja je večina v akutni fazi žalovanja in nekatere potrebujejo bolniški dopust, ki ga do 30 dni ureja osebni zdravnik, nato pa potrebuje ženska priporočilo specialista in zahtevo obravnava na komisija na zavarovalnici. Potrdila, ki utemeljujejo potrebo po bolniškem dopustu zaradi psihičnega stanja, lahko pišeta psihiater ali specialist klinične psihologije. Marsikatera ženska ima velike težave s ponovnim vključevanjem v delovno okolje in

potrebuje nasvete, kako naj pripravi sebe, nadrejene in sodelavce na svoj ponovni prihod v službo. Priporočilo lahko napiše tudi osebni ginekolog ali ginekolog, ki je sodeloval v obravnavi neuspešne nosečnosti.

Pogosta tema psihološkega svetovanja se nanaša na vprašanja povezana z naslednjo nosečnostjo. Zlasti v akutni fazi žalovanja, ko so pogoste more povezane z nosečnostjo, ki žensko zbudajo in le ta pogosto ne ve povsem dobro ali je vse res, ali je samo sanjala, ko se ji zdi, da še čuti otroka, se pojavi močna želja po ponovni nosečnosti. Take želje so pogoste, niso pa najbolj zdrave. Želja po čimprejšnji nosečnosti je pogosto želja po nadomestku, po polnjenju praznine in je odraz žalovanja. Pravi čas za naslednjo nosečnost je takrat, ko si ženska fizično in psihično opomore od predhodne nosečnosti in žalovanja, ko globoko v sebi začuti, da se lahko veseli naslednjega otroka in naslednje nosečnosti. Do lepe naslednje nosečnosti imajo pravico vsi: ženska, njen partner in še nerojeni otrok. Če ženska zanosi preden zares zaključi z žalovanjem in predela izgubo, tvega nosečnost, ki je polna globoke anksioznosti, maskirane depresije in posledičnih psihosomatskih zapletov. V taki nosečnosti pogosto ženska potrebuje psihološko pomoč.

Žalovanje je normalen proces in zdravil za žalovanje ni. Zdravniki pogosto zelo hitro napišejo pomirjevala v prvih dneh po izgubi in antidepresive v akutni fazi žalovanja, čeprav bi ženska bolj potrebovala sočuten pogovor. Načeloma jih v procesu normalnega žalovanja odsvetujemo in uvedemo šele, če po nekaj mesecih ženska še ni sposobna za normalno socialno in delovno funkcioniranje ali če se razvije drugačna psihopatologija.

Virov pomoči v procesu žalovanja je veliko. Pomembno je, da je ženska seznanjena z njimi in da ve, kje jih lahko najde. Strokovna pomoč je znotraj mreže psihiatrične in klinično psihološke pomoči po zdravstvenih domovih, na Kliničnem oddelku za perinatologijo GK UKC Ljubljana (Porodnišnica Ljubljana) in v UKC Maribor. Laično pomoč ponuja društvo Solzice, ki organizira srečanja žalujočih staršev po Sloveniji. Nekateri imajo raje anonimno možnost pogovora na medmrežju (Med over net: Ko starši žalujejo, različne Klepetalnice, Skupine žalujočih mamc na Facebooku), nekaterim veliko pomeni tudi knjiga Prazna zibka, strto srce. V ta namen smo na KOP GK pripravili informativno zloženko, ki je bila razdeljena po vseh slovenskih porodnišnicah z željo, da bi jo v sklopu svetovanja prejeli vsi starši, ki doživijo izgubo zelene nosečnosti.

Večina staršev bo šla skozi vse faze žalovanja brez večjih ali dolgoročnih posledic zgolj s sočutno obravnavo in minimalnimi intervencijami. Nekateri pa razvijejo izredno težko obliko žalovanja, ki zahteva strokovno psihološko in včasih tudi psihiatrično pomoč. Za pare, ki žalujejo nadpovprečno dolgo, na KOP GK organiziramo strokovno vodeno Skupino za žalujoče starše.

Spomin na izkušnjo izgube zelene nosečnosti v porodni sobi lahko ponovno oživi, ko pride ženska na porod naslednjega otroka. Takrat potrebuje našo podporo in

prepoznavanje ponovno prebujenih spominov pretekle izgube ter pomoč pri zagotavljanju drugačnosti izkušnje ob zdravem otroku, ki jo preplavljajo spomini na umrlega. Pogosto šele z rojstvom naslednjega otroka spomini na umrlega najdejo svoje pravo mesto v družini.

Zaključek

Ob ustrezni kadrovski zasedbi bi bilo smiselno omogočiti psihološko svetovanje vsem ženskam oz. parom, ki izgubljajo želeno nosečnost, kot del redne celostne obravnave v postopku prekinjanja nosečnosti z namenom usmerjanja v zdrav način žalovanja in preprečevanja psihičnih težav v naslednji nosečnosti.

Strokovnjaki, ki skrbimo za žalujoče starše, imamo enkratno priložnost, da ponudimo pomoč s priznavanjem njihovega žalovanja, omogočanjem ritualov, ustvarjanjem spominov in spodbujanjem, da pripovedujejo svojo zgodbo. Z nobeno intervencijo ne moremo vrniti nazaj njihovega otroka, z ustrežno obravnavo pa lahko spodbudimo okrevanje po izgubi zelene nosečnosti.

Literatura

American Psychiatric Association., 2013. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed (DSM-5). Washington., DC.

Baena-Antequera, F., Jurado-García, E., 2015. The woman at the termination of pregnancy for fetal anomalies: *Clinical case. Enferm Clin.*, 25(5), pp. 276-81. doi: 10.1016/j.enfcli.2015.07.003. Epub 2015 Sep 2.

Benfield, D.G., Leib, S.A., Vollman, J.H., 1978. Grief responses of parents to neonatal and parents' participation in deciding care. *Pediatrics*, 62, pp. 171-7.

Bennett, S.M., Litz, B.T., Maguen, S., Ehrenreich, J.T., 2008. An Exploratory Study of the Psychological Impact and Clinical Care of Perinatal Loss. *Journal of Loss and Trauma*, 13(6), pp. 485-510.

Blackmore, E.R., Côté-Arsenault, D., Tang, W., Glover, V., Evans, J., Golding, J., et al., 2001. Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. *Br J Psychiatry*, 198(5), pp. 373-8. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083105. Epub 2011 Mar 3.

Bourne, S., Lewis, E., 1984. Pregnancy after stillbirth or neonatal death- psychological risk and management. *Lancet*, ii, pp. 31-33.

Capitulo, K., 2005. Evidence for healing interventions with perinatal bereavement. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 30(6), pp. 389-96.

Christiansen, D.M., Elklit, A., Olf, M., 2013. Parents bereaved by infant death: PTSD symptoms up to 18 years after the loss. *Gen Hosp Psychiatry*, 35(6), pp. 605-11. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2013.06.006. Epub 2013 Jul 23.

Forrest, G.C., Standish, E., Baum, J.D., 1982. Support after perinatal death: a study of support and counselling after perinatal bereavement. *British Medical Journal (Clinical research ed)*, 285(6353), pp. 1475-1479.

Gaudet, C., Sejourne, N., Camborieux, L., Rogers, R., Chabrol, H., 2010. Pregnancy after perinatal loss: association of grief, anxiety and attachment. *Journal Of Reproductive & Infant Psychology*, 28(3), pp. 240-251.

Hammersley, L., Drinkwater, C., 1997. The prevention of psychological morbidity following perinatal death. *British Journal of General Practice*, 47, pp. 583-6.

Kersting, A., Wagner, B., 2012. Complicated_grief_after_perinatal_loss. *Dialogues Clin Neurosci*, 14(2), pp. 187-94. Review.

McSpedden, M., Mullan, B., Sharpe, L., Breen, L.J., Lobb, E.A., 2016. The Presence and Predictors of Complicated Grief Symptoms in Perinatally-bereaved Mothers from a Bereavement Support Organization. *Death Stud*. [Epub ahead of print]

Neugebauer, R., Kline, J., Shrout, P., Skodol, A., O'Connor, P., Geller, P.A. et al., 1997. Major depressive disorder in the 6 months after miscarriage. *JAMA*, 5;277(5), pp. 383-8.

Nichol, H.T., Tompkins, J.R., Campbell, N.A., Syme, G.J., 1986. Maternal grieving response after perinatal death. *Med J Aust*, 144, pp. 287-9.

Prigerson, H.G., Horowitz, M.J., Jacobs, S.C., Parkes, C.M., Aslan, M., Goodkin, K., et al., 2009. Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med*, 6(8). e1000121. doi: 10.1371/journal.pmed.1000121. Epub 2009 Aug 4.

Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., et al., 2011. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(2), pp. 103–117. <http://doi.org/10.1002/da.20780>

Staudacher, C., 1987. *Beyond Grief. A guide for recovering from the death of a loved one*. Oakland:Neu Harbinger Publications.

Stroebe, M.S., Hanson, R.O., Stroebe, W., Schut, H., 2004. *Handbook of bereavement research. Consequences, coping, and care*. American Psychological Association: Washington, DC.

Swanson , K.M., Connor, S., Jolley, S.N., Pettinato, M., Wang, T.J., 2007. Contexts and evolution of women's responses to miscarriage during the first year after loss. *Res Nurs Health*, 30(1), pp. 2-16.

Thomas, J., 1996. *The Child Bereavement Trust: Support and Counselling for Grieving Families*. London: Wordworks.

Velikonja ,V., 1997. Žalujoča družina in njene potrebe. In: Bregant L (ed). *Strah, bolečina, žalost : kako se z njimi soočata bolnik in zdravstveni delavec v perinatologiji: zbornik referatov*, 4., 5. april 1997, [SPS Ginekološka klinika, Ljubljana, Slovenija]. Ljubljana: Društvo za pomoč prezgodaj rojenim otrokom, pp. 38-42.

Weiss, L., Frischer, L., Richman, J., 1989. Parental adjustment to intrapartum and delivery room loss. The role of a hospital-based support program. *Clin Perinatol.*, 16(4), pp. 1009-19.

Wolff, J.R., Nielson, P.E., Schiller, P., 1970. The emotional reaction to a stillbirth. *Am J Obstet Gynecol*, 108, pp. 73-7.

KOMUNIKACIJA ZDRAVSTVENIH DELAVCEV S STARŠI OB PERINATALNI SMRTI

Lucija Pavše, univ. dipl. psih.

Klinični oddelek za perinatologijo
Ginekološka klinika UKC Ljubljana
lucija.pavse@kclj.si

Ključne besede: komunikacija, zdravstveni delavci, starši, perinatalna smrt

IZVLEČEK

Odnos zdravstvenih delavcev do žalujočih staršev ob perinatalni smrti vpliva na njihovo zaznavanje in spomine na smrt otroka, na njihovo sposobnost za spoprijemanje z izgubo, dolgoročno pa tudi na njihovo psihično blagostanje. Ustrezen odnos zdravstvenih delavcev sicer ne more odvzeti vse bolečine, ki jo žalujoči starši ob izgubi otroka doživljajo, nasprotno pa lahko nerazumevajoč in nesočuten pristop oteži njihov nadaljnji proces žalovanja. Zdravstveni delavci lahko žalujočim staršem olajšajo proces žalovanja z nudenjem vseh potrebnih informacij, sočutnim in spoštljivim odnosom, z možnostjo soodločanja, čustveno in praktično podporo, omogočanjem slovesa od ploda/otroka ter nudenjem nadaljnje zdravstvene in psihološke pomoči. Ker izguba ploda/otroka v nosečnosti ali kmalu po porodu poleg staršev pretrese tudi zdravstvene delavce, ki ob tem doživljajo občutke žalosti, jeze in nemoči, mora biti tudi njim na voljo strokovna pomoč, namenjena razbremenitvi.

Zdravstveno osebje ima pri soočanju staršev z izgubo ploda/otroka v času nosečnosti, med ali kmalu po porodu zelo pomembno vlogo. Za starše je izguba ploda/otroka ena izmed najtežjih preizkušenj, ki ne glede na trajanje nosečnosti, predstavlja izgubo načrtov za prihodnost. Ker se vez med starši in plodom vzpostavi že v času nosečnosti, je potrebno par obravnavati kot mater in očeta, ki sta izgubila otroka. Zdravstveni delavci naj bodo do staršev strokovni, spoštljivi in sočutni, saj ima ustrezna obravnava žalujočih staršev pozitiven dolgoročni učinek na njihovo psihično blagostanje in čustveno okrevanje.

Zdravstveni delavci morajo staršem ves čas procesa od postavljene diagnoze do splava oziroma poroda nuditi jasno, konsistentno in sočutno komunikacijo, možnost odločanja, možnost slovesa od umrlega ploda/otroka ter nadaljnjo zdravstveno in psihološko pomoč.

Komunikacija

Način in vsebina sporočenih informacij vpliva na starševsko razumevanje in sprejemanje situacije. Pogovor s starši je potrebno opraviti v ustreznem prostoru, ki staršem nudi zasebnost in mir. Govor naj bo upočasnen, s premori. V pogovoru naj se dopušča tišino, ki je ni potrebno zapolniti z neustreznimi besedami. Za sporočanje si je potrebno vzeti dovolj časa, če je mogoče, naj bosta ob pogovoru prisotna oba starša. Sporočanja se ne sme prepustiti manj izkušenemu ali o trenutnem stanju manj informiranemu sodelavcu. Informacije naj bodo posredovane na jasen in razumljiv način, strokovni izrazi naj bodo obrazloženi. Ključne informacije naj se ponovi večkrat, saj starša zaradi šoka veliko stvari ne slišita ali pa jih narobe razumeta. S povzemanjem informacij se na koncu pogovora lahko preveri, koliko sta starša slišala, razumela in si zapomnila. Informacije, sporočene od različnih zdravstvenih delavcev, naj bodo med seboj usklajene in ne nasprotujoče, vsi sodelujoči naj bodo o konkretnem primeru dobro informirani. Komunikacija naj ne bo enosmerna, tudi staršem je potrebno dati priložnost, da izrazijo svoje strahove, pomisleke in vprašanja. Obenem pa naj zdravstveno osebje staršem tudi samo ponudi informacije, za katere meni, da bi jih utegnile zanimati. Staršem, ki ne razumejo in govorijo slovenskega jezika, naj se priskrbi prevajalec. Z besedno komunikacijo naj bo skladna tudi obrazna in telesna mimika, saj le dobra in ustrezna komunikacija pri starših vzbudi zaupanje do zdravstvenih delavcev (Henley & Schott, 2008).

Potrebno se je zavedati, da se večina staršev prvič sooča z izgubo nosečnosti in da se vsak na izgubo odzove drugače. Nekateri so zaradi šoka otopeli, zmedeni ali pa se vedejo, kot da se ni nič zgodilo. Spet drugi so izrazito potrti, jezni ali žalostni. Zdravstveno osebje mora spoštovati in z razumevanjem ter sočutjem sprejeti vse njihove reakcije. Izjave, kot so »Saj sta še mlada, kmalu lahko ponovno poskusite zanositi.«, »To se pogosto dogaja, niste edini.«, »Saj to še ni bil otrok, to je bil plod, za čim sploh žalujete?« ali »Bodite srečni, da imate doma živega in zdravega otroka!«, niso primerne. Potrebno se je izogibati stavkom, kot so »Saj bo v naslednji nosečnosti vse v redu.«, ampak podporo in razumevanje raje izraziti s stavki, kot so »Prosim, povejte, kaj vas najbolj skrbi?«, »Kako se počutite ob tej novici?«, »Predstavljam si, da vama mora biti zelo hudo.« Z jokom staršev se večina zdravstvenih delavcev težko spopada in ga bodisi zaradi olajšanja lastne stiske bodisi zaradi želje po pomoči želi prekiniti. Vendar je jok ob izgubi ploda/otroka popolnoma običajna reakcija, s katero žalujoči starši izrazijo žalost in nemoč in jim hkrati prinese tudi olajšanje. Starši so hvaležni, če zdravstveno osebje brez zadrege sprejme njihove solze. Bolečina staršev se včasih kaže tudi v jezi, ki jo usmerijo na zdravstveno osebje.

Nekateri starši cenijo, če v pogovoru z njimi kljub strokovni pravilnosti namesto izraza plod zdravstveno osebje uporablja izraz otrok, saj na ta način ne zmanjšujejo pomembnosti izgube. Če je spol ploda/otroka znan, naj se zdravstveno osebje potruži, da o njem govori v pravem spolu, ravno tako naj zdravstveno osebje v pogovoru uporablja ime ploda/otroka, če sta ga starša izbrala. Žalujočim staršem veliko pomeni, če jim ob izgubi zdravstveno osebje izrazi sožalje.

Možnost odločanja

V procesu odločanja o prekinitvi ali nadaljevanju nosečnosti v primeru ugotovljenih anomalij ploda, o nadaljevanju ali prekinitvi ohranjanja novorojenčka pri življenju ali o času in načinu poroda mrtvega otroka mora zdravstveno osebje spoštovati odločitve staršev, četudi se z njimi ne strinja. Dobro je, če se zdravstveno osebje zaveda svojih osebnih prepričanj, da na podlagi teh nehote ne vpliva na odločitve staršev in odnos do njih. V namen preprečevanja konfliktov naj zdravstveno osebje preveri, kakšna so pričakovanja in informiranost staršev glede posledic posamezne odločitve ter jih nato skupaj z njimi ovrednoti in doda svoja strokovna priporočila. Starši na ta način preverijo realnost svojih pričakovanj ter poznavanje dejstev, kar pripomore k lažjem odločanju. Staršem je potrebno omogočiti tudi dovolj časa za sprejemanje odločitev. Možnost soodločanja staršem daje občutek nadzora nad dogajanjem, kar pripomore k zmanjšanju njihovih občutkov nemoči. Zdravstveno osebje naj ne sprejema odločitev namesto staršev, čeprav jih ti včasih to prosijo (Williams, et al., 2008).

Možnost slovesa od umrlega ploda/otroka

Staršem je potrebno že v porodnišnici omogočiti dostojno slovo od umrlega ploda oziroma otroka. Dolžina nosečnosti ne sme biti kriterij za presojanje potreb staršev, saj se starši na plod začnejo navezovati že od prvega dne potrjene nosečnosti in zanj žalujejo ne glede na gestacijsko starost, v kateri je umrl. Ker večina staršev različnih možnosti slovesa ne pozna oziroma se ne zaveda pomembnosti slovesa od ploda/otroka za nadaljnji proces žalovanja, mora biti zdravstveno osebje tisto, ki staršema brez pritiskov predstavi vse možnosti, jima dopusti odločitev ter jo spoštuje. Zdravstveno osebje mora z umrlim plodom/otrokom spoštljivo ravnati, ga umiti, obleči ali zaviti v odejico.

Starši se lahko od umrlega ploda/otroka poslovijo na različne načine. Plod/otroka lahko pogledajo, pobožajo, vzamejo v naročje ter z njim preživijo kolikor časa želijo, pri čemer jim je potrebno omogočiti prostor, ki jima zagotavlja mir in zasebnost. Še do nedavnega je veljalo prepričanje, da je potrebno žalujoča starša čim manj spominjati na umrli plod/otroka, saj jima bo tako manj hudo. Iz tega prepričanja se staršem ni omogočalo in svetovalo slovesa od ploda/otroka. Danes vemo, da je to prepričanje napačno, česar bi se morali še posebej zavedati zdravstveni delavci, ki so v stiku z žalujočimi starši. Čas, preživet z umrlim plodom/otrokom, je namreč za starše izrednega pomena, saj so to eni izmed redkih spominov nanj. Nekateri starši zaradi strahu pred občutki ob pogledu na plod/otroka sprva zavrnejo fizični stik z njim. Njihovo odločitev je potrebno spoštovati, hkrati pa jim povedati, da si lahko tudi premislijo. Izkušnje namreč kažejo, da večina staršev, ki se od umrlega ploda niso poslovili, to obžaluje. V nekaterih primerih se lahko od umrlega ploda/otroka poslovijo tudi stari starši in sorojenci, saj s tem lažje dojemajo obstoj in pomembnost ploda/otroka za žalujoče starše.

Starši lahko plod/otroka fotografirajo, dobijo odtis njegovega stopala, njegovo zapestnico, podatke o telesni dolžini in teži ali pramen las. Poleg ultrazvočnih fotografij iz obdobja nosečnosti so za starše vsi ti predmeti dokaz o obstoju življenja ploda/otroka in zato zelo dragoceni spomini. Starše, ki so imeli za plod/otroka že izbrano ime, se spodbudi, da ga poimenujejo (če je bil plod/otrok ob porodu težji kot 500 gramov, ime uradno zapišeta na poseben obrazec, sicer ne).

Starši se lahko odločijo za skupinski ali individualni pokop ploda/otroka. Pokop se opravi preko pokopališke službe, saj starši v nobenem primeru ne smejo sami prevzeti kakršnih koli posmrtnih ostankov. Skupinski pokop se opravi kot skupinska upepelitev in skupinski raztros pepela v enem izmed spominskih parkov, namenjenih pokopu otrok, umrlih v času nosečnosti, med ali kmalu po porodu (Park zvončkov na pokopališču Žale v Ljubljani, Polje belih vrtnic v Mariboru, Zvezdice v Postojni, spominski parki v Novem mestu, Kranju in Celju). Individualni pokop pa se opravi s krsto v individualni grob ali z žaro z individualnim raztrosom pepela, bodisi na domačem pokopališču ali pa v enem izmed spominskih parkov. Možnost pokopa je za žalujoče starše izrednega pomena, saj kraj pokopa za starša predstavlja dokončnost ter prostor miru in tolažbe, kjer se lahko prideta posloviti od ploda/otroka.

Nadaljnja zdravstvena, psihološka in druga pomoč

Nekateri starši imajo ob smrti ploda/otroka tudi duhovne potrebe. Če si želijo in je to mogoče, jim je potrebno omogočiti pogovor z duhovnikom, krst otroka pred smrtjo ali maziljenje otroka po smrti. Če je izvedljivo, je potrebno v času hospitalizacije partnerju omogočiti čim več stikov z gospo, tudi prenočitev pri njej. Včasih želi biti gospa v času hospitalizacije sama v sobi, kar ji omogočimo, če je v porodnišnici dovolj prostora. Včasih starši potrebujejo tudi drugo praktično pomoč, ki jim jo moramo po naših najboljših močeh ponuditi.

Po smrti ploda v nosečnosti se opravi genetsko testiranje in obdukcija ploda. Starši lahko zaprosijo za odstop od obdukcije. Če je vzrok smrti popolnoma jasen, se zdravnik lahko strinja z odstopom, sicer pa je potrebno obdukcijo opraviti. Pisni izvidi obdukcije in genetskih preiskav naj bodo staršem na voljo čim prej, saj so lahko pomembni za vodenje nadaljnjih nosečnosti. Rezultati izvidov naj bodo staršem sporočeni osebno in ne preko telefona ali pošte, saj imajo na ta način starši tudi možnost razgovora. Staršem naj bo ponujena tudi psihološka pomoč. Če porodnišnica nima psihologa, naj zdravstveno osebje staršem posreduje informacije o drugih virih pomoči (klinični psihologi v zdravstvenih domovih, društvo Solzice, zloženka Gnezdo brez ptičkov). Patronažna služba naj bo ob odhodu iz porodnišnice obveščena o otrokovi smrti, da lahko po potrebi vzpostavi stik z materjo oziroma z vso družino.

Zaključek

Smrt ploda/otroka med nosečnostjo ali kmalu po porodu za starše ne pomeni le izgube otroka kot takega, temveč tudi izgubo načrtovane prihodnosti ter vloge staršev. Zdravstveni delavci lahko s svojim sočutnim odnosom, jasno komunikacijo, razumevanjem ter podporo staršem olajšajo proces žalovanja. Žalujoči starši si želijo, da jih zdravstveno osebje sliši, razume in upošteva, jih informira, je do njih odkrito in iskreno. Želijo si, da je obstoj njihovega otroka priznan, da jim je omogočeno slovo od otroka in da jim je dana pravica do žalovanja.

Literatura

Henley, A. & Schott, J., 2008. The death of a baby before, during or shortly after birth: Good practice from the parents' perspective. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 13, pp. 325-328. Available at: <http://doi.org/10.1016/j.siny.2008.03.003>

Kohn, I., Moffitt, P.L. & Wilkins, I.A., 2000. *A silent sorrow. Pregnancy Loss: Guidance and Support for You and Your Family*. 2. izd. New York: Routledge.

Williams, C., Munson, D., Zupancic, J. & Kirpalani, H., 2008. Supporting bereaved parents: practical steps in providing compassionate perinatal and neonatal end-of-life care- A North American perspective. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 13, pp. 335-340. Available at: <http://doi.org/10.1016/j.siny.2008.03.005>

PRAVICA DO POKOPA - ZAKONSKA PODLAGA

Barbara Marinko, univ. dipl. prav.

barbara.marinko@gmail.com

IZVLEČEK

V primeru smrti plodu pred 22. tednom staršem niso izročali mrtvih zarodkov z razlago, da gre za patološke odpadke, za katere je strogo predpisan način rokovanja in uničenja. Na ta način se je posegalo v proces žalovanja, pa tudi pravico do pokopa. Birokratska razlaga in uporaba zakonov in podzakonskih aktov (pravilniki, uredbe, navodila in smernice) je posegla na intimno področje posameznika in omejevala njegove pravice. Enačenje zarodka s patološkimi odpadki in opravičevanje neizročanja zarodkov z navajanjem raznih navodil, smernic, itd. je nedopustno in nevedno človekovega dostojanstva. Poteptano je bilo načelo pietete, svojcem pa zanikan razlog za žalovanje.

S sprejemom novega Zakona o pogrebni in pokopališki dejavnosti je staršem izrecno zagotovljena pravica do pokopa ali upepelitve mrtvega ploda ne glede na njegovo gestacijsko starost.

KLJUČNE BESEDE: načelo pietete, pravica do pokopa ali upepelitve, umrli nerojeni otroci, mrtev plod

Uvod

Starši umrlih nerojenih otrok se soočajo s problemom neizročanja ploda s strani zdravstvenih institucij in odrekanjem pravice do pokopa umrlih nerojenih otrok. Zavedi odrekajo izročitev otroka (zarodkov) na podlagi zakonodaje, ki ureja ravnanje z odpadki, pod grožnjo denarnih glob. V prispevku poskušam prikazati, kako vrsta birokratskih odločitev pripelje do tega, da je zarodek (nerojen umrli otrok, mrtev plod) klasificiran kot patološki odpadek.

21. septembra 2016 je bil po julijskem vetu Državnega Sveta v Državnem zboru Republike Slovenije ponovno sprejet Zakon o pogrebni in pokopališki dejavnosti¹. Po letu 1984 je Slovenija prvič prenavljala zakonodajo o pogrebnih in pokopaliških storitvah. Zakon, ki je zadnje dni razburkal slovensko javnost zaradi proste izbire izvajalca pogrebnih storitev, pa prinaša tudi kratek člen, ki določa pravico do pokopa mrtvemu plodu ne glede na njegovo gestacijsko starost.

¹ <http://www.ds-rs.si/sites/default/files/dokumenti/zppdej.pdf>

Razprava

UMRLI NEROJENI OTROCI

Pred sprejemom novega Zakona o pogrebni in pokopališki dejavnosti je to področje urejal Zakon o pokopališki in pogrebni dejavnosti ter o urejanju pokopališč iz leta 1984², ki kljub nekaterim spremembam oziroma nadomestitvam določb z zakoni z drugih pravnih področij doslej ni bil bistveno spremenjen. Pokopa ali upepelitve mrtvega ploda ni urejal.

Seveda pa gre za področje, ki je predmet prekrivanja in urejanja s strani več zakonov. Tako Zakon o zdravstveni dejavnosti³ v 61. členu določa splošno zahtevo, da mora pooblaščen zdravnik za vsako umrlo osebo ugotoviti čas in vzrok smrti. Nadalje določa, da mora biti pacient, ki umre v zdravstvenem zavodu ali pri zasebnem zdravstvenem delavcu, obduciran. Določena je tudi izjema opustitve obdukcije. Ob hkratnem izpolnjevanju obeh pogojev (vzrok smrti je nesporen in zdravnik, ki je zdravil umrlega, soglaša z odstopom od obdukcije) se lahko strokovni vodja zdravstvenega zavoda ali oddelka po svoji presoji ali na željo svojcev odloči, da se obdukcija opusti.

Minister za zdravje je s sprejemom Pravilnika o pogojih in načinu opravljanja mrliško pregledne službe⁴ določil natančnejše pogoje in način opravljanja mrliškopregledne službe. Pravilnik sporno posega na področje opredelitve splava (fetalne smrti). Gre za materijo, ki bi morala biti urejena na nivoju zakona. V 17. členu Pravilnika je določeno, da se za splav šteje mrtev plod, če je trajala nosečnost manj kot 22 tednov. Če je nosečnost trajala več kot 22 tednov, se mrtev plod ne glede na njegovo težo in dolžino šteje za mrtvorjenega otroka. Pravilnik določa tudi, kdaj se šteje otrok za živorojenega in se mora prijaviti smrt - ne glede na porodno težo in dolžino, na čas trajanja nosečnosti ter na čas trajanja življenja. Za živorojenega otroka je treba šteti vsak plod, ki pri izločitvi iz matrinega telesa diha ali kaže druge znake življenja (npr. bitje srca, utripanje popkavnice ali vidno gibanje progastih mišic), in sicer ne glede na to ali je bila popkavnica prekinjena ali posteljica še pritrjena.

Zakaj je pomembno, ali se šteje otrok za živorojenega in je šele kasneje ugotovljena smrt ali pa gre za splav in s tem fetalno smrt zarodka?

V Navodilih⁵ za obvezno ravnanje z odpadki iz zdravstva in minimalnih tehničnih pogojih za zbiranje, prevoz in odstranjevanje teh odpadkov, se nahaja opis odpadkov iz zdravstva, ki jih obravnava Uredba o ravnanju z odpadki, ki nastajajo pri opravljanju zdravstvene in veterinarske dejavnosti ter z njima povezanih raziskavah (Ur.l. RS, št. 89/2008). Tam pa so pod klasifikacijsko številko 18 01 02, pod patološke

² <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=URED7011>

³ <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO214>

⁴ <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV3547>

⁵ http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/zdravstveno_varstvo_v_osebnihih/NAKOBO_september_2010/MZ_pogl_14_Odpadki_2010.pdf

odpadke med drugim uvrščeni tudi zarodki. Navodila zahtevajo zažig v krematoriju in spremni list zdravnika. Nato sledi navedba, da ti odpadki niso obravnavani v zgoraj navedeni Uredbi. Seznam odpadkov⁶ iz člena 7 direktive 2008/98/ES⁷ pod klasifikacijsko številko 18 01 določa odpadke iz porodništva, diagnostike, zdravljenja ali preprečevanja bolezni pri ljudeh. Pod številko 18 01 02 so navedeni deli telesa in organi, vključno z vrečkami krvi in konzervirano krvjo. Zarodkov ni navedenih.

Uredba v 24. členu določa obveznost zagotavljanja obdelave odpadkov, in sicer mora izvorni povzročitelj odpadkov ali drug imetnik odpadkov zagotoviti njihovo obdelavo, tako da jih obdela sam, odda zbiralcu ali odda izvajalcu obdelave. V kolikor ni zagotovljena obdelava odpadkov v skladu z uredbo, se lahko za tak težji prekršek kaznuje pravna oseba z globo od 10.000,00 do 30.000,00 EUR (npr. UKC), pa tudi odgovorna oseba v pravni osebi. Tako smo se preko vrste pravnih pomanjkljivosti, površnosti in neurejenosti (opredelitev splava v pravilniku, vključitev zarodkov med odpadke, ne/obravnavo v Uredbi o ravnanju z odpadki, ki nastajajo pri opravljanju zdravstvene in veterinarske dejavnosti ter z njima povezanih raziskavah) znašli v situaciji, ko je bila staršem kratena pravica do pokopa umrlega nerojenega otroka in s tem prizadeto žalovanje. Mrtvih zarodkov staršem niso izročali z razlago, da gre za patološke odpadke, za katere je predpisan način rokovanja in uničenja. V že tako težki situaciji soočanja z izgubo pričakovanega otroka (prenatalna smrt, pa čeprav v zgodnji nosečnosti) se posega v proces žalovanja na način, da se razlog za žalovanje v osnovi zanika. Žalujoči se osredotoča na smrt, skuša predelovati izgubo, se sooča s tem, da pričakovanega otroka več ni. Ob tem lahko doživlja veliko bolečih čustev. Besede »tolažbe« (še boste imeli otroke; saj imate doma že otroke; saj je bilo še zgodaj.) niso na mestu. Ključno za proces žalovanja je, da se stvari odvijajo v svojem ritmu in do konca. Neizročanje mrtvih nerojenih otrok je bolečino staršev le poglobljalo, obenem pa kazalo na veliko neobčutljivost in birokratizacijo povsem življenjske situacije.

Kadar ob izgubi ne smemo jokati, se povezati z drugimi bližnjimi, čutiti, pogrešati, iti naprej in delujemo zgolj racionalno, kot da se ni nič zgodilo ali spremenilo, pride do neizžalovane izgube. Izogibanje bolečini je osnova za številne postravmatske težave. Kadar žalovanje ne pride čustveno, namreč pride telesno⁸. Prizadeti niso le starši, temveč tudi sorojenci, stari starši...

Načelo pietete je nadvse pomembno. Spoštovanje in pieteta do pokojnikov ter njihovih svojcev je v Zakonu o pogrebnih in pokopaliških dejavnostih navedeno kot prvo, najpomembnejše načelo. Pravica svojca do pietete je umeščena v okvir svojčeve osebnostne pravice do duševne integritete. Opozarjanje na pomanjkljivo zakonsko urejanje posegov v truplo in glede ravnanja z biološkim materialom človeškega izvora ni novo. Stroka je zavzela stališče, da je treba s splavljenim zarodkom ravnati

⁶ <http://www.stat.si/dokument/5681/KlasifikacijskiSeznamOdpadkov.pdf>

⁷ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2008:312:0003:0030:sl:PDF>

⁸ <http://www.pogreb-ni-tabu.si/2015/11/o-zalovanju/>

enako pietetno kot s truplom rojenega človeka⁹. Za raziskave na splavljenem zarodku je potrebno soglasje ženske, ki je splavila. Časa in drugih okoliščin splava pa ni dovoljeno prilagajati interesom raziskave.

V primeru neizročanja mrtvih nerojenih otrok pa je bilo načelo pietete poteptano v strahu pred denarnimi globami, s katerimi grozijo kazenske določbe birokratiziranih uredb, pravilnikov, navodil in smernic.

ODVZEM DELOV TELESA MRTVEGA SPLAVLJENEGA ZARODKA

Pietetno načelo povzema tudi Zakon o pridobivanju in presaditvi delov človeškega telesa zaradi zdravljenja¹⁰, ko v 10. členu določa, da je treba pri odvzemu delov telesa umrle osebe ravnati z dolžnim spoštovanjem do osebnega dostojanstva umrlega in oseb, ki so bile umrlemu blizu ter z upoštevanjem načel etike in deontologije. V 14. členu je urejen odzem delov telesa mrtvega splavljenega zarodka. Za odzem delov telesa mrtvega splavljenega zarodka morata biti izpolnjena dva pogoja, in sicer mora ženska, ki je zarodek nosila, v to pisno privoliti, potem ko je dobila izčrpna pojasnila o namenu nameravanega odvzema. Tkiva zarodka se lahko odvzamejo in uporabijo z odobritvijo Komisije za medicinsko etiko pri Ministrstvu za zdravje. V tretjem odstavku je določen tudi varnostni standard, in sicer zdravnik, ki opravi prekinitve nosečnosti, ne sme sodelovati pri odvzemu ali presaditvi in ne sme biti povezan s temi postopki ali kakorkoli zainteresiran zanje. Zaradi nameravanega odvzema ni dopustno spreminjati odločitve, postopkov, časa in drugih okoliščin, povezanih s prekinitvijo nosečnosti.

PRIDOBITEV OSEBNEGA IMENA

Mednarodno pravno varstvo zarodku zagotavlja Oviedska konvencija, glavi razlog pa je varstvo človekovega dostojantva. Zato človeškega zarodka in še bolj nerojenega otroka ne moremo enačiti s predmetom in mu na tej podlagi odrekati vsakršno lastnost človeškega bitja. Ni nepomembno dejstvo, da se nahaja v fazi razvoja pred rojstvom in še ni pridobil lastne identitete. Na to je vezana tudi pravica do osebnega imena. Osebno ime človeku zagotavlja identiteto, varstvo njegove osebnosti in dostojanstva¹¹. Zakon o osebnem imenu določa, da morajo starši osebno ime otroku določiti in ga prijaviti katerikoli upravni enoti najpozneje v 30 dneh od otrokovega rojstva. Zakon o matičnem registru omogoča poimenovanje tudi mrtvorojenega otroka¹², v 8. členu pa določa, da se mora rojstvo otroka prijaviti v petnajstih dneh od dneva rojstva. Rojstvo mrtvorojenega otroka pa se mora prijaviti v roku 24 ur.

Država je dolžna varovati človekovo življenje in dostojanstvo. Popolna opustitev zakonskega urejanja obdobja pred rojstvom bi pomenila pravno nedopustno ravnanje.

⁹ Trontelj, Balažic, 2005. O posegih v truplo, ki niso del rutinske obdukcije, in o ravnanju z biološkim materialom človeškega izvora, ISIS, str. 33-35
¹⁰http://www2.gov.si/zak/zak_vel.nsf/65b73921699bad7dc1256616002db44a/c1257a70003ee5d7c1257e8a0049328b?OpenDocument&ExpandSection=1

¹¹ <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO3890>

¹²<http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?sop=2003-01-1720>

Država se je sicer dolžna vzdržati prisilnih posegov v nerojeno človeško življenje, po drugi strani pa je dolžna preprečiti posege tretjih oseb na področje ustavno varovanih pravic nerojenega človeškega bitja.

NOVA UREDITEV

Po ureditvi, ki jo določa novi Zakon o pogrebni in pokopališki dejavnosti, bo ob smiselni uporabi določb zakona mogoč tudi pokop ali upepelitev mrtvega ploda, ne glede na njegovo gestacijsko starost, torej tudi pred 22. tednom, ob izrecno izraženi želji staršev in na podlagi zdravniškega poročila porodničarja-ginekologa o vzroku smrti. Ob doslednem upoštevanju načela pietete pa bi bilo treba tudi v primeru drugih mrtvih plodov oziroma mrtvorojenih otrok, za pokop katerih ne poskrbijo starši, zagotoviti upepelitev oziroma pokop ločeno od medicinskih odpadkov, ob tem pa voditi tudi evidence o kraju, času in načinu pokopa.

Zaključek

Področje je bilo/je neustrezno urejeno, ne upošteva pietetnega načela in zato krši pravice staršev. Nova ureditev je zgolj z enim členom posegla na področje in uredila pravico do pokopa. Upamo, da bo od uveljavitve novega zakona staršem umrlih nerojenih otrok na ta način omogočena upepelitev ali pokop otroka ter tako olajšan proces žalovanja.

SHIATSU MED PORODOM

Mojca Breg, dipl. babica

Splošna bolnišnica Slovenj Gradec
Gospodsvetska 1
2380 Slovenj Gradec

IZVLEČEK

Shiatsu je starodavna zdravilna veda iz Japonske, pri nas kvalificirana in poznana kot metoda alternativnega zdravljenja. Shiatsu predstavlja idealno dopolnilo klasični medicini, ter zato močno prispeva k boljši kakovosti življenja. Z njim lahko uspešno vplivamo na bolečine, hormonski sistem, imunski sistem in splošno počutje. Poznavanje shiatsu nam ponuja boljše razumevanje zdravja in bolezni. V času nosečnosti se je shiatsu izkazal kot izredno učinkovit proti jutranjim slabostim. Prav tako naj bi več raziskav pokazalo pozitiven učinek na raven stresnih hormonov, kakovost spanca, bolečine v križu, manj komplikacij med in po porodu. Zaradi posebnih tehnik izvajanja ima shiatsu neposredni vpliv na živčni sistem. Terapija se izvaja z globokimi pritiski z dlanmi, palci ali komolci, pogosta pa so tudi raztezanja in kroženja udov. Bistvo shiatsu masaže je delo z meridiani, shiatsuja pa je uravnovešanje energij v telesu.

Ključne besede: shiatsu, pritisk, masaža, meridiani, porodna bolečina, položaji

Uvod

Ki je subtilna energija, ki omogoča življenje, poleg tega pa združuje in povezuje v materijo. Torej, ali je nekaj živo ali ne, je odvisno od tega, koliko je v njem prisotno tisto, čemur v vzhodni kulturi pravijo ki. Vse, kar obstaja, vsebuje in izžareva ki. Količina ki-ja v človeku se kaže v njegovi vitalnosti. Največ ki-ja skozi nas teče v energijskih kanalih, imenovanih meridiani, to so energijske poti, ki povezujejo organe.

Znanstveno dokazano

Na Japonskem proti bolečinam uporabljajo shiatsu že zelo dolgo. V bolnišnici Okayami so že leta 1962 naredili raziskavo, kjer so pri 93% ženskah dokazali učinkovitost proti porodnim bolečinam z uporabo pritiskov na trtico.

Znanstvene raziskave so tudi pokazale, da že 15 minut katerekoli masaže v prvi uri rojevanja zmanjša občutke strahu in bolečine, zmanjša potrebo po zdravilih in skrajša porod.

Ko je ženska sproščena in se počuti prijetno in varno, so tudi njene mišice bolj sproščene. Ni zakrčena. Posledično čuti manj bolečin, porod poteka bolj gladko, ker se lažje odpira in z napetostjo ne zavira poroda, možnosti za komplikacije in carski rez pa se zato zmanjšajo. Shiatsu je odlična terapija pri ohranjanju optimalnega počutja in sproščenosti med porodom.

Shiatsu v porodnišnici

Shiatsu terapevka ima med porodom vlogo porodne spremljevalke. Pri nas, v porodnišnici Slovenj Gradec, pa smo se babice odločile opraviti kratek 14 urni, a intenziven tečaj iz shiatsu prakse med porodom. Tako smo pridobile uradno znanje in izkušnje za izvajanja te terapije, ki jih s pridom tudi večkrat uporabljamo pri svojem delu v porodni sobi. Shiatsu terapevka Anja Furlan, ki omenjeno prakso izvaja v Postojnski porodnišnici, nam je nazorno in zavzeto v zelo kratkem času predala osnove Shiatsu masaže, katere pa je sama pridobivala vrsto let z izobraževanjem pri nas in v tujini.

Shiatsu tehnike se lahko izvaja v kateremkoli položaju, kar je zelo ugodno za naš način dela, saj porodnice prav spodbujamo k uporabi različnih položajev med porodom, pa tudi pri samem iztisu ploda. Lahko je to čepe, kleče, sedenje na žogi, pokončna drža, na boku, polsedec položaj in drugi. S pritiski na določene točke lahko dosežemo manjše bolečine in bolj normalen in naraven potek poroda. Pred samim iztisom se močno sprošča predel ramen, vratu in čeljust, kar omogoča lažji iztis. Vemo, da so porodnice v času iztisa že zelo utrujene in hkrati močno napete. Tehnike se vedno izvajajo preko oblačil in zato porodnice ni potrebno po nepotrebem razgaljati.

Prednost shiatsu je v tem, da četudi se porodnica odloči za epiduralno analgezijo ali druga protibolečinska sredstva, se ta še vedno lahko izvaja. Po porodu se lahko stimulirajo točke za izločanje posteljice ali v primeru pomanjkanja oz. težav z mlekom (ga ni dovolj ali ne teče) točke za izboljšanje dojenja.

Mi se večinoma osredotočamo na stimulacijo točk med porodom in manj po porodu. Se trudimo, učimo in utrujemo znanje, pride pa vmes tudi obdobje, ko zaradi drugih razlogov (kadrovska zasedba, gneča v porodni sobi, nesodelovanje porodnice itd), ne zmoremo izvajati shiatsu tehnik.

Zaključek

Želimo si, da bomo shiatsu pri našem delu s porodnicami uporabljale še več in bolj pogosto, saj tehnike resnično sproščajo telo in duha, kar pa je izrednega pomena za lep, normalen in naraven porod.

V prihodnosti razmišljamo tudi o drugih tehnikah za lajšanje in sproščanje bolečin med porodom, kot je aromaterapija.

Viri

www.anja.furlan.com/nosecnost, Shiatsu praksa

<http://alternativno-zdravljenje.si/zdravilne-tehnikе/shiatsu-masaza.html>

www.zdravilnikoticek.si/shiatsu-masaza

HOMEOPATIJA IN OBPORODNA POMOČ: NOSEČNOST, POROD, POPORODNA DOBA

Dr. Maruša Hribar. mag. farm.

Na Tezi 7
1000 Ljubljana
marusahribar@hotmail.com

Glede na dejstvo, da se skoraj v vseh evropskih državah in tako tudi v Sloveniji demografska struktura prebivalstva spreminja, je potrebno, da strokovnjaki osveščamo tako strokovno kot tudi splošno javnost, da živimo čas v katerem je potrebno, da izvajamo aktivnosti, ki bodo privedle do dviga števila rojstev v prihodnje. Statistična napoved kaže, da bo delež starostnikov v družbi evropskih držav, tako tudi pri nas, z leti naraščal, predvsem zato, ker je današnja potrošniška družba precej neobčutljiva za toleranco mlade družine, nosečnic in mater z več otroki. Delovno pravna zakonodaja pri nas slabo ščiti ekonomsko varnost nosečnic in mladih mater v dobi nosečnosti in poporodni dobi. Homeopatija prinaša velik delež k potrebam glede odločitve za povečanje družine predvsem v smeri pomoči nosečnici in otroku, družba pa bi morala s svojo ekonomsko varnostjo dodati svoj delež v materialnem in gospodarskem smislu. V nadaljevanju bom izpostavila poudarek homeopatije z opisom posameznih homeopatskih zdravil, ki so na voljo za potrebo ženske v tem stanju.

Iskanje poti in načinov za zmanjšano medikalizacijo obporodne obravnave ni več marginalizirano vprašanje, temveč se zanj zanima tudi zdravstvena stroka in Ministrstvo za zdravje. Medikalizacija obporodne dobe ne pomeni samo povečanje stroškov za državno blagajno, temveč včasih tudi določeno stopnjo stranskih učinkov za žensko in plod. V Sloveniji ima zdravstvena stroka dobre rezultate (nizka umrljivost mater in otrok). To so vsekakor rezultati, ki jih je potrebno spoštovati in negovati.

1. Nosečnost

Nosečnost je čas intenzivnih hormonskih sprememb v telesu. Poleg tega vsa zaužita živila kot zdravila postanejo prisotna ne samo v organizmu ženske, temveč tudi v plodu. Da razvijajočemu plodu ne bi škodili in ga obremenjevali, so homeopatska zdravila, ki nimajo stranskih učinkov na organizem, idealna za premagovanje neprijetnih simptomov nosečnosti – če se ti pojavijo.

Najpogostejši simptomi v nosečnosti, ki praviloma ne zahtevajo hospitalizacije :

- slabost, bruhanje
- slaba prebava, napihnjenost

- krčne žile, hemoroidi
- slabokrvnost
- zadrževanje vode
- nervoza, sprememba razpoloženja
- težave s spanjem.

Slabost, bruhanje:

Slabosti niso pravilo v nosečnosti, so pa dovolj pogost pojav v prvem trimesečju nosečnosti. Gre za odločilno obdobje nosečnosti, kajti pomembno je da se oplojeno jajčece dobro ugnezdi in začne z razvojem. V tem obdobju so možni tudi spontani splavi. Izogibamo se tudi najmanjšim dejavnikom tveganja in močnim zdravilom. V primeru, da je slabost omejena na določen del dneva, da ne povzroča nagle izgube telesne teže, dehidracije in da je ne spremljajo krvavitve ali drugi bolezenski simptomi, so homeopatska zdravila dobrodošla pomoč. Za jutranjo slabost so predvidena naslednja homeopatska zdravila:

- **Ipeca**
- **Ignatia amara**
- **Sepia**

Težave s cirkulacijo

V nosečnosti se pogosto pojavljajo tudi težave s cirkulacijo krvnega obtoka. Tako zaradi otežene presnove, povečane telesne teže, kot teže ploda. Ženskam je pogosto svetovana tudi manj intenzivna telesna aktivnost v prvem trimesečju zaradi zmanjšanega tveganja spontanega splava. Kot posledica slabše cirkulacije se pojavljajo naslednje težave: hemoroidi, krčne žile in zadrževanje vode. V primeru, da ne gre za pojave, ki bi znatno ogrozili zdravje nosečnice ali ploda se lahko poslužujemo homeopatije ali ob povečanih težavah v kombinaciji z zdravljenjem, ki ga predpiše izbrani zdravnik oz. zdravnica.

V primeru nastanka hemoroidov se svetuje:

- **Aesculus hippocastanum**
- **Hamamelis virginiana**
- **Collinsonia**

Druga težava v nosečnosti zaradi slabše cirkulacije so krčne žile, homeopatija v tem primeru svetuje :

- **Arnica montana**
- **Aesculus hippocastanum,**
- **Hamamelis**

2. Porod

Porod kljub ustrezni organiziranosti zdravstvene pomoči predstavlja izziv za ženske tako v psihološkem kot fizičnem smislu. V zadnjih letih se pospešeno uveljavljajo metode tako imenovanega naravnega poroda oz. poroda, ki je čim manj medikaliziran, kjer se ne uporablja umetna sprožitev poroda in ne lajša bolečine z močnimi zdravili.

V samem procesu aktivnega rojevanja je aktualno homeopatsko zdravilo *Actea racemosa*, ki ima oksitocin like effect – širi porodni kanal, vpliva na ženski genitalni in mišični sistem in ima bolj prilagojen in kompatibilen način delovanja glede na oksitocin klasične medicine.

3. Poporoda doba

Čeprav je porod popolnoma naraven fiziološki proces telesa, predstavlja določen stres za organizem. Lahko se pojavijo tudi zapleti pri porodu, ki zahtevajo dodatni čas celjenja. V vsakem primeru je zaželeno, da 40 dni po porodu mati počiva in se regenerira, kolikor je to mogoče. V obdobju od 3. – 4. tedna po porodu se lahko pojavijo tudi prvi občutki ujetosti v rutino za skrb novorojenega otroka. Materi naj bo omogočen vsaj 15 minut časa za osebno sprostitev na dan, zaželena je tudi intenzivna pomoč v gospodinjstvu in pri hišnih opravilih v prvem mesecu po porodu. Za pospeševanje regeneracije se svetujejo naslednja homeopatska zdravila:

- **Arnica montana**
- **Staphysagria**
- **Homeopatska zdravila za zmanjševanje poporodne depresije : Aurum, Sepia, Natri muriaticum, Staphysagria, Pulsatila ..**

Dojenje

Dojenje se priporoča iz številnih razlogov v dobro tako matere kot otroka. Še posebej zaželeno je prvo dojenje, s katerim otrok prejme dragoceni kolostrum. O tem, koliko mesecev naj poteka dojenje, so dandanes prisotna številna mnenja. Svetovna zdravstvena organizacija predvideva dolžino 4-ih mesecev, ki naj bi bila optimalna za otrokov razvoj. Dojenje je vsekakor zaželeno in dobrodošlo tudi v Sloveniji. V primeru, da zaradi zdravstvenih ali drugih dejavnikov dojenje ni možno, je potrebno materi nuditi oporo, da zaradi tega ni ‚slaba mati‘ in da ne bi nastopil dodatni psihološki stres za mater in otroka. V primeru dojenja je pomembna zdrava, lahka in kakovostna prehrana in zadostno uživanje tekočin. Homeopatija predlaga naslednja homeopatska zdravila, ki lahko omilijo določene težave z dojenjem oz. laktacijo:

- **Ricinus communis** zdravilo se priporoča, če ima mati premalo mleka
- **Belladonna** - prsi napihnjene, rdeče, boleče in občutljive na otip, kongestija prsi
- **Apis mellifica** - inflamatorni edem, poboljšanje s hladnimi obkladki
- **Bryonia** – ob mastitisu, težkih bolečih prsih, poslabšanje nastopi z gibanjem.

Ker je vsako novo življenje neprecenljivi dar in je ustvarjeno z namenom, da se po njem manifestira vedno nekaj dobrega, novega in neponovljivega, je za vsako družbo, kot tudi za Slovenijo, vredno aktivnosti vsakršnega napora, da se omogoči, da se bodo v družinah odločali za nosečnost in varno dočakali porod in novega družinskega člana. Homeopatija prinaša neinvazivne načine aplikacije homeopatskih zdravil in skuša biti trdna opora telesu in duhu nosečnice, kajti porod ni samo fiziološki dogodek telesa, ampak poteka v simbiozi z njenim duševnim počutjem.





ALI STE SLIŠALI?

... da življenjsko ogrožujoče bolezni, kot so bakteriemična pljučnica in meningitis, lahko povzročita ista bakterija?

Pnevmokokne okužbe povzročata bakterija *Streptococcus pneumoniae* ali krajše pnevmokok. Pnevmoniki lahko pri vašem otroku povzročijo pljučnico, meningitis, vnetje srednjega ušesa in druge bolezni.

KAJ SO INVAZIVNE PNEVMOKOKNE BOLEZNI (IPB)?

IPB so resne bolezni. Povzročata jih bakterija (*Streptococcus pneumoniae*), ki vstopi v telo in povzroči bolezen tako, da se širi po krvi (bakteriemija), vstopa v možgane (meningitis) ali v pljuča (resna oblika pljučnice).¹



Koga ogrožajo IPB?²



Kako se otrok okuži in zboli za IPB?

Pnevmoniki so pogosto prisotni v nosno-zrelnem predelu zdravih ljudi. S človeka na človeka se prenašajo s kužnimi kapljicami, s kihanjem in kašljanjem.³



Otrok se lahko okuži v stiku z bolnikom ali z zdravim bacilonoscem. Z razširjanjem po krvi lahko pnevmokok v redkih primerih povzroči tudi okužbo možganov in pljuč.⁴

Kakšni so simptomi IPB?

ODVISNI SO OD BOLEZNI IN TUDI NISO VEDNO PRISOTNI:⁵



Zmanjšan
apetit



Motnje
zavesti



Bruhanje



Zvišana telesna
temperatura



Občutljivost
na svetlobo

Viri:

1. Public Health England. Pneumococcal disease. Dostopno na: <http://www.hpa.org.uk/Topics/InfectiousDiseases/InfectionsAZ/Pneumococcal/> (zadnji dostop: maj 2014).
2. NHS choices. Pneumococcal infections. Dostopno na: <http://www.nhs.uk/conditions/Pneumococcal-infections/pages/introduction.aspx> (zadnji dostop: junij 2014).
3. Public Health Agency of Canada. Vaccine-Preventable Diseases. Dostopno na: <http://www.phac-aspc.gc.ca/m/vpd-mev/pneumococcal-eng.php> (zadnji dostop: maj 2014).
4. World Health Organization. Pneumococcal vaccines WHO position paper – 2012. Weekly epidemiological record 2012; 87:129-44. Dostopno na: http://www.who.int_wer_2012_wer8714.pdf (zadnji dostop: maj 2014).
5. Centers for Disease Control and Prevention. Pneumococcal Disease. Symptoms & Complications. Dostopno na: <http://www.cdc.gov/pneumococcal/about/symptoms-complications.html> (zadnji dostop: maj 2014).



O morebitnih dodatnih vprašanjih se posvetujte s svojim pediatrom.
Datum priprave: oktober 2015. Datum naslednje revizije: oktober 2017.

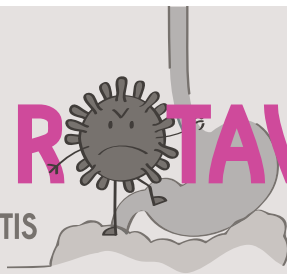
GSK d.o.o., Ljubljana, Ameriška ulica 8, 1000 Ljubljana, tel: +386 (0)1 280 25 00, medical.x.si@gsk.com



SLO/STN/0013/15a

KAJ SO ROTAVIRUSI?

ROTAVIRUSNI GASTROENTERITIS
je virusna okužba prebavil¹



Pri otrocih, mlajših od 5 let, lahko ta okužba povzroči **HUDO DRISKO** in **DEHIDRACIJO**

KDO SE OKUŽI
Z ROTAVIRUSI?



Skoraj **VSAK OTROK**
se do **5. leta³** okuži z rotavirusi^{1,4}

KAKŠNI SO SIMPTOMI
ROTAVIRUSNE OKUŽBE?⁴⁻⁶



Simptomi lahko trajajo
od **3 do 7 dni²**

KAKO SE ŠIRIJO
ROTAVIRUSI?

SO ZELO NALEZLJIVI⁷



Zlahka se prenašajo
s **ČLOVEKA NA ČLOVEKA**, zlasti
v zaprtih okoljih, kot so bolnišnični
oddelki in vrtci, ali v družini.

VIRUSI LAHKO PREŽIVIJO NA...⁸



ROKAM
vsaj **4 URE**



predmetih, na primer
na **IGRACAH**
do **10 DNI**

KAKŠNE SO POSLEDICE
ROTAVIRUSNE OKUŽBE?



Rotavirusne okužbe so pri dojenčkih
in otrocih vodilni vzrok
SPREJEMOV V BOLNIŠNICO
zaradi **HUDO DRISKE²**

V DRUŽINI⁹⁻¹⁰



S PEDIATROM SE POSVETUJTE O **ZAŠČITI OTROKA**
PRED ROTAVIRUSI



Reference: 1. Parashar UD, Burton A, Lanata C, et al. Global mortality associated with rotavirus disease among children in 2004. *J Infect Dis* 2009; 200 Suppl 1: S9-S15. 2. World Health Organization. Weekly epidemiological record. 2013; 88: 49-64. 3. Parashar UD, Hummelen EG, Bresee JS et al. Global illness and deaths caused by rotavirus disease in children. *Emerg Infect Dis* 2003; 9: 565-72. 4. Leung AK, Kellner JD, Davies HD. Rotavirus gastroenteritis. *Adv Ther* 2005; 22: 476-87. 5. Anderson EJ, Weber SG. Rotavirus infection in adults. *Lancet Infect Dis* 2004; 4: 91-9. 6. Nyquist AC. Rotavirus vaccine. *Pediatr Ann* 1999; 28: 533-9. 7. Fischer TK, Bresee JS, Glass RI. Rotavirus vaccines and the prevention of hospital-acquired diarrhea in children. *Vaccine* 2004; 22 Suppl 1: 49-54. 8. Mirukowicz J, Szajewska H, Vesikari T. Options for the prevention of rotavirus disease other than vaccination. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2008; 46 Suppl 2: S32-7. 9. Giaquinto C, Van Damme P, Huet F, et al. Costs of community-acquired pediatric rotavirus gastroenteritis in 7 European countries: the REVEAL Study. *J Infect Dis* 2007; 195 Suppl 1: S36-S44. 10. Domingo JD, Patrzalek M, Cantarutti L, et al. The impact of childhood acute rotavirus gastroenteritis on the parent's quality of life: prospective observational study in European primary care medical practice. *BMC Pediatrics* 2012; 12: 58.



0 morebitnih dodatnih vprašanjih se posvetujte s svojim pediatrom. Datum priprave: junij 2016.
Vse pravice pridržane: GSK d.o.o., Ljubljana. GSK d.o.o., Ljubljana, Ameriška ulica 8, 1000 Ljubljana, tel: +386 (0)1 280 25 00, medical.x.si@gsk.com

SLO/ROT/0005/44a(1)