



Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

in



Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji

***CELOSTNA
ZDRAVSTVENA OBRAVNAVA
ŽENSKE S TEŽAVAMI NA PODROČJU
DUŠEVNEGA ZDRAVJA
V
RODNEM OBDOBJU***

Zbornik strokovnih prispevkov z recenzijo

Idrija, maj 2017



Organizator:

ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE – ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PSIHIATRIJI Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije in Psihiatrična bolnišnica Idrija

Strokovni seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije

CELOSTNA ZDRAVSTVENA OBRAVNAVA ŽENSKE S TEŽAVAMI NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA V RODNEM OBDOBJU

Idrija, 23. maj 2017

Zbornik strokovnih prispevkov z recenzijo

Urednika:

Branko Bregar

Darko Lončnar

Recenzenta:

Branko Bregar

Jožica Peterka Novak

Zbral in tehnično uredil:

Darko Lončnar

Lektoriral:

Kristijan Šinček

Tisk in naklada:

ABO grafika, 100 izvodov

Založila in izdala:

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

SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PSIHIATRIJI

Publikacija je dostopna tudi na: <http://www.sekcijapsih-zn.si>

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Univerzitetna knjižnica Maribor

618.2:159.922(082)

CELOSTNA zdravstvena obravnava ženske s težavami na področju duševnega zdravja v rodnem obdobju : zbornik strokovnih prispevkov z recenzijo / [urednika Branko Bregar, Darko Lončnar]. - Idrija : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije : Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, 2017

ISBN 978-961-93121-9-3

1. Bregar, Branko

COBISS.SI-ID [91985921](http://www.cobiss.si/urn:nbn:si:coibis:91985921)

PROGRAM STROKOVNEGA SREČANJA

08.00 - 08.45 **Registracija udeležencev**

08.45 - 09.00 **Otvoritev srečanja in pozdrav udeležencem**

I. Sklop

Moderatorica: Anja Mivšek, dipl. m. s.

09.00 - 09.30 **Duševne motnje v nosečnosti in poporodnem obdobju**

30 min Anica Gorjanc Vitez, dr. med., spec. psih.

09.35 - 10.05 **Od medikalizacije do opolnomočenja: obporodne duševne stiske**

30 min dr. Zalka Drglin, prof. ped., mag. soc. kult.

10.10 - 10.20 **Razprava**

10 min

10.20 - 10.50 **Odmor**

30 min

II. Sklop

Moderator: Darko Lončnar, mag. zdr.-soc. manag.

10.50 - 11.20 **Psihološka obravnava nosečnice z duševno motnjo**

30 min dr. Vislava Velikonja, univ. dipl. psih.

11.25 - 11.45 **Varna uporaba zdravil v nosečnosti in v obdobju laktacije pri ženski z duševno motnjo**

20 min Danila Hriberšek, mag. farm., spec. klin. farm.

11.50 - 12.10 **Zdravstvena nega ženske v poporodnem obdobju na oddelku pod posebnim nadzorom**

20 min Urška Poček, dipl. m. s.

12.15 - 12.35 **Obravnava ženske po izgubi otroka - osebna izkušnja**

20 min Damjana Fidler, dipl. upr. org., članica društva Solzice

12.40 - 12.55 **Razprava**

15 min

12.55 - 14.10 **ODMOR ZA KOSILO**

75 min

III. Sklop

Moderatorka: Lidija Mrak, mag. zdr.-soc. manag.

Satelitski simpozij

14.10 - 14.30 **Psoriaza, zdravljenje in kvaliteta življenja (Novartis Pharma Services Inc.)**

20 min doc. dr. Nada Kecelj Leskovec, dr. med., spec. dermat.

14.35 - 15.05 **Obravnavanje nosečnic in otrok z odvisnostjo od psihoaktivnih substanc – vloga socialne delavke**

30 min mag. Vesna Mejak, univ. dipl. soc. del.

15.10 - 15.30 **Vloga patronažne medicinske sestre pri prepoznavanju duševnih motenj pri otrocih**

20 min Mojca Petek, dipl. bab.

15.35 - 15.45 **Razprava**

10 min

15.45 **Zaključek seminarja in podelitev potrdil**

KAZALO

Strokovni prispevki

OD MEDIKALIZACIJE DO OPOLNOMOČENJA: OBPORODNE DUŠEVNE STISKE – PRIMER TRAVMATIČNEGA PORODA.....	1
Zalka Drglin	
PSIHOLOŠKA OBRAVNAVA NOSEČNIC Z DUŠEVNO MOTNJO	10
Vislava Globevnik Velikonja	
VARNA UPORABA ZDRAVIL V NOSEČNOSTI IN V OBDOBJU LAKTACIJE PRI ŽENSKI Z DUŠEVNO MOTNJO	16
Danila Hriberšek	
KO UMRE OTROK – SAMO PRIMI ME ZA ROKO IN PUSTI ME JOKATI	20
Damjana Fidler	
VLOGA SOCIALNE DELAVKE PRI OBRAVNAVI NOSEČNICE IN OTROČNICE S TEŽAVAMI NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA.....	26
Vesna Mejak	
VLOGA PATRONAŽNE MEDICINSKE SESTRE PRI PREPOZNAVANJU DUŠEVNIH MOTENJ PRI OTROČNICI	31
Mojca Petek	
Izvodila	
DUŠEVNE MOTNJE V NOSEČNOSTI IN POPORODNEM OBDOBJU	38
Anica Gorjanc Vitez	
ZDRAVSTVENA NEGA ŽENSKE V POPORODNEM OBDOBJU NA ODDELKU POD POSEBNIM NADZOROM	40
Urška Poček	

Od medikalizacije do opolnomočenja: obporodne duševne stiske – primer travmatičnega poroda

From the medicalization to empowerment: perinatal mental distress – case study of traumatic birth experience

dr. Zalka Drglin, prof. ped., mag. soc. kult.

Nacionalni inštitut za javno zdravje

zalka.drglin@nijz.si

Izvleček

Teoretična izhodišča: Med duševne stiske žensk v obporodnem obdobju štejemo depresijo, tesnobo, poporodno otožnost, psihozo in posttravmatsko stresno motnjo. Medikalizacija materinstva v samem začetku je značilna za drugo polovico dvajsetega stoletja in je povezana s pojavom travmatičnega poroda, ki lahko dobi značilnosti posttravmatskega stresnega sindroma. **Metode:** S kvalitativno vsebinsko analizo – s pomočjo kodiranja in kategoriziranja izbranega pričevanja o doživljanju porodne pomoči – prikazujemo problematiko medikaliziranega poroda in njegovo povezavo s travmatičnim porodom in posttravmatskim stresnim sindromom. **Rezultati:** Analize porodne zgodbe s kodiranjem oštevilčenih izjav so naslednje kategorije: bolečina, individualizirana skrb, odnos zdravstvenih strokovnjakov, informirana izbira, počutje, pravice žensk, dobrobit otroka, vloga partnerja; njihove značilnosti v nadaljevanju pojasnjujejo povezavo med medikaliziranim porodom in travmatičnim doživetjem. **Razprava in zaključki:** Zaradi značilnosti medikaliziranega poroda se pojavlja pomanjkanje informirane izbire in sodelovanja pri odločitvah glede svojega telesa in poteka poroda, ki skupaj z neustreznim odnosom zdravstvenih strokovnjakov ogrozijo dobrobit žensk in povzročijo telesno in duševno trpljenje v obliki travmatičnih porodov, ki v nekaterih primerih rezultirajo v posttravmatskem stresnem sindromu. Nužen je obrat k obporodni skrbi, osrediščeni na žensko, ki obeta opolnomočenje mater.

Ključne besede: nosečnost, porod, travma, materinstvo, na žensko osrediščena skrb.

Abstract

Introduction: In perinatal period women can be affected by a range of mental health problems, including depression, anxiety, postpartum blues, psychosis, and posttraumatic stress disorder. Medicalization of motherhood in the very beginning is typical for the second half of the twentieth century and is associated with the occurrence of traumatic childbirth, in some cases with PTSD. **Methods:** The qualitative content analysis – using the coding and categorizing of the selected birth experience – presents the problem of medicalized birth and its relationship with traumatic childbirth and post-traumatic stress syndrome. **Results** of the analysis of birth story (numbered statements were coded) are the following categories: pain, individualized care, attitude of health professionals, informed choice, welfare of the woman, women's rights, welfare of the child, the role of the partner. The connection between medicalized birth and traumatic experience is explained by their characteristics.

Discussion and conclusions: Due to the characteristics of medicalized childbirth – lack of fully informed choice and insufficient participation in making decisions about their body and birth processes, together with inadequate attitude of health professionals – the welfare of women is endangered and causes physical and mental suffering in the form of traumatic births, in some cases resulting in PTSD. It is necessary to turn to a woman-centered maternity care, which promises to empower mothers.

Keywords: pregnancy, childbirth, trauma, maternity, women-centered care.

» /.../ se danes samo še sprašujem, če sem sploh po tej travmatski izkušnji sposobna še imeti kakšnega otroka, zaradi nepremostljivega strahu pred porodom. Pred vsem tem sem želela imeti najmanj tri otroke.« /57-58/ (porodna zgodba Renate P., gl. opomba 2)

Teoretična izhodišča

Med duševne stiske žensk v nosečnosti in po porodu štejemo poporodno otožnost, obporodno depresijo in tesnobo, poporodno psihozo in posttravmatski stresni sindrom (v nadaljevanju PTSD). Otožnost je prehodna težava in ne zahteva zdravljenja, obporodna depresija in tesnoba sta resnejši in dalj časa trajajoči stanji, za kateri je pogosto potrebna pomoč in tudi zdravljenje s psihoterapijo in/ali zdravili, psihoza pa je resna duševna bolezen, ki jo je potrebno nemudoma zdraviti, največkrat pa je nujna tudi hospitalizacija (Brockington & Kumar, R. eds., 1982; Drglin, 2009). Ženske lahko svoje porode doživijo kot travmatske in nekatere od teh trpijo za PTSD. PTSD po porodu se lahko pojavi, če je bilo ogroženo materino življenje ali življenje otroka, če je bila ogrožena njena telesna ali duševna integriteta, če je grozilo, da bo otrok poškodovan. Za diagnozo PTSD morajo biti prisotni intenziven strah, nemoč ali groza; drugi simptomi so še nočne more, podoživljanje posameznih delov poroda, čustveni izpadi, panični napadi, huda jeza ali nasprotno, čustvena neobčutljivost (Creedy, Shochet and Horsfall, 2000). Ocenjuje se, da 2–5 % žensk po porodu doživlja PTSD; ta lahko močno zaznamuje zgodnje obdobje materinstva, posameznica potrebuje pomoč in v nekaterih primerih zdravljenje, ključne pa so tudi spremembe v obporodni skrbi (Ayers, 2007).

Medicina in zdravstvena nega na področju reprodukcije beležita nesporne dosežke, njun doprinos k ohranjanju življenj in zdravja žensk in otrok je pomemben. Tu se posvečamo problematizaciji medikalizacije poroda. Ta je prevladujoča v Evropi in Severni Ameriki dvajsetega stoletja, z globalizacijskimi procesi v njegovi drugi polovici pa je postala ena bistvenih značilnosti obporodne skrbi (Davis-Floyd, 1992, 2001).

Medikalizacijo označuje tehnologiziran, centraliziran in institucionaliziran porod, ki ženske ne postavlja v središče obravnave (Wagner, 2007). S pretehtano zdravstveno pomočjo, zdravili in posegi med porodom zdravstveni strokovnjaki ohranjajo zdravje in življenja. Pretirana ali neutemeljena uporaba naštetega, kar je značilnost medikaliziranega poroda, kratkoročno in dolgoročno prinaša povečana tveganja za zdravje in življenje matere in otroka – pa naj govorimo o pretiranem poseganju po umetnih popadkih ali previsokem številu prerezov presredka.

Med manj tematiziranimi problemi medikalizacije je njena povezava s travmatični porodi. Huda porodna izkušnja je lahko vzrok resnih duševnih težav – za razliko od pozornosti, ki jo danes namenjamo obporodni depresiji, pa je nekoliko zapostavljena in celo tabuizirana. Za žensko je najpomembnejši cilj varen porod in rojstvo zdravega otroka. A porodni potek in porodna pomoč lahko povzročijo pravo opustošenje čustvenega in telesnega zdravja žensk. Kako posameznica porod, ki ga navadno povezujemo z veseljem, doživi kot travmatičen? V kakšnem smislu specifična obporodna obravnava in ravnanja (in opustitve ravnanj) zdravstvenih strokovnjakov predstavljajo dejavnike tveganja za travmatični porod?

V nekaterih primerih porodna travma korenini v predhodni travmi, ki jo je ženska doživela, na primer ob spolni zlorabi, ki jo je skozi ne dovolj občutljivo in premalo individualizirano obporodno skrb podoživela (Montgomery, et al., 2015). Lahko pa travma izvira iz dogodkov in ravnanja ob samem porodu. Porod je lahko travmatična izkušnja kljub temu, da je na zunaj videti nezapleten ali celo »lahek«.

Pričevanja posameznic nas učijo, kako travmatična porodna izkušnja žensko oropa in rani: namesto radosti čuti jezo, žalost, izgubo, razočaranje, ob tem pa omenjenih občutkov njeni bližnji, zdravstveni strokovnjaki in širša okolica pogosto ne priznavajo kot verodostojnih in upravičenih; počutijo se zavrnjene, češ: »Nikar tako ne kompliciraj glede poroda. Imaš zdravega otroka, ni to najbolj pomembno?!« Matere se nemalokrat počutijo popolnoma same s celo kopico neprijetnih občutkov glede poroda; pri tem lahko gre za široko paleto vse od obvladljivih občutkov nezadovoljstva in žalosti ter jeze do zelo hudih telesnih odzivov; travma se lahko izrazi v PTSD (Madsen, 1994).

Ženske kažejo pripravljenost, da porodne izkušnje delijo z drugimi, še posebej tiste, ki jih označujejo za izrazito dobre ali slabe (Pollock, 1999). Ob tem pa uporabljajo določeno mero samocenzure, tako da na primer svoje radostne porodne zgodbe ne povedo, če menijo, da bi prizadela tisto s travmatično izkušnjo; in obratno, ne povedo vsega, da ne bi prestrašile nosečnic. Nekatere pa porod tako zaznamuje, da želijo aktivno sodelovati pri izboljšanju obporodne skrbi in iščejo poti, da bi sporočile zdravstvenim strokovnjakom, kako so jih doživljale.

Metode

V nadaljevanju z analizo izbranega pričevanja, ki je reprezentativno za del sodobne porodne kulture in sodi v skupino doživljanja poroda kot travme, izpolnujemo zavezo do žensk kot tistih, za katere nam pri tematiki pravzaprav *gre*: dajemo jim glas. Uporabili smo kvalitativno metodologijo: porodno pričevanje, pridobljeno v letu 2017, smo analizirali po principu kvalitativne vsebinske analize s pomočjo kodiranja in kategoriziranja besedila, ki je osnova za oblikovanje teoretične razlage oziroma pojasnitev proučevanega pojava (Mesec, 1998). Določili smo kode in kategorije, ki smo jih klasificirali glede na posamezne teme pričevanja, in so predstavljene v razpredelnici (Tabela 1). Podrobnejšo analizo hrani avtorica prispevka.

Rezultati in razprava

Renata P. (R. P.) je rodila v slovenski porodnišnici.¹ Svojo porodno zgodbo vpelje z besedami: »Zgodilo se je v začetku leta 2015, vendar pa je spomin in občutek močno živ še danes. Ta dan oziroma tri dni si bom zapomnila za vedno. Želim povedati na glas o tej zelo negativni in nečloveški izkušnji v našem zdravstvu« /1-3/. Nosečnost je bila zaželena, in kot pravi sama: »Začetek nosečnosti ni predstavljal težav, nobenega bruhanja, slabosti in vsega negativnega, kar lahko pač v nosečnosti pričakuješ. Skratka zelo lepo obdobje s polno veselja in radosti, s pričakovanjem na prihajajočega novega člana v družino.« /5,6/ Njeno počutje je bilo zelo dobro, sredi nosečnosti so ji diagnosticirali gestacijski diabetes, s katerim se je naučila živeti in ustrezno skrbeti za svoje in otrokovo zdravje. Želela si je »roditi na povsem naraven način, brez protibolečinskih odmerkov« /47/. Porod vpelje z napovedjo: »Prava zmešnjava pa se začne na rok poroda, ko sem začela na ultrazvoke in CTG-je hoditi v porodnišnico« /12/. Težo otroka teden po predvidenem roku poroda (PDP) so cenili na 4.700 g. Porod se ni začel spontano, po dveh tednih od PDP so prvi dan v porodnišnici uporabili tablete za sproženje. Zdravnik je v času čakanja na njene popadke, ki pa jih ni bilo, »vsaj takih ne, da bi jih čutila« /21/, opravljal redne vaginalne preglede, ki so bili zelo boleči; predpostavlja, da je zdravnik pri zadnjem »na silo« odprl maternični vrat. Zdravnik je partnerja obvestil, da bodo najbrž naredili carski rez, ker se »ne odpirak«. V porodno sobo je prišla drugi dan zvečer, pridružil se ji je partner. Z njenim privoljenjem so ji dali sredstvo za lajšanje bolečin, ki pa so po njenih besedah »steklo« prehitro: »Seveda sva se s partnerjem spraševala, če je to prav, pa je medicinski brat rekel, da sedaj ne more nič in da naslednje štiri ure ne bo nič« /28/. Rojevala je približno devet ur, ki pa se jih ne spomni kaj dosti, ker je bila »večino časa v nezavesti« /32/. Dodajali so umetne popadke. Epiduralna analgezija ni bila na voljo, »maska s smejalnim plinom«, t. j. z dušikovim oksidulom, pa ji je povzročala slabost, tako da je »porod tekkel v živo« /45/. Domneva, da je bil otrok prevelik in da »zato ni mogel ven, pa če sva se oba še tako trudila« /34/. Pred polnočjo so jo kateterizirali, začela se je druga porodna doba. Malo pred tretjo uro se je okoli nje zbralo zdravstveno osebje, izvedli so pritisk na fundus in epiziotomijo, z manualno rotacijo ramen. »Zelo pričakovani« /51/ otroček se je rodil s porodno težo več kot 5.000 g, popkavnica je bila ovita okoli vratu in stisnjena, plodovnica mekonijska, »ker je pod pritiskom popadkov tiščal glavico v kost, je imel še nekaj časa po porodu na glavi veliko buško« /52/ in »krvave beločnice zaradi pritiska med porodom« /52/. R. P. na več mestih izrazi skrb in strah za otroka, na primer: »Če bi čakali še malo, res ne vem, do česa bi to pripeljalo« /53/.

Rezultat analize porodne zgodbe s kodiranjem oštevilčenih izjav so naslednje kategorije (gl. Tabela 1): bolečina, individualizirana skrb, odnos zdravstvenih strokovnjakov, informirana izbira, počutje, pravice žensk, dobrobit otroka, vloga partnerja. Podrobneje bomo prikazali le nekatere od njih.

¹ Osebni podatki so shranjeni kot zaupni. Zaradi varovanja zasebnosti so imena oseb in ustanov izbrisana oziroma spremenjena. Renata P. mi je pričevanje samoiniciativno poslala v pisni obliki 2017. Za možnost uporabe njenega pričevanja v znanstvene namene sem jo prosila spomladi 2017; za njen ljubezniv pristanek in prispevek k poglobljenemu razumevanju tematike travmatičnega poroda se ji toplo zahvaljujem. Posamezne izjave pričevanja smo za potrebe naše analize zvezno oštevilčili in jih tako tudi navajamo. Skupno gre za 61 izjav, natančnejši prikaz bi presegal okvire prispevka.

Tabela 1: Razpredelnica kategorij in kod – analize porodne zgodbe R. P.

Kategorije	Kode
Bolečina	Doživljanje bolečine pri postopkih in posegih, doživljanje porodnih bolečin kot zelo hudih; Bolečina kot trpljenje; bolečina kot travma; Lajšanje porodnih bolečin – »steče« prehitro, ne-/dostopno, ima stranske učinke; Dojemanje bolečine s strani zdravstvenih strokovnjakov – omalovaževanje.
Individualizirana skrb	Rutinska skrb; Pomanjkljivo informiranje o stanju otroka in porodnice; Pomanjkljivo informiranje o poteku poroda.
Odnos zdravstvenih strokovnjakov	Besedno izražanje – ponižujoče, omalovažujoče ravnanje pri postopkih in posegih – na silo.
Informirana izbira	Obstaja/ne obstaja pred postopki in posegi.
Počutje	Telesno/duševno počutje: dobro/slabo; Pri zavesti; nezavestna; Izguba spomina, vrzeli v porodni zgodbi; Jeza, dvom v zdravstvene strokovnjake; »Skoraj« zloraba; Strah pred morebitnimi prihodnjimi porodi; Odločitev za to, da ne bo imela več otrok.
Pravice žensk	Ne-/spoštovanje pravice do odločanja o lastnem telesu; Ne-/spoštovanje pravice do soodločanja o vrsti poroda in o porodnih postopkih in posegih.
Dobrobit otroka	Skrb za otroka, strah za otroka, sočutje do otroka.
Vloga partnerja	Partner kot podpora, zaščitnik, priča; Partner kot pomoč pri spominskih vrzelih za oblikovanje spomina.

Porodna bolečina in boleči postopki ter posegi so lahko travmatični, če jih posameznica doživlja kot (nepotrebno ali celo zadano) trpljenje; znano je, da ob rabi umetnih popadkov ženske poročajo o močnejših bolečinah kot pri fizioloških porodih; kadar porodnica leži, je njen spontan telesni odziv na bolečino z gibanjem bistveno omejen. R. P. opisuje: »V naslednjih devetih urah, povem po pravici, se ne spomnim kaj dosti, saj sem bila večino časa v nezavesti, v hudih bolečinah in utrujena že tako močno, da bi lahko spala tri dni skupaj« /32/. Nadaljuje nekoliko kasneje: »Dodajali so mi umetne popadke, po nekje šestih urah sem jih imela že na 15 sekund, kar je precej utrujajoče« /34/. Boleči so bili tudi nekateri postopki: »Pred polnočjo so mi na silo izpraznili mehur, da me je med uriniranjem bolelo in peklo po porodu še tako dolgo, kot sem okrevala« /35/. Podobno govori o doživljanju druge porodne dobe: »Tokrat so mi tudi na silo vlekli noge narazen, da bi rodila, pa čeprav sem jim v solzah govorila, da me boli levi kolk in se niti obrniti ne morem, kaj šele da bi rodila« /37/. Ob tem je bila »večino poroda dokaj tiho, tiho jokala, tiho jamrala« /41/. R. P. navaja, da je med porodom izgubljala zavest: »Ta zgodba se ponavlja celih devet ur, vse nekaj na silo, midva pa po skoraj treh dneh nimava več moči, /.../, sem imela popadke na 15 sekund, vmes med popadki pa sem bila v nezavesti« /38/.

Ne-individualizirana skrb je značilna za medikaliziran porod druge polovice dvajsetega stoletja, kjer naj se porodnica prilagodi utečeni rutinski obravnavi, kjer postane objekt, na katerem zdravstveni strokovnjaki izvajajo storitve, domnevno v prid otroku in njej, sama pa nima besede, preneha biti subjekt lastnega porajanja: »Kot da sem samo še ena nosečnica, ki je pač prišla roditi« /20/. Medikalizirana porodna obravnava je osredotočena na telo, ki rojeva, s tem pa otežuje tudi povezovanje ženske s samim porodnim procesom: »Po polnoči

naj bi tako trdno zaspala, da se do tretje ure zjutraj sploh nisem odzivala, tako sem bila že izmučena, pa je partner rekel, da sem imela ves čas popadke, sodeč po CTG-ju« /39/. Za medikalizirano porodno pomoč sta značilna deljena skrb med zdravstvenimi strokovnjaki in specifično organizacijo njihovega dela, ki otežujeta ali celo onemogočata spremljanje posamezne porodnice med celotnim potekom poroda, in pomanjkanje časa za osredotočenje na celovitost porajanja (Fleming, 2007).

Pregledali bomo nekatere navedbe, povezane z **odnosom zdravstvenih strokovnjakov**, ki se kaže v ravnanju in besednem in nebesednem izražanju, saj je le-to pomembno zaznamovalo doživetje. Pomanjkanje dobrega sodelovanja je izpostavljeno že v začetku pričevanja. R. P. je bila sprejeta v porodnišnico dva tedna po predvidenem roku poroda: »Tam sem ležala ponedeljek cel dan in noč, kjer sem dobivala neke tablete na osem ur za sprožitev poroda, in pa mislim, da dnevno pregled in mehčanje materničnega vratu, kar je bilo zelo boleče, saj sem med pregledi krvavela in jokala,« pove in nadaljuje opis dogajanja s komentarjem zdravnika: » ... zdravnik pa mirne vesti, 'A to vas boli?', ne da bi prenehal, dokler ni končal« /18/. Odziv je razumljiv: »Počutila sem se zelo osramočeno, skoraj zlorabljeno lahko rečem« /19/. V drugem primeru R. P. govori o hudih bolečinah med porodom in izraža tudi svoje obvladovanje, da je »tihu jokala«, in nadaljuje, »ko kar naenkrat v sobo stopi babica in reče: 'No, no, kaj se pa tako deremo, jaz sem rodila tri otroke, pa ni bilo tako hudo'« /41/. Obe izjavi izražata pomanjkanje empatije in podcenjevanje doživljanja bolečine. V nesočutju zdravstvenih strokovnjakov do porodnice se odraža intristično nesorazmerje moči med strokovnjakom in pacientko, značilno za medikaliziran porod. R. P. je postopke pogosto doživljala kot nasilne: beseda zveza »na silo« se kar nekajkrat pojavi v njenem pričevanju. Ženske se v takih okoliščinah počutijo nemočne, in celo kot žrtve.

Pomanjkljiva informirana izbira, rutinski postopki in pomanjkanje razlage o ugotovitvah in nameravanih postopkih so še vedno del *normalne* skrbi, ki žensko postavlja v položaj objekta ali jo pušča v negotovosti glede otroka in nje same. Tudi R. P. je porodno oskrbo doživela kot ne dovolj pojasnjeno: »Žal pa se še danes sprašujem, če sem sploh bila kaj odprta za nadaljevanje poroda« /23/. Tako je bila odvisna od navzočega partnerja: »... ker ne vem, kaj bi se dogajalo še z mano, če njega ne bi bilo tam« /25/. Pričevanje na več mestih kaže, da zdravstveni strokovnjaki porodnice niso dovolj vključili v proces odločanja o postopkih in posegih.

Partner ob porodnici ima (lahko) izjemno pomembne vloge: med drugim daje telesno ali psihično podporo, skrbi za udobje, je tiha priča dogajanju ali pa zagovornik ženske v institucionalnem okolju. Tako se je ob neumestni izjavi glede »dretja« partner odzval zaščitniško, za kar mu je R. P. hvaležna: »Še enkrat hvala za mojega partnerja, ki jo je mirne vesti nadrl in rekel, naj se ne vrača, če nima nič pametnega za povedati in da dobro ve, kot zdravstvena delavka, da se vsak porod in porodnica razlikujeta ena od druge!« /42/. Za R. P. je bila navzočnost partnerja izjemno pomembna tudi z vidika oblikovanja porodne zgodbe, kajti v njenem spominu so vrzeli, ki jih povezuje z nezavestnimi in polzavestnimi stanji, v katerih je bila zaradi hudih bolečin. V svojem pričevanju dvakrat izrecno navede: »Lahko pa povem, kaj se je dogajalo, po besedah mojega partnerja« /33/ in: »Po polnoči naj bi tako trdno zaspala, /.../, pa je partner rekel, da sem imela ves čas popadke...« /39/. Tudi za moške je dogajanje, ki ga doživlja kot neustrezno porodno pomoč ali kot neprimeren odnos, ko je priča trpljenju svoje partnerke ali ko oceni, da se mora zavzeti za njeno dobrobit, ali v

primeru, da je priča ogroženosti zdravja ali življenja partnerke ali otroka, lahko vir travme (White, 2007).

Posledica travmatičnega poroda je lahko močan strah pred porodom, ki se pomembno razlikuje od obvladljivega strahu pred porodom, s katerim se običajno srečujejo nosečnice. R. P. zaradi porodne izkušnje, ki jo povezuje predvsem s trpljenjem, in jo poimenuje travmatična, dvomi, da bo imela še kakšnega otroka: »Ni potrebno trpeti do te mere, da se danes samo še sprašujem, če sem sploh po tej travmatični izkušnji sposobna še imeti kakšnega otroka, zaradi nepremostljivega strahu pred porodom« /57/.

Zaključek

Kot smo pokazali, pomanjkanje informirane izbire in sodelovanja pri odločitvah glede svojega telesa in poteka poroda ter neustrezen odnos zdravstvenih strokovnjakov povzročijo telesne in duševne poškodbe žensk, kar lahko v nekaterih primerih rezultira v PTSD. Nikakor ne bi smeli podcenjevati nuje po čustvenem in telesnem celjenju po hudi porodni izkušnji. Brez njega bi lahko neprepoznani ali nepredelani občutki izgube, jeze, žalosti, bolečine vplivali na odnos med materjo in otrokom, na partnerski odnos, telesno in socialno podobo matere, na načrte glede novih nosečnosti in porodov v prihodnje, kot pravi R. P.: »Pred vsem tem sem želela imeti najmanj tri otroke« /58/.

Ženske na poti okrevanja po travmatičnem porodu potrebujejo možnost, da ubesedijo doživeto izkušnjo, kar je zahteven proces, kot pravi R. P.: »Vse je bolj zamegljeno – kot v grdih sanjah,«² ob spoznanju, kaj se je dogajalo, kakšne porodno pomoč so dobile in kakšno bi potrebovale. R. P. si želi, da bi jo vključili v odločitve o vrsti poroda in ji omogočili izbiro sredstev za lajšanje porodnih bolečin: »S carskim rezom ali vsaj epiduralno anestezijo bi bilo vse trpljenje, bolečine in strah izpuščene ...« /59/.

Izjemnega pomena je, da strokovnjaki prepoznajo potencialno iatrogen učinek svojega delovanja med porodom na žensko zdravje, ter zagotavljajo žensko osrediščeno skrb (Page, 2009). Pomembno je tudi prepoznati ženske s travmatičnimi izkušnjami in ponuditi dodatno podporo ter jih usmeriti k ustreznim virom pomoči in/ali zdravljenja (Beck, 2004). Ženska s travmo potrebuje možnosti, da izbere in se odloči glede svojega zdravljenja; nekatere bodo potrebovale strokovna svetovanja, druge skupine, kjer bi dobile podporo, nasvete in informacije, ki jim bodo pomagale prebroditi težke trenutke ter se usmeriti k zdravju (Madsen, 1994).

Eden od korakov je prepoznavanje lastnih moči in tudi odločitev, da bo prispevala k spremembam kot naša pričevalka R. P.: »Ker sem ena izmed mnogih žensk v Sloveniji, ki je mnenja, da se ji je zgodila krivica v porodni sobi, sem se odločila, da vam osebno pišem, ker tudi sama želim, da se nekaj resno spremeni. /.../ Res si želim, da se situacija, v kateri smo ženske porodnice danes, spremeni na bolje in še naprej se bom borila za to, če ne drugega, s samo izpovedjo.«³

² Tretje spremno pismo iz februarja 2017 hranim v svojem arhivu.

³ Drugo spremno pismo iz februarja 2017 hranim v svojem arhivu.

Če hočemo razumeti bistvo začetka materinstva, moramo torej še enkrat in zares postaviti vprašanje, kaj potrebuje ženska. Namesto medikaliziranega poroda potrebuje opolnomočenje: celovite in jasne informacije o prednostih in slabostih posameznih postopkov, zdravil, testov in zdravljenj, neprekinjeno čustveno in telesno podporo, ki je občutljiva in individualizirana (Mander, 2001). Preprečevati je treba iatrogeno škodo, ki bi jo lahko povzročili ženskam z nespoštovanjem, neinformiranjem, zanemarjanjem njenih potreb, besedno in telesno zlorabo in podobno, kar lahko v nekaterih primerih povzroči PTSD, in storiti vse, da bi bila obporodna skrb resnično v kratkoročno in dolgoročno dobrobit žensk in njihovih otrok. Premisliti je treba izhodišča in ravnati tako, kot pravi prvi korak Pobude za odlično obporodno skrb: »Odnos do vsake ženske naj bo spoštljiv. Zagotavljajte dostojanstvo žensk« (Drglin & Šimnovec, 2010).

Nujen je temeljit premislek o obstoječi porodni obravnavi, katerega implikacije so izjemno pomembne za ženske, ki rojevajo, posledično pa za vse, ki v obporodni skrbi sodelujejo; kot odločno zaključuje R. P.: »Želim pa izpostaviti predvsem to, da vsega tega ne bi bilo treba, glede na to, da ne živimo več v srednjem veku, kjer so ženske rojevale na njivi brez kakršnekoli pomoči, ampak v sodobnem svetu s polno tehnologije, kjer bi bil porod lahko precej lažji in izoblikovan po željah vsake nosečnice posebej. Konec koncev je to moje telo in z njim počnem sama kar želim« /56–57/.

Literatura

- Ayers, S., 2007. Traumatic birth: Thoughts and emotions during traumatic birth: a qualitative study. *Birth*, 34(3), pp. 253–263.
- Beck, C.T., 2004. Birth trauma: in the eye of the beholder. *Nursing Research*, 53(1), pp. 28–35.
- Brockington, I.F. & Kumar, R. eds., 1982. *Motherhood and Mental Illnes*. London: Academic Press.
- Creedy D.K., Shochet I.M., & Horsfall, J., 2000. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth*, 27(2), pp. 104–111.
- Davis-Floyd, R., 1992. *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- Davis-Floyd, R., 2001. The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75(Suppl. 1), pp. S5–S23.
- Drglin, Z. & Šimnovec, I., 2010. *Porodna pobuda za odlično obporodno skrb*. Available at: <http://www.mamazofa.org/sites/default/files/akcije/56-porodna-pobuda/porodna-pobuda-pojasnila.pdf>. [8.4.2017].
- Drglin, Z., 2009. *Zima v srcu. Ko se materinstvu pridružita depresija in tesnoba, radost pa odide*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
- Fleming, V., 2007. Babiška Evropa. In: Drglin, Z. ed. *Rajstna mašinerija: Sodobne obporodne vednosti in prakse na Slovenskem*. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Založba Annales, Zgodovinsko društvo za južno Primorsko, pp. 31–46.
- Madsen, L., 1994. *Rebounding from Childbirth. Toward Emotional Recovery*. Westport: Bergin & Garvey.
- Mander, R., 2001. *Supportive Care and Midwifery*. London: Blackwell Science.

- Mesec, B., 1998. *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Montgomery E., Pope C. & Rogers J., 2015. The re-enactment of childhood sexual abuse in maternity care: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 194(15), pp. 1–7. Available at: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0626-9> [8.4.2017].
- Page, L., 2009. Woman-centered, midwife-friendly care: principles, patterns and culture of practice. In: Fraser, D. M. & Cooper, M. A., eds. *Myles textbook for midwives*. 5th ed. Edinburgh: Elsevier, pp. 37–53.
- Pilley Edwards, N., 2005. *Birthing Autonomy*. New York, London: Routledge.
- Pollock, D., 1999. *Telling Stories, Performing Birth*. New York: Columbia University Press.
- Wagner, M., 2007. Evolucija k žensko osredičeni obporodni skrbi. In: Drglin, Z. ed. *Rojstna mašinerija: Sodobne obporodne vednosti in prakse na Slovenskem*. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Založba Annales, Zgodovinsko društvo za južno Primorsko, pp. 17–30.
- White, G., 2007. You cope by breaking down in private: fathers and PTSD following childbirth. *British Journal of Midwifery*, 15(1), pp. 39–97.

Psihološka obravnava nosečnic z duševno motnjjo

Psychological management of women with mental health issues during pregnancy

dr. Vislava Globevnik Velikonja, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika

vislava.velikonja@guest.arnes.si

Izvleček

Prispevek obravnava probleme, povezane z duševnim zdravjem ženske na prehodu v starševstvo. Opredeli nujnost ustreznega presejanja za najpogostejše psihične motnje v obporodnem obdobju (depresivne in anksiozne motnje), ustrezno diagnostiko in terapijo posameznih psihičnih motenj, pa tudi ustrezno psihološko pomoč ženski oz. paru ob neplodnosti, perinatalni smrti in rojstvu ogroženega novorojenca. Opozori na posebej ogrožene skupine nosečnic, kot so mladoletnice, socialno ogrožene, žrtve nasilja itn. Cilj ustrezne obravnave ni zgolj izboljšanje psihičnega zdravja nosečnice, vseskozi moramo imeti v mislih tudi dobrobit ploda in kasneje otroka ter zdravje cele družine. Preventiva težav v tem ranljivem obdobju razvoja družine je izjemnega pomena. Obravnava nosečnice s psihičnimi motnjami mora biti vedno timska.

Ključne besede: perinatalna psihologija, psihopatologija, psihoterapija, preventiva, presejanje za psihične motnje.

Abstract

The article addresses problems related to mental health of women in the transition to parenthood. It identifies the need for adequate screening for the most common mental disorders in the perinatal period (depressive and anxiety disorders), proper diagnosis and treatment of various psychiatric disorders, as well as adequate psychological support for women or the couple dealing with infertility, perinatal death, and life-threatened newborn. The article draws attention to the particularly vulnerable groups of pregnant women, such as minors, socially deprived, victims of violence, etc. The aim of an adequate treatment is not only to improve the mental health of pregnant women, but also to secure the well-being of the fetus or the child, and the health of the whole family. The prevention of problems is of the utmost importance in this vulnerable period of the development of the family. The management of pregnant women with psychiatric disorders should always be team-oriented.

Keywords: perinatal psychology, psychopathology, psychotherapy, prevention, screening for mental disorders.

Teoretična izhodišča

Poznavanje normalnih bioloških, čustvenih in psihosocialnih sprememb v obporodnem obdobju predstavlja osnovo za oceno čustvenih in psihičnih prilagoditvenih težav tega

obdobja. Številni dejavniki okolja vplivajo na izkušnjo nosečnice med prehodom v starševstvo. Naloga perinatalne psihologije ni usmerjena le v dobro počutje nosečnice, pač pa v oba starša, in s tem tudi v dobro počutje ploda in kasneje otroka (Miller, 2016).

Klinična psihologija se ukvarja s psihopatologijo, ki je tudi v času nosečnosti prisotna in pestra. V perinatalnem obdobju se najpogosteje srečujemo z depresijo, anksioznostjo in stresom, paničnimi napadi, obsesivnimi in kompulzivnimi motnjami, postravmatsko stresno motnjo, odvisnostjo od prepovedanih drog, resno psihopatologijo (shizofrenija, bipolarna motnja, druge psihoze itn.), motnjami telesne sheme, motnjami hranjenja itd. Prav tako se med nosečnostjo in v poporodnem obdobju srečujemo z nekaterimi problemi, kot so izguba nosečnosti in perinatalna smrt, težave zaradi neplodnosti ter zapleti nosečnosti in rojstvo visoko rizičnega otroka, ki lahko vodijo v prilagoditvene in druge psihične motnje in zahtevajo ustrezno psihološko obravnavo. Posebno psihološko obravnavo morajo dobiti tudi mladoletne nosečnice, socialno ogrožene nosečnice, nosečnice v zaporu in žrtve nasilja. Prav tako si ne smemo zatiskati oči pred homoseksualnimi, biseksualnimi in transseksualnimi osebami, ki se srečujejo s specifičnimi težavami, povezanimi z reprodukcijo (Wenzel, 2016). Ustrezni preventivni programi, presejanje za najpogostejše psihične motnje v perinatalnem obdobju, ustrezna diagnostika in zdravljenje le-teh v nosečnosti so temeljnega pomena za izboljšanje duševnega zdravja žensk, njihovih otrok in družin (Hart & Flynn, 2016). Multidisciplinarni pristop (ginekolog, medicinska sestra, babica, psiholog, psihiater, socialni delavec itd.) je nujen, prav tako je pomembno široko psihoterapevtsko znanje za ustrezno in prilagojeno obravnavo psihičnih motenj v času nosečnosti in dojenja.

Številne raziskave so skušale pojasniti, zakaj imajo ženske povečano tveganje za razvoj resnih duševnih motenj v času nosečnosti in po porodu. Čeprav imajo psihični stresorji veliko vlogo pri nastanku obporodnih psihičnih motenj, ne razvije vsaka ženska, ki jo doletijo težke izkušnje, duševne motnje v perinatalnem obdobju. Biološke spremembe, kot so spremembe v spolnih hormonih, neurotransmiterjih, endokrinih hormonih, imunskem sistemu in spanju, ki se dogajajo v času nosečnosti in laktacije, lahko prispevajo k nastanku ali poslabšanju že obstoječe psihične bolezni ali motnje v obporodnem obdobju. Raziskave o dedovanju in genetiki kažejo, da imajo nekatere ženske predispozicijo za razvoj psihopatologije v perinatalnem obdobju (Vigod & Steiner, 2016).

Več neodvisnih prospektivnih raziskav je dokazalo povezavo med stresom, depresijo in anksioznostjo pri materi v času nosečnosti in povečanim tveganjem za razvoj različnih negativnih posledic pri otroku, kot so čustvene motnje, motnje pozornosti in hiperaktivnosti (ADHD), motnje vedenja, prizadetost v kognitivnem razvoju. Te težave so neodvisne od morebitne kasnejše anksiozne ali depresivne motnje v poporodnem obdobju. Večina otrok ni prizadetih in tisti, ki so, so lahko na več načinov, najverjetneje zaradi drugačne genetske občutljivosti in kvalitete poporodne nege. V zadnjem času se več razumevanje mehanizmov, ki so v ozadju fetalnega programiranja – bodisi zaradi sprememb v delovanju placente, ki dopušča prehod večji količini stresnega hormon kortizola do ploda, bodisi zaradi epigenetskih sprememb. Za klinično prakso je pomembno, da z izboljšanjem čustvenega stanja nosečnic pomembno izboljšamo izid pri otrocih (Glover, 2016). Ugotovili so, da otroci mater z duševno motnjo večkrat razvijejo negotovo ali neorganizirano navezavo. Seveda je interakcija z otrokom odvisna tudi od vrste psihopatologije, zato je potrebna individualna obravnavo diade mati–otrok. Upoštevati moramo še druge dejavnike tveganja, pa tudi

odpornost otroka in matere, ki oblikujeta odnos znotraj konteksta psihopatologije (Goodman & Liu, 2016).

Razprava

Obravnavna depresije v času nosečnosti

Danes ne govorimo več o poporodni depresiji, pač pa o obporodni depresiji, saj se v več kot polovici primerov depresija začne že med nosečnostjo. V Sloveniji prizadene 20 % nosečnic (Podvornik, et al., 2015), predstavlja najpogostejšo bolezen v času nosečnosti in je v razvitem svetu in pri nas glavni vzrok materine umrljivosti (Globevnik Velikonja, et al., 2013). Dejavniki tveganja vključujejo socioekonomski status, socialni suport, osebnostni stil, osebno in družinsko anamnezo depresije ter hormonske spremembe. V svetu se za presejanje v obporodnem obdobju najpogosteje uporablja samoocenjevalni Edinburški vprašalnik poporodne depresije. Večina smernic priporoča psihoterapevtsko obravnavo za blago do srednje globoko depresijo ter medikamentozno terapijo za srednjegloboko do globoko depresijo. Še vedno so si deljena mnenja o uporabi antidepressivov v času nosečnosti in dojenja zaradi možnih stranskih učinkov na plod in dojenčka, čeprav prevladuje stališče, da ima obporodna depresija toliko dolgoročnih škodljivih učinkov na plod in kasneje na otrokov razvoj, da je zdravljenje z antidepressivi manj škodljivo (Misri, et al., 2016). Pomembna je tudi edukacija ženske in njenega partnerja in vključitev socialnega sistema v podporo nosečnici.

Obravnavna anksioznih motenj in stresa v času nosečnosti

Naša raziskava je pokazala pri 16 % nosečnic prisotnost anksioznosti kot stanja in v 13 % anksioznost kot potezo (Podvornik, et al., 2015). Določena stopnja skrbi in anksioznosti v nosečnosti je normalna in ima prilagoditveno vlogo v zorenju ženske in prispeva k pripravi na porod in prevzemanju materinske vloge (Rojšek, 1996). O klinično pomembni anksioznosti govorimo, ko le-ta pomembno vpliva na funkcioniranje nosečnice (Wenzel, 2011 cited in Matthey, 2016). Nekateri govorijo tudi o nosečnosti anksioznosti, ki se veže na z nosečnostjo povezane skrbi glede izgube nosečnosti, otrokovega zdravja, poroda, podpore, materinstva, telesnih sprememb itn.) in je najvišja v prvem in tretjem tromesečju (De Longis, 1988 cited in Matthey, 2016). Večje tveganje za anksioznost v nosečnosti imajo ženske, ki imajo v anamnezi generalizirano anksiozno motnjo, če imajo manj učinkovit način reševanja problemov in če v nosečnosti doživljajo hude strese (Matthey, 2016). Anksioznost pomembno sooblikuje tvegana vedenja nosečnice in vpliva na zdravje otroka (Hosseini, et al., 2009). Med anksiozne motnje sodijo *obsesivno kompulzivna motnja*, ki je v nosečnosti prisotna v 3,5 %, (Uguz, et al., 2007), *panična motnja* v 2–5 %, *generalizirana anksiozna motnja* v 11 %, *socialna anksiozna motnja* v 4 % (Matthey, 2016), *potravmatska stresna motnja* (PTSM) v 3 % (Smith, et al, 2004) in *druge specifične fobije*, povezane z nosečnostjo. Patološki strah pred porodom (tokofobija) prizadene 6–13 % žensk, pojavi se že v puberteti ali zgodnji odraslosti in lahko traja do starosti in je v razvitem svetu vzrok za 6–22 % carskih rezov na željo ženske (Hofberg & Ward, 2003). Pogost je tudi strah pred izgubo nosečnosti, kar je razumljivo, saj splavi 25–30% žensk v prvem tromesečju in 11 % v drugem. Nosečnice z izkušnjo izgube želene nosečnosti v anamnezi imajo povišano anksioznost vsaj do tedna, ko se je slabo končala prejšnja (Burt & Stein, 2002).

Zdravljenje anksioznih motenj zajema uporabo suportivnih, kognitivnih, vedenjskih ter psihoanalitsko orientiranih psihoterapij ter psihofarmakov, razvilo pa se je nekaj pristopov za

obravnavo anksioznih motenj v prenatalnem obdobju, kot so tehnike pasivne in aktivne relaksacije, tehnike imaginacije in čuječnosti, ki prispevajo k učinkovitemu znižanju trenutne anksioznosti, pri večini pa niso imele dolgoročnega vpliva (Matthey, 2016).

Presejalni testi za prepoznavo ogroženih nosečnic

Zdravniki prepoznajo le 26 % nosečnic s psihično motnjo, zgolj 12 % nosečnic s suicidalnimi ideacijami in samo 26 % nosečnic s prepoznano motnjo razpoloženja dobi ustrezno strokovno pomoč (Smith, 2004), zato je nujno ustrezno presejanje za psihične motnje v nosečnosti.

Smernice EBCOG (European Board and College of Obstetrics and Gynaecology – EBCOG Standards of Care: Obstetric and Neonatal Services) in smernice NICE (The National Institute for Health and Clinical Excellence) priporočajo, da se na ginekoloških pregledih povpraša vse ženske o zgodovini njihovega duševnega zdravja (družinska anamneza, osebna anamneza duševnih bolezni in zdravljenja). Povprašati je potrebno o duševnih motnjah, o načinu uživanja psihotropnih snovi in morebitnem nasilju nad nosečnico (Wenzel, 2016).

Psihoterapija psihopatologije v nosečnosti

Psihoterapija je pogosto sredstvo izbora za ženske v obporodnem obdobju, ki se želijo ogniti stranskim učinkom psihotropnih zdravil na plod in dojenčka. Medosebna in vedenjsko kognitivna terapija sta dokazano učinkoviti pri obravnavi depresije in anksioznosti. Motivacijski intervju se je izkazal kot učinkovit pri nosečnicah, ki so v zadnjem letu prekomerno uživale alkohol (Osterman, 2011, cited in Wenzel, 2016). Kognitivno vedenjska terapija anksioznih motenj je omejena zaradi nenaklonjenosti stroke do izpostavljanja že tako anksiozne nosečnice stresnim situacijam, ki ji sprožajo anksioznost. Načelo večine strokovnjakov, ki se ukvarjajo z nosečnicami, je, da izbiramo terapevtske tehnike, ki same po sebi ne dvigajo anksioznosti, ki je za plod načeloma škodljiva. Zato je pogosto sredstvo izbora suportivna terapija (Wenzel & Kleiman, 2014, cited in Wenzel, 2016), ki predpostavlja, da so ženske v perinatalnem obdobju zelo ranljive in potrebujejo sprejetost v varnem terapevtskem odnosu in občutek, da se skrbi zanje. Ni pa dovolj študij, ki bi podprle izvajanje suportivne terapije s strani dodatno educiranih obiskovalk na domu in paraprofesionalcev (Wenzel, 2016).

Zaključek

Psihične motnje v nosečnosti so pogoste, incidence posameznih motenj so znane, vendar jih ne moremo preprosto sešteti, saj gre pogosto za komorbidnost le-teh. Kljub temu ocenjujejo, da vsaj 15 % žensk v nosečnosti dosega klinične kriterije za vsaj eno od psihičnih motenj. Če tem prištejemo še distress, povezan z izgubo nosečnosti ali neplodnostjo, nam odstotek žensk, ki potrebujejo psihološko pomoč, močno poraste (Wenzel, 2016). Pozorni moramo biti zlasti na rizične skupine nosečnic. Nепrepoznane in neobravnavane psihične motnje imajo škodljiv učinek na nosečnico in plod, zato sta učinkovit sistem presejanja za psihične motnje v nosečnosti ter pravočasna in strokovna pomoč znotraj zdravstvenega sistema ključnega pomena.

Zavedati se moramo, da ni enega samega teoretskega in terapevtskega pristopa, ki bi ustrezal vsem in pojasnil vse (Wenzel, 2016). Širina in globina terapevtskega znanja

terapevtu omogoča izbrati metodo, ki je po meri posameznika in ne obratno. Klinično-psihološka obravnava bi morala biti dostopna nosečnici v sistemu javnega zdravstva, zato v Sloveniji potrebujemo mrežo kliničnih psihologov in psihiatrov, ki bo lahko zagotovila pravočasno in ustrezno pomoč.

Literatura

- Burt, V.K. & Stein, K., 2002. Epidemiology of depression throughout the female life cycle. Review. *The Journal of clinical psychiatry*, 63(7), pp. 9–15.
- EBCOG, 2017. Standards of Care: Obstetric and Neonatal Services. Available at: http://www.ebcog.eu/index.php?option=com_content&view=article&id=20&Itemid=178 [16.5.2017].
- Globevnik Velikonja, V., Jelenko-Roth, P., Mihevc Ponikvar, B. & Tomšič, S., 2013. Pomen in način zgodnjega odkrivanja obporodne depresije = Importance and method of early detection for perinatal depression. In: H. Meden-Vrtovec & A. Lukanovič, eds. 5. kongres ginekologov in porodničarjev Slovenije [Zbornik prispevkov], Ljubljana, 8. do 9. junij 2013. *Medicinski razgledi*, 52 (supl. 3), pp. 29–39.
- Glover, V., 2016. Maternal Stress During Pregnancy and Infant and Child Outcome. In: *The Oxford handbook of perinatal psychology*. Oxford; New York: Oxford University Press, pp. 268–283.
- Goodman, J.H. & Liu, C.H., 2016. Maternal Psychopathology and Child Attachment. In: *The Oxford handbook of perinatal psychology*. New York: Oxford University Press, pp. 284–316.
- Hart, K.J. & Flynn, H.A., 2016. Screening, Assessment, and Diagnosis of Mood and Anxiety Disorders during Pregnancy and the Postpartum Period. In: *The Oxford handbook of perinatal psychology*. New York: Oxford University Press, pp. 319–340.
- Hofberg, K. & Ward, M.R., 2003. Fear of pregnancy and childbirth. Review. *Postgraduate medical journal*, 79(935), pp. 505–510.
- Hosseini, S.M., Biglan, M.W., Larkby, C., Brook, M.M., Gorin, M.B. & Day, N.L., 2009. Trait Anxiety in pregnant women predicts offspring birth outcomes. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 23(6), pp. 557–566.
- Matthey, S., 2016. Anxiety and Stress during Pregnancy and the Postpartum Period. In: *The Oxford handbook of perinatal psychology*. New York: Oxford University Press, pp. 132–149.
- Miller, L.J., 2016. Psychological, Behavioral, and Cognitive Changes during Pregnancy and the Postpartum. In: *The Oxford handbook of perinatal psychology*. New York: Oxford University Press, pp. 7–25.
- Misri, S., Abizadeh, J. & Nirwan, S., 2016. Depression during Pregnancy and the Postpartum Period. In: *The Oxford handbook of perinatal psychology*. Oxford; New York: Oxford University Press, pp. 111–131.
- NICE (The National Institute for Health and Clinical Excellence). Available at: <https://pathways.nice.org.uk/pathways/antenatal-and-postnatal-mental-health> [16.5.2017].
- Podvornik, N., Globevnik Velikonja, V. & Praper, P., 2015. Depression and anxiety in women during pregnancy in Slovenia = Depresija in anksioznost pri ženskah med nosečnostjo v Sloveniji. *Zdravstveno varstvo*, 54 (1), pp. 45–50.
- Rojšek, J., 1996. Psihološke značilnosti razvojnih obdobij v nosečnosti. *Psihološka obzorja*, 5(4), pp. 85–96.

- Smith, M.V., Rosenheck, R.A., Cavaleri, M.A., Howell, H.B., Poschman, K. & Yonkers, K.A., 2004. Screening for and detection of depression, panic disorder, and PTSD in public-sector obstetric clinics. *Psychiatric services*. 55(4), pp. 407–414.
- Uguz, F., Gezginc, K., Zeytinci, I.E., Karatayli, S., Askin, R., Guler, O., Kir Sahin, F., Emul, H.M., Ozbulut, O. & Gecici, O., 2007. Obsessive-compulsive disorder in pregnant women during the third trimester of pregnancy. *Comprehensive psychiatry*. 48(5), pp. 441–455.
- Vigod, S. & Steiner, M., 2016. Biomarkers of Perinatal Psychopathology. In: *The Oxford handbook of perinatal psychology*. New York: Oxford University Press, pp.252–267.
- Wenzel, A., ed., 2016. *The Oxford handbook of perinatal psychology*. New York: Oxford University Press, pp. 1–4, 341–365, 665–667.

Varna uporaba zdravil v nosečnosti in v obdobju laktacije pri ženski z duševno motnjo

Safe use of drugs in women with mental disorder(s) during the pregnancy and breastfeeding

Danila Hriberšek, mag. farm., spec. klin. farm.

Psihiatrična bolnišnica Vojnik

danila.hribersek@pb-vojniki.si

Izvleček

Vsako zdravilo oziroma dovolj majhna molekula zdravilne učinkovine deloma prehaja placento. Prav tako skoraj vsaka zdravilna učinkovina prehaja v materino mleko. Kljub potencialnemu tveganju vpliva zdravila na otrokov razvoj nekatere nosečnice in doječe matere potrebujejo farmakološko zdravljenje. Za večino zdravil varnost o uporabi med nosečnostjo ni dokazana, zato se uporablja preizkušena zdravila, ki so dlje na tržišču in za katera je na voljo največ kliničnih podatkov in raziskav. Zdravila, ki se jih predpisuje v nosečnosti, so lahko namenjena zdravljenju ploda, osnovne bolezni matere ali bolezni, nastale med nosečnostjo (npr. vnetja sečil, gestacijska hipertenzija, gestacijski diabetes). Posebna previdnost je potrebna pri načrtovanju terapije za nosečnice s sladkorno boleznijo, epilepsijo, povišanim krvnim tlakom, shizofrenijo, depresijo in astmo. Katero zdravilo izbrati, da bo obvladovalo materino bolezen in v čim manjši meri vplivalo na razvoj otroka, je vprašanje, ki si ga vedno znova zastavlja zdravnik, ko se odloča za zdravljenje nosečnice z duševno motnjo ali doječe matere z zdravili. Izbira učinkovitega in varnega psihofarmaka je tako mešanica znanja, spretnosti in umetnosti. Cilj je dosežen, če je materina motnja v duševnem zdravju obvladovana skozi celotno nosečnost brez ali s čim manj škodljivimi kratko- in dolgoročnimi učinki na razvijajoči se plod. Rezultat dobrega dela je zdrav otrok in mati, ki kljub bolezni zmore napore materinstva.

Ključne besede: nosečnica, dojenje, zdravilna učinkovina, tveganje, razvoj otroka.

Abstract

Any drug or small enough active substance molecule partially passes the placenta. Also almost any active substance passes into breast milk. Despite the potential risk of the effects on child's development, some pregnant women and nursing mothers need pharmacological treatment. For most drugs, safety of use during pregnancy has not been proven, therefore practice-proven drugs that have been longer on the market and with supported with data from most clinical and research data are used. Medications prescribed during pregnancy may have been intended for the treatment of the fetus, mother, or conditions arising from pregnancy (e.g. urinary tract infections, gestational hypertension, and gestational diabetes). Special caution is required when planning the therapy for pregnant women with diabetes, epilepsy, hypertension, schizophrenia, depression, and asthma. Which drug to choose to control mother's condition with as little impact on child's health as possible is the question that physicians are asking themselves all over again, when they are deciding on treatment of mental disorders of pregnant or breastfeeding women. Selecting an effective and safe drug is a mix of knowledge, skill and art. The objective is achieved when the mother's mental

disorder is controlled throughout the entire pregnancy without or with minimal adverse short- or long-term effects on the developing fetus. The result of good work is a healthy child and a mother capable of facing the challenges of motherhood despite the illness.

Keywords: pregnancy, breast-feeding, active ingredient, risk, child development.

Uvod

Nosečnost in čas materinstva veljata v družbi kot obdobji zdravja, sreče in dobrega počutja. Obenem je nosečnost za žensko obdobje obsežnih fizioloških, psiholoških in osebnostnih sprememb. Duševne motnje v tem obdobju niso nič manj ali bolj pogoste kakor v ostalih življenjskih obdobjih. Za nekatere ženske je to čas prvega stika z duševno motnjo, druge se z duševno motnjo srečajo še pred zanositvijo. Še posebno ranljive so tiste, ki so se že zdravile zaradi duševne motnje, vendar so zaradi načrtovane nosečnosti zdravljenje z zdravili prekinile, zaradi česar so se simptomi bolezni vrnili (Hriberšek, 2016).

Psihofarmaki v nosečnosti

Danes vemo, da lahko na razvijajoči se plod vpliva več dejavnikov, ne le zdravila. Kadar je zdravljenje s psihofarmakom v nosečnosti potrebno, se soočamo s težavo izbire dovolj varnega zdravila v odmerku, ki je zadosten za obvladovanje duševne motnje. Z antidepressivi lahko preprečimo razvoj težje oblike depresivne motnje (Carter, 2005; NICE, 2015). Ženske, ki prekinajo učinkovito farmakoterapijo, so v nevarnosti, da se simptomi ponovijo. Številne pacientke prekinejo jemanje zdravil, preden zanosijo ali v začetku nosečnosti, največkrat iz strahu pred poškodbami v razvoju otroka. Strah je upravičen, saj so si podatki opravljenih metaanaliz pogosto nasprotujoči. V eni metaanalizi rezultati kažejo na povezavo med jemanjem antidepressivov v nosečnosti in pojavnostjo srčnih napak v razvoju. Po drugi kažejo podatki na povezavo med jemanjem paroksetina in fluoksetina ter hujšimi razvojnimi napakami, medtem ko sta sertralin in escitalopram varnejša (Kohen, 2004; Epstein, 2015).

Na splošno velja, da je zdravljenje shizofrenije in drugih psihotičnih motenj v nosečnosti podobno kakor v drugih življenjskih obdobjih, le da moramo upoštevati vpliv zdravila na otrokov razvoj. Z dokazi podprtih raziskav, ki bi v celoti ovrgle vpliv antipsihotika na otrokov razvoj ni, vendar načeloma velja, da antipsihotikov ne uvrščamo med teratogena zdravila. Za večino pacientk z diagnozo shizofrenije, ki se s psihofarmaki zdravijo pred zanositvijo, velja, naj terapije po zanositvi ne prekinjajo. Antipsihotikov v depo oblikah v nosečnosti zaradi težjega prilagajanja odmerkov rutinsko ne uvajamo. (Hriberšek, 2016).

Litij je zdravilo, ki sodi v prvo linijo obvladovanja bipolarni motnje z stabilizatorjem. Kljub temu velja za tvegano zdravilo v nosečnosti, saj so opisani klinični primeri razvojnih napak na srcu, še posebej, če je zdravilo predpisovano v zgodnji nosečnosti. Ostala zdravila so antiepileptiki, ki se jih uporablja kot stabilizatorje razpoloženja. Po podatkih ima natrijev valproat najvišjo raven pojavnosti razvojnih napak. Pri bolnicah z bipolarno motnjo je potrebno imeti v mislih zdravljenje z zdravili, ki so v primeru zanositve za razvoj plodu manj škodljiva. Po smernicah NICE se priporoča nizke odmerke tipičnih ali atipičnih antipsihotikov kot zdravilo prvega izbora, ker so antipsihotiki manj teratogeni kakor stabilizatorji razpoloženja (NICE, 2015).

Uporaba benzodiazepinov v prvem tromesečju lahko poveča tveganje nastanka zajčje ustnice, prezgodnjega poroda in nizke porodne mase otroka. Redna uporaba benzodiazepinov v zadnji triadi lahko povzroči odtegnitvene simptome, npr. razdražljivost, hipotonijo, letargijo in slabši sesalni refleks pri otroku. Zdravilo izbora za zdravljenje anksioznih motenj v nosečnosti so antidepresivi. Teratološko informacijski center Združenega kraljestva (UK Teratology Information Service) svetuje uporabo sedirajočih antihistaminikov ali kratkodelujočih benzodiazepinov le izjemoma za kratkotrajno zdravljenje nespečnosti v nosečnosti. Odmerki naj bodo nizki, vendar učinkoviti (Hriberšek, 2016).

Zdravila v času laktacije

Dojenje je proces hranjenja otroka in navezovanja stika med materjo in otrokom. Laktacija je postopek nastajanja mleka v mlečnih žlezah. Zaradi uporabe zdravil v času laktacije se matere pogosto odločajo za prekinitev dojenja. Vzrok je največkrat v priporočilu, da je dojenje varneje prekiniti kot izpostavljati otroka zdravilu. Zdravilo, ki se v višjem deležu veže na plazemske beljakovine, bo manj prehajalo v materino mleko. Višja koncentracija učinkovine v plazmi se navadno kaže kot visoka koncentracija v materinem mleku. Materi se dojenje v času najvišje plazemske koncentracije učinkovine odsvetuje (Geršak, 2005; Briggs, 2011; Hriberšek, 2016). Vsi antidepresivi deloma prehajajo v materino mleko. Najpogosteje predpisani antidepresivi po porodu so antidepresivi iz skupine selektivnih zaviralcev ponovnega privzema serotonina. V kolikor je mati med nosečnostjo jemala antidepresiv(e), je tudi v puerperiju smiselno nadaljevati s terapijo (Kohen, 2005).

V letu 2012 je bila opravljena raziskava na podlagi baz podatkov Medline (U.S. National Library of Medicine), LactMed (U.S. National Library of Medicine) in Reprotox (Reproductive Toxicology Center). Od 21 antipsihotikov v klinični uporabi so prišli do zaključka, da sta kvetiapin in olanzapin sprejemljiva za uporabo med dojenjem. V kolikor je potrebno, se v tem času lahko uporablja tudi haloperidol, risperidon in zuklopentiksol. Odsvetovali pa so uporabo aripiprazola, asenapina, klopazina, flufenazina, flepentiksola, iloperidona, lurazidona, paliperidona, perfenazina, pimozida, ziprazidona in trifluperazina (Klinger, 2013). V pregledu varnosti druge generacije antipsihotikov v času dojenja, objavljenem junija 2016 v reviji Journal of Clinical Pharmacology, ugotavljajo, da velja skupina zdravil za relativno varno za uporabo v času dojenja.

Za ženske z diagnosticirano bipolarno motnjo je čas po porodu mnogokrat povezan s ponovnim zagonom bolezni, s pojavom depresije, manije ali psihoze. Profilaksa s stabilizatorjem razpoloženja zmanjša verjetnost pojava simptomov. Odločitev, ali mati z uvedenim stabilizatorjem lahko doji ali raje ne, potrebuje kritično presojo med tveganjem in koristjo ter dobro analizo dostopnih podatkov o zdravilih. Raziskava na podlagi pregleda baz podatkov MEDLINE (1966-1998), Lithium Database, Madison Institute of Medicine, osredotočena na članke o litiju, karbamazepinu, valproatu in lamotriginu zaključuje, da sta karbamazepin in lamotrigin relativno varni zdravili za uporabo v času dojenja (Lactmed, 2016).

Anksioznost in nespečnost se pojavljata pri marsikateri materi v času po rojstvu otroka. Kadar je zdravljenje nespečnosti ali občutkov strahu z zdravili potrebno, uporabimo učinkovino, ki v čim manjšem odmerku prehaja v mleko, zdravljenje pa omejimo na čim krajši

čas uporabe zdravila. Na splošno velja, da je varnejša uporaba benzodiazepinov s kratko razpolovno dobo (Kohen, 2005; NICE, 2015; Lactmed, 2016).

Zaključek

Uporaba zdravil v nosečnosti je upravičena, kadar korist zdravila presega tveganje za škodljivo delovanje zdravila na plod. Tveganje vpliva zdravila na razvoj plodu je najvišje v prvih tednih po zanositvi, v obdobju organogeneze, povezano pa je tudi s samim odmerkom zdravila. Kadar je zdravljenje z zdravilom potrebno, izberemo zdravilo z najnižjim profilom tveganja, v najnižjem še učinkovitem odmerku in če se le da, v monoterapiji.

Dojenje je najbolj naraven, preprost in zdrav način hranjenja dojenčka. Kadar mati potrebuje zdravljenje z zdravili, je najlažje svetovati prekinitve dojenja in nadomeščanje otrokove prehrane z mlečnimi formulami. Res je, da večina zdravil prehaja v mleko, kar pa ne pomeni, da mora mati, ki jemlje zdravilo, z dojenjem na vsak način prekiniti. Med zdravili poskušamo izbrati zdravilo, za katerega vemo, da prehaja v mleko v čim manjši meri in predstavlja čim manjše tveganje za otrokov razvoj.

Literatura

- Australian Government, Department of Health. *Prescribing medicines in pregnancy database*. Available at: <https://www.tga.gov.au/prescribing-medicines-pregnancy-database> [16.5.2017].
- Bérard, A., Iessa, N., Chaabane, S., Muanda, F.T., Boukhris, T. & Zhao, J.P., 2015. The risk of major cardiac malformations associated with paroxetine use during the first trimester of pregnancy: a systematic review and meta – analysis. *British journal of clinical pharmacology*, 81(4), pp. 589–604.
- Briggs, G., Freeman, R. & Yaffe, S., 2011. *Drugs in Pregnancy and Lactation*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Epstein, R., Moore, K.M. & Bobo, V.W., 2015. Treatment of bipolar disorder during pregnancy: maternal and fetal safety and challenges. *Drug, healthcare and patient safety*, 7, pp. 7–29.
- Geršak, K. & Bratanič, B., 2005. *Zdravila v nosečnosti in med dojenjem*. Ljubljana: Pliva, pp. 11–47.
- Hriberšek, D., 2016. *Uvajanje psihofarmakoterapije pri nosečnicah in doječih materah na Sprejemnem ženskem oddelku Psihiatrične bolnišnice Vojnik: specialistična naloga*, Ljubljana: Lekarniška zbornica Slovenije.
- Klinger, G., Stahl, B., Fusar-Poli, P. & Merlob, P., 2013. Antipsychotic drugs and breastfeeding. *Pediatric endocrinology reviews*, 10(3), pp. 308–17.
- Kohen, D., 2005. Psychotropic medication and breast-feeding. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11(5), pp. 371–379.
- Kohen, D., 2004. Psychotropic medication in pregnancy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(1), pp. 59–66.
- Lactmed online*. Available at: <http://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm> [16.5.2017].
- National Collaborating Centre of Mental Health. *Antenatal and Postnatal Mental Health. The NICE Guideline*. Available at: <http://www.nice.org.uk/guidance> [16.5.2017].
- Reprotox online*. Available at: <http://www.reprotox.org/login> [16.5.2017].

Ko umre otrok – samo primi me za roko in pusti me jokati

When child dies – just hold my hand and let me cry

Damjana Fidler, dipl. upr. org.

damjana.pockaj@gmail.com

Izveček

Avtorica v prispevku spregovori o smrti otroka med in po rojstvu, o žalujoči družini in njenih potrebah, odzivu okolice ter pomoči s strani zdravstvenih delavcev.

Ključne besede: izguba otroka, žalovanje, pomoč.

Abstract

The author of the article speaks about the death of a child during and after birth, bereaved families and its needs, the response of the surroundings and the help from the health workers.

Keywords: loss of a child, grieving, help

Uvod

O smrti ne govorimo radi, še posebej, če je govora o smrti otroka med nosečnostjo ali pa kmalu po porodu. To je še vedno tabu tema v slovenskem prostoru. Otroka predstavlja marsikaj in vsak starš pričakuje, takšen naj bi bil zakon narave, da bo umrl pred svojim otrokom.

Zanimivo je spoznanje, da ne obstaja termin za starša, ki izgubi otroka. Žena, ki ji je umrl mož, je vdova in obratno, mož, ki mu je umrla žena, je vdovec. Če otrok izgubi starše, je sirota. Ko pa starši izgubijo otroka, ki je morda od vseh največja tragedija, za opis te velike izgube nimamo besed (NSRC, 2003 cited in Zečević, 2003)

Začetek novega življenja, privajanje na spremembe, ki jih prinaša nosečnost za žensko telo, kaj hitro lahko prekine prazna vrzel – splav, mrtvorojenost ali zgodnja smrt novorojenčka.

Kakršnakoli smrt ne glede na to, ali je nenadna ali pričakovana, predstavlja velik stres za družino. Če gre za smrt še nerojenega otroka ali novorojenčka, pa je še toliko bolj travmatična izkušnja. Zgodi se, da ne vemo, kako postopati z mamico, ki je izgubila tega otroka, s starši, bratci, sestricami itn. Nekateri so mnenja, da lahko starši žalujejo za otrokom, le če je bil živorojen in so ga lahko spoznali, vendar se starši navežejo na svoje otroke že dolgo pred tem. Žalovanje je globoko čustveno dogajanje, v katerem se prepletajo različna čustva, kot so jeza, strah, nemoč, žalost itn. Povsem brez pomena je in zelo neustrezno primerjati in ocenjevati vse te občutke, ki jih zajema žalovanje. Ljudje se

razlikujejo in žalovanje nekaterih staršev je lahko prav tako boleče kot žalovanje drugih, čeprav je navzven drugačno.

Potrebe žalujoče družine

Potrebe žalujoče družine so odvisne od vsakega družinskega člana posebej, človek je individuum, zato se glede na okoliščine ob otrokovi smrti ne glede na vzrok izgube otroke, naj je to splav ali spontani abortus, mrtvorojenost ali zgodnja smrt novorojenčka, drugače odziva. Pri potrebah žalujoče družine mislimo tako na odziv samega medicinskega osebja, prijateljev in vse do sorodstva te družine, ki je izgubila otroka. Pri tem je pomembna dobra komunikacija, da jim ne govorite, kaj naj čutijo, kako naj se počutijo, pokazati je potrebno sočutje in biti odkrit, kajti vsak starš bo lažje prenesel resnico kot laž oz. nevednost. Starši umrlega otroka pričakujejo podporo z vseh strani, brez vsiljenih mnenj, kaj in kako naj se soočajo z izgubo otroka. Predvsem je potreben čas! Čas, da sprejmejo lastne odločitve, npr. o prenehanju zdravljenja, o načinu pokopa itd. Možnost, da so s svojim otrokom, da ga lahko zazibajo, popestujejo, stisnejo k sebi in se v miru poslovijo v zasebnih prostorih. Vse to je neprecenljivo. Pomembno je tudi, da se spoštuje željo po duhovnosti. Nekaterim krst otroka pred smrtjo ali njegovo poimenovanje pomeni veliko in prav je, da se jim to omogoči.

S smrtjo novorojenčka ženska izgubi tako težko pričakovano materinsko vlogo in zato nekako ne sodi na oddelek z ostalimi porodnicami. Kar se lahko v takšni situaciji ukrene, je, da materi primerno pojasnite in ji nudite možnost izbire glede namestitve po porodu oziroma da se materi na korekten način predlaga, da ima možnost bivanja v zasebni sobi, kvaliteta zdravstvenih storitev pa mora ohranjati isti nivo in iste kvalitete.

Verjetno bodo s strani staršev večkrat postavljena ena in ista vprašanja in tu so potrpežljivost, sočutje in primerna beseda še kako zaželeni. Starši si zelo dobro zapomnijo, ko so v procesu žalovanja, vse, kar se je dogajalo, kakšni so bili odnosi, in ti zelo štejejo, kajti tudi od tega je odvisno, ali bodo starši imeli slabo izkušnjo in bo le-ta še bolj poglobila žalost ali pa jim bo kljub vsemu že z dobrim odnosom medicinska sestra-starš, zdravnik-starš olajšalo proces žalovanja. Ob odpustu matere naj se obvesti patronažno sestro, ki ji bo nato nudila ustrezno pomoč.

Čas po izgubi otroka

Od začetnega šoka, se prava "mora" šele začne. Starši pa so v tem čisto sami. Že sama vrnitev iz porodnišnice domov je zanje lahko težka, kajti doma so verjetno že imeli kaj pripravljeno za še nerojenega otroka. Začne se čas vprašanj, zanikanja, krivde, čas iskanja odgovorov, čas jeze, nihanj v razpoloženju, depresije, joka in največkrat tudi samote.

Začne se dolgotrajen proces žalovanja, ki nima omejitve, zato je od vsakega posameznika odvisno, kako dolgo bo trajal ta proces. Razlika je že med žalovanjem očeta in žalovanjem matere, med žalovanjem staršev in otrok, če so že prisotni v družini. Smrt otroka je za par zelo težka preizkušnja.

Po smrti se mnogo staršev počuti odrezanih od sveta. Že partnerja se lahko zaradi različnega načina žalovanja oddaljita drug od drugega. Smrt prizadene prav vse okoli vas, tudi vaše

najbližje družinske člane in marsikdo ne ve, kako pravilno pristopiti in kaj narediti, zato se tudi ti po večini umaknejo, ker mislijo, da je tako najbolje, vendar temu ni tako. Tudi oni morda potrebujejo pomoč.

Potem je tu še odziv okolice, prijateljev, sosedov, sodelavcev itd. Nekateri bodo takoj pristopili k staršem, vendar besede in dejanja, ki jih bodo naredili, mogoče ne bodo primerni. To je obdobje, ko so starši, še posebej občutljivi in ranljivi, ko jih najmanjša napaka, gib ali pogled lahko spravi v še slabše razpoloženje. Žalujejo močno prizadenejo besede, kot so:

- »Saj ste še mladi.«;
- »Saj sploh še niste poznali tega otroka.«;
- »Kaj pa če bi bil prizadet?«;
- »Vsaj en vam je živ ostal.«, v primeru dvojčkov;
- »Bolje sedaj, ko še živeti ni začel, kot pa kasneje.«;
- »Vse je za nekaj dobro.«;
- »Čim prej naredite drugega.«;
- »Vse je še pred vami, še veliko otrok boste imeli.«;
- »Zdaj pa ta čas dobro izkoristite.«;
- »Joj, saj "Betki" je tudi umrl, pa poglej jo sedaj.«;
- »Pa pogreb mislite imeti?«

Vse to je brezsmiselno, zato se jih je treba izogibati.

Raje kot to podajte roko, objem, povejte, da ste žalostni tudi vi in da ne veste, kaj bi sploh povedali, da pa nudite pomoč, tisto, ki jo pač lahko. Dopustite, da solze poiščejo svojo pot in povprašajte o otroku, skupaj prižgite svečko, če ste duhovni, skupaj zmolite itn.

O takšnih izkušnjah se ne govori, ko pa ste enkrat sami v tem, pa je dobro, da imate okoli sebe ljudi s podobnimi izkušnjami. Podporno skupino, kjer tudi pogovor lažje steče, brez obsojanj, brez začudenih pogledov. Tako imamo v Sloveniji društvo Solzice, katerega namen je ravno pomoč žalujočim staršem in njihovim družinam, kot tudi ostalim, v težkem obdobju soočanja z izgubo otroka med nosečnostjo ali kmalu po porodu. In ravno zaradi pomanjkanja literature na to temo so izdali tudi knjigo Prazna zibka, strto srce: staršem, ki so izgubili otroka med nosečnostjo ali kmalu po porodu.

Potem so tu še druge oblike pomoči, kot je obisk psihologa, ko vidite, da ne boste mogli sami naprej. Vedite, da je žalovanje in vse, kar pride zraven, normalna reakcija ob takšni izgubi. Treba se je naučiti, kako izgubo sprejeti, preboleti in jo ohraniti v spominu.

In ne nazadnje živimo v dobi interneta, kjer lahko poiščemo različne forume.

Vrnitev domov in odziv ljudi

Življenje gre naprej in dnevi bežijo, potrebno se je vrniti med ljudi, v službo. Ljudje okoli vas, samo zaradi vas, ne bodo nehali živeti. Imeli bodo zabave, obletnice, otroške rojstne dneve, vaša prijateljica je lahko noseča, vi pa v največji žalosti. Potreben je obisk zdravnika in vsakič znova je potrebno razlagati, kaj se vam je zgodilo. Vendar tudi tukaj se ne neha. Ko končno pridete na stare tire, dosti močnejši, kot ste bili, in si želite ustvariti družino, kaj kmalu lahko

na dan privrejo isti občutki, čustva, ugibanja, ali bo sedaj le vse v redu. Pride čas in rodite zdravega otroka, ki je za vas najbolj popoln, najlepši. Veselite se, a ste hkrati žalostni, saj šele s tem otrokom, dejansko vidite in verjetno vede ali nevede primerjate, kaj bi bilo, če bi bilo drugače. Leta gredo mimo, prav tako obletnice, ki vas vsakič znova lahko spomnijo na vašo izgubo. Obletnica, ko bi se porod moral zgoditi, obletnica rojstva, smrti.

Ne neha se. Vendar naj bo še tako hudo, vedno pride novo jutro in samo od vas je odvisno kakšno bo!

Osebna izkušnja

Bila sem stara 24 let, srečno zaljubljena in polna mladosti, življenja, S partnerjem sva bila že dolgo skupaj in odločila sva se za naslednji korak glede na to, da sva streho nad glavo že imela pri njem doma. Še danes se spomnim dneva, ko sem odšla na prvi pregled in mi je moja ginekologinja povedala, da nosim enojajčne dvojčke. Ker imamo v naši družini veliko dvojčkov, sem bila še toliko bolj vesela in sem seveda veselo novico delila z ostalimi. Dnevi so tekli, nato meseci, trebušček je postajal trebuh, postava se je začela spreminjati. Redno sem hodila na pregled v Ljubljano k dr. Pušenjaku, saj je bilo za te dvojčke značilen sindrom transfuzije od dvojčka k dvojčku (TTTS ali v ang. Twin-to-twin transfusion syndrome ali fetofetal transfusion syndrome). TTTS je resna anomalija, ki se pogosto pojavlja pri monohorialnih dvojčkih oz. dvojčkih, ki si delita isto posteljico. TTTS nastane, ko si dvojčka delita žile iste posteljice, eden od njiju pa je izpostavljen nižjemu pretoku krvi (donator). Prišla sem do petega meseca in ginekologinja me je poslala v bolnico, da mi naredijo cerklažo. Popuščal mi je maternični vrat. Morala sem ostati v bolnišnici. Bolnišnična soba št. 19 se je spremenila v pravo domačo sobo, sestre so me dobro poznale, ležala sem cele dneve, občudovala svoj trebuh in komaj čakala, da ju spoznam. Z partnerjem sva izbirala imena in se prepustila toku dogajanja. Nekega dne sem bila na pregledu in odkrili so TTTS. Ker je bilo za operacijo v tujini prepozno, so me z rešilcem pripeljali v Ljubljano in po pregledu so se odločili za poseg, med katerim so mi odvzeli del plodovnice. To se je dogajalo na moj rojstni dan. Stanje se je v naslednjem dnevu izboljšalo. Vsa vesela sem hitro poročala svojem fantu in obema družinama, kaj se dogaja. Nato me je medicinska sestra dva dni potem, ker ni dobro slišala srčkov, napotila na pregled k zdravniku. Pregled z ultrazvokom se je začel, pregleda prvega fantka in vse normalno, srček bije in ima dovolj prostora, nato gre do drugega in tudi tu je vse v najlepšem redu, srček bije, fantek se normalno razvija. Nato se vrne nazaj k prvemu fantku in slišim stavek: »Sporočiti vam moram, da je vaš fantek ravnokar umrl!« Izpustila sem krik in vprašanje: »Kaj?! Kako je mogoče v sekundi razlike? Ne, zmotili ste se. To ni res.«

Jok, jok, jok. Vse se je odvijalo zelo hitro. Nato je sledilo vprašanje, kaj narediti. En je živel, en je umrl, odločili so se za carski rez. Ker je bilo nujno, so me takoj odpeljali v operacijsko sobo, spotoma so mi dovolili vzeti telefon, da sem poklicala domov partnerja, kaj se je ravnokar zgodilo. Šok, saj nisem znala povedati. Samo prosila sem ga, naj tako pride k meni.

V operacijski sobi med pripravo na carski rez sem imela čudovito, prijazno medicinsko sestro, ki me je ves čas bodrila, me objela in se borila za življenje drugega fantka. In 16.1.2004 sem rodila enega mrtvorojenega in drugega živorojenega fantka. Ko sem se po carskem rezu zbudila, je moj partner že bil ob meni, fantka sva poimenovala Tjan. Videla ga nisem, ker so ga odpeljali na oddelek za prezgodaj rojene otročke, mene pa na intenzivni oddelek. Sporočili

so nama, da ima Tjan dihalno stisko, vendar da se pljučka glede na to, da sem prej dobila injekcijo, dobro razvijejo. Imela sem dobre misli in nisem mislila na najslabše, ampak samo na to, da ga vidim in pobožam. Postala sem MAMA, postala sva STARŠA.

Proti jutru sem prejela vest, da je tudi Tjan umrl. Sesul se mi je svet! Moje življenje je postalo brezpredmetno. Po sili sem izsilila, da me odpeljejo do njega, ker me namreč niso želeli. Morala sem ga videti! Odpeljali so me k njemu, bil je najlepši fant na celem svetu. Nato so me preselili v sobo, kjer sem bila sama. Vprašala sem, zakaj, in odgovor, ki sem ga prejela od medicinske sestre me je šokiral: »Veste, še nobeni drugi ni danes umrl otrok, da bi vas lahko dala skupaj!« Obup. Prvič v življenju sem pomislila na samomor, vseeno mi je bilo za vse. Bila sem sama, dolgo me nihče ni prišel niti pogledat. Ko je tekom dneva spet prišel moj partner (bili smo iz drugega bolj oddaljenega kraja), je prišel zdravnik, prijel me je za roko in nama vse pojasnil, bil je zelo korekten, prijazen in spoštljiv, odgovoril je na vsako najino vprašanje.

Mislila sem, to je to, a sem se zmotila. Začele so me boleti prsi. Bile so polne mleka, a otrok ni bilo. Odgovor zdravnice ob viziti, češ da naj malo potrpi, da naj si dam na prsi obkladek hladne vode (kar ni nič pomagalo), me je spet šokiral. Na bolečine od carskega reza sem kar pozabila, cele noči nisem nič spala, kar naprej sem jokala itd. Dovolili so nama, da se od Tjana posloviva, drugega fantka – poimenovala sva ga Tjaš nisva videla, ker so nama odsvetovali. Danes mi je žal. Tjan je še vedno bil najlepši fant, bil je moj – najin, hotela sem ga slikati, pa mi je družina nasprotovala. Oh, ko bi bila takrat pametnejša in se ne bi pustila pregovoriti. Nimam slik, nimam odtisa. Izpolniti sva morala papirje za pokop in se odločila za Park zvončkov v Ljubljani, ter za obdukcijo, kajti vedela sem, da še želim imeti otroke, zato me je vseeno zanimal vzrok smrti.

Napotena sva bila tudi k bolnišnični psihologinji, ki nama je prisluhnila, podala določene informacije, a to je prehitro, kajti takrat ne dojemaš ničesar. Komaj sem prebrodila ostale dni v bolnišnici. Bili so samotni in polni joka. Telefon ni zvonil. Obiski so bili, a sem bila kot duh, nihče ni upal ničesar spregovoriti.

Prišel je dan odhoda domov, bila sem kot senca in pogled na domačo hišo in vrnitev v domače okolje nista bila prijetna. Najprej sem odšla v otroško sobo, v kateri sem preživela večino dni. Na začetku je bil partner še doma, potem pa je moral v službo. Patronažne sestre ni bilo od nikoder, takrat v vsej nevednosti niti nisem vedela, da mi pripada. V teh dneh, ko sva bila doma, sva si uredila dokumentacijo – rojstni list, mrliški list in že tukaj je nastal problem zaradi pristojnosti občin (rodila sem v Ljubljani, živel v Celju).

Bil je mučen čas, ko sva čakala tudi na pogreb, ki je bil šele po treh tednih. Na pogreb so prišli stari starši in nekaj mojih dobrih prijateljev. Pogrebna služba je pripeljala mali žari in ju raztrosila okoli hribčka v Parku zvončkov in to je bilo to. Vsega skupaj 5 minut in vsega je bilo konec. Pot domov je spet bila težka in naporna.

Dnevi so tekli, meni pa je bilo vse težje. Ker sem potrebovala pomoč, sem odšla k psihologinji, saj nisem vedela, kako naprej. Partner je hodil v službo, se družil s prijatelji, jaz pa sem samevala doma. Ni mi bilo do ničesar. Pri psihologinji pa sem spet dobila najprej vprašanje, ali sem prišla po tablete, brez vseh ostalih vprašanj. Tako si tega nisem predstavljala. Moj glavni ventil v tem času je bil internet in razni forumi o žalujočih starših,

kjer sem se lahko izpovedala in ugotovila, da nas je takih staršev veliko. V vmesnem času je bila moja terapija risanje na steno v otroški sobi in ureditev albuma – dnevnika, kot spomin na moja dva fanta – na njun obstoj.

Nato sva s partnerjem odšla na srečanje, ki ga je organiziralo društvo Solzice. Spoznala sem starše s podobnimi zgodbami in takoj je lažje stekel pogovor. Skupaj smo se jokali in pogovarjali, ter razkrivali svoja najbolj ranljiva čustva vse do poznega večera. Z nekaterimi so se stkale prav posebne vezi in prijateljstva so se ohranila.

Čas je neusmiljeno tekel in se oddaljeval od dneva, ki mi je tako spremenil življenje. In tako so se oddaljevala tudi čustva naju dveh, mene in partnerja. Nisva zmogla tega pritiska. Mogoče je za to kriva izguba otrok, mladost. Ni pomembno. Ostala sem brez otrok, partnerja in najinega skupnega doma. Vrnila sem se domov k staršem, kjer nisem ostala dolgo, preselila sem se na svoje. Ali obupati in vse skupaj končati ali nekako nadaljevati svoje življenje, izbrala sem slednje. Velikokrat sem odšla v Park zvončkov in tam na klopci preživela cele dneve. Bilo je hudo in je še vedno hudo. Kot da nisem bila noseča teh sedem mesecev, kot da se ni nič zgodilo.

Sedaj je od tega 13 let. V vmesnem času sem spoznala sedanjega moža, ki me je sprejel z vso mojo zgodbo in preteklostjo. Odločila sva se za družino in med nosečnostjo sem znova podoživela vse. Veliko njegovih sorodnikov ni poznalo moje zgodbe in med nosečnostjo, sem bila deležna tisoč in ene zgodbe, kako bo to potekalo, da naj pazim, kaj naj jem, da se naj sedaj naspim, da potem ne bom mogla spati. O ko bi le vedeli.

Rodila sem zdravega fantka (tudi tukaj ni šlo brez zapletov – vakuumski porod), čestitke so deževale od vsepovsod, čisto nova zgodba in čez nekaj časa ob rojstvu drugega (carski rez) spet poplava čestitk in telefonskih klicev.

Srce še vedno boli in še vedno je praznina. Res je, da imam otroke, za katere sem najbolj hvaležna, a to niso nadomestki. Razlika je ta, da sedaj skupaj obiskujemo grob in ker sta še mlajša, še ne vesta čisto cele zgodbe, za to bo še prišel čas. In ravno čas je naredil svoje. Včasih sem ob pripovedovanju svoje zgodbe jokala in tega nisem zmogla, sedaj ne jočem več in tudi veliko lažje o tem govorim.

Velikokrat sem se spraševala zakaj ravno jaz. Še danes se ne spomnim, kdo mi je odgovoril, a odgovor je bil naslednji: »To se zgodi najmočnejšim, ker vsi tega ne bi preživeli!«

Zaključek

Vsi starši, ki izgubijo otroka, občutijo nemoč. Ob težkih trenutkih so najbolj pomembni odzivi medicinskega osebja, ki lahko s svojim pristopom olajšajo ta najbolj temačni trenutek in omogočijo tisto, kar je v danem trenutku želja staršev, če je to le mogoče.

Literatura

Cehner, M., Kokol, S., Urek, P. & Zečević B., 2003. *Prazna zibka, strto srce: Staršem, ki so izgubili otroka med nosečnostjo ali kmalu po porodu*. Društvo Solzice.

Vloga socialne delavke pri obravnavi nosečnice in otročnice s težavami na področju duševnega zdravja

The role of social worker in the treatment of pregnant women and puerperium problems in the field of mental health

mag. Vesna Mejak, univ. dipl. soc. del

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana – CZOPD
vesna.mejak@psih-klinika.si

Izvleček

Težave v duševnem zdravju so prepoznane kot najbolj pogost zaplet med nosečnostjo in v poporodnem obdobju, ki je povezan s slabšo prepoznavo in diagnostiko. Vedno več raziskav dokazuje, da pravočasno prepoznavo in diagnosticiranje duševne bolezni, zgodnja podpora izboljša izide za mater, otroka in njeno celotno družino. Prav tako je pomembno, da se strokovnjaki s področja zdravstva in socialnega skrbstva v družino čim prej vključijo in tako pripomorejo k boljšim izidom obravnave. Pri tem je vloga socialnega delavca, da strokovno deluje na področju duševnega zdravja med ženskami v rodnem obdobju, pomaga njej ter njeni družini razreševati psihosocialne težave, omogoča dostopnost do pomoči v skupnosti, ter pomaga pri načrtovanju in negovanju upanja na prihodnost in načrtu pomoči.

Ključne besede: duševne motnje, nosečnost, socialno delo, multidisciplinarnost.

Abstract

Mental health disorders have been identified as the most common complications during pregnancy and postpartum periods, as they are hard to identify and diagnose. Increasingly, research is providing evidence that enhanced diagnosis, improved treatment options and early support ensure better outcomes for the mother, her infant and entire family, and even more so, if health and social care providers get involved at an early stage. The role of social worker is to support women and their families, as they navigate through medical challenges, help them to process complex information as well as facilitate access to community support resources. Social workers help in planning and nurturing and hope move toward the future and care plane of the women.

Keywords: mental illness, pregnancy, social work, multidisciplinary support.

Teoretična izhodišča

Dejstvo je, da so ženske s težavami v duševnem zdravju v rodnem obdobju izpostavljene osebnim, kulturnim, socialnim in ekonomskim dejavnikom tveganja. Matere, s težavami v duševnem zdravju veljajo po mnenju številnih strokovnjakov za eno najbolj ranljivih in stigmatiziranih skupin prebivalstva (Carloson, 2006). Sodobni avtorji ugotavljajo, da v množičnih imaginarijih še zmeraj vlada absolutizem materinstva: materinstvo naj bi za žensko

pomenilo veliko zadovoljstvo, bližino, izpolnitev ter začetek večjega spoštovanja lastnega telesa (Oakley, 2000; Drglin, 2003).

Sodobni mit o materinstvu vpeljuje lik, figuro »dobre« matere, ki razvija ljubeč, čuteč, predvsem pa požrtvovalen odnos do svojega otroka v smislu odrekanj, odtegotovanja od sebe. Ženske, ki bodisi ne morejo ali nočejo razviti takšnega odnosa ter tako niti ne ustrezajo tej podobi, so izključene iz družbene konstrukcije ženskosti (Švab, 2002; Drglin, 2009). Ženske s težavami v duševnem zdravju se razume kot pacientke, ki so potrebne pomoči in nesposobne skrbeti zase, kaj šele za koga drugega, na primer otroka (Zaviršek, 2002).

Po podatkih WHO (2016), naj bi imelo okrog 10 % nosečih žensk težave v duševnem zdravju, od tega 13 % žensk, ki so ravnokar rodile. Raziskave tudi kažejo, da ima vsaka peta ženska v rodni dobi težave v duševnem zdravju. Najbolj pogoste težave v duševnem zdravju v rodnem obdobju so **depresija**. Večje tveganje predstavlja za tiste ženske, ki imajo že osebno izkušnjo z depresijo pred nosečnostjo ali že imajo izkušnje z depresijo v preteklih nosečnostih. **Anksiozna motnja** se pogosteje pojavlja skupaj z depresijo in je pogostejša med perinatalno populacijo. Najbolj pogoste anksiozne motnje v rodnem obdobju so generalizirana anksiozna motnja, obsesivno kompulzivna motnja, ter panična motnja. **Bipolarna motnja** predstavlja najbolj resno duševno bolezen v poporodnem obdobju, ki se lahko razvije v poporodno depresijo ali poporodno psihozo in zahteva takojšnjo hospitalizacijo in intenzivno zdravljenje. Psihotična motnja je povezana z izgubo kontakta z realnostjo in se pojavlja sočasno z drugimi oblikami psihiatričnih motenj, kot so shizofrenija, shizoafektivna motnja in bipolarna motnja, ali z veliko depresijo. **Poporodna psihoza** je redka med otročnicami (na 100 rojstev dva primera). Psihotični simptomi se pojavijo nepričakovano (v nekaj urah), najpogosteje se razvije od 72 ur do enega meseca po porodu. V takih primerih je potrebna hospitalizacija matere in antipsihotična terapija, ter spremljanje matere in otroka po koncu hospitalizacije (Leann et al., 2010). **Samomor** je najpogostejši razlog za smrt med ženskami v času nosečnosti in v prvem letu po porodu, vendar je še zmeraj redek. Duševna bolezen je najpogostejši razlog za samomor, kar moramo vedno upoštevati pri obravnavi in preverjati suicidalne namene. **Detomor** je ravno tako redek, vendar tiste ženske, ki so ga izvedle, so imele najpogosteje diagnosticirano duševno bolezen. Najpogosteje se ga povezuje s poporodno depresijo. V tem primeru je potrebno narediti varnostni načrt, če mislimo, da je otrok v nevarnosti, ga moramo namestiti v varno okolje oziroma uredimo oskrbo pri sorodnikih. Težave v duševnem zdravju vplivajo na vsa življenjska področja žensk, tudi na otroka in družino (Brockington, 2004). Nezdravljena oziroma neobravnavana duševna motnja pri nosečnicah in otročnicah lahko ogroža prenatalno in postnatalno oskrbo, povečuje se tveganje za komplikacije med nosečnostjo in porodom, zloraba substanc, ogrožena je interakcija med materjo in otrokom, ki vpliva na emocionalne in vedenjske primanjkljaje pri razvoju otroka. Najbolj tragična posledica neobravnavane duševne motnje pri ženski pa je lahko samomor matere ali detomor (Lee, 2003).

Naše izkušnje iz klinične prakse kažejo, kar potrjujejo tudi nekatere raziskave, da ženske s težavami v duševnem zdravju v rodnem obdobju pogosto problem skrivajo, izogibajo se programom, ki so na voljo, saj jih vstop vanje preveč zaznamuje, ter svoje stiske in težave skušajo reševati same. Velikokrat se izogibajo tudi vsem oblikam pomoči, predvsem v zvezi s starševstvom, saj se bojijo, da jih bo skupnost prepoznala kot neprimerne in neodgovorne starša. Večkrat se v strokovne institucije vključijo šele takrat, ko gre kaj že

zelo narobe, ko problem doseže krizne razsežnosti in je potrebna intervencija (porod, patološka nosečnost, rejništvo, skrbništvo nad otrokom), saj tudi zaradi stigmatizacije in socialne izključenosti ter občutka strahu, da bi izgubile otroka, ne iščejo pomoči, ko bi jo zares potrebovale, saj so tudi strokovni delavci tisti, ki mater stigmatizirajo. Zato še vedno ostaja odprt problem, kako se približati in oblikovati koncepte pomoči, ki bi odgovorili na potrebe nosečnic in otročnic s težavami v duševnem zdravju oziroma kakšno vlogo ima pri tem socialni delavec.

Razprava

Vloga socialnega delavca pri obravnavi nosečnic in otročnic s težavami v duševnem zdravju

Pogosto je življenje nosečnic in mater, ki imajo težave z duševnim zdravjem povezano tudi z drugimi dejavniki tveganja, kot so visoko rizična nosečnosti, prezgodaj rojeni bolni otroci, zloraba substanc pri nosečnicah in otročnicah, odvisnost v družini, družinski konflikti, ekonomsko-pravne težave in revščina, vedenjske in kognitivne težave ter ambivalenca do nosečnosti. Socialni delavec se lahko vključuje v obravnavo nosečnice in matere s svojim specifičnim znanjem in spretnostmi, ter deluje kot član multidisciplinarnega tima skupaj z drugimi strokovnimi delavci. Socialni delavci bi morali pri delu z nosečnicami in otročnicami, ki imajo težave v duševnem zdravju, imeti specifična znanja in veščine ter poznati zadnje smernice obravnave s tega področja. Edino tako lahko pravilno pristopijo k reševanju problema in stiske žensk. Pomembno je, da se socialni delavec izogiba obsojanju, saj takšna dejanja vodijo v še večji odpor in zanikanje problema (Urek, 1998). Strokovni delavci nosečnic in mater naj ne bi gledali samo skozi njeno diagnozo duševne bolezni, ker se s tem izognejo stigmatiziranju in obsojanju, pomemben je celovit, kompleksen pogled na življenjsko situacijo. Pri tem morajo socialni delavci imeti določena znanja in spretnosti (empatijo, aktivno poslušanje, pozornost na vire moči idr.), ki jih učinkovito uporabljajo pri delu.

Naloge centrov za socialno delo v načrtu pomoči

Center za socialno delo (CSD) opravlja naloge, ki so centrom za socialno delo z zakonom poverjene kot javna pooblastila, ter naloge, ki jih centrom za socialno delo nalagajo drugi predpisi.

V okviru centra za socialno delo lahko mati, ki ima težave z duševnim zdravjem, prejme naslednje oblike pomoči oziroma storitve.

Socialna preventiva: Njen namen je preprečevanje socialnih stisk in težav posameznika, družine in skupine prebivalstva.

Prva socialna pomoč: Obsega pomoč pri prepoznavanju in opredelitvi socialne stiske in težave, oceno možnih rešitev ter seznanitev upravičenca o vseh možnih oblikah socialnovarstvenih storitev in dajatev, ki jih lahko uveljavi, ter o obveznostih, ki so povezane z oblikami storitev in dajatev, kakor tudi seznanitev upravičenca o mreži in programih izvajalcev, ki zagotavljajo socialnovarstvene storitve in dajatve.

Pomoč družini za dom: Obsega pomoč za dom, pomoč na domu in socialni servis.

Osebna pomoč: Obsega svetovanje, urejanje in vodenje z namenom, da bi posamezniku omogočili razvijanje, dopolnjevanje, ohranjanje ter izboljšanje socialnih zmožnosti.

V okviru javnih pooblastil, na katerih slonijo slovenska zakonodaja in mednarodni pravni akti, pa center za socialno delo posreduje v primeru ogroženosti otrok. Kadar starši svoje roditeljske pravice ne izvršujejo, ima država ne samo interes, temveč dolžnost poseči v izvrševanje roditeljske pravice z ukrepi za zaščito otrok. Država je dolžna poskrbeti za otroke, ko družina ne opravlja svojih nalog, ko starši ne izvršujejo roditeljske pravice v otrokovo korist, ko so otroci ogroženi, izpostavljeni nasilju v družini in/ali zunaj nje. Poseg v družino je upravičen, kadar gre za zaščito otrokovih koristi (določeno z zakonom) in ko so za to izpolnjeni naslednji pogoji: neustrezno ravnanje staršev, ogrožanje otrokovih koristi s strani staršev ali tretjih oseb, pomanjkanje odvratanja nevarnosti od otrok s strani staršev.

Kadar gre za nasilje v družini, zanemarjanje otroka, opuščanje skrbi za njegov zdrav osebni razvoj ali nasilje, ki otroka ogroža zunaj družine, pa tega starši ne preprečujejo, center za socialno delo začne izvajati ukrepe za zaščito otroka (CSD, 2017).

Multidisciplinarni timi: Ena od pomembnih nalog socialnega delavca v načrtu pomoči je sodelovanje in povezovanje z drugimi strokovnimi institucijami (zdravstvo, socialno varstvo, vladne in nevladne organizacije) oziroma povezovanje tudi s centri z socialno delo, ki se vključujejo v družino tudi v izrednih razmerah, kjer je potrebno v procesu pomoči uporabiti javno pooblastilo, predvsem, ko zaradi posledic duševne bolezni in drugih dejavnikov tveganja, ki so posredno ali neposredno povezani z duševno boleznijo, mati ne more ali ne zmore poskrbeti za novorojenčka. Pri tem imajo pomembno vlogo multidisciplinarni timi, ki ga sestavljajo strokovnjaki z različnih strokovnih področij, sestavi pa se jih v primerih, ko je potrebno v izdelavi načrta pomoči materi in njeni družini, sodelovanje strokovnih organov, ki s svojim specifičnimi znanji, kompetencami in poznavanjem problematike družine, skupno pripomorejo k dobrem izidu za mater in otroka. Strokovni delavci so v skladu s poklicno etiko dolžni posredovati pristojnim organom vse informacije, ki bi pripomogle k boljšemu vpogledu v situacijo oz. na problematiko ter k boljši zaščiti in varstvu matere in otroka.

Zaključek

Čeprav je duševna bolezen med nosečnostjo in v poporodnem obdobju resno stanje, s pravo strategijo in koordinacijo med različnimi strokovnimi službami lahko dosežemo zgodnjo prepoznavo in učinkovito obravnavo. Zato je potrebno ustrezno izobraziti strokovne delavce, ki prihajajo v stik z nosečnicami in otročnicami, da prepoznajo težave v duševnem zdravju in v teh primerih ustrezno ukrepajo. V procesu pomoči je potrebno dolgoročno oblikovati povezave med institucijami, ki bi presegle ukvarjanje samo s posameznimi problemi znotraj družine.

Literatura

- Brockington, L., 2004. Postpartum psychiatric disorder. *The Lancet*, 363(9450), pp. 303–310.
- Carloson, B. 2006. Best practise in the treatment of substance abusing women in the child welfare system. *Journal for social practise in the addiction*, 6(3), pp. 97–119.

- Center za socialno delo Ljubljana-Šiška. Available at: <http://www.csd-lj-siska.si/splosno/index.asp> (24.4.2017). Drglin, Z. 2003. *Rojstna hiša, kulturna monotonija poroda*. Ljubljana: Delta.
- Drglin, Z. 2009. Obporodna zdravstvena skrb – vedno v dobro duševnega zdravja žensk. In: Urška Križaj Hacin. *Strokovno srečanje, duševno zdravje in nosečnost, porod ter zgodnje starševstvo*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
- Lee, L., 2003. *Aboriton, motherhood and mental health*. New York: Aldine de Gruyter, pp. 151–189.
- Leann, K., Lapp, C., Agbokou, C., Siegfried, P. & Florian, F, 2010. Managment of posttraumatic stress disorder after childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 31(3), pp. 113–122.
- Oakley, A. 1974. *Gospodinja*. Ljubljana: Založba/ *cf.
- Urek, M. 1998, Vprašanje materinstva v teoriji in praksi feminističnega socialnega dela. *Zdravstveno varstvo* 37(3-4), pp. 163–269.
- Švab, A. 2001. *Družina od modernosti k postmodernosti*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
- Zaviršek, D. 1996. *Ženske in duševno zdravje*. Ljubljana: CIP.
- World health organization. 2016. *Gender, women and primary health renewal*. New York: United nations, pp. 12–24.

Vloga patronažne medicinske sestre pri prepoznavanju duševnih motenj pri otročnici

The role of community nurses in identifying mental disorders in the puerperium

Mojca Petek, dipl. bab.

Zdravstveni dom Idrija, Patronažna služba

mojca.petek@zd-idrija.si

Izvleček

Med pomembne naloge patronažne zdravstvene nege sodi izvajanje preventivnega programa. Ta je namenjen ohranjanju, krepitvi in varovanju zdravja ter preprečevanju bolezni celotne populacije v različnih življenjskih obdobjih človeka. Področja dela v patronažnem varstvu so zdravstveno-socialna obravnava posameznika, družine in skupnosti. Ene bolj ranljivih skupin prebivalcev so nosečnica, otročnica in novorojenček. Patronažna medicinska sestra v občutljivem obdobju pred in po porodu vstopa v mlado družino.

Duševne motnje prizadenejo celotno družino. Že v porodnišnici mora biti zdravstveno osebje pozorno na znake poporodne otožnosti in skrbno voditi žensko z že znano duševno motnjo. Patronažna medicinska sestra ima pomembno vlogo pri prepoznavanju in preprečevanju duševnih motenj. Pri otročnici in ostalih članih družine si mora pridobiti zaupanje in izvajati kontinuirano zdravstveno nego že iz obdobja nosečnosti, poporodnega obdobja in tudi kasneje, vsaj leto dni po porodu.

Ključne besede: patronažna zdravstvena nega, poporodna otožnost, depresija.

Abstract

One of the most important tasks of community nurses is the implementation of the prevention program to preserve, protect, and prevent diseases in population of different ages. Community nursing thus engages in socio-medical treatment of individuals, families and communities, of which the most vulnerable population groups are pregnant women, puerperia, and newborns. The nurses are usually first to deal with them during their most sensitive periods before and after the new birth.

Therefore, since mental disorders usually affect family as whole, hospital staff must pay attention to possible post-delivery mental disorders already in maternity hospital. Expressly, community nurses have a very important role in identifying and preventing mental disorders. Hence, the puerperium and the rest of the family must trust the nurse who has to perform the continued medical care from the pregnancy to the period, when the child is a year old.

Keywords: community nursing, post-partum sadness, depression.

Uvod

Nosečnost, porod in materinstvo v najzgodnejšem obdobju otrokovega življenja so del pomembnega življenjskega prehoda, ko se ženska sooča s telesnimi in duševnimi izzivi. Številne ženske potrjujejo, da je vstop v materinstvo velika prelomnica. Biti noseča, roditi otroka in postati mati, odločiti se za materinstvo – to so delci izjemno vznemirljivega in zahtevnega življenjskega cikla. To pomeni prevzeti naloge in odgovornosti, za katere ni preprostih navodil (Drglin, 2009).

Poporodna otožnost je blažja in najpogostejša oblika poporodnih duševnih stisk. Pojavi se tretji do peti dan po porodu, traja pa od nekaj ur do nekaj dni. Različni avtorji navajajo, da je posledica hormonskih sprememb po porodu. Pojavijo se nenadne spremembe razpoloženja, nesposobnost koncentracije, jok, tesnoba, ranljivost, razdražljivost, pomanjkanje energije in volje, slab spanec in spremembe apetita. Poporodna depresija je manj pogosta, pojavi se štiri do šest tednov po porodu, lahko tudi kasneje in traja več mesecev. Poporodna psihoza je redka. Pojavi se od treh do štirinajst dni po porodu. Je bolj nenadna in očitna kot poporodna depresija in nujno potrebuje takojšnje zdravljenje (Skočir, 2005; Drglin, 2009).

Ker je zgodnje odkrivanje ter zdravljenje poporodnih duševnih stisk ključnega pomena tako za zdravje otročnice kot otroka in celotne družine, je nujno, da se v obravnavo zajame celotno družino (Bove & Watson, 2001 cit. po Zakšek & Mivšek 2009).

Teoretična izhodišča

Patronažno zdravstveno varstvo

Po Aktivnostih patronažne zdravstvene nege (2011) je patronažno varstvo definirano kot posebna oblika zdravstvenega varstva, ki opravlja aktivno zdravstveno in socialno varovanje posameznika, družine in skupnosti. Ti so zaradi bioloških lastnosti, določenih obolenj ali nenavajenosti na novo okolje občutljivi na škodljive vplive iz okolja. Patronažno varstvo je organizirano kot samostojna služba ali organizacijska enota osnovnega zdravstvenega varstva v zdravstvenih domovih (ZZDej, 2005; ZZVZZ, 2005).

Nosilka patronažne zdravstvene nege je patronažna medicinska sestra (v nadaljevanju PMS), ki ugotavlja potrebe po zdravstveni negi, načrtuje intervencije zdravstvene nege, jih izvaja in vrednoti dosežene cilje. Svetuje o zdravem načinu življenja in vedenju ter opozarja na rizične dejavnike, ki lahko ogrozijo zdravje. Pomaga posameznikom in družinam na njihovih domovih, da se soočijo z boleznijo, s kronično nezmožnostjo in stresom. PMS je koordinatorka vseh oblik pomoči na domu in je vez med posameznikom in njegovim osebnim zdravnikom (Sirk & Mernik Merc, 2009). Patronažno varstvo obsega preventivne in kurativne patronažne obiske. Kurativne obiske izvaja prek delovnega naloga zdravnika, preventivne obiske pa PMS načrtuje glede na demografsko sestavo prebivalstva.

Preventivno zdravstveno varstvo, ki obsega obravnavo družine v predporodnem in poporodnem obdobju v patronažnem varstvu, obsega:

- 1 obisk nosečnice v zadnjem trimesečju nosečnosti,
- 5 obiskov pri novorojenčku do starosti enega meseca,

- 2 obiska otročnice do 6. tedna po porodu,
- 1 obisk dojenčka v prvem letu starosti in dva dodatna obiska pri dojenčkih slepih in invalidnih mater do dvanajstega meseca otrokove starosti.

Čeprav gre za obisk, ki je namenjen posameznemu članu, PMS vedno obravnava celotno družino. Cilj obravnave je normalen potek nosečnosti in poporodnega obdobja v smislu krepitve in ohranitve zdravja ter preprečevanja komplikacij in vzpostavljanja primernih interakcij v družini. Izvajanje nalog PMS v družini z nosečnico in otročnico temelji na podlagi osebnih potreb in težav (Pravilnik, 1998).

Patronažni obisk nosečnice

Obisk nosečnice v zadnji tretjini nosečnosti je zagotovo zelo pomemben z vidika prepoznavanja in preprečevanja duševnih motenj. Velika prednost je, da pride PMS v okolje, v katerem nosečnica živi, in tako spozna tudi okolje, v katerem bo živel otrok. Hkrati pa zazna utrip in način življenja nosečnice in njene družine. Mnogokrat se zgodi, da PMS ob obisku nosečnice prvič vstopi v družino. Takrat spozna ožje socialno okolje, t. j. partnerja oziroma druge osebe, ki imajo pomembno vlogo v življenju bodoče mame. PMS se seznanja z možno pomočjo oziroma podporo, ki jo bo imela žena po porodu. Prav od tega stika pa je pogosto odvisno poznejše sodelovanje (Sirk & Mernik Merc, 2009).

Porod in bivanje v porodnišnici

Porod žensko izčrpa tako telesno kot tudi psihično. Večina žensk kljub vsem pripravam ne ve, kaj lahko pričakuje, zato je z aktom poroda vedno povezan tudi občutek tesnobe in strahu. Slaba obporodna izkušnja je močno povezana z razvojem depresije po porodu (Welburn, 1980; Webster, 2003, cit. po Zakšek & Mivšek, 2009). Zato je zelo pomembna obporodna podpora babice, ki vpliva na poporodno mentalno zdravje otročnice. Primerno bi bilo, da bi se babica v porodni sobi z žensko pogovorila, poslušala njena pričakovanja in želje ter jo sproti seznanjala z možnostmi.

Že na oddelkih v porodnišnici morajo biti babice, ki skrbijo za otročnice, pozorne na simptome poporodne otožnosti. Ženska naj bi se v prvih 24–48 urah pogovorila o porodu (ang. debriefing, t. j. metoda svetovanja), da svojo izkušnjo poroda ubesedi, kar lahko pozitivno deluje na sprejemanje nove socialne vloge materinstva (Zakšek & Mivšek, 2009). Steblovnik in Novak Antolič (2009) navajata, da se je hospitalizacija po porodu skrajšala na tri dni in ne zajema več obdobja, ko se pojavljajo prvi znaki poporodnih duševnih motenj. Porodnice so odpuščene domov z začetnimi znaki ali še brez njih. Tako je prepoznavanje poporodnih duševnih motenj popolnoma odvisno od pozornosti partnerja in družine. Pomembno vlogo pri tem ima tudi PMS, ki porodnico napoti h ginekologu ali splošnemu zdravniku.

Patronažni obisk otročnice in novorojenčka

Porodnišnice v Sloveniji odpustijo otročnico z novorojenčkom 3–4 dni po vaginalnem porodu ter 4–6 dni po carskem rezu. Patronažna medicinska sestra naj bi obiskala otročnico in novorojenčka 24 ur po odpustu iz porodnišnice, tudi ob nedeljah in praznikih.

Na področju obveščanja imamo v Sloveniji že več let kar precej težav, saj so nekatere porodnišnice opustile obveščanje patronažne službe, medtem ko druge to še vedno izvajajo. Če porodnišnica ne obvesti patronažne službe, mora za to poskrbeti otročnica ali svojci (Mihevc Ponikvar, et al., 2016).

Po odpustu iz porodnišnice je PMS prva, ki obiše otročnico, novorojenčka in družino. Njena strokovna obravnava ni usmerjena le v telesno zdravstveno stanje novorojenčka in otročnice. Posebno pozornost in skrb posveča tudi psihičnemu stanju in čustvenemu dogajanju otročnice kot matere. Spodbuja jo k izražanju čustev, občutkov in doživljanj tudi v kasnejšem obdobju, z otročnico vzpostavi pristen medosebni odnos, ki temelji na zaupanju, spoštovanju in empatiji (Kum, 2004, cit. in Čampa, 2014).

Preventivni patronažni obisk otročnice s pregledom otročnice opravimo sočasno z obiskom novorojenčka. Najprej se pogovorimo o splošnem počutju otročnice, o porodu in o problemih po porodu. Preveri se odpustno dokumentacijo, materinsko knjižico ter obrazec Prijava poroda – obvestilo babice, če ga porodnišnica predloži. PMS ima specifične naloge pri obravnavi otročnice in novorojenčka:

- Zdravstvena vzgoja in svetovanje: svetovanje in prikaz pravilnega rokovanja z novorojenčkom (ang. handling) ter nege novorojenčka, seznanitev s pomenom dojenja in materinega mleka za otroka, seznanitev s tehnikami dojenja in svetovanje glede pomena pravilnega pristavljanja otroka, svetovanje glede položajev med dojenjem, pogovor in seznanitev otročnice s pomenom čustvene in psihične podpore s strani družine, pogovor in seznanitev otročnice o pomenu izražanja čustev med družinskimi člani, svetovanje glede varnega okolja, seznanitev otročnice s pomenom spremljanja izločanja otročnice, svetovanje o zdravi prehrani in zadostnem vnosu tekočine, seznanitev s pomenom treninga za krepitev mišic medeničnega dna in telesne dejavnosti po porodu, svetovanje o pomenu spanja in počitka otročnice, pogovor o obisku pri ginekologu in pri pediatru, svetovanje o spolnem življenju po porodu ter o kontracepciji, pogovor in svetovanje o spremenjeni zunanji podobi, krepitev samopodobe otročnice;
- Ohranjanje in krepitev duševnega zdravja – opolnomočenje otročnice: pogovor z otročnico o psihofizičnem počutju (pozornost na stiske, strahove in duševno stanje otročnice), krepitev samozavesti (pohvala, spodbujanje, tolažba itn.);
- Pregled otročnice: spremljanje vitalnih funkcij, opazovanje čišče, opazovanje rane na presredku ali po carskem rezu, pregled krčenja maternice, opazovanje ožilja na nogah, spremljanje nege dojk, pregled dojk in bradavic in pomoč pri morebitnih težavah, spremljanje uriniranja in odvajanja blata ter prisotnosti hemoroidov, spremljanje dojenja in pomoč pri dojenju, spremljanje nege novorojenčka in pregled novorojenčka (Mihevc Ponikvar, et al., 2016).

Cilji patronažne zdravstvene nege v obravnavi otročnice so: normalen krvni tlak in telesna temperatura, ustrezna navezanost med materjo in novorojenčkom, ustrezna družinska skupnost, zadovoljitev psihičnih in socialnih potreb otročnice, pravilna prehrana in hidracija, normalno izločanje urina in blata, primerno celjenje epiziotomijske rane, dobro počutje otročnice, dobra fizična in psihična kondicija, pravilna involucija uterusa in čišča, seznanjenost otročnice s fiziološkimi spremembami v poporodnem obdobju, usposobiti

otročnico za samoopazovanje in samooskrbo, usposobiti otročnico za skrb in oskrbo novorojenčka, seznanjenost otročnice s pomenom in vlogo starševstva, neobremenjenost otročnice z dodatnimi aktivnostmi, humano okolje in informiranost staršev (Berčič & Boh, 2008, cit. po Čampa, 2014).

Vloga patronažne medicinske sestre pri duševni motnji v poporodnem obdobju

Pristopi in metode dela, ki PMS omogočijo prepoznavanje in lajšanje duševnih stisk v poporodnem obdobju, so (Kum, 2004, cit. po Čampa, 2012):

- Proces zdravstvene nege in procesna metoda dela: predstavlja neprekinjen način ugotavljanja potreb po zdravstveni negi bolnika, družine in skupnosti;
- Teoretični model Hildegard E. Peplau: poudarek je na medosebnem odnosu med medicinsko sestro in pacientom. Bistvo je, da je potrebno pacienta sprejeti kot enkratno celovito osebnost, ga sprejeti brez predsodkov in mu vedno znati prisluhniti;
- Presejalni testi za poporodno depresijo: zdravstveni sistem ne predvideva rutinskega presejanja za poporodno depresijo. V praksi se uporablja samoocenjevalni Edinburški vprašalnik, ki je uporaben v nosečnosti in v poporodnem obdobju (Skočir, 2005). Lahko ga uporabijo tudi zdravstveni delavci.
- Timsko delo v zdravstvenem in multidisciplinarnem timu: PMS kot članica negovalnega in zdravstvenega tima sodeluje s sodelavci, najpogosteje z zdravniki družinske medicine ter drugimi strokovnjaki (Lupša, 2009, cit. po Čampa, 2012).

Drglinova (2009) poudarja, da opozorilni znaki stisk iz različnih razlogov niso vedno očitni ali vidni. Sram, krivda, strah pred obsojanjem so razlogi, da ženske svoje občutke prikrivajo. Pogosto navzven prikažejo bolj »socialno sprejemljive tegobe«, kot so utrujenost, glavobol, težave v partnerstvu ali zahtevnost dojenčka. Najbolj pogosti znaki duševnih stisk po porodu, na katere moramo biti PMS pozorne, so: posameznice ni doma ob dogovorjenem času ali se ne odziva na telefonske klice; je pretirano zaskrbljena za svoje in otrokovo zdravje; je videti nenavadno utrujena ali izčrpana; želi, da je prisotna podporna oseba (partner); izrazito pridobiva ali izgublja telesno težo; ima telesne težave, za katere ne najdemo vzroka; ima težave s pomanjkanjem mleka; se izogiba vprašanjem o tem, kako se počuti; joka; noče pestovati otroka ali kaže nenavadno nelagodje, ko drži otroka v naročju ali se nenavadno odziva nanj; ne dovoli drugim skrbeti zanj; je pretirano zaskrbljena za otroka kljub zagotovilom, da z njim ni nič narobe; kaže veliko neprilagodljivost ali pretirano natančnost pri otrokovi negi; je pretirano zaskrbljena zaradi svojega ali otrokovega videza; izjavlja, da je otrok ne mara ali da ni dovolj dobra mati; toži o pomanjkanju partnerjeve podpore; podoživlja prizore, doživlja strah in nočne more, povezane s travmami, ki jih doživlja.

Sirk in Mernik Merc (2009) navajata, da naj skuša PMS zagotoviti, da je vsaka otročnica deležna primerne fizične oskrbe in učinkovite psihične in socialne podpore. Naloge PMS so:

- Skuša doseči, da bo otročnica pri oskrbi novorojenčka povsem samostojna, gotova in zadovoljna ter da se bo dobro počutila. Spodbuja jo, da čim več časa preživi s svojim dojenčkom in se prilagaja njegovemu urniku;
- Otročnico spodbuja k izražanju čustev, občutkov in doživljanj;

- Spodbuja jo, da ohranja socialne stike (obiski, druženja, skupinska telovadba);
- Motivira jo pri organizaciji dnevne rutine, da bo imela čas za spanje in dnevni počitek, za redne in zadostne obroke, razvedrilo. Spodbuja jo, naj ne izgublja časa z opravili, ki jih lahko opravlja kdo drug in spodbuja partnerja in ostale člane družine pri prerazporeditvi gospodinjskih opravil;
- Otročnici svetuje in pomaga, gradi njeno samozavest, pri tem pa upošteva njene kulturne navade in okolje, iz katerega izhaja;
- PMS mora znati prepoznati znake poporodne otožnosti, depresije. Le tako lahko nudi otročnici dobro psihosocialno podporo s tem, da jo posluša, sliši in razume. Spodbuja družinske člane in vzpostavlja vez med njimi. V primeru, da simptomi ostajajo ali se celo potencirajo, svetuje strokovno pomoč;
- Posebno podporo potrebuje otročnica, ki je prezgodaj rodila ali imela težave z zanositvijo in dojenjem, mlada mati brez zaposlitve ali z nizkimi dohodki, brez opore partnerja, in tista, ki ima izkrivljena (idealna) pričakovanja glede materinstva;
- Posebno skrb in odgovornost PMS nameni družini. Sproti naj rešujejo družinske in osebne težave. Vsak član družine se mora počutiti razumljenega, varnega, sprejetega in spoštovanega;
- Kadar PMS ugotovi slabe socialno-ekonomske razmere, družini pomaga pri reševanju problematike prek centra za socialno delo in humanitarnih organizacij;
- PMS ob morebitnih odstopanjih sodeluje z izbranim zdravnikom, pediatrom, psihiatrom in z drugimi službami, ki lahko nudijo usmerjeno pomoč.

Kadar je pri otročnici že od prej znana duševna motnja, se PMS informira o njenem trenutnem psihofizičnem stanju in predpisani terapiji pri psihiatru. Priporočljivo je, da je ob obisku prisoten partner oz. pomemben drugi, ki pomaga razbremeniti otročnico. V primeru težav lahko izbrani zdravnik napiše delovni nalog, na katerem je opredeljeno število in pogostost patronažnih obiskov ter dejavnosti, ki jih je potrebno opraviti na patronažnem obisku (Sirk & Mernik Merc, 2009).

Razprava in zaključek

Za vzpostavitev dobrega medsebojnega sodelovanja, zaupanja in terapevtske komunikacije je pomembna kontinuirana zdravstvena nega ženske v obporodnem obdobju, ki zagotavlja kakovostno obravnavo nosečnice, otročnice, novorojenčka in družine. Kljub vsemu pa ostane neprepznanih in posledično tudi nezdravljenih veliko primerov poporodnih duševnih stisk. Obporodna oskrba, ki vključuje celostno obravnavo, mora vključevati tudi skrb za dobro psihično počutje.

Zaželeno so dodatna izobraževanja PMS in usposabljanja s področja poporodnih stisk, ki bi vključevala tudi uporabo presejalnih testov za poporodno depresijo v klinični praksi, načine izvedbe in interpretacijo rezultatov. Omenjene teste se v praksi premalokrat uporablja. Pomembno je, da o duševnih stiskah po porodu govorimo, jih prepoznamo in otročnici in njeni družini pomagamo, da poiščejo in sprejmejo pomoč. Vzpostavitev interdisciplinarnega pristopa, sodelovanje različnih strokovnjakov in svojcev, oblikovanje smernic pri odkrivanju in spremljanju obporodnih stisk so ključni elementi pri vzpostavitvi široke, dobro razvite podporne mreže ženskam z duševnimi težavami po porodu.

Literatura

- Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu*, 2011. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Čampa, L., 2014. *Patronažna zdravstvena nega otročnice z vidika poporodne otožnosti in depresije*: diplomsko delo visokošolskega strokovnega študija. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 1, 11, 12–17.
- Drglin, Z., 2009. *Zima v srcu: ko se materinstvu pridružita depresija in tesnoba, radost pa odide: kažipot skozi obporodne stiske*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 12, 25–33, 104–117.
- Pravilnik za izvajanje preventivnega programa zdravstvenega varstva na primarni ravni, 1998*. Uradni list Republike Slovenije št.19.
- Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej)*. 2005. Uradni list Republike Slovenije št. 23.
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ)*. 2005. Uradni list Republike Slovenije št. 100.
- Sirk, D. & Mernik Merc, A., 2009. Vloga patronažne medicinske sestre pri obravnavi družine v predporodnem in poporodnem obdobju. In: *Duševno zdravje in nosečnost, porod ter zgodnje starševstvo*. Strokovno srečanje ob Svetovnem dnevu duševnega zdravja, Ljubljana 9. oktober 2009. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, pp. 130–138.
- Skočir, A.P., 2005. *Možnosti preprečevanja, odkrivanja in obravnava poporodne depresije – vloga babic in medicinskih sester*. *Obzornik zdravstvene nege*, 39(3), 118–193.
- Steblovnik, L. & Novak Antolič Ž., 2009. Prepoznavanje duševnih stisk in motenj v obporodnem obdobju, vodenje, ukrepanje in usmerjanje. In: *Duševno zdravje in nosečnost, porod ter zgodnje starševstvo*. Strokovno srečanje ob Svetovnem dnevu duševnega zdravja, Ljubljana 9. oktober 2009. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, pp. 21–26.
- Zakšek, T. & Mivšek, A.P., 2009. Vloga babice pri obporodnih stiskah. In: *Duševno zdravje in nosečnost, porod ter zgodnje starševstvo*. Strokovno srečanje ob Svetovnem dnevu duševnega zdravja, Ljubljana 9. oktober 2009. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, pp. 57–70.
- Mihevc Ponikvar, B., Tomšič, S., Drglin, Z., Rok Simon, M., Mesarič, E. & Dravec, S., 2016. *Strokovne podlage za posodobitev programa preventivnega zdravstvenega varstva nosečnic, otročnic, novorojenčkov in dojenčkov na domu ter podlage za nadaljnji razvoj preventivnih programov za zmanjševanje neenakosti v zdravju*. Zaključno raziskovalno poročilo pilota »Kakovostno starševstvo za zdrav začetek« Skupaj za zdravje. Ljubljana: NIJZ, pp. 12, 62–64.

Duševne motnje v nosečnosti in poporodnem obdobju

Mental disorders during the pregnancy and in the postpartum period

Anica Gorjanc Vitez, dr. med., spec. psih.

Psihiatrična bolnišnica Idrija

Izvleček

Nosečnost običajno za žensko predstavlja obdobje sreče, zdravja in dobrega počutja. Vedno pa ni tako. V nosečnosti in v poporodnem obdobju je ženska še posebej ranljiva za razvoj duševne motnje, kot so anksiozne motnje, motnje razpoloženja, psihotične motnje in drugo. Nekaterne ženske se prav v času nosečnosti prvič srečajo z duševno motnjo. Verjetnost za razvoj duševnih motenj je toliko večja, če so bile le-te prisotne že v obdobju pred zanositvijo. Tveganje za ponovitev bolezni naraste, če ženska opusti zdravlila. V nosečnosti se v ženskem telesu dogajajo številne fiziološke spremembe. Spremeni se njena telesna podoba. Nosečnost in poporodno obdobje prinašata številne psihološke spremembe tako za žensko kot tudi za njenega partnerja. Z materinstvom se spremeni tudi družbena vloga ženske. Znaki in simptomi duševne motnje pogosto ostanejo neprepoznani, običajno se jih pripiše hormonskim spremembam. Pomembno je prepoznavanje simptomov in znakov duševnih motenj ter hitra in ustrezna strokovna pomoč.

Ključne besede: nosečnost, duševna motnja, znaki in simptomi, strokovna pomoč.

Abstract

Pregnancy is usually thought of as a period of happiness, health and well-being. This is not always the case. In pregnancy and postpartum period, the woman is more susceptible to anxiety disorders, mood disorders, psychotic disorders and other mental illnesses. The probability for developing a mental disorder is greater if such a disorder existed before pregnancy. The risk for relapse of a disorder is greater if woman stops taking her medications. During pregnancy, there are numerous physiological changes. Her physical appearance changes. Pregnancy and postpartum period bring many psychological changes to a woman as well as to her partner. With motherhood changes the role of a woman in the society. Signs and symptoms of mental health disorder are often unrecognized; often they are thought to be a consequence of hormonal changes. It is important to recognize symptoms and signs of mental health disorder and get proper help as soon as possible.

Keywords: pregnancy, mental disorder, signs and symptoms.

Priporočena literatura

Muzik, M., 2012. Psychiatric illness during pregnancy. *Current Psychiatry*, 11(2), pp. 23–32.
The Ammon-Pinizzotto Center for Women's Mental, 2015. *Psychiatric Disorders During Pregnancy*. Available at: <https://womensmentalhealth.org/specialty-clinics/psychiatric-disorders-during-pregnancy/> [5.5.2017].

- Carter, D., 2005. Psychiatric disorders in pregnancy. *British Columbia Medical Journal*, 47(2), pp. 96–99.
- Berg, S., 2012. *Mood Disorders in Pregnancy and the Postpartum*. Available at: <https://www.slideshare.net/ChildrensTrustofSC/sberg-2012-sc-home-visiting-summit> [5.5.2017].
- Berrisford, G., Slater, E. & Hemming, B., 2015. *Perinatal mental health*. Available at: <https://www.slideshare.net/NHSEngland/perinatal-mental-health-pop-up-uni-9am-3-september-2015> [5.5.2017].
- Hendrick, V. & Gitlin, M., 2004. *Psychotropic Drugs and Women: Fast Facts*. New York: Norton and Company.
- Payne, J.L., Palmer, J.T. & Joffe, H., 2009. A reproductive subtype of depression: Conceptualizing models and moving toward etiology. *Harvard review of psychiatry*, 17(2), pp. 72–86.
- Yonkers, K.A., Wisner, K.L., Stewart, D.E., Oberlander, T.F., Dell, D.L., Stotland, N. et al., 2009. The management of depression during pregnancy: A report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *General Hospital Psychiatry*, 31(5), pp. 403–413.
- Yonkers, K.A., Vigod, S. & Ross, L.E., 2011. Diagnosis, Pathophysiology and management of mood disorders in pregnant and postpartum women. *Obstetric Gynecology*, 117(4), pp. 961–977.
- Cohen, L.S., 2007. Treatment of bipolar disorder during pregnancy. *The Journal of clinical psychiatry*, 68(Suppl 9), pp. 4–9.
- Einarson, A. & Boskovic, R., 2009. Use and safety of antipsychotic drugs during pregnancy. *Journal of psychiatric practice*, 15(3), pp. 183–192.
- Garrod, D., 2011. Rebuilding confidence in women's abilities in birth. *British Journal of Midwifery*, 17(2), p. 830.

Zdravstvena nega ženske v poporodnem obdobju na oddelku pod posebnim nadzorom

Postpartum nursing in the intensive care unit of a maternity ward

Urška Poček, dipl. m. s.

Psihiatrična bolnišnica Vojnik

Izvleček

Poporodno obdobje se smatra kot naraven življenjski proces in prav ta pogled omogoča medicinski sestri zelo pomembno vlogo na področju ugotavljanja stanja in potreb otročnice. Da lahko medicinska sestra nudi otročnici kvalitetno babiško oz. zdravstveno nego, mora dobro poznati fiziološke in psihološke spremembe, ki nastanejo po porodu.

Hospitalizacija pacientke z duševno motnjo po porodu je grob poseg v nastajajočo družino in prizadene vse načrte in vrednote pacientke in njene okolice. Ključna je vzpostavitev zaupanja in dobrega odnosa s pacientko in njenimi svojci, kar pomembno vpliva na kasnejše sodelovanje in potek zdravljenja. V obravnavi na oddelku pod posebnim nadzorom je na preizkušnji resnično multidisciplinarno timsko delo, ki vključuje zdravnika psihiatra, medicinsko sestro, kliničnega farmacevta, socialno delavko, psihologa in delovnega terapevta.

Zdravstvena nega (ZN) pacientke z duševno motnjo po porodu zahteva celosten pristop, ki bolj kot sicer vključuje poleg pacientke vse člane ožje in širše družine in vključuje aktivnosti zdravstvene nege v psihiatriji in ginekologiji oz. porodništvu in patronažnem varstvu. V tem primeru je ZN na oddelku pod posebnim nadzorom in s tem vloga medicinske sestre ključnega pomena za varnost matere in otroka. Medicinske sestre imajo poleg širšega zdravstvenega tima pomembno vlogo pri nudenju pozitivne podpore v razvoju samopodobe, samovrednotenja in kasneje samozaupanja v skrbi zase in otroka s strani matere in očeta.

Ključne besede: porod, zdravstvena nega , poporodna depresija, poporodne motnje.

The postpartum period is regarded as a natural life process and this view gives the nurse an important role in determining the status and needs of the mother. The nurse must be familiar with physiological and psychological changes that occur after the childbirth so that she/he can provide the best possible obstetric health care.

The hospitalization of a patient with a mental disorder after childbirth is a harsh interference for the emerging family, and affects all plans and values of the patient and her surroundings. The key is to establish trust and a good relationship with the patient and her family, as these crucially influence the subsequent participation and course of the treatment.

To achieve this, the real multidisciplinary teamwork involving psychiatric doctor, nurse, clinical pharmacist, social worker, psychologist and occupational therapist is being tested during the medical treatment in the intensive care unit of a maternity ward.

The nursing care of patients with a mental disorder after childbirth requires a holistic approach that involves not only the patient but also members of the immediate and extended family more than usually, and combines work of nursing in psychiatry and gynecology, and midwifery and community nursing respectively.

In this case, the nursing in the intensive care unit of a maternity ward and the role of nurses are crucial for the safety of the mother as well as her child. Thus, within the wider healthcare team, the nurses have a particularly important role in providing positive support in helping the patient and her partner to develop self-esteem, self-evaluation and self-confidence in the subsequent care of the child.

Keywords: birth, nursing, postpartum depression, postpartum disorders.

BELEŽKA

