

## ORGANIZATOR



ZDRUŽENJE  
ZASEBNIH  
PATRONAŽNIH  
MEDICINSKIH  
SESTER

[www.patronaza.si](http://www.patronaza.si)

## V SODELOVANJU Z



**DRUM**  
agencija za organizacijo prireditev

[www.dtdrum.si](http://www.dtdrum.si)



## UVODNI POZDRAV

Spoštovane kolegice, kolegi, cenjeni gostje, predavatelji in sponzorji. Prisrčno pozdravljeni ponovno v naši prelepi Savinjski dolini.

Med številnimi nalogami, ki smo si jih zadale v Združenju zasebnih patronažnih medicinskih sester, namenjamo poseben poudarek različnim aktivnostim povezovanja zasebnih izvajalk patronažne zdravstvene nege s Sekcijo patronažnih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, skrbi za našo strokovno rast, opozarjamo na nerešene probleme v patronažni zdravstveni negi in predlagamo, da s skupnimi močmi poiščemo poti za doseg skupnih interesov v patronažni zdravstveni negi.

Pred nami je novo strokovno srečanje, ki smo ga v Združenju ZPMS organizirale z veliko pomočjo ekipe Drum, vas sponzorjev, predavateljev, udeležencev kljub vsem oviram, s katerimi se srečujemo pri svojem delu. S pozitivno energijo, z idejami, znanjem in s spoznanji zmoremo na našem druženju ustvariti prijetno delovno in ustvarjalno vzdušje.

Srečanje dobro izkoristimo in premagajmo vse ovire, ki nas motijo pri našem vsakdanjem delu, ki ga opravljamo zavzeto, vztrajno in iskreno, ker vemo, da nam bo le takšno dalo moč za izpolnitev naših skupnih zastavljenih ciljev.

Zavedajmo se, da je naš poklic nekaj posebnega, sploh v današnjem času. Ponosna sem, da sem diplomirana medicinska sestra, da delam na terenu z ljudmi – s pacienti, ki so vsak na svoj način edinstveni. Vsakodnevno me polnijo z energijo, saj so skromni, imajo namreč samo en cilj – ozdravitev!

Želim si, da bi pri svojem delu ohranili mir in strpnost, tudi takrat, ko je situacija okoli nas polna nemira, hrupa in naglice, in da bi ohranili ljubezen, kadar se okolje vrti v brezsrčnosti.

V imenu članic Združenja ZPMS se zahvaljujem vsem, ki ste nas danes počastili s svojo prisotnostjo in na kakršen koli način prispevali, da smo lahko skupaj. Vsem želim uspešno in prijetno druženje.

Urška Flajs  
*predsednica Združenja ZPMS*



# URNIK PRIREDITVE

8:15 - 9:00	<b>Registracija udeležencev</b>
9:00 - 9:15	<b>Otvoritev strokovnega srečanja</b>
9:15 - 9:45	<b>Uporaba znanj teoretičnih modelov pri obravnavi družine z novorojenčkom v patronažnem varstvu</b> Mag. Jožica Ramšak Pajk, prof.zdr.vzg., ZD Ljubljana Bežigrad, Patronažna služba, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice
9:45 - 10:15	<b>Vsebina prenovljene zbirke podatkov o patronažni dejavnosti</b> Darinka Zavrl, dipl.med.s., Center za sistem zdravstvenega varstva, Inštitut za varovanje zdravja RS
10:15 - 10:45	<b>Vloga patronažnih medicinskih sester pri preprečevanju maternalne umrljivosti</b> Barbara Mihevc Ponikvar, dr.med. Center za krepitev zdravja in obvladovanje kroničnih bolezni, Inštitut za varovanje zdravja RS
10.45 - 11:15	<b>Patronažna medicinska sestra kot zdravstvena vzgojiteljica družine v obdobju zgodnjega starševstva</b> Andreja Krajnc,viš.med.s.,univ.dipl.org. Patronažna zdravstvena nega in babištvo, Krajnc Andreja, Zasebna patronažna dejavnost
11:15 – 11:30	<b>Razprava</b>
11:30 - 11.45	<b>Odmor</b>
11:45 - 12:00	<b>Predstavitev sponzorja</b>
12:00- 12:20	<b>Vloga patronažne medicinske sestre pred porodom in po porodu</b> Šučur Veselin, dr.med.spec.gin., Služba za zdravstveno varstvo žena, ZD Ptuj
12:20 - 12:50	<b>Varno družinsko okolje za zdrav otrokov razvoj</b> Aleksandra Mernik Merc, dipl.med.s. IBCLC, Patronažna zdravstvena nega in babištvo, Zasebna patronažna dejavnost
12.50 – 13:20	<b>Mati, otrok, oče-zasvojenost</b> Miha Kramli, univ.dipl.teolog, terapevt, vodja Centra za zdravljenje odvisnost ZD Nova Gorica.
13.20 – 13:35	<b>Predstavitev sponzorja</b>
13.35 – 13:45	<b>Razprava</b>
13.45 – 15:00	<b>Odmor za kosilo</b>
15:00 – 15:30	<b>Zdravstvena nega kože novorojenčka in dojenčka</b> Saša Matko, dipl.bab., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika
15:30 - 16:00	<b>Sodobne smernice prehrane dojenčkov</b> Prof. dr. Dušanka Mičetić-Turk, Univerzitetni klinični center Maribor, Pediatrična klinika
16:00 - 16:20	<b>Dojenčki, za mizo!</b> Rebeka Mahorič, inž.kem.tehn., Merit International d.o.o.
16:20 - 16:35	<b>Dober tek dojenčki!</b> Mojca Trček, dipl.med.s.,org.dela. Patronažno varstvo in zdravstvena nega bolnikov na domu, Zasebna patronažna dejavnost
16:35 - 16:45	<b>Razprava</b>
16:45 - 18:00	<b>Zaključek, Stand-up komik Matjaž Javšnik, podelitev potrdil o udeležbi</b>



GLAVNI SPONZOR PRIREDITVE



VELIKA SPONZORJA PRIREDITVE



MALI SPONZORJI PRIREDITVE



Za najpomembnejše v življenju.



FIDIMED



DONATORJA

VOTAN

Z-PHARM



# Zaščita

**milupa**

podobna kot pri materinem mleku

# Aptamil™

Milupina patentirana in klinično preizkušena mešanica prebiotikov scGOS/lcFOS (kratkoverižni GalaktoOligoSaharidi/ dolgoverižni FruktoOligoSaharidi), ki jih imenujemo tudi PREBIOTIČNE VLAKNINE.



- Prebiotiki so hrana za probiotike.
- Probiotiki v črevesju skrbijo za uravnoteženo črevesno floro, in s tem za močan imunski sistem.



**0,10 €**  
za slovenske  
malčke

V letošnjem letu poteka  
Milupina dobrodelna akcija  
»0,10 € za slovenske malčke«.  
**Podprite jo!**



Dolgoverižne večkrat nenasičene maščobne kisline imajo pomembno vlogo pri razvoju možganov, živčevja in očesne mrežnice. Te kisline so znane pod imenom **ω-3 in ω-6**, kot sta **DHK**-dokozaheksaenojska kislina (DHA) in **AK**-arahidonska kislina (AA).



facebook.com/milupa.si

www.milupa.si

MODRA ŠTEVILKA

080 15 36

**POMEMBNO OBVESTILO:** Materino mleko je najbolj zdrava hrana za dojenčka. Če mati ne more dojiti ali ima premalo mleka, naj se o uporabi nadomestne mlečne hrane posvetuje z zdravnikom pediatrom.

# UPORABA ZNANJ TEORETIČNIH MODELOV PRI OBRAVNAVI DRUŽINE Z NOVOROJENČKOM V PATRONAŽNEM VARSTVU

## USING KNOWLEDGE OF THEORETICAL MODELS IN DEALING WITH FAMILIES WITH NEWBORN IN COMMUNITY HEALTH CARE

Mag. Jožica Ramšak Pajk, viš. m. s., prof. zdr. vzg.  
ZD Ljubljana, Patronažno varstvo in VŠZNJ  
jozicaramsakup@gmail.com

### Izvleček:

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

Namen prispevka je opozoriti na prednosti uporabe teoretičnih znanj in razviti kritičen odnos do znanja in prakse.

Uporabljena je deskriptivna metoda dela z delnim pregledom literature v bibliografskih bazah CIHNAL in COBISS.

Prispevek v teoretičnem delu obravnava delo medicinske sestre v patronažnem varstvu pri obravnavi mlade družine. Na primeru prikaže uporabo teoretičnih modelov H. Peplau in C. Roy, Slednja sta že bila raziskana na primerljivem področju patronažnega varstva.

V patronažnem varstvu so še posebej pomembne vrednote, kot so spoštovanje, zaupanje, zdravje, dobri medosebni odnosi in pristna komunikacija. Z uporabo konceptov teoretičnih modelov, ki sledijo omenjenim vrednotam, želimo zagotoviti kakovostno zdravstveno oskrbo, ki temelji na dokazih, znanju in izkušnjah.

*Ključne besede: patronažna dejavnost, babiški obiski, znanje zdravstvene nege.*

### Abstract:

Community nursing care adapted to the needs of individuals, families and communities, society, and current policy. Preventive activities according reproductive health in community health care activities require qualified professional with extensive knowledge and knowing.

The purpose of this paper is to give attention to the benefits of using theoretical knowledge and develop a critical attitude to knowledge and practise.

Descriptive research method and the partial review of the literature in bibliographic databases CIHNAL and COBISS was used. The paper present on theoretical issues the treatment of young families by community nurses. The example shows the use of a theoretical model H. Peplau and C. Roy that have already been studied in a comparable field of community nursing care. In the community health nursing are values such as respect, trust, health, good interpersonal relationships, genuine communication particular important. Using the concepts of theoretical models that follow such values, seeks to provide quality nursing care that based on evidence, knowledge and experience.

*Key words: community health care, midwives home visits, nursing knowledge.*

### UVOD

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

Glede na specifične potrebe in naravo dela patronažna medicinska sestra v patronažni zdravstveni negi ravno preko komunikacije ugotavlja izražene negovalne potrebe. Pri tem je še posebej pomembno, da je komunikacija empatična in skrbstveno naravnana. Obiski so naravnani glede na intervencije zdravstvene nege ter potrebe posameznikov



in družine. Medicinske sestre v patronažnem varstvu vstopajo v družino; terapevtska komunikacija, ki temelji na spoštovanju, zaupanju, empatiji in profesionalnosti, pa je vodilo dobremu skrbstveno-terapevtskemu odnosu in kakovostni zdravstveni oskrbi.

Danes je v zdravstvu glavni poudarek na izvajanju najkakovostnejše oskrbe, temelječe na najboljših in najnovejših dokazih, izvajajo pa jo strokovno usposobljeni zdravstveni delavci. To je prioriteta in prav je, da sledimo doseganju tega cilja. Toda praksa zdravstvene nege, ki temelji zgolj na raziskovalnih ugotovitvah in dokazih, lahko na primer premalo poudarja pomen pacientovih potreb in zanemari znanje, ki temelji na izkušnjah. Prav tako pa lahko prevelik poudarek na znanju in dejstvih, pridobljenih na osnovi izkušenj, spregleda pomen teoretičnih osnov in temeljev, ki zagotavljajo celovito in individualizirano zdravstveno nego (Pearl, Sharon, Lois, 2006).

V patronažnem varstvu so pomembne vrednote spoštovanje, zaupanje, zdravje in družina. Na njihovi osnovi si patronažna medicinska sestra zastavlja cilje patronažne zdravstvene nege. Za njihovo doseg, tj. za uspešno in kakovostno delo potrebuje znanje s področja zdravstvene nege in drugih strok. Poznavanje različnih teoretičnih modelov lahko patronažni medicinski sestri pomaga pri delu. Ti modeli namreč poskušajo razložiti, predvideti in opisati prakso zdravstvene nege. Za njihovo kritično presojo v praksi sledimo avtorici Fawcett (2004), ki pravi, da imajo vsi teoretični modeli 4 koncepte ali elemente metaparadigme, to so človek, okolje, zdravje in zdravstvena nega.

Patronažna služba opravlja aktivno zdravstveno in socialno varstvo. Patronažno zdravstveno nego nosečnic, otročnic in novorojenčkov opravlja ustrezno izobraženo osebje s področja varovanja reproduktivnega zdravja. Nosečnost, porod in materinstvo v najzgodnejšem obdobju otrokovega življenja so del pomembnega življenjskega prehoda, ko se ženska sooča s telesnimi in duševnimi izzivi. Številne ženske zatrjujejo, da je materinstvo velika življenjska prelomnica.

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

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

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

Glede na dokaj definirano področje našega delovanja pri zgodnjem materinstvu lahko sklepamo, da imamo vse potrebno znanje in vedenje, kako pristopiti in delati. Znanje pridobivamo z izkušnjami in s teoretičnimi osnovami. Gre za povezavo med »vem kako« in »vem zakaj«. Prvo temelji predvsem na izkušnjah in našem subjektivnem podoživljanju le-teh, drugo pa na teoretičnem znanju in razumevanju. Gre torej za povezovanje prakse in teorije. Ravno vrzel med praktičnim in teoretičnim ter njuno povezovanje in dopolnjevanje je pogosta tema razprav in raziskav.

## **NAMEN IN CILJI**

- predstaviti nekaj osnovnih izhodišč teoretičnih modelov, in sicer adaptacijske teorije Caliste Roy, modela medosebnih odnosov Hildegard Peplau in modela samooskrbe Dorothy Orem;
- predstaviti prednosti in slabosti posameznih teoretičnih modelov pri uporabi v patronažnem varstvu.

## **METODE**

Na podlagi delnega namenskega pregleda literature v bibliografskih bazah Cinahl in Cobiss, osebnih izkušenj in zgodb s terena se osredotočam na odnos otročnica–družina–patronažna medicinska sestra. Uporabljena je deskriptivna





metoda dela, s katero želim ob pregledu literature in uporabi konceptov teoretičnih modelov prikazati možne pristope medicinske sestre v patronažnem varstvu. Upoštevani so etični vidiki, kot so načelo anonimnosti, neškodovanja in avtonomnosti.

### **Teoretična izhodišča**

Pomembno se je zavedati, da nobena teorija ni univerzalna. Vsaka teoretičarka je opredelila svoj teoretičen model v okviru 4 konceptov metaparadigme, in sicer človeka, okolja, zdravja in zdravstvene nege. Ob tem je pomembno dejstvo, da so teoretični modeli nastajali v okviru razumevanja, pogleda, znanja, kulture in časa, v katerem so avtorice živele in delovale.

Modeli zdravstvene nege, ki so najpogosteje uporabljeni in tudi testirani v patronažni zdravstveni negi, so Royev adaptacijski model, Oremova teorija samooskrbe, Model življenja ali (RLT) model. Pomembni koncepti zdravstvene nege so doseganje optimalne funkcije samooskrbe, kvaliteta življenja, uspešno prilagajanje situacijskim in razvojnim stresorjem ter sprememba življenjskega stila z namenom izboljšati zdravje (Tomey, Alligood, 2006).

Medicinskim sestram v patronažnem varstvu pomeni delo v domačem okolju še poseben izziv, saj je mesto intervencije na posameznikovem domu, kar daje odnosu med patronažno medicinsko sestro in pacientom še posebno dinamiko (McGarry, 2004). Patronažna zdravstvena nega je fleksibilna dejavnost, saj se izvaja v nepredvidljivem okolju in zahteva zadovoljevanje posameznikovih potreb glede na aktualno situacijo (Carr, 2001). V obsežni raziskavi ista avtorica (2008) ugotavlja, da se patronažne medicinske sestre kot izvajalke zdravstvene nege zavedajo pomena profesionalnega in osebnega odnosa do pacientov. Dodaja še, da je patronažna zdravstvena nega posebna prav zaradi specifičnega okolja izvajanja. Zahteva visoko strokovno usposobljen kader in večšine vzpostavljanja terapevtskega odnosa. Tan Jia (2009) navaja, da večšine terapevtske komunikacije pri medicinski sestri nista zgolj ocena stanja in ugotavljanje potreb, temveč tudi zdravstvenovzgojno delovanje, pospeševanje zdravja in ohranjanje dobrega počutja v procesu zdravljenja. Pri vzpostavljanju odnosa med posameznikom in medicinsko sestro v patronažnem varstvu je prvi vtis pomemben za ves nadaljnji odnos (McGarry, 2008). Vtis je pomemben za oba.

Kako pomembno je poslušati pacienta in si zanj vzeti čas, utemeljujeta Stickley in Freshwater (2006). Mernik Merčeva (2010) o večšini poslušanja kot eni pomembnejših vlog terapevtskega odnosa pravi, da s poslušanjem vstopimo v pacientov svet in vidimo stvari, kot jih vidi sam. Tudi čas je pomemben dejavnik v izvajanju zdravstvene nege in je pogosto omenjen. Podobno navaja McGarry (2008) v svoji raziskavi in še dodaja, da čas kot pojem pomeni biti vreden, doživeti zanimanje medicinske sestre v patronažnem varstvu.

Otročnice oziroma družine z novim družinskim članom doživljajo ravno v prvih 8 tednih otrokovega življenja največje stiske. Kot navaja kvalitativna raziskava (Christi, Poulton, Bunting, 2007), so starši največkrat izpostavili teme preživetje in uspešnosti v skrbi za dojenčka. Tudi (Choi, Henshaw, Baker, Tree, 2005) navaja izsledke, kako se otročnice opišejo kot »supermame«, »superžene« ipd. Prvorodke so bolj obremenjene s tem, kako interpretirati vedenje in jok dojenčka, matere, ki so rodile 2- in večkrat, pa bolj izpostavljajo pomanjkanje časa za skrb in pestovanje dojenčka ter tudi skrb zase (Christi, Poulton, Bunting, 2007).

### **Hildegard Peplau – model medosebnih odnosov**

Interakcijski model medosebnih odnosov H. Peplau daje koristno osnovo za delo medicinske sestre in vodi k nastajanju terapevtskega odnosa. Koncept modela, kjer se posameznik integrira v medosebni odnos, ko se spopada s svojim strahom in z drugimi problemi, doseže zastavljeni cilj z različnimi ukrepi medicinske sestre in drugih oseb, s katerimi je v terapevtskem odnosu.

Patronažna medicinska sestra vodi in koordinira potek interakcijskih faz, medtem ko je vsebinski vodja pacient. Medosebni odnos, ki ga vzpostavi, je priložnost za rast in razvoj obeh. Za reševanje problemov se priporoča problemski pristop. Medicinska sestra se ne odloča namesto pacienta, kako rešiti problem, mu ne ukazuje, ampak ga le vodi, spodbuja, uči, svetuje rešitve problema, do katere pa pride pacient vedno sam (Peplau, 1952; Ramšak Pajk, 2000). Medosebni odnos med medicinsko sestro in pacientom se razvija v štirih fazah, to so orientacija, identifikacija, interakcija in razrešitvena faza. V teh fazah ima medicinska sestra različne vloge, ki pa niso omejene ne na fazo in ne na čas.



## Faza orientacije

Faza orientacije se začne, ko otročnica oz. družina izrazi potrebo po strokovni pomoči. Otročnica oz. družina in patronažna medicinska sestra sta si ob prvem snidenju tujki. Skupaj ugotovita in opredelita probleme. Uporabniku naših storitev pomagamo, da se v času in prostoru znajde, da pridobi čim več informacij, najpomembneje pa je, da nam zaupa. V tej fazi je najpogosteje izražen strah pred neznanim, zato je informiranost otročnice in družine toliko pomembnejša. Prvi stik in vtis sta v tej fazi pomembna za nadaljnji razplet odnosa.

## Faza identifikacije

V tej fazi se odnos med vpletenima pogloblja. Otročnica in družina dobivata občutek pripadnosti, manj ju je strah in jasneje izražata vprašanja oziroma potrebe po zdravstveni negi. Potek faze je uspešen le, če se je mlada družina pripravljena soočiti s problemi in o njih razpravljati z medicinsko sestro v patronažnem varstvu.

### Interakcijska faza

Značilnost te faze je, da želi mlada družina čim več informacij, jasno izraža primanjkljaj znanja, uporablja vse možne vire pomoči in se počuti povezano z nami in okoljem. V proces zdravstvene nege se vključujejo vsi člani družine (tudi razširjene) in tudi sami iščejo rešitve za nastale probleme. V tej fazi je medicinska sestra v patronažnem varstvu v vlogi svetovalke, osebe z informacijami in tudi v vlogi vodje. Biti mora zaupljiva, prožna, ustvarjalna in kot vodja demokratična.

### Razrešitvena faza

Kot zadnja je razrešitvena faza, v njej mlada družina prevzame odgovornost. V patronažni zdravstveni negi je težko opredeliti konec obravnave, v bistvu ga ni, ker se naši obiski nadaljujejo.

Pri tem medosebnem odnosu oz. skozi faze lahko medicinska sestra prevzema različne vloge, kot so vloga tujca, informatorja, vzgojitelja in učitelja, vloga svetovalke, izvajalke zdravstvene nege in tudi vloga nadomestne osebe. Na medsebojni odnos pomembno vplivajo naše lastne predstave, naše etične vrednote, razmišljanje o smislu, namenu in bistvu življenja. Pomembno vplivajo tudi naše izkušnje ter odnos do sebe in poznavanje samega sebe.

Medicinska sestra v patronažnem varstvu pogosto nastopa kot tujka. Zavedati se mora dejstva, da sta si z družino oz. otročnico tuji. Zato je pomembno vedeti, kako ustvariti okolje, ki gradi zaupanje. Vloge učiteljice, informatorke in vzgojiteljice so bistvene in najpogosteje tudi prevzemamo te vloge. Tako je medicinska sestra tudi oseba, ki zagotavlja specifične informacije, ki jih družina potrebuje. Medicinska sestra kot svetovalka pomaga mladi družini razumeti trenutne življenjske situacije in ji je v pomoč in spodbudo.

## Calista Roy – adaptacijski model

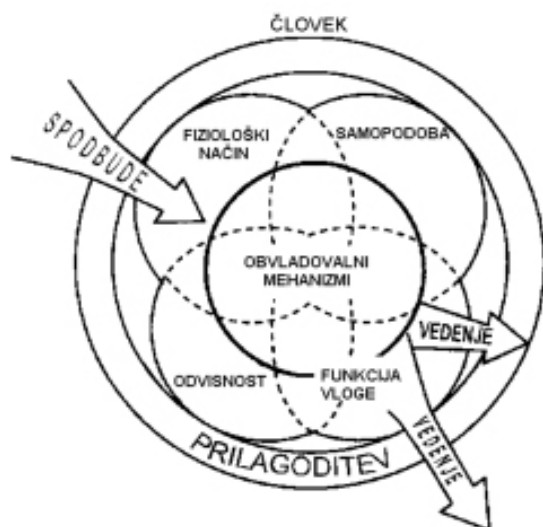
Royeva vidi človeka kot bio-psiho-sociološko bitje, ki je s svojimi sistemi v stalni interakciji z okoljem in teži k harmoničnemu delovanju ter ravnovesju. Posameznikovo raven adaptacije zaznamuje stopnja prilagodljivosti, znotraj katere lahko posameznik ustrezno uporablja nove izkušnje. Prilagoditvena raven predstavlja sposobnost posameznika, da obvladuje spreminjajoče se okolje na pozitiven način. Royeva opisuje štiri prilagoditvene načine (glej sliko), to so fiziološki način, samopodoba, obvladovanje vlog in medsebojna odvisnost. Vsak od njih se osredotoča na posamezni sistem, ki vpliva na vedenje. Proces zdravstvene nege pa opisuje kot oceno stanja in intervencijo medicinske sestre, ki si prizadeva zmanjšati stres v okolju in pomagati posamezniku, da se učinkovito prilagaja in obvladuje nove situacije (Tomey, Alligood, 2006).

Cilj zdravstvene nege je promovirati adaptacijo v skladu z adaptacijskimi načini, da bi pospešili in izboljšali prilagojenost posameznika na vseh štirih adaptacijskih področjih. Na adaptacijski nivo vplivajo fokalni, kontekstualni in rezidualni dražljaji.

Vsi ti dražljaji morajo ostati v okviru človekove adaptacijske zmožnosti, da jih lahko človek s svojim adaptacijskim nivojem obvlada. Človekova prilagoditvena sposobnost se spreminja skladno z različnimi stanji in obdobji.

Cilj patronažne zdravstvene nege je izboljšati interakcijo družine in otročnice z ožjim in širšim okoljem, da bi ohranjali zdravje, dosegli harmonijo s seboj in z okoljem.





Slika: Možni štirje prilagoditveni načini posameznika glede na dražljaje iz okolja

### Proces zdravstvene nege

Adaptacijski model je pristop k reševanju problemov za zbiranje in ugotavljanje podatkov, ugotavljanje zmogljivosti in potreb posameznika po nekem prilagoditvenem sistemu; je izbira in izvajanje pristopov za zdravstveno nego in ocenjevanje izida intervencij zdravstvene nege.

Ocenjevanje vedenja je prvi korak v proces zdravstvene nege, ki vključuje zbiranje podatkov o vedenju osebe kot prilagodljivega sistema v vsakem od načinov prilagajanja.

Ocena dražljajev – stimulusov vključuje prepoznavanje notranjih in zunanjih dražljajev, ki vplivajo na posameznikovo prilagajanje vedenja.

Negovalne diagnoze vključujejo oblikovanje trditev, ki razlagajo podatke o prilagoditvenem statusa osebe, vključno z odzivom in najpomembnejšimi dražljaji.

Intervencija zdravstvene nege vključuje način, kako najbolje pomagati osebi pri doseganju zastavljenih ciljev.

Vrednotenje vključuje presojanje učinkovitosti intervencije glede na vedenje posameznika v primerjavi s postavljenim ciljem.

### Prva faza ocenjevanja

Fiziološki način prilagoditve: oksigenacija, prehranjevanje, odvajanje, aktivnost in počitek, varnost, čustva in občutki, tekočina in elektroliti ter nevrološke in endokrinološke funkcije.

Primer vprašanja: »Kako se fizično počutite, odkar ste prišli domov?«

Samopodoba je koncept sebe: fizični jaz, osebni jaz

Primer vprašanja: »Kakšni so vaši občutki? Kako se počutite (duševno-čustveni vidik)?«

Funkcija vloge: v družini

Primer vprašanj: »Kako se počutite kot mamica? Kako se počutite sedaj, ko imate otroka ob sebi?«

Soodvisnost vlog: mož/partner, babice, sosedje, služba

Primer vprašanj: »Kako vaš partner sprejema novega družinskega člana? Kako se je prilagodil na tretjega člana v družini in na spremembe?«

Sledi druga faza ocenjevanja, ki pomeni prepoznati fokalne, kontekstualne in rezidualne dražljaje ter ustrezno odreagirati nanje (Weiss, Fawcett, Aber, 2009).

### Dorothea Orem – model samooskrbe

Osnovna izhodišča teoretičarke so:

- Ljudje bi morali biti samostojni in odgovorni za lastno zdravje, oskrbo ter za druge v svoji družini, ki morebiti potrebujejo pomoč.
- Ljudje so različni posamezniki.



- Zdravstvena nega je oblika ukrepa – interakcija med dvema ali več osebami.
- Znanje posameznika je pomembno za prepoznavanje morebitnih zdravstvenih težav in akcij, ki so potrebne za spodbujanje samopomoči.
- Samooskrba kot vedenje je odvisna od obnašanja, pridobljenega v okviru družbeno-kulturnega konteksta okolja.

Iz zgoraj navedenega lahko prepoznamo mlado družino, svojo in njeno vlogo v procesu obravnave (v patronažni dejavnosti).

Oremova vidi človeka kot bio-psiho-socialno bitje, ki je sposobno in pripravljeno skrbeti zase. Medicinska sestra ugotavlja posameznikove potrebe in zmožnosti za samooskrbo, in potrebo, ki odraža deficit, in na tej osnovi načrtuje zdravstveno nego. Opisuje tri sisteme zdravstvene nege glede na deficit v samooskrbi (Carmel, 1998).

Popolno kompenzatorni sistem se uporablja v primerih, ko je pacientovo samostojno posredovanje samooskrbe tako omejeno, da je pacient pri zagotavljanju potreb povsem odvisen.

Delno kompenzatorni sistem se uporablja, ko lahko pacient do neke mere samostojno zadovoljuje potrebe samooskrbe in potrebuje medicinsko sestro za zadovoljevanje ostalih potreb samooskrbe.

Podporno vzgojni sistem, kjer imata medicinska sestra in pacient glavno in enakopravno vlogo pri izvajanju samooskrbe, se uporablja pri pacientu, ki lahko skoraj v celoti zadovoljuje potrebe samooskrbe. Potrebuje še pomoč pri odločanju, nadzor nad vedenjem in dodatno znanje. V tem sistemu skuša medicinska sestra pospeševati samostojno oskrbo (Tomey, Alligood, 2006).

Ravno pri tem sistemu vidimo patronažno medicinsko sestro v vlogi svetovalke, vzgojiteljice in izvajalke patronažne zdravstvene nege.

Cilj patronažne zdravstvene nege je ohranjanje zdravja in življenja, povrnitev normalnega ali najboljšega možnega stanja zdravja.

## ZAKLJUČEK

Raziskava medicinskih sester v patronažnem varstvu na Škotskem (Kennedy, 2004) je pokazala, da je potrebno za uspešno rešitev in obravnavo problemov ob prvem obisku imeti naslednja znanja: treba je znati spoznati posameznika v domačem okolju, spoznati svojce, skrbnike oziroma druge pomembne osebe, poznati ukrepe in intervencije, ki so potrebne, poznati razplet dogodkov v prihodnje, znati prepoznati primanjkljaj znanja ter poznati vire in možnosti drugih služb v okolju. Pri delu je potrebno mnogo raznolikega znanja, ki ga pridobimo s formalnim in neformalnim izobraževanjem, z izkušnjami v procesu vseživljenjskega učenja. Poleg tega je pomembna osebnost medicinske sestre, njeno poznavanje in zavedanje sebe. Medicinska sestra mora ponotranjiti vrednote in mora imeti razvit občutek skrbnosti (Tomey, Alligood, 2006).

Raziskava (Dunne, Sullivan, Kernohan, 2005) o osebnih izkušnjah medicinskih sester v patronažnem varstvu je pri obravnavi paliativnih pacientov prepoznala štiri pomembne teme, in sicer: izziv pri obravnavi simptomov, komunikacijske vezi oz. odnose, družino kot element skrbi in izgorelost (osebna cena). Slednje trditve ne moremo v celoti prenesti v okolje mlade družine in dela medicinske sestre v patronažnem varstvu, vendar nam babiški obiski v družini kljub temu pomenijo izziv.

Komunikacijske veščine postajajo pomembnejši dejavniki kakovostne zdravstvene nege. Specifične situacije in dinamično delovno okolje so razlogi, ki motivirajo patronažne medicinske sestre za uporabo učinkovitih strategij komunikacije, da bi vzpostavile in ohranile dober, sodelujoč odnos s pacientom. Patronažne medicinske sestre vstopajo v družino in terapevtska komunikacija, ki temelji na spoštovanju, zaupanju, empatiji in profesionalnosti, je vodilo dobrega terapevtskega odnosa in kakovostne zdravstvene oskrbe. Avtorica McNaughton (2005) je v raziskavi, ko je testirala uporabo teorije Peplau pri obisku medicinske sestre na domu, poudarila pomen razvijanja zaupnega odnosa. Ugotavlja, da le takšnemu odnosu sledi uspešna komunikacija, ko sogovornik spregovori o problemih in strahovih in se z njimi tudi sooči.



Teoretičarka H. Peplau ne vidi človeka, ki ga obravnava medicinska sestra, zgolj kot posameznika, temveč tudi kot družino. Potrebno je priznati, da je ravno v zvezi z družino opravljenih najmanj raziskav. Zaradi narave obiska otročnice in družine lahko tudi na podlagi zgoraj navedenih raziskav potrdimo možnost uporabe teorije v naši praksi patronažne zdravstvene nege, še posebej, če imamo v mislih koncept interakcijskega medosebnega odnosa. Podobno lahko utemeljimo aplikacijo teorije Caliste Roy, kjer gre za prilagajanje posameznika znotraj štirih načinov, od katerih je eden ravno družina oziroma medosebna odvisnost v vlogah znotraj nje.

Cilj medicinske sestre v patronažnem varstvu je razviti najboljšo prakso, ki se bo najbolj približala potrebam posameznika, družini, okolju, pa tudi razumevanju in poslanstvu patronažnega varstva. Praksa zdravstvene nege je živ sistem, ki se spreminja, dopolnjuje in razvija. Zato so nova znanja in ideje dobrodošle pri novih izkušnjah, ki lahko preko reflektivne prakse in raziskovanja prinesejo nove akcije in posledično raziskovanje v praksi.

Kot možnost in izziv za uporabo znanj medicinske sestre v patronažnem varstvu je predstavljenih nekaj teoretičnih modelov. Uporaba le-teh zahteva tudi kritično presojo in širšo obravnavo, kar pa je prepuščeno posameznici.

Vedenje je »posledica« znanja in izkušenj. Največ vedenja imajo modri ljudje. Vedenje ni podobno veri, je popolna prepričanost zaradi znanja in izkušenj. Je sila, ki nas v kritičnem trenutku omahovanja in vračanja v stari sistem razmišljanja »potegne« naprej. Sodoben človek noče več slepo verjeti. Sodoben človek mora razumeti.

## LITERATURA

1. Carmel B. Community health care nursing. Churhill Livingstone, Edinburg, 1998: 105–124.
2. Carr S. Nursing in the community: impact of contex on the practice agenda. J Clin Nurse 2001; 10: 330–6.
3. Christie J., Poulton B.C., Bunting B.P. An integrated mid-range theory of postpartum family development: a guide for research and practice. JAN 2007; 61: 38–50.
4. Choi P., Henshaw C., Baker S., Tree J. Supermum, superwife, supereverything: performing femininity in the transition to motherhood. Journal of reproductive and infant psychology, 2005; 23: 167–80.
5. Dunne K., Sullivan K., Kernohan G. Palliative care for patients with cancer: district nurses experiances. JAN 2005; 50: 372–80.
6. Fawcett J. Contemporary nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories, F.A. Davis. Philadelphia, 2004.
7. Kennedy CM. A typology of knowledge for district nursing assessment practice. JAN 2004; 45: 401–9.
8. McGarry J. Exploring the significance of place in community nursing. Br J Community Nurs 2004; 9: 302–4.
9. McGarry J. Defining roles, relationship, boundaries and participation between elderly people and nurses within the home: an ethnographic study. Health and Social Care in the Community 2008; 17: 83–91.
10. McNaughton D.B. A naturalistic test of Peplau's theory in home visiting. Public Health Nursing, 5: 429–38.
11. Mernik Merc, A. Odnos med patronažno medicinsko sestro in pacientom. V: Profesionalni odnos v patronažnem varstvu Zbornik 6. strokovnega srečanja Združenja zasebnih patronažnih medicinskih sester. Polana, 2010: 20–9.
12. Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Uradni list Republike Slovenije, št. 19/1998/2002.
13. Pearl N., Sharon A., Lois W. Using the Neuman Systems Model for Best Practices. Nursing Science Quarterly 2006; 9: 31–35.
14. Peplau H. Interpersonal relations in nursing. New York: G.P. Putnams Sons, 1952.
15. Ramšak Pajk, J. Hildegard Peplau in model medosebnih odnosov. Obzornik zdravstvene nege 2000; 34: 27–31.
16. Stickley T., Freshwater D. The art of listening in the therapeutic relationship. Mental Health Practice 2006; 9: 12–8.
17. Tan Jia X.J. The use effective therapeutic communication skills in nursing practice. Singapore Nursing Journal 2009; 36: 35–40.
18. Tomey AM, Alligood MR. Nursing theorists and their work. (6th ed.). Mosby, Philadelphia, 2006; 91–115.
19. Weiss M., Fawcett J., Aber C. Adaptation, postpartum concerns and learning needs in the first two weeks after caesarean birth. Journal of Clinical Nursing; 18: 2938–2948.



# VSEBINA PRENOVLJENE ZBIRKE PODATKOV O PATRONAŽNI DEJAVNOSTI

## THE RENEWED DATABASE EVIDENCE OF COMMUNITY NURSING

**Darinka Zavrl Džananović, dipl. m. s.**  
**Inštitut za varovanje zdravja, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana**  
**darinka.zavrl@ivz-rs.si**

### **Izvleček:**

Narediti zdravstveno nego vidno ne pomeni zgolj dosledno evidentirati vseh aktivnosti, pomembnejši je način beleženja, ki mora zagotoviti, da so zbrani podatki sledljivi, primerljivi in preverljivi. To pomeni, da vsebina vsakega zapisa temelji na enotni definiciji. Patronažna medicinska sestra za načrtovanje svojega dela nujno potrebuje dobre podatke. Trenutno zastarel način poročanja ne zagotavlja objektivnosti dobljenih rezultatov, zato je delovna skupina pod mentorstvom Inštituta za varovanje zdravja pripravila prenovljeno vsebino Evidence patronažne zdravstvene nege, ki ustreza vsem zahtevam sodobne zdravstvene statistike.

*Ključne besede: zbirka podatkov, patronažna zdravstvena nega, nacionalni sistem poročanja v zdravstveni negi.*

### **Abstract:**

In order to make nursing more transparent it is necessary to not only document our activities, but to document them in a way that ensures the data is traceable, comparable and verifiable. That calls for all entries to be based on the same definition. It is essential for a community nurse to have accurate data. The way data is reported is obsolete and does not allow for objectiveness of the data gathered. Therefore a work group under the Institute of public health has prepared a renewed Database evidence of community nursing which meets the demands of modern health statistics.

*Keywords: database evidence, community nursing care, national nursing database system.*

### **UVOD**

Dokumentiranje in poročanje sta sestavni del zdravstvenega varstva v Sloveniji. V vseh razvitih sistemih so podatki osnova uspešnega delovanja oziroma so temelj vsakega uspešnega managementa (Management, 2008). V primarnem zdravstvenem varstvu se v Sloveniji srečujemo z različnimi oblikami poročanja o delovanju posameznih varstev. V glavnem gre za poenotene informacijske rešitve, ki se kontinuirano posodablja in dopolnjujejo. Tudi patronažno varstvo se lahko pohvali z Evidenco patronažne zdravstvene nege IVZ 6 (EPZN IVZ 6), ki sega v leto 1959. Omenjena zbirka je »obtičala v času« in ni sledila razvoju stroke zdravstvene nege niti ne potrebam sodobne zdravstvene statistike. Zadnja posodobitev sega v leti 1999–2000, ko je prišlo do pretvorbe obrazca DZS (Obr. 8,95) v Excelovo tabelo. Ob tem pa sta vsebina zbirke in način poročanja ostala nespremenjena (Strategija, 2011).

Problem predstavljajo neusklajene informacijske rešitve, ki ne dopuščajo primerljivosti, in zastarela vsebina zbirke patronažne zdravstvene nege. Trenutno lahko govorimo o relativno dobri računalniški opremljenosti izvajalcev patronažne dejavnosti, tako v javnih zavodih kot med koncesionarji. S prenovo Evidence patronažne zdravstvene nege smo pričeli konec leta 2007, ko je bila na Izvršilnem odboru sekcije za patronažno dejavnost imenovana delovna skupina za prenovo vsebine EPZN. Naš cilj je bil s poenotenim dokumentiranjem doseči objektivnost podatkov in v vsebini zbirke prikazati posamezne elemente sodobne patronažne zdravstvene nege. Posodobljena EPZN bi preko spremljanja opravljenih aktivnosti, primerjanja in vrednotenja dela omogočila konkreten vpogled v delo patronažnih medicinskih sester na terenu. Na ta način bi določili njihovo učinkovitost in dejansko potrebo po zdravstveni negi na domu. Na osnovi tako zbranih podatkov bi argumentirano izvedli vsa potrebna planiranja. Posodobljena Evidenca patronažne zdravstvene nege bi s širokim naborom objektivno zbranih podatkov omogočila tudi več raziskovalnih aktivnosti, ki bi temeljile na klinični praksi. Znanstveno raziskovanje je nujno potrebno za trajnostni razvoj patronažne zdravstvene nege.



Zaradi povečanega obsega potreb po zdravstveni negi na domu in zaradi strokovno zahtevnejših obravnav se povečujejo tudi stroški, ki so predvideni za patronažno dejavnost. Posodobljen način zbiranja in poročanja bi omogočil tudi preciznejše in pravičnejše planiranje sredstev, vsekakor bi bil racionalnejši (Šuštaršič et al., 1999).

Naš namen je bil oblikovati sodobno zbirko podatkov, ki bo vsebinsko primerljiva z drugimi zbirkami Inštituta za varovanje zdravja (IVZ). Tako smo definicije izbranih spremenljivk sproti prilagajali definicijam drugih zbirk podatkov IVZ-ja, Statističnega urada Republike Slovenije (SURS). Delovna skupina je z naborom vsebinsko posodobljenih podatkov in oblikovanjem definicij le-teh zaključila novembra 2009. Za vzpostavitev enotne informacijske rešitve v patronažnem varstvu in za izvedbo projekta prenove EPZN bomo s predstavniki IVZ-ja septembra 2012 ponovno poskusili s pogajanjem na Ministrstvu za zdravje RS za pridobitev namenskih sredstev iz projekta e-Zdravje.

## REZULTATI

### Predstavitev vsebine prenovljene zbirke

Z EPZN želimo narediti patronažno zdravstveno nego vidnejšo in jo hkrati koristno uporabljati za načrtovanje zdravstvene politike na primarnem nivoju. Vsebino zbirke podatkov o patronažni dejavnosti smo razdelili v štiri sklope, ki se med seboj dopolnjujejo in povezujejo. Tako se podatki o subjektu obravnave v patronažni zdravstveni negi navezujejo na vse podatke iz ostalih sklopov. Delovna skupina si je zadala nalogo, da pripravi nabor spremenljivk za vsak sklop posebej in jih istočasno opremi z veljavnimi definicijami. Sam nabor spremenljivk z definicijami je v bistvu tudi že izdelan osnutek za Metodološka navodila EPZN.

#### 1. Sklop podatkov o subjektu obravnave v patronažni zdravstveni negi

V patronažni zdravstveni negi je subjekt obravnave lahko:

- pacient,
- družina,
- lokalna skupnost.

Sklop podatkov o subjektu obravnave nam bo podal osnovne informacije o obravnavanem. Predvideli smo, da bi zabeležili le pacientov EMŠO, vse ostale podatke pa bi pridobili iz drugih podatkovnih baz (CRP – Centralni register prebivalcev, SRDAP – Statistični register delavno aktivnega prebivalstva).

Za obravnavo družine ali lokalne skupnosti smo nabor podatkov predvideli in določili. Tako nas med drugim zanimajo število družinskih članov, vrsta družine, socialni status, zdravstveno socialna problematika ter izvedene intervencije. Obisk pri družini bi zaključili z določitvijo kategorije obravnave.

Za delo patronažne medicinske sestre v lokalni skupnosti pa bi zabeležili število in starost udeležencev ter vrsto aktivnosti.

#### 2. Sklop podatkov o patronažni zdravstveni negi

Sklop obsega:

- negovalne diagnoze v patronažni zdravstveni negi,
- aktivnosti in intervencije v patronažni zdravstveni negi,
- kategorizacijo v patronažni zdravstveni negi.

Sklop podatkov o patronažni zdravstveni negi nam bo omogočil vpogled v delo patronažnih medicinskih sester na terenu. Negovalne diagnoze bodo dale informacijo o negovalnih problemih, s katerimi se srečujemo v patronažnem varstvu. Negovalna diagnoza je osnova za načrtovanje in intervencije. Postopki reševanja negovalnih problemov in obravnav pacientov na domu bodo prikazani z definiranjem aktivnosti. Sklop podatkov o patronažni zdravstveni negi se zaključi s kategorizacijo oziroma z razvrstitvijo pacienta glede na zahtevnost obravnave. To je sistem razvrščanja pacientov v kategorije glede na posebnosti in potrebe po zdravstveni negi v določenem časovnem obdobju. S kategorizacijo pacienta v patronažni zdravstveni negi dobimo podatek o potrebah po zdravstveni negi, o zahtevnosti dela in obremenjenosti patronažnih medicinskih sester. Za učinkovito načrtovanje kadrovske politike so podatki o kategorizaciji nujno potrebni. Služijo tudi za oceno stroškov v patronažnem varstvu.



### 3. Sklop podatkov o obisku v patronažnem varstvu

Sklop podatkov o obisku patronažne medicinske sestre nam bo podal informacijo o vrsti obiska (preventivni/kurativni, prvi/ponovni), o frekvenci obiskov pri posameznem pacientu, času trajanja posamezne obravnave (prvi/zadnji obisk) in razlogu za konec obravnave, ki bo neposredno podal informacijo o uspešnosti patronažne medicinske sestre pri reševanju negovalnega problema.

### 4. Sklop podatkov o izvajalcu patronažne zdravstvene nege

Podatke o izvajalcu patronažne zdravstvene nege bomo po potrebi pridobili iz drugih podatkovnih zbirk, za kar bomo uporabili identifikator, to je številko zdravstvenega delavca. Zapis podatkov o obravnavi bo vezan na konkretnega izvajalca patronažne zdravstvene nege na domu, kar še dodatno zagotavlja objektivnost zbranih podatkov.

## **Prednosti prenovljene vsebine EPZN**

Zbrani podatki o obravnavani populaciji v patronažnem varstvu, natančen vpogled v aktivnosti patronažnih medicinskih sester, vrste intervencij, njihov obseg in zahtevnost bodo omogočili transparentnost dogajanja na terenu. Sledljivost podatkov med posameznimi vsebinskimi sklopi pa poleg transparentnosti zagotavlja tudi varnost podatkov pacientov in patronažnih medicinskih sester. Z določitvijo kategorije posamezne obravnave pacienta na domu bi posredno določili tudi obremenjenost patronažnih medicinskih sester. Pogostost obiskovanja pacientov na domu, trajanje posamezne obravnave od začetka do zaključka in razlog za konec obravnave bi nam posredovali neposredno informacijo o učinkovitosti izvajanja zdravstvene nege na domu oziroma podatek o uspešnosti patronažne medicinske sestre pri reševanju negovalnega problema. Kazalniki potreb in učinkovitosti bodo služili za kakovostno načrtovanje patronažne zdravstvene nege, za kadrovanje in planiranje izobraževanja. Z razbremenitvijo patronažne medicinske sestre bi prispevali k večji kakovosti in učinkovitosti dela.

## **RAZPRAVA**

Na IVZ RS vsako leto objavimo analizo o delu patronažnih služb v Zdravstveno statističnem letopisu. V tabelah in grafih so prikazane najpomembnejše ugotovitve za opazovano leto. Zaradi aktualnosti dogodkov se nam nemalokrat poraja vprašanje, komu služijo ti podatki. Jih vodje patronažnih služb kdaj analizirajo, preučijo, se morda primerjajo z drugimi patronažnimi službami po zdravstvenih regijah Slovenije?

Ob nekajletnem delu s podatki o patronažni zdravstveni negi in opozarjanju na evidentno razhajanje med teoretičnimi smernicami in prakso (Patronažno, 2006) ugotavljamo, da se na področju patronažne zdravstvene nege ni nič spremenilo. Izpostavili bi samo neustrezno razmerje med preventivno in kurativno dejavnostjo. Rezultati analiz, narejenih na IVZ RS (Zavrl Džananović, 2006a, 2010b), kažejo, da se v obdobju zadnjih petnajstih let vztrajno, a počasi zmanjšuje delež preventivne zdravstvene nege.

Ob tem je treba poudariti, da se v primarnem zdravstvenem varstvu ponovno vse večji pomen pripisuje patronažnemu varstvu. Na nivoju države se oblikujejo različni preventivni programi, v katerih ima patronažna medicinska sestra še kako pomembno mesto in vlogo. Trenutne družbenoekonomske razmere krepijo potrebo po preventivni dejavnosti patronažne zdravstvene nege, hkrati pa se povečuje tudi potreba po kurativni patronažni dejavnosti (Neenakosti, 2011). V praksi pa smo priča razmeram, ki kažejo, da se patronažno varstvo na novonastale spremembe ne odziva po načelih stroke, kjer je preventiva vodilo dejavnosti. Z veliko verjetnostjo lahko trdimo, da z enako organizacijo dela in z enakim pristopom stroka patronažne zdravstvene nege v novonastalih razmerah ne bo zadostila potrebam.

Z uvedbo vsebinsko enotnega e-zapisa v patronažnem varstvu bomo dosegli razbremenitev zaposlenih. Objektivno zbrani podatki bodo bolj kakovostni zaradi sledljivosti in preverljivosti. Povečala se bo njihova uporabna vrednosti na področju zdravstvene analitike. Ugotovitve analiz bodo stroki lahko tehten argument za uvajanje sprememb, za dogovarjanja in pogajanja, tudi s plačnikom.

Predpogoj za uspešno realizacijo prenove EPZN je osveščenost in zavedanje zaposlenih v patronažni zdravstveni negi o vlogi in pomenu dokumentiranja. Na osnovi izkušenj in poznavanja beleženja v zdravstveni negi lahko z gotovostjo trdimo, da se za frazo »naredimo zdravstveno nego vidno« skriva slabo poznavanje dejanskega pomena teh besed. Negovalne diagnoze so v teoriji zdravstvene nege Slovenije prisotne vse od leta 1982, vendar se do danes stroka še ni opredelila glede rabe negovalnih diagnoz v praksi. Tako se poraja vtis, da se večina medicinskih sester ne zaveda, da je temelj kakovostnega dokumentiranja vsebinska enotnost zabeleženega. Med najvišjimi predstavniki stroke





zdravstvene nege je zaznati premalo načrtnega prizadevanja za doseg konsenza glede rabe negovalnih diagnoz in s tem načrtovanih aktivnosti v praksi zdravstvene nege. Le na ta način je moč doseči objektivno preverljivo določitev stopnje kategorizacije v obravnavi pacienta. Enotnost v rabi in poimenovanju omenjenih elementov zdravstvene nege pa je med ostalim tudi podlaga za vzpostavitev enotne informacijske rešitve.

Kljub poskusom, da bi prenovljeni EPZN IVZ 6 dodali vrednost in jo vsebinsko primerjali z drugimi državami, nam to zaenkrat ni uspelo. Model patronažnega varstva v Sloveniji je specifičen; mednarodna primerjava podatkov pa je zaradi razlik v organizaciji in vsebini dela, razlik v kadrovske in izobrazbeni strukturi izvajalcev patronažne zdravstvene nege nemogoča.

## ZAKLJUČEK

Vzpostavitev enotne informacijske rešitve in vsebinsko prenovljene EPZN bi pomenila velik korak v napredku patronažne zdravstvene nege in bi bila izhodišče za razvoj stroke.

Naš poglobitni namen je predstaviti patronažno zdravstveno nego v celoti. Prikazani bi bili elementi vsebine dela, procesa in rezultati zaključka obravnave. Ob tem se vse bolj pojavlja bojazen, da bo ravno stroka zdravstvene nege razlog za neuspešno realizacijo projekta, saj bo zaradi neenotnosti in še vedno nejasnega koncepta ter neenotne rabe posameznih elementov v zdravstveni negi, kot so negovalne diagnoze in aktivnosti, prav poglavje zdravstvene nege ostalo okrnjeno. Brez dosežene enotnosti v rabi in beleženju vsebine zdravstvene nege je ta sklop podatkov za potrebe države neuporaben in nepotreben. Nehote se ob tem pojavlja dvom o smiselnosti dokumentiranja posameznih elementov zdravstvene nege, kar meče slabo luč na stroko. Če bo poglavje o zdravstveni negi izpadlo, bo prenovljena evidenca zagotavljala zgolj podatke o razlogu za obisk patronažne medicinske sestre na domu, to je o medicinski diagnozi, ki jo je postavil pacientov osebni zdravnik, ne bo pa prikazana vsebina dela patronažne medicinske sestre.

Za uspešno realizacijo zastavljenih ciljev, kot so poenoteno dokumentiranje, transparentnost in vsestranska racionalizacija, je poleg pridobitve sredstev na državnem nivoju nujno potrebno doseči tudi konsenz stroke glede enotnega poimenovanja in rabe vsebine zdravstvene nege.

## LITERATURA

1. Evidenca patronažne zdravstvene nege. Dostopno na: [http://www.ivz.si/podatkovne\\_zbirke?pi=5&\\_5\\_Filename=attName.png&\\_5\\_MediaId=573&\\_5\\_AutoResize=false&pl=46-5.3](http://www.ivz.si/podatkovne_zbirke?pi=5&_5_Filename=attName.png&_5_MediaId=573&_5_AutoResize=false&pl=46-5.3) (1. 9. 2012).
2. Management in healthcare practice, Community and dispensary nursing care. Forum for public health in south eastern Europe. Zagreb, 2008: 466–477.
3. Neenakosti v zdravju v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2011: 55–67. Dostopno na: [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/posvet\\_neenakost\\_v\\_zdravju\\_feb\\_2011/publikacija\\_neenakost\\_v\\_zdravju\\_v\\_Sloveniji\\_feb\\_2011.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/posvet_neenakost_v_zdravju_feb_2011/publikacija_neenakost_v_zdravju_v_Sloveniji_feb_2011.pdf) (14. 2. 2011).
4. Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega – nadgradnja in prilagajanje novim izzivom. Ministrstvo za zdravje RS, 2006.
5. Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020. Ministrstvo za zdravje RS, februar 2011.
6. Šuštaršič, O., Rajkovič, V., Leskovar, R., Bitenc, I., Zelič, I. Mesto in vloga računalniško podprtega informacijskega sistema patronažne zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege* 1999; 33: 151–8.
7. Zavrl Džananović, D., Patronažno varstvo Slovenije včeraj, danes jutri. Analiza poročil o delu patronažnega varstva od leta 2000 do 2008. *Obzornik zdravstvene nege* 2010; 44(2): 117–25.



ČLANICAM ZDRUŽENJA ZASEBNIH PATRONAŽNIH MEDICINSKIH  
SESTER, NA PODLAGI POSEBNE KROVNE POGODBE, ZAVAROVALNICA  
ADRIATIC SLOVENICA OMOGOČA UGODNO ZAVAROVANJE ODGO-  
VORNOSTI, NEZGODNO ZAVAROVANJE IN ZAVAROVANJE ZA  
DNEVNO NADOMESTILO V ČASU BOLNIŠKE ODSOTNOSTI  
(ZARADI BOLEZNI ALI NEZGODE).

ZA VEČ INFORMACIJ VAM JE NA VOLJO  
G. STANISLAV BAŠ, T: 041 719 613.

**AdriaticSlovenica**  NOVE DIMENZIJE VARNOSTI  
Zavarovalna družba d.d. • Članica Skupine KD Group

[www.adriatic-slovenica.si](http://www.adriatic-slovenica.si)



# Audax

»Celovita informacijska rešitev za patronažno dejavnost«



# VLOGA PATRONAŽNE MEDICINSKE SESTRE PRI PREPREČEVANJU MATERNALNE UMRLJIVOSTI V SLOVENIJI

## THE ROLE OF COMMUNITY HEALTH NURSE IN PREVENTION OF MATERNAL MORTALITY IN SLOVENIA

**Barbara Mihevc Ponikvar, dr. med., Sonja Tomšič, dr. med.**  
Inštitut za varovanje zdravja RS, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana  
barbara.mihevc@ivz-rs.si

### **Izvleček:**

V prispevku predstavljamo spremljanje maternalne umrljivosti v Sloveniji in aktualne podatke o stopnji maternalne umrljivosti in glavnih vzrokih smrti. Posebej izpostavljamo vzroke maternalnih smrti v poporodnem obdobju, saj imajo patronažne medicinske sestre ključno vlogo pri zmanjševanju maternalne obolevnosti in umrljivosti ravno v tem obdobju. Zato je pomembno, da so patronažne medicinske sestre seznanjene z najpogostejšimi zapleti pri otročnicah, saj lahko tako pravočasno prepoznajo ogrožajoča stanja in s tem prispevajo k ohranjanju in izboljšanju zdravja mater po porodu.

*Ključne besede: nosečnost, poporodno obdobje, duševno zdravje, maternalna umrljivost.*

### **Abstract:**

The article presents monitoring of maternal mortality in Slovenia and current data on the maternal mortality and its major causes. We focused on causes of maternal deaths in the postpartum period. We see the key role of community health nurses in reducing maternal mortality and morbidity in this very period. It is therefore important that the community health nurses are aware of the most common pathology in puerperium so that they can timely identify life threatening condition and thereby contribute to maintaining and improving women's health.

*Keywords: pregnancy, puerperium, mental health, maternal mortality.*

### **UVOD**

Maternalna smrt je smrt ženske v času nosečnosti ali v 42 dneh po koncu nosečnosti, ne glede na trajanje in mesto nosečnosti, zaradi kakršnega koli vzroka, ki je povezan z nosečnostjo ali vodenjem nosečnosti, toda ne zaradi naključnih vzrokov ali okoliščin. Maternalne smrti delimo na neposredne, to so tiste, ki so posledica porodniških zapletov nosečnosti, poroda ali poporodnega obdobja ter diagnostičnih in terapevtskih postopkov v tem času, in na posredne, ki so posledica bolezni še iz časa pred nosečnostjo ali bolezni, ki so se pojavile v nosečnosti, a jih niso povzročili neposredni porodniški vzroki, so se pa poslabšale zaradi fizioloških učinkov nosečnosti. Kasna maternalna smrt je smrt ženske zaradi neposrednega ali posrednega vzroka več kot 42 dni, toda manj kot leto dni po koncu nosečnosti (MKB10, 2005).

Maternalna umrljivost je eden najpomembnejših kazalnikov uspešnosti delovanja sistema zdravstvenega varstva (Kirar Fazarinc, 1998; Graham, 2002). Odraža tako dostopnost, kot tudi kakovost obporodnega zdravstvenega varstva, je pa tudi odraz zdravstvenega stanja žensk v reproduktivni dobi nasploh (Atrash et al., 1995). V najširšem smislu je stopnja maternalne umrljivosti merilo družbenega položaja žensk (Kirar Fazarinc, 1998).

Maternalne smrti predstavljajo v svetu drugi najpogostejši vzrok smrti žensk v starostni skupini od 15 do 44 let (WHO, 2009). Večina maternalnih smrti se zgodi v nerazvitih delih sveta in le en odstotek v razvitih delih sveta. Svetovna zdravstvena organizacija v svojem poročilu za leto 2008 ocenjuje, da je znašala maternalna umrljivost v razvitih regijah 14/100.000 živorojenih otrok (13–16/100.000) (Trends in Maternal mortality, 2010). V Veliki Britaniji, kjer imajo najdaljšo tradicijo poročanja in spremljanja maternalne umrljivosti in ene najnatančnejših podatkov o maternalni umrljivosti, so zabeležili v obdobju 2006–2008 v povprečju 11,4 maternalnih smrti na 100.000 porodov (Lewis, 2011).



## Maternalna umrljivost v Sloveniji

V Sloveniji spremljamo maternalno umrljivost že več kot petdeset let, a je zaradi sprememb v metodologiji zbiranja podatkov potrebna previdnost pri časovnih primerjavah. Kot osnovni vir podatkov uporabljamo nacionalno zdravstveno statistiko o vzrokih smrti, poleg tega primere smrti žensk v času nosečnosti ter enega leta po zaključku le-te odkrivamo tudi aktivno. Tako po zaključku kodiranja vzrokov smrti preverjamo obrazce »Zdravniško potrdilo o smrti in poročilo o vzroku smrti« za vse ženske, ki umrejo v rodni dobi. V vseh »sumljivih« primerih, ki bi lahko bili povezani z nosečnostjo, pošiljamo poizvedbe lečečim zdravnikom. Po letu 2000 izvajamo tudi računalniško povezovanje zbirk podatkov in na ta način identificiramo vse ženske, ki umrejo v roku enega leta po zaključku nosečnosti. Za vsak identificiran primer maternalne smrti pridobimo od lečečih zdravstvenih delavcev medicinsko dokumentacijo; primer analiziramo po enotnem protokolu, določimo vzrok smrti in ocenimo preprečljivost.

V absolutnih številkah smo v obdobju od leta 2000 do leta 2009 zabeležili v povprečju 2,5 zgodnje in 1 kasno smrt letno. Povprečna stopnja maternalne umrljivosti za obdobje 2000–2009 znaša 13,3/100.000 živorojenih otrok. Povprečna stopnja kasne maternalne umrljivosti pa 5,3/100.000 živorojenih otrok.

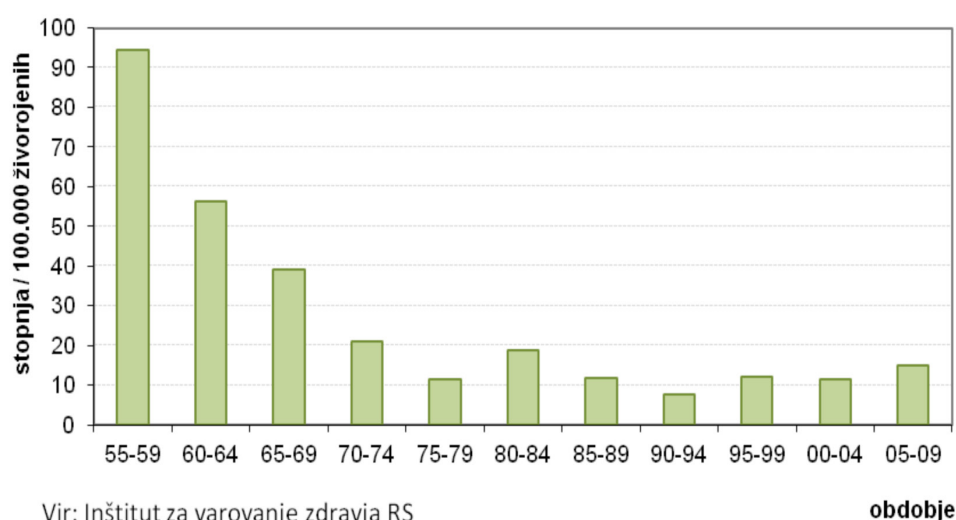


Tabela: Petletne povprečne stopnje maternalne umrljivosti, Slovenija 1955–2009

Upoštevalje zgodnje in kasne maternalne smrti so v Sloveniji v obdobju 2000–2009 najpomembnejši vzroki maternalne umrljivosti: samomor v povezavi z duševnimi motnjami (poporodna psihoza, poporodna depresija, poslabšanje kronične duševne motnje), srčno-žilne bolezni, preeklampsija, eklampsija in HELLP sindrom, obporodne krvavitve, tromboze in trombembolije ter rak.

Patronažne medicinske sestre so ključni zdravstveni strokovnjaki, ki prihajajo v stik z otročnico po odpustu iz porodnišnice, saj opravljajo v skladu z Navodilom za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (2002) aktivno zdravstveno in socialno varstvo nosečnic, otročnic in novorojenčkov. Ženske imajo po porodu pravico do dveh preventivnih obiskov patronažne medicinske sestre. Šest patronažnih obiskov pa je namenjenih dojenčku v prvem letu starosti. Tako je vloga patronažnih medicinskih sester pri preprečevanju maternalnih smrti v poporodnem obdobju izjemnega pomena. Na podlagi analiz maternalnih smrti v Sloveniji v zadnjem desetletju lahko izpostavimo nekaj skupin vzrokov smrti, ki so v večji meri povezani s poporodnim obdobjem. Največ pozornosti bo namenjene duševnim motnjam, saj je ravno samomor v povezavi z duševnimi motnjami najpogostejši vzrok maternalnih smrti v prvem desetletju tega tisočletja.

## Duševne motnje in nosečnost ter poporodno obdobje

Duševno zdravje pomembno vpliva na potek nosečnosti, poroda in na kasnejši razvoj otroka (Ličina, 2011). Ugotovljeno je, da so v primerjavi z ženskami, ki niso noseče, depresivni simptomi pri nosečnicah primerljivi in pogostejši. Podobno velja tudi za anksioznost (Preti et al., 2000). Nezdravljene duševne motnje lahko zaradi slabše sposobnosti presoje nosečnice vodijo v bolj tvegano vedenje, npr. v zlorabo psihoaktivnih snovi. Lahko je okrnjena njihova skrb za preventivo, tj. redkejša obiskovanje predporodnega zdravstvenega varstva, neskrbnost za zdravo



prehrano ipd. Neposredno naj bi duševne motnje vplivale celo na prekrvavitev posteljice in rast ploda (WHO2, 2009). Nosečnice z duševnimi motnjami so tako posebej ogrožena skupina, zato je pomembno njihovo odkrivanje in poostren nadzor nad njimi ter ustrezno zdravljenje. Pomembna ugotovitev je tudi, da nezdravljena depresija med nosečnostjo v več kot polovici primerov preide v poporodno depresijo, kar 15 % nezdravljenih nosečnic z duševno motnjo pa naj bi poskušalo storiti samomor (Evans et al., 2001; Josefsson et al., 2001).

Prvi meseci po porodu predstavljajo za matere veliko obremenitev, saj okrevajo po porodu, prevzamejo skrb za novorojenčka, pogosto jim primanjkuje spanca in se nasploh prilagajajo na rutino v spremenjeni družini. Psihična nestabilnost je normalna za čas prilagajanja na velike življenjske spremembe. Obstaja pa vedno več dokazov, da je lahko rojstvo otroka tudi vzrok za težave v duševnem zdravju. Poporodne duševne motnje so še posebej pogoste pri ženskah, ki so že kdaj v življenju doživele epizodo resne duševne bolezni. V tej skupin žensk naj bi se težave po porodu pojavile vsaj pri vsaki drugi ženski (Robertson et al., 2005). Najpogostejše duševne motnje v zvezi s poporodnim obdobjem so poporodna otožnost, poporodna psihoza in poporodna depresija (WHO2, 2009).

Poporodna otožnost je običajno blaga motnja, ki se pojavi v prvih dneh po porodu in spontano mine. Prizadene okoli 80 % porodnic, za Slovenijo to pomeni, da je imelo v letu 2010 izkušnjo poporodne otožnosti več kot 17.600 žensk.

Poporodna depresija je resnejša motnja, ki prizadene 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 (WHO2, 2009; Epperson, 1999). V slovenski raziskavi iz leta 2003 je bila pojavnost poporodne depresije kar 21,5-odstotna (Koprivnik, Plemenitaš, 2005). Glede na naše in tuje ocene to za leto 2010 pomeni, da je poporodno depresijo doživel okoli 4.400 porodnic, od tega okoli 1.100 v hujši obliki. Nezdravljena ali slabo zdravljena poporodna depresija pa 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 1–2/1.000 porodnic, za Slovenijo za leto 2010 to pomeni 22–44 bolnic (WHO2, 2009).

Študije kažejo, da duševne motnje matere vplivajo na otrokovo zdravstveno stanje. Pomemben razlog naj bi bil, da duševna motnja mater ovira, da bi z otrokom razvila ljubeč, skrben in vzpodbuden odnos (Ličina, 2011). Dokazano je, da imajo otroci mater z duševnimi motnjami v povprečju slabši razvoj na področju čustvovanja, spoznavnih sposobnosti in socialnih stikov. Pogosto je v družinah, kjer je prisotna duševna motnja, tudi več drugih dejavnikov tveganja, kot so slabši socialno-ekonomski položaj, stigmatizacija, nižja izobraženost, pogostejša so tudi zanemarjanja in nasilje (Bonari et al., 2004; Murray, Cooper, 1997).

Presejanje na težave v duševnem zdravju med nosečnostjo in po porodu se lahko izvaja z različnimi instrumenti. V materinski knjižici (Japelj et al., 2004) se trenutno na strani 23 nahaja vprašalnik »SZO/EURO lestvica dobrega počutja«. Vprašalnik je enostaven in je sestavljen iz petih trditev, pri katerih nosečnica oziroma otročnica izbere vrednost, ki najbolje označuje njeno počutje v zadnjih dveh tednih. V primeru, da nosečnica zbere manj kot 7 točk, naj bi poiskala strokovno pomoč. Dokler ne bodo izdelana drugačna priporočila, vprašalnik lahko služi kot pomoč pri oceni duševnega zdravja tudi patronažnim medicinskim sestram, kadar posumijo na duševne težave pri otročnici.

Različni viri kažejo, da se presejanje za duševne stiske v praksi relativno malo uporablja (Koprivnik, Plemenitaš, 2009), zato zamujamo priložnost, 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 (Tomšič et al., 2012).

Nujno je tudi osveščanje družinskih članov in širše javnosti o problematiki duševnih motenj v nosečnosti in poporodnem obdobju, saj ženske z duševnimi težavami same pogosto ne poiščejo strokovne pomoči in tudi okolica mnogokrat ne prepozna ogroženosti. Določena gradiva na to temo so dostopna že sedaj, npr.: zloženska Angeli z mokrimi perutmi ne letijo (Drglin, 2004) ali priročnik Zima v srcu (Drglin, 2009).

### **Embolija in trombembolija**

Za čas nosečnosti je značilna večja nagnjenost k nastanku krvnih strdkov, ki vztraja še nekaj tednov po porodu (Pajntar, Novak, 2004). Tako so nosečnice in otročnice dovzetnejše za pojav tromboze in embolije. Ta ogroženost je večja pri



nosečnicah in otročnicah, ki imajo še dodatne dejavnike tveganja, kot so na primer višja starost, debelost, kajenje, dolgotrajno ležanje, dedna obremenjenost, že preboleli trombotični dogodki ... Pri nosečnici in otročnici je potrebno biti pozoren na znake tromboze spodnjih okončin (difuzna oteklina, ki sega na stopalo, bolečina v mečih ali stegnu, vidne varikozne vene ...) (Šabovič et al., 2005) oziroma pljučne embolije, ki nastane kot posledica zapore pljučne arterije s krvnimi strdki, ki pripotujejo najpogosteje iz globokih ven spodnjih okončin ali medenice (občutek težkega dihanja, pospešeno dihanje, bolečine pri dihanju, kašelj, izkašljevanje krvi, lahko tudi povišana temperatura). Pri masivni emboliji pride do kolapsa, akutnega srčnega popuščanja, zastoja srca in smrti (Goldhaber SZ, Bounameaux H, 2012). Ob sumu na trombozo ali trombembolijo je potrebna takojšnja obravnava pri zdravniku.

### **Socialno-ekonomsko ogrožene nosečnice in otročnice**

Dejavniki, kot so socialno-ekonomska prikrajšanost, nerazvitost, neizobraženost in diskriminacija, so povezani z višjo maternalno umrljivostjo (Kirar Fazarinc, 1998). Raziskave kažejo, da je pri ženskah, ki so socialno-ekonomsko ogrožene, v primerjavi z najbolj privilegiranimi tveganje za maternalno smrt tudi do dvajsetkrat višje (Lewis, Drife, 2004). Prav tako imajo te ženske slabše izide nosečnosti, več je prezgodnjih porodov, nizke porodne teže in zastoja rasti ploda, višja pa je tudi umrljivost njihovih otrok (Tomšič, Mihevc Ponikvar, 2011). Zato je rizičnim skupinam žensk potrebno nameniti še posebno pozornost, pri čemer imajo pomembno vlogo patronažne medicinske sestre, ki z vstopom v domače okolje lažje ocenijo socialno-ekonomski položaj družine in prepoznajo bolj ogrožene med ženskami.

Poseben izziv predstavljajo tudi ženske, ki bodisi zaradi neosvečenosti in socialne izključenosti bodisi zaradi neurejenega statusa (npr. begunke, priseljenke) in posledično neurejenega zdravstvenega zavarovanja, nepoznavanja sistema, jezikovnih ovir ... ne koristijo storitev zdravstvenega varstva oziroma imajo pri tem težave.

### **ZAKLJUČEK**

Patronažne medicinske sestre imajo pomembno vlogo pri preprečevanju maternalne umrljivosti in obolevnosti, še posebej v poporodnem obdobju. Zato je pomembno, da so dobro seznanjene z najpogostejšo patologijo otročnic, saj lahko tako pravočasno prepoznajo ogrožajoča stanja in svojim varovankam ustrezno svetujejo ter jih usmerjajo in s tem prispevajo k ohranjanju in izboljšanju njihovega zdravja.

### **LITERATURA**

1. Atrash HK, Alexander S, Berg CJ. Maternal mortality in developed countries: not just a concern of the past. *Obstet Gynecol* 1995; 86: 700–5.
2. Bonari L, Pinto N, Ahn E et al. Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *Can J Psychiatry* 2004; 49 (11): 726–35.
3. Drglin, Z. Angeli z mokrimi perutmi ne letijo. Onstran smehljaja: poporodne duševne stiske [internet]. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, Ginekološka klinika Ljubljana, 2004. Dostopno na: [www.shrani.si/f/1Y/jI/4Trf5cTt/655-zlozenkapoporodnedus.pdf](http://www.shrani.si/f/1Y/jI/4Trf5cTt/655-zlozenkapoporodnedus.pdf) (7. 9. 2012).
4. Drglin, Z. Zima v srcu: ko se materinstvu pridružita depresija in tesnoba, radost pa odide [internet]. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2009. Dostopno na: [http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=164&pi=5&\\_5\\_FileName=3381.pdf&\\_5\\_MediaId=3381&\\_5\\_AutoResize=false&pl=164-5.3](http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=164&pi=5&_5_FileName=3381.pdf&_5_MediaId=3381&_5_AutoResize=false&pl=164-5.3). (7. 9. 2012).
5. Epperson CN. Postpartum major depression: detection and treatment. *Am Fam Physician* 1999; 59 (8): 2247–54.
6. Evans J, Heron J, Francomb H et al. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001; 323 (7307): 257–60.
7. Goldhaber SZ, Bounameaux H. Pulmonary embolism and deep vein thrombosis. *Lancet* 2012; 9828: 1835–46.
8. Graham WJ. Now or never: the case of measuring maternal mortality. *Lancet* 2002; 359: 701–4.
9. Japelj, I., Margan, I., Novak-Antolič, Ž. et al. Materinska knjižica. Ljubljana: DZS, 2004.
10. Josefsson A, Berg G, Nordin C et al. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80 (3): 251–5.
11. Kirar Fazarinc, I. Načela preprečevanja maternalne umrljivosti in obolevnosti. *Zdravstveno varstvo* 1998; 37: 93–95.
12. Koprivnik, P., Plemenitaš, A. Pojavnost depresij v poporodnem obdobju v slovenskem vzorcu. *Medicinski razgledi* 2005; 44: 139–145.



13. Koprivnik, P., Plemenitaš, A. Zakaj tudi v Sloveniji ne izvajamo presejanja na poporodno depresijo? Zdravniški vestnik 2009; 78: 261–4.
14. Lewis G, ed. Saving Mothers' Lives. Reviewing maternal deaths to make motherhood safer – 2006–2008. The Eighth Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. BJOG 2011; 118 Suppl 1: 1–203.
15. Lewis G, Drife J. Why Mothers Die 2000–2002. The Sixth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2004.
16. Ličina, M. Poporodne duševne motnje. Ljubljana: Littera Picta, 2011.
17. MKB10 – Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. Deseta revizija. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2005.
18. Murray L, Cooper P. Postpartum depression and child development. London: The Guilford Press, 1997.
19. Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Uradni list Republike Slovenije, št. 33/2002.
20. Pajntar, M., Novak Antolič, Ž. Nosečnost in vodenje poroda. Ljubljana: Cankarjeva založba, 2004.
21. Preti A, Cardascia L, Zen T et al. Obstetric complications in patients with depression—a population-based case-control study. J Affect Disord 2000; 61 (1–2): 101–6.
22. Robertson E, Jones I, Haque S et al. Risk of puerperal and non-puerperal recurrence of illness following bipolar affective puerperal (post-partum) psychosis. Br J Psychiatry 2005; 186: 258–9.
23. Šabovič, M., Kozak, M., Žuran, I., Berden, P., Mavri, A., Vene, N., Blinc, A. et al. Smernice za odkrivanje in zdravljenje venske tromboze. Zdravniški vestnik 2005; 74: 137–42.
24. Tomšič, S., Mihevc Ponikvar, B., Blejec, T., Guzej, Z., Renar, I. Duševno zdravje v okviru reproduktivnega zdravja. V: Novak Antolič, Ž., ed. Psihiatrične in srčne bolezni v nosečnosti, novorojenček po oploditvi z biomedicinsko pomočjo, Lipica, 24.–26. maj 2012. Ljubljana: Medicinski razgledi, 2012.
25. Tomšič, S., Mihevc Ponikvar, B. Socioeconomic determinants of health at the start of life. V: Plazar, N., Babnik, K., Meulenber, C., ed. Javno zdravje v 21. stoletju, Izola, 15.–16. september 2011. Izola: Visoka šola za zdravstvo, 2011.
26. Trends in Maternal mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Geneva: WHO Press, 2010.
27. WHO1 – World Health Organization1. Women and health: today's evidence tomorrow's agenda. Geneva: WHO Press, 2009.
28. WHO2 – World Health Organization2. Mental health aspects of women's reproductive health: a global review of the literature. Geneva: WHO Press, 2009.



# PATRONAŽNA MEDICINSKA SESTRA KOT ZDRAVSTVENA VZGOJITELJICA DRUŽINE V OBDOBJU ZGODNJEGA STARŠEVSTVA

## COMMUNITY NURSE AS HEALTHCARE EDUCATOR IN THE FAMILY DURING EARLY PARENTHOOD

Andreja Krajnc, viš. m. s., univ. dipl. org.

Patronažna zdravstvena nega in babištvo Andreja Krajnc, Zasebna patronažna dejavnost  
andreja.krajnc@trnovska-vas.si

### Izvleček:

Med pomembnejše naloge patronažne zdravstvene nege sodi izvajanje preventivnega programa, ki je namenjen ohranjanju, krepitvi in varovanju zdravja ter preprečevanju bolezni celotne populacije od spočetja do smrti. Preventivna dejavnost patronažnega varstva se še posebej posveča obravnavi biološko najranljivejših skupin prebivalcev. To so novorojenčki, dojenčki, otroci do tretjega leta starosti, nosečnice, otročnice, starostniki in kronični bolniki.

V družino zgodnjega starševstva patronažna medicinska sestra največkrat prvič vstopi zaradi preventivnega obiska nosečnice. Patronažna medicinska sestra ima nalogo, da podpira prizadevanje nosečnice, kako ohraniti zdravje in roditi zdravega otroka. Podatki za Slovenijo kažejo, da patronažna medicinska sestra pred porodom v povprečju obišče vsako osmo nosečnico.

*Ključne besede: zdravstvena vzgoja, družina, preventivni obisk, nosečnica.*

### Abstract:

Among the most important tasks of community health care falls implementation of prevention program, which is intended preserving, enhancing and protecting public health, and preventing diseases of the entire population from conception to death. Preventive community health is especially dedicated to the most biologically vulnerable population groups. These are: newborns, infants, children under three years of age, pregnant women, puerperium, the elderly and chronic patients. In early parenthood family community nurse first entry because of preventive visit of pregnant women. Community nurse have a task to support the efforts of pregnant women how to maintain their health and how to born healthy baby. Data for Slovenia show that community nurse visit every eight pregnant .

*Keywords: health education, family, preventive visit, pregnant woman.*

### UVOD

Patronažna medicinska sestra s sodobnim pristopom v družini ima zelo pomembno vlogo kot zdravstvena vzgojiteljica. Zdravstvena vzgoja kot zdravstvena nega je namreč trajen proces, ki spremlja človeka od spočetja, prek nosečnosti, rojstva, dobe otroštva in odraščanja do odraslosti in starosti.

Medicinska sestra si mora kot zdravstvena vzgojiteljica prizadevati, da bo vsak posameznik, pa tudi družba, sprejel zdravje kot največjo vrednoto, izoblikoval pozitivna stališča do zdravja in jih v življenju tudi uresničil (Hoyer, 2005).

Posameznik mora poznati dejavnike, ki pozitivno vplivajo na zdravje, da se bo lahko odločal v prid zdravja in ne bolezni.

Hoyerjeva (2005) navaja, da poskuša medicinska sestra z zdravstvenovzgojnim delom vplivati na ljudi v vseh življenjskih obdobjih, da postanejo dejavni, kajti dejavno sodelovanje posameznikov je temeljni pogoj, da lahko prevzamejo svoj del odgovornosti za lastno zdravje. To je mogoče le, če so ustrezno obveščeni in motivirani, kar pa je v veliki meri odvisno tudi od medicinskih sester, s katerimi se posameznik v življenju iz različnih razlogov srečuje. Patronažna medicinska sestra načrtuje, izvaja in vrednoti zdravstveno nego posameznika, družine in skupnosti v zdravju in blagostanju ter v bolezni, pri poškodbah, nezmožnosti, prizadetosti in drugih nezaželenih stanjih. V okviru tega izvaja preventivne in kurativne obiske na domu. Med preventivno patronažno dejavnost uvrščamo zdravstveno-socialno obravnavo posameznika, družine in skupnosti ter zdravstveno nego nosečnice, otročnice in novorojenčka.





## **Družina v patronažni zdravstveni negi**

Družina je pomemben subjekt v obravnavi patronažne medicinske sestre in ima pomembno vlogo pri zagotavljanju zdravja in kakovosti življenja posameznika in družbe. Družina se začneja že, ko partnerja pričneta razgovore o skupnem življenju.

Dokument Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu (2011) natančneje opredeljuje, kaj pomeni družina kot subjekt obravnave v patronažnem varstvu. Omenjeni dokument (2011) navaja, da je družina življenjska skupnost oseb v okviru zasebnega gospodinjstva. To je lahko:

- življenjska skupnost staršev (obeh ali enega) in neporočenih otrok, ki živijo s starši oziroma z enim od staršev. Starost otrok v taki skupnosti ni omejena, vendar pa ti otroci (še) nimajo svoje družine oziroma ne živijo v zunajzakonski skupnosti;
- življenjska skupnost moškega in ženske, ki sta sklenila zakonsko zvezo;
- življenjska skupnost partnerjev, ki živita v zunajzakonski skupnosti.

V mednarodni klasifikaciji prakse zdravstvene nege je družina opredeljena kot skupina ljudi, na katero gledamo kot na družbeno enoto ali kot na kolektivno celoto. Sestavljajo jo člani, ki so krvni sorodniki, med katerimi obstajajo čustvene ali zakonite vezi; k družini spadajo tudi drugi pomembni ljudje, ki so sestavni deli skupine (Šušteršič, 2008).

Tradicionalno, tesno združeno družino sestavljajo oče, mati in otroci (lastni, posvojeni). Vedno več družin te definicije ne dosega. Vzroki so v velikem številu ločitev, skupnem neporočenem življenju, drugih seksualnih svoboščinah in v zmanjšanju stigmatizacije homoseksualnosti. Vse to je pripomoglo k spremembam družinske strukture.

Veliko ljudi živi v skupinah, ki jih ne moremo uvrstiti v nobeno od družin, ki jih poznamo, vendar so funkcije, ki jih v tej skupini opravljajo, popolnoma enake. V njih so problemi, s katerimi se srečujejo, in načini, kako jih poskušajo rešiti, podobni kot v tradicionalnih družinah. Zato patronažna medicinska sestra, kot navaja Šušteršičeva (2008), obravnava kot družino vse tiste skupine, ki zase mislijo, da so družina.

Patronažna medicinska sestra se pri delu srečuje z različnimi tipi družin: od jedrne družine do razširjene in reorganizirane.

Medicinska sestra v patronažnem varstvu mora poznati dokument Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu (2011), ki izpostavlja značilnosti posameznih razvojnih obdobij, najpogostejše zdravstvene probleme, socialna in eksistenčna vprašanja ter hierarhično lestvico potreb po Maslowu, prirejeno za družino. Le-te so:

- osnovne potrebe za preživetje in fiziološke potrebe (zdravstveno stanje in zdravstvena vzgojenost družinskih članov, higienske razmere),
- varnost in zaščita (bivalni pogoji in ekonomsko stanje),
- ljubezen, naklonjenost, pripadnost (komunikacija v družini in s širšo okolico),
- spoštovanje (odnosi med družinskimi člani in s širšo okolico),
- samouresničitev (izobrazba in zaposlitev družinskih članov).

Na osnovi teh podatkov z družinskimi člani ugotavlja stanje in razmere v družini, načrtuje in izvaja zdravstveno nego ter jo vrednoti. To je pomembno za vzdrževanje dinamičnega ravnotežja v družini in za zagotavljanje kakovosti življenja družine.

## **Patronažna medicinska sestra kot zdravstvena vzgojiteljica v družini**

Med pomembnejše naloge patronažne zdravstvene nege sodi izvajanje preventivnega programa, namenjenega ohranjanju, krepitvi in varovanju zdravja ter preprečevanju bolezni celotne populacije od spočetja do smrti. Preventivna dejavnost patronažnega varstva se še posebej posveča obravnavi biološko najranljivejših skupin prebivalcev. Za pripravo letnega načrta programirane preventivne dejavnosti sta nujna predhodna analiza opravljenega dela z ugotovitvami in s predlogi ter dobro poznavanje populacije pripadajočega terena. Patronažna medicinska sestra načrtuje preventivno dejavnost na osnovi Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni in Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

S promocijo zdravja, kot temeljno nalogo, skuša patronažna medicinska sestra doseči, da posameznik prevzame skrb in odgovornost za lastno zdravje. Dosledno izvajanje preventivnega programa prinaša takojšnje rezultate,



še pomembnejši pa so dolgoročni cilji s pozitivnimi spremembami, ki se odražajo v spremenjeni miselnosti in obnašanju posameznika, družine in skupnosti. Za doseganje dolgoročnih ciljev so potrebne kontinuiteta, vztrajnost in strokovnost.

V Navodilih za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Uradni list RS, št. 19/1998 z dne 12. 3. 1998) je zapisano, da je cilj zdravstvene vzgoje v družini obravnava družine v domačem okolju in podpora družini v prelomnih obdobjih, s tem pa zagotovitev pozitivnega odnosa, stališč in prepričanj o zdravju, krepitev in ohranitev zdravja in spodbujanje aktivnosti za zagotavljanje edinstvene funkcije, ki jo ima družina (družinska skupnost) pri tem. V primerih odstopanja od zdravja je namen nuditi podporo in pomoč v prizadevanjih za samopomoč in soproščanje v družini (skupnosti), pravilno in pravočasno ukrepanje. V času bolezni je namen nuditi podporo in pomoč pri razvijanju preostalih sposobnosti, sodelovanju pri zdravljenju, nadzoru bolezni ter preprečevanju bolezni in komplikacij.

V omenjenih navodilih je družina (družinska skupnost) opredeljena glede na vsebino obravnave zdravstvene vzgoje in zdravstvene nege kot:

- zdrava družina (družinska skupnost),
- potencialno ogrožena družina (družinska skupnost),
- zdravstveno in/ali socialno ogrožena družina (družinska skupnost).

Cilj zdravstvene vzgoje v zdravi družini, kar je največkrat družina v obdobju zgodnjega starševstva, je obravnava družine v okolju, kjer živi, in pomoč ter spodbuda družini pri razvijanju in ohranjanju dobrega funkcionalnega stanja družine, dobrih medsebojnih odnosov in razvijanje pozitivnega odnosa do zdravja, njegove ohranitve in krepitev z upoštevanjem družinskih nazorov, kulturnih stališč in veroizpovedi. Pri postavitvi negovalne anamneze z negovalno diagnozo družine se ugotavljajo funkcionalno stanje družine, vplivi zunanjega okolja na družino, odnosi in posamezne vloge v družini ter stališča, mnenja in prepričanja v zvezi z zdravjem. Glede na ugotovljeno problematiko se načrtujejo, izvajajo in vrednotijo stanje v družini, proces zdravstvene vzgoje in zdravstvene nege. Delo po planu zajema predvsem družine v njihovih različnih funkcionalnih stanjih (mlada družina, družina ob rojstvu otroka, družina z mladostnikom, razširjena družina, večgeneracijska družina, družina praznega gnezda, starejša zakonca, družina ob umiranju in smrti).

### **Družina v obdobju zgodnjega starševstva**

Današnja družina in družinsko življenje sta precej drugačna kot v preteklosti. Vse družbe in človeške kulture danes in v preteklosti priznavajo družini izjemno vlogo.

Sociologinja Švabova (2001) navaja, da se teorije o družinskem življenju zelo razlikujejo in je pojasnjevanje družinskih fenomenov vse prej kot enovito in dorečeno.

Čeprav obstajajo mnoge razlike glede vloge, pojmovanja in sestave družine med različnimi kulturami in v različnih zgodovinskih obdobjih, se družina in družinsko življenje pojavljata kot družbena norma, kot vrednota in celo kot svetinja. Družina je in je bila tudi moralna in celo sveta kategorija (Musek, 1995).

Klasična nuklearna družina, tj. družina z zaposlenim očetom, materjo gospodinjjo in s povprečno dvema otrokoma, ki je pred leti veljala za najbolj funkcionalno družinsko obliko v modernosti, kot navaja Švabova (2001), ni več vzorec družine.

Spremenila pa se ni le sestava družine, ampak so se spremenili tudi načini življenja v družini. Kot navaja Švabova (2001), je še pred desetletji veljal le en družinski model – nuklearna družina, iz katerega so morale kvečjemu še redke enostarševske družine (največkrat matere samohranilke). Danes je slika dosti bolj pisana – sestavljajo jo neporočeni pari z otroki ali brez njih, reorganizirane družine, istospolne družine, enostarševske družine, ki nastajajo bodisi kot posledica razvez bodisi kot posledica odločitev žensk, da bodo živele po svoje. Družinsko življenje si vsak organizira po svoje. Gre predvsem za to, da družinsko življenje ni neka statična oblika ali način življenja, ampak se nenehno spreminja. Družinski poteki niso več strogo linearni in predvidljivi.

Vseh teh sprememb se mora patronažna medicinska sestra pri delu zavedati in jih upoštevati pri načrtovanju in



izvajanju patronažne zdravstvene nege v družini. Družinski dogodki niso več strogo linearni in predvidljivi, zato je potrebno patronažno zdravstveno obravnavo družine nenehno spreminjati in prilagajati glede na značilnosti in potrebe posamezne družine.

Kljub spremembam, do katerih prihaja v sestavi in načinu življenja družine, pa ostaja odločitev za otroka še vedno ena najpomembnejših odločitev v človekovem življenju. Švabova (2011) navaja, da v družinski zasebnosti materinstvo še vedno ostaja osrednja družinska vloga in praksa, ki konstituira družino.

V družino zgodnjega starševstva patronažna medicinska sestra prvič vstopi največkrat zaradi preventivnega obiska nosečnice in te priložnosti nikakor ne sme zamuditi. Prav v obdobju pričakovanja novega družinskega člana je družina najdovzетnejša za zdravstvenovzgojne nasvete, pomoč in spremljanje. V tem obdobju se med patronažno medicinsko sestro in družino ustvari odnos, od katerega je lahko odvisna vsa nadaljnja obravnava družine. Nosečnost je obdobje, ko so ženske še posebej motivirane za nasvete in učenje. Patronažna medicinska sestra ima nalogo, da podpira prizadevanje nosečnice, kako ohraniti zdravje in roditi zdravega otroka.

Patronažna medicinska sestra pri svojem delu velikokrat ne more potegniti ostre meje ali ločnice med obravnavo posameznika in njegove družine, kakor tudi ne med preventivnim in kurativnim delovanjem. Vloga in naloga, ki ju ima pri obravnavi družine v obdobju zgodnjega starševstva, pogosto presega meje tega obdobja. Pri delu se srečuje z različni oblikami družine in z družinami v različnih razvojnih obdobjih in okoljih. Družino v obdobju zgodnjega starševstva lahko glede na potrebe družine obravnavata s kurativnega, preventivnega in socialnega vidika. Pri načrtovanju in izvajanju zdravstvene nege v družini v obdobju zgodnjega starševstva ne sme spregledati morebitnega poznavanja primarnih družin novih partnerjev, njihovih navad, načina življenja, zdravstvene vzgojenosti in okolja, iz katerega izhajajo.

### **Patronažna zdravstvena nega nosečnice**

V patronažni zdravstveni negi mora biti družina v obdobju zgodnjega starševstva praviloma »zajeta«, ko pričakuje novega družinskega člana. Patronažna medicinska sestra nosečnico običajno obišče na njenem domu v zadnjem tromesečju nosečnosti in jo obravnavata z vidika patronažne zdravstvene nege s poudarkom na zdravstvenovzgojnem delovanju.

Pomembno je, da nosečnice vedo, da lahko svojo pravico do patronažnega varstva uveljavljajo na primarni ravni preko patronažne službe svojega lokalnega zdravstvenega doma, zdravstvene postaje ali preko zasebne patronažne dejavnosti na svojem območju. Ta pravica je opredeljena v Zakonu o zdravstveni dejavnosti iz leta 1992 (Uradni list RS, št. 9/92).

Nosečnost in porod sta fiziološki stanji, vendar ni zagotovila, da bosta v tem procesu mati in otrok ostala zdrava. Normalen potek poroda in rojstvo zdravega otroka sta odvisna od številnih dejavnikov, predvsem pa od dobre informiranosti, zdravstvene vzgojenosti in načina življenja nosečnice in njene najožje družine. Patronažna medicinska sestra lahko s kvalitetnim in strokovno izvedenim preventivnim obiskom nosečnice veliko pripomore k dvigu psihofizične kondicije nosečnice in posledično k temu, da ta s čim manj zapleti rodi zdravega otroka.

Patronažna medicinska sestra obišče nosečnico na podlagi »Lista nosečnice« (obrazec DZS 8,82), ki ji ga posreduje ginekološka ambulanta, ki jo nosečnica obiskuje. Nosečnico in njeno družino včasih patronažna medicinska sestra »zajame« čisto slučajno, lahko na njeno pobudo, na pobudo družinskih članov ali okolja. Pri tem je velika prednost, če patronažna medicinska sestra dobro pozna terensko območje, na katerem dela, posameznike, družine, lokalno skupnost in njihov način življenja. Kadar patronažna medicinska sestra zaradi potreb drugih družinskih članov že dalj časa vstopa v okolje, v katerem bosta živeli bodoča nosečnica in njena ožja družina, lažje planira patronažno zdravstveno nego, saj glede na pretekle izkušnje lahko predvideva, v kakšnih razmerah bo živel otrok. Ob vstopu v družino hitro zazna utrip in način življenja družinskih članov, njihove medsebojne odnose in ožje socialno okolje.

V praksi se zaradi slabega sodelovanja med posameznimi ginekološkimi ambulantami in patronažo porajajo težave pri pridobivanju podatkov o nosečnicah.

Podatki o opravljenih preventivnih obiskih pri nosečnicah, ki so objavljeni v Zdravstveno statističnih letopisih, kažejo na velik razkorak med številom obiskanih nosečnic in številom rojstev na leto.



Podatki se zbirajo na statističnem obrazcu 8,95, ki je bil nazadnje prenovljen in usklajen leta 2000. Na območnih ZZV jih združijo v poročila, ki vključujejo tudi podatke o opravljenem delu zasebnic patronažne zdravstvene dejavnosti v regiji. Zapisi so nato posredovani Inštitutu za varovanje zdravja RS, kjer podatke ponovno združijo in obdelajo ter objavijo za vsako preteklo leto posebej v dokumentu Zdravstveni statistični letopis.

Podatki, prikazani v tabeli, so podatki iz Zdravstvenih statističnih letopisov in prikazujejo število opravljenih preventivnih obiskov nosečnic po posameznih regijah v letih 2006–2010 glede na število rojstev v posamezni zdravstveni regiji. Število otročnic po posameznih regijah smo dobili tako, da smo od števila rojstev odšteli število rojstev dvojčkov in trojčkov.

Iz podatkov je razvidno, da je v povprečju v Sloveniji obiskana komaj vsaka osma nosečnica. Izredno velike so razlike po posameznih zdravstvenih regijah. Zadnja leta se število opravljenih obiskov pri nosečnicah glede na število rojstev v posameznih regijah zvišuje. Potrebno bi bilo raziskati, zakaj je glede na število rojstev delež obiskanih nosečnic tako nizek in zakaj so razlike med regijami tako velike. Vzroke za takšna odstopanja je potrebno iskati v težavah, ki jih imajo posamezna patronažna varstva s pridobivanjem podatkov o nosečnicah, v načinu beleženja tovrstnih podatkov v statistična poročila in v preobremenjenosti patronažnih medicinskih sester, saj v zadnjih letih vidimo velik porast kurativnih obiskov.

Tabela: Prikaz preventivnih obiskov pri nosečnicah v letih 2006–2010 po zdravstvenih regijah v primerjavi s številom otročnic

Opravljeni obiski glede na število otročnic po letih		Zdravstvena regija									
		Slovenija	Celje	N. Gorica	Koper	Kranj	Ljubljana	Maribor	M. Sobota	N. mesto	Ravne
obiski nosečnice	<b>2010</b>	2841	178	39	186	206	465	1158	369	189	51
število otročnic		13,3 %	5,7 %	3,6 %	12,6 %	8,9 %	6,5 %	38,8 %	36,6 %	12 %	7,4 %
		<b>21387</b>	3107	1075	1476	2304	7172	2981	1008	1574	690
obiski nosečnice	<b>2009</b>	2331	195	60	106	232	448	965	82	198	45
število otročnic		11,1 %	6,4 %	5,8 %	7,5 %	10,4 %	6,3 %	33,7 %	7,7 %	13,5 %	5,9 %
		<b>20974</b>	3027	1027	1418	2223	7122	2865	1064	1467	761
obiski nosečnice	<b>2008</b>	2281	231	43	130	239	541	818	92	133	54
število otročnic		10,9 %	7,5 %	4,3 %	9 %	10,9 %	7,7 %	28 %	9 %	8,8 %	7,1 %
		<b>20994</b>	3094	1002	1437	2199	7052	2918	1016	1512	764
obiski nosečnice	<b>2007</b>	1935	144	23	136	315	317	784	57	78	81
število otročnic		10,1 %	5,2 %	2,4 %	10,5 %	14,8 %	4,9 %	31,4 %	6 %	5,6 %	12,6 %
		<b>19072</b>	2768	954	1288	2120	6462	2495	950	1391	644
obiski nosečnice	<b>2006</b>	2036	217	21	142	197	254	1026	51	48	80
število otročnic		11,1 %	8 %	2,5 %	12,3 %	9,6 %	4,2 %	39,3 %	5,4 %	3,4 %	12,4 %
		<b>18376</b>	2706	850	1157	2057	5998	2611	936	1415	646

(Vir: Zdravstveni statistični letopisi 2006–2010)



## SKLEP

Kljub navedenim dejstvom o pomenu, vlogi in ciljih preventivnega obiska nosečnice in njene družine je statistika izvajanja preventivnih obiskov nosečnic v Sloveniji skorajda v vseh regijah skrb zbujujoča. Iz podatkov o številu rojstev in podatkov, ki jih na podlagi statističnih poročil patronažnih medicinskih sester navajajo Zdravstveni statistični letopisi, je razvidno, da patronažna medicinska sestra pred porodom obišče komaj vsako osmo nosečnico. Potrebno bi bilo natančno raziskati in odpraviti vzroke tako nizkega deleža opravljenih preventivnih obiskov pri nosečnicah v Sloveniji in vzroke odstopanj med posameznimi zdravstvenimi regijami. Če je glavni problem pridobivanje podatkov o nosečnicah od ginekoloških ambulant, je potrebno poiskati enotno rešitev sporočanja informacij o nosečnicah za vsa patronažna varstva.

Opogumlja dejstvo, da se v zadnjih letih število opravljenih preventivnih obiskov glede na število otročnic vendarle nekoliko povečuje. Vzroki so se začeli iskati in pomanjkljivosti se že odpravljajo, a v dobi sodobne računalniške tehnologije bi morali biti rezultati vidnejši in učinkovitejši.

## LITERATURA

1. Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2011.
2. Hoyer, S. Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 2005.
3. Musek, J. Ljubezen, družina, vrednote. Ljubljana: Educy, 1995.
4. Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Uradni list RS, št. 19/1998 z dne 12. 3. 1998.
5. Šušteršič, O. Družina kot subjekt v patronažni zdravstveni negi. V: Patronažna zdravstvena nega nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka. 3. strokovno srečanje. Žalec: Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester, 2008.
6. Švab, A. Družina: od modernosti k postmodernosti. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče, 2001.
7. Zdravstveni statistični letopis Slovenije 2006. Dostopno na: <http://www.ivz.si> (29. 8. 2012).
8. Zdravstveni statistični letopis Slovenije 2007. Dostopno na: <http://www.ivz.si> (29. 8. 2012).
9. Zdravstveni statistični letopis Slovenije 2008. Dostopno na: <http://www.ivz.si> (29. 8. 2012).
10. Zdravstveni statistični letopis Slovenije 2009. Dostopno na: <http://www.ivz.si> (29. 8. 2012).
11. Zdravstveni statistični letopis Slovenije 2010. Dostopno na: <http://www.ivz.si> (29. 8. 2012).



# VLOGA PATRONAŽNE MEDICINSKE SESTRE PRED PORODOM IN PO PORODU V DOMAČEM OKOLJU

## THE ROLE OF THE HOME NURS BEFORE AND AFTER DELIVERY IN DOMESTIC ENVIRONMENT

Asist. Veselin Šučur, dr. med. spec. gin in porod.  
Služba zdravstvenega varstva žena, JZ ZD Ptuj  
Potrčeva cesta 19 a, 2250 Ptuj  
sucurv@zd-ptuj.si

### Izvleček:

Obiski patronažne medicinske sestre na domu imajo pomembno vlogo v predporodnem in poporodnem varstvu žena v Sloveniji. Odkrit pogovor s patronažno medicinsko sestro že v nosečnosti lahko vpliva na sproščen porod in zmanjšanje strahu glede starševstva. Podani so kratki napotki za preventivne preglede otročnic na domu, kot so ocena ogroženosti glede pojava poporodne depresije, ocena involucije maternice, ocena čišče, pregled perineja, pregled dojk in podobno. Omenjena so najpogostejša odstopanja v duševnem in telesnem zdravju otročnice.

*Ključne besede: patronažni obiski, pregled otročnice v puerperiju, poporodna depresija.*

### Abstract:

Visits of the home nurse play an important role in the protection of the wife before and postpartum care in Slovenia. Openhearted conversation with the health visiting nurse during pregnancy can affect the relaxed childbirth and reduce fear towards parenthood. Given are short guidelines for preventive examination of the mother at home, such as: the evaluation of risk for the postpartum depression, the assessment of the involution of the uterus, the assessment of the lochia, overview of the perineum, the exam of a breasts etc. These are the most common variations in mental and physical health of the mother in puerperium.

*Keywords: home nursis visits, examination mother in puerperium, postpartum depression.*

### UVOD

Obiski patronažne medicinske sestre na domu imajo pomembno vlogo v predporodnem in poporodnem varstvu žena v Sloveniji.

Nosečnica ima pravico do enega preventivnega patronažnega obiska, otročnica do dveh preventivnih patronažnih obiskov, šest patronažnih obiskov pa je namenjenih dojenčku v prvem letu starosti (Ur. list RS, št. 33/2002).

### PREVENTIVNI PATRONAŽNI OBISK NOSEČNICE NA DOMU

Praviloma naj bi ga opravili v zadnjem trimesečju, torej po 32. tednu nosečnosti, ko so se starši oziroma nosečnica že pripravili na prihod novega družinskega člana. Namen tega obiska je spoznavne narave. Pobudo za obisk naj bi dala nosečnica, ki naj bi sama poklicala krajevno patronažno medicinsko sestro. Nosečnico bi zato o tej možnosti morali seznaniti že v šoli za starše, kjer bi dobila tudi seznam s telefonskimi številkami in spletnimi naslovi krajevnih patronažnih medicinskih sester oziroma vsaj naslov spletne strani, na kateri so ti podatki dosegljivi.

1. Nosečnica oz. starši se s patronažno medicinsko sestro pogovorijo o poteku nosečnosti.
2. Razrešijo dileme glede poroda.
3. Skupaj najdejo najboljše pogoje in praktične rešitve za novorojenčkov prihod.

**Izmenjajo si telefonske številke, elektronske naslove ter se dogovorijo za način obveščanja in izmenjave informacij.**

Odkrit pogovor s patronažno medicinsko sestro, ki bo prišla po porodu na dom, zmanjša negotovost in strah zaradi



skrbi za novorojenca, bistveno vpliva na sproščen porod in dviguje samozavest staršev. Patronažna medicinska sestra bi v pogovoru z nosečnicami lahko ugotovila, pri katerih mladih mamicah bi se lahko razvila poporodna depresija. Pri tem ji pomaga EURO lestvica dobrega počutja, ki je v vsaki materinski knjižici in jo z nosečnico lahko izpolni. Če nosečnica doseže manj kot 7 točk, jo lahko poveže s psihologi v kraju bivanja ali v porodnišnici. Žal v Sloveniji še nimamo izdelane mreže pomoči za ženske s poporodnimi duševnimi motnjami, zato je vsekakor zaželeno, da se obvesti lečečega ginekologa.

V svetu obstajajo tudi drugi vprašalniki. V slovenščino je preveden tudi po svetu najbolj uporabljeni Edinburški vprašalnik (EPDS – Edinburgh Postnatal Depression Scale), ki ga je leta 1987 v Angliji razvil Cox s sodelavci in vsebuje 10 vprašanj. Zaenkrat ga v Sloveniji rutinsko ne uporabljamo.

Potrebno je vedeti, da večina otročnic (80–85 %) v prvih nekaj dnevih po porodu razvije poporodno otožnost, ki se po največ dveh tednih sama razreši. Pri 10–15 % se lahko otožnost razvije v pravo poporodno depresijo, ki vsaj pri polovici žensk ostane neodkrita (Koprivnik, Plemenitaš, 2009). Izraža se kot težave s spanjem, izguba apetita, izguba energije, občutek ničvrednosti ali krivde, zmanjšanje koncentracije, povečana in neutemeljena skrb za otroka, več težav pri dojenju, težave pri navezovanju stika z otrokom in poskus samomora. Razlogi so hitre hormonske spremembe, psihofizičen napor pri porodu, nerazrešeni konflikti v otročnici ter določena struktura osebnosti. Terapija poleg pogovora občasno zahteva tudi farmakološko zdravljenje, tudi če otročnica doji.

## **PREVENTIVNI PATRONAŽNI OBISK OTROČNICE NA DOMU**

Preventivni patronažni obisk otročnice s pregledom otročnice opravimo sočasno z obiskom novorojenčka. Načrtovana sta dva obiska oziroma pregleda otročnice po porodu. Pomembno je, da so obiski napovedani.

Prvi obisk je po navadi že prvi dan po prihodu domov. Lahko traja več kot eno uro. V večini primerov je to 3. ali 4. dan po vaginalnem porodu ali 5. do 6. dan po carskem rezu, ki je minil brez komplikacij.

Najprej se pogovorimo (anamneza) o splošnem počutju otročnice, o porodu in o problemih po porodu. Ocenimo stopnjo ogroženosti glede poporodne depresije (EURO lestvica dobrega počutja ali Edinburški vprašalnik, glej zgoraj). Ocenimo tudi funkciji mokrenja in odvajanja blata.

Pregled otročnice zajema:

1. merjenje telesne temperature,
2. meritev srčnega utripa,
3. meritev krvnega tlaka,
4. oceno involucije maternice,
5. oceno čišče,
6. pregled perineja ali/in rane po carskem rezu,
7. pregled dojk.

Na koncu pregleda podamo kratke opise vaj za krepitev mišic medeničnega dna.

### **1. Merjenje telesne temperature**

V prvih desetih dneh po porodu (razen v prvih 24 urah po porodu) moramo biti posebej pozorni, če je telesna temperatura dva zaporedna dneva nad 38 °C. Povišana telesna temperatura je vedno pomembna (tudi v prvih 24 urah po porodu – dehidracija, utrujenost), če je hkrati prisotna značilna tahikardija (več kot 100/min).

Do povišane telesne temperature lahko pride zaradi viroze, pljučnice, vnetja grla, infekcije sečil, vnetja globokih ven, vnetja maternice, zaostalega dela posteljice, vnetja dojke ali vnetja rane po carskem rezu.

Dejavniki tveganja za puerperalno infekcijo so podatki o dolgotrajnem odtekanju plodovnice pred porodom, podatki o dolgotrajnem porodu, večkratnem vaginalnem pregledovanju med porodom, instrumentalno dokončanje poroda (vakuum) in ročno luščenje posteljice.



## 2. Meritev srčnega utripa

Pulz 100 ali več na minuto nakazuje na resne probleme, tudi če ni povišane telesne temperature. Ob težkem dihanju sta možni pljučna embolija ali kakšna srčna težava.

Če povzamemo: vsako nepojasnjeno zvišanje telesne temperature nad 38 °C, ki traja več kot 48 ur, in/ali tahikardija sodita k zdravniku in zahtevata čimprejšnjo diagnostiko ter energično intravenozno antibiotično terapijo, da se ne razvije zelo resno stanje – puerperalna sepsa.

Puerperalna sepsa je resen zaplet puerperalne infekcije z visoko septično temperaturo, ki jo spremljajo tresavica, mrzlica, sproščanje vazoaktivnih snovi zaradi razpada bakterij in posledično septični/endotoksični šok z visoko smrtnostjo.

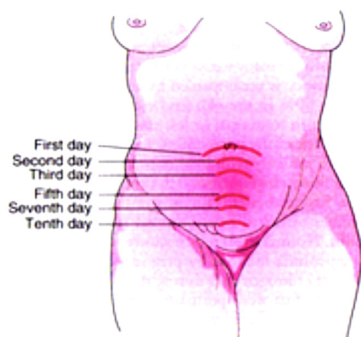
## 3. Meritev krvnega tlaka

Vrednosti krvnega tlaka so pomembne posebej pri otročnicah, pri katerih je razvidno iz materinske knjižice, da so imele zvišan krvni tlak (> 140/90).

Če je ta pri večkratnem merjenju (3-krat na dve uri v enem dnevu) še vedno višji od 140/90, je kljub dojenju potrebna terapija. Če zvišan krvni tlak spremljajo glavobol, motnje vida in splošno slabo počutje, je potrebna hospitalizacija. Resna, sicer zelo redka komplikacija je eklamptični napad (generalizirani krč celega telesa z izgubo zavesti, podoben epileptičnemu napadu), ki se lahko pojavi celo 1 teden po porodu in ima slabo prognozo (možganska kap, odpoved ledvic itd.).

## 4. Ocena involucije maternice

Involucija maternice je proces, v katerem se maternica v nekaj dneh zmanjša z več kot 1000 gramov na manj kot 100 gramov svoje teže. Klinično se spremlja z merjenjem višine fundusa (vrha maternice) z dlanjo, ko otročnica leži; pogoj je prazen sečni mehur. Praviloma se fundus zniža vsak dan za 1 cm.



Slika: Involucija uterusa

(Vir: image thumb.png Healthy-from-Midwifery blog spot. 200x196 Puerperal Period. December 3, 2010)

Po prihodu domov je v večini primerov maternica na sredini med popkom in sramno kostjo ali celo nekoliko nižje. Po 10. dnevu, najkasneje po 2 tednih od poroda, se fundus več ne tipa, ker je izginil za sramno kostjo. Proces involucije je hitrejši, če žena doji.

**Moteči dejavniki pri involuciji** (fundus sega skoraj do popka ali se maternica po 2 tednih tipa nad sramno kostjo) so:

- infekcija maternice (endometritis), ki jo spremljajo bolečina na dotik, smrdeča čišča, včasih celo povišana telesna temperatura;
- zaostali košček posteljice, močna, krvava čišča, občasno krvavitev v kosih;
- poln sečni mehur (lahko dobimo lažen vtis o slabi involuciji, zato otročnica pred tipanjem maternice vedno izprazni sečni mehur);
- polno črevo (zaprtje).





**Če ni zgoraj omenjenih znakov (bolečina, krvavitev, smrdeča čišča), počasnejša involucija maternice klinično ni pomembna.**

### **5. Ocena čišče (lohija)**

Lohija ali čišča je izcedek iz maternice in nožnice po porodu.

Neposredno po porodu je izcedek sestavljen iz sveže krvi iz mesta inercije posteljice. To je lohijacruenta, rdeča barva. V prvem tednu se barva spremeni iz rdeče v rjavo, lohijafusca. V drugem tednu postane rumene barve, lohijaflava ali serosa. Po treh tednih pa postane bele barve, lochia alba.

Večina patronažnih medicinskih sester bo v stiku z otročnico med 3. in 14. dnevom po porodu (ko zaceli popek, do prvega kopanja). Pomembno je, da se barva čišče ob zadnjem obisku spremeni vsaj do rjave. Če je še vedno intenzivno rdeča in obilna (krvavitev!), ob razmeroma slabo involvirani maternici, je potreben obisk pri ginekologu, ki bo z UZ-preiskavo izključil zaostale dele posteljice.

Poleg na barvo in na količino čišče moramo biti pozorni tudi na vonj. Če je ta neprijeten, spremljata pa ga lahko občutljiva maternica in povišana telesna temperatura, obstaja sum na vnetje (puerperalni endometritis). Večinoma se pojavi okrog tretjega dneva po porodu. Tudi v tem primeru je potreben ginekološki pregled v spekulih pri ginekologu (zaostali tampon) in UZ-preiskava, ki bo izključila zaostale ostanke posteljice.

### **6. Pregled perineja ali/in rane po carskem rezu**

Pregledamo perinej zaradi raztrganin in/ali epiziotomijsko rano (prerez presredka). Proti bolečinam zadošča že uporaba navadnih analgetikov, npr. paracetamola, redkokdaj uporabimo kaj močnejšega, kot sta kombinacija paracetamola in tramadonala, svečka dikolfenaka. Lokalno lahko apliciramo 1 % do 5 % lidocain gela. Če je področje otečeno, hladimo z mrzlimi obkladki (rane se ne dotikamo!) ali z ledom v bombažni tkanini.

Rano na presredku oprhamo 2–3-krat dnevno in jo nato posušimo s čisto gazo. Otročnica naj uporablja bombažno spodnje perilo. Ko otročnica leži v postelji, mora biti področje okrog presredka »zračno« pod odejo, da se rana posuši. Pomaga tudi, če otročnica sedi na plavalnem obroču, saj se tako zmanjša pritisk na rano in s tem tudi bolečina.

Takoj po uriniranju ali med njim lahko pekočo bolečino blažimo z mlačno vodo. Če pride do dehiscence (razdrtja) rane na presredku (več kot 1 cm po dolžini in/ali globini), so potrebni sekundarni šivi. Rana mora biti čista, zato jo 2–3-krat dnevno izperemo z vodikovim peroksidom, nato pa obvezno še s fiziološko raztopino ali pa rano izperemo z jodovo raztopino ali kakšnim drugim antiseptikom za kožo in/ali sluznice.

Če je rana močno zagnojena, rdeča in otečena, je razen lokalne oskrbe potrebna sistemska antibiotična terapija in bris rane na antibiogramu. Lokalnih antibiotikov ne uporabljamo.

Če je med porodom prišlo do poškodbe presredka 3. in 4. stopnje (poškodovana mišica zapiralka zadnjika ali celo sluznica debelega črevesja), moramo otročnici svetovati tekočo hrano vsaj dva tedna ob dodatku sredstev za odvajanje per os (laktuloza sirup).

Pri rani po carskem rezu veljajo enaki principi, le da rana zaceli per secundam (naknadno je praviloma ne šivamo).

### **7. Pregled dojk**

Pri pregledu smo pozorni na pojav rdečine na koži, pojav razpok na bradavicah in na napetost dojk.

#### **Zastoj v dojki – »staza«**

Običajno nastane 2.–3. dan po porodu, praviloma, če ima otročnica težave z dojenjem. Dojke so napete in boleče, izražena je venska risba, ki je običajno obojestranska in brez rdečine. Telesna temperatura je lahko hitro nad 39 °C in traja manj kot 24 ur (v povprečju 12–16 ur).

Ukrep: pravilno praznjenje dojk po dojenju od baze do vrha. Pri tem pomagajo uporaba nazalnega pršila z oxytocinom (dovolj je ena aplikacija v eno nosnico 2–5 minut pred dojenjem), ročne ali električne »pumpice«. Dojko rahlo grejemo, npr. s čisto gazo. Pomoč otročnicam pri dojenju so pravilna nastavitvev, potrpljenje in spodbuda.



### **Vnetje dojke – poporodni mastitis**

Običajno nastane v 2.–3. tednu po porodu. Dojka je napeta, boleča, izražena je venska risba. Sprememba je običajno enostranska, spremlja jo rdečina. Telesna temperatura je lahko hitro nad 39 °C in traja več kot 24 ur.

**Ukrep:** pravilno praznjenje dojke po dojenju od baze do vrha. Pri tem pomagajo uporaba nazalnega pršila z oxytocinom (dovolj je ena aplikacija v eno nosnico 2–5 minut pred dojenjem), ročne ali električne »pumpice«. Potrebno je uporabiti antistafilokokni antibiotik, saj je več kot 40 % vnetij povzročenih s stafilokokom aureusom ali viridansom. Pomoč pri dojenju je pravilna nastavitev. Otročnica lahko doji tudi iz prizadete dojke, razen če iz bradavice teče gnoj (značilna rumeno zelena barva). Če se tipa boleča »bula«, ki fluktuirá, je to absces dojke. Potrebni sta kirurška izpraznitev in drenaža. Tudi takrat otročnica iz prizadete dojke ne doji.

### **Razpoke bradavic – ragade**

Nastanejo zaradi slabe pozicije pri dojenju in glivične okužbe. So gojišče za bakterije in vstopna točka za razvoj vnetja dojke.

**Ukrep:** pomoč pri dojenju: pravilna nastavitev, nastavki za bradavice, higiena bradavic pred dojenjem. Po dojenju se bradavice premažejo z lastnim mlekom (bakteriostatski učinek). Po dojenju lahko ponudimo nevtralno kremo za epitelizacijo. Občasno uporabimo tudi oralni gel proti glivicam.

### **Drugi (zadnji) obisk otročnice**

Otročnico pregledamo enako kot pri prvem obisku. Običajno je ta pregled po kopanju dojenčka. Patronažna medicinska sestra poda podrobna navodila za vaje, ki krepijo mišice medeničnega dna. V ta namen je potrebno pripraviti zloženko. Lahko se pogovorimo še o spolnosti in kontracepciji.

## **ZAKLJUČEK**

Odkrit pogovor s patronažno medicinsko sestro že v nosečnosti lahko vpliva na sproščen porod in zmanjšanje strahu glede starševstva. V članku navedeni napotki za preventivne preglede otročnic na domu, ki so zabeleženi v medicinski dokumentaciji, so osnova dobrega poporodnega varstva žena in kvalitetnega dela patronažnih medicinskih sester.

## **LITERATURA**

1. Louise C. Kenny. The Puerperium. V: Philip N. Baker and Louise C. Kenny, Obstetrics by Ten Teachers – 19th edition; Hodder Arnold and Hachette UK Company, 2011: 258–271.
2. Koprivnik, P., Plemenitaš, A. Zakaj tudi v Sloveniji ne izvajamo presejanja na poporodno depresijo? Pismo uredništvu. Zdravniški vestnik 2009; 78: 261–4.
3. Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Uradni list Republike Slovenije, št. 33/2002.



# VARNO DRUŽINSKO OKOLJE ZA ZDRAV OTROKOV RAZVOJ

## SAFE FAMILY ENVIRONMENT FOR A HEALTHY DEVELOPMENT OF A CHILD

**Aleksandra Mernik Merc, dipl. m. s., IBCLC, specializant psihoterapije**  
**Patronažna zdravstvena nega in babištvo, Rogoška c. 60, Miklavž na Dr. polju**  
**sonce012@gmail.com**

### **Izvleček:**

Družina je prva človeška skupnost, v kateri se otrok znajde, ko se rodi. V njej se posameznik razvija, doseže svoj vrhunec in dopolni svoje življenje. Vsaka družina postavlja v ospredje svojega delovanja svojo funkcijo. Za uspešno usklajevanje v družini je potrebno uskladiti družinsko dinamiko s socialnim okoljem, v katerem družina v tistem trenutku živi. Skupek vsega navedenega omogoča otroku, da vstopa v svet samostojen in samozavesten ter odgovorno sprejema svoje mesto v družbi. Razvoj osnovnih čutil in zaznavnih sposobnosti ploda, novorojenčka in dojenčka pomembno vpliva na dinamiko dogajanja odnosov v družini. Navezanost je dejaven, medsebojno močno naklonjen recipročen odnos med osebama. Naklonjen odnos med otrokom in osebo, ki skrbi zanj, se začne razvijati na podlagi otrokovih prirojenih signalov, s katerimi priključuje drugo osebo v svojo bližino. V prvem letu otrokove starosti se na podlagi takšne recipročne odzivnosti razvija močna čustvena povezava s starši. Ta omogoča razvijajoče se spoznavne in čustvene sposobnosti dojenčka ter njegove izkušnje v interakciji s starši. Novorojenček je telesno in čustveno popolnoma odvisen od starševskega in partnerskega odnosa. Zgodnji odnosi vplivajo na nadaljnji razvoj otroka in ga spremljajo še v odrasli dobi. Starši naprej potrebujejo dober partnerski odnos, da lahko črpajo moč in energijo za starševstvo. Patronažna medicinska sestra lahko s svojim vedenjem, z izkušnjami o družinski dinamiki in z znanjem o razvoju ploda, novorojenčka in dojenčka pri svojih obiskih družine v obdobju zgodnjega starševstva veliko prispeva k usklajevanju med novorojenčkom, dojenčkom ter mamo in očetom.

*Ključne besede: družina, otrokov razvoj, socialni razvoj, razvoj navezanosti, patronažna medicinska sestra.*

### **Abstract:**

Family is the first human society in which the child is born to. The family is where the child is developing, reaches his peak and completes his life. Every family sets in its center-point the important functions of the family. To successfully harmonize in the family it is essential to adjust the family dynamics with the social environment, where the family currently lives. All this enables the child to enter the world independently and self-confidently and to responsibly accept his role in the society. Developing basic senses and perception abilities of the fetus, newborn infant and baby, significantly effects the relationship dynamics in the family. The attachment is a live, mutually strong, affectionate reciprocal relationship between two persons. An affectionate relationship between the child and the person, taking care of the child, begins to develop on the basis of inborn signals of the child that he uses to reach the other person and bring her closer to him. In the first year of the child this reciprocal response develops into a strong emotional bond with his parents, which enables the developing perceptual and emotional abilities of the baby and his experience in interaction with a parent. The newborn infant is totally physical and emotional dependent on parental and partnership relations. The early relations affect the further development of the child and accompany him in his mature age. The parents need first of all a good partnership relation, so they can draw the energy and strength from this relation to be suitable parents. In this early parental period the home care nurse can contribute very much to the adjustment between a newborn infant or a baby and his mother and father through her knowledge and experience on family dynamics and development of a fetus, newborn infant and a baby.

*Keywords: family, development of a child, social development, development of attachment, home care nurse.*

### **DRUŽINA**

Družina je prva človeška skupnost, v kateri se otrok znajde, ko se rodi. V njej se oblikuje temelj človekove osebnosti. Družinsko okolje otroku posreduje prve in zelo pomembne informacije o družbi, v kateri živimo, o ljudeh, s katerimi živimo, o odnosih in komunikacijah, o vlogah in pravilih obnašanja, ki so v veljavi v določeni skupnosti (Šušteršič, 2002).



V Mednarodni klasifikaciji prakse zdravstvene nege je družina opredeljena kot skupina ljudi, na katero gledamo kot na družbeno enoto ali kot na kolektivno celoto. Sestavljajo jo člani, ki so krvni sorodniki, med katerimi obstajajo čustvene ali zakonite vezi; k družini spadajo tudi drugi pomembni ljudje, ki so sestavni deli skupine (Cibic et al., 2000).

Družina je človeški rod, človeška zgodovina in prihodnost v malem. Skupnost majhnega števila ljudi, že samo treh, ki izpolnjuje strukturni pogoj (dva spola in dve generaciji), zrcali v sebi temeljno strukturo človeštva in jo hkrati ohranja. V njej se pojavljajo vsi pomembni odnosi. V družini se posameznik razvija, doseže svoj vrhunec in dopolni svoje življenje. Za človeka in za človeštvo družinsko življenje ni samo biološka danost, torej nagonsko srečanje in kratkotrajno ali dalj časa trajajoče nagonsko zasnovano sožitje spolnih partnerjev in njihovega potomstva. Dovolj dolgo trajajoča vez med partnerjema je potrebna, da otroci varno odrastejo. Nagonska navezanost in družbena morala odpovesta, ostajata ljubezen in duhovna navezanost, kar je temelj za ohranitev partnerske vezi (Šušteršič, 2002).

#### **Lastnosti zdrave družine** (Šušteršič, 2002):

- interakcija med družinskimi člani (odrasli, otroci, odrasli–otroci) in komunikacija,
- pospeševanje posameznikovega razvoja (dovzetna za potrebe svojih članov, zagotavlja svobodo in podporo),
- učinkovita porazdelitev vlog,
- aktivno prizadevanje soočiti se s problemi,
- zdravo domače okolje in način življenja,
- povezanost s širšim družbenim okoljem.

#### **Maslowe potrebe za družino** (Šušteršič, 2002):

- osnovne potrebe za preživetje in fiziološke potrebe (higienske in bivalne razmere, preskrba s pitno vodo, hrana, zdravje, zdravstvene potrebe),
- varnost in pripadnost (odnosi med družinskimi člani, odnosi do širše okolice, komunikacija v družini in v širšem okolju),
- samovrednotenje in samoaktualizacija (mesto in vloga posameznih družinskih članov v ožjem in širšem okolju, izobrazba, zaposlitev).

V patronažnem varstvu se dnevno srečujemo z različnimi oblikami družin. Vsaka družina postavlja v ospredje svojega delovanja svojo funkcijo. Vse pogosteje se pojavlja nestabilnost družbe, zato je potrebno poudariti pomen osebne stabilnosti, družinske stabilnosti in dobrih medosebnih odnosov. Za uspešno usklajevanje v družini je potrebno uskladiti družinsko dinamiko s socialnim okoljem, v katerem družina v tistem trenutku živi. Skupek vsega navedenega omogoča otroku, da vstopa v svet samostojen in samozavesten ter odgovorno sprejema svoje mesto v družbi.

Človek v svoji družini lahko doživi največja veselja in najbolj boleča razočaranja. Nekomu družina predstavlja vir moči za življenje, drugega pa popolnoma izčrpava in mu jemlje energijo in voljo do življenja. V družini je človek deležen najnežnejše skrbi in nege, a tudi najtrših zahtev. V njej dobi najdragocenejša darila in v njej doživi najhujše izgube. Mnogo družin rešuje, a marsikoga uniči.

## **RAZVOJ PLODA, NOVOROJENČKA IN DOJENČKA**

### **RAZVOJ OSNOVNIH ČUTIL IN ZAZNAVNIH SPOSOBNOSTI PLODA**

#### **Dotik in kožna občutljivost**

Živčna nitja se pojavijo v koži že v obdobju zametka in se razraščajo v dobi ploda ter po rojstvu. Okoli 8. tedna se plod odziva na dražljaje kože obraza, okoli 14. tedna pa se odziva na kožne dražljaje po vsem telesu (Umek et al., 2004).

#### **Sluh**

Prve gibalne odzive ploda na sluh so ugotovili okoli 26. tedna nosečnosti. Plod zaznava zvok nizkih frekvenc in se odzove na materin glas po rojstvu. Predvidevajo, da utegne biti pomembnejše prenašanje materinega glasu do ploda



preko njenih kosti in tkiv (notranje prenašanje zvoka), kjer izstopajo nižje frekvence (Umek et al., 2004).

### **Vid**

Prve sledi razvoja oči se opazijo pri 22 dni starem zametku, razvijajo se do 40. tedna nosečnosti. Pri 36 tednih lahko opazimo, da se hitri očesni gibi povezujejo z določenimi vedenjskimi stanji ploda. V maternico se prenaša dolgovalovni spekter svetlobe, pretežno rdeče barve, njeno notranjost pa doseže le okoli 2 % zunanje svetlobe (Umek et al., 2004).

### **Okus**

Okušalne celice se razvijejo med 13. in 15. tednom nosečnosti. Pri 12 tednih plod začne požirati plodovnico, v kateri so raztopljene različne snovi (glukoza, fruktoza, mlečne in maščobne kisline, aminokisline, beljakovine, soli ...). Dnevno lahko plod popije od 200 do 760 mililitrov plodovnice (Umek et al., 2004).

### **Vonj**

Vonjalni epitelij se razvije okoli 5. tedna nosečnosti, okoli 28. tedna pa je vonjalni sistem ploda že sposoben zaznati kemične dražljaje (Umek et al., 2004).

### **Gibanje ploda**

Gibanje ploda se začne hitro razvijati po 10. tednu nosečnosti, ko se poveča število sinaps. Po 15. tednu se pojavijo preprosti gibi telesa in udov, kasneje pa zapleteni, kot so požiranje, pretegovanje in zehanje (Umek et al., 2004).

## **RAZVOJ OSNOVNIH ČUTIL IN ZAZNAVNIH SPOSOBNOSTI NOVOROJENČKA**

### **Dotik in kožna občutljivost**

Dotik je pomemben način komuniciranja med novorojenčkom in odraslo osebo. Počasno trepljanje s frekvenco 3-krat na sekundo novorojenčka pomirja, hitreje pa vzpodbuja. Pri hiperaktivnem in razdražljivem novorojenčku lahko tesno povijanje nadomesti občutek v maternici, hkrati pa ga pomiri mirno položena roka na trebuh ali čvrst prijem njegovih rok (Umek et al., 2004).

### **Sluh**

Novorojenčkove slušne sposobnosti so dobro razvite. Kot odziv na zanimiv zvok se novorojenčki zbudijo iz spanja. Dihanje postane nepravilno, obraz se jim zjasni, odprejo oči. Ko so popolnoma zbudjeni, se jim oči in glava obračajo k viru zvoka. Ob zvokih v območju govora novorojenček umiri gibalno odzivanje. Zvoki visokih frekvenc pa izzovejo odgovor pri jokajočem ali uspavanem novorojenčku (Umek et al., 2004).

### **Vid**

Po rojstvu je novorojenček opremljen s sposobnostjo obdelave zapletenih vidnih informacij, z očesnimi gibi sledi predmetom v prostoru. Še pomembnejše je, da se je sposoben braniti pred premočnimi vidnimi dražljaji, ki bi sicer lahko preobremenili njegove nezrele možgane. Ob močnem svetlobnem dražljaju, ki pride do novorojenčkovega očesa, se zenici skrčita, vekci in ves obraz se stisnejo, glavo odmakne z odmikom telesa in pogosto obenem izvede tudi popolni odziv prestrašenosti. Pospešita se srčni utrip in dihanje. Zaporedni vidni dražljaji po nekaj ponovitvah izzovejo vse šibkejši odziv zaradi novorojenčkove prilagoditve na neugoden dražljaj. Ta sposobnost novorojenčka ščiti pred pretiranim odzivanjem na stimulacijo (Umek et al., 2004).

### **Vonj in okus**

Novorojenček ima občutljiv vonj in okus. Zelo hitro loči vonj in okus materinega mleka od drugih okusov (Umek et al., 2004).

### **Stanja budnosti**

Pri novorojenčku je mogoče jasno ločiti globok spanec, aktivno spanje s hitrimi očesnimi gibi (REM-spanje), stanje zaspanosti, stanje budnega mirovanja, stanje nemira, jok (Umek et al., 2004).



## Obdobja spanja

Z razvojem možganov se pri novorojenčku razvijajo tudi cikli spanja (aktivno REM-spanje in globoko mirno spanje). Pri donošenih novorojenčkih se cikli spanja menjavajo na 45 minut, kar uravnavajo mehanizmi možganskega debla. Ta oblika spanja s pomočjo cikličnega vzpodbujanja živčnih struktur v razvoju prispeva k rasti in vzdrževanju živčnega tkiva. Brez opredeljenih ciklov REM-spanja lahko pride do zakasnitve v razvoju možganov. Pri novorojenčkih s poškodbami možganskega debla in nedonošenčkih je pričakovati podaljšan razvoj spalnih ciklov. Opazimo tudi tveganje za podaljšano nezrelo organizacijo delovanja osrednjega živčnega sistema s posledicami (apnoične atake, nenadna smrt) (Umek et al., 2004).

## Jok

Pri novorojenčku je jok pomembno vedenje za zmanjševanje motenj osrednjega živčevja. Novorojenček z jokom reagira na lakoto, bolečino in jok ustrezno uporablja za sproščanje energije in organizacijo stanj budnosti. Večina staršev prepozna vrsto joka med 2. in 3. tednom starosti in nanj ustrezno reagira (Umek et al., 2004).

## Bolečina

Anatomske osnove za prevajanje bolečinskih dražljajev iz kože do možganske skorje so prisotne že pri plodu. Novorojenček se odzove na boleče postopke s specifičnimi spremembami srčno-žilnih parametrov, s spremembami zasičenosti hemoglobina v krvi in s potenjem dlani. Fiziološki odzivi pa segajo od preprostih gibov, spremembe v obrazni mimiki do joka. Navedeno kaže na usklajenost čustvenih in vedenjskih sprememb pri bolečini, ki so lahko močne, da ostanejo v spominu in kasneje vplivajo na vedenjske vzorce otroka in odraslega (sindrom belih halj). Na zahodu že pri rutinskih posegih uporabljajo ustrezna sredstva za lajšanje bolečin pri novorojenčku (Umek et al., 2004).

## RAZVOJ OSNOVNIH ČUTIL IN ZAZNAVNIH SPOSOBNOSTI DOJENČKA

### Vid

Vid je v primerjavi z drugimi čutili pri novorojenčku manj razvit, vidijo dokaj megleno. Vid se v prvih treh mesecih po rojstvu hitro razvija in dojenčkova sposobnost fokusiranja v tem času postane enaka sposobnosti odraslega, ostrina vida doseže raven odraslega med drugim in tretjim letom starosti (Umek et al., 2004).

### Sluh

Sluh je ob rojstvu zelo dobro razvit; novorojenčki najraje poslušajo človekov glas in zvok v frekvenčnem območju človekovega glasu. Okoli 4. meseca starosti dojenček obrača oči in glavo v smeri izvora zvoka. Okoli 6. meseca je dojenček že sposoben ločiti, koliko je oddaljen izvor zvoka (Umek et al., 2004).

### Tip

Tip je zelo pomemben v interakciji med odraslimi in dojenčkom ter je ob rojstvu dobro razvit. Občutljivost na dotik in bolečino se v prvih dneh po rojstvu hitro povečuje. Dojenček se odziva na dotik okoli ust, dlani in spodnje strani stopal. Ko dojenček začne raziskovati okolje, je za raziskovanje tip najpomembnejši. Raziskovanje z usti je v ospredju do 6. meseca, kasneje ga nadomestijo roke (Umek et al., 2004).

### Bolečina

Na bolečino se dojenček odzove z jokom, poleg tega pa še s povečanim srčnim utripom, z dvigom krvnega pritiska, razdražljivostjo in motnjami v spanju; odziv je možen še nekaj ur po izkušnji bolečine (Umek et al., 2004).

### Vonj in okus

Čut za vonj ima pomembno vlogo pri prehranjevanju in zaščiti mladih sesalcev. Vendar človek nima tako dobro razvitega vonja kot ostali sesalci. Novorojenček prepozna vonj svoje mame, občutljivost dojenčka na vonj je podobna odraslemu. Sposobnost razlikovanja med okusi je prirojena in ob rojstvu dobro razvita. Slajša je tekočina, rajši jo sesajo, kar se kaže na mimiki obraza. Poleg sladkega je dojenček okoli 4. meseca pripravljen tudi za okušanje slane, grenkega in kislega (Umek et al., 2004).



## **SOCIALNI RAZVOJ NOVOROJENČKA IN DOJENČKA**

Novorojenček je že ob rojstvu socialno bitje, močneje se odzove na dražljaje, ki prihajajo od ljudi. Pri novorojenčku opazimo mimično posnemanje, tj. namerno ponavljanje vedenja druge osebe, ne glede na cilj in namere njenega vedenja, ki odraža identifikacijo dojenčka z njo. Spontan socialni nasmeh se začne pri dojenčku pojavljati med 4. in 6. tednom starosti; tj. nasmeh, ki ga pri dojenčku vzbudi zaznava človekovega obraza. S pozitivnimi odzivi okolja se podkrepi dojenčkovo vedenje, kar je začetek oblikovanja navezanosti na ljudi. V drugem mesecu se dojenček aktivneje vključuje v interakcijo z ljudmi. Vzpostavlja očesni kontakt, svoje odzive na drugega vzpostavlja ritmično in zaporedno. Pri motnji komunikacije skuša dojenček priklicati drugo osebo nazaj v komunikacijski odnos s pogostnostjo in z intenzivnostjo k drugi osebi usmerjenih vedenj (vokalizacija, čustveno izražanje, iskanje s pogledom ...). Če je komunikacija preveč stimulirana od druge osebe, se dojenček izogiba interakciji, preneha s socialnim odzivanjem in se obrne stran od te osebe (Umek et al., 2004).

Med 3. in 4. mesecem starosti opazimo začasen pozitiven umik iz interakcije, kar kaže, da se dojenček prične zavedati pozornosti druge osebe, ki je namenjena njemu (Umek et al., 2004).

Okoli 6. meseca se zaveda, da je njegova dejavnost identična tisti, ki jo vidi v ogledalu. Sebe v tem obdobju razume kot ekološkega sebe. To je oblika razumevanja samega sebe, ko dojenček pojmuje sebe kot aktivnega posrednika dogajanja v zunanjem okolju. Ekološki sebe vključuje zavedanje lastnih vedenjskih ciljev, k cilju usmerjenih dejavnosti in preteklih izidov lastnega delovanja na okolje. V tem obdobju dojenček zmore komunikacijo in oblikovanje pozornosti le z eno osebo ali z enim predmetom, ne z obema hkrati. Pri šestih mesecih se začne komunikacija med vrstniki; če ni igrač, so stiki bolj prisotni (Umek et al., 2004).

Med 7. in 8. mesecem začnejo uporabljati predmete in jih ponujajo drugi osebi. V tej starosti skušajo dojenčki drugo osebo usmerjati ne več le nase, ampak na svoje vedenje, ki se kaže v klovnovskem obnašanju (nenavadno, pretirano vedenje, grimase, geste ...). V tem obdobju se pojavi emulacija, namerno ponavljanje vedenja druge osebe, pri čemer dojenček posnema vedenja druge pomembne osebe, da bi dosegel enak cilj kot ta oseba (Umek et al., 2004).

Okoli 9. meseca dojenčkove starosti se pojavi niz obnašanj, ki se imenuje revolucija v devetem mesecu. To je kakovostna sprememba v dojenčkovem razumevanju socialnega sveta, ki se izraža skozi niz človeku specifičnih vedenj in odraža začetek razvoja razumevanja drugih ljudi. 9 mesecev star dojenček je sposoben skupne vezane pozornosti, tj. triadnega vedenja, ki se kaže v trikotniku otrok–odrasli–predmet (dogodek) in s katerim si otrok in odrasli delita pozornost do istega predmeta (dogodka) – pozornost vežeta na isti predmet ali dogodek (Umek et al., 2004).

Okoli 11. meseca se pojavi socialno sklicevanje, tj. otrokovo sklicevanje na odzive drugih ljudi, da bi na ta način pridobil podatke, s katerimi bi osmisлил določeno situacijo. V tem obdobju se pojavi tudi socialno posnemanje, torej namerno ponavljanje vedenja druge osebe, pri čemer pa dojenček posnema njeno vedenjsko namero (Umek et al., 2004).

Konec 1. in začetek 2. leta se pojavi previdnost ali v večji meri anksioznost do neznanih ljudi. Gre za otrokov izraz strahu ali previdno vedenje kot odziv na neznane ljudi. Pojavi se tudi separacijska anksioznost, tj. otrokov distresni odziv na ločitev od znane osebe, s katero je vzpostavil medsebojno naklonjen odnos (Umek et al., 2004).

Prvi znaki moralnega razvoja se začnejo kazati ob koncu prvega leta. Prisotno je prosocialno vedenje; gre za dejanja, s katerimi posameznik deluje v prid drugim ljudem, ne da bi zato pričakoval korist zase. Pojavi se tudi empatija, sposobnost razumevanja čustev drugih in odzivanje nanje s komplementarnimi čustvi. V drugem letu se pojavi vzročna atribucija, običajna, vsakdanja razlaga vzrokov, ki jih posameznik pripisuje pojavu opaženega vedenja pri sebi ali drugih (Umek et al., 2004).

## **RAZVOJ NAVEZANOSTI**

Navezanost je dejaven, medsebojno močno naklonjen recipročen odnos med osebama. Naklonjen odnos med otrokom in osebo, ki skrbi zanj, se začne razvijati na podlagi otrokovih prirojelih signalov, s katerimi prikliče drugo osebo v svojo bližino. Pri tem pa ima tudi druga oseba prirojeno zmožnost odzivanja na otrokove specifične signale. V prvem letu otrokove starosti se na podlagi takšne recipročne odzivnosti razvija močna čustvena povezava s starši. Ta



omogoča razvijajoče se spoznavne in čustvene sposobnosti dojenčka ter njegove izkušnje v interakciji s starši.

### **Razvoj navezanosti poteka v štirih fazah (Žvelc, 2011).**

Prva je faza pred navezanostjo (do 6. tedna starosti). Označujejo jo prirojene signali, težnja po seganju, nasmehu, vzpostavljanju očesnega stika z drugo osebo, jok, s katerim otrok priključuje druge ljudi v svojo bližino. Ko se ti ljudje odzivajo na te signale, jih dojenčki spodbujajo, da z njimi ostanejo v tesnem stiku (pomirijo se, če so vznemirjeni, izražajo pozitivna čustva do ljudi, jih gledajo, vokalizirajo z njimi). V tem obdobju dojenčki niso navezani na določeno osebo.

Druga je faza oblikovanja navezanosti (do 8. meseca starosti). Dojenčki se na različne ljudi začno odzivati različno. Intenzivneje se odzivajo na osebe, s katerimi so v dnevnem stiku (več se jim smeji, vokalizirajo z njimi, te osebe jih lažje in hitreje potolažijo, če so razburjeni). V interakciji se naučijo, da s svojim vedenjem vplivajo nanje, razvijejo pričakovanje odziva na svojo potrebo.

Tretja je faza jasne navezanosti (od 1. do 2. leta starosti). Izraža se separacijska anksioznost, če pomembne osebe ni v bližini. Otroci namerno vzdržujejo bližino s pomembno osebo (ji sledijo, jo iščejo s pogledom, se pomikajo k njej, starejši se plazijo za njo), uporabljajo jo kot varno bazo. S pomočjo varne baze raziskujejo okolje in nanj delujejo, njena bližina jim zagotavlja varnost pri samostojnem delovanju. Če v okolju zaznajo nevarnost ali ogroženost, se približajo pomembni osebi, pri njej iščejo čustveno oporo, tolažbo ali informacije, s katerimi bi si pomagali v nedoločni ali stresni situaciji. Okoli 1. leta starosti so dojenčki že sposobni priklicati v spomin osebo, ki je ne zaznavajo v svoji bližini.

Četrta je faza oblikovanja recipročnega odnosa (po letu in pol starosti). Upada separacijska anksioznost kot rezultat hitrega razvoja mentalne reprezentacije in govora, kar omogoča razumevanje razlogov za odsotnost pomembne osebe in sposobnost predvidevanja njene vrnitve.

V zgoraj navedenih fazah razvoja navezanosti otroci oblikujejo trajen čustveni odnos s pomembno osebo, ki jim omogoča, da to osebo uporabljajo kot varno bazo, ne glede na njeno dejansko prisotnost v njihovi bližini, saj čustveni odnos z njo ponotranjijo – razvijejo notranji delovni model navezanosti. To je niz pričakovanih pri posameznikih, ki izvira iz zgodnjih izkušenj v odnosu otrok–pomembna oseba in se nanaša na dostopnost in občutljivost pomembne osebe do otroka, na predstave o interakciji otroka z njo.

S pomočjo tuje situacije, postopka, ki vključuje kratke ločitve in ponovna snidenja otroka s starši, ocenjujemo kakovost otrokove navezanosti, pri čemer ločimo štiri oblike navezanosti.

Varno navezani dojenčki v prisotnosti osebe, na katero so navezani, z njo iščejo telesni in očesni kontakt, intenzivneje komunicirajo, samostojno raziskujejo in se dejavno ukvarjajo s predmeti. Ob ločitvi od nje jokajo, protestirajo, težijo za njo. Med odsotnostjo te osebe malo raziskujejo in se ukvarjajo s predmeti. Ko se oseba vrne, se je razveselijo in vzpostavijo interakcijo z njo in postanejo dejavni s predmeti. Pomembna oseba kaže v odnosu do otroka odzivnost, občutljivost, pozornost, naklonjenost, veliko telesnega in očesnega stika, komunikacije, spoštovanje samostojnosti, sodelovanje, sprejemanje skrbnosti in odgovornosti za otroka (Žvelc, 2011).

Izogibajoče navezani dojenčki so podobno dejavni v kakršni koli situaciji. Ne težijo k vzpostavljanju socialnih stikov niti z znano niti z neznano osebo. Ko znana oseba odide, ne kažejo pretiranega vznemirjenja, ko se ta vrne, ne posebnih znakov veselja, pogosto se celo upirajo stikom z njo. Pomembna oseba kaže v odnosu do otroka odklanjanje telesnega, očesnega stika in drugih oblik komunikacije, izražanje negativnih čustev, relativno neodzivnost, neobčutljivost in nezainteresiranost za otroka, pogosto uveljavljanje moči nad otrokom (Žvelc, 2011).

Ambivalentno (upirajoče) navezani dojenčki izražajo v vseh situacijah manj dejavnosti kot varno in izogibajoče navezani dojenčki. Včasih jokajo ali protestirajo, še preden se ločijo od pomembne osebe. Do neznanе osebe izražajo previdnost in intenzivno neugodje v času odsotnosti pomembne osebe. V primerjavi z drugimi ti dojenčki več jokajo, ko ostanejo z neznano osebo, ki jih težko potolaži. Ko se znana oseba vrne, se do nje vedejo ambivalentno (izmenično iščejo stik in se ji upirajo). Pomembna oseba jih težko potolaži, tudi ko se vrne k njim, v odnosu do otroka kaže nedosledno odzivanje, neobčutljivost, naklonjenost, motečnost, pretirano stimulacijo (Žvelc, 2011).

Dezorganizirano/dezorientirano navezani dojenčki izražajo največ ogroženosti; izraža se v njihovem nepredvidljivem in ekstremnem vedenju, in sicer ob prisotnosti pomembne osebe in v situacijah, v kateri so sami ali z neznano osebo.





Ob ponovnem snidenju se vedejo zmedeno, protislovno, nepričakovano (jokajo, se potolažijo, se igrajo, jokajo), potem v svoji dejavnosti otopijo ali se približujejo pomembni osebi z jasnim depresivnim izrazom na obrazu. Pomembna oseba kaže v odnosu do otroka neodzivnost, zanemarjanje, zlorabo (Žvelc, 2011).

Večina dojenčkov in malčkov je najbolj navezanih na mamo, vendar se sočasno razvija tudi navezanost na očeta. Pomembna je navezanost na sorojence, brate, stare starše in vzgojitelje. Kakovost navezanosti dojenčka na pomembno osebo je odvisna od vedenja te osebe do dojenčka.

Navezanost daje temelj strukturi osebnosti v kasnejšem razvoju. Kaže se v odnosu do samega sebe in do drugih. Če pride do motečih odnosov s starši, ima otrok v kasnejšem življenju težave v odnosih, kar imenujemo zgodnja travmatska izkušnja. Pri pretirani neznosni stimulaciji je mati preveč vsiljiva, kontrolirajoča, neobčutljiva, tak otrok se bo začel izogibati stimulaciji, ki grozi, da bo presegla njegov prag (izogibajoča navezanost). V primeru depresivne matere, ki je neodzivna ali negibna, pa je otrok prepuščen samemu sebi, da regulira lastno vznburjenje. Na to situacijo se lahko prilagodi tako, da skuša mater na vsak način zainteresirati zase, jo spraviti v gibanje, jo oživeti (s smejanjem, z vokaliziranjem, gibi ...). Takšni dojenčki se kasneje razvijejo v »vzbujevalce« življenja ali pa razvijejo depresivnejšo pot.

## **MATERINA IN OČETOVA VLOGA V RAZVOJU OTROKA**

Otrok se rodi v določeno čustveno vzdušje, saj med partnerjema potekajo določeni vzorci odnosov. Novorojenček je telesno in čustveno popolnoma odvisen od starševskega in partnerskega odnosa. Raziskave so pokazale, da imajo otroci, pri katerih je bil odnos v zgodnjem otroštvu zlorablajoč ali zanemarjajoč, drugače razvite možgane kot tisti, pri katerih je bil partnerski odnos primeren. Zgodnji odnosi vplivajo na nadaljnji razvoj otroka in ga spremljajo v odrasli dobi. Starši naprej potrebujejo dober partnerski odnos, da lahko črpajo moč in energijo za starševstvo. Če tega pogoja ni, lahko čustveni primanjkljaj partnerskega odnosa iščejo pri svojih otrocih. Hči lahko prevzame nadomestno vlogo in postane »očetova princeska«, sin pa »mamin sinček«, lahko se oče umakne iz družine, mama pa se »rešuje« s skrbjo za otroke. V teh primerih otroci zadovoljujejo potrebe svojih staršev, njihove pa postanejo neprepoznave in nezadovoljene (Žogan, 2012).

### **Materina vloga v razvoju otroka**

Mati ima najmočnejši vpliv na otroka v njegovem prvem letu življenja, kar otroka zaznamuje za vedno. Že v nosečnosti mu preko telesa sporoča, kako se odziva na njegovo stisko. Odziva se lahko z nežnostjo, tolažbo, zaželenostjo in ljubeznijo ali pa se odziva z grobostjo in nezaželenostjo. Če otrok v tem zgodnjem obdobju ne dobi dovolj ljubezni in drugih pozitivnih materinih odzivov, jih težko razvije kasneje v življenju, ker mu ta izkušnja v zgodnjem življenjskem obdobju ni bila dana. Mati mora biti uglašena s seboj, mora se znati umiriti, šele nato lahko prepozna stisko pri otroku in njegova čustva (jezo, strah, veselje, sram, žalost) ter se v dani situaciji ustrezno odzove (Žogan, 2012).

### **Očetova vloga v razvoju otroka**

Oče da otroku vero vase. Poleg očetove fizične prisotnosti sta izjemnega pomena čustvena prisotnost in njegova odzivnost. Če oče ni fizično in/ali čustveno prisoten, bo otrok na tem mestu čutil praznino in hrepenenje po nečem, česar ni dobil. Otrok opazuje vedenje staršev. Njun odnos je lahko ubran (se objameta, pogovarjata, poljubita, si izkazujejo nežnost, znata sodelovati) ali pa je poln konfliktov. Otrok opazuje, kako starši regulirajo svoja čutenja, ali imajo kontrolo nad svojimi nasilnimi impulzi. Odnos med starši pomembno vpliva na otrokovo vzgojo, ki je vedno odsev starševskih vrednot. Temeljni vrednoti za zdrav čustveni razvoj sta ljubezen in varnost. Zdrava samopodoba se lahko razvije le, če je okolje dovolj varno, sočutno in razumevajoče. V konfliktnih situacijah je potrebno ubesediti svoja občutenja in skupaj najti konstruktivno rešitev za določen problem, to izkušnjo pa ponuditi svojemu otroku za življenjsko popotnico (Žogan, 2012).

## **PATRONAŽNA MEDICINSKA SESTRA IN DRUŽINSKO OKOLJE**

Patronažna medicinska sestra vstopa v družino že v obdobju nosečnosti in po porodu v obdobju zgodnjega starševstva. Ima možnost opazovati dinamiko medosebnih odnosov v domačem okolju, družino pozna in opazuje njeno vključevanje v ožje in širše socialno okolje. S svojim znanjem, z izkušnjami o družinski dinamiki in z vedenjem o razvoju ploda, novorojenčka in dojenčka lahko pri svojih obiskih družine v obdobju zgodnjega starševstva veliko prispeva k usklajevanju med novorojenčkom, dojenčkom ter mamo in očetom. Ob vstopu v družino se opazi dinamika odnosov v družini. Z veliko mero pozornosti, spoštovanja in znanja lahko nevsiljivo pomaga vzpostaviti ugodno



družinsko okolje za zdrav otrokov razvoj. Pri starših je včasih dovolj zgolj zavedanje, da je nekdo, h komur se lahko v stiski s problemom zatečejo, tj. patronažna medicinska sestra.

Načini vključevanja:

- patronažni obiski v obdobju zgodnjega starševstva po programu (1 obisk v nosečnosti, 2 obiska pri otročnici in 6 obiskov pri otroku do 1. leta starosti);
- uporaba telefonov in SMS-sporočil, ko so starši v stiski in imajo problem (takojšnja dosegljivost);
- e-pošta, dnevno branje pošte in odgovarjanje na vprašanja;
- oblikovanje foruma za izmenjavo mnenj staršev (npr. Ringaraja).

## ZAKLJUČEK

Patronažne medicinske sestre lahko veliko prispevamo k izboljšanju odnosov v družini. Odnosi med družinskimi člani so v vseh obdobjih zelo pomembni, največ pa lahko storimo zanje ravno v obdobju zgodnjega starševstva. Temelj osebne strukture in celotnega življenja se postavi v nosečnosti, na njem se začne gradnja takoj po rojstvu. Pomanjkljivosti, ki nastanejo v tem obdobju, je v kasnejšem življenjskem obdobju težko odpraviti. Otrok se rodi z vsemi zasnove za življenje, starši pa jih morajo zaznati in mu jih pomagati razvijati.

Otok se rodi kot nepopisan list papirja, staršem je dan svinčnik, patronažna medicinska sestra pa pomaga staršem držati svinčnik z ravno pravšno mero – ne pretrdo in ne premehko.

Patronažne medicinske sestre in starši zagotavljamo ugodne pogoje za zdrav otrokov razvoj in tako skrbimo ne samo za sedanjo generacijo, ampak tudi za vse nadaljnje.

## LITERATURA

1. Cibic, D., Dogoša, I., Filej, B., Šlajmer-Japelj, M., Šušteršič, O. Mednarodna klasifikacija prakse zdravstvene nege: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Maribor: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, 2000.
2. Marjanovič Umek, L., Zupančič, M. Razvojna psihologija. Ljubljana: Založba Rokus, 2004.
3. Šušteršič, O. Negovalna dokumentacija v patronažnem varstvu. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 2002.
4. Žogan, M. Vpliv partnerskega odnosa na otroka. Dostopno na: <http://babybook.si/druzina/parterski-odnos-po-rojstvu-otroka> (3. 9. 2012).
5. Žvelc, G. Razvojne teorije v psihoterapiji. Ljubljana: Založba IPSA, 2011.





# NEGA KOŽE NOVOROJENČKA IN DOJENČKA

## SKIN CARE FOR THE NEWBORN BABY

Saša Matko, dipl. babica  
UKC Ljubljana, KO za perinatologijo, Porodni blok  
Šlajmerjeva 4, 1000 Ljubljana  
sasamidwife@gmail.com

### Izvleček:

Koža novorojenčka in dojenčka je zelo občutljiva in se močno razlikuje od kože odraslih, prav zato potrebuje posebno nego. Da bo koža novorojenčka in dojenčka skrbno negovana, moramo imeti strokovne informacije in veliko občutka. Pomembno se je držati načela, da ni dobro pretiravati. Pri negi kože nam pomaga poznavanje njene sestave in delovanja. Koža se skozi različna življenjska obdobja spreminja in utrjuje. Največ pozornosti ji je potrebno nameniti prav v zgodnjem obdobju življenja, kar pa ne pomeni, da kasneje nega le-te ni pomembna, le z izkušnjami in znanjem jo lažje obvladujemo. Živimo v razvitem svetu, v katerem negi kože posvečamo veliko pozornosti, hkrati pa se soočamo z vse več alergijskimi reakcijami, ki se pojavljajo že pri novorojenčkih in dojenčkih, zato je ustrezno negovanje kože še kako pomembno. Izredno pomembno je tudi izobraževanje strokovnega kadra oz. vseh zdravstvenih delavcev, ki se s to problematiko vsakodnevno srečujejo in skrbijo za zdravo življenje malčkov in jim tako dajejo dobro popotnico za nadaljnje življenje.

*Ključne besede: sestava in delovanje kože, nega kože, novorojenček in dojenček, alergijske reakcije kože, negovalni tim, izobraževanje.*

### Abstract:

Newborn and baby skin is very sensitive and very different from adult skin, so it needs special care. To provide good skin care of newborn and infant we have to have the correct informations and great sense of feeling. It is important to adhere to the principle that it is not wise to overdo it. Basically, we have greatly assisted by knowledge of the composition and functioning of the skin, which through different periods of our life is changing and consolidating. More attention should be paid to it early in life, but it does not mean that the later is not needed as much attention to skin care, only the experience and knowledge is more easily managed. It is also necessary to know that in the developed world in which we live today and we pay enormous attention to skin care, we are faced with an increasing number of allergic reactions, which occur already in the age of newborn and infant, so appropriate skin care is very important. For skin care is very important also education of professional staff, health workers, who daily care of the healthy life of our little ones, to give them a good traveler for later in life.

*Keywords: composition of the skin, skin care, newborn baby, allergic skin reactions, nursing team, education.*

### UVOD

Porod lahko sprejmemo kot vrhunec po dolgih mesecih čakanja, v resnici pa se pravo delo šele začne, saj ni porod tisti pričakovani vrhunec, ampak je to dojenček (Leach, 2004).

Skrb za kožo se prične z rojstvom, torej že v porodni sobi, ko novorojenček zapusti varno maternično okolje in je izpostavljen zunanemu okolju, ter se nadaljuje v vseh življenjskih obdobjih. Pri negi novorojenčka je pomembno vedeti, da je treba kožo po porodu zbrisati do suhega in poskrbeti za novorojenčkovo termoregulacijo. Ravno koža je tisti organ, skozi katerega novorojenček izgublja največ toplote, saj je tanek sloj maščevja, ki ga ima novorojenček, slab izolator. Velikokrat po porodu zasledimo pri novorojenčku še sledi verniksa, to je bela maslena zaščitna plast na koži, ki varuje kožo ploda že v maternici, prav tako so pogosto prisotne lise, izpuščaji, pege in različna znamenja (Fenwick, 2002).

Pomembno je, da se zdravstveni delavci in starši zavedamo pomembnosti nege otrokove kože, saj negovanje le-te vpliva na nadaljnje življenje. Glede na vrsto produktov, ki so danes dostopni na trgu, je prav, da izberemo najboljše za otroka, a kako vedeti, kaj je najboljše. Zlato pravilo je, da se pri negi kože ne moremo zmotiti, če uporabljamo samo vodo; vendar so mnenja strokovnjakov glede tega deljena, saj se je življenjski stil v zadnjih nekaj desetletjih močno



spremenil, s tem pa tudi uporaba različnih produktov za nego kože novorojenčkov, dojenčkov, otrok in odraslih. Negovanje kože predstavlja za starše velik zalogaj, saj se njihovo življenje s prihodom dojenčka v družino močno spremeni, in prav je, da posvetijo posebno pozornost tudi negi kože. Že v porodnišnici se bodo seznanili z nasveti, kako ravnati z novorojenčkom in kako ga negovati, temu pa bodo sledile številne informacije za domačo rabo, ki jih bodo pridobili od negovalnega tima. Da ne bodo negotovi, jih bo obiskala tudi patronažna medicinska sestra, ki jim bo predvsem v prvih dneh doma priskočila na pomoč.

Da koža ostane nepoškodovana, zdrava in čvrsta, potrebuje posebno nego, poleg tega pa ima koža zelo pomembno zaščitno funkcijo notranjih organov.

## SESTAVA KOŽE IN NJENO DELOVANJE

Koža je največji telesni organ, zunanja telesna prevleka, ki ščiti notranje organe pred zunanjimi vplivi. Njene celice se nenehno razmnožujejo, ker se z obrabo izgubljajo. Koža je sestavljena iz vrhnjice (epidermis), usnjice (cutis) in podkožja (subcutis).

### Vrhnjica

Vrhnjico sestavljajo ploščate celice, ki pod mikroskopom spominjajo na tlakovce. Njena debelina je na različnih delih telesa različna: najdebelejša je na dlaneh in podplatih, zelo tanka pa na vekah. Zunanjo plast vrhnjice sestavljajo odmrle celice, ki tvorijo čvrsto, roževinasto zaščitno prevleko. Celice te plasti se z rabo izgubljajo in se zato tudi nenehno obnavljajo. Nove celice nastajajo iz hitro delečih se celic v notranji plasti vrhnjice. Med zunanjo in notranjo plastjo je prehodno področje, v katerem so tako žive kot že odmrle celice.

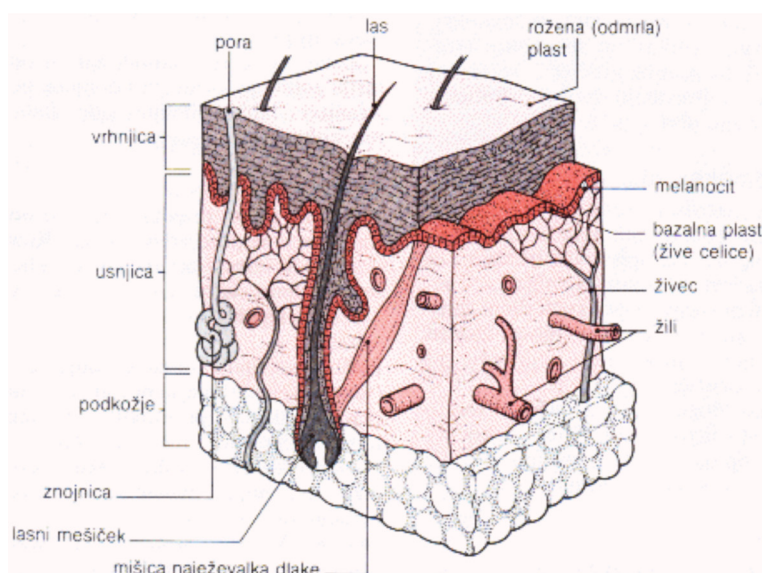
### Usnjica

Usnjico sestavlja vezivo, posejano z različnimi posebnimi tvorbami, na primer z lasnimi mešički, znojnicami in lojnicami (žleze, ki izločajo loj). V usnjici so tudi žile, mezgovnice in živci.

### Podkožje

V podkožju je več ali manj maščobnega tkiva, njegova količina in porazdelitev sta odvisni od telesne prehrane, od delovanja endokrinih žlez, od konstitucije, spola, starosti itd.

Podkožno maščevje varuje pod kožo ležeče organe pred mehanskimi vplivi iz okolice. Ker je maščevje slab prevodnik toplote, preprečuje čezmerno oddajanje toplote.



Slika 1: Sestava kože (Vir: Družinska zdravstvena enciklopedija, 2007)



Koža našemu organizmu zagotavlja obrambo in zaščito pred izgubo snovi (predvsem vode), pomembno vlogo pa ima tudi pri regulaciji telesne temperature. Prek čutilnih telesc in senzibilnih živcev je koža posrednik med organizmom in okolico ter tudi čutilni organ za dotik in bolečino. Ker te naloge lahko neprekinjeno opravlja le zdrava in nepoškodovana koža in ker je dojenčkova koža veliko občutljivejša kot odrasla, je njena nega še toliko pomembnejša (eZdravje, 2007).

## **RAZLIKE MED KOŽO OTROKA IN KOŽO ODRASLEGA**

Koža dojenčkov in majhnih otrok se od kože odraslih razlikuje predvsem v tem, da je tanjša in bolj navlažena. Šele z meseci postopoma pridobiva strukturo in fiziologijo, podobno koži odraslih. Razlike so naslednje:

- v povprečju je koža majhnih otrok petkrat tanjša od kože odraslih;
- koža novorojenčka je rožnato rdeče barve in tako tanka, da se skozi vidijo podkožne krvne žilice;
- glede na dojenčkovo težo zavzema površina njegove kože v primerjavi z odraslim veliko večji delež;
- koža dojenčkov je prepustnejša, občutljivejša in bolj nagnjena k izsušitvi;
- zaradi slabše strukture hidrolipidnega sloja (sestavni del povrhnjice) je pri dojenčkih zmanjšano izločanje vseh kožnih žlez;
- medcelične vezi v dojenčkovi koži so rahlejšje kot pri normalni koži odraslih;
- v prvih tednih po rojstvu je pH-vrednost dojenčkove kože blizu nevtralne (pH 7), zato koža ni sposobna nadzorovati rasti mikroorganizmov; posledično je manjša tudi odpornost proti okužbam;
- kislinski plašč kože, ki otroka ščiti pred kožnimi boleznimi, nastane že v prvih tednih življenja;
- regulacija temperature z znojenjem pri dojenčkih še ne funkcioniira popolnoma;
- ker se koža dojenčkov izgrajuje postopoma, se hitreje obnavlja, zato se hitreje celi in zdravi (Otrok in družina, 2010).

Dojenčkova koža se fiziološko razlikuje od kože starejšega otroka ali odraslega po strukturi, sestavi in funkciji. Novorojenčkova koža se po rojstvu postopoma razvija, prav tako ščiti telo pred strupi, tj. snovmi, ki dražijo kožo, alergeni, ki lahko povzročijo vnetja, ter alergijami in drugimi boleznimi. Ker je novorojenčkova koža zelo nežna, se lahko hitro poškoduje, prav tako kožne pore še ne delujejo učinkovito, zato so pogosti kožni izpuščaji, na katere moramo biti pozorni. Zaščitni kisli plašč dojenčkove kože (kisel pH) lahko doseže nivo zaščite kože odraslih šele v otrokovem drugem letu. Dojenčkova koža je zato občutljiva, še posebej v njegovem prvem letu življenja.

## **NEGOVANJE KOŽE**

Čiščenje dojenčkove kože mora biti nežno in blago. Pri kopanju dojenčka naj bo temperatura vode približno 37 °C. Da preprečimo izsuševanje kože, je dobro, da dojenčka izmenično umivamo en dan z milom, en dan samo z vodo. Priporočljivo je uporabljati trda mila (pH 5,5), tako za telo kot za lasišče, ki združujejo posebno nežne sestavine, prilagojene občutljivi otroški koži. Kožo nežno čistijo in ščitijo ter ji vračajo naravno maščobno ravnovesje. Velikokrat vsebujejo še dodatne snovi, ki kožo mastijo, v njej zadržujejo vlago (na primer mandljevo olje) in tako preprečujejo, da bi se pri umivanju in kopanju nadražila in izsušila. Takšna mila namreč stabilizirajo kislinski plašč in preprečujejo razrast mikroorganizmov (Virtič, 2008).

## **Nega in vlaženje novorojenčkove kože**

Nega novorojenčka se prične z jutranjo osvežitvijo z vodo ter se v ritmu s hranjenjem nadaljuje čez ves dan. Nego vedno izvajamo od najčistejšega dela k nečistim delom telesa (od obraza po telesu navzdol). Za čiščenje obraza uporabljamo zgolj vodo, brez mila ali olja. Za vlaženje in zaščito pred vetrom, mrazom ali soncem uporabljamo bolj mastne kreme z ustrezno UV-zaščito. Za nego trupa in okončin lahko uporabljamo nevtralne losjone in naravna olja. Pri novorojenčkih svetujemo mila, ki vsebujejo dodatne snovi, ki kožo mastijo in v njej zadržujejo vlago (npr. milo z mandljevim oljem), vendar le-teh ne uporabljamo prepogosto. Negi spolovila in ritke posvečamo še dodatno pozornost, saj sta izpostavljena povečani vlagi. Otrokovo kožo je potrebno negovati s koži prijaznimi in nežnimi izdelki, ki so posebej prilagojeni njegovim potrebam, upoštevajo povečano vlago in vsebujejo čim manj dišav ter konzervansov. Kožo lahko vlažimo z uporabo naravnih olj (mandljevo, olivno ...), predvsem v pregibih, kjer je koža pogosto najbolj izsušena. Nikoli pa ne namažemo celotnega telesa, olja namreč po mnenju nekaterih strokovnjakov preprečujejo normalno dihanje kože (Buh, 2012).

Primerna nega kože v otroštvu je osnova za ohranitev zdrave kože skozi vse življenje. Če kože ne negujemo primerno, je dovzetnejša za razne bolezni, kot so plenični izpuščaj, atopični dermatitis in druge oblike vnetja kože.



## NEGA POŠKODOVANE KOŽE

Dojenčkova koža ostane zdrava, dokler je nepoškodovana. Plenični izpuščaj se pojavi, ko je koža poškodovana, dražiti pa jo začneta ujeta vlaga in trenje, običajno je to predel pod plenico. Urin in blato v plenici stanje samo še poslabšata. Rdečina in skelenje lahko hitro privedeta do pleničnega dermatitisa. Pri razdraženi koži, rdečici in blagem pleničnem izpuščaju je priporočljivo uporabiti dodatne kreme, mazila ali paste. Za nego dojenčkove kože so primerni predvsem blagi in nevtralni kozmetični izdelki, ki ne dražijo njegove kože. Pomembno je, da je večina sestavin naravnih in da so izdelki dermatološko preizkušeni, torej varni. Preprečitev oziroma zdravljenje pleničnega izpuščaja temelji predvsem na pravilni negi, to pomeni pogosto menjavo plenice, umivanje ter skrb, da je koža ob ponovni namestitvi plenice popolnoma suha (Buh, 2012).

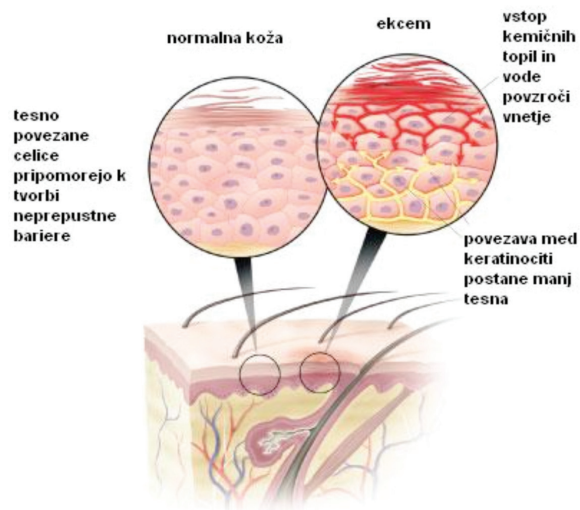
Za nego kože radi uporabljamo rastlinska olja (oljčno olje), ki pogosto veljajo za naravnejša. Uporaba izdelkov, ki niso posebej zasnovani za dojenčkovo kožo, lahko privede do različnih poškodb kože, kot so suhost, atopični dermatitis, ekcem in druga kožna obolenja, ki so v zadnjem času v velikem porastu. Da bi se izognili tem težavam, je potrebno kožo skrbno negovati z izdelki, ki so primerni za dojenčkovo kožo.

## ALERGIJE – ATOPIČNI DERMATITIS

Atopični dermatitis, pogosteje imenovan ekcem, je kronično vnetje gornjega epitelija kože alergijskega porekla. Povzroča suho, srbečo in razdraženo kožo, ki zahteva vsakodnevno nego. Atopični dermatitis se največkrat pojavi že pri dojenčkih oz. najkasneje do petega leta otrokove starosti. Najpogosteje se pojavi kot srbeč izpuščaj na licih, kasneje prizadene pregibe rok, nog in v generalizirani fazi tudi otrokov trup. Dejavniki tveganja so:

- družinska anamneza: zgodovina družinskih alergij (astma, seneni nahod in atopični dermatitis) je še vedno najpogostejši dejavnik tveganja;
- fluktuacija oz. preseljevanje: življenje v urbanem, bolj onesnaženem okolju povečuje tveganja;
- starost: pred dopolnjenim prvim letom starosti se atopični dermatitis pojavi pri 65 % alergičnih otrok, pri 90 % se razvije pred dopolnjenim petim letom starosti;
- spol: pri deklicah je kožna alergija nekoliko pogostejša kot pri dečkih;
- socialni status: pogosteje se pojavi pri otrocih premožnejših staršev;
- velikost družine: pogosteje se pojavi v manjših družinah (Rainer, 2010).

Številne raziskave kažejo, da se atopični dermatitis razvije pri dojenčkih in malih otrocih ter običajno čez čas (v roku dveh let) spontano izgine. Pri približno polovici ljudi, ki se jim v otroštvu razvije dermatitis, stanje ostane kronično – vseživljenjsko, je pa s starostjo vse manj izrazito. Žal ga še ni mogoče pozdraviti, v večini primerov se ga nadzoruje z ustreznim zdravljenjem, ki je osredotočeno na lajšanje posledic. Cilj zdravljenja je hidratiziranje – vlaženje kože, ki zmanjšuje vnetje, znižuje tveganje za okužbe in ublaži srbečico ter izpuščaje. Za preprečevanje atopičnega dermatitisa je pri dojenčkih doječih mater v prvi vrsti pomembna materina prehrana. Možni povzročitelji atopičnega dermatitisa pri majhnih otrocih in dojenčkih so različni alergeni, kot so pršice, plesni, živalska dlaka in volnena oblačila, najpogostejše alergene pa vsebuje hrana (kravje mleko in mlečni izdelki, kokošja jajca, oreščki, pšenica in izdelki iz pšenične moke, čokolada, nepreverjena nova uvožena živila ...) (Rainer, 2010).



Slika 2: Atopični dermatitis, prikaz na koži (Vir: Sanofarm, Atopijski dermatitis, 2009)



## ZAKLJUČEK

Funkcija kože se začne že intrauterino, ko plod v maternici ščiti t. i. verniks, kasneje pa v prvih minutah življenja skrb za nego kože prevzamejo babice v porodni sobi, nato medicinske sestre in kasneje starši. Na začetku je torej v nego novorojenčkove kože vključen celoten negovalni tim, ki s svojim znanjem in z izkušnjami posreduje informacije staršem. Mati pri negovanju kože novorojenčka/dojenčka skrbi za telesni stik z otrokom, hkrati pa novorojenčku/dojenčku nudi tudi masažo, ki nanj deluje pomirjujoče. Kožo je potrebno skrbno negovati v vseh življenjskih obdobjih, še posebno pozornost pa moramo nameniti koži novorojenčka in dojenčka, saj je ta občutljivejša.

Da lahko sledimo smernicam v negi kože, se moramo člani negovalnega tima in starši vse življenje izobraževati, naš skupni cilj je namreč zadovoljen novorojenček/dojenček z zdravo kožo. Ključ do uspeha je v sodelovanju babic, patronažnih medicinskih sester in pediatrov, vsak uspeh pa nam da potrditev in motivacijo za opravljanje našega čudovitega poslanstva, tj. skrb za novorojeno bitje.

## LITERATURA

1. Buh, M. Plenični izpuščaj (dermatitis). 2012. Dostopno na: <http://babybook.si/dojencek/mala-sola-nege-dojencka/previjanje/plenicni-izpuscaj.html> (4. 9. 2012).
2. Buh, M. Nega in vlaženje kože novorojenčka. 2012. Dostopno na: <http://babybook.si/dojencek/mala-sola-nege-dojencka/nega-nohtov-uses-oci-las/nega-in-vlazenje-koze-novorojencka.html> (4. 9. 2012).
3. eZdravje. Zgradba kože. 2007. Dostopno na: <http://www.ezdravje.com/si/koza/zgradba/> (30. 7. 2012).
4. Fenwick, E. Nega matere in otroka: Priročnik za starše od otrokovega spočetja do njegovega tretjega rojstnega dne. Ljubljana: Mladinska knjiga, 2002: 68–69.
5. Leach, P. Otrok od rojstva do šole. Ljubljana: Domus, 2004: 31, 46.
6. Otrok in družina. Nega nežne dojenčkove kože. 2010. Dostopno na: [http://www.ringaraja.net/clanek/nega-nezne-dojenckove-koze\\_1862.html](http://www.ringaraja.net/clanek/nega-nezne-dojenckove-koze_1862.html) (2. 8. 2012).
7. Rainer, J. Atopični dermatitis. 2010. Dostopno na: <http://sl.scribd.com/doc/40976528/pravi-vodic-za-starse-jesen> (2. 8. 2012).
8. Sanofarm. Fitoterapija in farmacevtika. Atopijski dermatitis. 2009. Dostopno na: [http://www.sanofarm.si/zdravo\\_zivljenje/zdravstvene\\_tezave/atopijski\\_dermatitis.aspx](http://www.sanofarm.si/zdravo_zivljenje/zdravstvene_tezave/atopijski_dermatitis.aspx) (2. 8. 2012).
9. Vrtič, P. Pri negi novorojenčkov pretiravanje ni dobro. 2008. Dostopno na: <http://www.dnevnik.si/novice/zdravje/305840/> (2. 7. 2012).





# SODOBNE SMERNICE PREHRANE DOJENČKOV

## CONTEMPORARY INFANT NUTRITION GUIDELINES

**Prof. dr. Dušanka Mičetić-Turk, dr. med.**  
**Medicinska fakulteta, Univerza v Mariboru**  
**dm.turk@ukc-mb.si**

### **Izvleček:**

V prvih šestih mesecih življenja se priporoča izključno ali polno dojenje. Mešana ali komplementarna prehrana (čvrsta hrana in tekočine, ki niso materino mleko ali mlečni pripravki) se uvaja med 17. in 26. tednom. Ni prepričljivih znanstvenih dokazov, da bi izogibanje ali poznejše uvajanje potencialno alergeničnih živil, kot so ribe in jajca, zmanjšalo pojavnost alergij pri otrocih s povečanim tveganjem za razvoj alergijskih bolezni ali pri tistih brez večjega tveganja. Glutena ni smiselno uvajati pred 4. mesecem starosti in ne po 7. mesecu. Uvajamo ga postopoma, ko je otrok še dojen. Na ta način zmanjšamo tveganje za razvoj celiakije, diabetesa mellitusa tipa 1 in alergije na pšenico. V članku so opisane zdravstvene koristi dojenja in raziskave, na katerih temeljijo.

*Ključne besede: smernice, dojenje, mešana prehrana, dojenčki.*

### **Abstract:**

Exclusive or full breast-feeding for about 6 months is recommended. Complementary feeding (ie, solid foods and liquids other than breast milk or infant formula and follow-on formula) should not be introduced before 17 weeks and not later than 26 weeks. There is no convincing scientific evidence that avoidance or delayed introduction of potentially allergenic foods, such as fish and eggs, reduces allergies, either in infants considered at increased risk for the development of allergy or in those not considered to be at increased risk. It is prudent to avoid both early (<4 months) and late (>7 months) introduction of gluten. Gluten should be gradually introduced while the infant is still breast-fed. In that way the risk for development of celiac disease, type 1 diabetes mellitus, and wheat allergy may be reduced. This article describes the health benefits of breast-feeding as well as scientific evidence used for the development of guidelines.

*Keywords: guidelines, breast feeding, complementary feeding, infants.*

### **UVOD**

Telesno rast od spočetja otroka do odrasle dobe razdelimo na več obdobji: znotrajmaternično rast, otroštvo in mladost. Vsako obdobje ima svoje značilnosti in različne mehanizme, ki jih uravnavajo. V zgodnjem življenjskem obdobju ima najpomembnejši regulatorni učinek prehrana. Po porodu otrok zamenja dve telesni tekočini, od katerih je bil 9 mesecev odvisen v maternici, tj. materino kri in amnijsko tekočino, s tretjo, tj. z materinim mlekom.

Materino mleko je telesna tekočina, ki nastaja v dojkah s sintezo sestavin mleka v žlezni celicah in s prenosom snovi iz materine krvi. Sestava in količina izločenega mleka v času enega podoja se zato v različnih obdobjih dneva in različnih dnevih spreminjata (1). Materino mleko sestavljajo beljakovine, maščobe, ogljikovi hidrati, minerali, vitamini in elementi v sledovih, torej vsa pomembna hranila, ki pokrivajo otrokove prehranske potrebe ter mu omogočajo normalno rast in razvoj. Materino mleko pa vsebuje tudi številne imunsko pomembne sestavine, kot so na primer: sIgA, levkociti, oligosaharidi, lizozim, laktoferin, interferon  $\gamma$ , nukleotidi, citokini in druge. Večina med njimi omogoča pasivno zaščito otrokovih prebavil in dihal, tako da preprečuje adherenco patogenih mikroorganizmov na njihovo sluznico. Tako je otrok zaščiten pred invazivnimi okužbami. Materino mleko vsebuje tudi esencialne maščobne kisline, encime, hormone, rastne dejavnike, poliamine in druge biološko aktivne snovi, ki imajo pomembno vlogo pri vseh bioloških in zdravstvenih prednostih dojenja (2).

### **Dojenje**

Pogostost in trajanje dojenja se v Evropi in po svetu zelo razlikujeta. Pri spodbujanju dojenja je izjemno pomembna vloga zdravnika pediatra in drugega zdravstvenega osebja, ki se kaže v stopnji in trajanju dojenja v določenem okolju, kar kažejo raziskave, opravljene v ZDA (3, 4).



Promocija dojenja je v različnih državah pokazala pozitivne rezultate (5). V Sloveniji se po uvedbi Slovenskega perinatalnega informacijskega sistema (SPIS) podatki iz slovenskih porodnišnic zbirajo na enem mestu (6). Po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije pomeni izključno ali ekskluzivno dojenje, da dojenček uživa le materino mleko in nobene tekočine ali čvrste hrane, razen kapljic vitaminov, mineralov ali zdravil. Polno dojenje pomeni, da dojenček ob materinem mleku dobiva še vodo ali tekočine na vodni osnovi (npr. rehidracijske tekočine).

Vprašanje optimalnega trajanja izključnega dojenja je bila tema mnogih razpravljanj v preteklih letih. Na podlagi različnih podatkov je Odbor za prehrano Evropskega združenja za pediatrično gastroenterologijo, hepatologijo in prehrano (ESPGHAN) priporočil, naj izključno dojenje traja 6 mesecev. Pri izključno ali delno dojenih otrocih naj mešane prehrane ne bi uvajali pred 17. tednom in ne po 26. tednu starosti (7). Svetovna zdravstvena organizacija priporoča, naj z dojenjem nadaljujemo do starosti 2 let (8), medtem ko Ameriška akademija za pediatrijo priporoča dojenje do prvega leta starosti (9).

### **Zakaj uvajanje mešane prehrane med 17. in 26. tednom starosti**

Da bi dojenček varno prešel na mešano prehrano, sta pomembna fiziološka zrelost ledvičnih funkcij in funkcij prebavil, ki omogoča presnavljanje hrane, ki ni mlečnega izvora, ter nevrološki razvoj (10–12). Podatki iz literature kažejo, da so ledvice in prebavila sposobni presnavljati hranilne snovi iz mešane prehrane pri 4 mesecih starosti (13). Izpostavljenost hranilom iz mešane prehrane ter prehod iz prehrane, bogate z maščobami, na prehrano z visoko vsebnostjo ogljikovih hidratov sta povezana s hormonskim odgovorom (npr. inzulina in nadledvičnih hormonov). Dozorevanje prebavil je v veliki meri pogojeno z vrsto živil, ki jih otrok zaužije. Tako kot pri vseh motoričnih spretnostih tudi tu obstaja cel spekter mejnikov, ki jih mora dojenček doseči pri določeni starosti. Pri starosti 6 mesecev večina dojenčkov že lahko sedi ob podpori in »pomete žlico« z zgornjo ustnico, ne pa le sesa kašasto hrano z žlice. Pri približno 8 mesecih imajo dojenčki že dovolj fleksibilen jezik, ki jim omogoča, da prežvečijo in pogoltnejo tršo hrano v večjih kosih. V obdobju od 9. do 12. meseca starosti večina dojenčkov že razvije takšne ročne spretnosti, da se lahko sami hranijo, pijejo iz navadne skodelice tako, da uporabljajo obe roki, ter uživajo tudi hrano, ki je pripravljena za ostale družinske člane, seveda z manjšimi prilagoditvami (narezano na manjše kose, z uporabo žlice ali s prsti). Pomembno je, da čvrsto hrano uvedemo pri približno 10 mesecih starosti, ker lahko poznejše uvajanje povzroči težave s hranjenjem v kasnejšem obdobju.

### **Uvajanje dopolnilne hrane: kdaj in kako**

Delovna skupina za nutricionistiko, ki vključuje strokovnjake različnih pediatričnih disciplin, je leta 2010 objavila posodobljene smernice za prehrano zdravih in donošenih dojenčkov (14).

V prvih šestih mesecih priporočamo izključno ali polno dojenje, dopolnilne/komplementarne/mešane/čvrste prehrane pa naj ne bi uvajali pred 17. in ne po 26. tednu starosti. Z dojenjem ob uvajanju dopolnilne prehrane nadaljujemo, nova hranila uvajamo v enotedenskih presledkih. Po novih prehranskih smernicah za dojenčke naj bi dopolnilno prehrano uvajali po nekoliko drugačnem vrstnem redu kot doslej. Najprej priporočamo uvajanje zelenjavnega obroka; najprej zelenjavne kašice, nato zelenjavno-krompirjeve kašice in zelenjavno-krompirjeve-mesne kašice (sprva samo belo, nato tudi rdeče meso), sledi uvajanje mlečno-žitnih in nato žitno-sadnih kašic. Priporočamo, da pričnemo z uvajanjem nizkoalergenih živil, kot so na primer korenček, bučke, krompir, cvetača in koleraba. Sledijo riž, koruzni kosmiči, nato še sadne kašice (jabolka, hruške, banane). Kruh dodajamo od desetega meseca dalje. Jajčni rumenjak priporočamo šele po šestem mesecu starosti, to velja tudi za ribe. Kravje mleko naj bo otrokov glavni napitek po prvem letu starosti, čeprav ga v manjših količinah dodajamo dopolnilni prehrani že prej. Po prvem letu starosti lahko v prehrano vključimo tudi jajčni beljak, morske sadeže in med. Obroke sladkamo in solimo šele po prvem letu starosti.

### **Uvajanje glutena v dopolnilno prehrano**

Dokler se otrok doji, je tveganje za celiakijo zaradi uvajanja glutena v dopolnilno prehrano manjše. Celiakija je sistemska avtoimunska bolezen in je posledica preobčutljivosti na gluten. Za zdaj je edino znano zdravilo stroga vseživljenjska brezglutenska dieta, zato je razpravljanje o uvajanju glutena trajalo zelo dolgo. Najbolje je, da z uvajanjem manjših količin glutena začnemo še v času dojenja, s čimer zmanjšamo tveganje za razvoj ne le celiakije, temveč tudi sladkorne bolezni tipa 1 ter alergije na pšenico. Glutena ne uvajamo pred 4. mesecem in ne po 7. mesecu starosti.



## Prehrana dojenčkov s povečanim tveganjem za razvoj alergijskih bolezni

Na podlagi mnogih raziskav se je stališče glede prehrane otrok s tveganjem za razvoj alergijskih bolezni in njihovih doječih mater spremenilo (15–17). Dojenčki s povečanim tveganjem za razvoj alergije so tisti dojenčki, katerih starši ali sorojenci imajo dokazano alergijo. Priporočila za dojenje pri dojenčkih s povečanim tveganjem za razvoj alergije so popolnoma enaka kot pri dojenčkih brez povečanega tveganja. To pomeni, da priporočamo izključno ali polno dojenje do 6. meseca starosti. Med dojenjem materam ne priporočamo kakršne koli izključitvene diete. Če dojenje ni možno, otroku vsaj prvih 6 mesecev priporočamo hidrolizate kravjega mleka, najboljše pa ekstenzivne proteinske hidrolizate (18, 19). Druge mlečne beljakovine (kozje, ovčje, kobilje mleko) in sojini ali riževi pripravki nimajo preventivnega vpliva na razvoj alergijskih bolezni in jih zato ne priporočamo. Dopolnilno prehrano uvajamo enako kot pri dojenčkih brez večjega tveganja za razvoj alergijskih bolezni.

Delovna skupina za nutricionistiko v Sloveniji in ESPGHAN-ov odbor za prehrano vegetarijanstvo za dojenčke odsvetujeta. Že manjše nepravilnosti v sestavi prehrane lahko namreč privedejo do pomanjkanja posameznih osnovnih prehranskih sestavin in škodujejo zdravju otroka. Če pa so dojenčki kljub temu hranjeni z vegetarijansko prehrano, je priporočen vnos zadostne količine (500 ml) mleka (materinega ali mlečnega pripravka) in mlečnih izdelkov. Priporočamo redno zdravniško kontrolo, kontrolo vrednosti vitamina B12, vitamina D, železa, cinka, kalcija in drugih elementov v sledovih. Vegansko prehrano odsvetujemo.

## ZAKLJUČEK

Prehrana je v prvih 12 mesecih starosti, ko se otrokova teža potroji, ko otrok zraste za 25 cm, dobi prve zobke, se nauči hoditi, se hraniti ter izgovori prve besede, ključnega pomena. Tudi rast možganov je v zgodnjem otroštvu največja. Zato je sestava hrane z zadostnim vnosom vseh potrebnih hranil izjemno pomembna. Smernice prehranjevanja dojenčkov v Sloveniji in v Evropi temeljijo na znanstvenih dokazih. V prvih 6. mesecih priporočajo izključno ali polno dojenje. Mešano prehrano naj bi uvajali v »oknu« ne pred 17. tednom in ne po 26. tednu starosti. Prehranski dejavniki v obdobju zgodnjega otrokovega razvoja dolgoročno vplivajo na njegovo zdravje in na njegovo dobro počutje v obdobjih odraslosti in starosti.

## LITERATURA

1. Michaelsen KF, Larsen PS, Thomsen BL, Samuelson G. The Copenhagen Cohort Study on Infant Nutrition and Growth: breast-milk intake, human milk macronutrient content, and influencing factors. *Am J Clin Nutr* 1994; 59: 600–11.
2. Agostini C, Braegger C, Desci T et al. Breast-feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *JPGN* 2009; 49: 112–125.
3. Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L et al. Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. *Pediatrics* 2004; 113: e283–90.
4. Taveras EM, Capra AM, Braveman PA et al. Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. *Pediatrics* 2003; 112: 108–15.
5. Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B et al. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: current situation. *Public Health Nutr* 2005; 8: 39–46.
6. Bratanič, B. Dojenje in materino mleko. *Slovenska pediatrija* 1998; 5 (1): 24–37.
7. Agostini C, Decsi T, Fewtrell M et al. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2008; 46: 99–110.
8. World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding: report of an expert consultation. Geneva: World Health Organization, 2001.
9. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA et al. Breastfeeding and the use of human milk. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. *Pediatrics* 2005; 115: 496–506.
10. Naylor AJ, Morrow A, ed. Developmental Readiness of Normal Full Term Infants to Progress from Exclusive Breastfeeding to the Introduction of Complementary Foods: Reviews of the Relevant Literature Concerning Infant Immunologic, Gastrointestinal, Oral Motor and Maternal Reproductive and Lactational Development. Washington, DC: Wellstart International and the LINKAGES Project/Academy for Educational Development, 2001.
11. Michaelsen K, Weaver L, Branca F et al. Feeding and Nutrition of Infants and Young Children. WHO Regional Publications, European Series, No. 87. Geneva: World Health Organization, 2000.



12. Brown K, Dewey K, Allen J. Complementary Feeding of Young Children in Developing Countries: A Review of Current Scientific Knowledge. Geneva: World Health Organization, 1998.
13. Ziegler EE, Fomon SJ. Fluid intake, renal solute load, and water balance in infancy. *J Pediatr* 1971; 78: 561–8.
14. Sedmak, M. et al. Smernice za prehrano dojenčkov v Sloveniji. Ljubljana: Medis, 2010.
15. Norris JM, Barriga K, Hoffenberg EJ et al. Risk of Celiac Disease Autoimmunity and Timing of Gluten Introduction in the Diet of Infants at Increased Risk of Disease. *JAMA* 2005; 293: 2343–2351.
16. Filipiak B, Zutavern A, Koletzko S. Solid Food Introduction in Relation to Eczema: Results from a Four-Year Prospective Birth Cohort Study. *J Pediatr* 2007; 151: 352–8.
17. Zutavern A, Brockow I, Schaaf B. Timing of Solid Food Introduction in Relation to Eczema, Asthma, Allergic Rhinitis, and Food and Inhalant Sensitization at the Age of 6 Years: Results From the Prospective Birth Cohort Study LISA. *Pediatrics* 2008; 121; e44.
18. Muraro A et al. Dietary prevention of allergic diseases in infants and small children. Part III. Critical review of published peer-reviewed observational and interventional studies and final recommendations. *Pediatr Allergy Immunol* 2004; 15: 291307.
19. American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition. Hypoallergic infant formulas. *Pediatrics* 2000; 106: 346–9.



# DOJENČKI ZA MIZO

## KNJIGA RECEPTOV UVAJANJA ČVRSTE HRANE DOJENČKOM PO 4. MESECU STAROSTI

**Rebeka Mahorič, inž. kem. tehn.**  
**REMINA – Rebeka Mahorič, s. p., Trzin, Slovenija**  
**zalozba.remina@gmail.com**

### **Izvlaček:**

Kako in kaj ponuditi zdravemu dojenčku, ko je lačen in ko je čas za uvajanje goste (čvrste, komplementarne oz. dopolnilne) hrane? Vse to je opisano v knjigi receptov »Kaj nam žlička govori?« slovenskih avtorjev, ki nas vodi po uvajanju raznolike hrane dojenčkom od dopolnjenega 4. meseca starosti, ko starši lahko pričnejo z uvajanjem čvrste hrane, in vse do dopolnjenega 1. leta starosti, ko je dojenček vključen v družinsko prehrano.

Čez 500 bogatih receptov obsega v prvem mesecu uvajanje kosil, v drugem mesecu uvajanje večerij (mlečno-žitne kaše), v tretjem mesecu uvajanja dopoldanske ali popoldanske malice (sadno-žitne kaše). Med 10. in 12. mesecem dojenčkove starosti obsegajo dnevni jedilniki 5 obrokov goste hrane, med katerimi sta 2 lahki malici in samo še 2 mlečna obroka. Upoštewane so evropske smernice za prehrano dojenčkov, starše pa spodbujamo h kuhanju zdrave in sveže hrane, pri kateri je zelo pomembna raznolikost, slasten okus pa izboljšamo z ljubeznivim pristopom pri pripravi obrokov.

Živila uvajamo v nekajdnevnih razmakih, kar staršem omogoča prepoznavanje morebitne alergijske reakcije na določeno živilo. Začnemo z nizkoalergenimi živili in že v prvem mesecu uvajamo meso, ki je pomemben vir železa. Nadaljujemo z uvajanjem žitaric brez glutena, med 6. in 7. mesecem dojenčkove starosti pa z uvajanjem žitaric z glutenom, ribami in jajčnim rumenjacom. Po dopolnjenem 9. mesecu starosti dojenčka seznanimo z občasnimi majhnimi količinami pasteriziranega polnomastnega kravjega mleka in mlečnih izdelkov, med 10. in 12. mesecem z oreščki in s kakavom, uvajanje pa zaključimo s celim kokošjim jajcem. Vseskozi jedilnike bogatimo z novimi živili in starše vabimo k čim hitrejšemu prehodu na kuhanje skupnih družinskih kosil, pri katerih lahko uživa tudi njihov dojenček, sami pa poenostavijo pripravo obrokov.

Pri pripravi jedilnikov smo upoštevali pravilna razmerja med različnimi skupinami živil (zelenjava, priloga in meso ter sadje in žitarice) ter staršem namignili, kako naj bodo v okviru teh razmerij videti krožniki za odrasle.

Tudi čas je zelo pomemben dejavnik pri pripravi hrane, zato med recepti ponujamo tudi možnost uporabe industrijsko pripravljenih žitnih in mlečno-žitnih kaš. Hrane dojenčkom nismo solili, sladkali pa smo jo s sadnimi sladkorji. Pitno vodo dojenčku ponujamo med obroki, in sicer do 600 ml dnevno ob koncu 1. leta starosti.

Malčku skušamo s pravilnim pristopom, z znanjem naših babic in z razpoložljivostjo živil privzgojiti prehranske navade, ki mu bodo omogočile zdravo in vitalno življenje; sebi pa skušamo popestriti jedilnike, tako da pripravimo tudi kaj drugačnega.



# DOBER TEK, DOJENČKI!

## A GOOD RUN, BABY!

**Mojca Trček, dipl. m. s., org. dela**  
**Patronažno varstvo in zdravstvena nega bolnikov na domu**  
**Trg svobode 9, Žiri**  
**mojca.trcek@gmail.com**

### **Izveček:**

Članek predstavlja praktično kuharsko delavnico, ki jo za nosečnice in mamice dojenčkov organizira patronažna medicinska sestra na terenu. V sklopu delavnice je bila izvedena tudi anketa, ki se nanaša na zdrav življenjski slog družin, na predloge prihodnjih predavanj in zadovoljstvo z izvedbo delavnice. Delavnica je bila v okolju dobro sprejeta in predvsem za udeležence s prvim otrokom zelo dobrodošla. Kljub dostopnosti literature o zdravem načinu življenja je potrebno na nivoju patronažnega varstva še naprej zagotavljati različne oblike svetovanj in izobraževanj.

*Ključne besede: prehranjevalne navade, kuharska delavnica, raziskovanje, patronažno varstvo.*

### **Abstract:**

This paper presents a practical cookery workshop, which for pregnant women and mothers of infants organize home care nurse in the field. As part of the workshop was completed a survey, which refers to the healthy lifestyle of families, the proposals coming lectures and satisfaction with the implementation of the workshop. The workshop was well received in the environment and especially for participants with first child very welcome. Despite the availability of literature on healthy lifestyles is needed at the level of community health nursing to continue to provide various forms of counseling and education.

*Keywords: eating habits, culinary workshop, research, community health.*

### **UVOD**

Aktivnosti medicinske sestre v patronažnem varstvu so usmerjene v proučevanje in iskanje poti, kako uveljaviti sodobna spoznanja o zdravju v okviru prizadevanj za zdravo življenje, krepitev zdravja in izboljšanje zdravja (Železnik et al., 2011).

Z izdajo Smernic zdravega prehranjevanja za dojenčke (Ministrstvo za zdravje, 2010), ki predstavljajo standard glede vnosa energije in hranil pri zdravih otrocih do prvega leta starosti, pristopov pri uvajanju mešane prehrane ob dojenju in privajanja otroka na družinsko ali mešano prehrano, smo tudi v patronažnem varstvu pridobili obširno gradivo za podajanje enotnih prehranskih vsebin.

Starši se z informacijami in s smernicami o prehrani dojenčka in otroka srečajo že v materinski šoli in porodnišnici. Prav tako imajo na voljo veliko literature, ki je dostopna v knjižnicah in na spletu.

### **Namen organiziranja kuharske delavnice**

Po Smernicah zdravega prehranjevanja za dojenčke (Ministrstvo za zdravje, 2010) delimo prehranjevanje dojenčka v prvem letu življenja v tri obdobja:

1. izključno mlečna hrana prvih šest mesecev;
2. uvajanje dopolnilne (dopolnilne, mešane, čvrste prehrane) ne pred 17. tednom (ustreza starosti 3,9 meseca) in ne po 26. tednu (ustreza starosti šest mesecev);
3. prehod na prilagojeno družinsko prehrano od desetega meseca dalje.

V vsakdanjem življenju pri pripravi obrokov za družino večkrat ostanemo brez ideje, kakšen jedilnik naj sestavimo. Pri pripravi hrane za najmlajše smo še pozornejši na pravilno pripravo zdravih in raznovrstnih obrokov. V Smernicah zdravega prehranjevanja za dojenčke (2010) je navedeno, da so dojenčki v prvih mesecih življenja najbolj prilagodljivi za sprejemanje novih arom in okusov, ki se jih navadijo tudi za poznejše obdobje življenja, zato je pomembno, kako jim predstavimo in pripravimo prvo hrano.



Razvoj družbe je pripeljal do ločevanja razširjene družine in s tem do pomanjkljivega prenosa informacij in nasvetov, povezanih s samooskrbo in pripravo hrane, receptov, praktičnega kuhanja z generacije staršev in starih staršev na mlade družine.

Danes, ko prevladujejo nuklearne družine, je ženska, dokler ne postane mama, redko vključena v skrb za otroke in njihovo vzgojo, zato je njeno zaupanje v lastne materinske sposobnosti majhno (Kodrič, 2009). Nuklearno družino sestavljajo odrasli osebi v seksualnem razmerju (oziroma vsaj ena odrasla oseba) in vsaj en biološki otrok oziroma posvojenec teh odraslih oseb (Wikipedia, 12. 9. 2012).

Osnovni namen organiziranja kuharske delavnice je bil, da ciljni skupini, s katero se srečujemo patronažne medicinske sestre, to so nosečnice in otročnice oziroma mamice dojenčkov in otrok, v okviru aktivnosti prehranjevanja ponudimo nadgradnjo patronažne zdravstvene nege dojenčka. Da bi združili strokovne smernice o prehrani dojenčkov s praktičnim kuhanjem in z nasveti o zdravi pripravi hrane, smo povabili predavatelja Jožeta Zalarja z Višje strokovne šole za gostinstvo in turizem.

## **METODE DELA**

Uporabljena je bila deskriptivna raziskovalna metoda. Kot raziskovalni inštrument je bil uporabljen anketni vprašalnik. Anketa je bila izvedena na štirih kuharskih delavnicah (leta 2009, 2010, 2011 in 2012). Del anketnega vprašalnika je bil s privoljenjem Beise Žabkar povzet po anketnem vprašalniku, ki ga je omenjena avtorica s soavtorico Dorotejo Dobrinja kot raziskovalni inštrument uporabila v raziskavi, predstavljeni v članku Zdrav življenjski slog mladih družin (2009). Vprašalnik je obsegal osem vprašanj odprtega in zaprtega tipa. Demografska vprašanja so se nanašala na starost, spol, zaposlenost in status družine. Drugi sklop vprašanj se je nanašal na zdrav življenjski slog družin. Odprta vprašanja so bila namenjena predlogom, kakšnih delavnic si želijo v prihodnje, in oceni delavnice s pripombami, predlogi in pohvalami. Udeleženke kuharske delavnice so anketni vprašalnik izpolnile na koncu delavnice. Razdeljenih je bilo šestdeset vprašalnikov, od tega je bil eden nepopolno izpolnjen in izključen iz raziskave. Sodelovanje je bilo anonimno in prostovoljno. Raziskovalni vzorec so sestavljale nosečnice ter mamice otrok, starih do 1 leta.

### **Opis vzorca raziskave**

Na kuharskem tečaju je sodelovalo 59 udeleženk. 36 (61 %) jih je bilo starih od 20 do 30 let, 22 (37,3 %) od 30 do 40 let, 1 (1,7 %) udeleženka pa je bila stara od 40 do 50 let. Zaposlenih je bilo 47 (79,7 %) udeleženk, brez zaposlitve pa je bilo 12 (20,3 %) anketiranih. V zunajzakonski zvezi je živelo 32 (54,3 %) anketiranih, 26 (44 %) anketiranih je bilo poročenih, 1 (1,7 %) oseba je bila samska. 35 anketiranih ima 1 otroka, 11 udeleženk ima 2 otroke, 3 udeleženke imajo 3 otroke, 2 udeleženki 4 otroke in 1 udeleženka 5 otrok. 4 ženske so bile noseče.

### **Potek kuharske delavnice**

Kuharsko delavnico za nosečnice in mamice organiziramo 1-krat letno od leta 2009. Poteka spomladi v gospodinjski učilnici OŠ Žiri. Sprva je bila prostorsko omejena na 20 udeležencev, zadnje leto pa zaradi zmanjšanja učilnice na 15 udeležencev. Matere so dobile vabilo na kuharsko delavnico po pošti. Nosečnice so za delavnico izvedele ustno od ostalih udeleženk, saj jih, zaradi varovanja osebnih podatkov, ni bilo mogoče obvestiti.

Delavnica je razdeljena v štiri sklope, in sicer na:

- teoretični uvod s smernicami zdravega prehranjevanja za dojenčke (potrebe dojenčka po hranilih, dnevni red v dojenčkovi prehrani, prehod s tekoče hrane na gosto hrano po žličkah, vloga kruha, prehod na družinski način prehranjevanja);
- praktični del, ki zajema pripravo hrane, prikaz časa kuhanja zelenjave in sadja, poizkus pravilno kuhanega in prekuhanega korenčka, kombiniranje različnih živil, mešanje mlečno-žitnih, zelenjavno-mesnih, žitno-sadnih kašic;
- preizkušanje kuhane hrane in kašic;
- izpolnjevanje anketnega vprašalnika.

### **Rezultati, vezani na življenjske navade v družini**

Kot je razvidno iz tabele, kar nekaj (35 %) anketirancev pridelava sadje in zelenjavo doma in samo majhen del (3 %) nima možnosti lastne pridelave. Samo 27 % anketiranih pripravi vse obroke doma. Zelo malo (12 %) je tistih, ki zaužijejo sadje in zelenjavo pri vsakem obroku, 3 obroke sadja in zelenjave poje 29 % anketiranih, 5 % udeležencev



raziskave pa sadja in zelenjave ne uživa vsak dan ali pa ju sploh ne uživa. 20 % sodelujočih v raziskavi doma pripravlja pretežno dušeno in kuhano hrano. 39 % anketiranih pri pripravi hrane uporablja zdrave, nenasičene maščobe olivnega, bučnega ali repičnega olja. Večina (95 %) vprašanih se ne prehranjuje redno v restavracijah hitre prehrane. 10 % anketirancev ima dnevno na jedilniku sladkarije. 43 % anketiranih se vsakodnevno rekreira. Večina (73 %) anketiranih meni, da živijo v zdravem bivalnem okolju. 64 % vprašanih pomeni zdravje v družini največjo vrednoto. Nihče se ne brani dodatnega znanja, kar 61 % udeleženk pa se popolnoma strinja, da mlade družine potrebujejo dodatna izobraževanja o zdravem načinu življenja.

*Tabela: Prikaz rezultatov, vezanih na zdrav življenjski slog družin*

## RAZPRAVA

Kuharska delavnica, ki sva jo s sodelavko Valerijo Šinkovec štirikrat izvedli na območju Občine Žiri, je pokazala, da so nosečnice in mamice zelo zadovoljne s prikazano obliko podajanja vsebin o prehrani dojenčka. Mamice se v poplavi informacij marsikdaj prestrašijo kuhanja, mnoge med njimi pa so tega tudi nevede. V odprtih vprašanjih je veliko anketiranih menilo, da so take delavnice dobrodošle, saj je kuhanje predstavljeno kot enostavno, udeležinke delavnice pridobijo dodatna znanja ali pa nekatera obnovijo. Ugotovile so, da so jedi kljub neuporabi soli okusne, okusi pa izrazitejši. Pričakovano se je delavnice udeležilo največ mamic z enim otrokom (61 %), pri prvem otroku so mamice namreč najdojemljivejše za nove informacije in hkrati še negotove, zato iščejo dodatna znanja. 10 % udeleženk je bilo mamic s tremi, štirimi ali petimi otroki. Te so želele svoje znanje obnoviti ali nadgraditi.

Pri analizi podatkov iz dela raziskave, ki se je nanašal na zdrav življenjski slog družin, ugotovljamo, da živimo v ruralnem okolju, kjer je domača pridelava sadja in zelenjave dokaj velika. Menimo, da je na našem območju čutiti vpliv pomoči starih staršev, ki v veliki meri še vedno obdelujejo vrtove in njive. Če seštejemo postavki, ki opredeljujeta, da anketirani pridelajo vse ali skoraj vse sadje in vso zelenjavo doma, ugotovimo, da kar 67 % anketirank sadje in zelenjavo pridelata na lastnem vrtu. Življenje na podeželju se odraža tudi v nizkem odstotku obiskovanja restavracij s hitro prehrano. Mogoče ima to vpliv tudi na večjo možnost ukvarjanja z različnimi športnimi aktivnostmi in posledično na dejstvo, da velik odstotek anketiranih meni, da živi v zdravem bivalnem okolju. Največ anketiranih pripravi doma 3 obroke, kar je glede na hiter tempo življenja dober rezultat. Večina (90 %) anketiranih (če seštejemo postavki »se zelo strinjam« in »se strinjam«) meni, da mlade družine potrebujejo dodatna izobraževanja o zdravem načinu življenja. To se je pokazalo tudi v predlogih za izobraževanja pri odprtem vprašanju. Anketirani si v prihodnje želijo podobnih delavnic, predlagali pa so naslednje vsebine:

- predavanja o vzgoji malčkov od 1. do 3. leta starosti,
- prehrana otrok od 1. do 3. leta starosti (2-krat),
- prehrana dojenčkov (delavnica o zdravi prehrani, kot je že bila organizirana, 49-krat), recepti za kuhanje, ideje za hitro in zdravo kuhanje,
- tečaj masaže dojenčkov,
- telovadba za mamice in dojenčke, gibanje malčkov (2-krat),
- delavnice o negi (2-krat), skrbi za zdravje, ravnanje ob bolezni, fizioterapija,
- ohranjanje zelene telesne teže,
- dojenje,
- otrok na počitnicah (prva pomoč),
- igra z otrokom.

## SKLEP

Osnovni namen organiziranja kuharske delavnice za nosečnice, ki se pripravljajo na lep dogodek in na odgovornosti, ki jih čakajo z rastjo dojenčka, ter mlade mamice je dosežen. Kuharske delavnice se je udeležilo 60 žensk. Z izvedbo in organizacijo ter s predavateljem so bile zadovoljne. Rezultati ankete so pokazali, da si tudi v prihodnje želijo predvsem delavnic s področja prehrane, udeležile pa bi se tudi drugih. Rezultati, ki se nanašajo na zdrav življenjski slog družin, so dober pokazatelj zavedanja zdravega načina življenja, vendar je treba skrb za zdravje posameznikov in družin še naprej spodbujati z dodatnimi aktivnostmi. Rezultate raziskave bomo lahko primerjali z rezultati podobne raziskave, izvedene na obalni regiji. Zanimiv je na primer podatek, da, kot navajata Žabkar in Dobrinja (2009), na





obalni regiji le 15 % anketirancev pridelava nekaj hrane doma. Velika razlika se kaže tudi v uporabi olivnega, repičnega ali bučnega olja, ki ga na slovenski obali uporablja kar 67 % anketirancev, na obrobju Gorenjske pa le 39 %. Že samo ti rezultati kažejo na raznolikost regij. Glede na dobro sprejetost kuharske delavnice se bo ta lahko nadaljevala tudi v prihodnjih letih.

Izjava mamice, udeleženke kuharske delavnice: »Delavnica je bila poučna, koristna in zanimiva. Pozitivno se mi je zdelo, ker je vse obroke kuhar pripravil pred nami in nam vse praktično prikazal. JEDI smo tudi same poskusile in si ustvarile nek pogled na prehrano otrok (brez soli, sladkorja ...).«

## LITERATURA

1. Družina. Dostopno na: <http://sl.wikipedia.org/wiki/Dru%C5%BEina> (12. 9. 2012).
2. Kodrič, J. Novorojenček in družina. V: Bratanič, B., ed. Zdravstvena oskrba novorojenčkov na domu: prispevki in delovni zvezek. 6., dopolnjena izd. Ljubljana: Univerzitetni klinični center, Pediatrična klinika, Klinični oddelek za neonatologijo, 2009: 54.
3. Uvajanje mešane (dopolnilne in čvrste) prehrane. V: Vertnik, L., Povhe Jemec, K., ed. Smernice zdravega prehranjevanja za dojenčke. 1. izd. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2010: 47.
4. Žabkar, B., Dobrinja, D. Zdrav življenjski slog mladih družin. V: Majcen Dvoršak, S., Kvas, A. et al. Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč. Zbornik predavanj in posterjev 7. kongresa 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, 2009.
5. Železnik, D., ed. Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2011: 11.





## Agencija za organizacijo prireditev

**Smo mlado kreativno podjetje, ki vam pripravi nepozaben dogodek. Naša specialiteta so "odštekani" dogodki z glasbenimi vložki in nenavadnimi idejami. Za nas ni nič nemogoče. Smo najbolj ritmična agencija za pripravljanje dogodkov.**

### **VEMO KAKO PROFESIONALNO IZVESTI: ZA VAS LAHKO NAREDIMO MARIKAJ!**

- zabavne prireditve odprtega ali zaprtega tipa,
- prireditve po želji naročnika,
- modne revije,
- tiskovne in druge konference,
- promocijske akcije,
- seminarje,
- motivacijske dogodke
- glasbene nastope,
- koncerte,
- športne dogodke,
- otroške prireditve
- pripravimo idejno zasnovo
- predlagamo lokacije
- najamemo glasbene goste, animatorje, hostese, DJ-e...
- pripravimo scenarij
- poskrbimo za vizažiste in frizerje
- nudimo tehnično podporo (slika, zvok, glas, luč, oder...)
- organiziramo dogodek
- poskrbimo za »catering«
- dogodek fotografiramo in/ali posnamemo

[www.dtdrum.com](http://www.dtdrum.com)



**PATRONAŽNO VARSTVO V OBDOBJU ZGODNJEGA STARŠEVSTVA**  
**8. strokovno srečanje združenja ZPMS**  
**Vransko, 25. September 2012**

**ZBORNİK PRISPEVKOV Z RECENZIJO**

Organizator: Združenje ZPMS

Urednica: Mateja Berčan, mag. zdr. nege

Recenzent: Doc. dr. Ana Habjanič

Programski in organizacijski odbor:

Urška Flajs, Erika Gaber Horvat, Martina Lesjak Povše, Mateja Berčan, Mojca Trček, Aleksandra Mernik Merc, Klavdija Kastelic, Martina Ganza Žele, Majda Nesić.

Lektorica: Romana Daugul, prof.

Uredil: Dejan Tamše, [www.dtdrum.com](http://www.dtdrum.com)

Oblikovanje: RT oblikovanje, [www.rt-oblikovanje.si](http://www.rt-oblikovanje.si)

Založilo in izdalo: Združenje ZPMS

Naklada: 130 izvodov



