



STROKOVNO SREČANJE SEKCIJE BABIC

Kranj, april 2025



**BABIŠTVO – PREDAJANJE
ZNAJJA IN VEŠČIN**

Zbornik prispevkov



BABIŠTVO – PREDAJANJE ZNAJJA IN VEŠČIN

Zbornik prispevkov



**BABIŠTVO – PREDAJANJE ZNANJA IN VEŠČIN –
Zbornik prispevkov**

Založnik:

ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE -
ZVEZA STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER,
BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE

Sekcija babic

Ob železnici 30 a
1000 Ljubljana

Strokovno - organizacijski odbor:

Saša Matko, Rosemarie Franc, Andreja Žertuš,
Jelka Cimermančič, Barbara Malgaj, Sonja Harnik,
Mojca Petek, Renata Nahtigal, Tanja Grošelj,
Tita Stanek Zidarič

Zbornik recenzirala in uredila: Anita Prelec

ZBORNİK NI LEKTORIRAN

Fotografija na naslovnici: PRISPODOBE, Urša Klajder

Oblikovanje: Barbara Kralj, PRELOM d. o. o.

Ljubljana, 2025

ELEKTRONSKA IZDAJA

Zbornik dostopen na: <https://zbornica-zveza.si/strokovne-sekcije/7-sekcija-babic/>

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni
in univerzitetni knjižnici v Ljubljani
COBISS.SI-ID 232167939
ISBN 978-961-96185-5-4 (PDF)

PROGRAM STROKOVNEGA SREČANJA

14. 4. 2025, Hotel Marinšek, Glavna cesta 2, 4202 Naklo

- 8.00 – 9.00 REGISTRACIJA
- 9.00 – 9.15 POZDRAVNI NAGOVORI
- I. SKLOP Moderatorka: Saša Matko, Sonja Harnik
- 9.15 – 9.45 **PREDSTAVITEV BOLNIŠNICE ZA GINEKOLOGIJO IN PORODNIŠTVO KRANJ**
Mag. Tanja Grošelj, dipl. bab.
- 9.45 – 10.15 **UGOVOR VESTI V BABIŠTVU: ETIČNI IZZIVI IN PRAVNE SMERNICE V KLINIČNI PRAKSI**
Viš. pred. Tita Stanek Zidarič, dipl. bab., MSc, IBCLC
- 10.15 – 11.00 **MATERNITY SERVICE IN AUSTRALIA**
Prof. dr. Sara Bayes
- 11.00 – 11.10 Predstavitev sponzorja
- 11.10 – 11.30 RAZPRAVA
- 11.30 – 11.45 *Aktivni odmor s fizioterapevtko*
- 11.45 – 12.05 *Odmor*
- II. SKLOP Moderatorka: Tita Stanek Zidarič, Jelka Cimermančič
- 12.05 – 12.35 **UPOŠTEVANJE SMERNIC SVETOVNE ZDRAVSTVENE ORGANIZACIJE IZ 2018 PRI PORODU V 14-IH SLOVENSКИH PORODNIŠNICAH**
Aja Tutič Koblar, dipl. bab., izr. prof. dr. Ana Polona Mivšek, viš. pred. dr. Anita Jug Došler
- 12.35 – 13.05 **NACIONALNI PROTOKOL ZA POROD V VODI**
Sabina Vrh, dipl. bab., izr. prof. dr. Ana Polona Mivšek, Jana Čelhar, viš. med. ses.

- 13.05 – 13.35 **BABIŠKA OSKRBA POPKA OB ROJSTVU DO ZACELITVE
POPKA T.I. CORDING**
Sabina Oblak, dipl. bab.
- 13.35 – 14.05 **BABIŠKA OBRAVNAVA PORODNICE IN NOVOROJENČKA V
DOMAČEM OKOLJU**
Nina Radin, dipl. bab.
- 14.05 – 14.15 RAZPRAVA IN ZAKLJUČKI
- 14.15 – 14.45 VOLITVE ZA PREDSEDNICO IN ČLANE IZVRŠNEGA ODBORA ZA
OBDOBJE 2025 - 2029
- 14.45 – 16.00 Kosilo in razglasitev rezultatov volitev

BOLNIŠNICA ZA GINEKOLOGIJO IN PORODNIŠTVO KRANJ

Hospital for Gynecology and obstetrics Kranj

mag. Tanja Grošelj, dipl. bab.

Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj

tanja.groselj@bgp-kranj.si

RAZŠIRJEN POVZETEK

Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo v Kranju je pričela s svojim delom 7. novembra leta 1955 pod imenom Porodnišnica Kranj. Takrat je bila namenjena porodicam s področja takratnih občin Kranj, Škofja Loka in Tržič. Z dobrim strokovnim delom in dobrimi medčloveškimi odnosi, si je ustanova pridobila zaupanje porodnic in bolnic ter je kmalu postala pretesna za potrebe gorenjskih žensk. V letu 1959 se je preimenovala v Bolnišnico za ginekologijo in porodništvo Kranj, pričela so se dela tudi na novogradnji na novi lokaciji. Nova stavba je zaživela 7. novembra leta 1964.

Bolnišnica si je zelo hitro pridobila sloves dobre, strokovne in prijazne bolnišnice. Postala je znana po porodih v hipnozi, po zunanjih obratih pri nosečnicah z medenično vstavo ploda, predvsem pa po naporih za uveljavitev dojenja. Vrh rojstev je dosegla leta 1979, ko se je v njej pri 2901 porodih rodilo 2937 otrok.

Bolnišnica je bila med prvimi, ki so uvedli amnioskopijo, pH – metrijo, kardiokotografijo in laparoskopijo v svoje rutinsko delo. Porodništvo sta od vsega začetka vodili načeli in sicer čim bolj slediti novim spoznanjem v porodništvu in individualna obravnava pacientk. Grafični prikaz poroda (partogram) so začeli prikazovati v letu 1957, oceno po Apgarjevi pa leta 1961. V leta 1972 so začeli zmanjševati porodno bolečino poleg spazmoanalgetikov in dušikovega oksidula, tudi s hipnozo. Od leta 1976 je bil partner lahko prisoten pri porodu, Sobivanje mame in novorojenčka pa je bilo delno omogočeno od leta 1980 dalje.

V stari porodnišnici so novorojence negovali v štirinajstih posteljicah. Nekaj ur dnevno jih je pregledoval dispanzerski pediater, ki je opravil tudi potrebno premestitev ogroženih novorojencev. V novi stavbi je bil neonatalni oddelek namenjen samo zdravim novorojencem in je imel 34 postelj. Leta 1970 je začel dežurati specializant pediatrije, ki je s sodelovanjem z neonatalnim oddelkom Otroške klinike v Ljubljani pričel uvajati sodobne metode dela.

Namen ginekologije je bilo zgodnje odkrivanje genitalnega raka. Leta 1959 se je začela rutinsko uporabljati kolposkopija in ciljana biopsija, citologija se je uvedla v dnevno prakso, kar je omogočal citološki laboratorij. Leta 1970 je bila opravljena prva laparoskopija, ki je danes rutinska preiskava pri obravnavi sterilnosti ženske.

Začetki v anesteziologiji so bili zelo skromni, saj je ginekolog sam dal narkozo, Tudi prvi carski rez je bil opravljen v lokalni anesteziji. Splošna anestezija je bila na voljo od leta 1958 dalje. Od leta 1969 je bila organizirana anesteziološka dežurna služba.

Danes je Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj specializirana bolnišnica, ki izvaja dejavnost na primarni in sekundarni ravni zdravstvenega varstva. Bolnišnično zdravstveno varstvo obsega ginekološko in porodniško dejavnost. Ginekološko dejavnost izvajamo na ginekološkem oddelku, dveh operacijskih sobah ter v enoti za intezivno nego. Pred načrtovanim operativnim posegom je pri vsaki ženski opravljen predoperativni posvet in priprava na poseg. Porodniška dejavnost se izvaja na posteljah za patološko nosečnost, v porodni sobi, na porodniškem in neonatalnem oddelku. Na neonatalnem oddelku skrbimo za zdrave novorojenčke kot tudi za novorojenčke s težavami.

Zunajbolnišnično zdravstveno varstvo obsega specialistično in dispanzersko dejavnost ter preventivno zdravstveno varstvo. Specialistično zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost obsega urgentno ambulantno, Center za bolezni dojk (CBD), ambulantno za urodinamske preiskave, ultrazvočno, kolposkopsko, histeroskopsko in triažno ambulantno v porodnem bloku. Po odpustu se kontrole novorojenčkov opravljajo v neonatalni ambulanti, kjer se opravljajo tudi ultrazvočne preiskave trebuha, glave in kolkov. Od julija 2024 izvajamo protibolečinsko ambulantno v katero so vključeni vsi anesteziologi.

Splošna zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost obsega dispanzersko dejavnost na področju zdravstvenega varstva žensk, ki se opravljajo v treh ginekoloških ambulantah. Preventivni program preprečevanja oziroma zgodnjega odkrivanja raka materničnega vratu smo nadgradili s selektivnim testiranjem žensk na HPV po smernicah, Pacientke po potrebi usmerimo v specialistično kolposkopsko ambulantno.

Fizioterapevtska dejavnost v bolnišnici je visoko razvita. Omogoča obravnavo žensk v nosečnosti, po porodu in carskem rezu, po ginekoloških operacijah, ambulantno obravnavo urinske inkontinence in tudi novorojenčkov s težavami. Izvaja se tudi magnetoterapija. Fizioterapevtska individualno vsaki otročnici pokaže izvajanje pravihnega rokovanja z novorojenčkom. Omogočamo tudi lasersko zdravljenje ran po epiziotomiji, rupturi mišic medeničnega dna in carskem rezu. Z lasersko obravnavo dosežemo hitrejše celjenje tkiva, preprečimo okužbo in zmanjšamo bolečino v predelu poškodovanega tkiva.

V okviru naše bolnišnice delujejo še lekarna, citološki laboratorij in podporne službe.

Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj ima naslednje oddelke:

- porodni blok
- ginekološki oddelek
- porodniški in neonatalni oddelek
- citopatološki laboratorij

V porodnem bloku je od leta 2019 pet sodobno opremljenih apartmajev s kopalnico in tušem. Vse porodne sobe imajo CTG aparat, ki je pod stalnim nadzorom oseba. Omogočamo vse položaje rojevanja, lahko tudi na pručki, žogi ali porodnem stolu. Omogočamo aromoterapijo in porod pod hipnozo. Skrb za varnost in zdravje nosečnice in ploda je naša največja skrb. Pri porodu je lahko en spremljevalec. Na novo smo uvedli spremljanje stanja ploda ob porodu, tako da pri vsakem porodu iz popkavnice vzamemo vzorec arterijske in venske krvi za določitev pH. Nosečnicam omogočamo pogovor z babico in ogled porodne sobe. Za lajšanje bolečin ponujamo farmakološke metode (epiduralno analgezijo, Ultivo, Remi-PCA) in nefarmakološke, kot so gibanje, masaža, aromoterapija, poslušanje glasbe, branje vzpodbudnih misli in predihavanje popadkov. Vsi omenjeni načini so brezplačni. Ponujamo pa tudi pripravo na porod s hipnozo, ki je plačljiva.

Ginekološki oddelek se nahaja v prvem nadstropju bolnišnice. Oddelek ima osem bolniških sob s tremi posteljami, dve sobi intenzivne nege ter dve nadstandardni sobi. Na ginekološki oddelek so sprejete pacientke z ginekološkimi težavami in obolenji ter pacientke naročene na operativne ali diagnostične posege, nosečnice s težavami. Večina operacij je narejenih z manj invazivnimi metodami, histeroskopsko in laparoskopsko.

Porodniški oddelek se nahaja v drugem nadstropju bolnišnice in ima enajst dvoposteljnih sob in dve nadstandardni sobi, ki sta enoposteljni. Omogočamo 24 urno sobivanje mame in novorojenčka, velik poudarek je na dojenju. Na oddelek so sprejete pacientke po vaginalnih porodih, po carskem rezu od prvega dne dalje in nosečnice. V sklopu oddelka je tudi enota intenzivne nege novorojencev, kjer se zagotavlja monitoring vitalnih funkcij, intravenozna terapija antibiotikov, obsevanje z UV svetlobo zaradi poporodne zlatenice, neinvazivna podpora dihanju za novorojenčke od 34. tedna gestacije naprej.

Bolnišnica je kljub majhnosti dostopna, pacienti so obravnavani individualno in so zelo zadovoljni z zdravstveno obravnavo, ki je kakovostna in celostna. Uporabljamo

elektronski temperaturni list, zaposlenim nudimo možnost toplega obroka v naši jedilnici in se trudimo za zadovoljstvo uporabnikov naših storitev ter tudi zaposlenih.

Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj želi postati najsodobnejša, visoko strokovna, dinamična, varna in prijazna zdravstvena organizacija. Naš skupni cilj je tako zadovoljstvo pacientk, ki jo bomo izvajali z individualno, kakovostno zdravstveno in negovalno oskrbo naših pacientk, kakor tudi zaposlenim v bolnišnici. Zaposlenim zagotavljamo stalno izobraževanje za poklicni in osebni razvoj. Naše delovanje je usmerjeno v varno in kakovostno obravnavo vseh pacientk.

Trudimo se, da smo za pacientk dostopni ves čas, da se pri nas počutijo varne in zaželenene. Prav tako spodbujamo dobre medosebne odnose in sodelovanje med zaposlenimi, izvajamo aktivnosti za promocijo zdravja na delovnem mestu ter se trudimo za pripadnost zaposlenih Bolnišnici za ginekologijo in porodništvo Kranj.

Ključne besede: ginekologija, porodništvo, novorojenček, pacient, kakovostna obravnava, zaposleni

Keywords: gynecology, obstetrics, newborn, patient, quality care, employee

Viri:

Interni zbornik Bolnišnice za ginekologijo in porodništvo Kranj: Naših 30 let

Spletni viri: <https://www.bolnisenica-kranj.si/>

UGOVOR VESTI V BABIŠTVU: ETIČNI IZZIVI IN PRAVNE SMERNICE V KLINIČNI PRAKSI

Conscientious objection in midwifery: ethical challenges and legal guidelines for clinical practice

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

Andreja Žertuš, dipl. bab.

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za babištvo

Splošna bolnišnica Brežice, Ginekološko – porodni oddelek

tita.zidaric@zf.uni-lj.si; andreja.zertus@sb-brezice.si

Izveček: Ugovor vesti bobicam omogoča, da zaradi osebnih ali verskih prepričanj zavrnejo izvajanje določenih postopkov, kot so sodelovanje pri umetni prekinitvi nosečnosti, sodelovanje pri vstavitvi določene kontracepcije in sodelovanje pri oploditvi z biomedicinsko pomočjo. Kljub zakonskemu priznanju ta pravica odpira etične in pravne dileme, zlasti glede zagotavljanja neprekinjene zdravstvene obravnave žensk. V Sloveniji je ugovor vesti kot možnost naveden tudi v Kodeksu etike za babice. Babica, ki uveljavlja ugovor vesti, mora o tem obvestiti Zbornico – Zvezo, ki to zabeleži v register izvajalcev. Postavlja se vprašanje, kako uravnotežiti pravico bobic do ugovora vesti z dolžnostjo zagotavljanja zdravstvene obravnave.

Ključne besede: ugovor vesti, babištvo, etika

Abstract: Conscientious objection allows midwives to decline participation in certain procedures based on personal or religious beliefs. These may include involvement in the artificial termination of pregnancy, the insertion of specific contraceptives, or participation in assisted reproduction. While this right is legally recognized, it raises important ethical and legal dilemmas—particularly concerning the obligation to ensure uninterrupted and comprehensive care for women. In Slovenia, the right to conscientious objection is also acknowledged in the *Code of Ethics for Midwives*. A midwife who invokes this right must notify the Nurses and Midwives Association of Slovenia, which records the objection in the official register of health practitioners. This raises a critical question: how can the right of midwives to conscientious objection be balanced with their professional duty to provide accessible and continuous healthcare?

Key words: conscientious objection, midwifery, ethics

UVOD

Ugovor vesti v babištvu je kompleksna tema. Prepleta se z etičnim vprašanjem o poklicni dolžnosti bobic (Ramsayer & Fleming, 2020), omejitvami, ki jih nalagajo pravni okviri (Nawrot, 2022), praktičnimi posledicami, ki jih ugovor vesti posamezne

babice prinaša na organizacijo dela v timu in pravicami, ki jih imamo ženske (Fleming et al., 2020). V babištvu se ugovor vesti uveljavlja predvsem v zvezi s sodelovanjem pri postopkih splava, sodelovanjem pri vstavitvi določene kontracepcije in sodelovanjem pri oploditvi z biomedicinsko pomočjo in predstavlja etično področje, kjer se prepričanja babic križajo z njenimi poklicnimi nalogami. Pravne smernice v zvezi z ugovorom vesti v babištvu so ključnega pomena pri vzpostavljanju ravnovesja med pravicami babic, da delujejo v skladu s svojimi moralnimi ali verskimi prepričanji in pravicami žensk, da prejmejo ustrezno zdravstveno obravnavo.

DISKUSIJA

Poklicno področje **babic** zajema širok spekter dejavnosti, ki so povezane z **nosečnostjo, porodom, poporodnim obdobjem** oziroma **zdravjem žensk** skozi celotno življenjsko obdobje. Po definiciji Mednarodne zveze babic je babica oseba, ki je prepoznana kot odgovorna in odgovorna strokovnjakinja, ki deluje v partnerstvu z ženskami, da bi jim nudila potrebno podporo, babiško obravnavo in svetovanje med nosečnostjo, porodom in poporodnem obdobju, zagotavlja pa tudi babiško obravnavo novorojenčka in dojenčka, pri čemer se zaveda lastne odgovornosti. Babiška obravnava vključuje preventivne ukrepe, spodbujanje fiziološkega poroda, prepoznavanje zapletov pri materi in otroku, dostop do zdravstvene obravnave ali druge ustrezne pomoči ter izvajanje nujnih ukrepov (ICM, 2024). V okviru svojega delovanja pa ima babica pravico do ugovor vesti (Kodeks etike za babice Slovenije, 2011).

Ugovor vesti je ustavna pravica, ki je dopustna v primerih, ki jih določi zakon, če se s tem ne omejujejo pravice in svoboščine drugih oseb (Ustave Republike Slovenije, 1991). Zdravstveni delavec lahko odkloni zdravstveni poseg, če sodi, da ni v skladu z njegovo vestjo in z mednarodnimi pravili medicinske etike. O svojem ugovoru vesti obvesti zdravstveni zavod. Zdravstveni zavod mora to upoštevati, vendar bolnikom zagotoviti možnost za nemoteno uveljavljanje pravic s področja zdravstvenega varstva. Zdravstveni delavec ne sme odkloniti nujne medicinske pomoči (Zakon o zdravstveni dejavnosti, 1992).

2.1. Postopek uveljavljanja ugovora vesti

Kot je zapisano v Zakonu o zdravstveni dejavnosti (1992) lahko zdravstveni delavec samostojno opravlja vsako delo, za katero ima ustrezno izobrazbo, je zanj usposobljen in ima na voljo ustrezno opremo. Za svoje delo prevzema etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost. Za samostojno opravljanje dela mora biti diplomirana babica torej vpisana v register in imeti veljavno licenco. V registru se za vsakega posameznika vodijo naslednji podatki:

- osebno ime,
- datum in kraj rojstva,
- stalno oziromačasno prebivališče,

- državljanstvo,
- podatki o diplomi, strokovnem izpitu, specializaciji in pridobljenih dodatnih znanjih,
- datum in področje pridobljenih znanstvenih in pedagoških nazivov,
- članstvo v domačih in tujih strokovnih združenjih,
- **izjava o uveljavljanju pravice do ugovora vesti,**
- drugi podatki, ki so potrebni za opravljanje nalog in javnih pooblastil.

Torej babica, ki uveljavlja ugovor vesti, mora o tem obvestiti Zbornico – Zvezo, ki na podlagi 87. c člena Zakona o zdravstveni dejavnosti v skladu (1992) in Pravilnika o registru in licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstven ali babiške nege (2020) vodi register izvajalcev v dejavnosti zdravstvene ali babiške nege in izdajanje, podaljševanje in odvzemanje licenc izvajalcem zdravstvene in babiške nege.

V primeru zdravniške stroke informacijski pooblaščenec navaja, da zdravnik po zakonu ni dolžan vnaprej obveščati delodajalca o ugovoru vesti za potrebe vodenja seznama, je še toliko manj dolžan dokazovati vpis ugovora v register zdravnikov, ter da če se delodajalec odloči, da bo delal seznam, ne zbira izjav o tem, da so zdravniki vpisali ugovor vesti v registru zdravnikov, temveč - neodvisno od podatkov v registru - zbira vnaprejšnje prostovoljne in neobvezujoče izjave o tem, ali nameravajo kadarkoli uveljavljati ugovor vesti za določeno vrsto posega. Kot razlog navaja, da dokazilo ni nujno potrebno, saj lahko zdravnik pri delodajalcu uveljavlja ugovor vesti v konkretnem primeru zdravstvene obravnave ne glede na to, ali je ta ugovor vpisan v registru zdravnikov. Prav tako navaja, da lahko zdravnik v primeru konkretnega zdravstvenega posega, kljub vpisanemu ugovoru vesti v register zdravnikov in celo kljub vpisu v seznam pri delodajalcu, odloči, da tega ne bo uveljavljal (Brulc, 2023).

Čeprav zakonodaja tega ne narekuje, je smiselno, da babica, ki želi uveljaviti ugovor vesti, o tem obvesti svojega delodajalca in s tem omogoči nemoteno organizacijo dela. V skladu z 2. poglavjem - Babica in babiška praksa in IV. načelom Kodeksa etike za babice, ki govori o tem, da je babica v okviru svojih kompetenc in aktivnosti samostojna, hkrati pa tudi dolžna izvajati strokovno, kakovostno in varno babiško obravnavo, utemeljeno na raziskavah, ter je etično, strokovno, kazensko in odškodninsko odgovorna, lahko babica uveljavi ugovor vesti. V pojasnilu je navedeno, da mora o ugovoru vesti babica predhodno obvestiti svojega delodajalca, ki mora to upoštevati, vendar uporabnicam zagotoviti možnost za nemoteno uveljavljanje pravic s področja zdravstvenega varstva. Babica mora o ugovoru vesti obvestiti tudi Zbornico – Zvezo, ki njeno odločitev zabeleži v register izvajalcev v dejavnosti zdravstvene in babiške nege. Ob vsem tem mora babica, ki uveljavlja ugovor vesti glede konkretnega posega, o tem najprej pravočasno obvestiti žensko in jo napotiti k drugi babici (Kodeks etike za babice Slovenija, 2025).

Več sistematičnih pregledov literature in empiričnih študij poudarja, da obstajajo različni razlogi, zaradi katerih lahko babice uveljavljajo ugovor vesti. Fleming et al. (2018) so opravili sistematični pregled literature, v katerem so razkrili široko paleto motivov, ki se običajno opirajo na moralne, etične in verske razloge. To kaže, da se babice spopadajo z nasprotujočimi si etičnimi imperativi - ohranjati osebna prepričanja in hkrati izpolnjevati poklicne dolžnosti v zvezi z babiško obravnavo žensk, otrok in družin.

Poleg tega posledice ugovora vesti presegajo moralo posameznika in vplivajo na širši zdravstveni sistem. Študije so pokazale, da je ugovor vesti sicer mogoče obravnavati kot uveljavljanje moralne integritete, vendar lahko privede do škodljivih posledic, vključno z večjo obolevnostjo in umrljivostjo mater, povezano z omejenim dostopom do storitev (Harris et al., 2016). Posledična stiska babic, ki želijo zagotavljati celostno obravnavo, vendar se hkrati čutijo omejene zaradi osebnih ali institucionalnih prepričanj, je še en kritičen vidik tega diskurza. Zolala et al. (2018) osvetljujejo naravo in vpliv moralne stiske, ki jo doživljajo babice in navajajo, da zavedanje etičnih praks brez zmožnosti njihovega upoštevanja vodi do pomembnih psiholoških posledic, kar vpliva na kakovost njihovega dela.

ZAKLJUČEK

Ugovor vesti v babištvu predstavlja občutljivo ravnovesje med pravico babic do spoštovanja njihovih osebnih in moralnih prepričanj ter pravico žensk do dostopne in varne zdravstvene obravnave. Pomembno je, da se možnost ugovora vesti ne zlorablja in da ne postane ovira za uresničevanje pacientovih pravic. Zato je ključno, da obstajajo jasne smernice ravnanja ob uveljavljanju ugovora vesti, ustrezna organizacija dela in spoštljiv dialog med zdravstvenimi delavci in delodajalci. Le na ta način lahko zagotovimo strokovno, etično in empatično babiško obravnavo, ki upošteva tako osebno integriteto babic kot potrebe žensk.

Literatura

Brulc, U. (2023). Posredovanje dokazila o vpisanem ugovoru vesti v register zdravnikov dravnikovemu delodajalcu. Pravne podlage, Delovna razmerja, Zbirke osebnih podatkov. <https://www.ip-rs.si/mnenja-zvop-2/posredovanje-dokazila-o-vpisanem-ugovoru-vesti-v-register-zdravnikov-zdravnikovemu-delodajalcu-1698051411>

Fleming, V., Boulton, M., & O'Dowd, A. (2018). Conscientious objection to participation in abortion by midwives and nurses: a systematic review of reasons. *BMC Medical Ethics*, 19(1), 4. doi:10.1186/s12910-018-0268-3

Fleming, V., Maxwell, C., & Ramsayer, B. (2020). Accommodating conscientious objection in the midwifery workforce: a ratio-data analysis of midwives, birth and late abortions in 18 european countries in 2016. *Human Resources for Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00482-y>

Harris, L. H., Grossman, D., & Paltrow, L. M. (2016). Development of a conceptual model and survey instrument to measure conscientious objection to abortion provision. *PLoS ONE*, 11(1), e0164368. doi:10.1371/journal.pone.0164368

International Confederation of Midwives (2024). International Definition and Scope of Practice of Midwife. Dostopno na: https://www.internationalmidwives.org/wp-content/uploads/EN_Definition-Scope-of-the-Practice-of-Midwife_Approved-1.pdf

Kodeks etike za babice Slovenije (2025). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Nawrot, O. (2022). Glosa do postanowień europejskiego trybunału praw człowieka w sprawach *grimmark vs. szwecja* oraz *steen vs. szwecja* z dnia 11 lutego 2020 r. – sprzeciw sumienia położnych. *Przeгляд Sejmowy*, 1(168), 199-216. <https://doi.org/10.31268/ps.2022.92>

Pravilnik o registru in licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene ali babiške nege. (2020). Uradni list RS, št. 152/20 in 195/21. <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=PRAV14015>

Ramsayer, B., & Fleming, V. (2020). Conscience and conscientious objection: the midwife's role in abortion services. *Nursing Ethics*, 27(8), 1645-1654. <https://doi.org/10.1177/0969733020928416>

Ustava Republike Slovenije (URS). (1991). Uradni list RS, št. 33/91-I, 42/97 – UZS68, 66/00 – UZ80, 24/03 – UZ3a, 47, 68, 69/04 – UZ14, 69/04 – UZ43, 69/04 – UZ50, 68/06 – UZ121,140,143, 47/13 – UZ148, 47/13 – UZ90,97,99, 75/16 – UZ70a in 92/21 – UZ62a. <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=USTA1>

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). (2008). Uradni list RS, št. 15/08, 55/17, 177/20 in 100/22 – ZNUZSZS. <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO4281>

Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej). (1992). Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 – ZZUOOP, 203/20 – ZIUPOPVDVE, 112/21 – ZNUPZ, 196/21 – ZDOsk, 100/22 – ZNUZSZS, 132/22 – odl. US, 141/22 – ZNUNBZ, 14/23 – odl. US, 84/23 – ZDOsk-1 in 102/24 – ZZKZ. <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO214>

Zolala, F., Heydari, A., & Ahmadi, F. (2018). Severity and frequency of moral distress among midwives working in birth centers. *Nursing Ethics*, 25(3), 346-358. doi:10.1177/0969733018796680

MATERNITY CARE IN AUSTRALIA

Zdravstveno varstvo žensk v Avstraliji

Prof. Dr Sara Bayes PhD RN RM FACM

Edith Cowan University, Perth, Australia

s.bayes@ecu.edu.au

Abstract: Australia records around 300,000 births annually. While urban women typically access at least one maternity care option, rural and remote populations face significant barriers, often requiring relocation in late pregnancy. Midwifery is a graduate-level profession, yet over half of Australian midwives are aged 55 or older, raising concerns about workforce sustainability. Although Continuity of Midwifery Care yields optimal maternal and neonatal outcomes, only 15 % of women access such models. Fragmented care is associated with poorer experiences and outcomes, while models like Midwifery Group Practice and Privately Practising Midwifery show overwhelmingly positive results. Many midwives prefer Continuity of Midwifery Care models but lack opportunities, prompting professional dissatisfaction and attrition.

Key words: midwifery, model of care, Australia

Izvleček: Avstralija letno zabeleži približno 300.000 rojstev. Medtem ko imajo ženske iz urbanega okolja običajno dostop do vsaj ene možnosti zdravstvenega varstva, se podeželsko in oddaljeno prebivalstvo sooča s precejšnjimi ovirami, zaradi katerih se mora v pozni nosečnosti pogosto preseliti. Poklic babice zahteva visokošolsko izobrazbo, vendar je več kot polovica avstralskih babic starih 55 let ali več, kar vzbuja skrb glede vzdržnosti delovne sile. Čeprav kontinuirana babiška obravnava zagotavlja optimalne rezultate za matere in novorojenčke, ima do takšnega modela dostop le 15 % žensk. Razdrobljena obravnava je povezana s slabšimi izkušnjami in izidi, medtem ko modeli, kot sta skupinska babiška praksa in zasebna babiška praksa, kažejo pretežno pozitivne rezultate. Številne babice imajo raje modele kontinuirane babiške obravnave, vendar za to nimajo možnosti, kar povzroča poklicno nezadovoljstvo in zapuščanje poklica.

Ključne besede: babištvo, model obravnave, Avstralija

INTRODUCTION

Australia has a population of almost 28 million people, and approximately 300,000 babies are born there each year. The country is largely semi-arid or desert and uninhabitable, and so most Australians (89 %) live in metropolitan areas, and women

in these locales have easy access to at least one maternity care option. For women living in rural and remote areas, however, there is little to no care available, and relocation to a major centre in the third trimester to await their baby's birth is common.

DISCUSSION

Midwifery is a graduate profession in Australia; new entrants to the profession complete either a Bachelor degree (3 years) or a postgraduate qualification, usually after nursing or paramedicine, although there are one or two courses for graduates of any discipline. Some older midwives who did not go to university remain in the Australian workforce, but these are mostly nearing retirement age now, and in fact over 50 % of Australian midwives are aged 55 years or older. At the last count (December 2024), there were 8,239 non-nurse midwives practising in Australia, and another 24,824 with dual nurse/midwife registration. Most dual registrants do practise in midwifery, and 1,423 midwives were 'enorsed' (which means they can order diagnostic tests, prescribe medicines, and work as a private practitioner).

According to the Australian Government's Institute of Health and Welfare, there are over 1100 ways in which maternity care is provided across the country. Essentially, these all fall into 11 categories (combined/shared care; general practitioner obstetrician care; midwifery group; practice caseload care; private midwifery care; private obstetrician specialist care; private obstetrician and privately practicing midwife joint care; public hospital high risk maternity care; public hospital maternity care; remote area maternity care; shared care; team midwifery care). Not all options are available for every woman, regardless of where they live: over one-third (36 %) of maternity services have only one model of care and 13 % have 2 models of care. Just under one-quarter of services (23 %) have between 3 and 5 models and 28 % have 6 or more. The median number of models across all maternity services is 2. Public maternity services tend to have more models of care than private services, with a median of 4 models per service, compared with 1 in private services.

It is now well recognised that Continuity of Midwifery Care/Carer provides best outcomes for women and babies, but Australia has been very slow to implement this option for several reasons. As a result, it is estimated that only around 15 % of women have access to this model of care, either through hospitals or in a private arrangement with independent practitioners. This is an issue of concern, because in models of fragmented care, including standard public hospital care (SC), high-risk care (HRC), and GP Shared care (GPS), women have reported feelings of frustration in being unknown and unheard by their health care providers (HCP), exhaustion in having to repeat personal history and difficulty in navigating conflicting medical advice. In contrast, women in continuity of care (CoC) models, including Midwifery Group Practice (MGP), Privately Practising Midwifery (PPM), and Private Obstetric (POB), have reported positive experiences of healing past birth trauma and care extending for multiple births. Compared across models of care in private and public settings, HRC is associated with the lowest percentage of strengths (11.94 %)

and the highest percentage of limitations (88.06 %) while PPM care engenders the highest percentage of strengths (95.93%) and the lowest percentage of limitations (4.07%).

CONCLUSION

The lack of continuity of midwifery options in Australia is concerning for another reason, and that is because most Australian midwives would ideally like to work in a continuity arrangement, and many are leaving the profession because they are unable to do so and are professionally dissatisfied as a result. Using Implementation Science, which involves strategies to help the movement of midwifery research evidence into midwifery practice, might be valuable for increasing the uptake of Continuity of Care in Australia.

1. UVOD

Avstralija ima skoraj 28 milijonov prebivalcev, vsako leto pa se v njej rodi približno 300.000 otrok. Država je večinoma polsuha ali puščavska in neposeljena, zato večina Avstralcev (89 %) živi v velemestih, ženske v teh krajih pa imajo preprost dostop do vsaj ene možnosti porodniške oskrbe. Za ženske, ki živijo na podeželskih in oddaljenih območjih, pa je oskrba na voljo le malo ali nič, zato se v tretjem trimesečju pogosto preselijo v večje središče, da bi dočakale otrokovo rojstvo.

2. RAZPRAVA

Babištvo je v Avstraliji diplomirani poklic; novinci, ki vstopajo v ta poklic, končajo dodiplomski študij (3 leta) ali podiplomski študij, običajno po zdravstveni negi ali paramedicini, čeprav obstaja en ali dva tečaja za diplomante katere koli stroke. Nekatero starejše babice, ki niso študirale na univerzi, so še vedno zaposlene v Avstraliji, vendar so te večinoma že blizu upokojitvene starosti; več kot 50 % avstralskih babic je namreč starih 55 let ali več. Ob zadnjem štetju (decembra 2024) je v Avstraliji delalo 8 239 babic, ki niso medicinske sestre, in še 24 824 babic z dvojno registracijo medicinske sestre/babice. Večina babic z dvojno registracijo opravlja babiško prakso, 1.423 babic pa je imelo „enorsed“ (kar pomeni, da lahko naročajo diagnostične preiskave, predpisujejo zdravila in delajo kot zasebni zdravniki).

Po podatkih Inštituta za zdravje in socialno varstvo avstralske vlade obstaja več kot 1100 načinov zagotavljanja porodniške oskrbe po vsej državi. V bistvu se vsi ti delijo v 11 kategorij (kombinirana/skupna oskrba; oskrba splošnega zdravnika porodničarja; skupna babic; oskrba v praksi; zasebna babiška oskrba; zasebna specialistična oskrba porodničarja; skupna oskrba zasebnega porodničarja in zasebno prakticirajoče babice; javna porodniška oskrba v bolnišnicah z visokim tveganjem; javna porodniška oskrba v bolnišnicah; porodniška oskrba na oddaljenih območjih; skupna

oskrba; timska babiška oskrba). Vse možnosti niso na voljo vsem ženskam, ne glede na to, kje živijo: več kot tretjina (36 %) porodnišnic ima samo en model oskrbe, 13 % pa dva modela oskrbe. Malo manj kot četrtina služb (23 %) ima od 3 do 5 modelov, 28 % pa 6 ali več. Srednje število modelov v vseh porodnišnicah je 2. Javne porodnišnice imajo običajno več modelov oskrbe kot zasebne, saj je srednja vrednost 4 modelov na porodnišnico v primerjavi z 1 modelom v zasebnih porodnišnicah.

Danes je že splošno znano, da kontinuiteta babiške nege zagotavlja najboljše rezultate za ženske in dojenčke, vendar je Avstralija zaradi več razlogov to možnost uvažala zelo počasi. Zato se ocenjuje, da ima dostop do tega modela oskrbe le približno 15 % žensk, in sicer v bolnišnicah ali v okviru zasebnega dogovora z neodvisnimi zdravniki. To je zaskrbljujoče vprašanje, saj so ženske pri modelih razdrobljene oskrbe, vključno s standardno javno bolnišnično oskrbo (SC), oskrbo z visokim tveganjem (HRC) in skupno oskrbo z osebnim zdravnikom (GPS), poročale o občutkih frustracije, ker jih njihovi izvajalci zdravstvenega varstva ne poznajo in ne slišijo, o izčrpanosti, ker morajo ponavljati osebno anamnezo, in o težavah pri usmerjanju v nasprotujoče si zdravniške nasvete. Nasprotno pa so ženske v modelih neprekinjene oskrbe (CoC), vključno z babiško skupinsko prakso (MGP), zasebno babiško prakso (PPM) in zasebnim porodništvom (POB), poročale o pozitivnih izkušnjah pri zdravljenju preteklih porodnih travm in razširitvi oskrbe pri več porodih. Če primerjamo različne modele oskrbe v zasebnem in javnem okolju, je HRC povezan z najnižjim odstotkom prednosti (11,94 %) in najvišjim odstotkom omejitev (88,06 %), medtem ko oskrba PPM povzroča najvišji odstotek prednosti (95,93 %) in najnižji odstotek omejitev (4,07 %).

3. ZAKLJUČEK

Pomanjkanje možnosti za kontinuirano babiško nego v Avstraliji je zaskrbljujoče še iz enega razloga, in sicer zato, ker bi si večina avstralskih babic v idealnih razmerah želela delati v kontinuirani ureditvi, številne pa zapuščajo poklic, ker tega ne morejo in so zaradi tega poklicno nezadovoljne. Uporaba implementacijske znanosti, ki vključuje strategije za pomoč pri prenosu dokazov babiških raziskav v babiško prakso, bi bila lahko dragocena za večjo uveljavitev kontinuirane oskrbe v Avstraliji.

UPOŠTEVANJE SMERNIC SVETOVNE ZDRAVSTVENE ORGANIZACIJE IZ 2018 PRI PORODU V 14-IH SLOVENSКИH PORODNIŠNICAH

Aja Koblar Tutič, izr. prof. dr. Ana Polona Mivšek, viš. pred. dr. Anita Jug Došler
Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta
aja.t.koblar@gmail.com

UVOD

Posodobljene smernice Svetovne zdravstvene organizacije (ang. World Health Organization – WHO) združujejo nova in že prej obstoječa priporočila WHO, ki uporabljena v paketu zagotavljajo z dokazi podprto in kakovostno obravnavo porodnic, ter vključujejo zadovoljstvo uporabnic kot enega izmed pomembnih vidikov kakovosti obravnave (WHO, 2018).

Priporočila (WHO, 2018) so predstavljena glede na čas zdravstvene obravnave ženske; naš fokus so zlasti priporočila za obravnavo v 1., 2. in obravnavo v 3. porodni dobi. Termin »zdrava nosečnica« v smernicah WHO (2018) (in torej tudi v naši raziskavi) opredeljuje nosečnice brez pridruženih bolezni in brez potrjenih dejavnikov tveganja zase ali za plod. Smernice ne veljajo za porodnice, pri katerih pride do zapletov med porodom, in nosečnice s tvegano nosečnostjo, ki potrebujejo specializirano porodno obravnavo.

Namen raziskave je bil ugotoviti skladnost obporodne babiške prakse v vseh slovenskih porodnišnicah glede na aktualne usmeritve WHO (2018), in sicer v 1, 2. in 3. porodni dobi. V ta namen smo oblikovali 3 raziskovalna vprašanja (RV):

RV1: Ali slovenske porodnišnice sledijo priporočilom WHO (2018) za vodenje 1. porodne dobe pri izbranih spremenljivkah: klinična pelvimetrija, ocena plodovega stanja ob sprejemu v porodni blok, odstranjevanje sramnih dlak, uvajanje čistilne klizme, pogostost vaginalnih pregledov, ocena plodovega stanja med porodom, uporaba epiduralne analgezije, uporaba parenteralnih opioidov, uporaba relaksacijskih tehnik za lajšanje porodne bolečine, uporaba manualnih tehnik za lajšanje porodne bolečine, hrana in pijača med porodom, porodni položaji in gibanje v 1. porodni dobi ter zastoj poroda v 1. porodni dobi?

RV2: Ali slovenske porodnišnice sledijo priporočilom WHO (2018) za vodenje 2. porodne dobe pri izbranih spremenljivkah: porodni položaji, porodni položaji pri epiduralni analgeziji, spontan trebušni pritisk, spontan trebušni pritisk pri epiduralni analgeziji, preprečevanje porodnih poškodb in izvajanje epiziotomije ter pritiska na fundus?

RV3: Ali slovenske porodničnice sledijo priporočilom WHO (2018) za vodenje 3. porodne dobe pri izbranih spremenljivkah: aplikacija uterotonika za prepečevanje poporodnih krvavitev, priporočila o klemanju popkovnice, kontroliranem vleku za popkovicno ter priporočila o masaži maternice?

V delu smo uporabili deskriptivno metodo dela, na osnovi katere smo izvedli empirično raziskavo. Uporabljena tehnika zbiranja podatkov je bil delno strukturirani intervju, katerega vprašanja so temeljila na pregledu raziskav o priporočenih načelih WHO smernic (2018). Iskanje literature (po modelu Prizma) in oblikovanje vprašanj za intervju je potekalo od januarja do junija 2024. Oceno kakovosti izbranih znanstvenih člankov smo določili s pomočjo hierarhije dokazov, povzeto po avtorjih Polit in Beck (2021).

Empirični del je bil zasnovan na delno strukturiranem intervjuju, ki je bil izveden v 14 slovenskih porodničnicah. Namenski vzorec je predstavljal 14 diplomiranih babic, zaposlenih v vseh 14-ih slovenskih porodničnicah, ki so na vprašanja intervjuja odgovarjale glede na uveljavljeno prakso inštitucije. Udeležba v raziskavi ni prinašala posebnih tveganj ali koristi za udeležence, njihove identitete pa zaradi izključitve osebnih podatkov iz intervjuja ni mogoče razkriti. Specifični podatki za posamezno porodničnico zaradi Splošne uredbe o varstvu podatkov niso bili specifično prikazani. Intervjuji so bili izvedeni preko platforme Zoom ter bili s privolitvijo udeležencev posneti. Kasneje se je izvedla transkripcija intervjujev, ki je bila analizirana na podlagi tematske in vsebinske analize s kategorizacijo.

REZULTATI

Na podlagi rezultatov intervjuja, vezanih na RV1, lahko zaključimo, da je obporodna praksa slovenskih porodničnic **skladna** s priporočili WHO (2018) za vodenje 1. porodne dobe pri 5 od skupno 13 spremenljivk, ki smo jih spremljali: uporaba epiduralne analgezije, uporaba parenteralnih opioidov, uporaba relaksacijskih tehnik za lajšanje porodne bolečine in uporaba manualnih tehnik za lajšanje porodne bolečine, kjer vse porodničnice ($f = 14$) porodnicam omogočajo dostop do tehnik, ki si jih te želijo. Povsem skladno prakso smo ugotovili tudi pri spremenljivkah: pijača med porodom (kjer so vse porodničnice ($f = 14$) odgovorile, da je uživanje tekočin pri porodu dovoljeno pri vseh porodnicah, kjer porod poteka fiziološko) ter rodni položaji in gibanje v 1. rodni dobi (kjer so vse porodničnice ($f = 14$) odgovorile, da gibanje in pokončne rodne položaje spodbujajo pri vseh porodnicah).

Ugotovili smo, da je obporodna praksa slovenskih porodničnic **delno skladna** s priporočili WHO (2018) za vodenje 1. porodne dobe pri 3 od skupno 13 spremenljivkah, ki smo jih spremljali: klinična pelvimetrija, odstranjevanje sramnih dlak (kjer 10 porodničnic sramnih dlak ne odstranjuje, 4 porodničnice pa sramne dlake odstranjujejo le pri nekaterih porodnicah) in hrana med porodom (kjer 8 porodničnic dovoli uživanje hrane vsem porodnicam, 1 porodničnica uživanje hrane dovoli, vendar

ne vsem porodnicam, 3 porodnišnice uživanja hrane ne dovolijo, 2 pa uživanje hrane odsvetujeta, vendar ne prepovedujeta).

Obporodna praksa slovenskih porodnišnic **ni skladna** s priporočili WHO (2018) za vodenje 1. porodne dobe pri 5 od skupno 13 spremenljivkah, ki smo jih spremljali: ocena plodovega stanja ob sprejemu v porodni blok (kjer vse porodnišnice ($f = 14$), ob sprejemu rutinsko posnamejo CTG), uvajanje čistilne klizme (kjer 4 porodnišnice čistilne klizme ne uvajajo, 10 porodnišnic pa poseg izvaja, vendar ne pri vseh porodnicah), pogostost vaginalnih pregledov (kjer 7 porodnišnic vaginalne preglede v aktivni fazi 1. porodne dobe izvaja na manj kot 2 uri, 3 porodnišnice na 2 uri, 4 porodnišnice pa pogostost vaginalnih pregledov prilagajajo napredovanju poroda), ocena plodovega stanja med porodom.

Na podlagi rezultatov intervjuja, vezanih na RV2, lahko zaključimo, da je obporodna praksa slovenskih porodnišnic **skladna** s priporočili WHO (2018) za vodenje 2. porodne dobe pri 1 od skupno 7 spremenljivk, ki smo jih spremljali: preprečevanje porodnih poškodb, kjer vse porodnišnice ($f = 14$) presredek med iztisom varujejo s tehniko varovanja presredka, t.i. "hands on" (ang.).

Ugotovili smo, da je obporodna praksa slovenskih porodnišnic **delno skladna** s priporočili WHO (2018) za vodenje 2. porodne dobe pri 6 od skupno 7 spremenljivk, ki smo jih spremljali: porodni položaji v 2. porodni dobi, uporaba različnih porodnih položajev v 2. porodni dobi v primeru uporabe epiduralne analgezije, spontan trebušni pritisk, spontan trebušni pritisk pri epiduralni analgeziji, izvajanje epiziotomije (kjer je največ ($f = 13$) porodnišnic odgovorilo, da epiziotomijo izvajajo v primeru fetalnega distresa, nekaj manj ($f = 10$) v primeru izhodne porodniške operacije in ($f = 8$) v primeru nerigidnega presredka, nekatere porodnišnice pa so navedle še razloge, kot so v nastajajoča ruptura ($f = 3$), krvavitev ($f = 2$), nepravilna vstava ($f = 1$) in podaljšan iztis ($f = 1$)) in izvajanje pritiska na fundus (kjer 1 porodnišnica od vseh ($f = 14$), pritiska na fundus ne izvaja).

Pri nobeni izmed preučevanih spremenljivk nismo izsledili, da bi bila praksa slovenskih porodnišnic **neskladna** s priporočili WHO (2018) za vodenje 2. porodne dobe.

Na podlagi rezultatov, vezanih na RV3, lahko sklenemo, da je obporodna praksa slovenskih porodnišnic **skladna** s priporočili WHO (2018) za vodenje 3. porodne dobe pri 1 od skupno 4 spremenljivk, ki smo jih spremljali: priporočilih o klemanju popkovnice, kjer vse porodnišnice ($f = 14$) izvajajo kasno klemanje popkovnice.

Glede na dobljene rezultate lahko zaključimo, da je obporodna praksa slovenskih porodnišnic **delno skladna** s priporočili WHO (2018) za vodenje 3. porodne dobe pri 2 od skupno 4 spremenljivk, ki smo jih spremljali: aplikacija uterotonika za preprečevanje poporodnih krvavitev (kjer 1 porodnišnica ne izvaja rutinske profilaktične aplikacije uterotonika za preprečevanje poporodnih krvavitev v 3. porodni dobi pri vseh porodnicah) in priporočila o kontroliranem vleku za popkovo.

Obporodna praksa slovenskih porodnišnic **ni skladna** s priporočili WHO (2018) za vodenje 3. porodne dobe pri 1 od skupno 4 spremenljivk, vezanih na: priporočila o masaži maternice, kjer 13 porodnišnic masažo maternice v 4. porodni dobi izvaja pri vseh porodnicah, 1 porodnišnica pa masažo maternice izvaja le pri nekaterih porodnicah.

ZAKLJUČEK

Skupno smo v 1., 2. in 3. porodni dobi preučevali 24 spremenljivk. Ugotovili smo, da je bilo skupno gledano 7 spremenljivk od 24 skladnih s smernicami Svetovne zdravstvene organizacije, 11 delno skladnih in 6 neskladnih s smernicami. Iz tega lahko zaključimo, da je obporodna praksa slovenskih porodnišnic v 1., 2. in 3. porodni dobi v najvišjem deležu (45,8 %) delno skladna s smernicami. Nekateri specifični podatki za posamezno porodnišnico, ki jih zaradi Splošne uredbe o varstvu podatkov specifično ne prikazujemo, kažejo, da nekatere porodnišnice smernicam sledijo skoraj v celoti, kar je spodbudno, pri nekaterih porodnišnicah pa je prostora za izboljšavo v praksi še precej.

Zaključek:

Glavna omejitev raziskave je, da rezultati temeljijo na delno strukturiranem intervjuju, ki ga je avtorica izvedla z vodstvenimi babicami vseh slovenskih porodnih blokov, oziroma z njene strani imenovano osebo, pri čemer je intervjuvanka podajala odgovore, ki so odražali uveljavljeno večinsko prakso matične porodnišnice. Tako rezultati morda niso povsem reprezentativni, saj doktrine posameznih porodnišnic niso zapisane, kar lahko privede do subjektivnih interpretacij le-teh. Raziskava tako prikazuje ne le področja možnosti za izboljšavo babiških praks, pač pa osvetljuje tudi primanjkljaj zapisanih nacionalnih standardov in protokolov obporodnih babiških praks. Nadaljnje raziskovanje, v smislu primerjanja izidov porodov glede na različne prakse porodnišnic, bi lahko pripomoglo k ukinitvi nekaterih praks, ki morda niso potrebne oziroma primerne.

Literatura

Polit, B. & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, Wolters Kluwer.

World Health Organization (WHO) (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. WHO <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

BABIŠKA OSKRBA POPKA OD ROJSTVA DO ZACELITVE

Midwifery umbilical cord care from birth to healing

Sabina Oblak, dipl.bab., samostojna babica

sabina@babica.eu

RAZŠIRJENI POVZETEK

Popkovnica je vitalna povezava med plodom in placento, ki se razvije iz primitivne popkovnice do 7. tedna nosečnosti. Sestavljena je iz vene, ki do ploda prinaša oksigenirano kri ter dveh arterij, ki opravljata transport deoksigenirane krvi ter odpadle produkte nazaj do placente. Žile obdaja Whartonova želatina, ki skrbi, da je popkovnica prožna ter ščiti pred prekinitvijo obtoka, v celoti pa jo obdaja plast tanke sluznice.¹

Srb za popkovni krn se prične s prekinitvijo popkovnice. Medicina se že zadnjih 2000 let sprašuje, kdaj je najprimernejši trenutek za prekinitve vitalne povezave med materjo in otrokom. Najstarejša omemba pretisnjenja popkovnice je bila najdena v Stari zavezi 600 pr.n.št. Hipokrat (300 pr.n.št.) in Galen (148 pr.n.št.) sta omenila vlogo popkovnice za zagotavljanje "hrane" dojenčku. Denman (1825) je v svojem besedilu o babiški praksi verjel, da je pomembno, da dojenčki preidejo v "dihanje življenja" s stalno podporo krvnega obtoka skozi posteljico. Maggenis (1899) je izumil kirurško sponko za popek vendar posvaril pred zgodnjim klemanjem. Halbrecht (1939) je predlagal ohranitev placentarne krvi za poznejše transfuzije krvi. Tako pridobljena kri naj bi se uporabljala za zdravljenje malarije, malignomov itd. Veljalo je tudi prepričanje, da bi novorojenček prejel prekomerne količine materine krvi, ki vsebuje protitelesa ter skrb pred izkrvavitvijo novorojenčka v posteljico. Virginia Apgar (1958) je trdila, da nedotaknjena popkovnica kontaminira sterilno polje ter da je odloženo klemanje nespametno ter nenaravno.³

Novejše študije od leta 1996 dalje pa so zopet začele z dokazi o koristih odloženega klemanja popkovnice za novorojenčke ob prehodu v zunajmaternično življenje. Pozno klemanje popkovnice lahko poveča tveganje za policitemijo, ki pa je prehodne narave in izzvani spontano v prvih dneh ter za hiperbilirubinemijo, ki zahteva zdravljenje s fototerapijo, vendar je razlika statistično majhna, koristi kasnega klemanja pa so večje v smislu boljšega hemodinamičnega ravnovesja in preprečevanje anemije pri novorojenčkih.

WHO priporoča klemanje popkovnice po 1 minuti oz. dokler le-ta ne preneha utripati. Kasno klemanje ima koristi za mater:

- zmanjšuje tveganje za poporodno krvavitev
- preprečuje zaostalo posteljico

Koristi za otroka:

- koncept fiziološkega prehoda je vedno bolj podprt
- preprečevanje anemije novorojenčka, zaloga železa je optimalna prvih 6 mesecev starosti
- boljši nevro-motorični razvoj
- boljše hemodinamično ravnovesje
- povečanje krvnega obtoka in s tem prezračevanje pljuč - čas klemanja popkovnice je povezan z vzpostavitvijo dihanja
- zmanjšana potreba po ukrepih oživljanja
- zmanjšuje možnost za nekrozantni enterokolitis in intraventrikularne krvavitve pri nedonošenčkih
- povečanje volumna krvi za 20% po 1. minuti (cca 80 ml) ter za 30 % po 3. minuti
- po rojstvu poteka prehod beta-endorfinov ter prolaktina od placente preko popkovnice do novorojenčka (navezanost, ventilacija pljuč, uravnavanje telesne temperature).⁴

Povzetek nacionalnih smernic za nego popka novorojenčka

Najnovejše raziskave dokazujejo, da je v razvitem svetu najpomembnejše zdrav popk ohranjati suh in čist. Način nege popka je odvisen od stanja popka, splošnega zdravstvenega stanja novorojenčka, okolja (bolnišnično ali izvenbolnišnično), socialno-ekonomskega stanja.

Postopek:

- Umivanje in/ali razkuževanje rok
- Kasna prekinitev popkovnice (ko je popkovnica prazna, ne pride do ostanka krvi v popkovničnem krnu po namestitvi sponke, krn se prej posuši in odpade)
- Smernice NICE za normalen porod odsvetujejo preventivni odvzem krvi za plin-sko analizo popkovnične krvi
- Aplikacija antiseptičnega sredstva (Kalijev permanganat, Ofenosept..)
- Sobivanje matere in novorojenčka, spodbujanje koža na kožo kontakta omogoča naselitev normalne bakterijske flore na krn popkovnice ter prepreči razvoj patogenih mikroorganizmov

- Poppek naj bo čimveč na zraku, izven plenice ter uporabljamo čista, bombažna, ohlapna oblačila
- Nega: v Sloveniji se običajno uporablja fiziološka raztopina - čiščenje enkrat dnevno ter nato dobro osuši. Bakterijska kolonizacija popkovnega krna igra veliko vlogo pri celjenju. Čiščenje z antiseptičnimi sredstvi ne prinaša koristi ter podaljša čas celjenja poleg tega lahko privede do naselitve bolj ogrožujočih patogenih bakterij. Preventivnemu razkuževanju popka se je potrebno izogibati.
- Rizičen ali bolan poppek se neguje večkrat dnevno, uporabi se lahko raztopino klorheksidina ali oktenidina
- Odstranjevanje sponke, ko je krn popkovnice dovolj suh, običajno drugi dan starosti
- Opazovanje popkovnega krna in okolice (spremembe v obnašanju novorojenčka, rdečina, neprijeten vonj, izcedek, izboklina, granulom..), svetovanje staršem^{7,8}
- Popkovni krn odpade v 5-15 dneh po rojstvu.

Uporaba objemke za poppek (angl. Cordring) namesto plastične sponke

Plastična sponka:

- enostavna za uporabo
- nefleksibilna, velika
- pritiska ob dojenčkovo kožo, jo poškoduje
- material: plastika

Objemka za poppek - cordring:

- enostavna za uporabo
- lahka, ne draži novorojenčkove kože
- fleksibilna, močna elastika
- primerna za vse debeline popkovnice
- material: kavčuk ali medicinski silikon
- nudi več udobja novorojenčku
- ni potrebno odstranjevati
- trajnostna, okolju prijazna.

Ključne besede: babica, nega popka, popkovnica, klemanje popkovnice, sponka za poppek, cordring

Keywords: midwife, navel care, umbilical cord, umbilical cord clamping, cord clamp, cordring

Literatura

- (1) Jenna, R. Heil., & Bruno Bordoni. (2023). Embryology, Umbilical Cord; National Library of Medicine <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557490/>
- (2) Kluckow, M., & Stuart, B. Hooper. (2015). Using physiology to guide time to cord clamping; Seminars in Fetal and Neonatal Medicine; Volume 20, Issue 4, August 2015, 225-231 <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1744165X15000384>
- (3) Gebrehiwot, P., Dawson, J., Omlin, OC., Manley, B., Owen, L., & Davis, P. (2017). A History of Umbilical Cord Clamping: How times have changed, 2017; Journal of Paediatrics and Child Health https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jpc.13494_94
- (4) Dinç, T., & Kanbur, A., (2023). The effect of delayed umbilical cord clamping on the infant's beta-endorphin level, mother-infant attachment and breastfeeding; European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology; Volume 285, 187-192 <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0301211523001720>
- (5) WHO guidelines on basic newborn resuscitation. (2012), <https://www.who.int/publications/i/item/9789241503693>
- (6) WHO Guideline: delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes; ISBN 978 92 4 158020 9 https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/148793/9789241508209_eng.pdf
- (7) Thames Valley and Wessex Neonatal ODN Guideline Group, 2018 <https://neonatal-networkssoutheast.nhs.uk/wp-content/uploads/2023/10/TVW-Umbilical-Cord-Care-Guideline.-V4-ratified-June-2023.pdf>
- (8) Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zdravstvena nega popka novorojenčka - priloga nacionalnega protokola; 2019; <https://arhiv.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2019/09/Priloga-Zdravstvena-nega-popka-novorojencka-2019.pdf>

BABIŠKA OBRAVNAVA OTROČNICE IN NOVOROJENČKA V DOMAČEM OKOLJU

Midwifery care for the mother and newborn at home

Nina Radin, dipl.bab.

nina.radin@babice.si

Samostojna babica Nina Radin s.p.

POVZETEK

Babica je primarna strokovnjakinja za oskrbo zdravih žensk med nosečnostjo, porodom in v poporodnem obdobju, ter novorojenčkov (ICM, 2024; Ažman, 2021). Pri ženskah in novorojenčkih je specializirana za podporo zdravih in fizioloških procesov; nudi jo od obdobja pred nosečnostjo do postnatalnega obdobja ali še kasneje (WHO, 2024).

V Sloveniji skrb za otročnice in novorojenčke najpogosteje zagotavljajo medicinske sestre. Delujejo v porodnišnicah na poporodnih oddelkih in v polivalentni patronažni dejavnosti. V sistemu zdravstvenega varstva so medicinske sestre v patronažnem varstvu edine izvajalke v Sloveniji, ki vstopajo v družino z novorojenčkom takoj po odpustu iz porodnišnice (Krajnc, 2018). Nosilka zdravstvene nege v patronažnem zdravstvenem varstvu je diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik (NIJZ, 2022), nosilke babiške nege v poporodnem obdobju v slovenskem zdravstvenem sistemu niso predvidene, kljub temu, da je po definiciji babica primarna strokovnjakinja za zdrave ženske po porodu ter novorojenčke oz. dojenčke. Edine babice, ki v Sloveniji izvajajo kontinuirano oskrbo v predporodnem, medporodnem in poporodnem času so samostojne babice z dovoljenjem Ministrstva za zdravje za opravljanje babiške dejavnosti. Babice nudijo babiško nego pri ženskah, ki so rodile doma in v porodnišnici. Babice skrbijo za otročnico in novorojenčka najmanj tri dni po porodu v primeru poroda doma. Za razliko od patronažnih medicinskih sester so usposobljene za oskrbo mater in novorojenčkov že takoj v prvih dneh po porodu, zato so najprimernejše strokovnjakinje v primerih, kadar se otročnice, ki so rodile v porodnišnici, odločijo za ambulantni porod. Če se otročnica odloči za babiško obravnavo namesto patronažne (od tretjega dne naprej), nudi babica svoje storitve še mesec dni ali do enega leta po porodu/rojstvu. Babica na svojih obiskih skrbi za fizično in psihično dobrobit otročnice in novorojenčka, svetuje glede nege in skrbi za otročnico in otroka ter organizacije družinskega življenja, ob tem pa prepoznava stanja, ko je smiselna oz. potrebna obravnavo pri drugih strokovnjakih. V Sloveniji bi morali prepoznati prednosti babiške obravnave otročnice in novorojenčka, še posebej kontinuirane babiške obravnave. Babicam bi moral biti omogočen enostaven dostop do delovnih mest in možnost strokovnega razvoja na poporodnem

področju, pravico do babice v tem času, v okviru zdravstvenega sistema, pa bi bilo potrebno zagotoviti tudi zdravim otročnicam in novorojenčkom. Babica je namreč tista strokovnjakinja, ki pri svojem delu uporablja filozofijo, ki spodbuja osredičenost na posameznico/ka, ceni odnos in partnerstvo med žensko in babico, izboljšuje fiziološke, biološke, psihološke, socialne in kulturne procese ter izvaja intervencije le takrat, ko so potrebne (WHO, 2024). Z namenom zagotavljanja najboljših možnosti bi bilo smotno raziskati zadovoljstvo žensk s poporodno obravnavo in podrobneje obravnavati razliko med babiškimi in patronažnimi storitvami.

Ključne besede: poporodna babiška oskrba, otročnica, novorojenček, porod doma, ambulantni porod

Keywords: midwifery postpartum care, mother-baby, home birth, ambulant birth, early discharge birth.

Literatura

Ažman, M. (urednik). (2021). KOMPETENCE IN POKLICNE AKTIVNOSTI IZVAJALCEV V DEJAVNOSTI BABIŠTVA. <https://zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2025/03/KOMPETENCE-in-poklicne-aktivnosti-izvajalcev-v-dejavnosti-babistva.pdf>

International Confederation of Midwives. (2024). International Definition of the Midwife. https://internationalmidwives.org/wp-content/uploads/EN_Definition-Scope-of-the-Practice-of-Midwife_Approved-1.pdf

Krajnc, A. (2018). Vloga medicinske sestre v patronažnem varstvu pri spodbujanju dojenjeh. <https://dojenje.unicef.si/vloga-medicinske-sestre-patronaznem-varstvu-pri-spodbujanju-dojenja/>

NIJZ. (2022). ZDRAVSTVENI STATISTIČNI LETOPIS SLOVENIJE 2022. 5. ZDRAVSTVENO VARSTVO NA PRIMARNI RAVNI. https://nijz.si/wp-content/uploads/2024/03/5.2_Patronaza_2022_Z_2.pdf

WHO. (2024). Transitioning to midwifery models of care. Global position paper. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379236/9789240098268eng.pdf?sequence=1>

SPONZORJI:



PRELON



PULMODATA
Profesionalna medicinska oprema



BBIOSi



KIMI

haakaa®



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

www.zbornica-zveza.si

