



BABIŠTVO V TEORIJI IN PRAKSI

ZBORNİK PREDAVANJ

Izdala in založila:

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

Sekcija medicinskih sester in babic

Ob železnici 30 a
1000 Ljubljana

Za založnika: Monika Ažman

Uredila: Anita Prelec

Organizacijski odbor: Karolina Kovač, Lirija Zemljarič, Gordana Njenjić, Irena Maguša

Strokovni odbor: Gordana Njenjić, Anita Prelec

ZBORNIK JE LEKTORIRAN IN RECENZIRAN

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

618.2/.6-083(082)

ZBORNICA zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in babic. Strokovno srečanje (2019 ; Ptuj)

Babištvo v teoriji in praksi : zbornik predavanj / [Strokovno srečanje Sekcije medicinskih sester in babic, Ptuj, april 2019 ; uredila Anita Prelec]. - Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in babic, 2019

ISBN 978-961-94013-5-4

1. Gl. stv. nasl. 2. Prelec, Anita

COBISS.SI-ID 299415296

Fotografija na naslovnici: PRISPODOBE, Urša Klajder

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

Kraj in leto izdaje: Ljubljana, 2019

Naklada: 140 izvodov

PROGRAM STROKOVNEGA SREČANJA – 5. 4. 2019, Hotel Roškar, Ptuj

8.30 – 8.50	Registracija udeležencev
8.50 – 9.00	POZDRAVNI NAGOVORI
9.00 – 9.30	PREDSTAVITEV PORODNIŠNICE PTUJ Damijana Bosilj, dr. med., Dragica Trstenjak, dipl. bab.
9.30 – 10.00	ENDOMETRIOZA Doc. dr. Helena Ban Frangeš, dr.med.
10.00 –10.30	CEPLJENJE NOSEČNIC Doc. dr. Miha Lučovnik, dr. med.
10.30 –11.00	CISTE V PRED IN POMENOPAVZNEM OBDOBJU Marina Jakimovska Stefanovska, dr. med.
11.00 –11.30	ODMOR
11.30 –12.00	MEDKULTURNE OVIRE V ZAGOTAVLJANJU OBPORODNE SKRBI: PERSPEKTIVA PORODNIC IN ZDRAVSTVENIH DELAVCEV doc. dr. Mirko Prosen, dipl. zn., univ. dipl. org.
12.00 –12.30	RAZŠIRJENO PRESEJANJE NOVOROJENCEV V SLOVENIJI – KLINIČNI VIDIK doc. dr. Urh Grošelj, dr. med.
12.30 –13.00	RAZŠIRJENO PRESEJANJE NOVOROJENCEV V SLOVENIJI – LABORATORIJSKI VIDIK dr. Andraž Smon, dr. med.
13.00 –13.30	DOJENJE – KORAKI, KI IZSTOPAJO V PROCESU OCENJEVANJA Gordana Njenjić, mag. zdr. nege, dipl.m.s., babica
13.30 –13.40	Predstavitve sponzorja
13.40 –14.40	KOSILO

- 14.40 –14.50 Predstavitev sponzorja
- 14.50 –15.20 **UPORABA RITGENOVEGA MANEVRA ZA OHRANITEV PERINEJA OB KONCU DRUGE PORODNE DOBE**
Anže Čeh, mag. zdr. nege, dipl. bab., ing.zoot.
- 15.20 –15.50 **Z ZELIŠČI DO LAŽJEGA PORODA**
Angela Forštnerič, dipl.m.s, babica
- 15.50 –16.20 **EMPATIČNA IZČRPANOST IN IZGORELOST KOT MOŽNA VZROKA NEPRIMERNE SKRBI ZA ŽENSKE MED PORODOM**
Martina Potisek, dipl. bab., asist.Tita Stanek Zidarič , dipl. bab., MSc (UK), IBCLC
- 16.20 –16.50 **NAJPOGOSTEJŠI ODKLONI PRI RAVNANJU Z ZDRAVILI**
Danijela Pušnik, dipl.m.s., mag. zdr. nege, Zdenka Kramar, mag. zdr.nege
- 16.50 –17.00 Zaključek strokovnega srečanja

ENDOMETRIOZA

doc. dr. Helena Ban Frangež, dr. med.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika, KO za reprodukcijo

helena.ban@kclj.si

IZVLEČEK

Endometrioza je hormonsko odvisna bolezen, pri kateri se endometriju (maternični sluznici) podobno tkivo pojavi izven maternične votline. Endometrioza je pogost vzrok neplodnosti, bolečinam v času menstruacije, bolečinam med spolnimi odnosi, v nekaterih primerih med odvajanjem blata med menstruacijo ali uriniranjem ter tudi kroničnim bolečinam v spodnjem delu trebuha. Zdravljenje je lahko kirurško, hormonsko ali kombinirano. Predvsem je pomemben individualen pristop k zdravljenju, kjer upoštevamo tako starost pacientke, njeno željo po zanositvi, prisotnost težav ter učinkovitost morebitnega predhodnega zdravljenja.

Gljučne besede: endometrioza, neplodnost, kirurško zdravljenje neplodnosti, pelvialgija, dismenoreja, disparevnija

UVOD

Endometrioza je kronična, hormonsko odvisna bolezen, ki se pojavlja v reproduktivnem obdobju. Ocenjujejo, da je njena prevalenca pri ženskah v reproduktivnem obdobju 10-15 %, pri neplodnih ženskah med 20-50 % ter pri ženskah s kronično bolečino v mali medenici med 10-70 % (Ribič Pucelj, 2016). Endometrioza je bolezen pri kateri se endometriju (maternični sluznici) podobno tkivo pojavi izven maternične votline. Lahko se pojavi v obliki žarišč na površini peritoneja v trebušni votlini ali v obliki vozličev, ki segajo več kot 5 mm v globino pod peritonej. Najpogosteje se pojavijo žarišča endometrioze na peritoneju male medenice, na vezeh maternice, na jajčniku, v Douglasovem prostoru, na jajcevodih, črevesu (najpogosteje na rektosigmi), lahko pa tudi na oddaljenih organih (pogosto v pljučih) ali v operativnih brazgotinah (v epiziotomiji ali v brazgotini po carskem rezu). Endometrioza pogosto tvori zarastline med sosednjimi organi, ki so lahko rahle, lahko pa sosednje organe čvrsto zraste med seboj.

ETIOLOGIJA

Vzrok in mehanizem nastanka endometrioze ni pojasnjen. Imamo več teorij, vendar nobena ne pojasni bolezni v celoti (Takač, 2016).

Sampsonova teorija retrogradne menstruacije – implantacijska teorija (Sampson, 1927) - je še danes sprejeta kot najverjetnejša. Ta teorija pravi, da se endometrijske celice, ki med menstruacijo retrogradno prehajajo skozi jajceveda v trebušno votlino, implantirajo na peritonej in tam tvorijo endometriotična žarišča. Pri tem igrajo pomembno vlogo hormonski dejavniki in vnetni mediatorji. Ugotovili so, da je retrogradna menstruacija prisotna pri približno 90% žensk, torej veliko večja kot pojavnost endometrioze – 10 – 15% žensk. To nakazuje na veliko verjetnost, da je v patogenezo endometrioze poleg retrogradne menstruacije vpletenih še več drugih dejavnikov.

Meyerjeva teorija – metaplazija celomskih celic (Meyers, 1973)

Meyer je v svoji teoriji predpostavil pristonost diferenciacije sposobnih celic v celomski votlini (peritonealni ali pleuralni votlini). Pod vplivom hormonov in drugih, še neznanih dejavnikov, so se te celice sposobne diferencirati v endometrijske celice in nato slediti hormonskemu ciklusu ženske. To teorijo podpira dejstvo, da se endometrioza pojavlja tudi pri ženskah, ki nimajo retrogradne menstruacije.

Indukcijska teorija

Z indukcijsko teorijo so poskušali natančneje preučiti teorijo metaplazije celomskega epitelija. Po tej teoriji naj bi v celomskih votlinah diferenciacijo nediferenciranih celic v endometrijske povzročili endogeni biokemični ali imunološki dejavniki, ki jih sprošča endometrij v maternici (Bontis, 1997).

Limfatični in žilni embolizmi

S to teorijo lahko razložimo pojavljanje endometriotičnega tkiva na od reproduktivnih organov oddaljenih mestih, kot so ledvice, pljuča, plevra in popek. Gostota limfatičnih žil v evtopičnem endometriju žensk z endometriozo je povečana, kar verjetno pripomore k vstopanju endometrijskih celic v limfatično cirkulacijo, ki se nato razširi endometrijske celice po telesu (Jerma, 2015).

Imunološki vzroki (avtoimuna teorija)

Hipotezo, da je patogeneza endometrioze povezana s pomanjkljivo celično imunostjo je leta 1981 razvil W. P. Dmowski. Njegova teorija temelji na ugotovitvi, da je pogostost retrogradne menstruacije veliko večja kot pa pogostost endometrioze. Domneval je, da je pri ženskah z retrogradno menstruacijo, pri katerih se razvije endometrioza, prisoten spremenjen imunološki odgovor, ki omogoča razvoj endometriotičnih zasevkov v endometriotične lezije (Dmowski, 1981).

Genetski dejavniki

Odgovorov na vprašanja o možnosti dedovanja endometrioze na poligenski ali multifaktorski način še vedno nimamo. Opaženo je večje pojavljanje endometrioze znotraj določenih družin in pogostejše pojavljanje endometrioze pri monozigotnih

dvojčicah v primerjavi z dizigotnih, kar govori v prid domnevi, da ima za bolezen gensko komponento (Moen, 1994; Hansen 2005).

Dejavniki okolja

Ljudje smo dnevno izpostavljeni številnim kemijskim onesnaževalcem iz okolja, ki lahko negativno vplivajo na razvoj bolezni, tudi endometrioze. Med snovi, za katere obstaja večja verjetnost, da prispevajo k nastanku endometrioze, spadajo dioksini, polikloriddifenili in kemikalije, ki vsebujejo estrogene (Gibbons, 1993).

Dejavniki tveganja

Endometrioza se pogosteje pojavlja v določenih družinah. Pogostejša je pri ženskah, ki so imele zgodnjo menarho, ženskah, ki imajo kratke cikle ali pa dolge in močne menstruacije. Na pogostejše pojavljanje endometrioze vplivata tako majhna rodnost in kasen porod. Pogostejša je pri ženskah z anomalijami maternice (Takač, 2016).

OBLIKE ENDOMETRIOZE

Endometriozo delimo v tri glavne oblike: peritonealno, ovarijsko in globoko infiltrativno.

Peritonealna endometrioza

Glavno mesta pojavljanja te vrste endometrioze so površina peritoneja, seroza in površina jajčnika, jajčnikova kotanja in sakrouterije vezi. Peritonealna endometrioza se pojavlja v različnih oblikah: črnih lezijah, rdečih lezijah in subtilnih (neobarvanih) lezijah (Ribič Pucelj, 2007).

Črne lezije so posledice krvavitve. Kri se delno razgradi, razgradni produkti hemoglobina pa tkivo rjavo obarvajo. Črne lezijo so sicer dobro vizualno prepoznavne in jih zato težje spregledamo, vendar so tudi najmanj aktivna oblika endometriotičnih lezij. To so verjetno žarišča že izgorele endometrioze.

Rdeče lezije so histološko aktivna oblika endometrioze, za katero domnevajo, da predstavlja začetni stadij razvoja endometriotičnega žarišča.

Subtilne lezije so neobarvane endometriotične lezije, ki izgledajo kot blede brazgotine na peritonealni površini ali pa rahlo izbočene brezbarvne pege. Na kateri stopnji v razvoju endometrioze se pojavljajo te lezije še ni znano, lahko bi bila že izgorela žarišča ali pa začetni stadij razvoja aktivnega žarišča. Zaradi slabe vizualne prepoznavnosti je to obliko endometrioze vse prelahko spregledati, v nekaterih primerih pa posledično tudi ovreči diagnozo endometrioze (Ribič Pucelj, 2007).

Endometrijoza jajčnika

Endometriotično tkivo se lahko pojavlja tudi v obliki cist jajčnika, napoljenih z gosto rjavo tekočino (čokoladne ciste). Pod vplivom hormonskih sprememb med menstrualnim ciklusom endometriotično tkivo zakrvavi v lumen ciste. Vsebina se s časom delno resorbira, v cisti pa ostane le krvno barvilo hemosiderin, ki daje cisti značilno rjavo barvo.

Endometriotične ciste jajčnika so lahko različnih velikosti, enostranske ali obojestranske, na enem jajčniku jih je lahko tudi več skupaj (Jain, 1993).

Globoka infiltrativna endometrijoza

Lezije globoke infiltrativne endometrijoze vraščajo več kot 5 milimetrov globoko v retroperitonealni prostor. Te lezije so pogosto multifokalne, potek bolezni pa je pri simptomatskih bolnicah napredujoč. Proces se po navadi začne v rektovaginalnem septumu in se z napredovanjem bolezni širi na okoljšnja tkiva in organe (Chapron, 2003; Fedele 2004).

SIMPTOMI

Endometrijoza je bolezen, za katero je značilno, da nima trdne povezava med obsežnostjo bolezni in simptomatiko. Pa vendar se določena simptomatika pogosteje pojavlja glede na lokacijo bolezni.

Vodilni simptom je bolečina, ki je lahko kronična bolečina v mali medenici, se pa izrazito okrepi med menstruacijo (dismenoreja). Še posebej je bolečina med menstruacijo huda, kadar gre za endometrijozo maternice (kar imenujemo adenomioza) – torej kadar se endometrij vraste med miometrij in v steni maternice tvori lahko precej velike vozle (lahko tudi 10 cm). Mehanizem bolečine pri adenomiozi in globoki endometrijozi je ta, da se v vozlih med menstruacijo nabira kri, ki ne more odteči temveč s povečevanjem pritiska in draženja znotraj endometriotičnega vozla povzroča bolečino. Pri adenomiozi so pogoste torej izjemno boleče menstruacije, pogosto tudi z nepravilnimi krvavitvami in rjavimi izcedki.

Simptom endometrijoze je tudi neplodnost. V primerih globoke infiltrativne endometrijoze, kjer so rodila v zarastlinah s sosednjimi organi, si lahko razložimo z mehansko oviro, ki onemogoča srečanje jajčne celice s spermijem. Pri blažjih oblikah endometrijoze pa je povezavo z neplodnostjo težje razumeti in razložiti. V peritonealni tekočini žensk z endometrijozo so ugotovili spremenjene koncentracije raznih faktorjev (IL-1, IL-6, TNF α , IL-8, VEGF) ter citokinov in proteaz v primerjavi z zdravimi ženskami. Opisani faktorji in encimi imajo učinke na spermije, jajčne celice, zarodke kot tudi vpliv na receptivnost endometrija, kar bi lahko razložilo vpliv endometrijoze na plodnost.

Endometrioza jajčnika se lahko kaže z bolečino, običajno med menstruacijo, lahko pa se bolečine pojavljajo tekom celega ciklusa in pogosto med spolnimi odnosi. V kolikor endometriom jajčnika rupturira, so bolečine zelo hude in je potrebna urgentna laparoskopija.

Endometrioza se lahko razvije tudi na mehurju, kar ima lahko za posledico dizurijo in tudi hematurijo. Zaradi poteka sečevodov, ki ležijo tesno ob materničnem vratu, se ob globoki infiltrativni endometriozii lahko zgodi, da se sečevod ujame v zarastline, kar povzroči stenozo sečevoda s posledičnim hidrouretrom in hidronefrozo. Kadar hidronefroza nastane relativno hitro, običajno povzroči bolečino, kar je dobro, saj omogoči hitro diagnozo. Kadar stenoza sečevoda nastaja počasi, je potek pogosto asimptomatski in lahko se zgodi, da privede do odpovedi ledvice zaradi hidronefroze, brez kliničnih znakov.

Zelo tipična je simptomatika tudi pri globoki endometriozii, ki vdira v steno črevesa, običajno na nivoju rektuma ali rektosigme. Pacientke navajajo kri na blatu med menstruacijo, boleče odvajanje blata med menstruacijo in boleče spolne odnose. Nodusi višje na sigmi lahko povzročijo delne pasažne motnje kar pacientke občutijo pogosto kot napihnjenost po hranjenju in bolečine višje v trebuhu (Takač, 2016).

ZDRAVLJENJE

Endometrioza je kronična napredujoča bolezen, tako da je potrebno premišljeno pristopiti k zdravljenju. Zdravljenje je kirurško in medikamentozno in odvisno, od bolečinske simptomatike in načrtovanja zanositve. Cilj zdravljenja je zmanjšanje bolečine in v primerih neplodnosti omogočiti zanositev (Meuleman, 2011).

Medikamentozno zdravljenje je hormonsko (gestageni ali klasične kombinirane kontracepcijske tabletki), ki onemogoča načrtovanje zanositve. V nekaterih primerih uporabljamo tudi agoniste ali antagonist gonadoliberinov, vendar mora biti njihova uporaba kratkotrajna zaradi stranskih učinkov. Med načine medikamentoznega zdravljenja sodi tudi uporaba protibolečinska zdravil, običajno nesteroidnih antirevmatikov (Jelenc, 2012).

Namen kirurškega zdravljenja je odstraniti žarišča in noduse endometrioze. Pri mlajših ženskah, ki še želijo roditi oziroma se zdravijo zaradi neplodnosti, je potrebno skrbno ohranjanje ovarijske rezerve. Pristop je individualen in se o načinu pri vsaki pacientki odločamo posebej. Pogosto začnemo z operativnim zdravljenjem, nato pacientki damo čas za naravno zanositev. Če nosečnosti še ne načrtuje, ji svetujemo medikamentozno terapijo za preprečevanje ponovitve endometrioze. V kolikor je naravna zanositev zaradi razširjenosti boleznii malo verjetna, svetujemo pacientki zanositev v postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (Meuleman, 2011; Ribič Pucelj, 2007).

ZAKLJUČEK

Enometrijoza je napredujoča kronična bolezen z zelo raznovrstno klinično sliko. Pristop k zdravljenju je lahko kirurški ali medikamentozni, biti mora premišljen in individualno načrtovan glede na bolničine želje po zanositvi in njeno bolečinsko simptomatiko.

Literatura

- Bontis, J.N. & Vavilis, D.T., 1997. Etiopathology of Endometriosis. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 816 (1 Adolescent Gy), pp. 305–9.
- Chapron, C., Fauconnier, A., Vieira, M., Barakat, H., Dousset, B., Pansini, V. et al., 2003. Anatomical distribution of deeply infiltrating endometriosis: surgical implications and proposition for a classification. *Hum Reprod*; 1881, pp. 157–61.
- Dmowski, WP., Steel, RW. & Baker, G., 1981. Deficient cellular immunity in endometriosis. *Am J Obstet Gynecol*, 141, pp. 377-83.
- Fedele, L., Bianci, S., Zanconato, G., Raffaelli, R., Berlanda, N., 2004. Is rectovaginal endometriosis a progressive disease? *Am J Obstet Gynecol*, 191, pp. 1539–42.
- Gibbons, A., 1993. Dioxin tied to endometriosis. *Science*, 262, pp. 1373.
- Hansen, K.A. & Eyster, K.M., 2010. Genetics and genomics of endometriosis. *Clinical obstetrics and gynecology*. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4346178/>.
- Jain, S. & Dalton, ME., 1999. Chocolate cysts from ovarian follicles. *Fertil Steril*, 72, pp. 852–6.
- Jelenc, F., Ribič-Pucelj, M., Juvan, R., Šinkovec, J. & Šalamun, V., 2012. Laparoscopic rectal resection of deep infiltrating endometriosis. *J Laparoendosc Adv Surg Tech*, 22, pp. 66–9.
- Jerman, Laila F. & Hey-Cunningham J., A., 2015. Role of the Lymphatic System in Endometriosis: A Comprehensive Review of the Literature 1. Dostopno na: https://academic.oup.com/biolreprod/article/92/3/64_1-10/2434026.
- Meuleman, C., Tomassetti, C., D'Hoore, A., Van Cleynerebreuqel, B., Penninckx, F., Verhogte, I. & D'Hooghe, T., 2011. Surgical treatment of deeply infiltrating endometriosis with colorectal involvement. *Hum Reprod Update*, 17, pp. 311–26.
- Meyers, MA., 1973. Distribution of intra-abdominal malignant seedings: dependency of dynamics of flow of ascetic fluid. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med*, 199, pp. 198-206.
- Moen, MH., 1994. Endometriosis in monozygotic twins. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 73: 59–62.
- Sampson, JA., 1927. Peritoneal endometriosis due to premenstrual dissemination of endometrial tissue into peritoneal cavity. *Am J Obstet Gynecol*, 14, pp. 422-69.
- Šmuc, T., Ribič-Pucelj, M., Šinkovec, J., Husen, B., Thole, H. & Lanišnik-Rižner, T., 2007. Expression analysis of genes involved in estradiol and progesterone action in human ovarian endometriosis. *Gynecol Endocrinol*, 23, pp. 105–11.
- Takač, I. & Geršak, K., eds. 2016. Ginekologija in perinatologija. Maribor, Medicinska fakulteta, pp. 271-289.

CEPLJENJE NOSEČNIC

Doc. dr. Miha Lučovnik, dr. med.

Klinični oddelek za perinatologijo, Ginekološka klinika, UKC Ljubljana
miha.lucovnik@kclj.si

IZVLEČEK

Cepljenje v nosečnosti zagotavlja zaščito nosečnice in ploda pred nekaterimi potencialno nevarnimi okužbami. Poleg tega lahko s cepljenjem dosežemo pasivno zaščito novorojenčka po porodu. Cepljenji proti gripi in proti oslovskemu kašlju/davici/tetanusu sta varni in ju svetujemo vsem nosečnicam. Kontraindicirana v nosečnosti so živa cepiva, na primer cepivi proti ošpicam/mumpsu/rdečkam ter cepivo proti noricam. Ostala cepiva se ne svetujejo vsem nosečnicam, a so v posebnih primerih lahko indicirana (na primer cepiva proti pnevmokoku, meningokoku, hemofilusu influence tipa b, hepatitisu B in hepatitisu A). V prispevku so natančneje opisane indikacije in kontraindikacije za cepljenje v nosečnosti.

Ključne besede: cepljenje, aktivna imunizacija, nosečnost, influenza, pertussis

ABSTRACT

Vaccination in pregnancy protects the mother and her fetus from morbidities associated with certain infections. It also provides passive protection of the neonate after birth. Inactivated influenza and tetanus/diphtheria/pertussis vaccines are routinely recommended during every pregnancy. Live vaccines (such as measles/mumps/rubella or varicella vaccines) have the potential for infecting the fetus and should be avoided during pregnancy. Other vaccines are not routinely recommended in pregnancy but can be indicated in certain situations (e.g. pneumococcal, meningococcal, haemophilus influenzae type b, hepatitis B and hepatitis A vaccines). Indications and contraindications to vaccination in pregnancy are discussed in more detail in this paper.

Key words: vaccination, active immunization, pregnancy, influenza, pertussis

UVOD

Cepiva so biološki pripravki, ki povzročijo zaščitni imunski odziv na okužbo (aktivno imunost). Sestavljena so iz zdravilne učinkovine in pomožnih snovi. Zdravilna učinkovina (antigen, ki sproži imunski odziv) je lahko preprosta molekula (npr. peptid, protein, polisaharid) ali kompleksna struktura, kot so inaktivirani ali oslabiljeni mikroorganizmi ali njihovi delci. Pomožne snovi v cepivih so adjuvansi, ki povečajo

imunski odgovor na dano cepivo, konzervansi, ki zmanjšujejo možnost onesnaženosti, stabilizatorji, ki ohranjajo učinkovitost, tenzidi, ki preprečujejo agregacijo in soli za uravnavanje pH (Javornik, 2011).

Cepljenje v nosečnosti zagotavlja zaščito nosečnice in ploda pred nekaterimi potencialno nevarnimi okužbami. Poleg tega lahko s cepljenjem dosežemo pasivno zaščito novorojenčka po porodu. Cepiva v nosečnosti lahko delimo na:

- cepiva, ki so indicirana v vsaki nosečnosti
- cepiva, ki so v nosečnosti indicirana le v določenih populacijah
- cepiva, ki so v nosečnosti kontraindicirana.

CEPIVA, KI SO INDICIRANA V VSAKI NOSEČNOSTI

Cepljenje proti gripi

Pri nosečnicah je klinični potek gripe oz. influence hujši, okrevanje daljše ter smrtnost večja. V pandemiji H1N1 leta 2009 je bilo 5% smrti zaradi okužbe z gripo pri nosečih ženskah (Siston, et al., 2010). Hujša oblika influence v nosečnosti je najverjetneje povezana z fiziološkimi spremembami v nosečnosti (spremembe v kardiovaskularnem in respiratornem sistemu privedeta do povišanega srčnega utripa in večje porabe kisika, zmanjšana je kapaciteta pljuč in spremembe v imunosti privedejo do zmanjšane celično pogojene imunosti). Najbolj so ogrožene nosečnice v tretjem trimestru in štiri tedne po porodu. Sicer ni podatka o tem ali so nosečnice bolj dovzetne za okužbo, vendar pa je okužba z influenco pri njih veliko bolj resna. Temperatura je dolgotrajnejša, bolnice so lahko močno prizadete, kašelj je vse hujši, pojavijo se lahko klinični znaki pljučnice. Značilno za pljučnico, ki jo povzroča virus influence je, da splošni znaki influence ne izzvenijo, stanje bolnika se ves čas slabša, telesna temperatura ostaja visoka, pojavita se dispneja in cianoza (American College of Obstetricians and Gynecologists, v nadaljevanju ACOG, 2018a).

Pri nosečnicah z gripo je več spontanih splavov, prezgodnjih porodov, plodov z nizko porodno težo in več smrti plodov. Nekatere raziskave so pokazale, da se poveča tudi tveganje za prirojene anomalije ploda (razcep ustnice, defekt nevralne cevi, kongenitalne srčne napake), kljub temu, da naj virus gripe ne bi prehajal preko placente. Rizični dejavnik za nekatere prirojene napake je tako najverjetneje visoka vročina, ki spremlja okužbo z virusom gripe (ACOG, 2018a).

Cepljenje z inaktiviranim cepivom proti gripi je zato priporočljivo za vse ženske, ki bodo ali so noseče v času sezonske gripe. Cepijo se lahko vse noseče ženske ne glede na trajanje nosečnosti. Cepljenje nosečnic dokazano zmanjša obolevnost in umrljivost nosečnic ter otrok do 6. meseca starosti. Cepljenje v nosečnosti povzroči nastanek IgG protiteles proti virusu gripe, ki prehajajo čez posteljico. Z mlekom pa otrok dobi še IgA protitelesa. Ker pa cepljenje proti gripi ni 100% učinkovito, mo-

ramo vsako nosečnico z znaki gripe, kljub temu da je bila cepljena, pozorno obravnavati in ob potrjeni okužbi zdraviti z antivirusnimi zdravili (oseltamavir (Tamiflu®): 2x1tbl (75mg) 5 dni) (ACOG, 2018a).

Cepljenje proti oslovskemu kašlju

Oslovski kašelj (imenovan tudi pertussis) je bakterijska okužba dihal. Prenaša se s kašljem in izločki iz dihal, oboleli lahko okužijo osebe v krogu dva metra okoli sebe. Na površinah bakterija ostane živa več dni. Po vstopu v telo se bakterija naseli v sluznici dihal, kjer povzroča oteklino sluznice in obilno nabiranje sluzi. Oboje vodi v divje napade kašlja, ob katerih je zaradi zoženja dihalne poti vdih otežkočen in se kaže s prepoznavnim piskajočim zvokom. Okužba je zelo dolgotrajna. Najhujši napadi kašlja so prisotni med drugim in šestim tednom po začetku bolezni, povsem pa izginejo po približno treh mesecih. Pri nosečnicah lahko oslovski kašelj sproži prezgodnji porod. Ogroža pa zlasti novorojenčke in dojenčke, še posebej tiste, ki še niso bili cepljeni. Zanje je resna, življenje ogrožajoča okužba, ki se kaže s hudimi in pogostimi napadi kašlja, premori dihanja in pomodrevanjem. Zaradi neučinkovitosti dihanja lahko pride do motnje v delovanju srca in možganov ter smrti (ACOG, 2017; Centers for Disease Control and Prevention, v nadaljevanju CDC, 2017).

Zdravljenje oslovskega kašlja z antibiotiki je učinkovito le v začetni fazi, pred pojavom značilnih napadov kašlja. Takrat bolezen praviloma spregledamo, saj prva faza poteka kot običajen prehlad. V fazi napadov kašlja dojenčku lahko pomagamo z dovajanjem dodatnega kisika in v primeru zelo hude bolezni z mehansko dihalno podporo (ACOG 2017, CDC, 2017).

Cepljenje nosečnic proti oslovskemu kašlju je zelo učinkovit ukrep preprečevanja oslovskega kašlja v prvih mesecih po rojstvu, saj dojenčka ščitijo materina protitelesa, prenešena preko posteljice pred rojstvom (ACOG, 2017; CDC, 2017).

V Sloveniji je od leta 2016 cepivo proti oslovskemu kašlju v nosečnosti uvrščeno na seznam priporočenih cepljenj in je brezplačno. Cepljenje je priporočeno od 24. tedna nosečnosti dalje. Po dveh tednih se pričnejo tvoriti zaščitna protitelesa, ki se nato prenašajo v plod. Cepimo v vsaki nosečnosti, ne glede na to ali je nosečnica oslovski kašelj že prebolela ali bila proti njemu že cepljena. Cepivo je mrtvo in je varno tako za nosečnico, kot za plod. Cepivo obstaja v kombinirani obliki in obenem obnovi zaščito tudi proti davici in tetanusu (ACOG 2017; CDC, 2017).

CEPIVA, KI SO V NOSEČNOSTI INDICIRANA LE V DOLOČENIH POPULACIJAH

Nekatere nosečnice so zaradi svojih osnovnih, kroničnih bolezni, izpostavljenosti na delovnem mestu, kraja bivanja ali potovanja izpostavljene povečanemu tveganju za nekatere okužbe. Pri teh nosečnicah so zato priporočljiva nekatera cepljenja, ki jih sicer ne svetujemo rutinsko vsem nosečnicam.

Pri nosečnicah z anatomsko (npr. po kirurški odstranitvi vranice) ali funkcionalno (npr. anemija srpastih celic) asplenijo je priporočljivo cepljenje proti pnevmokoku, meningokoku in hemofilusu influence tipa b, če še niso bile ustrezno cepljene pred zanositvijo (CDC, 2012; Folaramni, 2015).

Nosečnice, ki so izpostavljene večjemu tveganju za okužbo z virusom hepatitisa B, ali so pričele s serijo cepljenja proti hepatitisu B pred zanositvijo, lahko varno prejmejo cepivo proti hepatitisu B v nosečnosti (ACOG, 2007).

Varno je tudi cepivo proti hepatitisu A. Nosečnice, ki načrtujejo potovanje v kraje, kjer je hepatitis A endemičen, tako lahko cepimo proti hepatitisu A (ACOG, 2007).

CEPIVA, KI SO V NOSEČNOSTI KONTRAINDICIRANA

V nosečnosti so kontraindicirana cepiva z živimi oslavljenimi mikroorganizmi zaradi teoretičnega tveganja za okužbo pri plodu. Tako je kontraindicirano cepljenje nosečnic s cepivom proti ošpicam, mumpsu in rdečkam ter cepljenje s cepivom proti varicella zoster virusu (noricam). V nosečnosti je kontraindicirano tudi cepljenje z živim oslavljenim cepivom proti gripi, v obliki intranazalnega spreja. Poudariti velja, da ni opisanih primerov prirojenih okužb z ošpicami, rdečkami, mumpsom ali noricami zaradi cepljenja v nosečnosti. Zato ne svetujemo prekinitve nosečnosti v primeru, da je bila ženska cepljena s temi cepivi v času, ko še ni vedela, da je noseča (ACOG, 2018b).

V nosečnosti zaradi premalo podatkov o varnosti odsvetujemo tudi cepljenje proti humanim papiloma virusom (HPV). V primeru, da je ženska pričela s serijo cepljenj pred zanositvijo, svetujemo, da s cepljenjem nadaljuje po porodu. Podobno kot pri cepivih proti ošpicam/mumpsu/rdečkam in noricam ni prepričljivih podatkov o škodljivosti cepiva HPV za plod. Epidemiološke raziskave so pokazale podobne pojavnosti spontanega splava, prezgodnjega poroda, zastoja plodove rasti in prirojenih anomalij pri nosečnicah, ki niso bile cepljene proti HPV in tistih, ki so prejele prvi odmerek preden so vedele, da so noseče. Zato tudi v slednjem primeru ne svetujemo prekinitve nosečnosti.

ZAKLJUČEK

Tabela 1 povzema priporočila za cepljenje v nosečnosti.

Tabela 1. Povzetek priporočil za cepljenje v nosečnosti.

CEPIVO	INDICIRANO V VSAKI NOSEČNOSTI	INDICIRANO V SPECIFIČNIH POPULACIJAH NOSEČNIC, KI ŠE NISO BILE CEPLJENE PRED ZANOSITVIJO (KRONIČNE BOLEZNI, IZPOSTAVLJENOST TVEGANJU ZA OKUŽBO)	KONTRAINDICIRANO V NOSEČNOSTI
Gripa	X		
Oslovski kašelj/ davica/ tetanus	X		
Meningokok		X	
Pnevmokok		X	
Hemofilus influence tip b		X	
Hepatitis B		X	
Hepatitis A		X	
Ošpice/ mumps/ rdečke			X
Varicella zoster virus (norice)			X
Humani papiloma virus			X

Literatura

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 2007. Viral hepatitis in pregnancy. ACOG Practice Bulletin No. 86. *Obstet Gynecol.* 110: pp. 941–956.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 2017. Update on immunization and pregnancy: tetanus, diphtheria, and pertussis vaccination. Committee Opinion No. 718. *Obstet Gynecol.* 130: pp. e153–e157.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 2018a. Influenza vaccination during pregnancy. Committee Opinion No. 732. *Obstet Gynecol.* 131: pp. e109–e114.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 2018b. Maternal immunization. Committee Opinion No. 741. *Obstet Gynecol.* 131: pp. e214–e217.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2017. Pregnancy and whooping cough. Atlanta: CDC.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2012. Use of 13-valent pneumococcal conjugate vaccine and 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine for adults with immunocompromising conditions: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 61: pp. 816–819.

Folaranmi, T., Rubin, L., Martin, S.W., Patel, M., MacNeil, J.R., 2015. Use of serogroup B meningococcal vaccines in persons aged ≥ 10 years at increased risk for serogroup B meningococcal disease: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 64: pp. 608–612.

Javornik, S., 2011. Cepiva. In: A. Kraigher, Ihan, A., T. Avčin, eds. *Cepljenje in cepiva. Dobre prakse varnega cepjenja*. Ljubljana: Sekcija za preventivno medicino SZD, Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe SZD, Inštitut za varovanje zdravja RS, pp. 28-29.

Siston, A.M., Rasmussen, S.A., Honein, M.A., Fry, A.M., Seib, K., Callaghan, W.M., et al., 2010. Pandemic 2009 influenza A(H1N1) virus illness among pregnant women in the United States. *JAMA*, 303, pp. 1517-1525.

ADNEKSALNI TUMORJI V PREDMENOPAVZI IN POSTMENOPAVZI

Adnexal tumors in premenopausal and postmenopausal period

dr. Marina Jakimovska Stefanovska, dr. med.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika, KO za ginekologijo
marina.jakimovska@gmail.com

IZVLEČEK

Adneksalni tumorji so spremembe na adneksih, lahko so cistični, solidni ali mešani. Pojavljajo se v vseh starostnih obdobjih. V predmenopavznem obdobju so večinoma benigni. S starostjo se povečuje tudi tveganje za malignosti. Adneksalne tumorje diagnosticiramo s pomočjo slikovne preiskave, najbolj pogosto ultrazvok in upoštevanjem ultrazvočnih kriterijev malignosti ter z določanjem tumorskih markerjev. Najbolj pogoste ciste so folikularna cista in cista korpusa luteuma, pojavljajo se v predmenopavznem obdobju in spontano izginejo. Odvisno od velikosti ciste, vrednost tumorskih markerjev in ultrazvočnega videza, benigne ciste lahko kontroliramo ali se odločimo za kirurško zdravljenje. V primeru suma malignosti se odločimo za takojšno kirurško zdravljenje.

Ključne besede: adneksalni tumorji, diagnostika, predmenopavza, postmenopavza

ABSTRACT

Adnexal tumors are changes in adnexa. They may be cystic, solid or mixed. They occur in all age groups. In the premenopausal period, they are mostly benign. The risk of malignancy also increases with increasing of age. Adnexal tumors are diagnosed by imaging, most commonly ultrasound, and considering of ultrasound criteria of malignancy as well as by the determination of tumor markers. The most common cysts are follicular cysts and cysts of corpus luteum. They occurred in the premenopausal women and spontaneously disappear. Depending on the size of the cyst, the value of the tumor markers and the ultrasound appearance, the benign cyst can be controlled or we decide to approach surgical treatment. In case of suspected malignancy, we choose immediate surgical treatment.

Keywords: adnexal tumors, diagnostics, premenopausal, postmenopausal

UVOD

Adneksalni tumorji so spremembe v predelu adneksov (jajčnikov ali jajcevodov), pojavljajo se v vseh starostnih obdobjih in so cistični tumorji (izpolnjeni s tekočino),

solidni tumorji ali mešani. Adneksalne tumorje lahko razdelimo tudi na vnetne in nevnetne. Histološki gledano so adneksalni tumorji benigni, mejnomaligni ali maligni. Kot rezultat kompleksnega embriološkega razvoja so jajčniki sestavljeni iz različnih vrst celic, ki imajo različne funkcije: strukturne, hormonske in reproduktivne funkcije, odvisno iz katerih celic se razvija tumor jajčnika, ima različne značilnosti.

Tumorje jajčnikov delimo na:

- a. Neneoplastični tumorji jajčnika - endometriom in funkcionalne ciste (folikularna cista, luteinska cista, rumeno telesce).
- b. Neoplastični tumorji jajčnika epiteljski, germinalni in stromalni.
- c. Vnetni tumorji jajčnika - nastanejo v sklopu medenične vnetne bolezni (MMS, 2011).

Benigni tumorji

Benigni tumorji jajčnika predstavljajo 85 % vseh tumorjev jajčnika. Dve tretjini vseh benignih tumorjev, se pojavi v reproduktivnem obdobju. V nedavno objavljeni študiji so ugotovili, da je bilo pri 471 ženskah v reproduktivnem obdobju, operiranih zaradi navidezno benigne spremembe na jajčniku, pri desetih je bil (0,02%) diagnosticiran malignom, od tega je bilo 4 malignih in 6 mejnomalignih (Saito, et al., 2014).

Benigni tumorji jajcevodov so večinoma povezani s tubarnimi abscesi oziroma medeničnimi vnetnimi boleznimi. To so piosalpinks - jajcevod izpolnjen z gnojem, ali hidrosalpinks - jajcevod izpolnjen s serozno tekočino.

Mejnomaligni tumorji

Mejnomaligni tumorji jajčnikov predstavljajo 10 do 20 % vseh epiteljskih tumorjev jajčnikov. Imajo nizek maligni potencial in jih histološko opredelimo kot atipično proliferacijo epitela brez vraščanja v stromo. V tretjini primerov se pojavljajo pri mladih ženskah v reproduktivnem obdobju. Običajno jih diagnosticiramo v začetnem stadiju in imajo načeloma dobro prognostično napoved (Vrhkar, 2011).

Maligni tumorji

Po podatkih Registra raka za Slovenijo za leto 2013, je rak jajčnika devet najpogostejši rak pri ženskah, njegov delež predstavlja 2,8 %. Incidenca v Sloveniji je 17 na 100 000 žensk (Onkološki inštitut Ljubljana, 2016). Petletno preživetje je okoli 42,2 %. Rak jajčnika se pojavlja v vseh starostnih obdobjih, je pa najbolj pogost med 50 -70. letom starosti. Pri deklicah starih od 1 - 15 let je incidenca ovarijskih tumorjev 2,6 na 100 000 deklet letno, 10 - 20 % izmed njih je malignih (Hassan, et al., 1999). Tveganje za rak jajčnikov ali jajcevodov pri ženskah v predmenopavznem obdobju je nižje v primerjavi s postspavzalnimi ženskami. Incidenca raka jajčnikov pri ženskah v predmenopavzi narašča s starostjo. Incidenca je od 1.8 do 2.2 na 100 000

ženskih starih od 20 do 29; 3.1 do 5.1 za ženske starih med 30 in 39; in od 9.0 do 15.2 za ženske starih od 40 do 49 let. V postmenopavznem obdobju incidenca raka jajčnikov z leti rapidno narašča. Maligni tumorji jajcevodov so zelo redki in zajemajo 0.3 - 1 % vseh ginekoloških malignomov (Baekelandt, et al., 2000). Danes vemo, da serozni karcinom jajčnikov visokega gradusa vznikne iz prekurzorske epitelijske lezije jajcevoda, endometrioidni in svetlocelični karcinom jajčnikov pa iz ovarijske endometrioze (Onkološki inštitut Ljubljana, 2016).

Simptomi in znaki benignih tumorjev

Večinoma so benigni nevtetni tumorji asimptomatski ali imajo blage nespecifične simptome. Najbolj pogosti so napetost ali neprijeten občutek tiščanja v spodnjem delu trebuha, urinarne ali prebavne težave ter bolečina v trebuhu. Bolečina se pojavi v kolikor pride do torzije tumorja, rupture oz. krvavitve v tumorju ali vnetje. Če je tumor hormonsko aktiven, je lahko prisotna tudi vaginalna krvavitev.

Benigni vnetni tumorji imajo simptome vnetja, in sicer bolečina v spodnjem delu trebuha, pogosto tudi gnojen izcedek iz vagine, povišana telesna temperatura in povišani parametri vnetja.

Simptomi in znaki malignih tumorjev

Rak jajčnikov je poimenovan tihi ubijalec, saj ne povzroča tipičnih bolezenskih znakov ali pa so ti neznačilni do pozne faze. V zgodnji fazi bolezni so znaki subakutni, ne povzročajo težav oz. so le-te nespecifične; to so številni simptomi, ki vztrajajo. Običajno se kažejo kot bolečine v spodnjem delu trebuha, bolečine v žlički, občutek hitre sitosti, pogosto uriniranje, spremembe v mesečnem perilu, predmenstrualne bolečine. Znaki akutne faze so običajno tudi znaki napredovale bolezni in rabijo takojšnje obravnavo. To so napet in povečan trebuh, težje dihanje zaradi plevralnega izliva, hujšanje, zapiranje seča in blata, hude slabosti in bruhanje.

Diagnostika in ukrepanje

Diagnostiko adneksalnih tumorjev opravljamo s pomočjo slikovnih preiskav, predvsem vaginalni ultrazvok (UZ) ali kompjuterno tomografijo in določanje vrednostih tumorskih markerjev Ca125, HE4, CEA, CA19-9, Ca15-3; ROMA index.

Ukrepanje v primeru ugotovitev adneksalnega tumorja je odvisno od naslednjih dejavnikov:

1. Starost ženske (pred menarhno, reproduktivno ali pomenopazno obdobje);
2. Prisotnost simptomov (akutne/kronične bolečine - torzija, ruptura, krvavitev, povišana telesna temperatura...);
3. Vrednost tumorskih markerjev;
4. Slikovna preiskava oz. UZ videz tumorja.

Pri nas uporabljamo IOTA kriterije (*angl. International ovarian tumor analysis*): velikost tumorja, prisotnost vključkov, njihova velikost in prekrvavitev, septiranost ciste, debelost in prekrvavitev stene, prisotnost ascitesa (Timmerman, et al., 2010). Ciste, ki povzročajo težave, imajo UZ znake malignosti in/ali povišane tumorske markerje je potrebno čim prej operativno odstraniti.

Znaki benignosti po IOTA kriterijih:

1. Unilokularna cista
2. Prisotnost vključkov ne večjih kot 7 mm
3. Prisotnost akustičnih senc
4. Gladka multilokularna cista manjša kot 10 cm
5. Doplersko negativna - brez prisotnih krvnih pretokov

Znaki malignosti po IOTA kriterijih:

1. Nepravilni solidni tumorji;
2. Prisotnost vsaj 4 vključkov;
3. Multicistični tumorji večji kot 10 cm;
4. Prisotnost ascitesa;
5. Doplersko pozitivni – prisotnost krvnih pretokov.

Pogoste benigne adneksalne ciste

1. Enostavne in hemoragične ciste so ciste ki so tipične za ženske v reprodukcijskem obdobju. UZ slika normalnega jajčnika se v reprodukcijskem obdobju spreminja glede na menstrualni cikel. Folikli dajejo UZ videz ovalnih multiplih cist s tanko in gladko steno in so anehogeni brez pretokov (izgled enostavne ciste). Velikost dominantnega folikla meri v času ovulacije od 17-28 mm. Po ovulaciji nastane na mestu dominantnega folikla corpus luteum (hemoragična cista). Corpus luteum je cista, ki ima različno debelo steno ter mrežasto strukturo in običajno ni večja od 3 cm. Na dopplerskem UZ je vidna periferna vaskularizacija. Manjše enostavne ali hemoragične ciste (do 5 cm) ni potrebno kontrolirati. Pri večjih cistah (5-7cm) lahko določimo tumorske markerje vendar cisto kontroliramo čez 6-12 tednov, optimalno 3-10 dan menstrualnega ciklusa, najverjetneje bo v tem času tudi izginila. Približno 70% cist bo z menstruacijskih ciklusov izginile (Curtin, 1994). Pri cistah večjih kot 7 cm, določimo vrednost tumorskih markerjev (Levine, et al., 2010) Te ciste večinoma zahtevajo kirurško odstranitev, zaradi večje možnosti komplikacij (torzija). **V postmenopavzi** se kot posledica prenehanja folikulogeneze, zmanjša tudi velikost jajčnikov. UZ se v postmenopavzi jajčniki običajno ne vidijo, ali pa se vidijo

kot manjše homoehogene strukture. Pri 21% žensk so v postmenopavzi vidne ciste manjše od 1 cm, pri njih ni nujna kontrola (Levine, et al., 2010) Večje ciste (3-5 cm) zahtevajo kontrolo in določitev tumorskih markerjev. Ciste večje kot 5 cm zahtevajo določitev tumorskih markerjev in kirurško zdravljenje. Pri ženskah v postmenopavzi hemoragična cista ni fiziološka in je priporočljiva nadaljna kirurška obravnava.

2. Paraovarijske ciste dajejo UZ videz enostavnih cist, lahko pa so nekoliko bolj podolgovate in niso del ovarija. Lahko so tudi septirane z nežnimi septami. V primeru, da ne povzročajo težave, ne rastejo in se ne spreminjajo, te ciste se lahko le kontrolirajo.

3. Endometriotična cista

Običajno jih ugotovimo v reproduktivnem obdobju. Na UZ ima endometriom videz homogene hipoehogene ciste brez žilnih pretokov v notranjosti ciste. V primeru izgleda multilokularne ciste z nežnimi septami je potrebna kontrola čez 6 do 12 tednov za eventualno izključitev akutne hemoragične ciste. Ciste, ki imajo tipičen videz endometrioma, je potrebno UZ slediti 1 krat letno do operativne odstranitve. Operacija ni nujna v primeru asimptomatskega endometrioma, je pa priporočljiva. Operacija je nujna pri hitro rastočih endometriomih, še posebej z značilnimi solidnimi vključki, doplersko pozitivnimi. Maligno lahko alterirajo v 1% (Kawaguchi, et al., 2008).

4. Zrel cistični teratom - Dermoidna cista

Pogosti so pri ženskah v reproduktivnem obdobju ali pri otrocih. UZ so vidni lokalni ali difuzni hiperehogeni vključki, predeli z akustičnimi potemnitvami. Vključki so brez pretokov - Doplersko negativni. Dermoidne ciste zahtevajo operativno zdravljenje. Do odstranitve ciste je potrebna UZ kontrola, odvisno od starosti ženske. Pri kontrolnem ultrazvoku sledimo, da se cista hitro ne povečuje in da se struktura ciste ne spreminja. Zreli cistični teratom lahko maligno alterira le v 1% (Rim, et al., 2006) Zanesljivih ultrazvočnih znakov za malignosti nimamo, vendar najverjetni znaki malignosti so vključki, ki imajo pretoke (Doplersko pozitivni) oz. pretoki v notranjosti ciste ali invazija ciste v sosednih organov. Dermoidne ciste se pogosto in je velikokrat opracija nujna.

ZAKLJUČEK

Adneksalni tumorji so tumorji jajčnikov in jajcevodov, ki se pojavljajo v vseh starostnih obdobjih. V predmenopavznem obdobju so večinoma benigni, s starostjo se poveča tudi možnost malignostji. Odvisno od velikosti, simptomatike, tipa tumorja, ultrazvočnega videza tumorja, vrednosti tumorskih markerjev in starosti ženske se odločamo za ekspektativni prestop ali kirurško zdravljenje. V predmenopavznem obdobju se ob prisotnosti asimptomatske ciste z odsotnostjo ultrazvočnih znakov malignosti ter negativnih tumorskih markerjev običajno odločimo le za redne kontrole. V postmenopavznem obdobju se zaradi večjega tveganja za malignost v pri-

meru prisotnosti ultrazvočnih znakov malignosti z ali brez prisotnosti povečanih tumorskih markerjev, odločamo za kirurško zdravljenje.

Literatura

BAEKELANDT, M., JORUNN NESBAKKEN, A., KRISTENSEN, G. B., TROPE, C. G. & ABELER, V. M., 2000. Carcinoma of the fallopian tube. *Cancer*, 89, pp. 2076-84.

CURTIN, J. P., 1994. Management of the adnexal mass. *Gynecol Oncol*, 55, S42-6.

HASSAN, E., CREATSAS, G., DELIGEOROLGOU, E. & MICHALAS, S., 1999. Ovarian tumors during childhood and adolescence. A clinicopathological study. *Eur J Gynaecol Oncol*, 20, pp. 124-6.

KAWAGUCHI, R., TSUJI, Y., HARUTA, S., KANAYAMA, S., SAKATA, M., YAMADA, Y., FUJITA, H., SAITO, H., TSUNETO, K. & KOBAYASHI, H., 2008. Clinicopathologic features of ovarian cancer in patients with ovarian endometrioma. *J Obstet Gynaecol Res*, 34, pp. 872-7.

LEVINE, D., BROWN, D. L., ANDREOTTI, R. F., BENACERRAF, B., BENSON, C. B., BREWSTER, W. R., COLEMAN, B., DEPRIEST, P., DOUBILET, P. M., GOLDSTEIN, S. R., HAMPER, U. M., HECHT, J. L., HOLLOWAY, M., HUR, H. C., MARNACH, M., PATEL, M. D., PLATT, L. D., PUSCHECK, E. & SMITH-BINDMAN, R., 2010. Management of asymptomatic ovarian and other adnexal cysts imaged at US Society of Radiologists in Ultrasound consensus conference statement. *Ultrasound Q*, 26, pp. 121-31.

MMS, J. S. B. M. 2011. *Berek and Novak's Gynecology*.

ONKOLOŠKI INŠTITUT LJUBLJANA, 2016., *Rak v Sloveniji 2013. Epidemiologija in register raka, Register raka Republike Slovenije*.

RIM, S. Y., KIM, S. M. & CHOI, H. S., 2006. Malignant transformation of ovarian mature cystic teratoma. *Int J Gynecol Cancer*, 16, pp.140-4.

SAITO, S., KAJIYAMA, H., MIWA, Y., MIZUNO, M., KIKKAWA, F., TANAKA, S. & OKAMOTO, T., 2014. Unexpected ovarian malignancy found after laparoscopic surgery in patients with adnexal masses--a single institutional experience. *Nagoya J Med Sci*, 76, pp. 83-90.

TIMMERMAN, D., AMEYE, L., FISCHEROVA, D., EPSTEIN, E., MELIS, G. B., GUERRIERO, S., VAN HOLSBEKE, C., SAVELLI, L., FRUSCIO, R., LISSONI, A. A., TESTA, A. C., VELDMAN, J., VERGOTE, I., VAN HUFFEL, S., BOURNE, T. & VALENTIN, L., 2010. Simple ultrasound rules to distinguish between benign and malignant adnexal masses before surgery: prospective validation by IOTA group. *BMJ*, 341, c6839.

VRHKAR, N. J., MARINA; LEPOŠA, S. & KOBAL, B., 2011. Izid zdravljenja pri bolnicah z mejno malignim rakom jajčnika - primerjava rezultatov med laparoskopsko in klasično kirurško obravnavo. *Endoskopska revija*, 16, pp. 13-21.

MEDKULTURNE OVIRE V ZAGOTAVLJANJU OBPORODNE SKRBI: PERSPEKTIVA PORODNIC IN ZDRAVSTVENIH DELAVCEV

Cross-cultural barriers in delivering care during childbirth: perspective of labouring women and healthcare professionals

doc. dr. Mirko Prosen, dipl. zn., univ. dipl. org.

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

IZVLEČEK

Uvod: Zdravje in dostop do zdravstvenega varstva sta osnovna človekova pravica kot tudi to, da je vsakemu posamezniku ali posameznici nudena holistična zdravstvena oskrba, kar vključuje tudi upoštevanje kulture. Namen raziskave je bil ugotoviti, s katerimi medkulturnimi ovirami se srečujejo tako porodnice kot zdravstveni delavci v porodnišnici.

Metode: V raziskavi je bila uporabljena kvalitativna deskriptivno interpretativna metoda. V namenski vzorec je bilo vključenih 10 migrantk, ki so rodile v porodnišnici v Sloveniji in 8 zdravstvenih delavcev, zaposlenih v porodnišnici. V obeh primerih je bila metoda zbiranja podatkov delno-strukturiran intervju, pri čemer je bila na vzorcu zdravstvenih delavcev organizirana fokusna skupina. Podatki so bili analizirani s tematsko analizo.

Rezultati: Obe skupini, porodnice – migrantke in zdravstveni delavci, izpostavljajo kot glavno medkulturno oviro jezikovno prepreko, ob kateri se oboji počutijo nemočne. Zdravstveni delavci se zaradi neurejenih sistemskih rešitev pogosto zatekajo k različnim inovativnim rešitvam premagovanja te ovire, ki pa niso najboljše. Zdravstveni delavci se soočajo tudi s kulturnimi razlikami s katerimi se prej niso srečevali – zmanjšana avtonomija žensk, zaradi katerih se pojavljajo etične dileme. Stik migrantk z zdravstvenim sistemom kaže tudi na nekatere negativne izkušnje, ki zavirajo zagotavljanje kulturno dovezetne zdravstvene oskrbe.

Diskusija in zaključek: Potrebne so sistemske rešitve znotraj sistema zdravstvenega varstva, ki bi konkretnije naslovile vprašanje jezikovne prepreke kot tudi spremembe v načinu izobraževanja. Znanje o kulturah in delu v in z drugimi kulturami je prepoznano kot edini način za preprečevanje neenakosti v zdravju.

Ključne besede: medkulturne kompetence; babištvo; neenakosti v zdravju; migranti

ABSTRACT

Introduction: Health and access to healthcare is a basic human right, as well as the fact that each individual is provided with holistic healthcare, which also includes taking into account his or hers cultural background. The aim of the study was to determine which intercultural barriers are encountered by laboring migrant women as well as by healthcare professionals working in the maternity hospital.

Methods: A qualitative descriptive interpretative method was used. The purposive sample included 10 migrant women who gave birth in a maternity hospital in Slovenia and 8 healthcare professionals employed there. In both cases, the data collection method was semi-structured interview, with a focus group organized on the sample of healthcare professionals. The data were analyzed by a thematic analysis.

Results: Both groups, migrant women and healthcare professionals, highlighted the language barrier as the main cross-cultural barrier, which makes them helpless. Healthcare professionals often resort to various innovative solutions to overcome this barrier due to inexistent system solutions. Healthcare professionals are also faced with cultural differences with which they have not met before - the reduced autonomy of women, which lead to ethical dilemmas when delivering care. The migrants contact with the health system also reflects some negative experiences that impede the provision of culturally sensitive health care.

Discussion and conclusions: Systemic solutions within the health system are needed, which would more specifically address the issues of language barrier as well as changes in education for healthcare professionals. Cultural knowledge and work in and with other cultures is recognized as the way to effectively prevent health disparities.

Key words: cross-cultural competence; midwifery; health disparities; migrants

UVOD

Prepričanja in prakse povezane z zdravjem se oblikujejo v kontekstu vsakdanjika, znotraj naših kulturnih in socialnih svetov. Zdravje ljudje iz različnih kulturnih sredin pogosto interpretirajo kot odsotnost bolezni, pri čemer to pogostokrat temelji: na osebni percepciji dobrega počutja in zaznanega zdravja; družinskih in kulturnih prepričanjih in praksah povezanih z zdravjem; socio-kulturnem sistemu prepričanij in praks znotraj okolja v katerem živijo; prepričanjih o ustroju in delovanju telesa kot tudi na postavljenih mejah telesa v neki družbi (Anderson, et al., 2010).

Mednarodna konfederacija babic (International Confederation of Midwives) je leta 2017 predstavila ugotovitve raziskave o osnovnih kompetencah babic, v kateri je sodelovalo 24 držav sveta in države Evropske unije preko nacionalnih združenj. Ugotovitve so pokazale, da babice prepoznajo znanja o kulturah in prepričanjih pove-

zanih z zdravjem kot eno izmed osnovnih in najpomembnejših kompetenc babiške prakse (Butler, et al., 2018). Medkulturne ali kulturne kompetence lahko preprosto opredelimo kot sposobnost babice, da ob lastnem zavedanju pomembnosti in razumevanju kulture v nujenju babiške nege s pridobljenim znanjem in veščinama pacientki, družini ali skupnosti zagotavlja kulturno dovzetno babiško nego, tj. takšno obliko babiške nege, ki ne zanika vrednot, prepričanj, običajev in navad pacientke, ampak jih vključuje v načrtovanje njene oskrbe (Prosen, 2018). Da bi lahko to dosegli, morajo zdravstveni delavci – zdravniki, medicinske sestre, babice in drugi – razumeti pomembnost spoštovanja kulturnih razlik na način, da tudi sami prepoznajo svoja, z zdravjem povezana prepričanja in vrednote, kot tudi vrednote svoje organizacije, saj lahko samo na ta način podpirajo spoštovanje posameznika in ideal medkulturne zdravstvene oskrbe (Bjarnason, et al., 2009).

Babice se danes, tako kot drugi zdravstveni delavci, srečujejo z vse bolj kulturno raznoliko populacijo pacientov. Vzroke za to pogosto prepoznamo v globalizacijskih procesih in nekaterih družbenih dogodkih, ki so zlasti v zadnjem desetletju privedli do množičnih migracij (Prosen, 2018). Kulturna raznolikost postavlja velike izzive pred vsak zdravstveni sistem, tudi naš. Raziskave so pokazale, da je zagotavljanje zdravstvene oskrbe kulturno raznolikih pacientov za zdravstvene delavce obremenjujoče, saj se pri tem srečujejo s številnimi ovirami. V tem kontekstu sta razumevanje kulture in znanje o kulturi, iz katere izhaja pacient/-ka, izjemno pomembna dejavnika v zagotavljanju kulturno dovzete zdravstvene oskrbe (Amiri, et al., 2016), ne pa tudi edina. Pogostokrat je nezmožnost zagotavljanja dostojne in spoštljive zdravstvene oskrbe povezana tudi z neurejenimi sistemskimi rešitvami v zdravstvenem sistemu, ki zdravstvene delavce puščajo nemočne ob pacientu/-ki.

Namen prispevka je prikazati rezultate projekta INTEGRA (Čezmejna mreža za priseljenske ženske: Socialna integracija, spolno in reproduktivno zdravje), izpeljanega v okviru programa INTERREG Italia-Slovenija V-A 2014-2020. Eden izmed ciljev projekta je bil tudi prepoznati ovire, s katerimi se srečujejo migrantke pri dostopu do zdravstvenih storitev in ovire, ki jih ob stiku z njimi prepoznava zdravstveni delavci v porodnišnici. Ženske – migrantke so namreč v primerjavi z migranti, veliko bolj dovzetne za pojav zdravstvena tveganja, neenakosti v zdravju in dostopu do zdravja (Prosen, et al., 2018a). Razlogi za to so številni: jezikovne ovire, izguba socialnih podpornih mehanizmov, razdružitve družine, spolne zlorabe itd. Socialna izolacija, diskriminacija, breme socialnih in ekonomskih problemov ter patriarhalna podrejenost pa samo še poslabšujejo marginalizacijo (Ruppenthal, et al., 2005; Jayaweera, 2018; Schmidt, et al., 2018). V tem pogledu leži sposobnost zdravstvenega sistema, da se ustrezno odziva na specifične potrebe žensk migrantk, identificira in postavlja prioritete tem specifičnim potrebam in z njimi povezanimi tveganji (Ruppenthal, et al., 2005).

Metode

Raziskava temelji na kvalitativni paradigmi – deskriptivno interpretativni metodi. Pri tem so bili podatki pri migrantkah pridobljeni skozi individualne poglobljene intervjuje in pri zdravstvenih delavcih skozi obliko fokusne skupine.

a) Metodološki pristop – perspektiva migrantk

Namenski vzorec je vključeval 10 žensk migrantk, ki so bile hospitalizirane v eni izmed slovenskih porodnišnic v obdobju med 24. 1. – 30. 4. 2018. Izbor enot v vzorec je temeljil na želji ženske za sodelovanje, sposobnosti proste komunikacije (razumevanje sogovornika) ter kriterij saturacije podatkov. Podatki so bili zbrani z delno strukturiranim intervjujem na podlagi vprašanj razporejenih v treh sklopih: (1) socialno-demografski podatki in drugi podatki iz ginekološko-porodniške anamneze, (2) vprašanja za intervju ter (3) osebna izpoved – mnenje in izkušnje. Drugi, najboljšežnejši sklop je vključeval naslednje podsklope: (i) kulturno ozadje: tradicije, družina in družba, (ii) migrantski proces: tradicije, družina in družba, (iii) pohabljanje ženskih spolnih organov (selektivni del z oziroma na tveganje), (iv) prisiljene poroke, (v) odnos do zdravja in zdravstvenih institucij. Potencialne sodelujoče so bile osebno povabljene k vključitvi v raziskavo. Tiste, ki so se odločile sodelovati v raziskavi, so podpisale informirano soglasje. Za tri intervjuvanke je bil pogovorni jezik slovenščina, za tri angleščina, za tri slovenščina in deloma srbo-hrvaščina ter za eno slovenščina in deloma angleščina. V nobenem primeru ni bil prisoten tolmač oz. interpret. V povprečju je intervju trajal 39 minut. Najkrajši je trajal 18 minut in najdaljši 71 minut.

b) Metodološki pristop – perspektiva zdravstvenih delavcev

Fokusno skupino je sestavljalo 8 sodelujočih, tj. zdravstvenih delavcev, ki so bili zaposleni v porodnišnici. Fokusna skupina je bila izvedena v avgustu 2018. Podatki so bili zbrani z delno strukturiranim intervjujem, zvočno snemanj in dobesedno prepisani. Vprašanja za intervju so bila na primer: "Nam lahko zaupate vaš pogled do migrantov v kliničnem okolju?"; "Nam lahko zaupate vase najpogostejše ovire s katerimi se srečujete pri zdravstveni oskrbi migrantk?"; "Nam lahko zaupate vase izkušnje s prevajalci/tolmači?"; "Nam lahko zaupate vaše izkušnje z migrant v kliničnem okolju?". Vsi udeleženci v raziskavi so bili obveščeni o namenu, ciljih in metodah raziskovanja. Poudarjena sta bila zagotavljanje anonimnosti in prostovoljna udeležba v raziskavi. Sodelujoči, ki so se odločili za sodelovanje, so morali dati pisno soglasje.

Analiza podatkov je bila v obeh primerih narejena s pomočjo računalniškega programa NVivo verzija 12 (QRS International, Victoria, Australia), v katerem je bila izpeljana tematska analiza (večkratno branje transkriptov, kodiranje podatkov, združevanje kod v kategorije oziroma podteme in izpeljava posameznih tem iz kategorij oziroma podtem).

Raziskava je bila pripravljena v skladu z načeli Helsinško-Tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013) in v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014). Raziskavo, ki je bila delno sofinancirana v okviru programa Interreg Italia-Slovenija V-A 2014-2020, je odobrila Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko dne 26. 10. 2017 (št. sklepa 0120-544/2017/7).

Rezultati

a) Perspektiva migrantk

Povprečna starost intervjuvank je bila 30,5 let. Najmlajša intervjuvanka je imela 22 let in najstarejša 37 let. Tri intervjuvanke so bile iz Bosne in Hercegovine, dve iz Rusije in dve iz Srbije, po ena iz Ukrajine, Kosova in Irana. Večina (n = 5) jih je zapustila domovino leta 2017. Razlog njihovega prihoda za šest izmed njih je bilo dejstvo, da so se želele pridružiti družinskemu članu. V večini primerov je bil to soprog, ki je bil delovni migrant v Sloveniji. Tri intervjuvanke so v Slovenijo imigrirale zaradi službe in ena zaradi poroke. Z vidika dosežene stopnje izobrazbe so štiri intervjuvanke v domovini zaključile srednješolsko izobraževanje, tri univerzitetno, dve poklicno in ena visokošolsko izobraževanje. Več kot polovica intervjuvank (n = 6) živi v stanovanju, preostale v hiši. Okolje bivanja je za skorajda vse izmed njih urbano okolje (n = 9). Vse intervjuvanke, z izjemo ene, so imele urejeno zdravstveno zavarovanje (večinoma preko soproga). Z vidika porodne anamneze je bilo v vzorcu osem prvorodnic in dve mnogorodnici. Devet jih je v letu 2018 rodilo v Sloveniji.

Tematska analiza je podala, brez uporabe redukcije, pet osrednjih tem: (1) primerjava zdravstvenega sistema med domovino in državo gostiteljico – izkušnje, pričakovanja, ovire; (2) kulturne vrednote, prepričanja, prakse in običaji; (3) razmerja in vloge med spoloma; (4) družbena integracija v državi gostiteljici; (5) migracijski proces – nove priložnosti. Zaradi obsežnosti tem so v nadaljevanju predstavljeni ključni vsebinski poudarki, vezani na predstavljeno tematiko, tj. medkulturne ovire. Izstopali sta dve: prisotnost predsodkov in jezikovna prepreka.

Skzi življenjske zgodbe migrantk je bilo očitno, da so neenakosti v zdravju in dostopanju do zdravstvenih storitev bolj ali manj stalnica v domovini. Zaradi tega so bile mnoge izmed njih presenečene nad »brezplačnim« sistemom v Republiki Sloveniji. Zdravstveni sistem v domovini, ki naj bi bil javen, je bil prepoznan kot nekakovosten, po drugi strani pa je socio-ekonomski status onemogočal dostop do zasebnega sektorja. Izkušnje migrantk s slovenskim zdravstvenim sistemom in zaposlenimi v tem sistemu so bile takšne, da bi jih lahko opredelili kot pozitivne. Velika večina intervjuvanih migrantk je poudarila, da je bila njihova kultura spoštovana v okviru zdravstvene obravnave. Dve sta izpostavili negativni izkušnji, vezani na odnos zdravstvenih delavcev (predsodki, npr. »Vi tujci vedno želite narediti nekaj po svoje.« ali »Gledale so name kot, da so jezne. Ne vem zakaj. Mogoče zato, ker sem tujka. Vsi smo ljudje...«) in jezikovno prepreko. Tudi sicer je bila jezikovna prepreka prepoznana kot pomembna ovira pri dostopanju do zdravja in komunikaciji z zdravstvenimi delavci. Večina jih kljub temu ni izrazila potrebe po interpretu, razen intervjuvank, ki so govorile albansko. Slednje so posebej poudarile, da je albanski jezik velika težava, saj je v primerjavi s katerim izmed drugih slovanskim jezikom, albansščina jezik, ki ga večina (tudi zdravstveni delavci) ne razume (Prosen, et al., 2018a).

b) Perspektiva zdravstvenih delavcev

Fokusno skupino je sestavljalo osem zdravstvenih delavcev, ki so se prostovoljno odločili za sodelovanje v raziskavi. Vse udeleženke so bile ženske. Med njimi jih je pet končalo podiplomski študijski program zdravstvene nege (višji oz. visokošolski), tri pa so bil tehniki zdravstvene nege. Povprečna delovna doba je bila 18,25 let ($s = 12,80$).

V tematski analizi so bile brez redukcije identificirane naslednje teme: (1) Prepoznanje spremembe v demografski strukturi migrantk v kliničnem okolju; (2) Medkulturna zdravstvena obravnava; (3) Spremljajoče ovire zdravstvene obravnave migrantk; (4) Opolnomočenje zdravstvenih delavcev za delo z migranti; (5) Prepoznani problemi socialne integracije migrantov; (6) Sistemsko reševanje migrantske problematike.

Intervjuvani zdravstveni delavci so v okviru spremljajočih ovir zdravstvene obravnave migrantk izpostavili jezikovne ovire, kar kaže, da je ta ovira pri obeh, ženskah in zdravstvenih delavcih, prepoznana kot pomembna. Omenjali pa so tudi metode, ki jih uporabljajo pri premagovanju te ovire. V premagovanju jezikovne ovire ne vidijo prepotrebne systemske rešitve. Kot so navajali, so »prepuščeni sami sebi« in tako so primorani iskati, včasih tudi »zelo inovativne« rešitve. Albanski jezik je za zdravstvene delavce najbolj zahteven. V nekaterih primerih prevaja mož pacientke. V nekaterih primerih pa si pomagajo z albanskimi priseljenimi ženskami, ki živijo v bližini; včasih pa tudi pacientke namensko pripeljejo s seboj osebo, ki prevaja. Včasih si pomagajo tudi z jezikovnim slovarjem ali pa uporabijo funkcijo »GOOGLE prevajalnik« preko mobilnega telefona. Kot problem izpostavljajo pomanjkanje tolmačenja oz. prevajalskih storitev, ki bi bile dostopne 24 ur na dan. Še posebej je to izraženo v nočnem času, ko so dejansko prepuščeni »sami sebi«. Nezmožnost razlage pacientkam pa se jim zdi sama po sebi problematična in frustrirajoča (Prosen, et al., 2018b).

Druga ovira, ki jo zdravstveni delavci zaznavajo in ki v prihodnosti potrebuje posebno pozornost, so kulturno opredeljene vloge žensk in njihova avtonomija. Slednja je pogosto v kliničnem okolju postavljena pred preizkušnjo, saj je velikokrat lahko omenjena zaradi vloge soproga ali družine. Izpostavljeno je bilo, da so do sedaj zdravstveni delavci vedno komunicirali neposredno z žensko – pacientko, vendar pa so vse pogostejši primeri, ko je bil med ginekološkim pregledom prisoten soprogo, ki je zahteval informacije vezane na zdravstveni status ženske. Zdravstveni delavci dojemajo takšne primere kot »ekstremne« in poudarjajo, da se pogosto soočajo z etično dilemo, saj se zavedajo, da etični kodeks veleva drugače. V tem kontekstu se zdravstveni delavci dobro zavedajo, da če na primer ne bi dovolili prisotnosti moža med vaginalno preiskavo, ženska ne bi več obiskala ginekologa ali se udeležila presejalnih programov (npr. ZORA). Pri razpravi o jezikovnih ovirah in družbenem položaju žensk so udeleženci komentirali nekaj podobnih primerov iz kliničnih okolij, kjer pacientka (pripadnica islamske veroizpovedi), ki jo je spremljal mož, ni razumela slovensko v kontaktu z zdravstvenimi delavci (babica ali medicinska sestra). Izkazalo se je, da ko je mož zapustil bolnišnico (ali pa je zapustil sobo), da je ženska razumela slovensko in se je celo trudila odgovarjati v slovenskem jeziku.

V teh ozirih zdravstveni delavci priznavajo, da nimajo znanj o kulturah in ustreznih kulturnih spretnosti, da bi zagotovili optimalno in celotno zdravstveno oskrbo, čeprav si prizadevajo zagotoviti najboljšo skrb za vse. Pomembno je, da se zavedajo, da so kulturni stiki pomemben del razvoja kulturnih (ali medkulturnih) kompetenc. Prav tako se zavedajo, da kulturni stiki zmanjšujejo obstoječe predsodke in izboljšujejo medkulturne spretnosti (Prosen, et al., 2018b).

Diskusija

Ljudje ob stiku s kakršnim koli zdravstvenim sistemom želimo celovito obravnavo. To tudi pomeni takšno zdravstveno oskrbo, ki zagotavlja edinstvenost kulturnih potreb, prepričanj in vedenj. Zagotavljanje zdravstvene oskrbe – babiške nege, ki je osredotočena na pacientko in družino, zahteva od babic poznavanje kulture posameznika ali družine, poznavanje lastne kulture in kako oboje medsebojno vpliva na celotno zdravstveno oskrbo, tj. babiško nego (Hart & Mareno, 2016; Prosen, et al., 2018b). V tem kontekstu imajo migranti posebne zdravstvene potrebe. Njihovi vzorci bolezni se lahko zelo razlikujejo od tistih, ki se pojavljajo pri avtohtonem prebivalstvu, prav tako so velikokrat marginalizirani in posledično izpostavljeni večjemu tveganju za bolezni, povezane z revščino. Pogosto imajo omejen dostop do zdravstvenih storitev zaradi komunikacijskih problemov, pomanjkanja znanja o razpoložljivih storitvah in so pod vplivom številnih drugih dejavnikov, povezanih z njihovimi izkušnjami pred, med in po prihodu v državo gostiteljico (Taylor, 2006), kar vpliva na njihovo zdravje (Prosen, et al., 2018b).

Rezultati analize kažejo, da se oboji, zdravstveni delavci in ženske, čutijo ob skupnih srečanjih nemočne, saj zlasti v nekaterih primerih ne morejo mimo jezikovne bariere, ki je bila prepoznana kot poglavitna ovira. Slednja pa ni težava le zdravstvenega sistema, temveč tudi težava integracije migrantk v družbo, saj je bilo ugotovljeno, da sta status in življenje migrantke v državi gostiteljici tesno povezana z nezadostno in/ali pomanjkljivo komunikacijo in socialno povezanostjo (Balaam, et al., 2013). Potrebne so sistemske rešitve, da tudi zdravstveni delavci niso prepuščeni sami sebi in svoji iznajdljivosti. Iz tega razloga bi morale zdravstvene institucije več pozornosti nameniti premagovanju jezikovne prepreke (trenutne prakse zdravstvene oskrbe migrantov bi morale biti revidirane; zagotovljeni prevodi določenih zdravstveno promocijskih in zdravstveno-vzgojnih gradiv; uporaba piktogramov; vpeljati socialno/kulturno anamnezo kot del medicinske ali negovalne anamneze; uporaba tolmača/prevalca/kulturnega mediatorja, kjer je to mogoče; organizacija prenatalne zdravstvene vzgoje, bodisi individualno bodisi skupinsko, prilagojene določeni populaciji migrant; zagotavljati kontinuiteto zdravstvene oskrbe; itd.) (Prosen, et al., 2018a).

Potrebno je tudi vpeljati spremembe v formalno izobraževanje s poudarkom na medkulturnih vidikih zdravstvene oskrbe (Prosen, 2015) kot tudi v neformalno, vseživljenjsko učenje. Z vidika vsebin je potrebno predvsem poudariti smernice za oceno zdravstvenega stanja pacientov iz drugih kultur, metode za to oceno stanja (npr. elementi etnografskega intervjuja v fazi anamneze) ter rabo različnih praktično

usmerjenih orodij in modelov za delo s kulturno raznoliko populacijo (Anderson, et al., 2010). Znanje o kulturah in delu v in z drugimi kulturami je prepoznan kot edini način za zagotavljanje enakopravne obravnave oziroma preprečevanje neenakosti, ki tudi izhaja iz lastnih predsodkov zdravstvenih delavcev. Znanje o drugih kulturah, kulturna senzibilnost in kulturne kompetence so ključni elementi zdravstvene oskrbe, vendar pa morajo biti ti elementi del strategij za oceno pacientkinih potreb kot tudi strategij za razvoj storitev (Tilki, 2006), tj. tudi naloga menedžmenta zdravstvenih institucij.

Zaključek

Kulturno dovzetna zdravstvena oskrba je v 21. stoletju postala moralni imperativ in odgovornost vseh, ki na takšen ali drugače nudijo skrb. Zmožnost zagotavljanja kulturno dovzete zdravstvene oskrbe pa je proces, ki ne pride čez noč, saj so zanj potrebne medkulturne kompetence oz. »tisto nekaj« kar nam govori, da je spoštovanje in vključevanje kulturnih razlik v zagotavljanju skrbi pomembno za tistega, ki skrb prejema kot tistega, ki skrb nudi.

Zahvala

Zahvaljujemo se Martini Podobnik, dipl. babici, Jani Prosen, dipl. babici in Jani Čelhar, viš. med. sestri za pomoč pri izvedbi raziskave.

Literatura

Amiri, R., Heydari, A., Dehghan-Nayeri, N., Vedadhir, A.A. & Kareshki, H., 2016. Challenges of Transcultural Caring Among Health Workers in Mashhad-Iran: A Qualitative Study. *Global Journal of Health Science*, 8(7), 203–211.

Anderson, N.L.R., Andrews, M., Bent, K.N., et al., 2010. Chapter 5: Culturally Based Health and Illness Beliefs and Practices Across the Life Span. *Journal of Transcultural Nursing*, 21(4 suppl), 152S–235S.

Balaam, M.C., Akerjordet, K., Lyberg, A., et al., 2013. A qualitative review of migrant women's perceptions of their needs and experiences related to pregnancy and childbirth. *Journal of advanced nursing*, 69(9), 1919–1930.

Bjarnason, D., Mick, J., Thompson, J.A. & Cloyd, E., 2009. Perspectives on transcultural care. *The Nursing clinics of North America*, 44(4), 495–503.

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

Hart, P. L. & Mareno, N., 2016. Nurses' Perceptions of Their Cultural Competence in Caring for Diverse Patient Populations. *Online Journal of Cultural Competence in Nursing and Healthcare*, 6(1), 121–137.

Jayaweera, H., 2018. Access to healthcare for vulnerable migrant women in England: A human security approach. *Current Sociology*, 66(2), 273–285.

Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije in Kodeks etike za babice Slovenije, 2014. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije: Ljubljana.

Prosen, M., 2015. Introducing Transcultural Nursing Education: Implementation of Transcultural Nursing in the Postgraduate Nursing Curriculum. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 174, 149–155.

Prosen, M., 2018. Developing cross-cultural competences: opportunity for ensuring health and healthcare equality and equity. *Slovenian Nursing Review*, 52(2), 76–80.

Prosen, M., Ličen, S., Rebec, D., et al., 2018a. *Raport about the migrant women's population characteristics, their sexual and reproductive health and social integration: the case of Slovenia*: Izola: Univerza na Primorskem Fakulteta za vede o zdravju; Postojna: Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna.

Prosen, M., Medica, K., Ličen, S., Rebec, D., Karnjuš, I. & Bogataj, U., 2018b. *Evaluation of health-care approaches and good practices in delivering care to migrant women: the case of Slovenia*, Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju: Izola.

Ruppenthal, L., Tuck, J. & Gagnon, A.J., 2005. Enhancing Research With Migrant Women Through Focus Groups. *Western Journal of Nursing Research*, 27(6), 735–754.

Schmidt, N.C., Fargnoli, V., Epiney, M. & Irion, O., 2018. Barriers to reproductive health care for migrant women in Geneva: a qualitative study. *Reproductive Health*, 15, 43.

Taylor, G., 2006. Migrants and refugees. In I. Papadopoulos, ed. *Transcultural Health and Social Care: Development of Culturally Competent Practitioners*. Churchill Livingstone, Edinburgh, pp. 45–64.

Tilki, M., 2006. Human rights and health inequalities: UK and EU policies and initiatives relating to the promotion of culturally competent care. In I. Papadopoulos, ed. *Transcultural Health and Social Care: Development of Culturally Competent Practitioners*. Churchill Livingstone, Edinburgh, pp. 25–44.

World Medical Association, 2013. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 310(20), 2191–2194.

RAZŠIRJENO PRESEJANJE NOVOROJENCEV V SLOVENIJI – LABORATORIJSKI IN KLINIČNI VIDIK

Expanded newborn screening in slovenia – laboratory and clinical aspects

**Dr. Andraž Šmon¹, doc. dr. Urh Grošelj^{1,2}, asist. dr. Barbka Repič Lampret^{1,2},
Žiga Izток Remec¹, Vanja Čuk¹, Daša Perko¹, Ana Drole Torkar¹, doc. dr. Mojca
Žerjav Tanšek^{1,2}, prof. dr. Tadej Battelino^{1,2}**

¹Pediatrična klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana

²Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani

urh.groselj@kclj.si

POVZETEK

Zgodnje odkrivanje bolezni s programom presejanja novorojencev je ključno za pravilne in pravočasne klinične odločitve. V Sloveniji je do lanskega leta potekalo presejanje le za dve bolezni (fenilketonurijo in kongenitalno hipotirozo), medtem ko so v razvitih državah Evrope že več let presejali za več 10 različnih bolezni. Zato je bila izvedena pilotna raziskava razširjenega presejanja novorojencev v Sloveniji, s katero so bili postavljeni kriterije za presejanje novorojencev in izbran nabor bolezni za vključitev v slovenski program presejanja novorojencev. Slovenski razširjeni program presejanja je začel potekati z lanskim letom z naborom 17 bolezni, s čimer se je slovenski program presejanja s skupno 19 presejanimi boleznimi postavil ob bok ostalim razvitim državam. Vse bolezni v presejalnem programu se določa iz posušenih vzorcev krvi na filtrirnem papirju, ki morajo biti pravilno odvzeti 48 - 72 ur po rojstvu novorojenca. Nabor bolezni v razširjenem programu presejanja novorojencev obsega 2 motnji v presnovi aminokislin, 7 motenj v presnovi maščobnih kislin in 8 organskih acidurij. Bolezni v razširjeno presejanje novorojencevse zaznajo s tandemsko masno spektrometrijo. Metoda z veliko občutljivostjo in specifičnostjo zazna za bolezni specifične presnovke v krvnem madežu, za potrditev bolezni pri preiskovancu z zaznanimi odstopanji presnovkov so potrebne še potrditvene metode. V programu presejanja novorojencev bo letno pregledanih okrog 21000 novorojencev, kar glede na pojavnost presejanih bolezni v slovenskem naboru pomeni približno 7 prepoznanih bolnikov letno. Pri vseh zaznanih bolnikih se uvede zdravljenje in posebna dieta, s ciljem preprečiti pojav kliničnih znakov prisotne bolezni.

Ključne besede: Razširjeno presejanje novorojencev, vrojene bolezni presnove, Slovenija, sekvenciranje naslednje generacije, tandemska masna spektrometrija

ABSTRACT

Early detection of a disease with a newborn screening program is crucial for correct and timely clinical decisions. Until last year only two diseases (phenylketonuria and congenital hypothyroidism) were screened for in Slovenia, while in the developed countries of Europe more than 10 different diseases were screened for. Before the start of the expanded screening program in Slovenia a pilot study was conducted to set the criteria for newborn screening and select the panel of diseases to be included in the Slovenian newborn screening program. Last year the Slovenian expanded newborn screening program started with 17 diseases in the panel, putting the Slovenian newborn screening program with a total of 19 screened diseases alongside other developed countries. All diseases in the screening program are determined from dried blood spots on filter paper, which must be taken 48-72 hours after birth of the newborn. The panel of the expanded screening program comprises 2 amino acid metabolism disorders, 7 fatty acid metabolism disorders and 8 organic acidurias. The diseases in the expanded screening program are detected with tandem mass spectrometry. This is a method with high sensitivity and specificity, which detects the metabolites that are specific for each disease. In subjects with abnormal levels of metabolites additional tests are required for the confirmation. 21,000 newborns will be examined annually with the screening program and according to the incidence of the diseases in the Slovenian population approximately 7 patients will be recognized annually. In all detected patients a treatment and a special diet are immediately introduced in order to prevent the development of clinical signs of the disease.

Key words: Expanded newborn screening, inborn errors of metabolism, Slovenia, next-generation sequencing, tandem mass spectrometry

UVOD

Presejanje novorojencev (angl. Newborn screening, NBS) je pomemben program za prepoznavo različnih bolezni pri novorojencih. Cilj je prepoznavati bolnike pred pojavom kliničnih znakov, da se lahko uvedejo potrebni ukrepi in zdravljenje, s čimer se prepreči napredovanje bolezni. Pri bolnikih, ki s presejanjem niso prepoznani in se lahko pred prepoznavo bolezni pojavi hudi klinični znaki, bolezni so lahko tudi smrtne.

V Sloveniji smo začeli s presejanjem novorojencev leta 1979 s presejanjem za fenilketonurijo (PKU), leta 1981 pa smo nabor presejanih bolezni razširili s presejanjem za kongenitalno hipotirozo. Za obe bolezni presejanje poteka na Kliniki za nuklearno medicino, Univerzitetni klinični center Ljubljana (Smon, et al., 2015). V nasprotju s številnimi razvitimi evropskimi državami, kjer poteka presejanje za 10 ali več bolezni, je do nedavnega v Sloveniji, ter tudi v večini drugih državah jugovzhodne Evrope, NBS potekalo le za PKU in kongenitalno hipotirozo. Leta 2014 so samo 3 države (Hrvaška, Romunija, Slovenija) poročale, da načrtujejo širitev njihovega programa NBS z uvedbo razširjenega presejanja (Groselj, et al., 2014). V Sloveniji smo

z lanskim letom razširili število presejanih bolezni z dveh (PKU in kongenitalna hipotiroza) na 19. Vseh dodatnih 17 bolezni spada med vrojene bolezni presnove. To so dedne bolezni, kjer genetske spremembe povzročijo neaktivnost ali odsotnost encimov, ki so pomembni za presnovo. Spadajo med redke bolezni, saj je njihova pogostost 1 : 10.000 živorojenih otrok (npr. PKU, ki je najpogostejša presnovna bolezen) ali pa so še redkejše.

IZBOR BOLEZNI ZA PRESEJANJE

V Sloveniji smo leta 2017 zaključili s pilotno raziskavo razširjenega presejanja novorojencev, kjer je bilo pregledanih 10.000 novorojencev. V raziskavi smo s primerjavo nabora boleznih v bližnjih evropskih državah in ocenjeno pogostost pri nas izbrali nabor bolezni, s katerim smo razširili slovenski program NBS (Smon, et al., 2018).

Z razširjenim programom NBS smo nabor presejanih bolezni povečali za dodatnih 17 bolezni, skupno sedaj v Sloveniji presejamo za 19 bolezni. Bolezni za katere presejamo v razširjenem NBS, lahko razdelimo na 3 sklope:

- Motnja v presnovi aminokislin:
 - Bolezen javorjevega sirupa (MSUD);
 - Tirozinemija tip 1 (TYR 1).
- Motnja v presnovi maščobnih kislin
 - glutarična acidemija tip II (GAII);
 - pomanjkanje zelo dolgoverižne acil-CoA dehidrogenaze (VLCAD);
 - pomanjkanje dolgoverižne 3OH-CoA dehidrogenaze (LCHAD);
 - pomanjkanje srednjeverižne acil-CoA dehidrogenaze (MCAD);
 - pomanjkanje karnitine palmitoiltransferaze I (CPTI);
 - pomanjkanje karnitine palmitoiltransferaze II (CPTII);
 - motnja privzema karnitina (CUD).
- Organske acidurije
 - izovalerična acidemija (IVA);
 - glutarična acidemija tip I (GAI);
 - propionska acidemia (PA);
 - metilmalonska acidemija (MMA);
 - pomanjkanje 3-metilokrotonil-CoA karboksilaze (3-MCC);
 - 3-hidroksi-3-metilglutarična acidurija (HMG);
 - pomanjkanje holokarboksilaze sintaze (MCD);
 - pomanjkanje β -ketotiolaze (β KT).

Za vsako bolezen so značilna odstopanja več presnovkov in razmerij med njimi, zato je pri vsakem odstopanju potrebno ovrednotiti, ali obstaja tveganje za prisotnost bolezni. Prav tako pri analizi dobimo podatke tudi za dodatne presnovke, ki niso direktno povezani s ciljnimi boleznimi v naboru presejanja, lahko pa nas opozorijo na določene druge motnje in bolezni. Te podatke bomo sporočali le izjemoma po strokovni presoji ali glede na mnenje konzilija za presejanje novorojencev. Zavedati pa se moramo, da se kljub pravilnemu delovanju metode za prepoznavanje NBS lahko pri vseh presejalnih programih zgodi, da pri kakšnem posamezniku bolezni ne zaznamo. V primeru suma na vrojeno presnovno bolezen kasneje v otrokovem življenju je zato potrebno izključevati tudi panel bolezni, ki je bil pregledan v okviru presejalnih testov.

IZVAJANJE PROGRAMA

Informiranje staršev

Staršem pediater neonatolog ob prvem pregledu otroka po rojstvu predstavi razloge za izvajanje in potek izvajanja programa presejanja. Več informacij o boleznih, ki so zajete v program presejanja je dostopnih na spletni strani www.redkebolezni.si. Po ustreznem informiranju staršev podpis privolitve staršev po pojasnilu ni predviden. Če starši odklonijo odvzem krvi za presejalno testiranje, z njimi lečeči pediater neonatolog opravi ponoven razgovor v času pred odpustom otroka iz porodnišnice. Če kljub temu odklanjajo vključitev v program presejanja novorojencev, morajo to potrditi s podpisano izjavo na presejalni kartici, ki se nato brez odvzetega vzorca, z izpolnjenimi podatki matere in otroka pošlje v laboratorij po enaki poti kot sicer. O odklonitvi presejanja se obvesti otrokovega izbranega pediatra z zapisom na odpustnici iz porodnišnice.

Vzorec posušene kaplje krvi na filtrirnem papirju

Odvzem vzorcev novorojencem tudi po razširitvi nabora bolezni poteka po ustaljenem programu. Vzorce posušene krvi novorojenca se odvzame na novo oblikovanem posebnem filtrirnem papirju na kartici za NBS (Slika 1), opremljenem s črtno kodo. Iz kartice krvi s posebnim luknjačem vzamemo 3mm krožec, v katerem dooločamo koncentracijo analitov. Za analizo predpostavimo točno določen volumen krvi v tem izrezanem krožcu, zato je zelo pomembno, da so vzorci pravilno odvzeti.

Odvzem krvi na kartico se opravi 48 - 72 ur po porodu ter hkrati vsaj 24 ur po pričetku hranjenja z mlekom. Izvaja se po predpisanih navodilih iz pete iz točno določenega predela ali iz vene. Mesto odvzema mora biti toplo in pred odvzemom krvi tudi očiščeno in razkuženo. Alkoholna dezinfekcijska sredstva za čiščenje mesta odvzema ne smejo vsebovati lidokaina ali benzokaina. S pomočjo lancete izvedemo dovolj globok vbod, ki pa ne sme biti globlji od 2,0 mm.

Pomembno je, da kri v celoti prepoji filtrirni papir in da so označena okrogla polja zapolnjena v celoti (Slika 1). Filtrirni papir je potrebno posušiti na zraku na sobni temperaturi, na ravni podlagi (minimalno 3 ure).



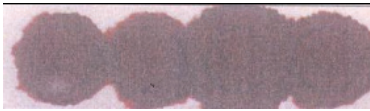

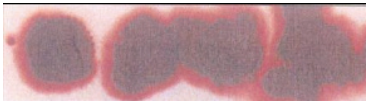




Slika 1: Kartica za odvzem krvi s pravilno odvzetimi vzorci in označen z nalepkami, s čimer zagotovimo sledljivost vzorcev

Zelo je pomemben pravilni odvzem vzorca, saj pri nepravilnem odvzemu lahko pride do velikih odstopanj izmerjenih koncentracij analitov (George & Moat, 2016; Kelleher & Mayne, 2016). Zaradi povzročenih odstopanj lahko pride do lažno negativnih rezultatov, zaradi česar lahko pri presejanju bolnika zgrešimo, ter tudi lažno pozitivnih rezultatov, ki povzročajo nepotreben stres. Zato v laboratoriju vse neustrezne vzorce zavrnemo in prosimo za ponoven odvzem.

V spodnji tabeli (Tabela 1) so prikazani nepravilni odvzemi in načini odvzema, ki napake povzročijo.

Tabela 1: Nepravilni odvzemi vzorca na kartico filtrirnega papirja (Kelleher & Mayne, 2016). Vir slik: Kevin K. A practical guide to newborn bloodspot screening in Ireland.

VRSTA NEPRAVILNEGA ODVZEMA	RAZLOGI
Pomanjkljivo označena kartica	Manjka ena od potrebnih nalepk.
Poškodovana kartica	Strgana, zmečkana ali drugače poškodovana kartica.
Kontaminirani vzorci	Neustrezno rokovanje s filtrirnim papirjem. Filtrirnega papirja se ne smemo dotikati (niti z rokavicami), niti ga odlagati na umazane površine.
Krvni madež manj kot 8 mm premera 	Premalo vzorca.
Nepopolna saturacija filtrirnega papirja 	V primeru, da odstranimo kartico preden kri popolno napoji krožec na obeh straneh. Dotikanje filtrirnega papirja pred ali po vzorčenju z rokami z ali brez rokavic, losjonom za roke, itd.
Nanos več plasti krvi (iz obeh strani) 	Nanos prevelike količina krvi na filtrirni papir. Nanašanje krvi tako na zgornjo kot tudi na spodnjo stran kartice.
Vzorci niso bili dobro posušeni 	Pošiljanje vzorcev, preden se vzorci posušijo (pred 3 urami).
Krvni madeži s serumskim obročem 	Alkohol ni obrisan s pete preden se naredi punkcija. Kontakt kartice z alkoholom, losjonom za roke, vodo, mlekom, itd. Prekomerno stiskanja petke okoli mesta odvzema. Nepravilno sušenje vzorca.
Stisnjen vzorec s premajhno količino krvi 	Filtrirni papir je bil stisnjen, da je kri navidezno prepojila papir do oznake.
Vzorec z več kapljicami 	Na označeno mesto filtrirnega papirja je bilo nanešeno več majhnih kapljic, namesto ene velike, zato te vzorci niso pravilno prepojeni.

Vpisovanje in sledenje vzorcev

Porodnišnica, ki odvzame vzorec krvi, izvede elektronsko naročilo za novorojenca v svoj porodnišnični informacijski sistem. Obvezni podatki, ki jih vsebuje elektronsko naročilo, so: Podatki matere (Ime in priimek, datum rojstva, ZZZZ, ID matere - številka poroda, telefonska številka), podatki novorojenčka (ime in priimek novorojenčka, ID številka otroka - številka poroda, spol, zaporedje v primeru dvojčkov, trojčkov itd., datum in ura rojstva, gestacijska starost ter teža novorojenčka), datum in ura odvzema vzorca, šifro in imenom naročnika ter telefonsko številko naročnika. Na podlagi naročila se iztiskajo črtne kode s katerimi se opremi kartica za novorojenca. QR koda se lepi na telo kartice v polje »Ime mame«, črtne kode se lepi po vrsti od desne proti levi, najprej mk-10 na telo kartice v označen kvadrataček nad »Ime mame«, nato mk-20 in mk-30 v označen kvadrat na levem zgornjem robu kartice.

V primeru ponovnega odvzema je potrebno to ustrezno označiti v elektronskem naročilu in na kartici. Naroči se samo preiskavo (PKU ali TSH ali MS-MS presejanje), za katero je bil zahtevan ponovni odvzem.

Za namen povezave podatkov novorojencev iz porodnišničnega informacijskega sistema je porodnišnični informacijski sistem povezan z laboratorijskim informacijskim sistemom na Pediatrični kliniki in Kliniki za nuklearno medicino (KNM) UKC Ljubljana. Porodnišnice so ustrezno opremljene tudi s čitalci črtnih kod in tiskalniki črtnih kod. Kartico je namreč potrebno ob odvzemu v porodnišnici označiti z identifikacijsko nalepko na označenih mestih. Ti podatki so pomembni zaradi sledljivosti vzorca, pri pravilni interpretaciji rezultatov ter čim hitrejšemu lociranju novorojenčka v primeru, ko potrebujemo dodaten vzorec za analizo ali je potrebno spremljanje otroka pri pediatru. Porodnišnica mora na svoji strani zagotoviti telefonsko številko za nujna obvestila.

Izvidi presejalnega testiranja se vpisujejo v laboratorijski informacijski sistem, od koder se prenesejo v porodnišnične informacijske sisteme. Odgovornost porodnišnic je, da imenuje odgovorne osebe, ki bodo dnevno preverile obvestila in rezultate, vezane na presejanje novorojencev.

Porodnišnica vodi dokumentacijo, da so bili opravljeni odvzemi pri vseh novorojenčkih, o poteku odvzema in pošiljanju, ter o času in osebi, ki je sprejela izvide in obvestilo o pozitivnih rezultatih testiranja, in evidenco o ponovnih odvzemih vzorcev.

Potrjevanje izvidov

Izvide razširjenega presejanja potrjujejo sodelavci Pediatrične klinike UKC Ljubljana. Izvide že obstoječega presejanja potrjujejo sodelavci KNM UKC Ljubljana. Notni izvid z rezultati presejanja je v elektronskem sistemu posredovan porodnišnici, kjer ga pregleda imenovana odgovorna oseba.

V primeru rezultata, ki bo pokazal tveganje za določeno bolezen, je potrebna napotitev otroka na ponovni odvzem v porodnišnico (v kolikor je potreben ponovni odvzem vzorca na filtru) ali na Pediatrično kliniko UKC Ljubljana (v kolikor je potrebna razširjena diagnostika s pridobivanjem dodatnih vzorcev, npr. urin). V primeru visokega odstopanja rezultatov bo porodnišnica dodatno telefonsko obveščena o rezultatu, otrok pa mora biti še isti delovni dan napoten na Pediatrično kliniko UKC Ljubljana po predhodnem telefonskem kontaktu s starši.

REZULTATI PRESEJALNEGA PROGRAMA

Razširjeno NBS poteka s tandemsko masno spektrometrijo. To je tehnika, ki omogoča določitev številnih presnovkov iz kaplje krvi na filtrirnem papirju, s čimer lahko z eno samo analizo zaznamo vseh 17 bolezni, s katerimi smo razširili slovenski program presejanja novorojencev. Metoda je zelo hitra in omogoča visoko diagnostično občutljivost in specifičnost. Zazna že zelo nizke koncentracije presnovkov ter tudi presnovke zdravih in nečistoč, zato so pravilni odvzemi zelo pomembni. V prvi fazi po zaznanem odstopanju presnovkov ponovimo meritev iz na novo odvzetega krvnega madeža, saj se koncentracije presnovkov v veliko primerih že v času do ponovnega odvzema uravnajo in nadaljnja diagnostika ni potrebna. V primeru, da je odstopanje zelo veliko, ali pa pride do ponovnega odstopanja tudi iz ponovnega odvzema pa je novorojenec napoten in spremljan na Pediatrični kliniki v Ljubljani, kjer se mu odvzamejo vzorci za potrditveno testiranje. Ker je tandemska masna spektrometrija presejalna metoda je potrebno za potrditev bolezni pri preiskovancih, kjer so zaznana odstopanja v koncentracijah presnovkov, uporabiti še potrditvene metode, ki so bolj specifične za iskano bolezen.

Potrditveno testiranje je odvisno od bolezni, na katero je postavljen sum. Največkrat uporabimo analizo organskih kislin v urinu, analizo aminokislin v plazmi ter analizo acilkarnitinov iz krvnega madeža. Končna potrditvena diagnostika se lahko opravi s sekvenciranjem naslednje generacije, kjer sekvenciramo gene, ki so povezane z odstopanjem presnovkov, ki jih merimo v programu presejanja. Dobljene informacije pri sekvenciranju so koristne tudi za morebitno testiranje staršev in sorojencev, genetsko svetovanje.

ZAKLJUČEK

Letno je v program NBS v Sloveniji vključenih 21.000 novorojencev. Glede na skupno pojavnost v presejanje vključenih VBP (1:5000 (Smon, et al., 2018)), bomo z razširjenim presejanjem v Sloveniji prepoznali 4 - 5 novih bolnikov z VBP letno. Skupaj s presejanjem za PKU in kongenitalno hipotirozo pa pričakujemo približno 15 prepoznanih pozitivnih primerov letno. Vsi takšni bolniki bi bili brez vključitve v presejalni program do pojava kliničnih znakov in različnih okvar neprepoznani.

Literatura

George, R. S. & Moat, S. J., 2016. Effect of dried blood spot quality on newborn screening analyte concentrations and recommendations for minimum acceptance criteria for sample analysis, *Clinical Chemistry*, 62(3), pp. 466–75.

Grošelj, U., et al., 2014. Newborn screening in Southeastern Europe, *Molecular Genetics and Metabolism* 1. Grošelj, U., Tansek, MZ., Smon, A., et al. *Newborn screening in southeastern Europe. Mol Genet Metab*, 113: 42–5.

Kelleher, K. & Mayne Philip, D., 2016. A Practical Guide to Newborn Bloodspot Screening in Ireland, (December 2018), pp. 12–3.

Smon, A. et al., 2015. Newborn screening in Slovenia, *Zdrav Var*, 54(2), pp. 86–90. doi: 10.1515/sjph-2015-0013.

Smon, A. et al., 2018. Next generation sequencing as a follow-up test in an expanded newborn screening programme, *Clinical Biochemistry*, 52, pp. 48–55.

DOJENJE – KORAKI, KI IZSTOPAJO V PROCESU OCENJEVANJA

Gordana Njenjić, sms babica, dipl.m.s, mag. zdr.nege

UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, KO za perinatologijo

gordana.njenjic@hotmail.com

Sporočilo za javnost za objavo 20. februarja 2018

UNICEF: Slovenija med petimi najboljšimi državami na svetu za novorojenčke

V najboljših državah imajo novorojenčki do 50-krat več možnosti, da doživijo prvi mesec



Ljubljana, New York, 20. februar 2018 – UNICEF je danes predstavil ново poročilo o umrljivosti novorojenčkov. V njem opozarja, da je umrljivost novorojenčkov na globalni ravni alarmantna, še posebej zaskrbljujoča pa je v najrevnejših državah sveta, kjer umirajo zaradi preprečljivih vzrokov. Novorojenčki rojeni na Japonskem, v Islandiji, Singapurju, na Finskem, v Estoniji in v Sloveniji imajo največ možnosti za preživetje, v Pakistanu, Centralnoafriški republiki in v Afganistanu pa najmanj...../ Ti vključujejo prisotnost usposobljenega zdravstvenega osebja pri porodih, stalno oskrbo s čisto vodo in električno energijo v zdravstvenih ustanovah, dezinfekcijo popkovine, spodbujanje dojenja v prvi uri po rojstvu in stika matere z otrokom (koža na kožo) /.....

Države z najvišjo stopnjo umrljivosti novorojenčkov	Države z najnižjo stopnjo umrljivosti novorojenčkov
1. Pakistan: 1 na 22	1. Japonska: 1 na 1.111
2. Centralnoafriška republika: 1 na 24	2. Islandija: 1 na 1.000
3. Afganistan: 1 na 25	3. Singapur: 1 na 909
4. Somalija: 1 na 26	4. Finska: 1 na 833
5. Lesoto: 1 na 26	5. Estonija: 1 na 769
6. Gvineja Bissau: 1 na 26	5. Slovenija: 1 na 769
7. Južni Sudan: 1 na 26	7. Ciper: 1 na 714
8. Slonokoščena obala: 1 na 27	8. Belorusija: 1 na 667
9. Mali: 1 na 28	8. Luksemburg: 1 na 667
10. Čad: 1 na 28	8. Norveška: 1 na 667
	8. Južna Koreja: 1 na 667

Tabela 1: Poročilo UNICEF, februar 2018.

Splošne strategije je izboljšanje prehranskega stanja s pomočjo optimalnega hranjenja. Izboljšanju rasti, razvoja ter zdravja sledi tudi boljše preživetje dojenčkov in malih otrok. Strategija podpira izključno dojenje v prvih 6 mesecih, čemur naj sledi pravočasno, primerno in varno dopolnilno hranjenje, ob nadaljevanju dojenja do dveh let ali dalje. Dojenje podpira tudi prehransko, socialno ter družbeno podporo matere (NOSD, 2014).

Dan danes okoli 5.500 otrok umre dnevno zaradi slabih načinov hranjenja; veliko jih ima dolgotrajne posledice zaradi nepravilne prehrane, vključno z motenim razvojem, stradanjem in povečanjem števila okužb ter kroničnih bolezni. Pogostejša debelost je pri otrocih povezana s pomanjkanjem dojenja. Boljše prehranjevanje dojenčkov in malih otrok je pomembno v vseh predelih sveta.

Že leta 1989 sta SZO in UNICEF izdala skupno izjavo imenovano: »Zaščita, spodbujanje in podpora dojenju: Posebna vloga porodnišnic«. Tam je opisano kako lahko porodnišnice podpirajo dojenje. »Deset korakov« je povzetek teh navodil, ki jih mora izvajati porodnišnica, ki je »Novorojencem prijazna porodnišnica« (NPP). Porodnišnice pomagajo materam pričeti z dojenjem takoj po rojstvu in ožjem poporodnem obdobju (Svetovanje za dojenje WHO/CDR/93.5).

Drugi del zdravstvene dejavnosti pa ima tudi zelo pomembno vlogo pri vzdrževanju dojenja. Zelo smo ponosni, da se podpora dojenju širi v »Dojenju prijazne zdravstvene ustanove« (DPZU). Pri nas že imamo nekaj zdravstvenih domov in pediatričnih oddelkov DPZU. Za DPZU je pomembno, da izpolnjujejo 7. korakov do uspešnega dojenja.

Namenoma sem začela članek s pohvalami, na katerega smo lahko ponosni vsi, ki delamo za zdravje otrok, žensk in družin. Vtisi ocenjevalcev so pozitivni, v ustanovah je moč začutiti entuziazem zaposlenih za spodbujane dojenja. Porodnišnice na vseh ocenjevanih področjih v povprečju dosegajo visoke rezultate in izpolnjujejo standardne kriterije za »Novorojencem prijazne porodnišnice«, pa vendarle so tu koraki, ki nekako redko dosegajo visoke procente.

DEST KORAKOV K USPEŠNEMU DOJENJU

1. imeti pisna navodila o dojenju, s katerimi so seznanjeni vsi zdravstveni delavci
2. izobraziti zdravstvene delavce o postopkih, kako ta navodila uresničiti
3. poučiti vse nosečnice o prednostih dojenja in pravih postopkih
4. pomagati materam pričeti z dojenjem v prvih 30 minutah po porodu
5. pokazati materam kako dojiti in ohraniti mleko, če so ločene od otrok
6. dajati otroku tekočino ali mlečne nadomestke le iz medicinskih razlogov
7. uveljaviti »roming-in«, ki omogoča sožitje matere in otroka 24 ur na dan
8. spodbujati dojenje na zahtevo novorojenčka
9. ne dajali dudk dojenim otrokom
10. podpirati ustanavljanje skupin za spodbujanje dojenja po odpustu iz porodnišnice
11. korak - Mednarodni kodeks o trženju nadomestkov materinega mleka.

V reoceni porodnišnice obstaja tudi 11. korak, ki se glasi »Mednarodni kodeks o trženju nadomestkov materinega mleka«. Vodstveni delavci pokažejo račune o nabavi nadomestkov materinega mleka. Slediti je treba, če so se stroški zvišali in količina nabave, kot tudi da ne bi bilo doniranega ali podarjenega mleka.

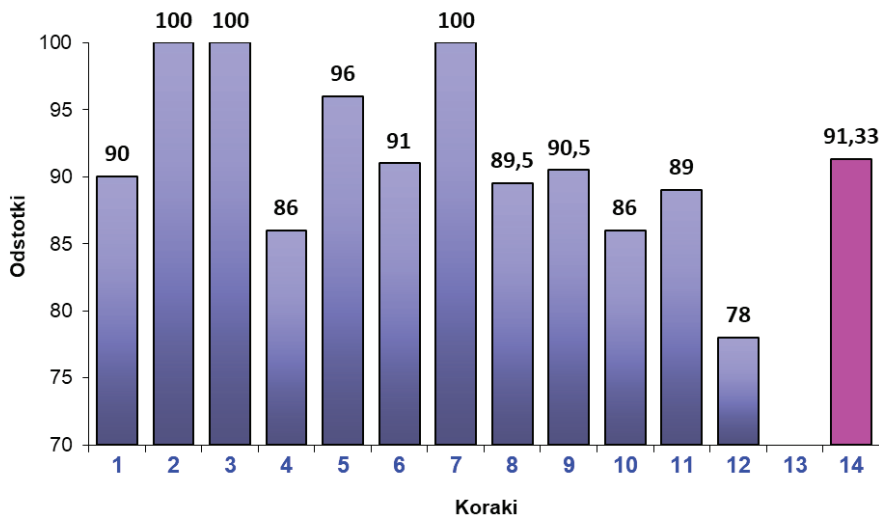
12. Korak – Materam prijazna oskrba.

Dodatni 12. korak zadeva materam prijazno oskrbo, ki jo osebje pozna in tudi udejanja. Nižji odstotek pri tem koraku je posledica tega, da ustanova nima postopkov za materam prijazno oskrbo opredeljenih tudi v svojih pravilih o dojenju. V 4. korak, o stiku kože na kožo takoj po porodu, ki naj traja vsaj eno uro, je v porodnišnici upoštevan, veljati pa mora ob ustrezni prilagoditvi materinemu stanju tudi po carskem rezu. A žal se opazi, da tega koraka dosledno ne izpolnimo velikokrat tudi pri normalnem fiziološkem porodu.

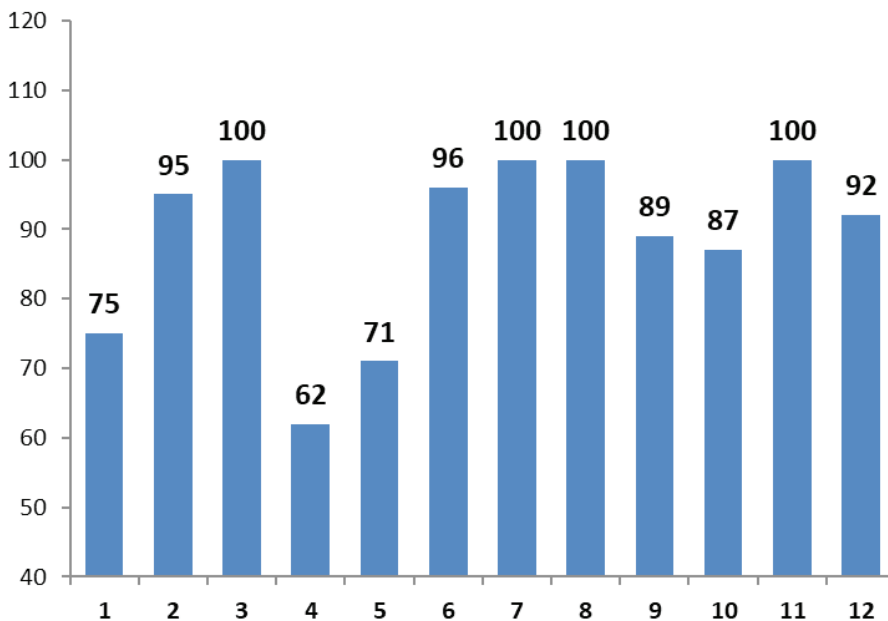
Pri 5. koraku je še vedno nekoliko v ozadju učenje mater ročnega izbrizganja mleka, kar je pomembna spretnost za ohranjanje laktacije in zdravja dojk. V reoceni pogosto nizek odstotek dobimo pri 8. koraku. Dojenje naj poteka po želji otroka. Pri 6. koraku so procenti zadovoljivi, a včasih, ko sem v drugi nalogi v isti hiši se sprašujem o pravilnosti tega koraka. Sobivanje otroka in matere 7. korak je pomemben za oba, pa vseeno ocenjevalci doživimo preepričevanja od strani zaposlenih, kako si matere ne želijo imeti otroke ob sebi. Vsako od omenjenih področij, ki so bila ocenjena z

nekoliko nižjimi odstotki, je zelo pomembno in ima lahko odločilen vpliv na začetek ter kasneje nadaljevanje uspešnega izključnega dojenja.

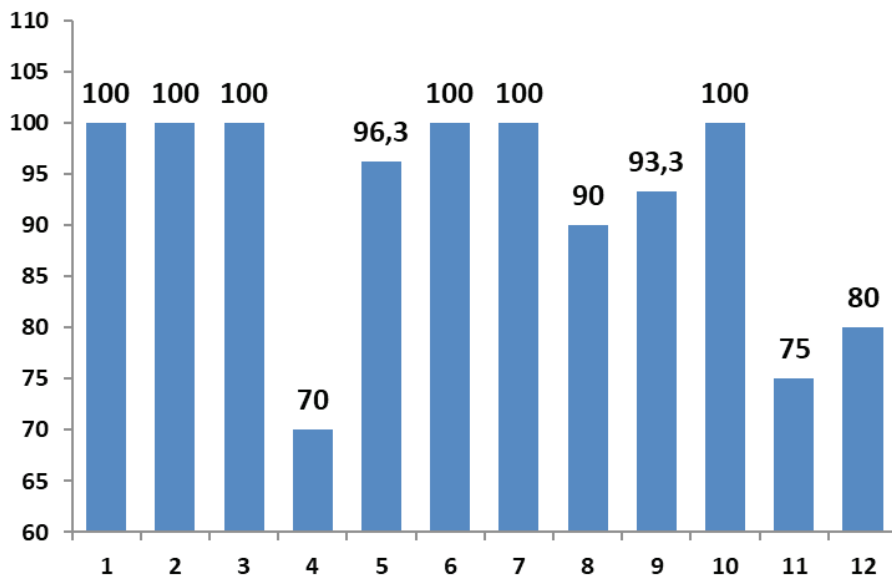
Slika 1: REOCENA V LETU 2012 (Unicef Slovenija)



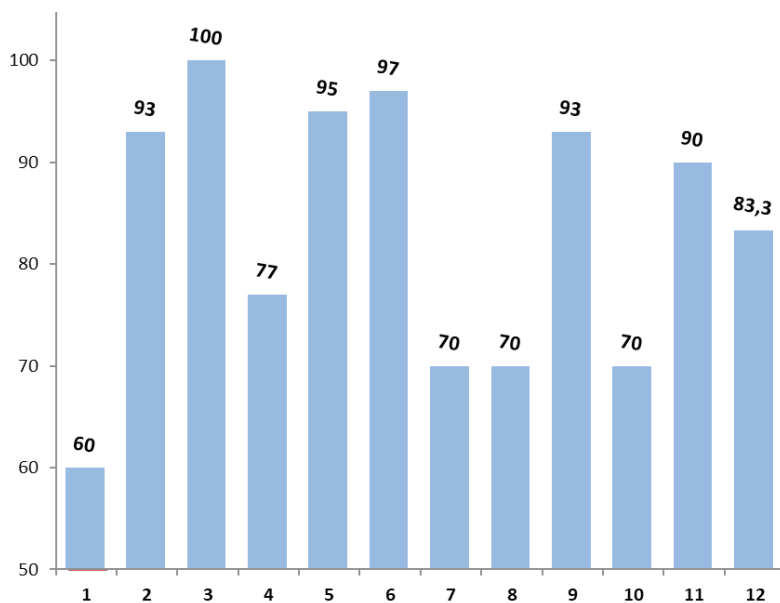
Slika 2: REOCENA V LETU 2013 (Unicef Slovenija)



Slika 3: REOCENA V LETU 2017



Slika 4: REOCENA V LETU 2018 (Unicef Slovenija)



Iz prikazanih grafov je razvidno, v katerem koraku se da še kaj narediti. Žal pa vidimo, da so to pogosto isti koraki. V uvodu je napisana podpora dojenju od strani SZO in UNICEF, samo slediti jim je treba. Dojenje ni samo to, da imamo prestižni naslov NPP in to da se izkazujemo in dokazujemo. Pri dojenju gre za zdravje otrok, mater, družin in posledično gre za vse nas, ker bomo imeli bolj zdravo populacijo.

Viri

Svetovanje za dojenje. WHO/CDR/93.5, UNICEF/NUT/93.3

Spodbujanje in podpora dojenju v NPP 2009,

NOSD 2014

Novo poročilo o umrljivosti novorojenčkov, februar 20. 2018 New York.

UNICEF 2018

Pomen dojenja za otroke, matere, družbo in okolje. B. Bratanič; Spodbujanje in podpora dojenja: Nacionalni odbor UNICEF-a Slovenija za spodbujanje dojenja; Slovenska fundacija za UNICEF, 2016

UNICEF Slovenija: Grafi - povzeti po reocenjevalnih poročilih za porodnišnice

UPORABA RITGENOVEGA MANEVRA ZA POROD PLODOVE GLAVICE IN OHRANITEV PERINEJA OB KONCU DRUGE PORODNE DOBE

Anže Čeh, mag. zdr. nege, dipl. bab., ing. zoot.

UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, KO za perinatologijo
anze.ceh@kclj.si

Uvod

V Sloveniji je v zadnjih letih opaziti precejšnje spremembe v pristopih pri varovanju perineja, ki se kaže v pomembnem zmanjšanju deleža epiziotomij, predvsem v nekaterih porodnišnicah. Tako je skrb za perinej med porodom postala v zadnjem času zelo pomembna, prav tako se tega vse bolj zavedajo tudi porodnice. Načinov za ohranitev perineja med porodom je veliko. Predvsem je pomembno kakovostno varovanje perineja. Eden od načinov kontroliranega poroda plodove glavice je tudi Ritgenov manever, ki se v Sloveniji ne uporablja, so pa v uporabi različne tehnike kontroliranega porajanja plodove glavice in posledično varovanja perineja, ki vsebujejo elemente omenjenega manevra in po izkušnjah posameznih babic lahko pripomorejo k manjši verjetnosti za poškodbo perineja.

Anatomija perineja

Za identifikacijo poškodb perineja je potrebno razumevanje njegovih anatomskih značilnosti. Presredek, ki se nahaja med spodnjim robom vagine in zgornjim robom anusa, sestavljata pretežno bulbospongiozna mišica (*m. Bulbocavernosus*) in prečna mišica presredka (*m. Transversus Perinei*). Puborektalna mišica (*m. Puborectalis*) in zunanji analni sfinkter sestavljajo dodatno plast mišic. Notranji in zunanji analni sfinkter ležita pod perinejem. Zunanji analni sfinkter sestavljajo skeletne mišice (Fraser & Cooper, 2009). Kompleks mišic in fibrinoznega tkiva analnega sfinktra se razteza na razdalji od 3 do 4 cm in je piramidne oblike. Apex, ki je najgloblji del, sestavlja fibrinozni del pubokokcigealne mišice (*m. Pubococcygeus*) in ga na tem mestu tudi prečka. Rektovaginalni septum, ki omogoča stabilizacijo perineja, je prekinjen v predelu križnice. Mobilnost mišičja perineja je velikega pomena predvsem med porodom, ko pride do precejšnje dilatacije (Fraser & Cooper, 2009).

Notranji analni sfinkter, ki prekriva in leži pod zunanjim analnim sfinktrom, je sestavljen iz gladkega mišičja in se nadaljuje v gladko mišičje debelega črevesa. Prav tako zagotavlja oporo in omogoča analni tonus, ki je bistvenega pomena za ohranjanje kontinence. Poškodbe analnega sfinktra so v tesni povezavi z analno inkontinenco (Herschorn, 2004).

Pomen varovanja perineja v drugi porodni dobi

Na področju obvarovanja perineja obstajajo različne tehnike za zmanjšanje medporodnih poškodb tkiva. Nekatere od teh tehnik se uporabljajo v času nosečnosti, kot je masaža perineja z oljem. Žal te metode niso preverjene in na dokazih temelječe (angl. evidence based), zato se na njih ne moremo zanašati. Večina teh tehnik se izvaja v času poroda, natančneje ob koncu druge porodne dobe. V svetu se v zadnjem času pojavljajo vprašanja o pomembnosti varovanja perineja v iztisni dobi. V zvezi s tem omenjajo dve metodi: "hands on" in "hands off". Običajna praksa v času druge porodne dobe, ko pride do t. i. "kronanja" plodove glavice je varovanje perineja oz. "hands on", z namenom ohranitve perineja oziroma zmanjšanja tveganja za poškodbo le-tega. K temu pristopu se nagiba veliko babic v Veliki Britaniji (Trochez in sod., 2011). Priporočilo Nacionalnega inštituta za zdravje in klinično odličnost (NICE, 2007), potrjeno tudi s strani angleškega kraljevega združenje babic (Royal College of Midwives - RCM) priporoča oba načina, kot enakovredna za spontani porod. Priporočilo temelji na dveh randomiziranih študijah, kjer so primerjali obe metodi ("hands on" in "hands off") ter ugotovili, da je najprimerneje, da babica roko samo približa perineju in v primeru hitre ekspanzije zadrži perinej in s tem prepreči poškodbo. Med obema skupinama ni bilo statistično pomembnih razlik v manjših poškodbah perineja (I. in II. stopnje), opažena je bila razlika v poškodbah perineja III. in IV. stopnje, in sicer je bilo v skupini, kjer perineja niso varovali ("hands off") statistično več poškodb analnega sfinktra (2,7 % proti 0,9 %) (Mayerhofer in sod., 2002). Načini vodenja poroda, vključujoč načine varovanja perineja, niso posebej določeni in predpisani, ne v Veliki Britaniji ne drugje po svetu in so predmet dobre prakse v posameznih porodnišnicah (Mayerhofer in sod., 2002).

Trochez, Waterfield in Freeman (2011) opisujejo povezavo med izkušnjami babic in uporabljeno tehniko varovanja presredka. Babice, ki so imele več kot pet let delovnih izkušenj, so med porodom bolj pogosto varovale perinej, kot babice z manj izkušnjami. Tradicionalni način vodenja druge porodne dobe vključuje varovanje perineja z iztegnjeno dlanjo in kontrolirano porajanje plodove glavice. Ko je glavica porojena, se z roko, ki je varovala perinej, le-tega umakne čez plodov obraz. Trochez, Waterfield in Freeman (2011) tudi priporočajo zelo upočasnen in kontroliran porod plodove glavice, brez varovanja perineja, zgolj z naslonjeno dlanjo ("angl. hand poised"). Glede opravljenih epiziotomij je bilo v zgoraj omenjeni raziskavi ugotovljeno, da je bilo v primeru, ko perinej ni bil varovan, epiziotomija opravljena v 37,1 %, v primeru varovanja perineja pa le v 21 % (Trochez in sod., 2011).

Do podobnih rezultatov so prišli v raziskavi, ki je vključevala 100 prvesnic z nizko tvegano nosečnostjo. Razdeljene so bile v dve skupini, pri eni je bil perinej aktivno varovan ("hands on"), pri drugi pa so iztisno dobo vodili zgolj s prislonjeno dlanjo v pripravljenosti ("hands poised"). V obeh skupinah so z drugo roko kontrolirano porajali glavico, v procesu kronanja. Ti dve skupini so medsebojno primerjali po obsegu perinealnih poškodb. Ugotovljeno je bilo, da bil odstotek opravljenih epiziotomij enkrat višji pri skupini z varovanim perinejem (84 % proti 40 %, $p = 0.001$),

statistično pomembna je bila tudi razlika v krvavitvah v četrti porodni dobi; 12 % v skupini, kjer je bil perinej varovan, in 4% pri tisti skupini, pri katerih ni bil varovan ($p = 0.04$) (Foroughipour in sod., 2011).

V Sloveniji ima varovanje perineja pomembno vlogo. Metode, s katero bi perinej zgolj podpirali s prislonjeno dlanjo v pripravljenosti ("hand-poised") in bi v primeru hitre ekspanzije pričeli z aktivnim varovanjem, v Sloveniji niso uvejavljene. Ena od metod, ki je pri nas v veljavi, je podpiranje perineja in obenem potiskanje plodove glavice proti anteriornemu delu, z namenom kontroliranega porajanja glavice. Metoda je uporabna, ko je v vnanjem spolovilu vidnega vsaj 5 cm vodilnega plodovega dela. S tem manevrom se pomaga pri ekstenziji glavice in s tem porajanju vodilnega plodovega dela z njegovim najmanjšim obsegom. Nekateri avtorji opisujejo metodi s prislonjeno dlanjo v pripravljenosti ("hand-poised") in metodo, ko se ne varuje perineja ("hands off") kot načina, pri katerih se na plodovo glavico ne izvaja dodatnega pritiska in sta s tega vidika manj stresna za plod. Pogostost poškodb perineja in porodni izidi pri "hands off" metodi so podobni kot pri modificiranem Ritgenovem manevru, le obsežnejše poškodbe perineja so redkejše, zlasti poškodbe III. stopnje (Trochez in sod., 2011).

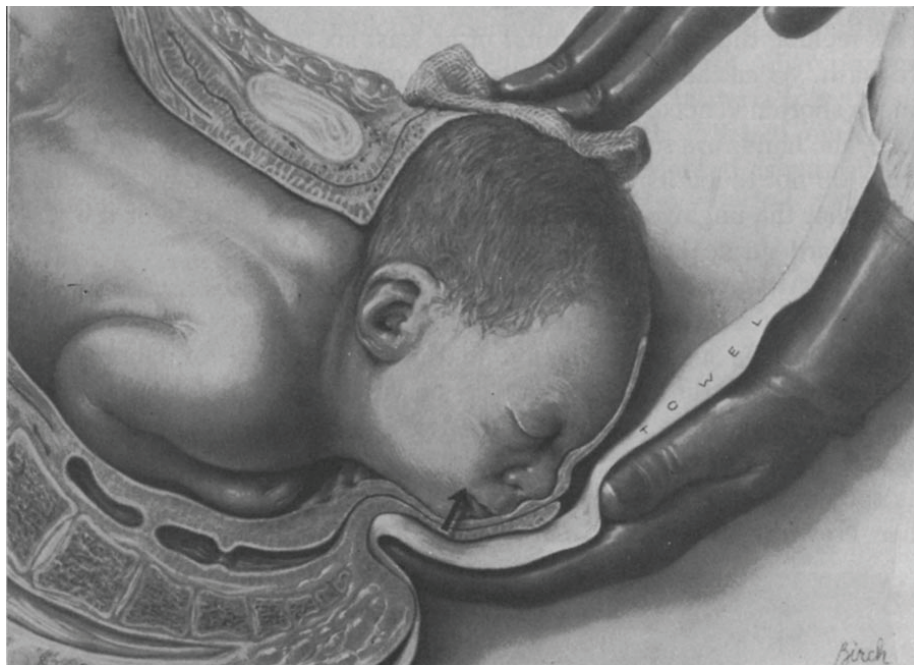
Ritgenov manever, kot pomoč pri porodu glavice

Ferdinand Avgust Marie Franz von Ritgen (1787–1867) je bil nemški zdravnik, ki je zaslužen za prijem – manever, za kontrolirano porajanje plodove glave. Omenjeni manever je tako poimenovan po njem. V literaturi je manever opisan kot pomoč pri porodu plodove glavice na način, ko babica ali porodničar vstavi dva prsta (kazalec in sredinec) v zadnjično odprtino in tako zatipa plodovo glavico. Pri tem s prsti izvaja tlak, ki je usmerjen navzgor (Cunningham, 2008). V kasnejših opisih je manever nekoliko modificiran, saj naj bi poseg izvajali preko kože.

Pri izvajanju manevra je pomembno, da se otrokova glava porodi pred pričetkom popadka, saj je na ta način porajanje glavice lahko kontrolirano s pomočjo leve roke. Cunningham (2008) navaja rezultate randomizirane študije za vrednotenje modificiranega Ritgenovega manevra (izvedenega med popadkom) in ga primerja s preprostim metodami za varovanje presredka. Pri več kot 1400 prvorodkah, ki so bile vključene v raziskavo, je ugotovil statistično neznačilno razliko med opazovanima skupinama. Pri prvi so namreč uporabljali klasično varovanje presredka, pri drugi pa modificirani Ritgenov manever. V prvi skupini je v 5,5 % prišlo do poškodb sfinktra, v drugi pa v 4,4 %. Te ugotovitve so pomembne, saj temeljijo na dokazih, hkrati pa je potrebno razumeti, da predvsem starejša populacija zagovarja uporabo Ritgenovega manevra, saj je bila to pred več kot 150 leti ustaljena praksa.

Tudi Jonsson in sod. (2008) navajajo podobne izsledke randomizirane kontrolirane študije, v kateri so primerjali Ritgenov manever s klasičnim varovanjem presredka. Ugotovljeno je bilo, da ni pomembnih razlik v izidu poroda, predvsem pa ni sprememb v pogostosti poškodb analnega sfinktra. Ritgenov manever je bil prvotno

opisan kot postopek za preprečitev poškodb presredka. Teoretično bi lahko manever med porodom plodove glave zaščitil analno mišico zapiralke, z usmerjanjem plodove glave proti anteriornemu delu, stran od mišice zapiralke, vendar pa gre pri tem posledično tudi za iztegovanje (ekstenzijo) plodovega vratu, kar lahko povzroči porod glave z večjim obsegom in povečevanje možnosti za poškodbo presredka. Prvotno so Ritgenov manever izvajali le med potiskanjem, to je med popadkom, kasneje pa se je doktrina spremenila in so ugotovili, da je mogoče doseči boljše rezultate, če se manever izvede, ko ni popadka (Jonsson in sod., 2008).



*Slika 1: Porod z modificiranim Ritgenovim manevrom
(povzeto po: Hellman & Pritchard, 2008).*

Williams Obstetrics. 14th ed. New York (NY): Appleton-Century-Crofts; 1971. Reproduced with permission from The McGraw Hill Companies. Cunningham. Randomized Trial to Study the Ritgen Maneuver. *Obstet Gynecol* 2008)

Zaključek

Vsekakor ugotovitve odpirajo nadaljnje potrebe po raziskovanju uporabnosti tega manevra, vsaj v nekaterih primerih, ko med porajanjem plodove glave potrebuje-

mo dodatno pomoč za defleksijo. Pri nas se Ritgenov maneuver ni uveljavil, prav tako ni vključen med vsebine pri študiju babištvu na Zdravstveni fakulteti .

Literatura

Cunningham, F., 2008. Randomized Trial To Study The Ritgen Maneuver. *ACOG*, 112 (2).

Foroughipour, A., Firuzeh, F., Ghahiri, A., Norbakhsh, V. & Heidari, T., 2011. The effect of perineal control with hands-on and hand-poised methods on perineal trauma and delivery outcome. *Journal Research Medical Science*, 16 (8), pp. 1040–6.

Fraser, D. & Cooper, M., 2009. *Myles Textbook for Midwives 15.ed.* Edinburgh: Elsevier.

Herschorn, S., 2004. Female pelvic floor anatomy: The pelvic floor, supporting structures and pelvic organs. *Review Urology*, 6 (5), pp. 2–10.

Jonsson, E., Elfaghi, I., Rydhstrom, H. & Herbst, A., 2008. Modified Ritgen's maneuver for anal sphincter injury at delivery: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 112 (2), pp. 212–7.

Mayerhofer, K., Bodner-Adler, B., Bodner, K., Rabl, M., Kaider, A. & Wagenbichler, P., 2002. Traditional care of the perineum during birth. A prospective, randomized, multicenter study of 1,076 women. *Journal of Reproductive Medicine*, 47 (6), pp. 477–82.

NICE, 2007. Intapartum Care: Care for healthy women and their babies during childbirth. *National Collaborating Centre for Women's and Children's Health*, pp. 156–89.

Trochez, R., Waterfield, M. & Freeman, R., 2011. Hands on or hands off the perineum: A survey of care of the perineum in labour (HOOPS). *International Urogynecology Journal*, 22 (10), pp. 1279–85.

Z ZELIŠČI DO LAŽJEGA PORODA

Angela Forštnerič, dipl.m.sestra-babica

SB Ptuj

Ključne besede: zelišča, uporaba zdravilnih rastlin, nosečnost, porod, priprava na porod, slabost, bruhanje, slabokrvnost, prebavne motnje, sečila, živci, mišice maternice, mehčanje materničnega vratu in medeničnih vezi, dobra psiho-fizična priprava, lažji porod, lepa porodna izkušnja, zdravje nosečnice

UVOD

Nosečnice spadajo v občutljivo skupino ljudi, kar se tiče preventivnega ali kurativnega terapevtskega obravnavanja z zdravilnimi rastlinami. Obstajajo številne zdravilne rastline, ki jih nosečnice znanstveno dokazano ne smejo uporabljati zaradi neželenih učinkov na plod ali nosečnico, za številne zdravilne rastline pa obstaja opozorilo ali prepoved jemanja zaradi nezadostnih znanstvenih raziskav in izsledkov v tej skupini. Kljub temu pa obstaja nekaj zdravilnih rastlin, ki nosečnicam lahko dokazano pomagajo in lajšajo porod, omejijo razne nosečniške tegobe in ugodno vplivajo na samo nosečnost. Nekaj izmed teh rastlin bomo v nadaljevanju obravnavali.

VSEBINA

Zelišča so že stoletja prisotna za lajšanje težav v nosečnosti in med porodom. V sedanjem času narašča priljubljenost uporabe zelišč tako med nosečnicami, kot tudi med babicami.

V času nosečnosti se nosečnice v prvem trimesečju soočajo s slabostjo, ki jo pogosto spremlja tudi bruhanje. V tem času si lahko te vrste tegob lajšajo s koreniko Ingverja (*Rhizoma zingiberis*), ki preprečuje razne vrste slabosti, tudi nosečniško. Zraven tega ima pozitivne vplive na reguliranje prebave, lajša prebavne krče in napihnjenost. Je tudi dober antiseptik in pomaga pri prehladnih in gripoznih obolenjih. Nosečnice ga naj uživajo v obliki poparka 1-3x dnevno ali v obliki končnih pripravkov na tržišču.

Proti slabosti pa pomaga tudi list Poprove mete (*Mentha piperita*), ki ima podobne zdravilne učinke, čeprav deluje z drugimi zdravilnimi učinkovinami in po drugih mehanizmih. Nosečnice jo lahko prav tako pijejo po potrebi v obliki poparka, saj so alkoholni izvlečki (tinkture) v nosečnosti odsvetovani.

Pogosto spremlja nosečnost tudi slabokrvnost ali pa se z njo soočajo po porodu. Pri tem najlažje pomagamo po naravni poti tako, da ji svetujemo 2-3x dnevno uživanje

čaja iz Velike koprive (*Urtica dioica*) ali izvlečke iz nje, ki ne vsebujejo alkohola. Vsebuje namreč večje količine železa v organski obliki, ki se v prebavnem traktu dobro absorbira. Zraven tega pospešuje odvajanje odvečne vode iz telesa, na ta način čisti sečila ter deluje proti zatekanju, ima pa še tudi druge pozitivne zdravilne učinke.

Ker so nosečnice pogosto zaskrbljene, razdražljive, nemirne, slabo spijo, je idealna pomoč mlečna zel Ovsa (*Avena sativa*). Čaj ali izvlečki iz mlečne zeli ovsas so bogati s snovmi, ki pomirjajo, hranijo in krepijo živčevje. Bogat nabor vlaknin pa pripomore k boljši prebavi in s tem k zmanjševanju drugih težav. Mlečna zel ovsas vsebuje tudi večje količine kalcija in magnezija v idealnem razmerju, kar krepi mišice, kosti in zobe nosečnice.

Ko nosečnost preide v zadnje trimesečje, nosečnica vedno bolj premišljuje, kako bo rodila. Na sam potek poroda dokazano vpliva uživanje čaja iz Malinjaka (*Rubus idaeus*). V tem obdobju ji svetujemo uživanje poparka 2-3x dnevno do konca poroda. Mladi listi malinjaka spodbujajo tonus mišic maternice in tako skrajšajo drugo porodno dobo. Njegove učinkovine pa po drugi strani mehčajo maternični vrat in medenične vezi. Zraven tega je malinjak poln mineralov in vitaminov.

V teku samega poroda lahko na sam maternični vrat nanašamo olje Dvoletnega svetlina (*Oenothera biennis*). Njegovo olje je polno specifičnih nenasičenih maščobnih kislin. Spodbuja tvorbo prostaglandinov, ki delujejo protivnetno, mehčajo maternični vrat in skrajšajo porod.

Govorili bili lahko še o marsikateri drugi zdravilni rastlini, a smo se osredotočili na poglavitne zdravilne rastline, ki lahko koristijo nosečnosti na razne načine.

ZAKLJUČEK

Za lepo porodno izkušnjo je potrebna dobra psihofizična priprava. Zanj poskrbi mama s svojimi nasveti, dobra družba prijateljic, kvalitetna literatura, ugodno družinsko in partnersko okolje ter dobra šola za starše in izbrani ginekolog.

Del priprave pa lahko vključuje tudi uporabo zelišč, kjer pa niso vsa primerna za uporabo v nosečnosti in je pred uporabo potreben posvet s strokovnjakom. Kadar ga je nosečnica deležna, lahko uporaba zdravilnih rastlin v različnih obdobjih nosečnosti psihofizično pripomore k boljšemu zdravju in počutju nosečnice, lažjemu porodu in lepši porodni izkušnji.

EMPATIČNA IZČRPANOST IN IZGORELOST KOT MOŽNA VZROKA NEPRIMERNE SKRBI ZA ŽENSKE MED PORODOM

Compassion fatigue and burnout as possible causes of mistreatment of women during childbirth

Martina Potisek, dipl. bab.

Pred. Tita Stanek Zidarič, dipl. bab., MSc (UK), IBCLC

tina.potisek@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Po svetu narašča število raziskav o izkušnjah žensk, med porodom deležnih neprimerne skrbi. Zdravstveni delavci imajo etično, pravno in profesionalno dolžnost zagotavljati varno, kakovostno in spoštljivo skrb, a jih pri tem onemogočajo razmere in sistem. **Metode:** Uporabljen je bil sistematičen pregled domače in angleške strokovne znanstvene literature, najdene s pomočjo baz podatkov, kot so Academic Search Complete, Cinahl, Medline in SocINDEX, vzajemne kataložne bibliografske baze podatkov COBIB.SI in digitalne knjižnice Slovenije dlib.si. Iskanje je potekalo s pomočjo ključnih besed in besednih zvez kot so: childbirth, mistreatment, midwifery, burnout, autonomy (v angleščini) oziroma porod, neprimerna skrb, babištvo, izgorelost, avtonomija (v slovenščini). **Rezultati:** Izpeljane so bile 4 kategorije in sicer: oblike neprimerne skrbi in njene posledice, organizacija dela in model obporodne obravnave, izgorelost ter empatija in empatična izčrpanost. **Diskusija:** Večina zdravstvenih delavcev želi zagotavljati spoštljivo, dostojno in žensko osredičeno obporodno obravnavo, a jih pri tem mnogokrat ovirajo razmere in sistem, kar prepoznajo tudi ženske. **Zaključek:** Preobremenjenost, izmensko delo ter visoko empatična narava dela pogosto privedeta do izgorelosti in/ali empatične izčrpanosti, ki vplivajo na varnost in kakovost skrbi.

Ključne besede: medikalizacija poroda, travmatičen porod, stres, izgorelost, empatična izčrpanost

ABSTRACT

Introduction: There is an increasing number of research reporting of women experiencing various forms of mistreatment during childbirth. Although healthcare professionals are ethically, legally and professionally obliged to provide safe, high quality and respectful care, they are undermined by the system and its conditions. **Methods:** A systematic review of scientific and professional literature in Slovene and English was used. The search was conducted using the Academic Search

Complete, Cinahl, Medline in SocINDEX databases, the cooperative bibliographic system COBIB.SI and the digital library dlib.si. Keywords such as childbirth, mistreatment, midwifery, burnout, autonomy oziroma porod, neprimerna skrb, babištvo, izgorelost, avtonomija were used. **Results:** Four categories were identified: forms of mistreatment and their consequences, working conditions and model of care, burnout and empathy and compassion fatigue. **Discussion:** Most of the healthcare professionals wish to provide women with respectful, dignified and women-centered care but are often constrained by the system and the working conditions, which is also acknowledged by women. **Conclusion** Work overload, shift work and a need for empathetic work can often lead to the development of burnout and/or compassion fatigue, which negatively affect safety and quality of care.

Key words: medicalization of childbirth, traumatic birth, stress, burnout, compassion fatigue

UVOD

Leta 2014 je Svetovna zdravstvena organizacija na podlagi naraščajočega števila raziskav in poročil o izkušnjah žensk, ki so bile v času nosečnosti in poroda v zdravstvenih ustanovah deležne nespoštljive, žaljive, celo nasilne ali pa malomarne obravnave, objavila uradno izjavo, s katero je poudarila pravice vsake ženske do najvišjega možnega standarda zdravja, med katere spada tudi pravica do dostojne, spoštljive oskrbe (WHO, 2014). Ženske se zadnja desetletja z namenom zagotavljanja ustrezne nege in nudenja pomoči, če bi bila ta potrebna, spodbuja k rojevanju v temu namenjenim zdravstvenih ustanovah. In čeprav pri nižanju svetovne maternalne umrljivosti prihaja do napredkov, se ugotavlja, da žal porod v teh ustanovah še ne pomeni tudi kakovostne oskrbe. O razširjenosti neprimerne skrbi in zlorab med porodom v zdravstvenih ustanovah namreč govori vse več poročil in raziskav iz držav vseh svetovnih regij. Njihovi izsledki kažejo, da gre za široko razširjen, pogost in globalen pojav, ki mu botrujejo različni dejavniki, kaže pa se na različne načine (WHO, 2018; Sando, et al., 2017; Molina, et al., 2016).

Tako moški kot ženske lahko, kljub temu da so bili deležni zdravstveno in tehnično neoporečne zdravstvene obravnave, le-to doživljajo kot neprimerno in ponižujočo, celo kot zlorabo (Brüggemann & Swahnberg, 2013). Percepcija zlorabe v zdravstvu je subjektivna, nanjo pa vplivajo pričakovanja posameznika o negi, ki naj bi jo prejel. Nosečnice in porodnice naj bi bile zato najbolj ranljive, saj naj bi imele najvišja pričakovanja (Beck, 2018; Lukasse, et al., 2015). Brüggeman in Swahnberg (2013) sta med ugotavljanjem dejavnikov, ki vodijo v dojetanje zdravstvene obravnave kot neprimerne, kot krovni dejavnik identificirali izgubo moči pacienta, do česar pride zaradi štirih identificiranih poddejavnikov, in sicer: 1) ranljivosti pacienta; 2) pacientovih kompetenc oziroma njegovega poznavanja lastnega telesa, zdravstvenega sistema in njegovih pravic; 3) nadrejenosti zdravstvenega osebja; 4) strukturnih omejitev oziroma organizacije dela, pomanjkanja kadra in sredstev.

Zdravstveni delavci imajo etično, pravno in profesionalno dolžnost ženskam zagotavljati ne le varno, temveč tudi spoštljivo skrb, in čeprav si večina zdravstvenih delavcev želi zagotavljati spoštljivo, dostojno in žensko-osredičeno obporodno obravnavo, jih pri tem onemogočajo razmere in sistem (WHO, 2018; Reed, et al., 2017).

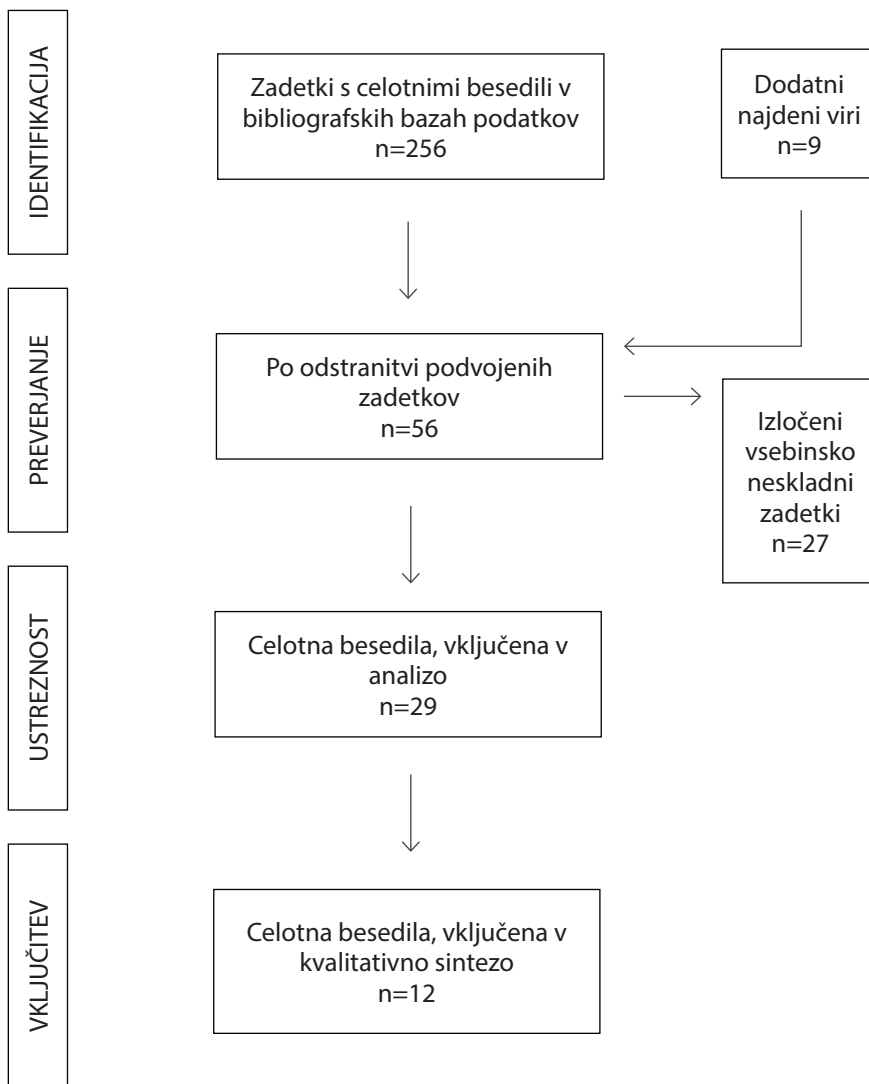
Zanimalo nas je, kako obstoječ zdravstveni sistem vpliva na babice in druge zdravstvene delavce pri nujenju spoštljive, dostojne in žensko osredičene obporodne obravnave. Namen prispevka je analizirati obstoječo strokovno in znanstveno literaturo ter predstaviti različne oblike neprimerne skrbi za ženske v času poroda, predvsem v povezavi z neustreznim delovnim okoljem zdravstvenih delavcev oziroma pogoji zdravstvenega sistema. Hkrati pa tudi predstaviti različne oblike neprimerne skrbi za ženske med porodom in njihove posledice za žensko, predstaviti dejavnike zdravstvenega sistema, ki vplivajo na babice in kakovost njihovega dela oziroma skrbi, ki jo nudijo ženskam v času poroda.

METODE

Pri pripravi prispevka je bil uporabljen sistematičen pregled strokovne in znanstvene literature v slovenskem in angleškem jeziku s področja neprimerne skrbi za ženske med porodom. Za iskanje literature smo uporabili iskalnike in baze podatkov Academic Search Complete, Cinahl, Medline in SocINDEX, dostopnih preko podatkovne zbirke EBSCOhost, vzajemne kataložne bibliografske baze podatkov COBIB.SI in digitalne knjižnice Slovenije dlib.si. Iskanje je potekalo v slovenskem in angleškem jeziku s pomočjo ključnih besed in besednih zvez kot so: childbirth, mistreatment, midwifery, burnout, autonomy oziroma porod, neprimerna skrb, babištvo, izgorelost, avtonomija.

Da bi zožili število najdenih zadetkov, smo jih omejili na v celoti dostopna besedila, objavljena od leta 2009 dalje. Po odstranitvi podvojenih zadetkov je ostalo 53 polno dostopnih besedil, od katerih smo jih zaradi vsebinske neskladnosti izločili še 27. Pri pisanju prispevka je bilo uporabljenih 29 besedil, od teh smo jih v končno kvalitativno sintezo vključili 12 (Slika 1).

V kvalitativno sintezo je bilo vključenih 12 člankov, prikazanih v Tabeli 1. Izpeljali smo štiri kategorije, in sicer 1) oblike neprimerne skrbi in njene posledice, 2) delovno okolje in model obporodne obravnave, 3) empatija in empatična izčrpanost in 4) izgorelost.



Slika 1: Rezultati pregleda literature

Avtorji/ Authors	Metodologija/ Methodology	Namen/Aim	Vzorec/ Sample	Ugotovitve/ Findings
Beaumont, et al., 2016	Kvantitativna metoda	Raziskati povezave med različnimi oblikami sočutja in empatično izčrpanostjo ter izgorelostjo pri študentkah babištva	103 študentke babištva v Združenem Karaljestvu	Pojav empatične izčrpanosti je pogost, ugotovljene so bile pozitivne korelacije med visoko samokritičnostjo študentk in pojavom empatične izgorelosti
Beck, 2018	Kvalitativna raziskava	Ugotoviti oblike in frekvence neprimerne skrbi za ženske med porodom v razvitih državah.	40 žensk z izkušnjo travmatičnega poroda, ki prihajajo iz držav z visokim dohodkom.	Oblike neprimerne skrbi skladne z oblikami raziskav v državah z nizkimi dohodki.
Bohren, et al., 2015	Kombinirana metoda	Razviti tipologijo oblik neprimerne skrbi, ki bo aplikativna pri nadaljnjem razvoju orodij za merjene neprimerne skrbi za ženske med porodom.	Sistematični pregled.	Kvalitativna sinteza poda 7 kategorij neprimerne skrbi za ženske med porodom s podskupinami. Kvantitativna sinteza ni bila mogoča.
Bowser & Hill, 2010	Kvalitativna metoda	Identificirati oblike, dejavnike in posledice nespoštovanja in zlorab žensk med porodom, ter intervencije za preprečevanje.	Pregled literature, 9 poglobljenih intervjujev, strukturirana razprava fokusne skupine.	7 kategorij nespoštovanja in zlorab žensk med porodom. Opisani dejavniki ter intervencije.
Creedy, et al., 2017	Kombinirana metoda	Ugotoviti prevalenco izgorelosti med Avstralskimi bobicami	1037 avstralskih bobic in bobicarjev.	Splošna prevlanca bobic z zmerno izgorelostjo je znašala 36,4%. Okrog 20% bobic je poročalo o zmernih do težjih oblikah depresije.

Leinweber & Rowe, 2010	Kvalitativna metoda	Predstaviti pomen empatije v odnosu med babico in žensko ter možne posledice za babico.	Pregled literature.	Visoka mera empatije, potrebna za kvalitetno obravnavo ženske med porodom predstavlja tveganje za pojav različnih travmatskih stresov za babico.
Mannava, et al., 2015	Kvalitativna metoda	Ugotoviti povezave med odnosom in vedenjem zdravstvenega osebja ter kvaliteto obporodne obravnave.	Sistematičen pregled literature.	Zdravstveni sistemi in kadrovske omejitve močno vplivajo na odnos zdravstvenih delavcev in posledično rezultate zdravstvene obravnave.
Mollart, et al., 2013	Kombinirana metoda	Ugotoviti incidenco in stopnjo z delom povezanega stresa in izgorelosti.	56 diplomiranih babic.	60,7% babic poroča o empatični izčrpanosti. Pomembni dejavniki so bili starost, delovne izkušnje, izmensko delo ter rekreacija.
Nolte, et al., 2017	Kvalitativna metoda	Predstaviti pojav empatične izčrpanosti v zdravstvenih in babiški negi.	Metasinteza strokovnih in znanstvenih člankov.	Empatična izčrpanost predstavlja nezmožnost skrbeti za druge.
Reed, et al., 2017	Kombinirana metoda	Ugotoviti, kolikšen delež travmatskih porodov je povzročen z odnosom in dejanji zdravstvenega osebja.	748 žensk s travmatsično izkušnjo poroda s celega sveta.	Odnos in dejanja zdravstvenega osebja so bili kot vzrok navedeni v 66,7%.
Rice & Warland, 2013	Kvalitativna metoda	Raziskati izkušnje babic s travmatsičnimi porodi žensk.	Individualni intervjuji z 10 babicami.	Zaradi visoke stopnje empatije v odnosih z žensko tudi babice nosijo čustvene posledice travmatsičnih porodov žensk.
Sorenson, et al., 2016	Kvalitativna metoda	Preučiti pojav empatične izčrpanosti pri različnih profilih zdravstvenih delavcev	Sistematičen pregled literature.	Empatična izčrpanost je pogost pojav, najpogosteje opisan pri babicah, zdravnikih in medicinskih sestrah.

Tabela 1: Seznam v kvalitativno sintezo vključenih člankov.

REZULTATI

V poglavju rezultati so predstavljene oblike neprimerne skrbi in njene posledice, pomen delovnega okolja v povezavi z modelom obporodne obravnave ter glavne posledice empatične izčrpanosti in izgorelosti.

OBLIKE NEPRIMERNE SKRBI IN NJENE POSLEDICE

Neprimerna skrb (angl. mistreatment) je v raziskavah različno kategorizirana in definirana. Avtorji poudarjajo, da se oblike in kategorije med seboj prekrivajo ter da je jasne ločnice težko postaviti (Savage & Castro, 2017; Bohren, et al., 2015; Bowser & Hill, 2010). Definicije neprimerne skrbi sta se med prvimi lotili Bowser in Hill (2010), ki sta po pregledu in analizi obsežne količine virov identificirali sedem kategorij nespoštljive obravnave in zlorab med porodom: 1) fizična zloraba; 2) izvajanje posegov brez informiranega pristanka; 3) pomanjkanje zaupnosti med žensko in izvajalci; 4) nedostojanstvena, poniževalna obravnava; 5) diskriminacija; 6) malomarnosti in opustitev skrbi; 7) zadrževanje ženske v ustanovi proti njeni volji. Pomanjkljivost te kategorizacije je, da opisuje le tipe zlorab, ne pa tudi karakteristik vedenj zdravstvenega osebja, pogojev zdravstvenih ustanov in drugih dejavnikov (Freedman, et al., 2014).

Bohren in sodelavci (2015) so tipologiji, ki sta jo naredili Bowser in Hill, v svojem sistematičnem pregledu dodali še medosebne odnose ter dejavnike zdravstvenih ustanov in sistema. Tako so dobili sedem krovnih skupin: 1) fizična zloraba; 2) spolna zloraba; 3) verbalna zloraba; 4) stigmatiziranje in diskriminacija; 5) neupoštevanje ali kršenje strokovnih standardov nege; 6) neustrezni odnose med žensko in osebjem; 7) pogoji in omejitve zdravstvenega sistema. Skupaj s podskupinami je kategorizacija Bohrenove in sodelavcev predstavljena v Tabeli 2.

V več raziskavah je bilo ugotovljeno, da so odnos, besede in način dela zdravstvenih delavcev (babič, zdravnikov, medicinskih sester) najpogosteje vzrok dojetanja porodne izkušnje kot negativne ali travmatične, in ne sam način poroda (npr. carski rez, vakuumska ekstrakcija) (Beck, 2018; Reed, et al., 2017; Greenfield, et al., 2016; Elmir, et al., 2010).

Glavna posledica neprimerne obporodne skrbi je doživljanje poroda kot travmatične izkušnje. V nadaljnjem življenju le-ta predstavlja velik negativen dejavnik ne le za žensko, temveč tudi za njenega partnerja, otroka, širšo družino in prijatelje. Travmatična izkušnja poroda lahko ovira razvoj navezanosti med materjo in otrokom, negativno vpliva na kvaliteto partnerskih odnosov ter povzroča razvoj različnih oblik psiholoških motenj pri ženski (tesnobne motnje, depresija, post-travmatski stresni sindrom in post-travmatska stresna motnja) (Reed, et al., 2017; Greenfield, et al., 2016; Elmir, et al., 2010). Med ženskami s preteklo travmatično izkušnjo poroda je že zaznana znižana rodnost in pa višja stopnja carskih rezov pri tistih, ki se odločijo za ponovno nosečnost. Pretekle negativne izkušnje imajo tudi korenit vpliv na nadaljnje izbire ženske o mestu, načinu in vrsti oskrbe ob porodu (Greenfield, et al., 2017; Molina, et al., 2016; Bohren, et al., 2015).

Tabela 2: Tipologija neprimerne skrbi za ženske med porodom (Bohren, et al., 2015).

TRETJI RED	DRUGI RED	PRVI RED
FIZIČNA ZLORABA	Uporaba sile	Udarci, klofute, brce, ščipanje
	Fizično omejevanje gibanja	Privezovanje na posteljo, mašenje ust
SPOLNA ZLORABA	Spolna zloraba	Spolna zloraba ali posilstvo
VERBALNA ZLORABA	Groba govorica	Nevljuden, nesramen, osoren jezik oziroma izrazje
		Obsojajoče opazke, predsodki
	Grožnje in okrivljanje	Grožnje z odrekanjem pomoči in slabimi izidi
		Okrivljanje za slabe izide
STIGMATIZIRANJE IN DISKRIMINACIJA	Diskriminacija na podlagi družbeno-demografskih lastnosti	Etnična pripadnost, rasa, veroizpoved
		Starost
		Družbenoekonomski status
	Zdravstvena stanja	HIV status
NEUPOŠTEVANJE ALI KRŠENJE STROKOVNIH STANDARDOV NEGE	Informiran pristanek in načelo zaupnosti	Neustrezen proces pridobivanja informiranega pristanka
		Kršenje načela zaupnosti
	Pregledi in postopki	Boleče vaginalne preiskave
		Odrekanje lajšanja bolečine
		Izvajanje operativnih posegov brez podanega pristanka
	Malomarnost in opustitev zdravljenja	Malomarnost, odlašanje ali opustitev nege in zdravljenja
		Odsotnost zdravstvenega osebja v času iztisa

NEUSTREZNI ODNOSI MED ŽENSKO IN OSEBJEM	Neučinkovita komunikacija	Slaba komunikacija
		Neupoštevanje pomislekov ženske
		Težave z jezikom in razumevanjem
		Slab odnos osebja
	Pomanjkanje čustvene podpore	Pomanjkanje čustvene podpore s strani osebja
		Odrekanje prisotnosti spremljevalcev
	Izguba avtonomije	Obravnava žensk kot pasivnih udeležencev poroda
		Odrekanje hrane in vode med porodom
		Nespoštovanje želja žensk glede porodnega položaja
		Nespoštovanje tradicionalnih, kulturnih praks
		Objektivizacija žensk
		Zadrževanje v ustanovi
	POGOJI IN OMEJITVE ZDRAVSTVENEGA SISTEMA	Pomanjkanje sredstev
Kadrovske omejitve		
Pomanjkanje kadra		
Omejitve preskrbljenosti z materialom		
Pomanjkanje zasebnosti		
Pomanjkanje strategij		Pomanjkanje postopkov za pritožbo
Kulturne prakse ustanove		Podkupovanje in izsiljevanje
		Nejasni ceniki
		Nerazumne zahteve osebja

DELOVNO OKOLJE IN MODEL OBPORODNE OBRAVNAVE

V literaturi stresorje zdravstvenih poklicev v splošnem delijo v tri kategorije, in sicer osebne, medosebne (odnosi z zdravniki, drugimi bobicami, medicinskimi sestrami, nadrejenimi kadri ter ostalimi zaposlenimi) ter stresorje delovnega okolja oziroma organizacijske stresorje (preobilica dela, izmensko delo, nadure, kadrovska podhranjenost, pomanjkanje avtonomije pri delu...) (Banovcinova & Baskova, 2014). Več avtorjev ugotavlja, da neoptimalno urejen zdravstveni sistem negativno vpliva na kakovost skrbi. Tako ženske kot zaposleni so poročali, kako je na zaposlene in posledično kakovost skrbi vplivala organizacija dela: zaposleni so bili opisani kot preobremenjeni, iztrošeni ter podplačani, posledično so nemotivirani, demoralizirani in negativno nastrojeni (Bohren, et al., 2015; Mannava, et al., 2015; Banovcinova & Baskova, 2014; Knežević, et al., 2011; Bowser & Hill, 2010). Več študij opozarja tudi na pomen medosebnih odnosov znotraj ožjega in širšega kolektiva. Slabi odnosi med zaposlenimi, pomanjkanje podpore in nadzora vodstvenih kadrov, hierarhični konflikti med zdravniki in bobicami negativno vplivajo na odnos zaposlenih do dela ter odnos do žensk (Nolte, et al., 2017; Bohren, et al., 2015; Mannava, et al., 2015; Knežević, et al., 2011). Predvsem babice zaposlene v bolnišnicah pogosteje poročajo o mobingu, nadlegovanju in ustrahovanju na delovnem mestu, tako s strani sodelavcev kot nadrejenih (Creedy, et al., 2017; Banovcinova & Baskova, 2014; Rice & Warland, 2013).

Pri Svetovni zdravstveni organizaciji opozarjajo, da prevladujoč, torej medikaliziran in visoko intervenističen model obporodne oskrbe izredno obremenjuje zaposlene, poleg tega pa tudi večja rabo opreme, zdravil in drugih resursov. Babice in zdravniki v takem modelu obporodne obravnave so preobremenjeni, prezaposleni in iztrošeni (WHO, 2018). Veliko avtorjev poudarja pomen organizacije perinatalnega zdravstvenega sistema v obliki kontinuirane babiške obravnave ter povečanje avtonomije babištva (Beck, 2018; WHO, 2018; Jenkinson, et al., 2017; Reed, et al., 2017; Miller, et al., 2016; Lukasse, et al., 2015; Rice & Warland, 2013; Elmir, et al., 2010). Miller in sodelavci (2016) poudarjajo, da optimalno organizacijo obporodnega zdravstva predstavlja babiško vodena oskrba, tako v okviru bolnišnic kot samostojnih babiških centrov, saj ima poleg najmanjšega števila intervencij tudi najboljše rezultate in najnižje stroške.

EMPATIJA IN EMPATIČNA IZČRPANOST

V babiškem poklicu predstavlja empatija ključno in najpomembnejšo vlogo. Vključena je v številne etične kodekse in smernice, sposobnost empatične komunikacije kot ključno merilo dobre babice pa poudarjajo tudi pri Mednarodnem združenju bobic (Zaletelj, 2018; Rice, Warland; 2013). Empatični odnos med babico in žensko bobic olajša pridobivanje anamneze, poleg tega pa tudi zmanjšuje stopnjo zdravstvenih napak. Obstajajo različne definicije empatije, ki bi jih lahko povzeli kot zmožnost razumevanja in spoznavanja čustev in psihičnega stanja bližnje osebe,

ki v nas sproži občutek socialne odgovornosti za ljudi, ki so potrebni naše pomoči. Je del čustvene inteligence in eden bistvenih elementov medsebojnih odnosov (Zaletelj, 2018; Rice & Warland, 2013). A prav zaradi čustvenega vložka v svoje delo z ženskami so babice podvržene pojavu empatične izčrpanosti (Beaumont, et al., 2015; Rice & Warland, 2013).

Pojem empatične izčrpanosti bi lahko na kratko opisali kot čustveno utrujenost, zaradi katere oseba ni več zmožna skrbeti in sočustvovati za drugo osebo (Rice & Warland, 2013; Leinweber & Rowe, 2010). Najpogosteje je opisana kot posledica ponavljajoči se izpostavljenosti interakcij z ljudmi, ki so v neki stiski in potrebujejo visoko raven empatičnega dela (Sorenson, et al., 2016). Simptomi, ki jih čutijo osebe, ki trpijo za empatično izčrpanostjo poleg pomanjkanja sočutja segajo vse od motenj spanja in koncentracije, strahu, tesnobe, razdražljivosti in jeze, bolečin v mišicah, splošne izčrpanosti, prekomerne vzdražljivosti na dražljaje, brezupa, nemotiviranosti, izogibanja delu ali določenim situacijam in izolacije. Povečana je tudi uporaba alkohola in tobačnih izdelkov (Sorenson, et al., 2016; Beaumont, et al., 2015).

Empatična izčrpanost predstavlja dejavnik tveganja za pacientovo varnost, nesreče pri delu in nižjo kakovost oskrbe, poleg tega pa ima negativen vpliv tudi na organizacijo in stroške dela: empatična izčrpanost povečuje verjetnost za strokovne napake, absentizem, bolniške odsotnosti in opuščanje poklica (Nolte, et al., 2017; Henson, 2017; Leinweber & Rowe, 2010). Nekateri avtorji številna poročanja o neprimerni skrbi med porodom (in drugih področjih zdravstvene obravnave) povezujejo s povečanim pojavom empatične izčrpanosti (Nolte, et al., 2017; Bohren, et al., 2015).

V raziskavah poleg prekomerne delovne obremenitve in pomanjkanja osebja kot glavni vzrok ali dejavnik za nastanek empatične izčrpanosti navajajo pomanjkanje znanja in veščin za delo, omejene možnosti razvoja in napredovanja ter avtonomije pri delu (Creedy, et al., 2017; Henson, 2017; Nolte, et al., 2017; Bohren, et al., 2015; Leinweber & Rowe, 2010). Večje tveganje za nastanek empatične izčrpanosti je bilo ugotovljeno pri mlajših oziroma manj izkušenih babicah ter tistih, ki izkazujejo večjo mero samokritičnosti (Sorenson, et al., 2016).

Avtorji si sicer niso enotni, ali je empatična izčrpanost simptom, posledica ali vzrok izgorelosti, je pa v večji meri povezana z neujemanjem delovnih vrednot babice in neskladnostjo ciljev in načina dela med babico in institucijo oziroma sistemom. Poudarjajo, da je potrebna bolj natančna konceptualizacija pojma empatična izčrpanost, predvsem zaradi prekrivanja s pojmi kot so sekundarna travmatizacija ter izgorelost (Reed, et al., 2017; Sorenson, et al., 2016).

IZGORELOST

Koncept izgorelosti je bil prvič opisan v 70. letih prejšnjega stoletja, prav pri poklicih v zdravstvu, socialnem varstvu ter poučevanju – torej poklicih dela z ljudmi. V mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB-10) je danes diagnoza izgorelosti opisana kot

»stanje življenjske izčrpanosti« (NIJZ, 2015). Glede na raziskave na Švedskem, Norveškem, v Združenem kraljestvu in Avstraliji prevalenca zmerne do visoke izgorelosti med babcami znaša kar od 20-59%, poleg tega pa je povezana tudi z drugimi z drugimi duševnimi motnjami, predvsem tesnobo in depresijo (Creedy, et al., 2017). V literaturi je izgorelost definirana v treh dimenzijah, in sicer

- dimenziji izčrpanosti, v kateri je posameznik tako fizično kot čustveno izčrpan, primanjkuje mu energije za opravljanje dela, ima občutek, da ne zmore več;
- dimenziji depersonalizacije oz. cinični dimenziji, v kateri se posameznik distancira od svojega dela, postane brezbrizen do strank, sodelavcev, kvalitete dela in lastnih uspehov, do dela dobi odpor, poleg tega pa se mu spremeni tudi pogled na svet, postane ciničen in negativen;
- dimenziji zmanjšane osebne učinkovitosti, v kateri posameznik prične dvomiti o sebi ter svoji sposobnosti opravljanja dela. Dobi občutek, da dela ni več sposoben opravljati, vsaj ne tako, kot ga je nekoč (NIJZ, 2015).

Razvoj izgorelosti je sicer dolgotrajen proces, do katerega pride zaradi kroničnega stresa ter fizične in čustvene preobremenjenosti (Creedy, et al., 2017; NIJZ, 2015; Mollart, et al., 2013). Glaven vir nastanka izgorelosti so naslednja področja neujemaja med posameznikom in njegovim delom (NIJZ, 2015):

- delovna preobremenitev: preveč obremenjen posameznik, pomanjkanje potrebnega znanja in veščin za opravljanje dela;
- nadzor: pomanjkanje nadzora nad delom, premalo avtonomije pri delu;
- nagrada: neustrezno plačilo, posameznikovo delo je premalo cenjeno;
- skupnost: pomanjkanje občutka povezanosti s sodelavci, konflikti, izolacija;
- pravičnost: posamezniki na delovnem mestu ne zaznavajo pravičnosti;
- vrednote: opravljanje opravil, ki niso v skladu z vrednotami posameznika, neujemanje ciljev posameznika in organizacije.

Izgorelost se najpogosteje pojavlja v organizacijah, kjer je značilna stroga hierarhična organiziranost dela, hkrati pa so delovne vloge nejasne in konfliktno. Pogosta je pri delu pod časovnim pritiskom, previsokimi delovnimi zahtevami, s strani kolektiva kot vodstva in pomanjkanju delovne avtonomije (NIJZ, 2015). Kot pomemben dejavnik so bili v več študijah izpostavljeni delovni pogoji znotraj kolektiva, torej medosebni odnosi med sodelavci pa tudi nadrejenimi. Na področju babiške nege so bili kot pomemben dejavnik pri nastanku izgorelosti ugotovljeni tudi izmensko (nočno) delo, delovna doba (mlajše babice so bolj nagnjene k izgorelosti) ter oblika obporodnega zdravstvenega varstva: višje stopnje izgorelosti so ugotovljene pri babciah, ki delujejo v bolnišničnem okolju, torej medicinskem in visoko intervensivnem modelu obporodne skrbi (Creedy, et al., 2017; Banovcinova & Baskova, 2014; Mollart, et al., 2013; Knežević, et al., 2011).

DISKUSIJA

Neurejene razmere in neustrezna organizacija zdravstvenega sistema negativno vplivajo na zaposlene in kakovost opravljanja njihovega poklica, kar prepoznajo tako zdravstveni delavci kot tudi ženske (Nolte, et al., 2017; Bohren, et al., 2015; Mannava, et al., 2015; Freedman, et al., 2014; Bowser & Hill, 2010). Beck (2018) poudarja, da je ženska tista, ki izkušnjo obravnave, ki jo je bila deležna, opredeli kot neprimerno. Hkrati je ugotovljeno, da so kot najpogostejši dejavnik neprimerne skrbi ženske opredelile odnos, besede in način dela tako babic kot zdravnikov in medicinskih sester (Beck, 2018; Reed, et al., 2017; Greenfield, et al., 2016; Elmir, et al., 2010).

Freedman in sodelavci (2014) v svojo definicijo neprimerne skrbi vključijo tudi razmere zdravstvene ustanove in pomanjkljivosti sistema. Bohren in sodelavci (2015) so v svojem obširnem sistematičnem pregledu neprimerne skrbi za ženske med porodom v svojo tipologijo prav tako vključili dejavnike zdravstvenih ustanov in sistema: fizične pogoje ustanove, kadrovske omejitve, pomanjkanje kadra, omejitve preskrbljenosti z resursi in pomanjkanje nujenja zasebnosti.

Preobremenjenost, izmensko delo in nadure vodijo v fizično utrujenost in izčrpanost. Pomanjkanje podpore vodilnih kadrov, spori in konflikti vlog in kompetenc znotraj hierarhije zdravstvenega sistema ter nesoglasja in konflikti znotraj kolektiva dodatno bremenijo zaposlene, kar lahko privede do fizične in čustvene preobremenjenosti (Bohren, et al., 2015; Mannava, et al., 2015; Banovcinova & Baskova, 2014). Kronična preobremenjenost vodi v proces razvoja izgorelosti, kjer je zaposleni fizično in psihično izčrpan, primanjkuje mu energije, vedno težje usklajuje zasebno in delovno življenje oziroma obveznosti in dobi občutek, da ne zmore več. Ti občutki lahko kmalu prerastejo v odpor do dela in posameznik se kmalu distancira tako od svojega dela kot tudi sodelavcev, kar še dodatno poslabša situacijo. Postane ciničen, brezbrizen do strank oziroma pacientov, sodelavcev in kvaliteto opravljenega dela. Meni, da svojega dela več ne more opravljati oziroma da ni dovolj sposoben, da bi ga še opravljal (Creedy, et al., 2017; NIJZ, 2015; Mollart, et al., 2013).

Narava dela zdravstvenih poklicev od zaposlenih zahteva telesno, miselno in čustveno delo. Babištvo je v literaturi pogosto posebej izpostavljeno, saj ženska in babica razvijeta poseben odnos, za katerega je potrebna velika mera empatije (Zaletelj, 2018; Rice & Warland, 2013; Knežević, et al., 2011; Leinweber & Rowe, 2010). Glede na ugotovitve, da z vidika ženske največji dejavnik pri izkušnji travmatičnega poroda niso fizična travma, medicinske intervencije ali način poroda, temveč medosebni odnosi izvajalci, lahko rečemo, da je empatičen odnos ključen za kakovostno obravnavo in skrb za žensko (Beck, 2018; Reed, et al., 2017; Greenfield, et al., 2016; Mannava, et al., 2015; Elmir, et al., 2010). Pri empatični izčrpanosti babica se babica ni več zmožna empatično povezati z žensko in ne glede na to, ali je empatična izčrpanost simptom izgorelosti ali njena posledica, je prav gotovo, da babica ne more kakovostno opravljati svojega dela (Reed, et al., 2017; Greenfield, et al., 2016; Mannava, et al., 2015). Izpostaviti je potrebno tudi dejstvo, da so za razvoj empatične

izčrpanosti in izgorelosti v večjem tveganju mlajše oziroma manj izkušene babice (NIJZ, 2015; Mollart, et al., 2013).

Številni avtorji in organizacije poudarjajo prednosti in pomen kontinuirane babiške obravnave, ter jo poudarjajo kot optimalen model perinatalnega zdravstvenega varstva (Beck, 2018; WHO, 2018; Jenkinson, et al., 2017; Reed, et al., 2017; Miller, et al., 2016; Lukasse, et al., 2015; Rice & Warland, 2013; Elmir, et al., 2010). Poleg tega, da je bilo pomanjkanje kontinuitete pomemben dejavnik veliko negativnih porodnih izkušenj žensk, pa kontinuirana babiška obravnava pozitivno vpliva tudi na babice in njihovo zadovoljstvo z delom. Babice, ki delujejo znotraj kontinuiranih modelov babiške obravnave izražajo veliko večjo raven zadovoljstva z delom v primerjavi z babicami, ki znotraj bolnišnic delujejo v fragmentirani, medicinsko vodeni obravnavi. Pri slednjih je bila ugotovljena večja stopnja izgorelosti in empatične izčrpanosti. Neujemanje babiške filozofije dela ter žensko-osredičene skrbi z biomedicinskim modelom, usmerjenim v postopke in patologijo, pri babicah povzroča dodaten stres in izčrpanost, saj je za glajenje razlik med obema modeloma potrebno dodaten čustven vložek (Creedy, et al., 2017; Jenkinson, et al., 2017; Reed, et al., 2017; Mannava, et al., 2015; Rice & Warland, 2013; Leinweber & Rowe, 2010).

Pregled literature je pokazal, da je večina žensk in izvajalcev mnenja, da je osebje delalo po svojih najboljših močeh. Večina zdravstvenih delavcev želi zagotavljati spoštljivo, dostojno in žensko-osredičeno obporodno obravnavo, a jih onemogočajo razmere in sistem.

ZAKLJUČEK

Babice, zdravniki in medicinske sestre so preobremenjeni, prezaposleni in iztrošeni. Visoka prevalenca empatične izčrpanosti in/ali izgorelosti v veliki meri botruje tudi neprimerni obravnavi žensk v času poroda. Poleg zadostnega števila kompetentnih in ustrezno plačanih zaposlenih, delujočih v ustreznih multidisciplinarnih timih, je le-tem potrebno zagotoviti tudi spoštljivo in dostojno delovno okolje, kar je v interesu žensk, zaposlenih, kakor tudi zdravstvenega sistema.

Literatura

Banovcinova, L. & Baskova, M., 2014. Sources of Work-related Stress and their Effect on Burnout in Midwifery. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 132, pp. 248-254.

Beaumont, E., Durkin, M., Hollins Martin, C.J. & Carson, J., 2016. Compassion for others, self-compassion, quality of life and mental well-being measures and their association with com-

passion fatigue and burnout in student midwives: A quantitative survey. *Midwifery*, 34(1), pp. 239-244. Available at: [https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(15\)00284-3/fulltext](https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(15)00284-3/fulltext) [14.2.2019].

Beck, C.T., 2018. A Secondary Analysis of Mistreatment of Women During Childbirth in Health Care Facilities. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*, 47(1), pp. 94-104.

Bohren M.A., Vogel, J.P., Hunter, E.C., Lutsiv, O., Makh, S.K., Souza, J.P., et al., 2015. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS medicine*, 12(6), pp. 1-32. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4488322/> [07.11.2018].

Bowser, D. & Hill, K., 2010. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth: Report of a Landscape Analysis. *USAID-TRAction Project*, 20. 9. 2010. Available at: <https://www.semanticscholar.org/paper/Exploring-Evidence-for-Disrespect-and-Abuse-in-of-a-Bowser-M.P./75faa57fe635a291f1457c896d2718bc4030bd66> [06.11.2018].

Brüggeman, A.J. & Swahnberg, K., 2013. What contributes to abuse in health care? A grounded theory of female patients' stories. *International journal of nursing studies*, 50(3), pp. 404-412. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748912003343?via%3Dihub> [01.12.2019].

Creedy D.K., Sidebotham, M., Gamble, J., Pallant, J. & Fenwick, J., 2017. Prevalence of burnout, depression, anxiety and stress in Australian midwives: a cross-sectional survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), pp. 1-8. Available at: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-1212-5> [3.2.2019].

Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L. & Jackson, D., 2010. Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *Journal of advanced nursing*, 66(10), pp. 2142-2153. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x> [04.12.2018].

Freedman, L.P., Ramsey, K., Abuya, T., Bellows, B., Ndwiga, C., Warren, C.E., et al., 2014. Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda. *Bulletin of the World Health Organization*, 92(12), pp. 915-917. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4264393/> [17.11.2018].

Greenfield, M., Jomeen, J. & Glover, L., 2016. What is traumatic birth? A concept analysis and review. *British Journal of Midwifery*, 24(4), pp. 254-267. Available at: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjom.2016.24.4.254> [14.11.2018].

Henson, J.S., 2017. When Compassion is Lost. *Medsurg nursing*, 26(2), pp. 139-142.

Jenkinson, B., Kruske, S. & Kildea, S., 2017. The experiences of women, midwives and obstetricians when women decline recommended maternity care: A feminist thematic analysis. *Midwifery*, 52(1), pp. 1-10. Available at: [https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(17\)30350-9/fulltext](https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(17)30350-9/fulltext) [12.1.2019].

Knežević, B., Milošević, M., Golubić, R., Belošević, L., Russo, A. & Mustajbegović, J., 2011. Work-related stress and work ability among Croatian university hospital midwives. *Midwifery*, 27(2), pp. 146-153. Available at: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613809000527> [18.2.2019].

Leinweber, J. & Rowe, H.J., 2010. The costs of 'being with the woman': secondary traumatic stress in midwifery. *Midwifery*, 26(1), pp. 76-87. Available at: [https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(08\)00044-2/fulltext](https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(08)00044-2/fulltext) [17.1.2019].

Lukasse, M., Schroll, A.M., Karro, H., Schei, B., Steingrimsdottir, T., Van Parys A.S., et al., 2015. Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 94(5), pp. 508-517. Available at: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/aogs.12593> [7.11.2018].

Mannava, P., Durrant, K., Fisher, J., Chersich, M. & Luchters, S., 2015. Attitudes and behaviours of maternal health care providers in interactions with clients: a systematic review. *Globalization and health*, 11(36), pp. 1-17. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4537564/> [07.1.2019].

Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., et al., 2016. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence based, respectful maternity care worldwide. *Lancet*, 388 (10056), pp. 2176-92. Available at: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31472-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31472-6/fulltext) [15.1.2019].

Molina, R.L., Patel, S.J., Scott, J., Schantz-Dunn, J. & Nour, N.M., 2016. Striving for Respectful Maternity Care Everywhere. *Maternal and Child Health Journal*, 20(9), pp. 1669-1773. Available at: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10995-016-2004-2> [12.1.2019].

Mollart, L., Skinner, V.M., Newing, C. & Foureur, M., 2013. Factors that may influence midwives work-related stress and burnout. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 26(1), pp. 26-32. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519211002058?via%3Dihub> [23.1.2019].

NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. Duševno zdravje na delovnem mestu. Ljubljana: NIJZ, pp. 86.

Nolte, A.G., Downing, C., Temane, A. & Hastings-Tolsme, M., 2017. Compassion fatigue in nurses: A metasynthesis. *Journal of clinical nursing*, 26(23), pp. 4364-4378. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.13766> [29.1.2019].

Reed, R., Sharman, R. & Inglis, C., 2017. Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(21), pp. 1-10.

Rice, H. & Warland, J., 2013. Bearing witness: midwives experiences of witnessing traumatic birth. *Midwifery*, 29(9): 1056-1063. Available at: [https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(12\)00244-6/fulltext](https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(12)00244-6/fulltext) [18.1.2019].

Sando, D., Abuya, T., Asefa, A., Banks, K. P., Freedman, L.P., Kujawski, S., et al., 2017. Methods used in prevalence studies of disrespect and abuse during facility based childbirth: lessons learned. *Reproductive Health*, 14(1), pp. 1-27. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5637332/> [5.12.2018].

Savage, V. & Castro, A., 2017. Measuring mistreatment of women during childbirth: a review of terminology and methodological approaches. *Reproductive health*, 14(1), pp. 1-27. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5658997/> [18.11.2018].

Sorenson, C., Bolick, B., Wright, K. & Hamilton, R., 2016. Understanding Compassion Fatigue in Healthcare Providers: A Review of Current Literature. *Journal of nursing scholarship*, 48(5), pp. 456-465. Available at: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jnu.12229> [16.2.2019].

WHO – World Health Organisation, 2014. *The prevention and elimination of disrespect during facility-based childbirth*. Available at: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/en/ [9.12.2018].

WHO – World Health Organisation, 2018. *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Available at: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/> [9.12.2018].

Zaletelj, A., 2018. Prisotnost empatije med študenti babištvna na Zdravstveni fakulteti: diplomsko delo visokošolskega študija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, pp. 3-13.

NAJPOGOSTEJŠI ODKLONI PRI RAVNANJU Z ZDRAVILI

Danijela Pušnik, mag. zdr. nege¹, Zdenka Kramar, mag. zdr. nege²

¹UKC Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo

²Zbornica zdravstvene in babiške nege- Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic on zdravstvenih tehnikov Slovenije

danijela.pusnik@ukc-mb.si

IZVLEČEK

Odkloni pri ravnanju z zdravili so tisti zapleti, ki nastanejo nenamerno v fazi predpisovanja, pripravljanja in dajanja zdravil ter spremljanja učinkovanja terapije. Veliko odklonov je potencialnih in so prestreženi prej, preden bi dosegli pacienta. Medicinske sestre so ključne pri apliciranju terapije, zato so odgovorne za skoraj tretjino odklonov. Do odklonov prihaja zaradi različnih individualnih in organizacijskih dejavnikov oziroma vzrokov. Tako tuje kot domače raziskave in tudi strokovni nadzori s svetovanjem Zbornice - Zveze so pokazali, da pride do odklonov največkrat zaradi kadrovskih in delovnih preobremenitev in pomanjkanja znanja. Najpogostejši odkloni so na področju predpisovanja zdravil, prepisovanja terapije, v procesu delitve terapije, nepravilen čas aplikacije terapije, odsotnost dvojne kontrole, neurejena telefonska naročila, in neustrezno dokumentiranje odklonov. Stopnjo varnosti na področju ravnanja zdravil je možno izboljševati z odpravo vzrokov in dejavnikov, predvsem na organizacijskem nivoju in z rednim pridobivanjem in obnavljanjem znanja s področja ravnanja z zdravili. Varna organizacijska kultura zagovarja dokumentiranje odklonov brez obtoževanja.

Ključne besede: zdravstvena in babiška nega, vzroki in dejavniki za odklone, varna aplikacija zdravila, varna kultura

UVOD

Odklon ali zaplet ali neželen dogodek imenujemo nenamern in nepričakovan dogodek, ki je ali pa bi lahko škodoval pacientu ob prejemu zdravstvene oskrbe in ne nastane zaradi narave pacientove bolezni. Nastane lahko zaradi izvedbe ali neizvedbe nekega postopka s strani izvajalca in / ali zdravstvenega sistema. **Skorajšnja napaka** je zaplet, ki bi lahko pripeljal do zdravstvene škode pri pacientu, vendar je bil pravočasno ugotovljen in so bile preprečene možne posledice za pacienta. **Opozorilni nevarni dogodek** je resen nevaren zaplet, ki privede ali pa bi lahko privedel do smrti ali resne fizične ali psihične škode za pacienta. (Svet Evrope, 2006).

Varnost pacienta je prva prioriteta zdravstva. To je nenehno ugotavljanje, analiziranje in obvladovanje tveganj za pacienta z namenom izvajanja varne obravnave

pacienta in zmanjševanje škode za pacienta na minimum. Gre za preventivno delo z namenom zmanjšanja števila zdravstvenih napak - odklonov in posledic odklonov ter zmanjšanja tveganj, značilnih za zdravstvo. Zato vključuje zagotavljanje varnosti pacientov zasnovano delovnih sistemov in procesov, ki zmanjšajo na najnižjo možno mero možnost nastanka napak in zvečajo do najvišje možne mere možnost prestraganja napak, ko se te zgodijo. Največji oviri pri nenehnem izboljševanju kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave sta profesionalna in organizacijska kultura in osredotočanje na dnevno delo (Prosunt, n.d.). Slaba kakovost in varnost pacientov pomenita tako prizadetost pacientov in svojcev kot tudi veliko ekonomsko breme zdravstvenega sistema in države.

Namen prispevka je predstaviti vzroke in dejavnike, ki vplivajo na pojav odklonov pri ravnanju v zdravili na področjih, ki so v domeni izvajalcev zdravstvene nege in babištva. Predstavljeni bodo tudi najpogostejši odkloni, ugotovljeni pri nadzoru s svetovanjem Zbornice - Zveze ter ukrepi, s katerimi lahko zmanjšamo odklone in izboljšamo varnost pacientov in zaposlenih.

ODKLONI NA PODROČJU RAVNANJA Z ZDRAVILI

Odkloni pri zdravljenju z zdravili so zapleti, ki nastanejo kot nenamerni v fazi predpisovanja, pripravljanja, dajanja ali spremljanja učinka zdravila, medtem ko je aktivnost izvajana pod nadzorom zdravstvenega delavca ali pacienta oz. uporabnika, kadar skrbi za terapijo sam – v domačem okolju (definicija Evropske agencije za zdravila). Pojavljajo oz. zgodijo se pogosteje od vseh drugih odklonov v zdravstvu (EMA, n. d. & Cloete, 2015). Veliko jih je potencialnih in so prestrženi v 50 % do 86 %, preden dosežejo pacienta (Montesi & Lechi, 2009). V zahodnih evropskih državah pa tudi drugje v svetu, kjer imajo razvito visoko raven kulture varnosti v bolnišnicah in neželene dogodke oz. odklone sporočajo in spremljajo (Avstralija, Kanada, Združene države Amerike), poročajo o velikih finančnih stroških, nastalih zaradi tega (Cloete, 2015). Sporočanje odklonov in analiza le - teh je pomembna z vidika ustvarjanja izboljšav, vendar pa jih zaposleni ne sporočajo v več kot 37 – 67 % (Mayo & Duncan, 2004; Mrayyan & Al-Atiyyat, 2011; Wakefield, et al., 1999 cited in Vrbnjak et al., 2016; Vrbnjak 2017).

Za 26 do 38 % odklonov pri sami aplikaciji zdravil so odgovorne medicinske sestre (Bates, 2007; Leape et al., 2002). Lahko trdimo, da imajo medicinske sestre pri zagotavljanju varnosti pacientov pri ravnanju z zdravili zelo veliko vlogo in da je prav od njih odvisno, ali bo do napake prišlo ali se jo bo preprečilo. Odgovornost za odklon je lahko individualna ali pa gre za skupek dogodkov oziroma splet okoliščin, ki privedejo do odklona (Karadžić Šmitran, et al., 2010).

Vzroki in dejavniki za pojav odklonov na področju ravnanja z zdravili

Ugotovitve študije kažejo, da so individualni in organizacijski dejavniki najpogosteje prisotni za možnost pojava neželene dogodka pri ravnanju z zdravili (Ka-

ravasiliadou & Athanasakis, 2014), največkrat so to neustrezna pisna komunikacija, neustrezno shranjevanje zdravil, ter previsoka delovna obremenitev (Keers, 2013; Björgsten, et al., 2015). Prekinitve v procesu priprave in delitve zdravil (Johnson, 2017) in neustrezen prostor za pripravo zdravil prav tako pomembno vplivajo na pojav neželenih dogodkov (Alomari, et al., 2017). Eden pomembnih dejavnikov je tudi teoretično in praktično znanje o ravnanju z zdravili (Montesi & Lechi, 2009; Niemann et al., 2014; Di Muzio, et al., 2016). Medicinske sestre porabijo okoli 40 % delovnega časa za izvajanje aktivnosti na področju ravnanja z zdravili, zato je velika verjetnost, da se neželen dogodek pojavi ravno v tej poklicni skupini (Karavasiliadou & Athanasakis, 2014). Dokazana je statistično pomembna povezava med pojavom neželenih dogodkov pri ravnanju z zdravili ter delovno obremenitvijo, z obravnavo več bolnikov, s čustvenim stresom in premalo spanca (pogoste, dolgotrajne nočne izmene) (Dollarhide, et al., 2014). Reason (2000) pa šteje med individualne dejavnike tudi pozabljivost, nedoslednost, slabo motiviranost, površnost.

Kadar je vzrok osebni (zaposleni izvaja delo malomarno in lahkomišlno), lahko neželene dogodke zmanjšamo ali odpravimo s spremembo vedenja. V tem primeru niso upoštevani delovni pogoji in delovno okolje, s takšnim pristopom ne bomo izboljšali organizacijske kulture in varnosti. Zato je pravilen pristop k reševanju zapletov iskanje sistemskih vzrokov v zdravstvenem sistemu z željo spremeniti delovne pogoje (Montesi & Lechi, 2009; Choo, et al., 2010). Praviloma odklon ni posledica samo enega vzroka, ampak več med seboj povezanih individualnih in organizacijskih oz. sistemskih pomanjkljivosti (Reason, 2000; Ben-Yehuda, et al., 2011).

Odkloni nastanejo iz različnih vzrokov in vpliva več dejavnikov. Pri reševanju odklonov, analiziranju in uvajanju izboljšav je potrebno poznati vzroke in jih zmanjševati ali odpravljati. Vrbnjak (2017) je na podlagi analize 16 posamičnih objavljenih raziskav ugotovila, da so najpogostejši vzroki za pojav odklonov pri ravnanju z zdravili:

- motnje in prekinitve pri dajanju zdravil,
- pomanjkanje znanja o zdravilih in veččin računanja doz zdravil,
- neupoštevanje standardov,
- preobremenjenost z delom,
- v nadaljevanju pa še
- podobnost embalaž zdravil,
- utrujenost, stres, pomanjkanje koncentracije,
- pomanjkanje kadra,
- nečitljiv zapis predpisanega zdravila,
- pomanjkanja usposabljanja,
- novo osebe in pomanjkanje nadzora nad njimi,
- zdravila ni na voljo.

Najpogostejši odkloni na področju ravnanja z zdravili in predlagani ukrepi komisij Zbornice - Zveze po izvedenih nadzorih s svetovanjem

Po podatkih zaradi odklonov pri ravnanju z zdravili vsako leto umre 7000 pacientov, 1,3 milijona pa je zaradi teh odklonov poškodovanih (Committee, 2000, citet in Werner, et al. 2012). Naloge predpisovanja, priprave in apliciranja zdravil so zahtevni postopki, ki se izvajajo v okviru kompleksnega sistema. Odkloni se lahko pojavijo pri vsakem koraku, kar pomeni, da so možnosti za njihov nastanek velike. Pogostost odklonov pri ravnanju z zdravili znaša 1,9 napak na pacienta na dan (Mayo & Duncan, 2004). Odkloni pri ravnanju z zdravili se lahko zgodijo:

- pri predpisovanju zdravil (neracionalno predpisovanje, neprimerno predpisovanje, pomanjkljivo predpisovanje ter preseženo predpisovanje);
- pri prepisovanju (napačna pogostost aplikacije zdravil, ne aplicirano zdravilo zaradi tega, ker zdravnik zdravila ni predpisal);
- pri izdajanju zdravil (zdravilo ni izdano ob pravem času, da bi ga aplicirali, ko je predpisano, napačno zdravilo, napačna doza, napačna tehnika);
- pri opazovanju pacienta za ugotovitev odziva na aplicirano zdravilo (nedoslednost pri opazovanju pacientov po aplikaciji zdravil (Aronson, 2009)).

Po nekaterih raziskavah in presojah v slovenskih bolnišnicah je bilo ugotovljeno, da se izvajalci zdravstvene nege srečujejo s problemi v procesu ravnanja z zdravili, kot je neurejeno predpisovanje zdravil, prepisovanje terapije, z motnjami v procesu delitve terapije, nepravilnim časom aplikacije, odsotnostjo dvojne kontrole, telefonskimi naročili, z motnjo dobave zdravil iz lekarne in tudi z neustreznim dokumentiranjem neželenih dogodkov (Kramar & Marinšek, 2010; Pušnik & Pirš, 2011; Pušnik, Tomažič & Dobnik, 2017). Ob motenih prekinitev delitve terapije je bilo ugotovljeno, da se možnost napak lahko poveča za 12 – 13 %.

V nadzorih s svetovanjem, ki jih izvajajo nadzorne komisije Zbornice - Zveze je bilo ugotovljeno, da je najnižji delež skladnosti pri razdeljevanju zdravil (56 %). Ugotovljeno je bilo, da je največkrat temu vzrok pomanjkanje kadra, neupoštevanje pravila 10 P, preseganje kompetenc, nepravilno dokumentiranje, priprava zdravil za več aplikacij in za več dni vnaprej. Pripravo, aplikacijo, beleženje in nadzor nad zaužitjem zdravil vedno ne izvaja medicinska sestra, ni dvojne kontrole pri razdeljevanju in aplikaciji zdravil, težave pri shranjevanju zdravil (Kramar, et al., 2018). Nadzorna komisija je ob vsakem nadzoru pripravila nabor ukrepov za izboljšave. Najpogostejši predlagani ukrepi za izboljšave na tem področju so:

- sprotna delitev terapije (namesto priprave za 24 ur) z dokumentiranjem časa in parafriranjem,
- zagotoviti protokol ravnanja ob ustnem naročilu terapije,
- zagotavljanje ustrezne temperature prostora s terapijo z dokumentiranjem,
- pri delitvi terapije upoštevati kompetence in odgovornosti posameznih profilov izvajalcev

- redno izobraževanje zaposlenih z ravnanjem z zdravili,
- sistematičen nadzor nad roki uporabnosti (tudi odprtih zdravil, vial,...),
- poročanje o odklonih in obravnava le teh,
- nadzor bolečine pred in po aplikaciji analgetika,
- priprava dokumentov sistema kakovosti in varnosti za varno ravnanje z zdravili v skladu z najnovejšimi smernicami in 10 P,
- zagotoviti pripravo terapije izven bolniške sobe,
- priprava navodil za rokovanje z visoko tveganimi zdravili in narkotiki (dvojna kontrola),
- priporoča terapevtski list ali elektronsko evidenco terapije brez predpisovanja.

Zbornica - Zveza priporoča, da se na državnem nivoju vzpostavi sistem poročanja o odklonih in skoraj nastalih odklonih pri dajanju zdravil in ustrezno spodbujanje zaposlenih, da te napake evidentirajo in uvedejo ukrepe za izboljšanje procesa. Priporoča se opredelitev kazalnikov kakovosti, sistematično spremljanje, evalvacijo in izvajanje ukrepov za izboljšanje kakovosti in varnosti v stroki zdravstvene nege in oskrbe. Opredelijo naj se elementi spremljanja in vzpostavitev sistema internih strokovnih nadzorov. Uvedejo naj se protokoli poročanja in spremljanja neželenih dogodkov/odklonov in oblikujejo systemske rešitve, ki bi preprečile ponovitve enakih/podobnih odklonov. S tem bomo tudi v Sloveniji imeli vpogled v področje varnosti in kakovosti na področju ravnanja z zdravili.

ZAGOTAVLJANJE VARNEGA RAVNANJA Z ZDRAVILI TER VLOGA MEDICINSKE SESTRE IN BABICE

Ker je zdravljenje z zdravili področje, ki ponuja veliko možnosti za nastanek odklonov, morajo imeti izvajalci zdravstvene nege in babištva veliko specifičnega znanja za varno ravnanje z zdravili. K varnemu dajanju zdravil pripomore:

- pravilno shranjevanje zdravil v skladu s priporočili dobre skladiščne prakse: rokovanje z zdravili s seznama prepovedanih drog, preprečevanje zamenjav zdravila urejena po abecednem vrstnem redu, ločena po vrstah farmacevtskih oblik, različne jakosti istega zdravila so jasno ločene med sabo, pri prevzemanju, shranjevanju, dajanju zdravil je potrebno preverjati ime, farmacevtsko obliko, jakost ter rok uporabnosti zdravila;
- pridobiti je potrebno bistvene podatke o pacientu (anamneza, medicinska diagnoza, negovalne diagnoze);
- pridobiti je potrebno podatke o predpisanem zdravilu (terapevtski učinek, stranski učinek, odmerjanje, način dajanja);
- uporaba ustreznih imen zdravil (nomenklatura), etiketiranje in embalaža;

- načrtno naročanje zdravil, uporaba in nadzor (neodvisno dvojno preverjanje zdravil, seznam nezdružljivih zdravil in infuzijskih raztopin);
- ustrezno okolje za pripravo zdravil (ustrezna svetloba, zmanjšanje hrupa, preprečevanje prekinitev med delovnim postopkom, zmanjšanje delovnih obremenitev);
- usposobljenost in izobraževanje zdravstvenih delavcev (seznanjenje z novimi zdravili, protokol uporabe in dajanje zdravil);
- poučevanje in seznanjenje pacienta (pacient ima pomembno vlogo pri preprečevanju napak, kadar je seznanjen z zdravili, ki jih prejema in spodbujan k zastavljanju vprašanj o zdravljenju);
- kakovostni postopki in dobro vodenje zdravljenja, brez tveganja (učinkovita strategija zmanjševanja napak vključuje spodbujanje odkrivanja napak in izboljšave, ki povečajo varnost pacienta in preprečijo škodo);
- računalniško napisana terapija in razjasnitev dvomov (natančen zapis z jasnimi navodili: ime zdravila, merska enota, odmerek, način dajanja, izogibanje okrajšavam);
- zanesljiv komunikacijski sistem: izogibanje nejasnim (dvoumnim) navodilom, izogibanje ustnim navodilom (lahko so napačno slišana), izogibanje na roko napisanim navodilom (lahko so napačno prebrana), izogibanje telefonskim navodilom (lahko so napačno razlagana);
- poučevanje medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, da uporabljajo samo pravilno označena in shranjena zdravila, upoštevajo rok trajnosti, pazljivo berejo nalepke na zdravilih (najmanj trikrat – preden vzamejo zdravilo iz omare, pred pripravo in pred aplikacijo);
- namestitev zapestnice s črtno kodo (zagotavlja, da pravi pacient prejme pravo zdravilo) in kodo s podatki o znanih alergijah pacienta;
- zaposlitev farmacevta na kliničnem oddelku zagotavlja možnost posvetovanja ob vsakem času;
- odstranitev zdravil z velikim tveganjem za nastanek zapletov iz bolniške sobe (omejen dostop in ločeno shranjevanje je pomembno za varno uporabo);
- izdelava protokola za dajanje zdravil z velikim tveganjem za nastanek zapletov: le-ta zahtevajo dodatno nalepko, mešanje z infuzijsko raztopino, kadar je le možno, uporaba infuzijske črpalke in infuzorja, neodvisno dvojno preverjanje (ime zdravila, koncentracijo, pacientovo identiteto, nastavitev protokola na črpalke ter menjavo vsake nove steklenice);
- lekarniško pripravljane zdravil z velikim tveganjem za nastanek zapletov ter označevanje z barvnimi kodami;
- omejitev števila različnih proizvajalcev zdravil ter uporaba tehnično izpopolnjenih črpalk in infuzorjev za varno dajanje zdravil;
- poučevanje pacientov o zdravljenju, seznanitev z danimi zdravili, pričakovanimi učinki in možnimi stranskimi učinki;

- sodoben računalniški sistem na področju dajanja zdravil, ki vključuje možnost analize napak ter uporabe ugotovitev o napakah za vzpostavitev novega sistema, ki deluje preventivno;
- dokumentiranje pomeni s podpisom potrjeno aplikacijo zdravila, ter čas, ko je bilo zdravilo dejansko aplicirano;
- poročanje o dejanskih in skorajšnjih napakah pri dajanju zdravil;
- spodbujanje zdravstvenih delavcev, da delijo izkušnje, povezane z napakami pri dajanju zdravil in analizirajo dogodke na strokovnih srečanjih, preko strokovne literature in interneta (Cohen, et al., 2003; Kodila, 2008; ISMP, 2010; Karadžić Šmitran, et al., 2010).

Za zmanjševanje incidence odklonov pri ravnanju z zdravili uporabljamo pravilo 10 P. S tem ne zagotavljamo, da do napak ne bo prišlo, toda z njegovim doslednim izvajanjem lahko zagotovimo večjo varnost in kakovost pri aplikaciji zdravil.

Za zmanjševanje zapletov pri ravnanju z zdravili je ključno prepoznati dejavnike in vzroke za pojav zapletov.

ZAKLJUČEK

Neželeni dogodki pri ravnanju z zdravili so grožnja, pred katero ni odporen sistem nobene bolnišnice. Aplikacija zdravil je ena najpomembnejših nalog izvajalcev zdravstvene nege in babištva, s katero se dnevno srečujejo. Zato je izrednega pomena, da imajo dovolj ustreznega znanja s tega področja. Poznati morajo delovanje, stranske učinke, način dajanja zdravil, znati mora spremljati odziv pacienta na prejeta zdravila in mu pomagati pri njihovem jemanju (Ahačič, 2012).

Aplikacija zdravil je temeljna naloga medicinske sestre, ki zahteva kompleksno interakcijo in vključuje več odločitev in aktivnosti, ki se običajno izvajajo v dinamičnem kliničnem okolju (Emanuel & Price-Miller, 2009). Zdravstvene ustanove po vsem svetu si prizadevajo, da zagotovijo varno aplikacijo zdravil (Pape & Richards, 2010). Čeprav v celotnem procesu ravnanja z zdravili obstaja tveganje za nastanek napak (Nute, 2014), se jih da preprečiti.

Napaka pri predpisovanju zdravil ne osvobaja medicinske sestre odgovornosti za aplikacijo napačno predpisanega zdravila. Medicinska sestra ne sme »slepo« slediti sistemu, kar je predpisano. Če zdravnik naredi napako in predpiše toksično ali letalno dozo zdravila, medicinska sestra to zdravilo ne sme aplicirati. Čeprav človeški dejavnik pri napakah ne more biti povsem eliminiran, pa se pogoji v katerih medicinske sestre delajo, lahko spremenijo, da se verjetnost, da pride do napak zmanjša. Ključni elementi za preprečevanje napak pri aplikaciji zdravil so: pravilna komunika-

cija v multidisciplinarnem okolju, zavedanje napak, poročanje in pogovarjanje o napakah, pospeševanje raziskav o varnosti pacientov ter razvoj smernic in standardov za ravnanje z zdravili.

Zdi se samoumevno, da morajo medicinske sestre prevzeti odgovornost za storjene napake, pri tem se pozablja, da so sistemske napake in človeški dejavniki tudi del teh napak (National Advisory Group, 2013). Posebno, če izvajalec zdravstvene dejavnosti ne deluje v skladu z zagotavljanjem varnosti, strokovnimi smernicami in kompetencami, kjer je natančno opredeljeno na kakšen način, kako, zakaj in kdo izvede posamezno fazo ravnanja z zdravili.

V raziskavah v slovenskih bolnišnicah je bilo ugotovljeno, da na dajanje zdravil vplivajo številni organizacijski in individualni dejavniki, predvsem kadrovski, slabi delovni procesi in slaba komunikacija ter znanje. Tudi poročanje o odklonih je pomanjkljivo, predvsem zaradi strahu pred posledicami, kar govori o šibki kulturi varnosti (Vrbnjak, 2017). Največji vpliv na izboljšanje varnosti pacientov ima kultura varnosti v zdravstvenih ustanovah. Zato je potreben nov sistemski način razmišljanja in sistemski pristop k napakam, za kar so potrebna nova znanja, ne samo govorjenje in pisanje, da je varnost pacientov naša prva skrb (Robida, 2010).

Izvajanje varne in visoko kakovostne zdravstvene in babiške nege vsem izvajalcem predstavlja izziv in pomemben element profesionalnega zadovoljstva na delovnem mestu. Osnovni cilj strokovnega nadzora s svetovanjem je izboljšanje kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe pacientov/varovancev, kar je bilo doseženo. To potrjuje tudi rezultat učinkovitosti izvedbe priporočil in pozitivni odzivi s strani nadzorovanih ustanov in izvajalcev zdravstvene in babiške nege. S tem prispeva svoj delež k dvigu kulture varnosti med zaposlenimi v slovenskih ustanovah tudi Zbornica - Zveza.

Literatura

Ahačič, M., 2012. Vloga medicinske sestre pri razdeljevanju zdravil. In: A. Blažun, ed. *NIAHO in ISO 9001 v bolnišnicah: predstavitev izkušenj v Kliniki Golnik: zbornik predavanj, Golnik, 30. marec 2012*. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo, pp.12–14.

Alomari, A., Wilson, V., Solman, A., Bajorek, B. & Tinsley, P., 2017. Pediatric Nurses' Perceptions of Medication Safety and Medication Error: A Mixed Methods Study. *Comprehensive child and adolescent nursing* 30, pp. 1-17.

Aronson, J.K., 2009. Medication errors: definitions and classification. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 67(6), pp. 599–604.

Bates, D.W., 2007. Preventing medication errors: a summary. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 64(9), pp. 3–9.

- Björkstén, K.S., Bergqvist, M., Andersén-Karlsson, E., Benson, L. & Ulfvarson, J., 2016. Medication errors as malpractice-a qualitative content analysis of 585 medication errors by nurses in Sweden. *BioMed health services research* 16 (1): 431. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4997761/> [17. 5. 2018].
- Ben-Yehuda, A., Bitton, Y., Sharon, P., Rotfeld, E., Armon, T. & Muszkat, M., 2011. Risk factors for prescribing and transcribing medication errors among elderly patients during acute hospitalization a cohort, case – control study. *Drugs Aging*, 28(6), pp. 491–500.
- Choo, J., Hudchinson, A. & Bucknall, T., 2010. Nurses role in medication safety. *Journal of Nursing Management*, 8(7), pp. 853-861.
- Cohen, H., Robinson, E.S., Mandrack, M., 2003. Getting to the root of medication errors: survey results. *Nursing*, 33(9), pp. 36–45.
- Cloete, L., 2015. Reducing medication errors in nursing practice. *Nursing standard*. 29, 20, 50–59. Available at: <http://journals.rcni.com/doi/pdfplus/10.7748/ns.29.20.50.e9507> [1. 6. 2017].
- Di Muzio, M., Marzuillo, C., De Vito C., La Torre, G. & Tartaglini, D., 2016. Knowledge, attitudes, behaviour and training needs of ICU nurses on medication errors in the use of IV drugs: a pilot study. *Signa vitae*, 11 (1), pp. 182 – 206.
- Dollarhide, A.W., Rutledge, T., Weinger, M.B., Fisher, E.S., Jain, S., Wolfson, T. & Dresselhaus, T.R., 2014. A real-time assessment of factors influencing medication events. *Journal of healthcare quality*, 36 (5), pp. 5-12.
- Emanuel, V., Pryce-Miller, M., 2009. Exploring the factors contributing to drug errors and how to improve knowledge. *Nursing Times*, 105(46), pp. 16–18.
- European medicines agency, n. d.. Medication errors. Available at: www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/special_topics/general/general_content_000570.jsp [3. 5. 2014].
- Medication Safety Alert! Nurse Advise-ERR, 2010. Institut for safe medications practices, ISMP, [Newsletter]. www.ismp.org. Accessed February 1, 2010.
- Johnson, M., Sanchez, P., Langdon, R., Manias, E., Levett-Jones, T., Weidemann, G., et al., 2017. The impact of interruptions on medication errors in hospitals: an observational study of nurses (abstract). *Journal of nursing management*. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28544351> [1. 6. 2017].
- Karadžić Šmitran, D., Trifoni, N. & Sebešan, A., 2010. Pogovor o varnosti pri aplikaciji terapije. In: Kramar, Z., Kraigher, A., eds. *Učimo se varnosti od najboljših: strokovni seminar, 3. dnevi Angele Boškin, Gozd Martuljek, 22.-23. april 2010*. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, pp. 97–99.
- Karavasiladou, S. & Athanasakis, E., 2014. An inside look into the factors contributing to medication errors in the clinical nursing practice, *Health Science Journal*, 8(1) pp. 32-44.
- Keers R.N., Williams, S. D., Cooke, J. & Ashcroft, D. M., 2013. Causes of medication administration errors in hospitals: a systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Drug Safety*, 36(11), pp.1045-1067.
- Kodila, V., 2008. Osnovni vodnik po kirurški enoti intenzivnega zdravljenja. Ljubljana: Univerzitetni klinični center, Kirurška klinika, Klinični oddelek za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok, pp. 259–261.

Kramar, Z., Ažman, M. & Vojnovič, A., 2018. Strokovni nadzori s svetovanjem kot del javnega pooblastila Zbornice – Zveze v procesu zagotavljanja kakovosti in varnosti zdravstvene in babiške nege. In: Gunčar, B., et al., eds. *Skupaj rastemo s kakovostjo: zbornik referatov. 27. letna konferenca SZKO, 8. in 9. november 2018*. Portorož: Ljubljana el. knjiga. - Ljubljana : Slovensko združenje za kakovost in odličnost, pp. 197-203.

Kramar, Z. & Marinšek, N., 2010. Neskladnost pri razdeljevanju zdravil zaradi prekinitve. V: Skela Savič B, ed. *Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi – na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege: 3. mednarodna znanstvena konferenca, 16.-17. september 2010*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 153–161.

Leape, L., Epstein, A.M. & Hamel, M.B., 2002. Patient safety: fatigue among clinicians and the safety of patients. *The New England Journal of Medicine*, 347(16) pp. 1272–1274.

Mrayyan, M.T. & Al-Atiyyat, N., 2011. Medication Errors in University-Affiliated Teaching Hospitals as Compared to Non-University-Affiliated Teaching Hospitals in Jordan. *Nursing forum*, 46(4), pp. 206-217.

Montesi, G. & Lechi, A., 2009. Prevention of medication errors: detection and audit. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 67(6), pp. 651-655.

National Advisory Group on the safety of Patients in England (2013). A promise to learn – a commitment to act. improving the safety of patients in England. London: The Stationery Office.

Niemann, D., Bertsche, A., Meyrath, D., Oelsner, S., Ewen, AL., Pickardt, B., et al., 2014. Drug handling in a paediatric intensive care unit – can errors be prevented by a tree-step intervention? *Klinische Padiatrie*. 226 (2), pp. 62-67.

Nute, C., 2014. Reducing medication errors. *Nursing Standards*, 29(12), pp. 45–51.

Pape, T. & Richards, B., 2010. Stop “knowledge creep”. *Nursing Management*, 41(2), pp. 8–11.

Prosunt, n.d.. Epidemiološke razsežnosti škodljivih dogodkov zaradi napak v zdravstvu po svetu in tudi pri nas. Available at: <http://www.prosunt.si/varnost-pacientov/> [1. 6. 2017].

Pušnik, D. & Pirš, K., 2011. Zagotavljanje varnega dajanja zdravil In: Kramar, Z., et al., eds. *Varnost – rdeča nit celostne obravnave pacientov: strokovno srečanje: zbornik prispevkov / 4. dnevi Angele Boškin, 7. in 8. april 2011 apr 7–8*. Gozd Martuljek. Jesenice: Splošna bolnišnica, Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 67–72.

Pušnik, D., Tomažič, J. & Dobnik M., 2017. Najpogostejši razlogi za nastanek zapletov pri rokovanju z zdravili in zakaj o njih ne poročamo. In. S. Majcen Dvoršak, eds. *Medicinske sestre in babice ključne za zdravstveni sistem. [Elektronski vir]: zbornik prispevkov z recenzijo / 11. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Brdo pri Kranju, 27. in 29. november 2017*. Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester , babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 417-427.

Reason, J., 2000. Human error: models and management. *British Medical Journal*, 320 (7237), pp. 768–770.

Robida, A., 2010. Kako priti do večje varnosti pacientov. In: Kramar, Z, Kraigher, A., eds. *Učimo se varnosti od najboljših: strokovni seminar, 3. dnevi Angele Boškin, Gozd Martuljek, 22.-23. april 2010*. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, pp. 97–99.

Svet Evrope., 2006. Priporočilo Rec (2006/7). Odbora ministrov državam članicam o ravnanju z varnostjo pacientov in preprečevanja neželenih dogodkov v zdravstvu. Strasbourg: Svet Evrope.

Werner, N.E., Nelson, E.T. & Boehm-Davis, D.A., 2012. Human factors methods to reduce medication error: using task analysis in a pediatric and adult pharmacy. *Work*, 4(1), pp. 5665–5667.

Vrbnjak, D., Denieffe, S., O’Gorman, C. & Pajnkihar, M., 2016. Barriers to reporting medication errors and near misses among nurses: A systematic review (abstract). *International Journal of nursing studies*, 63, pp. 162–178. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27637011> [1. 6. 2017].

Vrbnjak, D. 2017. Skrb za pacienta in varnost pri dajanju zdravil v zdravstveni negi. Maribor: Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta, Available at: <https://dk.um.si/lzpisGradiva.php?lang=slv&id=65599> [1. 3. 2019].

