

**STROKOVNO SREČANJE SEKCIJE MEDICINSKIH SESTER IN BABIC**

Šempeter pri Gorici, oktober 2023



**V ZNANJU JE MOČ - ZA BOLJŠO  
OSKRBO ŽENSK IN OTROK**

Zbornik prispevkov



---

# V ZNANJU JE MOČ - ZA BOLJŠO OSKRBO ŽENSK IN OTROK

Zbornik prispevkov



**V ZNANJU JE MOČ - ZA BOLJŠO OSKRBO ŽENSK IN OTROK**  
**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, Maja Saksida

**Programski odbor:** Saša Matko, Gordana Njenjić, Maja Saksida, Andreja Žertuš,  
Sonja Harnik, Renata Nahtigal

**Recenzentka:** Anita Prelec

ZBORNIK JE LEKTORIRAN IN RECENZIRAN

---

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

618(082)

V znanju je moč - za boljšo oskrbo žensk in otrok (srečanje) (2023 ; Šempeter pri Gorici)

V znanju je moč - za boljšo oskrbo žensk in otrok : zbornik prispevkov / [glavna in odgovorna 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 978-961-96185-2-3  
COBISS.SI-ID 168178691

---

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

**Oblikovanje in tisk:** Dijana Stević, PRELOM d. o. o.

**Kraj in leto izdaje:** Šempeter pri Gorici, 2023

**Naklada:** 170 izvodov

## **PROGRAM STROKOVNEGA SREČANJA – 20. 10. 2023**

*Hotel Lipa, Trg Ivana Roba 7, 5290 Šempeter pri Gorici*

- 8.00 – 8.45      REGISTRACIJA
- 8.45 – 9.00      POZDRAVNI GOVOR
- 9.00 – 9.20      I. SKLOP Moderatorka: Jelka Cimermančič, Gordana Njenjić  
**HRANJENJE GENETSKEGA MATERIALA  
PRI ONKOLOŠKIH PACIENTIH**  
doc. dr. Nina Jančar, dr. med., spec. gin. in por.
- 9.20 – 9.40      **OBRAVNAVA PARA V POSTOPKU OBMP**  
Sonja Dobrovc, dipl. bab.
- 9.40 – 10.00     **RAK ZUNANJEGA SPOLOVILA**  
doc. dr. Nina Kovačević, dr. med., spec. gin. in por.
- 10.00 – 10.20    **RAK DOJKE V NOSEČNOSTI**  
Alenka Zavrtanik Čelan, dr. med., spec. gin. in por.
- 10.20 – 10.35    RAZPRAVA
- 10.35 – 11.00    *Odmor*
- 11.00 – 11.20    II. SKLOP Moderatorka: Saša Matko, Barbara Malgaj  
**POROD DOMA**  
Nina Radin, dipl. bab.
- 11.20 – 11.40    **BABIŠKA VIZITA – POPORODNO OBDOBJE**  
Janja Prijatelj, dipl. bab.
- 11.40 – 12.00    **KOMUNIKACIJA – OVIRE IN IZZIVI V PORODNI SOBI**  
Maja Saksida, dipl. bab., Martina Tribušon, dipl. bab.
- 12.00 – 12.20    **TEHNIKE SPROŠČANJA**  
Andreja Žertuš, dipl. bab.
- 12.20 – 12.35    RAZPRAVA

III. SKLOP Moderatorka: Rosemarie Franc, Andreja Žertuš

12.35 – 12.55

**IZZIVI DOJENJA PRI NOVOROJENČKU  
S PRIRAŠČENIM JEZIČKOM**

Mojca Petek, dipl. bab., IBCLC

12.55 – 13.15

**PRESEJALNI TESTI ZA KROMOSOMOPATIJE  
V PERINATOLOGIJI**

Tea Divjak Budihna, dr. med., spec gin. in por.

13.15 – 13.35

**ICM KONFERENCA – INDONEZIJA, BALI 2023**

viš. pred. Tita Stanek Zidarič, Karolina Kovač, dipl. bab.

13.35 – 13.50

**RAZPRAVA IN ZAKLJUČKI**

13.50 – 14.50

*Kosilo*

# HRANJENJE GENETSKEGA MATERIALA PRI ONKOLOŠKIH PACIENTIH

## *Fertility preservation in oncological patients*

**Doc. dr. Nina Jančar, dr. med., spe. gin. in por.**

UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, KO za reprodukcijo

Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana

nina.jancar@kclj.si

### IZVLEČEK

Skupaj z naraščanjem incidence raka pri otrocih in mladih ljudeh se na srečo uspešnost zdravljenja raka vztrajno izboljšuje. Za uspešno zdravljenje raka je običajno potrebna uporaba agresivnih kemoterapevtikov, kombinacija več različnih kemoterapevtikov in obsevanje, kar lahko povzroči zmanjšano plodnost ali absolutno neplodnost. Mlade bolnike z rakom je potrebno informirati o tveganju za neplodnost po zdravljenju raka in o možnostih ohranjanja plodnosti in shranjevanja genetskega materiala. Pri moških, ki imajo izliv, lahko ponudimo zamrzovanje semena. Pri predpubertetnih dečkih so metode za enkrat še eksperimentalne. Pri majhnih deklicah lahko shranimo tkivo jajčnika. Po nastopu pubertete, imamo možnost, da izvedemo hormonsko spodbujanje jajčnikov in shranimo zrele in nezrele jajčne celice ali zarodke, če je ženska v stabilni partnerski zvezi.

**Ključne besede:** rak; zamrzovanje semena; zamrzovanje tkiva testisa; zamrzovanje tkiva jajčnika; zamrzovanje jajčnih celic; zamrzovanje zarodkov.

### ABSTRACT

Concomitantly with the rising incidence the childhood cancer, survival rates have been constantly improved over recent years. The success of cancer treatment lies in the usage of aggressive chemotherapy, combination of several chemotherapeutics and irradiation, all can lead to impaired fertility and absolute infertility of the survivors. Young oncological patients deserve to be informed about the effect of cancer treatment on future fertility and chances for fertility preservation. Sperm cryopreservation is the most established option for fertility preservation in male oncological patients. For prepubertal boys, testicular tissue cryopreservation is considered experimental to date. In young girls we can preserve ovarian tissue. After the puberty, the ovaries can be stimulated with hormones and mature and immature oocytes can be cryopreserved or embryos can be cryopreserved in cases of stable partner relationship.

**Key words:** cancer; semen cryopreservation; testicular tissue cryopreservation; ovarian tissue cryopreservation; oocyte cryopreservation; embryo cryopreservation.

## UVOD

Incidenca raka pri otrocih in mladih odraslih zadnjih 50 let vztrajno narašča (Bhakta et al., 2017). Skupaj z naraščanjem incidence pa se na srečo uspešnost zdravljenja raka v otroštvu vztrajno izboljšuje. Ocenjujejo, da je 5-letno preživetje otrok, ki zbolijo za rakom, preko 80 % in večina jih dočaka odraslo dobo (National Cancer Institute, 2023). Za uspešno zdravljenje raka je običajno potrebna uporaba agresivnih kemoterapevtikov, kombinacija več različnih kemoterapevtikov in obsevanje. Uporaba agresivnih kemoterapevtikov in obsevanje celega telesa ali predela gonad lahko povzroči zmanjšano plodnost ali absolutno neplodnost. Nedavna raziskava, v katero je bilo vključenih preko 3000 bolnikov, ki so preživeli raka v otroštvu, je pokazala, da imajo skoraj vsi prisotne različne posledice raka ali zdravljenja le-tega, ki pomembno vplivajo na njihovo kvaliteto življenja in zdravstveno stanje (Bhakta et al., 2017). Tako onkologi kot subspecialisti reproduktivne medicine se zavedamo, da je potrebno mlade bolnike z rakom informirati o tveganju za neplodnost po zdravljenju raka in o možnostih ohranjanja plodnosti in shranjevanja genetskega materiala.

### **Vpliv posamezne vrste raka in oblike zdravljenja na plodnost**

Različne oblike raka in uporabljeni režimi systemskega zdravljenja le-teh imajo različno tveganje za neplodnost (Loren et al., 2013). Visoko tveganje, kjer v > 80 % pričakujemo neplodnost, imajo bolniki in bolnice: zdravljeni z alkilirajočimi citostatiki v visokih dozah (na primer ciklofosamid, prokarbazin, busulfan), rak dojke pri starejših od 40 let, Hodgkinov limfom, zdravljen s shemami s prokarbazinom (na primer MOPP in BEACOPP), obsevanje jajčnikov ali testisov z > 4 Gy in kondicioniranje kemoterapije ter obsevanje celega telesa pred presaditvijo kostnega mozga ali presaditvijo krvotvornih matičnih celic. Srednje tveganje, 20 – 80 % pričakovane neplodnosti imajo: rak dojke pri mlajših od 40 let, rak mod zdravljen z BEP in rak mod zdravljen s cisplatinom ali karboplatinom v nižjih odmerkih. Nizko tveganje, manj kot 20 % neplodnosti, pa imajo: rak dojke pri mlajših od 30 let, Hodgkinov limfom in drugi limfomi zdravljeni z nealkilirajočimi citostatiki (sheme ABVD, CHOP, COP) in levkemije ter limfomi zdravljeni z antraciklini, citarabinom in vinkristinom.

### **Obravnavna mladega bolnika z rakom in možnosti shranjevanja genetskega materiala**

Na voljo imamo priporočila, kdaj, in na kakšen način naj bi se organiziral pogovor o tveganju za neplodnost po zdravljenju raka pri otrocih in mladih bolnikih z rakom (Loren et al., 2013; Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine, 2019). Pogovor je potrebno organizirati čim prej, že v diagnostičnem procesu in določanju stadija raka. Sodelovati bi moral onkolog, zdravnik, ki bolnika ali bolnico zdravi, specialist reproduktivne medicine in po možnosti tudi klinični psiholog in strokovnjak za medicinsko etiko. Pri majhnih otrocih je situacija še bolj kompleksna. Starši se mo-

rajo soočiti z diagnozo rak pri njihovem otroku, kar je za njih zelo težko. Ob strahu in skrbi, če se bo otrok pozdravil, se soočajo še z dejstvom, da lahko zdravljenje raka vpliva tudi na plodnost in lahko pomeni, da njihov otrok ne bo mogel postati starš svojim biološkim otrokom (Burns, Hoefgen, Strine & Dasgupta, 2018).

Možnosti za ohranjanje plodnosti in shranjevanje genetskega materiala so odvisne od starosti in spola onkološkega bolnika ter od tega, za koliko časa lahko odložimo zdravljenje raka. Dečki pred puberteto so bolj ogroženi kot deklice, saj so zarodne celice v modih bolj občutljive na kemoterapijo in obsevanje. Mirujoče jajčne celice pri predpubertetnih deklicah so nekoliko manj občutljive (Burns, Hoefgen, Strine & Dasgupta, 2018).

Pri majhnih deklicah, pred puberteto, lahko shranimo tkivo jajčnika. Običajno z laparoskopsko operacijo odvezamemo en jajčnik v celoti ali del jajčnika, saj so v tem obdobju še zelo majhni, hkrati pa je koncentracija primordialnih foliklov na kubični milimeter tkiva takrat največja (Silber, Kagawa, Kuwayama & Gosden, 2010; Donnez et al., 2010). Po nastopu pubertete imamo možnost, da izvedemo hormonsko spodbujanje jajčnikov in shranimo zrele in nezrele jajčne celice ali zarodke, če je ženska v stabilni partnerski zvezi. Za spodbujanje jajčnikov potrebujemo 10 do 14 dni. Z uporabo protokolov spodbujanja z uporabo GnRH antagonistov lahko začnemo kadarkoli v menstrualnem ciklusu in s tem ne izgubljammo dragocenega časa (Cakmak & Rosen, 2015). Kadar je potrebno z zdravljenjem pričeti takoj, pa nam ostane možnost shranjevanja tkiva jajčnika (Pacheco & Oktay, 2017).

Pri moških je najbolj uveljavljena oblika ohranjanja plodnosti zamrzovanje semen, ki je bolj enostavno, manj invazivno in zanj ni potrebno odložiti zdravljenja za več dni, kot je to potrebno pri ženskah. V smernicah je zapisano, da je potrebno ponuditi shranjevanje semen vsem fantom po puberteti in moškimi, ki zbolijo za rakom (Loren et al., 2013). Seme običajno pridobimo z masturbacijo, možna pa je še stimulacija z vibracijo ali elektroejakulacija. Elektroejakulacijo je potrebno izvesti v splošni anesteziji (Berookhim & Mulhall, 2014). Kadar ni možno pridobiti ejakulata, oziroma v njem ni najti spermijev, je možno še zamrzovanje tkiva testisa in ekstrakcija spermijev iz tkiva testisa (TESE) (Loren et al., 2013). Za predpubertetne dečke je zaenkrat zamrzovanje tkiva testisa zgolj eksperimentalno, saj še ni možna maturacija zarodnih celic testisa v zrele spermije (Gassei & Orwig, 2016).

## **Shranjevanje genetskega materiala na KO za reprodukcijo Ginekološke klinike UKC Ljubljana**

S shranjevanjem jajčnih celic in tkiva jajčnika smo na našem kliničnem oddelku pričeli okoli leta 2000. Sprva smo to izvajali sporadično, pri redkih bolnicah. Leta 2011 smo v sodelovanju z onkologi, hematologi in pediatri pripravili strokovni sestanek z naslovom Ohranjanje plodne sposobnosti pri onkoloških bolnicah in bolnikih.



V letu 2012 smo nato izvedli propagandno akcijo, ki je kmalu obrodila sadove. S tem se je močno povečala ozaveščenost zdravnikov in laikov, tako da od leta 2013 obravnavamo med 30 – 40 onkoloških bolnic letno. Na našem oddelku stremimo k temu, da se na klic onkologa, pediatra, kirurga, ali drugega zdravnika ki takšno bolnico zdravi, zelo hitro odzovemo. Konzilij, na katerem je prisotna bolnica, lečeči zdravnik in zdravnik subspecialist reproduktivne medicine in po potrebi še starši ali partner, skličemo v roku enega dne.

Če nam razmere to dovoljujejo, pričnemo nemudoma s stimulacijo jajčnikov s hormonskimi injekcijami. Uporabimo fiksni kratki protokol z začetkom kadarkoli v menstrualnem ciklusu ženske. Prvih 5 dni prejema visoke doze gonadotropinov, največkrat rekombinantni FSH v dozi 225 ali 300 I.E dnevno. V kolikor gre za amenorejo z nizkimi vrednostmi folikle stimulirajočega hormona (FSH) in luteinizirajočega hormona (LH), uporabimo preparate, ki vsebujejo tudi LH. Šesti in sedmi dan v terapijo dodamo še GnRH antagonist, naslednji dan pa pride na ultrazvočno kontrolo. Običajno je potrebno kombinacijo hormonskih injekcij podaljšati še za nekaj dni, da spodbudimo zadosten odgovor jajčnikov. Aspiracijo jajčnih celic izvedemo v intravenozni analgozsedaciji ali v splošni anesteziji. Kadar gre za hormonsko odvisni rak dojke, bolnica ob stimulaciji prejema še inhibitor aromataze, da pride do čim manjšega porasta estradiola v krvi. Pri bolnicah, ki so tvegane za nastanek krvnih strdkov, apliciramo med stimulacijo tudi preventivne odmerke nizkomolekularnega heparina.

Od začetka januarja 2013 do danes smo tako obravnavali preko 300 mladih bolnic z rakom in drugimi boleznimi, ki lahko okvarijo plodnost. Okoli 40 % bolnic je imelo rak dojke, okoli 30 % Hodgkinov limfom, ostale rakave bolezni so bile redkeje zastopane. Pri okoli 30 % smo od shranjevanja genetskega materiala odstopili zaradi slabega zdravja in prognoze bolnice, njene odločitve ali neodzivnosti na spodbujanje jajčnikov. Pri 50 % bolnic smo shranili jajčne celice, pri okoli 15 % zarodke in pri okoli 5 % tkivo jajčnika.

Seme onkoloških bolnikov shranjujemo v Androloškem laboratoriju Ginekološke klinike UKC Ljubljana že več kot 40 let. Sodelovanje z onkologi na tem področju je ustaljeno že vrsto let. Biopsije testisa dečkov pred puberteto zaenkrat še ne izvajamo, saj še ni v klinični uporabi.

## **Ohranjanju plodne sposobnosti otrok z rakom**

Pri malih otrocih gre zgolj za odločitve staršev. Predstaviti jim moramo vse možnosti in možnosti za zanositev po posamezni metodi. Za ohranjanje plodnosti lahko uporabimo eno metodo, včasih pa tudi kombinacijo več metod. Večjim otrokom smo dolžni razlago na njim razumljiv način. Ohranitev plodnosti ne sme vplivati na uspešnost zdravljenja raka. Pogosto je pri otrocih potreben operativni poseg, ki ga po možnosti pridružimo drugim posegom (vstavitev porta, biopsija kostnega mozga, operacija tumorja).

## ZAKLJUČEK

Zaradi učinkovitega zdravljenja in dobrega preživetja bolnikov z rakom v otroštvu in mladosti, se ginekologi pogosto srečamo z ženskami, ki so bile že zdravljene s kemoterapijo ali obsevanjem. Zavedati se moramo, da kemoterapija in obsevanje vplivata na spolne celice in lahko povzročita zgodnejšo izgubo plodnosti, v primerjavi z zdravimi sovrstniki. Zaradi tega je naša naloga, da jim skozi vsa življenjska obdobja ustrezno svetujemo. Tudi če nimajo rednih menstruacij, to ne pomeni, da so resnično neplodne, zato jim moramo svetovati ustrezno obliko kontracepcije, če ne želijo zanositi. Naša zelo pomembna naloga je tudi, da spodbudimo bolnice po zdravljenju raka, da se čim prej odločijo za potomstvo, če imajo za to ustrezne pogoje. V kolikor to ni mogoče, jim ponudimo shranjevanje jajčnih celic zaradi grozeče prezgodnje menopavze. Če so že v prezgodnji menopavzi, pa jim moramo svetovati ustrezno hormonsko nadomestno zdravljenje, da preprečimo osteoporozo in srčno-žilne zaplete.

## Literatura:

Berookhim, B.M., & Mulhall, J.P., 2014. Outcomes of operative sperm retrieval strategies for fertility preservation among males scheduled to undergo cancer treatment. *Fertility Sterility*, 101(3), pp. 805-811.

Bhakta, N., Liu, Q., Ness, K.K., Baassiri, M., Eissa, H., Yeo, F., et al., 2017. The cumulative burden of surviving childhood cancer: an initial report from the St Jude Lifetime Cohort Study (SJLLIFE). *Lancet*, 390(10112), pp. 2569-2582.

Burns, K.C., Hoefgen, H., Strine, A., & Dasgupta, R., 2018. Fertility preservation options in pediatric and adolescent patients with cancer. *Cancer*, 124(9), pp. 1867-1876.

Cakmak, H., & Rosen, M.P., 2015. Random-start ovarian stimulation in patients with cancer. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 27(3), pp. 215-221.

Donnez, J., Jadoul, P., Squiflet, J., Van Langendonck, A., Donnez, O., Van Eyck, A.S., et al., 2010. Ovarian tissue cryopreservation and transplantation in cancer patients. *Best Practice & Research in Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 24(1), pp. 87-100.

Gassei, K., & Orwig, K., 2016. Experimental methods to preserve male fertility and treat male factor infertility. *Fertility Sterility*, 105(2), pp. 256-266.

Loren, A.W., Mangu, P.B., & Beck, L.N., Magdalinski, A.J., Partridge, A.H., Quinn, G., et al., 2013. American Society of Clinical Oncology. Fertility preservation for patients with cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. *Journal of Clinical Oncology*, 31(19), pp. 2500-2510.

National Cancer Institute. Cancer in children and adolescents. <https://www.cancer.gov/types/childhood-cancers/child-adolescentcancers-fact-sheet>. Datum dostopa: 19.10.2023

Pacheco, F., & Oktay, K., 2017. Current success and efficiency of autologous ovarian transplantation: a meta-analysis. *Reproductive Sciences*, 24(8), pp. 1111-1120.

Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine, 2019. Fertility preservation in patients undergoing gonadotoxic therapy or gonadectomy: a committee opinion. *Fertility Sterility*, 112(6), pp. 1022-1033.

Silber, S., Kagawa, N., Kuwayama, M., & Gosden, R, 2010. Duration of fertility after fresh and frozen ovary transplantation. *Fertility Sterility*, 94(6), pp. 2191-2196.

# OBRAVNAVA NEPLODNEGA PARA V POSTOPKU OPLODITVE Z BIOMEDICINSKO POMOČJO

## *Treatment of an infertile couple in in vitro fertilization*

**Sonja Dobrovč, dipl. babica**

UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, KO za reprodukcijo

Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana

sonja.vrtin@kclj.si

### IZVLEČEK

Ena glavnih, če ne najpomembnejših lastnosti dobre diplomirane babice/diplomirane medicinske sestre (v nadaljevanju DB/DMS) je sposobnost empatije in spretnost pri komuniciranju. Tako v vsakodnevnem življenju kot v službi, moramo upoštevati vsakega sogovornika individualno, prepoznati njegove karakterne značilnosti in pričakovanja. Skrb za neploden par je še toliko bolj zahtevna, ker je spoznanje, da sama ne bosta mogla imeti otrok, lahko usodno za partnersko vez. Največkrat se pojavi strah, dvom o uspehu in občutek krivde. Naša naloga je, da omilimo te dvome, strah in pripravimo par na to preizkušnjo.

Veliko informacij lahko par pridobi pri izbranem ginekologu, na spletu in celo v ožjem krogu prijateljev. Ob 40 – letnici Oddelka za oploditev z biomedicinsko pomočjo (OBMP) so naše embriologinje izračunale, da je na Slovenskem v vsakem razredu vsaj en otrok spočet s pomočjo postopka OBMP.

Največja in najpogostejša vez med neplodnim parom, zdravnikom in embriologi smo zagotovo DB/DMS. Smo koordinatorke, podpora in vez v multidisciplinarnem timu. Moramo biti strokovne, čuteče in razumevajoče. Dobra komunikacija in individualna obravnava nam včasih predstavlja velik izziv, ki ga moramo rešiti spoštljivo in strokovno. Vedno več razpoložljivih informacij na spletu ni nujno dobro za par, saj so velikokrat te informacije nepomembne ali celo škodljive za par. Dobra strokovna komunikacija je torej ključna za sodelovanje in zadovoljstvo neplodnega para v postopku OBMP.

**Ključne besede:** oploditev z biomedicinsko pomočjo, komunikacija, informacija

### ABSTRACT

One of the most important qualities of a good nurse / midwife is the ability to empathize and communicate well with patients. Both in everyday life and at work, one must correctly evaluate an individual, his personal characteristics and expectations.

Caring for an infertile couple is even more challenging, as the prospect of not having their own biological children, could prove terminational to their relationship. The most common feelings are those of fear, doubt about success and the feeling of guilt. Our mission is to minimize those doubts and fear, and to prepare the couple for the upcoming challenge.

The couple can acquire a lot of information at their gynecologist, on the internet and even in their own social group. At the 40th anniversary of The Department of Human Reproduction our embryologists calculated that each primary school class has at least one child conceived with the help of Slovenian infertility clinic.

Nurses / midwives are the most important link between the infertile couple, doctors, and embryologists. We play the role of a coordinator in this multidisciplinary team, as well as offer support to all involved. Therefore, we must be professional, empathic, and understanding. Good communication and individual treatment of the couple can represent a big challenge, which we must resolve respectfully and professionally. The challenge is also the increasing amount of information available online, which is not necessarily good for the couple, as often this information is irrelevant or even harmful to the couple. Good communication is key for good cooperation and ultimately for the satisfaction of the infertile couple in the IVF treatment.

**Key words:** in vitro fertilization, communication, information

## UVOD

Dandanes je že vsak šesti par neploden, kar kaže na ogromno zaskrbljenost. Veliko parov se z neplodnostjo sreča prepozno, saj se najpogosteje v literaturi navedeni vzroki za kasno zanositev graditev poslovne uspešnosti. Zato se želja po otroku pojavi šele po 30. letu starosti ali kasneje. Sposobnost zanositve pa po 35. letu strmo pade. Da neploden par pride v ustrezno zdravstveno ustanovo, lahko traja več mesecev. Potrebna je natančna diagnostika tako pri ženski kot pri moškemu, da se lahko naredi načrt in le – ta izvede.

V ambulantah za obravnavo neplodnih parov Ginekološke klinike UKC Ljubljana se par prvič sreča z ginekologom, specialistom za reprodukcijo. Tam pacientka opravi ultrazvok (UZ) rodil (štetje antralnih foliklov), hormonske krvne preiskave (FSH, AMH, LH, PRL), ugotavlja se prehodnost jajcevodov s pomočjo UZ in po potrebi dobi napotitev k specialistom za pridružene bolezni, da pridobi mnenje o združljivosti nosečnosti s spremljajočo boleznijo. Partner pa opravi pogovor in pregled pri ginekologu – andrologu, odda seme za spermogram in opravi hormonske krvne preiskave ter po potrebi ostale specialistične preiskave.

Ko ginekolog pridobi izvide obeh, odda dokumentacijo Strokovno posvetovalnemu telesu (SPT) za odobritev ali zavrnitev postopka OBMP. Tukaj mora biti komunikacija med parom in ginekologom jasna, razumljiva in spoštljiva. Par mora imeti možnost soodločanja pri izbiri in načrtovanju zdravljenja. Par dobi vso potrebno dokumentacijo in privolitve v postopek OBMP, ki jo doma skupaj skrbno prebereta in izpolnita.

Ob odobritvi par po pošti nato prejme sklep SPT – ja, navodila za naročanje, napotnico za postopek OBMP in napotnico za oddajo krvi za spolno prenosljive bolezni.

Naslednji korak je naročanje na postopek OBMP, ker je prvi stik z našo ustanovo, pa čeprav virtualni, saj največ naročanja izvedemo preko elektronske pošte.

### **Naročanje na postopek OBMP**

Preko elektronske pošte par dobi datum in uro za sprejem na postopek OBMP, ki je 22. dan menstruacijskega ciklusa. Za sprejem partnerju ni potrebno biti zraven, saj smo po epidemiji s Covidom – 19 te zahteve prilagodili.

Prejmeta vnovično navodilo, kaj vse morata imeti na sprejemu s seboj:

- veljavni osebni dokument,
- napotnico za postopek OBMP in sklep SPT – ja,
- veljaven Pap bris,
- izvide o pridruženih boleznih in mnenje specialista o skladnosti bolezni z zanositvijo.

Medicinska sestra na naročanju opozori par, da morata oddati kri za SPB največ tri mesece pred predvidenim datumom sprejema. Nato sledi sprejem in prvi fizični stik pacientke oziroma para z DB/DMS na Oddelku za OBMP.

### **Sprejem neplodnega para za oploditev z OBMP**

Prvi stik s parom je zelo pomemben, saj poleg vseh informacij začutijo empatijo ali brezbržnost. Zato je toliko bolj pomembno, da si takrat vzamemo čas in paru oz. pacientki predstavimo postopek podrobneje in jima prisluhnemo glede njihovih strahov in skrbi.

V ambulantni IVF se DB/DMS najprej predstavi in pove, kako bo sprejem potekal. Nato se pogovori o menstrualnem ciklusu, pridruženih boleznih, alergijah, redni terapiji, razvadah, morebitnih operativnih posegih ali predhodnih opravljenih postopkih OBMP v ostalih centrih v Sloveniji ali v tujini.

Ker že po pošti dobite pisno razlago postopka, veliko veste. Kljub temu dobite podrobno razlago o poteku postopka OBMP. Tukaj se pojavijo prva vprašanja, negotovosti, pomisleki in predvsem strahovi. Iz mojih izkušenj se jih največ boji zbadanja z iglo, neuspešnosti postopka in bolečine. Zaradi tega že vrsto let pacientke individualno podrobneje poučimo o pripravi in uporabi zdravil, vseh stranskih učinkih in lajšanju težav oz. bolečin.

Na Oddelku za OBMP nato poteka natančna in podrobna razlaga DB/DMS o vsakodnevni pripravi in uporabi hormonskih zdravil. Najprej ponovimo, kdaj pacientka pride po hormonska zdravila, kdaj jih začne uporabljati, kako jih shranjuje, kakšni so stranski učinki, kaj smejo početi in kaj ne, kako se lahko počutijo in kaj ne smejo občutiti, na koga se obrnejo izven našega delovnega časa in najpomembnejše na kateri telefonski številki smo dosegljivi za vsa vprašanja.

Nato skupaj pripravimo hormonsko zdravilo. Priprava je zelo enostavna, saj je večina zdravil v obliki peresnika. Da bi pacientkam olajšali pripravo injekcij doma, smo na naši spletni strani objavili posnetek za pripravo vseh hormonskih zdravil.

Nato pomagamo pacientki pri prvem zbadanju z iglo. Velikokrat je prisotno nelagodje pred zbadanjem samih sebe, ki pa izgine ob dobri predpripravi pacientke in same izvedbe vboda. Če je strah prevelik in ga ne uspemo izničiti, lahko na pomoč priskoči partner. Pacientka pa ima tudi možnost priti po terapijo na naš oddelek.

Niso pa vedno težave povezane s pripravo injekcij ali z zbadanjem z iglo. Dandanes ima veliko ljudi službo v tujini ali pa jim služba narekuje veliko službenih potovanj. Takrat je naše sodelovanje še posebej potrebno, da uskladimo časovnico.

Po sprejemu so pacientke običajno bolj pomirjene, zadovoljne in pripravljene na izvedbo postopka OBMP. Poleg partnerjeve podpore je naša zelo pomembna. Občutek varnosti, strokovnosti in empatije s strani zaposlenih je nujen. Na vsako vprašanje odgovorimo s strpnostjo in ji tako damo občutek dobrega sodelovanja in soodločanja. Največkrat se v tej fazi postavljajo vprašanja, kot so:

- Ali bom zmogla, znala?
- Kaj, če bo postopek OBMP neuspešen?
- Kaj, če zamuja menstruacija? Kako močno krvavitev štejem za prvi dan menstruacije?

## **Vodenje pacientk tekom ultrazvočnih folikulometrij**

Med jemanjem hormonskih zdravil se izvajajo ultrazvočne (UZ) meritve foliklov – mehurčkov, v katerih se razvijajo jajčne celice. Velikost teh foliklov nam pove, kdaj sledi priprava pacientke na UZ vodeno punkcijo jajčnikov. Po vsakem UZ se pacientki poda zdravnikova navodila. V tem času se s pacientko pogovorimo o njenem po-

čutju, morebitnih stranskih učinkih in o občutjih. O morebitnih težavah obvestimo ginekologa. Pacientko neprekinjeno bodrimo, opogumljamo in ji večkrat s stiskom roke vlijemo nove moči. Pacientke cenijo našo pozornost in skrb.

### **Priprava pacientke na ultrazvočno punkcijo jajčnih celic**

Strah je običajno vedno prisoten pred neznanim posegom in nepoznano bolečino. Potek posega se pacientki predstavi pred začetkom izvajanja. Sama izvedba punkcije jajčnikov traja od 5 do 15 minut. V 70 – 80 % jo izvede ginekolog v lokalni anesteziji. Po punkciji mora nato pacientka odležati še vsaj pol ure. Ostale opravimo v analgosedaciji, kar pomeni, da pacientka potrebuje nadzor še najmanj dve uri po punkciji jajčnikov.

Pomembno je, da pacientki podamo natančna navodila o sodelovanju med punkcijo in o oskrbi po punkciji. Pokažemo ji, kje so nameščeni zvonci v primeru težav in ob slabem počutju ter koliko časa mora odležati.

Ob odhodu domov pa pacientki podrobneje podamo pisna in ustna navodila o:

- 24 – urnem ležanju,
- opazovanje krvavitve iz nožnice,
- lajšanju bolečin,
- morebitni povišani telesni temperaturi,
- vrtoglavici, slabosti, bruhanju.
- Ob naštetih težavah se mora nujno oglasiti v najbližji urgentni ambulanti. V zdravstveno vzgojno delo obvezno vključimo tudi partnerja.
- Pacientka prejme progesteronsko terapijo, ki jo začne uporabljati naslednji dan.

### **Priprava pacientke na prenos zarodkov**

Prenos zarodkov je neboleč poseg. Tokrat se bolj kot strah pred bolečino izrazi strah pred neuspehom. Po prenosu zarodkov pacientki podamo navodila o spolnosti, o higieni, o gibanju, prehranjevanju in opazovanju morebitnih izcedkov. Svetujemo uporabo folne kisline in nadaljnjo uporabo progesteronske terapije.

Nato se dogovorimo o odvzemu krvi za nosečniški test, ki ga opravi pri nas.

### **Test nosečnosti in UZ potrditev nosečnosti**

V tem delu zdravljenja smo velikokrat DB/DMS primorane podati žalostne in negativne informacije. Uspešnost postopka OBMP se spreminja na letni ravni. Stopnja zanositve na prenos zarodka je 36 %, na izvedeno punkcijo jajčnikov pa 30 %.



Statistično gledano se Slovenija uvršča visoko glede uspešnosti postopkov OBMP. Še vedno pa ta uspešnost ne zagotavlja zdrave nosečnosti in zdravega otroka. Ob neuspešnem postopku nudimo paru oporo. Ne tolažimo, ampak poslušamo in jim dovolimo čutiti praznino, žalost, jezo...

## **RAZPRAVA**

Delo DB/DMS/ZT na Oddelku za OBMP je velikokrat preobremenjujoče. Pari ne potrebujejo samo naših zdravstvenih posegov, ampak predvsem svetovanje, sočutje in znanje, kar je lahko izčrpavajoče. Tudi me imamo kdaj slab dan, ponoči slabo spimo, imamo probleme doma, smo utrujene, delamo napake, zbolimo... Žalost, stres in včasih gnev neplodnega para vpliva na naše počutje, naše reakcije in podajanje informacij.

Na spletni strani Evropskega združenja za humano reprodukcijo in embriologijo (ESHRE) je objavljeno 10 nasvetov pacientom v času zdravljenja neplodnosti:

1. Bodite odprti in odkriti do osebja glede vašega življenjskega sloga (npr. kajenja, uživanja alkohola, diet, motenj v prehranjevanju) in prosite za nasvet, kako izboljšati možnosti zanositve.
2. Vprašajte osebo o oceni tveganja za razvoj čustvenih težav med zdravljenjem.
3. Če imate partnerja, opravite vse postopke zdravljenja skupaj.
4. Zavedajte se, da moški in ženske doživljajo zdravljenje neplodnosti in plodnost drugače.
5. Zaposite za pisna navodila o zdravstvenih postopkih.
6. Zavedajte se, da boste doživljali drugačne občutke med zdravljenjem neplodnosti.
7. Pričakujte vpliv zdravljenja na vaše delo.
8. Bodite vključeni v odločanje glede vašega zdravljenja.
9. Če doživljate psihosocialne probleme, zaprosite osebo na napotitev za dodatno podporo.
10. Ko zaključite zdravljenje neplodnosti (uspešno ali ne), zaprosite za pregled pri vašem zdravniku.

Uporabiti moramo svoje pridobljeno znanje, izkušnje in vrednote pri delu. Poudarjati moramo zdrav način življenja. Brez pretiranih diet, brez intenzivnih vadb, brez ali vsaj s čim manj razvadami. V tem procesu ne smemo pozabiti tudi na partnerja. Mora biti soudeležen in v oporo pacientki in tudi sam mora skrbeti za svoje zdravje in zdrav slog življenja. Ker se danes ženske odločajo za materinstvo kasneje, se zmanjša ovarijska rezerva, večja je verjetnost neuspeha pri postopkih OBMP. Pogosteje se pojavijo večja tveganja v nosečnosti, plodove nepravilnosti. Zaradi odlašanja nosečnosti,

se zmanjša sprejemljivost maternične sluznice za ugnezditev zarodka. Neuspehi pri zanositvi povzročajo stres in tesnobo pri paru. Prav tako so pritiski družbe in medijev ogromni. Velikokrat pa nam tudi »dr. Google« otežuje delo, saj niso vse informacije strokovno potrjene. V članku Barrière, Avril, Benmahmoud-Zoubir, Bénard, & Dejager (2019) je izpostavljeno, da so največja skrb pacientov stranski učinki zdravil, da podane informacije ne omilijo strahu pred samoinjiciranjem zdravil, da so napake pacientov v zdravljenju neplodnosti dokaj pogoste. Zdravnike naj bi spodbujali k izboljšanju oskrbe pacientov, predvsem pri komunikaciji z njimi. Zato tudi se pari poslužujejo forumov, kjer se največkrat delijo slabe in škodljive novice.

## ZAKLJUČEK

Spoznala sem, da bodo ljudje pozabili, kaj si rekel, ljudje bodo pozabili, kaj si naredil, vendar ljudje ne bodo nikoli pozabili, kako so se ob tebi počutili (Maya Angelou).

Citat, ki pove veliko o našem delu z neplodnim parom. V stiski človek najbolj ceni podporo, razumevanje in empatijo. Podajanje razumljivih informacij, sočutje in soodločanje pri zdravljenju naj bodo vodila pri našem delu z neplodnimi pari. Nikoli pa ne smemo pozabiti nase. Skrb zase ne pomeni, da smo sebični. V vsakodnevnem prenatrpanem urniku v službi in doma, moramo imeti trenutek zase, za regeneracijo in osredotočenje na pozitivne stvari v našem življenju.

## Literatura

Barrière, P., Avril, C., Benmahmoud-Zoubir, A., Bénard, N., & Dejager, S., 2019. Patient perceptions and understanding of treatment instructions for ovarian stimulation during infertility treatment. *Reproductive biomedicine & society online*, 9, pp. 37–47. <https://doi.org/10.1016/j.rbms.2019.08.003>

European Society of Human Reproduction and Embryology, 2023. *Patient version of the ESHRE Guideline: Routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction*. Retrieved from <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Psychosocial-care-guideline.aspx>, dostop dne 02.10.2023

Gameiro, S., Boivin, J., Dancet, E., de Klerk, C., Emery, M., Lewis-Jones, C., Thorn, P., Van den Broeck, U., Venetis, C., Verhaak, C. M., Wischmann, T., & Vermeulen, N., 2015. ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction-a guide for fertility staff. *Human reproduction (Oxford, England)*, 30(11), pp. 2476–2485. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev177>

World Health Organization, 2023. *Infertility prevalence estimates, 1990–2021*. Geneva: World Health Organization.

# RAK ZUNANJEGA SPOLOVILA

## *Vulvar cancer*

**doc. dr. Nina Kovačević, dr. med., spec. gin. in por.**

Onkološki inštitut Ljubljana

nkovacevic@onko-i.si

## IZVLEČEK

Rak zunanjega spolovila predstavlja 3–5 % ginekoloških rakov in ga po pogostosti uvrščamo na četrto mesto med ginekološkimi malignimi obolenji. V Sloveniji letno zboli približno 58 žensk, incidenca je 5,5/100.000. V več kot 90 % primerov je rak zunanjega spolovila opredeljen kot ploščatocelični karcinom, ki se lahko razvije po dveh različnih poteh, od človeškega papilomavirusa neodvisen in od človeškega papilomavirusa odvisen nastanek. Pogosto opisan simptom pri raku zunanjega spolovila je dlje časa trajajoča srbečica, rana, ki se ne zaceli in kasneje tumorska masa. Za končno postavitev diagnoze je potrebna ciljana biopsija s histološkim pregledom odvzetega tkiva. Zdravljenje raka zunanjega spolovila pogosto obsega kombinacijo kirurškega zdravljenja in obsevanja, redko je pridruženo tudi sistemsko zdravljenje, predvsem kot paliativno zdravljenje pri metastatski bolezni. Obravnava bolnice je lahko dolgotrajna in ima velik vpliv na kakovost življenja. Standarden del zdravljenja bolnic z rakom zunanjega spolovila v sodobnem času predstavlja tudi biopsija varovalne bezgavke z limfoscintigrafijo. Z razvojem te minimalno invazivne kirurške tehnike se je močno zmanjšala obolevnost in povečala kakovost življenja bolnic z rakom zunanjega spolovila.

**Ključne besede:** rak zunanjega spolovila, standardno zdravljenje, obolevnost

## ABSTRACT

Vulvar cancer is the fourth most common gynecologic cancer and contains 3–5 % of all malignancies of the female genital tract. There are approximately 58 new cases per year in Slovenia with incidence rate 5,5/100.000. There are several histological types, whereas squamous cell carcinoma of the vulva is the most common category (90 %). Vulvar cancer can be classified into two groups, the first type correlates with a human papillomavirus infection and the second group is not human papillomavirus associated. Pruritus is the most common and long-lasting reported symptom of vulvar cancer. In any patient suspected for vulvar cancer, diagnosis should be established by a punch/incision biopsy. Standard treatment for vulvar cancer is usually surgery in combination with radiotherapy. Chemotherapy for vulvar carcinoma is the treatment of choice in palliative care. Sentinel lymph

node biopsy with lymphoscintigraphy became a part of standard treatment to reduce surgical morbidity from lymphadenectomy.

**Key words:** vulvar cancer, standard treatment, morbidity

## UVOD

Rak zunanjega spolovila je redka bolezen in jo po pogostosti uvrščamo na četrto mesto med ginekološkimi malignimi obolenji (Alkatout et al., 2015). Obstajata dve poti nastanka bolezni. Pri mlajših je bolezen pogosteje povezana z okužbo s človeškim papilomavirusom (*angl: human papillomavirus-HPV*), najpogosteje s sevoma 16 ali 18. Pri starejših pa gre za nastanek bolezni, ki je neodvisen od okužbe s HPV (Del Pino et al., 2013) named vulvar intraepithelial neoplasia (VIN. Histološko je v 90 % rak zunanjega spolovila opredeljen kot ploščatocelični rak (Hacker et al., 2015). Najpogosteje se širi limfogeno v ingvino-femoralne bezgavke, če pa je tumorska rašča v področju klitorisa ali perineja, literatura opisuje tudi neposreden razsoj v pelvične bezgavke (Iversen & Aas, 1983).

Osnovno zdravljenje raka zunanjega spolovila še vedno ostaja kirurgija, vendar se je radikalnost posega v zadnjih dvajsetih letih spremenila oziroma zmanjšala. Včasih je zdravljenje zajemalo radikalno vulvektomijo in ingvinofemoralno limfadenektomijo, le ta pa je povezana z visoko stopnjo pooperativnih zapletov. Prav zaradi tega je prišlo do razvoja minimalno invazivne kirurške tehnike, biopsije varovalne bezgavke, ki danes predstavlja standardni del zdravljenja bolnic z začetnim stadijem raka zunanjega spolovila. S tem se je pomembno zmanjšala obolevnost in povečala kakovost življenja (Merlo et al., 2020).

## Epidemiologija

Rak zunanjega spolovila v svetu predstavlja 3–5 % ginekoloških rakov, kar ga uvršča na četrto mesto med ginekološkimi malignimi obolenji. Vsako leto na svetu zbolijo 27.000 žensk. Najvišja incidenca je v Evropi, Severni in Južni Ameriki ter Oceaniji, najnižja pa v Aziji (Alkatout et al., 2015).

V Sloveniji je v letu 2019 zbolelo 58 žensk, incidenca je 5,5/100.000. Analiza časovnih trendov za zadnjih 15 let je pokazala porast incidence od leta 2003, umrljivost pa ostaja enaka. Potrebno je omeniti, da to časovno sovpada z uvedbo državnega programa zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb materničnega vratu ZORA. To je pripomoglo k večjemu obisku primarnih ginekologov tudi pri starejši populaciji. Najpogosteje za rakom zunanjega spolovila zbolevalo ženske nad 80 let, pri mlajših od 40 let pa v letu 2019 ni bilo nobenega primera. Po podatkih iz leta 2019 je imelo ob postavitvi diagnoze 67,2 % bolnic omejen stadij bolezni, 29,3 % razširjen stadij bolezni, 1,7 % bolnic metastatsko obliko bolezni, v preostalih 1,8 % pa je bil stadij neznan (Rak v Sloveniji 2019. Epidemiologija in register raka, 2022).

Preživetje bolnic z rakom zunanjega spolovila se s časom nekoliko izboljšuje. Po podatkih slovenskega registra raka je bilo opazovano 5–letno preživetje zbolelih med leti 2004 in 2009 43 %, medtem ko je skupina tistih, ki so za rakom zunanjega spolovila zbolele med leti 2010 in 2016 imela 5–letno preživetje 48 %. Bolnice, odkrite z lokalizirano boleznijo, imajo značilno daljše skupno preživetje od tistih, ki imajo ob diagnozi lokalno razširjeno bolezen (Rak v Sloveniji 2019. Epidemiologija in register raka, 2022).

Mednarodna raziskava EUROCARE–5 je prikazala evropsko relativno 5–letno preživetje 56 % za zbolele med leti 2000 in 2007 (De Angelis et al., 2014).

## **Etiopatogeneza**

V več kot 90 % primerov je rak zunanjega spolovila opredeljen kot ploščatocelični karcinom. Razvije se lahko po dveh različnih poteh. Pri mlajših (starost 35–65 let) ima ključno vlogo pri nastanku ploščatoceličnega karcinoma okužba s človeškim papilomavirusom (angl. human papillomavirus, HPV), predvsem s sevoma 16 in 18. Dejavniki tveganja so genitalne bradavice in druge spolno prenosljive bolezni v preteklosti, nižji ekonomski status, kajenje in imunokompromitiranost. Druga pot nastanka pa je od HPV neodvisna in pogostejša pri starejših bolnicah (starosti 55–85 let). Pri tem gre za postopen proces razvoja celične atipije, ki vodi v vulvarno intraepitelijsko neoplazijo (angl. vulvar intraepithelial neoplasia, VIN) in zatem v ploščatocelični karcinom. Dejavniki tveganja je lichen sclerosus. Možno je tudi prepletanje obeh patogenetskih poti (Del Pino et al., 2013; Wohlmuth & Wohlmuth-Wieser, 2019).

## **Klinična slika**

Najpogosteje opisan simptom pri raku zunanjega spolovila je dlje časa trajajoča srbečica. Redkeje prisotni simptomi so krvavitev v predelu zunanjega spolovila, krvavitev ali izcedek iz nožnice, dizurija in bolečina. Včasih je vidna očitna tumorska sprememba na zunanjem spolovilu, ki je lahko ulcerirana, levkoplakična ali bradavičasta (Alkatout et al., 2015).

## **Postavitev diagnoze**

Obravnava bolnice s sumom na maligno bolezen zunanjega spolovila se prične s temeljito anamnezo, ki ji sledi pregled zunanjega spolovila. Pomemben je natančen opis sumljivih sprememb, njihova velikost, število, položaj, premakljivost, palpatorna ocena infiltracije globljih struktur ter ocena možne ekscizije z varnostnim robom. Vedno je potrebno opraviti bimanualni vaginalni in rektalni pregled za oceno prizadetosti nožnice in rektuma. Ker se HPV pojavlja v 86 % predrakavih sprememb zunanjega spolovila in v 28,6 % rakov zunanjega spolovila, naj pregled zajema tudi kolposkopski pregled nožnice in materničnega vratu. Pomembna sta pregled ingvi-

nalnih lož z oceno velikosti, premakljivosti, konsistence bezgavk in kože nad mestom ingvinalnih bezgavk ter palpacija supraklavikularnih bezgavk. Če je na zunanjem spolovilu že predhodno prisotna patologija (atrofični lichen sclerosus, patološki citološki bris zunanjega spolovila), se svetuje tudi vulvoskopija (Merlo et al., 2020).

Za končno postavitev diagnoze je potrebna ciljana biopsija s histološkim pregledom odvzetega tkiva. Pomembno je, da je vzorec odvzet na mestu vitalnega tkiva, zato se svetuje odvzem tkiva blizu roba spremembe. V sredini sprememb, ki so v obliki razjed, mehurčkov, ob atrofiji in brazgotinah, se namreč pogosto nahaja nekroza, granulacijsko tkivo, fibrin ali vnetje in takšen vzorec ni primeren oziroma reprezentativen. Velikost odvzetega materiala naj bo vsaj 4 mm. Odsvetuje se ekscizijska biopsija, saj lahko onemogoči pravilno nadaljnje zdravljenje. Pri bolnicah z številnimi spremembami zunanjega spolovila je potrebno opraviti ločeno biopsijo vseh sprememb in označiti mesto odvzema (Koh et al., 2022).

## Zdravljenje

Zdravljenje raka zunanjega spolovila pogosto obsega kombinacijo kirurškega zdravljenja in obsevanja. Redko se poslužujemo tudi sistemskega zdravljenja. Zato je lahko zdravljenje dolgotrajno in ima velik vpliv na kakovost življenja (Koh et al., 2022; Merlo et al., 2020).

## KIRURŠKO ZDRAVLJENJE

### Obravnavanje primarne lezije

Osnovni kriterij za obravnavo tumorske lezije je globina stromalne invazije v biopitičnem tkivu odvzetem pred operacijo.

Če je bolezen v zgodnjem stadiju opredeljena kot T1a ( $\leq 1$  mm stromalne invazije), opravimo široko ekscizijo in bolnico sledimo. Če je opredeljena kot T1b ( $> 1$  mm stromalne invazije) ali T2  $\leq 4$  cm in je lezija  $\geq 1$  cm od mediane linije, opravimo široko ekscizijo ali modificirano radikalno vulvektomijo in istostransko biopsijo varovalne bezgavke (angl. *sentinel node biopsy*, SNB). V primeru lezije v mediani liniji pa je potrebna široka ekscizija in obojestranska SNB. Ne glede na to, ali je lezija v mediani liniji ali  $\geq 1$  cm stran, sledi dopolnilno zdravljenje.

Če je bolezen lokalno napredovala (T2  $> 4$  cm in T3) in je lezija  $\geq 1$  cm od mediane linije, opravimo radikalno vulvektomijo in istostransko disekcijo ingvinofemoralnih bezgavk. Če je lezija v mediani liniji, opravimo radikalno vulvektomijo in obojestransko disekcijo ingvinofemoralnih bezgavk. V primeru pozitivnih bezgavk se odločimo za zunanje obsevanje (angl. *external beam radiation therapy*, EBRT) primarnega

tumorja, bezgavk in medenice. V primeru negativnih bezgavk pa se odločimo za EBRT primarnega tumorja in/ali izbranih ingvinofemoralnih bezgavk. V vseh primerih sledi dopolnilno zdravljenje.

Če gre za metastatsko bolezen izven male medenice (katerikoli T, katerikoli N, M1 izven medenice), se ne odločimo za kirurško zdravljenje, ampak paliativno EBRT in/ali simptomatsko zdravljenje (Koh et al., 2022; Merlo et al., 2020).

## Ocena zajetosti ingvinofemoralnih bezgavk

Najosnovnejša metoda za določanje statusa ingvinofemoralnih bezgavk je palpacija, a je njena natančnost le 9 % predoperativno in 55 % intraoperativno. Status lahko določimo tudi z ultrazvočnim pregledom ingvinalnih lož. Občutljivost in specifičnost ultrazvočne preiskave bezgavk pri raku zunanjega spolovila sta 76,3 % in 91,3 %, s pozitivno in negativno napovedno vrednostjo 82,9 % in 87,5 %. Ob sumu na zajetost bezgavk sledi tankoigelnna biopsija in citološka verifikacija (Angelico et al., 2019) an accurate preoperative assessment of suspicious lymph nodes would be fundamental for a personalized therapy. The aim of this article was to assess the reliability of ultrasound-guided fine-needle aspiration cytology (FNAC). Ostale slikovne metode so se v primerjavi z ultrazvokom izkazale za manj primerne (Andersen et al., 2015).

Zaradi pomanjkanja ustrezne metode odkrivanja prizadetosti ingvinofemoralnih bezgavk je bila ingvinofemoralna limfadenektomija del standardnega zdravljenja raka zunanjega spolovila. Zasevke v ingvinofemoralnih bezgavkah pri zgodnjih stadijih bolezni najdemo le pri 20–30 % bolnic, kar pomeni, da vse ostale bolnice od posega nimajo koristi, poveča pa se možnost pooperativnih zapletov, kot so limfedem (14–49 %), tvorba limfocist (11–40 %) in okužbe ter dehiscence rane (Huang et al., 2017).

Zaradi pomanjkanja neinvazivnih tehnik za ugotavljanje statusa ingvinofemoralnih bezgavk, odsotnosti zasevkov v bezgavkah pri večini bolnic v nizkih stadijih bolezni in pogoste morbiditete po ingvinofemoralni limfadenektomiji, je prišlo do razvoja minimalno invazivne kirurške tehnike, biopsije varovalne bezgavke (angl. *sentinel node biopsy*, SNB), kar je danes del standardnega zdravljenja začetnega stadija raka zunanjega spolovila. Rak zunanjega spolovila ima predvidljiv potek limfnih vodov in limfne drenaže in je tako biopsija varovalne bezgavke varna zamenjava za ingvinofemoralno limfadenektomijo. Varovalna bezgavka je opredeljena kot prva bezgavka v limfatičnem bazenu, v katero se drenira limfa iz primarnega tumorja. Histološka preiskava varovalne bezgavke je reprezentativna za vse ostale bezgavke v tem področju in histološko negativna varovalna bezgavka pomeni odsotnost metastaz v drugih bezgavkah, ki niso varovalne (Oonk et al., 2015; Slomovitz et al., 2015).

Za biopsijo varovalne bezgavke so primerne ženske, pri katerih je histološko potrjen unifokalen rak zunanjega spolovila, premera manj kot 4 cm, z globino

invazije več kot 1 mm in kjer klinično niso prisotne metastaze v ingvino-femoralnih bezgavkah (Oonk et al., 2017).

Tumor, ki se nahaja 1 cm ali več od središčnice zunanjskega spolovila, se praviloma drenira v istostranski limfatični sistem, zato se biopsijo varovalne bezgavke naredi na isti strani. Obojestranska drenaža je prisotna pri tumorjih, ki ležijo centralno ali manj kot 1 cm od središčnice. V tem primeru je biopsijo varovalne bezgavke potrebno napraviti obojestransko. V kolikor je na limfoscintigrafiji zaznana bezgavka le enostransko, je na nasprotni strani svetovana ingvino-femoralna limfadenektomija, da se izognemo lažno negativnemu izvidu (Koh et al., 2022; Oonk et al., 2017).

Bolnice z multifokalnim tumorjem niso primerne kandidatke za biopsijo varovalne bezgavke, ker je pri njih višja incidenca ponovitve bolezni (10,5 %) v primerjavi z bolnicami, ki imajo unifokalni tumor (2,3 %) (Oonk et al., 2015). Predhodne operacije in ekscizije zunanjskega spolovila, ki bi lahko vplivale na limfatični pretok v ingvinalni regiji, so relativne kontraindikacije za biopsijo varovalne bezgavke, je pa odločitev o posegu v teh primerih sprejeta za vsako bolnico posebej. Pri bolnicah s ponovitvijo bolezni ali pri tistih, ki so že imele ingvino-femoralno biopsijo varovalne bezgavke, je priporočena limfadenektomija (van Doorn et al., 2016).

Varovalno bezgavko praviloma označujemo na dva načina, z na <sup>99m</sup>Tc (tehnecij) vezanim nanokoloidom in s patentnim modrilom. Ta način je najzanesljivejši, saj varovalno bezgavko najdemo v 97,7 %. Samo z vbrizgavanjem modrila identificiramo varovalno bezgavko le v 68,7 %, samo s tehnecijem vezanim nanokoloidom pa v 94 % (van Doorn et al., 2016; Verbeek et al., 2015).

## **Zdravljenje z radioterapijo**

Namen pooperativnega (dopolnilnega) obsevanja je zmanjšanje verjetnosti lokalne in/ali regionalne ponovitve bolezni, podaljšanje preživetja brez ponovitve bolezni in celokupnega preživetja (Merlo et al., 2020). Zaradi nizke incidence raka zunanjskega spolovila je tudi število randomiziranih kliničnih raziskav in z dokazi podprtih rezultatov zdravljenja nizko. Zbrani podatki kažejo, da pri bolnicah z rakom v zgodnjem stadiju, negativnim statusom ingvino-femoralnih bezgavk ter ugodno prognozo dopolnilno zdravljenje ni potrebno (Mitra et al., 2018).

Zdravljenje lokalno napredovale bolezni pa včasih po kirurški oskrbi zahteva dopolnilno zdravljenje. Metastaze v bezgavkah, veliki primarni tumorji, globoka stromalna invazija, limfovaskularna invazija in bližnji kirurški rob, so povezani z večjo incidenco ponovitve bolezni. Vloga dopolnilnega zdravljenja pri teh bolnicah še vedno ni popolnoma znana. Obsevanje ali obsevanje v kombinaciji z disekcijo bezgavk je visoko učinkovito pri preprečevanju ponovitve bolezni v ingvino-femoralnih bezgavkah pri bolnicah s ploščatoceličnim karcinomom zunanjskega spolovila. Po pripo-



ročilih ginekološko onkološke skupine (angl. Gynecologic Oncology Group, GOG) dopolnilno obsevanje velja kot standardno zdravljenje ploščatoceličnega karcinoma zunanjega spolovila s pozitivnimi bezgavkami pri bolnicah, kjer sta pozitivni dve ali več bezgavk, kjer je prisotno ekstrakapsularno širjenje ali je ingvinofemoralna disekcija neizvedljiva (Mitra et al., 2018; Swanick et al., 2017).

Korist dopolnilnega obsevanja je bila dokazana za bolnice z dvema ali več pozitivnimi ingvinofemoralnimi bezgavkami, medtem ko obsevanje bolnic z le eno pozitivno bezgavko ostaja neopredeljeno (Swanick et al., 2017).

## **Sistemsko zdravljenje**

Podatki o vlogi sistemskega zdravljenja pri zdravljenju raka zunanjega spolovila so zelo skopi, saj temeljijo na manjših, nerandomiziranih kliničnih raziskavah faze II, v katere je bilo vključenih manj kot 50 bolnic, ki so bile zdravljene z različnimi vrstami kemoterapije (Deppe et al., 2013). Zaenkrat se kemoterapija kot samostojno predoperativno (neoadjuvantno) ali pooperativno (adjuvantno) sistemsko zdravljenje ne priporoča. Kemoterapija prihaja v poštev le kot paliativno sistemsko zdravljenje metastatske bolezni, ko drugi načini zdravljenja niso možni oz. ne pridejo v poštev.

Zdravljenje s kemoterapijo se lahko uporablja v kombinaciji s sočasnim obsevanjem (kemoradioterapija), bodisi kot samostojno zdravljenje ali kot predoperativno (neoadjuvantno) zdravljenje pri bolnicah z lokalno napredovalo boleznijo. Ker je sočasno zdravljenje s kemoterapijo in obsevanjem povezano z večjo toksičnostjo, uporabljamo med obsevanjem nižje odmerke citostatikov, zato gre v tem primeru dejansko za lokalno zdravljenje in ne za sistemsko zdravljenje (Domingues et al., 2010).

Vloga in pomen sistemskega zdravljenja s tarčnimi zdravili pri zdravljenju napredovalega raka zunanjega spolovila zaenkrat ostajata neznana.

## **Sledenje bolnic**

Trenutno ne obstaja dovolj zanesljivih dokazov, ki bi potrdili enotno shemo sledenja po radikalnem zdravljenju raka zunanjega spolovila. Strokovnjaki in strokovna združenja si tako niso enotni glede sledenja bolnic. Lokalni recidivi se lahko pojavijo kadarkoli, zato se priporoča doživljenjsko sledenje.

Po primarnem kirurškem zdravljenju opravimo prvi pregled 2–8 tednov po operaciji, nato izvajamo klinične preglede zunanjega spolovila in dimelj na 3–4 mesece v obdobju dveh let. Naslednje tri leta sledijo pregledi dvakrat letno. Po izteku tega obdobja je smiselno še naprej izvajati letne klinične preglede.

Sledenje bolnic po radikalnem zdravljenju zajema anamnezo, klinični pregled in svetovanje. V primeru suma na lokalni recidiv je potrebno opraviti biopsijo, v pri-

meru suma na bolezen v dimljah oziroma razširjeno bolezen pa ustrezno slikovno diagnostiko. Zgodnje odkrivanje ponovitev bolezni, ki jih še lahko kirurško zdravimo, lahko pomembno izboljša kakovost življenja, vendar trdnih dokazov o vplivu sledenja na obolenost in umrljivost trenutno nimamo (Merlo et al., 2020).

## ZAKLJUČEK

Kirurško zdravljenje še vedno ostaja temelj zdravljenja bolnic z rakom zunanlega spolovila. Največji napredek na tem področju v zadnjih letih je bil razvoj minimalno invazivne kirurške tehnike, biopsije varovalne bezgavke, ki dandanes predstavlja standardno zdravljenje. Z nadomestitvijo ingvinofemoralne limfadenektomije s tem posegom se je pomembno zmanjšala morbiditeta in povečala kakovost življenja bolnic po zdravljenju raka zunanlega spolovila. Smiselno je, da se zaradi redkosti tega malignega obolenja bolnice obolele za rakom zunanlega spolovila obravnava v centrih z večjim številom primerov, kjer so zagotovljeni ustrezna oprema, znanje in izkušnje. Z namenom poenotenja zdravljenja so bila leta 2020 izdana tudi slovenska Priporočila za obravnavo bolnic z rakom zunanlega spolovila.

## Literatura

Alkatout, I., Schubert, M., Garbrecht, N., Weigel, M. T., Jonat, W., Mundhenke, C., & Günther, V., 2015. Vulvar cancer: Epidemiology, clinical presentation, and management options. *International Journal of Women's Health*, 7, pp. 305–313. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S68979>

Andersen, K., Zobbe, V., Thranov, I. R., & Pedersen, K. D., 2015. Relevance of computerized tomography in the preoperative evaluation of patients with vulvar cancer: A prospective study. *Cancer Imaging*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s40644-015-0044-2>

Angelico, G., Santoro, A., Inzani, F., Spadola, S., Fiorentino, V., Cianfrini, F., Carbone, C., Garganese, G., Rossi, E. D., Scambia, G., & Zannoni, G. F., 2019. Ultrasound-guided FNA cytology of groin lymph nodes improves the management of squamous cell carcinoma of the vulva: Results from a comparative cytohistological study. *Cancer Cytopathology*, 127(8), 514–520. <https://doi.org/10.1002/cncy.22154>

De Angelis, R., Sant, M., Coleman, M. P., Francisci, S., Baili, P., Pierannunzio, D., Trama, A., Visser, O., Brenner, H., Ardanaz, E., Bielska-Lasota, M., Engholm, G., Nennecke, A., Siesling, S., Berrino, F., Capocaccia, R., & EUROCARE-5 Working Group, 2014. Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: Results of EUROCARE-5-a population-based study. *The Lancet. Oncology*, 15(1), pp. 23–34. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(13\)70546-1](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(13)70546-1)

Del Pino, M., Rodriguez-Carunchio, L., & Ordi, J., 2013. Pathways of vulvar intraepithelial neoplasia and squamous cell carcinoma. *Histopathology*, 62(1), pp. 161–175. <https://doi.org/10.1111/his.12034>

- Deppe, G., Mert, I., Belotte, J., & Winer, I. S., 2013. Chemotherapy of vulvar cancer: A review. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 125(5–6), pp. 119–128. <https://doi.org/10.1007/s00508-013-0338-y>
- Domingues, A. P., Mota, F., Durão, M., Frutuoso, C., Amaral, N., & de Oliveira, C. F., 2010. Neoadjuvant chemotherapy in advanced vulvar cancer. *International Journal of Gynecological Cancer: Official Journal of the International Gynecological Cancer Society*, 20(2), pp. 294–298. <https://doi.org/10.1111/igc.0b013e3181c93adc>
- Hacker, N. F., Eifel, P. J., & van der Velden, J., 2015. Cancer of the vulva. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131, S76–S83. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.002>
- Huang, J., Yu, N., Wang, X., & Long, X., 2017. Incidence of lower limb lymphedema after vulvar cancer: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 96, e8722. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000008722>
- Iversen, T., & Aas, M., 1983. Lymph drainage from the vulva. *Gynecologic Oncology*, 16(2), 179–189. [https://doi.org/10.1016/0090-8258\(83\)90092-6](https://doi.org/10.1016/0090-8258(83)90092-6)
- Koh, W.-J., Greer, B. E., Abu-Rustum, N. R., Campos, S. M., Cho, K. R., Chon, H. S., Chu, C., Cohn, D., Crispens, M. A., Dizon, D. S., Dorigo, O., Eifel, P. J., Fisher, C. M., Frederick, P., Gaffney, D. K., Han, E., Higgins, S., Huh, W. K., Lurain, J. R., ... Scavone, J., 2022. Vulvar Cancer, Version 2.2020, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 15(1), pp. 92–120. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2017.0008>
- Merlo, S., Kovačević, N., Šegedin, B., Gazić, B., Gornjec, A., Kobal, B., & Manja, K., 2020. *Priporočila za obravnavo bolnic z rakom zunanjega spolovila* (p. 50). Onkološki inštitut Ljubljana.
- Mitra, S., Sharma, M. K., Kaur, I., Khurana, R., Modi, K. B., Narang, R., Mandal, A., & Dutta, S., 2018. Vulvar carcinoma: Dilemma, debates, and decisions. *Cancer Management and Research*, 10, pp. 61–68. <https://doi.org/10.2147/CMAR.S143316>
- Oonk, M. H. M., Hollema, H., & van der Zee, A. G. J., 2015. Sentinel node biopsy in vulvar cancer: Implications for staging. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 29(6), pp. 812–821. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.03.007>
- Oonk, M. H. M., Planchamp, F., Baldwin, P., Bidzinski, M., Brännström, M., Landoni, F., Mahner, S., Mahantshetty, U., Mirza, M., Petersen, C., Querleu, D., Regauer, S., Rob, L., Rouzier, R., Ulrikh, E., van der Velden, J., Vergote, I., Woelber, L., & van der Zee, A. G. J., 2017. European Society of Gynaecological Oncology Guidelines for the Management of Patients With Vulvar Cancer. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 27(4), pp. 832–837. <https://doi.org/10.1097/IGC.0000000000000975>
- Rak v Sloveniji 2019. Epidemiologija in register raka*, (2022). Onkološki inštitut Ljubljana.
- Slomovitz, B. M., Coleman, R. L., Oonk, M. H. M., van der Zee, A., & Levenback, C., 2015. Update on sentinel lymph node biopsy for early-stage vulvar cancer. *Gynecologic Oncology*, 138(2), pp. 472–477. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2015.05.017>
- Swanick, C. W., Eifel, P. J., Huo, J., Meyer, L. A., & Smith, G. L., 2017. Challenges to delivery and effectiveness of adjuvant radiation therapy in elderly patients with node-positive vulvar cancer. *Gynecologic Oncology*, 146(1), pp. 87–93. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2017.05.004>

van Doorn, H. C., van Beekhuizen, H. J., Gaarenstroom, K. N., van der Velden, J., van der Zee, A. G. J., Oonk, M. H. M., & de Hullu, J. A., 2016. Repeat sentinel lymph node procedure in patients with recurrent vulvar squamous cell carcinoma is feasible. *Gynecologic Oncology*, 140(3), pp. 415–419. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2016.01.013>

Verbeek, F. P. R., Tummers, Q. R. J. G., Rietbergen, D. D. D., Peters, A. A. W., Schaafsma, B. E., van de Velde, C. J. H., Frangioni, J. V., van Leeuwen, F. W. B., Gaarenstroom, K. N., & Vahrmeijer, A. L., 2015. Sentinel Lymph Node Biopsy in Vulvar Cancer Using Combined Radioactive and Fluorescence Guidance. *International Journal of Gynecological Cancer: Official Journal of the International Gynecological Cancer Society*, 25(6), pp. 1086–1093. <https://doi.org/10.1097/IGC.0000000000000419>

Wohlmuth, C., & Wohlmuth-Wieser, I., 2019. Vulvar malignancies: An interdisciplinary perspective. *Journal Der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft = Journal of the German Society of Dermatology: JDDG*, 17(12), pp. 1257–1276. <https://doi.org/10.1111/ddg.13995>

# RAK DOJK V NOSEČNOSTI

## *Breast cancer in pregnancy*

**Alenka Zavrtanik Čelan, dr. med., spec. gin. in por.**

SB Franc Derganc Nova Gorica, Ginekološko-porodniška služba

alenka.zavrtanik@bolnisenica-go.si

### IZVLEČEK

V prispevku je predstavljena posebna entiteta raka dojk, najpogostejšega malignega obolenja pri ženskah v vseh starostnih obdobjih, z nosečnostjo povezanega rak dojk. Zdravljenje predstavlja velik izziv za nosečnico, njenega partnerja in družino, zagotovo pa tudi za širok krog strokovnjakov, ki nosečnico zdravijo zaradi malignega obolenja in skrbijo za rast in razvoj ter pravočasní porod njenega potomca. Cilj zdravljenja je ozdravitev raka pri nosečnici in po nepotrebnem zdravljenja ne odlašamo zaradi nosečnosti. Kljub pogosto biološko bolj agresivnim oblikam bolezni se kaže trend, da se prognoza raka dojk v nosečnosti glede na stadij in starost, če je bila nosečnica zdravljena standardno, ne razlikuje od obolelih izven nosečnosti. Prognoza je slabša, kadar je diagnoza postavljena po porodu.

**Ključne besede:** rak dojk, nosečnost, poporodno obdobje

### ABSTRACT

This paper presents a special entity of breast cancer, the most common malignancy in women of all ages: pregnancy-associated breast cancer. The treatment represents a major challenge for the pregnant woman, her partner, and her family, and of course for the many professionals who treat the pregnant woman for the malignancy and who care for the growth and development and timely labour of the newborn. The aim of treatment is to cure the cancer at the time of pregnancy and not to delay treatment unnecessarily because of pregnancy. Despite the often more biologically aggressive forms of the disease, the prognosis of breast cancer in pregnancy tends to be no different from that of non-pregnant patients, depending on stage and age, if the pregnant woman has received standard treatment. The prognosis is worse if the diagnosis is made after labour.

**Key words:** breast cancer, pregnancy, postnatal period

## UVOD

Rak dojke je najpogostejši rak pri ženskah v zahodnem svetu, je najpogostejši rak pri mladih ženskah in je najpogostejši rak v nosečnosti.

Med dejavniki tveganja za rak dojke sta starost in ženski spol najpomembnejša. Tveganje s starostjo narašča. Izračunali so, da bo do 49. leta zbolela ena od 49 žensk, v starosti nad 70 let pa kar ena od 14. Med 100 obolelimi z rakom dojke je le en moški. Med dejavnike tveganja štejemo še družinsko obremenitev z rakom dojke, negativne reproduktivne dejavnike in uporabo eksogenih spolnih hormonov, dejavnike tveganja življenjskega sloga, pa tudi že predhodno ugotovljene benigne spremembe v dojkah s citološko ali histološko dokazanimi atipičnimi spremembami celic in mamografsko vidno gosto žlezno tkivo.

Le približno 10 % vseh pacientk z rakom dojke zbolijo zaradi genetskih dejavnikov. Družinska obremenitev z rakom dojke je doživljenjski dejavnik tveganja za rak dojke. Že dolgo je znano, da posameznik s sorodnikom z rakom dojke v prvem kolenu potrjuje tveganje, da bo sam zbolel za rakom dojke, čeprav ni značilnega načina dednega prenosa, kot je to za genetske rake. Nosilci značilnih genetskih mutacij genov BRCA-1 in BRCA-2 imajo 60-85 % doživljenjsko verjetnost, da bodo zboleli za rakom dojke. Zmerno je povišano tveganje tudi za nosilce mutacij nekaterih drugih genov.

Reproduktivni dejavniki tveganja za razvoj raka dojke so posredovani preko hormonskih vplivov. Kar dve tretjini vseh rakov dojke je hormonsko odvisnih, ključna je dolgotrajna izpostavljenost estrogenu. Še posebej smo pozorni na ženske, ki so imele zgodnjo menarho in /ali kasno menopavzo, ki niso nikoli rodile ali pa so imele višjo starost pri prvem porodu ter tiste, ki niso dojile.

Študije, ki so proučevale vpliv hormonske kontracepcije na tveganje za pojav raka dojke, so v svojih rezultatih neskladne. Rezultati govorijo od minimalno povišanega tveganja pri trenutnih uporabnicah, ki po 10 letih po prenehanju uporabe ni bilo več zaznano, do novejših študij, v katere so vključene uporabnice, ki so prejemale formulacije z nižjimi dozami hormonov in pri njih niso zaznali povečanega tveganja za rak dojke.

Uporaba hormonskega nadomestnega zdravljenja za lajšanje perimenopavzalnih težav je povezana z večjim tveganjem za rak dojke. Večje je tveganje pri uporabnicah kombiniranih estrogeno-progestinskih preparatov, vendar je povečano tudi pri uporabnicah preparatov, ki vsebujejo le estrogeno komponento. Priporoča se omejitev uporabe hormonskega preparata z najnižjo učinkovito dozo s trajanjem do 5 let in ob tem skrbno izvajanje presejanja za rak dojke z mamografijo.

Med dejavnike tveganja življenjskega sloga štejemo razvade kot sta prekomerno uživanje alkohola in kajenje, prekomerno telesno težo, še posebej za ženske v menopavzi in fizično neaktivnost.

Pozorni smo tudi na bolnike, ki so bili v preteklosti zdravljeni z obsevanjem prsnega koša.

Po postavljeni diagnozi zgodnjega raka dojk bodisi v organiziranem presejanju ali ob simptomatski bolezni za načrtovanje zdravljenja upoštevamo predvsem histopatološke in biološke lastnosti tumorja in anatomske stadij bolezni. Zdravljenje začnemo s kirurškim pristopom ali neoadjuvantnim sistemskim zdravljenjem. Glede na biološke značilnosti bolezni ob kirurškem zdravljenju pride v poštev še hormonsko zdravljenje, zdravljenje s kemoterapijo, biološkimi zdravili pri prekomerni izraženosti Her-2 receptorjev na površini rakavih celic in obsevanje. Prognoza bolezni je dobra, skoraj 20.000 bolnic z rakom dojk živi med nami.

## **Rak dojk v nosečnosti**

Rak dojk, diagnosticiran v nosečnosti, predstavlja težko klinično situacijo. Soočiti se moramo z dvema pacientoma hkrati: bolna je nosečnica in plod je nezrel. Pri načrtovanju zdravljenja moramo upoštevati dobrobit obeh. Pri tem se ne moremo nasloniti na zanesljive in z dokazi podprte študije, na voljo imamo le podatke, ki so večinoma manj zanesljivi in izhajajo iz retrospektivnih študij in študij primerov.

## **Epidemiološki podatki**

Rak dojk v nosečnosti je redek dogodek. Ocenjeno je, da zbolijo 15-35 nosečnic na 100.000 porodov. Vendar je pri ženskah, starih manj kot 30 let, kar 20 % raka dojk povezanega z nosečnostjo. Diagnoza je pogostejša v poporodnem obdobju. Incidenca raka dojk, povezanega z nosečnostjo, narašča, kot narašča povprečna starost nosečnic. Pri vseh, ki zbolijo za rakom dojk v nosečnosti, je indicirano genetsko svetovanje in testiranje, ker se pričakuje, da so pogosteje nosilke mutacij BRCA genov.

## **Histopatološke in biološke značilnosti z nosečnostjo povezanega raka dojk**

Histopatološke in biološke značilnosti tumorjev raka dojk, povezanega z nosečnostjo, se razlikujejo glede na rak dojk odkrit izven tega obdobja. Večinoma gre za agresivnejše invazivne duktalne karcinome, več je slabo diferenciranih in diagnosticiranih v napredovalih stadijih. Večkrat se pojavi vnetni rak dojk, ki je klinično še posebej agresivna oblika. Biološke značilnosti rakov so manj ugodne – manj je hormonsko odvisnih rakov (le 25 % proti vsaj 60 % izven nosečnosti), več je HER-2 pozitivnih rakov.

## **Posebnosti diagnostike bolezni dojk v nosečnosti**

Diagnostika raka dojk v nosečnosti in v času dojenja je zaradi fizioloških sprememb otežena. Ocenjeno je, da je lahko zaradi njih več kot dva meseca zamude pri diagnozi. V dojkah je žlezno tkivo hipertrofirano, prisotna je hiperemija in edem tkiv, zato je klinični pregled nezanesljiv, omejitve so tudi pri slikovni diagnostiki. V nosečnosti

je glavna slikovna preiskava ultrazvočni pregled dojk, z ustrezno zaščito je varna tudi mamografija, vendar je senzitivnost zaradi fizioloških sprememb v dojki manjša. Magnetna resonanca dojk je zaradi uporabe kontrasta in položaja pri preiskavi, ki lahko moti prekrvavitev maternice, v nosečnosti kontraindicirana.

Že mesec ali dva zamude pri diagnozi pomeni večje tveganje za zasejanost pazdušnih bezgavk za 1-2 % in s tem možnost slabšega izida bolezni.

Najpogostejša klinična slika z nosečnostjo povezanega raka dojk je zatrdlina ali zadebelitev v dojki. Redkeje med dojenjem otrok zavrača dojko z okultnim karcinomom (milk rejection sign). Če tumor v dojki vztraja dva tedna, je nujna diagnostika, ki bo kar v 80 % odkrila benigno patologijo.

Diagnozo postavimo s citološko ali histološko potrditvijo diagnoze, največkrat z ultrazvočno vodeno tanko ali debeloigelno biopsijo lezije v dojki. Opraviti moramo tudi vse potrebne preiskave za zajetje bolezni za določitev anatomskega stadija bolezni: osnovne preiskave krvi, ultrazvočni pregled pazdušnih bezgavk s citološko diagnostiko v primeru sumljivega izvida, rentgenogram pljuč ob ustrezni zaščiti ploda in ob kliničnem sumu na napredovalo bolezen še ultrazvok jeter.

## **Zdravljenje raka dojk v nosečnosti**

Pred začetkom zdravljenja je potrebna multidisciplinarna obravnava, kjer ob onkologu, radiologu in kirurgu nujno sodeluje še perinatolog. Cilj zdravljenja je ozdravitev raka pri nosečnici in po nepotrebem zdravljenju ne odlašamo zaradi nosečnosti. Kljub temu upoštevamo vpliv toksičnosti zdravljenja na plod, prognozo bolezni in vpliv zdravljenja na fertilitetnost po zaključenem zdravljenju.

O načinu in vrstnem redu zdravljenja odločajo histopatološke in biološke značilnosti tumorja, anatomskega stadija bolezni in višina nosečnosti. Zgodnja prekinitve nosečnosti ne izboljša prognoze. Pomembno je, da sta nosečnica in njen partner informirana in vključena v proces odločanja.

Upoštevati moramo, da je kirurško zdravljenje možno kadarkoli v nosečnosti, sistemsko zdravljenje s kemoterapijo je kontraindicirano v prvem trimesečju v času organogeneze pri plodu, kadarkoli v nosečnosti je kontraindicirano hormonsko zdravljenje, zdravljenje z biološkimi zdravili in obsevanje zaradi toksičnega učinka na plod (splavnost in mrtvorojenost, malformacije, zastoj v rasti pri plodu, mutageni in karcinogeni efekti).

Predvsem zaradi kontraindikacije za obsevanje v nosečnosti, se večkrat odločamo za odstranitev celotne dojke - mastektomijo tudi v nižjih stadijih. Z rekonstrukcijo dojke počakamo na zaključek zdravljenja in nosečnosti. Za določitev stadija bolezni se kirurška obravnava pazdušnih bezgavk pri nosečnici ne opušča.



S kemoterapevtskim zdravljenjem v drugem in tretjem trimesečju ne odlašamo. Za terapevtski učinek je pomembno prilagajanje doze glede na spremembo teže nosečnice. Neoadjuvantna kemoterapija z odlogom kirurškega zdravljenja lahko omogoči ohranitveno operacijo dojke in začetek obsevanja brez zamude po porodu.

Pri planiranju poroda je pomembna zrelost plodovih pljuč. Naš cilj je porod po 34. tednu nosečnosti, vsaj 3-4 tedne po zadnji aplikaciji kemoterapije, da se izognemo mielotoksičnim stranskim učinkom za mater in plod med in po porodu. Vaginalni porod ima prednost pred carskim rezom zaradi hitrejšega okrevanja po porodu. Ves čas nosečnosti in med porodom ima pomembno vlogo babica za zagotavljanje strokovne pomoči pri porodu z omogočanjem fizičnega dobrega počutja in čustvene podpore nosečnici in partnerju.

Kemoterapevtiki, s katerimi zdravimo nosečnico, prehajajo preko placente in niso brez toksičnega učinka na plod. Pri približno polovici ugotavljamo zastoj v rasti pri plodu, rojstvo majhnih za gestacijsko starost, povzročamo iatrogeno nedonošenost. K sreči je zgodnji razvoj otrok glede na gestacijsko starost ob rojstvu podoben kot pri otrocih, ki v maternici niso bili izpostavljeni toksičnim učinkom kemoterapije.

### **Dojenje in z nosečnostjo povezan rak dojk**

Dojenje v času zdravljenja s kemoterapijo, hormonskimi in biološkimi zdravili odsvetujemo. V nezdravljeni dojki produkcija mleka ni prizadeta in dojenje lahko poteka normalno. Ne svetujemo pa dojenja iz obsevane dojke, kjer je produkcija mleka zmanjšana, predvsem zaradi tveganja za zastoj mleka in tveganja za mastitis, ki ga v obsevani dojki težko zdravimo.

### **Prognoza bolezni**

Tradicionalno velja, da je za gestacijski rak dojk prognoza slaba. Čeprav so na voljo le retrospektivne in opazovalne študije, se kaže trend, da se prognoza raka dojk v nosečnosti glede na stadij in starost, če je bila nosečnica zdravljena standardno, ne razlikuje od obolelih izven nosečnosti. Prognoza je slabša, kadar je diagnoza postavljena po porodu.

### **Nosečnost po zdravljenju raka dojk**

Tudi za nosečnost po zdravljenju raka dojk je malo podatkov. Pogosto se mlada ženska sooči z neplodnostjo zaradi gonadotoksičnosti kemoterapevtskega zdravljenja in odlaganje nosečnosti zaradi trajanja adjuvantnega hormonskega zdravljenja. Bolnici po zdravljenju raka dojk, ki želi zanositi, svetujemo odlog nosečnosti vsaj dve leti po zdravljenju, ko je večja verjetnost zgodnje ponovitve bolezni. Nosečnost ne poslabša prognoze bolezni, varna je tudi začasna prekinitev hormonskega zdravljenja in nadaljevanje po porodu.

## ZAKLJUČEK

Z nosečnostjo povezan rak dojk predstavlja težko klinično situacijo, ki zahteva multidisciplinarno obravnavo z vključitvijo številnih strokovnjakov in individualni pristop k zdravljenju nosečnice in skrbi za dobrobit ploda. Ves čas nosečnosti in med porodom imata pomembno vlogo ginekolog-porodničar in babica za spremljanje rasti in počutja ploda med zdravljenjem ter za zagotavljanje strokovne pomoči pri porodu z omogočanjem fizičnega dobrega počutja in čustvene podpore nosečnici in partnerju.

## Literatura

Anderson, B. O., Petrek, J. A., Byrd, D. R., Senie, R. T., & Borgen, P. I., 1996. Pregnancy influences breast cancer stage at diagnosis in women 30 years of age and younger. *Annals of Surgical Oncology*, 3(2), pp. 204–211. <https://doi.org/10.1007/BF02305802>

Boere, I., Lok, C., Poortmans, P., Koppert, L., Painter, R., Vd Heuvel-Eibrink, M. M., & Amant, F., 2022. Breast cancer during pregnancy: Epidemiology, phenotypes, presentation during pregnancy and therapeutic modalities. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 82, pp. 46–59. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2022.05.001>

De Simone, V., & Pagani, O., 2017. Pregnancy after breast cancer: Hope after the storm. *Minerva Obstetrics and Gynecology*, 69(6). <https://doi.org/10.23736/S0026-4784.17.04113-2>

Fazeli, S., Sakala, M., Rakow-Penner, R., & Ojeda-Fournier, H., 2023. Cancer in pregnancy: Breast cancer. *Abdominal Radiology*, 48(5), pp. 1645–1662. <https://doi.org/10.1007/s00261-023-03824-1>

Paris, I., Di Giorgio, D., Carbognin, L., Corrado, G., Garganese, G., Franceschini, G., Sanchez, A. M., De Vincenzo, R. P., Accetta, C., Terribile, D. A., Magno, S., Di Leone, A., Bove, S., Masetti, R., & Scambia, G., 2021. Pregnancy-Associated Breast Cancer: A Multidisciplinary Approach. *Clinical Breast Cancer*, 21(1), e120–e127. <https://doi.org/10.1016/j.clbc.2020.07.007>

Rojas, K., & Stuckey, A., 2016. Breast Cancer Epidemiology and Risk Factors. *Clinical Obstetrics & Gynecology*, 59(4), pp. 651–672. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000239>

Sun, J., & Lee, M. C., 2020. Clinical Presentation, Diagnosis and Prognosis of Pregnancy-Associated Breast Cancer. V S. Alipour & R. Omranipour (Eds), *Diseases of the Breast during Pregnancy and Lactation* (Let. 1252, pp. 87–93). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-41596-9\\_11](https://doi.org/10.1007/978-3-030-41596-9_11)

Wallack, M. K., Wolf, J. A., Bedwinek, J., Denes, A. E., Glasgow, G., Kumar, B., Meyer, J. S., Rigg, L. A., & Wilson-Krechel, S., 1983. Gestational carcinoma of the female breast. *Current Problems in Cancer*, 7(9), pp.1–58. [https://doi.org/10.1016/S0147-0272\(83\)80006-3](https://doi.org/10.1016/S0147-0272(83)80006-3)

## **Porod doma**

### ***Home birth***

**Nina Radin, dipl. slik., dipl. bab.**

Samostojna babica Nina Radin s.p.

info@babicanina.si

### **IZVLEČEK**

Samostojna babica v Sloveniji lahko postane diplomirana babica, ki zadosti pogojem Zakona o zdravstveni dejavnosti. Izvajalci zdravstvene dejavnosti so lahko domače in tuje pravne osebe (d.o.o., zavod), fizične osebe (s.p.) ter zasebni zdravstveni delavci – po pridobljenem dovoljenju ali vpisu v register zasebnih zdravstvenih delavcev. V Sloveniji se doma rodi približno 0,5 % novorojenčkov. Spemembe, ki so bile v zadnjih letih narejene na področju poroda doma, omogočajo novo nastali družini manj stresno in s tem kvalitetnejše poporodno obdobje, ki vpliva na boljše psihofizično počutje otročnice, novorojenčka in cele družine. Porodniška in babiška stroka v Sloveniji trdita, da je porod doma manj varen kot porod v porodnišnici in ga ne podpirata; Mednarodna babiška konfederacija verjame, da ima vsakdo pravico izbrati porod doma s strokovno obravnavo, ki jo izvaja babica. Babice, ki spremljajo porode na domu, bi morale imeti možnost, da to storijo v okviru nacionalnega zdravstvenega sistema in z dostopom do ustreznih napotitvenih služb, če se pojavi potreba. Ženske bi morale biti ustrezno informirane o prednostih in pomanjkljivostih kateregakoli porodnega okolja; imeti bi morale enostaven dostop do preverljivih porodnih izidov . Smiselno bi bilo poskrbeti za nadzor kakovosti izvedenih storitev ter celovito in pošteno informiranje uporabnic babiških storitev s strani babic, ginekologov ter na nacionalnem nivoju.

**Ključne besede:** porod doma, strokovne usmeritve, samostojna babica

### **ABSTRACT**

An independent midwife in Slovenia can become a qualified midwife who meets the requirements of the Health Services Act. Providers of healthcare activities can be domestic and foreign legal entities (l.t.d., institute), independent entrepreneur and private healthcare professionals – after obtaining a license or registration in the register of private healthcare professionals. In Slovenia, approximately 0.5 % of newborns are born at home. The changes that have been made in recent years in the field of home birth allow the newly formed family to have a less stressful and thus better quality postpartum period, which affects the psychophysical well-being

of the mother, the newborn and the whole family. Obstetrics and midwifery organisations in Slovenia claim that giving birth at home is less safe than giving birth in a maternity hospital and do not support it; the International Confederation of Midwives believes that everyone has the right to choose to give birth at home with professional care led by a midwife. Midwives attending births at home should be able to do so within the framework of the national health system and with access to appropriate referral services should the need arise. Women should be properly informed about the advantages and disadvantages of any birthing environment; they should have easy access to verifiable birth results. It should be taken care of the quality control of the performed services and comprehensive and honest information of midwifery services users by midwives, gynecologists and at the national level.

**Key words:** home birth, professional guidelines, independent midwife

## UVOD

V Sloveniji se doma rodi majhno število otrok, a njihov delež se je v zadnjem desetletju iz občasnih povečal na približno 0,5 %. Skupaj z naraščanjem števila porodov doma (v nadaljevanju PD), se povečuje tudi potreba po ustrezni sistemski ureditvi ter dostopnosti do resničnih in preverljivih informacij.

Glede na stališče krovne babiške organizacije International Confederation of Midwives (v nadaljevanju ICM) je porod družbeni, kulturni in čustveni dogodek ter je bistveni del družinskega življenja. Oskrba pri porodu mora upoštevati individualne potrebe. Posledično obstaja potreba in zahteva po oskrbi, ki spoštuje družinsko kulturo in dediščino ter je hkrati varna in dostopna. PD se nanaša na načrtovan porod, ki poteka doma in ga spremlja izkušena babica s sodelujočo medicinsko podporo, v primeru potrebe po premestitvi. Načrtovani PD poveča verjetnost poroda, ki bo zadovoljujoč in varen. To je pomembno, saj so pozitivne porodne izkušnje (za katere je značilen občutek varnosti, podpore, spoštovanja in biti slišana) povezane z boljšo duševno dobrobitjo matere v poporodnem obdobju. Leta 2010 je Evropsko sodišče za človekove pravice razglasilo izbiro PD za človekovo pravico. ICM verjame, da ima vsakdo pravico izbrati PD s strokovno obravnavo, ki jo izvaja babica. Babice, ki spremljajo porode na domu, bi morale imeti možnost, da to storijo v okviru nacionalnega zdravstvenega sistema in z dostopom do ustreznih napotitvenih služb, če se pojavi potreba, ter ustreznega zavarovanja in nadomestila (za delo). Vsi zdravstveni sistemi ne zagotavljajo storitev PD, zato imajo ženske, ki so izbrale to možnost, neoptimalno zdravstveno oskrbo, ki ni vključena v zdravstveni sistem. ICM poziva nacionalne vlade, naj pregledajo prepričljivo znanstveno literaturo in ustvarijo okvire, da bodo lahko babice, družinam, ki so izbrale to možnost, nudile v zdravstvene sisteme vključene storitve PD. ICM članice v državah, kjer imajo ženske dostop do PD, poziva, da sodelujejo z ženskami, oblikovalci politik, drugimi strokovnjaki in zainteresiranimi

stranmi za razvoj in zaščito možnosti PD pod vodstvom babic ter ustvarjajo programe za ohranjanje in krepitev babiških kompetenc za PD (ICM, 2023).

Iz dokumenta Strokovne usmeritve za načrtovani porod doma (Ministrstvo za zdravje, 2018) izhaja, da naj bi bil v Republiki Sloveniji porod v porodnišnici najbolj varna oblika poroda tako za mater kot za novorojenca. Vsako nosečnico, ki se odloča za PD in je seznanjena z vsebino dokumenta, opozarjajo, da Združenje za perinatalno medicino Slovenije pri Slovenskem zdravniškem društvu, Razširjeni strokovni kolegij za ginekologijo in porodništvo in Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno in babiško nego pri Ministrstvu za zdravje Slovenije ter Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, PD odsvetujejo.

### **Kdo je lahko samostojna babica**

Samostojna babica v Sloveniji lahko postane diplomirana babica, ki zadosti pogojem iz 3.a člena Zakona o zdravstveni dejavnosti. Vlogi, ki jo vloži na Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije (v nadaljevanju MZ), mora priložiti med drugim dokazila o poklicni kvalifikaciji za opravljanje dejavnosti babiške nege za odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti, potrdilo o nekaznovanosti za odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti pridobljeno s strani Ministrstva za pravosodje ali izpolnjeno izjavo za pridobitev podatkov iz uradih evidenc. Izvajalci zdravstvene dejavnosti so lahko domače in tuje pravne osebe (d.o.o., zavod) ter fizične osebe (s.p.) po pridobljenem dovoljenju MZ; ter zasebni zdravstveni delavci – po vpisu v register zasebnih zdravstvenih delavcev (Ministrstvo za zdravje, 2022).

### **Porod doma v Sloveniji**

ICM PD opredeljuje kot načrtovan porod, ki poteka doma in ga spremlja izkušena babica s sodelujočo medicinsko podporo, v primeru potrebe po premestitvi. Tak porod je lahko varen in zadovoljujoč. Vendar pa je PD lahko tudi drugačen: načrtovan ali nenačrtovan in asistiran ali ne-asistiran PD lahko poteka z legalno ali nelegalno strokovno porodno pomočjo. Neasistiran porod je tisti, kjer ženski pri porodu ne pomaga ne babica, ne zdravnik in kjer nihče od prisotnih v nobenem oziru ne deluje kot babica. Potek poroda določa ženska sama. Pri neasistiranjem porodu ženska rojeva bodisi sama, s partnerjem ali pa rojeva v krogu prijateljev in/ali družine (svoje mame, bodočih starih staršev ali drugih družinskih članov). Spremljevalci do določene mere sodelujejo pri porodu, vendar pa ženski nihče ne daje navodil, kako naj rojeva, kdaj naj pritiska, kateri položaj naj zavzame, nihče ne meri plodovih srčnih utripov (Kaplan Shanley, n. d.; Anon., n. d. cited in Radin, 2017). Nekatere takšne porode spremljajo tudi porodne spremljevalke, t.i. doule, ki se lahko same odločijo, ali bodo neasistirane porode spremljale ali ne (DONA, 2016).

V Sloveniji je porodnicam na voljo 14 ginekološko-porodniških oddelkov, na voljo pa nimajo nobenega avtonomnega babiškega centra, hiše ali samostojnih babiških oddelkov v ali ob porodnišnici. Število PD je majhno, a v zadnjih letih raste. Delež PD zavzema nekaj promilov vseh rojstev, pri načrtovanih PD pa niso vedno prisotne babice z dovoljenjem oz. vpisane v register zasebnih zdravstvenih delavcev. Nosečnice niso vedno seznanjene s tveganji, ki jih prinaša različna medporodna oskrba. Neredko se odločajo na podlagi priporočil različno kompetentnih oseb. Tako doma rojevajo tudi ženske, ki imajo prisotne dejavnike tveganja kot so plod v medenični vstavi, porod po carskem rezu ali več carskih rezih, porod nedonošenega otroka in/ali ob sebi nimajo usposobljene babice z dovoljenji.

**Tabela 1:** Porodi izven porodnišnice, Slovenija, PIS 2018-2022 (NIJZ, 2023a)

Leto	2018	2019	2020	2021	2022
41 Porod zunaj porodnišnice s strokovno pomočjo, nenačrtovan	10	7	8	8	9
42 Porod zunaj porodnišnice s strokovno pomočjo, načrtovan	12	20	55	94	73
51 Porod zunaj porodnišnice brez strokovne pomoči, nenačrtovan	10	15	16	18	22
52 Porod zunaj porodnišnice brez strokovne pomoči, načrtovan	1	0	0	1	1
Skupaj porodov	19136	18965	18489	18787	17497
Od tega babice, ki imajo zasebno babiško dejavnost	<b>13</b>	<b>19</b>	<b>57</b>	<b>95</b>	<b>73</b>
Delež porodov z bobicami, ki imajo zasebno babiško dejavnost	0,07 %	0,10 %	0,31 %	0,51 %	0,42 %
Porodi v SLO, ki niso prijavljeni v PIS	<b>44</b>	<b>33</b>	<b>29</b>	<b>22</b>	<b>22</b>
Delež porodov v SLO, ki niso prijavljeni v PIS	<b>0,23 %</b>	<b>0,17 %</b>	<b>0,16 %</b>	<b>0,12 %</b>	<b>0,13 %</b>

Vsaka nosečnica oz. porodnica ima v skladu Zakonom o pacientovih pravicah (v nadaljevanju ZPacP) (ZPacP 2008; ZPacP 2017; ZPacP 2020), zaradi uresničevanja pravice do samostojnega odločanja o zdravljenju in pravice do sodelovanja v procesu zdravljenja obveščena o postopkih in načinih zdravljenja, ki v Republiki Sloveniji niso pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja – kot to velja tudi za PD. Pojasnila mora zdravnik, odgovoren za zdravljenje, pojasniti pacientki v neposrednem stiku, obzirno, na pacientki razumljiv način oziroma skladno z individualnimi sposobnostmi sprejemanja informacij, v celoti in pravočasno. Zdravniki v Sloveniji

nosečnic sicer ne obveščajo, da imajo možnost roditi tudi doma, prav tako s tem dejstvom nosečnice niso seznanjene v okviru Vodnika o nosečnosti, porodu in zgođnjem starševstvu Pričakujemo dojenčka (NIJZ, 2023b).

### **Strokovne usmeritve za načrtovani porod doma**

Na MZ je bil leta 2018 pripravljen dokument Strokovne usmeritve za načrtovani porod doma (v nadaljevanju SUNPD) (Ministrstvo za zdravje, 2018), ki je lahko v pomoč diplomiranim babicam pri načrtovanih PD, in sicer pri izboru žensk z nizkimi dejavniki tveganja, zagotavljanju osnovnih pogojev za načrtovan porod v domačem okolju, izbiri opreme, postopkih prijave rojstva, zbiranju podatkov, premestitvi v porodnišnico. Dokument predvideva, da izbrani ginekolog v nosečnosti izpolni dokument Dejavniki tveganja za zaplete pri porodu.

V SUNPD je navedeno, da sta zdravniška in babiška stroka enotni in odsvetujeta PD, saj naj bi bil manj varen od poroda v porodnišnici tako za mater kot za novorojenčka.

Prednosti PD niso predstavljene. Nekatere nosečnice so, ko izbranemu ginekologu povedo, da nameravajo roditi doma, deležne neprimerne odnosa; nekateri ginekologi, v nasprotju s SUNPD, zavrnejo izpolnjevanje obrazca Dejavniki tveganja za zaplete pri porodu, ker se s PD ne strinjajo (pridobljena dokumentacija avtorice).

### **Težave pri porodih doma v preteklosti in sedanjosti**

V preteklih letih so se starši, ki so se odločili za PD, srečevali z različnimi težavami: neodobranje okolice, predsodki in neprofesionalen odnos s strani zdravstvenih strokovnjakov v primeru premestitve med ali po PD ali na pregledu novorojenčka, težave pri pridobivanju potrdila zdravnika o rojstvu otroka, kar je vodilo v zamik pri prijavi rojstva otroka in posledično nezmožnost koriščenja očetovskega dopusta vse do prijave rojstva v Matični register, veliko birokratskih opravkov, pregled pri ginekologu, ki je potrdil, da je ženska rodila, otežen dostop do aplikacije IgG anti D po porodu RhD negativnih mater, ki so rodile RhD pozitivnega otroka v roku 72 ur po porodu. Te težave oz. oteževalne okoliščine so bile v preteklih letih (precej) uspešno odpravljene. Od 1. februarja 2020 dalje se storitve zaščite z IgG anti D (kadar so indicirane) opravijo na osnovi napotnice za porod, ki jo prejme vsaka nosečnica še v času nosečnosti pri izbranem ginekologu, tudi če ne namerava roditi v porodnišnici; podobno naj bi tudi pregled in presejalni testi za novorojenca, rojenega doma, bili v porodnišnicah opravljeni na osnovi napotnice za porod, vendar takšno storitev omogočajo le v nekaterih porodnišnicah (pridobljena dokumentacija avtorice). Od spremembe Zakona o matičnem registru lahko tudi rojstvo otroka, rojenega izven zdravstvenega zavoda, pristojnemu organu, v petnajstih dneh od dneva rojstva, prijavi pri porodu navzoča diplomirana babica (diplomirani babičar), otrokov oče oziroma oseba, s katero mati živi ali mati, ko je za to zmožna ali druga oseba, ki je

za rojstvo izvedela. Prijavi rojstva mora biti priloženo potrdilo o rojstvu otroka, ki ga je izdala pri porodu navzoča diplomirana babica, ki je vpisana v register zasebnih zdravstvenih delavcev oziroma je pridobila dovoljenje za opravljanje zdravstvene dejavnosti pri ministrstvu, pristojnem za zdravje. Potrdilo o rojstvu lahko izda tudi zdravnik, ki ni bil prisoten ob porodu, če lahko potrdi, da je mati rodila. Kadar potrdila ni mogoče pridobiti, se lahko rojstvo vpiše v matični register na podlagi odločbe pristojnega organa, če obstajajo dokazi o nastalem matičnem dejstvu. Rojstvo otroka se mora prijaviti v petnajstih dneh od dneva rojstva, rojstvo mrtvorojenega otroka se mora prijaviti v roku 24 ur (ZMatR, 2011; ZMatR, 2019).

Čeprav se ženske občasno še vedno srečujejo z nedodobravanjem okolice ali zdravstvenega osebja in zdravnikov v predporodnem času, se je v praksi razvil spoštljiv odnos do premeščene porodnice ali otročnice z novorojenčkom ter pri pregledih novorojenčkov.

Ob vseh opravljenih izboljšavah nekatere težave še vedno ostajajo, nekatere so nastale na novo. Nekaterim družinam je obisk porodnišnice tretji dan po porodu prenaporen in stresen, zato bi bilo smiselno, po vzoru zahodnih držav, uvesti možnost nadstandardnih pediatričnih pregledov ter presejalnih testov za novorojenčke na domu.

Storitev PD je v celoti samoplačniška, kar nekatere ženske navede k temu, da si omislijo cenejšo podporo pri porodu (babico, ki deluje na skrivaj ali laično osebo, namesto babice). K temu jih lahko navede tudi povečano število povpraševanja po PD in majhno število babic. To vodi k situaciji, ko porode spremljajo tiste/i, ki niso "babice s sodelujočo medicinsko podporo, v primeru potrebe po premestitvi".

## **Izkušnje v babiški praksi**

Avtorica pri svojem delu uporablja SUNPD; na področjih, kjer usmeritve niso podane (npr. oskrba med porodom), se avtorica v lastni praksi opira na angleške smernice NICE Intrapartum care guidelines (NICE, 2014; NICE, 2023).

Normalni PD vsebuje redno preverjanje vitalnih znakov porodnice in ploda, spremljanje napredovanja poroda in dokumentiranje vseh relevantnih podatkov. Po porodu babica oceni novorojenčka po Apgarjevi, novorojenčka izmeri in stehta, aplicira vitamin K1, preveri krvavitev, involucijo maternice in poškodbe porodne poti, posteljico ter popkovnico, pomaga pri vzpostavljanju dojenja, kadar je to potrebno, preveri vitalne znake otročnice in novorojenčka ter nudi vsaj tri dnevno poporodno babiško oskrbo. Kot pri vsakem porodu, lahko tudi doma, pri porodu zdrave nosečnice z nizkim tveganjem, nastopijo situacije, ko mora babica uporabiti posege oz. izvesti aktivnosti, katerih porod brez zapletov ne vsebuje. Mednje sodijo npr.: vstavitve intravenozne kanile, intravenozno nadomeščanje tekočin, ustavljanje krvavitve, nudenje popolne prve pomoči materi ali otroku, prerez presredka, šivanje epiziotomijske rane ali raztrganine, kateterizacija mehurja, različni manevri za reševanje za-



pletov ter premestitev v porodnišnico. Babica žensko o nameravanih aktivnostih in postopkih seznanila ter pred izvajanjem, razen, če to ne bi bilo mogoče, intervencija pa je nujna, pridobi njeno soglasje (Radin, 2017).

Podatki, ki izhajajo iz lastne babiške prakse kažejo, da je v obdobju od 2014 do 2023 doma uspešno rodilo > 92 % porodnic, < 8 % jih je bilo premeščenih v porodnišnico med porodom, < 4 % jih je bilo premeščenih v porodnišnico po porodu (zaradi odstopanj pri ženski ali novorojenčku). Ostali podatki: rupura III. stopnje (1,6 %), epiziotomija (0,8 %), defektna placenta (0,8 %), carski rez – po premestitvi (0,8 %), transfuzija – po premestitvi (0,0 %), APGAR 5' <7 (0,0 %).

Podatki ne potrjujejo trditve, da je PD, za porodnice z nizkimi dejavniki tveganja za zaplete pri porodu, nevaren ali manj varen od poroda v porodnišnici.

## **RAZPRAVA**

Vsaka nosečnica oz. porodnica ima v skladu ZPacP, zaradi uresničevanja pravice do samostojnega odločanja o zdravljenju in pravice do sodelovanja v procesu zdravljenja obveščena o postopkih in načinih, ki, tako kot babiške storitve pri PD, niso pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanj. Pojasnila mora zdravnik, odgovoren za zdravljenje, pojasniti pacientki v neposrednem stiku, obzirno, na pacientki razumljiv način, v celoti in pravočasno. To pomeni, da bi ginekologi nosečnice morali informirati o možnosti PD. A ne le, da s to možnostjo niso seznanjene, ko nosečnice prosijo izbranega ginekologa za izpolnitev obrazca Dejavniki tveganja za zaplete pri porodu, so nekatere deležne neprimernega odnosa; nekateri ginekologi v nasprotju s SUNPD, zavrnejo celo izpolnjevanje obrazca Dejavniki tveganja za zaplete pri porodu, ker npr. "PD ne podpirajo" (razvidno iz pridobljene dokumentacije avtorice).

PD je pravica ženske in zanj se jih odloča čedalje več. Trditve, da sta zdravniška in babiška stroka enotni in odsvetujeta PD, saj da je ta manj varen od poroda v porodnišnici tako za mater kot za novorojenčka (MZ, 2022; MZ, 2023) niso nikjer podprte z argumenti, podatki oz. viri. Prednosti PD niso predstavljene v nobenem uradnem dokumentu. Na drugi strani nekatere ženske tudi s strani nekaterih babic ali drugih oseb, ki jih spremljajo pri PD, niso ustrezno seznanjene s tveganji oz. porodnimi izidi v določenem porodnem okolju oz. v določeni babiški praksi. Zaradi nenehnega neosnovanega in pavšalnega ponavljanja: "Odsvetujemo porod doma ter" ter "Porod doma je nevaren", ženske, ki se odločijo za PD, ne slišijo niti tistih opozoril t.i. "enotne stroke", ki imajo trdno osnovo.

Porod, ki ni načrtovan ali ga ne spremlja "babica s sodelujočo medicinsko podporo v primeru potrebe po premestitvi", ne zagotavlja enake stopnje varnosti za porod-

nico in otroka. Povečevanje povpraševanje po PD ob majhnem številu samostojnih babic oz. iskanje cenejših rešitev brez ustrezne strokovne podpore, vodijo k situaciji, ko porode spremljajo tiste/i, ki niso "babice s sodelujočo medicinsko podporo, v primeru potrebe po premestitvi". Takšne okoliščine lahko vodijo v nevarno obravnavo nosečnice in ploda oz. otročnice in novorojenčka in postajajo samouresničujoča prerokba o nevarnem PD.

## ZAKLJUČEK

V preteklem desetletju se je število PD iz posamičnih primerov povečalo na približno 0,5 % vseh porodov. V tem času so bile narejene pomembne spremembe, kot so urejeni postopki pregleda novorojenčka po porodu (vključno s presejalnimi testi), aplikacija IgG anti D (kadar je indicirana), prijava rojstva otroka, pravico do očetovskega dopusta lahko oče uveljavi neposredno po rojstvu. Vse to omogoča novo nastali družini manj stresno in s tem kvalitetnejše poporodno obdobje, ki vpliva na boljše psihofizično počutje otročnice, novorojenčka in cele družine. V tem času so se jasneje izrazile tudi vrzeli, ki potrebujejo dodatno pozornost tako stroke, politike kot tudi uporabnic babiških storitev. Smiselno bi bilo nadaljevati z urejanjem področja poroda doma: revidirati SUNPD in jih dopolniti z minimalnimi standardi babiške obravnave. Sočasno bi bilo smiselno poskrbeti za nadzor kvalitete izvedenih storitev ter celovito in pošteno informiranje (potencialnih) uporabnic babiških storitev s strani babic, ginekologov ter na nacionalnem nivoju v programih Nacionalnega inštituta za javno zdravje in skozi aktivnosti Zbornice-Zveze ter Ministrstva za zdravje.

## Literatura

Dona International, 2016. Statement On Unassisted Birth Attended by a Doula. <https://www.dona.org/wp-content/uploads/2016/12/Statement-Unassisted-Birth-1-17-22.pdf> [1.10.2023]

ICM, 2023. Home Birth Position statement. [https://internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2023/07/08d\\_en\\_home-birth-.pdf](https://internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2023/07/08d_en_home-birth-.pdf) [1.10.2023]

Ministrstvo za zdravje, 2018. *Strokovne usmeritve za načrtovani porod doma*. <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Dostopnost-in-varnost-zdravstvenega-varstva/Varnost/Strokovne-usmeritve-za-nacrtovani-porod-doma.docx> [4. 9.2023]

Ministrstvo za zdravje, 2022. Dovoljenje ali odločba za opravljanje zasebne zdravstvene dejavnosti; <https://www.gov.si/zbirke/storitve/dovoljenje-ali-odlocba-za-opravljanje-zasebne-zdravstvene-dejavnosti/>; [4.9.2023]

Ministrstvo za zdravje, 2023. Kakovost zdravstvenega varstva – Porod doma. <https://www.gov.si teme/kakovost-zdravstvenega-varstva#e54513> [1.10.2023]

NICE, 2014. *Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline* [CG190].

NICE, 2023. *Intrapartum care. NICE guideline* [NG235].

NIJZ, 2023a. PIS 2018-2022.

NIJZ, 2023b. Pričakujemo dojenčka. Vodnik o nosečnosti, porodu in zgodnjem starševstvu. <https://zdaj.net/nosecnost/priprava-na-prihod-dojencka/pricakujemo-dojencka-3/> [1.10.2023]

Radin, N., 2017. Porod doma - neodgovorna kaprica ali premišljena odločitev? V: *Izzivi v ginekologiji in porodništvu*. Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in babic, pp 70-76.

Zakon o matičnem registru (ZMatR) (neuradno prečiščeno besedilo št. 5) – 7. in 8. člen. Uradni list RS, št. 11/11 – uradno prečiščeno besedilo in 67/19.

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP) (neuradno prečiščeno besedilo št. 3) – 20. člen. Uradni list RS, št. 15/08, 55/17, 177/20 in 100/22 – ZNUZSZS.

# BABIŠKA VIZITA - POPORODNO OBDOBJE

## *Midwife visit - postnatal period*

### **Janja Prijatelj, dipl. babica**

Univerzitetni klinični center, Ginekološka klinika, Klinični oddelek za perinatologijo  
janja.prijatelj@kclj.si

### **IZVLEČEK**

Klinična pot porod (KPP) je ključno orodje za standardizacijo obravnave nosečnic, porodnic in otročnic, s ciljem zagotavljanja enako visoke kakovosti oskrbe za vse pacientke. Ta sistematičen pristop zmanjšuje odklone zaradi človeškega dejavnika in organizacijskih pomanjkljivosti. Uvedba KPP na Kliničnem oddelku za perinatologijo (KOP) se je začela leta 2013 in je postopoma vključila vse oddelke.

Poudarek KPP je na obravnavi zdravih otročnic z nezapletenim poporodnim potekom, vendar omogoča tudi prilagoditev za primere odstopanj od predvidenega poteka. V izvajanju KPP imajo ključno vlogo babice, ki zagotavljajo izvajanje predpisanih postopkov in nadzorujejo potek poroda in poporodnega obdobja. Poleg babic so v obravnavo vključeni tudi drugi zdravstveni strokovnjaki, kot so zdravstveni tehniki, fizioterapevti, psihologi in socialna služba ter v primeru zapletov zdravniki.

KPP omogoča načrtovanje odpusta otročnice, ki običajno poteka v 48 urah po porodu, če so izpolnjeni potrebni pogoji. Prav tako omogoča individualno načrtovanje odpusta, vključno s podaljšano hospitalizacijo, če je to potrebno.

Uvedba KPP je prinesla pomembne spremembe v kadrovski strukturi na oddelkih otročnic s povečanjem deleža diplomiranih babic, ki sodelujejo pri babiški negi.

Prednosti KPP so večja vključenost babic pri zdravstveni oskrbi porodnic, standardizirana obravnava, krajše bivanje v bolnišnici in boljše izkušnje za porodnice. Vendar pa obstajajo tudi možnosti za izboljšave, vključno z zagotovitvijo ustrezne kadrovske strukture in digitalizacijo KPP za boljše sledenje in analizo podatkov.

KPP je obetavna praksa, ki prispeva k izboljšanju kakovosti zdravstvene oskrbe porodnic.

**Ključne besede:** klinična pot porod, babiška vizita

## ABSTRACT

The Clinical Pathway for Childbirth (CPC) is a crucial tool for standardizing the care of pregnant women, mothers in labour, and postpartum women, with the aim of ensuring consistently high-quality care for all patients. This systematic approach reduces deviations due to human factors and organizational shortcomings. The implementation of the CPC at the Perinatology Clinic began in 2013 and gradually involved all departments.

The emphasis of the CPC is on the care of healthy mothers with uncomplicated postpartum courses, but it also allows for adjustments in cases of deviations from the anticipated course. Midwives play a crucial role in implementing the CPC, ensuring the execution of prescribed procedures and monitoring the course of childbirth and the postpartum period. In addition to midwives, other healthcare professionals, such as healthcare technicians, physiotherapists, psychologists, and social services, are involved in patient care, with physicians becoming involved in case of complications.

The CPC facilitates the planning of postpartum discharge, which typically occurs within 48 hours after childbirth if the necessary conditions are met. It also allows for individualized discharge planning, including extended hospitalization if necessary.

The introduction of the CPC has brought significant changes to the staffing structure in postpartum units, with an increase in the proportion of certified midwives participating in maternity care.

The advantages of the CPC include increased involvement of midwives in caring for mothers, standardized care, shorter hospital stays, and improved experiences for mothers. However, there are also opportunities for improvement, such as ensuring an adequate staffing structure and digitizing the CPC for better data tracking and analysis. CPC is a promising practice that contributes to improving the quality of care for mothers.

**Key words:** clinical pathway for childbirth, midwife visit

## UVOD

Uvedba Klinične poti porod (KPP) predstavlja ključno orodje za poenotenje obravnave nosečnic, porodnic in otročnic na ravni ustanove z namenom zagotavljanja enako visoke kakovosti oskrbe za vse. S časovno optimalnim in sistematično strukturiranim pristopom KPP evidentira odstopanja, ki izhajajo iz zdravstvenega stanja nosečnice, porodnice ali otročnice, kar dokazano zmanjšuje odklone zaradi človeških dejavnikov in organizacijskih pomanjkljivosti. V prispevku predstavljamo uvedbo KPP na Kliničnem oddelku za perinatologijo (KOP), ki združuje dokumente,

ki so bili uporabljeni v preteklosti, ter jih obogatili s ključnimi komponentami, kot so natančen opis obravnave, poudarek na komunikaciji, informiranje porodnic ter podporna orodja za izvajalce zdravstvenih storitev. Cilj tega pristopa je preoblikovanje pojma „normalnega“ porodnega in poporodnega poteka z uvedbo strokovnih kriterijev za prepoznavo in vodenje takšnih stanj ter z jasno definiranimi izstopnimi točkami za primere, ki zahtevajo posebno obravnavo. Posebna pozornost je namenjena kontinuirani babiški obravnavi porodnice in otročnice.

## **Nastajanje in implementacija Klinične poti porod na Kliničnem oddelku za perinatologijo**

Marca 2011 se je oblikovala projektna skupina na KOP, ki so jo sestavljali mag. Gorazd Kavšek, dr.med., mag. Lili Steblovnik, dr. med., izr. prof. dr. Miha Lučovnik, dr. med. in Saša Matko, dipl. babica. Njihov cilj je bil razviti KPP - dokument, ki bi bistveno izboljšal obravnavo porodnic na kliniki (Zapisnik projektne skupine KPP, 2011).

Januarja 2012 je projekt dosegel pomemben mejnik, ko je skupina uspešno oblikovala prvo verzijo KPP. Ta dokument je združil obstoječe dokumente in jih obogatil z bistvenimi elementi klinične poti (Zapisnik projektne skupine KPP, 2011).

Izvajanje KPP se je pričelo na posameznih enotah KOP januarja 2013, pri čemer je bila KPP najprej uvedena na C oddelku. V istem letu se je implementacija KPP razširila tudi na D oddelke, medtem ko so na B oddelku pričeli izvajati KPP leta 2015. Vizite so se sprva izvajale skupaj z ginekologi, kmalu pa so obravnavo izvajale diplomirane medicinske sestre in diplomirane babice samostojno.

Leto 2022 je prineslo zadnjo ključno spremembo v praksi diplomiranih babic in medicinskih sester pri oskrbi otročnic. S tem, ko so začeli vpisovati odpustne podatke v program Hipokrat in izvajati postopek tiskanja odpustnic, so dosegli znatno izboljšavo v načinu sledenja dokumentaciji.

## **Kaj je Klinična pot porod**

KPP predstavlja strukturiran seznam priporočenih postopkov in ukrepov, ki so nujni pri obravnavi nosečnic v sprejemno triažni ambulanti, porodnic v porodnem bloku ter otročnic na oddelku. Ta pot pacientko vodi skozi celoten proces poroda in porodne nege ter zagotavlja strokovno usklajeno obravnavo (Klinična pot porod - interno gradivo, 2016).

KPP je zlasti namenjena obravnavi zdravih otročnic z nezapletenim poporodnim potekom, hkrati pa omogoča prepoznavo stanj, ki bi lahko predstavljala tveganje za zaplete. Pomembna značilnost KPP je njena prilagodljivost, saj omogoča izstop s poti in vključitev v intenzivnejšo obravnavo, kadar se pojavi kakršno koli odstopanje od predvidenega poteka (Klinična pot porod - interno gradivo, 2016).

Dokument KPP obsega 22 strani in barvno opredeljuje pristojnosti izvajalcev. Modra barva označuje tisti del poti, ki lahko poteka brez neposredne intervencije zdravnika, ter ga organizira in izvaja diplomirana babica ali diplomirana medicinska sestra. Siva barva pa poudarja tisti del poti, kjer je obvezna prisotnost in odločanje zdravnika.

KPP je ključno orodje za izboljšanje kakovosti in standardizacijo oskrbe porodnic, hkrati pa omogoča boljše spremljanje in obvladovanje porodniških situacij ter zagotavlja celovito in varno obravnavo pacientk.

### **Poporodna obravnava otročnice - babiška vizita**

Babiška vizita je ključen del kontinuirane in celostne babiške nege, ki se izvaja na oddelkih otročnic. Namen babiške vizite je zagotavljanje nenehnega spremljanja in skrbi za zdravje ter dobro počutje porodnic ter novorojenčkov.

Babica kot izvajalka babiške nege se vključuje v zdravstveno dejavnost na primarni, sekundarni in terciarni ravni, pri čemer se zavzema za kontinuirano babiško obravnavo. Kompetence jasno določajo odgovornosti v zdravstveni in babiški negi. Zakon o zdravstveni dejavnosti v 55. členu omogoča zdravstvenim delavcem samostojno izvajanje nalog v skladu z njihovo izobrazbo, usposobljenostjo ter razpoložljivo opremo. Kompetence v poporodnem obdobju zajemajo nego matere, spremljanje poporodnega napredka, svetovanje o negi novorojenčka za optimalen razvoj, izvajanje predpisanega zdravljenja in pripravo potrebnih pisnih poročil. (Kompetence in poklicne aktivnosti izvajalcev v dejavnosti babištva, 2021). Vloga babic v okviru KPP je ključna, saj skrbi za izvajanje predpisanih postopkov in ukrepov ter nadzoruje potek poroda in poporodnega obdobja.

Poleg babic se v obravnavo vključujejo tudi drugi zdravstveni strokovnjaki, kot so zdravstveni tehniki, fizioterapevti, klinični psihologi in socialna služba. V primeru ugotovljenih odklonov ali zapletov pa se v obravnavo vključi tudi zdravnik, ki je odgovoren za strokovno spremljanje in zagotavljanje ustrezne zdravstvene oskrbe.

V babiško obravnavo na oddelku se lahko vključujejo tiste porodnice, ki ob premetitvi iz porodnega bloka izpolnjujejo sledeče pogoje:

- sistolični tlak med 100 in 150 mmHg,
- diastolični tlak med 40 in 90 mmHg,
- srčna frekvenca med 50 in 100 utripov/minuto,
- telesna temperatura med 36 in 38 °C
- izguba krvi < 500 ml,
- krvavitev ob predaji normalna,
- uterus skrčen,

- normalno stanje zavesti,
- zadnji Hb > 100 g/l,
- odsotnost naslednjih bolezni med nosečnostjo: preeklampsije ali gestacijske hipertenzije, sladkorne bolezni na inulinu, bolezni jeter, motenj strjevanja krvi,
- odsotnost psihiatričnih bolezni pred in v nosečnosti,
- odsotnost kroničnih bolezni pred nosečnostjo,
- med porodom ni prišlo do ruptуре perineja 3. ali 4. stopnje (Klinična pot porod - interno gradivo, 2016).

Izvajanje babiške vizite na oddelkih za otročnice poteka s pomočjo dokumentacije KPP, ki vključuje liste: KPP otročnica, KPP dodatni list in KPP odpust. KPP otročnica je zasnovan sistematično, vodi nas skozi celoten pregled otročnice, omogoča opis morebitnih odstopanj ter določa izstop otročnice na oddelčni list ali premestitev na EINT.

List KPP otročnica omogoča tudi načrtovanje in beleženje izvajanja zdravstvene nege ter postavitve negovalnih diagnoz. V sodelovanju s Tatjano Bohinc, dipl. m. s., in Alenko Ilijaš, dipl. m. s., je bilo izluščenih 13 najpogostejših negovalnih diagnoz, ki jih lahko sistematično zabeležimo v KPP otročnica.

V proces obravnave so vključeni tudi drugi strokovni sodelavci, kot so psihologi, socialni delavci in fizioterapevti, ki prav tako beležijo svoje ugotovitve v okviru KPP otročnica.

KPP je ključna pri načrtovanju odpusta otročnice. Običajno se odpust načrtuje v 48 urah po dopoldanskem porodu, ko so izpolnjeni vsi potrebni pogoji, vključno z opravljenimi presejalnimi testi pri novorojenčku. Vendar pa KPP omogoča tudi prilagodljivo individualno načrtovanje odpusta, kar lahko vključuje podaljšano hospitalizacijo. Za slednje primere uporabljamo KPP otročnica dodatni list. Dokončen odpust se izvede s vnosom odpustnih podatkov v program Hipokrat in s tiskanjem KPP odpusta, ki se nato ročno dopolni, vključno s predajo potrebnih navodil pacientkam ob odpustu. S tem zagotavljamo celovito in kakovostno zdravstveno oskrbo za naše otročnice in novorojenčke.





Traj. noseč.		DATUM		sprejemni dan		1. DAN		2. DAN	
Zap. porod		Sifra							
ALERGIJE: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA:		001	Krvni tlak (mmHg)	<input type="checkbox"/> < 150/90				<input type="checkbox"/> < 150/90	
DIETA		002	Pulz (ut./min)	<input type="checkbox"/> 50-100					
DIAGNOZE:		003	Temperatura 2x dnevno	<input type="checkbox"/> 36-38 °C <input type="checkbox"/> 36-38 °C		<input type="checkbox"/> 36-38 °C <input type="checkbox"/> 36-38 °C		<input type="checkbox"/> 36-38 °C <input type="checkbox"/> 36-38 °C	
<input type="checkbox"/> Spontani porod-brez poškodb		004	Dojki	<input type="checkbox"/> Normalni		<input type="checkbox"/> Normalni <input type="checkbox"/> Ragade bradavice		<input type="checkbox"/> Normalni <input type="checkbox"/> Ragade bradavice	
<input type="checkbox"/> Ruptura 1. st. labij		005	Dojenje	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> Delno <input type="checkbox"/> NE		<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> Delno <input type="checkbox"/> NE		<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> Delno <input type="checkbox"/> NE	
<input type="checkbox"/> Ruptura 2. st.		006	Druteza	<input type="checkbox"/> Spontana Visina: P /		<input type="checkbox"/> Spontana Visina: P /		<input type="checkbox"/> Spontana Visina: P /	
<input type="checkbox"/> Drugo:		007	Maternica	<input type="checkbox"/> Normalno skrčena		<input type="checkbox"/> Normalno skrčena		<input type="checkbox"/> Normalno skrčena	
POSEGI:		008	Čišča	<input type="checkbox"/> Normalna		<input type="checkbox"/> Normalna		<input type="checkbox"/> Normalna	
<input type="checkbox"/> NE		009	Rana	<input type="checkbox"/> NE at <input type="checkbox"/> normalna		<input type="checkbox"/> NE at <input type="checkbox"/> normalna		<input type="checkbox"/> NE at <input type="checkbox"/> normalna	
<input type="checkbox"/> Epiziotomija		010	Odvajanje blata					<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE (glic. svečka)	
<input type="checkbox"/> Šivanje rane		011	Druga opažanja	<input type="checkbox"/> NE		<input type="checkbox"/> NE		<input type="checkbox"/> NE	
<input type="checkbox"/> Izbipanje		012	Nošč. sladk. bolezen					<input type="checkbox"/> NE at <input type="checkbox"/> RS-: 6,4 90 ms, po jso	
<input type="checkbox"/> Drugo:		013	Ocena bolečine po VAS	VAS < 3 <input type="checkbox"/> NE VAS > 3 <input type="checkbox"/> paracetamol 500 mg/8ur VAS > 5 <input type="checkbox"/> naproksen 275 mg/ 12 ur		<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> paracetamol 500 mg/8ur <input type="checkbox"/> naproksen 275 mg/ 12 ur		<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> paracetamol 500 mg/8ur <input type="checkbox"/> naproksen 275 mg/ 12 ur	
OBPORNODNA KRVAVITEV ml		015	Zdravila za dojenje					<input type="checkbox"/> Okcitolin (Syntocinon) v odliki 1 vpli 5 minut pred dojenjem otročnici v nos	
NOVOROJENČEK:		016	Antibiotik - dva odm. po porodu - preventivno zaradi SRM > 12h	<input type="checkbox"/> cefazolin 1g/8h <input type="checkbox"/> ob alergiji klindamicin 600 mg/8h		1. odmerek po porodu <input type="checkbox"/> V PB datum, ura: _____ <input type="checkbox"/> Na oddelku datum, ura: _____ <input type="checkbox"/> 2. odmerek na oddelku datum, ura: _____			
TEŽA g		DRUGA TERAPIJA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA _____ (podpis Z, ID)							
DOLŽINA cm		017	Dolgoročna th. (ustjeva):						
OBSEG GLAVE cm		018	Fragmin:						
RHD otročnice		019	Druga zdravila (ustave) (v odloži):						
RHD otroka		020	Izstop iz standardne obravnave otročnice	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> odpuščen doma	<input type="checkbox"/> podaljšana list noč (obtem peselnih testov otroka)	<input type="checkbox"/> zaključena DM	
DRUGO:				<input type="checkbox"/> DA, oddelčni list	<input type="checkbox"/> DA, oddelčni list	<input type="checkbox"/> DA, oddelčni list	<input type="checkbox"/> premešana na FIN	<input type="checkbox"/> premešana na FIN	<input type="checkbox"/> premešana na FIN
		podpis, ID	DMS, DR:		DMS, DR:		DMS, DR:		
		podpis, ID	Z:		Z:		Z:		

Sifra	ura, datum	odloži	podpis	ID št.
Sifra	ura, datum	odloži	podpis	ID št.

Slika 1: Klinična pot porod OTROČNICA (Klinična pot porod - interno gradivo, 2016).



šifra	Sprejemne negovalne diagnoze	Sprejemni dan	1. dan	2. dan
		W:	W:	W:
		MLP:	MLP:	MLP:
021	NAVODILA <input type="checkbox"/> Seznaitev z bolnišničnim redom <input type="checkbox"/> Načrtovanje odpusta		<input type="checkbox"/> Načrtovanje odpusta	<input type="checkbox"/> Načrtovanje odpusta <input type="checkbox"/> Navodila ob odpustu
022	KOMUNIKACIJA <input type="checkbox"/> Navodila razume	H.22	<input type="checkbox"/> Navodila razume	H.22 <input type="checkbox"/> Navodila razume
023	VARNOST <input type="checkbox"/> Seznaitev s sistemom "rooming-in" <input type="checkbox"/> Navodila za varovanje oseb. predmetov		<input type="checkbox"/> Spodbujanje k upoštevanju navodil za varnost	<input type="checkbox"/> Spodbujanje k upoštevanju navodil za varnost
024	GIBANJE <input type="checkbox"/> Navodila in pomoč pri prvem vstajanju	A.13	<input type="checkbox"/> Pomoč pri vstajanju	A.13
025	PREHRANJEVANJE/PITJE <input type="checkbox"/> Navodila za zadostno uživanje hrane in tekočin	B.15	<input type="checkbox"/> Spodbujanje hidracije	B.15 <input type="checkbox"/> Spodbujanje hidracije
026	OSEBNA HIGIENA <input type="checkbox"/> Dobi navodila	A.11.5	<input type="checkbox"/> Spodbujanje	A.11.5 <input type="checkbox"/> Spodbujanje
027	NEPOSREDNA OKOLICA OTROČNICE <input type="checkbox"/> Navodila za ustrezno temp. okolice otročnice <input type="checkbox"/> ČBO <input type="checkbox"/> Postiljanje in prestiljanje		<input type="checkbox"/> Navodila za ustrezno temp. okolice otročnice <input type="checkbox"/> ČBO <input type="checkbox"/> Postiljanje in prestiljanje	<input type="checkbox"/> Navodila za ustrezno temp. okolice otročnic <input type="checkbox"/> ČBO <input type="checkbox"/> Postiljanje in prestiljanje
028	DOJENJE <input type="checkbox"/> Navodila za dojenje <input type="checkbox"/> Pomoč, pristavljanje <input type="checkbox"/> Pomoč, nastavek <input type="checkbox"/> Brizganje mleka	B.7, B.5, B.6	<input type="checkbox"/> Svetovanje, spodbujanje <input type="checkbox"/> Pomoč, pristavljanje <input type="checkbox"/> Pomoč, nastavek <input type="checkbox"/> Navodila za nego bradavic <input type="checkbox"/> Brizganje mleka	B.7, B.5, B.6 <input type="checkbox"/> Svetovanje, spodbujanje <input type="checkbox"/> Pomoč, pristavljanje <input type="checkbox"/> Pomoč, nastavek <input type="checkbox"/> Navodila za nego bradavic <input type="checkbox"/> Brizganje mleka
029	NEGA RANE <input type="checkbox"/> Rane ni ali <input type="checkbox"/> Svetovanje o negi rane	F.1 A.11.8, A.11.7	<input type="checkbox"/> Rane ni ali <input type="checkbox"/> Svetovanje o negi rane	F.1 A.11.8, A.11.7 <input type="checkbox"/> Svetovanje o negi rane
030	ZDR. VZGOJNO DELO <input type="checkbox"/> Osnove rokovanja in nege novorojenčka	F.8, G.1	<input type="checkbox"/> Učenje in opazovanje nege novorojenčka	F.8, G.1 <input type="checkbox"/> Učenje in opazovanje nege novorojenčka
031	<input type="checkbox"/> Pogovor o zdravem načinu življenja		<input type="checkbox"/> Pogovor o zdravem načinu življenja	<input type="checkbox"/> Pogovor o zdravem načinu življenja
032	NAVODILA OB TERAPIJI <input type="checkbox"/> Dobi navodila za jemanje zdravil		<input type="checkbox"/> Dobi navodila za jemanje zdravil	<input type="checkbox"/> Dobi navodila za jemanje zdravil
033	UČENJE APLIKACIJE FRAIGMINA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> odstranitev	A.11.6, A. 11.7	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> odstranitev	A.11.6, A. 11.7 <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Učenje aplikacije <input type="checkbox"/> odstranitev
034	I. V. KANILA Podpis, ID	MS, B, ZT	MS, B, ZT	MS, B, ZT
035	KATEGORIJA OTROČNICE <input type="checkbox"/> II		<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II
	Podpis, ID	DMS, DB	DMS, DB	DMS, DB

FIZIOTERAPIJA		
036	<input type="checkbox"/> Seznaitev s pomenom in cilji poporodne vadbe	Dodatno
037	<input type="checkbox"/> Razmik preme trebušne mišice je v mejah normalnega	Datum
		Podpis fizioterapevke

PSIHOLOGINJA: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE			SOCIALNA SLUŽBA: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE		
Datum	Ura	podpis	Datum	Ura	podpis

šifra	ura, datum	odpis	podpis	ID št.
šifra	ura, datum	odpis	podpis	ID št.
šifra	ura, datum	odpis	podpis	ID št.
šifra	ura, datum	odpis	podpis	ID št.

Slika 2: Klinična pot porod OTROČNICA (Klinična pot porod - interno gradivo, 2016).

V prvem letu izvajanja KPP na oddelkih otročnic smo ugotovili, da je bilo 28 % otročnic na oddelkih za poporodno nego vključenih v babiško vizito. V obdobju naslednjih desetih let se je ta delež stabiliziral in se giblje okoli 60 %. Povečanje odstotka sodelujočih otročnic je posledica učinkovitejše implementacije KPP ter poudarka na kontinuirani in celostni babiški oskrbi. To kaže na pozitiven vpliv KPP na izboljšanje kakovosti obravnave in zadovoljstva otročnic ter poudarja pomen standardizirane in sistematične obravnave v porodniški praksi.

Od začetka uvajanja KPP do danes smo tudi priča korenitim spremembam v kadrovski strukturi na oddelkih otročnic. V prvih letih izvajanja KPP sta bili na oddelkih za poporodno nego prisotni po dve diplomirani babici oziroma diplomirani medicinski sestri, medtem ko se število diplomiranih babic v zadnjih letih počasi večja. Sedaj se delež diplomiranih babic na oddelkih približuje polovici celotnega zdravstvenega tima. Ta pomemben premik v kadrovski strukturi je odražal povečano prepoznavanje ključne vloge babic v procesu zdravstvene obravnave ter pomagal zagotoviti kontinuirano in strokovno babiško oskrbo za otročnice.

### **Prednosti Klinične poti porod in možnosti za izboljšave**

KPP prinaša številne prednosti v porodniški oskrbi, med katerimi je ključno vračanje vloge pri oskrbi porodnic nazaj k babicam. Ena od glavnih prednosti KPP je njena sposobnost za samostojno obravnavo in zaključek obravnave pri normalnem in standardnem poporodnem poteku, ki jo izvajajo diplomirane babice in medicinske sestre brez potrebe po vključitvi zdravnika. To znatno izboljšuje učinkovitost, kakovost in varnost zdravstvene oskrbe, obenem pa omogoča bolj individualiziran pristop pri skrbi za otročnico in novorojenčka.

Kljub prednostim obstajajo tudi možnosti za izboljšave. Med pomembnejšimi je zagotovitev ustrezne kadrovske strukture in zadostno število zaposlenih v negovalnih timih na oddelku, kar je ključno za učinkovito izvajanje KPP. Prav tako bi bila koristna digitalizacija KPP, saj bi olajšala beleženje, dostop in analizo podatkov, kar bi vodilo k še boljši prilagodljivosti in izboljšanju zdravstvene oskrbe porodnic. KPP pomembna in obetavna praksa, ki pa se lahko za boljše rezultate in zadovoljstvo vseh vključenih strani še nadgrajuje.

### **Literatura in viri:**

Kompetence in poklicne aktivnosti izvajalcev v dejavnosti babištva, 2021. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Univerzitetni klinični center Ljubljana (UKC Ljubljana), 2013. Klinična pot porod - interno gradivo

Zapisnik projektne skupine KPP (UKC Ljubljana), 2011.

# KOMUNIKACIJA – IZZIVI IN OVIRE V PORODNI SOBI

**Maja Saksida, dipl. babica**

**Martina Tribušon, dipl. babica**

Splošna bolnišnica Dr. Franca Derganca Nova Gorica,

oddelek za ginekologijo in porodništvo

maja.saksida@bolnisnica-go.si, martina.tribuson@bolnisnica-go.si

## IZVLEČEK

**Uvod:** Komunikacija je del našega vsakdana, ki jo vsaka oseba uporablja na zavedni ali nezavedni ravni. Večina zdravstvenega dela je tudi zbiranje in predaja ustreznih informacij, zato je bistvenega pomena, da poznamo vsaj osnove komunikacije. **Namen:** Namen članka je pregled literature in izpostavitve problematike pojava tuje govorečih porodnic, katerih število se povečuje. **Metode dela:** Metoda dela je deskriptivna, s pregledom strokovne literature. V nadaljevanju pa obdelava podatkov o tuje govorečih porodnicah v naši porodnišnici. **Razprava:** Porod je pomembno in prelomno obdobje v življenju ženske, ki zaznamuje življenje in spomine ženske za celotno življenje. Porodnica potrebuje ob sebi podporno, empatično strokovno osebo z veliko mero nežnosti in spoštovanja. Potrebuje seznanitev oziroma informiranje pred vsakim posegom in podati svoje strinjanje. Vsak porod je že sam po sebi lahko izziv. Do večjih izzivov pa pride takrat, ko ne porodnica, ne spremljevalec/spremljevalka pri porodu, ne znata nobenega jezika, kot njihovega materinega. **Zaključek:** V svetu se srečujemo z ogromno fluktuacijo ljudi, z mešanjem in sprejemanjem različnim kultur. Soočamo se z vprašanji, kaj storiti takrat, ko se razumemo? Kaj storiti, ko ni časa klicati preko telefona, uporabljati in tipkati na spletni brskalnik, ko hkrati v nas vre dvom, kako je določena beseda sploh prevedena? S čim si zdravstveno osebje lahko pomaga? Je obravnava enakovredna? Ni kršeno varovanje osebnih podatkov?

**Ključne besede:** komunikacija v zdravstvu, komunikacija v porodni sobi, komunikacija, komunikacijske ovire

## UVOD

Beseda komunicirati izhaja iz latinščine »communicare«. Pomeni pa posredovanje misli, informacij, sporazumevati se, posvetovati se, razpravljati, vprašati za nasvet. Komunikacija je torej vsakodnevna izmenjava, sprejemanje in razumevanje informacij med dvema ali več udeleženci (Malinovič, 2009). Omogoča nam, da ljudje delimo različna mnenja in misli. Komunikacija pomaga ljudem postati razumljen (Angelo, 2014). Ni prirojena, ampak se jo moramo naučiti in piliti skozi celo življenje.

## Osnove komunikacije

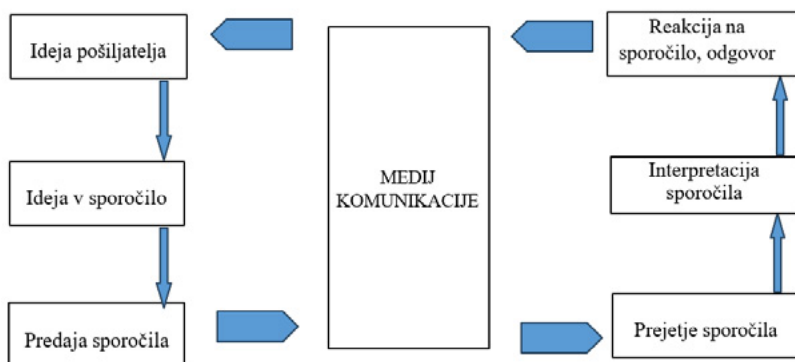
Poznamo več vrst komunikacije. Te so intrapersonalna komunikacija (komunikacija s samim seboj), interpersonalna komunikacija (komunikacija osebe z okoljem, v tega so vključene osebe iz družine, sodelavci, prijatelji,...), skupinska komunikacija (komunikacija oseb v manjši skupini) in javna komunikacija (Bhathagar N. & Bhathagar M., 2012).

Ločimo tudi med enosmernim ali dvosmernim komuniciranjem. Enosmerna komunikacija je proces, kjer določena informacija potuje samo v eno smer, medtem ko je dvosmerna komunikacija, komunikacija, ki poteka v obeh smereh ter posledično vključuje povratne informacije (Malinović, 2009).

Komunikacija je lahko namerna, kar pomeni, da je namenjena točno določenemu naslovniku oziroma naslovnikom ali nenamerna, kar bi pomenilo, da pride informacija do nekoga, kateremu ni namenjena (Angelo, 2014).

Komunikacija je lahko verbalna oziroma besedna ali neverbalna oziroma nebesedna. Pri verbalni komunikaciji uporabljamo besede pri tvorjenju sporočila do sprejemnika. Neverbalna pa je izredno široka, saj vsebuje več kanalov, kot na primer mimika obraza, očesni stik, govorno vedenje, gestikuliranje, dotik, vedenje v prostoru, (Brajša, 1994). Ta naj bi bila tudi težje obvladljiva, saj poteka podzavestno in jo sporočevalec nezavedno uporablja (Lesjak, 2018). Več kot polovica vseh pogovorov naj bi potekala nebesedno, in sicer pomen besed naj bi predstavljal 7 % neverbalne komunikacije, 38 % intonacija govora, govornica telesa, obraz ter kretnje pa kar 55 % (Možina et al., 1998).

Vsako komuniciranje mora imeti svoj cilj. Če je ta dosežen, smatramo, da je bila komunikacija uspešna. Potek komuniciranja je najlažje opisati s pomočjo komunikacijskega procesa (Bhathagar N. & Bhathagar M., 2012).



Slika 1: Proces komunikacije (Bhathagar N. & Bhathagar M., 2012)

Prvi korak je oddajnik, ki dobi idejo sporočila, izbere kanal za prenos informacij ter pretvori sporočilo. V naslednji fazi procesa kodirano sporočilo potuje do sprejemnika, ki odkodira sporočilo ter ga po svoje razume. Nato prejemnik lahko reagira na sporočilo in da odgovor pošiljatelju (Bhathagar N. & Bhathagar M., 2012) (Slika 1).

Komunikacija je uspešna samo pod pogojem, da je uspešno izpolnjenih vseh šest faz in da prejemnik sporočilo tudi razume (Bhathagar N. & Bhathagar M., 2012).

Med komuniciranjem se lahko zgodijo tudi napake, bodisi na strani podajatelja ali na strani prejemnika. Vzroki za napake so lahko:

- jezikovna bariera, ko predajnik in sprejemnik ne govorita istega jezika,
- slaba interpretacija, ko ena oseba misli eno stvar prejemnik pa razume drugače,
- slabo poslušanje, včasih ne glede na to, kako se trudite z razlago in komunikacijo, poslušalec informacije ne prejme, ker noče poslušati ali pa ni popolnoma skoncentriran na pogovor ali celo razmišlja o drugi stvari (Angelo, 2014).

Namen pregleda literature je izpostaviti problematiko tuje govorečih porodnic, ki ne razumejo in ne govorijo slovenskega jezika ter pridobiti dodatno literaturo in razmisliti, kako se soočiti s problematiko, ki je naraščajoča. Predstaviti načine dobre prakse pri premagovanju te problematike in si postaviti izziv, kako naprej reševati situacijo, kateri se ni mogoče izogniti. Kako lahko premosti komunikacijsko oviro jezika in razumevanja, da ne bi prihajalo do nesoglasij ali celo pravnih komplikacij.

Opravili smo pregled strokovne literature preko spletnih iskalnikov pod ključnimi besedami: komunikacija, komunikacija v zdravstvu, komunikacija v porodni sobi, komunikacijske prepreke (v slovenskem jeziku) in v angleškem jeziku communication, communication in the delivery room, communication barriers, communication for health professionals. Najdenih je bilo več tisoč zadetkov. Za pregled pa so bili izbrani tisti, ki so opisovali komunikacijo zdravstvenih delavcev, komunikacijo s tuje govorečimi. V delu, kjer so izraženi podatki o porastu tuje govorečih porodnic, je bil uporabljen pregled podatkov zdravstvene dokumentacije, predvsem porodnih knjig od leta 2015 do leta 2022. Uporabljeni podatki ne vsebujejo občutljivih ali osebnih podatkov o pacientih, kot so imena, priimki, kraj bivanja. Uporabljeni so samo številčni podatki, tako, da iz njih ni mogoče prepoznati dotičnih oseb. Podatki so obdelani in združeni v tabele in grafe.

## **Komunikacija v porodni sobi**

Komunikacija je neizogibna v vsakdanjem življenju. Torej, zakaj bi se učili posebne komunikacije v zdravstvu, če pa vsakodnevno uporabljamo to večino (O'Toole, 2020)? Sposobnost dobre komunikacije je ena bistvenih sposobnosti dobrega zdravstvenega delavca. Najpogosteje uporabljena je verbalna komunikacija preko dvostranskega pogovora. Jezik, ki se ga uporabi, naj bi bil vljuden in slovnično pravilen.

Uporaba raznih vrst slenga, žargona, je do pacienta nespoštljiva ali za nekatere celo nerazumljiva, zato se jih je dobro izogibati (Elsevier, 2020).

Porod je tako intimno in prelomno obdobje za starša, tu je ustrezna komunikacija še toliko bolj pomembna. Eden izmed faktorjev za pozitivno porodno izkušnjo so tudi komunikacijske sposobnosti babice. Ustrezna, primerna in dobra komunikacija je ključna pri delu v porodni sobi ter na poporodnem oddelku (Bafoe, 2019). Uspešna komunikacija lahko prepreči različne zaplete ob porodu in zmanjša maternalno ter neonatalno umrljivost, skrajšata porod, zmanjša število intervencij, zmanjšata bolečino porodnici in poveča zadovoljstvo porodnice, ki tako pridobi pozitivno porodno izkušnjo (Madula et al., 2018), slabša podpora in komunikacija med porodom pa je močno povezana z večjo možnost poporodne depresije (Bafoe, 2019).

Porodnici je potrebno ob prihodu nuditi dovolj časa, da deli vse potrebne informacije, ki jih čuti, da bi jih delila (Madula et al., 2018). Naloga babice je, da predstavi prostor porodnici, ji omogoči prosto gibanje, v kolikor to dovoli njeno zdravstveno stanje, razloži vse postopke, preden jih opravi.

Babica v porodni sobi mora biti empatična, pozorna, pomirjujoča in na razpolago porodnici, ne sme imeti hladnega pristopa, ne sme biti distancirana, nezainteresirana (Bafoe, 2019), izogibajo naj se slabi volji, negativizmu, kričanju, ostrim besedam, hladnemu tonu glasu (Madula et al., 2018). Bafoe (2019) v svojem prispevku razkriva, da so porodnice med popadki manj dovzetne za sprejemanje informacij. Velikokrat informacije preslišijo in jih mora babica po koncu popadka ponoviti (Bafoe, 2019).

Če porodnica začuti spoštljiv odnos babice in je njena neverbalna komunikacija nežna, empatična, zgolj to pripomore k večji samozavesti porodnic, ki ne znajo jezika v državi, kjer rojevajo. Doprinese k njihovi mirnosti ter so dokazano bolj pripravljene na porod (Abdulle et al., 2023). Problematika tujcev je pomanjkljivo razumevanje informacij ter posledično manjša vključenost v odločanje o svojem zdravstvenem stanju. Jezikovne ovire povečajo možnost medikaliziranega poroda. Če porodnica ne razume predanih informacij, občuti stres, zakrčenost telesa in je možno ne- napredovanje poroda (Abdulle et al., 2023). Dokazano je, da je pri migrantkah zaradi opisanih problematik večja možnost prezgodnjega poroda, epiziotomij, carskega reza, poporodnih krvavitev, nižje ocene novorojenega otroka po Apgarjevi, nižja porodna teža (Abdulle et al., 2023). Neuspešna komunikacija v zdravstvu ne vodi samo v pritožbe, ali zapoznelo diagnozo, lahko potencialno negativno vplivajo na splošno zdravje ljudi ali povzroči celo smrt. Ima lahko tudi pravne posledice in vpliva na ugled zdravstvenega osebja (O'Toole, 2020).

Med babico in porodnico poteka verbalna ali več oblik neverbalne komunikacije. Babice med porodnim procesom brez verbalne oblike komunikacije zaznavajo več oblik neverbalne komunikacije. Že samo s pomočjo obrazne mimike lahko babice prepoznajo odziv na bolečino pacientke in njeno počutje (Ušaj et al., 2022).

Velikokrat se tudi zgodi, da pacientka daje znak, da je informacije razumela, ko pa pride do izvedbe diagnostike ali postopka, se opazi na obrazu pacientke, da informacije ni dobro razumela.

Ena izmed perečih problematik v porodni sobi je uporaba avtoritativne komunikacije ali celo verbalna zloraba porodnice. Ženske po porodu slednje opišejo kot kričanje babice med porodom, da so jih babice okarale, kakšne so bile med porodom, nespoštovanje, oštevanje, kot da so majhni otroci, uporaba zmerljivk (Madula et al., 2018). V enem izmed intervjujev, ki jih je gospa Bafoe izvajala, je ena izmed babic celo priznala, da uporabljajo tudi grobe mehanizme, da preprečijo porodnicam, da kričijo med popadki in da začnejo poslušat navodila babic (Bafoe, 2019).

### **Informativen pristop v porodni sobi**

Vsi uporabniki zdravstvenih storitev imajo pravico do informirane odločitve, obveščeni o svojem zdravstvenem stanju, načinu zdravljenja, možnostih in poteku le tega. Pacient ima pravico do samostojnega odločanja o svojem zdravstvenem stanju ter ima pravico do privolitve ali zavrnitve zdravljenja ali posega.

26. člen Zakona o pacientovih pravicah navaja, da lahko pacient izrazi privolitev tudi ustno, kjer je jasno vidno in razumljeno, da to pomeni njegovo privolitev. »Kadar pacient ne more dati pisne privolitve, lahko da privolitev tudi ustno v prisotnosti dveh polnoletnih prič, kar je treba dokumentirati na obrazcu iz 27. člena tega zakona, skupaj z navedbo razloga nezmožnosti«. Medtem ko 29. člen omenjenega zakona opredeljuje, da v primerih, ko pacient ne more, ni sposoben ali ni bilo mogoče pridobiti dveh polnoletnih prič v spodobnem času ali ko je zdravstvena obravnava v večjo korist pacienta, se le-ta lahko opravi brez privolitve pacienta.

### **Izzivi in ovire v porodni sobi**

V svetu je vedno več jezikovne raznolikosti, selitev in vsako leto je večje število migrantov. Tudi v Sloveniji beležimo večje število priseljevanj, ki strmo narašča. Ta gibanja se kažejo na področju veljavnih dovoljenj za stalno in začasno prebivanje, ki v zadnjem desetletju in več strmo naraščajo. V letu 2019 je bilo veljavnih 87.488 dovoljenj za stalno prebivanje (v letu 2018 83.542). V istem letu je bilo veljavnih 79.550 dovoljenj za začasno prebivanje (v letu 2018 skoraj 64.500 dovoljenj) (Zavod Povod, 2020). Največ priseljevanj je iz držav Bosne in Hercegovine, Kosova, Srbije, Makedonije in Ruske federacije.

Tudi v naši porodnišnici opažamo trend naraščanja porodnic iz opisanih držav. Spodnji podatki so zbrani od leta 2015 pa do leta 2022. Kot je razvidno, je odstotek tuje govorečih porodnic narasel za kar 10 %. Leta 2015 je bilo takih porodnic slabih 10 %, lani pa kar skoraj 20 %. V vzorec so bile zajete porodnice, ki slabo govorijo slovenski jezik ali pa ga sploh ne. Posebej pa so opredeljene albansko govoreče porodnice,

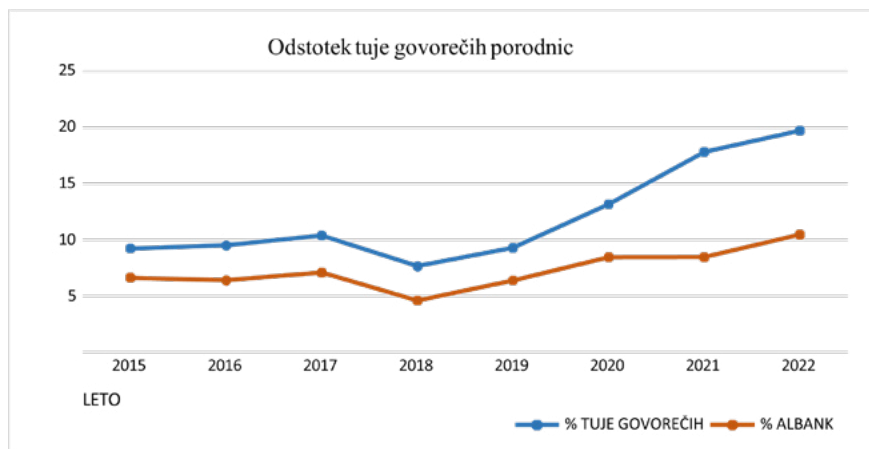


katerih odstotek je v porastu. Iz izkušenj se s temi porodnicami še posebno težko sporazumevamo, saj večinoma ne poznajo nobenega drugega jezika, naši zaposleni pa ne razumejo in ne govorijo albanskega jezika.

Spodnji podatki (Tabela 1) so povzeti iz zdravstvene dokumentacije.

**Tabela 1:** Odstotek tuje govorečih porodnic in albansko govorečih

LETO	% TUJE GOVOREČIH	% ALBANSKO GOVOREČIH
2015	9,2	6,6
2016	9,5	6,4
2017	10,4	7,1
2018	7,6	4,6
2019	9,3	6,4
2020	13,2	8,4
2021	17,8	8,5
2022	19,7	10,5



*Graf 1: Grafični prikaz porasta tuje govorečih porodnic*

Zaradi slednjih ovir lahko pride do nerazumevanja, prinese težave pri informirani odločitvi, nerazumevanje porodnice pri razlagi, zdravljenju, nezadovoljstvo z zdravstveno oskrbo. Privede tudi do povečane uporabe različne diagnostike, neprimernega zdravljenja in napačno postavljenih diagnoz (Madula et al., 2018). Zdravstveni delavci, ki se srečujejo s problematiko mešanja različnih tujih kultur so zatrdili, da jim je v velik izziv komunikacija z albansko govorečimi pacienti, saj jih večina ne zna niti enega jezika.

ka razen svojega. S pacienti iz Srbije, Hrvaške, Makedonije naj bi bilo precej lažje, glede na to, da si je slovenski jezik z opisanimi v določeni meri podoben (Ušaj et al., 2022).

Primer oziroma izziv v naši porodnišnici: albanske porodnice slabo podajo družinsko anamnezo, kar se lahko tekom poporodne oskrbe pokaže kot napačno oz. neresnično. To lahko privede do kasnejših težav v obravnavi. Težave nastanejo tudi pri privolitvi staršev za ali proti cepljenju novorojenčka proti tuberkulozi, saj pride do nerazumevanja.

Primer: izražena ali neizražena želja po epiduralni analgeziji. V primeru, da porodnica ali spremljevalec ne govorita nobenega jezika, ki jih govori zdravstveno osebje, se epiduralne analgezije ne aplicira, kljub morebitni želji. Pojavi se vprašanje, na kakšen način obvestiti oziroma pacientki razložiti morebitne posledice in postopke, če jezika ne razume?

Pri zmanjšanju jezikovne ovire si velikokrat lahko pomagamo z izbiro spletnih prevajalnikov, vendar je potrebno vzeti v zakup, da lahko pride do izgube pomembnih besed v prevodu. Temu se lahko izognemo s klicem uradnega prevajalca (Madula et al., 2018). Slednje omogoča točnost informacij ter varstvo osebnih podatkov (Akhanvan, 2012). Uporaba uradnega prevajalca ima tudi svoje slabosti, saj tako potrebujemo več časa za ustrezno informiranje porodnice, ki ga mogoče med aktivno drugo porodno dobo ni (Madula et al., 2018).

Z naraščanjem števila porodnic iz tujine, ki ne razumejo nobenega drugega jezika kot svojega, je tudi naša porodnišnica v Šempetru prišla naproti ter olajšala delo osebju ter porodnicam. Izročke, ki jih delimo vsaki nosečnici, smo uradno prevedli. Le ta opisuje prednosti dojenja, načine dojenja, opisuje pravilno pristavljanje, postopek ročnega črpanja mleka, masaže prsi ter koliko časa se lahko hrani stiskano materino mleko na različnih temperaturah. Za aplikacijo podkožne injekcije za preprečevanje krvnih strdkov delimo tudi slikovni prikaz same aplikacije ter jim samo aplikacijo 2 dni pred odpustom domov pokažemo. V sklopu naše bolnišnice imamo tudi objavljen seznam več prostovoljcev, ki prevajajo iz albanskega jezika, vendar to niso uradni prevajalci. Pomagamo si s spletnim prevajalnikom, s telefonskimi klici svojcev, z osebjem iz bolnišnice, ki govorijo tudi albansko. Izziv nastane, ko tudi svojci, mož, ne razumejo nobenega drugega jezika, kot albanskega.

Izziv je predvsem zato, ker se trudimo omogočiti popolno, kakovostno, varno obravnavo. Zavedati se moramo, da ima vsak pacient oziroma uporabnik zdravstvenih storitev pravico do enakopravne zdravstvene obravnave, ne glede na njihov spol, raso, pripadnost, vero ali narodnost. 19. člen Zakona o pacientovih pravicah namreč trdi: »Pacient ima pravico, da zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci z njim govorijo ali drugače komunicirajo v slovenskem jeziku ali v jeziku narodne skupnosti na območjih lokalnih skupnosti, kjer je poleg slovenskega jezika uradni jezik tudi italijanski oziroma madžarski jezik.«

Raziskava o jezikovnih ovirah pri porodu, ki so jo opravili na Norveškem je dokazala, da jezikovne ovire povzročijo nesodelovanje porodnic ter stisko babic, saj niso bile

sposobne predati informacij tako kot bi si želele. Posledično porodnice niso prejele zdravstvene oskrbe, ki bi jo bile dolžne. Babice, ki so sodelovale v raziskavi so priznale, da pri tem pomaga tudi vključevanje uradnega prevajalca, če je čas. Medtem ko ponovni problem lahko nastane v drugi porodni dobi, ko ni časa za prevajanje ampak zgolj za aktivno posredovanje. Porodnice so v tisti dobi manj dovzetne za sprejemanje informacij. Jezikovne ovire lahko povzročijo, da ni sodelovanja med babico in porodnico, pač pa je zdravstvena oskrba bolj usmerjena na babico in njeno odločanje, kar doprinese k slabši oskrbi in nevarnosti. Babicam v porodni sobi olajša, če imajo porodnice s seboj osebo, ki je njej podpora ter razume kakršenkoli jezik, čemur pa ni vedno tako. Velikokrat so porodnice tudi same (Abdulle et al., 2023).

## ZAKLJUČEK

Izziv med porodom samim je že to, da poroda ne moremo predvideti, prav tako tudi ne moremo zapisati vseh možnih scenarijev, da bi jih lahko prevedli. Ob klicu uradnega prevajalca v porodno sobo se pojavi dilema, kako zagotoviti ustrezno intimo in varovanje osebnih podatkov, posebno če prevajalec ni zdravstveni delavec. Pogosto se dogodi, da porodnice s seboj pripeljejo za namen prevajanja tudi otroke, nekatere ženske celo ne svojih. Je to dovolj kompetentna oseba, ki ji lahko zaupamo prevajanje občutljivih zdravstvenih podatkov?

Potrebno je več govora na to tematiko, ki je naraščajoča, več raziskav, ki bi pripomogle pri izboljšanju zdravstvene oskrbe porodnic oziroma pacientov z jezikovno oviro ter več raziskav, kako olajšati delo zdravstvenim delavcem, ki se s problematiko srečujejo pogosto. Na to tematiko je potrebno več izobraževanj za zdravstvene delavce, kar bi lahko pripomoglo k boljši in kakovostnejši obravnavi pacientov iz tujih kultur. Smiselno bi bilo vpeljati delavnice na temo komunikacije z ljudmi iz tujih kultur.

## Viri in literatura

Abdulle, AA., Borrego N., & Lundgren, I., 2023. Midwives' experiences of encountering immigrant women during labour and birth who do not master the host country's language. A lifeworld hermeneutic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, pp.1 – 9.

Akhavan, S., 2012. Midwives' views on factors that contribute to health care inequalities among immigrants in Sweden: a qualitative study. *Akhavan International Journal for Equity in Health*, 11(47).

Angelo, G., 2014. The effective communication skills: How to be a better communicator now. USA: SN&NS Publications, pp. 1-35.

Bafoe, G., 2019. Communication between midwives and women-in-labour: A case study of Mamprobi polyclinic-Accra, Ghana. *New Media and Mass Communication*, 84.

- Birk, K., 2009. Profesionalna komunikacija kot del managementa v zdravstveni negi. Koper: Zbornik 6. študentske konference Fakultete za management Koper.
- Bofulin, M., et al., 2016. Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba – Priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev. [https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/07/prirocnik\\_kulturne\\_kompetence\\_2016.pdf](https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/07/prirocnik_kulturne_kompetence_2016.pdf).
- Brajša, P., 1994. Managerska komunikologija: komuniciranje, problemi in konflikti v podjetju. 1.natis. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
- Bhathagar N. & Bhathagar M., 2012. Effective communication and soft skills:strategies for success. India: Darling Kindersly. pp.1-35.
- Elsevier, 2020. Effective communication for health professionals. Elsevier Inc. second eddition.
- Lesjak, N., 2018. Neverbalna komunikacija v zdravstvu, diplomska naloga. Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Ortotika in protetika, 1. stopnja.
- Koželj, R.N., 2004. Komunikacija v zdravstvu: Kako do uspešne interakcije?. Maribor.
- Madula, P., Kalembo, W.F., Yu, H., & Kaminga, C.A., 2018. Healthcare provider-patient communication: a qualitative study of women's perceptions during childbirth. Reproductive Health.
- Malinovič, M., 2009. Vloga komuniciranja pri vodenju, diplomska naloga. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
- Možina, S., Tavčar, M., & Kneževič, A., 1998. Poslovno komuniciranje. 2. izdaja. Maribor: Obzorja.
- O' Toole, G., 2020. Communication care interpersonal skills For Healthcare professionals. Australia: Elsevier Australia. Forth edition, pp.1- 65.
- Ušaj, S., Medvešček, K., Černe, T.K., Ličen, S., & Prosen, M., 2022. Pomembnost medkulturne komunikacije v zdravstveni negi. *Revija za univerzalno odličnost*, 11 (2), pp. 124 – 139.
- Zakon o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08, 55/17, 177/20 in 100/22 – ZNUZSZS).
- Zavod Povod, 2020. Migranti in begunci v Sloveniji 2020. Agenda 2030 in migracije – poročilo.

# IZZIVI DOJENJA PRI NOVOROJENČKU S PRIRAŠČENIM JEZIČKOM

## *The challenge with breastfeeding infant with ankyloglossy*

**Mojca Petek, dipl. bab., IBCLC**

Zdravstveni dom Idrija, Patronažna služba

petek.mojca@gmail.com

### IZVLEČEK

Priraščen jeziček (ankiloglosija) je prirojena anomalija, za katero je značilna kratka podjezična vez (frenulum), ki lahko ovira gibanje jezika in s tem povzroča težave pri dojenju. Mnenja o zdravljenju ankioglosije so različna. Vsi novorojenčki in dojenčki z ankioglosijo nimajo težav z dojenjem. Prepoznati moramo novorojenčke in dojenčke s priraščenim jezičkom, da bi lahko dosegli priporočila Svetovne zdravstvene organizacije in Unicefa o izključnem dojenju do 6. meseca starosti in še naprej ob uvajanju ustrezne dopolnilne prehrane do vsaj drugega leta starosti. Pomembno je svetovanje pri dojenju in podpora doječi mami in otroku.

**Ključne besede:** ankioglosija, dojenje, težave z dojenjem, svetovanje

### ABSTRACT

Tongue-tie (ankyloglossy) is a congenital oral anomaly characterised by a short lingual frenulum, which may restrict tongue mobility and therefore cause breastfeeding problems. There are varying opinions regarding its clinical significance and optimal management. Not all infants and babies with ankyloglossia have problems with breastfeeding. We need to identify infants and babies with a tongue tie in order to achieve the World Health Organization and Unicef recommendations on exclusive breastfeeding until 6 months of age and beyond with the introduction of appropriate complementary nutrition. It is important our breastfeeding consultant and support for the nursing mother and infant.

**Key words:** ankyloglossy, breastfeeding, breastfeeding problems, counselling

### UVOD

Dojenje je optimalen način hranjenja dojenčkov, ki otroku in doječi materi prinaša številne prednosti (Vacl, 2022). Je najbolj naraven način hranjenja sesalcev in vsaka

vrsta ima sebi oziroma potrebam svojih mladičev prilagojeno mleko. Materino mleko je najboljše in največ, kar lahko mati nudi svojemu otroku. (Skale, 2010).

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) in Unicef priporočata zgodnji začetek dojenja v prvi uri po rojstvu, izključno dojenje do 6. meseca otrokove starosti in ob uvažanju ustrezne dopolnilne prehrane po 6 mesecu ob sočasnemu dojenju do 2. leta starosti ali dlje (Skale, 2010). Da bi dosegli ta cilj, moramo prepoznati dojenčke, ki imajo težave pri dojenju. Težave pri dojenju ima približno 25–44 % dojenčkov z ankiloglosijo. Razrešimo jih lahko že s pravilnim svetovanjem, ob neuspešnosti svetovanja pa s preprostim posegom prekinitve kratke podjezične vezi – frenulotomijo (Vacl, 2022).

## DEFINICIJA PRIRAŠČENEGA JEZIČKA - ANKILOGLOSIJE

Ankilosija je najpogostejša prirojena nepravilnost jezika, ki se pojavi pri 3 – 5 % novorojenčkov (Felc, 2010). Za njo je značilen nenormalno kratek jezični frenulum. Tesen frenulum lahko povzroči zmanjšano gibljivost jezika v različnem obsegu (Rowan-Legg, 2015). Preprečuje, da bi se jezik dvignil, iztegnil in oblikoval v žleb. Diagnoza je potrjena, če otrok ne more izplaziti jezika, ki dobi srčasto obliko, preko roba spodnje dlesni, pri odprtih ustih pa z vrhom jezika ne doseže strehe ustne votline (Felc, 2010).

Obstaja več klasifikacij ankiloglosije:

- **Klasifikacijski sistem po Kotlowu**

Razvrstitev glede na »dolžino« prostega jezika.

*I. razred: blaga ankiloglosija* – 12 do 16 mm prostega dela jezika,

*II. stopnja: zmerna ankiloglosija* – 8 do 11 mm prostega dela jezika,

*III. stopnja: huda ankiloglosija* – 3 do 7 mm prostega dela jezika,

*IV stopnja: popolna ankiloglosija* – manj kot 3 mm prostega dela jezika (Hočevar & Šereg, 2020).

Dojenje je lahko ovirano pri ankiloglosiji razredov II, III in IV (Vacl, 2022, cit. po Kotlow 2011).

- **Coryllosova klasifikacija** ima štiri razrede. Razred I in razred II opredeljuje kot *anteriorno ankiloglosijo*, razred III in razred IV pa kot *posterorno ankiloglosijo* (Vacl 2022). Obe omenjeni klasifikaciji temeljita na anatomskih značilnostih jezika in se ne opredelita na funkcijo jezika.
- Najbolj razširjeno in natančno klasifikacijo za oceno funkcije jezičnega frenuluma je razvila tudi ameriška strokovnjakinja za dojenje Hazelbakerjeva (**The Hazelbaker Assessment Tool for Lingual Frenulum Function, HATLFF**). S klasifikacijo

ocenjujemo pet anatomskih značilnosti jezika in sedem funkcionalnih značilnosti jezika. Vsako značilnost ovrednotimo s točkami od 0 do 2, največje skupno število točk pa je 24 točk.

*Otrok nima ankiloglosije*, če je funkcija njegovega jezika ocenjena s 14 točkami.

*Zmerna ankiloglosija*: funkcija jezika je ocenjena najmanj 11, izgled z najmanj 10 točkami.

*Ankiloglosija*: funkcija jezika je ocenjena z manj kot 11 točkami.

*Frenulotomija pride v poštev*: funkcija jezika je ocenjena z 8 do 10 točkami.

*Frenulotomija je nujna*: funkcija jezika je ocenjena z manj kot 11, njegov izgled pa z manj kot 8 točkami (Felc & Žerdoner, 2007).

Omenjeno orodje je zaradi kompleksnosti težko vpeljati v klinično prakso (Vacl, 2022,)

- **Bristol Tongue Assessment Tool, BTAT** – ocenjujemo štiri značilnosti jezika: izgled jezika, pritrditev jezika na dlesen, dvig jezika in izplazenje jezika. Vsako značilnost ovrednotimo s točkami od 0 do 2, največje skupno število točk pa je 8. Skupna ocena 0–3 točke pomeni hudo oslabiljenost funkcije jezika.

Na podlagi lestvice BTAT so razvili slikovno orodje **TABBY** (angl. The Tongue-tie and Breastfed Babies), ki je enostavno za uporabo. Vsebuje 12 slik, ki prikazujejo izgled dojenčkovega jezika, pritrdjenost na dlesen in njegovo gibljivost (Vacl, 2022).

## Dojenje pri ankiloglosiji

Simptomi ankiloglosije se običajno kažejo kot težave z dojenjem in klinične ugotovitve pri doječi materi in novorojenčku (Becker, Brizuela & Mendez, 2023). Spremenjena sta ritem in tehnika sesanja, zmanjša se učinkovitost dojenja.

Pri otrocih z ankiloglosijo obstajata dva vzorca sesanja. Pri prvem vzorcu sesanja, otrok poriva vrh bradavice dlje od meje trdega in mehkega neba. Ti otroci skrčijo zadnji del jezika in ščipajo bradavico. Druga skupina otrok prijema vrh bradavice tako, da zapre mejo trdega in mehkega neba, ter posledično pritiskajo in ščipajo bazo bradavice. Oba vzorca sesanja spremljata bolečine v bradavicah in neuspešno dojenje (Trajković & Skale, 2019).

Glavni simptomi, ki jih navajajo matere pred frenulotomijo: otrok ne zmore narediti vakuma na dojki; pogosto zaspi med dojenjem; ošiljene, sploščene ali blede bradavice po podoju; klešččenje bradavice med dojenjem; slabo ali nepopolno praznjenje dojke med dojenjem; padanje otroka iz dojke; huda bolečina ob pristavljanju; razpokane, poškodovane ali podplute bradavice; simptomi refluksa pri otroku; otrok ne zmore obdržati dude v ustih; slabo pridobivanje otrokove telesne teže; kolike; zastojna dojka; mastitis; okužba bradavice (Bobak et al., 2017).

To lahko povzroči zgodnjo opustitev dojenja zaradi frustracije, tesnobe in občutka neuspeha (Becker, Brizuela & Mendez, 2023).

## Podpora in svetovanje pri dojenju

Zdravstveni delavci imajo velik vpliv pri podpori dojenja, predvsem kadar obravnavajo ženske, otroke in družine. Biti morajo izobraženi, znati morajo pravilno vzpostaviti stik, opazovati, vzdrževati in podpirati dojenje, saj jim to narekuje promocija dojenja, izobraževanje staršev in primeren pristop. Hkrati morajo tudi prepoznati in reševati težave pri dojenju. Zaradi pomanjkljive izobrazbe zdravstvenih delavcev glede dojenja lahko starši prejmejo napačne informacije. To lahko privede do neuspešnega dojenja in njegove prezgodnje prekinitve (Tekauc Golob, 2021).

Pregled dojenčka s težavami z dojenjem ne sme biti omejen na podjezično vez, ampak ga je treba razširiti. Potrebno je izvesti temeljito anamnezo dojenja, opazovati akt dojenja, doječo mamo in otroka. Ključnega pomena je zbiranje informacij o različnih dejavnikih dojenja, kot so materine izkušnje z dojenjem, pogostost in trajanje podojev. Upoštevati je potrebno anamnezo doječe matere, kot so tipično nelagodje v prvih tednih dojenja, primernost položaja pri dojenju, anatomija bradavic, oskrba z mlekom in morebitna okužba dojke (Becker, Brizuela & Mendez 2023).

Mater je potrebno vprašati glede zmožnosti dojenja in udobja pri tem. Pomagamo si lahko z letvico LATCH. Bolečice bradavice lahko ovrednotimo z lestvico bolečine, skrbno jih pregledamo glede zarez, poškodb, mehurjev, gub ali krvavitve (Tekauc Golob, 2019).

Diagnoza ankiloglosije se ugotovi s pregledom ustne votline otroka, opazovanjem gibljivosti jezika: dvigovanje, iztezanje ter gibi jezika v stran (Trajković & Skale, 2019). Pri vseh novorojenčkih je potrebno temeljito pregledati ustno votlino glede anatomije in funkcije. Pregled mora vključevati tipanje trdega in mehkega neba, dlesni, podjezične lože skupaj z gibanjem jezika in dolžino, elastičnostjo in mestom podjezične vezice (Tekauc Golob, 2019).

Oceniti je potrebno otrokovo pristavljenost na dojki, tehniko sesanja in položaj matere in otroka. Kadar ima novorojenček težave z dojenjem, je treba izključiti tudi druge vzroke.

Neustrezen položaj med dojenjem je najpogostejši vzrok težav z dojenjem (Becker, Brizuela & Mendez, 2023).

Doječe mamice, ki imajo težave z dojenjem, je treba spodbujati, da poiščejo podporo certificiranega svetovalca za dojenje, da jima zagotovi ustrezno pomoč.

S primernim položajem lahko zmanjšamo težave pri dojenju. Mati si lahko pomaga z dojenjem ob strani – položaj nogometne žoge (Lauwers & Swisher, 2011). Pomaga si z blazino za dojenje, na katero položi otroka. Z eno roko podpira dojko, z nasprotno roko podpira otroka ob svojem boku. Biološki položaj prav tako spodbuja matere, da dojijo v sproščenem položaju leže na hrbtu. Z omenjenim položajem lahko



zmanjša težave z dojkami (boleče bradavice, zastojne dojke,...) in doseže dobro pri-stavljanje otroka. (Milinco et al. 2020). Pri temu položaju otrok leži s trebuškom na mami, glavo ima v višini dojke (Hoyer & Vettorazzi, 2018).

Otrok naj se doji z rahlo iztegnjeno glavo, da bo njegova brada bližje dojki. Izvajamo vaje za krepitev mišic v predelu ustnic; podoji naj bodo krajši in pogostejši, da si otrok lahko odpočije (Felc, 2010).

Poškodovane in boleče bradavice zdravimo glede na stanje. Mastitis in glivično okužbo zdravimo glede na navodila. Nekatere matere potrebujejo nekajdnevni počitek za bradavice. Opogumiti jo moramo, da si v tem času mleko izčrpavajo in otroka hranijo na drugi način.

Pričakujemo lahko premajhno tvorbo mleka, zato so primerni vsi ukrepi za spodbu-janje laktacije. Če otrok slabše napreduje s težo, pa je primerno dohranjevanje, če je le mogoče z materinim mlekom ali mlečno formulo (Tekauc Golob, 2019).

Matere se pogosto poslužujejo tudi komplementarnih metod kot so kraniosakralna terapija, Bownova terapija, osteopatija, homeopatsko zdravljenje, akupunktura in kasneje logopedsko zdravljenje (Vettorazzi, 2019). Kraniosakralna terapija poma-ga odpravljati zakrčenost, izboljša dojenčkovo počutje in mu pomaga, da se lahko učinkovito doji (Benedik, 2019). Bownova terapija se pogosto uporablja pri otroku za odpravljanje težav pri sesanju, za ublažitev krčev, refluksa in zmanjšanje prebav-nih težav. Pozitivno deluje na dojenje in je učinkovit odgovor v primeru težav z doj-kami pri otročnici (zastojna dojka, mastitis) (Rudolf 2023).

Veliko staršev išče rešitev za težave na spletu, vendar je tam včasih težko dobiti dob-re in zanesljive informacije. Matere se rade poslužujejo nasvetov ostalih mater, kar je včasih lahko nevarno. Takšna praksa lahko vodi v napačno »diagnosticiranje« in s tem tudi do nepotrebnih posegov pri otroku (Vettorazzi, 2019).

Zato je izrednega pogovor, informiranje, podpora in tolažba doječi materi.

## **Kirurško zdravljenje**

Pri otrocih z ankiloglosijo, pri katerih se pojavijo težave pri dojenju, se lahko izvede prerez frenuluma – frenulotomija, incizija frenuluma v dolžini 2 do 3 mm. Poseg običajno opravijo že v porodnišnici. Slučajna najdba kratke podjezične vezi pri no-vorojenčku, ki se normalno doji in nima težav, ni indikacija za zdravljenje. Pri takem otroku se odločimo za opazovanje, saj do šestega leta starosti frenulum večinoma sam involutira. V kolikor se kasneje pojavijo težave z govorom, žvečenjem in poži-ranjem, se lahko izvede kirurško zdravljenje, navadno v času od tretjega do petega leta starosti (Hočevcar & Šereg, 2020).

Obstaja več kirurških tehnik, o vrsti posega se kirurg odloči na podlagi stopnje ankiloglosije. Poseg se lahko opravi s skalpelom, kirurškimi škarjami ali laserjem. Najpogosteje se izvede frenulotomija – preprosto prerezanje frenuluma v lokalni anesteziji, krvavitev je minimalna, šivanje navadno ni potrebno (Hočevar & Šereg, 2020). Frenulotomija vključuje držanje jezika navzgor, da se zategne frenulum, nato kirurg prereže fasciji podobno tkivo vzdolž črte, ki je vzporedna in blizu jezika. Rez je narejen z enim gibom v manj kot sekundi (Becker, Brizuela & Mendez, 2023). V poštev pride, če dojenje ne uspe, mati pa se s posegom strinja. Poseg običajno opravi specialist za maksilofacialno ali oralno kirurgijo (Hočevar & Šereg, 2020). Neposredno po frenulotomiji lahko mati otroka doji (Felc & Žerdoner, 2007).

Obstaja tveganje, da se odprta podjezična rana skrči v času celjenja, zato jo je treba ohraniti razširjeno. Pomembno je, da se po posegu izvajajo raztezne vaje. V nasprotnem primeru se lahko frenulum zaraste in težave se povrnejo.

Pri slovenski raziskavi, opravljeni leta 2016 na Ginekološko-porodniškem oddelku Splošne bolnišnice Celje, so pri kliničnem pregledu in pri opazovanju dojenja od 925 rojenih odkrili ankiloglosijo pri 46 (4,97 %) otrocih. 36 (3,89 %) otrok je imelo težave pri dojenju in pri vseh teh so naredili frenulotomijo. Po opravljeni frenulotomiji je 5 otrok od 36 še vedno imelo težave pri dojenju (Trajković & Skale, 2019).

Vacl (2022) v svojem članku razmišlja o uvedbi presejanja ankiloglosije v rutinski protokol obravnave novorojenca v porodnišnicah, pred tem pa je potrebno standardizirati orodja in ocenjevalne lestvice za postavitve diagnoze.

Ankiloglosija je kljub vsemu velikokrat spregledana. Kasneje v življenju pogosto zahteva interdisciplinarno obravnavo, pri kateri sodelujejo zobozdravnik, pediater, otorinolaringolog, oralni kirurg in logoped (Hočevar & Šereg, 2020).

## **ZAKLJUČEK**

Ankiloglosija je kljub mnogim svetovnim znanstvenim raziskavam še vedno odprt predmet razprave med različnimi strokovnjaki in mnenja o postavitvi diagnoze in zdravljenju si niso enotna.

Veliko svetovnih znanstvenih raziskav kaže na znatno izboljšanje rezultatov dojenja po frenulotomiji. S pravočasno in zgodnjo odkrito patologijo jezika lahko ključno pripomoremo h kakovosti in trajanju dojenja in vplivamo na kakovost življenja doječega para. Pomembno je, da ob težavah dojenja najdemo vzrok, ki ga ne odpravimo le z zaključkom, da mama nima dovolj mleka in dojenje zamenjamo s stekleničko. Potreben je celostni pristop k doječemu paru, ki bi se moral vzpostaviti že v porodnišnici. Matere in otroci v težkem poporodnem obdobju potrebujejo dolgotrajno

strokovno podporo, potrpežljivost in empatijo babic in certificiranih svetovalcev za dojenje ter interdisciplinarno povezovanje različnih strokovnjakov s svojimi znanji in izkušnjami glede na potrebe doječega para.

Prav je, da se doječi par spremlja tudi po eventuelni frenulotomiji, ker se težave z dojenjem lahko nadaljujejo.

## Literatura:

Becker, S., Brizuela, M. & Mendez, MD., 2023. Ankyloglossia (Tongue-Tie). In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan. doi: [www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482295/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482295/)

Benedik, A., 2019. Ankiloglosija – prikaz primera. In: Vettorazzi R, Skale C, eds. IBCLC svetovalci izboljšujemo znanje. 11. strokovno srečanje, Dobrna, 29. maj 2019. Celje: Društvo svetovalcev za dojenje in laktacijo Slovenije, pp. 16 - 21.

Bobak, A., Ghaheri, MD., Cole, M, Sarah, C., Fausel, BA., Maria Chuop, BS., Jess, C., & Mace, MPH, 2017. Breastfeeding improvement following tongue-tie and lip-tie release: A prospective cohort study; *The Laryngoscope*, 127(5), pp. 1007-1252, E148-E175 doi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/lary.26306>

Felc, Z., 2010. Otrokova fiziologija pomembna za hranjenje. V: Felc Z., Skale C., (ur). Tečaj laktacije za opravljanje izpita na naziv mednarodni pooblaščen svetovalec za laktacijo in dojenje Slovenije, Nacionalni odbor za spodbujanje dojenja pri društvu UNICEF Slovenije, Dobrna, pp. 35 – 44.

Felc, Z. & Žerdoner, D., 2007. Priraščen jezik pri novorojenčku in dojenje. *Zdrav Vestn*, 76, pp. 9–12.

Hočevnar Boltežar, I. & Šereg Bahar, M., 2020. Razcepi v orofacialnem področju in drugi razlogi za artikulacijske motnje, študijsko gradivo, Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta, *Logopedija in surdopedagogika*, pp. 35-39.

Hoyer, S. & Vettorazzi, R., 2018. Uspešno dojenje za dobro zdravje otrok in mater. Slovenska fundacija za Unicef. Nacionalni odbor za spodbujanje dojenja.

Lauwers, J. & Swisher, A., 2011. *Counseling the Nursing Mother. A Lactation Consultant's Guide*, 5th edition.

Milinc, M., Travan, L., Cattaneo, A., Knowles, MVS., Causin, E., Cortivo, C., Degrassi, M., Piazza, M., Scolz, S., Rossetto, M., & Ronfani, L., 2020. Effectiveness of biological nurturing of earl breastfeeding problems: A randomized controlled trial. In: Podprimo dojenje za zdravje planeta, XI. Mednarodni simpozij o dojenju in laktaciji, Zbornik prispevkov, pp. 85 – 103.

Rowan-Legg, Canadian Paediatric Society, Community Paediatrics Committee, 2015. Ankyloglossia and breastfeeding. *Paediatr Child Health*, 20(4), pp. 209-218. doi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26038641/>

Rudolf, K., 2023. Uporaba Bownove terapije v babiški negi. In: Razvoj babištva, napredki v ginekologiji in porodništvu, Strokovno srečanje sekcije medicinskih sester in babic, zbornik prispevkov, pp. 9 – 11

Skale C. (2010). Smernice za dojenje. In: Felc Z, Skale C, eds. Tečaj laktacije za opravljanje izpita za naziv mednarodni pooblaščen svetovalec za laktacijo IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant). Celje: Društvo svetovalcev za laktacijo in dojenje Slovenije: 3–11.

Vettorazzi, R., 2019. Izkušnje mater glede obravnave otrok z ankiloglosijo v Sloveniji. In: Vettorazzi, R., Skale, C., eds. IBCLC svetovalci izboljšujemo znanje. 11. strokovno srečanje, Dobrna, 29. maj 2019. Celje: Društvo svetovalcev za dojenje in laktacijo Slovenije, pp. 22–24.

Tekauc Golob, A., 2019. Navodila glede obravnave ankiloglosije. In: Vettorazzi, R., Skale, C., eds. IBCLC svetovalci izboljšujemo znanje. 11. strokovno srečanje, Dobrna, 29. maj 2019. Celje: Društvo svetovalcev za dojenje in laktacijo Slovenije, pp. 12–15.

Tekauc Golob, A., 2021. Znanja in veščine za svetovanje pri dojenju. UNICEF. doi: <https://dojenje.unicef.si/znanja-in-vecine-za-svetovanje-pri-dojenju/>

Trajković, S. & Skale C., 2019. Ankiloglosija in dojenje. In: Vettorazzi R, Skale C, eds. IBCLC svetovalci izboljšujemo znanje. 11. strokovno srečanje, Dobrna, 29. maj 2019. Celje: Društvo svetovalcev za dojenje in laktacijo Slovenije, pp. 4–11.

Valcl, A., 2022. Ankiloglosija in težave pri dojenju. *Slov Pediatr*, 29(4), pp. 195–199. Dostopno na: <https://doi.org/10.38031/slovpediatr-2022-4-04>

# PRESEJALNI TESTI ZA KROMOSOMSKE NEPRAVILNOSTI PRI PLODU

## *Prenatal screening for fetal chromosome abnormalities*

**Teja Divjak Budihna, dr. med., spec. gin. in por.**

Splošna bolnišnica dr. Franca Derganca Nova Gorica, Ginekološko – porodniška služba, Porodniški oddelek

teja.divjak.budihna@bolnisnica-go.si

### IZVLEČEK

Namen presejalnih testov za kromosomske nepravilnosti je iskanje nosečnic, ki imajo povečano tveganje, da njihov plod nosi kromosomsko nepravilnost. V Sloveniji uporabljamo sestavljeni presejalni test v prvem trimesečju nosečnosti, ki vključuje ultrazvočno merjenje nugalne svetline in dvojni test. Test z uveljavitvijo novega pravilnika od aprila 2023 v celoti krije Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Široko dostopen je tudi neinvaziven predrojstni test s prosto plodovo DNK v materini krvi, ki pa je kot prvi izbor presejanja zaenkrat na voljo kot samoplačniška storitev. V primeru pozitivnega sestavljenega presejalnega testa pa po posvetu s kliničnim genetikom test s prosto plodovo DNK nosečnici krije Zavod za zdravstveno zavarovanje. Tako sestavljeni test kot test s prosto plodovo DNK štejemo med presejalne teste, zato je kromosomsko nepravilnost potrebno potrditi z invazivnim diagnostičnim posegom, kot sta biopsija horionskih resic ali amniocenteza. Občutljivost za ugotavljanje kromosomskih nepravilnosti s testom proste plodove DNK je boljša kot pri sestavljenem presejalnem testu, vendar kljub temu ultrazvočna preiskava z nugalno svetlino in zgodnjo morfologijo ploda v prvem trimesečju ostaja ena izmed temeljnih preiskav v nosečnosti.

**Ključne besede:** nugalna svetlina, dvojni test, biokemični označevalci, neinvazivni predrojstveni test s prosto plodovo DNK, Downov sindrom

### ABSTRACT

The purpose of screening tests for chromosomal abnormalities is to identify pregnant women who are at increased risk of carrying the fetal chromosomal abnormality. In Slovenia, we use a combined first trimester screening test that includes an ultrasound measurement of the nuchal translucency and biochemical markers. With the implementation of the new regulations in April 2023, screening test is fully covered by national health insurance. A non-invasive prenatal test with cell-free fetal DNA in maternal blood is also widely available, but as the first choice of screening, it is currently available as a self-pay service. But in case combined screening

test is positive, the test with cell-free fetal DNA is covered by the national health insurance. Both tests are considered screening tests, so the chromosomal abnormality must be confirmed with an invasive diagnostic procedure, such as a chorionic villous sampling or amniocentesis. The sensitivity for detecting chromosomal abnormalities with cell-free fetal DNA test is better than that with the combined screening test. But nevertheless, ultrasound examination with nuchal translucency and early fetal morphology in the first trimester remains one of the fundamental investigations in pregnancy.

**Key words:** nuchal translucency, double test, biochemical markers, non-invasive prenatal cell-free DNA test, Down's syndrome

## UVOD

Vsaka ženska, ki zanosi, tvega rojstvo otroka s kromosomsko nepravilnostjo. Pregledovanje nosečnic s prenatalnimi presejalnimi testi je del sodobnega prenatalnega zdravstvenega varstva (Geršak, 2016). Delovanje zdravstvenega osebja in izvajanje postopkov je usmerjeno v iskanje bolnih nosečnic in iskanje plodov, ki imajo razvojne nepravilnosti ali povečano tveganje za določene bolezni, v želji, da bi se nosečnici razvil zdrav otrok (Trojner Bregar, 2017).

Presejanje je smiselno, kadar obstaja možnost, da se nosečnica z visokim tveganjem odloči za diagnostične preiskave in ima v primeru potrjenega nenormalnega izvida možnost spremeniti potek ali izhod nosečnosti (Trojner Bregar, 2017).

V Sloveniji od leta 2006 velja priporočilo, da izbrani ginekologi vsaki nosečnici, ne glede na starost, svetujemo presejalne teste (Geršak, 2015). S presejalnimi testi za kromosomopatije ugotavljamo, kakšno tveganje ima plod, da nosi kromosomsko nepravilnost. Med sodobne presejalne teste uvrščamo sestavljeni presejalni test - ultrazvočno preiskavo z merjenjem nuhalne svetline in dvojni test ter neinvazivni predrojstveni presejalni test s prosto plodovo DNK (Trojner Bregar, 2017).

## Trisomije in Downov sindrom

Najpogostejše kromosomske nepravilnosti predstavljajo trisomije kromosomov 21, 18 in 13. Vsaka celica ima običajno 23 parov kromosomov, torej skupaj 46. Trisomija je strokovni izraz, ki predstavlja pojav dodatnega kromosoma v nekaterih ali vseh celicah. Otroci s takšno nepravilnostjo imajo lahko več prirojenih telesnih napak in duševni razvojni zaostanek (Trojner Bregar, 2017).

Trisomija 21 ali Downov sindrom (DS) je najpogostejši vzrok zaostanka v umskem razvoju in eden pomembnejših vzrokov za perinatalno umrljivost. Pojavlja se približno pri enem na 800 živorojenih otrok (Rudolf, 2017).

DS povzroča dodatni kromosom v vsaki telesni celici, namesto dveh so prisotne tri kopije kromosoma 21. Verjetnost, da bo otrok imel DS, znatno narašča s starostjo nosečnice. Bolezen je poimenovana po britanskem zdravniku z imenom John Langdon Down, ki je leta 1866 prvi opisal ta sindrom.

Klinična slika pri osebah z DS je zelo različna. Pri večini so prisotne motnje v duševnem razvoju. Imajo značilne obrazne poteze - epikantus z značilnim videzom oči in hipertelorizem, velik jezik, kratek, ploščat nos in kratke prste ter bolj plosko lobanjo. Večinoma imajo hipotone mišice, hiperfleksibilne sklepe, občutljivo kožo, redke lase in velik jezik. Značilna je ‚opičja brazda‘ – na roki imajo namesto dveh samo eno prečno brazdo. Pri približni polovici otrok, rojenih z DS, so prisotne različno hude srčne napake, od enostavnih do težjih, kompleksnih srčnih napak, ki zahtevajo več operativnih posegov. Otroci imajo pogosteje dihalne stiske, imunske, hormonske in encimske motnje, pogosto so nagnjeni k debelosti (Oxford Desk Reference, 2005; Patterson, 2009).

## Zgodovina presejalnih testov

Že dolgo je znano, da tveganje za rojstvo otroka z DS narašča s starostjo nosečnice. V razvitem svetu se je presejanje na podlagi starosti začelo konec 70. let prejšnjega stoletja. Starost nosečnice je tako dolgo predstavljala edino metodo presejanja.

Ker pa se je zaradi večjega števila rojstev večina otrok z DS rodila mlajšim ženskam, je bilo veliko truda vloženega v odkrivanje novih označevalcev za DS. Z namenom znižanja števila rojstva otrok z DS se je v zadnjih 30 letih razvilo več biokemičnih in ultrazvočnih presejalnih testov (Rudolf, 2017).

Leta 1990 so ugotovili, da je odvečno kožo na zatilju oseb z DS mogoče opaziti že pri plodu, torej intrauterino, z ultrazvočno preiskavo ob koncu prvega trimesečja nosečnosti. Tako se je začelo presejanje na podlagi materine starosti in ultrazvočno merjenje nihalne svetline (Nicolaidis, 2011). Angleška organizacija za fetalno medicino (angl. *Fetal Medicine Foundation*) s profesorjem Kyprosom Nicolaidesom na čelu je z večletnim intenzivnim delom razvila poseben računalniški program, ki nam na podlagi meritev izračuna tveganje za trisomije. V Sloveniji se meritve nihalne svetline opravljajo od novembra 1997 (Nicolaidis, 2011).

Zaradi pomembnega problema, ki ga DS tudi dandanes predstavlja za javno zdravje, so različne države vpeljale svoje strategije za uporabo presejalnih testov v nosečnosti. S presejalnimi testi želimo iz skupine vseh nosečnic poiskati tiste z visokim tveganjem in jim ponuditi invazivne diagnostične teste, s katerimi lahko potrdimo sindrom (Rudolf, 2017).

## Sestavljeni presejalni test: nuhalna svetlina z dvojnim testom

Nuhalna svetlina (NS) je ultrazvočna (UZ) meritev kolekcije tekočine pod kožo na zatilju ploda, ki jo merimo med 11. in 14. tednom nosečnosti. Za to obdobje je normalno, da je v zatilju ploda prisotno nekaj tekočine, saj se mezgovni sistem in ledvice pri plodu še razvijajo. Zaradi tega se tekočina ne more normalno odvajati. Če je te tekočine veliko, je nuhalna svetlina povečana in s tem je povečano tveganje za kromosomske in tudi druge razvojne nepravilnosti pri plodu, predvsem srčne napake (Trojner Bregar, 2017).

Preiskavo opravlja usposobljen zdravnik z veljavno licenco, ki jo mora letno obnavljati. Poleg merjenja nuhalne svetline ob preiskavi določimo tudi število plodov, izmerimo velikost ploda in frekvenco srčnega utripa ter natančno pregledamo organe pri plodu: glavico, prsni koš, trebušno votlino z želodcem, sečnim mehurjem in izstopiščem popkovnice, obe roki, nogi in hrbtenico. Posebej ocenjujemo tudi nosno kost v obraznem profilu ploda.

Pri dvojnem testu z odvzemom materine krvi določimo vrednost dveh biokemičnih označevalcev – prostega  $\beta$ HCG in PAPP-A. Pri plodovih z DS je vrednost prostega  $\beta$ HCG v krvi matere približno dvakrat višja, vrednost PAPP-A pa dvakrat nižja (Nicolaides, 2016).

Z upoštevanjem materine starosti, velikosti nuhalne svetline in drugih UZ označevalcev ter dvojnega testa nam poseben računalniški program izračuna tveganje za najpogostejše kromosomske nepravilnosti pri plodu - DS (T21), Edwardsov sindrom (T18) ter sindrom Patau (T13). Na ta način je mogoče odkriti do 90 % plodov z DS ob 5 % lažno pozitivnih rezultatih (Tabela 1). Če upoštevamo še prisotnost nosne kosti v profilu ploda, se stopnja detekcije plodov z DS zviša na več kot 95 % (Nicolaides, 2016).

Zelo pomembno je, da nosečnico pravilno informiramo. Ob pozitivnem izvidu ji moramo razložiti, kaj povečano tveganje na presejalnem testu pomeni, v svetovanje je vključen tudi genetski posvet. Razložiti moramo, da je tveganje nad dogovorjeno mejno vrednostjo, ki je umetno postavljena in da to ne pomeni nujno, da ima plod (kromosomsko ali drugo) nepravilnost. Od vseh s pozitivnim sestavljenim testom jih bo imelo kromosomsko nepravilnost približno 5 %. Po drugi strani pa negativen presejalni test ne daje popolnega zagotovila, da je plod zdrav (Trojner Bregar, 2017).

Nosečnicam, ki so UZ preiskavo z nuhalno svetlino v prvem trimesečju zamudile, lahko po 14. tednu nosečnosti ponudimo četverni test, kjer tveganje za trisomije izračunamo na podlagi štirih biokemičnih označevalcev in materine starosti. Na ta način odkrijemo le okrog 70 % plodov s T21 (Tabela 1) (Nicolaides, 2016).

S 15. aprilom 2023 so bile s pravilnikom ministrstva uveljavljene spremembe na področju preventivnih zdravstvenih storitev za nosečnice. Ena izmed novosti je ta,



da so odslej vse nosečnice, ne glede na starost, upravičene do pregleda nihalne svetline skupaj z dvojnim testom na napotnico, torej preiskavo v celoti krije Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS).

Nosečnice s pozitivnim sestavljenim presejalnim testom, kjer je tveganje za kromosomsko nepravilnost večje od 1 : 300 oziroma kjer izmerimo nihalno svetlino, večjo od 3,5 mm ali z UZ preiskavo ugotovimo razvojne nepravilnosti pri plodu, napotimo na genetski posvet. Po posvetu s kliničnim genetikom nosečnici pripada neinvazivni presejalni test s prosto plodovo DNK ali pa invazivni diagnostični poseg (biopsija horionskih resic ali amniocenteza). V teh primerih obe preiskavi krije ZZZS. Invazivni diagnostični poseg je edini, s katerim lahko potrdimo kromosomsko nepravilnost (Tul Mandić, 2023).

**Tabela 1.** Prikaz presejalnih testov, ki se uporabljajo v Sloveniji ter delež odkritih plodov z DS ob 5% lažni pozitivnosti rezultatov.

NS - nihalna svetlina,  $\beta$ HCG - beta humani horionski gonadotropin, PAPP-A - z nosečnostjo povezan plazemski protein A, AFP - alfa fetoprotein, uE3 – nekonjugiran estriol, inhA – inhibin A, DS – Downov sindrom, LPR- lažno pozitivni rezultati (Gekas et al., 2016; Benn, Cuckle, & Pergament, 2013; Gregg et al., 2016).

Presejalni test	Delež odkritih plodov z DS (%)	Delež LPR (%)
Starost	30	5
Prvo trimesečje		
Starost + NS	75-80	5
Starost + NS + $\beta$ HCG + PAPP-A	85-95	5
Drugo trimesečje		
Starost + AFP + $\beta$ hcg + uE3 + inh A	70-75	5

### **Neinvazivni presejalni test s prosto plodovo DNK (ppDNK)**

Hiter tehnološki napredek v molekularni genetiki in sočasnost novih odkritij določanja plodovega genetskega materiala iz materine krvi sta v zadnjih letih omogočila zelo natančno neinvazivno genetsko predrojstveno presejanje za odkrivanje DS in drugih kromosomskih nepravilnosti (Rudolf, 2017).

Pri tem testu gre za izolacijo prostih, kratkih fragmentov DNK iz materine krvi. Fragmenti so rezultat naravnega odmiranja celic – apoptoze in izvirajo predvsem iz celic posteljice. Plodovo DNK, ki predstavlja 5 - 20% celotne DNK v krvi matere, lahko zaznamo že po 7. tednu nosečnosti, v nekaj urah po porodu pa je nemerljiva (Gekas et al., 2016; Benn, Cuckle, & Pergament, 2013; Gregg et al., 2016).

Neinvazivni test poteka z odvzemom vzorca materine periferne krvi, izolacije celotne populacije proste DNK (tako plodove kot materine) in njenim sekvenciranjem. S poznavanjem zapisa posameznih odsekov DNK lahko določimo, iz katerega kromosoma izvira in izračunamo pokritost posameznih kromosomov. Pri številčni nepravilnosti posameznega kromosoma bomo opazili nesorazmerno pokritost tega kromosoma v primerjavi z ostalimi (Rudolf, 2017).

Test ima visoko občutljivost, saj odkrije nad 99% plodov z Downovim sindromom ob nizkem deležu lažno pozitivnih rezultatov (0,2%) (Rudolf, 2017).

Do danes so različni komercialni ponudniki razvili svoje platforme testiranja (NIFTY®, Harmony®, Panorama®, MaterniT21®, Verifi®). Poleg trisomij 21, 18, 13 in trisomij spolnih kromosomov ponujajo tudi testiranje manjših kromosomskih nepravilnosti oziroma mikrodelecijskih sindromov.

Kljub hitremu napredku je test ppDNK še vedno presejalni in ne diagnostični test, zato je pozitiven rezultat, ki nam ga test ponudi v obliki tveganja, vedno potrebno potrditi z invazivnim diagnostičnim posegom (biopsija horionskih resic, amniocenteza) (Rudolf, 2017).

### **Vloga medicinske sestre pri presejalnih testih**

Ultrazvočno preiskavo opravlja usposobljen ginekolog z licenco, ob sebi pa nujno potrebuje zanesljivo, odgovorno in empatično medicinsko sestro. Ta naveže prvi stik z nosečnico. Na kratko ji razloži, kako bo preiskava potekala in nosečnici preda pisni informativni pristanek za preiskavo. Medicinska sestra tudi odvzame kri za dvojni test. Med UZ preiskavo vpiše anamnezo in meritve v računalniški program za izračun tveganja ter meritve vpiše tudi v materinsko knjižico. Ob neohrabrujočem rezultatu nudi nosečnici oziroma paru dodatno oporo in ju zna pomiriti. Tudi medicinske sestre morajo biti ustrezno poučene o presejalnih testih, ki se izvajajo, da lahko v primerih, ko je potrebno, tudi same pravilno informirajo.

### **ZAKLJUČEK**

Z razvojem presejalnih testov v nosečnosti se je pomembno znižala pojavnost kromosomskih nepravilnosti in prirojenih napak pri otrocih. Z novim pravilnikom in uvedbo kritja storitve sestavljenega presejalnega testa s strani ZZZS smo vsem nosečnicam omogočili enake možnosti pri presejanju na kromosomske nepravilnosti pri plodu. Preiskava predstavlja učinkovit presejalni test v prvem trimesečju, zato naj bo tudi naprej prva izbira. Nosečnice, ki imajo pozitiven sestavljeni presejalni test, usmerimo na genetski posvet. Po pogovoru s strokovnjaki in glede na indikacijo nato opravijo test ppDNK ali pa invazivni diagnostični poseg.

Za neinvazivni test ppDNK, ki je kot samoplačniška storitev široko dostopen pri različnih izvajalcih, se danes odloči precej nosečnic. Test ima pri ugotavljanju najpogostejših kromosomskih nepravilnosti boljšo občutljivost od sestavljenega presejalnega testa. Kljub temu pa test ppDNK nikakor ne more nadomestiti UZ preiskave v prvem trimesečju, saj samo z odvzemom krvi ne moremo ugotoviti, da je plod odmrli, da gre za večplodno nosečnost ali da ima razvojne nepravilnosti, ki niso nujno povezane s kromosomskimi nepravilnostmi (Trojner Bregar, 2017). UZ preiskava v prvem trimesečju ostaja temeljna preiskava, ki pa jo nosečnice lahko dopolnijo s testom ppDNK.

## Literatura

Benn, P., Cuckle, H. & Pergament, E., 2013. Non-invasive prenatal testing for aneuploidy: current status and future prospects. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 42(1), pp. 15-33.

Gekas, J., Langlois, S., Ravitsky, V., Audibert, F., van den Berg, DG., Haidar, H. & Rousseau, F., 2016. Non-invasive prenatal testing for fetal chromosome abnormalities: review of clinical and ethical issues. *Appl Clin Genet*, 4(9), pp. 15-26.

Geršak, K., 2016. Genetsko svetovanje in prenatalna diagnostika. V: Takač, I., Geršak, K., et al. *Ginekologija in perinatologija*. 1. izd. Maribor: Medicinska fakulteta, pp. 447-454.

Geršak, K., 2015. Prenatalni presejalni testi. V: Pajntar, M., Novak Antolič, Ž., Lučovnik, M., (ur). *Nosečnost in vodenje porod*, Društvo medicinski razgledi, 2015; 44-9.

Gregg, AR, Skotko, BG., Benkendorf, JL., Monaghan, KG., Bajaj, K., Best, RG., Klugman, S. & Watson, MS., 2016. Noninvasive prenatal screening for fetal aneuploidy: a position statement of the American College of Medical Genetics and Genomics. *Genet Med*, 18(10), pp. 1056-1065.

Nicolaidis, K., 2011. Screening for fetal aneuploidies at 11 to 13 weeks. *Prenat. Diagn*, 31, pp. 7-15. <https://doi.org/10.1002/pd.2637>

Nicolaidis, K., 2016. 11-13 weeks scan. Fetal Medicine Foundation. [internet] c2017 Dosegljivo na <https://courses.fetalmedicine.com/fmf/introduction?locale=en>.

Rudolf, G., 2017. Genetsko testiranje s prosto plodovo DNK v materini krvi. V: Tul Mandić, N. *Ultrazvočne preiskave v ginekologiji in perinatologiji*, pp. 241-244.

Oxford Desk Reference, 2005. *Clinical Genetics* by Helen V. Firth and Jane A. Hurst. Oxford University Press. Dosegljivo na: <https://www.poliklinika-amber.si/wp-content/uploads/Nifty-test.pdf>

Patterson, D., 2009. *Molecular genetic analysis of Down syndrome*. *Human Genetics*, 126(1), pp. 195-214.

Trojner Bregar, A., 2017. Svetovanje pri ultrazvočnih in biokemičnih presejalnih testih za odkrivanje razvojnih nepravilnosti. V: Tul Mandić, N. (ur) *Ultrazvočne preiskave v ginekologiji in perinatologiji*, pp. 227-233.

Tul Mandić, N., 2023. Strokovna skupina pri Združenju za perinatalno medicino Slovenije. Algoritem presejanja za kromosopatije. Dosegljivo na: [https://perinatologija.si/wp-content/uploads/2023/04/Algoritem-presejanja-za-kromosopatije\\_2.pdf](https://perinatologija.si/wp-content/uploads/2023/04/Algoritem-presejanja-za-kromosopatije_2.pdf)

## ICM KONFERENCA – Indonezija, Bali 2023

**viš. pred. Tita Stanek Zidarič, dipl. bab., MSc (UK), IBCLC**

tita.zidaric@zf.uni-lj.si

Junija je na Baliju potekal 33. kongres Mednarodne zveze babic (The International Confederation of Midwives (ICM)). Prizadevanje in neomajna zavezanost babic za ustvarjanje pozitivnih sprememb, predstavitev najnovejših raziskovalnih dosežkov in inovativnih babiških praks, prepoznava babištva in vključevanje babic v področja dela, kjer bodo imele vpliv na politične odločitve, so bile glavne teme tokratnega kongresa, ki se ga je udeležilo več kot 2600 babic iz 130 držav.

Mednarodna zveza babic predstavlja, podpira in si prizadeva za krepitev strokovnih združenj babic po vsem svetu. Trenutno združuje 140 članic, ki predstavljajo 121 držav na vseh celinah v okviru šestih regij: Afrika, Amerika, zahodni Pacifik, vzhodno Sredozemlje, Jugovzhodna Azija in Evropa.

ICM ima ključno vlogo pri zagovarjanju zdravja in dobrega počutja mater in novorojenčkov po vsem svetu. Babice so v ospredju pri zagotavljanju osnovne oskrbe med nosečnostjo, porodom in poporodnim obdobjem, zagovorniška prizadevanja ICM pa pomagajo zagotoviti, da so babice pri tem pomembnem delu priznane in podprte. Postavlja standarde za izobraževanje, prakso in etiko v babištvu. To pomaga ohranjati visoko raven usposobljenosti in strokovnosti babic, kar zagotavlja varno in kakovostno oskrbo nosečnic, porodnic in otročnic. Babicam z vsega sveta ponuja možnost za povezovanje, izmenjavo znanja in sodelovanje. To povezovanje spodbuja izmenjavo najboljših praks in inovacij na področju babištva. Spodbuja raziskovanje na področju babištva in podpira izobraževalne programe za babice. S tem prispeva k stalnim izboljšavam babiške prakse in izobraževanja. Stalno javno poudarja, da so babice ključni izvajalci v okviru reproduktivnega zdravstvenega varstva in pomembno pripomorejo pri zmanjševanju umrljivosti mater in novorojenčkov. Torej glavni namen ICM je krepiti babiška združenja in poklic babištva po vsem svetu. Spodbujati avtonomijo babic in poudarjati, da so babice najprimernejša izbira za obravnavo žensk v rodni dobi, saj spodbujajo, podpirajo in omogočajo normalen potek poroda, z namenom izboljšati reproduktivno zdravje žensk, njihovih novorojenčkov in njihovih družin.

Na kongresu je bila omenjena vizija v ospredju. Kongres je babicam omogočil izmenjavo znanja, prikaz najboljših praks in inovacij na področju babištva. Babice iz različnih delov sveta in regij so lahko razpravljale in se učile o edinstvenih izzivih in rešitvah za posamezno babiško prakso. Kongres vedno ponuja možnost seznanitve z najnovejšimi raziskavami na področju babištva, kar lahko privede do napredka v praksi, ki temelji na dokazih. Ob vsem tem se krepí mreženje med babicami, kar

omogoča vzpostavljanje poklicnih odnosov, sodelovanja in partnerstev, ki se lahko razširijo prek meja držav. Poslušanje zgodb o uspehu in ogled inovativnih pristopov z različnih koncev sveta lahko babice navdihne, da izboljšajo svojo prakso in si prizadevajo za odličnost, ob tem pa tudi spodbuja kulturno občutljivost in razumevanje med babicami.

Če povzamemo, mednarodni kongres babištva služi kot središče za sodelovanje, učenje, zagovorništvo in navdih, kar na koncu koristi babicam in skupnostim, ki jim služijo, saj izboljšuje kakovost zdravstvenega varstva mater in dojenčkov po vsem svetu. Predvsem pa prispeva k strokovnemu razvoju babic, kar vodi do poklicne rasti, hkrati pa je to tudi priložnost za rast solidarnosti med babicami. Kratek utrip s kongresa si lahko pogledate na povezavi [ICM Congress 2023 - Memories of Bali - YouTube](#)



Tri dni pred kongresom, od 7. do 9. junija 2023, je potekalo zasedanje sveta ICM, na katerem so bila predstavljena poročila iz vseh šestih regij, o aktualni problematiki, stališčih, ki jih babiška stroka zagovarja na svetovni ravni, predvsem pa iskanju rešitev za prilagajanje podnebnim spremembam.

Izpostavljeno je bilo dejstvo, da lahko podnebne spremembe vplivajo na babištvo in njihove uporabnike. Podnebne spremembe lahko povzročijo več ekstremnih vremenskih pojavov, vključno z vročinskimi valovi, orkani in poplavami. Ti dogodki lahko ovirajo zdravstvene ustanove in prevoz, kar lahko vpliva na babiške storitve in dostop do zdravstvenih storitev tako za nosečnice, kot za ženske po porodu ter njihove dojenčke in družine. Zaradi povečanega števila požarov v naravi, onesnaženja in alergenov lahko slaba kakovost zraka negativno vpliva na zdravje mater, kar lahko povzroči zaplete med nosečnostjo in porodom. Podnebne spremembe lahko spremenijo kakovost in razpoložljivost vode. To lahko poveča tveganje za bolezni, ki se prenašajo z vodo in so lahko še posebej škodljive za nosečnice in novorojenčke. Spremembe podnebnih vzorcev lahko vplivajo na proizvodnjo in razpoložljivost hrane. Podhranjenost in nezanesljiva preskrba s hrano lahko prispevata k neugodnim izidom nosečnosti. Podnebne migracije in razseljevanje lahko povzročijo prenatrpanost v begunskih taboriščih in drugih naseljih, zaradi česar so nosečnice bolj ogrožene zaradi neustreznega zdravstvenega varstva in neustreznih sanitarij. Vse to lahko vplivajo na razširjenost in pogostost nalezljivih bolezni, ki lahko prizadenejo nosečnice in plodove. Povečan stres, tesnoba in travme, kot posledica dejavnikov podnebnih sprememb lahko vplivajo na duševno zdravje nosečih posameznic, kar lahko povzroči zaplete med nosečnostjo in porodom. Za ublažitev teh vplivov se morajo zdravstveni sistemi in babice prilagoditi spreminjajočemu se podnebjju, zagotoviti dostop do oskrbe v času ekstremnih vremenskih pojavov in obravnavati širše izzive javnega zdravja, ki jih prinašajo podnebne spremembe.

Na zasedanju sveta so bila potrjena tudi naslednja posodobljena stališča Mednarodne zveze babic:

### **Registracija (prijava) rojstev**

ICM prepoznava pravico vsakega otroka, da je registriran in prijavljen ob rojstvu. Nadalje poudarja pomen registracije in prijave rojstev za zdravstveno stanje mater, novorojenčkov in otrok. Babice so odgovorne: za ozaveščanje o pomenu registracije in prijave rojstev na ravni posameznika, skupnosti, in nacionalni ravni; da, sprožijo in podprejo ukrepe za določitev obsega neregistriranih rojstev in mrtvorojenih otrok v svojih državah; da sodelujejo pri razvoju in izvajanju načrtov za omogočanje enostavnih in brezplačnih registracij in prijav rojstev vseh otrok, tudi mrtvorojenih.

Babiška združenja so pozvana: da ozaveščajo svoje člane in članice o pomenu registracije rojstev; da zagotovijo, da bo pomen registracije rojstev del izobraževalnih programov babic in drugih zdravstvenih delavcev; da zagotovijo, da so babice zakonsko upravičene do sodelovanja pri registraciji rojstev na vseh nivojih; da zagotovijo, da so babice seznanjene z nacionalno registracijo rojstev in postopki/procesom, da lahko izkoristijo vse priložnosti za spodbujanje ali po potrebi - neposredno pomagajo staršem pri registraciji otroka; da ocenijo postopke/procese registracije rojstev v svoji državi ter da opozorijo na obseg neregistriranih rojstev v svoji državi in ustrezno ukrepajo, da se zavzemajo za to, da oblikovalci politik olajšajo in poenostavijo postopke registracije, če je to potrebno.

### **Dojenje in človeško mleko**

Mednarodna babiška zveza podpira priporočilo Svetovne zdravstvene organizacije za izključno dojenje do dopolnjenih šestih mesecev. Poleg tega ICM podpira Konvencijo o otrokovih pravicah, zlasti člen 24, ki si prizadeva za zdravje otrok.

Babiška združenja so pozvana: da sodelujejo z nacionalnimi in mednarodnimi organizacijami za spodbujanje in podporo dojenju, uporabo človeškega mleka in ustanavljanje mlečnih bank; da z drugimi delijo svoje izkušnje s političnimi in informacijskimi pobudami ter podporo HIV-pozitivnim ženskam pri sprejemanju in izvajanju ustreznih odločitev glede hranjenja; da spodbujajo svoje članice babice, da izobražujejo druge zdravstvene delavce o pomenu dojenja in človeškega mleka; da zagotovijo, da bodo izobraževalni programi za babice vsebovali ustrezne vsebine za študente, da le ti pridobijo znanje in spretnosti za podporo doječim ženskam in uporabo človeškega mleka; da spodbujajo svoje članice, da sprejmejo svojo edinstveno in ključno vlogo pri spodbujanju dojenja na vseh ravneh in skupnosti, v katerih živijo; da prepovedujejo kakršno koli promocijo nadomestkov materinega mleka; da si aktivno prizadevajo za vladno zakonodajo, ki spodbuja dojenje; da spremljajo, ali prodajalci spoštujejo Mednarodni kodeks trženja nadomestkov ma-

terinega mleka; da sodelujejo z vladnimi agencijami, z namenom podpreti zakonodajo in zagotavljanje podpore dojenja v skupnostnih; da pozitivno podpre dojenje na delovnem mestu in v javnosti.

## **Sodelovanje in partnerstva za zdrave ženske in dojenčke**

Mednarodna babiška zveza priznava ključno vlogo kontinuitete obravnave v času nosečnosti, poroda in po porodu. Hkrati je treba zagotoviti medpoklicno sodelovanje. Mednarodna babiška zveza spodbuja vse babice, da:

- sodelujejo z drugimi zdravstvenimi delavci, ki zagotavljajo reproduktivno zdravstveno varstvo za ženske in novorojenčke
- spodbujajo spoštovanje, zaupanje in odprto komunikacijo med izvajalci zdravstvenih storitev na vseh ravneh saj le to vodi k najboljšim možnim zdravstvenim izidom.

Poudarjena je tudi vzpostavitev in krepitev partnerstev, ki bodo spodbujala zdravje in dobro počutje žensk in novorojenčkov ter razvoj babiške obravnave, ki jo vodijo izključno babice. Babiška združenja so pozvana, da nudijo pomoč in nasvete babicam v praksi, na področju izobraževanja, v politiki in upravljanju, da se zagotovi da bo kontinuirana babiška obravnava z možnostjo sodelovanja na voljo na vseh nivojih.

## **Porod na domu**

Mednarodna babiška zveza verjame, da ima vsaka ženska pravico, da se odloči za porod doma z ustrezno usposobljeno babico. Babice, ki se udeležujejo porodov na domu, bi morale imeti možnost, da to počnejo v okviru nacionalnega zdravstvenega sistema z ustreznim zavarovanjem in nadomestilom, ter z dostopom do ustreznih služb za napotitev, kadar je to potrebno. Vsi zdravstveni sistemi ne zagotavljajo pomoči pri porodu na domu, zato imajo ženske, ki se odločijo za to možnost, neoptimalno oskrbo. Mednarodna babiška zveza poziva vlade, da pregledajo znanstveno literaturo in vzpostavijo okvire, da bodo babice lahko družinam, ki so se odločile za porod na domu lahko zagotavljale porodne storitve.

Babiška združenja so pozvana da v državah, kjer ženske nimajo možnosti izbire kraja poroda in babiške obravnave:

- pri svojih nacionalnih in regionalnih zdravstvenih organih zavzemajo za razvoj okvirov za nudenje možnosti porodov na domu, ki jih vodi babica, in da jih vključijo v zdravstveni sistem;
- sodelujejo z ženskami, oblikovalci politik, drugimi strokovnjaki in zainteresiranimi stranmi, da bi podrli in zaščitili možnost poroda na domu, ki ga vodi babica;
- da oblikujejo programe, s katerimi bodo babice lahko ohranjale in krepile kompetence za porode na domu.

## **Ohranjanje normalnega poroda**

Mednarodna babiška zveza podpira normalen porod, saj so za večino žensk nosečnost, porod in poporodno obdobje fiziološki življenjski dogodki, ki jih je treba obravnavati kot take. Babice imajo strokovno znanje in izkušnje, ki so bistvenega pomena za ustvarjanje kulture, v kateri se porod obravnava kot normalen življenjski dogodek. Spodbujanje normalnega poroda je vključeno v področje delovanja ICM. Zato morajo biti babice usposobljene za vse načine, da lahko podprejo fiziologijo poroda. Ženske morajo imeti dostop do babiške obravnave, individualno podporo, vključno z izbiro kraja poroda (dom, bolnišnica, porodni center) in izbiro ukrepov za zagotavljanje udobja, ki ne vključujejo farmacevtskega lajšanja bolečin (npr. porod v vodi, izbira položajev itd.).

Babiška združenja se spodbuja:

- da v partnerstvu z ženskami in skupnostmi izobražujejo javnost, zlasti mladostnike in ljudi v reproduktivnem obdobju, o normalnem porodu;
- da spodbujajo normalen porod v okviru zdravstvenega sistema;
- da prepoznajo babice kot primarne strokovnjakinje za normalen porod;
- da zagotovijo da izobraževanje babic omogoča razvoj spretnosti in kompetenc na področju normalnega poroda;
- da organizirajo izobraževanja za ohranjanje in razvoj prakse babic na področju normalnega poroda;
- da povečujejo ozaveščenost babic o prednostih normalnega poroda v smislu zdravja in izidov za matere in novorojenčke;
- da vzpostavijo in uporabljajo kazalnike zdravstvenega varstva ter ocenjujejo rezultate dela in prakse babic pri normalnem porodu;
- da spodbujajo in izvajajo raziskave za dokazovanje učinkovitosti babiške obravnave pri normalnem porodu.
- da sodelujejo z ministrstvi za zdravje in drugimi organizacijami;
- da sodelujejo v procesu strateškega načrtovanja in odločanja v zvezi z babiškimi storitvami ter s tem spodbujajo politike, da podpirajo normalen porod.

## **Babištvo: samostojen poklic**

Babištvo je treba priznati kot samostojen poklic. Babiško znanje se odraža na babiški filozofiji in babiškem modelu obravnave, ki vidi nosečnost in porod kot življenjsko obdobje, v katerem so ženske samostojne pri odločanju. Avtonomni poklic babištva jim omogoča, da se informirano odločajo na način, ki izboljšuje perinatalne izide.



Mednarodna babiška zveza spodbuja in podpira babice pri zagovarjanju in ohranjanju babištva kot avtonomnega poklica. Elementi avtonomnega poklica morajo vključevati:

- edinstven nabor znanja
- etični kodeks
- samoupravljanje
- prepoznavo poklica s strani družbe preko regulacije poklica.

Babiška združenja so lahko izjavo o stališču babištva kot samostojnega poklica uporabljajo kot vodilo za politično in pravno ukrepanje za zagotovitev in ohranitev avtonomije stroke, s čimer se zagotovi kakovostno obravnava.

### **Partnerstvo med babicami in drugimi zdravstvenimi strokovnjaki, ki sodelujejo pri obravnavi mater in novorojenčkov**

Povezovanje ali oblikovanje partnerstev med babicami in ostalimi izvajalci zdravstvenega varstva lahko izboljša zdravstvene izide med nosečnostjo, porodom in po porodu za ženske ter njihove novorojenčke.

Ključni elementi uspešnih partnerstev so:

- zagotavljanje vključenosti skupnosti in zastopanosti žensk pri načrtovanju zdravstvenih storitev za matere in novorojenčke.
- sprejemanje raznolikosti potreb skupnosti v vseh okoliščinah.
- vzajemno priznavanje in spoštovanje znanja in spretnosti vsakega izvajalca ter odprtost za možnosti učenja in poučevanja, ki lahko koristijo ženskam in novorojenčkom.
- trajna podpora in usmerjanje s strani ministrstev za zdravje in mednarodnih razvojnih agencij za podporo babicam, izobraženim in reguliranim po svetovnih standardih, kot najprimernejšim izvajalkam babiške prakse za zdravje mater, novorojenčkov.
- ohranjanje odnosov med babicami in drugimi izvajalci oskrbe, ki omogočajo učinkovito sodelovanje, komunikacijo, napotitev in sisteme prevoza za ženske in novorojenčkov.
- vključitev vsebin kulturnih kompetenc in kulturne varnosti v izobraževalne programe za babice in druge izvajalce reproduktivnega zdravstvenega varstva.
- prepoznava različnega znanja in spretnosti (tradicionalnih) izvajalce zdravstvenih storitev.

## **Poklicna odgovornost babice**

Mednarodna babiška zveza priznava, da imajo babice, v skladu z definicijo poklica babice dolžnost do žensk in novorojenčkov, za katere skrbijo, ter za svoja dejanja in ravnanja in strokovne nasvete odgovarjajo. Ta odgovornost se razteza tudi na ukrepe, ki jih sprejmejo po nasvetu drugih.

Da bi babice odgovarjale za svoja dejanja, morajo:

- pridobiti znanje in spretnosti za kompetentno izvajanje dejavnosti v okviru priznanega strokovnega študijskega izobraževanja;
- imeti možnost dostopa do stalnega izobraževanja za redno posodabljanje in širjenje znanja in spretnosti, ki so podlaga za kompetentno babiško prakso;
- se zavedajo obveznosti, da ne smejo izvajati dejavnosti, za katere nimajo opravljenega potrebnega izobraževanja za doseganje kompetenc.

Babiška združenja so pozvana, da to izjavo prilagodijo za ukrepanje v svojih državah.

## **Kompetence izobraževalcev/učiteljev bodočih babic**

Mednarodna babiška zveza meni, da bi morali upoštevati minimalne zahteve za pridobitev naziva učitelj babištva v skladu z globalnimi standardi ICM za izobraževanje babic (2021) in ključnimi kompetencami učitelja babištva (Midwifery Educator Core Competencies).

Učitelj babištva mora:

- biti usposobljen v skladu z definicijo babice Mednarodne babiške zveze
- izkazati usposobljenost v praksi, ki je običajno dosežena z najmanj dvema letoma prakse v polnem obsegu
- imeti veljavno licenco/registracijo ali drugo obliko pravnega priznanja za opravljanje babiške prakse
- imeti formalno pripravo za poučevanje ali so se take priprave udeležiti, kar mora biti pogoj za nadaljevanje učiteljskega dela
- se stalno izpopolnjevati kot izvajalci babištva, učitelji/predavatelji in vodje
- biti zagovornik študijskega programa in stroke
- prispevati k razvoju, izvajanju in vrednotenju učnih načrtov.

Klinični mentor za babištvo mora:

- biti usposobljen v skladu z definicijo babice Mednarodne babiške zveze
- dokazati usposobljenost v praksi, ki se običajno doseže z najmanj dvema letoma prakse v polnem obsegu
- vzdrževati usposobljenost za babiško prakso

- imeti veljavno licenco/registracijo ali drugo obliko pravnega priznanja za opravljanje babištva prakse
- opraviti formalno izobraževanje za klinično poučevanje ali se le tega udeležiti kot pogoj za nadaljevanje dela.

Posamezniki z drugih področij, ki poučujejo v okviru študijskega programa babištva, morajo biti usposobljeni za vsebine, ki jih poučujejo. Fakulteta, ki izobražuje babice, mora zagotavljati stalno izobraževanje in mentorstvo kliničnim mentorjem, ki poučujejo in ocenjujejo študente v kliničnih okolju. Učitelji babištva in klinični mentorji na kliničnih oddelkih morajo redno komunicirati, z namenom, da bi študentom olajšali učenje in jih lahko ocenili. Razmerje med študenti babištva in kliničnimi mentorji mora biti usklajeno z učnim kontekstom in potrebami študentov. Usposobljenost učiteljev babištva je treba po ustaljenem postopku in redno ocenjevati. Ob izvedbi študijskega programa je potrebno ščititi osebno zdravje, varnost in dobro počutje učiteljev v učnem okolju (npr. osebno in spletno nadlegovanje; izpostavljenost nalezljivim, okoljskim ali političnim nevarnostim; verbalnemu ali fizičnemu nasilju).

Babiška združenja naj to izjavo uporabijo pri pogovorih o sodelovanju z izobraževalnimi ustanovami in regulativnimi organi. Uporaba te izjave naj jih usmerja pri vzpostavljanju ali kreipitvi njihove vloge pri določanju standardov za učitelje babištva v državi.

### **Sponzorstvo in komercialno partnerstvo**

Pravična in odgovorna poslovna partnerstva so lahko izjemno koristna, saj zagotavljajo pomembna sredstva, spodbujajo medsektorsko izmenjavo znanj in spretnosti ter razvijajo komercialna vlaganja v zdravstvenem in socialnem varstvu. Vendar so takšna partnerstva predvsem sredstvo za doseg cilja in ne cilj sam po sebi.

Mednarodna babiška zveza poziva babice:

- da zavračajo trgovske prikaze izdelkov, ki ne koristijo ali negativno vplivajo na zdravja mater, dojenčkov, majhnih otrok in njihovih družin;
- babice, da sodelujejo z vlado in zdravstvenimi organizacijami, ter zavračajo finančne spodbude ali vabila na konference, srečanja in prireditve s strani proizvajalcev izdelkov za nego dojk, nadomestkov ženskega mleka in drugih izdelkov, ki ne koristijo zdravju otrok, mater, dojenčkov in majhnih otrok ali negativno vplivajo nanj.

Babiška združenja so pozvana, da sodelujejo pri zakonodajnih, regulativnih ali drugih ustreznih ukrepih, z namenom zagotoviti izključno etične komercialne dejavnosti. Babiška združenja naj pripravijo lastne politike in smernice, ki bodo temeljile na tej izjavi.

### **Babica je prva izbira zdravstvenega delavca za ženske v rodni dobi**

Mednarodna babiška zveza poudarja pomen prepoznavne babice kot strokovnjakinje, za obravnavno žensk v rodnem obdobju. Ta univerzalni standard temelji na

kvalitetnem izobraževanju babic in pridobljenih kompetencah. Nadalje spodbuja babiški model obravnave, ki temelji na spoštovanju človeškega dostojanstva, sočutju in upoštevanju človekovih pravic.

Babiška združenja se spodbuja, da promovirajo in podpirajo babice in babiške večšine, ki opredeljene v temeljnih dokumentih in stališčih Mednarodne babiške zveze in so ključnega pomena za zdravje in dobro počutje žensk ter novorojenčkov.

Vsa stališča oziroma izjave so dostopne na naslednji povezavi  
[ICM Position Statements \(internationalmidwives.org\)](https://www.internationalmidwives.org/)



Zasedanje sveta se je zaključilo z izvolitvijo nove predsednice ICM. To je postala Sandra Oyarzo Torres, ki bo nadaljevala delo v okviru vizije in strategije dela ICM. Mandat bo posvetila krepitvi in še večji prepoznavi babištva, globalnemu sodelovanju, predvsem pa iskanju rešitev za izboljšanje zdravja mater in novorojenčkov.

Mednarodno vodenje je ključno za razvoj babiške stroke, izboljšanje zdravja mater in dojenčkov po vsem svetu ter prizadevanje za doseganje ciljev trajnostnega razvoja, povezanih z zdravstvenim varstvom in enakostjo spolov in ima ključno vlogo pri zagotavljanju dostopa do varne in spoštljive babiške obravnave. Sandra Oyarzo Torres in Lia Brigante, novoizvoljena predstavnicata Evropske regije [Board Members \(internationalmidwives.org\)](https://www.internationalmidwives.org/) se bosta posvečali spodbujanju z dokazi podprtih babiških praks in standardov, ki lahko izboljšajo rezultate za matere in dojenčke v različnih državah in regijah. Skupaj z ostalimi člani uprave si bosta prizadevali za zmanjšanje maternalne umrljivosti po vsem svetu, poudarjali dostop do osnovnih storitev zdravstvenega varstva mater, zlasti v okoljih z nizkimi viri. Poudarjalo se bo pomen kulturnih kompetence, ki zagotavljajo, da se spoštuje lokalne tradicije in prakse, hkrati pa se drži najboljših praks. Potekalo bo redno usklajevanje babiških odzivov na izredne razmere, kot so naravne nesreče in pandemije, ter zagotavljanje, da je babiška obravnava na voljo tudi v težkih okoliščinah. Poudarek bo tudi na spodbujanju partnerstva in sodelovanje med babiškimi združenji, vladami, nevladnimi organizacijami in drugimi zainteresiranimi stranmi za izboljšanje zdravstvenih rezultatov mater in dojenčkov. Spodbujalo se bo zbiranje in analiza podatkov, povezanih z zdravjem mater in dojenčkov, ter tako pomagalo prepoznati trende, razlike in področja, ki zahtevajo ukrepanje.

Sandra Oyarzo Torres bo z ekipo vodila Mednarodno zvezo babic naslednja tri leta, ko bodo ponovne volitve v okviru 34. kongresa Mednarodne zveze babic. Ta bo potekal od 13. do 19. junija 2026 v Lizboni na Portugalskem. Prijave na kongres so že odprte [ICM 2026 | 34th ICM Triennial Congress, Lisbon, Portugal \(midwives2026.org\)](https://www.internationalmidwives.org/)



## PODPORNIKI STROKOVNEGA DOGODKA:



**GATTART**

680 mg/80 mg žvečljive tablete  
kalcijev karbonat/težki magnezijev subkarbonat  
24 tablet  
brez recepta

**TUDI ZA NOSEČNICE  
BREZ SLADKORJA  
BREZ ALUMINIJA**

**GATTART**  
680 mg/80 mg žvečljive tablete  
kalcijev karbonat/  
težki magnezijev subkarbonat  
brez sladkorja

Previdno  
odpirajte

Previdno odpirajte  
24 žvečljive tablete  
kalcijev karbonat/  
težki magnezijev subkarbonat  
brez sladkorja

Previdno glavnih sestavin ni odobrenih za uporabo pri nosečnicah in doječih živalih.  
za posneti izdelki Avitale d.o.o. in na spletni strani [www.avitale.si](http://www.avitale.si)



**PELOM**



PRISPRODOBE

*Johnson's<sup>®</sup>  
baby*



[www.hisa-zdravja.si](http://www.hisa-zdravja.si)  
*Vse za vaše zdravje*



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)