



INŠTITUT ZA VAROVANJE ZDRAVJA
REPUBLIKE SLOVENIJE



**World Health
Organization**



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

Strokovno srečanje ob Svetovnem dnevu duševnega zdravja

DUŠEVNO ZDRAVJE IN NOSEČNOST, POROD TER ZGODNJE STARŠEVSTVO

Organizator:

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije

Ljubljana, 9. oktober 2009

DUŠEVNO ZDRAVJE IN NOSEČNOST, POROD TER ZGODNJE STARŠEVSTVO

Založnik: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, trubarjeva 2, 1000 Ljubljana

Urednik: Urška Križaj Hacin

Leto izida: 2009

Nosilci avtorskih pravic; Marijan Ivanuša, Barbara Mihevc Ponikvar, Sonja Tomšič, doc.dr. Mojca Zvezdana Drnovšek, as.mag.Lili Steblovnik, prof.dr. Živa Novak Antolič, as.mag. Marjeta Blinc Pesek, prim.Tanja Blejec, Maruša Strgulc, doc.dr. Milan Ličina, dr. Vislava Globevnik Velikonja, Arijana Steblovnik, asist. Teja Zakšek, mag.Ana Polona Mivšek, Janja Zver Skomina, Irena Cetin-Lovšin, asist. Ivan Žebeljan, Špela Veselič, dr. Zalka Drglin, asist. Andreja Tekauc Golob, asist.mag. Nena Kopčavar Guček, asist.mag. Erika Zelko, Danica Sirk, Aleksandra Mernik Merc, Irena Šimnovec, Radmila Pavlovič, prof.dr. Jože Ramovš, Erika Povšnar.

1. elektronska verzija

Dostopno:http://www.ivz.si/javne_datoteke/datoteke/2055-Zbornik_Obporodno_obdobje_SDDZ.pdf

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

616.89-055.26(082)
618.2/.7:616.89-008.1(082)

STROKOVNO srečanje ob Svetovnem dnevu duševnega zdravja (2009 ; Ljubljana)

Duševno zdravje in nosečnost, porod ter zgodnje starševstvo
[Elektronski vir] / Strokovno srečanje ob Svetovnem dnevu duševnega zdravja, Ljubljana 9. oktober 2009 ; urednik Urška Križaj Hacin ; organizator Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. - 1. elektronska verzija. - Ljubljana : Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2010

Način dostopa (URL): http://www.ivz.si/javne_datoteke/datoteke/2055-Zbornik_Obporodno_obdobje_SDDZ.pdf

ISBN 978-961-6659-63-5

1. Gl. stv. nasl. 2. Križaj Hacin, Urška

249790208



INŠTITUT ZA VAROVANJE ZDRAVJA
REPUBLIKE SLOVENIJE

**Strokovno srečanje ob Svetovnem dnevu duševnega zdravja
DUŠEVNO ZDRAVJE IN NOSEČNOST, POROD TER ZGODNJE STARŠEVSTVO**

PROGRAM

8.30 – 9.00	Registracija
9.00 – 9.30	Pozdravni nagovori
9.30 – 9.45	Breme duševnih bolezni pri ženskah v rodni dobi Barbara Mihevc Ponikvar, Sonja Tomšič - IVZ
9.45 – 10.00	Duševne bolezni v obporodnem obdobju doc.dr. Mojca Zvezdana Drnovšek – Psihiatrična klinika Ljubljana
10.00 – 10.15	Prepoznavanje duševnih stisk in motenj v obporodnem obdobju, vodenje, ukrepanje in usmerjanje asist.mag. Marjeta Blinc Pesek – Psihiatrična ordinacija Rudnik, asist.mag. Lili Steblovnik, prof.dr. Živa Novak-Antolič – Ginekološka klinika Ljubljana
10.15 – 10.30	Vodenje nosečnosti, poroda, poporodnega obdobja ob znani duševni bolezni/motnje matere prim. Tanja Blejec, Maruša Strgulc – Ginekološka klinika Ljubljana
10.30 – 10.45	Vodenje nosečnosti, poroda, poporodnega obdobja ob znani duševni bolezni/motnje matere - klinične izkušnje doc.dr Milan Ličina – Psihiatrična klinika Ljubljana
10.45 – 11.00	Razprava
11.00 – 11.30	Odmor
11.30 – 11.45	Vloga psihologa pri stiskah žensk ob fetalni smrti, smrti novorojenčka, hudih okvarah, boleznih doc.dr. Vislava Globevnik Velikonja – Ginekološka klinika Ljubljana
11.45 – 12.00	Psihosomatika v nosečnosti, med porodom in po njem Arijana Steblovnik – UKC Maribor
12.00 – 12.15	Vloga babice pri obporodnih stiskah mag. Ana Polona Mivšek, mag. Teja Zakšek – Zdravstvena fakulteta Ljubljana
12.15 – 12.30	Nosečnost, porod, poporodno obdobje in bolezni odvisnosti Irena Cetin Lovšin, Janja Zver Skomina – Splošna bolnišnica Izola
12.30 – 12.45	Posttravmatski sindrom po porodu asist. Ivan Žebeljan – UKC Maribor
12.45 – 13.00	Nasilje s strani intimnega partnerja v obdobju nosečnosti in zgodnjega starševstva Špela Veselič – Društvo SOS telefon za ženske in otroke žrtve nasilja
13.00 – 13.15	Razprava
13.15 – 13.30	Odmor
13.30 – 13.45	Obporodna zdravstvena skrb – vedno v dobro duševnega zdravja žensk? dr. Zalka Drglin - IVZ
13.45 – 14.00	Stiske materinstva in dojenje asist. Andreja Tekauc Golob – UKC Maribor
14.00 – 14.15	Vloga družinskega zdravnika pri duševnih stiskah v obporodnem obdobju asist.mag. Nena Kopčavar Guček – Katedra za družinsko medicino Ljubljana, Erika Zelko – Katedra za družinsko medicino Maribor
14.15 – 14.30	Vloga patronažne medicinske sestre pri obravnavi družine v predporodnem in poporodnem obdobju Danica Sirk – Zdravstveni dom Maribor, Aleksandra Mernik Merc – Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester
14.30 – 14.45	Zavetje mameZOFE: podpora, pomoč, svetovanje, usmerjanje pri prehodu v starševstvo Irena Šimnovec, mag. Radmila Pavlovič – Združenje Naravni začetki
14.45 – 15.00	Razprava in zaključki strokovnega posveta



Marijan Ivanuša

Duševno in maternalno zdravje sta v žarišču naše pozornosti

DUŠEVNO IN MATERNALNO ZDRAVJE STA V ŽARIŠČU NAŠE POZORNOSTI

Marijan Ivanuša¹, dr. med.

Vsak posameznik živi svojo osebno zgodbo, v kateri se prepletata tudi zdravje in bolezen. Pri duševnem zdravju se zdi, da je ta osebna nota, to prehajanje med boleznijo in zdravjem še izrazitejše. Ustrezne zdravstvene politike na mednarodni, državni, regionalni in lokalni ravni pa vendarle lahko učinkovito vplivajo na zdravje posameznika. To potrjujejo tudi uspehi na področju duševnega zdravja, še posebej zmanjševanje samomorilnosti. Ti rezultati predstavljajo pomembno spodbudo za nadaljnje delo.

V Sloveniji ima duševno zdravje že celo vrsto let prav posebno mesto. Za to dejstvo bi lahko našli številne razloge. Med njima pa sta najbrž ključni neprijetni dejstva, s katerimi se soočajo tako strokovnjaki kot prebivalci sami: med različnimi duševnimi motnjami in boleznimi izstopata velika pogostost alkoholizma in velika stopnja samomorilnosti.

Drugo področje, ki mu v Sloveniji že tradicionalno dajemo izjemen pomen, je materinstvo. Področje maternalnega zdravja je tudi eno od tistih področij, ki ga v svetovnem merilu prav posebej izpostavljajo Razvojni cilji tisočletja.

Septembra 2000 so se državniki sestali na do takrat največjem srečanju državnikov v zgodovini. Kot popotnico za novo tisočletje so sprejeli Tisočletno deklaracijo, ki jo je sprejelo kar 189 držav in določa smernice ter cilje za obdobje do leta 2015. Med osmimi razvojnimi cilji so trije izključno zdravstveni, preostali pa so z zdravjem tesno povezani. Prvi trije so:

1. boj proti AIDS-u, malariji in drugim nalezljivim boleznim,
2. zmanjšanje otroške umrljivosti,
3. izboljšanje maternalnega zdravja.

Globalno zaradi zapletov, ki so posledica nosečnosti in poroda, vsak dan umre 1500 žensk. Vsak dan umre 10 tisoč otrok, ki so mlajši od enega meseca in prav toliko je tudi mrtvorojenih otrok. Z izboljšanjem maternalnega zdravja lahko zmanjšamo tako število žrtev med materami kot med otroki.

Svetovna zdravstvena organizacija je leta 2008 izdala izjemno pomembno poročilo o neenakostih v zdravju, ki ga je pripravila Komisija za socialne determinante zdravja. Ena od žalostih dejstev prikazuje podatek, da na Švedskem med nosečnostjo in porodom umre ena ženska na 17 tisoč porodnic, v Afganistanu pa vsaka osma.

Vzroki, ki pripeljejo do tako dramatičnih razlik, so različni, saj so različni tudi razlogi za obolevnost in umrljivost v času nosečnosti in poroda. Pri tem je pomembno, da se zavedamo, da te razlike ne obstajajo samo med revnimi in bogatimi državami, temveč tudi znotraj držav.

Ena od najnovejših slovenskih raziskav je ugotavljala breme stresa pri ženskah v rodnem obdobju v Sloveniji. Rezultati so pokazali, da je ocena prevalence stresa pri ženskah v spodnjem družbenem sloju kar 50-odstotna in je tako skoraj 2-krat večja kot pri ženskah v srednjem družbenem sloju.

¹ Svetovna zdravstvena organizacija, Pisarna v Sloveniji, Trubarjeva c. 2, 1000 Ljubljana

Ženske v rodni dobi lahko prizadenejo najrazličnejše duševne stiske, motnje in bolezni. Glede na velik pomen duševnega in maternalnega zdravja v Sloveniji se zdi samoumevno, da na ti področji pogledamo kot celoto. Izzivi enega in drugega področja se bolj ali manj pogosto prepletajo, bodisi da gre za ženske, ki zanosijo, medtem ko trpijo zaradi duševnih motenj ali bolezni, ali pa obratno. V širšem smislu seveda lahko sklenemo, da zdravo življenjsko okolje pomeni boljše zdravje tako z ozirom na maternalno kot tudi duševno zdravje.

V evropski regiji Svetovne zdravstvene organizacije predstavljajo duševne bolezni kar 20 odstotkov vsega bremena bolezni. Težave, povezane z duševnim zdravjem, ima vsaj enkrat v življenju vsak četrti prebivalec. Na voljo imamo veliko znanja o preventivi, oskrbi in zdravljenju ter o promociji duševnega zdravja. Vprašanje je, kako to znanje najučinkoviteje udejaniti v praksi.

Slabo duševno zdravje je hkrati posledica in vzrok za neenakosti in izključenost. Tako tvori pomemben člen v začaranem krogu, ki se vrti med socialnimi determinantami zdravja ter telesno in duševno boleznijo ali zdravjem.

Zdi se, da se tega začaranega kroga dobro zavedamo. Vse bolj se zavedamo tudi tega, kako pomembni so podatki, ki bi nam jasno prikazali povezave med socialnimi determinantami zdravja ter duševnim in telesnim zdravjem. Le s pomočjo teh podatkov lahko z gotovostjo poiščemo ključne socialne determinante, ki na te medsebojne povezave vplivajo. To nam bo omogočilo še boljše opredeliti najbolj ranljive skupine prebivalstva in s tem pripravo in izvajanje preventivnih programov, ki lahko pripeljejo do boljšega zdravja. Slednje bi ne nazadnje razbremenilo izvajalce zdravstvenega varstva, pa tudi družbo v širšem in ožjem smislu, predvsem pa posameznika, ki skupaj s svojimi bližnjimi živi svojo osebno zgodbo.

Priporočena literatura

1. Mental Health Action Plan for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions. World Health Organization, 2005. <http://www.euro.who.int/Document/MNH/edoc07.pdf>
2. Maternal and newborn health in the WHO European Region: the challenges and the way forward. World Health Organization, Regional Office for Europe, 2005. <http://www.euro.who.int/document/Mediacentre/fs0305e.pdf>.
3. The Millennium Development Goals Report 2009. United Nations, 2009. <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG%20Report%202009%20ENG.pdf>
4. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. World Health Organization, 2008. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf
5. Zmanjševanje razlik v času ene generacije. Povzetek Končnega poročila Komisije o socialnih determinantah zdravja. Ministrstvo za zdravje, Ljubljana, 2009. http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_slv.pdf
6. Pahor M, Novak-Antolič Ž, Zaletelj-Kragelj L. Stress burden in women in reproductive age in Slovenia – Some causes and consequences. Zdrav Vestn 2009; 78: 281-8.



Barbara Mihevc Ponikvar, Sonja Tomšič

Breme duševnih bolezní pri ženskah v rodni dobi

BREME DUŠEVNIH BOLEZNI PRI ŽENSKAH V RODNI DOBI

Barbara Mihevc Ponikvar, Sonja Tomšič
Inštitut za varovanje zdravja RS

Ključne besede: duševno zdravje, duševne bolezni, nosečnost, porod, poporodno obdobje

Uvod

Duševne motnje so pogoste in dolgotrajne. Ocenjuje se, da se najpogostejše med njimi – kot so depresija, anksioznost in somatoformne motnje – pojavljajo pri skoraj 1/3 prebivalstva. Zaradi same narave motenj kot tudi zaradi neosveščenosti strokovne in laične javnosti ter stigmatizacije so duševne motnje velikokrat neprepoznane in nezdravljene. Prizadenejo zdravje in funkcioniranje obolelega, njegove ožje in širše okolice ter zato predstavljajo izredno veliko breme za celotno družbo (1).

Stopnje pojavljanja duševnih motenj so med moškimi in ženskami podobne, obstajajo pa pomembne razlike v razporeditvi in simptomih duševnih motenj med spoloma. Prav pri najpogostejših duševnih motnjah so razlike med spoloma najpogostejše. V odrasli dobi je prevalenca depresije in anksioznosti precej višja pri ženskah, medtem ko je zloraba psiohoaktivnih snovi in antisocialno vedenje pogostejše pri moških. Pri ženskah je pogostejša komorbidnost, torej pojav več kot ene duševne motnje hkrati, kar je povezano s težjim potekom, večjo oviranostjo in večjo uporabo zdravstvenih storitev (1).

Dejavniki tveganja za duševne motnje pri ženskah

Za celovitejše razumevanje razlik med spoloma v duševnem zdravju je potrebno razmišljati širše kot le v iskanju bioloških razlik, saj imajo velik pomen tudi družbene razlike med spoloma, predvsem v smislu razporeditve moči in virov (2). Obstaja namreč pozitivna povezava med pogostostjo in težo negativnih družbenih dejavnikov ter pogostostjo in težo duševnih motenj pri ženskah (1,2). Ti dejavniki so med seboj prepleteni, mednje pa sodijo socialni položaj, finančni položaj, diskriminacija in nasilje (1).

Kljub temu da je položaj žensk v Evropi relativno dober v primerjavi z drugimi območji sveta, podatki kažejo, da še vedno obstajajo razlike med spoloma, ki jih beležimo tudi pri nas. Med mladimi, ki v Sloveniji vstopajo na trg dela, imajo ženske več težav pri iskanju zaposlitve, prav tako je pri ženskah več zaposlitev za določen čas (3,4). Ženske se neredko srečujejo s težavami pri zaposlovanju že samo zaradi možnosti zanositve (5). Čeprav so ženske sicer nekoliko višje izobražene kot moški (6), zaslužijo manj (7). Pogosteje so zaposlene v sektorjih, ki zahtevajo manj spretnosti, so nižje na hierarhični lestvici (6,7) in imajo manj možnosti odločanja. V Sloveniji s skrajšanim delovnim časom dela le 11,3 % žensk, medtem ko je povprečje za EU 31,2 % (3). Še vedno pa ženske prevzemajo večino gospodinjskih in družinskih obveznosti. Za gospodinjska opravila porabijo skoraj dva krat več časa kot moški, prav tako večinoma prevzamejo skrb za otroke (3). V obdobju 2005–07 so bile na primer ženske skoraj 6 krat dalj časa kot moški odsotne z dela zaradi nege. Razlika med povprečnim časom, ki ga ženske in moški porabijo za plačano delo, je v Sloveniji ena najmanjših v EU, razlika med povprečnim časom, ki ga porabijo za gospodinjska in družinska

opravila pa ena največjih (3). V posebni raziskavi Eurobarometer 2008 je bilo 30 % Slovencev mnenja, da je diskriminacija na osnovi spola v Sloveniji dokaj ali zelo razširjena (8).

Tudi življenjske izkušnje, ki dajejo občutek izgube, podrejenosti, ponižanja ali ujetosti, kot so ponavljajoči splavi, prezgodnji porod in porod otroka s posebnimi potrebami (2,9,10), spolne zlorabe ali druge oblike nasilja v otroštvu ali odrasli dobi (11,12) prispevajo k slabšemu duševnemu zdravju (1). Duševne motnje, ki so povezane z izkušnjo nasilja, so še posebej pogosto neprepoznane. Ocenjeno je, da je 80 % žrtev vseh oblik nasilja na svetu žensk in otrok. Kadarkoli v življenju naj bi 16–50 % žensk doživelo nasilje, 1 na 5 žensk pa je posiljena ali ima izkušnjo poskusa posilstva (1). Po ocenah naj bi nasilje doživljalo tudi 4–8 % nosečnic (13).

Skupni imenovalec vseh teh dejavnikov tveganja je stres, ki vpliva na številna zdravstvena stanja, vključno z reproduktivnim zdravjem (14) in duševnim zdravjem žensk (1). Rezultati raziskave o vedenjskih dejavnikih tveganja za nenalezljive bolezni pri odrasli populaciji Slovencev (25–64 let) iz leta 2001 kažejo, da 27 % žensk pogosto zaznava stres v primerjavi z 21 % moških (15). V rodni dobi (25–49 let) je prevalenca pogostega zaznavanja stresa med ženskami še višja in sicer 29,7 %. Prisotnost stresa narašča s starostjo do starostne skupine 40–44 let. Povezava stresa in izobrazbe ima izrazito U obliko in je najvišja med ženskami z nižjo in najvišjima dvema stopnjama izobrazbe (14), kar je v skladu z drugo študijo v Sloveniji, ki je pokazala, da imajo te skupine najnižjo podporo na delovnem mestu (16). Med bolj ogroženimi skupinami žensk so še ločene ženske, tiste, ki se same uvrščajo v najnižja dva družbena sloja in tiste, ki bivajo v predmestnih bivalnih skupnostih (14).

Breme duševnih motenj v reproduktivni dobi žensk v Sloveniji

Podatkov o incidenci in prevalenci duševnih motenj med ženskami v reproduktivni dobi v Sloveniji nimamo. Iz zdravstvene statistike pa lahko ocenimo, kakšno je breme duševnih motenj na podlagi podatkov o osebah, ki iščejo pomoč v zdravstvenem sistemu. Reproductivna doba pri ženskah je definirana kot starost med 15. in 49. letom. Starostna struktura porodnic v Sloveniji kaže, da je več kot 95 % porodnic starih med 20 in 39 let, zato so podatki prikazani ločeno tudi za to starostno skupino.

V obdobju 2005–07 je bilo v povprečju na primarni ravni zaradi duševnih motenj 52,4 prvih obiskov na 1000 žensk v reproduktivni dobi (oz. 44,2/1000 v starostni skupini 20–39 let). S starostjo je stopnja obiskov naraščala. Ena od možnih razlag naraščanja stopenj s starostjo bi lahko bilo kopičenje obveznosti, negativnih izkušenj in stresa tekom let, ter njihovo neustrezno obravnavanje in reševanje. Najpogostejši vzroki za prve obiske na primarni ravni so bili depresija, anksioznost, reakcije na stres in somatoformne motnje. V zadnjih 10 letih so stopnje za najpogostejše vzroke duševnih motenj naraščale, kar je vsaj deloma lahko tudi odraz boljšega prepoznavanja.

Stopnje obiskov na sekundarni ravni so bile zadnjih 10 let dokaj stabilne. Največ obravnav je bilo zaradi anksioznosti, depresije, shizofrenije, reakcij na hud stres. V starostni skupini 20–29 let so bile poleg naštetega pogoste še obravnave zaradi motenj hranjenja, v skupini 30–39 let pa zaradi duševnih in vedenjskih motenj zaradi uživanja alkohola. Stopnje so s starostjo naraščale.

V povprečju je bilo zaradi duševnih motenj hospitaliziranih 5,4/1000 žensk v reproduktivni dobi oz. 4,3/1000 žensk v starosti 20–39 let, stopnje hospitalizacij zaradi duševnih motenj so bile sicer v preteklih 10 letih relativno stabilne. Najpogostejši vzrok za hospitalizacijo je bila shizofrenija, sledili sta depresija ter reakcije na stres. V starostni skupini 20–29 let so bile med najpogostejšimi še hospitalizacije zaradi zlorabe psihoaktivnih snovi, alkohola in motenj hranjenja, v starostni skupini 30–39 let pa so bile motnje zaradi uživanja alkohola kar na tretjem mestu po pogostosti, pogoste so bile še hospitalizacije zaradi anksioznih motenj. Hospitalizacije zaradi duševnih motenj so po trajanju najdaljše, saj so v povprečju v obdobju 2005–07 trajale 42 dni, medtem ko je povprečje za vsa ostala stanja 6,5 dni.

Tudi bolniške odsotnosti zaradi duševnih motenj so med najdaljšimi, v povprečju so v obdobju 2005–07 trajale 45 dni, medtem ko je bilo povprečje za ostala stanja 17 dni. Proti koncu rodnega obdobja je bolniška odsotnost zaradi duševnih motenj že na drugem mestu po številu dni bolniške odsotnosti med vsemi vzroki pri ženskah. Najpogostejše duševne motnje, ki so vzrok za bolniško odsotnost, so reakcije na hud stres, sledijo depresija, anksioznost, shizofrenija in somatoformne motnje.

Neposredna umrljivost zaradi duševnih motenj je relativno nizka, saj se običajno duševna motnja ne pojavlja kot osnovni vzrok smrti. Vpogled v problematiko pa nam dajo podatki o storjenih samomorih, saj naj bi bilo več kot 90 % vseh samomorov povezanih z duševnimi motnjami (17). V zadnjih 10 letih je v Sloveniji stopnja samomorilnosti pri ženskah v reproduktivni dobi upadla. Vendar smo kljub temu zaradi samomora v obdobju 2005–07 med ženskami v rodni dobi na leto v povprečju izgubili 33 žensk (6,7/100.000), od tega 14 v starosti 20-39 let, kar predstavlja 15 % vseh smrti v tej starosti.

Duševno zdravje v kontekstu reproduktivnega zdravja

Reproduktivno zdravje je stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja in ne zgolj stanje odsotnosti bolezni ali nemoči, v vseh pogledih, ki se nanašajo na reproduktivni sistem, njegove funkcije in procese. Z drugimi besedami pomeni, da imajo ljudje možnost zadovoljujočega in varnega spolnega življenja in sposobnost imeti potomce ter svobodo odločanja o tem, koliko in kdaj jih bodo imeli (18). Čeprav definicija jasno, kot del reproduktivnega zdravja, vključuje tudi komponento duševnega zdravja, se temu vidiku na žalost ne posveča zadostna pozornost in to kljub dejstvu, da tako duševno kot tudi reproduktivno zdravje pomembno prispevata k globalnemu bremenu bolezni in oviranosti (2).

Prepletanje duševnega in reproduktivnega zdravja se pojavlja ob različnih situacijah tekom rodne dobe, od načrtovanja družine oziroma uravnavanja rodnosti, preko nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja pa vse do menopavze. Vpliv na duševno zdravje imajo številni dogodki, od nenačrtovane nosečnosti, zapletov v nosečnosti, kot so spontani splav ali mrtvorojeni otrok, neplodnosti, bolezni, operacij oziroma odstranitve spolnih organov, spolno prenosljive okužbe, izpostavljenost nasilju, vključno s spolnim nasiljem (2,19). Vendar smo vedno znova priča izrazitemu dualizmu med duševnim in telesnim. Na duševne ter čustvene potrebe žensk se v okviru reproduktivnega zdravstvenega varstva pogosto gleda kot na nekaj, kar je izven okvira te dejavnosti oziroma poseben »luksuz« (2). Povezava med duševnim in reproduktivnim zdravjem žensk je namreč premalo priznana, tako med zdravstvenimi delavci kot v celotni družbi.

Nosečnost, porod in poporodno obdobje

Duševno zdravje in obolevnost v predporodnem obdobju

Predpogoj za zdrav razvoj plodu je zdravje matere, tako telesno kot duševno. Dokazano je, da ima duševno zdravje pomemben vpliv na potek nosečnosti, poroda in kasnejši razvoj otroka (2). Duševne motnje vplivajo na zdravje nosečnice in plodu direktno in indirektno.

Kljub prepričanju da so ženske med nosečnostjo bolj zdrave, je bilo ugotovljeno, da so med nosečnicami primerljive ali celo višje stopnje depresivnih simptomov kot med nenosečimi ženskami (20-22), tudi incidenca anksioznosti je primerljiva s celotno populacijo žensk (23).

Nezdravljene duševne motnje v nosečnosti lahko, zaradi slabše sposobnosti presoje in sprejemanja odločitev, vodijo v bolj tvegano vedenje, npr. zlorabo psihoaktivnih snovi (2). Lahko je okrnjena skrb za preventivo in sicer v smislu manj rednega obiskovanja predporodnega zdravstvenega varstva, skrbi za zdravo prehrano ipd. Direktno naj bi duševne motnje, še preko ne docela pojasnjene mehanizma, vplivale na prekrvavitev posteljice in rast ploda (2).

Pomembna ugotovitev je tudi, da nezdravljena depresija med nosečnostjo v 50-62 % preide v poporodno depresijo (21-22, 24), kar 15 % nezdravljenih nosečnic z duševno motnjo pa naj bi poskušalo storiti samomor (25,26).

Pri nosečnicah z duševnimi motnjami je bilo ugotovljeno povečano tveganje za slabši izid poroda, spontani splav, pogostejši so prezgodnji porodi, več je inštrumentalnih porodov in carskih rezov (27-35). Sicer je težko preceniti, kakšen je neposredni vpliv duševnih motenj na izid nosečnosti, saj so dejavniki tveganja, ki vplivajo na večjo pojavnost duševnih motenj tudi sicer povezani s slabšimi reproduktivnim zdravjem (19,36-37). Vendar pa ti podatki kažejo, da so nosečnice z duševnimi motnjami posebej ogrožena skupina, zato je pomembno njihovo odkrivanje in poostren nadzor ter ustrezno zdravljenje.

Poporodno obdobje

Prvi meseci po porodu predstavljajo predvsem za matere veliko obremenitev, saj okrevajo po porodu, prevzamejo skrb za novorojenčka, pogosto jim primanjkuje spanca in se nasploh prilagajajo na rutino v spremenjeni družini. Psihična nestabilnost je normalna za čas prilagajanja na velike življenjske spremembe. Obstaja pa vedno več dokazov, da je lahko rojstvo otroka tudi vzrok za težave v duševnem zdravju. Najpogostejše duševne motnje v zvezi s poporodnim obdobjem so poporodna otožnost, poporodna psihoza in poporodna depresija (2).

Poporodna otožnost je običajno blaga motnja, ki se pojavi v prvih dneh po porodu in spontano mine. Prizadane okoli 80 % porodnic (2), za Slovenijo bi to pomenilo, da je imelo v letu 2008 izkušnjo poporodne otožnosti več kot 17.000 žensk.

Poporodna depresija prizadane 10-15 % porodnic v prvem letu po porodu, najpogosteje se pojavi v petem tednu po porodu. Pri tretjini do polovici primerov naj bi šlo za hujšo obliko bolezni. Ni še popolnoma jasno ali gre za ločeno obliko motnje od depresije v odraslem obdobju (2, 38-40). Za Slovenijo bi to pomenilo, da je v letu 2008 poporodno depresijo doživelo nekje med 2100 in 3200 žensk, od tega 700 do 1600 v hujši obliki. Nezdravljena ali slabo zdravljena poporodna depresija lahko pomeni začetek ponavljajoče se in kronične depresivne motnje.

Najbolj dramatična duševna motnja je poporodna psihoza, ki se običajno pojavi v prvem mesecu po porodu. Motnja je relativno redka, pojavlja se na 1-2 na 1000 porodnic (2), za Slovenijo za leto 2008 bi to pomenilo 21 - 43 bolnic.

Poporodne duševne motnje so še posebej pogoste pri ženskah, ki so že kdaj v življenju doživele epizodo resne duševne bolezni, bodisi po porodu ali v katerem koli drugem času, ne glede na to, če v nosečnosti niso imele težav in je od epizode duševne bolezni minilo že več let. V tej skupini žensk naj bi se težave po porodu pojavile vsaj pri vsaki drugi ženski (41).

Maternalna umrljivost

Samomor je pomemben, a zaradi stigmatizacije v družbi in nepravilnega poročanja vzrokov smrti velikokrat podcenjen vzrok maternalne umrljivosti (2, 42-44). Še posebno kadar se pojavi kasneje v poporodnem obdobju (več kot 6 tednov po zaključku nosečnosti) (45), pogosto manjka podatek o predhodni nosečnosti, saj le-ta ni prepoznana kot vzročni dejavnik.

V razvitih državah je pogostost samomora med samo nosečnostjo v zadnjih 50 letih upadla, k čemer so prispevali predvsem dostopnost kontracepcije in splava v primeru nezaželene nosečnosti ter zmanjšanje stigme, povezane z nosečnostjo neporočenih žensk (46-47). Drugače pa je s samomorilnostjo po porodu. Včasih je veljalo, da naj bi navezanost na dojenčka delovala kot protektivni faktor pri samomoru (25), vendar novejša študije ugotavljajo, da so stopnje samomorilnosti pri ženskah, ki so nedavno rodile, primerljive stopnjam pri ženskah nasploh (48), pri skupini žensk z resno duševno boleznijo pa naj bi bile stopnje samomorilnosti celo pomembno povečane (49). Proučevanje zgodnje maternalne umrljivosti (do 6 tednov po zaključku nosečnosti) v Veliki Britaniji je pokazalo, da so zunanji vzroki smrti, med katerimi prevladujejo samomori, vsaj tako pogosti kot smrti zaradi hipertenzivnih bolezni v nosečnosti, če pa so vključili še pozne maternalne smrti (do 12 mesecev po zaključku nosečnosti) pa je bil samomor celo najpogostejši vzrok smrti (50). Samomor, skupaj z drugimi smrtmi povezanimi z duševnimi motnjami je v Veliki Britaniji v letih 1997-99 predstavljal 28 % vseh maternalnih smrti (51). Kot kaže, naj bi bil vzrok za dolgoletno napačno prepričanje, da je samomor po porodu redkejši, predvsem v nepopolnih podatkih (52).

V poporodnem obdobju so samomori povezani predvsem s hudo depresijo, poporodnimi psihozami (49) in izpostavljenostjo nasilju (53). Dokončan samomor predstavlja le vrh ledene gore, že misli na samomor in poskusi samomora naj bi bili skoraj 20x bolj pogosti (42). Samomorilni poskus in misli so sicer povezani z nizkim socio-ekonomskim položajem, nižjo izobrazbo, predvsem pa zlorabami v otroštvu (fizično in spolno) ter družinskim in spolnim nasiljem (42,54), kar so podobni dejavniki, kot jih opisujejo v povezavi z duševnimi motnjami.

Dve raziskavi sta pokazali tudi povezanost spontanega splava in umetne prekinitve nosečnosti z večjim tveganjem za misli o samomoru, poskuse samomora in samomor v naslednjem letu, posebno med neporočenimi mladimi ženskami nizkega socio-ekonomskega položaja. Vendar pa ni jasna vzročna povezanost, saj gre lahko za skupni dejavnik tveganja, ki je v ozadju tako depresije kot prekinitve nosečnosti ali pa za depresijo povezano z izgubo nosečnosti (55-57).

Samomor kot vzrok maternalne umrljivosti v Sloveniji

Po letu 2000 smo v Sloveniji izboljšali postopek identifikacije maternalnih smrti in tako se je povečalo število identificiranih maternalnih smrti, predvsem posrednih in kasnih, med katerimi je bilo tudi več maternalnih smrti zaradi samomora. Takšni, sicer ekstremni dogodki so opozorili na obsežnost problema na področju duševnega zdravja v času nosečnosti in poporodnega obdobja nasploh.

V večini primerov je Delovna skupina za proučevanje maternalne umrljivosti podala mnenje, da bi ob upoštevanju določenih ugotovitev in priporočil, ki izhajajo iz analize primerov, nekatere podobne dogodke v prihodnje morda lahko preprečili. Vendar maternalne smrti zaradi samomora sodijo med težje preprečljive, saj so odvisne tako od organiziranosti, kakovosti in dostopnosti zdravstvenega varstva na ginekološko porodniškem področju kot tudi na številnih drugih področjih ter od osveščenosti številnih zdravstvenih delavcev o tej problematiki. Problematika namreč sodi na mejno področje dveh specialnosti - psihiatrije in ginekologije ter porodništva, v njeno reševanje pa so vpleteni tudi številni drugi zdravstveni delavci, kot so družinski zdravniki, pediatri, babice, medicinske sestre.

Na podlagi analize posameznih primerov maternalnih smrti je Delovna skupina za proučevanje maternalne umrljivosti v Sloveniji zaključila, da je potrebno temu področju nameniti večjo pozornost in poglobiti sodelovanje strokovnjakov različnih specialnosti, saj je pri vodenju bolnic za duševno boleznijo/motnjo v času nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja nujno njihovo tesno sodelovanje. Prav tako je skupina izpostavila, da potrebujemo enotne sodobne strokovne smernice in navodila za vodenje že znane duševne bolnice, kot tudi ženske s prvič zaznano simptomatiko duševne bolezni/motnje v času nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja. Ključna je tudi dobra dostopnost do zdravstvenega varstva za vse ženske, aktivno iskanje žensk z večjim tveganjem za duševne motnje in zgodnje odkrivanje ter zdravljenje bolezni. Zato je potrebno redno strokovno izobraževanje vseh, ki so vključeni v skrb za te bolnice. Prav tako pa je nujno osveščanje širše javnosti o problematiki, saj ženske z duševnimi težavami same pogosto ne poiščejo strokovne pomoči in tudi okolica mnogokrat ne prepozna težav in ogroženosti (58).

Vpliv duševnih motenj na razvoj otroka

Številne študije kažejo na to, da duševne motnje pri starših tako v času nosečnosti kot v poporodnem obdobju in v času odraščanja vplivajo na zdravstveno stanje otrok. Duševne motnje pri očetu in njihov vpliv na razvoj otroka so še relativno slabo raziskane, medtem ko je več znanega o povezavi med materino duševno motnjo in vplivom na razvoj otroka.

Duševne motnje matere naj bi se izražale tako v otrokovem duševnem kot tudi telesnem zdravju. Pomemben razlog naj bi bil, da duševna motnja mater ovira, da bi s svojim otrokom razvila ljubeč, skrben in stimulativen odnos, ki je izjemnega pomena. Dokazano je, da imajo otroci mater z duševnimi motnjami v povprečju slabši razvoj na področju čustvovanja, kognitivnih sposobnosti (kasneje spregovorijo, imajo manjši besedni zaklad, nižji inteligenčni kvocient) in socialnih stikov (35,59-60). Pogosto so družine, kjer je prisotna duševna motnja, izpostavljene tudi drugim dejavnikom tveganja kot so slabši socio-ekonomski položaj, nesprejetost, stigmatizacija, nižja izobraženost, pogostejša so tudi zanemarjanja in nasilje (59-61).

Študije kažejo do 4x pogostejše in tudi zgodnejše pojavljanje različnih duševnih motenj (depresije, fobije, paničnih motenj, odvisnosti) pri otrocih staršev z depresijo (62-65). Pri teh otrocih so ugotovili tudi več težjih oblik duševnih motenj, manj pogosto pa so zaradi duševnih težav iskali pomoč (35,62-63). Tudi samomorilnost se pogosteje pojavlja v določenih družinah. Ugotovili so, da imajo potomci mater z anamnezo poskusa samomora večje tveganje za samomorilne misli in poskuse samomora, ki se pri njih pojavijo tudi prej (66).

Težave na različnih področjih funkcioniranja, ki se izražajo že pri otrocih, nosijo posledice v odrasli dobi na področju ekonomske produktivnosti ter v medosebnih in družinskih interakcijah (62,67). Novejše raziskave nakazujejo tudi, da se pri potomcih staršev z depresijo pogosteje pojavljajo druga obolenja, predvsem srčno-žilne bolezni in živčno-mišična obolenja, kjer naj bi bila depresija samostojen dejavnik tveganja (63).

Za zmanjševanje bremena duševnih bolezni in njihovih vseobsegajočih posledic pri otrocih mora biti primarna preventiva uspešno zdravljenje duševnih motenj pri starših, kasneje pa zgodnje odkrivanje bolj dovzetnih otrok in v zadnji fazi učinkovito zdravljenje vseh polno razvitih duševnih motenj (62). To je dodaten argument, da je nujno potrebno zagotoviti ustrezne podporne mreže, ki bodo ogrožene matere dovolj hitro prepoznale in jim nudile ustrezne oblike pomoči.

Zaključki

Tako kot na splošno tudi za reproduktivno zdravje velja, da ni zdravja brez duševnega zdravja. V Sloveniji ženska v povprečju v času nosečnosti opravi deset preventivnih pregledov pri ginekologu, 84 % prvorodnic obišče Šolo za bodoče starše, 99,9 % porodnic rodi v porodnišnici. Po porodu ženski z otrokom pripada šest preventivnih obiskov patronažne medicinske sestre, šesti teden po porodu pa preventivni obisk pri izbranem ginekologu. Na področju perinatalnega zdravstvenega varstva smo v Sloveniji priča vse večji komercializaciji in ponudbi različnih samoplačniških storitev, medtem ko se nekaterim problemom kljub številnim stikom žensk z zdravstvenim osebjem ne posveča zadostna pozornost. To nedvomno velja za težave na področju duševnega zdravja. Če želimo zagotavljati res celovito zdravstveno oskrbo žensk, je nujno uvesti določene spremembe.

Glede na to, da obstaja veliko dokazov o vplivu obporodnih duševnih težav na zdravje matere in otroka, je potrebno duševnemu zdravju v sklopu reproduktivnega zdravja nameniti večjo skrb ter zagotoviti redno strokovno izobraževanje iz teh vsebin za vse strokovnjake, ki so vključeni v skrb za ženske v rodni dobi. Potrebujemo enotne sodobne strokovne smernice za vodenje že znane duševne bolnice, kot tudi ženske s prvič zaznano simptomatiko duševne motnje v času nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja (58). V Sloveniji kljub nekaterim poizkusom ne izvajamo presejanja na duševne stiske v času nosečnosti in v poporodnem obdobju in nimamo izdelane mreže pomoči (68). Presejanje za težave na področju duševnega zdravja je potrebno zato v praksi uveljaviti kot sestavni del predporodnega zdravstvenega varstva, kar je morda ena izmed nalog, ki bi jo lahko prevzele babice. Prav tako je potrebno proučiti možnosti za presejanje na poporodno depresijo ter rešiti probleme pri usmerjanju na nadaljnjo obravnavo (pomanjkanje kliničnih psihologov in psihiatrov z ustreznimi znanji, čakalne dobe), sicer zamujamo številne priložnosti, da bi ženskam v duševni stiski nudili ustrezno pomoč ter s tem dolgoročno vplivali na izboljšanje njihovega zdravja in zdravja njihovih otrok oziroma celotne družine.

Ob tem je pomembna tudi promocija pozitivnega duševnega zdravja in osveščanje žensk ter njihovih partnerjev, zato morajo biti vsebine o duševnem zdravju vključene v promocijska gradiva za bodoče starše in sestavni del predavanj v Šolah za starše. Še posebno pozornost je potrebno nameniti ženskam, ki ne obiskujejo te oblike izobraževanja, ki so manj izobražene in socio-ekonomsko bolj ogrožene.

Viri

1. World Health Organization. Gender and Mental Health. World Health Organization 2002. Pridobljeno 30.9.2009 s spletne strani: http://www.who.int/gender/other_health/en/genderMH.pdf
2. World Health Organization. Mental health aspects of women's reproductive health: a global review of the literature. Geneve: WHO Press, 2009.
3. Urad za enake možnosti. Ob 8. marcu, mednarodnem dnevu žensk. Mar 2009. Pridobljeno 7.8.2009 s spletne strani: <http://www.uem.gov.si/nc/si/splosno/cns/novica/article/1960/1272/>
4. Statistični urad Republike Slovenije. Ženske v Sloveniji. Mar 2009. Pridobljeno 7.8.2009 s spletne strani: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=1497
5. Ule M, Kuhar M. Mladi, družina, starševstvo: spremembe življenjskih potekov v pozni moderni. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 2003.
6. Hanžek M (ed). Human development report Slovenia 1998. Ljubljana: Institute of Macroeconomic Analyses and Development & United Nations Development Programme, 1998.
7. Javornik J, Korošec V (eds). Human development report Slovenia 2003. Ljubljana: Institute of Macroeconomic Analyses and Development & United Nations Development Programme, 2003.
8. Discrimination in Europe Marshal A, Sahin-Dikmen M, The European Opinion Research Group. Discrimination in Europe – Eurobarometer 57.0. The European Commission Directorate General Employment and Social Affairs May 2003.
9. Calhoun M, Calhoun L. The psychological impact of having a handicapped baby. In: Selby J et al., eds., Psychology and human reproduction, New York, The Free Press 1980: 127-144.
10. Kumar R, Robson K. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. Br J Psych 1984; 144: 35-47.
11. Bifulco A, Brown GW, Adler Z. Early sexual abuse and clinical depression in adult life. British Journal of Psychiatry 1991; 159: 115-122.
12. Felitti VJ, Anda RF, Nordenburg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. American Journal of Preventive Medicine 1998; 14: 245-58.
13. Petersen R et al. Violence and adverse pregnancy outcomes: a review of the literature and directions for future research. American Journal of Preventive Medicine 1997; 13(5): 366-73.
14. Pahor M, Novak-Antolič Ž, Zaletel-Kragelj L. Stress burden in women in reproductive age in Slovenia – some causes and consequences. Zdrav vestn 2009; 78: 281-8.
15. Zaletel-Kragelj L, Pahor M, Bilban M. Identification of population groups at very high risk for frequent perception of stress in Slovenia. Cro Med J 2005; 46: 137-45.
16. Černigoj Sadar N. Stres na delovnem mestu. Teorija in praksa 2002; 39: 81-102.
17. Mann J, Apter A, Bertolote J et al. Suicide prevention strategies – a systematic review. JAMA 2005; 294(16): 2064 – 74.
18. UNFPA. Programme of Action of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 Sep 1994. New York, United Nations Population Fund.
19. Patel V, Oommen NM. Mental health matters too: gynaecological morbidity and depression in South Asia. Reproductive Health Matters 1999; 7: 30-8.
20. Da Costa D et al. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. Journal of Affective Disorders 2000; 59: 31-40.
21. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. BMJ 2001; 323: 257–60.
22. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjo G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. Acta Obstet Gynecol Scand 2001; 80: 251–5.
23. Diket AL, Nolan TE. Anxiety and depression: diagnosis and treatment during pregnancy. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America 1997; 24(3): 535-58.
24. Burt VK, Quezada V. Mood Disorders in Women: Focus on Reproductive Psychiatry in the 21st Century. Can J Clin Pharmacol 2009; 16: e-6-e14.
25. Appleby L. Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. BMJ 1991; 302: 137–40.

26. Hirschfeld RM, Keller MB, Panico S, Arons BS, Barlow D, Davidoff F, et al. The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression. *JAMA* 1997; 277: 333–40.
27. Chung TK, Lau TK, Yip AS, Chiu HF, Lee DT. Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosom Med* 2001; 63: 830–4.
28. Paarlberg KM, Vingerhoets AJ, Passchier J, Dekker GA, van Geijn HP. Psychosocial factors and pregnancy outcome: a review with emphasis on methodological issues. *J Psychosom Res* 1995; 39: 563–95.
29. Preti A, Cardascia L, Zen T, Pellizzari P, Marchetti M, Favaretto G, and others. Obstetric complications in patients with depression—a population-based case-control study. *J Affect Disord* 2000; 61: 101–6.
30. Sandman CA, Wadhwa PD, Chicz-DeMet A, Dunkel-Schetter C, Porto M. Maternal stress, HPA activity, and fetal/infant outcome. *Ann N Y Acad Sci* 1997; 814: 266–75.
31. Wadhwa PD, Sandman CA, Porto M, Dunkel-Schetter C, Garite TJ. The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: a prospective investigation. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169: 858–65.
32. Dayan J, Creveuil C, Herlicoviez M, Herbel C, Baranger E, Savoye C, et al. Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labor. *Am J Epidemiol* 2002; 155: 293–301.
33. Orr ST, James SA, Blackmore PC. Maternal prenatal depressive symptoms and spontaneous preterm births among African-American women in Baltimore, Maryland. *Am J Epidemiol* 2002; 156: 797–802.
34. Weinstock M. Alterations induced by gestational stress in brain morphology and behaviour of the offspring. *Prog Neurobiol* 2001; 65: 427–51.
35. Bonari L, Pinto N, Ahn E, Einarson A, Steiner M, Koren G. Perinatal Risk of Untreated Depression During Pregnancy. *Can J Psychiatry* 2004; 49: 726-35.
36. Berer M, Ravindran TK, eds. Safe motherhood initiatives: critical issues. *Reproductive Health Matters*. London: Blackwell Science, 1999.
37. Astbury J, Cabral de Mello M. Women's mental health: an evidence based review. Geneva, World Health Organization, 2000.
38. Cox J, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry* 1993; 163: 27-31.
39. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postnatal depression - a meta-analysis. *International Journal of Psychiatry* 1996; 8: 37-54.
40. Epperson N. Postpartum major depression: detection and treatment. *American Family Physician* 1999; 59(8): 2247-54.
41. Robertson E, Jones I, Haque S, Holder R, Craddock N. Risk of puerperal and non-puerperal (postpartum) psychosis. Short Report. *Br J Psychiatry* 2005; 186: 258-9.
42. Brockington I. Suicide in women. *International Clinical Psychopharmacology* 2001; 16: S7-S19.
43. Radovanovic Z. Mortality patterns in Kuwait: inferences from death certificate data. *European Journal of Epidemiology* 1994; 10(6): 733-736W
44. Graham WJ, Filippi VGA, Ronsmans C. Demonstrating programme impact on maternal mortality. *Health Policy and Planning* 1996; 11(1): 16-20.
45. Yip S-K, Chung TK-H, Lee T-S. Suicide and maternal mortality in Hong Kong. *Lancet* 1997; 350(9084): 1103.
46. Kendell RE. Suicide in pregnancy and the puerperium. *British Medical Journal* 1991; 302: 126-7.
47. Frautschi S, Cerulli A, Maine D. Suicide during pregnancy and its neglect as a component of maternal mortality. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 1994; 47: 275- 84.
48. Oates M. Suicide: the leading cause of maternal death. *British Journal of Psychiatry* 2003; 183: 279-81.
49. Appleby L, Mortensen PB, Faragher B. Suicide and other causes of mortality after postpartum psychiatric admission. *Br J Psychiatry* 1998; 173(9): 209-11.
50. Department of Health. Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths. London, Department of Health 1999.
51. Oates M. Perinatal psychiatric disorders: a leading cause of maternal morbidity and mortality. *British Medical Bulletin* 2003; 67: 219-29.
52. Lewis g (ed). The Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH). Saving Mothers' Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer – 2003-2005. The Seventh Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. London: CEMACH, 2007.
53. WHO The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.
54. Stark E, Flitcraft A. Killing the beast within: woman battering and female suicidality. *International Journal of Health Services* 1995; 25(1): 43-64.

55. Gissler M, Hemminki E, Lonnqvist J. Suicides after pregnancy in Finland, 1987-94: register linkage study. *British Medical Journal* 1996; 313: 1431-4.
56. Gissler M, Hemminki E. Pregnancy-related violent deaths. *Scandinavian Journal of Public Health* 1999; 27(1): 54-5.
57. Reardon DC et al. Deaths associated with pregnancy outcome: a record linkage study of low income women. *Southern Medical Journal* 2002; 95(8): 834-41.
58. Delovna skupina za obravnavo podatkov o maternalnih smrtih. Poročilo o maternalni umrljivosti v Sloveniji v letih 2003, 2004 in 2005. Inštitut za varovanje zdravja RS, 2008.
59. Murray L, Cooper P, eds. *Postpartum depression and child development*. London: The Guilford Press, 1997.
60. Murray L et al. The socioemotional development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1999; 40(8): 1259-71.
61. Ihle W, Esser G, Martin MH, Blanz B, Reis O, Meyer-Probst B. Prevalence, course and risk factors for mental disorders in young adults and their parents in east and west Germany. *Am Behav Sci* 2001; 44: 1918-36.
62. Weissman MM, Warner V, Wickramratne P, Moreau D, Olfson M. Offspring of Depressed Parents: 10 Years Later. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 932-40.
63. Weissman MM, Wickramratne P, Nomura Y, Warner V, Pilowsky D, Verdelli H. Offspring of Depressed Parents: 20 Years Later. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1001-8.
64. Beardslee WR, Gladstone TRG, Wright EJ, Cooper AB: A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: Evidence of parental and child change. *Pediatrics* 2003; 112: 119-31.
65. Beardslee WR: *Out of the darkened room. When a parent is depressed. Protecting the children and strengthening the family*. Boston, New York, London: Little, Brown and Co, 2002.
66. Roselind L, Bronisch T, Hoefler M, Schreier A, Wittchen HU. Maternal Suicidality and Risk of Suicidality in Offspring: Findings From a Community Study. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1665-71.
67. Lewinsohn PM, Thomas OM, Klein DN. Psychosocial Impairment in Offspring of Depressed Parents. *Psychol Med* 2005; 35: 1493-503.
68. Koprivnik P, Plemenitaš A. Zakaj tudi v Sloveniji ne izvajamo presejanja na poporodno depresijo? *Zdrav Vestn* 2009; 78: 261-4.



doc.dr. Mojca Zvezdana Drnovšek

**Duševne motnje v nosečnosti, obporodnem obdobju in v začetku
starševstva**

DUŠEVNE MOTNJE V NOSEČNOSTI, OBPORODNEM OBDOBJU IN V ZAČETKU STARŠEVSTVA

Doc. dr. Mojca Zvezdana Dernovšek, dr. med., spec. psihiater, Psihiatrična klinika Ljubljana, mojca.dernovsek@psih-klinika.si

Ključne besede: duševne motnje, nosečnost, porod

Uvod

Zdravje žensk postaja v zadnjih letih predmet preučevanja, raziskovanja in marketinga. Vladne in nevladne organizacije so vpletene v izboljševanje zdravja žensk tako s programi kot tudi z izboljševanjem formalnih podlag za zdravstveno in socialno varstvo.

V življenju ženske lahko iz reproduktivnega vidika opredelimo vrsto mejnikov – začetek menstruacije, prvi spolni odnos, zanositev(e), nosečnost(i), porod(i) in menopavza.

Laična javnost in strokovnjaki povezujejo prej omenjene mejnike s pojavom psihopatologije. V psihiatrični literaturi najdemo številne sindrome, kjer je posebej opredeljeno, da je nastanek povezan z mejnikom v reproduktivnem ciklusu ženske – poporodna depresija, poporodna psihoza, predmensturalna napetost. Nozološka kategorija posebej poudari povezavo, kajti depresija, psihoza ali napetost lahko nastanejo tudi v drugačnih okoliščinah. Poznamo pa tudi sindrome, ki so izključno vezani na reproduktivne dejavnosti – pseudociesis in hiperemesis gravidarum.(1)

Motnje razpoloženja

Po ocenah nekaterih raziskovalcev naj bi do 80 odstotkov žensk doživelo **poporodno otožnost**, ki jo skušajo pojasniti s hormonskimi spremembami (2). Gre za blago stanje depresije, ki samo mine in se kaže kot jokavost, čustvena labilnost in tesnoba (3).

Poporodna žalost je lahko zelo globoka, zlasti če gre za smrt otroka, za otroka, ki ima težave, oziroma če je bil porod izjemno težak in naporen (4). Ženska lahko razvije jezo do otroka in zato čuti krivdo. Lahko se počuti osramočeno.

Približno 10 odstotkov žensk doživi po porodu pravo **depresivno epizodo** (5). Še vedno ni razčiščeno, ali gre za posebno nozološko obliko depresije ali pa za depresijo (unipolarna depresija, bipolarna depresija), ki se je slučajno pojavila v obporodnem obdobju (6).

Shizofrenski krog psihoz

Tudi za **poporodno psihozo** še ni razčiščeno, ali gre za samostojno entiteto ali le psihozo, ki se je prvič manifestirala po porodu (1). Pogosto je akutno psihotično stanje po porodu zelo dramatično in vključuje blodnje, halucinacije, spremenjeno vedenje in nezmožnost opravljanja vsakodnevnih dejavnosti.

Psihiatrične komplikacije nosečnosti

Pseudociesis je opisal že Hipokrates kot stanje, ko je ženska prepričana o nosečnosti in ima vse simptome ter znake nosečnosti, vključno s slabostmi in povečanjem trebuha. Ne gre za halucinacije ampak se stanje povezuje s *corpus luteum*, ki proizvaja hormone. Tudi psihološke dejavnike ne smemo zanemariti. (1)

Hiperemesis gravidarum pomeni slabost in bruhanje, ki je izraženo v tako hudi meri, da so koncentracije elektrolitov spremenjene, ženska je dehidrirana in ne more uživati dovolj hranil. Nastanek motnje pojasnjujejo s prepletenostjo psiholoških dejavnikov in hormonskih sprememb. (1)

Nesodelovanje pri obravnavi je lahko posledica zanikanja rizičnosti nosečnosti. Ženske lahko med nosečnostjo jemljejo psihoaktivne substance in ogrožajo sebe in fetus, zato zahtevajo posebno pozornost. (1)

Povečana tesnoba med nosečnostjo je pogosta pri ženskah, ki so prebolele motnje hranjenja, saj se telo zelo spremeni in pri ženski povzroči hude stiske. Huda tesnoba je lahko povezana tudi s pričakovanjem poroda, zato se priporoča edukacija. Edukacija pri nekaterih zmanjša tesnobo, pri občutljivih pa jo lahko poveča (7).

Poslabšanje prej pristne duševne motnje je možno v času nosečnosti in poroda, saj se zaradi nosečnosti velikokrat prilagaja ali celo ukinja psihofarmakoterapijo. Odločitev, ali bo ženska med nosečnostjo in porodom brez zdravil ali jih bo jemala, temelji na oceni koristi in tveganja zanjo in za plod.

Zaključek

Neopredeljene nozološke kategorije niso ovira za zdravljenje in obravnavo, ki se ravna po smernicah za posamezne sindrome. Sodelovanje porodničarja in psihiatra ter kliničnega psihologa je ključnega pomena.

Literatura

1. Stotland N. Obstetrics and gynecology. In: Essentials of consultation-liaison psychiatry. Rundell JR, Wise MG, eds. Washington, American Psychiatric Press, 2005.
2. Bagedahl-Strinlund M. Postpartum mental illness: cross-cultural and social anthropological aspects – a review. In: Advances in research in psychosomatics obstetrics and gynecology. Wijma K, von Schoultz B, eds. Park Ridge, New York, 1992.
3. Rosenthal M, O'Grady JP. Affective and anxiety disorders. In: Obstetrics: Psychological and psychiatric syndromes. O'Grady JP, Rosenthal M, eds. New York, Elsevier, 1992.
4. Murray J, Callan V. Predicting adjustment to perinatal death. Br Med Psychol 1988; 61: 237-44.
5. Apfel RJ, Handel MH. Madness and loss of motherhood: sexuality, reproduction and Long term mental illness. Washington, American Psychiatric Press, 1993
6. Hamilton JA. The issue of unique qualities, in postpartum psychiatric illness. A picture puzzle. Hamilton JA, Harberger PN, eds. Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 1992.
7. Walcher W. Results of holistic childbirth preparation. In reproductive life: advances in research in psychosomatic obstetrics and gynecology. Wijma K, von Schoultz B, eds. Park Ridge, New York, 1992.



INŠTITUT ZA VAROVANJE ZDRAVJA
REPUBLIKE SLOVENIJE

as.mag. Lili Steblovnik, prof.dr. Živa Novak Antolič,
as.mag. Marjeta Blinc Pesek

**Prepoznavanje duševnih stisk in motenj v obporodnem obdobju,
vodenje, ukrepanje in usmerjanje**

PREPOZNAVANJE DUŠEVNIH STISK IN MOTENJ V OBPORODNEM OBDOBJU, VODENJE, UKREPANJE IN USMERJANJE

as. mag. Lili Steblovnik, dr. med., spec. gin. in por.,
prof. dr. Živa Novak Antolič, dr. med., spec. gin. in por.,
KO Perinatologija, Ginekološka klinika, Klinični center Ljubljana
E-pošta: Lili.steblovnik@mf.uni-lj.si, Ziva.novak@guest.arnes.si

As. mag. Marjeta Blinc Pesek, dr. med., spec. psihiatrije
Psihiatrična ordinacija Rudnik d.o.o.
psih.ord.r@siol.net

Ključne besede: duševna stiska, nosečnost, poporodno obdobje

Del vsake nosečnosti sta strah pred porodom in pred prirojenimi napakami ploda, del poporodnega obdobja pa strah pred lastno nesposobnostjo. Ti znani strahovi so podlaga za nastanek hujših duševnih stisk in motenj, če so pridruženi še sprožilni dejavniki iz anamneze, vzgoje, socialnega stanja nosečnice, somatska osnova – bolezen nosečnice, ploda, smrt.

Pri premagovanju duševnih stisk in preprečevanju razvoja ter poglobljanju motenj je poleg podpore najbližjih, partnerja in družine pomembna dostopnost in občutljivost izbranega ginekologa. Zdravstveno varstvo predvideva vsaj osem obiskov nosečnice v posvetovalnici. To pomeni vsaj osem pogovorov z ginekologom.

Osebni stik, pogovor in zaupanje nosečnice omogočajo ginekologu pravočasno odkrivanje sprememb v počutju, ki se izrazijo v duševni motnji. Ginekolog mora biti na pojav psihičnih sprememb pozoren ter nosečnico tudi neposredno in odkrito povprašati o že znanih psihiatričnih motnjah.

Mlajši ginekologi, ki so imeli v specializacijo vključeno izobraževanje iz psihosomatike, so s problematiko bolj seznanjeni in senzibilni.

PROBLEMI: Čas, ki je namenjen rutinskemu pregledu nosečnice, je za pogovor o duševni stiski prekratek. Možna rešitev je v udejanjanju zakonske predloge, da do štiri preglede v nosečnosti naredi babica.

Resna duševna stiska ostane nespoznana zaradi splošno sprejetega »normalnega strahu pred porodom in prirojenimi napakami pri plodu«. Pričakovano je, da bo nosečnica psihično labilna, jokava, utrujena, nespečna.

Zaradi strahu pred stigmatizacijo ali napačne ocene nevarnosti za nosečnost nosečnica ne pove za že zdravljenе psihiatrične bolezni.

Dostopno orodje za prepoznavanje duševnih stisk in motenj v nosečnosti je vprašalnik SZO/EURO lestvica dobrega počutja, objavljena v Materinski knjižici. Ginekolog naj bi nosečnico že pri prvem pregledu opozoril na izpolnjevanje ter možnosti pomoči.

Na slovenskem vzorcu je bila narejena tudi raziskava uporabe presejalnega vprašalnika EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) za presejanje poporodne depresije. V raziskavi je 21% porodnic izpolnjevalo pogoje za poporodno depresijo.

PROBLEMI: Večina ginekologov nosečnic ne opozori na vprašalnik, nosečnica si ne upa sama izpolnjevati Materinske knjižice.

Nosečnica vprašalnika ne vidi, lokacija vprašalnika je za poporodnim pregledom.

V knjižici, ki je priložena Materinski knjižici (Česar morda še niste vedeli) in vsebuje informacije o nosečnosti, porodu in poporodnem obdobju, ni navedbe pogostnosti duševnih motenj, znakov ter možnih načinov pomoči.

Zaradi strahu pred stigmatizacijo duševna motnja v Materinski knjižici velikokrat ni navedena.

V idealnih razmerah ginekolog ob prvem pregledu v nosečnosti vzame anamnezo tudi s podatki o duševnih boleznih in išče dejavnike tveganja za razvoj nosečnostnih bolezni ter prirojenih bolezni ploda. S socialno anamnezo zajame večino že obstoječih dejavnikov tveganja za razvoj duševne stiske in motnje. Nosečnico (porodnico), ki nima znanega psihiatričnega obolenja, ima pa visoko tveganje za pojav duševne stiske, opozorimo na možnost pomoči in jo napotimo h kliničnem psihologu. Ta oceni potrebo po napotitvi k psihiatru ali vključitvi nosečnice (porodnice) v druge načine pomoči (avtogeni trening, skupine, individualni pogovori). Izkazalo se je, da bi nosečnice z razvijajočo se duševno stisko raje obiskale kliničnega psihologa ali psihiatra v ambulanti na Ginekološki kliniki kot v okviru Psihiatrične bolnice. Redke nosečnice brez znane psihiatrične motnje imajo tako izrazite duševne težave, da jih napotimo neposredno k psihiatru.

Ves čas nosečnosti psiholog, psihiater in ginekolog sodelujejo v dobro ploda in nosečnice (matere in otroka).

PROBLEMI: Dostopnost kliničnega psihologa. V Sloveniji jih je premalo, specializirana sta dva v terciarnih centrih. V Ljubljani nimamo ambulate kliničnega psihologa in neposredna napotitev nosečnice z napotnico ni možna. Obravnava temelji na osebnem dogovoru ginekologa s klinično psihologinjo ali pa je prepuščeno nosečnici, da si sama organizira pregled (pokliče po telefonu in dogovori za termin).

Premalo je psihiatrov, ki bi se ukvarjali z nosečnicami. Psihiatri so prezasedeni, nosečnost pa nujno stanje z dinamičnimi spremembami. Komunikacija med ginekologom in psihiatrom ambulantno je preslaba.

Zaradi spreminjanja socialnega okolja (pojav gospodarske krize) se pojavljajo novi sprožilni dejavniki duševnih stisk. Na primer pritiski delodajalca na nosečnico za dolgoročni bolniški stalež, ker prerazporeditev na lažje, nosečnici primerno delovno mesto ni možna, ter na drugi strani nestrinjanje ginekologa ter Zdravstvene zavarovalnice z bolniškim staležem.

Stresna so tudi razočaranja nosečnice, ker ne zmore ustrezati umetno ustvarjenim idealom o krasni, brezskrbni in zdravi nosečnici.

Vse pogostejši je tudi strah pred stikom z zdravstvenim sistemom – v javnosti spodbujan strah pred neustreznim ravnanjem zdravstvene službe ob porodu. Rojevati prihajajo nosečnice s strahom, da jih bomo v porodnišnici pohabili oziroma jih zdravili in vodili porod proti njihovi volji. Na porod nepripravljena in prestrašena nosečnica bo imela nanj neprijeten spomin, težko se bo spopadla z bolečino, ki je do določene mere, ne glede na način poroda, prisotna.

Strah pred porodom (neznanim), ki je vzrok napetostim, rezultira v neprijetnem spominu na porod in občutku nesposobnosti ter pogloblja poporodno depresijo.

Teoretično je stika nosečnice z zdravstveno službo za prepoznavanje duševnih stisk in motenj v nosečnosti in poporodnem obdobju dovolj, razen pri zelo redkih nosečnicah, ki ne pridejo na pregled v nosečnosti.

Bolno nosečnico, ki je hospitalizirana v terciarni ustanovi, ob prvih znakih duševnih motenj napotimo h klinični psihologinji, ki nudi ustrezno pomoč. Navadno gre za nosečnice, ki so zaradi narave bolezni dolgo časa hospitalizirane. Kliničnega psihologa rutinsko vključimo v obravnavo nosečnic, ki so prezgodaj rodile ali pa smo pri njih odkrili napako v razvoju ploda.

PROBLEMI: Manjše porodničnice nimajo kliničnega psihologa niti v relativno kratkem času dostopnega psihiatra.

Hospitalizacija po porodu se je skrajšala na tri dni in ne zajema več obdobja, ko se pojavljajo prvi znaki poporodnih duševnih motenj. Porodnice so odpuščene domov z začetnimi znaki ali še brez njih. Tako je prepoznavanje poporodnih duševnih motenj popolnoma odvisno od pozornosti partnerja in družine. Pomembno vlogo v tem obdobju ima tudi patronažna sestra, ki porodnico obiskuje in lahko napoti h ginekologu ali splošnemu zdravniku.

Kadar posumimo na razvijajočo se duševno motnjo pri nosečnici ali porodnici, jo seznanimo z možnimi viri pomoči. Glavna pot vodi od ginekologa h kliničnem psihologu in psihiatru. Odstraniti skušamo sprožitelje duševne stiske in vključiti družino.

PREDLOGI:

- *Učinkovito presejanje: spodbujanje nosečnic in porodnic k izpolnjevanju vprašalnika dobrega počutja (z večjimi črkami naj se doda, naj ga izpolnjuje sama in večkrat!); spodbujanje k izpolnjevanju vprašalnika EPDS ali drugačno presejanje pojava duševne motnje po porodu.*
- *Komunikacija ginekolog/porodničar - nosečnica: ginekolog (babica naj izvaja nekatere preglede) naj bo pozoren na pojav duševnih motenj. Ob jemnju anamneze naj nosečnico naravnost in jasno vpraša o psihiatričnih obolenjih in jih zabeleži v Materinsko knjižico.*
- *Izboljšati komunikacijo med ginekologom/porodničarjem, psihologom in psihiatrom.*
- *Izobraževalni materiali: v knjižico, priloženo MK, dodati informacijo o pogostnosti duševnih motenj v nosečnosti, informacijo o prvih znakih ter navodila za ukrepanje ob pojavu. Dostopni naj bodo tudi drugi materiali, namenjeni obveščanju laične javnosti.*
- *Klinični psiholog: izboljšati dostopnost kliničnih psihologov, uvedba redne ambulante (mehak prehod od pogovora z ginekologom k psihiatrom).*
- *Preprečevati strah pred stikom z zdravstveno službo in strah pred porodom, zvišati zadovoljstvo porodnic ob stiku z zdravstveno službo.*
- *Podpirati delovanje skupin s samopomočjo.*
- *Izobraževanje: stroka - psihosomatika naj bo del izobraževanja ginekologov, psihiatrov, splošnih zdravnikov ter medicinskih sester.*

PRIKAZ PRIMERA

Bolnica A prihaja v 30. tednu nosečnosti. Pove, da je sama kriva, da si je sama povzročila depresijo.

Štiri tedne pred obiskom v naši ordinaciji je bila poslana v bolniški stalež zaradi sladkorne bolezni.

Težave so se začele pred nekaj meseci.

Po treh neprespanih nočeh je postala zelo anksiozna, premišljevala je lahko le o tem, da je z njo kaj narobe in da nespanje lahko škoduje otroku. Zato se je odpravila na CIP, k psihiatru, kjer je dobila antidepresiv Coaxil. Po navodilih je začela jemati zdravilo, vendar učinka ni bilo takoj. Pojavila pa se je dodatna skrb, da z zdravilom škoduje otroku. Anksioznost se je stopnjevala.

Potek bolezni:

- Začetek nosečnosti z blago depresijo in zaskrbljenostjo (osebnostne poteze).
- Oče je februarja doživel zastoj srca.
- V nosečnosti 26 tednov, po ugotovitvi sladkorne bolezni, štiri noči ni spala, poiskala je pomoč na CIP, dobila antidepresiv (sertralin, ki ga je jemala tri tedne).
- Naslednji dan KOMZ, dobi še kvetiapin (krepijo se misli, da je sama povzročila težave, da škoduje otroku).
- Ponovno KOMZ, zaradi suicidalnosti so jo poslali v KOKP, tam po 24 urah premeščena na KOMZ- EKI, tam 14 dni. Dobivala olanzapin 5 mg.
- Prekine s terapijo in po nekaj dneh pride v obravnavo v našo ordinacijo.
- Psihoterapevtsko vodena vsakih nekaj dni, prejema duloksetin 120 mg zjutraj in olanzapin 10 mg zvečer.
- V nosečnosti 33 tednov se ultrazvočno plod normalno razvija, odleže ji za nekaj ur, nato se spet ponavljajo samoobtoževalne misli, hud nemir, že monoideja.
- Po štirih tednih zdravljenja se v dogovoru s porodničarji odločimo za sprožitev poroda v 38. tednu nosečnosti.

Otrok je zdrav, veliko spi. Zdaj je star tri mesece, se lepo razvija. Ob stalni medikamentozni terapiji in psihoterapevtskem vodenju mati mesec dni po porodu doseže remisijo. Uspela je razviti primeren čustven odnos s sinom.

RAZPRAVA

Poporodne psihoze so heterogena skupina motenj. Psihoteični simptomi lahko nastajajo postopoma, prek pojačane anksioznosti. Te motnje sodijo med urgentna stanja in zahtevajo takojšen pregled pri specialistu in uvedbo ustrezne terapije. Pogosto, vendar ne vedno je potrebna hospitalizacija bolnice.

V Veliki Britaniji, Franciji in še ponekod po Evropi in ZDA obstajajo specializirani oddelki za matere z otroki, kjer je ob podpori osebja možno sobivanje matere z otrokom tudi v fazi zelo hude depresije ali psihoze. V našem primeru zaradi zelo dobrega sodelovanja bolnice in njenega partnerja, ki je nudil stalno oporo in nadzor v kriznih trenutkih, hospitalizacija v poporodnem obdobju ni bila potrebna. Zaradi dobrega sodelovanja s porodničarji je bil porod sprožen v najprimernejšem času, otrok ni utrpel škode, materi pa bi se z nadaljnjim čakanjem

lahko zaradi močnih občutkov krivde ob jemanju medikamenta lahko stanje močno ali celo kritično poslabšalo.

Tudi kadar motnja ne zahteva hospitalizacije, sta zelo pomembni opora in skrb svojcev – partnerja, staršev ali pomembnih drugih, ki jih moramo primerno izobraziti. Občasno sta potrebni tudi družinska ali partnerska psihoterapija.

Poporodna psihoza zahteva medikamentozno zdravljenje z ustreznim antipsihotikom ali kombinacijo zdravil. Dojenje se odsvetuje.

Tveganje nezdravljene perinatalne psihoze:

- Škoda za mater zaradi slabe skrbi zase, pomanjkljive porodniške oskrbe, slabe presoje in impulzivnosti.
- Škoda za plod in novorojenčka (od zanemarjanja do infanticida).
- Mentano zdravje matere vpliva na dobro počutje ploda, izid poroda in razvoj otroka.

Zelo pomembno je, da se dá tudi poporodno depresijo dobro zdraviti. Zdravljenje je odvisno od tipa simptomov in resnosti težave. Če je depresija resnejša, tako da močneje ovira vsakodnevno funkcioniranje bolnice in trajajo simptomi dlje kot dva tedna, je vsekakor priporočljiv obisk strokovnjaka. Potreben je natančen pogovor, nato pa ustrezno zdravilo, najbolje v kombinaciji s psihoterapijo.

Tveganje nezdravljene perinatalne depresije:

- Škoda za mater zaradi slabe skrbi zase, pomanjkljive porodniške oskrbe, samopoškodb.
- Škoda za plod in novorojenčka (od zanemarjanja do infanticida).
- Mentano zdravje matere vpliva na fetalno dobro počutje, izid poroda in razvoj otroka.
- Možnost slabe navezanosti med materjo in otrokom (bonding).

ZAKLJUČEK

Nezdravljena depresija ima lahko hude posledice tako za mater kot za otroka in družino kot celoto.

Zelo pomembna je preventiva poporodne depresije. Posebno pozornost zaslužijo matere, ki so jo že prebolele, saj je med njimi pogostejša, čeprav ni nujno, da se pri naslednjih porodih ponovno pojavi. Pomembna je tudi priprava na porod in starševstvo. V tečajih za mlade starše, ki jih obiskuje vse več staršev, se še vedno premalo pozornosti posveča psihološkim spremembam v družini, ki pa so vsaj tako velike kot fiziološke. Nov družinski član zahteva čustveno zrelost in pripravljenost na spremembe.

Zelo koristne so podporne skupine za mlade matere, v katerih se zavejo, da s svojimi težavami niso same. Druga drugi so v oporo, izmenjujejo si izkušnje, razvije se občutek solidarnosti in tudi globlja povezanost.

Sodelovanje med ginekologi, porodničarji in psihiatri je ključnega pomeni pri preventivi, diagnostiki in zdravljenju perinatalnih duševnih motenj.

Literatura

1. Pajntar M. Psihosomatski vidiki nosečnosti in poroda. In: Pajntar M, Novak Antolič Ž ed. Nosečnost in vodenje poroda, Ljubljana, Cankarjeva založba, 2004:121-8.
2. Koprivnik P, Plemenitaš A. Zakaj tudi v Sloveniji ne izvajamo presejanja na poporodno depresijo. Pismo uredništvu. Zdrav Vestn 2009;78:261-4.
3. Ličina M. Duševne motnje v nosečnosti, puerperiju in laktaciji. Zbornik: NA stičiščih psihiatrije in ginekologije. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje;1999.
4. Koprivnik P, Plemenitaš A. Pojavnost depresij v poporodnem obdobju v slovenskem vzorcu. Med Razgl 2005;44:139-45.
5. Brockington I. (1996). Motherhood and Mental Health. New York: Oxford University Press.



prim. Tanja Blejec, Maruša Strgulc

**Vodenje nosečnosti, poroda, poporodnega obdobja ob znani
duševni bolezni/motnji matere**

VODENJE NOSEČNOSTI PORODA POPORODNEGA OBDOBJA OB ZNANI DUŠEVNI BOLEZNI MATERE

Prim. Tanja Blejec, dr. med., specialistka ginekologije in porodništva, in Maruša Strgulc, dr. med., specializantka ginekologije in porodništva, Porodnišnica Ljubljana

Uvod

Nosečnost je lahko stresno obdobje. Stres je izražen predvsem v prvem trimesestru, ko so v ospredju strah, ali bo otrok zdrav, vprašanja o sposobnosti biti mama in socialne dileme pri skrbi za otroka. Drugo tako obdobje je tik pred porodom zaradi strahu pred bolečino in možnimi zapleti poroda. Zaradi stresnih dejavnikov se lahko ponovi ali poslabša tudi preeksistentna motnja v duševnem zdravju ali pa se ta pojavi na novo. Anderson in sodelavci so pokazali, da je v ZDA prevalenca duševnih motenj v nosečnosti 14%. Zato je pomembna dobra anamneza pri prvem ambulantnem obisku nosečnice. Takrat, še bolje pa ob prvem stiku z žensko, ki jo vodimo v ambulantni primarne ravni, je treba v anamnezo vključiti tudi vprašanja o duševnem zdravju. Pomembni so podatki o preteklih in sedanjih težavah, ki jih lahko povežemo s shizofrenijo, z depresijo, bipolarno motnjo ter s pojavom poporodnih depresij ali psihoz po prejšnjih nosečnostih. Pomemben je tudi podatek o potrebni terapiji zaradi duševnih težav (medikamentozno zdravljenje, psihoterapija, hospitalizacije). Duševno zdravje je treba vključiti tudi v družinsko in socialno anamnezo, saj slab socialni položaj in težave v družini (primarni ali sekundarni) pogosto vodijo do motenj duševnega zdravja. Dejavniki tveganja za resne duševne bolezni nosečnice so: predhodnja duševna motnja, družinska obremenitev z duševno motnjo, slaba porodniška in reproduktivna anamneza, nosečnice z anamnezo spolne zlorabe, zlorabe drog, podatki o nasilju v družini, starejše prvorodnice, dejavnik tveganja je tudi višji socialni status.

Znano je, da je večina duševnih bolezni genetsko vezanih, terapija, ki je potrebna za stabilizacijo duševno bolnih nosečnic, pa je pogosto teratogena, zato je v zgodnji nosečnosti potrebno genetsko svetovanje o možnih stranskih učinkih zdravil na plod ter o možnem prenosu duševne bolezni na potomce (1, 2, 3, 7).

Vpliv nosečnosti na duševne motnje

Na poslabšanje oziroma prvi pojav duševne motnje v nosečnosti vplivajo tako spremenjeno hormonsko stanje ženske kot stresni dejavniki, ki jih nosečnost kot taka prinaša. Dokaz, da imajo na duševno zdravje hormoni velik vpliv, sta prav gotovo predmenstrualni sindrom – PMS in povečana pojavnost depresije v menopavzi. Slednjo zdravimo z estrogenom, ki je serotoninski modulator. Vsaka nosečnica pa doživlja čustvene in psihološke spremembe tako med nosečnostjo kot v poporodnem obdobju. V prenatalnem obdobju so pogosti mešani občutki o sami nosečnosti, poveča se čustvena labilnost. V prvem trimesečju so »normalni« blagi depresivni simptomi, lahko se pojavijo obsesivne misli glede varnosti otroka. V tretjem trimesečju se pojavi strah pred porodom. Po porodu so za prvih 24–48 ur značilni vznesenost, razburjenje, nespečnost, čezmerna aktivnost. V tem času je pomembno, da otročnici zagotovimo mir in počitek. Tretji do deseti dan po porodu sledi padec razpoloženja, ki lahko traja tudi do dva tedna po porodu. Otročnica takrat postane jokajoča in čustveno labilna, lahko doživlja blage napade panike, ima težave s samopodobo, obdajajo jo občutki krivde in nesposobnosti. Vsi ti simptomi so normalen del nosečnosti in poporodnega obdobja, tako da je novonastale duševne motje včasih težko prepoznati. Spremembe v ravni hormonov in drugi stresni dejavniki med nosečnostjo pa vplivajo tudi na preeksistentne duševne motnje, ki so

bile pred nosečnostjo že izražene oziroma zdravljene, in pa na tiste, ki se bodo v nosečnosti šele prvič pokazale (2, 7).

Bipolarna motnja – star izraz je manično depresivna psihoza. Gre za motnjo v delovanju možganov, ki povzroča nepredvidljiva nihanja razpoloženja. Ljudje z bipolarno motnjo nihajo iz čustveno povišanega stanja veselja (manije) v čustveno stanje depresije.

Incidenca bipolarnе motnje, ki se na novo pojavi v nosečnosti, ni znana. Relapsi so pogosti predvsem, če nosečnica preneha jemati stabilizatorje razpoloženja. Relaps je lahko maničen, depresiven ali mešan. Študije so pokazale, da prenehanje jemanja litija, ki je eden od stabilizatorjev razpoloženja, ne poveča možnosti relapsa v primerjavi s kontrolno skupino nenosečih žensk, močno pa se poveča število relapsov v puerperiju (70 proti 24%). Če se relaps pojavi v času nosečnosti, je to običajno v prvem trimestru in gre za depresivno epizodo. Treba jo je zdraviti s stabilizatorji razpoloženja in ne z antidepressivi, ki lahko nihanje razpoloženja še povečajo. Antidepressivi so lahko dopolnilo k zdravljenju.

Terapija bipolarnе motnje so stabilizatorji razpoloženja, kamor spadajo litij in antikonvulzivi (karbamazepin in valproat), po potrebi se v terapijo doda še antidepressive in antipsihotike (7). Randomiziranih študij o uporabi stabilizatorjev razpoloženja v nosečnosti ni. Pri pacientki z znano blago obliko bipolarnе motnje pred zanositvijo ali tik po njej ukinemo terapijo in jo nadaljujemo po prvem trimestru, torej po končani organogenezi ploda. Pri znani hudi obliki bipolarnе motnje pa zdravljenja ne smemo prekinjati, zato je potrben natančen pregled morfolojije ploda s poudarkom na fetalnem ehokardiogramu in CŽS, ker litij poveča možnost srčnih napak (Ebsteinova anomalija – prirojena anomalija trikuspidalne zaklopke z defektom interatrijskega septuma, 1/20000 v splošni populaciji v primerjavi z 1/1000 pri plodovih, izpostavljenih litiju) in nepravilnosti pri zapiranju nevralne cevi. Za preventivo pred okvarami nevralne cevi mora nosečnica jemati folno kislino, in to vso nosečnost 4mg/dan (to velja tudi pri jemanju antipsihotikov). Pri terapiji z litijem v nosečnosti je treba nadzirati tudi funkcijo ščitnice pri materi, saj je hipotireoza stranski učinek takšne terapije. Ščitnične hormone kontroliramo na tri do šest mesecev, da preprečimo nastanek plodove golše, ki je najpogostejša v drugem in tretjem trimestru. Drugi stranski učinki litija na nosečnico pa so: neurogeni diabetes insipidus, tremor, utrujenost in sedacija.

V nosečnosti je treba zaradi povečane glomerulne filtracije prilagoditi dozo litija. Običajna doza je med 900 in 1200mg/dan. Terapevtsko območje litija pa je med 0,6 in 1,0mEq/l (toksičnost se pojavi nad 1,2mEq/l). Med porodom se močno zniža klirens litija, zato je treba takrat odmere zmanjšati in kontrolirati raven litija v krvi. Zdravila ne smemo ukiniti, saj s tem tvegamo relaps v poporodnem obdobju, ki se pojavi v kar polovici primerov. Dojenje je ob terapiji z litijem kontraindicirano. V Sloveniji litija v nosečnosti ne uporabljamo.

Od drugih antikonvulzivov za zdravljenje bipolarnе motnje uporabljamo karbamazepin in valproat, ki sta teratogena. Oba povzročata srčne nepravilnosti, napake v razvoju nevralne cevi, kraniofacialne defekte, mikrocefalijo, zastoj rasti ploda, razcep neba in ustnice, defekte okončin in anomalije spolovil. Za preprečevanje defektov nevralne cevi je treba jemati 4 mg

folne kisline na dan od treh mesecev pred zanositvijo do konca nosečnosti, v drugem trimestrju pa je potreben natančen pregled morfologije ploda. Nekateri avtorji svetujejo še določitev nivoja α -fetoproteina (3, 6, 7).

Če se simptomi bipolarni motnje prvič pojavijo v nosečnosti, pri hipomaniji začnemo terapijo z benzodiazepini, nato pa po potrebi dodamo stabilizatorje razpoloženja, antipsihotike ali antidepresive. Včasih je potrebna tudi hospitalizacija. Terapija duševne motnje je v domeni psihiatra, potrebno je dobro sodelovanje med psihiatrom in porodničarjem, saj se tem pacientkam stanje lahko zelo hitro poslabša; postanejo impulzivne, se neracionalno vedejo ter so pogosto samomorilne, ne hodijo na redne preglede v nosečnosti in niso sposobne razumevanja osnovnih navodil. V zdravljenje se morajo vključiti tudi svojci (3).

Shizofrenija – je po Bleulerju endogena psihoza mlajšega starostnega obdobja (med 25. in 34. letom starosti), ki poteka z remisijami. Osnovni simptomi se pojavljajo pri mišljenju, čustvovanju in hotenju. Spremljajo jo lahko slušne halucinacije in blodnje. Shizofrenija se v nosečnosti redko pojavi na novo. Pojavnost je veliko večja v poporodnem obdobju. Nosečnicam, ki že imajo shizofrenijo, pa se bo stanje med nosečnostjo poslabšalo, zato potrebujejo več psihiatrične podpore kot tiste z bipolarno ali depresivno motnjo (3). Psihiater mora še pred zanositvijo svetovati glede sposobnosti za starševstvo, kajti shizofrenija v času relapsa močno zmanjša sposobnost za primerno oskrbo otroka (7).

Terapija shizofrenije so antipsihotiki, ki jih delimo na konvencionalne (klorpromazin, haloperidol) in atipične (risperidon, olanzapin). Oboji so teratogeni. Nekatero študije so celo pokazale, da shizofrenija sama podvoji možnosti za strukturne nepravilnosti pri plodu, ne glede na izpostavljenost zdravilom. Izpostavljenost konvencionalnim antipsihotikom *in utero* po rojstvu povzroči sedacijo, tahikardijo, hipertonus, funkcionalno obstrukcijo črevesja in neonatalno zlatenico, zaradi učinkov na GIT navajajo tudi težave pri hranjenju (4, 5). Tudi za atipične antipsihotike je značilno, da prehajajo skozi placento. Povezava med jemanjem teh zdravil in povečano incidenco mrtvorodenosti, prezgodnjega poroda, strukturnih nepravilnosti pri otrocih ali pogostejših splavov ni bila dokazana. Tudi študij o dolgoročnih vplivih na razvoj živčevja ni. Pomembno pa je, da pod nadzorom psihiatra v tretjem trimesečju nosečnosti znižamo dozo antipsihotika in s tem raven antipsihotika, ki preide v novorojenčkovo kri. Tako bomo preprečili vsaj del ekstrapiramidnih in antiholinergičnih stranskih učinkov. Dojenje je kljub terapiji priporočeno zaradi boljše navezanosti mame na otroka (3, 7).

Depresija – je duševna motnja, za katero so značilni žalostno razpoloženje, potrtnost, pesimizem, obupanost, pomanjkanje notranjih spodbud, včasih so prisotna tudi tesnobna in samomorilna nagnjenja (6). Depresija z elementi psihoze se pojavlja predvsem pri nosečnicah, ki imajo predhodno dlje trajajoče obdobje nezdravljene depresije. V nosečnosti se lahko v okviru depresije pojavijo tudi paranoidne epizode. Halucinacije so zelo redke. Pri nosečnicah z znano predhodno depresivno epizodo je od 20- do 33-odstotno tveganje za razvoj depresije v poporodnem obdobju. Če je v anamnezi depresivna epizoda v poporodnem obdobju, pa je možnost ponovitve kar 50-odstotna. Nekateri avtorji priporočajo profilaktično

terapijo (7). Terapija depresije so antidepresivi. Triciklični antidepresivi niso škodljivi za otroka niti niso kontraindikacija za dojenje. SSRI – selektivni inhibitorji ponovnega prevzema serotonina niso tako varni, saj so povezani s strukturnimi nepravilnostmi pri plodu, prezgodnjim porodom in nizko porodno težo. V primeru paranoidnih epizod je poleg antidepresiva potreben še antipsihotik (3, 7).

Vpliv duševne motnje na nosečnost

V Kaliforniji je bila narejena retrospektivna študija, ki je zajela 500 tisoč rojstev. Primerjali so izhode nosečnosti pri ženskah z motnjami v duševnem zdravju in brez njih. Pri prvih je bil ugotovljen le minimalen porast prezgodnjih porodov in nekoliko več otrok, ki so bili majhni za gestacijsko starost (2). Puerperij, poporodno obdobje, je za razliko od nosečnosti veliko bolj tvegan za razvoj duševnih motenj, povezanih s psihozami. To je obdobje, ko je ženska v največji nevarnosti za razvoj psihoze v svojem življenju nasploh – če je k psihozi nagnjena.

Pojav ali relaps duševne motnje v nosečnosti predstavlja urgentno stanje.

Nobenih dokazov ni, da bi nezdravljena duševna motnja škodovala razvoju otroka. Nevarnost za plod predstavlja prevsem alkohol in droge, ki jih nosečnice v času psihoze zaužijejo (3). Nosečnice z duševno motnjo se pogosto poslužujejo benzodiazepinov. Splošen konsenz je, da ti niso teratogeni, kljub temu da so jih včasih povezovali s povečano pojavnostjo razcepa neba in ustnice. Če nosečnica jemlje benzodiazepine v prvem trimesečju, se priporoča natančen UZ pregled ploda, da se izključi ali potrdi prisotnost razcepa neba oziroma ustnice. Pri uporabi benzodiazepinov tik pred porodom pri novorojencu lahko nastane odtegnitveni sindrom, ki se kaže s hipotonijo, hipotermijo, apnejo, razdraženostjo, tremorjem in težavami pri hranjenju (5).

Duševne motnje so genetsko vezane (40–70% tveganje pri monozigotnih dvojčkih, 5–10% pri sorodnikih v prvem kolenu v primerjavi z 0,5–1,5% možnostjo pri splošni populaciji), zato je potrebno genetsko svetovanje zaradi možnosti prenosa bolezni na potomce (3).

Zaključek

Obravnava nosečnice z duševno motnjo je pomemben del predporodnega varstva, saj lahko ključno vpliva na izhod nosečnosti in potek duševne motnje pri nosečnici oziroma materi. Za dobro obravnavo je ključno timsko delo, v katerem sodelujejo psihiater, porodničar, klinični psiholog in seveda tudi svojci.

Literatura

1. Tomson D., Pilling M., Blake F., Burbeckatal R. et al. Antenatal and postnatal mental health, The national guideline on clinical management service guidance. London: The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2007.
2. Cunningham F. G., Leveno J. K., Bloom S. L., Hauth J. C., et al. Williams obstetrics. 22th ed. New York, 2005: 1242-45
3. Lusskin S. I., Misri S., Lockwood C. J., Schwenk T. J. Bipolar disorder, schizophrenia and psychotic depression in pregnant and postpartum women. Prodobljeno s spletne strani 3. 8. 2009: <http://www.uptodate.com>
4. Altshuler L. L., Colen L., Szuba M. P. et al. Pharmacologic management of psychiatric illness during pregnancy: dilemmas and guidelines. AmJPsychiatry 1996;153:592
5. Briggs G., Freeman R. K., Yaffe S. J. Drugs in pregnancy and lactation, 6th ed, Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia, PA2002
6. Kališnik M., Jezeršek P., Klun B., Sket D. et al. Slovenski medicinski slovar. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 2002
7. Campbell S., Lees C. Psychiatric disorders in pregnancy and puerperium. V: Obstetrics by ten teachers. 18ed. Manchester 2006: 300-3



doc.dr. Milan Ličina

**Vodenje nosečnosti, poroda, poporodnega obdobja ob znani
duševni bolezni/motnji matere – klinične izkušnje**

VODENJE NOSEČNOSTI, PORODA, POPORODNEGA OBDOBJA PRI ZNANI DUŠEVNI MOTNJI MATERE (KLINIČNE IZKUŠNJE)

Doc.dr. Milan Ličina, dr. med., Psihiatrična klinika Ljubljana, milan.licina@psih-klinika.si

Želja po otroku in materinstvu je ena od najglobljih želja pri ženski, tudi pri ženski, ki boleha za določeno duševno motnjo.

Sodelovanje med Ginekološko in Psihiatrično kliniko v Ljubljani na tem področju poteka od začetka 80 let p. st., s poudarkom na proučevanju depresij v poporodnem obdobju. V Psihiatrični kliniki Ljubljana se je formirala skupina zdravnikov in kliničnih psihologov, ki so raziskovali to področje. Skupina je na njem naredila »prve korake« in ga nekoliko detabuizirala. Področja strokovnega zanimanja na tem področju so:

1. Spremljanje vseh bolnic, ki so v Psihiatrično kliniko Ljubljana sprejete zaradi poporodnih duševnih motenj – predvsem poporodnih psihoz.
2. Spremljanje in ambulantno vodenje žensk, pri katerih so se pojavile duševne motnje med nosečnostjo in po porodu.
3. Posebna pozornost je posvečena rizičnim skupinam:
 - a) adolescentnim materam in starejšim privesnicam;
 - b) ženskam z daljšim obdobjem neplodnosti;
 - c) ženskam, ki so rodile s carskim rezom;
 - d) ženskam, ki so imele več poskusov zunajtelesne oploditve;
 - e) ženskam, ki so rodile prizadetega ali mrtvega otroka;
 - f) ženskam s prezgodnjim porodom.
4. Delo z ženskami, ki imajo določeno duševno motnjo, vendar želijo imeti otroka in izkusiti materinstvo. Prav tej skupini je posvečen prispevek.

I. VODENJE ŽENSK Z ZNANIMI DUŠEVNIMI MOTNJIAMI MED NOSEČNOSTJO

a) Opozorili bi na staro, zdaj redko duševno motnjo PSEUDOCIEZO ALI NAMIŠLJENO NOSEČNOST.

Prvi opisi te motnje segajo v antične čase. Motnja je bila prisotna in pogosta v časovnih obdobjih, ko sta bili osnovna naloga ženske in njena samopotrditve vezani na rojstvo otroka. Pseudocieza je opisana pri ženskah različne izobrazbe in družbenega stanu, celo pri ženskah »modre krvi«. Ženska s to motnjo je prepričana, da je noseča, ima izražene telesne znake, značilne za visoko nosečnost, vendar hormonalne preiskave in UZ trebuha nosečnost izključujejo.

Tudi sami smo se srečali z osmimi ženskami, ki so bile hospitalizirane v Psihiatrični kliniki Ljubljana, pri katerih je bila namišljena nosečnost povezana s psihotičnimi doživetji. Bile so različne starosti, tudi zunaj rodne obdobja.

Omenili bi primer 70-letne osamljene kmečke ženske, ki je bila prepričana, da je zanosila s Svetim duhom, ki je v obliki belega goloba priletel skozi njeno okno. Pa primer bolnice z blodnjo materinstva, ki je po več neuspešnih poskusih zunajtelesne oploditve »rodila«. Dojenčka ji je nadomeščala plastična lutka, ki jo je pestovala in »dojila.«

Pri posameznih bolnicah s shizofrenijo in shizoafektivno motnjo zasledimo obdobja, »ko rojevajo in imajo več otrok«, kar si pogosto razlagamo z željami, tudi podzavestno, po ljubezni, partnerstvu in materinstvu. Prav pomanjkanje tega oz. spoznanje, da je zaradi bolezenske motnje »oropana« teh intimnih in globokih doživetij, je pahnilo nekatere ženske, večinoma intelektualke, da so v stanju remisije storile samomor.

b) Načrtovana nosečnost

Bolnice z duševnimi motnjami, tudi s psihotičnimi, želijo izkusiti materinstvo. Ambulantno in hospitalno smo vodili nekaj deset mater.

Pomembno je, da je ženska v remisiji. Z njo in njenim partnerjem se je treba pogovoriti, jima predstaviti tveganja med nosečnostjo in po porodu ter dedne dejavnike. Nujni so tesno sodelovanje z lečečim ginekologom, nenehne konzultacije, pogovori, tudi možnost takojšnjega stika po telefonu. V obdobju organogeneze poskušamo brez terapije z zdravili. V primeru poslabšanja ali relapsa psihotične motnje pa začnemo zdraviti z zdravili. Pri bolnicah s shizofrenijo smo uporabljali starejše antipsihotike, pa tudi atipike. Pri poslabšanju depresivne motnje smo uporabljali TCA, pa tudi SSRI. Stabilizatorjev razpoloženja litijev karbonat, karbamazepin in valproat nismo uporabljali zaradi teratogenosti oz. možnosti da bi bil plod prizadet. Zelo previdni smo bili tudi pri uporabi anksiolitikov zaradi možnosti poškodovanja plodu in razvoja odvisnosti. Z nosečnicami, odvisnimi od alkohola in psihoaktivnih snovi, smo imeli skromne izkušnje.

c) Nenačrtovana nosečnost

Pri bolnicah z duševnimi motnjami so pogoste motnje v menstrualnem ciklusu oz. dolge amenoreje – povezane tudi z zdravili. Bolnice so lahko zanosile pozno tudi v predklimakteričnem obdobju.

Omenili bi primer bolnice z afektivno psihozo in hudo izraženo multiplo sklerozo, nepokretno, oskrbovanko DSO, pri kateri smo nosečnost ugotovili pred napotitvijo v Porodnišnico.

Izjemno zahtevno je vodenje noseče psihotične bolnice, ki odklanja nosečnost in otroka, ki postaja avto- ali heteroagresivna ter poskuša škodovati sebi in plodu, ki ga nosi.

d) Možni zapleti med nosečnostjo

Visoka stopnja materine anksioznosti med nosečnostjo se povezuje z nosečnostnim bruhanjem, gestozori EPH, spontanimi splavi, prematurnostjo. (Huda stopnja anksioznosti med nosečnostjo je značilna za starejše privesnice). Ugotavljali so, da imajo ženske z duševnimi motnjami več zapletov med nosečnostjo kot ženske brez duševnih motenj, predvsem ženske z afektivnimi psihozami.

Zahtevno je vodenje bolnic z duševnimi motnjami, ki so spontano izgubile plod (zunajmaternična nosečnost, krvavitev, nepravilnosti plodu). Pri njih se srečujemo s posttravmatsko stresno motnjo (PTSM) in poznejšo depresijo. Enako simptomatiko smo spremljali pri ženskah po večkratnih neuspešnih poskusih zunajtelesne oploditve.

e) Potreba po terapiji z zdravili med nosečnostjo

Nekatere bolnice s psihotično motnjo morajo med nosečnostjo ves čas uporabljati psihofarmake. Odločimo se za varna zdravila in čim nižje odmerke.

Omenili bi primer bolnice, ambulantno vodene, ki je ponovno zanosila kmalu po prvem porodu. Pojavili so se ji glasovi, naj škoduje svojem otroku. Ob intenzivnem ambulantnem vodenju in stalnem zdravljenju z zdravili se je vse dobro izteklo.

f) Anksiozna in anksiozno depresivna stanja med nosečnostjo

Znano je, da obstaja 20- do 30-odstotna možnost, da se bo pri bolnicah, ki so že bile obravnavane zaradi poporodnih depresij, po ponovnem porodu ta znova pojavila.

Pri bolnicah z anksioznimi ali anksiozno depresivnimi stanji med nosečnostjo je pomembna psihološka pomoč, suportivno vodenje oz. kognitivno vedenjska terapija. Pri terapiji z zdravili (anksiolitika in antidepresiva) je potrebna previdnost. Odmerek je treba pred porodom znižati.

Znane so povezave med duševnimi motnjami med nosečnostjo in po porodu. Ugotovitvi skupine Psihiatrične klinike Ljubljana sta:

- da blage depresije med nosečnostjo po porodu izzvenijo,
- hude depresije med nosečnostjo pa se po porodu še poglobijo.

II. VODENJE PORODA PRI ZNANI DUŠEVNI MOTNJI MATERE

Porod v življenju ženske predstavlja enega od pomembnejših dogodkov po De Baren. Poporodna psihoza se pojavi pri eni od tisoč porodnic, ne glede na deželo, iz katere prihaja. V 75 % se pojavi po prvem porodu, znaki pa se pokažejo v prvih dneh oz. v prvem mesecu po porodu. Simptomatika je zelo pestra, podobna akutnim in prehodnim psihotičnim motnjam, shizofreniformnim psihozam, maniformnim psihozam, depresivnim psihozam, shizoafektivni psihozi, mešanemu tipu in drugemu.

Hipoteze o spremembi klinične slike pri poporodnih psihozah, ki so bile nekoč »bolj organske« in danes bolj podobne »funkcionalnim psihozam«, nismo uspeli potrditi. Če gre za prvorodko s psihotično motnjo v anamnezi, je v obdobju pred porodom treba okrepiti sodelovanje med lečečim ginekologom in psihiatrom. V poporodnem obdobju je pričakovati poslabšanje (relaps), enako možni so ginekološki oz. drugi zapleti ob porodu. Smiselno bi bilo bolnico sprejeti prej na oddelek za patološko nosečnost na Ginekološki kliniki, da bi preprečili možne zaplete.

Omenil bi primer akutno psihotične bolnice z eklampsijo, ki je nismo uspeli pravočasno sprejeti na Ginekološko oz. Psihiatrično kliniko. Rodil se ji je prizadet otrok, vendar so se tu prepletali številni dejavniki.

Potek poroda pri psihotični bolnici, ki dobiva zdravila, je pogosto drugačen, kot bi pričakovali. Omenil bi porod bolnice na sprejemnem ženskem oddelku Psihiatrične klinike Ljubljana ali na vhodu v porodnišnico. Tudi pri drugih hudih anksioznih ali depresivnih stanjih med nosečnostjo lahko pride do zapletov med porodom. Razumljivo podpisan nima ne primerne znanja ali izkušenj, da bi o tem obdobju govoril suvereno. Posebno pozornost zahtevajo matere, ki rodijo mrtvega ali prizadetega otroka.

Bolnice s poporodno psihozo ali veliko psihiatrično boleznijo se ne odločajo pogosto za ponovno nosečnost in rojstvo. Izjeme so bolnice z afektivnimi motnjami, z osebnostnimi motnjami ter boleznimi odvisnosti.

III. VODENJE POPORODNEGA OBDOBJA PRI ZNANI DUŠEVNI MOTNJI MATERE

Nujno je, da lečeči psihiater po porodu že v porodnišnici obišče porodnico. Pomembna je odločitev glede nadaljnjega vodenja, uvedbe terapije z zdravili in odločitve glede dojenja. Sami smo imeli največ izkušenj z vodenjem bolnic s shizofrenijo in shizoafektivno psihozo po porodu ter vodenjem bolnic z afektivno motnjo.

Podobno kot številni strokovnjaki s tega področja smo zagovarjali, da je nujno ustaviti laktacijo, hraniti otroka po steklenički in imeti odprte roke pri izbiri in odmerkih zdravil. S tem smo preprečili relaps psihoze pri materah, ki bi po porodu verjetno ponovno hudo zbolele. Razumljivo je, da je treba za to dobiti soglasje matere in da je to poseg v najbolj intimno področje, intimen odnos prek akta dojenja. Tu se pogosto razhajamo z mnenji lečečih ginekologov, ki zagovarjajo dojenje ob medikamentozni terapiji matere. Znano je, da dojenček z mlekom dobiva tudi zdravilo (antipsihotik, antidepresiv) v 1% odmerku zdravila v materini plazemski koncentraciji. Predvsem so ogroženi prezgodaj rojeni otroci.

To je eno od področij, ki bi zahtevalo skupne smernice ginekologov in psihiatrov. Velike dileme nastajajo pri odločanju o ambulantnem ali hospitalnem vodenju mater s poporodno psihozo. Kot osnovno vodilo bi morali imeti nevarnost avto- oz. heteroagresivnega dejanja pri porodnicah z duševnimi motnjami. Predvsem moramo biti pozorni pri materah z veliko psihotično depresijo po porodu. Govorimo o t. i. »smehljajočih« depresijah, ki lahko zavedejo tako svojce kot tudi zdravstvene delavce. Izredno tragični (k sreči redki) so primeri razširjenega samomora pri bolnicah s poporodno psihotično depresijo, ki poskušajo »rešiti« svojega dojenčka vsega hudega na tem svetu, in primeri, ko otrok umre, mater pa rešijo. Tragični in k sreči redki so tudi uboji otrok mater, ki so osebno motene ali odvisne od alkohola in psihoaktivnih snovi. Pogosto gre za matere, ki so v svojem otroštvu doživljale trpinčenje, spolno zlorabo in drugo.

Matere s psihotično motnjo po porodu (akutna psihoza ali relaps) hospitaliziramo na varovanih oddelkih regionalne psihiatrične ustanove v Republiki Sloveniji. Dojenček ostaja v porodnišnici ali ga vzamejo svojci. Ker se mati in otrok ločita v obdobju, ki je izjemno pomembno za oba in za razvoj otroka, bi bilo idealno imeti oddelek (po vzoru oddelka prof. dr. Jana Bronchingtona v Angliji), kjer bi bile matere z duševnimi motnjami po porodu hospitalizirane skupaj s svojimi dojenčki. Oddelek bi moral biti za to zahtevno nalogo usposobljen, kadrovsko močan in skupen za ves slovenski prostor. Lahko bi bil osnova za dobro organizirano delo na tem področju (hospitalno in ekstrahospitalno). Vprašanje je, ali je to realno možno ali utopija. Verjetno bi bilo najprimernejše, če bi bil takšen oddelek na Ginekološki kliniki v Ljubljani.

Treba je organizirati ambulantno delo na tem področju, povezati strokovnjake, ki jim je to delo blizu, organizirati izobraževanje, konzultacije, supervizijo. Najbolj pomembno je vpostaviti sodelovanje z osnovno zdravstveno službo, otroškimi in ginekološkimi dispanzerji,

patronažno medicinsko skrbjo, socialno službo in drugim. Treba bi bilo ustvariti skupine za samopomoč idr.

Skupina na Psihiatrični kliniki Ljubljana je poleg skupine na IVZ ter Ginekološki kliniki v Ljubljani v R Sloveniji naredila prve korake na tem področju.

Literatura

1. Ličina M, Mlakar J.: Poprodne in laktacijske psihoze obravnavane v UPK Ljubljana-Polje v času od 1945-55 in 1965-75, Zdravstveni vestnik 1984, 6: 309-312
2. Koprivnik P, Plemenitaš A.: Pojavnost depresij v poporodnem slovenskem vzorcu, Medicinski razgledi 2005, 44: 139-45
3. Derganc M, Ličina M.: Pseudocieza - sodobni pogled na staro motnjo, Zdravstveni vestnik 2004, 73: 599-603
4. Ličina M.: »Pomen osebnostnih in socialnih dejavnikov pri poporodnem depresivnem sindromu«, Doktorska disertacija, Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta 1991
5. Vitorović M.: »Psihične motnje v zvezi z generativnimi procesi, puerperij, laktacija«, V: Milčinski L ed Psihijatrija Ljubljana, DŽS 1986, 369-72
6. Bronchington IF, Martin C, Brown GW, Goldberg D, Margison F »Stress and Puerperal Psychosis« BR J Psychiatry 1990, 157: 331-4
7. Ličina M, Mlakar J, Blinc Pesek M, Jensterle J, Tavčar R.: »Postpartum Psychosis over Five Decades«, Psychopathology 2007, 40: 65-66



dr. Vislava Globevnik Velikonja

**Vloga psihologa pri stiskah žensk ob fetalni smrti, smrti
novorojenčka, hudih okvarah in boleznih**

VLOGA PSIHOLOGA PRI STISKAH ŽENSK OB FETALNI SMRTI, SMRTI NOVOROJENČKA, HUDIH OKVARAH IN BOLEZNIH

Dr. Vislava Globevnik Velikonja, univ. dipl. psih., spec klin. psih., UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana, e-pošta: vislava.velikonja@guest.arnes.si

***Ključne besede:** perinatalna smrt, prizadet otrok, bolan otrok, nezrel otrok, žalovanje staršev, psihološka pomoč*

Izvleček

Nosečnost je pogosto pojmovana kot obdobje veselega pričakovanja novega družinskega člana in rojstvo otroka kot srečni dogodek. Žal se mnogo žensk, parov in družin v tem obdobju sreča tudi z nepričakovanimi žalostnimi dogodki. Izguba zelenega otroka v perinatalnem obdobju, rojstvo bolnega, prizadetega ali zelo nezrelega otroka so izjemno stresni dogodki, ki izzovejo globoko žalovanje za izgubo idealnega otroka, ki so ga pričakovali, depresijo, anksiozne motnje, hipohondrijo ter prizadenejo cel družinski sistem. Psihološka podpora vsem prizadetim je v tem obdobju nujno potrebna, saj ima kratkoročne in dolgoročne pozitivne učinke. Prispevek prikazuje različne oblike psihološke pomoči v zgoraj naštetih primerih. V slovenskem prostoru bi potrebovali več kliničnih psihologov za optimalno delo na tem področju, da bi bila pomoč pravočasna in dostopna vsem, ki jo potrebujejo.

Med nosečnostjo ugotovljena okvara pri plodu

Predporodno varstvo je izum 20. stoletja. Kljub kritikam nekaterih vidikov takega varstva pa velja, da je to stoletje za žensko za spočetje in rojstvo otroka vendarle najvarnejše. V zadnjih dveh desetletjih se antenatalna nega predstavlja z uspehom tehnologije, povezanim z vse večjim znanjem o morebitnih problemih. Ob možnosti diagnosticiranja nekaterih oblik plodove nenormalnosti moramo upoštevati tudi psihično počutje nosečnice, ki gre skozi take preglede. V literaturi najbolj poudarjajo anksioznost, ki se poraja pri ženski ob odločitvi za takšen test, čakanju na izvid in seveda ob kakršni koli odkriti nenormalnosti. (1) Richards je že leta 1989 opozoril na vrsto socialnih, psiholoških in etičnih učinkov, ki so povezani s testi, kot so ultrazvočni pregled, fetoskopija, amniocenteza ... Naraščanje takih testov je povezano s prekinitvami nosečnosti in problemom skrbi za zdravje, ki se nagiba k »obljubljanju idealnega otroka«. Testi sprožajo tudi dilemo uravnavanja interesov matere z interesi otroka in osvetljujejo stališča do nenormalnosti, ki so lahko problematična. Masovna uporaba testov lahko popušča pred sposobnostjo reagiranja na posameznika in njegove potrebe. (2)

Rutinski ultrazvočni pregled (UZ) je postal sestavni del prenatalne diagnostike, ki je v razvitem svetu ponujena nosečnicam in služi kot presejalna metoda ali kot dokončni diagnostični test. (3, 4) Potencialne koristi UZ pri ocenjevanju gestacijske starosti in ugotavljanju mnogoplodne nosečnosti so nesporne (5), vendar ultrazvočno presejanje tudi pri nosečnicah z nizkim tveganjem pogosto privede v 2% do diagnoze nepričakovane razvojne nepravilnosti pri plodu. Poudarjajo, da je izboljšanje perinatalnega izida zaradi rutinskega ultrazvočnega pregleda možno doseči samo, če je ugotavljanje anomalij namen, če je na voljo dovolj visoka raven diagnostične kapacitete in če je prekinitvev nosečnosti široko sprejeta v populaciji in legalna. (6) Priporočajo dvostopenjski ultrazvočni pregled: merjenje nihalne

svetline v 12. tednu nosečnosti za ugotavljanje povečanega tveganja za kromosomske nepravilnosti in natančnejši pregled morfolologije v 20. tednu nosečnosti. (7)

Odpraviti anksioznost in psihično bolečino staršev po diagnozi plodove anomalije je nemogoče, vendarle z nekaterimi postopki lahko olajšamo distress žensk. Ženske so same povedale, kaj bi jim pomagalo med ultrazvočnim pregledom, če se ugotovi, da je s plodom kaj narobe. Po UZ preiskavi bodoča mati ne bi smela ostati s prepričanjem, da je vse v redu, če ni. Vsaka klinika bi morala zagotoviti, da ženska dobi diagnozo in razlago problema ter informacije o prognozi pred odhodom s klinike. Zdravnik bi se moral zavedati, da ga ženska vseskozi opazuje in ocenjuje njegova verbalna in neverbalna sporočila. Če lahko vidi okvaro na monitorju, je to lahko v pomoč, mora pa vsaka imeti možnost, da to odkloni.

Prav tako je pomembno svetovanje po UZ pregledu. Zagotovitev čim hitrejših in natančnih informacij o ugotovljenem problemu je bistvena, vendar mora svetovanje po UZ pregledu omogočiti ženskam, da izrazijo svoje prioritete, svoja videnja problema in skrbi. Svetovalec lahko začne pogovor z: »Povejte mi o svojem ultrazvočnem pregledu« ali »Povejte mi, kaj se je zgodilo na ultrazvočnem pregledu«. Spodbujanje ženske, da spregovori o svojem doživetju »šoka« ali občutku »nerealnosti«, ji omogoči spregovoriti o svoji prizadetosti ob načinu, kako ji je bila sporočena novica, o svojem distressu ob izgubi želenega otroka, svojem občutku stigme in izolacije ali o tesnobi glede vzgoje prizadetega otroka. Prav tako lahko izrazi občutek temeljne krivičnosti, da nosi prizadetega otroka kljub prenatalnim testom, kljub temu da je delala vse po predpisih, da bi si zagotovila dober izid nosečnosti. Razmišljanje o teh občutkih lahko pomaga ženski osredotočiti se na to, kar se je zgodilo in sprejeti potrebne odločitve.

Pravo »izboljšanje perinatalnega izida« bi lahko dosegli, če bi zdravnik pred prvim ultrazvokom staršem ponudil »obveščeno izbiro«, kar pomeni možnost postavljanja vprašanj, spoznavanja omejitev in soočanja z majhno, a realno možnostjo ugotovitve problema in potrebe po sprejemanju težkih odločitev. (8)

Sporočanje slabe novice

Slaba novica je vsaka novica, ki drastično in negativno vpliva na človekovo prihodnost in zdravstvenemu delavcu je včasih težko upoštevati ves spekter telesnih, socialnih, poklicnih in čustvenih dejavnikov, ki bodo določali težo slabe novice pri prejemniku.

Sporočanje slabe diagnoze predstavlja zdravniku težko in kompleksno nalogo in v zadnjem času zbuja veliko pozornosti. Kljub temu da ima anomalijo en na 40 novorojenčkov, je literatura o komunikaciji s starši o napakah pri plodu še vedno skromna. V članku z zgovornim naslovom »Vse ostalo je normalno« je predstavljena italijanska študija o komunikaciji med zdravniki in starši ob prenatalni diagnozi. Analiza komunikacije glede na trajanje razgovora, dolžino stavkov, socialne in medicinske vsebine ni pokazala razlik v razgovoru ob ugotovljeni resni ali manjši anomaliji. Zdravniki so uporabljali strogo na bolezen usmerjen model komunikacije, ki ni odvisen od vsebine. Razlike so se pokazale samo na področju čustvenih vsebin, ki jih je bilo statistično manj v skupini z resno anomalijo pri plodu (zgolj 1,5%). To kaže na verjetne težave na bolezen usmerjenega, biomedicinskega modela komunikacije ob obvladovanju čustvenih vsebin ob zelo težkih diagnozah. Analiza makrokategorij razgovorov je pokazala, da se je 75% vsebine razgovora nanašalo na medicinska dejstva tako pri resnih kot pri manjših anomalijah. Čustvene in psihosocialne vsebine z manj kot 7% so imele obrobni, neuporaben ali celo moteč pomen. To govori o

naraščajočem zanikanju čustvenih vsebin biomedicinskega modela komunikacije prav ob najtežjih razgovorih ob diagnozah, ki niso združljive z življenjem. (9)

Vsaka veja medicine se sooča z nujnostjo sporočanja slabih, žalostnih in težkih novic pacientom in njihovim družinam. Na eni strani narašča število spoznanj o distresu pri prejemnikih slabe novice, ki ima lahko trajen vpliv na njihovo sposobnost sprejetja in prilagoditve ter lahko vodi v jezo in povečano tveganje za tožbe na sodišču. Tudi večina zdravnikov meni, da so take interakcije zanje stresne in ob pomanjkanju bolj učinkovitih treningov lahko usvojijo neustrezne načine sporočanja slabe novice in spoprijemanja s čustvi. Zdravniki so opisovali težave ob soočanju z lastnimi občutki sočustvovanja, krivde, obžalovanja, identifikacije s pacienti, občutki neuspeha ... Le malo je dokazov, da z izkušnjami zdravniki lažje obvladujejo tovrstne težave. Ponekod je sporočanje slabih novic zaupano starejšim zdravnikom brez ustreznih treningov komunikacije, in to so prepoznali kot glavni razlog svojega izgorevanja in psihičnih motenj. Zavedanje tovrstnih težav je vodilo v različne poskuse od treningov komunikacijskih veščin pri zdravstvenih delavcih v dodiplomskih in podiplomskih programih do izdelave različnih smernic in protokolov.

Na področju perinatologije večina pričakuje dobre novice in slaba novica je nepričakovana, nenadna. Zdravnik jo mora običajno posredovati ljudem, s katerimi predhodno še ni vzpostavil odnosa; in starši običajno dobijo informacije o življenju ogrožajočih boleznih svojega pogosto še nerojenega otroka v takšnih razmerah. Raziskave kažejo, da slabo posredovana slaba novica lahko pri prejemniku povzroči zmedenost, dolgotrajen distres in razburjenje, dobro posredovana pa lahko pomaga pri razumevanju, sprejemanju in prilagoditvi. Treningi sporočanja slabe novice so se pokazali koristni tako za zdravnike kot paciente in imajo dolgoročne vplive, vendar morajo upoštevati izobraževalna načela: poznavanje teorije, aktivno sodelovanje in uporabljanje naučenih tehnik v konkretnih situacijah. Cilj takih tečajev je usposobiti zdravstvene delavce za sporočanje tudi najslabših novic tako, da jih bodo pacienti oziroma svojci razumeli in da bodo obenem deležni razumevanja svojih odzivov. Udeleženci spoznajo pomen multidisciplinarnega pristopa k pacientu, ki se sooča s slabo novico. (10)

Temeljno načelo sporočanja slabe novice je jasnost izražanja in izbor konkretnih besed. Bolje je uporabiti besede »smrt, umrl, mrtev«, kot pa »nič več ne moremo storiti«, »srčka ni več«, saj so kljub navidezni krutosti v procesu žalovanja koristnejše, ker soočijo človeka z resničnostjo, ki jo je prisiljen sprejeti. Slabo novico pove zdravnik samo enkrat, zato je pomembno, kako to stori, saj s tem vpliva na celoten proces žalovanja, ki ima svoje zakonitosti. Pomembno je, da si zdravnik vzame dovolj časa, ker si večina ljudi želi po slabi diagnozi pogovor, če ne takoj, pa ob naslednjem obisku. Prav tako je pomemben prostor, v katerem bolnik ali njegovi svojci zvedo slabo novico oziroma se o njej pogovarjajo. V take namene bi morala imeti zdravstvena ustanova urejeno sobo za razgovore z bolniki in s svojci. Soba naj bi bila svetla, ponujati bi morala občutek zasebnosti, opremljena bi morala biti z več stoli, klubska mizica, umivalnikom, telefonom, robčki. (10, 11)

V različnih smernicah priporočajo, da se zdravnik na pogovor pripravi. Na začetku pogovora je primerno preveriti, kaj ženska že ve (zakaj so jo poslali na preiskavo, kaj ji je povedal ginekolog ob prejšnjih pregledih ...), kaj si želi izvedeti (da se ponovi UZ, da skupaj pregledata izvide ...). Zdravnik lahko opozori nosečnico z dodatno osebno noto, da jo pripravi na pozorno poslušanje in zmanjša šok (»moram vam povedati, da rezultati niso dobri ...). Včasih pomaga, če zdravnik stopnjuje slabo novico, da jo sogovornica sploh lahko dojame (»res je nekaj narobe, kot ste že sami posumili, tudi z ultrazvokom nisem več opazil

otrokovih gibov in bitja srca, žal je vaš otrok mrtev«). Če zdravnik pove slabo novico mimogrede, neosebno, neprimerno, lahko sogovornik podvomi v njegovo zavzetost v procesu zdravljenja. V takih primerih se žalovanje pogosto podaljša ali pa je celo zanikano. Ženska in njen partner morata imeti čas za osebne reakcije. Prav tako mora zdravnik sprejeti čustva staršev. Pripraviti se mora na nepredvidljive čustvene reakcije in težavna vprašanja, ki običajno predstavljajo najtežji del sporočanja slabe novice. Na tem koraku lahko uporabi besedne in nebesedne veščine sporazumevanja. S tolažbo »saj bo še v redu«, »čas zaceli vse rane« ... naredi več škode kot koristi, saj nekako odvzame svojcem pravico do bolečine in jo skuša zmanjšati. Veliko bolje je, če reče: »Vidim, da vam je hudo, da ste jezni, da ne veste, kaj bi naredili ...«, saj s tem pokaže, da sprejema njihova čustva in jih ne omalovažuje. Izkušnje kažejo, da ob takem pristopu svojci lažje sprejmejo slabo novico. V tak pogovor sodi tudi razlaga o možnih načinih zdravljenja oziroma lajšanja težav, o drugih virih pomoči v procesu žalovanja ipd. V povzetku pogovora je nujno preveriti, koliko je ženska v procesu sporočanja slabe novice dojela.

Ponekod je ob takih pogovorih z zdravnikom prisotna tudi medicinska sestra, ki zagotavlja podporo ženski in svojcem ob nadaljnjih obiskih ali če zdravnika ni na oddelku. Velikokrat so starši hvaležni za povsem konkretno pomoč pri urejanju morebitnih naslednjih preiskav, pri vzpostavljanju stika z drugimi specialisti ali pri pisanju prošnje za etično komisijo za prekinitev nosečnosti. (10)

Na naši kliniki je ob ugotovljeni anomaliji pri plodu staršem ponujena tudi psihološka pomoč, če jo potrebujejo v različnih fazah postopka po dani diagnozi. Nekateri potrebujejo pomoč pri pripravi na porod mrtvega otroka, drugi pri odločitvi za prekinitev nosečnosti, tretji v procesu žalovanja po perinatalni izgubi, nekateri ob pripravah na življenje s prizadetim ali bolnim otrokom.

Perinatalna smrt

Perinatalna umrljivost v Sloveniji se znižuje, v letu 2007 je znašala 6,4 na 1000 živorojenih otrok. (12) Med perinatalno umrle štejemo vse mrtvorojene otroke s porodno težo 500 g in več ter število umrlih do 7. dneva starosti s porodno težo 500 g in več. Kljub temu se je v zadnjih desetih letih prejšnjega stoletja več kot 1500 družin v Sloveniji srečalo s perinatalno smrtjo. Če k perinatalni smrti prištejemo še otroke, ki so umrli v prvem letu, smo imeli v 10-letnem obdobju nad 2000 žalujočih družin.

V letu 2007 smo imeli 8649 fetalnih smrti. (13) Tudi legalni splavi na željo ženske lahko puščajo psihične posledice. Veliko težja pa je za žensko izguba ploda zaradi spontanega splava v želeni nosečnosti, zaradi zunajmaternične nosečnosti ali drugačne patološke nosečnosti.

Nihče ne pričakuje, da bo njegov otrok umrl pred njim. Perinatalna smrt bodisi zaradi splava, zunajmaternične nosečnosti, mrtvorojenosti ali neonatalne smrti povzroča pri starših izjemno težko žalovanje. (14) Šele v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja so odzivi staršev na perinatalno smrt in potrebe družinskih članov postale deležne pozornosti ginekologov, pediatrov in psihiatrov. (15) Žalovanje je globoko čustveno dogajanje, v katerem se prepletajo različna intenzivna čustva, kaže pa se tudi v telesnih znakih in vedenju. Gre za samoomejevalni proces, katerega akutna faza traja od 2 do 6 tednov, nato pa sledi postopno prebolevanje, ki lahko traja od šest mesecev do dveh let, včasih tudi več. Trenutno je v

strokovnih krogih sprejeto, da je žalovanje tri leta po perinatalni smrti še normalno. O patološkem žalovanju govorimo, če si mati še po tem obdobju ne opomore in se to kaže v slabšem funkcioniranju na telesnem, čustvenem, družinskem ali socialnem področju. Tak izid žalovanja je pogostejši, če je ženska že med nosečnostjo poročala o čustvenih stiskah, če nima močeve podpore in če ni imela možnosti videti in dotakniti se svojega umrlega otroka. (11, 18)

V Sloveniji se podobno kot drugod po svetu stari načini soočanja s perinatalno smrtjo z ignoriranjem izgube prepletajo z novimi načini, ki zajemajo human pokop otroka, ustvarjanje spominov nanj, poimenovanje otroka in pogovarjanje o njem.

Še pred 20 leti je bila pri nas perinatalna smrt ignorirana in staršem pravica do žalovanja ni bila priznana. Pri svojem kliničnem delu sem se tako velikokrat srečala s patološkim žalovanjem še po več letih, večkrat med naslednjo nosečnostjo, v obliki globoke anksioznosti, depresije ali psihosomatskih zapletov med nosečnostjo. Na drugi strani pa so zdravstveni delavci izražali težave ob soočanju s perinatalno smrtjo in žalujočimi starši in ne nazadnje tudi željo po dodatnem znanju za premagovanje takih stresov. In takrat je nastopil čas za spremembe.

Profesionalna pomoč žalujoči družini bi morala biti zagotovljena na več ravneh in bi morala zajeti dve glavni skupini: žalujoči družini bi morala nuditi svetovanje in podporo tako v porodnišnici kot tudi kasneje v širši skupnosti, strokovnim delavcem pa bi morala ponuditi dodatna znanja, treninge komunikacije in podporo. (16)

V letu 1997 smo v Sloveniji organizirali prvi strokovni multidisciplinarni simpozij za zdravstvene delavce v perinatologiji z naslovom Strah, bolečina, žalost – kako se s tem soočata bolnik in zdravstveni delavec v perinatologiji z namenom seznaniti jih z občutji in potrebami žalujoče družine, razumeti ob tem svoja lastna čustva in pridobiti nekaj svetovalnih veščin za delo z družino. S podporo Mestne občine Ljubljana smo 2000 na Žalah zgradili spominski Park zvončkov, ki je namenjen pokopu otrok, umrlih v perinatalnem obdobju, kmalu je sledilo Polje belih vrtnic v Mariboru, zdaj pa imamo po državi že pet takšnih prostorov. Leta 2002 je bilo ustanovljeno društvo Solzice, ki združuje starše perinatalno umrlih otrok; izdalo je knjigo »Prazna zibka, strto srce«. Društvo je zelo aktivno: izdaja zloženke, organizira skupine za pomoč staršem po Sloveniji in izvaja izobraževalne delavnice po slovenskih porodnišnicah.

Pri oblikovanju programa dela z žalujočimi družinami v porodnišnici smo sledili smernicam Združenja za perinatalno žalovanje iz Toronta, objavljenimi leta 1995 (17), ki jih poskušamo še vedno upoštevati. Na naši kliniki staršem ponudimo psihološko pomoč pri odločanju za prekinitev nosečnosti po ugotovljeni anomaliji ploda, pri ugotovitvi, da je prišlo do smrti otroka v maternici in pri procesu žalovanja po perinatalni smrti. Starše seznanimo s procesom žalovanja, z njihovimi in otrokovimi pravicami in viri pomoči. Izročimo jim zloženko društva z osnovnimi informacijami in predstavimo knjigo o perinatalnem žalovanju. Ponudimo jim možnost izbire načina slovesa od otroka, načina pokopa, poimenovanja, vse perinatalno umrle slikamo in starši lahko dobijo fotografijo, če jo želijo. Velikokrat se po sliko vrnejo pozneje. V porodnišnici lahko otroka tudi krstijo, če želijo. Poskrbimo, da je lahko partner vsehskozni ob ženi: med porodom in po njem. Žensko po perinatalni smrti namestimo v svojo sobo in omogočimo, da prvo noč z njo v bolnišnici preživi partner, naslednji dan pa gre večina že lahko domov. V 12 urah po porodu se lahko starši še enkrat poslovijo od otroka v posebnem prostoru, kjer so lahko sami z njim. Pri nas o obdukciji odloča zdravnik, ki pa lahko odstopi

od nje, če starši to želijo in je vzrok smrti jasen. Upoštevamo vse želje staršev glede načina pokopa, ali želijo biti o tem obveščeni ali ne, ali želijo otroka poimenovati ali ne ... Naš zakon določa, da ženski po porodu pripada 42 dni porodniškega dopusta, po splavu pa dobi do tri tedne bolniškega dopusta. Po preteku teh pravic so žalujoče ženske na prehodu iz faze šoka v drugo fazo žalovanja, ko sta depresija in anksioznost najbolj izraženi in marsikatera ni sposobna normalno opravljati svoje delo. V takih primerih pomagamo urediti nadaljevanje bolniškega dopusta. Pri tem je zelo pomembno, da zdravniki, ki imajo moč odločanja o tem, poznajo proces žalovanja in ga ne podcenjujejo. Imeli smo že poskus samomora, ko je žalujoča mati prejela zavrnitev predloga za podaljšanje bolniškega dopusta z izjavo zdravnika, da je zdravilo za žalovanje delo. Vsak perinatalno umrli otrok dobi mrliški list in rojstni list z imenom, če sta mu ga starša dala. Staršem pogosto veliko pomeni, da vedo, kje je otrok pokopan in kje mu lahko prižgejo svečko.

Kljub temu da smo v Sloveniji na tem področju že veliko postorili, lahko še marsikaj izboljšamo. V svetu imajo že veliko bolj izoblikovane postopke ob perinatalni smrti v porodnišnicah: žalujoči starši dobijo svojo sobo, kjer se lahko zbere družina za slovo od otroka, in prejmejo spominsko knjigo o otroku; zanje skrbi stalno osebje, ki je z njimi v stiku še po odpustu. Prav tako se znanje v svetu usmerja tudi k žalujočim očetom in težavam ob ponovnem vračanju staršev v delovni proces, o tem pa se pri nas skorajda še ne govori. (18)

Veliko staršev po perinatalni smrti išče psihološko pomoč tudi kasneje. Smrt spremeni dinamiko družine in oblikuje nove vloge ter zahteva spremembo obstoječih vzorcev vedenja. Različne oblike žalovanja pri družinskih članih lahko privedejo do konfliktov in nerazumevanja. Družinska terapija je pogosta metoda pomoči, saj žalovanje prizadene vse člane družine, roditelja kot posameznika in njun partnerski odnos, sorojence in stare starše. Žalovanje družino navadno poveže. Pogovor o izgubi in shranjevanje predmetov, ki spominjajo na otroka, so del notranjih intimnih obredov, ob katerih potrebuje prizadeti podporo družine. Proces žalovanja ob mrtvorojenem otroku ali smrti otroka v perinatalnem obdobju zaplete prav pomanjkanje spominov in »tihan dogovor molka«.

Zato je še posebej važno, da smo strokovni delavci usposobljeni za ustrezno pomoč družinam v tem času, da jim znamo prisluhniti 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 nihče drug ne priznava.

Prezgodaj rojeni otrok

V Sloveniji se 6% otrok letno rodi pred dopolnjenim 37. tednom nosečnosti. Prezgodnji porod je krivec za večji del perinatalne umrljivosti in obolevnosti otrok v predšolskem obdobju, pa tudi za težave v kasnejšem nevrološkem, kognitivnem in osebnostnem razvoju. Prav tako je prezgodnji porod z zgodnjo ločitvijo otroka od matere dejavnik tveganja za razvoj poporodne depresije pri materah. Zaradi premestitve na Enoto intenzivne nege in terapije (EINT) so starši ločeni od svojega otroka, pogosto z občutki neuspeha, nemoči, krivde, žalosti, strahu pred izgubo otroka in dolgotrajnimi posledicami. Postopna ponovna pridobitev otroka je proces, ki ga na EINT poskušamo podpirati. Starše vključujemo v nego otroka, kakor hitro je to mogoče: obiski na oddelku so staršem dovoljeni dopoldan in popoldan in po dogovoru z osebjem, spodbujamo jih, da začnejo božati otroka, ko je ta še v inkubatorju, in takoj, ko je otrok dovolj stabilen, staršem ponudimo t. i. »kengurujčkanje«, kar pomeni, da otroka

vzamemo iz inkubatorja in ga položimo enemu od staršev na gole prsi do dvakrat dnevno za vsaj eno uro. To je metoda, ki omogoča dodaten telesni stik med starši in otrokom, raziskave pa so pokazale številne ugodne vplive na otroka in mamo. (19) Ob stiku koža-koža se zviša nivo oksitocina, ki je vključen v številne socialne, reproduktivne in s stresom povezane funkcije v človeških možganih. (20) Deluje analgetsko in sedativno, izboljšuje čustveno navezovanje, za kar so nedonošen otrok in njegova starša prikrajšani, ne nazadnje vpliva na laktacijo, kar ni zanemarljivo, saj je njeno ohranjanje do otrokove zrelosti za samostojno sesanje pogosto zelo težko. Tudi v naši raziskavi smo z metodo kengurujčkanja pomembno znižali anksioznost in depresivnost, ki sta pogosti spremljevalki mam nedonošenčkov, izboljšali laktacijo in posledično dojenje teh najmanjših otrok ter dolgoročno vplivali na boljšo interakcijo mama-otrok. (21) Raziskava je pokazala, da že začetni razgovor psihologa s starši ob sprejemu otroka na oddelek EINT znižuje depresivno simptomatiko pri materah; žal nimamo dovolj kapacitet, da bi to omogočili vsem staršem. V preventivni program za zmanjševanje negativnih posledic prezgodnjega poroda so vključeni tudi periodični informativni sestanki vseh članov tima (pediater, medicinska sestra, fizioterapevtka, psihologinja) s starši, kar ti radi sprejmejo. Prav tako jim je omogočena individualna psihološka pomoč, če jo potrebujejo ali želijo. V porodnišnici se lahko vključijo tudi v program učenja tehnik sproščanja, ki je namenjen lažjemu obvladovanju stresa.

Prizadet otrok

Tudi rojstvo prizadetega otroka sooči starše s hitro, ponavljajočo se in trajajočo žalostjo za izgubljenimi pričakovanji in izgubo idealnega otroka. (15)

Informacija igra ključno vlogo pri prilagajanju in soočanju z nepričakovanim stresnim dogodkom. Starši navadno zahtevajo veliko informacij in včasih otrokovega stanja nikoli ne razumejo povsem. Pogosto se zaradi skrajnega čustvenega stanja med sprejemanjem informacij od zdravnika kasneje ne morejo spomniti, kaj jim je bilo povedano. Zato se je treba s starši večkrat pogovarjati, ker sčasoma narašča tudi njihova sposobnost koncentracije, razumevanja, postavljanja vprašanj.

Soočeni s prizadetim otrokom starši navadno najprej sploh niso sposobni sprijazniti se z žalostno resničnostjo in uskladiti tega s svojimi fantazijskimi pričakovanji. Bolj ko je okvara vidna, večje so ovire za zgodnje navezovanje na otroka. Gnus, strah in samoobtoževanje so običajne reakcije. Začetnemu šoku in težnji po begu, neveri in zanikanju sledijo žalost, jeza in tesnoba. Ko se ta občutja v nekaj tednih ali mesecih predelajo, se lahko spet vzpostavi čustveno ravnotežje ob naraščajoči sposobnosti za spremembo svojega življenja, ki ga skušajo prilagoditi oškodovanemu otroku.

Strokovnjaki lahko pomagamo z nudenjem neposredne in takojšnje informacije, ki jo je treba kasneje še večkrat ponoviti. Besede moramo izbirati skrbno, ker si jih starši pogosto zapomnijo za vse življenje. Prav tako se moramo vseskozi zavedati svojih nebesednih sporočil. Mama otroka z Downovim sindromom je povedala, da »je vedela, da je nekaj narobe po izrazu gnusa na obrazu babice, še preden je otrok po porodu zares zajokal«. Če zdravstveno osebje sprejme otroka prijazno, to pomaga tudi materi pri skrbi za prizadetega otroka. Tudi kasnejše psihološko spremljanje družine olajša premagovanje težav, izboljšuje družinsko komunikacijo in, kjer je treba, se pomoč lahko še razširi in znižuje nerealna pričakovanja. (1)

Zaključek

Pravočasna psihološka pomoč staršem v perinatalnem obdobju je potrebna, saj ima dober kratkoročni in dolgoročni vpliv. Za zagotovitev optimalne in pravočasne pomoči bi v Sloveniji na področju perinatologije potrebovali več kliničnih psihologov, trenutno imamo le dva: specialistko v Ljubljani in specializantko na usposabljanju v Mariboru. Zaradi narave dela bi morala biti na Ginekološki kliniki ob hospitalni zagotovljena še ambulantna psihološka dejavnost, ki je zdravstvena zavarovalnica žal ne priznava.

Literatura

1. Sherr L. The psychology of pregnancy and childbirth. Oxford: Blackwell Science Ltd; 1995.
2. Richards MP. Social and ethical problems of fetal diagnosis and screening. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 1989; 7(3): 171-85.
3. Garcia J, Bricker R, Henderson J et al. Women's views of pregnancy ultrasound: a systematic review. *Birth* 2002; 29: 225-50.
4. Seeds JW. The routine of screening obstetrical ultrasound examination. *Clinical Obstetrics and Gynaecology* 1996; 39: 815-29.
5. Eik-Nes S. The fetal examination. *Ultrasound in Obstetrics and Gynaecology* 1993; 3: 83-5.
6. Bricker L, Garcia J, Henderson J, Mugford M, Neilson J, Roberts T, Martin MA. Ultrasound screening in pregnancy: a systematic review of the clinical effectiveness, cost-effectiveness and woman's views. *Health Technology Assessment* 2000; 4: 16.
7. Lalor J, Begley C. Fetal anomaly screening: what do woman want to know? *Journal of Advanced Nursing* 2006; 55/1: 11-9.
8. Mitchell LM. Women's experiences of unexpected ultrasound findings. *J Midwifery Womens Health* 2004; 49(3): 228-34.
9. Zecca G, Gradi EC, Nilsson K, Bellotti M, Dal Verme S, Vegni E, Moja EA. »All the rest is normal«. A pilot study on the communication between physician and patient in prenatal diagnosis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 2006; 27(3): 127-30.
10. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad and difficult news in medicine. *Lancet* 2004; 363: 312-19.
11. Velikonja V. Žalujoča družina in njene potrebe. V: Bregant L (ur.). Strah, bolečina, žalost: kako se z njimi soočata bolnik in zdravstveni delavec v perinatologiji 1997, 38-42.
12. Perinatalni informacijski sistem Slovenije: primerjava podatkov med regijami za leto 2007. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2009.
13. Informacijski sistem spremljanja fetalnih smrti v Sloveniji 2007, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2009.
14. Thomas J. The Child Bereavement Trust: Support and Counseling for Grieving Families. London: Wordworks, 1996.
15. Beverley R. Grieving over the loss of a baby. *Med J Aust* 1986; 144: 281-2.
16. Gilbert KR, Smart LS. Coping with infant or fetal loss. The couple's healing process. New York: Brunner/Mazel Publishers, 1992.
17. Primeau MR, Lamb JM. When a baby dies: Rights of the baby and parents. *JOGGN* 1995; 24/3: 106-8.
18. Froen JF (ed.) 2008 international stillbirth conference. Conference programm and book of abstracts. Oslo: WHO, 2008.
19. Velikonja V. Preventivni program v terapiji novorojencev - Učinkovitost preventivnega programa za prezgodaj rojene otroke in njihove starše na oddelku intenzivne nege in terapije novorojencev. Ljubljana: Filozofska fakulteta, 1994. 167 str. Disertacija.
20. Donaldson ZR, Young LJ. Oxitocyn, Vasopressin, and Neurogenetics of Sociality. *Science* 2008; 322/5903: 900-4.
21. Velikonja V. Reduction of maternal depression and anxiety after preterm labour. V: Tamada T (ur.), Honjo H (ur.). The 15th international congress of the International society of psychosomatic obstetrics and gynecology, Kyoto (Japan), May 13-16, 2007. Bologna: Medimond, International proceedings, 2007: 285-288.



Arijana Steblovnik

Psihosomatika v nosečnosti in med porodom

PSIHOSOMATIKA V NOSEČNOSTI IN MED PORODOM

Arijana Steblovnik, univ. dipl. psih., UKC Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo, e-pošta: arijana.steblovnik@trieteta.net

Ključne besede: nosečnost, stres, psihosomatske motnje

Spočetje otroka je razburljiv in pomemben korak v življenju vsake ženske. Postati mati je biološki proces, pa tudi socialna preobrazba, saj gre za eno najkorenitejših in daljnosežnih sprememb, ki jih ženska v svojem življenju sploh doživi (1).

Psihološke značilnosti v nosečnosti in med porodom

Psihološki vidik razmišljanja o nosečnosti izhaja iz dejstva, da gre za enkratno obdobje v življenju, ko sta dva osebka združena v enem, in pomembno je, kako to dilemo združenja nosečnica v sebi razrešuje (2). Za žensko je doživljanje prve nosečnosti ne samo srečanje z novo kvaliteto, s stanjem, v katerem do zdaj še nikoli ni bila, ampak je to tudi ključno obdobje intenzivnega razvoja identitete ženske kot matere. Nosečnost in materinstvo predstavljata integracijo instinktivnih hotenj in najvišje ravni aspiracije – imeti otroka in biti roditelj. Sestavni del procesa psiholoških sprememb v nosečnosti je zadovoljevanje narcističnih potreb kot tudi obnavljanje konfliktov, ki izhajajo iz zgodnjega razvojnega obdobja, regresivnih teženj in anksioznosti. Benedek (3) navaja, da je nosečnost kritična faza, ki vodi k novi ravni integracije in razvoja osebnosti. Bibring (3) pa govori o nosečnosti kot o normalni krizi, ki se javlja pri vsaki nosečnosti. Pri večini žensk nosečnost vpliva na stališče o sebi, o partnerju in moških nasploh, o starših, o spolnosti, do otrok in življenja v prihodnosti.

Psihološki odziv žensk na nosečnost je variabilen in je odvisen od mnogih dejavnikov. Spoznanje o zanositvi lahko ženska zaznava kot velik izziv, ki ji bo omogočil obogatiti njeno osebnost prek spremljanja otrokovega razvoja. Z njeno pomočjo bo otrok spoznal svojo okolico in bo s svojim odzivanjem presenečal mater ter jo tako spodbujal k nadaljnjemu motiviranju zanj. Lahko pa ji napoved novega življenja prekriža načrte in ji predstavlja veliko oviro.

Vsaka nosečnost pomeni spremembe na emocionalnem in kognitivnem področju (4). Buckwalter je s sodelavci spoznal, da se med nosečnostjo ob spremenjenem hormonskem stanju dogajajo spremembe v kognitivnem delovanju in čustvovanju. V nosečnosti in daljšem obdobju po porodu se pojavljajo spremembe razpoloženja in težave na področju spominskega delovanja ter verbalnega učenja (5).

Nosečnost je sama po sebi psihičen stres. V času nosečnosti in poroda so pogoste mešane in labilne čustvene reakcije in stanja, ne pa, kot se pogosto misli, le občutki sreče in zadovoljstva. Veliko žensk je strah, da plod ni normalen, skrbi jih, kakšen bo sam porod, nekatere pa skrbi, da so postale v nosečnost grde (6). Po eni strani žensko nosečnost osrečuje, še zlasti, če je nosečnost zaželena, po drugi jo obhajajo številni dvomi glede poteka naslednjih mesecev. Ta dvojnost občutkov je pri nosečnicah pogosto potrjena, vendar naj nad tem ne bi prevladal strah. Pogosta nerazpoloženost, muhavost in pretirana zaskrbljenost nosečnici dajejo občutek duševne napetosti. Redko je v tem obdobju zaslediti težje duševne bolezni, medtem ko so lažje čustvene motnje povsem običajne. Najpogosteje se pojavlja tesnoba. Pogosta asociacija na nosečnost je tudi anksioznost. Anksioznost postane neprijetna samo v

povezavi s stresom. Niven (7) opozarja, da naj bi tisti, ki skrbijo za nosečnice, bili pripravljene na srečanje z njihovo anksioznostjo, zaskrbljenostjo in vznemirjenostjo. Manjša stopnja anksioznosti korelira z boljšo poporodno prilagoditvijo (8).

Kljub temu da je vsako materinstvo enkratno, reakcije v različnih kulturnih pogojih kažejo, da so nekateri socialni odnosi med materjo in otrokom tako globoki in prvinski, da izničijo vse socialne in individualne razlike. Meadova (9) meni, da se večina nosečnic vživi v vloge, ki prevladujejo v njeni kulturi.

V času nosečnosti so začete tri faze transformacije, ki poleg telesne sprožijo tudi psihično spremembo z različnimi mehanizmi soočanja. V prvi fazi je ženska obremenjena s spoznanjem nosečnosti, sprejemanjem in privajanjem telesnim spremembam, nosečnostnim znakom, čustvenemu nihanju ter prilagoditvi na nove razmere. V drugi, ko začuti gibanje otroka, se psihično doživljanje nosečnosti prenese od zunanje ideje o ločenem k neznanemu bitju, ki raste v njej. V tretji fazi pa gre za ocenjevanje otroka kot sposobnega preživeti zunaj nje. Torej sledi zaporedje nekako v smeri od nosečnosti k plodu in nazadnje k otroku (10).

Nelagodno počutje nosečnice ob približevanju poroda je znak, da se je harmonija med materjo in otrokom porušila zato, da njuna psihološka ločitev ne bila tako boleča. Mati ponovno občuti plod podobno kot tujek, kakor na začetku nosečnosti, in do izraza prihajajo ambivalentni impulzi (11).

Če govorimo o nosečnosti kot krizi, potem pomeni porod vrhunec te krize. Porod pomeni konec narcističnega obdobja nosečnosti, v kateri je ženska doživljala, da sta z otrokom eno (12). Porod je lahko največja in najsrečnejša izkušnja ženske v življenju, vendar le, če poteka brez zapletov, kar pomeni, da neposredne emocije vplivajo na zmanjšanje strahu in bolečin. Bolj natančno to pomeni, da zna ženska sama s svojo aktivnostjo obvladati strah in bolečino. Le tako lahko po porodu naveže pravi odnos z otrokom (13).

Nosečnost in porod kot bio-psiho-socialna celota

Raziskovanje nosečnosti vedno znova dokazuje, da je celostno razumevanje te velike spremembe možno le s poznavanjem interakcije socialnih, psiholoških in bioloških faktorjev v procesu nosečnosti.

Materinstvo kot odnos med materjo in otrokom se začne z oploditvijo in se nadaljuje skozi fiziološki proces nosečnosti, rojstva, hranjenja in nege. Vse te faze so povezane s čustvenimi reakcijami, ki se spreminjajo in so neločljivo povezane z osebnostjo vsake ženske. Materinstvo kot individualna izkušnja ni samo biološki proces, temveč tudi psihično doživetje številnih izkušenj, spominov, želja in strahov (11). V času nosečnosti in poroda srečamo novopojavljajoče se tvorbe na področju somatskega, psihološkega in socialnega, ki zahtevajo celovit bio-psiho-socialni pristop (14).

Psihosomatika in njen razvoj v perinatologiji

Psihosomatski pristop gleda na človeka kot na celostno bitje in v skladu s tem upošteva, da pri pojavu bolezni igrajo pomembno vlogo človekova osebnost, konstitucija, dedne zasnove, struktura in socialno okolje; ti dejavniki pa so v nenehni interakciji (15). Na področju

psihosomatike ločimo psihosomatske reakcije in motnje. Prve so neposredni odziv telesa na stresne dogodke, ki ponavadi izzvenijo, ko se okoliščine umirijo. Psihosomatske motnje pa delimo na konverzivne simptome (funkcionalne motnje brez organske okvare), funkcionalne sindrome (številne telesne motnje, vendar ni znakov za organsko okvaro tkiva) in psihosomatske motnje v ožjem smislu (kronično obolenje z okvaro na organih in organskih sistemih, ki so pod kontrolo vegetativnega živčnega sistema).

Psihosomatski pristop se je razvijal že od časov stare Grčije, kjer so bolezen obravnavali celostno in upoštevali tudi človekovo osebnost. V renesansi je evropska kultura povzela dualistični način pojmovanja bolezni, ki se je ohranil vse do dvajsetega stoletja.

Prvi dogodek oziroma približevanje k psihosomatskemu pristopu v porodništvu je omenjen leta 1933, ko je Read (16) opisal pristop naravnega poroda z uporabo hipnotične sugestije za relaksacijo porodnice in s tem tudi lajšanje bolečine med porodom. Začetek »moderne dobe« v porodništvu je tečaj psihoprofilakse, ki ga je proti koncu štiridesetih let prejšnjega stoletja v Rusiji razvijal Velvovoski (17) in je vseboval edukacijo o porodu, socialno podporo, dihalne vaje in sproščanje.

Lamaze in Vellay sta bila velika zagovornika tečaja psihoprofilakse in sta ga v petdesetih letih prejšnjega stoletja razširila še v evropske države in severno Afriko. Pojav »porodnih tečajev« je usmerjal pozornost na družino in tako spremenil tradicionalno avtoritarno strukturo medicine. Bingova (18) je Lamazovo in Readovo tehniko prenesla v Ameriko, kjer se je pri porodu aktivno vključil tudi partner. Očetje so postali aktivni udeleženci porodnih tečajev, kjer so se učili, kako sodelovati pri porodu in biti v oporo partnerki. V začetku sedemdesetih let je vse več parov zahtevalo prisotnost očeta pri porodu. Gibanje za naravni porod in uporabo psihoprofilakse je poudarjalo dobro počutje ženske v nosečnosti in med porodom.

V enakem obdobju se je v Ameriki razvijalo psihoanalitično gibanje za proučevanje psihosomatskih obolenj (19) in so na podlagi psihoanalitičnih teorij želeli pojasniti vzroke za pojav spontanega splava, čezmernega bruhanja v nosečnosti in pre-eklampsij.

Trenutno raziskave in obravnava nosečnosti temeljijo na bio-psiho-socialnem modelu, ki upošteva tako psihodinamske kot tudi biološke dejavnike za nastanek bolezni oziroma motnje. Čedalje več raziskav prikazuje fiziološke spremembe kot posledico vpliva negativnega stresa in izgube ter vpliva življenjskih dogodkov na imunski odziv organizma kot tudi sproščanja hormonov, ki vplivajo na fiziološke odgovore – nosečnost in porod (20). Psihosomatska medicina v porodništvu sedaj obravnava psihodinamiko ženske v interakciji z okoljem in vplivom negativnega stresa ter posledice teh dejavnikov na njeno zdravje in nosečnost.

Motnje v nosečnost z vidika psihosomatske medicine

Psihosomatske motnje nastanejo zaradi čustvenih motenj. Spremenijo nevrovegetativne funkcije, te pa delovanje organskih sistemov in posameznih organov. V nosečnosti in med porodom sta fiziologija in psihologija tesno povezani. Vse več je prepoznanih motenj in bolezni v nosečnosti, ki so psihosomatskega izvora. Med psihosomatskimi motnjami oziroma komplikacijami so najpogosteje prepoznane in opisane: čezmerno bruhanje, hipertenzivne bolezni, spontani splavi in motnje v začetku in poteku poroda.

Čezmerno bruhanje v nosečnosti

Blažje oblike slabosti in bruhanja v nosečnosti so prisotne pri skoraj 70% nosečnic. Običajno se pojavijo okoli šestega tedna nosečnosti in med 16. in 20. tednom prenehajo in so najverjetneje posledica spremembe hormonskega stanja v telesu. Kadar pa je bruhanje težje oblike in ima za posledico izgubo telesne teže ter spremembo elektrolitskega stanja v telesu, govorimo o čezmernem bruhanju – *hyperemesis gravidarum*. Težka oblika bruhanja v nosečnosti je redkejša in se pojavi pri približni enem odstotku nosečnic (21). Po prepričanju Helen Deutsch (11), ki se je intenzivno ukvarjala z raziskovanjem psihičnega stanja nosečnic, so organske motnje nosečnice posledice psihičnega delovanja v smislu lajšanja napetosti. Bruhanje izraža zavračanje ploda, medtem ko je prenajedanje odraz želje po zadržanju ploda. Prav tako meni, da je prva nosečnost prelomna situacija v življenju ženske, ker povzroča ambivalentno stanje z željo po materinstvu na eni strani in dejstvom, da jo še nerojen otrok ovira v prihodnosti, na drugi.

Ženske, ki trpijo za tokofobijo (specifično vznemirjajoče stanje s fobičnim izmikanjem nosečnosti), pogosteje trpijo zaradi čezmernega bruhanja v nosečnosti.

Raziskava bioloških dejavnikov nastanka motnje govori o hormonski spremembi, medtem ko so izpostavljeni naslednji psihološki faktorji: povečana občutljivost za stres, pomanjkanje socialne podpore, nezrela in pretirana navezanost na mater, simbolična zavrnitev nosečnosti (23).

Spontani in ponavljajoči splavi

Približno petina nosečnic doživi krvavitev v prvih dvajsetih tednih nosečnosti, okrog polovica se jih konča s spontanim splavom. Slednji se opredeljuje kot spontana izguba fetusa pred 24. tednom nosečnosti. Kadar pa splav nastopi trikrat ali večkrat zaporedoma, govorimo o ponavljajočih se ali habitualnih splavih. Psihični stres se opisuje kot eden izmed pomembnih dejavnikov spontanega splava. Za ženske s pogostimi splavi sta značilni emocionalna labilnost in stereotipnost, pogosto so anksiozne in zaskrbljene. Za ženske z nevrotsko osebnostno strukturo, ki imajo veliko strahov, otrok predstavlja obremenitev; postavljene bodo pred dejstvo, da se kot matere odrečejo neodvisnosti in delujejo odgovorneje. Splav je mogoča rešitev iz notranje stiske. Zavestno izražena želja po otroku je pri njih samo obrambni mehanizem, ki prikriva podzavestno željo, da otroka ne bi imele. Preučevali so tudi stres kot sprožilni dejavnik spontanega splava in ugotovili, da se pojavljajo spremembe na placenti. Stres povzroča čezmerno izločanje adrenalina, ta pa povzroči krčenje arterij v maternici, zmanjšata se uteroplacentarni obtok in produkcija progesterona v posteljici, zaradi tega sledi povečana dejavnost maternice, ki lahko povzroči splav (25).

Hipertenzivne bolezni v nosečnosti

Gestacijska hipertenzija je hipertenzija, ki se po 20. tednu nosečnosti pojavi pri nosečnicah s predhodno normalnim krvnim pritiskom. Vzrok zanjo ni znan. V večini primerov gre za motnjo v razvoju posteljice, pri čemer se sproščajo različne kemične snovi, ki povzročijo okvaro žilnega endotelija, sloja celic, ki pokriva notranjo steno žil v telesu nosečnice.

Gestacijska proteinurija je opredeljena kot pojav beljakovin v urinu nosečnice po 20. tednu nosečnosti brez znakov vnetja sečil.

Preeklampsija je opredeljena kot pojav hipertenzije, proteinurije ali obojega po 20. tednu nosečnosti. Lahko jo spremljajo še drugi znaki in simptomi, kot so edemi, motnje vida, glavobol in bolečina v žlički.

Eklampsija je pojav generaliziranih krčev pri nosečnicah s preeklampsijo, ki niso posledica epilepsije, možganskega tumorja ali drugih procesov v glavi. Krči so združeni z izgubo zavesti. (24).

Pri nosečnicah brez gestacijske hipertenzije ali preeklampsije v prejšnjih nosečnostih je malo verjetno, da bodo bolezen razvile v kasnejših nosečnostih, če je partner, s katerim so zanosile, isti, saj je za nastanek gestoz pomembno družinsko okolje. Možje žensk, ki so trpele za težjimi oblikami gestoz, so bolj emocionalno labilni, manj odporni za frustracije in bolj zaskrbljeni.

Pri nosečnicah s hipertenzivnim boleznimi v anamnezi pogosto zasledimo enurezo v otroštvu, nemir, nespečnost, ponavljajoče se spontane splave.

Pajntar (24) je v raziskavi prepoznal, da se dinamika nastajanja in delovanja osebnostnih lastnosti pri nosečnicah z blažjo in težjo obliko gestoz razlikuje. Nosečnice z lažjo obliko imajo motnje bolj psihoreaktivne narave z manjšimi psihosomatskimi motnjami. Zanje so značilne nevrotične lastnosti, težave s samopotrjevanjem in nizko samospoštovanje, pri dobri diferenciranosti osebnosti. Pri nosečnicah s težjo obliko gestoz pa je značilno labilnejše čustvovanje, burno se odzivajo na dražljaje iz okolice in se težje pomirijo, so anksiozne in pogosto depresivne. Imajo številne občutke krivde in bojazni moralnega tipa. Prisotni so obrambni mehanizmi izrivanja, projekcije, regresije in reaktivne formacije. Imajo tudi prevladujočo anankastično osebnostno strukturo, kar pomeni da še bolj neuspešno rešujejo probleme v nosečnosti. Na težave in komplikacije v nosečnosti reagirajo s psihonevrotsko in psihosomatsko simptomatiko težje oblike.

Hipertenzivne bolezni v nosečnosti so pogoste indikacije za elektivni prezgodnji porod (16).

Prezgoden začetek poroda in motnje v poteku poroda

Nosečnice imajo navadno pred porodom mešane občutke. Po eni strani je to trenutek, ki ga pričakujejo in se ga veselijo, po drugi pa jih je strah bolečine, komplikacij. Strah ni vzrok za bolečine pri porodu, ampak bolečino samo povečuje. Sproži alarm in telo je v pripravljenosti, saj sprošča stresne hormone. Ko skušajo strah ustaviti, se mišice skrčijo. To je ravno nasprotno od tega, kar naj bi se dogajalo med porodom: takrat bi morala biti maternica edini organ, ki se krči. Če je strah med prvo porodno dobo premočan, lahko popadki popustijo ali se celo ustavijo. Strah sproži prastari mehanizem po preživetju, ki ustavi porod, zato da bi lahko porodnica v primeru nevarnosti »pobegnila na varno«.

Še zlasti komplikacije pri porodu opozarjajo na prisotnost psihičnih dejavnikov. Psihološko sta zanimivi prvi dve porodni fazi. Če so pod vplivom čustvenih napetosti inervacijski procesi v času poroda moteni, izgubi porod svojo naravno spontanost in se odvija nepravilno. Popadki postanejo pri agresivnih ženskah zaradi povečanega izločanja noradrenalina močni, boleči,

nekoordinirani in neučinkoviti. Pri prestrašenih, depresivnih ženkah pa postanejo zaradi velikega izločanja adrenalina preslabi. Potek poroda je v obeh primerih moten (25).

Prezgodnji porod je porod, ki nastopi med 22. in dokončanim 36. tednom nosečnosti. Zarodek je v današnjih pogojih z medicinsko pomočjo sposoben zunaj maternice preživeti že od 24. tedna. Ženske s prezgodnjimi porodi so emocionalno manj zrele, težje s prilagajajo novim situacijam, mišljenje je bolj stereotipno, izraziteje so odvisne in anksiozne in imajo zavestno ali podzavestno negativno stališče do otroka.

Deutsheva meni, da se ob koncu nosečnosti pojavlja polariteta – zadržati ali iztisniti plod. Če ti nasprotni motivi postanejo patološki in prevladajo sovražni, rodi ženska prezgodaj. Kadar pa prevladajo narcistični motivi in se ženska boji, kaj bo z otrokom, se nosečnost in porod podaljšata. Vse to je še bolj izrazito pri nevrotičnih ženskah (10).

Zaključek

Nosečnost kot kompleksen fenomen vključuje ne samo telesne in fiziološke spremembe, temveč tudi subtilnejše spremembe v psihosocialnem funkcioniranju nosečnice. Spremljevalci nosečnosti so spremembe v razpoloženju, čustvovanju, spremenijo se telesna podoba in seveda tudi vloga in položaj ženske. To je tudi obdobje, na katerega so vezani strahovi. Maternalni stres lahko privede do različnih perinatalnih komplikacij, ki lahko imajo posledice v somatskem ali psihičnem funkcioniranju še nerojenega otroka. V nekaterih primerih je potrebna tudi psihoterapevtska pomoč v smislu kratkotrajne podporne terapije.

V preprečevanju maternalnega stresa je zelo pomembna podpora partnerja in širšega socialnega okolja.

Preventiva preprečevanja maternalnega stresa bi bila ustrezna psihološka pomoč, ki bi bila dostopna vsaki ženski, še posebej v prvi nosečnosti ali pa pri načrtovanju nosečnosti.

Literatura

1. Kitzinger S. *Me matere*. Ljubljana: Založba Ganeš, 1994.
2. Raphael-Leff J. *Psychological process of childbearing*. London: Chapman in Hall, 1991.
3. Kapor- Stanulović N. *Psihologija roditeljstva*. Beograd: Nolit. Kapus, 1985.
4. Oates M. normal emotional changes in pregnancy and puerperium. *Bailieres clin. Obstet. Gynaecol.* 1989; 3(4): 791-804.
5. Buckwalter JG, Buckwalter DK, Bluestein BW, Stanczyk FZ. Pregnancy and postpartum. *Prog. Brain Res* 2001; 133:303-19.
6. Milaković I. *Kada su majka in dete bili zajedno*. Sarajevo: Svjetlost, 1986.
7. Niven C. A. *Conception, pregnancy and birth*. Oxford: The psychology of reproduction, Butterworth – Heinemann, 1996.
8. Sheer L. *The psychology of pregnancy and childbirth*. Oxford: Blackwell Science, 1995.
9. Mead M. *Male and female: a study of the sexes in a changing world*. New York: 1949.
10. Pitt B. *Srečna nosečnost in materinstvo*. Ljubljana: Mladinska knjiga, 1978.
11. Deutch H. *The psychology of women- Motherhood*. New York: Grene in Stratton, 1945.
12. Rojšek J. *Nosečnost in porod kot stres*. In: *Na stičiščih psihiatrije in ginekologije*. Begunje: Psihiatrična bolnišnica, 2002.
13. Pajntar M. *Duševnost ženske v nosečnosti in med porodom*. In: Pajntar M, Novak Antolič Ž, editors. *Nosečnost in vodenje poroda*. Ljubljana, Cankarjeva založba, 2004: 118-120.
14. Rojšek J. *Osebnostne lastnosti žensk z EPH- gestozo*. Ljubljana: Državna založba, 1990.
15. Blumenfield M., Strain J J. *Psychosomatic medicine*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins. 2006.
16. Kemker S, Gamboa M. *Pregnancy*. In: Blumenfield M., Strain J J. editor. *Psychosomatic medicine*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins. 2006: 603-630.
17. Velvovski IZ. *Psychoprophylaxis in obstetrics: a Soviet method*. In: Howells JG, ed. *Modern Perspectives in Psycho-Obstetrics*. New York, NY: Brunner/Mazel; 1972:314–326.
18. Bing ED. *Psychoprophylaxis and family-centered maternity: a historical development in the U.S.A.* In: Morris N, ed. *Psychosomatic Medicine in Obstetrics and Gynecology: Third International Congress*. Basel: S. Karger; 1972:71–73.
19. Stotland NL. *Collaborations between psychiatry and obstetrics and gynecology*. In: Stotland NL, Stewart DE, eds. *Psychological Aspects of Women's Health Care: The Interface Between Psychiatry and Obstetrics and Gynecology*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2001:597–610
20. Curry MA. *The interrelationships between abuse, substance use, and psychosocial stress during pregnancy*. *J Obstet Gynaecol Neonatal Nurs* 1998;27,692–698.
21. Hod M, Orvieto R, Kaplan B, et al. *Hyperemesis gravidarum: a review*. *J. Reprod. Med.* 994;39:605–612.
22. Hofberg K, Brockington IF. *Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth*. *Br. J. Psychiatry* 2000.
23. Grady-Weliky TA. *Eating disorders and hyperemesis gravidarum*. In: Yonkers KA, Little BB, eds. *Management of Psychiatric Disorders in Pregnancy*. London: Arnold; 2001:164–172.
24. Cerar, V., Novak-Antolič, T. *Arterijska hipertenzija v nosečnosti*. In: *Zbornik prispevkov 1. Kranjska Gora: ZPM, SZD*, 1995: 1–115.
25. Pajntar M. *Psihosomatski vidik nosečnosti in poroda*. In: Pajntar M, Novak Antolič Ž, editors. *Nosečnost in vodenje poroda*. Ljubljana, Cankarjeva založba, 2004: 118-120.



asist. Teja Zakšek, mag. Ana Polona Mivšek

Vloga babice pri obporodnih stiskah

VLOGA BABICE PRI OBPORODNIH STISKAH

asist. Teja Zakšek, dipl. bab., MSc (UK), mag. Ana Polona Mivšek, dipl. bab., viš. pred., Zdravstvena fakulteta; Oddelek za babištvo, e-pošta: teja.zaksek@zf.uni-lj.si, polona.mivsek@zf.uni-lj.si

Ključne besede: babištvo, poporodne stiske, puerperij, duševno zdravje

Uvod

Oblikovanje družine v pravem pomenu besede, kjer ne gre več samo za sožitje med partnerjema, ampak med generacijami, se zgodi šele po rojstvu otroka (1). Nosečnost in porod sta prelomnici življenjskega ciklusa družine, ki lahko pomeni izziv za njen razvoj (2), ali pa zaradi zahtev po prilagoditvi predstavljata obremenilen življenjski dogodek – stres in duševno krizo (3). Veliko žensk se v novi situaciji znajde brez težav, lahko pa se zgodi, da se posameznice ne čutijo sposobne doseči lastnih in družbenih pričakovanj ter posledično občutijo razočaranje, jezo, žalost in depresijo.

Ironično je, da je družina, socialni konstrukt, ki je nastal ravno z nalogo nadaljevanja vrste, najbolj na udaru ravno v času rojstva novega člana (4). Psihične motnje, ki izbruhnejo v času, ko se vzpostavljajo temelji odnosa mama-otrok, vplivajo na materino percepcijo glede lastne zmožnosti za starševstvo, kar lahko posredno vpliva na otrokov razvoj (5, 6, 7, 8, 9). Obenem pa je v primeru da ženska po porodu razvije duševno motnjo, na udaru tudi njen odnos s partnerjem (10, 11). Glede na to, da je zgodnje odkrivanje ter zdravljenje poporodnih duševnih stisk ključnega pomena tako za zdravje otročnice kot otroka in celotne družine (12), je nujno, da se v obravnavo zajame celotno družino (13).

Materinstvo ima v moderni družbi novo podobo. Biti mati je danes verjetno težje kot je bilo kdaj prej. Tradicionalne družbe, v katerih sta moč in položaj žensk temeljila na materinstvu, ni več. Sodobna zahodna kultura je usmerjena v pridobivanje dobrin in bogastva, ne pa v rojevanje ljudi. To velja za primitivno, čeprav nekateri trdijo, da ženska dokončno dozori in se življenjsko opredeli šele z rojstvom otroka (14). Starševstvo je treba umestiti v špranje med plasti socialnega življenja – politiko, ekonomijo, industrijo in trgovino ipd. Otrok pomeni nekakšno zasebno razkošje in ženska rojstvo ter naloge materinstva pričakuje v poslovnem duhu – odločena, da bo stvar dobro, predvsem pa hitro opravila, in se vrnila v »normalno stanje«, t. j. življenje pred porodom (15, 16).

Prepričanje, da je materinstvo instinktivno, je zmotno. Vloga matere je zahtevna, priučena večšina, ki se je ženska nauči po metodi igranja vlog in opazovanja. Slednje je v moderni družbi oteženo, saj so dojenje in druge dejavnosti v povezavi z nosečnostjo, s porodom in puerperijem umaknjene z oči javnosti v zasebno sfero. V preteklosti je razširjena družina nudila podporo, pomoč in znanje. Ti elementi so z nastankom nuklearnih družinskih celic izginili (4). Ni torej presenetljivo, da danes mnogo žensk, ki te podpore ne prejmejo, materinstvo smatra za izgubo – poklicne identitete, avtonomije (17), partnerskega odnosa in življenjskega sloga (18).

Obenem mnoge matere zaradi previsokih in nerealnih ciljev, ki si jih zastavijo, po porodu ugotovijo, da ne morejo slediti visokim normam »popolne matere«. Te so umeten proizvod družbe oziroma ostanki tradicije, ko ženska še ni bila razpeta med javno in zasebno sfero. Samopodoba in samouresničitev sta v takih trenutkih na udaru. Ženska mora spoznati, da idealna mati sploh ne obstaja (15).

Vloga babic v obravnavi obporodnih psihičnih težav ženske

Po ocenah strokovnjakov bi lahko 75% primerov obporodnih psihičnih motenj obravnavali v sklopu primarne ravni zdravstvene dejavnosti (19). Babice so tisti zdravstveni strokovnjaki, ki jim tuja strokovna literatura pripisuje pomembno vlogo pri preprečevanju, odkrivanju in obravnavi psihičnih motenj v nosečnosti, med porodom in po njem, vendar morajo biti za to dodatno izobražene in usposobljene (20, 21, 22, 23). Kot prikazuje Slika 1, tuje sheme protokolov obravnave in napotitvenih smernic (24, 25) natančno opredeljujejo dejavnost babic v zvezi s poporodnim duševnim zdravjem.

Slika 1: Aktivnosti babic v zvezi z obravnavo poporodnega duševnega zdravja ter s protokolom predpisani ukrepi glede na rezultat testiranja žensk z Edinburško lestvico poporodne depresivnosti (EPDS) (povzeto po 24, 25).

ČAS	AKTIVNOST
PRED PORODOM	<ul style="list-style-type: none">- Presejanje glede dejavnikov tveganja- Ukrepanje glede dejavnikov tveganja- Informacije in nasveti v šoli za starše
PO PORODU	<ul style="list-style-type: none">- Presejanje glede simptomov (EPDS)*- Intervencije glede na rezultat EPDS
DODATNO	<ul style="list-style-type: none">- Možna uporaba EPDS v nosečnosti- »Debriefing«- ...
ČAS*	AKTIVNOSTI*
<ul style="list-style-type: none">- tretje tromesečje nosečnosti- 6 do 8 tednov po porodu- 6 mesecev po porodu	Rezultat EPDS: <ul style="list-style-type: none">- 9–13 točk (ponovitev EPDS čez dva tedna, napotitev v podporno skupino)- 14–19 točk (obiski na domu, podpora, napotitev k terapevtu, obvestilo splošnemu zdravniku, ponavljanje testa EPDS)- 20 točk ali več (obvestilo splošnemu zdravniku, napotitev k psihiatru, podpora, spremljanje stanja z EPDS)

Pristop do poporodnih duševnih stisk je zaznamovan s percepcijo vzroka (26, 27). Med zdravniki dominira medicinski model percepcije poporodnih duševnih motenj, ki jih pojmuje kot biološko pogojeno bolezen in jih zato zdravi farmakološko (27).

V nasprotju s tem feministični model depresivna občutja po porodu pojmuje kot socialni konstrukt (17, 27). Temelji na postavki, da družba za materinstvo postavlja nedosegljiva pričakovanja (28), ki jih ženska ne dosega in zato zapada v trajna občutja neuspeha, nezadovoljstva in krivde, ki se lahko stopnjujejo v depresivnost.

Babice glede na lastno profesionalno filozofijo, ki nosečnost, porod in poporodno obdobje pojmuje kot fiziološke procese, razumejo blažje oblike poporodnih duševnih stisk kot normalen odziv ženske na zahtevne spremembe življenjskega stila ob transformaciji v starševstvo. Poporodna depresija namreč ni nič pogostejša kot depresija v drugih življenjskih obdobjih ženske (29, 30). Dejavniki tveganja, o katerih poročajo študije, so nekonsistentni in vzrok ni znan (31, 32, 33). Veliko simptomov bi lahko zamenjali za normalne spremembe puerperija (34). Hormonska teorija podpira omenjeno trditev o normalnosti poporodne depresije. Nekateri strokovnjaki celo menijo, da je depresivnost na prehodu v starševstvo

nujna – nekakšno »spoznanje nepopolnosti« (35) oz. »normalen in zdrav odziv na izgube povezane s sprejemanjem materinstva« (36). Na nek način bi torej sklepali, da poporodna depresija kot entiteta sploh ne obstaja, temveč je odraz medikalizacije popolnoma normalnega odziva ženske na materinstvo. Življenjske situacije, ki zahtevajo hitro spremembo življenjskega sloga, socialnih vlog in medsebojnih odnosov, so za posameznika stresne (35, 37). In obporodno obdobje je zaradi novonastale situacije, ki zahteva mnogo prilagajanj, naporno ter fizično in psihično stresno (38). Žalovanje za prejšnjim življenjskim slogom, osebno svobodo brez potreb prilagajanja ter odrekanja bi na nek način res lahko smatrali za normalno reakcijo. Vendar pa za poporodno depresijo zbolevajo tudi ženske, ki so otroka posvojile (4), kar pomeni, da je njen nastanek odvisen od več dejavnikov. In ni popolnoma jasno, na kateri točki se normalna fizična izčrpanost in žalost, ki sta rezultat adaptacije na starševstvo, spreobrneta v patološki proces.

V velikem številu primerov ženska, ki se znajde v stiski, potrebuje obravnavo zdravstvenih delavcev. Z gotovostjo lahko trdimo, da potrebuje še več podpore, pozornosti in skrbi kot tista, ki je v materinstvo prešla brez težav.

Literatura navaja, da je za odnos, v katerem je ženska pripravljena deliti tudi občutja negotovosti, nelagodja, ambivalence ali celo žalosti in sovražnosti, potrebno zaupanje, ki je rezultat dlje trajajočih medsebojnih stikov. S kontinuirano babiško skrbjo za ženske v nosečnosti, med porodom in v poporodnem obdobju bi lahko zagotovili tako stopnjo zaupljivosti, da bi bila ženska z babico pripravljena spregovoriti tudi o morebitnih negativnih čustvih v obdobju, ki na splošno velja za srečno in navdihujoče.

V strokovni literaturi avtorji in avtorice navajajo številne ukrepe/aktivnosti, s katerimi babica, ki za žensko skrbi, pripomore k boljšemu duševnemu zdravju – bodisi da preprečuje dejavnike tveganja, ki so povezani z nastankom poporodne depresije, oziroma da izvaja primerno skrb za žensko, pri kateri so se že pokazali znaki poporodne duševne stiske.

Nosečnost

Že od nekdaj je splošno mnenje o nosečnosti povezano s predstavo, da je to obdobje veselja in sreče, v nekaterih kulturah najdemo celo mnenja, da nosečnost sama po sebi zaščiti žensko pred depresijo (39). Resnica pa je, da ženske med nosečnostjo in po njej pogosto trpijo za depresijo (40, 41). Depresija v nosečnosti nosi podobno psihosocialno tveganje kot poporodna depresija (42). Številne študije ugotavljajo, da približno četrtina primerov poporodne depresije izvira že iz časa nosečnosti (43, 44). Ker je depresija v nosečnosti izrazitejša pri tistih ženskah, ki so v preteklosti že bile diagnosticirane s katero koli depresivno motnjo, sklepajo, da je nosečnost tisti dejavnik tveganja, ki največkrat poslabša depresivne motnje (45, 46, 47).

Babica ima v nosečnosti pomembno vlogo pri odkrivanju žensk, ki lahko zbolijo za poporodno depresijo. V okviru ginekoloških ambulant, kjer babica med nosečnostjo lahko opravi pet pregledov, ali v patronažni službi, kjer bi babice morale imeti vidnejšo vlogo, je izredno pomembna babiška anamneza. Ta mora natančno zajeti vse pretekle bolezni nosečnice, še posebno tiste, ki se tičejo mentalnega zdravja, možnega alkoholizma, socialnih problemov, zlorab opojnih substanc in pa morebitnih samomorilnih teženj (48). Babica mora dobro poznati dejavnike tveganja za nastanek poporodne depresije in jih vključiti v svojo

anamnezo. Dobro mora vedeti, kako v državi deluje mreža pomoči, da nosečnico pravočasno napoti v nadaljnjo obravnavo, če je ta potrebna.

Na podlagi dveh raziskav, v kateri so zajeli več kot 187 babic, so v Veliki Britaniji izdelali shemo, ki naj bi babicam pomagala odkrivati ženske z dejavniki tveganja za nastanek nosečniške in kasneje poporodne depresije ter jih primerno obravnavati (49). Prikazuje jo slika 2, ki sta jo avtorici prispevka prilagodili slovenskim razmeram. Vsekakor je za uporabo sheme treba poznati dejavnike tveganja ter možnosti napotitve žensk s povišanim tveganjem na nadaljnjo obravnavo.

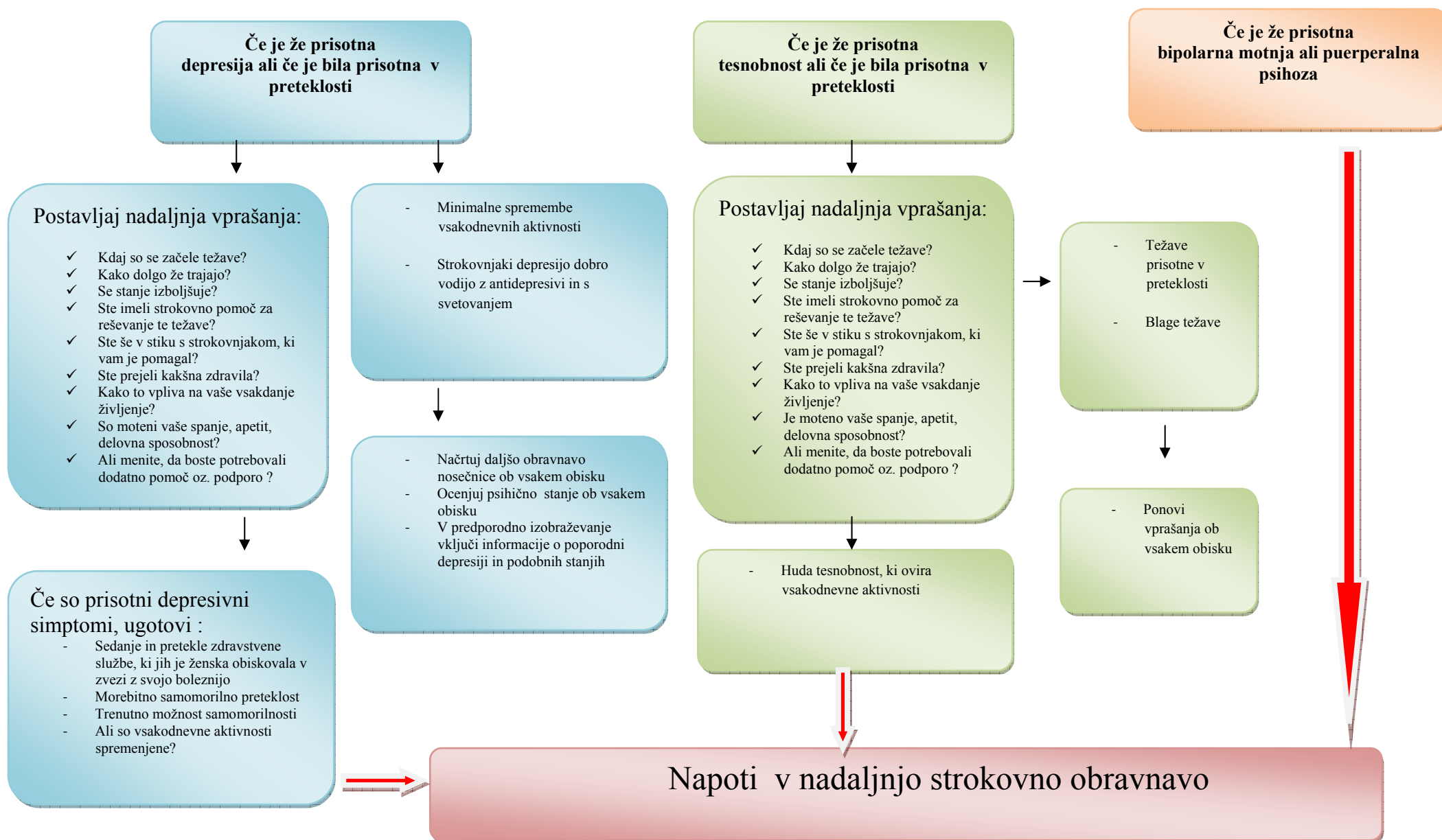
Sheme ni etično uporabiti, če ženski ne moremo omogočiti interaktivnega pogovora (49) o počutju in čustvih (v tuji literaturi t. i. »listening visits«, ki so ena od oblik svetovanja) (4). Interaktivni pogovori so bili sprva namenjeni ženskam, ki so bile diagnosticirane s poporodno depresijo, in njihovim družinam in so se sprva striktno uporabljali v poporodnem obdobju. Njihova učinkovitost je dokazana (20); interaktivni pogovori naj bi bili tisti, s katerimi bi v kar največji meri uspešno odkrivali nosečnostno depresijo. Izvajale naj bi jih babice, ob predpostavki, da so za to obliko svetovanja ustrezno dodatno usposobljene ter da svoja znanja neprestano dopolnjujejo (50). Ker so simptomi depresije v zadnjem tromesečju nosečnosti enako pogosti kot po porodu, je v tretjem tromesečju nosečnosti v sklopu teh pogovorov svetovano rutinsko presejanje na depresijo (22).

Poleg pregledov v nosečnosti babica z nosečnicami aktivno dela tudi v šoli za starše. Strokovnjaki priporočajo (51, 52), da babice že tam spregovorijo o možnosti obporodnih duševnih stisk, predvsem pa da spodbujajo realna pričakovanja o starševstvu, kar lahko pri materah po porodu prepreči občutek neuspeha, ki vodi v depresivnost (27). Raziskave so namreč pokazale, da ženske nimajo realnih pričakovanj v zvezi bremenom, ki ga starševstvo prinese (53, 54) oz. s spremembami, ki nastopijo po rojstvu otroka (55).

Šola za bodoče starše naj bi vključevala tudi učenje praktičnih veščin, pomembnih za starševstvo, kar staršem olajša prve izkušnje z nego otroka ter tako krepi njihovo samozavest (56). Danes se šole za starše, ki jih ne vodijo za to primerno izobraženi strokovnjaki, osredotočajo na napačne vsebine; starše predvsem zanimajo informacije in veščine, ki bi jim omogočile uspešno starševstvo (57, 58). Šola za starše je ena od zelo pomembnih dejavnosti, ki naj bi jo izvajale babice. Babica, ki vodi šolo za starše, pa naj bi nadaljevala tečaje tudi v času po porodu, saj se starši takrat soočijo z številnimi težavami (59).

Raziskava o vlogi babice pri preprečevanju poporodne depresije v času nosečnosti je pokazala, da neprekinjena babiška oskrba sicer ne vpliva na pojavnost poporodne depresije, je bila pa znatno bolj učinkovita pri pravočasni obravnavi, detekciji in napotitvi žensk v nadaljnjo obravnavo. Ženske s kontinuirano babiško oskrbo so tudi v večji meri sledile zdravljenju ter uspešno premagale duševno stisko (60).

Slika 2: Shema ukrepanja babice ob obravnavi nosečnice v primeru odkritja psihičnih težav ob prvem babiškem obisku (prirejeno po 49)



Porod

Umrljivost in obolevnost mater ter otrok sta pomanjkljiva kazalca uspešnosti poroda. Počutje mater ter njihovo zadovoljstvo s porodno izkušnjo je prevečkrat zanemarjeno (61). Dejstvo je, da so ravno psihološki vidiki poroda izjemno pomembni ter največkrat tisti, ki lahko napovedo počutje matere po porodu in povečajo ali zmanjšajo možnost za nastanek poporodne depresije ali tesnobe (62, 63).

Porod žensko izčrpa tako telesno kot tudi psihično. Večina žensk kljub vsem pripravam ne ve, kaj lahko pričakuje, zato je z aktom poroda vedno povezan tudi občutek tesnobe in strahu. Slaba obporodna izkušnja je močno povezana z razvojem depresije po porodu (4, 64). Glede na to lahko babice posredno, s pomočjo primerne obporodne podpore, vplivajo na poporodno mentalno zdravje.

Ena izmed najpomembnejših stvari, ki prispeva k materinemu zadovoljstvu s porodno izkušnjo, je občutek nadzora nad dogajanjem (65, 66, 67, 68). Dejavniki, ki zmanjšajo občutek nadzora nad situacijo, so v prvi vrsti pomanjkanje kontinuirane oskrbe, nepravilno podajanje informacij, nezadostna podpora ter občutek nezmožnosti vplivanja na dogajanje (65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72) ter v veliki meri prispevajo k nezadovoljstvu z obporodno oskrbo. Nadzor nad dogajanjem in pravilno podajanje informacij sta ključnega pomena za dober odnos med babico in žensko (69, 74, 75).

Nedopustno je, da se med porodom v želji »delati dobro za otroka« pozabi na porodnico. To v njej sproži občutek izgube nadzora; dogajanje pri porodu se odvija brez njenih odločitev ter pristanka (4, 18, 63). Rezultat bi bila neizpolnjena pričakovanja o porodu ter občutek, da naloge ni dobro opravila. Razočaranje nad sabo se lahko stopnjuje v občutek krivde in izgubo samospoštovanja, kar se lahko razvije v depresivnost. Aktivno sodelovanje uporabnic v obravnavi ter možnost lastnih odločitev na podlagi predhodne polne informiranosti da ženski občutek opolnomočenja, ki krepi samozavest in je dobra popotnica za suvereno starševstvo. Aktivno sodelovanje uporabnic v obravnavi med porodom ter možnost lastnih odločitev na podlagi predhodne polne informiranosti se začne že v nosečnosti, ob prvem stiku nosečnice z babico, ki bi v primeru kontinuirane oskrbe zanjo skrbela tudi med porodom in po njem.

V Sloveniji, kjer še ni omogočena kontinuirana babiška oskrba, bi se babica morala ob prvem stiku z žensko v porodni sobi natančno pogovoriti o njenih željah in pričakovanjih ter ji predstaviti vse možne možnosti. Načrtovanje poroda v pogovoru med babico in žensko lahko poteka po načrtu, ki ga predlagajo tuji avtorji in ga prikazuje Slika 3 (76).

Slika 3: Shema priprave babice in ženske na porod (prirejeno po 76)

VPRAŠANJA ZA ŽENSKO	TEME POGOVORA
1. Kje bi želeli roditi?	- Povej obstoječe možnosti - Razloži prednosti in slabosti vseh obstoječih možnosti
2. Kakšen porod si želite?	- Razlike med fiziološkim porodom in porodom po »doktrini« - Prednosti in slabosti možnih položajev v prvi in drugi porodni dobi - Razlika med aktivno in fiziološko 3. porodno dobo - Namen in vzrok epiziotomije, operativnih porodov, postopkov ...
3. Kakšno okolje si želite?	- Domače, glasba, luči, postelja ... - Možnost menjavanja položajev, hoje - Svoja oblačila - Stopnja zasebnosti - Kdo bo prerezal popkovino - Kako je s fotografiranjem, snemanjem ...
4. Kaj še želite med porodom?	- Možnosti ambulantne prve porodne dobe - Intervencije in njihove posledice, npr: - CTG - EA - IV ...
5. Lajšanje bolečine?	- Prednosti endorfinov kot naravnih blažilcev bolečine in njihova vloga pri navezavi matere in otroka - Nefarmakološke metode lajšanja bolečine - Farmakološke metode lajšanja bolečine
6. Koga si želite pri porodu?	- Vloga spremljevalca pri porodu - Odločitev spremljevalca pri porodu - Priprava spremljevalca
7. Otrok po porodu	- Sobivanje - Prvo dojenje - Pomembnost interakcije med mamo in otrokom
8. Ženska naj napiše seznam želja po prioriteten vrstnem redu	
9. Pogovor o možnostih in ovirah za realizacijo porodnega načrta	
10. Ženska dobi tudi pisne informacije	
11. Na ponovnih srečanjih večkrat skupaj pregledata porodni načrt	

Poporodno obdobje

Puerperij je obdobje telesne in psihične ranljivosti. Zato je v skrbi za ženske v tem obdobju še posebej pomembna podpora (4, 35, 77). V moderni družbi matere nimajo tako široke podpirne mreže, kot so jo imele nekdanje v sklopu svoje razširjene družine. Vlogo zagotavljanja poporodne podpore so prevzele institucije in v njih zaposleni strokovnjaki (78).

V literaturi strokovnjaki ločijo med izrazoma kontinuiteta skrbi (»continuity of care«) in kontinuiteta negovalca (»continuity of carer«). Kontinuiteto skrbi bi lahko opisali kot enotnost prepričanj, usmeritev in vrednot različnih negovalcev, ki za žensko skrbijo (68), kar prepreči nasprotujoče si nasvete in omogoči konsistentna navodila, oboje pa izboljša medsebojno

komunikacijo med zdravstvenimi delavci in uporabnicami njihovih storitev (79). V nasprotju s tem pomeni kontinuiteta negovalca stalno prisotnost ene in iste osebe, ki skrbi za žensko in njeno družino od načrtovanja nosečnosti pa vse do prvega poporodnega leta. Študije podpirajo kontinuirano babiško skrb za ženske in njihove družine; novi modeli babiške skrbi (»midwifery-led care«) so se izkazali za izjemno učinkovite (80, 81). Priporočljivo je, da je poenotena vsaj filozofija skrbi za ženske, če že kontinuiteta v smislu zdravstvenega osebja ni mogoča. Slednje prepreči morebitne nasprotujoče si informacije, ki žensko zbegajo ter lahko pri posameznicah s krhkim samospoštovanjem izzovejo negotovost za sposobnost materinstva (82).

Že na oddelkih v porodnišnici morajo biti babice, ki skrbijo za otročnice, pozorne na simptome poporodne otožnosti. Kadar ta traja dlje časa, v 20% primerov preide v depresijo, zato je treba ženskam nuditi podporo ter s tem preprečiti resnejša depresivna stanja (83). Ženska naj bi se v prvih 24–48 urah pogovorila o porodu (»debriefing«; metoda svetovanja), da svojo izkušnjo poroda ubesedi, kar lahko pozitivno deluje na sprejemanje nove socialne vloge materinstva (21, 22, 84). Ta čustvena katarza spodbudi mater, da se spomni svojih občutenj med porodom in s tem opredeli morebitne travme porodnega procesa, ki so (nepredelane) lahko vzrok za postravmatični distress in/ali depresijo. Učinkovitost postopka je odvisna od kakovosti odnosa ženske in zdravstvenega delavca, ki izvaja postopek, zato je priporočljivo, da se o porodu z žensko pogovori babica, ki je žensko spremljala v nosečnosti in med porodom (21).

Po odpustu domov naj bi babica žensko redno spremljala do šestega poporodnega tedna in ob tem izvajala tudi rutinsko presejanje na poporodno depresijo. V primeru simptomov poporodne depresije babice žensko napolijo k splošnemu zdravniku (20, 24). Če ta presodi, da je depresija blaga, obravnavo prevzamejo babice (v obliki individualne obravnave ter v podpornih skupinah), ki pa za to nalogo potrebujejo specialno znanje (20, 50, 51).

Če je (v primeru resnejših oblik psihičnih motenj po porodu) potrebna hospitalizacija, naj bi otrok ostal skupaj z mamo, zagotoviti pa mu je treba varnost. Cilj zdravljenja namreč ni zgolj doseči remisijo simptomov, temveč zgraditi in utrditi odnos mati-otrok (85). Najboljša možna rešitev je obravnava v enotah, ki omogočajo sobivanje otroka in matere oziroma celotne družine (»mother-baby units«). Ugotovljeno je, da matere hitreje okrevajo, če se jim z uspešno skrbjo za otroka krepi samozavest; stalna prisotnost zdravstvenega osebja pa jim daje občutek varnosti. Za vsako žensko z otrokom skrbi strokovna oseba, ki mora imeti znanje tako s področja psihiatrične zdravstvene nege kot tudi babištva (86).

Seveda so vse naštete aktivnosti učinkovite in smotrne ob predpostavki, da je zagotovljena kontinuiteta odnosa med žensko in babico. V Sloveniji trenutno za ženske v poporodnem obdobju skrbi patronažna medicinska sestra, čeprav je primerjava študijskih programov pokazala, da so za to vlogo medicinske sestre med študijem slabše pripravljene kot babice (87). Mednarodni svet medicinskih sester je leta 2003 (88) določil kompetence medicinskih sester, ki služijo kot smernice njihovemu izobraževanju. Komunikacijske veščine, omenjene v dokumentu, so prenosljive in uporabne tudi za delo z ženskami v poporodnem obdobju, vse drugo potrebno znanje za delo z žensko in otrokom v puerperiju pa iz dokumenta ni razvidno. Na podlagi tega bi lahko sklepali, da za medicinske sestre ni predvideno delo z varovanci v poporodnem obdobju. Prav nasprotno pa kompetence za osnovno babiško prakso, ki jih je izdala mednarodna babiška zveza (89), natančno opredeljujejo njihovo vlogo v puerperiju ter določajo veščine in znanje babic za delo z žensko in otrokom v poporodnem obdobju. Ženske so zaradi polivalentne organiziranosti patronažne službe, katere izvajalke so, kot tudi same

priznavajo, preobremenjene s kurativnimi obiski bolnikov in starostnikov (90 cit. po 87), prikrajšane za kontinuirano babiško obravnavo, ki bi temeljila na njihovi izkušnji nosečnosti in poroda.

V slovenski študiji o odnosu babic in patronažnih medicinskih sester do problematike poporodnega duševnega zdravja (31) so anketiranci poudarili kontinuiteto odnosa z žensko za kakovost obravnave glede poporodnih duševnih stisk. Tudi druge študije potrjujejo, da lahko le stalen stik z žensko omogoči zaupen odnos (46, 91), obenem pa omogoči, da zdravstveni delavec opazi spremembe v vedenju ženske (17, 92). Iz rezultatov slovenske raziskave (31) lahko povzamemo tudi, da se anketiranci čutijo dolžne obravnavati duševno komponento zdravja v poporodnem obdobju, a se obenem za to nalogo ne čutijo zadosti pripravljene. Predvsem navajajo, da jim manjka specifično znanje s tega področja, da bi se počutili samozavestne in kompetentne, da kakovostno obravnavo onemogoča/otežuje pomanjkanje kontinuitete in pogostost stika z žensko (premajhno število z zakonom predpisanih obiskov za obdobje nosečnosti in puerperija), obenem pa pogrešajo jasno izdelane napotitvene smernice in protokole obravnave v primeru, da pri ženski posumijo na poporodno stisko. Rezultati slovenske študije so podobni tujim (20, 36, 92, 93, 94, 95).

Zaključek

Kadar je neka težava skupna mnogim posameznikom v populaciji, postane družbeni problem (4). Rešitev take problematike zahteva posredovanje na ravni družbe/države. Posamezniki je niso sposobni rešiti sami, saj je največkrat ovira spremembi uveljavljen sistem.

Babice ocenjujemo, da je pri obravnavi žensk s poporodnimi duševnimi stiskami v Sloveniji poglavitni problem deljena skrb. V nosečnosti, med porodom in v poporodnem obdobju, če normalno potekajo, žensko obravnava najmanj od 5 do 7 različnih zdravstvenih strokovnjakov. O kontinuiteti skrbi, ki bi gradila zaupljiv odnos, torej ne moremo niti govoriti.

Glede na to, da so ženske ambivalentne oziroma zavračajo vpletenost psihologov in psihiatrov v obravnavo duševnih težav po porodu v sklopu primarnega zdravstvenega varstva (96), bi bilo treba razmisliti ali ne bi bila rešitev »imenovana oz. izbrana« babica, ki bi žensko spremljala med nosečnostjo, porodom in puerperijem, ki bi z njo zgradila zaupen odnos, obenem pa bi bila sposobna opaziti odklone v ustaljenih vzorcih vedenja ter bi ženske, ki so glede na rezultate presejalnih testov rizične, napotila k ustreznim strokovnjakom.

Pomanjkanje kontinuitete vodi v depersonalizirano skrb. Uspešno spremljanje ženske med porodom zahteva zdravstvenega strokovnjaka, ki žensko pozna že od nosečnosti. Prav tako je za poporodno obravnavo izjemno pomembno, da pozna njeno porodno izkušnjo. V idealnih razmerah bi bila babica tista, ki bi, če bi nosečnost in porod normalno potekala, celostno in kontinuirano poskrbela za žensko. V tem primeru bi zgradili zaupen odnos, v katerem bi ženska brez strahu priznala tudi svoja negativna občutja. Glede na fragmentirano skrb slovenskih nosečnic, porodnic in otročnic to ni mogoče (31).

Slovenske babice so omejene v opravljanju profesionalnih dejavnosti, predpisanih z evropsko zakonodajo. Ob vstopu v Evropsko unijo (EU) je Slovenija sprejela tudi Sektorsko direktivo za regulirane poklice (36/2005/EG), ki za poklic babice predpisuje minimalne zahteve za izobraževanje in osnovna področja dela. V primeru, da bi Slovenija spoštovala evropske zakone, ki se jim je zavezala ob vstopu v EU, bi bila babica tista, ki bi skrbela za zdravo nosečnico, porodnico in otročnico z novorojenčkom. S tem bi bila ženski zagotovljena kontinuiteta zdravstvenega strokovnjaka ob tej življenjsko pomembni izkušnji. Glede na to, da od leta 2005 ni bilo storjenega ničesar v smeri sprememb zdravstvene zakonodaje, kar bi babicam omogočilo opravljanje dejavnosti, predpisanih z direktivami, lahko z gotovostjo trdimo, da so slovenske ženske prikrajšane za kontinuirano obravnavo v obporodnem obdobju, ter da jih je na cedilu pustila lastna država.

Literatura

1. Musek J. Ljubezen, družina, vrednote. Ljubljana: EDUCY, 1995.
2. Nastran Ule M. Psihologija vsakdanjega življenja. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče, 1993.
3. Zavrl N. Očetovanje in otroštvo. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče, 1999.
4. Welburn V. Postnatal depression. Manchester University press: Trowbridge and Esher, 1980.
5. Cooper PJ, Murray L. Clinical review – fortnightly review: postnatal depression. *BMJ* 1998; 316(7148): 1884-6.
6. Beck CT. A check list to identify women at risk for developing postpartum depression. *JOGNN* 1998; 27(1): 39-45.
7. Field T. *Infants of depressed mothers. Infant behav dev* 1995; 18(1): 1-13.
8. Agnew T. Mother's ruin: mothers with severe mental health problems. *Nursing times* 1999; 95(44): 16.
9. DeAngelis T. There's a new hope for women with postpartum blues. *American psychiatric association monitor* 1997; 1: 22.
10. Lovestone S in Kumar R. Postnatal psychiatric illness: the impact on partners. *Br J Psychiatry* 1993; 163(august): 210-6.
11. Leonard LG. Depression and anxiety disorders during multiple pregnancy and parenthood. *JOGNN* 1998; 27(3): 329-37.
12. Bowe S in Watson A. Perinatal depression: a randomised controlled trial of an antenatal education intervention for primiparas. *Obstet Gynaecol Surv* 2001; 56(10): 597-9.
13. Kuipers, E. and Bebbington, P. *Living with mental illness – a book for relatives and friends*. 2nd rev ed. London: Souvenir press, 1997.
14. Ličina M. *Pomen osebnostnih in socialnih dejavnikov pri poporodnem depresivnem sindromu*. Doktorska disertacija. Ljubljana: UL, Medicinska fakulteta, 1991.
15. Kitzinger S. *Me, matere*. Ljubljana: Ganeš, 1994.
16. Gatrell C. *Hard labour: the sociology of parenthood*. New York: Open University Press, 2005.
17. Mauthner NS. Feeling low and feeling really bad about feeling low: women's experiences of motherhood and postpartum depression. *Canadian psychology* 1999; 40(2): 143-61.
18. Beck CT. Screening methods for postpartum depression. *JOGNN* 1995; 24(4): 308-12.
19. McCarthy A. Postnatal depression: diagnosis and treatment. *Ir Med J* 1998; 91(2S):44.
20. Holden, J. The role of health visitors in postnatal depression. *Int Rev Psychiatry* 1996; 8(1): 79-86.
21. Littlewood J, McHugh N. *Maternal distress and postnatal depression: the myth of Madonna*. Houndsmills: MacMillan, 1997.
22. Taylor A. Out of the blues. *Nursing times* 1997; 93(45): 18.
23. Gutteridge K. The Tamworth postnatal depression support group. *Midwifery digest* 2001; 11(1): Suppl. 1, 17-9.
24. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). *Postnatal depression and puerperal psychosis: a national clinical guideline 60*. Edinburgh: SIGN, 2002.
25. Multidisciplinary working group for Grampian (2001). *PND protocol for Grampian: redesign of PND pathway*. Unpublished draft.

26. LoCicero AK, Weiss DM in Issokson D. Postpartum depression: a proposal for prevention through an integrated care and support network. *Applied and preventive psychology* 1997; 6(4): 169-78.
27. Beck CT. Revision of the postpartum depression predictors inventory: principles and practice. *JOGNN* 2002; 31(4): 394-402.
28. Lazzare J. *The mother knot*. Durham: Duke University Press, 1997.
29. Cox JL, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1993; 163(July): 27-31.
30. CRAG working group on maternity services. Report on detection and early intervention in postnatal depression. URL www.show.scot.nhs.uk/crag
31. Skočir AP. Midwives' and nurses' perception of their role in the prevention, detection and management of postnatal depression. MSc thesis. Aberdeen: University of Aberdeen, 2004.
32. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26: 289-295.
33. O'Hara MW in Swain AM. Rates and risk of postpartum depression – a meta analysis. *Int Rev Psychiatry* 1996; 8(1): 37-54.
34. Yonkers KA, Ramin SM, Rush AJ, Navarrete CA, Carmody T, March D et al. Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system. *Am J Psychiatry* 2001; 158(11): 1856-63.
35. Raphael-Leff J. *Psychological processes of childbearing*. London: Chapman and Hall, 1991.
36. Stewart C, Henshaw C. Midwives and perinatal health. *British journal of midwifery* 2002; 10(2): 117-21.
37. Stowe ZN, Nemeroff CB. Women at risk for postpartum onset major depression. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173(2): 639-45.
38. Albers L, Williams D. Lessons for US postpartum care. *The Lancet* 2002; 359(2): 370-1.
39. Buist AE. Mental health in pregnancy: the sleeping giant. *Australas Psychiatry* 2002; 10(3):203-206.
40. D'Alfonso A, Iovenitti P, Casacchia M, Carta G. Disturbances of humour in postpartum: our experience. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2002; 29(3):207-211
41. Stocky A, Lynch J. Acute psychiatric disturbance in pregnancy and the puerperium. *Baillieres Best Practice Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2000;14(1):73-87.
42. Lee DTS, Chung TKH. Postnatal depression: an update. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol* 2007; 21(2): 183-191.
43. Watson JP, Elliott SA, Rugg AJ, Brough DI. Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *Br J Psychiatry* 1984; 144: 453-462.
44. Dennis CL, Creedy D. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane database of systematic reviews* 2004; 4.
45. Altschuler L, Cohen L, Moline L, Kahn D, Carpenter D, Docherty J. *The expert consensus guideline series: Treatment of depression in women*. New York : McGraw Hill, 2001.
46. Maks MN, Siddle K, Warwick C. Can we prevent postnatal depression? A randomised controlled trial to assess the effect of continuity of midwifery care on rates of postnatal depression in high risk women. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2003; 13 (2): 119-223.
47. Nonacs R, Cohen LS. Depression during pregnancy: diagnosis and treatment options. *J Clin Psychiatry* 2002; 63 [Suppl 17]: 24-30
48. Department of Health (DOH). *Why Mothers Die: Report on confidential enquiry into maternal deaths in the United Kingdom, 1994-1996*. London: The Stationery Office, 1998.
49. Elliot S, Ross-Davie M, Sarkar A, Green C. Detection and initial assessment of mental disorder: the midwives role. *The british journal of midwifery* 2007;15(12):759-764.
50. Clement S. Listening visits' in pregnancy: a strategy for preventing postnatal depression? *Midwifery* 1995; 11: 75-80.
51. Brockington J. Postnatal illness: the professional view. V: Aiken C. *Postnatal depression – at home no one hears you scream*. London: Jessica Kingsley publishers Ltd, 2000.
52. Dietch KV, Bunney B. The silent disease: diagnosing and treating depression in women. *Lifeliness* 2002; 6(2): 140-5.
53. Renkert S, Nutbeam D. Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an exploratory study. *Health Promot Int* 2001; 16(4):381-388.
54. Mivšek AP. Slovenske ženske v pričakovanju: Sprijaznjene in pasivne ali aktivne in zadovoljne uporabnice obporodnega zdravstvenega varstva. V: Drglin Z,ur. *Rojstna mašinerija. Sodobne obporodne vednosti in prakse na Slovenskem*. Koper: Založba Annales, 2007:73-103.
55. Hillan E. Issues of delivery in midwifery care. *JAN* 1992; 17(3):274-278.
56. McQueen A, Mander R. Tiredness and fatigue in the postnatal period. *JAN* 2003; 42(5): 463-9.
57. Nolan ML. Antenatal education- where next? *JAN* 1997; 25: 1198-1204.

58. Svensson J, Barclay L, Cooke M. Randomised-controlled trial of two antenatal education programmes. *Midwifery* 2009; 25: 114-124.
59. Pairman S, Tracy J, Pincombe C, Thorogood F, eds. *Midwifery: Preparation for Practice*. Sydney: Elsevier, 2006.
60. Marks MN, Siddle K, Warwick C. Can we prevent postnatal depression? A randomised controlled trial to assess the impact of continuity of midwifery care on rates of postnatal depression in high risk women. *J Matern Fetal and Neonatal Med* 2003; 13:119–127.
61. Oakley A. *Becoming a Mother*. Oxford: Martin Robertson, 1993.
62. Hodnett T. Personal Control and the Birth Environment: Comparison between Home and Hospital Settings. *Journal of Environmental Psychology* 1998; 9: 207-216 .
63. Nicolson P. *Post-natal depression; psychology, science and the transition to motherhood*. London: Routledge, 1998.
64. Webster J, Pritchard MA, Creedy D, East C. A simplified predictive index for the detection of women with risk for PND. *Birth* 2003; 30(2): 101-8.
65. Green JM, Murray D. The use of EPDS in research to explore the relationship between antenatal and postnatal dysphoria. V: Cox J in Holden J. *Perinatal psychiatry – use and misuse of the EPDS*. London: Royal College of psychiatrists, 1994.
66. Slade P, MacPherson SA, Hume A, Maresh M. Expectations, Experiences and Satisfaction with Labour. *Br J Clin Psychol* 1993; 32: 469-483.
67. Waldenström U, Brown S, McLachlan H, Forster D, Brennecke S. Does Team Midwife Care Increase Satisfaction with Antenatal, Intrapartum, and Postpartum Care? A Randomised Controlled Trial. *Birth* 2000; 27(3): 156-167 .
68. Waldenström U. Experience of Labour and Birth in 1111 Women. *J Psychosom Res* 1999; 47: 471-482.
69. Berg M, Lundgren I, Hermansson E, Wahlberg V. Women's Experience of The encounter with the Midwife during Childbirth. *Midwifery* 1996; 12: 11-15.
70. Brown S, Lumley J. Changing Childbirth: Lessons from an Australian Survey of 1336 women. *Br J Obstet Gynecol* 1998; 105: 143-155.
71. Brown S, Lumley J, Small R, Astbury J. *Missing Voices: The Experience of Motherhood*. New York: Oxford University Press, 1994.
72. Martin C. How do you Count Maternal Satisfaction? A User-commissioned Survey of Maternity Services. V: Roberts H, ed. *Women's Health Counts*. London: Routledge, 1994: 6-20.
73. O'Cathain A, Walters SJ, Nicholl JP, Thomas KJ, Kirkham M. Use of Evidence-based Leaflets to Promote Informed Choice in Maternity Care: Randomised Controlled Trial in Everyday Practice. *BMJ* 2002; 324: 643-646.
74. Fraser DM. *Women's Perceptions of Midwifery Care: A Longitudinal Study to Shape Curriculum Development*. *Birth* 1999; 26: 99-107.
75. Hallsdorsdottir S, Karlsdottir AI. Journeying through Labour and Delivery: Perceptions of Women who have Given Birth. *Midwifery* 1996; 12: 48-61.
76. Hollins Martin CJ. Birth planning for midwives and mothers. *British Journal of Midwifery* 2008; 16(9): 583 – 587.
77. Hobfoll SE, Ritter C, Lavin J, Hulsizer MR, Cameron RP. Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63(3): 445-53.
78. Adam F, Tomšič M, ur. *Kompendij socioloških teorij*. Ljubljana: Študentska Založba, 2004.
79. Green JM, Coupland VA, Kitzinger JV. Expectations, Experiences, and Psychological Outcomes of Childbirth. *Birth* 1990; 17: 15-24.
80. Bick D. Strategies to reduce postnatal psychological morbidity: the role of midwifery services. *Disease management and health outcomes* 2003; 11(1): 11-20.
81. MacArthur C, Winter HR, Bick DE, Knowles H, Lilford R, Henderson C et al. Effects of redesigned community postnatal care on women's health four months after birth: a cluster randomised controlled trial. *The lancet*, 2002; 359(2): 378-85.
82. Bott J. Reflections on Postnatal Depression. *British Journal of Midwifery* 1999; 7 (1): 45-48.
83. Price S, ed. *Mental health in pregnancy and childbirth*. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone, 2007.
84. Lavender T, Walkinshaw A. Can midwives reduce postpartum psychological morbidity?: a randomised tria. *Birth* 1998; 25(4): 215-9.
85. World health organization (WHO). *Evaluation of methods for the treatment of mental disorders – raport of WHO scientific group on the treatment of psychiatric disorders*. Geneva: WHO, 1991.
86. Barnett B, Morgan M. Postpartum psychiatric disorders – who should be admitted and to which hospital? *Aust N Z J Psychiatry* 1996; 30(6): 709-14.

87. Šega S. Babice v porodnem zdravstvenem varstvu – argumenti za in proti. Diplomsko delo. Ljubljana: UL, Zdravstvena fakulteta, 2009.
88. ICN. Framework of competencies for generalist nurse. Geneva: ICN, 2003.
89. ICM.Competencies.
<http://www.internationalmidwives.org/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=27>
90. Horvat M. Posvet vodij patronažnih služb. Utrip 2006; XVI (12): 15-16.
91. Powell-Kennedy H, Beck CT, Driscoll JW. A light in the fog: caring for women with postpartum depression. J Midwifery Womens Health 2002; 47(5): 318-30.
92. Eden C. Midwives knowledge and management of postnatal depression. Aust J Adv Nurs 1989; 7(1): 35-42.
93. Gunn J, Southern D, Chondros P, Thomson P, Robertson K. Guidelines for assessing postnatal problems: introducing evidence based guidelines in Australian general practice. Fam Pract 2003;20(4): 382-5.
94. Dietrich AJ, Williams JW, Ciotti MC, Schulkin J, Stotland N, Rost K et al. Depression care attitudes and practices of newer obstetrician-gynecologists: a national survey. Am J Obstet Gynecol 2003; 189(1): 267-73.
95. Olson AL, Kemper KJ, Kelleher KJ, Hammond CS, Zuckerman BJ, Dietrich AJ. Primary care paediatricians roles and perceived responsibilities in the identification and management of maternal depression. Obstet Gynecol Surv 2003; 58(5): 304-5.
96. Ugarriza DN. Predictors of postpartum depression. Doktorska disertacija. Cleveland: Case western reserve University, 1989.



Janja Zver Skomina, Irena Cetin-Lovšin

Nosečnost, porod, poporodno obdobje in bolezni odvisnosti

NOSEČNOST, POROD, POPORODNO OBDOBJE IN BOLEZNI ODVISNOSTI

Janja Zver Skomina, Oddelek za ginekologijo in porodništvo Splošne bolnišnice Izola
Irena Cetin-Lovšin, Oddelek za pediatrijo Splošne bolnišnice Izola

***Ključne besede:** nosečnica, odvisnost, opiat, metadon, novorojenček, abstinenčni sindrom*

Izvleček

Pričakovanje otroka je lahko za odvisnico močna motivacija za spremembo načina življenja, vendar je odvisnost kronična bolezen z obdobji abstinence, ki jih prekinjajo obdobja uživanja prepovedanih drog. Odvisnica, ki se zaveda svojega stanja in nevarnosti, ki grozijo še nerojenemu otroku ter sodeluje z organiziranim prenatalnim varstvom, ima veliko boljše možnosti kot tista, ki zanika odvisnost in odklanja svetovalni program. Za mnoge nosečnice, ki uživajo nedovoljene droge, je stik z ginekologom porodničarjem edini redni stik z zdravstveno službo. Prepoznavna odvisnosti v nosečnosti je težka, še posebej, če jo nosečnica prikriva in zanika. Nosečnost odvisnice je visoko rizična nosečnost. Potrebno je skrbno vodenje nosečnosti, poroda in skrb za novorojenca in mater v poporodnem obdobju.

Uvod

V naši porodnišnici letno beležimo 775 porodov, od tega vsako leto rodi do pet odvisnic. Po podatkih iz literature naj bi od 5 do 10% nosečnic v nosečnosti občasno ali redno uživalo nedovoljene droge.⁽¹⁾ V Sloveniji z 19000 porodi letno veliko nosečih odvisnic ostaja neprepoznanih.

V obalni regiji je večina nosečih odvisnic že vključena v Centre za zdravljenje in preprečevanje odvisnosti. Drugim odvisnicam vključitev v centre ponudimo. Sodelovanje s Centri nekatere odvisnice odklanjajo zaradi prejšnjih negativnih izkušenj z zdravstvenim sistemom ali zaradi mešanih občutkov strahu in samoobtoževanja.

Nosečnica odvisnica lahko prvič potrebuje zdravstveno pomoč na različnih ravneh zdravstva. Na urgentnih oddelkih zaradi zapletov v nosečnosti, v dispanzerjih zaradi vodenja nosečnosti, na ginekoloških oddelkih zaradi želene prekinitve nosečnosti ali v porodnišnici. Nujno je, da odvisnost prepoznamo, ocenimo stanje nosečnice in ploda ter pravilno ukrepamo.

S posledicami, ki jih imajo droge na plod in novorojenčka, v času nosečnosti izpostavljenega njihovim negativnim učinkom, so se začeli sistematično ukvarjati v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja. Z novejšimi preiskavami, kot sta magnetna resonanca in pozitronska emisijska tomografija, so ugotovili, da nastanejo v možganih ploda, izpostavljenega nekaterim drogam, tudi strukturne spremembe, ki se kažejo v zmanjšanju števila nevronov v možganski skorji. Ni pa še povsem znano, kakšen vpliv imajo te spremembe na kasnejši razvoj otroka.

Namen članka je opozoriti na naraščajoči problem odvisnosti od nedovoljenih drog, zlasti heroina v nosečnosti ter na nevarnosti, ki jih ta odvisnost pomeni za plod in kasneje za novorojenčka.

Kako ravnati s tako nosečnico?

Pomembna je natančna anamneza trajanja nosečnosti in določitev predvidenega dneva poroda, natančna anamneza odvisnosti s podatki o predhodni zdravljeni odvisnosti, o nelegalnem vedenju (prostitucija, kraje), o pogosti rabi narkotičnih analgetikov pri mlajših ženskah zaradi kroničnega bolečinskega sindroma, podatki o vrsti drog, trajanju odvisnosti in načinu ter pogostosti uživanja.

Pri splošnem pregledu moramo biti pozorni na stanje prehranjenosti, znake na koži, znake venske tromboze, sveže infekcije, krvavitve iz nosu, emboluse tujkov na očesnem ozadju.

Pri ginekološkem pregledu ocenimo trajanje nosečnosti, odvzamemo PAP, bakteriološki bris, po potrebi še bris na spolno prenosljive bolezni. Tako naredimo UZ-pregled za določitev trajanja nosečnosti in morfologijo ploda v 12. tednu nosečnosti, serološka testiranja na sifilis, toksoplazmozo, HIV, hepatitis B, C določimo krvno skupino in Rh faktor in bakteriološki pregled urina ter po potrebi urinski imunokemijski test na prisotnost metabolitov drog.

Nosečnost spremljamo s pogostimi kontrolnimi pregledi na dva do tri tedne, z občasnimi testiranjem urina na metabolite drog (za spodbudo), morebitnimi testiranjem na spolno prenosljive bolezni, UZ-pregledi zaradi morfologije ploda in kontrole rasti. Pozorni smo na znake grozečega prezgodnjega poroda. (2)

Pri nas je še vedno največji problem uživanje opiatnih drog, čeprav narašča uporaba sintetičnih drog in kokaina.

Opiati v nosečnosti pri predoziranju vodijo v zmanjšanje gibov ploda in v izjemnih primerih v bradikardijo in smrt. Akutni abstinencijski sindrom lahko poveča vzdražljivost maternice, sproži popadke, kar lahko povzroči smrt ploda, prezgodnji porod ali splav.

Kokain in druge sintetične droge povzročajo pri materi evforijo in stimulacijo centralnega živčnega sistema, kar lahko v nosečnosti povzroči povečano vzdražljivost maternice, krče, prezgodnjo ločitev posteljice in/ali predčasen porod. Pri plodu znakov abstinence ne opazimo.

V praksi težko ločimo učinke posameznih drog na nosečnost in plod, ker se prepletajo s posledicami načina življenja nosečnice, slabimi socialno-ekonomskimi razmerami, v katerih živi, pitjem alkohola in kajenjem cigaret, ki pa imajo znane učinke na plod in nosečnost.

Možni učinki odvisnosti na nosečnost so tudi slaba prehranjenost s pomanjkanjem vitaminov, huda slabokrvnost s pomanjkanjem železa in folne kisline, zapleti zaradi uporabe nečistih igel, spolno prenosljive bolezni ter hipertenzivni zapleti.

Možni učinki odvisnosti na plod in novorojenca pa so okužbe, nizka porodna teža, nedonošenost in neonatalni abstinencijski sindrom.

Teratogeni učinki kokaina na plod, ki so bili raziskovani v številnih študijah v 80. letih prejšnjega stoletja, kasneje niso bili potrjeni. Ne smemo pozabiti, da ulične droge niso čiste in vsebujejo različne primesi, ki imajo lahko teratogene učinke na plod.

Najpogostejši zaplet in posledica nosečnosti odvisnice je novorojenček z nizko porodno težo bodisi zaradi zastoja rasti ali prezgodnjega poroda. (3)

Zdravljenje v nosečnosti

Noseči odvisnici, ki uživa opiate, svetujemo, da se vključi v zdravljenje z metadonom. (4). Metadon je dolgodelujoči sintetični opiat, ki se dobro absorbira iz gastrointestinalnega trakta. Peroralna oblika zdravljenja ima prednosti: nosečnica se umakne iz okolja, ki išče drogo in nima potrebe po ilegalnem vedenju. Hkrati je takšna oblika metadona dolgodelujoča, vzdržuje stalno koncentracijo v krvi in nima primesi, ki povzročajo okužbe, kar zagotavlja večjo stimulacijo za prenatalno varstvo ter manj porodniških zapletov. Doza naj bo individualno prilagojena in naj bo tolikšna, da nosečnica droge ne išče na ulici. V višji nosečnosti so lahko potrebne večji odmerki. Abstinenco med nosečnostjo odsvetujemo, ker lahko povzroči abstinenčni sindrom z zapleti in s posledicami. (5)

Porod

Nosečnica na metadonu na dan poroda dobi dnevno dozo metadona per os. Za lajšanje bolečin uporabljamo epiduralno analgezijo ali narkotične analgetike. Metadon ima minimalen analgetičen učinek. Med porodom smo pozorni na razvoj abstinenčnih znakov, ki jih sproti ocenjujemo in dodajamo metadon po potrebi. Med porodom otroka in osebje ščitimo pred možnimi okužbami. Uporabljamo čim manj instrumentalnih posegov. (6)

Naše izkušnje

V naši porodnišnici je med letoma 1998 in 2006 rodilo 43 odvisnic na metadonu. V primerjavi s porodnicami brez anamneze odvisnosti je bilo med odvisnicami več mlajših porodnic, več samskih in več kadilk. Na prvi pregled so prišle pozno v nosečnosti, več je bilo prvorodk, več hospitalizacij in otroci pa so bili ob porodu zaradi zastoja rasti manjši. Razlik v prezgodnjih porodih in v trajanju poroda ni bilo, porodnice pa niso potrebovale več analgezije med porodom kakor porodnice brez anamneze odvisnosti.

Novorojenčki, rojeni od opiatov odvisnim materam

Prikaz primera

Leta 1997 je v porodnišnici v Kopru rodila 39-letna mulatka. To je bila njena 3. nosečnost, 3. porod. Pred tem je dvakrat rodila v Ljubljani – zdravi deklici, težki 3150 g in 3100 g. V tej nosečnosti ni hodila na preglede, termin poroda ni bil zanesljiv, po navedbah matere naj bi bila noseča 39 tednov. Povedala je, da je sicer zdrava in da se je v nosečnosti dobro počutila.

Porod je potekal brez zapletov, rodila je dečka s porodno težo 2570 g (pod 5. percentilo za gestacijsko starost), z obsegom glavice 33 cm, oceno po Apgarjevi 10/10, bil je rožnat, ocenjena gestacijska starost 38–39 td.

Osem ur po rojstvu je postal otrok nemiren, razdražljiv, veliko je jokal, jok je bil cvileč. Občasno je kihnil, imel je izrazit tremor okončin, dihal je nekoliko hitreje, brez napora. Srčna akcija je bila ritmična, s frekvenco 160-170/min. Laboratorijski izvidi krvi so pokazali nižje vrednosti krvnega sladkorja, sicer so bili v mejah normale. Parametri vnetja so bili negativni, odvzete kužnine so ostale sterilne, ultrazvok (UZ) centralnega živčnega sistema (CŽS) ni pokazal krvavitev ali drugih nepravilnosti. EKG je bil normalen za njegovo starost, z rentgenske slike pljuč tudi nismo ugotavljali posebnosti.

Ko smo otroku poskušali dati piti glukozo, je vse izbruhal. V naslednjih dneh je izstopal predvsem močno povišan mišični tonus, izrazito okrepljen Morojev refleks, otrok je malo spal, imel tremor okončin, ki je bil zlasti izrazit pri premikanju, previjanju, občasno je imel povišano temperaturo do 38 st. Celzija, bil je neprehranljiv, ker je ob vsakem poizkusu hranjenja bruhal. Odvajal je tekoče blato.

3. dan smo izvedeli, da je mati okužena s hepatitisom C, posumili, da je uživalka drog in opravili urinski test, ki je pokazal prisotnost heroina, metadona in THC.

Otroka smo začeli zdraviti s Phenobarbitonom, v začetku je potreboval parenteralno prehrano, nato smo ga začeli hraniti po nazogastrični sondi z adaptiranim mlekom s kaloričnimi dodatki. Postopno se je umiril, pričel jesti in napredoval na teži. Odpuščen je bil v starosti enega meseca (31. dan) s težo 3210 g, še vedno je bil zelo razdražljiv, veliko in cvileče je jokal, bil hipertoničen, kasneje je bil vključen v program nevrofizioterapije v ambulanti za rizične novorojenčke.

Otrok je danes star 9 let, v rejo ga je vzela babica, živi na tolminskem in ima v šoli predvsem težave z vedenjem, prilagajanjem in koncentracijo, sicer ima normalne intelektualne sposobnosti. Razlog: droga??? Življenjske razmere???

Učinki opiatov:

Opiati se vežejo na opiatne receptorje, kar povzroči spremembe nekaterih mediatorjev (cAMP, dopamin) in s tem zmanjšano vzdražljivost celice. Učinki v centralnem živčnem sistemu so: analgezija, zaspanost, evforičnost, pomirjenost; v prebavnem traktu se upočasnijo prebava, delujejo pa tudi na imunski sistem, povzročajo krčenje gladkih mišic v dihalih ... Učinke izkoriščamo zlasti pri analgeziji, pomiritvi kašlja, driskah ...

Stalna prisotnost opiatov povzroči vzpostavitev spremenjenega ravnovesja v celicah in s tem potrebo po nadaljnji prisotnosti droge za normalno delovanje celic – odvisnost. Če droge v taki celici zmanjka, se pojavi povečana vzdražljivost celic z neprijetnimi učinki, ki jih imenujemo odtegnitveni sindrom. (7,8)

Droge, ki so prisotne v materinem krvnem obtoku, prehajajo skozi posteljico in učinkujejo na plod. (9, 10, 11)

Zaradi tveganega življenja matere, slabše prehranjenosti, socialnih razmer, okužb in zaradi direktnega učinka opiatov na krvne žile posteljice, obstaja pri noseči odvisnici večja nevarnost prezgodnjega poroda, rojstva otroka z nizko porodno težo, intrauterinih okužb, zlasti z virusi hepatitisa B in C, HIV.

Razvijajoči se možgani so za toksične učinke drog bolj občutljivi od odraslih. Z novejšimi preiskavami (pozitronska emisijska tomografija-PET, magnetna resonanca-MR), so ugotovili zmanjšano koncentracijo nevronov v možganski skorji novorojenčkov, izpostavljenim opiatom v fetalnem življenju.(12)

Po porodu, ko s prekinitvijo popkovnice koncentracija opiatov v krvi novorojenčka pade, se razvije stanje pretirane vznemirjenosti, ki pa ima lahko ob neprepoznavanju in nepravilnem zdravljenju hude posledice. (13)

Znaki neonatalnega abstinencnega sindroma (14, 15):

- centralni živčni sistem (CŽS)

- nespečnost (krajše epizode spanja med hranjenji)
- razdražljivost, cvileč jok
- tremor, povečan mišični tonus, okrepljen Morojev refleks
- krči

- dihala

- povečana frekvenca dihanja
- dihanje z nosnimi krili
- kihanje
- zamašen nos

- avtonomni živčni sistem (stimulacija vagusa)

- povišana telesna temperatura
- znojenje
- težave pri sesanju (neusklajenost med sesanjem in požiranjem)
- bruhanje
- driska.

Težave se pojavijo pri 60% novorojenčkov, ki so bili izpostavljeni opiatom, simptomi pa so odvisni od koncentracije opiatov v materini krvi. Pri zasvojenosti s heroinom nastopijo težave že po nekaj urah, pri metadonu pa se navadno pojavijo po 48–72 ur po rojstvu, lahko pa tudi po 7–10 dneh.

Diferencialna diagnoza:

Podobne znake lahko opazujemo pri novorojenčku s sepsa, perinatalno hipoksijo, možganskimi krvavitvami, nekaterimi prirojenimi razvojnimi nepravilnostmi, metabolnimi motnjami ...

Zdravljenje:

Najprej ocenimo stanje novorojenčka s točkovnikom po Finneganovi (pregled ponavljamo dvakrat dnevno ali vsake štiri ure, če je otrok nestabilen). Otroka negujemo v mirnem, po možnosti zatemnjenem okolju, posteljnina mora biti mehka, brez grobih robov. Pomemben je vnos tekočin, dovolj kalorij, skrbna nega kože in veliko pestovanja. Dojenje spodbujamo pri materah na metadonu, ki ne uživajo drugih snovi in ki so HIV negativne. Vprašanje prenosa virusa hepatitisa C pri materah, ki imajo v krvi virusni antigen, še ni povsem razčiščeno.

Glede na točkovno oceno po Finneganovi se odločimo za zdravljenje z zdravili:

- Phenobarbiton je učinkovit za pomiritev otroka in zdravljenje krčev, nima učinka na prebavni sistem in sesalni refleks. Zaradi ozke terapevtske širine je treba preverjati raven zdravila v krvi, da ne prekoračimo priporočene koncentracije.

- Morfijev sulfat (MoSO₄) oz. morfijev klorid (MoCl): raztopina je na voljo za peroralno in intravenozno uporabo. Je bolj učinkovit pri obvladovanju narkotičnega abstinencijskega sindroma, odmerjanje je preprosto. (16, 17, 18)

Dozo znižujemo na tri do štiri dni, glede na znake.

Priporočljivo je, da po odpustu iz porodnišnice o stanju otroka in matere seznanimo socialno službo, patronažno sestro, ki bo otroka obiskovala, in lečečega pediatra. Navadno so ti otroci vključeni v program fizioterapije in nadaljnjega nadzora v ambulanti za rizične novorojenčke.

Naše izkušnje:

Na neonatalnem oddelku izolske bolnišnice smo od januarja 1998 do januarja 2006 obravnavali 43 novorojenčkov, rojenih materam, ki so priznale uživanje opiatov v nosečnosti. Vse so bile pred nosečnostjo odvisne od heroina, v nosečnosti ali tik pred tem pa so se vključile v metadonski program zdravljenja.

Rezultati:

Trije od 43 otrok (0,3%) so bili rojeni pred 37. tednom gestacije, pri vseh je bila ocena po Apgarjevi nad 8, tako po prvi kot po 5 minutah. 10 (23%) je bilo zahirančkov – porodna teža pod 10. p. za gestacijsko starost¹³, obseg glavice je bil pri vseh normalen.

3 novorojenčki so imeli manjše prirojene napake (1-hidronefrozo, 1 cistično tvorbo v trebuhu. 1 palatoshizo).

Pri 27 (63%) smo opazovali znake odtegnitvenega-abstinencijskega sindroma. Zdravljenje je potrebovalo 17 otrok. Do leta 2000 smo za zdravljenje uporabljali Phenobarbiton, kasneje pa peroralne morfinske pripravke. Odmerek zdravila smo prilagajali glede na točkovno oceno stanja otroka po Finneganovi.

Dojenje smo odsvetovali materam, ki so bile okužene s hepatitisom C, tistim z zelo visokimi odmerki Metadona in materam, ki so poleg Metadona uživale še druge droge. HIV pozitivnih mater nismo obravnavali.

V porodnišnici je vsaj delno dojilo 25 mater.

Pri vseh novorojenčkih smo opravili UZ glavice, pri nobenem nismo ugotavljali anomalij, krvavitev ali drugih nepravilnosti, pri EEG pa smo pri polovici novorojenčkov ugotovili prehodne spremembe, ki jih čez nekaj mesecev ni bilo več zaznati.

Povprečno trajanje hospitalizacije teh otrok je bilo 13,5 dni (4–30).

Po odpustu smo jih usmerili v ambulanto za rizične novorojenčke zaradi nadaljnjega sledenja.

Zaključek

Izpostavili bi še nezadovoljivo sodelovanje med terapevti različnih strok, ki so udeleženi pri obravnavi odvisnice. Prav tako je problem s težko dostopnostjo do podatkov (zakon o varovanju osebnih podatkov), pomembnih za zdravnike, ki se srečujemo z odvisnicami na različnih ravneh zdravstvenega sistema. Naš cilj je voditi nosečnost brez zapletov in jo privedi do rojstva otroka s čim manj težavami. Pogoj za to je motiviranost nosečnice in njeno zaupanje izbranemu ginekologu in porodnišnici.

Vendar to ni naš edini cilj. Nosečnost je časovno kratko obdobje, v katerem odvisnica izkazuje veliko motiviranost za spremembo načina življenja. Morda je prav čas priprave na starševstvo priložnost za celostno obravnavo odvisnice in njenega partnerja ter priprava na družinsko življenje v primernih razmerah.

Med novorojenčki smo ugotavljali večje število zahiranih, medtem ko pojavnost nedonošenih otrok ali otrok s prirojenimi anomalijami ni bila večja od običajne. Prav tako z dostopnimi diagnostičnimi sredstvi (UZ, EEG) nismo dokazali negativnih strukturnih posledic na centralni živčni sistem novorojenčka.

Po odpustu iz porodnišnice so pri takih otrocih pomembni sledenje razvoja, prav tako pa timska obravnavo in pomoč celotni družini. Na kasnejši razvoj otrokove osebnosti namreč ne vplivajo samo droge, ki so delovale v času nosečnosti, temveč tudi okolje in razmere, v katerih bo otrok po rojstvu živel.

Literatura

1. NIDA InfoFacts: Treatment Methods for Women; www.nida.org
2. Carol Archie. Methadone in management of narcotic addiction in pregnancy. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 1998; 10: 435-40.
3. James J, Walker. Drug addiction. In: James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B. High risk pregnancy. 2nd ed. London: Saunders WB, 2002: 599-616.
4. Finnegan LP. Women, Pregnancy and Methadone. *Heroin Addiction and Related Clinical problems* 2000; 2 (1): 1-8.
5. Jeff Ward, Wayne Hall, Richard P Mattick. Role of maintenance treatment in opioid dependence. *Lancet* 1999; 353: 221-26.
6. American Academy of the Committee on Infectious Diseases, 26th ed, Pickering, LK (Ed), American academy of pediatrics, Elk Grove Village, IL, 2003. 336.
7. Malanga C.J., Barry E. Kosofsky. Mechanisms of action of drugs of abuse on the developing fetal brain. *Clin Perinatol* 1999 Mar; 26(1):17-36
8. Wagner CL, Katikaneni LD, Cox TH, Ryan RM The impact of prenatal drug exposure on the neonate. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1998 Mar; 25(1):169-94.
9. Garland M. Pharmacology of drug transfer across the placenta. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1998 Mar; 25(1):21-42.
10. Nestler EJ. Is there a common molecular pathway for addiction? *Nat Neurosci.* 2005 Nov; 8(11):1445-9
11. Nestler EJ. Molecular mechanisms of drug addiction *Neuropharmacology.* 2004; 47 Suppl 1:24-32
12. Stimmel B; Kreek MJ: Neurobiology of addictive behaviors and its relationship to methadone maintenance; *Mt Sinai J Med* 2000 Oct-Nov; 67(5-6):375-80
13. Kandall SR, Albin S, Lowinson J, Berle B, Eidelman AI, Differential effects of maternal heroin and methadone use on birthweight. *Pediatrics.* 1976 Nov; 58(5):681-
14. Niehaus L, Roricht S, Meyer BU, Sander B. Nuclear magnetic resonance tomography detection of heroin-associated CNS lesions. *Aktuelle Radiol.* 1997 Nov; 7(6):30 *Proc Natl Acad Sci U S A.* 1996 Oct 1; 93(20):11202-7. 9-11.
15. Smeriglio V; Wilcox H: Prenatal drug exposure and child outcome-Past, Present, Future. *Clin Perinatol* 1999 Mar; 26(1):1-16.
16. Finnegan, L.P. Neonatal abstinence syndrome: Assessment and pharmacotherapy. In: Rubatelli, F.F., and Granati, B., eds. *Neonatal Therapy: An Update.* New York: Excerpta Medica, 1986.
17. Finnegan LP, Kron RE, Connaughton JF, Emich JP. Assessment and treatment of abstinence in the infant of a drug-dependent mother. *Int J Clin Pharmacol Biopharm.* 1975 Jul; 1 *Int J Clin Pharmacol Biopharm.* 1975 Jul; 12(1-2):19-32.
18. Finnegan, L.P., and Ehrlich, S.M. Maternal drug abuse during pregnancy: Evaluation and pharmacotherapy for neonatal abstinence. *Mod Meth Pharmacol Test Eval Drugs Abuse* 6:255-263, 1990.



asist. Ivan Žebeljan

Potravmatska stresna motnja po porodu

POTRAVMATSKA STRESNA MOTNJA PO PORODU

Asist. Ivan Žebeljan, dr. med., specialist ginekologije in porodništva, Oddelek za perinatologijo, Klinika za ginekologijo in perinatologijo, Univerzitetni klinični center Maribor, e-pošta: baco73@gmail.com

Ključne besede: stres, potravmatska stresna motnja, porod, poporodno obdobje

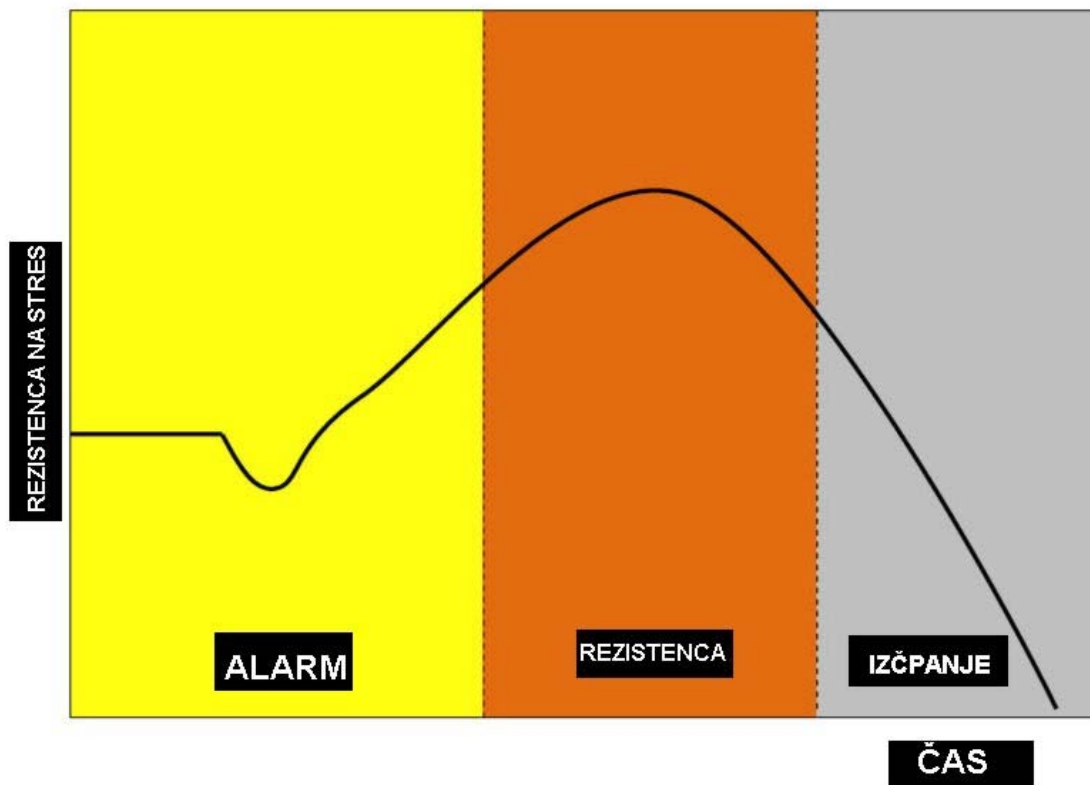
Stres

Za preživetje je nujno vzdrževati stalen notranji milje organizma, ne glede na stalne spremembe v okolju (1). Cannon je to poimenoval homeostaza (2).

Selye je uporabil izraz »stres« za vsak zunanji vpliv, ki resno ogroža homeostazo. »Stresor« je vsaka dejanska, navidezna ali namišljena grožnja organizmu. Stresni odgovor je rezultat delovanja stresorja in je nespecifični odgovor telesa na kakršno koli potrebo po spremembi. Čeprav se stresni odgovor razvije zaradi prilagajanja, pa lahko hud in podaljšan stresni odgovor vodi v okvaro tkiva in bolezni (3). Namesto da bi se centralno živčevje na zaznane grožnje odzvalo s posameznimi izoliranimi reakcijami, so ugotovili, da se telo nanje odzove s sklopom povezanih odgovorov – prizadevanj za ohranitev homeostaze (4, 5).

Vsi stresorji niso škodljivi ali obremenjujoči. Evstres je odgovor organizma na stresor, pri katerem se delovanje organizma izboljša. Distres ali negativni stres pa je posledica nezadostnega prizadevanja organizma, da se delovanje vrne na običajno raven (6).

Odgovor na stresorje lahko predstavimo z modelom splošnega prilagoditvenega sindroma (SPS). Prvi stadij SPS je alarm. V tej fazi se najprej pojavi dezorganizacija (šok), sledita mobilizacija in prizadevanje organizma za spoprijem s stresorjem (protišok). Sproži se odgovor »boj-ali-beg« z aktivacijo hipotalamo-hipofizno-adrenalne osi, produkcijo kortizola iz skorje nadledvičnice in aktivacijo simpatičnega avtonomnega živčnega sistema ter produkcijo adrenalina iz sredice nadledvičnice z namenom kaj najbolj izboljšati pogoje za mišični napor. Če stresor vztraja, se organizem prilagaja z dodatnimi prizadevanji, da obvlada njegove učinke. To je druga faza SPS, rezistenca. Če so mehanizmi prizadevanja organizma po ohranitvi homeostaze uspešni, se delovanje organizma povrne na običajno raven. Če pa so prizadevanja organizma nezadostna, se razvije tretja faza SPS, izčrpanje. V tej se pogosto vrnejo znaki, ki so značilni za fazo alarma (aktivacija avtonomnega živčevja). Za to fazo je značilno prizadeta normalna funkcija organizma. Pojavljajo se znaki dekompenzacije in različnih organskih in/ali psihičnih bolezni. Na sliki 1 grafično prikažem model SPS. Rezistenca na stres je prikazana v odvisnosti od trajanja stresorja (2, 7–10).



Slika 1. Model splošnega prilagoditvenega sindroma.
Rezistenca na stres je prikazana v odvisnosti od časa trajanja stresorja

V primeru ogrožajoče situacije, v kateri aktivni odgovor ni možen, se pojavita povečana vzdraženost in aktivacija simpatičnega avtonomnega živčevja z aktivnim zaviranjem gibanja s periferno vazokonstrikcijo (11). Primer, ko situacija omejuje stopnjo biološkega odgovora, imenujemo »situacijska stereotipija« (12). V primerih, da različni stresorji izzovejo enak stresni odgovor, govorimo o »stereotipiji odgovora« (13). Ugotavljamo, da obstaja velika razlika med različnimi osebami in njihovim odgovorom na enake stresorje. Nekateri se na stresorje pogosteje odzovejo z aktivnimi mehanizmi za ohranitev homeostaze, drugi pa se pogosteje odzivajo z izogibanjem (14, 15).

Čeprav je vpliv dednosti na »stereotipijo stresnega odgovora« nedvoumen, so ugotovili, da nanj vpliva tudi okolje. Na poskusih s podganami so dokazali, da imajo mladiči stradanih mater manj serotoninske aktivnosti v centralnem živčevju (CŽ) kot mladiči ustrežno hranjenih mater. To vodi v manjšo ekspresijo genov za glukokortikoidne receptorje v limbičnem sistemu, kar vodi v slabši dotok informacij v CŽ in slabši aktivni odgovor na stresorje. Ta pridobljena lastnost se je prenesla na naslednjo generacijo (16–18).

Nekatere lastnosti situacij so povezane z močnejšim stresnim odgovorom: intenzivnost in moč stresorja, sposobnost stresorja, da izzove negativne kognitivne učinke in dojemanja, sekundarna travmatiziranost, večplastnost stresa, ki učinkuje sinergistično (npr. kombinacija delovnega stresa, časovnega pritiska in grožnje). Močnejši stresni odgovor je povezan z večjo verjetnostjo za nastanek potrvamske stresne motnje (6).

Evolucijsko smo sesalci, ko govorimo o zdravih mladih osebah, zaradi učinkovitih mehanizmov za homeostazo dobro prilagojeni za odgovore na kratkotrajne stresorje. V primeru dolgotrajnega delovanja stresorja pa se lahko predvsem pri starejših in bolnih zdravje okvari (6).

Neprijetni učinki kroničnega stresa so izraženi predvsem pri ljudeh, saj je zaradi simbolnega mišljenja in širokega spektra neugodnih dejavnikov iz okolja (medsebojni odnosi, delo) možno vztrajanje v stresnem odgovoru. Človeško subjektivno dožemanje stimulusa je tisto, ki določa, ali se bo sprožil stresni odgovor (6).

Povezava med psihosocialnimi stresorji in nastankom kroničnih bolezni je kompleksna. Pogojena je tako z naravo, številom in vztrajanjem stresorjev kot tudi s posameznikovo biološko ranljivostjo (genetska, konstitucionalna) in priučenim načinom spoprijemanja s stresom (6).

Travma in potravmatska stresna motnja

Travmatski dogodek se zgodi nenadoma in nepričakovano ter prizadene občutek nadzora in ruši prepričanja, vrednote in osnovne domneve glede sveta in drugih. Tak dogodek izzove distress in ima potencial, da preobremeni zmožnost normalne osebe, da se spoprime s stresorjem. Stresor je ponavadi zaznan kot močan strah in/ali nemoč in lahko vzbudi občutek smrtne ogroženosti ali nevarnosti izgube telesne celovitosti (19).

Neposredno po dogodku lahko oseba občuti otopelost, čezmerno sproščanje čustev, jezo, čezmerno vzburljenost in vsiljujoče se podoživljanje travmatskih dogodkov.

Travmatski dogodki niso nujno hude nesreče, ampak dogodki, ki izzovejo močna čustva in potencialno škodljive stresne reakcije. Povezani so predvsem z nastankom dveh stanj. To sta akutna stresna reakcija, ki traja od dva do štiri tedne, in potravmatska stresna motnja (PSM), ki traja vsaj en mesec (20). Višja stopnja travme pogojuje večji potencial za njene škodljive učinke. Poleg omenjenih stanj je travma povezana tudi z nastankom depresije, utesnenosti, zmanjšanjem kognitivnih sposobnosti in zlorabo dovoljenih in/ali prepovedanih drog (19).

Diagnostični kriteriji za PSM so predstavljeni v tabeli 1 (20).

A. oseba je bila izpostavljena travmatičnemu dogodku, v katerem je bilo prisotno oboje	
A1.	oseba je doživela, prisostvovala ali je bila soočena z dogodkom ali dogodki, ki so vključevali dejansko ali grozečo smrt ali resno poškodbo ali grožnjo telesni celovitosti sebe ali drugih
A2.	reakcija je vključevala močan strah, nemoč ali grozo
B. travmatičen dogodek je vztrajno podoživljan na enega ali več od navedenih načinov	
B1.	ponavljajoči se in vsiljivi mučni spomini na dogodek, vključno s podobami, mislimi ali zaznavanji
B2.	ponavljajoče se mučne sanje o dogodku
B3.	vedenje ali občutek, kot da se travmatski dogodek ponavlja (vključuje občutek podoživljanja dogodka, iluzije, halucinacije in epizode ponovne projekcije prizorov, vključno s tistimi, ki se pojavljajo ob prebujanju ali opitosti)
B4.	močan psihološki distress ob izpostavljenosti notranjim ali zunanjim namigom, ki simbolizirajo ali so podobni nekemu zornemu kotu travmatskega dogodka
B5.	močna fiziološka reakcija ob izpostavljenosti notranjim ali zunanjim namigom, ki simbolizirajo ali so podobni nekemu zornemu kotu travmatskega dogodka
C. vztrajno izogibanje stimulusom, ki so povezani s travmatičnim dogodkom, in otopelost v splošni odzivnosti (ki ni bila prisotna pred travmo) na tri ali več načinov:	
C1.	napori za izogibanje mislim, občutkom ali pogovorom, povezanim s travmatičnim dogodkom
C2.	napori za izogibanje aktivnostim, krajem ali ljudem, ki vzbujajo spomine na travmatičen dogodek
C3.	nesposobnost spominjanja pomembnega zornega kota travme
C4.	izrazito zmanjšanje zanimanja ali sodelovanja v pomembnih aktivnostih
C5.	občutek nepovezanosti in odtujenosti do drugih
C6.	omejena zmožnost čustvovanja (npr. nezmožnost ljubečih občutkov)
C7.	občutek prikrajšanja v prihodnosti (npr. ne pričakuje uspeha v karieri, v zakonu, pri otrocih ali normalne dolžine življenja)
D. vztrajajoči simptomi povečane vznemirjenosti (ki ni bila prisotna pred travmo), dva ali več	
D1.	težko zaspiti ali spi
D2.	razdražljivost ali izbruhi jeze
D3.	težave s koncentracijo
D4.	čezmerna pozornost
D5.	nenadni čezmerni odzivi
E. motnje pod A., B. in C. trajajo vsaj en mesec	
F. motnja povzroči klinično pomemben distress ali motnjo v socialnih, poklicnih ali drugih pomembnih področjih delovanja	

Tabela 1. Diagnostični kriteriji za potravmatsko stresno motnjo

Postravmatska stresna motnja po porodu

Doživljanje poroda in rojevanja je zapleteno, večdimenzionalno in subjektivno tako glede izhoda (zdravje otroka) kakor glede kognitivnih (spoznavnih) procesov v povezavi z rojstvom in s porodom in je izrazito individualno. Čeprav je porod fiziološki proces, pri njem pogosto spregledamo psihološke in čustvene vidike in se osredotočimo na merljive kazalce, kot sta umrljivost in obolevnost (21).

Porod je lahko izrazito stresno doživetje, ki lahko preobremeni normalne zmožnosti spopadanja s stresom in vodi v različne oblike psihične obolevnosti, vključno s hudo zaskrbljenostjo, poporodno depresijo, akutno stresno reakcijo in PSM (19). Raziskave PSM po porodu kažejo na podoben mehanizem nastanka kot pri drugih vzrokih za potravmatsko stresno motnjo. Kljub temu obstaja nekaj bistvenih razlik med porodom in drugimi travmatskimi izkušnjami. Porod je namreč posledica spočetja, ki je največkrat posledica lastne odločitve, v splošnem je predvidljivo dejanje, ki ga doživi večina žensk, spremljajo ga obsežne fiziološke spremembe, je splošno pozitivno sprejet s strani družbe, lahko skrajno prizadene dožemanje telesne celovitosti, rojstvo zdravega otroka lahko povzroči pozitiven izhod (22).

Simptomi PSM so razdeljeni v tri večje skupine: podoživljanja (nočne more v povezavi s porodom, nenadni prebliski spominov – »flashback«), vztrajno izogibanje (ponovni zanositvi, amnezija poroda) in povečana vznemirjenost (razdražljivost, motnje zbranosti) (19, 20).

Prevalenca

Okoli tretjina žensk poroča, da je bil njihov porod travmatizirajoč in da so se med njim bale, da bi jim otrok umrl ali bil resneje poškodovan oziroma trajno prizadet. Ta odstotek kaže na obseg žensk, ki razvije simptome potravmatskega stresa, vendar njihov obseg ne zadošča za postavitev diagnoze PSM (23–25). Od 2 do 6 odstotkov žensk zadosti kriterijem PSM 6 tednov po uspešnem porodu (26–28). Prevalenca PSM upada s časom od poroda (28) in je 6 mesecev po porodu okoli 1,5% (29).

Ženske, ki so v povezavi s porodom doživljale zaplete, kot so mrtvorojenost, spontani splav, prezgodnji porod ali smrt otroka v perinatalnem obdobju, so razvile PSM v znatno višjem odstotku (27). PSM se je razvila pri 29% žensk, ki so rodile mrtvega otroka (30). Prevalenca PSM pri ženskah po spontanem splavu je po enem mesecu 25%, po štirih mesecih pa 7% (31).

V raziskavah prevalence PSM po porodu so bile uporabljene različne diagnostične metode. Najbolje je uporabiti Lestvico travmatskih doživetij (TES – Traumatic Experiences Scale), saj v celoti zajame vseh šest (A–F) potrebnih diagnostičnih kriterijev za PSM (27).

Pri metodologiji raziskav prevalence je treba poudariti, da le z uporabo vprašalnikov zaznamo znatno višjo prevalenco PSM po porodu zaradi velikega odstotka lažno pozitivnih rezultatov. Tovrsten pristop je smiseln za presejanje. Idealno bi bilo diagnostiko opraviti s pomočjo kombinacije kliničnega razgovora in izpolnjevanja ustreznega standardiziranega vprašalnika (22, 27).

Dejavniki tveganja za nastanek potravmatske stresne motnje po porodu

Raziskave so zaznale različne dejavnike tveganja za nastanek simptomov stresne motnje in potravmatske stresne motnje po porodu (23, 24, 32–35).

Dejavnike tveganja za nastanek potravmatske stresne motnje lahko razdelimo na porodniško specifične in porodniško nespecifične. V porodniško specifične dejavnike tveganja za razvoj PSM ali le nekaterih simptomov PSM lahko uvrstimo poleg že omenjenih porodniških zapletov (mrtvorojenost, spontani splav, prezgodnji porod in smrt otroka v perinatalnem obdobju) vaginalni porod, končan z izhodno porodniško operacijo (vakuumska ekstrakcija, forceps), nujni carski rez, epiziotomijo, nazadostno poporodno analgezijo, sprožitev poroda, tvegano nosečnost in nuliparnost. Postopki, povezani z rojstvom, ki so nenadni, vsiljujoči ali izrazito boleči, pogosteje izzovejo akutne stresne simptome. Pri tem je treba poudariti, da se zaradi relativno nizke pogostosti pomembnejših porodniških dejavnikov tveganja (porodniški zapleti, izhodne porodniške operacije in nujni carski rez) večina potravmatskih stresnih motenj pojavi pri ženskah po »normalnem« vaginalnem porodu. V teh situacijah je pomen porodniško nespecifičnih dejavnikov tveganja bistven, predvsem predhodne psihične travmatiziranosti in nekaterih osebnostnih lastnosti, predvsem čezmerne zaskrbljenosti (19, 23, 32, 34, 36). Med porodniško nespecifične dejavnike tveganja bodisi za razvoj PSM v celoti bodisi za razvoj le nekaterih izmed simptomov PSM lahko uvrstimo predhodno psihiatrično ali psihološko obravnavo in anamnezo psihičnih težav, predhodno spolno travmo, negativno kognitivno dožemanje poroda, negativno ocenitev zdravstvenega osebja, nagnjenost k pretirani zaskrbljenosti, občutek izgube nadzora nad porodom, dožemanje nizke stopnje podpore s strani partnerja in osebja, obtoževanje osebja za težave med porodom (32), prepričanje o nezadostni medporodni oskrbi (23), premajhno stopnjo informiranosti (34), premajhno socialno podporo, slabšo sposobnost prilagajanja na celostne spremembe v povezavi s porodom in rojstvom otroka (24). Iz navedenega je razvidno, da se pri določenem odstotku žensk lahko razvije PSM tudi brez predhodnega travmatskega dožemanja poroda (24). Dejavnike tveganja za nastanek PSM po porodu predstavljam v tabeli 2 (19, 23, 24, 32–36).

PORODNIŠKO SPECIFIČNI DEJAVNIKI TVEGANJA ZA NASTANEK PSM	PORODNIŠKO NESPECIFIČNI DEJAVNIKI TVEGANJA ZA NASTANEK PSM
<u>pomembnejši dejavniki tveganja</u>	26. predhodna psihiatrična ali psihološka obravnava in anamneza psihičnih težav
<ul style="list-style-type: none"> • porodniški zapleti: mrtvorojenost, spontani splav, prezgodnji porod in smrt otroka v perinatalnem obdobju • nujni carski rez • vaginalni porod, končan z izhodno porodniško operacijo: vakuumska ekstrakcija, forceps • nuliparnost 	27. predhodna spolna travama
<u>ostali dejavniki tveganja</u>	28. dojemanje nizke stopnje podpore s strani partnerja, socialnega okolja in osebja
<ul style="list-style-type: none"> • sprožitev poroda • tvegana nosečnost • nezadostna poporodna analgezija 	29. negativna ocenitev zdravstvenega osebja, obtoževanje osebja za težave med porodom, prepričanje o nezadostni medporodni oskrbi
	30. nagnjenost k pretirani zaskrbljenosti
	31. občutek izgube nadzora nad porodom
	32. premajhna stopnja informiranosti
	33. slabša sposobnost prilagajanja na celostne spremembe v povezavi s porodom in rojstvom otroka

Tabela 2. Dejavniki tveganja za nastanek potravmatske stresne motnje po porodu

Klinične implikacije

Zdravstveni izvajalci se moramo zavedati možnosti, da se po porodu lahko razvije PSM. V skladu s tem zavedanjem je treba preventivno ukrepati. Primarna preventiva temelji na realnem informiranju nosečnic o načinu in poteku poroda in rojstva. Ta informacija mora vsebovati podatke o incidenci posameznih porodniških posegov z razlago indikacij zanje. Razložiti mora pričakovane koristi in morebitne škodljivosti ter morebitne stranske učinke. Sekundarna preventiva temelji na aktivnem presejanju žensk glede izrazitih stresnih travmatskih odgovorov po porodu. V ta namen je dobro, da bi imeli zdravstveni izvajalci ustaljene postopke presejanja. Otročnicam, pri katerih bi v dnevih po porodu zaznali akutne stresne reakcije, moramo ponuditi ustrezno čustveno in timsko (porodničar, babica, psiholog) strokovno podporo, predvsem v obliki psihološkega »debriefinga«, ki bi ga poenostavljeno poimenovali razbremenilni pogovor po doživetem travmatičnem dogodku. Sestavni deli debriefinga so: vzpostavitev terapevtskega odnosa med strokovnim sodelavcem in žensko, sprejemanje njenih percepcij, spodbujanje izražanja čustev, popolnitev morebitnih manjkajočih delov dogodka, povezovanje dogodka s čustvi in ustreznim vedenjem, razlaga in pregled dogajanja ob porodu, izboljšanje socialne podpore, spodbujanje pozitivnega pristopa k razreševanju učinka travme ali stresa in spodbujanje iskanja rešitev. Potrebno je aktivno spremljanje teh žensk in v primeru vztrajanja pomembnih potravmatskih stresnih reakcij, ki ovirajo normalno delovanje dlje kot sva meseca po porodu, napotitev na kognitivno vedenjsko terapijo in razmislek o potrebi po medikamentozni terapiji (25, 27).

Zaključek

Stres je osrednji koncept razumevanja življenja in evolucije. Vsi živi organizmi se soočajo z grožnjami lastni homeostazi. Za preživetje in razvoj je nujno razviti ustrezne prilagoditvene mehanizme na različne stresorje. Poenostavljeno je odgovor na stres odvisen od treh dejavnikov: osebnostne strukture posameznika, lastnosti stresorja in podpore okolice (6).

Kljub dejstvu, da je porod fiziološki proces, je lahko izrazito stresno doživetje, ki lahko preobremeni normalne možnosti sovpadanja s stresom in vodi v različne oblike psihične obolevnosti, vključno s PSM. Dejavnike tveganja lahko razdelimo v porodniško specifične in porodniško nespecifične. Zavedati se moramo, da se večinoma PSM pojavi po »normalnem«
porodu. V teh primerih je pomen porodniško nespecifičnih dejavnikov bistven (19, 21, 23, 32, 34, 36).

Izvajalci zdravstvenih storitev se moramo zavedati možnosti nastanka PSM po porodu. Zaradi možnih doživljenjskih negativnih vplivov na mater in njeno celotno družino je treba imeti izdelane protokole presejanja ter v primeru pozitivnih rezultatov preventivnega in terapevtskega ukrepanja (21, 25, 27).

Literatura

1. Bernard, C. An Introduction to the Study of Experimental Medicine. Transl. HC Greene. New York: Collier, 1961.
2. Cannon, WB. Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage (2nd ed.). New York: Appleton, 1929.
3. Selye, H. The Stress of Life. New York: McGraw-Hill, 1956.
4. Lazarus, RS.; Folkman, S. Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer; 1984.
5. Hilton SM. Ways of viewing the central nervous control of the circulation—old and new. *Brain Res* 1975; 87: 213–228.
6. Schneiderman N, Ironson G, Siegel SD. Stress and health: Psychological, Behavioral, and Biological Determinants. *Annu Rev Clin Psychol.* 2005; 1: 607-28.
7. Selye H. [The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation](#). *Journal of Allerg* 1946; 17: 231-247.
8. Selye H. [The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation](#). *Journal of Allerg* 1946; 17: 289-323.
9. Selye H. [The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation](#). *Journal of Allerg* 1946; 17: 358-398.
10. Hess, WR. Functional Organization of the Diencephalons. New York: Grune & Stratton; 1957.
11. Adams MR, Kaplan JR, Koritnik DR. Psychosocial influences on ovarian, endocrine and ovulator function in *Macaca fascicularis*. *Physiol Behav* 1985; 35: 935–940.
12. Lacey, JI. Somatic response patterning and stress: some revisions of activation theory. In: Appleyo, MH.; Trumble, R., editors. *Psychological Stress*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1967: 14.
13. Lacey JL, Lacey BC. Verification and extension of the principle of autonomic response stereotyping. *Am. J. Psychol* 1958; 71: 50–73.
14. Kasprovicz AL, Manuck SB, Malkoff SB, Krantz DS. Individual differences in behaviorally evoked cardiovascular response: temporal stability and hemodynamic patterning. *Psychophysiology* 1990; 27: 605–619.
15. Llabre MM, Klein BR, Saab PG, McCalla JB, Schneiderman N. Classification of individual differences in cardiovascular responsivity. The contribution of reactor type controlling for race and gender. *Int. J. Behav. Med* 1998; 5: 213–229.
16. Levine S. Infantile experience and resistance to physiological stress. *Science* 1957; 126: 405–6.
17. Meaney MJ, Bhatnagan S, Dioria J, Larogue S, Francis D, et al. Molecular basis for the development of individual differences in the hypothalamic-pituitary-adrenal stress response. *Cell. Mol. Neurobiol* 1993; 13: 321–347.
18. Ladd CO, Huot RL, Thrivikraman P, Nemeroff CB, Meaney MJ, Plotsky PM. Long-term behavioral and neuroendocrine adaptations to adverse early experience. *Prog. Brain Res* 2000; 122: 79–101.

19. Gamble J, Creedy DK. A counselling model for postpartum women after distressing birth experiences. *Midwifery*. 2009; 25: 21-30
20. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR*. (4th ed). Washington: Am. Psychiatr. Assoc.; 2000.
21. Larkin P, Begley CM, Devane D. [Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis](#). *Midwifery* 2009; 25: 49-59.
22. Ayers S. Posttraumatic stress disorder after childbirth: Analysis of symptom presentation and sampling. *Journal of Affective Disorders* 2009; doi:10.1016/j.jad.2009.02.029.
23. Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth* 2000; 27: 104–111.
24. Soet JE, Brack GA, DiIorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth* 2003; 30: 36–46.
25. Gamble J, Creedy D, Moyle W, Webster J, McAllister M, Dickson P. Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: a randomized controlled trial. *Birth* 2005; 32: 11–19.
26. Ayers S. Delivery as a traumatic event: prevalence, risk factors and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 2004; 47: 552–567.
27. Olde E, Van der Hart O, Kleber R, Van Son MJM. Posttraumatic stress following childbirth: a review. *Clinical Psychology Review* 2006; 26: 1–16.
28. Slade P. Towards a conceptual framework for understanding post-traumatic stress symptoms following childbirth and implications for further research. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 2006; 27: 99–105.
29. Ayers S, Pickering AD. Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth* 2001; 28: 111–118.
30. Turton P, Hughes P, Evans CD, Fainman D. Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. *British Journal of Psychiatry* 2001; 178: 556–560.
31. Engelhard IM, Van den Hout MA, and A. Arntz A. Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *General Hospital Psychiatry* 2001; 23: 62–66.
32. Wijma K, Soderquist J, Wijma B. Posttraumatic stress disorder after childbirth: A cross sectional study. *Journal of Anxiety Disorders* 1997; 11: 587-97.
33. Czarnocka J, Slade P. Prevalence of predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *British Journal of Clinical Psychology* 2000; 39: 35-51.
34. Lyons S. A prospective study of post traumatic stress symptomatology 1 month following childbirth in a group of 42 first-time mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 1998; 16: 91-105.
35. Skari H, Skreden M, Malt UF, Dalholt M, Ostensen AB, Egeland T, et al. Comparative levels of psychological distress, distress symptoms, depression and anxiety after childbirth: A prospective population-based study of mothers and fathers. *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002; 109: 1154-63.
36. Soderquist J, Wijma K, Wijma B. Traumatic stress after childbirth: The role of obstetric variables. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 2002; 23: 31-9.



Špela Veselič

**Nasilje intimnega partnerja v obdobju nosečnosti in zgodnjega
starševstva**

NASILJE INTIMNEGA PARTNERJA V OBDOBJU NOSEČNOSTI IN ZGODNJEGA STARŠEVSTVA

Špela Veselič, univ. dipl. pol., Društvo SOS telefon za ženske in otroke – žrtve nasilja
e-pošta: drustvo-sos@drustvo-sos.si

***Ključne besede:** Nasilje nad ženskami, oblike, posledice, vloga zdravstvenih institucij, ukrepi*

1. Uvod

Ženske vseh starosti in povsod po svetu so lahko žrtve nasilja. Nasilje nad ženskami je skrajna manifestacija neenakosti med spoloma, ki obenem pomembno prispeva k njenemu ohranjanju. V družini je ena najpogostejših kršitev človekovih pravic. Ožje gledano je nasilje nad ženskami kršenje reproduktivnih pravic žensk, saj pomembno ogroža njihovo reproduktivno zdravje. (1). Z reproduktivnim in spolnim zdravjem so med drugim povezani odgovorno odločanje posameznice o rojstvu otrok in sklepanju zakonske zveze, kakovostne zdravstvene storitve ter zaščita pred spolnim nasiljem in prisilo (2). Ko govorimo o reproduktivnih pravicah, pa govorimo med drugim tudi o pravici do odločanja glede števila in časa rojenih otrok brez diskriminacije, prisile ali nasilja (2). Spitz in Marks navajata nekatere posledice, ki jih ima nasilje za reproduktivno zdravje žensk. Poleg posilstva se lahko dogaja tudi, da ženske, do katerih je nasilen partner, ne morejo nadzirati ali se samostojno odločati o tem, kakšno kontracepcijo bodo uporabljale. Prav tako se lahko zgodi, da se ne morejo zaščititi pred virusom HIV ter drugimi spolno prenosljivimi boleznimi, da ne morejo načrtovati nosečnosti, da se ne morejo zaščititi pred nasilnimi napadi med nosečnostjo in da nimajo dostopa do zdravstvene oskrbe, vključno s presejalnimi programi in predporodnim zdravstvenim varstvom (3).

Po raziskavi Evropskega ženskega lobija ima vsaka četrta do peta ženska v Evropski uniji izkušnjo nasilja s strani svojega partnerja (4). Takšno statistiko potrjuje tudi Svet Evrope, ki navaja podatke, da je v splošni populaciji po različnih državah od petina do četrtnina žensk doživela nasilje vsaj enkrat v odraslosti, več kot ena desetina žensk pa je doživela spolno nasilje, ki je vključevalo uporabo sile (5). V različnih študijah najdemo ocene, da je v 90 do 97 odstotkih primerov nasilja v družini povzročitelj nasilja moški nad žensko (6). »Storilci posilstev in drugih oblik spolnega nasilja, telesnega nasilja, duševnega in čustvenega nasilja, zalezovanja in umorov so najpogosteje intimni partnerji žensk, njihovi nekdanji partnerji in spremljevalci. Slednji ženskam povzročijo več telesnih poškodb kot tujci in/ali znanci in njihovo nasilje je eden od pomembnih vzrokov za razvoj različnih duševnih bolezni, depresij, alkoholizma in samomorilnosti pri ženskah. Nasilje nad ženskami v družini je tudi pomemben razlog za brezdomstvo žensk in otrok« (7).

Ocene o tem, koliko nosečih žensk doživlja nasilje, nihajo od 7 do 20 in 30 odstotkov (8). Večina raziskav pa kaže na to, da so ženske, ki so doživljale nasilje med nosečnostjo, tega doživljale tudi že v preteklosti. To pomeni, da je treba ženske, ki so v preteklosti doživljale nasilje, obravnavati kot posebno rizično skupino, za katero je treba pripraviti posebne intervencijske ukrepe. Čeprav je še treba natančneje opredeliti povezanost med nosečnostjo in nasiljem s strani intimnega partnerja, pa raziskave vendarle dovolj jasno kažejo na dejstvo, da potrebujemo primerne usmeritve za preventivne in interventne programe na tem področju (8).

Po raziskavi v Združenih državah Amerike (ZDA) nasilje s strani partnerja doživlja najmanj 6% vseh nosečih žensk. Značilno je, da je pri nosečih ženskah, ki doživljajo nasilje,

pomembno več možnosti, da bo med nosečnostjo prišlo do zapletov. Nasilje nad ženskami med nosečnostjo pomembno vpliva tudi na razvoj zarodka in novorojenčka. Pri nosečnicah, ki doživljajo nasilje, je večje tveganje za depresijo, poskus samomora in zlorabe raznih substanc. Uboj je glavni vzrok smrti med nosečimi ženskami in ženskami po porodu. V ZDA je mogoče 31% primerov maternalne umrljivosti pripisati poškodbam, povzročenim z nasiljem (9).

Raziskave kažejo, da zlasti v obdobju po prihodu novorojenčka domov obstaja posebej velika verjetnost, da se bo v partnerskem odnosu pojavilo nasilje. To dejstvo povezujejo z otrokovim pogostim jokom in tem, da partner, ki povzroča nasilje, ne zna prenašati napetosti zaradi njega. Tako so dojenček, drugi otroci v družini in ženska v tem obdobju v bistveno večji nevarnosti, saj zaradi napetosti tudi dojenček pogosteje joka (10).

2. Oblike nasilja nad ženskami

V strokovni javnosti velja prepričanje, da je oblike nasilja, ki jih doživljajo ženske s strani svojih partnerjev, preprosto nemogoče naštetih na enem mestu. Največkrat se jih zato opredeljuje na splošno kot psihično nasilje, telesno oz. fizično nasilje, spolno nasilje, ekonomsko nasilje. Naj na tem mestu zaradi aktualnosti navedem le oblike nasilja, kot jih opredeljuje Zakon o preprečevanju nasilja v družini, sprejet leta 2008:

- fizično nasilje je opredeljeno kot vsaka uporaba fizične sile, ki pri družinskem članu povzroči bolečino, strah ali ponižanje, ne glede na to, ali so nastale poškodbe;
- spolno nasilje je opredeljeno kot ravnanja s spolno vsebino, ki jim družinski član nasprotuje, je vanje prisiljen ali zaradi svoje stopnje razvoja ne razume njihovega pomena;
- psihično nasilje je opredeljeno kot ravnanja, s katerimi povzročitelj nasilja pri družinskem članu povzroči strah, ponižanje, občutek manjvrednosti, ogroženosti in druge duševne stiske;
- ekonomsko nasilje je opredeljeno kot neupravičeno nadzorovanje ali omejevanje družinskega člana pri razpolaganju z dohodki oziroma upravljanju s premoženjem, s katerim družinski član samostojno razpolaga oziroma upravlja ali neupravičeno omejevanje razpolaganja oziroma upravljanja s skupnim premoženjem družinskih članov; ter
- zanemarjanje, ki je opredeljeno kot oblika nasilja, pri kateri oseba opušča dolžno skrb za družinskega člana, ki jo potrebuje zaradi bolezni, invalidnosti, starosti, razvojnih ali drugih osebnih okoliščin (11).

V obrazložitvi 3. člena zakona najdemo pojasnilo, da je pri nasilju v družini bistveno, da ena oseba zlorablja svojo (pre)moč nad drugo, s katero je v posebnem psihičnem razmerju. Posamične oblike nasilja so le splošno opredeljene, saj zaradi raznolikosti ravnanj, ki spadajo v posamične oblike nasilja, zakonski tekst ne more izčrpno naštetih vseh možnih posamičnih ravnanj. Strokovnim delavkam in delavcem mora takšna splošna opredelitev služiti kot temeljni okvir za odločitev, ali je v posamičnem primeru prišlo do nasilja (12).

3. Posledice nasilja nad ženskami

V grobem lahko posledice nasilja nad ženskami delimo na psihološke, socialne in zdravstvene. Kot poudarja Maja Plaz, nasilje vedno povzroči, »da ženska izgubi samo sebe: svoje samospoštovanje, samozavest, porušen je njen občutek varnosti. Namesto tega se pojavijo občutki ničvrednosti, strahu, ničevosti. Ženska, ki doživlja nasilje, izgubi nadzor nad svojim življenjem, o njej odloča nekdo drug« (13). Posledice doživljanja različnih travm pa se

še stopnjujejo, ko je povzročitelj nasilja nekdo, od katerega je žrtev nasilja odvisna, ga ima rada ali mu zaupa.

3.1. Psihološke in socialne posledice nasilja nad ženskami

Ženske, ki doživljajo nasilje, se počutijo demoralizirane, degradirane, zelo jih je strah, so introvertirane, same sebi se zdijo grde, nepriljubljene, neprivlačne, ne vredne, imajo samomorilne misli, počutijo se ponižane, osramočene, krive, negotove, neljubljene, neljubeče, ne vredne zaupanja, nesposobne, zmedene, ranljive, stare, psihično in fizično uničene, izgubijo stik same s sabo, ne vedo več, kaj bi rade v življenju, pričnejo živeti skladno s pričakovani povzročitelja nasilja, pričnejo misliti, da je to, kar se jim dogaja, normalno, bojijo se odprtih prostorov, se samopoškodujejo, izgubijo stik z realnostjo, opustijo misel na to, da bi lahko živele brez nasilja, obrnejo hrbet prijateljicam in prijateljem, racionalizirajo nastali položaj (13).

Pogoste posledice nasilja nad ženskami so tudi: trajna invalidnost, osamitev, izolacija od drugih ljudi iz strahu, da bo nasilje kdo odkril ali da se bo nadaljevalo, psihološki stres, ki se kažejo v obliki kroničnih bolezni, motnje hranjenja, težave pri iskanju zaposlitve, težave pri tem, da službo obdržijo, da se prilagodijo pogojem dela, kar je posledica napetosti zaradi nasilnega ozračja, v katerem žrtev živi, nezmožnost za opravljanje raznih obveznosti v službi zaradi poškodb, sramu, strahu pred nasiljem, depresija, samomor, umor (13).

3.2. Zdravstvene posledice nasilja nad ženskami v času nosečnosti

Če povzamem zgornje pisanje, je življenje ženske, ki doživlja nasilje s strani svojega partnerja, prepleteno z življenjem povzročitelja nasilja, kar pomembno zmanjšuje občutke varnosti in zaščitenosti ter možnosti zapustiti odnos, v katerem je prisotno nasilje. Vsaka od teh značilnosti pa dobi popolnoma drugačno podobo in pomen, ko je ženska noseča (8). Nasilje med nosečnostjo pomembno zmanjšuje možnosti za zdrav način življenja, ki prispeva k varnemu materinstvu. Namesto tega so prisotne številne negativne posledice doživljanja nasilja tako za mamo kot za otroka. Te posledice vključujejo (8):

- poznejši vstop v predporodno zdravstveno varstvo; ena izmed raziskav je pokazala, da se ženske, ki doživljajo nasilje v partnerskem odnosu, v večji meri vključijo v predporodno zdravstveno varstvo šele po 20. tednu nosečnosti;
- nizko porodno težo novorojenčka: nekatere raziskave so pokazale, da ženske, ki doživljajo nasilje, pogosteje rodijo novorojenčke z nizko telesno težo kot ženske, ki nasilja ne doživljajo;
- prezgodnji porod: nekatere raziskave tudi kažejo, da obstaja večja verjetnost, da bodo zlorabljene ženske rodile prezgodaj. Pri ženskah, ki doživljajo hujše oblike nasilja, naj bi bilo tveganje za prezgodnji porod celo petkrat večje kot pri ženskah, ki ne doživljajo zlorabe;
- splav, spontani splav: ženske, ki doživljajo nasilje, se bistveno pogosteje odločijo za splav kot ženske, ki ga ne doživljajo. Nasilje nad ženskami pa so raziskave povezale tudi s poškodbami zarodka in njegovo smrtjo oziroma spontanim splavom. Četrtno do polovico žensk, ki so v nosečnosti doživele telesno zlorabo, so po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (14) povzročitelji nasilja brcali ali boksali v trebuh. V več kot 90 odstotkih primerov je bil povzročitelj nasilja biološki oče otroka, ki ga je ženska nosila. Večina žensk, ki je doživljala telesno nasilje med nosečnostjo, je tega doživljala že pred njo. Med 8 in 34 odstotki žensk je povedalo, da se je nasilje med nosečnostjo okrepilo;

- nezdravo materino vedenje: ženske, ki doživljajo nasilje, pogosteje kadijo, uporabljajo droge in alkohol kot ženske, ki nasilja ne doživljajo. Te ugotovitve veljajo tudi za noseče ženske;
- materine zdravstvene težave: pri nosečih ženskah, ki doživljajo nasilje, obstaja večje tveganje, da bo med nosečnostjo prišlo do zapletov, kot so hujšanje, slabokrvnost, okužbe, krvavitve v prvem in drugem trimesečju, visok krvni tlak (9).
- duševne motnje: doživljanje nasilja med nosečnostjo je pomembno povezano z depresijo med nosečnostjo in hudo poporodno depresijo. Huda zloraba povečuje tveganje za depresijo in anksioznost v življenju žrtev nasilja. Za ženske z depresijo je značilno, da obstaja šest- do sedemkrat večja možnost, da so doživele hudo zlorabo s strani partnerja, kot za ženske, ki nimajo depresije. Ko torej obravnavamo žensko s simptomi, ki kažejo na depresijo, moramo biti posebej pozorni na veliko možnost, da doživlja nasilje s strani svojega partnerja. Zato moramo imeti na razpolago tudi primerne terapevtske in preventivne pristope, s katerimi lahko preprečimo življenjsko ogrožajoče situacije.

3.3 Druge posledice nasilja za zdravje žensk

Analiza podatkov o več kot 4000 naključno izbranih ženskah v ZDA je pokazala, da obstaja pri ženskah, ki so doživele spolni napad, večja verjetnost za hude bolečine med menstruacijo, pretirano ali podaljšano menstrualno krvavitev in motnje v spolnosti (15).

Ženske, katerih partner je povzročal nasilje, so svojega partnerja pogosteje prosile, naj pri spolnem odnosu uporablja kondom, njihovi partnerji pa so to pogosteje zavrnil kot partnerji, ki do svojih žensk niso bili nasilni (14). Po ocenah obstaja 5-odstotna možnost, da bo med ženskami v rodni dobi posledica posilstva tudi nosečnost (15). Število nosečnosti zaradi posilstva pa se seveda lahko poveča, če so povzročitelji posilstva intimni partnerji žensk. Tako je ena od raziskav pokazala, da je 20 od 100 žensk, ki so jih spolno napadli njihovi intimni partnerji, zanosilo kot posledica tega spolnega napada (15).

Študija Svetovne zdravstvene organizacije je pokazala, da so ženske, ki so kadar koli doživele telesno ali spolno nasilje s strani svojega partnerja, bistveno pogosteje poročale o slabem ali zelo slabem zdravju kot ženske, ki nasilja niso nikoli doživele. Ženske, ki so doživele kakršno koli zlorabo, so imele tudi bistveno več težav pri hoji in izvajanju vsakodnevnih aktivnosti, čutile so več raznih bolečin in slabosti, izgubljale spomin, imele so pogostejša nožnična vnetja. Posebej pomembno je poudariti, da je bilo »slabo zdravje v zadnjem času«, kot so poimenovali spremenljivko v študiji, neposredno povezano z »dolgotrajnim doživljanjem nasilja« (14).

Kakovostna obravnava kroničnih bolezni, kot so astma, HIV/AIDS, sladkorna bolezen, želodčne in črevesne motnje, povečan krvni pritisk, je lahko pri ženskah, ki doživljajo nasilje ali so ga doživljale v preteklosti, otežena. Povzročitelj nasilja pogosto nadzoruje in omejuje dostop žrtve nasilja do zdravniške pomoči in njeno upoštevanje navodil zdravnice ali zdravnika. Raziskave kažejo, da ženske, ki doživljajo nasilje, manj pogosto uporabljajo preventivno zdravstveno oskrbo, kot je npr. redna mamografija, in pogosteje prakticirajo vedenja, ki so škodljiva za zdravje, kot so npr. kajenje, uporaba alkohola in raznih substanc (14). Ženske, ki so preživele npr. spolno nasilje s strani svojega partnerja, so poročale o tem, da so po zlorabi začele ali pa pogosteje uporabljale alkohol in druge substance (15). Številne študije so pokazale, da nasilje v partnerskem odnosu pomembno poveča tveganje za hude

duševne bolezni, vključno z depresijo, travmatično in postravmatsko stresno motnjo, anksioznostjo, samomorilnostjo (14).

Nasilje nad ženskami ima za ženske kratkoročne in dolgoročne posledice, prekinitve nasilnega odnosa pa teh posledic ne izbriše. Odločilni dejavniki za telesno in duševno zdravje žensk ostajajo še dolgo po prekinitvi nasilnega odnosa ali celo vse življenje. Družba, zdravstvene in druge institucije in organizacije pa bodo na potrebe žensk, ki doživljajo nasilje, lahko kakovostno odgovarjale le s poznavanjem problematike, z realno oceno stanja in sprejemanjem svojega dela odgovornosti.

3.4. Posledice nasilja nad ženskami za otroke in posledice nasilja nad otroki

Številne študije so raziskovale kratkoročne in dolgoročne posledice nasilja v partnerskem odnosu na otroke. V 30 do 60 odstotkov družin, v katerih se pojavlja nasilje, so otroci tudi neposredno zlorabljeni. Otroci, ki so priča nasilju enega partnerja nad drugim, pogosto kažejo simptome postravmatske stresne motnje, pogosteje imajo težave z različnimi kroničnimi boleznimi, depresijo, anksioznostjo ter vedenjske težave, kot je npr. povzročanje nasilja nad sovrstnicami in sovrstniki. Neka druga raziskava pa je pokazala, da ti otroci pogosteje naredijo samomor, uporabljajo droge in alkohol, zbežijo od doma, se ukvarjajo z mladoletniško prostitucijo in povzročijo kazniva dejanja spolnega napada (16).

Otrok, ki je priča nasilju očeta nad mamo, je bolj izpostavljen depresiji, vedenjskim težavam in telesnim boleznim (8). Ti otroci imajo podobne posledice kot otroci, ki so »neposredno« zlorabljeni (8).

4. Vloga zdravstvenih institucij pri obravnavi nasilja nad ženskami

Nasilje nad ženskami v družini je problematika, ki je pomembno umeščena na področje zdravja in zdravstvene oskrbe. Tiste, ki zagotavljajo zdravstveno pomoč, to postavlja v specifičen položaj, ko je govor o pomoči žrtvam nasilja, če seveda znajo zaznati nasilje v družini in žrtvi ponuditi primerno pomoč in podporo. »Odkar so v sedemdesetih letih 20. stoletja začeli empirično raziskovanje nasilja v družini, je postalo jasno, da se pomemben del primerov nasilja v družini brez posredovanja državnih in/ali drugih institucij skozi čas stopnjuje do vedno hujših oblik nasilja« (7).

Zdravstvene ustanove in zaposleni v njih lahko igrajo odločilno vlogo pri preprečevanju nasilja nad ženskami, zgodnjem odkrivanju nasilja, primerni obravnavi žrtev nasilja in usmerjanju v primerne oblike pomoči. Po mnenju Svetovne zdravstvene organizacije (14) nam pogled na nasilje nad ženskami z vidika zdravja omogoča, da zajamemo številne dimenzije tega fenomena in na podlagi tega razvijemo multidisciplinarne pristope za obravnavo problematike. Prav zdravstveni sistem je namreč pogosto prvi, na katerega se žrtve nasilja obrnejo po pomoč.

Nosečnost je lahko eden od redkih razlogov, ko partner ženski, ki jo zlorablja, dovoli, da obiše zdravnico ali zdravnika. Ker se večina žensk v Sloveniji, ki so noseče, obrne na svojo ginekologinjo ali ginekologa, zdravnico ali zdravnika, je obdobje nosečnosti in obdobje po porodu včasih celo edinstvena priložnost za to, da se ponudi kakovostno pomoč ženski, ki doživlja nasilje.

4.1. Argumenti za bolj dosledno in aktivno vlogo zdravstvenih ustanov pri preprečevanju, odkrivanju in obravnavi nasilja v družini (17)

Zdravstvene ustanove so v primerjavi z drugimi institucijami, ki nudijo pomoč žrtvam nasilja, javni prostor, ki ni družbeno stigmatiziran, in obenem prostor, kjer je nadzor povzročitelja nad žrtvami nasilja v družini najmanjši. Tam lahko žrtve nasilja v družini najlažje in ob najmanjšem tveganju za lastno varnost pridejo v stik s strokovnjakinjami in strokovnjaki, ki lahko njihov položaj pravilno ocenijo, ukrepajo in pomagajo.

Zaposleni v zdravstvu so zaradi narave svojega dela, kodeksa etike in zaveze k delovanju za vsestransko dobrobit pacientke ali pacienta opremljeni z visoko stopnjo senzibilnosti do pacientov in pacientk ter z veččinami, ki omogočajo ustrezno psihosocialno pomoč, svetovanje in obravnavo nasilja.

Najhujše posledice nasilja v družini žrtve utrpijo na lastnem duševnem in telesnem zdravju. Zato je skupni »strošek« nasilja v družini največji prav v zdravstvu.

Tudi v zdravstvenih ustanovah pa zaposleni niso varni pred povzročitelji nasilja. Za učinkovito lastno zaščito pred nasiljem je treba razvijati aktivni pristop k preprečevanju in odkrivanju nasilja, hkrati pa intenzivno sodelovati z drugimi ustanovami (vladnimi in nevladnimi), ki se ukvarjajo z nasiljem.

4.2. Kateri so nujni koraki in priporočila

Zagotovo je najpomembneje začeti s povečevanjem senzibilnosti, znanja in veščin zaposlenih v zdravstvu o vsestranski pomoči žrtvam nasilja (v družini). Izobraževanja in treninge pa je seveda treba izvajati sistematično in kontinuirano (17; 8). Obvezo po izobraževanju na področju nasilja je strokovnim delavkam in delavcem v zdravstvenih organizacijah naložil tudi Zakon o preprečevanju nasilja v družini v 4. odstavku 10. člena in obenem odgovorne v organizacijah obvezal, da zagotovijo usposabljanje vseh strokovnih delavk in delavcev, ki se v okviru svojega dela srečujejo z žrtvami oziroma s povzročitelji nasilja (11).

Da bi lahko začeli vzpostavljati sistem odkrivanja in obravnave nasilja nad ženskami znotraj zdravstvenega sistema, pa je treba poskrbeti tudi za kakovostno in sistematično evidentiranje oz. zbiranje podatkov o žrtvah nasilja v družini, ki so se obrnile na institucije v zdravstvenem sistemu, o njihovih poškodbah v povezavi z nasiljem v družini, o njihovih zdravstvenih težavah v povezavi s trajanjem doživljanja nasilja ipd. Samo s kakovostnimi podatki o realnem stanju je namreč mogoče vzpostaviti kakovostne mehanizme pomoči.

Da bi zaposlenim v zdravstvenem sistemu omogočili kakovostnejše delo, je primerno uveljaviti protokole ali postopke za ukrepanje v primerih nasilja (v družini). Drugi odstavek 10. člena Zakona o preprečevanju nasilja v družini tudi določa, da bo ministrica oziroma minister, pristojen za delo, družino in socialne zadeve, natančneje določil postopke obveščanja in nudenja pomoči med organi in organizacijami (državni organi, nosilci javnih pooblastil, izvajalci javnih služb, organi samoupravnih lokalnih skupnosti, nevladne organizacije, op. a.), v tretjem pa, da bodo ministri, pristojni za delovanje policije, zdravstvenih organizacij, socialno-varstvenih in vzgojno-izobraževalnih zavodov, v soglasju z ministrom, pristojnim za delo, družino in socialne zadeve, določili pravila in postopke, ki zagotavljajo usklajeno delovanje organov in organizacij, in ki jih morajo organi in organizacije z navedenih področij upoštevati pri obravnavanju primerov nasilja (11).

Od aprila letos je v Sloveniji na podlagi tega določila zakona v veljavi t. i. krovni protokol, ki se imenuje Pravilnik o sodelovanju organov ter o delovanju centrov za socialno delo, multidisciplinarnih timov in regijskih služb pri obravnavi nasilja v družini (18) in nekateri področni protokoli. Sicer pa sta Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi in Društvo SOS telefon že leta 2004 pripravila (neformalna) protokola za področje zdravstvene nege za psihosocialno pomoč ženski, ki je preživela nasilje, in za obravnavo nasilja, kadar se z njim srečamo na delovnem mestu (19).

4.3. Temeljna načela za obravnavo žensk, ki doživljajo nasilje s strani partnerja

Family Violence Prevention Fund navaja naslednja štiri temeljna načela, ki naj bi jih zaposleni v zdravstvenih institucijah upoštevali pri obravnavi žrtev nasilja v družini:

- varnost žrtve nasilja: vsak korak pri obravnavi žrtve nasilja (postavljanje vprašanj in komunikacija, ocena, vodenje dokumentacije, posredovanje, evalvacija) mora izhajati iz vprašanja o zagotavljanju najvišje možne varnosti za žrtev nasilja in njenih otrok. Pri tem izhajamo iz vprašanja, ali bo to, kar sprašujemo, delamo ali priporočamo, pripomoglo k pacientkini večji varnosti oz. vsaj ne bo povzročilo njene dodatne ogroženosti ali celo viktimizacije;
- avtonomnost žrtve nasilja: žrtev nasilja mora imeti možnost, da se na podlagi informacij, ki smo ji jih posredovali, avtonomno odloča o svojih nadaljnjih korakih. Opolnomočenje žrtve nasilja (prispevanje k temu, da bo zmožna avtonomno sprejeti odločitve, ki povečujejo njeno varnost) je temeljno za dobrobit žensk, ki doživljajo nasilje in lahko pomembno pripomore k zmožnosti pacientke, da bo naredila proaktivne korake za zagotavljanje lastne varnosti;
- odgovornost povzročitelja nasilja: zavedati se moramo, da se nasilje pojavlja zaradi vedenja povzročitelja nasilja in ne zaradi vedenja ženske, ki doživlja nasilje. To temeljno načelo zavrača prenašanje krivde na žrtev nasilja in razlage povzročitelja nasilja o tem, zakaj povzroča nasilje;
- delovanje za spremembe: zaposleni v zdravstvenih institucijah sami ne morejo zadostiti vsem potrebam, ki jih imajo žrtve nasilja. Nujno morajo sodelovati z drugimi zaposlenimi v zdravstvu, s centri za socialno delo, policijo, pravosodnimi organi, nevladnimi organizacijami idr. (8).

Doroteja Lešnik Mugnaioni poleg zgoraj navedenih načel izpostavlja še:

- spoštujemo zaupnost v pogovoru z žrtvijo nasilja;
- prizadevamo si, da žrtve nasilja okrepimo (*empowerment*), jim damo moč, da trezno razmišljajo o svojem položaju in sprejmejo v dani situaciji najboljše odločitve – to načelo se sklada tudi z zgornjim načelom o avtonomnosti žrtve nasilja;
- ne minimaliziramo nasilja in zagovarjamo ničelno strpnost do nasilja;
- v odnosu do žrtev nasilja izkazujemo spoštovanje, razumevanje in empatijo ter spoštujemo in sprejmemo odločitve, ki jih bo žrtev nasilja sprejela;
- priznavamo strokovnost in pristojnosti drugih ustanov in aktivno sodelujemo z njimi;
- sebe in svojih sodelavk in sodelavcev ne izpostavljammo nevarnosti oz. morebitnemu nasilju (17).

4.4. Temeljne vloge osebja v zdravstvu

Temeljne vloge osebja v zdravstvu naj bi bile:

- rutinsko poizvedovanje;
- primerno izražanje skrbi;
- posredovanje informacij;
- razmislek o obstoječih možnostih in virih;
- spodbujanje k pripravi varnostnega načrta;
- zdravstvena obravnava, preventivni nasveti;
- *follow-up*, evalvacija;
- prijava nasilja (8).

Rutinsko poizvedovanje o nasilju v družini na vseh ravneh v zdravstvu npr. pomeni, da:

- vsi zaposleni v zdravstvu prevzamejo iniciativo za poizvedovanje o nasilju v družini in to prakso razumejo kot standardno prakso v procesu nujenja zdravstvenih storitev. Že na prvi pogled vidimo, da je lahko predporodno zdravstveno varstvo izjemno pomemben čas za rutinsko poizvedovanje;
- vse mladostnice, mladostnike in odrasle rutinsko sprašujejo o izkušnjah z nasiljem v sedanjosti ali preteklosti;
- so pri telesnem pregledu pozorni na tipične poškodbe, mnogovrstne poškodbe na različnih ravneh zdravljenja, pogoste bolezni, ki jih ni mogoče primerno razložiti ipd.;
- opazujejo partnerjevo vedenje (prisotnost pri preiskavi, pretirana pozornost ali nadzor, odgovarjanje na vprašanja namesto pacientke, vztrajanje, da bo prisoten ves čas pregleda).

4.5. Vloge osebja v zdravstvu v skladu z Zakonom o preprečevanju nasilja v družini

Nekatere naloge, ki jih tudi zdravstvenim institucijam nalaga Zakon o preprečevanju nasilja v družini, sem že izpostavila. Na tem mestu želim izpostaviti še nekatere, pomembne za delo zdravstvenih institucij in obenem kakovostno uveljavljanje zakona v praksi.

V skladu s 4. členom zakona posebno varstvo pred nasiljem uživajo otroci, ki so žrtve nasilja, tudi če so prisotni pri izvajanju nasilja nad drugim družinskim članom ali članico ali živijo v okolju, kjer se nasilje izvaja. Prav tako so posebne skrbi pri obravnavi nasilja in nujenju pomoči deležne starejše osebe in invalidi ter osebe, ki zaradi osebnih okoliščin niso sposobne skrbeti zase (11).

V skladu s 6. členom zakona je vsakdo, zlasti pa strokovni delavci oziroma delavke v zdravstvu ter osebje vzgojno-varstvenih in vzgojno-izobraževalnih zavodov, ne glede na določbe o varovanju poklicne skrivnosti, dolžan takoj obvestiti center za socialno delo, policijo ali državno tožilstvo, kadar sumi, da je otrok žrtev nasilja (11).

V prvem odstavku 10. člena zakon organom in organizacijam ter nevladnim organizacijam nalaga, da so dolžne prednostno obravnavati primere nasilja, zagotavljati medsebojno obveščanje in pomoč z namenom preprečevanja in odkrivanja nasilja, odpravljanja vzrokov ter nujenja pomoči žrtvi pri vzpostavitvi pogojev za varno življenje (11).

V 14. členu je določeno, da se pri centru za socialno delo za obravnavanje nasilja v družini ustanovi multidisciplinarni tim. V drugem odstavku 15. člena pa je določeno, da se morebiten načrt pomoči žrtvi nasilja pripravi v okviru multidisciplinarnega tima. Center za socialno delo

pozove k sodelovanju v timu tudi druge organe in organizacije, katerih odgovorne osebe so v tem primeru dolžne zagotoviti sodelovanje predstavnic oz. predstavnikov iz svojih organov in organizacij (11).

V skladu z drugim odstavkom 10. člena je že v veljavi Pravilnik o sodelovanju organov ter o delovanju centrov za socialno delo, multidisciplinarnih timov in regijskih služb pri obravnavi nasilja v družini, ki je nekakšen »krovni protokol« za sodelovanje.

V skladu s 4. členom pravilnika so:

- vsi organi (državni organi, nosilci javnih pooblastil, izvajalci javnih služb, organi samoupravnih lokalnih skupnosti, nevladne organizacije, op. a.) ob zaznavi nasilja v družini dolžni v štiriindvajsetih urah od seznanitve z okoliščinami obvestiti center za socialno delo (CSD);
- kadar je žrtev nasilja otrok, so organi v roku iz prejšnjega odstavka dolžni obvestiti CSD, policijo ali državno tožilstvo;
- informacijo o nasilju posredujejo v pisni ali elektronski obliki oziroma po telefonu. Informacijo, dano po telefonu, je treba posredovati tudi pisno, najkasneje v treh dneh. V njej je treba navesti vsa strokovna opažanja, iz katerih je mogoče sklepati, da se izvaja nasilje v družini;
- v petih dneh po prejemu obvestila je CSD organu, ki je posredoval obvestilo o zaznavi nasilja, dolžan posredovati povratno informacijo o opravljenih začetnih aktivnostih (18).

V skladu s 5. členom istega pravilnika pa:

- v primeru neposredne ogroženosti, ko je potrebna takojšna zaščita žrtve, so vsi organi dolžni takoj po telefonu obvestiti CSD oziroma policijo. Informacijo po telefonu je treba posredovati tudi pisno, najkasneje v štiriindvajsetih urah (18).

V skladu s 7. členom pravilnika so naloge multidisciplinarnega tima za obravnavanje nasilja v družini usmerjene v zagotovitev dolgoročne varnosti žrtve. V skladu z 8. členom multidisciplinarni tim za obravnavanje nasilja v družini sestavlja skupina strokovnjakinj in strokovnjakov z namenom zagotoviti celovito pomoč in zaščito posamezni žrtvi. V skladu s tretjim odstavkom 9. člena zagotavlja tim usklajeno, enotno in učinkovito delovanje sodelujočih organov. Organi, katerih predstavnice in predstavniki sodelujejo kot članice in člani tima, morajo zagotoviti, da se bodo sklepi, sprejeti na sejah tima, uresničevali (18).

5. Zaključek

Trdimo lahko, da je izboljšanje družbenega in socialnoekonomskega položaja žensk dolgoročno gledano eden od najpomembnejših ciljev, ki jih moramo doseči, da bi zmanjšali ranljivost žensk za nasilje. Izboljšanje položaja žensk pa med drugim vključuje njihovo/naše lastno zavedanje o pravicah, dostop do izobrazbe in izhajajoč iz nje enakovreden dostop do zaposlitve z enakim plačilom za enako delo, zagotavljanje delovnih mest, na katerih ženske ne bodo izpostavljene spolnemu nadlegovanju, zastraševanju, trpinčenju, ter delovnih mest in ne nazadnje družbenih okoliščin, ki bodo ženskam omogočale varno nosečnost in skrb za vzgojo in nego otrok.

Če znamo pravilno locirati vzrok za nastanek neke poškodbe ali bolezni, lahko pravilno usmerimo svoje delovanje. To vedo zdravstveni strokovnjaki in strokovnjakinje bolje od večine drugih. Vse, kar jim morebiti manjka, je zavedanje o tem, da so za preprečevanje in

obravnavo nasilja v družini, nasilja nad ženskami in nasilja nad otroki odgovorni prav toliko, kot so odgovorni policija, center za socialno delo ali Društvo SOS telefon. Dejstvo, da so zdravstveni strokovnjaki in strokovnjakinje pogosto prvi, na katere se žrtve nasilja obrnejo po pomoč, njihovo odgovornost še poveča.

Literatura

1. Report of the international conference on population and development, A/CONF.171/13, 18 October 1994. Pridobljeno 14. 9. 2009 s spletne strani: <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html>.
2. Naglič M. Reproduktivne pravice. In: Jalušič V, Zagorac D, editors. Človekove pravice žensk: uvodna pojasnila in dokumenti, Ljubljana, Društvo Amnesty International Slovenije, Mirovni inštitut, 2004: 275-314.
3. Taft A. Violence against women in pregnancy and after childbirth: Current knowledge and issues in health care responses. Issues Paper 6. Sydney: Australian Domestic & Family Violence Clearinghouse, 2002. Pridobljeno 15. 7. 2009 s spletne strani: http://new.vawnet.org/category/index_pages.php?category_id=497#532.
4. European Women's Lobby. Study: »Unveiling the Hidden Data on Domestic Violence in the European Union.« Final report. Brussels: European Women's Lobby, 1999.
5. Hagemann-White C, Katenbrink J, Rabe H. Combating violence against women. Stocktaking study on the measures and actions taken in Council of Europe member States. Strasbourg: Council of Europe, 2006.
6. Hague G, Malos E. Domestic Violence, Action for Change. Cheltenham: New Clarion Press, 1993.
7. Veselič Š. Nasilje nad ženskami v družini – najpogostejša oblika nasilja nad ženskami. In: Jalušič V, Zagorac D, editors. Človekove pravice žensk: uvodna pojasnila in dokumenti, Ljubljana, Društvo Amnesty International Slovenije, Mirovni inštitut, 2004: 179-211.
8. Jackson NA, editor. Encyclopedia of Domestic Violence. New York, London: Routledge, Taylor&Francis Group, 2007.
9. The Facts on Health Care and Domestic Violence. Pridobljeno 19. 11. 2008 s spletne strani: <http://endabuse.org/programs/display.php3?DocID=187>.
10. Morewitz SJ. Domestic violence and maternal and child health. New patterns of trauma, treatment, and criminal justice responses. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2004.
11. Zakon o preprečevanju nasilja v družini. Uradni list RS, št. 16, 15. 2. 2008.
12. Predlog Zakona o preprečevanju nasilja v družini z oceno stanja in obrazložitvami, 2008.
13. Plaz M. Nasilje proti ženskam: oblike, stereotipi in dejstva, posledice, dinamika in normalizacija nasilja, zakaj ženske vztrajajo v nasilju. In: Horvat D, Lešnik Mugnaioni D, Plaz M, editors. Psihosocialna pomoč ženskam in otrokom, ki preživljajo nasilje: priročnik, Ljubljana, Društvo SOS telefon, 2007: 42-63.
14. World Health Organization. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization, 2005. Pridobljeno 19. 11. 2009 s spletne strani: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/.
15. Martin SL, Macy RJ, Mirabassi JA. Sexual Violence Against Women: Impact on High-Risk Health Behaviors and Reproductive Health. National Online Resource Center on Violence Against Women. Applied Research Forum, 2009. Pridobljeno 31. 8. 2009 s spletne strani: http://new.vawnet.org/Assoc_Files_VAWnet/AR_SVReproConsequences.pdf.
16. The Family Violence Prevention Fund. National Consensus Guidelines on Identifying and Responding to Domestic Violence Victimization in Health Care Settings. San Francisco: The Family Violence Prevention Fund, 2004. Pridobljeno 19. 11. 2008 s spletne strani: (<http://endabuse.org/programs/display.php3?DocID=206>).
17. Lešnik Mugnaioni D. Vloga zdravstvenih ustanov pri odkrivanju, obravnavanju in preprečevanju nasilja v družini. In: Zbornik predavanj: Spoštujmo različnost – komunicirajmo uspešno in nasilje v zdravstveni negi. Čatež: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije in Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v splošni medicini, 2005: 21-25.
18. Pravilnik o sodelovanju organov ter o delovanju centrov za socialno delo, multidisciplinarnih timov in regijskih služb pri obravnavi nasilja v družini. Uradni list RS, št. 31, 20. 4. 2009.
19. Veselič Š, editor. Na poti iz nasilja: prakse dela proti nasilju nad ženskami. Ljubljana: Društvo SOS telefon, 2007.



dr. Zalka Drglin

**Obporodna zdravstvena skrb – vedno v dobro duševnega zdravja
žensk?**

OBPORODNA ZDRAVSTVENA SKRB – VEDNO V DOBRO DUŠEVNEGA ZDRAVJA ŽENSK?

dr. Zalka Drglin, IVZ
zalka.drglin@ivz-rs.si

ključne besede: materinstvo, porodne paradigme, obporodna zdravstvena skrb, nasilje, duševno zdravje

Da bi lahko učinkovito premislili o obporodni zdravstveni skrbi in duševnem zdravju žensk, moramo pričeti s ključnim: z raziskovanjem pomenov, ki jih ima materinstvo v posamezni kulturi in hkrati v življenju posamezne ženske. Nosečnost, rojstvo otroka in zgodnje materinstvo sodijo med ključne življenjske prehode, ti pa so zaznamovani z vsakokratnimi družbenimi in individualnimi pomeni. Porod je za žensko globoko intimen dogodek, hkrati pa je kulturni dogodek, ki je spolno obeležen in obtežen – kot je lucidno poudarila sociologinja A. Oakley: »...ženska se v trenutku, ko postane mati, prvič sooči z resničnim spoznanjem, kaj pomeni biti ženska v naši družbi« (Oakley, A.). Še vedno velja, da je odločitev za materinstvo ena najpomembnejših v življenju sodobne ženske, med drugim tudi zaradi identifikacijskih pomenov materinstva za ženske. V večini tako imenovanih razvitih družb danes materinstvo predstavlja prevzemanje izjemne odgovornosti za bitjece, ki je v svojem začetku popolnoma odvisno od nege in skrbi odraslih, in pomeni dolgoletno zavezo k odgovornemu starševstvu. V pogojih sodobnega materinstva se ženski (materin) vložek v otroka povečuje, skrb se časovno povratno razteza od obdobja po otrokovem rojstvu v nosečnost, pa že tudi v čas pred spočetjem.

Zgodovinski spomin nam pomaga ohranjati vednost, kako zelo so vsakdanje negovalne in vzgojne prakse spremenljive, odvisne od prevladujočih konceptov otroka, otroštva, starševstva in podvržene številnim intervencijam različnih strok, med njimi tudi medicine. Rojevanje in umiranje, bistveni determinanti človekovega življenja, sta prav tako kulturno zaznamovana procesa – razmislek ne more mimo opozoril o (pretirani) medikalizaciji nosečnosti, poroda in materinstva v dvajsetem in enaindvajsetem stoletju, o čemer pišejo številni avtorji in avtorice (Rich, E., Oakley, A., Davis-Floyd, R., Jordan, B., Rothman, B. K.), med drugim tudi v Sloveniji (Drglin, Z.).

Misliti materinstvo pomeni vključiti v argumentacijo problemski sklop spola oziroma spolne delitve. V vsakokratni zaželeni obliki materinstva, ki je kulturno oblikovana, posameznica uresničuje individualne izbire znotraj zamejenega polja sprejemljivih možnosti. Kar sega onstran, je ne-normalno, pogosto enačeno s patološkim, bolezenskim, motenim. Ni naključje, da razvoje ginekologije in porodništva ter psihiatrije označuje močnejša prepreženost z oblastnimi razmerji in igrami moči kot kaka druga medicinska specialnost (več o tej problematiki v porodništvu gl. npr. Murphy-Lawless). V tem kontekstu moramo misliti svobodo žensk: ta se meri tudi z uresničitvijo zahtev po emancipaciji materinstva kot temeljne pravice žensk.

Ženske se odločajo za materinstvo v najrazličnejših življenjskih okoliščinah, in kulturno določeni predstavi o idealni materi v idealnih okoliščinah ustreza le določen del žensk. Ženske, ki postajajo matere, so zelo pestra skupina: matere postajajo ženske, ki se soočajo z izzivi telesnega in duševnega zdravja, ženske v samostojnem starševstvu ali različno kakovostnih partnerstvih in z najrazličnejšo duševno prtljago iz svojega otroštva, ki določa

njihovo intrapsihično dinamiko, ženske, ki okrevalo po spolni zlorabi, ki so odvisne od prepovedanih drog, tiste, ki skrbijo za svoje zdravje s športno aktivnostjo, zdravo prehrano in tiste, ki si za skrb zase zaradi različnih vzrokov ne vzamejo časa, in tako dalje.

Z zanositvijo se (lahko) spremeni marsikaj: telo, socialni status, partnerski odnosi, ekonomski položaj, zaposlitveni status, družinska razmerja, spolnost, zdravstvene težave se lahko okrepijo ali pa zahtevajo specifično pozornost, skrb ali zdravljenje.

V socioloških in humanističnih študijah je splošno sprejeta misel, da ima porod izjemen, temeljni vpliv na življenja žensk, njihovih otrok in družin (Kent, J.). Potovanje skozi nosečnost in porod je za ženske velik izziv. Te govorijo o tem, kako so pozitivne ali negativne učinke poroda čutile še mesece in leta po rojstvu svojih otrok. Opolnomočenja ali izgube moči so neposredno povezane z duševnim zdravjem v širšem smislu. Ženske nasploh o porodu gojijo širša pričakovanja kot porodništvo, širše so tudi njihove opredelitve, kaj je v nosečnosti, med porodom in po njem pomembno. Vsaka ženska je edinstvena, zato govorimo o številnih različicah prepričanj in stališč o porodu. Ženske potujejo skozi nosečnost na podlagi lastnih etičnih postavk, skozi različne stopnje integritete, spoštovanja in nadzora. Porode umeščajo v svoja življenja z raznorodnih položajev, kar je povezano z njihovimi prepričanji in življenjskimi praksami. Ti položaji so spremenljivi, ker so povezani s spreminjajočimi se odnosi in izkušnjami v teku časa. Za rojevajočo žensko ima lahko napetost med njenim položajem in njenimi pričakovanji o obporodni skrbi na eni strani ter med dominantno porodno vednostjo in praksami na drugi strani nezaželene in nenačrtovane posledice. Poleg tega pa je v množici žensk nekaj skupin bolj ranljivih, zaradi osebnih, kulturnih, socialnih, ekonomskih dejavnikov: med drugimi so to ženske s težavami v duševnem zdravju v preteklosti ali z aktualnimi duševnimi težavami, ženske, ki okrevalo po spolni zlorabi (Sperlich, M.), ženske, žrtve nasilja v partnerskem razmerju, tiste, katerih zdravje je ogroženo ali pa je ogroženo zdravje ali celo življenje otroka, ki ga nosijo, ženske, ki so že doživele travmatičen porod, in še bi lahko naštevali.

Ženske skušajo zaščititi sebe in otroke, da bi začele svoje starševstvo na kar najboljši način, pri tem pa želijo zmanjšati čustveno trpljenje na najmanjšo možno mero. Porodni proces je občutljiv, dogaja se skozi žensko telo in ker so ženske v tem življenjskem prehodu še posebej ranljive, posamezni dogodki in odnosi toliko bolj krepijo ali pa prispevajo k izgubi moči. Zato ženske potrebujejo spretno, individualizirano in naklonjeno podporo, ki lahko bistveno obarva žensko doživljanje.

Ker se v konkretni nosečnosti, porodu in zgodnjem materinstvu prepletajo številni različni dejavniki, je ključnega pomena premislek o posameznih ravneh, da bi razumeli, kaj je naloga posameznega zdravstvenega strokovnjaka, kaj naj zagotavlja posamezna institucija, kaj pa obporodna zdravstvena skrb kot del javnega zdravstvenega sistema. Stiki posameznice z zdravstvenimi strokovnjaki se z nosečnostjo okrepijo, z izjemo tistih, ki v tem času zaradi različnih razlogov ne vstopajo v zdravstveni sistem. Zdravstveni strokovnjaki v Sloveniji, ko skrbijo za več kot enaindvajset tisoč nosečnic in porodnic na leto, so tako pred izzivom: preudariti, kateri vidiki sodobne obporodne skrbi omogočajo zagotavljanje pomoči pri skrbi za zdravje žensk in otrok v najširšem smislu in katere ovire stojijo na poti njihovega uresničevanja.

Potrebujemo prehod v novo paradigmo?

Ženska, ki rojeva, je zaradi v človeški vrsti univerzalne potrebe po porodni pomoči odvisna od drugih ljudi, torej od vednosti in spretnosti, ki določajo meje njenim izbiram in definirajo, kako naj rodi in kako ne, kje naj rodi in kje ne, kdo ji naj med porodom pomaga in kdo ne, kakšna sme biti vloga njenih bližnjih, kdo sme biti v porodni dogodek vključen in kdo izključen.

Pri analizi statusa ženske v medicinskih znanosti in praksah na področju nosečnosti in poroda ne gre za to, da bi skušali osvetliti nek parcialen pogled na domnevno nevprijet in samoumeven primat medicine nad »reproduktivnimi vprašanji«. Gre za temeljni in nujni premislek, čigar implikacije so izjemno pomembne za ženske, ki rojevajo, posledično pa za vse, ki v obporodni skrbi sodelujejo. Zajetna zbirka sociološke, kulturološke in babiške literatura danes argumentirano kritizira tako imenovani »klasični« biomedicinski pristop k porodu, ki danes prevladuje v razvitem svetu. Za resno soočenje s problemom kakovosti obporodne skrbi ni dovolj problematiziranje posameznih praks obporodne skrbi, nujno je razumevanje konceptov, ki te prakse določajo in vzdržujejo, njihovo problematiziranje ter njihovo spreminjanje. Soočiti se je treba s kritičnimi pregledi o ne/ustreznosti obporodnih praks v primerjavi z znanstvenimi izsledki medicinskih in drugih raziskav in pridobiti nova znanja in ustrezne spretnosti.

Prepričljivi podatki opozarjajo na neustrezno in pretirano rabo postopkov in posegov med porodom, kot so med drugimi neupravičeno večanje števila carskih rezov, pretirano visok odstotek prereza presredka, pretirana raba zdravil za sproženje in pospeševanje poroda, rutinska raba IV in CTG, omejevanje pitja in hranjenja med porodom, omejevanje gibanja na ležanje na postelji, omejevanje izbire kraja poroda na bolnišnice in omejevanje izbire porodne pomočnice. Veliko je že povedanega o tem, kakšne so posledice medikalizacije, tehnologizacije, institucionalizacije, centralizacije poroda za ženske, otroke, družino, družbo.

V sodobni obporodni skrbi v Sloveniji večina zdravstvenih strokovnjakov deluje znotraj biomedicinske paradigme, ki jo morda najbolj povedno označuje (še vedno) prevladujoči koncept »aktivnega vodenja poroda« (Pajntar, M., Novak-Antolič, Ž.), potrjujejo pa ga podatki o rabi postopkov in posegov v slovenskih porodnišnicah (več o tem gl. Rojstna mašinerija). Utemeljeno lahko zastavimo vprašanje: Ali imamo problem, je mogoče pritrditi ugotovitvam, da ženske in otroci plačujejo »kolateralno škodo«? Avtorji in avtorice, ki se posvečajo tem vprašanjem, argumentirano trdijo, da nepoznavanje in neupoštevanje izsledkov sodobnih raziskav o posameznih postopkih med porodom povzroča iatrogeno škodo na različnih ravneh, kot so telesna, duševna, socialna. Nepoznavanje in neupoštevanje znanstvenih izsledkov o dobrih in učinkovitih metodah ter postopkih, kot so na primer neprekinjena skrb ene osebe med porodom ali pokončni položaji, ne omogoča optimalnega fiziološkega poroda (prim. priporočila NICE, SZO).

Kadar govorijo o porodnem modelu, ki ne delujejo najbolj v prid ženskam in otrokom, strokovnjaki omenjajo nekatere značilnosti: pravila delovanja institucije zavirajo kreativnost, rutina je zelo pomembna; koristi institucije imajo prednost pred koristmi uporabnikov; značilno je nizko spoštovanje pacientovih pravic; zdravstveni strokovnjaki so izobraženi v medicinski paradigmi, sposobnosti in možnosti za objektivno presojanja biomedicinskega znanja in spretnosti so slabo so razvite; babice niso avtonomne. In kako strokovnjaki opisujejo dobre porodne modele? Obširna sodobna spoznanja o fiziologiji nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja govorijo v podporo tistim praksam porodne pomoči, ki narekujejo

drugačen pristop: ne-vmešavanje, zagotavljanje ustreznih okoliščin in skrbno spremljanje zdravstvenega stanja matere in otroka, poseganje, rabo zdravil in medicinske tehnologije pa v pretehtanih primerih; kar govori v prid tako nekaterim tradicionalnim in sodobnim praksam, utemeljenih na babiškem modelu skrbi, pri katerem porodnica in njene pomočnice sodelujejo, da bi omogočile nemoten fiziološki porod. Če takega poroda ne motimo, omogočimo intuitivno dogajanje, ki se razvija na podlagi občutljivih in kompleksnih procesov, ki jih uravnavajo tako imenovani »primitivnejši deli možganov«; tako lahko razumemo, kako je porod dejavnost, ki poteka zunaj naše volje, in ga ne more voditi ne porodnica, ne babica, ne zdravnik/-ca. Za dober fiziološki porod so okoliščine bistvenega pomena: to naj bodo okoliščine, ki omogočajo in spodbujajo delovanje avtonomnega živčnega sistema. Odnos med porodnimi pomočniki, ki soustvarjajo porodno okolje, in žensko, ki rojeva, je pri porodu ključnega pomena za ohranjanje njenega zdravja in zdravja rojevajočega se otroka. Otrok, ženska, spremljevalci in zdravstveni strokovnjaki ter materialno porodno okolje delujejo kot medsebojno povezan sistem, ki v idealnih razmerah fiziološki porod spodbuja, v nasprotnem primeru pa lahko deluje zaviralno ali celo v škodo ženske ali otroka. Zato so dobre porodne pomočnice senzibilizirane, da znajo razbirati informacije o poteku poroda na več ravneh in iščejo razlog težav med številnimi možnimi dejavniki, ki so lahko med drugim na ravni telesa ali pa na psihični ali socialni ravni, kamor se nato osredotočijo ustrezni ukrepi. Tako so tudi oprijemališča za aktivnosti in posege, kadar so ti smiselni, zasidrana na različnih ravneh: morda je v nekaterim primerih smiselno, da pri neučinkovitih popadkih porodnica dobi zdravilo za pospeševanje poroda; morda pa je smiselno, da se za vzpostavitev dobrega poteka poroda ukrepi varovanje zasebnosti – na primer tako, da porodnica ostane v porodni sobi s partnerjem, vsi drugi pa za nekaj časa odidejo iz porodne sobe; morda ženska potrebuje spodbudo k drugačnemu porodnemu položaju in podporo pri tem; morda je prestrašena in potrebuje besede, ki bodo njen strah razblinile; morda se obuja spomin na zlorabo in potrebuje zagotovilo, da so ob njej ljudje, ki ji resnično zagotavljajo popoln nadzor nad poseganjem v njeno telo. Poglobljeno razumevanje fiziologije porodnega dogajanja rezultira v premišljenih praksah pomoči in podpore in rabi invazivnih ukrepov le v izjemnih primerih, ukrepi so utemeljeni na kritičnem premisleku znanstvenih izsledkov. Konceptualen premik se kaže v drugačnem razumevanju porodne pomoči, ki med drugim razume zdravje kot celostno kategorijo, in ki, če nekoliko poenostavimo in ohranimo biomedicinski diskurz, ne predpostavlja hierarhije zdravja, kar pomeni, na primer, da telesno zdravje nima prednosti pred duševnim zdravjem. Tako »prijaznost« nikakor ni razumljena kot fakultativni lepotni dodatek k medicinski oskrbi (v smislu razvpite izjave »Nisem dovolj plačan, da bi bil prijazen.«), ki bo dobila svoje mesto, če bo zanj ostalo še kaj časa. V nekaterih primerih je v porodni proces smiselno poseči z zdravili ali medicinskimi postopki, da bi s tem rešili življenje ali zdravje matere in/ali otroka. V drugih primerih je za ohranjanje zdravja ali preprečevanje poslabšanja bolezni veliko bolj smiselno uporabiti drugačne rešitve, ki so ta trenutek morda manj aktualne, ker so zunaj biomedicinskega modela.

Med dobronamernostjo in iatrogeno škodo

Kako specifična uveljavljena razumevanja porodne pomoči omogočajo spregled različnih vidikov ženske ranljivosti in kako celo povzročajo njihovo odkrito ali prikrito trpljenje? Ali je mogoče, da dobronamerni postopki ali opustitve postopkov zdravstvenih strokovnjakov med nosečnostjo, porodom in po njem negativno učinkujejo na ženske ali jim celo škodujejo, jih čustveno ali celo telesno ranijo? Zakaj je mogoče, da ženske posamezne postopke in posege med porodom doživljajo kot nasilne, kako lahko posamezni vidiki odnosa zdravstvenega osebja do ženske vplivajo na duševno zdravje?

Ko izpostavljammo zdravstveno skrb kot vzrok ali povod trpljenja žensk, govorimo o več ravneh: o kršitvah pravic in pomanjkljivem zagotavljanju možnosti za njihovo realizacijo; o neustreznem delovanju posameznikov zaradi njihovih komunikacijskih spretnostih in osebnostne lastnosti; o eksplicitnem telesnem in psihičnem nasilju; in o subtilnejših ter težje prepoznavnih vrstah nasilja, o institucionalnem nasilju. Fenomenologija nasilja, ki sledi, ni popolna, našteji bomo nekaj skupin ugotovljenega nasilja pri porodu in jih ilustrirali s primeri iz slovenskega prostora, ki so dokumentirani pri avtorici prispevka.

Pomanjkljivo spoštovanje pravice do informirane izbire

Zdravstveni strokovnjak obvesti žensko, da bo opravil ginekološki pregled, da bi ugotovil, koliko je odprta. Medtem ko jo pregleduje, se odloči, da bo porod pospešil tako, da bo s prsti razširil maternični vrat; ali pa da bo odlučil čep in umaknil plodove ovoje; ali pa da bo predrl plodove ovoje; ali pa da bo umaknil delček materničnega vratu, »da bi pomagal ženski«, »da bi šlo hitreje«, ne da bi prej o svojih namenih obvestil žensko in ne da bi dobil njeno soglasje.

Pomanjkljivo upoštevanje odločitev posameznice za posamezen postopek ali njegove odklonitve

Posameznica ne pristane na nek postopek in pravi »Ne.« ali celo kriči »Ne!«, vendar zdravstveni strokovnjak njene odločitve ne upošteva in začne ali nadaljuje s preiskavo, dajanjem zdravila, operacijo, postopkom, posegom: prereže presredek; vstavi IV; izvede vaginalni pregled; pritisne na vrh maternice; razširi maternični vrat s prsti; masira presredek.

Nenaklonjeno, neustrezno, nepodporno materialno in emocionalno okolje in rutinski postopki, ki obveljajo za pomembnejše od individualizirane skrbi

Porodnica z razkrcenimi nogami leži na hrbtu na postelji, zdravstveni strokovnjak opravlja neobziren vaginalni pregled med njenim popadkom in ji zastavlja vprašanje o nadaljnjem postopku; porodnica nima časa, da bi razmislila, ni obveščena o koristih in tveganjih postopka ali o tem, da je postopek boleč.

Ženski ob prihodu v porodnišnico izročijo v podpis dokument, na katerem je zapisano, da je seznanjena z vsemi postopki med porodom, da se z njimi strinja in da ne potrebuje časa za razmislek o njih, od nje se samoumevno pričakuje, da ga bo podpisala. Nihče je ne seznaniti s tistimi postopki porodne pomoči, ki so v ustanovi opravljajo rutinsko.

Pomanjkljivo spoštovanje pravice do zasebnosti

V porodni sobi so brez pristanka rojevajoče ženske navzoči študentje ali drugo bolnišnično osebje, ki strmijo v porodnico, njeno mednožje; opravljajo preglede; komentirajo dogajanje; dvomijo in se čudijo, razpravljajo o možnih posegih in izidih.

Osebje prihaja in odhaja v porodno sobo, ne da bi potrkalo na zaprta vrata in počakalo na dovoljenje ženske, ki rojeva. Vrata v porodno sobo so med porodom kar odprta.

Zdravstveni strokovnjak uporablja taktike ustrahovanja, izražanja avtoritete, moči in prisile, da bi nadziral vedenje rojevajoče ženske in jo prisilil v postopke ali posege ali da bi jo odvrnil

od določenega ravnanja, ker meni, da je to v dobro posameznice in/ali njenega otroka; pri tem se do ženske vede avtoritativno, oholo, vzvišeno, podcenjujoče, žaljivo.

Zdravstveni strokovnjak ob rabi določenega porodnega položaja ženski neutemeljeno zagrozi: »S tem boste škodovali svojemu otroku!«

Porodničar z roko udari žensko med porodom po licu, da bi »histerično porodnico prizemljal.«

Zdravstveni strokovnjak neustrezno komentira želje ženske, na primer željo, da bi rodila fiziološko, brez rabe zdravil za pospeševanje poroda, pri tem je njeno in otrokovo zdravstveno stanje dobro.

»Ja, saj ne bomo nikamor prišli, če bo šlo tako počasi naprej. Dali vam bomo malo umetnih popadkov, da se kam premakne! Če hočete rodit naravno, pojdite domov in v gozd, mi pa rabimo sobe, druge čakajo!«

Zdravstveni strokovnjaki delujejo na podlagi predsodkov, porodniških mitov in spoznaj, ki ne temeljijo na izsledki sodobnih znanstvenih raziskav, da bi pridobili soglasje za postopek, ko se skuša ženska informirano odločiti in izbrati, kar je najbolje zanjo in njenega otroka. Zdravstveni strokovnjak navaja napačne strokovne argumente.

»S prerezom presredka preprečujemo hude raztrganine. Saj ne želite biti do konca življenja nezmožni zadrževati blato in/ali vodo!?!«

Zdravstveni strokovnjak prepove hranjenje in pitje tekočin med porodom po potrebah porodnice zaradi možnosti, da bi se porod lahko končal s carskim rezom.

Zdravstveni strokovnjak prikazuje delne resnice, zamolči izsledke, omogoča le nepopolno informirano izbiro.

»Epiduralna analgezija nima nikakršnih negativnih vplivov na otroka.«

Dajanje osebnih opazk o telesu, videzu, vedenju ali prepričanjih posamezne porodnice in/ali njenih spremljevalcev ter otročička, izražanje predsodkov.

»Kaj ste po izobrazbi? Učiteljica? Ja, s temi so vedno težave!« ali: »A intelektualka ste? Potem bodo pa tu težave z dojenjem!«

»Če ne jeste mesa, ste gotovo muslimanka!«

Samo ženska ve, kaj občuti in kako te občutke interpretirati. Če jo zdravstveni strokovnjaki odpravijo z zamahom roke ali podcenjevanjem, češ da so njeni občutki napačni in/ali da ne verjamejo v to, kar govori, so posledice so lahko izjemno hude, celo usodne. Problematično je, kadar zdravstveni strokovnjaki izražajo dvom v občutke, ki jih opisuje posameznica, in trdijo, da se moti, da je zmedena in nezmožna presoje.

Pri šivanju raztrganin anestetik (še) ne deluje in šivanje je zelo boleče. Ženska zavpije od bolečin, pa ji rečejo, da "to ni bolečina, čutite samo, da nekaj delamo." "Ne, hudo boli!"

zajoka. Nadaljujejo s šivanjem tako, da ji na silo držijo noge v opori in komentirajo: "Ne, zdravilo deluje, ta del je omrtvičen, zmedeni ste!"

Ženska je med posameznimi popadki, ki so jih pospeševali z zdravili, tožila o neznosnih bolečinah, odpravili so jo kot razvajeno in nepripravljeno na materinstvo. Ker je prišlo do raztrganin maternice, je bilo ogroženo njeno življenje.

Pomanjkljivo spoštovanje celostnega procesa, ki vključuje različne vidike nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja; (nepotrebno) ločevanje matere in otroka po porodu je lahko izredno travmatično in ima kratkoročne in dolgoročne negativne posledice na vzpostavitev in razvoj odnosa med materjo in otrokom, med drugim negativno vpliva tudi na laktacijo in dojenje.

Posameznica izrazi zahtevo ali pričakovanje glede ravnanja z otrokom, osebje pa je ne upošteva.

Otročička takoj po nezapletenem porodu dajo materi na trebuh za dve minuti, namesto da bi ga mama sama dvignila v naročje, česar si je želela; nato ga odnesejo na ogrevalno mizico, ga pregledajo in oblečejo ter jokajočega pustijo tam, mama pa leži na postelji. Ko hoče vstati, ji zabičajo, naj tega ne počne, ker se ji lahko zvrtil. »Nič mu ne bo škodovalo, če bo malo jokal ... še velikokrat bo!«

Kot pravi ženska o ravnanju osebja po porodu: »Kar pa je bilo najbolj boleče pri vsej tej situaciji, da sem jaz stalno prosila, naj mi otroka prinesejo ... Jaz sem bila prešibka, da bi ga šla iskat. In mi ga niso hoteli prinesiti. Kar sem dobila v odgovor, je bilo tako: 'Gospa, nič ne boste zamudili.'«

Po rutinski porodni pomoči mlada mama izjavlja: »Jaz ne morem verjeti, da je kaj takega možno. Tako nespoštovanje do človeka in do samega procesa, da je to v bistvu, kot da bi v tovarni za tekočim trakom kaj delal. ...Jaz sem se čisto tako počutila. Kot da bi bila ena klada tam.«

Ukazovanje, kako naj se posameznica vede med porodom in kako naj ravna z otrokom, vzbujanje občutkov krivde in prelaganje odgovornosti za rezultat poroda.

Zapovedovanje ženski, ki med popadki glasno stoka: »Bodite tiho, nehajte s tem, prestrašili boste druge na oddelku!«

Pomanjkljivo spoštovanje telesne in duševne integritete, pravice do zasebnosti, pravice do pristanka k posegu ali njegove zavrnitve – vse to lahko prispeva k objektivaciji in občutkom odtujitve od telesa.

Zdravstveni strokovnjak pred porodom izvede vaginalni pregled brez rokavice, ki ga ženska kasneje označi kot posilstvo.

Porodničar ženski med vaginalnim pregledom s stimulacijo klitorisa »pomaga« pri porodu brez predhodne informacije in njenega pristanka, ne da bi kdo od navzočih strokovnjakov to preprečil.

Porodnici, ki je med nosečnostjo pridobila nekaj več kilogramov, to očitajo med aplikacijo epiduralne: »Kar sem poslušala ob samih popadkih, da kako sem se lahko tako zredila, da mi

ne morejo niti katetra zdaj vstaviti, da ne moje najti niti, kje imam jaz tole ... da je to zaradi mene ... Da bom drugič vedela, ko bom prišla na porod, da se ne bom več tako zredila ...»

Zdravstveni strokovnjak arogantno potisne prste v nožnico porodnice ali v zadnjik in ukaže: "No, zdaj pa potisnite ven moje prste!" da bi jo podučil, kako potiskati.

Zdravstveni strokovnjak med porajanjem otroka glasno ukazuje: »Pritisnite, pritisnite!«; »Lulat, kakat, dajmo, a se niste še nikoli podelali?!«

Ob dolgotrajnem nameščanju notranjega CTGja se je porodnica »... počutila kot kos lesa. Zame je bilo grozljivo. Bilo je grozljivo! In počutim se kot posiljena.«

Zdravstveni strokovnjaki se vedejo, kot da je rojevajoče telo ločeno od jaza porodnice, in obravnavajo žensko, ne da bi jo pogledali v oči, spregovorili z njo, usmerjeni so v monitor CTGja. Porodnica kasneje povzame: »Ker tam sem bila jaz kot en predmet.«

Ženska je rutinske porodne postopke pri nezapletenem porodu doživela kot nasilje zaradi nespoštovanja in neustreznega ravnanja osebja: »Tema mi je padala na oči. ...Kot da nisem več pri sebi, ker se nisem bila sposobna zaščititi. Pri tem so lahko z mano delali, kar so hoteli, nisem se bila sposobna obraniti, nisem se bila sposobna zase postaviti. ...Tak občutek, da bi človek najraje kar umrl – od ponižanja. Imela sem občutek, da je samo del mene, samo meso je tam ležalo, mene ni bilo zraven, nisem več sodelovala, ne. Vse, kar je bilo, je bila tema.«

Da bi mladi materi pokazali, kako naj doji, grobo zgrabijo njene prsi, ne da bi jo sploh vprašali za dovoljenje, ali se smejo dotakniti njenega telesa in njenega otroka, jih otipajo in njenega otročička čvrsto prislonijo obnje.

Materi, ki ima »naval mleka«, grobo zmasirajo prsi, da joka od bolečin; dan kasneje ima na prsih modrice.

Zdravstveni strokovnjaki in uporabnice naštetih dogajanj in okoliščin zaradi različnih razlogov pogosto ne prepoznavajo kot nasilja, ki se mu imajo ženske vso pravico upreti, izogniti in nanj opozoriti. Nekateri so celo prepričani, da so ženske same krive za to, kar se jim je zgodilo. V določenih okoliščinah se nekatere ženske opravičujejo za svojo žalost, trpljenje in bolečino; nekatere pa imajo občutek, da bi morale znati preprečiti, kar se jim je zgodilo; nekatere se čutijo krive, ker imajo občutek, da bi morale svojega novorojenčka zaščititi, pa tega niso storile; nekatere jemljejo nasilje kot ceno, ki jo morajo plačati zato, da so matere. Ne smemo spregledati telesnega in duševnega trpljenja nekaterih žensk med nosečnostjo in porodom, kajti s tem bi nadaljevali tradicijo utišanja vednosti o nasilju, zlu in poškodbah, ki so se v zgodovini zgodila ženskam v imenu znanosti, tudi medicine. Marsikaj vemo o ženskih telesnih izkušnjah pri porodu in rečemo lahko, da se, razen takrat, ko gre za zaplete, ženske počutijo močnejše in manj poškodovane, če so se izognile invazivnim praksam ali če so jih bile deležne le v majhni meri.

Medikalizacija postane očitno problematična na primer takrat, ko ženske občutijo, da nimajo več nadzora nad tem, kar se dogaja z njihovimi telesi. Podrejenost in nadzor neizogibno vključujeta določeno stopnjo nasilja. Raziskovalka ženskih porodnih izkušenj Nadine Pilley Edwards ugotavlja, da polovica ženskih pričevanj, ki jih je zbrala, govori tudi o tem, da so doživele izkušnje, ki so bile zanje stresne in nasilne, druge pa so naštele izkušnje, ki niso odkrito nasilne, gre pa za dejanja, ki so jih izvedli proti predhodno izrečenim potrebam in

željam ali kljub temu, da so se jim upirale (Pillely Edwards, N.). Vedeti moramo, da tudi navidezno nedolžne geste lahko izražajo nasilje nad telesi. Nekatero na videz samoumevne prakse med porodom – kot so na primer izpostavljenost intimnih telesnih delov – so lahko za določene ženske problematične. Prav tako nekatere ženske kot nasilje doživljajo prisilno lego v postelji v prvi ali drugi porodni dobi, omejevanje gibanja, navzočnosti bližnjih oseb, hranjenja in pitja med porodom in še bi lahko naštevali.

Dokazana je povezava med vrsto skrbi med nosečnostjo in porodom ter doživljanjem materinstva, prav tako je dokazano, da neustrezna porodna pomoč poveča tveganje za psihične težave po porodu. Posebno osvetlitev zaslužijo tiste porodne izkušnje, ki so jih ženske doživele kot travmatične, določen odstotek post-travmatskega stresnega sindroma po porodu – ki ga je mogoče diagnosticirati na podlagi simptomov s kliničnim pregledom – lahko pripišemo neustrezni porodni skrbi. V strokovni literaturi se v zadnjem času pojavlja izraz »porodno posilstvo« (»birth rape«), s katerim želijo avtorice opozoriti na resnost problematike. Problem v Sloveniji ni dovolj prepoznan, ženske s post-travmatskim stresnim sindromom pogosto ne dobijo ustrezne pomoči, podpore ali/in zdravljenja, ki bi jih potrebovale. Tiste, ki so predhodni porod doživele kot travmo, se v naslednji nosečnosti pogosto pred težkimi nalogami soočenja in predelovanje prve izkušnje, prevzemom moči in priprave na drugačen porod.

Pojav depresivnosti po porodu seveda ni povezan zgolj s kvaliteto obporodne skrbi, ne smemo pa podcenjevati njene vloge. V specifični organiziranosti obporodne zdravstvene skrbi lahko materinstvo za nekatere ženske postane pre-težak izziv. Nosečnice, porodnice in ženske po porodu se srečujejo s tesnobo, depresijo in s travmami tudi zaradi neustreznega porodnega doživetja. Nekatero žensko huda porodna izkušnja z usodnim izidom izredno zaznamuje in potrebujejo leta in leta, da jo integrirajo v svoje življenje – take pri naslednjem porodu potrebujejo še posebej čutečo porodno pomoč. Ženska, ki je utrpela spolno zlorabo v preteklosti, ima lahko težave pri prepuščanju porodnemu procesu, kajti težko je zaupati v lastno telo in njegovo sposobnost nositi in roditi otroka, ga dojeti in ljubeče skrbeti zanj, če je bilo to telo zlorabljeno. Nekaj, kar je v naših porodnišnicah tako rutinskega kot je vaginalni pregled, je lahko za tako žensko sprožilec t.i. »flash-backa« in povod za dodatno travmo.

Na poti k odličnemu modelu

Pravica ženske je, da rodi svobodno, popolno informirano, tam, kjer želi, s pomočjo strokovnjakov, ki jih sama izbere. Je mogoče najti model obporodne skrbi, ki deluje optimalno in kakšne so njegove značilnosti (več o tem v odlični publikaciji *Birth Models that Work*, 2009)? Kako ugotoviti, kateri model dobro deluje? Kakšni so pogoji za njihovo delovanje v kulturi, kjer prevladuje biomedicinski model?

Nekateri odgovori so jasni: dobri modeli temeljijo na konceptu žensko osredščene skrbi; v njih zdravstveni strokovnjak, ki misli »po babiško«, skrbi za normalne porode; babiška skrb je ukoreninjena v lokalno skupnost; zagotovljena je neprekinjena babiška skrb v nosečnosti, med porodom in v času zgodnjega materinstva; v dobrih modelih učinkovita in ustrezna raba posegov in tehnologije temelji na preverjenih znanstvenih podatkih, kjer so že na voljo; tehnologija in posegi med porodom se uporabljajo kreativno in podpirajo fiziološki porod; zagotovljena je optimalna oskrba s kar najnižjo umrljivostjo in obolevnostjo žensk in dojenčkov, kar je mogoče dokazati s statistično prepričljivimi rezultati; dobri modeli so kulturno ustrezni in občutljivi; v njih zdravniki skrbijo za nosečnice s povečanim tveganjem in za nujne, tvegane porode; vzpostavljeno je medsebojno spoštovanje in sodelovanje med

različnimi zdravstvenimi strokovnjaki in tradicionalnimi porodnimi pomočnicami, kjer obstajajo; strokovnjaki so usmerjeni v sproti premislek o delu z vztrajnim spremljanjem in izboljševanjem; vzpostavljen je učinkovit sistem prevoza iz različnih porodnih lokacij; zagotovljena je dostopnost za vse uporabnice; med različnimi storitvami in institucijami (tudi uporabniškimi) je zagotovljen učinkovit komunikacijski sistem, zagotovljena je finančna preglednost; poudarek je na trajnostnem razvoju in ustreznem izobraževanju, ki omogoča zgoraj naštetu.

Danes imamo na voljo preverjene znanstvene izsledke o številnih vidikih obporodne skrbi. S poznavanjem zgodovine medicine in babištva, z raziskovanjem njenih evolucij, z razumevanjem pomena ženske avtonomije in zavzemanjem za udeležanje pogojev zanjo, z zbiranjem in preverjanjem babiškega znanja v mednarodnem krogu, z združevanjem babic po svetu razvijamo nove koncepte. S študijem oblik porodne pomoči v različnih kulturah razkrivamo primere dobrih in učinkovitih obporodnih praks, ki v tem trenutku delujejo na različnih koncih sveta. Vse naštetu lahko uporabimo kot vire znanja in navdiha za izboljšanje kakovosti skrbi za matere in družine.

Ocene učinkov demedikalizacije obporodne skrbi so optimistične: za ženske bi ta proces pomenil, da imajo vse dostop do varne in učinkovite medicinske skrbi, niso pa primorane v času normalne, nezapletene nosečnosti in poroda poseči po njej, ampak imajo na voljo babiško skrb; ta temelji na konceptu varovanja in promocije zdravja, babice delujejo kot skrbnice normalnega. Globalno raziskovanje in proučevanje primerov skrbi za nosečnice, porodnice in matere z dojenčki, ki temelji na sodobnih preverjenih znanstvenih izsledkih, ki podpirajo in omogočajo fiziološki porod, ustrezno ukrepajo ob zapletih in tako zagotavljajo odlične porodne rezultate – vključno z zadovoljstvom mater – , vsi ti primeri dobre prakse temeljijo na babiški paradigmi oz. babiškem modelu skrbi (več o raziskavah o babiški skrbi v Hatem, M. in sod.).

Modeli dobrih praks nas navdajajo s svežim upanjem, pa tudi krepijo zavest, da nas bo novo znanje zadolžilo k delovanju; k temu, da bomo na individualni, institucionalni in družbeni ravneh ohranili tisto, kar dobro deluje in spremenili tisto, kar je problematično.

Nosečnost, porod in poporodno obdobje so del občutljivega in ranljivega potovanja za ženske, otročičke in družine v celoti. Zdravstveni strokovnjaki in drugi sodelujoči v obporodni skrbi so njihovi sodelavci in pomočniki, njihovo ravnanje pa mora biti žensko osredičeno, temeljiti mora na doslednem spoštovanju človekovih pravic ženske, pacientovih pravic, njihov cilj pa je opolnomočenje ženske in družine v nastajanju.

Kadar posameznica na podlagi informacij, znanja, svojih izkušenj in razmisleka informirano izbira in se odloča o svojem zdravju, pri tem pa vključuje znanstvene, socialne in osebne dejavnike, ji to daje možnost za udeležanje avtonomije in uravnavanja svojega življenja. In to je pomemben prispevek k duševnemu zdravju žensk in nenazadnje k duševnemu zdravju zdravstvenih strokovnjakov.

Viri

- Beck, C. T., Birth Trauma: in the eye of beholder. *Nursing Research* 2004; 53:28-35.
- Block, J., *Pushed: The Painful Truth About Childbirth and Modern Maternity Care*, Da Capo Press, Brooklyn, New York 2008.
- Collins, J., Research: The Psychological Effects of Previous Traumatic Birth During the Subsequent Antepartum Period. *The Frontier Newsletter* Nov. 2005.
- Cosslett, T., *Women Writing Childbirth. Modern Discourses of Motherhood*, Manchester University Press, Manchester, New York 1994.
- Conrad, P., *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Medical Disorders*, John Hopkins University Press, 2007.
- Conrad, P., Schneider, J., *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*, Temple University Press, Philadelphia, 1992.
- Creedy D. K., Shochet I. M. & Horsfall, J. (2000). Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth* 27 (2), 104 -111.
- Davis-Floyd, R., Barclay, L., Daviss, B.-A., Tritten, J. (eds), *Birth Models that Work*, University of California Press, Berkeley, Los Angeles, London 2009.
- Davis-Floyd, R., Sargent, C. F. (eds.), *Childbirth and Authoritative Knowledge*, University of California Press, Berkeley, Los Angeles, London 1997.
- DeVries, R. et al. (ed.), *Birth by Design: Pregnancy, Maternity Care, and Midwifery in North America and Europe*, Routledge, London and New York 2001.
- D'Oliveira, A. F., Diniz S. G., Schraiber L. B. (2002), »Violence Against Women in Health-Care Institutions: An Emerging Problem,« *Lancet*, 2002, 359 (9318): 1681-85.
- Drglin, Z., *Rojstna hiša. Kulturna anatomija poroda*, Delta, Ljubljana 2003.
- Drglin, Z. (ur.), *Rojstna mašinerija. Sodobne porodne vednosti in prakse na Slovenskem*, Annales, Koper 2007.
- Fisher, J., Astbury, J. and Smith, A. (1997). Adverse psychological impact of operative obstetric in prospective longitudinal study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 31:728-738.
- Gaskin, I. M., *Ina May's Guide to Childbirth*, Bantam 2003.
- Hatem, M., Sandall, J., Devane, D., Soltani, H., Gates, S., *Midwife-led versus other models of care for childbearing women*, The Cochrane Collaboration, <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab004667.html>, dostop 1.09.2009.
- Jordan, B., *Birth in Four Cultures*, 4th ed., Waveland Press, Prospect Heights 1993.
- Kent, J., *Social Perspectives on Pregnancy and Childbirth for Midwives, Nurses and the Caring Professions*, Open University Press, Maidenhead, Philadelphia 2003.
- Madsen L., *Rebounding from Childbirth. Toward Emotional Recovery*, Bergin & Garvey, Westport, London 1994.
- Maternity Center Association. *Listening to Mothers: Report of the first National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences*. October 2002.

McKenzie-McHarg, K. (2004). Traumatic birth: understanding predictors, triggers, and counselling process is essential to treatment. *Birth*, 31 (3), 219-220.

Murphy-Lawless, J., *Reading Birth and Death*, Cork University Press, Cork 1998.

Oakley, A., *Women Confined: Towards a Sociology of Childbirth*, Oxford 1980.

Oakley, A., Houd, S., *Helpers in Childbirth. Midwifery Today*, Hemisphere Publishing Corporation, London 1990.

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, *Intrapartum Care. Care of Healthy Women and their Babies during Childbirth, Clinical Guideline*, September 2007.

Pajntar, M., Novak-Antolič, Ž., (ur.), *Nosečnost in vodenje poroda*, Cankarjeva založba, Ljubljana 2004.

Pilley Edwards, N., *Birthing Autonomy*, Routledge, London, New York 2005.

Rothman, B. K., *Giving Birth: Alternatives in Childbirth*, New York 1984.

Rothman, B. K., *In Labor: Women and Power in the Birthplace*, W. W. Norton, New York 1991.

Sperlich, M., Seng, J. S., *Survivor Moms. Women's Stories of Birthing, Mothering and Healing after Sexual Abuse*, MotherBaby Press, Eugene 2008.

Timimi, S., *Pathological Child Psychiatry and the Medicalization of Childhood*, Brunner-Routledge, 2002.

Turkel, Kathleen Doherty, *Women, Power and Childbirth*, Bergin & Garvey, London 1995.

Turner, B. S., *Regulating Bodies*, Routledge, London, New York 1992.

Wagner, M., *Born in the USA: How a Broken Maternity System Must Be Fixed to Put Women and Children First*, University of California Press, 2006.

World Health Organization, *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care. A guide for essential practice*, 2nd ed., WHO, Geneva, 2006.

Predlog ukrepov

1. Razvoj babiškega koncepta obporodne skrbi in uveljavitev neprekinjene babiške skrbi za ženske v nosečnosti, med porodom, v času zgodnjega materinstva; za nosečnice s povečanim tveganjem zagotovljeno sodelovanje babic in ginekologov porodničarjev.
2. Izobraževanje in usposabljanje zdravstvenih strokovnjakov za celostno skrb za žensko, ki postaja mati, utemeljeno na etiki skrbi.
3. Uveljavitev žensko osrediščene obporodne skrbi.



asist. Andreja Tekauc Golob

Stiske materinstva in dojenje

STISKE MATERINSTVA IN DOJENJE

Asist. Andreja Tekauc Golob, dr.med, IBCLC, Klinika za ginekologijo in perinatologijo, UKC Maribor, e-pošta: andreja.tekauc-golob@guest.arnes.si

***Ključne besede:** dojenje, sobivanje, poporodne duševne stiske, psihotropna zdravila*

Uvod

Pri negi in hranjenju otroka so potrebne občutljivost, potrpljenje in koncentracija. Materi pri tem pomaga zadovoljstvo pri opazovanju zdravega otroka in užitek pri navezovanju nanj. Mati, ki trpi zaradi duševne motnje, pa ne uživa pri navezovanju na otroka in ni ponosna na svoje uspešno materinstvo.

Depresija se vsaj enkrat v življenju pojavi pri vsaki četrti ženski, najpogosteje v reproduktivnem obdobju. Poporodna žalost zajame več kot polovico žensk, ki so prvič matere. Poporodna depresija (PPD) se po porodu pojavlja pri 10–20% žensk, poporodna psihoza pa pri 1–2/1000 žensk.

Razprava

Prednosti dojenja

Številne raziskave, posebno v zadnjih letih, dokazujejo različne prednosti, ki jih prinaša dojenje otrokom, materam, družinam in družbi. Prednosti so zdravstvene, prehranske, protiinfektivne, razvojne, psihološke, socialne, ekonomske in okoljevarstvene. (1)

Materino mleko je najprimernejše za hranjenje dojenčka in je prilagojeno človeškemu rodu, vsa nadomestna prehrana se zelo razlikuje od njega. Dojen otrok naj bo model, po katerem se ocenjujejo rast, zdravje, razvoj in kratkotrajni ali dolgotrajni izid otrok. (2)

Raziskave v Združenih državah, Kanadi, Evropi in deželah v razvoju, v glavnem med prebivalstvom srednjega socialnega razreda, so prinesle resne dokaze, da je pri dojenih in z materinim mlekom hranjenih otrocih nižja pojavnost in/ali resnost driske, okužbe spodnjih dihal, vnetja srednjega ušesa, sepse, bakterijskega meningitisa, botulizma, okužb sečil in nekrozantnega enterokolitisa. Številne študije kažejo na možni zaščitni učinek materinega mleka na nenadno smrt v zibki, od inzulina odvisno sladkorno bolezen, Chronovo bolezen, ulcerativni kolitis, limfom, povišan krvni pritisk, alergična obolenja in kronična obolenja prebavil v kasnejšem življenju. Dojenje povezujejo z možnostjo boljšega intelektualnega razvoja.

Raziskave kažejo tudi na pozitivne učinke na zdravje mater. Dolgo je že znano, da dojenje poviša raven oksitocina, kar zmanjša mesečno izgubo krvi v mesecih po porodu. Novejše raziskave dokazujejo, da se doječi materi telesna teža prej vrne na prednosečnostno raven, ker se maščobe v njenem telesu porabljujejo za mleko. Ovulacije se vrnejo kasneje in s tem možnost ponovne zanositve. Kostni se pospešeno remineralizirajo, zato je zmanjšana verjetnost za zlom kolka v pomenopavzalnem obdobju. Zmanjša se tveganje za nastanek raka na jajčnikih in raka na dojkah.

Poleg prednosti za zdravje posameznikov prinaša dojenje velike sociološke in ekonomske prednosti vsemu narodu. Zmanjšajo se stroški za zdravljenje in odsotnost z dela zaradi negovanja otroka med boleznijo. Veliko manjša obolevnost dojenega otroka omogoča staršem več časa za ukvarjanje z drugimi otroki in domačimi opravili, zmanjšana odsotnost z dela pa poviša zaslužek. Neposredni finančni učinek pri družini so izračunali: strošek za umetno prehrano otroka v prvem letu so ocenili na 855 evrov. Materina prehrana se v prvih šestih tednih pri doječi in nedoječi materi ni razlikovala. Po tem času potrebuje doječa mati večji vnos hrane in tekočine, vendar je strošek te hrane za polovico manjši, kot bi bil strošek za umetno prehrano otroka. Tako družina v prvem letu pri enem otroku prihrani več kot 400 evrov. (3–9)

Koristnost sobivanja

Koristnost sobivanja matere in otroka v porodnišnici je neizpodbitna v povezovanju otroka, matere in vse družine. V nekaterih študijah dokazujejo večji odstotek polnodojenih otrok, otroci mirneje spijo pri materah in manj jočejo, opazujejo tudi manj problemov z okužbami pri novorojencih v porodnišnici. Tudi matere bolje spijo.

Ločitev otroka od matere slednji povzroča anksioznost (nemir), kajti med nosečnostjo je otrok predstavljal del njenega bitja. Dolgotrajna zgodnja ločitev otroka od matere ima škodljive posledice za otrokov motorični, mentalni in čustveni razvoj.

Večje poznavanje pomembnosti in možnih pozitivnih posledic stika med materjo in otrokom lahko pomaga tudi pri omejevanju škodljivega vpliva neizogibne ločitve. Tako se spodbuja stik staršev in otrok tudi v enotah intenzivne nege, ko je otrok še v inkubatorju. To otroke pomirja, hkrati pa blaži tudi prestrašenost staršev. Nekatero matere poročajo o občutju izgube samospoštovanja, občutkih krivde, razočaranja in odtujitve od otroka. Mati, ki zavrne ponujeni izjemni stik, verjetno potrebuje podporo in pomoč že v času bivanja v porodnišnici. (10, 11)

Duševne stiske in dojenje

Pojavljanje duševnih stisk po rojstvu otroka zmanjšuje pogostnost dojenja, kljub zavedanju o nedvomnih prednostih dojenja za zdravje otroka in matere. Številne raziskave navajajo obratno sorazmerje med pojavljanjem depresivnih simptomov in dojenjem. Potrjujejo, da hranjenje po steklenički povečuje depresivno simptomatiko. Ženske, ki so depresivne že pred otrokovim rojstvom, se manj pogosto odločajo za dojenje svojega otroka, medtem ko tiste, ki so začele dojit in izkazujejo znake depresije, hitreje prenehajo dojit. (12)

Navadno je depresivna epizoda začetek odstavljanja otroka od prsi. Tako je zgodnje odstavljanje dojenega otroka velikokrat povezano z nastankom PPD. Znaki, ki govorijo za depresivno simptomatiko ob enem tednu po rojstvu, so značilno povezani z zgodnjim odstavljanjem otroka. (13)

Matere, ki izključno dojijo, so v manjši meri depresivne kot tiste, ki delno dojijo in pojav PPD zmanjšuje verjetnost izključnega dojenja.

Neredko se ob težavah z dojenjem skriva nastanek PPD, kar je velikokrat edini znak, ki govori za depresijo. Matere z znaki depresije pogosteje navajajo težave pri dojenju in izražajo manjše zadovoljstvo z otrokovim načinom hranjenja.

Materina samopodoba in samozaupanje glede dojenja je v obratnem sorazmerju s pojavom PPD. Matere z znaki depresije so manj prepričane v svojo sposobnost dojenja, kar vpliva na začetek, dolžino in izključnost dojenja. Veliko razlogov za takšno razpoloženje je treba iskati že v obdobju pred zanositvijo in v nosečnosti. (14)

Hatton s sodelavci pri ženskah, ki dojijo, ugotavlja značilno nižjo pojavnost PPD šest tednov po porodu, vendar po dvanajstih tednih te razlike ne opazijo več. Ugotavlja, da zgodnje prenehanje dojenja vodi do pogostejšega pojavljanja depresije. Raziskave na živalih dokazujejo, da pomanjkanje serotonina zavira sproščanje oksitocina, kar vodi do slabšega sproščanja mleka iz dojke. Dodatno pojavljanje stresnih dogodkov zmanjšuje laktogenezo in ima negativne posledice za laktacijo. (15)

Sarah McCoy je s sodelavci raziskala dejavnike tveganja za nastanek PPD. S pomočjo Edinburškega vprašalnika je štiri tedne po porodu testirala 209 žensk. Kar 39% bi lahko ustrezalo kriterijem za PPD. Visok odstotek pripisuje sorazmerno revni populaciji anketirank. Revščina dodatno poveča možnost za nastanek PPD. Ugotavljala je, kako starost, dojenje, kajenje, stan, predhodna depresivna stanja in način poroda vplivajo na nastanek PPD. Način poroda, stan in starost nimata povezave z nastankom PPD. Značilno manjšo pojavnost ugotavlja pri doječih materah in višjo pri materah, ki so otroka hranile z umetnim mlekom. Večjo verjetnost za pojav PPD imajo tudi matere, ki so že pred porodom prebolevale depresivna stanja in kadilke. Dodatno ugotavlja tri kombinacije razlogov, ki povečujejo verjetnost PPD: ne-dojenje in predhodne depresije, kajenje in predhodne depresije in kajenje in ne-dojenje. Priporoča, da so zdravstveni delavci pozorni na opisane dejavnike. (16)

Način poroda vpliva na pojav PPD. Matere in otroci, rojeni s carskim rezom, imajo pogosto resne zdravstvene težave, sožitje je oteženo, pogosto je dojenje manj uspešno in pojav PPD je pogostejši. (17, 18)

Choi in sodelavci so raziskovali pojav PPD pri materah, ki so rodile več kot enega otroka hkrati. Ugotavljajo, da imajo te matere za 43% večjo možnost za pojav srednjetežke ali hude PPD kot tiste, ki rodijo enega otroka. Pogosto jih spremlja tvegana nosečnost, prezgodnji porod, visoka izpostavljenost stresu, utrujenost, manjša uspešnost pri dojenju in socialna izolacija. Mnoge med njimi zanosijo z biomedicinsko pomočjo, vendar so raziskani podatki pojava PPD pri teh ženskah premalo prepričljivi zaradi majhnega števila preiskovank. (19,20)

Zanimivo interakcijo med materino depresijo in rastjo otroka opisuje Stewart. (21)

Dojenje kot stres

Tudi dojenje lahko deluje kot stres, zlasti boleče bradavice, kar prikazuje uspešnejše zdravljenje depresije po 12. tednu pri materah, ki niso dojile. (15)

Za uspešno dojenje in krepitev materine samopodobe je pomembno zgodnje in pogosto dojenje ter sobivanje. Ranjene bradavice so rezultat slabega pristavljanja na dojko, ne pa dolgih podojev. Mater je treba podučiti o pravilnem pristavljanju na dojko in ji pomagati pri ranjenih bradavicah, da ne bo opustila dojenja. Pripraviti jo je treba na običajne vzorce dojenja, ki jih imajo novorojeni otroci in jo seznaniti z opazovanjem otrokove prehranjenosti. Pretirana skrb glede nezadostne preskrbe z mlekom je velikokrat razlog za neustrezno samopodobo. Preden začne dodajati umetno mleko, se naj posvetuje s strokovnjakom.

Skrbno svetovanje v primeru materine bolezni ali jemanju zdravil bo pri večini mater pregnalo skrbi zaradi dojenja. (22)

Matere, ki se zapletajo v ostre polemike, zakaj (ne) dojijo, lahko krepijo negativne občutke o sebi in drugih, kajti dilem tako ni mogoče rešiti. Tudi noseče ženske se hitro soočijo z normami, da je sprejemljivo le dojeti. Ko dojenje v očeh mnogih ljudi postane cilj, doktrina, ki jo je »treba izvajati«, da si prislužite odobravanje okolice, ga mati občuti kot breme, morda celo kot propagando, še preden sploh začne dojeti. Pogost odziv je tedaj kritika dojenja ali posploševanje, »da so mnogi otroci gor zrasli s stekleničko, pa so danes popolnoma v redu«. Posledica netolerantnosti do mater je tudi, da se nekatere matere iz krize dojenja izvijejo z obtoževanjem dojenja; dojenje (razumljivo) okrivijo za svojo stisko. To lahko storijo tiho (se zaprejo vase in o dojenju nočejo slišati več besede) ali glasno (dojenje označijo za propagando in za odrešiteljico imenujejo stekleničko). Take neprijetne razprave so ogledalo norm in odnosov v naši družbi. Pokažite nam, kako zahtevna, neprožna in netolerantna je lahko družba; ne samo do mater, ki hranijo svoje otroke na tak ali drugačen način, ampak tudi do drugih starševskih ravnanj. (23)

Učinkovita pomoč

Za najuspešnejše metode pomoči so se v neki študiji (24) izkazale: pomirjanje, zavzeto poslušanje, stanje ob strani, praktična pomoč, pozitiven pristop, strokovnost, izpolnjevanje materinih želja.

Materino zadovoljstvo je enako pomembno kot je pomembna pravilna informacija o dojenju.

Vprašanja o dojenju pogosto skrivajo zapletene vprašanja in čustva.

Mati, ki vpraša za nasvet o dojenju, sočasno pričakuje zagotovilo, da dela prav. Svetovalka mora najti način, da se približa materi, da ji pokaže, da jo vprašanje v resnici zanima, postavlja vprašanja, da razjasni situacijo. Materi pomaga razjasniti čustva in poiskati, kaj jo najbolj teži. Daje informacije, predlaga rešitve, skupaj pretreseta možnosti, materi pomaga poiskati dobre in slabe strani odločitve.

Dojenje je več kot metoda hranjenja. Mnogokrat se za vprašanji o dojenju skrivajo vprašanja o splošni skrbi za dojenčka. V njih se zrcali tudi odnos do otroka. Nič čudnega, da se v vprašanju o dojenju skriva materin odnos do materinstva, njena samopodoba. S pogovorom pomagamo materi ločiti njena lastna čustva od mnenja in reakcij okolja in ji pomagamo pri odločitvi. Aktivno poslušanje je ustrezna metoda. (22)

Če bo mati prejela zdravilo za zdravljenje svoje duševne stiske, naj psihiatru pove, da doji, da bo izbral primerne. Tudi če je hospitalizirana, lahko nadaljuje dojenje.

Hitro odstavljanje ima številne stranske učinke. Lahko se pojavi vnetje dojk, absces, čustven stres, prizadeto je materino hormonalno ravnovesje, kar poglobi duševno stisko. Mnogim materam pomeni dojenje eno redkih pozitivnih stvari v življenju, ko sama skrbi za otroka, tudi če je depresivna. Nenadno odstavljanje ji daje občutek nepotrebnosti. Če je res potrebno, je postopno odstavljanje primernejše. V primeru nenadne odstavitve je treba materi nuditi dodatno čustveno oporo in zagotoviti ustrezno praznjenje dojk. (24, 25)

Pri zdravljenju se uporabljajo različna zdravila: litij, antikonvulzivi, nevroleptiki, estrogen, antidepresivi, benzodiazepini. Nekateri avtorji odsvetujejo dojenje zaradi pomanjkanja spanja. (26).

Večina psihotropnih substanc se izloča v materinem mleku. Sertraline (Zoloft) je največkrat predpisan antidepresiv. Skupaj s paroxetinom in fluvoxaminom ni bil najden v dojenem otroku, nasprotno od fluoksetina in citaloprama. (12) Dolgoročni izhod izpostavljenosti otroka psihotropnim substancam ni znan. Znano je, da je prehod teh zdravil skozi posteljico znatno večji kot prestop v mleko, zato ni razloga, da bi ženska, ki je jemala zdravilo v nosečnosti, zaradi zdravila prekinila dojenje. Priporoča se, da ženska vzame zdravilo takoj po dojenju in pred otrokovim spanjem, da zmanjša izpostavljenost otroka najvišjim koncentracijam zdravila. Seznanjena mora biti s stranskimi učinki zdravila in opazuje naj morebitno otrokovo zaspanost, motnje hranjenja in vznemirjenost. Oskrba nosečnice in doječe matere, ki se zdravi zaradi duševne stiske, mora biti skupna skrb psihiatra, ginekologa in pediatra. (27–31)

Gentile trdi, da razmerje zdravila v mleku in plazmi ni zanesljiv napovednik posledic delovanja zdravila na otroka. (32) Napravil je zanimivo primerjavo med psihotropnimi zdravili, ki se uporabljajo pri zdravljenju PPD. Izdelal je varnostni količnik, ki upošteva število člankov s poročili o stranskem učinku zdravila na otroka v primerjavi z zdravimi izhodi pri otrocih, pomnoženo s 100. Če je količnik manj kot 2, je zdravilo sorazmerno varno pri dojenju. Tako imata paroxetine in sertraline količnika 0,95 in 0,68, fluoxetine 3,5, citalopram pa 5,3. (33)

Pri zdravljenju PPD z zdravili se veliko avtorjev opredeljuje za previdnost pri uporabi zdravil, skrben nadzor nad otrokovim stanjem in individualen pristop. (34–37)

Zaključek

Poporodne duševne stiske so resna stanja, ki v vseh okoljih prizadenejo veliko žensk. Stiske materinstva se odražajo v materinem odnosu do otroka. Te matere se manj pogosto odločajo za dojenje in ga neredko prekinejo zaradi zdravljenja duševne bolezni. Pri ženskah z znaki depresije v poporodnem obdobju je povečana bojazen, da bodo otroka nepravilno hranile, manj pogosto ali krajši čas dojile in redkeje izključno dojile. Potrebno je zgodnje odkrivanje in zdravljenje duševnih stisk pri ženskah v času nosečnosti in v poporodnem obdobju, da materi in otroku zagotovimo zdravo in uspešno sožitje obeh.

Literatura

1. Allen J, Hector D. Benefits of breastfeeding. N S W Public Health Bull. 2005;16 (3-4):42-6.
2. Tekauc-Golob A. Izključno dojenje – otrokova potreba. V: Zgodnje prvo dojenje – jamstvo za uspešno dojenje. Celje: Društvo svetovalcev za laktacijo in dojenje Slovenije, 2008, str. 189-197.
3. Hosea Blewett HJ, Cicalo MC, Holland CD, Field CJ. The immunological components of human milk. Adv Food Nutr Res. 2008;54:45-80.
4. Goldman AS, Hopkinson JM, Rassin DK. Benefits and risks of breastfeeding. Adv Pediatr. 2007;54:275-304.
5. Turck D. Later effects of breastfeeding practice: the evidence. Nestle Nutr Workshop Ser Pediatr Program. 2007;60:31-9; discussion 39-42.
6. Schack-Nielsen L, Michaelsen KF. Breast feeding and future health. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2006;9(3):289-96.
7. Taylor JS, Kacmar JE, Nothnagle M, Lawrence RA. A systematic review of the literature associating breastfeeding with type 2 diabetes and gestational diabetes. J Am Coll Nutr. 2005;24(5):320-6.
8. Martin RM, Gunnell D, Smith GD. Breastfeeding in infancy and blood pressure in later life: systematic review and meta-analysis. Am J Epidemiol. 2005;161(1):15-26.
9. Tekauc-Golob A. Vpliv dojenja na kognitivni razvoj otrok. V: Dojenje, več kot hranjenje: IV. simpozij z mednarodno udeležbo v Laškem. Ljubljana: Nacionalni odbor za spodbujanje dojenja pri UNICEF Slovenija, 2005, str. 63-68.
10. Tekauc-Golob A, Globevnik Velikonja V. Primerjava stališč otročnic o metodi rooming-in ob njeni uvedbi v ljubljanski in mariborski porodnišnici. Zdrav Vestn. 1996;6:311-315.
11. Tekauc-Golob A. Vez med mamo in otrokom. Zdravo (Marib., Tisk. izd.). 11. jul. 2005:6-7.
12. Field T. Breastfeeding and antidepressants. Infant Behav Dev 2008;31(3):481-7.
13. Hasselmann MH, Werneck GL, Silva CV. Symptoms of postpartum depression and early interruption of exclusive breastfeeding in the first two months of life. Cad Saude Publica 2008;24 Suppl 2:S341-52.
14. Dennis CL, McQueen K. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. Pediatrics 2009;123(4):e736-51.
15. Hatton DC, Harrison-Hohner J, Coste S, Dorato V, Curet LB, McCarron DA. Symptoms of postpartum depression and breastfeeding. J Hum Lact 2005;21(4):444-9.
16. McCoy SJ, Beal JM, Shipman SB, Payton ME, Watson GH. Risk factors for postpartum depression: a retrospective investigation at 4-weeks postnatal and a review of the literature. J Am Osteopath Assoc 2006;106(4):193-8.
17. Udy P. The physical impact of cesareans. Midwifery Today Int Midwife 2008;(88):63-64.
18. Tekauc-Golob A, Bratanič B, Hoyer S, Savnik V, Črnak-Meglič A, Zabavnik Z. Dojenje po carskem rezu. V: II. kongres ginekologov in porodničarjev Slovenije z mednarodno udeležbo, Ljubljana: Združenje ginekologov in porodničarjev Slovenije, 2000, str. 226-228.
19. Choi Y, Bishai D, Minkovitz CS. Multiple births are a risk factor for postpartum maternal depressive symptoms. Pediatrics 2009;123(4):1147-54.
20. Tekauc-Golob A. Dojenje pri dvojčkih. V: Novak-Antolič Ž (ur.). Medenična vstava, večplodna nosečnost : [zbornik prispevkov]. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino, Slovensko zdravniško društvo, 2006;157-161.
21. Stewart RC. Maternal depression and infant growth: a review of recent evidence. Matern Child Nutr 2007;3(2):94-107.
22. Tekauc-Golob A. Krepitev materine samozavesti. V: Najpogostejše težave pri dojenju. Celje: Splošna bolnišnica 2004;31-36.
23. Mojca V. Občutki krivde in poporodne depresije. Oktober 2007. http://med.over.net/klinicne_stroke/dojenje/index.php?pcat=185&stran=1&n=14139
24. Hong TM, Callister LC, Schwartz R. First time mothers' views of breastfeeding support from nurses. MCN Am J Matern Child Nurs. 2003 Jan-Feb;28(1):10-5.
25. Mohrbacher N, Stock J. The Breastfeeding Answer Book, (Third Revised Edition). La Leche League International, Schaumburg, Illinois, 2003;482-486.
26. Dørheim SK, Bondevik GT, Eberhard-Gran M, Bjorvatn B. Sleep and depression in postpartum women: a population-based study. Sleep. 2009;32(7):847-55.
27. Sharma V. Treatment of postpartum psychosis: challenges and opportunities. Curr Drug Saf. 2008;3(1):76-81.
28. Payne JL. Antidepressant use in the postpartum period: practical considerations. Am J Psychiatry 2007;164(9):1329-32.

29. Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. Postpartum depression. *Am J Obstet Gynecol* 2009;200(4):357-64.
30. Musters C, McDonald E, Jones I. Management of postnatal depression. *BMJ* 2008;337:a736.
31. Howland RH. Prescribing psychotropic medications during pregnancy and lactation: principles and guidelines. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2009;47(5):19-23.
32. Gentile S, Rossi A, Bellantuono C. SSRIs during breastfeeding: spotlight on milk-to-plasma ratio. *Arch Womens Ment Health* 2007;10(2):39-51.
33. Gentile S. Use of contemporary antidepressants during breastfeeding: a proposal for a specific safety index. *Drug Saf* 2007;30(2):107-21.
34. Pearlstein T. Perinatal depression: treatment options and dilemmas. *J Psychiatry Neurosci* 2008;33(4):302-18.
35. Cipriani A, Geddes JR, Furukawa TA, Barbui C. Metareview on short-term effectiveness and safety of antidepressants for depression: an evidence-based approach to inform clinical practice. *Can J Psychiatry* 2007;52(9):553-62.
36. Gentile S. Prophylactic treatment of bipolar disorder in pregnancy and breastfeeding: focus on emerging mood stabilizers. *Bipolar Disord* 2006;8(3):207-20.
37. Whitby DH, Smith KM. The use of tricyclic antidepressants and selective serotonin reuptake inhibitors in women who are breastfeeding. *Pharmacotherapy* 2005;25(3):411-25.



asist.mag. Nena Kopčavar Guček, asist.mag. Erika Zelko

**Vloga družinskega zdravnika pri družinskih stiskah
v obporodnem obdobju**

VLOGA DRUŽINSKEGA ZDRAVNIKA PRI DRUŽINSKIH STISKAH V OBPORODNEM OBDOBJU

asist. mag. Nena Kopčavar Guček, dr. med., spec. spl. med., Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, in Zdravstveni dom Ljubljana Vič, Ljubljana, e-pošta: nenagucek@gmail.com

asist. mag. Erika Zelko, dr. med., spec. spl. med., Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Univerza v Mariboru, in Zdravstvena postaja Beltinci, Beltinci, e-pošta: ambulanta3@siol.net

Ključne besede: družina, družinski cikel, duševna bolezen, kronične težave, sodelovanje

UVOD

Družinska medicina ima svoje posebnosti in načela: sintetični način reševanja problemov, konkretno mišljenje in ravnanje, obravnavo bolnika v njegovem bio-psiho-socialnem okolju in aktivni položaj bolnika pri zdravljenju (1). Ena poglobitnih značilnosti družinske medicine je dolgotrajen odnos: od tod poznavanje družine v zdravju in bolezni ter spremljanje njenega razvojnega cikla. Prav poznavanje družine pa omogoča njenemu zdravniku številne možnosti in podporo pri obravnavi težav posameznika in družine kot celote.

Četudi je v sodobnem svetu podoba družine že zelo raznolika, od enostarševskih družin do družin istospolnih partnerjev, bomo zaradi jasnosti in lažjega razumevanja v tem sestavku obravnavali »klasično« družino. Nedvomno pa vse navedeno velja za vse oblike družin.

Družinski cikel

V svojem obstoju družina prehaja skozi nekatere značilne faze ali obdobja. Družinski cikel so posamezni avtorji različno opredelili:

Tomorijeva jih deli na (2):

- obdobje začetnega partnerstva,
- obdobje družine s prvorojencem oziroma prihod tretjega člana skupnosti,
- obdobje družine s šolskimi otroki,
- obdobje mladostništva in
- obdobje praznega gnezda.

Švab deli celotno obdobje družine na tri faze (3):

Nastajajoča družina,

- zrela družina in
- odmirajoča družina.

Zrimšek pa družinski cikel razčlenjuje še bolj podrobno (4):

- obdobje začetne družine dveh mladih ljudi, ki oba izhajata iz svojih družinskih okolij in čutita pripadnost do njih;
- obdobje nosečnosti in pričakovanja;

- rojstvo prvega otroka in vzpostavitev novih odnosov otrok-mati, otrok-oče, mati-oče;
- obdobje družine s predšolskimi otroki,
- obdobje družine s šolarji,
- obdobje družine z mladostniki,
- obdobje, ko prvi otrok zapusti družino,
- obdobje praznega gnezda,
- obdobje družine upokojencev, starostnikov in smrti enega od življenjskih tovarišev.

Poznavanje družinskega ciklusa strokovnjakom, ki se ukvarjajo z družino, pa tudi družini sami omogočajo boljše razumevanje dogajanja, pa tudi predvidevanje in obravnavo težav, ki se pri družini v posameznih obdobjih pojavljajo.

Družina na prehodu med obdobji

Vsak prehod v novo fazo je za družino občutljiv: gre za zahteven in težaven proces, ki terja prilagajanje vseh članov. A družinski člani na to pogosto niso pripravljeni, saj je treba opustiti znane, varne in že preizkušene vzorce in se podati na novo, tvegano, nepoznano in morda celo težavno pot (5). Družine so v prehodih med fazami zelo obremenjene, prehajanje terja veliko energije.

Ob prehodih se namreč spreminjajo tudi:

- bližina in odnosi med posameznimi člani,
- stopnja odvisnosti in samostojnosti posameznega člana ter njegova samopodoba,
- družinska pravila,
- družinski urnik,
- razporeditev v bivalnem prostoru.

Napredovanje iz ene stopnje v drugo je za družino lahko čas zorenja – ali pa razgradnje. Ob vseh teh spremembah družine kot sistema namreč ne smemo spregledati vloge posameznega člana in vplivov širšega socialnega okolja.

Osebni razvoj posameznega člana namreč ni vedno usklajen z razvojno stopnjo družine. Tako morda mladi očka, ki ni bil pripravljen na prihod novega družinskega člana, ob rojstvu otroka »beži« v bolezen. Tudi dodatne obremenitve, ki jih nepričakovano in nenadoma prinese življenje, lahko hudo posežejo v razvoj družine. Nepričakovana huda poškodba s posledično invalidnostjo enega od mladih partnerjev lahko brez podpore okolja hudo, če ne celo usodno spremeni odnose v njej.

Nosečnost in pričakovanje

V obdobju partnerstva je družina navadno zelo povezana z okoljem. Odpira se navzven: krog prijateljev se razširi, morda se eden od partnerjev še izobražuje, rešuje se stanovanjsko vprašanje in morda tudi vprašanje zaposlitve za oba ali vsaj enega od partnerjev. V tem obdobju je torej družina še vpeta v reševanje socialnih stisk in vprašanj.

Mladi ljudje, ki vstopajo v partnerske odnose, redkeje obiskujejo družinskega zdravnika – a načrtovanje družine je dobra iztočnica za začetek pogovora o partnerstvu.

- Idealno bi bilo, če bi se družinski zdravnik lahko z mladim parom pogovoril o odgovornostih, ki jih prinašata skupno življenje in kasneje starševstvo, vendar se to pri nas redkeje zgodi. V tem obdobju se par na osebnega izbranega zdravnika v glavnem obrača v dveh, na videz nasprotnih si primerih: v zvezi s kontracepcijo in če je zanositev težavna ter so potrebni predhodni medicinski postopki in posegi.

- Že pri načrtovanju družine so pomembna tudi priporočila glede preventivnega jemanja priporočenih preparatov (npr. folna kislina).

- Partnerja izhajata iz različnih okolij in imata vsak svojo »dediščino«. O svojih pogledih na vzgojo otroka, o družinskih navadah itd. bi se morala pogovoriti še pred rojstvom otroka. Le tako se lahko ognita kasnejšim nesoglasjem.

- Razlaga izvida o pozitivnem nosečnostnem testu je poseben dogodek. Včasih je rezultat dolgotrajnega zdravljenja, prizadevanj in upanja, drugič spet nenačrtovan ali celo neželen dogodek. Tak pogovor terja od družinskega zdravnika posebno občutljivost. Njegovo predhodno poznavanje mlade družine mu je pri tem v veliko pomoč. Če je treba, partnerja povabi na ponovni posvet po tehtnem razmisleku čez nekaj dni (6). Sicer pa naj bi bilo svetovanje družinskega zdravnika nepristransko, brez moraliziranja, stvarno, informativno, razumevajoče. Le dobro informiran bolnik, kot v vseh podobnih situacijah, lahko sodeluje pri zdravljenju in sprejema odločitve, ki bodo za kasnejše življenje nadvse pomembne.

- Povezovanje z drugimi strokovnjaki in službami je v tem obdobju pomembna dolžnost družinskega zdravnika. Vključitev lastnega tima (medicinska sestra, fizioterapevt itd.), napotitev h ginekologu, psihologu ali psihiatru, genetski službi, če je treba, morebiten pogovor na centru za socialno delo in posvet s patronažno sestro so izključno v njegovi domeni.

- Administrativni opravki v tem obdobju so morebitno odprtje bolniškega staleža, če je potreben, izračun termina poroda, pošiljanje dokumentacije v zvezi s staležem na zdravniško komisijo itd.

- V tem obdobju je zelo pomembna tudi čustvena podpora. Med pogovorom v ambulanti naj bi bil družinski zdravnik še posebej pozoren na zaskrbljenost, strahove in posebna stanja, ki se pojavljajo v tem obdobju. O vseh težavah naj bi se ob dolgoletnem poznavanju obeh partnerjev (ali vsaj enega od njiju) znal in moral odkrito, strokovno in prijazno pogovoriti. Že spodbujanje pogovora, odpiranje podobnih tem, poslušanje in razumevanje so pogosto zelo pomembni za mladi par.

-

Kaj čutijo nosečnice in kaj očetje?

Za nosečnice so značilna različna čustva (5):

- spreminjanje razpoloženja od vzhičenosti do joka
- skrb za zdravje otroka
- skrb zaradi možnih bolečin ob porodu
- odpor do določene vrste pregledov in rojevanja

- nezadovoljstvo z lastno, spremenjeno telesno podobo.

Čustvene spremembe nedvomno doživljajo tudi bodoči očetje, čeprav jim morda v medicini posvečamo premalo pozornosti. Vsi strokovnjaki, ki se ukvarjajo s tem področjem, so že imeli izkušnje z naslednjimi čustvi mladih očetov:

- občutek odrinjenosti in nerazumevanja, ker je partnerka spremenila svoje vedenje do njega;
- občutek pomanjkanja pozornosti, izločenosti in ljubezni, ker/če partnerka izgubi zanimanje za spolnost;
- negotovost in nezadovoljstvo, ker/če se partnerka spremeni iz »ljubice« v »mater«.

Kronične bolezni in duševno zdravje v času nosečnosti

V ambulantah družinskega zdravnika se srečujemo s pestro paleto raznovrstnih težav. Tako se nam oglašajo tudi bolnice z različnimi kroničnimi boleznimi, ki zahtevajo pogostejše spremljanje ter nadzor: srčne, sladkorne, bolnice z revmatskimi obolenji, po prebolelih onkoloških težavah, dednimi boleznimi ter bolnice z različnimi duševnimi boleznimi ali motnjami. Bolnice ali bodoči starši, ki svojo kronično bolezen dobro poznajo, se med načrtovanjem nosečnosti kar pogosto oglasijo v ambulanti izbranega osebnega zdravnika ali specialista posameznega področja, kjer so še posebej natančno vodeni. Prav sodelovanje z različnimi specialisti in dobro poznavanje tako predvidljivih kot tudi nepredvidljivih možnih zapletov med nosečnostjo ter ob porodu pa je tudi izjemno zahtevno delo.

Morda bo ob konkretnem primeru lažje predstaviti kompleksnost in zahtevnost dela v ambulanti družinskega zdravnika, ki je običajno že nekaj let stalen spremljevalec zdravstvenega stanja vsaj enega izmed bodočih staršev.

Janja (ime je izmišljeno) je 23-letno dekle, ki je že nekaj let obiskovalka naše ambulante. Prvič sva se srečali ob posredovanju njene mame, ki je v času pubertete pri hčerki opazala več vedenjskih težav kot običajno. Njenega vedenja si ni znala razložiti, zato je prosila za razgovor. Po nekaj srečanjih se je Janjina zgodba razpletla. Splet okoliščin jo je pripeljal do zlorabe prepovedanih drog, žal je šlo že za napredovalo odvisnost, pri kateri so se nakazovali tudi znaki duševnega obolenja. Abstinenca žal ni bila sposobna vzdrževati. Težavam zaradi odvisnosti so se pridružili finančne težave, abstinenčna kriza in prvi izbruh psihotične simptomatike, ki so jo psihiatri pripisali zlorabi drog. Po poskusu samomora je bila Janja nekaj mesecev hospitalizirana na psihiatriji. Začasno je sicer prekinila uživanje drog, vendar se je ob tem poslabšala simptomatika duševne bolezni, zdravljenje z antipsihotiki pa žal ni bilo tako uspešno, kot bi si vsi vpleteni želeli. Nadzor nad jemanjem zdravil je prevzela mama, s katero pa je bil odnos ves čas medsebojnega bivanja zelo napet.

Med drugo hospitalizacijo je Janja spoznala partnerja, ki jo je uspel prepričati v redno jemanje zdravil, katerih kombinacija se je tokrat izkazala za učinkovitejšo. Po odpustu se je preselila k njemu in po nekaj mesecih sta ugotovila, da si želita otroka. Njena mama je zelo težko sprejela hčerino odločitev in ji je zanositev poskušala odsvetovati. Pritiskala je tudi na izbranega zdravnika, naj jo prav tako odsvetuje. Janja se je predhodno oglasila v naši ambulanti in skušala pridobiti čim več informacij o škodljivostih zdravil, ki jih jemlje, težavah v nosečnosti, kontrolah pri zdravnikih (ginekolog, psihiater, izbrani zdravnik). Razen nasveta o prenehanju jemanja nedovoljenih drog, ki jih je občasno še uživala, ni bila

pripravljena razpravljati o načrtovani nosečnosti v smislu omejitev in težav. Otroka si je želela, s partnerjem sta se dobro razumela in potrebovala je podporo in stik z zdravnikom, ki mu bo lahko zaupala svoje stiske. Sklenili sva dogovor, ki je vključeval oba zdravnika specialista, njene dolžnosti glede abstinence ter rednega jemanja vseh zdravil, ki sta ji jih predpisala psihiater ter ginekolog. V naši ambulanti se je oglasila enkrat mesečno, se redno javljala na preglede pri drugih specialistih, odnosi z mamo so se nekoliko uredili.

Porod sam je potekal brez težav in rodila je zdravo in lepo razvito deklico. Ob prihodu domov je partner še nekaj časa ostal doma, nato se je vrnil v službo. Janja je takrat ostala sama z deklico, ki je bila izjemno zahteven otrok in je zelo malo spala. Žal je ob tem po treh mesecih Janja hudo dekompenzirala, tako da je bil vnovič potreben sprejem v bolnišnico. Partner je ostal doma, si uredil porodniški dopust in skrbel za hčerko. Po krajši hospitalizaciji se je Janja vrnila k njemu, vendar stanje ni bilo popolnoma stabilno. Kmalu so se ponovno pojavile težave, tokrat tudi v partnerskem odnosu. Janja se je s hčerko odselila k mami, kjer pa se ji je žal spet poslabšala osnovna duševna bolezen, znova je začela zlorabljati droge, tako da je bila posledično vnovič hospitalizirana. Tokrat je bila v bolnišnici nekaj mesecev. Med tem časom je partner v soglasju z Janjo pridobil skrbništvo nad hčerko.

Janja je hospitalizacijo končala in se pogosto vračala v našo ambulanto s številnimi vprašanji, tudi tistimi, ki so zahtevala pojasnila o skrbi in stikih s hčerko. Trenutno živi z mamo, s hčerko ima reden stik in z nekdanjim partnerjem lep odnos. Svoje zdravstvene omejitve pri skrbi za hčerko je sprejela in stiska, da je hči nekoč ne bo razumela, je ob tem manjša.

Občasno se pri Janji pojavijo dvomi o pravilnosti ukrepanja in ravnanja, vendar so to le pozitivni stimulansi, ki ji omogočajo vzdrževati abstinenco, redno jemati zdravila in po svoje skrbeti za želenega otroka.

Rojstvo (prvega) otroka

Iz partnerstva dveh nastane ob rojstvu otroka trikotnik, odnosi v njem se spremenijo. Prva in težka naloga za nove starše je, da oče podpira sožitje matere in otroka. V njihovo neodvisnost pa bolj ali manj pozitivno posegata tudi obe širši družini mladega para, kar lahko novopečenim staršem pomaga ali pa vnaša v njihovo novo družino stare vzorce.

V tem obdobju ima pomembnejšo vlogo kot družinski zdravnik patronažna sestra. Mladi starši se na zdravnika največkrat obračajo za nasvet po telefonu, pogoste pa so tudi akutne zdravstvene težave, ki jih mora družinski zdravnik poznati in uspešno reševati: utrujenost, neprespanost, mastitis. Ob vsaki priložnosti je pomembno, da se pozanima za dinamiko v družini, da spodbuja partnerja, da ohranita in negujeta medsebojni odnos, ki je ob osrednji poziciji otroka zapostavljen.

K temu svetovanju nedvomno spada tudi svetovanje o ponovnem začetku oziroma vzdrževanju spolnega življenja, ki je bilo v prejšnjem obdobju družine zelo pomembno.

Pomembna sta tudi čustvena podpora in odkrit pogovor o občutkih, ki prevevajo nove starše. Preutrujenost in obremenjenost mlade matere na eni strani, pa zapostavljenost in domnevna odrinjenost ter nepomembnost očeta na drugi so v tem obdobju del pričakovane čustvene dinamike.

Nova družina mora v tem obdobju izdelati lastne vzorce obnašanja, odzivanja na družinske krize, odnose z izvornimi družinami. Pri tem pomembno vlogo igra dediščina slednjih. Glede na odprtost meja se družinski zdravnik v tem obdobju srečuje tudi s tradicijami, z verovanji in etničnimi barvitostmi, ki so mu neznane. Zato je v tem obdobju zelo pomembna predvsem jasna in odkrita komunikacija. Pogosto je zdravnik obeh staršev tudi tisti, ki jim ureja pot k pediatru, svetuje pri negotovostih v zvezi s cepljenji, prehrano itd. Velikokrat pa se srečuje tudi z materami, ki dojijo še po vrnitvi s porodniškega dopusta, kar jih pogosto omejuje, hromi in izčrpava.

Seveda pa ne gre pozabiti na dinamiko odnosa s sorojenci, če pričakovani otrok ni prvi v družini. Najpogostejše čustvo starejših sorojencev je ljubosumje. Treba ga je pričakovati, sprejeti in se z njim soočiti, ga preoblikovati v čut odgovornosti in sobivanja.

Ne nazadnje pa je družinski zdravnik tudi tisti, ki naj mlade starše pouči tudi o potrebnih bivanjskih spremembah v bivališčih, vozilih itd., ki so potrebne za varnost otroka. Smrti otrok zaradi nesreč in nezgod so tragične in nepotrebne.

Glede na situacijo naj družinski zdravnik že ob rojstvu otroka starše spodbuja k razmišljanju o kasnejši skrbi in varstvu. Po vrnitvi na delovno mesto mora biti varstvo za otroka priskrbljeno in urejeno, saj le s tem partnerjema omogoča vrnitev v aktivno življenje.

ZAKLJUČEK

Načrtovanje novega življenja je zagotovo pomemben korak v vsakem partnerskem odnosu; nosečnost in porod sta le začetek doživljenjskih vezi, ki se vzpostavijo med starši in otroki. Njihova kakovost je pomemben dejavnik, ki že zelo zgodaj oblikuje zdravega in odgovornega člana skupnosti. Kronične bolezni, duševne stiske in omejitve, s katerimi se srečujejo nekateri bodoči starši, so izziv tudi za zdravnika družinske medicine, saj je pogosto ravno on prva kontaktna oseba družine pri zaznavanju in sprejemanju svoje drugačnosti. Nikakor pa si družinski zdravnik ne sme privoščiti vnaprejšnjih zaključkov in sodb. Nasprotno mora biti človek in strokovnjak širokih nazorov, kajti vse drugo ga pri delu s posamezniki, ki potrebujejo nekaj več, ovira.

Družina je zelo subtilna struktura, ki se nezavedno vedno odzove na dano situacijo in poskuša vzpostaviti mehanizme kompenzacije, s pomočjo katerih zaščiti ali izloči svoje šibke člane. Prednost zdravnika družinske medicine pa je ravno v tem, da pozna dinamiko družine in lahko pomaga sooblikovati varno okolje za njene najšibkejše ter najbolj izpostavljene člane.

Literatura

1. Švab I. Načela družinske medicine. V: Švab I. in Danica Rotar Pavlič, eds. Družinska medicina Združenje zdravnikov družinske medicine Slovenskega zdravniškega društva, 2002:14-17.
2. Tomori M. Knjiga o družini. Ljubljana: EWO, 1994.
3. Švab I. Družina v zdravju in bolezni. V: Voljč B., Košir T. Švab I., Urlep F., eds. Splošna medicina. Načela in tehnike. Ljubljana: Sekcija splošne medicine SZD; 1992:62-67.
4. Zrimšek D. Principi družinske medicine, družinogram in profil: družinsko in problemsko usmerjena baza podatkov. Radovljica: Didakta, 1994.
5. Rotar Pavlič D. Družinski cikel. V: Švab I., Rotar Pavlič D., eds. Družinska medicina. Združenje zdravnikov družinske medicine Slovenskega zdravniškega društva, 2002: 72-80.
6. Švab I. Družinski cikel. V: Švab I., eds. Družina v družinski medicini. (Zbirka PiP). Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo; Sekcija za splošno medicino, 1997:19-32.



Danica Sirk, Aleksandra Mernik Merc

**Vloga patronažne medicinske sestre pri obravnavi družine v
predporodnem in poporodnem obdobju**

VLOGA PATRONAŽNE MEDICINSKE SESTRE PRI OBRAVNAVI DRUŽINE V PREDPORODNEM IN POPORODNEM OBDOBJU

Danica Sirk, viš. med. ses., univ. dipl. org., IBCLC, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, OE Patronažno varstvo, e-pošta: danica.sirk@zd-mb.si

Aleksandra Mernik Merc, dipl. med. ses., IBCLC, spec. psihoterapije, Patronažna zdravstvena nega in babištvo, Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester, e-pošta.: aleksandra.mernik.mer@siol.net

Ključne besede: *patronažna zdravstvena nega, nosečnica, otročnica, novorojenček, družina, kontinuirana zdravstvena nega, duševno zdravje*

PATRONAŽNO VARSTVO

Patronažni varstvo je posebna oblika zdravstvenega varstva, ki opravlja aktivno zdravstveno in socialno varovanje posameznika, družine in skupnosti. Ti so zaradi bioloških lastnosti, določenih bolezni in nevarnosti na novo okolje občutljivi za škodljive vplive iz okolja (1, 2).

Področja dela v patronažnem varstvu so:

- zdravstveno-socialna obravnava posameznika, družine in skupnosti
- zdravstvena nega otročnice in novorojenčka na domu
- zdravstvena nega bolnika na domu.

PATRONAŽNA ZDRAVSTVENA NEGA

Patronažna zdravstvena nega je integralni del primarne zdravstvene nege in s tem primarnega zdravstvenega varstva (3).

Patronažna zdravstvena nega je specialno področje zdravstvene nege, ki se ukvarja s posamezniki, z družino in lokalno skupnostjo v vseh obdobjih zdravja in bolezni. Nosilka patronažne zdravstvene nege je medicinska sestra v patronažnem varstvu, ki ugotavlja potrebe po zdravstveni negi, načrtuje intervencije zdravstvene nege, jih izvaja in vrednoti dosežene cilje. Svetuje o zdravem načinu življenja in vedenja ter opozarja na rizične dejavnike, ki lahko ogrozijo zdravje. Pomaga posameznikom in družinam na njihovih domovih, da se soočijo z boleznijo, s kronično nezmožnostjo in stresom. Patronažna medicinska sestra (PMS) je koordinatorka vseh oblik pomoči na domu in je vez med posameznikom in njegovim osebnim zdravnikom.

PMS je član negovalnega in zdravstvenega tima, deluje na vseh ravneh zdravstvene vzgoje, primarni, sekundarni in terciarni, ter promovira zdravje pri posamezniku, družini in celotni populaciji. Patronažna medicinska sestra mora slediti in se prilagajati potrebam, razmeram pri posamezniku, družini ali skupnosti in jih skupaj z njimi zadovoljevati.

PMS si s sodelavci prizadeva dosežati in večati pozitivno zdravje posameznika, družine in skupnosti ter zmanjševati oz. preprečevati negativno zdravje (3).

PMS je družinska medicinska sestra, ki deluje na določenem terenskem območju. V letih delovanja spozna svoje območje in tamkajšnje ljudi; hkrati pa oni spoznajo njo. V družino se vključuje po preventivnem programu, ki ga določa zakon, pri posameznih pacientih pa izvaja postopke in posege zdravstvene nege po naročilu osebnega zdravnika ali specialista. V družini je prisotna ob pomembnih življenjskih mejnikih, ko je ta še posebej občutljiva. Ti trenutki so za družino lahko stresni in takrat njeni člani potrebujejo posebno podporo in pomoč PMS.

Cilji patronažne zdravstvene nege so:

- telesno, duševno, duhovno in socialno zdravje ter dobro počutje v socialnem in ekološkem okolju,
- ohranjeno in izboljšano zdravje,
- zdrav način življenja,
- zdravo okolje,
- povečan človekov potencial za samopomoč in sosedsko pomoč,
- zmanjšano zbolevanje,
- preprečene in zmanjšane posledice bolezni in dejavnikov tveganja,
- prepoznane človekove fizične, duševne, duhovne, kulturne in socialne potrebe v času zdravja in bolezni (1).

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ter zakon o zdravstveni dejavnosti

Na podlagi navodil za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni ima nosečnica pravico do enega preventivnega patronažnega obiska v zadnjem tromesečju nosečnosti. Patronažna medicinska sestra v nosečnosti seznanja žensko o poteku normalne nosečnosti in poroda. Otročnica je upravičena do dveh patronažnih obiskov do šestega tedna po porodu. Slepe in slabovidne matere imajo pravico do dveh dodatnih obiskov. Patronažna medicinska sestra opravi šest patronažnih obiskov novorojenčka in dojenčka v prvem letu starosti. Čeprav gre za obisk, ki je namenjen posameznemu pacientu, patronažna medicinska sestra vedno obravnava celotno družino. Cilj obravnave je normalen potek nosečnosti in poporodnega obdobja v smislu krepitve in ohranitve zdravja ter preprečevanja komplikacij in vzpostavljanja primernih interakcij v družini. Izvajane naloge patronažne medicinske sestre v družini z nosečnico in otročnico temelji na podlagi osebnih potreb in težav (4).

PREDPORODNO OBDOBJE

Nosečnost in porod sta običajno fiziološko dogajanje v fertilnem obdobju žene, vendar je pomembno, da je psihično in telesno dobro pripravljena na predporodno in poporodno obdobje.

Nosečnice uvrščamo v kategorijo prebivalstva, ki zaradi svoje občutljivosti zahtevajo posebno zaščito in pozornost. PMS se vključi v obravnavo nosečnice v zadnjem tromesečju nosečnosti. Nosečnica ima po predpisih obveznega zdravstvenega zavarovanja pravico do enega obiska PMS in sicer v drugi polovici nosečnosti (5).

Cilj patronažne zdravstvene nege nosečnice je torej normalen potek nosečnosti v smislu krepitve in ohranitve zdravja ter preprečevanja komplikacij. Velika prednost je, da pride PMS v okolje, v katerem nosečnica živi, in tako spozna tudi okolje, v katerem bo živel otrok. Hkrati pa zazna utrip in način življenja nosečnice in njene družine. Mnogokrat se zgodi, da

PMS ob obisku nosečnice prvič vstopi v družino. Takrat spozna tudi ožje socialno okolje; partnerja oziroma druge osebe, ki imajo pomembno vlogo v življenju bodoče mame. PMS se seznani z možno pomočjo oziroma podporo, ki jo bo imela žena po porodu. Prav od prvega stika pa je pogosto odvisno kasnejše sodelovanje. Obdobje nosečnosti je čas, ko je žena zelo dovzetna za nasvete, zbira informacije in se izobražuje. Pomembno je, da ga izkoristimo v smislu zdravstveno-vzgojnega dela.

Obravnavna žensk v patronažnem varstvu se začne s sprejemom informacije o nosečnosti. Osební izbrani ginekolog nam posreduje list nosečnice (obrazec DZS 8,82). Na tem obrazcu so napisani vsi osnovni podatki in vse morebitne posebnosti v zvezi s stanjem nosečnice, na katere mora biti PMS posebej pozorna. Prejeti list nosečnice posredujemo PMS na ustreznem terenskem območju. Po opravljenem obisku PMS dokumentira opravljeno delo, posebna odstopanja in ugotovitve in jih posreduje negovalnemu timu izbranega ginekologa (6).

V predporodnem obdobju ima patronažna medicinska sestra specifične naloge pri obravnavi nosečnice na njenem domu:

- opazuje socialno zdravstvene razmere družine in ugotavlja socialno ekonomske razmere, ki lahko zagotavljajo dobro telesno in duševno napredovanje družine in novega družinskega člana, ki bo prišel v družino;
- seznani nosečnico s pravicami do starševskega dopusta (pravica do porodniškega dopusta matere, pravica do dopusta za nego in varstvo otroka, pravica do očetovskega dopusta, pravica do posvojiteljskega dopusta),
- bodoče starše pouči o uveljavljanju pravic, povezanih z rojstvom otroka (pravica do paketa za otroka, otroški dodatek, zdravstveno zavarovanje, rojstni list, ureditev očetovstva),
- pouči nosečnico o normalnem poteku nosečnosti,
- seznani jo z nevarnostmi in svetuje načine lajšanja (slabost, zaprtje, pogostejše uriniranje, krči v nogah, težave z razširjenimi venami, nespečnost, zgaga, oteženo dihanje),
- svetuje primeren režim življenja,
- svetuje telesne vaje (gibanje na svežem zraku, vaje za izboljšanje pretoka krvi v nogah, vaje za krepitev mišic medeničnega dna in trebušnih mišic ter vaje za sprostitvev),
- pouči jo o pravilnem štetju in beleženju gibov,
- svetuje opremo za novorojenčka,
- zdravstvenovzgojno svetuje v zvezi s porodom in pripravo nanj (nosečnico seznani z znaki bližajočega se poroda, opozori jo na pravočasen odhod v porodnišnico),
- motivira ženo za dojenje in jo seznani s prednostmi dojenja,
- seznani jo z nevarnimi znamenji, ki zahtevajo takojšen obisk porodnišnice oziroma ginekologa,
- odsvetuje razvade (kajenje, uživanje alkoholnih pijač, uživanje nepredpisanih zdravil in drog ter pretirano uživanje kave),
- z družinskimi člani se pogovori o vrnitvi žene in novorojenčka iz porodnišnice ter svetuje očetovo prisotnost pri porodu,
- izvaja individualne naloge v družini na podlagi osebnih potreb in problemov nosečnice in njene družine.

Vloga patronažne medicinske sestre pri neznanu duševni motnji v predporodnem obdobju:

- patronažna medicinska sestra nudi podporo, pogovor in empatični odnos nosečnici,
- seznanjeni so s spremembami v čustvovanju in jo spodbujajo k izražanju čustev, občutkov in doživljanju,
- motivirajo jo k oblikovanju odnosa do sebe in materinstva, krepitvi pozitivne samopodobe in realne predstave o materinstvu,
- svetujejo ohranjanje socialnih stikov (obiski, druženje, skupinska telovadba),
- motivirajo jo, da skrbi za svoje potrebe (prehranjevanje, razvedrilo, počitek in spanje, daje intelektualno spodbudo in svetuje stik z odraslimi),
- ob pojavu duševne stiske ji priporočajo sproščanje (prijetna glasba, različne sprostitvene tehnike oziroma kar ji nudi največ zadovoljstva),
- motivirajo partnerja k aktivni vlogi, ki pripomore k ohranjanju in krepitvi duševnega zdravja ženske v predporodnem obdobju,
- seznanjeni so z načrtovanjem, razdeljevanjem nalog in obveznosti pri gospodinjstvu in skrbi za starejše otroke,
- ob pojavu znakov za depresivno motnjo pa svetujejo obisk pri psihiatru.

Vloga patronažne medicinske sestre pri znani duševni motnji v predporodnem obdobju:

- svetujejo glede rednega in doslednega jemanja predpisanih zdravil,
- še posebej je pozorna na psihično stanje nosečnice,
- poveže se s svojci in pomembnimi drugimi,
- po potrebi se poveže z osebnim izbranim zdravnikom, lečečim psihiatrom in osebnim izbranim ginekologom.

POPORODNO OBDOBJE

Otročnico in novorojenčka obišče PMS dan po odpustu iz porodnišnice, tudi ob nedeljah in praznikih, ter s tem zagotovi neprekinjeno zdravstveno nego.

PMS obišče otročnico tudi v primeru, da je novorojenček nedonošen ali bolan in je še hospitaliziran. Prav tako opravi obisk pri otročnicah, ki so rodile mrtvorojenega otroka.

Čimprejšnji obisk PMS postaja vse pomembnejši, saj prihajajo največkrat otročnice domov že tretji dan po porodu.

Po pravilih obveznega zavarovanja lahko PMS opravi šest obiskov pri novorojenčku oziroma dojenčku do prvega leta starosti ter dva obiska pri otročnici. V praksi vidimo, da je to očitno premalo, saj se je število obiskov v zadnjih petih letih povprečno povečalo za več kot en obisk, kar gre pripisati zgodnejšemu odpuščanju iz porodnišnice (6).

V porodnišnici se dnevno oglasi PMS, odgovorna za patronažno zdravstveno nego nosečnice, otročnice in novorojenčka. Individualno se z vsako za odpust predvideno otročnico pogovori ter jo seznanijo s prvim obiskom PMS na domu. Preveri naslov bivanja, ki se ravno v tem obdobju zelo spreminja in se le redko ujema z naslovom v osebnih dokumentih. Prav tako se

pogovori z oddelčno medicinsko sestro o morebitnih posebnostih v zdravstveni negi tako otročnice kot novorojenčka, ki odhajata v domače okolje.

Porodnišnica posreduje odgovorni PMS izpolnjen obrazec DZS 8.72 - prijava poroda ter poročilo o zaščiti matere in otroka v poporodni dobi. Tega posredujemo PMS, ki dela na terenskem območju, na katerega sta odpuščena mati in novorojenček. PMS v ta obrazec nadaljuje skrbno dokumentiranje terenskih obiskov, opravljeno zdravstveno nego in morebitna odstopanja oziroma posebnosti (5).

V poporodnem obdobju ima patronažna medicinska sestra specifične naloge pri obravnavi otročnice in novorojenčka na njenem domu:

- telesni pregled otročnice (dojk, fundus uterusa, čišče, epiziotomijske ali sekcijske rane),
- kontrola vitalnih funkcij (temperatura, RR),
- svetovanje glede pravilne prehrane otročnice in zadostnega vnosa tekočine,
- svetovanje glede nege in pregleda dojk,
- svetovanje, motiviranje in pomoč pri dojenju,
- nadzor nad izločanjem blata in urina,
- opazovanje in svetovanje nege epiziotomske rane ali rane po carskem rezu,
- svetovanje glede pomena dnevnega počitka in spanja,
- svetovanje glede vaj mišic medeničnega dna in poporodne telovadbe,
- poučitev in demonstracija nege novorojenčka, oblačenja, previjanja, pestovanja, lege novorojenčka,
- svetovanje glede ureditve novorojenčkovega ležišča,
- poučitev o mikroklimi,
- demonstracija in učenje tehnike kopanja novorojenčka,
- deznanitev staršev z otrokovimi potrebami po toplini, nežnosti in varnosti,
- izvajanje nalog v družini z novorojenčkom na podlagi individualnih potreb in problemov,
- napotitev na poporodni ginekološki pregled,
- napotitev v otroško posvetovalnico (7).

Vloga patronažne medicinske sestre pri neznanu duševni motnji v poporodnem obdobju:

- Obisk PMS prvi mesec ni namenjen le novorojenčku. Dva obiska sta namenjena prav mladi materi. Patronažna medicinska sestra skuša zagotoviti, da je vsaka otročnica deležna primerne fizične oskrbe in učinkovite psihične in socialne podpore, skuša pa tudi doseči, da bo otročnica pri oskrbi novorojenčka povsem samostojna, gotova in zadovoljna ter da se bo dobro počutila.
- Skrb in pozornost posveča tudi psihičnemu stanju in čustvenem doživljanju otročnice kot matere. S strokovnim delom, ki temelji na zaupanju, spoštovanju, empatiji, PMS otročnico vzpodbuja k izražanju čustev, občutkov in doživljanj. PMS otročnico spodbuja, da ohranja socialne stike (obiski, druženje, skupinska telovadba).
- Motivira jo, da si življenje organizira tako, da bo imela čas za redne obroke, razvedrilo, počitek in spanje, intelektualno spodbudo in stik z ostalimi. Otročnici svetuje, naj ne izgublja energije z opravili, ki jih lahko opravi kdo drug. Glede na stanje matere in novorojenčka in njune potrebe PMS mladi materi svetuje in pomaga,

gradi njeno samozavest, pri tem pa upošteva njene kulturne navade in okolje, iz katerega izhaja. PMS motivira partnerja, svojce oziroma pomembne druge, da se vključujejo v opravila, ki jih lahko opravijo, in s tem zelo razbremenijo mlado mamo (8).

- PMS moramo biti pripravljene tudi na morebitna medgeneracijska in partnerska nesoglasja. Ženska potrebuje pri svojih prizadevanjih v skrbi za otroka in urejene družinske razmere tudi priznanje in pohvalo partnerja, družinskih članov ter ožje in širše okolice. Podpora družine materi predstavlja veliko zadovoljstvo. Lažje se spopada s težavami, ki se pojavijo.
- PMS ima široko znanje in strokovne sposobnosti, ki ji omogočajo prepoznavanje in lajšanje duševnih stisk, ki jih doživlja ženska. Pomembno je, da je opažena in ne ostane sama. PMS mora prepoznati znake, kot so spremembe razpoloženja, žalost, jokavost, občutek tesnobe, razdražljivost, brezvoljnost in potrtnost, preobčutljivost predvsem v odnosu do partnerja in otroka, nespečnost, motnja koncentracije, občutek krivde ali jeze, izguba samospoštovanja, tesnoba ali vznemirjenost, samomorilne misli, nezanimanje za dogajanje v okolici, tudi za dojenčka, vsiljive misli o poškodovanju otroka. Matere so pretirano zaskrbljene za zdravje otroka, dvomijo o svojih materinskih sposobnostih in čutijo pomanjkanje energije. Za temi znaki se lahko skrivajo duševne stiske žensk, ki potrebujejo dobro psihosocialno podporo, pomoč in nekoga, ki jih bo poslušal, slišal in razumel. To so lahko partner, bližnji svojci, prijatelji ali PMS, ki je včasih tudi vez med njimi. V primeru, da ti simptomi ostajajo ali se celo potencirajo, svetujemo strokovno pomoč.
- PMS opažamo, da so duševne stiske in frustracije pogostejše pri otročnicah, ki so prezgodaj rodile, imele težave z zanositvijo in dojenjem, pri mladih materah brez zaposlitve, z nizkimi dohodki, brez opore partnerja ter pri ženskah, ki so imele izkrivljena (idealna) pričakovanja glede materinstva.
- Posebno skrb in odgovornost patronažna medicinska sestra nameni družini. Pri zagotavljanju zdravja in kakovosti življenja posameznika in družbe ima družina pomembno vlogo. V njej se oblikuje otrokova osebnost in je prostor, v katerem se gradijo temelji duševnega zdravja. V družini naj sproti rešujejo družinske in osebne težave. Odnosi naj bodo zdravi, vsi družinski člani naj imajo enake možnosti za napredek v osebnem razvoju. Vsak član družine se mora počutiti razumljenega, varnega, sprejetega in spoštovanega. V takem družinskem okolju bo vsak, ki ima težave, opažen, lahko bo izrazil svoja občutja in doživljanja, kar je zelo pomembno za ohranjanje in krepitev duševnega zdravja. Vsaka težava, ki jo prinese življenje, je rešljiva, če je izražena z besedami in če posameznik čuti, da je razumljen. Kadar patronažna medicinska sestra ugotovi slabe socialno-ekonomske razmere, družini pomaga pri reševanju problematike prek centra za socialno delo in humanitarnih organizacij. Patronažna medicinska sestra obiskuje otročnico in družino le določen čas, upoštevati mora pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. Z njimi je v tem času vzpostavila tak odnos, da jo bodo lahko poklicali, če sami ne bodo zmogli reševati morebitnih težav in stisk. Po strokovni presoji jim bo svetovala in jih po potrebi tudi usmerila k iskanju ustrezne pomoči (7, 8, 9).

Vloga patronažne medicinske sestre pri znani duševni motnji v poporodnem obdobju:

- PMS pridobi čim več informacij o otročnici in njenem trenutnem psihofizičnem stanju in predpisani terapiji. V takem primeru se PMS poveže z lečečim psihiatrom.
- Priporočljivo je, da je ob obisku prisoten partner oziroma pomembni drugi, da razbremenijo otročnico.
- V primeru težav se patronažna medicinska sestra poveže z osebnim izbranim zdravnikom, osebnim ginekologom, lečečim psihiatrom, pediatrom, mu predstavi probleme in težave in ta lahko izda delovni nalog. Na njem je opredeljeno število in pogostost patronažnih obiskov in dejavnosti, ki jih je treba opraviti na patronažnem obisku (7).

V prispevku navedena kontinuirana zdravstvena nega zagotavlja kakovostno obravnavo nosečnice, otročnice in novorojenčka. A ponekod po Sloveniji se ta prekinja. Najpogostejši vzrok za to je slaba koordinacija med patronažno službo in službami, ki obravnavajo ženo v predporodnem in poporodnem obdobju. Problem predstavlja tudi varovanje osebnih podatkov, ki moti koordinacijo med službami. Cilj kontinuirane zdravstvene nege je, da bi patronažna služba obiskala vsako nosečnico v zadnjem tromesečju nosečnosti in vsako otročnico z novorojenčkom v prvih 24 urah po odpustu iz porodnišnice. Po končani patronažni obravnavi otročnice in novorojenčka PMS napoti otročnico na poporodni ginekološki pregled in novorojenčka v otroško posvetovalnico. Do prvega leta starosti PMS pri dojenčku opravi še tri patronažne obiske z namenom spremljanja telesnega in duševnega razvoja, hkrati pa je pozorna na dogajanje v družini. V primeru težav v družini ponudi podporo in pomoč oziroma se poveže z ustreznimi drugimi službami.

Iz analize opravljenih obiskov pri otročnicah in novorojenčkih smo v Patronažni službi Maribor ugotovili, da se je število opravljenih obiskov v zadnjih petih letih povečalo za nekaj več kot en obisk in znaša v povprečju 7,6 patronažnih obiskov. Otročnica in novorojenček imata v tem obdobju pravico do petih patronažnih obiskov. Iz tega je razvidno, da je v tem zgodnjem obdobju večja potreba po patronažnih obiskih. Naš cilj je, da jih samostojno načrtujemo.

PMS se zavedamo, da ne moremo reševati poporodnih depresij in poporodnih psihoz. Lahko pa pomagamo pri pojavu poporodne otožnosti. Pomembno je, da smo v družini, da vidimo, opazujemo in prepoznamo dejansko situacijo, da nas žena in družinski člani spoznajo in nam zaupajo, da otročnici in družinskim članom pomagamo z nasveti. Če je treba, jo usmerjamo in motiviramo, da poišče pomoč pri strokovnjaku, če tega sama ne zmore, pa to PMS koordinira z drugimi službami.

Literatura

1. Rajković V., Šušteršič O. Informacijski sistem patronažne zdravstvene nege. Kranj. Moderna organizacija, 2000.
2. Allender J.A., Spradley Walton B. Community Health Nursing. Concepts and Practice (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins, 2001.
3. Brložnik M., Cibic D., Horvat M., Peternej A., Šušteršič O. Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega – nadgradnja in prilagajanje novim izzivom. Utrip, 2007.
4. Navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Uradni list RS, št.19/98.
5. Likar R. Analiza patronažne zdravstvene nege nosečnice, otročnice in novorojenčka za obdobje 1998-2003. Diplomsko delo. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 2005.
6. Fras D. Kontinuirana zdravstvena nega nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka: Patronažna zdravstvena nega nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka. 3. strokovno srečanje ZZPS. Žalec 2008: 59-64.
7. Likar R. Patronažna zdravstvena nega otročnice in novorojenčka, interne strokovne smernice Patronažno varstvo Maribor 2003.
8. Kum M. Trenutek ko ženska postane mati. Pridobljeno 10.9.2009 s spletne strani: <http://www.revija-vita.com/Patronaza>.
9. Kraševc B. Ko v družini zasije sončni žarek. Pridobljeno 10.9.2009 s spletne strani: <http://www.revija-vita.com/Patronaza>.



Irena Šimnovec, Radmila Pavlovič

**Zavetje mameZOFE: podpora, pomoč, svetovanje, usmerjanje pri
prehodu v starševstvo**

ZAVETJE mameZOFE: PODPORA, POMOČ, SVETOVANJE, USMERJANJE PRI PREHODU V STARŠEVSTVO

Irena Šimnovec, univ. dipl. dram., predsednica Združenja Naravni začetki, Radmila Pavlovič, univ. dipl. psih., magistra sociologije kulture, vodja programa mamaZOFA, Združenje Naravni začetki, e-pošta: info@mamazofa.org, irena.simnovec@gmail.com, radmila.pavlovic@hotmail.com

***Ključne besede:** medicinski model zdravja, socialni model zdravja, duševno zdravje žensk v obporodnem obdobju, preventivni programi, kurativni programi, podpora, pomoč, svetovanje, kvalitativne spremembe obporodne skrbi, obporodne stiske*

Združenje Naravni začetki se je leta 1996 pojavilo kot pomemben odziv na potrebe uporabnic/uporabnikov, ki v družbi niso bile zadovoljene: potrebe po kakovostnem informiranju o obporodnem obdobju, informirani izbiri, celostni in neprekinjeni obravnavi nosečnice, matere po porodu in njenega partnerja, žensko osredičeni obporodni skrbi, pomoči in podpori pri prehodu v starševstvo. Naše izhodišče je bilo – in je še vedno – zdravje kot rešitev in ne zdravje kot težava. Iščemo, spodbujamo iskanje ravnovesja in zapolnjujemo vrzeli med medicinskim in socialnim modelom zdravja, kot ju definira nekdanji vodja Oddelka za zdravje žensk in otrok pri Svetovni zdravstveni organizaciji prof. dr. Marsden Wagner: »V socialnem modelu zdravja vidimo osebo kot neke vrste ekološki sistem, ki ga še ne razumemo popolnoma. Ta sistem vključuje telo, um in duha, in vsak od teh je vpleten v zdravje in bolezen. Psihološki in socialni dejavniki (kot ljubezen in socialna podpora ali pomanjkanje teh dveh) sta poudarjena pri zdravljenju kot tudi pri nastanku bolezni. Pri zdravju in bolezni je poudarjen tudi pomen okolja. Ekološke rešitve v socialnem modelu zdravja zato vključujejo tudi spremembe okolja in družbenih struktur.« (1) Če podrobneje pogledamo razliko med sistemoma na področju reproduktivnega zdravja: Medicinski pogled obravnava porod (in obdobje ob porodu) kot medicinski problem. V tem modelu se vse nosečnosti in porode obravnava kot potencialno patološke, dokler ne dokažemo nasprotnega. V socialnem modelu pa reprodukcija ni niti medicinska niti ni problem: nosečnost ni bolezen in porod ni nujno medicinski ali operativni postopek. Porod je biosocialni proces, ki je del vsakdanjega življenja. (1) Za nas je zanimiva tudi definicija poroda babice Ine May Gaskin: »Porod je biološki – anatomski, fiziološki in biokemični – dogodek, ki vključuje duševno in duhovno komponento« (2). In Marsden Wagner še stopnjuje: »Osnova temu pogledu je, da je porod že po naravi ženski, intuitiven, seksualen in duhoven – kvalitete, ki jih ne najdemo v medicinskem modelu.« (1)

Tudi definicija reproduktivnega zdravja, kot ga navaja SZO, združuje oba pogleda: »Reproduktivno zdravje je celovita fizična, duševna in socialna blaginja in ne zgolj odsotnost bolezni ali slabotnosti«. (3) SZO pa tudi ugotavlja našo realnost: »duševno zdravje kot komponenta reproduktivnega zdravja na splošno je bilo in še vedno je – neopazno, nepomembno in obrobno.« (3)

Pri Združenju Naravni začetki velik del pozornosti namenjamo tej »neopazni, nepomembni in obrobni« komponenti.

Dejavnosti, ki so namenjene ženskam, njihovim partnerjem in drugim bližnjim osebam, so preventivne in kurativne narave. V preventivnem delu (priprave na porod in življenje z otrokom, različne podporne skupine za mamice z dojenčki, podporne skupine za očete, različne delavnice za posameznike/posameznice in pare v ranljivem obdobju prehoda v

starševstvo, na forumu, po e-pošti in osebno) informiramo, izobražujemo, svetujemo o varovanju in krepitvi zdravja, skrbi za otroka in zase ter o različnih vidikih dobrih partnerskih odnosov, pravicah žensk, partnerja in otročka. Prav tako omogočamo medsebojno druženje, spletnje socialne mreže, izmenjavo izkušenj. Uporabnice/uporabnike tudi usmerjamo k drugi ustrezni strokovni pomoči. V kurativnem delu pa deluje telefon mamaZOFA za pomoč v obporodnih stiskah; storitve smo razširili tudi na forumsko in osebno svetovanje, svetovanje po e-pošti in srečevanje v podpornih skupinah. A pri resnejših stiskah zgolj svetovanje po telefonu ali spletni strani ne zadostuje. Takrat vključimo še pomoč na domu. Program mamaZOFA – telefon za svetovanje, podporo in pomoč v obporodnih stiskah je leta 2007 prejel nagrado Navdihujočih 5 kot najboljši primer dobre prakse med nevladnimi organizacijami. Program proMAMA pa je namenjen zagovorništvu žensk in njihovih svojcev zaradi neustreznih obravnav in/ali travmatičnih izkušenj v obporodnem obdobju, ki obsega individualne in skupinske oblike svetovanja in podpore.

Naše delo temelji na človekovih pravicah, slovenski zakonodaji (npr. Zakona o pacientovih pravicah), Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013, sodobnih znanstvenih izsledkih, pri tem pa se navdihujemo pri žensko osredinjenih obporodnih praksah, katerih učinkovitost je znanstveno dokazana. Sodelujemo z različnimi slovenskimi in tujimi nevladnimi organizacijami in posameznimi strokovnjaki.

Poleg dela z ženskami in njihovimi najbližjimi v obporodnem obdobju svoje delo usmerjamo tudi v kakovostne spremembe obporodne skrbi v Sloveniji. Izhajamo iz načel žensko osredinjene skrbi, poudarjamo pomen informirane izbire, uveljavitve porodnih praks v Sloveniji, ki temeljijo na sodobnih znanstvenih izsledkih, kakovostne odnosne ravni ter ugotovljamo potrebo po razvijanju drugačnih (po svetu že uveljavljenih in ugotovljeno dobrodejnih) porodnih okolij (zunaj porodnišnice) in načinov porajanja. Pri tem poudarjamo uveljavitev neprekinjene babiške skrbi za zdravo nosečnico, porodnico in žensko po porodu (ena babica - ena ženska), saj bi prav ta vrsta skrbi najbolj ustrezala ravnotežju med medicinskim in socialnim modelom zdravja. V letu 2009 pričenjamo izobraževanje doul – porodnih pomočnic; z njihovim izobraževanjem in vpeljavo v slovenski kulturni prostor krepimo naša prizadevanja za duševno zdravje žensk: podatki različnih študij kažejo, da navzočnost doule pri porodu in po njem bistveno zmanjšuje tveganje za poporodno duševne težave žensk, med drugim tudi depresijo (4).

V kontekstu kurativnega delovanja na področju duševnega zdravja v obporodnem obdobju sta posebej pomembna telefonska pomoč pri obporodnih stiskah mamaZOFA in forumsko svetovanje. Program telefonske pomoči je nastal na pobudo R. Pavlovič, deluje neprekinjeno od leta 2003 in je prva in še danes edina tovrstna storitev v Sloveniji. Pri njem sodelujejo informatorke in prostovoljke, dejavnost pa sofinancirata Mestna občina Ljubljana in Ministrstvo za zdravje. Za uporabnice in uporabnike smo na voljo vsak delavnik od 8. do 16. ure. V zavetje mameZOFE se po tej poti tedensko zateče povprečno do deset mamic, mesečno do štirideset, letno do štiristo štirideset. Samo petina žensk se javi v nosečnosti, druge pa večinoma po treh oziroma šestih mesecih otrokove starosti. Redke posameznice, ki nas pokličejo, imajo otroka, starega od enega do dveh let. Večinoma se javljajo ženske same, v 5% pa poiščejo stik njihovi partnerji ali druge bližnje osebe (prijateljice, matere ali očetje). Šestina mamic je pred stikom z nami že dobila psihiatrično pomoč in jemlje zdravila, vendar potrebuje dodatno podporo. Težje oblike obporodnih stisk zahtevajo psihiatrično pomoč ali intenzivno in strukturirano psihološko pomoč, v katero usmerimo približno vsako osmo uporabnico. Vsaj petdeset posameznic se letno vključi v naše dolgoročne podporne programe.

Številne mamice se, četudi niso v stiski, vrnejo v naše programe tudi v naslednjih nosečnostih.

Pogosti znaki njihovih stisk so:

- pretirana zaskrbljenost za otrokovo ali lastno zdravje
- pogosto jokanje
- motnje v spanju
- motnje v prehranjevanju
- utrujenost in izčrpanost
- ženska ima telesne težave, vzroka pa z različnimi preiskavami ni bilo mogoče odkriti (na primer bolečine v prsih, glavobol, dihalne težave)
- težave pri dojenju
- doživlja se kot slabo mater
- težave v odnosih z najbližjimi
- pretirana skrb za otroka
- ne dovoli najbližjim, da bi skrbeli za otroka
- pomanjkanje zanimanja za otroka
- ne počuti se povezana z otrokom
- opuščanje skrbi zase ali za otroka
- nezmožnost usklajevanja vsakodnevnih opravil
- brežvoljnost
- tesnoba
- strah, da bo sebi ali otroku kaj naredila.

Nekaj značilnih izjav žensk pri prvem klicu:

»Ne morem več.«

»Ne najdem se.«

»Preveč je vsega.«

»Počutim se slaba mama.«

»Sama sem v svetu plenic in otroškega joka.«

»Vsako jutro sem tesnoba, strah me je, da se bo razvilo kaj hujšega.«

»Slabo spimo. Nimam ga rada /otroka/. Vse je bilo krasno do poroda. Zdaj pa tole.«

»Strah me je biti sama z otrokom.«

»Ne prepoznam se več. Velikokrat izgubim živce in tulim nad sinom. Včasih ga komaj prenašam.« /noseča mati, ki ima že štiriletnega sina/

»Že v porodnišnici sem se slabo počutila, tudi do otroka postajam čudna.«

Struktura klicev na telefon mamaZOFA:

- tretjina posameznic potrebuje kratko enkratno informiranje, ki traja v povprečju do trideset minut,
- tretjina posameznic poleg uvodnega razgovora potrebuje daljša, večkratna svetovanja v roku dveh mesecev,
- tretjina posameznic poleg uvodnega pogovora potrebuje v povprečju še petmesečno spremljanje in svetovanje.

Izkušnje kažejo, da so obporodne stiske še vedno tabuizirana tema, ki ne spada k idealizirani podobi srečne družine z novorojenčkom, ki jo goji sodobna družba. V svetu, v katerem prevladuje diktat uspešnega življenja in srečnega materinstva, ni dovolj prostora, da bi bodoče

matere in matere izpovedovale svoje stiske in dvome. Ženske v stiski se zato pogosto osamijo, za svoje stanje pa obtožujejo sebe, kar ustvari začaran krog obupa in krivde. Opazamo tudi, da so matere pogosto preplavljene s skrbjo za otroka in niti ne opazijo, da zapostavljajo svoje najnujnejše potrebe. Druge se iz različnih vzrokov počutijo odtujene od svojega otroka in se doživljajo kot slabe mame. Možnost stiske še poveča ekonomska odvisnost in nestabilnost, partnerske težave in težave v primarni družini, vendar tudi pri socialno in ekonomsko urejenih družinah stiske niso izključene.

Svetovalno in podporno delo po telefonu poteka od začetnega svetovalnega pogovora, v katerem ženska prepozna in poimenuje svojo stisko in nemoč, do priprave akcijskega načrta vsakodnevnega vzdrževanja duševnega zdravja. Vanj je vključena tudi podpora najbližjih. Reden stik z žensko po telefonu in s tem redna podpora pogosto omogoči hitro izboljšanje akutne stiske. Še bolj učinkovito pa je vsaj eno osebno srečanje in vključitev v podporno skupino. Blažje in srednje hude stiske ponavadi izzvenijo v nekaj mesecih, najpogosteje tik pred otrokovim dopolnjenim prvim letom starosti, izzivi zgodnjega starševstva pa ostajajo. Izkušnje združenja Naravni začetki s programom telefona mamaZOFA in s spletnim svetovalnim forumom Obporodne stiske so pokazale, da pravočasna in individualno izoblikovana podpora stisko močno omili in lahko prepreči njeno stopnjevanje. Ženski v stiski pomagamo pri iskanju virov moči v sebi, v krogu družine in prijateljev; spodbujamo mreženje pomoči v življenjskem okolju posameznice. Veliko koristnih napotkov in informacij je zbranih v prvem poljudnem priročniku *Zima v srcu*, v katerem so opredeljene možne stiske, napotitve za različne vrste pomoči, podpore in zdravljenja ter predlogi za matere same, njihove bližnje in zdravstvene strokovnjake, kot ilustracija pa so predstavljena posamezna vprašanja in odgovori s foruma (5).

Pri evalvaciji našega dela ugotavljamo, da je našim uporabnicam, ženskam v stiski – tako tistim, ki jemljejo psihiatrična zdravila, kot tistim, ki jih ne – naša podpora pri vzdrževanju duševnega ravnotežja v vsakdanjem življenju zelo pomembna, nepogrešljiva spodbuda pri širjenju socialne mreže in dragoceno zavetje, kamor se lahko vedno znova zatečejo.

Literatura

1. Wagner, M., Pursuing The Birth Machine, The Search for Appropriate Birth Tehnology, ACE Graphics, Campertdown 1994.
2. Gaskin, I. M., Spiritual Midwifery, The Farm Book Press, Summertown 1978.
3. WHO, Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature, WHO Press, Genova 2009.
4. Goer, H., The Thinking Woman's Guide to a Better Birth, Perigee, New York 1999.
5. Drglin, Z., Zima v srcu, IVZ, Ljubljana 2009.



prof.dr. Jože Ramovš, Erika Povšnar

Šola za starše in učenje komuniciranja med njimi

ŠOLA ZA STARŠE IN UČENJE KOMUNIKACIJE MED NJIMI

prof. dr. Jože Ramovš, Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje;
joze.ramovs@guest.arnes.si

Erika Povšnar, viš. med. sest., univ. dipl. ped., Osnovno zdravstvo Gorenjske, OE Zdravstveni dom Kranj; erika.povsnar@zd-kranj.si

Ključne besede: socialno zdravje, družinski odnosi, partnerska komunikacija, šola za starše, materinska šola

1. Uvod

Strokovna pomoč javnega zdravstva družini pri nosečnosti, porodu ter skrbi za zdravje otroka in družine je velika zgodba o uspehu zdravstva v 20. stoletju, ki mu tudi zaradi tega upravičeno rečemo stoletje otroka. Demografska kriza s prenizko rodnostjo za preživetje avtohtonega prebivalstva in s tem povezane težke naloge zdravstvenega varstva ter družbenega razvoja nasploh v razmerah starajočega se prebivalstva pa postavljajo pred družinsko zdravstveno vzgojo nove izzive in naloge. Pri tem se kaže kot ena največjih in doslej povsem neizkoriščenih možnosti pomoč zdravstva pri skrbi za socialno zdravje, ki je po opredelitvi Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) enako pomembna sestavina zdravja kakor sta telesno in duševno zdravje.

Vsaka pot krepitev socialnega zdravja vodi čez učenje kakovostne komunikacije, zlasti med starši v družini. Ker je najprimernejši čas za učenje tega med pričakovanjem otroka, je Osnovno zdravstvo Gorenjske v temeljitem razvojnem projektu uvedlo novo informativno-podporno vsebino o komunikaciji med partnerjema v šole za starše vseh zdravstvenih domov na svojem območju. V prispevku je strokovno pojasnjena povezava med zdravjem in kakovostjo sožitja. V nadaljevanju je utemeljena edinstvena dobra možnost, ki jo imajo šole za starše pri tem, da javno zdravstvo pomaga mladim staršem pri njihovi odločitvi za učenje kakovostnega komuniciranja in s tem za dvig socialnega zdravja prebivalstva. Na kratko so povzeti tudi raziskovalni rezultati o uspešnosti uvedbe nove učne enote v šolah za starše – starši v aktivni delavnici, ki poteka samo eno uro, prepoznajo svoje potrebe in odgovornost za učenje lepšega sožitja med njimi, zdravstvu so hvaležni za informacije in predlagajo nadaljevanje tovrstne javnozdravstvene pomoči pri njihovi skrbi za zdravje družine.

2. Preventivna vloga sožitja in komunikacije v luči celostne opredelitve zdravja SZO

Z Ustanovno listino SZO je leta 1946 človeška skupnost sprejela temeljni dokument sodobnega zdravstva in v njem opredelila, kaj je zdravje. Na temelju dotedanjega znanja o zdravju so zapisali – in to velja še danes –, *da je zdravje čim bolj popolno telesno, duševno in socialno (to je sožitno) blagostanje vsakega človeka* (1).

Ustanovitev SZO in ta opredelitev zdravja v njeni ustavi sta imeli za razvoj človeštva izjemen razvojni pomen. Ta pomen ter uspehi v razvoju zdravstva in socialnega varstva ljudi na vsem svetu lahko primerjamo kvečjemu z osnovnim poslanstvom Organizacije združenih narodov pri varovanju sveta pred požarom nove svetovne vojne. Pomen in uspeh je dvojen. Očitno je viden v boljšem zdravstvenem sistemu držav, zmanjšani umrljivosti, daljši življenjski dobi in podobnih kazalcih blagostanja. Vzrok za navedeni uspeh pa je globlji in manj viden – celostno gledanje na človekovo zdravje; da je namreč zdravje kakovostno delovanje **vseh človekovih razsežnosti v neločljivi medsebojni povezanosti**. Izrecna omemba duševnega in socialnega blagostanja v opredelitvi zdravja je pozornost razširila s telesne razsežnosti na celotnega človeka, torej tudi na duševno, duhovno, socialno, razvojno in bivanjsko razsežnost človeka (2). S poudarkom, da ne gre le za odsotnost bolezni ali poškodbe, ampak za **kakovostno** delovanje, pa se je zdravstvo bistveno bolj usmerilo v preventivno skrb za krepitev zdravja.

Preventivnemu vidiku dajejo poznejši dokumenti SZO odločilni poudarek. Pomemben novejši strateški dokument za izboljšanje zdravja in zdravstvenega varstva v vseh njegovih razsežnostih je program SZO *Zdravje za vse*, ki si je zastavilo konkretne cilje najprej do leta 2000, nato pa z dopolnitvami za novo tisočletje. Na ministrskem srečanju evropske regije leta 1996 v Ljubljani je bila sprejeta Ljubljanska listina (3), ki je bila pripravljena na temelju dobrih izkušenj držav pri uresničevanju programa *Zdravje za vse*. Ta pomemben mednarodni zdravstveni dokument, ki je bil sprejet pri nas v Sloveniji, vsebinsko precej gradi na socialnih razsežnostih zdravja, kot so solidarnost, prevzemanje soodgovornosti za svoje zdravje, samopomoč, aktivno sodelovanje državljanov pri skrbi za zdravje ter pri oblikovanju preglednega in javnosti dostopnega zdravstvenega sistema, usmeritev v preventivno krepitev zdravja in podobno. Navedeni primeri zdravstvenih dokumentov kažejo, da je danes socialna razsežnost zdravja in zdravstvenega varstva samoumevna.

Drugi razlog za resno upoštevanje socialnih vidikov pri javni skrbi za zdravje pa so sodobna znanstvena spoznanja o psihosomatskem izvoru mnogih obolenj. Človekovo slabo počutje sproža številne bolezni, zato so neustrezna psihična stanja enako pomemben dejavnik tveganja za bolezni kakor nezdrava prehrana ali pomanjkanje gibanja. Psihosomatskega izvora so še zlasti pogosto kronične nenalezljive bolezni, ki povzročajo 60 odstotkov vseh smrti na svetu (4). Slabo počutje najpogosteje izhaja iz slabih medčloveških odnosov. Zato je pri iskanju etiologije bolezni nezadostno govoriti samo o psihosomatskih obolenjih. Če je v večini primerov osnovni vzrok socialni ali sožitveni in šele ta sproži psihičnega, gre pri večini psihosomatskih obolenj v resnici za **socio-psiho-somatska** obolenja.

Enako pomembno je poznati obratni proces: kakovostno medčloveško sožitje prinaša največji del psihičnega zadovoljstva in trdnosti, to pa je eden od najmočnejših varovalnih dejavnikov zdravja. Preventiva bolezni, zlasti kroničnih nenalezljivih, ima torej pred sabo še skoraj povsem neizkoriščen največji varovalni dejavnik zdravja: krepitev in izboljševanje medčloveških odnosov.

3. Informativno-podporna delavnica o komunikaciji med staršema v šoli za starše

Med najbolj odločilnimi dejavniki človekovega doživljanja sreče je lastna družina. Odločilni dejavnik za kakovost družine je osebna komunikacija med partnerjema oziroma med starši srednje generacije. Vsak od njiju je prinesel v partnerski odnos svoj vzorec osebne

komunikacije. Glavni elementi osebne komunikacije so način pripovedovanja svojih misli, izkušenj, doživljanja, želja, potreb in drugega, način poslušanja drugega, način molčanja o tistem, kar je škodljivo govoriti, in način klicanja drugega. Poleg tega, da je komunikacijski vzorec obeh partnerjev v vsem tem vsaj deloma različen, prinaša vsak od njiju v skupno življenje tudi nekaj slabih komunikacijskih navad. Tako nov odnos ni le priložnost, ampak nuja, da se človek uči novega vzorca za osebno in delovno komuniciranje. Zato so prva leta partnerskega sožitja med najprimernejšimi priložnostmi za učenje dobre osebne komunikacije, v tem okviru pa je verjetno priprava na porod prvega otroka priložnost, ki najbolj motivira največje število mladih družin. Izkušnja sožitja partnerjev se do tedaj že prevesi iz idealiziranih lastnih predstav v sožitno realnost, prihajajoči otrok pa starše pripravi k želji, da bi zanj kar najbolj poskrbeli. Primerna strokovna informacija o možnosti uspešnega učenja dobre osebne partnerske komunikacije in motivacijska opora pri tem jim v tem času zadovolji naslednji potrebi:

1. z zavestnim učenjem kakovostne komunikacije med njima partnerja poskrbita za kakovost življenja njunega otroka tako dobro, da bi težko s čim drugim bolje,
2. s tem sočasno najboljše poskrbita tudi za večjo kakovost lastnega sožitja.

Boljšo motivacijo in bolj primeren čas za množično informiranje o učenju partnerske komunikacije, kot je starševska ali materinska šola pred porodom, bi težko našli v življenju družine, če seveda ne upoštevamo skrajne krize, kot je, na primer, alkoholizem, ko je stiska enega ali obeh partnerjev tako velika, da sta pripravljena storiti vse za preživetje; toda to ni preventiva, ampak terapija po nesreči, nam pa gre za zdravstveno in socialno preventivo in vzgojo.

Ko se je leta 2006 Osnovno zdravstvo Gorenjske (www.ozg-kranj.si) na temelju ugotovljenih potreb staršev odločilo za uvajanje nove učne vsebine v starševski šoli o komunikaciji med roditeljema, je projekt uvajanja poverilo Inštitutu Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje (www.inst-antonatrstenjaka.si), ki na tem področju dela tako znanstveno raziskovalno kot razvojno in projektno, pri čemer se naslanja na sodobna spoznanja o praktičnem socialnem učenju partnerske komunikacije; tovrstnih del je zadnja leta kar nekaj tudi v slovenščini (5, 6, 7, 8, 9, 10). Projekt je bil usmerjen v kratko informativno ozaveščanje mladih staršev o komunikaciji med staršema z elementi pozitivne izkušnje in motivacije za lastna stališča glede nadaljnjega učenja kakovostne partnerske komunikacije med mladima staršema.

Poleg navedenih spoznanj je pri projektu priprave in uvajanja nove učne vsebine pomembno tudi dejstvo, da se starševske šole udeleži večina nosečnic pred prvim porodom, mnoge tudi pred naslednjimi. Z njimi se šole udeleži tudi pretežni del očetov. Za udeležbo v tej šoli so mladi starši motivirani; komaj kakšno drugo obdobje ali priložnost v življenju družine se lahko glede tega primerja s pripravo na porod otroka. Zato je starševska šola ena od najbolj množičnih zdravstveno vzgojnih in preventivnih programov pri nas. Njena odlika so tudi izjemno nizki stroški izvajanja.

Dosedanje uspešno delo v starševskih šolah in v drugih zdravstvenih dejavnostih, ki se posvečajo otrokom in materam, je pokazalo perečo potrebo, da javno zdravstvo poleg dosedanjih vsebin poskrbi tudi za usposabljanje v osebni komunikaciji med staršema. Razlogi za to so torej naslednji:

- Potek nosečnosti, poroda ter nega in nato vzgoja dojenčka in otroka so v odločilni meri odvisni od kakovosti partnerskega odnosa med staršema. Večinski faktor, ki odloča o kakovosti partnerskega odnosa med roditeljema je njuna sposobnost za komuniciranje; ta sposobnost pa je v celoti naučena.
- Velik del bolezni pri otrocih in odraslih je psihosomatskega izvora. Glavni vzrok psihične nestabilnosti, ki odpre vrata somatskemu obolenju, izvira iz slabega medsebojnega odnosa – ta pa izvira iz pomanjkljive usposobljenosti za komuniciranje. Učenje boljšega komuniciranja med staršema je torej najkrajša in najbolj rentabilna pot za zmanjševanje psihosomatske obolevnosti med otroki in odraslimi v družini.
- Eden od pomembnih vzrokov, da se starši v evropskih državah ne odločajo za več rojstev in da postaja demografska problematika v EU (11) prioriteta, je bistveno nižja kakovost medčloveškega sožitja v družinah od njihovega materialnega standarda. Pogoj za dvig kakovosti medčloveškega in medgeneracijskega sožitja v družinah pa je intenzivno učenje osebnega in delovnega komuniciranja med starši srednje generacije; njihovi vzorci komuniciranja namreč določajo tudi vzorec komuniciranja in odnosov pri otrocih ter odnos obeh mlajših generacij do tretje generacije sorodnikov in ljudi v okolju.
- Nosečnost je najbolj primerno obdobje, da javna zdravstvena služba pravočasno zajame večino srednje generacije v ozaveščanje o pomenu partnerske komunikacije za zdravje in kakovost življenja, o možnostih za učenje boljšega komuniciranja ter jim v šoli za starše pred porodom prvega otroka posreduje informacije in podporo pri tem.
- Javno zdravstvo in druge javne službe imajo strokovno in politično nalogo, obenem pa dobro priložnost, da po uspešnem dvigu kakovosti telesnega zdravja in materialne blaginje sistematično usposobijo prebivalstvo za boljše komuniciranje, medčloveško in medgeneracijsko sožitje ter sodelovanje, ki so bistvene sestavine krepitev duševnega in socialnega zdravja v skupnosti.

4. Izkušnje pri uvajanju in izvajanju informativne delavnice o komunikaciji med staršema v šolah za starše

V luči celostnega pogleda na zdravje in dejstva, da je kakovostno medčloveško sožitje njegov temeljni socialni varovalni dejavnik, je Osnovno zdravstvo Gorenjske v sodelovanju z Inštitutom Antona Trstenjaka v letu 2006 pristopilo k projektu *Uvajanje nove vsebine – informativne učne enote komunikacija med staršema v programe šol za starše v vseh zdravstvenih domovih gorenjske regije*. S to odločitvijo, ki je oprta na strokovna dognanja in ugotovljene potrebe udeležencev šol za starše, nadaljuje Osnovno zdravstvo Gorenjske svojo več kot 50-letno tradicijo izvajanja in razvoja šol za starše in ta pomembni preventivni program bogati z vidikom socialnega zdravja. Vsebinsko domeno šol je namreč do sedaj sestavljalo predvsem telesno in delno duševno zdravje otroka in matere. Socialnemu zdravju posebna pozornost in skrb nista bili namenjeni. Skladno z znanstvenimi spoznanji in s potrebami časa pa postaja prav socialni vidik vse bolj pomemben in celo nujen za oblikovanje kakovostnega preventivnega programa. Brez socialnega vidika ni mogoče reči, da izhajamo iz celostnega pogleda na zdravje in da upoštevamo človeka v vseh njegovih razsežnostih.

Pogled v dolgoletno zgodovino materinskih šol, kot so se v začetku imenovale današnje šole za starše, nam pokaže njihov razvoj in vlogo v organizirani skrbi za zdravje žensk, otrok in kasneje družine. Njihovi prvi zametki segajo v trideseta leta 20. stoletja, ko se prvič pojavi priprava na porod kot organizirana skupinska oblika. Do tedaj je govora le o porodni pomoči. Ob tem ne moremo prezreti pomembne vloge slovenskega babištva. Do druge svetovne vojne

sta bili glavni nalogi babic predvsem pomoč pri porodu in nega novorojenčka. Vendar se je že leta 1920, ko je dr. Andrija Štampar začel razvijati koncept celostnega zdravstvenega varstva različnih skupin prebivalstva ter so bili ustanovljeni prvi dispanzerji za ženske in otroke, delovanje babic začelo širiti od porodnega k pred- in poporodnemu zdravstvenemu varstvu matere in otroka. Po drugi svetovni vojni je v delokrog babic spadala tudi priprava staršev na starševstvo in načrtovanje družine (12, 13). Po letu 1948 so v sklopu zdravstvenih enot preventivno kurativnega dispanzerskega tipa za zdravstveno varstvo žensk poleg ginekoloških ambulant delovale tudi posvetovalnice za nosečnice; v sklopu materinskih domov pa so bili med drugim organizirani tudi tečajji za nosečnice pred porodom. Pobudnik take organizacije in ustanovitve materinskih domov je bil prof. Pavel Lunaček.

Mejnik za začetek materinskih šol v sodobnem pomenu besede je leto 1955. Tega leta so na Ginekološki kliniki v Ljubljani začele potekati prve priprave nosečnic na porod, ki so jih prvotno imenovali psihoprofilaktična priprava na porod. Zaradi vse večjega zanimanja se je krog vsebin, ki je sprva obsegal le teoretično razlago poroda in pripravo nanj, postopno začel širiti. Dejavnost, ki je potekala v obliki tečajev, se je preimenovala v materinsko šolo. S krajšimi ali daljšimi časovnimi zamiki pa so materinske šole nastajale in se razvijale tudi v drugih slovenskih regijah. Tako zasledimo, da je bila v Pomurju (ZD Murska Sobota) prva materinska šola kot priprava nosečnice na porod organizirana leta 1960. V Mariboru so v okviru babiške šole pričeli tečaje leta 1966. Na Dolenjskem (ZD Novo mesto) potekajo tečajji od leta 1969, v Koprski regiji – kraško območje (ZD Ilirska Bistrica) od leta 1973 in na obalnem območju (ZD Koper) od leta 1974. V istem letu je začela delovati prva materinska šola tudi na Goriškem (ZD Ajdovščina). Na Koroškem so tečaj psihoprofilaktične priprave na porod pričeli leta 1978, in sicer na Ravnah. Šole so večinoma delovale v okviru osnovne zdravstvene dejavnosti v posvetovalnicah za nosečnice ali patronažnih službah. V osemdesetih letih prejšnjega stoletja so se babice počasi začele »umikati« višjim medicinskim sestram – najpogosteje patronažnim sestram, ki so v okviru preventive prevzele tudi delo v materinskih šolah (14, 15).

Na Gorenjskem je bila prva materinska šola organizirana leta 1958 v Kranju. V drugih zdravstvenih domovih na Gorenjskem so šole začele delovati nekoliko kasneje (v Trziču leta 1969, na Jesenicah 1978, v Škofji Loki 1979 in na Bledu leta 1980). V ZD Kranj so vse do leta 1968 šole vodile patronažne medicinske sestre. Nosečnice so sestre teoretično in praktično seznanile s previjanjem, kopanjem in z nego novorojenčka, dojenjem ter drugo prehrano. Posebnost je bila tako imenovana mlečna kuhinja, v kateri so praktično pripravljali obroke za dojenčke do prvega leta starosti. Po letu 1970 so se v program vključile babice. V naslednjih letih pa so vsebine v glavnem obsegale anatomijo in fiziologijo ženskih spolnih organov, potek normalnega poroda, psihoprofilakso, značilnosti, razvoj in nego novorojenčka, dojenje in »umetno« prehrano novorojenčka, poporodno obdobje, kontracepcijo. Ekipa izvajalcev se je razširila z ginekologom in s pediatrom. Po letu 1986 med vsebinami najdemo še zobozdravstveno vzgojo in nekaj psiholoških vsebin. Telesno vadbo so sprva vodile patronažne sestre in babice, zatem so delo prevzele fizioterapevtke. Devetdeseta leta so prinesla sodelovanje z lokalnimi porodničnicami – Porodnišnico za ginekologijo in porodništvo v Kranju, Porodnišnico Jesenice. Podobne vsebinske sklope kot v ZD Kranj zasledimo tudi v vseh drugih gorenjskih materinskih šolah. Delno so se šole zgledovale tudi po materinski šoli na Univerzitetni ginekološki kliniki, ki je bila vrsto let »paradni konj« te dejavnosti (14, 15, 16).

Postopoma je naraščalo tudi število udeležencev v materinskih šolah. Statističnih podatki za zgodnje obdobje so iz nam dostopnih virov nepopolni oziroma neznani. Leta 1973 pa se

pojavi prvi dostopen zapis o delu materinskih šol na Gorenjskem. Šolo je takrat v ZD Kranj obiskalo 128 udeleženk. Do leta 1978 (prvo poročilo na obrazcu) je število žensk naraslo z 128 na 159 letno. Leta 1980 se pojavi prvi zapis o delu enot – poleg Kranja najdemo tudi podatke materinskih šol na Jesenicah in Bledu. Število udeleženk je naraslo na 255. V naslednjih treh letih se število udeleženk ni bistveno spreminjalo. Leta 1984 so bili v materinski šoli prvič prisotni tudi očetje, šolo jih je obiskalo sedem. Po tem letu je začelo število žensk hitro naraščati, pri moških pa zasledimo strm vzpon po letu 1989. Z vse večjo udeležbo očetov je poimenovanje materinska šola vse manj ustrezalo. Postopoma se je na nacionalni ravni začelo uporabljati ime šola za starše. Leta 2000 je na Gorenjskem od skupno 1193 udeležencev šolo obiskalo 42% bodočih očetov (505) in 58% bodočih mater (688). Kaže, da šola ustreza pričakovanjem in željam bodočih staršev, saj kljub padcu rodnosti število udeležencev vsako leto narašča. V lanskem letu (2008) je šolo na Gorenjskem obiskalo 2056 bodočih staršev, ki večinoma prihajajo kot pari (17).

Danes šole za starše na Gorenjskem delujejo v petih zdravstvenih domovih v Kranju, na Jesenicah, v Škofji Loki, v Trziču in na Bledu. Spadajo v dejavnost zdravstvene nege in so organizirane v okviru patronažnih oziroma v novejšem času v okviru zdravstveno vzgojnih centrov. Poleg medicinskih sester, ki so nosilke dejavnosti, sodelujejo tudi fizioterapevti in v posameznih zdravstvenih domovih tudi zdravniki (ginekolog, pediater), psihologi in farmacevti. V večini zdravstvenih domov sta organizirana dva sklopa tečajev – tečaj za zgodnjo nosečnost in tečaj za pozno nosečnost oziroma tečaj priprave na porod.

Iz podatkov je razvidno, da se tečajev udeleži sorazmerno velik del mlade populacije. Večina (prvič) ustanavlja družino in pričakuje rojstvo prvega otroka. Šole, ki so vseskozi sledile razvoju stroke, so kljub uvajanju nekaterih novih metod in vsebin vendarle pretežno ostale na biomedicinskem in v manjši meri na psihološkem pristopu. Med novimi potrebami je pomembneje pričelo izstopati področje komunikacije in sožitja med partnerjema. V triletnem (2002–2005) spremljanju potreb udeležencev je iz anketnih vprašalnikov razvidno, da so med sedmimi tematskimi sklopi po pomembnosti področje komunikacije ženske uvrstile na četrto, moški pa na drugo mesto. Glede na skupno število udeležencev je komunikacija uvrščena na drugo mesto (18).

Izhajajoč iz prej navedenih dejstev, da je zdravje odvisno od kakovostnega medčloveškega sožitja, ki ga določa predvsem kakovost komunikacije, da je kakovost pogovora v celoti naučena veščina ter da je obdobje pričakovanja prvega otroka eno najbolj primernih obdobji za tovrstno učenje, je, kot že rečeno, Osnovno zdravstvo Gorenjske leta v letih 2006 in 2007 začelo razvojni projekt **nove informativne učne vsebine: komunikacija med starši**. Projekt je potekal v več korakih. Inštitut Antona Trstenjaka je po svetovnih spoznanjih s tega področja naredil vsebinski in metodični koncept učne enote ter izvedel usposabljanje izvajalk - predavateljic v šolah za starše. Bilo jih je dvanajst, sicer zaposlenih v zdravstvenih domovih, z različno izobrazbo in osnovnim področjem poklicnega dela. S tem je Osnovno zdravstvo Gorenjske kadrovske postavilo temelje za vključitev vsebine in izvajanje v vse Šole za starše na Gorenjskem. Usposabljanje je potekalo po sodobni metodi praktičnega socialnega učenja, kjer so se izvajalke postopoma usposobile za ustvarjalno izvajanje učne enote, ki se je ob uvajanju tudi sama dopolnjevala v skladu s potrebami in zmožnostmi udeležencev in izvajalcev. Celotna enota je zasnovana na konceptu aktivne delavnice z izkustvenim socialnim učenjem, ki udeležence sočasno informira o potrebnih spoznanjih partnerskega sožitja in komunikacije med partnerjema, jima posreduje nekaj osnovnih učnih izkušenj o tem ter ju motivira za zavzemanje njunega lastnega stališča do njunega učenja sožitja. Po končanem usposabljanju izvajalk se njihovo stalno izpopolnjevanje in vzdrževanje strokovne

kondicije za razvoj in napredovanje pri tem delu nadaljuje na supervizijskih oziroma intervizijskih srečanjih trikrat letno. Nova učna vsebina torej pomeni ne le vsebinsko novost v šoli za starše, ampak tudi nov metodološki razvojni korak tako za izvajalce, vajene predavanj in intelektualnega poučevanja, kot tudi za starše, ki aktivno sodelovanje pri delavnicah pogosto doživljajo in opišejo kot presenečenje oziroma nekaj, česar niso pričakovali. Z vidika dela usposabljanje izvajalk - predavateljic, predstavlja primer integracije dela in učenja na delovnem mestu. Pomembno je za posameznika in izjemno pomembno tudi za organizacijo oziroma zavod, ki ji ali mu posameznik pripada.

Rezultati evalvacije kažejo, da s programom dosegamo zastavljene cilje. Z anketnim vprašalnikom, v katerega udeleženci anonimno zapišejo svoj odziv na novo učno vsebino, smo v letu 2008 zajeli 1.745 bodočih staršev. Analizirali smo 250 vprašalnikov (slučajni izbor). Vsa vprašanja so bila odprtega tipa. V nadaljevanju navajamo povzetek izsledkov (19), strnjениh v odgovore na naslednja vprašanja:

a. Kako bodoči starši doživljajo učno srečanje?

Srečanje pozitivno doživlja 97% bodočih staršev. Učno enoto opišejo kot zanimivo, dobro, odlično, pozitivno, koristno in potrebno za mlade starše, prijetno, sproščeno, poučno, presenečeno. »Negativna« doživljanja, opisana z besedami »nerodno mi je bilo«, »obremenjujoče«, »strah me je bilo«, so prisotna le pri 3% udeležencev. Iz zapisov je razvidno, da so ta opazna predvsem v začetnem delu srečanja in se med delavnico prevesijo v sprejemljivejše doživetje.

Doživljanje zelo vpliva na učenje. V pozitivno naravnanim, prijetnem, čustveno živem in odzivnem okolju je učenje lažje, hitrejše, kakovostnejše in uspešnejše. Za socialno učenje je prijetno učno okolje ob prevladovanju in doživljanju dobre izkušnje še toliko pomembnejše.

b. Kaj so bodoči starši pridobili, kaj so »koristi« srečanja?

Dobri polovici staršev (57%) je srečanje prineslo zavest, kako pomembna je kakovost pogovora med njimi, 14% staršev je izpostavilo dobro osebno izkušnjo s pogovorom, slabo desetino udeležencev je srečanje motiviralo za nadaljnje pogovore med partnerjema. 15% jih kot pridobitev omenja konkretne napotke, navodila, informacije in novo znanje o komunikaciji. Manjši delež staršev (5%) omenja npr. nove teme za pogovor, potrditev, da so kot par »na pravi poti«, spoznanje, kako so komunicirali njihovi starši, in podobno.

Analiza vzorca evalvacijskih anket udeležencev je torej pokazala, da **80% staršev izrecno trdi, da vsebinska enota ustreza njihovim potrebam po dobri komunikaciji in pogovoru.**

c. Predlogi bodočih staršev

Z ozirom na to, da so bodoči starši v tem obdobju usmerjeni v otroka, je razumljivo, da se dobrih 21% predlogov nanaša na otroke: na spremembe, ki jih prinese otrok, komunikacijo z otrokom, vzgojo, postavljanje meja in podobno. Da bi bilo srečanje primernejše v sklopu priprave na zakon, meni 2% udeležencev. Predlogov ni podalo 10% bodočih staršev. Drugi predlogi se nanašajo na komunikacijo in delitev vlog med staršema, na reševanje konfliktov, njune odnose s svojimi starši, in podobno.

Glede na namen srečanja pa je pomembno, da je kar **32% staršev izrazilo potrebo po nadaljnjih srečanjih s to vsebino.** Želijo si daljša srečanja in več takih srečanj kasneje, po rojstvu otroka. To je zelo pomembna pobuda, ki ji stroka mora prisluhniti in razviti primerne

odgovore nanjo. Tuje izkušnje (Francija) kažejo, da imajo izredno pomemben preventivni učinek pred psihosocialno patologijo zlasti starševske, zakonske in družinske skupine. Njihovo uvajanje kot strokovno-civilno-partnerski prispevek k ustvarjanju srečnih družin, otrok in staršev ostaja izziv za prihodnje delo in nadgradnjo opisanega projekta (20).

Vsekakor pa je na osnovi empiričnih rezultatov potrjeno, da udeleženci pozitivno sprejemajo vsebino nove učne enote o komunikaciji med staršema kot odločilnem dejavniku zdravja otroka ter da v novi učni enoti prepoznajo svoje pristne potrebe in realne možnosti po aktivnem učenju kakovostnega odnosa med starši.

Šola za starše ostaja tudi danes ob množici izobraževalnih tehnologij in možnostih pomembna in zanimiva oblika usposabljanja. Tako kot je bila in je samoumevna vloga javnega zdravja oziroma preventive na področju dviga kakovosti telesnega in duševnega zdravja, tako mora danes postati vloga samoumevna tudi na področju dobrih partnerskih, medosebnih, medgeneracijskih odnosov – torej tudi na področju socialnega zdravja. Bodisi v vlogi izvajalca ali pobudnika in organizatorja civilnih preventivnih oblik pomoči.

Predstavitve nove informativne učne vsebine o komunikaciji med starši v strokovni javnosti

Projekt uvajanja nove vsebine je bil že večkrat predstavljen strokovni javnosti, kjer je bil deležen strokovne obravnave:

- na IX. Fajdigovih dnevih v Kranjski gori l. 2007 z dvema referatoma in okroglo mizo, na kateri so izvajalke predstavile svoje izkušnje pri celotnem poteku nove učne vsebine (18, 21, 22);
- v reviji Družinska medicina (23);
- na Strokovnem srečanju DMSBZT Gorenjske v Kranju l. 2008 z dvema referatoma in okroglo mizo izvajalk (20, 24, 25);
- na Kongresu zdravstvene nege v Ljubljani l. 2009 z dvema referatoma (19, 26).

5. Sklep

V prispevku smo prikazali in utemeljili dobro izkušnjo Osnovnega zdravstva Gorenjske, ki je uvedlo v šole za starše novo informativno učno vsebino o komunikaciji med starši kot temeljnem varovalnem dejavniku otrokovega zdravja. Ta dobra izkušnja temelji na treh spoznanjih:

1. V času pred porodom so starši pripravljene narediti izredno veliko za blagor otroka; pričakovanje otroka je eden od odločilnih ugodnih trenutkov (*kairos*) za preventivno krepitev celostnega telesnega, duševnega in socialnega zdravja družine.
2. Najvažnejši dejavnik psihosocialne skrbi za otroka je zavestna odločitev staršev za njuno kakovostno partnersko sožitje in trajno smiselno učenje kakovostnega medsebojnega sožitja.
3. Šola za starše z novo vsebino je torej ena od najboljših možnosti za ozaveščanje (to je informiranje in motiviranje) staršev za njihovo kakovostno partnersko sožitje in s tem za kakovostno psihosocialno skrb za otroka.

Literatura

1. WORLD HEALTH ORGANISATION (2005). Basic Documents. Geneva.
2. RAMOVŠ J., RAMOVŠ K. (2007). Pitje mladih. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka, str. 31-53.
3. VOLJČ B. (2007). Načela Ljubljanske listine in stališča Svetovne zdravstvene organizacije v zdravstvenem varstvu starejših ljudi. V: Kakovostna starost, letnik 10, št. 4, str. 2-8.
4. VOLJČ B. (2008). Kaj so kronične nenalezljive bolezni in kaj lahko storimo za njihovo preprečevanje, nadziranje in zdravljenje? V: Kakovostna starost, letnik 11, št. 1, str. 4-10.
5. ENGL J., THURMAIER F. (2005). Kako govoriš z menoj? Dobra in slaba partnerska komunikacija. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
6. RAMOVŠ J. (2005). Učenje lepšega sožitja je naša največja življenjska priložnost. V: Engl Joachim, Thurmaier Franz. Kako govoriš z menoj? Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka, str. 149-174.
7. ROSENBERG B. M. (2004). Nenasilno sporazumevanje. Ljubljana: Društvo svetovalcev zaupni telefon Samarijan.
8. COVERY R. S. (1998). Sedem navad zelo uspešnih družin. Ljubljana: Mladinska knjiga.
9. MOELLER M. L. (1995). Resnica se začne v dvoje. Celje: Mohorjeva družba.
10. LUKAS E. (1993). Družina in smisel. Celje: Mohorjeva družba.
11. SVET EU (2005). Zelena knjiga *Odziv na demografske spremembe: nova solidarnost med generacijami*. Bruselj.
12. TOPLAK, M., OSTAN, D., OBERSNEL - KVEDER, D. (1997). Kratek zgodovinski razvoj zdravstvenega varstva žensk in otrok. Zdravstveno varstvo, let. 36, št. 1,2, str. 17-22.
13. FAZARINC – KIRAR, I. (2003). Babica v reproduktivnem zdravstvenem varstvu. V: Kralj, B., Navinšek, S. (ed): Babištvo skozi čas: zbornik ob 250 – letnici ustanovitve Babiške šole v Ljubljani. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, str. 53-55.
14. KRAJNC – SIMONETI, S., LAZAR L. (1982). Materinske šole v Sloveniji. Zdravstveno varstvo. Posebna publikacija št. 17/82, str. 7-51.
15. LAZAR, L. (1988). Aktivnosti materinskih šol v SR Sloveniji v letu 1986. V: Krajnc – Simoneti, S. Kelšin, N., Lazar, L., Poglavšek, S. (ured.): Materinske šole v SR Sloveniji III. Zdravstveno varstvo, let. 27, št. 6, str. 17-25.
17. Statistični podatki v arhivu ZZV Kranj in ZD Kranj.
18. POVŠNAR E. (2007). Zgodovina, razvoj, sedanje stanje in perspektive šole za starše na Gorenjskem. V: Turk Helena in Stepanović Aleksander (ured.). Zbornik predavanj. IX. Fajdigovi dnevi, Kranjska Gora, 26.–27.10.2007. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, str. 139-146.
19. POVŠNAR E. (2009). Potrebe mladih staršev po učenju komunikacije v šoli za starše. V: Majcen Dvoršak, S. et. al (ured.). Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč/elektronski vir/ 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Ljubljana, 11.-13. maj 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, str. 212 A [1 -7].
20. RAMOVŠ J. (2008). Poslanstvo šole za starše pri usmeritvi staršev v kakovostno psiho-socialno skrb za otroka. V: Žagar M. (ured.). Kakovostna skrb za družino. Zbornik predavanj. Kranj: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Gorenjske, str. 32-35.
21. RAMOVŠ J. (2007). Priprava na porod – ugoden čas za učenje komunikacije med staršema. V: Turk Helena in Stepanović Aleksander (ured.). Zbornik predavanj. IX. Fajdigovi dnevi, Kranjska Gora, 26.–27.10.2007. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, str. 147-150.
22. BOLKA, A. in sod. (2007). Okrogla miza: Predstavitev učne enote komunikacija med staršema ... V: Turk Helena in Stepanović Aleksander (ured.). Zbornik predavanj. IX. Fajdigovi dnevi, Kranjska Gora, 26.–27.10.2007. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, str. 151 – 154.
23. RAMOVŠ J. (2007). Komunikacija med staršema odloča o sreči otrok in staršev. V: Družinska medicina, letnik 5, št. 9, str. 6-7.
24. POVŠNAR E. (2008). Materinska šola nekoč in šola za starše danes – primer Gorenjske regije. V: Žagar M. (ured.). Kakovostna skrb za družino. Zbornik predavanj. Kranj: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Gorenjske, str. 23-31.

25. POVŠNAR E. in sod. (2008). Osebna komunikacija med partnerjema – nova učna enota v šoli za starše. Okrogla miza. V: Žagar M. (ured.). Kakovostna skrb za družino. Zbornik predavanj. Kranj: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Gorenjske, str. 36-43.
26. BOLKA A., SMRKOLJ N. (2009). Predstavitev nove učne enote komunikacija med staršema v šoli za starše – primer. V: Majcen Dvoršak, S. et. al (ured.). Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč/elektronski vir/ 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Ljubljana, 11.-13. maj 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, str. 333A [1].



Priročnik Zima v srcu

PRIROČNIK ZIMA V SRCU

Na Inštitutu za varovanje zdravja smo izdali prvi priročnik v slovenskem jeziku, ki se posveča duševnim stiskam v nosečnosti in v času zgodnjega materinstva. Na voljo je na policah splošnih knjižnic po Sloveniji in v nekaterih strokovnih knjižnicah. Priročnik je v celoti dosegljiv tudi v elektronski obliki na spletni strani Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije www.ivz.si.

Zima v srcu

**Ko se materinstvu pridružita depresija in tesnoba, radost pa odide
Kažipot skozi obporodne stiske**

Avtorica dr. Zalka Drglin



»Niste edini, ki trpite zaradi depresije ali tesnobe v nosečnosti ali po porodu. Dejstvo je, da ena od petih žensk po porodu doživi poporodno stisko, hujšo kot je poporodna otožnost. Niste sami, okoli vas so ljudje, ki so vam pripravljene priskočiti na pomoč. Poiščite tiste, ki vam bodo znali prisluhniti, vas podpreti in vam pomagati.«

»V trenutku najhujše tesnobe potrebujem samo objem.«

»Če trpite zaradi depresije, je pomembno upoštevati nekaj ključnih pravil: Poenostavite življenje. Ne vztrajajte v popolnosti, naj imajo ljudje prednost pred stvarmi. Premislite, s kom deliti gospodinjska opravila. Pogovorite se s partnerjem in starejšimi otroki, če jih imate, naj vsak prevzame svoj del obveznosti. Poiščite zunanjo pomoč.«

»Sprejeti podporo in pomoč, kadar jo potrebujete, je znak poguma.«

Več o priročniku

V *Zimi v srcu* avtorica predstavlja obporodne stiske: duševne težave v nosečnosti in najpogostejše duševne težave po porodu, kot so poporodna otožnost, depresija in tesnoba, postravmatski stresni sindrom in psihoza.

Obširno poglavje je namenjeno ženskam, ki trpijo zaradi obporodne stiske, s praktičnimi nasveti, kako hoditi po poti okrevanja, kaj storiti, da bi preprečili ali ublažili stiske, kako skrbeti zase in se dobro odločati pri iskanju pomoči, podpore in zdravljenja.

Naslednja poglavja so namenjena parterjem, starejšim otrokom, družini in prijateljem ter zdravstvenim strokovnjakom, skratka vsem tistim, ki prihajajo v stik z ženskami v obporodnih stiskah.

Pomemben dodatek je Kažipot pomoči, ki predstavlja nastajajočo mrežo pomoči v Sloveniji in konkretne vire z naslovi in telefonskimi številkami.

O avtorici

Dr. Zalka Drglin se kot raziskovalka na področju obporodne skrbi že vrsto let posveča problematiki depresije, tesnobe in drugih duševnih težav žensk v obdobju nosečnosti, poroda in zgodnjega materinstva tako v teoriji kot tudi skozi svetovalno delo na forumu Obporodne stiske na www.mamazofa.org, telefonu za obporodne stiske mamaZOFA in pri skupinskih ter individualnih srečanjih z ženskami, ki trpijo. Je avtorica znanstvene monografije *Rojstna hiša*, številnih strokovnih in poljudnih prispevkov ter soavtorica in urednica *Rojstne mašinerije*.

Iz recenzij

Zima v srcu je odlična prva pomoč za nosečnice, matere, partnerje, družino in zdravstvene strokovnjake.

Zoran Milivojević, dr. med, psihoterapevt in supervizor, transakcijska analiza

Priročnik *Zima v srcu* je dragocen in osvežujoč prispevek k ozaveščanju in informiranju o najpogostejših obporodnih duševnih stiskah ženske, strokovno in hkrati poljudno spregovori o težavah, o »obvezni zimski opremi« za samopomoč ter pove, kdaj je potrebno poiskati strokovno pomoč in kje jo dobiti.

dr. Vislava Globevnik Velikonja, univ. dipl. psih., spec. klin. psih., Ginekološka klinika

Priročnik je napisan bralcu prijazno, odlikujejo ga številne življenjske zgodbe, pogosta vprašanja in odgovori, dragocene pa so tudi vaje, s katerimi si lahko mamice pomagajo. Pomemben del knjižice je namenjen tudi temu, kako preprečiti nastanek obporodnih stisk. Prepričana sem, da bo priročnik, ki je na Slovenskem še kako potreben, ogrel marsikatero srce in pomagal iz njega pregnati zimo in tako prispeval k temu, da bodo naše mame in otroci lahko bolj veseli in zadovoljni.

dr. Helena Jeriček Klanšček, raziskovalka, Inštitut za varovanje zdravja

Knjižica *Zima v srcu* nas popelje skozi pomembne teme, ki se pojavljajo, ko se ženska znajde v obporodni stiski. To so pogoste, vendar velikokrat še vedno neprepoznane motnje. Dogaja se, da so občutki sramu in predsodki v zvezi s poporodno depresijo tako močni, da depresivna mati tega ne pove nikomur in trpi sama.

Poglobljen in praktičen pogled na to široko temo nam lahko olajša marsikatero konkretno dilemo in prepreči trpljenje, ki je še vedno vse prepogosto skrito med domačimi štirimi stenami. Poseben čar dajejo delu berljivost in konkretni praktični nasveti za ženske in njihove najbližje. Ob prebiranju se zavemo pomembnosti sodelovanja svojcev in različnih strokovnjakov, ki obravnavajo ženske v obporodnem obdobju.

S pravočasnim zdravljenjem je mogoče bistveno zmanjšati trpljenje in negativne ali celo tragične posledice poporodnih duševnih motenj, ki vplivajo na vso družino, posebno pa na zdrav razvoj otroka.

Besedilo, ki je pred vami, je praktično, berljivo, natančno, obravnava bistvene teme - z eno besedo odlično!

mag. Marjeta Blinc Pesek, dr. med., spec. psih.

Srčno upam, da ženske ne bodo več trpele čisto same in da bodo pomoč poiskale čimprej. Upam tudi, da bodo delovale preventivno, se med seboj povezovale in uporabljale podporo, ki jim je na voljo. V Sloveniji potrebujemo razvoj širše mreže pomoči za ženske in družine v nastajanju, hkrati pa potrebujemo tudi poglobljeno zavedanje o ranljivosti in pomembnosti starševske vloge v družbi.

mag. Radmila Pavlovič, univ. dipl. psih., voditeljica programov pri Združenju Naravni začetki, svetovalka in soustvarjalka programa mamaZOFA





Kažipot pomoči

KAŽIPOT POMOČI

Mreža pomoči, podpore, svetovanja, zdravljenja

Medsebojna pomoč

forumi, druženje, samopomočne skupine

Svetovalka

informiranje, svetovanje, usmeritev, podpora:
forumi na medmrežju, telefonsko svetovanje,
svetovanje prek e-pošte, podporne skupine s
strokovnim vodstvom, svetovalna srečanja

Babica in patronažna medicinska sestra

informiranje, svetovanje, usmeritev, podpora

Psiholog

diagnostika, svetovanje, psihoterapija
(s koncesijo ali samoplačniško)

Osebni izbrani zdravnik (ali zdravnik, ki nadomešča)

- Diagnostika
- Posvet
- Zdravljenje
- In/ali → napotilo → **psihiater** (diagnostika, posvet, psihoterapija, zdravila)
- In/ali → napotilo → **psiholog** (diagnostika, posvet, psihoterapija)

Ginekolog

- Posvet in/ali
→ napotilo → **psihiater**
→ napotilo → **psiholog**

Psihiater

(koncesija ali samoplačniško)

Psihiatrična hitra pomoč

Dežurna psihiatrična služba

Hospitalizacija (bolnišnično zdravljenje)

Viri pomoči, podpore, svetovanja, zdravljenja

Svetovanje

• *Naravni začetki*, Zdrženje za informiranje, svobodno izbiro in podporo na področju nosečnosti, poroda in starševstva

- telefon za pomoč pri obporodnih stiskah
mamaZOFA 051 245 013
- svetovanja prek elektronske pošte
- svetovalna srečanja
- podporne skupine: Začetnica, MAMAM, proMAMA
- svetovanja in pogovori na medmrežju:
www.mamazofa.org, forum Obporodne stiske

• *DAM*, Društvo za pomoč osebam z depresijo in anksioznimi motnjami
www.nebojse.si

• *La Leche League Slovenija*, Društvo za podporo in pomoč doječim materam www.dojenje.net

• **IBLCE Slovenija**

Mednarodna izpitna komisija za svetovalce za laktacijo
IBCLC – Mednarodno pooblaščen svetovalec za laktacijo
<http://www2.arnes.si/~atekau/index.htm>

Psihoterapija

Izbirate lahko med psihoterapevti različnih modalitet – nekaterimi posebej usposobljenimi psihologi, psihiatri in drugimi certificiranimi psihoterapevti.

Nekatere informacije o psihoterapevtih in njihovem delu najdete na različnih spletnih straneh, npr. na www.nebojse.si.

Pomoč babice ali patronažne medicinske sestre

O svojih težavah spregovorite, ko vas obiše babica ali patronažna medicinska sestra. Za nujne dodatne obiske lahko zdravnik napiše napotnico.

Psihološka pomoč

Psihološko pomoč dobite po napotilu v psiholoških ambulantah v zdravstvenih domovih, samostojnih psiholoških ambulantah (s koncesijo ali samoplačniško) in v nekaterih bolnišnicah.

Med drugimi so na voljo:

• **Doc. dr. Vislava Globevnik Velikonja**, *spec. klin. psih.*

Ginekološka klinika Ljubljana, tel. 01 522 6168,

e-naslov: vislava.velikonja@guest.arnes.si

• **Renata Kerčmar**, *spec. klin. psih.*

Zdravstveni dom Gornja Radgona, tel. 02 564 8634

e-naslov: psiholog@gr.si

• **Alenka Kunej**, *spec. klin. psih.*

Zdravstveni dom Krško, tel. 07 488 0200

e-naslov: alenka.kunej@gmail.si

• **Arijana Steblovnik**, *univ. dipl. psih.*

Klinika za ginekologijo in perinatologijo Maribor,
tel. 02 321 2650

e-naslov: arijana.steblovnik@triera.net

• **Bernarda Babič**, *spec. klin. psih.*

Splošna bolnišnica Novo mesto, tel. 07 391 6327

e-naslov: bernarda.babic@sb-nm.si

• **Branka Režun**, *spec. klin. psih.*

Psihiatrična bolnišnica Idrija, tel. 05 373 4464

e-naslov: branka.rezun@pb-idrija.si

• **Vesna Dujc**, *spec. klin. psih.*

Zdravstveni dom Izola, tel. 05 640 0055

e-naslov: vesna.dujc@siol.net

Zvonka Sevšek, *spec. klin. psih.*

Zdravstveni dom Velenje, tel. 03 899 5568

e-naslov: zvonka.sevsek@zd-velenje.si

• **Stasa Kušar**, *spec. klin. psih.*

Zdravstveni dom Kranj, tel. 04 208 2245

e-naslov: stasa.kusar@gmail.com

Zdravniška pomoč

Oglasite se pri svojem izbranem osebnem zdravniku (ali zdravniku, ki ga nadomešča) ali pa o težavah spregovorite na obisku v ginekološki ambulanti. Lahko se obrnete na dežurnega splošnega zdravnika v zdravstvenem domu. Poiščete lahko nujno medicinsko pomoč.

Psihiatrična pomoč

Psihiatrično pomoč dobite po napotilu osebnega zdravnika v psihiatričnih ambulantah v zdravstvenih domovih, samostojnih psihiatričnih ambulantah (s koncesijo ali samoplačniško), na Polikliniki in v ambulantah v psihiatričnih bolnišnicah.

Ob akutni stiski

• **Reševalna služba:** kličite tel. 112

• **Splošna nujna medicinska pomoč – urgenca**

Klinični center Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana
tel. 01 522 84 08, vhod z Bohoričeve 4

• **Psihiatrična hitra pomoč**

Med drugim jo zagotavljajo v naslednjih ustanovah:

• Center za izvenbolnišnično psihiatrijo
Urgentna psihiatrična ambulanta
Poliklinika, Njegoševa 4, 1000 Ljubljana
III. nadstropje, hodnik E
od ponedeljka do petka od 8.00 do 15.00
ni čakalne dobe
tel. 01 434 45 17

• **Dežurna psihiatrična služba**

Zagotavlja neprekinjeno 24-urno pomoč, ki jo
poiščemo, ko redne ambulantne službe ne delajo
(pozno popoldan in ponoči ob delavnikih, ob sobotah,
nedeljah in praznikih). Na volje je:

• na Psihiatrični kliniki Ljubljana
Klinični oddelek za mentalno zdravje (KOMZ)
Enota za krizne intervencije (EKI)
Zaloška cesta 29, Ljubljana
vsak dan od 16.00 do 8.00, ni čakalne dobe
tel. 01 587 49 00, navadno napoti ambulantni
ali dežurni psihiater

• Za sprejem v bolnišnico
navadno napoti ambulantni
ali dežurni psihiater

• Psihiatrična klinika Ljubljana
Studenc 48, Ljubljana
dežurni oddelek
tel. 01 587 21 00

• Univerzitetni klinični center Maribor
Ob železnici 30, Maribor
Oddelek za psihiatrijo
tel. 02 321 11 33

- Psihiatrična bolnišnica Begunje
Begunje 55
tel. 04 533 52 00

- Psihiatrična bolnišnica Idrija
Pot sv. Antona 49, Idrija
tel. 05 373 44 00

- Psihiatrična bolnišnica Ormož
Ptujška cesta 33, Ormož
tel. 02 741 51 00

- Psihiatrična bolnišnica Vojnik
Celjska cesta 37, Vojnik
tel. 03 780 01 00