Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

Eva Mramor

Prvi stik in zgodnja navezanost z vidika socialnega dela z družino v obporodnem obdobju

Magistrsko delo

Ljubljana, 2026

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

Eva Mramor

Prvi stik in zgodnja navezanost z vidika socialnega dela z družino v obporodnem obdobju

Magistrsko delo

Mentorica: izr. prof. dr. Nina Mešl

Ljubljana, 2026

Iskrena hvala sogovornicam za sodelovanje.

Hvala za vse zgodbe, ki ste jih delile z menoj in mi dovolile vstopiti v svet vaših notranjih pokrajin – edinstvenih, a hkrati globoko skupnih.

Najlepša hvala mentorici izr. prof. dr. Nini Mešl za dragoceno podporo, navdihujoč zgled in znanje, ki je v meni budilo radovednost.

Hvala, da sem se ob vas lahko učila.

Hvala lektorici, prof. slov. in univ. dipl. ped. Poloni Otoničar Pajk, za ves trud in zavzetost pri lektorskem pregledu.

Hvala vsem bližnjim, ki ste to pot hodili z menoj in ste moj varen pristan.

Hvala, ker verjamete vame.

And instead of holding the baby,
what if we held the mother?
And walked together on this journey,
one foot after the other.

Jessica Urlichs

Prvi stik in zgodnja navezanost z vidika socialnega dela z družino v obporodnem obdobju

Povzetek magistrskega dela

Namen magistrskega dela je osvetliti vlogo socialnega dela pri zgodnji podpori družinam, njegovo umeščanje v delovni tim porodnišnice ter prispevek k zdravju in blaginji otrok glede na pomen zgodnjih interakcij. Razvidnejša prisotnost socialnih delavk v obporodnem obdobju lahko prispeva k primarni preventivi, etični praksi varstva in zaščite otrok ter podpori staršev tako v njihovi osebni razvijajoči se izkušnji starševstva kot tudi v stiskah in pritiskih okolja, s katerimi se srečujejo.

Teoretična izhodišča s spoznanji o razvoju navezanosti v najzgodnejšem obdobju otrokovega življenja temeljijo na predpostavki, da zadovoljive medosebne vezi pomembno oblikujejo njegov notranji svet in občutek varnosti. Pri tem pomembno spodbudo predstavljajo poporodne prakse, ki prispevajo k odzivnosti staršev na otrokove potrebe. Poseben poudarek je namenjen praksi sobivanja in stika koža na kožo, saj ta spodbuja regulacijo otroka in vzpostavljanje bližine, pri čemer predstavim pomen njenega ohranjanja tudi v specifičnih poporodnih okoliščinah. Proces hranjenja prikažem kot prostor za vzpostavljanje odnosne varnosti. Dojenje je umeščeno v širši kontekst temeljnih pravic otroka in matere ter mednarodnih zavez, pri čemer je vloga socialnega dela, v skladu z etičnimi načeli in strokovnimi kompetencami, predvsem v podpori staršem in v prepoznavanju socialnih, ekonomskih in sistemskih dejavnikov, ki lahko ovirajo dojenje. Teoretični del naslavlja tudi prostor socialnega dela v obporodni podpori družini, pri čemer predstavim znanstveno in strokovno opredelitev vloge socialnega dela v tem obdobju, mednarodne prakse dela ter izpostavim nekatere konceptualne pristope socialnega dela z družino. Obporodno obdobje je predstavljeno kot vstopna točka za celostno podporo družinam, zlasti v kompleksnih življenjskih okoliščinah. Posebna pozornost je namenjena tudi priložnostim za izboljšanje socialnodelovne podpore družinam s poudarkom na zgodnji in sistemski umeščenosti tudi v kontekstu varstva in zaščite otrok.

Kljub mednarodnim priporočilom obstajajo sistemske vrzeli in pomanjkanje univerzalno priznane definicije stika koža na kožo, zato sem si v empiričnem delu raziskave prizadevala preveriti tudi ta razkorak. Metodologija raziskave temelji na kombiniranem in dvofaznem raziskovalnem pristopu: v prvi fazi so bili podatki zbrani s pomočjo vprašalnika na priložnostnem vzorcu polnoletnih bioloških mater, ki so rodile v eni od slovenskih porodnišnic. V drugi fazi sem izvedla narativne intervjuje z enajstimi materami, ki so izrazile pripravljenost za sodelovanje v prvi fazi raziskave. Naracije mater so omogočile poglobljen vpogled v njihove subjektivne izkušnje glede prvega stika z otrokom, retrospektivni pogled nanj, na proces vzpostavljanja navezanosti in hranjenja ter tudi v prepoznavanje varovalnih dejavnikov. Takšen pristop je omogočil metodološko triangulacijo, saj kvantitativni podatki prispevajo k širšemu pregledu značilnosti pojava, kvalitativni pa k razumevanju njegovih globljih, izkustvenih dimenzij. Rezultati kažejo na to, da je stik koža na kožo v slovenskih porodnišnicah večinoma uveljavljena poporodna praksa, vendar k njegovemu trajanju in kakovosti pomembno prispevajo okoliščine poroda. Navezanost med starši in otrokom ni odvisna le od prvega stika, temveč se razvija postopoma skozi kontinuirane interakcije, skrb in odzivnost. Kot ključni so se izkazali odnos in komunikacija zdravstvenega osebja ter individualizirana in celostna oskrba, ob čemer rezultati izpostavljajo tudi pomanjkljivo integracijo psihosocialne podpore v porodnišnično okolje in neizkoriščeno vlogo socialnega dela v obporodnem obdobju. Sklepne ugotovitve magistrskega dela lahko podprejo razvoj znanja za ravnanje socialnih delavk pri ozaveščeni in učinkoviti spodbudi ter krepitvi zgodnjih interakcij med otrokom in starši. Na podlagi ugotovitev sem predstavila nekaj predlogov in priložnosti za izboljšanje podpore in pomoči družinam v obporodnem obdobju, ki se dotikajo tako ravni izobraževanja in prakse kot tudi sistemskih ureditev. Ti poudarjajo potrebo po dodatnem izobraževanju strokovnih delavk, podpori staršem – z vključitvijo vsebin o zgodnjem navezovanju, dojenju in psihosocialni podpori v program šole za starše; po večji vključenosti očetov; razvoju strokovnih usmeritev za prispevek socialnega dela k dojenju ter po dostopnih oblikah podpore in pomoči v predporodnem obdobju, ob in po njem, pri čemer si je v nadaljnje pomembno prizadevati za izboljšanje interdisciplinarne podpore v slovenskih porodnišnicah ter za raziskovanje izkušenj skupin z različnimi specifičnimi potrebami.

Ključne besede: obporodno obdobje, zgodnja navezanost, stik koža na kožo, psihosocialna podpora, socialno delo z družino

First Contact and Early Attachment from the Perspective of Social Work with Families in the Perinatal Period

Master's Thesis Abstract

The purpose of this Master's thesis is to elucidate the role of social work in early family support, its integration within maternity hospital multidisciplinary teams and its contribution to children's health and well-being, with regard to the significance of early interactions. A more prominent presence of social workers during the perinatal period can enhance primary prevention, ethical child protection practices and support for parents, both in their evolving personal experience of parenthood and amidst the environmental stressors and pressures they encounter.

The theoretical framework, which incorporates findings on the development of attachment in the earliest stages of life, is based on the premise that satisfactory interpersonal bonds significantly shape a child's internal world and sense of security. In this context, postpartum practices that foster parental responsiveness to the child's needs play an important role. Special emphasis is placed on rooming-in and skin-to-skin contact, as the latter promotes infant regulation and the establishment of a bond. The importance of maintaining this practice even in specific postpartum circumstances is also discussed. The feeding process is presented as an important context for establishing relational security. Breastfeeding is situated within the broader context of the fundamental rights of the mother and child, as well as international commitments. Here, the role of social work, in accordance with ethical principles and professional competencies, primarily involves supporting parents and identifying social, economic and systemic factors that may hinder breastfeeding. The theoretical section also addresses the position of social work in perinatal family support by presenting scientific and professional conceptualizations of the social worker's role during this period, international practices and key conceptual approaches to family-centered social work. The perinatal period is presented as an entry point for comprehensive family support, particularly in complex life situations. Specific attention is given to opportunities for improving social work support, with an emphasis on early systemic integration within the context of child welfare and protection.

Despite international recommendations, systemic gaps and the lack of a universally recognized definition of skin-to-skin contact persist. The empirical part of this research sought to investigate this gap. The research methodology is based on a two-phase mixed methods approach. In the first phase, data were collected via a questionnaire using a convenience sample of adult biological mothers who gave birth in Slovenian maternity hospitals. In the second phase, I conducted narrative interviews with eleven mothers who had expressed interest in participating in the first phase of the research. These narratives provided an in-depth insight into their subjective experiences of the first contact with their child, their retrospective reflections on it, the process of feeding and establishing attachment, as well as the identification of protective factors. This approach enabled methodological triangulation, as quantitative data provided a broader overview of the phenomenon's characteristics, while qualitative data contributed to an understanding of its deeper, experiential dimensions. The results indicate that skin-to-skin contact is a largely established postpartum practice in Slovenian maternity hospitals. Its duration and quality, however, are significantly influenced by the circumstances of birth. Attachment between parents and the child is not solely dependent on initial postnatal contact but develops gradually through continuous interaction, care and responsiveness. The attitude and communication of medical staff, alongside individualized and comprehensive care, play a crucial role. Furthermore, the results highlight the insufficient integration of psychosocial support within the maternity hospital environment and the underutilized role of social work in the perinatal period. The concluding findings of this thesis can support the development of actionable knowledge for social workers in providing informed and effective encouragement and strengthening of early parent-child interactions. Based on these findings, proposals and opportunities for improving perinatal family support are presented, addressing education, practice and systemic frameworks. These emphasize the need for additional professional training; enhanced parental support through the inclusion of content on early attachment, breastfeeding and psychosocial support in parenting classes; greater involvement of fathers; the development of professional guidelines for the contribution of social work to breastfeeding and accessible forms of support throughout the pre-, peri- and postnatal periods. Moving forward, it is essential to strive for improved interdisciplinary support in Slovenian maternity hospitals and to further research the experiences of groups with diverse specific needs.

Key words: perinatal period, early attachment, skin-to-skin contact, psychosocial support, social work with families

Predgovor

Z delom na področju zagovorništva otrokovih pravic pri Slovenski fundaciji za UNICEF sem imela priložnost spoznati prizadevanja in pobude Nacionalnega odbora za spodbujanje dojenja, ki je bil leta 1996 ustanovljen po priporočilu UNICEF-a in Svetovne zdravstvene organizacije. Konvencija o otrokovih pravicah v 24. členu (Varuh človekovih pravic, b. d.) izpostavlja otrokovo pravico do najvišje dosegljive ravni zdravja ter države pogodbenice spodbuja k prizadevanju za sprejem ukrepov, ki staršem in skrbnikom[1] omogočajo podporo pri uporabi osnovnega znanja o otrokovem zdravju in prehrani ter o prednostih dojenja (Varuh človekovih pravic, b. d.). Skozi spoznavanje aktivnosti Nacionalnega odbora za spodbujanje dojenja, se je krepilo moje zanimanje za razumevanje odvijajočega se biopsihosocialnega procesa dojenja in dejavnikov, ki prispevajo k temu, da je to za mamo in otroka sploh mogoče. Obenem sem prepoznavala, kako se vsebine, ki jih javnosti na nacionalni ravni predajajo strokovnjakinje in strokovnjaki odbora, zelo prepletajo z znanjem, ki sem ga pridobila med študijem socialnega dela. Raziskovanje moje izkušnje in izkušnje mojih bližnjih o prihodu na svet so me navdihnili, da sem podrobneje začela raziskovati, kako lahko te teme povežem s teoretičnimi izhodišči stroke socialnega dela. Odločila sem se, da raziščem, kako lahko v slovenskem prostoru začnemo odpirati prostor za perinatalno socialno delo, ki je v mednarodnem prostoru že precej prepoznano (Bachman in Lind, 1997; Breslin, 1997; Lever Taylor, Mosse in Stanley, 2019; National Association of Perinatal Social Workers, 2025; Ragesh, Sajitha in Hanza, 2017; Shapiro, 2009; Walsh, Paris, Ribaudo in Gilkerson, 2021). Obenem sem se v magistrskem delu posvetila raziskovanju, kako lahko znanje o pomenu prvega stika med starši ali skrbniki in otrokom za nadaljnjo povezanost v njihovem odnosu integriramo v prakso sodobnega socialnega dela z družino v obporodnem obdobju.

V magistrskem delu se, glede na smernice Svetovne zdravstvene organizacije in UNICEF-a, osredotočam predvsem na dojenje kot enega izmed načinov hranjenja otrok, pri čemer spoštujem in priznavam vse ustrezne načine hranjenja, kot sta tudi hranjenje z mlečno formulo in kombinirano hranjenje. V raziskovalnem procesu nisem želela ustvarjati vrednostne hierarhije med načini hranjenja otrok, saj se zavedam, da si, kot poudari avtorica Poljanec (2025, str. 190), vsaka mama želi, da bi ji uspelo dojiti in dati otroku vse, kar zmore, vendar na žalost to ni vedno mogoče. Upanje se lahko hitro razblini, s tem pa zaupanje mame vase in v otroka postaja vse krhkejše. Proces dojenja lahko namesto zadovoljstva hitro prevzamejo občutki krivde in razočaranja ter nenehno doživljanje pritiska. Zamaje se lahko tudi materina samopodoba o tem, kaj pomeni biti dobra mama. Materam, ki se ob neizpolnjenih željah in načrtih glede dojenja spopadajo z občutki poraza, bi morali biti na voljo ustrezna strokovna pomoč in podpora. Zanju je pomembno, da sta usmerjeni v krepitev moči in lajšanje morebitnih občutkov krivde, če se prvotna pričakovanja o dojenju razhajajo z resničnostjo.

Zaradi metodoloških in kontekstualnih omejitev raziskave v magistrskem delu primarno uporabljam terminologijo, ki se nanaša na biološko mater, s čimer označujem osebo, ki je otroka rodila in ga, fiziološko gledano, lahko doji. Zaradi večje preglednosti in berljivosti v nadaljevanju pričujoče razprave uporabljam krajši izraz mati.

[1] V magistrskem delu so vse spolno zaznamovane oblike uporabljene vključujoče. Zaradi preglednosti in berljivosti je prevladujoče uporabljena le ženska slovnična oblika, vendar se ta uporablja nevtralno in je vselej zamenljiva. Nanaša se na vse spole in zajema osebe vseh spolnih identitet.

Ob tem se zavedam raznolikosti družinskih struktur in identitet (vključno z oblikami socialnega starševstva, nadomestnim materinstvom in nebinarnimi starševskimi vlogami), ki vplivajo na izkušnjo starševstva, in jih spoštujem. Čeprav bi bilo te vidike dragoceno raziskati, njihova podrobnejša obravnava presega zastavljene okvire in namen tega magistrskega dela. Kadar je v besedilu uporabljen širši izraz »starši«, ta vključuje skrbnike, posvojitelje, rejnike in druge otroku pomembne osebe, ki imajo primarno skrbniško vlogo. Izbira besede »mama« je pogojena z referenčnim okvirom teorij zgodnjega navezovanja in je uporabljena v kontekstu navajanja literature oziroma v primerih, kjer je skrb za otroka, kot je dojenje, primarno povezana z biologijo ženskega telesa. Kljub temu da se, glede na omenjeno, v magistrskem delu v večji meri osredotočam na mame, verjamem, da so vsi v starševski vlogi ključni soustvarjalci procesa varnega navezovanja, zato si prizadevam k njihovi vključenosti v proces zgodnjega navezovanja z otrokom.

Kazalo vsebine

1 Teoretični uvod ... 1
1.1 Razvoj navezanosti v otrokovem najzgodnejšem obdobju ... 1
1.1.1 Praksa stika koža na kožo v poporodni oskrbi ... 3
1.1.1.2 Ohranjanje bližine v specifičnih poporodnih okoliščinah ... 5
1.1.2 Prispevek stika koža na kožo k vzpostavljanju in razvoju navezanosti ... 9
1.1.3 Proces hranjenja kot prostor za vzpostavljanje odnosne varnosti ... 13
1.2 Dojenje kot temeljna pravica v luči mednarodnih zavez in pobud ... 16
1.2.1 Umeščanje podpore dojenju v poslanstvo, etične vrednote in kompetence stroke socialnega dela ... 18
1.3 Prostor za stroko socialnega dela v obporodni podpori družini ... 19
1.3.1 Odnosne in osebne naloge v družini z novorojenčkom ... 22
1.3.2 Konceptualni pristopi socialnega dela z družino v obporodnem obdobju ... 24
1.3.3 Pomen multidisciplinarnega pristopa k podpori družinam v obporodnem obdobju 27
1.3.4 Obporodno obdobje kot priložnost za celostno podporo družinam v kompleksnih problemskih okoliščinah ... 30
1.4 Priložnosti za izboljšanje socialnodelovne podpore družinam v obporodnem obdobju ... 32
1.4.1 Kompleksnost čustev v materinstvu in pomen občutljive podpore ... 33
1.4.2 Potreba po sistemski vključitvi očetov v obporodno obdobje ... 35
1.4.3 Zgodnja podpora in pomoč družinam v obporodnem obdobju v sistemu varstva in zaščite otrok ... 36
2 Raziskovalni problem ... 39
2.1 Raziskovalne hipoteze ... 41
2.2 Raziskovalna vprašanja ... 44
3 Metodologija ... 45
3.1 Vrsta raziskave ... 45
3.2 Merski instrumenti ... 46
3.3 Opredelitev enot raziskovanja ... 47
3.3.1 Demografske značilnosti vzorca v kvantitativnem delu raziskave ... 48
3.3.1.1 Starost udeleženk ... 48
3.3.1.2 Najvišja dokončana stopnja izobrazbe udeleženk ... 48
3.3.1.3 Število izkušenj poroda ... 49
3.3.1.4 (Ne)donošenost otroka ob porodu ... 49
3.3.1.5 Prisotnost partnerja_ke ali porodne_ga spremljevalke_ca ob materi ... 50
3.3.1.6 Način poroda ... 51
3.3.2 Značilnosti vzorca v kvalitativnem delu raziskave ... 52

3.4 Zbiranje podatkov ... 52
3.5 Obdelava in analiza podatkov ... 53
3.6 Etična vprašanja raziskave ... 54
4 Rezultati in razprava ... 56
4.1 Rezultati kvantitativnega dela raziskave ... 56
4.1.1 Izbrana porodnišnica ... 56
4.1.2 Stik koža na kožo v prvi uri po porodu ... 57
4.1.3 Glavni razlogi, zaradi katerih stik koža na kožo otroku ni bil omogočen ... 58
4.1.4 Pomen prvega stika za oblikovanje povezanosti ... 60
4.1.5 Podpora zdravstvenega osebja pri vzpostavljanju prvega stika ... 62
4.1.6 Ocena ustreznosti podpore in pomoči strokovnih delavcev_k v slovenskih porodnišnicah pri vzpostavljanju zgodnje čustvene povezanosti ... 64
4.1.7 Izkušnja dojenja ... 66
4.1.8 Prispevek dojenja k občutku povezanosti med mamo in otrokom ... 67
4.2 Rezultati in razprava kvalitativnega dela raziskave ... 68
4.2.1 »Js sm šla pol dobesedno peš od ginekološkega pregleda, čez dvorišče, takoj direktno v socialno službo. Tam smo se pogovarjal.« ... 68
4.2.1.1 Obdobje nosečnosti ter priprava na porod in starševstvo ... 70
4.2.2 Okoliščine poroda in osebno doživljanje ... 72
4.2.3 »To malo, ranljivo bitjece je bilo še sekundo nazaj na varnem, zdaj pa je zunaj.« . 74
4.2.3.1 Prvi stik z otrokom kot večplastna izkušnja mater ... 77
4.2.4 »Pa se premalo govori o tem, da tudi to je okej, da se gradi.« ... 79
4.2.4.1 Retrospektiven pogled mater na prvi stik z otrokom z vidika nadaljnjega razvijanja odnosa ... 80
4.2.5 »Da v bistvu nekako z neko pomirjenostjo on vstopi v življenje.« ... 82
4.2.5.1 Varovalni dejavniki pri vzpostavljanju prvega stika z otrokom v prvih dneh po porodu ... 83
4.2.6 »Počutiš se, kot da nisi prava mama, zato, ker ne moreš dojiti.« ... 83
4.2.6.1 Proces hranjenja kot priložnost za vzpostavljanje odnosa ob razumevanju izzivov z dojenjem in odzivov okolja ... 85
4.2.7 »Ne vem, če vejo medicinske sestre, koliko to pomeni. Res ogromno pomeni.« ... 86
4.2.7.1 Vloga zdravstvenega osebja pri spodbujanju prvega stika in pri vzpostavljanju dojenja ... 89
4.2.8 »Glavni razlog smrti pri porodnicah je samomor.« ... 91
4.2.8.1 Strokovne in znanstvene opredelitve vloge socialnega dela pri podpori družinam v obporodnem obdobju ... 96
4.3 Shematski prikaz procesa vzpostavljanja zgodnje navezanosti skozi model odnosnega kodiranja ... 98
4.4 Kritično ovrednotenje uporabljene metodologije ... 99

5 Sklepi ... 100
6 Predlogi ... 103
7 Uporabljena literatura ... 106
8 Priloge ... 128
8.1 Soglasje udeleženke k sodelovanju v vprašalniku ... 128
8.2 Soglasje udeleženke k sodelovanju v narativnem intervjuju ... 130
8.3 Vprašalnik ... 133
8.4 Smernice za narativni intervju ... 142
8.5 Prikaz demografskih značilnosti vzorca v kvantitativnem delu raziskave ... 145
8.6 Prikaz rezultatov kvantitativnega dela raziskave ... 150
8.7 Primer odprtega kodiranja ... 162
8.8 Osno kodiranje ... 175

Kazalo tabel

Tabela 2.1: Raziskovalne hipoteze 41
Tabela 3.3.2.1: Značilnosti vzorca v kvalitativnem delu raziskave 52
Tabela 8.5.1: Starost udeleženk 145
Tabela 8.5.2: Najvišja dokončana stopnja izobrazbe udeleženk 145
Tabela 8.5.3: Število izkušenj poroda med udeleženkami 146
Tabela 8.5.4: Donošenost otroka ob porodu udeleženk 146
Tabela 8.5.5: Prisotnost oseb ob udeleženki v porodni sobi 147
Tabela 8.5.6: Način poroda udeleženk 148
Tabela 8.5.7: Drugi načini poroda med udeleženkami 149
Tabela 8.6.1: Izbrana porodnišnica zadnjega poroda med udeleženkami 150
Tabela 8.6.2: Izkušnja stika koža na kožo v prvi uri po porodu med udeleženkami 151
Tabela 8.6.3: Glavni razlogi, zaradi katerih stik koža na kožo po oceni udeleženk otroku ni bil omogočen 154
Tabela 8.6.4: Drugi razlogi, zaradi katerih stik koža na kožo otroku po oceni udeleženk ni bil omogočen 154
Tabela 8.6.5: Ocena udeleženk o pomenu prvega stika z otrokom pri vzpostavljanju in oblikovanju zgodnje čustvene povezanosti 155
Tabela 8.6.6: Odprti odgovori udeleženk na vprašanje o oceni pomena prvega stika pri vzpostavljanju in oblikovanju zgodnje čustvene povezanosti 156
Tabela 8.6.7: Ocena udeleženk o podpori zdravstvenega osebja pri vzpostavljanju prvega stika z otrokom 157
Tabela 8.6.8: Ocena udeleženk o ustreznosti podpore in pomoči strokovnih delavcev_k v slovenskih porodnišnicah pri vzpostavljanju zgodnje čustvene povezanosti 158
Tabela 8.6.9: Ocena udeleženk o ustreznosti podpore in pomoči drugih strokovnih delavcev_k v slovenskih porodnišnicah pri vzpostavljanju zgodnje čustvene povezanosti 159
Tabela 8.6.10: Izkušnja dojenja med udeleženkami 159
Tabela 8.6.11: Ocena udeleženk o prispevku izkušnje dojenja k občutku čustvene povezanosti z otrokom 160

Kazalo grafov

Graf 3.3.1.2.1: Najvišja dokončana stopnja izobrazbe udeleženk 48
Graf 3.3.1.3.1: Število izkušenj poroda med udeleženkami 49
Graf 3.3.1.4.1: (Ne)donošenost otroka ob porodu udeleženk 49
Graf 3.3.1.5.1: Prisotnost oseb ob udeleženki v porodni sobi 50
Graf 3.3.1.6.1: Način poroda udeleženk 51
Graf 4.1.1.1: Izbrana porodnišnica zadnjega poroda med udeleženkami 56
Graf 4.1.2.1: Strukturni prikaz izkušnje stika koža na kožo v prvi uri po porodu med udeleženkami 57
Graf 4.1.3.1: Glavni razlogi, zaradi katerih stik koža na kožo otroku ni bil omogočen po oceni udeleženk 59
Graf 4.1.4.1: Ocena udeleženk o pomenu prvega stika z otrokom pri vzpostavljanju in oblikovanju zgodnje čustvene povezanosti 60
Graf 4.1.5.1: Ocena udeleženk o podpori zdravstvenega osebja pri vzpostavljanju prvega stika z otrokom 62
Graf 4.1.6.1: Ocena udeleženk o ustreznosti podpore in pomoči strokovnih delavcev_k v slovenskih porodnišnicah pri vzpostavljanju zgodnje čustvene povezanosti 64
Graf 4.1.6.2: Povprečna ocena udeleženk o ustreznosti podpore in pomoči strokovnih delavcev_k v slovenskih porodnišnicah pri vzpostavljanju zgodnje čustvene povezanosti 64
Graf 4.1.7.1: Izkušnja dojenja med udeleženkami 66
Graf 4.1.8.1: Ocena udeleženk o prispevku izkušnje dojenja k občutku čustvene povezanosti z otrokom 67
Graf 4.3.1: Shematski prikaz procesa vzpostavljanja zgodnje navezanosti skozi model odnosnega kodiranja 98
Graf 8.6.1: Izkušnje udeleženk s stikom koža na kožo z otrokom glede na različne poteke poroda 151
Graf 8.6.2: Ocena udeleženk o prvem stiku z otrokom kot dejavniku vzpostavljanja in oblikovanja zgodnje čustvene povezanosti glede na način poroda 152

1 Teoretični uvod

1.1 Razvoj navezanosti v otrokovem najzgodnejšem obdobju

Sposobnost dajanja in prejemanja ljubezni ter ohranjanja dolgotrajnih vezi je vse bolj prepoznana kot ključna za človekovo blaginjo (Feldman, 2017, str. 94) in se korenini v otrokovem zgodnjem razvoju ter v odnosih, ki so bistveni za preživetje in oblikovanje njegovega notranjega sveta. Za dojenčka človeške vrste je preživetje odvisno predvsem od zmožnosti njegovih skrbnikov, da zaznajo njegove potrebe. Vse, kar ljudje potrebujemo ob prihodu na svet, prejmemo skozi medsebojno odvisnost od drugih. Starši v tem plesu medsebojno delujočih nagonov razvijajo svojo sposobnost, da se uglasijo z dojenčkom in pomirijo njegovo stisko (Cozolino, 2014, str. 14). Ta interakcija se začne že takoj po rojstvu, saj je porod nadaljevanje procesa, ki se je začel z oploditvijo, iz česar je mogoče sklepati, da je odnos med starši in otrokom že vzpostavljen (Boston Women's Health Book Collective, 1998, str. 478). Čeprav se primarna biološka vez vzpostavlja že med nosečnostjo, raziskava avtorjev Bick idr. (2013, str. 826–840) potrjuje, da se ključni nevrobiološki mehanizmi navezovanja aktivirajo tudi v okviru socialnega starševstva. Pri rejniških materah se ob negi otroka sprošča oksitocin, kar je povezano s specifično možgansko dejavnostjo in psihološko zavezanostjo, predanostjo otroku. To nakazuje, da socialni starši prek odzivne nege in skrbi ter čustvene razpoložljivosti z otrokom razvijejo vez, ki je po svoji kakovosti primerljiva z biološkim starševstvom, s čimer se, skozi vsakodnevne interakcije, proces navezovanja polno vzpostavi. Človeške vezi so temelj posameznikovega razvoja, zato je prav obporodno obdobje pomemben vstopni trenutek za prakso socialnega dela. Teorija navezanosti, kot znanje za ravnanje in osnova za proces socialnega dela z družino, pomembno prispeva k razumevanju otroka, ponudi okvir za poimenovanje značilnosti kompleksnih in večdimenzionalnih odnosov (Čačinovič Vogrinčič in Mešl, 2019, str. 109, 110).

Otrok je že takoj ob rojstvu opremljen s sposobnostmi, ki mu omogočajo navezati se na pomembne odrasle, ki so tedaj v njegovi bližini (Kompan Erzar in Poljanec, 2012, str. 22). To prirojeno sposobnost je Bowlby, oče teorije navezanosti, videl kot produkt evolucije, bistven za preživetje sicer nemočnega bitja (Van der Kolk, 2015, str. 131). Prav zato prvih 60 do 90 minut po rojstvu velja za najobčutljivejše obdobje za vzpostavljanje odnosa med starši in otrokom (Cagan in Genc, 2023, str. 379). Medtem ko so nekoč menili, da so novorojenčki pasivni prejemniki zunanjih dražljajev, jih danes prepoznavamo kot

kompetentne udeležence v odnosih, ki s svojim vplivom na vedenje skrbnikov dosežejo, da so njihove potrebe izpolnjene (Cozolino, 2014, str. 61). Bolj je odrasla oseba odzivna na otroka, globlja je navezanost in večja verjetnost je, da bo otrok razvil podobne načine odzivanja na ljudi okrog sebe (Van der Kolk, 2015, str. 131–134). Avtorica Cugmas (2020, str. 14) pojasnjuje, da se navezanost med mamo in otrokom začne vzpostavljati že v nosečnosti, pogojena pa je tako s stilom materine navezanosti kot tudi z njenimi preteklimi izkušnjami, lastno oceno zmožnosti opravljanja starševskih nalog, morebitnimi simptomi poporodne depresije, odnosi ter socialno oporo, ki je je deležna.

Navezanost se nato razvija dalje v prvih mesecih življenja in se oblikuje do otrokovega tretjega leta, pri čemer ima na njegov način regulacije čustev najmočnejši vpliv obdobje med prvim in drugim letom (Kompan Erzar in Poljanec, 2012, str. 22). John Bowlby (v Bergen, 2022, str. 107–128) je na podlagi mnogoterih izkušenj dela z otroki utemeljil štiri stopnje razvoja navezanosti, ki predstavljajo temelj razumevanja, kako se oblikujejo zgodnje vezi:

- Stopnja prednavezanosti (ang. pre-attachment) (rojstvo–šest tednov): Dojenčki v tem obdobju še ne vstopajo v interakcije neposredno, temveč se odzivajo z določenimi značilnostmi v svojem videzu in vedenju, ki jih skrbniki prepoznajo in ukrepajo. V tem obdobju je odzivnost skrbnikov posebej ključnega pomena.
- Stopnja nastajanja navezanosti (ang. attachment in the making) (šest tednov–osem mesecev): Dojenčki se začnejo odzivati na dejanja skrbnikov in razvijejo pričakovanja glede izpolnjevanja njihovih potreb. Razvoj navezanosti v tej fazi prepoznamo po interakcijskem krogu: vzajemni cikel nege med dojenčkom in skrbniki se odziva in razvija naprej, s tem pa navezanost postaja vse močnejša.
- Stopnja jasne navezanosti (ang. clear cut attachment) (šest–štiriindvajset mesecev): Navezanost dojenčka je v tem obdobju že jasno prepoznavna po njegovem vedenju. To vključuje iskanje bližine, izražanje stiske ob ločitvi in druge odzive, s katerimi si prizadeva za tesnejše odnose.
- Stopnja oblikovanja vzajemnega razmerja (ang. formation of reciprocal relationship) (osemnajst–štiriindvajset mesecev in dalje): V tem času nastopi obdobje hitrega razvoja govora. Približno dve leti star otrok že razume nekatere dejavnike, ki vplivajo na prihod in odhod staršev, hkrati pa zmore predvidevati njihovo vrnitev. Kljub temu se lahko ločitvi upira, zato se s prošnjami in prepričevanjem obrača k skrbnikom, da bi spremenil svoje cilje.

1.1.1 Praksa stika koža na kožo v poporodni oskrbi

V sodobni perinatalni medicini velja neprekinjen stik med materjo in otrokom neposredno po porodu za ključni standard oskrbe, ki temelji na fizioloških potrebah novorojenčka. Ko ta vstopi v ta svet, zakriči, da bi oznanil svojo prisotnost (Van der Kolk, 2015, str. 131). V porodnišnicah je, razen ob nujnih medicinskih posegih, vse bolj uveljavljena praksa takojšnjega stika koža na kožo. Takoj po porodu, še pred prerezom popkovnice, babica ali porodničar novorojenčka golega položita neposredno na, pod ali med materine gole prsi ali na trebuh ter ga osušita z brisačo. Če porod to omogoča, lahko otroka k sebi položi tudi mama sama. V tem času ne sme biti nobenih motenj, kot je tehtanje. Čez diado mame in otroka je lahko položena čista, suha krpa ali brisača, da se prepreči otrokova podhladitev. Tako Brimdyr in sodelavci (2023, str. 1639) opišejo zgodnji stik koža na kožo. Z namenom vzpostavitve zgodnje navezanosti po porodu, ko ima mati občutljivo pozornost do novorojenčka, ta pa je večinoma buden in išče pozornost, je bil stik koža na kožo v prakso implementiran leta 1976 (Kronborg, 2025, str. 1). Raziskave kažejo, da materin dotik in srčni utrip med stikom koža na kožo posnemata otrokove občutke v maternici, s čimer krepita njuno vez, zmanjšujeta stres in spodbujata otrokovo nevrofiziološko prilagoditev (Frederick, Fry in Clowtis, 2020, str. 296–305; Nakphong, Sacks, Opot in Sudhinaraset, 2021, str. 2) ter podpirata otrokove kognitivne in razvojne mejnike pri starosti dveh mesecev (Gholampour, Rousta, Parsa in Safari, 2025, str. 5). Avtorice Çitil Canbay, Çitil in Değirmen (2024, str. 432) v študiji izpostavljajo, da je za optimalne možnosti učinka stika kože na kožo pomembno zagotoviti nemoteno usklajevanje maminega in otrokovega ritma, z vzajemnimi procesi laktacije in dojenja ter z neomejenim stikom tudi ponoči. Poseg v fiziološke procese poroda ter v neposredni čas po njem predstavlja kratkoročne in dolgoročne negativne učinke tako za otroke in družine kot tudi za oblike sožitja med ljudmi (Drglin, 2012, str. 34, 35).

Svetovna zdravstvena organizacija in UNICEF v svojih smernicah priporočata, da se za doseganje optimalnih zdravstvenih izidov pri dojenčku, ne glede na način poroda, takoj po rojstvu vzpostavi stik koža na kožo za vsaj eno uro ter zagotovi zgodnje dojenje in bivanje matere in otroka v isti sobi 24 ur dnevno (World Health Organization, 2017b; World Health Organization, 2018b; World Health Organization in United Nations Children's Fund, 2020).

Ob bivanju v isti sobi zgodnji in pogosti stiki z otrokom povečajo mamino samozavest, hkrati pa ji omogočajo več priložnosti za izpopolnitev spretnosti, povezanih z nego otroka (Drglin, 2003a, str. 299).

Vsi starši in novorojenčki imajo pravico do tesnega stika od rojstva naprej; tega je treba spodbujati v vseh okoliščinah in lahko traja toliko časa, kot mama želi (Drglin, 2003a, str. 288). Prav porodne prakse, ki materi po izkušnji carskega reza omogočajo čimprejšnji stik z otrokom, podporo ob njegovem vzpostavljanju, upoštevajoč način anestezije, in podporo pri vzpostavljanju dojenja, se v pripovedih žensk vedno znova izkažejo za ključne dejavnike pozitivne porodne izkušnje po carskem rezu (Prosen, 2019, str. 293). Vpliv bivanja v isti sobi na materino navezanost so z ocenjevanjem navezovalnega vedenja mater pred uvedbo sobivanja in po njej v porodnišnici v osemdesetih letih prejšnjega stoletja prikazali avtorji Norr, Roberts in Freese (1989, str. 88, 89). Matere, ki so bivale v isti sobi kot njihovi dojenčki, so dosegle višje ocene navezanosti kot matere, ki niso bivale skupaj z otrokom. Ti rezultati so bili predvsem posledica pogostejšega izražanja naklonjenosti, vključno z opazovanjem dojenčka, vzpostavljanjem očesnega stika ter z dotikanjem, poljubljanjem, prigovarjanjem, smehljanjem, božanjem in zibanjem otroka. Čeprav k temu pozivajo tudi pobude Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) in UNICEF-ova pobuda Novorojencem prijazna porodnišnica (Baby-Friendly Hospital Initiative), primanjkuje smernic, ki bi poenotile raziskovanje in prakso stika koža na kožo po rojstvu, za katerega ni univerzalno priznane definicije, kar otežuje standardizacijo oskrbe (Brimdyr idr., 2023, str. 1635, 1637).

Stik koža na kožo prispeva k odzivnosti staršev na vedenjske znake njihovega dojenčka in k interpretaciji teh (Maguire idr., 2025, str. 126; Svensson idr., 2020, str. 11), poveča njihovo samozavest glede skrbi za otroka (Wang in Kuo, 2006, str. 76–83), samozaznano predanost otroku (Chen, Gau, Liu in Lee, 2017, str. 6), pozitivno vpliva na interakcijo med materjo in otrokom še leto pozneje (Bystrova idr., 2009, str. 105, 106; de Château in Wiberg, 1984, str. 93, 94), krepi vedenja, povezana s povezovanjem in navezanostjo (Dumas idr., 2013, str. 332, 333; Føreland idr., 2022, str. 5; Lilliesköld idr., 2022, str. 61; Mazúchová idr., 2020, str. 126), in izboljšuje materino negovalno vedenje (Pouraboli, Rayyani, Estabraghi in Jahani, 2018, str. 19, 20). V raziskavi avtorjev Chen, Gau, Liu in Lee (2017, str. 6) so starši stik opisali kot ganljivo in intimno izkušnjo, v kateri so uživali, izražali pa so tudi občutek navdušenja nad kompetentnostjo svojega otroka.

Navkljub vsem ugodnim učinkom stika koža na kožo sodobne reproduktivne prakse, kot je nadomestno materinstvo, prinašajo specifične izzive pri implementaciji teh smernic v praksi. V teh okoliščinah se namreč diada mati–otrok razcepi med nadomestno mater, ki otroka donosi in rodi, ter nameravane starše, ki bodo prevzeli starševsko vlogo.

Kljub ločenosti gestacijskega in starševskega procesa potreba novorojenčka po varni navezanosti ostaja nespremenjena. Pri nadomestnem materinstvu so nameravani starši pogosto prikrajšani za prenatalno povezovanje s plodom, kar lahko ob rojstvu poveča njihovo tesnobo in občutek nepovezanosti z otrokom. Ta je lahko še posebej izrazit pri materah, ki se za nadomestno materinstvo odločijo pod težo preteklih neuspelih poskusov zanositve. Poleg tega izzivi, kot sta omejena socialna podpora in kulturna sprejemljivost, še povečujejo skrbi. Zgodnji stik koža na kožo z otrokom po porodu pri nameravanih materah statistično značilno izboljša čustveno odzivnost in skrbstveno vedenje, kar neposredno vpliva na kakovost zgodnje navezanosti. Prav zato bi bilo pomembno izobraževati in dati prednost stiku koža na kožo med novorojenčkom in nameravanimi starši, kadar to okoliščine poroda ženske, ki je otroka donosila, omogočajo (Disfani, Mirlashari, Younespour, Tirandaz in Begjani, 2025, str. 921). Praksa nadomestnega materinstva odpira tudi vprašanja o neposredni ločitvi novorojenčka od nadomestne matere. Avtorji Nitzan, Moore, Hamad in Bergman (2025, str. 2, 3) izpostavljajo, da bi morala biti možnost stika koža na kožo v primerih, ko nameravani starši niso takoj razpoložljivi, ponujena tudi nadomestni materi ali drugim osebam (t. i. nadomestni stik koža na kožo), saj je kontinuiteta stika bistvena za zmanjševanje stresnega odziva pri novorojenčku. Implementacija stika koža na kožo v kontekstu nadomestnega materinstva zahteva predvsem senzibilizacijo zdravstvenega osebja, ki mora podpreti vzpostavljanje vezi med otrokom in nameravanimi starši, hkrati pa upoštevati ranljivost vseh vpletenih v procesu.

1.1.1.2 Ohranjanje bližine v specifičnih poporodnih okoliščinah

Omogočanje stika koža na kožo ob rojstvu, spodbujanje dojenja in ohranjanje bližine med materjo in otrokom so ključne oblike zgodnje podpore, ki utirajo pot pozitivnim kratkoročnim in dolgoročnim izidom za otroka in mamo. Na pomembnost sobivanja za čustveno odzivnost matere kažejo tudi globalni primeri, kjer sta uvedba pobude Novorojencem prijazna bolnišnica in prehod z ločene nege na bivanje v isti sobi povzročila opazno zmanjšanje stopnje zapuščanja dojenčkov (Buranasin, 1991; Lvoff, Lvoff in

Klaus, 2000; Mata, Saenz in Araya, 1988). K temu si je še posebej pomembno prizadevati pri novorojenčkih, ki kažejo odtegnitvene simptome zaradi materinega uživanja psihoaktivnih snovi med nosečnostjo, pri mladoletnih materah in pri materah z izkušnjo zunajdružinske oskrbe oziroma predhodnega ali trenutnega sodelovanja v sistemu varstva in zaščite otrok (Gribble, 2024b, str. 21).

Nastop nenadnega prezgodnjega poroda, pred 37. tednom nosečnosti, pomembno vpliva na zgodnje izkustvo starševstva. Starša lahko občutita nepovezanost, ločenost ter nesposobnost vzpostavitve tesnega in ljubečega odnosa z novorojenčkom, saj namesto njiju za otroka na oddelku intenzivne nege skrbi zdravstveno osebje. Lahko se srečujeta z občutkom, da njuno vlogo opravlja nekdo drug, nekateri pa izražajo celo strah, da bi se novorojenček bolj navezal na osebje kot nanje ter da jih ne bi prepoznal (Gibbs, Boshoff in Stanley, 2015, str. 483). Negotovo zdravstveno stanje nedonošenčka izkušnjo staršev ustvarja travmatično in stresno, polno zmede, krivde in nemoči, kar neugodno prispeva tako k njihovemu doživljanju starševstva kot tudi k razvoju navezanosti z otrokom (Steyn, Myburgh in Poggenpoel, 2017, str. 5, 6; Dadkhahtehrani, Eskandari, Khalajinia in Ahmari-Tehran, 2018, str. 74, 75).

Avtorica Černe Kržišnik (Černe Kržišnik in Prosen, 2019, str. 202–204) je v deskriptivni fenomenološki raziskavi na namenskem vzorcu enajstih mater nedonošenčkov ugotovila, da so bile matere, ki so porod opravile v slovenskih porodnišnicah, v skupno bivanje z otrokom v povprečju premeščene šele 28. dan po porodu. Čas ločitve je bil močno odvisen od zdravstvenega stanja nedonošenčka, kar je v nekaterih primerih pomenilo skoraj trimesečno ločitev. Raziskava (prav tam) je pokazala veliko spremenljivost v času in v dinamiki vzpostavljanja navezanosti, ki se je pri nekaterih materah vzpostavila šele ob odhodu iz porodnišnice ali v nadaljnjih mesecih po porodu.

Metoda kengurujčkanja je praksa, pri kateri nedonošene ali bolne dojenčke starši držijo v stiku koža na kožo, obenem pa jih mati spodbuja k dojenju v skladu z njihovimi zmožnostmi (World Health Organization, 2023). Staršem z izkušnjo rojstva nedonošenega otroka ta metoda omogoča navezovanje ljubečega odnosa in pridobivanje občutka »biti starš« (Černe Kržišnik in Prosen, 2019, str. 205). Čeprav se metoda lahko uvede celo tedne ali mesece po porodu, ima stik koža na kožo, ki je bistvo te metode, podoben učinek na spodbujanje navezanosti in občutljive nege otroka kot stik koža na kožo ob samem rojstvu (Feldman, Rosenthal in Eidelman, 2014, str. 61, 62).

Čas trajanja prvega stika koža na kožo med otrokom in starši je v porodnišnici ali v operacijski sobi odvisen tudi od virov ter organizacije porodnih in neonatalnih enot, zato ga je običajno treba prilagoditi individualnemu zdravstvenemu stanju novorojenčka (Kristoffersen idr., 2023, str. 6).

Običajno so dojenčke mater, ki so med nosečnostjo uživale opioide ali prejemale nadomestno zdravljenje z opioidi (npr. metadon), dojenčki pa so ob rojstvu kazali simptome neonatalnega abstinenčnega sindroma (NAS) (Gribble, 2024a, str. 11), ločili od mater in jih oskrbovali v enotah za intenzivno nego novorojenčkov (Whalen, Holmes in Blythe, 2019, str. 122). Za objektivno vrednotenje teh znakov je avtorica Finnegan (Finnegan, Connaughton, Kron in Emich, 1975) razvila točkovno lestvico, ki jo v prilagojeni obliki v porodnišnicah uporabljajo še danes. Obenem danes vemo, da metodi kengurujčkanja in sobivanja zagotavljata materino bližino, kar podpira razvoj njene navezanosti, krepi njeno samozavest in učinkovitost njene starševske vloge, omogoča dojenje, zmanjšuje odtegnitvene simptome pri dojenčkih in skrajšuje čas zdravljenja z zdravili ter čas hospitalizacije dojenčka (Abrahams idr., 2007, str. 1726, 1727; MacMillan idr., 2018, str. 349, 350). Stik koža na kožo deluje kot mehanizem, ki materi omogoči, da svoje telo vidi kot vir tolažbe in ne le kot vir težav, omogoča ji prehod iz zaznavanja sebe kot povzročiteljice škode zaradi uporabe psihoaktivnih snovi v nosečnosti k vlogi nekoga, ki zdravi in pomirja (McGlothen-Bell idr., 2021, str. 20, 21). Pomembno je, da zdravstveni delavci staršem otrok, ki trpijo za neonatalnim abstinenčnim sindromom, razložijo mehanizme samoregulacije (npr. sesanje zapestij), da jih ne bi napačno interpretirali kot znaka lakote (Lekan, 2011, str. 71). Nasprotno pa dojenčki, izpostavljeni metamfetaminom, ne kažejo akutnih odtegnitvenih znakov, temveč so pogosto pretirano zaspani in tihi (Perez idr., 2022, str. 253, 254), kar lahko predstavlja tveganje za vzpostavljanje navezanosti, saj matere težje prepoznajo njihove subtilne signale in se nanje odzovejo (Gribble, 2024a, str. 12).

Matere, ki imajo negativni izvid testiranja na prisotnost povzročiteljev hepatitisa C in HIV, prav tako lahko spodbujamo k dojenju, četudi se zdravijo z metadonom, saj je koncentracija tega v materinem mleku zelo nizka (Balain in Johnson, 2014, str. 10). Navkljub temu pa avtorici Gribble in Gallagher (2014, str. 445, 446) opozarjata, da nekatere okoliščine lahko onemogočijo nadaljevanje dojenja, saj je določena tveganja za škodo mogočo ublažiti le z zelo omejenim ali s popolnoma izključenim stikom med materjo in otrokom. Osebno vodenje takšnega stika tveganje lahko zmanjša do te mere, da pogostejši stiki, s tem pa tudi

dojenje, ponovno postanejo možni. Zgolj pomisleki glede materine uporabe drog torej niso utemeljen razlog za nepotrebno preprečevanje dojenja (Reich, 2010, str. 165).

Podobne ugotovitve v slovenskem prostoru navajata Lovšin Cetin in Zver Skomina (2022, str. 42), pri čemer ugotavljata, da predvsem nefarmakološke metode pomembno zmanjšajo potrebo po zdravljenju z zdravili in skrajšajo ležalno dobo novorojenčkov z NAS, ki povprečno traja vsaj štirinajst dni. Avtorici poudarjata, da je spodbujanje matere k aktivni negi in dojenju ključno za ugodnejši izid, predvsem zato, ker so običajno manj motivirane. Ob tem pa opozarjata, da medicinska oskrba sama po sebi ni dovolj, saj ti otroci pogosto prihajajo iz manj ugodnih socialnih razmer. Zato je ključno, da se že pred odpustom iz porodnišnice v podporo celotni družini vključita patronažna služba in socialna delavka, ki ocenita varnost domačega okolja in v kompleksnih problemskih okoliščinah družin raziskujeta možnosti namestitve otroka v rejniško družino. Takšna timska podpora družinam omogoča prehod iz bolnišničnega okolja v kontinuirano podporo v domačem okolju, vključno s podporo otroku v razvojni ambulanti (Lovšin Cetin in Zver Skomina, 2022, str. 43–44). Strokovna podpora staršem je ob sprejemu otroka v oddelek intenzivne nege nujna. Zdi se, da je ta v slovenskem okolju možna, a za starše ne vedno nujno dosegljiva (Černe Kržišnik in Prosen, 2009, str. 207). Tudi avtorica Lekan (2011, str. 72) pojasnjuje, da bi morala vsaka ustanova, ki se srečuje z novorojenčki, v nosečnosti izpostavljenimi opioidom in ostalim psihoaktivnim snovem, oblikovati protokol za ocenjevanje neonatalnega abstinenčnega sindroma in načrt za podporo družini.

V sodobni neonatologiji se vse bolj uveljavlja pomen nefarmakoloških pristopov pri oskrbi novorojenčkov z NAS in nedonošenčkov. Raziskave (Hignell idr., 2020; Hilton, 2018) kažejo, da človeški stik predstavlja ključen terapevtski učinek v visoko tehnokratskem okolju enot intenzivne nege. Študija, izvedena v kanadski bolnišnici St. Michael's, je proučevala vpliv prostovoljskega programa crkljanja na dojenčke z NAS. Čeprav zaradi majhnega vzorca rezultati niso dosegli statistične značilnosti, so avtorji (Hignell idr., 2020, str. 1) zabeležili šestdnevno zmanjšanje dolžine bivanja v bolnišnici. Dotik in crkljanje delujeta kot stabilizatorja vitalnih funkcij, obenem pa osredotočata dojenčkovo pozornost na človeški glas. Zaradi preobremenjenosti osebja in raznolikih razlogov, iz katerih starši ne zmorejo biti ves čas prisotni ob otroku, so prostovoljski programi crkljanja ključni v tem, da omogočajo dotik, ki nas sidra v naši človečnosti (Hilton, 2018, str. 28–31).

Zdravstvene in socialne delavke[2] so ključne zagovornice pomena dojenja in ohranjanja bližine med mamo in otrokom, upoštevajoč zagotavljanje varnosti otroka, saj vedo, da bodo v nekaterih primerih oblike zgodnje podpore in pomoči lahko preprečile odvzem dojenčka (Trew, Taplin, O'Donnell, Marriott in Broadhurst, 2022, str. 560).

Smernice sistemske podpore bi morale v primerih ločitve matere od otroka, bodisi zaradi odvzema v porodnišnici bodisi zaradi prestajanja zaporne kazni, prednostno zagotavljati ohranjanje njune bližine in laktacije. To vključuje odgovornost organov varstva in zaščite otrok ter porodnišnic za logistično podporo, kot je najem prsnih črpalk, organizacija prevoza materinega mleka ter omogočanje rednih obiskov in bivanja v isti sobi, kjer koli je to mogoče. Hkrati bi morale smernice za rejnike in zaporniške uradnike vključevati izobraževanje o pomenu dojenja ter načinih odzivanja na dojenčkovo stisko brez uporabe stekleničke ali dude, s čimer se materi zagotovi možnost za vzpostavitev varne navezanosti tudi v najtežjih življenjskih okoliščinah. Če so mame temu naklonjene in izražajo pripravljenost za dojenje ali zagotavljanje materinega mleka, potrebujejo vsaj enega zagovornika, ki koordinira različne oblike pomoči – od družinske in skupnostne podpore do napotitve v stanovanjske programe. Ključno vlogo pri preprečevanju ločitve ima lahko tudi sorodstveno rejništvo, ki je organizirano tako, da materi omogoča bivanje skupaj z dojenčkom ali vsaj pogoste stike (Gribble in Gallagher, 2014, str. 445, 446; Gribble, 2024b, str. 22, 23).

1.1.2 Prispevek stika koža na kožo k vzpostavljanju in razvoju navezanosti

Pod vplivom Bowlbyjeve in Ainsworthijine (Bowbly, 1952; Ainsworth, Blehar, Waters in Wall, 1978) teorije navezanosti ter Lorenzovih (1935) raziskav o vtiskovanju kot obliki učenja, sta Kennell in Klaus (1976), zgodnja raziskovalca stika koža na kožo, pozvala k spremembam tedanjih porodnih praks. Razširila sta idejo, da lahko do povezovanja med materjo in novorojenčkom pride že v prvih trenutkih in urah po rojstvu (Brimdyr idr., 2023, str. 1634), s čimer se je uveljavilo danes splošno prepričanje, da mama in otrok po porodu sodita skupaj. V tem pomembnem preobratu lahko prepoznamo uspeh vključevanja socialnega modela skrbi v medicinski model (Drglin, 2003a, str. 282, 287).

[2] V magistrskem delu uporabljam izraz »socialna delavka« v ženski slovnični obliki, saj ta odraža prevladujočo spolno zastopanost v poklicu socialnega dela. Izraz je uporabljen vključujoče, je vselej zamenljiv in se nanaša na vse osebe, ki opravljajo ta poklic, ne glede na njihov spol.

Otrok začne, s pomočjo razvijajočih se čutnih sposobnosti, predvsem voha, okusa in dotika, takoj po rojstvu vzpostavljati stik s svojim socialnim okoljem (Schore, 2016, str. 37). Nemudoma po tem, ko zapusti telo ženske, ki ga je nosila, je izpostavljen najrazličnejšim zunanjim vplivom, predvsem njenemu obrazu, očem, glasu, vonju in dotiku (Gostečnik, 2023, str. 70), ki ga še posebej prevzemajo (Van der Kolk, 2015, str. 131) in jih že kot novorojenček prepozna (Boston Women's Health Book Collective, 1998, str. 478). Ti za otroka postanejo najosnovnejši in najmočnejši dražljaji v njegovi zaznavi sveta, ki se globoko vtisnejo v njegov razvijajoč se limbični predel možganov (Schore, 2016, str. 125).

Smo globoko socialna bitja, zato iščemo svoje mesto v skupnosti človeških bitij. Med odraščanjem se postopoma naučimo skrbeti zase, tako telesno kot tudi čustveno, vendar pa prve lekcije in veščine samouravnavanja pridobimo prav iz izkušnje harmoničnih zgodnjih interakcij in skrbi naših skrbnikov (Van der Kolk, 2015, str. 131, 135; Gerhardt, 2015, str. 11). Možgani se na okolje, ki je za nas popolnoma novo, prilagajajo na način, ki odseva način nege in skrbi drugih za nas (Hughes in Baylin, 2022, str. 35), saj vse svoje življenje preživimo povezani z drugimi in uravnavani s strani tistih okoli nas (Cozolino, 2014, str. 144). Ta visceralni in kinestetični občutek, kako je naše telo sprejeto, postavlja temelje našega doživljanja resničnosti (Van der Kolk, 2015, str. 131, 135) ter temeljnega občutka lastne vrednosti (Čačinovič Vogrinčič in Mešl, 2019, str. 100). V zgodnjem obdobju narava skrbi med skrbniki in dojenčkom zahteva pogoste interakcije, ki vključujejo dotik. Ta je namreč prvi čut, ki se pri otroku razvije in ima ključno vlogo pri vzpostavljanju zgodnje komunikacije s starši (Ardiel in Rankin, 2010, str. 154; Field, 2010, str. 370; Hertenstein, 2002, str. 70). Kot bistven mehanizem človeške povezanosti in pomemben kanal komunikacije dotik predstavlja ključen vir socialne senzorične stimulacije, ki je ključna za zgodnje oblikovanje možganov, obenem pa prispeva k otrokovemu raziskovalnemu vedenju in vodi k večjemu občutku varnosti (Cozolino, 2014, str. 54–63). Ena prvih stvari, ki se je otrok nauči o svojih skrbnikih, osrednji osi zgodnjega učenja, je, kako dobro ga znajo pomiriti in mu dati občutek varnosti (Cozolino, 2014, str. 89). Na podlagi tega si otrok oblikuje pričakovanja glede sveta, v katerem živi, kar mu pomaga napovedati, kaj se bo zgodilo in kako se bo najbolj odzval (Gerhardt, 2015, str. 34).

Med enim od učinkovitejših načinov vzpostavljanja procesa navezanosti, tj. zgodnjim stikom koža na kožo, se sprostita hormona prolaktin in oksitocin. Ta sodeluje pri zaznavanju ter uravnavanju čustvenih odzivov na stres (Adeli in Aradmehr, 2018, str. 2; Badr in

Zauszniewski, 2017, str. 181) in materi pomaga navezati ter okrepiti vez z novorojenčkom (Kompan Erzar in Poljanec, 2012, str. 85). Povišane ravni oksitocina v poporodnem obdobju sprožajo občutke zadovoljstva, spodbujajo občutke varnosti in umirjenost ter zmanjšujejo tesnobnost (Gerhardt, 2015, str. 139, 140). Poudarek na vlogi hormonov v procesu zgodnjega navezovanja bi bil zelo redukcionističen. Visoka raven endorfinov pri mami in otroku med porodom in po njem lahko prispeva k navezavi med njima, vendar so odnosi med starši, skrbniki ali posvojitelji ter otroki, rojenimi s pomočjo carskega reza, hranjenimi po steklenički in/ali posvojenimi, lahko dokaz, da se odnos lahko razvije tudi, kadar so dejavniki hormonskih sprememb izključeni (Drglin, 2003a, str. 287).

Zgodnji stik med mamo in novorojenčkom je eden od mehanizmov povezovanja, ni pa edini. Večina mater, ki iz najrazličnejših razlogov niso bile v zgodnjem stiku z otrokom, lahko preseže učinke zgodnje ločitve (Enkin idr., 2000, str. 430). Stik med mamo in otrokom neposredno po rojstvu namreč ne more samodejno, mehanično vzpostaviti občutka povezanosti z otrokom (Martin, 1989, str. 86), obenem pa strmenje v otrokove oči, ko ga mama ljubeče drži v naročju, še ne bo vzpostavilo medsebojne navezave za vse življenje, saj so odnosi in proces navezovanja veliko zapletenejši. Ključno je, da imajo starši možnost zgodnjega in nemotenega uglaševanja s svojim otrokom. Toda način dela v porodnišnicah in vpeljana rutinizacija, ki kaže na ideologijo med teorijo zgodnjega navezovanja in organizacijo institucije, ne prispevata k olajšanju teh prvih trenutkov med starši in otrokom. Raziskave in strokovna dognanja na družino usmerjenega pristopa zdravstvenega varstva (Chen, Gau, Liu in Lee, 2017, str. 7; Drglin, 2003a, str. 282–290; Ethier, 2022, str. 720), ki omogoča izkušnjo zgodnjega stika, potrjujejo, da materam vez, ki izvira iz njihovega občutka, da je dojenček »njihov«, pomaga osmisliti porod ter v njihovem doživljanju pogosto prekrije spomine na morebitno nemoč, bolečino ali visoko tehnokratsko porodno izkušnjo.

Študija avtorjev Lazarus, Marchman, Feldman, Scala in Travis (2025, str. 1) je ocenjevala, ali je pogostnost taktilnih interakcij med prezgodaj rojenimi novorojenčki in družinskimi člani, torej stik koža na kožo, statistično mediirala razvojne razlike, povezane z družbeno-ekonomskim statusom. Rezultati kažejo, da so bili otroci iz družin z nižjim družbeno-ekonomskim statusom deležni bistveno manj pogoste nege koža na kožo kot otroci iz družin z višjim družbeno-ekonomskim statusom. Družbeno-ekonomski status je torej pomemben napovednik pogostnosti stika koža na kožo v času neonatalne hospitalizacije

na oddelku za intenzivno nego prezgodaj rojenih dojenčkov in pomemben napovednik razvojnih izidov pri 18–24 mesecih otrokove starosti. Ugotovitve te študije razširjajo predhodne dokaze, da je zgodnja nega koža na kožo dodatna proksimalna dejavnost med negovalcem in otrokom. Navkljub tem ugotovitvam na nego koža na kožo ne gre gledati kot na samostojno rešitev ali kot na zamenjavo za širše sistemske ukrepe. Njena učinkovitost je lahko okrepljena le v kombinaciji s politiko in programi, ki obravnavajo temeljne vzroke razlik v družbeno-ekonomskem statusu, kot sta denimo plačan starševski dopust in dostop do kakovostnega zdravstvenega varstva (Lazarus, Marchman, Feldman, Scala in Travis, 2025, str. 4–9). Kljub očitnim koristim izvajanje stika koža na kožo spontane interakcije med mamo in otrokom pogosto preprečujejo organizacijske ovire ter institucionalna pravila, na prakso pa vplivajo tudi zastarele informacije (Brimdyr idr., 2023, str. 1635; Drglin, 2003a, str. 288). Wickström, Oras, Lundgren in Funkquist (2025, str. 3, 7) poročajo o rezultatih izobraževanja zdravstvenih delavcev in staršev o pomenu stika koža na kožo takoj po otrokovem rojstvu, kar je pomembno prispevalo k trajanju stika koža na kožo s starši v prvih 48 urah po rojstvu. To poudarja ključno vlogo ozaveščanja pri izboljšanju prakse poporodne oskrbe. Glede na to, da stik koža na kožo zahteva minimalne vire in ne vključuje specializirane opreme, se zdi razširjenost prakse izvedljiva in učinkovita. Zlasti nacionalne oblasti na področju zdravstva bi stik koža na kožo lahko vključile v standarde obporodne oskrbe, spodbujale usposabljanje zdravstvenega osebja, spremenile poporodne prakse za zmanjšanje zgodnjega ločevanja mater in otrok ter zagotovile izobraževanje staršev (Lee in Kim, 2025, str. 2371).

Znanost danes soglaša, da je obdobje do približno dveh let, v grobem prvih 1000 dni od spočetja, ključno za postavljanje temeljev otrokove prihodnosti (Leach, 2017), saj se takrat živčni sistem šele vzpostavlja in ga zgodnje izkušnje pomembno oblikujejo (Gerhardt, 2015, str. 11). Predstavljajo nekakšno nevidno, nezavedno zgodovino vsakega posameznika, toda vgrajene so v naš organizem in določajo naša pričakovanja, značilne načine vzpostavljanja odnosov z drugimi ljudmi, pa tudi naše vedenje in obvladovanje toka čustev (Gerhardt, 2015, str. 29, 30). Sodobna teoretična izhodišča pomen zgodnjih interakcij danes pojasnjujejo z ozirom na pojav umrljivosti institucionaliziranih otrok, ki so bili sicer zdravi, vendar prikrajšani fizične in čustvene povezanosti (Cozolino, 2014, str. 154). Za socialno delo so pomembna in obetavna predvsem spoznanja novejših raziskav, ki izpostavljajo, da kakovost zgodnjih izkušenj otrokovega nadaljnjega življenja ne determinira v celoti (Čačinovič Vogrinčič in Mešl, 2019, str. 115).

Kot zapiše avtorica Drglin (2003a, str. 289), poskusi teoretizacije poporodnih trenutkov odpirajo nekatera pomembna vprašanja. Ne smemo in ne moremo spregledati številnih pričevanj mater in bližnjih pri porodu, ki kažejo na svojevrsten pomen in vrednost trenutkov po rojstvu otroka, v katerih steče navezava, ki predstavlja užitek tako za mamo kot tudi za otroka, očeta in/ali navzoče svojce. Nujnosti možnosti zgodnjega stika med otrokom in starši ne moremo upravičiti z dodatnimi raziskavami, saj je potrebna predvsem konceptualna sprememba v interpretaciji in razumevanju procesu poroda. Ne potrebujemo znanstveno utemeljenega ideala mame, ki se nemudoma po rojstvu otroka z njim navezuje, kot tudi ne potrebujemo dokazov o biološki ali kulturni nujnosti navezovanja. Potrebujemo predvsem odgovore žensk na vprašanja, kako v porodnišničnem okolju zaščititi in podpreti individualne potrebe in izbire ženske, saj je tista, ki otroka rodi. Najverjetneje bo večina staršev otroka kmalu po rojstvu želela držati v naročju, bodisi še okrvavljenega in prekritega z verniksom ter povezanega s popkovino bodisi že umitega in oblečenega, pri čemer zaradi te odločitve ne bodo nič manj »pravi« starši. Dejstvo je, da zgodnji stik omogoča razvijanje močne vezi med starši in otrokom, vendar jim pripada tudi dovoljenje za individualno radost v teh trenutkih.

1.1.3 Proces hranjenja kot prostor za vzpostavljanje odnosne varnosti

Bowbly je, kot utemeljitelj teorije navezanosti, nasprotoval prevladujočemu medicinskemu prepričanju tistega časa, da so potrebe dojenčka zgolj hranjenje, biti suh in na toplem. Namesto tega je trdil, da morajo biti zgodnji odnosi topli, intimni in neprekinjeni. Njegova teorija je izzvala dolgo uveljavljene napotke staršem, da bo otroka to, da ga dvignejo k sebi in potolažijo, razvadilo (Brimdyr idr., 2023, str. 1634). Danes vemo, da v obdobju po rojstvu starši in novorojenček vzpostavljajo stik drug z drugim skozi procese tolažbe, spanja in hranjenja (Kompan Erzar in Poljanec, 2012, str. 52), v kontekstu katerega se razvija tudi navezanost. Prav zato so raziskovalci začeli preučevati dojenje kot enega od možnih napovednikov varne navezanosti. Omogoča namreč stik kože na kožo, ki je daljši in pogostejši, ter občutljivo odzivnost (Linde, Lehnig, Nagl in Kersting, 2020, str. 2). Avtorici Kompan Erzar in Poljanec (2012, str. 84) zapišeta, da dojenje nima le funkcije hranjenja, temveč je njegova vzpostavitev neposredno v prvi uri po rojstvu otroka, tako imenovani zlati uri, eden od ključnih načinov za vzpostavitev čustvene vezi med mamo in otrokom. Tudi Bowlby (1991) poudarja, da otrokovi gibi v smeri maminega obraza ali njene prsne bradavice niso vedno povezani s hranjenjem, temveč otrok sprva išče stik in bližino, šele nato steče tudi hranjenje. Uglašenost med otrokom in njegovimi primarnimi skrbniki se

začne na najsubtilnejših telesnih ravneh interakcije in dojenčku daje občutek, da je sprejet, razumljen (Van der Kolk, 2015, str. 132) in prepoznan s strani skrbnikov. Šele potem lahko zaupa, da se bo pri mami varno nahranil. Sistem navezanosti je torej tisti, ki otroka motivira, da poišče bližino staršev (Kompan Erzar in Poljanec, 2012, str. 28, 39).

Študija, v katero je bilo vključenih skoraj 6000 avstralskih žensk in njihovih otrok, avtorjev Strathearn, Mamun, Najman in O'Callaghan (2009, str. 487–492), je preučevala utemeljene primere zanemarjanja otrok v obdobju petnajstih let in pokazala, da je pri ženskah, ki niso dojile ali so dojile kratek čas, 4,8-krat večja verjetnost, da bodo zlorabile ali zanemarile svoje otroke, kot pri ženskah, ki so svoje otroke dojile dalj časa. Zagotovo ni le ene same rešitve, a je lahko spodbujanje dojenja, kot enega številnih dejavnikov, relativno preprosto in stroškovno učinkovito dodatno sredstvo za krepitev odnosa med materjo in otrokom. Potrebna je previdnost, da ne bi prišlo do stigmatizacije mater, ki iz različnih razlogov ne dojijo, zato je ključno poudariti, da odsotnost dojenja ne pomeni neizogibnega tveganja za zlorabo. Dojenja ne smemo razumeti kot vzroka, temveč kot enega od kazalnikov odnosne dinamike. Raziskave kažejo (Ainsworth idr., 1978, str. 121–125; Dozier idr., 2013, str. 838), da je za varno navezanost in preprečevanje nasilja namreč odločilna predvsem občutljiva čustvena odzivnost – sposobnost staršev, da prepoznajo in ustrezno odgovorijo na otrokove potrebe –, ki se lahko izraža tudi skozi dojenje, ni pa nujno vezana nanj. Tu imajo socialne delavke pomembno vlogo, saj lahko z znanjem o teoriji navezanosti spodbujajo in krepijo kakovost zgodnjih interakcij med otrokom in starši ali skrbniki, saj te v njih, ne glede na način hranjenja, budijo čustveno odzivnost na otroka (Bowlby, 1991; Kompan Erzar in Poljanec, 2012, str. 28, 39). Koristno bi bilo, da se v okviru poporodne prakse začnejo izvajati presejalni testi maminega stila navezanosti, kar bi socialnim delavkam omogočilo hitrejše in zgodnejše prepoznavanje mater, ki bodo potrebovale več podpore pri vzpostavljanju in ohranjanju bližine z otrokom (Linde, Lehnig, Nagl in Kersting, 2020, str. 15). Kot pojasnjuje avtorica Scharfe (2012, str. 232), je namreč mamin stil navezanosti eden od dejavnikov, ki med drugim vpliva na začetek in vzdrževanje dojenja (Linde, Lehnig, Nagl in Kersting, 2020, str. 15) ter lahko napove, katere mame bodo, navkljub medosebnim, okolijskim in zdravstvenim izzivom, bolj verjetno nadaljevale s skrbstvenimi nalogami, kot je na primer dojenje, tudi po odpustu iz porodnišnice (Cugmas, 2020, str. 14). Vendarle pa mamin stil navezanosti ni edini indikator, temveč je pomembno, da v socialnem delu dosledno in občutljivo prepoznavamo številne socialno-ekološke dejavnike ter poskušamo delo usmeriti k razumevanju dejavnikov, ki

podpirajo odpornost pri doseganju materinih ciljev glede dojenja. Podpora materi sama po sebi ni zadostna, če spregledamo okoliščine, v katerih ženska lahko doji. Odločitev o tem, ali bo mama dojila, je močno odvisna od njene socialne mreže in opore, ki jo lahko prejme v njej, pa tudi od njenega delovnega okolja, možnosti varstva otroka in drugih kontekstualnih dejavnikov. Razumevanje dojenja kot vedenja, ki je umeščeno v različne socialno-ekološke ravni, omogoča celovitejše razumevanje materinih potreb po podpori pri dojenju (Hurst, Reno in Lefmann, 2018, str. 257). Bistvenega pomena je, da strokovna podpora ni usmerjena zgolj v doseganje ciljev, kot je na primer dojenje, temveč v krepitev odzivnosti staršev – ne glede na način hranjenja, ki ga izberejo za svojega otroka.

V tem smislu ključni napovednik otrokove varne navezanosti ne izhaja neposredno iz načina hranjenja, temveč tega predstavljata predvsem čustvena odzivnost staršev in njihova sposobnost, da prepoznajo in ustrezno odgovorijo na otrokove potrebe. Dojenje kot eden od načinov hranjenja je namreč vedenje, ki se ga ženska nauči (World Health Organization, 2017a). Če se fokus preveč zoži le na biološko komponento dojenja in je ta pretirano poudarjen, se mame, ki so dojenje načrtovale in ne morejo dojiti ali pa dojenje prenehajo prej, kot so nameravale, in s tem niso dosegle svojih ciljev v zvezi z dojenjem, lahko srečajo z občutkom razočaranja, krivde, žalosti in izgube, kar vpliva na njihovo doživljanje vloge mame. Obenem lahko doživljajo obžalovanje zaradi izgubljene bližine z otrokom po porodu, ki se lahko hitro prevesi v idealiziran temelj varne navezanosti (Drglin, 2003a, str. 316; Hurst, Reno in Lefmann, 2018, str. 255). Kot opozarja Drglin (2003a, str. 297, 298, 316), zahodna kultura pogosto normira in poudarja »ultimativno«, »biološko« materinstvo, kjer strokovnjaki dojenje napačno enačijo z materinskim instinktom in ga povezujejo s konceptom zgodnjega navezovanja. Poudarjanje dvojice med materjo in otrokom mame lahko postavlja pred stisko, saj se čutijo dolžne prevzeti večino odgovornosti in skrbi za otroka. Pomembno je opozoriti na pomanjkanje ugotovitev o neposrednem vplivu dojenja na kakovost materine navezanosti na otroka (Cuijlits idr., 2019, str. 781). Jansen, de Weerth in Riksen-Walraven (2008, str. 516) so sklenili, da, čeprav so bili mehanizmi, prek katerih dojenje krepi vez med mamo in otrokom tako med živalmi kot tudi med ljudmi ugotovljeni na teoretični ravni, obstaja le nizko število empiričnih študij, zato je pomembno upoštevati recipročnost odnosa ter metodološke omejitve obstoječih raziskav.

Obenem je ključno poudariti, da otrok in mama takrat, ko dojenje zaradi različnih okoliščin ne steče, ne bosta prikrajšana za povezanost, če se mama zaveda pomena intenzivnega in

globokega stika z otrokom, mu pripisuje vrednost, otroka neguje po svojih zmožnostih (Poljanec, 2025, str. 190) in dojenje brez občutka krivde nadomesti s še več ljubečega telesnega stika (Poljanec in Greif, 2016, str. 132), ki je največja spodbuda za razvoj, celo v večji meri kot dojenje (Gerhardt, 2015, str. 58). Čeprav dojenje v zgodnjem obdobju predstavlja priložnost za poglobljeno bližino, ki materi in otroku nudi priložnost za uglaševanje (Kompan Erzar in Poljanec, 2012; Linde, Lehnig, Nagl in Kersting, 2020), ga stroka socialnega dela ne sme obravnavati kot izključnega merila vzpostavljanja navezanosti. Socialne delavke imajo namreč odločilno vlogo pri prepoznavanju in spodbujanju tistega, kar Ainsworth idr. (1978) ter Dozier idr. (2013) izpostavljajo kot temelj varne navezanosti – čustvene odzivnosti staršev. Vsa ravnanja socialnih delavk morajo biti usmerjena v razbremenitev mater, ki zaradi prevladujočih družbenih norm (Drglin, 2003a), ob neuspeli izkušnji dojenja, lahko doživljajo občutke krivde (Hurst, Reno in Lefmann, 2018). Naloga socialnega dela je preusmeriti fokus h kakovosti interakcije in telesnega stika, ki dojenčku zagotavljata občutek sprejetosti (Gerhardt, 2015; Van der Kolk, 2015).

1.2 Dojenje kot temeljna pravica v luči mednarodnih zavez in pobud

Temeljna pravica otrok do najvišjega dosegljivega standarda zdravja je mednarodno priznana s 24. členom Konvencije o otrokovih pravicah (Varuh človekovih pravic, b. d.). Za doseganje tega standarda Svetovna zdravstvena organizacija in UNICEF (World Health Organization in United Nations Children's Fund, 2003) poudarjata nujnost izključnega dojenja prvih šest mesecev življenja, ki naj se nato nadaljuje do starosti dveh let ali dlje.

Države pogodbenice Konvencije o otrokovih pravicah (Varuh človekovih pravic, b. d.) so odgovorne tudi za to, da zagotovijo, da so, zlasti starši in otroci, obveščeni in imajo dostop do izobraževanja, so podprti pri uporabi osnovnega znanja o zdravju, o prehrani otrok ter o prednostih dojenja. Konvencija o otrokovih pravicah (Varuh človekovih pravic, b. d.) izrecno navaja, da je matere treba podpreti pri dojenju njihovih otrok (Gribble in Gallagher, 2014, str. 437). Akademika na področju socialnega dela, Michael M. O. Seipel in Kevin Shafer (2013, str. 248), sta že leta 2013 opozarjala na potrebo po javni kampanji za spodbujanje mater k dojenju svojih otrok. Menila sta, da bi bilo to sporočilo treba razširiti med zdravstvene delavce, v zdravstvene ustanove, v delovna okolja ter v skupnosti.

Za vključevanje nacionalne doktrine o dojenju v splošne zdravstvene in razvojne programe (UNICEF Slovenija, 2022) skrbi Nacionalni odbor za spodbujanje dojenja (NOSD), ki

pri Slovenski fundaciji za UNICEF deluje že od leta 1996. Sestavljajo ga strokovnjaki zdravstva in zdravstvenega varstva ter svetovalke za dojenje z mednarodno licenco International Board of Lactation Consultant (IBCLC). Leta 1991 sta Svetovna zdravstvena organizacija in UNICEF s skupnimi močmi začela udejanjati, razvijati in vključevati mednarodni projekt oziroma pobudo Novorojencem prijazna porodnišnica v slovenski prostor (UNICEF Slovenija, 2025). Ta temelji na sklepih deklaracije Innocenti (UNICEF Slovenija, 2022), ki se zavzema za kulturo dojenja, vsebuje pobudo za odstranjevanje ovir in vplivov, ki ovirajo dojenje, da bi to lahko postalo samoumeven način prvega hranjenja otrok in bi kot družba postali »dojenju prijazna družba«.

Nacionalni odbor za spodbujanje dojenja pri Slovenski fundaciji za UNICEF je leta 2020, s podporo Ministrstva za zdravje, začel razvoj in implementacijo pobude »Dojenju prijazno mesto«. Cilj pobude je, da mesto s pridružitvijo njej svojim prebivalcem pokaže, da jim želi boljše zdravje, manj neenakosti, bolj zdravo okolje in vsesplošni dolgotrajni napredek. Skupnost prejme sporočilo, da mesto ceni prednosti dojenja za zdravje otroka, družine in cele skupnosti (UNICEF Slovenija, 2022). Pobuda temelji na dokumentu »10 korakov do Dojenju prijaznega mesta«, ki služi tudi kot osnova za pridobitev naziva. Deveti korak izpostavlja, da v Dojenju prijaznem mestu delovne organizacije v mestu poznajo in spoštujejo pravice doječih mater (UNICEF Slovenija, 2024), kar kaže na to, da je prizadevanje k spodbujanju dojenja večnivojsko in vključuje vse deležnike v skupnosti. V tem okviru ima pomembno, vendar v tem času, v slovenskem prostoru, še ne posebej razvidne vloge tudi socialno delo, saj socialne delavke v lokalni skupnosti prepoznavajo socialne, ekonomske in ostale sistemske dejavnike, ki lahko ovirajo sam začetek ali nadaljevanje dojenja. Obenem mame usmerjajo k ustreznim oblikam pomoči (IFSW, 2014; World Health Organization, 2018a), kar mesto v okviru pobude uresničuje z vzpostavljanjem skupin za pomoč doječim materam in podporo svetovalk za dojenje. Takšna ravnanja socialnih delavk lahko prispevajo h krepitvi moči mater ter h krepitvi povezanosti v skupnosti, kar je skladno s cilji pobude »Dojenju prijazno mesto« (UNICEF Slovenija, 2024).

Podpora dojenju je še posebej pomembna v kontekstu varstva in zaščite otrok. Če družina sodeluje z organi za varstvo in zaščito otrok in je eden od otrok dojen, imajo ti odgovornost, da zagotovijo podporo nadaljevanju dojenja, da bi se s tem ohranile pravice otrok v skladu s Konvencijo o otrokovih pravicah (Varuh človekovih pravic, b. d.; Gribble in Gallagher,

2014, str. 437). Pravica otroka do materinega mleka predstavlja področje, kjer se pravice staršev in pravice otrok stikajo. Državni organi morajo pri odločitvah o ureditvi skrbi za otroka in o stikih v primerih varstva in zaščite otrok upoštevati želje mater v zvezi z dojenjem. Če državni organi menijo, da je potreben tako drastičen poseg v življenje družine, je najmanj, kar lahko storijo, to, da stike uredijo glede na potrebe družine. Če ukrep organov posledično pomeni prenehanje dojenja, se takšno dejanje lahko šteje za enakovredno prehitevanju odločitve o trajnem nadomestnem varstvu za otroka (Gribble in Gallagher, 2014, str. 439).

1.2.1 Umeščanje podpore dojenju v poslanstvo, etične vrednote in kompetence stroke socialnega dela

Podpora dojenju se umešča v temeljno poslanstvo stroke, kar sta, kot zapiše Nacionalno združenje socialnih delavk (NASW, 2025), izboljševanje človekovega blagostanja in pomoč pri zadovoljevanju osnovnih človeških potreb vseh ljudi, s posebnim poudarkom na potrebah in krepitvi moči ranljivih, zatiranih in v revščini živečih ljudi. Etični poudarki stroke socialnega dela so povzeti v temeljnih vrednotah, ki usmerjajo njeno prakso, med katerimi je tudi pomen človeških odnosov. Otrok se rodi z instinktom po povezovanju z drugimi ljudmi. Ena prvih priložnosti za takšen stik se odvije že v prvih trenutkih po rojstvu. Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization, 2017a) začetek dojenja priporoča v prvi uri po rojstvu, kar se pogosto zgodi popolnoma spontano, saj se novorojenčki odzovejo na dojko že nekaj minut po rojstvu, s čimer se med njim in mamo začne simbiotični odnos z dolgoročnimi koristmi. Dojenje v uspešno vzpostavljenem ritmu mamo in otroka združuje kot partnerja v tako imenovanem duetu navezanosti. Dojenje lahko olajša človeške odnose, vendar, če ni ustrezno podprto, odnose lahko tudi obremeni ali postane celo vir frustracije in razočaranja (Hurst, Reno in Lefmann, 2018, str. 255).

Še ena od temeljnih vrednot stroke socialnega dela, na kateri sloni tudi njena praksa, je vrednota kompetence. Od socialnih delavk se pričakuje, da znotraj svojih področij dela delujejo strokovno in nenehno razvijajo ter nadgrajujejo svoje znanje za učinkovito prakso (NASW, 2025). Splošne kompetence socialnega dela na področju dojenja vključujejo tako poznavanje priporočil za dojenje in pogostih stisk doječih mater kot tudi pripravljenost za sodelovanje s svetovalkami za dojenje in laktacijo ter z drugimi strokovnjaki – vse to z namenom, da dojenje ostaja prednostna naloga (World Health Organization, 2017a).

Ne nazadnje imajo socialne delavke priložnost, da s podporo in priznavanjem izbire dojenja pokažejo spoštovanje do dostojanstva in vrednosti posamezne matere ter otroka oziroma družine (Hurst, Reno in Lefmann, 2018, str. 255).

1.3 Prostor za stroko socialnega dela v obporodni podpori družini

Leta 1964 je bila prva socialna delavka za polni delovni čas dodeljena Enoti za intenzivno nego novorojenčkov v bolnišnici Yale-New Haven. To je pomenilo formalni začetek področja prakse, ki ga danes poznamo kot perinatalno socialno delo. Razvoj tega novega področja storitev, ki se je razvijalo skupaj z napredkom v medicinski obravnavi matere, ploda in novorojenčka, so oblikovale prakse socialnega dela, nanj pa je vplival tudi širši zgodovinski kontekst družbenih sprememb, ki so potekale v Združenih državah Amerike v šestdesetih in sedemdesetih letih prejšnjega stoletja. Temeljna naravnanost prakse socialnega dela na posameznika v kontekstu njegovega socialnega okolja je socialne delavke v bolnišnicah že zgodaj vodila k skrbi za prepoznavanje in spodbujanje podpornega socialnega in čustvenega okolja za nosečnice, matere in dojenčke (Breslin, 1997, str. 1).

Socialno delo namreč vstopa v stik z družinami na stičišču med njimi in njihovim okoljem, kjer se socialne delavke, opirajoč se na biopsihosocialni okvir podpore in pomoči, zavzemajo za celovito razumevanje kompleksnih problemskih okoliščin. Takšen pristop, utemeljen na načelih socialne pravičnosti in človekovih pravic, zahteva redefiniranje podpore in pomoči prek soustvarjanja rešitev in aktivne udeleženosti institucij v skupnosti (Ragesh, Sajitha in Hamza, 2017, str. 103; Čačinovič Vogrinčič in Mešl, 2019, str. 33).

Socialna delavka Selma Fraiberg je s sodelavci že leta 1975 v članku z naslovom »Ghosts in the Nursery« (Fraiberg, Adelson in Shapiro, 1975) opozarjala na vpliv nerazrešenih vprašanj iz preteklosti staršev na vzpostavljanje odnosa z novorojenčkom. V socialno delo je vnašala razumevanje, da starši otrok, ki so ranljivi in pod stresom, pogosto ne zmorejo priti v institucionalno okolje, ampak potrebujejo kompleksnejšo obliko podpore. Prav zato je z metodami socialnega dela oblikovala na odnosu utemeljen pristop, ki je omogočal skupno podporo otrokom in staršem (Shapiro, 2009, str. 45–55). Njeno inovativno delo je podporo in pomoč prineslo v domove družin in se odzivalo na potrebe družin po psihološki podpori in po konkretni pomoči prek socialnih storitev (Weatherston, 2002, str. 1–14). Socialna delavka Fraiberg je strokovnega delavca na področju duševnega zdravja dojenčkov videla kot skrbnega opazovalca in prevajalca vedenja dojenčka, ki staršem pomaga razumeti

individualnost in razvoj njihovega otroka (Walsh, Paris, Ribaudo in Gilkerson, 2021, str. 187–189).

Nacionalno združenje perinatalnih socialnih delavk (The National Association of Perinatal Social Workers, 2025) opiše, da te sodelujejo z ženskami in z družinami z namenom, da ocenijo njihove vire moči in izzive ob pričakovanju in rojstvu otroka, z neposrednim delom z žensko in družino prispevajo k izboljšanju učinkov psihosocialnih in zdravstvenih izzivov, hkrati pa jim pomagajo dostopati do dolgoročnih podpornih storitev, kjer je to potrebno, podpirajo pri vzpostavljanju negovalnih odnosov med starši in otrokom ter zagovarjajo žensko in njeno družino v zdravstvenem okolju in skupnosti. Če problemske okoliščine posamezne družine to zahtevajo, se sodelovanje lahko nadaljuje tudi zunaj obporodnega obdobja (Ragesh, Sajitha in Hamza, 2017, str. 103).

Raziskave v okviru sodobne paradigme socialnih determinant zdravja (Uehara idr., 2015, str. 166; Kronborg, 2025, str. 6) izpostavljajo, da je razvoj otroka pomembna skrb javnega zdravja. Recipročnost med neposrednim okoljem in dojenčkom namreč poudarja, kako ključna je v zgodnjem obdobju čuteča skrb staršev.

Opustitev naloge priprave socialnih delavk na ponovno vključevanje na področje zdravja otrok in mam – po osupljivem dosežku pionirjev socialnega dela zmanjšanja umrljivosti dojenčkov – bi bila velika napaka. Socialne delavke lahko dojenje podpirajo na več ravneh – od zagovarjanja vključujočih, dojenju prijaznih prostorov in politik porodniškega dopusta, ki omogočajo dojenje v poporodnem obdobju, do neposrednega dela z nosečnicami in mamami v obporodnem obdobju, vključevanja v programe zgodnje podpore z obiski na domu in podpore materam z izzivi v duševnem zdravju v zdravstvenih ustanovah. V teh stikih lahko z družinami sodelujejo pri odpravljanju ovir za dojenje (Hurst, Reno in Lefmann, 2018, str. 258), saj je dojenje pogosto ujeto v medicinski diskurz kot nekakšen objektiviziran zdravstveni standard in merilo kakovosti materine skrbi, hkrati pa paradoksalno ostaja potisnjeno v zasebno sfero, kajti dobra mati naj bi to dejanje skrbi opravila v zakulisju doma (Koerber, 2013, str. 134).

Socialne delavke, ki pri svojem delu sodelujejo z mamami, ki prvič vstopajo v to vlogo, bi morale poznati vire pomoči pri dojenju, da bi mamo znale napotiti v programe pomoči in svetovanja v skupnosti in ji že v nosečnosti posredovati informacije o dojenju glede na njene potrebe (Hurst, 2007, str. 208) ter jo spodbuditi k pogovoru o vprašanjih prehrane otroka z izbranim osebnim zdravnikom (Seipel in Shafer, 2013, str. 248).

Avtorice Çitil Canbay, Çitil in Değirmen (2024, str. 431) v študiji poročajo, da lahko podpora dojenju z na dokazih temelječem izobraževanju, ki jih nudi zdravstveno osebje, pozitivno vpliva tako na navezanost med otrokom in mamo kot tudi na samo učinkovitost dojenja. Kot ugotavljajo avtorji Gutiérrez idr. (2025, str. 4), prispevek socialnega dela k izključnemu dojenju otrok, tj. dojenju brez dodajanja mlečne formule, na mednarodni ravni še ni bil dokončno ugotovljen. Za vzdrževanje dojenja vsaj prvih šest mesecev otrokove starosti pa je socialna podpora zagotovo pomemben dejavnik (Meedya, Fahy in Kable, 2010, str. 138).

Skupaj z drugimi strokovnjaki lahko socialne delavke v perinatalnem obdobju izvajajo preventivne, proaktivne in rehabilitacijske oblike podpore in pomoči. Raznolike oblike teh se lahko odvijajo na ravni posameznika, skupine, para, družine in skupnosti. Vključujejo lahko svetovanje pred zanositvijo, svetovanje o posvojitvi, psihosocialno podporo, podajanje strokovno podprtih informacij, psihoedukacijo za matere, družinske člane in partnerje_ke, organizacijo skupinskih srečanj z zdravstvenim osebjem, izobraževanje o veščinah starševstva, spodbujanje medsebojne izmenjave izkušenj mater, storitve varstva in zaščite otrok, zagovorništvo za pridobitev socialnovarstvenih storitev in ozaveščanje o pravicah v lokalni skupnosti (Hurst, 2007, str. 209; Ragesh, Sajitha in Hamza, 2017, str. 103).

Socialna delavka v enoti za intenzivno nego novorojenčkov deluje kot posrednik tako, da družine, glede na njihove potrebe, povezuje z viri v skupnosti – s podpornimi skupinami za starše prezgodaj rojenih dojenčkov, s podjetji za izposojo električnih črpalk za dojenje, s patronažnimi medicinskimi sestrami itd. Obenem s krepitvijo moči družinam pomaga izkoristiti njihove vire za spopadanje s krizo ob izkušnji prezgodaj rojenega otroka. Z družino se lahko občutljivo pogovarja o njihovih občutkih v zvezi s trenutno izkušnjo v enoti za intenzivno nego novorojenčkov. Ta razvijajoči se delovni odnos z družino lahko uporabi za spodbujanje vzpostavljanja navezanosti med starši in dojenčkom. Kjer je to mogoče, socialna delavka lahko družini pomaga, da se začne osredotočati na ravnanja skrbi, kot so oblačenje otroka, klicanje otroka po imenu, pogovor ali petje otroku, postavljanje igrač ali družinskih slik v inkubator itd. Socialna delavka lahko starše podpira tudi z usposabljanjem za asertivnost pri komuniciranju s člani tima oskrbe, da bi bila zagotovljena obravnava vseh njihovih vprašanj in skrbi (Bachman in Lind, 1997, str. 29, 30).

V boljše razumevanje prakse socialnega dela v obporodnem obdobju sta bili pozneje usmerjeni doktorski deli avtoric Hart (2001) in Hodson (2011), ki sta osvetlili pomanjkanje

skupne, uveljavljene in na dokazih temelječe osnove za oceno tveganja pred rojstvom s strani socialnih delavk (Critchley, 2018, str. 11; Mc Elhinney, Taylor, Sinclair in Holman, 2016, str. 33), kar morda predstavlja eno od razlag različnih stopenj ukrepov varstva in zaščite novorojenčkov (Broadhurst idr., 2018, str. 35). Dodatno oviro za sočutno prakso socialnega dela z družinami v času pričakovanja otroka predstavlja omejen čas, ki je na voljo za delo in skrbno, občutljivo raziskovanje ter morebitno načrtovanje podpore in pomoči še pred rojstvom otroka. Obenem pogoji dela in sistemski pritiski spodkopavajo temeljne vrednote dela socialnih delavk, ki so nujne za sočuten in konstruktiven odziv na stiske in problemske okoliščine družin v obporodnem obdobju (Critchley, 2020, str. 901).

1.3.1 Odnosne in osebne naloge v družini z novorojenčkom

V socialnem delu z družino vstopamo v kompleksno mrežo odnosov, ki se spreminjajo v času življenjskega poteka družine, ko se družinski člani spoprijemajo z osebnimi in odnosnimi nalogami. Družinski življenjski potek predstavlja nekakšen okvir za razumevanje sprememb in izzivov, s katerimi se družine spopadajo v različnih obdobjih (Čačinovič Vogrinčič in Mešl, 2019, str. 72–75). Eden takšnih ključnih dogodkov, v katerih se družina kot kompleksni sistem reorganizira in zanjo predstavlja čustven prehod, je rojstvo otroka (Constable in Lee, 2015, str. 48; Čačinovič Vogrinčič in Mešl, 2019, str. 75). V družinskem sistemu se na novo vzpostavijo članstva in odnosi, pojavljajo pa se tudi vprašanja novih vlog, pravil in meja. Pri tem je ključna komunikacija, ki družinskim članom omogoča, da se na novo sporazumejo, dogovorijo in raziskujejo novo resničnost zase (Čačinovič Vogrinčič in Mešl, 2019, str. 76).

Avtorja Constable in Lee (2015, str. 48–50) pri delu z družinami opredeljujeta odnosne in osebne naloge, ki usmerjajo ravnanja družinskih članov v odnosih ter jih rekonstruirajo ali celo prekinejo. Osebne naloge se oblikujejo v notranjem dialogu in so tiste, ki jih posameznik opravi z namenom, da bi se lahko odzval na izziv ali na implicitna pričakovanja v določenem obdobju, obenem pa odražajo njegovo zaznavo zunanjega odnosnega sveta. Odnosne naloge pa družinski člani opravljajo skupaj, da bi se spoprijeli z vsem, kar je potrebno za delovanje družinske strukture v določnem obdobju. Nepredvidljive in zahtevne ovire, s katerimi se družina sreča (npr. strahovi, razočaranja, zapuščina iz preteklosti, primanjkljaji v okolju), lahko razumemo kot osrednji fokus procesa podpore in pomoči (Čačinovič Vogrinčič in Mešl, 2019, str. 77; Constable in Lee, 2004, str. 35).

Poudariti je pomembno, da ni univerzalnega modela družinskega življenjskega poteka, saj je treba vselej upoštevati različne družinske oblike ter kulturne in etnične skupine z različnimi vrednotami v posameznih obdobjih življenja (Čačinovič Vogrinčič in Mešl, 2019, str. 79). Koncept je namenjen opredelitvi možnih sprememb, odnosnih nalog in želenih izidov, ki jih v socialnem delu z družino raziščemo, se o njih sporazumemo in sprejmemo dogovore. Obenem nam je lahko v oporo pri razumevanju nekdaj prisotnega opredeljevanja družin kot disfunkcionalnih, saj danes vemo, da gre za potrebo družine po podpori pri izzivih, ki jih prinašata reorganizacija in prilagoditev ob življenjskem prehodu (Čačinovič Vogrinčič in Mešl, 2019, str. 79, 80), za kateri velja, da sta skupni vsem družinam in v ospredje postavljata vprašanja navezanosti, diferenciacije in ustvarjanja varne baze za to, kar se poraja, in za skupni razvoj. Proces soustvarjanja nove odnosne strukture v družini prinaša dragoceno priložnost za spremembo vzorcev navezanosti (Constable in Lee, 2015, str. 52).

Obdobje oblikovanja družine se osredotoča predvsem na razvijanje življenjskega sloga in pripravo na rojstvo otroka. Zgodnje obdobje starševstva je zahteven prehod, ki sproži potrebo po reorganizaciji vlog med partnerjema in vzpostavitvi generacijskih razlik, da bi družina razmejila podsistem para od podsistema otrok (Čačinovič Vogrinčič in Mešl, 2019, str. 78, 79). Povečane zahteve glede časa in energije pogosto vodijo do napetosti, razdražljivosti in prepirov (Delicate, Ayers in McMullen, 2018, str. 92, 93), o katerih poroča več kot tretjina mater in eden od desetih očetov (Giallo idr., 2022, str. 1761), saj se razkrijejo razlike v vrednotah in pričakovanjih glede delitve dela (Newkirk, Perry-Jenkins in Sayer, 2017, str. 319).

Partnerja se v tem obdobju vsak zase srečata z osebno nalogo priprave na novo vlogo starševstva, nege in vzgoje. Antropologinja Dana Raphael (1973) je za opis procesa nastajanja matere prva uporabila izraz »matrescenca«, kot neologizem, tvorjen iz besed »mater« in »adolescenca«. Pozneje so avtorji koncept razširili na obdobje pred spočetjem, nosečnost, porod oziroma nadomestno materinstvo, posvojitev in poporodno obdobje ter ga opisali kot razvojni prehod, saj prinaša skupek kompleksnih hormonskih, psiholoških in socialnih sprememb. S tem je bilo poudarjeno razumevanje, da je posameznika kot mater ali očeta morda ustrezneje opredeliti kot starša na podlagi tega, kako se z vlogo poistoveti in kakšna je njegova spolna identiteta (Athan, 2016; Orchard, Rutherford, Holmes in Jamadar, 2023, str. 302–307).

Ta izkušnja, kot obsežna vseživljenjska sprememba, ki ponuja okno nevroplastičnosti in reorganizira možgansko strukturo vseh, ki, ne glede na pot do starševstva, skrbijo za otroke, ni le prižig neaktiviranega »materinskega instinkta« (Conaboy, 2024, str. 12, 13). Materinstvo je začetek nečesa novega in hkrati izguba, s čimer se ženske morda težko spoprimejo, a tega ne bi smeli patologizirati (Drglin, 2003a, str. 315).

1.3.2 Konceptualni pristopi socialnega dela z družino v obporodnem obdobju

V filigranskem procesu soustvarjanja moči v socialnem delu (Čačinovič Vogrinčič, Kobal, Mešl in Možina, 2005, str. 13) stremimo k temu, da bi posameznika, skupino in družino podprli na način, da bi jim dodali moč, s katero lahko odkrijejo in razširijo svoje vire ter orodja v sebi in okoli sebe. Moč posameznika vselej odkrijemo in podpremo tudi v skupnosti, zato socialno delo vedno posega na raven družbe in odstira omejitve sistema, pravnega reda ali delovanja institucije (Saleebey, 1997, str. 11). Sodobni pristopi socialnega dela z družino nas spodbujajo k strokovni, nujno potrebni odločitvi za ravnanje s perspektive moči in poudarek s primanjkljajev, omejitev in patologije preusmerjajo k razumevanju odpornosti ljudi in družin. S pogleda moči sprašujemo po zaželenih razpletih, dobrih izidih, sanjah in upanju, po novih virih, opori v socialni mreži, po dobrih izkušnjah iz preteklosti ipd. (Čačinovič Vogrinčič in Mešl, 2019, str. 39, 50, 116).
Uporaba pristopa, usmerjenega v posameznikove moči v obporodnem obdobju, je edinstvena prav v tem, da izrecno poziva k prepoznavanju virov moči in odpornosti pri materah (Hurst, Reno in Lefmann, 2018, str. 257).

Lever Taylor, Mosse in Stanley v raziskavi (2019, str. 12–16) pojasnjujejo, da so matere, ki so prejele socialnovarstvene storitve, menile, da so se socialne delavke osredotočale izključno na tveganja za dojenčka, pri čemer jim ni uspelo razumeti, da so njihove lastne potrebe neločljivo povezane s potrebami njihovih dojenčkov. Ženske so se sicer trudile, da bi izrazile svoje potrebe, hkrati pa so se želele predstaviti kot kompetentne matere. Zadovoljevanje materinih potreb po podpori (npr. pri starševstvu, skrbi za duševno zdravje ali pri širših družinskih odnosih) bi lahko predstavljalo dober način za zaščito otroka. Prav premik k perspektivi moči usmerja k temu, da v prispevku uporabnice ali družine lahko spoštljivo raziskujemo njeno moč in vire (Čačinovič Vogrinčič, Kobal, Mešl in Možina, 2005, str. 12). Ključnega pomena je, da socialne delavke z znanjem o duševnem zdravju v obporodnem obdobju lahko zastopajo perspektive mater in njihove možnosti

za okrevanje, saj so učinki sodelovanja lahko globoki in dolgotrajni tako za mater kot za dojenčka (Lever Taylor, Mosse in Stanley, 2019, str. 18).

Čeprav je obporodno obdobje mogoče pojmovati kot obdobje ranljivosti za družino, je to tudi čas, ko so pričakovanja staršev glede prihodnosti in možnosti za spremembe lahko visoki. Socialne delavke morajo najti načine, s katerimi te pozitivne aspiracije lahko izkoristijo za zagotavljanje varnosti in zaščite otrok (Lever Taylor, Mosse in Stanley, 2019, str. 18, 19). Šele ko se osredotočimo na družinske potenciale, lahko družine razvijejo upanje, da se jim bo uspelo spoprijeti s problemskimi okoliščinami. Družina, ki si v procesu okrevanja pridobi moč in jo razvije, zmore transformacijo in rast tudi v neugodnih okoliščinah. Odpornost je pomembno razumeti skozi lečo interakcij med posameznikom in njegovim okoljem. Posamezniki smo del družine, te pa so del skupnosti. Ravni torej vzajemno vplivajo druga na drugo. Odpornosti nikakor ne gre razumeti zgolj kot vsote posameznikovih lastnosti, posledično tudi družinska odpornost ni zgolj vsota posameznih virov članov, saj se družina vselej odziva kot enota. V socialnem delu z družino odpornost družin lahko krepimo na dveh ravneh. Na prvi ravni je temeljna izkušnja odnosa, ki ga vzpostavimo z družino. Odpornost družinskih članov je mogoče krepiti le tedaj, ko delo temelji na instrumentalni definiciji problema in soustvarjanju rešitev, v procesu katerih so ljudje prepoznani kot strokovnjaki na podlagi osebnih izkušenj in so povabljeni, da prispevajo svoje deleže k rešitvi. V izvirnih delovnih projektih podpore in pomoči odpornost krepimo tudi na ravni razvidnosti življenja in odnosov družine. To pomeni, da z družino raziskujemo, kateri sporazumevalni vzorci, vloge, pravila, prepričanja, načini reševanja konfliktov ipd. jih krepijo in podpirajo pri uresničevanju ciljev. V socialnem delu družine podpiramo, da lahko razvijejo takšne načine komunikacije, oblikujejo takšno organizacijsko strukturo in izberejo takšne vloge, ki bodo krepile njihovo odpornost (Čačinovič Vogrinčič in Mešl, 2019, str. 118–126).

Osebno vodenje je še eden od temeljnih konceptov za delo in opora za ravnanje, h kateri se v socialnem delu vedno znova vračamo. Mame potrebujejo to, da so slišane v tej novi, še nepoznani stiski, ki jo prinaša prehod v novo, starševsko vlogo. Ne potrebujejo navodil, temveč predvsem čustveni stik in občutek, da jih nekdo osebno vodi (Poljanec in Greif, 2016, str. 132). Osebno vodenje nas spodbuja k delu po načelu osebno, konkretno, tukaj in zdaj. Lüssi (1991) z načelom interpozicije socialne delavke vabi k empatičnemu ravnanju in osebnemu odzivanju na odnos, ki nastaja. Osebno voditi pogovor pomeni biti osebno

odgovoren za proces in zavzeto komunicirati s sogovornikom. Tako socialna delavka lahko skupaj s sogovorniki raziskuje njihove zgodbe in jih v pogovoru vodi k oblikovanju zaželenih izidov, k dogovorjenim in uresničljivim rešitvam. Za socialne delavke je pomembno ohraniti zavedanje pomena sogovornikove izkušnje spoštovanja in dostojanstva, to pa lahko izkusi le z osebno izkušnjo dialoga in sodelovanja (Čačinovič Vogrinčič, Kobal, Mešl in Možina, 2005, str. 10, 11; Čačinovič Vogrinčič in Mešl, 2019, str. 49).

Pri podpori ženske v njenih ciljih za dojenje se moramo osredotočiti predvsem na oseben in na družino osredotočen pristop. Strokovno osebje bi moralo biti odzivno na potrebe družine, upoštevajoč to, da ima vsaka mama v sebi zavedanje o svojih naravnih danostih in sposobnostih, ki jih lahko izrazi le v občutljivem in čutečem odnosu (Poljanec in Greif, 2016, str. 132, 139). Saleebey (1997, str. 9–11) je pisal o človekovem notranjem sistemu podpore in notranji modrosti, da prepozna, kaj je dobro zanj, kar prinaša pomembno spoznanje tudi v socialno delo. To pomeni, da mora biti mami kot sogovornici priznana pravica do resničnosti, kar socialne delavke postavlja pred nalogo, da se odpovejo temu, da sogovornici ne verjamejo, ko poroča o lastnih stiskah, telesnih občutkih ali razlogih za opustitev dojenja. Če strokovnjak materino izkušnjo (npr. bolečino, odpor do dojenja, utrujenost ipd.) označi za nepomembno ali jo primerja z medicinskimi smernicami, ji odvzame njeno pravico do resničnosti.

Socialno delo, utemeljeno na perspektivi moči (Saleebey, 1997), namesto tega spodbuja k priznavanju staršev kot strokovnjakov za njihovo lastno življenje, s čimer se v delovnem odnosu vzpostavi dovolj varen prostor, da se njihova notranja modrost lahko sploh razvije in izrazi. Odnos je namreč najodločilnejši dejavnik za spremembe (Čačinovič Vogrinčič in Mešl, 2019, str. 47) in hkrati tisti dejavnik, ki pomembno prispeva k zaupanju mame vase, da bo zmogla dovolj dobro poskrbeti za svojega otroka (Poljanec in Greif, 2016, str. 132, 139). Študija avtorjev Chiang, Gardner, Siedlik in Sexton (2025, str. 2123, 2124) dokazuje pomen odnosa med družinami, ki jih prizadene zloraba psihoaktivnih snovi, in med obiskovalci na domu, pri čemer poudarja, da prav partnerstvo ključno preprečuje osip v programih obiskov na domu v zgodnjem otroštvu. Lever Taylor, Mosse in Stanley (2019, str. 15) poročajo, da se je odnos med socialnimi delavkami in materami izboljšal, ko so socialne delavke matere prepoznale kot celovite osebnosti z lastno, osebno izkušnjo, namesto kot nepredvidljive in nestabilne. Gre za proces učenja, kako se socialna delavka in mama lahko bolje spoznata in razumeta, predvsem pa je pomembno, da socialne delavke mamo prepoznajo kot osebo, ki potrebuje podporo, in ne kot dejavnik tveganja za otroka.

1.3.3 Pomen multidisciplinarnega pristopa k podpori družinam v obporodnem obdobju

Da bi bili procesi podpore in pomoči družinam v kompleksnem socialnem delu z družino lahko uspešni, potrebujemo tudi znanja, ki jih prispevajo druge stroke. Z njimi družine lahko podpremo pri raziskovanju in razumevanju njihove resničnosti (Čačinovič Vogrinčič in Mešl, 2019, str. 72). Zdravniki, babice, medicinske sestre in socialne delavke, ki pri svojem delu sodelujejo z ženskami in dojenčki, bi potrebovali znanja o tem, kako poporodne prakse, kot so stik koža na kožo, metoda kengurujčkanja, dojenje, sobivanje itd., krepijo starševske sposobnosti in kakšen je njihov pomen za starše, pri katerih obstaja tveganje za zagotavljanje neustrezne skrbi. Pri podajanju informacij staršem je te pomembno podpreti z znanstvenimi izhodišči in jih umestiti v kontekst okoliščin njihove družine, saj to lahko spodbuja spremembe v vedenju (Gribble, 2024b, str. 21). Za zagotavljanje učinkovitega pred, med in poporodnega varstva je ključna kontinuirana skrb za žensko (Drglin, 2003a, str. 314), kar v praksi zahteva tesnejše sodelovanje med socialnimi delavkami in strokovnjaki za duševno zdravje pri prepoznavanju potreb mater in dojenčkov (Lever Taylor, Mosse in Stanley, 2019, str. 1). Težave v duševnem zdravju imajo namreč kompleksno biološko in psihosocialno etiologijo, zato jih je treba naslavljati znotraj multidisciplinarnih timov (Ragesh, Sajitha in Hamza, 2017, str. 102), saj le celovit pristop omogoča ustrezno podporo v tem ranljivem obdobju.

Socialna delavka članom tima v stresnih obdobjih zagotavlja podporo pri izražanju čustev in skrbi glede uporabnikov in družin. Osebje lahko starše začne presojati po lastnih standardih starševskega vedenja in primerja ljubezen družin do otroka z lastno mero skrbi. Socialna delavka se bo pogosto znašla v intenzivnem delu z osebjem, da bi preprečila ali ublažila takšno izgubo profesionalne objektivnosti, ki bi zameglila njen prispevek k oceni tveganja ali k podpori družini (Bachman in Lind, 1997, str. 35, 36). Čeprav se odločitve sprejemajo v multidisciplinarnem kontekstu, socialne delavke, katerih vloga je raziskovanje tveganj in potreb tudi še nerojenih otrok, običajno prevzemajo odgovornost za oblikovanje priporočil glede skrbi za otroka v prihodnje (Critchley, 2020, str. 901, 902).

Dojenje predstavlja področje, kjer se socialno delo mora povezati z drugimi disciplinami (Hurst, Reno in Lefmann, 2018, str. 257). Socialne delavke so le v eni meri usposobljene in podprte v razumevanju pomena materinega mleka za otroka, stisk mater ob žalovanju zaradi izgube izkušnje dojenja, prav tako nimajo znanja o tem, kako omogočiti nadaljevanje

dojenja ali kako zagotoviti dostop do darovanega ženskega mleka. Obenem okolja, v katerih poteka socialno delo z družinami, ne delujejo po standardih in priporočilih UNICEF-ove pobude novorojenčkom prijaznega okolja, prav tako socialne delavke niso zavezane političnim ali zakonskim standardom ter priporočilom Svetovne zdravstvene organizacije o pomenu dojenja (Critchley, Grant, Brown in Morriss, 2022, str. 9, 10).

Edinstvena perspektiva, ki jo socialno delo v samem bistvu prinaša v interdisciplinarno sodelovanje, vključuje pristop osebe v okolju. Dobro počutje otrok je mogoče razumeti skozi kontekst odnosov z njihovimi starši, ti odnosi pa se odvijajo in razvijajo v socialnem in v kulturnem kontekstu. Praksa socialnega dela si prizadeva spodbujati spremembe na mikro, mezo in makro ravni (Walsh, Paris, Ribaudo in Gilkerson, 2021, str. 189). Razumevanje konteksta je obenem ključno za učinkovito podporo materam. To denimo vključuje tako prepoznavanje dejavnikov, ki vplivajo na dojenje na mikro, mezo in makro ravni, kot tudi prizadevanje za povečanje možnosti, da bodo mame lahko uspešno nadaljevale dojenje. Avtorice Hurst, Reno in Lefmann (2018, str. 257, 258) s primerom nazorno prikažejo, kako težko je vzdrževati dojenje, če mlada mama, brez podpore družine in ob pomanjkanju finančnih sredstev, iz porodnišnice sama odide v negotovo domače okolje. Če naleti na izzive z dojenjem, morda nima podporne mreže in dostopa do strokovne pomoči. Morda se počuti osamljeno in negotovo, boji se oditi iz stanovanja, saj dvomi, da je okolica do dojenja naklonjena in sprejemajoča. Lahko se zgodi, da se bo morala na delo vrniti prej, a nima prsne črpalke, ki bi ji bila v podporo pri ohranjanju zaloge mleka. K zmanjšanju izolacije mater lahko pomembno prispevajo skupine za podporo in skupnostni programi zgodnje podpore, s čimer dojenje lahko postane del ponovnega povezovanja družine in skupnosti (Hurst, Reno in Lefmann, 2018, str. 257, 258).

Programi zgodnje podpore in pomoči so obetaven pristop za trajnostno podporo družinam v kompleksnih problemskih okoliščinah. Njihova glavna moč je v tem, da ciljajo na kritično obdobje v razvoju otroka – od materine nosečnosti do otrokovih prvih let življenja. Študija avtorjev Conti, Sandner, Brand in Kliem (2025, str. 1–3) preučuje učinkovitost dveh različnih modelov izvajanja podpore z obiski na domu ProKind, nemške priredbe ameriškega kontinuiranega programa »Nurse-Family Partnership« (NFP), ki ga izvajajo izključno babice, usposobljene za izvajanje programa in modela dela v tandemu, pri katerem obiske med nosečnostjo izvaja babica, socialna delavka pa približno dva meseca po porodu. Program je namenjen ženskam, ki prvič rodijo in se spopadajo z vsaj enim finančnim

dejavnikom tveganja (npr. prejemanje socialne pomoči, dolgovi) ter z vsaj enim socialnim ali osebnim dejavnikom tveganja (npr. mladoletnost, nedokončana osnovnošolska izobrazba, zgodovina zlorabe ali zanemarjanja). Podpora jim je zagotovljena vse od nosečnosti do otrokovega drugega leta starosti. Udeleženke so bile v trinajstih lokacijah po Nemčiji naključno razporejene v intervencijsko skupino (N = 394) in kontrolno skupino (N = 361), poleg lokacije stratificirano glede na starost in državljanstvo. Po vključitvi v študijo so udeleženke v intervencijski skupini prejemale podporo v obliki obiskov na domu vsaka dva tedna, bodisi izključno s strani babic kot del kontinuiranega programa bodisi zaporedno s strani tandema babic in socialnih delavk. Babice lahko ponudijo strokovno znanje, povezano s porodom, o prehrani otrok in o razvoju v prvih mesecih življenja, socialne delavke pa imajo kompetence osebnega vodenja delovnega odnosa soustvarjanja z družino ter izkušnje z institucionalnimi postopki v primerih zlorabe in zanemarjanja otrok. Teme posameznega obiska so bile razdeljene na šest področij: individualno zdravje matere; okolje matere in otroka; osebni načrti za prihodnost (vrnitev v izobraževanje ali na delo, nadaljnje načrtovanje družine, osebni cilji, organizacija vsakdanjega življenja); vloga staršev pri negi in prehrani dojenčka, pri poznejšem razvoju in pri vzgoji, s poudarkom na spodbujanju pozitivnih interakcij med starši in otroki; socialne mreže in podpora; uporaba socialnih in zdravstvenih storitev pri akutni stiski in izgradnja mreže potencialnih podpornih storitev (pregledi, skupinske dejavnosti za mame in otroke, podpora in spremstvo materi na sestankih ter pri stiku z institucijami). Izkazalo se je, da za model dela v tandemu glede udeležbe družin v socialnopedagoški obliki pomoči ali pri namestitvah v rejništvo ni bilo ugotovljenih bistvenih razlik med intervencijsko in kontrolno skupino. Ena od možnih razlag je lahko v nižji kakovosti odnosa med materjo in obiskovalcem na domu. Materam je morda težje zgraditi zaupen odnos s socialnimi delavkami kot z babicami, kar je posledica povezovanja socialnih delavk s službami za varstvo in zaščito otrok. Družine socialnim delavkam lahko poskušajo prikriti problemske okoliščine zaradi strahu, da bi bile prijavljene službam za varstvo in zaščito otrok. Prav tako je pri modelu dela v tandemu večino družin obiskovalo več različnih obiskovalcev, kar je otežilo vzpostavljanje močnega in zaupnega odnosa. Ugotovitve študije prinašajo ključno spoznanje za prakso socialnega dela – učinkovitost preventivnih programov ni odvisna le od strokovnih kompetenc, temveč predvsem od odnosne kontinuitete. Za uspešno podporo družinam v kompleksnih problemskih okoliščinah je zato nujno, da socialne delavke v delovni odnos vstopajo skozi proces soustvarjanja, s čimer zmanjšajo strah družin pred nadzorom in omogočijo razvoj varnega prostora za delo (Conti, Sandner, Brand in Kliem, 2025, str. 5–12).

1.3.4 Obporodno obdobje kot priložnost za celostno podporo družinam v kompleksnih problemskih okoliščinah

Obporodno obdobje je z vidika blaginje celotne družine ključen čas v življenju otroka in staršev. Za celovito podporo ženskam v obporodnem obdobju so potrebne spremembe, ki bi prinesle občutljivost in pravočasno odkrivanje težav v duševnem zdravju in drugih kompleksnih problemskih okoliščin (Drglin, Mihevc Ponikvar in Tomšič, 2018, str. 10, 11). Prav zato je to pomemben trenutek in vstopna točka za stroko socialnega dela. Čustvena povezanost staršev z otrokom ključno in neposredno vpliva na socialno-čustveno blaginjo otroka, zato je smiselno, da se socialne delavke in drugi strokovnjaki na krepitev te vezi osredotočajo kot del primarne preventive (Le Bas idr., 2020, str. 17), saj so ob starših v najbolj kritičnem trenutku razvoja vzpostavljanja odnosa z otrokom (Poljanec in Greif, 2016, str. 140). Avtorica Cross (2023, str. 1164) na primeru socialnega dela z nedonošenčki pojasnjuje, da socialne delavke igrajo pomembno vlogo pri razumevanju vpliva navezanosti na rezultate oskrbe in pomembno prispevajo h krepitvi starševskih veščin, s katerimi preprečijo dejavnike tveganja, povezane z ločitvijo staršev od dojenčka (NAPSW, 2007). Za prakso socialnega dela je še posebej pomembno zavzeti prepričanje, da je sposobnost starševske skrbi dojenčka ali malčka odvisna tako od obsega prejete podpore kot tudi od sposobnosti staršev, da uporabijo podporo, ki jim je na voljo (Walsh, Paris, Ribaudo in Gilkerson, 2021, str. 189).

Spodbujanje zgodnje interakcije med materjo in otrokom ter preprečevanje razvoja duševnih in psihosocialnih težav pri otrocih, katerih starši se znajdejo v kompleksnih problemskih okoliščinah, sta celovit cilj in primer dobre prakse Klinike za starše in dojenčke Hagadal, ki jo, v sodelovanju s socialnimi službami, vodi Oddelek za otroško in adolescentno psihiatrijo Univerzitetne bolnišnice Linköping na Švedskem. Tamkajšnje osebje si močno prizadeva za srečanje z materami, ko so njihove problemske okoliščine prvič opažene že med nosečnostjo. S spodbudo materam lahko dokažejo, da obstaja podpora, ki jim bo v pomoč in nikakor ne bo zmanjšala njihove vrednosti matere. Če ekipa strokovnih delavcev meni, da mati po koncu zdravljenja v bolnišnici potrebuje nadaljnjo podporo, poskuša mater motivirati, da zaprosi za to podporo, ter obenem spodbuja socialne službe, da to podporo materi zagotovijo (Wadsby in Arvidsson, 2010, str. 453–458).

Attachment and Biobehavioral Catch-Up (ABC) je na dokazih temelječa oblika podpore v zgodnjem otroštvu, zasnovana za pomoč staršem otrok in malčkov, ki so doživeli travmo ali stres oziroma so izpostavljeni tveganju, da se srečajo s takšnimi stiskami. Primarni cilj je krepiti moč staršev in skrbnikov za zagotavljanje skrbne in odzivne nege, ki prispeva k otrokovi sposobnosti samoregulacije (Dozier, Roben, Caron, Hoye in Bernard, 2018, str. 19, 20). Ugotovitve študije avtorjev Grube, Mendenhall, Sattler in Byers (2025, str. 6, 7) dokazujejo in podpirajo izvedljivost izvajanja programa ABC v velikem obsegu, saj ustreza potrebam družin v raznolikih kulturnih in jezikovnih okoljih. Če zgodnji izzivi v odnosu med starši in otroki, kot pogosta posledica zunanjih povzročiteljev stresa, niso naslovljeni, se lahko stopnjujejo in vplivajo na otrokovo nadaljnjo čustveno regulacijo, socialni razvoj in akademski uspeh. Z usmerjenostjo v zgodnje obdobje otrokovega življenja program ABC dolgoročno prispeva k vzpostavljanju varne navezanosti in razvoju socialno-čustvenih spretnosti.

Študija avtorjev Tan in sodelavcev (2021, str. 976, 977) je raziskovala izkušnje v Building Early Attachment and Resilience (BEAR) programu sodelujočih mater, ki je namenjen spodbujanju in krepitvi kakovosti odnosa med materjo in dojenčkom ter izboljšanju starševskih spretnosti. Potem ko so matere zmogle razmišljati o notranjem doživljanju svojega dojenčka in bolje regulirati lastna čustva, so imele večjo kapaciteto za odzivanje na otrokove potrebe. Obenem so zaznale večjo ozaveščenost o tem, kako njihova čustva vplivajo na dojenčka, in se začele na občutke dojenčkov odzivati z občutljivim zrcaljenjem. Program obenem lahko olajša prepoznavanje priložnosti za ponovno vzpostavitev predhodno prekinjenih interakcij med materjo in dojenčkom.

Holmegaard in sodelavci (2025, str. 2480, 2481) so v študiji raziskovali izkušnje mater s poporodno depresijo, ki so sodelovale v skupinskem starševskem programu po modelu Krog varnosti. Ta poudarja razvoj refleksije s spodbujanjem staršev, da svoje pretekle izkušnje povežejo s trenutnim starševskim vedenjem (Poulsen, Quinlan, Boris in Coyne, 2024, str. 413; Woodhouse, Powell, Cooper, Hoffman in Cassidy, 2018, str. 51, 52). Matere, vključene v vzorec, so poročale, da je introspektivno usmerjanje smiselno pri identifikaciji medgeneracijskih vzorcev in pri razumevanju lastnega ter otrokovega vedenja v luči notranjih duševnih stanj ter pri prepoznavanju, da so za otrokovim vedenjem misli, občutki, prepričanja, želje in namere. Ohranjanje te perspektive je bilo materam v pomoč tudi med čustveno intenzivnimi interakcijami z otrokom. To stališče, ki ga starši razvijejo, je

ključno za razvoj varne navezanosti, saj staršu omogoča, da se na otroka odzove občutljivo in ne pod vplivom lastnih nerešenih preteklih izkušenj. Toda pri nekaterih materah je ponovno obujanje bolečih izkušenj iz otroštva izzvalo čustveno stisko, samoobtoževanje in napete odnose z njihovimi starši. To odraža izzive vseh modelov podpore in pomoči, ki se močno zanašajo na refleksijo, saj morda niso usklajeni s potrebami udeležencev. Nekaterim morda bolj ustrezajo pristopi, ki se osredotočajo na sedanjost in na spretnosti, ki poudarjajo regulacijo ter prispevajo k razvoju vedenjske aktivacije (Holmegaard idr., 2025, str. 2480, 2481). Področje podpore in pomoči v zgodnjem otroštvu je še v razvoju, zato imajo programi, ki naslavljajo tako odnosne kot vedenjske potrebe otrok, potencial za izboljšanje njihovih razvojnih izidov (Grube, Mendenhall, Sattler in Byers, 2025, str. 6, 7).

1.4 Priložnosti za izboljšanje socialnodelovne podpore družinam v obporodnem obdobju

Glede na pomembno vlogo socialnih delavk pri zagotavljanju potrebnih storitev dojenčkom, otrokom in družinam ter glede na kompleksnost tega dela bi bila ta praksa znotraj stroke lahko bolj prepoznana in okrepljena. Postavitev perspektive duševnega zdravja dojenčkov in zgodnjega otroštva v srce socialnega dela bi socialne delavke okrepila v učinkovitem odzivanju na družine v kompleksnih problemskih okoliščinah[3]. Socialnim delavkam, ki družine želijo podpirati skozi prakso, politiko ali raziskovalno delo, bi morala biti zagotovljena specifično usposabljanje in podpora za specializacijo v podiplomskem in poznejšem izobraževanju (Walsh, Paris, Ribaudo in Gilkerson, 2021, str. 192, 193). Univerze bi morale zagotoviti vsebine o pomenu stika koža na kožo, ohranjanja bližine in dojenja za razvoj materine navezanosti, odzivnosti pri skrbi za otroka ter za otrokov razvoj v študijskih programih medicine, babištva, zdravstvene nege, socialnega dela, predšolske vzgoje itd. (Gribble, 2024b, str. 25).

Informacije, ki jih je znanost ponudila v zadnjih desetletjih, jasno kažejo, da moramo vlagati v zgodnje starševstvo, da bi otrokom zagotovili optimalen začetek in čustveno opremljenost za življenje. Če želimo ustvariti pogoje, v katerih bo vsak dojenček deležen odzivne nege in skrbi, kakršno potrebuje za razvoj, morajo biti odrasli, ki to pomembno nalogo opravljajo,

[3] Termin »družine v kompleksnih problemskih okoliščinah« uporabljam predvsem zato, ker ta poudarja, da celotne odgovornosti za stiske in težave družine ni mogoče pripisati zgolj družini sami, temveč so te pogosto tudi sistemske in povzročene s strani sistemskih dejavnikov. Stroka socialnega dela bo o tej temi v prihodnje razpravljala z družinami in skupaj z njimi razvijala ustrezen izraz (Mešl in Kodele, 2025, str. 3).

v njej cenjeni in podprti. To samo po sebi pomeni temeljito spremembo v naših kulturnih stališčih – namesto da bi dojenje skrivali, bi ga morali sprejeti in ceniti; namesto da bi ženske z dojenčkom izolirali v njihovih domovih, bi moralo biti starševstvo v večji meri zasidrano v skupnosti (Gerhardt, 2015, str. 249). Poleg potrebe po nenehnem razvijanju znanja o oblikah podpore in pomoči za družine v kompleksnih problemskih okoliščinah je nujno, da se raziskave osredotočajo na vse družinske člane in ne le na matere, saj je temeljna celovita podpora celotni družini (Tamon idr., 2025, str. 17).

1.4.1 Kompleksnost čustev v materinstvu in pomen občutljive podpore

Jeza, žalost, frustracija, panika, ljubosumje in obžalovanje ne sodijo v običajno predstavo o materinstvu, vendar so ta čustva in občutki njen popolnoma legitimen del (Drglin, 2003a, str. 316, 317). Intenzivna doživetja in vsiljeno strokovno mnenje lahko ogrozijo ženskin občutek osebne izbire, zaradi česar mnoge matere, katerih izkušnje ne ustrezajo idealizirani podobi, občutijo krivdo, žalost ali izgubo (Hurst, 2007, str. 209). Stiske, ki jih starši doživljajo ob novorojenčku, so intenzivne in globoke, zato uglaševanje na otroka v prvem letu temelji na razvoju rahločutnosti staršev, ki se v tem obdobju tudi sami srečujejo s svojimi otroškimi hrepenenji, strahovi, negotovostjo in z upanjem. Čustvena podpora jim lahko omogoči, da pridejo v stik s svojimi čutenji. Mame potrebujejo občutek, da so slišane v svoji stiski in potrjene v zmožnosti, da lahko razvijejo dovolj dobro materinstvo (Poljanec in Greif, 2016, str. 134, 141). Ključno je, da socialne delavke prisluhnejo edinstveni in razvijajoči se izkušnji materinstva vsake mame posebej – ne glede na to, kakšne odločitve glede hranjenja svojega otroka sprejme, saj je rojstvo otroka obdobje velike ranljivosti (Hurst, 2007, str. 209).

Navkljub kompleksnim potrebam in problemskim okoliščinam pogosto prav ranljiva skupina žensk z nižjim socialno-ekonomskim položajem ne prejme ustrezne oskrbe niti takrat, ko jo išče (Drglin, Mihevc Ponikvar in Tomšič, 2018, str. 2). Z namenom izboljšanja blaginje otrok in družin, ciljno usmerjene podpore, preprečevanja težav v otrokovem razvoju in pravočasnega identificiranja staršev z izzivi pri vzpostavljanju vezi z otrokom avtorji (Chau, Dryer in Brunton, 2023, str. 9; Findley, McMahon in Giallo, 2025, str. 10; Le Bas idr., 2020, str. 17) poudarjajo potrebo javnozdravstvenega ukrepa presejanja zgodnjih dejavnikov tveganja za medstarševski konflikt, kot so simptomi depresije pri materah in očetih v prvem letu po porodu, zlasti pri ženskah z izkušnjo zlorabe v otroštvu in pri materah, ki se prvikrat srečajo s to vlogo.

Dejavnike tveganja bi lahko raziskali med poporodnimi obiski na domu, bodisi z uporabo kratkih vprašalnikov bodisi z vprašanji o tem, kako dobro starši sodelujejo in se spopadajo z izzivi starševstva. Redno bi bilo treba zagotavljati informacije o razpoložljivih storitvah podpore in pomoči ter programih za sostarševstvo, kamor bi bilo treba napotiti družine v kompleksnih problemskih okoliščinah (Findley, McMahon in Giallo, 2025, str. 10). Ugotovitve kažejo, da v primerjavi z zanašanjem na demografske dejavnike in potrebo po nujni medicinski oskrbi prav klinično presejanje potreb in tveganj znatno izboljša natančno identifikacijo družin, ki bi potrebovale podporo z obiski na domu (Dodge, Benjamin Goodman, Murphy in O'Donnell, 2021, str. 9).

Socialne delavke svoje delo pogosto opravljajo v zelo obremenjujočih okoljih in morajo prioritetno obravnavati varnost in največjo korist ranljivih dojenčkov. Zaradi teh pogojev sta ustrezno prepoznavanje in odzivanje na potrebe mater s težavami v duševnem zdravju v obporodnem obdobju zanje lahko izziv. Posledično matere sodelovanje lahko doživljajo kot krepitev pritiska, kar lahko vodi do stopnjevanja težav in povečane verjetnosti postopkov za namestitev otroka zunaj družine. Na drugi strani pa je za matere v vzpostavljenem delovnem odnosu ključen občutek, da jih socialne delavke zares spoznajo, razumejo in spoštujejo (Lever Taylor, Mosse in Stanley, 2019, str. 1, 18).

Psihiatri, ginekologi, psihologi in socialne delavke znotraj javnih institucij in tudi v nevladnih organizacijah sicer delujejo vsak na svojem področju, a primanjkuje njihovega dolgoročnega in kontinuiranega sodelovanja, ki bi presegalo delo s posameznico (Drglin, 2003b, str. 31–33). V letu 2026 se je znotraj Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana odprla Enota za mame in dojenčke do enega leta starosti iz vse Slovenije. Tu dojenčki lahko z mamo sobivajo na oddelku. Poleg bolnišničnega zdravljenja je na voljo tudi skupnostna obravnava mater in dojenčkov na domu. Namen enote sta tako podpora materam z duševno motnjo kot tudi podpora pri vzpostavljanju varne navezanosti z dojenčkom, saj duševna motnja predstavlja dejavnik tveganja za oblikovanje manj varnih vzorcev navezanosti. Strokovne delavke so materam v pomoč pri vzpostavljanju čustvene vezi z dojenčkom, obenem pa z namenom krepitve starševskih kompetenc podpirajo vso družino. Psihoterapevtske oblike podpore in pomoči so tako namenjene mami, mami in otroku ter širšemu družinskemu sistemu. Cilj podpore v zelo občutljivem obdobju je predvsem zgodnje posredovanje, ki omogoči stabilizacijo močno obremenjenih družin ter krepitev odnosa med starši in otrokom. Odhodu z oddelka, ki poteka postopno, z vedno daljšimi obdobji odsotnosti, lahko sledi tudi obravnava v skupnosti (Univerzitetna psihiatrična klinika

Ljubljana, Enota za matere in dojenčke, osebna komunikacija, 4. 3. 2026). V slovenskem prostoru vse do danes še niso zaživele druge oblike podpore in pomoči, ki bi jih nudile socialne delavke, npr. krizni telefon, na katerega bi lahko poklicale ženske v poporodni stiski (Drglin, 2003b, str. 31–33). Do velikih razlik v pomoči posameznicam prihaja tako iz objektivnih kot tudi iz subjektivnih razlogov – npr. oddaljenost od virov pomoči, neprepoznavanje znakov, položaj ženske znotraj družine, revščina, jezikovne ovire, predsodki zdravstvenega osebja in drugih strokovnjakov ter širšega okolja, neozaveščenost patronažne službe ipd. Toda za žensko prejeti ustrezno podporo in pomoč ne sme biti prepuščeno spletu okoliščin ali naključju. Socialne službe bi morale biti razvite na način, da bi ženske v kompleksnih problemskih okoliščinah lahko prejele individualno in/ali skupinsko obliko praktične pomoči in čustvene podpore. Ob snovanju ustrezne mreže podpore in pomoči se moramo zavedati, da gre za pravico žensk ter da je oblika pomoči vselej kulturno zaznamovana in se s časom spreminja. Pri tem moramo biti pozorni, da ne prestopimo občutljive meje, kjer pomoč postane nadzor ali discipliniranje (Drglin, 2003a, str. 288; 2003b, str. 31–33).

1.4.2 Potreba po sistemski vključitvi očetov v obporodno obdobje

V interpretacijah teorije zgodnjega navezovanja mame pogosto nadomestijo starše in s tem zavzamejo mesto privilegirane osebe za akt navezovanja in skrbnika otroka ter upravičujejo za žensko določeno mesto – doma, pri otroku (Drglin, 2003a, str. 283).
Perinatalna oskrba se običajno osredotoča na mater v obdobju po porodu in na novorojenčka, kar se odraža tudi v osredotočenosti raziskav na materino nosečnost in njeno izkušnjo poroda, pri čemer so občutki in vloga očeta izključeni (Young, 2013, str. 11).

V socialnem delu upoštevamo prispevek več skrbnikov in odnosov z drugimi pomembnimi odraslimi na otrokov razvoj, saj nas stroka zavezuje, da se posvetimo socialnemu okolju in izboljšanju strukturnih neenakosti (Walsh, Paris, Ribaudo in Gilkerson, 2021, str. 190). Socialne delavke lahko s sistemskim razmišljanjem prispevajo k premiku od odzivne poporodne ocene oziroma presoje o motnjah k predporodni oceni, ki temelji na matrici dejavnikov tveganja in zaščitnih dejavnikov, s čimer bi zagotovili preventivno in ne le odzivne podpore in pomoči. Socialne delavke imajo spretnosti in pristojnosti, da prispevajo k spremembi pri prepoznavanju pomena potreb očetov in lahko prevzamejo pobudo za razvoj novih, nujno potrebnih oblik podpore in pomoči očetom. Pri tem se lahko oprejo na pragmatičnost stroke, zmožnost operacionalizacije teorije glede na življenjski svet

uporabnikov in njihove edinstvene okoliščine ter tudi na usmerjenost k njihovim virom moči ter k odpornosti. Odpravo bioloških, psiholoških in socialno-ekonomskih ovir za pozitivno izkušnjo očetov v obporodnem obdobju družine lahko prepoznamo kot etično zavezo socialnih delavk (Brennan in Davis, 2025, str. 719, 720).

Čeprav imajo pri zagotavljanju podpore določeno vlogo zdravstvene in socialne službe, morajo starši največ podpore prejeti s strani partnerjev, družinskih članov, prijateljev, delodajalcev in s strani širše družbe (Kalembo in Kendall, 2022, str. 563). Prav zato je smiselno, da strokovne delavke očete spodbujajo k udeležbi v storitvah podpore in pomoči, ki so na voljo v njihovi skupnosti, ter jih vključujejo v psihoedukacijo o starševstvu (Findley, McMahon in Giallo, 2025, str. 10). Rezultati študije avtoric Ünal Toprak in Şentürk Erenel (2021, str. 1509) potrjujejo, da so očetje, ki so z otrokom po rojstvu imeli stik koža na kožo, po dvanajstih mesecih pozitivneje ocenili navezanost otroka nanje kot očetje v kontrolni skupini, zato je priporočljivo, da se ta poporodna praksa bolj razširi. Ta učinkovit korak bi še posebej očetom, ki se prvič srečujejo s to nalogo, pomagal razviti samozavest in sprejeti aktivnejši pogled na njihov prehod v starševstvo (Chen, Gau, Liu in Lee, 2017, str. 7).

1.4.3 Zgodnja podpora in pomoč družinam v obporodnem obdobju v sistemu varstva in zaščite otrok

Učinkoviti odzivi sistema varstva in zaščite otrok v obporodnem obdobju, kot enem najranljivejših obdobjih v človekovem razvoju, lahko podprejo družine in zmanjšajo potrebo po dolgoročnem sodelovanju (Waldfogel, 2009, str. 204). Avtorji Trew, Taplin, O'Donnell, Marriott in Broadhurst (2022, str. 550–560) so v kvalitativni raziskavi s fenomenološkim pristopom prikazali izkušnje staršev v sistemu varstva in zaščite otrok med nosečnostjo in v obdobju po porodu, vključno z ukrepom odvzema dojenčka. Raziskava poudarja, da sta glas staršev in njihov prispevek ključnega pomena za izboljšanje razumevanja procesov varstva in zaščite otrok, njihovih vplivov ter izidov za starše in njihove otroke. Obenem je izpostavljen tudi predlog o neodvisnih spremljevalcih, ki se skupaj s starši vključujejo v procese varstva in zaščite otrok ter imajo ključno vlogo pri zagotavljanju ali krepitvi glasu staršev že ob srečanjih pred porodom. Starši so poudarili potrebo po zagotovljeni večji podpori ter zgodnjem posredovanju in preprečevanju odvzemov otrok z vzpostavitvijo spoštljivih, na travmi utemeljenih in podpornih odnosov med različnimi službami in starši. Starši so med specifičnimi predlogi navedli tudi izboljšanje prakse socialnega dela

z družinami, ki doživljajo nasilje, zlasti partnersko sodelovanje z materami, ki se spopadajo s pomisleki glede stikov med povzročiteljem nasilja in otroki.

Kljub v prvem poglavju opisanim prizadevanjem za ohranjanje bližine v specifičnih poporodnih okoliščinah pa v širšem sistemskem okviru, kjer so prisotni ukrepi varstva in zaščite otrok, lahko zaznamo dodatne specifične izzive in ovire. Avtorici Gribble in Gallagher (2014, str. 445, 446) v luči tega podajata nekaj ključnih priporočil za zaščito pravic otrok do dojenja, s čimer razširjata vprašanje ohranjanja bližine, ki ga izpostavljam v enem prejšnjih poglavij. Izpostavljata predvsem potrebo po usposabljanju organov za varstvo in zaščito otrok. V prvi vrsti je potrebna jasna usmeritev, ki določa, da ukrepi za varstvo in zaščito otrok ne smejo spodkopavati zmožnosti matere za dojenje svojega otroka. Poleg tega bi morali strokovni delavci pri ocenjevanju tveganja dojenje prepoznati kot varovalni, zaščitni dejavnik za otroka in spoštovati želje mater v zvezi z dojenjem. Nazadnje je ključno, da so organi za varstvo in zaščito otrok obveščeni o priporočilih glede prakse hranjenja dojenčkov, da bi preprečili patologiziranje žensk zaradi sledenja tem priporočilom in podaljšanega dojenja ne bi obravnavali kot patološkega. Kljub jasnim smernicam je bilo namreč ugotovljeno tveganje, da strokovni delavci v postopkih varstva in zaščite otrok pri podaji ocene tveganja uporabljajo vrednostno in kulturno določene interpretacije vedenja ter prepričanja o hranjenju dojenčkov. Posledično je lahko vsako odstopanje od kulturne norme, kot so izključno dojenje, dojenje v javnosti, dojenje po otrokovem prvem letu starosti, ki je sicer del priporočene prakse, obravnavano kot patološko. To vprašanje se nanaša tudi na druge vidike starševstva in poudarja potrebo po praksi, ki temelji na razumevanju pozitivne socialne deviacije pri ukrepih varstva in zaščite otrok (Gribble in Gallagher, 2014, str. 444). Delo socialnih delavk na področju varstva in zaščite otrok je namreč brez usmeritev nacionalnih in mednarodnih agend o dojenju, saj se te ukvarjajo z varstvom otrok na eni strani ter s spodbujanjem optimalnega zdravja in dobrega počutja dojenčkov na drugi strani, kar jih ustvarja preveč ločene, da bi dojenje lahko podprle. To predstavlja še posebej veliko tveganje za zdravje in razvoj dojenčkov, ki so bili odvzeti biološkim staršem, saj so izredno ranljivi in v prvi vrsti potrebujejo skrb, ki njihovo blaginjo postavlja na prvo mesto (Critchley, Grant, Brown in Morriss, 2022, str. 9, 10). Kot predlagata Gribble in Gallagher (2014, str. 446), so potrebne tudi tako raziskave o razširjenosti prezgodnjega prenehanja dojenja kot posledice ukrepa varstva in zaščite otrok kot tudi raziskave, ki bi razjasnile vpliv ukrepov na materinsko vez in navezanost.

Model družinske skupinske konference (Family Group Conference), ki so ga razvili avstralski strokovni delavci na področju zdravstva ter varstva in zaščite otrok, je eden od uveljavljenih pristopov, ki moč družin krepi z vključevanjem razširjenih mrež formalne in neformalne podpore. Struktura programa omogoča sodelovalno delo z družinami in prostor za odprto in transparentno razpravo o vprašanjih varstva in zaščite otrok. Bodočim staršem, ki so že vključeni v sodelovanje s službami za varstvo in zaščito otrok, je priložnost za vključitev v družinsko konferenco v nosečnosti ponujena v kateri koli fazi nosečnosti, sodelovanje pa je prostovoljno in ne odpravlja potrebe po nadaljnjem sodelovanju strokovnih služb z družino. Pristop se osredotoča na sodelovalno oblikovanje ocene tveganja in varnostnih načrtov ter na transparentne pogovore o močeh in tveganjih, ki so le eden od korakov v nenehnem procesu spodbujanja in podpiranja družin, da prevzamejo aktivno vlogo pri odločanju. Družine potrebujejo zaupanje, da se sploh vključijo v družinske konference v nosečnosti, zato ga je treba razvijati in krepiti skozi celoten proces dela. To je privedlo tudi do vzajemnih koristi za strokovnjake, saj so se tudi sami počutili zaupljivejše in varnejše v odnosu do svojih sodelavcev in do procesa, hkrati pa jim je bilo olajšano iskanje osebnega smisla pri delu. Takšen pristop dela omogoča prenos zaupanja med službami, ki so bile zgodovinsko ločene, kar posledično izboljšuje medinstitucionalne odnose in jih ustvarja konstruktivnejše. Inovativni modeli podpore, ki temeljijo na prostovoljnem prenatalnem sodelovanju, zmanjšajo tveganje odvzema dojenčka ob rojstvu. Družinska konferenca v nosečnosti torej predstavlja enega od modelov zgodnje pomoči družinam v prenatalnem obdobju, ki bi lahko bil alternativa trenutnim, na krize osredotočenim pristopom sistema varstva in zaščite otrok ter zdravstvenega sistema (Tayebjee, Lewkowicz in Isobel, 2024, str. 2–11).

Model družinske skupinske konference ne predstavlja zgolj odgovora na stiske in problemske okoliščine družin, temveč ta lahko postane redna soustvarjalna praksa tako za družinske člane kot za strokovnjake, vključene v življenja družin (Razpotnik, Turnšek, Rapuš-Pavel in Poljšak-Škraban, 2016, str. 137). Model se vsebinsko prepleta s konceptom izvirnega delovnega projekta podpore in pomoči, ki je razvit in utemeljen v slovenskem prostoru. Ta pomembno dopolnjuje koncept delovnega odnosa, saj socialna delavka izvirni delovni projekt podpore in pomoči z uporabniškim sistemom soustvari v delovnem odnosu. Gre za projekte, ki se oblikujejo vsakokrat na novo, za vsako družino posebej, tečejo v času in so usmerjeni k dobrim izidom ter zaželenim razpletom, ki jih opredeli družina (Čačinovič Vogrinčič, Kobal, Mešl in Možina, 2005, str. 15, 16).

Ne gre zgolj za srečanja, temveč za prostor soustvarjanja. V kontekstu obporodne podpore družini to pomeni, da izvirni delovni projekt podpore in pomoči ne temelji na vnaprej določenih ciljih (npr. izključno dojenje), temveč na tistem zaželenem razpletu, ki ga, kot dobrega in uresničljivega zase, opredelijo družinski člani sami. Za socialno delavko to predstavlja nalogo, da skupaj z družino razišče njihove instrumentalne definicije in pričakovanja (npr. o dojenju) – kaj jim to pomeni, kje vidijo ovire, kaj bi jih podprlo in kateri koraki bi jim prinesli občutek kompetentnosti. Socialna delavka ne nastopa kot vir pritiska, temveč tako spoštuje moč družine in kot soraziskovalka družinskim članom pomaga ubesediti njihovo stisko kot tudi pozorno in skrbno raziskuje z namenom večje razvidnosti in ozaveščenosti v družini, spremlja spremembe in z družino proslavlja vsak najmanjši uspeh in napredek pri vzpostavljanju varne vezi z otrokom. Takšen pristop, še posebej v sistemu varstva in zaščite otrok, omogoča, da se projekt podpore in pomoči ne sprevrže v nadzor, temveč postane prostor za krepitev lastne moči družine in notranje modrosti družinskih članov. V pristopih družinske skupinske konference in izvirnega delovnega projekta podpore in pomoči je mogoče prepoznati, da si delita temeljno doktrino sodobnega socialnega dela. Oba modela dela družini podeljujeta moč odločanja in jo razumeta kot ključno pri soustvarjanju podpore in pomoči, ki je usmerjena k zaželenim razpletom. Podobno kot družinska skupinska konferenca v izvirni delovni projekt podpore in pomoči povežemo tudi druge vire v skupnosti, ki lahko družino podprejo na poti do želenih sprememb še pred otrokovim rojstvom (npr. šola za starše, center za socialno delo, organizacije, sorodniki, sosedje itd.) (Čačinovič Vogrinčič in Mešl, 2019, str. 54; Mešl in Kodele, 2016, str. 114).

2 Raziskovalni problem

Pobuda za raziskovalno temo magistrskega dela izhaja iz potrebe in želje, da bi bil pomen vloge stroke socialnega dela v obporodnem obdobju v slovenskem prostoru razvidnejši. Z magistrskim delom želim osvetliti, kako socialno delo lahko sodeluje v zgodnji podpori družinam, se umešča v delovni tim v porodnišnici ter s tem prispeva k najvišje dosegljivi ravni zdravja in blaginji otrok tudi v luči mednarodnih zavez (Varuh človekovih pravic, b. d.). Socialne delavke imajo v skladu s Konvencijo o otrokovih pravicah (Varuh človekovih pravic, b. d.) odgovornost, da podprejo vzpostavljanje in nadaljevanje dojenja kot enega od varovalnih dejavnikov v procesu vzpostavljanja zgodnje navezanosti, še posebej, ko z družinami sodelujejo v procesih varstva in zaščite otrok (Gribble in Gallagher, 2014, str. 437) ter prepoznajo socialne, ekonomske in ostale sistemske dejavnike, ki lahko ovirajo dojenje (IFSW, 2014).

Ugotovitve magistrskega dela bodo lahko opozorile na potrebo po zmanjševanju stisk žensk, ki doživljajo občutke pritiska, razočaranja ali izgube zaradi neuspelega poskusa dojenja (Drglin, 2003a, str. 316), saj tega lahko nadomestijo z intenzivnim, globokim in ljubečim telesnim stikom z otrokom, prav ta pa je največja spodbuda za otrokov razvoj (Gerhardt, 2015, str. 58; Poljanec, 2025, str. 190; Poljanec in Greif, 2016, str. 132). Rezultati bodo lahko podprli razvoj znanja za ravnanje socialnih delavk za ozaveščeno in učinkovito spodbujanje zgodnjih interakcij med otrokom in starši (Bowlby, 1991; Kompan Erzar in Poljanec, 2012, str. 28, 39). Obenem želim predstaviti nekatere priložnosti za krepitev socialnodelovne podpore družinam v obdobju oblikovanja družine, ko se družinski člani srečujejo s številnimi osebnimi in odnosnimi nalogami, ki jih postavljajo pred nepredvidljive in zahtevne ovire (Constable in Lee, 2004, str. 35; Čačinovič Vogrinčič in Mešl, 2019, str. 77), kar lahko prispeva k primarni preventivi in etični praksi varstva in zaščite otrok.

V magistrskem delu se opiram na teoretično izhodišče, da so temelji zadovoljivih in podpornih medosebnih odnosov, ki oblikujejo otrokov notranji svet, zakoreninjeni v zgodnjem razvoju (Cozolino, 2014, str. 14). Prav zato je njegova izkušnja, zlasti v prvih 60 do 90 minutah po rojstvu, še posebej pomembna (Cagan in Genc, 2023, str. 379).
Temeljni mehanizmi navezovanja so otroku prirojeni (Van der Kolk, 2015, str. 131), vendar imajo pri tem ključno vlogo prav poporodne prakse, ki lahko prispevajo k odzivnosti staršev na otrokove potrebe in na krepitev vezi (Linde, Lehnig, Nagl in Kersting, 2020, str. 2; Maguire idr., 2025, str. 126). Kljub obilici dokazov o pomenu neprekinjenega stika koža na kožo med otrokom in staršem ter zgodnjega vzpostavljanja dojenja v priporočilih Svetovne zdravstvene organizacije ter UNICEF-a (World Health Organization, 2017b, 2018b) je v podpori družinam v tem ranljivem, obporodnem obdobju mogoče izpostaviti nekaj sistemskih izzivov in vrzeli. Pomanjkanje univerzalno priznane definicije stika koža na kožo (Brimdyr idr., 2023, str. 1635, 1637) ter prakse obporodne oskrbe in rutinizacija te v nekaterih porodnišnicah ne prispevajo k olajšanju prvih trenutkov med starši in otrokom (Drglin, 2003a, str. 282, 290). Empirični del raziskave magistrskega dela bo tako usmerjen v preverjanje vrzeli med priporočili mednarodnih smernic in prakso. V kvantitativnem delu raziskave bom preverila, v kolikšni meri mame poročajo o možnosti za vzpostavljanje prvega stika z otrokom v prvi uri po porodu, kako so bile pri tem podprte ter kateri so tisti dejavniki, ki to preprečujejo. Kvalitativni del bo z naracijami mater osvetlil, kako subjektivno doživljajo proces vzpostavljanja zgodnje navezanosti z otrokom in kako retrospektivno gledajo na ta proces.

Razumevanje, kateri dejavniki so pri vzpostavljanju stika po njihovem mnenju varovalni in katere druge oblike interakcij prepoznavajo kot pomembne, bo omogočilo celovit, neredukcionističen pogled na proces vzpostavljanja zgodnje navezanosti, v katerem Bowlby in drugi poudarjajo pomen toplih, neprekinjenih interakcij (Brimdyr idr., 2023, str. 1634).

Čeprav socialno delo zagovarja in stremi k biopsihosocialnemu okvirju podpore in pomoči ter podporo ranljivim umešča v temeljno poslanstvo stroke (NASW, 2025), pričakujem, da bom s pridobljenimi podatki lahko prikazala empirično ugotovljeno morebitno pomanjkanje prisotnosti stroke socialnega dela v porodnišnicah. Ta predpostavljena odsotnost stika med starši in socialno delavko v porodnišnici lahko vodi k neizpolnjenim standardom celovite, strokovne in interdisciplinarne podpore pri vzpostavljanju in spodbujanju prvih vezi med otrokom in starši ali skrbniki. Odgovori na raziskovalna vprašanja o vlogi in prispevku socialnega dela z družino v obporodnem obdobju glede na mednarodne in znanstvene opredelitve bodo torej ključni za utemeljitev potrebe po odpiranju prostora in integraciji perinatalnega socialnega dela v slovenski sistem podpore in pomoči družinam ter ženskam v reproduktivnem obdobju.

2.1 Raziskovalne hipoteze

Tabela 2.1: Raziskovalne hipoteze

Hipoteza	**Spremenljivka**	**Operacionalna definicija**	**Indikatorji**	**Vrednosti**
H1: Mame, vključene v raziskavo, poročajo o stiku koža na kožo z otrokom znotraj prve ure po porodu.	Stik koža na kožo znotraj prve ure po porodu	Delež mater (80 %), ki poroča o stiku koža na kožo z otrokom (novorojenček je bil slečen in položen na materino kožo ali na kožo njenega porodnega spremljevalca_ke) znotraj prve ure po porodu.	Delež mater, ki poroča o otrokovi izkušnji stika kožo na kožo po porodu.	Nominalna lestvica Vprašanje 1 a) Da, stik je bil omogočen meni. b) Da, stik je bil omogočen mojemu_i partnerju_ki oziroma porodnemu_i spremljevalcu_ki. c) Ne, stik ni bil omogočen nikomur. č) Ne spomnim se. Vprašanje 2 (za mame, ki so odgovorile z »ne«) a) Zdravstveno osebje mi stika koža na kožo ni omogočilo. b) Zaradi mojih ali otrokovih zdravstvenih potreb v prvi uri po porodu. c) O stiku koža na kožo kot poporodni praksi nisem bila informirana.

				č) Stika koža na kožo z otrokom nisem želela. d) Ne želim odgovoriti. e) Iz drugega razloga. Prosim, navedite razlog. ……...
H2: Matere, vključene v raziskavo, menijo, da je bil njihov prvi stik z otrokom pomemben za oblikovanje povezanosti.	Pomen prvega stika za oblikovanje povezanosti	Ocena mater, kako pomemben je bil njihov prvi stik z otrokom za oblikovanje povezanosti z njim.	Delež mater, ki poda oceno »popolnoma se strinjam« in »se strinjam«.	Likertova lestvica 1 (sploh se ne strinjam) = Prvi stik z otrokom sem doživela kot nepomembnega za čustveno povezovanje. Nimam občutka, da bi ta stik vplival na najin odnos ali bližino. 2 (ne strinjam se) = Prvi stik med nama z otrokom je bil prisoten, a ga ne prepoznavam, kot da je pomemben dejavnik pri vzpostavljanju čustvene vezi. Menim, da bi se občutek povezanosti oblikoval tudi brez prvega stika. 3 (niti se ne strinjam niti se strinjam) = Prvi stik z otrokom ni posebej vplival na moje dojemanje povezanosti. Ne morem oceniti, ali je bil pomemben ali nepomemben. Občutki povezanosti so bili oblikovani tudi prek drugih interakcij z otrokom. 4 (se strinjam) = Prvi stik je prispeval k občutku bližine in vzpostavljanju čustvene vezi z otrokom. Menim, da je ta stik prispeval k vzpostavljanju bližine z otrokom, čeprav ni bil edini dejavnik pri oblikovanju vezi. Prvega stika ne razumem kot popolnoma odločilnega. 5 (popolnoma se strinjam) = Prvi stik z otrokom je bil zame zelo pomemben, morda celo odločilen pri vzpostavljanju čustvene vezi z otrokom. Občutki povezanosti so se zaradi tega stika močno okrepili.
H3: Matere, vključene v raziskavo, menijo, da so v slovenskih porodnišnicah pri vzpostavljanju prvega stika	Podpora zdravstvenega osebja pri vzpostavljanju prvega stika	Ocena mater o aktivni podpori zdravstvenega osebja pri vzpostavljanju prvega stika	Delež mater, ki poda oceno »polna podpora« in »precej podpore«.	Likertova lestvica 1 (brez podpore) = Nisem prejela pomoči, usmeritve ali podpore pri prvem stiku z otrokom. Zdravstveno osebje se ni odzivalo ali pa je bilo popolnoma pasivno. 2 (le nekaj podpore) = Zdravstveno

<table>
<tr>
<td>z otrokom po porodu prejele podporo zdravstvenega osebja.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>osebje je ponudilo le osnovne ali občasne informacije, ne da bi se pri tem aktivno vključilo. Večinoma sem se znašla sama in nisem imela občutka, da mi je zdravstveno osebje pomagalo ali me spodbujalo.

3 (delna podpora) = Prejela sem določeno pomoč (npr. kratka navodila, nekaj spodbude), vendar ni bilo stalne prisotnosti zdravstvenega osebja ali individualne pomoči. Osebje je bilo dostopno, a ne vedno odzivno ali dovolj angažirano glede na moje in otrokove potrebe.

4 (precej podpore) = Prejela sem jasna navodila, praktično pomoč in spodbudo. Zdravstveno osebje je bilo prisotno, dostopno in zavzeto pri vzpostavljanju prvega stika z otrokom.

5 (polna podpora) = Imela sem občutek popolne podpore. Zdravstveno osebje me je aktivno vodilo, spodbujalo, pojasnjevalo in nudilo pomoč. Zagotovljeno je bilo prijetno in spodbudno okolje za vzpostavljanje prvega stika.</td>
</tr>
<tr>
<td>H4: Matere, vključene v raziskavo, ki so rodile v eni od slovenskih porodnišnic, po porodu niso imele stika s socialno delavko, zaposleno v porodnišnici.</td>
<td>Institucionalna podpora socialnih delavk, zaposlenih v porodnišnici, po porodu</td>
<td>Zaznana prisotnost podpore socialnih delavk, zaposlenih v porodnišnici, po porodu</td>
<td>Delež mater, ki poroča o tem, da po porodu niso imele stika s socialno delavko, zaposleno v porodnišnici</td>
<td>Ordinalna lestvica
<table><tr><th></th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th><th>Brez stika</th></tr><tr><td>Pediater_inja</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Ginekolog_inja</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Medicinska sestra</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Babica_ičar</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Socialni_a delavec_ka</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Psiholog_inja</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Drug_a strokovni_a delavec_ka</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>
1 = sploh ni bila ustrezna,
5 = zelo ustrezna
brez stika = mama z navedenim_o strokovnim_o delavcem_ko ni imela stika</td>
</tr>
<tr>
<td>H5: Matere, vključene v raziskavo, menijo, da (je) njihova izkušnja dojenja prispeva(la) k njihovemu občutku povezanosti z otrokom.</td>
<td>Prispevek dojenja k občutkom povezanosti med mamo in otrokom</td>
<td>Ocena mater o tem, koliko dojenje prispeva k subjektivnemu občutku povezanosti.</td>
<td>Delež mater, ki poda oceno »zelo« in »precej«.</td>
<td>Likertova lestvica

1 (sploh ne) = Ne zaznavam, da bi dojenje kakor koli prispevalo k vzpostavljanju čustvene vezi z otrokom. Občutek povezanosti doživljam enako, kot bi ga brez dojenja.

2 (malo) = Opažam in čutim le rahel prispevek dojenja k povezanosti z otrokom. Med dojenjem imava z otrokom sicer stik, a ga ne</td>
</tr>
</table>

				doživljam, kot da bi bil pomemben dejavnik za čustveno bližino. 3 (delno) = Prepoznavam, da je dojenje v določeni meri okrepilo občutek bližine z otrokom, vendar ta vpliv ni bil stalen ali ključen v primerjavi z drugimi oblikami interakcije (npr. crkljanje, nega telesa, pogovor, skupno preživljanje časa). 4 (precej) = Dojenje pomembno prispeva k občutku povezanosti z otrokom. Med dojenjem pogosto doživljam občutke topline, miru in povezanosti z otrokom. 5 (zelo) = Dojenje doživljam kot glavni vir čustvene povezanosti z otrokom. Med dojenjem se je med nama vzpostavila močna vez. Občutki bližine in povezanosti so zelo intenzivni.

2.2 Raziskovalna vprašanja

V okviru empiričnega dela pričujoče razprave sem si postavila naslednja raziskovalna vprašanja:

R1: Kako polnoletne biološke matere, upoštevajoč različne poteke poroda, opisujejo svoje izkušnje prvega stika z otrokom takoj po porodu?

R2: Kakšen je retrospektiven pogled bioloških mater na prvi stik z otrokom z vidika razvijanja nadaljnjega odnosa z otrokom?

R3: Katere dejavnike biološke matere prepoznavajo kot varovalne pri vzpostavljanju stika z otrokom v prvih dneh po porodu glede na njihove specifične okoliščine?

R4: Kako biološke matere pripovedujejo o procesu dojenja ali drugih oblikah hranjenja kot dejavniku oblikovanja navezanosti med mamo in otrokom?

R5: Kako biološke matere doživljajo vlogo zdravstvenega osebja pri spodbujanju prvega stika in pri vzpostavljanju dojenja?

R6: Kakšne so strokovne in znanstvene opredelitve vloge socialnega dela pri podpori družinam v obporodnem obdobju v Sloveniji in tujini?

3 Metodologija

3.1 Vrsta raziskave

Raziskava temelji na kombiniranem raziskovalnem pristopu, saj vključuje tako kvantitativne kot kvalitativne metode zbiranja in analize podatkov. Kvantitativni del je zagotovil opisno statistiko o možnostih stika koža na kožo, ki so jih mame imele v t. i. zlati uri po rojstvu, ter o obsegu podpore s strani zdravstvenega osebja. Kvalitativni del z narativnimi intervjuji je omogočil poglobljen vpogled v to, kako mame doživljajo vzpostavljanje zgodnje navezanosti z otrokom in kakšne so njihove osebne izkušnje. Namen raziskave je bil pridobiti celostno razumevanje obravnavanega pojava, od merljivih značilnosti do globljega vpogleda v osebne izkušnje mater in s tem subjektivne dimenzije pojava, kar povečuje zanesljivost podatkov in jih ustvarja bogatejše (Mesec, 2009, str. 85). V kontekstu duševnega zdravja žensk v obporodnem obdobju, ki ga umeščamo v širše sociostrukturne pogoje, se z uporabo refleksivnega in fleksibilnega pristopa participativne metodologije lahko upremo postpozitivističnim epistemologijam in sprejmemo epistemologijo mnogoterosti, ki priznava vrednost več virov znanja (Frances in Lucas, 2024, str. 844, 845).

Utemeljitev enega od raziskovalnih vprašanj izhaja iz pregleda mednarodne literature in smernic, ki poudarjajo kritičen pomen prvega stika koža na kožo in zgodnjega vzpostavljanja navezanosti za otrokov razvoj. To sem vključila v pojasnilo teoretičnega okvirja, iz katerega sem izhajala (Mesec, 2007, str. 23). Pregled mednarodnih virov literature je vključeval analizo znanstvenih virov, povezanih z raziskovalnimi vprašanji. Iskalna strategija je vključevala iskalne izraze (npr. »skin-to-skin contact«, »maternal-infant bonding«, »perinatal social work«), s katerimi sem izvedla izčrpno iskanje in poiskala potencialno ustrezne in za stroko socialnega dela relevantne študije o raziskovani temi (Turk, 2021, str. 436). Pregled literature je služil kot temelj za prepoznavanje vrzeli v slovenskem institucionalnem kontekstu in za utemeljitev vloge socialnega delavca pri delu z družinami v obporodnem obdobju.

Raziskava je deskriptivna ali opisna, ker se je osredotočala na opis obstoječega stanja, značilnosti izbrane populacije in izkušenj udeleženk raziskave (Mesec, 2009, str. 81, 86). Namesto kategorizacije in posploševanja podatkov sem z narativnim pristopom izkušnje mater prepoznala kot dinamične entitete in pripovedovanje zgodb uporabila za odkrivanje posameznih odtenkov njihovih zgodb (Wang in Geale, 2015, str. 195–198).

3.2 Merski instrumenti

Raziskava magistrskega dela je bila zasnovana kot dvofazni zaporedni načrt. V prvi – kvantitativni – fazi sem s pomočjo vprašalnika identificirala prevladujoče značilnosti vzorca, nato pa je sledila druga, kvalitativna faza z narativnimi intervjuji, ki je bila ključna za poglobljeno razumevanje in interpretacijo statističnih podatkov, pridobljenih v prvem delu.

Pri merjenju spremenljivk prvega – kvantitativnega – dela raziskave sem s pomočjo merskega instrumenta vprašalnika merila tiste lastnosti, o katerih so matere lahko podale zanesljive informacije. Vprašalnik je vseboval vrsto formuliranih vprašanj, ki so bila sistematično razvrščena v skladu z vsebinskimi kriteriji raziskave in operacionaliziranimi spremenljivkami raziskave. Merski instrument je sestavljen iz lestvice stališč, t. i. Likertove lestvice, ki jo sestavlja vrsta trditev, s katerimi je izraženo stališče do raziskovanega pojava. Pri posamezni trditvi je respondentka navedla, do katere mere se s posamezno trditvijo strinja ali ne strinja (Mesec, 2009, str. 121–129, 240, 241).

V drugem – kvalitativnem – delu raziskave sem izvedla narativne intervjuje. Za njihovo izvedbo sem uporabila raziskovalni instrument vodilo za intervju – seznam osnovnih, najpomembnejših tem, o katerih sem se z materami pogovarjala. Vodilo za intervju je obsegalo začetno temo pogovora, ki je spodbudila prosto pripovedovanje. Pripovedi v tej fazi intervjuja nisem prekinjala, temveč sem zavzela predvsem držo pozornega poslušanja. Po potrebi sem s sogovornico preverila svoje razumevanje in ponovila slišano. V naslednji fazi sem sogovornicam zastavila nekaj dodatnih podvprašanj za razjasnitev, s katerimi sem jih spodbujala, da povedo več (Mesec, 2023, str. 105, 106). Vodilo je služilo predvsem kot zagotovilo, da bodo znotraj proste pripovedi udeleženke naslovljeni vsi ključni vsebinski sklopi raziskave. Obenem sem se lažje prilagodila in približala vsaki mami posebej – njenim izkušnjam, izobrazbi, razmišljanju, izražanju, njenemu zornemu kotu. S tem sem intervjuvankam poskušala zagotoviti, da so se lahko izražale svobodno in bolj sproščeno. V narativnem intervjuju sem lahko odkrila pomen, ki ga mame pripisujejo raziskovanemu področju, česar drugi načini zbiranja podatkov ne bi omogočili v tolikšni meri (Mesec, 2009, str. 230, 231).

3.3 Opredelitev enot raziskovanja

Ciljno populacijo zajemajo vse biološke matere v Republiki Sloveniji ne glede na število izkušenj porodov, ki so v obdobju od januarja 2025 dalje v eni od štirinajstih slovenskih porodnišnic rodile živorojenega otroka in pri katerih je od zadnjega poroda minilo najmanj šest, vendar ne več kot dvanajst mesecev. Za živorojenega otroka se šteje vsak novorojenec, ki po rojstvu pokaže vsaj en znak življenja (dihanje, utrip srca, pulziranje popkovnice ali jasne mišične gibe) ne glede na trajanje nosečnosti. Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije (2025) znaša letni obseg populacije v letu 2025 približno 16.819 bioloških mater, ki so rodile živorojenega otroka. Pri analizi podatkov sem upoštevala heterogenost populacije, predvsem z vidika starosti mater, izobrazbe in okoliščin njihove porodne izkušnje (npr. vaginalni porod ali carski rez, donošenost otroka, prisotnost porodnega spremljevalca), saj ti dejavniki pomembno sooblikujejo doživljanje njihovega prvega stika z otrokom.

Iz populacije je bil z neslučajnostnim priložnostnim vzorčenjem pridobljen vzorec 383 udeleženk za kvantitativni del raziskave, pri čemer je vprašalnik v celoti izpolnilo 197 udeleženk. V proces zbiranja podatkov so bile vključene matere, ki so vprašalnik izpolnile v obdobju od 17. januarja do 22. februarja 2026. Neslučajnostni priložnostni vzorec je sestavljen iz mater, ki so se prostovoljno odzvale vabilu prek družbenih omrežij in osebnih poznanstev. Vabilo k sodelovanju v vprašalniku je bilo razposlano prek e-pošte in objavljeno na spletnih platformah različnih organizacij, ki delujejo na področju podpore staršem, ter deljeno na družbenih omrežjih posameznic z velikim dosegom med ciljno populacijo. V vzorcu je med 332 veljavnimi odgovori 83 % vprašanih mater potrdilo, da je od njihovega zadnjega poroda v eni od slovenskih porodnišnic minilo najmanj šest mescev, a ne več kot dvanajst mesecev, s čimer so izkazale vstopni pogoj za sodelovanje v vprašalniku.

3.3.1 Demografske značilnosti vzorca v kvantitativnem delu raziskave

3.3.1.1 Starost udeleženk

Starost udeleženk med veljavnimi odgovori vprašalnika se je gibala od 21 do 44 let, pri čemer je bila osrednja starostna skupina udeleženk v poznih dvajsetih in zgodnjih tridesetih letih. Približno polovica udeleženk (51 %) je stara 30 let ali manj. Največ udeleženk je starih 29, 31 in 32 let, kar skupaj predstavlja približno 29 % vzorca. Povprečna starost udeleženk je 31,6 leta. Starostna skupina od 40 leta dalje je bila zastopana z manjšim deležem udeleženk.

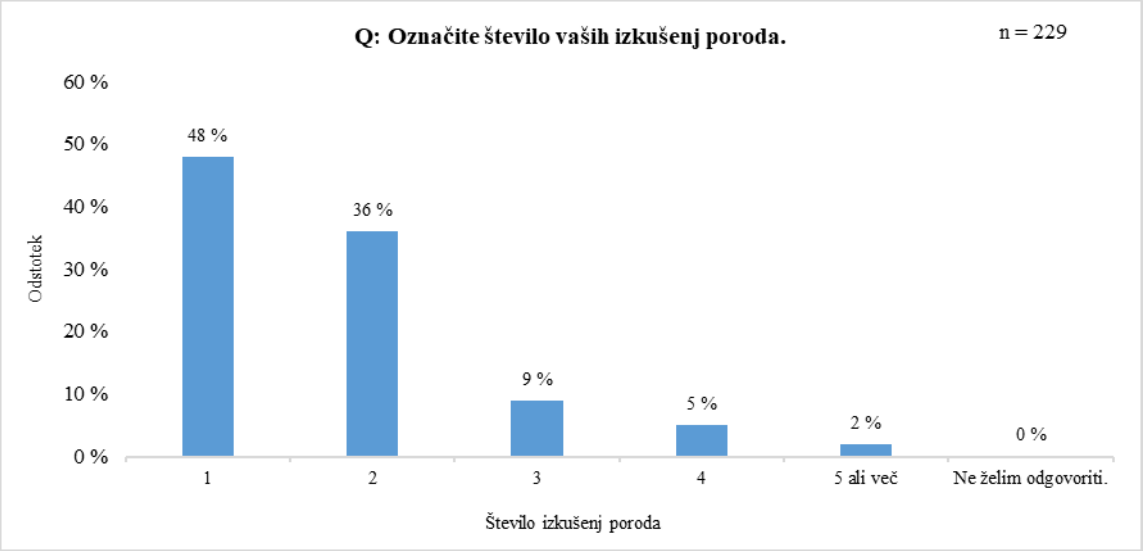
3.3.1.2 Najvišja dokončana stopnja izobrazbe udeleženk



Graf 3.3.1.2.1: Najvišja dokončana stopnja izobrazbe udeleženk

Največji delež udeleženk ima dokončano visokošolsko ali univerzitetno izobrazbo: 39 % (f = 90) jih ima univerzitetno izobrazbo ali magisterij (2. bolonjska stopnja) (VII. stopnja), 32 % (f = 74) jih ima dokončano višjo ali visoko strokovno izobrazbo (VI. stopnja). 5 % (f = 11) vprašanih mater ima dokončan magisterij znanosti (VIII. stopnja). 18 % (f = 42) jih je zaključilo 4-letno srednjo šolo ali gimnazijo, 3 % (f = 8) jih ima dokončano 3-letno poklicno izobrazbo, 1 % (f = 2) mater ima dokončano osnovnošolsko izobrazbo (ali manj). 1 % (f = 2) udeleženk ima dokončano IX. stopnjo izobrazbe z doktoratom. V vzorcu ni mater, ki bi imele dokončano nižjo (2-letno) poklicno izobrazbo.

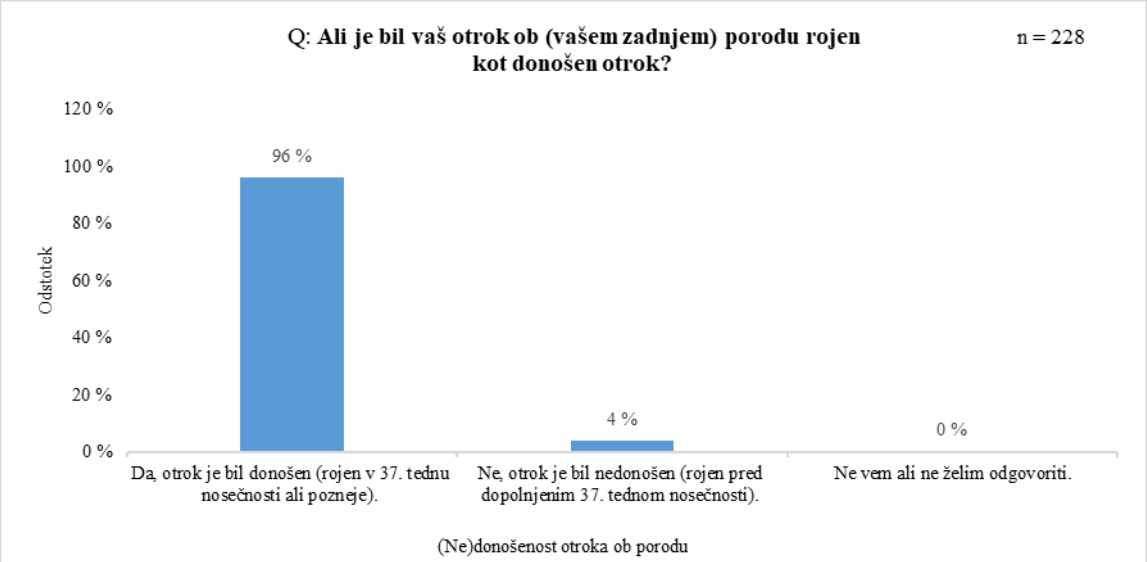
3.3.1.3 Število izkušenj poroda



Graf 3.3.1.3.1: Število izkušenj poroda med udeleženkami

V vzorcu je sodelovalo 48 % (f = 110) prvorodnic ter 36 % (f = 83) mater z izkušnjo dveh porodov. Skupaj je to predstavljalo 84 % vzorca. V vzorcu je bil nekoliko manjši delež večkratnih porodnic. Le 9 % (f = 20) vprašanih mater je rodilo trikrat. Izkušnjo štirih porodov ima 5 % (f = 11) vprašanih mater. Najmanjši delež vzorca, le 2 % (f = 4), predstavljajo mame s petimi porodnimi izkušnjami ali več.

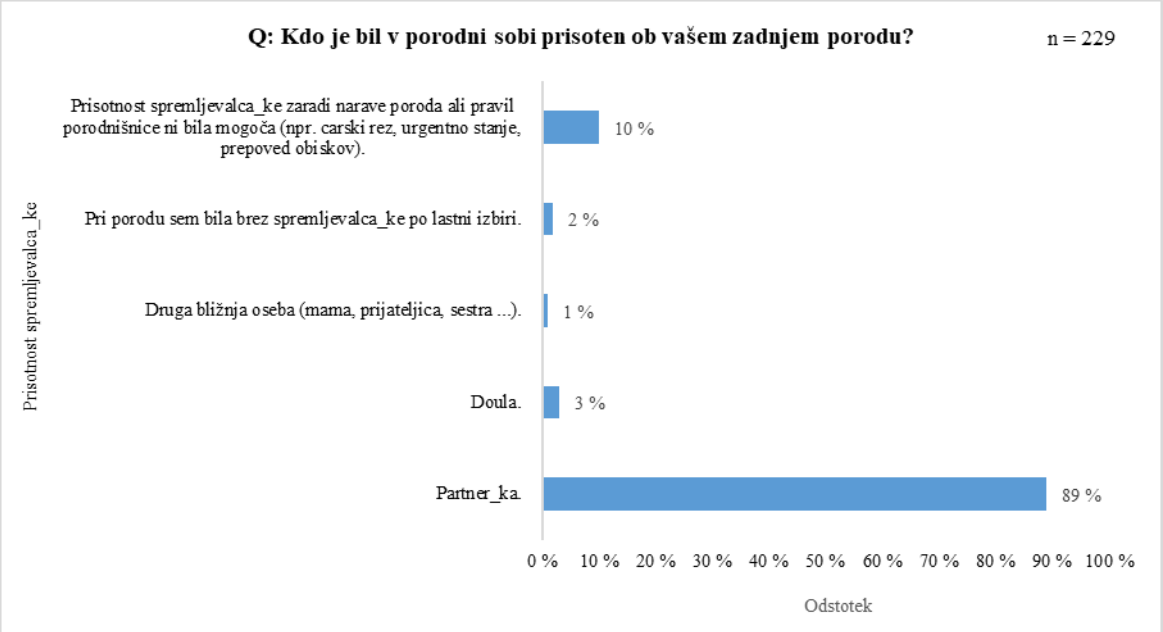
3.3.1.4 (Ne)donošenost otroka ob porodu



Graf 3.3.1.4.1: (Ne)donošenost otroka ob porodu udeleženk

Velika večina, 96 % (f = 220) vprašanih mater, je odgovorila, da je bil njihov otrok ob porodu donošen. To pomeni, da je bil rojen v 37. tednu nosečnosti ali pozneje. Majhen delež (4 %) vprašanih mater (f = 8) je navedel, da je bil njihov otrok nedonošen, rojen pred dopolnjenim 37. tednom nosečnosti.

3.3.1.5 Prisotnost partnerja_ke ali porodne_ga spremljevalke_ca ob materi



Graf 3.3.1.5.1: Prisotnost oseb ob udeleženki v porodni sobi

Vprašanje o prisotnosti osebe ob materi v porodni sobi je udeleženki omogočalo izbiro več možnih odgovorov. Pri veliki večini porodov vprašanih mater (89 %, f = 204) je bil_a ob njih v porodni sobi prisoten_a partner_ka. V 10 % (f = 22) porodnih izkušenj vprašanih mater prisotnost spremljevalca_ke zaradi narave poroda (npr. nujni carski rez) ali takratnih pravil porodnišnice ni bila mogoča. 3 % (f = 7) vprašanih mater je v porodni sobi ob sebi imelo podporo doule. 2 % (f = 5) vprašanih mater se je po lastni izbiri odločilo za porod brez spremljevalca_ke. Manjši delež (1 %, f = 2) so predstavljale druge bližnje osebe vprašanih mater, kot so mame, prijateljice ali sestre.

3.3.1.6 Način poroda



Graf 3.3.1.6.1: Način poroda udeleženk

Več kot polovica vseh porodov vprašanih mater (55 %) je bila spontana vaginalna. Znotraj te skupine je 30 % (f = 69) porodov potekalo brez protibolečinskih sredstev, pri 25 % (f = 58) porodih pa so vprašane matere prejele epiduralno analgezijo ali drugo protibolečinsko sredstvo. 21 % (f = 48) vprašanih mater poroča o izkušnji vaginalnega poroda, ki je bil spodbujen oziroma induciran z umetnimi popadki. Skupno seštevek vseh vrst porodov s carskim rezom (načrtovanih, urgentnih v spinalni ali v splošni anesteziji ter nenačrtovanih po poskusu vaginalnega poroda) med vprašanimi materami znaša približno 18 %. Največ med njimi poroča o izkušnji načrtovanega carskega reza v spinalni ali epiduralni analgeziji – 7 % (f = 16). Vaginalni porod z instrumentalno pomočjo, tj. z vakuumom ali s kleščami, je v vzorcu mater redek in skupaj predstavlja le 3 %; 1 % (f = 2) je bilo porodov s protibolečinskimi sredstvi in 2 % (f = 4) brez njih.

V kategoriji »Drugo« (3 %, f = 7) so vprašane matere navajale raznolike porodne izkušnje. Iz odgovorov izstopata predvsem zabrisana meja med spontanim in induciranim, spodbujenim porodom ter uporaba različnih medicinskih intervencij, kot so umetni popadki, farmakološke metode (npr. vstavitev prostaglandinov v obliki tablete v nožnico, sprožitev s tableto in trakom), mehanske metode (npr. balonski kateter za odpiranje maternične vratu) in epiduralna analgezija.

Med danimi odgovori te kategorije so razvidne tudi specifičnost večplodne nosečnosti, pri čemer je bil prvi otrok rojen vaginalno, drugi pa s pomočjo urgentnega carskega reza, ter izkušnje poskusa vaginalnega poroda po predhodnem carskem rezu (ang. Vaginal Birth After Cesarean (VBAC)), ki se je zaključil z urgentnim carskim rezom. Ti individualni odgovori poudarjajo, da je porod dinamičen proces, in kažejo na to, da so medicinske intervencije prisotne tudi takrat, ko se porod ne začne kot načrtovano inducirano dejanje, kar pomembno vpliva na celostno porodno izkušnjo žensk. Podrobnejši posamezni odgovori so prikazani v Tabeli 8.5.7: Drugi načini poroda med udeleženkami med Prilogo 8.5: Prikaz demografskih značilnosti vzorca v kvantitativnem delu raziskave.

3.3.2 Značilnosti vzorca v kvalitativnem delu raziskave

V vzorcu kvalitativnega dela raziskave, pri izvedbi narativnih intervjujev, je sodelovalo 11 udeleženk.

Tabela 3.3.2.1: Značilnosti vzorca v kvalitativnem delu raziskave

Datum izvedbe narativnega intervjuja	**Čas trajanja**	**Šifra udeleženke**	**Pariteta**
27. 1. 2026	60 min	A	Prvorodnica
27. 1. 2026	80 min	B	Prvorodnica
29. 1. 2026	60 min	C	Prvorodnica
3. 2. 2026	50 min	D	Prvorodnica
4. 2. 2026	40 min	E	Drugorodnica
4. 2. 2026	50 min	F	Prvorodnica
9. 2. 2026	50 min	G	Drugorodnica
10. 2. 2026	80 min	H	Prvorodnica
12. 2. 2026	40 min	I	Drugorodnica
18. 2. 2026	60 min	J	Prvorodnica
19. 2. 2026	30 min	K	Prvorodnica

3.4 Zbiranje podatkov

V okviru raziskave magistrskega dela je bil izveden pregled mednarodne literature in obstoječih tujih raziskav na temo prvega stika med starši in novorojenčkom, oblikovanja zgodnje navezanosti ter podpore socialnih delavk v obporodnem obdobju. Pregled je zajemal članke iz mednarodnih znanstvenih baz podatkov ter relevantna poročila in priporočila organizacij, kot sta Svetovna zdravstvena organizacija in UNICEF. Pri izboru literature so bili upoštevani članki, ki so recenzirani in se nanašajo na kvantitativne ali kvalitativne raziskave, sistematične preglede ali poročila o praksi prvega stika in programov zgodnje podpore in pomoči družinam.

Namen pregleda je bil identificirati obstoječe ugotovitve, primerjati mednarodne prakse s slovenskim kontekstom dela in utemeljiti hipoteze ter raziskovalna vprašanja te raziskave, ki se nanaša na aktivnejšo vlogo socialnega dela kot zagovornika relacijskih potreb in podpore družinam v zdravstvenem sistemu. Pregled literature je obenem omogočil prepoznavanje vrzeli vključevanja socialnih delavk v slovenskem prostoru v neposredno podporo staršem in otrokom pri vzpostavljanju prvega stika, kar podpira relevantnost raziskovalne teme pričujočega magistrskega dela za stroko socialnega dela.

Pri zbiranju podatkov sem uporabila metodo spraševanja, pri čemer sem podatke za kvantitativni del raziskave zbirala s pomočjo vprašalnika, ki je bil materam posredovan prek spletnega orodja 1KA (1KA (različica 23.06.20), 2023). V samem uvodu vprašalnika sem kratko pojasnila namen raziskave ter udeleženkam predstavila informirano soglasje. Vsem vprašankam so bila zastavljena ista vprašanja, na enak način, v istem vrstnem redu. Spraševanje kot metoda raziskovanja na področju socialnega dela omogoča, da sprašujemo po pogojih, razmerah in okoliščinah, v katerih je izbrana populacija (Mesec, 2009, str. 210–216). Da bi pridobila bolj poglobljene podatke o tem, kako so mame doživljale vzpostavljanje prvega stika z otrokom takoj po rojstvu ter kako v tem procesu prepoznavajo dojenje kot pomemben varovalni dejavnik, sem mame, sodelujoče v vprašalniku, povabila k prostovoljni udeležbi v narativnem intervjuju (Mesec, 2007, str. 71). V vprašalniku so mame, vključene v vzorec, imele možnost, da v ločenem obrazcu, pripravljenem v aplikaciji za spletno anketiranje Google Forms (Google Obrazci), posredujejo podatke za stik, prek katerih sem se z njimi povezala in jih povabila k sodelovanju v narativnem intervjuju. Zbiranje podatkov s pomočjo intervjujev je potekalo v obdobju od 27. januarja do 19. februarja 2026. Za sodelovanje v narativnem intervjuju se je odločilo 11 udeleženk. Transkripti narativnih intervjujev so na voljo za vpogled v osebnem arhivu.

3.5 Obdelava in analiza podatkov

Da sem lahko preverila ustreznost postopkov in sklepov raziskave, sem uporabila kombiniran pristop k obdelavi zbranih podatkov (Mesec, 2009, str. 60). Vsako vprašanje sem oštevilčila z zaporedno številko, možne odgovore pa s številkami ali s črkami, ki so predstavljale šifre odgovorov. Udeleženke so odgovarjale tako, da so izbrale šifre pred danimi odgovori. Nato je sledilo razvrščanje zbranega gradiva. Kvantitativne podatke sem uredila po enotah in spremenljivkah. Zbrane podatke sem nato prikazala s pomočjo tabeliranja in grafičnega prikazovanja.

Kvantitativne podatke sem s pomočjo Arnes aplikacije 1KA (1KA (različica 23.06.20), 2023) za obdelavo podatkov uredila tako, da je razvidno, s kakšno pogostnostjo se v populaciji med materami pojavljajo posamezne vrednosti oziroma modalitete spremenljivk. Poleg frekvenčne distribucije zbranih kvantitativnih podatkov sem prikazala tudi njihove mere srednjih vrednosti (Mesec, Rode, Rihter, Žiberna in Rape Žiberna, 2017, str. 31–38, 66–77).

V drugem delu raziskave sem s pomočjo narativnih intervjujev z mamami zbrala kvalitativne podatke. Standardne kvalitativne analize podatkov običajno spregledajo narativno strukturo pripovedi, ki sem jih zbrala z intervjuji, zato sem uporabila funkcionalno narativno analizo. V njej sem se osredotočila na to, kaj so mame v zgodbah sporočale. Po opravljenem intervjuju sem zvočni posnetek čim prej transkribirala in zapisano besedilo dopolnila z nebesednimi sporočili posamezne mame, ki je pripovedovala zgodbo (Mesec, 2023, str. 106). Nato sem med branjem zapisanega besedila označila in razčlenila smiselne sklope besedila in tem pripisala krovne pojme (npr. stik koža na kožo v prvi uri po porodu). K zbranim pripovedim sem pristopila s t. i. induktivnim pristopom, da izkušenj sodelujočih mater ne bi kategorizirala ali spregledala tem, ki jim pripisujejo velik pomen (Fereday in Muir-Cochrane, 2006, str. 86, 87). V tem koraku sem opravila odprto kodiranje enot besedila (Mesec, 2007, str. 29), katerega primer je na voljo v Prilogi 8.7: Primer odprtega kodiranja, odprto kodiranje vseh transkriptov narativnih intervjujev pa je na voljo v osebnem arhivu. Z zbranimi pripovedmi sem pojmovno opisala pojav vzpostavljanja prvega stika med mamo in otrokom in ga pojasnila (Mesec, 2007, str. 36). Sledil je korak odnosnega kodiranja, v katerem sem definirane kategorije pojmov primerjala med seboj in jih razporedila v domnevne odnose. Spraševala sem se, kaj je s čim povezano, kaj čemu sledi, pod katerimi pogoji se določena kategorija pojavi, kaj je posledica in s katerimi drugimi kategorijami je dana kategorija v interakciji (Mesec, 2007, str. 32–34; 2023, str. 134, 135).

3.6 Etična vprašanja raziskave

Mamam, ki so sodelovale v narativnem intervjuju, so bili vsebina vprašanj, njihova formulacija in vrstni red prilagojeni glede na to, s kakšno zgodbo so vstopile v pogovor (Mesec, 2009, str. 217). Pozorna sem bila tudi na sam proces intervjuja, na nelingvistične značilnosti, npr. na postanke v pogovoru, obrazno mimiko, telesne gibe itd., saj je za narativne intervjuje značilno, da se odvijajo v medosebnem kontekstu (Gringeri, Wahab

in Anderson-Nathe, 2010, str. 393). Mamam sem predstavila informirano soglasje k sodelovanju v raziskavi po vzorcu obrazca Fakultete za socialno delo ter jim zagotovila anonimnost osebnih, identifikacijskih podatkov in zaupnost, predstavila tako sam namen raziskovanja in njegovo transparentnost kot tudi morebitna tveganja med izvedbo, denimo morebiten čustven napor in intenzivnost izkušnje intervjuja. Pozorna sem bila tudi na časovni okvir in na to, da je intervju potekal v prostoru, ki ga je posamezna mama izbrala kot varnega in ustreznega zase (Mesec, 2023, str. 105). S tega vidika sem s posamezno udeleženko ob začetku intervjuja poskušala navezati kratek neformalni stik in sproščen pogovor. Udeleženkam sem pojasnila, da je sodelovanje v raziskavi prostovoljno in da se lahko iz nje umaknejo brez posledic kadar koli v času trajanja postopka zbiranja podatkov. Raziskava je izvedena v skladu z etičnimi smernicami raziskovanja Fakultete za socialno delo in z veljavno zakonodajo o varstvu osebnih podatkov po Splošni uredbi o varstvu podatkov (Uredba (EU) 2016/679 Evropskega parlamenta in Sveta, 2016). Zapisi izkušenj in spremljajoči demografski podatki udeleženk (kot na primer starost, spol idr.) so shranjeni pod raziskovalno šifro. Povezavo med šifro in osebnimi podatki sem hranila ločeno, kar onemogoča neposredno prepoznavo identitete udeleženk v fazi analize in poročanja. Zvočni posnetki intervjujev bodo vse do zaključka magistrskega dela z opravljenim zagovorom shranjeni izključno v mojem osebnem arhivu. Dostop do njih je omejen in zaščiten z geslom. Najpozneje meseca septembra 2026 bodo trajno uničeni z izbrisom.

Kot študentka sem k raziskavi v magistrskem delu pristopila z zavedanjem in s transparentnim navajanjem potencialne osebne pristranskosti. V raziskavi sem razkrila delo na področju zagovorništva otrokovih pravic pri Slovenski fundaciji za UNICEF, katere del je Nacionalni odbor za spodbujanje dojenja, pri čemer bi lahko osebni pomisleki in institucionalni kontekst vplivali na odločitve in izvedbo raziskave (Univerza v Ljubljani, 2014). V soglasju sem izpostavila etični vidik raziskave, kjer sem poudarila, da v raziskovalnem procesu dojenja ne postavljam v vrednostno hierarhijo, temveč spoštujem in priznavam vse ustrezne načine hranjenja ter želim prispevati h krepitvi moči mater in ne nasprotno, k občutkom krivde, razočaranja in pritiska (Poljanec, 2025, str. 190). Prizadevala sem si, da sem se v narativnem procesu raziskovanja poskušala izogniti nevarnosti, da bi zgodbe mater iz njihovih osebnih življenj in najintimnejših spominov na odnos z otrokom uporabila za izpeljavo zaključkov, v katerih bi bila odvzeta njihova moč (Nicholls, 2009, str. 531).

4 Rezultati in razprava

V tem poglavju so predstavljeni rezultati raziskave magistrskega dela, pri čemer najprej sledi prikaz kvantitativnih podatkov, nato pa še kvalitativnih ugotovitev. Kvalitativni rezultati so strukturirani v podpoglavjih, ki so naslovljena z izjavami sogovornic, saj te nazorno odražajo njihovo doživljanje osrednjega pojava raziskovanja ter omogočajo bolj poglobljen vpogled v njihove izkušnje in perspektive. Po vsakem posameznem podpoglavju sledi razprava, v kateri so pridobljeni rezultati interpretirani ter postavljeni v kontekst teoretičnih izhodišč.

4.1 Rezultati kvantitativnega dela raziskave

4.1.1 Izbrana porodnišnica



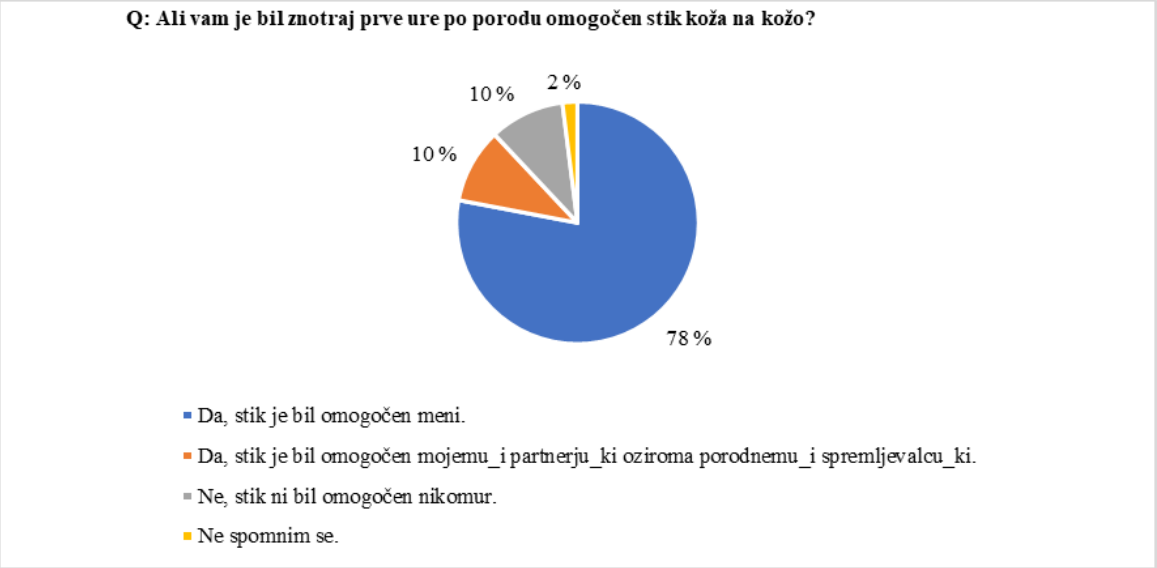
Graf 4.1.1.1: Izbrana porodnišnica zadnjega poroda med udeleženkami

Graf prikazuje porazdelitev odgovorov vprašanih mater (n = 274) glede na to, v kateri slovenski porodnišnici so v obdobju med januarjem in avgustom 2025 nazadnje rodile. Raziskava ne odraža realnega razmerja števila porodov v državi, temveč doseg vprašalnika med vprašanimi materami, zato ni popolnoma reprezentativna za celotno populacijo.

Največji delež udeleženk (31 %, f = 85) je svoj zadnji porod opravil v porodnišnici Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana, na Ginekološki kliniki. V Univerzitetnem kliničnem centru Maribor, na Kliniki za ginekologijo in perinatologijo, je svoj zadnji porod opravilo 5 % (f = 13) vprašanih mater. Takoj za ljubljansko porodnišnico je največ udeleženk rodilo v eni od specializiranih bolnišnic. 14 % (f = 37) udeleženk poroča o svoji zadnji

izkušnji poroda v Bolnišnici za ginekologijo in porodništvo Postojna, 9 % (f = 26) pa v Bolnišnici za ginekologijo in porodništvo Kranj. 9 % (f = 26) vprašanih mater je svoj zadnji porod opravilo na Ginekološko-porodniškem oddelku Splošne bolnišnice Jesenice. Sledi nekoliko manjši delež porodov vprašanih mater v splošnih bolnišnicah. 5 % (f = 15) udeleženk je porod opravilo na Ginekološko-porodniškem oddelku Splošne bolnišnice Ptuj, 5 % (f = 15) na Ginekološko-porodniškem oddelku Splošne bolnišnice Celje, 4 % (f = 12) na Ginekološko-porodniškem oddelku Splošne bolnišnice Novo mesto, 4 % (f = 11) na Ginekološko-porodniškem oddelku Splošne bolnišnice Dr. Franca Derganca Nova Gorica, 4 % (f = 11) na Ginekološko-porodniškem oddelku Splošne bolnišnice Slovenj Gradec, 3 % (f = 8) na Ginekološko-porodniškem oddelku Splošne bolnišnice Murska Sobota, 3 % (f = 7) na Ginekološko-porodniškem oddelku Splošne bolnišnice Brežice, 2 % (f = 5) na Ginekološko-porodniškem oddelku Splošne bolnišnice Trbovlje in le 1 % (f = 3) na Ginekološko-porodniškem oddelku Splošne bolnišnice Izola.

4.1.2 Stik koža na kožo v prvi uri po porodu



Graf 4.1.2.1: Strukturni prikaz izkušnje stika koža na kožo v prvi uri po porodu med udeleženkami

Stik koža na kožo (ang. skin to skin contact) je praksa, pri kateri je novorojenček takoj po rojstvu, v prvih urah življenja, gol položen neposredno na gol prsni koš ali trebuh matere ali njene_ga porodne_ga spremljevalca_ke. Med 232 veljavnimi odgovori je 182 udeleženk potrdilo, da jim je bil stik koža na kožo z novorojenčkom omogočen takoj, v prvi uri po porodu. To predstavlja veliko večino mater, vključenih v raziskavo – 78 %. V manjšem obsegu (10 %, f = 23) so vprašane matere poročale o stiku koža na kožo, ki je bil novorojenčku omogočen z materinim_o partnerjem_ko ali s porodnim_o

spremljevalcem_ko. 2 % (f = 4) vprašanih mater se dogodkov v prvi uri po porodu, kot je možnost stika koža na kožo, ne spomnita več jasno. 10 % vprašanih mater (f = 23) poroča, da stik koža na kožo z novorojenčkom v prvi uri po porodu ni bil omogočen nikomur, tako ne njim kot tudi ne njihovim porodnim spremljevalcem_kam.

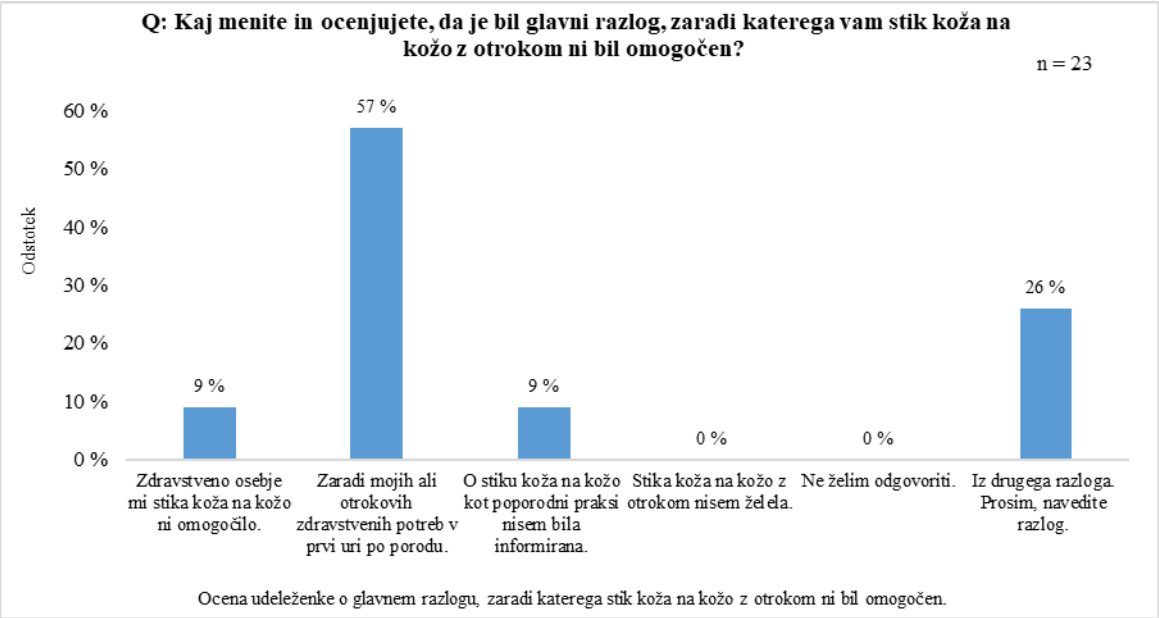
Mediana podatkov v vrednosti 1 potrjuje, da je večina mater doživela stik koža na kožo z otrokom takoj po porodu. Med zbranimi je najpogostejši odgovor, da je bil stik koža na kožo omogočen materi, kar kaže na to, da gre v večini primerov za uveljavljeno prakso. Standardni odklon v vrednosti 0,7 kaže na relativno majhno razpršenost odgovorov – večina mater je imela podobno izkušnjo, le manjši delež vprašanih pa poroča o tem, da je bil stik koža na kožo z otrokom znotraj prve ure po porodu omogočen partnerju_ki ali pa ni bil omogočen nikomur.

Večina mater (78 %), vključenih v raziskavo, poroča o stiku koža na kožo z novorojenčkom v prvi uri po porodu, zato lahko na podlagi pridobljenih rezultatov potrdim hipotezo H1 (»Mame, vključene v raziskavo, poročajo o stiku koža na kožo z otrokom znotraj prve ure po porodu.«).

Rezultati kažejo, da je bil stik koža na kožo takoj po rojstvu vprašanim materam najpogosteje omogočen ob vaginalnem porodu, medtem ko je bila njihova izkušnja ob posegu carskega reza, zlasti pri urgentnem, bistveno redkejša. Večina vprašanih mater prvi stik prepoznava kot pomemben dejavnik zgodnje čustvene povezanosti, pri čemer so ocene pri izkušnji carskega reza bolj razpršene. Podrobnejši prikaz rezultatov je predstavljen v Grafu 8.6.1: Izkušnje udeleženk s prvim stikom z otrokom glede na različne poteke poroda ter v Grafu 8.6.2: Ocena udeleženk o prvem stiku z otrokom kot dejavniku vzpostavljanja in oblikovanja zgodnje čustvene povezanosti glede na način poroda, ki se nahajata med Prilogo 8.6: Prikaz rezultatov kvantitativnega dela raziskave.

4.1.3 Glavni razlogi, zaradi katerih stik koža na kožo otroku ni bil omogočen

Pri 10 % (f = 23) vprašanih mater stik koža na kožo z novorojenčkom v prvi uri po porodu ni bil omogočen nikomur, tako ne mami kot tudi ne njenemu_i porodnemu_i spremljevalcu_ki. Skupina teh mater je bila vprašana še po glavnem razlogu, za katerega same menijo in ocenjujejo, da je bil odločilen pri tem, zakaj jim stik koža na kožo z otrokom ni bil omogočen.



Graf 4.1.3.1: Glavni razlogi, zaradi katerih stik koža na kožo otroku ni bil omogočen, po oceni udeleženk

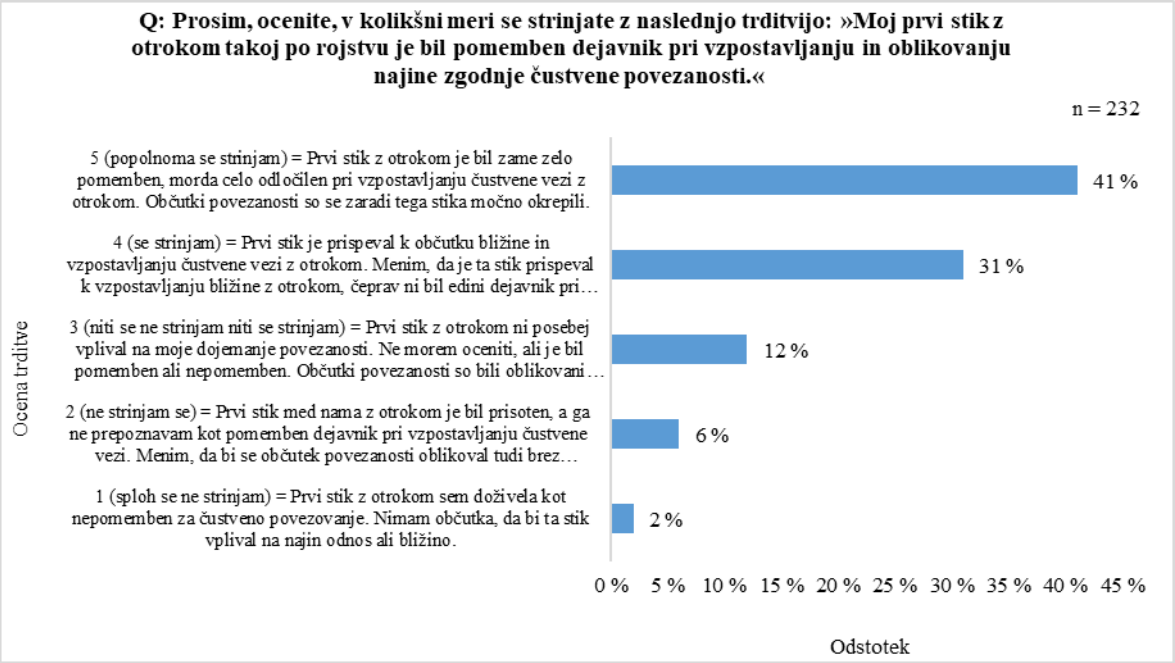
Največji delež vprašanih mater (57 % veljavnih odgovorov, f = 13) meni, da jim stik koža na kožo ni bil omogočen zaradi zdravstvenih potreb matere ali zaradi zdravstvenih potreb novorojenčka v prvi uri po porodu. To kaže, da so bili po oceni mater glavni razlogi povezani predvsem z njenim ali otrokovim zdravstvenim stanjem po porodu. Tudi sredinska vrednost podatkov potrjuje, da je bil najpogostejši razlog zdravstveno stanje matere ali otroka. Najpogostejši odgovor je, da je bil stik koža na kožo onemogočen zaradi zdravstvenih potreb matere ali otroka. Relativno visok standardni odklon v vrednosti 1,8 kaže na to, da so odgovori razpršeni, saj gre za majhen vzorec in različne, individualne razloge, s katerimi so se vprašane matere srečale.

26 % (f = 6) udeleženk poroča o drugih razlogih, iz katerih jim stik koža na kožo z otrokom v prvi uri po porodu ni bil omogočen, kar nakazuje, da so obstajali specifični razlogi, ki niso bili zajeti v ponujenih odgovorih. Najpogosteje je bila kot razlog omenjena okoliščina carskega reza. Kar pet od šestih odgovorov je neposredno povezanih s carskim rezom. Ti odgovori kažejo, da so bile okoliščine poroda in splošna anestezija pomembna dejavnika, ki sta vplivala na nezmožnost takojšnjega stika koža na kožo. En odgovor navaja, da je bil novorojenček s strani zdravstvenega osebja po porodu materi odnesen z razlago, da je utrujen. Odprti odgovori potrjujejo ugotovitve, da so okoliščine poroda ključni razlog za neomogočen stik koža na kožo. Posebej izstopa carski rez, predvsem kadar gre za urgentni poseg ali je mati med posegom v splošni anesteziji, saj v takšnih stanjih zgodnji stik pogosto

ni izvedljiv ali je omejen. Rezultati tako kažejo, da je način poroda pomemben dejavnik pri omogočanju zgodnjega stika med materjo in novorojenčkom.

Manjši delež mater (9 %, f = 2) ocenjuje, da jim zdravstveno osebje stika koža na kožo ni omogočilo, prav tako 9 % (f = 2) vprašanih mater navaja, da o praksi stika koža na kožo predhodno niso bile informirane. Nobena od vprašanih mater (n = 23) ni navedla, da stika koža na kožo z otrokom ni želela.

4.1.4 Pomen prvega stika za oblikovanje povezanosti



Graf 4.1.4.1: Ocena udeleženk o pomenu prvega stika z otrokom pri vzpostavljanju in oblikovanju zgodnje čustvene povezanosti

Večina mater, vključenih v raziskavo, je ocenila, da je bil njihov prvi stik z otrokom po porodu pomemben za vzpostavljanje čustvene povezanosti. 41 % vprašanih mater (f = 95) se je popolnoma strinjalo, da je bil prvi stik zelo pomemben, morda celo odločilen za čustveno povezanost z otrokom, 31 % vprašanih mater (f = 73) pa se je strinjalo, da je prvi stik z otrokom takoj po porodu prispeval k občutku bližine, čeprav ni bil edini dejavnik pri vzpostavljanju čustvene povezanosti. To pomeni, da 72 % v raziskavi sodelujočih mater (f = 168) meni, da je prvi stik pomembno vplival na čustveno povezovanje z novorojenčkom. Majhen delež vprašanih mater prvi stik z otrokom ocenjuje kot manj vplivnega ali neodločilnega. 12 % (f = 27) udeleženk se ne more odločiti, ali je bil prvi stik z otrokom z vidika povezanosti pomemben ali ne, medtem ko 2 % (f = 5) menita, da stik ni bil

pomemben, oziroma se s trditvijo ne strinjata. To kaže, da le manjšina mater prvega stika ne zaznava kot ključnega za oblikovanje povezanosti z otrokom.

Aritmetična sredina podatkov v vrednosti 4,1 kaže, da je stik v prvih trenutkih po porodu za večino mater pomemben za vzpostavljanje čustvene povezanosti. Mediana v vrednosti 5 kaže, da je tipična izkušnja matere visoko ocenjena. Med zbranimi podatki je najpogostejši odgovor, da je bil prvi stik z otrokom po porodu za vprašane matere zelo pomemben ali odločilen dejavnik pri vzpostavljanju in oblikovanju čustvene povezanosti z otrokom. Standardni odklon z vrednostjo 1,4 kaže na zmerno razpršenost ocen. Opaziti je nekaj posameznih izkušenj vprašanih mater, kjer prvi stik z otrokom po porodu zanje ni bil ocenjen kot odločilen ali pomemben z vidika vzpostavljanja in oblikovanja čustvene povezanosti.

Nadalje navajam rezultate o pomenu prvega stika. 5 % vprašanih mater (f = 12) je odgovorilo, da pomena prvega stika za čustveno povezanost ne more oceniti, medtem ko sta 2 % (f = 5) navedla druge razloge. Odprti odgovori v kategoriji »drugi razlogi« kažejo na okoliščine, ki vplivajo na materino doživljanje prvega stika z novorojenčkom. Ena od vprašanih mater je v tej kategoriji odgovorov navedla, da se je z dojenčico že pred porodom povezovala prek terapije »prenatal bonding analysis«, kar je po njenem mnenju odločilno prispevalo k temu, da njuna ločitev nanju ni tako vplivala. Obenem je mati zahtevala vsaj nekaj minut stika s hčerko po porodu, kar ji je bilo omogočeno. V naslednjem odgovoru udeleženka navaja, da je rodila s carskim rezom pod splošno anestezijo, kar je preprečilo stik koža na kožo takoj po porodu. Ena mati je navedla, da ji je bil otrok položen na trebuh le za dve minuti, ker se je zaradi poroda v 30. tednu nosečnosti zdravstveno osebje moralo hitro odzvati. To jasno kaže, da so zdravstvene potrebe novorojenčka odločilno vplivale na omejen stik koža na kožo. Dve materi sta izrazili, da se jima prvi stik z otrokom zdi zelo pomemben, vendar jima ta ni bil omogočen.

Hipoteza H2 (»Matere, vključene v raziskavo, menijo, da je bil njihov prvi stik z otrokom pomemben za oblikovanje povezanosti.«) je predpostavljala, da matere menijo, da je bil njihov prvi stik z otrokom pomemben za oblikovanje povezanosti. Rezultati potrjujejo to hipotezo, saj je 72 % vprašanih mater ocenilo, da je prvi stik z otrokom po porodu pomemben ali zelo pomemben za povezanost, kar kaže na to, da večina vprašanih priznava ključno vlogo prvega stika z otrokom pri vzpostavljanju zgodnje čustvene povezanosti.

4.1.5 Podpora zdravstvenega osebja pri vzpostavljanju prvega stika



Graf 4.1.5.1: Ocena udeleženk o podpori zdravstvenega osebja pri vzpostavljanju prvega stika z otrokom

Na vprašanje, v kolikšni meri so udeleženke v prvi uri po porodu pri vzpostavljanju prvega stika z otrokom prejele podporo zdravstvenega osebja, je odgovorilo 232 mater. Največ (43 %, f = 100) vprašanih mater je navedlo, da so prejele polno podporo zdravstvenega osebja. Te so poročale, da jih je zdravstveno osebje aktivno vodilo, spodbujalo in jim nudilo pomoč pri vzpostavljanju prvega stika z novorojenčkom. Nadaljnjih 68 vprašanih mater (29 %) je ocenilo, da so prejele precej podpore, kar pomeni, da so dobile jasna navodila, praktično pomoč ter spodbudo zdravstvenega osebja. Delno podporo je navedlo 34 udeleženk (15 %). Te so sicer prejele določeno pomoč ali navodila, vendar zdravstveno osebje ni bilo stalno prisotno ali dovolj aktivno vključeno. Manjši delež vprašanih mater je poročal o nizki ravni podpore. 18 vprašanih mater (8 %) je navedlo, da so prejele le nekaj podpore, kar pomeni, da so bile informacije zgolj osnovne ali občasne, brez večje vključenosti osebja. 12 udeleženk (5 %) pa je poročalo, da niso prejele podpore, saj se zdravstveno osebje ni odzvalo ali pa je bilo popolnoma pasivno. Podatki kažejo, da je 72 % mater, vključenih v raziskavo, poročalo o aktivni podpori zdravstvenega osebja, kar pomeni, da so pri vzpostavljanju prvega stika z otrokom po porodu prejele polno ali precejšnjo podporo.

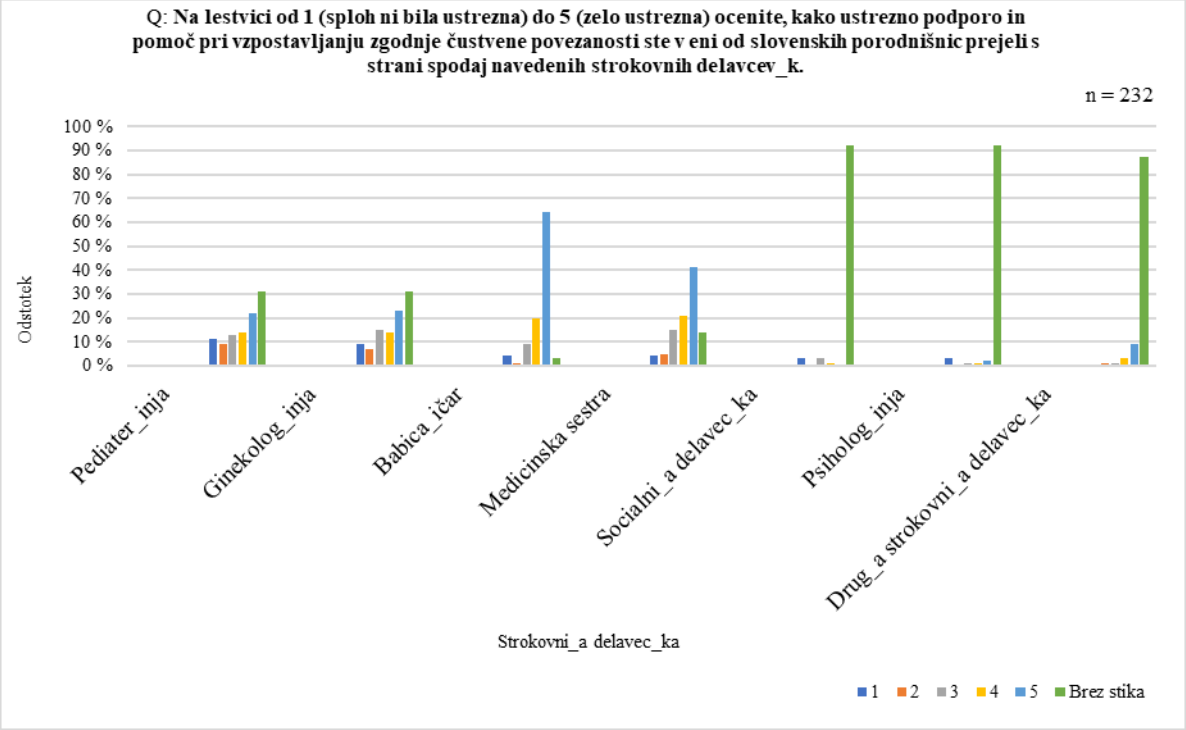
Aritmetična sredina ocene podpore znaša 4,0, kar pomeni, da vprašane matere v povprečju podporo zdravstvenega osebja ocenjujejo kot visoko.

Sredinska vrednost podatkov potrjuje, da je tipična izkušnja matere prejemanje precejšnje podpore zdravstvenega osebja pri vzpostavljanju prvega stika z otrokom. Najpogostejši odgovor je »polna podpora«, kar kaže, da je večina vprašanih mater občutila visoko stopnjo podpore zdravstvenega osebja pri vzpostavljanju prvega stika z otrokom.

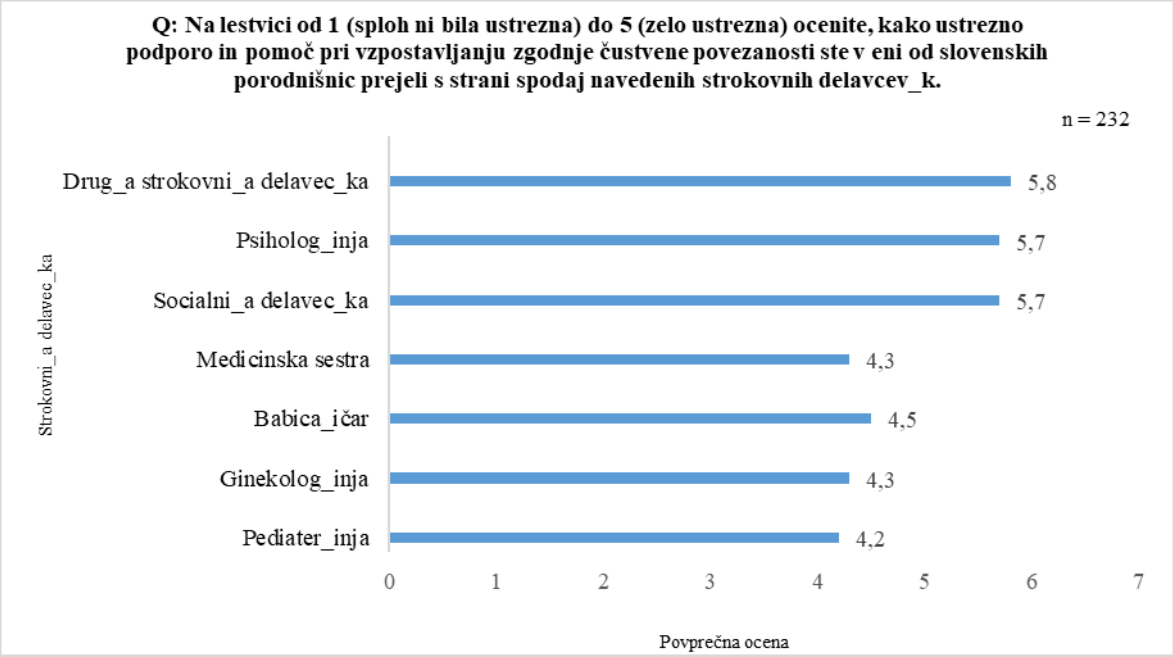
Standardni odklon z vrednostjo 1,2 kaže na zmerno razpršenost odgovorov, kar pomeni, da se izkušnje vprašanih mater glede podpore sicer razlikujejo, vendar večina odgovorov ostaja v zgornjem delu lestvice. Mediana ocen znaša 4, kar pomeni, da je bila najpogostejša ocena podpore zdravstvenega osebja pri vzpostavljanju prvega stika z otrokom »precej podpore«.

Hipotezo H3 (»Matere, vključene v raziskavo, menijo, da so v slovenskih porodnišnicah pri vzpostavljanju prvega stika z otrokom po porodu prejele podporo zdravstvenega osebja.«) sem preverjala na podlagi ocen mater o aktivni podpori zdravstvenega osebja pri vzpostavljanju prvega stika z novorojenčkom v prvi uri po porodu. Kot kazalnik podpore sem upoštevala delež mater, ki so na uporabljeni lestvici izbrale oceni »precej podpore« (4) in »polna podpora« (5). Na podlagi teh rezultatov lahko hipotezo H3 potrdim, saj večina mater meni, da je ob vzpostavljanju prvega stika z novorojenčkom v eni od slovenskih porodnišnic prejela podporo zdravstvenega osebja. Kljub temu pa rezultati kažejo, da manjši delež mater podpore ni doživel v zadostni meri, kar nakazuje na možnost nadaljnjih izboljšav pri zagotavljanju enotne in kontinuirane podpore porodnicam v zgodnjem poporodnem obdobju.

4.1.6 Ocena ustreznosti podpore in pomoči strokovnih delavcev_k v slovenskih porodnišnicah pri vzpostavljanju zgodnje čustvene povezanosti



Graf 4.1.6.1: Ocena udeleženk o ustreznosti podpore in pomoči strokovnih delavcev_k v slovenskih porodnišnicah pri vzpostavljanju zgodnje čustvene povezanosti



Graf 4.1.6.2: Povprečna ocena udeleženk o ustreznosti podpore in pomoči strokovnih delavcev_k v slovenskih porodnišnicah pri vzpostavljanju zgodnje čustvene povezanosti

Rezultati kažejo, da so vprašane matere pri vzpostavljanju zgodnje čustvene povezanosti z novorojenčkom najpogosteje prejele podporo s strani zdravstvenih delavcev, s katerimi je večina vprašanih tudi prišla v stik. Najvišjo oceno ustreznosti podpore so prejele babice, saj je kar 95 udeleženk (64 %) njihovo podporo na lestvici od 1 (sploh ni bila ustrezna) do 5 (zelo ustrezna) ocenilo z oceno 5, dodatnih 29 udeleženk (20 %) pa z oceno 4. Aritmetična sredina ocen podpore babic znaša 4,5. Nizka razpršenost odgovorov z vrednostjo standardnega odklona 1,0 kaže na enotnost pozitivnih izkušenj mater s podporo babic. Podobno visoko so vprašane matere ocenile tudi podporo medicinskih sester, kjer je 96 udeleženk (41 %) podporo ocenilo z oceno 5, z oceno 4 pa 48 vprašanih mater (21 %). Podporo ginekologov_inj je 53 vprašanih (23 %) ocenilo kot zelo ustrezno z oceno 5, z oceno 4 pa 33 vprašanih (14 %). 72 vprašanih mater (31 %) je poročalo, da z ginekologom_injo v porodnišnici niso bile v stiku. Tudi podpora pediatrov_inj je bila ocenjena relativno visoko, saj je 52 vprašanih mater (22 %) njihovo podporo ocenilo z oceno 5, z oceno 4 pa 33 vprašanih (14 %); pri tem jih je 72 (31 %) navedlo, da s pediatrom_injo niso bile v stiku.

Nasprotno pa rezultati kažejo, da velika večina mater, vključenih v vzorec (92 %, f = 214), v porodnišnici ni bila v stiku s socialno delavko. Med tistimi, ki so podporo prejele, so bile ocene razpršene: 3 % (f = 7) mater je podporo na lestvici od 1 (sploh ni bila ustrezna) do 5 (zelo ustrezna) ocenilo z oceno 1; 3 % (f = 8) z oceno 3; 1 % (f = 2) z oceno 4 in manj kot 1 % (f = 1) z oceno 5, medtem ko ocene 2 ni izbrala nobena udeleženka.

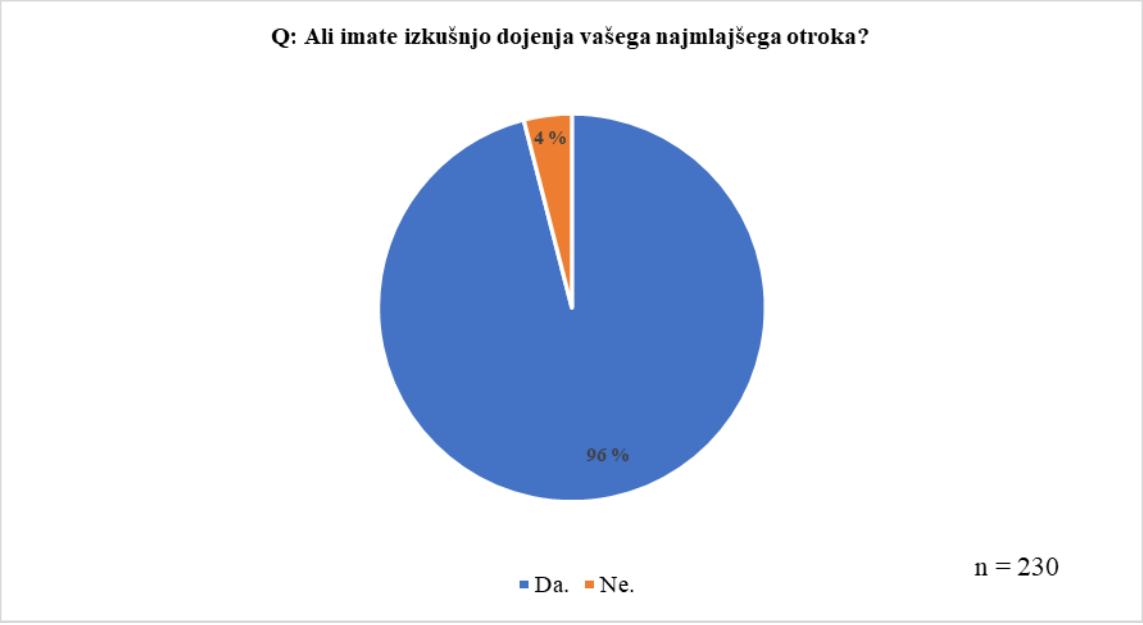
Večina odgovorov pri vprašanju o podpori socialne delavke v porodnišnici je »6 = brez stika«, zato mediana pravzaprav kaže, da je tipična izkušnja matere po porodu, da ni imela stika s socialno delavko. Mediana torej potrjuje, da je stik mater s socialno delavko v porodnišnici redka izjema. Standardni odklon z vrednostjo 1,0 kaže na relativno majhno razpršenost odgovorov, kar je posledica tega, da je le malo sodelujočih mater imelo izkušnjo podpore socialne delavke v porodnišnici in je to lahko tudi ocenilo. Takšna porazdelitev kaže, da je vloga socialne delavke pri podpori materam pri vzpostavljanju zgodnje čustvene povezanosti z novorojenčkom v slovenskih porodnišnicah zelo omejena, saj večina mater, vključenih v vzorec (n = 232), z njo sploh ni prišla v stik. Zaradi zelo majhnega števila mater, ki so podporo prejele, je interpretacija aritmetične sredine zbranih podatkov manj zanesljiva, vendar rezultati nakazujejo, da socialna delavka ni pogosto vključena v neposredno podporo pri zgodnjem vzpostavljanju odnosa med materjo in novorojenčkom.

Na podlagi zbranih podatkov lahko hipotezo H4 (»Matere, vključene v raziskavo, ki so rodile v eni od slovenskih porodnišnic, po porodu niso imele stika s socialno delavko, zaposleno v porodnišnici.) potrdim, saj večina (92 %) sodelujočih mater ni imela stika s socialno delavko, zaposleno v porodnišnici.

Podoben vzorec se kaže tudi pri podpori psihologinje. Kar 92 % (f = 214) vprašanih mater je navedlo, da s psihologinjo v porodnišnici niso bile v stiku, medtem ko je stik z njo imelo le 8 % (f = 16) mater. Med tistimi, ki so podporo prejele, so bile ocene prav tako razpršene: 3 % (f = 8) mater so podporo na lestvici od 1 (sploh ni bila ustrezna) do 5 (zelo ustrezna) ocenili z oceno 1, manjši deleži pa z ocenami 2, 3, 4 ali 5 (približno 1–2 %).

V kategoriji »Drug_a strokovni_a delavec_ka« so vprašane matere navajale različne strokovne delavce_ke. Skupaj je bilo v tej kategoriji 14 odgovorov, kar predstavlja 4 % vseh udeleženk. Med omenjenimi strokovnimi delavci_kami so bili_e fizioterapevti_ke (7 odgovorov, 50 % te kategorije odgovorov), svetovalka za dojenje (1 odgovor, 7 %), profesorica zdravstvene nege in študentke zdravstvene fakultete (1 odgovor, 7 %), doula (1 odgovor, 7 %), študenti na praksi (1 odgovor, 7 %), primarij in vodja porodnišnice (1 odgovor, 7 %), patronažna medicinska sestra (1 odgovor, 7 %).

4.1.7 Izkušnja dojenja

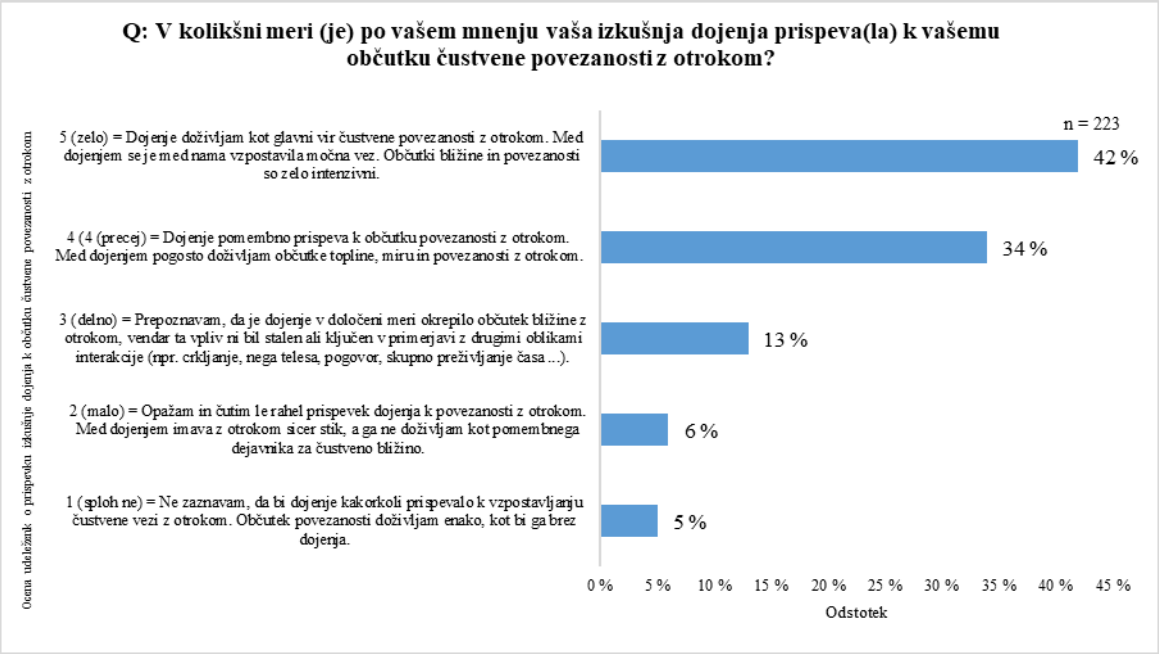


Graf 4.1.7.1: Izkušnja dojenja med udeleženkami

Rezultati kažejo, da velika večina sodelujočih mater (96 %, f = 221) poroča, da ima izkušnjo dojenja svojega najmlajšega otroka. Le 9 udeleženk (4 %) navaja, da nima izkušnje dojenja.

Standardni odklon z vrednostjo 0,2 kaže na zelo majhno razpršenost odgovorov, kar pomeni, da so odgovori vprašanih mater zelo enotni.

4.1.8 Prispevek dojenja k občutku povezanosti med mamo in otrokom



Graf 4.1.8.1: Ocena udeleženk o prispevku izkušnje dojenja k občutku čustvene povezanosti z otrokom

Večina vprašanih mater svojo izkušnjo dojenja prepoznava kot pomemben dejavnik občutka čustvene povezanosti z otrokom. Med 223 veljavnimi odgovori 94 sodelujočih mater (42 %) ocenjuje, da njihova izkušnja dojenja zelo prispeva k njihovi čustveni povezanosti z otrokom, 75 vprašanih mater (34 %) pa meni, da precej. To pomeni, da tri četrtine vprašanih mater lastno izkušnjo dojenja doživlja kot pomemben ali zelo pomemben dejavnik pri njihovem občutku čustvene povezanosti z otrokom. 30 vprašanih mater (13 %) ocenjuje, da dojenje k občutku čustvene povezanosti z otrokom prispeva delno, 13 udeleženk (6 %) meni, da prispeva le malo, 11 med njimi (5 %) pa dojenja ne prepoznava kot dejavnika pri občutku svoje čustvene povezanosti z otrokom. Zbrani podatki kažejo, da več kot tri četrtine vprašanih mater (76 %) izkušnjo dojenja doživlja kot vsaj precej pomembno za občutek čustvene povezanosti z otrokom.

Aritmetična sredina prispevka materine izkušnje dojenja k občutku čustvene povezanosti z otrokom znaša 4,0, kar kaže na to, da matere v povprečju izkušnjo dojenja ocenjujejo kot precej pomembno za vzpostavljanje čustvene povezanosti z otrokom. Mediana z vrednostjo 4 kaže na to, da tipična mati ocenjuje prispevek izkušnje dojenja k občutku čustvene povezanosti z otrokom kot »precejšen«.

Vprašane matere najpogosteje ocenjujejo, da njihova izkušnja dojenja zelo močno prispeva k njihovemu občutku čustvene povezanosti z otrokom. Standardni odklon v vrednosti 1,1 kaže na zmerno razpršenost ocen. Izkušnje sodelujočih mater se razlikujejo, pri čemer večina mater dojenje doživlja kot pomemben dejavnik občutka povezanosti z otrokom, manjši delež mater pa zaznava le delni ali neznatni prispevek.

Rezultati potrjujejo hipotezo H5 (»Matere, vključene v raziskavo, menijo, da njihova izkušnja dojenja prispeva k njihovemu občutku povezanosti z otrokom.«), saj večina vprašanih mater meni, da njihova izkušnja dojenja pomembno prispeva k občutku čustvene povezanosti z otrokom.

4.2 Rezultati in razprava kvalitativnega dela raziskave

4.2.1 »Js sm šla pol dobesedno peš od ginekološkega pregleda, čez dvorišče, takoj direktno v socialno službo. Tam smo se pogovarjal.«

Mame, ki so v svoji pripovedi začetek stika z otrokom umestile v obdobje nosečnosti, izpostavljajo **zgodnje zaznavanje in doživljanje otrokove prisotnosti** (*»Ko sem bla noseča, je blo najbolj to, ko je začel brcat. Tist je pa pol res en tak neverjeten občutek in pol kr čakaš.«* (B)). Stik z otrokom so gradile tudi **prek pogovora** (*» /.../ js sm se že v nosečnosti, že zlo zgodi, z njo pogovarjala in jo nagovarjala, jo zadnji mesec skos spodbujala, da bo šla skos tunel in da bo pogumna ... /smeh/.«* (J)) ter ob **razkritju otrokovega spola**, ki prispeva h **konkretnejši predstavi o otroku**, ki prihaja (*»Js sm hotla zvedet spol recimo in pol, k si malo začneš predstavljat bolj, ane, to bo fantek, pa si malo zgradiš predstavo. Se bolj skristalizira, okej, to je zdej pa moj otrok, ki prihaja.«* (B)).

Matere so v svojih pripovedih o pomembnih dejavnikih in okoliščinah, ki so prispevale k njihovemu izkustvu prvega stika z otrokom, izpostavile tudi doživljanje tesnobe in psihične obremenitve v nosečnosti, pri tem so jih prevzemali **občutki strahu in skrbi, da bi izrazita tesnoba vplivala na otroka** (*»Tam nekje drug mesec nosečnosti sm ugotovila, da sm ful anksiozna. Da mau katastrofiziram oziroma da mogoče ni najbolš, glede na to, da sm noseča pa da bom postala mama, da mam tok enih anksioznih misli. Pol me je blo nekak strah, kako bo to vplival na to, ko bom dobila otroka, da ne bom preveč anksiozna, a še diha al ne, da ne bom mogoče nekega tega stresa nanjga prenašala ...«* (F)). Iskale so **strategije in načine, kako se spopasti s tesnobo,** med drugim tudi pri **osebni zdravnici** (*»In mi je pomagalo sam to, da sva pol ful hodila na sprehode in sva hodila na dan med 16.000 in*

20.000 korakov. Men je blo to res tako novo in nepoznano. Sm skor takoj rekla, js rabm pomoč. Ker mi je too much. Sm najprej govorila s svojo osebno zdravnico in sve se potem zmenli, se je pozanimala za neke te kapljice, čist baldrijan al neki. Kar se mi zdi, da tut če ne pomaga, je že vsaj uno psihološko /smeh/, okej, mogoče vsaj neki lahko vzamem, ane.« (J)).

Sodelujoče so kot pomemben dejavnik izpostavljale tudi **spremljanje nosečnosti**, pri čemer je bila zanje **ključna podpora osebne ginekologinje, psihologinje in socialne delavke**, ki so **prepoznale njihovo psihosocialno stisko in kompleksne okoliščine** (*»Moja mama ma hudo demenco in v bistvu glih, ko sm js zanosila, se je to začel odvijat in je bil res brutaln pritisk pa slaba izkušnja s CSD-jem, z domi za ostarele. Enkrat sm se zjokala na pregledu in je rekla, če je kej na otroka vezan, sm rekla ne, sam da mam tako štalo doma, da ne vem, kako bom to vse speljala. Potem me je spraševala za par detajlov, res k tisti pregledi so petnajst minut, ona niti nima časa, js sm rekla: nimate časa za to, je rekla ne, ne, sam povejte, kaj je. In me je poslala v socialno službo direkt in je socialna služba klicala direktno na CSD. In rekla, da sm js porodnica in da morjo zrihtat zadeve. Js sm šla pol dobesedno peš od ginekološkega pregleda, čez dvorišče, takoj direktno v socialno službo. Tam smo se pogovarjal. Ona je CSD-ju razložila, da js res ne bom preživela tega, to je pa druga zgodba, k je zlo zapletena.«* (I)). Matere so prejele podporo psihologinje in socialne delavke predvsem zato, ker je bila njihova nosečnost vodena neposredno v Ginekološki kliniki Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani, kjer sta, v primerjavi z ostalimi regijami v državi, na voljo psihološka ambulanta in svetovalno-socialna služba.

Sogovornice so v splošnem izpostavljale zadovoljstvo s prejetimi vsebinami v šoli za starše in jih tudi konkretneje nagovorile, vendar te presegajo raziskovalna vprašanja magistrskega dela. Obenem so prepoznale tudi **razkorak med vsebinami in prakso** (*»To je tko, kokr k greš v šolo, ko greš na CPP za avto, pa je neki, pol pa, k prideš v prakso, je pa neki druzga /smeh/.«* (A)), saj je **priprava** usmerjena **le v informacije o podpori zdravstvenega osebja, ne pa tudi o poklicih podpore in pomoči** (*»/.../ ni nikogar tko s tega vidika socialnega, če lahko rečem, niso omenjal, da bi kdor koli prihajal. Ves čas so govoril o ginekologih, pediatrih pa o fizioterapevtih.«* (C)). Iz tega je razvidna **potreba po pripravi na starševstvo tudi z vidika sprememb v čustvovanju in duševnem zdravju matere v poporodnem obdobju** (*»Šele zdaj vidim, da bi se morala šola za starše dotakniti pomembnejših tem, psihološkega zdravja nove mame in prve pomoči za dojenčka.«* (K)).

Mame so kot zelo pomemben dejavnik priprave izpostavile **možnost individualnega pogovora z babico iz porodnega bloka v nosečnosti**, ki omogoča uskladitev pričakovanj glede poroda z možnostmi na strani porodnišnice *(»Ta pogovor z babico je res enkraten, ker se pogovoriš o vsem, kakšne maš ti želje in kakšne so potem na njihovi strani možnosti, kolk lahko to uresničjo, kolk grejo nasproti, kolk ne.«* (J)).

Osebne priprave in pričakovanja mater v obdobju nosečnosti so se usmerjali predvsem k **poteku poroda** (*»Skos se obremenjuješ s tem porodom, v bistvu ti dost mamic reče, lej, ta porod je zelo prehodna stvar, ampak ti se itak ne morš z drugim ukvarjat kot s tem. Ker to je tvoja trenutna skrb.«* (B)) ter v nekoliko manjši meri k **pričakovanjem o prvem stiku z otrokom** (*»Ful sm se pripravljala, da bom res uredu, ker prvič ni blo uredu. Ni me sram povedat, js sm se kr dost s sabo ukvarjala, ker sm vedla, da če se bom s sabo, da bo ona uredu. V smislu, kok je to povezano s prvim stikom …«* (I)) in k **skrbi za udobje otroka** (*»Mela sm svojo pižamo, k sm jo šla tlele čez kupit, k je bla mehka. Vedla sm, da mi more bit res lepo, udobno, da bo njej udobno. In nama je blo.«* (I)), kar kaže na to, da v času nosečnosti za ženske pozornost ni v tolikšni meri usmerjena k prehodu v starševstvo. Udeleženke so se v času nosečnosti odločile tudi za **psihoterapevtsko podporo** (*»Se mi je zdel mal kritično, tko da sm takrat poiskala terapevtko in sm začela hodt na psihoterapijo. Mislm, da je to bil nek tak faktor, k je dost vplival na to, kako so se potem same stvari razvile. Tle se je nekak začel to počas gradit, neki temelji, iz katerih sm loh izhajala, da mam zdej loh nekak tok bl nek varen, topel odnos z mojo hčerko.«* (F)) ter **zasebne priprave na porod in starševstvo,** kjer so prejele **informacije o pomenu t. i. prve, zlate ure po porodu** (*»Predvsem pr njej je bil ta poudarek, kolk je pomembna zlata ura, kaj se da spremenit in prilagodit v postopku, da je ta ura boljša al pa vsaj ta začetni čas, ta prvi stik bolj izkoriščen kot sicer.«* (J)) ter **občutek lastne moči** (*»Mela sm privatno, predn sm šla rodit, sm šla še na priprave na porod. Me je ful opolnomočevala.«* (I)).

4.2.1.1 Obdobje nosečnosti ter priprava na porod in starševstvo

Vez med otrokom in mamo se lahko začne vzpostavljati že v nosečnosti (Boston Women's Health Book Collective, 1998, str. 478; Cugmas, 2020, str. 14), zato se je pri prikazu izkušenj mater s prvim stikom z otrokom sprva pomembno zaustaviti v tem obdobju. Kot pojasnjuje avtorica Cugmas (2020, str. 14), na proces vzpostavljanja navezanosti med mamo in otrokom v nosečnosti vplivajo morebitni znaki stiske v duševnem zdravju in odnosi pa tudi podpora, ki je je deležna.

Socialne delavke tu lahko prevzamejo pomembno vlogo pri oceni tveganj, varovalnih dejavnikov in virov moči v življenjskem svetu nosečnice ter pri povezovanju s strokovnimi viri podpore in pomoči. Praksa socialnega dela, ki upošteva biopsihosocialni pogled in si prizadeva k razumevanju posameznika v kontekstu okolja, socialne delavke pri skrbi za podporno okolje nosečnic, mater in dojenčkov spremlja že vse od samega začetka vzpostavljanja socialnega dela v enoti za intenzivno nego novorojenčkov v šestdesetih in sedemdesetih letih prejšnjega stoletja (Breslin, 1997, str. 1). Še dandanes je vloga socialne delavke v zdravstvenih ustanovah prepoznana predvsem na ravni neposrednega dela z nosečnicami in materami v obliki podpore pri izzivih z duševnim zdravjem, pri čemer lahko s krepitvijo sogovorničinega občutka varnosti posredno prispeva h krepitvi pogojev za razvoj varne navezanosti med materjo in otrokom (Hurst, Reno in Lefmann, 2018, str. 258).

Glede na primere dobre prakse dela (Wadsby in Arvidsson, 2010, str. 453–458), o katerem poročajo s Klinike za starše in dojenčke Hagadal na Švedskem, bi se morali osredotočiti predvsem na zgodnje prepoznavanje mater, ki se v nosečnosti srečujejo z raznolikimi problemskimi okoliščinami, in jim predati sporočilo o dostopnosti podpore, ki bo krepila njihovo moč. Avstralski strokovni delavci na področju zdravstva ter varstva in zaščite otrok pri svojem delu uporabljajo pristop zgodnje pomoči družinam v obliki družinske konference v nosečnosti, kar jim omogoča medinstitucionalno sodelovanje (Tayebjee, Lewkowicz in Isobel, 2024, str. 2–11). Model dela se vsebinsko zelo povezuje s slovenskim konceptom izvirnega delovnega projekta podpore in pomoči (Čačinovič Vogrinčič, Kobal, Mešl in Možina, 2005, str. 15, 16), saj cilj družinske konference v nosečnosti lahko prepoznamo onkraj zgolj odgovora na problemske okoliščine družin, in sicer predvsem kot soustvarjalno prakso dela (Razpotnik, Turnšek, Rapuš-Pavel in Poljšak-Škraban, 2016, str. 137). Predstavljeni rezultati kažejo na potrebo po vključevanju stroke socialnega dela v proces spremljanja nosečnosti. V tem obdobju je ključno in najučinkovitejše interdisciplinarno sodelovanje s strokovnjaki s področja zdravstva, kot je razvidno tudi iz izkušenj mater, ki so bile napotene po podporo, saj gre za kompleksno prepletenost biopsihosocialnih dejavnikov, s katerimi se srečujejo družine v kompleksnih okoliščinah (Ragesh, Sajitha in Hamza, 2017, str. 102).

Priprava na porod in starševstvo ima pomembno vlogo pri oblikovanju prvih izkušenj staršev z novorojenčkom. S pridobivanjem informacij, z razvijanjem pričakovanj ter s krepitvijo občutka kompetentnosti se starši lažje spopadejo z izzivi, ki jih prinaša rojstvo otroka.

Z vidika otrokovega optimalnega začetka življenja je še posebej pomembno, da si skupnostno prizadevamo k pogojem za kompetentno zgodnje starševstvo, v katerem bodo starši zmogli biti negujoči in odzivni na otrokove potrebe. Glede na predstavljene izkušnje mater, ki navajajo potrebo po odprtem pogovoru o duševnem zdravju v poporodnem obdobju v sklopu priprav na porod in starševstvo, je z vidika socialnega dela ključno, da družine povezujemo z viri v skupnosti in starševstvo osrediščimo v njej. Le tako lahko preprečimo izolacijo mater z dojenčki v njihovih domovih in prispevamo h krepitvi moči družin (Čačinovič Vogrinčič in Mešl, 2019, str. 54; Gerhardt, 2015, str. 249; Mešl in Kodele, 2016, str. 114).

4.2.2 Okoliščine poroda in osebno doživljanje

V vzorec kvalitativnega dela raziskave je bilo vključenih enajst mater, od teh osem prvorodnic in tri drugorodnice, ki so jih pri porodu spremljali partnerji. Poročale so o izkušnjah vaginalnega poroda, urgentnega elektivnega carskega reza, vaginalnega poroda, ki se je zaključil s carskim rezom, ter o neuspešnem poskusu vaginalnega poroda po predhodni izkušnji carskega reza. **Mame z izkušnjo carskega reza** so poročale o **strahu glede tega, kako se bodo povezale z otrokom glede na porodno izkušnjo** (*»/.../ sm mela tut neke strahove, ker pol velikrat, se mi zdi, ljudje rečejo, da če bo zdej carski rez, da bo mogoče težje steklo dojenje, da bo težje stekla ta prva navezanost, da mama rab ful več enga časa, da lahko sploh začut otroka ...«* (F)).

Med pomembnimi okoliščinami so matere izpostavile, da samo **okolje v porodni sobi pomembno prispeva k izkušnji poroda** (*»/.../ se res trudjo, da so porodne sobe, kolkr se le da, udobne, zdej, če bi ful neki dala na aromaterapijo, bi lahko tut tega se poslužla, pač men to ni tok bliz /smeh/, tok da nism. Se trudjo, da pridejo nasprot, da nardijo domačno, da je bil zmeri kozarc zravn in slamca, da mi dajo za pit, te stvari so ble ... Kolkr lahko nardijo bolniško okolje domačno, da je udobn.«* (D), *»Prostori so res neprijazni, na Hrvaškem temu rečejo boksi.«* (I)).

Stik z zdravstvenim osebjem se je v pripovedih sodelujočih mater izkazal za pomembnega, saj lahko na eni strani v porodnici vzbudi občutek varnosti, podpore in zaupanja ali nasprotno, ne glede na to pa bistveno prispeva k doživljanju poroda. Sogovornice so poročale o tem, da so zaupale v **kompetentnost in strokovnost zdravstvenega osebja**, pri čemer so

večkrat izpostavile predvsem **podporo babic, ki so bile navzoče ob njih v času porajanja** (*»So ble dve babice skos z nama, ker jih je blo strah, da bi se pr men začel spontano odvijat na noge. /.../ tok da glede tega kapo dol.«* (H)), **krepile njihovo moč in prispevale k lajšanju bolečine** (*»Sm bla vodena skos to in opolnomočena, da je uredu, če si olajšamo, povedal so mi, kako naj si olajšam. Meni ni blo pomembno, a je to zato, ker je moderno se sprehajat, al pač bi neki dal v žilo, ker je tut babica tko obrnla, da je to uredu.«* (I)). Obenem so **spoštovale potrebe novonastale družine** (*»/.../ neka ta modrost, kdaj se umaknit pa kdaj pridt spet pa kok viset za vratom pa kok dat prostor. To se mi je res zdel, da nekak začutjo in majo občutek. Ampak res prou vse, s komerkol smo pršli v stik, so dal ta isti občutek. To mi je blo res fino.«* (D)) ter **subtilno zaznavale potrebe porodnice po materinski figuri** med porodom (*»Js mislm, da je blo ključno takrat, da je ona vedla, kako me kupt, če me razumeš. Mogoče je ona začutla, da rabm mamo.«* (I)). Materam je veliko pomenilo to, da je **zdravstveno osebje spoštovalo njihove želje in avtonomijo** (*»Vedla sm za enga babičarja, izrazla sm željo, če bo slučajno on v izmeni, da bi mela njega, in v bistvu so se vse nekako tako zmenli. In to mi je res ful velko pomenlo. Ker sm se počutla potem res, da je upoštevana ta moja želja.«* (G), *»Na srečo imam čudovito ginekologinjo, ki mi je prisluhnila in potrdila, da imam pravico do takšnega poroda, kot si ga želim.«* (K)). V izkušnji ene od sogovornic se je za ključno izkazalo tudi to, da si je **zdravstveno osebje izmenjalo informacije o njej kot porodnici znotraj tima**, saj je imela težko preteklo izkušnjo poroda, prav tako je bila njena nosečnost izpostavljena nekaterim problemskim okoliščinam (*»Js sm slišala vizito, ker sm bla zvečer, k majo predajo pacientov. Ni se mi še dogajal porod, sm križanke rešvala na hodniku. Se prav, tam k razlagajo o pritiskih, težah, kok si odprt, kok nisi odprt, je blo pri meni povedano, da sm mela slabo izkušnjo in da me morjo pazit.«* (I)).

Razvidno je torej, da **pretekle izkušnje pomembno vplivajo na pričakovanja in doživljanje poroda**, denimo **pretekla porodna izkušnja** *(»Pr men je v bistvu prva izkušnja ful vezana na drugo al je pa to pravilo. Ker zdej, k govorim za enajst mescev nazaj, je pa sploh jasno. In šele z drugim porodom sm vidla, da je moja prva porodna izkušnja bla res huda. Mislm, sej je blo tehnično uredu, sam js sm šla vn tko ponižana, kot nekdo, ki ni sposoben rodit pa k ni sposoben prenašat bolečine.«* (I)), **izkušnja spontanega splava** (*»Prej sm mela, par mesecev prej, spontani splav, tko, da je bla zelo težko pa z veseljem pričakovana.«* (D)), **operacije** itd. (*»Pred desetimi leti sem prestala operacijo otoskleroze na levem ušesu in kirurg mi je takrat jasno razložil: v primeru poroda mora biti ta s carskim rezom, saj se ne smem preveč naprezati, da ne bi tvegala svojega sluha. Na to sem se vseh*

devet mesecev pripravljala.« (K)). Sodelujoča se je ob priložnosti intervjuja ozrla tudi na **integracijo porodne izkušnje**, pri čemer ji je **ob drugi porodni izkušnji** uspelo **razrešiti travmatično izkušnjo prvega poroda** (*»/.../ in k se je začel ta moj aktivni del poroda, takrat sm tut začela aktivno razreševat travmo. Pr čist praktičnih stvareh. /.../ je to neverjetno pomembno tut za mojo hči kot žensko. Js njej loh razlagam o tem kot o eni fenomenalni, neverjetni izkušnji in tko ..., mogla sm zdej dodat, ki boli, ampak, sploh ne vem, kje bi zdej dodala to bolečino, ker je ni, in v bistvu, kok je povezana ta bolečina fizična z izkušnjo. Lej, transgeneracijsko je to ...«* (I)).

4.2.3 »To malo, ranljivo bitjece je bilo še sekundo nazaj na varnem, zdaj pa je zunaj.«

V prejšnjih podpoglavjih sem prikazala predvsem okoliščine in vse tiste dejavnike, ki so jih matere prepoznale kot pomembne za vzpostavljanje prvega stika z otrokom. V nadaljevanju sledijo opisi njihovega doživljanja teh trenutkov. Ti so bili prevzeti z **intenzivnim čustvenim doživljanjem** (*»Zlo je divja izkušnja potem, ko jo doživiš. Mislim, da so čist ti hormoni, ki delujejo. Ful si evforičen. En vrtiljak čustev je takrat.«* (B), (*»/.../ sm bla noro vesela in presunjena, da je to zdej tle. Da je cel proces nosečnosti, poroda, pričakovanja se tko skristaliziral v naročju. In tko, da se to premika in da ima deset prstov, da zajoka in da že nekak poskuša vseen iskat prvi stik in tko. Je blo res tko no, en tak čudež. Me je posedlo v smislu, o uou, to je to. To je zdej tle /smeh/.«* (D)), s **presenečenjem** (*»In pol sm bla tko, o moj bog, tisto je moj otrok.«* (H)), **občutkom osupljivosti nad otrokovim rojstvom** (»/.../ *mi je blo neverjetno, kako je bla ona kr v men notr /smeh/, v bistvu kakšen čudež je to, ko se otrok rodi.«* (J)) in **jokom** (*»Ko sem zaslišala njen prvi jok, sem se tudi sama razjokala.«* (K)). Sodelujoče mame so se v prvih trenutkih z otrokom srečale tudi z **občutkom olajšanja** (*»Ful se spomnm tega, da me je blo mal strah, kako bo hčerka zgledala, ko jo bom dobila, predstavljala sm si, da bo zgledala k en vesolc. Pol k so jo vn vzel, so rekl, o, kok je lepa punčka, sm si oddahnila.«* (F), **ponosa nase** (*»Bla sm noro ponosna nase.«* (D)) in **na otroka** (*»Tut nanjo na nek način ponosna, da je ona potem pršla. K vmes je rekla enkrat babica, da se je kukr čš mal ustavla, da se je oslabil utrip, da mogoč bo treba mal prerezat, ampak pol je šlo.«* (J)). Stik z otrokom je v njih vzbudil **pričakovanja o nadaljnjih skupnih trenutkih družine** (*»Veselje za vse stvari, ki nas še čakajo. Nekak js zlo uživam v tej vlogi /nasmeh/. In da se tut zlo veselim, da se s sinom spoznata, da si želim, da bi se dobr razumela, da bi nam dobr šlo.«* (E)).

Telesni stik med mamo in otrokom se je v izkušnjah sogovornic **izkazal za pomembnega pri vzpostavljanju zgodnje čustvene povezanosti** (*»Takoj je stisnu moj prst in to je tak prvi spomin, ki je tko, midva se poznava od znotraj in zdej se poznava še tko, si zunaj, si končno tukaj.«* (B), *»Seveda je potem čis drugo, ko tega otroka, ki je prej skrit in samo tista brca, ki je, premikanje, ko ga potem res spoznaš. /.../ ko pride k tebi kot bitje v naročje. To, da so mi jo dal na prsi, je sigurno vplivalo. Zarad tega, ker uno, k pač iztisneš vn otroka, da ga takoj čutiš, ane, da je tam, da je živ, da ti ga ne odnesejo. Da je to un otrok, ki si ga mel v sebi, zdej se bo grdo slišal, da ni to en drug otrok.«* (J)), **ne le v prvih trenutkih po porodu, temveč tudi pozneje, v času bivanja v porodnišnici** (*»Pol, k je partner pršu, je pa z nule štartu, men se je pa zdel, k da jo poznam. K da sve se zdej že povezale, ker spiva in sva v isti pojstli 24 ur na dan. Pomoje to tut ful vpliva, ta bližina, da je bla res konstantno pr men.«* (F)), saj **otrok ob tem čuti materino sproščenost** (*»/.../ sm bla sproščena in gotovo to tut otrok čuti, ane.«* (J)).

Nekatere sodelujoče matere so se že pred porodom zavedale **koristi stika koža na kožo z otrokom** (*»Sm vedla, kako je to pomembno, ta stik kože na kožo, da je to kasnej pomembno, da to dojenčka lahko zelo pomiri.«* (A)) in si prizadevale k **zgodnjemu navezovanju z otrokom** (*»Zihr je en pomemben dejavnik tut to, da je blo nama pomembn ta stik na tak način navezat.«* (D)), pri čemer je bilo ključno, da sta jim bila zagotovljena **varen prostor** (*»Res tko varno sm se počutla. Mela sm ta prostor. Pa nism je mogla, hotla dat stran ... zdel se mi je, da k sm pršla gor, sm mela že nek stenj za naju.«* (E)) in **občutek avtonomije glede odločitve o trajanju stika koža na kožo z otrokom** (*»In ne vem, a so jo hotl oblečt al kaj, pa sm rekla tko sproščeno pa ne vsiljivo, ker še vedno je bil strah, a js sploh smem govort, kaj hočem. Sm rekla, joj, js pa ne bi je zdej dala stran, pa so rekle, ja, pustmo, pa nej bo še tle gor, pa je bla pomoje eno uro na men.«* (E)).

Pomembno je izpostaviti tudi to, da so se nekatere mame srečale z **razkorakom med idealizirano predstavo o prvem stiku z otrokom in osebno izkušnjo** tega (*»Po svoje je malo antiklimatično, hkrati si ful vesel, zunaj je, končno ga lahko mam pa ga lahko držim v rokah, po drugi strani je pa uno, to je blo ful dolgo potovanje, da smo pršli do sm, in zdej je kr konec. Ful stvari gre čez tebe, ker je taka dolga pot.«* (B)), pri čemer nekatere niso **imele pričakovanj o tem, kaj naj bi občutile ob prvem stiku z otrokom** (*»/.../ nism mela velkih pričakovanj, kaj morm js zdej začutit, ko pač rodim. /.../ in tudi nism mela zdej nekih velkih občutkov takrat.«* (G)), ali pa so pri doživljanju tega razkoraka občutile **krivdo** (*»/.../ k sm za nazaj razmišljala, oh, kako je to mogl zgledat, mislm, kot da mi do otroka nč ni. Sicer*

k sm partnerju rekla, ko je bil zravn, je reku, ne, sej se je ful vidl, da si utrujena, da sploh ne veš, kaj pa kako. Se mi zdi, da tist mičkn ne, že takoj taprvi stik uno, ko si mama, ane, te mičkn uno grozna sm, pa še začel se v resnici ni.« (C)), in si tudi zastavljale vprašanja o tem, **kakšna pričakovanja o njihovem čustvovanju v prvih trenutkih po porodu ima okolica** (*»Mal sm mela misli, k je blo tok ljudi okrog mene v operacijski, na kakšen način se morm zdej odzvat, k prvič vidm otroka. Mau sm bla tko, joj, a morm zdej jokat od ganjenosti ...«* (F)) ter se spopadale s **skrbjo glede zaznavanja otroka** (*»/.../ so mi dal še neko dodatno uspavalo al več količine, ne vem točno. Prej mi je blo pa predstavljeno, da carski rez ni nč hudga, da otroka bom js še vseeno in slišala in čutla, ko mi ga bodo položil na prsi. Se spomnim, da takrat je blo to men panika, a je zdej kej narobe s tem otrokom, kako se otrok ne premika, če ti ga položijo vn. Js sm mela sam v glavi to, da je ful težek, da se nič ne premika in a je to zdej vse v redu. Sicer pol, ko je babica začela: fantek je, use je uredu, sm bla okej, pol pa že je. Tut slišala sm ga pol že, da joka.«* (C)), kar kaže na to, da je telesno in senzorično doživljanje prvega stika z otrokom med materami raznoliko in močno prepleteno tako s samim potekom poroda, s telesnim stanjem matere kot tudi s številnimi **čustvenimi in hormonskimi spremembami** po porodu (*»/.../ takrat je tolko enih hormonov, utrujenosti, čustev, vsega, da sploh ni nekako reprezentativno. Da se dogaja, da si takrat nor na otroka, pa boš lahko pol mel hormonski crash al pa pač ne čutiš neki dosti pa boš mal kasneje začel čutit veliko stvari.«* (G)).

Opisi udeleženk kažejo, da je bilo prvo srečanje z novorojenčkom pogosto zaznamovano z izrazitimi telesnimi in senzoričnimi doživljanji. Matere opisujejo **neposreden telesni stik z otrokom, ko so med porajanjem lahko otipale otrokovo glavico** (»/.../ *ko ti reče, če hočeš potipati glavico, in nism do zadnjega vedla, če bom hotla. Si res tko, o moj bog, it's here /smeh/, he's here. In mi je dalo unega zagona. Ja, js to zmorem. Tak občutek moči mi je to dalo.«* (B)) in ga **stisnile k sebi** (*»To malo, ranljivo bitjece je bilo še sekundo nazaj na varnem, zdaj pa je zunaj. Komaj sem čakala, da jo stisnem.«* (K)). Matere so v pripovedih opisovale tudi **doživljanje fizične izčrpanosti po porodu** *(»Sama še nism bla tok pr seb, se mi zdi, da sm bla tok zmatrana, tko utrujena ... A veste, sm tko sama sebe, budna bod, glej zdej, to je tvoj otrok zdej, ampak enostavno fizično telo ni zmoglo.«* (C)) in **potrebo po tem, da bi si lahko odpočile** (*»Mi jo je kr pustila dolgo časa, da sm potem prav partnerju rekla, če lahko gre poklicat jo, ker rabim svojih par minut, da sploh pridem k sebi, da se udobno namestim. Sej ne sam od poroda samga, ampak devet mesecev nosečnost in skrbi in je*

olajšanje, u, to je za mano. Meni iskreno mi je blo še tko, aaa, kdo bi zdej ga lahko malo mel, da bi js se malo spočila.« (G)).

V opisih udeleženk se je izkazalo, da so bili **v prakso stika kožo na kožo vključeni tudi očetje, predvsem ob izkušnji carskega reza** (»*So ga obrisal in takoj dal možu. Sta najprej onedva mela stik koža na kožo, jima je bil omogočen tam v uni sobi, k je bil pediater, je bil en stol. Tut popkovino je lahko prerezal, se mi je zdel lepo. Vidu je posteljico.«* (H)). Matere so poročale o tem, da so po porodu z otrokom in s partnerjem v porodni sobi preživele še približno tri ure, saj je bil ta **čas namenjen povezovanju družine** (» */.../ in potem seveda še tiste tri ure, ti dajo tolk miru, da si skupej kot družina.«* (J)).

K možnosti vzpostavljanja stika z otrokom takoj po porodu so pomembno vplivali tudi **organizacijski in institucionalni pogoji**, saj matere za povezovanje z otrokom potrebujejo predvsem **zasebnost** (*»/.../ sm bla v svoji sobi, vedla sm, da noben ne bo prišu, razen tko sestre, ampak, da je to moja soba, dokler sva tam. In mi je to pomagalo k eni mirnosti in k nekemu vzpostavljanju stika pa to, da sva potem imela zasebnost tudi s partnerjem.«* (G)), kar v največji meri omogoča bivanje v zasebni sobi. Vlogo zdravstvenega osebja pri izkušnji stika koža na kožo z otrokom so matere opisale predvsem v tem, da je **spoštovalo in omogočalo prostor za povezovanje** (*»/.../ ko so pršli al kej zmerit, tehtat, zdravila, kar koli dat, je blo to zlo s takim obzirom, sm ne vem js dojila otročka, so rekl, če ni blo neki nujnga, pridemo kasneje. Ni blo to zdej, js pa morm to narest, nehita. So pustil ta prostor.«* (C)) ter zagotovilo **podporo v stiski ob spoznavanju otroka** in otrokov jok predstavilo kot njegov način komunikacije (*»Čist sm bla že obupana, jokal je in teh stvari še ne znaš, spoznavaš ga. Na začetku je res težko, ker ful jokajo, in to je edini način komunikacije. In to ti povejo.«* (B)).

4.2.3.1 Prvi stik z otrokom kot večplastna izkušnja mater

Odgovor na raziskovalno vprašanje o tem, kakšne so izkušnje mater s prvim stikom z otrokom, pomembno dopolni pregled zgoraj predstavljenih tem, ki hkrati osvetljuje širši kontekst ter ključne dejavnike, kot jih predstavijo sodelujoče matere. Prvi stik z otrokom takoj po porodu opisujejo kot intenzivno čustveno, telesno in odnosno izkušnjo, ki jo pomembno oblikujejo potek poroda, organizacijski pogoji in odnos zdravstvenega osebja. Povzamem lahko, da je izkušnja prvega stika z otrokom za matere večdimenzionalno izkustvo, ki je pomembno povezano že s samim obdobjem nosečnosti, pripravami na porod in starševstvo, vključno z osebnimi pričakovanji, potekom in okoliščinami poroda,

možnostjo telesnega stika z otrokom ter podporo in odzivnostjo zdravstvenega osebja na celotni vertikali sistema, v katerem je ženska deležna oskrbe in spremljanja. Ugotovitve je mogoče umestiti v širši teoretični okvir zgodnjega navezovanja med starši in novorojenčkom, predvsem v kontekstu razvoja porodne prakse stika koža na kožo, ki je bila uvedena z namenom spodbujanja zgodnje povezanosti (Kronborg, 2025, str. 1). Raziskave (Maguire idr., 2025, str. 126; Svensson idr., 2020, str. 11) potrjujejo, da takšen stik spodbuja odzivnost staršev na vedenjske znake dojenčka ter podpira njihovo interpretacijo otrokove komunikacije. Podobno so tudi udeleženke raziskave poudarjale pomen telesne bližine in dotika kot pomembnega prispevka k zgodnjemu povezovanju z otrokom, saj kot prvi čut, ki se pri otroku razvije, predstavlja temelj zgodnje komunikacije med starši in dojenčkom (Ardiel in Rankin, 2010, str. 154; Field, 2010, str. 370; Hertenstein, 2002, str. 70). Stik koža na kožo lahko pri starših okrepi doživljanje predanosti otroku (Chen, Gau, Liu in Lee, 2017, str. 6), kar se odraža tudi v pripovedih mater, ki so prvi stik z otrokom pogosto opisovale kot trenutke osupljive presenečenosti nad čudežem otrokovega rojstva, kot so se izrazile.

Avtorja Kennell in Klaus (1976) sta razširila razumevanje, da se proces povezovanja med materjo in novorojenčkom lahko začne že v prvih trenutkih po rojstvu (Brimdyr idr., 2023, str. 1634). O tem pričajo tudi doživljanja mater v današnjem času, ki kažejo na to, da jim je, v večini primerov, ko so okoliščine poroda to dopuščale, zdravstveno osebje omogočilo stik koža na kožo z otrokom. To lahko razumemo kot dragocen primer vključevanja socialnega modela skrbi v prevladujoči medicinski model obporodne skrbi za žensko in novorojenčka (Drglin, 2003a, str. 282, 287). Prav ta premik je viden tudi v izkušnjah mater, ki so kot pomembna dejavnika za izkušnjo prvega stika z otrokom opredelile podporno prisotnost babic in njihovo modrost pri tem, kdaj družini omogočiti prostor za povezovanje in kdaj potrebujejo njihovo podporo z aktivnim, osebnim vodenjem.

Pomemben vidik razumevanja zgodnjega odnosa med starši in otrokom predstavlja tudi širši psihosocialni kontekst staršev, v katerem imajo pomembno vlogo njihove pretekle izkušnje (Fraiberg, Adelson in Shapiro, 1975).

O odzivu na kontekst problemskih okoliščin priča tudi izkušnja ene od sogovornic s socialno službo v porodnišnici, ki je centru za socialno delo posredovala informacije o problemskih okoliščinah, s katerimi se je srečevala v ranljivem obdobju pričakovanja otroka. Kot opredeljuje Nacionalno združenje perinatalnih socialnih delavcev (The National Association of Perinatal Social Workers, 2025), imajo v tem obdobju socialne delavke pomembno nalogo

pri spodbujanju razvoja negujočega odnosa med starši in otrokom, kar se lahko že v obdobju nosečnosti začne z odpravljanjem ovir, da bi bilo to mogoče.

Predstavljeni rezultati kažejo, da stik koža na kožo ni vedno potekal na enak način, saj so ga v nekaterih primerih omejevali medicinski postopki ali okoliščine poroda, vendar to ni nujno pomenilo, da mati ni občutila povezanosti z otrokom. Zgodnji stik je eden izmed mehanizmov povezovanja, zagotovo pa ni edini (Enkin idr., 2000, str. 430), saj sam telesni stik po rojstvu še ne zagotavlja samodejne vzpostavitve čustvene navezanosti (Martin, 1989, str. 86). Proces navezovanja je kompleksen in se razvija daljše obdobje, v katerem starši z otrokom gradijo odnos in ga krepijo prek vsakodnevnih interakcij. Zgodnji stik sicer lahko pomembno podpira razvoj vezi, vendar imajo starši pravico do lastnega, individualnega doživljanja teh prvih trenutkov z otrokom, pri čemer spremljajoči občutki nikakor ne določajo njihovih starševskih kompetenc (Drglin, 2003a, str. 289). Kljub številnim dokazanim koristim izvajanje stika koža na kožo v praksi pogosto omejujejo organizacijske ovire in institucionalna pravila, ki lahko preprečujejo interakcijo med mamo in novorojenčkom (Brimdyr idr., 2023, str. 1635; Drglin, 2003a, str. 288).

4.2.4 »Pa se premalo govori o tem, da tudi to je okej, da se gradi.«

V tem poglavju predstavljeni rezultati razkrivajo retrospektivni pogled mater na prvi stik z otrokom ter njihovo razumevanje, kako je ta izkušnja vplivala na razvoj čustvene povezanosti in nadaljnje razvijanje odnosa.

Prvi stik je mogoče razumeti kot **začetek povezovanja** z otrokom in je kot tak z vidika doživljanja staršev pomemben, **a ne nujno odločilen za nadaljnji odnos** (*»Zelo težko je v tistih prvih trenutkih govorit o tem, da ga spoznaš. Mislm, spoznaš ga že, ga vidiš. Ampak tut odnos ni neki, kar se zgodi v enem trenutku, se razvija celo življenje.«* (A), saj gre za **potrebo po kontinuiranem telesnem stiku z otrokom v prvih mesecih** (*»/.../ je pomembna prva ura, ampak v prvih mescih, tam do tretjega mesca, more te prve ure bit čim več.«* (I)) ter **druge načine povezovanja z otrokom**, ki jih družina lahko vzpostavi pozneje (*»/.../ nima tok dolgoročnega efekta kokr nekak to polje, v katerega pol prideš.«* (F)). Za nekatere matere so bili ključni predvsem prvi tedni po porodu, saj so se z otrokom lahko povezale po odhodu iz porodnišnice (*»Ko sva prišli domov, sva končno zgradili svojo vez. Ob podpori moža je vse postalo naravno.«* (K)), iz česar izhaja **potreba po ozaveščanju o tem, da so vsi občutki ob prvih trenutkih z otrokom sprejemljivi, četudi niso skladni z idealizirano predstavo** (*»Se premalo govori o tem, da tudi to je okej, da se gradi. Bi blo*

dosti mamicam lažje, da ne bi mogoče padle v paniko, če ni to takoj ena taka ogromna ljubezen in stik in vse, ampak, da je normalno, tut če nič, mislim, prou, uredu, to je zdej moj otrok, so mi ga tle dali, kaj pa zdej?« (G)). **Pomembna dejavnika sta čas in otrokov razvoj**, saj so bili **otrokovi odzivi** tisti, ki so v mami vzbudili povezanost z njim (*»Pri meni je blo obakrat tko, da je bla stvar odnosa, da se je ta stik gradil iz dneva v dan, ko smo bli skupaj, na različne načine. Je bil to čas. Meni je največ nardilo recimo po kakšnem mescu, ko so ti prvi odzivi od otroka, torej, ko se malček odziva. In pol to je itak na dnevni bazi oziroma na tedenski, je vedno več teh odzivov in vedno več tega navezovanja. Po teh prvih tednih sm tudi js prišla malo k sebi, sej je šlo nekako z roko v roki, hkrati se je pa hčerka vedno več odzivala.«* (G)).

Glede na predstavljene rezultate lahko povzamem, da je **navezanost otroka na mamo** pomembno **relativizirati in razumeti kot rezultat skrbi zanj** (*»V prvih parih mesecih, bodimo realni, tut če bi nekdo drug začel za njega skrbet in ga hranil in to, sej bi prepoznal, da je druga oseba, ampak bi normalno živel v bistvu.«* (A)), iz česar sledi, da je **v zgodnje trenutke po rojstvu otroka pomembno vključevati tudi očete**, kar je še posebej dragoceno za nadaljnje vzpostavljanje družinske dinamike (*»Tiste prve dni ji je on dajal flaško, zato, ker sm js tisti čas črpala. Pol v bistvu se je šele tko diferenciral kasnej, po kakšnemu mescu je poštudirala, kako sesat, kako se priklopit na dojko, in sm pol js postala tista bl primarna. Ampak se mi zdi, da so bli ti prvi trenutki tut njima zlo pomembni. Tko da, čeprou je blo po sili razmer /nasmeh/, da je bil tut mož porinjen v kengurujčkanje, bi želela vsaki družini tako izkušnjo.«* (D)).

4.2.4.1 Retrospektiven pogled mater na prvi stik z otrokom z vidika nadaljnjega razvijanja odnosa

Matere na prvi stik z otrokom retrospektivno večinoma gledajo kot na pomemben trenutek in simboličen začetek procesa navezovanja, ne pa kot na odločilni dejavnik za razvoj nadaljnjega odnosa z otrokom. Poudarjajo, da se navezanost oblikuje postopoma, predvsem skozi kontinuiran odnos, vsakodnevno skrb za otroka, odzivanje na njegove potrebe in ponavljajoče se interakcije v otrokovih prvih letih življenja tako na telesni kot tudi na odnosni ravni. Rezultate lahko pospremim s pomembnim in za socialno delo spodbudnim izhodiščem, ki kaže na to, da kakovost zgodnjih izkušenj otrokovega nadaljnjega razvoja ne določa v celoti (Čačinovič Vogrinčič in Mešl, 2019, str. 115).

Izhajajoč iz tega lahko sklepamo, da zgodnji telesni stik ne postavlja odločilnih temeljev za otrokov nadaljnji potek življenja in za odnose v njem, lahko pa v dobrem prispeva k njim. Današnja znanstvena spoznanja namreč potrjujejo, da ima zgodnji stik koža na kožo dolgoročni učinek na odnos med materjo in otrokom, saj spodbuja vedenja, povezana s povezovanjem in navezanostjo (Dumas idr., 2013, str. 332, 333; Føreland idr., 2022, str. 5; Lilliesköld idr., 2022, str. 61; Mazúchová idr., 2020, str. 126). To potrjuje tudi potrebo po zgodnji podpori družinam, pri čemer je krepitev te oblike dela smiselno razumeti kot pomemben vidik primarne preventive (Le Bas idr., 2020, str. 17), kajti zdravstveno in drugo strokovno osebje je ob starših prisotno prav v ključni vstopni točki, ko vzpostavljajo odnos z novorojenčkom (Poljanec in Greif, 2016, str. 140).

Ta spoznanja so pomembna tudi za razumevanje predstavljenih rezultatov, saj je bilo njihovo večplastno doživljanje v nekaterih primerih zaznamovano tudi z negotovostjo, krivdo, izgubo za želenim ali z razkorakom med pričakovanji, idealizirano predstavo in dejansko izkušnjo prvega stika. Ob tem je pomembno upoštevati čustveno kompleksnost zgodnjega starševstva, ki je legitimni del te izkušnje (Drglin, 2003a, str. 316, 317). Prav zato je ključno, da je v ospredju individualna in razvijajoča se izkušnja vsake matere v tem ranljivem obdobju (Hurst, 2007, str. 209), k čemur sem si prizadevala tudi v procesu zbiranja podatkov in pri prikazu rezultatov.

Skozi perspektivo socialnega dela je ugotovitve mogoče razumeti z zavedanjem, da se odnosi med starši in otroki oblikujejo znotraj širšega socialnega in kulturnega konteksta, zaradi česar si praksa prizadeva za delo na mikro, mezo in makro ravni (Walsh, Paris, Ribaudo in Gilkerson, 2021, str. 189). To pojasni, zakaj je zgodnji stik med starši in otrokom nujno umeščati v širši kontekst, v katerem starši kot otrokovi skrbniki ne nosijo vse teže odgovornosti za izkušnjo zgodnjega navezovanja z otrokom. Hkrati pripovedi mater o tem, da se je, z vidika nadaljnje družinske dinamike, kot podporen izkazal zgodnji stik med otrokom in očetom, kažejo na potrebo po prizadevanju, da bi presegli tradicionalno razumevanje navezanosti, ki mater pogosto izpostavlja kot osrednjo figuro navezovanja (Drglin, 2003a, str. 283). Študije (Chen, Gau, Liu in Lee, 2017, str. 7; Ünal Toprak in Şentürk Erenel, 2021, str. 1509) namreč kažejo, da očetje, ki so z novorojenčkom imeli stik koža na kožo, pozneje poročajo o varnejši navezanosti z otrokom, kar lahko prispeva tudi k večji samozavesti pri prevzemanju starševske vloge.

4.2.5 »Da v bistvu nekako z neko pomirjenostjo on vstopi v življenje.«

V porodnišničnem okolju poporodne prakse lahko delujejo kot varovalni dejavniki. Matere so poročale o **neposrednem stiku koža na kožo takoj po porodu** (*»Takoj ti ga dajo na prsi, v ta stik koža s kožo, ki je res pomemben. Je bla še popkovina celo, so mi ga čist takoj dali.«* (B) ali **po rutinski oskrbi novorojenčka** (*»Takoj, ko so jo umili, so mi jo položili na prsa, skin to skin.«* (K)). V tem so prepoznale **številne koristi**, denimo priložnost, da je otrok mirnejše vstopil v življenje (*»/.../ da v bistvu nekako z neko pomirjenostjo on vstopi v življenje, ker porod je zelo stresen za njega, in to, da je potem spet koža na kožo, ga pomiri, kar je super.«* (A)), in **več prisotnosti med mamo in otrokom** (»*Da je bil mn moten morda s strani nekih tehnikalij in sva bli bolj prisotni ena pri drugi in so jo šele potem vzeli.«* (J)).

Še ena od ključnih poporodnih praks je **možnost sobivanja z otrokom**. Ta je po mnenju mater pomembno prispevala v prostor povezovanja z otrokom (»*Si ne predstavljam, kako je v tistih okoljih, k dojenčka takoj odnesejo. Sej ti sicer pride prou, da mau počiješ, sploh, če je kšn otrok, k res ne spi od rojstva, k si ves narobe … Ampak pr nama se je to izkazal za plus.«* (D)), pri čemer je pomembna **spoštljiva podpora zdravstvenega osebja** (*»Pol pa tam v sobi čaka njegova posteljica. In pol me je vprašala, ko je spal: ›Vam ga dam v posteljico ali bo pri vas?‹, pa takrat sm js rekla, ja, lahko ga date v posteljico. To mi je bilo lepo, tko, nč, da bi mi ga zdej ona kr vzela pa dala tja.«* (A)).

Nekatere sogovornice so kot podporno v času bivanja v porodnišnici doživele tudi **sobivanje z materami na oddelku**, saj so bile druga drugi na voljo za pogovor in spodbudo (*»/.../ sta bli zravn še dve mamici s svojima otročkoma v sobi, hočeš nočeš, mičkn se primerjaš, ker prej js nism vedla sploh, kako naj … In pol sm vidla, aha, ena je drugič rodila, je bla že una stara mačka mami, je obvladala vse … Okej, uredu, zdej pa zmorem tut js, tko, mi je blo, smo pa v istem zosu, če loh tko rečem mal v navednicah. Mi je to dal neko to sproščenost, okej, sej bo šlo. Če bo kar koli narobe, al z mano al z otročkom, bo pa ena od njiju valda rekla kej, če osebja ne bo.«* (C)). V svojih pripovedih so mame omenjale tudi varovalne dejavnike v domačem okolju, pri čemer je bil zaradi **podpore, ki so jo lahko pričakovale s strani partnerja in ožje družine, prehod ob odpustu iz porodnišnice zanje lažji** (*»Nekak tut doma mam in sm vedla, da mam dobro podporno okolje /.../* (D), *»Je blo doma vse lažji, ker je doma lažje počivat in več je podpore, mož je bil ves čas tukej. Moja mami pa moja stara mama so nam tut kuhano nosil.«* (E)).

4.2.5.1 Varovalni dejavniki pri vzpostavljanju prvega stika z otrokom v prvih dneh po porodu

Raziskovalno vprašanje o tem, katere dejavnike pri vzpostavljanju stika z otrokom v prvih dneh po porodu matere prepoznavajo kot varovalne, lahko povzamem z izpostavljenimi nekaterimi poporodnimi praksami. Skladno z ugotovitvami je možnost stika koža na kožo, razen ob nujnih medicinskih posegih, danes vse bolj uveljavljena praksa in utemeljen del standardov obporodne oskrbe (Brimdyr, 2023, str. 1639; Lee in Kim, 2025, str. 2371). Svetovna zdravstvena organizacija in UNICEF priporočata sobivanje matere in otroka (World Health Organization, 2017b; World Health Organization, 2018b; World Health Organization in United Nations Children's Fund, 2020), ki so ga tudi matere v svojih pripovedih omenjale kot priložnost, ki omogoča neprekinjen stik, več priložnosti za razvijanje občutka povezanosti ter razvijanje zaupanja v svoje starševske kompetence (Drglin, 2003a, str. 299). Na institucionalni ravni porodnišnice so pomembni varovalni dejavniki povezani z organizacijo porodnišnične oskrbe in s pogoji bivanja v porodnišnici. K možnosti vzpostavljanja stika med mamo in otrokom po mnenju udeleženk pomembno prispevajo predvsem ustrezni bivalni pogoji, organizacijska kultura celostne podpore materam ter prilagodljivost sistema potrebam mater. Na ravni osebnega doživljanja v zgodnjem poporodnem obdobju matere pogosto doživljajo negotovost, številne kompleksne spremembe in postopno prilagajanje novi vlogi. Pri tem kot ključno varovalo izpostavljajo medsebojno podporo med materami na oddelku, dostopnost zdravstvenega osebja za pomoč in usmerjanje ter podporo partnerja in družine v domačem okolju z morda na videz manjšimi dejavniki, kot so zagotovljeni redni obroki in osnovna skrb za dobro počutje matere.

4.2.6 »Počutiš se, kot da nisi prava mama, zato, ker ne moreš dojiti.«

Med materami sem preverila, kako so doživljale izkušnjo hranjenja z otrokom, pri čemer so delile, kako je ta proces predstavljal **priložnost za vzpostavljanje povezanosti** (*»Se mi zdi, da je zlo velik pr tej navezanosti nardil to, da nam je to dojenje tko lepo steklo vsakič.«* (E)) in obliko **prvega stika, ki otroku in staršem zaradi okoliščin poroda ni bil omogočen neposredno po otrokovem rojstvu** (*»/.../ prvi stik zame v smislu tist mal globlji z otrokom je blo to pol dojenje. Men je blo to pol tisto, aha, okej, nekej pa mava. Kljub temu da v moji glavi nama je blo odvzeto tisto, kar se pri porodu zgodi, bova probala dojit.«* (C)).

Navkljub temu je pomembno, da dojenje ni prikazano kot idealiziran temelj ali napovednik otrokove varne navezanosti, temveč kot **eden od možnih načinov vzpostavljanja stika** (*»/.../ da sva se glih zarad tega zdej ne vem kaj povezale, bi rekla, da ne ... Da to je blo bl samo kot okej, jest morš in to je to.«* (F)). Lahko se izkaže kot oblika stika med materjo in otrokom, pri čemer proces **ni namenjen izključno hranjenju** (*»/.../ sm to racionalizirala in rekla, okej, tko je, kokr je, dejmo tko k prvič, ohrant dojenje kot nek stik, nahranla je pa ne bom sam s tem.«* (I)).

V pripovedih mater so bili razvidni **družbeni diskurz o načinih hranjenja** ter njihove izkušnje, ki kažejo na to, s kakšnimi **odzivi okolja** se pri tem srečujejo (*»Pa vsi ti nasveti od ljudi okoli tebe, kaj lahko ješ, kaj ne smeš jest. Js sm bla na začetku kr obremenjena s tem, sm si pol ful stvari o dojenju prebrala. Tut ful enih mitov o dojenju. Pa včasih se mi zdi, da to umetno mleko tko promovirajo, kot da dobijo en procent od tega.«* (A), *» /.../ zej k bom CV pisala, bom dala top achievement dojenje /smeh/. Se mi zdi, da mogoče je premal tega zavedanja, da ni kr samoumevno. Je pa res, da svet teh mamic v prvih mesecih ne vid zuni. Zdej mene vidjo od četrtga, petga mesca naprej, ko si kje zuni pa daš otroka na joško, ampak to zdej delaš z levo roko. In to je ta predstava, k jo maš ti kot zunanji gledalec, kako zgleda dojenje, in tut js sm nekak prčakvala, okej, js si ga bom prstavla, on bo jedu, oba bova nasmejana, vesela in bomo šli.«* (H), *»Tle je pa res orng promocija dojenja, ki pa hkrati ne naslavlja tega, kaj se zgodi, če je res problem. Sej pol sam odkriješ te medele pa cevke, ane, ampak v sistemu tega ni. Kako zdej dodat flaško, s tem, da ohranjaš, spodbujaš ... Ena nula je, ane, ah, ni ratal, jebiga, sej bo uredu.«* (I)). **Izzivi z dojenjem** so v prvih dneh po porodu in pozneje v poporodnem obdobju pri materah pogosto **povzročali stisko, negotovost in izrazite občutke nemoči ter obžalovanja**, zlasti kadar so se njihovi cilji v zvezi z dojenjem ob osebni izkušnji razblinili (*»/.../ se mi zdi, da preko dojenja, da bi se ful bolj povezala, nama pa to ni šlo. In js sm to ful vzela nase, neracionalno čist, ampak pač tko je. Še zdej mi je kdaj hudo. Počutiš se, kot da nisi prava mama, zato, ker ne moreš dojit.«* (B), *»Da ne morš nahrant svojga otroka z lastnim mlekom, je najhujša frustracija zame.«* (I). Nekatere so ob tem doživljale tudi **občutke krivde zaradi zaznanih pritiskov v porodnišničnem okolju** (*»Kot ena obsodba se začne že v porodnišnici. Se mi zdi že tko ta materinska krivda, ki je itak zlo prisotna v tem, se res začne že tam in se mi zdi škoda.«* (G)).

V socialnem delu z družino imamo vselej znova v mislih posameznika v kontekstu, katerega del je tudi njegova **socialna mreža**, ki ima v obporodnem obdobju za matere ključno vlogo podpore (*»Takrat definitivno, če nimaš ob seb orng podpore, in si predstavljam, da če ni*

partnerja al pa če so velik odsotni, js tega ne bi sfurala takrat, ker mi je to bla res uno oporna točka, ko že tridesetič pristavljaš otroka in ne gre in se ti joka in maš občutek, da ga matraš s tem, ko probaš neki dobrga nardit. Definitivno potrebna.« (H)). **Dinamika v ožji družini** je, ko pride do hranjenja otroka, lahko zelo kompleksna in prepletena ali celo soodvisna s podporo, ki je za starša v zgodnjem obporodnem obdobju pravzaprav ključnega pomena (*»Pr tašči predvsem ja, da ne bi mela teh komentarjev. Prizadelo me je, da tut pol, k ji je moj mož povedal, pač njen sin, da sm šla po pomoč in je res hudo, tut pol ni spremenila mnenja. Najbolj me je to, kao je govorila, kot da je moj otrok, in je blo tko, ja js bi pri mamici, ne bi flaše. V tem stilu komentarji, ko si tko, res? Ahhh … A misliš, da mi ni hudo? A hočeš, da se tu razlijem po tleh od solz al kaj? Hkrati je blo pa ful tko, ker ona mi je res ful pomagala. Ona mi je kuhala takrat. Js bi pomoje umrla brez nje. V bistvu sm bla odvisna od nje in sm mela filing, da ji ne morm rečt, naj ne pride, ker jo res rabim. Po drugi strani mi je blo pa muka, ker mi je te stvari govorila in me je spodkopavala s tem. Pa spet, ona je mela ful dobre namene, ona ni mela slabih namenov.«* (B)).

4.2.6.1 Proces hranjenja kot priložnost za vzpostavljanje odnosa ob razumevanju izzivov z dojenjem in odzivov okolja

Starši in otrok v obdobju po rojstvu veliko časa preživijo ob hranjenju, ki je poleg toplih in neprekinjenih odnosov ena glavnih otrokovih potreb. Pri tem drug z drugim vzpostavljajo stik, zato je v teh odnosnih izkušnjah mogoče prepoznati priložnost za oblikovanje varne navezanosti (Brimdyr idr., 2023, str. 1634; Kompan Erzar in Poljanec, 2012, str. 52). Na to, da dojenje vselej ni povezano le s hranjenjem, temveč tudi z otrokovo potrebo po stiku in bližini, ki mu na subtilni telesni ravni daje občutek, da je sprejet, prepoznan in varen, kažejo tudi teoretična izhodišča (Bowlby, 1991; Kompan Erzar in Poljanec, 2012, str. 28; Van der Kolk, 2015, str. 132). S pogleda socialnega dela je rezultate mogoče pospremiti z zavedanjem, da proces hranjenja sicer lahko prepoznamo kot priložnost, da se med starši in otrokom vzpostavita odnosna varnost in bližina ter steče uglaševanje, vendar ga ne izpostavljamo kot izključnega dejavnika oblikovanja otrokovega zgodnjega navezovanja (Kompan Erzar in Poljanec, 2012; Linde, Lehnig, Nagl in Kersting, 2020). Matere se namreč lahko srečajo z občutkom razočaranja, krivde, žalosti in izgube zaradi možnosti bližine z otrokom, kadar se njihovi načrti in upanja v zvezi z dojenjem razblinijo (Drglin, 2003a, str. 316; Hurst, Reno in Lefmann, 2018, str. 255; World Health Organization, 2017a).

Ob stiskah, ki so jih mame zaupale v svojih pripovedih, je ključno poudariti, da je dojenje mogoče nadomestiti z obilo telesnega stika, ki je pravzaprav največja spodbuda za otrokov razvoj (Gerhardt, 2015, str. 58; Poljanec, 2025, str. 190; Poljanec in Greif, 2016, str. 132).

Rezultati razvidno izpostavijo vse tisto, k čemur si moramo prizadevati v socialnem delu, ko sodelujemo s starši v obporodnem obdobju – k razbremenitvi staršev, ki se spopadajo s težo vseh družbenih norm in prepričanj (Drglin, 2003a). Odločitev o tem, kako bodo otroka hranili, je namreč v veliki meri odvisna tako od njihove socialne mreže in podpore, ki jim je v njej na voljo, kot tudi od drugih kontekstualnih dejavnikov. Pomembno je torej, da naodločitev o dojenju gledamo s socialno-ekološke perspektive, saj bomo le tako lahko razumeli, kakšne so potrebe staršev po podpori (Hurst, Reno in Lefmann, 2018, str. 257).

4.2.7 »Ne vem, če vejo medicinske sestre, koliko to pomeni. Res ogromno pomeni.«

Za enega od pomembnih varovalnih dejavnikov v porodnišničnem okolju se je izkazala tudi **podpora zdravstvenega osebja**, pri čemer so mame izrazito izpostavljale, kolikšno vlogo imajo pri tem njihov **odnos in komunikacija** (*»Res si jo bom zapomnila kot eno tako toplo. In mi je to rekla in me je uspela s tem umirit. Sej ste ga pomirili, poglejte, sej je nehal jokat. Okej ja, sej sm ga /nasmeh/. To mi je tudi ful pomenlo. Tu osebje res nardi lahko ogromno. Da takrat pravi čas daš pravo besedo. Ne vem, če vejo medicinske sestre, koliko to pomeni. Res ogromno pomeni.«* (B), *»/.../ je bil on najbl un, k je poslušu, k se je pogovarju z mano, k mi je tut povedu, kako je z otrokom. On je samo pršu v prostor in je reku, u, sej vam je treba pa pomagat. Mogoče ta bolj človeški odnos.«* (C)) ter **dostopnost za vprašanja in odziv nanje** (*»Kadar kol sm prtisnla na tist gumb za babice, je bil nekdo tam, vsa vprašanja so bla dobrodošla, nikol se nism počutla, da sprašujem preveč, pa sm velik spraševala /smeh/. Ampak ja, glavno, kar bi rekla, odnos. Tut mogoče, kako je sprejeto tvoje vprašanje, ane, maš loh tisoč in eno vprašanje, kkšna so mogoče butasta, kkšna so mogoče zlo direktna in zej, če naletiš na napačne ljudi, je to lahko zlo negativno sprejeto.«* (H)), pri čemer so kot pomembno ocenile **vrednost jasnih informacij,** ki jih še kot posebej pomembne prepoznavajo v **procesu vzpostavljanja dojenja** (*»/.../ mi je mimgrede ena babica rekla, k sm js spraševala, a ga že dam dojit, ane, k sm pač slišala, da je to pomembno čim prej, ane ... Ampak pol mi je rekla, da ne, da zdej, če bi on sam prilezel gor ... pa sm bla js tko, kaj, s kje sam prilezu gor? Se mi zdi, da bi mi lahko bilo tut kasneje prikrajšano kakšno sekiranje, kakšna slaba volja, kakšen stres, če bi dobila več informacij. Sam rečejo ti, ja uno prvo mleko je pomembno. Ker me tut noben ni nič vprašu o dojenju. Sam spraševal so me: a*

je dojenje steklo? In js sploh nism vedla, kaj to sploh pomen.« (A)). Ob izkušnji zagovorništva matere lahko prejmejo **občutek, da so vključene in podprte** (*»Pršla je ena babica do mene, ful je bla zaščitniška do mene pa do dojenčice. In je rekla, da to je moja pravica, da patronažna more pridt in da bo ona ji to razložila, da je ful pomembno, da pride. Tko da pol jih je tut ona klicala in je rekla, da če ne bojo pršli, nej jih še enkrat pokličem al pa nej jim povem, da je to v zakonu napisan.«* (F)). Na drugi strani pa so mame, ki takšne izkušnje niso prejele, poročale o potrebi po **več informacijah in pogovoru** (*»/.../ sm bla tko, ane, a tole se pa moj X dere? In ona je tko, kaj X? Kakšen X? Pa sm bla tko, ja ne vem, moj sin mogoče? Sm bla mičkn tko: čakte mal, a nism js v porodnišnici, a niso otroci una prva stvar?«* (C), *»Ko sem prosila za pomoč, sem jo dobila z grenkim priokusom, češ, kako tega ne veste.«* (K)).

Sogovornice so kot ključno izpostavile tudi **čustveno in praktično podporo**, ki so jo s strani medicinskih sester in babic prejele **ob skrbi za novorojenčka**, v kateri so bile ob začetku, še posebej po izkušnji carskega reza, ki zahteva daljše okrevanje, pogosto negotove in zaskrbljene (*»Ona mi je bla tko, js sm v njej takoj mogoče mal tak materinski lik vidla, k da bi moja mami bla tam. In ona je takoj, nč bat, lejte, sej nikamor ne bo pobegnu, tko mal na hec je obrnla in v bistvu sm js zrihtala, ona je pa sam zravn stala. Tista opora, da je zaznala, da v bistvu rabi sam tam bit pa mal pokimat pa bom js mal lažji to vse skupi naredla.«* (C)). Praktično podporo so kot posebej dragoceno doživele tudi **pri vzpostavljanju dojenja** (*»Na dve uri pristavljaš dojenčka, pršla je pet minut prej, pržgala luč v kopalnici, da je lih mal svetla, je rekla prštimat se bo treba, boste prstavla. Tut pol vedno je bla tm, če kar kol ni šlo, kako pristavit, kaj še probat, različne položaje, od tega klasičnega, pol je rekla: kšnim ne paše, če je carski rez, čez trebuh, dejte probat pr kraj ... tok da tle sm res mela vso podporo. Pol sm ene tadrug dan mal tko ugotovila, da mi začnejo otrdevat dojke, da bo mlek pršu, in tretji dan se je res zgodil ta naval. Js sm mela na dotik, če je en prst postavu gor, ko kamen, mene je bolel, sm rekla, js si ne predstavljam dat njega gor, če mene zdej boli. In je blo tok simpatično, k je pol pršla, gremo pol pod tuš, topla voda, bo pomagal, in smo v bistvu stal js, moj mož in ena od babic in smo probal iz une joške dat mleka čim več, kar je šlo. Mi je zlo velik pomenl, da je blo tut njim pomembno, da bodo dal vse od sebe, da bo men stekl dojenje, ker mam željo do tega.«* (H)).

Pomemben vidik podpore zdravstvenega osebja predstavlja tudi **spoštovanje avtonomije staršev pri odločitvi o načinu hranjenja otroka** (*»/.../ mi enkrat prav ni prnesla flaško in je rekla ne, dejte še, dejte, dejte, dejte se trudit. In to se mi ne zdi okej, ker je še vedno moj*

otrok, moje telo, moja izbira. Se mi zdi, da bi blo drugač, če bi se nekdo pogovarjal pa te probal razumet pa tvoja izhodišča. Samo nekdo te preprosto vpraša, če maš svojo lastno željo, načrt in če ti lahko kako pomagajo, v primeru sploh, ko si prvič mama, da ti nekdo pomaga pristavit otroka, če si to želiš. Ker velikokrat na začetku nimaš mleka, tut če je otrok na flaški na začetku, da ti razložijo, lej, okej boš dobil naval mleka takrat pa takrat … ne, če želiš si potem dojit, potem naredi tako pa tako. Vem, da dosti punc se ustraši, če bo zdej na flaški, a bom pol lahko dojila, tko, tega ni.« (G), *»Ker je zgubu nekej teže, so predlagal, da dodamo še formulo. To mi je blo drugač všeč, ker zjutri je na vizito šel moj mož, da sm js lahko počivala, in so njega vprašal, ampak v bistvu gremo vprašat, če se strinjam, da otrok dobi mleko. Se mi je tko res lepo zdel, ker takrat maš občutek, da si s svojim otrokom v nekem mehurčku, in pač on je tut postou ati, ampak je drugač dojemou te stvari in ga ni mel v trebuhu, in si mogoče bl občutljiv, tut hormone maš povsod naokrog. To se mi je zdel pa zelo lepo. Js sm takrat privolila.«* (H)), saj lahko **podporen in neobsojajoč odnos zmanjša občutke krivde** (*»/.../ je takrat rekla, vse je v redu, ta mleka so super, dandanes nič bolj bolni niso. Potem se spomnim tega pogovora z ginekologinjo, ki je isto nekako zagotovilo dala in mi je ful že ene krivde odpadlo in sm se bolj sprostila.«* (G)). Zdravstveno osebje s svojim pristopom lahko pomembno **prispeva k odločitvi staršev o načinu hranjenja** (*»Patronažna mi je takoj drugi dan rekla, vi mu kar dodejte umetno mleko … In to je najslabše. Mojga mleka bo pol sam manj, njemu se pa totalno spremeni. Medtem ko moja pediatrinja je bila pa ful proti umetnemu mleku, ker ni razloga. Če on ne hujša, zakaj. Če ima dovolj polulanih, pokakanih pleničk, zakaj. To je tut ena stara šola, ki hitr reče, ja zvečer pa kr dodejte. In pol ja, otrok itak celo noč spi, ker je itak zadet od tega mleka, ki je res nasitno, ker tvoje mleko ni. In pol se itak zdi vsem ful fajn in so veseli.«* (A)), pri čemer so matere opozarjale tudi na **omejevanje dostopa do mlečne formule** (*»Enkrat niti dobila nisem, sem vedla, da je hčerka lačna, nism še takrat mela mleka, mislim, mal sm jo pristavla, ampak sej vidim, sej čutim ne, k sm tudi že v drugo poznala, kako to zgleda. In mi sploh ni dala flaške.«* (G)), **nepoenotena priporočila** (*»Neki ti vsaka pove, ni pa refleksiran pa ni enotno.«* (I)) in **dvom v podane napotke** (*»Osebje je sicer svetovalo, kako dojiti, a v njih nisem bila prepričana.«* (K)), kar poudarja **pomen usklajene, reflektirane in individualne podpore pri vzpostavljanju dojenja.**

K blaginji matere in otroka je v porodnišnici pomembno prispevala **občutljivost zdravstvenega osebja za počutje matere** tudi z vidika **doživljanja intenzivnih čustev** (*»/.../ mi ga je vzela, ga je nahranla in sm šla lahko spat. Vedla sm, da ji res lahko ga dam*

in da ni zaradi tega slabe volje, kar bi lahko bila. To mi je res ful pomenlo, res sm se počutila, da lahko zaprem oči in zaspim. Kar je takrat težko.« (B)), kar bi bilo treba **okrepiti v večji meri** (*»Mislim, da bi marsikateri jok bil prihranjen. Verjetno tudi jok pri mami, ko ne veš, kako ga potolažit, kaj še nardit. In bi lahko bila oba bolj mirna.«* (A)). Sogovornicam je veliko pomenilo, da je osebje **prepoznalo njihove potrebe in se nanje odzvalo** (*»Je pršla glih sredi mojega breakdown-a ena nova v sobo in js na polno tam zibam in jokam /v smehu/. In pol je vidla me ena sestra in najprej so uno mamico, k je šele pršla, poštimali, je pršla pol k meni, ste v redu, in js tko ja, kao ja, ampak je vidla, da nism. Pol se je še malo pogovorila z mano. To mi je bilo najbolj podporno, da so one opazle. Ampak lahko bi bila busy, itak je bila busy pa bi šla al pa bi mi sam na hitro rekla, ampak si je vzela čas.«* (B)), spet druge te izkušnje žal niso prejele (*»V porodnišnici nisem čutila, da bi se lahko komu zaupala. Nihče ni vprašal o mojem počutju ali podpori doma.«* (K)).

Ob predstavljenem lahko povzamem, da materam veliko pomeni podpora zdravstvenega osebja na vseh ravneh, saj jo tako doživijo kot bolj naklonjeno njim in skrbi za njihovo vsesplošno počutje. To je ubesedila tudi ena od sogovornic, ki je izpostavila **pomen integracije socialnega modela v medicinski pristop**, kar je kot še posebej razvidno doživela v odnosu z babicami (*»/.../ babice kr velik dajo na počutje porodnic, dojenčkov, zlo se mi zdi, da ta socialni model v medicinski model, pomoje tut relativno uspešno, vkomponiravajo. Povedala je, zakaj so te stvari pomembne, potrditve raziskav in tko ...«* (D)).

4.2.7.1 Vloga zdravstvenega osebja pri spodbujanju prvega stika in pri vzpostavljanju dojenja

Vloga zdravstvenega osebja pri spodbujanju prvega stika med materjo in novorojenčkom se kaže predvsem skozi odnos, komunikacijo, dostopnost in praktično podporo. Iz pripovedi mater je razvidno, da ima topel, spoštljiv in sočuten pristop zdravstvenega osebja pomembno varovalno vlogo, saj se njihovih besed še zelo živo spominjajo in jim je bil v veliko pomoč pri doživljanju negotovosti in skrbi. To poudarjajo tudi teoretična izhodišča, ki kažejo na to, da sta prav odnos in partnerstvo med starši in strokovnimi delavkami tista najmočnejša dejavnika, zaradi katerih starši lahko začnejo zaupati vase in v svojo skrb za otroka (Chiang, Gardner, Siedlik in Sexton, 2025, str. 2123, 2124; Čačinovič Vogrinčič in Mešl, 2019, str. 47; Poljanec in Greif, 2016, str. 132, 139).

Izkušnja podpore in praktične pomoči ni skupna vsem sodelujočim materam, a ne bi smela biti odvisna od naključja in okoliščin, s katerimi se mama v porodnišnici sreča, saj gre za pravico žensk (Drglin, 2003a, str. 288; 2003b, str. 31–33). Zdravstveno osebje z občutljivim prepoznavanjem potreb mater, s spodbujanjem, s krepitvijo moči ter z zagotavljanjem informacij pomembno prispeva k ustvarjanju varnega okolja, ki olajšuje vzpostavljanje prvega stika med materjo in otrokom. Hkrati izkušnje mater kažejo, da lahko pomanjkanje komunikacije ta proces oteži, saj so se v takšnih stanjih v stiskah, ki so v zgodnjem poporodnem obdobju lahko zelo intenzivne, počutile same. Kot so izpostavile v naracijah, je zanje v obporodnem obdobju v ospredju predvsem potreba po tem, da bi bile v svoji stiski slišane in tako prišle v stik z vsem, kar čutijo, ter da bi prejele potrditev za svoja prizadevanja v novi nalogi starševstva (Poljanec in Greif, 2016, str. 134, 141).

Vlogo zdravstvenega osebja matere tudi pri vzpostavljanju dojenja v splošnem doživljajo kot potencialno zelo podporno. Kakovost podpore je odvisna predvsem od doslednosti informacij, spoštovanja avtonomije staršev pri odločitvah, ki zadevajo njihovega otroka, ter od pristopa, ki je usmerjen v individualne potrebe družine ter deluje po načelih zagovorništva. Mame, ki izražajo pripravljenost za dojenje, namreč ob sebi potrebujejo vsaj enega zagovornika, ki jih pri tem lahko podpre (Gribble, 2024b, str. 22, 23) ter jim v odnosu zagotovi priložnost, da izrazijo svoje danosti in sposobnosti (Poljanec in Greif, 2016, str. 132, 139). Z gledišča socialnega dela je bistveno, da podpora staršem ni usmerjena zgolj v doseganje ciljev, kot je na primer dojenje, ki je v medicinskem diskurzu pogosto razumljeno kot objektiviziran zdravstveni standard in merilo kakovosti skrbi (Koerber, 2013, str. 134), temveč predvsem v krepitev moči staršev, da bi se zmogli odzivati na potrebe otroka.

Podporo staršem z vidika socialnega dela je pomembno dopolniti s spoštljivim raziskovanjem konteksta, v katerem starši sprejemajo odločitev o načinu hranjenja otroka, ter njegovih dejavnikov na mikro, mezo in makro ravni (Hurst, Reno in Lefmann, 2018, str. 257, 258), saj je v njem pogosto prisotna norma o materinskem instinktu (Drglin, 2003a, str. 297, 298). K odpravljanju vplivov okolja, ki ovirajo dojenje, si v slovenskem prostoru s pobudo Novorojencem prijazna porodnišnica prizadeva Nacionalni odbor za spodbujanje dojenja pri Slovenski fundaciji za UNICEF (UNICEF Slovenija, 2025). Podatki kažejo tudi na potrebe mater po informacijah v zvezi z dojenjem, ki jim v porodnišnici niso bile dostopne v tolikšni meri, kot bi jih potrebovale.

Na tem mestu ne smemo pozabiti, da Konvencija o otrokovih pravicah (Varuh človekovih pravic, b. d.) vse države pogodbenice zavezuje k temu, da staršem zagotovijo izobraževanje o zdravju in prehrani otrok ter o prednostih dojenja in jih pri tem podpirajo (Gribble in Gallagher, 2014, str. 437). Kajti, kot kažejo zgodbe mater, ki pri dojenju otroka niso prejele ustrezne podpore, lahko to obremeni odnose, postane za mamo frustrirajoče in jo navdaja z občutki razočaranja. V delovnem odnosu z družino se je pomembno opreti na cilje, ki jih družina kot uresničljive in mogoče opredeli sama zase, saj ji tako izkažemo spoštovanje do njenega dostojanstva in njene vrednosti (Hurst, Reno in Lefmann, 2018, str. 255).

4.2.8 »Glavni razlog smrti pri porodnicah je samomor.«

Matere so poročale o **kompleksnosti spremembe**, s katero so se srečale ob vstopu v starševstvo (*»Js še zdej kdaj uno, o, js sm mama. Ker je tak shift v identiteti, da je to kr divje. Js nism vedla, da bom tut kot mama dobila ta občutek. Ampak meni je bilo tako, mene pol manjka, hkrati je uno, skos je nekdo na meni, po drugi strani pa pol, ko greš stran, pa ne moreš jit. In še zdej imam tko, da ko grem, je vedno tko mal težko.«* (B), *»Tko, res se ti čez noč čist zooža svet samo na uno malo bitje.«* (H)), ter o **zaznavanju družbene percepcije duševnega zdravja mater v obporodnem obdobju**, kar je prispevalo k njihovemu osebnemu doživljanju (*»Še zdaj mam tak ful slab občutek, ko to razlagam, ker je, kot da se ne bi smela tako počutit. Občutke krivde imaš zaradi tega, ker, ko še kej zlo bežno rečeš, ti vsi rečejo, ja pa ti bi mogla bit zdej najbolj srečna. Mislim, o maj gat, ti pa tok nisi srečen.«* (B), *»/.../ tut okolica te konc koncev sprašuje, jaaa, kako pa je dojenček, redki so ljudje, k te resnično vprašajo, ej, kako si pa ti, novopečena mama, ki doživljaš vse te spremembe, k nekak amortiziraš /smeh/ vse, kar v družino pride, skrbiš za otroka na vseh področjih in si mu v tolažbo, opora, hrana ...«* (E)). Ob kompleksni spremembi bi jih pomembno podprla **normalizacija izkušnje** (*»Ker vem, da meni bi blo ful lažje, če se ne bi počutla, kot da sem čist kao outlier.«* (B) in **priznanje občutkov** ter **krepitev občutka kompetentnosti** (*»Mi je rekla dobra mama ste, v redu ste. Samo neko tako zagotovilo tudi od strokovnega delavca, da je v redu, da delaš v redu, da bo minilo.«* (G)). K zmanjševanju stisk ter predvsem k **zgodnjemu prepoznavanju tveganj že v času nosečnosti** lahko pomembno prispeva **podpora psihosocialne službe v porodnišnici**, ki deluje kot varovalni dejavnik pri vzpostavljanju stika z otrokom (*»Js sm sicer mela v nosečnosti eno obdobje anksioznosti, tko da sm bla tut gor v porodnišnici pr psihologinji. Obe sta bli podporni /.../. Že to, da poveš, kakšno je stanje in kako se ti trenutno počutiš, je že to, da te nekdo posluša in da ti tut pove, ja, je normalno /smeh/, to, kar doživljaš, ni nič čudnega in so vidiki taki, da je*

razumljivo, da te pripeljejo v stres.« (J)). Sodelujoče so bile **informirane o možnostih strokovne pomoči** tako v času bivanja v porodnišnici kot tudi pozneje (*»Pol doma v bistvu so bolj vse mogoče naslavljal al pa prelagal na patronažno sestro, če bo pa kar koli, tudi iz tega socialnega in tko, da nej nanjo naslovim. Ti dajo un izpis, kam vse se lahko obrneš, in vmes so ble tudi razne pomoči, če se bo razvila poporodna depresija.«* (C), *»/.../ na kaj bit pozoren in da traja ta napotnica še eno leto po porodu, tolk časa oni vodjo mame.«* (J)).

Potrebo po zgodnji, dostopni in neobsojajoči podpori potrjuje **osebna izkušnja poporodne depresije** ene od sodelujočih mater, ki v svoji pripovedi izpostavlja **občutke odtujenosti in krivde** (*»Ti prvi dnevi, tedni so bili težki, ker sem imela poporodno depresijo. Se spomnim, ko je moja mami bla pr meni pa tašča in so si oni dve tko čestitali, kera vesela novica, čestitke babi in tko naprej. Sm sedela tam na postli in razmišljala, kako nepovezano s tem se počutim. Se spomnim tega čudnega občutka, skor tko, zakaj ste vsi veseli? In pol uni občutki krivde, ker se ne počutiš. Ne da sm bla uno, o, ne maram te al neki, itak ga maš najrajš na svetu, sam ni blo veselja v ospredju, ker sm bla tolk pod stresom in tolk me je stiskalo. Ne vem, to je una anksioznost, kot da bi me nekdo držal za želodec, nonstop. Še ko sem šla spat, je bil filing, kot da padam. To mi bo zmeram ostalo v spominu, da sm se zlo nepovezano takrat počutila. Sm bla res v krizi. Spomnim se, da sm takrat tok jokala, da so mi oči zatekle, nism mogla gledat vn iz njih … /smeh/. Sam takrat še nisem vedla, da je to to. Nism povezala. Pač ti se ne vidiš. Mene je pol patronažna usmerla po pomoč. Iz tega vidika mi je pa mogoče dramatično al pa nedramatično povedano rešla življenje. Ker sm brala, da glavni razlog smrti pri porodnicah je samomor.* (B)).

Mame so prepoznale številne **potrebe po psihosocialni podpori v porodnišnici** in jo opisale kot smiselno predvsem z namenom pogovora o doživljanju kompleksne spremembe, kot je rojstvo otroka (*»Lahko bi psihologinja pršla pa kej povedala, da so običajna neka nihanja v razpoloženju. Predvsem za tiste, ki so mogoče nagnjene, ki imajo kakšne predispozicije poporodne depresije ali pa, ko se vidi, da so mogoče bolj tko … Recimo v moji sobi je bila ena, ki ni znala dobro slovensko, in k njej so tut hodil ji povedat te iste stvari, recimo pridejo ti razložit babyhandling, ane … Ampak ona je komaj razumela slovensko in pol se mi je zdelo, joj, a sploh razume? Mogoče bi rabila še kakšno drugo podporno besedo ali pa kakšno osebo. Pa tut zlo mlada je bla, mogoče glih da je bla polnoletna.«* (A), *»Loh bi komot še kdo dodatno pršu pa mogoče sam mal bl odprl prostor, da se stvari mal izrečejo. Na primer, če bi bla socialna delavka, ane, kje bi bil lahko njen doprinos. Okej, to itak, svetovanje o tem, nekih pravicah pa vse to, ampak mislm, da bi prijal marsikateri ženski, da se ti neka oseba*

posveti za eno uro in je tam zate, da se mal spoveš, predelaš svoje občutke, ubesediš stvari, ki so se ti dogajale. Ta čustvena podpora pa pol bl nekak pade na družino, partnerja.« (F)).

Izpostavile so **potrebo po podpori staršem in ženskam s težavami reproduktivnega zdravja, ki se znajdejo v raznolikih problemskih okoliščinah** (»*Dejstvo je, da je porodnišnica eno stičišče prebivalstva iz vseh vetrov in različnih življenjskih okolij. Velik družin tko al pa drgač doživlja določene stiske. Bi rekla, da tist, kar ni vezano na sam porod v smislu nekega srečnega zaključka zgodbe, ampak v smislu nekih težjih trenutkov, k so povezani s spontanim splavom, z načrtovanim splavom, nekimi drugimi posegi, k so vezani na plodnost, tut v končni fazi na raka, da bi bla opcija nekega strokovnjaka, s katerim se lahko pogovoriš in k lahko nudi neko podporo, al terapevtsko al kukrkol, lahko dobra. Dejstvo je, da mora pol vsak sam predelat pa mogoče v tistem akutnem trenutku ni glih že smiselna, ampak pol kasnej se mi pa zdi, da bi marsikomu prišlo prav vedt, da se lahko nekam obrne pa kam se obrne. Si mislm, da tut, če se rodi otrok, ki se že takoj vidi, da ima kakšne razvojne težave, k vseen že tko plavaš v tem, kako otrok ne funkcionira, kje se boš ubadu še s temu, a ti pripada še drugačna nega pa drugačni prispevki.«* (D), *»/.../ ne prpravjo se čist vsi na porod. Tut po statistiki je velik urgentnih carskih rezov, če ma otrok takšne in drugačne težave, kar je seveda še večji pritisk na mamo, partner lahko gre kadar koli hoče, mama ostane sama z otrokom. Ker pol itak se daš zraven v junijčke, majčke, mamice na porodniški in podobne skupine, kjer pa me je šokiral, kok velik mamic ma duševne stiske, kok velik jih je že mel izkušnje z antidepresivi, kok velik jih išče pomoč tut na takih portalih ...«* (H)).

Matere izpostavljajo, da bi morala biti **pomoč v večji meri usmerjena k potrebam matere in ne le otroka** (*»In pol otrok pride ven, poj patronažna pride še ene parkrat, bl k ne več gleda otroka, mal tut mamo, pol maš pa ti, mama, še tist en pregled pr ginekologu po porodu, šest, osem tednov po porodu. Maš loh občutek, da zdej so pa vsi nate pozabl, zej je fokus samo še na otroku, otrok hod k pediatru, ves čas o otroku te sprašujejo. Al pa v sklopu mogoče pediatrične sistematike, da bi ble službe kej na mamo usmerjene.«* (E)), **kontinuirana** (*»/.../ da bi bla neka psihična podpora. Kolkr vem iz svojih izkušenj in od svojih bližnjih, ti hormonski crashi pridejo po navadi po enem tednu, takrat, se mi zdi, se začne un rollercoaster, mislim vsa ta čustva, vse te misli, vse to težko. Ker v porodnišnici nekako v prvih dneh si tko, sej ne veš, niti hormonsko se še ni ponavadi začelo, in si tam v nekem kokončku, ni zdej neki ... pol po kakšnem tednu, dveh, pa je kr težko.«* (G)), **praktično usmerjena** (*»/.../ kot neka patronažna, k bi pršla vsak mesec pa bi s tabo*

debatirala, bi vedu, da bo eno uro z otrokom, da je otrok na varnem, pa greš ti lahko pod tuš pa nekomu daš mal vn iz sebe, ker tut na konc, če te nekdo direkt ne vpraša, zlo redko kdo pojamra.« (H), *»Če bi bla dostava obrokov recimo cenejša za porodnice kokr za vse ostale, to bi blo super. Mislm, da bi to še mal spodbudil, da bi si ljudje začel naročat.«* (E)), **z več poudarka na zgodnjem prepoznavanju stiske** (*»To mi bi še zdej in mi največ pomeni, da ljudje sami vidjo. Mislim, da je to najbolj podporno.«* (B)), **pogovoru** (*»Mogoče en tak pogovor, bom rekla v navednicah prijateljski, sam da je terapevtski na nek način. Sej ne pravim, vem, da eni majo večje težave, potem verjamem, da rabijo večjo podporo. Da tut, če je mogoče, telefonski pogovor, da bi se lahko pogovoril, kdo te vpraša, kako si, pa ti mal razloži te stvari potem.«* (G)) ter k **sistemski vključitvi očetov v obporodno obdobje** (*»Je pa mogoče res pomagal, ker ne vidš samo ti, preden greš iz porodnišnice, kako otroka držat in z njemu rokovat, ampak tut partner, ker je del priprav. Konc koncev sploh na začetku teh 15 dni, k jim zdej pripada, v veliki meri se mi tut zdi, da so radi vključeni. Ne sam, da bi mogl bit, ampak so radi, ker se počutjo vsaj mal koristne, ane … Sploh, če ženska doji, oni nimajo mleka, kar se tut na začetku vid, da je res več al mn sam hrana, spanje, previjanje, podiranje kupčka v nekem krogu in da ni pol on sam za podiranje kupčka, ampak, da ga gre lahko tut suvereno previt, brez da maš paniko, kaj zdej, kako ga bom, a mi bo šlo, rabm pomoč /smeh/.«* (H)).

Da bi strokovna podpora za mame lahko predstavljala dodaten občutek varnosti v procesu vzpostavljanja stika z otrokom, so kot ključno izpostavile **odnos, občutljivost in kompetence strokovnih delavcev**, s katerimi bi mami zmogli **držati odprt in varen prostor za pogovor** (*»/.../ se mi zdi, da če nisi v stroki socialnega dela ali pa psiholog ali v teh bl profilih, je kdaj, k nastanejo kšne težje teme, mogoče kšnmu profilu rata bl nerodn. Če bi zdej ženska začela govort, da je samomorilna, pa začela jokat al pa tko, da je ful nabito vse z emocijami, mogoče bi kšn profil lažje to hendlu, nekak usmeru pa naredu varn prostor. Pr medicinskih sestrah nekak ciljaš, upaš na to, da je oseba na drugi strani topla, človeška. Lahko se zlo laično odzove, ja pa sej ni tok hudo in je nekomu lahko še težji, če ni to čist isti pristop, kokr bi ga nek pomagajoči profil naredu.«* (F)). Možnost sodelovanja s psihologinjo ali socialno delavko v porodnišnici so sogovornice nagovorile s konkretnimi predlogi, pri čemer so menile, da bi bilo njihovo **delo lahko tudi preventivno** (*»Ti poklici, in psihologi in socialni delavci, delujejo, ko je že nekaj narobe. Lahko bi pa razširili, da bi delovali takrat preventivno oziroma izobraževalno, da bi se tudi tako začela malo njihova podoba spreminjat.«* (A)). Pri sprejemanju strokovne podpore so sicer kot pomembno

prepoznale **predstavo o delu psihologinje ali socialne delavke** in kakšen odziv pri starših vzbudi stik z njo (*»Sploh psihologa se lahko kdo hitro ustraši, kot da je nekaj narobe z mano ali pa z otrokom. Razumem, da bi tudi socialni delavec prišel, ne zdej s tem namenom, da če ne bom pa tko nardila, mi bodo pa vzel otroka.«* (A)).

Kompleksnost poporodnega obdobja zahteva celostno podporo družinam, kar empirični podatki potrjujejo skozi izkušnje sodelovanja s patronažno službo, v katerih matere izpostavljajo **pomen razumevajočega in celostnega pristopa** (*»/.../ je ona rekla partnerju, k je mel otroka, kr počakate, vidm, da je pr vas, se bom najprej z mamico pogovorila. In je ona mene začela spraševat, kako pa ste, in js sm bla kr mal šokirana, da se zdej pa z mano ukvarja. Je bla ful podpora in na socialnem in na zdravstvenem.«* (C), *»Všeč mi je blo, da ni tok težila s temi kilami. Da se je loh mal sprostila znotraj tega in dokler je vidla, da družina funkcionira, ona jé, da načeloma vse te glavne stvari so pokrite, da to teče.«* (F)) ter **spremljanja njihovega duševnega zdravja** (*»Enkrat sm se pa res čist, čist me je sesulo. In pol mi je dala en vprašalnik za rešit, k v bistvu potem presodijo, če gre za depresijo, in ja, je blo precej slabo vse skupaj.«* (B)).

Kritična analiza kaže tudi na vrzeli sistema in praks dela, ki niso vedno usklajene s potrebami družin v obporodnem obdobju, prav tako tudi **podpora in pomoč nista vedno sistemsko zagotovljeni z napotitvijo** (*»Tuki bi mogoče mogu bit bl sistem ne, a želite napotnico za ne vem psihologa, psihoterapevta, ampak vi ga rabte, ker se mi zdi, da takrat morš tut to slišat. Tut s tem bi ta stigma šla mal stran, ker pol si tko, o, a zdej sm pa že med norci, ne, nisi, ane. To se prav, okej, a ste uredu, a bi mogoče še vseen šla na pogovor, in pol v bistvu to tut tko, na kartici mate napotnico. Sej pol, če kšna pretehta zase, da je tok močna, da mogoče tega ne rab, uredu, ne bo izkoristla napotnice. Mogoče se mi zdi v tej temi tut težk ta korak, rečt, ja, želim.«* (H)). Mame so prepoznale tudi **potrebo po standardizaciji oskrbe na sistemski ravni** (*»/.../ slišiš ogromn zgodb, tut iz različnih porodnišnic, iz različnih koncev Slovenije. Kako dosežt podobn al pa primerljiv nivo med vsemi temi, prepuščam ljudem, k majo na to vpliv. Če bi tuki mel neke vzvode al pa smernice, kako pristopit pa dejansko nek sistem, da bi to velikim olajšal zlo velik.«* (H), *»/.../ mormo v Sloveniji v trenutnih razmerah ful tehtat med strokovnostjo pa ne, ane. Ampak sej niso Jesenice krive, dejstvo je, da če kej ni uredu, more tvoj otrok v helikopter v Ljubljano. Tehtat med tem ni hvaležno. K zdej so v bistvu tržno naravnane in se fajtajo, mi mamo to, mi mamo uno, mi mamo tretje. Ampak ja, to bi mogl bit absolutno poenoten.«* (I)).

4.2.8.1 Strokovne in znanstvene opredelitve vloge socialnega dela pri podpori družinam v obporodnem obdobju

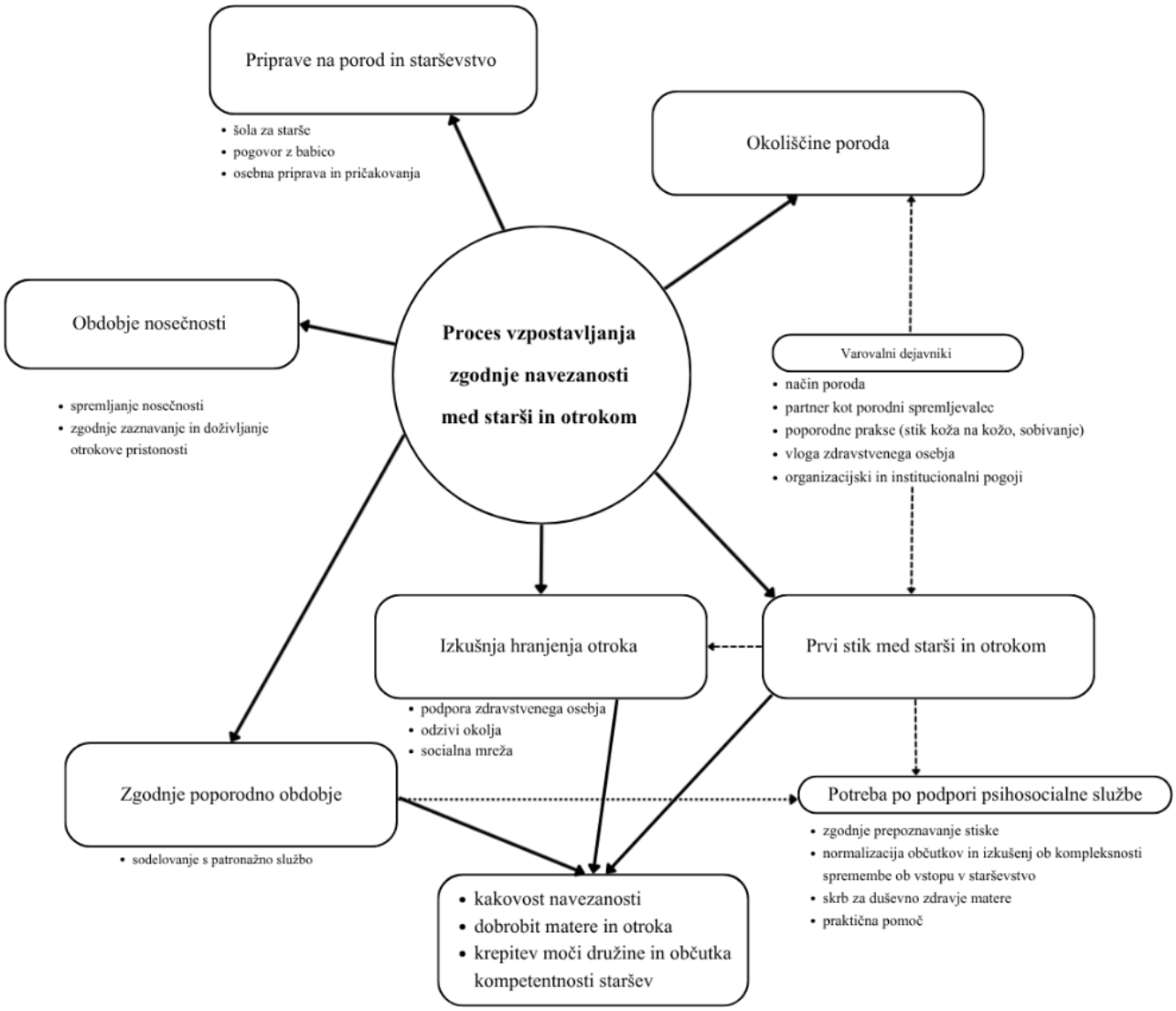
Strokovne in znanstvene opredelitve umeščajo socialno delo v obporodno obdobje kot stroko, katere ravnanja temeljijo na biopsihosocialnem pristopu ter razumevanju družine v kontekstu njenega okolja (Breslin, 1997, str. 1; Čačinovič Vogrinčič in Mešl, 2019, str. 33; Ragesh, Sajitha in Hamza, 2017, str. 103). Sodobne opredelitve vloge socialnega dela v zgodnjem obdobju otrokovega življenja poudarjajo tudi vpliv socialnih determinant zdravja in potrebo po delovanju na več ravneh (Kronborg, 2025, str. 6; Uehara idr., 2015, str. 166), kar se odraža v predstavljenih izkušnjah mater. Pomemben premik v razvoju področja predstavlja na odnosu utemeljen pristop, ki poudarja potrebo po podpori v domačem okolju družine (Fraiberg, Adelson in Shapiro, 1975; Shapiro, 2009, str. 45–55). Socialne delavke imajo pri tem vlogo povezovanja z viri podpore in pomoči v skupnosti, spodbujajo odzivnost staršev na otrokove potrebe ter s tem podpirajo razvoj varne navezanosti in krepijo starševske kompetence (The National Association of Perinatal Social Workers, 2025; Walsh idr., 2021, str. 187–189). Empirični podatki to potrjujejo, saj matere izpostavljajo potrebo po podpori socialne mreže, strokovnih služb in praktične pomoči, ki jim omogoča lažje spopadanje s kompleksnostjo sprememb in z novimi osebnimi ter odnosnimi nalogami (Constable in Lee, 2015, str. 48–50). V tem obdobju je za socialno delo ključno stremeti k vzpostavljanju odnosa z družino, ki temelji na osebnem stiku in osebnem vodenju, spoštovanju izkušnje staršev in soustvarjanju za družino želenega razpleta (Čačinovič Vogrinčič idr., 2005, str. 10–11; Poljanec in Greif, 2016, str. 132). Enega izmed temeljnih konceptov socialnega dela predstavlja perspektiva moči, saj se osredotoča na vire, podporo socialne mreže, odpornost in kompetence družin namesto na njihove primanjkljaje (Čačinovič Vogrinčič in Mešl, 2019, str. 39, 50; Saleebey, 1997, str. 9–11).

Za varovalni dejavnik pri vzpostavljanju stika z otrokom v prvih dneh po porodu se je v predstavljenih rezultatih izkazala tudi možnost dostopa do psihosocialne podpore v porodnišnici. Nekatere matere so že v času nosečnosti ali po porodu prejele podporo psihologinje ali socialne delavke v porodnišnici, pri čemer jih je normalizacija čustvenih odzivov v tem obdobju pomembno podprla pri spopadanju s tesnobo ali z drugimi problemskimi okoliščinami. Vloga socialnega dela je ključna prav pri prepoznavanju in naslavljanju stisk mater v obporodnem obdobju, saj te pogosto ostajajo neprepoznane ali neizražene (Lever Taylor, Mosse in Stanley, 2019, str. 12–18).

Matere so poudarjale, da bi bila večja prisotnost psihosocialne podpore, usmerjene v pogovor, v čustveno razbremenitev in v preventivno delovanje, lahko pomembna pri vzpostavljanju odnosa z novorojenčkom. Znanstvene opredelitve vloge socialnega dela v obporodnem obdobju namreč vključujejo preventivne in proaktivne oblike podpore in pomoči, tako na ravni posameznika kot tudi na ravni skupine, para, družine ali širše, na ravni skupnosti (Hurst, 2007, str. 209; Ragesh, Sajitha in Hamza, 2017, str. 103). Pri tem rezultati kažejo predvsem na potrebo po občutljivem pristopu kompetentne strokovne delavke, ki bi z materami vzpostavila odnos, v katerem bi lahko prejele občutek, da so razumljene (Lever Taylor, Mosse in Stanley, 2019, str. 18).

Obenem je porodnišnica prostor, kjer se socialno delo kot stroka družinam, da bi bile te podprte v kompleksnih problemskih okoliščinah, lahko pridruži na stičišču med njimi in okoljem (Čačinovič Vogrinčič in Mešl, 2019, str. 33). Kar v porodnišničnem okolju še ostaja izziv, sta kontinuirano sodelovanje in povezovanje med ključnimi akterji oskrbe, podpore in pomoči materi po porodu (Drglin, 2003b, str. 31–33). Zaključim lahko, da je za učinkovito, usklajeno in kontinuirano podporo ključno multidisciplinarno sodelovanje, saj kompleksnost obporodnega obdobja zahteva povezovanje različnih strok, ki se s skupnimi močmi lahko poskušajo zoperstaviti sistemskim pritiskom in časovnim omejitvam, da bi ohranile kakovost dela (Critchley, 2020, str. 901; Gribble, 2024b, str. 21; Ragesh, Sajitha in Hamza, 2017, str. 102).

4.3 Shematski prikaz procesa vzpostavljanja zgodnje navezanosti skozi model odnosnega kodiranja



Graf 4.3.1: Shematski prikaz procesa vzpostavljanja zgodnje navezanosti skozi model odnosnega kodiranja

4.4 Kritično ovrednotenje uporabljene metodologije

Uporabljena metodologija omogoča vpogled v izkušnje mater v obporodnem obdobju, vendar ima nekaj omejitev, ki omejujejo splošno veljavnost ugotovitev. Vzorec so sestavljale le biološke matere, ki so se k sodelovanju pristopile prostovoljno, kar pomeni, da so bile verjetno bolj motivirane. Pogoj sodelovanja v raziskavi magistrskega dela je bil omejen na porodno izkušnjo s časovno oddaljenostjo vsaj šest, a ne več kot dvanajst mesecev in na izkušnjo poroda v eni od štirinajstih slovenskih porodnišnic, kar izključuje izkušnje poroda v domačem okolju ali v tujini. Vzorec je bil geografsko omejen, saj porodnišnice, v katerih so matere opravile porod, niso bile zastopane v enakem deležu. Poleg tega se lahko spomin in interpretacija izkušenj razlikujeta od dejanskih čustvenih ali vedenjskih odzivov sodelujočih mater v zgodnjem poporodnem obdobju.

V vzorcu kvalitativnega dela raziskave so prav tako sodelovale matere, ki so prostovoljno želele deliti svojo izkušnjo v narativnem intervjuju. Sodelujoče matere so bile visoko izobražene in dobro informirane, kar omejuje vpogled v izkušnje mater z nižjo doseženo izobrazbo ali katerim od drugih dejavnikov socialno-ekonomskega statusa. V obeh vzorcih nisem pridobila podatka o tem, ali je bila nosečnost zaželena oziroma nezaželena, prav tako ne o tem, kakšna je bila pot staršev do zanositve. To pomeni, da lahko nekatere specifične izkušnje mater (npr. dolgotrajni poskusi zanositve, oploditev z biomedicinsko pomočjo, oploditev z darovano spolno celico) niso bile zajete, čeprav bi lahko pomembno vplivale na doživljanje nosečnosti, poroda in zgodnjega starševstva. Med sodelujočimi nisem preverila, v kakšni družinski strukturi bivajo, zato gre za omejeno zastopanost družinskih oblik (npr. enostarševska družina, starši iz LGBTQ+ skupnosti, posvojiteljska družina ipd.), kar omejuje vpogled v raznolik spekter potreb staršev. V vzorec niso bile vključene mladoletne matere ter matere, ki se srečujejo z raznolikimi in kompleksnimi problemskimi okoliščinami (npr. zasvojenost, prestajanje zaporne kazni ipd.). Raziskava ne zajema perspektive mater z izkušnjo nadomestnega materinstva, očetov, rejnikov, posvojiteljev in drugih otroku pomembnih odraslih, ki skrbijo zanj. Zaradi naštetih omejitev rezultati niso popolnoma reprezentativni za vse matere in družinske okoliščine, kar je pomembno upoštevati pri interpretaciji in posploševanju ugotovitev.

5 Sklepi

Rezultati magistrskega dela kažejo na naslednje sklepne ugotovitve, ki jih je mogoče razumeti v kontekstu obravnavanega raziskovalnega vzorca.

- Stik koža na kožo je v slovenskih porodnišnicah v veliki meri uveljavljena poporodna praksa, vendar ni vedno izveden neposredno znotraj prve ure po porodu. Po pripovedi nekaterih mater jim je bil omogočen po rutinskih postopkih oskrbe ali pa je bil zaradi organizacijskih dejavnikov in zdravstvenega stanja mame in otroka časovno omejen. Zlasti ob carskem rezu je bil stik koža na kožo z otrokom omogočen očetom.
- Matere prvi stik z otrokom opisujejo kot intenzivno večplastno čustveno, telesno in odnosno izkušnjo, povezano z občutki olajšanja in ponosa nase. Izkušnja je močno odvisna od poteka poroda, fizičnega stanja matere ter organizacijskih pogojev v porodnišnici. Iz rezultatov izhaja potreba po doslednejšem izvajanju poporodnih praks (npr. stik koža na kožo) ne glede na način poroda.
- Rezultati kažejo, da se proces vzpostavljanja povezanosti med materjo in otrokom pogosto začne že v obdobju nosečnosti, v katerem matere prve vezi oblikujejo prek telesnih zaznav, čustvenega doživljanja in nagovarjanja otroka skozi pogovor z njim. Zgodnje zaznavanje gibanja ploda predstavlja pomemben prelomni trenutek, ki pri materah okrepi občutek otrokove prisotnosti.
- Prvi stik z otrokom matere opisujejo kot pomembnega, a ta ni univerzalno razumljen kot edini ali odločilen dejavnik za nadaljnji odnos in dolgoročno povezanost med starši in otrokom. Ta je rezultat kontinuiranih interakcij, vsakodnevne skrbi in odzivanja na otrokove potrebe, pri čemer imata pomembno vlogo čustvena regulacija staršev ter podporno okolje. Z retrospektivne perspektive matere prvi stik vrednotijo kot pomembnega, vendar poudarjajo, da se povezanost razvija postopoma.
- Matere dojenje doživljajo kot pomemben način vzpostavljanja bližine in povezanosti z otrokom. Toda dojenje je le eden izmed možnih načinov povezovanja, saj se otrokova navezanost razvija tudi med drugimi oblikami interakcij s starši. Ključna je kakovost interakcije, ne zgolj način hranjenja.
- Matere, zlasti pri spodbujanju prvega stika z otrokom in pri vzpostavljanju dojenja, zdravstveno osebje v porodnišnici zaznavajo kot pomemben vir praktične in čustvene podpore, vendar ta ni vedno nujno dostopna in celostna. Nekatere matere so poročale tudi o pomanjkljivi in površinski komunikaciji ter o neenotnih in nereflektiranih pristopih zdravstvenega osebja.

- Odzivnost, sočutje in sporazumevanje zdravstvenega osebja so se po mnenju sodelujočih mater izkazali za pomembno povezani z izkušnjo in doživljanjem zgodnjega starševstva, občutkov kompetentnosti ter zaupanja v lastne odločitve. Matere se njihovih konkretnih besed, tona komunikacije in načina podajanja informacij živo spominjajo tudi po časovnem odmiku od same porodne izkušnje.
- Izkušnje mater kažejo, da je proces vzpostavljanja dojenja v zgodnjem poporodnem obdobju pogosto vir negotovosti, pritiska in stiske. Matere zaznavajo pomanjkanje odprtega dialoga in razumevanja ter spoštovanja njihovih stališč glede odločitve o načinu hranjenja otroka. Posebej prvorodnice izpostavljajo potrebo po tem, da jih zdravstveno osebje vpraša o njihovih pričakovanjih in načrtih ter jim ponudi pomoč brez vsiljevanja norm ali vzbujanja občutka krivde. Večja usmerjenost v odnos in v partnerstvo s starši, ki temelji na dialogu in spoštovanju izbire, bi pomembno prispevala k pozitivnejši izkušnji mater, k občutku avtonomije ter k večji kakovosti obporodne skrbi za žensko in otroka.
- Kot ključni varovalni dejavniki pri vzpostavljanju prvega stika med starši in otrokom se kažejo čustvena in praktična podpora zdravstvenega osebja, prisotnost in vključenost partnerja kot porodnega spremljevalca, informiranost in priprava na porod, možnost neprekinjenega stika z otrokom v obliki sobivanja, podpora v domačem okolju in spremljanje patronažne službe.
- Analiza rezultatov kaže na razkorak med strokovno in znanstveno opredeljeno vlogo socialnega dela v obporodnem obdobju in njegovo dejansko prisotnostjo v praksi. Potreba po psihosocialni podpori je s strani mater jasno izražena, vendar se na podlagi zbranih podatkov znotraj porodnišničnega okolja ne kaže za sistematično naslovljeno in dostopno, saj matere redko omenjajo stik s socialnimi delavkami. Podpora se pogosteje navezuje na zdravstveno osebje (babice, medicinske sestre, zdravnike) in patronažno službo po odpustu iz porodnišnice.
- Matere kot pomemben dejavnik obporodne izkušnje izpostavljajo potrebo po večji sistemski usklajenosti in standardizaciji porodnišnične oskrbe na ravni države. Njihove izkušnje kažejo na zaznane razlike med posameznimi porodnišnicami, kar starše postavlja v položaj tehtanja med možnostjo takojšnje pomoči otroku ob zapletih, občutkom varnosti in lastnim počutjem. Takšna neenotnost ustvarja negotovost ter občutek, da morajo starši prevzeti odgovornost za odločitve, ki bi morale biti

zagotovljene na sistemski ravni. Jasne smernice, enotni standardi in bolj poenotena organizacija obporodne oskrbe bi pomembno prispevali k večji varnosti, predvidljivosti in enakovredni obravnavi vseh mater ne glede na izbrano porodnišnico. S tem bi se okrepilo tudi zaupanje staršev v zdravstveni sistem kot celoto.

- Rezultati poudarjajo izjemen pomen zgodnjega prepoznavanja psihosocialnih stisk mater v času nosečnosti ter njihove pravočasne napotitve k ustreznim oblikam strokovne podpore in pomoči. Izkušnje mater kažejo, da lahko že kratek, a pozoren odziv zdravstvene delavke, zlasti osebne ginekologinje, ki spremlja nosečnost, pomembno prispeva k razbremenitvi stiske in povezovanju z viri podpore v problemskih okoliščinah. Ključno vlogo pri tem imajo občutljivost za prepoznavanje stisk, pripravljenost za pogovor ter hitro in učinkovito povezovanje s psihosocialno službo v porodnišnici. Dodatno vrednost predstavlja uporaba presejalnih vprašalnikov, ki omogočajo sistematično zaznavanje dejavnikov tveganja na področju duševnega zdravja in drugih problemskih okoliščin.
- Medinstitucionalno sodelovanje pomembno prispeva k celostnemu spremljanju in podpori nosečnici, porodnici ter k večji varnosti in blaginji matere in otroka. Ob tem rezultati opozarjajo, da takšna celostna podpora ni enako dostopna v vseh porodnišnicah, saj je razpoložljivost strokovnih služb podpore in pomoči odvisna od organizacije posamezne ustanove. Za zagotavljanje enakih možnosti vsem materam sta nujni tudi sistemska ureditev in večja dostopnost teh oblik podpore in pomoči na ravni celotnega zdravstvenega sistema.

6 Predlogi

Na podlagi ugotovitev raziskave magistrskega dela se na ravni izobraževanja, prakse in sistemskih ureditev kaže več priložnosti za izboljšanje podpore in pomoči družinam v obporodnem obdobju.

- Na področju priprave na porod in starševstvo bi bilo smiselno okrepiti vsebine v okviru šole za starše, zlasti z vključitvijo tematik o prvem stiku med starši in otrokom ter o kompleksnosti prehoda v starševstvo, vključujoč osebne in odnosne naloge, s katerimi se bodo srečali v novi vlogi staršev. Ob tem se kot potrebno kaže tudi poenotenje programov šol za starše na nacionalni ravni, s čimer bi zagotovili enakovredno informiranost in pripravo vseh bodočih staršev ne glede na kraj izvajanja.
- Posebno pozornost bi bilo treba nameniti tudi razvidnejši sistemski vključitvi očetov oziroma skrbnikov_ic, tako v vsebine in v samo izvedbo programov priprave na starševstvo, v poporodne prakse, kot tudi v prve dni bivanja v porodnišnici, saj njihova vloga pomembno prispeva k zgodnjemu vzpostavljanju družinske dinamike.
- Na ravni izobraževanja bi bilo v programe srednješolskega izobraževanja zdravstvene nege in predšolske vzgoje ter v študijske programe medicine, babištva, zdravstvene nege, socialnega dela, socialne pedagogike, specialne in rehabilitacijske pedagogike, predšolske vzgoje ipd. smiselno več pozornosti nameniti vključevanju vsebin o zgodnjem navezovanju, podpori pri dojenju in drugih načinih hranjenja otroka, o pomenu stika koža na kožo, ohranjanju bližine in odzivnosti pri skrbi za otroka, za otrokov razvoj. Obenem pa bi bilo treba tudi spodbujati dodatno usposabljanje in specializacijo na tem področju po opravljenem študiju, vključno z uvajanjem specializiranih perinatalnih socialnih delavk, katerih delo je v mednarodnem prostoru že uveljavljena in razširjena praksa.
- Posebno pozornost bi bilo treba nameniti razvoju strokovnih usmeritev za socialno delo na področju podpore materam pri dojenju, ki za zdaj še ni usklajena z mednarodnimi in nacionalnimi agendami. Socialne delavke, še posebej na centrih za socialno delo, lahko dosežejo velik del staršev in z njimi vzpostavijo stik v najrazličnejših življenjskih okoliščinah. Pri tem lahko pomembno prispevajo k informiranju mater, k odpravljanju socialnih in institucionalnih ovir ter h krepitvi njihovih kompetenc pri sprejemanju odločitev. Njihova vloga je še posebej pomembna v problemskih okoliščinah, v katerih se znajdejo družine, kot so ukrepi varstva in zaščite otrok, prestajanje zaporne kazni, spopadanje z zasvojenostjo, in drugih okoliščinah, kjer je dojenje pogosto dodatno

oteženo ali prekinjeno zaradi sistemskih omejitev in pomanjkanja podpore. S strokovno usmerjenim in neobsojajočim pristopom socialne delavke lahko prispevajo k ohranjanju stika med materjo in otrokom, kjer je to v otrokovo korist, ter k zmanjševanju neenakosti v dostopu do podpore v zgodnjem starševstvu.

- Na ravni prakse se kot pomembna priložnost kaže večja vključenost socialnih delavk v poporodno obdobje, kjer bi lahko pomembno prispevali k zgodnjemu prepoznavanju kompleksnih psihosocialnih problemskih okoliščin ter k spodbujanju razvoja varne navezanosti med starši in otrokom. V tem kontekstu bi bilo smiselno razmisliti tako o zaposlovanju socialnih delavk v slovenskih porodnišnicah, kjer ta oblika strokovne podpore še ni vzpostavljena, kot tudi o vzpostavitvi dodatnih oblik podpore, kot sta na primer krizna telefonska linija za matere v zgodnjem poporodnem obdobju ter zgodnja oblika podpore in pomoči družinam na domu v sodelovanju s patronažno službo.
- Več pozornosti bi bilo treba nameniti celostni pred, ob in poporodni oskrbi matere, s poudarkom na poporodnem obdobju, na primer ob pediatričnih sistematskih pregledih, kjer bi strokovni delavci poleg otrokovega razvoja sistematično spremljali tudi materino počutje.
- Z vidika praktične podpore, ki je za starše v zgodnjem obdobju starševstva še posebej dobrodošla, je dostop do cenovno ugodnih in kakovostnih obrokov za porodnice pri ponudnikih javnih zavodov nekaj, kar bi lahko pomembno prispevalo k njihovemu okrevanju po porodu.
- Rezultati raziskave magistrskega dela nakazujejo tudi na potrebo po nadaljnjem raziskovanju, zlasti doživljanje očetov. Ob tem kot pomembne skupine, v katerih bi bilo dragoceno raziskati njihovo doživljanje prvega stika z otrokom, prepoznavam tudi mladoletne matere, matere z izkušnjo stiske duševnega zdravja, matere z izkušnjo zasvojenosti, matere v socialno-ekonomsko ogroženih okoliščinah, matere v enostarševskih družinah, matere z različnimi oblikami senzornih ovir (npr. gluhe in slepe matere), matere z izkušnjo migracij in matere z izkušnjo prisilne razselitve. Obenem bi bilo v slovenskem prostoru posebno pozornost smiselno nameniti tudi izkušnjam mater, ki so povezane s prenehanjem dojenja v kontekstu ukrepov varstva in zaščite otrok, materam po travmatičnih porodnih izkušnjah, materam, ki rodijo prezgodaj ali imajo bolnega novorojenčka, ter materam, ki so iz različnih razlogov v zgodnjem obdobju po porodu ločene od otroka (npr. zaradi hospitalizacije ali institucionalnih ukrepov). Nadaljnje raziskovanje v teh ciljnih skupinah bi omogočilo boljše

razumevanje specifičnih potreb ter prispevalo k razvoju ciljno usmerjenih in dostopnih oblik podpore in pomoči.

7 Uporabljena literatura

1KA (različica 23.06.20) [programska oprema]. (2023). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede. Dostopno prek https://www.1ka.si.

Abrahams, R. R., Kelly, S. A., Payne, S., Thiessen, P. N., Mackintosh, J., & Janssen, P. A. (2007). Rooming-in compared with standard care for newborns of mothers using methadone or heroin. *Canadian Family Physician, 53*(10), 1722–1730. Pridobljeno 10. 1. 2026 s http://uvl.summon.serialssolutions.com/2.0.0/link/0/eLvHCXMwtV1Ja9tAFB6cHkovpRutki5z6M3IjGbRSMdg0oZCikkccE9ilJFxwJZDFNf03_fNpsXtoS30IsRIGsS8T2_Tm-8h9JEnJZE0ZbFOqjLmSmVxyTMWl9bYG0KozOxGnl7zxVX6eSa_jEahdVc39l8lDWMga7Nz9i-k3U4KA3AOMocjSB2OfyT3S_CEwRzFv9SXt0kDW-xlqgvBowYEuDq4jd2J1Yx3Nndg-korva1N1yfwJe-3np_7kNLgMD3S_UyyG7BdFsdmn8eXk063-_bWV5Pxad0-M1M_XHZ1kKSer24Nu3kdqhjHXyeDRIVsS958vVCXCPE9PWbh5Rq3Fw1eXQ10dRYzQRbOUjn1LBMBobMjew_625ENB5ySnjYG54z2LHsi3S-gHgruNhYGRktxwg44ua2Vn11MwYMCr1IeoSNGTHuG829nbUwPDp1vyuhe1pDQ-sl6lNO_C18Oq3B7bs38GXrq4xF86oD0HI2q-gV6fOErLl6iRYcnHPCEDZ5wwBM2eMKAJxzwhLdL7PGELZ5wiycMtzk8vULXn87m0_PYd-OIV4yyh7gUN4Rprivzed9wwiWppNbg8uuc5RrCgCWVVFSK8ERnS6rzcplqLkSZplSVGXuDsGmWkBDQAyxTXJY0z8CkwHoJYfq9CB4hHJasaDZqvYYVosV-vxesMNEqyDNCJ2EpC__ZNQU1THMpTBahD-1V0JPm55eqq-2uKeBqDsG5jNBrt-zFnaNzKYK8IiQHAmlvMAzswyv17coysXtkHP_zkyfoSfepvEWPHu531Tvwcr-v31uc_QSyprBQ.

Adeli, M., & Aradmehr, M. (2018). A comparative study of maternal-neonate abdominal and kangaroo (skin-to-skin) skin contact immediately after birth on maternal attachment behaviors up to 2 months. Journal of Education and Health Promotion 7(1), 42. Pridobljeno 5. 8. 2025 s https://journals.lww.com/jehp/fulltext/2018/07000/a_comparative_study_of_maternal_neonate_abdominal.42.aspx.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Ardiel, E. L., & Rankin, C. H. 2010. »The Importance of Touch in Development.« *Paediatrics and Child Health* 15, no. 3: 153–156. Pridobljeno 6. 10. 2025 s https://doi.org/10.1093/pch/15.3.153.

Athan, A. (2016). *What is matrescence?* Matrescence.com. Pridobljeno 2. 11. 2025 s https://www.matrescence.com.

Bachman, D., & Lind, R. (1997). Perinatal Social Work and the Family of the Newborn Intensive Care Infant. V D. Bachman & R. Lind (ur.), *Fundamentals of perinatal social work: A guide for clinical practice with women, infants & families*. Haworth Press, Inc.

Badr, H. A., & Zauszniewski, J. A. (2017). Kangaroo care and postpartum depression: The role of oxytocin. International Journal of Nursing Sciences, 4(2), 179–183. Pridobljeno 5. 8. 2025 s https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.01.001.

Balain, M., & Johnson, K. (2014). Neonatal abstinence syndrome: the role of breastfeeding. *Infant (Bishop's Stortford, England)*, *10*(1), 9–13. Pridobljeno 10. 1. 2026 s http://uvl.summon.serialssolutions.com/2.0.0/link/0/eLvHCXMwtZ1LS8NAEMcXWy9eRFHwzQoiXgJ5bF7eTEmNUqvQFHor2TShSklqmwp-e2e62SalB-vByxKWkIT8kpnd2f_OEHLjslg3OIpbuWUo4KFjhVsmV3jE1dhKXPCgSLrVZ4Oe9fhmP1fFFKu-fyUNfcAad87-gfbqotABx8AcWqAO7VbcuwnGwzEDAIe_NxM5ZMu0BFLEISWFHBXpRVpzYB9S2J5GIhWp9z4f59NlVL8H0_NCauHL4h-1QIIXTSKRkOAFl8jHK3tfFuGS2o3Zd1YPNWisFmoQ1tFmpqLpqrlmPtWNz0TYQrfmVMV-0_V0193XYbvf6QxDfxDeTj8VrASGK-ZlWZQGaRgqa5Jd_ynwAuldGRggW2xyFY-y4UOXA4PwgOyXI3r6IFAckp0kOyK2xEArDFRiuKcAgSIEmqd0DcIxuWv7YStQ5N2G8B_i4kqUJfliDlMoFyVjWPfnhFCHjUwWa6kOfo2ZeuwwrhquoyVuzK10pJ6S61-vc7bFOedkrwJ1QZrFbJFcwijpa3JVvrgfV38g2g.

Bergen, D. (2022). Developing attachment: The theoretical work of John Bowlby and Mary Ainsworth. V L. Cohen in S. Waite-Stupiansky (ur.), *Theories of early childhood education: developmental, behaviorist, and critical.* 2nd ed. (str. 107–128). New York: Routledge.

Bick, J., Dozier, M., Bernard, K., Grasso, D., & Simons, R. (2013). Foster Mother-Infant Bonding: Associations Between Foster Mothers' Oxytocin Production, Electrophysiological Brain Activity, Feelings of Commitment, and Caregiving Quality. *Child Development*, *84*(3), 826–840. Pridobljeno 6. 1. 2026 s https://doi.org/10.1111/cdev.12008.

Boston Women's Health Book Collective. (1998). *Our bodies, ourselves for the new century: a book by and for women.* Touchstone Books.

Bowlby, J. (1952). *Maternal care and mental health: A report prepared on behalf of the World Health Organization as a contribution to the United Nations programme for the welfare of homeless children.* Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Bowlby, J. (1991). *Attachment and loss. Vol. 2, Separation: anxiety and anger*. Penguin Books.

Brennan, M., & Davis, C. (2025). Helping Fathers in the Perinatal Period: A Mapping Review of Paternal Mental Health Issues for Social Workers. *Families in Society*, *106*(3), 709–726. Pridobljeno 9. 11. 2025 s https://doi.org/10.1177/10443894241234088.

Breslin, R. L. (1997). Introduction. V D. Bachman & R. Lind (ur.), *Fundamentals of perinatal social work: A guide for clinical practice with women, infants & families*. Haworth Press, Inc.

Brimdyr, K., Stevens, J., Svensson, K., Blair, A., Turner-Maffei, C., Grady, J., Bastarache, L., Al Alfy, A., Crenshaw, J. T., Giugliani, E. R. J., Ewald, U., Haider, R., Jonas, W., Kagawa, M., Lilliesköld, S., Maastrup, R., Sinclair, R., Swift, E., Takahashi, Y., & Cadwell, K. (2023). Skin-to-skin contact after birth: Developing a research and practice guideline. *Acta Paediatrica, 112*(8), 1633–1643. Pridobljeno 18. 10. 2025 s https://doi.org/10.1111/apa.16842.

Broadhurst, K., Alrouh, B., Mason, C., Ward, H., Holmes, L., Ryan, M., & Bowyer, S. (2018). *Born into care: Newborns babies subject to care proceedings in England*. London: The Nuffield Family Justice Observatory, Nuffield Foundation. Pridobljeno 31. 10. 2025 s https://www.education.ox.ac.uk/wp-content/uploads/2024/07/Born-into-care.pdf.

Buranasin, B. (1991). The effects of rooming-in on the success of breastfeeding and the decline in abandonment of children. *Asia Pacific Journal of Public Health, 5*(3), 217–220. Pridobljeno 10. 1. 2026 s https://doi.org/10.1177/101053959100500305.

Bystrova, K., Ivanova, V., Edhborg, M., Matthiesen, A. S., Welles-Nyström, B., Widström, A. M., & Ransjö-Arvidson, A. B. (2009). Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. *Birth*, *36*(2), 97–109. Pridobljeno 18. 10. 2025 s https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00307.x.

Cagan, E. S., & Genc, R. (2023). The effects of kangaroo care at birth on exclusively breastfeeding, baby's growth and development according to attachment theory: a randomized controlled trial. *Early Child Development and Care*, *193*(3), 378–387. Pridobljeno 5. 8. 2025 s https://doi.org/10.1080/03004430.2022.2093866.

Chau, V., Dryer, R., & Brunton, R. (2023). Examining the relationship between maternal childhood abuse history and mother-infant bonding: The mediating roles of postpartum depression and maternal self-efficacy. *Child Abuse & Neglect*, *145*. Pridobljeno 21. 10. 2025 s https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106439.

Chen, E. M., Gau, M. L., Liu, C. Y., & Lee, T. Y. (2017). Effects of father-neonate skin-to-skin contact on attachment: A randomized controlled trial. *Nursing Research and Practice, 2017*, 1–8. Pridobljeno 19. 10. 2025 s https://doi.org/10.1155/2017/8612024.

Chiang, D. F., Gardner, S. S., Siedlik, E. A., & Sexton, E. C. (2025). An Exploratory Study of Therapeutic Relationships and Participant Retention in a Specialized Home Visiting Program. *Journal of Child and Family Studies*, *34*(8), 2114–2125. Pridobljeno 30. 11. 2025 s https://doi.org/10.1007/s10826-025-03137-5.

Çitil Canbay, F., Çitil, E. T., & Değirmen, N. (2024). The effect of breastfeeding education and skin-to-skin contact on breastfeeding efficiency and maternal attachment: a randomized controlled study. *Early Child Development and Care*, *194*(3), 424–434. Pridobljeno 21. 10. 2025 s https://doi.org/10.1080/03004430.2024.2320885.

Conaboy, C. (2024). *Materinski možgani: kako nevroznanost piše novo zgodbo starševstva*. UMco.

Constable, R., & Lee, D. B. (2004). *Social work with families: content and process* (2. izdaja). Chicago, Illinois: Lyceum Books, Inc.

Constable, R., & Lee, D. B. (2015). *Social work with families: content and process* (2. izdaja). Chicago, Illinois: Lyceum Books, Inc.

Conti, G., Sandner, M., Brand, T., & Kliem, S. (2025). Efficacy of delivery models in early intervention: Findings from Germany's nurse-family partnership on family and child welfare services and pediatric medical incidents in high-risk families. *Child Abuse & Neglect*, *166*. Pridobljeno 31. 10. 2025 s https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2025.107513.

Cozolino, L. J. (2014). *The neuroscience of human relationships: Attachment and the developing social brain*. 2nd ed. W. W. Norton & Company.

Critchley A. (2020). »The lion's den«: Social workers' understandings of risk to infants. *Child & Family Social Work, 25*, 895–903. Pridobljeno 31. 10. 2025 s https://doi.org/10.1111/cfs.12774.

Critchley, A. (2018). *Pre-birth child protection* (Insight 42). The Institute for Research and Innovation in Social Services (Iriss). Pridobljeno 31. 10. 2025 s https://www.iriss.org.uk/resources/insights/pre-birth-child-protection.

Critchley, A., Grant, A., Brown, A., & Morriss, L. (2022). Breastfeeding, social work and the rights of infants who have been removed. *Qualitative Social Work : QSW : Research and Practice, 21*(1), 3–14. Pridobljeno 4. 8. 2025 s https://doi.org/10.1177/14733250211069410.

Cross, J. (2023). Maltreatment and NICU Infants: Social Work's Role in Promoting Breastfeeding as a Protective Factor. *Advances in Social Work*, *22*(3), 1162–1173. Pridobljeno 5. 8. 2025 s https://doi.org/10.18060/25613.

Cugmas, Z. (2020). Večkratna navezanost. Ljubljana: i2.

Cuijlits, I., van der Heijden, P., Vismara, L., Vreeswijk, C., & R. L. R. M. van Bakel, H. (2019). Risk and protective factors for pre- and postnatal bonding. *Infant Mental Health Journal, 40*(6), 768–785. Pridobljeno 19. 10. 2025 s https://doi.org/10.1002/imhj.21811.

Čačinovič Vogrinčič, G., & Mešl, N. (2019). *Socialno delo z družino: soustvarjanje želenih izidov in družinske razvidnosti*. Fakulteta za socialno delo.

Čačinovič Vogrinčič, G., Kobal, L., Mešl, N., & Možina, M. (2005). *Vzpostavljanje delovnega odnosa in osebnega stika*. Fakulteta za socialno delo.

Černe Kržišnik, N., & Prosen, M. (2019). Rojstvo nedonošenega otroka in podpora zdravstvenih delavcev z vidika mater: deskriptivna fenomenološka raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, *53*(3), 200–210. Pridobljeno 10. 1. 2026 s https://doi.org/10.14528/snr.2019.53.3.750.

Dadkhahtehrani, T., Eskandari, N., Khalajinia, Z., Ahmari-Tehran, H. (2018). Experiences of Fathers with Inpatient Premature Neonates: Phenomenological Interpretative Analysis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, *23*(1), 71–78. Pridobljeno 10. 1. 2026 z DOI: 10.4103/ijnmr.IJNMR_21_17.

de Château, P., & Wiberg, B. (1984). Long-term effect on mother–infant behaviour of extra contact during the first hour post partum III: follow-up at one year. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, *12*(2), 91–103. Pridobljeno 18. 10. 2025 s https://doi.org/10.1177/140349488401200205

Delicate, A., Ayers, S., & McMullen, S. (2018). A systematic review and meta-synthesis of the impact of becoming parents on the couple relationship. *Midwifery, 61*, 88–96. Pridobljeno 19. 10. 2025 s https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.02.022.

Disfani, R. M., Mirlashari, J., Younespour, S., Tirandaz, S. Y., & Begjani, J. (2025). Effect of Skin to Skin Contact between the Biological Mother and Their Baby Who Born Via Surrogacy on Mother Infant Attachment. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, *30*(6), 919–923. Pridobljeno 28. 1. 2026 s https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_162_23.

Dodge, K. A., Benjamin Goodman, W., Bai, Y., Murphy, R. A., & O'Donnell, K. (2021). Maximizing the return on investment in Early Childhood Home Visiting through enhanced eligibility screening. *Child Abuse & Neglect*, *122*, 1–11. Pridobljeno 30. 11. 2025 s https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105339.

Dozier, M., C. P. Roben, E. Caron, J. Hoye & K. Bernard. 2018. »Attachment and Biobehavioral Catchup: Developing an Evidence Based Intervention.« *Psychotherapy Research*, *28*, 18–29. Pridobljeno 31. 10. 2025 s https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1229873.

Drglin, Z. (2003a). *Rojstna hiša: kulturna anatomija poroda*. Delta.

Drglin, Z. (2003b). Materinstvo onkraj sanj: Stiske žensk po porodu. *Zdravstveno varstvo*, *42*(1), 25–33. Pridobljeno 2. 11. 2025 s https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-HJSB7BSO/.

Drglin, Z. (2012). Izmera poklica: od vodništva k sopotništvu: babica kot skrbstveni poklic in potrebe ženske, ki postaja mati. *Socialno delo*, *51*(1/3), 27–38. Pridobljeno 4. 8. 2025 s https://www.revija-socialnodelo.si/mma/Izmera_URN_NBN_SI_DOC-V8XHZVLN.pdf/2019032515243953/. Fakulteta za socialno delo.

Drglin, Z., Mihevc Ponikvar, B., & Tomšič, S. (2018). Podpora ranljivim nosečnicam in materam: V dobro žensk, otrok, družin in družbe. V V. Globevnik Velikonja (ur.), *Prepoznavanje ranljivih skupin žensk v obporodnem obdobju: Priročnik za zdravstvene delavce* (str. 1–12). Združenje za perinatalno medicino SZD.

Dumas, L., Lepage, M., Bystrova, K., Matthiesen, A. S., Welles-Nyström, B., & Widström, A. M. (2013). Influence of skin-to-skin contact and rooming-in on early mother–infant interaction: A randomized controlled trial. *Clinical Nursing Research, 22*(3), 310–336. Pridobljeno 18. 10. 2025 s https://doi.org/10.1177/1054773812468316.

Enkin, M., Keirse, M. J. N. C., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E., & Hofmeyr, J. (2000). *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford University Press.

Ethier, K. L. (2022). Relationships to Self, Baby, Others, and System: A Narrative Analysis of the Transition to Parenthood for Young Mothers in Foster Care. *Child & Adolescent Social Work Journal*, *39*(6), 711–734. Pridobljeno 6. 1. 2026 s https://doi.org/10.1007/s10560-022-00846-4.

Evropski parlament in Svet Evropske unije. (2016). *Uredba (EU) 2016/679 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 27. aprila 2016 o varstvu posameznikov pri obdelavi osebnih podatkov in o prostem pretoku takih podatkov ter o razveljavitvi Direktive 95/46/ES (Splošna uredba o varstvu podatkov)*. *Uradni list Evropske unije*, L 119, 1–88.

Feldman, R. (2017). The neurobiology of human attachments. *Trends in Cognitive Sciences, 21*(2), 80–99. Pridobljeno 26. 10. 2025 z doi: 10.1016/j.tics.2016.11.007.

Feldman, R., Rosenthal, Z., & Eidelman, A. I. (2014). Maternal preterm skin-to-skin contact enhances child physiologic organization and cognitive control across the first 10 years of life. *Biological Psychiatry, 75*(1), 56–64. Pridobljeno 10. 1. 2026 s https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2013.08.012.

Fereday, J., & Muir-Cochrane, E. (2006). Demonstrating Rigor Using Thematic Analysis: A Hybrid Approach of Inductive and Deductive Coding and Theme Development. *International Journal of Qualitative Methods*, *5*(1), 80–92. Pridobljeno 10. 1. 2026 s https://doi.org/10.1177/160940690600500107.

Field, T. (2010). »Touch for Socioemotional and Physical Well-Being: A Review.« *Developmental Review 30*(4), 367–383. Pridobljeno 6. 10. 2025 s https://doi.org/10.1016/j.dr.2011.01.001.

Findley, H., McMahon, G., & Giallo, R. (2025). Parent, child and family factors associated with interparental conflict: A study of parents seeking support from a community health service in the postnatal period. *Child and Family Social Work*. Pridobljeno 19. 10. 2025 s https://doi.org/10.1111/cfs.13283.

Finnegan, L. P., Connaughton, J. F., Jr., Kron, R. E., & Emich, J. P. (1975). Neonatal abstinence syndrome: Assessment and management. *Addictive Diseases, 2*(1-2), 141–158.

Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problem of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 14*, 387–421. Pridobljeno 10. 11. 2025 s https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)61442-4.

Frances, T., & Lucas, S. E. (2024). Participatory research with women in the perinatal period: Considerations for reflexive, community-oriented and power-sensitive research practices. *Qualitative Social Work : QSW : Research and Practice*, *23*(5), 833–848. Pridobljeno 9. 11. 2025 s https://doi.org/10.1177/14733250231214203.

Frederick, A., Fry, T., & Clowtis, L. (2020). Intraoperative mother and baby skin-to-skin contact during cesarean birth: Systematic review. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, *45*(5), 296–305. Pridobljeno 26. 10. 2025 s https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000646.

Gerhardt, S. (2015). *Why love matters: How affection shapes a baby's brain* (2. izd.). Routledge.

Gholampour, Z., Rousta, N., Parsa, G., & Safari, M. (2025). The Impact of Immediate Skin-to-Skin Contact Between Mother and Full-Term Newborn on Infant Growth and Development at Two Months of Age. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, *38*(3), 0–7. Pridobljeno 22. 10. 2025 s https://doi.org/10.1111/jcap.70033.

Giallo, R., Seymour, M., Treyvaud, K., Christensen, D., Cook, F., Feinberg, M., Brown, S., & Cooklin, A. (2022). Interparental conflict across the early parenting period: Evidence from fathers participating in an Australian population-based study. *Journal of Family Issues, 43*(7), 1760–1781. Pridobljeno 19. 10. 2025 s https://doi.org/10.1177/0192513X211030042.

Gibbs, D., Boshoff, K., & Stanley, M. (2015). Becoming the parent of a preterm infant: A meta-ethnographic synthesis. *British Journal of Occupational Therapy*. *78*(8), 475–487. Pridobljeno 10. 1. 2026 z doi: 10.1177/0308022615586799.

Gostečnik, C. (2023). *Prvih 1000 dni*. Brat Frančišek; Teološka fakulteta; Frančiškanski družinski inštitut.

Gribble, K. D. (2024a). Supporting vulnerable women in mothering through skin-to-skin contact, proximity and breastfeeding: Part 1 research. *Breastfeeding Review*, *32*(2), 6–18. Pridobljeno 10. 1. 2026 s http://uvl.summon.serialssolutions.com/2.0.0/link/0/eLvHCXMwtZ3fb9MwEMet_ZCmvSAYk1YoyA-8FU-J48QNT0Ap7SaBJq2TeIvsNOk6RouadH8_d47rJEWVQNpe2iqNXDef-Hy-3H1NyLvplMs47SsWiTRmIo84i7O-x5TkOT73S32BtcODG_HjOhpdycs6mFMfe1LScAxYY-Xsf9B2jcIB-AzM4RWow-s_ccdtOpcrk8z8sL5HTWmsjTJCCxjb-LWsKv5mboee4ud8wcolw3eTua5SY5gxwQWrnyqBJo3J62VezXUYRriC3-75PSsWdNt6ONw81xbHOMOOT_ehK196o9Vca9t3G3bgwqWo2huljsS0G92-qypTBi4849Jqf1u7W8c13fK3MqJRYza2xrmlk701f7msQoxABCYWUYnOzsvzCTcabl5s5mVwftCBgZOwWH8_8MQBORxejD-PG_KMZtdE1-HWwqOhsWDcj8lz8syuG-inCvgLspctTsjRN5sZ8ZIUNXdac6eGO50vqONOLXfa5E4t9_fUUadAnbaof6DInPp0w_yU3HwdTgZjZjfUYL_hf5cs1F6oYiVQdC-eail9zv0s9fIgD_1AgW8aqn6QaRSRnKpUaa25zGPhSxXmqOt0RiiXHm6JoDgK53s-jGstRRZlfcE9nUZxh3Q3Fyyxw6JIAgAAfi8sfzvkO17EBDxBGF5Vb5MNrmS5miUwlSe

wMkWS9Re7OXbIR3MGmk2TvLgo7lRZ_N1EubOJV4_dp9fkuB4yXXJQrtbZG_BdH-7f2vvtDx8doB0.

Gribble, K. D. (2024b). Supporting vulnerable women in mothering through skin-to-skin contact, proximity and breastfeeding: Part 2 actions. *Breastfeeding Review*, *32*(2), 19–29. Pridobljeno 10. 1. 2026 s http://uvl.summon.serialssolutions.com/2.0.0/link/0/eLvHCXMwtV1Lb9QwELZokRAXxEtioSAfEJdiyY_ETjix9MGWQrVStxK3KM6j2lJ2y27a38-MbeIsCAQHLsnK8TpOPns8Mxl_Q8hLa60woqpZVSUNA41YsCwtJSszUDdarrPSEc_vnSWfT_X7qfkQ0x3Fsv-KNJQB1rhz9h_Q7huFAvgNmMMRUIfjX-GOaTqXKxfMfHN9iZzSuDfKES2gb-Pr0u_4O-8z9Ky_zBesWzI8u8j1snKCGQNccPeTJ2iyGLzetX6tQzfCFO69K3fHVfT49TxJg6phb0wM85lb6yOYj_E7P3Rqf-h4kEkfpBqGSvTFbLb787jywgyUeCZNYP8Okjd6NnsD2IvRIEX9ghw8IhtU2ZPxaTHdPyw-Hp0cv7r6xjCLGH5tDylVtsiW4sk2uX1wNHk3GXAvupSIfV82rIoBgYLTLWb3yb1gFNCxR_MBudUsHpI7n0LYwyOyiqDSCCp1oNL5gvag0gAqHYJKA6ivaQ8pBUjpBqRvKAJKJQ2APiZnhwezvQkLyTLYFShlHUvrqjbwF1lKXcpW16riqc2UKuFBa5UmVYspVrhsayPaTDfGcDBmNdRoUmGNekKoSvJGCambFlkEE21h_oLG2ZrS1CJL8hHZ-fG-ijDk14XiOQedVio9Iif4DgvQ8mDq-PlbeP5fKF2uzgtYpguwOpUSOl6YScezx3OnO8lcCsxBxDXPRuStq4EisfFPf1F261-b6H7bxNM_d_kZuRuH9g7Z7lbXzXPQMm8uX4TB8x3MFIh_.

Gribble, K. D., & Gallagher, M. (2014). Rights of Children in Relation to Breastfeeding in Child Protection Cases. *The British Journal of Social Work*, *44*(2), 434–450. Pridobljeno 2. 11. 2025 s https://doi.org/10.1093/bjsw/bcu004.

Gringeri, C. E., Wahab, S., & Anderson-Nathe, B. (2010). What Makes it Feminist?: Mapping the Landscape of Feminist Social Work Research. *Affilia*, *25*(4), 390–405. Pridobljeno 10. 1. 2026 s https://doi.org/10.1177/0886109910384072.

Grube, W., Mendenhall, A., Sattler, P., & Byers, K. (2025). Exploring the Impact of Attachment and Biobehavioral Catch-Up on Infant Well-Being: A Pre/Post Early Intervention Study. *Child & Family Social Work*. Pridobljeno 31. 10. 2025 s https://doi.org/10.1111/cfs.70015.

Gutiérrez, G. M. R., Robledo, C. H., Hernandez, F. V., Martínez, M. G. S., Aguirre, E. V., Cruz, W. M., Ángeles, S. W. M., Ruiz, G. M., & Cardenas, K. V. (2025). Breastfeeding practices following a social work health promotion strategy among first-time mothers in Mexico. *South Florida Journal of Development*, *6*(9). Pridobljeno 2. 11. 2025 s https://doi.org/10.46932/sfjdv6n9-011.

Hart, D. (2001). *The contested subject: Child protection assessment before birth* (Doktorska disertacija). University of Southampton. Pridobljeno 31. 10. 2025 s https://eprints.soton.ac.uk/365588/.

Hertenstein, M. J. 2002. »Touch: Its Communicative Functions in Infancy.« *Human Development, 45*(2), 70–94. Pridobljeno 6. 10. 2025 s https://doi.org/10.1159/000048154.

Hignell, A., Carlyle, K., Bishop, C., Murphy, M., Valenzano, T., Turner, S., & Sgro, M. (2020). The Infant Cuddler Study: Evaluating the effectiveness of volunteer cuddling in infants with neonatal abstinence syndrome. *Paediatrics & Child Health*, *25*(7), 414–418. Pridobljeno 9. 2. 2026 s https://doi.org/10.1093/pch/pxz127.

Hilton, L. (2018). Hugging is healing for NICU babies. *Contemporary Pediatrics (Montvale, N.J.)*, *35*(5), 27–31. Pridobljeno 9. 2. 2026 s http://uvl.summon.serialssolutions.com/2.0.0/link/0/eLvHCXMwtV1LS8NAEB5sBfEivsBHlUW9SUIem2xz1FJNixbBFryVdJNIQKSatr_f2VcSFIoevCxhApswk8zO7Hw7H8CVl_tZFqbUiijzLRqw1Io4z60QcxG3K7qXKG7ACX15Du-f2LDm-axl_2pplKGtxcnZP1i7mhQFeI02xxGtjuOv7B4vXyXvUFHKINAAJUeD3uR6lswMZtA0J2g2p5ob2g65E4t_-2Kl0cYje2g39gziwnBRPxRlhRXSewdut0bqKfyQwCyKgpA59CTRZt8BmKJYrphp7UzKMErAlNNXbSCNF1VNR_TXEjRdImssrujx5x-W4PwStXFNgNKClu_QNmz2B_FtXNeAQkl9VL3Bj9VShgDjXdjRsTu5UUrfg43sfR-2HjU64QAutO5JURKte4K6J0L3ROn-EC7v-uNebJlnTLVRy6mHQSKmqugK_SMgPPJSQWPIOHNo6oYJC7jDOfeiJMeE3z2GzropTtbfPoXt2lAdaC8-l9kZhj2rt3Otny_a6gvr.

Hodson, A. V. (2011). *Pre-birth assessment in social work* (Doktorska disertacija). University of Huddersfield. Pridobljeno 31. 10. 2025 s http://eprints.hud.ac.uk/id/eprint/13037/1/ahodsonfinalthesis.pdf.

Holmegaard, K., Smith-Nielsen, J., Stuart, A. C., Frees, A., Lassen, N. M., & Væver, M. S. (2025). »Insight at a Cost«: Postpartum Depressed Mothers' Experiences with the Circle of Security-Parenting Program. *Journal of Child and Family Studies*, *34*(9), 2471–2486. Pridobljeno 30. 11. 2025 s https://doi.org/10.1007/s10826-025-03149-1.

Huang, L., Macbeth, G., Dodge, J., & Jacobstein, D. (2004). Transforming the Workforce in Children's Mental Health. *Adm Policy Ment Health*, *32*, 167–187. Pridobljeno 10. 11. 2025 s https://doi.org/10.1023/B:APIH.0000042745.64582.72.

Hurst, C. G. (2007). Addressing Breastfeeding Disparities in Social Work. *Health & Social Work*, *32*(3), 207–210. Pridobljeno 4. 8. 2025 s https://doi.org/10.1093/hsw/32.3.207.

Hurst, C. G., Reno, R., & Lefmann, T. (2018). Committing to breastfeeding in social work. *Social Work*, *63*(3), 252–260. Pridobljeno 1. 8. 2025 s https://www.jstor.org/stable/10.2307/48558990.

International Federation of Social Workers. (2014). *Global definition of social work*. Pridobljeno 8. 8. 2025 s https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/.

Jansen, J., de Weerth, C., & Riksen-Walraven, J. M. (2008). Breastfeeding and the mother-infant relationship – A review. *Developmental Review*, *28*, 503–521. Pridobljeno 19. 10. 2025 s https://doi.org/10.1016/j.dr.2008.07.001.

Kalembo, F. W., & Kendall, G. E. (2022). A systematic review of interventions that have the potential to foster engaged fathering to enhance children's health and development. *Child & Family Social Work*, *27*(3), 545–566. Pridobljeno 31. 10. 2025 s https://doi.org/10.1111/cfs.12897.

Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1976). *Maternal-infant bonding: The impact of early separation or loss on family development*. C. V. Mosby Co.

Koerber, A. (2013). *Breast or bottle?: Contemporary controversies in infant-feeding policy and practice*. University of South Carolina Press.

Kompan Erzar, K., & Poljanec, A. (2012). *Rahločutnost do otrok: stik z otrokom v prvem letu življenja*. Brat Frančišek; Frančiškanski družinski inštitut.

Kristoffersen, L., Bergseng, H., Engesland, H., Bagstevold, A., Aker, K., & Støen, R. (2023). Skin-to-skin contact in the delivery room for very preterm infants: a randomised clinical trial, *BMJ Paediatrics Open*, *7*(1). Pridobljeno 10. 1. 2026 s https://doi.org/10.1136/bmjpo-2022-001831.

Kronborg, H. (2025). Positive impact of prolonged skin-to-skin contact on parental confidence and symptoms of depression among mothers and fathers of healthy newborns. *Scandinavian Journal of Public Health*. Pridobljeno 2. 10. 2025 s https://doi.org/10.1177/14034948251342282.

Lazarus, M. F., Marchman, V. A., Feldman, H. M., Scala, M., & Travis, K. E. (2025). The Power of Early Experience: Neonatal Skin-To-Skin Care Mitigates SES-Related Disparities in Developmental Outcomes. *Infancy*, *30*(3), 0–11. Pridobljeno 2. 11. 2025 s https://doi.org/10.1111/infa.70024.

Le Bas, G. A., Youssef, G. J., Macdonald, J. A., Rossen, L., Teague, S. J., Kothe, E. J., McIntosh, J. E., Olsson, C. A. & Hutchinson, D. M. (2020). The role of antenatal and postnatal maternal bonding in infant development: A systematic review and meta-analysis. *Social Development, 29* (1), 3–20. Pridobljeno 26. 10. 2025 s https://doi.org/10.1111/sode.12392.

Leach, P. (ur.). (2017). *Transforming infant wellbeing: Research, policy and practice for the first 1001 critical days*. Routledge.

Lee, S., & Kim, Y. (2025). The effect of immediate skin-to-skin contact on exclusive breastfeeding: An instrumental variable approach. *Acta Paediatrica, 114*(9). Pridobljeno 19. 10. 2025 s https://doi.org/10.1111/apa.70122.

Lekan, M. (2011). *Novorojenček z odtegnitvenim sindromom = Neonatal abstinence syndrome*. 67–74.

Lever Taylor, B., Mosse, L., & Stanley, N. (2019). Experiences of social work intervention among mothers with perinatal mental health needs. *Health & Social Care in the Community*, *27*(6), 1586–1596. Pridobljeno 9. 11. 2025 s https://doi.org/10.1111/hsc.12832.

Lilliesköld, S., Zwedberg, S., Linnér, A., & Jonas, W. (2022). Parents' experiences of immediate skin-to-skin contact after the birth of their very preterm neonates. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, *51*(1), 53–64. Pridobljeno 18. 10. 2025 s https://doi.org/10.1016/j.jogn.2021.10.002.

Linde, K., Lehnig, F., Nagl, M., & Kersting, A. (2020). The association between breastfeeding and attachment: A systematic review. *Midwifery, 81*. Pridobljeno 4. 8. 2025 s https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102592.

Lorenz, K. (1935). Der Kumpan in der Umwelt des Vogels. Der Artgenosse als auslösendes Moment sozialer Verhaltensweisen. *Journal für Ornithologie*, *83*(2), 137–215.

Lovšin Cetin, I., & Zver Skomina, J. (2022). Otroci mater, ki so zlorabljale prepovedane snovi v nosečnosti, v Splošni bolnišnici Izola. V L. Bregant in M. Treiber (ur.), *Izbrana poglavja iz neonatologije: 6. kongres ginekologov in porodničarjev Slovenije, Ljubljana, oktober 2022* (str. 37–45). Združenje ginekologov in porodničarjev Slovenije.

Lüssi, P. (1991). *Systemische Sozialarbeit: Praktisches Lehrbuch der Sozialberatung*. Bern: Haupt.

Lvoff, N. M., Lvoff, V., & Klaus, M. H. (2000). Effect of the baby-friendly initiative on infant abandonment in a Russian hospital. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 154*(5), 474–477. Pridobljeno 10. 1. 2026 s https://doi.org/10.1001/ archpedi.154.5.474.

MacMillan, K. D. L., Rendon, C. P., Verma, K., Riblet, N., Washer, D. B., & Volpe Holmes, A. (2018). Association of Rooming-in With Outcomes for Neonatal Abstinence Syndrome: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, *172*(4), 345–351. Pridobljeno 10. 1. 2026 s https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.5195.

Maguire, L., Male, F., Clarke, H., Ndlovu, B., Harris, J., Chintende, J. M., & Umupfasoni Claudine, B. (2025). Skin-to-Skin Contact. Are we doing enough? *Journal of Neonatal Nursing : JNN*, *31*(1), 125–128. Pridobljeno 26. 10. 2025 s https://doi.org/10.1016/j.jnn.2024.07.015.

Martin, E. (1989). *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. London, Open University Press.

Mata, L., Saenz, P., & Araya, J. R. (1988). Promotion of breastfeeding in Costa Rica: The puriscal study. V D. B. Jelliffe & E. F. P. Jelliffe (ur.), *Programmes to promote breast-feeding*, 55–69. Oxford University Press.

Mazúchová, L., Kelčíková, S., Porubská, A., Malinovská, N., & Grendár, M. (2020). Mother-infant bonding in the postpartum period and its predictors. *Central European Journal of Nursing and Midwifery, 11*(3), 121–129. Pridobljeno 18. 10. 2025 s https://doi.org/10.15452/cejnm.2020.11.0022.

Mc Elhinney, H., Taylor, B., Sinclair, M., & Holman, M. (2016). Sensitivity and specificity of electronic databases: The example of searching for evidence on child protection issues related to pregnant women. *Evidence-Based Midwifery, 14*(1), 29–34. Pridobljeno 31. 10. 2025 s https://pure.ulster.ac.uk/ws/portalfiles/portal/11604769/helena%20EBM%20Publication.pdf.

McGlothen-Bell, K., Recto, P., McGrath, J. M., Brownell, E., & Cleveland, L. M. (2021). Recovering together: Mothers' experiences providing skin-to-skin care for their infants with NAS. *Advances in Neonatal Care*, *21*(1), 16–22. Pridobljeno 10. 1. 2026 s https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000819.

Meedya, S., Fahy, K., & Kable, A. (2010). Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review. *Women and Birth : Journal of the Australian College of Midwives*, *23*(4), 135–145. Pridobljeno 31. 10. 2025 s https://doi.org/10.1016/j.wombi.2010.02.002.

Mesec, B. (2007). *Metodologija raziskovanja v socialnem delu 2: študijsko gradivo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Mesec, B. (2009). *Načrtovanje raziskave: študijsko gradivo za interno uporabo, Metodologija raziskovanja v socialnem delu 1* (T. Rape Žiberna & L. Rihter, ur.). Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo.

Mesec, B. (2023). *Kvalitativno raziskovanje v teoriji in praksi*. Inštitut IRSA. Pridobljeno 10. 1. 2026 s https://institut-irsa.si/wp-content/uploads/2023/03/Blaz-Mesec_Kvalitativno-raiskovanje-v-teoriji-in-praksi_2023.pdf.

Mesec, B., Rode, N., Rihter, L., Žiberna, A., & Rape Žiberna, T. (2017). *Statistika za socialno delo*. Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo.

Mešl, N., & Kodele, T. (2016). Udejanjanje sodobne doktrine socialnega dela: od obravnavanja strank k sodelovanju z ljudmi. *Socialno delo*, *55*(3), 109–122. Pridobljeno 11. 1. 2026 s https://www.revija-socialnodelo.si/mma/Udejanjanje_URN_NBN_SI_DOC-TD4DT8XA.pdf/2018112614493770/.

Mešl, N., & Kodele, T. (2025). Ten-Year Development of Collaborative Social Work with Families in Complex Problem Situations in Slovenia: Thematic Analysis of Project Documentation. *Social Sciences (Basel)*, *14*(6). Pridobljeno 10. 1. 2026 s https://doi.org/10.3390/socsci14060372.

Nakphong, M. K., Sacks, E., Opot, J., & Sudhinaraset, M. (2021). Association between newborn separation, maternal consent and health outcomes: Findings from a longitudinal survey in Kenya. *BMJ Open*, *11*(9). Pridobljeno 26. 10. 2025 s https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045907.

National Association of Perinatal Social Workers. (2007). *Standards for social work services in the newborn intensive care unit.* Pridobljeno 5. 8. 2025 s https://www.napsw.org/docs/NICU-standards_2.pdf.

National Association of Social Workers. (2025). *Purpose of the NASW Code of Ethics*. V Code of Ethics. Pridobljeno 1. 8. 2025 s https://www.socialworkers.org/About/Ethics/Code-of-Ethics/Code-of-Ethics-English#purpose.

Newkirk, K., Perry-Jenkins, M., & Sayer, A. G. (2017). Division of household and childcare labor and relationship conflict among low-income new parents. *Sex Roles, 76*(5–6), 319–333. Pridobljeno 19.10.2025 s https://doi.org/10.1007/s11199-016-0604-3.

Nicholls, D. (2009). Qualitative research: Part one – Philosophies. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, *16*(10), 526–533. Pridobljeno 10. 1. 2026 s https://doi.org/10.12968/ijtr.2009.16.10.44562.

Nitzan, I., Moore, E. R., Hamad, A., & Bergman, N. J. (2025). Skin-to-skin contact with surrogates: A clinical and ethical imperative. *Journal of Perinatology*. Pridobljeno 28. 1. 2026 s https://doi.org/10.1038/s41372-025-02538-0.

Norr, K. F., Roberts, J. E., & Freese, U. (1989). Early postpartum rooming-in and maternal attachment behaviors in a group of medically indigent primiparas. *Journal of Nurse Midwifery, 34*(2), 85–91. Pridobljeno 10. 1. 2026 s https://doi.org/10.1016/0091-2182(89)90034-7.

Orchard, E. R., Rutherford, H. J. V., Holmes, A. J., & Jamadar, S. D. (2023). Matrescence: lifetime impact of motherhood on cognition and the brain. *Trends in Cognitive Sciences*, *27*(3), 302–316. Pridobljeno 2. 11. 2025 s https://doi.org/10.1016/j.tics.2022.12.002.

Perez, F. A., Blythe, S., Wouldes, T., McNamara, K., Black, K. I., & Oei, J. L. (2022). Prenatal methamphetamine – impact on the mother and child – a review. *Addiction (Abingdon, England)*, *117*(1), 250–260. Pridobljeno 10. 1. 2026 s https://doi.org/10.1111/add.15509.

Poljanec, A. (2025). Dojenje – naložba za življenje: čustveni in odnosni vidiki dojenja. V R. Vettorazzi (ur.), *Spodbujanje in podpora dojenju v zdravstvenih ustanovah: modularni tečaj: Ljubljana, 27.–29. marec 2025* (str. 187–194). Ljubljana: Slovenska fundacija za UNICEF.

Poljanec, A., & Greif, P. (2016). Preplet dojenja in čustev: prostor razvoja uspešnega dojenja. V B. Bratanič (ur.), *Dojenje: Ključ do trajnostnega razvoja: Zbornik prispevkov = Breastfeeding: A key to sustainable development: Symposium proceedings* (str. 127–143). Slovenska fundacija za UNICEF.

Poulsen, B., Quinlan, D., Boris, N., & Coyne, J. (2024). Circle of Security: Translating Attachment Science for Diverse Caregiving Contexts. V J. D. Osofsky, H. E. Fitzgerald, M. Keren & K. Puura (ur.), *WAIMH handbook of infant and early childhood mental health: Cultural context, prevention, intervention, and treatment, volume two* (str. 413–431). Springer International Publishing. Pridobljeno 30. 11. 2025 s https://doi.org/10.1007/978-3-031-48631-9.

Pouraboli, B., Rayyani, M., Estabraghi, M., & Jahani, Y. (2018). The effect of skin-to-skin contact of mother and neonate immediately after cesarean on newborn behavioral state. *Journal of Nursing*, *8*(1), 15–21.

Prosen, M. (2019). Vpliv porodnih praks na porodno izkušnjo v institucionalni oskrbi: sekundarna analiza kvalitativnih podatkov. *Obzornik zdravstvene nege*, *53*(4), 288–299. Pridobljeno 10. 1. 2026 s https://doi.org/10.14528/snr.2019.53.4.2956.

Ragesh, G., Sajitha, K., & Hamza, A. (2017). Context and Scope of Social Work Interventions in Perinatal Mental Health Settings in India. *Asian Social Work and Policy Review*, *11*(1), 102–104. Pridobljeno 9. 11. 2025 s https://doi.org/10.1111/aswp.12105.

Raphael, D. (1973). *The tender gift: Breastfeeding*. Prentice-Hall.

Razpotnik, Š., Turnšek, N., Rapuš-Pavel, J., & Poljšak-Škraban, O. (2016). Lifeworld-oriented family support. *CEPS journal*, *6*(4), 115–139. Pridobljeno 11. 1. 2026 s http://www.cepsj.si/pdfs/cepsj_6_4/pp_115-139.pdf.

Reich, J. A. (2010). From Maternal Love to Toxic Exposure: State Interpretations of Breastfeeding Mothers in the Child Welfare System. V R. Shaw & A. Bartlett (ur.), *Giving Breastmilk: Body Ethics and Contemporary Brestfeedings Practice* (str. 163–174). Bradford, Ontario, Demeter Press.

Saleebey, D. (ur.). (1997). *The strengths perspective in social work practice* (2. izd.). Longman.

Scharfe, E. (2012). Maternal attachment representation and initiation and duration of breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, *28*(2), 218–225. Pridobljeno 5. 8. 2025 s https://doi.org/10.1177/0890334411429111.

Schore, A. N. (2016). *Affect regulation and the origin of the self: the neurobiology of emotional development*. Routledge.

Seipel, M. M. O., & Shafer, K. (2013). The Effect of Prenatal and Postnatal Care on Childhood Obesity. *Social Work (New York)*, *58*(3), 241–252. Pridobljeno 22. 10. 2025 s https://doi.org/10.1093/sw/swt025.

Shapiro, V. (2009). Reflections on the Work of Professor Selma Fraiberg. *Clinical Social Work Journal*, *37*(1), 45–55. Pridobljeno 10. 11. 2025 s https://doi.org/10.1007/s10615-007-0120-6.

Statistični urad Republike Slovenije. (2025). *V 2024 se je rodilo 3 % manj otrok kot v 2023*. Pridobljeno 9. 1. 2026 s https://www.stat.si/statweb/News/Index/14101.

Steyn, E., Myburgh, C., & Poggenpoel, M. (2017). Lived experiences of parents of premature babies in the intensive care unit in a private hospital in Johannesburg, South Africa. *Curationis (Pretoria)*, *40*(1), 1–8. Pridobljeno 10. 1. 2026 s https://doi.org/10.4102/curationis.v40i1.1698.

Strathearn, L., Mamun, A. A., Najman, J. M., & O'Callaghan, M. J. (2009). Does Breastfeeding Protect Against Substantiated Child Abuse and Neglect? A 15-Year Cohort Study. *Pediatrics (Evanston)*, *123*(2), 483–493. Pridobljeno 2. 11. 2025 s https://doi.org/10.1542/peds.2007-3546.

Svensson, K., Mbalinda, S., Nissen, E., Odongkara, B. M., Waiswa, P., & Hjelmstedt, A. (2020). Infant behaviour and maternal adaptation after uninterrupted skin-to-skin contact for 1 hour following birth in northern Uganda. *African Journal of Midwifery and Women's Health*, *14*(2), 1–15. Pridobljeno 18. 10. 2025 s https://doi.org/10.12968/ajmw.2019.0019.

Tamon, H., Suto, M., Yoshitsugu, H., Maruyama, N., Ogawa, K., Takehara, K., Tachibana, Y., & Kawashima, R. (2025). Interventions for expectant and new parents designed to prevent child abuse and neglect in at-risk families: Systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, *160*. Pridobljeno 30. 11. 2025 s https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.107154.

Tan, S. L.-S., Stafford, L., Bryant, C., Jensen, H., Komiti, A., & Newman, L. (2021). Subjective experiences of participating in an attachment-based early intervention parenting program. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *26*(4), 968–980. Pridobljeno 30. 11. 2025 s https://doi.org/10.1177/13591045211008220.

Tayebjee, Z., Lewkowicz, D., & Isobel, S. (2024). Supporting High-Risk Families Through a Pregnancy Family Conferencing Model: Experiences of Professionals. *Australian Social Work*, 1–13. Pridobljeno 9. 11. 2025 s https://doi.org/10.1080/0312407X.2024.2331743.

The National Association of Perinatal Social Workers. (2025). *What is a Perinatal Social Worker*. Pridobljeno 9. 11. 2025 s https://www.napsw.org/what_is_a_perinatal_social_wor.php.

Trew, S., Taplin, S., O'Donnell, M., Marriott, R., & Broadhurst, K. (2022). Parents' experiences with child protection during pregnancy and post-birth. *Child and Family Social Work, 28*(2), 549–562. Pridobljeno 10. 1. 2026 s https://doi.org/https://doi.org/10.1111/cfs.12984.

Turk, N. (2021). Metodologija priprave sistematičnih preglednih člankov. *Zdravniški vestnik*, *90*(7–8), 432–42. Pridobljeno 9. 1. 2026 s https://doi. org/10.6016/ZdravVestn.3138.

Uehara, E., Flynn, M., Fong, R., Brekke, J., Barth, R. P., Coulton, C., Davis, K., DiNitto, D., Hawkins, J. D., Lubben, J., Manderscheid, R., Padilla, Y., Sherraden, M., & Walters, K. (2013). Grand Challenges for Social Work. *Journal of the Society for Social Work and Research*, *4*(3), 165–170. Pridobljeno 6. 1. 2026 s https://doi.org/10.5243/jsswr.2013.11.

UNICEF Slovenija. (2022). *Deklaracija Innocenti*. Pridobljeno 8. 8. 2025 s https://dojenje.unicef.si/deklaracija-innocenti/.

UNICEF Slovenija. (2024). *Pobuda Dojenju prijazno mesto*. Pridobljeno 8. 8. 2025 s https://dojenje.unicef.si/dojenju-prijazno-mesto/.

UNICEF Slovenija. (2025). *Novorojencem prijazna porodnišnica*. Pridobljeno 8. 8. 2025 s https://dojenje.unicef.si/novorojencem-prijazna-porodnisnica/.

Univerza v Ljubljani. (2014). *Etični kodeks za raziskovalce Univerze v Ljubljani*. Pridobljeno 4. 12. 2025 s https://www.uni-lj.si/assets/Sluzba-za-raziskovalno-dejavnost/Etika-in-integriteta/Eticni-kodeks-za-raziskovalce-UL.pdf

Van der Kolk, B. A. (2015). *The body keeps the score: brain, mind, and body in the healing of trauma.* Penguin Books.

Varuh človekovih pravic. (b. d.). *Konvencija o otrokovih pravicah*. Pridobljeno 5. 10. 2025 s https://www.varuh-rs.si/pravni-temelji-cp/ozn-organizacija-zdruzenih-narodov/konvencija-o-otrokovih-pravicah/.

Waldfogel, J. (2009). Prevention and the child protection system. *The Future of Children, 19*(2), 195–210. Pridobljeno 9. 11. 2025 s https://doi.org/10.1353/foc.0.0037.

Walsh, T. B., Paris, R., Ribaudo, J., & Gilkerson, L. (2021). Locating Infant and Early Childhood Mental Health at the Heart of Social Work. *Social Work (New York)*, *66*(3), 187–196. Pridobljeno 10. 11. 2025 s https://doi.org/10.1093/sw/swab022.

Wang, C. C., & Geale, S. K. (2015). The power of story: Narrative inquiry as a methodology in nursing research. *International Journal of Nursing Sciences*, *2*(2), 195–198. Pridobljeno 12. 8. 2025 s https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2015.04.014.

Wang, Y. H., & Kuo, H. H. (2006). The nursing experience in helping an unmarried adolescence girl to care for her premature infant. *Journal of Nursing, 53*(5), 76–83.

Whalen, B. L., Holmes, A. V., & Blythe, S. (2019). Models of care for neonatal abstinence syndrome: What works? *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, *24*(2), 121–132. Pridobljeno 10. 1. 2026 s https://doi.org/10.1016/j.siny.2019.01.004.

Wickström, M., Oras, P., Lundgren, M., & Funkquist, E.-L. (2025). Providing education about skin-to-skin contact significantly increased duration of skin-to-skin contact for newborns. *Acta Paediatrica, 0*(1), 1–7. Pridobljeno 18. 10. 2025 s https://doi.org/10.1111/apa.70219.

Woodhouse, S. S., Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K., & Cassidy, J. (2018). The circle of security intervention: Design, research, and implementation. V H. Steele & M. Steele (ur.), *Handbook of attachment-based interventions* (str. 50–78). The Guilford Press.

World Health Organization & United Nations Children's Fund. (2020). *Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services: The Revised Baby-Friendly Hospital Initiative 2018 Implementation Guidance: Frequently Asked Questions.* World Health Organization. Pridobljeno 26. 10. 2025 s https://www.who.int/publications/i/item/9789240001459.

World Health Organization & United Nations Children's Fund. (2003). *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. World Health Organization. Pridobljeno 2. 11. 2025 s https://www.who.int/publications/i/item/9241562218.

World Health Organization. (2017a). *Ten facts on breastfeeding*. Pridobljeno 1. 8. 2025 s http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/.

World Health Organization. (2017b). *WHO recommendations on newborn health: Guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee*. World Health Organization. Pridobljeno 18. 10. 2025 s https://www.who.int/publications/i/item/9789241550406.

World Health Organization. (2018a*). Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*. Pridobljeno 8. 8. 2025 s https://www.who.int/publications/i/item/9789241513807.

World Health Organization. (2018b). *Implementation guidance: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: The revised Baby-Friendly Hospital Initiative*. World Health Organization. Pridobljeno 18. 10. 2025 s https://www.who.int/publications/i/item/9789241514705.

World Health Organization. (2023). *Kangaroo mother care: A transformative innovation in health care. Global position paper.* World Health Organization. Pridobljeno 10. 1. 2026 s https://iris.who.int/ bitstream/handle/10665/367626/9789240072657-eng.pdf?sequence=1.

Young, R. (2013). The importance of bonding. *The International Journal of Childbirth Education*, *28*(3). Pridobljeno 2. 11. 2025 s http://uvl.summon.serialssolutions.com/2.0.0/link/0/eLvHCXMwtV3NS8MwFA9ugngRv8Dp1B4ET4WlSZvsOMd0CoLoBt5G0qYy0Q3m9O_3vS5LWoeoBy8lpCFN83t57_fy8ULIWYvnuNCoQ5XTLOQSY0DG0oRCJhrMYYIkAuc7hvzxIbm6Ezf-akSf969IQx5gjSdn_4C2qxQyIA2YwxNQh-evcR-_FqwaxyxwQT2dOAP17AtV5wJLESSK8916jOs5Zrn9Y0U53GMg6JfynAHe3yDKcwbVD3R9rW5TyYpweI0ELlBcVp-RLIkJK-lCq0QrIa6_mB63IbDD0K8DLshqpMZoVCfrvev-Rd8Z1aiduKCt2ILvLGhBCwbbZMvy-aCzAGKHrJnJLtm4tTsW9kgDujrweATTPLB47JPhZW_Q7Yf2OorwiQKNCdtKSyMzYLg5k1oCM1ZATk2EjAcDnrY11yZmOV7kBikdSUOFyRlVPBYZWJYDEgB5ZJAbC5a2eCYylZgYBgVNW9KkkpsGOcXfGi0OwTp5HPn-aZDzogRK5HymUmWPUUwnBiN5VUo2KyVBb6TV18uuG1kZewNHkAJhTMAHPvyxJUdk08tWk9Tns3dzDAzt4-XEovcJodVAWg.

8 Priloge

8.1 Soglasje udeleženke k sodelovanju v vprašalniku

1. Vabljeni ste k sodelovanju v raziskavi:

- Naslov raziskave: Prvi stik in zgodnja navezanost z vidika socialnega dela z družino v obporodnem obdobju.
- Raziskavo v okviru priprave magistrskega dela izvaja: Eva Mramor.
- Raziskava poteka na Fakulteti za socialno delo, Univerze v Ljubljani.
- Mentorica: izr. prof. dr. Nina Mešl.
- Namen raziskave je:

Namen raziskave je pridobiti vpogled v izkušnje mater pri vzpostavljanju prvega stika in navezovanju z otrokom v obporodnem obdobju. Raziskava želi preučiti, v kolikšni meri so v praksi uresničeni mednarodna priporočila in opredelitve poporodne prakse, kot je stik koža na kožo, ter prepoznati sistemske ovire, ki te prakse včasih preprečujejo. Poseben poudarek je namenjen razumevanju osebnih izkušenj mater – kako so doživljale prve trenutke z otrokom, kakšno podporo so prejele s strani zdravstvenega osebja in kakšno vlogo bi pri tem lahko imelo socialno delo. Zbrani podatki bodo služili za utemeljitev potreb po celovitejši strokovni podpori socialnega dela družinam v obporodnem obdobju.

2. Od udeležencev_k v raziskavi se pričakuje sodelovanje pri izpolnjevanju vprašalnika v zvezi s temo raziskovanja.

3. Zbiranje podatkov bo potekalo od meseca januarja 2026 do meseca marca 2026.

4. Sodelovanje v raziskavi ne prinaša materialnih ali drugih koristi – z izjemo izkušnje, ki jo boste pridobili v okviru sodelovanja.

5. Ocenjujem, da raziskava za udeležene v njej ne prinaša posebnih tveganj, vendar pa zaradi narave teme raziskovanja odpira prostor za spominjanje osebne, čustveno intenzivne izkušnje. Pri nekaterih udeleženkah se lahko pojavijo začasno nelagodje ali spomini na težke izkušnje. Kadar koli med izpolnjevanjem vprašalnika lahko sodelovanje prekinete. Če se ob izpolnjevanju vprašalnika poraja stiska, se lahko obrnete na v nadaljevanju zapisane strokovne službe in organizacije, ki nudijo strokovno pomoč in podporo materam:

– NIJZ, Svetovanje in podpora v duševni stiski za nosečnice in matere dojenčkov po videoklicu, dr. Zalka Drglin, za termin pogovora se lahko dogovorite na elektronskem naslovu zalka.drglin@nijz.si. Na voljo vsak delovni dan od 7.00 do 9.00 oziroma po dogovoru.
– Združenje Naravni začetki (mamaZOFA). Nudijo svetovanje in podporo v času nosečnosti in po porodu. Dosegljivi so na tel. št. 051 245 013 ali 01 544 34 79.
– Ambulanta za perinatalno podporo (SFU Ljubljana): Specializirana psihološka pomoč za družine v pričakovanju in po rojstvu. Naročite se lahko na tel. št. 051 382 484 ali na elektronskem naslovu ambulanta@sfu-ljubljana.si.
– Center za psihološko svetovanje Posvet. Nudijo brezplačno svetovanje po vsej Sloveniji, na več lokacijah. Naročite se lahko vsak delovnik od 8.00 do 20.00 na tel. št. 031 704 707.

Podporo lahko prejmete tudi na katerem od telefonov za pomoč v stiski, kjer boste ostali anonimni:

– Klic v duševni stiski 01 520 99 00 (vsak dan od 19. ure zvečer do 7. ure zjutraj).
– Zaupna telefona Samarijan in Sopotnik 116 123 (24 ur/na dan, vsak dan). Klic je brezplačen.
– Društvo SOS telefon za ženske in otroke, žrtve nasilja 080 11 55 (vsak dan, 24 ur na dan).

Če je vaša stiska zelo huda in drugi viri pomoči niso na voljo, se lahko obrnete tudi neposredno na:

– dežurnega zdravnika,
– dežurno ambulanto najbližje psihiatrične bolnišnice,
– reševalno službo (112) ali
– urgentno psihiatrično ambulanto v Centru za izvenbolnišnično psihiatrijo v Ljubljani (01 475 06 70).

6. Vaše sodelovanje v raziskavi je v celoti prostovoljno in ga lahko kadar koli prekinete brez posledic.

7. Storila bom vse, da zaščitim vašo zasebnost. Zapisi izkušenj in spremljajoči demografski podatki (kot na primer starost, spol idr.) bodo shranjeni pod raziskovalno šifro. Vaša identiteta v nobenem primeru ne bo razkrita. V vprašalniku pridobljeni podatki bodo z omejenim dostopom z geslom shranjeni v osebnem arhivu izvajalke raziskave do zaključka magistrskega dela z opravljenim zagovorom, najpozneje do meseca septembra 2026, ko bodo trajno uničeni z izbrisom.

8. Ob morebitnih vprašanjih se lahko obrnete na Evo Mramor (eva.mramor@gmail.com) ali na mentorico izr. prof. dr. Nino Mešl (nina.mesl@fsd.uni-lj.si).

8.2 Soglasje udeleženke k sodelovanju v narativnem intervjuju

1. Vabljeni ste k sodelovanju v raziskavi:

- Naslov raziskave: Prvi stik in zgodnja navezanost z vidika socialnega dela z družino v obporodnem obdobju.
- Raziskavo v okviru priprave magistrskega dela izvaja: Eva Mramor.
- Raziskava poteka na Fakulteti za socialno delo, Univerze v Ljubljani.
- Mentorica: izr. prof. dr. Nina Mešl.
- Namen raziskave je:

Namen raziskave je pridobiti vpogled v izkušnje mater pri vzpostavljanju prvega stika in navezovanju z otrokom v obporodnem obdobju. Raziskava želi preučiti, v kolikšni meri so v praksi uresničeni mednarodna priporočila in opredelitve poporodne prakse, kot je stik koža na kožo, ter prepoznati sistemske ovire, ki te prakse včasih preprečujejo. Poseben poudarek je namenjen razumevanju osebnih izkušenj mater – kako so doživljale prve trenutke z otrokom, kakšno podporo so prejele s strani zdravstvenega osebja in kakšno vlogo bi pri tem lahko imelo socialno delo. Zbrani podatki bodo služili za utemeljitev potreb po celovitejši strokovni podpori socialnega dela družinam v obporodnem obdobju.

2. Od udeležencev_k v raziskavi se pričakuje:

– sodelovanje v izvedbi poglobljenega narativnega intervjuja,
– soglasje k zvočnemu snemanju intervjuja za namen lažjega prepisa gradiva ter analize in obdelave podatkov.

3. Zbiranje podatkov bo potekalo od meseca januarja 2026 do meseca marca 2026.

4. Sodelovanje v raziskavi ne prinaša materialnih ali drugih koristi z izjemo izkušnje, ki jo boste pridobili v okviru sodelovanja.

5. Ocenjujem, da raziskava za udeležene v njej ne prinaša posebnih tveganj. Ob nevšečnostih med udeležbo zagotavljam, da bom poiskala način, kako se bomo skupaj spoprijeli_e z njimi (npr. odmor, možnost izvedbe intervjuja v več srečanjih …). Raziskava odpira prostor za osebne izkušnje in čustveno intenzivne teme, kot sta porod in odnos navezanosti z otrokom. Pri nekaterih udeleženkah se lahko pojavijo začasno nelagodje ali spomini na težke izkušnje. Načrt za ublažitev morebitne stiske vključuje:

– Možnost prekinitve:

Kadar koli med izpolnjevanjem vprašalnika ali intervjujem lahko prekinete in/ali končate sodelovanje.

– Prilagoditev poteka:

Ob nelagodju vam bom po dogovoru ponudila odmor ali možnost izvedbe intervjuja v več srečanjih.

– Napotitev:

Ob stiski so vam na voljo spodaj navedeni podatki za stik s strokovnimi službami in organizacijami, ki nudijo strokovno pomoč in podporo materam.

– NIJZ, Svetovanje in podpora v duševni stiski za nosečnice in matere dojenčkov po videoklicu, dr. Zalka Drglin, za termin pogovora se lahko dogovorite na elektronskem naslovu zalka.drglin@nijz.si. Na voljo vsak delovni dan od 7.00 do 9.00 oziroma po dogovoru.
– Združenje Naravni začetki (mamaZOFA). Nudijo svetovanje in podporo v času nosečnosti in po porodu. Dosegljivi so na tel. št. 051 245 013 ali 01 544 34 79.
– Ambulanta za perinatalno podporo (SFU Ljubljana): Specializirana psihološka pomoč za družine v pričakovanju in po rojstvu. Naročite se lahko na tel. št. 051 382 484 ali na elektronskem naslovu ambulanta@sfu-ljubljana.si.
– Center za psihološko svetovanje Posvet. Nudijo brezplačno svetovanje po vsej Sloveniji, na več lokacijah. Naročite se lahko vsak delovnik od 8.00 do 20.00 na tel. št. 031 704 707.

Podporo lahko prejmete tudi na katerem od telefonov za pomoč v stiski, kjer boste ostali anonimni:

– Klic v duševni stiski 01 520 99 00 (vsak dan od 19. ure zvečer do 7. ure zjutraj).
– Zaupna telefona Samarijan in Sopotnik 116 123 (24 ur/na dan, vsak dan). Klic je brezplačen.
– Društvo SOS telefon za ženske in otroke, žrtve nasilja 080 11 55 (vsak dan, 24 ur na dan).

Če je vaša stiska zelo huda in drugi viri pomoči niso na voljo, se lahko obrnete tudi neposredno na:

– dežurnega zdravnika,
– dežurno ambulanto najbližje psihiatrične bolnišnice,
– reševalno službo (112) ali
– urgentno psihiatrično ambulanto v Centru za izvenbolnišnično psihiatrijo v Ljubljani (01 475 06 70).

9. Vaše sodelovanje v raziskavi je v celoti prostovoljno in ga lahko kadar koli prekinete brez posledic.

10. Storila bom vse, da zaščitim vašo zasebnost. Zapisi izkušenj in spremljajoči demografski podatki (kot na primer starost, spol idr.) bodo shranjeni pod raziskovalno šifro. Vaša identiteta v nobenem primeru ne bo razkrita. Zvočni posnetki intervjuja bodo z omejenim dostopom z geslom shranjeni v osebnem arhivu izvajalke raziskave do zaključka magistrskega dela z opravljenim zagovorom, najpozneje do meseca septembra 2026, ko bodo trajno uničeni z izbrisom.

11. Ob morebitnih vprašanjih se lahko obrnete na Evo Mramor (eva.mramor@gmail.com) ali na mentorico izr. prof. dr. Nino Mešl (nina.mesl@fsd.uni-lj.si).

8.3 Vprašalnik

Pozdravljeni,

sem Eva Mramor, dipl. soc. del. (UN) in študentka podiplomske stopnje na Fakulteti za socialno delo. V okviru magistrskega dela z naslovom »Prvi stik in zgodnja navezanost z vidika socialnega dela z družino v obporodnem obdobju« pod mentorstvom izr. prof. dr. Nine Mešl, ki poteka na Fakulteti za socialno delo Univerze v Ljubljani, raziskujem izkušnje mater ob njihovem prvem stiku z otrokom neposredno v času po porodu ter njihov pogled na vzpostavljanje zgodnje navezanosti z otrokom.

V raziskavi magistrskega dela se osredotočam na skupino polnoletnih bioloških mater, ki so rodile v obdobju od januarja in julija 2025 v eni izmed slovenskih porodnišnic in je od njihovega zadnjega poroda minilo vsaj 6 mesecev, a ne več kot 12 mesecev. V magistrskem delu uporabljam termin biološka mati, s čimer označujem osebo, ki je otroka rodila in ga fiziološko gledano lahko doji. Zaradi večje preglednosti in berljivosti v nadaljevanju uporabljam krajši izraz mati. Ob tem se zavedam raznolikosti družinskih struktur in identitet (vključno z oblikami socialnega starševstva, nadomestnim materinstvom in nebinarnimi starševskimi vlogami), ki vplivajo na izkušnjo starševstva. Čeprav bi bilo te vidike dragoceno raziskati, njihova podrobnejša obravnava presega zastavljene okvire in namen mojega magistrskega dela.

V prvi fazi raziskave vas vljudno vabim k izpolnjevanju vprašalnika, ki je v celoti anonimen. V drugi fazi raziskave bom opravila poglobljene narativne intervjuje. Če ste svojo izkušnjo pripravljeni deliti tudi v osebnem pogovoru, vas bo ob koncu vprašalnika povezava vodila do ločenega obrazca, kjer lahko pustite svoje kontaktne podatke. Ti ne bodo nikakor povezani z vašimi odgovori v vprašalniku. Vaši podatki bodo uporabljeni izključno za namene dogovora o terminu intervjuja. Namen raziskave je pridobiti globlji vpogled v izkušnje mater s poudarkom na pomenu prvega stika z otrokom po porodu, na vzpostavljanju zgodnje navezanosti in zaznani podpori zdravstvenega osebja ter socialnih delavcev_k. Vaše izkušnje in mnenja so ključnega pomena za izboljšanje prakse in podpore družinam v tem ključnem, obporodnem obdobju.

Prosim vas, da vprašalnik izpolnite na podlagi vaše osebne izkušnje s porodom (zadnjim) in prvim stikom z vašim najmlajšim otrokom, če imate za seboj več izkušenj porodov. Izpolnjevanje vprašalnika traja približno 10 minut. Zbrani podatki bodo uporabljeni izključno in le za namene te raziskave.

Ocenjujem, da raziskava za udeležene v njej ne prinaša posebnih tveganj, vendar pa zaradi narave teme raziskovanja odpira prostor za spominjanje osebne, čustveno intenzivne izkušnje. Če ob izpolnjevanju vprašalnika doživite stisko, se lahko obrnete na strokovne službe in organizacije, ki nudijo podporo in pomoč. Podatke za stik z njimi bom z vami delila ob zaključku vprašalnika.

Več informacij o sodelovanju v raziskavi in o obdelavi podatkov si lahko preberete v **Soglasju udeleženca k sodelovanju v raziskavi**. Za vsa vprašanja, dileme in predloge sem z veseljem na voljo na elektronskem naslovu eva.mramor@gmail.com.

Hvala za vašo pripravljenost in vaš dragocen prispevek!

Vse dobro želim,
Eva Mramor

S klikom na »Strinjam se.« potrjujem, da sem polnoleten_a in sem prebral_a ter sem bil_a seznanjen_a s priložnostjo za postavitev vprašanj v zvezi z raziskavo. Potrjujem privolitev v udeležbo v opisani raziskavi ter dovolim uporabo zbranih podatkov v pedagoške in znanstvenoraziskovalne namene.

○ Strinjam se.
○ Ne strinjam se s pogoji sodelovanja in ne želim sodelovati v raziskavi.

(Ne strinjam se s pogoji sodelovanja in ne želim sodelovati v raziskavi.)
Hvala za vaš čas. Žal mi brez vašega soglasja ni dovoljeno zbirati vaših podatkov.

Vljudno vas naprošam, da se za namene izpolnjevanja vprašalnika osredotočite le na svojo izkušnjo zadnjega poroda v eni od slovenskih porodnišnic.

○ Potrjujem, da je od mojega zadnjega poroda v eni od slovenskih porodnišnic minilo vsaj 6 mesecev in ne več kot 12 mesecev, ter s tem izpolnjujem pogoj za sodelovanje v tej raziskavi.
○ Od mojega zadnjega poroda v eni od slovenskih porodnišnic še ni minilo 6 mesecev in s tem ne izpolnjujem pogoja za sodelovanje v tej raziskavi.
○ Od mojega zadnjega poroda v eni od slovenskih porodnišnic je minilo več kot 12 mesecev in s tem ne izpolnjujem pogoja za sodelovanje v tej raziskavi.
○ Od mojega zadnjega poroda je minilo vsaj 6 mesecev in ne več kot 12 mesecev, vendar poroda nisem opravila v eni od slovenskih porodnišnic (rodila sem doma, v tujini ...) in s tem ne izpolnjujem pogoja za sodelovanje v tej raziskavi.

(Od mojega zadnjega poroda je minilo vsaj 6 mesecev in ne več kot 12 mesecev, vendar poroda nisem opravila v eni od slovenskih porodnišnic (rodila sem doma, v tujini ...) in s tem ne izpolnjujem pogoja za sodelovanje v tej raziskavi.)
Iskreno se vam zahvaljujem za vašo pripravljenost za sodelovanje v raziskavi. Ker ste navedli, da vaš zadnji porod ni potekal v eni od slovenskih porodnišnic, žal trenutno ne ustrezate ciljni skupini te raziskave. V tej se osredotočam na izkušnje mater v slovenskih porodnišnicah. Vseeno cenim vaš interes in vam želim vse dobro!

(Od mojega zadnjega poroda v eni od slovenskih porodnišnic je minilo več kot 12 mesecev in s tem ne izpolnjujem pogoja za sodelovanje v tej raziskavi.)
Iskreno se vam zahvaljujem za vašo pripravljenost za sodelovanje v raziskavi. Ker ste navedli, da je od vašega zadnjega poroda v eni od slovenskih porodnišnic minilo več kot 12 mesecev, žal trenutno ne ustrezate ciljni skupini te raziskave. V magistrskem delu se osredotočam na preučevanje zgodnje faze razvoja navezanosti in pomen poporodne prakse, kot je stik koža na kožo, v kritičnem obdobju med šestim in dvanajstim mesecem po porodu. Vaša izkušnja je vsekakor pomembna, vendar vas prosim za razumevanje metodoloških omejitev te raziskave. Vse dobro vam želim!

(Od mojega zadnjega poroda v eni od slovenskih porodnišnic še ni minilo 6 mesecev in s tem ne izpolnjujem pogoja za sodelovanje v tej raziskavi.)
Iskreno se vam zahvaljujem za vašo pripravljenost za sodelovanje v raziskavi. Ker ste navedli, da od vašega zadnjega poroda v eni od slovenskih porodnišnic še ni minilo šest mesecev, žal trenutno ne ustrezate ciljni skupini te raziskave. Obdobje po porodu je izjemno intenzivno in ranljivo, vaša izkušnja pa je sveža in neprecenljivo pomembna. Prav zato je metodologija te raziskave magistrskega dela zasnovana tako, da zahteva določen časovni odmik (minimalno šest mesecev). Želim vam, da bi se v zgodnjem poporodnem obdobju lahko popolnoma posvetili novi nalogi in družini. Vse dobro v nadaljnjem obdobju!

Prosim, označite, v kateri izmed spodaj navedenih slovenskih porodnišnic ste opravili zadnji porod.

○ Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika, Porodnišnica
○ Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo
○ Splošna bolnišnica Celje, Ginekološko-porodniški oddelek
○ Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj
○ Splošna bolnišnica Jesenice, Ginekološko-porodniški oddelek
○ Splošna bolnišnica Novo mesto, Ginekološko-porodniški oddelek
○ Splošna bolnišnica Brežice, Ginekološko-porodniški oddelek

○ Splošna bolnišnica Izola, Ginekološko-porodniški oddelek
○ Splošna bolnišnica Dr. Franca Derganca Nova Gorica, Ginekološko-porodniški oddelek
○ Splošna bolnišnica Murska Sobota, Ginekološko-porodniški oddelek
○ Splošna bolnišnica Ptuj, Ginekološko-porodniški oddelek
○ Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, Ginekološko-porodniški oddelek
○ Splošna bolnišnica Trbovlje, Ginekološko-porodniški oddelek
○ Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Postojna

Stik koža na kožo (ang. skin to skin contact) je praksa, pri kateri je novorojenček takoj po rojstvu, v prvih urah življenja, gol položen neposredno na gol prsni koš ali trebuh matere ali njene_ga porodne_ga spremljevalke_ca.

Ali vam je bil znotraj prve ure (prvih 60 min) po zadnjem porodu omogočen neposreden stik koža na kožo z vašim otrokom?
○ Da, stik je bil omogočen meni.
○ Da, stik je bil omogočen mojemu_i partnerju_ki oziroma porodnemu_i spremljevalcu_ki.
○ Ne, stik ni bil omogočen nikomur.
○ Ne spomnim se.

(Ne, stik ni bil omogočen nikomur.)
Kaj menite in ocenjujete, da je bil glavni razlog, zaradi katerega vam stik koža na kožo z otrokom ni bil omogočen?
○ Zdravstveno osebje mi stika koža na kožo ni omogočilo.
○ Zaradi mojih ali otrokovih zdravstvenih potreb v prvi uri po porodu.
○ O stiku koža na kožo kot poporodni praksi nisem bila informirana.
○ Stika koža na kožo z otrokom nisem želela.
○ Ne želim odgovoriti.
○ Iz drugega razloga. Prosim, navedite razlog.

Prosim, ocenite, v kolikšni meri se strinjate z naslednjo trditvijo: »Moj prvi stik z otrokom takoj po rojstvu je bil pomemben dejavnik pri vzpostavljanju in oblikovanju najine zgodnje čustvene povezanosti.«

Navedeni vsebinski opisi pri posamezni postavki lestvice služijo zgolj kot ponazoritev za lažje razumevanje trditve in poistovetenje z njo. Pri odgovoru se osredotočite na to, kako ste vi osebno doživljali te trenutke.

○ 1 (sploh se ne strinjam) = Prvi stik z otrokom sem doživela kot nepomemben za čustveno povezovanje. Nimam občutka, da bi ta stik vplival na najin odnos ali bližino.
○ 2 (ne strinjam se) = Prvi stik med nama z otrokom je bil prisoten, a ga ne prepoznavam kot pomemben dejavnik pri vzpostavljanju čustvene vezi. Menim, da bi se občutek povezanosti oblikoval tudi brez prvega stika.
○ 3 (niti se ne strinjam niti se strinjam) = Prvi stik z otrokom ni posebej vplival na moje dojemanje povezanosti. Ne morem oceniti, ali je bil pomemben ali nepomemben. Občutki povezanosti so bili oblikovani tudi prek drugih interakcij z otrokom.
○ 4 (se strinjam) = Prvi stik je prispeval k občutku bližine in vzpostavljanju čustvene vezi z otrokom. Menim, da je ta stik prispeval k vzpostavljanju bližine z otrokom, čeprav ni bil edini dejavnik pri oblikovanju vezi. Prvega stika ne razumem kot popolnoma odločilnega.
○ 5 (popolnoma se strinjam) = Prvi stik z otrokom je bil zame zelo pomemben, morda celo odločilen pri vzpostavljanju čustvene vezi z otrokom. Občutki povezanosti so se zaradi tega stika močno okrepili.
○ Ne morem oceniti.
○ Drugo:

V kolikšni meri ste v prvi uri po porodu pri vzpostavljanju prvega stika z otrokom prejeli podporo zdravstvenega osebja v porodnišnici?

Navedeni vsebinski opisi pri posamezni postavki lestvice služijo zgolj kot ponazoritev za lažje razumevanje trditve in poistovetenje z njo. Pri odgovoru se osredotočite na to, kako ste vi osebno doživljali podporo.

○ 1 (brez podpore) = Nisem prejela pomoči, usmeritve ali podpore pri prvem stiku z otrokom. Zdravstveno osebje se ni odzvalo ali pa je bilo popolnoma pasivno.
○ 2 (le nekaj podpore) = Zdravstveno osebje je ponudilo le osnovne ali občasne informacije, ne da bi se pri tem aktivno vključilo. Večinoma sem se znašla sama in nisem imela občutka, da mi je zdravstveno osebje pomagalo ali me spodbujalo.
○ 3 (delna podpora) = Prejela sem določeno pomoč (npr. kratka navodila, nekaj spodbude), vendar ni bilo stalne prisotnosti zdravstvenega osebja ali individualne pomoči. Osebje je bilo dostopno, a ne vedno odzivno ali dovolj angažirano glede na moje in otrokove potrebe.
○ 4 (precej podpore) = Prejela sem jasna navodila, praktično pomoč in spodbudo. Zdravstveno osebje je bilo pri vzpostavljanju prvega stika z otrokom prisotno, dostopno in zavzeto.

○ 5 (polna podpora) = Imela sem občutek popolne podpore. Zdravstveno osebje me je aktivno vodilo, spodbujalo, mi pojasnjevalo in nudilo pomoč. Zagotovljeno je bilo prijetno in spodbudno okolje za vzpostavljanje prvega stika z otrokom.

Na lestvici od 1 (sploh ni bila ustrezna) do 5 (zelo ustrezna) ocenite, kako ustrezno podporo in pomoč pri vzpostavljanju zgodnje čustvene povezanosti ste v eni od slovenskih porodnišnic prejeli s strani spodaj navedenih strokovnih delavcev_k.

Če z navedenim_o strokovnim_o delavcem_ko niste bili v stiku, prosim, označite »brez stika«.

	1	2	3	4	5	Brez stika
Pediater_inja	○	○	○	○	○	○
Ginekolog_inja	○	○	○	○	○	○
Medicinska sestra	○	○	○	○	○	○
Socialni_a delavec_ka	○	○	○	○	○	○
Psiholog_inja	○	○	○	○	○	○
Babica_ičar	○	○	○	○	○	○
Drug_a strokovni_a delavec_ka	○	○	○	○	○	○

Ali imate izkušnjo dojenja vašega najmlajšega otroka?

○ Da.

○ Ne.

(Da.)

V kolikšni meri (je) po vašem mnenju vaša izkušnja dojenja prispeva(la) k vašemu občutku čustvene povezanosti z otrokom?

Navedeni vsebinski opisi pri posamezni postavki lestvice služijo zgolj kot ponazoritev za lažje razumevanje trditve in poistovetenje z njo. Pri odgovoru se osredotočite na to, kako ste vi osebno doživljali izkušnjo dojenja.

○ 1 (sploh ne) = Ne zaznavam, da bi dojenje kakor koli prispevalo k vzpostavljanju čustvene vezi z otrokom. Občutek povezanosti doživljam enako, kot bi ga brez dojenja.

○ 2 (malo) = Opažam in čutim le rahel prispevek dojenja k povezanosti z otrokom. Med dojenjem imava z otrokom sicer stik, a ga ne doživljam, kot da bi bil pomemben dejavnik za čustveno bližino.
○ 3 (delno) = Prepoznavam, da je dojenje v določeni meri okrepilo občutek bližine z otrokom, vendar ta vpliv ni bil stalen ali ključen v primerjavi z drugimi oblikami interakcije (npr. crkljanje, nega telesa, pogovor, skupno preživljanje časa ...).
○ 4 (precej) = Dojenje pomembno prispeva k občutku povezanosti z otrokom. Med dojenjem pogosto doživljam občutke topline, miru in povezanosti z otrokom.
○ 5 (zelo) = Dojenje doživljam kot glavni vir čustvene povezanosti z otrokom. Med dojenjem se je med nama vzpostavila močna vez. Občutki bližine in povezanosti so zelo intenzivni.

Prosim vas še za nekaj demografskih podatkov, ki mi bodo v pomoč pri statistični obdelavi odgovorov. Vsi podatki so anonimni.

Prosim, navedite svojo starost.
○ Vaša starost v času izpolnjevanja vprašalnika: _____
○ Ne želim odgovoriti.

Označite vašo najvišjo dokončano stopnjo izobrazbe.
○ Osnovnošolska izobrazba (ali manj).
○ Nižja poklicna izobrazba (2-letni nižje poklicni programi).
○ Poklicna izobrazba (3-letna srednja šola).
○ Srednješolska izobrazba (4-letna srednja šola, gimnazija).
○ Višja ali visoka strokovna izobrazba (VI. stopnja – višja šola, 1. bolonjska stopnja).
○ Univerzitetna izobrazba ali magisterij (VII. stopnja – prejšnja univerzitetna izobrazba, 2. bolonjska stopnja).
○ Magisterij znanosti (VIII. stopnja).
○ Doktorat (IX. stopnja).
○ Drugo:_____
○ Ne želim odgovoriti.

Označite število vaših izkušenj poroda.
○ 1
○ 2
○ 3
○ 4
○ 5 ali več
○ Ne želim odgovoriti.

Označite, kakšen je bil način vašega zadnjega poroda.

○ Spontani vaginalni porod brez protibolečinskih sredstev.

○ Spontani vaginalni porod z epiduralno analgezijo ali drugimi protibolečinskimi sredstvi.

○ Spodbujen (induciran) vaginalni porod (npr. z umetnimi popadki).

○ Vaginalni porod z instrumentalno pomočjo (vakuum ali klešče) brez protibolečinskih sredstev.

○ Vaginalni porod z instrumentalno pomočjo (vakuum ali klešče) in s protibolečinskimi sredstvi.

○ Načrtovan carski rez v spinalni ali epiduralni anesteziji.

○ Nenačrtovan carski rez (poskus vaginalnega poroda, ki se je končal s carskim rezom).

○ Urgentni carski rez v spinalni ali epiduralni anesteziji.

○ Urgentni carski rez v splošni anesteziji.

○ Drugo: _____

○ Ne želim odgovoriti.

Ali je bil vaš otrok ob (vašem zadnjem) porodu rojen kot donošen otrok?

○ Da, otrok je bil donošen (rojen v 37. tednu nosečnosti ali pozneje).

○ Ne, otrok je bil nedonošen (rojen pred dopolnjenim 37. tednom nosečnosti).

○ Ne vem ali ne želim odgovoriti.

Kdo je bil v porodni sobi prisoten ob vašem zadnjem porodu?

Možnih je več odgovorov.

☐ Partner_ka.

☐ Doula.

☐ Druga bližnja oseba (mama, prijateljica, sestra ...).

☐ Pri porodu sem bila brez spremljevalca_ke po lastni izbiri.

☐ Prisotnost spremljevalca_ke zaradi narave poroda ali pravil porodnišnice ni bila mogoča (npr. carski rez, urgentno stanje, prepoved obiskov).

☐ Ne želim odgovoriti.

Iskrena hvala za vaš čas in delitev vaše osebne izkušnje. Vaši odgovori so izjemno dragoceni za razumevanje pomena prakse stika koža na kožo in vzpostavljanja zgodnje navezanosti v obporodnem obdobju. Z vašim prispevkom bom v magistrskem delu lahko utemeljila potrebo po umeščanju socialnega dela z družino v to ključno, obporodno obdobje. Če bi svojo izkušnjo vzpostavljanja prvega stika z otrokom po porodu ter občutke glede povezanosti z njim želeli deliti v narativnem intervjuju, tj. v poglobljenem, osebnem pogovoru, v katerem je v ospredju vaša pripoved, ste toplo vabljeni k sodelovanju v naslednji fazi raziskave magistrskega dela. Intervjuji so anonimni in zaupni, zbrani podatki pa bodo namenjeni le

za potrebe magistrskega dela. Intervju bo izveden v terminu, ki vam ustreza, prav tako se vam bom prilagodila v izbiri prostora (izvedljivo tudi online).

Za vsa vprašanja in več informacij sem z veseljem na voljo na elektronskem naslovu eva.mramor@gmail.com.

Ali ste pripravljeni sodelovati v narativnem intervjuju za namene magistrskega dela?

○ Da, želim sodelovati.

○ Ne, hvala.

(Da, želim sodelovati.)

Hvala za izkazan interes! S klikom na to povezavo boste v obrazec lahko vnesli podatke za stik z vami, da vam posredujem več informacij o intervjuju in dogovoru o izvedbi.

Vprašalnik naslavlja osebne in morda čustveno intenzivne izkušnje. Če ste ob izpolnjevanju začutili nelagodje ali bi se o svoji izkušnji želeli s kom pogovoriti, so vam na voljo strokovne službe in organizacije, katerih kontaktne podatke najdete v nadaljevanju. Hvala za sodelovanje.

- NIJZ, Svetovanje in podpora v duševni stiski za nosečnice in matere dojenčkov po videoklicu, dr. Zalka Drglin, za termin pogovora se lahko dogovorite na elektronskem naslovu zalka.drglin@nijz.si. Na voljo vsak delovni dan od 7.00 do 9.00 oziroma po dogovoru.
- Združenje Naravni začetki (mamaZOFA). Nudijo svetovanje in podporo v času nosečnosti in po porodu. Dosegljivi so na tel. št. 051 245 013 ali 01 544 34 79.
- Ambulanta za perinatalno podporo (SFU Ljubljana): Specializirana psihološka pomoč za družine v pričakovanju in po rojstvu. Naročite se lahko na tel. št. 051 382 484 ali na elektronskem naslovu ambulanta@sfu-ljubljana.si.
- Center za psihološko svetovanje Posvet. Nudijo brezplačno svetovanje po vsej Sloveniji, na več lokacijah. Naročite se lahko vsak delovnik od 8.00 do 20.00 na tel. št. 031 704 707.

Podporo lahko prejmete tudi na katerem od telefonov za pomoč v stiski, kjer boste ostali anonimni:

- Klic v duševni stiski 01 520 99 00 (vsak dan od 19. ure zvečer do 7. ure zjutraj).
- Zaupna telefona Samarijan in Sopotnik 116 123 (24 ur/na dan, vsak dan). Klic je brezplačen.
- Društvo SOS telefon za ženske in otroke, žrtve nasilja 080 11 55 (vsak dan, 24 ur na dan).

Če je vaša stiska zelo huda in drugi viri pomoči niso na voljo, se lahko obrnete tudi neposredno na:

- dežurnega zdravnika,
- dežurno ambulanto najbližje psihiatrične bolnišnice,
- reševalno službo (112) ali
- urgentno psihiatrično ambulanto v Centru za izvenbolnišnično psihiatrijo v Ljubljani (01 475 06 70).

8.4 Smernice za narativni intervju

Uvodno pojasnilo

Najlepša hvala, da ste si vzeli čas za ta pogovor. V raziskavi magistrskega dela me kot študentko socialnega dela zanima, kako ste vi osebno doživeli čas takoj po porodu, ko ste se prvič srečali s svojim otrokom, in kako se je nato razvijal vajin odnos. Želim slišati vašo zgodbo, saj verjamem, da so izkušnje mater najboljši vir, da bi lahko razumeli, kako lahko izboljšamo podporo socialnega dela v obporodnem obdobju in v porodnišnici.

Preden začneva, bi vam rada podala še nekaj ključnih informacij o poteku intervjuja. Vaše sodelovanje je v celoti anonimno, vaše ime in ostali osebni podatki ne bodo nikjer navedeni, obdelani in predstavljeni bodo izključno v anonimizirani obliki. V tem pogovoru ni pravih ali napačnih odgovorov, pomembna sta vaša izkušnja in vaše doživljanje. Če se vam bo zdelo kar koli preveč osebno ali o čem ne boste želeli govoriti, lahko to kadar koli poveste in se takrat ustaviva ali prekineva to temo. Po potrebi si lahko kadar koli vzamete odmor in nadaljujeva, ko boste pripravljeni.

Narativni intervju se nekoliko razlikuje od običajnega intervjuja v tem, da vam ne bom zastavljala vprašanj eno za drugim, temveč bo v ospredju predvsem vaša zgodba. Potekal bo v treh delih in je zasnovan tako, da vam bo čim udobnejše in da boste svojo zgodbo lahko povedali v celoti. Začela bom z enim širšim vprašanjem in vas bom nato prosila, da mi o tem poskusite povedati zgodbo. V tej fazi vas bom jaz le poslušala. Ne bom vas prekinjala. Želim, da poveste svojo zgodbo tako, da prispe do naravnega konca. Ko boste povedali svojo zgodbo in končali svojo glavno pripoved, vam bom postavila nekaj dodatnih vprašanj. To bom naredila zato, da pojasnim stvari, ki ste jih morda omenili le bežno, ali pa da vprašam o stvareh, ki so pomembne za raziskavo, pa jih morda niste vključili v svojo pripoved. Na koncu bo še priložnost, da dodate kar koli, kar se vam zdi pomembno, pa se morda tega prej ne bova dotaknili.

Imate morda še kakšno vprašanje ali predlog glede poteka intervjuja?

Začetno vprašanje

Prosim, pripovedujete svojo zgodbo o prihodu vašega (najmlajšega) otroka in prvih skupnih trenutkih. Začnite tam, kjer se vam zdi primerno in je za vas smiselno, morda s porodno izkušnjo ali celo s pričakovanji pred tem. Povejte vse, kar je bilo v tistih prvih urah in dneh ključno za to, da ste z otrokom ustvarili prve vezi, vključno z vsemi izzivi in vso podporo, ki ste jo prejeli. Vabim vas, da razmišljate o vseh dejavnikih, okoliščinah in vaših preteklih izkušnjah ali življenjskih zgodbah, ki so po vašem mnenju vplivali na to, kako ste doživljali prvi stik z otrokom.

Pojasnjevalna vprašanja

- Bi lahko, prosim, podrobneje opisali tisti trenutek, ko so vam otroka prvič položili na prsi? Kaj ste čutili, kaj ste opazili? Kako bi opisali svoje občutke v tistem trenutku?
- Kateri dejavniki v prvih dneh, bodisi v porodnišnici bodisi doma, so vam bili v olajšanje, da ste se počutili povezani in sproščeni z otrokom?
- Kako pomembna je bila vloga vašega partnerja in/ali druge pomembne osebe v prvih dneh pri tem, da ste se z otrokom lahko povezali? Kaj je ta oseba storila, da je olajšala ta proces?
- Kaj je v samem okolju porodnišnice ustvarilo največji občutek varnosti, sproščenosti in vam omogočilo, da ste se osredotočili na otroka in stik z njim?
- Sedaj, ko gledate nazaj, kako je po vašem mnenju prvi stik (ali njegova odsotnost) vplival na to, kako se je vajin odnos z otrokom razvijal skozi mesece?
- Ko gledate nazaj na te prve ure in dneve, če bi imeli priložnost kaj spremeniti glede vzpostavljanja stika, kaj bi to bilo in kako menite, da bi to vplivalo na vajin odnos?
- Lahko, prosim, opišete, kako ste doživljali hranjenje, ne glede na to, ali ste dojili ali hranili z mlečno formulo? Kako je po vašem mnenju ta proces vplival na vaš občutek bližine in povezanosti z otrokom?
- Če ste imeli izzive s hranjenjem, kako menite, da so ti izzivi vplivali na vaš občutek bližine z otrokom v tistem trenutku?
- Kaj je bil po vašem mnenju največji prispevek (ali ovira) podpore zdravstvenega osebja pri spodbujanju prvega stika z vašim otrokom in pri vaših prvih poskusih hranjenja otroka?
- Se morda spomnite kakšnega konkretnega dejanja ali besed, ki vam jih je izreklo zdravstveno osebje in so vam resnično pomagali ali celo krepili vašo moč, da ste se z otrokom povezali in ga hranili?
- Če se ozrete nazaj na čas v porodnišnici, imate v spominu morda kakšen trenutek, ko je kdo od osebja (morda socialna delavka ali kdo drug) prepoznal vašo osebno stisko ali specifične okoliščine, ne le vaših potreb z vidika telesnega zdravja? Kako je ta oseba pristopila k vam in kakšen občutek vam je to pustilo pri navezovanju na otroka?
- Se morda spomnite kakšnega stanja, ko ste začutili, da so vaše želje glede otroka (npr. glede bližine z njim ali hranjenja) zares slišane in upoštevane? Je bil v porodnišnici kdo, ki vam je pomagal krepiti vaš glas v odnosu do postopkov in pravil v porodnišnici?
- V kolikšni meri (če sploh) ste v času bivanja v porodnišnici začutili, da obstaja oseba ali prostor, kjer bi lahko izrazili svoje skrbi, strahove ali vprašanja o prihodnosti z otrokom, ne da bi vas kdo obsojal?

- Socialno delo pogosto gleda na mamo in otroka v zgodnjem otroštvu kot na nerazdružljivo celoto z odnosnega vidika. Ste v času bivanja v porodnišnici začutili, da osebje v tej drži vstopa tudi v stik z vami in z otrokom – kot par, ki potrebuje čas in mir za spoznavanje?
- Pogosto je čas v porodnišnici osredotočen le na tiste prve dni. Ste s strokovnim osebjem (npr. s socialnim delavcem) imeli kakšen pogovor o vašem odhodu iz porodnišnice in bivanju v domačem okolju? Je kdo naslovil vprašanje vaše podpore doma? Kakšni so bili vaši občutki glede grajenja vezi z otrokom v domačem okolju?

Bi želeli dodati še kaj, kar je pomembno za vašo izkušnjo, pa o tem še nisva spregovorili?

8.5 Prikaz demografskih značilnosti vzorca v kvantitativnem delu raziskave

Tabela 8.5.1: Starost udeleženk

Q: Vaša starost v času izpolnjevanja vprašalnika				
Veljavni odgovori	**Frekvenca**	**Odstotek**	**Veljavni odstotek**	**Kumulativni odstotek**
21	2	1	1	1
22	1	1	1	2
23	4	2	2	4
25	6	3	4	8
26	8	4	5	13
27	9	5	6	19
40	4	2	2	21
41	1	1	1	22
28	11	6	7	28
42	1	1	1	29
29	17	9	10	40
43	3	2	2	41
44	1	1	1	42
42	1	1	1	43
30	14	7	9	51
31	16	8	10	61
32	15	8	9	70
33	6	3	4	74
34	13	7	8	82
35	4	2	2	85
36	6	3	4	88
37	5	3	3	91
38	6	3	4	95
39	7	4	4	99
28	1	1	1	100
Skupaj	162	82	100	

Tabela 8.5.2: Najvišja dokončana stopnja izobrazbe udeleženk

Q: Označite svojo najvišjo dokončano stopnjo izobrazbe.				
Odgovori	**Frekvenca**	**Odstotek**	**Veljavni odstotek**	**Kumulativni odstotek**
Osnovnošolska izobrazba (ali manj)	2	1	1	1
Nižja poklicna izobrazba (2-letni nižje poklicni programi)	0	0	0	1
Poklicna izobrazba (3-letna srednja šola)	8	2	3	4
Srednješolska izobrazba (4-letna srednja šola, gimnazija)	42	11	18	23

Višja ali visoka strokovna izobrazba (VI. stopnja – višja šola, 1. bolonjska stopnja)	74	19	32	55
Univerzitetna izobrazba ali magisterij (VII. stopnja – prejšnja univerzitetna izobrazba, 2. bolonjska stopnja)	90	23	39	94
Magisterij znanosti (VIII. stopnja)	11	3	5	99
Doktorat (IX. stopnja)	2	1	1	100
Drugo	0	0	0	100
Ne želim odgovoriti.	0	0	0	100
Skupaj	229	60	100	

Tabela 8.5.3: Število izkušenj poroda med udeleženkami

Q: Označite število svojih izkušenj poroda.				
Odgovori	**Frekvenca**	**Odstotek**	**Veljavni odstotek**	**Kumulativni odstotek**
1	110	29	48	48
2	83	22	36	84
3	20	5	9	93
4	11	3	5	98
5 ali več	4	1	2	100
Ne želim odgovoriti.	1	0	0	100
Skupaj	229	60	100	

Tabela 8.5.4: Donošenost otroka ob porodu udeleženk

Q: Ali je bil vaš otrok ob (vašem zadnjem) porodu rojen kot donošen otrok?				
Odgovori	**Frekvenca**	**Odstotek**	**Veljavni odstotek**	**Kumulativni odstotek**
Da, otrok je bil donošen (rojen v 37. tednu nosečnosti ali pozneje).	220	57	96	96
Ne, otrok je bil nedonošen (rojen pred dopolnjenim 37. tednom nosečnosti).	8	2	4	100

Ne vem ali ne želim odgovoriti.	0	0	0	100
Skupaj	228	60	100	

Tabela 8.5.5: Prisotnost oseb ob udeleženki v porodni sobi

Q: Kdo je bil v porodni sobi prisoten ob vašem zadnjem porodu?							
	Enote					Navedbe	
	Frekvence	Veljavni	% – veljavni	Ustrezni	% – ustrezni	Frekvence	%
Partner_ka	204	229	89	383	53	204	100
Doula	7	229	3	383	2	7	3
Druga bližnja oseba (mama, prijateljica, sestra ...)	2	229	1	383	1	2	1
Pri porodu sem bila brez spremljevalca_ke po lastni izbiri.	5	229	2	383	1	5	2
Prisotnost spremljevalca_ke zaradi narave poroda ali pravil porodnišnice ni bila mogoča (npr. carski rez, urgentno stanje, prepoved obiskov).	22	229	10	383	6	22	11
Ne želim odgovoriti.	0	229	0	383	0	0	0
Skupaj		229		383		204	100

Tabela 8.5.6: Način poroda udeleženk

Q: Označite, kakšen je bil način vašega zadnjega poroda.				
Odgovori	**Frekvenca**	**Odstotek**	**Veljavni odstotek**	**Kumulativni odstotek**
Spontani vaginalni porod brez protibolečinskih sredstev	69	18	30	30
Spontani vaginalni porod z epiduralno analgezijo ali drugimi protibolečinskimi sredstvi	58	15	25	55
Spodbujen (induciran) vaginalni porod (npr. z umetnimi popadki)	48	13	21	76
Vaginalni porod z instrumentalno pomočjo (vakuum ali klešče) brez protibolečinskih sredstev	4	1	2	78
Vaginalni porod z instrumentalno pomočjo (vakuum ali klešče) in s protibolečinskimi sredstvi	2	1	1	79
Načrtovan carski rez v spinalni ali epiduralni anesteziji	16	4	7	86
Nenačrtovan carski rez (poskus vaginalnega poroda, ki se je končal s carskim rezom).	11	3	5	91
Urgentni carski rez v spinalni ali epiduralni anesteziji	9	2	4	95
Urgentni carski rez v splošni anesteziji	4	1	2	97
Drugo	7	2	3	100
Ne želim odgovoriti.	1	0	0	100
Skupaj	229	60	100	

Tabela 8.5.7: Drugi načini poroda med udeleženkami

Drugo				
Odgovori	**Frekvenca**	**Odstotek**	**Veljavni odstotek**	**Kumulativni odstotek**
Induciran vaginalni porod s katetrom brez protibolečinskih sredstev	1	0	14	14
Sprožen porod s trakcem in tabletkami, po 48 urah epiduralna	1	0	14	29
Spontani porod z dodanimi umetnimi popadki, ker so želeli čim prej zaključiti.	1	0	14	43
Porod, induciran s tabletko, nato spontano, brez protibolečinskih sredstev.	1	0	14	57
Rodila sem dvojčka, prvi vaginalno, drugi urgentni cr (sprožen porod).	1	0	14	71
Protibolečinske (ultiva) ter tudi umetni popadki, vendar ne sprožen.	1	0	14	86
Poskus VBAC s končanim urgentnim carskim rezom.	1	0	14	100
Skupaj	7	2	100	

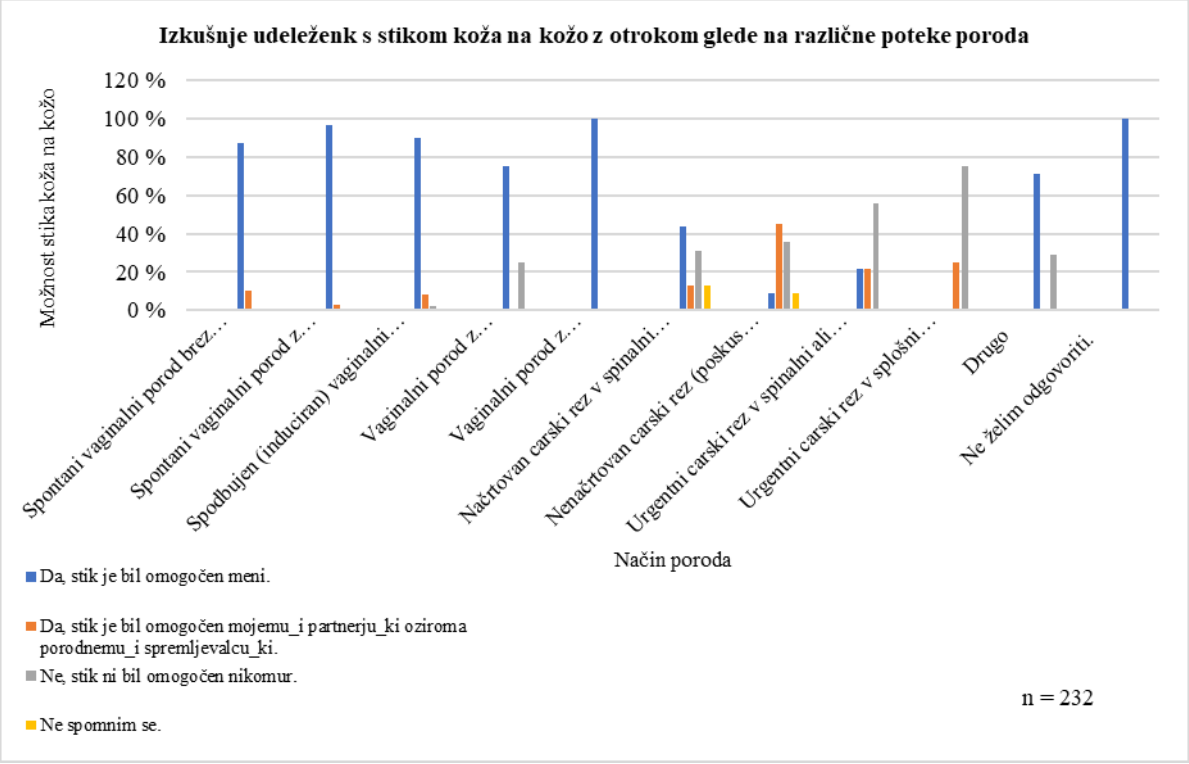
8.6 Prikaz rezultatov kvantitativnega dela raziskave

Tabela 8.6.1: Izbrana porodnišnica zadnjega poroda med udeleženkami

Q: Prosim, označite, v kateri izmed spodaj navedenih slovenskih porodnišnic ste opravili zadnji porod.				
Odgovori	**Frekvenca**	**Odstotek**	**Veljavni odstotek**	**Kumulativni odstotek**
Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika, Porodnišnica	85	22	31	31
Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo	13	3	5	36
Splošna bolnišnica Celje, Ginekološko-porodniški oddelek	15	4	5	41
Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj	26	7	9	51
Splošna bolnišnica Jesenice, Ginekološko-porodniški oddelek	26	7	9	60
Splošna bolnišnica Novo mesto, Ginekološko-porodniški oddelek	12	3	4	65
Splošna bolnišnica Brežice, Ginekološko-porodniški oddelek	7	2	3	67
Splošna bolnišnica Izola, Ginekološko-porodniški oddelek	3	1	1	68
Splošna bolnišnica Dr. Franca Derganca Nova Gorica, Ginekološko-porodniški oddelek	11	3	4	72
Splošna bolnišnica Murska Sobota, Ginekološko-porodniški oddelek	8	2	3	75
Splošna bolnišnica Ptuj, Ginekološko-porodniški oddelek	15	4	5	81
Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, Ginekološko-porodniški oddelek	11	3	4	85
Splošna bolnišnica Trbovlje, Ginekološko-porodniški oddelek	5	1	2	86
Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Postojna	37	10	14	100
Skupaj	274	72	100	

Tabela 8.6.2: Izkušnja stika koža na kožo v prvi uri po porodu med udeleženkami

Q: Stik koža na kožo (ang. skin to skin contact) je praksa, pri kateri je novorojenček takoj po rojstvu, v prvih urah življenja, gol položen neposredno na gol prsni koš ali trebuh matere ali njenega_e porodnega_e spremljevalca_ke. Ali vam je bil znotraj prve ure (prvih 60 min) po zadnjem porodu omogočen neposreden stik koža na kožo z vašim otrokom?				
Odgovori	**Frekvenca**	**Odstotek**	**Veljavni odstotek**	**Kumulativni odstotek**
Da, stik je bil omogočen meni.	182	48	78	78
Da, stik je bil omogočen mojemu_i partnerju_ki oziroma porodnemu_i spremljevalcu_ki.	23	6	10	88
Ne, stik ni bil omogočen nikomur.	23	6	10	98
Ne spomnim se.	4	1	2	100
Skupaj	232	61	100	
Povprečje	1,3	**Standardni odklon**	0,7	

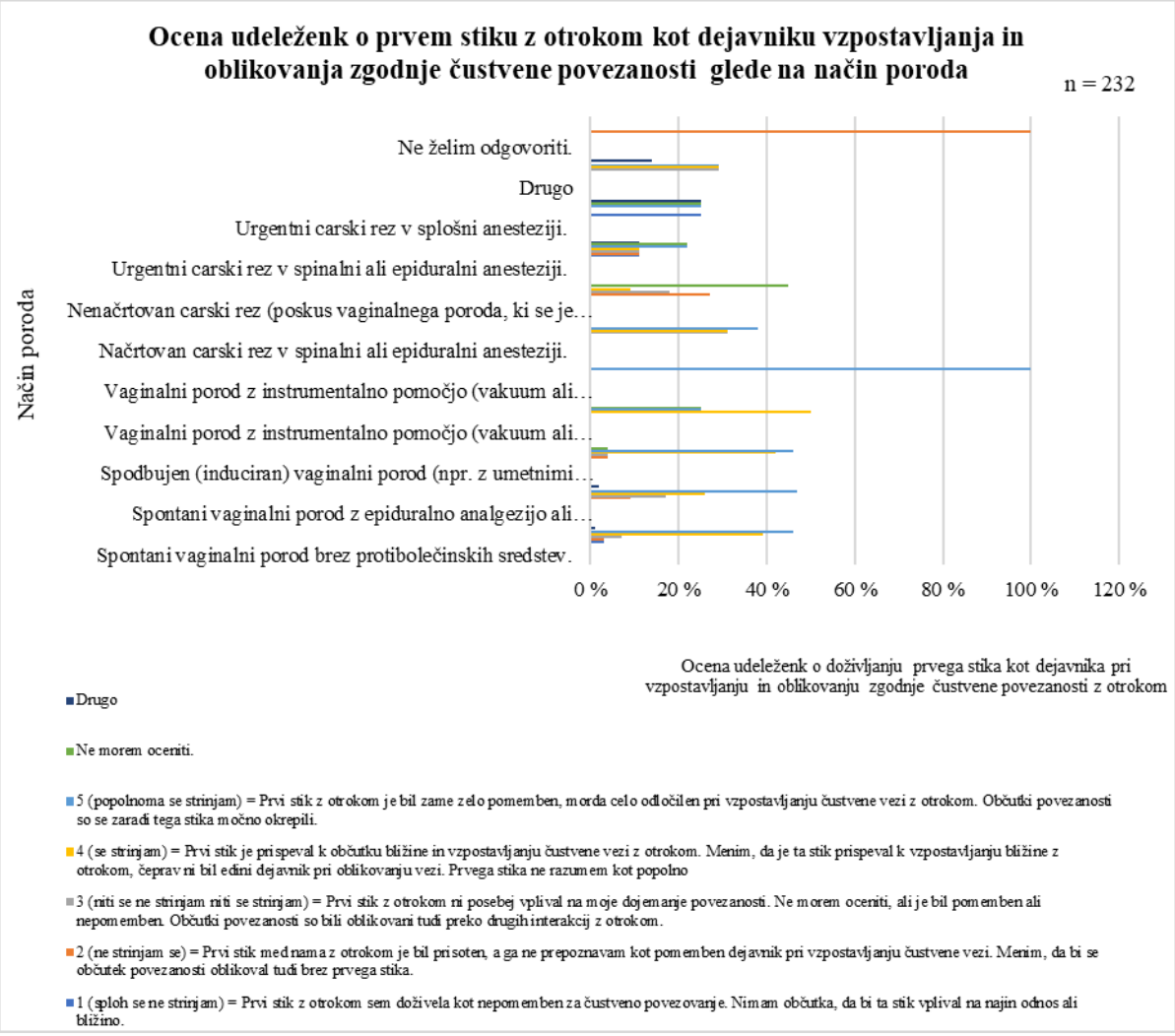


Graf 8.6.1: Izkušnje udeleženk s stikom koža na kožo z otrokom glede na različne poteke poroda

Pri spontanem vaginalnem porodu brez protibolečinskih sredstev je bil stik koža na kožo vprašanim materam omogočen v 86,96 % (f = 60) primerov, pri spontanem vaginalnem porodu z epiduralno analgezijo ali drugimi protibolečinskimi sredstvi pa kar v 96,55 % (f = 56) primerov. Tudi pri spodbujenem (induciranem) vaginalnem porodu je bil stik koža na kožo vprašanim materam

omogočen v visokem deležu (89,58 %, f = 43). Rezultati kažejo, da je pri vaginalnem porodu neposreden stik med materjo in novorojenčkom praviloma omogočen in predstavlja standardno prakso.

Drugačen vzorec se kaže pri sodelujočih materah z izkušnjo carskega reza. Pri načrtovanem carskem rezu je bil stik koža na kožo vprašanim materam omogočen v 43,75 % (f = 7) primerov, v 31,25 % (f = 5) primerov pa ni bil omogočen nikomur. Pri nenačrtovanem carskem rezu je bil stik koža na kožo vprašanim materam omogočen le v 9,09 % (f = 1) primerov, pogosteje pa partnerju_ki oziroma porodnemu_i spremljevalcu_ki (45,45 %, f = 5). Podobno je pri vprašanih materah z izkušnjo urgentnega carskega reza, kjer je bil stik koža na kožo pogosto onemogočen, na primer pri urgentnem carskem rezu v splošni anesteziji v 75 % (f = 3) primerov ni bil omogočen nikomur, pri čemer lahko predvidevam, da to odraža nujnost medicinskih postopkov glede na zdravstveno stanje matere ali novorojenčka. Rezultati tako nakazujejo, da način poroda pomembno vpliva na možnost zgodnjega stika koža na kožo, pri čemer je bil vprašanim materam najpogosteje omogočen ob vaginalnem porodu, najmanj pogosto pa pri izkušnji urgentnega carskega reza.



Graf 8.6.2: Ocena udeleženk o prvem stiku z otrokom kot dejavniku vzpostavljanja in oblikovanja zgodnje čustvene povezanosti glede na način poroda

Preverila sem še, kako so vprašane matere ocenile prvi stik z otrokom z vidika vzpostavljanja in oblikovanja zgodnje čustvene povezanosti glede na način poroda. Pri spontanem vaginalnem porodu brez protibolečinskih sredstev večina vprašanih prvi stik z otrokom ocenjuje kot pomemben dejavnik pri vzpostavljanju čustvene povezanosti z otrokom. Skoraj polovica (46,38 %, f =32) se s trditvijo »Moj prvi stik z otrokom takoj po rojstvu je bil pomemben dejavnik pri vzpostavljanju in oblikovanju najine zgodnje čustvene povezanosti.« popolnoma strinja, dodatnih 39,13 % (f = 27) pa se strinja, kar kaže na zelo visoko stopnjo zaznanega pomena prvega stika.

Podoben vzorec je opazen tudi pri spontanem vaginalnem porodu z epiduralno analgezijo ali z drugimi protibolečinskimi sredstvi, kjer se 46,55 % (f = 27) vprašanih mater z zgoraj predstavljeno trditvijo popolnoma strinja, še 25,86 % (f = 15) pa se strinja. Le 8,62 % (f = 5) vprašanih mater s to izkušnjo načina poroda prvega stika z otrokom ne prepoznava, kot da je pomembnen dejavnik pri vzpostavljanju čustvene vezi.

Pri spodbujenem (induciranem) vaginalnem porodu so rezultati med vprašanimi materami prav tako izrazito pozitivni: 45,83 % (f = 22) sodelujočih se s trditvijo popolnoma strinja, 41,67 % (f = 20) pa se strinja. To nakazuje, da tudi pri spodbujenih porodih prvi stik med mamo in otrokom pogosto predstavlja pomemben trenutek za vzpostavljanje občutka bližine.

V vzorcu mater z izkušnjo carskega reza so rezultati nekoliko raznolikejši. Pri načrtovanem carskem rezu se sicer še vedno večina vprašanih strinja ali popolnoma strinja s trditvijo o tem, da je prvi stik pomemben dejavnik za vzpostavljanje in oblikovanje čustvene povezanosti z otrokom (skupaj 68,75 %). Vendar pa 31,25 % vprašanih navaja, da prvi stik z otrokom ni posebej vplival na njihovo dojemanje povezanosti, in ne morejo oceniti, ali je bil pomemben ali nepomemben, saj so bili občutki povezanosti oblikovani tudi prek drugih interakcij z otrokom. Vprašane mame z izkušnjo nenačrtovanega carskega reza so v velikem deležu (45,45 %, f = 5) navedle, da pomena prvega stika z otrokom na občutek povezanosti ne morejo oceniti, kar lahko odraža nepredvidljivost same porodne izkušnje. V vzorcu mater z izkušnjo urgentnega carskega reza so odgovori še bolj razpršeni. Deleži strinjanja so nižji, hkrati pa je več odgovorov »ne morem oceniti« ali drugih odgovorov, kar lahko kaže na to, da so bile okoliščine poroda zahtevnejše, izhajajoč iz česar tudi stik koža na kožo ni bil vedno mogoč ali pa s strani mater ni bil doživet na način, ki bi ga udeleženke povezovale z vzpostavljanjem čustvene povezanosti z otrokom.

Tabela 8.6.3: Glavni razlogi, zaradi katerih stik koža na kožo po oceni udeleženk otroku ni bil omogočen

Q: Kaj menite in ocenjujete, da je bil glavni razlog, zaradi katerega vam stik koža na kožo z otrokom ni bil omogočen?				
Odgovori	**Frekvenca**	**Odstotek**	**Veljavni odstotek**	**Kumulativni odstotek**
Zdravstveno osebje mi stika koža na kožo ni omogočilo.	2	1	9	9
Zaradi mojih ali otrokovih zdravstvenih potreb v prvi uri po porodu	13	3	57	65
O stiku koža na kožo kot poporodni praksi nisem bila informirana.	2	1	9	74
Stika koža na kožo z otrokom nisem želela.	0	0	0	74
Ne želim odgovoriti.	0	0	0	74
Iz drugega razloga. Prosim, navedite razlog.	6	2	26	100
Skupaj	23	6	100	
Povprečje	3,0	**Standardni odklon**	1,8	

Tabela 8.6.4: Drugi razlogi, zaradi katerih stik koža na kožo otroku po oceni udeleženk ni bil omogočen

Iz drugega razloga. Prosim, navedite razlog.				
Odgovori	**Frekvenca**	**Odstotek**	**Veljavni odstotek**	**Kumulativni odstotek**
Splošna anestezija – cr	1	0	17	17
Ker so me med carskim rezom uspavali.	1	0	17	33
Urgentni carski rez	1	0	17	50
Carski rez, sicer so mi ga takoj prislonili lice na lice.	1	0	17	67
Otroka so odnesli z izgovorom, da je utrujen.	1	0	17	83
Zaradi carskega reza	1	0	17	100
Skupaj	6	2	100	

Tabela 8.6.5: Ocena udeleženk o pomenu prvega stika z otrokom pri vzpostavljanju in oblikovanju zgodnje čustvene povezanosti

Q: Prosim, ocenite, v kolikšni meri se strinjate z naslednjo trditvijo: »Moj prvi stik z otrokom takoj po rojstvu je bil pomemben dejavnik pri vzpostavljanju in oblikovanju najine zgodnje čustvene povezanosti.« Navedeni vsebinski opisi pri posamezni postavki lestvice služijo zgolj kot ponazoritev za lažje razumevanje trditve in poistovetenje z njo. Pri odgovoru se osredotočite na to, kako ste vi osebno doživljali te trenutke.				
Odgovori	**Frekvenca**	**Odstotek**	**Veljavni odstotek**	**Kumulativni odstotek**
1 (sploh se ne strinjam) = Prvi stik z otrokom sem doživela kot nepomemben za čustveno povezovanje. Nimam občutka, da bi ta stik vplival na najin odnos ali bližino.	5	1	2	2
2 (ne strinjam se) = Prvi stik med nama z otrokom je bil prisoten, a ga ne prepoznavam, kot da je pomemben dejavnik pri vzpostavljanju čustvene vezi. Menim, da bi se občutek povezanosti oblikoval tudi brez prvega stika.	15	4	6	9
3 (niti se ne strinjam niti se strinjam) = Prvi stik z otrokom ni posebej vplival na moje dojemanje povezanosti. Ne morem oceniti, ali je bil pomemben ali nepomemben. Občutki povezanosti so bili oblikovani tudi prek drugih interakcij z otrokom.	27	7	12	20
4 (se strinjam) = Prvi stik je prispeval k občutku bližine in vzpostavljanju	73	19	31	52

čustvene vezi z otrokom. Menim, da je ta stik prispeval k vzpostavljanju bližine z otrokom, čeprav ni bil edini dejavnik pri oblikovanju vezi. Prvega stika ne razumem kot popolnoma odločilnega.				
5 (popolnoma se strinjam) = Prvi stik z otrokom je bil zame zelo pomemben, morda celo odločilen pri vzpostavljanju čustvene vezi z otrokom. Občutki povezanosti so se zaradi tega stika močno okrepili.	95	25	41	93
Ne morem oceniti.	12	3	5	98
Drugo:	5	1	2	100
Skupaj	232	61	100	

Tabela 8.6.6: Odprti odgovori udeleženk na vprašanje o oceni pomena prvega stika pri vzpostavljanju in oblikovanju zgodnje čustvene povezanosti

Drugo:				
Odgovori	**Frekvenca**	**Odstotek**	**Veljavni odstotek**	**Kumulativni odstotek**
Z dojenčico sem se povezovala že pred porodom prek terapije prenatal bonding analysis pri Katji Titovšek, kar se je izkazalo za odločilno, da na naju ni ta separacija tako odločilno vplivala. Sem pa zahtevala vsaj nekaj prvih minut po porodu, kar nama je bilo omogočeno.	1	0	20	20
Ne vem, sem rodila s carskim rezom pod narkozo.	1	0	20	40

Otrok mi je bil položen na trebuh za 2 minuti zaradi kasnejšega hitrega reagiranja osebja, saj se je rodil v 30. tednu gestacije.	1	0	20	60
Stik se mi zdi zelo pomemben, a mi ni bil omogočen.	1	0	20	80
Stik se mi zdi zelo pomemben, vendar mi kljub moji želji ni bil omogočen.	1	0	20	100
Skupaj	5	1	100	

Tabela 8.6.7: Ocena udeleženk o podpori zdravstvenega osebja pri vzpostavljanju prvega stika z otrokom

Q: V kolikšni meri ste v prvi uri po porodu pri vzpostavljanju prvega stika z otrokom prejeli podporo zdravstvenega osebja v porodnišnici? Navedeni vsebinski opisi pri posamezni postavki lestvice služijo zgolj kot ponazoritev za lažje razumevanje trditve in poistovetenje z njo. Pri odgovoru se osredotočite na to, kako ste vi osebno doživljali podporo.				
Odgovori	**Frekvenca**	**Odstotek**	**Veljavni odstotek**	**Kumulativni odstotek**
1 (brez podpore) = Nisem prejela pomoči, usmeritve ali podpore pri prvem stiku z otrokom. Zdravstveno osebje se ni odzvalo ali pa je bilo popolnoma pasivno.	12	3	5	5
2 (le nekaj podpore) = Zdravstveno osebje je ponudilo le osnovne ali občasne informacije, ne da bi se pri tem aktivno vključilo. Večinoma sem se znašla sama in nisem imela občutka, da mi je zdravstveno osebje pomagalo ali me spodbujalo.	18	5	8	13
3 (delna podpora) = Prejela sem določeno pomoč (npr. kratka navodila, nekaj spodbude), vendar ni bilo stalne prisotnosti	34	9	15	28

zdravstvenega osebja ali individualne pomoči. Osebje je bilo dostopno, a ne vedno odzivno ali dovolj angažirano glede na moje in otrokove potrebe.				
4 (precej podpore) = Prejela sem jasna navodila, praktično pomoč in spodbudo. Zdravstveno osebje je bilo pri vzpostavljanju prvega stika z otrokom prisotno, dostopno in zavzeto.	68	18	29	57
5 (polna podpora) = Imela sem občutek popolne podpore. Zdravstveno osebje me je aktivno vodilo, spodbujalo, pojasnjevalo in mi nudilo pomoč. Zagotovljeno je bilo prijetno in spodbudno okolje za vzpostavljanje prvega stika z otrokom.	100	26	43	100
Skupaj	232	61	100	
Povprečje	4,0	**Standardni odklon**	1,2	

Tabela 8.6.8: Ocena udeleženk o ustreznosti podpore in pomoči strokovnih delavcev_k v slovenskih porodnišnicah pri vzpostavljanju zgodnje čustvene povezanosti

Q: Na lestvici od 1 (sploh ni bila ustrezna) do 5 (zelo ustrezna) ocenite, kako ustrezno podporo in pomoč pri vzpostavljanju zgodnje čustvene povezanosti ste v eni od slovenskih porodnišnic prejeli s strani spodaj navedenih strokovnih delavcev_k. Če z navedenim strokovnim_o delavcem_ko niste bili v stiku, prosim, označite »brez stika«.

Podvprašanja	Odgovori							Veljavni odstotek	Št. enot	Povprečje	Standardni odklon
	1	2	3	4	5	Brez stika	Skupaj				
Pediater_inja	26 (11 %)	20 (9 %)	29 (13 %)	33 (14 %)	52 (22 %)	72 (31 %)	232 (100 %)	232	383	4,2	1,7
Ginekolog_inja	22 (9 %)	17 (7 %)	35 (15 %)	33 (14 %)	53 (23 %)	72 (31 %)	232 (100 %)	232	383	4,3	1,6
Babica_ičar	6 (4 %)	1 (1 %)	13 (9 %)	29 (20 %)	95 (64 %)	4 (3 %)	148 (100 %)	148	383	4,5	1,0

Medicinska sestra	9 (4 %)	12 (5 %)	35 (15 %)	48 (21 %)	96 (41 %)	32 (14 %)	232 (100 %)	232	383	4,3	1,3
Socialni_a delavec_ka	7 (3 %)	0 (0 %)	8 (3 %)	2 (1 %)	1 (0 %)	214 (92 %)	232 (100 %)	232	383	5,7	1,0
Psiholog_inja	8 (3 %)	1 (0 %)	3 (1 %)	2 (1 %)	4 (2 %)	214 (92 %)	232 (100 %)	232	383	5,7	1,0
Drug_a strokovni_a delavec_ka	0 (0 %)	1 (1 %)	1 (1 %)	5 (3 %)	16 (9 %)	150 (87 %)	173 (100 %)	173	383	5,8	0,6

Tabela 8.6.9: Ocena udeleženk o ustreznosti podpore in pomoči drugih strokovnih delavcev_k v slovenskih porodnišnicah pri vzpostavljanju zgodnje čustvene povezanosti

Drug_a strokovni_a delavec_ka				
Odgovori	**Frekvenca**	**Odstotek**	**Veljavni odstotek**	**Kumulativni odstotek**
Profesorica zdravstvene nege in spremljevalci oz. študentke zdravstvene fakultete	1	0	7	7
Fizioterapija	1	0	7	14
Fizioterapevtka	4	1	29	43
Svetovalka za dojenje	1	0	7	50
Fizioterapevtka	1	0	7	57
Primarij in vodja porodnišnice, vodja EINT oddelka	1	0	7	64
Bolj komentar na vprašanje, da so petice za njihovo odprtost in pripravljenost pomagati, osebno sem prejela predvsem prostor in mir, ker drugega nisva potrebovala.	1	0	7	71
Doula	1	0	7	79
Študenti na praksi	1	0	7	86
Patronažna sestra	1	0	7	93
Fizioterapevt	1	0	7	100
Skupaj	14	4	100	

Tabela 8.6.10: Izkušnja dojenja med udeleženkami

Q: Ali imate izkušnjo dojenja svojega najmlajšega otroka?				
Odgovori	**Frekvenca**	**Odstotek**	**Veljavni odstotek**	**Kumulativni odstotek**
Da.	221	58	96	96
Ne.	9	2	4	100
Skupaj	230	60	100	
Povprečje	1,0	**Standardni odklon**	0,2	

Tabela 8.6.11: Ocena udeleženk o prispevku izkušnje dojenja k občutku čustvene povezanosti z otrokom

Q: V kolikšni meri (je) po vašem mnenju vaša izkušnja dojenja prispeva(la) k vašemu občutku čustvene povezanosti z otrokom? Navedeni vsebinski opisi pri posamezni postavki lestvice služijo zgolj kot ponazoritev za lažje razumevanje trditve in poistovetenje z njo. Pri odgovoru se osredotočite na to, kako ste vi osebno doživljali izkušnjo dojenja.				
Odgovori	**Frekvenca**	**Odstotek**	**Veljavni odstotek**	**Kumulativni odstotek**
1 (sploh ne) = Ne zaznavam, da bi dojenje kakor koli prispevalo k vzpostavljanju čustvene vezi z otrokom. Občutek povezanosti doživljam enako, kot bi ga brez dojenja.	11	3	5	5
2 (malo) = Opažam in čutim le rahel prispevek dojenja k povezanosti z otrokom. Med dojenjem imava z otrokom sicer stik, a ga ne doživljam, kot da bi bil pomemben dejavnik za čustveno bližino.	13	3	6	11
3 (delno) = Prepoznavam, da je dojenje v določeni meri okrepilo občutek bližine z otrokom, vendar ta vpliv ni bil stalen ali ključen v primerjavi z drugimi oblikami interakcije (npr. crkljanje, nega telesa, pogovor, skupno preživljanje časa ...).	30	8	13	24
4 (precej) = Dojenje pomembno prispeva k občutku povezanosti z otrokom. Med dojenjem	75	20	34	58

pogosto doživljam občutke topline, miru in povezanosti z otrokom.				
5 (zelo) = Dojenje doživljam kot glavni vir čustvene povezanosti z otrokom. Med dojenjem se je med nama vzpostavila močna vez. Občutki bližine in povezanosti so zelo intenzivni.	94	25	42	100
Skupaj	223	58	100	
Povprečje	4,0	**Standardni odklon**	1,1	

8.7 Primer odprtega kodiranja

Šifra	Izjava	Pojem	Kategorija	Tema
A	Mogoče pomembno tukaj zame je bilo, da … To je moj prvorojeni otrok, tako da je bila moja prva izkušnja in z nosečnostjo in potem s porodom.	Prvorodnica	Pariteta	Okoliščine poroda
	In js sm se zelo odločila, že tekom celotne nosečnosti, da bom šla v to brez nekih pričakovanj, idej, kako bo kakor koli zgledalo, bodisi sama nosečnost bodisi sam porod. In tudi zato nisem imela nekega posebnega porodnega načrta.	Zaupanje v proces in zdravstveno osebje	Osebna priprava in pričakovanja	Priprava na porod in starševstvo
	samo pač epiduralno. To mi je bilo želja.	Odločitev za epiduralno analgezijo	Način poroda	Okoliščine poroda
	Am, glede vseh stvari oziroma sem zelo šla v to, da zaupam osebju, ki je tam, da so pač oni strokovnjaki, oni vejo, jaz nobene druge izkušnje nimam in tut nimam nobene ideje, zdaj hočem ne vem kako rodit, in tut sem bila pripravljena na to, da tut, če bi bilo recimo prepozno za epiduralno, da bi js njim pač zaupala in tut sprejela, da to ni več možnost, ane …	Zaupanje v proces in zdravstveno osebje	Osebna priprava in pričakovanja	Priprava na porod in starševstvo
	vem, da sm tam čakala v sprejemni, preden sm šla v porodno sobo, in sm slišala ene par žensk, ki se je pač ful drl in pač res, sm bla tko mal ojoj, grozn. Ampak ne, mislm, nism bla, ni me zdej to spravl v tak stres, ampak ja, ni pa tko ne … te mal stisne, ki ne veš, kaj pričakovat …	Negotovost in strah pred neznanim ob zaznavanju zvoka iz porodnih sob	Vpliv okolja	Okoliščine poroda
	In nč … in pol so me sprejel v porodno sobo in pol je bila tam v bistvu z mano ves čas ena študentka babištva, ja babištva, ena X, ki je v bistvu bla ja … v bistvu še vseh tistih 9 ur nadaljnjih z mano …	Študentka babištva kot spremljevalka poroda	Prisotnost oseb ob porodu	Okoliščine poroda
	in pol vem, da, ko se je rodil, vem, da sm rekla, o, a je že, ane … To so bile moje prve besede.	Intenzivno čustveno doživljanje ob prvem	Kognitivno in čustveno doživljanje	Prvi stik med starši in otrokom

		srečanju z otrokom		
	Potem, js ga nism vidla, ane, ki je bil tko /pokaže navzdol/, ker si tko, mal ti spustijo noge tko …	Omejen pogled na otroka zaradi položaja ob porodu	Telesno in senzorično doživljanje	Prvi stik med starši in otrokom
	So ga dal tm zravn, tako mizico so mel, da so ga zrihtal, in pol so ga dal men. To je blo to. Ampak pol je bil že tko, ane … Mislm, tko so mi ga dal, da je bil pod haljo, da je bil stik koža na kožo, pa da ga ni zeblo …	Stik koža na kožo po rutinskih postopkih oskrbe novorojenčka	Poporodne prakse	Dejavniki v porodnišničnem okolju
	Pol so mi ga pa mislm, da še enkrat mal vzel, da so ga še mal bol zrihtal, da so mu dal še kapico pa da so ga tko kot štručko zavil	Stik koža na kožo po rutinskih postopkih oskrbe novorojenčka	Poporodne prakse	Dejavniki v porodnišničnem okolju
	in pol je bil še tri ure tko pr men.	Čas, namenjen povezovanju družine	Trajanje prvega stika	Prvi stik med starši in otrokom
	No pa moj mož je bil tam ves čas, ja.	Partner kot porodni spremljevalec	Prisotnost oseb ob porodu	Okoliščine poroda
	Je blo pa tko, da pol sm vprašala, ane, to mi ni bilo potem čisto jasn, kako pa z dojenjem … A ga, kdaj ga dam dojit in pol mi je tam mimgrede ena babica rekla, ja ne, pač k sm js spraševala, a ga že dam dojit, ane, k sm pač slišala ja, da je to pomembno čim prej, ane … Ampak pol mi je rekla, da ne, da zdej, če bi on sam prilezel gor … pa sm bla js tko, kaj, s kje sam prilezu gor? Okej … Drgač pa čez eno uro. Ampak okej, uredu no …	Potreba po informacijah o dojenju	Podpora zdravstvenega osebja	Izkušnja hranjenja otroka
	Uglaunem vem, da sm najbl to pogrešala, tut pol v kasnejših dneh … Ampak predvsem to, informacije glede dojenja, ki jih ni nič. Ker razumem, da pol ti rata dojenje najbl običajna stvar, tko, kot da spiješ kozarec vode, verjetno tut za drugega otroka, ampak pri prvem pa res ful stvari ne veš …	Potreba po informacijah o dojenju	Podpora zdravstvenega osebja	Izkušnja hranjenja otroka
	Zdej, če bi ga oni odpeljal pa bi ga drugje rihtal, bi mi blo verjetno bolj neprijetno al pa tut ne, zarad	Ambivalentna čustva in skrb ob prvem stiku	Kognitivno in čustveno	Prvi stik med starši in otrokom

	tega, ker dejansko tok si utrujen, ta moj porod je trajal skor 24 ur, tut si mal tko, da itak ne štekaš čist točno, vsaj js ne, no, kaj točno se dogaja. Še pol, k greš tm v porodno sobo, ma še pol, k prideš domov, še neki časa …	z otrokom	doživljanje	
	To, da postaneš starš, je res neka specifična izkušnja.	Prehod v starševsko vlogo in sprememba identitete	Kompleksnost spremembe	Doživljanje starševstva v zgodnjem poporodnem obdobju
	Ne vem, ta prvi stik, se mi zdi, da pač, da se oni zavedajo, da je to pomembno, da tut nič me niso potem spraševal, a bi ga mel al ne, pač sam takoj so mi ga dal tuki odspod pod to haljo, kar je blo men pač ja, super, ful lepo.	Stik koža na kožo kot uveljavljena praksa	Poporodne prakse	Dejavniki v porodnišničnem okolju
	Mislm, ene prisotnost medicinskega osebja lahko vznemirja, ene pomirja, mene je v tej situaciji, mi je bilo pomirjajoče, da je bila tam.	Čustvena podpora in empatičnost zdravstvenega osebja	Stik z zdravstvenim osebjem	Okoliščine poroda
	Mi je bila pa zelo prijetna ona, tko, da mi ni bla, pa tut ona je ves čas v bistvu držala roko na mojem trebuhu, da je v bistvu kakor čutila, kdaj imam popadek. Ker pač tist CTG, sej pač meri, ampak lahko tut ne meri. Tko da mi sploh ni blo nič neprijetno al pa odveč. Tko da ne, v bistvu mi je blo zelo fajn, mi je bila zelo prijetna no, tko.	Študentka babištva kot spremljevalka poroda	Prisotnost oseb ob porodu	Okoliščine poroda
	Sm vedla, sm vedla, kako se to … kako je to pomembno, ta stik kože na kožo, tut vedla sm, da je to kasnej pomembno, da to pač dojenčka lahko to zelo pomiri.	Zavedanje staršev o pomenu zgodnjega navezovanja stika z otrokom	Kognitivno in čustveno doživljanje	Prvi stik med starši in otrokom
	Ampak sm tko, mogoče sm tko razmišljala, kako včasih to ni blo, kako so pač odnesl al pa vem moja prjatlca, ki je rodila v Kranju, tam je še vedno praksa v porodnišnici, da ti pač prvo noč ga kr odpeljejo, da dojenček ni s tabo … In mi je blo to tko pač, se mi je slišal ful grozno, kako, kam ga odpeljejo …	Zgodnja ločitev matere in otroka	Poporodne prakse	Dejavniki v porodnišničnem okolju
	in ga pol tam, kaj, ga futrajo z umetnim mlekom? Ker itak dojenček jé na dve, tri ure. To sploh ni kul. Mislm, ne vem …	Zgodnja ločitev matere in otroka	Poporodne prakse	Dejavniki v porodnišničnem okolju

	Tko da mi je blo ful dobr, da je bil skos z mano.	Sobivanje matere in otroka	Poporodne prakse	Dejavniki v porodniščnične m okolju
	mislm, dobr, vmes so ga neki na nek pregled peljal, pa to mi ni blo nič panike, valda to, to itak zaupaš, ane.	Vloga odnosa in komunikacije zdravstvenega osebja	Zdravstveno osebje	Dejavniki v porodniščnične m okolju
	Ko sm bla pa tm, me ni skrbel, da se to ne bo zgodilo, sm kr nekak to tko razumela, da je to dokaj že uveljavljena, samoumevna praksa, no, tko.	Stik koža na kožo kot uveljavljena praksa	Poporodne prakse	Dejavniki v porodniščnične m okolju
	Zelo težko je v tistih prvih trenutkih govorit o tem, da ga spoznaš. Mislm, spoznaš ga že, ane, ga tam vidiš, ane. Ampak tut odnos ni neki, kar se zdej zgodi v enem trenutku, je neki, kar se razvija celo življenje.	Prvi stik kot začetek povezovanja, a ne odločilen dejavnik za odnos	Vpliv prvega stika na razvoj odnosa	Prvi stik med starši in otrokom
	Pač prijetno mi je bilo, da sm ga držala pri sebi.	Pomen telesnega stika pri vzpostavljanj u zgodnje povezanosti	Kognitivno in čustveno doživljanje	Prvi stik med starši in otrokom
	Ful mi je bilo, ko so ga pol dal mojmu možu dal za držat, ker te pol zrihtajo tko, kokr je treba. To mi je blo tko lepo vidt.	Doživljanje partnerjevega stika z otrokom	Kognitivno in čustveno doživljanje	Prvi stik med starši in otrokom
	Ampak sm prou mogla moža vprašat, a so ga oni najprej kej umil, preden so mi ga dal, al sm ga kr takega, mislm, umazanega, dobila. Pa je reku, da ja, da so ga umil, ane … Tko da ja, ne vem, a sm pričakovala, da ga bodo kr takoj takega dal …	Stik koža na kožo po rutinskih postopkih oskrbe novorojenčka	Poporodne prakse	Dejavniki v porodnišničnem okolju
	Ja, tut tko mi je blo fajn, da pol, ko so vse zrihtal, da so šli in so te pustil same, ane. So pa te skos hodil gledat, ane, to mi je blo fino ane, da so te pršli pogledat pa kej so zrihtal pa spet šli, ane.	Občutek varnosti ob spremljanju in skrbi zdravstvenega osebja	Vloga zdravstvenega osebja	Prvi stik med starši in otrokom
	Ja … /nasmeh/, am … Nč, ful sm bla vesela, da je šlo vse v redu in da je šlo, predvsem z njim in z mano. Vesela sm bla, da je imel pač neki čez 3 kg, da ni bil čist drobižek, čeprav zdaj bolj je, ane.	Občutek olajšanja	Kognitivno in čustveno doživljanje	Prvi stik med starši in otrokom
	ja pa ful sm bla lačna. Zdej ni tok relevantno, ampak res sm bla lačna, ker nism cel dan pač, 24 ur skor nism jedla, ki ne smeš jest tam v porodni sobi. Sicer pol so mi	Telesni odzivi po porodu	Telesno in senzorično doživljanje	Prvi stik med starši in otrokom

	dovolil, da pojem neki.			
	Tko umirjena sm bla, nism bla nč, da bi bla zdej kej tko … Dobr sm se počutla.	Občutek umirjenosti	Kognitivno in čustveno doživljanje	Prvi stik med starši in otrokom
	Ja pač podporno je blo to, da so mi ga pač takoj dal, ane.	Takojšnja predaja otroka materi	Vloga zdravstvenega osebja	Prvi stik med starši in otrokom
	Ampak niso mi pa nč povedal v bistvu, tko, nč mi niso rekl, zdej ga vam bomo dal, ker je pomembno, da ste stik koža na kožo. Tut niso rekl, tut potem v nadaljevanju, da je to fajn. Se mi zdi, kot da pol, ane, niso nč dal temu nobene pozornosti, sam to so naredl, ker zdej to delajo. Ampak mogoče, če bi mi oni to kej več povedal, kako, bi, zdej razmišljam, če bom kdaj še mela kakšnega otroka, bi mogoče še več tega izkoristila.	Standardiziran postopek brez pojasnila o pomenu	Vloga zdravstvenega osebja	Prvi stik med starši in otrokom
	Tut pol se mi zdi, da ne vem, k ga dobiš, k res je mičken pa tko ane, te mal skrbi, al ga zebe al to … In meni je bilo na začetku kr mal stresno ga tko oblačit in to, da ga ne bi zebl, in tut pol doma, v kasnejših dneh, vedla sm, da je to pač fajn, ampak js si ga nism upala, js ga nism mela slečenega, dobro, je bil tut marec, pa ni blo zdej tko toplo, ampak lahko bi bil še vseeno, da bi ga mela slečenega pa da bi sam v plenički ležal recimo na meni.	Ambivalentna čustva in skrb ob prvem stiku z otrokom	Kognitivno in čustveno doživljanje	Prvi stik med starši in otrokom
	Tut pol me je ful zmotl, ker js sm pač tko proti dudi, nima dude, nism mu dala dude. K sm pršla na oddelek, mu je takoj sestra kr dudo prnesla. Kar je pa totalno zgrešeno, ker vse smernice pravijo, da novorojenčki do enega meseca sploh ne bi smel imeti dude, in to sploh ne vem, zakaj delajo, verjetno zato, da je pač mir, ja, sej štekam. Ne vem, lahko bi rekl, ane, vi ga sam mejte skos na joški, sej drugega novorojenček ne rabi.	Nezadovoljstvo zaradi neupoštevanja smernic o rabi dude pri novorojenčku	Zdravstveno osebje	Dejavniki v porodnišničnem okolju
	Ampak nič ti ne povejo. Res si sam tam. Res morš pol vse sam spraševat.	Vloga odnosa in komunikacije zdravstvenega osebja	Zdravstveno osebje	Dejavniki v porodnišničnem okolju
	Razumem, da je ful razlika med prvo in drugorodnico, ane, da tista,	Potreba po večji podpori	Zdravstveno	Dejavniki v porodnišničnem

	ki drugič rodi, so ji vse te stvari že poznane.	prvorodnicam	osebje	okolju
	Pri prvi pa … sej greš v to šolo za starše, sam to te ne more pripravit.	Razkorak med vsebinami šole za starše in prakso	Šola za starše	Priprava na porod in starševstvo
	Se mi zdi, da bi lahko bila ful bolj ta večja podpora tistim, ki prvič rodijo. Sploh, kar se tiče dojenja.	Potreba po večji podpori prvorodnicam	Zdravstveno osebje	Dejavniki v porodnišničnem okolju
	Sej pomoje bi ga js tut lahko dala tko takoj na joško pa bi bil on že … Sej se ne gre za to, samo pol je avtomatično takoj bolj pri tebi ane … In je ful bolj ta stik.	Povečan občutek stika z otrokom ob pristavljanju k dojki	Telesno in senzorično doživljanje	Prvi stik med starši in otrokom
	K se mal zgovarjam z mamami, ane, kako v bistvu tiste, ki ne dojijo, pogrešajo ta stik, kako se ne počutijo tok povezane z dojenčkom.	Vloga dojenja pri vzpostavljanju povezanosti	Hranjenje kot priložnost za vzpostavljanje odnosa	Izkušnja hranjenja otroka
	Tukaj bi lahko dal več poudarka. Se mi zdi, da vse morš, če kar kol hočeš, tko, kej več, morš sam spraševat. Ti si, pa itak si utrujen, itak nisi čist pr sebi in sej ne veš točno, kaj vse bi mogu zdej vprašat.	Vloga odnosa in komunikacije zdravstvenega osebja	Zdravstveno osebje	Dejavniki v porodnišničnem okolju
	Ena ginekologinja je bla, ta je bla mal, mal je bla tko osorna. Tam, k je pršla, tam, k mi je predrla te ovoje, me je neki spraševala, nism čist točno vedla. Pač fora je bla, da enkrat vmes v nosečnosti je moj dojenček ležal prečno in pol je ona mislna, da tut zdej prečno leži, in sm rekla, da ne več. In pol mi kukr ni verjela in ne vem, kaj … Ampak dobr. Sm rekla, sej pač vidite, ane, potipite, ane, kje ma glavo.	Negativne izkušnje komunikacije in odnosa	Stik z zdravstvenim osebjem	Okoliščine poroda
	In vem, da tut en drug večer je kr joku zvečer in js nism nč vedla, kaj a veš, kaj zdej, zakaj zdej joka? Noben ne pride pa ti nič ne reče. Mal plavaš no na začetku …	Vrednost jasnih informacij in občutek vključenosti	Zdravstveno osebje	Dejavniki v porodnišničnem okolju
	Predvsem prek tega hranjenja, ki je ful pomemben, dojenja, tega stika, bi lahko mogoče mal več blo.	Praktična podpora zdravstvenega osebja pri vzpostavljanju dojenja	Podpora zdravstvenega osebja	Izkušnja hranjenja otroka
	Midva sva bla tle na tej šoli na Metelkovi, pa tko, velik je blo te nege pa tega, pa neki mal tut dojenja, ampak ja … Ampak to je to, kokr k greš v šolo, ko greš na	Razkorak med vsebinami šole za starše in prakso	Šola za starše	Priprava na porod in starševstvo

	CPP za avto, pa je neki, pol pa k prideš v prakso, je pa neki druzga /smeh/.			
	Samo fizično, nič, nobene psihične. Ne vem … To pa res ja, ane … To te hormoni te čist, še pol ane, še pol bolj pride s tem dojenjem pa vse to. Ampak tut nič, da bi kdor kol ane.	Osredotočenost na fizično okrevanje	Skrb za počutje matere	Dejavniki v porodnišničnem okolju
	Lahko bi psihologinja pršla pa kej povedala, da so običajna neka nihanja v razpoloženju. Nč od tega ni bilo. Res samo v tem fizičnem, če si v redu, greš domov in to je to. Tko da tle bi lahko bil večji poudarek.	Potreba po psihosocialni podpori	Podpora strokovne službe	Dejavniki v porodnišničnem okolju
	Predvsem za kakšne tiste, ki so mogoče nagnjene, ki imajo kakšne predispozicije poporodne depresije ali pa ko se vidi, da so mogoče bolj tko … Recimo v moji sobi je bila tut ena, ki ni znala dobro slovensko, in k njej so tut hodil ji povedat te iste stvari, recimo pridejo ti razložit babyhandling, ane … Ampak ona je komaj razumela slovensko in pol se mi je zdelo, joj, a sploh razume? Mogoče bi rabila še kakšno drugo podporno besedo ali pa kakšno osebo. Pa tut zlo mlada je bla, mogoče glih da je bla polnoletna.	Potreba po psihosocialni podpori	Podpora strokovne službe	Dejavniki v porodnišničnem okolju
	V bistvu je zelo velik tega, na tem je poudarek, da si čim prej okej in greš domov. Psiha … Sam sej tko je v celotnem zdravstvu, ane.	Osredotočenost na fizično okrevanje	Skrb za počutje matere	Dejavniki v porodnišničnem okolju
	Tut na šoli za starše, ane, dobr sej je bla psihologinja, smo meli eno predavanje, ampak to je bilo 45 minut, ane, zlo na hitr, čustva vam bodo nihala po porodu, ane, mislm, ja … Okej, to že lahko pričakujem, ampak mogoče še kaj več.	Pomanjkljiva priprava na psihološke vidike poporodnega obdobja	Šola za starše	Priprava na porod in starševstvo
	Ja miru ni /smeh/, miru ni. Ker glih zaspiš, pa pride vizita, pa pride zajtrk, pa pride uno … Sam pač tko funkcionira porodnišnica, ne bodo zdej zajtrk takrat, ko se bom js zbudila in bom lačna. Zajtrk je ob 7.00 in ti spiš, a tvoj otrok spi, to ne gre tko.	Motnje miru ob vzpostavljanju stika z otrokom zaradi rutinskih postopkov	Organizacijski in institucionalni pogoji	Prvi stik med starši in otrokom

	Super je, da ga imaš res čist pri sebi, js sm ga tut pol skos mela, še zdaj, ane, spi z mano v postelji. Sem ga tudi že takrat skos imela pri sebi. Ja, to je omogočeno. Ti dajo prostor, te podpirajo.	Sobivanje matere in otroka	Poporodne prakse	Dejavniki v porodnišničnem okolju
	Zdej, če ga ti hočeš met skos pr teb, ane, ker recimo, ko so mene prpelal tam ob enih ponoč v porodno sobo. Ti si na postelji, ga imaš zraven pa skupi greš. Pol pa tam v sobi čaka njegova posteljica. In pol me je vprašala, ko je spal: »Vam ga dam v posteljico ali bo pri vas?«, pa takrat sm js rekla, ja, lahko ga date v posteljico. Ja, to mi je bilo lepo, tko, nč, da bi mi ga zdej ona kr vzela pa dala tja.	Sobivanje matere in otroka	Poporodne prakse	Dejavniki v porodnišničnem okolju
	Po eni strani te zelo pustijo na miru, kar je v bistvu tut fajn, ker mir je neki, kar res rabš takrat.	Omogočanje miru	Zdravstveno osebje	Dejavniki v porodniščnične m okolju
	Tut to se mi zdi super, da lahko samo oče pa sorojenci pridejo na obisk, da ni preveč ljudi.	Organizacijske omejitve porodnišnične oskrbe	Institucionalni dejavniki	Dejavniki v porodnišničnem okolju
	Tko, da ti omogočajo ta mir, ne posegajo v to diado, ki se zdaj vzpostavlja.	Omogočanje miru	Zdravstveno osebje	Dejavniki v porodnišničnem okolju
	Mogoče s tega vidika, da je vseeno to bilo vse skupaj dokaj mirno. Men se tut ne zdi, da sm bla, da je bil moj živčni sistem ful tko vznemirjen, da je bil arouse, da je bil vzdražen, da sem pol to neko mirnost, še naprej jo probam … Včasih popizdiš, ane /smeh/, pa maš vsega dovolj, ampak to je pač življenje.	Občutek umirjenosti	Kognitivno in čustveno doživljanje	Prvi stik med starši in otrokom
	Ane, k sm rekla odnos z otrokom se gradi v bistvu v vsakem trenutku, ko si z njim. In zdej, moj je star 10 mesecev, to je zdej v bistvu zlo en mejhen del, šele zdej se on bolj zaveda pa mene prepozna pa res bolj razvija to navezanost name.	Relativizacija pomena prvega stika v kontekstu dolgoročnega razvoja navezanosti	Vpliv prvega stika na razvoj odnosa	Prvi stik med starši in otrokom
	V prvih parih mesecih, bodimo realni, tut, če bi nekdo drug začel za njega skrbet in ga hranil in to, sej bi prepoznal, da je druga oseba, ampak bi normalno živel v bistvu.	Razumevanje navezanosti kot rezultata skrbi za otroka	Vpliv prvega stika na razvoj odnosa	Prvi stik med starši in otrokom
	Sej je dobro za oba, ampak js mislm, da je to predvsem … Ja, mogoče tko res za oba, da sta oba	Koristi stika koža na kožo	Poporodne prakse	Dejavniki v porodnišničnem okolju

	nekako mirno in da v bistvu nekako z neko pomirjenostjo on vstopi v življenje, ane, sicer okej, sej že, ker porod je zelo stresen za njega in to, da je potem spet koža na kožo, ga pomiri, kar je super.			
	Zdej razmišljam, da nikoli niso rekli v porodnišnici, slečte se ali pa slečte njega pa si ga dajte tukaj gor. Js si ga tut dolg časa nisem tok upala tko dat, ker se mi zdi, da ko bo ležal na trebuhu, kot da bo nekaj narobe. Sm bla rajš, da tam tko leži pa da vidm, da diha, da je uredu.	Pomanjkanje podpore in usmeritev pri stiku koža na kožo	Poporodne prakse	Dejavniki v porodnišničnem okolju
	Js večinoma dojim v leže in je super, ker ti zraven lahko počivaš, ampak tega ti tam tudi ne pokažejo. Lahko si mal neroden. Ker v bistvu blagodejno vpliva in nate in na njega. Bi lahko več to spodbujal, tudi tekom teh treh dni bivanja v porodnišnici.	Pomanjkanje podpore in usmeritev pri stiku koža na kožo	Poporodne prakse	Dejavniki v porodnišničnem okolju
	Razumem pa, da je ful enih stvari pa da se ne morjo z vsako posebi tko ukvarjat pa ji to razlagat.	Organizacijske omejitve porodnišnične oskrbe	Institucionalni dejavniki	Dejavniki v porodnišničnem okolju
	Čeprav, ane … mogoče bo pa šlo, recimo par let nazaj ni noben fizioterapevt hodu pa razlagu o babyhandlingu, zdej pride pa ti tam pokaže in ti z njim potreniraš. Tko da mogoče bo tut sčasoma začel tut to.	Dostopnost in organizacija strokovne podpore	Podpora strokovne službe	Dejavniki v porodnišničnem okolju
	Sploh takrat se mi zdi, ko je on drugo noč ful joku zvečer, mogoče je bil lačen, js verjetno še nisem imela dovolj mleka, to ti spet tko noben ne pove, sam tam rečejo, a ste dobil naval mleka. Pač js ne vem, mogoče ja, kaj pa vem? /smeh/	Potreba po informacijah o dojenju	Podpora zdravstvenega osebja	Izkušnja hranjenja otroka
	Ampak mogoče, če bi ga dala takrat tko lepo na kožo ležat, da bi se on verjetno hitrejš pomiril. Spomnim se, da mi je potem moja mentorica za doktorat rekla, ki se ful s tem ukvarja pa je poporodna doula pa to, mi je rekla: A, če bo jokal, kadar koli, ti ga sam dej na kožo pa bo vse v redu.	Nasvet o stiku koža na kožo kot načinu umirjanja novorojenčka	Osebna priprava in pričakovanja	Priprava na porod in starševstvo
	Tko se mi je zdel, da sm ful te podpore, ampak js mislm, da je blo to mal izjema, ker je bla ta študentka ves čas pr men, da to ni	Študentka babištva kot spremljevalka	Prisotnost oseb ob porodu	Okoliščine poroda

	tko običajno, da je ona bla tam, ker se je učila, drugače bi me pustili samo s partnerjem.	poroda		
	Ampak zdaj tko razmišljam, da bi mi blo ful fajn, da bi še kdo od njih tko pol z mano mal ostal, ko se je rodil, ko je bil že pr men. So pa kr vsi hitr šli, ker otrok je zrihtan, ti si zrihtan in ti dajo mir. Takrat se mi je zdel, da oni so to ful na hitro zrihtal in so opravl, so naju opravl. Sej razumem, majo delo. Ampak, da bi takrat mogoče še kdo z mano bolj v miru ostal pa mi še kej povedal, ne vem, čist take osnovne stvari, na primer, ja, zdej boste velik spala, zdej bo on velik spal, zdej ga ni treba previt, mi ga bomo pršli prvi dan previt, tko da zdej se lahko spočijete … Take stvari. Ker js pol nism nič vedla.	Pomanjkanje podpore in usmeritev pri stiku koža na kožo	Poporodne prakse	Dejavniki v porodnišničnem okolju
	Tut, da bi mogoče kej več o dojenju povedal, da bi rekl, ja, sej, če bo jokal, on rabi samo malo stika. Ker v bistvu sej to je to, on rab sam stik, dojenček v prvih parih mesecih, sej on nč, komi kej vid, po definiciji je itak slep in tko, da bi kdo to reku. Sam mejte ga pr seb. Sej pol že to nagonsko ti nardiš pa ti pogruntaš. Ti ne povejo, da je dojenček ful lačen na začetku, da bi se skos dojil in če bi mi kdo to reku, se mi zdi, da bi lahko že od začetka bolj vzpostavila en ta stik.	Potreba po informacijah o dojenju	Podpora zdravstvenega osebja	Izkušnja hranjenja otroka
	Ampak tko, da bi mi kdo take stvari povedal. Sej razumem, da se zdijo ljudem, ki delajo v porodnišnici, ali pa osebam, ki rodijo drugič, totalno samoumevno.	Potreba po večji podpori prvorodnicam	Zdravstveno osebje	Dejavniki v porodnišničnem okolju
	Bi si želela tko, da bi nekdo mal v miru še mal posedel pa mi mal povedu zdej, kako bo, kako bo pol življenje, kako bo pol na oddelku. Ti nič ne veš, ne veš, a ga morš previt, a zdej ga bo on pršu previt al kaj zdej?	Informiranje in komunikacija z zdravstvenim osebjem	Stik z zdravstvenim osebjem	Okoliščine poroda
	Mislim, da bi marsikateri jok bil prihranjen. Verjetno tudi jok pri mami, ko ne veš, kako ga potolažit, kaj še nardit. In bi lahko bila oba bolj mirna.	Pomen čustvene podpore za dobrobit matere in otroka	Skrb za počutje matere	Dejavniki v porodnišničnem okolju
	Ja v bistvu, lahko bi bla to babica. Predvsem mislim, da bi to mogla	Odnos, komunikacija in	Podpora strokovne	Dejavniki v porodnišničnem

	bit neka oseba, ki bi bila izučena, da je tko senzibilna, da je občutljiva. Ne nekdo, ki ti tko govori na način, kot da je vse samoumevno. Da te na nek nežen način popelje. Bodisi je to psiholog … Ane, ni nujno, ni to zdej tok pomembno, kaj si ti po izobrazbi, ampak bolj, kakšen si kot oseba. Ali znaš biti topel, ali boš tko in tko povedu. Ker mamo psihologe, ki niso nujno topli, in socialni delavci, ki znajo biti ful topli in ki niso topli. Nekdo, ki ima neko senzibiliteto do tega, ki se tudi zna vživeti v osebo, ki ji to razlaga.	kompetence strokovnih delavcev	službe	okolju
	Zdej pa ne vem, ljudje imajo lahko določene predsodke, bodisi do psihologov bodisi do socialnih delavcev. Se lahko tudi kdo ustraši, če bi zdej kr tam socialni delavec prišel. Ja, sploh psihologa se lahko kdo hitro ustraši, kot da je nekaj narobe z mano ali pa z otrokom. Ampak mislim, js, kdor koli bi mi to prišel, bi mi blo uredu. Razumem, da bi tudi socialni delavec prišel z nekim tem namenom, ne zdej s tem namenom, da če ne bom pa tko nardila, mi bodo pa vzel otroka.	Ovire pri sprejemanju strokovne podpore	Podpora strokovne službe	Dejavniki v porodnišničnem okolju
	Mogoče ti poklici, in psihologi in socialni delavci, delujejo, ko je že nekaj narobe. Ampak lahko bi pa razširili, ane, da bi delovali takrat preventivno oziroma izobraževalno, da bi se tudi tako začela malo njihova podoba spreminjat … Lahko bi pa bil prisoten tudi tako, ko ni nič narobe. V bistvu deluje v dobro.	Dostopnost in organizacija strokovne podpore	Podpora strokovne službe	Dejavniki v porodnišničnem okolju
	Čeprav mogoče bi to delo lahko v tem primeru opravljala tudi kakšna babica. Mogoče je socialni delavec ali pa psiholog kje bolj potreben, ko je bolj krizno. Če je pa tako bolj samo informativno, je pa čist uredu, če je tudi kdo drug.	Dostopnost in organizacija strokovne podpore	Podpora strokovne službe	Dejavniki v porodnišničnem okolju
	In tut sm zelo jezna na patronažno, ker moj sin se že od rojstva zredi tako po spodnji meji povprečja, drobižek je, ane … In patronažna mi je takoj drugi dan rekla, ja, vi mu kar dodejte umetno mleko … In to je najslabše. Mojga mleka bo pol sam manj, njemu se pa totalno	Vpliv zdravstvenega osebja na odločitev staršev o načinu hranjenja otroka	Podpora zdravstvenega osebja	Izkušnja hranjenja otroka

	spremeni. In isto moji sosedi so rekl in je obupala in zdej več ne doji, pa je stara punčka pol leta.			
	Medtem ko moja pediatrinja je bila pa ful proti umetnemu mleku, ker ni razloga. Če on ne hujša, zakaj. Če ima dovolj polulanih, pokakanih pleničk, zakaj.	Vpliv zdravstvenega osebja na odločitev staršev o načinu hranjenja otroka	Podpora zdravstvenega osebja	Izkušnja hranjenja otroka
	To je tut ena stara šola, ki takoj hitr reče, ja zvečer pa kr dodejte. In pol ja, otrok itak celo noč spi, ker je itak zadet od tega mleka, ki je res nasitno, ker tvoje mleko ni. In pol se itak zdi vsem ful fajn in so veseli.	Vpliv zdravstvenega osebja na odločitev staršev o načinu hranjenja otroka	Podpora zdravstvenega osebja	Izkušnja hranjenja otroka
	Tut pol dolg časa traja, da to dojenje rata normalno, da rata mimgrede. Zdej dojiš tko, ampak prvih mesecev pa res ne veš.	Dojenje kot proces učenja	Proces vzpostavljanja dojenja	Izkušnja hranjenja otroka
	Pa vsi ti nasveti od ljudi okoli tebe, kaj lahko ješ, kaj ne smeš jest. Da ne smeš jest pikantno, ker bo pa dojenčka peklo, ja ni res, ane. Tko da js bla na začetku kr obremenjena s tem, sm si pol ful stvari o dojenju prebrala. Tut ful enih mitov o dojenju.	Družbena prepričanja in diskurz o načinih hranjenja	Dejavniki v okolici	Izkušnja hranjenja otroka
	In si nism mislna, da je dojenje tako kompleksno, a hkrati potem rata tako samoumevno. Ta dvojnost je res zanimiva.	Dojenje kot proces učenja	Proces vzpostavljanja dojenja	Izkušnja hranjenja otroka
	Se mi zdi, da bi mi lahko bilo tut kasneje prikrajšano kakšno sekiranje, kakšna slaba volja, kakšen stres, če bi dobila več informacij.	Potreba po informacijah o dojenju	Podpora zdravstvenega osebja	Izkušnja hranjenja otroka
	Sam rečejo ti, ja uno prvo mleko je pomembno.	Potreba po informacijah o dojenju	Podpora zdravstvenega osebja	Izkušnja hranjenja otroka
	Ker me tut noben ni nič vprašu o dojenju. Sam sprašval so me, a je dojenje steklo? In js sploh nism vedla, kaj to sploh pomen. Mislm, ne vem? Kaj to pomen?	Potreba po informacijah o dojenju	Podpora zdravstvenega osebja	Izkušnja hranjenja otroka
	Pa včasih se mi zdi, da to umetno mleko tko promovirajo, kot da dobijo en procent od tega.	Družbena prepričanja in diskurz o načinih hranjenja	Dejavniki v okolici	Izkušnja hranjenja otroka
	Pa tut tisto v porodni sobi, ko mi je rekla, ja, če bo zdej sam prlezu do vas. In js kaj, s kje prlezu?	Potreba po informacijah	Podpora zdravstvenega	Izkušnja hranjenja otroka

	/smeh/ Pa kako, sej se dojenček še ne plazi? Pa je blo spet tko, kot da sprašujem neki, kot da nekaj hočem že v naprej. Nč mi ni razložila. Tak odgovor mi je dala, kot da kaj zdej sprašujem neki, ker valda ne, ane.	o dojenju	osebja	
	Pol sm js to šla vse brat, znaki, kdaj je lačen, kdaj usta odpira, kdaj je to …	Samoinformiran je o znakih lakote pri novorojenčku	Proces vzpostavljanja dojenja	Izkušnja hranjenja otroka
	Še zdaj poslušam od okolice, ja zakaj pa nima dude, kot da delaš nekaj narobe.	Vpliv družbene norme	Družbeni dejavniki	Doživljanje starševstva v zgodnjem poporodnem obdobju
	A da bi pa mal ponosu, zapel eno pesmico, to pa ne. Sam na žalost danes tko družba, ne, sej je blo vedno tko, da so starši iskal način, kako čim prej imeti mir pred otrokom.	Vpliv družbene norme	Družbeni dejavniki	Doživljanje starševstva v zgodnjem poporodnem obdobju

8.8 Osno kodiranje

Obdobje nosečnosti

- Doživljanje stika z otrokom v nosečnosti

– zgodnje zaznavanje in doživljanje prisotnosti otroka v nosečnosti (B, J)
– vzpostavljanje odnosa z otrokom skozi pogovor (J, J)
– razkritje spola otroka kot prispevek h konkretnejši predstavi o otroku (B)
– pomen vzpostavljanja zgodnje povezanosti z otrokom (J)

- Počutje nosečnice

– doživljanje tesnobe in psihične obremenitve (C, F, I, J)
– obremenitev ob diagnozi gestacijskega diabetesa v zadnjem tromesečju (C)
– strah pred vplivom izrazite tesnobe na otroka (F)
– doživljanje tesnobe, ki jo je vzbudil poseg amniocenteze (J)
– strategije spopadanja s tesnobo in iskanje strokovne podpore (J)
– izzveneli občutki tesnobe do prvega srečanja s psihologinjo (J)

- Spremljanje nosečnosti

– pomanjkanje konkretnih napotkov in podpornega pristopa s strani strokovnjakov (C)
– neskladne in nejasne informacije o rezultatih meritev glukoze v krvi (C)
– zadovoljstvo z ginekološko obravnavo in z odnosom z osebno ginekologinjo (G, I)
– prepoznavanje psihosocialnih stisk in napotitev k dodatni podpori (I, J)
– uporaba presejalnih vprašalnikov (E, J)
– izkušnja dveh zunanjih obratov ploda zaradi medenične vstave (H)

Priprava na porod in starševstvo

- Šola za starše

– razkorak med vsebinami šole za starše in prakso (A)
– pomanjkljiva priprava na psihološke vidike poporodnega obdobja (A)
– strah glede nege otroka ob sistematično podanih vsebinah v šoli za starše (B)
– osredotočenost informacij na podporo zdravstvenega osebja (C)
– jasen vpogled v organizacijsko prakso izbrane porodnišnice v vsebinah šole za starše kot varovalni dejavnik (D)
– celovitost vsebin šole za starše (D)
– predhodna informiranost o standardnih medicinskih postopkih zmanjšuje doživljanje stresa (H)

- pridobivanje praktičnih veščin ravnanja z novorojenčkom (H)
- zadovoljstvo z vsebinami šole za starše (J)
- verodostojne informacije o dojenju (J)
- vzpostavljen stik z izvajalkama šole za starše (J)
- ozaveščanje o tveganju poporodne depresije (J)

- Osebna priprava in pričakovanja
- zaupanje v proces in zdravstveno osebje (A, C, G, J)
- psihološka priprava in obvladovanje strahu pred porodom (B, F, I)
- psihoterapevtska podpora (F, J, J)
- samoiniciativna priprava in informiranje (C, H, I, J)
- nasvet o stiku koža na kožo kot načinu umirjanja novorojenčka (A)
- osredotočenost na potek poroda kot prevladujoči del priprave (B)
- prilagodljivost v odločitvi za protibolečinska sredstva (C)
- predhodna organizacija opravil v času po porodu ublaži psihični pritisk. (H)
- občutek moči ob pripravah na porod po lastni izbiri (I)
- dilema med koristjo dodatne podpore in finančno obremenitvijo (I)
- pomen obiska porodnišničnega okolja pred porodom (J)
- odločitev za abdominalno dekompresijo (J)

- Pogovor z babico
- pogovor z babico pred porodom kot zelo pomemben dejavnik porodne izkušnje (G)
- pogovor z babico potrdi strah do poroda v izbrani porodnišnici (I)
- časovna razpoložljivost babice za pogovor pred porodom (I)
- iskreno informiranje babice o bolečini poroda (I)
- pogovor z babico omogoča uskladitev pričakovanj glede poroda z možnostmi porodnišnice (J)
- napotki babice o času odhoda v porodnišnico (J)
- ogled porodne sobe z babico (J)

- Predlogi s perspektive staršev
- potreba po informirani podpori in pogovorih o starševstvu (B)
- potreba po pripravi na starševstvo z vidika sprememb v čustvovanju (B)
- potreba po vključitvi vsebin o razvoju otroka do prvega leta (D)
- potreba po vključitvi vsebin o duševnem zdravju matere v poporodnem obdobju in prve pomoči za dojenčka (K)

Okoliščine poroda

- Pariteta

– prvorodnica (A, C, D, H)
– drugorodnica (E, G)

- Način poroda

– odločitev za epiduralno analgezijo (A, C, D)
– odločanje o načinu poroda (F, J, K)
– prehod od vaginalnega poroda k carskemu rezu (C)
– neuspešen poskus vaginalnega poroda po predhodnem carskem rezu (E)
– urgentni carski rez v spinalni anesteziji (E)
– urgentni elektivni carski rez (H)
– odločitev anesteziologa za uporabo splošne anestezije (H)
– vaginalni porod s sprožitvijo (I, K)
– vaginalni porod brez protibolečinskih sredstev (J)
– vaginalni porod brez zapletov (K)

- Prisotnost oseb ob porodu

– študentka babištva kot spremljevalka poroda (A, B)
– partner kot porodni spremljevalec (A, B, G, I, J, K)
– vloga in prisotnost partnerja ob carskem rezu (C, F, H)

- Izbira porodnišnice

– Splošna bolnišnica Jesenice, Ginekološko-porodniški oddelek (D, F, H)
– Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj (E)
– izbira porodnišnice na podlagi pretekle porodne izkušnje (I)
– neizogiben porod v ljubljanski porodnišnici zaradi potrebe po sprožitvi poroda (I)
– Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika, Porodnišnica (J)

- Osebno doživljanje

– vrednotenje in spomin na porodno izkušnjo (B, E)
– doživljanje telesnih procesov med porodom (B)
– doživljanje notranje moči (B, K)
– neujemanje med pričakovanji in dejanskim potekom poroda (B, K)
– skrb za otrokovo zdravje kot osrednji dejavnik odločanja (C)

- stiska ob komunikaciji z zdravstvenim osebjem (C, K)
- strah pred porodom in bolečino (D, I)
- sprejemanje odločitve o carskem rezu (H)
- čustveni odzivi na izkušnjo carskega reza (E, F)
- vpliv odnosov na porodno izkušnjo (F, I)
- integracija porodne izkušnje skozi čas (I)
- subjektivno doživljanje časa trajanja poroda (B)
- občutek skrbi ob odločitvi za sprožitev poroda (C)
- občutek, da bi izkušnja poroda lahko bila bolj osebna in manj rutinska (C)
- vpliv informiranosti na zmanjšanje strahu glede posega carskega reza (C)
- podoživljanje porodne izkušnje s tresavico telesa v času intervjuja (F)
- osredotočenost na otroka ob drugi porodni izkušnji (I)
- porod kot stresna in naporna izkušnja (J)

- Vpliv okolja
- negotovost in strah pred neznanim ob zaznavanju zvoka iz porodnih sob (A)
- občutek varnosti v porodnišničnem okolju (F)
- vpliv ureditve porodne sobe na izkušnjo poroda (D)
- zasedenost operacijske sobe zaradi nujnega primera (H)
- omejitve glede možnosti poroda doma (I)

- Stik z zdravstvenim osebjem
- čustvena podpora in empatičnost zdravstvenega osebja (A, C, J, I)
- zaupanje v kompetentnost in strokovnost zdravstvenega osebja (B, C, G, I, K)
- informiranje in komunikacija z zdravstvenim osebjem (A, C, H, I)
- vključenost porodnice v odločanje in spoštovanje njenih želja (G, H, J, K)
- medosebna dinamika in ujemanje z zdravstvenim osebjem (I, I)
- negativne izkušnje komunikacije in odnosa (A, C, I, K)
- modrost babic pri spoštovanju potreb družine in dinamike poroda (D)
- podporna prisotnost babic ob porodnici (H, I, J)
- doživljanje profesionalnosti skozi človeški, topel pristop v nasprotju s hladno, distancirano držo (F)
- subtilna podpora babice kot odgovor na materino potrebo po materinski figuri med porodom (I)
- izmenjava informacij o porodnici znotraj zdravstvenega tima (I, J)
- različni pristopi babištva (J)

- Pretekle izkušnje

– vpliv preteklih porodnih izkušenj na pričakovanja in doživljanje naslednjega poroda (C, E, I)
– izkušnja spontanega splava (D)
– opravljanje prakse v porodnišnici v času specializacije pediatrije (E)
– vpliv neprijetnega okolja ob ginekološkem posegu na pričakovanja o porodu (H)
– vpliv okoliščin v odnosu z mamo na porodno obdobje (I)
– doživljanje etiketiranja ob pogovoru s psihologinjo (I)
– vpliv pretekle izkušnje operacije na pripravo na porod (K)

Prvi stik med starši in otrokom

- Kognitivno in čustveno doživljanje

– intenzivno čustveno doživljanje ob prvem srečanju z otrokom (A, B, D, H, I, J, K)
– pomen telesnega stika pri vzpostavljanju zgodnje povezanosti (A, B, E, F, J)
– ambivalentna čustva in skrb ob prvem stiku z otrokom (A, C, E)
– razkorak med idealizirano predstavo in osebno izkušnjo prvega stika (B, C, D, F, G)
– doživljanje partnerjevega stika z otrokom (A, H)
– varen prostor za vzpostavljanje zgodnjega stika (H, I)
– občutek olajšanja (A, F, J, K)
– občutek umirjenosti (A)
– občutek »pravega« stika dan po porodu (C)
– očetovo opažanje, da otrok prepozna mamo in se ob njej pomiri (C)
– negotovost glede izvedbe stika koža na kožo med posegom carskega reza (C)
– dragocene prve interakcije družine kljub nepričakovanim okoliščinam (D)
– občutek ponosa nase (D, J)
– zavedanje staršev o pomenu zgodnjega navezovanja stika z otrokom (A, D)
– želja po zgodnjem stiku z otrokom zaradi razumevanja koristi (D)
– občutek takojšnje povezanosti z otrokom (E)
– občutki ljubezni (E)
– občutki, da je bil otrok družini namenjen (E)
– pričakovanja nadaljnjih skupnih trenutkov z družino (D, E)
– izkušnja carskega reza in njen vpliv na materina predhodna pričakovanja o vzpostavljanju stika z vaginalnim porodom in z dojenjem (F)
– vpliv čustvenih in hormonskih sprememb na doživljanje prvega stika (G)
– osredotočenost na trenutek (H)
– občutek avtonomije glede prvega stika z otrokom (I)

- nejasni spomini na prvi stik z otrokom (I)
- ponos na otroka, da je zmogel skozi porodni kanal (J)
- otrok čuti materino sproščenost (J)

- Telesno in senzorično doživljanje
- prvi telesni stik z novorojenčkom (B, C, K)
- telesni odzivi po porodu (A, F, J)
- fizična izčrpanost (B, C, G, J)
- omejen pogled na otroka zaradi položaja ob porodu (A)
- povečan občutek stika z otrokom ob pristavljanju k dojki (A)
- doživljanje ločitve od otroka kot izgube dela sebe (B)
- skrb glede zaznavanja prvega telesnega stika z otrokom (C)
- doživljanje težkega pritiska na trebuhu ob prvem telesnem stiku (C)
- fragmentiran spomin glede telesnega zaznavanja otroka po porodu (C)
- podpora partnerja pri prvem stiku kot možnost za materino olajšanje (G)

- Vloga očeta pri prvem stiku
- očetova želja po prerezu popkovine med otrokom in mamo (B)
- stik koža na kožo med očetom in novorojenčkom (D, E, F, H)

- Trajanje stika
- čas, namenjen povezovanju družine (A, B, F, J)
- omejitve trajanja stika zaradi rutinskih postopkov (D)
- negotovost glede časovne razpoložljivosti za stik z otrokom in partnerjem zaradi informacij, prejetih v šoli za starše (C)
- ena ura stika koža na kožo z očetom (D)
- deset minut stika z otrokom ob materinem obrazu (F)
- dvajset minut stika koža na kožo med očetom in otrokom (F)
- subjektivno doživljanje časa prvega stika (B, D)
- daljši stik koža na kožo kot v običajnih standardnih postopkih oskrbe (J)

- Organizacijski in institucionalni pogoji
- motnje miru ob vzpostavljanju stika z otrokom zaradi rutinskih postopkov (A)
- pomen zasebnosti za povezovanje z otrokom (G)
- vpliv okolijskih dejavnikov na občutek stresa (G)

- Vloga zdravstvenega osebja

– občutek varnosti ob spremljanju in skrbi zdravstvenega osebja (A)
– takojšnja predaja otroka materi (A)
– standardiziran postopek brez pojasnila o pomenu (A)
– podpora s pojasnilom o otrokovem joku kot načinu njegove komunikacije (B)
– spodbuda medicinske sestre k spoznavanju med mamo in otrokom (C)
– podpora babice pri prvem stiku očeta in otroka (C)
– spoštovanje in omogočanje prostora za povezovanje med mamo in otrokom (C)
– vpliv podpore in odzivnosti zdravstvenega osebja na kakovost prvega stika z otrokom (I)

- Vpliv prvega stika na razvoj odnosa

– prvi stik kot začetek povezovanja, a ne odločilen dejavnik za odnos (A, E, F, G, I)
– relativizacija pomena prvega stika v kontekstu dolgoročnega razvoja navezanosti (A)
– razumevanje navezanosti kot rezultata skrbi za otroka (A)
– nadaljnje razvijanje povezanosti z otrokom (B, G)
– vrednost zgodnjih skupnih trenutkov očeta in otroka pri nadaljnjem vzpostavljanju družinske dinamike (D)
– kontinuirano odzivanje na otrokove potrebe v prvem letu starosti kot pomemben dejavnik pri razvoju varne navezanosti (F)
– bolj kot prvi stik so k odnosu prispevali materina čustvena regulacija in redna psihoterapevtska srečanja (F)
– kumulativni učinek kontinuiranega telesnega stika z otrokom (I)
– dojenček še ne more zavestno prepoznavati vpliva stika (J)
– izziv prepoznavanja znakov dojenčkove nepovezanosti s starši (J)
– grajenje vezi z otrokom steče v domačem okolju ob podpori moža (K)

Dejavniki v porodnišničnem okolju

- Poporodne prakse

– neposreden stik koža na kožo takoj po porodu (B, F, J)
– stik koža na kožo po rutinskih postopkih oskrbe novorojenčka (A, B, K)
– sobivanje matere in otroka (A, B, D)
– zgodnja ločitev matere in otroka (A, B, E, J)
– spodbujanje stika koža na kožo na prsih z namenom opazovanja otrokovega sesalnega refleksa (B)
– prilagoditev rutinskih postopkov oskrbe novorojenčka (J)
– koristi stika koža na kožo (A, J)

- pomanjkanje podpore in usmeritev pri stiku koža na kožo (A)
- stik koža na kožo kot uveljavljena praksa (A)
- identifikacija otroka še pred prerezom popkovine (J)

- Zdravstveno osebje
- potreba po večji podpori prvorodnicam (A, K)
- nezadovoljstvo zaradi neupoštevanja smernic o rabi dude pri novorojenčku (A)
- vloga odnosa in komunikacije zdravstvenega osebja (A, B, C, D, E, F, G, H, I, K)
- pomen praktične in čustvene podpore pri skrbi za novorojenčka (A, B, C, D, E, F, G, H)
- vrednost jasnih informacij in občutek vključenosti (A, C, D, F, H, I)
- vpliv organizacije dela na izkušnjo oskrbe (C, D, E)
- manjši obseg podpore pri drugorodnici (G)
- integracija socialnega modela v medicinski pristop z osredotočenostjo babic na počutje porodnic in dojenčkov (D)
- posodobitev prakse in pristopa medicinskih sester za bolj celostno podporo (G)
- omogočanje miru (A)
- zadovoljstvo z oskrbo osebja (E)
- redno spremljanje fizičnega stanja matere (E)
- strokovno usmerjena pomoč, ki zagotavlja občutek varnosti (I)

- Skrb za počutje matere
- osredotočenost na fizično okrevanje (A)
- pomen čustvene podpore za blaginjo matere in otroka (A, B, F)
- aktivno odzivanje na materino stisko (B, F, H)
- prostor za izražanje čustev (D, F, K)
- površinska komunikacija (B, C, F, G, J)
- celostni pristop babic (D)
- organizacijski in sistemski dejavniki (E, H)

- Podpora strokovne službe
- potreba po psihosocialni podpori (A, B, C, E, F, G)
- odnos, komunikacija in kompetence strokovnih delavcev (A, B, C, F, G)
- ovire pri sprejemanju strokovne podpore (A, B, F)
- zgodnje prepoznavanje stisk in potreb staršev (C, H)
- informiranje in usmerjanje k virom pomoči (B, C, D, E, J)

- dostopnost in organizacija strokovne podpore (A, D, F)
- potreba po podpori staršem v problemskih okoliščinah (D, F, H)
- izkušnje mater s strokovno podporo (I, J)

- Institucionalni dejavniki
- organizacijske omejitve porodnišnične oskrbe (A, I)
- bivalni pogoji v porodnišnici (F, G, H, I, J)
- organizacijska kultura celostne podpore (H)
- potreba po sistemski standardizaciji porodnišnične oskrbe (H, I)
- prilagodljivost materi pri želji po dodatni noči bivanja v porodnišnici (H)

- Osebno doživljanje
- negotovost mater pri skrbi za novorojenčka (B, J, K)
- čustveno doživljanje v zgodnjem poporodnem obdobju (B, C)
- usedanje nove realnosti glede skrbi za otroka (B)
- občutek sramu ob klicu na pomoč zdravstvenega osebja (B)
- retrospektivna želja po pogovoru s psihologom (B)
- pomen podpore v domačem okolju (D, E)
- zaznavanje joka drugih dojenčkov ob ločenem bivanju od otroka (C)
- medsebojna podpora med materami na oddelku (C, D, F)
- zaupanje matere v nadaljnjo skrb za otroka ob že vzpostavljenem občutku povezanosti (D)
- redni obroki kot velika podpora (F)

Izkušnja hranjenja otroka

- Podpora zdravstvenega osebja
- potreba po informacijah o dojenju (A)
- avtonomija staršev pri odločanju o načinu hranjenja otroka (G, H)
- dodatni viri strokovne podpore pri dojenju (F, I)
- podpora in spodbuda pri vzpostavljanju dojenja (B, C, D, H)
- praktična podpora zdravstvenega osebja pri vzpostavljanju dojenja (A, B, D, E, F, H, J)
- vpliv zdravstvenega osebja na odločitev staršev o načinu hranjenja otroka (A, B, F)
- omejevanje dostopa do mlečne formule (G)
- zmanjšanje občutka krivde skozi pogovor z zdravstvenim delavcem (G)
- progresivni pristop k uporabi farmakoloških sredstev (H)
- manj podpore pri vzpostavljanju dojenja drugorodnicam (I)
- nepoenotena in nerefleksirana podpora (I)

– dvom v napotke zdravstvenega osebja (K)

- Hranjenje kot priložnost za vzpostavljanje odnosa

– vloga dojenja pri vzpostavljanju povezanosti (A, E, J)
– dojenje kot le eden izmed možnih načinov vzpostavljanja stika (F, G)
– obžalovanje zaradi neuspešnega vzpostavljanja navezanosti prek dojenja (B)
– doživljanje dojenja kot prvega »pravega« stika z otrokom glede na okoliščine poroda (C)
– ohranjanje dojenja z namenom stika z otrokom navkljub hranjenju z mlečno formulo (I)

- Proces vzpostavljanja dojenja

– prvi podoj (B, D, H, I, J)
– dojenje kot proces učenja (A, D)
– samoinformiranje o znakih lakote pri novorojenčku (A)
– skrb medicinske sestre za otroka z uporabo mlečne formule ob materini stiski (B)
– ročno izbrizgavanje mleka ob vzpostavljanju dojenja (D)
– načrt vzpostavljanja dojenja ob odhodu iz porodnišnice (D)
– vzpostavljanje dojenja brez težav (E)
– osebna odločitev glede načina kombiniranega hranjenja (G)
– vzpostavljanje izključnega dojenja v domačem okolju (H)

- Vpliv okolja na izkušnjo hranjenja otroka

– družbena prepričanja in diskurz o načinih hranjenja (A, B, D, H, I)
– destigmatizacija hranjenja z mlečno formulo (I, I)
– materino doživljanje odzivov okolice (B, G)
– vloga socialne mreže (B, G, H)

- Izzivi z dojenjem

– stiska mater ob izzivih z dojenjem (B, H, I, K)
– občutek nemoči in krivde ob pritiskih okolja (B, G)
– napor ob vzpostavljanju dojenja (D, G, H, J)
– vloga informacij in podpore (C, F, H)
– negotovost glede vzpostavljanja dojenja po carskem rezu (C, F)
– uporaba ročne črpalke ob bolečem navalu mleka v prvih dneh po porodu (E)
– zaupanje lastnim občutkom pri hranjenju otroka (F)

Doživljanje starševstva v zgodnjem poporodnem obdobju

- Kompleksnost spremembe

– prehod v starševsko vlogo in sprememba identitete (A, B, H)
– negotovost in ambivalentni občutki ob začetku starševstva (B, H)
– zaupanje vase (E, F)
– potreba po pripravi (H, I)
– prilagajanje novim odnosnim nalogam (B, H)
– spontana instinktivna prilagoditev starševski vlogi (B)
– raznolikost prioritet mater v odnosu do otroka glede na osebne okoliščine in odločitve (D)
– skrbi glede družinske dinamike ob prihodu novorojenčka (E)
– obvladovanje izrčpanosti ob otrokovi bolezni (I)
– pomen ohranjanja notranje moči in izražanja čustev (K)

- Duševno zdravje mater v zgodnjem poporodnem obdobju

– samokritičnost do starševske kompetentnosti (B)
– intenziven vpliv hormonskih sprememb (B, H)
– občutek osamljenosti v neznanih situacijah (B)
– izrazita ranljivost (B)
– potreba po podpori ob občutkih osamljenosti (E)
– delitev vlog med staršema, ko mama ni zmogla regulirati svojih čustev (F)
– presejalni vprašalnik ob prvem ginekološkem pregledu po porodu (G)
– prevpraševanje o lastnem počutju v obdobju po prilagajanju na novo vlogo (H)

- Družbeni dejavniki

– vpliv družbene norme (A)
– dolgotrajen občutek krivde ob doživljanju družbeno nepričakovanega (B)
– sistemska podpora staršem (H)
– družbena percepcija duševnega zdravja mater v obporodnem obdobju (E, H)

- Osebna izkušnja stiske

– znaki in doživljanje poporodne depresije (B)
– težave pri prepoznavanju stiske in iskanju pomoči (B)
– podpora strokovnega osebja (B)
– občutek odtujenosti (B)

- občutek krivde (B)
- stiska mater ob zaključku očetovskega dopusta (H)
- fizična in psihična obremenitev v starševski vlogi stalne skrbi za otroka (H)

- Potrebe staršev v zgodnjem poporodnem obdobju

- podpora socialne mreže (B, E, F, G)
- podpora strokovnih služb (E, G, H)
- praktična pomoč (E)
- skrb zase kot ključen prispevek k blaginji otroka (B)
- občutljivost okolice za materino počutje (B)
- normalizacija občutkov in izkušenj (B, G)
- občutek kompetentnosti mladega starša ob pohvali (F)
- mir v domačem okolju (F)
- občutek olajšanja ob potrditvi minljivosti težkega obdobja (G)
- potreba po informiranju o hormonskih spremembah po porodu (G)
- praksa vključitve obeh staršev v pripravo na starševstvo krepi občutek kompetentnosti (H)
- izmenjava izkušenj med materami (H)
- celovita podpora materi omogoči, da se osredotoči na stik z otrokom (I)

- Sodelovanje s patronažno službo

- spremljanje in podpora duševnemu zdravju matere (B, E)
- zadovoljstvo ob celostni podpori patronažne medicinske sestre (C)
- aktivno spremljanje materinega zdravstvenega stanja (F)
- osredotočenost na mamo in otroka (F)
- razpoložljivost patronažne službe (F, H)
- predporodni obisk patronažne medicinske sestre (I)
- permisivno svetovanje patronažne medicinske sestre o dojenju (I)
- razumevajoč pristop patronažne medicinske sestre (K)
- pristop patronažne medicinske sestre k družini (F, G, K)