



STROKOVNO SREČANJE Z MEDNARODNO UDELEŽBO

OBRAVNAVA RANLJIVIH SKUPIN V PATRONAŽNEM VARSTVU

ZBORNİK PREDAVANJ Z RECENZİJO



Terme Zreče, Cesta na Roglo 15, Zreče



**OBRAVNAVA RANLJIVIH SKUPIN V
PATRONAŽNEM VARSTVU**

Urednica:

Andreja Ljubič

Strokovna recenzija:

Andreja Ljubič, Jožica Ramšak Pajk

Za založnika:

Staša Rojten

Založila in izdala:

Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in
zdravstvenih tehnikov Slovenije – Sekcija medicinskih sester
in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti,
Ob železnici 30A, Ljubljana

Oblikovanje in prelom:

Abakos d.o.o.

Naklada: Elektronska izdaja

Zbornik ni namenjen prodaji

Kataložni zapis o publikaciji (CIP)
pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani

COBISS.SI-ID 0000000000

ISBN 000-000-00000-0-0 (PDF)

OBRAVNAVA RANLJIVIH SKUPIN V PATRONAŽNEM VARSTVU

SREDA 15. 10. 2025

1

Moderatorja: Staša Rojten in Darja Pangerc Bratina

- 8.00–9.00 Registracija
- 9.00–9.15 Otvoritev srečanja
- 9.15–9.30 Podelitev priznanj na ožjem strokovnem področju
- 9.30–10.30 **Perinatalno obdobje brez nasilja – specifika, identifikacija in pravni postopki;** Helena Ditar, Zoran Stankic Rupnik
- 10.30–10.40 **Medicinsko tehnični pripomočki na naročilnico ZZS za oskrbo v domačem okolju – novosti in spremembe v letu 2025;** Tamara Bokalič
- 10.40–10.50 predstavitev predstavnika Zepter
- 10.50–11.00 Razprava
- 11.00–11.45 Odmor

2

Moderatorja: Renata Škrget in Andrejka Presl

- 11.45–12.15 **Zdravljenje neplodnosti v Sloveniji nekoč in danes ter spremembe v zakonodaji;** Alenka Jelenko
- 12.15–12.45 **Vloga patronažne medicinske sestre pri obravnavi staršev ob perinatalni smrti;** dr. Lucija Pavše
- 12.45–13.15 **Skupni primer, skupna odgovornost (Zdravstveni dom Ljutomer in Center za socialno delo Pomurje, Enota Ljutomer v službi človeka – varno in zakonito;** Sabina Krancelbinder Krapež sodelavkami
- 13.15–13.25 Predstavitev predstavnika Ewopharma
- 13.25–13.55 **Celostno razumevanje človeka in kronične bolečine;** Jure Reherman
- 13.55–14.05 Predstavitev predstavnika Mediasi
- 14.05–14.15 Razprava
- 14.15–15.15 Kosilo

3

DELAVNICE

- 15.15–15.50 **Kaj narediti, ko zaboli?;** Jure Reherman
- 15.50–16.25 **Sprostitev z izvornim zvokom gongov;** Antonija Pavlin
- 16.25–17.00 **Afroditine skrivnosti za negovano kožo;** ekipa Afrodite
- 17.00–17.35 **Prikaz vaj moči za starejše na domu;** Mira Kadunc
- 17.35–18.10 **Sprostitutvene tehnike za vsakdanji stres;** Zala Motaln Hren
- 19.00 Večerja z glasbo

OBRAVNAVA RANLJIVIH SKUPIN V PATRONAŽNEM VARSTVU

ČETRTEK 16. 10. 2025

1

Moderatorja: Darja Brudar in Darja Hermonko

- 8.30–9.00 Registracija
- 9.00–9.35 **Težave pri vzpostavljanju dojenja;** Cvetka Skale
- 9.35–10.20 **Poporodno obdobje - urinska inkontinenca, diastaze recti abdomins, bolečine v hrbtu;** dr. Darija Ščepanovič
- 10.20–10.50 **Vedenjske odvisnosti med otroci in mladostniki;**
dr. Marija Milavec-Kapun
- 10.50–11.00 predstavitev predstavnika Nega d.o.o.
- 11.00–11.15 Razprava
- 11.15–12.00 Osvežilni odmor

2

Moderatorja: Saša Kejžar in Mateja Berčan

- 12.00–12.20 **Preventivni obiski nosečnic v patronažni dejavnosti - primer dobre prakse;** Saša Kejžar
- 12.20–12.50 **Preventivna obravnava kroničnega pacienta – izzivi za obravnave v patronažnem varstvu;** Suzana Krebs, Bojana Vrhovnik
- 12.50–13.10 **Škodljiva raba zdravil med starejšimi odraslimi;**
Ajda Pustinek, dr. Marija Milavec-Kapun
- 13.10–13.40 **Ranljive skupine v domačem okolju skozi prizmo poklicne etike;** dr. Helena Kristina Halbwachs
- 13.40–13.50 Predstavitev predstavnika VSM
- 13.50–14.05 **Timski pristop za boljšo oskrbo ran;** Petra Andonovski Fužir
- 14.05–14.15 Razprava
- 14.15–14.30 Zaključne misli seminarja

K a z a l o

Perinatalno obdobje brez nasilja in pravni postopki; Zoran Stankic Rupnik	7
Perinatalno obdobje brez nasilja – specifika, identifikacija in pravni postopki; Helena Ditar	16
Zdravljenje neplodnosti v Sloveniji nekoč in danes ter spremembe v zakonodaji; Alenka Jelenko	20
Vloga patronažne medicinske sestre pri obravnavi staršev ob perinatalni smrti; dr. Lucija Pavše	26
Skupni primer, skupna odgovornost (Zdravstveni dom Ljutomer in Center za socialno delo Pomurje, Enota Ljutomer v službi človeka – varno in zakonito; Sabina Krancelbinder Krapež s sodelavkami	32
Celostno razumevanje človeka in kronične bolečine; Jure Reherman.....	40
Težave pri vzpostavljanju dojenja; Cvetka Skale	42
Poporodno obdobje – urinska inkontinenca, diastaze recti abdominis, bolečine v hrbtu; dr. Darija Ščepanovič	47
Vedenjske odvisnosti med otroci in mladostniki; dr. Marija Milavec-Kapun	51
Preventivni obiski nosečnic v patronažni dejavnosti; Saša Kejžar.....	57
Preventivna obravnava kroničnega pacienta – izzivi za obravnave v patronažnem varstvu; Suzana Krebs, Bojana Vrhovnik.....	60
Škodljiva raba zdravil med starejšimi odraslimi; Ajda Pustinek, dr. Marija Milavec-Kapun	62
Ranljive skupine v domačem okolju skozi prizmo poklicne etike; dr. Helena Kristina Halbwachs	70
Timski pristop za boljšo oskrbo ran; Petra Andonovski Fužir	78

Zborniku na pot

Spoštovane udeleženke, spoštovani udeleženci, dragi gostje,

z velikim veseljem vas pozdravljam na strokovnem srečanju, ki nas znova povezuje ob pomembnih temah patronažnega varstva – področja, s katerim se vsakodnevno srečujemo pri delu z družinami, posamezniki in skupnostjo.

Delo v patronažnem zdravstvenem varstvu je danes zahtevnejše kot kadar koli prej. Srečujemo se z vedno bolj kompleksnimi obravnavami, z večjim številom kroničnih bolnikov, ranljivih skupin in družin, ki potrebujejo celostno ter dolgotrajno podporo. Ob tem se soočamo tudi z večjimi časovnimi pritiski, administrativnimi obremenitvami in nenehnim prilagajanjem novim potrebam. Posledično nam pogosto zmanjka dragocenega časa za tisto, kar je bistvo našega poslanstva – preventivo in ohranjanje zdravja.

Prav zato imajo strokovna srečanja, kot je današnje, še posebej pomembno vlogo. Ponujajo nam prostor za razmislek, izmenjavo izkušenj ter iskanje rešitev, kako kljub številnim izzivom ohraniti in krepiti naše temeljno poslanstvo.

Program letošnjega srečanja smo zasnovali tako, da se prepletajo strokovna predavanja, predstavitve dobrih praks, delavnice in razprave. Posebej smo želeli osvetliti aktualna vprašanja – od obravnave ranljivih skupin in izzivov perinatalnega obdobja do zakonodajnih sprememb, ki pomembno vplivajo na naše delo. Verjamemo, da bodo strokovne razprave in izmenjave izkušenj dragocen prispevek k razvoju našega poklica ter h krepitvi sodelovanja med različnimi strokami.

Iskrena zahvala velja vsem predavateljem, kolegicam iz izvršnega odbora in predstavnikom ustanov, ki so s svojim trudom prispevali k pripravi in izvedbi srečanja. Vam, spoštovani udeleženci, pa želim, da bi vam srečanje prineslo nova znanja, strokovno rast in prijetno druženje.

Naj bo naše današnje srečanje navdih, spodbuda in priložnost za krepitev strokovnosti, sodelovanja ter medsebojnega zaupanja.

Prisrčno dobrodošli!

Staša Rojten

*Predsednica Sekcije medicinskih sester in
zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti*

Perinatalno obdobje brez nasilja in pravni postopki

Perinatal period without violence and legal processes

Zoran Stankić Rupnik, odvetnik

info@stankic-rupnik-op.si

Izveček

Prispevek obravnava perinatalno nasilje kot specifično obliko nasilja intimnega partnerja v "obdobju 1000 dni" (od začetka nosečnosti do drugega leta otrokove starosti). Predstavi projekt Multidisciplinarni pristop k reševanju, nadzorovanju, prepoznavanju in obravnavanju različnih oblik perinatalnega nasilja kot multidisciplinarni okvir za zgodnje prepoznavanje, preprečevanje in obravnavo nasilja v skladu s štirimi stebri Istanbulske konvencije. Pojasni ovire pri razkritju, vlogo zdravstvenih in socialnih delavcev, posledice za mater, plod in otroka ter pravne poti zaščite. Zaključni z priporočili za prakso: sistematično presejanje, varno okolje za razkritje, usklajeno medinstitucionalno ukrepanje, hitro pravno varstvo in dostop do brezplačne pravne pomoči.

Ključne besede: perinatalno nasilje, žrtve in otroci, prepoznavanje in obravnava, pravni postopki, zaščitni ukrepi

Abstract

The paper addresses perinatal violence as a specific form of intimate partner violence during the "1,000-day period" (from the beginning of pregnancy to the child's second year of life). It presents the project Multidisciplinary Approach to Resolving, Monitoring, Identifying and Addressing Various Forms of Perinatal Violence as a multidisciplinary framework for early detection, prevention, and intervention in line with the four pillars of the Istanbul Convention. The paper explains the barriers to disclosure, the role of healthcare and social workers, the consequences for the mother, fetus, and child, as well as the legal avenues of protection. It concludes with practice-oriented recommendations: systematic screening, safe environments for disclosure, coordinated interinstitutional action, prompt legal protection, and access to free legal aid.

Keywords: perinatal violence, victims and children, identification and intervention, legal proceedings, protective measures

Uvod

Perinatalno obdobje je ključno za zdravje matere in otroka ter za vzpostavljanje varne navezanosti. Nosečnost pa žal ni varovalni dejavnik; lahko sproži ali stopnjuje nasilje intimnega partnerja. Projekt Multidisciplinarni pristop k reševanju, nadzorovanju, prepoznavanju in obravnavanju različnih oblik perinatalnega nasilja – MAP (MAP, n.d.) naslavlja ta razkorak z izboljšanjem zgodnjega odkrivanja, preprečevanja in celostne podpore žrtvam v skladu z Istanbulsko konvencijo. V praksi se družinske, zdravstvene, socialne in pravosodne službe pogosto srečajo z dvema izzivoma: (1) prepoznavanje nasilja, ki je pogosto prikrito in ne zgolj "visok konflikt", ter (2) hitro in sorazmerno ukrepanje za zaščito žrtve in otrok.

Projekt MAP

Nasilje je žal prisotno v življenju posameznikov še preden se rodijo. Vsak posameznik in družba lahko vplivamo na preprečevanje zlorab in nasilja, predvsem na način, da omogočimo partnerjem, zakoncem in staršem podporo na vseh nivojih, da ukrepamo takoj, ko prepoznamo nekatera rizična vedenja tudi pred in v času nosečnosti, med ali po porodu.

Perinatalno oziroma obporodno obdobje zajema čas od začetka nosečnosti do drugega leta otrokove starosti – skupaj približno 1000 dni. To je ključno obdobje za preventivo in krepitev zdravja matere in otroka, za zdravo starševstvo ter za dobro dolgoročno prognozo. Žal pa je nasilje prisotno v življenju posameznikov že pred rojstvom. Perinatalno nasilje kot posebna oblika partnerskega nasilja zajema ravnanja, ki jih ženska doživlja med nosečnostjo in v zgodnjem poporodnem času, pa tudi ponovne izbruhe preteklih travm, ki se lahko aktivirajo med nosečnostjo ali porodom.

Nosečnost sama po sebi ni varovalni dejavnik; nasprotno, pogosto predstavlja sprožilec ali pospeševalec nasilja v družini. To se kaže v fizičnem nasilju, poniževanju ter ravnanjih, usmerjenih v okrnitev materinskih sposobnosti ženske. Poleg na novo nastalih oblik nasilja se lahko v tem obdobju znova pojavijo tudi epizode, ki v preteklosti niso bile ustrezno prepoznane ali predelane. Zato je odgovornost tako posameznikov kot družbe, da z zgodnjim prepoznavanjem rizičnih vedenj in z zagotavljanjem večnivojske podpore partnerjem, zakoncem in staršem – pred in med nosečnostjo, ob porodu ter po njem – aktivno preprečujemo zlorabe in nasilje. Projekt MAP obravnava nasilje intimnega partnerja. V skladu s štirimi stebri Istanbulske konvencije (Ur. l. RS – Mednarodne pogodbe, št. 1/15) je glavni cilj MAP-a izboljšati kakovost storitev namenjenih žrtvam in potencialnim žrtvam perinatalnega nasilja, z zagotavljanjem učinkovitejšega in integriranega zgodnjega odkrivanja, preprečevanja nasilja in ustreznih podpornih storitev za žrtve.

Prepoznavna nasilja

Gre za prepoznavanje pojava nasilja na podlagi spola in perinatalnega nasilja v družini.

Nasilje in nosečnost

Večina ljudi redko pomisli na povezavo med nosečnostjo in nasiljem. V naši kulturi je nosečnost pogosto predstavljena kot čas veselja in pričakovanja, zato si težko predstavljamo, da je lahko tudi obdobje nasilja. Vendar raziskave, na katere se sklicuje projekt MAP, jasno kažejo, da nosečnost nasilja ne preprečuje. Nasprotno – to je čas posebne ranljivosti ženske, saj doživlja velike fizične, čustvene, socialne in ekonomske spremembe, ki povečujejo njeno odvisnost in s tem neravnovesje moči v partnerskem odnosu. Prav na tej neenakosti temelji nasilje na podlagi spola.

Nasilje intimnega partnerja, ki ga izvaja partner ali bivši partner, je najpogostejša in hkrati najbolj prikrita oblika nasilja. Zato je pomembno, da se ga v pravnih postopkih – npr. pri odločitvah o razvezi, zaupanju otrok v varstvo in vzgojo, določanju preživnine ali stikov – ne obravnava kot »visok konflikt«, temveč kot nasilje, saj gre za bistveno drugačno dinamiko.

Perinatalno nasilje ima resne in dolgoročne posledice za telesno in duševno zdravje ženske ter otroka. Povzroča negotovost, občutek krhkosti in zmanjšuje sposobnost matere, da se prilagodi otroku. Posledično se lahko poruši vzpostavitev varnega materinskega odnosa, kar dolgoročno vpliva na razvoj otroka in njegovo dobrobit.

Dejavniki, ki ovirajo prepoznavanje perinatalnega nasilja

Razlogi zaradi katerih ženske ne prijavijo nasilje:

- sram, krivda in občutek, da so tudi same odgovorne za nasilje;
- strah pred maščevanjem povzročitelja nasilja ali maščevanjem nad otrokom;
- strah, ker je finančno odvisna od povzročitelja nasilja;
- ne prepoznavanje nasilja, zlasti v primeru psihičnega in ekonomskega nasilja;
- strah pred stigmo in socialno izključenostjo s strani družine ali skupnosti;
- strah pred socialno izolacijo;
- nizka samopodoba in nizka samozavest žrtve;
- pomanjkanje varovalnih dejavnikov in strah nad izgubo skrbništva nad otrokom;
- pomanjkanje realnih možnosti za izstop iz nasilja, kot na primer finančnih sredstev, stanovanja, dela in varnosti;

- bojazen, da ji ne bo nihče verjel;
- premalo zasebnosti pri naročanju na zdravniške preglede;
- jezikovne in kulturne ovire, predvsem gre za migrantke, ki pripadajo etičnim manjšinam;
- strah pred izgubo statusa po ločitvi od nasilneža;
- strah pred odzivom in očitki, da je sama kriva, ker se prej ni ločila, zlasti, če je bila ženska v preteklosti deležna neustrezne obravnave s strani izvajalcev storitev;
- ženska ne ve, kaj bodo storili zdravstveni delavci, če bi povedala za nasilje, ali bodo obvestili policijo ali bodo stopili v stik s povzročiteljem nasilja;
- ženska verjame, da ji nihče ne more pomagati.

Žrtev potrebuje veliko moči, da izstopi iz nasilnega razmerja, zlasti po tem, ko je veliko vložila v partnerski odnos in družino. Skoraj vedno preteče veliko časa, preden se ženska odloči prositi za pomoč, ker potrebuje čas, da sebi in drugim prizna, da s partnerjem ne funkcionirata kot par in da je žrtev nasilja.

Ravnanje zdravstvenih in socialnih delavcev

V času nosečnosti ima ženska pogoste stike z zdravstvenimi delavci, kar predstavlja pomembno priložnost za zgodnje prepoznavanje nasilja in nudenje pomoči. Podobno vlogo imajo tudi socialni delavci. Zato je nujno, da so vsi izvajalci storitev ustrezno izobraženi in usposobljeni za prepoznavanje vzrokov, dinamike in posledic nasilja na podlagi spola. V praksi se pogosto pojavlja zadrega ali strah, kako ravnati, ko ženska razkrije nasilje, zaradi česar se izvajalci tej temi raje izognejo. K temu prispeva tudi pomanjkanje zasebnega in varnega prostora, kjer bi se z žensko lahko pogovorili brez prisotnosti partnerja. Ko nasilje prepoznamo, pa je ključno, da ženski ponudimo rešitve, ki ji omogočijo izhod iz nasilnega okolja ter zmanjšajo posledice, ki jih je že utrpela.

Nosečnost je hkrati tudi izjemna priložnost za preprežanje perinatalnega nasilja. Skoraj vse ženske v tem obdobju prejemajo redno zdravstveno oskrbo, kar olajša vzpostavljjanje zaupanja med njimi in zdravstvenimi delavci. Prav ti so lahko prva dostopna točka pomoči za ženske, ki so izkusile izolacijo in nadzor s strani intimnega partnerja in nasilja ne želijo prijaviti policiji ali centru za socialno delo. Žal pa številne žrtve pomoči v zdravstvu ne poiščejo, ker menijo, da zdravstveno osebje pri obravnavi nasilja v družini ne more ali ne želi pomagati oziroma da za to nima časa.

Nasilje

Trije izrazi uokvirjajo problem nasilja nad ženskami, in sicer nasilje v družini, nasilje intimnega partnerja in nasilje na podlagi spola.

Nasilje v družini se nanaša na dejstvo, da po mednarodnih podatkih ženske po vsem svetu trpijo zlorabo zlasti znotraj zidov svojega doma, to je v okolju, ki naj bi veljalo za najbolj zaščitniško in varno. Po Zakonu o preprečevanju nasilja v družini – ZPND (Ur. l. RS, št. 16/8, 68/16, 54/17 in 196/21) je nasilje v družini vsaka uporaba fizičnega, spolnega, psihičnega ali ekonomskega nasilja enega družinskega člana proti drugemu družinskemu članu oziroma zanemarjanje ali zalezovanje žrtve ne glede na starost, spol ali katerokoli drugo osebno okoliščino žrtve ali povzročitelja nasilja, in telesno kaznovanje otrok.

Nasilje v družini je v praksi zelo raznovrstno. Grobo in povsem površno lahko razlikujemo med simboličnim, ekonomskim, spolnim, moralnim, čustvenim ali psihičnim in fizičnim nasiljem. Psihično nasilje je neprimerno pogostejše od fizičnega in možnosti za izvajanje psihičnega nasilja so neomejene, prepuščene so domišljiji vsakega posameznika (Kanduč, 2001).

Nasilje intimnega partnerja poudarja dejstvo, da ženske trpijo nasilje zlasti v partnerskih odnosih, in sicer s strani trenutnih ali nekdanjih partnerjev. O nasilju v partnerskem odnosu govorimo, kadar oseba v intimno-partnerski zvezi izvaja katerokoli izmed oblik nasilja (psihično, telesno, spolno, ekonomsko ali odnosno) nad partnerjem. Pojavi se lahko v različnih

obdobjih življenja. Na primer pri mladih parih, ki šele začenjajo skupno pot, ali pri starejših parih, katerih otroci so se že odselili. Ker se osebe, ki doživljajo partnersko nasilje, bojijo ali težko sprejmejo dejstvo, da jim ljubljena oseba povzroča trpljenje, večina partnerskega nasilja ostane neprijavljenega. Nasilje v partnerskem odnosu se dogaja veliko pogosteje, kot mislimo, in tudi v navidezno dobro delujočih zvezah. Izraz nasilje intimnega partnerja označuje tako slabo ravnanje moških z ženskami, kar je daleč najpogosteje, kot žensk z moškimi ali med istospolnimi partnerji.

Nasilje na podlagi spola je širši pojem od prejšnjih dveh. Gre za nasilje, ki je usmerjeno proti osebi zaradi njenega spola, spolne identitete ali spolnega izraza ali ki nesorazmerno prizadene osebe določenega spola. Ta izraz ne označuje izključno nasilja moških nad ženskami, vendar je najbolj razširjenja oblika nasilja moškega nad žensko. Nasilje na podlagi spola v vseh oblikah pomeni skrajno obliko diskriminacije žensk in kršitev človekovih pravic, zakoreninjenih v neenakosti spolov. Ta oblika nasilja izhaja iz spolnih stereotipov glede vlog in sposobnosti žensk in moških ter iz neenakih razmerij moči v družbah. Nasilje na podlagi spola je močno razširjeno in vpliva na ženske na vseh ravneh družbe ne glede na starost, izobrazbo, dohodek, socialno ozadje in državo izvora ali prebivališče ter je ena od največjih ovir pri doseganju enakosti spolov. Ženske in otroci v EU zaradi različnih politik in zakonodaj v državah članicah niso enako zaščiteni pred nasiljem na podlagi spola. Različne oblike zatiranja se prekrivajo in posameznike prizadenejo hkrati ter tako povzročijo različne oblike diskriminacije. Diskriminacija na podlagi spola se pogosto prekriva z drugimi oblikami diskriminacije, na primer na podlagi rase, barve kože, etnične pripadnosti ali socialnega porekla, genetskih značilnosti, jezika, vere ali prepričanja, političnega ali drugega mnenja, pripadnosti narodni manjšini, premoženja, rojstva, invalidnosti, starosti ali spolne usmerjenosti (Resolucija Evropskega parlamenta o vplivu nasilja med intimnimi partnerji in pravicah do vzgoje in varstva za ženske in otroke, 2019).

Nasilje nad ženskami na podlagi spola pomeni nasilje, ki je uperjeno proti ženski zato, ker je ženska, ali ker nesorazmerno prizadene prav ženske. In na koncu je pomembno, da definicija ženska vključuje tudi dekleta, ki so mlajša od 18 let.

Kadar govorimo o nasilju nad ženskami, ne smemo zanemariti, da tudi moški doživljajo nasilje, ki ga je prav tako treba obravnavati. Podatki Agencije Evropske unije za temeljne pravice (FRA) za leto 2021 kažejo, da se izkušnje fizičnega nasilja med ženskami in moškimi razlikujejo. Nasilje nad ženskami se dogaja v zasebnem okolju in se o njem sistematično premalo poroča, je običajno spolne narave oziroma vključuje elemente prisilnega nadzora. Nasilje nad moškimi se običajno dogaja v javnih okoljih, ni spolne narave in ga večinoma izvajajo drugi moški. Moški so tudi redkeje žrtve nasilja zaradi njihovega spola (Ur. l. RS, št. 105/2023).

Nasilje nad partnerjem ni konflikt. Ko gre za konflikt obstaja soglasje o boju na obeh straneh, v igri so si sile podobne, ni podreditve, ponižanja in uničenja poraženca. Pri nasilju intimnega partnerja ni soglasja, sile v igri niso enake, vedno ali skoraj vedno ena stran prevlada nad drugo, izid spopada je predvidljiv, kdor podleže je oškodovan in ena stran je nenehno pod nadzorom druge strani, ki se je boji. Za ugotavljanje, kdo je žrtev, je dober pokazatelj ugotovitev, kdo se koga boji.

Nasilje intimnega partnerja v obporodnem obdobju

Nosečnost je obdobje življenja, v katerem se nasilje lahko začne ali stopnjuje, še posebej, če nosečnost ni bila zaželena ali pričakovana. Zgodnja in čustvena vključitev očeta v starševstvo izboljša psihofizično zdravje otroka in matere, zmanjša tveganja med nosečnostjo in porodom, prav tako olajša dojenje in s tem boljšo povezanost matere z otrokom. Nosečnost otežuje ženski, da se brani pred nasiljem ali da pobegne od nasilneža. Posledice fizičnega nasilja pa predstavljajo dvakrat večjo hospitalizacijo v primerjavi z drugimi nosečnicami. Večja je verjetnost, da bodo udarci usmerjeni v trebuh, prsi in genitalije, če je ženska noseča. Nosečnost je lahko tudi posledica spolnega nasilja. Zgodnje nosečnosti so pogosto povezane s spolnim nasiljem. Če je nosečnost posledica posilstva, ima to negativne posledice na mater in otroka.

Fizično, psihično in spolno nasilje pogosto izvaja intimni partner. Nasilje na žensko močno vpliva in ima pomembne posledice tudi na njeno fizično zdravje, zato se pogosto loti škodljivega vedenja celo za nerojenega otroka, na primer pije alkohol, kadi ali zlorablja druge substance. Gre za početje, ki je velik dejavnik tveganja za otroka, ki se bo rodil, zato obstaja velika verjetnost, da bo po porodu prišlo do odvzema otroka, da se zavarujejo njegove koristi in da ne bo izpostavljen nevarnostim. Pri nas je velika težava, kam namestiti dojenčke in so pogosto v porodnišnici dokler se za njih ne najde ustrezen rejnik.

Primeri nasilnega vedenja intimnega partnerja:

- nadzoruje, omejuje ali celo zavrača ženski dostop do predporodne oskrbe;
- krivi žensko za njen videz in ji da vedeti, da je zanj nepriljubljena;
- ženski ne daje denarja za nakup hrane ali drugih stvari, gre za ekonomsko nasilje;
- sili žensko da dela med nosečnostjo ali pa ji to prepove;
- sili žensko k spolnim odnosom;
- preverja njene odločitve glede rojstva, preverja uporabo zdravil, izbira zdravnika, izbira način poroda ali kraj rojstva;
- na rednih pregledih govori namesto ženske, vedno je na pregledih prisoten;
- preverja in seje dvom v prepričanja ženske o otroku, glede dojenja, ritma, glede potrebnosti pomoči družine;
- zapustitev ženske med nosečnostjo ali v prvih mesecih otrokovega življenja.

Posledice nasilja na nosečnost, zdravje matere in ploda

Ženske, ki doživljajo nasilje, so zaradi posledične travme kar dvakrat pogosteje hospitalizirane v primerjavi z drugimi nosečnicami. Nasilje lahko poslabša že obstoječe kronične bolezni, dolgotrajna izpostavljenost zlorabi pa povzroča trajno stanje pripravljenosti organizma. Zaradi povečane aktivnosti stresnih hormonov se sčasoma spremeni sposobnost ženske za odzivanje na nevarnost. To lahko moti pravilno sproščanje oksitocina – hormona, ki je ključen za porod, dojenje in oblikovanje navezanosti z dojenčkom. Ker oksitocin delno prehaja tudi skozi posteljico, ima zaščitno vlogo za otroka, saj zmanjšuje njegov stres ob porodu, ki je že sam po sebi travmatična izkušnja.

Ženske, ki so bile izpostavljene nasilju pred ali med nosečnostjo, imajo večje tveganje za razvoj številnih bolezni. Poleg tega nasilje nad materjo pogosto pomeni tudi povečano tveganje za nasilje nad otrokom. Otroci, ki odraščajo v takem okolju, so izpostavljeni čustvenim in vedenjskim motnjam, ki jih lahko vodijo v lastna nasilna vedenja, v izvrševanje kaznivih dejanj ali v to, da sami postanejo žrtve nasilja. Tudi kadar nasilje ni neposredno usmerjeno proti otroku, so njegove potrebe pogosto spregledane, saj je mati zaradi nasilja ranjena in zmanjšano odzivna. Posledica so pri otroku občutki negotovosti, jeze, žalosti in strahu.

Če je oče nasilen do matere, to predstavlja enega najmočnejših dejavnikov tveganja, da bo sin ponotranjil vzorce nasilja in jih kasneje tudi sam ponavljal. Mnogo žensk, ki so žrtve nasilja, poroča, da je bil sprva nasilen partner, kasneje pa je postal nasilen še sin. To se zgodi, ker otroci iz nasilnih okolij dobijo sporočilo, da je edini način, kako se izogniti vlogi žrtve, ta, da postanejo napadalci. Tako se v njihovih čustvenih odnosih uporaba nasilja dojema kot nekaj običajnega in sprejemljivega.

Razkritje nasilja

Priprava okolja: Razgovor naj poteka v prostoru, ki zagotavlja zasebnost in udobje, brez motečih dejavnikov, kot so prisotnost drugih oseb ali zvonjenje telefonov.

Ženska mora biti sama: Pogovor je treba opraviti brez spremljevalcev. Če to ni mogoče, je priporočljivo opraviti kratek uvodni razgovor, vzpostaviti zaupanje in se dogovoriti za nov termin, kjer bo ženska sama. Iz vedenja ženske je pogosto razvidno, da si ob sebi ne želi spremljevalca, saj je ta lahko povzročitelj nasilja ali njegov zaveznik. Včasih so v to vpleteni celo mladoletni otroci, ki izvajajo nadzor nad materjo in poročajo očetu.

Dovolj časa za razgovor: Pogovor mora potekati mirno, brez časovnega pritiska. Vprašanja se zastavljajo umirjeno, ženski pa se da prostor za razmislek in možnost, da tudi sama postavlja vprašanja.

Poslušanje, sprejemanje in ne obsojanje: Izvajalec mora ločevati opazovanje od ocenjevanja ter se izogibati obsojanju, ponujanju nasvetov, zagotovit ali osebnih mnenj. Pomembno je, da žensko sprejme empatično, spoštljivo in razumevajoče, saj se tako gradi zaupanje. Žensko je treba pomiriti ter ji zagotoviti zaupnost, hkrati pa jo seznaniti z zakonskimi omejitvami glede obveznosti prijave nasilja.

Obveščanje in uvod v pregled: Pred začetkom pogovora se žensko motivira s pojasnilom, da je nasilje pogosto prisotno v življenju žensk in da lahko pomembno vpliva na njihovo zdravje ter zdravje otrok. Predstavitel vprašalnika je lahko naraven uvod, pri čemer izvajalec razloži, da ga uporabljajo pri vseh ženskah med nosečnostjo ali po porodu, z namenom preprečevanja zapletov in nudenja pomoči.

Oblikovanje vprašanj: Vprašanja naj bodo del sproščenega pogovora in prilagojena tempu ženske. Po potrebi jih izvajalec pojasni s praktičnimi primeri. Ključna so vprašanja odprtega tipa, ki se začnejo z kdo, kje, kako, kaj, kolikokrat. Vprašanja, ki se začnejo z zakaj ali ali, se izogibamo, saj lahko vodijo do občutka obsojanja. Zgodbo mora vedno pripovedovati ženska sama, ne pa spraševalec.

Pomiritev in podpora: Izvajalec mora jasno prepoznati in poimenovati nasilje ter poudariti, da je za nasilno vedenje odgovoren storilec. Nikoli ne sme dvomiti v ženkinе besede. Njeno izpoved sprejme, jo pomiri, pohvali za pogum in se ji zahvali za pogovor.

Informiranje žensk: Na koncu razgovora je treba ženski predati informativno gradivo o možnostih podpore in pomoči. Poudarek naj bo na konkretnih poteh do pomoči – kontaktih nevladnih organizacij, vlogi Centra za socialno delo (CSD), možnostih prijave ter osnovnih informacijah o sodnih postopkih. Le tako lahko ženska pridobi občutek varnosti in dostop do mreže podpore, ki ji omogoča izhod iz nasilnega okolja in oporo v materinski vlogi.

Pravni postopki

Zelo pomemben pravni okvir za preprečevanje nasilja predstavlja Konvencija Sveta Evrope o preprečevanju in boju proti nasilju nad ženskami in nasilju v družini, bolj znana kot Istanbulska konvencija. Sprejeta je bila 7. aprila 2011 v Istanbulu kot prvi pravno zavezujoči instrument v Evropi, ki celovito obravnava različne oblike nasilja nad ženskami, vključno s psihičnim, fizičnim, spolnim nasiljem, spolnim nadlegovanjem in zalezovanjem. V Sloveniji je bila podpisana 8. novembra 2011, ratificirana pa 5. februarja 2015 (Ur. l. RS – Mednarodne pogodbe, št. 1/15). V 3. členu konvencija jasno določa, da je nasilje nad ženskami kršitev človekovih pravic in oblika diskriminacije. Vanj spadajo vsa dejanja nasilja na podlagi spola, ki povzročijo ali bi lahko povzročila fizično, spolno, psihično ali ekonomsko škodo oziroma trpljenje žensk, pa tudi grožnje, prisila ali samovoljni odvzem prostosti – ne glede na to, ali se dogajajo v javnem ali zasebnem življenju. Konvencija posebej opredeljuje tudi nasilje v družini kot fizično, spolno, psihološko ali ekonomsko nasilje med družinskimi člani, nekdanjimi ali sedanjimi zakonci oziroma partnerji, ne glede na skupno prebivališče.

Konvencija ščiti vse ženske in deklice, ne glede na njihovo starost, raso, veroizpoved, socialni status, migrantski položaj ali spolno usmerjenost. Posebej opozarja na skupine, ki so nasilju še izraziteje izpostavljene, ter državam nalaga obveznost, da zagotovijo prilagojene ukrepe zaščite. Hkrati spodbuja, da se njene določbe uporabljajo tudi za druge žrtve nasilja v družini, kot so moški, otroci in starejši.

Če je nasilje ugotovljeno, imajo poleg policije tudi sodišča pristojnost izreči zaščitne ukrepe. Postopek se začne na predlog žrtve ali centra za socialno delo s soglasjem žrtve; predlog lahko vloži tudi otrok, starejši od 15 let, v njegovem imenu pa sicer starši, skrbnik ali CSD. Če

kolizijski skrbnik v postopku ugotovi, da eden od staršev izvaja nasilje nad otrokom, drugi pa tega ne prepozna, lahko sproži postopek po ZPND. Sodišče lahko povzročitelju nasilja izreče vrsto ukrepov, in sicer:

- prepoved približevanja žrtvi, njenemu bivališču, delovnemu mestu ali drugim krajem, kjer se pogosto zadržuje (običajno v radiju 200 metrov);
- odločitev, da stanovanje v skupni uporabi začasno uporablja izključno žrtev, pri čemer se povzročitelj nasilja izseli;
- prepoved stikov z žrtvijo in njenimi otroki, tako osebno kot preko komunikacijskih sredstev ali tretjih oseb;
- prepoved vsakršnih srečanj z žrtvijo;
- prepoved objavljanja osebnih podatkov žrtve ter dokumentov, ki se nanjo nanašajo;
- odločitev o prepustitvi stanovanja žrtvi;
- prepoved prehoda državne meje otroku;
- odvzem osebnega dokumenta otroku ali prepoved izdaje novega dokumenta.

Ukrepi za zaščito žrtev nasilja se izrekajo za določen čas, največ do 12 mesecev, z možnostjo podaljšanja za dodatnih 12 mesecev, kadar je to nujno za varnost žrtve – zlasti v primerih, ko povzročitelj ukrepe krši. Pomembno je, da sodišče v sklepu, s katerim določi prepovedi, izrecno navede, da te ne veljajo za izvajanje stikov z otrokom, če so bili določeni v postopku po Družinskem zakoniku (DZ). Vendar se tu pogosto pojavi dilema: ali so stiki res v korist otroka, zlasti kadar je bil otrok priča nasilju in je tako tudi sam žrtev? Prav tako obstaja tveganje, da storilec nasilja prek stikov nadaljuje z nadzorom in izvajanjem pritiska nad žrtvijo, še posebej, kadar stiki niso pod nadzorom CSD.

Žrtev nasilja ima pravico, da si v postopku izbere spremljevalca, ki jo lahko spremlja na sodišču in v razpravni dvorani. To so največkrat predstavnice nevladnih organizacij, kot sta Društvo za nenasilno komunikacijo in SOS telefon. Spremljevalec ne sodeluje v postopku, je pa pomembna moralna opora žrtvi. Čeprav ima žrtev običajno odvetnika, ji prisotnost zaupanja vredne osebe zagotavlja dodatno občutek varnosti, zato je to pravico treba omogočiti.

Postopek po ZPND je mogoče sprožiti najpozneje v šestih mesecih po nasilnem dejanju. To pomeni, da se lahko obravnava le nasilje, ki se je zgodilo v tem obdobju. Gre za procesno predpostavko, na katero sodišče pazi po uradni dolžnosti. Po vložitvi predloga mora sodišče najprej preveriti, ali gre med predlagateljem in nasprotnim udeležencem za družinske člane, kot to določa 2. člen ZPND.

Če iz priloženih listin izhaja dovolj dokazov o nasilju, lahko sodišče brez naroka izda sklep o prepovedih – zlasti kadar meni, da povzročitelj ogroža življenje ali zdravje žrtve ali otrok oziroma kadar je to potrebno za varstvo koristi otrok. Povzročitelj lahko v osmih dneh od prejema sklepa vloži ugovor. Če je ta pravočasen, sodišče razpiše narok, kjer zasliši oba udeleženca in po potrebi tudi priče, nato pa sprejme odločitev, zoper katero je mogoča pritožba na Višje sodišče. Če pa sodišče sklepa ne izda takoj, mora predlog vročiti povzročitelju nasilja, ki ima pravico do odgovora, nato pa prav tako razpisati narok.

Če so ukrepi izrečeni zaradi varstva koristi otrok, njihovo izvajanje spremlja tudi CSD, ki o izrečenih ukrepih obvesti policijo, pristojni center, vrtec ali šolo, ki jo otrok obiskuje. Na podlagi 26. člena ZPND je oseba, za katero je CSD podal oceno o ogroženosti, vedno upravičena do brezplačne pravne pomoči (BPP), ne glede na siceršnje pogoje po Zakonu o brezplačni pravni pomoči. Če žrtev sama ne zmore izpovedati o nasilju, ji pri tem pomagajo nevladne organizacije. Ocena ogroženosti, ki jo izda CSD, je ključna priloga k prošnji za BPP. Smiselno je, da žrtev v prošnji navede tudi izbranega odvetnika, da ta lahko takoj po vložitvi prošnje pripravi ustrezen predlog na sodišče, brez čakanja na odločbo o dodelitvi pomoči.

Pri odvetniškem delu z žrtvijo je pomembno, da odvetnik pred razgovorom temeljito pregleda vso dokumentacijo (npr. zapisnike policije ali CSD), da žrtvi ni treba ponovno podrobno opisovati

nasilja in s tem doživljati sekundarne viktimizacije. Pogovor naj bo osredotočen na osebne okoliščine žrtve, pojasnila o postopku, pričakovanjih, trajanju postopka in njenih pravicah. Če je vseeno potrebno govoriti o nasilju, mora odvetnik žrtev najprej vprašati, ali je pripravljena na to temo. Razložiti ji mora, da trenutno razpoložljivi podatki niso zadostni za vložitev predloga in da je treba pridobiti dodatne informacije. Pogovor naj poteka v varnem in mirnem okolju brez motenj (npr. izklopljeni telefoni, zagotovljena zasebnost). Žrtev lahko s seboj pripelje zaupnika. Vprašanja naj bodo oblikovana tako, da omogočajo prosto pripovedovanje. Žrtvi je treba jasno razložiti vlogo odvetnika, njegova procesna dejanja in možne scenarije postopka, vključno z možnostjo srečanja s povzročiteljem nasilja na sodišču. Tak pristop žrtvi zagotavlja večjo varnost, preglednost in občutek nadzora nad postopkom.

Večinoma gre za žrtve, ki imajo s povzročiteljem nasilja otroke. Zato se žrtev napoti na CSD, da pridobi zapisnik o predhodnem svetovanju pred postopkom na sodišču, kar je procesna predpostavka za vložitev predloga glede razveze zakonske zveze, zaupanja otrok v varstvo in vzgojo ter glede določitve preživnine in stikov. V kolikor so otroci od očeta, ki je povzročitelj nasilja, ogroženi, se je treba z žrtvijo dogovoriti, da se na sodišče vloži predlog za izdajo začasne odredbe glede varstva koristi otrok.

V kolikor je nasilje v družini zadosti dokazano, sodišče zelo hitro izda v postopku na podlagi ZPND sklep o prepovedih in na podlagi DZ sklep glede začasnega zaupanja otrok v varstvo in vzgojo, začasnega izvajanja stikov oziroma neizvajanja stikov ter začasne preživnine. Ob dobrem in hitrem sodelovanju pooblaščenca žrtve, CSD in tudi nevladnih organizacij, se s strani sodišča zelo hitro sprejmejo ukrepi za zaščito žrtve in njenih otrok.

Ko pride do prijave nasilja v družini, lahko policija v skladu z 60. členom Zakona o nalogah in pooblastilih policije – ZNPPol (Ur. l. RS, št. 22/25) z odredbo iz drugega odstavka tega člena izreče prepoved približevanja določenemu kraju oziroma osebi za 48 ur in odredbo takoj pošlje v presojo preiskovalnemu sodniku okrožnega sodišča, ki lahko ukrep potrdi, spremeni ali razveljavi. Preiskovalni sodnik odloči o ukrepu v roku, ki ne sme biti daljši od 24 ur. Če prepoved približevanja določenemu kraju oziroma osebi preiskovalni sodnik potrdi, lahko ukrep izreče za čas do deset dni, pri čemer mora upoštevati začetek veljave ukrepa, ko ga je izrekla policija. Zoper odločbo preiskovalnega sodnika je v treh dneh dovoljena pritožba na zunajobravnavni senat okrožnega sodišča, ki o pritožbi odloči v treh dneh od prejema pritožbe. Žrtev lahko predlaga podaljšanje tega ukrepa, ki lahko traja najdalj 60 dni, običajno pa v tem času družinsko sodišče že izreče prepovedi v skladu z ZPND.

Zaradi podane prijave kaznivega dejanja s strani žrtve ali CSD, policija posreduje na tožilstvo kazensko ovadbo na podlagi katere tožilstvo vloži predlog za preiskavo in tako tudi steče kazenski postopek v katerem je žrtev ponovno zaslišana. Zaradi nasilja v družini se tako žrtev v kratkem času znajde v štirih postopkih, kar je za njo zelo naporno, saj mora poleg tega, da mora poskrbeti zase in za otroke, sodelovati v številnih sodnih postopkih.

V kazenskem postopku sodišče mladoletnim oškodovancem vedno postavi pooblaščenca po uradni dolžnosti, ki varuje njegove pravice v postopku. Polnoletni oškodovanci, v kolikor nimajo denarja za odvetnika, lahko zaprosijo za brezplačno pravno pomoč. Kadar gre za mladoletne oškodovance je v njihovo največjo korist, da se zaslišijo v Hiši za otroke, da bodo glede tega, kar se jim je zgodilo, po možnosti zaslišani samo enkrat, da se prepreči sekundarna viktimizacija. To jim omogoča Zakon o zaščiti otrok v kazenskem postopku in njihovi celostni obravnavi v Hiši za otroke – ZZOKPOHO (Ur. l. RS št. 54/2021). S sklepom vlade je bil ustanovljen Javni zavod Hiša za otroke (v nadaljevanju Hiša za otroke). Hiša za otroke je edinstven model obravnavanja otrok, žrtev spolnih zlorab in tudi drugih kaznivih dejanj, kamor spada tudi nasilje v družini. Multidisciplinarni in medinstitucionalni pristop združuje vse pomembne storitve pod eno streho, kar preprečuje vnovično viktimizacijo otrok. Gre za podporo otrokom, ki so žrtve ali priče nasilja, v otroku prijaznem in varnem okolju v obliki zagotavljanja celostne obravnave, zato so državni organi in drugi udeleženci dolžni ravnati

posebno pazljivo, da se ob enakem varstvu pravic, spoštovanju jamstev poštenega postopka in pravic obrambe, spoštuje dostojanstvo in zagotavljajo največje koristi otroka.

Najpomembneje je, da se prepreči sekundarna viktimizacija otroka. Primarna viktimizacija pomeni, da je s kaznivim dejanjem poseženo v otrokovo duševno in telesno celovitost. Sekundarna viktimizacija nastopi, ko otrok spregovori o dogodku in pride do neustreznega odziva ožjega ali širšega okolja, in če mora otrok sodelovati v njemu neprilagojenih, formalnih sodnih postopkih, ko mora različnim osebam, ki jih ne pozna, večkrat izpovedati o groznih doživetjih.

Zaključek

Perinatalno nasilje je pogosto nevidno, a visoko tvegano. MAP in obstoječi pravni okvirji ponujajo orodja, ki ob pravočasnem, koordiniranem in žrtvi prijaznem pristopu učinkovito zmanjšujejo škodo in ščitijo koristi otrok. Praksa naj dosledno: (1) prepozna nasilje (ne "konflikt"), (2) zagotavlja varno okolje za razkritje, (3) hitro aktivira zaščitne ukrepe in brezplačno pravno pomoč, (4) preprečuje sekundarno viktimizacijo (še posebej pri otrocih), ter (5) krepi interdisciplinarno sodelovanje in usposabljanje.

Literatura

1. Kanduč, Z. (2001). Revija za kriminalistiko in kriminologijo, 52(2), 109–121.
2. MAP – Multidisciplinarni pristop k perinatalnemu nasilju. Dostopno na: <https://map-project.eu/>
3. Resolucija Evropskega parlamenta z dne 6. 10. 2021 o vplivu nasilja med intimnimi partnerji in pravicah do vzgoje in varstva za ženske in otroke (2019/2166(INI)).
4. Resolucija o nacionalnem programu za enake možnosti žensk in moških 2023–2030 (ReNPEMŽM23–30). Uradni list RS, št. 105/2023.
5. Zakon o ratifikaciji Konvencije Sveta Evrope o preprečevanju nasilja nad ženskami in nasilja v družini ter boju proti njima (Istanbulska konvencija). Uradni list RS – Mednarodne pogodbe, št. 1/15.
6. Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND). Uradni list RS, št. 16/08, 68/16, 54/17, 196/20.
7. Zakon o nalogah in pooblastilih policije (ZNPPol). Uradni list RS, št. 22/2025 – uradno prečiščeno besedilo.
8. Zakon o zaščiti otrok v kazenskem postopku in njihovi celostni obravnavi v Hiši za otroke (ZZOKPOHO). Uradni list RS, št. 54/2021.

Perinatalno obdobje brez nasilja – specifika, identifikacija in pravni postopki

Violence-free perinatal care – specific characteristics, screening, and legal processes

Helena Ditar, dipl. Soc. (UNI),

Certificirana transakcijsko analitična psihoterapevka

Zavod za kvaliteto življenja in avtonomijo posameznika Odprta dlan, Zagorje ob Savi
helena.ditar@gmail.com

Izvleček

Perinatalno obdobje, ki zajema nosečnost, porod in zgodnje materinstvo, je pogosto razumljeno kot čas veselja in novih začetkov, hkrati pa predstavlja tudi obdobje povečane ranljivosti žensk za različne oblike nasilja. Članek obravnava pojav perinatalnega nasilja s poudarkom na nasilju intimnega partnerja, reproduktivnem in institucionalnem nasilju ter izpostavlja njihove posledice za zdravje žensk in otrok. Analizirani so izzivi, s katerimi se soočajo zdravstveni delavci, zlasti zdravstveni delavci v patronaži, pri prepoznavanju nasilja in nudenju podpore žrtvam. Posebna pozornost je namenjena evropskemu projektu MAP, ki je razvil multidisciplinarni pristop k obravnavi perinatalnega nasilja ter pripravil praktična orodja za usposabljanje strokovnjakov. Članek opozarja, da je za učinkovito obravnavo perinatalnega nasilja potrebno razbijanje molka, prepoznavanje reproduktivnega in institucionalnega nasilja ter oblikovanje enotnih presejalnih protokolov, ki bodo zdravstvenim delavcem omogočili pravočasno in učinkovito ukrepanje.

Ključne besede: perinatalno nasilje, nasilje intimnega partnerja, reproduktivno nasilje, institucionalno nasilje, patronažna služba, projekt MAP.

Abstract

The perinatal period, encompassing pregnancy, childbirth and early motherhood, is often perceived as a time of joy and new beginnings, yet it also represents a period of heightened vulnerability to various forms of violence. This article examines perinatal violence with a focus on intimate partner violence, reproductive and institutional violence, and highlights their consequences for the health of women and children. It explores the challenges faced by healthcare professionals, particularly community nurses, in identifying violence and supporting victims. Special attention is given to the European MAP project, which developed a multidisciplinary approach to tackling perinatal violence and produced practical training tools for professionals. The article argues that effective responses to perinatal violence require breaking the silence, recognising reproductive and institutional violence, and establishing unified screening protocols that will enable timely and effective interventions by healthcare providers.

Keywords: perinatal violence, intimate partner violence, reproductive violence, institutional violence, community nursing, MAP project.

Uvod

Perinatalno obdobje, ki zajema nosečnost, porod in zgodnje materinstvo, velja za čas veselja in novih začetkov. Vendar raziskave razkrivajo, da gre tudi za obdobje večje ranljivosti in izpostavljenosti nasilju (Devrieset al., 2010; WHO, 2013). V Sloveniji tematika perinatalnega nasilja še ni dovolj raziskana niti sistemsko obravnavana, zato ostaja pogosto spregledana v zdravstvenem in socialnem sistemu (Drglin & Šimnovec, 2022). Ker nasilje v tem obdobju ogroža zdravje tako ženske kot otroka, je njegovo pravočasno prepoznavanje ključna naloga

zdravstvenih delavcev, zlasti v patronažni službi. S svojo redno in osebno obravnavo, lahko naredijo pomemben korak v prepoznavanju in usmerjanju ženske v ustrezno nadaljnjo pomoč.

Nasilje intimnega partnerja v času nosečnosti

Nasilje intimnega partnerja (NIP) vključuje fizične, spolne in psihološke škode, izvajane s strani trenutnega ali nekdanjega partnerja. Ta termin se vse bolj uporablja namesto splošnejšega 'nasilja v družini', saj poudarja partnerjevo vlogo kot najpogostejšega storilca nasilja nad ženskami (Giffoni et al., n. d.; Globevnik Velikonja et al., 2015). WHO (2013) opozarja, da je NIP v nosečnosti pogostejši, kot je pogosto zaznano, saj fizične, čustvene in socialne spremembe povečajo žensko ranljivost, nasilje pa se v številnih primerih celo poglobi. Hahn et al. (2018) izpostavljajo, da imajo zdravstveni delavci v perinatalnem obdobju posebno priložnost prepoznati znake nasilja in usmeriti ženske k pomoči. Raziskave kažejo, da je nasilje med nosečnostjo povezano z višjim tveganjem za depresijo, škodljive navade, slabo prehrano in samomorilne misli (Alhusen et al., 2014). Tveganja za otroka vključujejo prezgodnji porod, nizko porodno težo in razvojne zaplete. Slovenska raziskava Kopčavar Guček et al. (2011) kaže, da je skoraj 18 % vprašanih poročalo o nasilju v družini, pri čemer so bile ženske bistveno pogosteje žrtve. Kljub tem ugotovitvam spolno in psihološko nasilje ostajata premalo raziskano, kar otežuje razumevanje celotnega obsega problema (Hahn et al., 2018). Mnoge ženske o nasilju molčijo zaradi sramu, strahu ali občutka krivde, kar potrjuje potrebo po varnih prostorih in zaupanja vrednih strokovnjakih (Giffoni et al., n. d.). Čeprav so mednarodne raziskave (Alhusen et al., 2014) jasno pokazale povezave med nasiljem intimnega partnerja in slabšimi zdravstvenimi izidi, v Sloveniji to področje ostaja slabo raziskano. Intervjuji, izvedeni v okviru projekta MAP z zdravstvenimi in socialnimi delavci v Zasavju, kažejo, da številni strokovnjaki nasilje sicer zaznajo, a se pogosto znajdejo v dilemi, kako ukrepati. Pri tem jih ovira občutek pomanjkljive podpore institucij in strah, da bodo zaradi razkritja izgubili zaupanje uporabnic. To potrjuje, da je vprašanje nasilja intimnega partnerja v perinatalnem obdobju pri nas še vedno v veliki meri nevidno – tako v raziskovalnem kot v praktičnem smislu.

Reproduktivno in institucionalno nasilje

Poleg nasilja intimnega partnerja raziskovalci opozarjajo tudi na reproduktivno in institucionalno nasilje, ki je posebej izrazito v perinatalnem obdobju. Reproductivno nasilje se nanaša na kršitve telesne in reproduktivne avtonomije žensk. Vključuje prisilne medicinske posege brez soglasja, neupoštevanje pacientkinih želja glede nosečnosti, poroda ali dojenja, omejevanje pravice do odločanja o lastnem telesu ter zmanjševanje pomena subjektivne izkušnje ženske (WHO, 2013; Globevnik Velikonja, 2022; Kuhar, 2025¹). Institucionalno nasilje označuje širše strukturalne prakse v zdravstvenem sistemu, kjer pride do neenake obravnave, ignoriranja pacientkinih potreb ali poniževalnega ravnanja. Matko (2014) opozarja, da družbena pričakovanja o 'idealiziranem materinstvu' in institucionalne omejitve ustvarjajo pogoje za pojav 'molka', zaradi katerega ženske ne spregovorijo o nasilju. Molk krepi nevidnost reproduktivnega nasilja in ženske pušča brez učinkovite zaščite (Drglin & Šimnovec, 2022). Slovenski kontekst razkriva, da je problem reproduktivnega in institucionalnega nasilja tesno povezan s specifičnimi značilnostmi zdravstvenega sistema. Še vedno prevladuje hierarhična struktura odločanja, v kateri so ženske pogosto postavljene v pasivno vlogo. Intervjuji v okviru projekta MAP so pokazali, da zdravstveni delavci sicer prepoznavajo pomen informiranega soglasja, a hkrati priznavajo, da je v praksi pogosto premalo časa za poglobljene razlage in dialog z uporabnicami. Posledično se ženske pogosto znajdejo v situaciji, kjer so njihova želja, strah ali pomisleki preslišani, kar vodi v občutek izgube avtonomije in doživljanje reproduktivnega nasilja.

Zdravstvene posledice

Nasilje – bodisi intimno, reproduktivno ali institucionalno – ima resne zdravstvene posledice. Pri ženskah se kaže kot večje tveganje za depresijo, anksioznost, posttravmatsko stresno motnjo in uporabo psihoaktivnih substanc, pa tudi kot zmanjšana sposobnost navezovanja stika z otrokom (Devries et al., 2010; Alhusen et al., 2014). Pri otrocih pa so pogostejši prezgodnji porodi, nizka porodne teže, razvojne težave in dolgoročne posledice na duševno zdravje (Globevnik Velikonja et al., 2015). Čeprav so posledice nasilja dobro dokumentirane, v Sloveniji primanjkuje enotnih presejalnih protokolov za perinatalno obdobje.

Vloga medicinskih sester v patronažni dejavnosti

Kot poudarja Hahn et al. (2018), je kontinuirana perinatalna obravnava priložnost za odkrivanje nasilja, pri čemer je patronažna služba v Sloveniji še posebej pomembna. Medicinske sestre v patronažni dejavnosti z obiski na domu lahko vzpostavijo zaupne odnose, ki omogočajo zgodnje zaznavanje stiske. A soočajo se z vrsto ovir: pomanjkanjem časa, nepoznavanjem presejalnih orodij in strahom pred posledicami razkritja (MAP, n.d.). WHO (2013) priporoča zagotavljanje zasebnosti in spoštljivega odnosa, projekt MAP pa je pokazal, da strukturirana presejalna vprašanja in multidisciplinarna podpora ustvarjajo pogoje za varnejše razkritje nasilja. Matko (2014) opozarja, da t. i. 'molk' ni le odsotnost govora, temveč strukturirani pritisk, ki preprečuje razkritje nasilja. Molk omogoča, da reproduktivno nasilje ostane skrito, ženske pa brez zaščite. Poseben pomen v slovenskem prostoru ima patronažna služba, ki s svojimi rednimi obiski v domačem okolju predstavlja most med žensko, družino in institucijami. V intervjujih v okviru projekta MAP so medicinske sestre v patronažni dejavnosti izpostavile, da prav domače okolje pogosto omogoča razkritje izkušenj nasilja, ki jih ženske ne bi omenile v bolj formalnem zdravstvenem okolju. A hkrati so opozorile na pomanjkanje jasnih protokolov in institucionalne podpore – brez teh ostajajo same v težkih odločitvah, kako ukrepati, kadar prepoznajo nasilje. To potrjuje, da delovanje patronažne službe premore velik potencial, a potrebuje dodatno krepitev in večjo povezanost z drugimi institucijami.

Projekt MAP – korak k spremembam

Evropski projekt MAP – Multidisciplinarni pristop k prepoznavanju in obravnavi nasilja v perinatalnem obdobju – je bil zasnovan z namenom razviti smernice, presejalna orodja in usposabljanja za strokovnjake (MAP, n.d.). Temeljil je na sodelovanju med zdravstvom, socialnimi službami, pravosodjem in nevladnimi organizacijami. V Sloveniji je partner projekta Zavod Odprta dlan iz Zagorja ob Savi izvajal usposabljanja in sooblikoval orodja za slovenski kontekst. Rezultati so pokazali, da je patronažna služba obetaven prostor za presejalne prakse, a so sistemske ovire še vedno prisotne. Projekt je prinesel priročnik s presejalnimi vprašanji in smernicami za komunikacijo, a za trajne spremembe bo potrebna institucionalna podpora, enotni protokoli in dolgoročne rešitve.

Zaključek

Perinatalno nasilje je kompleksen pojav, ki presega intimne odnose in vključuje tudi reproduktivne ter institucionalne prakse. Njegove posledice so daljnosežne, a v Sloveniji še ni sistemske obravnave. Patronažna služba lahko igra ključno vlogo pri zgodnjem prepoznavanju in preprečevanju nasilja, vendar potrebuje ustrezne protokole, usposabljanja in podporo multidisciplinarnih mrež. Projekt MAP je pokazal, da so spremembe možne, a brez dolgoročne institucionalne in sistemske podpore ostajajo omejene. Prepoznavanje reproduktivnega in institucionalnega nasilja kot specifičnih oblik nasilja nad ženskami ter razbijanje molka sta nujna pogoja za vzpostavitev pravičnejših, varnejših in spoštljivejših obporodnih praks. Slovenski podatki in izkušnje strokovnjakov jasno kažejo, da perinatalno nasilje ni le individualni, temveč predvsem sistemski problem. Za učinkovite spremembe so potrebni ne le presejalni protokoli in usposabljanja, ampak tudi sprememba širše kulture zdravstvene obravnave, ki bo ženskam priznala aktivno vlogo in spoštovala njihovo avtonomijo. Projekt MAP je opozoril, da je razbijanje molka prvi korak – toda brez dolgoročne zavezanosti države in institucij obstaja nevarnost, da bodo dobre prakse ostale omejene na projektne okvirje.

Literatura

1. Alhusen, J. L., Ray, E., Sharps, P. & Bullock, L. (2014). Intimate partner violence during pregnancy: Maternal and neonatal outcomes. *Journal of women's health*, 24(1), str. 100–106. <https://doi.org/10.1089/jwh.2014.4872>
2. Devries, K. M., Kishor, S., Johnson, H., Stöckl, H., Bacchus, L. J., Garcia – Moreno, C. & Watts, C. (2010). Intimate partner violence during pregnancy: Analysis of prevalence data from 19 countries. *Reproductive Health Matters*, 18(36), str. 158–170. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(10\)36533-5](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(10)36533-5)
3. Drglin, Z. & Šimnovec, I. (2022). *Ničelna toleranca do nasilja med porodom – za sočutno ter ženski in otroku naklonjeno strokovno utemeljeno obporodno skrb: preliminarna ocena stanja*. Združenje naravni začetki.
4. Giffoni, P., Scalisi, R., Monachelli, R., Panichi, R., Mazza, P. & Marini, R. (n. d.). *Gradivo za usposabljanje: Multidisciplinarni pristop k reševanju, nadzoru, prepoznavanju in obravnavanju partnerskega in družinskega nasilja v perinatalnem obdobju*. Projekt MAP. https://map-project.eu/wp-content/uploads/2023/04/manual_v11-sloveno_final.pdf
5. Globevnik Velikonja, V., Lučovnik, M., Premru Sršen, T., Leskošek, V., Krajnc, M. Pavše, L. & Verdenik, I. (2015). Posledice nasilja nad ženskami in reproduktivno obdobje. V P. Petročnik, A. in Jug Došler (ur.), *Mednarodna znanstvena konferenca Babištvo v mednarodnem prostoru: izzivi in vizije za prihodnost, Zbornik prispevkov z recenzijo, Ljubljana* (str. 18=26). Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta. <https://www.zf.uni-lj.si/images/stories/datoteke/Zalozba/Babistvo.pdf>
6. Globevnik Velikonja, V. (2022). Nasilje nad ženskami in reproduktivno obdobje. V P. Jelenko Roth (ur), *Duševno zdravje v obporodnem obdobju, Druga, posodobljena izdaja*. Nacionalni inštitut za javno zdravje. https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/07/kb__dusevno_zdravje_v_obporodnem_obdobju_11_-_web.pdf
7. Hahn, C. K., Gilmore, A. K., Orengo Aguayo, R. & Rheingold, A. A. (2018). Perinatal intimate partner violence. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 45(3), str. 535=547. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2018.04.008>
8. Kopčavar Guček, N., Švab, I. & Selič, P. (2011). The prevalence of domestic violence in primary care patients in Slovenia in a five-year period (2005–2009). *Croatian Medical Journal*, 52(6), str. 728=734. <https://doi.org/10.3325/cmj.2011.52.728>
9. MAP Project. (n. d.). *MAP comparative report: Training needs to prompt detect and treat perinatal violence: A comparative report*. Map projekt. <https://map-project.eu/wp-content/uploads/2023/04/map-comparative-reportx.pdf>
10. Matko, K. (2014). Temna plat nosečnosti. *Socialno delo*, 53(1), str. 3–13. <http://www.dlib.si/?URN=URN:NBN:SI:doc-IBX3QYBA>
11. World Health Organization. (2013). Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. World Health Organization.
12. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf?sequence%20%20=1

Zdravljenje neplodnosti v Sloveniji nekoč in danes ter spremembe v zakonodaji

Jasna Muršič sms – babica, Alenka Jelenko, dipl.bab.

UKC Maribor, oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo

Izvelek

Neplodnost je pomemben javnozdravstveni problem z izrazitimi biološkimi, psihološkimi in socialnimi razsežnostmi. Svetovna zdravstvena organizacija ocenjuje, da se z njo v življenju sooča približno vsak šesti odrasli ($\approx 17,5\%$), kar poudarja potrebo po dostopni in kakovostni obravnavi neplodnosti. V prispevku podajamo zgodovinski pregled obravnave neplodnosti v Sloveniji, povzemamo ključne mejnike v razvoju reproduktivne medicine, orišemo trenutno klinično prakso (vključno z OBMP) in osvetlimo pravni okvir z osrednjim sistemskim aktom (ZZNPOB) ter aktualnimi izzivi.

Ključne besede: neplodnost, oploditev z biomedicinsko pomočjo, zgodovina, razvoj, pravni in etični okvirji

Abstract

Infertility is a major public health problem with distinct biological, psychological and social dimensions. The World Health Organization estimates that approximately one in six adults ($\approx 17.5\%$) will experience it in their lifetime, which highlights the need for accessible and high-quality infertility treatment. In this article, we provide a historical overview of infertility treatment in Slovenia, summarize key milestones in the development of reproductive medicine, outline current clinical practice (including OBMP), and shed light on the legal framework with the central systemic act (ZZNPOB) and current challenges.

Keywords: infertility, biomedically assisted reproduction, history, development, legal and ethical frameworks

Uvod

Neplodnost je bolezen reproduktivnega sistema, opredeljena kot neuspeh zanositve po ≥ 12 mesecih rednih nezaščiteneh spolnih odnosov; vzroki so lahko ženski, moški ali nepojasnjeni (ASRM, 2023; WHO, 2024). Poleg medicinskih posledic povzroča tudi pomembno psihosocialno stisko in pričakovano visok nivo podpore zdravstvenih delavcev pri diagnostiki in zdravljenju. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije ima težave z zanositvijo 8–10 % svetovnega prebivalstva, kar pomeni, da ima težave s plodnostjo vsak šesti do sedmi par. Pojavnost neplodnosti je odvisna od starosti, predvsem žensk. Tako je v starosti do 30 let neploden vsak deseti, v starosti 40 let pa že vsak četrti par (WHO, 2023). V zgodovinski perspektivi so se interpretacije neplodnosti pogosto odražale skozi družbene in kulturne leče (stigmatizacija žensk, moraliziranje), medtem ko je priznanje moške neplodnosti in razvoj znanstveno utemeljene obravnave napredovalo šele z razvojem moderne ginekologije, andrologije in reproduktivne biologije.

Zdravljenje neplodnosti nekoč

Pari, ki zaradi neplodnosti poiščejo strokovno pomoč, se praviloma soočajo z izrazito življenjsko stisko. Izvajalcem zdravstvene dejavnosti pripisujejo pomembno vlogo: pričakujejo, da jim bomo s celovito diagnostiko in z ustreznimi terapevtskimi ukrepi sodobne medicine pomagali pri uresničitvi temeljne življenjske želje – rojstvu zdravega otroka. Ta pričakovanja niso zgodovinski novum; spremljajo obravnavo neplodnosti tako v preteklosti kot danes. Dolga stoletja je bila neplodnost krivično pripisana izključno ženskam, moška neplodnost pa pogosto ni bila priznana. Ženske so bile zato izpostavljene stigmati, družbenemu sramotenju in v skrajnih primerih celo izključitvi iz zakona. Vzroki neplodnosti so bili nemalokrat razlagani moralistično – kot »greh«, »božja kazen« ali posledica »nepravilnega spolnega življenja«.

V odsotnosti znanstveno utemeljene medicine so ljudje pomoč poiskali v okvirih ljudskega zdravilstva: z zeliščnimi pripravki, obrednimi praksami in amuleti za »povečanje« plodnosti. Pogoste so bile tudi priporočene spremembe življenjskega sloga (prehrana, gibanje, umirjen način življenja). Ko zakonska zveza ni obrodila potomcev, so posamezniki rešitve iskali v posvojitvah ali v dogovorjenih partnerskih razmerjih.

Za zgodnejša obdobja nimamo zanesljivih podatkov o prevalenci neplodnosti v Sloveniji, prav tako ni natančno dokumentirano, kdaj se je pri nas začela sistematična zdravstvena obravnava tega področja. Najverjetneje segajo začetki v Ljubljano v leto 1923 z ustanovitvijo Ženske bolnišnice in v Maribor v leto 1928 z odprtjem ginekološkega oddelka. Naša ambulanta in oddelek nadaljujeta skoraj 65-letno tradicijo diagnostike in zdravljenja tako ženske kot moške neplodnosti. Za pomemben zgodovinski mejnik lahko štejemo leto 1927, ko je prvi predstojnik ginekološko-porodniškega oddelka v Mariboru, specialist ginekologije in porodništva Josip Benčan, pri nas prvi opisal persuflacijo jajcevodov in rentgensko histerosalpingografijo (RTG-HSG), z metodama pa se je seznanil med specializacijo v Parizu.

Operacijski protokoli iz Ljubljane in Maribora potrjujejo, da je bila HSG v 30. in 40. letih 20. stoletja pogosto uporabljena diagnostična metoda pri obravnavi neplodnega para; v zapisih istega obdobja so dokumentirani tudi konservativni operativni posegi. Takšno stanje je prevladovalo približno do leta 1955. V tem času je na Ginekološki kliniki v Ljubljani že delovala antisterilnostna ambulanta, v kateri so ocenjevali tudi moško plodnost. Eden ključnih nosilcev dejavnosti je bil ginekolog in porodničar Vito Lavrič, ki je postopno uvajal nove diagnostične in terapevtske pristope; leta 1956 je opravil prvo cerklažo in v istem letu začel izvajati umetne osemenitve. Z namenom pravočasne obravnave infekcijskih dejavnikov tveganja je bil 15. 12. 1959 odprt oddelek za tuberkulozo spolovil.

Leta 1956 je ginekolog Bogdan Tekavčič v Centralnem ginekološkem dispanzerju v Ljubljani odprl ordinacijo za neplodne zakonce, ki je obravnavala pare iz vse Slovenije in širše nekdanje države. Istega leta je uvedel obrazec za vodenje bazalne telesne temperature in menstrualni koledarček ter najprej izvedel prvo homologno, malo kasneje pa še prvo heterologno umetno osemenitev v Jugoslaviji; leta 1960 je kot prvi poročal o uspehih umetne osemenitve. Leta 1976 je bila v Ljubljani ustanovljena prva spermalna banka, ki ni shranjevala le semen darovalcev, temveč tudi seme bolnikov pred zdravljenjem malignih tumorjev spolovil in moških pred sterilizacijo.

V Mariboru začetke sistematične obravnave označuje ustanovitev in začetek delovanja posebne ambulante za ugotavljanje in zdravljenje zakonske neplodnosti – Antisterilitetne ambulante – 12. 12. 1961. Predlagatelja, ustanovitelja in prva ginekologa sta bila Nada Dolenc in Stane Urbančič; pripravila sta tudi ločeni kartoteki za ženo in moža po vprašalniku zagrebške ginekološke šole. V 70. letih se je mariborski ginekološki oddelek razvil v zdravstveni center, ki je celostno obravnaval težave reproduktivne medicine in uspešno diagnosticiral ter zdravil neplodnost z vsemi takrat uveljavljenimi metodami; oddelek in njegova strokovna ekipa sta bila uvrščena v sam vrh jugoslovanske reproduktivne medicine.

Kronologija uvajanja novih metod in pristopov ponazarja hitrost napredka:

- 1954: histerosalpingografija (HSG)
- 1962: laparoskopija s toplo svetlobo
- 1964: kuldoskopija
- 1969: citogenetski laboratorij
- 1970: ultrazvočna diagnostika
- 1971: homologna in heterologna osemenitev
- 1972: laparoskopija s hladno svetlobo
- 1977: histeroskopija
- 1978: laparoskopske operacije
- 1980: andrologija
- 1982: spermalna banka

S 25. 7. 1978, ko se je v Angliji rodila Louise Brown, prvi otrok po oploditvi zunaj telesa, se je začelo novo obdobje reproduktivne medicine – »spremenil se je svet celotne ginekologije« (Fishel, 2018). V jugoslovanskem prostoru je prelomnico pomenila prva uspešna izventelesna oploditev v Zagrebu leta 1983 in rojstvo dečka Roberta istega leta, kar je spodbudilo številne centre – tudi naš oddelek – k uvedbi metode (Borko et al., 2011). Zagrebški kolegi so ocenili, da je mariborska ustanova zaradi izkušenj v organiziranju obravnave neplodnosti, razvitih laparoskopskih tehnik, ultrazvočne diagnostike, andrologije (z drugo spermalno banko) ter dobro vzpostavljenih hormonskega in nuklearnega laboratorija sposobna kot druga v nekdanji skupni državi ponoviti njihov uspeh.

Za klinični del raziskav sta bila zadolžena Elko Borko in Radovan Breznik, laboratorijski del je vodil pionirj umetne oploditve v Sloveniji dr. Veljko Vlasisavljević. V skupini sprva ni bilo članov z neposrednimi izkušnjami z IVF; zato so podrobnejša navodila za klinično delo pridobili v Zagrebu. Leta 1983 so izvedli 28 laparoskopskih aspiracij zrelih foliklov in ob koncu leta prvi embriotransfer. Leta 1984 so opravili pet ultrazvočno vodenih punkcij skozi mehur (v tistem času prava posebnost), sedemkrat izvedli embriotransfer in v dveh primerih dosegli biokemično nosečnost. V Ljubljani je bila skupina ustanovljena oktobra 1982; prva oploditev zunaj telesa je sledila maja 1983, 5. oktobra 1984 pa sta se rodili prvi slovenski dvojčici po IVF. Ker mariborska prizadevanja v naslednjem letu niso prinesla klinično uspešnih izidov, so se raziskave do leta 1987 začasno ustavile. Te so se znova okrepile po večmesečnem izobraževanju dr. Veljka Vlasisavljevića v Melbourneu; istega leta se je IVF-laboratorij preselil iz manjših kletnih prostorov v operacijski del ginekološkega oddelka in bil posodobljen z novo raziskovalno opremo. Od leta 1987 ima oddelek klinično uveljavljen program zunajtelesne oploditve; po povratku iz Avstralije je Vlasisavljević ob vodenju laboratorija prevzel tudi klinični del programa. Ekipo so okrepili novi zdravniki in mladi raziskovalci, nekoliko pozneje se je pridružil tudi biolog Borut Kovačič.

V spremenjenih organizacijskih in tehničnih pogojih so sledili prvi klinični uspehi: leta 1989 sta se rodila dvojčka po metodi GIFT in otroka po klasični metodi IVF. Center je bil po dosežkih uvrščen na tretje mesto med jugoslovanskimi ustanovami in kot sedemdeseti center na svetu zabeležil rojstvo po IVF. V naslednjem desetletju je sledil izrazit razvoj. Leta 1994 je oddelek pridobil opremo za mikrokirurške posege na jajčni celici, kar je omogočilo zdravljenje težjih oblik moške neplodnosti z metodo ICSI. S tem se je začel hiter vzpon centra: bili smo 70. center na svetu z rojstvom po IVF in že leta 1995 enajsti center z uspešno nosečnostjo in rojstvom po ICSI. Postali smo referenčna ustanova za najzahtevnejše oblike moškega dejavnika neplodnosti. Takrat so bolniki v sistemu ZZZS na postopek OBMP čakali 5–7 mesecev, samoplačniki 12–13 mesecev; še danes vodimo dve ločeni čakalni knjigi (zavarovalniško in samoplačniško).

Na oddelku smo sproti uvajali vse metode, ki so se razvijale v svetu: intrauterino inseminacijo, klasično zunajtelesno oploditev, oploditev s posameznimi spermiji iz semenske tekočine ali tkiva mod, postopke z oocitami, dozorelimi v naravnem ciklusu ali in vitro, zamrzovanje zarodkov in zdravljenje motenj ovarijske funkcije. Medicinske sestre smo kot prve v širši regiji sistematično izobraževale pacientke za varno samoaplikacijo gonadotropinov.

Mariborski prispevki k »slovenskim premieram« na področju OBMP vključujejo:

- 1984: ultrazvočno vodena punkcija jajčnih foliklov
- 1995: rutinska samoaplikacija zdravil
- 1995: rojstvo po ICSI (neposreden vnos semenčice v oocito)
- 1996: rojstvo po ICSI + TESA (uporaba semenčic iz tkiva mod)
- 2005: rojstvo po IVM (in vitro maturacija nezrelih jajčnih celic)
- 2007: rojstvo po PGD (predimplantacijska genetska diagnostika)
- 2008: rojstvo po prenosu vitrificiranih zarodkov
- 2010: rojstvo po prenosu zarodkov, nastalih iz vitrificiranih oocit
- 2017: rojstvo po umetni aktivaciji oocit in ICSI

V Mariboru imajo vsi biologi evropske certifikate usposobljenosti Evropskega združenja za reproduktivno medicino in embriologijo (ESHRE), vodja IVF-laboratorija prof. dr. Borut Kovačič pa je postal tudi predsednik tega združenja. ESHRE kot interdisciplinarna organizacija razvija in izvaja specializirana usposabljanja ter certificiranje znanj na področjih endokrinologije, reproduktivne kirurgije, reproduktivne biologije in genetike. Od leta 2015 program certificiranja vključuje tudi medicinske sestre in babice, ki delajo na področju reproduktivne medicine, ter formalno potrjuje njihovo znanje, spretnosti in izkušnje; program se je uveljavil kot evropski standard urejanja statusa in kompetenc v centrih za zdravljenje neplodnosti (ESHRE, n.d.). V našem mariborskem centru sta v letih 2015 in 2017 dve medicinski sestri uspešno opravili izpit pred komisijo ESHRE in pridobili evropski certifikat – še danes edini takšni nosilki certifikata med medicinskimi sestrami v Sloveniji.

Iz tega zgodovinskega pregleda razvoja obravnave in zdravljenja neplodnosti v Sloveniji lahko zaključimo, da se je področje dosledno razvijalo na temelju strokovnega znanja, organizacijske zrelosti in iskrene zavezanosti pomagati parom, ki jih je narava prikrajšala za reproduktivno funkcijo. V skladu s takrat veljavno zakonodajo je že Helena Meden-Vrtovec v knjigi Neplodnost (Meden -Vrtovec, 1989) poudarila, da je obravnavanje in zdravljenje neplodnosti tradicionalna dolžnost zdravstvenih delavcev. Ker je po ustavi rojevanje otrok človekova pravica, je zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok določal, da sta obravnava in zdravljenje neplodnosti tudi način urejanja rodnosti. Zakon je izražal družbeno težnjo, da mora oseba z zmanjšano plodnostjo prejeti ustrezno zdravstveno pomoč pri uresničevanju želje po otroku – podobno kot mora družba zagotoviti pomoč tistim, ki otrok ne želijo. Posebej velja izpostaviti, da je bil to eden redkih zakonov na svetu, ki je že takrat sistematično urejal občutljivo vprašanje umetne osemenitve.

Zdravljenje neplodnosti danes

Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo deluje kot sodoben, pacientom prijazen center za zdravljenje neplodnosti, v katerem združujemo visoko strokovnost, varnost ter individualizirano obravnavo. Izvajamo celoten spekter ključnih diagnostičnih in terapevtskih postopkov na področju neplodnosti. Vsako leto opravimo več kot 1.700 postopkov oploditve z biomedicinsko pomočjo (OBMP), pri čemer si kljub velikemu obsegu dela sistematično prizadevamo za osebni pristop in prilagoditev terapije kliničnim značilnostim posameznega para oziroma pacientke/pacienta. Izidom zdravljenja sledimo na ravni oddelka in jih poročamo nacionalnemu ter evropskemu registru; merila kakovosti redno pregledujemo. Po doseženih uspešnostih presegamo slovensko in evropsko povprečje, kar se med drugim odraža v podatku, da se je do danes rodilo že več kot 10.000 otrok, spočetih v naših postopkih OBMP.

Učinkovito zdravljenje neplodnosti je nujno timsko. Multidisciplinarni tim sestavljajo zdravniki ginekologi, embriologi, medicinske sestre in dve administrativni sodelavki; trenutno tim vključuje sedem zdravnikov, devet embriologov in trinajst medicinskih sester. Zavedamo se tudi pomena psihološke podpore pri obvladovanju čustvene obremenitve, zato si prizadevamo tim dopolniti s kliničnim psihologom/psihologinjo. V okviru ginekološke stavbe razpolagamo z operacijsko sobo, sobo za dnevno kliniko, ambulanto za neplodnost, androloško ambulanto in laboratorij, ambulanto za OBMP, ambulanto za folikulometrijo ter laboratorij za reproduktivno biologijo. Na voljo imamo sodobno ultrazvočno in endoskopsko diagnostiko ter terapevtsko opremo, ki omogoča varno, učinkovito in sledljivo izvajanje postopkov.

V ambulanti par obravnavamo kot celoto: ob prvem obisku opravimo strukturiran razgovor, pregled dokumentacije in dosedanjih preiskav ter predstavimo načrt obravnave. Načelo je stopnjeviti pristop (»stepwise«): začnemo z manj invazivnimi preiskavami in, glede na ugotovitve, preidemo k ciljno usmerjenim posegom ali postopkom OBMP.

OBMP – indikacije in vrste postopkov

Postopki OBMP zajemajo metode, pri katerih zanositev dosežemo na drug način kot s spolnim odnosom. Med temeljne uvrščamo: (i) znotrajtelesno oploditev – intrauterino inseminacijo

(IUI), pri kateri semenčice vnesemo v maternično votlino, in (ii) zunajtelesno oploditev (IVF) z morebitnim mikrooploditvenim postopkom (ICSI), kjer do združitve gamet pride zunaj telesa, nastale zarodke pa prenesemo v maternico. IUI je med postopki OBMP najmanj invazivna in najprijaznejša metoda, zato je metoda prve izbire pred prehodom na zahtevnejše postopke, kot sta IVF in ICSI (Cohlen et al., 2018).

Pravni in etični okvir

Naše delo poteka v skladu z Zakonom o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (ZZNPOB), ki določa pogoje, pravice in obveznosti udeleženih ter ureja strokovne, pravne, socialne, psihološke in etične vidike OBMP. Zakon med drugim določa, kdo je upravičen do obravnave in v kakšnem obsegu, ureja vprašanja darovanja spolnih celic (prepoved sočasnega darovanja jajčnih in semenčic za isti par) ter prepoveduje nadomestno materinstvo. Slovenska zakonodaja je dinamična: 18. junija 2025 je Državni zbor sprejel Zakon o spremembah in dopolnitvah ZZNPOB (ZZNPOB-A), o katerem je Ustavno sodišče pozneje odločalo tudi v postopkih, povezanih z referendumom, kar potrjuje aktualnost in pomen področja.

Načela varstva pacientov in dokumentacija

V vseh fazah postopkov OBMP varujemo dostojanstvo in zasebnost pacientov ter posebno skrb namenjamo zdravju, koristim in pravicam bodočega otroka, skladno z zakonskimi zahtevami. Zdravljenje vključuje ugotavljanje vzrokov neplodnosti ter njihovo odpravljanje s svetovanjem, zdravlili ali kirurškimi posegi; za posameznike, pri katerih obstaja velika nevarnost prihodnje neplodnosti (npr. pred onkološkim zdravljenjem), je kot del zdravljenja opredeljeno tudi preventivno shranjevanje gamet. Kadar je to medicinsko utemeljeno in ob odobritvi državne komisije, je dopusten tudi postopek z darovano spolno celico; sočasna uporaba darovanih jajčnih in semenčic v istem postopku pri paru ni dovoljena, nadomestno materinstvo pa ostaja prepovedano. Ne glede na obseg obravnave celotno dokumentacijo hranimo skladno z zakonskimi zahtevami in internimi pravili o medicinski dokumentaciji; po zaključenem zdravljenju se dokumentacija po 10 letih lahko preda v arhiv, kjer se hrani trajno (sledimo veljavnim predpisom s področja vodenja zdravstvene dokumentacije).

Zaključek

Neplodnost je razmeroma pogosta bolezen reproduktivnega sistema z velikim individualnim in družbenim bremenom. Slovenija ima dolgo tradicijo obravnave, ki se je od zgodnjih diagnostičnih pristopov razvila v celostno, multidisciplinarno in z dokazi podprto prakso OBMP. Slovenska obravnava neplodnosti je hitro sledila mednarodnim mejnikom IVF in sčasoma vzpostavila širok nabor postopkov OBMP. Ob tem ostajajo izzivi: (i) kapacitetne in demografske omejitve (starostna struktura pacientk in čakalne dobe), (ii) nujnost celostne psihosocialne podpore, (iii) etično-pravne dileme pri darovanju gamet, PGT in dostopnosti za različne skupine pacientov ter (iv) potreba po stalni posodobitvi zakonodaje, ki sledi razvoju znanosti in družbenim spremembam. Nadnacionalni okviri (SZO, ESHRE) ter domača pravna ureditev ponujajo strukturo, vendar je za dolgoročno kakovost ključno stabilno financiranje, akreditacija in kontinuirano izobraževanje timov. Nadaljnji razvoj zahteva uravnoteženje med znanstvenim napredkom, etiko in pravicami pacientov, posodobitve zakonodaje ter vlaganja v kadrovske in infrastrukturne zmogljivosti.

Literatura

1. American Society for Reproductive Medicine Practice Committee. (2023). Definition of infertility <https://www.asrm.org/practice-guidance/practice-committee-documents/definition-of-infertility/>
2. Borko, E., Breznik, R., & Vlajsavljević, V. (2011). The early days of in vitro fertilization and embryo transfer (IVF-ET) in Slovenia. *Zdrav Vestn*, 80(SUPPL). <https://vestnik.szd.si/index.php/ZdravVest/article/view/141>
3. Cohlen, B., Bijkerk, A., Van der Poel, S., & Ombelet, W. (2018). IUI: review and systematic assessment of the evidence that supports global recommendations. *Hum Reprod Update*, 24(3), 300-319. doi: 10.1093/humupd/dmx041.

4. European Society of Human Reproduction and Embryology-ESHRE (n.d.). Nurses & Midwives Certification. <https://www.eshre.eu/Accreditation-and-Certification/Nurses-Midwives-Certification>
5. Fishel, S. (2018). First in vitro fertilization baby-this is how it happened. *Fertil Steril*, 110(1), 5-11. doi: 10.1016/j.fertnstert.2018.03.008.
6. Interni časopis *Naša bolnišnica*. Maribor: UKC Maribor.
7. Meden – Vrtovec, H. (1989). *Neplođnost*. Ljubljana: Cankarjeva založba
8. *Sklep o nedopustnosti razpisa zakonodajnega referendumu o Zakonu o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (ZZNPOB-A, EPA 2023-IX)*. Uradni list RS, Št. 51, Leto XXXV, 7. 7. 2025. ISSN 1318-0576. https://www.uradni-list.si/_pdf/2025/Ur/u2025051.pdf
9. *Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (ZZNPOB)*. Uradni list RS, št. 70/00, 15/17 – DZ in 100/24.
10. World Health Organization. (2023). 1 in 6 people globally affected by infertility: WHO. <https://www.who.int/news/item/04-04-2023-1-in-6-people-globally-affected-by-infertility>
11. World Health Organization. (2024). Infertility – Key Facts. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>

Vloga patronažne medicinske sestre pri obravnavi staršev po perinatalni smrti

The role of public health nurse in the care of parents following perinatal loss

dr. Lucija Pavše, univ. dipl. psih.

Zdravstveni dom Osnovno varstvo Nova Gorica, Center za duševno zdravje odraslih
lucija.pavse@zd-go.si

Izveleček

Pri strokovni obravnavi staršev, ki se soočajo z izgubo ploda v času nosečnosti, med ali kmalu po porodu, ima patronažna medicinska sestra pomembno vlogo, saj njena prisotnost v domačem okolju predstavlja most med zdravstveno ustanovo in družino ter je ključen element v zagotavljanju sistemske podpore žalujočim staršem. Staršema v procesu žalovanja nudi celostno podporo, ki zajema spremljanje telesnega okrevanja matere po porodu, nudenje psihosocialne opore, zgodnje prepoznavanje težav v duševnem zdravju staršev ter usmerjanje k iskanju strokovne pomoči. Starši s strani patronažne službe potrebujejo strokoven, spoštljiv in sočuten pristop, kar pomembno zmanjša tveganje za razvoj duševnih motenj ter omogoči bolj zdravo prilagoditev na izgubo. Pri delu z žalujočimi pacienti je bistvenega pomena tudi skrb za lastno telesno in duševno zdravje, pri čemer imajo pomembno vlogo delodajalci, ki naj zdravstvenim delavcem omogočajo izobraževanja s področja žalovanja in strokovno podporo. Kakovostna perinatalna oskrba je namreč mogoča le z integracijo strokovnega znanja, empatije in kontinuirane podpore tako žalujočim staršem kot tudi zdravstvenemu osebju.

Ključne besede: patronažno varstvo, perinatalna smrt, žalovanje, podpora staršem

Abstract

The community health nurse plays a crucial role in the professional care of parents facing the loss of a fetus during pregnancy, at birth, or shortly thereafter. Her presence in the home environment represents a bridge between the healthcare institution and the family and constitutes a key element in ensuring systemic support for grieving parents. She provides comprehensive support throughout the grieving process, including monitoring the mother's physical recovery after childbirth, offering psychosocial support, early recognition of parental mental health difficulties, and guidance toward seeking professional help. Parents require a professional, respectful, and compassionate approach from community nursing services, which significantly reduces the risk of developing mental health disorders and enables a healthier adjustment to loss. In working with grieving patients, safeguarding one's own physical and mental well-being is equally essential. Employers therefore play an important role by providing healthcare professionals with training in grief care and access to professional support. High-quality perinatal care is only possible through the integration of professional knowledge, empathy, and continuous support for both grieving parents and healthcare staff.

Key words: public health care, perinatal loss, bereavement, parental support

Uvod

Vloga zdravstvenega osebja je pri soočanju staršev z izgubo ploda v času nosečnosti, med ali kmalu po porodu izrednega pomena. Raziskave (Xie, et al., 2024) so namreč pokazale, da psihosocialne intervence, ki jih izvajajo medicinske sestre, pomembno zmanjšujejo simptome depresije, anksioznosti in stresa pri ženskah po perinatalni izgubi, zlasti če se izvajajo v prvih šestih tednih po izgubi. Starši s strani zdravstvenih delavcev potrebujejo strokoven, spoštljiv in sočuten pristop. Ne glede na trajanje nosečnosti, izguba za starše predstavlja izgubo

načrtov in sanj za prihodnost, ki so jih nekateri imeli že pred zanositvijo. Vez staršev s plodom se vzpostavi že v času nosečnosti, zato je par potrebno obravnavati kot mater in očeta, ki sta izgubila otroka. Ustrezna obravnava žalujočih staršev ima pozitiven dolgoročni učinek na njihovo psihično blagostanje in čustveno okrevanje.

Namen prispevka je predstaviti vlogo patronažne službe pri oskrbi žalujočih staršev po perinatalni smrti. Patronažna medicinska sestra je namreč pogosto prva zdravstvena delavka, ki pride v stik s starši po odpustu iz porodnišnice. Njena vloga je ključna pri zagotavljanju celostne podpore staršem v procesu žalovanja. V prispevku bo razložen tudi proces žalovanja staršev po perinatalni izgubi ter njihove potrebe ob tem, prikazana bodo priporočila za strokovno obravnavo žalujočih staršev v okviru patronažne oskrbe na domu ter priporočila glede podpore zdravstvenim delavcem, ki obravnavajo žalujoče paciente.

Proces žalovanja po perinatalni smrti

Smrt ploda med nosečnostjo (zaradi spontanega splava ali umetne prekinitve nosečnosti po ugotovljeni razvojni nepravilnosti) ter otroka med porodom ali kmalu po porodu je ena izmed najtežjih preizkušenj, s katero se morajo starši soočiti. Ker se starši na plod navežejo že med nosečnostjo, po izgubi ne sledi le proces žalovanja za otrokom, temveč tudi za izgubljeni prihodnostjo, sanjami, željami in predstavami, ki so jih starši imeli o otroku (Bennett, et al., 2008). Proces žalovanja je individualen, dolgotrajen in večplasten proces, v katerem žalujoči predeluje izgubo in se nanjo prilagaja. Je boleč, toda nujno potreben proces, katerega cilj je sprejetje izgube (Davies, 2004). V procesu žalovanja prihaja do sprememb v čustvenem, vedenjskem, telesnem, kognitivnem in socialnem funkcioniranju posameznika (Stroebe, et al., 2004).

Proces žalovanja po perinatalni smrti poteka v štirih fazah, pri čemer se lahko pri vsakem posamezniku pojavijo v drugačni obliki, vrstnem redu in časovnem okviru (Zhang, et al., 2024):

Faza šoka

Gre za začetno obdobje čustvene otopelosti, zanikanja in nesprejemanja realnosti izgube, ki običajno traja krajši čas, od nekaj dni do največ treh tednov. Prisotni so tudi telesni simptomi (pospešeno bitje srca, bolečina ali občutek teže v prsih, občutek zadihanosti, slabost, bruhanje). Urejanje formalnosti, slovo od umrlega otroka in pokop žalujočim staršem omogoči počasen prehod v naslednjo fazo žalovanja.

Faza hrepenenja in protesta

V obdobju, ki traja do treh mesecev po izgubi, se starši soočajo z globoko žalostjo, občutki neuspeha in nemoči. Matere za izgubo pogostokrat krivijo sebe. Menijo, da so razočarale otroka, partnerja in družino. Pogosto se sprašujejo, kako bi lahko izgubo preprečile. Prisotnost nosečnic ali novorojenčkov jih vznemiri, pojavijo se občutki jeze, ljubosumja in nevoščljivosti, zaradi česar se pogosto počutijo krive. Tudi očetje se velikokrat počutijo nemočni, ker niso mogli zaščititi otroka in partnerke. Prisotni so občutki praznine, ki jo žalujoči starši včasih skušajo zapolniti z novo nosečnostjo. Prisoten je jok, močno hrepenenje po otroku, pojavijo se tudi težave s koncentracijo, odločanjem in spremembe v vedenju (motnje spanja in apetita, utrujenost, socialna izolacija, pomanjkanje energije, izguba interesa za aktivnosti).

Faza dezorganizacije in obupa

Gre za obdobje, ki traja od treh mesecev do približno enega leta ali več po izgubi otroka. Značilna so občutja obupa in strahu glede prihodnosti, povezane z načrtovanjem družine. Čustvene, telesne, kognitivne in socialne spremembe so v tej fazi še vedno prisotne. Žalujoči starši težko sprejmejo dokončnost izgube, pogost je občutek notranje praznine.

Faza reorganizacije

V obdobju, ki se začne približno leto po izgubi, žalujoči starši dokončno sprejmejo dejstvo, da umrlega otroka ni več in da lahko kljub bolečini ob izgubi živijo naprej. Postopoma se začnejo vračati k vsakodnevnim aktivnostim, kar pa ne pomeni, da so na otroka pozabili. Praznino in žalost občutijo ob obletnici izgube, družinskih praznovanjih ali praznikih.

Potrebe žalujočih staršev po perinatalni smrti

Žalujočim staršem je potrebno že v porodnišnici omogočiti dostojno slovo od umrlega otroka, ki je izrednega pomena za nadaljnji proces žalovanja. V primeru smrti otroka v času nosečnosti dolžina nosečnosti ne sme biti kriterij za presojanje potreb staršev, saj se starši na otroka začnejo navezovati že od prvega dne potrjene nosečnosti in za njim žalujejo ne glede na gestacijsko starost, v kateri je umrl. Ker večina staršev različnih možnosti slovesa ne pozna oziroma se ne zaveda pomembnosti slovesa od otroka za nadaljnji proces žalovanja, mora biti zdravstveno osebje tisto, ki staršem brez pritiskov predstavi vse možnosti, jim dopusti odločitev ter jo spoštuje.

Staršem je potrebno zagotoviti možnost, da lahko svojega otroka pogledajo, pobožajo, vzamejo v naročje ter z njim preživijo kolikor časa želijo. Pri tem jim je potrebno omogočiti prostor, ki jim zagotavlja mir in zasebnost. Čas, preživet z umrlim otrokom, je za starše izrednega pomena, saj so to eni izmed redkih spominov nanj. Nekateri starši zaradi strahu pred občutki ob pogledu na svojega otroka to možnost zavrnejo, pri čemer je potrebno njihovo odločitev spoštovati. V nekaterih primerih se lahko od umrlega otroka poslovijo tudi stari starši in sorojenci.

Starši lahko svojega otroka fotografirajo, dobijo odtis otrokovega stopala, otrokovo zapestnico, podatke o telesni dolžini in teži ali pramen las. Poleg ultrazvočnih fotografij iz obdobja nosečnosti so za starše vsi ti predmeti dokaz o obstoju otrokovega življenja in zato zelo dragoceni spomini.

Starše, ki so imeli za svojega otroka že izbrano ime, se spodbudi, da ga poimenujejo (če je bila nosečnost prekinjena po 22. tednu in je bil plod težji kot 500 gramov, ime uradno zapišejo na poseben obrazec, sicer ne). Nekateri otroku po smrti izberejo ime, spet drugi svojega otroka ne želijo poimenovati, kar je potrebno spoštovati. Ime otroka je še en dokaz o obstoju otroka in staršem daje pravico do žalovanja.

Starši imajo možnost svojega otroka tudi pokopati. Lahko se odločijo za skupinski ali individualni pokop. Skupinski pokop se opravi kot skupinska upepelitev in skupinski raztros pepela v enem izmed spominskih parkov, namenjenih pokopu otrok, umrlih v času nosečnosti, med ali kmalu po porodu (Park zvončkov na pokopališču Žale v Ljubljani, Polje belih vrtnic v Mariboru, Zvezdice v Postojni, Park spominčic v Stari Gori, spominski parki v Novem mestu, Kranju in Celju). Individualni pokop pa se opravi s krsto v individualni grob ali z žaro z individualnim raztrosom pepela, bodisi na domačem pokopališču ali pa v enem izmed spominskih parkov. Možnost pokopa otroka je za žalujoče starše izrednega pomena, saj jim kraj pokopa predstavlja dokončnost ter prostor miru in tolažbe, kjer se lahko pridejo posloviti od otroka.

Nekateri starši imajo ob smrti otroka tudi duhovne potrebe. Če si želijo in je to mogoče, jim je potrebno omogočiti pogovor z duhovnikom, krst otroka pred smrtjo ali maziljenje otroka po smrti.

Vloga patronažne medicinske sestre pri obravnavi žalujočih staršev po perinatalni smrti

Patronažna medicinska sestra je pogosto prva zdravstvena delavka, ki po odpustu iz porodnišnice pride v stik z žalujočimi starši. Njena vloga je ključna pri zagotavljanju celostne podpore staršem po perinatalni smrti, ki zajema spremljanje telesnega okrevanja matere po porodu, nudenje psihosocialne opore, zgodnje prepoznavanje težav v duševnem zdravju staršev ter usmerjanje k iskanju strokovne pomoči (Danna, et al., 2023; Atashsokhan, et al., 2024; Caro-Costa, et al., 2025; Linares-Gallego, et al., 2025).

Vloga patronažne medicinske sestre pri oskrbi staršev po perinatalni zgubi zajema:

Spremljanje zdravstvenega stanja ženske po porodu

Patronažna medicinska sestra pri ženski po porodu spremlja čiščo, opravi nego epiziotomijske rane, kontrolira krvni tlak, svetuje glede pravilne osebne higijene, pravih položajev za vstajanje/ležanje/gibanje, prepozna morebitne znake okužbe ter žensko informira o načinih obvladovanja bolečine. Informira jo tudi o ustavljanju laktacije (izogibanje stimulaciji dojk, hlajenje dojk, zdravila za zaviranje laktacije). Seznanji jo s pomenom počitka, uravnotežene prehrane in zadostne hidracije ter jo po potrebi napoti k zdravniku ali ginekologu.

Psihosocialna podpora

Patronažna medicinska sestra starša informira o procesu žalovanja po perinatalni smrti, ju spodbuja k izražanju čustev ter medsebojni podpori. Preda osnovne informacije o žalovanju sorojencev. Opravi presejanje za poporodno depresijo (Edinburški vprašalnik poporodne depresije) in v primeru zaznanih težav starša napoti po strokovno pomoč (klinično-psihološka ali psihiatrična obravnava v okviru Centrov za duševno zdravje odraslih ali v okviru samostojnih ambulant v lokalnih zdravstvenih domovih). Seznanjeni jih lahko tudi nevladnimi organizacijami, ki se ukvarjajo s podporo v procesu žalovanja (Društvo Solzice, Društvo Hospic). Patronažna medicinska sestra je pozorna tudi na prepoznavanje dodatnih dejavnikov tveganja za razvoj duševnih motenj (nasilje v družini, pomanjkanje podpore s strani partnerja, zloraba psihoaktivnih snovi, socialna ogroženost družine) ter skladno z ugotovljenim po potrebi kontaktira tudi Center za socialno delo ter druge strokovne službe.

Staršema preda informacije o možnosti izrabe porodniškega dopusta (42 dni v primeru mrtvorojenosti otroka) in bolniškega staleža (po predlogu osebnega zdravnika ali drugega specialista).

Komunikacija z žalujočimi starši po perinatalni izgubi

Pri obravnavi žalujočih staršev je spoštljiva, sočutna in individualnim željam ter potrebam staršev prilagojena komunikacija bistvenega pomena (Atkins, et al., 2023). Ob prvem stiku naj patronažna medicinska sestra žalujočim staršem izrazi sožalje ob izgubi. Nekateri starši cenijo, če se v pogovoru z njimi kljub strokovni pravilnosti namesto izraza plod uporablja izraz otrok. Patronažna sestra naj starša vpraša po spolu/imenu otroka, če sta bila znana/dodeljena ter v nadaljevanju pogovora to tudi upošteva.

Govor naj bo upočasnjjen, s premori. V pogovoru naj se dopušča tišino, ki je ni potrebno zapolniti z neustreznimi besedami. Informacije naj bodo posredovane na jasen in razumljiv način, strokovni izrazi naj bodo obrazloženi. Ključne informacije naj se ponovi večkrat. S povzemanjem informacij se na koncu pogovora lahko preveri, koliko sta starša slišala, razumela in si zapomnila. Komunikacija naj ne bo enosmerna, tudi staršem je potrebno dati priložnost, da izrazijo svoje strahove, pomisleke in vprašanja. Obenem pa naj patronažna medicinska sestra staršem tudi samo ponudi informacije, za katere meni, da bi jih utegnile zanimati. Z besedno komunikacijo naj bo skladna tudi obrazna in telesna mimika, saj le dobra in ustrezna komunikacija pri starših vzbudi zaupanje do zdravstvenih delavcev.

Z jokom staršev se večina zdravstvenih delavcev težko spopada in ga bodisi zaradi olajšanja lastne stiske bodisi zaradi želje po pomoči želi prekiniti. Vendar je jok ob perinatalni smrti popolnoma običajna reakcija, s katero žalujoči starši izrazijo žalost in nemoč ter jim hkrati prinese tudi olajšanje. Starši so hvaležni, če se brez zadrege sprejme njihove solze. Bolečina staršev se včasih kaže tudi v jezi, ki jo usmerijo na zdravstveno osebje.

Izjave, kot so »Vse se zgodi z razlogom. Saj sta še mlada, kmalu lahko ponovno poskusite zanositi. To se pogosto dogaja, niste edini. Bolje, da se je to zgodilo na začetku nosečnosti kot pa kasneje. Bodite srečni, da imate doma živega in zdravega otroka«, niso primerne. Potrebno se je izogibati stavkom, kot so »Saj bo v naslednji nosečnosti vse v redu.«, ampak podporo in razumevanje raje izraziti s stavki, kot so »Predstavljam si, da vama mora biti zelo hudo. V tej situaciji je popolnoma običajno, da se počutite žalostni, obupani, jezni in krivi. Prosim, povejte, kaj vas najbolj skrbi?«

Soočanje patronažne medicinske sestre s perinatalno izgubo

Perinatalna smrt poleg staršev pretrese tudi patronažne sestre, ki poleg sočutja do staršev doživljajo občutke nemoči, žalosti in strahu. Zdravstvena organizacija ima pri podpori zaposlenim, ki obravnavajo žalujoče paciente, ključno vlogo. Odsotnost strokovne podpore na delovnem mestu pri soočanju zdravstvenih delavcev s perinatalno smrtjo namreč predstavlja tveganje za razvoj izgorelosti (Mohammed, et al., 2024). Priporočljivo je, da delodajalec zaposlenim omogoča kontinuirano izobraževanje o delu z žalujočimi pacienti ter jim nudi možnost razbremenitve (v obliki intervizije, supervizije ali psihiatrične/psihološke pomoči).

Razumevanje žalovanja in načinov spoprijemanja z njim lahko zdravstvenim delavcem pomaga, da so pri skrbi za paciente učinkovitejši ter hkrati izboljšajo svoje duševno zdravje

Zdravstveni delavec, ki obravnava žalujoče paciente, zaradi profesionalne in strokovne vloge do žalujočega pacienta pogosto ne predeluje lastnih čustev, ki jih ob tem sam doživlja.

Učinkovite strategije spoprijemanja vključujejo:

- prepoznavanje, izražanje in uravnavanje čustvenih odzivov;
- skrb za zdrav in uravnotežen življenjski slog (zdrava prehrana, redno gibanje in kvaliteten spanec);
- ohranjanje ravnovesja med poklicnim in zasebnim življenjem;
- iskanje podpore pri sodelavcih ali pri strokovnih virih pomoči (klinični psiholog, psihiater).

Zaključek

Perinatalna izguba je za starša ena izmed najtežjih preizkušenj, Patronažna medicinska sestra je pogosto prva zdravstvena delavka, ki po odpustu iz porodnišnice pride v stik z žensko in njenim partnerjem. Njena vloga presega zgolj medicinsko oskrbo ženske po porodu. Staršema nudi celostno podporo, ki jima omogoča varen prostor za žalovanje, okrevanje in postopno vključevanje v vsakdanje življenje. S svojim znanjem, empatijo in oporo pomembno prispeva k zmanjševanju psihosocialnih posledic izgube. Pri delu z žalujočimi pacienti je bistvenega pomena tudi skrb za lastno duševno in telesno zdravje. Zdravstvene ustanove imajo pri tem pomembno vlogo, saj lahko z zagotavljanjem izobraževanj s področja žalovanja, možnostjo strokovne podpore ter zagotavljanjem dobre delovne klime krepijo odpornost zaposlenih in prispevajo k bolj zdravemu delovnemu okolju.

Literatura

1. Atashsokhan, G., Farjamfar, M., Khosravi, A., Taher, M. & Keramat, A., 2024. Desired Care for Perinatal Bereavement: Meeting the Needs of Mothers After Discharge From the Hospital-a Qualitative Study. *Inquiry*, 61. <https://doi.org/10.1177/0046958023122237>.
2. Atkins, B., Kindinger, L., Mahindra, M.P., Moatti, Z. & Siassakos, D., 2023. Stillbirth: prevention and supportive bereavement care. *BMJ Medicine*, 2(1). <https://doi.org/10.1136/bmjmed-2022-000262>.
3. Bennett, S.M., Litz, B.T., Maguen, S. & Ehrenreich, J.T., 2008. An explanatory study of the psychological impact and clinical care of perinatal loss. *Journal of Loss and Trauma*, 13, 485-510. <https://doi.org/10.1080/15325020802171268>.
4. Caro-Costa, R., Alcaide-Leyva, J.M., García-Luque, L., Alcaraz-Clariana, S., Guzmán-García, J.M. & Jiménez-Mérida, M.d.R., 2025. Healing Through Humanized Care: Lessons from a Patient-Centered Perinatal Loss Protocol. *Healthcare*, 13, 242. <https://doi.org/10.3390/healthcare13030242>.
5. Danna, V.A., Lavender, T., Laisser, R., Chimwaza, A., Chisuse, I. Kasengele, C.T., et al., 2023. Exploring the impact of healthcare workers communication with women who have experienced stillbirth in Malawi, Tanzania and Zambia. A grounded theory study. *Women and Birth*, 36 (1), 25-35. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.04.006>.
6. Davies, R., 2004. New understandings of parental grief: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 46(5), 506-513. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03024.x>.
7. Linares-Gallego, M., Martínez-Linares, J. M., Mar Moreno-Ávila, I., & Cortés-Martín, J., 2025. Midwives' support for parents following stillbirth: How they practise and resources they need from a phenomenological perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 81,1554-1567. <https://doi.org/10.1111/jan.16385>.
8. Mohammed, L., Dzando, G. & Awiagah, S.K., 2024. Experiences of Nurses and Midwives Who Support Bereaved Parents During Perinatal Deaths in Ghana: A Descriptive Phenomenological Study. *Nursing & Midwifery Research Journal*, 20(3),137-150. <https://doi.org/10.1177/0974150X2412617>.
9. Stroebe, M. S., Hanson, R. O., Stroebe, W. & Schut, H., 2004. *Handbook of bereavement research. Consequences, coping, and care*. Washington, DC: American Psychological Association, 213-222.

10. Xie , J., Hunter, A., Biesty, L. & Grealish, A., 2024. The impact of midwife/nurse-led psychosocial interventions on parents experiencing perinatal bereavement: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 157. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104814>.
11. Zhang, X., Chen, Y., Zhao, M., Yuan, M., Zeng T & Wu, M., 2024. Complicated grief following the perinatal loss: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* 24, 772. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06986-y>.

Skupni primer, skupna odgovornost: zdravstveni dom Ljutomer in center za socialno delo Pomurje, enota Ljutomer v službi človeka – varno in zakonito

Joint case, joint responsibility: Ljutomer health center and the center of social work Pomurje, Ljutomer unit in the service of people – safe and legal

**Sabina Krancelbinder Krapež, univ.dipl.pravnica,
pomočnica direktorice Centra za socialno delo Pomurje**

Center za socialno delo Pomurje
sabina.krancelbinder-krapez@gov.si

Izveček

Prispevek obravnava pravne in organizacijske vidike sodelovanja med Zdravstvenim domom Ljutomer in Centrom za socialno delo Pomurje, Enota Ljutomer. Medsebojno sodelovanje je ključno za celostno obravnavo posameznikov in družin v stiski. Predstavljeni so ključni zakonodajni okvirji, odgovornosti posameznih institucij ter praktični primeri sodelovanja v kontekstu zaščite ranljivih skupin prebivalstva, kot so otroci in mladostniki (nasilje, zanemarjanje, duševne stiske), starejši (osamljenost, nasilje, bolezni), osebe s težavami v duševnem zdravju, žrtve nasilja v družini in socialno izključeni posamezniki (revščina, brezdomstvo, odvisnosti). V prispevku so izpostavljeni izzivi v praksi pri izmenjavi informacij in kadrovske omejitve ter nujnost sistemskih izboljšav za učinkovito zaščito posameznika. Poudarjen je pomen multidisciplinarnega pristopa, ki združuje strokovno znanje socialnih delavcev, zdravstvenih delavcev ter drugih strokovnjakov, s skupnim ciljem zagotoviti ustrezno zaščito, podporo in obravnavo posameznikov, ki se soočajo z različnimi oblikami socialne in zdravstvene ogroženosti. Multidisciplinarni timi, kot so skupine za obravnavo nasilja v družini, mobilne enote ter druge oblike skupnostne obravnave, predstavljajo primere dobre prakse. Pomembna je stalna komunikacija, usklajevanje in zaupanje med institucijami, kar omogoča pravočasno prepoznavo tveganj, hitro ukrepanje ter dolgoročno podporo posamezniku. Pri medsebojnem sodelovanju se morajo informacije izmenjevati ob upoštevanju načela sorazmernosti in varstva osebnih podatkov, pri čemer je ključna pisna dokumentacija in ustrezno pravno utemeljena obdelava podatkov. Na ta način sodelovanje med centrom za socialno delo in zdravstvenim domom bistveno prispeva k bolj učinkovitemu in celostnemu odzivu sistema na potrebe najbolj ranljivih članov družbe.

Ključne besede: sodelovanje, zakonodaja, ranljive skupine, zaščita, izmenjava informacij, multidisciplinarni pristop

Abstract

The paper discusses the legal and organizational aspects of cooperation between the Ljutomer Health Center and the Pomurje Social Work Center, Ljutomer Unit. Mutual cooperation is crucial for the comprehensive protection of individuals and families in distress. The key legal frameworks, the responsibilities of individual institutions, and practical examples of cooperation in the context of protecting vulnerable population groups are presented, such as children and adolescents (violence, neglect, mental distress), the elderly (loneliness, violence, illness) and individuals with mental health issues, victims of domestic violence, and socially excluded individuals (poverty, homelessness, addiction). The paper highlights the systemic challenges and staffing limitations and emphasizes the need for systemic improvements for the effective protection of individuals. The importance of a multidisciplinary approach is

emphasized, combining the expertise of social workers, health professionals, and other experts with the common goal of ensuring appropriate protection and comprehensive treatment of individuals facing various forms of social and health threats. Multidisciplinary teams, which are focused on the protection from violence and provide mobile support for other forms of vulnerability, represent important progress in practice. Equally important are constant communication, coordination, and trust between institutions, which enable faster recognition of risks, timely interventions, and better protection of individuals. For successful cooperation, the exchange of information must be organized according to principles of confidentiality and personal data protection, with documentation playing a key role. By connecting the health center and the social work center, cooperation significantly contributes to more effective and comprehensive protection of the most vulnerable members of society.

Keywords: cooperation, legislation, vulnerable groups, protection, information exchange, multidisciplinary approach

Uvod

Sodobne družbene razmere, naraščajoča kompleksnost socialnih in zdravstvenih izzivov ter preplet različnih dejavnikov tveganja zahtevajo usklajeno delovanje različnih institucij. V lokalni skupnosti ima še posebej pomembno vlogo povezovanje med zdravstvenim in socialno varstvenim sistemom, saj le tako lahko celovito odgovorimo na potrebe posameznikov in družin. V ospredje stopajo primeri, ki jih ni mogoče učinkovito obravnavati znotraj meje ene same institucije (primeri, kjer se prepletajo zdravstvene, psihosocialne, socialnovarstvene, pravne in varnostne okoliščine) – zato je sodelovanje med Centrom za socialno delo Pomurje, Enota Ljutomer (v nadaljevanju center za socialno delo) in Zdravstvenim domom Ljutomer (v nadaljevanju zdravstveni dom) ne le priporočljivo, temveč nujno. Zlasti pri delu z ranljivimi skupinami, kot so otroci, starejši, osebe z duševnimi in telesnimi motnjami ter žrtvami nasilja v družini, je sodelovanje ključno. Takšne situacije zahtevajo usklajeno, celostno in zakonito ukrepanje več strokovnjakov, ki si prizadevajo za skupen cilj: zagotoviti pomoč in zaščito posamezniku na način, ki spoštuje njegove pravice, dostojanstvo in koristi.

Med ključnimi nosilci teh nalog sta center za socialno delo in zdravstveni dom – dve instituciji, ki imata sicer različno poslanstvo in zakonodajno podlago, a ju povezuje skupna odgovornost za človeka. Center za socialno delo ima nalogo zaznavanja in obravnave socialnih stisk, izvajanja ukrepov za zaščito ranljivih oseb ter usklajevanje pomoči v skupnosti. Zdravstveni dom skrbi za celostno zdravstveno obravnavo, preventivo, zdravljenje in psihološko podporo. Ko gre za ranljive skupine je povezovanje obeh institucij ključno za doseg varnih in trajnostnih rešitev. Vendar pa sodelovanje v praksi pogosto odpira pomembna vprašanja: Kdaj in kako si instituciji izmenjujeta informacije? Kje so meje zaupnosti? Katere zakonske določbe omogočajo skupno ukrepanje? Prispevek se osredotoča prav na ta vprašanja ter ponuja strokovno in zakonodajno podlago za povezano delovanje obeh institucij, hkrati pa osvetljuje pomen multidisciplinarnega pristopa, varne in zakonite izmenjave informacij, etične odgovornosti in medinstitucionalnega zaupanja. Cilj prispevka je spodbuditi boljše razumevanje vloge obeh institucij, razjasniti pravne podlage sodelovanja ter predstaviti primer dobre prakse. V ospredju ni le sodelovanje kot formalni mehanizem, temveč kot vrednota, ki izhaja iz človekove pravice do zaščite, pomoči in dostojanstvene obravnave. Tam kjer se prične stiska posameznika, se mora začeti tudi skupna odgovornost strokovnjakov – zato je vsak primer skupen in vsaka rešitev zahteva skupno pot.

Zakonodajni okvir sodelovanja: Pravna podlaga za skupno ukrepanje

Sodelovanje med zdravstvenimi ustanovami in centri za socialno delo je ključni element sodobne skrbi za posameznika in skupnosti. V praksi se zdravstvene težave pogosto prepletajo s socialnimi stiskami, zato je nujna celostna obravnava. Ko pacient prejme zdravstveno pomoč, pogosto potrebuje tudi podporo na področju socialnega varstva, npr. pri urejanju pravic iz javnih sredstev, zaščiti pred nasiljem, pomoči družini ali vključevanju v skupnost. Zdravstveni dom in center za socialno delo sta pomembna akterja v lokalnem

okolju, ki s sodelovanjem zagotavljata varnost, pomoč in zakonitost pri ukrepanju. Takšno sodelovanje pa ni prepuščeno zgolj strokovni presoji, temveč je jasno določeno in urejeno z zakonodajo. Ključne pravne podlage so: Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej) (Ur. l. RS, št. 23/05), ki določa, da zdravstvene ustanove sodelujejo z drugimi organi in organizacijami v korist pacienta, poudarja načelo interdisciplinarnega pristopa pri obravnavi posameznika, vzpostavlja odgovornost zdravstvenega osebja za pravočasno posredovanje informacij drugim institucijam, kadar je ogroženo življenje ali zdravje, Zakon o socialnem varstvu (ZSV) (Ur. l. RS, št. 3/07) nalaga centrom za socialno delo, da koordinirajo pomoč posamezniku in družinam ter sodelujejo z zdravstvenimi ustanovami, center za socialno delo prevzema vlogo nosilca ukrepov socialnega varstva, pri čemer je sodelovanje z zdravstvom bistveno (npr. pri dolgotrajni bolezni, invalidnosti, socialni ogroženosti), Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND) (Ur. l. RS, št. 16/08) posebej določa obveznost zdravstvenega osebja in strokovnih delavcev centra za socialno delo, da ob zaznavi nasilja takoj ukrepajo, uvaja interdisciplinarne time za obravnavo nasilja, v katerem sodelujeta oba sistema, je pravna podlaga za izmenjavo podatkov in skupno načrtovanje zaščitnih ukrepov, Družinski zakonik (DZ) (Ur. l. RS, št. 15/17) določa, da je največja korist otroka glavno vodilo pri vseh dejavnostih državnih organov, nosilcev javnih pooblastil in drugih oseb, daje pravno osnovo za obvezno sodelovanje med zdravstvenimi ustanovami in centri za socialno delo, kadar je otrok ogrožen, Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP) (Ur. l. RS, št. 15/08) varuje dostojanstvo, varnost in pravice pacienta, omogoča sodelovanje s socialnovarstvenimi službami, kadar je nujno za zaščito interesov pacienta, daje pravno podlago za pridobivanje soglasja pacienta pri izmenjavi podatkov, razen kadar zakon predvideva izjeme (npr. zaščita otroka), Splošna uredba o varstvu podatkov (GDPR) (Ur. l. EU, L 119/1) in Zakon o varstvu osebnih podatkov (ZVOP – 2) (Ur. l. RS, št. 163/22) varujeta pravico posameznika do zasebnosti, jasno določata kdaj in pod kakšnimi pogoji je dopustno posredovati osebne podatke med institucijami, omogočata zakonito obdelavo podatkov, kadar gre za zaščito življenjskih interesov posameznika ali kadar zakon nalaga obveznost obdelave. Zakonska ureditev zagotavlja, da so vsi postopki skupnega ukrepanja usklajeni, pregledni in pravno varni. S tem se povečuje zaupanje uporabnikov v delo institucij, preprečuje podvajanje nalog, omogoča hitrejše in učinkovitejše ukrepanje ter zagotavlja varstvo človekovih pravic, še posebej pravice do zasebnosti, varnosti in dostojanstva.

Ranljive skupine v skupni obravnavi: Kdo so, kje so in kako jih prepoznati

V strokovni literaturi se izraz *ranljive skupine* uporablja za posameznike ali skupine prebivalstva, ki imajo zaradi določenih osebnih lastnosti, zdravstvenega stanja, socialnega položaja ali življenjskih okoliščin, večjo možnost, da bodo izpostavljeni tveganju za kršitve pravic, diskriminacijo, socialno izključenost ali neustrezno obravnavo (Možina, 2010; Ramovš, 2013; Farkaš Lainščak, 2015). Mednarodni dokumenti Evropska konvencija o človekovih pravicah (1950), Evropska socialna lista (1996) in Agenda 2030 za trajnostni razvoj (2015) poudarjajo, da gre za osebe, ki so v večjem tveganju za diskriminacijo, socialno izključenost in revščino. Na podlagi zakonodaje, strokovne prakse in raziskovalnih spoznanj med ranljive skupine sodijo zlasti otroci in mladostniki, še posebej žrtve nasilja, zanemarjanja ali zlorabe (5. člen ZPND; 192. člen KZ-1), starejši (nad 65), ki se soočajo z osamljenostjo, institucionalizacijo, boleznimi in tveganjem za zanemarjanje in zlorabo, osebe s kroničnimi boleznimi, invalidnostjo ali dolgotrajnimi zdravstvenimi težavami, ki potrebujejo integrirano zdravstveno-socialno obravnavo, osebe z duševnimi motnjami, ki so lahko ogrožene tako v lastnem zdravju kot tudi v socialnem funkcioniranju, žrtve nasilja v družini, ki jim je potrebno zagotoviti varnostne ukrepe (8. člen ZPND), socialno-ekonomsko ogroženi posamezniki, kot so brezposelni, brezdomci in prejemniki denarne socialne pomoči, osebe z zasvojenostjo (alkohol, droge, igre na srečo, digitalne odvisnosti), kjer gre za preplet zdravstvenih in socialnih problemov, migranti, prosilci za azil, begunci in pripadniki etičnih manjšin, ki se soočajo z jezikovnimi, kulturnimi in pravnimi ovirami ter diskriminacijo.

Ranljive skupine niso homogena kategorija, prisotne so v vseh družbenih okoljih, in sicer v družinskem okolju, v izobraževalnih ustanovah, v zdravstvenem sistemu, v socialnovarstvenih institucijah, v javnih prostorih in v lokalnih skupnostih.

Prepoznavanje ranljivosti je interdisciplinaren proces, ki združuje medicinsko, psihološko, socialno in pravno znanje. Indikatorji ranljivosti vključujejo zdravstvene kazalnike (kronične bolezni, duševne motnje, pogoste poškodbe, slabša funkcionalna zmožnost), socialne kazalnike (revščina, brezposelnost, brezdomstvo, pomanjkanje socialnih stikov, osamljenost), vedenjske kazalnike (odvisnosti, antisocialno vedenje, umik iz družbe, impulzivnost), pravne kazalnike (prisotnost nasilja, zanemarjanja, zlorab, neuresničevanje pravic otrok in starejših), okoljske kazalnike (življenje v marginaliziranih skupnostih, slabši bivalni pogoji, izoliranost od storitev). Prepoznavanje je v praksi najpogosteje rezultat zgodnjega opažanja (npr. pri zdravniku družinske medicine, patronažni službi, v šoli) in obveznega obveščanja centra za socialno delo ali drugih pristojnih organov v skladu z zakonom (npr. ZPND, KZ-1).

Multidisciplinarni pristop: Moč skupne obravnave

Multidisciplinarni pristop se v teoriji in praksi opredeljuje kot organizirana oblika sodelovanja strokovnjakov različnih disciplin, ki skupaj oblikujejo integriran načrt obravnave posameznika ali skupine. Glavni cilj multidisciplinarnega pristopa je zagotoviti varnost, zdravje in socialno stabilnost posameznika ali družine z združevanjem znanj različnih strok in usklajenim delovanjem. Multidisciplinarni pristop ne pomeni le kriznega reševanja, ampak tudi preventivo, podporo in opolnomočenje (Šimenc, 2016; Jurček, 2019).

Izmenjava informacij: Med pravico do zasebnosti in dolžnostjo zaščite

Izmenjava informacij med zdravstvenim domom in centrom za socialno delo je dinamično ravnovesje med varstvom zasebnosti in dolžnostjo zaščite. Ključno je spoštovanje zakonodaje, načel sorazmernosti in najmanjšega obsega podatkov. Poseg v zasebnost je dopusten in nujen kadar je ogroženo življenje, zdravje ali varnost. S takšnim ravnanjem se ne krši zasebnost, temveč se uresničuje višja vrednota kot je pravica do zaščite in varnega življenja.

Temeljno strokovno vprašanje je, do katere meje je dopustno razkritje osebnih podatkov v postopkih zaščite posameznika, ne da bi pri tem neupravičeno posegli v njegovo zasebnost? V takih primerih gre za iskanje ravnovesja med pravico do zasebnosti in varstva osebnih podatkov ter dolžnostjo zaščite življenja, zdravja in varnosti. Pri iskanju ravnovesja nam lahko pomagajo načela, ki usmerjajo izmenjavo informacij (Evropska konvencija o človekovih pravicah, 1950; Ustava Republike Slovenije, 1991; Lista Evropske unije o temeljnih pravicah, 2000; Splošna uredba o varstvu podatkov, 2016; Zakon o varstvu osebnih podatkov, 2022). Ta načela so načelo najmanjšega obsega podatkov (posredujejo se samo tisti podatki, ki so nujni za dosego cilja zaščite), načelo sorazmernosti (poseg v zasebnost je dopusten le v tolikšni meri, kolikor je nujno potrebno za zaščito posameznika), načelo pravne podlage (vsaka obdelava podatkov mora temeljiti na zakonu), načelo varovanja dostojanstva (tudi ob razkritju podatkov je treba spoštovati integriteto in dostojanstvo posameznika), načelo obveščeniosti (posameznik mora biti, če okoliščine to dopuščajo, obveščen o tem, komu in zakaj se posredujejo njegovi podatki).

Praksa razkriva, da pravne dileme glede varstva osebnih podatkov pogosto predstavljajo oviro za učinkovito izmenjavo informacij med institucijami. To potrjuje tudi GDPR (2016) in slovenski ZVOP-2 (2022), ki določata stroga pravila o sorazmernosti in nujnosti obdelave podatkov. Dilemo med pravico do zasebnosti in dolžnostjo zaščite življenja pa urejajo temeljni dokumenti človekovih pravic, kot sta Evropska konvencija o človekovih pravicah (1950) in Listina EU o temeljnih pravicah (2000).

Etične in strokovne dileme: Med zakonodajo in človečnostjo

Etične in strokovne dileme nastajajo na presečišču zakonskih norm in človečnosti. Zakon je nujen okvir, ki preprečuje arbitrarnost in ščiti osnovne pravice, vendar nikoli ne more predvideti vseh življenjskih situacij. Človečnost pa je tista razsežnost, ki strokovnemu delu daje globlji smisel ter omogoča, da posameznik ni obravnavan kot predmet ukrepa, temveč kot človek s svojimi potrebami, občutki in dostojanstvom. Strokovni delavci v zdravstvu in v socialnem varstvu se vsakodnevno srečujemo s situacijami, kjer zakonske določbe ne zadoščajo za celovito razumevanje in reševanje stiske posameznika. Čeprav zakonodaja postavlja jasne

okvirje, pa realne človeške situacije pogosto zahtevajo etično presojo, čustveno občutljivost in strokovno integriteto. V tem razkoraku nastajajo etične in strokovne dileme, kjer je treba tehtati med formalnimi pravili in človečnostjo.

Primeri tipičnih dilem v praksi (Možina, 2010):

- pacient zaupa zdravniku informacije o nasilju, a prepove nadaljnje razkritje. Zdravnik mora tehtati med spoštovanjem zaupnosti in dolžnostjo zaščite;
- odrasla oseba z duševno motnjo zavrača zdravljenje, a hkrati ogroža svoje življenje. Kako spoštovati avtonomijo, ne da bi zanemarili varnost?;
- socialni delavec mora policiji sporočiti sum kaznivega dejanja, čeprav tvega izgubo zaupanja uporabnika, ki se mu je zaupal;
- na voljo je le eno prosto mesto v varni hiši, več družin pa potrebuje zaščito. Kako razporediti pomoč brez diskriminacije?

Podporni mehanizmi za reševanje dilem so lahko etični kodeksi (Kodeks etičnih načel v socialnem varstvu, 2014; Kodeks medicinske deontologije Slovenije, 1992, s spremembami 1997), etične komisije v zdravstvenih ustanovah in na centrih za socialno delo, supervizija in intervizija kot prostor za strokovno refleksijo, multidisciplinarni timi, kjer različne perspektive zmanjšujejo tveganje subjektivnih odločitev, stalno strokovno izobraževanje s poudarkom na etiki v praksi.

Primer iz prakse: Ko sodelovanje rešuje - ali prepreči, da se zaplete

V praksi zdravstvenih in socialnovarstvenih služb se pogosto pojavljajo situacije, kjer je posameznik ujet med osebno stisko in strukturnimi omejitvami sistema. Takšne okoliščine zahtevajo hitro in usklajeno ukrepanje več služb hkrati. V nadaljevanju predstavljamo primer, ki ponazarja, kako multidisciplinarno sodelovanje med zdravstvom, socialnim varstvom in represivnimi organi ne samo rešuje krizno situacijo, temveč tudi preprečuje njeno eskalacijo. 32-letna pacientka se oglasi pri osebni zdravnici zaradi nespečnosti, glavobolov in somatskih bolečin. Klinični pregled pokaže modrice, ki niso skladne z navedbo ("padla sem po stopnicah"). Zdravnica prepozna možne znake nasilja v družini. Pacientka kaže znake psihološke retraumatizacije (izogibanje, tišina, somatizacija).

Aktivacija pravnega okvira, zakonodaja: Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND), Kazenski zakonik (KZ-1), Zakon o nalogah in pooblastilih policije (ZNPPol), Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP).

Zdravnica ravna skladno z dolžnostjo prijave suma nasilja (ZPND, 6. člen). Center za socialno delo vstopi v postopek na podlagi obveznosti ocene ogroženosti. Policija izvede varnostni ukrep (prepoved približevanja), ki temelji na KZ-1 (Ur. l. RS, št. 55/08) in ZNPPol (Ur. l. RS, št. 22/25).

Multidisciplinarno sodelovanje:

- **zdravstvo:** prepoznavanje kliničnih znakov nasilja, medicinska dokumentacija, psihosomatska diagnostika;
- **center za socialno delo** – ocena ogroženosti, krizna intervencija, vključitev v sistem pomoči, psihosocialna podpora, vključitev v varno hišo;
- **policija** – zagotavljanje takojšnje fizične varnosti.

Vsak subjekt prispeva delček v mozaik celostne obravnave, šele koordinacija zagotavlja učinkovito zaščito.

Rezultat sodelovanja: pacientka se umakne v varno hišo, zagotovljena ji je psihološka pomoč ter pravna podpora v postopku proti povzročitelju nasilja, zdravstveno stanje se stabilizira, zmanjšajo se psihosomatske težave.

Ključni učinek: pravočasnost in usklajenost ukrepanja sta preprečili nadaljnjo eskalacijo nasilja.

V kolikor sodelovanja ne bi bilo in če zdravnica primera ne bi obravnavala z vidika možnega nasilja in ne bi sprožila mehanizma sodelovanja:

- bi bila ogroženost spregledana,
- nasilje bi se verjetno nadaljevalo in stopnjevalo,
- posledice bi bile hujše (fizična poškodba, kronične duševne motnje, socialna izolacija, morda celo smrtni izid),
- sistem bi odpovedal pri zagotavljanju osnovne zaščitne funkcije.

Primer jasno ponazarja, da je multidisciplinarno sodelovanje med zdravstvom, socialnim varstvom in drugimi deležniki ključen pogoj za učinkovito zaščito ranljivih skupin. Vloga posameznega strokovnjaka je prepoznati svoje meje kompetenc in pravočasno aktivirati pristojne službe. Sodelovanje ne rešuje le akutne krize, temveč tudi preprečuje sistemske zaplete, ki bi ob odsotnosti koordinacije ogrozili tako posameznika kot integriteto sistema.

Diskusija

Sodelovanje med zdravstvenim in socialnovarstvenim sistemom v Sloveniji, s poudarkom na praksi v lokalnih okoljih, kot je Ljutomer, razkriva večplastne razsežnosti izzivov in priložnosti. Uspešno sodelovanje se najpogosteje vzpostavi, kadar se oblikuje multidisciplinarni pristop, ki presega institucionalne meje in postavlja človeka v središče obravnave. Praktični primeri kažejo, da lahko pravočasna koordinacija ukrepov prepreči zaostrovanje kriznih situacij, zmanjša stopnjo nasilja ter prispeva k izboljšanju kakovosti življenja posameznikov in družin. Kljub temu pa se v praksi pojavljajo številne ovire. Med ključnimi sistemskimi izzivi so pravne dileme glede varstva osebnih podatkov, fragmentiranost služb, neenotna strokovna usposobljenost ter kadrovska podhranjenost. Te omejitve ne pomenijo zgolj administrativnih ali organizacijskih težav, temveč imajo neposredne posledice za ranljive posameznike, ki ostajajo brez pravočasne zaščite. Rezultati kažejo, da je sodelovanje med zdravstvenim in socialnovarstvenim sistemom pogosto omejeno zaradi pomanjkanja kadrov in neustreznega vključevanja strokovnjakov različnih profilov. Podobno ugotavlja Možina (2010), ki izpostavlja, da uspešno socialno delo v zdravstvu zahteva stalno strokovno usposabljanje in povezovanje različnih disciplin. Prav tako Šimenc (2016) opozarja, da pomanjkanje sodelovanja v multidisciplinarnih timih negativno vpliva na kakovost obravnave in zmanjšuje možnosti pravočasnega ukrepanja.

Ugotovljeno je, da obstaja napetost med normativnimi okviri in etičnimi imperativi človečnosti, kar zahteva stalno refleksijo in prilagajanje strokovne prakse. Posebej pomembno je poudariti, da prepoznavanje ranljivih skupin ostaja nezadostno razvito. Čeprav zakonodaja nalaga obveznosti ukrepanja, praksa pokaže, da strokovnjaki brez ustreznih orodij, standardov in usposabljanj pogosto reagirajo prepozno. Ključno vprašanje je, ali bi moral sistem več vlagati v preventivne in presejalne mehanizme, zlasti na primarni ravni zdravstva in v skupnostnih programih. Prispevek potrjuje, da sta zaupanje in komunikacija med institucijami ter strokovnjaki različnih profilov ključna za uspešno sodelovanje. Tam, kjer obstajajo stalni formalizirani kanali sodelovanja in medsebojno zaupanje, je obravnava hitrejša, učinkovitejša in za posameznika varnejša. Farkaš Lainščak (2015) ugotavlja, da neenakosti v zdravstveni oskrbi najbolj prizadenejo ravno ranljive skupine. Na podobno opozarja tudi Jurček (2019), ki poudarja, da lahko socialno delo v zdravstvu ob ustreznih kadrih in protokolih pomembno prispeva k zgodnjemu prepoznavanju ranljivosti. V širšem kontekstu pa Agenda 2030 (2015) kot globalni cilj izpostavlja zmanjševanje neenakosti in zagotavljanje dostopa do kakovostne oskrbe za vse prebivalce.

Izzivi in priporočila za prihodnost

Izzivi:

Sistemske problemi, kot so pomanjkanje zdravstvenega in socialnega kadra, predolge čakalne dobe ter omejene kapacitete varnih namestitev, resno omejujejo učinkovitost ukrepanja. Zaradi obremenjenosti strokovnjakov prihaja do sekundarne viktimizacije, saj posameznik ne dobi pravočasne in kontinuirane podpore.

V praksi se izkazuje, da so znanja o prepoznavanju nasilja, duševnih motenj in drugih oblik ranljivosti med strokovnjaki zelo neenotna. V nekaterih okoljih je prepoznavna odlična, drugje pa so težave pogosto spregledane. To pomeni, da dostop posameznika do zaščite ni enak, temveč je geografsko pogojen.

Sodobne družbene razmere (migracije, staranje prebivalstva, porast duševnih stisk, digitalna izključenost) ustvarjajo heterogene profile ranljivosti, ki zahtevajo prilagojene in kulturno občutljive pristope. Sistem še vedno premalo upošteva posebnosti specifičnih skupin, kar zmanjšuje učinkovitost pomoči.

Priporočila:

Jasnejša pravna podlaga za izmenjavo informacij med institucijami, ki bi zmanjšala pravno negotovost in odgovornost prevaila s posameznih strokovnjakov na sistemske rešitve.

Vzpostavitev obveznih protokolov za krizne primere, ki bi omogočili hitro odločanje, ne da bi bila ogrožena zakonitost postopkov.

Redno usklajevanje zakonodaje (npr. ZPND, ZPacP, GDPR, ZVOP-2) z vidika prakse na terenu.

Zaključek

Sodelovanje med zdravstvenimi in socialnovarstvenimi službami je eden od temeljnih pogojev za učinkovito zaščito ranljivih skupin in za zagotavljanje varnosti ter dostojanstva posameznika. Praksa pokaže, da je sistem v Sloveniji sicer pravno in institucionalno zasnovan, a v veliki meri odvisen od lokalnih iniciativ, individualnega znanja in osebne angažiranosti strokovnjakov. To pomeni, da so rezultati obravnave neenaki in pogosto pogojeni z okoliščinami posamezne regije. V Pomurju se soočamo z izrazitimi demografskimi in socialno-ekonomskimi izzivi – starajoča se populacija, visoka stopnja kroničnih bolezni, revščina ter tveganje za socialno izključenost. V takšnem okolju so integrirani in koordinirani pristopi zdravstvenega doma in centra za socialno delo za reševanje socialnih in zdravstvenih stisk nujni.

Za prihodnost je nadalje nujno:

- okrepiti normativni okvir z jasnimi pravili glede izmenjave informacij in odgovornosti,
- razvijati trajnostne multidisciplinarne strukture na regionalni ravni,
- vlagati v stalno strokovno usposabljanje in supervizijo,
- ter premikati težišče iz reaktivnega kriznega reševanja v proaktivno preventivno delovanje.

Prav v tem kontekstu se je izoblikovalo tesno sodelovanje med centrom za socialno delo in zdravstvenim domom, ki ga lahko opredelimo kot primer dobre prakse. Sodelovanje ponazarja, kako lahko dve ključni instituciji v lokalnem območju s skupno vizijo in usklajenim delovanjem presežeta institucionalne meje in birokratske ovire v korist posameznika. Le s takšnim pristopom, ki združuje zakonitost, etično občutljivost in strokovno odličnost, mogoče zagotoviti, da zdravstveni in socialnovarstveni sistem ne bosta le formalno v službi človeka, temveč bosta dejansko delovala kot varovalna mreža, ki preprečuje zdrse posameznikov v brezizhodne stiske. Gre za primer dobre prakse, ki potrjuje načelo »skupni primer – skupna odgovornost« ter je skladno s sodobnimi usmeritvami socialnega in zdravstvenega varstva v EU.

Literatura

1. *Agenda 2030 za trajnostni razvoj*. (2015). Generalna skupščina OZN.
2. *Družinski zakonik (DZ)*. (2017). Ur. l. RS, št. 15/17 s spremembami in dopolnitvami.
3. *Evropska konvencija o človekovih pravicah (EKČP)*. (1950). Svet Evrope.
4. *Evropska socialna listina*. (1996). Svet Evrope.
5. Farkaš Lainščak, J. (2015). Standard za zagotavljanje enakosti v zdravstveni oskrbi ranljivih skupin. *Revija Socialno delo*, 83–92.
6. Jurček, A. (2019). Prispevek socialnega dela v zdravstveni dejavnosti v Sloveniji. *Revija Socialno delo*, 113–124.

7. *Kazenski zakonik (KZ-1)*. (2008). Uradni list RS, št. 55/08 s spremembami in dopolnitvami.
8. *Konvencija o otrokovih pravicah (KOP)*. (1989). Generalna skupščina OZN.
9. *Listina Evropske unije o temeljnih pravicah*. (2000). Uradni list EU, C 364/01.
10. Možina, M. (2010). *Etika v socialnem delu in zdravstvu*. Socialna zbornica Slovenije.
11. Ramovš, J. (2013). *Socialno delo z družino*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
12. Šimenc, J. (2016). Pogledi zaposlenih v socialnih in zdravstvenih službah na (ne)sodelovanje v multidisciplinarnih timih v primerih nasilja v družini. *Revija Socialno delo*, 27–40.
13. *Splošna uredba o varstvu podatkov (GDPR)*. (2016). Uradni list EU, L 119/1.
14. *Ustava Republike Slovenije*. (1991). Uradni list RS, št. 33/91-I s spremembami in dopolnitvami.
15. *Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr)*. (2008). Uradni list RS, št. 77/08 s spremembami in dopolnitvami.
16. *Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP)*. (2008). Uradni list RS, št. 15/08 s spremembami in dopolnitvami.
17. *Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND)*. (2008). Uradni list RS, št. 16/08 s spremembami in dopolnitvami.
18. *Zakon o socialnem varstvu (ZSV-1)*. (2007). Uradni list RS, št. 3/07 s spremembami in dopolnitvami.
19. *Zakon o varstvu osebnih podatkov (ZVOP-2)*. (2022). Uradni list RS, št. 163/22.
20. *Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej)*. Uradni list RS, št. 23/05.
21. *Zakon o nalogah in pooblastilih policije (ZNPPol)*. (2025). Uradni list RS, št. 22/25.

Celostno razumevanje človeka in kronične bolečine

Holistic Understanding of the Human Being and Chronic Pain

Jure Reherman, dipl. fiziot.

Fizioloģija

info@fizioloģija.com

Razširjen izveleček

Celostni pristop v fizioterapiji pomeni, da pri obravnavi pacienta upoštevamo vse dejavnike, ki vplivajo na njegovo psihofizično stanje. Možgani omogočajo razumevanje in razlikovanje kompleksnih čustvenih stanj, kot so različne oblike strahu (npr. pred psihološkimi dejavniki ali pred fizično grožnjo). Telo pa čustva dojema na bolj osnovni ravni – kot stanje varnosti ali nevarnosti. Ob zaznavi varnosti prevladujejo občutki sproščenosti, veselja in udobja, medtem ko se ob zaznavi nevarnosti, ki se lahko izrazi skozi strah, bolečino, stres ali jezo, sproži obrambni mehanizem, znan kot refleks »boj ali beg«. Ta odziv pripravi telo na preživetje z mobilizacijo energije, kisika in hormonov za povečano mišično aktivnost, hkrati pa zmanjša delovanje regenerativnih procesov.

Regenerativni sistem je ključnega pomena za obnovo tkiv, saj omogoča odstranjevanje poškodovanih celic in nastanek novih, funkcionalno prilagojenih celic. Primer tega je rast mišic, kjer poškodovana mišična vlakna zaradi preobremenitve nadomestijo močnejša vlakna. Dolgotrajna izpostavljenost stresu in čustvenemu strahu pa zmanjšuje učinkovitost regeneracije, kar vodi do strukturnih sprememb v telesu, ki so odvisne od posameznikovih obremenitev, življenjskega sloga, prehrane, starosti in dednih dejavnikov (McEwen, 2007).

Pri kronični bolečini mišično-skeletnega sistema je pogosto prisotna spremenjena mišična struktura, ki zaradi zmanjšane regeneracije prehaja iz mehke in elastične v napeto, neelastično in fibrozno tkivo (»vozli«). To povzroča povečano mišično napetost in draženje na področju prirastišča mišic, kar se izrazi kot bolečina (Hammi et al., 2025). Eden najučinkovitejših pristopov za zmanjševanje tovrstnih bolečin je terapija mehkih tkiv, pri kateri s kontroliranimi pritiski povzročimo mikropoškodbe tkiva, sprostimo napetost in spodbudimo regenerativne procese (Zhuang et al., 2014).

Ključne besede: celostni pristop, regenerativni sistem, kronična bolečina, mišična struktura, terapija mehkih tkiv

Extended abstract

A holistic approach in physiotherapy means that patient management considers all factors influencing the individual's psychophysical state. The brain enables the perception and differentiation of complex emotional states, such as various forms of fear (e.g., psychological threats versus physical threats). The body, however, interprets emotions on a more fundamental level – as either safety or danger. When safety is perceived, feelings of relaxation, joy, and comfort prevail, while the perception of danger, expressed through fear, pain, stress, or anger, triggers a defense mechanism known as the "fight-or-flight" response. This reaction prepares the body for survival by mobilizing energy, oxygen, and hormones for increased muscle activity, while simultaneously reducing the activity of regenerative processes.

The regenerative system is crucial for tissue repair, as it removes damaged cells and replaces them with new ones adapted to current demands. A typical example is muscle growth,

where overstrained fibers are replaced with stronger ones. Prolonged exposure to stress and emotional fear reduces the effectiveness of regeneration, leading to structural changes in the body. The extent and location of these changes depend on lifestyle, environmental and psychological factors, nutrition, age, and heredity (McEwen, 2007).

In chronic musculoskeletal pain, the altered muscle structure often shifts from soft, elastic, and functional tissue to tense, non-elastic fibrotic tissue (commonly referred to as "knots"). This increases muscle tension and irritates periosteal attachment sites, resulting in pain (Hamm et al., 2025). One of the most effective methods for reducing such pain is soft tissue therapy, where controlled pressure induces micro-injuries in the tissue, releasing tension and activating regenerative processes (Zhuang et al., 2014).

Keywords: holistic approach, regenerative system, chronic pain, muscle structure, soft tissue therapy

Literatura

1. Hammi, C., Schroeder, J.D., Yeung, B. (2025). *Trigger Point Injection*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. PMID: 31194353.
2. McEwen, B.S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. *Physiol Rev*, 87(3), 873-904. doi: 10.1152/physrev.00041.2006. PMID: 17615391.
3. Zhuang, X., Tan, S., Huang, Q. (2014). Understanding of myofascial trigger points. *Chin Med J*, 127(24), 4271-7. PMID: 25533832.

Težave pri vzpostavljanju dojenja

Difficulty establishing breastfeeding

viš. pred. Cvetka Skale, dipl. m. s., univ. dipl. org., IBCLC

Splošna bolnišnica Celje, Ginekološko porodniški oddelek,
Odsek za neonatalno pediatrijo; Fakulteta za zdravstvene vede Celje
cveta.skale@gmail.com

Izvleček

Doječe matere se pri dojenju srečujejo s številnimi izzivi, zlasti na začetku, pri vzpostavljanju dojenja. Največkrat se srečajo s težavami pri pristavljanju otroka k dojki, bolečimi in poškodovanimi bradavicami, zastojno dojko in mastitisom. Izzivi, ki jih predstavljajo težave pri dojenju, vplivajo na sam proces razvoja dojenja pri posameznem doječem paru. Zdravstveni strokovnjaki, ki prihajajo v stik z njimi, jih morajo znati prepoznati. Namen prispevka je opredeliti najpogostejše težave pri vzpostavljanju dojenja in strategije za njihovo reševanje.

Ključne besede: dojenje, težave pri dojenju, boleče bradavice, zastojna dojka, mastitis, pomoč pri dojenju.

Abstract

Breastfeeding mothers face numerous challenges during breastfeeding, especially in the beginning, when establishing breastfeeding. Most often they encounter difficulties in latching the baby onto the breast, painful and cracked nipples, engorged breasts, and mastitis. The challenges presented by breastfeeding difficulties affect the very process of developing breastfeeding for each individual nursing pair. Health professionals who come into contact with them must be able to recognize them. The purpose of the article is to identify the most common problems in establishing breastfeeding and strategies for solving them.

Keywords: breastfeeding, breastfeeding challenges, sore nipples, engorged breast, mastitis, breastfeeding support.

Uvod

Puntarjeva je že leta 1959 v priročniku »Na ženi dom stoji« zapisala naslednja dejstva: »Prva materina skrb je, da otroka doji. Materino mleko je prva hrana, ki jo otrok potrebuje za svojo rast in razvoj. Materino telo je vso dobo nosečnosti pripravljalo to dragoceno hrano za novorojeno dete. Zato je materino mleko najprimernejša hrana« (Puntar 1959). Po skoraj 70-ih letih lahko zapisanemu samo pritrdimo in hkrati ugotavljamo, da se matere pri dojenju srečujejo s podobnimi, če ne celo enakimi težavami kot takrat.

Pomen dojenja in posebno izključnega dojenja, je v sodobni prehrani otrok nedvomno izjemen (Bratanič, 2019), saj materino mleko vsebuje vse kar potrebuje otrok za svojo rast in razvoj v prvi šestih mesecih. Otroku zagotovi pomembne prehranske in imunske faktorje, daje pa mu tudi občutek bližine in dobrega počutja. Strokovnjaki in Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) priporočajo izključno dojenje do šestega meseca otrokove starosti, ob ustrezni dopolnilni prehrani pa nato še do drugega leta starosti, in če mati in otrok želita, lahko še dlje (Bratanič, 2019; WHO, 2018). WHO in UNICEF priporočata za vse zdrave novorojenčke kožni stik takoj po porodu, ker zgodnje in pogosto dojenje spodbuja nastajanje mleka in preprečuje nastajanje težav pri dojenju (Webber & Benedict, 2023). Resničnost in veljavnost priporočila potrjujejo številne in vedno nove znanstvene raziskave.

Dojenje prinaša številne prednosti, tako za otroka, kot tudi za mater in ne nazadnje tudi za širšo družbo. Različni avtorji v svojih delih poudarjajo predvsem prednosti dojenja, manj je

takšnih, ki govorijo o težavah, ki lahko nastanejo. Dojenje je naravno, vendar je tudi spretnost, ki se je potrebno naučiti (Hoyer & Vettorazzi, 2023). V poljudni in tudi strokovni literaturi, prav tako pa na splošno v naši kulturi, se dojenje dojema kot nekaj samoumevnega, s čimer naj matere pričnejo čim prej po porodu. Otroka »redno« pristavljajo, ga podojijo in otrok do naslednjega dojenja spi. V praksi pa vemo, da v večini primerov ni tako. Matere potrebujejo pri dojenju podporo in informacije, ki jim morajo biti vedno dostopne (Skale, 2018).

Veliko mater namreč pred porodom skrbi, če bodo znale novorojenčka pravilno pristaviti k prsim, če so njihove bradavice dobro oblikovane, če bodo imele dovolj mleka, kaj storiti, če bodo imele bolečine v bradavicah ali dojkah. Večino teh težav se v bistvu lahko prepreči že med nosečnostjo in sicer s pripravo načrta za dojenje že v času nosečnosti. Izjemnega pomena je tudi, da vsi, ki pri delu prihajajo v stik z doječimi materami, poznajo tudi osnovne strategije za reševanje težav.

Izzivi in težave pri vzpostavljanju dojenja

V domači in tuji strokovni ter tudi splošni literaturi o dojenju avtorji navajajo različne težave pri dojenju. Težave, ki lahko nastanejo v tem času, so številne. Pomembno je, da se matere že pred nastankom težav informirajo in poučijo, na kakšen način jih preprečiti ali odpraviti. Ko in kadar se pojavijo težave pri dojenju, lahko le te vplivajo na sam proces dojenja. V prispevku smo se osredotočili na največkrat izpostavljene težave.

Težave pri pristavljanju: Nekatero otroke je težko pristaviti k dojki ali pa dojko zavračajo.

Možni razlogi so:

- otrok ni lačen,
- lahko ga zebe, je bolan, razbolen, slaboten,
- neprimeren položaj,
- mati med dojenjem premika dojko ali otroka,
- zastojna dojka,
- mleko prehitro izteka,
- premalo mleka,
- soor v ustih pri otroku,
- zamašen nosek,
- materina kozmetika,
- odklanja le eno dojko (Webber & Benedict, 2023; WHO, 2018).

Velik izziv pri dojenju predstavljata tudi **zaspan ali pa jokajoč** otrok. Kadar je otrok zaspan pri hranjenju, lahko materi svetujemo: naj odstrani odeje in pretopla oblačila, doji v bolj pokončnem položaju, otroka nežno masira in ogovarja, počaka pol ure in poskusi ponovno, ter ne izvaja grobih manevrov (WHO, 2018; Vettorazzi, 2025). Pri jokajočem otroku matere pogosto pomislijo, da nimajo dovolj mleka ali da njihovo mleko ni primerno za otroka. Jokajoč otrok je lahko naporen za celotno družino, pri tem pa ni mogoče natančno opredeliti, koliko joka je »normalno«. Pomembno je ugotoviti razlog za jok (WHO, 2018; Vettorazzi, 2025).

Boleče in poškodovane bradavice: Podatki v svetovnem merilu kažejo, da od 36% ter ponekod kar do 96% doječih mater, poroča o bolečih bradavicah v prvih dneh po porodu (Huges & Donovan, 2018). Poškodovane bradavice so pogosto razlog, zaradi katerega številne matere prenehajo z dojenjem prej kot so načrtovale. Razlogov za boleče prsne bradavice je lahko veliko in velikokrat je na začetku dojenja prisotno neugodje, ki običajno izzveni v nekaj dneh. Ni znano, zakaj ima toliko mater na začetku dojenja bolečine, vendar so verjetno razlog hormoni in poškodbe, ki so povezane z učenjem pravilnega pristavljanja in položaja pri dojenju (Mitchel, 2023). Poškodovane bradavice povečajo tudi verjetnost drugih zapletov, kot sta zastojna dojka in mastitis (Mitchell, 2023). Osnova za obvladovanje bolečin v bradavicah je optimalno pristavljanje in položaj pri dojenju. Ključnega pomena za spodbujanje dojenja je oskrba bolečih bradavic.

Pred dojenjem ni potrebno posebno umivanje bradavic, zadostuje redno tuširanje, potrebno pa je umivanje rok. Po dojenju je dobro, da si mati s čistimi rokami izbrizga kapljico mleka, jo

namaže po bradavici in posuši na zraku. Mleko bo zaščitilo bradavico. V primeru poškodbe in bolečin v bradavicah po dojenju je potrebno najprej preveriti tehniko in položaje dojenja, šele nato sledijo drugi ukrepi (Webber & Benedict, 2023).

Pomoč pri bolečih in poškodovanih bradavicah

Poškodovane in boleče bradavice predstavljajo za matere velik izziv in težavo pri dojenju, zato jih ne smemo nikoli zanemariti oziroma spregledati (Huges & Donovan, 2018). Med uspešne metode pomoči oziroma zdravljenja poškodovanih in občutljivih bradavic spadajo:

Uporaba krem, zaščitnih oblog ali blazinic: lanolin, Garmastan, Nursicare, aqua flo..., izdelki lajšajo bolečino in hkrati aktivno zdravijo (Huges & Donovan, 2018).

Zdravljenje poškodovanih bradavic s srebrnimi nastavki: srebro je naravna protimikrobna, proti glivična in antibakterijska kovina, ki vsebuje tudi protivnetna sredstva. Zdravi in preprečuje rane, ragade/razpoke in bolečine. Deluje tudi preventivno v smislu preprečevanja mastitisa, ki lahko nastane kot posledica poškodovanih bradavic. V ta namen so tudi oblikovali in izdelali srebrne nastavke iz čistega srebra. So enostavni za uporabo, anatomsko oblikovani in okolju prijazni. Anatomsko oblika posnema obliko bradavice, izdelani so v dveh velikostih. Zaobljena konica in konveksna oblika omogočata kroženje zraka, robovi pa so posebej prilagojeni, tako, da preprečijo bolečino, drgnjenje ali trenje. Uporabljajo se tako, da se v nastavek izbrizga nekaj kapljic mleka in se namesti na bradavico. Pred naslednjim dojenjem se bradavica samo umije s čisto vodo. Hkrati s temi nastavki se ne uporabljajo dodatne kreme ali losjoni. Za čiščenje nastavka se uporabljata čista voda in soda bikarbona. Izdelek je trajen, mati ga lahko uporabi večkrat (več porodov) (Huges & Donovan, 2018).

Zdravljenje poškodovanih bradavic s svetlobo: terapija s polarizirano polikromatsko nekoherentno svetlobo (Bioptron) je učinkovit in varen način za lajšanje bolečin in pospeševanja celjenja poškodovanih bradavic pri doječih ženskah (Abdou et al, 2019). Svetloba prodre v tkiva in spodbuja imunski sistem za hitrejše in učinkovitejše zdravljenje. Ugotovili so pozitivne učinke tega načina zdravljenja, priporoča se zdravljenje s svetlobo 1x/dan, 2 tedna (10 terapij). V vmesnem času med terapijami pa uporabo naravnega lanolina (Abdou et al, 2019). Tudi izkušnje iz prakse to potrjujejo.

Zastojna dojka: literatura o dojenju opisuje zastojno dojko kot normalno stanje, za katerega je značilna boleča, otečena dojka zaradi nenadoma povečanega volumna mleka, zastoja v limfnih in krvnih žilah ter intersticialnega edema. Zastoj v dojkah se najpogosteje pojavi ob začetku laktogeneze II, to je običajno med 3. in 5. dnevom po porodu, pri porodih s carskim rezom pa se lahko pojavi do dva dni kasneje. Isto velja za matere z gestacijskim diabetesom. Prisotno je lahko rahlo povišanje telesne temperature. Najučinkovitejša oskrba je proaktivna preventiva, kar pomeni, da lahko zastoj preprečimo, če pravočasno naredimo oceno dojenja (Mitchell, 2023).

Oskrba zastojne dojke vključuje zadostno praznjenje dojk, kar vključuje pogosto in pravilno pristavljanje otroka, pomaga tudi masaža dojk pred in med dojenjem ali izbrizgavanjem. Zaradi bolečine, ki je lahko prisotna pri zastojnih dojkah, je prisotno tudi zavrto iztekanje mleka. Pomagajo nesteroidna protivnetna zdravila, ki jih predpiše zdravnik. Lahko pomaga tudi sprememba položaja pri dojenju, topli obkladki pred dojenjem, po dojenju pa za krajši čas hladni obkladki (Mitchell, 2023). Študije v večini primerov ne potrjujejo pozitivnega vpliva toplo/hladnih obkladkov, vendar matere opisujejo občutke olajšanja po uporabi le teh.

Mastitis je vnetno stanje dojke, prizadeti del dojke je boleč, rdeč in otekel, v večini primerov je prizadeta ena dojka. Pri mastitisu je običajno prisotna povišana telesna temperatura, lahko se pojavijo tudi ostali gripi podobni simptomi, kot so bolečine v mišicah, glavobol, utrujenost in slabost. Dejavniki tveganja so poškodbe bradavic, prekomerna laktacija, zamašeni mlečni vodi, zastojne dojke in uporaba nastavkov za dojenje (Mitchell, 2023; Rouw, 2023). Pogostost mastitisa je večja pri prvorodkah in materah, ki so mastitis že imele.

Zdravljenje in oskrba zgodnjega mastitisa vključuje umiritev matere, počitek, dovolj tekočine ter pogosto in temeljito praznjenje dojk (dojenje ali izbrizgavanje). Pomembno je tudi ugotoviti razlog za mastitis in odpraviti dejavnike tveganja, da se zmanjša možnost dolgotrajnega poteka in ponovitve. Za lajšanje bolečine se uporabljajo nesteroidna protivnetna zdravila, v primeru vnetja pa antibiotiki, oboje predpiše zdravnik (Mitchell, 2023; Rouw, 2023). Mleko v času mastitisa ni škodljivo za donošenega in zdravega otroka (Mitchell, 2023), mati pa v tem času potrebuje dodatno pomoč pri negi dojk in skrbi za otroka.

Vpliv prekomerne telesne mase na dojenje: raziskave kažejo, da imajo ženske s prekomerno telesno maso več težav z vzpostavljanjem dojenja ter da je večja verjetnost, da bodo prenehale dojiti prej v primerjavi z ženskami z normalno telesno maso. Ženske z ITM > 30 kg/m² imajo 13% manjšo verjetnost, da bodo vzpostavile dojenje in 20% manjšo verjetnost, da bodo dojile pri otrokovih 6 mesecih (Bever Babendure et al, 2015). Možni vzroki za manjšo pogostost dojenja pri ženskah s prekomerno telesno maso vključujejo hormonsko neravnovesje (npr. nižjo raven prolaktina in oksitocina), težave s pristavljanjem novorojenčka ter psihosocialne dejavnike, kot so nizka samozavest in stigma glede telesne mase.

Diskusija

Čeprav je dojenje naraven proces, se pri njem lahko pojavijo različne težave, ki pri materah vzbujajo dvome in stisko. Zato je pomembno, da se matere o njih poučijo že vnaprej in da jim medicinske sestre nudijo podporo ter strokovne nasvete (Njenić, 2020). V tem kontekstu ima velik pomen tudi odnos zdravstvenih strokovnjakov, s katerimi matere prihajajo v stik v času nosečnosti in dojenja, saj ta pomembno vpliva na uspešnost dojenja. Večina mater prepoznava pozitiven vpliv patronažnih medicinskih sester pri podpori dojenju po odpustu iz porodnišnice (Skale, 2023), zato je ključno, da imajo slednje ustrezna znanja in veščine za reševanje težav, ki se pogosto pojavljajo v prvih dneh in tednih dojenja.

Splošni nasveti za pomoč/svetovanje pri dojenju:

- Spodbujati matere, da preskusijo različne položaje pri dojenju.
- Vzeti si čas in opazovati doječi par ves čas podoja. Mnogokrat že majhni popravki pomenijo velik učinek.
- Ne dajati veliko predlogov hkrati. Mati in otrok sta že tako preobremenjena, še zlasti kadar je situacija že sama po sebi naporna.
- Zabeležiti kar ni v redu in tudi predloge za izboljšanje.
- Še posebej poudarjati pozitiven razvoj dogodkov (Webber & Benedict, 2023; Vettorazzi, 2025).

Zaključek

Doječe matere se pri vzpostavljanju dojenja pogosto srečujejo s številnimi izzivi, ki lahko vodijo tudi do opuščanja dojenja. Zato je ključno, da strokovnjaki in vsi, ki prihajajo z njimi v stik, nudijo ustrezno podporo in spodbudo. Pomembno je zaupati materam, da so njihove dojke sposobne proizvesti zadostno količino mleka za potrebe otroka, ter zaupati tudi otroku, da zna to mleko učinkovito izkoristiti. Prav tako je treba matere spodbujati, naj poiščejo pomoč, kadar se soočajo s težavami. Ob tem ne gre prezreti dejstva, da nobena mlečna formula ne more v celoti nadomestiti materinega mleka, saj je to prilagojeno edinstvenim potrebam posameznega otroka.

Literatura

1. Abdou W.M. et al, (2019). Effect of Bioptron in Treating Cracked Nipples in Breast Feeding Women: A Randomized Controlled Trial. *World Journal of Medical Sciences* 16 (1), 35-40. DOI: 10.5829/idosi.wjms.2019.35.40.
2. Bever Babendure, J., Reifsnider, E., Mendias, E. et al. (2015). Reduced breastfeeding rates among obese mothers: a review of contributing factors, clinical considerations and future directions. *Int Breastfeed J* 10, 21. <https://doi.org/10.1186/s13006-015-0046-5>.

3. Bratanič, B. (2019). Pomen dojenja za otroke, matere, družbo, okolje in predstavitev pobud za ohranjanje dojenja v Sloveniji. In: Bratanič, B., (ed.). Spodbujanje in podpora dojenju v zdravstvenih ustanovah. *Zbornik prispevkov Modularnega tečaja*. Ljubljana: Slovenska fundacija za Unicef, 19 – 31.
4. Hoyer, S. & Vettorazzi, R. (2023). *Uspešno dojenje za dobro zdravje otrok in mater*. 27. prenovljena izdaja (pp. 6). Ljubljana: Slovenska fundacija za Unicef.
5. Huges V. I., Donovan K. (2018). Breastfeeding Devices and Topical Treatments In: *Core Curriculum for Interdisciplinary Lactation Care*. USA: Jones and Bartlett Learning, 383 – 408.
6. Mitchell, K.B. (2023) Breast Pathology. In: *Core Curriculum for Interdisciplinary Lactation Care*. Second Edition. USA: Jones and Bartlett Learning, 439 – 468.
7. Njenjić, G. (2020). Vloga šole za starše pri spodbujanju dojenja. In: Bratanič, B., *Spodbujanje in podpora dojenju v zdravstvenih ustanovah, Zbornik prispevkov Modularnega tečaja*. Ljubljana: Slovenska fundacija za Unicef, 37, 47–48.
8. Puntar, H. (1959). *Na ženi dom stoji*. Mohorjeva družba. Celje: 54–55.
9. Rouw, E. (2023). ABM – Leitlinie#36: Das Mastitis Spektrum (überarbeitet). *Laktation & Stillen*, 4(35), 5 – 7.
10. Skale, C. (2018). Kje doječe matere iščejo pomoč pri dojenju in kakšne nasvete dobijo? = Where do mothers search for advice about breastfeeding and what answers do they get?. In: BRATANIČ, Borut (ed.). *Dojenje: dober temelj za življenje: zbornik prispevkov = Breastfeeding : foundation of life : symposium proceedings*. Ljubljana: Slovenska fundacija za Unicef, 39 – 49.
11. Skale, C., Greif, P., Ozbič Kirijakupolus, B., Limonšek B. (2023). Izkušnje mater s podporo doje-nju. In: Vettorazzi V., (ed). *Omogočimo dojenje: Podprimo zaposlene starše. Strokovno sreča-nje: Iz prakse za prakso. Zbornik prispevkov*. Ljubljana: Slovenska fundacija za Unicef, 75–89.
12. Webber, E., Benedict, J. (2023). Facilitating Initiation of Lactation. In: *Core Curriculum for Interdisciplinary Lactation Care*. Second Edition. USA: Jones and Bartlett Learning, 257 – 277.
13. Vettorazzi R. (2025). Poporodna praksa za podporo dojenja. In: Vettorazzi, R., (ed.). *Spodbujanje in podpora dojenju v zdravstvenih ustanovah. Zbornik prispevkov Modularnega tečaja*. Ljubljana: Slovenska fundacija za Unicef, 51 – 56.
14. World Health Organization, & UNICEF. (2018). *Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative*. World Health Organization, 10 – 20.

Poporodno obdobje - urinska inkontinenca, diastaza recti abdominis, bolečina v medeničnem obroču

*Postpartum period - urinary incontinence,
diastasis recti abdominis, pain in the pelvic ring*

dr. Darija Ščepanovič, viš. fiziot.,

Univerzitetni klinični center Ljubljana,
Ginekološka klinika, Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana
darija.scepanovic@kclj.si

Izveček

Poporodno obdobje pogosto spremljajo telesne spremembe, ki lahko pomembno vplivajo na kakovost življenja žensk. Med najpogostejšimi težavami so urinska inkontinenca, diastaza rekti abdominis ter bolečine v medeničnem obroču. V članku so opisani njihovi vzroki, dejavniki tveganja, klinične značilnosti ter možnosti za zgodnje prepoznavanje in ukrepanje. Poseben poudarek je namenjen vlogi patronažne medicinske sestre, ki z zgodnjim prepoznavanjem simptomov, svetovanjem ter pravočasnim usmerjanjem k ustrezni obravnavi pomembno prispevata k preprečevanju dolgoročnih posledic in izboljšanju kakovosti življenja žensk po porodu.

Ključne besede: porod, mišično skeletne spremembe, patronažno varstvo

Abstract

The postpartum period is often accompanied by physical changes that can significantly affect women's quality of life. Among the most common problems are urinary incontinence, diastasis recti abdominis, and pelvic girdle pain. This article describes their causes, risk factors, clinical features, and options for early detection and intervention. Special emphasis is placed on the role of community nurses, who, through early recognition of symptoms, counseling, and timely referral for appropriate care, play a key role in preventing long-term consequences and improving the quality of life of women after childbirth.

Keywords: childbirth, musculoskeletal changes, community nursing

Uvod

Poporodno obdobje je pogosto povezano s številnimi telesnimi spremembami, ki lahko vodijo do težav, kot so urinska inkontinenca, diastaza recti abdominis in bolečine v medeničnem obroču. Te motnje so med seboj pogosto povezane in pomembno vplivajo na kakovost življenja žensk po porodu. V prispevku so predstavljeni vzroki, ključni dejavniki tveganja, načini testiranja ter vloga patronažne medicinske sestre.

Urinska inkontinenca

Urinska inkontinenca (UI) je definirana kot navajanje kakršnegakoli nehotenega uhajanja urina (Abrams et al., 2002) n je pogosta težava po porodu. Natančna ocena prevalence UI po porodu zaradi različnih dejavnikov ni enostavna. Lahko pa povzamemo, da je prevalenca stresne UI eno leto po porodu 2,5-krat večja pri prvoročkah v primerjavi z nuliparimi ženskami (Cardozo et al., 2023).

Najpogostejše oblike UI po porodu so stresna, urgentna in mešana UI. Stresna UI je navajanje nehotenega uhajanja urina pri naporu, napenjanju ali kihanju ali kašljanju. Gre za nehoteno uhajanje urina skozi sečnico ob povečanju pritiska v trebušni votlini in s tem povečanju pritiska v sečnem mehurju. Slednji premaga pritisk v sečnici, pri tem pa se mišica sečnega mehurja ne krči. Klinično se kaže kot nehoteno uhajanje urina pri kihanju, kašljanju, smejanju, dvigovanju

bremen oziroma napornem delu. Pri hudih oblikah UI pa je uhajanje urina lahko prisotno med hojo ali celo ob spremembi položaja. Urgentna UI je nenadno nehoteno uhajanje urina, ki se pojavi po predhodni hudi nuji po mokrenju. Najpogosteje se pojavlja ob poslušanju tekoče vode, pri namakanju rok v mrzlo vodo ali na poti do stranišča. Mešana UI je kombinacija obeh (Abrams et al., 2002).

Glavni dejavniki tveganja so vaginalni porod, višja starost ženske ob zanositvi, višji indeks telesne pred nosečnostjo in po njej, epiziotomija, kleščni porod, urinska inkontinenca pred nosečnostjo, v nosečnosti in takoj po porodu (Cardozo et al., 2023)

Vloga patronažne medicinske sestre se nanaša na:

- Prepoznavanje simptomov UI.
- Svetovanje glede vadbe mišic medeničnega dna in vadbe sečnega mehurja. Vadba mišic medeničnega dna mora vključevati 3 nize 8-12 počasnih, kar se da maksimalnih kontrakcij mišic medeničnega dna, s trajanjem 6 do 8 sekund, 3 do 4-krat na teden. (klinično priporočilo je vsak dan). Kot stopnjevanje se priporoča, da se med zadrževanjem kontrakcije doda še 3-4 kontrakcije z višjo hitrostjo.
- Spodbujanje zdravega življenjskega sloga (nadzor telesne teže, izogibanje zaprtju, vrsta in količina pijače).
- Napotitev k fizioterapevtu ali zdravniku ob vztrajanju težav z UI.

Diastaza rekti abdominis

Diastaza rekti abdominis (DRA) je nefiziološki razmik (nekje več kot 2 cm) leve in desne preme trebušne mišice in razteg linæ albe, ki lahko povzroči npr. nefiziološko telesno držo, bolečine v hrbtu in medenici, popkovno kilo. Prevalenca DRA v poporodnem obdobju je visoka, od 33 % do 75 % žensk. Lahko se kaže kot greben, izbočenje ali povešenost trebušne stene med povečanjem pritiska v trebušni votlini (Du et al., 2025).

Glede vzroka za nastanek DRA še vedno obstajajo le domneve in sicer naj bi šlo za kombinacijo hormonov in mehanskega pritiska noseče maternice na trebušno steno. Dejavniki tveganja, ki so bili dokazani v nekaterih raziskavah so višji indeks telesne pred nosečnostjo in po njej, večje število nosečnosti in porodov, večplodna nosečnost, višja starost matere, carski rez ali druge operacije v trebušni votlini (Du et al., 2025).

Vloga patronažne medicinske sestre se nanaša na:

- Prepoznavanje znakov DRA in ocena oziroma testiranje razmika s palpacijo.
- Svetovanje o fiziološki telesni držbi, ergonomiji pri negi otroka, mehaniki gibanja pri vsakodnevnih aktivnostih in dvigovanju bremen.
- Spodbujanje dihalnih vaj in zgodnje aktivacije globokih trebušnih mišic ter mišic medeničnega dna.
- Napotitev k fizioterapevtu ob večjem razmiku, funkcijskih težavah ali prisotnih bolečinah v medeničnem obroču, hrbtu.

Bolečina v medeničnem obroču

Bolečina v medeničnem obroču (BMO) se lahko pojavi samostojno ali v povezavi z nosečnostjo, poškodbo, aritisom in/ali osteoartritisom. Literatura navaja velik razpon v pogostosti BMO v nosečnosti (4 do 76,4%) (Frankham, 2023). Po porodu je pri 7 % žensk prisotna huda BMO. Predel kjer se bolečina najpogosteje pojavi je predvsem področje med posteriornim delom črevničnega grebena in glutealno zarezo, še posebno v področju križnično črevničnega sklepa. Bolečina lahko izžareva v posteriorni del stegna in se lahko pojavi skupaj z bolečino v sramnični zrasti ali samo v sramnični zrasti.

Najpogostejši znaki in simptomi BMO so predvsem težave pri hoji (»racaajoča hoja«), bolečine pri aktivnostih (hoja po stopnicah, oblačenj), ki zahtevajo prenos teže na eno nogo, aktivnosti, ki zahtevajo »kobaljenje« (vstopanje in izstopanje v banjo in iz nje, obračanje v postelji), pokanje in škrtanje v področju medenice (slišno ali tipno), omejen in boleč obseg giba

abdukcije v kolčnem sklepu, oteženo ležanje v nekaterih položajih (na hrbtu, boku), bolečine pri spolnih odnosih). Literatura izpostavlja pogosto zanemarjeno dejstvo, da ima BMO lahko velik emocionalen učinek na žensko (Frankham, 2023). Ženske se počutijo krive, da zaradi bolečin in prizadetosti ne morejo izpolnjevati svoje materinske vloge. Lahko občutijo jezo in frustracijo, ker ne morejo zadovoljivo skrbeti za svojega otroka in za svojo družino. Vse to lahko vodi v depresijo, socialno izolacijo in do težav v partnerstvu. Še več zaradi poslabšanja kakovosti življenja, se ženske z BMO bojijo ponovno zanositi.

Literatura ponuja različne razlage o vzrokih za nastanek BMO od hormonskih, do nehormonskih oziroma biomehanskih do v zadnjem času teorije o nociplastični bolečini (bolečina zaradi spremenjene nocicepcije, ki nastane kljub odsotnosti jasnih dokazov o dejanski ali grozeči poškodbi tkiva, ki bi lahko aktivirala periferne nociceptorje, ali dokazov o boleznih ali poškodbi somatosenzoričnega sistema, ki bi lahko povzročala bolečino) (Frankham, 2023). Dejavniki tveganja, naj bi bil predvsem prejšnje bolečine v področju medeničnih sklepov/ledvenega dela hrbtenice, višji indeks telesne mase, depresija in/ali tesnoba, težko fizično delo, nezadovoljstvo s službo oziroma delom, ki ga opravlja, prepričanje, da se bolečina ne bo zmanjšala.

Vloga patronažne medicinske sestre se nanaša na:

- Prepoznavanje simptomov in znakov BMO in ocena vpliva na vsakodnevno življenje.
- Izvedba dveh kliničnih testov za izziv BMO.
- Svetovanje o fiziološki telesni drži, ergonomiji pri negi in dojenju otroka, mehaniki gibanja pri vsakodnevnih aktivnostih in dvigovanju bremen.
- Spodbujanje dihalnih vaj in zgodnje aktivacije globokih trebušnih ter mišic medeničnega dna.
- Napotitev k fizioterapevtu ali zdravniku ob hujših bolečinah oziroma dalj časa trajajočih bolečinah.

Diskusija

Rezultati prispevka potrjujejo, da so urinska inkontinenca, diastaza recti abdominis in bolečina v medeničnem obroču najpogostejše težave žensk v poporodnem obdobju, ki pomembno vplivajo na njihovo telesno, čustveno in socialno življenje. Podobno ugotavljajo tudi drugi avtorji, ki navajajo, da je kakovost življenja žensk po porodu pogosto zmanjšana zaradi kombinacije telesnih sprememb in občutkov nemoči ter nezadostne podpore (Ahsan et al., 2023).

Vloga patronažnih medicinskih sester je pri tem ključna, saj lahko z zgodnjim prepoznavanjem simptomov, svetovanjem o ustrezni vadbi in življenjskem slogu ter pravočasno napotitvijo k fizioterapevtu ali zdravniku pomembno prispevajo k preprečevanju in obvladovanju težav. Raziskave potrjujejo, da je svetovanje in podpora zdravstvenih strokovnjakov pomemben dejavnik pri izboljšanju izidov okrevanja ter pri zmanjševanju občutkov stigme in socialne izolacije pri ženskah (Xie et al., 2023).

Kljub temu številne ženske zaradi pomanjkanja informacij ali občutkov sramu težav ne izpostavijo, kar pomeni, da ostajajo nezdravljene (Molin et al., 2022). Zato je nujno vlagati v dvig zdravstvene pismenosti ter krepiti kompetence zdravstvenih delavcev v primarnem okolju, zlasti patronažnih medicinskih sester, ki so z ženskami v neposrednem stiku v najbolj občutljivejšem obdobju po porodu.

Zaključek

Mišično skeletne težave, kot so urinska inkontinenca, diastaza recti abdominis in bolečine v medeničnem obroču, so v poporodnem obdobju pogoste, a pogosto spregledane. Zgodnje prepoznavanje znakov, ustrezna informiranost in podpora žensk v tem občutljivem obdobju so ključni za preprečevanje dolgotrajnih funkcijskih in psihosocialnih posledic. Vloga patronažne medicinske sestre je pri tem nepogrešljiva, saj lahko z edukacijo, svetovanjem, osnovnimi testi in usmerjanjem k specialistom bistveno pripomoreta k zgodnjemu ukrepanju. Meddisciplinarno sodelovanje ter ozaveščanje o pomembnosti obravnave teh težav morata postati sestavni del celostne poporodne oskrbe.

Literatura

1. Ahsan, A., Nadeem, A., Habib, A., Basaria, A.A.A., Tariq, R., & Raufi, N. (2023). Post-traumatic stress disorder following childbirth: a neglected cause. *Front Glob Womens Health*, 4, 1273519. doi: 10.3389/fgwh.2023.
2. Cardozo, L., Royner E., Wagg A., Wein, A., & Abrams, P. (2023). *Incontinence, 7th International Consultation on Incontinence* (7. izd.). Tokyo: Health publications Ltd.
3. Du, Y., Huang, M., Wang, S., Yang, L., Lin Y, Yu., W., et al. (2025). Diastasis recti abdominis: A comprehensive review. *Hernia*, 29, 222.
4. Frankham, A., 2023. What do we really know about pelvic girdle pain during and after pregnancy? *Journal of Pelvic, Obstetric and Gynaecological Physiotherapy*, 132, 8–14.
5. Molin, B., Zwedberg, S., Berger, A.K., Sand, A., & Georgsson, S. (2022). Disempowering women—a mixed methods study exploring informational support about pain persisting after childbirth and its consequences. *BMC Pregnancy Childbirth*, 22(1), 510. doi: 10.1186/s12884-022-04841-6.
6. Xie, Y., Ren, Y., Niu, C., Zheng, Y., Yu, P., & Li, L. (2023). The impact of stigma on mental health and quality of life of infertile women: A systematic review. *Front Psychol*, 13, 1093459. doi: 10.3389/fpsyg.2022.1093459.

Vedenjske odvisnosti med otroki in mladostniki

Behavioural Addictions Among Children and Adolescents

Doc. dr. Marija Milavec Kapun, viš. med. ses., uni. dipl. org., prof. def.
Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za zdravstveno nego
milavecm@zf.uni-lj.si

Izveček

Naraščajoča pojavnost vedenjskih odvisnosti med otroki in mladostniki postaja pomemben javnozdravstveni problem. Pretirano igranje spletnih iger, kompulzivna uporaba družbenih omrežij, pametnih telefonov in zasvojenost z internetom, so vse pogostejši. Ti vzorci vedenja negativno vplivajo na telesno in duševno zdravje, socialne odnose ter šolsko uspešnost tudi otrok in mladostnikov. Vedenjska odvisnost je preplet bioloških, psiholoških in okoljskih dejavnikov, predvsem pomembno vpliva družinsko okolje in družba. Prekomerna raba zaslonskih medijev vpliva na vse dimenzije zdravja in blagostanja. Medicinske sestre v patronažni dejavnosti so v tesnem stiku z družinami od njenega nastanka in lahko pomembno prispevajo k zgodnjemu prepoznavanju tveganih vedenj, preventivno delujejo in nudijo podporo družinam. Za svoje delo pa morajo imeti ustrezno digitalno pismenost, znanje in sistemsko podporo.

Ključne besede: nesnovna zasvojenost, javno zdravje, medicinska sestra, patronažna dejavnost

Abstract

The increasing prevalence of behavioural addictions among children and adolescents is becoming a major public health problem. Excessive internet gaming, compulsive use of social media, smartphones, and internet addiction are becoming increasingly common. These behavioural patterns have a negative impact on physical and mental health, social relationships, and academic performance in young populations. Behavioural addiction is a complex interplay of biological, psychological, and environmental factors; family dynamics and social influences play a particularly important role. Excessive screen media use affects all dimensions of health and well-being. Community health nurses are in close contact with families from early on and can play an important role in the early identification of risk behaviours, the implementation of preventive measures, and support for families. To fulfil these roles effectively, nurses need appropriate digital literacy, expertise, and systemic support.

Keywords: behavioural addiction, public health, nurse, community health nursing

Uvod

V sodobni družbi digitalne tehnologije vse bolj oblikujejo življenje otrok in mladostnikov. Telefon, računalnik in internet niso več le orodja za učenje in komunikacijo, temveč vse bolj predstavljajo prostor druženja, zabave in tudi oblikovanja identitete. Čeprav digitalna tehnologija omogoča številne priložnosti za razvoj, je hkrati tudi vir tveganj za pojav nekaterih vedenjskih zasvojenosti. Te odvisnosti (tudi nekemične /nesnovne zasvojenosti) so naraščajoč javnozdravstveni problem, ki se ga vse pogosteje zaznava tudi med otroci in mladostniki.

Vedenjske odvisnosti, predvsem digitalna odvisnost, ki je med otroci in mladostniki najpogostejša, vpliva na njihov razvoj ter povzroča škodo na različnih ravneh življenja. Zato moramo s skupnimi prizadevanji delovati preventivno za zmanjšanje negativnega vpliva vseprisotne digitalne tehnologije na otroke in mladostnike. Medicinske sestre v patronažni dejavnosti imajo edinstveno priložnost za zgodnje odkrivanje vedenjskih odvisnosti zaradi stikov z družinami, možnosti opazovanja otrok v domačem okolju in zaupljivega odnosa z družino.

Namen prispevka je predstaviti problem vedenjskih zasvojenosti pri otrocih in mladostnikih, dejavnike tveganja, posledice in možnosti preventive z vidika delovanja medicinskih sester v patronažni dejavnosti.

Vedenjska odvisnost

Pri vedenjskih odvisnostih gre za ponavljajoče vedenjske vzorce, ki povzročajo pomembne motnje v osebnem, družinskem, socialnem ali šolskem delovanju posameznika. Za razliko od odvisnosti od psihoaktivnih substanc, pri vedenjskih odvisnosti ni snovi, ki bi povzročala odvisnost, temveč gre za vedenje ali občutek, ki ga povzroči določena dejavnost ter vztrajanje pri tem kljub negativnim posledicam (McNally et al., 2023). Te odvisnosti lahko vključujejo različna vedenja, kot so igranje iger na srečo, prekomerna telesna dejavnost, seks, pornografija, nakupovanje, zasvojenost s hrano ter tudi uporaba zaslonских medijev: igranje videoiger, brskanje po internetu in prisotnost na družbenih omrežjih. Ključni vidik vedenjske odvisnosti je iskanje nagrad za te dejavnosti, kar lahko povzroči znatne motnje v življenju posameznika in vpliva na socialno, finančno, psihično in telesno počutje (Crane et al., 2025).

V 11. reviziji Mednarodne klasifikacije bolezni (MKB-11), ki v Sloveniji še ni v veljavi, je Svetovna zdravstvena organizacija, od leta 2019 pod kategorijo Motenj zaradi zasvojljivih vedenj opredeljuje dve obliki nekemičnih oziroma vedenjskih odvisnosti: Motnjo igranja iger na srečo in Motnjo igranja videoiger. Dodana je tudi kategorija ostalih motenj zaradi zasvojljivih vedenj (*ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*, n.d.). To nakazuje na resnost pojava. Digitalna zasvojenost, ki je vrsta vedenjske zasvojenosti, trenutno ni opredeljena kot duševna motnja v DSM-V ali MKB-11. To je dlje časa trajajoč vzorec disfunkcionalnega vedenja ob uporabi vsebin na zaslonih, ki pri zasvojenem povzroča stisko in škodo na različnih življenjskih področjih (Choi et al., 2019).

Vedenjske in snovne odvisnosti imajo nekatere skupne točke: izgubo nadzora, hrepenenje, toleranco in ponavljajoče vedenje kljub škodi, obe lahko povzročita pomembne motnje v vsakdanjem življenju, odnosih in duševnem zdravju. Glede na izsledke raziskav, vedenjske in snovne odvisnosti temeljijo na skupnih nevrobioloških mehanizmih, zlasti v sistemu nagrajevanja, kjer ponavljajoče vedenje sproža sproščanje dopamina. To vodi v izgubo nadzora, hrepenenje in vztrajno vedenje kljub škodljivim posledicam. Spremembe v možganskih omrežjih, serotoninskem prenosu in izražanju mikroRNA vplivajo na impulzivnost in samoregulacijo ter prispevajo k razvoju kompulzivnih vedenj (Choi et al., 2019). Ključne razlike pa so, da vedenjske odvisnosti ne vključujejo vnosa snovi, kar otežuje njeno prepoznavanje. Zato so fizični odtegnitveni simptomi pri vedenjski zasvojenosti manj izraziti, kar lahko vodi v podcenjevanje resnosti te zasvojenosti. Čeprav se vedenjske in snovne odvisnosti razlikujejo po viru in manifestaciji, imajo skupno psihosocialno ozadje. Razumevanje teh mehanizmov je ključno za razvoj in implementacijo učinkovitih preventivnih dejavnosti (de Moura et al., 2023).

Prevalenca vedenjske odvisnosti

Problematična uporaba družbenih omrežij je prisotna pri približno 11 % mladostnikov v Evropi, v Sloveniji pa pri 9 %. Pogostejša je pri dekletih in povezana z depresivnostjo, anksioznostjo, zmanjšanim življenjskim zadovoljstvom in slabo kakovostjo spanja (Boniel-Nissim et al., 2024). 10 % vključenih mladostnikov pa izkazuje znake motnje zaradi igranja videoiger (Jeriček Klanšček et al., 2023). Z raziskavo so ugotovili, da več kot 90 % slovenskih mladostnikov uporablja pametni telefon vsak dan, približno 20 % pa je izpostavljenih tveganju za razvoj digitalne odvisnosti.

Skupna prevalenca vedenjskih odvisnosti med otroci in mladostniki se je povečala med pandemijo Covida-19. Največ težav glede prekomerne uporabe so imeli otroci in mladostniki s pametnim telefonom (30,7 %), sledila je zasvojenost s hrano (21 %) in zasvojenost z družbenimi omrežji (15,1 %) (Alimoradi et al., 2022).

Pogosto pa se vedenjske odvisnosti pri otrocih in mladostnikih sočasno pojavljajo s težavami na področju duševnega zdravja. Raziskovalci so ugotovili povezavo med odvisnostjo od

interneta in slabšim duševnim zdravjem med mladostniki, zlasti prisotnost anksioznosti, nespečnosti, socialne disfunkcije in depresije. Mladostniki z višjo stopnjo odvisnosti pogosteje zanemarjajo družabno življenje in obveznosti, kar vodi v večjo psihološko stisko (Veisani et al., 2020).

Vedenjska odvisnost je pomembni napovedni dejavnik za pojav in ponovitev samomorilnih misli (Wicki et al., 2021). Raziskovalci so ugotovili, da je zgodnje prepoznavanje vedenjskih odvisnosti ključno za učinkovito krizno intervencijo in preprečitev samomorilnega vedenja. Prav tako vedenjska odvisnost napoveduje pojav samopoškodovanja (Slavka et al., 2025). Vsak peti mladostnik z motnjo hranjenja ima tudi vedenjsko odvisnost ali težave z impulzivnostjo (Devoe et al., 2022).

Dejavniki tveganja

Na pojav vedenjskih odvisnosti pri otrocih in mladostnikih vpliva preplet bioloških, psiholoških in okoljskih dejavnikov (Grzegorzewska, 2017; Manohar et al., 2021; Romer & Moreno, 2017). Otroci in mladostniki so bolj ranljivi zaradi nerazvitosti prefrontalnega korteksa, kar vpliva na slabši nadzor impulzov in večjo dovzetnost za nagrajevanje. Tisti, ki imajo težave z nizko samopodobo, depresivnostjo, anksioznostjo, impulzivnostjo in težavami pri uravnavanju čustev, hitreje zaidejo na pot odvisnosti. Prav tako na to vplivajo stresorji, kot so travme v otroštvu, telesna, čustvena ali spolna zloraba, močno povečajo ranljivost in dovzetnost za vedenjske odvisnosti. Težave v duševnem zdravju, kot so depresija, anksioznost, ADHD in posttravmatska stresna motnja pomembno prispevajo k razvoju zasvojenosti, saj posamezniki pogosto uporabljajo zasvojljivo vedenje kot način spoprijemanja. Okoljski vplivi, kot so družinska dinamika, odsotnost staršev, permisivna vzgoja ali snovne odvisnosti v družini ter zavračanje otroka, povečujejo tveganje za pojav. Pomemben dejavnik je vrstniški pritisk ter druženje z vrstniki, ki se vedejo delinkventno ali uporabljajo psihoaktivne snovi, kar bistveno poveča verjetnost vedenjskih odvisnosti. Prav tako agresivne tržne prakse digitalne industrije dodatno prispevajo k razvoju tveganih vzorcev vedenja. Pri otrocih in mladostnikih je pomembno ustrezno, pozitivno in vključujoče šolsko okolje. Revščina, ekonomska nestabilnost in enostaven dostop do potencialno zasvojljivih vedenj pa povečujejo tveganje, zlasti v socialno prikrajšanih okoljih.

Učinkovito preprečevanje zahteva zgodnje obravnavanje teh tveganj ter spodbujanje podpornega socialnega, družinskega in izobraževalnega okolja.

Vpliv digitalne tehnologije na otroke in mladostnike

Današnji otroci in mladostniki so t. i. *digitalni domorodci*, saj odraščajo v prepletu digitalnega in stvarnega okolju. Prisotnost digitalne tehnologije pomembno vpliva na njihove vedenjske vzorce in razvojne procese (Benvenuti et al., 2023; Ophir et al., 2020; Twenge & Campbell, 2018):

- **Fizični razvoj:** Dolgotrajna uporaba zaslonov moti spalni cikl, zmanjšuje telesno dejavnost ter prispeva k povečani telesni masi, drži telesa, težavam z vidom in sluhom.
- **Kognitivni razvoj:** Hitro menjavanje digitalnih vsebin vpliva na pozornost, spomin in sposobnost dolgotrajne koncentracije. Zaznana so odstopanja na področju govorno-jezikovne komunikacije ter slabši rezultati na razvojnih testih. Povezana je tudi s slabšo šolsko uspešnostjo.
- **Duševno zdravje:** Povečana uporaba tehnologije, je povezana s slabšo samopodobo, z večjo pojavnostjo anksioznosti, depresije, samopoškodovanja in samomorilnosti.
- **Socialni razvoj:** Virtualne interakcije pogosto nadomeščajo osebne stike, kar lahko vodi v zmanjšano sočutje in občutka pripadnosti. Povezano je lahko tudi s socialno izolacijo, kar vodi do stiske.

Zgodnje prepoznavanje vedenjskih odvisnosti je ključno, saj se lahko motnja razvije že v zgodnjem življenjskem obdobju. Raziskovalci so ugotovili, da je zgodnja uporaba pametnih telefonov pred 13. letom povezana s slabšim duševnim zdravjem v mladosti, zlasti pri dekletih (Thiagarajan et al., 2025).

Uporaba digitalne tehnologije ima tudi pomembne pozitivne učinke (Haddock et al., 2022; Ophir et al., 2020; Vintar Spreitzer et al., 2021):

- Kognitivni razvoj: Spodbuja se lahko razvoj delovnega spomina, reševanja problemov, prostorske orientacije, izboljšano sposobnost večopravnosti in hitrejše procesiranje informacij.
- Socialno-čustveni razvoj: Družbena omrežja omogočajo mladostnikom izražanje identitete, povezovanje s sovrstniki in podpirajo gradnje občutka pripadnosti. Digitalna komunikacija lahko krepi socialne spretnosti, zlasti pri introvertiranih otrocih in mladostnikih.
- Učenje in izobraževanje: Omogočen je dostop do raznolikih virov izobraževalnih vsebin, kar spodbuja samostojno učenje. Interaktivne platforme povečujejo motivacijo za učenje in sodelovanje v učnem procesu.
- Psihološka dobrobit: Podpora ustvarjalnemu izražanju prispeva k večji samozavesti. Nekatere oblike dejavnosti, kot je igranje iger, lahko zmanjšujejo stres in spodbujajo pozitivna čustva.
- Socialni kapital: Mladostniki lahko prek tehnologije gradijo in ohranjajo medosebne odnose. Hkrati pa omogočajo iskanje podpore in pomoči v kriznih trenutkih.
- Zgodnje zaznavanje stisk: Starši in skrbniki lahko prek digitalnih sledi zaznajo čustvene težave in pravočasno ukrepajo.
- Podpora komunikaciji in uporabnost v terapevtske namene.

Diskusija

Vedenjske zasvojenosti otrok in mladostnikov predstavljajo kompleksen pojav, ki zahteva razumevanje interakcije med biološkimi, psihološkimi, družinskimi in družbenimi vplivi. Preprečevanje vedenjskih zasvojenosti zahteva kombinacijo izobraževanja, starševske podpore in skupnostnega delovanja. Integracija digitalnega opismenjevanja v šolske programe lahko bistveno pripomore k razvoju kritičnega odnosa mladih do digitalnega življenja. Države, ki so v izobraževalne programe vključile digitalno pismenost in zdravstvene delavce, dosegajo boljše rezultate glede zmanjšanja vedenjskih odvisnosti otrok in mladostnikov. Prav tako je pomembna vloga staršev, ki z nadzorom, jasnimi pravili in odprto komunikacijo zmanjšujejo tveganje za razvoj zasvojenosti. (Thiagarajan et al., 2025).

Medicinske sestre v patronažni dejavnosti imajo ključno vlogo pri izvajanju preventivnih pristopov v domačem okolju posameznikov in družin. Pri delu na področju preventive vedenjskih odvisnosti se lahko opirajo na slovenske smernice (Vintar Spreitzer et al., 2021), ki med drugim priporočajo, da otroci do 2. leta starosti niso izpostavljeni zaslonom, do vstopa v šolo pa največ eno uro dnevno. Za mladostnike med 13. in 18. letom starosti je priporočena omejitev do dveh ur dnevno. Z uporabo različnih presejalnih orodij lahko medicinske sestre zaznajo morebitne težave ter v sodelovanju z drugimi strokovnjaki usmerjajo družine k iskanju ustreznih rešitev. Njihova osrednja naloga je tudi nudenje podpore staršem in ozaveščanje o problematiki uporabe zaslonov že od rojstva otroka.

Za učinkovito preventivo vedenjskih odvisnosti so potrebni sistemski ukrepi, ki vključujejo skupna prizadevanja vzgojno-izobraževalnih organizacij, skupnosti in zdravstva. Medicinske sestre so ključne pri zgodnjem odkrivanju simptomov zasvojenosti in svetovanju družinam (Thiagarajan et al., 2025).

V Priporočilih Sveta Evrope o digitalnem starševstvu (Milovidov, 2020) izpostavljeno, da ima digitalno starševstvo temeljne vrednote. Vloga digitalnih staršev je, da delujejo kot digitalni skrbniki: razumejo in uporabljajo nastavitve zasebnosti na družbenih omrežjih, spremljajo otrokove spletne aktivnosti na primeren način, spodbujajo odprto razpravo o digitalnih izkušnjah otrok. Pomembno je, da se v družini oblikuje tudi vzgojne strategije glede upravljanje zaslonov, glede časa pred zasloni, spletne varnosti, vedenja na spletu ter razreševanje konfliktov med starši in otroki glede uporabe tehnologije. Za uspešno delo na tem področju morajo medicinske sestre tudi same dvigniti raven digitalne pismenosti.

Zaključek

Vedenjske zasvojenosti pri otrocih in mladostnikih so resen javnozdravstveni problem. Njihova kompleksnost zahteva usklajeno delovanje različnih strok. Medicinske sestre v patronažni dejavnosti imajo edinstveno vlogo pri zgodnem prepoznavanju, preventivi in podpori družinam. Ključni elementi uspešne obravnave in podpore vključujejo razumevanje nevrobioloških osnov odvisnosti, vzpostavljanje zaupljivih odnosov z družinskimi člani, spodbujanje zdravih digitalnih navad ter koordinacijo z transdisciplinarnim timom strokovnjakov. Preventivni pristopi, osredotočeni na podporo staršem pri digitalnem starševstvu in krepitev družinskih vezi, predstavljajo najučinkovitejšo strategijo za zmanjševanje tveganja za razvoj vedenjskih odvisnosti pri otrocih in mladostnikih. Tudi v Sloveniji moramo razviti nacionalne programe zgodnjega prepoznavanja teh težav, okrepiti digitalno vzgojo v šolah in opolnomočiti starše za vzgojno vlogo v digitalnem svetu.

Literatura

1. Alimoradi, Z., Lotfi, A., Lin, C.-Y., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2022). Estimation of Behavioral Addiction Prevalence During COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-analysis. *Current Addiction Reports*, 9(4), 486–517. <https://doi.org/10.1007/s40429-022-00435-6>.
2. Benvenuti, M., Wright, M., Naslund, J., & Miers, A. C. (2023). How technology use is changing adolescents' behaviors and their social, physical, and cognitive development. *Current Psychology*, 42(19), 16466–16469. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04254-4>
3. Boniel-Nissim, M., Marino, C., Galeotti, T., Blinka, L., Ozoliņa, K., Craig, W., Lahti, H., Wong, S. L., Brown, J., Wilson, M., & Inchley, J. (2024). *A focus on adolescent social media use and gaming in Europe, central Asia and Canada*. WHO Regional Office for Europe.
4. Choi, J.-S., King, D. L., & Jung, Y.-C. (2019). Neurobiological perspectives in behavioral addiction. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00003>.
5. Crane, K., Carman Copel, L., Domoff, S. E., Weissinger, G., Bernhardt, P., & Yost, J. (2025). Behavioural addiction: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 81(8), 4584–4590. <https://doi.org/10.1111/jan.16969>.
6. de Moura, A., Castro, N., Pedrosa e Sousa, H. F., Dinis, M. A. P., Ferros, L., Ferreira, M. J., Caridade, S., & Negreiros, J. (2023). Psychosocial profiles of college students: Chemical and behavioural addictions. *Current Psychology*, 42(8), 6328–6338. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01988-x>.
7. Devoe, D. J., Anderson, A., Bahji, A., Singh, M., Patten, S. B., Soumbasis, A., Ramirez Pineda, A., Flanagan, J., Richardson, C., Lange, T., Dimitropoulos, G., & Paslakis, G. (2022). The prevalence of impulse control disorders and behavioral addictions in eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 724034. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.724034>.
8. Grzegorzewska, I. (2017). Behavioural addictions in children and adolescents. *Current Issues in Personality Psychology*, 5(3), 206–214. <https://doi.org/10.5114/cipp.2017.70144>.
9. Haddock, A., Ward, N., Yu, R., & O'Dea, N. (2022). Positive effects of digital technology use by adolescents: A scoping review of the literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21), 14009. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114009>.
10. ICD-11 for *Mortality and Morbidity Statistics*. (n.d.). Retrieved 28 August 2025, from <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#499894965>.
11. Jeriček Klanšček, H., Furman, L., Roškar, M., Drev, A., Pucelj, V., Koprivnikar, H., Zupanič, T., & Korošec, A. (with Gabrovec, B., Hočevár-Grom, A., Serdoz, S., & Šinko, M.). (2023). *Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2022* (Elektronska izd.). Nacionalni inštitut za javno zdravje.
12. Manohar, H., Thomas, T. L., Asokan, K., Mukherjee, N., & Sharma, E. (2021). Behavioral addiction among children and adolescents – A review of qualitative studies. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 37(3), 248. https://doi.org/10.4103/ijsp.ijsp_220_21.

13. McNally, G. P., Jean-Richard-dit-Bressel, P., Millan, E. Z., & Lawrence, A. J. (2023). Pathways to the persistence of drug use despite its adverse consequences. *Molecular Psychiatry*, 28(6), 2228–2237. <https://doi.org/10.1038/s41380-023-02040-z>.
14. Milovidov, E. (2020). Parenting in the digital age positive parenting strategies for different scenarios. *Council of Europe*. https://edoc.coe.int/en/module/ec_addformat/download?cle=cf011ff8d8380280133bce806e0f7bb1&k=970622f774ee22dcef22f41487b87fa3.
15. Ophir, Y., Rosenberg, H., Lipshits-Braziler, Y., & Amichai-Hamburger, Y. (2020). Digital childhood: The effects of smartphones and social networking technologies on children's well-being. In N. Van Zalk & C. P. Monks (Eds.), *Online peer engagement in adolescence: Positive and negative aspects of online social interaction* (1st ed., pp. 122–139). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429468360-8>.
16. Romer, D., & Moreno, M. (2017). Digital Media and Risks for Adolescent Substance Abuse and Problematic Gambling. *Pediatrics*, 140(Suppl 2), S102–S106. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1758L>.
17. Slavka, D., Andrej, D., & Sabina, C. (2025). Addictive behaviour predicts self-harm in adolescents. *European Journal of Behavioral Sciences*, 8(2), 32–44. <https://doi.org/10.33422/ejbs.v8i2.1604>.
18. Thiagarajan, T. C., Newson, J. J., & Swaminathan, S. (2025). Protecting the developing mind in a digital age: A global policy imperative. *Journal of Human Development and Capabilities*, 26(3), 493–504. <https://doi.org/10.1080/19452829.2025.2518313>.
19. Twenge, J. M., & Campbell, W. K. (2018). Associations between screen time and lower psychological well-being among children and adolescents: Evidence from a population-based study. *Preventive Medicine Reports*, 12, 271–283. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2018.10.003>.
20. Veisani, Y., Jalilian, Z., & Mohamadian, F. (2020). Relationship between internet addiction and mental health in adolescents. *Journal of Education and Health Promotion*, 9, 303. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_362_20.
21. Vintar Spreitzer, M., Baš, D., Radšel, A., Anderluh, M., Vreča, M., Reš, Š., Selak, Š., Hudoklin, M., & Osredkar, D. (2021). *Smernice za uporabo zaslonov pri otrocih in mladostnikih* (M. Vintar Spreitzer, Ed.). Sekcija za primarno pediatrijo Združenja za pediatrijo Slovenskega zdravniškega društva. <https://www.zdravniskazbornica.si/informacije-publikacije-in-analize/zasloni>.
22. Wicki, M., Andronicos, M., Studer, J., Marmet, S., & Gmel, G. (2021). Behavioural addictions as risk factors for incidence and reoccurrence of suicide ideation and attempts in a prospective cohort study among young swiss men. *European Psychiatry*, 64(S1), S176–S177. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.469>.

Preventivni obiski nosečnic v patronažni dejavnosti

Preventive home visit for a pregnant woman

Saša Kejžar viš.med.ses.

Zdravstveni dom Jesenice, Patronažna služba

sasa.kejzar@gmail.com

Izvleček

Preventivni obiski nosečnic, ki jih izvajajo medicinske sestre iz patronažnega varstva, so pomemben del primarnega zdravstvenega varstva v Sloveniji. Namenjeni so zgodnjemu odkrivanju zdravstvenih in socialnih težav, pripravi na porod ter podpori nosečnicam in njihovim družinam. Načrtovan je en obisk v zadnjem tromesečju nosečnosti. V primeru ugotovljenih rizičnih dejavnikov, po posvetu z izbranim ginekologom, ali na podlagi delovnega naloga s lahko izvede tudi več obiskov. Medicinska sestra v okviru obiska opravi oceno zdravstvenega stanja, nudi svetovanje in psihosocialno podporo. S tem se krepi varnost in zaupanje nosečnice, ter vzpostavi most med zdravstvenim sistemom in domačim okoljem. Namen prispevka je predstaviti primer dobre prakse pri izvajanju obiskov nosečnic in opozoriti na težave medicinske sestre iz patronažnega varstva pri njenem delu.

Ključne besede: patronažno varstvo, medicinska sestra, preventiva, obisk na domu, nosečnica

Abstract

Preventive visits to pregnant women, carried out by community nurses, are an important part of primary health care in Slovenia. They are intended for the early detection of health and social problems, preparation for childbirth and support for pregnant women and their families. One visit is planned in the last trimester of pregnancy. In the case of identified risk factors, after consultation with a selected gynecologist, or based on a work order, more visits can be made. During the visit, the community nurse assesses health status, provides counseling and psychosocial support. This strengthens the safety and trust of the pregnant woman and establishes a bridge between the health system and the home environment. The purpose of the article is to present an example of good practice in carrying out visits to pregnant women and to draw attention to the difficulties of community nurses in their work.

Keywords: community health care, nurse, prevention, home visit, pregnant woman

Uvod

Preventivni obiski nosečnic v patronažni dejavnosti predstavljajo pomemben del celostne skrbi za zdravje ženske in njenega nerojenega otroka. Njihov namen je ne le spremljanje fizioloških sprememb in pravočasno prepoznavanje morebitnih zapletov v nosečnosti, temveč tudi krepitev zdravstvene pismenosti, spodbujanje zdravega življenjskega sloga ter priprava na porod in starševstvo (Krajnc et al., 2014; Fraser & Cooper, 2020). To poslanstvo se umešča v širši okvir patronažne zdravstvene nege, ki je integralni del primarne zdravstvene nege in s tem tudi primarnega zdravstvenega varstva. Izvaja se na pacientovem domu, v zdravstvenem domu, v lokalni skupnosti in na terenu (Šušteršič, 2006). Medicinske sestre v patronažni dejavnosti tako delujejo v domačem okolju nosečnice, kjer skozi pogovor, opazovanje in svetovanje zagotavljajo individualno obravnavo, prilagojeno njenim potrebam ter potrebam družine (NIJZ, n. d.; Drglin et al., 2019). Cilj teh obravnav je zagotoviti varno nosečnost, pravočasno prepoznati morebitne zaplete ter nuditi ustrezno podporo družini pred prihodom novorojenčka. Preventivni obiski so tako most med zdravstvenim sistemom in družino, saj nudijo podporo pri telesnih, čustvenih in socialnih izzivih nosečnosti ter prispevajo k varnemu materinstvu in zdravemu razvoju otroka (Horvat et al., 2020).

Preventivni obisk nosečnic

Po Pravilniku za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Ur. l. RS, št. 19/98, 18/24) ima nosečnica pravico do enega obiska medicinske sestre iz patronažnega varstva. Če so potrebe večje, se poveže z izbranim ginekologom ali izbranim osebnim zdravnikom. Preventivni obisk je praviloma izveden enkrat v zadnjem tromesečju nosečnosti, kjer patronažna medicinska sestra oceni temeljne fiziološke potrebe, psihofizične potrebe, psihosocialne ter duhovne potrebe. Ob obisku je nosečnica najprej seznanjena z njegovim namenom in potekom, kar ji omogoči, da razume, zakaj je srečanje pomembno in kaj lahko od njega pričakuje. Med samim obiskom medicinska sestra neposredno zbira informacije, ki so ključne za oceno njenega zdravstvenega stanja in potreb. Poleg tega pregleda tudi obstoječo zdravstveno in medicinsko dokumentacijo, saj ji ti podatki pomagajo pri celostni obravnavi nosečnice. Na podlagi vseh zbranih informacij oceni potrebe nosečnice po zdravstveni negi ter se z njo pogovori o morebitnih vprašanjih, dvomih ali skrbeh. Po potrebi v pogovor vključi tudi družinske člane oziroma druge pomembne osebe, ki lahko vplivajo na nosečničino počutje in podporo v tem obdobju (Horvat et al., 2020).

Medicinska sestra izvede aktivnosti zdravstvene nege (od 27. do 40. tedna) in nosečnico seznanj s/z:

- telesnimi in čustvenimi spremembami, ki se pojavijo v nosečnosti;
- nevšečnostmi v nosečnosti in svetuje lajšanje teh težav (slabost, zaprtje, pogostejše uriniranje, krči v nogah, težave z razširjenimi venami, nespečnostjo, zgago, oteženim dihanjem);
- pravico do dopusta matere, pravico do dopusta za nego in varstvo otroka, pravico do očetovskega dopusta in, glede na potrebo, pravico do posvojiteljskega dopusta;
- uveljavljanjem pravic, povezanih z rojstvom otroka (enkratna pomoč ob rojstvu otroka, pravica do paketa za otroka, otroški dodatek, zdravstveno zavarovanje otroka, davčna številka otroka, ureditev očetovstva);
- pomenom zadostnega gibanja na zraku in pomenom telesne dejavnosti za krepitev zdravja, vajami za sprostitev, možnostjo udeležbe na Varni vadbi v nosečnosti, ki poteka v Centrih za krepitev zdravja;
- pravilno tehniko dihanja in potekom poroda;
- rednimi ginekološkimi pregledi in drugimi preiskavami v nosečnosti, trajanjem nosečnosti;
- potrebnimi rednimi pregledi pri zobozdravniku;
- nevarnimi znamenji, zaradi katerih mora takoj obiskati zdravnika;
- pravilno prehrano, ki ima velik vpliv na pravilen potek nosečnosti, dobro počutje in pravilen razvoj ploda; opozori jo na živila, ki se ne priporočajo in na pravilen način priprave živil;
- posledicami razvad (alkohol, kava, kajenje, droge, nedovoljena zdravila ...) in jih odsvetuje;
- prednostmi dojenja;
- pomenom pravilnega načina življenja (pravilen režim spanja in počitka, skrb za varnost, odstranitev predmetov, ki povzročajo nevarnost, varnostni pas, izogibanje dvigovanju težkih bremen in sunkovitim gibom ...);
- ustrezno izbiro obleke in obutve;
- higijenskim režimom, predvsem v zadnjem tromesečju, dosledno higieno;
- potrebno opremo za novorojenčka, skupaj pregledata prostor, kjer bo otrok bival, pogovorita se o primernem ležišču za otroka, štetju in beleženju plodovih gibov, pripravo potrebnih stvari za odhod v porodnišnico, naj ne pozabi na zdravstveno kartico in materinsko knjižico z vsemi izvidi, kaj je dobro pustiti doma;
- znanilci bližajočega poroda in jo opozori na pravočasen odhod v porodnišnico;
- pomembno pripravo morebitnih prejšnjih otrok na pripravo novega člana družine;
- pogovori se tudi z družinskimi člani in njej dragimi osebami o pripravi primernih pogojev za povratek otročnice in novorojenčka; opravi zdravstveno vzgojno delo
- v družini v smislu krepitve in ohranitve zdravja ter preprečevanja bolezni;
- svetuje o samoizvedbi presejalnega testa o depresiji, ki je dostopen na <http://anketa.nijz.si/mojepocutje> (Horvat, et al., 2020).

Medicinska sestra opravi pregled nosečnice, ki vsebuje:

- spremljanje vrednosti vitalnih funkcij, predvsem RR in KS;
- svetovanje glede telesne nege in nege nog;
- ugotavljanje poznavanja in razumevanja uporabe morebitne predpisane terapije, drugih zdravil in prehranskih dodatkov;
- ugotavljanje poznavanja morebitnih prisotnih bolezni med nosečnostjo;
- spremljanje telesne teže nosečnice (Horvat, et al., 2020).

Poudarek je na individualnem zdravstveno vzgojnem delu, ki temelji na prenašanju znanja, izkušenj in oblikovanju stališč. Cilj je, da nosečnica zavestno skrbi za lastno zdravje in prevzema odgovornost za svoje zdravje in zdravje otroka (Mlakar, 2011).

Pomembno je tudi redno spremljanje, kontinuirana obravnava in obveščanje, ki zajema:

- obveščanje izbranega zdravnika in/ali ginekologa v primeru odstopanj;
- potrebo po povezovanju (sporočanju/pridobivanju informacij) z drugimi službami in inštitucijami;
- koordinacijo po telefonu;
- dokumentiranje in zapis;
- pridobivanje povratnih informacij in njihovo vrednotenje (Horvat, et al., 2020).

Težave medicinske sestre pri njenem delu

Pri delu v patronažnem varstvu se medicinska sestra pogosto sooča s težavami, ki lahko otežujejo izvedbo kakovostne zdravstvene obravnave nosečnice. Ena izmed pomembnih ovir je neažurnost podatkov, saj lahko med časom pridobitve informacij o nosečnici in samim obiskom pride do nepredvidenih zapletov, na primer do izgube ploda, kar močno spremeni potek obravnave. Prav tako je pogosto onemogočen dostop do podatkov, ker ambulate kljub poslanim dopisom ne posredujejo potrebnih informacij, kar medicinski sestri otežuje pripravo na obisk in celostno obravnavo nosečnice. Dodatno težavo predstavljajo nosečnice, ki ne razumejo in ne govorijo slovenskega jezika. V zadnjem času se v okolju povečuje število albansko govorečih nosečnic, vendar je za širše območje na voljo le ena prevajalka, kar je absolutno premalo glede na potrebe na terenu in pogosto onemogoča učinkovito komunikacijo ter s tem tudi ustrezno zdravstveno obravnavo.

Zaključek

Preventivni obiski nosečnic predstavljajo pomemben del primarne zdravstvene oskrbe. Medicinska sestra iz patronažnega varstva s svojo strokovnostjo in prisotnostjo v domačem okolju krepi zaupanje bodoče porodnice v zdravstveni sistem. Nosečnice so ob ustrezni strokovni informiranosti pomirjene in bolj pripravljene na porod in poporodno obdobje.

Literatura

1. Drglin, Z., Mihevc Ponikvar, B., Tomšič, S., Rok Simon, M., Koprivnikar, H., et al. (2019). Priprava na porod in starševstvo: gradiva za bodoče starše. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. <https://zdaj.net/wp-content/uploads/2019/09/Gradiva-za-bodoce-starse.pdf>;
2. Fraser, D. M., & Cooper, M. A. (2020). *Myles textbook for midwives* (17th ed.). Elsevier.
3. Horvat, M., Janc Jagrič, J., Jagodic, R., Podvratnik, N., Mihevc Ponikvar, B. & Krajnc, A., (2020). Preventivna obravnava nosečnice. In: Horvat, M., Janc Jagrič, J., Jagodic, R., Podvratnik, N., Mihevc Ponikvar, B. & Krajnc, A. *Navodila za izvajanje, beleženje in obračunavanje storitev v patronažnem varstvu*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, NIJZ, 6-11.
4. Krajnc, M., Skela-Savič, B., & Klemenc-Ketiš, Z. (ur.). (2014). *Patronažna zdravstvena nega*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta, Univerza v Ljubljani.
5. Mlakar, S. (2011). *Preventivni obisk patronažne medicinske sestre pri nosečnici: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
6. Nacionalni inštitut za javno zdravje, portal ZDAJ. (n.d.). Nasveti za zdravo nosečnost. <https://zdaj.net>
7. Šušteršič, O. (2006). Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega – nadgradnja in prilagajanje novim izzivom. *Obzornik zdravstvene nege*, 40(4), 248.

Preventivna obravnava kroničnega pacienta – izzivi v patronažnem varstvu

Preventive treatment of chronic patients – challenges in community care

Suzana Krebs, dipl.m.s. s specialnimi znanji
Bojana Vrhovnik, dipl.m.s. s specialnimi znanji, IBCLC svetovalka
Patronažno varstvo, ZD Ravne na Koroškem

Razširjen izvleček

Kronične bolezni predstavljajo enega največjih javnozdravstvenih izzivov sodobne družbe, saj se delež pacientov s kroničnimi boleznimi povečuje zaradi staranja prebivalstva, zgodnejših odpustov iz bolnišnic ter vse večje pojavnosti nenalezljivih bolezni. V patronažnem varstvu imajo preventivne obravnave ključno vlogo, saj omogočajo zgodnje prepoznavanje tveganj, boljše obvladovanje bolezni, zmanjševanje zapletov ter izboljševanje kakovosti življenja. Kljub temu pa je njihova izvedba pogosto omejena zaradi številnih izzivov, povezanih z organizacijo dela in zahtevnostjo pacientovih stanj.

Eden največjih izzivov je pomanjkanje časa. Medicinska sestra v patronažnem varstvu mora na posameznem obisku uskladiti preventivne in kurativne obravnave, obenem pa opraviti obsežno administrativno delo. Dokumentiranje je nujno, vendar so obrazci pogosto preobsežni in neprilagojeni za uporabo na terenu, kar zmanjšuje možnost osebnega stika s pacientom. Porast kurativnih obravnav, ki izhajajo iz staranja prebivalstva in zgodnejših odpustov iz bolnišnic, dodatno zmanjšuje čas, namenjen preventivi. Multimorbidnost pacientov zahteva individualno prilagojen in celosten pristop, kar še povečuje strokovno in časovno zahtevnost dela. Poleg tega razvejan teren ter različne socialne in ekonomske razmere otežujejo dostopnost, slaba zdravstvena pismenost pacientov in svojcev pa pogosto onemogoča učinkovito izvajanje preventivnih ukrepov.

Namen preventivne obravnave pacienta s kronično boleznijo na domu je nadzor zdravja, zgodnje odkrivanje dejavnikov tveganja ter spodbujanje zdravega življenjskega sloga. S tem se upočasnijo napredovanje bolezni, zmanjša pojav novih zapletov ter preprečuje invalidnost. Najpogosteje obravnavane bolezni so srčno-žilne bolezni, sladkorna bolezen tipa 2, bolezni dihal, rak, osteoporoza in duševne motnje. Glede na število dejavnikov tveganja se izvajajo krajše ali daljše obravnave, ki vključujejo presejalne meritve (krvni tlak, nasičenost s kisikom, laboratorijski izvidi), vprašalnike za oceno dejavnikov tveganja in življenjskih navad ter pogovor s pacientom in njegovimi svojci. Posebna pozornost je namenjena oceni družinske anamneze, tveganju za padce pri starejših ter vključevanju v nacionalne preventivne programe (SVIT, DORA, ZORA).

Dejavniki tveganja, kot so neustrezna prehrana, pomanjkanje telesne dejavnosti, kajenje, škodljivo pitje alkohola, zvišan krvni tlak, maščobe ali krvni sladkor, zahtevajo ciljno usmerjene intervencije. Te vključujejo zdravstveno vzgojo, motivacijo pacienta za spremembo življenjskega sloga ter načrtovanje ponovnih obiskov. Pri posameznih boleznih, kot so arterijska hipertenzija, sladkorna bolezen, osteoporoza, KOPB ali depresija, so preventivne obravnave usmerjene v specifične diagnostične postopke, redno spremljanje in ozaveščanje o pomembnosti samokontrole ter redne terapije.

Preventivna obravnava pacientov s kroničnimi boleznimi v patronažnem varstvu predstavlja nepogrešljiv element zdravstvenega sistema, ki pa je pogosto omejen zaradi časovnih in administrativnih bremen ter povečevanja zahtevnosti obravnav. Ključne rešitve se skrivajo v digitalni podpori, boljši organizaciji, medpoklicnem sodelovanju in rednem strokovnem

izobraževanju medicinskih sester patronažnem varstvu. Pomembno je tudi ozaveščanje pacientov in svojcev, saj lahko le s celostnim pristopom in aktivnim sodelovanjem vseh vpletenih dosežemo dolgoročne učinke pri obvladovanju kroničnih bolezni.

Ključne besede: patronažna zdravstvena nega, kronične bolezni, preventivna obravnava, dejavniki tveganja

Extended Abstract

Chronic diseases represent one of the major public health challenges of modern society, as the proportion of chronic patients continues to increase due to population ageing, earlier hospital discharges, and the rising prevalence of non-communicable diseases. In community nursing, preventive care plays a crucial role, as it enables early detection of risk factors, better disease management, reduction of complications, and overall improvement of patients' quality of life. However, the implementation of preventive measures is often limited by organizational challenges and the complexity of patients' conditions.

One of the greatest challenges is time limitation. Community nurses must balance preventive and curative activities during home visits while also dealing with extensive administrative tasks. Documentation is essential, yet the forms are often too lengthy and not adapted for use in the field, which reduces opportunities for personal contact and empathetic patient care. The increasing demand for curative interventions, resulting from an ageing population and earlier hospital discharges, further reduces the time available for prevention. Multimorbidity in patients requires an individualized and holistic approach, which significantly increases both the professional and time demands. Additionally, diverse geographical areas and varying social or economic conditions hinder accessibility, while low health literacy among patients and relatives often prevents effective preventive interventions.

The main purpose of preventive home care for chronic patients is to monitor health status, detect risk factors early, and promote a healthy lifestyle. This approach slows disease progression, reduces the risk of new complications, and helps prevent disability. The most common chronic conditions addressed include cardiovascular diseases, type 2 diabetes, respiratory diseases, cancer, osteoporosis, and mental health disorders. Depending on the number of identified risk factors, shorter or longer preventive interventions are provided. These include screening measurements (blood pressure, oxygen saturation, laboratory results), structured questionnaires to assess risk factors and lifestyle habits, and conversations with patients and family members. Special emphasis is placed on family history, fall-risk assessment in the elderly, and participation in national preventive programs (SVIT, DORA, ZORA).

Key risk factors, such as inadequate physical activity, unhealthy diet, smoking, harmful alcohol consumption, hypertension, elevated blood lipids, and high blood glucose, require targeted interventions. These focus on health education, motivating patients to adopt healthier lifestyle habits, and scheduling follow-up visits when necessary. For specific chronic conditions, such as hypertension, diabetes, osteoporosis, COPD, or depression, preventive care includes disease-specific diagnostic procedures, regular monitoring, and patient education on self-management and adherence to therapy.

Preventive care for chronic patients within community nursing is an indispensable element of the healthcare system, though it is often constrained by time pressure, administrative burdens, and increasing patient complexity. Key solutions lie in digital support, better organizational planning, interprofessional collaboration, and continuous professional education of community nurses. Raising health literacy among patients and their relatives is equally important, since only through a holistic approach and active participation of all stakeholders can long-term effects in chronic disease management be achieved.

Keywords: community nursing, chronic diseases, preventive care, risk factors

Škodljiva raba zdravil med starejšimi odraslimi

Harmful use of medications among older adults

Ajda Pustinek, dipl. m. s.

Doc. dr. Marija Milavec Kapun, viš. med. ses., uni. dipl. org., prof. def.

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za zdravstveno nego

milvecm@zf.uni-lj.si, ajda.pustinek@gmail.com

Izvleček

Uvod: Staranje prebivalstva prinaša izzive, kot sta multimorbidnost in polifarmacija, ki povečujeta tveganje za škodljivo rabo zdravil med starejšimi odraslimi. Namen prispevka je izpostaviti vlogo medicinskih sester v patronažni dejavnosti pri preprečevanju teh tveganj.

Metode: Izveden je bil pregled literature. Opravljena je bila kvalitativna sinteza 22 znanstvenih člankov, pri čemer so bile identificirane ključne intervencije zdravstvene nege v domačem okolju pacientov, razvrščene v deset tematskih kategorij.

Rezultati: Medicinske sestre s prilagojeno komunikacijo, vedenjskimi pristopi, zdravstveno vzgojo in podporo pacientom ter njihovim oskrbovalcem pomembno prispevajo k izboljšanju adherentnosti. Pomembna je tudi njihova vloga pri nadzoru neželenih učinkov, depreskripciji, varnem shranjevanju zdravil ter uporabi digitalnih pripomočkov, kot so pametni razdelilniki in e-zdravstvene storitve. Interdisciplinarno sodelovanje z zdravniki in farmacevti omogoča celostno obravnavo pacientov v domačem okolju.

Razprava: Z naraščanjem deleža starejših odraslih narašča potreba po okrepitvi vloge medicinskih sester v patronažni dejavnosti, saj njihovo delovanje presega zgolj tehnično izvajanje delitve terapije, temveč vključuje proaktivno, personalizirano in celostno podporo pacientom in laičnim oskrbovalcem v sodelovanju z drugimi strokovnjaki. Zaradi omejenega števila raziskav in jezikovnih kriterijev je potrebno nadaljnje raziskovanje za razvoj učinkovitih intervencij v patronažni dejavnosti v slovenskem kontekstu.

Ključne besede: polifarmacija, multimorbidnost, nenalezljiva bolezen, patronažna zdravstvena nega

Abstract

Introduction: Population ageing presents significant challenges, notably multimorbidity and polypharmacy, which increase the risk of harmful medication use among older adults. This paper aims to highlight the role of community health nurses in mitigating these risks.

Methods: A literature review was conducted. A qualitative synthesis of 22 peer-reviewed articles was performed, identifying key nursing interventions in the home environment of patients, grouped into ten thematic categories.

Results: Community nurses contribute substantially to improving medication adherence through tailored communication, behavioural approaches, health education, and support for patients and informal caregivers. Their role is also critical in monitoring adverse drug reactions, deprescribing, ensuring safe medication storage, and utilising digital tools such as smart dispensers and telehealth services. Interdisciplinary collaboration with physicians and pharmacists facilitates comprehensive patient care in home settings.

Discussion: With the growing proportion of older adults, there is an increasing need to strengthen the role of community nurses, whose responsibilities extend beyond technical medication administration. Their work encompasses proactive, personalised, and holistic

support for patients and caregivers in collaboration with other professionals. Given the limited number of studies and language-based inclusion criteria, further research is required to develop effective nursing interventions within the Slovenian context.

Key words: polypharmacy, multimorbidity, non-communicable disease, community health nursing

Uvod

Delež starejših odraslih hitro narašča, kar prinaša nove demografske in zdravstvene izzive. Do leta 2050 bo število ljudi starih nad 60 let več kot 2,1 milijardi (World Health Organization, 2024). V Sloveniji pa delež starejših nad 65 let že presega 22,1 % (Statistični urad Republike Slovenije, 2025). Staranje je povezano z večjo pojavnostjo nenalezljivih bolezni in multimorbidnostjo, ki jo opredeljujemo kot prisotnost dveh ali več nenalezljivih bolezni (Koné Pefoyo et al., 2015), kar povečuje uporabo zdravstvenih storitev, hospitalizacije, smrtnost in stroške zdravljenja ter zahteva kompleksnejšo obravnavo (McPhail, 2016; Cocchi et al., 2023). Pogosta posledica tega je polifarmacija, ki je sočasna raba več (5 oz. 10) zdravil hkrati (National Institute for Health and Care Excellence, 2024). To povečuje tveganje za medsebojne interakcije zdravil, pojav neželenih učinkov ter slabšo ali nepravilno adherenco. Te težave dodatno stopnjujejo starostne spremembe, ki vplivajo na način, kako telo zdravila presnavlja (farmakokinetika) in kako se nanje odziva (farmakodinamika) (Davies et al., 2020). Na škodljivo rabo zdravil negativno vpliva tudi kombinacija polifarmacije, telesnih, socialnih in psiholoških dejavnikov (Ates Bulut & Isik, 2022). Posledica tega so nenačrtovane hospitalizacije, padci, kognitivni upad in celo smrt (Zaninotto et al., 2020; Sheikh-Taha & Asmar, 2021; Kalim et al., 2022).

Z raziskavami so ugotovili, da se je v zadnjih desetletjih škodljivo jemanje zdravil pri starejših odraslih precej povečalo (Tian et al., 2023). Večja incidenca nenalezljivih bolezni, spremembe v presnovi zdravil ter povečano tveganje za medsebojno delovanje zdravil so samo nekateri izmed dejavnikov, ki kažejo, da je za starejše odrasle zloraba ter škodljivo jemanje zdravil bolj nevarno kot za mlajše. Ker so starejši pogosto bolj nagnjeni h kronični bolečini, se tako pojavlja nevarnost za prekomerno in škodljivo jemanje protibolečinske terapije (Ates Bulut & Isik, 2022). Pri starejših odraslih lahko na škodljivo jemanje zdravil vplivajo tudi dejavniki, kot so upokožitev, slabša fizična mobilnost, finančne težave, osamljenost ter resne zdravstvene težave (Lahlou & Daaleman, 2021).

Preventivni ukrepi, kot so prilagojena obravnavna, redno spremljanje, izobraževanje pacientov in oskrbovalcev ter interdisciplinarno sodelovanje, pomembno zmanjšujejo tveganja za škodljivo rabo zdravil (Kalim et al., 2022; Reeve et al., 2022).

Namen prispevka je izpostaviti vlogo medicinskih sester v patronažni dejavnosti in intervencije zdravstvene nege za zmanjšanje škodljive rabe zdravil in njihovih posledic, ki se jih lahko uspešno izvaja v domačem okolju pacientov.

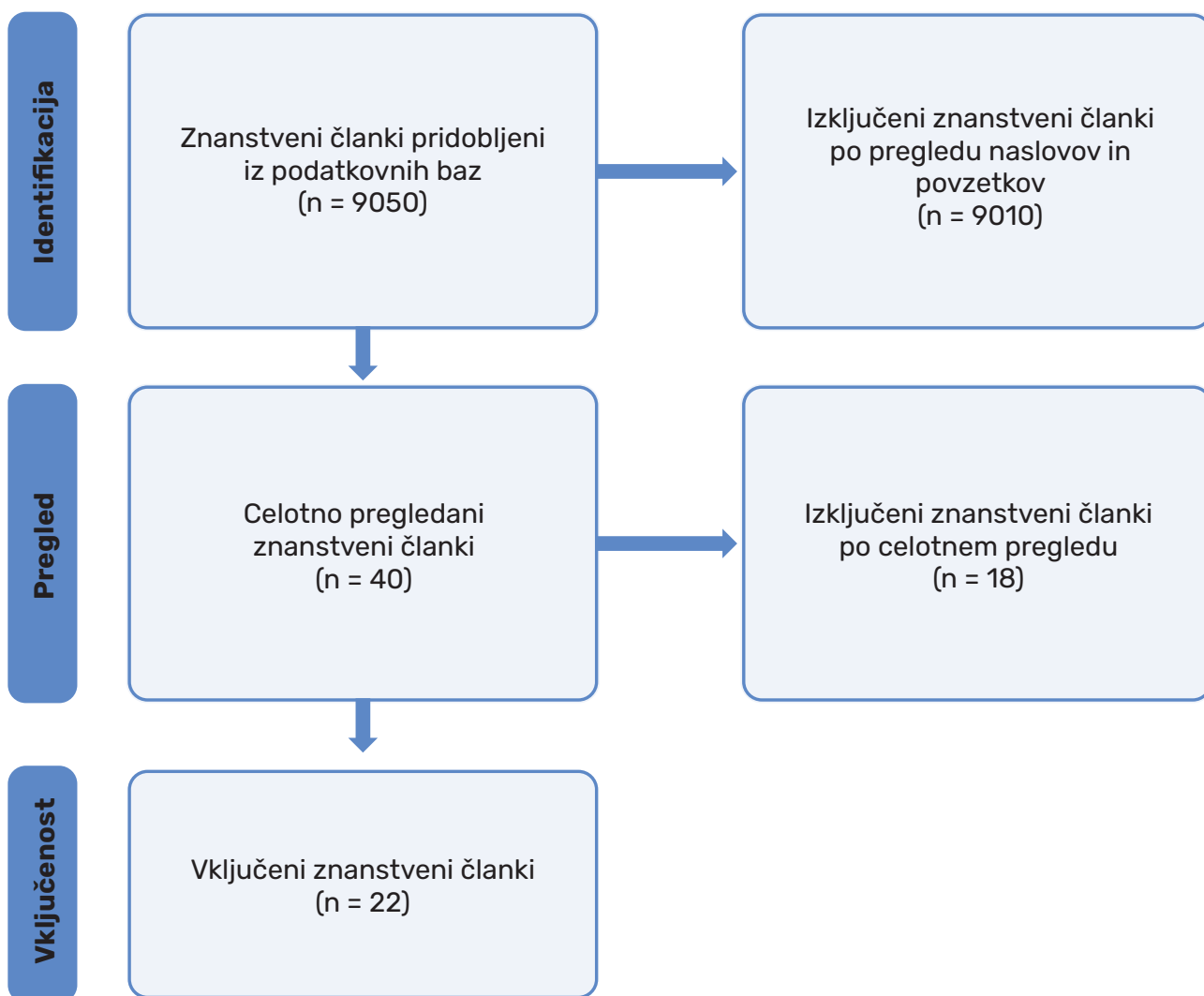
Metode

Naredili smo pregled literature. V analizo smo vključili znanstvene članke, ki smo jih našli v bibliografskih podatkovnih bazah CINAHL Ultimate, MEDLINE in ScienceDirect. Iskalni niz smo oblikovali z uporabo logičnih operatorjev AND in OR ter naslednjih besed in besednih zvez: nurses, nursing, medication abuse, non-adherence, non-compliance, medication errors, elderly, home care. Vključeni so bili članki v angleškem jeziku, ki so bili objavljeni med januarjem 2014 in avgustom 2025, dostopni v celoti za člane knjižnice Univerze v Ljubljani in v katerih smo identificirali intervencije medicinskih sester pri starejših odraslih v domačem okolju. Izključeni so bili članki objavljeni pred letom 2014, objavljeni v drugih jezikih kot angleščina, opisovali so dejavnost drugih izvajalcev ali institucionalno okolje in dvojniki.

Analizo smo izvedli s kvalitativno sintezo, pri čemer smo izluščili ključne intervencije in jih združili v tematske kategorije, kar je omogočilo pregled intervencij medicinskih sester pri preprečevanju škodljive rabe zdravil pri starejših odraslih v domačem okolju.

Rezultati

Skupno smo identificirali 9050 zadetkov, v končni izbor smo vključili 22 člankov, kar prikazujemo v Sliki 1.



Slika 1: PRISMA diagram identifikacije znanstvenih člankov

Z analizo člankov smo identificirali deset tem, ki so predstavljene v nadaljevanju.

Učinkovita komunikacija: Prilagojena in empatična komunikacija medicinskih sester povečuje zadovoljstvo pacientov in doslednost jemanja zdravil. (Linn et al., 2016) navajajo, da terapevtska komunikacija z avtentičnostjo, empatijo in aktivnim poslušanjem zmanjšuje anksioznost in krepi zaupanje. Ozavci et al. (2022) izpostavljajo njen pomen pri prehodih med ravnmi oskrbe, Cutler et al. (2018) pa dokazujejo, da močni terapevtski odnosi in redni obiski na domu izboljšujejo adherenco.

Podpora aktivni vlogi pacientov: Ko so pacienti aktivno vključeni v odločanje, se poveča njihova motivacija in odgovornost za jemanje terapije. Losi et al. (2021) ugotavljajo, da upoštevanje pacientovih preferenc glede pogostosti odmerkov in načinov aplikacije zdravil vodi v boljše sodelovanje in večjo adherenco.

Nadzor nad neželenimi učinki: Strah pred neželenimi učinki pogosto vodi do opustitve terapije, saj so pacienti nagnjeni k prenehanju zaradi preteklih slabih izkušenj ali pričakovanih

stranskih učinkov (Smith et al., 2020). Medicinske sestre s sistematičnim spremljanjem simptomov, vitalnih funkcij, jasno komunikacijo o tveganjih ter zgodnjim prepoznavanjem in dokumentiranjem stranskih učinkov zmanjšujejo tveganje za spregledane zaplete (Vaismoradi & Logan, 2025).

Vedenjski pristopi: Motivacijski intervju in druge kognitivno-vedenjske tehnike dokazano povečujejo adherenco. Moral et al. (2015) so ugotovili, da strukturirani pogovori pomagajo pacientom prepoznati ovire pri jemanju zdravil. Dijkstra et al. (2021) poročajo, da podpora medicinskih sester (npr. z organizacijo pripomočkov za zdravila) povečuje samostojnost pacientov.

Zdravstvena vzgoja: Individualizirana zdravstvena vzgoja je pogost pristop za izboljšanje adherence. Medicinske sestre s podajanjem informacij o doziranju, neželenih učinkih in tehnikah jemanja zdravil povečujejo samozaupanje, skrbijo za manj napak in izboljšujejo adherenco starejših odraslih (Lagerin et al., 2020; Robert et al., 2022). Pomemben je personaliziran pristop, ki upošteva zdravstveno stanje, življenjski slog in sposobnost pacientov, kar je pomembno za čimbolj samostojno upravljanje z zdravili (Yang et al., 2022).

Zagotavljanje varnosti z zdravili: Pregled zdravil na domu omogoča zgodnje odkrivanje nepravilnosti. Eukel et al. (2023) so ugotovili, da obiski medicinskih sester pacientov v domačem okolju pomembno prispevajo k prepoznavanju kontraindiciranih zdravil in nepravilnega shranjevanja, saj so ugotovili, da je lokacija shranjevanja zdravil v domačem okolju povezana z adherenco (Gualtieri et al., 2022). Robert et al. (2022) so izpostavili tudi pomembnost vloge medicinskih sester pri prilagajanju oblike zdravil pacientom s težavami pri požiranju.

Podpora laičnim oskrbovalcem pomembno izboljšuje adherenco starejših odraslih. Če svojci dosledno jemljejo zdravila, pacienti bolje sledijo terapiji (Lauffenburger et al., 2019). Medicinske sestre izobražujejo in podpirajo oskrbovalce, spodbujajo odprto komunikacijo (O'Connor et al., 2022) ter jih učijo pravilne uporabe pripomočkov in obvladovanja zahtevnih urnikov jemanja zdravil ter izvajanja oskrbe. To krepi njihovo samozavest in omogoča varnejšo uporabo zdravil doma, vendar pa morajo biti za takšno vlogo ustrezno usposobljeni (Gil-Hernández et al., 2024).

Interdisciplinarno sodelovanje je ključno za varno rabo zdravil. Multidisciplinarni timi omogočajo usklajeno obravnavo (Pereira et al., 2023), pri tem so medicinske sestre v patronažni dejavnosti osrednje povezovalne točke med zdravniki in farmacevti (Jerjes, 2025), sodelujejo pri prilagajanju načrtov zdravljenja, pregledu zdravil in depreskripciji ter prepoznavanju nepotrebnih zdravil (Sun et al., 2019).

Telezdravstvene storitve so se izkazale za učinkovite pri izboljšanju adherentnosti. Bingham et al. (2021) so dokazali, da telefonski opomniki in mobilne aplikacije zmanjšujejo pozabljenost. Liang et al. (2021) pa so ugotovili, da video klici medicinskih sester omogočajo sprotno spremljanje in hitro ukrepanje ob napakah.

Razdelilniki zdravil: Uporaba pametnih razdelilnikov zdravil je učinkovita rešitev za zmanjševanje napak. Faisal et al. (2022) poudarjajo, da ti pripomočki s pomočjo alarmov in samodejnega doziranja izboljšujejo doslednost pacientov in zmanjšujejo njihovo odvisnost od pomoči svojcev.

Diskusija

S pregledom literature smo ugotovili, da medicinske sestre, zlasti v okviru patronažne dejavnosti, igrajo osrednjo vlogo pri preprečevanju škodljive rabe zdravil pri starejših odraslih, ki živijo v domačem okolju. Deset identificiranih tem kaže na potrebo po večplastnem pristopu, ki združuje komunikacijske, izobraževalne, vedenjske in organizacijske intervencije.

Učinkovita komunikacija je ključna komponenta za izboljšanje adherentnosti in preprečevanja škodljive rabe zdravil. Linn et al. (2016) in Ozavci et al. (2022) sta dokazala, da jasna in

empatična komunikacija vodi v boljšo adherenco. Pomanjkanje razumevanja terapije poveča tveganje za napake (Davies et al., 2020). Redno preverjanje razumevanja zdravljenja je zato nujen element kakovostne oskrbe. Soodločanje v obravnavi povečuje odgovornost starejših odraslih pri skrbi za zdravje in omogoča boljše prilagajanje terapevtskih ukrepov individualnim potrebam (Losi et al., 2021), kar potrjujejo tudi Reeve et al. (2022), saj vključevanje pacientov in svojcev v načrtovanje in odločanje glede zdravljenja izboljšuje izide zdravljenja. Pri izvajanju zdravstvene nege v domačem okolju pacientov se to kaže kot priložnost za krepitev samostojnosti pacientov in večjo učinkovitost storitev zdravstvene oskrbe.

Zgodnje prepoznavanje neželenih učinkov zdravil je ključno za preprečevanje prekinitve zdravljenja, ki so pogosto posledica strahu pred negativnimi učinki (Smith et al., 2020; Sheikh-Taha & Asmar, 2021; Vaismoradi & Logan, 2025), pri tem so medicinske sestre v patronažni dejavnosti lahko zelo uspešne. V praksi lahko uporabljajo različne vedenjske pristope, kot je motivacijski intervju, saj so učinkoviti pri spodbujanju sodelovanja pacientov (Moral et al., 2015; Dijkstra et al., 2021; Kalim et al., 2022).

Individualizirana zdravstvena vzgoja je temelj varne rabe zdravil med starejšimi odraslimi (Lagerin et al., 2020; Robert et al., 2022). Prednost delovanja medicinskih sester v patronažni dejavnosti je, da vsebine prilagodijo specifičnemu okolju in potrebam pacientov, kar povečuje učinkovitost zdravstvenovzgojnih intervencij. Poleg tega imajo pomembno vlogo pri depreskripciji in varnostnem pregledu varnega jemanja zdravil (Gualtieri et al., 2022; Eukel et al., 2023), saj lahko opozorijo osebne zdravnike na morebitne nepravilnosti. Pri izobraževanju in zdravstveni vzgoji pacientov se je potrebno osredotočiti tudi na laične oskrbovalce, saj so pogosto spregledani. Zagotavljanje kontinuirane podpore, informiranja in izobraževanja pa pomembno vpliva na kakovost oskrbe in njihovo zdravje (Lauffenburger et al., 2019).

Celostna obravnava pacientov in njihovih družin v domačem okolju zahteva interdisciplinarno sodelovanje, kjer medicinske sestre delujejo kot povezovalni člen med različnimi strokovnjaki. Timski pristopi dokazano povečujejo varnost zdravljenja (Sun et al., 2019; Pereira et al., 2023; Jerjes, 2025). V tem okviru se kot obetavna podpora patronažne dejavnosti kažejo telezdravstvene storitve, ki omogočajo pravočasno ukrepanje in izboljšujejo adherenco (Bingham et al., 2021; Liang et al., 2021). Celostna obarvana je izjemnega pomena pri multimorbidnosti, saj je oskrba pogosto fragmentirana, kar lahko poslabšuje zdravstveno stanje (Marengoni et al., 2025). Medicinske sestre lahko v domačem okolju pacientov s spodbujanjem proaktivne vloge pacientov in s personaliziranim pristopom prispevajo k boljšim zdravstvenim izidom ter kakovosti življenja.

Pregled je omejen z majhnim številom raziskav, osredotočenih specifično na vlogo medicinskih sester v patronažni dejavnosti. Poleg tega so bile vključene le raziskave v angleškem jeziku, kar lahko pomeni izključitev relevantnih drugih lokalnih študij. Uporabljena je bila kvalitativna sinteza, zato ugotovitve niso posplošljive tudi v slovenko okolje, lahko pa služijo kot smernice za nadaljnje raziskovanje in prakso zdravstvene nege v domačem okolju pacientov.

Zaključek

Medicinske sestre v patronažni dejavnosti imajo ključno vlogo pri preprečevanju škodljive rabe zdravil pri starejših odraslih. Njihovo delo presega samo delitev terapije in vključuje celostno obravnavo pacientov in njihovih družin z učinkovito komunikacijo, zdravstveno vzgojo, vedenjskimi pristopi ter interdisciplinarnim sodelovanjem. Prisotnost v domačem okolju omogoča prilagajanje intervencij individualnim potrebam in zgodnje prepoznavanje tveganj, povezanih s polifarmacijo in multimorbidnostjo. Uspeh je odvisen od povezovanja strokovnega znanja, sočutnega pristopa, uporabe digitalnih pripomočkov ter proaktivnosti pacientov in njihovih svojcev pri skrbi za zdravje, vključno v proces odločanja glede zdravljenja in tudi celotne oskrbe. Okrepitev vloge medicinskih sester v patronažnem varstvu je ključna zaradi starajoče se populacije in naraščajočih potreb po dolgotrajni oskrbi, pri čemer so nadaljnje raziskave nujne za razvoj učinkovitih intervencij zdravstvene nege.

Literatura

1. Ates Bulut, E., & Isik, A. T. (2022). Abuse/misuse of prescription medications in older adults. *Clinics in Geriatric Medicine*, 38(1), 85–97. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2021.07.004>
2. Bingham, J. M., Black, M., Anderson, E. J., Li, Y., Toselli, N., Fox, S., Martin, J. R., Axon, D. R., & Silva-Almodóvar, A. (2021). Impact of telehealth interventions on medication adherence for patients with type 2 diabetes, Hypertension, and/or dyslipidemia: A systematic review. *Annals of Pharmacotherapy*, 55(5), 637–649. <https://doi.org/10.1177/1060028020950726>
3. Cocchi, C., Onder, G., & Zazzara, M. B. (2023). General principles of management of patients with multimorbidity and frailty. In A. Cherubini, A. A. Mangoni, D. O'Mahony, & M. Petrovic (Eds.), *Optimizing Pharmacotherapy in Older Patients* (pp. 131–142). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-2SunYang8061-0_11
4. Cutler, R. L., Fernandez-Llimos, F., Frommer, M., Benrimoj, C., & Garcia-Cardenas, V. (2018). Economic impact of medication non-adherence by disease groups: A systematic review. *BMJ Open*, 8(1), e016982. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016982>
5. Davies, L. E., Spiers, G., Kingston, A., Todd, A., Adamson, J., & Hanratty, B. (2020). Adverse outcomes of polypharmacy in older people: Systematic review of reviews. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(2), 181–187. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.10.022>
6. Dijkstra, N. E., Vervloet, M., Sino, C. G. M., Heerdink, E. R., Nelissen-Vrancken, M., Bleijenberg, N., De Bruin, M., & Schoonhoven, L. (2021). Home care patients' experiences with home care nurses' support in medication adherence. *Patient Preference and Adherence*, Volume 15, 1929–1940. <https://doi.org/10.2147/PPA.S302818>
7. Eukel, H. N., Steig, J., Hodges, A., O'Gary, B., & Strand, M. A. (2023). Nurse delivered medication safety screening program for home care visits. *Public Health Nursing*, 40(3), 410–416. <https://doi.org/10.1111/phn.13178>
8. Faisal, S., Ivo, J., Lee, C., Carter, C., & Patel, T. (2022). The usability, acceptability, and functionality of smart oral multidose dispensing systems for medication adherence: A scoping review. *Journal of Pharmacy Practice*, 35(3), 455–468. <https://doi.org/10.1177/0897190020977756>
9. Gil-Hernández, E., Ballester, P., Guilabert, M., Sánchez-García, A., García-Torres, D., Astier-Peña, M. P., Gea-Velázquez de Castro, M. T., Cobos-Vargas, Á., Pérez-Pérez, P., Carrillo, I., Fernández-Navascués, A. M., & Mira, J. J. (2024). Enhancing safe medication use in home care: Insights from informal caregivers. *Frontiers in Medicine*, 11, 1494771. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1494771>
10. Gualtieri, L., Shaveet, E., Estime, B., & Patel, A. (2022). The role of home medication storage location in increasing medication adherence for middle-aged and older adults. *Frontiers in Digital Health*, 4, 999981. <https://doi.org/10.3389/fdgth.2022.999981>
11. Jerjes, W. (2025). Enhancing medication adherence through interprofessional collaboration: Insights from the UK experience. *Journal of General Internal Medicine*, 40(2), 489–490. <https://doi.org/10.1007/s11606-024-09137-3>
12. Kalim, R. A., Cunningham, C. J., Ryder, S. A., & McMahon, N. M. (2022). Deprescribing medications that increase the risk of falls in older people: Exploring doctors' perspectives using the theoretical domains framework (TDF). *Drugs & Aging*, 39(12), 935–947. <https://doi.org/10.1007/s40266-022-00985-4>
13. Koné Pefoyo, A. J., Bronskill, S. E., Gruneir, A., Calzavara, A., Thavorn, K., Petrosyan, Y., Maxwell, C. J., Bai, Y., & Wodchis, W. P. (2015). The increasing burden and complexity of multimorbidity. *BMC Public Health*, 15(1), 415. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1733-2>
14. Lagerin, A., Lundh, L., Törnkvist, L., & Fastbom, J. (2020). District nurses' use of a decision support and assessment tool to improve the quality and safety of medication use in older adults: A feasibility study. *Primary Health Care Research & Development*, 21(e15), 1–8. <https://doi.org/10.1017/S1463423620000092>
15. Lahlou, R. M., & Daaleman, T. P. (2021). Addressing loneliness and social isolation in older adults. *American Family Physician*, 104(1), 85–87.

16. Lauffenburger, J. C., Khan, N. F., Brill, G., & Choudhry, N. K. (2019). Quantifying social reinforcement among family members on adherence to medications for chronic conditions: A US-based retrospective cohort study. *Journal of General Internal Medicine*, *34*(6), 855–861. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4654-9>
17. Liang, H. Y., Hann Lin, L., Yu Chang, C., Mei Wu, F., & Yu, S. (2021). Effectiveness of a nurse-led tele-homecare program for patients with multiple chronic illnesses and a high risk for readmission: A randomized controlled trial. *Journal of Nursing Scholarship*, *53*(2), 161–170. <https://doi.org/10.1111/jnu.12622>
18. Linn, A. J., Van Weert, J. C., Van Dijk, L., Horne, R., & Smit, E. G. (2016). The value of nurses' tailored communication when discussing medicines: Exploring the relationship between satisfaction, beliefs and adherence. *Journal of Health Psychology*, *21*(5), 798–807. <https://doi.org/10.1177/1359105314539529>
19. Losi, S., Berra, C. C. F., Fornengo, R., Pitocco, D., Biricolti, G., & Orsini Federici, M. (2021). The role of patient preferences in adherence to treatment in chronic disease: A narrative review. *Drug Target Insights*, *15*, 13–20. <https://doi.org/10.33393/dti.2021.2342>
20. Marengoni, A., Triolo, F., & Zucchelli, A. (2025). Multimorbidity clusters: Translating research evidence into actionable interventions. *European Geriatric Medicine*, *16*(4), 1115–1120. <https://doi.org/10.1007/s41999-025-01270-4>
21. McPhail, S. M. (2016). Multimorbidity in chronic disease: Impact on health care resources and costs. *Risk Management and Healthcare Policy*, *9*, 143–156. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S97248>
22. Moral, R. R., Torres, L. A. P. D., Ortega, L. P., Larumbe, M. C., Villalobos, A. R., García, J. A. F., & Rejano, J. M. P. (2015). Effectiveness of motivational interviewing to improve therapeutic adherence in patients over 65 years old with chronic diseases: A cluster randomized clinical trial in primary care. *Patient Education and Counseling*, *98*(8), 977–983. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.03.008>
23. National Institute for Health and Care Excellence. (2024). Medicines optimisation: *The safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes (NG5)* [NICE guideline]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng5/resources/medicines-optimisation-the-safe-and-effective-use-of-medicines-to-enable-the-best-possible-outcomes-pdf-51041805253>
24. O'Connor, R., Eifler, M., Russell, A. M., Opsasnick, L., Arvanitis, M., Pack, A., Curtis, L., Benavente, J. Y., & Wolf, M. S. (2022). *Caregiver involvement in medication management interview guide* [Dataset]. <https://doi.org/10.1037/t83912-000>
25. Ozavci, G., Bucknall, T., Woodward-Kron, R., Hughes, C., Jorm, C., & Manias, E. (2022). Creating opportunities for patient participation in managing medications across transitions of care through formal and informal modes of communication. *Health Expectations*, *25*(4), 1807–1820. <https://doi.org/10.1111/hex.13524>
26. Pereira, F., Meyer-Masseti, C., Del Río Carral, M., Von Gunten, A., Wernli, B., & Verloo, H. (2023). Development of a patient-centred medication management model for polymedicated home-dwelling older adults after hospital discharge: Results of a mixed methods study. *BMJ Open*, *13*(9), e072738. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-072738>
27. Reeve, J., Maden, M., Hill, R., Turk, A., Mahtani, K., Wong, G., Lasserson, D., Krska, J., Mangin, D., Byng, R., Wallace, E., & Ranson, E. (2022). Deprescribing medicines in older people living with multimorbidity and polypharmacy: The TAILOR evidence synthesis. *Health Technology Assessment*, *26*(32), 1–148. <https://doi.org/10.3310/AAFO2475>
28. Robert, V., Fabri, B., Bouillot, E., Papailhau, C., Abbes, M., Grino, M., & Vincentelli, M.-B. (2022). A description of dry oral forms of medication administration modifications by nurses in home settings. *Geriatric Nursing*, *43*, 249–253. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.11.022>
29. Sheikh-Taha, M., & Asmar, M. (2021). Polypharmacy and severe potential drug-drug interactions among older adults with cardiovascular disease in the United States. *BMC Geriatrics*, *21*(1), 233. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02183-0>

30. Smith, L. E., Webster, R. K., & Rubin, G. J. (2020). A systematic review of factors associated with side-effect expectations from medical interventions. *Health Expectations*, 23(4), 731–758. <https://doi.org/10.1111/hex.13059>
31. Statistični urad Republike Slovenije. (2025). *Prebivalstvo—Izbrani kazalniki, kohezijski regiji, Slovenija, polletno*. PxWeb. <https://pxweb.stat.si:443/SiStatDataSiStatData/pxweb/sl/Data/-/05C1006S.px/>
32. Sun, W., Tahsin, F., Barakat-Haddad, C., Turner, J. P., Haughian, C. R., & Abbass-Dick, J. (2019). Exploration of home care nurse's experiences in deprescribing of medications: A qualitative descriptive study. *BMJ Open*, 9(5), e025606. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025606>
33. Tian, F., Chen, Z., Zeng, Y., Feng, Q., & Chen, X. (2023). Prevalence of use of potentially inappropriate medications among older adults worldwide: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 6(8), e2326910. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.26910>
34. Vaismoradi, M., & Logan, P. (2025). Contributions of specialized nurses to medication management for older people in home care: A mixed-method systematic review. *Risk Management and Healthcare Policy*, 8, 445–470. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S508170>
35. World Health Organization. (2024, October 1). *Ageing and Health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
36. Yang, C., Lee, D. T. F., Wang, X., & Chair, S. Y. (2022). Effects of a nurse-led medication self-management intervention on medication adherence and health outcomes in older people with multimorbidity: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 134, 104314. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104314>
37. Zaninotto, P., Huang, Y. T., Di Gessa, G., Abell, J., Lassale, C., & Steptoe, A. (2020). Polypharmacy is a risk factor for hospital admission due to a fall: Evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *BMC Public Health*, 20(1), 1804. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09920-x>

Ranljive skupine v domačem okolju skozi prizmo poklicne etike

Vulnerable groups in the home setting through the lens of professional ethics

doc. dr. Helena Kristina Halbwachs

Častno razsodišče 1. stopnje

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev
medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije
hk.halbwachs@gmail.com

Izvleček

Uvod: Izvajalci zdravstvene nege se pri obravnavi ranljivih skupin neminovno soočajo z etičnimi izzivi. Prispevek se posveča identifikaciji in analizi teh izzivov in predlaga praktična priporočila za etično delovanje.

Metode: Uporabljen je bil hitri pregled literature (2020–2025) v slovenskem in angleškem jeziku. Vključili smo recenzirane znanstvene raziskave, ki obravnavajo etična načela, dileme ali moralno stisko pri zdravstveni negi v domačem okolju, izključili pa smo tiste, ki so osredotočene izključno na institucionalna okolja ter druge izvajalce oskrbe na domu. Proces pregleda smo prikazali s pomočjo prilagojenega PRISMA diagrama ter dobljene izsledke tematsko analizirali.

Rezultati: Ključne teme vključujejo ravnovesje avtonomije in neškodovanja, informirano soglasje in resnicoljubnost ob kognitivnih ter jezikovnih ovirah, izzive ob odklanjanju oskrbe, moralno stisko zaradi sistemskih omejitev, pomen skupnega odločanja in timskega dela, varovanje zasebnosti in dostojanstva, vlogo kulturnih kompetenc in kulturne varnosti ter potrebo po strukturah etične podpore.

Diskusija in zaključek: Etika v patronažni zdravstveni negi ranljivih skupin zahteva situacijsko prilagojene odločitve, kulturno in jezikovno ustrezno komunikacijo, preprečevanje nasilja, skrben odnos do zasebnosti ter organizacijske pogoje, ki zmanjšujejo moralno stisko. Predlagani ukrepi na ravni posameznika in sistema ponujajo izvedljive poti k bolj pravični, varni in dostojanstveni obravnavi.

Ključne besede: patronažna zdravstvena nega; ranljive skupine; etika; moralna stiska

Abstract

Introduction: Nursing professionals inevitably face ethical challenges when caring for vulnerable groups. This paper identifies and analyzes these challenges and proposes practical recommendations for ethical practice.

Methods: A rapid literature review (2020–2025) was conducted in Slovenian and English. We included peer-reviewed scientific studies that examine ethical principles, dilemmas, or moral distress in nursing care in the home setting, and excluded studies focused exclusively on institutional settings as well as those concerning other home-care providers. The review process was presented with an adapted PRISMA diagram, and the findings were analyzed thematically.

Results: Key themes include balancing autonomy and non-maleficence; informed consent and truth-telling amid cognitive and language barriers; challenges when care is refused; moral

distress stemming from systemic constraints; the importance of shared decision-making and teamwork; safeguarding privacy and dignity; the role of cultural competence and cultural safety; and the need for structures of ethics support.

Discussion and conclusion: Ethics in district nursing for vulnerable groups requires context-sensitive judgement, culturally and linguistically appropriate communication, violence prevention, careful attention to privacy, and organizational conditions that mitigate moral distress. The proposed actions at individual and system levels offer feasible pathways to more equitable, safe, and dignified care.

Keywords: homecare nursing; vulnerable groups; ethics; moral distress

Uvod

V Sloveniji obstajajo številne, zelo heterogene skupine, ki jih v zdravstvu naslavljamo kot ranljive skupine. Glede na številne raziskave so to predvsem starejši prebivalci, priseljenci in tujejezični prebivalci, osebe z različnimi oblikami oviranosti, socialno-ekonomsko deprivilegirani posamezniki in družine, otroci in mladostniki z različnimi ranljivostmi, brezposelni, zdravstveno nezavarovani, Romi, osebe s težavami v duševnem zdravju, uporabniki nedovoljenih drog, brezdolne osebe, osebe zasvojene z alkoholom, žrtve nasilja v družini, zaporniki (vključno z bivšimi zaporniki), in še bi lahko naštevali (Huber et al., 2020; Halbwachs, 2021).

Kaj pa sploh predstavlja pojem ranljive skupine? Pojem je v zdravstvu in socialnem varstvu široko uporabljen in načeloma pomeni, da so ljudje v določenih okoliščinah lahko bolj ali manj izpostavljeni izključevanju, neenakemu obravnavanju, slabšemu dostopu do zdravstvene in socialne oskrbe. Gre za ranljivost v smislu večjega tveganja za zdravstvene težave ter odrinjenosti v zdravstvenem sistemu, zato bi lahko uporabili tudi izraz obrobne ali marginalizirane skupine (Lipovec Čebren et al., 2016). Strokovnjaki opozarjajo, da moramo izraz uporabljati previdno, saj lahko pavšalno etiketiranje skupin kot ranljivih vodi v stereotipizacijo, stigmatizacijo in paternalizem. Namesto nalepk je smiselno prepoznavati plasti ranljivosti in njihove sprožilne pogoje v konkretnem okolju oskrbe (Rogers et al., 2012; Lipovec Čebren et al., 2016; Luna, 2019).

V patronažni obravnavi je delo z ranljivimi skupinami posebno zahtevno, saj poteka v zasebnem prostoru pacienta, pogosto z omejenimi viri in ob kompleksni družinski dinamiki. V takšnem okolju se etična presoja vsakodnevno giblje med spoštovanjem avtonomije, dolžnostjo neškodovanja ter pravične razdelitve pozornosti in časa (Heggestad et al., 2021).

Namen pričujočega članka je osvetliti obravnavo ranljivih skupin v patronažni zdravstveni negi skozi prizmo poklicne etike in opozoriti na najpogostejše etične izzive, ki so identificirani v znanstveni literaturi. Obenem je namen članka podati nekaj priporočil za premagovanje identificiranih izzivov. Zastavili smo si naslednje raziskovalno vprašanje: Kakšne etične izzive doživljajo izvajalci zdravstvene nege pri oskrbi ranljivih skupin na domu?

Metode

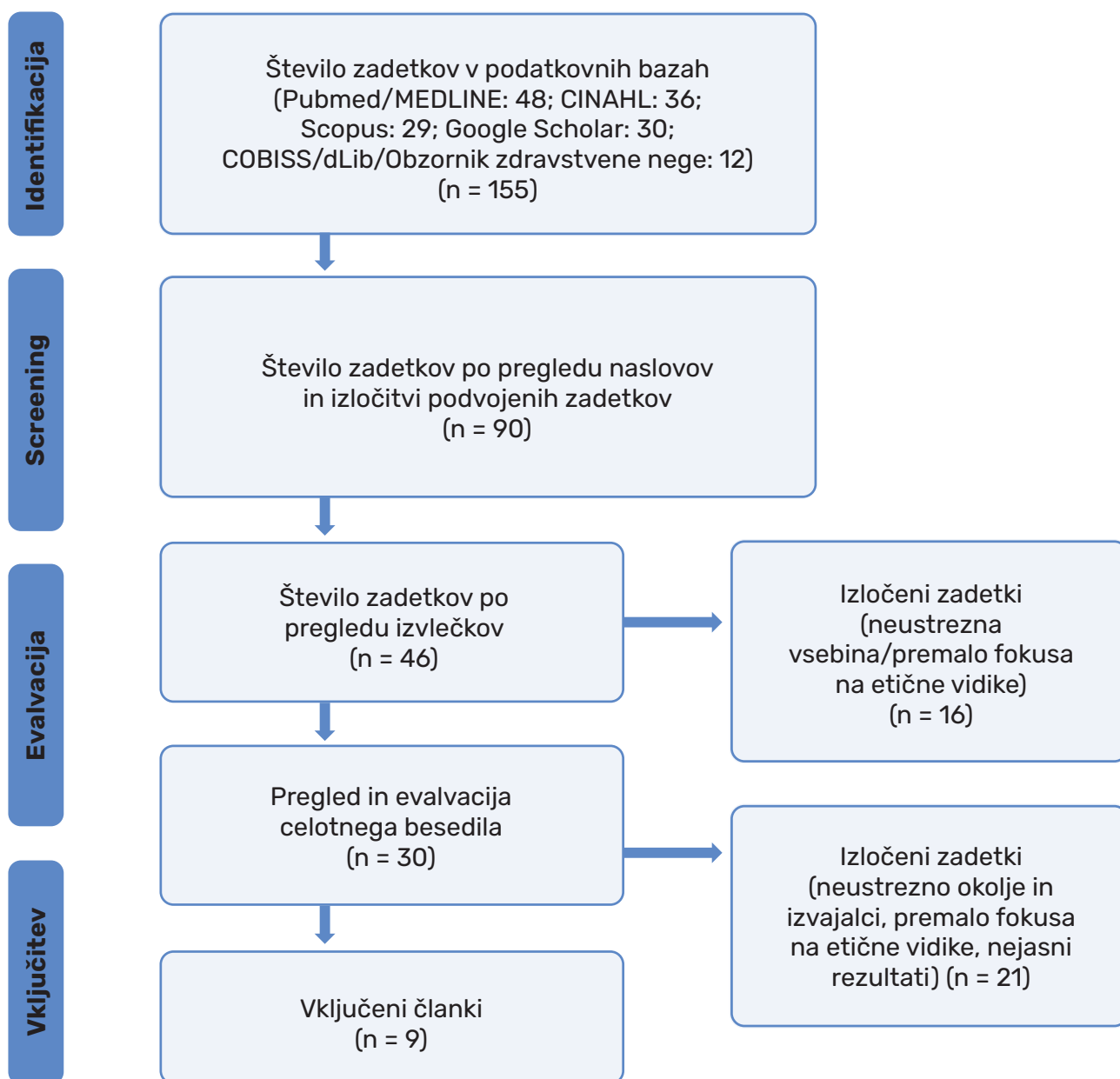
Za namen pričujočega članka smo se poslužili metode hitrega pregleda literature. Hitri pregled literature je pospešena oblika sinteze dokazov, ki poenostavi ali izpusti nekatere korake sistematičnega pregleda, da v kratkem času priskrbi uporabne odgovore. Predstavlja ustrezno alternativo časovno zahtevnim, celovitim sistematičnim pristopom, posebno kadar je namen raziskovalcev pridobiti splošen vpogled v raziskovalno vprašanje (Mikolajewicz & Komarova, 2019).

Pregled literature se je nanašal na etične vidike zdravstvene nege v domači oskrbi ranljivih skupin (2020–2025) v slovenščini in angleščini. Iskanje je potekalo v bazah podatkov PubMed, MEDLINE, CINAHL, Scopus in Google Scholar ter v slovenskih virih COBISS+, dLib.si in ciljno v reviji Obzornik zdravstvene nege. Uporabili smo kombinacije slovenskih in angleških iskalnih nizov za oskrbo na domu, zdravstveno nego/patronažno nego, etiko/etične dileme/moralno

stisko in ranljive skupine. Vključili smo recenzirane znanstvene študije, ki obravnavajo etična načela, dileme ali moralno stisko pri zdravstveni negi v domačem okolju, izključili pa smo prispevke, osredotočene izključno na institucionalna okolja in druge izvajalce oskrbe na domu. Po odstranitvi dvojnikov smo najprej pregledali naslove in izvlečke, nato polna besedila za ujemanje z vprašanjem. Proces izbora prispevkov smo prikazali s pomočjo prilagojenega PRISMA modela. Končni nabor študij smo tematsko analizirali.

Rezultati

S pomočjo hitrega pregleda literature, prikazanega s pomočjo prilagojenega PRISMA modela (slika 1), smo identificirali devet primernih raziskav. Te vključujejo sistematični pregled, več kvalitativnih študij, kvazi-eksperimentalno in izvedljivostno raziskavo ter dve aktualni slovenski objavi. Kljub temu, da se slednji ne nanašata izključno na zdravstveno nego na domu, smo jih vključili v pregled zaradi relevantnosti tematike. Nabor raziskav ter izsledke posamične raziskave navajamo v tabeli 1.



Slika 1: Prilagojen PRISMA diagram hitrega pregleda literature (2020–2025) o etičnih izzivih v domači oskrbi

S pomočjo tematske analize člankov smo prepoznali predvsem naslednje teme, povezane z etiko pri obravnavi ranljivih skupin na domu:

- **Konflikt: Avtonomija - varnost (neškodljivost):** Osebne želje pacienta, zlasti pri kognitivnih ovirah, kot je demenca, so pogosto nasprotne od tistega, kar bi bilo po presoji izvajalcev zdravstvene nege najboljše zanj; potrebno je stalno tehtanje med spoštovanjem samoodločanja in preprečevanjem škode za pacienta.
- **Sistemske omejitve:** Pomanjkanje časa, kadra in razdrobljeno financiranje povzročajo razkorak med profesionalnimi vrednotami in možnostmi delovanja, kar vodi v moralno stisko in izčrpanost.
- **Skupno odločanje in timsko sodelovanje:** Vključevanje pacientov in svojcev ter usklajeno medpoklicno delovanje zmanjšujeta konflikte, izboljšujeta kontinuiteto oskrbe in legitimnost odločitev, medtem ko njihovo pomanjkanje lahko vodi v etične izzive.
- **Resnicoljubnost in informirano soglasje:** V domačem okolju je posredovanje informacij pogosto posredovano preko svojcev in obremenjeno s kognitivnimi omejitvami; izziv je prilagoditi razlago, ne da bi zmanjšali avtonomijo.
- **Družinska dinamika in razmerja moči:** Odnosi v gospodinjstvu (npr. zaščitniško vedenje ali skriti konflikti) pomembno vplivajo na izvajanje zdravstvene nege, avtonomijo pacientov in zaznana pravičnost oskrbe.
- **Izvajanje zdravstvene nege brez privolitve:** Pri odklanjanju in upiranju storitvam se izvajalci praviloma najprej poslužujejo prilagoditev in deeskalacije; neprosto voljne posege razumejo kot skrajni ukrep, ob čemer doživljajo moralne stiske.
- **Zasebnost in dostojanstvo:** Odpiranje doma intimnim posegom zahteva minimalno invazivnost, taktnost in spoštovanje kulturnih navad, da se ohrani občutek nadzora in dostojanstva pacienta.
- **Medkulturne kompetence in jezik:** Jezikovne/kulturne pregrade lahko ogrozijo soglasje in enakopravnost; potrebni so tolmačenje, kulturno odzivna komunikacija in refleksija lastnih pristranskosti.
- **Strukture etične podpore:** Jasna politika ustanove, smernice, izobraževanja, redne etične konzultacije, supervizija in orodja za refleksijo pripomorejo k zmanjšanju moralnih stisk izvajalcev zdravstvene nege, zmanjšanju konfliktov in krepijo kakovost etičnega odločanja.

Tabela 1: Hiter pregled znanstvene literature (2020–2025)

Avtorji	Revija, letnica	Metodologija	Izsledki
Petersen, Rösler, Meyer & Luderer	Nursing Ethics, 2024	Kvalitativni intervjuji, tematska analiza	Moralna stiska v zdravstveni negi na domu zaradi konflikta med poklicnimi vrednotami in sistemskimi omejitvami; priporočene etične konzultacije in organizacijske spremembe.
Hertzberg, Heggstad & Magelssen	Nursing Ethics, 2024	Kvalitativna opazovanja in intervjuji	Zamegljene meje avtonomije v domači oskrbi; potreba po strukturiranih etičnih orodjih za uravnoteženje varnosti in samoodločanja.
Heggstad, Magelssen, Pedersen & Gjerberg	Nursing Ethics, 2021	Sistematični pregled	Etični izzivi v oskrbi na domu so povezani z avtonomijo in uravnoteženjem etičnih načel, odločitvami o intenzivnosti oskrbe, izzivi pri določanju prioritete, resnicoljubnim posredovanjem informacij ter uravnoteženjem profesionalne vloge.
Gjellestad, Oksholm, Alvsvåg & Bruvik	BMC Health Services Research, 2022	Kvalitativna tematska analiza	Pri oskrbi oseb z demenco, ki se upirajo, medicinske sestre, raje prilagajajo oskrbo kot uporabljajo prisilo; stalni konflikt med avtonomijo pacientov, tveganjem za zdravstvene posledice pri pacientu in odgovornostjo izvajalcev.
Mengelters, Bleijlevens & Verbeek	Geriatric Nursing, 2020	Študija izvedljivosti (PRITAH)	Multikomponentni program (smernice, delavnice, coaching, alternative) je primeren za zmanjšanje neprostoVOLjne oskrbe na domu. Udeleženci so postali bolj ozaveščeni in opolnomočeni za preprečevanje neprostoVOLjne oskrbe.
Mengelters, et al.	Journal of Clinical Nursing, 2022	Kvazi-eksperimentalna študija (PRITAH)	Implementacija PRITAH je zmanjšala uporabo neprostoVOLjne oskrbe pri osebah z demenco, ki živijo doma.
Moermans, Mengelters, Verbeek, Bleijlevens & Hamers	BMC Nursing, 2023	Kvalitativna deskriptivna	Izvajalci zdravstvene nege na domu imajo pogoste moralne stiske, povezane s spoštovanjem avtonomije pacienta, zahtevami svojcev in izvajanjem neprostoVOLjne oskrbe. Ootreba po etični ozaveščenosti in komunikacijskih veščinah.
Božič, Rožnik, Podlogar, Ličen & Prosen	Obzornik zdravstvene nege, 2022	Kvalitativna (primarni in sekundarni nivo)	Jezikovne/kulturne ovire pri albansko govorečih pacientih lahko ogrozijo informirano soglasje in zasebnost; priporočeni tolmači in kulturne kompetence.
Lasič & Kalender Smajlović	Obzornik zdravstvene nege, 2023	Pregled literature	Skupno etično odločanje krepi timsko sodelovanje, zmanjšuje konflikte in moralno stisko; poudarek na komunikaciji in usposabljanju.

Diskusija

Naše raziskovalno vprašanje se je nanašalo na etične izzive, ki jih doživljajo izvajalci zdravstvene nege pri oskrbi ranljivih skupin na domu. Ugotovili smo, da je eden izmed poglobitvenih izzivov razmerje med avtonomijo in neškodovanjem pacientu. Pri tem je pomembno vzpostaviti tudi ravnovesje med strokovnimi odločitvami, odgovornostjo medicinskih sester ter dostojanstvom pacienta. To je še posebno pomembno pri obravnavi oseb z demenco ter tudi drugih ranljivih oseb, ki odklanjajo ali se upirajo zdravstveni oskrbi. Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije je jasen - med drugim moramo upoštevati dostojanstvo in avtonomijo pacienta (Načelo I), pravico do izbire in odločanja (Načelo II) ter delovati v skladu z največjo koristjo pacienta (Načelo V) (2024). Etične odločitve so kontekstualne in temeljijo na tehtanju načel, zato enotnega recepta ni - potreben je prilagojen pristop in profesionalna presoja (Heggstad et al. 2021; Kodeks etike Mednarodnega sveta medicinskih sester, 2021). Ob tem morajo biti medicinske sestre opremljene z množico veščin. Med njimi so kritično razmišljanje, medpoklicno sodelovanje, moralna občutljivost (Jacobs, 2019), stalna etična refleksija, komunikacijske in deeskalacijske veščine ter medkulturne kompetence (Kodeks etike Mednarodnega sveta medicinskih sester, 2021).

Dve izmed raziskav sta se ukvarjali z programom PRITAH. Gre za kratico imena »Prevention and Reduction of Involuntary Treatment At Home«, ki je večkomponentni program, razvit z namenom preprečevati in zmanjševati domačo oskrbo brez privolitve pri ljudeh z demenco, kamor sodijo fizične omejitve, uporaba psihotropnih zdravil in nekonsenzualna oskrba. Program združuje organizacijsko politiko - smernice, delavnice/usposabljanja, coaching na delovnem mestu s strani usposobljenih svetovalcev ter nabor alternativnih ukrepov (npr. prilagoditve okolja, komunikacijske strategije, podporne storitve) (Mengelers et al., 2022). Večkomponentni pristop se je izkazal kot najbolj učinkovit tudi v drugih raziskavah. Posebno pri preprečevanju nasilnih reakcij do zdravstvenega osebja je pregled literature pokazal, da je potrebno zagotoviti nabor intervencij, od sprejetja politik in strategij do edukacije in organizacijskih sprememb (Somani et al., 2021)

Medicinske sestre v patronažni dejavnosti se pogosto srečujejo tudi z ranljivimi skupinami, za katere so značilne tudi jezikovne ovire. Ob kognitivnih in jezikovnih ovirah je dolžnost zagotoviti razumljive, kulturno in jezikovno ustrezne informacije ter preveriti razumevanje (Kodeks etike Mednarodnega sveta medicinskih sester, 2021; Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije, 2024). Žal zagotavljanje ustreznih informacij tujejezičnim pacientom v Sloveniji ni ustrezno rešeno, saj pravica do tolmača ali medkulturnega mediatorja ni sistemsko zagotovljena. Ob tem se lahko upravičeno sprašujemo, zakaj je njihovo vključevanje v sodstvu in policiji že rutina, v zdravstvu pa to ni urejeno. Očitno se na nivoju odločevalcev ne zavedamo jezikovnih ovir in njihovega vpliva na kakovost zdravstvene oskrbe, pa tudi ne naraščanja negativnih, celo rasističnih odzivov na tujejezične paciente (Lipovec Čebren, 2021). Ob tem je potrebno opozoriti na načelo X, ki govori o zavezanosti izvajalcev zdravstvene nege k zagovarjanju socialne pravičnosti in dostopnosti do zdravstvene nege za vse ljudi.

Kot omenjeno, zahteva izvajanje zdravstvene nege spoštovanje zasebnosti in občutljivost za kulturne navade, še posebno v domačem, intimnem okolju. Medicinske sestre v patronažni dejavnosti morajo zagotavljati kulturno varnost, kar pomeni, da pacient lahko izrazi svojo identiteto in stališča brez bojazni za obsojanje in diskriminacijo (Kodeks etike Mednarodnega sveta medicinskih sester, 2021; Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije, 2024). Kulturna varnost je pri obravnavi ranljivih skupin ključna, ker ne govori le o znanju »o drugih«, temveč o odpravljanju razmerij moči in praks, ki lahko povzročajo škodo, neenakost ali nezaupanje. V praksi to pomeni, da medicinska sestra reflektira lastne pristranskosti, uporablja jezikovno in kulturno ustrezno komunikacijo, omogoči resnično soudeležbo (vključno z informiranim soglasjem) ter ustvari okolje, v katerem pacient sam presodi, da je obravnavna varna in pravična. Za skupine, ki so zaradi jezika, kulture, migracijskega statusa, revščine ali bolezni pogosteje izrinjene, je tak pristop nujen za izboljšanje zdravstvenih izidov in etično legitimnost odločitev (Curtis et al., 2019).

Naša raziskava je omejena predvsem z metodologijo, saj bi s popolnim sistematičnim pregledom verjetno našli dodatne vire in prepoznali še druge etične izzive. Poleg tega smo upoštevali mednarodno literaturo, ki ni nujno relevantna za slovensko patronažno zdravstveno nego. Predvidevamo sicer, da se identificirani izzivi najpogosteje odražajo tudi pri nas, vendar potrditev predvidevanj zahteva dodatno raziskovanje.

Zaključek

Oskrba ranljivih skupin v domačem okolju je pogosto prepletena z izzivi in dilemami pri zagotavljanju etične oskrbe, posebno v smislu zagotavljanja klasičnih etičnih načel. Ugotovitve kažejo, da univerzalnega recepta ni; potrebna sta situacijsko prilagojeno etično odločanje in medpoklicno sodelovanje, ki varujeta avtonomijo, dostojanstvo in varnost pacienta ter zmanjšujeta moralno stisko izvajalcev zdravstvene nege, obenem pa zagotavljata tudi njihovo varnost in zadovoljstvo.

Za uspešno reševanje etičnih dilem priporočamo, da bi se medicinske sestre v patronažni dejavnosti, v kolikor je le mogoče, posluževale dokazano učinkovitih strategij. Med njimi izpostavljamo izvajanje kratkih etičnih refleksij primerov, dosledno vključevanje pacienta in svojcev v skupno odločanje, rabo kulturno ter jezikovno prilagojene komunikacije, večšine deeskalacije, postavljanje profesionalnih meja, supervizijo in skrb za lastno zdravje. Ob tem jim mora nujno ob strani stati organizacija, ki ima med drugim jasno politiko obravnave ranljivih skupin, omogoča etično podporo, izvaja programe preprečevanja nasilja, zagotavlja tolmače / medkulturne mediatorje in redna usposabljanja za razvoj kulturnih kompetenc. Nenazadnje pa je potrebno še več moči usmeriti v raziskave tega področja, saj je literatura s področja etičnih vidikov zdravstvene nege ranljivih skupin v Sloveniji skopa.

Literatura

1. Božič, A., Rožnik, A., Podlogar, A., Ličen, S., & Prosen, M. (2022). Izkušnje medicinskih sester z albansko govorečimi pacienti: kvalitativna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 56(3), 200–208. <https://doi.org/10.14528/snr.2022.56.3.3157>
2. Curtis, E., Jones, R., Tipene-Leach, D., Walker, C., Loring, B., Paine, S.-J., & Reid, P. (2019). Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: A literature review and recommended definition. *International Journal for Equity in Health*, 18, 174. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1082-3>
3. Gjellestad, Å., Oksholm, T., Alvsvåg, H., & Bruvik, F. (2022). Autonomy conquers all: A thematic analysis of nurses' professional judgement encountering resistance to care from home-dwelling persons with dementia. *BMC Health Services Research*, 22, 749. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08123-x>
4. Halbwachs, H. K. (2021). *Kulturna kompetentnost slovenskega zdravstvenega sistema: Stanje in model razvoja*. Doktorska disertacija, Alma Mater Europaea – Evropski center Maribor.
5. Heggstad, A. K. T., Magelssen, M., Pedersen, R., & Gjerberg, E. (2021). Ethical challenges in home-based care: A systematic literature review. *Nursing Ethics*, 28(5), 628–644. <https://doi.org/10.1177/0969733020968859>
6. Hertzberg, C. K., Heggstad, A. K. T., & Magelssen, M. (2024). Blurred lines: Ethical challenges related to autonomy in home-based care. *Nursing Ethics*, 31(6), 1156–1171. <https://doi.org/10.1177/09697330231215951>
7. Huber, I., Lipovec Čebren, U., & Pistotnik, S. (Eds.). (2020). *Neenakosti in ranljivosti v zdravju v Sloveniji: Kvalitativna raziskava v 25 okoljih*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
8. Kodeks etike Mednarodnega sveta medicinskih sester. (2021). *The ICN code of ethics for nurses*. ICN. https://arhiv.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2022/05/KODEKS-ETIKE-ICN_splet_.pdf
9. Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije. (2024). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

10. Jacobs, G. (2019). Patient autonomy in home care: Nurses' relational practices of responsibility. *Nursing Ethics*, 26(6), 1638-1653. <https://doi.org/10.1177/0969733018772070>
11. Lasič, D., & Kalender Smajlović, S. (2023). Skupno etično odločanje zdravstvenih delavcev. *Obzornik zdravstvene nege*, 57(2), 130-140. <https://doi.org/10.14528/snr.2023.57.2.3153>
12. Lipovec Čebtron, U. (2021). Language as a Trigger for Racism: Language Barriers at Healthcare Institutions in Slovenia. *Social Sciences* 10(4): 1-17. <https://doi.org/10.3390/socsci10040125>
13. Lipovec Čebtron, U., Keršič-Svetel, M., & Pistotnik, S. (2016). *Zdravstveno marginalizirane – »ranljive« skupine: ovire v dostopu do sistema zdravstvenega varstva in v njem*. In J. Farkaš Lainšček (Ed.), *Ocena potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle: ključni izsledki kvalitativnih raziskav in stališča strokovnih delovnih skupin* (pp. 14-25). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
14. Lipovec Čebtron, U., Pistotnik, S., Farkaš Lainšček, J., & Huber, I. (2019). *Medkulturne kompetence in zdravstvena oskrba v Sloveniji*. In B. Filej & B. M. Kaučič (Eds.), *Medkulturna oskrba v zdravstvu* (pp. 35-49). Celje: Fakulteta za zdravstvene vede.
15. Luna, F. (2019). Identifying and evaluating layers of vulnerability – *A way forward*. *Developing World Bioethics*, 19(2), 86-95. <https://doi.org/10.1111/dewb.12206>
16. Mengelers, A. M. H. J., Bleijlevens, M. H. C., Verbeek, H., Moermans, V. R. A., Capezuti, E., & Hamers, J. P. H. (2020). Prevention and reduction of involuntary treatment at home: A feasibility study of the PRITAH intervention. *Geriatric Nursing*, 41(5), 536-543. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.02.001>
17. Mengelers, A. M. H. J., et al. (2022). A quasi-experimental study on prevention and reduction of involuntary treatment at home (PRITAH) in people with dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 31(21-22), 3250-3262. <https://doi.org/10.1111/jocn.16163>
18. Moermans, V. R. A., Mengelers, A. M. H. J., Verbeek, H., Bleijlevens, M. H. C., & Hamers, J. P. H. (2023). District nurses' experiences with involuntary treatment in dementia care at home: A qualitative descriptive study. *BMC Nursing*, 22, 337. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01553-w>
19. Mikolajewicz, N., & Komarova, S. V. (2019). Meta-analytic methodology for basic research: A practical guide. *Frontiers in Physiology*, 10, 203. <https://doi.org/10.3389/fphys.2019.00203>
20. Petersen, J., Rösler, U., Meyer, G., & Luderer, C. (2024). Understanding moral distress in home-care nursing: An interview study. *Nursing Ethics*, 31(8), 1568-1585. <https://doi.org/10.1177/09697330241238338>
21. Rogers, W., MacKenzie, C., & Dodds, S. (2012). Why bioethics needs a concept of vulnerability. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 5(2), 11-38. <https://doi.org/10.3138/ijfab.5.2.11>
22. Somani, R., Muntaner, C., Hillan, E., Velonis, A. J., & Smith, P. (2021). A Systematic review: effectiveness of interventions to deescalate workplace violence against nurses in healthcare settings. *Safety and health at work*, 12(3), 289-295. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2021.04.004>

Timski pristop za boljšo oskrbo kroničnih ran –povezovanje primarne in sekundarne ravni

Team Approach for Better Chronic Wound Care – Cooperation Between Primary and Secondary Level

Petra Andonovski Fužir dipl.m.s

Splošna bolnišnica Slovenj Gradec

petra.fuzir@sb-sg.si

Izvleček

Kronične rane so eden največjih izzivov sodobne zdravstvene oskrbe, saj njihovo zdravljenje zahteva dolgotrajen in celosten pristop. Za doseganje najboljših rezultatov je ključno sodelovanje med primarno ravno, kjer imajo pomembno vlogo medicinske sestre v patronažnem varstvu, in specializiranimi ambulantami za kronične rane, ki nudijo multidisciplinarno obravnavo. Timski pristop, ki temelji na učinkoviti komunikaciji, medsebojnem spoštovanju in prenosu znanja, omogoča kontinuiteto oskrbe, zmanjšuje možnost napak in izboljšuje kakovost življenja bolnikov. Prispevek poudarja pomen povezovanja vseh ravni zdravstvene oskrbe ter izzive in priložnosti, ki jih prinaša sodobna obravnava kroničnih ran.

Ključne besede: kronične rane, zdravstvena nega, timski pristop, sodelovanje, primarni in sekundarni nivo

Abstract

Chronic wounds represent one of the greatest challenges in modern health care, as their treatment requires a long-term and comprehensive approach. Achieving optimal outcomes depends on close cooperation between the primary level, where family community nurses play a key role, and specialized wound care clinics that provide multidisciplinary treatment. A team approach, based on effective communication, mutual respect, and knowledge transfer, ensures continuity of care, reduces the risk of errors, and improves patients' quality of life. This paper highlights the importance of integrating all levels of health care and addresses the challenges and opportunities associated with the modern management of chronic wounds.

Keywords: chronic wounds, nursing care, team approach, cooperation, primary and secondary level

Uvod

Kronične rane predstavljajo enega največjih izzivov sodobne zdravstvene oskrbe. Njihovo zdravljenje je dolgotrajno, pogosto zapleteno in za bolnika izjemno obremenjujoče (Eriksson et al., 2022). Ne vplivajo le na telesno zdravje, temveč tudi na psihično počutje, kakovost življenja in socialno vključenost posameznika (Klein et al., 2021). Poleg tega pomenijo velik strošek za zdravstveni sistem zaradi dolgotrajnih terapij, pogostih kontrol in možnosti hospitalizacij (Wolny et al., 2024). Če želimo pri obravnavi teh bolnikov doseči dobre rezultate, je nujno tesno sodelovanje med primarno ravno in specializirano ambulanto za kronične rane na sekundarni ravni zdravstvenega varstva. Obe ravni imata pomembne, a različne vloge, ki se morata dopolnjevati in povezovati. Ključ do uspeha je timski pristop za boljšo oskrbo ran, ki temelji na enakovrednem sodelovanju obeh ravni zdravstvene obravnave.

Vloga primarne ravni

Primarna raven zdravstvenega varstva je najpogosteje prva vstopna točka, kjer bolnik poišče pomoč. Tu se rane prepoznajo, oceni se njihova resnost in začne se začetna obravnava (Vilar,

20245. Ključno vlogo imajo medicinske sestre, zlasti v patronažnem varstvu, ki spremljajo bolnika v domačem okolju (Probst et al., 2014). Kot strokovnjakinje na primarni ravni največ časa preživijo ob bolniku, ga poučijo o samopomoči, skrbijo za redno oskrbo rane in hkrati opazujejo napredek. Medicinska sestra je pogosto tista, ki prva zazna poslabšanje in obvesti zdravnika ter po potrebi sproži nadaljnje ukrepanje (Tičar et al., 2022).

Ambulanta za kronične rane

Specializirane ambulante nudijo celostno in poglobljeno obravnavo. Multidisciplinarni tim združuje znanja različnih strokovnjakov: zdravnikov, medicinskih sester, fizioterapevtov, dietetikov in drugih. Poleg samega zdravljenja imajo ambulante pomembno izobraževalno vlogo – izkušnje in strokovno znanje prenašajo na strokovnjaki, ki delujejo na primarni ravni, kar omogoča enotnejšo in učinkovitejšo obravnavo bolnikov. Sodelovanje med ambulanto in primarno ravno gradi mostove, ki zagotavljajo neprekinjeno in usklajeno oskrbo bolnika.

Pomen sodelovanja in komunikacije

Le z dobro komunikacijo in sodelovanjem lahko zagotovimo kontinuiteto oskrbe, preprečimo podvajanje dela in zmanjšamo možnost napak. Pomembno je, da zdravstvene ustanove med seboj niso tekmice, temveč tim. Medicinske sestre smo del tima, katerega povezuje skupen cilj – dobrobit bolnika (EWMA, 2014). Timski pristop pomeni, da ima vsak član jasno vlogo in odgovornost, hkrati pa je pripravljen sodelovati in deliti svoje znanje. Medsebojno obveščanje, jasni protokoli za napotitve in redni posveti med timi so temelj tega sodelovanja. Dobra komunikacija med zdravstvenimi delavci ni zgolj tehnična potreba, temveč osnovni temelj uspešne oskrbe (Frangeš & Božič, 2022).

Izzivi in priložnosti

Pomanjkanje kadra, omejeni viri in razdrobljena dokumentacija predstavljajo resen izziv. Vendar pa prav sodelovanje, uvajanje sodobnih komunikacijskih poti in redno strokovno izobraževanje omogočajo premagovanje teh težav. Potrebno je graditi kulturo spoštovanja, odprte komunikacije in razumevanja, da vsak posameznik v timu prispeva nepogrešljiv del v mozaiku zdravljenja.

Zaključek

Zdravljenje kroničnih ran ni odgovornost enega zdravstvenega delavca ali ene ustanove, temveč rezultat usklajenega timskega dela. Bolnik je v središču naše skrbi in prav vsaka strokovna oseba, od medicinske sestre v patronažnem varstvu do zdravnika specialista v ambulanti, prispeva k njegovemu zdravju. Timski pristop za boljšo oskrbo ran temelji na partnerstvu med primarno in sekundarno ravno, saj le skupaj lahko zagotovimo varno, kakovostno in celostno obravnavo. Medicinske sestre smo v prvi vrsti tiste, ki spremljamo bolnika vsakodnevno. Zato je še posebej pomembno, da nismo tekmice, ampak se zavedamo, da smo sodelavke v istem timu, ne glede na ustanovo, kjer smo zaposlene. Skupaj gradimo mostove med različnimi ravni zdravstvene oskrbe in s tem ustvarjamo pogoje, da je bolnik deležen najboljše možne obravnave.

Literatura

1. Eriksson, E., Liu, P.Y., Schultz, G.S., Martins-Green, M.M., Tanaka, R., Weir, D., et al. (2022). Chronic wounds: Treatment consensus. *Wound Repair Regen*, 30(2), 156-171. doi: 10.1111/wrr.12994.
2. European Wound Management Association (EWMA), (2014). Managing wounds as a team. London: EWMA. Dostopno na: <https://ewma.org/resources/managing-wounds-as-a-team>
3. Frangeš, I. & Božič, N. (2022). Multidisciplinarni pristop k zdravljenju kronične rane. In: Celostna obravnava pacienta = Holistic approach to the patient: zbornik prispevkov = conference proceedings: 11. mednarodna znanstvena konferenca = 11th international scientific conference, Novo mesto, 18. november 2021, Kregar Velikonja N. (ed.). Novo mesto : Fakulteta za zdravstvene vede = Faculty of Health Sciences, 85-90.
4. Klein, T.M., Andrees, V., Kirsten, N., Protz, K., Augustin, M., & Blome, C. (2021). Social participation of people with chronic wounds: A systematic review. *Int Wound J*, 18(3), 287-311. doi: 10.1111/iwj.13533.

5. Probst, S. et al. (2014). EWMA Document: Home Care – Wound Care: Overview, Challenges and Perspectives. *Journal of Wound Care*;23(Suppl 5a):S1–S38.
6. Vilar, V. (2025). Ocena rane. In: Strokovno srečanje z učnimi delavnicami RANE POD LUPO, Čermelj N. (ed.), Grand Hotel Bernardin, 18.3. in 19.3.2025. Portorož: Društvo za oskrbo ran Slovenije, 53-55.
7. Tičar, Z. et al. (2022). Lokalna oskrba kroničnih ran – klasifikacija uporabe medicinskih pripomočkov. Ministrstvo za zdravje.
8. Wolny, D., Štěpánek, L., Horáková, D., Thomas, J., Zapletalová, J., & Patel, M.S. (2024). Risk Factors for Non-Healing Wounds-A Single-Centre Study. *J Clin Med*, 13(4), 1003. doi: 10.3390/jcm13041003.

Iskreno se zahvaljujemo predstavnikom, ki ste s svojo podporo omogočili izvedbo dogodka:

ROCHE FARMACEVTSKA DRUŽBA D.O.O.

NEGA D.O.O.

EWOPHARMA SIOVENIJA

SOČA OPREMA D.O.O.

KEFO D.O.O.

MAGPHARM

GORDO.DOO

PAUL HARTMANN ADRIATIC D.O.O.

ZEPTER-SLOVENICA D.O.O.

INN D.O.O.

ATLANTICGRUPA

TOSAMA D.O.O

ABENA-HELPI D. O. O.

MEDIASI D. O. O

ROCHE FARMACEVTSKA DRUŽBA D.O.O.

SANOLABOR D.D.

MEDIS D.O.O.

PODRUŽNICA LOHMANN & RAUSCHER SLO

SIMPS'S D.O.O.

AFRODITA COSMETICS

MERIT-HP

VALENCIA STOMA-MEDICAL D.O.O.

