

**STROKOVNO SREČANJE SEKCIJE MEDICINSKIH SESTER IN BABIC**

Maribor, marec 2023



**RAZVOJ BABIŠTVA,  
NAPREDKI V GINEKOLOGIJI IN  
PORODNIŠTVU**

Zbornik prispevkov



---

# **RAZVOJ BABIŠTVA, NAPREDKI V GINEKOLOGIJI IN PORODNIŠTVU**

Zbornik prispevkov



**RAZVOJ BABIŠTVA, NAPREDKI V GINEKOLOGIJI IN PORODNIŠTVU –  
Zbornik prispevkov**

**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

**Glavna in odgovorna urednica:** Monika Ažman

**Organizacijski odbor:** Saša Matko, Andreja Žertuš, Gordana Njenjić, Rosemarie Franc,  
Mojca Petek, Karolina Kovač, Renata Nahtigal, Sonja Harnik, Barbara Malgaj, Anita Prelec

**Programski odbor:** Saša Matko, Gordana Njenjić, Rosemarie Franc, Andreja Žertuš,  
Sonja Harnik, Renata Nahtigal

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 (2023 ; Maribor)

Razvoj babištva, napredki v ginekologiji in porodništvu : zbornik predavanj : [Maribor,  
2023] / [glavna urednica Monika Ažman]. - Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške  
nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih  
tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in babic, 2023

ISBN 978-961-96185-0-9  
COBISS.SI-ID 145204739

---

**Fotografija na naslovnici:** PRISPODOBE, Urša Klajder

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

**Kraj in leto izdaje:** Maribor, 2023

**Naklada:** 150 izvodov

## PROGRAM STROKOVNEGA SREČANJA – 24. 3. 2023

- 8.00 – 8.45 REGISTRACIJA
- 8.45 – 9.00 POZDRAVNI GOVOR
- I. SKLOP Moderatorka: Karolina Kovač, Andreja Žertuš
- 9.00 – 9.20 **AVTONOMIJA BABIŠTVA**  
izr. prof. dr. Ana Polona Mivšek
- 9.20 – 9.40 **UPORABA BOWNOVE TERAPIJE V BABIŠKI NEGI**  
Katja Rudolf, dipl. bab.
- 9.40 – 10.00 **POTOVANJE Z LETALOM V ČASU NOSEČNOSTI**  
Nikita Pelan, dipl. bab., izr. prof. dr. Ana Polona Mivšek
- 10.00 – 10.20 RAZPRAVA
- 10.20 – 10.40 *Odmor*
- II. SKLOP Moderatorka: Rosemarie Franc, Mojca Petek
- 10.40 – 11.00 **VARNOST IN UČINKOVITOST NAJNOVEJŠE METODE SPROŽITVE PORODA PRI PORODNICAH Z RAZPOKOM PLODOVIH JAJČNIH OVOJEV**  
Veronika Anzeljc, dr. med., spec. gin. in por.
- 11.00 – 11.20 **STRES PRI DELU BABIC V PORODNIŠNICI**  
Rebeka Šinkovec, mag. psih., prof. dr. Anja Podlesek
- 11.20 – 11.40 **PREPOZNAVANJE OBPORODNIH DUŠEVNIH MOTENJ**  
Eva Kržič, dipl. bab., viš. pred. Tita Stanek Zidarič, dipl. bab., IBCLC, strok, sod. Bojana Strmec, dipl. bab.
- 11.40 – 12.00 RAZPRAVA
- 12.00 – 13.00 *Kosilo*
- III. SKLOP Moderatorka: Sonja Harnik, Barbara Malgaj
- 13.00 – 13.20 Predstavitev podpornika strokovnega srečanja

- 13.20 – 13.40 **ŽIVLJENJE MASAJK V TANZANIJ**  
Rosemarie Franc, dipl. m.s., dipl. bab.
- 13.40 – 14.00 **ZAŠČITA PROTI RSV**  
Jana Stermecki, dipl. bab.
- 14.00 – 14.20 **NOVE MOŽNOSTI V GENETSKI OBRAVNAVI NA PODROČJU  
GINEKOLOGIJE IN PORODNIŠTVA**  
doc. dr. Aleš Maver, dr.med.
- 14.20 – 14.40 **PROJEKT 4STEPS - PODPIRANJE BABIC IN BABIŠTVA V  
VIETNAMU IN KAMBODŽI**  
viš. pred. Petra Petročnik
- 14.40 – 15.00 RAZPRAVA IN ZAKLJUČKI

# AVTONOMIJA BABIŠTVA

## Autonomy in midwifery

izr. prof. dr. Ana Polona Mivšek

Univerza v Ljubljani

polona.mivsek@zf.uni-lj.si

**Ključne besede:** sistem profesij, jurisdikcija področja dela, kompetence, zdravstveni strokovnjaki

### RAZŠIRJENI POVZETEK

Avtonomija je eden ključnih elementov profesionalizacije babiške stroke (Fleming 1998). Biti samostojen v strokovnih odločitvah je pomembno za dosego jurisdikcije na določenem področju dela. Vendar pa avtonomno odločanje ni ključno le za babiško prakso. Stroka mora biti samostojna v izboru kandidatov – rekrutiranju bodočih strokovnjakov (Freidson 1988), imeti mora proste roke v izobraževanju svojih bodočih članov (Abbott 1988), doseči mora avtonomijo pri nadzoru dela lastnih strokovnjakov (in posledično nagrajevanju ali sankcioniranju) (Freidson 2001), strokovno društvo pa mora tudi aktivno sodelovati pri oblikovanju podobe poklica v širši javnosti. Doseči profesionalizacijo in s tem avtonomijo je politična strategija in politična akcija poklicne skupine, za kar je nujna enotnost med člani, ki jo omogoča močna profesionalna identiteta (Evetts 2003); torej občutek pripadnosti in poslanstva. Namen prispevka je analizirati stanje slovenskega babištva glede avtonomije.

V sklopu izvedbe raziskave o stopnji profesionalizma babištva v Sloveniji, smo sodelujoče spraševali tudi o avtonomnosti stroke. V anketi so sodelovale babice, v času raziskave vpisane v register Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije (enostavno slučajno vzorčenje). Ker stroki priznajo profesionalizem tudi sorodne stroke (Abbott 1988), smo za mnenje spraševali tudi člane Slovenskega združenja ginekologov in porodničarjev (popis) ter medicinske sestre, zaposlene na deloviščih, kjer prihajajo v stik z bobicami (popis v vseh 14 porodnišnic ter sistematični vzorec 64-ih slovenskih zdravstvenih domov). Profesijo prepoznava in priznavajo tudi laiki (Aaronson 1989), torej uporabniki babiških storitev, zato smo mnenja o vlogi babic v slovenskem zdravstvenem sistemu v spletni anketi preverjali tudi med slovenskimi ženskami v rodni dobi. Vsem udeležencem je bila zagotovljena anonimnost; upoštevali smo vsa potrebna načela raziskovalne etike, da smo ohranili integriteto udeležencev.

Na poziv k reševanju ankete se je odzvalo 50 % babic, 49 % povabljenih medicinskih sester ter 29 % ginekologov-porodničarjev. Glede na šest elementov profesionalizma (etika, avtonomija, znanje, reflektivna praksa, sodelovanje z uporabniki ter medpoklicno sodelovanje), je babištvo doseglo dobre rezultate v kategoriji etika, vse ostale kategorije pa so bile ocenjene kot pomanjkljive, zato o babištvu lahko

govorimo le kot o semi-profesiji. Na področju avtonomije se je izkazala problematična samostojnost za sklepanje strokovnih odločitev. Babica ne deluje na vseh področjih, ki jim jih predpisuje direktiva EU, čutijo se ogrožene s strani sorodnih poklicnih skupin, pa tudi le-te (npr. ginekologi porodničarji) jim ne priznavajo kompetenc, čeprav jih na deklarativni ravni spoštujejo. Problematično se jim zdi predvsem (ne) prevzemanje odgovornosti za strokovne odločitve (Mivšek et al., 2021). Tudi med laiki se je izkazalo, da obstaja dvom o sposobnosti babic. Povabilu na anketo se je odzvalo 228 žensk. Večina je bila starih 21-30 (52 %), 39 % je sodilo v starostno skupino od 31-40 let, 7 % je bilo starejših in 1 % mlajših od 20 let. Skoraj vse (96 %) so že imele izkušnjo poroda. Kljub temu (ali pa morda ravno zaradi tega) je le 43 % udeleženk smatralo, da ima babica kompetenco spremljati zdravo nosečnost, 60 % je menilo, da pregleduje otročnice, so pa v večini menile, da vodi nekomplikiran porod (93 %). V kolikor bi lahko izbirale med različnimi zdravstvenimi strokovnjaki, bi jih le dobra polovica za spremljanje obporodnega obdobja izbralo diplomirano babico (Mivšek et al., 2023).

Da bi prepričali sorodne poklicne skupine o naši kompetentnosti, bi bilo potrebno, da babice pričnemno prevzemati polno odgovornost za svoje delo. V skladu s kompetencami Mednarodne zveze babic (ICM 2019) imamo pristojnost voditi zdrave nosečnice, jih spremljati ob porodu in zanje ter njihove novorojenčke skrbeti v poporodnem obdobju, v kolikor ti procesi potekajo fiziološko. Ob dobrem povezovanju z uporabnicami, ki bi jim dokazali naša znanja in spretnosti, bi tudi ženske lahko uvidele našo vlogo. Ženske, ki izkusijo kontinuirano babiško obravnavo namreč cenijo take vrste obravnavo ter jo ocenjujejo kot kakovostno (Stanek Zidarič et al., 2011).

**Key words:** system of professions, jurisdiction, competencies, health professionals

## **EXTENDED SUMMARY**

Autonomy is one of crucial elements for professionalization of midwifery (Fleming 1998). To be independent in decision making with regard to professional decisions, is important for jurisdiction. However autonomy is not necessity just in the case of practice. Profession has to be independent in recruitment – to choose candidates who may enter the field of work (Freidson 1988), it must lead education of future professionals (Abbott 1988), it has to have full control in supervision of own professionals (and consequently be fully autonomous also in sanctioning and rewarding them) (Freidson, 2001), professional association has to create a public image of profession and lobby for profession with the state to achieve monopoly. Professionalization is therefore political strategy of profession, what necessitates unified approach of all members and therefore a strong identity of the professionals (Evetts 2003), based on the feeling of belonging.

In the research about professionalism of Slovenian midwifery, we have asked participants also about the autonomy of midwives. Midwives, who were registered at the time of the study, nurses and gynaecologist-obstetricians who cooperated with them participated in the research. It was important to investigate also opinion of other health professionals, since profession is always determined by related occupations (Abbott 1988) and lay people – users (Aaronson 1989). Obstetricians were approached via their professional association, while for the sample of nurses, we have used inventory of 14 Slovenian maternity hospitals and structured sample of 64 community centres. Opinions of users were gathered via web survey, limiting the research only to Slovenian women in reproductive age. Participants were reassured anonymity and all needed measures of research ethics were taken into the consideration to preserve their integrity.

50 % of invited midwives, 49 % nurses and 29 % obstetricians returned questionnaires. According to 6 elements of professionalism (ethics, autonomy, knowledge, reflective practice, collaboration with users and interprofessional cooperation), midwifery scored good only in category of ethics. Therefore, midwifery reached only level of semi-profession. In the characteristic of autonomy was problematical their power of conducting independent professional decisions. Midwives also did not perform all competencies, prescribed by EU directive. They felt threatened by related health professions and related professionals (for example obstetricians) did not admit midwives' basic competencies, despite they expressed professional respect to midwifery on a declarative level (Mivšek et al., 2021).

Also, among users was noticed a doubt in professionalism of midwives and their abilities. 228 women responded. Majority was 21-30 years old (52 %), 39 % were aged 31-40 let, 7 % was older and 1 % was younger than 20. Almost all of them (96 %) already gave birth. Despite of their experience (or may be just because of it), only 43 % of respondents consider midwives to have a role in physiological pregnancy, 60 % thought that midwife cares for postnatal women, however majority connected midwives' role to uncomplicated childbirth (93 %). If they would have an opportunity to choose health professionals for their pregnancy, birth and puerperium on their own, only a bit more than a half of them would choose a midwife (Mivšek et al., 2023).

In order to convince other health professionals about competence, midwives should more actively start to take over the responsibilities for own work. In accordance to competencies of International Confederation of Midwives (ICM 2019) midwives have credentials to care for healthy women in pregnancy, birth and postpartum period. In case of good cooperation with women, users of midwifery service could realize midwives' abilities, knowledge and skills. Women who receive continuous midwifery care, appreciate it and estimate it as high quality (Stanek Zidarič et al., 2011).



## References

- Aaronson, L.S. (1989). A challenge for nursing: Re-reviewing a historic competition. *Nursing outlook*, 37, 274–279.
- Abbott, A. (1988). *The system of the professions*. London: University of Chicago Press.
- Evetts, J. (2003). The sociological analysis of professionalism: occupational change in the modern world. *International sociology*, 18(2), 395–414.
- Fleming, V.E.M. (1998). Autonomous or automatons? An exploration through history of the concept of autonomy in midwifery in Scotland and New Zealand. *Nursing Ethics*, 5(1), 43–51.
- Freidson, E. (1988). *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. Chicago: University of Chicago press.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism: the third logic*. Cambridge: Polity Press.
- ICM, (2019). Essential competencies for midwifery practice. Retrieved March 8<sup>th</sup>, 2023 from <https://internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/essential-competencies-for-midwifery-practice.html>
- Mivšek, A.P., Hundley, V., van Teijlingen, E., Pahor, M., & Hlebec, V. (2021). Slovenian midwifery professionalization: Perception of midwives and related health professions. *Eur J Midwifery* 5: 30.
- Mivšek, A.P., & Vermeulen, J. (2023). How do Slovenian women perceive midwifery competencies – Pilot study using the Slovenian version of midwifery profiling questionnaire (MidProQ). *Midwifery*, 118, 103601.
- Stanek Zidarič, T., Polona Mivšek, A., Skubic, M., & Zakšek, T. (2011). Novosti – izkušnje – pobude – odmevi: kontinuirana babiška skrb: predstavitev projekta oddelka za babištvo Zdravstvene fakultete Ljubljana in mestne občine Ljubljana. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 45(2), 141–145.

# UPORABA BOWNOVE TERAPIJE V BABIŠKI NEGI

## *Using Bowen Therapy in Midwifery Care*

**Katja Rudolf, dipl. bab.**

katja.rudolf@sb-sg.si

**Ključne besede:** tehnika, terapija, ravnovesje

### IZVLEČEK

Bownova terapevtska tehnika je edinstvena, neinvazivna manualna tehnika, ki sodi med energetsko-vibracijske metode. Je zelo učinkovita zdravilna tehnika, ki aktivira fiziološki mehanizem za vzpostavljanje ravnovesja na fizičnem, psihološkem, biokemičnem in čustvenem nivoju. Terapija postaja vse bolj priznana, saj se je izkazalo, da je učinkovita v veliko primerih, kjer druge terapije niso uspešne in se lahko zelo dobro dopolnjuje z drugimi načini medicinskega zdravljenja.

### ABSTRACT

The Bowen therapeutic technique is a unique, non-invasive manual technique that belongs to the category of energy vibrational methods. It is a highly efficient healing technique that activates the physiological mechanism while balancing physical, psychological, biochemical and emotional levels. The therapy is gaining more and more recognition as it has proven to be effective in many cases where other treatments have not been successful. In addition, it can be an excellent complement to other medical treatments.

**Keywords:** technique, therapy, balance

### UVOD

Z dražljaji, ki jih kot niz Bownovih potez, z nežnimi pritiski blazinic prstov pošiljamo preko senzornih receptorjev v koži, mišici in fasciji, spodbudimo delovanje avtonomnega živčnega sistema. Vse poteze prečkajo po več meridianov, v mnogih primerih se izvajajo tudi na akupunkturinih točkah. Bownove poteze hitro izzovejo vidno in otipljivo zmanjšanje napetosti v mišičnih vlaknih in mišičnih ovojnicah. Medceličnina v vezivnem tkivu se lahko že s kratkim dotikom in nežnim pritiskom spremeni iz želatinoznega v bolj tekoče, prožno stanje. Sledi sistemski in integriran odziv organizma, saj pride do boljše hidracije tkiv, izboljšanega limfatičnega pretoka, odstranitve energetskih blokad in zmanjšanega pritiska na perifernem živčevju.

Terapija se izvaja v udobnem položaju, prilagojenem fizičnemu stanju osebe. Terapevt s tako imenovanimi Bownovimi gibi in vključenimi premori pomaga telesu sprožiti proces naravnega samouravnavanja. Med obravnavo preide oseba v stanje globoke relaksacije in umiritve. Primerna je za posameznike vseh starostnih skupin, tudi za novorojenčke, dojenčke in nosečnice, ter za vse oblike zdravstvenih težav. Uporabljamo jo lahko tudi kot preventivno in sprostitveno terapijo.

## **Neplodnost**

Ker je Bownova terapija izredno nežna, blagodejna in varna, se lahko uporablja na vsakem koraku, od spočetja do poporodne nege matere in otroka. Dandanes je mnogo parov, ki imajo težave z neplodnostjo. Ugotovljeno je bilo, da uporaba Bownove terapije po protokolu za zanositev močno poveča možnost zanositve. V mnogih primerih, kjer ne gre za fizično blokado, zadostuje že nekaj tretmajev. Odlična je tudi kot priprava oz. podpora telesu v postopku umetne oploditve. Telo se na terapijo med drugim odzove z vzpostavitvijo hormonske in čustvene uravnovešeneosti, kar je v mnogih primerih ključnega pomena. Zaradi tega je priporočljivo, da sta vključena oba partnerja.

## **Nosečnost**

V času nosečnosti se žensko telo venomer prilagaja razvoju ploda ne samo na fizični, temveč tudi duševni in emocionalni ravni. V tem obdobju se nosečnica srečuje z različnimi nevšečnostmi. Jutranja slabost, utrujenost, težave s spanjem, čustvena nihanja, anksioznost, bolečine v hrbtenici in nogah, hemoroidi, zgaga, prebavne motnje in strah pred porodom so le nekatere, ki vplivajo na njeno splošno počutje in dožemanje spremenjenega stanja. Redni Bownovi tretmaji tekom celotne nosečnosti pomagajo bodoči mamici do boljšega počutja, hkrati pa ji pomagajo lažje sprejemati nastale spremembe na njenem telesu. Poskrbijo za sprostitve vezi in mišic, ki so bile dolgo časa napete zaradi spremenjene obremenitve hrbtenice. Ta sprostitve v zadnjem tromesečju plodu omogoči, da zavzame čim bolj ugoden položaj za rojstvo. Zato se je tovrstna terapija izkazala kot odlična priprava na porod.

V nosečnosti, kjer je uporaba zdravil izjemno omejena, je smiselno razmisliti o uporabi Bownove terapije, zlasti pri ženskah, ki imajo omenjene težave ali so glede nosečnosti in poroda močno zaskrbljene.

## **Med porodom**

Bownova terapija se lahko uporablja tudi med porodom, saj blagodejno in pomirjevalno vpliva na še nerojenega otroka. Po navadi so taki novorojenčki po porodu in tudi kasneje bolj umirjeni, dojenje in navezovanje prvega stika pa poteka bolj gladko in sproščeno.

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

porod. Porodnica, ki se počuti sproščeno in je ni strah poroda, posledično čuti manj bolečine. Porod lepše napreduje, saj ga z napetostjo ne zavira. S tem se zmanjša možnost za zaplete in carski rez.

V porodnišnici Slovenj Gradec vsem porodnicam omogočamo sproščanje v vodi, sproščanje z glasbo in vodeno meditacijo, uporabo TENS-a, aromaterapijo in Shiatsu masažo. Kot dodatek v nekaterih primerih izvajam Bownovo terapijo, odvisno od potrebe in odprtosti porodnice za tovrstno relaksacijo. Ugotavljamo, da je učinkovitost terapije vidna takoj, ne glede na fazo poroda. Za porodnico in tudi za terapevta je sicer bolj ugoden čas izvajanja tehnike v latentni fazi poroda, ko so popadki redkejši. Vsekakor pa je priporočljivo prejemanje Bownove terapije predhodno v nosečnosti, saj je tako telo bolj pripravljeno na sam porod. Sproščamo celotno telo, s poudarkom na mišicah medenice, nog, hrbta in ramenskega obroča. Porodnica se počuti varno, sproščeno in pomirjeno. Prednost Bownove terapije je, da se lahko izvaja v ležečem ali sedečem položaju, kar je zelo ugodno za naš način dela, saj porodnice spodbujamo k zavzemanju različnih položajev med porodom. Lahko jo izvajamo kar preko oblačil.

### **Poporodno obdobje**

Porod je stres in napor tako za mamico kot za novorojenčka. Zaradi širokega spektra delovanja je Bownova terapija odlična za poporodno regeneracijo. Telo namreč med porodom v zelo kratkem času doživi močne dražljaje ter strukturne in fiziološke spremembe na področju sklepnih vezi, mišično vezivnega tkiva, hormonske strukture in nevrološkega ravnovesja. Otročnici lahko pomagamo olajšati težave in ji omogočimo, da se njeno telo hitreje vrne v prvotno stanje. Pozitivno deluje tudi na dojenje in je učinkovit odgovor v primeru težav z dojkami (zastojna dojka, mastitis).

Ne nazadnje se je uporaba terapije izkazala pri novorojenčkih in dojenčkih, ki se na blage poteze zelo dobro odzivajo. Potrebujemo manjše število terapij, saj je njihov sistem večinoma prožen in nemoten. Z izvajanjem Bownove terapije mu pomagamo sprostiti travme, ki so posledica poroda. Pogosto se uporablja za odpravljanje težav pri sesanju, za ublažitev krčev, refluxa in zmanjšanje prebavnih težav. Pri nemirnih dojenčkih zmanjša nemir, sprošča mišično napetost in ugodno vpliva na vzorec spanja. Našteti je le nekaj, obstaja pa več stanj, ki se pogosto dobro odzivajo na Bownovo terapijo.

### **ZAKLJUČEK**

Bownova terapija je iz leta v leto bolj priznana in cenjena po celem svetu. V Avstraliji in nekaterih drugih državah je že priznana s strani zdravstvene zavarovalnice. Predstavlja pomemben del v komplementarni medicini in idealno dopolnilo klasični medicini. Bownov terapevtski dotik deluje v smeri pozitivnih učinkov na izboljšanje splošnega počutja, zdravja in povečanja kakovosti življenja. Zaradi varnosti in blagodejnih

učinkov je celo priporočljiva za nosečnice, otročnice, novorojenčke in dojenčke, saj na nežen in učinkovit način marsikdaj prepreči ali olajša že nastale težave.

### **Viri:**

Gjorgjievski, D., Kolenova, K. & Radmanović, Ž., 2016. *Bownova terapija, interni priročnik.*

<https://bowtech.si/en/what-is-bowen-therapeutic-technique/>

<https://www.bowentherapy.org.uk/docs/articles/MIDIRS-Nov2011-bowen-midwifery.pdf>

<https://yourbriohealth.ca/bowen-therapy-for-mother-baby/>

<https://www.riversidenaturalhealthcentre.co.uk/bowen-therapy-for-fertility-pregnancy/>

# POTOVANJE Z LETALOM V ČASU NOSEČNOSTI

## Travelling by airplane during pregnancy

**Nikita Pelan<sup>1</sup>, dipl. bab., izr. prof. dr. Ana Polona Mivšek<sup>2</sup>, Anže Čeh<sup>1</sup>, dipl. bab., ing. zoot mag. zdr. neg.**

<sup>1</sup> Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični oddelek za perinatologijo

<sup>2</sup> Zdravstvena fakulteta, Univerza v Ljubljani

pelan.nikita@gmail.com

**Ključne besede:** kozmično sevanje, hipoksija, hipobarično okolje, malformacije ploda, letalsko osebje

### IZVLEČEK

**Uvod:** Nosečnice se morajo zavedati morebitnih tveganj, ki jih prinaša potovanje z letalom, saj bi ustrezno oskrbo ob pojavu zapleta lahko dobile prepozno. **Namen:** Namen dela je ugotoviti, kako razmere in okolje na letalu vplivajo na nosečnico in plod, kaj je morda nevarno zanj, pri katerih zdravstvenih stanjih je letenje odsvetovano in kako med letom ukrepajo v primeru zapletov. **Metode dela:** Gre za deskriptivno metodo dela in kvalitativno metodo sistematičnega pregleda strokovne in znanstvene literature. V empiričnem delu je bil narejen fokusirani individualni intervju z glavno stewardeso letalske družbe Philippine Airlines. **Rezultati:** Telo nosečnice se s hipobaričnim okoljem in hipoksijo sooča ob pomoči kompenzatornih mehanizmov, obstajajo pa tudi preventivni ukrepi pred določenimi zapleti. Varnostna meja odmerka sevanja je 1 mSv, saj višji odmerki sevanja lahko povzročijo slabše izide nosečnosti. Ob pojavu zapleta osebje obvesti pilota in po naprej ukrepajo glede na navodila zdravniške ekipe na tleh. **Razprava in sklep:** Več dejavnikov pogojuje varnost nosečnic med poleti. Stroka potrjuje, da je potovanje z letalom varno. Smiselno bi bilo redefinirati, katerim nosečnicam se odsvetuje letenje, razmisliti o novi opremi letal, evalvirati vsebine za program usposabljanj letalskih družb, in narediti ponovne, obširnejše raziskave na področju letenja med nosečnostjo.

**Key words:** cosmic radiation, hypoxia, hypobaric environment, malformations, cabin crew

### ABSTRACT

**Introduction:** Pregnant women should be aware of the potential risks of traveling by plane, as they could receive adequate care too late in the case of a complications. **Purpose:** The purpose of the work is to find out how conditions and the environment on the plane affect the pregnant woman and the fetus, what might be dangerous for them, for which medical conditions flying is not recommended and

how to act during the flight in case of complications. **Work methods:** We used a descriptive method of work and a qualitative method of systematic review of professional and scientific literature. In the empirical part, a focused individual interview was conducted with the chief flight attendant of Philippine Airlines. **Results:** The pregnant woman's body copes with the hypobaric environment and hypoxia with the help of compensatory mechanisms, there are also some preventive measures against certain complications. The safety limit of the radiation dose is 1mSv, as higher radiation doses can cause worse pregnancy outcomes. In the event of a complication, the staff informs the pilot and takes further action based on the instructions of the medical team on the ground. **Discussion and conclusion:** Several factors determine the safety of pregnant women mid flight. Professionals confirm that air travel is safe. It would make sense to redefine which and when pregnant women are advised not to fly, to consider new aircraft equipment, to evaluate the contents of the airline training program, and to do renewed, broader research in the field of flying during pregnancy.

## UVOD

Letalski promet je postal pomemben način sodobnega prometa, ki ima na komercialnih letih na leto več kot 3 milijarde potnikov. Ta številka vključuje tudi veliko žensk v rodni dobi in nedvomno so med njimi tudi noseče potnice, za katere je letenje način prevoza na delo, obisk prijateljev ali dostopa do počitniške destinacije (Heggie, 2019; Herman, Patel, 2018; Sammour et al., 2012). Pod naslovom Potovanje z letalom med nosečnostjo smo raziskovali vpliv določenih situacijskih razmer med letom in kakšne vplive imajo razmere okolja na letalu na telo nosečnice ali izid nosečnosti.

### Hipobarično in hipoksično okolje

Z zviševanjem nadmorske višine linearno upada atmosferski tlak in s tem tudi pade tlak, ki skrbi za izmenjavo plinov v pljučih, kar lahko sproži kaskado težav z dihanjem (Peacock, 1998). Padec parcialnega tlaka kisika pomeni, da je v vdihanem zraku le še približno 15–17 % kisika namesto običajnih 21% (Tumpaj, Bilban, 2016; Humphreys et al., 2005), posledično je zasičenost krvi s kisikom zmanjšana, in sicer za približno 10 % (Van de Venne, Mahmood, 2018; RCOG, 2013).

Vpliv hipobaričnega in hipoksičnega okolja potencira že sicer fiziološke spremembe nosečnosti kot so znižanje minutnega volumna srca in krvnega tlaka, pospešitev srčnega utripa, staza v venah spodnjih okončin, zmanjšanje dihalnega volumna in povečanje frekvence dihanja (Stephenson, 2010; Kametas et al., 2004). Z namenom zmanjšanja vplivov hipobaričnega in hipoksičnega okolja na potnike Zvezna uprava za letalstvo (Federal Aviation Administration - FAA) zahteva, da je v letalskih kabinah vzdrževan tak tlak, kot da bi bili na približno 1500–2500 m nadmorske višine (Naouri et al., 2016; Humphreys et al., 2005; Kametas et al., 2004).

Akutni upad parcialnega tlaka kisika pri zdravih posameznikih in plodu nima bistvenega škodljivega učinka, ker upad saturacije kisika v krvi kompenzirajo mehanizmi pri materi (Hurd et al., 2003; Kingman, Economides, 2002). Ti so hiperventilacija, eritropoeza in povečanje diureze (Julian, 2011; Kametas et al., 2004). Pri fiziološkem poteku nosečnosti upad saturacije ne predstavlja nevarnosti niti za plod, saj je pri njem že upad delnega tlaka kisika manjši, poleg tega pa ima plodov hemoglobin (HbF) večjo afiniteto za kisik (Kingman, Economides, 2002). Plod zato veliko lažje vzdržuje normalno nasičenost krvi s kisikom kot mati (IFALPA, 2018; Petrikovsky et al., 2018; Blackburn, 2017; RCOG, 2013; Kingman, Economides, 2002). Ker je izpostavljenost takšnemu okolju zgolj začasno so učinki minimalni. Ob očitnih težavah je na letalu na voljo suplementarni kisik (Julian, 2011).

## **Hiperkoagulacija**

Tromboza je 5-10x pogostejša pri nosečnicah kot pri drugih ženskah (Izadi et al., 2015). Potovanje z letalom naj bi povečalo tveganje za nastanek strdkov še dodatno za 2-4x in sicer preko več dejavnikov (Hezelgrave, 2011). Vlažnost zraka je v kabini precej nizka, in sicer od približno 10 % do 20 % (Naouri et al., 2016). V takih pogojih se potreba po tekočinah poveča na 3-4 l na dan (Korzeniewski, 2018). Ostali dejavniki so še nezmožnost neomejenega gibanja, staza v venah, tesno sedenje na sedežu, hipobarično okolje pa tudi vnos kofeina in alkohola (Antony et al., 2017; Mohan, Nelson-Piercy, 2014; Stephenson, 2010). Različni strokovnjaki opominjajo na možne preventivne ukrepe, kot so uporaba kompresijskih nogavic, hoja po prehodu vsako uro (zato je priporočljivo izbrati sedež ob prehodu), raztezne vaje vsakih 30 minut, nošenje udobnih oblačil, ustrezna hidracija in izogibanje pitju pijač, ki vsebujejo kofein ali alkohol (NIJZ, 2019; Van de Venne, Mahmood, 2018; Korzeniewski, 2018; ACOG, 2018; Antony et al., 2017; RCOG, 2015; Izadi et al., 2015; Jones, Chan, 2014; Jean, Moore, 2012; Stephenson, 2010; Jothivijayarani 2002). Farmakološka preventiva ni priporočljiva za rutinsko rabo. Po posvetovanju z ginekologom je na dan leta in še nekaj dni po letu priporočljiv kvečjemu nizkomolekularni antikoagulant; na primer Heparin (Van de Venne, Mahmood, 2018; Izadi et al., 2015; RCOG, 2015).

## **Radioaktivno sevanje**

V območju morske gladine Zemljina atmosfera absorbira večino sevanja, preden doseže tla (Bagshaw, 2008; Barish, 2004), na nadmorski višini 9-10 km pa je manj atmosferske zaščite med galaktičnimi in sončni žarki ter potniki na letalu. Količina sevanja se povečuje z dolžino leta in nadmorsko višino (Mackell, Borwein, 2019; Barish, 2004), Bagshaw (2008) pa opozarja, da se količina sevanja povečuje tudi z oddaljevanjem od ekvatorja, in sicer za 2.5-5x, če se približamo severnemu ali južnemu polu.

Kakšno škodo bo sevanje povzročilo na nosečnosti, je odvisno od veliko dejavnikov. Raziskave si glede tega ali mehka tkiva matere zavarujejo plod pred sevanjem niso povsem enotne. Večina strokovnjakov se strinja, da odmerki sevanja v času implantacije v endometrij delujejo po načelu „vse ali nič“. Izpostavljenost sevanju v prvih



desetih dneh povzroči smrt zarodka v zgodnjih fazah razvoja, izpostavljenost v času organogeneze pa lahko povzroči kasnejšo, neonatalno smrt. Najpogostejše posledice pri otrocih, ki so bili med nosečnostjo pod vplivom sevanja zaradi bombnih napadov, so se kazale kot mikrocefalija in mentalna zaostalost (Mackell, Borwein, 2019; Sreetharan et al., 2017; ACOG (2017; Serša, 2004).

Na podlagi teh dejstev so uvedli standarde za zaščito pred sevanjem. Zvezna uprava za letalstvo za člane letalske posadke dovoljuje 20 mSv na leto kot povprečen dovoljeni odmerek (Friedberg in Copeland, 2003). Državni svet za meritve in zaščito pred sevanjem (NCRP) iz Amerike in Mednarodna komisija za radiološko zaščito (ICRP) v Evropi priporočata enako najvišjo mejo izpostavljenosti na leto, ki znaša 1 mSv, kar velja tudi za čas nosečnosti – 40 tednov. Enako mejo priporoča tudi Mednarodna organizacija civilnega letalstva (ICAO (2012)). NCRP (1993) omenjeno mejo zaostrojuje na 0,5 mSv v enem mesecu.

Primer zelo dolgega leta je let iz New Yorka do Tokia, pri čemer potnik prejme odmerek sevanja 0,15 mSv (15 % izpostavljenosti od največjega dovoljenega odmerka). Nesmiselno bi bilo torej odvrniti nosečnico od potovanja z letalom, če le ni govora o sedmih letih na najbolj oddaljene destinacije (Barish, 2004). Nosečnice, ki pogosto letijo si lahko svojo količino izpostavljenosti sevanju spremljajo s pomočjo programa CARI-6 (Antony et al., 2017).

### **Vpliv patofiziologije na izid nosečnosti**

Kar nekaj strokovnjakov (Shalev Ram et al., 2020; McNeely et al., 2018; Grajewski et al., 2015; Magann et al., 2010; Chibber et al., 2006; Irgens et al., 2003) je raziskovalo povezavo med pogostim letenjem med reproduktivno dobo žensk in pojavnostjo različnih nezaželenih učinkov. Povezava med poklicem stevardese z neplodnostjo, spontanimi splavi, prezgodnjim porodom in fetalnimi malformacijami je bila zagotovo potrjena, zato je smiselno, da noseče stevardese premestijo na delovno mesto na tleh za čas nosečnosti. Določeni viri (RCOG) so ovrgli povezavo z okoljem na letalu s sproženjem prezgodnjega poroda, nekateri drugi raziskovalci (Hurd et al., 2003) pa nasprotno izražajo zaskrbljenost, saj naj bi spremembe v zračnem tlaku lahko povzročile spontan razpok plodovih ovojev.

V raziskavi Chibber in sodelavcev (2006) se je pri prvorodkah v eksperimentalni skupini, ki so med nosečnostjo vsaj enkrat potovale, povečalo tveganje za prezgodnji porod, njihovi novorojenčki pa so imeli nižjo porodno težo in v večji verjetnosti potrebovali intenzivno nego v primerjavi s prvorodkami in njihovimi novorojenčki v kontrolni skupini, ki niso leteli.

Magann in sodelavci (2010) so v raziskavi potrdili povezavo letenja z večjo incidenco spontanih splavov, fetalnih smrti, prezgodnjih porodov, niso pa našli povezave s pojavom preeklampsije, potrebe po sprejemu na neonatalni oddelek ali s porodno težo pod 10. percentilo.

Sklep večine strokovnjakov je bil, da je področje varnosti potovanja z letalom na splošno zelo slabo raziskano, poleg tega pa si mnoge ugotovitve celo nasprotujejo. Kljub temu danes stroka enotno zatrjuje, da občasno letenje med nosečnostjo ne predstavlja grožnje za nosečnico ali plod (ACOG, 2018; Van de Venne, Mahmood, 2018; RCOG, 2015; Freeman et al., 2003), razen v primeru kontraindikacij.

### **Kontraindikacije za potovanje z letalom**

Čprav letenje samo po sebi ni kontraindikacija za potovanje z letalom, je pomembno za ginekologa, da postane pozoren ob morebitnih pridruženih bolezenskih stanjih ali odstopanjih od fiziologije nosečnosti, pri katerih je polet kontraindiciran. Te so huda anemija s hemoglobinom  $<8$  g/dl (v tem primeru je treba anemijo zdraviti pred potovanjem z letalom ali pa med letom nosečnici dovajati dodaten kisik (Kingman, Economides, 2002)), krvavitve, vnetje srednjega ušesa s sinusitisom, hujsa kardiološka ali respiratorna obolenja, stanje po nedavni gastrointestinalni operaciji (vključno z laparoskopijo), zlom kosti in srpastocelična kriza (RCOG, 2013). Kingman in Economides (2002) navajata, da so absolutne kontraindikacije poleg hude anemije in srpastocelične anemije še preeklampsija in placenta praevia. Ostali avtorji raziskav s tega področja omenjajo še nekaj drugih kontraindikacij, vse pa so povezane z zmožnostjo tolerance hipoksije in sprememb zračnega tlaka (Silverman, Gendreau, 2009).

### **Usposabljanje letalskega osebja in omejitve letalskih družb**

Največja skrb, zaradi katere letalske družbe postavljajo omejitve, je tveganje za začetek poroda. Ta morda zahteva zasilni pristanek, a pri čezoceanskih letih le ta ni mogoč (Gazdik, 2004).

Zvezna uprava za letalstvo zato zahteva, da kabinsko osebje ob zaposlitvi pri letalski družbi opravi usposabljanje o prepoznavanju simptomov pogostih zdravstvenih težav (Ruskin et al., 2008). Na tečajih se letalsko osebje nauči prve pomoči, osnovnih ukrepov oživljanja, uporabe AED, aplikacije kisika prek nosnega katetra (Ho et al., 2017), usklajenega delovanja med seboj, izkoriščanja preostalih dostopnih virov (pripomočki in instrumenti v kompletih), prostorskega upravljanja (Ruskin et al., 2008) idr. Večino zdravstvenih zapletov med letom je mogoče obravnavati in odpraviti z osnovnimi ukrepi prve pomoči (Ruskin et al., 2008). Ko nastopi problem in znanje kabinskega osebja ni dovolj, je njihova dolžnost povprašati potnike, ali je med njimi kakšen zdravstveni delavec (Ho et al., 2017).

Ker se večina porodov začne spontano po 37. tednu gestacijske starosti, večina letalskih družb postavlja dovoljeno mejo letenja nosečnice na 36. teden gestacijske starosti. Pri večplodnih nosečnostih je ta meja postavljena na 32. teden gestacije. Poleg tega večina letalskih družb zahteva od nekega določenega tedna naprej tudi pisno potrditev osebnega ginekologa, da nosečnost poteka brez večjih posebnosti in da

svoji pacientki dovoli potovanje z letalom. Dogodki, ki zahtevajo urgentno obravnavo, se največkrat zgodijo v prvem ali tretjem trimesečju, zato številni strokovnjaki, med drugimi WHO (2020), RANZCOG (2020), Pahlavani Sheikhi (2017), Jones in Chan (2014) ter Hezelgrave s sodelavci (2011), ocenjujejo potovanje v drugem trimesečju kot »najmanjše zlo«.

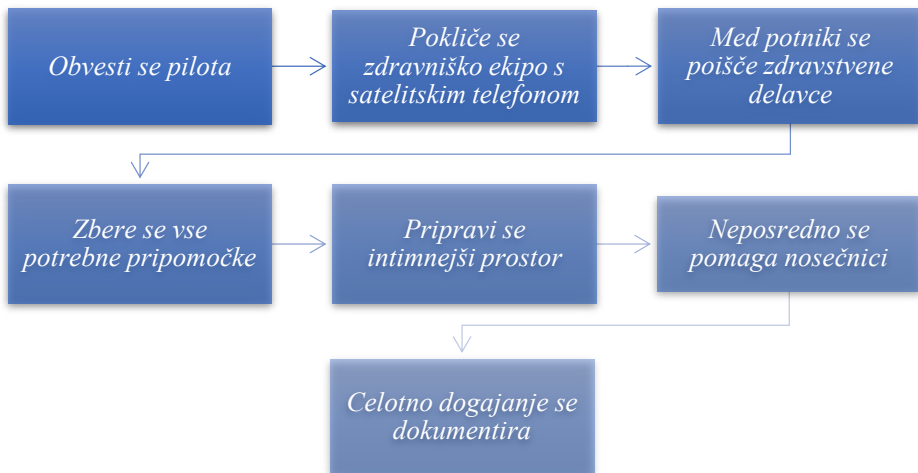
### **Incidenca ginekoloških težav med poleti in zasilni pristanek letala**

Raziskave kažejo, da je zdravstvenih zapletov na komercialnih letih približno 200-1400 na dan (Heggie, 2019; Martin-Gill et al., 2018). V raziskavi Chandra in Conry (2013) primerjata rezultate sedmih raziskav, v katerih se pojavnost porodniških in ginekoloških zapletov giblje med 0,2 % in 3,9 %, Peterson in sodelavci (2013) pa navajajo oceno pojavnosti 23,4 %. Več kot polovica primerov s porodniškimi ali ginekološkimi težavami (60,7 %) se zgodi nosečnicam pred 24. tednom gestacije. Najpogostejše ginekološke težave so vaginalne krvavitve, akutni abdomen kot posledica nekega že obstoječega ginekološkega stanja (ektopična nosečnost, torzija ovarija) in zapleti nedavne ginekološke operacije (krvavitve, vnetja, tromboembolija) (Sommerkamp et al., 2018). Kljub vsem težavam, ki se lahko pojavijo med pletom, odločitev za zasilni pristanek ostaja redek pojav, saj predstavlja velik logistični, ekološki in finančni zalogaj (Martin-Gill et al., 2018; Ruskin et al., 2008). Končna odločitev o zasilnem pristanku je v rokah pilota, saj mora pri odločitvi upoštevati še veliko drugih dejavnikov (Martin-Gill et al., 2018).

### **Ukrepanje ob pojavu urgentnih porodniških stanj**

Osnovni ukrepi ob porodu na letalu se ne razlikujejo bistveno od tistih v porodnišnici, pojavi pa se veliko izzivov zaradi pomanjkanja prostora, težjega izvajanja postopkov (uporaba stetoskopa zaradi hrupa) (Bourell, Turner, 2010), pomanjkanja zasebnosti, nedostopnosti celovite dokumentacije, slabe osvetlitve in manjšega števila pripomočkov, ki so na voljo. Take okoliščine povzročajo paniko tudi pri najbolj izkušenih zdravstvenih delavcih (Tennyson, 2000).

V naši raziskavi nas je od vsega najbolj zanimalo kako je letalsko osebje Philippine Airlines postopalo ob novici, da se je pri eni od potnic sprožil porod. Slika prikazuje zaporedje njihovih ukrepov.



Slika 1: Ukrepi letalskega osebja ob pojavu urgentnega medicinskega stanja

## Opremljenost letal z medicinskimi pripomočki

Za vse letalske družbe veljajo enake zahteve o osnovni opremljenosti setov s pripomočki in zdravili, njihova vsebina pa je bolj natančno opredeljena pri vsaki državi ali letalski družbi posebej in zato med njimi nastajajo razlike (Thibeault et al., 2015). Kompleti prve pomoči so na voljo na vsakem letalu (Kodama et al., 2018; Lodhi et al., 2018), na letalih z več kot 100 sedeži pa je zahtevan še komplet medicinske pomoči (Kodama et al., 2018). FAA in JAA (European Joint Aviation Authorities) prepovedujeta vzlet svojim letalom brez zagotovljene minimalne opremljenosti kompletov za prvo pomoč in nujne medicinske pomoči v kabini (Cocks, Liew, 2007). Vsebina kompleta nujne medicinske pomoči je navedena v Tabeli 1.

**Tabela 1:** Oprema v kompletu za nujno medicinsko pomoč (prirejeno po FAA, 2006)

| Pripomočki                                  | Št. kosov |
|---|-----------|
| Sfigmomanometer                             | 1         |
| Stetoskop                                   | 1         |
| Orofaringealni tubus v treh velikostih      | 3         |
| Ambu balon z maskami v treh velikostih      | 1 : 3     |
| Maska za oživljanje v treh velikostih       | 3         |
| Infuzijski sistem z dvema Y konektorjema    | 1         |
| Alkoholni zloženci                          | 2         |
| Lepilni trak                                | 1         |
| Škarje                                      | 1         |
| Esmarh                                      | 1         |
| Fiziološka raztopina 500 ml                 | 1         |
| Zaščitne rokavice                           | 1 par     |
| Igle (18G, 20G, 22G ali druge velikosti)    | 6         |
| Brizge (5 ml, 10 ml ali druge velikosti)    | 4         |
| Analgetiki (ne narkotiki) 325 mg tableta    | 4         |
| Antihistaminik, 25 mg tableta               | 4         |
| Antihistaminik, 50 mg ampula                | 2         |
| Atropin 0,5 mg, 5 ml ampula                 | 2         |
| Aspirin 325 mg                              | 4         |
| Bronhodilator, inhalator                    | 1         |
| Glukoza 50 % / 50 ml ampula                 | 1         |
| Epinefrin (Adrenalin) 1:1000, 1 ml ampula   | 2         |
| Epinefrin (Adrenalin) 1:10,000, 2 ml ampula | 2         |
| Lidokain, 5 ml, 20 mg/ml ampula             | 2         |
| Nitroglicerinske tablete 0,4 mg             | 10        |
| Osnovna navodila za uporabo kompleta        | 1         |

Večina raziskav ugotavlja vsebinsko pomanjkljivost teh kompletov, kar velikokrat predstavlja izziv pri zagotavljanju ustrezne pomoči. Heggie (2019) navaja izzive, s katerimi so se spopadali potniki in osebje pri reševanju zdravstvenih zapletov na račun pomanjkljive opremljenosti letal z medicinskimi pripomočki in nenavadne, ampak

iznajdljive rešitve – pomanjkanje čiste vode, uporaba alkoholnih pijač potnikov za steriliziranje, vezalk s čevljev za prevezovanje popkovine, slamic s tetrapakov za čiščenje dihalne poti in škarjic iz seta za ličila.

## Vloga babic in ginekologov

Na vprašanje o tveganjih potovanj z letalom med nosečnostjo lahko odgovorimo z omembo več dejavnikov, ki pogojujejo varnost letenja nosečnic. Prvi so **okoljski dejavniki** – nižji zračni tlak, manjša vlažnost, sevanje, hipoksija in prostorska omejenost. Pomembni so tudi **dejavniki, ki se razlikujejo glede na letalsko družbo**, torej kako je osebje usposobljeno za ukrepanje, kako dobro sodelujejo med seboj, s potniki in z zdravniško ekipo prek satelita, katere pripomočke in zdravila vsebujejo njihovi kompleti itd. Obstajajo tudi **dejavniki tveganja, ki se navezujejo na samo nosečnost** in lahko sprožijo zaplete. Zanje izvemo med jemanjem anamneze in jih lahko morda odpravimo pred letom. Nosečnost sama po sebi ni kontraindikacija za letenje, čeprav večina raziskav, potrjuje domnevo, da so nosečnice bolj izpostavljene tveganju in zapletom. Zadnjo kategorijo dejavnikov varnosti predstavljajo nekateri **nepredvidljivi dejavniki**, med katere bi lahko uvrstili navzočnost zdravstvenega delavca med potniki in njegovo pripravljenost, da priskoči na pomoč.

Najpomembnejša vloga diplomirane babice in ginekologov je preventivna dejavnost, ki vključuje ozaveščanje nosečnic o dejavniki tveganja, ki jih prinaša potovanje z letalom in kako pred, med in po letu postopati, da zmanjšamo možnosti težav. Ginekolog naj bi pred takim potovanjem moral potrditi viabilnost intrauterine nosečnosti (Mackell, Borwein, 2019; Kumar, Sharma, 2014), seznaniti nosečnico s primerno zaščito s cepljenjem, preventivnimi ukrepi, kot so higiena rok, daljša oblačila za zaščito pred komarji in soncem, uživanje primerno obdelane hrane, praktičnih nasvetih o ravnanju na letalu itd. Nosečnica mora tudi ugotoviti, katere ustanove ji bodo na končni destinaciji na voljo in ali bo njeno zdravstveno zavarovanje tam zadoščalo. Zdravstveno zavarovanje mora pokrivati tudi novorojenčka ob morebitnem prezgodnjem porodu in morebitnih potrebnih operativnih posegih. Prav tako se mora nosečnica, četudi na potovanju, udeležiti preventivnega pregleda v nosečnosti in biti na tekočem s preiskavami, ki sledijo. S seboj mora vedno imeti materinsko knjižico in kopijo izvidov (krvna skupina, Rh-faktor, testiranje na HIV in hepatitis B), ne sme pa pozabiti niti na zadostno zalogo uporabnih zdravil (paracetamol, antiemetike, vitaminske dodatke) (Mackell, Borwein, 2019; Jones, Chan, 2014; Kumar, Sharma, 2014).

## Viri in literatura

- ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists (2018). Air travel during pregnancy. *Obstet Gynecol* 132: e64–6.
- Antony KM, Ehrenthal D, Evensen A, Iruretagoyena JI (2017). Travel During Pregnancy: Considerations for the Obstetric Provider. *Obstet Gynecol Surv* 72(2): 97–115. doi: 10.1097/ogx.0000000000000398.
- Bagshaw M (2008). Cosmic radiation in commercial aviation. *Travel Med Infect Dis* 6(3): 125–7. doi: 10.1016/j.tmaid.2007.10.003.
- Barish RJ (2004). In-flight radiation exposure during pregnancy. *Obstet Gynecol* 103(6): 1326–30. doi: 10.1097/01.aog.0000126947.90065.90.
- Blackburn ST (2017). *Maternal, Fetal, & neonatal physiology: a clinical perspective*. Washington. Elsevier Health Sci: 333.
- Bourell L, Turner MD (2010). Management of In-Flight Medical Emergencies. *J Oral Maxillofac Surg* 68(6): 1377–83. doi: 10.1016/j.joms.2009.07.057.
- Chandra A, Conry S (2013). In-flight medical emergencies. *West J Emerg Med* 14(5): 499–504. doi: 10.5811/westjem.2013.4.16052
- Chibber R, Al-Sibai MH, Qahtani N (2006). Adverse outcome of pregnancy following air travel: A myth or a concern? *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 46(1): 24–8. doi: 10.1111/j.1479-828x.2006.00508.x.
- Cocks R, Liew M (2007). Commercial aviation in-flight emergencies and the physician. *Emerg Med Australas* 19(1): 1–8. doi: 10.1111/j.1742-6723.2006.00928.x.
- Freeman M, Ghidini A, Spong CY, Tchabo N, Bannon PZ, Pezzullo JC (2004). Does air travel affect pregnancy outcome? *Arch Gynecol Obstet* 269(4): 274–7. doi: 10.1007/s00404-003-0579-5.
- Friedberg W, Copeland K (2003). Office of Aerospace Medicine, Federal Aviation Administration. What aircrews should know about their occupational exposure to ionizing radiation. Dostopno na: [https://www.faa.gov/data\\_research/research/med\\_humanfacs/aeromedical/radiobiology/reports/](https://www.faa.gov/data_research/research/med_humanfacs/aeromedical/radiobiology/reports/) <5. 2. 2020>.
- Gazdik M (2004). *Flight Attendant Duties*. Vault Guide to Flight Attendant Careers. New York: Vault Inc.
- Heggie TW (2019). Skyborn: In-flight Emergency Births on Commercial Airlines. *J Travel Med* 27(2): taz042. doi: 10.1093/jtm/taz042.
- Hezelgrave NL, Whitty CJ, Shennan AH, Chappell LC (2011). Advising on travel during pregnancy. *BMJ* 342: d2506. doi: 10.1136/bmj.d2506.
- Herman J, Patel D (2018). Advising the traveller. *Med* 46(1): 59–65. doi: 10.1016/j.mpm.2017.10.004.
- Humphreys S, Deyermund R, Bali I, Stevenson M, Fee JPH (2005). The effect of high altitude commercial air travel on oxygen saturation. *Anaesth* 60(5): 458–60. doi: 10.1111/j.1365-2044.2005.04124.x.

Hurd WW, Rothenberg JM, Rogers RE (2003). Ob/Gyn Aeromedical Evacuation of Obstetric and Gynecological Patients. In: Hurd WW, Jernigan JG, eds. *Aeromedical Evacuation: Management of Acute and Stabilized Patients*. New York: Springer Int Publ. 287–8. doi: 10.1007/0-387-22699-0\_22.

International Civil Aviation Organization - ICAO (2012). *Manual of Civil Aviation Medicine 3rd edition*. Dostopno na: [https://www.icao.int/publications/documents/8984\\_cons\\_en.pdf](https://www.icao.int/publications/documents/8984_cons_en.pdf) <19. 3. 2020>.

Irgens Å, Irgens LM, Reitan JB, Haldorsen T, Tveten U (2003). Pregnancy outcome among off-spring of airline pilots and cabin attendants. *Scand J Work Environ Health* 29(2): 94–9. doi: 10.5271/sjweh.710.

Izadi M, Alemzadeh-Ansari MJ, Kazemisaleh D, Moshkani-Farahani M, Shafiee A (2015). Do pregnant women have a higher risk for venous thromboembolism following air travel? *Adv Biomed Res* 4: 60. doi: 10.4103/2277-9175.151879.

Jean D, Moore LG (2012). Travel to High Altitude during Pregnancy: Frequently Asked Questions and Recommendations for Clinicians. *High Alt Med Biol* 13(2): 73–81. doi: 10.1089/ham.2012.1021.

Jones CA, Chan C (2014). Bon voyage: an update on safe travel in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can* 36(12): 1101–6. doi: 10.1016/S1701-2163(15)30389-3.

Jothivijayarani A (2002). Travel considerations during pregnancy. *Prim Care Update Obstet Gynaecol* 9(1): 36–40. doi: 10.1016/S1068-607X(01)00100-7.

Julian CG (2011). High altitude during pregnancy. *Clin Chest Med* 32(1): 21–31. doi: 10.1016/j.ccm.2010.10.008.

Kametas NA, McAuliffe F, Krامل E, Chambers J, Nicolaidis KH (2004). Maternal cardiac function during pregnancy at high altitude. *BJOG: Int J Obstet Gynaecol* 111(10): 1051–8. doi: 10.1111/j.1471-0528.2004.00246.x.

Kingman CE, Economides DL (2002). Air travel in pregnancy. *Obstet Gynaecol* 4(4): 188–92. doi: 10.1576/toag.2002.4.4.188.

Kodama D, Yanagawa B, Chung J, Fryatt K, Ackery AD (2018). »Is there a doctor on board?«: Practical recommendations for managing in-flight medical emergencies. *Can Med Assoc J* 190(8): E217. doi: 10.1503/cmaj.170601.

Korzeniewski K (2018). The pregnant traveller. *Int Marit Health* 69(1): 63–9. doi: 10.5603/IMH.2018.0010.

Kumar P, Sharma A (2014). Travel Guidelines. In: Arora M, Sharma A, eds. *A Practical Guide to First Trimester of Pregnancy*. New Delhi: Jaypee Bro Med Publ: 93–5. Dostopno na: [http://gynecology.sbm.ac.ir/uploads/4\\_5870466496806781421.pdf](http://gynecology.sbm.ac.ir/uploads/4_5870466496806781421.pdf) <20. 3. 2020>.

Lodhi W, Popplestone M, Friedman C, De Martino R, Yoong W (2018). In-flight emergencies for the obstetrician and gynaecologist: what to expect when called to action. *Obstet Gynaecol* 20(3): 148–50. doi: 10.1111/tog.12490.



- Mackell SM, Borwein S (2019). The pregnant and breastfeeding traveler. *Travel Med* 22: 225–36.
- Magann EF, Chauhan SP, Dahlke JD, McKelvey SS, Watson EM, Morrison JC (2010). Air travel and pregnancy outcomes: a review of pregnancy regulations and outcomes for passengers, flight attendants, and aviators. *Obstet Gynecol Surv* 65(6): 396–402. doi: 10.1097/ogx.0b013e3181e572ae.
- Martin-Gill C, Doyle TJ, Yealy DM (2018). In-flight medical emergencies: a review. *Jama* 320(24): 2580–90. doi: 10.1001/jama.2018.19842.
- McNeely E, Mordukhovich I, Tideman S, Gale S, Coull B (2018). Estimating the health consequences of flight attendant work: comparing flight attendant health to the general population in a cross-sectional study. *BMC Public Health* 18(1): 346. doi: 10.1186/s12889-018-5221-3.
- Mohan AR, Nelson-Piercy C (2014). Air travel in pregnancy. *Obstet Gynaecol Reprod Med* 27(12): 385–6. doi: 10.5830/CVJA-2016-021.
- Naouri D, Lapostolle F, Rondet C, Ganansia O, Pateron D, Yordanov Y (2016). Prevention of medical events during air travel: a narrative review. *Am J Med* 129(9): 1000–e1. doi: 10.1016/j.amjmed.2016.05.013.
- NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje (2019). Nasveti za zaščito zdravja na potovanju. Dostopno na: <https://www.nijz.si/sl/nasveti-za-zascito-zdravja-na-potovanju> <18. 3. 2020>.
- Pahlavani Sheikhi Z (2017). Special considerations in air travel for pregnant women. *Int J Travel Med Glob Health* 5(2): 69. doi: 10.15171/ijtmgh.2017.13.
- Peacock AJ (1998). Oxygen at high altitude. *BMJ* 317(7165): 1063–6. doi: 10.1136/bmj.317.7165.1063.
- Peterson DC, Martin-Gill C, Guyette FX et al. (2013). Outcomes of medical emergencies on commercial airline flights. *N Engl J Med* 368: 2075–83. doi: 10.1056/nejmoa1212052.
- Petrikovsky B, Terrani M, Sichinava L (2018). Transatlantic Air Travel in the Third Trimester of Pregnancy: Does It Affect the Fetus? *Am J Perinatol Rep* 8(2): 71–3. doi: 10.1055/s-0038-1641584.
- RANZCOG (2020). Travelling during Pregnancy. Dostopno na: <https://ranzocg.edu.au/womens-health/patient-information-resources/traveling-during-pregnancy> <30. 3. 2020>
- RCOG – Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2013). Air Travel and Pregnancy. Scientific Impact Paper No. 1. Dostopno na: [https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/scientific-impact-papers/sip\\_1.pdf](https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/scientific-impact-papers/sip_1.pdf) <18. 3. 2020>.
- RCOG – Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2015). Information for you–Air travel and pregnancy. Dostopno na: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/patients/patient-information-leaflets/pregnancy/air-travel-pregnancy.pdf> <18. 3. 2020>.
- Ruskin KJ, Hernandez KA, Barash PG (2008). Management of in-flight medical emergencies. *Anesthesiol* 108(4): 749–55. doi: 10.1097/aln.0b013e31816725bc.
- Sammour RN, Bahous R, Grupper M et al. (2012). Pregnancy course and outcome in women traveling to developing countries. *J Travel Med* 19(5): 289–93. doi: 10.1111/j.1708-8305.2012.00637.x.

Serša G (2004). Biološki učinki ionizirajočega sevanja. Ljubljana: ZVD.

Shalev Ram H, Ram S, Miller N, Rosental YS, Chodick G (2020). Air travel during pregnancy and the risk of adverse pregnancy outcomes as gestational age and weight at birth: A retrospective study among 284,069 women in Israel between the years 2000 to 2016. *PLoS One* 15(2): e0228639. doi: 10.1371/journal.pone.0228639.

Silverman D, Gendreau M (2009). Medical issues associated with commercial flights. *The Lancet* 373(9680): 2067–77. doi: 10.1016/s0140-6736(09)60209-9.

Sommerkamp SK, Franasiak JM, Dubbs SB, Kuppusamy P (2018). Obstetrics and Gynecology Considerations. In: Nable JV, Brady W, eds. *In-Flight Medical Emergencies: A Practical Guide to Preparedness and Response*. New York: Springer Berlin Heidelberg 97–108.

Sreetharan S, Thome C, Tharmalingam S et al. (2017). Ionizing radiation exposure during pregnancy: effects on postnatal development and life. *Radiat Res* 187(6): 647–58. doi: 10.1667/RR14657.1.

Stephenson CJ (2010). Air Travel and Pregnancy - with Reference to Obstetric and Perinatal Aeromedical Retrieval. *J Mil Veterans Health* 18(2): 16–23.

Tennyson M (2000). Labour at 20,000 Feet. *Am J Nurs* 100(9): 49–52.

Thibeault C, Evans AD, Pettyjohn FS, Alves PM (2015). AsMA medical guidelines for air travel: in-flight medical care. *Aerosp Med Hum Perform* 86(6): 572–3. doi: 10.3357/amhp.4221.2015.

Tumpaj VP, Bilban M (2016). Kronična pljučna bolezen in potovanje z letalom. Ljubljana: ZVD 40–5.

Van de Venne M, Mahmood T (2018). Travelling when pregnant. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 233: 158–9.

World Health Organization (2020). Travellers with pre-existing medical conditions and special needs. Dostopno na: [https://www.who.int/ith/precautions/medical\\_conditions/en/](https://www.who.int/ith/precautions/medical_conditions/en/) <24. 3. 2020>.

# STRES PRI DELU BABIC V PORODNIŠNICI

## Work related stress among Slovenian midwives working in maternity hospitals

Rebeka Šinkovec, mag. psih., prof. dr. Anja Podlessek

Filozofska fakulteta

sinkovec.rebeka@gmail.com

**Ključne besede:** porodnišnice, babice, stres, izgorelost, sekundarni travmatski stres

### IZVLEČEK

V članku so predstavljeni dejavniki, ki babicam, zaposlenim v slovenskih porodnišnicah, prinašajo stres, načini soočanja z njimi in njihovi predlogi za spremembe. 65 babic je preko spleta izpolnilo Oldenburški vprašalnik izgorelosti, Lestvico sekundarnega travmatskega stresa in Vprašalnik za merjenje stresa zdravstvenih strokovnjakov na delovnem mestu. V polstrukturiranih intervjujih je sodelovalo 10 babic, ki svoje delo pretežno opravljajo v porodnih sobah slovenskih porodnišnic. Ugotovitve so pokazale, da babice obremenjujejo slabi medosebni odnosi med sodelavci in z ginekologi in porodničarji, kot najbolj stresne na delovnem mestu pa ocenjujejo situacije, v katerih so preobremenjene s številom pacientk, in nepričakovane situacije, v katerih je ogroženo življenje. Po takih težjih primerih v porodni sobi so pogosto izčrpane, lahko jih pesti celo nespečnost. S stisko, ki jo občutijo ob težjih primerih, se soočajo z lastnim analiziranjem, pogovorom z drugimi, prostočasnimi aktivnostmi, s katerimi zaposlijo svoje misli, preživljanjem časa v naravi in vzorci razmišljanja, ki poudarjajo sprejemanje žalostnih dogodkov v porodni sobi in razmejevanje med lastnim življenjem in preizkušnjami drugih. Pri soočanju s stresom si babice želijo predvsem več organizacijske podpore, več timskih pogovorov po stresnem dogodku in več priložnosti za pogovor z usposobljenim strokovnjakom za duševno zdravje. Prav tako si želijo tudi več izobraževanj o tem kako se soočiti s stresom pri delu in pomagati pacientkam v stiski. S strani vodstva pričakujejo več posluha za njihove stiske in aktivnega reševanja težav.

**Keywords:** maternity hospitals, midwives, stress, burnout, secondary traumatic stress

### ABSTRACT

This article explores the causes of stress for midwives that work in Slovenian maternity hospitals, their ways of coping with stress and their suggestions for changes. 65 midwives completed items of adapted Oldenburg Burnout Inventory, Secondary Traumatic Stress Scale, and The Health Professions Stress Inventory. 10 midwives who mainly work in delivery rooms participated in semi-structured interviews.

Findings suggest the majority of midwives are burdened by interpersonal relations at work with their colleagues, gynaecologists and obstetricians. Yet the most stressful for them are the situations in which they feel overwhelmed by the number of birthing mothers and unexpected situations where life is endangered. After difficult cases like this, midwives often feel drained and can experience insomnia. To cope with feelings of distress they often analyse difficult cases by themselves, talk with others about cases, distract themselves with different hobbies, spend their time in nature, and use specific patterns of thinking that emphasize the acceptance of sad events in the delivery room and boundaries between one's own life and someone else's trials. When coping with work-related stress, midwives mainly wish for more organizational support, more team conversations after urgent events, and more opportunities to talk to a mental-health professional. Midwives also want more training about how they can cope better with work related stress and help their patients in distress. They expect the hospital management to listen to them and address the difficulties they face.

## **UVOD**

Delo babic in babičarjev v porodnišnici je lahko povezano z doživljanjem psihološkega distresa (Pezaro idr., 2015), ki se pojavi kot odgovor na posameznikovo dlje časa trajajočo izpostavljenost stresu (Norman idr., 2018). Avtorji kot razloge tveganja za psihološki distres babic, zaposlenih v porodnišnici navajajo slabo organizacijsko kulturo, ki je posledica slabih medosebnih odnosov na delovnem mestu, travmatične dogodke na delovnem mestu (Pezaro idr., 2015), soočanje z izgubo in žalovanjem (Kenworthy idr., 2011) in delo, ki je čustveno obremenjujoče (Hunter, 2001). Še dodatni dejavnik tveganja za doživljanje psihološkega distresa pri delu predstavlja ženski spol (Viertiö idr., 2021), pa tudi višja starost babic in z njo več izkušenj z delom v porodnišnici (Wright idr., 2018) in dejstvo, da so babice mame majhnim otrokom, zaradi česar težje usklajujejo delovne in družinske obveznosti (Versaevel, 2011). Psihološki distres babic v porodnišnici se lahko kaže v izgorelosti, depresiji, anksioznosti (Hunter idr., 2019), akutni stresni motnji, sekundarnem travmatskem stresu (Beck idr., 2012; Leinweber idr., 2010) in celo posttravmatski stresni motnji (Sheen idr., 2015). Doživljanje stresa pri delu babic torej pomembno vpliva na njihovo fizično in psihološko zdravje, pa tudi na njihovo strokovnost (Wright idr., 2018). Nižje psihološko blagostanje babic je povezano s slabšo zdravstveno obravnavo žensk (Pezaro idr., 2015).

## **METODE**

Anketni vprašalnik v spletni obliki je v celoti izpolnilo 65 udeležencev (od tega eden z nazivom med. sestra – babica, preostali pa z nazivom dipl. babica, dipl. babičar), kar predstavlja 8% populacije vseh diplomiranih babic in diplomiranih babičarjev

pri nas. Eden izmed 65 udeležencev je bil moškega spola, preostali udeleženci pa ženskega spola, zato je v nadaljevanju za vse sodelujoče osebe uporabljen izraz »udeleženke«. Povprečna starost udeleženk, ki so izpolnile spletni anketni vprašalnik je bila 33,5 leta. Večina anketiranih udeleženk (43) je v času izvedbe raziskave (pomlad 2023) svoje delo v porodnišnici opravljalo od 1 do 5 let, 30 udeleženk od 6 do 15 let, 20 udeleženk pa 16 let ali več. Večina udeleženk (21) je bila takrat zaposlenih v porodnišnici v Ljubljani, preostale udeleženke pa v drugih porodnišnicah po Sloveniji (Kranj, Slovenj Gradec, Nova Gorica, Jesenice, Postojna, Trbovlje, Maribor, Brežice, Celje, Ptuj in Izola). Skoraj vse udeleženke (57) so v času anketiranja pretežno delale s porodnicami v porodnih sobah. Udeleženke spletnega vprašalnika so reševale tri vprašalnike, katerih postavke so bile prirejene za populacijo babic: Oldenburški vprašalnik za merjenje izgorelosti (Oldenburgh Burnout Inventory – OLBi; Demerouti in Nachreiner, 1998), Lestvico sekundarnega travmatskega stresa (Secondary Traumatic Stress Scale - STSS; Bride idr., 2004) in Vprašalnik za merjenje stresa zdravstvenih strokovnjakov na delovnem mestu (Wolfgang, 1988). V spletnem vprašalniku so udeleženke ocenjevale tudi stresnost šestih zanje potencialno stresnih situacij na delovnem mestu, in bile povabljene, da zapišejo čim več predlogov za spremembe na delovnem mestu, ki bi jim pomagale, da bi pri svojem delu občutile manj stresa. Ker je bil vzorec (65 udeležencev) premajhen, da bi lahko korektno preverila merske značilnosti lestvic in vprašalnikov in izračunala veljavne skupne dosežke, sem pridobljene podatke analizirala zgolj s pregledom frekvenčnih porazdelitev odgovorov. Odgovore na odprto vprašanje sem analizirala tako, da sem vsebinsko podobne odgovore združevala v kategorije po načelih utemeljene teorije, avtorjev Glaserja in Straussa (1967).

V drugem delu raziskave sem preko videokonferenčne aplikacije z babicami, ki svoje delo pretežno opravljajo v porodni sobi, izvedla 10 polstrukturiranih intervjujev. Zaradi zaščite njihove zasebnosti nisem zbirala podatkov o njihovi starosti, delovni dobi in porodnišnici, v kateri so trenutno zaposlene. V intervjujih so z menoj spregovorile o stresnih vidikih njihovega dela, pa tudi o pozitivnih vidikih njihovega dela, o lastnem soočanju s stresom na delovnem mestu v porodnišnici in o predlogih za spremembe na delovnem mestu, ki bi jim pomagale, da bi pri svojem delu občutile manj stresa. Intervjuji so bili snemani in transkribirani, pridobljene podatke pa sem analizirala po načelih tematske analize, avtoric Braun in Clarke (2006) tako, da sem oblikovala besedne kode, ki so vsebinsko povzemale delčke pripovedi babic. Kode in citate, ki so se nanašale nanje, sem razporedila v več nadrednih kategorij. Te predstavljajo ključne vsebinske ugotovitve kvalitativnega dela raziskave.

## **REZULTATI IN DISKUSIJA**

### **Stresni vidiki dela babic v porodnišnicah**

Kot največji vir stresa pri vsakodnevnem delu v porodnišnici babice pogosto izpostavljajo preobremenjenost s številom pacientk, zaradi česar komaj obvladujejo

dogajanje v porodni sobi. Pogosto jih je strah, da bo šlo v porodni sobi kaj narobe, ker je tam babic premalo. Verjetnost za uresničitev njihovega strahu je realna, saj oskrba več porodnic hkrati babice utruja in poveča verjetnost, da bodo pri svojem delu naredile kakšno napako in s tem ogrozile kakovost zdravstvene obravnave porodnic (Modiba, 2008).

Kot najbolj stresne na delovnem mestu babice ocenjujejo nepričakovane situacije, v katerih je ogroženo življenje otroka in porodnice (npr. padanje plodovih srčnih utripov v maternici, novorojenček, ki se na izvenmaternično življenje odziva slabše kot je bilo pričakovano, oživiljanje novorojenčka, huda krvavitev porodnice pri porodu, izpad popkovnice, ki ogroža otrokovo življenje in za porodnico pomeni nujen carski rez). Takrat morajo babice z ostalimi zdravstvenimi strokovnjaki odreagirati hitro in učinkovito, da bi rešili življenje otroka in ali porodnice. Za babice dodaten stres predstavljajo tudi pričakovanja družbe, da v porodnišnici ne more priti do zapletov (*»Ljudje v današnjem času sploh ne vedo več, da tudi pri porodu lahko gre kaj narobe, da otrok ni zdrav, da lahko tudi umre«*), četudi so zapleti verjetni in lahko pride do njih (*»pri našem delu smo z enim korakom v bistvu vedno blizu kakšnih hudih zapletov«*). Po zapletih v porodni sobi babice še dodatno obremenjuje dejstvo, da nimajo povratnih informacij o tem, kaj se je s porodnico in novorojencem zgodilo po tem, ko sta zapustila porodnišnico (*»In v bistvu stalno nekako premlevaš in se spomniš dogodka pet, deset let nazaj in se potem vprašaš: Joj, kako je tista ženska, ali je prišla še kdaj roditi, kako je tisti otroček, ali je bilo potem z njim vse v redu... Če bi imela neke povratne informacije, da pa je vse v redu, ne samo tiste tri dni, ko je ženska v porodnišnici, ampak po tem, tudi čez leto, dve, tri, bi bilo veliko lažje predelati vse skupaj, ker bi si rekla: Aha, glej, ne sekiraj se za to, kar se je zgodilo deset let nazaj, ker je vse v redu. Ta primer se je srečno končal«*). Zgodi se tudi, da življenja otroka in ali porodnice ni mogoče rešiti. Taki dogodki so za babice travmatični (Beck idr., 2015) in jih za vedno zaznamujejo (*»V bistvu to niti ni bil porod, ki bi ga jaz vodila, ampak sem bila v službi takrat. In lahko rečem, da tega nikoli v življenju nisem dobro, po mojem, čisto... pozabila itak ne... Ampak to je bila najhujša zadeva, sigurno. To ne vem, če bom kdaj... Si človek malo spremenjen po tem dogodku... Ne vem, v tebi je nekaj drugače...«*).

Za babice niso stresni zgolj »težji« primeri, stresno jim je tudi delo s porodnicami pred samim aktom poroda, ki ga Hunter (2004) označi kot čustveno obremenjujoče za babice. V intervjujih izvemo, da tako delo od babice zahteva več potrpežljivosti in drugačno, na doživljanje osredotočeno komunikacijo (*Včasih nimaš kaj veliko za pokazati, ampak je mogoče ravno ta oblika dela še najtežja. Ko čakamo, si prigovarjamo, se spodbujamo... Sam akt poroda, to je kratko dejanje. 15 minut, recimo, če je vse v redu, 20 minut... Bolj me izžame to, da moram osem ur biti z eno pa ji vsake petnajst minut reči za popadke, da naj proba podihati, jo prepričevati, da je vse v redu, da je vse normalno, da popadki bolijo, da otroček si mora narediti pot, da pride na svet, kot če mi dve ali tri naenkrat rojevajo«*). Tudi vstopanje v partnersko intimo v času poroda, ko prevladuje čustveno doživljanje in odzivanje obeh partnerjev, od babice zahteva veliko več kot zgolj obvladovanje strokovnega vodenja poroda. Takrat morajo babice znati uravnati svoja čustva, pomiriti čustvene odzive staršev in se opaziti

dinamiki ustrezno prilagoditi v svojih odzivih in vodenju z namenom, da porod pripeljejo do konca (*»Mi smo dostikrat tarča vseh čustev... Vstopaš v neko intimo, ki je v bistvu ne poznaš, strese se pa nate marsikaj. Furat te različne karakterje in življenje, ki ga oni imajo – v tistem trenutku si del tega, dobiš vse na pladenj. Po eni strani je to čast, ker si zraven pri tako intimnem dogodku, pri tako lepi stvari, da si lahko rečeš samo uau, po drugi strani pa to zahteva veliko od tebe«*).

Babice predstavljajo tudi medosebni odnosi na delovnem mestu (*»Seveda so stvari, ki gredo narobe – so prekinitve, so mrtvorjeni otroci... kar daje težo, ampak to ni vsakdanjik. Vsakdanjik so odnosi, ki jih mi pletemo«*). Omenjajo napete odnose s sodelavkami (*»Ko so ti kofeti, vidiš, da se kar nekaj govori, da se umakneš in potem se vsi režijo. Neke te bedne ženske fore«*), pa tudi z zdravniki, pacientkami, partnerji pacientk in z dulami. Sodelovanje z dulami, ki so ženski v oporo in se ne vtikajo v strokovno delo babic, babice doživljajo kot pomembno razbremenitev. Nasprotno pa dule, ki ovirajo komunikacijo med žensko in babico in s svojimi predlogi onemogočajo strokovno delo babic, babice spravljajo v nelagoden položaj in stres. Delo s porodnicami je za babice posebej naporno takrat, kadar s svojo pacientko ne morejo vzpostaviti pristnega stika, ki je pomembna podlaga za uspešno sodelovanje med babico in porodnico (*»Če imam jaz težek porod, hkrati imam pa žensko, s katero vzpostavim dober stik, se da z njo sodelovati, je luštna, je prijetna, poklepetava vmes, je to zame manj stresno, četudi je porod težek, kot če imaš okej porod in žensko, ki ji sploh ne moreš priti blizu, s katero ne moreš vzpostaviti enega odnosa. To so tiste ženske, ki nič ne govorijo, ki odsekano govorijo, so hladne, ne želijo sodelovati s tabo... Take ženske so zame zelo naporene. In bi rekla ja, da mi odnos z ženskami predstavlja največjo težo poklica«*).

Posebej ranljiva skupina za doživljanje stresa na delovnem mestu so babice z otroki, o čemer piše že Versaevel (2011) in babice z več izkušnjami dela v porodnišnici, kar ugotavlja že Wright s sodelavci (2018). Babice z več izkušnjami dela v porodni sobi občutijo več stresa in so tudi previdnejše od tistih, ki v porodni sobi delajo manj časa (*»V babištvo je tako – dlje časa kot delaš, več stvari doživiš, več veš, bolj si zajec, bolj te je strah, bolj si pozoren.«*). Babicam z majhnimi otroki izrazito velik stres predstavlja pogosta odsotnost od doma in družinskega življenja, ob čemer lahko občutijo krivdo. Občutek krivde lahko povzročijo ali še okrepijo partnerjevi očitki in primerjanje z drugimi ženskami, katerih poklic ne zahteva takšne vrste odsotnosti od družinskega življenja. Posebej nočno delo mamam babicam lahko povzroča še dodatne stiske (*»Tudi to, da sem utrujena, je problem, ker se je težko z otroki ukvarjati, ker si zelo zaspan«*).

## **Soočanje s stresom na delovnem mestu**

K uspešnem soočanju s stresom, ki ga babice na delovnem mestu doživljajo vsakodnevno, pripomore njihovo dobro razpoloženje (*»Če si ti nervozen, živčen, zbezan, to zelo vpliva na njo in pri porodu tam sigurno ne bomo imeli dobrega rezultata«*), zadovoljstvo v osebnem življenju (*»Če si ti v življenju zadovoljen s tem, kar počneš, pa če imaš v družini stvari tako, kot morajo biti, potem normalno, da ti funkcioniraš pozitivno v službi,*



*vsaj jaz to tako doživljam«), upiranje na vero (»Meni ne preostane drugega, da preden grem v službo, kaj zmolim. Vidim, koliko mi je lažje, če rečem: Bog, bodi danes z mano, da mi bodo stvari šle v redu, da se bom zmogla prav odločit, da bom v redu delala. Ker sam teže, ki ti je naše delo prinaša, in ljudi, sodelavcev, zdravnikov, ki dostikrat imajo naziv, pa za svoje delo niso najbolj usposobljeni, ne moreš nositi«), osredotočenost na tiste vloge, medosebne odnose in ljudi, ki so jim v življenju pomembnejši od službe (»Velikokrat si rečem: Ah saj služba je služba, važno, da so doma, da so v družini stvari poštimate tako kot je treba [...] Služba ni vse. Je neko moje poslanstvo, za katerega sem se odločila, še ko sem bila stara trinajst let, ampak ni pa vse. Je pa družina tista, ki je na prvem mestu«).*

Pri soočanju z »napornimi« porodnicami se iz porodne sobe večkrat umaknejo (»V sobi sem bolj kot ne samo toliko, kot je to potrebno«), v odnosu z njo se osredotočijo se na ohranjanje lastne strokovnosti (»Takrat se opomnim, da je moja naloga v bistvu samo, da sem z njo prijazna, da ji nudim strokovnost, ki jo imam, in da stvari izpeljem do konca«), kasneje pa svoje misli in občutja delijo s sodelavci in se na tak način razbremenijo (»Dostikrat je tudi tako, kar jemljem za napačno stvar, da pridem ven in rečem sodelavkam: Pišuka, ta je pa za crknit. Kolikor je po eni strani to opravljanje, se zavedaš, da si naredil nekaj narobe, si na ta način olajšam dušo«).

Pri stresnih porodih se babice pogosto opirajo na protokole, ki natančno opredeljujejo njihovo delo v urgentnih situacijah in jih razbremenijo stresa, ki ga sicer s seboj prinese presojanje, kaj bi bilo v neki situaciji potrebno narediti. V negotovih in nepredvidljivih situacijah v porodni sobi s porodnico in partnerjem delijo predvsem objektivne informacije (»Največkrat mamica vpraša, ali je vse v redu. V sobi pa tišina, ker vsi čakamo jok novorojenčka. Kaj je dobra stvar tega, da jaz vedno rečem, kar drži: Novorojenček ima šestdeset sekund, da prvič vdahne in razpre pljuča... Izjemno je pomembno, da daš take sigurne stavke, ker čim daš nekaj bolj oprijemljivega, takole primejo (pokaže z roko, op. a.). Če rečeš, vse bo v redu, pa potem ni... ne moreš reči vse bo v redu. Lahko pa rečeš: Se trudimo, da bomo naredili vse po najboljših močeh, da bo vaš otroček v redu. Vedno uporabljaj termine, ki te postavijo malo na sredino, ne levo pa ne desno.«). Kljub temu pa babice v nepredvidljivih in negotovih situacijah v porodni sobi vseeno občutijo močan telesni odziv (»Vedno se odzovem tako, da mi začne srce razbijati, res prav čutim ga v grlu, v glavi, v želodcu, povsod, včasih tudi težko diham«). Kadar mama porodi mrtvega novorojenčka ali kadar novorojenček pri porodu umre, si babice svojo žalost in stisko pogosto dovolijo izraziti s porodnico (»In se mi ne zdi nič narobe, da se meni zasvetijo oči, ko držim ženski roko, ko obedve tišino drživa, ampak ve, da jo čutim, da je tudi meni težko, da je prišlo do tega, in da mi ni vseeno«), pomaga jim tudi, da prepoznajo svojo nenadomestljivo vlogo in v dani situaciji naredijo vse, kar je v tistih trenutkih v njihovi moči (»Ena stvar, ki je meni zelo ljuba je, da otročku pobarvam stopala in jih odtisnem na papir. Da naredim kot en lep kartonček, z datumom in uro rojstva, napišem ime in odtisnem nogice. V bistvu to ustvarjanje spominov za njih. To mi je ena taka stvar, zdi se mi zelo pomembna za njih, ker dosti teh staršev takrat reče ne, potem pa pridejo nazaj in iščejo stvari, kako bi



*imeli kakšen spomin. To jim pomaga v fazi žalovanja. Gre za tisti občutek, da jaz lahko naredim, kar sem pač zmogla v tisti situaciji narediti«).*

Težje primere navadno najprej analizirajo same pri sebi, razmišljajo predvsem o svojih reakcijah in odločitvah v stresnih situacijah (*»Kaj je bilo, ali bi lahko kaj bolje naredila, ali bi lahko kaj hitreje naredila...«*). Kasneje o svojem doživljanju pogosto spregovorijo tudi s partnerjem in sodelavkami oz. drugimi, ki delajo v porodništvu in njihovo doživljanje lahko razumejo bolje kot partner ali prijateljice. S tem ko ubesedijo kar jih teži, regulirajo svoje čustveno doživljanje, kar jim pomaga pri soočanju s stresom. Po težjih primerih so babice pogosto izčrpane (*»takrat greš iz službe res zmatran, si kot cota. Potem prideš domov in si gotov«*), lahko se soočajo tudi z nespečnostjo zaradi sproščenega adrenalina ali celo z več tednov trajajočimi težavami s spanjem. Svojo stisko ob težjih primerih babice pogosto odnesejo s seboj domov. Takrat se rade odpravijo v naravo (*»Če grem ven v naravo, na sprehod, hodit. Se mi zdi, da mi to najbolj pomaga... Se mi takoj ne zdi več tako grozno, ko si enkrat zunaj v naravi, kakor pa nekje, doma zaprt v sobi«*), so fizično aktivne (*»Zelo rada grem teči, to je taka stvar, da vem, da si jo vzamem za sebe, pa vzamem psa. [...] Ja, če me nekaj teži med tekom razmišljam o tem, pa potem nekako iztečem to ven, potem je pa nekako v redu«*), zaposlijo svoje misli s prostočasnimi aktivnostmi, s čimer prekinejo svoje razmišljanje in čustvovanje o težjih primerih (*»Takrat res ne moreš o drugem razmišljati kot o tisti knjigi. Tako da nekako moje zatočišče so moja družina, knjige, pa tudi, če imam čas kakšen šport, tako da je telo utrujeno, da možgani ne morejo toliko delati, da je izklopljen računalnik«*), obiskujejo strokovnjaka za duševno zdravje (*»Še posebej sedaj čutim, kako pomembna je ta psihološka podpora, pa ne samo ožjih sodelavcev, ampak tudi kakšnega drugega strokovnjaka, da bi ti na malo drugačen način znal svetovati pa pomagati, da bi prej našel to ravnovesje in umirjenost«*), meditirajo, izvaja jo jogijske dihalne tehnike in včasih izjokajo svojo žalost in bolečino (*»Šele na koncu dam tisti jok iz sebe, ko vidim, da enostavno ne morem več, da moram še nekaj narediti, in se pač zjočem«*). Babice, ki so tudi mame, ob težkih dogodkih ostajajo osredotočene na zdravje svojih otrok in hvaležne za tisto, kar je bilo dano njim, ne pa tudi nekaterim drugim staršem (*»Meni je nekak ritual. Pridem domov po eni taki težki situaciji, recimo otroček ni bil v redu ali karkoli. Prideš domov, zahvališ se, ne vem, nekomu na nebu, in rečeš: Lej, hvala za zdrave otroke. In polupčkam svoje otroke in grem mirno spat«*). Pri soočanju s težjimi primeri si pomagajo še z drugimi specifičnimi vzorci razmišljanja – sprejemajo, da so žalostni izidi v rodni sobi neizogiben del njihovega poklica, osredotočajo se na primere z dobrim razpletom (*»Pač, življenje je tako. Hvala Bogu, da rešimo 98 % žensk. Pač 2 % so tiste, ko res ne gre. Tako da se spomnimo vseh lepih primerov in potem nekako gre«*), trudijo se razmejevati med doživljanjem, čustvi in bolečino pacientk in lastnim doživljanjem ter krepijo zavedanje, da so v dani situaciji naredile najboljše, kot so takrat znale in zmogle (*»Da se vsedem dol, da predelam, da to itak ni moje, da to je od nekoga drugega, ne vem, moralo se je tako zgoditi, naredili smo po najboljših močeh, kakor smo lahko«*).

## Predlogi za spremembe na delovnem mestu

Babice si z namenom, da bi na delovnem mestu občutile manj stresa, želijo sprememb in podpore na petih področjih. Po težjih primerih si želijo pogovora z vsemi vpletenimi sodelavci, pa tudi s psihologom. Sicer pa: več izobraževanj o tem kako se bolje soočiti s stresom, pa tudi o tem kako pri soočanju s travmatskimi dogodki pomagati porodnici, boljših medosebnih odnosov s sodelavci, spremembe v odnosu med babcami in porodničarji in ginekologi ter zdravniki (babice si želijo več avtonomije, zaupanja in spoštovanja z njihove strani). Želijo si tudi več organizacijske podpore (več zaposlenih, boljši raspored dela in več prostih dni, boljša opremljenost prostorov, razbremenitev birokracije in drugih tehničnih del, da bi se lahko v polnosti posvetile porodnicam in novorojencem). Predvsem pa si s strani vodstva babice želijo več posluha za njihove stiske in bolj aktivno reševanje nastalih stisk (*»Aktivno reševanje težav je problem. Ne samo neka represija, pritiski, ampak da se tudi takrat, ko se pojavi težava, da se to reši. Da imamo nek tak direkten odnos. Se pravi – jaz ti povem, ti nekaj ukreneš glede tega, ne pa pač rečeš: Lej, saj bo boljše. In potem to – saj bo boljše, poslušaj nadaljnjih dvajset let. Tako kolegice, ki so še starejše, povedo: Nikoli se nič ne popravlja, stvari gredo samo navzdol, ne gredo nič navzgor, nič se ne popravi«*).

## ZAKLJUČEK

Glede na naravo dela babic v porodni sobi bi bilo babcam potrebno zagotoviti redno supervizijo strokovnjaka s področja duševnega zdravja, ki bi jim pomagal pri soočanju s tiskami ob čustveno obremenjujočem delu, pri predelavi morebitnih travmatskih dogodkov v porodni sobi in pri postavljanju potrebnih profesionalnih meja. Osredotočenost vodstva zgolj na kakovostno zdravstveno obravnavo porodnic in novorojencev in na porode s čim manj zapleti za porodnice in novorojence, ne ustvarja priložnosti za doseg želenih rezultatov. V prvi vrsti je potrebna intenzivna skrb vodstva za tiste, ki delajo s populacijo porodnic in novorojencev. Babice za kakovostno delo v porodnih sobah potrebujejo obvladljivo število porodnic v porodnih sobah, dovolj časa za regeneracijo in počitek znotraj izmenskega delavnika, varen prostor, kjer se lahko razbremenijo svojih stisk, psihološko podporo ob soočanju s težjimi primeri in ustaljene mehanizme tako za naslavljanje slabih medosebnih odnosov med sodelavci kot tudi za vzpostavljanje prijetne delovne klime za vse zdravstvene strokovnjake.

## Literatura

- Beck, C. T. in Gable R. K. (2012). A Mixed Methods Study of Secondary Traumatic Stress in Labor and Delivery Nurses. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 41(6), 747–760. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01386.x>
- Beck, C. T., LoGiudice, J. in Gable, R. K. (2015). A Mixed-Methods Study of Secondary Traumatic Stress in Certified Nurse-Midwives: Shaken Belief in the Birth Process. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 60(1), 16–23. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12221>
- Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B. in Figley, C. R. (2004). Development and Validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice*, 14(1), 27–35. <https://doi.org/10.1177/1049731503254106>
- Hunter, B (2001). Emotion work in midwifery: a review of current knowledge. *Journal of Advanced Nursing*, 34(4), 436–444. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01772.x>
- Hunter, B (2004). Conflicting ideologies as a source of emotion work in midwifery. *Midwifery*, 20(3), 261–272. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2003.12.004>
- Hunter, B., Fenwick, J., Sidebotham, M. in Henley, J. (2019). Midwives in the United Kingdom: Levels of burnout, depression, anxiety and stress and associated predictors. *Midwifery*, 79. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.08.008>
- Kenworthy, D. in Kirkham, M. (2011). *Midwives Coping with Loss and Grief: Stillbirth, Professional and Personal Losses*. Radcliffe Publishing.
- Leinweber, J. in Rowe, H. J. (2010). The costs of »being with the woman«: secondary traumatic stress in midwifery. *Midwifery*, 26(1), 76–87. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.04.003>
- Modiba, L. M. (2008). Experiences and perceptions of midwives and doctors when caring for mothers with pregnancy loss in Gauteng hospital. *Health SA Gesondheid*, 13(4), 29–40. <https://doi.org/10.4102/hsag.v13i4.402>
- Norman I., Ryrle, I. (Eds.) (2018). *The Art and Science of Mental Health Nursing: Principles and Practice* (4th ed.). Open University Press.
- Pezaro, S., Clyne, W., Turner, A., Fulton, E.A. in Gerada, C. (2015). »Midwives Overboard!« Inside their hearts are breaking, tehir makeup may be flaking but their smile still stays on. *Women and Birth*, 29(3), 59–66. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.10.006>
- Sheen, K., Spiby, H. in Slade, P. (2015). Exposure to traumatic perinatal experiences and posttraumatic stress symptoms in midwives: Prevalence and association with burnout. *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), 578–587. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.006>
- Versaevel, N. (2011). Why Do Midwives Stay? A Descriptive Study of Retention in Ontario Midwives. *Canadian Journal of Midwifery Research and Practice*, 10(2), 29–45.
- Viertiö, S., Kiviruusu, O., Piirtola, M., Kaprio, J., Korhonen, T., Marttunen, M. in Suvisaari, J. (2021). Factors contributing to psychological distress in the working population, with a special reference to gender difference. *BMC Public Health*, 21(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10560-y>

Wolfgang, A. P. (1988). The Health Professions Stress Inventory. *Psychological Reports*, 62, 220–222. <https://doi.org/10.2466/pr0.1988.62.1.220>

Wright, E. M., Matthai, M. T. IN Budhathoki, C. (2018). Midwifery Professional Stress and Its Sources: A Mixed-Methods Study. *Journal of Midwifery and Women's health* 63(4), <https://doi.org/10.1111/jmwh.12869>

# PREPOZNAVANJE OBPORODNIH DUŠEVNIH MOTENJ

## *Recognition of perinatal mental disorders*

Eva Kržič<sup>1</sup>, dipl. bab.; viš. pred. Tita Stanek Zidarič<sup>2</sup>, dipl. bab., IBCLC;  
strok. sod. Bojana Strmec<sup>1</sup>, dipl. bab.

<sup>1</sup> Klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika, KO za perinatologijo

<sup>2</sup> Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Babištvo, 1. stopnja  
eva.krzic@gmail.com

**Ključne besede:** nosečnost, babica, porodnica, prepoznavanje

### IZVLEČEK

**Uvod:** Duševno zdravje je stanje dobrega počutja, v katerem posameznik razvija svoje sposobnosti, se spopriema s stresom v vsakdanjem življenju ter učinkovito in plodno dela. Nosečnost, porod in poporodno obdobje so obdobja, kjer je ženska izpostavljena stresu in tesnobi. Kar 15–25 % žensk se v teh obdobjih sreča z duševnimi motnjami. **Metode dela:** V teoretičnem delu je bila uporabljena deskriptivna metoda dela in preučevanje tuje ter domače strokovne literature. V empiričnem delu diplomskega dela je uporabljena kvantitativna metoda raziskovanja. Za raziskovalni instrument smo uporabili anketni vprašalnik, ki so ga izpolnjevale babice v porodnem bloku Porodnišnice Ljubljana. **Rezultati:** Babice se v porodnem bloku srečujejo s porodnicami, ki imajo duševne motnje v kar 24,6 %. Stisko prepoznajo preko nemira v pogovoru, nenehnega premikanja, tahikardije in tresočega glasu. Dve tretjini babic porodnico vpraša po duševnih motnjah, kadar opazijo določen znak, kar 38 % pa jih tega ne vpraša. Kar 92 % anketiranih se strinja, da je opazovanje duševnega zdravja pomembno. Lestvico dobrega počutja pozna samo 12 % babic, izpolnjena pa je v 23 % s strani porodnic. **Razprava in zaključek:** Iz rezultatov je razvidno, da med mlajšo in starejšo generacijo ni bistvene razlike pri prepoznavanju duševnih motenj. Večina babic, zaposlenih v porodnem bloku Porodnišnice Ljubljana, ne pozna lestvice dobrega počutja. Ugotovili smo, da so na duševne motnje pozorne le, če je postavljena diagnoza oz. je napisano v materinski knjižici. Večina anketiranih je mnenja, da imajo premalo znanja o duševnem zdravju. Da bi to izboljšali, je potrebno duševno zdravje vključiti v celostno obravnavo nosečnice in dodati negevalno pot za porodnice z duševnimi motnjami.

**Keywords:** pregnancy, midwife, woman in labour, recognition

### ABSTRACT

**Introduction:** Mental health is a condition of well-being in which an individual develops their abilities, handles stress in everyday life and works effectively and lucratively. Pregnancy, labor and puerperium are all events where a woman is exposed

to stress and anxiety. Around 15–25 % women face mental illness. **Methods:** In the theoretical part we used descriptive method and studied foreign and domestic professional literature. In the empirical part we used survey as research instrument and it was filled out by midwives in Maternity Hospital Ljubljana. **Results:** Midwives face 24,6 % women giving birth who suffer from mental illness. They recognize it through communication disorder, constant moving, tachycardia and wobbly voice. About two third of midwives ask women about mental illness whenever they recognize a certain sign of it. 38 % of midwives do not ask about it. 92 % midwives agree that it is important to look for mental illnesses but only 12 % of midwives are familiar with the scale of well-being. 23 % of women fill out the scale of well being in maternity booklet. **Discussion and conclusion:** The findings shows that there is no fundamental difference in recognizing mental illness between younger and older generation of midwives. Most of midwives, employees at Maternity Hospital Ljubljana are not familiar with the scale of well-being. We found out that they are attentive to mental illness only if it is already diagnosed or it is noted in maternity book. Most of the respondents think they do not have enough knowledge about mental health. To improve awareness it is necessary to integrate mental health through the holistic approach during pregnancy.

## UVOD

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) duševno zdravje opredeljuje kot »stanje dobrega počutja, v katerem posameznik razvija svoje sposobnosti, se spoprijema s stresom v vsakdanjem življenju, učinkovito in plodno dela ter prispeva v svojo skupnost« (NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015). Duševne motnje so pogoste in veljajo za glavni zdravstveni problem v 21. stoletju (Balta et al., 2019). Predporodno obdobje pri ženskah s seboj prinaša veliko sprememb, tako telesnih kot duševnih. Med duševne spremembe v nosečnosti štejemo prehod v materinstvo, spremenjeno doživljanje same sebe in spremenjeno doživljanje sebe kot partnerke (Drglin, 2009). Vsi zdravstveni delavci, ki so tekom antenatalnega obdobja v stiku z žensko, so soodgovorni za duševno zdravje matere, saj so one tiste, ki nosijo, rodijo in večino časa posvetijo svojemu novorojenčku (Podvornik et al., 2015; Steblovnik et al., 2009). Duševno zdravje pomembno vpliva na potek nosečnosti, porod in na poporodno obdobje (Ličina, 2011). Ta obdobja so normalni dogodki tekom življenja ženske, so pa obdobja, kjer je ženska izpostavljena stresu in tesnobi. Stres in tesnoba sta psihopatologija obstoja in del človeških občutenj. Stopnja stresa tekom nosečnosti je bistvenega pomena in nekaj normalnega za psihološko prilagoditev čustvenim zahtevam in spremembam v nosečnosti (Raynor, Oates, 2014). Naloga babic in medicinskih sester (MS) na primarnem nivoju je, da prepoznavajo distres, ženskam nudijo pomoč in jih napotijo k ustreznim strokovnjakom (Higgins et al., 2017; WHO – World Health Organization, 2013). Podvornik in sodelavci (2015) so

opravili presečno študijo, v kateri so sodelovale nosečnice vseh tromesečij. Rezultati so pokazali, da so nosečnice, ki so imele zdravstvene težave tekom prejšnjih nosečnosti, imele tudi hujše simptome anksioznosti v zdajšnji nosečnosti. Ženske, ki so imele težave tekom zdajšnje nosečnosti, pa so poročale o hujših simptomih depresije kot tiste, ki niso imele težav.

Namen raziskave je na čim večjem vzorcu babic, zaposlenih v porodnem bloku Porodnišnice Ljubljana, ugotoviti, kako oz. na kakšen način prepoznavajo duševne motnje. Opisali smo najpogostejše duševne motnje v obporodnem obdobju in predstavili pomen prepoznavanja duševnih motenj v obdobju nosečnosti in poroda. Postavili smo si 3 raziskovalna vprašanja:

1. Ali babice z več let izkušenj lažje prepoznajo duševne motnje?
2. Katere znake duševnih motenj babice najlažje opazijo?
3. Ali babice, zaposlene v porodnem bloku Porodnišnice Ljubljana, posvečajo pozornost tudi SZO/EURO lestvici dobrega počutja v materinski knjižici?

## **METODE**

Raziskava je sestavljena iz teoretičnega in empiričnega dela. V empiričnem delu je bila uporabljena kavzalno neeksperimentalna metoda dela, v teoretičnem delu pa je uporabljena deskriptivna metoda raziskovanja s pregledom tuje in slovenske strokovne literature. Literaturo smo iskali preko podatkovnih baz PubMed, Medline, Cinahl, Google Učenjak in DiKUL ter fizično v knjižnici Zdravstvene fakultete Ljubljana. Literaturo smo iskali od 18. 1. 2020 do 5. 6. 2021. Iskani in uporabljeni članki so v časovnem okviru od leta 2009 do 2020. Za iskanje literature smo uporabili naslednje izraze: nosečnost, babica, porodnica, obporodne duševne motnje, duševno zdravje, v angleškem jeziku pregnancy, midwife, perinatal mental disorders, mental health. Pri pregledu literature smo upoštevali naslednje vključitvene kriterije: literatura, ki ni starejša od 12. let; relevantnost; članki v slovenskem ali angleškem jeziku.

## **Vzorec**

Razdelili smo 35 (100 % vzorec) vprašalnikov med babice/babičarje, zaposlene v porodnem bloku Porodnišnice Ljubljana. Ustno smo v vsakem turnusu predstavili namen raziskave, poudarili, da je sodelovanje prostovoljno in anketiranim zagotovili anonimnost. Anketirani so anketne vprašalnike zbrali v mapi.

Zaposleni so vprašalnik izpolnjevali anonimno, v fizični obliki. Vprašalnik je bil v porodnem bloku na voljo za izpolnjevanje od 8. 1. 2021 do 30. 1. 2021. Izpolnjenih je bilo 24 vprašalnikov, kar predstavlja 69 % vseh prisotnih babic v porodnem bloku.

Za potrebe raziskovanja smo pridobili soglasje Skupine za raziskovanje v zdravstveni in babiški negi v UKCL in soglasje glavne medicinske sestre Porodnišnice Ljubljana.

### **Raziskovalni instrument**

Kot raziskovalni instrument smo uporabili anketni vprašalnik, ki je bil sestavljen na osnovi pregleda literature. Sestavlja ga 17 vprašanj. Vprašanja so bila odprtega, zaprtega in kombiniranega tipa. 9 vprašanj temelji na prepoznavanju duševnih motenj. 4 vprašanja se navezujejo na SZO/EURO lestvico dobrega počutja, zadnji 2 vprašanja pa sta demografska značaja.

### **Obdelava podatkov**

Pridobljene podatke smo statistično obdelali z računalniškim programom Microsoft Office Excel 2016. Za analiziranje atributivnih spremenljivk je bila uporabljena metoda deskriptivne oz. opisne statistike z uporabo odstotnih frekvenc, ki so prikazane s pomočjo tabel in grafov.

## **REZULTATI**

V tabeli je prikazana delovna doba anketirancev. Skoraj polovica anketiranih (42 %) ima manj kot 5 let delovne dobe, dobra tretjina pa jih je zaposlenih že 30 do 40 let.

**Tabela 1:** Leta delovne dobe anketirancev

| DELOVNA DOBA | ŠTEVILO ODGOVOROV (N) | ODSTOTEK (%) |
|--------------|-----------------------|--------------|
| do 5 let     | 10                    | 42 %         |
| 5–10 let     | 2                     | 8 %          |
| 10–15 let    | 2                     | 8 %          |
| 15–20 let    | 2                     | 8 %          |
| 20–30 let    | 1                     | 4 %          |
| 30–40 let    | 7                     | 29 %         |

Tabela 2 prikazuje najvišjo stopnjo izobrazbe anketiranih. Četrtnina anketirancev ima izobrazbo srednje medicinske sestre – babice, 67 % anketiranih pa je diplomiranih babic.



**Tabela 2:** Najvišja dosežena izobrazba anketirancev

| STOPNJA IZOBRAZBE         | ŠTEVILO (N) | ODSTOTEK (%) |
|---------------------------|-------------|--------------|
| SMS - babica              | 6           | 25 %         |
| Srednja medicinska sestra | 0           | 0 %          |
| Diplomirana babica        | 16          | 67 %         |
| Dipl. medicinska sestra   | 0           | 0 %          |
| Magisterij                | 1           | 4 %          |
| VMS - babica              | 1           | 4 %          |

Odgovor na prvo raziskovalno vprašanje, ali babice z več let izkušenj lažje prepoznajo duševne motnje, smo pridobili s pomočjo prvih sedmih vprašanj. Primerjali smo jih med izpolnjenimi anketami babic z manj kot 10 let delovne dobe in tistimi, ki imajo 20–40 let delovne dobe. Predpostavili smo, da babice z večletnimi izkušnjami lažje in hitreje prepoznajo duševno stisko pri porodnici. 4ih vprašanj nismo primerjali med seboj, saj so odgovori z obeh strani brez odstopanj. Ob prvem stiku s porodnico so babice najbolj pozorne na obrazno mimiko (30 %) ter obnašanje telesa (23 %). Najmanj pozornosti posvečajo tonu glasu. Mlajša generacija je bolj pozorna na znake, ki bi nakazovali stisko. Prav tako je mlajša generacija imela boljše rezultate pri prepoznavanju znakov depresije. V primerjavi z mlajšimi, pa so starejše imele prepričljivejše odgovore pri prepoznavanju znakov paničnega napada. Glede na pridobljene rezultate smo ugotovili, da so mlajše babice malenkost bolj pozorne na duševno zdravje. Ob tej ugotovitvi naj pripomnim, da so starejše babice v večini napisale, da se ne spomnijo, kdaj so nazadnje bile na izobraževanju s tematiko duševnega zdravja oz. da sploh še niso bile na takem izobraževanju. Mlajše pa so bile večinoma pred nekaj leti (ko so bile še na faksu).

Odgovor na drugo raziskovalno vprašanje je, da babice najlažje prepoznajo pretirano živčnost in nemir. Na vprašanje z enakimi možnimi odgovori, le da je šlo za znak, ki ga najtežje prepoznajo, pa je odgovor nihanje razpoloženja. Ker je sam porod "vlak" čustev, nihanje razpoloženja hitro spregledamo.

Odgovor na tretje vprašanje pa je, da večina babic ne posveča pozornosti SZO/EURO lestvici dobrega počutja. Kar 88 % anketirancev te lestvice ne pozna, 90 % jih sploh ne preveri, ali je lestvica dobrega počutja v MK izpolnjena. Pridobili smo podatek, da je SZO/EURO lestvica dobrega počutja izpolnjena v 23 %.

Ko smo jih povprašali o znanju o duševnem zdravju, je 71 % anketirancev mnenja, da imajo premalo znanja.

## ZAKLJUČEK

Ugotovili smo, da večina babic nameni pozornost duševnemu zdravju le, kadar je podana diagnoza oz. je to napisano v materinski knjižici. Mlajše generacije so malenkost bolj pozorne na duševno zdravje kot starejše. Babice v porodni sobi niso pozorne na lestvico dobrega počutja, ki je del materinske knjižice, lahko da se razlog skriva v tem, da večina anketiranih SZO/EURO lestvice dobrega počutja sploh ne pozna. Babice v porodnem bloku Porodnišnice Ljubljana imajo premalo znanja s področja prepoznavanja duševnega zdravja. Ko smo jih povprašali po zadnjem izobraževanju s tematiko duševnega zdravja, je večina odgovorila, da se ne spomni, kdaj so bili nazadnje na takem izobraževanju. Zato bi bilo potrebno dodati obvezna izobraževanja za zaposlene in dodati v klinično pot tudi vprašanja glede obravnave žensk z duševnimi motnjami. Prav tako bi bilo potrebno vse seznaniti s SZO/EURO lestvico dobrega počutja in spodbujati ženske, da jo tekom nosečnosti in poporodnega obdobja izpolnijo. 10. oktober je svetovni dan duševnega zdravja. Naj bo v naših mislih vseh 365 dni v letu.

## Literatura

Balta G, Dalla C, Kokras N (2019). Women's Psychiatry. In: Yong-Ku K, eds. *Frontiers in Psychiatry*. Adv Exp Med Biol. Singapore: Springer, 1192: 225-249.

Drglin Z (2009). Zima v srcu: Ko se materinstvu pridružita depresija in tesnoba, radost pa odide: kažipot skozi obporodne stiske. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja. Dostopno na: [https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacijedatoteke/zima\\_v\\_srcu.pdf](https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacijedatoteke/zima_v_srcu.pdf) <16. 3. 2020>

Higgins A, Downes C, Carroll M, Gill A, Monahan M (2017). There is more to perinatal mental health care than depression: Public health nurses reported engagement and competence in perinatal mental health care. *J Clin Nurs* 27(3-4): 476-487. doi: 10.1111/jocn.13986.

Ličina M (2011). *Poporodne duševne motnje*. Ljubljana: Littera Picta.

NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje (2015). Kaj je duševno zdravje?, 4. 3. 2015. Dostopno na: <https://www.nijz.si/sl/kaj-je-dusevno-zdravje> <20. 4. 2020>.

Podvornik N, Globevnik Velikonja V, Praper P (2015). Depression and anxiety in women during pregnancy in Slovenia. *Zdr Varst* 54: 45-50. doi: 10.1515/sjph-2015-0006.

Raynor MD, Oates MR (2014). Perinatal mental health. In: Marshall JE, Raynor M, eds. *Myles textbook for midwives* (16th ed). Edinburgh: Elsevier, 531-553.

Steblovnik L, Novak Antolič Ž, Blinc Pesek M (2009). Prepoznavanje duševnih stisk in motenj v obporodnem obdobju, vodenje, ukrepanje in usmerjanje. In: Hacin, eds. *Duševno zdravje in nosečnost, porod ter zgodnje starševstvo*. Strokovno srečanje ob Svetovnem dnevu duševnega zdravja. Ljubljana, 9. oktober 2009. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 21-7.

WHO – World Health Organization (2013). WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn.

# ŽIVLJENJE MASAJK V TANZANII

## *The life of Maasai women in Tanzania*

**Rosemarie Franc, dipl. bab.**

Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo,  
Oddelek za perinatologijo  
rosemarie.franc@ukc-mb.si

**Ključne besede:** Masaji, tradicionalne porodne spremljevalke, obporodna obravnava

### IZVLEČEK

**Uvod:** Čeprav so Masaji in njihova kultura med nacionalnimi zakladi Tanzanije, imajo nekatera njihova globoko zakoreninjena prepričanja negativne posledice za matere in novorojenčke. **Metode dela:** Podatki so bili zbrani na osnovi obiska masajske vasi v okolici mesta Arusha, na severu Tanzanije; neformalnega pogovora z masajskim lokalnim vodnikom in sistematičnim pregledom znanstvene literature v podatkovnih bazah PubMed, Science Direct in Web of Science. **Rezultati:** V procesu ohranjanja svoje kulture so Masaji sprejeli sistem, ki ženskam odreka osnovne človekove pravice, jih potiska na rob družbe in jih ohranja v revščini in odvisnosti od moških. **Razprava:** Strokovna in cenovna dostopnost spoštljivih in kulturno sprejemljivih porodnih storitev ostaja v tem okolju izziv. Tako kot vse matere na svetu, si tudi masajska mati zasluži ustrezno zdravstveno in babiško oskrbo, spoštovanje njene kulturne raznolikosti in človeškega dostojanstva. **Zaključek:** Masaji so ujeti med tradicijo in sodobnostjo. Z razumevanjem neenakosti, s katerimi se soočajo masajske ženske, lahko cenimo tudi njihovo ranljivost.

**Key words:** Masaii, traditional birth attendants, perinatal care

### ABSTRACT:

**Introduction:** Although the Maasai and their culture are among the national treasures of Tanzania, some of their deep-rooted beliefs have negative consequences for mothers and newborns. **Methods:** Data were collected from a visit to a Maasai village near Arusha, in northern Tanzania; an informal interview with a Maasai local guide; and a systematic review of the scientific literature in PubMed, Science Direct, and Web of Science databases. **Results:** In the process of preserving their culture, the Maasai have adopted a system that denies women basic human rights, marginalises them and keeps them poor and dependent on men. **Discussion:** Like all mothers in the world, the Maasai mother deserves adequate health and midwifery care, respect for her cultural diversity and human dignity. **Conclusion:** The Maasai are caught between tradition and modernity. By understanding the inequalities that Maasai women face, we can also appreciate their vulnerability.

## UVOD

Združena republika Tanzanija (svahilsko Jamhuri ya Muungano wa Tanzania) ali krajše Tanzanija je vzhodnoafriška obmorska država, nastala z združitvijo Tanganjike in Zanzibarja leta 1964. Na severu meji na Kenijo in Ugando, na zahodu na Ruando, Burundi in DR Kongo, na jugu na Zambijo, Malavi in Mozambik, ter na vzhodu na Indijski ocean.

Po ocenah ameriške Centralne obveščevalne agencije za leto 2017, je Tanzanija uvrščena med 20 držav z najvišjo stopnjo umrljivosti mater. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) in UNICEF-a je stopnja maternalne umrljivosti (smrti žensk zaradi zapletov med nosečnostjo, porodom in poporodnim obdobjem) v tej vzhodnoafriški državi v zadnjih nekaj letih ostala visoka in leta 2017 dosegla raven 524 na 100.000 živorojenih otrok. Poročilo tanzanijskega ministrstva za zdravje in socialno varstvo kaže tudi na visoko stopnjo umrljivosti novorojenčkov. Stopnja neonatalne umrljivosti je med novorojenčki, mlajšimi od 28 dni, visoka, 32 na 1000 živorojenih otrok (Government of the United States of America, 2016). Po mnenju tanzanijskega ministrstva za zdravje je vzrok visoki umrljivosti mater in novorojenčkov med drugim tudi dejstvo, da več kot polovica vseh porodov (približno 54 %) v Tanzaniji poteka v domačem okolju brez vodstva usposobljenega zdravstvenega delavca ali babice. Prebivalci ruralnih področij Tanzanije ne namenijo denarnih sredstev za rojevanje v zdravstvenih ustanovah, saj večina žensk in moških dojema nosečnost in porod kot godek z nizkim tveganjem (Moshi & Tumaini, 2017).

Visoki umrljivosti mater in novorojenčkov botrujejo tudi tradicionalni način življenja, obredi, običaji in verovanja nekaterih afriških plemen (Masaji, Bušmani) (Konje et al., 2020). Masaji so eno najbolj obubožanih plemen v vzhodni Afriki. Plemeniti in dostojanstveni ljudje so kljub pritiskom sodobnega sveta ponosno ohranili svoj tradicionalni način življenja in kulturno identiteto. V procesu ohranjanja svoje kulture pa so Masaji sprejeli sistem, ki ženskam odreka osnovne človekove pravice: pravico do izobrazbe, pravico do nadzora nad svojim telesom, pravico do izbire s kom in kdaj se bo poročila, pravico do posedovanja in prevzema lastništva nad zemljiščem (Aijambo, 2020).

Čeprav so Masaji in njihova kultura med nacionalnimi zakladi Tanzanije, imajo nekatera njihova globoko zakoreninjena prepričanja – zakoreninjena v ljudski modrosti in starodavnih običajih – negativne posledice za matere in novorojenčke (Government of the United States of America, 2016).

## METODE DELA

Podatki so bili zbrani na osnovi dvodnevne obiska (28. 1. 2023 in 29. 1. 2023) masajske vasi v okolici mesta Arusha (obrobje varovanega območja Ngorogoro), na severu Tanzanije. Mnogo podatkov je bilo pridobljenih na osnovi neformalnega

pogovora z Masajem (Isaac Elephant Moenga), ki opravlja delo lokalnega vodnika po nacionalnih parkih Serengeti, Tarangire, Lake Manyara in Ngorogoro. Za preverbo podatkov je bil dodatno izveden sistematični pregled znanstvene literature v podatkovnih bazah PubMed, Science Direct in Web of Science, z iskalnim nizom v angleškem jeziku. Iskanje je bilo omejeno na članke, objavljene med leti 2013 in 2023. Ugotovljeno je bilo, da znanstvenih člankov o Masajih praktično ni, razen enega v podatkovni bazi PubMed, ki govori o prehranjevanju Masajk v času nosečnosti, zato kritična ocena člankov in vsebinska analiza podatkov ni bila opravljena. Verodostojnost podatkov je podkrepljena z osebnimi videoposnetki in fotografijami avtorice.

## **Etičnost**

Videoposnetki in fotografije so bili posneti po predhodni ustni odobritvi in privolitvi masajske skupnosti oziroma vodje Masajev in se lahko predvajajo v izobraževalne namene zdravstvenih delavcev.

## **Splošno o Masajih**

Masaji so zelo verjetno ena najbolj znanih populacij (tudi za tiste, ki še nikoli niso bili v Afriki) med vsemi afriškimi plemeni, kljub dejstvu, da nimajo bogate zgodovine, ki bi temeljila na pisnih virih in predvsem niso tako številni; ocenjujejo, da jih je približno milijon (Summit Expeditions & Nomadic Experience, 2020). Živijo v vzhodni Afriki, na enem najbolj ikoničnih območij celotne afriške celine, kjer se nahajajo gora Kilimanjaro ter parki Serengeti, Ngorogoro, Tarangire, Amboseli in Masai Mara (Gold, 2019). Le malokdo pozna njihovo tradicijo in običaje, ki se že stoletja prenašajo le od ust do ust.

Masaji so bili vedno posebni. Njihova svetlo rdeča oblačila jih vizualno ločijo. S sulico v roki so mirni in pogumni, ne glede na nevarnost (Maasai Wilderness Conservation Trust, 2016).

O zgodovini ljudstva Masajev je malo znanega, da bi poznali njihov izvor, se je treba sklicevati na njihovo ustno izročilo, saj ni pisnih virov, razen nekaterih besedil, ki so jih v novejšem času sestavili prvi naseljenci, ki so dosegli to območje. Masaji naj bi prispeli iz Južnega Sudana (Summit Expeditions & Nomadic Experience, 2020). Številni zgodovinarji verjamejo, da to ljudstvo obstaja približno 3000 let, vendar dokumentiranih informacij ni. Na območje južne Kenije in severne Tanzanije naj bi se naselili med 15. in 18. stoletjem. Dokler niso prispeli evropski naseljenci, so divja plemena Maasai zasedla najbolj rodovitna ozemlja. Masaji so se borili, da bi ohranili svoje ozemlje, vendar njihova kopja niso bila kos oboroženim britanskim enotam, njihovi odvetniki pa nikoli niso imeli pravične možnosti v britanskih sodiščih. Leta 1904 so Masaji podpisali prvi sporazum, s katerim so izgubili najboljši del svoje zemlje v korist evropskih naseljencev in bili tako preseljeni na manj rodovitno zemljo v Keniji in Tanzaniji (Maasai Wilderness Conservation Trust, 2016).

Masaji so ljudstvo, katerega način življenja je ostal skoraj nespremenjen že stoletja. Živijo nomadski način življenja, redijo govedo, ovce in koze, nosijo tradicionalna oblačila ter nakit in bivajo v majhnih vaseh, imenovanih *manyatta* – krožne ureditve koč iz blata. Pleme svoje bogastvo meri v kravah, kozah in ovcah ter številu žena, njegova prehrana pa je skoraj izključno sestavljena iz surovega mesa, surovega mleka in sveže živalske krvi (Gold, 2019). Masaji pijejo govejo kri, saj verjamejo, da jim bo sveža kravja kri dala hranila in moč, ki jo potrebujejo. Do pitja krvi lahko pride ob različnih priložnostih: ko so bolni, po obrezovanju, takoj po porodu ali za preprečevanje mačka po pitju (Almaden, 2022). Zanimivost in edinstvenost masajske populacije je njihova družbena organizacija, vasi, pomen živine, obredi in verovanja. Mednarodni skupnosti so najbolj poznani po skakalnem plesu in po tem, da so pogumni bojevniki (Gold, 2019; Maasai Wilderness Conservation Trust, 2016). Skakalni ples je obred, ki ga izvajajo mladi masajski moški, da pokažejo svojo moč in sposobnosti v upanju, da bodo pritegnili ženo (Almaden, 2022).

V preteklosti Masaji niso pokopavali mrtvih, saj so verjeli, da je pokop trupla škodljiv za zemljo. Telo mrtvega namažejo mrtvega z živalsko krvjo ali maščobo in ga odvržejo v grmovje z namenom, da ga mrhovinarji ali plenilci poiščejo, kar je znano tudi kot pokop plenilcev (Almaden, 2022). Uradna pogrebna slovesnost in pokop sta bila rezervirana samo za velike poglavarje. Vendar pa danes sodobni Masaji svoje mrtve pokopavajo (Summit Expeditions & Nomadic Experience, 2020).

Masaji so monoteisti, verjamejo v enega Boga – Enkaia. Ta naj bi jim po njihovem prepričanju po vrvi z nebes poslal v hrambo živino. Mnogi Masaji so sčasoma postali kristjani, nekateri pa so sprejeli muslimansko vero (Summit Expeditions & Nomadic Experience, 2020).

Masaji govorijo jezik *maa*, ki pripada korenu nilosaharskih jezikov. „Maasai“ navsezadnje pomeni „ljudje, ki govorijo *maa*“, govorijo pa tudi uradna jezika Kenije in Tanzanije, ki sta swahili in angleščina (Maasai Wilderness Conservation Trust, 2016).

## **Masajska oblačila in nakit**

Masaji so znani in zlahka prepoznavni po svoji tradicionalni obleki, *šuki*; to je debela, tkana rdeča odeja (z modrim ali črnim karirastim vzorcem), ki se uporablja za ovijanje okoli njihovih suhih in vitkih postav. Ta kos oblačila je čvrst in dolgo obstojen, dovolj, da zaščiti Masaje pred slabim vremenom (Almaden, 2022). Rdeča barva simbolizira masajsko kulturo in je barva, za katero ti ljudje verjamejo, da lahko prestraši leve in druge divje živali tudi z velike razdalje (Gold, 2019).

V preteklosti so masajska oblačila pridobivali iz živalske kože, ki so jo barvali z rastlinskimi pigmenti, medtem ko je bil nakit narejen iz semen in kamnov, ki jih je bilo zlahka najti v okolici. Ko pa so prišli prvi kolonizatorji, so Masaji začeli nadomeščati telečjo ali ovčjo kožo z volno ali bombažem. Masajski stil oblačenja in njegove barve se razlikujejo glede na starost in družbeni položaj.

Masajski nakit izdelujejo ženske iz drobnih kroglic in kovinske žice. Nakit nosijo tako moški kot tudi ženske. Moški nosijo zapestnice za zapestja ali gležnje, včasih tudi pasove in ogrlice, medtem ko ženske nosijo na desetine zapestnic in velikih ploščatih okrašenih ovratic v različnih vzorcih in barvah, ki označujejo klan, kateremu pripadajo in njihov socialni status.

Nakit igra pomembno vlogo v obredih dvorjenja in tako moški kot ženske posvetijo veliko časa skrbi za svoj videz. Različne barve masajskih oblačil in nakita so pomembne, ker odražajo več vidikov njihove kulture: modra je barva neba, ki zagotavlja vodo v obliki dežja, ki je temeljna za živino; bela je čistost mleka, osnovna hrana in vir energije; rdeča je za Masaje najpomembnejša barva, predstavlja kri in nekakšno zaščito pred divjimi živalmi, predstavlja pa tudi pogum, moč in enotnost znotraj naroda Masai; zelena barva pomeni zemljo, ki zagotavlja hrano in hrano v obliki rastlin in zelenjave za govedo; rumena predstavlja sonce, ki omogoča življenje, oranžna pa gostoljubje, prijateljsvo in velikodušnost Masajev.

Še ne tako dolgo nazaj so Masaji nosili sandale iz goveje kože, danes pa so ti materiali pustili prostor za stare pnevmatike in plastične trakove.

## **Masajska bivališča**

Masaji zavračajo sodobni napredek in živijo po svojih starodavnih običajih; še vedno živijo v vaseh, katerih struktura in tradicionalna organiziranost sta ostali nespremenjeni. Vasi imajo dobro definirano strukturo: vsako vas obdaja ograda iz bodičastih grmovnic, ki varuje vaščane pred napadi plenilcev. Ko vstopite v masajsko vas, je v središču le-te manjša, s trnjem ograjena ograda, ki obdaja prostor, kamor vodijo prenočevati živino, ki je tako zaščitena pred morebitnimi napadi hijen in levov. Dejstvo, da je le govedo zaščiteno z dvojno pregrado, je otipljiv dokaz, kako pomembne so živali za Masaje; so pomembnejši od lastnega življenja in so jih pripravljene zaščititi na vse načine.

Vse okoli osrednjega ograjenega prostora, razporejenega v krogu, so masajske kočice; narejene so iz mešanice slame, blata in iztrebkov, streha je slamnata; kočice so običajno krožne oblike, razen na območju Ruaškega jezera, kjer imajo pravokotno obliko.

Za vstop v kočico je treba skozi nizko odprtino, ki vodi do kratkega prehoda, ukripljenega kot »boma«, ki obiskovalca spusti v pravo kočico; notranjost je zelo temna, saj ni oken, zato oči ljudi, ki vstopijo, potrebujejo nekaj sekund, da se navadijo na pomanjkanje svetlobe. Koča je razdeljena na sobe ali cone: moški spijo ločeno od žensk, te pa delijo svoj prostor z otroki. V središču kočice se prižge ogenj, zaradi česar je zrak zaradi prisotnosti dima zelo gost, kar je kljub temu zelo koristno, saj dim odganja insekte in zajedavce. Velikost vasi in število kočic, ki jih vas vsebuje, se spreminja in je odvisno od števila žena, ki si jih glava družine lahko privoščijo; vsaka žena ima pravzaprav svojo kočico. Kočice zgradijo ženske v približno 3 - 8 tednih.

Kuhinjski pripomočki in posode za pitje so tradicionalno izdelani iz govejih rebrnih kosti in rogov. Govejo kožo pogosto uporabljajo za posteljne materiale in za stene ali strehe začasnih zatočišč. Bolj trajne hiše vključujejo omet iz govejih iztrebkov in urina.

## **Življenje masajske ženske**

Masajski mladeniči in fantje so tradicionalno odgovorni za gonjenje živine do vodnih virov in pašnikov ter za varovanje goveda pred plenilci. Vloga masajskih žensk je osredotočena na nalogo varstva otrok, molžo krav, vzdrževanja koč ter zbiranja lesa in vode, potrebne za vsakdanje življenje vasi.

Tako kot večini revnih žensk v afriških državah je večini masajskih žensk v Keniji in Tanzaniji usojeno živeti življenje v revščini in kulturnem zatiranju.

Čeprav je tanzanijska vlada prepovedala rituale obrezovanja, so dekleta v posameznih masajskih klanih obrezana (infibulacija) med 11. in 13. letom starosti in kmalu zatem poročena z moškim, ki ga je izbral njen oče v zameno za živino in denar. Masajski ženski se nikoli ne bo dovolilo ločiti, razen v najbolj hudih primerih fizične zlorabe, in nikoli več se ne bo smela poročiti, tudi če je mož, ki ga izbere njen oče, star moški, ki umre, ko je še v najstniških letih. Namesto tega postane last enega od moževih bratov. Bila bo ena od več žena in imela bo veliko otrok, ne glede na svoje zdravje ali sposobnost, da jih preživi. Vsak dan bo zgodaj vstala, da bi pomolzla krave, in dneve preživljala v kilometrih hoje do vodnih lukenj, da bi oprala oblačila in dobila vodo ter nabrala težke tovore drv za kurjavo, da bi jih odnesla domov. Če bo imela srečo, bo imela osla, da bo delila svoje breme. Živela bo življenje z malo fizičnega udobja, odvisna od moža in družine, ki si je ni izbrala. Njena pričakovana življenjska doba je 45 let.

Masajska dekleta se morajo pri izobrazbi soočiti s številnimi ovirami, večina teh pa je povezana z visoko stopnjo revščine med Masaji. Stroški izobraževanja so za večino družin previsoki, obljuba o doti pa je močna spodbuda za ureditev poroke hčerke, takoj ko »prestopi most otroštva«. Toda kulturni dejavniki prav tako prispevajo k preprečevanju deklet pri pridobivanju in izobraževanju. Zgodnja poroka in nosečnost je najpogosteje naveden razlog, da masajska dekleta opustijo šolanje. Nadaljnje stopnjevanje pritiska na zgodnje poroke je dejstvo, da so v masajski kulturi ženske tradicionalno cenjene na podlagi tega, koliko otrok lahko rodijo svojim možem, ne pa glede na to, kako izobražene ali ekonomsko uspešne bi lahko postale.

Ker pastirski Masaji potrebujejo znatne zemljiške vire za pašo goveda, so njihove vasi zgrajene daleč druga od druge. Posledično mora ena šola oskrbovati več vasi, običajno v radiju od 15 do 20 kilometrov. Masajski otroci nimajo na voljo avtomobilov, avtobusov, konjev ali celo koles, zato morajo to veliko razdaljo prehoditi peš. Številnim dekletom je zavrnjena izobrazba zgolj zaradi skrbi staršev za njihovo varnost. Ni presenetljivo, da učitelji poročajo, da so otroci, ki so zjutraj dve do pet ur hodili v šolo, pogosto ne da bi kaj pojedli, utrujeni, njihova sposobnost koncentracije



pa je oslABLjena. Pogosto pridejo iz šole pozno domov. Tudi, če imajo po opravljenih obveznostih doma še željo in energijo za učenje, je tema in ni elektrike ali umetne svetlobe, da bi se lahko učili.

Masaji so pastirska, nomadska družba in okoliščine včasih zahtevajo, da se družine preselijo, da bi našle vodo in travo za svoje govedo. V sušnih razmerah je otrokovo izobraževanje pogosto prekinjeno ali ustavljeno, dokler ne pride deževje, zaradi česar zaostanejo pri šolskem delu ali pa popolnoma prenehajo obiskovati šolo.

## **Nosečnost, porod in poporodno obdobje**

V tradicionalnih masajskih skupnostih ženske redko rodijo v bolnišnicah. Običajno porod poteka doma, v prisotnosti tradicionalne babice in sorodnic. Med porodom ženska lahko leži, hodi, premika medenico v obliki osmice. Porodne bolečine ne lajšajo. Ženska v času rojevanja ne kriči, saj je po masajskem prepričanju to znak slabosti. Umrljivost mater in novorojenčkov je visoka. Najpogostejši vzrok smrti mater je poporodna krvavitev in okužbe matere zaradi slabih higienskih razmer in pomanjkanja pitne vode. Najpogostejši vzrok smrti otrok so nalezljiva obolenja (ošpice), pljučnica, malarija in izbruhi kolere.

Nosečnice uživajo posebno dieto, sestavljeno iz tradicionalnih zeliščnih pripravkov za čiščenje krvi in želodca (Madenge, 2020). Nosečnost in porod skrbno spremljajo tradicionalne babice, ki v skupnosti uživajo velik ugled in zaupanje.

Za nosečnice je običajno, da opravljajo težka fizična dela in omejujejo količino hrane, da bi nadzorovale težo otroka. Po masajskem prepričanju lažji otrok lažje prehaja skozi porodni kanal, kar spodbuja varen in nezapleten porod. Dejstva pa kažejo, da so zaradi tovrstne prakse novorojenčki pogosto zahirani, matere pa izčrpane in slabokrvne. Prav tako ni nenavadno, da matere hranijo svoje dojenčke z mlekom, pomešanim z živalsko krvjo (Government of the United States of America, 2016).

Babica v masajski kulturi ima dve glavni vlogi. Prva naloga je, da otroka sprejme in ga pozdravi v novem svetu. To naredi tako, da vanj pljune. S tem dejanjem novorojenemu otroku zaželi srečo (Oreoritse, 2022). Druga naloga je ločitev novorojenčka od matere s prerezom popkovine. Ko prereže popkovino, izgovori naslednje besede: „Zdaj si tako odgovoren za svoje življenje, kot sem jaz za svoje.“ Te besede opozarjajo masajskega otroka, ki vstopa v novi svet, da je prišel iz udobja in zaščite materine maternice in je z rojstvom postal ločeno bitje, z ločenim življenjem, ki mora sprejeti odgovornost za rast in lastno življenje (Madenge, 2020).

Masaji verjamejo, da bo otrok preklet in morda ne bo živel dobro, če bodo o otroku ob rojstvu govorili dobre stvari. Torej, namesto da bi otroku izrekli srečo, govorijo slabe stvari o otroku in ga pljuvajo z upanjem, da bo ta otrok živel dolgo in srečno življenje (Oreoritse, 2022).

Zaradi visoke stopnje umrljivosti dojenčkov v skupnosti, otroci v masajski kulturi ne dobijo imen, dokler niso stari 3 mesece (Almaden, 2022). Ime je navadno sestavljeno iz dveh imen: prvo ime je svetopisemsko, drugo ime pa dobi otrok po živali – to je odvisno od njegovih značajskih lastnosti. V zgodnjem otroštvu mali Masaji nimajo nobenih družbenih obveznosti. Že zelo zgodaj (pri štirih letih) pa jih pošiljajo v savano čuvat jagnjeta in teličke. Njihovo nadaljnje odraščanje je odvisno od spola.

## RAZPRAVA

Masaji so eno redkih plemen, ki je ohranilo večino svoje tradicije, življenjskega sloga in izročila. Skupaj z divjimi živalmi, s katerimi sobivajo potrebujejo veliko zemlje. Masaji so pastirji goveda in živali so dobesedno življenjska sila skupnosti. Živijo v skladu s tradicijami, ki se prenašajo iz roda v rod; posamezne skupnosti zavračajo napredek in sodobno družbeno strukturo. Običajno živijo na izoliranih podeželskih območjih z omejenim dostopom do zdravstvenih storitev. Zaradi širjenja naravnih parkov in rezervatov ter zasedanja rodovitnih zemljišč »belih« bogatašev, so pogosto prisilno preseljeni na manj rodovitna področja, kar dodatno povečuje revščino, ogroža njihovo nomadsko kulturo in pritisk, da bi sprejeli spremembe, narašča. S tem pritiskom pride še nujnejša potreba po izobraževanju sedanje generacije fantov in deklet.

Kenijska in tanzanijska vlada spodbujata Masaje k ustvarjanju trajnih kmetijskih naselbin, uvajanju poljedelstva in opustitvi izolacije mladih moških v korist formalnega izobraževanja in večje asimilacije. Prav tako se od Masajev zahteva, da prijavljajo rojstva svojih otrok, saj je osnovno šolanje za vse otroke v obeh državah obvezno. S pomočjo mednarodne skupnosti, fundacij in cerkvenih predstavnikov pozivajo masajska dekleta k izobraževanju.

Po mnenju Aijambo (2020), katoliške nune v želji po zmanjšanju umrljivosti masajskih mater in otrok gradijo preproste zdravstvene klinike in sprožajo kampanje ozaveščanja v lokalnih cerkvah in vaseh. V nekaterih predelih so ob bolnišnici postavili »*manyattas*«, vaško kočo, da bi spodbudili masajske matere, da se počutijo udobno v kliničnem okolju, namesto da tvegajo svoja življenja s porodom na domu. Največji poudarek dajejo izobraževanju lokalnih – tradicionalnih babic, ki nato prenašajo znanje naprej do masajskih žensk. Masajske babice, opremljene z znanjem in izkušnjami, ki se prenašajo iz roda v rod, zelo dobro vedo, kako skrbeti za porodnico in novorojenčka z ne tveganim potekom nosečnosti. Za varno babiško obravnavo pa nimajo ustreznih pripomočkov, zdravil in pravno – formalne izobrazbe. Manjkajo predmeti in pitna voda, ki bi zagotavljali boljšo higieno in preprečili okužbo. Zato nekatere masajske skupnosti v Tanzaniji z veseljem sprejemajo komplete za porod.

Po mnenju Mosley in sod. (2020) je priložnosti za izboljšanje zdravstvenega varstva masajskih mater in otrok veliko. Pospešitev procesa je možna s spodbujanjem

porodnih načrtov, gradnjo porodnišnic, vzpostavitvi zaupanja s formalno izobraženimi babicami, izobraževanju žensk, povečanju razpoložljivosti zdravstvenih storitev in večji občutljivosti za kulturne preference žensk. Seveda pa si morajo masajske ženske v prvi vrsti sprememb tudi same želeti, tanzanijska vlada pa zagotoviti finančna sredstva za uresničitev ustreznih zdravstvenih programov.

Strokovna in cenovna dostopnost spoštljivih in kulturno sprejemljivih porodnih storitev ostaja v tem okolju izziv. Odpravljanje ovir na strani povpraševanja in ponudbe bi lahko privedlo do boljših rezultatov matere in otroka med porodom (Konje et al., 2020).

Tako kot vse matere na svetu, si tudi masajska mati zasluži ustrezno zdravstveno in babiško oskrbo, spoštovanje njene kulturne raznolikosti in človeškega dostojanstva. Tako kot evropske matere, tudi masajska mati trepeta za življenje svojega otroka, bodisi zaradi napada divjih živali, bodisi zaradi pomanjkljive zdravstvene oskrbe. Tudi iz tega razloga masajske matere neumorno izdelujejo nakit, ki ga je mogoče kupiti pri obisku masajske vasi. S prejetim denarjem plačujejo šolanje in zdravljenje otrok ter nakup goveda.

Težko je razumeti, da si masajska mati na južni strani zemeljske poloble želi zdravil in cepiv, s katerimi bi lahko rešila svoje življenje in življenje svojega otroka, med tem, ko na severni strani zemeljske poloble smatramo klinično okolje kot medikalizirano, cepiva za otroke pa nepotrebna in celo škodljiva.

## **ZAKLJUČEK**

Masaji so ujeti med tradicijo in sodobnostjo. Z razumevanjem neenakosti, s katerimi se soočajo masajske ženske, lahko cenimo tudi njihovo ranljivost. Obisk masajskih skupnosti in spoznavanje njihove izjemne kulture je sestavni del številnih luksuznih afriških safari poti. Nakup masajskih izdelkov pomaga Masajem ohraniti njihovo dediščino. Iz masajske skupnosti odhajaš obogaten s človeško izkušnjo, ki te spremlja še leta. Ob pogledu na nakit iz kroglic se zaveš, da ne gledaš samo masajskega predmeta, temveč gledaš masajsko žensko.

## Literatura

Aijambo Doreen, (2020, January 13). Sisters encourage Masai mothers to turn to medically assisted deliveries. Retrieved March 1, 2023 from <https://www.globalsistersreport.org/news/ministry/sisters-encourage-masai-mothers-turn-medically-assisted-deliveries>

Almaden, SA. (2022, November 3). The Maasai: Interesting Facts You Should Know. Retrieved March 14, 2023 from <https://beelinguapp.com/blog/the-masai-interesting-facts>

Gold, S. (2019, December 19). 5 Fascinating Facts About the Maasai People. Retrieved March 1, 2023 from <https://www.micato.com/5-fascinating-facts-about-the-masai-people/>

Government of the United States of America. (2016, December 7). Maasai Women Find a Balance Between Tradition and Good Nutrition. Retrieved March 4, 2023 from <https://reliefweb.int/report/united-republic-tanzania/maasai-women-find-balance-between-tradition-and-good-nutrition>

Kimani-Murage, E. (2018, July 2). Why Maasai women and their children go hungry. Retrieved March 4, 2023 from <https://theconversation.com/why-masai-women-and-their-children-go-hungry-91674>

Konje, ET., Hatfield, J., Kuhn, S., Sauve, RS., Magoma, M., Dewey, D. (2020). Is it home delivery or health facility? Community perceptions on place of childbirth in rural Northwest Tanzania using a qualitative approach. *BMC Pregnancy Childbirth*;20(1):270.

doi: 10.1186/s12884-020-02967-z.

Madenge (2020, October 17). A Quick View About Life of a Maasai Child. Retrieved March 4, 2023 from <https://unitedrepublicoftanzania.com/the-people-of-tanzania/daily-life-in-tanzania-and-social-customs/major-tanzania-ethnic-groups/how-many-tanzania-tribes-biggest/maasai-herders-of-tanzania-kenya/a-quick-view-about-life-of-a-masai-child-masai-kid/>

Maasai Wilderness Conservation Trust (2023, March 4). The Maasai. Retrieved March 4, 2023 from <http://maasaiwilderness.org/maasai/>

Moshi, F., Nyamhanga, T. (2017). Understanding the preference for homebirth; an exploration of key barriers to facility delivery in rural Tanzania. *Reprod Health* 17;14(1):132. doi: 10.1186/s12978-017-0397-z.

Mosley, PD., Saruni, K., Lenga, B. (2020). Factors influencing adoption of facility-assisted delivery - a qualitative study of women and other stakeholders in a Maasai community in Ngorongoro District, Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth* 12;20(1):100. doi: 10.1186/s12884-020-2728-2.

Oreoritse, T. (2022, March 11). The Spitting tradition among the Maasai. Retrieved March 8, 2023 from <https://guardian.ng/life/the-spitting-tradition-among-the-masai/>

Summit Expeditions & Nomadic Experience (2020, may 4). Learn about the Maasai: 10 interesting facts. Retrieved March 4, 2023 from <https://www.nomadicexperience.com/learn-about-the-masai-10-interesting-facts/>

# PREVENTIVA PRED OKUŽBO Z RSV

## *Prevention of RSV infection*

**Jana Stermecki, dipl. bab.**

UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, KO za perinatologijo, Enota za intenzivno nego in terapijo novorojenčkov  
jana.stermecki@kclj.si

**Ključne besede:** Respiratorni sincicijski virus – RSV, preventiva, Palivizumab

### IZVLEČEK

Okužbe z respiratornim sincicijskim virusom (RSV) se pojavljajo v jesensko-zimskem času, v nekaterih sezonah segajo celo v pomladanske mesece. RSV je najpogostejši povzročitelj akutnega bronhiolitisa pri majhnih otrocih, pri večjih otrocih in odraslih pa povzroča blažja prehladna obolenja. Določene skupine otrok in starejših so še posebej ogrožene za težji potek bolezni, zato sta pri njih preventivno obnašanje in zdravstvena vzgoja staršev in svojcev v času kroženja virusa izrednega pomena.

**Key words:** Respiratory syncytial virus, prevention, Palivizumab

### ABSTRACT

Respiratory syncytial virus (RSV) infections occur in autumn and winter, and in some seasons, they even extend into the spring months. RSV is the most common cause of acute bronchiolitis in young children, whereas it causes milder colds in older children and adults. Certain groups of children and the elderly are particularly at risk for a more severe course of the disease, which is why preventative behavior and health education of parents and relatives during the virus's circulation are extremely important.

### UVOD

Respiratorni sincicijski virus (RSV) je bil odkrit pred več kot 50 leti in je od takrat prepoznani kot najpogostejši povzročitelj akutnih okužb dihal pri dojenčkih (Griffiths et al., 2017). RSV je sezonski virus, za katerega je značilna spremenljiva epidemiologija, odvisna od geografskega območja in podnebja. V zmernih regijah severne poloble se virus praviloma širi v obdobju od oktobra/novembra do marca/aprila, z največjo incidenco januarja/februarja, ki se delno prekriva s sezono virusa gripe (Azzari et al., 2021).

Večina hospitaliziranih z RSV, so dojenčki in malčki, pa tudi odrasli s spremljajočimi boleznimi in starostniki (Griffiths et al., 2017). Bronhiolitis, ki je posledica okužbe z RSV v otroški dobi, je lahko razlog za povečano tveganje pojava astme v odrasli dobi (Azzari et al., 2021).

Za okužbe z RSV ni učinkovitega zdravila. Poleg preventive, ki se uporablja za omejevanje širjenja virusa, je danes pri rizičnih skupinah otrok na voljo tudi pasivna imunizacija z uporabo palivizumaba (Kropivšek, 2022).

Nefarmakološka preventiva pred okužbo z RSV se mora izvajati v celotni populaciji, da se zaščiti najranljivejše (Griffiths et al., 2017).

## **Kaj je RSV?**

Okužbe z respiratornim sincicijskim virusom (RSV) se pojavljajo v jesensko-zimskem času, v nekaterih sezonah segajo celo v pomladanske mesece. RSV je najpogostejši povzročitelj akutnega bronhiolitisa pri majhnih otrocih, pri večjih otrocih in odraslih povzroča blažja prehladna obolenja. Začetek kroženja RSV zaznamo le, če kužnine dihal testiramo na RSV, saj klinična slika okužbe z RSV nima značilnega poteka (*Respiratorni sincicijski virus (RSV)*, 2010).

Poznamo dva podtipa RSV. RSV tip A (bolj razširjen tip) in tip B, ki sta bila najprej tipizirana na podlagi antigenske reaktivnosti na monoklonska protitelesa (Griffiths et al., 2017).

Čeprav je na splošno največji dejavnik tveganja za hudo okužbo z RSV starost, so številne epidemiološke študije odkrile dejavnike, ki lahko povečajo resnost okužbe z RSV. Najpomembnejši dejavniki, ki prispevajo k temu, so prenatrpanost prostorov, izpostavljenost tobačnemu dimu, astma pri materi in nižji socialno-ekonomski status (Griffiths et al., 2017).

## **Simptomi okužbe z RSV**

Blažja oblika okužbe z RSV poteka s simptomi in znaki prehlada, kot so:

- rahlo zvišana telesna temperatura,
- voden izcedek iz nosu,
- suh kašelj,
- bolečine v grlu,
- blag glavobol.

»Ti znaki še niso razlog za preplah, če je otrok ob tem živahen, normalno diha, lepo pije in izloča zadostno količino urina (je dovolj polulan). V tem primeru je okužba najverjetneje omejena na zgornja dihalna, takrat starši otroku najbolj pomagajo, da mu temeljito čistijo nos in znižujejo temperaturo z zdravili za zniževanje temperature.« (NIJZ)

Težja oblika okužbe z RSV se kaže s simptomi in znaki pljučnice ali bronhiolitisa, kot npr.:

- zvišana telesna temperatura,
- plitko ali hitro, sunkovito dihanje,
- sopenje ali piskajoče dihanje,
- suh, dražeč kašelj, lahko neprekinjen kašelj ali napadi kašlja,
- zmanjšan apetit, dojenčki ne zmorejo sesati, se utrudijo ob hranjenju,
- modrikasto obarvana koža,
- dihalni premori,
- otrok je miren, apatičen, veliko spi, poležava, nezainteresiran za okolico.

»Starši bodo napredovanje bolezni prepoznali po tem, da otrok ni več živahen, da več poležava, je brez energije, veliko spi, slabo pije in se slabo hrani, je manj polulan in predvsem težko diha. Njegovo dihanje je sunkovito ter pri tem stoka in piska.« (NIJZ)

### **Kako se RSV prenaša?**

RSV je zlahka prenosljiv. Širi se s telesnim stikom (z dotikom, s poljubljanjem, z roko-vanjem) z okuženo osebo. Klice se širijo tudi po zraku pri kašljanju ali kihanju. Virus preživi več ur na pulstu v trgovini ali na uporabljenem robčku.

S prebolevanjem te okužbe človek sicer pridobi imunost, vendar le delno, kar pomeni, da se lahko okuži večkrat, vendar kasnejše okužbe potekajo v blažji obliki (*Okužbe z respiratornim sincicijskim virusom*). Kljub temu, da je zelo nalezljiv, ne pušča učinkovitega imunološkega spomina. Zaradi tega so ponavljajoče okužbe pogoste (Kropivšek, 2022).

RSV se med ljudmi hitro širi. Z osebe na osebo se lahko prenaša neposredno s kapljicami ali posredno z dotikom predmetov in površin, kontaminiranih z virusom. Na rokah virus preživi najmanj pol ure, na površinah in predmetih pa na sobni temperaturi preživi tudi do 30 ur. Najpogosteje se okužba širi znotraj družine in skupin (npr. šole, vrtci, domovi za starejše). Okužena odrasla oseba lahko virus izloča 1 - 6 dni, dojenčki in mali otroci 14 - 21 dni, osebe z imunsko pomanjkljivostjo pa ga lahko prenašajo tudi do 4 tedne (Kropivšek, 2022).

### **Skupine otrok, pri katerih se pričakuje težji potek okužbe z RSV**

»Respiratorni sincicijski virus najbolj ogroža najmlajše: dojenčke, stare manj kot 12 mesecev, še bolj dojenčke, mlajše od treh mesecev, najbolj pa dojenčke, mlajše od treh mesecev, ki imajo pridruženo bolezen – zlasti to velja za otroke s prirojenimi srčnimi napakami, za prezgodaj rojene otroke, ki imajo nezrela pljuča, pa tudi za otroke z živčno-mišičnimi obolenji.« (Izr. prof. dr. Matjaž Homan, Pediatrična klinika Ljubljana) (*Respiratorni sincicijski virus, ki je že zdaj v polnem razmahu, lahko pri*

*dojenčku v trenutku povzroči dihalno stisko, ki je lahko tudi usodna – po prepoznavi simptomov je treba nemudoma poiskati strokovno pomoč, 2021).*

Med rizične skupine spadajo nedonošenčki (rojeni pred 29. tednom nosečnosti) in dojenčki z nizko porodno težo. Bolezen pri njih poteka težje zaradi nezrelega imunskega sistema, nepopolnega prenosa materinih protiteles in nerazvitosti pljučnega sistema. Alveolarni razvoj se običajno prične pri 30. – 32. tednu gestacijske starosti ploda in zato alveoli pri nedonošenčku še niso popolnoma razviti. Poleg tega imajo nedonošenčki (predvsem tisti, rojeni pred 32. tednom gestacijske starosti) manjše število prenesenih materinih protiteles, kar privede do povečane dovzetnosti za okužbe z RSV in druga respiratorna obolenja (Kropivšek, 2022).

### **Preventiva pred okužbo z RSV**

*»Starši naj v času, ko razsajajo respiratorne okužbe, starejšega otroka vzamejo iz vrtca – to je najboljša preventiva« (dr. Anja Radšel, Zdravstveni dom Medvode) (Respiratorni sincicijski virus, ki je že zdaj v polnem razmahu, lahko pri dojenčku v trenutku povzroči dihalno stisko, ki je lahko tudi usodna – po prepoznavi simptomov je treba nemudoma poiskati strokovno pomoč, 2021).*

V ospredju je predvsem podporno zdravljenje. Pomembno je odstranjevanje nosnih izločkov, ki ovirajo dihalno pot, vzdrževanje prehranskega in tekočinskega ravnesja ter zadostna oksigenacija (Kropivšek, 2022).

Ker učinkovitega zdravljenja okužb z RSV ni, je preventiva zelo pomembna:

- splošni higienski pogoji, kot sta redno umivanje in razkuževanje rok,
- redno čiščenje površin, ki so lahko kontaminirane z izločki dihal,
- pravilna tehnika kihanja in kašljanja (to je pri malih otrocih težko doseči, saj ne upoštevajo higiene rok neposredno po kihanju in kašljanju),
- kontaktna in kapljična izolacija okuženih,
- pravilna uporaba osebne varovalne opreme zdravstvenih delavcev,
- izobraževanje splošne populacije o pomenu izpostavljenosti in prenosa virusa,
- dojenje in cepljenje otrok in nosečnic,
- odsotnost sorojencev iz vrtca med epidemijo,
- izogibanje kajenja v bližini otrok,
- omejevanje obiskov pri dojenčkih v času sezone okužb,
- prezračevanje prostora,
- gibanje na svežem zraku,
- uživanje zdrave in uravnotežene hrane.



## Palivizumab

Poleg preventive, ki se uporablja za omejevanje širjenja virusa, je danes pri rizičnih skupinah otrok na voljo tudi pasivna imunizacija z uporabo palivizumaba. Trenutno je ta edini licenciran za profilakso okužb z RSV (Kropivšek, 2022).

Leta 1999 je bil odobren za uporabo v Evropi, v začetku leta 2000 pa je bil odobren že v več kot 45 državah po vsem svetu. V večini držav je uvrščen med biološka zdravila (Kropivšek, 2022). V Sloveniji so leta 2000 zabeležili prvo uporabo humanih monoklonskih protiteles, palivizumaba. To leto naj bi zdravilo prejelo 10 otrok, ki so imeli največjo možnost za pojav težke okužbe z RSV (Kropivšek, 2022).

Farmakokinetični podatki kažejo, da koncentracije palivizumaba po 5 mesečnih odmerkih ostanejo v serumu na ali nad zaščitnimi ravni za večino otrok vsaj 6 mesecev. Z mesečnim apliciranjem palivizumaba je potrebno nadaljevati tudi v primeru, če pride do okužbe z RSV. Njegova razpolovna doba je približno 20 dni, neželeni učinki so redki. Palivizumab ne vpliva na imunski odziv in na druga inaktivirana cepiva (Kropivšek, 2022).

Na podlagi prvega odstavka 25. člena Zakona o nalezljivih boleznih (Uradni list RS, št. 33/06 – uradno prečiščeno besedilo, 49/20 – ZIUZEOP, 142/20, 175/20 – ZIUO-PDVE, 15/21 – ZDUOP in 82/21) minister za zdravje izdaja pravilnik o določitvi Programa cepljenja in zaščite z zdravili za leto 2022 (Uradni list RS, št. 127) (*Respiratorni sincicijski virus (RSV)*, 2010). Za zaščito proti RSV se financira 6 odmerkov palivizumaba v posamezni sezoni za vsakega otroka z določeno indikacijo. Zaščita se opravi s humanimi monoklonskimi protitelesi palivizumab in je indicirana za štiri skupine otrok:

SKUPINA A: otroci, rojeni do vključno 28. tedna nosečnosti (28 tednov + 6/7), ki so ob začetku sezone RSV stari do 12 mesecev;

SKUPINA B: otroci, rojeni od 29. do vključno 31. tedna nosečnosti (31 tednov + 6/7), ki so ob začetku sezone RSV stari manj kot 6 mesecev ter imajo sorojence mlajše od 6 let;

SKUPINA C: otroci s kronično pljučno boleznijo (bronhopulmonalno displazijo), ki so v zadnjih 6 mesecih pred pričetkom sezone RSV potrebovali zdravljenje s kisikom in so stari do 12 mesecev;

SKUPINA D: otroci s hemodinamsko pomembno prirojeno srčno napako do operativne korekcije napake, največ do starosti 24 mesecev.

Indikacijo za zaščito s palivizumabom postavi zdravnik specialist pediater, za otroke s prizadetostjo srca pa postavi indikacijo zdravnik specialist pediater kardiolog. Ustrezne odmerke palivizumaba se daje petkrat ali šestkrat (glede na vsakoletno odločitev stroke) v enomesečnih presledkih v času trajanja sezone RSV. V sezoni 2022/23 je odobrenih 6 odmerkov (*Respiratorni sincicijski virus (RSV)*, 2010).

## Vpliv omejevalnih ukrepov zaradi pandemije covid-19 na pojavnost rsv

Tako v tujini kot tudi pri nas opažamo, da so omejevalni ukrepi za preprečevanje in obvladovanje pandemije virusa SARS-COV-2 – zlasti fizična distanca, uporaba obraznih mask in vzpostavitev šolanja otrok na daljavo, odgovorni za zmanjšano kroženje RSV in drugih respiratornih patogenov v sezoni 2020–2021.

Tedenska poročila o nadzoru v italijanski regiji Lombardija so potrdila zmanjšano kroženje RSV, kot tudi zmanjšano število bolnišničnih sprejemov zaradi RSV bronholitisa. SARS-COV-2 je bil edini virus, odkrit v vzorcih posameznikov z gripi podobno boleznijo. Odprava pandemičnih omejitev, zlasti tistih glede druženja in distanciranja, spodbuja ponovni pojav RSV, tudi v medsezonskih obdobjih (Azzari et al., 2021).

»Tako zgodnji in intenzivni začetek širjenja RSV je presenečenje, koronavirus je spremenil naš način življenja, nas nekoliko razmaknil, zmanjšal stike. Ukrepi so preprečili lansko sezono gripe in sezono RSV, kar je vplivalo na prekuževanje z običajnimi respiratornimi virusi. Zato imamo sedaj zelo velik del otrok, ki so za virus bolj dovzetni.« (izr. prof. dr. Maja Sočan, NIJZ)

S takim komentarjem se je pri nas pričela sezona RSV okužb v letu 2021/22, ki je sledila sezoni praktično brez okužb. Okužbe so se v velikem številu začele pojavljati že v avgustu, kar ni bilo običajno (*Respiratorni sincicijski virus, ki je že zdaj v polnem razmahu, lahko pri dojenčku v trenutku povzroči dihalno stisko, ki je lahko tudi usodna – po prepoznavi simptomov je treba nemudoma poiskati strokovno pomoč*, 2021).

## ZAKLJUČEK

Iz vsega analiziranega lahko sklepamo, da je najboljša preventiva pred okužbo z RSV dosledno upoštevanje higienskih ukrepov, ter skrb za zaščitno obnašanje ob najranjivejši populaciji, ki je dovzetnejša za težek potek prebolevanja okužbe z RSV.

## Literatura

Azzari, C., Baraldi, E., Bonanni, P., Bozzola, E., Coscia, A., Lanari, M., Manzoni, P., Mazzone, T., Sandri, F., Checucci Lisi, G., Parisi, S., Piacentini, G., & Mosca, F. (2021, Oct 2). Epidemiology and prevention of respiratory syncytial virus infections in children in Italy. *Ital J Pediatr*, 47(1), 198. <https://doi.org/10.1186/s13052-021-01148-8>

Griffiths, C., Drews, S. J., & Marchant, D. J. (2017, Jan). Respiratory Syncytial Virus: Infection, Detection, and New Options for Prevention and Treatment. *Clin Microbiol Rev*, 30(1), 277-319. <https://doi.org/10.1128/CMR.00010-16>

Kropivšek, Š. (2022). *Okužbe z respiratornim sincicijskim virusom pri dojenčkih in malih otrocih : diplomsko delo* [diplomsko delo, Univerza v Ljubljani]. Ljubljana.

*Okužbe z respiratornim sincicijskim virusom.* Retrieved 9.3.2023 from <https://mama.si/domov/okužbe-z-respiratornim-sincicijskim-virusom>.

*Respiratorni sincicijski virus (RSV).* (2010). Retrieved 9.3.2023 from <https://nijz.si/nalezljive-bolezni/nalezljive-bolezni-od-a-do-z/respiratorni-sincicijski-virus-rsv/>.

*Respiratorni sincicijski virus, ki je že zdaj v polnem razmahu, lahko pri dojenčku v trenutku povzroči dihalno stisko, ki je lahko tudi usodna – po prepoznavi simptomov je treba nemudoma poiskati strokovno pomoč.* (2021). Retrieved 9.3.2023 from <https://www.zdravstveniportal.si/zdravje/bolezni/797/respiratorni-sincicijski-virus>.

# NOVE MOŽNOSTI V GENETSKI OBRAVNAVI NA PODROČJU GINEKOLOGIJE IN PORODNIŠTVA

## *New opportunities in genetic management in gynaecology and obstetrics*

**doc. dr. Aleš Maver, dr. med.**

Klinični inštitut za genomsko medicino, Univerzitetni klinični center v Ljubljani  
ales.maver@kclj.si

**Ključne besede:** genetske bolezni, genomski pristopi, redke bolezni, prenatalna diagnostika

### **RAZŠIRJENI ABSTRAKT**

Genetske bolezni predstavljajo pomemben vzrok razvojnih nepravilnosti in bolezni ploda v nosečnosti, prav tako pa so pogost vzrok bolezni novorojenčka v zgodnjem poporodnem obdobju. V okoli 3-5 % nosečnosti ugotavljamo nepravilnosti pri plodu, ki so v veliki meri genetsko pogojene (Carlson & Vora, 2017). Ocenjujejo, da so genetske bolezni vzrok okoli 20 % hospitalizacij kritično bolnih novorojenčkov (Kingsmore & Cole, 2022). Zgodnja postavitev genetske diagnoze je v perinatalnem obdobju ključnega pomena, saj omogoča boljše napovedovanje izhoda nosečnosti, zmanjša število diagnostičnih preiskav in lahko pri novorojencu usmeri potek zdravljenja in vodi zgodnjo terapevtsko obravnavo pri novorojenčku. Diagnostika genetskih bolezni je zahtevna, še posebej v predrojstnem obdobju in v zgodnjem obdobju po rojstvu, ko znaki genetske bolezni niso specifični in je klinična postavitev diagnoze pogosto otežena. Danes namreč poznamo že preko 5.000 različnih genetskih bolezni (Haendel et al., 2020), ki nastanejo zaradi nepravilnosti kromosomov ali nepravilnosti v zapisu preko 4.000 genov, ki so bili doslej povezani z boleznimi pri človeku. Klinična slika genetskih bolezni pogosto ni specifična, simptomi in znaki se med različnimi genetskimi boleznimi prekrivajo, poleg tega so posamezne bolezni pogosto izjemno redke in slabo poznane, kar otežuje klinično postavitev diagnoze. V preteklosti so bile genetske bolezni zato pogosto nediagnosticirane ali pa je bila diagnoza postavljena po večletnem iskanju diagnoze.

Tehnološki napredek v zadnjih dveh desetletjih je prinesel revolucijo na področju diagnostike genetskih bolezni. S citogenetskimi metodami smo v preteklosti lahko ugotavljali predvsem odstopanja v številu kromosomov in večje kromosomske nepravilnosti. Ker je človeški genom obsežen, smo v preteklosti lahko ugotavljali manjše okvare (posameznih genov) predvsem v primeru jasnega suma na določeno genetsko bolezen, ki nas je usmeril v usmerjeno preiskovanje določenega gena. Nove tehnologije, predvsem tehnologija mikromrež in sekvenciranje nove generacije, so povzročile premik v genetski diagnostiki – možnost ugotavljanja drobnih genetskih

sprememb na nivoju celotnega genoma v eni preiskavi. S temi tehnologijami genetske preiskave danes niso več zgolj pristop za potrditev diagnoze, ampak danes z njimi lahko diagnozo postavimo tudi ko so klinični znaki nespecifični in ko brez genetskega testiranja klinične diagnoze ni mogoče postaviti.

Nove metode genomske diagnostike so v zadnjem času napredovale do te mere, da so postale dostopne tudi v časovno omejenem oknu diagnostične obravnave v predrojni dobi (Petrovski et al., 2019) in pri kritično bolnih novorojenčkih (Kingsmore et al., 2020). Pomen zgodnje diagnoze kažejo prve študije pri kritično bolnih novorojenčkih, ki so pokazale, da je mogoče s preiskavo celotnega genoma postaviti diagnozo v okoli 30 %, kar prinese pri več kot polovici novorojenčkov s hitro postavljeno diagnozo tudi spremembo obravnave (D’Gama et al., 2022). Poleg novih možnosti pri postavitvi diagnoze so nove tehnologije prinesle tudi povsem nove pristope diagnostike, med katerimi je najvidnejša neinvazivna predrojstna diagnostika (Chandrasekharan et al., 2014).

Nove genomske metode, predvsem sekvenciranja nove generacije, smo v Sloveniji vpeljali v zdravstveni sistem med prvimi državami v Evropi, v zadnjem času pa smo omogočili hitro diagnostiko monogenih bolezni v predrojnem obdobju in pri novorojenčkih s sumom na genetsko bolezen. Pričakovati je, da bodo nove genomske preiskave, predvsem sekvenciranje celotnega genoma, postale vse bolj integralen element obravnave v perinatalnem obdobju.

**Keywords:** genetic diseases, genomic approaches, rare diseases, prenatal diagnosis

## EXTENDED ABSTRACT

Genetic diseases are a significant cause of developmental abnormalities and fetal diseases during pregnancy, as well as a common cause of diseases in newborns during the early postpartum period. Developmental abnormalities are found in approximately 3-5 % of pregnancies and are largely associated with genetic factors (Carlson & Vora, 2017). It is estimated that genetic diseases account for around 20% of hospitalizations of critically ill newborns (Kingsmore & Cole, 2022). Early genetic diagnosis is crucial during the perinatal period, as it allows for better prediction of pregnancy outcomes, reduces the number of diagnostic tests, and can guide the course of treatment and early therapeutic intervention for the newborn.

Diagnosing genetic diseases is challenging, especially during the prenatal period and early postnatal period when genetic disease symptoms are not specific, making clinical diagnosis difficult. Today, we know of over 5,000 different genetic diseases (Haendel et al., 2020) caused by chromosomal abnormalities or abnormalities in the sequence of over 4,000 genes that have been associated with human diseases. The clinical presentation of genetic diseases is often not specific, and symptoms and signs overlap among different genetic diseases. Moreover, individual diseases are often extremely rare and poorly understood, making clinical diagnosis difficult. For this reason, genetic diseases were often undiagnosed or diagnosed only after years of searching for a diagnosis.

Technological advances in the last two decades have revolutionized the diagnosis of genetic diseases. In the past, cytogenetic methods mainly identified deviations in the number of chromosomes and major chromosomal abnormalities. Because the human genome is extensive, genetic causes could be identified mainly in cases of clear suspicion of a specific genetic disease that directed targeted investigation of an individual gene. New technologies, particularly microarray technology and next-generation sequencing, have shifted genetic diagnosis by enabling the detection of subtle genetic changes at the whole-genome level in a single test. With these technologies, genetic tests are no longer just a means of confirming a diagnosis, but can also establish a diagnosis even when clinical signs are nonspecific and clinical diagnosis is not possible.

New genomic diagnostic methods have recently advanced to such an extent that they have become available within the limited diagnostic window in the prenatal period (Petrovski et al., 2019) and for critically ill newborns (Kingsmore et al., 2020). The importance of early diagnosis is demonstrated by the first studies on critically ill newborns, which have shown that it is possible to make a diagnosis in around 30% of cases using whole-genome sequencing, leading to a change in treatment for more than half of newborns with a rapidly established diagnosis (D’Gama et al., 2022). In addition to new diagnostic options, new technologies have also brought completely new diagnostic approaches, including the most prominent non-invasive prenatal diagnosis (Chandrasekharan et al., 2014). In Slovenia, we were among the first countries in Europe to introduce new genomic methods, especially next-generation sequencing, into the national healthcare system. Recently, we have also enabled rapid diagnosis of monogenic diseases in the prenatal period and in newborns suspected of having a genetic disease. It is expected that new genomic tests, especially whole-genome sequencing, will become an increasingly integral element of perinatal care.

## Literatura

Carlson, L. M., & Vora, N. L. (2017). Prenatal Diagnosis: Screening and Diagnostic Tools. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 44(2), 245–256. <https://doi.org/10.1016/J.OGC.2017.02.004>

Chandrasekharan, S., Minear, M. A., Hung, A., & Allyse, M. (2014). Noninvasive Prenatal Testing Goes Global. *Science Translational Medicine*, 6(231), 231fs15. <https://doi.org/10.1126/SCITRANSLMED.3008704>

D’Gama, A. M., Del Rosario, M. C., Bresnahan, M. A., Yu, T. W., Wojcik, M. H., & Agrawal, P. B. (2022). Integrating rapid exome sequencing into NICU clinical care after a pilot research study. *Npj Genomic Medicine* 2022 7:1, 7(1), 1–9. <https://doi.org/10.1038/s41525-022-00326-9>

Haendel, M., Vasilevsky, N., Unni, D., Bologa, C., Harris, N., Rehm, H., Hamosh, A., Baynam, G., Groza, T., McMurry, J., Dawkins, H., Rath, A., Thaxon, C., Bocci, G., Joachimiak, M. P., Köhler, S., Robinson, P. N., Mungall, C., & Oprea, T. I. (2020). How many rare diseases are there? *Nature Reviews. Drug Discovery*, 19(2), 77. <https://doi.org/10.1038/D41573-019-00180-Y>

Kingsmore, S. F., & Cole, F. S. (2022). The Role of Genome Sequencing in Neonatal Intensive Care Units. *Annual Review of Genomics and Human Genetics*, 23, 427–448. <https://doi.org/10.1146/ANNUREV-GENOM-120921-103442>

Kingsmore, S. F., Henderson, A., Owen, M. J., Clark, M. M., Hansen, C., Dimmock, D., Chambers, C. D., Jeliffe-Pawlowski, L. L., & Hobbs, C. (2020). Measurement of genetic diseases as a cause of mortality in infants receiving whole genome sequencing. *NPJ Genomic Medicine*, 5(1). <https://doi.org/10.1038/S41525-020-00155-8>

Petrovski, S., Aggarwal, V., Giordano, J. L., Stosic, M., Wou, K., Bier, L., Spiegel, E., Brennan, K., Stong, N., Jobanputra, V., Ren, Z., Zhu, X., Mebane, C., Nahum, O., Wang, Q., Kamalakaran, S., Malone, C., Anyane-Yeboah, K., Miller, R., ... Wapner, R. J. (2019). Whole-exome sequencing in the evaluation of fetal structural anomalies: a prospective cohort study. *The Lancet*, 393(10173), 758–767. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32042-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32042-7)

# PROJEKT 4STEPS - PODPIRANJE BABIC IN BABIŠTVA V VIETNAMU IN KAMBODŽI

## *Project 4Steps – Support midwives and midwifery in Vietnam and Cambodia*

**viš. pred. Petra Petročnik, izr. prof. dr. Ana Polona Mivšek**

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za babištvo

petra.petrocnik@zf.uni-lj.si

**Ključne besede:** mednarodni projekt, babištvo, izobraževanje babic, Azija

V letu 2023 se uspešno zaključuje štiriletni mednarodni projekt 4 STEPS, ki je potekal v okviru programa Erasmus plus »Capacity building in higher education«. V projektu smo se povezali strokovnjaki iz Slovenije in Finske, ki smo s pedagoškimi in babiškimi znanji pripomogli k izmenjavi znanj s partnerji iz Kambodže in Vietnama. Raziskave s področja obravnave žensk in njihovih novorojenčkov v obdobju pred in med nosečnostjo, med porodom ter v poporodnem obdobju kažejo, da lahko s kvalitetno babiško obravnavo znatno pripomoremo k zmanjševanju umrljivosti in obolevnosti žensk in novorojenčkov v navedenih obdobjih. S tem namenom so skozi zadnja štiri leta potekale tudi aktivnosti na projektu, katerega temeljni cilj je bil razvijati celostno in kontinuirano babiško obravnavo v omenjenih dveh azijskih državah.

V sklopu prijave projekta so bile prepoznane aktualne potrebe babic iz Kambodže in Vietnama, dveh držav, ki sta zgodovinsko gledano utrpeli kar nekaj posledic vojne, nasilja in pridružene slabše kvalitete oskrbe žensk in njihovih novorojenčkov v najranljivejših obdobjih. S pomočjo projekta je bilo željeno okrepiti izobraževanje babic z izboljšanjem njihovega kurikuluma. Pri vsem delu z azijskimi partnerji je bila izvajan in poudarjana na dokazih temelječa praksa (t.i. »evidence-based practice«), na čemer so temeljila vsa priporočila za babiško obravnavo kot tudi za izobraževanje babic. V sklopu projekta je bil oblikovan poseben steber, namenjen nadgrajevanju usposobljenosti učiteljev babištva – tako z akademskimi kot pedagoškimi veščinami. Babiške veščine in znanje so bile preko učiteljev babištva prenešene tudi na že zaposlene babice, ki delujejo v praksi. Na ta način so v projekt vključeni posamezniki krepili pedagoške veščine ter uporabo na dokazih temelječih dognanj med partnerji, predvsem učitelji babištva, ki so osvojena znanja prenašali v širša okolja.

Izkušnje z azijskimi partnerji so pokazale, da kljub predhodnemu poznavanju druge kulture, sprejemanje in razumevanje le te včasih predstavlja pravi izziv. Projekt sam je v prvi vrsti zahteval nadgradnjo poznavanja kulturnih raznolikosti ter hkrati krepil veščine prilagajanja pri vseh vključenih partnerjih. Tekom projekta je bilo ves čas uporabljeno in razvito novo sodobno, sociokulturno in okolju prilagojeno učno gradivo za strokovnjake, kot za ženske in njihove novorojenčke. S spodbujanjem



dostojnosti in poudarjanjem spoštljivih odnosov je celotna ekipa poskrbela za krepitev kakovosti babištva na več nivojih – predvsem pa je projekt s svojimi aktivnostmi uspešno vplival na izboljšanje kakovosti sistema izobraževanja ter babiške obravnave žensk in njihovih novorojenčkov v lokalnih okoljih.

**Keywords: international project, midwifery, midwifery education, Asia**

The 4-year international project 4STEPS, which took place under the Erasmus plus programme „Capacity building in higher education“, is coming to a successful end in 2023. The project brought together experts from Slovenia and Finland, who contributed with their teaching and midwifery skills to exchange knowledge with partners from Cambodia and Vietnam. Research on the care of women and their newborns before, during and after pregnancy, childbirth and the postnatal period shows that quality midwifery care can make a significant contribution to reducing mortality and morbidity among women and newborns during these periods. To this end, the project has been active over the last four years, with the primary aim of developing integrated and continuous midwifery care in these two Asian countries.

As part of the project application, the current needs of midwives in Cambodia and Vietnam were identified, two countries which historically have suffered from the consequences of war, violence and the associated poorer quality of care for women and their newborns during the most vulnerable periods. Through the project, it was hoped to strengthen midwifery education by improving the midwifery curriculum. Evidence-based practice (EBP) was implemented and emphasised in all work with Asian partners and underpinned all recommendations for midwifery care as well as midwifery education. A specific pillar was created within the project to upgrade the competences of midwifery teachers - both academic and pedagogical skills. Midwifery skills and knowledge were also transferred through midwifery teachers to midwives already working in practice. In this way, the individuals involved in the project strengthened pedagogical skills and the application of evidence-based knowledge among partners, especially midwifery teachers, who transferred the knowledge to wider settings.

Experience with Asian partners has shown that, despite prior knowledge of another culture, acceptance and understanding of it can be a challenge. The project itself required first and foremost to build on the knowledge of cultural diversity, while strengthening the adaptation skills of all partners involved. Throughout the project, new modern, socio-culturally and environmentally adapted learning materials were used and developed for professionals, as well as for women and their newborns. By promoting dignity and emphasizing respectful relationships, the whole team ensured that the quality of midwifery was strengthened at several levels - and above all, the project's activities successfully influenced the improvement of the quality of the education system and midwifery care of women and their newborns in local settings.

SPONZORJI:



PRELONI






PRISPODOBE

Johnson's<sup>®</sup>  
baby

## PreMama<sup>duo</sup><sup>®</sup>

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


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


Način uporabe: 1 tableto in 1 kapsulo  
dnevno zaužijete z nekaj tekočine po obroku.



## KAR POTREBUJE BODOČA MAMICA



 Izdelek je na voljo  
v vseh lekarnah, tudi spletnih.

 Zdrava nosečnost in dojenje – PreMama

Prehranskih dopolnil se v primeru preobčutljivosti na katerokoli sestavino ne sme uporabljati. Prehransko dopolnilo ni nadomestilo za uravnoteženo in raznovrstno prehrano. Potrebni so raznolika in uravnotežena prehrana ter zdrav način življenja. Priporočenih dnevni količin cizima odmerka se ne sme prekoračiti.



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

[www.zbornica-zveza.si](http://www.zbornica-zveza.si)