



Mednarodna znanstvena konferenca
International scientific conference



**Babištvo v mednarodnem prostoru:
izzivi in vizije za prihodnost**
**Midwifery in the international context:
challenges and visions for the future**

Zbornik prispevkov z recenzijo
Proceedings of scientific papers with peer review

Urednici/ Editors:
Petra Petročnik
Anita Jug Došler

6 May 2015, Ljubljana, Slovenia



Naslov/ Title

Mednarodna znanstvena konferenca Babištvo v mednarodnem prostoru: izzivi in vizije za prihodnost/ *International scientific conference Midwifery in the international context: challenges and visions for the future*

Zbornik prispevkov z recenzijo, Ljubljana, 6. maj 2015/ *Proceedings of scientific papers with peer review, Ljubljana, 6 May 2015*

Urednici/ Editors

Petra Petročnik, Anita Jug Došler

Uredniški odbor/ Editorial board

doc. dr. Ana Polona Mivšek, dr. Jouni Tuomi, dr. Diana du Plessis, dr. Martina Baskova, asist. dr. Anita Jug Došler, viš. pred. Teja Škodič Zakšek, asist. mag. Metka Skubic, asist. Petra Petročnik

Organizacijski odbor/ Organisation board

asist. Tita Stanek Zidarič, asist. mag. Metka Skubic, asist. Petra Petročnik, Mateja Kusterle

Recenzijski odbor/ Review board

doc. dr. Ana Polona Mivšek, asist. dr. Anita Jug Došler, viš. pred. Teja Škodič Zakšek, asist. mag. Metka Skubic, asist. Petra Petročnik

Lektoriranje/ Language editing

Margit Berlič Ferlinc

Oblikovanje naslovnice/ Front page design

Jernej Kavšek

Izdala in založila/ Published by

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta

University of Ljubljana, Faculty of Health Sciences

Fotokopiranje in razmnoževanje po delih in v celoti je prepovedano. Vse pravice pridržane.

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

618.2/.6-083(082)(0.034.2)

614.253.5(082)(0.034.2)

MEDNARODNA znanstvena konferenca Babištvo v mednarodnem prostoru: izzivi in vizije za prihodnost (2015 ; Ljubljana)

Zbornik prispevkov z recenzijo [Elektronski vir] = Proceedings of scientific papers with peer review / Mednarodna znanstvena konferenca Babištvo v mednarodnem prostoru: izzivi in vizije za prihodnost = International Scientific Conference Midwifery in the International Context: Challenges and Visions for the Future, 6. maj 2015, Ljubljana, Slovenia ; urednici, editors Petra Petročnik, Anita Jug Došler. - El. knjiga. - V Ljubljani : Zdravstvena fakulteta = Ljubljana : Faculty of Health Sciences, 2015

Način dostopa (URL): <http://www2.zf.uni-lj.si/images/stories/datoteke/Zalozba/Babistvo.pdf>

ISBN 978-961-6808-59-0 (pdf)

1. Dodat. nasl. 2. Petročnik, Petra

279312128



Univerza v Ljubljani
Zdravstvena fakulteta



Mednarodna znanstvena konferenca
International scientific conference

**BABIŠTVO V MEDNARODNEM PROSTORU:
IZZIVI IN VIZIJE ZA PRIHODNOST**

**MIDWIFERY IN THE INTERNATIONAL CONTEXT:
CHALLENGES AND VISIONS FOR THE FUTURE**

Zbornik prispevkov z recenzijo
Proceedings of scientific papers with peer review

Urednici/ Editors:
Petra Petročnik
Anita Jug Došler

6 May 2015, Ljubljana, Slovenia

Kazalo vsebine

PLENARNA PREDAVANJA

| | |
|---|----|
| Jouni Tuomi, Anna-Mari Äimälä Midwife students' well-being in Finland | 2 |
| Matija Prka, Dubravko Habek, Ingrid Márton Contemporary approach to episiotomy | 13 |
| Vislava Globevnik Velikonja, Miha Lučovnik, Tanja Premru Sršen, Vesna Leskošek, Megie Krajnc, Lucija Pavše, Ivan Verdenik Posledice nasilja nad ženskami in reproduktivno obdobje | 18 |

ZNANSTVENI PRISPEVKI

| | |
|--|----|
| Florence D'haenens, Joeri Vermeulen, Eva Swinnen, Joke Muyldermans, Marianne Vanbellinghen, Katrien Beeckman Women's knowledge, attitudes and preferences regarding the midwife and her profession in Brussels | 27 |
| Florence D'haenens, Ann Claeys, Mark Leys, Koen Putman, Katrien Beeckman The contents and organization of discharge management at the University Hospital Brussels: midwives' role for ethnic and socio-economic deprived patients groups | 35 |
| Karin Demšar, Vislava Globevnik Velikonja, Matija Svetina, Ivan Verdenik Strah pred porodom | 43 |
| Zalka Drglin Sodobno babištvo onstran meja: globalno, kulturno specifično in individualizirano ... | 52 |
| Nastja Pavel Izbrani aspekti kakovosti in varnosti v babištvu | 62 |
| Renata Vettorazzi, Tita Stanek Zidarič Znanje in odnos študentov zdravstvene nege in babištva do dojenja | 71 |
| Anna Bogacz-Udovč, Darija Ščepanović Stičišča strok in izhodišča interdisciplinarnega sodelovanja med bobicami in fizioterapevti za zdravje žensk | 78 |
| Anita Prelec Babištvo v mednarodnem prostoru: izzivi in vizije za prihodnost | 89 |
| Anita Jug Došler, Petra Petročnik, Metka Skubic, Ana Polona Mivšek, Teja Škodič Zakšek Profilaksa zdravega donošenega novorojenčka: klinične prakse v Sloveniji | 97 |

Spoštovane bralke, spoštovani bralci,

pred vami je Zbornik prve mednarodne znanstvene konference babištva na slovenskem, ki prinaša v branje in razmislek 12 tematskih razprav, ki obravnavajo področje babištva v mednarodnem prostoru z vidika izzivov in vizij za prihodnost.

S prvo mednarodno babiško konferenco želimo poudariti pomen babištva v mednarodnem prostoru ter predstaviti in opozoriti na dileme ter izzive, ki se pojavljajo na različnih področjih babiške prakse tako v domačem kot tujem prostoru. Prav tako spodbujamo k predstavitvi morebitnih vizij za prihodnost, s katerimi bi lahko še izboljšali obstoječo babiško obravnavo ter s tem pripomogli k boljšemu zdravju uporabnic/-kov.

Na oddelku za babištvo, ki deluje na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani, si prizadevamo za visoko kakovostno izobraževanje bodočih babic in babičarjev, ki bodo s svojim znanjem, veščinami in odnosom sposobni nuditi celostno babiško obravnavo ženskam, novorojenčkom in njihovim družinam. Poleg tega stremimo k izobraževanju kadra, ki bo sposoben na podlagi kritičnega razmišljanja povezovati teoretično znanje s prakso in pri svojem delu upoštevati na dokazih temelječa spoznanja, tudi interdisciplinarno. V babištvu, ki je samostojna profesija, si prizadevamo k doseganju avtonomnosti babic na svojem področju tudi v slovenskem prostoru ter si v obstoječi sistem zdravstvenega varstva želimo vpeljati kontinuirano babiško obravnavo. Zavedamo se, da lahko s kakovostnim študijem, s programi profesionalnega usposabljanja, strokovnimi izpopolnjevanji in vseživljenjskim učenjem dosežemo dvig kakovosti babištva v slovenskem prostoru. Le kontinuirano izgrajevanje strokovne poklicne identitete, ki temelji na refleksiji lastne prakse in njeni integraciji z novimi spoznanji stroke in raziskovalnimi dosežki, bogato prispeva k profesionalnemu razvoju in poklicni rasti vsakega izmed nas.

Ponosni smo, da nam je v letošnjem letu uspelo organizirati prvo mednarodno znanstveno konferenco na področju babištva. Tovrstni dogodki so namreč ključni za razpravljanje babic in babičarjev o problematikah lastne profesije in hkrati pripomorejo h konstruktivnemu medsebojnemu povezovanju in sodelovanju. Ob tem se zahvaljujemo vsem aktivno sodelujočim predavateljem, ki s svojim znanjem in delovanjem v praksi vsakodnevno pripomorejo k dviganju kakovosti babiške obravnave ter s tem zagotavljajo optimalno skrb za ženske, novorojenčke in njihove družine.

Oddelek za babištvo

viš. pred. Teja Škodič Zakšek, *predstojnica oddelka za babištvo*
doc. dr. Ana-Polona Mivšek
asist. dr. Anita Jug Došler
asist. mag. Metka Skubic
asist. Tita Stanek Zidarič
asist. Petra Petročnik

Midwife students' well-being in Finland

Jouni Tuomi¹, Anna-Mari Äimälä

ABSTRACT

Introduction: *The point of this article is in the results of the research of Finnish midwife students' well-being, but we also discuss what we have done for nurse students' well-being, especially for midwife students in Finland. The overall object is to promote student well-being.*

Methods: *In this survey, the questionnaire consisted of 42 Likert-scale statements, which have been used in earlier studies of nurse students' well-being studies. 78 midwife students took part in this survey. They all were females and they were from all terms of education except the first. The data were statistically analyzed: frequency, percentage, and partial correlations.*

Results: *Midwife students' well-being in Finland is relatively good. Almost four of five students had good decision latitude and only 4 % (n = 3) experienced their education high-strain. About 80 % (n = 62) experienced their education rewarding. Though 24 % of students (n = 19) were not very proud of their department of the university, there was only one, who wasn't sure if she wants to continue her midwife education to the graduation.*

Discussion: *Student well-being is a very challenging phenomenon. Even the definition creates problems, as well as the operationalization. It is also difficult to improve student well-being, but anyhow all the work for student well-being will be profitable.*

Keywords: *midwife education, midwife students, stress, student well-being.*

¹ **Corresponding author:** Jouni Tuomi, PhD, RN, PHN, Tampere University of Applied Sciences (TAMK), Kuntokatu 3, FI-33520 Tampere, Finland. Email: jouni.tuomi@tamk.fi .

1 Introduction

We have run a project to promote student well-being for ten years. The starting point lied on the one hand in researches of problem based learning (PBL), and on the other hand in projects and researches of job well-being, which we carried out together during the first ten years of this century. Those projects were parallel and discussions in and of those projects took us to think of student well-being. On the other hand there had risen a special interest to student well-being at the same time in Finland, but also all over the world. This presentation is a part of more extensive project to promote student well-being. The starting point of this one is in the problem of the midwives' and midwife students' well-being. We'll talk also a little of the problem of student well-being and then we'll continue to define the concept by an application of Karasek and Theorell's (1990) Job-Demand-Control-Support (JDCS) - model, which we have used in our researches. In this application, student well-being is defined as the relationship of students' experiences of learning demands and decision latitude (perceived control). The point of this article is in the results of the study, but we also discuss, what has been done to promote midwife students' well-being in Finland.

1.1 Why is it worthwhile to promote midwife students' well-being?

Effective learning is possible in positive atmosphere. The student feels empowered and takes more responsibility for her learning when she knows that she is trusted, respected, and supported by the peer group, teachers, and mentors in practice. On the contrary, if a student experiences unequal treatment and is not getting enough support or positive feedback, the impact on learning is negative. The midwife student adapts to the tradition of midwifery in good and in bad. Consequences are that after graduation she repeats the models and might take authority over the delivering woman when she should support the woman's empowerment. Working as a midwife is very challenging to job-well-being, because it is full of contradictory demands:

- (1) Midwives need evidence based knowledge and they have to be very practical.
- (2) Midwives are independent workers and in the next moment effective team members.
- (3) A midwife has to be strong and assertive as well as sensitive and supportive.
- (4) She has to meet client's strong extreme feelings from pain to happiness.
- (5) Her ordinary daily routine is the client's very special moment.
- (6) A midwife has to move in seconds from calmness to intensive care.
- (7) And she has to mentor the student at the same time.

The midwife is simultaneously working in many roles and it is sometimes overloading. Good working conditions, collegial support, and help compensate the demands of the midwife's work. And the strain grows if you cannot lean on and trust your collegial team. It also affects the care of the delivering woman and the guidance of the midwife student. In addition, the new generation votes with their feet. They want to work in positive atmosphere.

1.2 Problematic student well-being

The biggest worry in societies all over the world is increased stress among students (Bayran, Bilgel, 2008; Bewick et al., 2010) and also among nursing students (Edwads et al., 2010; Gibbons, Dempster, Mountray 2007; Gibbons, Dempster, Mountray, 2010). It is justified to say that student well-being is emerging a new, some kind of unifying term from the interest which health promotion had arisen (Gibbons, Dempster, Mountray, 2010).

According to the ecological models of health promotion (Green, Kreuter, 2005; Naidoo, Wills, 2009), there are two levels to approach well-being: individual or structural level. In the individual level, the point is in students' lifestyles, while in structural level the point is enabling factors of learning. In the former level, the critical issue is that a university has very few possibilities to influence one's well-being, because the idea is to find out students with high risk behaviour. One essential point in the later level is the idea how a university could influence to the experience of student well-being. In fact, there is evidence that promotion of well-being targeting the whole organization is more effective than targeting only individual lifestyles (Noblet, LaMontagne, 2006).

Both of these two levels have their advantages and are needed in student well-being studies. In this article, we refer to the concept of student well-being and the interpretation, where the idea is corresponding to the health promotion defined by WHO (2009) (the best health promotion is to promote well-being and vice versa) and to the structures of education, which support one's learning.

1.3 The model of student well-being, which have been used here

JDCS-model is one of the most used models in the field of job well-being during the recent decades (Taris, Kompier, 2005; Van der Doef, Maes, 1999). It has been used also in previous nursing studies (Laschinger et al., 2001; Pisanti et al., 2011). In addition, the JDCS-model has been applied to the estimation of student well-being (Cambel, Curral, 2005; Cotton, Dollard, De Jonge, 2002; Flynn, James, 2009), but also in studies in the field of nursing education (Tuomi, Äimälä, 2010; Tuomi et al., 2013; Tuomi et al., 2014; Tuomi, Zvanut, Äimälä, 2014). We used an educational application of Karasek and Theorell's (1990) JDCS-model to review student well-being in this project. In this application student well-being is defined as the relationship between student's experiences of demands of learning and decision latitude (control) (Figure 1). It is also possible to view the model from three-dimensional perspective, therefore, the social support would be Z-factor, but it has composited to decision latitude variable in previous student well-being studies (Flynn, James, 2009).

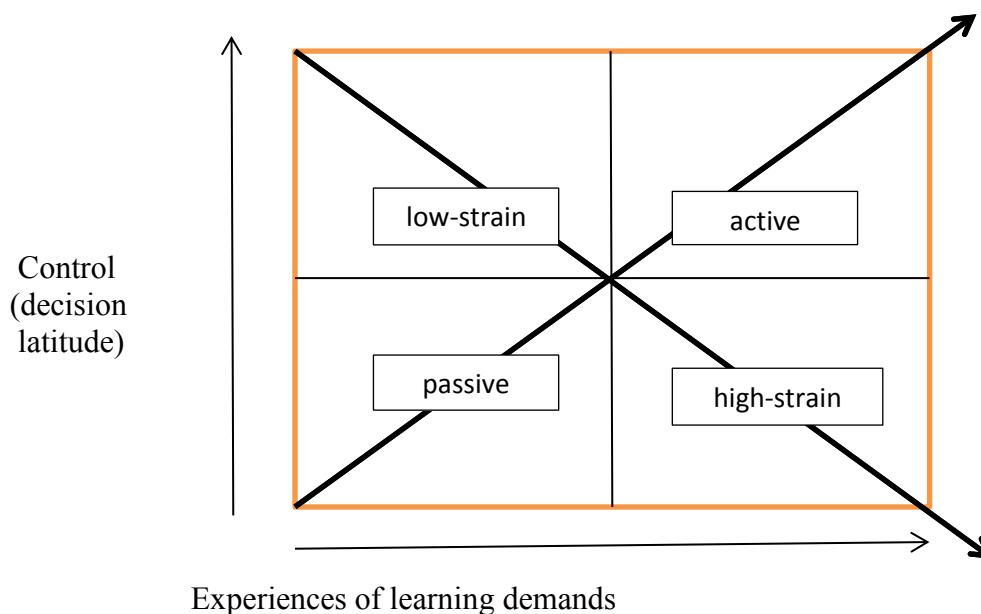


Figure 1: Student well-being model (Modified from Karasek, Theorell, 1990).

It is possible to sum up the relationship of perceived demand and perceived control in four different kinds of study types in the educational application of JDCS-model. Those who experience that university will activate them to learn. They experience that education is demanding, and they have at the same time also the experience that decision latitude is good. Education and learning is a positive challenge and an opportunity. Secondly, those who experience their education are low-strain. They think that their decision latitude is rather good, but education is not very demanding. For them, education is mostly busy within the limits of their comfort zone. The third ones have experiences that education will passivate them. They think that their decision latitude in the education is low, on the other hand, the education is everything but demanding. Learning is mainly to implement professors' regulations. And the fourth type mirrors those, who experience that the education is high-strain. That is why – because they receive that demands of education are high and their decision latitude is low. Education is accentuated survival from day to day for them (Figure 1).

Tuomi et al. (2013) have tested the usefulness of the questionnaire based on JDCS-model to evaluate nursing student well-being and to improve nursing study program in two countries. According to the results the questionnaire might be useful to identify high and low strain students as well as a starting point to help students, because 42 questions in the questionnaire scan the core of individual's problems rather fine. Student well-being in nursing and engineer education has also been tested (Tuomi et al., 2014). The results tell that engineer students have much higher level of student well-being because of their better experiences of control over their studies. They are not so stressed as nursing students. However, the point of this study was that if we do research about student well-being, we have to pay attention not only to the gender but segregated training programs in education. The results of the follow up study of nursing students (Tuomi, Zvanut, Äimälä, 2014) show that nursing education is stressing, but for some it means 'distress' meanwhile to some 'eustress' (Gibbons, Dempster, Mountray, 2007). Therefore, the answer to the question if the nursing education is causing stress is not obvious (Burnard et al., 2008; Deary et al., 2003; Edwards et al., 2009b; Edwards et al., 2010).

The one point, which was shared with all studies based on educational application of JDCS-model, was that the connection with decision latitude and perceived demands in studies was negative. This result was the opposite of the assumption of original JDCS model. Flyn and James (2009) assumed the reason might be that in JDCS model demands and control are orthogonal, but it should not be so, at least not in the application for students. The sense of control over one's studies should be comprehended as a medium.

2 Metode

2.1 The aim and research question

The aim of this study was to investigate midwife students' well-being. The overall object is to promote student well-being. The main research questions were:

- (1) How is midwife students' well-being in Finland?
- (2) What are midwife students' overall impressions of their education in Finland?

2.2 Data collection and analysis

The vice president of the university agreed to run this study as a part of the project to promote students' well-being. The questionnaire, which was used here, has been tested earlier to estimate nurse students' well-being (Tuomi, Äimälä, 2010; Tuomi et al., 2013). The questionnaire consisted of three background questions (sex, age and the study year) and 33 Likert-scale statements, which were ranging from (1) to a very small extent: I think no ... to (5) to a very large extent: Almost always yes. The statements consisted of three sections. The first one included sum variable perceived demand (Cronbach's Alpha = 0.858). In this study, the perceived control and the perceived support consisted of one sum variable (Flyn, James, 2009) decision latitude (Cronbach's Alpha = 0.757).

Researchers collected the data from students during the first 10 minutes of the lecture in winter 2014–2015. Participation in the survey was voluntary; they had the right to withdraw. The data was statistically analyzed. We describe the results with the help of frequency, % and correlations (Pearson Correlation, 2-tailed/ Partial Correlation, control variables) as well as tables.

3 Resultati

The final sample included 78 midwife students (response rate 85 %), which all were females. About 60 % were younger than 24 and about 10 % over 29 (Table 1).

Table 1: Respondents' ages (n = 78)

| <i>Age</i> | <i>Frequency</i> | <i>Percentage</i> |
|------------|------------------|-------------------|
| 18–20 year | 10 | 12.8 |
| 21–23 year | 37 | 47.4 |
| 24–26 year | 15 | 19.2 |
| 27–29 year | 8 | 10.3 |
| 30 + | 8 | 10.3 |
| Total | 78 | 100.0 |

One third of the respondents was in their last third part of the education, and about one quarter was in their first third part (Table 2). The number of students in groups varies a lot during education. Noone was in the first term, therefore, all the students had at least seven months of studies in midwife education experience.

Table 2. The stage of the studies (n = 78)

| <i>Stage</i> | <i>Terms*</i> | <i>Frequency</i> | <i>Percentage</i> |
|--------------|---------------|------------------|-------------------|
| 1/3 | 2 +3 | 18 | 23.1 |
| 2/3 | 4+5+6 | 34 | 43.6 |
| 3/3 | 7+8+9 | 26 | 33.3 |
| Total | | 78 | 100.0 |

**In Finland, midwife education lasts nine terms, 4½ years; first nursing education and after that midwife education. Nursing and midwife education are not separated. Nursing education is a part of midwife education. Midwives are registered as nurses and midwives.*

3.1 Midwife students' well-being

Only 73 midwife students' well-being was estimated, because five respondents had some empty statements. Student well-being is rather good. About 78 % (n = 57) of students evaluated that their education is in rather good control, and only about 4 % (n = 3) had experienced their education to be high-strain. Almost 2 of 3 (62 %) had low-strain education. Almost the same amount of the respondents thought that their education is activating (n = 12) or passivating (n = 13) them (Table 3).

Table 3: Midwife students' well-being (n = 73)

| | Demands | | Total |
|---------------------|--------------|--------------|-------------|
| | low | high | |
| high Control | 45 61.6 % | 12 16.4 % | 57 78 % |
| low | 13 17.9 % | 3 4.1 % | 16 22 % |
| Total | 58 79.5 % | 15 20.5 % | 73 100 % |

A more detailed analysis of how demanding they experienced the education was interesting. Almost every second student (n = 38) had an experience that their education is hectic and they were under pressure. However, in all other statements, 75 % to 100 % of respondents said that the university demanded almost nothing from them. Only about 14 % of respondents (n = 11) had experiences that the university gave too much responsibility for learning. On the other hand, it should be noted, that when we asked directly about the experiences of demands of education, it was considered to be demanding (>55 %), but not too demanding (> 90 %). Though the education was considered hectic and it was difficult to do independent tasks, it also increased the feeling that the education is rewarding. Most students (about 80 %) had experiences that they had not had many possibilities to influence in the matters, which are related to their education. However, they (about 80 %) told that they had been able to study according to their study plan, because they knew how to learn: they had not had jams of retakes, and their friendships did not suffer from their studies. There were problems to use different learning tools or environments. Only every third had experienced that students are taken care of "to a large extent" or more. Less than 10 % of students had experienced inappropriate treatment in teaching or practice.

Teachers' feed-back had great meaning for students. However, students felt that they had got it rather little. Only about 35 % (n = 28) responded "to a large extent" or more to this statement. No one of the respondents told that they had possibilities "to a very small extent" to discuss their education with someone close to them. We might say that skills to learn were in the middle of decision latitude. If one knew how to learn, one had time to meet friends etc.

According to the results, the connection with decision latitude and demanding was statistically very significant, but negative (partial correlation; control variables, age, and study year). Therefore, the more demanding education was experienced the less decision latitude, and vice versa, but when the decision latitude increases also their activity to learning increases.

3.2 Midwife students' overall impression of their education

About 80 % (n = 62) of the students thought that midwife education is rewarding. There were 24 % (n = 19) of the respondents who were not very proud of their department at the

university, but almost 90 % (n = 69) wanted to continue their studies. You have to find out that the statement "I want to continue my studies" had different meanings. For those close to graduation, this statement refers to post graduation education, but for others the meaning was to continue their midwife education. There was only one who had been thinking of giving up her studies.

Rewarding of education correlates both to the study type and demanding of education. Some persons experience their education both very demanding and rewarding. They were also relatively proud of their department at the university. Study type did not correlate to demanding of education or to how they spent their time, though the two sum variables of the study type differently correlate to these statements.

4 Discussion

All over the world, there is a great worry of students' well-being, especially, why the number of stressed students has increased during the last twenty years. The aim of this study was to investigate midwife students' well-being using the educational application of JDCS-model by Karasek and Theorell (1990). There were recommendations that this application is appropriate for estimating undergraduate nursing students' well-being, and it could help to facilitate the work for students' well-being (Tuomi et al., 2013).

In this research, all the respondents were female. Most of them were under 26 years old (80 %), and the ages and the year of study were correlated, which was waited, but there were very little differences in the answers, which could be explained by their age or the year of study. In the principle, we could say that midwife students' well-being was relatively good in Finland at this university. Only 4 % (n = 3) had a feeling of high-strain. On the other hand, almost 80 % (n = 57) had good experiences of their education. These results are almost the same as in earlier researches of nursing students in Finland (Tuomi, Äimälä, 2010; Tuomi et al., 2013), but also a little better than in the latest ones (Tuomi et al., 2014; Tuomi, Zvanut, Äimälä, 2014). Nurse students' well-being in Slovenia seemed to be at the same level as in the latest studies in Finland, but it is not bad at all. More than 2 of 3 students had good experiences of their education (Tuomi et al., 2013). On the other hand, Finnish engineer students' well-being is much better than the results of this study. Above all, male students' well-being is better than females' also among nurse students (Tuomi et al., 2014).

Though the student well-being was rather good, the results gave some suggestions, which could explain the difficulties in learning experiences. What teachers could develop is to take care of the students more and radically increase feedback to students. Maybe these two phenomena are connected to each other. The amount of feedback, which students were pleased with 10–15 years ago, is almost the same as the "no feedback" today. The current students have become accustomed to a rich and immediate feedback from among other things Facebook, social media, virtual games etc. One more area, which rose up, was the study plan. To plan it, to follow it, and also there should be one teacher, who once or twice a year would discuss the implementation of it.

These results are coherent with the results of all earlier researches (Cambel, Curral, 2005; Cotton et al., 2002; Flynn, James, 2009; Tuomi, Äimälä, 2010; Tuomi et al., 2013; Tuomi et al., 2014; Tuomi, Zvanut, Äimälä, 2014): the connection with the decision latitude and perceived demands in educational applications of JDCS-model is statistically very significant, but negative. Maybe Flynn and James (2009) are right in saying that the decision latitude should comprehend as a medium in educational applications. A follow up research (Tuomi, Zvanut, Äimälä, 2014) tells that both eustress and distress increase when training goes on. According

to the results of this study, the better you control your studies the eager you study, if your education is demanding enough but not too demanding. To find this bifurcation point is problematic, because it is individual. Maybe the point when education is too easy is not so individual in midwife education, because most of the students have the same background of education.

4.1 What we have done for midwife students' well-being?

Every year all students have the possibility to evaluate and give feed back to the university. Their development ideas will be collected and analyzed and, if it is possible, we make changes. After every course students can also give feed-back. After every practice period the hospital collects data by using CLES-scale (Clinical Learning Environment and Supervision by Mikko Saarikoski). The data is analyzed and compared to the results of the previous year. A midwife student has always two mentors in practice and the student follows their shifts. The student, the mentor, and the teacher will have an evaluation discussion at the end of the practice. We are not using grades any more in clinical practice, only accepted/not accepted. During theory-periods the studies proceed according to PBL-cycle. There is a lot of criticism against PBL, but by using it, one problem has been solved. Earlier, when students started practical studies after the theoretical studies, there was a gap between theory based ideals and the reality. The students' immediate decision was to reject the theory and learn the models they met in practice without critic, "Teachers don't know anything". Now, learning by PBL, the students are searching themselves the knowledge and they are more aware of different possibilities.

Every midwife student group has their own teacher tutor who follows and guides them 4½ years. Students' union is very active to plead students' cases if they have problems with teachers or in learning arrangements.

5 Conclusion

Student well-being is a very challenging phenomenon. Even the definition creates problems. Basically, it can be approached either at the individual or structural level. Both approaches are relevant, but in this study we selected the educational application of JDCS -model, which emphasizes the structural issues. The results show that the midwife students' well-being is relatively good in Finland, but there is still a lot to improve, for example teachers' feedback to students.

In fact the results are not so good from the view point of the department of the university, because only about 16% of students felt that the midwife education had activated them, and almost the same number of students had a feeling that the education had passivated them. For the benefit of the education, we could say that only 4 % of the respondents felt that education was high-strain, though everyone of them is too much. The results of one cross-sectional study stayed pretty superficial, but it is reasonable to assume that, for example, comparative studies would get a deeper picture of challenges for an individual department (Tuomi et al., 2013). On the other hand, it is not easy to improve student well-being, but all the work for it will be profitable.

References

- Bayram N, Bilgel N. The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008;43(8):667-72.
- Bewick B, Koutsopoulou G, Mile J, Slaa E, Barkham M. Changes in undergraduate students' wellpsychological well-being as progress through university. *Studies in higher Education*. 2010;35(6):633-45.
- Burnard P, Edwards D, Bennett K, Thiabah H, Tithova V, Baldacchino D, et al. A comparative, longitudinal study of stress in student nurses in five countries: Albania, Brunei, the Czech Republic, Malta and Wales. *Nurse Educ Today*. 2008;28(2):134-45.
- Chambel MJ, Curren L. Stress and academic life; Work characteristics as predictors of students well-being and performance. *Applied Psychology*. 2005;54(1):135-47.
- Cotton SJ, Dollard MF, De Jonge J. Stress and students job design: satisfaction, well-being and performance in university students. *Int J Stress Manag*. 2002;9(3):147-62.
- Edwards D, Burnard P, Bennet K, Hebden U. A longitudinal study of stress and self-esteem in student nurses. *Nurse Educ Today*. 2010;30(1):78-84.
- Flynn N, James J.E. Relative effects of demand and control on task-related cardiovascular reactivity, task perception, performance accuracy and mood. *Int J Psychophysiol*. 2009;72(1): 217-27.
- Gibbons C, Dempster M, Mountray M. Stress and eustress in nursing students. *J Adv Nurs*. 2007;61(3):282-90.
- Gibbons C, Dempster M, Mountray M. Stress, coping and satisfaction in nursing students. *J Adv Nurs*. 2010;67(3):621-32.
- Green LW, Kreuter MW. *Health program planning: an educational and ecological approach*. 4th ed. New York: McGraw-Hill Higher Education, 2005.
- Karasek RA, Theorell T. *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books, 1990.
- Laschinger HKS, Finegan J, Shamian J, Almost J. Testing Karasek's demand-control model in restructured health care settings: effect of job strain on staff nurse quality of worklife. *J Nurs Adm*. 2001;31(5):233-43.
- Naidoo J, Wills J. *Foundations for health promotion*. 3th ed. London: Bailliere Tindall Elsevier, 2009.
- Noblet A, LaMontagne AD. The role of workplace health promotion in addressing job stress. *Health Promot Int*. 2006;21(4):346-53.
- Pisanti R, Van der Doef M, Maers S, Lazzari D, Bertini M. Job characteristics, organizational conditions and distress/well-being among Italian and Dutch nurses: a cross-national comparison. *Int J Nurs Stud*. 2011;48(7):829-37.

Taris T, Kompier M. Job characteristics and learning behavior: review and psychological mechanism. In: Perrewe PL, Ganster DC, eds. *Research in Occupational Stress and Well-being: Exploring Interpersonal Dynamics*, Amsterdam: Jai press, 2005: 127-66.

Tuomi J, Äimälä AM. Leppoisaa - ammattikorkeakoulun terveystieteen opiskelijoiden arvio opiskeluhyvinvoinnistaan. *Ammattikasvatuksen Aikakauskirja*. 2010;12(4):16-27.

Tuomi J, Aimala AM, Plazar N, Starcic AI, Zvanut B. Students' well-being in nursing undergraduate education. *Nurse Educ Today*. 2013;33(6):692-7.

Tuomi J, Kokkonen K, Rouhiainen V, Äimälä A-M. Opiskeluhyvinvointi ja koulutuksen segregatio. *Ammatillisen koulutuksen ja AMK-tutkimuksen päivät Proceedings*. Jyväskylä: University of Applied Sciences, 2014.

Tuomi J, Zvanut B, Äimälä A-M. Nurse students' experiences of their student well-being - a follow up study. Jyväskylä: University of Applied Sciences, 2014 (unpublished manuscript).

Van der Doef MP, Maes S. The Job-Demand-Control(-Support) model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research. *Work and Stress*. 1999;13(2):87-114.

World Health Organization (WHO). Milestones in health promotion. Statements from global conferences; 2009. Available at: www.who.int/healthpromotion/en (12. 8. 2014).

Contemporary approach to episiotomy

Matija Prka², Dubravko Habek, Ingrid Márton

ABSTRACT

Introduction: Over the last >30 years, obstetricians and midwives around the world keep asking continuously about the significance of episiotomy.

Methods: Concise review of relevant and recently published articles in the field of obstetric perineal trauma, and short analysis of annual rate of episiotomy and obstetric anal sphincter injuries (OASIS) in Clinical Hospital “Sveti Duh”, Zagreb, in ten years period (2005–2014).

Results: Routine (liberal) episiotomy is excluded from clinical practice worldwide, and full affirmation got restrictive (selective) episiotomy, based on strict medical indications). Lateralisation of episiotomy, slowing of the expulsion of the fetal head, and manual perineal protection represent important set of preventive interventions for avoiding of OASIS. Implementation of restrictive episiotomy in Clinical Hospital “Sveti Duh”, Zagreb, appeared during the year 2010.

Discussion: For successful restrictive approach to episiotomy in Clinical Hospital “Sveti Duh”, Zagreb, several measures were important: 1) episiotomy strictly upon medical indication; 2) individual patient assessment; 3) patience in the second stage of labor; 4) critical judgement of both obstetrician and midwife, experienced and skillful midwife, compliance of the parturient women; 5) education of all attendees in labor. Nowadays, it is necessary to find a balance (in mediolateral or lateral episiotomy settings) between the optimal total episiotomy rate < 30 % (primiparas: < 50 %, multiparas: < 10 %) and related total OASIS rate up to 1 %.

Keywords: episiotomy, obstetric anal sphincter injuries, manual perineal protection

² **Corresponding author:** Matija Prka, MD, Department of Obstetrics and Gynaecology, Clinical Hospital “Sveti Duh”, Sveti Duh 46, 10000 Zagreb, Croatia. Email: matija.prka@gmail.com.

1 Introduction

Episiotomy is a surgical enlargement of the vaginal orifice by an incision of the perineum during the last part of the second stage of labor or delivery (Kalis et al., 2012). According to prevalence, it represents second surgical procedure in the world at all, following another one from our profession, clumping and cutting the umbilical cord (Chescheir, 2008).

2 Methods

We concisely reviewed relevant and recently published articles in the field of obstetric perineal trauma, and performed short analysis of annual rate of episiotomy and obstetric anal sphincter injuries (OASIS) in Clinical Hospital “Sveti Duh”, Zagreb, in ten years period (2005–2014).

3 Results

3.1 Routine vs. restrictive episiotomy

More than 30 years ago Banta and Thacker (1982) published an epochal review that completely changed clinical practice worldwide and restrictive (selective) episiotomy upon strict medical indications got its full affirmation (Hartmann et al., 2005; Prka, Habek, 2011) (Table 1).

Table 1: Indications for episiotomy (with individual patient assessment) (Prka, Habek, 2011)

| |
|--|
| <i>Absolute</i> |
| Acceleration of delivery in cases of fetal distress, i.e. non-reassuring patterns seen on cardiotocography by the end of the second stage of labor |
| <i>Relative</i> |
| Imminent rupture of rigid or scary perineum |
| Obstetrician assisted procedures (vacuum extraction, forceps, assisted breech delivery) |
| Shoulder dystocia |
| Fetal macrosomia |
| Occiput posterior position |
| Sinciput, brow, and face presentations |

Actual clinical management guidelines and systematic reviews recommend avoiding routine (liberal) episiotomy (ACOG Practice Bulletin, 2006; Carroli, Mignini, 2009), given there is no proven benefit to this practice (Robinson, 2015). Belizán et al. (Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group, 1993) have established that a restrictive episiotomy rate above 30 % is not clinically justified. When defining the lower limit for “safe” episiotomy rate, it is important to take into account: (1) the type of episiotomy being used, and (2) the rate of third- and fourth-degree perineal tears, usually called OASIS (Kalis, Rusavy, Prka, 2015).

3.2 Type of episiotomy and OASIS

Three types of episiotomy are most commonly used worldwide (Table 2): mediolateral and lateral episiotomy (Europe, South America) and median episiotomy (North America) (Prka, Habek, 2011).

Table 2: Definitions of the three most frequently used types of episiotomy around the world (Kalis et al., 2012)

| Type of episiotomy | Origin of the initial incision | Direction of the cut |
|---------------------------|--|--|
| Median | Within 3 mm of the midline in the posterior fourchette | Between 0° and 25° of the sagittal plane |
| Mediolateral | Within 3 mm of the midline in the posterior fourchette | Directed laterally at an angle of at least 60° from the midline towards the ischial tuberosity |
| Lateral | More than 10 mm from the midline in the posterior fourchette | Laterally towards the ischial tuberosity |

Median episiotomy is significantly more frequently associated with OASIS (Carroli, Mignini, 2009). In the USA, a restrictive approach to midline episiotomy in spontaneous deliveries (1979–2004) resulted in a reduction in the OASIS rate from 5 % to 3.5 % (Frankman et al., 2009). Comparing 2004 and 2010, a falling trend in the use of episiotomy was registered in Finland (32 % vs. 24.1%), Denmark (9.8 % vs. 5 %), and Sweden (8.1 % vs. 5.8 %), while the episiotomy rate increased in Norway (17.8 % vs. 19.1 %) (Laine, Rotvold, Staff, 2013). However, in the same time OASIS incidence in Finland (dominant use of lateral episiotomy) has been notably lower (0.7–1 %) than in the other Nordic countries with common use of mediolateral episiotomy (4.2–2.3 %). A significant and constant reduction in OASIS incidence has only been observed in Norway (from 4.1 to 2.3 %, $p < 0.001$). This reduction occurred simultaneously with the introduction of a national intervention program of improved delivery techniques aiming at reducing the incidence of OASIS (Laine et al., 2008). The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) guidelines indicate that the acceptable rate of OASIS is 1% of all vaginal deliveries (Thiagamorthy et al., 2014).

3.3 The role of manual perineal protection

Lateralisation of episiotomy, slowing of the expulsion of the fetal head, and manual perineal protection (MPP) represent important set of preventive interventions for avoiding OASIS (Kalis, Rusavy, Prka, 2015). Until now, three techniques of MPP were described: (1) hands-on: perineal protection during crowning of the fetal head (when perineum is stretched); (2) hands-poised: perineal protection only in the case of imminent (severe) perineal tear; (3) hands-off: no use of perineal protection in labor. Using a novel biomechanical model of the perineum, Jansova et al. (2014) showed that when using hands-on technique the value of highest strain/tension throughout the perineal body during vaginal delivery was decreased by 30–39 % compared with the hands-off technique. Moreover, exact placement of fingertips (thumb and index finger) on the perineal skin, together with their co-ordinated movement, plays an important role in the extent of reduction of perineal tension (Jansova et al., 2014). Despite some evidence would suggest that hands-poised is a safe and recommended technique for perineal management (Petrocnik, Marshall, 2015), recent consensus of a multidisciplinary

group of experts in the UK was that hands-on should be the recommended technique of perineal support in preventing OASIS (Ismail et al., 2015).

3.4 Implementation of restrictive episiotomy in Clinical Hospital “Sveti Duh”, Zagreb

In the annual rate of episiotomy and OASIS in Clinical Hospital “Sveti Duh”, Zagreb in ten years period (2005–2014) is presented. Implementation of restrictive episiotomy in our clinical setting appeared during the year 2010, when for the first time episiotomy rate was below 30 %.

4 Discussion

For successful restrictive approach to episiotomy in Clinical Hospital “Sveti Duh”, Zagreb, several measures were important: (1) episiotomy strictly upon medical indication; (2) individual patient assessment; (3) patience in the second stage of labor; (4) critical judgement of both obstetrician and midwife, experienced and skillful midwife, compliance of the parturient women; (5) education of all attendees in labor. Low OASIS rate in the investigated period could be clarified by dominant use of lateral episiotomy, sporadic use of mediolateral and very rare use of median episiotomy. On the other hand, increasing trend of OASIS rate is notable, most probably due to improved diagnostics that includes rectal examination, palpation, and inspection of the anal sphincter complex in each case of second-degree perineal tear or episiotomy.

5 Conclusion

Nowadays, it is necessary to find a balance (in mediolateral or lateral episiotomy settings) between the optimal total episiotomy rate < 30 % (primiparas: < 50 %, multiparas: < 10 %) and related total OASIS rate up to 1 %.

References

- American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Practice Bulletin. Episiotomy. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Number 71, April 2006. *Obstet Gynecol.* 2006;107(4):957-62.
- Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. Routine vs. selective episiotomy: a randomised controlled trial. *Lancet.* 1993;342(8886):1517-8.
- Banta D, Thacker SB. The risks and benefits of episiotomy: a review. *Birth.* 1982;9(1):25-30.
- Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009(1):CD000081.
- Chescheir NC. Great expense for uncertain benefit. *Obstet Gynecol.* 2008;111(6):1264-5.
- Frankman EA, Wang L, Bunker CH, Lowder JL. Episiotomy in the United States: has anything changed? *Am J Obstet Gynecol.* 2009;200(5):573-7.

- Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA*. 2005;293(17):2141-8.
- Ismail KM, Paschetta E, Papoutsis D, Freeman RM. Perineal support and risk of obstetric anal sphincter injuries: a Delphi survey. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2015;94(2):165-74.
- Jansova M, Kalis V, Lobovsky L, Hyncik L, Karbanova J, Rusavy Z. The role of thumb and index finger placement in manual perineal protection. *Int Urogynecol J*. 2014;25(11):1533-40.
- Jansova M, Kalis V, Rusavy Z, Zemcik R, Lobovsky L, Laine K. Modeling manual perineal protection during vaginal delivery. *Int Urogynecol J*. 2014;25(1):65-71.
- Kalis V, Laine K, de Leeuw JW, Ismail KM, Tincello DG. Classification of episiotomy: towards a standardisation of terminology. *BJOG*. 2012;119(5):522-6.
- Kalis V, Rusavy Z, Prka M. Episiotomy. In: Doumouchtsis S, editor. *Childbirth Trauma*. New York: Springer, 2015 (in press).
- Laine K, Pirhonen T, Rolland R, Pirhonen J. Decreasing the incidence of anal sphincter tears during delivery. *Obstet Gynecol*. 2008;111(5):1053-7.
- Laine K, Rotvold W, Staff AC. Are obstetric anal sphincter ruptures preventable? - large and consistent rupture rate variations between the Nordic countries and between delivery units in Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013;92(1):94-100.
- Petrocnik P, Marshall JE. Hands-poised technique: The future technique for perineal management of second stage of labour? A modified systematic literature review. *Midwifery*. 2015;31(2):274-9.
- Prka M, Habek D. New perceptions in episiotomy. *Gynaecol Perinatol*. 2011;20(3):134-9.
- Robinson JN. Approach to episiotomy. Available at: <http://www.uptodate.com/contents/approach-to-episiotomy> (26. 4. 2015).
- Thiagamorthy G, Johnson A, Thakar R, Sultan AH. National survey of perineal trauma and its subsequent management in the United Kingdom. *Int Urogynecol J*. 2014;25(12):1621-7.

Posledice nasilja nad ženskami in reproduktivno obdobje

Consequences of violence against women and the reproductive period

Vislava Globevnik Velikonja³, Miha Lučovnik, Tanja Premru Sršen, Vesna Leskošek, Megie Krajnc, Lucija Pavše, Ivan Verdenik

IZVLEČEK

Uvod: Nasilje nad ženskami ima več medsebojno povezanih pojavnih oblik (fizično, spolno, psihično in ekonomsko), ki lahko spremljajo ženske od rojstva do starosti. Po podatkih OZN je do 70 odstotkov žensk v svojem življenju kdaj žrtev nasilja, vsaka peta žrtev posilstva ali poskusa posilstva, vsaka tretja žrtev nasilja s strani intimnega partnerja. Prikazane bodo posledice nasilja, ki vplivajo na telesno, psihično, seksualno in reproduktivno zdravje ter socialno funkcioniranje žensk v reproduktivnem obdobju in rezultati raziskave Nasilje in nosečnost – NANOS.

Metode: 2014 je bila na Ginekološki kliniki v Ljubljani opravljena raziskava NANOS, v kateri je z izpolnitvijo anonimnega vprašalnika (prevod in priredba NorAQ) v trimesečnem obdobju sodelovalo 1018 žensk po porodu, kar je bil 80 % odziv glede na razdeljene ankete. Podatki so bili obdelani s statističnim paketom SPSS.

Rezultati: O fizičnem nasilju v preteklosti je poročalo 29,2 %, psihičnem 26,1 %, spolnem 7,6 % in nasilju s strani zdravstvenih delavcev 16,1 % žensk. Žrtve spolnega nasilja so bile v starostnem razponu 4–30 let. Prisotne so bile različne komponente spolnega nasilja, zaradi katerih še vedno trpi 80,8 % žensk. Pomoč je poiskalo le 25 % žensk. Večinoma so bili storilci bližnji. Na delovnem mestu so bile žrtve spolne zlorabe v 5,3 %. V času nosečnosti so doživele fizično nasilje v 1,0 %, psihično v 3,2 % in zlorabo s strani zdravstvenih delavcev v 5,8 %. Doživeto nasilje pomembno vpliva na potek nosečnosti, otrokovo gestacijsko starost in telesno težo ter zaplete poroda. Porod s carskim rezom so imele večkrat ženske s psihično in spolno zlorabo v otroštvu, nasiljem s strani zdravstvenih delavcev v nosečnosti ter tiste, ki so bile deležne kakršnekoli zlorabe v nosečnosti in psihične zlorabe kadarkoli. Žrtve fizične in spolne zlorabe v odraslosti so večkrat rodile vaginalno. Žrtve spolne zlorabe so imele v anamnezi več umetnih splavov, večkrat iskale psihološko pomoč, večkrat poročale o nespečnosti, anksioznosti, vsiljivkah in izogibalnem vedenju.

Razprava: Zdravstvo preko storitev reproduktivnega zdravja dostopa do večine žensk v reproduktivnem obdobju in ima edinstveno možnost pri prepoznavanju, preprečevanju in ustrezni medresorski in timski obravnavi nasilja nad ženskami in njegovih posledic.

Ključne besede: nasilje nad ženskami, nosečnost, reproduktivno zdravje.

³ **Corresponding author:** doc. dr. Vislava Globevnik Velikonja, univ. dipl. psih., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika, Štajmerjeva 3, 1000 Ljubljana, Slovenija. E-mail: vislava.velikonja@guest.arnes.si.

ABSTRACT

Introduction: Violence against women takes many interconnected forms (physical, sexual, psychological, and economic); it may accompany women from birth to the old age. According to the UN, up to 70 percent of women are victims of violence in their lifetime; every fifth is a victim of rape or attempted rape and every third a victim of violence by an intimate partner. The article will present the consequences of violence affecting the physical, psychological, sexual, and reproductive health and social functioning of women of reproductive age and the results of the survey Violence and Pregnancy – NANOS.

Methods: In 2014, we conducted a survey (NANOS) at the University Medical Centre Ljubljana's Division of Obstetrics and Gynaecology. By filling out an anonymous questionnaire (translation and adaptation of NorAQ), 1018 women after childbirth participated in a three-month period, which was an 80 % response based on the distributed surveys. The data were analysed using SPSS statistical software.

Results: 29.2 % of women reported on physical violence in the past, 26.1% on psychological, 7.6% on sexual, and 16.1% on violence by healthcare professionals. Victims of sexual violence were in the age range of 4-30 years. Various components of sexual violence were present; 80.8% of women still suffer from it. Only 25 % of women sought help. Victims were mostly familiar with the offenders. Sexual abuse at the workplace was reported by 5.3 % of women. Physical violence during pregnancy was experienced by 1.0% of women, 3.2 % experienced psychologically violence, and in 5.8 % of the cases they were abused by healthcare workers. Experienced violence has a significant impact on the course of the pregnancy, the child's gestational age, body weight, and labour complications. A caesarean delivery was more common among women who experienced psychological and sexual abuse in childhood, violence by healthcare professionals during pregnancy, and those who have been subjected to any abuse during pregnancy and psychological abuse at any time. Victims of physical and sexual abuse in adulthood had a higher rate of vaginal births. Victims of sexual abuse more often had a history of abortions, repeatedly sought psychological help and repeatedly reported insomnia, anxiety, intrusive thoughts, and avoidance behaviours.

Discussion: Healthcare has an access to the majority of women of reproductive age through reproductive healthcare services and has a unique opportunity in the identification, prevention, adequate multidisciplinary and team management of violence against women and its consequences.

Key words: violence against women, pregnancy, reproductive health.

1 Uvod

Nasilje nad ženskami je univerzalni svetovni fenomen in ima več pojavnih oblik (fizično, spolno, psihično in ekonomsko), ki so med seboj povezane in lahko spremljajo ženske od rojstva do starosti in vsekakor pomeni hudo kršenje človekovih pravic. Posledice nasilja so lahko za žrtve zelo hude in vplivajo na njihovo telesno, psihično in reproduktivno zdravje (Brownridge et al., 2011).

Po podatkih Organizacije združenih narodov je do 70 odstotkov žensk v svojem življenju kdaj žrtev nasilja. Ocenjuje se, da je v svetu vsaka peta ženska kdaj v življenju žrtev posilstva ali poskusa posilstva (Društvo za Združene narode za Slovenijo, 2014). Veliko nasilja pa se dogaja v domačem okolju, najpogosteje se govori o nasilju s strani intimnega partnerja, in študija WHO kaže, da prizadene v splošnem tretjino žensk. Nedavne študije so pokazale življenjsko prevalenco 33–37 % in 3–12 % letno prevalenco nasilja intimnega partnerja (Rose et al., 2010). Nasilje nad ženskami (tako s strani neznancev kot intimnega partnerja in znotraj družine) veliko ljudem predstavlja zasebni problem in tako ostaja tabuirana tema, saj imajo ženske pogosto občutke sramu, strahu in krivde ter prav zaradi tega ne govorijo o nasilju. Posledično tako nasilje ostaja prikrito, neznano in nekaznovano (De Bruyn, 2003).

Nacionalna raziskava o nasilju v zasebni sferi v partnerskih odnosih v Sloveniji je pokazala, da je od 15. leta starosti spolno nasilje v partnerski zvezi in intimnih razmerjih doživelo 6,5 % žensk, v zadnjih 12 mesecih pa je bil ta delež 1,5 %. Najpogostejša oblika spolnega nasilja je bila nezaželeno spolno dotikanje, ki jim je bilo moteče in stresno. Sledilo je: prisiljen spolni odnos, posilstvo v partnerstvu, uporaba določenih predmetov brez privolitve ženske, preprečitev jemanja kontracepcijske zaščite in prisila v to, da so morale storiti umetno prekinitev nosečnosti (Leskošek, 2012). V nasprotju s pričakovanji so tudi ženske v nosečnosti žrtve nasilja, večinoma s strani intimnega partnerja. Prevalenca partnerskega nasilja v času nosečnosti znaša od 4 % do 8 %. Partnerji nad nosečnicami najpogosteje izvajajo psihično nasilje, prisotno pa je tudi fizično nasilje. Partnersko nasilje v času nosečnosti je pogostejše pri ženskah z nižjim socialno-ekonomskim statusom, z nižjo stopnjo socialne podpore, pri prvorodkah ter v primeru nezaželene nosečnosti (Martin, 2001). V Sloveniji so poročali, da je 5,5 % žensk nasilje doživelo tudi v času nosečnosti (Leskošek, 2012).

Fizično nasilje skoraj vedno spremlja tudi psihična zloraba. Ne glede na to, kako ponižujoče in škodljivo ženske opisujejo fizično in spolno nasilje, ki so ga doživele, pravijo, da je psihično nasilje še bolj boleče, ker vpliva na njihove občutke lastne vrednosti, težave v spolnosti in starševske sposobnosti. Pogosto je pridruženo še ekonomsko nasilje z omejevanjem, odrekanjem ali izogibanjem finančne podpore njim ali njihovim otrokom, z grožnjami ali dejanskimi izselitvami iz hiše, s kontroliranjem njenega dohodka ali uničevanjem predmetov, ki družini nekaj pomenijo (Velzeboer et al., 2003).

1.1 Posledice nasilja nad ženskami

Nasilje ima pogosto škodljive in dolgotrajne posledice za žrtve, njihove družine in družbo. Vpliva na posameznikovo telesno (tudi reproduktivno), psihično in socialno zdravje ter vedenje povezano z zdravjem (Tabela 1). Posilstvo kot najhujša oblika spolnega nasilja ni vedno povezano s fizičnim nasiljem, čeprav so znane tudi smrti zaradi posilstva. Nosečnosti, ki so posledica posilstva, so nezaželene in lahko vodijo v splave (tudi ilegalne). Hkrati pa so tudi splavi lahko vzrok za nasilje (World report on violence and health, 2002). Dolgoročne posledice spolnega nasilja na telesnem nivoju so: kronična pelvična bolečina, predmenstrualni

sindrom, motnje prebavnega traku, ginekološki in nosečnostni zapleti, glavoboli in migrene, bolečine v hrbtu, obrazne bolečine, invalidnost, spolno prenosljive bolezni (Letourneau, 1999).

Tabela 1: Posledice nasilja nad ženskami (Heise, Ellsberg, and Gottemoeller 1999, povzeto po Velzeboer, 2003)

| Posledice fizičnega, psihičnega, spolnega in institucionalnega nasilja nad ženskami | | |
|--|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Smrt | Telesno zdravje | Kronična stanja |
| <i>Umor</i> | <i>Poškodbe</i> | <i>Sindrom kronične bolečine</i> |
| <i>Samomor</i> | <i>Invalidnost</i> | <i>Sindrom vzdraženega mehurja</i> |
| <i>Posledica AIDS-a</i> | <i>Telesni simptomi</i> | <i>Motnje prebave</i> |
| <i>Maternalna umrljivost.</i> | <i>Slabo subjektivno zdravje</i> | <i>Fibromialgia</i> |
| | <i>Debelost</i> | |
| | <i>Funkcionalna oškodovanost</i> | |
| Psihično zdravje | Negativno vedenje za zdravje | Reproduktivno zdravje |
| <i>Posttravmatska stresna motnja</i> | <i>Kajenje</i> | <i>Spolno prenosljive bolezni</i> |
| <i>Anksioznost</i> | <i>Tvegano spolno vedenje</i> | <i>Ginekološki problemi</i> |
| <i>Depresija</i> | <i>Zloraba alkohola in drog</i> | <i>Neželena nosečnost</i> |
| <i>Fobične, panične motnje</i> | <i>Fizična neaktivnost</i> | <i>Zapleti v nosečnosti</i> |
| <i>Zloraba drog</i> | <i>Prenajedanje</i> | <i>Spont. splavi, nizka por. teža</i> |
| <i>Motnje hranjenja</i> | | <i>Umetne prekinitve nosečnosti</i> |
| <i>Slaba samopodoba</i> | | <i>Pelvična vnetja</i> |
| <i>Spolne motnje</i> | | <i>Ilegalni splavi</i> |

1.2 Nasilje med nosečnostjo

Nasilje pred in med nosečnostjo ima resne zdravstvene posledice tako za mater kot za otroka. Vodi lahko v tvegano nosečnost in porod, kar vključuje splav, prezgodnji porod in rojstvo otrok s prenizko porodno težo z vsemi posledicami (Bailey, 2010).

Posledice nasilja pred in med nosečnostjo z vidika telesnega zdravja ženske so prenizka telesna teža nosečnice, vaginalne/cervikalne/ledvične infekcije, vaginalne krvavitve, poškodbe abdomna, kronična pelvična bolečina, hematomi, urinska inkontinenca, razpok plodovih ovojev, abrupcija placente, spontani splav, prezgodnji porod, zapleti pri porodu in težave z dojenjem (Datner, Ferroggiaro, 1999). Z vidika duševnega zdravja ženske pa so posledice nasilja pred in med nosečnostjo poznejše vključevanje nosečnice v prenatalno nego, (poporodna) depresija, anksioznost, posttravmatski stresni sindrom, samomorilnost, zloraba drog, alkohola, tobaka, občutki sramu in krivde, zaradi katerih ne poiščejo strokovne pomoči (Ntaganira et al., 2008; Velzeboer et al., 2003). Nasilje pred in med nosečnostjo pa ima posledice tudi za telesno in duševno zdravje otroka zaradi pogostejšega zastoja rasti ploda v maternici, nizke porodne teže, nedonošenosti, fizične poškodbe ploda med nosečnostjo ali po porodu in zaostanka v telesnem, kognitivnem in čustvenem razvoju (Coker, Sanderson, Dong, 2004).

2 Metode

Na Ginekološki kliniki v Ljubljani smo leta 2014 opravili raziskavo Nasilje med nosečnostjo – NANOS, v kateri je z izpolnitvijo anonimnega vprašalnika (prevod in priredba The NorVold Abuse Questionnaire – NorAQ (Swahnberg, Wijma, 2003)) v trimesečnem obdobju

sodelovalo 1018 žensk v prvih dneh po porodu, kar je bil 80 % odziv glede na razdeljene ankete. Merske karakteristike testa so: test-retest zanesljivost (84–95 %), specifičnost 98 % za vse vrste nasilja razen za fizično (85 %), senzitivnost od 75 % (psihično) do 96 % (fizično). Želeli smo ugotoviti pojavnost fizičnega, psihičnega in spolnega nasilja ter nasilja s strani zdravstvenih delavcev pred in med nosečnostjo ter morebitne vplive le-tega na psihično in telesno zdravje, potek nosečnosti in poroda ter stanje novorojenca. Rezultati so bili obdelani s statističnim paketom SPSS 21.0. Razlike med skupinami so bile testirane s parametrijskimi in neparametrijskimi testi (χ^2 test, ANOVA, Mann-Whitney U in Wilcoxon test), upoštevajoč 95 % interval zaupanja in statistično pomembnost pri $P < 0,05$.

3 Rezultati

Iz Tabele 2 je razvidno, da so bile ženske žrtve fizičnega nasilja v 29,2 %, psihičnega v 26,1 %, spolnega v 7,6 odstotkih in nasilja s strani zdravstvenih delavcev v 16,1 %, katerakoli zloraba je bila prisotna v 41,1 % žensk. Zaradi omenjenih zlorab je 8,6 % žensk iskalo zdravniško pomoč, 2,5 % celo večkrat. V 9,8 % so zlorabo prijavile policiji, v 1,8 % večkrat. V 29,6 % ni bilo policijske preiskave, le v 11,1 % je bil storilec obsojen in v 11,1 % je kasneje umaknila svojo prijavo. V 2 % ocenjujejo visoko tveganje, da bodo v naslednjem mesecu žrtve zlorabe. Tudi med nosečnostjo so bile prisotne vse oblike nasilja z izjemo spolnega: fizično 1 %, psihično 3,2 % in s strani zdravstvenih delavcev 5,8 %. Do 18. leta je bilo najpogostejše fizično nasilje (22,4 %), v odraslosti psihično (14,1 %), v nosečnosti prevladuje nasilje s strani zdravstvenih delavcev.

Žrtve spolne zlorabe so bile v starostnem razponu od 4 do 34 let, prvič pa so o spolni zlorabi spregovorile v razponu od 7 do 30 let. Zdravstvenim delavcem so o spolni zlorabi povedale v 19,6 %. Delno so vsaj komu o spolni zlorabi spregovorile v 26 %, v celoti pa so povedale v 41 %, še vedno zaradi spolnega nasilja močno trpi 10 % žrtev, 80,8 % pa vsaj malo. Storilci so bili večinoma bližnji (partner, bivši partner, oče, očim, brat, vrstniki), na delovnem mestu je bilo spolno nasilje prisotno v 5,3 %.

Tabela 2: Incidenca posameznih vrst nasilja glede na obdobje pojavljanja

| <i>Nasilje (v %)</i> | <i>fizično</i> | <i>psihično</i> | <i>spolno</i> | <i>s strani zdrav. delavcev</i> | <i>katerakoli</i> |
|----------------------|----------------|-----------------|---------------|---------------------------------|-------------------|
| <i>Do 18. leta</i> | 22,4 | 14,8 | 6,1 | 2,7 | 31,2 |
| <i>V odraslosti</i> | 9,5 | 14,1 | 2,0 | 10,1 | 19,1 |
| <i>V nosečnosti</i> | 1,0 | 3,2 | 0,0 | 5,8 | 9,2 |
| <i>Kadarkoli</i> | 29,2 | 26,1 | 7,6 | 16,1 | 41,1 |

Tabela 3 prikazuje statistično pomembnost razlik med žrtvami spolnega nasilja v otroštvu in odraslosti in skupino žensk, ki niso bile deležne nasilja glede reproduktivne zgodovine, počutja v nosečnosti ter iskanja psihološke pomoči. Ženske, ki so bile kadarkoli žrtve spolnega nasilja, so imele v anamnezi več umetnih splavov, nismo pa našli razlik med skupinama glede spontanega splavov. Ženske, ki so bile žrtve spolnega nasilja v otroštvu, so pomembno manjkrat navedle težave s plodnostjo za razlog zadnjega obiska pri ginekologu pred nosečnostjo. Žrtve spolnega nasilja so tudi pomembno večkrat iskale pomoč psihiatra ali psihologa, čeprav so jo poiskale le v 25 %. Med tistimi, ki niso poiskale psihološke pomoči, je zelo trpelo 30 % žensk. V nosečnosti so žrtve spolnega nasilja večkrat tožile o nespečnosti in anksioznosti, ki sta zmanjševali njihovo vsakodnevno učinkovitost, vsiljevanju neprijetnih spominov in izogibanju situacijam, ki so v njih sprožale neprijetne spomine in občutke.

Ženske, žrtve spolnega nasilja v odraslosti, so poročale o pogostejši in boljši spolnosti v nosečnosti.

Tabela 3: Pomembnost razlik med žrtvami in ne žrtvami spolnega nasilja v reproduktivni zgodovini ter počutju med nosečnostjo

| <i>P</i> (χ^2) | <i>Spolno nasilje</i> | | |
|-------------------------------|-----------------------|---------------------|------------------|
| | <i>V otroštvu</i> | <i>V odraslosti</i> | <i>Kadarkoli</i> |
| <i>Spontani splav</i> | 0,27 | 0,35 | 0,08 |
| <i>Umetni splav</i> | 0,03 | 0,02 | 0,01 |
| <i>Neploidnost</i> | 0,01 ↓ | 0,38 | 0,25 |
| <i>Psihološka pomoč</i> | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| <i>Nespečnost v N</i> | 0,19 | 0,01 | 0,00 |
| <i>Anksioznost v N</i> | 0,02 | 0,00 | 0,01 |
| <i>Depresivnost v N</i> | 0,21 | 0,60 | 0,09 |
| <i>Spolnost v N (boljša)</i> | 0,67 | 0,03 | 0,21 |
| <i>Vsiljivke v N</i> | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| <i>Izogibalno vedenje v N</i> | 0,07 | 0,02 | 0,03 |

Tabela 4 prikazuje pomembnost razlik med skupinama žensk (žrtev in ne žrtev) različnih oblik nasilja v različnih obdobjih glede gestacijske starosti in porodne teže otroka ter začetka in končanja poroda. Zaradi premajhnega števila žrtev posameznih zlorab, nekaterih povezav, ki jih beležijo druge študije, nismo uspeli dokazati, čeprav so se razlike nakazovale s 6 ali 7 % tveganjem, zato smo take označili z * in jih bomo pogojno interpretirali.

Tabela 4: Pomembnost razlik med žrtvami in ne žrtvami različnih vrst nasilja glede izida nosečnosti in poroda

| <i>P</i> (Mann-Whitney U Test, ANOVA) | <i>GS</i> | <i>PT</i> | <i>ZP</i> | <i>KP</i> |
|---|---------------|-------------|-----------|---------------|
| <i>Spolna zloraba v otroštvu</i> | 0,41 | 0,07* | 0,54 | 0,07* |
| <i>Spolna zloraba v odraslosti</i> | 0,74 | 0,51 | 0,31 | 0,06* ↓ |
| <i>Spolna zloraba v nosečnosti</i> | - | - | - | - |
| <i>Spolna zloraba kadarkoli</i> | 0,31 | 0,11 | 0,92 | 0,50 |
| <i>Fizična zloraba v otroštvu</i> | 0,70 | 0,97 | 0,75 | 0,22 |
| <i>Fizična zloraba v odraslosti</i> | 0,92 | 0,76 | 0,06* | 0,04 ↓ |
| <i>Fizična zloraba v nosečnosti</i> | 0,02 ↑ | 0,69 | 0,88 | 0,69 |
| <i>Fizična zloraba kadarkoli</i> | 0,68 | 0,77 | 0,44 | 0,23 |
| <i>Psihična zloraba v otroštvu</i> | 0,89 | 0,60 | 0,33 | 0,02 |
| <i>Psihična zloraba v odraslosti</i> | 0,21 | 0,82 | 0,63 | 0,31 |
| <i>Psihična zloraba v nosečnosti</i> | 0,98 | 0,38 | 0,87 | 0,42 |
| <i>Psihična zloraba kadarkoli</i> | 0,19 | 0,49 | 0,47 | 0,05 |
| <i>Zloraba zdrav. del. v otroštvu</i> | 0,03 | 0,01 | 0,55 | 0,52 |
| <i>Zloraba zdrav. del. v odraslosti</i> | 0,55 | 0,47 | 0,38 | 0,44 |
| <i>Zloraba zdrav. del. v nosečnosti</i> | 0,25 | 0,09 | 0,15 | 0,08 |
| <i>Zloraba zdrav. del. kadarkoli</i> | 0,65 | 0,20 | 0,46 | 0,11 |
| <i>Katerakoli zloraba v otroštvu</i> | 0,90 | 0,93 | 0,45 | 0,45 |
| <i>Katerakoli zloraba v odraslosti</i> | 0,62 | 0,92 | 0,28 | 0,38 |
| <i>Katerakoli zloraba v nosečnosti</i> | 0,67 | 0,11 | 0,27 | 0,06* |
| <i>Katerakoli zloraba kadarkoli</i> | 0,61 | 0,53 | 0,73 | 0,57 |

Legenda: *GS* – gestacijska starost ob porodu (nižja), *PT* – porodna teža (nižja), *ZP* – Začetek poroda (večkrat spontan), *KP* – Konec poroda (večkrat vakuum in carski rez).

4 Razprava

Ženske v našem vzorcu, ki so v reproduktivnem obdobju s povprečno starostjo 30,95 let, so doslej v 41 % doživele neko obliko nasilja. V nosečnosti je nasilje sicer prisotno v najnižjem odstotku (9,2 %) in spolno nasilje v našem vzorcu sploh ni bilo zaznано, čeprav iz klinične izkušnje vemo, da je bila tudi v času študije v porodnišnici hospitalizirana ženska, ki je bila v času nosečnosti žrtev vseh oblik nasilja, a očitno v študiji ni želela sodelovati. Zdi se, da nosečnost pri nas vendarle ščiti ženske do neke mere pred nasiljem, tudi s strani intimnega partnerja, čeprav so si tuje študije glede tega neenotne: nekatere klinične študije so pokazale celo porast nasilja v času nosečnosti s strani intimnega partnerja, populacijske pa, da nosečnost znižuje odstotek nasilja s strani intimnega partnerja (Jasinski, 2004). Podobne rezultate kot mi so dobili tudi Van Parys et al. (2014).

Spolno nasilje v anamnezi vpliva na reproduktivno življenje žensk. Ženske, žrtve spolnega nasilja kadarkoli, imajo v anamnezi statistično pomembno več umetnih splavov, kar je lahko posledica nezaželene nosečnosti zaradi posilstva ali prisiljenih spolnih odnosov, posledica nasilnega okolja, ki sili žensko v prekinitev nosečnosti, ali želja ženske, ki živi v nasilju, da otroka ne rodi v tako okolje (de Bruyn, 2003). Spolno nasilje v anamnezi se povezuje s slabšim psihičnim počutjem v nosečnosti (anksioznost, nespečnost) in simptomi posttravmatske stresne motnje (vsiljivke, izogibalno vedenje) ter posledičnim iskanjem psihološke in psihiatrične pomoči.

Pravzaprav vse oblike nasilja nad ženskami v otroštvu ali v odraslosti vplivajo na potek in izid nosečnosti in poroda. Več študij ugotavlja več prezgodnjih porodov in rojstvo otrok z nižjo porodno težo pri ženskah, žrtvah nasilja v domačem okolju oz. s strani intimnega partnerja, kar vodi v znane zdravstvene in razvojne težave teh otrok (Bailey, 2010). Žrtve fizičnega nasilja v nosečnosti so rojevale v povprečju 164 g lažje otroke (Dye et al., 1995), v drugi študiji pa so zlorabljene imele višji odstotek prezgodnjih porodov v primerjavi z nezlorabljenimi [22 % proti 9 %] (Fernandez, Krueger, 1999). Tudi v naši študiji so bili storilci nasilja večinoma ženski poznani in bližnji ljudje. Za razliko od navedenih študij se v naši fizična zloraba v nosečnosti povezuje celo z višjo gestacijsko starostjo ob porodu, kar v nekaterih študijah, ki so odkrili podobno, interpretirajo z naravo vzorca in majhnim vzorcem. Z nižjo porodno težo (v povprečju za 162 g) se nakazuje povezava s spolno zlorabo v otroštvu (53 oseb).

Zloraba s strani zdravstvenih delavcev je bila opisana s počutjem užaljenosti, grobe ponižanosti ali osramočenosti ob obisku zdravstvene ustanove, z izkušnjo, da se je čisto običajen obisk pri zdravniku spremenil v strašno in žaljivo izkušnjo ali z namerno fizično ali duševno poškodbo, surovo zlorabo ali uporabo njenega telesa in podrejenega položaja v njeno škodo. Zloraba s strani zdravstvenih delavcev v otroštvu (24 oseb) se povezuje z nižjo porodno težo otrok (v povprečju 424 g) in nižjo gestacijsko starostjo ob porodu (za povprečno 1,03 tedna). De Bruynova (2003) ob institucionalni zlorabi govori o reviktimizaciji žrtv nasilja znotraj zdravstvenega sistema, zagotovo pa bi bila zloraba s strani zdravstvenih delavcev pri nas potrebna natančnejše analize, saj je očitno prisotna in pušča negativne posledice.

Porod se večkrat konča s carskim rezom ali vakuumsko ekstrakcijo ploda pri ženskah, ki so žrtve psihične zlorabe v otroštvu ali kadarkoli, nakazuje pa se tudi povezava s spolno zlorabo v otroštvu in katerokoli zlorabo v nosečnosti. Zanimivo pa je, da se spolna zloraba v odraslosti povezuje z manjšim številom carskih rezov, prav tako fizična zloraba v odraslosti. Fizična zloraba v odraslosti nakazuje tudi pogostejši spontan začetek poroda.

Smiselno je ločiti spolno nasilje v otroštvu od nasilja v odraslosti, saj je spolnega nasilja nad otroki več, kot si običajno predstavljamo (celo več kot v odraslosti) in je pogosto povezano s psihičnimi posledicami, ki se nadaljujejo v odraslost. Prav tako se psihične posledice spolnega

nasilja v otroštvu razlikujejo od posledic spolnega nasilja v odraslosti (Yuan, 2006). Razliko med posledicami zlorabe v otroštvu in v odraslosti moramo razumeti tudi z vidika razvojnega obdobja. Zloraba v otroštvu vpliva na razvojne procese, kot so sposobnost vzpostavljanja in vzdrževanja medosebnih odnosov, na zgodnejše razvojne deficite in drugačno strukturiranje osebnosti ter s tem povezano strukturiranje psihosomatskih vzorcev reagiranja v stresu. Ker je porod tudi psihosomatski proces, se podoživljanje travmatske izkušnje spolne in psihične zlorabe v otroštvu odraža v zapletih poroda (Pajntar, 2004). Psihična in fizična zloraba, ki se zgodi v odraslosti, sooči že strukturirano osebo s travmo, ki zaradi višjega nivoja strukturiranosti ne vodi več v tako intenzivno psihosomatsko strukturiranje odziva v stresu in posledično v manj zapletov začetka in poteka poroda. Ženske, žrtve spolnega nasilja v odraslosti, imajo celo pogostejše in bolj zadovoljive spolne odnose v nosečnosti v primerjavi z nezlorabljenimi.

5 Zaključek

Tudi naša raziskava je potrdila, da ima nasilje nad ženskami škodljive posledice za žensko psihično in reproduktivno zdravje ter posledično za zdravje otrok. Načini, kako nasilje vpliva na splave in nosečnost, so kompleksni (de Bruyn, 2003).

Le z usklajenim delovanjem vseh področij (raziskave, zdravstvo, sodstvo, sociala, izobraževanje) lahko zmanjšamo problem nasilja nad ženskami (primarna preventiva) (Velzeboer, 2003). Nasilje je javno zdravstveni in socialni problem, zdravstveni sistem pa ima edinstveno možnost pri preprečevanju nasilja nad ženskami, predvsem preko storitev reproduktivnega zdravja, do katerih večina žensk dostopa v določenem obdobju svojega življenja. Potrebno je, da ženske, ki so doživele nasilje, niso stigmatizirane ali obtožene, da bodo ob zagotovljeni zaupnosti in varnosti dobile primerno zdravstveno oskrbo in drugo pomoč za zmanjšanje psihičnih posledic (sekundarna preventiva), v primeru razvoja psihičnih motenj zaradi zlorabe pa ustrezno terapevtsko pomoč (terciarna preventiva). Faktorji, ki vplivajo na to, ali bodo ženske razkrile svojo izkušnjo nasilja, so sposobnost in interes osebja, da sprašujejo o nasilju, stopnja ozaveščenosti med splošno populacijo in zasebnost v primeru spraševanja o nasilju. Raziskave so tudi pokazale (de Bruyn, 2003), da je potrebno, da ženske o nasilju vprašamo večkrat in ne samo ob eni priložnosti, saj je včasih potreben čas, da razkrijejo izkušnjo nasilja.

Literatura

Bailey BA. Partner violence during pregnancy: prevalence, effects, screening, and management. *Int J Womens Health*. 2010;2:183-97.

Brownridge DA, Taillieu TL, Tyler KA, Tiwari A, Chan KL, Santos SC. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. *Violence Against Women*. 2011;17(7):858-81.

Coker AL, Sanderson M, Dong B. Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2004;18(4):260-9.

Datner EM, Ferroggiaro AA. Violence during pregnancy. *Emerg Med Clin North Am* 1999;17(3):645-56.

de Bruyn M. Violence, pregnancy and abortion. Issues of women's rights and public health. Chapel Hill, NC: Ipad; 2003.

Društvo za Združene narode za Slovenijo. Nasilje nad ženskami. Dostopno na: <http://www.unaslovenia.org/book/export/html/809> (25. 9. 2014).

Dye T, Tolliver N, Lee R, Kenney C. Violence, pregnancy, and birth outcome in Appalachia. Paediatr Perinat Epidemiol. 1995;9(1):35-47.

Fernandez FM, Krueger PM. Domestic violence: effect on pregnancy outcome. J Am Osteopath Assoc. 1999;99(5):254-6.

Jasinski JL. Pregnancy and domestic violence. Trauma Violence Abuse. 2004;5(1):47-64.

Leskošek V. The health condition of female victims of violence. Zdravstveno Varstvo. 2012;52(2):148-56.

Letourneau EJ, Holmes M, Chasendunn-Roark J. Gynecologic health consequences to victims of interpersonal violence. Womens Health Issues. 1999;9(2):115-20.

Martin SL, Mackie L, Kupper LL, Buescher PA, Moracco KE. Physical abuse of women before, during, and after pregnancy. JAMA. 2001;285(12):1581-4.

Ntaganira J, Muula A, Masaisa F, Dusabeyezu F, Siziya S, Rudatsikira E. Intimate partner violence among pregnant women in Rwanda. BMC Women's Health. 2008;8:17.

Pajntar M, Novak-Antolič Ž. Nosečnost in vodenje poroda. Ljubljana: Cankarjeva založba; 2004.

Rose L, Bhandari S, Soeken K, Marcantonio K, Bullock , Sharps P. Impact of intimate partner violence on pregnant women's mental health: Mental distress and mental strenght. Issues Ment Health Nurs. 2010;31(2):103-11.

Swahnberg IM, Wijma B The NorVold Abuse Questionnaire (NorAQ): validation of new measures of emotional, physical, and sexual abuse, and abuse in the health care system among women. Eur J Public Health. 2003;13(4):361-6.

Van Parys AS, Descheppe E, Michielsen K, Temmerman M, Verstraelen H. Prevalence and evolution of intimate partner violence before and during pregnancy: a cross-sectional study. BMC Pregnancy and Childbirth. 2014;14:294.

Velzeboer M, Ellsberg M, Arcas CC, García-Moreno C. Violence against women: The Health Sector Responds. Washington: Pan American Health Organization; 2003.

World report on violence and health. Sexual violence. Available at: http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_chap6_eng.pdf?ua=1 (19. 10. 2014).

Yuan NP, Koss MP, Stone M. The psychological consequences of sexual trauma. National On-line Resource Center on Violence Against Women; 2006.

Women's knowledge, attitudes and preferences regarding the midwife and her profession in Brussels

Florence D'haenens⁴, Joeri Vermeulen, Eva Swinnen, Joke Muyldermans, Marianne Vanbellingen, Katrien Beeckman

ABSTRACT

Introduction: In Belgium, the majority of pregnant women is followed by an obstetrician. This is a result of the medical care model that is dominant in Belgium. On the other hand, midwives role in primary care is changing. In the light of the professionalization of the midwifery profession, end user's views are important and should be mapped. The aim of this study is (1) to gain insight in women's knowledge, preferences and attitudes regarding the health care professionals who can be consulted during pregnancy, labour and birth; (2) to know if Belgian women consider the midwife as the first choice health professional for childbearing women.

Methods: Women between 15-44 years of age, living in Brussels, were asked to fill out a standardized questionnaire about midwifery practice content. The questionnaire is based on the National legal act of midwives responsibilities and on the EU Directive 2005/36/EC. Answers were quantified by summing up the correct assumptions (27 statements = maximum score). Preferences and attitudes were measured by counting the number of times women choose the midwife as the first choice health professional on 12 different occasions. Differences in results with regard to demographic characteristics were examined using the nonparametric Kruskal Wallis test.

Results: Women with a good knowledge about the legal tasks of a midwife chose more often for the midwife as first choice health professional compared with those with less knowledge (resp. 80 % and 64.5 %) ($p = 0.0$). It is striking that the older the people are, the better their knowledge is about the qualifications of the midwife ($p < 0.01$; median for 15-24: 14.05/27 vs. 25-44: 16.44/27). Obviously people with a higher education level have a better knowledge about the tasks of the midwife ($p < 0.001$; median 13.92/27 vs. 16.90/27) and choose more often for the midwife as first choice health professional care provider ($p < 0.05$; median 3.67/12 vs 4.44/12).

Discussion: In the light of profiling the role of the midwife in primary care a first step might be, making young, low-educated women acquainted with the role and competences of the midwife, to make a well-informed choice about their first option health professional in pregnancy.

Keywords: midwifery, mothers, patient's knowledge, patient's preferences, metropolitan area.

⁴ **Corresponding author:** Florence D'haenens, MSc, Erasmus University College Brussels, Knowledge centre Brussels Integrated Care (BIC), Midwifery section, Laarbeeklaan, 121, 1090 Jette, Belgium. E-mail: florence.dhaenens@ehb.be.

1 Introduction

The midwife's role in primary healthcare in Belgium is evolving (Benahmed et al., 2014; ICM, 2014). Research has already shown that the quality midwifery care gives more chances for a normal pregnancy course and a birth without unnecessary medical interventions (Hatem et al., 2013). In Belgium, the midwife is a specialist in the field of physiology and primary care intra- as well as extramural care. With a holistic view, she counsels and supervises healthy women and new-borns, from the conception on, pre-, intra-, and postnatal period. In addition to this she works in the field of the follow-up of high-risk pregnancies, and the care for high-risk new-borns, this together with other health professionals, such as gynaecologists & neonatologists. The midwife is also qualified in the field of fertility and family planning (National Council of Midwives, 2006).

In the current Belgian scene, the midwife does not work in accordance with her legal competences. Yet the majority of pregnant women is followed by an obstetrician, as a result of the medical oriented care model in Belgium (Christiaens, Bracke, 2007). The great majority of children are born in a hospital where the midwife works under the supervision of an obstetrician (Cammu et al., 2014; Christiaens, Bracke, 2007; Christiaens, Bracke, 2009; Christiaens, Nieuwenhuijze, de Vries, 2013; Van Kelst et al., 2013). Less than 2 % of the Flemish women choose for a home birth with the assistance of a midwife (Cammu et al., 2014). Considering the professionalization of the midwife, the end-user - here the (future) pregnant woman's or mother's - knowledge about the health professional competences in birth care is important and should be assessed.

The aim of this study is to get a good understanding of the Brussels women's knowledge, attitude and preferences in connection with the health professionals who can be consulted during pregnancy, labour and birth. It is attempted to know whether these women are thinking of choosing the midwife as a preferred health professional during birth care.

To achieve this aim it seemed relevant to find an answer to four sub-questions: (1) What is the Brussels women's knowledge about the midwife's competences in birth care? (2) Which health professional(s) does the Brussels women prefer to counsel her and follow her up during her pregnancy, labour and birth? (3) Is there a relation between the knowledge about the midwife's competences in birth care and the choice for the midwife as a health professional? (4) Is there a relation between the knowledge about the midwife's competences in birth care, the choice for a midwife and the demographic variables?

2 Methods

This research method was a quantitative, prospective cohort study. A standardized questionnaire with closed-ended questions was drawn up in Dutch & French, and consists of 18 questions. Women between 15 and 44 years of age, living in one of the 19 communes of the Brussels-Capital Region were approached in the street (convenience sampling). Exclusion criteria were women with a (para)medical background, males or family members to avoid that foreknowledge would influence the results.

It takes at the most 15 minutes to fill in the questionnaire. This questionnaire is based on the National legal act of midwives responsibilities and on the EU Directive 2005/36/EC. Part one of the questionnaire is composed of six questions about pregnancy. Part two is made up of 5 questions about labour and birth. Socio-demographic data are examined in part 3: age, mother tongue, previous pregnancies, children, educational level, country where education was attended and current postcode.

For the knowledge as well as for the preference questions, the answer possibilities consisted of 4 health professionals, namely the midwife, the nurse, the general practitioner and the obstetrician. For all the questions, the respondents could cross several answers. An example: to the knowledge question “*If a pregnant woman does not meet with any problems, which of the following health professionals can legally follow her pregnancy independently?*”, the respondent could cross the midwife as well as the obstetrician or the general practitioner. Answers to knowledge question were quantified by summing up the correct assumptions (27 statements = maximum score). Preferences were measured by counting the number of times the respondent chose the midwife as the first choice as health professional on 12 different occasions.

To visualize the attitude of the respondents with regard to the midwife and her profession, we have analysed the relation between the knowledge about the midwives’ competences and the preference for the midwife as a health professional, using the Chi²-test. The median was used as a range value to make 2 groups for the variable “knowledge” (good knowledge: $\geq 16/27$; less good knowledge: $< 16/27$) and to make 3 groups for the variable “preference” (the respondents who do not choose the midwife: ≥ 0 and $< 4/12$; the respondents who regularly prefer the midwife ≥ 4 and $< 7/12$; the respondents who often prefer the midwife: $\geq 7/12$). Differences in results with regard to demographic characteristics were examined using the nonparametric Kruskal Wallis test (SPSS 21.0). The significance level was set at 0.05.

3 Results

In total 373 women have filled in the questionnaire (61 % Dutch-speaking and 35 % French-speaking). A survey of the demographic factors was made using univariate analyses. Half of the respondents were between 25 and 34 years old and 58 % of them had attended higher education (bachelor or master level). At least half of the respondents had already been pregnant.

The knowledge about the midwife’s competences was rather poor; about 1/3 of the respondents gave less than the half correct answers concerning the midwife’s legal competences (M = 15.79; SD = 6.42). For instance only 63 % of the respondents know that the midwife is legally competent to follow pregnancy independently (Table 1); and 77.7 % that she can perform a heartbeat and contractions monitoring.

The knowledge was better about the midwife’s competences to follow labour independently (Table 1): 85 % answered that they can apply to a midwife for non-medical pain-relief (e.g. massage and relaxation techniques). Finally, 76.7 % of the study population answered that the midwife is competent to perform delivery independently.

Table 1: *If a pregnant woman does not meet with any problems, which of the following health professionals can legally follow her pregnancy independently?*

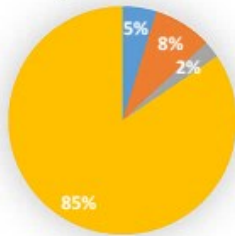
| <i>Care provider</i> | <i>Pregnancy (N = 373)</i> | <i>Labour (N = 373)</i> | <i>Delivery (N = 373)</i> |
|----------------------|----------------------------|-------------------------|---------------------------|
| Obstetrician | 352 (94.4 %)* | 350 (93.8 %) | 356 (95.4 %)* |
| Midwife | 236 (63.3 %) | 311 (83.4 %) | 286 (76.7 %)* |
| General practitioner | 176 (47.2 %) | 127 (34.0 %) | 109 (29.2 %)* |
| Nurse | 37 (9.9 %) | 46 (12.3 %) | 21 (5.6 %) |

(*1 missing; N = 372)

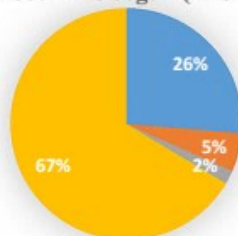
One of the questions was who is considered as the central figure in the follow-up of pregnancy. More than 80 % of the respondents polled answered 'the obstetrician' and only 15 % the midwife. The general practitioner and the nurse were mentioned as the central figures by a very little minority (resp. 3.8 % and 0.3 %). Figure 1 gives a brief survey about the women's expectations in connection with the health professionals' tasks during pregnancy, labour and delivery. Between 35 % of the respondents and 57 % expect the discussion about the birth planning, the active preparation of the delivery (e.g. exercises), the discussion about the pain relief methods, the information about the postpartum period and the nurturing of the baby, from the midwife. The majority expect information from the obstetrician concerning the vaccinations during pregnancy, the blood values, the prenatal screening and the most appropriate time to go to the delivery ward, when their labour has begun (67 % and 85 %).

■ Midwife ■ General practitioner ■ Nurse ■ Obsetrician

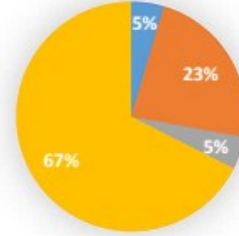
Discussion about prenatal screening (N=373)



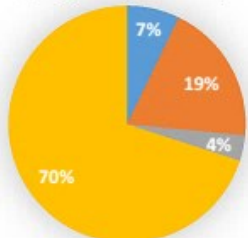
Discussion about the most appropriate time to go to the delivery ward, when the labour has begun (N=373)



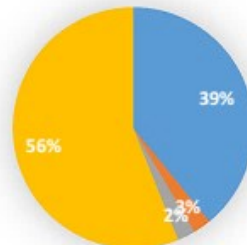
Discussion about bloodvalues (N=373)



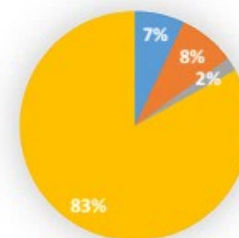
Discussion about the vaccinations during the pregnancy (N=373)



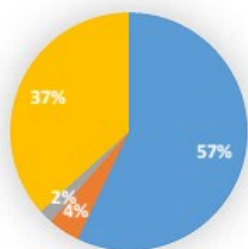
Discussion about birth planning (N=371)



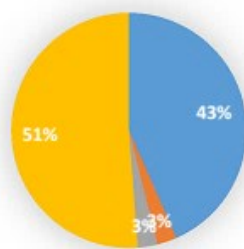
Discussion about abortus (N=310)



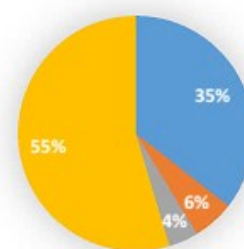
An active preparation of the delivery (N=371)



Discussion about painrelief methods during labour (N=373)



Discussion about the postpartum period (N=366)



Discussion about the feeding of the baby (N=369)

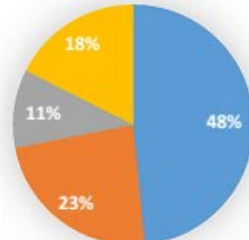


Figure 1: Who (which health professional) do you expect information on the following aspects from?

Figure 2 shows the preferred health professional during labour and pregnancy. For labour as well as delivery, the obstetrician is mentioned as the first choice health professional. Yet more than two thirds of the respondents report that they would like to be followed by a midwife during labour and delivery.

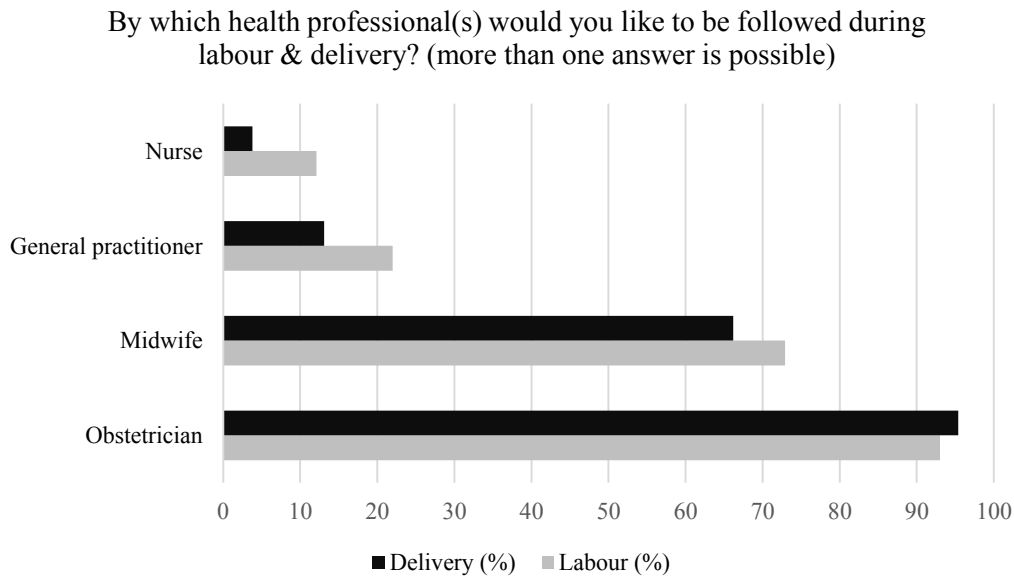


Figure 2: Preferred health professional during labour and delivery

There is an obvious relation between the knowledge about the midwife's competences and the choice of the midwife as health professional. Therefore, women with a good knowledge about the midwife's competences more often choose for the midwife as their first choice health professional, compared with the ones who have lower knowledge (resp. 80 % and 64 %; $p = 0.0$).

Finally, the relations between the knowledge about the midwife's competences, the preferences for the midwife as a health professional, and the demographic factors of the study population have been examined. The respondents with good knowledge about the legal tasks of a midwife have chosen the midwife as their first choice health professional more often compared with those with less knowledge (resp. 80 % and 64.5 %) ($p = 0.0$). It is striking that the older the people are, the better their knowledge is about the qualifications of the midwife ($p < 0.01$; median for 15-24: 14.05/27 vs. 25-44: 16.44/27). Obviously people with higher education level have better knowledge about the tasks of the midwife ($p < 0.001$; median 13.92/27 vs. 16.90/27) and have chosen for the midwife as first choice health professional care provider more often ($p < 0.05$; median 3.67/12 vs 4.44/12). The respondents who have already been pregnant seem to have a better knowledge about the midwife's tasks ($p < 0.05$; median 14.92/27 vs. 16.42/27).

4 Discussion

The aim of the study has been to examine Brussels women's knowledge, attitude, and preferences with regard to the midwife and her profession. It is the first time that such a research has been performed. The publications on this subject are very rare or do not exist on the international level either. The European Midwives Association (EMA) has examined in different countries between 2008 and 2011 if the midwife worked within the field for which

she is competent, according to the EU Directive 2005/36/EC (EMA, 2012). The association has concluded that the midwife's access to the prenatal care field is very different from one country to another. In some countries, the midwife is not legally competent within the prenatal field. In other cases, women have no or little access to a midwife, in spite of her legal competences. The prenatal tasks are performed by medical doctors and nurses. This means that students in midwifery do not get any opportunity to acquire competences in this field. Yet the European students' mobility is strongly encouraged. If they want to gain any experience in a foreign country, they are confronted with a professional sphere for which they have not been prepared in their own country. This can have important consequences for the patient's safety. This situation can be explained by the way the primary care is organized and the relations private-public hospitals. Traditions, cultures, and opinions also determine the way the midwife and her profession are seen in a society. The EMA comes to the same conclusion for the postnatal care field as for the prenatal field. In the intrapartum care field, they have noticed much less variations between the different studied countries (EMA, 2012). This leads us to a general conclusion: the midwife has a different access to the different professional fields, depending on the different countries.

In this context, further international research is needed to make an inventory of the efforts towards a better knowledge of the midwife among the population, and to analyze the impact of them on the professionalization. A better knowledge of the midwife's tasks and competences in the different fields for which she is competent according to the Directive, leads to a more frequent choice of the midwife as the first option caregiver during birth care. There is an international trend to organize campaigns to improve the awareness of the population about the midwife's crucial role towards a normal birth course. An analysis of the different efforts on European level can be the starting point to develop a successful campaign in our homeland.

Limitations

The authors are aware that convenience sampling is the least reliable form of sampling. This is because the risk of sampling bias is greater than in other sampling methods. A better method for future studies could be quota sampling. In a quota sampling, researchers can guide the selection of subjects so that the sample includes an appropriate number of cases from all the relevant strata (e.g. age, education level) (Polit, Beck, 2010).

A second limitation of the study is that the reliability and validity of the questionnaire has not been tested yet.

5 Conclusion

In the light of profiling the midwife in the primary care landscape a first step might be making young, low-educated women acquainted with the role and competences of the midwife, in particular in Brussels. Middle-aged women, and those with a higher education level, seem to have a better knowledge concerning the legal competences of midwives and a better knowledge seems to lead to the more frequent choice for a midwife as the preferred health professional.

Making the general population better acquainted with the role and profession of the midwife and with her competences is an important step to achieve a better professionalization of the function. A national campaign, comparable to the campaign 'Normale Geboorte' in Belgium in 2014 (based on the 'Normal Birth campaign' of the Royal College of Midwives in the UK) can be very useful in this respect.

References

- Benahmed N, Devos C, San Miguel L, Vankelst L, Lauwerier E, Verschueren M, et al. Caring for mothers and newborns after uncomplicated delivery: towards integrated postnatal care (Guideline, HTA). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2014.
- Cammu H, Martens E, Martens G, Van Mol C, Jacquemyn Y. Perinatale Activiteiten in Vlaanderen 2013 (Repport). Brussel: SPE; 2014.
- Christiaens W, Bracke P. Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2007;7:26-37.
- Christiaens W, Bracke P. Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands. *Midwifery*. 2009;25(2):11-19.
- Christiaens W, Nieuwenhuijze MJ, de Vries R. Trends in the medicalisation of childbirth in Flanders and the Netherlands. *Midwifery*. 2013;29(1):e1-8.
- European Midwives Association (EMA). Unpublished report; 2012.
- EU Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications. 2005;22-142.
- Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;8:1-107.
- International Confederation of Midwives (ICM). Core Document Philosophy and Model of Midwifery Care, International confederation of midwives; 2014.
- National Council of Midwives. Beroepsprofiel van de Belgische vroedvrouw. Brussels: National Council of Midwives; 2006.
- Polit DF, Beck CT. *Essentials of Nursing Research. Appraising Evidence for Nursing Practice*. 7th ed. London: Lippincott Williams & Wilkins; 2010: 309-310.
- Van Kelst L, Spitz B, Sermeus W, Thomson AM. A hermeneutic phenomenological study of Belgian midwives' views on ideal and actual maternity care. *Midwifery*. 2013;29(1):e9-17.

The contents and organization of discharge management at the University Hospital Brussels: midwives' role for ethnic and socio-economic deprived patients groups

Florence D'haenens⁵, Ann Claeys, Mark Leys, Koen Putman, Katrien Beeckman

ABSTRACT

Introduction: *Within the context of a shortened hospital stay, the correct use of the primary and secondary health care, and the need for collaboration between services raise a lot of questions about the integration of the care and the patients' care trajectory. Up to now very little is known about the specific needs of deprived patients in their care trajectory and more in particular during the discharge process. We want to know if discharge management is organized differently for ethnically and socio-economically deprived patients groups and what the role of the midwife is in the discharge process.*

Methods: *The fieldwork took place on the postnatal ward of the University Hospital Brussels. The patient population of this hospital is multicultural, multilingual, and relatively deprived with specific social support needs. A sample of 25 professional health care providers (midwives, obstetricians, paediatricians, physiotherapists) were interviewed and/or observed in practice settings. A documentary analysis of local protocols, brochures, forms, etc. was also conducted. Thematic analysis was conducted on interviews, field observations, and closed documents. Coding was conducted by one analyst. Another researcher independently reviewed and cross checked the process of analysis with transcripts for consistency using Nvivo10 qualitative software.*

Results: *Discharge is multidisciplinary organized (nurse, midwife, physician, social worker, etc.). However, communication and collaboration between the different caregivers (primary as well as secondary health care), who together give form to the discharge, are of decisive importance. Yet there is no discipline that claims the coordination of the discharge, and there is no clear coordination role to manage the discharge.*

Discussion: *More attention should be given to discharge, specifically to the preparation and communication, in particular for specific patient groups, not only in the midwifery practice, but also in the midwifery training. The development of transmural and interdisciplinary care paths, protocols and trainings are needed. The value, role, competencies and implications of a discharge planning case manager in the maternal care should be more examined. Finally, there should be more research in this field of the midwifery practice.*

Keywords: *patient discharge, midwifery, post-partum period, poverty.*

⁵ **Corresponding author:** Florence D'haenens, MSc, Erasmus University College Brussels, Department Health Care and Landscape Architecture, midwifery section, Laarbeeklaan 121, 1090 Brussel, Belgium. E-mail: Florence.dhaenens@ehb.be.

1 Introduction

Reducing length of hospital stay is a policy aim for many health care systems (Benahmed et al., 2014). To make a correct use of the primary and secondary health care, an efficient cooperation between hospital wards and other (extramural) services is required. In this respect, a research about “the integration” of the care offer and the patients’ carepath is essential (Wong et al., 2011).

A care trajectory is the sequence of the care received for a specific health condition or illness during a certain period of time. It is the course a person in need of care goes through. It is rather descriptive, taking into account societal, organisational, and emotional aspects of the care trajectory. It also refers to actions taken by care professionals. The concept of trajectory, as described by Corbin and Strauss, focuses on the patient and the care received, irrespective of who performs the care, rather than on the health care providers (Allen, Griffiths, Lyne, 2004).

The patient’s discharge from the ward to home is a process within his carepath. Discharge management is the whole of activities carried out by the care providers to assure a good transfer from the intramural to the extramural setting for the patient (Foust, 2007; Krohn, 2008). Within this discharge, a preparation period for the imminent discharge as well as its consequences for the patient are taken into account (Moons, Gosset, Pasquasy, 2005). The evaluation of the patient’s needs (preferably already before the hospital admission), the transmurial communication, the multidisciplinary collaboration (including patient education), and finally a clear discharge planning written for the patient’s comprehensible language are crucial elements in his discharge process (Holland, Hemann, 2011; Johnson, Capasso, 2012).

Up to now very little is known about the specific needs of mothers in a socio-economic and ethnic deprived situation in the discharge process. For example the need of support and accompaniment of these vulnerable groups (low educated, limited social network, etc.) could be different. These issues are more than ever important for a metropolitan city like Brussels.

In 2011, the poverty risk of the Brussels population was twice as high as the average poverty risk for Belgium (15.3 %) and more than three times as high as in Flanders (9.8 %). The region is increasingly becoming multicultural and multilingual with increasing numbers of migrants and expatriates, comparable to other European metropolitan cities. In the bilingual Brussels Metropolitan Region, more than in any other place, we are confronted with a lot of vulnerable family situations; 31.9 % of the family units are one-parent families. By comparison: in Antwerp, Ghent this percentage lies respectively at 26.2 % and 26.5 %. In three one-parent families out of four, it appears to be a single woman. Brussels counts a large number of families with three children or more as well (15 %). In other big cities like Ghent or Antwerp, it is only from 11 to 13 % of the family units. In 2010, 25.5 % of the newborns were born in a family without any earned income; these children were twice as likely to be stillborn or die within the first month as children born in families with two earned incomes and 1.5 times more likely to die before one year of age (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, 2014).

We want to know how discharge is organized and what the content is, if it is organized differently for ethnically and socio-economically deprived patients groups, how they experienced their discharge, and what the role of the midwife in the discharge process is.

2 Methods

We conducted an interpretative qualitative study to explore (1) the content and organization of discharge management for ethnically and socio-economically deprived patients and (2) patients' experiences and needs about discharge management. The design comprised three types of data (1) participant observations on the postnatal ward, (2) interviews with health care professionals, and (3) document analysis.

Qualitative methods were considered appropriate because these provide an opportunity to gain insights about individuals' lived experiences (Holloway, Wheeler, 2002; Polit, Beck, 2010; Mortelmans, 2007). The fieldwork took place on the postnatal ward of the University Hospital Brussels, situated in one of the 19 municipalities of Brussels Capital-Region. The patient population of this hospital is multicultural and multilingual. This site served relatively deprived populations with significant social support needs. A total of 25 professional health care providers were interviewed and/or observed in practice settings.

The one-to-one semi-structured interviews with open ended questions were recorded, after all participants provided informed consent (Mortelmans, 2007). Interviews took place at a date, time and setting convenient to the participant. Three professionals from the postnatal ward (head midwife, temporary head of the department neonatology and temporary head of the department gynaecology) were formally interviewed in the practice setting. The interviews were done during the observation period or within the three months after the observations. For the research focus, it was important to interview senior professionals.

Participant observations allowed the researcher to observe health care professionals' experiences of providing discharge care at a maternity ward; this put light on the environment and culture of care and help clarify why clinicians practice as they do. Semi-structured observations were done with the help of a guide (Mortelmans, 2007; Polit, Beck, 2010).

Privacy for mothers and families was maintained by ensuring that no patient-identifiable information was included in field notes. The staff was given advance warning of shifts during which observation was planned and the opportunity to ask to switch shifts (none did), ask the researcher to leave the area at any time (none did). The multidisciplinary maternity team and visiting professionals from related areas were observed during 11 days spread over three weeks, with an average of eight hours per day, with inclusion of weekends and holidays.

The observations were done at some days alone by a nurse, and on other days through the same nurse and a midwife to become inter-subjectivity (internal validity). Field observations included the profession and grade of people involved in the observed interactions (where identifiable) but not names, clinical care, communication between care providers, referral to a primary care provider, administration related to DM, information transfer from provider to parents, as well as informal meetings between providers. The data also included observations of conversations between the care providers and women/parents about discharge.

The closed documents (brochures, protocols, follow-up sheets, letters, etc.), obtained by the head midwife and selected by the researchers in function of their relevance for the research topic, are currently available on the maternity ward under study and used in the context of discharge management. Documents were used as a support for the other information resources and to become resources triangulation. The researchers treated them like transcriptions of interviews or detailed descriptions of observations; they are coded and categorized (Holloway, Wheeler, 2002). The study was approved by the ethical committee of the University Hospital Brussels (2012-073).

We have proceeded inductively for the analysis. It means that we have taken our raw data as a starting point and that we have performed open, axial, and selective coding. These coding types belong to the grounded theory technique. There is a cyclic process between data collection and analysis and the theory is built on empirical material.

The field notes were transcribed into more detailed text at the end of each day. Once the interviews were recorded and the documents were analysed, a process of thematic analysis was used. The interviews were not transcribed verbatim, but the key points were written during the interviews. Afterwards these key elements were supplemented by listening to the audio taping. Thematic analysis is a method of identifying, analysing and reporting themes within the data. The stress is often put on revealing contradictions and ambiguities in the messages (Attride-Stirling, 2001). A thematic chart was constructed and key words and phrases used by the respondents were entered under the main themes with Nvivo10 qualitative software. Another researcher then independently reviewed and cross checked the process of analysis against transcripts. By this a shared consensus of interpretation was generated (Guest, MacQueen, Namey, 2012). This is important because a potential limitation of any qualitative study is that researcher's predisposed beliefs may lead to subjective interpretation of data (Silverman, 2005).

3 Results

Three themes that emerged from the analyses of the interviews, observations and documents are: (1) the organization and coordination of the discharge process, (2) interprofessional collaboration and coordination, (3) communication and interactions with the patient. In each case we examine in how far the socio-economic and ethnic deprived groups account for any difference.

3.1 The organization and coordination of the discharge process

The structure of the discharge process is comparable for each woman. The figure below shows the actors and the tasks linked to the function. The tasks distribution varies according to the activity field.

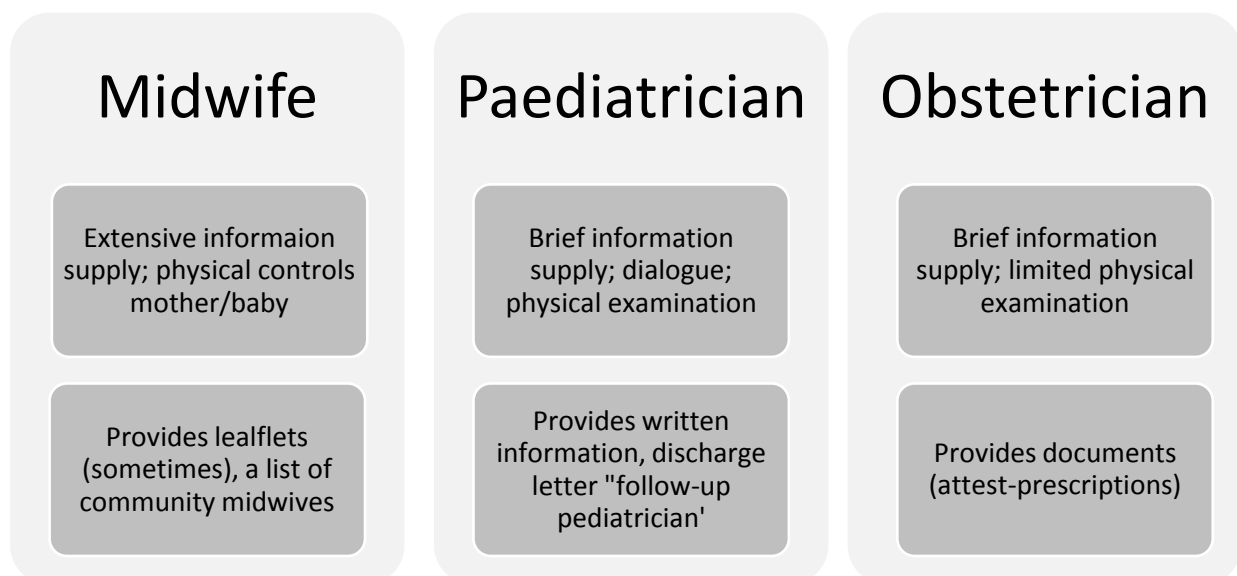


Figure 3: The actors and the tasks linked to the function in the discharge process at the maternity

Each function/field has its own tasks, but they are complementary. The tasks distribution has grown organically and is organized in an intuitive way. Consequently, there is no structural coordination in the discharge process by means of, for instance, a checklist or a discharge planning; colleagues have no overview of which information or care has been given or not, as a preparation on the discharge. The above figure shows that the discharge process consists of different components, namely administration, information supply and control of the physical condition of the mother and child. The organization and coordination of the discharge process is not differentiated according to socio-economic position and ethnically deprived people.

3.2 Interprofessional collaboration and communication

A difference should be made between internal and external interprofessional collaboration and communication. The internal collaboration takes place between professional members of the ward/hospital. External collaboration takes place between professionals who are not working in a hospital.

The internal collaboration often takes place in writing, using files (electronic or not), and briefing sheets. For the women who are followed in the ward during the prenatal period, this file extends from before the admission up to after the discharge. Mother and child have in principle no access to the file, and are not the 'managers' of the file. The internal collaboration is different in the case of socio-economic position and ethnically deprived groups and first of all applies to the care when the mother and child are discharged from hospital. An exchange of (administrative) information takes place between the hospital care givers and the extramural services. They are responsible for the preventive treatment and guidance of young children geared to good outcomes in the future. The external collaboration takes place very ad hoc, is different from situation to situation and is dependent on the caregiver. There is sometimes an extended briefing (in writing and on the telephone); sometimes there is only a written referring letter.

3.3 Communication and interactions with the patient

The information supply from the caregiver to the patient begins from the admission on, and lasts up to the discharge. The information contents and structure are coherent within one field, however, they are adapted in function of the delivered woman's needs and wishes. A lot of oral information is given, and, in a lower measure, written information, like available leaflets. Some mothers take quick notes, but the most of them do not. The information supply varies a lot depending on the midwife's maturity. There is more interaction space with older women. There is no interaction possible with younger midwives and the information supply takes place in one single direction. That means that specific problems are not mentioned and that specific concerns do not come to the surface. The information supply to allophone mothers is on all fields clearly more limited contents and length of time devoted to it. If possible, her husband is called as interpreter (sometimes by telephone). If no interpreter is present (possibly a family member), the information supply is given directly to the allophone mother in French or English. Short sentences and a lot of signs and gestures are most often used. The caregivers speak louder and more slowly as well. They can also write things for the mother (e.g. quantities). The mother's reaction is often limited (yes, ok, nodding in agreement, etc.). The just delivered mother's education aims at empowerment with a view to coming back home when she is alone responsible for the care for herself and her baby/newborn.

4 Discussion

From the literature study it appears that a lot has been published about the implications of the early discharge on the care process. Yet very little has been written about the discharge contents and structure, in particular for specific target groups; neither how the discharge can efficiently and effectively take shape, taking the newly delivered women's/parent's needs and wishes into account. More attention should be given to discharge, specifically to the preparation and communication, in particular for specific patient groups, not only in the midwifery practice, but also in the midwifery training.

Literature also shows that the pharmacist and the parents (mother and/or father) also play an important part in the discharge process, in addition to the midwife, the gynaecologist and the paediatrician (Lindberg, Öhring, Chrstensson, 2008). This has not been confirmed by our analyses. It can be explained by the current health care system which is ruled from the caregiver vision and very little from the patient vision. Patients should be more involved in their care process in the future and they must have a say in the matter (Jack et al., 2009).

What is striking is that physiotherapists and social nurses are not mentioned as actors in the discharge management in the literature. They seem to have a less prominent role.

Literature shows that a discharge planning case manager or a nurse as a clinical leader (King, 2008) also play an important part. He has primary responsibility for coordinating the discharge plan with other providers, he facilitates or opens inter-agency communication, he looks after the education of all members of the multidisciplinary team, he acts as a source of information on any discharge planning issue (for the patient, the multidisciplinary team and relatives) and he audits the effectiveness and quality of discharge (Summerton, 1998). The value, role, competences and implications of a discharge planning case manager in the maternal care should be more examined (Benahmed et al., 2014).

The development of transmural and interdisciplinary care pathway, protocols and trainings are needed. Communication and collaboration between the different caregivers – in the first as well as in the second one - who give shape to the discharge, are of decisive importance (Clark et al., 2005). An important limitation is that the findings from participants observation were not clarified with midwives and patients who had been observed, and the interview transcripts were not shared with participants. This action could be undertaken to increase the trustworthiness of the findings. A second important limitation is that the observations were performed in August (summer holiday period). You can wonder whether this period can be considered as “normal”: this timing has been discussed with the members of the project workgroups, and in the hospital it was checked out if the caregiving (specifically about discharge) was different during this month from other months. It doesn't seem to be the case, or very slightly, but looking back on it, the presence of some people, like the head midwife, did influence the discharge process.

5 Conclusion

Discharge is multidisciplinary organized. However, communication and collaboration between the different caregivers (primary as well as secondary health care), who together give form to the discharge, are of decisive importance. Yet there is no discipline that claims the coordination of the discharge, and there is no clear coordination role to manage the discharge at the maternity wards in Belgium.

References

- Allen D, Griffiths L, Lyne P. Understanding complex trajectories in health and social care provision. *Sociol Health Illn.* 2004;26(7):1008-30.
- Attride-Stirling, J. Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research.* 2001;1(3):385-405.
- Benahmed N, Devos C, San Miguel L, Vankelst L, Lauwerier E, Verschueren M, et al. Caring for mothers and newborns after uncomplicated delivery: towards integrated postnatal care. Health Technology Assessment (HTA) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2014.
- Clark PA, Drain M, Gesell SB, Mylod DM, Kaldenberg DO, Hamilton, J. Patient perceptions of quality in discharge instruction. *Patient Educ Couns.* 2005;59(1):56-68.
- Foust JB. Discharge planning as part of daily nursing practice. *Appl Nurs Res.* 2007;20(2):72-77.
- Guest G, Queen KM, Namey EE. *Applied Thematic Analysis.* London: Sage; 2012.
- Holland D, Hemann M. Standardizing Hospital Discharge Planning at the Mayo Clinic. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2011;37(1):29-36.
- Holloway I, Wheeler S. *Qualitative Research in Nursing.* 2nd ed. London: Wiley-Blackwell; 2002: 1-108.
- Jack BW, Chetty VK, Anthony D, Greenwald JL, Sanchez GM, Johnson AE, et al. (2009). A Reengineered Hospital Discharge Program to Decrease Rehospitalization- a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2009;150:178-87.
- Johnson M, Sensei L, Capasso V. Improving patient flow through a better discharge process. *J Healthc Manag.* 2012;57(2):89-93
- King TL. The impact of a nurse-driven evidence-based discharge planning protocol on organizational efficiency and patient satisfaction in patients with cardiac implants: (doctoral thesis). Orlando: University of central Florida, College of Nursing; 2008. Available at: http://etd.fcla.edu/CF/CFE0002188/King_Tracey_L_200808_PhD.pdf (9.3.2015).
- Krohn DA. Discharge Instructions in the Outpatient Setting: Nursing Considerations. *J Radiol Nurs.* 2008;27(1):29-33.
- Lindberg I, Öhrling K, Chrsitensson K. Expectations of post-partum care among pregnant women living in the North of Sweden. *Int J Circumpolar Health.* 2008;67(5):472-83.
- Moons P, Gosset C, Pasquasy N. Belgische ziekenhuizen. Beleidsvoorbereidend rapport. Brussels: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu; 2005.
- Mortelmans D. *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden.* Leuven: Acco; 2007;13-28: 223-338.
- Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. Welzijnsbarometer. Brusselse Armoederapport 2014. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie; 2014.

Polit DF, Beck CT. Essentials of Nursing Research. Appraising Evidence for Nursing Practice. 7th ed. London: Lippincott Williams & Wilkins; 2010: 61-305.

Silverman D. Doing Qualitative Research. 2nd ed. London: Sage; 2005.

Summerton H. Discharge planning: establishing an effective coordination team. Br J Nurs. 1998;7(20):12-25.

Vlaamse Gemeenschapscommissie. Kinderarmoedebestrijdingsplan 2014-2015. Brussels: Vlaamse Gemeenschapscommissie; 2014.

Wong ELY, Yam CHK, Cheung AWL, Leung MCM, Chan FWK, Wong FYY. et al. Barriers to effective discharge planning: a qualitative study investigating the perspectives of frontline healthcare professionals. BMC Health Services Research. 2011;11(1):242-52.

Strah pred porodom

Fear of childbirth

Karin Demšar⁶, Vislava Globevnik Velikonja, Matija Svetina, Ivan Verdenik

IZVLEČEK

Uvod: O strahu pred porodom je v tujini veliko govora v povezavi z naraščanjem števila carskih rezov brez zdravstvenih indikacij, za slovenski prostor pa ta raziskava pomeni prvi korak k razumevanju strahu pred porodom pri nas. Namen je bil vzeti pod drobnogled dejavnike tveganja za strah pred porodom, preveriti njegovo pojavnost v Sloveniji in ugotoviti, kolikšen delež žensk razvije strah patoloških razsežnosti.

Metode: Vzorec je obsegal 191 nosečnic, ki so obiskovale Šolo za starše v Ljubljani, večina nosečnic še ni imela izkušnje s porodom. Uporabljena je bila baterija iz standardiziranih merskih instrumentov (test za anksioznost, depresivnost in zadovoljstvo z življenjem), vprašalnika specifičnih strahov in prevedenega vprašalnika W-DEQ, ki je najpogosteje uporabljana lestvica za merjenje strahu pred porodom v tujini. Dobljeni podatki so bili obdelani s programom SPSS 22.0.

Rezultati: Analize so pokazale, da je imelo 75 % udeleženk nizek ali zmeren strah pred porodom, pri ostali četrtini pa je bil strah visok ali zelo visok. Patološkega strahu v vzorcu je bilo 1,57 %. Napovedniki, ki so se izkazali kot statistično pomembni korelati s strahom pred porodom, so: višja splošna anksioznost in depresivnost ter nezadovoljstvo s spolnim življenjem pred in med trenutno nosečnostjo. Večji strah pred porodom je pomembno koreliral tudi z željo po rojevanju s carskim rezom.

Razprava: Izsledki pričujočega dela v večini potrjujejo tuje raziskave, vendar nekaterih napovednikov, kot so nezadovoljiv partnerski odnos ali izkušnja spolne zlorabe, nismo uspeli dokazati. Rezultati nakazujejo možnost razširitve raziskovalnega področja z vključitvijo vprašalnika osebnosti in samospoštovanja.

Ključne besede: strah pred porodom, tokofobija, nosečnost, anksioznost, depresivnost.

⁶ **Corresponding author:** Karin Demšar, mag. psih., Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Aškerčeva 2, 1000 Ljubljana, Slovenija. E-mail: karincica@gmail.com.

ABSTRACT

Introduction: Fear of childbirth is a phenomenon which is widely discussed abroad in connection with an increase in the number of Caesarean sections without medical indications. This study represents the first step towards understanding of the fear of childbirth in Slovenia. The purpose of this study was to determine risk factors for fear of childbirth, check the prevalence of fear of childbirth in Slovenia, and identify how many women develop pathological fear.

Methods: The sample consisted of 191 pregnant women who attended the program School for Parents in Ljubljana. Majority of women were without prior experience of childbirth. A battery of standardized measuring instruments has been used (tests for anxiety, depression, and life satisfaction), the questionnaire of specific fears and translated questionnaire W-DEQ, version A (Wijma Delivery expectancy Questionnaire), which is the most widely used scale to measure fear of childbirth in abroad. Statistical analyses were performed using SPSS (Version 22.0).

Results: Analyses have shown that about 75 % of participants have low or moderate fear of childbirth, the remaining quarter have high or very high fear of childbirth. Pathological fear occurred in 1.57 %. Predictors of childbirth fear are: higher general anxiety, depression, and dissatisfaction with their sexual life before and during the current pregnancy. We also found correlation with expressed desire for birth by Caesarean section and fear of childbirth.

Discussion: The results of the present work in the majority confirm the studies abroad, but some predictors, such as bad partnership or history of sexual abuse, were not demonstrated. The results suggest the possibility of extending the research field by including a questionnaire of personality or self-esteem.

Key words: fear of childbirth, tokophobia, pregnancy, anxiety, depression.

1 Uvod

Strah pred porodom sam po sebi še ni patološki – je le ena izmed emocij, ki tvorijo kompleksno sliko čustvenih izkušenj ženske v nosečnosti. Razprostira se od zanemarljivega pa vse do izjemnega strahu pred porodom (Wijma, Wijma, Zar, 1998). Ta fobija lahko prizadene ženske vse od otroštva do starosti (Hofberg, Ward, 2003). Prevalenca splošno izraženega strahu pred porodom v zahodnih državah je več kot 20 % (Areskog, Uddenberg, Kjessler, 1981; Hofberg, Ward, 2003; Kjærgaard et al., 2008; Searle, 1996). V avstralski študiji je 48 % žensk poročalo o zmernem strahu pred porodom in 26 % o močnem strahu pred porodom (Fenwick et al., 2009). Vendar pa, ko strah pred porodom začne posegati v vsakodnevno funkcioniranje porodnice, govorimo o patološkem strahu, ki mu rečemo tudi *tokofobija* ali *maieusifobija* ali *parturifobija* (Bhatia, 2012). Patološki (onesposablajoč) strah pred porodom občuti okrog 6–10 % nosečnic (Alipour et al., 2011; Areskog, Uddenberg, Kjessler, 1983; Fuglenes et al., 2011; Geissbueler, Eberhard, 2002; Kjærgaard et al., 2008; Melender, 2002; Nieminen, Stephansson, Ryding, 2009; Rouhe et al., 2009; Saisto, Halmesmäki, 2003; Searle, 1996; Spice et al., 2009; Wijma, 2003).

Študije se pokazale, da strah pred porodom pomembno vpliva na izid poroda s carskim rezom (Melender, 2002; Wijma, 2003). Število carskih rezov brez zdravstvenih indikacij se po svetu drastično povečuje (Lumbiganon et al., 2010; Mancuso et al., 2006), najpogostejši razlog za to pa je prav strah pred porodom (Alipour et al., 2011; Lukasse et al., 2010). Tudi želeni način poroda se statistično pomembno povezuje s strahom pred porodom (Handelzalts et al., 2015). Zdi se, da so nekatere ženske bolj nagnjene k strahu pred porodom. Etiologija strahu pred porodom je multifaktorska, saj je lahko povezana z različno kombinacijo preddispozicijskih dejavnikov, kot je nagnjenost k anksioznosti ali depresivnosti (Hall et al., 2009; Ryding et al., 2007; Storksens et al., 2012), lahko pa se povezuje tudi s počutjem v medosebnih odnosih (Hodnett et al., 2012), predvsem v partnerskem (Saisto et al., 2001). Ženske, ki so trpele za zelo močnim strahom pred porodom, so se opisale kot izjemno osamljene (Saisto, Halmesmaki, 2003). Poleg naštetega na žensko deluje socialno-kulturni kontekst, ki vpliva na dožemanje in izražanje strahu pred porodom. To pomeni, da ima strah pred porodom tako socialni kot osebni aspekt (Fisher, Hauck, Fenwick, 2006).

2 Metode

Uporabili smo prečni ali transversalni pristop, saj smo preučevali različne starostne skupine nosečnic ob istem času. Vzorčenje je bilo neslučajnostno, vzorec pa namenski.

Namen raziskave je bil ugotoviti, kakšna je pojavnost strahu med udeleženkami, kako se le-ta porazdeljuje in kako pojavnost strahu vpliva izraženo želji po načinu poroda. Hipoteze, ki smo si jih zastavili in jih preverjali, so:

H1: Ženske, ki so visoko anksiozne, jih je tudi bolj strah poroda.

H2: Ženske, ki so močno depresivne, jih je tudi bolj strah poroda.

H3: Ženske, ki pred porodom in med nosečnostjo niso bile in niso zadovoljne s svojim spolnim življenjem, imajo višji strah pred porodom kot tiste, ki so bile s svojim spolnim življenjem pred porodom in med nosečnostjo zadovoljne.

H4: Ženske, ki bi se, če bi se lahko, odločile za način poroda s carskim rezom, če bi bil ta uzakonjen, je bolj strah poroda od žensk, ki bi se odločile za fiziološki vaginalni porod.

Instrumentarij: Udeleženke so reševale baterijo vprašalnikov, ki je bila sestavljena iz demografskega vprašalnika, vprašanj o nosečnosti in porodu, vprašanj o psihičnem in fizičnem zdravju ženske, vprašanj, povezanih z ženskinim trenutnim partnerjem in lestvice

specifičnih strahov (npr. *strah pred neznanim/ strah pred carskim rezom/ strah pred nevzdržno bolečino ...*). V pričujoči raziskavi je zanesljivost za lestvico strahov s pomočjo Cronbachove alfa znašala $\alpha = 0,85$. Nadalje so sledila še vprašanja o počutju, pri čemer smo uporabili Vprašalnik anksioznosti STAI (*State Trait Anxiety Inventory*; Spielberger, Gorsuch, Lushene, 1970; Lamovec, 1988), ki je sestavljen iz dveh podleštvic, ki merita dve različni anksioznosti: STAI X-1 (anksioznost kot stanje) in STAI X-2 (anksioznost kot poteza). Zanesljivost kot notranja konsistentnost za STAI je znašala okrog $\alpha = 0,90$. Koeficient veljavnosti variira od 0,75 do 0,85. V pričujoči raziskavi pa je zanesljivost za STAI znašala $\alpha = 0,95$. Uporabili smo tudi Vprašalnik depresivnosti CES-D (*The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*; Radloff, 1977; Avsec, 2000), ki meri trenutno stopnjo depresivne simptomatike. Koeficienti notranje konsistentnosti $\alpha = 0,84-0,90$; v pričujoči raziskavi pa $\alpha = 0,88$; in lestvico zadovoljstva z življenjem SWLS (*Satisfaction With Life Scale*; Diener et al., 1985; Avsec, 2000). Instrument meri kvaliteto življenja ocenjevalca, test-retest je znašal $\alpha = 0,82$, koeficient notranje konsistentnosti pa $\alpha = 0,87$. V pričujoči raziskavi je zanesljivost znašala $\alpha = 0,89$. Strah pred porodom smo preverjali z vprašalnikom W-DEQ, različico A (*Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire*; Wijma, Wijma, Zar, 1998). Gre za najbolj uporabljan pripomoček za merjenje strahu pred porodom v tujini, kjer višji rezultat predstavlja tudi višjo stopnjo strahu pred porodom. Posameznica, ki na vprašalniku doseže 100 točk ali več, ima patološki strah pred porodom. Wijma, Wijma in Zar (1998) so s preteklimi raziskavami ugotovili, da sta notranja zanesljivost in split-half višji ali enaki $\alpha = 0,87$. V pričujoči raziskavi pa je zanesljivost s pomočjo Cronbachove alfa znašala $\alpha = 0,92$.

Potek raziskave: Baterija vprašalnika je bila razdeljena v Šoli za starše v Ljubljani. Udeleženke so reševale baterijo vprašalnikov na papirju, pred tem pa so bile obveščene, da lahko kadarkoli prenehajo z reševanjem, če tega več ne bi želele. Vprašalnik so reševale 10 do 15 minut, oddale pa so ga vodji Šole za starše (medicinski sestri). Za dodatna vprašanja so udeleženke prejele elektronski naslov. V samem postopku je sodelovanje odklonila ena udeleženka, pet pa jih je bilo takšnih, ki so vprašalnike oddale le na pol rešene. Vse udeleženke s pomanjkljivimi odgovori so bile iz nadaljnjih analiz izločene. Dobljeni podatki so bili statistično obdelani s programom SPSS 22.0, pri tem pa so bile uporabljene opisne statistike za pridobitev vpogleda v demografske podatke udeleženk (pomembnejše so predstavljene v Tabeli 1), Pearsonove korelacije za ugotavljanje povezanosti spremenljivk ter t-test za ugotavljanje razlik v vzorcu.

Tabela 1: Prikaz socialno-demografskih spremenljivk udeleženk

| | |
|-----------------------------------|------------|
| <i>Povprečna starost v letih</i> | 31 (18–44) |
| <i>Povprečni teden nosečnosti</i> | 33 (21–38) |
| <i>Izkušnja poroda</i> | |
| da | 19 (10 %) |
| ne | 172 (90 %) |
| <i>Izobrazba</i> | |
| osnovnošolska ali poklicna | 8 (4 %) |
| srednješolska | 49 (26 %) |
| višješolska | 23 (12 %) |
| univerzitetna | 92 (48 %) |
| magistrska ali doktorska | 19 (10 %) |

Legenda: Število vseh vključenih udeleženk je 191.

3 Rezultati

V Tabeli 2 so predstavljene stopnje strahu pred porodom iz vprašalnika, ki meri strah pred porodom (W-DEQ). Zmeren strah pred porodom dosega več kot polovica porodnic (53,4 %), visok ali zelo visok strah pa 23,1 % porodnic. Žensk s patološkim strahom je 1,6 %.

Tabela 2. Prikaz rezultatov vprašalnika W-DEQ, ki meri strah pred porodom

| Stopnja strahu | Frekvenca | Odstotek |
|--|-----------|----------|
| nizka stopnja strahu (0-37 točk) | 42 | 22,0 |
| zmerna stopnja strahu (38-66 točk) | 102 | 53,4 |
| visoka stopnja strahu (66-85 točk) | 33 | 17,3 |
| zelo visoka stopnja strahu (85-99 točk) | 11 | 5,8 |
| patološki strah (100 točk in več) | 3 | 1,6 |
| skupno | 191 | 100 |

Legenda: Možen razpon točk je od 0 do 165.

Rezultati so pokazali, da se splošna anksioznost statistično pomembno povezuje s strahom pred porodom, $r = 0,190$, $p < 0,01$ (hipoteza H1 je potrjena). Prav tako se statistično pomembno s strahom pred porodom povezuje rezultat na lestvici depresivnosti, $r = 0,381$, $p < 0,01$ (hipoteza H2 je potrjena). Rezultati so pokazali tudi srednjo, statistično pomembno povezavo med zadovoljstvom s spolnim življenjem pred trenutno nosečnostjo in strahom pred porodom ($r = 0,230$, $p < 0,01$) ter spolnim življenjem med trenutno nosečnostjo in strahom pred porodom ($r = 0,220$, $p < 0,01$) (hipoteza H3 je potrjena).

S pomočjo analize variance smo preverjali razlike v doživljanju strahu pred porodom med dvema skupinama žensk, če bi predpostavili, da imajo ženske možnost izbire načina poroda – med tistimi, ki bi za način poroda izbrale fiziološki vaginalni porod in tistimi, ki bi izbrale carski rez, če bi bil ta uzakonjen. Izkazalo se je, da so razlike v načinu poroda statistično pomembne ($F = 4,41$, $p < 0,01$). Iz Tabele 3 je razvidno, da bi se največ udeleženk, če bi imele možnost izbire, odločilo za fiziološki vaginalni porod (86 %). Nekaterim udeleženkam je vseeno, kakšno obliko poroda bi imele (6 %), ravno toliko pa bi si jih želelo carskega reza (6 %). Dve udeleženci bi se v vsakem primeru odločili za carski rez, ti dve pa imata tudi najvišji strah pred porodom (hipoteza H4 je tako potrjena).

Tabela 3. Strah pred porodom in želeni tip poroda glede na željo ženske

| <i>Način poroda</i> | <i>Število udeležencev</i> | <i>Aritmetična sredina (strah pred porodom)</i> | <i>Standardni odklon</i> | <i>Minimum</i> | <i>Maksimum</i> |
|--|----------------------------|---|--------------------------|----------------|-----------------|
| Vsekakor za fiziološki vaginalni | 70 | 46,97 | 18,09 | 15 | 103 |
| Po možnosti za fiziološki vaginalni | 95 | 55,05 | 19,90 | 21 | 122 |
| Vseeno mi je | 12 | 56,08 | 15,87 | 22 | 79 |
| Po možnosti za carski rez po želji, če bi bil ta uzakonjen | 12 | 67,92 | 18,28 | 33 | 91 |
| Vsekakor za carski rez po želji, če bi bil ta uzakonjen | 2 | 70,50 | 20,50 | 56 | 85 |
| Skupaj | 191 | 53,13 | 19,60 | 15 | 122 |

4 Razprava

Strah pred porodom je do neke mere normativen pojav, saj je v resnici to za žensko boleča in nepredvidljiva izkušnja. Rezultati naše raziskave so zelo podobi izsledkom avstralske študije (Fenwick et al., 2009), v kateri je 48 % žensk poročalo o zmernem, 26 % pa o močnem strahu pred porodom. V nekaterih študijah so za patološki strah, ki indicira klinično obravnavo, vzeli mero 100 točk ali več, doseženih na vprašalniku W-DEQ, in dokazali njegove 6 % pojavnosti (Nieminen, Stephansson, Ryding, 2009; Ryding et al., 2003; Zar, Wijma, Wijma, 2001; Waldenström, Hildingsson, Ryding, 2006). V našem vzorcu je bilo takšnih žensk manj (1,57 %). Morebitna razlaga je ta, da je bila baterija vprašalnikov razdeljena na predavanju o poteku poroda, katerega se običajno udeleži največ nosečnic. Ženske, ki jih je poroda patološko strah, se zaradi strahu tega predavanja niso udeležile in tako jih nismo zajeli v vzorec. So pa te ženske, ki so bile sicer udeležene v Šoli za starše v Ljubljani, kasneje prihajale po ambulantno pomoč v porodnišnico zaradi ovirajočega strahu pred porodom, brez nalepke na materinski knjižici, ki bi kazala na to, da prisostvujejo v raziskavi. Klinična psihologinja je povedala, da so bile takšne štiri porodnice.

Pomembna faktorja tveganja za strah pred porodom sta anksioznost in depresivnost (Hall et al., 2009; Ryding et al., 2007; Storksens et al., 2012), kar smo potrdili tudi v naši raziskavi. Storksens et al. (2012) in Räisänen et al. (2013) so v svoji raziskavi ugotovili, da je depresivnost celo boljši napovednik za strah pred porodom kot anksioznost, kar kažejo tudi naši rezultati. Rezultati niso presenetljivi, če vemo, da je depresivna motnja sicer najpogostejša obporodna motnja v času nosečnosti (Globevnik Velikonja et al., 2013).

Izkazalo se je tudi, da sta spolno življenje pred sedanjo nosečnostjo in med njo dobra napovednika za strah pred porodom. Obstajajo namreč statistično pomembne razlike v doživljanju strahu pred porodom med ženskami, ki so manj zadovoljne s spolnim življenjem in ženskami, ki so s spolnim življenjem zadovoljne. Pri podrobnem pregledu vprašalnikov smo ugotovili namreč tudi, da se je pri kar nekaj ženskah zadovoljstvo s spolnostjo v času

trenutne nosečnosti v primerjavi s spolnostjo pred njo poslabšalo. To dejstvo bi lahko pojasnili tudi s tem, da je večina teh žensk označila tudi, da zdravje v trenutni nosečnosti ni ravno najboljše. Ženska ima denimo krvavitve – takrat so ji med drugim odsvetovani tudi spolni odnosi, to pa lahko pomembno zniža zadovoljstvo s spolnim življenjem.

Tudi želeni način poroda se lahko statistično pomembno povezuje s strahom (Handelzalts et al., 2015), kar se je izkazalo tudi v naši raziskavi. Tiste posameznice, ki bi se, če bi imele možnost izbire načina poroda, vsekakor odločile za fiziološki vaginalni porod, je poroda najmanj strah, tiste, ki pa bi vsekakor izbrale carski rez kot način poroda, če bi bil ta uzakonjen, pa spremlja najvišji strah pred porodom.

Raziskavo je spremljalo tudi nekaj omejitev, predvsem zato, ker je raziskovalno področje zelo kompleksno. Preverjali bi lahko tudi povezanost med strahom pred porodom in nižjim samospoštovanjem ali pa bi vključili še vprašalnik osebnosti. Zanimivo bi bilo pogledati povezavo strahu pred porodom pri ženskah, ki so v preteklosti imele zaplete pri porodu, slab odnos s partnerjem ali izkušnjo spolne zlorabe. Takšnih žensk je bilo v našem vzorcu premalo, da bi lahko ugotavljali statistično pomembne povezave. Vzorec bi bilo tako smiselno številčno razširiti z zbiranjem podatkom po različnih regijah širom Slovenije, saj je možno, da bi takšna razširitev vzorca lahko spremenila starostno in izobrazbeno strukturo udeleženk. Na ta način bi vzorec postal tudi bolj reprezentativen. Ne nazadnje bi bilo v bodoče vredno raziskati tudi, kakšni so porodni izidi žensk, ki imajo pretiran strah pred porodom.

5 Zaključek

Ženske, ki občutijo visoko stopnjo strahu, so ranljiva skupina, zato je smiselno, da so deležne tudi ustrezne psihološke obravnave. V okviru te bi bilo smiselno, da se ženska vključi v skupino za anksiozne nosečnice, kjer se izvajajo sprostitvene tehnike. Poleg njih bi bila smiselna tudi vedenjsko kognitivna terapija, saj ta kaže na zmanjšanje števila carskih rezov v povezavi s strahom pred porodom (Saisto, Halmesmäki, 2003). V obravnavo bi bilo smotrno vključiti tudi partnerja v obliki partnerske terapije. Pomemben je tudi multidisciplinaren pristop in interdisciplinarno sodelovanje vseh zdravstvenih akterjev – torej ginekologa, anesteziologa, medicinske sestre, babice, psihologa in psihiatra, saj le to ustvari dobro preventivno in podporno okolje pred morebitnimi zapleti med porodom. V okviru tega je nujno, da je odnos zdravstvenih delavcev do porodnice spoštljiv in odprt. Ženska mora dobiti priložnost spregovoriti o svojih čustvih, strahovih in pričakovanjih do poroda in življenju po njem – tako ženska, ki je že imela negativno izkušnjo poroda kot tudi ženska, ki bo rodila prvič.

Literatura

Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E, Agular Vafaei, M. The association between antenatal anxiety and fear of childbirth in nulliparous women: a prospective study. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2011;16(2):169-73.

Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. Fear of childbirth in late pregnancy. *Gynecol Obstet Invest.* 1981;12(5):262-66.

Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. Experience of delivery in women with and without antenatal fear of childbirth. *Gynecol Obstet Invest.* 1983;16(1):1-12.

Avsec A. Področja samopodobe in njihova povezanost z realno in želeno spolno shemo: (Doktorska disertacija). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta; 2000: 1-329.

- Bhatia MS. Tokophobia: A dread of pregnancy. *Ind Psychiatry J*. 2012;21(2):158-59.
- Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. *J Pers Assess*. 1985;49(1):71-5.
- Fenwick J, Gamble J, Nathan E, Bayes S, Hauck Y. Pre- and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. *J Clin Nurs*. 2009;18(5):667-77.
- Fisher C, Hauck Y, Fenwick J. How social context impacts on women's fears of childbirth: A Western Australian example. *Soc Sci Med*. 2006;63(1):64-75.
- Fuglenes D, Aas E, Botten G, Oian P, Sonbo Kristiansen I. Why do some pregnant women prefer caesarean? The influence of parity, delivery experiences, and fear. *AJOG*. 2011;205(1):451-59.
- Geissbueler V, Eberhard J. Fear of childbirth during pregnancy: a study of more than 8000 pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2002;23(4):229-35.
- Globevnik Velikonja V, Roth JP, Ponikvar MB, Tomšič S. Pomen in način zgodnjega odkrivanja obporodne depresije. In: Drobež J, eds. Ljubljana: Združenje ginekologov in porodničarjev; 2013:29-9.
- Hall WA, Hauck YL, Carty EM, Hutton EK, Fenwick J, Stoll K. Childbirth fear, anxiety, fatigue and sleep deprivation in pregnant women. *JOGNN*. 2009;38(5):567-76.
- Handelzalts JE, Becker G, Ahren MP, Lurie S, Raz N, Tamir Z, et al. Personality, fear of childbirth and birth outcomes in nulliparous women. *Arch Gynaecol Obstet*. 2015;291(5):1055-62.
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;16(2):1-117.
- Hofberg K, Ward MR. Fear of pregnancy and childbirth. *Postgrad Med J*. 2003;79(935):505-10.
- Kjærgaard H, Wijma K, Dykes A, Alehagen S. Fear of Childbirth in obstetrically low-risk nulliparous women in Sweden and Denmark. *J Reprod Infant Psych*. 2008;26(4):340-50.
- Lamovec T. Priročnik za psihologijo motivacije in emocij. Ljubljana: Filozofska fakulteta, 1988:1-380.
- Lukasse M, Vangen S, Oian P, Schei B. Fear of childbirth, women's preference for cesarean section and childhood abuse: longitudinal study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010;90(1):33-40.
- Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gulmefoglu AM, Souza JP, Taneepanichskul S, Ruyan P, et al. Method of delivery and pregnancy out-comes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health in 2007–08. *The Lancet*. 2010;375(9713):490-9.
- Mancuso A, De Vivo A, Fanara G, Settineri S, Triolo O, Giacobbe A. Women's preference on mode of delivery in southern Italy. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 2006;85(6):694-9.

- Melender HL. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth; a study of 329 pregnant women. *Birth*. 2002;29(2):101-11.
- Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section-a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009;88(7):807-13.
- Radloff LS. The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. Center for Epidemiologic Studies, National Institute of Mental Health. 1977;1(3):385-401.
- Räsänen S, Lehto SM, Niselsen HS, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S. Fear of childbirth in nulliparous and multiparous women: a population-based analysis of all singleton births in Finland in 1997–2010. *BJOG*. 2013;121(8):965-70.
- Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmäki E, Saisto T. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG*. 2009;116(1):67-73.
- Ryding EL, Persson A, Onell C, Kvist L. An evaluation of midwives' counselling of pregnant women in fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003;82(1):10-7.
- Ryding EL, Wirfelt E, Wängborg IB, Sjögren B, Edman G. Personality and fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007;86(7):814-20.
- Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesmäki E. Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *Br J Obstet Gynaecol*. 2001;108(5):492-8.
- Saisto T, Halmesmäki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003;82(3):201-8.
- Searle J. Fearing the worst – why do pregnant women feel »at risk«? *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 1996;36(3):279-86.
- Spice K, Jones SL, Hadjistavropoulos HD, Kowalyk K, Stewart SH. Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2009;30(3):168-74.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for the State Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist's Press;1970: 20-1.
- Storksén HT, Eberhard-Gran M, Garhus-Niegel S, Eskild A. Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012;91(2):237-42.
- Zar M, Wijma K, Wijma B. Pre- and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Scand J Behav Ther*. 2001;30(2):75-84.
- Waldenström U, Hildingsson I, Ryding EL. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG*. 2006;113(6):638-46.
- Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ: a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1998;19(2):84-97.
- Wijma K. Why focus on “fear of childbirth”? *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2003;24(3):14-44.

Sodobno babištvo onstran meja: globalno, kulturno specifično in individualizirano

Modern midwifery beyond the borders: global, culturally specific and individualized

Zalka Drglin⁷

IZVLEČEK

***Uvod:** V prispevku avtorica proučuje problem koncipiranja babištva v odnosu do globalnega, kulturno specifičnega in individualnega. Postavlja ključno vprašanje, ali bi sicer nujno, vendar enosmerno poudarjanje občin, objektivnih dejstev ter zavezanost zunanjim pravilom lahko vodila k problematičnem normiranju obporodne skrbi in k zmanjševanju pomena odnosne ravni babiškega poklica, ki je povezana s posameznico in posamezno kulturo.*

***Metode:** V prispevku na podlagi zbrane in kritično pregledane relevantne znanstvene in tudi strokovne literature ter spremljanja aktualnega stanja v babištvu v slovenskem in mednarodnem prostoru avtorica analizira sodoben koncept babištva. S pomočjo konceptualne analize razčleni razmerja med globalnim, kulturno specifičnim in individualnim v babištvu. Namen prispevka je spodbuditi razmislek o konceptu babištva v sodobnosti, problematizirati prevladujoče globalizacijske procese v babiški stroki in sprožiti kritično razpravo.*

***Rezultati:** Avtorica predstavlja, kako naj bi sodoben koncept babištva kot samostojne stroke temeljil tako na znanju in spretnostih, utemeljenih na izsledkih znanstvenih in strokovnih raziskav kot tudi na podpori, negi in sočutju, iz česar bi morale biti izpeljane tudi babiške kompetence. Ugotavlja, da je nujno koncipiranje babištva kot sodobnega skrbstvenega poklica in zavzemanje za njegovo udejanjanje v praksi skrbi za ženske in dojenčke v Sloveniji in v mednarodnem prostoru. Tako bo babištvo vzdrževalo dinamično razmerje med splošnim in p/osebim.*

***Razprava:** Avtorica izpostavlja pomen vztrajnega sodelovanja pri razvoju babiške stroke tako na nacionalni kot mednarodni ravni, in sicer v vseh treh segmentih: s prispevki in izmenjevanjem znanja, izkušenj in spretnosti, temelječih na splošnih zakonitostih in dejstvih; z vključevanjem kulturno specifičnega in tistega posebnega, ki zadeva odnosno raven. Tako se v globalizacijskih trendih ne bo zanemarilo lastne kulture in ne spregledalo temeljne zavezanosti skrbi za vsako posamezno žensko.*

***Ključne besede:** koncept babištva, kompetence, skrbstveni poklic.*

⁷ **Corresponding author:** viš. pred. dr. Zalka Drglin, prof. ped., Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, Slovenija. E-mail: zalka.drglin@nijz.si.

ABSTRACT

Introduction: *In the paper the problem of the concept of midwifery in relation to global, culturally specific and individual is explored. The key question is whether focus on objective facts and the commitment to the external rules, although necessary, can lead to problematic universalization of maternity care and towards reduction of the importance of relational part of midwifery profession that is associated with each individual woman and the specific culture.*

Methods: *The analysis of the contemporary concept of midwifery is based on the collected and critically reviewed relevant scientific literature, and on monitoring the current situation in midwifery in Slovenia and internationally. With the help of conceptual analysis, the relationship among global, culture-specific and individual in midwifery are explored. The purpose of the paper is to stimulate reflection on the concept of midwifery in the contemporary world, to problematize the dominant globalization processes in the midwifery profession, and initiate critical debate.*

Results: *The results shows how the modern concept of midwifery as an autonomous profession should be based both on the knowledge and skills as the results of scientific research, as well as on support, care and compassion; from those midwifery competences should be established. From that it could be concluded: it is imperative to conceptualize modern midwifery as a caring profession. At the same time the commitment to its implementation in practice of such in care for women and babies in Slovenia and abroad is much needed. The concept of midwifery as caring profession will maintain a dynamic relationship between general and special.*

Discussion: *On both, national and international levels, the participation in the development of the midwifery profession in all three segments should be carried on: contribution and sharing the knowledge, experiences and skills based on the general laws and facts about the human birth; with integration of culturally specific knowledge and skills and of that particular part of midwifery skills, concerning the relational level between woman, baby, and midwife. In this way in the globalization trends cultural dimensions will not be neglected and fundamental commitment to care for each individual woman will remain at the center of midwifery attention.*

Key words: *concept of midwifery, competences, caring profession.*

1 Uvod

Premisleki o konceptu babištva, o vlogi babic in položaju babištva v Sloveniji in svetu se navezujejo na procese centralizacije, medikalizacije in tehnologizacije obporodne skrbi, ki so se od sredine dvajsetega stoletja v Evropi in Severni Ameriki krepili in se globalizirali (Davis-Floyd, 1992; Rothman, 1991; Tew, 1988; Wagner, 1994).

Aktualnih vprašanj koncepta sodobnega babištva, njegove formalizacije in globalizacije, ki so aktualna tema številnih znanstvenih študij, ki se posvečajo kulturi poroda s proučevanjem iz specifičnih perspektiv različnih disciplin (pomembnejši doprinosi nekaterih izmed njih tudi navedeni), se lotevamo s teoretskega vidika. Problematičnost omenjenih procesov ni očitna na prvi pogled, ker se ponekod babištvo šele vzpostavlja kot samostojna stroka, obenem pa poteka mednarodno povezovanje babic in nacionalnih babiških organizacij. Pri tem se oblikujejo definicije poklica, opredeljujejo se babiške kompetence in pogoji za njihovo pridobitev, povezani s formalnim izobraževanjem.

Živeče človeško telo je rezultat fizičnih in simbolnih silnic, je tako kulturno kot naravno – vsak utelešen posameznik/-ca je enkratno pretapljanje evolucije, zgodovine, družbe, bio-socialnega razvoja in učenja (Murphy-Lawless, 1998; Pilley Edwards, 2005). Sodobna spoznanja o delovanju ženskega in otrokovega organizma razkrivajo soodvisne igre, ki zanositev, nosečnost, porod, laktacijo in dojenje omogočajo ali pa otežijo in celo preprečijo (Odent, 2002; Odent, 2009). Govorimo o občutljivo prepletenih življenjskih procesih, povezanih z reprodukcijo, ki jih zgolj za potrebe raziskovanja ločujemo na posamezne vidike – biološke, čustvene, hormonalne, socialne, kulturne (Kent 2003; Stewart et al., 2004; Uvnäs Moberg, 2011). Razumevanje nosečnosti in poroda v prepletu naštetih dejavnikov in njihovih pomenov za žensko, otroka, moškega, družine in družbo omogoča jasnejši vpogled v bistvo babiškega poklica (Kirkham et al., 2010). Najnovejši znanstveni izsledki o naravi materinstva (Odent, 2009) nas vodijo k premisleku o pogojih, v katerih danes ženske postajajo matere ter o vlogi babištva, ki lahko dejavno sodeluje pri zagotavljanju kar najboljšega začetka družine (Downe, McCour, 2004; Mander, 2001).

Porod je univerzalna ženska izkušnja (Devries et al., 2001), ki je pa je vedno kulturno specifična – posamezno obliko obporodne skrbi sooblikujejo zgodovina in status babištva, porodništva in zdravstvene nege in pa razmerja med njimi, svojo vlogo igrajo država in družbena gibanja ter pomeni, ki so dodeljeni naravi in tehnologiji (Davis-Floyd, 1992; Davis-Floyd, Sargent, 1997). V širšem smislu pa nanjo vpliva razumevanje ženske vloge; gre za vsakokratni poseben preplet socialnih, političnih in kulturnih dejavnikov (Davis-Floyd, 1992; Jordan, 1993). Pri porodu gre za celostno zdravje dveh posameznikov in njuno preživetje, pa tudi za obnavljanje in nadaljevanje družbe (Drglin, 1993; Rothman, 1991).

Zaradi soodvisnosti med babicami in ženskami nam status babištva v posamezni družbi veliko pove o kulturnem pojmovanju poroda, organizacija obporodne skrbi pa je dober pokazatelj avtonomije žensk ter babic (Wagner, 2007).

V globaliziranem babištvu se vse bolj upošteva izsledke znanstvenih raziskav, ki med drugim osvetljujejo splošne zakonitosti glede *porodnega mehanizma* in pretresajo različne vidike obporodne pomoči z vidika njihove smiselnosti, upravičenosti, tveganj in koristi. Tako se na primer uporablja kot vir podatkov Cochranova knjižnica (*Cochrane Library*) – le-ti naj bi bili temelj za oblikovanje pravil, protokolov in kliničnih poti, kar je velik napredek. Pomembni pa so načini, kako se posamezen izsledek in dokument uporablja (pri nas so na primer veliko citirani vodniki organizacije NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*)) in na kakšni ravni je pripravljen in sprejet (nedavno je bila v Sloveniji oblikovana tudi klinična pot, imenovana normalni porod) ter predvsem, kako se zagotavlja, da ne postane orodje za uravnavanje *živosti* poroda, ki *unificira*, stremi k poenotenju, namesto da bi omogočal individualizacijo babiškega delovanja in ženske, ki rojeva. Procesi, osredotočeni na formo,

lahko vodijo k uniformiranosti, ki bi lahko preglasila vsebino, torej *substanco*, *podstat* babištva.

2 Metode

Ključno raziskovalno vprašanje je: ali bi sicer nujno, vendar enosmerno poudarjanje občin, objektivnih dejstev ter zavezanost zunanjim pravilom lahko vodilo k problematičnem normiranju obporodne skrbi in k zmanjševanju pomena odnosne ravni babiškega poklica, ki je povezana s posameznico in posamezno kulturo; ali bi lahko delovalo opresivno?

Osnova je teoretični pregled bistvenih ugotovitev o tematiki iz relevantne znanstvene in ponekod tudi strokovne literature, ki je izbrana iz Cobissa, NUKa in strokovnih knjižnic (Zdravstvena fakulteta Ljubljana, Nacionalni inštitut za javno zdravje); v angleškem in slovenskem jeziku, kriterij izbora je bil definiran s ključnimi besedami: kulturološki in/ali sociološki vidiki obporodne skrbi, babištvo, porodna kultura, materinstvo, medikalizacija in institucionalizacija poroda, potrebe žensk pri porodu. Zbiranje, pregled in kritična analiza sekundarnih virov je imela naslednje omejitve: literatura je dostopna v polnem besedilu, letnica izida ni starejša od 1990, na voljo pa je v slovenskem ali angleškem jeziku. Vključeni so bili referenčni viri ključnih mednarodno priznanih avtoric in avtorjev na področju kulture rojstva. Ugotovitve dopolnjujem z analizo koncepta babištva in dejanskega stanja v slovenskem in mednarodnem prostoru in ga povežem s premislekom razmerij med globalnim, kulturo specifičnim in individualnim. Na ugotovitvah zastavim smer nadaljnjega razvoja in nadgradnje babištva ter oblikujem zaključke kot prispevek k teoriji rojstva.

Gre za specifičen izsek iz sicer kompleksne problematike, kar je treba upoštevati kot bistveno omejitev raziskave; za celovit pregled in analizo bi potrebovali prispevke interdisciplinarnega tima.

Namen prispevka je spodbuditi razmislek o konceptu babištva, problematizirati prevladujoče globalizacijske procese in sprožiti kritično razpravo.

3 Rezultati

V 20. stoletju je kazalo, da je babištvo na enosmerni poti v stapljanje s poklicem medicinske sestre, katerega delokrog je bolnišnica, pa vendarle se to ni popolnoma uresničilo (Wagner, 1994). Takrat je bila v SZO babištvu priznana posebna vloga v skrbi za zdravje žensk in otrok, postopoma je dobilo svoje mesto, okrepile in formalizirale so se tudi mednarodne povezave; prelomna pa je bila leta 1966 sprejeta »Mednarodna definicija babice« (Fleming, 2007). Leta 1990 sta A. Oakley, sociologinja, in S. Houd, danska babica, v predgovoru k eni od ključnih SZO publikacij o *naravi* babištva, poudarili: »Babištvo je mednarodna tema,« (Oakley, Houd, 1990) in opozorili na spremembe v prikazih babištva v publikacijah SZO, kjer babiške psihosocialne in kulturne vloge izginjajo in kjer se babištvo čedalje redkeje omenja. Ob času izida publikacije babica dobiva status enega od bistvenih članov primarnega zdravstvenega tima, krepi se začne njena vloga v raziskovanju in poučevanju (Oakley, Houd, 1990). V četrto stoletja je babištvo v okviru SZO prepoznano kot samostojen poklic s svojo definicijo, oblikujejo se posebni babiški dokumenti (med drugimi tudi zelo povedni Priročnik za krepitev babištva iz leta 2011 (WHO, 2011)).

V 21. stoletju smo priča profesionalizaciji babištva, ki obsega priznanje babištva kot samostojnega poklica, določitev kurikula za doseg babiške izobrazbe, kompetenc in pogojev za opravljanje babiške dejavnosti; za to so pomembne nacionalne in mednarodne strokovne babiške organizacije. Mednarodna zveza babic (*The International Confederation of Midwives*,

ICM), ki je bila ustanovljena 1919, trenutno predstavlja zvezo 116 babiških združenj iz 101 države. Prizadeva si za urejanje statusa babištva v mednarodnem prostoru, posveča se definicijam babice (trenutno veljavno je sprejela na kongresu junija 2011 v Durbanu v Južnoafriški republiki), opredeljuje osnovne kompetence za babiško prakso in postavlja standarde za izobraževanje babic.

Porod je fiziološki proces z univerzalnimi značilnostmi. Vednost o fiziologiji obporodnega obdobja je nujni del tistega babiškega znanja, ki temelji na preverjenih rezultatih raziskav in teoretičnih znanstvenih izsledkih. Omogoča tudi poglobljeno razumevanje kompleksnega sistema, ki mu nekoliko neposrečeno rečemo *porodni mehanizem*, doumevanje sovplivanja in medsebojne igre obporodnih dejavnikov, vedenja in odzivanja porodnice ter oblikovanja odnosov med družinskimi člani. Za babiško delo pomenijo ta znanja ključ do prepoznavanja dogajanja in izbire pravega ravnanja na kontinuumu med potrpežljivo navzočnostjo na eni strani in poseganjem na drugi. Tako utemeljeno babiško znanje je nujni pogoj, da se uresniči spoštovanje občutljivega in dinamičnega ravnotežja, ki ga ženska potrebuje za prehod v materinstvo. Dobro poznavanje dejavnikov, ki spodbudno ali zaviralno vplivajo nanj in poglobljeno razumevanje porodnega procesa, pomeni večjo gotovost pri zagotavljanju kar najboljših pogojev, v katerih bodo fiziološki procesi polno delovali in prepoznavanje odstopanj, ter ustrezno in pravočasno ukrepanje.

Internacionalizacija babištva je priložnost za oblikovanje korpusa babiške vednosti, oblikovanega iz preiščenih in ustrezno umeščenih izsledkov raziskav, sodobnih znanstvenih spoznanj ter ugotovitev na podlagi ustrezno analiziranih praks. Tehnološke možnosti za hiter dostop do informacij, virov podatkov, tiskanih in elektronskih gradiv in njihov pretok ter možnosti za učenje spretnosti, priložnosti za izmenjavo znanja in izkušenj z različnih delov sveta ter metod njihovega ovrednotenja so dobri temelji za nadaljnji skupni globalni razvoj babištva. Tako je možno tudi zasnovati standarde babiške nege, ki temeljijo na izsledkih (t. i. *care based on evidence*).

Internacionalizacija babištva bi lahko pomenila pretirano poudarjanje občin mest, povečano pozornost do tega, kar je možno shematizirati, oblikovati v protokole in klinične poti, spremljati ali nadzirati v obliki obrazcev, pa tudi da postanejo oblike, forme in formularji pomembnejši od posamičnosti vsake ženske in njene spreminjajoče se življenjske situacije. Premisliti moramo o zagati, ki nastopi, če se zaradi mednarodnih standardov zmanjšujejo ali celo brišejo nacionalne in individualne razlike, če se pripiše *objektivnosti* več vrednosti kot pa odnosu med žensko in babico, ki je v optimalnih pogojih zaveza k sodelovanju in deljeni odgovornosti.

Pa vendarle bi mednarodne organizacije lahko poleg krepitve znanja in spretnosti prispevale k prepoznavanju in delovanju tistega specifičnega v posamezni kulturi, ki krepí avtonomijo žensk kot mater in babic. Pod katerimi pogoji so ti procesi možni, ne da bi pri tem tvegali ohranjanje kulturno specifičnega zgolj kot folklorne dekorativnosti skupaj s problematičnimi opresivnimi vzorci materinstva in babištva (prim. z Zunanja podoba medicinske sestre, babice in tehnika zdravstvene nege Sekcije medicinskih sester in babic Slovenije, ki je članica ICM)? Prihodnost družbe je odvisna od zmožnosti in volje žensk, da rojevajo otroke, zato je vsak porod kulturno specifično zaznamovan, oblike porodne pomoči pa zamejene znotraj določenega referenčnega okvira, ki določa vlogo ženske. Nujno je prepoznavanje narave človeškega poroda, ki je nastajala skozi milijone let človeške evolucije, ki pa jo tisočletja oblikuje tudi človek na načine, ki zrcalijo specifično kulturo. Pri porodu se izraža tudi p/osebna narava porodnice, prihod otroka je individualen dogodek zanjo in zanj. Ali z globalizacijo babištva, z njegovo internacionalizacijo in specifično profesionalizacijo izgubljammo zadnji komponenti? Kako ohraniti porod kot individualni dogodek, ki je hkrati primerljiv z drugimi? Kako slovenskemu babištvu uspeva raziskovati, razumevati, analizirati in ohranjati ter razvijati posebne pristope k porodu?

Onstran *na izsledkih temelječe* babiške teorije in prakse torej obstajajo dejavniki, ki pomembno sooblikujejo posamezno porodno kulturo, s tem pa vplivajo na status babištva, njegovo vlogo v življenju ženske in na babiške kompetence ter tudi na ženske, ki postajajo mame, njihova pričakovanja glede porodne pomoči, poroda in materinstva. Vsak posamezen sistem obporodne skrbi je skupek mišljenj, praks in prepričanj. V njem se kristalizirajo specifična kulturna prepričanja o pomenih žensk, moških, otrok, spolnosti, bolečine, materinstva, očetovstva, telesa. Ker je porod pomemben življenjski prehod (Davis-Floyd, 2001), ima babica v tem ranljivem obdobju tudi pomembno vlogo v prenašanju in utrjevanju referenčnega okvira posamezne kulture, ki odraža sistem vrednot.

Pri doumevanju profesionalizacije podpore, nege in sočutja v obporodnem obdobju in poteh zanj ne moremo mimo spola (matere in babice) kot ključne kategorije. Babištvo sodi med najstarejše samostojne ženske poklice (na slovenskem velja za prvi strokovni poklic, za katerega je bilo organizirano formalno izobraževanje v slovenskem jeziku), se pa bistveno razlikuje od medicinskih poklicev in tistih v zdravstveni negi; trdimo, da je skrbstveni poklic *par excellence*. Antropologi ugotavljajo, da je z evolucijo človeka, dvigom v dvonoštvo in razvojem možganov ter s tem zapletenejšim pogojem rojstva otroka, kjer obstaja nevarnost poškodb in smrti enega ali obeh, če se porod zaplete, navzočnost drugih postala potreba in pomemben dejavnik preživetja otroka in porodnice. *Novost* ima danes po nekaterih ocenah milijon let (Trevanthen, 2011). Gre predvsem za odgovor na potrebo po čustveni podpori in praktično ter simbolno zagotavljanje varnosti v trenutkih negotovosti, tesnobe in strahu pred smrtjo ali zapleti in šele zatem za dejansko porodno pomoč (Trevanthen, 1997). Navzočnost drugih pri porodu je utemeljena v naši evoluciji, oblika in vsebina porodne pomoči, ki jo ti drugi dajejo, pa je socialno in kulturno oblikovana. Prvobitno babištvo razumemo kot delovanje, usmerjeno v dobro posameznic in njihovih dojenčkov ter posledično v dobro skupnosti; temelji na ženskem izročilu, in je globoko ukoreninjeno v posamezni kulturi. Kolikor bolj je posamezna kultura preprežena s patriarhalnim načinom mišljenja in delovanja, toliko zahtevnejša je pot do doseganja avtonomije babice in toliko bolj ohranjanje kulturne specifičnosti terja rahločutno presejanje, da ne bi utrjevali opresivnega položaja žensk skupaj z utrjevanjem problematičnih »materinskih mitov« (Kristan, 2005). Prizadevanja današnjih babic, *bab* v dobrem pomenu besede – torej žensk preišljenih življenjskih izkušenj – da bi zares postale avtonomne *modre ženske, sage femme*, da bi zadostile temeljnemu pogoju babičevanja, so pomembna, kajti ženske, ki rojevajo, potrebujejo udejanjanja babiških kompetenc v širšem smislu; takih, ki združujejo tako ožje strokovno znanje in praktične spretnosti kot tudi spretnosti negovanja odnosa in sočutja ter dajanja psihične podpore. Vse to pa je možno zares uresničevati le v prostosti stroke, ki si zavestno prizadeva za neodvisnost.

Raziskave o pomenu čustvene in socialne podpore pri porodu so jasno pokazale, da prispevata k pozitivnejšemu doživljanju poroda, hkrati pa izboljšujeta bio-medicinske rezultate tako za otroka kot za mater (Hunt, Symonds, 1995; Kennell, Klaus, 1992). Ključni sestavni del porodnega okolja so ljudje, od tod tudi vztrajanje nekaterih avtorjev, da moramo vlogo porodnih strokovnjakov ponovno premisliti. M. Odent na primer poudarja, da je to lahko le materinska figura, ženska, ki drugim poseblja mamo (Odent, 2002). Gre za pomen ustvarjanja porodnega prostora s človeško navzočnostjo, ki zagotavlja hkrati zasebnost in varnost, za oblikovanje celice skupnosti z vsemi dobrobitmi, ki jih ta prinaša. Obporodna skrb, ki je *negujoča*, torej skrbna, občutljiva in nežna, temelji na prepoznavanju in zadovoljevanju potreb ženske in otroka. Tako znanje je osnova za poglobitev stroke in razvoj praktičnega dela, odprtega do posebnosti posameznice. Tu tiči tudi problematičnost izraza *porodni mehanizem*, napoti namreč na mehaniko, na stroj, kar človeško telo zagotovo ni, še manj pa je nanj možno prenesti porodni potek. Premišljevanje o konceptu babištva je neposredno povezano z razumevanjem paradigem, ki uokvirjajo specifično porodno pomoč in babiško vlogo v njej. Znotraj tehnokratskega modela poroda se bobicam izmakne

konstitutiven element poklica (Davis-Floyd, 2001), spregledan je pomen, ki ga imajo za povezovanje med ljudmi, zato je treba zagotoviti evolucijo v celostni model obporodne skrbi. Sodobni koncept babištva naj torej temelji tako na izsledkih znanstvenih raziskav kot tudi na podpori, negi in sočutju, je skrbstveni poklic, za udejanjanje v praksi skrbi pa je nujna njegova avtonomija; tako bo združeval splošno in p/osebno.

V svetu se krepijo rodni modeli, ki dobro delujejo (Davis-Floyd et al., 2009). Različni strokovnjaki se povezujejo, zbirajo, pregledujejo in preverjajo babiške vednosti in proučujejo sedanje in nekdanje porodne kulture ter ugotavljajo splošne zakonitosti poroda ter kulturne in/ali individualne posebnosti. Vsak ohranjeni drobec vednosti posamezne porodne kulture je dragocen sam po sebi, možno pa ga je ovrednotiti tudi glede morebitne uporabnosti pri sodobnih porodih. Babištvo pa hkrati razvija tudi drugi del babiških kompetenc: zmožnosti sodelovanja, ki z usmerjenostjo v *živo* ob/porodno situacijo pomeni tudi uravnovešanje morebitne pretirane zavezanosti zunanjim pravilom.

4 Razprava

Osnovna naloga babištva kot skrbstvenega poklica je rahločutno iskanje ravnovesja med usmerjenostjo navznoter, k sebi kot stroki – v razvoj stroke in k formalizaciji oblik delovanja na nacionalni ravni in v mednarodnem prostoru – ter na drugi strani usmerjenostjo k tistim, zaradi katerih so babice upravičene do svojega imena: k ženskam, otrokom, družinam, ki se rojevajo prav pred njihovimi očmi, ali bolje - v njihovi navzočnosti. Namen in vloga kliničnih poti, protokolov in smernic je poenostavljanje prenosov izsledkov raziskav, spoznanj in premislekov v prakso, so orodja, ki z večjo rabo prispevajo h kvaliteti obporodne skrbi. Vendarle pa naj bo v središču vedno posamezna (in zato vedno posebna) življenjska situacija, kjer ljudje taki, kot so ta trenutek – strokovnjaki, porodnica, bodoči oče – sodelujejo za doseg skupnega cilja vsak s svojimi kompetencami. Za porod oziroma rojstvo imajo kompetence otrok, mama, strokovnjaki in strokovnjakinje, vsak svoje. Zaradi številnih dejavnikov, ki oblikujejo porod, ki ga zato ni možno vnaprej načrtovati, je medsebojno zaupanje in spoštovanje ključno. Babice potrebujejo čimprejšnje prepoznanje in upoštevanje modrosti rojevanja, ki je vpisana v presečno množico narave in kulture; najboljšega, kar lahko daje kultura, in dobrega, ki je zapisano v naravne zmožnosti žensk in otročičkov ter omogoča porod.

Formalno in neformalno sodelovanje med bobicami v mednarodnem prostoru pa poleg izmenjevanja znanj in spretnosti omogoča tudi uvide v lastne kulturne specifikke, ki se zdijo samoumevne. Pomeni možnost za opolnomočenje sodelujočih, ki morda v lastni kulturi še iščejo ustrezen izraz. Prav opolnomočenje pa potrebujejo babice in porodnice. Za babištvo na Slovenskem je pomembno, da dosledno razvija svojo lastno terminologijo, ki naj vključuje izraze, ki dobro izrazijo, kar imajo namen povedati (za pokušino: boleči krči po porodu so »pobolečki«), in vztraja v oblikovanju lastne strokovne literature; da pospešeno raziskuje izginjajočo babiško tradicijo, porodno kulturo in zgodovino babištva, še prav posebej prakse porodne pomoči izobraženih babic in laičnih porodnih pomočnic (Drglin, 1997a); nujna je zastavitev, neobremenjena s tradicionalnim pisanjem zgodovine medicine (Drglin, 1997b), razbremenjeno *moško osrediščenega pogleda* (Borisov, 1995).

Slovensko babištvo se mora danes posvetiti tudi oblikovanju odločujočega strokovnega organa, ki bo združeval odličnost znanja, deloval pa bo tako, da bo forma podpirala premišljeno vsebino in delovanje v smeri razvoja babiške stroke na nacionalni ravni. Namesto opredeljevanja zunanje podobe s ponižujočimi tradicionalističnimi podobami pridne in pokorne ženske-delavke ali etičnih kodeksov, ki prav zaradi formalizacije notranjega vzgiba, ki naj bi bil temelj babiškega poklica, odtujujejo od bistva in tako bolj zaslepljujejo kot

razsvetljujejo, se kaže kot dobra pot dogovarjanje na podlagi preverjenih argumentov. Babice, ki si bodo ponovno vzele besedo in ki bodo *dale glas od sebe*, bodo vzpostavljale svojo lastno stroko, obenem pa babica, ki se jasno in glasno postavlja kot strokovnjakinja, sporoča posameznici, da je tu zanjo in za njenega otroka. Tako se bo zlagoma ustvarilo medsebojno poznavanje in priznavanje. Nujno je omogočiti kar najbolj kakovostno in podporno izobraževanje in praktično usposabljanje bodočih babic in babičarjev s katerim od modelov individualiziranega mentorskega odnosa med *zglednimi babicami* in tistimi, ki so na poti pridobivanja kompetenc; odnos med njimi je matrika, po kateri se bodo zgledovali, ko bodo diplomirali. Potrebujemo pot v mojstrstvo, ki bo uravnotežilo teoretsko znanje s pridobivanjem izkušenj najprej s spremljanjem samostojnih babic, nato z učenjem z aktivno udeležbo.

5 Zaključek

V prihodnje bi kazalo problem širše razdelati v sodelovanju različnih strokovnjakov v interdisciplinarnem raziskovalnem timu, kar bi pomagalo pri preseganju omejitev predstavljene raziskave na ozek segment. Že zdaj pa je očitno, da je zaradi usmerjenosti k normiranju obporodne skrbi in k zmanjševanju pomena odnosne ravni babiškega poklica tako na nacionalni kot mednarodni ravni pomembno enakovredno sodelovati pri razvoju babiške stroke v vseh treh segmentih: prispevati in izmenjevati znanje, temelječe na splošnih zakonitostih in dejstvih, dopolnjevati tisto, ki je kulturno specifično in tisto, ki zadeva odnosno raven. Z vidika teorije rojstva smo pokazali, kako pojmovanje babištva kot skrbstvenega poklica s skrbno refleksijo in dinamičnim iskanjem ravnotežja zmore odgovoriti na sodobne izzive globalizacije s spoštovanjem lastne kulture in temeljne zavezanosti skrbi za dobrobit vsake posamezne ženske.

Literatura

Borisov P. Ginekologija na Slovenskem od začetkov do leta 1980. Ljubljana: Slovenska akademija znanosti in umetnosti; 1995.

Cochrane Library. Available at: <http://www.cochranelibrary.com> (8. 3. 2015).

Davis-Floyd R. Birth as an American Rite of Passage. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press; 1992.

Davis-Floyd R, Sargent CF, eds. Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-Cultural Perspectives. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press; 1997.

Davis-Floyd R. The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth. Int J Gynecol Obstet. 2001;75 Suppl 1: 5-23.

Davis-Floyd R, Barclay L, Daviss BA, Tritten, J, eds. Birth Models That Work. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press; 2009.

Davis-Floyd R, Foreword. In: Devries R, Benoit C, Teijlgen ER van, Wrede S, eds. Birth by Design: Pregnancy, Maternity Care, and Midwifery in North America and Europe. Routledge: New York, London; 2001: 7-10.

- Devries R, Benoit C, Teijligen ER van, Wrede S, eds. Birth by Design: Pregnancy, Maternity Care, and Midwifery in North America and Europe. Routledge: New York, London; 2001.
- Downe S, McCour C. From being to becoming: reconstructing childbirth knowledges. In: Downe S, ed. Normal Childbirth: Evidence and Debate. London, New York: Churchill Livingstone; 2004: 3-24.
- Drglin Z. Vloga šole pri konstituciji spolov: ženske, rojevanje, ideologije. Magistrsko delo (neobjavljeno). Ljubljana: Filozofska fakulteta; 1997a.
- Drglin Z. Dva obraza zgodovine ginekologije na Slovenskem. Delta. 1997b;3(1-2):65-74.
- Drglin Z. Rojstna hiša: kulturna anatomija poroda. Ljubljana: Delta; 2003.
- Fleming V. Babiška Evropa. In: Drglin Z, ed. Rojstna mašinerija: sodobne obporodne vednosti in prakse na Slovenskem. Koper: Založba Annales; 2007: 31-46.
- Hunt S, Symonds A. The Social Meaning of Midwifery. New York: Palgrave MacMillan; 1995.
- International Confederation of Midwives (ICM). Definicija babice. Dostopno na: http://www.sekcija-babic.si/files/definition_mid.pdf (10. 3. 2015).
- Jordan B. Birth in Four Cultures: A Cross-Cultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and United States. London: Waveland Press; 1993.
- Kent J. Social Perspectives on Pregnancy and Childbirth for Midwives, Nurses and the Caring Professions. Buckingham: Open University Press; 2003.
- Kirkham M, ed. The Midwife – Mother Relationship. New York: Palgrave Macmillan; 2010.
- Klaus M, Kennell J, Berkowitz G, Klaus P. Maternal Assistance and Support in Labor: Father, Nurse, Midwife, or Doula. Clinical Consultations in Obstetrics and Gynecology. 1992;4:211-7.
- Kristan Z. Materinski mit. Ljubljana: Delta; 2005.
- Mander R. Supportive Care and Midwifery. London: Blackwell Science; 2001.
- Murphy-Lawless J. Reading Birth and Death. Cork: Cork University Press; 1998.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Available at: <https://www.nice.org.uk/> (8. 3. 2015).
- Oakley A, Houd S. Helpers in Childbirth. Midwifery Today. London: WHO, Hemisphere Publishing Corporation; 1990: xi, 185.
- Odent M. Primal Health: Understanding the Critical Period Between Conception and the First Birthday. East Sussex: Clareview Books; 2002: 69.
- Odent M. The instincts of motherhood: bringing joy back into newborn care. Early Hum Dev. 2009;85(11):697-700.
- Odent M. The Functions of the Orgasms. London: Pinter and Martin; 2009.
- Pilley Edwards N. Birthing Autonomy. London: Routledge; 2005.

Rothman BK. In Labour: Women and Power in the Birthplace. New York: W. W. Norton; 1991.

Stewart M, ed. Pregnancy, Birth and Maternity Care. London: Elsevier Science; 2004.

World health organization (WHO). Strengthening Midwifery Toolkit; 2011. Available at: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/strengthening_midwifery_toolkit/en (8. 3. 2015).

Tew M. Safer Childbirth? A Critical History of Maternity Care. London: Chapman and Hall; 1988.

Trevantham WR. An Evolutionary Perspective on Authoritative Knowledge about Birth. In: Davis-Floyd R, Sargent CF, eds. Authoritative knowledge. Berkeley, Los Angeles: University of California Press; 1997: 80-8.

Trevantham WR. Human Birth, Aldine Transaction. 2nd ed. London: New Brunswick; 2011.

Uvnäs Moberg K. The Oxytocin Factor. London: Pinter & Martin Ltd; 2011.

Wagner M. Pursuing the Birth Machine. The Search for Appropriate Birth Tehnology. Camperdown: ACE Graphic; 1994.

Wagner M. Evolucija k žensko osrediščeni obporodni skrbi. In: Drglin Z, ed. Rojstna mašinerija: sodobne obporodne vednosti in prakse na Slovenskem. Koper: Založba Annales; 2007: 17-30.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Zunanja podoba medicinske sestre, babice in tehnika zdravstvene nege. Dostopno na: <http://www.zbornica-zveza.si/sl/o-zbornici-zvezi/o-poklicu> (8. 3. 2015).

Izbrani aspekti kakovosti in varnosti v babištvu

Selected aspects of quality and safety in midwifery

Nastja Pavel⁸

IZVLEČEK

Uvod: Babica je primarni izvajalec babiške skrbi pri ženskah z nizkim tveganjem v nosečnosti, med porodom in po njem ter v skrbi za novorojenčka. V prihodnje moramo razmišljati o kontinuiranem babiškem modelu skrbi za ženske z nizkim tveganjem, saj trenutne raziskave prinašajo pozitivne učinke takšnega modela skrbi. Kontinuiran stik je bistven za vzpostavitev zaupanja med žensko in babico.

Metode: Kot metoda dela je bil uporabljen pregled literature, objavljene od leta 2012 naprej, pridobljene z uporabo spletnih baz: Wiley Online Library, BMJ Quality & Safety, Sage, Science Direct, COBBIS/OPAC in prek spletnega iskalnika Google s ključnimi besedami: kakovost in varnost v babištvu, babištvo, babica, kontinuirana babiška skrb. Prek spletnih baz je bilo vseh zadetkov 821. Članki so bili izbrani na podlagi naslovov in pregleda izvlečkov. Izbranih je bilo 20 virov.

Rezultati: Babice želijo porodnice s svojim znanjem zaščititi pred nepotrebnimi posegi in postopki. Vendar je zaradi pomanjkanja zaposlovanja ter dodatno naloženega dela oskrba običajno manj varna in kakovostna. Tako bi morale bolnišnice uporabiti ocene tveganj, kaj je bilo v obravnavi zaradi pomanjkanja kadra izpuščeno. Pričakovati je, da se bodo poglobljeno ustvarjale smernice o tem, kako zagotoviti varnost in kakovost oskrbe v okoljih z omejenimi sredstvi. Kontinuirana babiška skrb za ženske z nizkim tveganjem ne kaže nobenih višjih tveganj v primerjavi z zdravniško, ženske pa so bolj zadovoljne.

Razprava: Že izdelane strategije in vizije s podporo zdravnikov bi lahko bile izhodišče za oblikovanja lastnih smernic za Slovenijo. Zaposleni morajo delati na dobrih medsebojnih odnosih, spoštovati delo drugih in sodelovati. Zagotoviti se mora dovolj kadra za kvalitetno in varno obravnavo in varno delovno okolje z zadovoljnimi delavci. V Porodnišnici Maribor se trudimo realizirati vizijo o kroženju babic na vseh oddelkih porodnišnice, saj smo mnenja, da bomo tako nudili varnejšo in kakovostnejšo babiško oskrbo. S tem je babica v stiku z žensko v vseh obdobjih nosečnosti, večja možnost je, da bo žensko ista babica spremljala v času pred porodom in po njem ali v poporodnem obdobju v času bivanja na oddelku. Trenutno menimo, da se v obstoječem sistemu tako najbolj približamo kontinuirani babiški skrbi, ki se kaže kot najboljša možna izbira babice in za ženske z nizkim tveganjem v času nosečnosti, poroda in po porodu.

Ključne besede: kakovost in varnost v babištvu, babištvo, babica, kontinuirana babiška skrb.

⁸ **Corresponding author:** Nastja Pavel, dipl. bab., Univerzitetni klinični center Maribor – oddelek za perinatologijo, Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor, Slovenija. E-mail: moja.babica@outlook.com.

ABSTRACT

Introduction: Midwives are the primary providers of midwifery care for women during pregnancy, childbirth, and in the postpartum period, as well as of care for the newborn. In the future, there is a need for a continuous-midwifery-care model for women with low-risk in line with positive research outcomes providing evidence in favour of midwifery-led care. A continuous contact between women and midwives is a sine qua non for the establishment of trust.

Methods: The working method selected was that of literature review, focusing on sources published since 2012 and accessible through the following online databases: Wiley Online Library, BMJ Quality & Safety, Sage, Science Direct, COBBIS/OPAC, as well as through the Google browser with the help of the following key words: quality and safety in midwifery care, midwifery, midwife, continuous midwifery-led care. Overall, there were 821 hits. The relevant articles were then selected based on their titles and examination of their abstracts. The final selection consisted of 20 sources.

Results: Midwives wish to protect birthing mothers from unnecessary interventions and procedures with their knowledge. However, due to low-recruitment policy and additional work, the care is usually less safe and lacks quality. Hospitals should therefore use risk assessments to examine what has been omitted in treatment due to lack of staff. It is expected that guidelines ensuring safety and quality care will be created in environments with limited resources. Continuous midwifery-led care for women with low risk does not show any increased risks in comparison with medical care. Moreover, it results in a greater satisfaction with women receiving such a care. Finally, the results so far show that continuous midwifery-led care is also cheaper.

Discussion: The strategies and visions, completed with the support of medical doctors, could be the starting point for developing proper guidelines for Slovenia. Employees should focus on establishing good interpersonal relations, while respecting each other's work and fully cooperating with each other. There is a need to provide enough staff to ensure safe and quality treatment, as well as safe working environment with a high level of satisfaction among all the employees. The Maribor Maternity Hospital wishes to materialize its vision of midwives' rotation among all the hospital wards, as this would lead to a safer midwifery care of greater quality. This will enable the midwives to be in contact with women throughout pregnancy and will increase the likelihood of the presence of the same midwife during childbirth, as well as in the postpartum period spent at the hospital. Thus, we can create a continuous-midwifery-care-like model within the existing system, fully aware that such a model is the best possible choice for both midwives and women with low risk during pregnancy, at childbirth and in the post-partum period.

Keywords: quality and safety in midwifery care, midwifery, midwife, continuous midwifery-led care.

1 Uvod

World Health Organization – WHO opredeljuje babištvo kot skrb za žensko med nosečnostjo, porodom in v poporodnem obdobju ter skrb za novorojenčka (WHO, 2015a). Le-to vključuje ukrepe, namenjene preprečevanju zdravstvenih težav v nosečnosti, odkrivanju nenormalnosti pri nosečnosti, zagotavljanje medicinske pomoči, kadar je to potrebno in izvajanju nujnih ukrepov v primeru odsotnosti zdravniške pomoči. Definicija International Confederation of Midwives – ICM (2011a) pa babico opredeljuje kot osebo, ki je zaključila izobraževalni program, ki je ustrezno priznan v državi, v kateri se nahaja in temelji na ICM kompetencah za osnovno babiško prakso in v okvirih ICM globalnih standardov za izobraževanje babic; kdor je pridobil zahtevane kvalifikacije, ki jih je potrebno registrirati, in/ali licencirati babiško prakso in si tako pridobi naziv »babica« in ki dokazuje usposobljenost v praksi babištva. Babištvo je pa veliko več od tega. Je fizična in psihična podpora ženski v najbolj občutljivem obdobju življenja, njenemu partnerju/partnerki in družini. V 19. stoletju so nadzor nad porodom prevzeli zdravniki, saj babice kljub izkušnjam niso imele dovolj znanj. In tako je ostalo vse do danes. Babice danes imajo ustrezna izobraževanja, s katerimi pridobijo potrebna znanja. Tako Cohen (2007) predlaga, da najdemo ravnovesje med tradicijo in trendi. Dokler se bo trend razvijal, bo tehnologija še vedno nadomeščala tradicijo. Če želimo obdržati ravnovesje, morajo izvajalci skrbi ponuditi tako trende kot tradicijo in žensko, partnerja ter družino poučiti o posledicah. To bi pomagalo prikrojiti vsako porodno izkušnjo posamezniku. Vzpostaviti bi morali porodne standarde, kjer bi vsaka ženska najprej poskusila roditi po tradicionalnem načinu in sledila trendom šele, ko je to potrebno. Trend tehnologije daleč odtehta tradicionalni porod, v čemer tiči razlog že iz preteklosti. Kljub vsemu pa moramo še naprej nuditi naravni porod. K temu bi pripomogla kontinuirana babiška skrb.

1.1 Kontinuirana babiška skrb in babiško voden model oskrbe

Babice so primarni izvajalci skrbi in strokovnjaki za ženske z nizkim tveganjem v rodni dobi po vsem svetu (Fraser, Cooper, 2009; Sandal et al., 2013). Glede na babiško vodene modele in ostale modele oskrbe za ženske pa obstajajo razlike v obolevnosti in umrljivosti žensk, učinkovitosti modelov in v psiho-socialnih rezultatih pri ženskah (Sandal et al., 2013). Kontinuiran stik je bistven za vzpostavitev zaupanja med ženko in babico ter je predpogoj za pozitivno izkušnjo na poti materinstva (Lundgren, Berg, 2007). Sandall et al. (2010) je v Cochranovem sistematičnem pregledu babiške skrbi opisal, kako le-ta vpliva na varnosti in kakovosti zdravstvenega varstva žensk na področjih varnosti, učinkovitosti in žensko osredotočene skrbi. Babiška skrb veliko pripomore k ponovni demedikalizaciji poroda ter h kakovosti in varnosti zdravstvenega varstva. Oblikovalci politik, ki si želijo varnejšo in kakovostnejšo skrb za otroke in novorojenčke, morajo zlasti glede normalizacije in humanizacije poroda razmišljati o babiškem modelu skrbi in njegovem financiranju. Raziskovalci menijo, da so potrebne nadaljnje raziskave o tem, zakaj babiška skrb zmanjša možnost splava pred 24. tednom nosečnosti in zakaj je zagotovljeno boljše počutje mater in otrok po porodu. Trenutni rezultati že kažejo, da babiška skrb v primerjavi z drugimi modeli oskrbe vpliva na: različne ravni kontinuitete, različne stopnje porodniškega tveganja in določanja porodniške prakse (v skupnosti ali porodnišnici). Predstavljena je stroškovna primerjava modelov, ki so bili razdeljeni na predporodno in porodno obdobje, saj določene odločitve in ukrepi v nosečnosti vplivajo na porod. Opredeljeni so bili na naslednje načine:

- Babiška skrb, kjer je babica vodilni strokovnjak, vendar so rutinsko vključeni tudi drugi zdravstveni delavci (eden ali več);
- Ginekološka skrb, ki je pogosta v Severni Ameriki, kjer so porodničarji vodilni strokovnjaki. Prav tako so prisotni pri porodu, vendar ni nujno, da isti, ki vodijo žensko skozi nosečnost. Prisotne so tudi medicinske sestre;
- Skrb družinskega zdravnika z napotitvijo k porodničarju, če je to potrebno. Porodne medicinske sestre ali babice so prav tako prisotne v času nosečnosti in pri porodu, vendar nimajo moči odločati. Pri porodu je porodničar;
- Deljeni model oskrbe, kjer se odgovornost organizacije in porodne oskrbe deli med različnimi zdravstvenimi delavci.

Sutcliffe et al. (2012) je prav tako primerjal babiško skrb v primerjavi s skrbjo pod vodstvom zdravnika. Vključeni so bili trije meta-analitični pregledi. Čeprav ni bilo možno vzpostaviti stroškovne učinkovitosti, so glede na pozitivne učinke babiške skrbi na reševanje potreb žensk, njihovo zadovoljstvo in prav tako zadovoljstvo njihovih otrok, praktiki in oblikovalci politik ravno zaradi teh učinkov razmišljali o kontinuirani babiški skrbi pri ženskah z nizkim tveganjem. Hkrati navajajo, da so za reševanje sedanje gospodarske krize in pomanjkanja zdravstvene oskrbe nižji stroški babiške obravnave dober kazalnik za reševanje teh težav. V Veliki Britaniji so nižji stroški babiške skrbi in učinkovitost sprejemanja takšnih pristopov že ključnega pomena. ICM (2011b) prav tako navaja, da je babiško vodena skrb za ženske glede na dosedanje gospodarske razmere učinkovita in trajnostna rešitev. Kvalitativne raziskave z ženskami, ki so prejemale drugačno skrb, bi dodatno pomagale pri načrtovanju boljše prihodnosti. Potrebne so raziskave v različnih babiških pristopih, saj se lahko modeli med seboj razlikujejo. S tem bi natančno razumeli, kaj so učinkoviti mehanizmi v kontinuirani babiški skrbi. S strogim in kompleksnim pregledom ter primerjavo babiške skrbi in zdravniške skrbi bi tako prišli do rezultatov, ki kažejo na to, kakšne natančne koristi ima babiška skrb za mater in otroka. Kot je že bilo omenjeno, dokazi kažejo, da ženske z nizkim tveganjem pod vodstvom babic nimajo nikakršnih višjih tveganj pri obravnavi za razliko od zdravniške skrbi. Ženske imajo manj medicinskih postopkov in so bolj zadovoljne z oskrbo. Ženske, ki so bile deležne kontinuirane babiške oskrbe v primerjavi s standardno oskrbo, poročajo o večjem zadovoljstvu z vidika emocionalne podore, bile so bolj informirane, pogosteje so bile vključene v sam proces obravnave in so imele večjo možnost soodločanja. Ugotovljenih ni bilo nobenih škodljivih posledic pri ženskah, ki so prejemale babiško oskrbo (Biró et al., 2003; Hodnett et al., 2007; Sutcliffe et al., 2012).

Barimani in Hylander (2012) navajata, da se ženskam z boljšo podporo in kontinuirano babiško skrbjo prav tako zmanjšuje trajanje poporodnega bivanja v bolnišnicah. Opredeljujeta trend v zahodnih državah. Njun namen je bil preučiti strategije za izboljšanje kontinuirane oskrbe za nosečnice in nove matere. Izpostavljata, da je skupno ukrepanje v teh strategijah bistveno. V njunem primeru gre za sodelovanje babic in patronažnih medicinskih sester v vseh obdobjih oskrbe ženske. Izkazalo se je, da so ženske imele več koristi, ko so bile te strategije implementirane in so se izvajale. Rezultati raziskave tako predstavljajo povezavo določenih konceptov kontinuirane oskrbe in skupno prizadevanje za kontinuirano oskrbo. Anketirane babice in patronažne medicinske sestre so imele glavno skrb zagotoviti materam kontinuirano oskrbo, kar je bilo tudi v pričakovanjih mater. Razlika je bila v tem, da so nekatere imele samo izdelane strategije, druge pa so jih že uporabljale v praksi. Tako so tisti, ki so bili zaposleni v družinskem centru, poročali, kako se strategije uporabljajo v praksi, medtem ko so tisti, zaposleni v medicinskem centru, strategije opisovali, ne da bi jih dejansko uporabljali. Ko so bile strategije vpeljane v prakso, so babice in patronažne medicinske sestre sodelovale skozi več različnih skupnih praks, ki so jih vodile strategije za kontinuiteto: prenos, prilagoditev, vzpostavitev ter ohranjanje medsebojnih odnosov. Tako je v primerjavi s predhodnimi modeli »vezi v modelih oskrbe« povezovanje razvilo v glavno skupino skupnega

ukrepanja. S takšnim načinom dela je večja možnost komunikacije med zdravstvenimi delavci in posledično zagotavljanje varnosti sistema. Sodelovati so začele, ko so ugotovile, da skrbijo za isto mater in tako podprle idejo »starševstvo se začne z nosečnostjo in se nadaljuje z rojstvom otroka«. Babice so izjavile, da lahko z dobrim prenosom informacij patronažne medicinske sestre nadaljujejo tam, kjer so one končale. S takšnim delom si pridobijo več zaupanja s strani mater. V družinskih centrih so babice in medicinske sestre sodelovale v skupnih ukrepih za vzpostavitev kontinuirane oskrbe za nosečnice in matere. Skupni ukrepi so bili videti kot skupne dejavnosti babic in medicinskih sester (druženja, srečanja in interakcije) za skupno podporo materam. Omenjene so bile tudi jasne strategije za skupne ukrepe, kot je sprejemanje odločitev na neformalne načine in aktivna pomoč v času službe. Osebe se je srečevalo na formalnih sestankih, kjer so poiskali matere, ki so v bližnji prihodnosti pričakovale otroka, da so lahko planirale obiske nosečnic in novorojenčkov. Prav tako so babice in patronažne medicinske sestre skupaj opravljale obiske na domu. Obiski običajno potekajo tako, da se babica pogovori z materjo o porodni izkušnji, nato pa predstavi patronažno medicinsko sestro in ji preda delo. S tem se vzpostavi več zaupanja, saj ženska nima občutka, da ima pred seboj popolnega tujca. Patronažna medicinska sestra se lahko vključi v obravnavo že zadnji mesec pred koncem nosečnosti. Babice in patronažne medicinske sestre poskušajo uskladiti tudi svojo politiko in skupno učenje. S takšnim načinom dela imajo izvajalci skrbi veliko korist. Prihranijo čas, medsebojno se učijo in so bolj zadovoljni. Te prednosti so naštele tako babice kot patronažne medicinske sestre. Tudi ženske so navajale prednosti takšnega dela (razpored dela, skupni obiski, vključevanje patronažnih medicinskih sester že v času nosečnosti in drugo). Žal pa so takšne skrbi v raziskavi doživele samo ženske, ki so obiskovale družinske centre. V medicinskih centrih tega sodelovanja ni bilo. Prav tako so matere, ki so obiskale družinski center, imele večjo podporo.

Za razvoj in implementiranje babiško vodene skrbi člani združenja ICM delujejo v državah, kjer ženske nimajo možnosti babiško vodene skrbi na način, da spodbujajo vlado za razvoj takšnih modelov skrbi skupaj z ženskami in drugimi zainteresiranimi. Izpostavljajo, da babiško vodeni model skrbi zagotavlja varno in kakovostno oskrbo. V državah, kjer babiško vodeni model skrbi že obstaja, pa se člane ICM spodbuja, da delajo z ženskami in drugimi zainteresiranimi, saj s tem vzdržujejo in izboljšujejo ta model oskrbe (ICM, 2011b).

V Sloveniji je bil leta 2010 testno izveden program kontinuirane babiške skrbi v sodelovanju med Mestno občino Ljubljana in Univerzo v Ljubljani, Zdravstveno fakulteto, Oddelkom za babištvo. Naziv projekta je bil »Zdrava ženska – zdrave družine prihodnosti.« Namen projekta je bilo ugotoviti, kakšne prednosti prinaša kontinuirana babiška skrb z izbrano babico za ženske in ali kontinuirana podpora vpliva na njihovo zadovoljstvo. Podobno kot dokazujejo številne raziskave na tem področju, je bilo tudi v tej študiji ugotovljeno, da kontinuirana skrb na splošno viša zadovoljstvo žensk z obporodno izkušnjo (Mivšek et al., 2011).

2 Metode

Z namenom, da se predstavi prednosti kontinuirane babiške skrbi za kvalitetnejšo in varnejšo babiško obravnavo, je bil uporabljen pregled literature. S pomočjo spletnih baz Wiley Online Library, BMJ Quality & Safety, Sage, Science Direct, COBBIS/OPAC, s spletnim iskalnikom Google je bilo opravljeno zbiranje literature z besedno zvezo "kakovost in varnost v zdravstvu" v povezavi s "kontinuirana babiška skrb", "babištvo" in "babica" v slovenskem in angleškem jeziku, objavljenih od leta 2012 naprej. Ker pa je kontinuirana babiška skrb drugod po svetu že utečena praksa, je kakšen članek tudi starejši. 821 je bilo skupnih zadetkov na podatkovnih bazah. Avtorica je članke zbirala na podlagi naslovov in branja izvlečkov in nato izbrala tiste, ki so vsebinsko najbolj ustrezali. Izbranih je bilo 20 virov.

3 Rezultati

Rezultati raziskav kažejo, da so imele ženske, ki so prejele babiško skrb, osemkrat večjo verjetnost, da je pri njihovem porodu sodelovala poznana babica, 21 % manjšo verjetnost, da otroka splavijo pred 24. tednom nosečnosti, 19 % manjšo verjetnost za epiduralno analgezijo, 14 % manjšo verjetnost za operativno dokončevanje poroda, 18 % manjšo verjetnost za epiziotomijo in precej večjo verjetnost, da bodo rodile spontano, začele dojiti in imele občutek nadzora (Hodnett, 2002; Sandall et al., 2010; Wiysonge, 2009). Sutcliffe et al. (2012) je primerjal babiško skrb v primerjavi s skrbjo pod vodstvom zdravnika. Vključeni so bili trije meta-analični pregledi. Ugotovljeno je bilo, da ženske, ki prejemajo babiško oskrbo, lažje dostopajo do številnih fizičnih in drugih ugodnosti. Poleg tega nič ne kaže na morebitna tveganja, povezana z odločitvijo, ki jo je sprejela babica pri ženskah z nizkim tveganjem v nosečnosti. Naključna kontrolirana študija kaže, da se je babiško voden model v primerjavi z drugimi za ženske s podobno stopnjo tveganja izkazal za boljšega (Flint, Poulengeris, Grant, 1989; Rowley et al., 1995; Waldenstrom et al., 2001). Zaključki projekta »Zdrava ženska – zdrave družine prihodnosti«, ki se je formalno zaključil decembra 2010, kažejo podobne rezultate kot raziskave. Tudi izvajalci so z izkušnjo nujenja kontinuirane babiške skrbi navajali strokovno in osebno napredovanje (Mivšek et al., 2011). Barimani in Hylander (2012) navajata, da je za dobro delo potrebna tudi poenotena kultura varnosti. Dokler bo vsaka disciplina gledala s svojimi očmi, ne bo usklajevanja, sodelovanja in s tem ne bo zagotovljene kontinuirane, varne in kakovostne oskrbe. Potrebno je raziskati in definirati, kaj točno so učinkoviti mehanizmi, ki kontinuirani babiški skrbi dajejo takšen potencial in pozitivne izide. Tako v svoji raziskavi izpostavljata dve ugotovitvi. Prva je, da ko so zaposleni dojemali, da sta obe uporabljeni strategiji implementirani iz različnih oddelkov, so matere začele prejemati kontinuirano skrb. Tako je bilo možno opisati kontinuiteto s strani zdravstvenih delavcev in mater. Druga ugotovitev pa je bila, da so vse strategije za kontinuiteto opisane in se izvajajo s strani patronažnih medicinskih sester in babic. V družinskih centrih so sodelovale za zagotovitev podpore dojenju, izobraževanje bodočih staršev v času nosečnosti z obiski na domu, prav tako pa so sodelovali s pomočjo neformalnih srečanj, da so poiskali pomoč druga pri drugi in skupaj pisale poročila. V medicinskih centrih je bila to zgolj vizija. Vizije in strategije, ki so samo narejene, v praksi pa se ne uporabljajo, ne služijo svojemu namenu in ne dvigujejo nivoja kakovosti in varnosti babiške skrbi. Potrebno jih je realizirati. Le tako bodo imeli od njih korist zdravstveni delavci in uporabniki skrbi. Skupno ukrepanje oziroma sodelovanje je predpogoj. Tudi v družinskih centrih ni prišlo do teh ugodnosti, dokler niso začeli sodelovati. Pogledi morajo biti poenoteni, kot so to imeli zaposleni v družinskih centrih. Sodelovanje je tako možno doseči z različnimi strategijami, kar prepoznavajo tako matere kot zaposleni za pomemben cilj. Je pa sodelovanje lahko bolj pomembno od vseh vizij in strategij. WHO (2015a) se tako kot Barimani in Hylander (2012) osredotoča na vpliv kadrovske pogojev na kakovostno in varnostno obravnavo pacientov. Poročilo sekretariata, ki je bilo predstavljeno na 56. svetovni zdravstveni skupščini, ugotavlja negativen vpliv spreminjajočih kadrovske pogojev kot primarno težavo in povzročča vse večjo zaskrbljenost med članicami. Ker je kriza človeških virov (pomanjkanje kadra) v zdravstveni in babiški negi, je pričakovati, da se bodo poglobljeno ustvarjale smernice o tem, kako zagotoviti varnost in kakovost oskrbe v okoljih z omejenimi sredstvi. Babiška in zdravstvena nega se že ukvarjata s pripravo dokumenta, ki temelji na študijah, ki so vzpostavile povezavo med neustreznimi kadrovskimi razmerami in stanju bolnika oziroma izid zdravljenja. Dokument bi pokazal, kako organizacija v zdravstvenem varstvu in kombinacija različnih pristopov in veščin zaposlenih ter delovna klima vplivajo na pacienta in ponudnika zdravstvene skrbi. Vzhodno Sredozemlje je že razvilo smernice za ureditev prakse zdravstvene in babiške nege, bistvene komponente, ki se nanašajo na zagotavljanje visoko kakovostne in varne zdravstvene

in babiške nege. Da bi zagotovili varne postopke oskrbe tudi v Jugovzhodni Aziji in Evropi, so ustvarili priročnike in smernice za obvladovanje bolnišničnih okužb. Ta prizadevanja so del svetovne iniciative za krepitev zdravstvene in babiške nege ter bodo dopolnjena z nadaljnjimi aktivnostmi (WHO, 2015b). Glede na pozitivne učinke kontinuirane babiške skrbi je National Health Service England (NHS England) že izdelal dokument: »Vizija in strategija: Pristop v babiški negi«. Lahko bi bil dobra iztočnica za izdelavo podobnega dokumenta v vseh članicah Evropske unije.

4 Razprava

Želja po fiziološkem porodu s čim manj intervencijami in v čim bolj domačem okolju je vse pogostejša tudi pri ženskah v Sloveniji. Da bi pri tem ohranili kakovostno in varno obravnavo, potrebujemo dovolj kvalitetnega kadra, morda nekoliko spremenjen zdravstveni sistem, nove smernice, kot je npr. izdelava vizij in strategij. Zaradi pomanjkanja zaposlovanja medicinskih sester in babic ter dodatno naloženega dela pa je zdravstvena/babiška oskrba običajno manj varna in kakovostna. Zato bi bolnišnice morale uporabiti ocene tveganj, kaj je bilo v obravnavi zaradi pomanjkanja kadra izpuščeno (Ball et al., 2013). Kot navajata Bariman in Hylander (2012), je izdelava vizij in strategij premalo. Potrebno jih je ponotranjiti in uporabiti v praksi. Glede na dosedanje raziskave je babiška skrb v primerjavi z zdravniško cenejša. Vendar za izvajanje le-te potrebujemo več kadra in oprijemljivejše študije. Če posplošeno pogledamo, so stroški babiške obravnave manjši. Z babiško vodenimi modeli so se povečali boljši porodni izidi in se zmanjšale drage zdravniške intervencije, kot je npr. dokončanje poroda s carskim rezom ali število epiduralnih analgezij, hkrati bi povečali zadovoljstvo žensk ter dvignili nivo kakovosti in varnosti. V Porodnišnici Maribor že nekaj časa ob potrebi po zaposlovanju novega diplomiranega kadra zaposluje le diplomirane babice. S tem dvigamo nivo kakovostne obravnave in tako nudimo možnost zaposlitve diplomiranim babicam na deloviščih, za katera so se izobrazile. Hkrati je naša vizija, ki jo poskušamo realizirati, kroženje babic (porodne sobe, del katerih je prav tako enota za intenzivno nego otročnic po carskem rezu, babica v porodnih sobah pa v popoldanski in nočni izmeni ter čez vikend opravlja tudi delo ambulante za sprejeme, triažo, urgenco in CTG; oddelek za rizično nosečnost; oddelek otročnic; ambulanta za rizično nosečnost; ambulanta za ultrazvočno diagnostiko v porodništvu) ter zaposlovanje diplomiranih babic na oddeleku neonatologije in v neonatološki ambulanti. Babice pri nas prav tako sodelujejo v šoli za bodoče starše. S tem imamo širši spekter znanja, na ženske gledamo celostno in nudimo višji in kakovostni nivo obravnave in oskrbe. Vizija, ki je trenutno še nismo uresničili, je bila »check in« enota. Njen namen je 4-urna ambulanta, v kateri bi delala diplomirana babica. Ženske bi naročene hodile na pogovor z babico, izpolnila bi se potrebna dokumentacija za porod, ženska bi se seznanila z načinom dela porodnišnice, babica bi v naprej spoznala žensko in se lažje poglobila v njeno družinsko in osebno anamnezo ter v želje in pričakovanja glede poroda. Obravnava bi bila individualna, vključen bi (po želji) bil tudi partner. S tem bi se že v času nosečnosti vzpostavilo zaupanje, ki je temelj za dobro (so)delovanje v porodni sobi, kar pripomore k boljši porodni izkušnji po meri ženske in kasnejšemu poporodnemu obdobju. Kako pomembno je to za proces babiške nege, je potrebno predstaviti vodstvu porodnišnic in morda tudi širše. S tem bi bili bližje kontinuirani babiški skrbi. V Porodnišnici Maribor bi želeli izvajati šolo za bodoče starše v manjših skupinah s približno desetimi pari, kjer bi se jim lahko bolj individualno posvečali in jih kakovostnejše pripravili na izkušnjo poroda. Prav tako smo mnenja, da bi z možnostjo izbire babice dvignili nivo in ugled porodnišnice. Hkrati pa moramo v trenutnem sistemu poskrbeti za kar se da optimalno babiško oskrbo z zadostnim številom izobraženega kadra, ki ni preobremenjen, se redno izpopolnjuje in je motiviran za

izboljšanje pozicije babištva v Sloveniji. Poskrbeti moramo za optimalno izrabo prostorov, ki so primerno opremljeni za izvajanje kakovostne in varne obravnave. Prav tako pa je ključ uspeha vodstvena podpora in usklajeno delovanje vseh zaposlenih. Zadovoljen kader lahko nudi varno in kakovostno babiško obravnavo. Potrebno je sodelovanje med različnimi oddelki in z vsemi vključenimi v proces obravnave ter spoštovanje dela drug drugega.

5 Zaključek

Skozi raziskave je možno videti, da je babiško vodeni model oskrbe v primerjavi z drugimi najboljša izbira za ženske (z nizkim tveganjem) med nosečnostjo, porodom in v poporodnem obdobju. Zmanjšane so hospitalizacije v času nosečnosti, manj je nenadnih smrti ploda v zgodnji nosečnosti, ženske v manjšem številu sežejo po farmakoloških protibolečinskih sredstvih, več je spontanih vaginalnih porodov, manj je težav v poporodnem obdobju, ženske so bolj zadovoljne. S študijami glede vpeljevanja kontinuirane skrbi za ženske je razvidno tudi zadovoljstvo in boljše sodelovanje zaposlenih, če se izdelane strategije in vizije dejansko uporabijo v praksi. Študije se izvajajo v državah z višjim bruto družbenim produktom, kot so Avstralija, Kanada, Nova Zelandija in Velika Britanija. Če bi pridobljene rezultate želeli uporabiti v ekonomsko manj razvitih državah, bi bilo potrebno pri ocenjevanju uporabnosti upoštevati razpoložljivost babic, dojemanje skupnosti do babiško vodene oskrbe, dostopnost do drugih modelov oskrbe in njihovi stroški ter maternalno in perinatalno umrljivost in obolevnost. Babiško vodena skrb ima potencial za zmanjšanje neenakosti pri dostopu in obravnavi, zdravstveni sistem pa mora to omogočati z izobraženim kadrom, babice se mora pri delu podpreti in jih nadzorovati. V primeru kontinuirane babiške skrbi gre za pomanjkanje strogih študij o tej temi v ekonomsko slabše razvitih državah. V teh primerih gre za naključne kontrolne študije, s katerimi ocenjujejo učinke takšnega načina dela. Kot lahko vidimo, ne gre zgolj za brezglavo vpeljevanje novega načina dela. Gre za miselnost ne samo zdravstvenih delavcev – babic, ampak tudi širše populacije – žensk. Ženske si morajo takšne oskrbe želeli. Naša naloga je, da rezultate raziskav predstavimo širši javnosti in tistim, ki so za uvajanje sprememb odgovorni na državni ravni

Literatura

Ball JE, Murrells T, Rafferty AM, Morrow E, Griffiths P. Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Qual Saf.* 2013;24(3):1-10.

Barimani M, Hylander I. Joint action between child health care nurses and midwives leads to continuity of care for expectant and new mothers. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2012;7:1-11.

Biró MA, Waldenström U, Brown S, Pannifex JH. Satisfaction with team midwifery care for low- and high-risk women: a randomized controlled trial. *Birth.* 2003;30(1):1-10.

Cohen J. Trends vs. Traditions. *Midwifery Today Int Midwife.* 2007;(82):24-5.

Flint C, Poulengeris P, Grant AM. The 'Knowyourmidwife' scheme - a randomised trial of continuity of care by a team of midwives. *Midwifery.* 1989;5(1):11-6.

Fraser DM, Cooper MA. The Midwife. In: Fraser DM, Cooper MA, eds. *Myles textbook for*

midwives. Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier; 2009: 3-10.

Hodnett ED. Caregiver support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;(1):CD000199.

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Skala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(3):CD003766.

International Confederation of Midwives [ICM]. ICM International Definition of the Midwife. The Netherlands: ICM; 2011a.

International Confederation of Midwives [ICM]. Position Statement. Appropriate Maternity Services for Normal Pregnancy, Childbirth and the Postnatal Period. The Netherlands: ICM; 2011b.

Lundgren I, Berg M. Central concepts in the midwife-woman relationship. *Scand J Caring Sci.* 2007;21(2):220-8.

Mivšek AP, Skubic M, Stanek Zidarič T, Zakšek T. Kontinuirana babiška skrb. *Obzor Zdrav Neg.* 2011;45(2):141-5.

Rowley MJ, Hensley MJ, Brinsmead MW, Wlodarczyk JH. Continuity of care by a midwife team vs routine care during pregnancy and birth: a randomised trial. *Med J Aust.* 1995;163(6):289-93.

Sandall J, Devane D, Soltani H, Hatem M, Gates S. Improving Quality and Safety in Maternity Care: The Contribution of Midwife-Led Care. *J Midwifery Womens Health.* 2010;55(3):255-61.

Sandall J, Devane D, Soltani H, Hatem M., Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013(8):CD004667.

Sutcliffe K, Caird J, Kavanagh J, Rees R, Oliver K, Dickson K, et al. Comparing midwife-led and doctor-led maternity care: a systematic review of reviews. *J Adv Nur.* 2012;68(11):2376-386.

Waldenstrom U, McLachlan H, Forster D, Brennecke S, Brown S. Team midwife care: maternal and infant outcomes. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2001;41(3):257-64.

World Health Organization [WHO]. Midwifery. Geneva: WHO; 2015a.

World Health Organization [WHO]. Technical activities. Geneva: WHO; 2015b.

Wiysonge CS. Midwife-led versus other models of care for childbearing women: RHL commentary. The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization; 2009. Available at:

http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/antenatal_care/general/cd004667_Wiysongecs_c om/en/ (12. 2. 2015).

Znanje in odnos študentov zdravstvene nege in babištvu do dojenja

Knowledge and attitude of nursing and midwifery students towards breastfeeding

Renata Vettorazzi⁹, Tita Stanek Zidarič

IZVLEČEK

Uvod: V Sloveniji večina žensk v porodnišnicah prične dojiti, nato pa delež izključnega dojenja zelo hitro pade. Eden od ključnih dejavnikov pri podpori doječih žensk so zdravstveni delavci, ki morajo imeti ustrezno znanje. V praksi se pričakuje, da bodo diplomati že imeli izoblikovane kompetence vodenja dojenja in laktacije. Namen raziskave je ugotoviti, ali obstajajo razlike pri odnosu in znanju na področju dojenja med študenti, ki so izbrali izbirni predmet dojenje in laktacija in tistimi, ki vsebin predmeta niso poslušali.

Metode: Izvedena je bila kvantitativna, presečna raziskava. Uporabljen je bil strukturiran vprašalnik *The Infant Feeding Questionnaire (IFQ)* avtorice Ingram. Prvi del vprašalnika je vseboval 29 vprašanj s petstopenjsko Likertovo lestvico in je meril odnos študentov do dojenja. Drugi del je zajemal 12 vprašanj, ki so merila znanje s področja dojenja. Za slovenske potrebe je bil vprašalnik preveden v slovenščino in nato ponovno v angleščino. Vprašalnik so študentje izpolnjevali preko spleta. Sodelovanje študentov je bilo prostovoljno in anonimno. Rezultati so obdelani z opisno statistiko, za testiranje hipotez je bil uporabljen *t*-test.

Rezultati: Študentje, ki so sodelovali pri izbirnem predmetu dojenje in laktacija, imajo boljši odnos do dojenja ($M = 130,3$; $SD = 9,8$) kot študentje, ki pri izbirnem predmetu niso sodelovali ($M = 111,8$; $SD = 10,5$). Razlika je statistično značilna ($p < 0,01$; $t = 5,659$). Študentje, ki so sodelovali pri izbirnem predmetu dojenje in laktacija, so dosegli boljši rezultat tudi pri merjenju znanja o dojenju ($M = 45,7$; $SD = 7,1$) kot študentje, ki pri izbirnem predmetu niso sodelovali ($M = 30,8$; $SD = 9,2$). Razlika je statistično značilna ($p < 0,01$; $t = 5,569$).

Razprava: Iz rezultatov je razvidna koristnost izbirnega predmeta dojenje in laktacija, saj študenti, ki imajo predmet opravljen, izkazujejo več znanja in jim je dojenje pomembna vrednota. Kljub pozitivnim rezultatom pa ne gre spregledati pomena vseživljenjskega učenja na omenjenem področju, kar ostaja velik izziv v slovenskem prostoru.

Ključne besede: dojenje, študenti, zdravstvena nega, babištvu.

⁹ **Corresponding author:** pred. Renata Vettorazzi, dipl. m. s., univ. dipl. org., IBCLC, Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana, Slovenija. E-mail: renata.vettorazzi@zf.uni-lj.si.

ABSTRACT

Introduction: In Slovenia, the majority of women who give birth in maternity hospitals begin to breastfeed but soon the proportion of exclusive breastfeeding falls very quickly. One of the key factors in supporting breastfeeding woman is health care professionals who should have proper knowledge. In clinical practice, it is expected that the young graduates had already formed leadership skills for breastfeeding and lactation. The purpose of the study is to determine whether there are differences in the attitudes and knowledge in the field of breastfeeding and lactation among students who have undergone elective subject *Breastfeeding and Lactation* and those who did not participate in the elective subject.

Methods: The research based on a quantitative paradigm using a structured *The Infant Feeding Questionnaire (IFQ)* which was adopted from the original author Ingram. The first part of the questionnaire contained 29 questions with a five-step Likert scale and measured the students' attitude towards breastfeeding. The second part consisted of 12 questions that measured breastfeeding knowledge. For the needs of this study the questionnaire was translated into Slovene and then back into English. The students could fill in the questionnaire through online program. Their participation was voluntary and anonymous. The results are analyzed with descriptive statistics; t-test was used for testing hypotheses.

Results: Students who have participated in the elective course *Breastfeeding and Lactation* have a better attitude towards breastfeeding ($M = 130.3$; $SD = 9.8$) compared to students who did not participate in the elective course ($M = 111.8$; $SD = 10.5$). The difference is statistically significant ($p < 0.01$; $t = 5.659$). Students who have participated in the elective course *Breastfeeding and Lactation* have achieved a better result in the measurement of knowledge about breastfeeding ($M = 45.7$; $SD = 7.1$) compared to students who did not participate in the elective course ($M = 30.8$; $SD = 9.2$). The difference is statistically significant ($p < 0.01$; $t = 5.569$).

Discussion: The results show the usefulness of the elective subject *Breastfeeding and Lactation*, as students who have passed the subject show more knowledge regarding breastfeeding and see breastfeeding as an important value. Despite the positive results we cannot overlook the importance of lifelong learning in this field of expertise which remains a major challenge in the Slovenia.

Keywords: breastfeeding, students, nursing, midwifery.

1 Uvod

Številne vodilne zdravstvene organizacije, vključno s Svetovno zdravstveno organizacijo (WHO, 2003) in Ameriško akademijo za pediatrijo (Gartner et al., 2005), priporočajo, da bi matere izključno dojile prvih šest mesecev otrokovega življenja. Dojenje zagotavlja veliko prednosti za otroka, mati in okolje (npr. manjša je verjetnost za vnetje srednjega ušesa, respiratorna vnetja, diabetes tipa 1 in 2, manj je poporodnih krvavitev, manjša je verjetnost raka na jajčnikih pri materi, finančni prihranki za družino in okolje itd.). Toda kljub dobro poznanim prednostim dojenja, ostaja incidenca dojenja še vedno zelo nizka (Bartell et al., 2012). Znano je, da incidenca dojenja hitro upada po odpustu iz porodnišnice (WHO, 2003).

V Cochrane pregledu so prišli do zaključkov, da ima podpora zdravstvenih delavcev doječim materam pozitiven vpliv na dojenje. Ženske, ki imajo ustrezno podporo, dojijo dlje in tudi dalj časa ne dodajajo druge hrane in pijače (Renfrew et al., 2012). Pomanjkljivo znanje in spretnosti za podporo dojenju sta prepoznana kot pomembna dejavnika za slab delež in dolžino dojenja v povezavi z netočnimi in neskladnimi nasveti (Cummings, 2008).

Zdravstveni delavci lahko največ naredimo za podporo dojenju, ker le-ta temelji na strokovnih in znanstvenih argumentih. Velika, vendar preprosta naloga pediatrov, medicinskih sester in babic je, da se poenotijo in uporabljajo enotna navodila glede dojenja (Hoyer, 2006). Medicinske sestre in babice morajo biti dobro pripravljene za prevzemanje nalog, povezanih z učenjem, svetovanjem in zagovorništvom dojenja (Dodgson, Tarrant, 2007). Pomembno je, da ustrezno znanje glede dojenja dobijo že v času izobraževanja. To osnovno znanje nato nadgradijo v praksi (Spear, 2006).

V svetu je zastopanost vsebin o dojenju in laktaciji v kurikulumih za izobraževanje zdravstvenih delavcev zelo različna. Večinoma so vsebine o dojenju in laktaciji v študijskih programih podane s predavanji in študijem literature, toda študentje dosegajo na evalvaciji boljše rezultate, če je predavanjem pridružena še praksa (Dodgson, Tarrant, 2007). Renfrew s sodelavci (2005, cit. po Cummings, 2008) predlaga, da bi univerze morale nuditi možnost učenja o dojenju in laktaciji v dodiplomskem in podiplomskem izobraževanju za vse zdravstvene delavce, morda po modelu UNICEF UK Baby Friendly Standards (Cummings, 2008).

V študijskem letu 2010/11 smo na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani pričeli z izvedbo izbirnega interdisciplinarnega predmeta »Dojenje in laktacija« za študente zdravstvene nege, babištva in delovne terapije. Namen akreditacije tega izbirnega predmeta je usposabljanje študentov za uspešno svetovanje pri dojenju. Študentje povežejo znanja iz različnih področij (npr. anatomije, fiziologije, biokemije, prehrane, psihologije, sociologije, zdravstvene nege na specifičnem področju prehrane novorojenega otroka in dojenčka). Študentje spoznajo najprej teoretične vsebine na predavanjih, praktične vsebine na laboratorijskih vajah, nato pa še praktično delo v Porodnišnici Ljubljana. Vsak študent mora opraviti individualno delo in oceno dojenja. V porodnišnici poleg pomoči doječim materam spoznajo tudi proces shranjevanja izbrizganega mleka in pripravo mlečne formule (Vettorazzi, 2012).

Narejenih je bilo nekaj študij, ki so merile odnos in znanje zdravstvenih delavcev o dojenju (Brodribb et al., 2008; Darwent, Kempenaar, 2014; Ingram, 2006; Kempenaar, Darwent, 2013), vendar na slovenskem področju nismo našli podobne študije. Namen raziskave je ugotoviti, ali obstajajo razlike pri odnosu in znanju na področju dojenja med študenti, ki so izbrali izbirni predmet dojenje in laktacija, in tistimi, ki vsebin predmeta niso poslušali.

2 Metode

Cilj raziskave je bil testiranje dveh hipotez. H1: Študentje, ki so sodelovali pri izbirnem predmetu Dojenje in laktacija, imajo v povprečju boljši odnos do dojenja kot študentje, ki pri izbirnem predmetu niso sodelovali. H2: Študentje, ki so sodelovali pri izbirnem predmetu dojenje in laktacija, imajo v povprečju boljše znanje o dojenju kot študentje, ki pri izbirnem predmetu niso sodelovali. Izvedena je bila kvantitativna, presečna raziskava. Uporabljen je bil strukturiran vprašalnik The Infant Feeding Questionnaire (IFQ) avtorice Ingram (2006). Od avtorice smo pridobili uradno dovoljenje za uporabo vprašalnika. Prvi del vprašalnika je vseboval 29 vprašanj s petstopenjsko Likertovo lestvico in je meril odnos študentov do dojenja. Negativne trditve so se pri analizi točkovale obratno. Drugi del je zajemal 12 vprašanj, ki so merila znanje s področja dojenja. Veljavnost in zanesljivost prvega dela originalnega vprašalnika je bila 0,86 Cronbach alpha, drugega dela pa 0,70. Za slovenske potrebe je bil vprašalnik preveden v slovenščino in nato ponovno v angleščino. Maksimalni rezultat pri merjenju odnosa je bil 145 in predstavlja odvisno spremenljivko. Več točk pomeni bolj pozitiven odnos do dojenja. Na področju znanja je bil maksimalen rezultat 57, ki predstavlja drugo odvisno spremenljivko. Neodvisna spremenljivka je bila sodelovanje pri izbirnem predmetu dojenje in laktacija. Vprašalnik so študentje izpolnjevali preko spleta. Sodelovanje študentov je bilo prostovoljno in anonimno. Za izpolnitev je bilo potrebnih približno 20 minut. Rezultati so obdelani z računalniškim programom SPSS 20.0. Rezultati so obdelani z opisno statistiko, za testiranje hipotez je bil uporabljen t-test.

3 Rezultati

V raziskavi je sodelovalo 45 študentov, od tega jih je 28 sodelovalo pri izbirnem predmetu Dojenje in laktacija. Smer in letnik študija sta prikazana v Tabeli 1.

Tabela 1: Udeleženci v raziskavi: študijska smer in letnik

| Smer in letnik | n |
|---------------------------|----|
| Babištvo 1 letnik | 9 |
| Babištvo 3 letnik | 17 |
| Zdravstvena nega 2 letnik | 8 |
| Zdravstvena nega 3 letnik | 11 |
| Skupaj | 45 |

Študentje, ki so sodelovali pri izbirnem predmetu Dojenje in laktacija, imajo boljši odnos do dojenja kot študentje, ki pri izbirnem predmetu niso sodelovali (Tabela 2). Študentje, ki so sodelovali pri izbirnem predmetu, so dosegli povprečno 130 točk od 145, kar je 18,5 točk več kot študentje brez izbirnega predmeta. Razlika je statistično značilna ($p < 0,01$; $t = 5,659$).

Tabela 2: Odnos študentov do dojenja

| | n | Odnos (max = 145) | | |
|--|----|-------------------|------|--------|
| | | mean | SD | range |
| Študentje z izbirnim predmetom dojenje in laktacija | 28 | 130,3 | 9,8 | 98-144 |
| Študentje brez izbirnega predmeta dojenje in laktacija | 17 | 111,8 | 10,5 | 92-131 |

Študentje, ki so sodelovali pri izbirnem predmetu Dojenje in laktacija, so dosegli boljši rezultat tudi pri merjenju znanja o dojenju (Tabela 3). Dosegli so povprečno 45,7 točk od 57, kar je 14,9 točk več kot študentje, ki niso sodelovali pri izbirnem predmetu. Razlika je statistično značilna ($p < 0,01$; $t = 5,569$).

Tabela 3: Znanje študentov o dojenju

| | n | Znanje (max = 57) | | |
|--|----|-------------------|-----|-------|
| | | mean | SD | range |
| Študentje z izbirnim predmetom dojenje in laktacija | 28 | 45,7 | 7,1 | 28-54 |
| Študentje brez izbirnega predmeta dojenje in laktacija | 17 | 30,8 | 9,2 | 13-46 |

4 Razprava

S študijo smo dokazali, da obstaja statistično značilna razlika v odnosu in znanju, ki sta povezana z dojenjem, med študenti, ki so sodelovali pri izbirnem predmetu Dojenje in laktacija, ter tistimi, ki niso. Avtorici sta bili pozitivno presenečeni, da je bil povprečen rezultat o odnosu do dojenja visok v obeh skupinah. Pri študentih z izbirnim predmetom 90 % in pri ostalih 77 %. Podoben odstotek kot pri študentih z izbirnim predmetom sta dobili tudi Darwent in Kempenaar (2014) pri študentkah babištva na Škotskem. Podobne rezultate je v svoji študiji dobila tudi Ingram (2006), ki je ocenjevala odnos do dojenja pri splošnih zdravnikih, medicinskih sestrah in babicah. Med njimi so imeli najnižji odnos do dojenja zdravniki.

Čeprav se pogosto predpostavlja, da temeljijo vrednote zdravstvenih delavcev na dokazih podprtem izobraževanju (Parrott, Silk, Condit, 2003), so v več študijah dokazovali, da so pri oblikovanju odnosa do dojenja pomembne tudi osebne izkušnje (Brodribb et al., 2008; Cricco-Lizza, 2006). Tudi avtorici opažata, da k izbirnem predmetu Dojenje in laktacija pristopajo študentje z različnim odnosom do dojenja. Ta stališča želimo prepoznati in po potrebi preoblikovati.

Pri vrednotenju znanja so študentje z izbirnim predmetom v povprečju dosegli 80 %, medtem ko ostali 54 %. V študiji Darwent in Kempenaar (2014) so študentke babištva dosegle 77 %. Ingramova (2006) je v svoji študiji vrednotila znanje udeležencev pred in po izobraževalni intervenciji. Za primerjavo bomo vzeli rezultate po izobraževalni intervenciji, kjer so splošni zdravniki dosegali podobne rezultate kot naši študentje z izbirnim predmetom Dojenje in laktacija, pohvalno visok odstotek pa so v njeni študiji dosegale babice, in sicer kar 98,5 %. Tudi Dodgsonova in Tarranova (2007) sta evalvirali uspešnost uvedbe študijskega predmeta o dojenju za študente zdravstvene nege v Hong Kongu. Rezultate intervencijske skupine glede znanja o dojenju in laktaciji sta primerjali s kontrolno skupino in ugotovili, da so študentje v intervencijski skupini dosegali bistveno boljše rezultate.

Dykes (2006) opozarja, da tradicionalno izobraževanje na področju dojenja ne zadošča več. Predlaga nekaj rešitev: da bi izobraževanje potekalo interdisciplinarno in da bi se vključevali tudi specialisti s področja dojenja. Obe rešitvi sta vpeljani tudi v izbirni predmet Dojenje in laktacija, kjer se že med predavanji pokaže sodelovalno učenje med študenti dveh strok. Poleg tega sta izvajalki predmeta mednarodno pooblaščenki laktacijski svetovalki (IBCLC) in imata specialistično znanje s področja dojenja.

Omejitev študije je majhen vzorec, zato rezultatov ni možno posploševati. Pri vrednotenju rezultatov smo ugotavljali, da bi nekatera vprašanja iz prvega dela, kjer smo ocenjevali odnos do dojenja, sodila v drugi del k ocenjevanju znanja. Omejitev je lahko tudi izvedba vprašalnika preko spleta, saj so študentje imeli dostop do različnih virov, s katerimi bi si lahko pomagali. Vendar bi si s tem lahko pomagali obe skupini.

5 Zaključek

Študentje, ki sodelujejo pri izbirnem predmetu dojenje in laktacija, imajo boljši odnos in več znanja, povezanega z dojenjem. Zdravstveni delavci, ki imajo dober odnos in znanje glede dojenja, lahko nudijo ženskam, ki se odločajo za dojenje, ustrezno podporo. Znanje iz dojenja in laktacije je enakovredno drugemu medicinskemu znanju, zato je nujno, da svetovanje temelji na informacijah, podprtih z dokazi. Nikakor ne more biti osnova osebna izkušnja. Zavedati se moramo, da se tudi znanje na področju dojenja in laktacije hitro spreminja, zato je pomembno vseživljenjsko učenje. Potrebna bi bila tudi raziskava pred in po izvedbi izbirnega predmeta, kjer bi merili spreminjanje odnosa in znanja glede dojenja pri študentih.

Literatura

Bartell G, Duckles J, Ferrarello D, Moré D. An Innovative Model for Continuing Education for IBCLCs. *Clinical Lactation*. 2012;3(4):138-40.

Brodribb W, Fallon A, Jackson C, Hegney D. The relationship between personal breastfeeding experience and the breastfeeding attitudes, knowledge, confidence and effectiveness of Australian GP registrars. *Matern Child Nutr*. 2008;4(4):264-74.

Cricco-Lizza R. Student Nurses' Attitudes and Beliefs About Breast-Feeding. *J Prof Nurs*. 2006;22(5):314-21.

Cummings M. Best practice standards for breastfeeding education: A baby friendly approach. *Nurse Educ Today*. 2008;28(8):895-8.

Darwent KL, Kempenaar LE. A comparison of breastfeeding women's, peer supporters' and student midwives' breastfeeding knowledge and attitudes. *Nurse Educ Pract*. 2014;14(3):319-25.

Dodgson JE, Tarrant M. Outcomes of a breastfeeding educational intervention for baccalaureate nursing students. *Nurse Educ Today*. 2007;27(8):856-67.

Dykes F. The education of health practitioners supporting breastfeeding women: time for critical reflection. *Matern Child Nutr*. 2006;2(4):204-16.

Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, et al. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2005;115(2):496-506.

Hoyer S. Ugotovitve študentov zdravstvene nege o raziskavah dojenja – pregled raziskav v slovenskih bazah. In: Felc Z, ed. *Spodbujanje dojenja*. 2. Celjski strokovni sestanek z mednarodno udeležbo Dojenje: iz prakse za prakso, 6. oktober 2006, Laško. Celje: Splošna bolnišnica; 2006: 73-80.

Ingram J. Multiprofessional training for breastfeeding management in primary care in the UK. *Int Breastfeed J*. 2006;1:9.

Kempenaar LE, Darwent KL. The impact of peer support training on mothers' attitudes towards and knowledge of breastfeeding. *Matern Child Nutr*. 2013;9(3):359-68.

Parrott RL, Silk KJ, Condit C. Diversity in lay perceptions of the sources of human traits: Genes, environments, and personal behaviors. *Soc Sci Med*. 2003;56(5):1099-109.

Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, Quinn B, Dowswell T. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;5(5):CD001141.

Spear HJ. Baccalaureate nursing students' breastfeeding knowledge: A descriptive survey. *Nurse Educ Today.* 2006;26(4):332-7.

Vettorazzi R. Oblikovanje kompetence vodenja laktacije in dojenja skozi dodiplomsko izobraževanje zdravstvenih delavcev. In: Hoyer S, Skale C, eds. *IBCLC svetovalci izboljšujemo znanje: 4. strokovno srečanje, Dobrna, 1. junij 2012.* Celje: Društvo svetovalcev za laktacijo in dojenje Slovenije; 2012: 15-29.

World Health Organization (WHO). *Global Strategy for Infant and Young Child.* 2003;36. Available at: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562218.pdf> (1. 2. 2015).

Stičišča strok in izhodišča interdisciplinarnega sodelovanja med babicami in fizioterapevti za zdravje žensk

The junction of professions and interdisciplinary platform for cooperation between midwives and physiotherapists for women's health

Anna Bogacz-Udovč¹⁰, Darija Šćepanović

IZVLEČEK

Uvod: Pomen babištva v sedanjem prostoru zaobjema ne le babice, temveč tudi ženske v rodni dobi in druge profile zdravstvenih delavcev. Izhajajoč iz te predpostavke se v razpravi o viziji sodobnega babištva in izboljšanju babiške prakse z namenom doprinosa k boljšemu zdravju in večjemu zadovoljstvu žensk v rodni dobi ter njihovih družin zdi smiselno del pozornosti nameniti tudi sodelovanju z drugimi strokami in prenosu znanj za doseganje boljših kratkoročnih in dolgoročnih ciljev.

Metode: Pregled strokovne in znanstvene literature objavljene v angleškem jeziku na temo vloge in nalog fizioterapevta v porodnem timu ter njegovega doprinosa k rezultatom skrbi za ženske v obporodnem obdobju.

Rezultati: Fizioterapevt za zdravje žensk deluje za promocijo in ohranitev zdravja tako v predporodnem kot poporodnem obdobju, pomemben je tudi kot član porodnega tima. Sodelovanje fizioterapevta v vseh obdobjih obporodnega časa je povezano z boljšimi rezultati skrbi za žensko v tem obdobju ter njenim večjim zadovoljstvom.

Razprava: Na podlagi predstavljenih rezultatov se kažejo možnosti oziroma potrebe po tesnejšem sodelovanju med babicami in fizioterapevti ter področja vzajemnih vplivov pri obravnavi žensk v obporodnem obdobju. Poleg tega se kažejo iztočnice, kako lahko z interdisciplinarnim sodelovanjem obe stroki pridobita potrebno širino za optimalno in strokovno obravnavo populacije, s katero sodelujeta

Ključne besede: babištvo, fizioterapija za zdravje žensk, interdisciplinarnost, obporodno obdobje.

¹⁰ **Corresponding author:** Anna Bogacz-Udovč, dipl. fiziot., FizioMama, Soteska 46, 1241 Kamnik, Slovenija. E-mail: info@fiziomama.si.

ABSTRACT

Introduction: Contemporary midwifery seems not only to be about practicing midwives but also women in their childbearing years and other profiles of healthcare providers. Therefore, in the discussion about visions for modern midwifery and its improvement for better health and satisfaction of its users, it seems important to pay attention to collaboration with other professionals and the transfer of knowledge to achieve short- and long-term targets.

Methods: Literature review on the roles and tasks of a physiotherapist in an obstetric team and their contribution to care for childbearing women.

Results: Obstetric physiotherapists promote and maintain health and wellbeing ante- and post-natally and are important members of an obstetric team. Their collaboration in all aspects of pregnancy and postpartum is related to better results in care.

Discussion: The literature review results show possibilities and needs for closer collaboration between midwives and physiotherapists and mutual influences in care for the childbearing women. Both professions can benefit from interdisciplinary collaboration and gain much needed broadness for optimal and scientific care for the population.

Key words: midwifery, obstetric physiotherapy, interdisciplinary, childbearing years.

1 Uvod

Pomen babištva v sedanjem prostoru zaobjema ne le babice, temveč tudi ženske v rodni dobi in druge profile zdravstvenih delavcev. Dileme in izzivi, s katerimi se babištvo sooča, ne zajemajo le babiške stroke, temveč tudi njeno vpletenost v zdravstveni sistem in odnosnost z drugimi strokami, ki se ukvarjajo s populacijo žensk, torej interdisciplinarnost. Izhajajoč iz te predpostavke se v razpravi o viziji sodobnega babištva in izboljšanju babiške prakse z namenom doprinosa k boljšemu zdravju in večjemu zadovoljstvu žensk v rodni dobi ter njihovih družin zdi smiselno del pozornosti nameniti tudi sodelovanju z drugimi strokami in prenosu znanj za doseganje boljših kratkoročnih in dolgoročnih ciljev.

Fizioterapevt/-ka za zdravje žensk (v nadaljevanju fizioterapevt) je profil zdravstvenega delavca, ki je znotraj široke palete področij, na katerih fizioterapevti delujejo, za svoje delovanje izbral populacijo žensk. Fizioterapevte za zdravje žensk (ang. *physiotherapists in women's health*) se ponekod opisuje z besedo 'porodnih fizioterapevtov' (ang. *obstetric physiotherapists*) ali še bolj ozko 'fizioterapevtov medeničnega dna' (ang. *pelvic floor physiotherapist*). Zdi se, da je znotraj področja zdravja žensk, ki vključuje tako promocijo in ohranjanje zdravja kot obravnavo patologij in specifičnih stanj skozi celotno življenjsko obdobje žensk, več področij ožje specializacije za delo fizioterapevtov; njihova vloga in naloge ter možnost interdisciplinarnega povezovanja z drugimi zdravstvenimi strokovnjaki so odvisne od ureditve delovnega procesa.

Nosečnost in porod sta bili začetni področji delovanja fizioterapevtov za zdravje žensk (ang. *obstetric physiotherapist*), združeni v prvo organizacijo (The Obstetric Physiotherapy Association iz Anglije) leta 1948 (Irion, Boissonnault, 2010). Delovanje fizioterapevtov za zdravje žensk (ang. *women's health physiotherapist*) se je nato razširilo na skrb za ženske z ginekološkimi disfunkcijami, preventivo in obravnavo osteoporoze, fibromialgije in drugih kroničnih bolečinskih sindromov, obravnavo komplikacij rakavih obolenj, pogostih pri ženskah, preventivo in obravnavo poškodb vrhunskih športnic in vse aspekte zdravja žensk od pubertete do starosti (Irion, Boissonnault, 2010). Od leta 1999 deluje Mednarodno združenje fizioterapevtov za zdravje žensk (The International Organization of Physical Therapists in Women's Health), ki šteje 23 držav članic (IOPTWH, 2015), med njimi je tudi slovenska sekcija fizioterapevtov za zdravje žensk, ki deluje v okviru Društva fizioterapevtov Slovenije – strokovnega združenja. »Člani SFZZ so fizioterapevti, katerih interes je poglobiti znanje in kompetence na področju varovanja zdravja žensk v povezavi s porodom, pred in po njem in skrb za ženske v času ginekoloških operacij. Prav tako smo osredotočeni na stanja, ki so, v primerjavi z moškimi, bolj pogosta pri ženskah, kot so osteoporoza, inkontinenca, rak dojke in podobno. Naša skrb je osredotočena na ženske v vseh življenjskih obdobjih v smislu preprečevanja bolezni in hitrega okrevanja po njej. Predvsem smo pozorni na občutljivo obdobje rasti v povezavi s profesionalnim športom, na varnost fitnes programov in fitnes testiranj, na obdobje nosečnosti, na vplive delovnega mesta in na varno, lepše staranje, tako, ki je manj odvisno od tuje pomoči.« (SFZZ, 2015)

Trenutno so v Sloveniji fizioterapevtke zaposlene le v nekaj porodnišnicah in ginekoloških klinikah. Nekateri zdravstveni domovi in šole za starše fizioterapevte vključujejo v predavanja bodočim staršem, a najpogosteje le-ti predavajo o ravnanju z novorojenčkom/dojenčkom. Prav tako imajo nekateri ponudniki t. i. 'telovadbe za nosečnice' v svoji ekipi fizioterapevte.

Izhodišče za prispevek je pomen in položaj interdisciplinarnega sodelovanja zdravstvenih strokovnjakov v obporodnem obdobju z namenom čim bolj kakovostne skrbi za populacijo žensk v rodni dobi. Zato se poznavanje področij delovanja in širine znanj drugih članov tima zdi ključno pri kakovostni in uspešni obravnavi populacije ter optimalnega prenosa znanj za doseg najboljših ciljev. »Ogromen napredek v znanju, naboru kliničnih izkušenj in

obogatitev vsakdanje prakse z rezultati raziskav je odprlo v medicini in spremljevalnih vedah potrebo po delitvi na specializacije in podspecializacije, kar je neizbežno za doseganje kompleksne potrebe in zahteve pacientov, a hkrati predstavlja nevarnost, da spregledamo holistični pristop k osebi. Za tovrstni pristop je potrebno intradisciplinarno in interdisciplinarno sodelovanje.« (Campo, Van Belle, Grimbizis, 2013)

2 Metode

Opravljen je bil pregled strokovne in znanstvene literature na temo vloge fizioterapevta v (ob)porodnem timu z namenom predstaviti zgodovinski razvoj vloge in nalog fizioterapevta v (ob)porodnem obdobju ter pokazati njegov splošni pomen in doprinos k obravnavi nosečnic in porodnic. Iskana so bila besedila, objavljena v angleškem jeziku po ključnih besedah »*obstetric physiotherapy*« v prosto dostopnih bazah podatkov: Cochrane Library, Medline, ScienceDirect, SpringerLink in Wiley. Zaradi zgodovinskega konteksta leto objave ni bilo omejeno. Pregled raziskovalnega dela je predstavljen v spodnji tabeli.

Tabela 1: Pregled iskanja relevantnih člankov

| Baza | Zadetkov | Pregledani | Vključeni |
|------------------|----------|------------|--|
| Cochrane Library | 20 | 4 | 0 |
| Science Direct | 68 | 28 | 12 (Blankfield, 1966; Blankfield, 1967; Consonni et al., 2010; Fleming, 1963; Foster, 1972; Gallo et al., 2013; Karakaya et al., 2012; Kendall, 1963; Lawrence, 1973; Lawrence, 1985; Miquelutti et al., 2013; Nicholson, Simpson, 1952) |
| SpringerLink | 121 | 11 | 3 (Bastiaenen et al., 2006; Consonni et al., 2010; Miquelutti et al., 2013) |
| Wiley | 1258 | 12 | 0 |
| Medline | 708 | 7 | 2 (Foster, 1972; Nicholson, Simpson, 1952) |

Za opis zgodovinske vloge in nalog fizioterapevta za zdravje žensk v porodništvu so bili vključeni vsi prispevki, ki so to tematiko obravnavali. Pregled ključnih ugotovitev zajema opisno združitev pridobljenih podatkov. Vsi vključeni zgodovinski strokovni članki opisujejo zgodovinski kontekst interdisciplinarnega sodelovanja fizioterapevtov v (ob)porodnem timu, njegove prvotne vloge in njihov pomen za obravnavano populacijo in stroko.

Za predstavitev pomena fizioterapevtskih intervencij v obporodnem obdobju so bile vključene in v tabelah predstavljene kakovostne kontrolirane raziskave na temo splošnega delovanja in doprinosu fizioterapevta v obporodnem timu, ki so dosegle 6 in več točk na 11-točkovni lestvici PEDro (CEBP, 1999). Zaradi širokega razpona področij in neenotne mere izidov združevanje podatkov za meta-analizo ni bilo možno. Prispevki, ki obravnavajo konkretne primere ginekoloških in porodniških stanj oziroma fizioterapevtsko obravnavo le-teh ter druga področja delovanja fizioterapevtov za zdravje žensk, niso vključeni v pregled.

3 Rezultati

V pregled je vključenih trinajst prispevkov; šest opisuje pomen in vlogo fizioterapevta v porodnem timu (Blankfield, 1966; Blankfield, 1967; Fleming, 1963; Foster, 1972; Kendall, 1963; Lawrence, 1973), sedem doprinos fizioterapevta k boljši oskrbi žensk v obporodnem obdobju (Bastiaenen et al., 2006; Consonni et al., 2010; Gallo et al., 2013; Karakaya et al., 2012; Lawrence, 1985; Miquelutti et al., 2013; Nicholson, Simpson, 1952).

3.1 Vloga in pomen fizioterapevta v porodnem timu

Na podlagi vključenih člankov lahko ločimo dva (nekako) vzporedna tokova vključevanja fizioterapevtov v tim obporodnih strokovnjakov z namenom boljše priprave nosečnic na porod (tako telesne kot psihične): angleški in avstralski. V Angliji je, po besedah Blankfield (1967), pred prvo svetovno vojno J. S. Fairbairn sugeriral fizioterapevtki Minnie Randell, da bi poporodna vadba lahko bila ženskam koristna. Nato je izrazil zamisel, da bi blagodejne učinke vadbe razširil tudi na čas nosečnosti ter izkoristil možnost sodelovanja z nosečnicami za njihovo opogumljanje (Blankfield, 1967). Pred letom 1930 sta Minnie Randell in Margaret Morris pripravili formalni program priprave na porod (ang. *a formal antenatal preparation programme*, Blankfield, 1967). Naslednji korak sta naredila Grantly Dick-Read (1933) and Kathleen Vaughan (1937) in sta trendu, ki so mu fizioterapevtke že sledile (tj. fizična oz. telesna in psihična priprava na fiziološki porod, op. avtoric), dala dodatno inspiracijo in vzpodbudo (Blankfield, 1967). Do leta 1951 je Helen Heardman bolj dokončno oblikovala program priprave na porod, ki je vključeval: pojasnilo nosečnosti in poroda ter vadbene napotke; izobraževanje nosečnic so v celoti izvajali fizioterapevti, saj noben drugi član tima ni sprejel te naloge (Blankfield, 1967). Priprava na porod, z upoštevanjem inovativnih tez Dick-Read'a, je imela namen 'prinesti krajšo, manj bolečo porodno izkušnjo pri hkratni ohranitvi intaktnega presredka' (Blankfield, 1967) preko dveh glavnih ciljev: psihične relaksacije (možne zaradi znanja in izobraževanja) in sposobnosti hotene sprostitve skeletnih mišic (Kendall, 1963).

Te inovativne in dandanes čedalje bolj z dokazi podprte prakse so kmalu postale predmet zaničevalnih debat (hkrati pa je ideja, da so kirurške intervencije med porodom (tj. prerez presredka in uporaba porodnih klešč) bolj optimalne za ohranitev dolgoročnega zdravja mater in otrok, postala bolj razširjena) (Blankfield, 1966). Hkrati pomen vadbe v nosečnosti in po porodu ter fizioterapevska obravnava tako zdravih kot rizičnih žensk v obporodnem obdobju ni bila podvržena dvomu (Fleming, 1963; Blankfield, 1966; Foster, 1972; Lawrence, 1973).

V Avstraliji je bila prva klinika za zdrave nosečnice odprta v 1912 (Kendall, 1963). V letu 1939 so v njej začeli sodelovati fizioterapevti in postali enakopravni člani porodnega tima (Fleming, 1963). Prva zabeležena dela babic so iz leta 1820, prva avstralska porodnišnica je bila ustanovljena leta 1866. R. B. Kendall (1963) poudarja pomen fizioterapije za zdravje žensk in fizioterapevtom daje pravico zahtevati možnost biti član tima, ki sodeluje pri rojevanju otrok in skrbi za porodnico v poporodnem obdobju. Prisotnost fizioterapevta pripomore k višjemu odstotku spontanih porodov z izoginitvijo anesteziji, veliki psihološki prednosti za porodnico in vzpostavitvi bolj celostne povezave med materjo in otrokom (Kendall, 1963). Hkrati s poudarkom pomena in vloge fizioterapevta v času pred in po porodu Fleming (1963) izpostavlja pomen pravega sodelovanja v porodni sobi med vsemi člani tima za optimizacijo učinkov priprave na porod in skrbi za porodnico.

Hkrati se pojavljajo prispevki, ki nekoliko zamegljujejo pomen in vlogo fizioterapevtov za zdravje žensk in njihovo legitimnost v porodnem timu, zlasti z vprašanji po količini nujnega znanja fizioterapevtov o poteku poroda, saj mora biti zanje ključno razumevanje vodenja nosečnosti in poroda (tako s teoretičnega kot praktičnega stališča) z udeležbo fizioterapevtov v porodni sobi (Lawrence, 1973).

Vlogo in nalogo fizioterapevtov v skrbi za ženske lahko po Fleming (1963) povzamemo: 'od fizioterapevta se ženska uči, kako se telesno in psihično pripraviti na varen porod. Telesna priprava vključuje vadbo za pripravo mišic na napredujočo nosečnost, rojevanje in iztis, dihalne vaje, sprostitvene tehnike in vadbo položajev za rojevanje. Ker gredo vse tehnike z roko v roki, sta zgodnji trening in praksa ključna. Skupaj s telesno vadbo ženska prejema splošno znanje o osnovni anatomiji ženskega telesa, zlasti trebušne votline in medenice. Zadolžitev fizioterapevta po porodu je spremljati porodnico pri ponovnem vzpostavljanju

njenega zdravja in moči' (Fleming, 1963), še posebej preko: 'ponovnega učenja specifičnih mišičnih skupin, dvigovanja, aktivnega mišičnega sproščanja in splošne telesne pripravljenosti' (Foster, 1972).

3.2 Doprinos fizioterapevta k oskrbi žensk v obporodnem obdobju

Vključenih je bilo 7 raziskav, ki so proučevale doprinos fizioterapevta na področjih: nosečnost oziroma priprava na porod, porod in poporodno obdobje. Vključene so bile tri randomizirane kontrolirane raziskave (obravnavo v poporodnem obdobju: Bastiaenen et al., 2006; obravnava med porodom: Gallo et al., 2013; priprava na porod: Miquelutti et al., 2013), tri kontrolirane raziskave (obravnavo po carskem rezu: Karakaya et al., 2012; priprava na porod: Consonni et al., 2010; Nicholson, Simpson, 1952) in ena zgodovinska observacijska raziskava (priprava na porod: Lawrence, 1985). Velikost vzorca v raziskavah je bila od 46 (Gallo et al., 2013) do 338 (Lawrence, 1985). Vse vključene študije dokazujejo pozitivne učinke splošnega delovanja fizioterapevta na obravnavano populacijo.

Kljub različnim meram izidov na področju priprave na porod (anksioznost, Consonni et al., 2010, porodna bolečina in reakcija nanjo, Lawrence, 1985, urinska inkontinenca, lumbopelvična bolečina, telesna dejavnost in anksioznost, Miquelutti et al., 2013, trajanje poroda, Nicholson, Simpson, 1952) so bili rezultati fizioterapevtskih intervencij statistično značilno boljši pri proučevanih skupinah (Tabela 2).

Tudi druga proučevana področja (porod – mera izidov: percepcija bolečine, Gallo et al., 2013, oskrba po carskem rezu – mere izidov: čas do vrnitve aktivnosti prebavil, bolečina v predelu reza, težavnost dnevnih aktivnosti, količina protibolečinskih sredstev za lajšanje bolečine, Karakaya et al., 2012 in v poporodnem obdobju – mera izidov: omejitev dnevnih aktivnosti, Bastiaenen et al., 2006) kažejo statistično značilno in klinično pomembnost fizioterapevtskih intervencij (Tabela 3).

Tabela 2: Doprinos fizioterapevta v pripravi na porod

| <i>Avtor/-ji</i> | <i>Populacija</i> | <i>Vrsta intervencije</i> | <i>Mere izidov</i> | <i>Rezultati</i> |
|---------------------------------------|---|---|---|--|
| Consonni et al. (2010) PEDro: 8 | N = 67 prvorodnic P = 38 K = 29 Nerandomizirana kontrolirana raziskava | P: udeležba v multidisciplinarnem programu priprave na porod in starševstvo (10 srečanj med 18.–22. in 36.–38. tednom nosečnosti – izobraževalne, fizioterapevtske in medsebojne aktivnosti). | Anksioznost, merjena v 18. in 38. tednu nosečnosti. | Obe skupini sta bili primerljivi pri stopnji anksioznosti v začetku nosečnosti. K je imela v 38. tednu nosečnosti statistično značilno večji prirast anksioznosti. V P je bilo statistično značilno več vaginalnih porodov (81,6 %). |
| Lawrence (1985) PEDro: 9 | N = 338 prvorodnic P = 228 K = 100 Observacijska raziskava (o udeležbi v programu so ženske odločale same) | P: fizioterapevtski program priprave na porod. | Občutena bolečina med porodom (McGillov vprašalnik o bolečini, VAS in 5-stopenjska reakcija na bolečino, ki jo je rutinsko beležilo osebje v porodni sobi). | Program priprave na porod ni bil povezan z zmanjšanjem zaznave bolečine, vendar je bil statistično značilno povezan z mirnejšo reakcijo nanjo. Stopnja uporabe analgezijskih sredstev je bila v P statistično značilno nižja. |
| Miquelutti et al. (2013) PEDro: 9 | N = 197 prvorodnic P = 97 K = 100 Randomizirana kontrolirana raziskava | P: program priprave na porod (telesna dejavnost, izobraževalne in medsebojne aktivnosti ter nasveti o vadbi doma). K: rutinska obravnava v nosečnosti. | Urinska inkontinenca, lumbopelvična bolečina, telesna dejavnost in anksioznost. | Tveganje urinske inkontinence v P je bilo statistično značilno nižje v 30. tednu nosečnosti. Udeleženke iz P so statistično značilno pogosteje bile telesno dejavne v nosečnosti. Med skupinama ni bilo razlik glede stopnje anksioznosti, tipa in trajanja poroda, lumbopelvične bolečine in stanja novorojenčka. |
| Nicholson, Simpson (1952) PEDro: 6 | P = 87 prvo- in večrodnice K = 87 prvo- in večrodnice Kontrolirana raziskava | P: priprava na porod, ki vsebuje mehanizme zmanjšanje strahu, relaksacije in vzdrževanja optimalne telesne mehanike. K: priprava na porod brez učenja relaksacije. | Trajanje poroda. | Fizioterapevtska priprava na porod je skrajšala povprečni čas trajanja poroda. Prvorodnice iz P so v povprečju imele krajše porode za 4 ure 34 min do 4 ure 59 min, večrodnice iz P za 5 ur 11 min do 8 ur 35 min. |

Legenda: N – skupno število preiskovank, P – proučevana skupina, K – kontrolna skupina, PEDro – ocena po lestvici PEDro

Tabela 3: Doprinos fizioterapevta med porodom, po carskem rezu in v poporodnem obdobju

| <i>Avtor/-ji</i> | <i>Populacija</i> | <i>Vrsta intervencije</i> | <i>Mere izidov</i> | <i>Rezultati</i> |
|---------------------------------------|---|--|---|---|
| Gallo et al. (2013) PEDro: 11 | N = 46 porodnic s spontanim začetkom poroda enojčka v dopolnjenem vsaj 37. tednu nosečnosti, maternično ustje odprto 4–5 cm, celi plodovi ovoji in neuporaba farmakoloških protibolečinskih sredstev po sprejetju v porodnišnico. P = 23 K = 23 Randomizirana kontrolirana raziskava | P: 30-minutna masaža ledvene hrbtenice s strani fizioterapevta v aktivni fazi poroda (položaj je porodnica izbrala sama). K: 30-minutna prisotnost fizioterapevta v aktivni fazi poroda, ki je le odgovarjal na vprašanja. Obe skupini sta prejeli standardno perinatalno obravnavo. | Bolečina merjena z uporabo 100 mm vizualne lestvice. | Na koncu intervencije bolečina v P je bila statistično značilno nižja (52 mm vs. 72 mm v K). Obe skupini sta bili zadovoljni s prisotnostjo fizioterapevta. |
| Karakaya et al. (2012) PEDro: 10 | N = 50 porodnic po carskem rezu P = 26 K = 24 Prospektivna kontrolirana raziskava | P: dodatni fizioterapevtski program oskrbe. K: standardna oskrba. | Čas do vrnitve aktivnosti prebavil, bolečina v predelu reza, težavnost dnevnih aktivnosti, količina protibolečinskih sredstev za obravnavno bolečine. | Čas do vrnitve aktivnosti prebavil je bil statistično značilno krajši v P. V obeh skupinah bolečina v predelu reza in težavnost dnevnih aktivnosti sta se v dveh dneh zmanjšali, vendar je bil upad v P statistično značilno večji. P so potrebovale statistično značilno manj protibolečinskih sredstev. |
| Bastiaenen et al. (2006) PEDro: 10 | N = 126 porodnic tri tedne po porodu z bolečino v medeničnem obroču in / ali križu P = 63 K = 63 Randomizirana kontrolirana raziskava | P: 7–9 domačih obiskov izkušenega fizioterapevta (30 minut) z namenom individualne obravnave bolečine. K: standardna fizioterapevtska obravnava, zdravniška obravnava ali nobena obravnava (izbirala ženska). | Omejitev dnevnih aktivnosti. | P z fizioterapevtsko obravnavo hudih omejitev dnevnih aktivnosti je imela statistično značilno in klinično boljše rezultate. |

Legenda: N – skupno število preiskovank, P – proučevana skupina, K – kontrolna skupina, PEDro – ocena po lestvici PEDro

4 Razprava

Opravljeni pregled je pokazal vlogo in naloge fizioterapevta v obporodnem timu ter prednosti njegovega delovanja za obravnavano populacijo. Dejstvo, da v pregled niso vključene specifične fizioterapevtske intervencije za preprečevanje in/ali zmanjšanje morebitnih zapletov v obporodnem obdobju (npr. obravnava diastaze recti, bolečine v medeničnem obroču, urinske inkontinence), intervencije za lajšanje in obravnavo bolečine (npr. fizikalni agensi, TENS, masaža) ter posledice rutinskih posegov in praks na nadaljnjo kakovost življenja in fizioterapevtsko delovanje pri ženskah izven porodnega obdobja onemogoča prikaz polnega spektra stičišč vplivov in možnega sodelovanja med fizioterapevti in babicami v (ob)porodnem timu. Predstavljeni rezultati se kljub temu zdijo dovolj prepričljivi za smiselnost tovrstnega sodelovanja in njegov pomen za populacijo nosečnic in porodnic.

»Vloga fizioterapevta v porodništvu in ginekologiji je pomembna, saj skrbi za promocijo zdravja skozi celotno rodno dobo žensk. Uporaba prednosti, ki jih fizioterapevt ponuja, je odvisna predvsem od sodelovanja z drugimi zdravstvenimi delavci, vključevanja fizioterapevtov v obporodni tim ter od znanja in odnosa drugih zdravstvenih profilov do fizioterapevtov, za kar je ključnega pomena interdisciplinarna komunikacija (Odunaiya et al., 2013)«. To naj bi dosegali preko kliničnih srečanj, seminarjev in tečajev, še zlasti, ker so tovrstne oblike dobro sprejete med udeleženci (Haller et al., 2008).

Multidisciplinarni pristop k pacientu pomeni sodelovanje več strokovnjakov in pripravo skupnega načrta obravnave, ki vključuje priporočila vseh, saj skupaj lahko dosežejo optimalnejšo rešitev kot vsak od njih delujoč posebej (Horvath, 2010). Tovrstni pristop je ponekod že vpeljan, njegovo širjenje in sprejem v rutinsko prakso je odvisen od več dejavnikov. Znanje in zavedanje o pomenu interdisciplinarnega sodelovanja in njegovih možnostih sta ključna.

Fizioterapevt v porodnem timu lahko babicam pomaga pri pripravi nosečnice na porod, nefarmakološkem obvladovanju (po)porodne bolečine in fizioloških stanj v poporodnem obdobju, prav tako pri povečanju samostojnosti, neodvisnosti in varnosti babiške obravnave. Z interdisciplinarnim prenosom znanj o simptomih in znakih ter posledicah patoloških pojavov v nosečnosti in po porodu se babice lahko hitro in ustrezno odzovejo nanje ter ženski pomagajo poiskati pomoč; hkrati svojo obravnavo lahko prilagodijo za doseganje skupnih ciljev. Nezanemarljiv v sodobni babiški praksi se zdi tudi pomen interdisciplinarnega pristopa k praksam, posegom in postopkom v porodništvu, ki za žensko zdravje nosijo kratkoročne in še posebej dolgoročne posledice. Z njihovim zmanjšanjem v svoji osebni praksi babice pripomorejo k ohranjanju in krepitvi zdravja celotne populacije žensk.

5 Zaključek

Cilj prispevka ni odpreti razprave, ali sodijo fizioterapevti v porodnišnice ali celo porodne sobe, temveč pokazati stičišča vplivov bodisi na strokovni ravni (interdisciplinarno sodelovanje, prenos znanja, optimizacija prakse) ali ravni populacije žensk (kakovostna, informirana in strokovna obravnava populacije žensk v rodni dobi). Pri zagotavljanju optimalne, najsodobnejše in na žensko osredotočene obravnave se zdi sodelovanje fizioterapevtov in babic še posebej pomembno in zaželeno. Tudi razvoj obeh strok v smeri samostojnosti in prepoznavnosti lahko spremlja uspešno sodelovanje za zadovoljstvo in razvoj obeh strok, njihovih predstavnic/-kov ter še posebej populacije žensk, ki jih obravnavajo.

Literatura

- Bastiaenen CHG, de Bie RA, Wolters PMJC, Vlaeyen JWS, Leffers P, Stelma F, et al. Effectiveness of a tailor-made intervention for pregnancy-related pelvic girdle and/or low back pain after delivery: Short-term results of a randomized clinical trial. *BMC musculoskeletal Disorders*. 2006;7:19.
- Blankfield A. The value of exercises in obstetrics. *Aust J Physiother* 1966;7(2):51-4.
- Blankfield A. The origins and purposes of antenatal preparation. *Aust J Physiother*. 1967;8(1):18-21.
- Campo R, Van Belle V, Grimbizis G. We may not have it all together, but together we have it all. The importance of intra- and interdisciplinary collaboration. *FVV in ObGyn*. 2013;5(4):301-8.
- Consonni EB, Calderon IMP, De Conti MHS, Prevedel TTS, Rudge MVC. A multidisciplinary program of preparation for childbirth and motherhood: maternal anxiety and perinatal outcomes. *Reprod Health*. 2010;7:28.
- Fleming P. The physiotherapist in the obstetric team. *Aust J Physiother*. 1963;9:41-2.
- Foster L. Delegation of physiotherapy in the puerperium. *Aust J Physiother*. 1972;18(3):79-82.
- Gallo RBS, Santana LS, Ferreira CHJ, Marcolin AC, PoliNeto OB, Duarte G, et al. Massage reduced severity of pain during labour: a randomised trial. *J Physiother*. 2013;59:109-16.
- Haller G, Garnerin P, Morales MA, Pfister R, Berner M, Iron O et al. Effect of crew resource management training in a multidisciplinary obstetrical setting. *Int J Qual Health Care*. 2008;20(4):254-63.
- Horvath LE, Yordan E, Malhotra D, Leyva I, Bortel K, Schalk D, et al. Multidisciplinary care in the oncology setting: historical perspective and data from lung and gynecology multidisciplinary clinics. *J Oncol Pract*. 2010;6(6):e21-6.
- Irion JM, Boissonnault JS. Historical perspective of women's health care. In: Irion JM, Irion GL, eds. *Women's Health in Physical Therapy*. Philadelphia: Wolters Kluwer | Lippincott Williams & Wilkins; 2010: 1-14.
- Karakaya IC, Yüksel I, Akbayrak T, Demirtürk F, Karakaya MG, Özyüncü O, et al. Effects of physiotherapy on pain and functional activities after cesarean delivery. *Arch Gynecol Obstet*. 2012;285(3):621-7.
- Kendall RB. The use of physiotherapy in obstetrics. *Aust J Physiother*. 1963;9(2):37-9.
- Lawrence H. A Study of the Effect of Antenatal Physiotherapy Coaching on Labour Pain in the Nullipara. *Aust J Physiother*. 1985;31(4):135-45.
- Lawrence H. The physiotherapist in the obstetric team. *Aust J Physiother*. 1973;19(2):42-4.
- Miquelutti MA, Cecatti JG, Makuch MY. Evaluation of a birth preparation program on lumbopelvic pain, urinary incontinence, anxiety and exercise: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:154.

Nicholson HM, Simpson GA. Preparation for childbirth by physiotherapy. CMAJ. 1952;67(2):145-7.

Odunaiya NA, Ilesanmi T, Fawole AO, Oguntibeju OO. Attitude and practices of obstetricians and gynecologists towards involvement of physiotherapists in management of obstetric and gynecologic conditions. Int J Womens Health. 2013;5:109-14.

Sekcija Fizioterapevtov za Zdravje Žensk [SFZZ]. Dostopno na: <http://www.sfzz.si/> (15. 2. 2015).

The Centre for Evidence-Based Physiotherapy [CEBP]. PEDro scale; 1999. Available at: <http://www.pedro.org.au/english/downloads/pedro-scale/> (2. 4. 2015).

The International Organization of Physical Therapists in Women's Health [IOPTWH]. Available at: <http://www.ioptwh.org/> (10. 3. 2015).

Babištvo v mednarodnem prostoru: izzivi in vizije za prihodnost

International midwifery: challenges and visions for the future

Anita Prelec¹¹

IZVLEČEK

Uvod: Tudi babištvo se, tako kot vsak poklic, srečuje z mnogimi izzivi v lokalnem in mednarodnem prostoru. Namen prispevka je oceniti babištvo v mednarodnem prostoru, predvsem strategije povezovanja strokovnih združenj in njihovo opolnomočenje. Za učinkovito in povezovalno delovanje babištva s ciljem izboljšanja zdravja žensk, otrok in družin je potrebna dolgoročna vizija.

Metode: Zasnovana je bila kvantitativna raziskovalna paradigma. Uporabljena je bila deskriptivna metoda, ki je temeljila na pregledu domače in tuje znanstvene literature. Do podatkov smo prišli s pregledom podatkovnih baze: CINAHL, Cochrane Library, MEDLINE, ScienceDirect in COBIB.SI.

Rezultati: S pregledom literature je ocenjeno mednarodno babištvo, predvsem povezovanje strokovnih združenj v evropskem in svetovnem merilu. Le močne organizacije imajo pomembno vlogo pri oblikovanju mednarodne zdravstvene politike ter uresničevanju lastnih vizij in poslanstev. Pri tem je vitalnega pomena sodelovanje s ključnimi mednarodnimi organizacijami. Na področju babištva sta to Evropska babiška zveza (EMA) in Mednarodna babiška konfederacija (ICM), širše pa Svetovna zdravstvena organizacija, Organizacija združenih narodov, druga strokovne in nevladne organizacije ter civilna družba. Poročilo UNFPA-ICM-WHO (2014) navaja vizijo Babištvo 2030 kot vodilo za oblikovanje babiške politike in načrtovanja do leta 2030.

Razprava: Ključnega pomena za izboljšanje delovanja babic je njihovo povezovanje, ne samo na nacionalnem, ampak tudi na mednarodnem prostoru. V slogi je moč. Vizija babištva je zelo preprosta: da ima vsaka ženska v času nosečnosti in poroda dostop do babiške skrbi zase in za svojega novorojenčka. Poslanstvo strokovnih združenj je krepitev babištva s spodbujanjem samostojnih babic kot najprimernejših strokovnjakinj za ženske v rodni dobi ter predvsem izboljšanje reproduktivnega zdravja žensk, novorojenčkov in njihovih družin.

Ključne besede: zdravje žensk, babice, medpoklicno sodelovanje, zdravstvena politika.

¹¹ **Corresponding author:** Anita Prelec, dipl. m. s., MSc (UK), pred., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika, Šljajmerjeva 4, 1000 Ljubljana, Slovenija. E- mail: anita.prelec@kclj.si.

ABSTRACT

Introduction: Midwifery, as any profession, faces many challenges in the local and international space. The purpose of this paper is to evaluate midwifery in the international space, particularly the strategy of integrating professional associations and their empowerment. An effective and connective functioning of midwifery with the aim of improving the health of women, children, and families requires long-term vision.

Methods: A quantitative research paradigm was designed. A descriptive method, based on a review of domestic and foreign literature, was used. The data was accessed through a review of CINAHL, Cochrane Library, MEDLINE, ScienceDirect and COBIB.SI databases.

Results: International midwifery through the literature review was assessed, focusing on the networking of professional associations in Europe and worldwide. Only strong organizations play an important role in shaping the international health policy and achieve their own visions and missions. Co-operation with key international organizations is vital for such success. In the field of midwifery these are the International Confederation of Midwives (ICM) and the European Midwives Association (EMA); both integrated in relationship to the World Health Organization, the United Nations, other professional and non-governmental organizations and the civil society. UNFPA-ICM-WHO (2014) report outlines the vision “Midwifery 2030” as a guide for designing midwifery policy and planning by 2030.

Discussion: Networking, not only at a national but also at an international level, is vital to improving the performance of midwives. Unity is strength. The vision of midwifery is very simple: every woman should have access to midwifery care during pregnancy and childbirth for herself and her newborn. The mission of the professional associations is to strengthen midwifery through the promotion of autonomous midwives as the most appropriate specialists for women of childbearing age, and especially to improve the reproductive health of women, newborns, and their families.

Key words: women's health, midwives, interprofessional collaboration, health policy.

1 Uvod

Babištvo se kot poklic srečuje z mnogimi izzivi v domačem in mednarodnem prostoru. Pomembno poslanstvo tega poklica je izboljšanje zdravja žensk, otrok in družin v družbi, nacionalno in internacionalno (Royal College of Midwives, 2014), pa tudi krepitev babištva v družbi. Za uspešno doseganje teh ciljev je potrebno povezovanje strokovnih združenj, ki z enotnim glasom lahko dosežejo več. To je njihovo poslanstvo. Jasen občutek poslanstva motivira babice h kakovostnejšemu delu, vodstvo strokovnih združenj pa h kakovostnemu in učinkovitemu vodenju, uporabnicam v širši skupnosti pa vzbuja zaupanje. Občutek poslanstva je najbolj učinkovit, kadar ga spremlja tako razumevanje temeljnih vrednot organizacije kot tudi vizija prihodnosti. Za učinkovito in povezovalno delovanje babištva s ciljem izboljšanja zdravja žensk, otrok in družin je potrebna dolgoročna vizija.

V evropskem prostoru se strokovna babiška združenja vključujejo v EMA, v mednarodnem prostoru pa v ICM kot globalni organizaciji. Vsaka od teh organizacij ima s svojim specifičnim delovanjem lastno strategijo vključevanja in pomoči nacionalnim združenjem.

Podatki ICM Triennium Report 2011–2014 (2014) kažejo, da lahko babice zagotovijo 87 % potrebne osnovne oskrbe za ženske in novorojenčke, če so izobražene in usposobljene v skladu z mednarodnimi standardi. Vendar pa so babice najbolj učinkovite, ko delajo v funkcionalnem sistemu zdravstvenega varstva in v vzpodbudnem delovnem okolju (Day-Stirk et al., 2014). Tudi podpora ekipa zdravstvenih sodelavcev, zdravnikov in specialistov je bistvenega pomena, da se zagotovi pokritost zdravstvene obravnave žensk in novorojenčkov, od prednosečnostnega obdobja pa vse do poporodnega obdobja, tako doma kot v bolnišnici.

2 Metode

Zasnovana je bila kvantitativna raziskovalna paradigma. Uporabljena je bila deskriptivna metoda, ki je temeljila na pregledu domače in tuje znanstvene literature. Do podatkov smo prišli s pregledom podatkovnih baze: CINAHL, Cochrane Library, MEDLINE, ScienceDirect in COBIB.SI. Pri pregledu literature smo se omejili na naslednje ključne besede: *zdravstvena politika, babiška združenja, poslanstvo in vizija*, v angleškem jeziku *health policy, midwifery association, mission and vision*. Uporabljenih je bilo 15 virov. Število vseh zadetkov je bilo 35081. Izbor zadetkov v znanstvenih bazah je bil omejen na vključitvene kriterije: dostopnost, ustreznost vsebine, sodobnost in aktualnost vira. Uporabljeni viri so bili objavljeni med letoma 2005 in 2014.

3 Rezultati

V prispevku je opisano delovanje dveh mednarodnih babiških organizacij, v katere je vključena tudi Slovenija oziroma Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih združenj medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov (Zbornica – Zveza).

3.1 Evropska babiška Zveza (European Midwives Association – EMA)

Je neprofitna in nevladna organizacija babic, ki predstavlja babiške organizacije in združenja držav članic Evropske unije (EU), članice Sveta Evrope, Evropskega gospodarskega prostora (European Economic Area – EEA) in držav kandidatk za vstop v EU. Zagotavlja forum za evropske babice, kjer se srečujejo in razpravljajo o vprašanjih v povezavi z babištvom in

zdravjem žensk v evropskem prostoru. Prav tako promovira minimalne standarde izobraževanja za babice in babiško prakso v EU ter vztrajno in aktivno deluje v procesih pri oblikovanju zdravstvene politike in babištva v EU.

EMA je bila ustanovljena leta 2003 iz European Midwives Liaison Committee, ki se je uveljavil v poznih 70-ih prejšnjega stoletja. Cilj EMA je, da zastopa glas vseh babic v EU in širšem evropskem prostoru. Babice v Evropi želijo ohraniti in spodbujati priložnosti za izboljšanje zdravja in dobrega počutja žensk in njihovih družin. Od svoje ustanovitve leta 2003 je EMA stopnjevala svoje aktivnosti v različnih forumih na ravni EU. To pomeni, da deluje v partnerstvu z drugimi evropskimi nevladnimi organizacijami in to je dokaz, kako vloga babic vpliva na raznoliko politično prizorišče in vpliva ne samo na zdravje žensk in otrok, ampak na zdravje širše populacije. Seveda predstavlja evropski prostor velik zalogaj tudi za vodstvo EMA, zato je bilo potrebno izoblikovanje strategije delovanja organizacije (Strategic plan 2014–2017) v najpomembnejših forumih. Tukaj je nekaj najpomembnejših sodelovanj v letu 2014: konferenca Health Professionals Crossing the Borders (HPCB) (EU Professional qualifications Directive and Joint Action on Health Workforce), srečanje Internal Market Information (IMI) System (DG Markt), konferenca Optimising Childbirth across the Europe, pridružili smo se EU projektu EAHC/2013/Health/07 Study concerning the review and mapping of continuous professional development and lifelong learning for health professionals in the EU. EMA je bila sopolisnica pobude Svetu Evrope o prednostnem reševanju vprašanj pravic otrok in oblikovanju politike za migrante in begunce.

V skladu s statutom podpira nacionalna združenja in njihova prizadevanja. EMA je poslala pismo podpore Maastricht University za ustanovitev Master's Degree in Midwifery (Nizozemska) in pismo podpore francoskemu združenju babic. Leta 2013 je ob ukinitvi licenc za zdravstvene tehnike in srednje medicinske sestre in babice v Sloveniji izrekla podporo delovanju Zbornice – Zveze s pismom ministru za zdravje. Kot strokovno združenje se EMA povezuje in sodeluje s sorodnimi organizacijami. Tako je EMA sodelovala na konferenci The European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG) in konferenci Triade WHO/ICN/ICM. Izvedena je bila peta EMA izobraževalna konferenca v Maastrichtu in v pripravi je 2nd Intrapartum Care konferenca v Portu v maju 2015. Vodstvo EMA se odzove na vsa povabila nacionalnih združenj in pogosto obisk združi s pogovori z nacionalnimi deležniki zdravstvene politike (ministrstvi za zdravje, šolstvo) in drugimi.

V skladu z novim statutom (European Midwives Association, 2010) se je pridruženo članstvo razširilo tudi na države članice v Svetu Evrope kot potencialne člane. To je v skladu z vizijo o širjenju članstva v EU, tako da imajo prihodnje države pristopnice priložnost, da koristijo podporo in izkušnje obstoječih držav članic. Slovenija je z vstopom v EU leta 2004 postala enakopravna članica v EMA (oziroma strokovno združenje Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih združenj medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije), Bolgarija in Romunija leta 2007 ter Hrvaška leta 2013 (Hrvatska udruga primalja), vendar so vsa strokovna združenja ravno s pridruženim članstvom v EMA priložnost s pridruženim članstvom tudi veliko izkoristila pred vstopom v EU.

V okviru prostega pretoka ljudi, blaga in storitev, ki jih prinaša Evropska direktiva (2013/55/ES) (prvič sprejeta leta 1980, revidirana leta 2005 in 2013), zagotavlja evropski okvir za izobraževanje babic in njihovo prakso. Ta direktiva tvori temelj poklica evropskega babištva. EMA je v preteklosti in sedanjosti aktivno podajala pripombe, stališča in vsebinske spremembe na direktivo glede izobraževanja in kompetenc babic.

Sedanji in prihodnji izzivi za babice in babištvo vključujejo vprašanja človeških virov, svobodo gibanja, transparentnost drugih izobraževalnih programov in bolonjskega procesa. Prihodnje možnosti bodo vključevala večji pretok babic med državami, kar bo zahtevalo še večjo delitev znanja, informacij in najboljših praks v obliki projektov, tesnega medinstitucionalnega sodelovanja za študente, učitelje in raziskovalce v babištvu.

Odgovornost za to aktivno udeležbo je v rokah vseh nas – strokovnih združenj in članov EMA. Moč EMA leži v skupni filozofiji članic za izboljšanje varnosti in kakovosti zdravstvenega obravnave žensk in družin po vsej Evropi. Seveda se EMA spopada z neenakostjo storitev zaradi različno organiziranih zdravstvenih sistemov. Vendar pa so to izzivi za močno motivirane babice, ki so sposobne združiti moči in biti kos izzivom. Ta vizija je skupna moč in EMA kot evropsko združenje je pripravljena to vizijo deliti. EMA kot strokovno združenje je izoblikovala tudi nekaj stališč in priporočil kot npr.: Reproductive and Sexual Health of Women (2005), Alcohol (2008), Antenatal Care (2009), Postnatal statement (2010), Intrapartum care (2011), Intrapartal Care – EMA and EBCOG joint statement (2011).

3.2 International Confederation of Midwives (ICM)

Mednarodna konfederacija babic (ICM) predstavlja, podpira in deluje za krepitev strokovnih združenj babic po vsem svetu. Trenutno je članic 116 babiških združenj, ki zastopajo 101 države po vseh celinah. ICM je organizirana v štirih regijah: Afrika, Severna in Južna Amerika, Aziji/Pacifik in Evropa. Skupaj ta združenja predstavljajo več kot 300.000 babic po vsem svetu. Slovenija (Zbornica – Zveza) je članica od leta 1999.

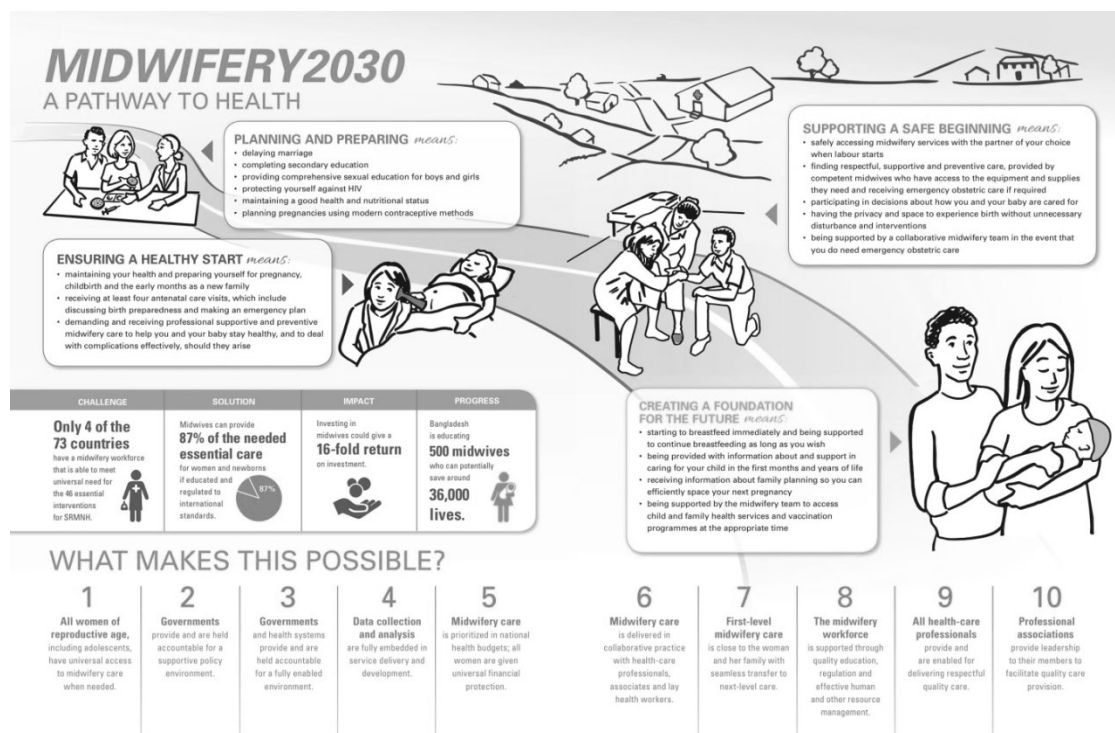
ICM je nevladna organizacija ter predstavlja babice in babištvo drugim organizacijam po vsem svetu za doseg skupnih ciljev v zdravstveni obravnavi mater in novorojenčkov. Te organizacije so: Svetovna zdravstvena organizacija, različne agencije Združenih narodov ter svetovna strokovna združenja, kot so: Mednarodna federacija za ginekologijo in porodništvo (FIGO), Mednarodno združenje za pediatrijo (IPA), Mednarodni svet medicinskih sester (ICN) ter druge nevladne organizacije in civilne družbe.

Vizija ICM je kratka in sporočilna. ICM (2014) si zamišlja svet, v katerem ima vsaka ženska v času materinstva dostop do babiške obravnave zase in za svojega novorojenčka. Poslanstvo ICM (2014) je okrepitev babiških združenj in babištva globalno s spodbujanjem samostojnih babic kot najprimernejše strokovnjakinje za ženske v času nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja s podporo normalnemu porodu in ohranjanju fiziološkega poroda, da bi izboljšali reproduktivno zdravje žensk, novorojenčkov in njihovih družin.

ICM ponuja svojim članicam številne standarde, kompetence in orodja za opolnomočenje strokovnih združenj. Uporaba ICM globalnih standardov, znanj in spretnosti, orodij in priporočil zagotavlja, da imajo babice v vseh državah učinkovito izobraževanje, regulacijo in močna združenja. ICM je razvila različne med seboj povezane dokumente, ki usmerjajo babiške organizacije in njihove nacionalne vlade k izboljšanju izobraževanja za babice in babištva. Globalno si prizadeva za krepitev babištva po vsem svetu, da bi zagotovili visoko kakovost, ki temelji na dokazih, podprto obravnavo zdravstvenih storitev za ženske, novorojenčke in njihove družine. Osnovni trije stebri ICM so: izobraževanje (ICM, 2013a) predpisi (regulacija) in močna nacionalna združenja (ICM, 2011), ki so zgrajeni na temelju posodobljenih ključnih kompetenc (ICM, 2013b). Ti trije stebri so medsebojno odvisni in zagotavljajo popoln paket informacij za babice, oblikovalce politik in vlad.

Poročilo UNFPA-ICM-WHO (2014) navaja vizijo Babištvo 2030 (Midwifery 2030), pot za oblikovanje babiške politike in načrtovanja do leta 2030, ki spodbuja žensko osrediščeno obravnavo in modele samostojnih babiških enot za doseg cilja univerzalnega zdravstvenega zavarovanja za vse ženske. Natančneje Babištvo 2030 (Slika 1) predlaga 10 stebrov:

1. Vse ženske v rodni dobi, vključno z mladostnicami, imajo univerzalen dostop do babiške obravnave, ko je to potrebno.
2. Vlade zagotavljajo in so odgovorne za podporo v političnem okolju.
3. Vlade in zdravstveni sistemi zagotavljajo in so odgovorni za popolnoma integracijo v okolju.
4. Zbiranje in analiza podatkov sta v celoti vključena v izvajanje storitev in razvoja.
5. Babiška obravnava je prednostna naloga v nacionalnih zdravstvenih proračunih; vse ženske dobijo univerzalno finančno varstvo.
6. Babiška obravnava je omogočena v sodelovanju z drugimi zdravstvenimi delavci in sodelavci.
7. Babiška skrb na prvi stopnji (ang. *first level midwifery care*) je blizu ženske in njene družino z možnostjo obravnave na naslednji stopnji.
8. Babice, ki delujejo v skupnostih, organizacijah in bolnišnicah, imajo dostop do kakovostnega izobraževanja, regulacije in učinkovitega upravljanja človeških in drugih virov.
9. Vsi zdravstveni delavci zagotavljajo in omogočajo spoštljivo in kakovostno obravnavo.
10. Poklicna združenja za svoje člane zagotavljajo vodenje, ki bo omogočilo kakovostno zdravstveno obravnavo, in sicer s svetovanjem, sodelovanjem in oblikovanjem zdravstvene politike.



Slika 1: Babištvo 2030

4 Razprava

Mednarodno babištvo je, kot je razvidno iz prispevka, dobro razvito, EMA z večjim poudarkom na evropski ravni, ICM pa kot širša in večja globalna organizacija. Ne gre zanemarjati pomena in poslanstva nobene od njih, čeprav so njune naloge zelo specifične in pomembne za oblikovanje zdravstvenih strategij in izobraževanj za babice – tako v evropskem kot svetovnem merilu. Obe združenji poudarjata pomen interdisciplinarnega sodelovanja in povezovanja z drugimi sorodnimi organizacijami in združenji ter civilno družbo. Tudi povezovanje bolj razvitih babiških organizacij z drugimi pomoči potrebnimi preko t. i. Twinning Projects pokaže še eno dobro stran in pomen mednarodnega babištva.

5 Zaključek

Slovenija kot enakovredna članica obeh združenj ima možnost povezovanja, delitev izkušenj in tudi problemov, ki nastajajo v slovenskem prostoru skozi desetletja. Odraz ekonomske krize se namreč močno odraža tudi v zdravstvu. Vsi pomembni dokumenti obeh strokovnih združenj (priporočila in stališča strokovnih združenj, babiške kompetence, standardi babiškega izobraževanja, evropska direktiva) so orodje za oblikovanje lastnih razvojnih strategij in oblikovanja zdravstvenega varstva žensk v Sloveniji.

Literatura

Day-Stirk F, McConville F, Campbell J, Laski L, Guerra-Arias M, Hoope-Bender PT, et al. Delivering the evidence to improve the health of women and newborns: State of the World's Midwifery, report 2014. *Reprod Health*. 2014;11(89):2-4.

European Midwives Association (EMA). Constitution. Utrecht: European Midwives Association (EMA); 2010. Available at:

http://www.europeanmidwives.com/upload/filemanager/content-galleries/constitution-and-by-laws/ema_constitution_2011.pdf (15. 3. 2015)

International Confederation of Midwives (ICM). Member Association Capacity Assessment Tool (MACAT). Hague: International Confederation of Midwives; 2011. Available at: <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Global%20Standards%20Competencies%20Tools/English/MACAT%20ENG> (15. 3. 2015).

International Confederation of Midwives (ICM). Global Standards for Midwifery Education. Hague: International Confederation of Midwives; 2013a. Available at:

http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Standards%20Guidelines_ammended2013 (15. 3. 2015).

International Confederation of Midwives (ICM). Essential competencies for basic midwifery practice. Hague: International Confederation of Midwives; 2013b. Available at:

<http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%2013> (18. 3. 2015).

International Confederation of Midwives (ICM). Triennial Report 2011–2014. Hague: International Confederation of Midwives; 2014. Available at:

http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Triennial%20Report/ICM_2011-2014_Report (30. 3. 2015).

Royal College of Midwives (RCM). The Royal College of Midwives and subsidiary Company Directors' Report and Consolidated Accounts for the year ended 31 December 2013. London: The Royal College of Midwives; 2014. Available at: https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/rcm_consolidated%20accounts_2013_WEB (30. 3. 2015).

UNFPA, ICM, WHO. The state of the world's midwifery, 2014: A universal pathway. A women's right to health. New York: United Nations Population Fund, 2014: 1-30.

Profilaksa zdravega donošenega novorojenčka: klinične prakse v Sloveniji

Prophylaxis of healthy and mature newborn: clinical practices in Slovenia

Anita Jug Došler¹², Petra Petročnik, Metka Skubic, Ana Polona Mivšek, Teja Škodič Zakšek

IZVLEČEK

Uvod: Prispevek izpostavlja nekatere pomembne vidike neonatalne profilakse zdravega donošenega novorojenčka v slovenskih porodnišnicah. Posebej izpostavljena z raziskavo podprta je klinična praksa apliciranja K-vitamina novorojenčku in profilakse proti klamidijski in gonokokni okužbi oči.

Metode: Raziskava temelji na empiričnem anketnem raziskovalnem pristopu; kvantitativni paradigmi. Uporabljena je deskriptivna in kavzalno-neeksperimentalna metoda empiričnega raziskovanja. Anketni vprašalnik o prvi oskrbi novorojenčka je bil poslan vsem slovenskim porodnišnicam ($n = 14$), in sicer vodjem porodnišničnih oddelkov. Dobljeni podatki so obdelani na nivoju deskriptivne statistike s programom SPSS, z izračuni frekvenc in odstotkov.

Rezultati: Vse slovenske porodnišnice, ki so se odzvale raziskavi, $n = 10$, (od vseh 14-ih) aplicirajo K-vitamin vsem novorojenčkom. Profilakso proti klamidijski in gonokokni okužbi oči aplicira vsem novorojenčkom 10 slovenskih porodnišnic. Največ slovenskih porodnišnic te posege izvede v prvi uri po rojstvu. V primeru intramuskularne aplikacije večina slovenskih porodnišnic K vitamin aplicira v glutealno mišico. Način aplikacije lahko starši v Sloveniji izbirajo v štirih porodnišnicah. Pri apliciranju profilakse proti klamidijski in gonokokni okužbi oči se v Sloveniji najpogosteje uporablja Targezin.

Razprava: Na podlagi pregleda literature, rezultatov tujih raziskav in naše raziskave avtorji ugotavljajo potrebo po nadaljnji raziskavi in eventualnih spremembah doktrine izvajanja postopkov neonatalne profilakse zdravega donošenega novorojenčka v Sloveniji.

Ključne besede: neonatalna profilaksa, novorojenček, oftalmija, vitamin K, poporodna obravnava

¹² **Corresponding author:** asist. dr. Anita Jug Došler, univ.dipl. ped., Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana, Slovenija. E-mail: anita.jug@zf.uni-lj.si.

ABSTRACT

Introduction: *The article presents some important aspects of neonatal prophylaxis for a healthy, mature newborn in Slovene birth hospitals. The survey outlines clinical practice of vitamin K application to the newborn and prophylaxis against chlamydial and gonococcal eye infection.*

Methods: *The research is based on empirical research questionnaire, on the quantitative paradigm. The authors used a descriptive and causal non-experimental method of empirical research. The survey questionnaire regarding the first care of the newborn was sent to all Slovene birth hospitals (n = 14), more specifically to clinical ward leaders. The gathered data was processed on the level of descriptive statistics with the use of SPSS program. Frequencies and percentages were calculated.*

Results: *All Slovene birth hospitals that responded to the survey, n = 10, (out of overall 14) apply vitamin K to all newborns. Prophylaxis against chlamydial and gonococcal eye infection is applied to all newborns in 10 Slovene birth hospitals. The majority of Slovene birth hospitals carry out the procedures in the first hour after birth. Most of Slovene birth hospitals apply intramuscular vitamin K injection in the gluteal muscle. Parents can choose the method of vitamin K application in 4 birth hospitals. The most commonly used medicine against chlamydial and gonococcal eye infection for newborn is Targasin.*

Discussion: *Based on the literature review, the results of some international surveys and our research survey, authors found out the need for further research and eventual changes in the doctrine of performing interventions of neonatal prophylaxis of healthy and mature newborn in Slovenia.*

Key words: *neonatal prophylaxis, newborn, ophtalmia, vitamin K, postpartum care*

1 Uvod

V Sloveniji, v sklopu rutinske prve oskrbe novorojenčki preventivno dobivajo očesne kapljice za preprečevanje neonatalne oftalmije. Poleg tega so deležni aplikacije vitamina K za preprečevanje hemoragične bolezni novorojenčka, ki se v Sloveniji izvaja že od leta 1987. Obe obliki neonatalne profilakse sta v Sloveniji tudi zakonsko opredeljeni.

Neonatalna oftalmija (v nadaljevanju: NO), tudi neonatalni konjunktivitis, predstavlja najpogostejšo infekcijo oči v prvih 28 dnevih življenja novorojenčka (Gul et al., 2010; Zuppa et al., 2011). NO se kaže kot gnojni izcedek iz oči, rdečina veznice, oteklina vek in je lahko v primeru nezdravljenosti potencialni povzročitelj slepote, predvsem v državah v razvoju (Darling, 2011; Ganatra, Zaidi, 2010; Gul et al., 2010). V preteklosti je NO pomenila okužbo z bakterijo *Neisseria gonorrhoea*, danes pa pod tem terminom razumemo kakršen koli konjunktivitis v tem starostnem obdobju, ne glede na vrsto povzročitelja (Canadian Paediatric Society, 2002).

Vzrok nastanka NO je lahko infekcijski ali ne-infekcijski (npr. kemični, mehanični). Infekcijski vzrok je lahko posledica okužbe s spolno ali nespolno prenosljivimi bakterijami, virusi ali paraziti, ki so povzročitelji NO predvsem v državah v razvoju (Gul et al., 2010; Matejcek, Goldman, 2013). Okužbe s klamidijo napredujejo počasneje od gonokoknih in redkeje puščajo resne posledice pri novorojenčku (Darling, 2011). Hkrati pa klamidijske okužbe predstavljajo najpogostejšo bakterijsko spolno prenosljivo bolezen v svetovnem merilu (Kakar et al., 2010). Nezdravljena okužba materničnega vratu s klamidijo je povezana z večjim tveganjem za prezgodnji porod in prezgodnji razpok plodovih jajčnih ovojev. Prenos okužbe z matere na novorojenčka poteče med vaginalnim porodom in se lahko kaže kot NO ali pnevmonitis pri novorojenčku in/ali kot poporodni endometritis pri materi (Gupta, Bowman, 2012). Okužba z *N. gonorrhoeae* lahko povzroča ulceracije roženice in posledično lahko vodi v slepoto (Darling, 2011; Gul et al., 2010). Kljub razširjeni profilaksi je NO še vedno problematična, njena incidenca pa znaša med 2-23 % v različnih državah (Gul et al., 2010).

Mnoge države prakticirajo rutinsko profilakso oči novorojenčka z različnimi preparati (Gul et al., 2010). Rastopina 1 % srebrovega nitrata je v preteklosti predstavljala zelo učinkovito profilaktično metodo v primerih gonokoknih NO. Mazilo Eritromicin in povidon-iodin sta z razliko od srebrovega nitrata bolj učinkovita sredstva neonatalne profilakse oči pri klamidijskih okužbah (Darling, McDonald, 2010). 1 % tetraciklin (mazilo) z antimikrobnim delovanjem nudi zaščito pred gonokoknimi okužbami, deluje pa tudi proti stafilokokom, streptokokom ter pseudomonasu. Kljub temu, da zmanjšuje možnost pojavnosti NO pri okužbi s klamidijo, ne prepreči njene kolonizacije v nosu, grlu in ne preprečuje pljučnice (Zuppa et al., 2011). 2,5 % povidon-iodina je netoksična raztopina, ki je še vedno pod drobnogledom številnih študij (Darling, 2011). Meyer (2014) za njene prednosti navaja: učinkovito delovanje proti številnim vrstam organizmov, netoksičnost raztopine, ekonomsko ugodna rešitev z odsotnostjo antibiotičnega delovanja. Fusidna kislina je bakteriostatičen antibiotik in deluje proti *N. gonorrhoeae*, tako kot proti *C. trachomatis*. Predstavlja novost v preprečevanju NO, njeno delovanje pa je še vedno v fazi preizkušanja (Zuppa et al., 2011). Neonatalna profilaksa oči je obvezna v Kanadi in večini držav ZDA. Zdravstveni delavci so zakonsko obvezani, da izvajajo neonatalno profilakso oči in starši nimajo legalne pravice, da ta poseg zavrnejo. V številnih evropskih državah je bila rutinska profilaksa oči nekaj desetletij nazaj opuščena, med drugim tudi v Veliki Britaniji, Švedski, Norveški in Danski (Darling, 2010; Darling, 2011). V Sloveniji se v skladu s *Pravilnikom o spremembah in dopolnitvah Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni* (2005) obvezno izvaja preventiva neonatalne oftalmije, ki se mora opraviti v prvih treh urah

po rojstvu z aplikacijo 1 % kapljic acetil tanin albuminata v očesno veznico vsakega novorojenčka.

Pojav, ki je na strokovnem področju bolje poznan kot »hemoragična bolezen novorojenčka«, bi morali po mnenju številnih avtorjev zamenjati za termin »krvavitev zaradi pomanjkanja vitamina K (v nadaljevanju: KPVK)« (Shearer, 2009; Sutor et al., 1999). Zaradi pomanjkanja K vitamina lahko prihaja do krvavitev pri novorojenčkih v obdobju prvih ur do nekaj mesecev po rojstvu (Puckett, Offringa, 2009). Zgodnja KPVK se pojavi v prvih 24-ih urah, medtem ko klasična med prvim in sedmim dnevom po rojstvu. Kasna KPVK se pojavi od drugega do dvanajstega tedna, s krvavitvijo v intrakranialni prostor, v kožo in črevesje in se pojavlja skoraj izključno pri dojenih otrocih (Puckett, Offringa, 2009; Takahashi et al., 2011). KPVK nastane kot posledica pomanjkanja od vitamina K odvisnih faktorjev strjevanja krvi in protrombina, saj je vitamin K nujno potreben za sintezo določenih faktorjev strjevanja krvi (II, VII, IX, X) (Puckett, Offringa, 2009; Strehle et al., 2011; Takahashi et al., 2011).

Vitamin K se lahko aplicira intramuskularno ali pa oralno. Intramuskularna aplikacija predstavlja bolj invazivno bolečo metodo, hkrati pa lahko povzroči mišični hematoma (Puckett, Offringa, 2009), osteomielitis ali absces (Jafarzadeh et al., 2008). Poleg tega ima bolečina lahko dolgoročne posledice na nevrološki in kognitivni razvoj novorojenčkov (Kashaninia et al., 2008; Lago et al., 2009). Oralna aplikacija je neinvazivna metoda, vendar pa je absorpcija vitamina K lahko slabša, če novorojenček z bruhanjem in regurgitacijo izbljuva zaužito dozo vitamina K (Puckett, Offringa, 2009). Večina avtorjev, ki podpira peroralno aplikacijo, svetuje večkratno aplikacijo v manjših odmerkih (Perry et al., 2006; Stiefel, 2007; Tobi et al., 2001). Khambalia et al. (2012) poudarjajo, da bi zdravnik ali babica morala prepustiti izbiro načina aplikacije vitamina K staršem. Nova Zelandija, Velika Britanija in Irska danes priporočajo rutinsko aplikacijo vitamina K novorojenčkom (Harvey, 2008; Postnatal care: Routine postnatal care of women and their babies: Guidance, 2006). *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* (Postnatal care: Routine postnatal care of women and their babies: Guidance, 2006) priporoča aplikacijo intramuskularne injekcije vitamina K vsem novorojenčkom, v primeru odklonitve tega načina aplikacije pa poudarja, da je potrebno staršem ponuditi oralno aplikacijo. V skladu s *Pravilnikom o spremembah in dopolnitvah pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni* (2005) se v Sloveniji obvezno izvaja preventiva hemoragične bolezni, ki se mora opraviti v prvih treh urah po rojstvu z aplikacijo 1 mg ustrezne oblike vitamina K intramuskularno.

2 Metode

V nadaljevanju predstavljamo rezultate dela raziskave, katere namen je bil proučiti prakso apliciranja K-vitamina novorojenčkom in profilakse proti klamidijski in gonokokni okužbi oči v slovenskih porodnišnicah, na podlagi ocen vodij kliničnih porodnih oddelkov. V okviru raziskave smo si zastavili naslednja raziskovalna vprašanja: (1) Kdaj se izvede aplikacija K-vitamina in kdaj profilaksa proti klamidijski in gonokokni okužbi oči?; (2) Kako se izvaja obe aplikaciji?; (3) Kateri preparat se uporablja proti gonokokni in klamidijski okužbi oči?.

Raziskava temelji na empiričnem anketnem raziskovalnem pristopu in je zasnovana na osnovi kvantitativne raziskovalne paradigme. Uporabljena je kavzalno-neeksperimentalna metoda empiričnega raziskovanja. Podatki v raziskavi so zbrani z vprašalnikom, ki smo ga predhodno preizkusili na pilotnem vzorcu petnajstih anketirancev, s čimer smo preverili razumljivost zastavljenih vprašanj. Anketiranje je potekalo od marca do maja, 2013. Vprašalnik je v celoti vseboval 29 vprašanj, v prispevku so analizirana 4.

Za določanje veljavnosti (% pojasnjene variance s prvim faktorjem) in zanesljivosti (% pojasnjene variance s skupnimi faktorji), smo uporabili izid faktorjske analize, ki je pokazal, da je naš raziskovalni instrument v meji sprejemljive veljavnosti (prvi faktor je pojasnil 22,4 % variance) in zanesljivosti (z izidom faktorjske analize smo dobili tri faktorje, ki skupaj pojasnjujejo 60,1 % variance).

Anketa je bila poslana 14-im vodjem porodnih oddelkov porodnišnic v Sloveniji (Kranj, Ljubljana, Jesenice, Trbovlje, Celje, Novo mesto, Maribor, Brežice, Šempeter, Slovenj Gradec, Izola, Murska Sobota, Postojna, Ptuj), veljavnih in vrnjenih vprašalnikov smo dobili 10, kar predstavlja 71 % odziv. Vzorec je namenski. Sodelovanje v anketi je bilo prostovoljno in anonimno. Izvedbo raziskave je odobrila Katedra za babištvo Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani.

Obdelava podatkov je potekala na nivoju deskriptivne statistike, z izračuni frekvenc in odstotkov.

3 Rezultati

Rezultati raziskave so pokazali, da 9 (90 %) slovenskih porodnišnic, od vseh desetih, ki so se odzvale, aplicira K-vitamin vsem novorojenčkom. Profilakso proti klamidijski in gonokokni okužbi oči aplicira vsem novorojenčkom vseh 10 (100 %) slovenskih porodnišnic. 4 (40 %) porodnišnice po ocenah vodij aplicirajo K vitamin v prvi uri po rojstvu. 4 (40 %) porodnišnice K vitamin aplicirajo od ene do tri ure po rojstvu, 1 porodnišnica (10 %) pa od treh do 24 ur po rojstvu (Tabela 1).

Tabela 1. Čas aplikacije K vitamina

| Kdaj aplicirate K vitamin? | V prvi uri po rojstvu | Ena do tri ure po rojstvu | Tri do 24 ur po rojstvu | Drugo | Skupaj |
|----------------------------|-----------------------|---------------------------|-------------------------|--------|---------|
| Frekvenca | 4 | 4 | 1 | 1 | 10 |
| Odstotek | 40,0 % | 40,0 % | 10,0 % | 10,0 % | 100,0 % |

Profilakso proti klamidijski in gonokokni okužbi oči v prvi uri po rojstvu aplicirajo 4 (40 %) slovenske porodnišnice, medtem ko je profilaksa pri 6-ih (60 %) porodnišnicah aplicirana od ene do tri ure po rojstvu (Tabela 2).

Tabela 2. Čas aplikacije profilakse proti klamidijski in gonokokni okužbi oči

| Kdaj aplicirate profilakso proti gonokokni in klamidijski okužbi? | V prvi uri po rojstvu | Ena do tri ure po rojstvu | Skupaj |
|---|-----------------------|---------------------------|---------|
| Frekvenca | 4 | 6 | 10 |
| Odstotek | 40,0 % | 60,0 % | 100,0 % |

V primeru intramuskularne aplikacije K vitamina otroku lajša bolečino 1 (10 %) porodnišnica (z dojenjem), 9 (90 %) ostalih porodnišnic v Sloveniji pa tega ne počne. V primeru intramuskularne aplikacije 8 (80 %) porodnišnic K vitamin aplicira v glutealno mišico, 2 (20 %) pa v stegensko.

5 (55,6 %) slovenskih porodnišnic K vitamina per os ne aplicira. 2 porodnišnici aplicirata 1 mg K vitamina takoj po rojstvu in enako dozo en teden po rojstvu. V enkratni dozi 1 mg K vitamina takoj po rojstvu aplicira 1 (11,1 %) porodnišnica (Tabela 3).

Tabela 3. Režim, po katerem aplicirate K vitamin per os

| Po kakšnem režimu aplicirate K vitamin per os? | Ne apliciramo K vitamina per os | V enkratni dozi 1 mg takoj po rojstvu | 1 mg takoj po rojstvu in enako dozo en teden po rojstvu | Drugo | Skupaj |
|--|---------------------------------|---------------------------------------|---|--------|---------|
| Frekvenca | 5 | 1 | 2 | 1 | 9 |
| Odstotek | 55,6 % | 11,1 % | 22,2 % | 11,1 % | 100,0 % |

Glede vrste preparata za preprečevanje klamidijske in gonokokne okužbe oči v slovenskih porodnišnicah (v 8 oz. 80 %) prevladuje Targezin (Tabela 4).

Tabela 4. Vrsta preparata, ki se uporablja proti gonokokni in klamidijski okužbi

| Kateri preparat uporabljate proti gonokokni in klamidijski okužbi novorojenčka? | Targezin | Eritromicin | Tetraciklin | Drugo | Skupaj |
|---|----------|-------------|-------------|--------|---------|
| Frekvenca | 8 | 1 | 0 | 1 | 10 |
| Odstotek | 80,0 % | 10,0 % | 0,0 % | 10,0 % | 100,0 % |

4 Razprava

Rezultati naše raziskave so pokazali, da se praksa znotraj slovenskih porodnišnic glede preprečevanja krvavitev zaradi pomanjkanja vitamina K in neonatalne oftalmije, razlikuje. Tuja literatura si glede neonatalne profilakse oči ni enotna. Darling (2011) navaja, da so številne evropske države, opustile neontalno profilakso oči že nekaj desetletij nazaj. Sredstva, ki so v uporabi za preprečevanje neonatalne oftalmije so namreč precej agresivna (Ganatra, Zaidi, 2010). Kanadsko združenje pediatrov *Recommendations for the prevention of neonatal ophthalmia* ocenjuje, da je srebrov nitrat povzročitelj kemičnega konjunktivitisa v 50-90 % oziroma lahko otežuje prvi stik in navezovanje med materjo in otrokom (Johnson, 2013; Johnston et al., 2008; Canadian Paediatric Society, 2002). Slabost antibiotikov (eritromicin, tetraciklin) pa je zgodnja izpostavljenost novorojenčkov antibiotičnemu pripravku, iz česar izvirajo tudi alergične reakcije, ter potencialen pojav rezistentnosti zaradi razširjene uporabe antibiotika (Darling, 2011), poleg tega tudi ti preparati lahko izzovejo kemični konjunktivitis (Matejcek, Goldman, 2013). Kljub temu pa nekateri avtorji poudarjajo, da bi morala neonatalna profilaksa oči ostati rutinski postopek po vsem svetu (Caligaris et al., 2010). Verjeten razlog gre iskati v tem, da ponekod pojavnost teh okužb niha oz. celo raste (Klavs et al., 2012).

V primeru intramuskularne aplikacije največ slovenskih porodnišnic K vitamin aplicira v glutealno mišico in ob tem ne uporablja protibolečinske terapije. Avtorji navajajo, da je za aplikacijo pri novorojenčku primernejša stegenska mišica (Johnson, Taylor, 2009). Uporaba sredstev za lajšanje bolečine je sicer v skupini novorojenčkov precej omejena, ob uporabi nefarmakoloških sredstev, se priporoča tudi lajšanje bolečine z dermalnim anestetičnim mazilom (Lago et al., 2009). Bolečina za novorojenčka namreč pomeni velik stres (Ipema,

2012; Johnson, Taylor, 2009). NICE (Postnatal care: Routine postnatal care of women and their babies: Guidance, 2006) priporoča intramuskularno aplikacijo vitamina K, vendar ponuja možnost izbire oralnega pripravka. Italijansko združenje neonatologov priporoča oralno administracijo vitamina K pri vseh izključno dojenih novorojenčkih (Ciantelli et al., 2009). Vsekakor pa naj bi tako intramuskularna kot oralna profilaksa z vitaminom K izboljšala status koagulacije pri novorojenčku (Puckett, Offringa, 2009). Večkratna peroralna aplikacija K vitamina naj bi učinkovito nadomestila aplikacijo v mišico (National health and medical research council, 2010). Določeni posamezniki zagovarjajo ob tem pomen fiziološkega vodenja tretje porodne dobe ter s tem kasne prekinitve popkovnice, saj je na ta način novorojenček deležen večjega volumna krvi in s tem tudi večjega deleža faktorjev strjevanja krvi (Harvey, 2008).

5 Zaključek

Še vedno največ slovenskih porodnišnic profilaksi aplicira v prvi uri po porodu, v času, ki naj bi bil namenjen vzpostavljanju prvega stika med starši in novorojenčkom in naj bi trajal vsaj dve uri po rojstvu (Bratanič et al., 2010). Predpostavljamo, da bi obe aplikaciji lahko odložili na kasnejši čas. Ob tem pa imamo v mislih tudi še druge rutinske postopke (npr. prekinitvev popkovnice takoj po rojstvu, urejanje popka, antropometrične meritve novorojenčka, umivanje in oblačenje), ki se izvajajo v okviru prve oskrbe novorojenčka za obravnavo zdravega donošenega novorojenčka, ki bi bili prav tako lahko odložljivi na kasnejši čas.

Literatura

Bratanič B, Fidler N, Hlastan Ribič C, Poličnik R, Širca Čampa A, Kosem R. Smernice zdravega prehranjevanja za dojenčke. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS, 2010.

Caligaris LSA, Medina NH, Durkin SR, Haro Munoz E, Chinen NH. Assessment of the Current Ocular Health Practices Within Units in the City of São Paulo, Brazil. *Ophthalmic Epidemiol.* 2010;17(5):333-7.

Ciantelli M, Bartalena L, Bernardini M, Biver P, Chesi F, Boldrini A, et al. Late vitamin K deficiency bleeding after intramuscular prophylaxis at birth: a case report. *J Perinatol.* 2009;29(2):168-9.

Canadian Paediatric Society. Recommendations for the prevention of neonatal ophthalmia. *Paediatr Child Health.* 2002;7(7):480-3.

Darling EK, McDonald H. A Meta-analysis of the Efficacy of Ocular Prophylactic Agents Used for the Prevention of Gonococcal and Chlamydial Ophthalmia Neonatorum. *J Midwifery Womens Health.* 2010;55(4):319-27.

Darling EK. Is Mandatory Neonatal Eye Prophylaxis Ethically Justified? A Case Study from Canada, Canada: Public Health Ethics; 2011. Available at: <http://www2.cfpc.ca/local/user/files/%7BCB070CB9-FA33-4167-B903-EC10519A4EE6%7D/phe%202011%20article.pdf> (14. 2. 2014).

Ganatra HA, Zaidi AKM. Neonatal Infections in the Developing World. *Semin Perinatol.* 2010;34(6):416-25.

Gul SS, Jamal M, Khan N. Ophthalmia neonatorum. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2010;20(9):595-8.

Gupta NK, Bowman CA. Managing sexually transmitted infections in pregnant women. *Women's Health*. 2012;8(3):313-21.

Harvey B. Newborn vitamin K prophylaxis: developments and dilemmas. *Br J Midwifery*. 2008;16(8):516-9.

Ipema HJ. Use of oral vitamin K for prevention of late vitamin K deficiency bleeding in neonates when injectable vitamin K is not available. *Annals of Pharmacotherapy*. 2012;46(6):879-83.

Jafarzadeh M, Mohammadzadeh A, Farhat AS, Keramati MR, Khajedaluei M. The Comparison Effect of Oral and Intramuscular Injection vitamin K on PT and APTT in Neonates. *Int J Hematol Oncol*. 2008;18(2):74-8.

Johnson R, Taylor W. *Skills for midwifery practice*. 3rd ed. London: Churchill Livingstone, 2009.

Johnson PJ. Vitamin K Prophylaxis in the Newborn: Indications and Controversies. *Neonatal Netw*. 2013;32(3):193-9.

Johnston PGB, Flood K, Spinks K. *The newborn child*. 9th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2008.

Kakar S, Bhalla P, Maria A, Rana M, Chawla R, Mathur NB. Chlamydia trachomatis causing neonatal conjunctivitis in a tertiary care center. *Indian J Med Microbiol*. 2010;28(1):45-7.

Kashaninia Z, Sajedi F, Rahgozar M, Noghabi FA. The effect of Kangaroo Care on Behavioral Responses to Pain of an Intramuscular Injection in Neonates. *J Spec Pediatr Nurs*. 2008;13(4):275-80.

Khambalia AZ, Roberts CL, Bowen JR, Nassar N. Maternal and infant characteristics by mode of vitamin K prophylaxis administration. *J Pediatr Child Health*. 2012;48(8):665-8.

Klavs I, Kustec T, Kastelic Z. *Spolno prenesene okužbe v Sloveniji, letno poročilo 2011*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2012.

Lago P, Garetti E, Merazzi D, Pieragostini L, Ancora G, Pirelli A, et al. Guidelines for procedural pain in the newborn. *Acta Paediatr*. 2009;98(6):932-9.

Matejcek A, Goldman RD. Treatment and prevention of ophthalmia neonatorum. *Can Fam Physician*. 2013;59(11):1187-90.

Meyer D. Ophthalmia Neonatorum Prophylaxis and the 21st Century Antimicrobial Resistance Challenge. *Middle East Afr J Ophthalmol*. 2014;21(3):203-4.

National Institute for Health and Care Excellence NICE, 2006. Postnatal care: Routine postnatal care of women and their babies: Guidance, 2006. Dostopno na: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg37/chapter/guidance> (12. 10. 2014).

National health and medical research council. Joint statement and recommendations on vitamin K administration to newborn infants to prevent vitamin K deficiency bleeding in infancy. Canberra: Commonwealth Australia, 2010.

- Perry SE, Wong DL, Hockenberry MJ, Lowdermilk DL, Wilson D. Maternal child nursing care. 3rd ed. Missouri: Mosby Elsevier, 2006.
- Puckett RM, Offringa M. Prophylactic vitamin K for vitamin K deficiency bleeding in neonates. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009(4).
- Shearer MJ. Vitamin K deficiency bleeding (VKDB) in early infancy. *Blood Rev.* 2009;23(2):49-9.
- Stiefel A. Das gesunde Neugeborene. In: Geist C, Harder U, Stiefel A, eds. *Hebammenkunde.* 4th ed. Stuttgart: Hipocrates Verlag; 2007.
- Strehle EM, Howey C, Jones R,. Evaluation of the acceptability of a new oral vitamin K prophylaxis for breastfed infants. *Acta Paediatr.* 2010;99(3):379-83.
- Sutor AH, Von Kries R, Cornelissen EA, McNinch AW, Andrew M. Vitamin K deficiency bleeding (VKDB) in infancy. ISTH Pediatric/ Perinatal Subcommittee. International Society on Thrombosis and Haemostasis. *Thromb Haemost.* 1999;81(3):456-1.
- Takahashi D, Shirahata A, Itoh S, Takahashi Y, Nishiguchi T, Matsuda Y. Vitamin K prophylaxis and late vitamin K deficiency bleeding in infants: Fifth nationwide survey in Japan. *Pediatr Int.* 2011;53(6):897-901.
- Tobi H, Schirm E, Verdegaal AM, De Jong LTW. Pharmacotherapy in the perinatal period – an exploratory study in midwifery. *Pharm World Sci.* 2001;23(6):224-6.
- Zuppa AA, D'Andrea V, Catenazzi P, Scorrano A, Romagnoli C. Ophthalmia neonatorum: what kind of prophylaxis? *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2011;24(6):769-73.