

PODATKI O DIPLOMSKI NALOGI

Ime in priimek: Melita Fijavž

Špela Šivavec

Naslov naloge: Skupine za samopomoč mater nedonošenčkov

Kraj: Ljubljana

Leto: 2007

Št. strani: 83

Št. slik: 2

Št. tabel: 11

Št. bibl. opomb: 0

Št. prilog: 0

Mentor: asis. dr. Nino Rode

Komentor: asis. mag. Jelka Škerjanc

Deskriptorji: nedonošenost, nedonošenčki, prezgodnje rojstvo, matere, samopomoč, skupine za samopomoč

Povzetek:

V pričujoči nalogi se ukvarjava s problematiko psihosocialne narave mater prezgodaj rojenih otrok. Neizpodbitno dejstvo je, da je prezgodnje rojstvo travmatični dogodek, ki v marsičem zaznamuje in omaja psihično zdravje ženske - matere. Vsekakor pa prezgodnje rojstvo vpliva na celotno družino.

Obdelali bova pojme kot so nedonošenost, nedonošenčki, prezgodnje rojstvo. Pozornost bova namenili tudi materi in njenemu psihičnemu zdravju, ki je v situaciji prezgodnjega rojstva vse prevečkrat ogroženo.

Sledi temeljit pregled samopomoči, kot enega poglavitnih vzgibov za pomoč, ki je v nas samih in katerega je dobro aktivirati ob kriznih situacijah. Na koncu obdelava razvoj skupin za samopomoč, različne tipe skupin, vodenje in ustanavljanje skupin za samopomoč.

Prevod v angleščino:

Title: Self help groups for mothers with prematurely born infants.

Descriptors: premature or preterm birth, prematurely born infants, mothers, self help groups

Abstract:

This thesis deals with the psychosocial problems concerning mothers who have given birth to prematurely born infants. The premature birth of a child is undoubtedly a traumatic event which affects the mental health of a woman-mother in numerous ways. A premature birth has differing consequences for the whole of the family. We are going to deal with notions such as, premature or preterm birth and prematurely born infants. Beside this, we are going to discuss mothers of prematurely born infants and their mental health, which is endangered on an all too often basis. This will be followed by an in-depth study of self-help as one of the main incentives for recovery. This incentive is innate to people and should be activated in critical situations. This essay ends with research into developments in the field of self-help groups; the different strands of such groups; of running and forming self-help groups.

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO

DIPLOMSKA NALOGA

**SKUPINE ZA SAMOPOMOČ MATER
NEDONOŠENČKOV**

Mentor: asis. dr. Nino Rode

Komentor: asis. mag. Jelka Škerjanc

Melita Fijavž

Špela Šivavec

Ljubljana 2007

PREDGOVOR

Od kar sem Špela Šivavec, februarja 2003, v 33. tednu nosečnosti rodila deklico, ki je imela na začetku strašne težave s tem, da je živela, sem svojo izkušnjo želela zapisati in deliti z drugimi, predvsem z materami, ki bi jih ravno tako, kot je mene, prezgodnje rojstvo popolnoma presenetilo. Ta diplomska naloga je torej izpoved zelo osebne in intimne izkušnje mene in moje družine.

Osnovno vodilo mi je bilo, da bi bilo delo napisano preprosto, razumljivo, učinkovito, uporabno in predvsem, da bi bilo razvojno naravnano. Ta naloga se je hotela napisati, saj bi rada vsem materam, ki se srečujejo s prezgodnjim rojstvom, povedala, da naj ne iščejo krivca za prezgodnje rojstvo v sebi, saj ga ne bodo čisto zares nikoli našle. Naj se ne sprašujejo, zakaj se jim dogajajo takšne preizkušnje. Verjetno se nam je to zgodilo zato, ker smo se znale soočiti s tem.

Naj te strani izrabim še za zahvalo. Rada bi se zahvalila tastu in tašči Alojzu in Štefki Šivavec za njuno nesebično pomoč.

Družini Kušar, za občasno varstvo najinih dveh sončkov in za vse trenutke v Strunjanu, ki so polnili moje vse prevečkrat spraznjene baterije.

Mojemu bratu Boštjanu in njegovi ženi Rozi Lamovšek, za varstvo, prevoze in tiste trenutke ob »karate« kavi, ki so me sprostili in mi dali moči za naprej.

Sodelavki in prijateljici Editi Vreg, za vso pomoč, spodbude in za vsa branjenja trdnjave.

Ani Krušič Kaplja za spodbude, s katerimi mi je bila v neizmerno pomoč. Hvala ji, ker je verjela vame že takrat, ko si sama še nisem upala verjeti.

Zahvalo izrekam tudi mojemu očetu in mamici Janezu in Tatjani Lamovšek, za vsa varstva in prevoze, za vso moralno podporo, za hitre sobote v Jelši, hvala vama za vse. Brez vaju ne bi bilo ničesar – tudi mene ne.

Možu Alojzu se zahvaljujem zato, ker je verjel, da mi lahko uspe in me je s tem do konca presenetil. Hvala za zaupanje!

Mojemu zlatemu sinu Jakobu, ki je potrpežljivo čakal, da se mamica vrne iz študijskih odisejad – hvala MOJ-MOJ Jakob.

In nenazadnje moji dragi hčerki Petri, ki je s svojim prezgodnjim rojstvom poskrbela, da sem bila deležna te izkušnje in da se vsak dan posebej učim, kako dragoceni so dnevi. Hvala vsem.

»S Špelo sva se še v času aktivnega študija v odmorih med predavanji, večkrat pogovarjali o njeni izkušnji prezgodnjega rojstva. Nekako sem jo spodbujala, da bi svojo izkušnjo zapisala in delila z drugimi. Kar naenkrat se je zgodilo, da sva obe razmišljali o tem. Dogovorili sva se, da svoje moči združiva pri pisanju diplomske naloge, ki bo temeljila na Špelini osebni izkušnji prezgodnjega poroda. Ko sem se leta nazaj odločala za izbiro poklica je bila moja velika želja postati babica. Ker pa tisto leto, ko sem vpisovala na Visoko šolo za zdravstvo, ni bilo razpisanega študijskega programa babica, je ta želja ostala neizpolnjena. Tako sedaj zaključujem študij socialnega dela in ta diplomska naloga torej zato, da vsaj malo zadostim svoji neizpolnjeni želji.« (Melita Fijavž)

Na tem mestu se želim, Melita Fijavž, mnogim zahvaliti za pomoč, podporo in spodbude pri študiju.

Hvala mojim: hčeri Maruši, sinu Urbanu in možu Jožiju, da ste razumeli in vzdržali z mano.

Posebej se zahvaljujem mojima staršema Ivanki in Maksu Venko za nesebično pomoč, podporo in številne spodbude.

Zahvaljujem se Zdenki in Jožetu Fijavž za pomoč pri varstvu otrok.

In nazadnje hvala vsem, ki ste ves čas verjeli vame, me podpirali in spodbujali.

Obe, Melita Fijavž kot Špela Šivavec, pa bi radi izrekli posebno zahvalo mentorjema asis. dr. Ninu Rodetu in asis. mag. Jelki Škerjanc. Še posebej se zahvaljujema za njuno nesebično pomoč, spodbujanje, kritično branje napisanega in odpiranje novih obzorij. Hvala vama!

KAZALO DIPLOMSKE NALOGE
SKUPINE ZA SAMOPOMOČ MATER NEDONOŠENČKOV

PREDGOVOR

KAZALO

UVOD	9
1 TEORETIČNI UVOD	11
1. 1 PREZGODNJE ROJSTVO	11
1. 1. 1 KRATEK POGLED V ZGODOVINO ZDRAVLJENJA NEDONOŠENČKOV	11
1. 1. 2 NEDONOŠENČEK	13
1. 1. 3 PRILAGODITEV NA IZVENMATERNIČNO ŽIVLJENJE	16
1. 1. 4 ROOMING IN – ALI SOBIVANJE MATERE IN OTROKA.....	17
1. 1. 5 NAMESTITEV NOVOROJENČKOV V ENOTI ZA INTENZIVNO NEGO IN TERAPIJO (EINT)	21
1. 1. 6 KENGURUJČKANJE	23
1. 1. 7 DOJENJE NEDONOŠENČKA	26
1. 1. 8 ZAKONODAJA – OBSEG PRAVIC	28
1. 1. 9 DRUŠTVO ZA POMOČ PREZGODAJ ROJENIM OTROKOM.....	31
1. 1. 10 MOŽNOST IZBIRE IN VPLIV	33
1. 2 MATERINSTVO	34
1. 2. 1 PSIHIČNO ZDRAVJE ŽENSK	34
1. 2. 2 MATERINSTVO KOT BIOLOŠKA IN SOCIALNA IZKUŠNJA	36
1. 2. 3 POROD – PRIPRAVA V MATERINSKI ŠOLI	37
1. 2. 4 POPORODNA DEPRESIJA.....	39
1. 2. 5 OBPORODNE STISKE ŽENSK	44
1. 3 SAMOPOMOČ KOT OBLIKA POMOČI	45
1. 3. 1 SOLIDARNOST, SOCIALNE MREŽE IN SKUPINE ZA SAMOPOMOČ.....	47
1. 3. 2 DELITEV SAMOPOMOČI.....	50
1. 3. 3 FUNKCIJE SAMOPOMOČI.....	51
1. 3. 4 SKUPINE ZA SAMOPOMOČ	52
1. 3. 4. 1 OPREDELITEV/TIPI SKUPIN ZA SAMOPOMOČ	54
1. 3. 4. 2 ZNAČILNOSTI SKUPIN ZA SAMOPOMOČ	55
1. 3. 4. 3 PROCESI, KI SE ODVIJAJO V SKUPINAH ZA SAMOPOMOČ	56
1. 3. 4. 4 ORGANIZIRANJE IN VODENJE SKUPINE ZA SAMOPOMOČ	57

2 PROBLEM	61
3 METODOLOGIJA	63
3. 1 OPREDELITEV PROBLEMA	63
3. 2 DEFINICIJA KVANTITATIVNE RAZISKAVE	64
3. 3 VZOREC	64
3. 4 MERSKI INSTRUMENT	64
3. 5 ZBIRANJE IN OBDELAVA PODATKOV	66
4 REZULTATI	67
5 RAZPRAVA	78
6 SKLEPI	80
7 PREDLOGI	81
VIRI IN LITERATURA	83

KAZALO TABEL

Tabela 1. 1 Ocena novorojenčkove vitalnosti po Apgarjevi	16
Tabela 4. 1 V katerem tednu nosečnosti ste rodili nedonošenčka?	67
Tabela 4. 2 Kako ste bili nameščeni v času otrokovega bivanja na EINT?	
(možnih je več odgovorov)	69
Tabela 4. 3 Ali bi vam bilo bolj všeč, če bi bili nameščeni...	70
Tabela 4. 4 3 x 2	71
Tabela 4. 5 Izračun Hi kvadrat	72
Tabela 4. 6 Hi kvadrat	72
Tabela 4. 7 Koliko je sedaj star vaš nedonošenček?	73
Tabela 4. 8 Ali še vedno ohranjate stike z otročnicami, s katerimi ste si delili sobo	74
Tabela 4. 9 Ali bi sodelovali v skupini za samopomoč mamic nedonošenčkov,	
če bi le ta obstajala?	75
Tabela 4. 10 Če bi skupina za samopomoč obstajala, kolikokrat bi se srečevale?	76

KAZALO SLIK

Slika 1. 1 Nedonošenček in aparature (Mayo clinic)	20
Slika 1. 2 Dnevnik 4. 8. 2007 (avtor Jure Cjuha)	21

KAZALO GRAFOV

Graf 4. 1.....	68
Graf 4. 2.....	69
Graf 4. 3.....	71
Graf 4. 4.....	73
Graf 4. 5.....	74
Graf 4. 6.....	76
Graf 4. 7.....	77

UVOD

Kot se da prebrati iz naslova, se bova v pričujoči nalogi ukvarjali s problematiko psihosocialne narave mater prezgodaj rojenih otrok. Neizpodbitno dejstvo je, da je prezgodnje rojstvo travmatski dogodek, ki v marsičem zaznamuje in omaja psihično zdravje ženske – matere. Vsekakor pa prezgodnje rojstvo vpliva tudi na celotno družino.

V prvem poglavju bova obdelali pojme, kot so nedonošenost, nedonošenčki, prezgodnje rojstvo in podobno. Obdelali bova značilnosti prezgodaj rojenih otrok. Predvsem pa bova obdelali, zakaj so prezgodaj rojeni otroci tako specifični pri nadaljnjem psihičnem, fizičnem in socialnem razvoju. Želiva se dotakniti tudi tega, da gre pri prezgodaj rojenih otrocih za posebno populacijo v razvoju, ki s seboj v posebnost potegne vsaj še enega odraslega, ponavadi pa kar cele družine. To bova obdelali iz medicinskega stališča.

V naslednjem poglavju se ukvarjava z materjo in z njenim psihičnim zdravjem, ki je v situaciji prezgodnjega rojstva vse prevečkrat ogroženo. Vsem materam, ki se srečujejo s stisko prezgodnjega rojstva želiva povedati, da v svoji stiski niso same! Da so se tudi druge matere pred njimi že spopadale z občutki krivde, da so doživljaje zelo podobno duševno stisko. Poudariti želiva, da za to niso krive matere same, temveč umetni konstrukti tradicionalne ženske vloge v našem okolju.

Sledi temeljit pregled samopomoči kot enega poglavitnih vzgibov za pomoč, ki je v nas samih in katerega je dobro aktivirati ob kriznih situacijah. Pomagati si moramo sami, da bomo zmožni pomagati drugim – v slogi je moč. V nadaljevanju nameravava obdelati razvoj skupin za samopomoč, različne tipe skupin, vodenje in ustanavljanje skupin za samopomoč in podobno.

V drugem glavnem poglavju izpostaviva problem. Sami vidiva ključni problem v tem, da v Sloveniji ženske, ki se srečujemo/-jo s prezgodnjim rojstvom, nimamo nikakršnega vpliva na to, kaj se z nami dogaja, ne moremo vplivati na medicinske odločitve, temveč moramo pridno in tiho sodelovati, po možnosti ne preveč spraševati. To, da matere nimamo nikakršnega vpliva se kaže že v tem, da ne moremo nikakor vplivati na to, v kakšni sobi bomo bivale, s kom si bomo to sobo delile in podobno. Zelo stresno namreč deluje, da si mati nedonošenčka,

ki se zdravi v Enoti intenzivne nege in terapije deli sobo z materami, ki imajo svoje novorojenčke pri sebi. Meniva, da bi že to, da bi sploh obstajala skupina za samopomoč mater nedonošenih otrok, privedlo do prvih manjših sprememb.

V tretjem metodološkem poglavju se ukvarjava s postavitvijo dveh tez in sicer:

- Matere nedonošenih otrok katerih otroci se zdravijo v Enoti intenzivne nege in terapije bi bile veliko bolj zadovoljne, če bi sobo delile z materami, ki imajo ravno tako otroke v Enoti intenzivne nege in terapije in ne, da si jo delijo naključno s tistimi materami, ki so rodile na isti dan in imajo svoje otroke pri sebi.
- Zanimalo naju je, ali med materami nedonošenih otrok obstaja potreba po skupini za samopomoč.

V četrtem poglavju naloge bova obdelali dobljene rezultate in v petem poglavju razvili razpravi k prvi in k drugi tezi. Na osnovi v raziskavi dobljenih rezultatov, bova v šestem poglavju predstavili najine sklepe, v sedmem poglavju pa bova razvili predloge.

Naloga prikaže dva vira podatkov; osebno izkušnjo (zaradi prepoznavnosti osebne izkušnje sva se odločili, da jo zapiševa v ležečem zožanem tisku) matere nedonošenčka, ki jo je ena od avtoric pričujoče naloge vtkala v tekst. Njeno izkušnjo bova dopolnjevali z drugimi viri iz literature od teoretičnega uvoda do sklepov in predlogov, kjer se bo najina naloga sklenila.

1 TEORETIČNI UVOD

1. 1 PREZGODNJE ROJSTVO

1. 1. 1 KRATEK POGLED V ZGODOVINO ZDRAVLJENJA NEDONOŠENČKOV

Še ne tako davno nazaj je veljal porod za hudo izkušnjo. Ženske so pri porodu zelo pogosto umirale. Skoraj po pravilu so rojevale doma. Tiste bolj premožne so rojevale s pomočjo babic, tiste revnejše pa so se morale zadovoljiti s pomočjo starejših, bolj izkušenih žensk iz domačega okolja. Ponavadi so bile to vaše zdravilke. Porod je bil povezan z obilico vraževerja. V bolnišnicah so ponavadi rojevale samo posamezne nosečnice; brezdomke, zaničevane nezakonske matere in tiste ženske, ki so hotele svoj porod prikriti.

Zora Konjajev v svojem članku z naslovom »Zgodovinski pregled zdravstvenega varstva novorojencev in nedonošenčkov« piše, da je bila še v času Marije Terezije, leta 1773 v Sloveniji ustanovljena prva babiška šola. Prvi učbenik za babice je napisal Anton Makovic in je izšel leta 1782.

V preteklih dveh stoletjih se je umrljivost porodnic zmanjševala. Ob porodih so pomagale bolj izučene babice, več žensk pa je rojevalo tudi v porodnišnicah.

Smrtnost novorojenčkov pa je bila še vedno zelo visoka, predvsem zaradi nedonošenih novorojenčkov, katerim porodničarji in babice po vaseh niso znali pomagati.

Še v petdesetih letih prejšnjega stoletja v porodnišnici niso bile zaposlene babice. Ženske po porodu in novorojenčke so negovale sestre usmiljenke. Niso imele opreme za nego nedonošenčkov. Improvizirale so grelna posteljšice. Tudi porodničarji niso imeli znanja o negi nedonošenčkov, pediatri pa v tistih časih niso delali v porodnišnicah. Edina porodnišnica, ki je v času druge svetovne vojne na naših tleh imela pediatrijo, je bila skrita partizanska bolnišnica Spodnji Hrastnik v gozdovih Kočevskega roga, piše Zora Konjajev (2005) v svojem članku.

Porodničar dr. Pavel Lunaček je prvi spoznal, da novorojeni otrok potrebuje pediatra. Ko je po II. Svetovni vojni vodil ginekološko kliniko v Ljubljani, je uresničil ideje o zdravstvenem varstvu matere in otroka, ki jih je zasnoval že v času vojne. Ustanovil je nove porodnišnice in dispanzerje za žene. K sodelovanju je pritegnil tudi pediatre. V letu 1947 se v ginekološko porodniški kliniki zaposli tudi dr. Božena Sernec Logar, ki je vodila oddelke zdravih in bolnih novorojenčkov in nedonošenčkov. Bila je prva neonatologinja pri nas in z njo se je začela razvijati slovenska neonatologija.

Unicef je leta 1954 na pediatrični kliniki v Ljubljani ustanovila republiški center za nedonošenčke, ki ga je vodila dr. Zora Konjajev. Postal pa je tudi regionalni center, kamor so porodnišnice začele pošiljati zelo nezrele nedonošenčke s porodno težo pod 1000 gramov. Nedonošenčke s tako nizko porodno težo so do takrat v porodnišnicah pustili na hladnem, da so umrli, saj so jih uvrščali med splavke. Umrljivost teh najmanjših nedonošenčkov je bila takrat devetdeset odstotna.

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) je leta 1956 poslala v takratno Jugoslavijo neonatologinjo dr. Mary Cross, katere naloga je bila, da ugotovi, kako je poskrbljeno za nedonošenčke. Pomagala naj bi tudi pri ustanavljanju centrov oziroma oddelkov za nego nedonošenčkov, svetovala pa naj bi tudi način izobraževanja medicinskega osebja, ki bo kasneje delalo v takih centrih. Na podlagi ugotovitev je priporočila, da naj takratni ljubljanski center za nego nedonošenčkov postane demonstracijski center za celotno Jugoslavijo. Po njenem priporočilu je leta 1957 začela delovati tudi enota za nedonošenčke na otroškem oddelku bolnišnice Maribor. (ibid.)

Danes v Sloveniji delujejo tri enote za intenzivno nego in tri enote za intenzivno terapijo v Ljubljani in Mariboru. Služba za neonatologijo v porodnišnici v Ljubljani obsega oddelek zdravih novorojencev in enoto za intenzivno nego in terapijo, ki se odlikuje v znižanju smrtnosti nedonošenčkov do skrajnih meja. Preživi 30 – 40 odstotkov nedonošenčkov z izjemno nizko porodno težo, rojenih s 23 tednom nosečnosti. Dogovorjeno je, da sprejemajo nedonošenčke s porodno težo pod 1000 gramov, ki potrebujejo umetno ventilacijo tudi iz drugih porodnišnic. Smiselno je, da se koncentrirajo v ustanovi, ki je dobro opremljena in ima izurjeno osebje z veliko izkušnjami. Službo za neonatologijo vodi dr. Janez Babnik. (Konjajev, 2005)

1. 1. 2 NEDONOŠENČEK

Pred več kot dvema desetletjema je profesor pediatrije Univerze v Cambridgu J. A. Davis izrekel naslednjo misel: *»V življenju človeškega bitja je smrt v prvem dnevu po rojstvu verjetnejša kot kdajkoli kasneje – z izjemo njegove zadnje ure.«*

Kljub izrednemu napredku na področju medicine velja tudi danes, tako v svetu kot v Sloveniji: več kot šest od tisočih porodov se konča z rojstvom mrtvega otroka, štirje od tisočih živorojenih otrok umrejo po nekaj urah ali dneh. Vsak petdeseti novorojenček ima prirojeno napako, ki je pri desetini od njih nezdrujljiva z življenjem. Otrok, ki zaradi težav po rojstvu potrebujejo 'več kot mamo', je še več: v slovenskih porodnišnicah je danes vsak deseti novorojenček premeščen na oddelek za 'bolne' novorojenčke ali celo na enote za intenzivno nego in zdravljenje, kjer je nekaj dni ali celo tednov bolj ali manj ločen od svoje matere. Predvsem najbolj nezreli nedonošenčki lahko dolge tedne potrebujejo umetno predihavanje z aparati, parenteralno prehrano ter intenzivni hematološki, biokemični in kardiorespiratorni nadzor z monitorji in šele po treh ali štirih mesecih zapustijo porodnišnico. (Kornhauser Cerar, 2004: <http://www.nedonosencek.com>)

O tem se v naši kulturi skorajda ne govori. Ob rojstvu mrtvorojenega otroka ali otroka, ki kmalu po rojstvu umre, se socialno okolje družine, ki preživlja izgubo dobesedno zavije v molk. Kot da ženska nikoli ni bila noseča, kot da se ni zgodila velika tragedija, kot da jim ni dovoljeno niti žalovati. Žalost in stiska morata ostati za tesno zaprtimi vrati doma. Za tesno zaprtimi vrati doma morajo ostati tudi vsi težko bolni otroci. Okolje reagira na tak način, kot da bi se vsi bali, da se bodo z boleznijo ali izgubo vsi okužili.

Če želimo, da se naša družba začne spreminjati, moramo o tem govoriti. Stisk in tegob ne smemo skrivati v sebi, z njimi moramo priti na plan in tako dopustiti sebi, da si bomo sploh upali prositi za pomoč.

Zaradi vsega naštetega bova v naslednjih poglavjih diplomske naloge malo bolj natančno razdelali pojme nedonošenček, ženska in njeno duševno zdravje ter samopomoč. V prvem delu bova poskusili pojasniti specifiko nedonošenosti in zakaj so nedonošenčki tako zelo posebni v svojem razvoju.

Dr. Roberto Romero, predavatelj na Wayne State University v Detroitu, je na tretjem svetovnem perinatalnem kongresu leta 1996 predaval o 'sindromu' prezgodnjega poroda, ki naj bi bil v več kot 50 odstotkih primerov odgovor gostitelja (matere in otroka) na infekt. Od lokalne infekcije t. i. m. deciduitisa preko choriovasculitisa do manifestnega amnionitisa je včasih dolga pot in je zato prezgodnji porod kronično stanje – sindrom, ki ga natančneje določajo številni simptomi različnih patoloških stanj v nosečnosti, ki izzovejo prezgodnje popadke in pripeljejo do prezgodnjega poroda. Primerjal ga je s sindromom kašlja, ki se pojavlja kot simptom za številne pljučne bolezni. (Franić, 1997: <http://www.mf.uni-lj.si/isis/isis97-3/html/sanfr1.html>)

Pravno je živorojen vsak novorojenček, ki po rojstvu kaže kakršnekoli znake življenja. Vendar je to v praksi težko razumljivo, saj ima lahko celo plod rojen s 16. tedni ob rojstvu še prisotne bradikardne (srčni utripi s frekvenco > 60 udarcev na minuto) srčne utripe, pa vendar je njegovo preživetje zaradi nezrelosti pljuč, kože, prebavil in drugih organov nemogoče. Zato se za opredelitev živorojenosti večinoma uporablja prisotnost življenjskih znakov pri plodu, rojenem z vsaj 22. tedni nosečnosti. Vsi ti otroci sodijo med rojstva, zato prejmejo rojstni list ter v primeru smrti tudi mrliški list. (Kornhauser Cerar, 2004: <http://www.nedonosencek.com>)

Zgoraj navedeno je težko razumljivo, še posebej ženski, ki se znajde v takšni izkušnji. Recimo, da je v dvajsetem tednu nosečnosti ugotovljeno, da plodu ne bije več srce, da je mrtev. Takega otroka je potrebno poroditi po popolnoma naravni poti. Porod je sicer umetno sprožen, drugače pa se v ničemer ne razlikuje od poroda kasneje. Grozljivo stisko doživlja ženska, ki ve, da bo čez nekaj ur rodila mrtvega otroka, ki ga ne bo mogla niti pokopati, saj bo njen otrok označen kot splavljen zarodek.

Čeprav je včasih med ljudmi pogovorno veljalo, da so nedonošenčki tisti otroci, ki so se rodili pred pričakovanim rokom poroda in so bili tudi lažji kot ostali novorojenčki, temu ni čisto tako.

Po splošno sprejeti medicinski doktrini je nedonošenček (prematurus) je novorojenček, ki se rodi pred 37. tednom (oziroma 259. dnem) nosečnosti – in to ne glede na njegovo težo.

Značilnosti nedonošenčka so; nezrel obraz, tanka, rdeča koža, nizka teža, pomanjkanje podkožnega maščevja, pičli lasje in zmanjšan mišični tonus. Poleg naštetega imajo nedonošenčki zaradi nezrelosti organskih sistemov. (Kornhauser Cerar, 2004: <http://www.nedonosencek.com>)

V medicinskih krogih velja tudi klasifikacija nedonošičkov po teži. Termin nizka porodna teža (*Low Birth Weight* – LBW), ki pomeni težo pod 2,5 kg, je kot merilo za nedonošenost uvedla Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) leta 1950; danes je ostal le kot merilo teže, saj so poleg nedonošenčkov v skupini novorojenčkov s to težo tudi donošeni zahirančki.

Zelo nizka porodna teža (*Very Low Birth Weight* – VLBW) pomeni težo 1500 gramov ali manj. Novorojenčki z izjemno nizko porodno težo (*Extremelly Low Birth Weight* – ELBW) pa so tisti, ki ob rojstvu tehtajo 1000 gramov ali manj. Oba pojma (VLBW in ELBW) nista bila nikoli uradno določena s strani SZO, vendar se v vsakdanjem življenju in delu pogosto uporabljata. (ibid.)

Obporodno (perinatalno) obdobje zajema čas zadnje tretjine nosečnosti, preko rojstva do 7. dne starosti (0.– 6. dan), ne glede na otrokovo porodno težo oz. trajanje nosečnosti. Obdobje novorojenčka (neonatalno) zajema prve 4 tedne (28 dni = 0.– 27. dan) življenja; pogosto to obdobje razdelimo na zgodnje (0.–6. dan, je del obporodnega obdobja) in pozno (7.–27. dan). Čas, ki sledi obdobju novorojenčka, nekateri označujejo tudi kot postneonatalno obdobje. Doba dojenčka traja od otrokovega rojstva do njegovega prvega rojstnega dne (365 dni).

Moja hči Petra je ob rojstvu tehtala celih 2620 gramov, kar je za nedonošenčka rojenega v 33 tednu več kot zadovoljiva teža. V Enoto za intenzivno nego in terapijo, je bila prepeljana zato, ker ni zadihala. Prvi samostojni vdih je opravila šele 10 minut po rojstvu. Petrina ocena po Apgarjevi je bila 2 – bila je izmučena – zaradi izpada leve roke med porodom, je bila le ta popolnoma podpluta.

Večina novorojenčkov, ki potrebuje oživljanje po rojstvu, je rojenih po zapletih v nosečnosti ali porodu. Zato je priporočljiva prisotnost pediatra – neonatologa pri vsakem prezgodnjem porodu (v ljubljanski porodnišnici je za to določena meja 34 tednov), instrumentalnem porodu (pomoč z vakuumsko ekstrakcijo glavičice, kleščami) pri medenični ali drugih nenormalnih vstavah ploda, pri več plodovih, ob znakih fetalnega distresa, tj. zastoju rasti ploda, (mekonijska plodovnica, patološki zapis CTG), kot tudi vselej, kadar se pričakuje težave pri adaptaciji novorojenčka na zunajmaternične razmere (npr. v nosečnosti ugotovljena nepravilnost ali bolezen ploda). (Kornhauser Cerar, 2004: <http://www.nedonosencek.com>)

1. 1. 3 PRILAGODITEV NA IZVENMATERNIČNO ŽIVLJENJE

Pogoji življenja v maternici in izven nje – po rojstvu, so zelo različni. V maternici živi plod v mraku, tišini, temperatura okolja je konstantna, prav tako so konstantni pritiski dihalnih plinov.

Pri ocenjevanju prilagajanja novorojenčka na samostojno življenje si pomagamo z oceno po Apgarjevi (leta 1953 jo je opisala ameriška anesteziologinja Virginia Apgar) in jo predstavlja v naslednji tabeli. ([http:// www.sbaza.net/tiskanje_clanka_sb1.php?url_clanka](http://www.sbaza.net/tiskanje_clanka_sb1.php?url_clanka))

Tabela 1. 1 Ocena novorojenčkove vitalnosti po Apgarjevi

Otrok/točkovanje	0	1	2
Apperance (izgled)	bled/sivkast	moder	rožnat/rdeč
Pulse (utrip)	nezaznaven	<100	100 in >100
Grimace (vzdražljivost)	odsotna	kremženje	kašljanje/kihanje
Activity (mišična aktivnost)	mlahav/ne joka	komaj giba/slabotno joka	živahno joka
Respirations (dihanje)	ne diha	nepravilno diha	normalno diha

Razlogov, da novorojenček po rojstvu ne zadiha, je lahko veliko. Njegov dihalni center lahko uspavajo zdravila, ki jih med porodom dobiva mama (zlasti Dolantin, redkeje Tramal, Apaurin). Lahko pa so vzrok, da ne zadiha nezrelost ali prirojena oslabeledost mišic, poškodbe (predvsem osrednjega živčevja), slabokrvnost ali prirojene nepravilnosti dihal.

Med pogoste vzroke slabe prilagoditve na izven maternično življenje sodi tudi obporodno dušenje (perinatalna asfiksija – dušenje oz. nezavest zaradi pomanjkanja kisika v krvi). V času tako imenovane primarne apneje – prenehanje dihanja, ki nastopi po nekaj prvih plitvih in neučinkovitih vdihih (gaspah), novorojenček sicer ne zadiha več, njegovo srce in obtočila pa delujejo normalno (krvni pritisk in pulz sta normalna ali celo zvečana, vrednost pH krvi ni bistveno znižana); koža je modrikasta. Po kratkotrajnem oživljanju s senzoričnim draženjem (brisanje z ogreto, suho plenico, aspiracija zgornjih dihal) ali par vpihiv preko maske novorojenček postane rožnat in glasno zajoka.

V obdobju sekundarne ali terminalne apneje pa odpove tudi delovanje srca in obtočil – novorojenček je bled in ohlapen, bitje srca je upočasnjeno ($<60/\text{min.}$), v krvi je prisotna težka acidoza ($\text{pH}<7.00$). Nujno je takojšnje energično oživljanje s predihovanjem s pozitivnim pritiskom (preko maske ali sapnične cevke), pogosto tudi srčna masaža ter podpora z zdravili (adrenalin). (2006: <http://www.sbaza.net>)

Na tretjem svetovnem perinatalnem kongresu, ki je bil v San Franciscu v Združenih državah Amerike in je potekal v času od 20. do 24. oktobra 1996, je potekalo tudi predavanje na temo: *razvoj in poškodbe možgan in prezgodnji porod* – vzroke in posledice sta poskušali osvetliti perinatalno asfiksijo (PA) z oceno po Apgarjevi. Od 4–7 naj bi bila *blaga in srednje* izražena *asfiksija* (modra). *Težka asfiksija* je tista z oceno po Apgarjevi 0–3 po prvi minuti po porodu (bela asfiksija) – 53 odstotkov takšnih otrok umre, 36 odstotkov jih ima cerebralno paralizo. (Franič, 1997: <http://www.mf.uni-lj.si/isis/isis97-3/html/sanfr1.html>)

Velik šok sem doživela, ko sem videla, da je ocena moje deklice po Apgarjevi v prvi minuti znašala samo bori 2 točki. Kaj točno to pomeni nisem vedela, vedela pa sem, da je to slabo, zelo slabo. Šele sedaj, ko piševa to diplomsko nalogo, se zavedam kakšno srečo je imela, da je sploh preživela in da nima nikakršnih posledic.

1. 1. 4 ROOMING IN – ALI SOBIVANJE MATERE IN OTROKA

Število prezgodaj rojenih otrok se v Sloveniji giblje okoli 6% na leto (Verdenik, 2006: <http://www.vestnik.szd.si>) in v zadnjih letih blago narašča.

V praksi to pomeni, da se v Sloveniji v enem letu prezgodaj rodi približno 1000 otrok.

Ti otroci sodijo zaradi posebnosti v razvoju v skupino rizičnih novorojencev in kasneje rizičnih otrok. Če pomislimo, da vsakega novorojenca spremljata dve odrasli osebi in sta z njegovo usodo *čustveno obremenjeni* daljše obdobje po porodu, se delež rizične populacije bistveno poveča. (Urbančič, 2002: 93–114)

Rojstvo otroka, naj bi bilo nekaj najlepšega, kar se zgodi paru ali družini. Pri rojstvu nedonošenčka pa se občutki tistega najlepšega nekam skrijejo, izginejo oziroma jih popolnoma prekrijejo strah, stiska in skrb.

Novorojeni otrok in mati sta ločena. Nedonošenčki ponavadi potrebujejo posebno nego in so zaradi nedonošenosti ali bolezni nameščeni v Enoto intenzivne nege in terapije, mati pa je nameščena drugje. Za mater je dodatni šok tudi to, da jo lahko doleti tudi to, da si bo moralo sobo deliti z dvema drugima materama, ki imata za razliko od nje same, svoja otroka pri sebi in s tem se njena stiska samo povečuje.

Vemo tudi, kakšen je pretok informacij o otrokovem zdravstvenem stanju od zdravnikov na starše. Starši v večini primerov ne dobijo zadovoljivih informacij ne s strani zdravnikov in prav tako ne s strani ostalega medicinskega osebja, ki je zdravnikom podrejeno. Zdravniki ne povedo dosti, zato se starši kaj hitro začnejo zapletati v krog nevednosti, neznanega, kar jih navdaja še z večjo negotovostjo in strahom, kot bi jih sicer.

Starše prezgodaj rojenih otrok je porod presenetil. Mnogi ne uspejo obiskati programov predporodne priprave v šolah za bodoče starše. Zaradi negotovosti izida sta starša prestrašena in zbegana. Navdajajo ju občutki krivde. Poleg tega sta sedaj, ko bi najbolj potrebovala drug drugega; ločena. V tem obdobju potrebujeta dodatno podporo in svetovanje, ki se razlikuje od potreb staršev otrok rojenih ob terminu. (Brooten, Gennaro, Knapp, Brown in York, 1998 v Urbančič, 2002: 95)

Čas hospitalizacije otročnice s prezgodaj rojenim otrokom je bistveno daljši, kot čas hospitalizacije otročnice z zdravim donošenim novorojencem. Običajno se materino fizično zdravstveno stanje izboljša že nekaj dni po porodu. Njena psihična vzdržljivost in razpoloženje sta močno povezana s stabilizacijo otrokovega stanja in nihata v času enega dneva. Z zdravstveno vzgojnim programom bi začeli nekaj dni po porodu (v stik z otrokom naj mati pride že takoj po porodu), vanj bi vključili skupino staršev, ki se jim je rodil v približno enakem časovnem obdobju. Starša sta v tej situaciji biološko motivirana in močno dovzetna za informacije. Poleg tega je zdravstveno vzgojno izobraževanje dejavnik zoper zmanjšanje anksioznosti, ki jo povzročata negotovost in nepoznavanje določenega problema. (Comeford, Melnyk; v Urbančič, 2002: 96)

Večje poznavanje pomembnosti in možnih pozitivnih posledic izrednega stika takoj po porodu lahko pomaga tudi pri omejevanju škodljivega vpliva neizogibne ločitve v primerih prezgodnjega poroda, tj. dihalne stiske otroka. Tako se spodbuja kontakt staršev in otrok tudi v enotah intenzivne nege in terapije, ko je otrok še v inkubatorju. To otroka pomirja, istočasno pa blaži tudi prestrašenost staršev. Vendar je celo v modernih enotah intenzivne nege zgodnjega kontakta z nedonošenčkom manj, kot z donošenimi otroci.

Najina deklica je bila na koncu rojena z nujnim carskim rezom, saj se je med dvakratnim poskusom zunanega obrata ploda iz prečne v medenično lego zgodilo, da ji je iz maternice izpadla leva roka in naraven porod ni bil več mogoč.

Nekatere matere poročajo o občutju izgube samospoštovanja, občutkih krivde, razočaranja, odtujitve od otroka. Matere se pogosto bojijo negovati svojega šibkega otroka in tudi ko gredo z njim domov, še vedno kažejo manj čustvene povezanosti z njim, kot matere donošenih otrok. Te učinke so ugotavljali še devet mesecev po odpustu iz porodnišnice. (Tekauc Golob, 2005: www.nedonosencek.com)

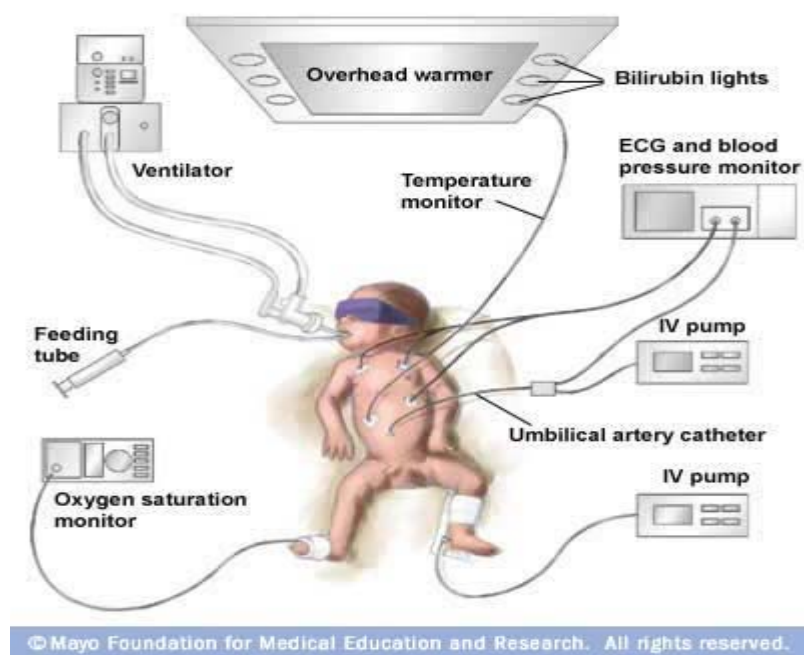
Petra je bila rojena 5. 2. 2003 pet minut čez polnoč. Ko sem se zbudila iz narkoze, nihče ni vedel, kaj je z mojo deklico. Medicinska sestra mi je povedala samo to, da na oddelek ni bila pripeljana. Šele okoli osme ure zjutraj sem izvedela, da je Petra v Enoti intenzivne nege in terapije in kaj to pomeni se mi še sanjalo ni. Prijazna medicinska sestra mi je takrat prinesla tudi zloženko »Vaš otrok je bil sprejet v Enoto intenzivne nege in terapije«, kjer je bilo med drugim tudi napisano, kdo vse skrbi oziroma bo skrbel za njo v času bivanja na EINT.

Naivno sem verjela, da je Petra tam zaradi nedonošenosti. Šele okoli 11. ure sem končno smela do nje. Dobrih deset ur po tem, ko so me zašili, sem se vsa polomljena in razbolela odpravila v Enoto intenzivne nege in terapije. Takrat ni bilo ne človeka in ne stvari, ki bi me takrat lahko zaustavila v nameri, da končno vidim mojo punčko.

Takoj, ko sem jo videla skozi stekleno pregrado, sem vedela, da je moja. Bila je nameščena v sobi 1, ob njej je sedela medicinska sestra. Pogled na mojo malo deklico me je močno pretresel. Nihče te namreč

nikoli v nobeni materinski šoli ne pripravi na to, kako je videti lastnega otroka priklopljenega na različne naprave, katerih namen ti ni poznan. Nihče te ne pripravi na to, da ima tak mali otroček skozi popek napeljan popkovni kateter. Pretresljiv pogled. Lastnega otroka se ne upaš niti dotakniti.

Slika 1. 1 Nedonošenček in aparature (Mayo clinic)



Tam sem stala, jo gledala, v meni pa se je rušil cel svet. Zakaj se to dogaja meni? Zakaj? Zakaj? Zakaj? Poleg vsega tega, pa se mi je pridružil še en grozen občutek. Petre se nikakor nisem upala imeti rada. Čustva, ki so se rojevala v meni, sem takoj potlačila nekam daleč nazaj. Tako zelo sem se bala, da če se bom na mojo ljubo hčerko preveč navezala, ne bom nikoli preživela njene izgube, če bi umrla. Edino le kar se je podilo po moji glavi je bilo; samo ne ljubiti. Ne ljubiti!

1. 1. 5 NAMESTITEV NOVOROJENČKOV V ENOTI ZA INTENZIVNO NEGO IN TERAPIJO (EINT)

Slika 1. 2 Dnevnik 4. 8. 2007 (avtor Jure Cjuha)



Intenzivno zdravljenje novorojenčkov zahteva združevanje drage opreme in osebja – ne le zaradi ekonomskih razlogov, temveč predvsem zaradi pridobivanja znanja in izkušenj. Zaradi neugodnih dejavnikov, ki so povezani s premestitvijo otroka na tak oddelek (ločitev od matere, izpostavljenost bolnišničnim okužbam ter agresivnim diagnostičnim postopkom), naj bi bila merila za sprejem jasno opredeljena. Nobene potrebe ni, da bi na takem oddelku 'opazovali' novorojenčka po 'težkem' porodu (npr. kleščni porod, podatek o mekonijski plodovnici, nižja ocena po Apgarjevi), da bi nanj sprejemali novorojenčke samo zaradi nizke porodne teže (npr. s težo 1.700–2.000 g), zdravljenja nezapletene zlatenice ali zaradi manjših težav s hranjenjem (polivanje/bruhanje brez bistvene izgube teže in brez znakov za zaporo prebavil).

V vsakdanjem delu sta razloga za sprejem le:

- nizka gestacijska starost (34 tednov ali manj) oziroma porodna teža (manj kot 1.700 g); ti novorojenčki težko vzdržujejo telesno temperaturo in slabo pijejo;

- bolezen novorojenčka, ki zahteva bolnišnično zdravljenje, in od katerih večino prepoznamo že v prvih urah po rojstvu. (Korenhauer Cerar, 2004 : <http://www.nedonosencek.com>)

Ob upoštevanju teh meril je večina otrok na EINT (enota za intenzivno nego in terapijo) zaradi nedonošenosti, pri redkih donošenčkih pa so razlog za intenzivno zdravljenje prirojene napake, bolezni ter težke okužbe.

Popolnoma logično je, da vladajo v Enoti intenzivne nege in terapije izredno strogi higieni standardi. Predpisan je protokol razkuževanja.

V primerjavi z donošenim otrokom oziroma otrokom, ki ni v oskrbi v enoti intenzivne nege in terapije, se nedonošenega otroka dotikaš veliko manj. Kot prvo je namreč ločen od tebe. Ponavadi ima vsaj na začetku po več katetrov, ki onemogočajo boljši stik. Dotikaš se ga, vendar se ga tudi bojiš poškodovati. Nedonošenčki so drobni, ranljivi, krhki. Bojiš se, da ga boš vznemiril, zbudil ali celo ranil.

Kljub temu, da je bila najina deklica najin drugi otrok, sem bila v stanju, da je nisem znala niti prijeti, kaj šele negovati. Ob njej sem bila popolnoma izgubljena. Skorajda se je nisem niti dotikala, kaj šele, da bi ji zamenjala pleničko. Medicinska sestra me je morala dobesedno siliti, da sem se končno opogumila in se začela učiti nege. Dokler me ni precej grobo postavila pred dejstvo, z mano ni bilo nič. Še vedno sem se preveč bala, da bi se s tem navezala na njo.

Zaradi hipertonije (prevelike mišične napetosti, ki je precej pogosta pri nedonošenčkih in zahirančkih) se nedonošenčke tudi previja drugače kot se sicer previja druge novorojenčke. Matere se morajo na novo naučiti čisto vseh prijemov. Nedonošenčka se dviguje drugače, drugače se ga obrača in drugače se ga polaga nazaj v posteljico.

V Enoti intenzivne nege in terapije velja tudi naslednje pravilo. Ne vem, če je sploh kje napisano, vendar ima kljub temu strašno velik simbolni pomen. Enota za intenzivno nego in terapijo ima osem sob za novorojenčke, ki so označeni s številkami od 1 do 8. Novorojenčki, ki so najbolj ogroženi in katerih preživetje je najbolj negotovo, so

nameščeni v sobi številka 1. Bolj, ko se jim zdravstveno stanje izboljšuje in bolj ko sem jim večajo možnosti za preživetje, so preseljeni v sobo z višjo številko.

V sobi številka 1, ti otroci nimajo imen. Poimenovani so; deklica oziroma deček in priimek matere. Pri dvojčkih se temu doda še črki A in B, iz katere je razviden vrstni red rojstva.

V sobi številka 6 pa končno dobijo svoje ime. Vpišejo ga v lepo izdelan obesek in obesijo nad otrokovo glavico. Kakšna pretresljiva simbolika se skriva za tem. Kot da je končno dovoljeno otroku živeti. Kot da je končno dovoljeno staršema upati. Dovoljeno postane imeti otroka rad.

1. 1. 6 KENGURUJČKANJE

V enotah intenzivne nege in terapije se starše še posebej spodbuja h kengurujčkanju. Ime za to metodo so potegnili iz živalskega sveta, kjer kenguru prevzame skrb za svojega nedonošenega mladiča tako, da ga spravi v vrečo na trebuhu, ki predstavlja okolje, ki nudi hrano, toploto in različno stimulacijo.

»Telesna bližina je absolutno nujna za normalni razvoj dojenčka,« trdi znanstvenik Schanberg, »toda vsak nežen objem tudi pri odraslih povzroči občutek večje gotovosti in zmanjša občutek strahu. Verjetno je potreba po dotiku v nas genetsko zakoreninjena.« To dokazuje tudi znan poskus, ki ga je zoolog Harry Harlow izvedel že konec petdesetih let.

Osirotele rezus opice so se raje odločile za plišasti nadomestek mame, četudi ni imel hrane zanje, in ignorirale kovinsko mamo, čeprav je imela v rokah stekleničko z mlekom. K njej so se odpravile le nerade, takrat, ko je bila lakota že res huda, in se takoj, ko so si do polovice napolnile želodček, vrnile k plišasti mami. To pomeni, da so bile raje lačne, kot da bi se odpovedale nežnemu dotiku krznu podobnega pliša. (Stritih, 2006: predavanja izrednim študentom 4. letnika na FSD v decembru)

Tudi dojenčkom se dogaja podobno, najbolje uspevajo ob intenzivnem telesnem stiku s svojimi starši. Znanstvena dognanja dokazujejo, da novorojenčki globlje zadihajo, če ure dolgo ležijo na materinem ali očetovem trebuhu.

Ta metoda, ki jo imenujejo kengurujanje ali kengurujčkanje se vse pogosteje uporablja tudi pri nedonošenčkih. Po naključju so jo spet odkrili konec sedemdesetih let v glavnem kolumbijskem mestu Bogota. Na voljo niso imeli dovolj inkubatorjev, zato so nedonošenčke, tudi tiste, ki so tehtali manj kot 2000 gramov in še niso mogli sami regulirati svoje telesne temperature, poslali s starši domov. Mati ali oče sta jih pod obleko nosila ob sebi ves dan. Kolumbijski znanstvenik Juan Gabriel Pelaez z Univerze Javeriana v Bogoti je v British Medical Journal poročal, da je ta metoda vsaj tako učinkovita kot inkubatorji. Taka tesna interakcija med otrokom in mamo je pomembna tudi za človeško bitje, saj ima specifične biokemične učinke in ugodno deluje na fiziološke in psihološke dejavnike. Psihosomatska medicina je dokazala, da ima kontakt koža-koža številne pozitivne učinke, med drugim zvišuje nivo hormona oksitocina, le ta pa ima sedativno in analgetsko funkcijo, izboljšuje laktacijo in vpliva na čustveno navezovanje. (Globevnik Velikonja, 2004: <http://www.nedonosencek.com>)

Kengurujčkanje v bistvu ni nova ideja. Obstajajo zapisi babic iz arktičnih predelov Kanade in severne Švedske, da je bil to edini in naravni način za zagotovitev varnosti in toplote nedonošenim otrokom. Wahlbergova piše o svojem presenečenju, ko je videla revne indijanske mamice, kako so skrbele za svoje nedonošene otroke v tesnem kontaktu koža-koža, ne da bi se kdajkoli ločile od njih, kako so se ti dojili, čeprav so imeli komaj 1000 gramov in kako zadovoljni so se ji zdeli otroci in mame. Iz moderne enote intenzivne nege je imela drugačne izkušnje in se ji je pred tem zdelo skoraj nemogoče, da bi bil 1000 gramski otrok sposoben sesanja. (ibid.)

Tudi sama sem imela v glavi kot zakodirano misel, da se pri plodu razvije sesalni refleks šele s 37. tedni nosečnosti in bila sem prepričana, da jo ne bom mogla dojeti.

Nekaj let po uvedbi metode kenguru, leta 1983 (V Sloveniji je bila ta metoda uvedena leta 1987), so raziskovalci podali prva poročila o dramatičnem znižanju umrljivosti in obolevnosti nedonošenčkov. Veliko manj staršev je zavrglo svoje nedonošene otroke, kar je pred tem predstavljalo velik problem. Poročali so o zadovoljstvu teh staršev in otrok, pa tudi, da so ti kengurujčkani otroci imeli lepo oblikovane glavice v nasprotju z otroki, ki so bili negovani v inkubatorju, ki imajo zaradi dolgotrajnega ležanja poležane in od strani sploščene glavice.

Ameriške in angleške študije so se osredotočile predvsem na preučevanje vpliva kontakta koža-koža na fiziološko stabilnost. Ugotovili so, da so ti otroci s tem kožnim kontaktom ohranjali svojo telesno temperaturo in dihanje v mejah normale.

Kengurujčkanje pomaga materam pri procesu iskanja smisla, občutkov obvladovanja in lastne pomembnosti, kar omogoča njihovo pomirjanje ob krizi, ki je povezana s prezgodnjim porodom in nedonošenim otrokom. (ibid.)

Dokler ima otrok katetre, kengurujčkanja ni. Je pa res veseli dan, ko tvojemu otroku odstranijo katetre, kar je po drugi strani prvi otipljiv znak, da mu/ji gre končno na bolje, da velja upati.

Ko se zgodi tisti dan, ko otroka končno dobiš na golo kožo prsi. Dobro se spomnim, kako sem sedela v gugalniku, ki je namenjen kengurujčkanju. Zelo me je bolela rana od carskega reza, vendar ko sem svojo deklico končno dobila na prsi, me ni čisto nič več bolelo. Bilo je, kot da sva se na tistem gugalniku tam, kar razlezli in končno ponovno zlili druga z drugo. Kot da je bilo ponovno združeno tisto, kar je bilo na silo pretrgano. Mož pa je stal zraven, popolnoma izgubljen in nemočen. Še danes ga slišim kako govori; pazi kako jo držiš, počasi, previdno, pazi... Sam je šele tistega dne zbral pogum in se je prvič dotaknil.

Bila sem srečna in bila sem jezna. Jezna nase in na vse. Jezna zakaj je ne smem še mesec in pol nositi in roditi takrat, ko bo za to prišel pravi čas. Zakaj se morava tako zgodaj v njenem življenju soočati z ločitvijo. Za prezgodnje rojstvo sem krivila sebe.

1. 1. 7 DOJENJE NEDONOŠENČKA

Tretji dan po porodu so mi tudi naročili, da naj hodim v laktarij in si poskušam izbrizgati mleko, da ga bodo potem dali moji deklici. Gre za zelo zapleten postopek, kjer je nujno potrebno, da se v maksimumu upoštevajo higienski standardi, da se roke, prsi, naprave, mizo in stol, dosledno razkužuje. Najprej razkužiš vse potrebno, razkužiš sebe in potem poskušaš z aparatom iztisniti mleko. Celo uro sem poskušala, vendar nisem pokrila niti dna v steklenički. Kasneje mi je ginekolog predpisal tudi razpršilo za nos, ki naj bi olajšalo izcejanje mleka. Vendar ni in ni šlo.

Dojenje pa je za nedonošenčke izrednega pomena. Nedonošeni otroci imajo v primerjavi z zdravimi, donošenimi otroci večjo površino telesa glede na dejansko težo in mnogo višje presnovne zahteve, da uravnavajo svojo telesno temperaturo in zelo hitro rast.

Zaradi kombinacije teh faktorjev morajo nedonošenčki v primerjavi z zdravimi, donošenimi otroki pojesti in popiti več oziroma je pridobivanje telesne teže počasnejše kot pri zdravih, donošenih otrocih. Zato je za nedonošene otroke zelo nevarno, če dojenje ne teče dobro ali če otrok dobiva premalo mleka.

Nedonošeni otroci imajo drugačen ritem hranjenja in spanja kakor donošeni otroci. Nekateri svoje lakote ne zmorejo jasno izražati z glasnim jokom, ki opozori, da otrok nekaj potrebuje, zato 'dojenje na otrokovo zahtevo', ki velja za zdrave, donošene otroke, pri njih ne pride v poštev. Nedonošeni otroci so bolj zaspani, dojko večkrat zavračajo, zato obstaja velika nevarnost, da bodo dobivali premalo hrane. Strokovnjaki imenujejo ta vzorec obnašanja 'nezrelo obnašanje', saj se nedonošeni otrok kljub lakoti včasih sploh ne prebudi. Zato je zelo pomembno, da se na začetku nedonošeni otroci hranijo po zelo natančnem urniku, najmanj osemkrat dnevno vključno z rednim spremljanjem večanja telesne teže, rasti v višino in večanja obsega otrokove glavice. Kljub temu je dolgo spanje (lahko tudi po osem ur ali več) pri nedonošenih otrocih naraven pojav, saj se med spanjem v njihovih telesih izloča rastni hormon, ki je zelo pomemben za primerno otrokovo rast in razvoj. Ker pa spanca kljub vsemu

ni dobro prevečkrat prekinjati pride do paradoksa; otrok bi moral čimvečkrat jesti, obenem pa naj ne bi prekinjali njegovega spanca. Pri nedonošenih otrocih je prisotna tako večja nevarnost dehidracije. (Mlinar, 2003: <http://www.otrokdruzina.com>)

Dokler ima otrok katetre in dokler dojenje ne steče kot po maslu, so otroci v Enoti intenzivne nege in terapije hranjeni po steklenički in to točno na vsake tri ure, brez razlik. Dosledno se beleži ura hranjenja in število popitih mililitrov, beleži se ali je hranjenju sledilo polivanje ali ne. Vse se sistematično beleži.

Pri meni pa dojenje kar ni in ni steklo. Tolažili so me, da pri prezgodnjem rojstvu in predvsem pri carskem rezu dojenje pač ne steče takoj. Vendar sem v laktariju (prostor, ki je namenjen iztiskanju mleka s pomočjo aparata in v katerem se še posebej skrbno vzdržuje sterilno okolje) opazovala matere, ki pri iztiskanju mleka za svoje nedonošene otroke niso imele nikakršnih težav. Moji trenutni nizki samopodobi zaradi prezgodnjega rojstva, saj se nisem ravno izkazala v funkciji inkubatorja, se je pridružilo še eno dejstvo. Tudi prehraniti svojega otroka nisem mogla!

Prepričani sva, da se vse ženske med pričakovanjem otroka z vso zavzetostjo pripravljajo na dojenje. Verjamejo, da bodo uspešne pri dojenju. Prav tako verjame tudi ožja socialna mreža. Vsi s(m)o prepričani, da je uspešnost dojenja odvisna od ženske in da vsaka lahko doji, če le hoče. Porod in dojenje sta naravna procesa in naravni procesi niso nikoli v nasprotju z ničemer. Vedno se zgodi točno to, kar se mora. Ravno zaradi tega so lahko ženske pod hudim psihičnim pritiskom, kar je pravzaprav tudi vzrok za neuspešnost pri dojenju. Posledično sledi samoobtoževanje, da niso izpolnile materinske vloge, ki je tako ali tako dana vsaki.

Dr. Paula Meier, svetovalka za laktacijo (predava tudi na Visoki šoli za medicinske sestre Univerze v Chichagu) in predavateljica na 4. izpopolnjevalnem tečaju o hranjenju z materinim mlekom, je povedala, da pri njih (v ZDA) prejema 97% otrok materino mleko. Za preprečevanje specifične zbolewnosti nedonošenih otrok je materino mleko idealna terapija; je učinkovito, varno, dosegljivo in poceni. Idealno je za zgodnje hranjenje, preprečuje nastanek naknadnih okužb in nekrozantnega enterokolitisa (lokalno obolenje prebavil), zmanjšuje možnost nastanka retinopatije (obolenje mrežnice) nedonošenih, zmanjšuje možnost nastanka kronične bolezni pljuč, izboljša razvojne

možnosti teh otrok v vseh obdobjih odraščanja, znižuje vrednost krvnega tlaka in holesterola in gostoto kosti v puberteti. Materino mleko spremeni genetske poti.

Zaradi vse pozitivne propagande, ki v zadnjih letih spodbuja dojenje, sem vedela, da je materino mleko nekaj najboljšega, kar mati lahko da svojemu otroku. Kot lahko beremo ima tudi to moč, da spremeni genetske poti.

Prvi neuspeh kot ženska in mati sem doživela, ker svojega otroka nisem donosila, pa čeprav naj bi bila to najbolj naravna stvar na svetu. Drugi neuspeh sem doživela, ko sem spoznala, da svojemu otroku ne morem nuditi tistega najboljšega, kar vsaka mati lahko da svojemu otroku, to je seveda njeno mleko, ki ga lahko obvaruje pred marsičem v tem grobem, krutem svetu. Bila sem na dnu.

1. 1. 8 ZAKONODAJA – OBSEG PRAVIC

Naj se še malo dotakneva zakonodaje, ki ureja pravico do izrabe porodniškega dopusta. Pogovorno se sicer uporablja termin porodniški dopust, ki v Sloveniji traja točno 12 mesecev. Zakon o starševskem varstvu in družinskih prejemkih (Ur. List RS št.: 110/2003, 12. 11. 2003 je bilo objavljeno uradno prečiščeno besedilo Zakona) pa točno določa, da porodniški dopust traja 105 dni, po 105 dneh porodniškega dopusta pa mati nastopi dopust za nego in varstvo otroka, ki traja nadaljnjih 260 dni. Navajava nekaj najbolj bistvenih členov tega Zakona:

18. člen – prenehanje pravice do porodniškega dopusta.

Če mati rodi mrtvega otroka, ima pravico do porodniškega dopusta še 42 dni od dneva poroda. Če otrok umre v času porodniškega dopusta, ima mati pravico do porodniškega dopusta v obsegu kot ga je do dneva smrti otroka že izrabila, vendar najmanj 42 dni od rojstva otroka. Po smrti otroka pripada materi največ 10 dni porodniškega dopusta. Če mati zapusti otroka ob rojstvu oziroma po rojstvu otroka, ima pravico do porodniškega dopusta še 42 dni od dneva poroda. Če mati zapusti otroka v času porodniškega dopusta, pa je že izrabila 42 dni porodniškega dopusta, nima več pravice do porodniškega dopusta od naslednjega dne, ko je zapustila otroka.

19. člen – način izrabe porodniškega dopusta.

Porodniški dopust se izrabi v strnjem nizu v obliki polne odsotnosti z dela. Mati mora nastopiti porodniški dopust 28 dni, lahko pa 42 dni pred predvidenim datumom poroda, ki ga določi ginekolog. Če mati ne nastopi porodniškega dopusta v tem roku, neizrabljenega dela porodniškega dopusta ne more izrabiti po otrokovem rojstvu, razen v primeru, če je porod nastopil pred predvidenim datumom. Če mati na dan poroda še ni nastopila porodniškega dopusta, nastopi porodniški dopust z dnem rojstva otroka.

22. člen – obveščanje delodajalca.

Če mati rodi otroka preden je o izrabi porodniškega dopusta obvestila delodajalca, mora delodajalca o tem obvestiti v 3. dneh po rojstvu otroka, razen če njeno zdravstveno stanje tega ne dopušča. V tem primeru je treba zagotoviti zdravniško dokazilo. Če mati sklepa delovno razmerje v 58. dneh pred predvidenim datumom poroda, mora delodajalca obvestiti o nastopu porodniškega dopusta ob sklenitvi delovnega razmerja. Oče mora obvestiti delodajalca o izrabi porodniškega dopusta najkasneje v treh dneh od nastopa razloga za izrabo porodniškega dopusta.

26. člen – trajanje dopusta za nego in varstvo otroka.

Eden od staršev ima pravico do dopusta za nego in varstvo otroka v trajanju 260 dni neposredno po preteku porodniškega dopusta. Ob rojstvu dvojčkov se dopust za nego in varstvo otroka podaljša za dodatnih 90 dni. Ob rojstvu več hkrati živo rojenih otrok se dopust za nego in varstvo otroka podaljša za vsakega nadaljnjega otroka za dodatnih 90 dni. Ob rojstvu nedonošenčka se dopust za nego in varstvo otroka podaljša za toliko dni, kolikor dni je bila nosečnost krajša kot 260 dni. Ob rojstvu otroka, ki potrebuje posebno nego in varstvo, se dopust za nego in varstvo otroka podaljša za dodatnih 90 dni na podlagi mnenja zdravniške komisije Pediatrice klinike v Ljubljani (v nadaljnjem besedilu: zdravniška komisija), ki jo imenuje minister, pristojen za varstvo družine (v nadaljnjem besedilu: minister). Dopust za nego in varstvo otroka se podaljša v primeru, ko starša že ob rojstvu otroka varujeta in vzgajata najmanj dva otroka do starosti 8. let za 30 dni, pri treh otrocih za 60 dni in za štiri ali več otrok za 90 dni. Pravice iz prejšnjih odstavkov tega člena se seštevajo. Del dopusta za nego in varstvo otroka v trajanju največ 75 dni se lahko prenese in izrabi najdlje do 8. leta starosti otroka.

27. člen – prenehanje pravice do dopusta za nego in varstvo otroka.

Starša nimata pravice do dopusta za nego in varstvo otroka, če je otrok oddan v vzgojo in varstvo drugi osebi oziroma v zavod. Eden od staršev nima pravice do dopusta za nego in varstvo otroka, če je otrok dodeljen v varstvo in vzgojo drugemu od staršev ter sam ne varuje in ne neguje otroka. Če razlog za prenehanje pravice iz prejšnjih dveh odstavkov nastopi v času trajanja dopusta, starša nimata pravice do neizrabljenega dela dopusta za nego in varstvo otroka. V primerih, ko je razlog za pravico do daljšega dopusta za nego in varstvo otroka rojstvo dveh ali več hkrati rojenih otrok, pa eden od otrok umre, staršema preneha pravica do pripadajočega dela daljšega dopusta za nego in varstvo otroka.

Šele ko se spraviš prebirati zakon, ki po eni strani daje pravico do nekakšne ugodnosti, vidiš kako zelo je v svojih členih diskriminatoren. Diskriminatoren je predvsem do tistih mater, ki doživljajo grozljivo izkušnjo izgube otroka. Žalujoča mati doživlja posttravmatski stresni sindrom, vendar se mora kljub popolnoma omajanemu psihičnemu zdravju po desetih dneh po izgubi otroka vrniti na delovno mesto, kjer naj bi funkcionirala maksimalno.

Čedalje bolj zagovarjava tezo, da so zakoni slabo pripravljene, da so neživljenjski in da jih sprejemajo v glavnem moški (žensk v politiki je zgolj za vzorec), ki so svoje obdobje aktivnega starševstva že davno pustili za seboj oziroma niso bili aktivni očetje.

Prepričani sva, da bi z močno civilno iniciativo in z aktivnim lobiranjem lahko dosegli spremembe v zakonu.

V mojem primeru je to pomenilo, da se je porodniški dopust podaljšal za štiri tedne. Po predhodni zakonodaji pa bi se mi podaljšal za tri mesece. Sama nisem še niti nastopila porodniškega dopusta, ko me je porod presenetil in se mi je posledično porodniški dopust začel z dnem poroda. Partner ali pač nekdo od svojcev mora v roku treh dni po porodu sporočiti pristojnemu Centru za socialno delo o porodu živorojenega otroka. To potem sproži ostale postopke. Posledično se mi je porodniški dopust iztekel, ko je bila Petra stara eno leto in štiri tedne, ko je tudi morala v vrtčevsko varstvo.

1. 1. 9 DRUŠTVO ZA POMOČ PREZGODAJ ROJENIM OTROKOM

Prezgodnji prihod na svet lahko s seboj prinese številne stiske in negotovosti pa tudi potrebe, ki jih starši nis(m)o pričakovali.

Društvo za pomoč prezgodaj rojenim otrokom je bilo ustanovljeno na pobudo medicinskih sester, ki v ljubljanski porodnišnici skrbijo za nedonošenčke, da bi priredili srečanje z otroki, za katere so skrbele. Ob tem so ugotovile, da bi bilo treba staršem prezgodaj rojenih otrok ponuditi podporo, saj se pogosto niso znašli. Tako so zaživela izobraževanja, ob povečanem pritoku sredstev pa so se spraševali tudi, kako jih usmeriti. Ker je Klinični center dobesedno vreča brez dna – kar v njo pride gre tja, kjer je gašenje potreb najbolj nujno – so se odločili, da bo denar za Enoto intenzivne nege in terapije zbiralo društvo in da bodo kupovali aparature in pripomočke, ki dvigujejo nivo nege prezgodaj rojenih otrok, ki bi jih sicer težko dobili. Danes društvo nakupi že kar četrtno izjemno dragih naprav, kot so inkubatorji, respiratorji in ultrazvok. Čeprav je iskanje donatorjev daleč od prvotnega namena društva, obsega kar polovico njegovih dejavnosti. Večina delavcev intenzivnega oddelka je aktivnih članov društva, sodelujejo pa tudi nekateri starši otrok, ki so bili rojeni prezgodaj, medtem ko želi del staršev na bolečo izkušnjo negotovosti čim prej pozabiti. (Bergant, 2007: Dnevnik – objektiv 4. 8. 2007)

Res je, da med starši nikakor ni tiste prave potrebe po sodelovanju v Društvu za pomoč prezgodaj rojenim otrokom. V enem delu s(m)o starši s pomočjo medicine poskrbeli za svoje otroke, le ti so preživeli in Enote za intenzivno nego in terapijo ne potrebujejo/-mo več. Verjetno je kar nekaj takih, ki ob raznih priložnostih donirajo tudi Društvu za pomoč prezgodaj rojenim otrokom, predvsem v znak hvaležnosti.

Medicina vedno ponuja veliko več, kot lahko kupiš. Vemo, da v Sloveniji ni denarja. Koliko so nedonošenčki bolj upravičeni od drugih, pa je stvar odločitve družbe. Družba je tista, ki se odloča, če se ji zdi bolj pomembno ali podaljševanje življenja starih tik pred smrtjo ali oskrbe nedonošenčkov. Dobro bi bilo, da bi imeli denarja dovolj za oboje, vendar na žalost temu ni tako.

Razvoj neonatologije je izredno odvisen od sledenja razvoju opreme. Gre predvsem za razvoj elektronike in pripomočkov, ki na primer omogočajo neinvazivno merjenje kisika v krvi ali pretok plina v pljučih. (ibid.)

Število prezgodaj rojenih otrok se iz leta v leto povečuje, med drugim zaradi vse starejših nosečnic, ki rojevajo manjše otroke in večkrat rojevajo prezgodaj. Ker se zavedajo, da je to morda edina možnost, da bodo imele otroka, so njihova pričakovanja, da bo otrok preživel, še toliko večja. Stroški zdravstvene nege prezgodaj rojenih otrok pa so zelo visoki. Dober inkubator stane toliko kot dober avto, respirator je še dražji. Društvo ob takih nakupih plača polni DDV (20%) – tako se je odločila država, ponazori Bergant v istem članku.

Jasno je, da naša država nima razvite ustrezne socialne politike, ki ne šepa samo na tem področju, temveč tudi marsikje drugje. Kot bi ti na eni strani nekaj dala, ti na drugi strani že jemlje. Povečuje se prepad med tistimi, ki znajo izkoristiti oziroma izsiliti ugodnosti in tistimi, ki jih ne znajo ali ne zmorejo.

Nataliteta pada, država, ki kot da ne najde uspešnega programa za spodbujanje rojstev, vse državljane udarja po žepu tam, kjer nikakor ne bi smela. To dvojnost dobro ponazori Bergant.

Tudi, ko prezgodaj rojeni otroci že zapustijo bolnišnico, pogosto še naprej potrebujejo različne pripomočke, na primer monitorje za dihanje ali monitorje, ki merijo vsebnost kisika v krvi. Zakonodaja je bila pri virih kisika, ki jih priznava novorojenčkom precej nepraktična. Omogoča jim le en medicinski vir kisika, kar je običajno naprava, ki iz zraka koncentrira dodatni kisik. Njihove pravice iz zdravstvenega zavarovanja so popolnoma enake kot pravice odraslih s kronično obstruktivno boleznijo, čeprav potrebuje otrok pljučno podporo le kratek čas. Poleg tega je otrok, ki potrebujejo takšno nego, le okoli deset na leto. Ker zgolj z dosedanjimi pravicami niso mogli iz hiše, je društvo staršem oskrbelo še jeklenko. So pa zadnji dan julija začele veljati spremembe in dopolnitve pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki med drugim kot novo pravico določajo drugi vir kisika za otroke do petnajstega leta (gre za sistem dovajanja tekočega kisika, ki ga sestavljata zbirna posoda, ki zadošča za en mesec in prenosna enota, ki zadošča za dvanajst ur in omogoča mobilnost otroka zunaj doma) (ibid.).

1. 1. 10 MOŽNOST IZBIRE IN VPLIV

Pri oblikovanju zakonov pri načrtovanju ukrepov in zagotavljanju storitev velja prepričanje, da je tako za medicinsko obravnavo, kot za vzpostavljanje socialno varstvenih storitev in dajatev, medicinska diagnoza uporaben pripomoček za uveljavljanje pravice tudi do socialno varstvenih storitev. Zato se stroka in politika ukvarjata z razvrščanjem in preštevanjem prebivalstva glede na vrsto diagnoze. Zaradi takšnega načina obravnave postanejo ljudje odvisni od sodb in strokovnih ocen zdravnikov, psihologov, socialnih delavcev, defektologov, ki odredajo posege in ukrepe, s katerimi bo posameznik/-ca lažje prenašala svojo težavo ali se bo z njo sprijaznila. (Škerjanc, 2006: 19)

Takoj, ko vstopiš v medicinski svet, kar seveda porodnišnica še vedno je, postaneš diagnoza. Nisi več ime in priimek, temveč na primer: 33 tedenska gestacija s spontanim razpokom. Velja tudi, da ni dobro preveč spraševati, saj s spraševanjem motiš zaposlene pri njihovem delu, pri tem pa je jasno, da njihovih odgovorov tako ali tako ne boš razumel. Postaneš pacient in kot tak moraš mirno sprejemati vse, kar se dogaja s tabo.

Samo v ponazoritev gornjega zapisa. Ko se je rojevala Petra in ko je bilo jasno, da porod ne napreduje tako kot bi v primeru dobrega pacienta moral, so za »eno iz osmice« pripravljali operacijsko sobo. Ta ena sem bila jaz, bila sem v porodni sobi številka 8.

Uveljavljanje osebnih, državljanskih in socialnih pravic je tako v preteklosti kot v današnjem času generaliziralo samoorganiziranje in politično delovanje civilnih pobud. Med temi so zlasti družbene skupine, ki jih kratenje pravic neposredno zadeva, ter posamezniki in skupine, ki se z njimi solidarizirajo. Med najvidnejšimi so gibanja za emancipacijo rasne enakopravnosti, za pravice žensk, otrok, mladostnikov, narodnostnih manjših, za pravico do izražanja spolne usmerjenosti, za pravice ljudi s telesnimi ali intelektualnimi poškodbami in mnoge druge. (ibid.)

Med ostalimi so ta gibanja prispevala raziskave, ki pojasnjujejo vzroke družbenega izključevanja in diskriminiranosti ter odstirajo socialne razsežnosti teh posledic v vsakdanjem življenju ljudi.

Ob vsem kar se mi je dogajalo, je bilo mogoče najhujše to, da sem bila tako zelo izgubljena. Nihče mi ni pomagal, nihče mi ni znal nič pojasniti, na nič nisem mogla vplivati, čisto na nič. Niti svojega otroka nisem smela brez dovoljenja vzeti iz tople posteljice. Takoj se je oglasil alarm in pritekla je medicinska sestra, ki je bila zadolžena za njo. Morala bi vprašati. Bilo je, kot da moram biti neizmerno hvaležna, da se z mojo deklico ukvarjajo in skrbijo za njo, mi delajo strašansko uslugo in jim res nič ni treba pojasnjevati. Niti enkrat v času, ko sva bile v porodnišnici nisem videla psihologinje. Res da je jaz nisem iskala in iskala je nisem zato, ker niti vedela nisem, da obstaja – lahko pa bi ona poiskala mene in me vprašala, če kaj potrebujem. Lahko bi mi dali na izbiro, da si vzamem pomoč ali pa da si jo ne vzamem. Kot pacient te izbire nisem imela.

V veliko slabšem položaju pa so tiste ženske, ki se že tako ali tako ne znajdejo najbolje in tiste, katerim bele halje še vedno predstavljajo nekaj več... nekaj nedotakljivega, nekaj kar je potrebno za vsako ceno upoštevati in spoštovati.

1. 2 MATERINSTVO

1. 2. 1 PSIHIČNO ZDRAVJE ŽENSK

O psihičnem zdravju žensk v poporodnem obdobju se ne govori, saj na splošno v naši kulturi velja, da je rojstvo otroka za vsako žensko najsrečnejši dogodek v življenju in ob najsrečnejšem dogodku te pač mora prevevati nepopisna sreča.

Vendarle bi ob rojstvu mrtvorojenega otroka ali težko bolnega otroka res težko govorili, da mora novopečeno mamico prevevati velikanska sreča. Kljub vsemu pa se rojevajo mrtvorojeni otroci, rojevajo se težko bolni otroci, katerih preživetje in bodoča kakovost življenja sta zelo vprašljivi. Ravno to pa so tisti dejavniki, ki bistveno vplivajo na duševno zdravje ženske v poporodnem obdobju.

Živimo v svetu, v katerem je materinstvo še vedno pogosto prikazano kot najbolj zaželen cilj ženske, ki ji bo v globoko zadovoljstvo in izpolnitev. Prevladujoči miti o materinstvu nadaljujejo s tradicijo govora o le-tem kot najvišjem poslanstvu ženske. »Absolutizem

materinstva je v vsakdanjem življenju še vedno navzoč v različnih oblikah – od blagrovanja sposobnosti rojevanja do samoumevnih povezav biološkega materinstva z zmožnostmi nege in vzgoje otroka nad ostalimi ženskimi vlogami.« (Drglin, 2006: 188)

Naša kultura nam narekuje samozanikanje, žrtvovanje in tiho trpljenje. Še posebej bi se morale žrtvovati matere in brezpogojno skrbeti za svoje težko bolne otroke. Zanimivo je, da to samozanikanje in žrtvovanje nikakor ne velja za partnerje oziroma očete. Moški, kot da imajo vedno še eno drugo možnost, možnost nekakšnega recimo temu popravnega izpita.

Kot, da bi veljalo, da je ženska z rojstvom otroka (pa naj si bo ta kakršen koli že), izpolnila svojo naravno vlogo. Naravna vloga pa ne more biti napačna ali neustrezna, saj je vendar le naravna, torej dana vsaki ženski v naši katoliško pogojeni kulturi.

Ženska narava je pojem, ki se vleče skozi vso patriarhalno zgodovino in je večpomenski. Najpogostejše je sinonim za predkulturnost oziroma nekulturnost. Je vse tisto kar ostane, če odstranimo razum in mišljenje. Ženske so bile 'pokvarjeni moški osebk', zato so bile nižja vrsta in pogosto so jih enačili z živalmi – ženska narava je primitivna in jo vodijo nagoni, ki jih ženska zaradi pomanjkanja razuma ne more nadzorovati (npr. nosečnost). Potrebna sta najmanj dva patriarhalna pogoja, da se taka primitivna narava vsaj nekoliko socializira: zakon in materinstvo. Z zakonom si ženska pridobi skrbnika, ki o njej odloča, ona pa mu hvaležnost vrača s služenjem in suženjstvom – to se kaže v zahtevah po pokornosti, ponižnosti, požrtvovalnosti in trpljenju. Materinstvo pa je 'mehanizem za aktiviranje srca', centra za čustva, skrb, predanost in je edino vodilo ženski primitivni naravi. To pomeni, da ženska lahko dobi dobro naravo le z materinstvom v zakonu, obdrži pa jo tako, da je odstranjena iz zunanjega sveta, ki je večna nevarnost za njeno srce in da je lahko moškosrediščno obvladovana. »Ženska z javnim delovanjem pridobiva kulturo, ki pa radikalno spreminja njeno naravo. Divjaškost in primitivnost sta esenci njene biti, ki nista razumljeni kot konstrukta, temveč kot prvinskost oziroma prediskurzivnost.« (Leskošek, 2006: 261)

Materinstvo pomeni skrb za nekoga, pojem skrbi pa je povezan predvsem s predstavami o tem, kaj je delo žensk in kaj je njihova socialna vloga. Še danes namreč velja prepričanje, da je skrb za druge ena temeljnih ženskih lastnosti (ideologija dveh moral). Skrbstveni položaj ženske v družini pogosto označujejo s položajem moči, prav ta postavlja ženske v podrejeni položaj, ko gre za odnose v javnosti. (Zaviršek, 1994)

Zakon in materinstvo sta cilj ženske vloge, medtem ko je kariera cilj, h kateremu je usmerjena moderna vloga. Ta cilja se vzajemno izključujeta, saj to, da bi ju dosegli, zahteva več energije in predanosti, kot ju zmore en človek in tudi več časa, kakor ga ima na voljo, pa tudi zato, ker »so si temeljne značilnosti osebnosti, ki ju vsak od njiju spodbuja, v popolnem nasprotju, tako da prednosti enega postanejo pomanjkljivosti drugega, in popolno uresničenje ene izmed vlog grozi, da bo uničilo drugo,« Oakleyeva (2000: 96) to označi kot položaj 'strukturne ambivalentnosti' žensk.

Torej je popolnoma razumljivo pričakovati, da bomo vse tiste, ki se zaradi takih ali drugačnih razlogov nismo dobro socializirale, ali pa se nam je tradicionalna 'socializacija' za opravljanje tradicionalne ženske vloge ponesrečila, slej ko prej naleteli na težave z lastno identiteto.

1. 2. 2 MATERINSTVO KOT BIOLOŠKA IN SOCIALNA IZKUŠNJA

Ravno zaradi tega umetno napolnjenega konstrukta naravne vloge se morajo ženske z rojstvom otroka kot na novo formirati, zato po najinem mnenju ni čisto nič nenavadnega, če se toliko ženskam zgodi poporodna depresija.

Mediji dojenčke prikazujejo kot rožnata debelušna omamno srečna bitjeca, ki dobrovoljno čofotajo med kopanjem, se prešerno smehljajo med previjanjem; ne pokažejo pa pokakanih pleníc ali neskončnega joka zaradi trebušnih krčev. Zato Kitzingerjeva (1994: 155) opozarja, da je dekleta, ki izhaja iz družine z dvema otroka in malo ve o otrocih v nevarnosti, da odraste, ne da bi se zavedala, da potrebuje otrok nenehno pozornost, da okoli sebe vse pomaže in da smrdi, da lahko zares zelo na glas joka, da popolnoma prevzame tvoje življenje in da se ga nikakor ne da vrniti.

Na žalost se veliko žensk počuti krivih zaradi teh težav, ki se pojavljajo v odnosu mati – otrok. Celo nosečnost s(m)o namreč pričakovale, da bo narava – instinkt ali kakor koli temu že rečemo, poskrbela za to, da nam bo vse znano in vse dobro. Otrok se rodi, ti pa še vedno čakaš, da se materinski instinkt prebudi in poskrbi za vse.

O izkušnjah rojstva ne vemo kaj dosti (kar je razumljivo, saj je bilo pisanje v domeni moških). Popolnoma drugačno vlogo pa dobijo ti dogodki v psihosocialnih službah, ki se morajo pogosto osredotočiti na stiske posameznic v času nosečnosti in po njej (občutki izgube, kaosa,

spominjanje lastnega otroštva, občutki premajhne emocionalne podpore s strani partnerja in socialnega okolja, šok ob porodu), na stiske ob odločitvi za splav (pred odločitvijo, po opravljenem splavu), stiske po spontanem splavu in stiske ob smrti otroka ob porodu. (Zaviršek, 1994)

Dozdeva pa se, da so ravno psihosocialne službe veliko premalo dostopne, da bi se posameznice, ki se soočajo s stiskami v nosečnosti, ob spontanem splavu, smrti otroka, ob porodu ali rojstvu težko bolnega otroka sploh lahko obrnile na njih. Občutek imava, da se moraš popolnoma zlomiti, da lahko prideš do njih. Stiske, ki vodijo v depresijo se prikradejo čisto tiho in izza hrbta. Nanje nisi pripravljen in na začetku jih vsekakor ne razpoznaš. V trenutku, ko jih razpozna tvoja okolica, pa so se že razbohotile v vsej svoji veličini.

V ljubljanski porodnišnici je zaposlena ena sama klinična psihologinja in logično je, da se ukvarja z najbolj težkimi travmami. Te se ponavadi dogajajo, ko ženska rodi mrtvorojenega otroka ali pa, ko otrok zaradi težke bolezni ali izjemno nizke porodne teže kmalu po rojstvu umre. Njen delavnik je tudi samo v dopoldanskem času. Znano pa je, da je najteže preživeti noči, ko ni ob tebi čisto nikogar, ki bi ti lahko nudil podporo. Zaposlene so tudi tri socialne delavke, ki pa se ukvarjajo predvsem z administrativnimi posli, ki so povezani z odločitvijo za abortus. Tudi socialne delavke delajo samo v dopoldanskem času.

1. 2. 3 POROD – PRIPRAVA V MATERINSKI ŠOLI

Ko je otrok enkrat na poti, žensko prevzame medicinski sistem, ki obravnava njene skrbi kot nepotrebne in nadležne. Od bodoče matere pričakuje, da se bo predala njegovi oskrbi, ne da bi vpraševala preveč ali motila gladko delovanje ustanove. Nosečnost je od nekdanj spremenjena v 'medicinski proces', ki se osredotoča na zarodek in njegov razvoj do sposobnosti za življenje. Mati je praktično na drugem mestu, pomembna le toliko, kolikor nosi zarodek in je skorajda ovira pri opazovanju zarodka.

Spominjam se, da ko sem rojevala Petro, s ctg aparatom nikakor niso dobro sledili njenemu srčnemu utripu. Babica, ki je takrat vodila porod, je to pripisala višku maščevja na mojem trebuhu. Mene osebno ni, je samo špeh, ki vse skupaj ovira.

Ker je porod medicinski dogodek, se domneva, da bo ženska 'dober pacient' in se ves čas vedla v skladu s tem. (Kitzinger, 1994) Bila naj bi mirna in razumevajoča za vse, kar z njo počnejo, da bi ji pomagali. Morala bi biti sposobna hitro upoštevati navodila, razumeti in si zapomniti, kar ji povejo, ne da bi zahtevala ponovno razlago. Čim manj naj bi spraševala, vse besede in dejanja medicinskega osebja pa naj bi vzela za dobronamerna. Morala bi biti čista, urejena in samostojna ter ne bi smela motiti drugih porodnic ali osebja z izražanjem kakršnih koli močnih čustev.

Ženska se na vlogo matere pripravlja že od otroških let dalje z usmerjeno socializacijo, preko igre in stikov s sovrstniki ter s tem, ko od matere, sester, sorodnic, prijateljic, vzgoje prejema različne informacije o obdobju nosečnosti in materinstva, nege in vzgoje otroka, nege same sebe, kjer dobi tudi odgovore na svoja morebitna vprašanja; pa še v materinski šoli oziroma šoli za starše, v priročnikih, revijah... (Lenarčič, Škofca, 2007: 26)

Za bodoče matere in delno tudi za bodoče očete v Sloveniji deluje (dokaj) enoten sistem izobraževanja v zvezi z nosečnostjo, porodom in poporodnim obdobjem. Organizirajo se materinske šole in šole za starše, ki se izvajajo v porodnišnicah ali pa sodijo v delovni krog posameznih ginekoloških dispanzerjev. Šole za starše oziroma materinske šole ponujajo specifične informacije o poteku poroda, ki temeljijo na 'psihoprofilaktični metodi priprav na porod'. Po tej metodi spodbujajo ženske, da prevzamejo odgovornost zase in za otroka in poudarjajo skupinsko delo pri porodu – ženska–babica–zdravnik–partner.

Zanimivo je bilo ravno to poudarjanje skupinskega dela med porodom v materinski šoli. Popolnoma pa se pozabi na to skupinsko delo v porodni sobi. Moraš biti tiho, ne preveč spraševati in nenazadnje slepo zaupati tistemu, ki vodi porod, čeprav dela kapitalne napake. Konec koncev, kaj ti kot porodnica sploh veš v primerjavi z nekom, ki je dolga leta študiral medicino in ima tudi strašansko veliko izkušenj. Ko se je pri meni začel porod popolnoma spontano s popadki, sem predlagala zdravniku, da bi poskusili ustaviti porod. Odpravil me je z besedami, da 33. teden nosečnosti ni več kritičen, da je plod popolnoma sposoben samostojnega preživetja in da ustavljanje poroda ni smiselno. Še danes se sprašujem, zakaj poskus ustavljanja poroda ni smiseln, če pa naj bi nosečnost trajala 40 tednov. Moj otrok bi moral biti v meni vsaj še nekaj tednov. Kasneje mi je že na hodniku odtekla vsa plodovnica, ker je prišlo do spontanega razpoka plodovega ovoja. Kasneje med porodom, ko je končno dojel, da je

deklica v prečni legi, je odredil zunanji obrat ploda v medenično lego, pa čeprav se ta pri nedonošenčkih in pri odteкли plodovnici sploh ne izvaja. Omenjeni obrat je delal dvakrat, kljub temu, da so določila stroke popolnoma drugačna. Niti me ni vprašal za dovoljenje, enostavno je začel delati manipulacijo. O njegovem nestrokovnem in morebiti tudi etično spornem ravnanju sem si kasneje pridobila tudi strokovno mnenje. Prepričana sem, da je bila kasnejša asfiksija pri Petri pač posledica neustreznega vodenega poroda. Še danes me boli, ko se spomnim, da ko so se začeli pogovarjati o carskem rezu, ker porod nikakor ni napredoval, iz maternice pa je izpadla tudi že Petrina rokica in so klicali omenjenega zdravnika, ki pa ni mogel priti, ker je bil zaposlen s kuhanjem polnjenih paprik v laktariju!

Leta 1968 so psihoprofilaktični tečaj preimenovali v materinsko šolo, leta 1990 pa v šolo za starše. (Drglin, 2003)

Šola za starše poteka v sklopih, ki so tematsko prilagojeni zgodnji in pozni nosečnosti, na predavanjih pa dobijo bodoči starši 'informacije o poteku nosečnosti, načinu zdravega življenja v nosečnosti, tveganjih v nosečnosti, o pripravi na porod in poteku poroda, o negi novorojenčka, prehrani in dojenju, rabi kontracepcije po porodu itd.' (Šola za starše, <http://www.ivz.si>)

1. 2. 4 POPORODNA DEPRESIJA

Naša kultura je prepredena s prepričanji o lepi in zeleni nosečnosti in nepopisnih radostih materinstva. Ženske potem skrbijo za svojega novorojenega otroka, ki zahteva njeno 24-urno preokupacijo. Ob tem naj pripomniva, da marsikatera ženska kljub aktivnemu partnerstvu, nima nikogar, ki bi poskrbel vsaj za minimalno zadovoljevanje lastnih potreb. Na žalost v naši družbi velja splošno pravilo, da so ženske potrebe v popolnosti zadovoljene z rojstvom otroka, za katerega potem skrbi v skladu s svojo 'naravno vlogo'.

Pogosto so ženske v kroničnem stresu, ki je posledica uravnavanja vloge matere, gospodinje in partnerke ter hormonalnih turbolenc. Poporodna depresija je aktualen problem, ki je v naši družbi zelo prisoten, kar se pojavlja v različnih stopnjah izraženosti. Depresija vpliva na kvaliteto življenja ženske in otroka, odraža se na otrokovem razvoju in partnerskem odnosu.

Depresije po porodu je težko prepoznati, ker so večkrat prikrite, zato domači ne znajo ukrepati dovolj zgodaj.

V duševni stiski pa se ne najde samo ženska, govorimo lahko o stiski cele družine. Čustvene interakcije so otežene ali pa zavrte, mnogokrat so na preizkušnji tudi partnerski odnosi. Meniva, da se partnerski odnos še nekako reši v tistih primerih, kjer ni zelo težko bolnega otroka. V primeru, ko se rodi težko bolan otrok, je partnerski odnos skoraj zagotovo obsojen na propad. Upali bi si trditi, da vsaj 75 odstotkov moških po taki izkušnji slej ko prej zapusti svojo partnerico in svojega težko bolnega otroka.

Posebno velike spremembe se ženski dogajajo ob rojstvu prvega otroka, saj mora ženska dobresedno spremeniti identiteto in se prilagoditi na konstantne zahteve novorojenčka. To lahko pripelje do frustracije ženske, da ne bo zmogla vseh novo nastalih aktivnosti, kar je posebej opazno pri tistih ženskah, ki so že prej stremela k popolnosti ali pa so bile močno nagnjena k redu in disciplini. (Kum, 2007: <http://www.revija-vita.com>)

V knjigi *Nega in vzgoja otroka* iz leta 1969, avtor dr. Benjamin Spock omenja pobitost, ki 'se lahko poloti matere že nekaj dni po porodu ali pa šele nekaj tednov po njem'.

Avtorja Christopher Macy in Frank Falkner v knjigi *Nosečnost in rojstvo* (1985: 113–119) celo trinajsto poglavje namenita depresiji in potrtosti. Na sedmih straneh opišeta *potrtost*: »obdobje solz in žalosti je čisto normalno. Štiri petine mater doživlja prvih nekaj dni po porodu kratko obdobje solzavosti... Precej manj žensk zapade v depresijo, ki lahko traja tedne in mesece, včasih celo leto ali dve. Veliko žensk iz druge skupine se sploh ne zaveda, kaj se dogaja z njimi. Same sebi se zdijo spremenjene, ne morejo pa natančno ugotoviti kako. Prijatelji in mož sicer opazijo spremembo, vendar je tudi oni dostikrat ne znajo opisati. Za hudo depresijo sta značilna obup in popolna ohromitev volje«. Poporodno malodušnost, za katero so znanstveniki videli vzrok v spremembah hormonov in telesnih tekočin; zdravili pa so jo kot nenormalnost. Po neki teoriji te spremembe vplivajo na možgane in povzročajo delirij... – zato depresijo predstavita kot 'naučeno nebogljenost', opozorita na vplive otroštva, na odnos do otroka, kot pomanjkanje povezav med otrokom in depresivno materjo in svetujeta, kako preprečiti depresijo.

Dr. Bruce Pitt v knjigi *Srečna nosečnost in materinstvo* (1988: 105–108) že na začetnih straneh opozori, da je v obdobju po porodu zelo velika možnost psihičnih motenj. »Poporodne psihoze so resna duševna bolezen, najpogostejša pri ženskah, ki so imele težave že prej ali pri katerih so bile

kdaj prej v družini. Pojavljajo se približno po vsakem dvestotem porodu tako hude, da pa je potrebno zdravljenje na psihiatričnem oddelku, je to približno ob vsakem petstotem porodu.« Poporodno psihozo razvrsti na glavne oblike: melanhonija (huda depresija), manija, shizofrenija in paranoja. »Mnogo pogostejša, kot te hujše oblike duševnega zloma in po mojem mnenju mnogo pomembnejša, pa so depresivna stanja, ki po svoji teži spadajo nekam na sredino med blažje oblike potrnosti in popoln brezup na srečo redke melanhonije. V času do poporodnega pregleda se vsaki deseti ženski ne posreči srečno prilagoditi novemu načinu življenja in je brez volje, žalostna in nezadovoljna s sabo.« Meni, da ženina depresija zahteva od moža precejšnjo potrpežljivost, podporo in razumevanje, včasih več kot je pripravljen dati. »Ko vidi, da je žena po porodu ves čas utrujena, nesrečna, razdražljiva, neučinkovita, da se je zanemarila in da ji ni za spolnost, je možu včasih vsega dovolj, še zlasti, če žena ne zna razložiti, zakaj je pravzaprav taka. Če mož ne bo razumevajoč, se bo žena počutila še slabše, nesrečna bo, mučil jo bo občutek neuspešnosti, v sebi bo kuhala zamero in seme zakonskega poloma je zasejano.« Avtor tudi pojasni, da ženske ne razumejo, kaj se dogaja, nosečnost in porod sta srečno za njimi, rodile so normalnega in zdravega otroka, za katerega vsi pravijo, da je srčkan, one pa so vseeno nesrečne; le kako morejo biti tako nehvaležne in nematerinske? V svojem stanju ne vidijo bolezni, za katero bi iskale pomoč pri zdravniku. Avtor ponuja tudi nasvet za 'ozdravitev', v katerem trdi, da je prvi korak storjen s tem, da ženska čuti, da so ji občutki, ki jih poskuša zanikati, ker so tako strašni, 'dovoljeni'. Ta občutek ji lahko da predvsem babica, ki jo spodbuja, da pripoveduje o svojem nesrečnem počutju, tesnobi, občutku neuspešnosti in trenutku sovražnosti in je pri tem ne kara, niti ne pomiluje, če ne prekinja njene pripovedi, niti je ne skuša pomiriti, ampak samo tiho posluša, kaj ji mati pripoveduje. Veliko možnosti je, da se izogne kemičnim zdravilom.

Številni avtorji navajajo, da se lahko poporodna depresija pojavi v treh oblikah in stopnjah: poporodna otožnost, mala depresivna epizoda in velika depresivna epizoda po porodu ali poporodna psihoza.

Poporodna otožnost se pojavi drugi ali tretji dan po porodu, traja sedem dni. Pripisujejo jo hitri spremembi ravni hormonov po porodu, socialnim dejavnikom, k njej pa pripomorejo tudi telesna izčrpanost, nespečnost, slabokrvnost. Poporodno otožnost doživi skoraj polovica žensk, nekateri avtorji navajajo kar 75 odstotkov žensk. Pomembno je prepoznavanje znakov, ki vključujejo spremembe razpoloženja, žalost, jokavost, možen je občutek tesnobe in razdražljivosti. Za temi znaki se lahko skrivajo duševne stiske žensk, ki nakazujejo na resnost poporodne depresije. Presenetljivo je, da okolica pogosto zgodnje opozorilne znake duševne

stiske interpretira kot normalen del poporodne otožnosti. Znaki poporodne otožnosti so časovno omejeni in neskladja spontano izginejo, le redko je potrebno posebno ukrepanje. Ženska potrebuje dobro psihosocialno podporo, brez psihiatrične terapije.

Mala depresivna epizoda ima lahko različno intenzivnost in predstavlja za žensko in družino hudo stisko. Znaki se pokažejo kasneje, kot znaki otožnosti, običajno okoli četrtega do šestega tedna po porodu, lahko pa tudi več mesecev po porodu. Lažja oblika se pojavi v 21 odstotkih, težja pa v 9 odstotkih. Pri ženski so izraženi naslednji znaki: brezvoljnost in potrtnost, preobčutljivost predvsem v odnosu do partnerja in otroka, nespečnost, upadanje spolnih želja, motnja koncentracije, občutek krivde ali jeze, izguba samospoštovanja, tesnoba ali vznemirjenost, samomorilne misli, nezanimanje za dogajanje v okolici, tudi za dojenčka, vsiljive misli o poškodovanju otroka. Matere so pretirano zaskrbljene za zdravje otroka, dvomijo o svojih materinskih sposobnostih in čutijo pomanjkanje energije. Obstaja nevarnost, da nekatere znake zamenjamo za normalne znake v poporodnem obdobju. Ta stanja so ozdravljiva. Ženske potrebujejo strokovno pomoč, in sicer psihoterapijo in učenje za materinstvo, le izjemoma potrebujejo zdravlila.

Poporodno veliko depresivno epizodo ali poporodno psihozo doživi 2,5 odstotka žensk. Znaki se pokažejo nenadoma v prvem mesecu po porodu. To stanje je redko, a zelo resno, zahteva takojšnjo pozornost in zdravljenje. Močno je izražena nevarnost samomora in detomora, kar je tudi vzrok za sprejem ženske v psihiatrično ustanovo.

Ženska je v poporodnem obdobju čustveno bolj občutljiva in ranljiva, posebno če se sooča z duševno stisko. Pomembno je, da je opažena in ne ostane sama. Potrebuje dobro psihosocialno podporo, pomoč in nekoga, ki jo bo poslušal, slišal in razumel. To so lahko partner, njeni najbližji svojci, prijatelji ali patronažna medicinska sestra, ki je včasih tudi vez med njimi.

Najpogostejši znaki poporodne depresije.

Čutenje:

- slabo razpoloženje;
- občutja neprimernosti, nesposobnosti, brezupa, nemoči;
- izčrpanost, praznina, žalost, jokavost;
- občutja krivde, sramu, nevrednosti;
- zmeda, nerealni strahovi, celo panika;
- strah za otroka oziroma strah pred otrokom;
- strah biti sama ali iti ven.

Vedênje:

- ni veselja, zadovoljstva;
- nespečnost ali prekomerno spanje, nočne more;
- pomanjkanje ali prevelik apetit;
- znižana energija in motivacija;
- izogibanje socialnim stikom;
- opuščanje skrbi zase;
- nezmožnost oz. zmanjšana zmožnost opravljanja vsakodnevnih opravil.

Misli:

- zmanjšana zmožnost jasnega razmišljanja in sprejemanja odločitev;
- slabša koncentracija in zmanjšana zmožnost spomina;
- strah pred zavrnitvijo;
- bojazen, da bi poškodovala otroka ali partnerja;
- samomorilne misli.

Svetovna zdravstvena organizacija v svoji razdelitvi bolezni (1992) opredeljuje Duševne in vedenjske motnje povezane s puerperijem (poporodna doba). Po Ameriškem psihiatričnem združenju (DSM II) poporodne duševne motnje niso značilnosti psihiatričnih bolezni, se pa pojavljajo v prvih tednih po porodu. (Koprivnik, Plemenitaš, 2004)

Drglinova (2002) v svojem članku klasifikaciji dodaja še posttravmatski sindrom. Gre za obliko stiske, ki je neposredno povezana s težko porodno izkušnjo, visoko stopnjo strahu, bolečin ipd. Pojavljajo se občutki zlorabe, jeza, panika, stres, anksioznost. Nekatere ženske podoživljajo travmatični porod znova in znova. Drglinova tudi piše, da o tovrstnih težavah za Slovenijo ni ustreznih podatkov.

Sama sem bila torej več kot iz idealnega testa, da doživim poporodno depresijo. Prvega otroka sem rodila po tridesetem letu, drugič sem rodila prezgodaj in še starejša. Osebnostno sem narejena tako, da želim imeti vse v svojem življenju pod kontrolo. Svojega drugega otroka nisem uspela ne donositi in ne hraniti z najboljšim, kar mati lahko da svojemu otroku. Še preden sem se sploh dobro zavedala, sem se že vrtela v krogu samoobtoževanja.

1. 2. 5 OBPORODNE STISKE ŽENSK

»Ko govorimo o stiskah povezanih z materinstvom, mislimo tako na težave v obdobju nosečnosti, poroda, poporodnega obdobja, kot tudi na težave, ki so povezane s spontanimi splavi, stiske ob rojstvu prizadetega, hudo bolnega ali mrtvega otroka in ob smrti otroka.« (Drglin, 2003: 25–35)

Rojstvo otroka je eno najbolj vznemirljivih življenjskih izkušenj ženske. Materinstvo vključuje prilagajanje na velike fizične, čustvene ter socialne spremembe in na konstantne zahteve novorojenčka. Nekatere ženske dvomijo, da bodo kos novi nalogi, nekatere se zapostavljajo in izčrpavajo ter s tem ogrožajo svoje telesno in duševno zdravje. Kot ugotavlja Kitzingerjeva (1994) so travme, tveganja in izzivi materinstva v današnji tehnološki družbi bistveno drugačni od tistih, ki so jih doživljale ženske v preteklosti. Neosveščene si v zvezi z rojevanjem niso zastavljale nobenih vprašanj, materinstvo je bilo pač nekaj neizogibnega. »Biti mati je danes verjetno težje, kot je bilo kdajkoli prej.« Materinstvo je še vedno prikazano kot najbolj zaželen cilj ženske, ki jo bo izpolnil in ji bo v globoko zadovoljstvo. Ženska je danes pod velikim pritiskom, da bi bila kot mati 'popolna'. V svoji novi vlogi, vlogi matere, prenekatera ženska doživlja stisko. Mnoge matere so v kroničnem stresu...

»Pogosta medicinska diagnoza 'poporodna depresija' je feministično (sociološko in psihološko) zanimiv tekst, ki nam odpira kar nekaj možnosti razumevanja tega, kako se lahko prepovedano izrazi skozi norost. Bolezen, zaradi katere ženska takoj po porodu ali v prvih nekaj mesecih odklanja svojega otroka, pade v hude in brezupne žalosti, je prestrašena, apatična, negibno leži v postelji, ne spi, včasih celo zanika materinstvo ali da je bila noseča itd.... Po zagotovitvi Medicinske enciklopedije se ženski s harmoničnim razvojem in z usklajeno ženskostjo in spolnostjo to nikakor ne more zgoditi. Slednje lahko označimo za enega od številnih ideoloških govorov o ženski, ki jih producira medicina v svoji zgodovini, ko je poskušala normalno/naravno (usklajeno in harmonično) ženskost prevesti v medicinske mere, ki pa so se skorajda skladale z družbeno zaželenimi ideali ženskosti.« (Urek, 1998: 37–167)

1. 3 SAMOPOMOČ KOT OBLIKA POMOČI

Temeljna imunska sistema na socialnem področju sta samopomoč in solidarnost. (Ramovš, 2003: 377)

Človek namreč najprej poskuša rešiti svojo stisko sam, kadar pa tega ne zmore, jo poskuša rešiti s pomočjo svojcev, ko pa pomoči tudi tukaj ne najde, poišče pomoč v širši družbeni skupnosti. (Ramovš, 2003: 379)

Pomembno je razločevati med težavo in stisko, saj je reševanje osebne zagate možno le, če posameznik težavo doživlja kot osebno stisko. Prav stiska namreč zbudi pripravljenost za reševanje težav in sproži za to potrebno energijo. »Stiska je osebno doživljanje težave; človek se težave zaveda in zaradi tega trpi ... človeka preganja, da težavo premaga sam, če tega ne more, pa s pomočjo drugih.« (Ramovš, 1995: 64)

Ramovš (1995: 70–72) meni, da se nekaj samopomoči praviloma pojavlja pri vsakem človeku. Stisko, ki jo sicer občutimo kot neprijetno počutje človeške zavesti, ki jo povzroča socialna disfunkcija«, pojmuje kot 'potencialno energijo', ki lahko človeka poškoduje ali pa je gibalno za rešitev, rast, napredek.

Gillet (1992) pravi, da je problem pri depresiji ta, da si človek po navadi sploh ni pripravljen pomagati sam. Tudi Ramovš (1995: 70) piše o tem, da samopomoč odpove v primerih hujših duševnih obolenj (depresij) ali socialnih motenj (socialne otopelosti). Vendarle si lahko posameznik, četudi ob pomoči drugih, pomaga na dva načina; ali se loti vzroka ali pa simptomov depresije. Če meni, da je vzrok depresije določen življenjski dogodek, je nujno, da se z njim sooči in vpraša zakaj ne more poimenovati občutja ali zakaj pravzaprav ne more ničesar občutiti.

Marsikatera mati, ki je na otroka pogosto jezna, to občutje običajno prežene. Morda ji je vcepljeno, da je jeza nekaj negativnega, ali pa je prepričana, da ima 'dobra mati' o svojih otrocih vedno dobro mnenje.

Gillet (1992: 127) meni, da gre za notranja prepričanja ali pa za zakoreninjene predsodke, ki prepovedujejo izražanje čustev in svetuje premišljevanje drugače, o povsem nasprotnem stališču: »Morda pa izraz dobra mati pomeni predvsem toplega človeka, ki ne skriva svojih notranjih občutij, tudi jeze ne. Toplina pomeni človeškost, ne popolnost. Tudi ženske se lahko razjezijo, moški pa razjokajo... «

Depresija je nenazadnje lahko tudi pozitivna izkušnja, ki prinese neka življenjska spoznanja, čeprav gre nedvoumno za naporen način učenja. Lahko gre za spoznanje, kaj posamezniku res veliko pomeni, spoznanje, da je od vsega največ vredna življenjska moč, da je sprejemljivo, da potrebuje druge ljudi, da je bolje prisluhiniti svojemu srcu, kot slepo ubogati druge, da pot do zares polnega življenja včasih vodi prek brezna brezupa in da tisti, ki se ga ogiba za vsako ceno, živi zgolj površno. Sicer obstajajo sile, nad katerimi nimamo moči, a onstran obupa obstaja upanje in prav upanje skupaj z vero, naj bi se okrepilo. (Gillet, 1992: 149)

Ko govorimo o samopomoči mislimo na socialni vzgib v človeku, s katerim skuša človek sam rešiti svoje stiske ali pa okrepiti svojo socialno klenost za kljubovanje težavam.

Samopomoč je tudi medsebojna pomoč v zakonu, družini, med prijatelji, sorodniki, sosedi, sodelavci, sotrpin v podobni stiski in v drugih temeljnih človekovih skupinah, kjer težava enega povzroča stisko tudi drugim. Ko rešujejo težavo 'svojih', rešujejo s tem tudi svojo lastno stisko, ki jo doživljajo zaradi njihove težave. Obsega torej dvoje. Osebno reševanje svoje lastne stiske in skupno reševanje stisk in urejanje težav v mejah zakona, družine, sorodstva, prijateljstva, delovne tovarišije, invalidske, verske, strankarske, ali kake druge organizacije, kjer je zaradi temeljne človekove povezanosti reševanje težave enega od 'naših' obenem reševanje skupne stiske. (Ramovš, 1995: 69–70)

Lamovčeva (1998: 121–122) opisuje značilnosti, ki se ujemajo oz. ne ujemajo z načeli samopomoči.

Značilnosti, ki se ujemajo z načeli samopomoči so:

- vse odločitve so prostovoljne;
- člani odločajo o vsem;
- vsi odnosi so na enakovredni ravni;
- senzibilnost in odzivnost;
- biti pozoren na lastna čustva, preden poskušamo sprejemati druge in jih opogumljati;
- vprašati druge po njihovih potrebah;
- ponoviti glavne misli sogovornika;
- dati informacije in povedati o lastnih izkušnjah;
- biti drugim v oporo;
- biti odprt in prožen v mišljenju;
- biti zanesljiv in odgovoren;

- deliti moč in odgovornost;
- postavljati meje;
- ustvariti varen prostor za človeka v krizi.

Z načeli samopomoči pa se ne ujemajo naslednje značilnosti:

- uporabljati prisilo, še najmanj psihiatrično;
- upoštevati diagnozo;
- imeti birokratski odnos;
- tajiti probleme v upanju, da bodo izginili sami od sebe;
- reševati situacije, ki jim nisi kos;
- razvrednotiti doživljanje drugih;
- spraševati po 'simptomih';
- vsiljevati nasvete;
- govoriti drugim, kakšni naj bodo;
- obsojati druge, biti tog in ravnat z ljudmi kot s predmeti;
- obljubljeni, kar ne nameravaš storiti;
- vesti se, kot da si nekaj več;
- dopustiti, da izgoriš.

V današnjih razmerah je samopomoč organizirana zlasti v obliki skupin in organizacij za samopomoč, ki so nepogrešljiva sestavina sodobne razvite sociale. (Ramovš, 1995: 70)

1. 3. 1 SOLIDARNOST, SOCIALNE MREŽE IN SKUPINE ZA SAMOPOMOČ

Poznamo zelo različne socialne mreže. Nekateri imajo gosto razpredene socialne mreže, pa se morebiti težko odločijo za aktiviranje le-te, spet drugi, ki imajo morebiti veliko manjše socialne mreže pa v trenutku stisk aktivirajo prav vse njene člane. Prositi za pomoč, je pogosto povezano s strahom, da se bo podrla podoba o nas samih, da bomo priznali, da kljub vsemu le nismo tako superiorni pač pa nemočni posamezniki.

Verjetno je strah povezan tudi s konstruirano slovensko družbeno zavestjo o privoščljivosti. Bojimo se namreč, če bomo priznali, da potrebujemo pomoč, da nas bo okolica s tem

spoznala za popolnoma nesposobne. Zato se marsikdo sam vrti v krogu svojih stisk in obupa. Po vsej verjetnosti Slovenci tudi zato zmagujemo na najbolj žalostni lestvici vseh lestvic, na tisti o številu samomorov.

»Vsak človek drugače doživlja svoje stiske in obdobja kriz, nekateri vedo, da lahko preživijo s podporo drugih ljudi, drugi preživijo sami.« (Zaviršek, 1994: 266)

Za žensko je večinoma najtrdnjša osebna mreža njena družina in najožje sorodstvo. Ta socialna mreža pomeni za žensko prostor podpore predvsem takrat, ko življenje posameznice odgovarja predstavam o normalnem ženskem življenju. Ko pa hoče izstopiti iz pripisane socialne vloge, takšna socialna mreža, predvsem tisti del, ki ga sestavljajo družinski člani, najpogosteje odpove. Na ta način družinska socialna mreža žensko po eni strani pripenja nase in jo po drugi strani pogosto izloči takrat, ko se posameznica odmakne od pričakovanj o ženski vlogi in ženskem ravnanju. (ibid.)

V takšnih okoliščinah, v primerih, ko primarna socialna mreža iz različnih razlogov ne uspe zagotoviti materam ustrezne podpore, pa marsikdaj odigrajo pomembno vlogo pri tem skupine za samopomoč. Nadomestijo podporo osebne socialne mreže. Te skupine za samopomoč naj temeljijo na solidarnosti in podelitvi istovrstne izkušnje.

Solidarnost, kot temeljno človeško dobroto, ki zadnje čase v družbi ponovno pridobiva na lestvici temeljnih vrednot, Ramovš (1995: 70) poimenuje dobrodelnost in jo opredeljuje kot 'drugi socialni imunski vzgib', ki pomeni pomoč človeku v težavi ali stiski preprosto zato, ker je človek in ker 'je naš'.

Poleg že omenjene samopomoči in družinske oziroma prijateljske samopomoči, je potrebno omeniti tudi za današnji čas (kriza družine, prijateljstva, anonimnežev v množici), vedno bolj pogrešljive skupine in organizacije za samopomoč, ki lahko pripomorejo k dvigu kakovosti življenja. Skupine za samopomoč, ki naglo naraščajo, temeljijo na samoiniciativi ljudi s skupno potrebo in so pravzaprav različice prvih tovrstnih skupin anonimnih alkoholikov, ki so se začeli ustanavljati v petdesetih letih prejšnjega stoletja. Delujejo na laično civilni ravni, bistvo pa je v izmenjavi vsakdanjih človeških izkušenj udeležencev: »Tudi slaba izkušnja je osebno zelo dragocena, imela je drago ceno in jo človek podari le tistemu, ki jo bo smiselno uporabil.« (Ramovš, 1995: 141)

V zadnjem desetletju smo priča nekaterim socialno akcijskim projektom, katerih glavna značilnost je raziskovanje konkretne situacije in kakovosti življenja žensk, ter iščejo možnosti za številnejše življenjske izbire in za več avtonomije žensk. Enega takih projektov, Žensko svetovalnico, je v članku predstavila Mojca Urek. (Urek, 1998; 37:163–169).

Navedena nevladna organizacija deluje na področju samopomoči in psihosocialne pomoči ženskam. Tistim ženskam v stiski ponuja brezplačne individualne in skupinske oblike svetovanj, zagovorništva, pomoč pri organizaciji samopomočnih iniciativ in podobno. (Lenarčič, Škofca, 2007: 50)

Kot piše Urekova, so tudi izkušnje v tej svetovalnici pokazale, da s(m)o ženske 'zadržane iskalke pomoči', ko gre za nas same in zelo angažirane, kadar gre za druge. Znano je namreč, da smo ženske socializirane za skrbniške vloge.

Vendarle se ženske vse bolj pogosto in v večjem številu odločajo za obisk svetovalnic ali skupin za samopomoč, to pa tudi pomeni, da se je posameznica, kot pravi Urekova, »odločila narediti nekaj zase, da je torej sebe postavila na prvo mesto.« (Urek, 1998: 37)

Lahko bi trdili tudi to, da traja, da ženska v stiski sebi poišče pomoč, vendar jo poišče, ko je trdno odločena, da tako, kot je živela, ne more več živeti. Ženske so vse prevečkrat na preizkušnji in tudi ženskam se hitro pripiše velik delež krivde za neuspeh zakona, šolski neuspeh otrok in podobno. Vse izgleda, kot da bodo priznale poraz, če si bodo poiskale pomoč.

Mariam Barnes in Norma Maple (1992) označujeta učinkovite psihosocialne službe tiste, ki jih ženske potrebujejo, ki pospešujejo samozavest, pospešujejo zavedanje žensk, da je pomembno skrbeti zase, so dostopne, ne da bi se bilo treba ločiti od otrok in jih dati v skrb drugim, omogočajo prostor za pogovor o čustvih in izkušnjah v ne ogrožajočem okolju, omogočajo priložnost, da se ženske srečajo z drugimi ženskami, ki imajo podobne izkušnje, opogumljajo žensko, da prevzame nadzor nad svojim življenjem, omogočajo dostop do praktične pomoči pa tudi do svetovanja, terapij, tablet, omogočajo, da dobijo ženske pomoč s strani ženske strokovne delavke, če je to njihova izbira, ženskam sporočajo, da so negativna čustva skupna vsakemu človeku in sporočajo, da je duševna stiska nekaj 'normalnega'. (Zaviršek, 1994: 264)

V današnjem času so skupine za samopomoč eden glavnih virov preventive in pomoči v duševnih krizah in stiskah. So zelo raznolike, skupno pa jim je to, da združujejo ljudi s podobnimi problemi na enakovredni ravni.

Značilnosti skupin za samopomoč je, da so majhne, da temeljijo na prostovoljnem sodelovanju in se usmerjajo na določen problem. Člani so med seboj enakovredni, imajo skupni cilj, družijo jih podobne težave, katere premagujejo s skupnimi močmi in tako lažje dosežejo zaželeno socialno ali osebnostno spremembo. (Lamovec, 1998: 104)

Članice skupine za samopomoč, so si torej v svojem statusu enakovredne, delijo si enako izkušnjo in si z medsebojno izmenjavo izkušenj skušajo pomagati.

1. 3. 2 DELITEV SAMOPOMOČI:

Samopomoč se deli na osebno pomoč, družinsko ali prijateljsko pomoč, skupine za samopomoč, organizacije za samopomoč in družbene projekte za uvajanje in pospeševanje samopomoči.

Samopomoč je osnova vsakega preprečevanja in reševanja socialnih težav in stisk, saj si človek v stiski najprej pomaga sam.

Družinska in prijateljska pomoč pomeni, da si ljudje, ki so povezani v temeljnem človeškem odnosu na naraven in spontan način pomagajo zadovoljevati potrebe in reševati stiske in težave.

Skupine za samopomoč so osebna medčloveška povezava dveh do tridesetih ljudi, ki temeljijo na samoiniciativnosti, imajo skupne potrebe, težave ali stiske. So sodobna oblika nekrvnega sorodstva, deloma nadomestek v času krize zakona, družine, prijateljstva in drugih temeljnih medčloveških odnosov. Organizacijska oblika skupin je zelo pestra, nestabilna in neformalna, dejavnosti pa so usmerjene večinoma navznoter. Sodelovanje strokovnjakov je neformalno ali pa ga sploh ni. (Ramovš, 1995: 130)

Skupine za samopomoč so v glavnem neformalna združenja med seboj si pomagajočih skupin ljudi in bi jih lahko klasificirali tudi kot nevladne in neformalne organizacije, saj ponavadi za svoje delovanje ne prejemajo nikakršnih namenskih sredstev.

Organizacije za samopomoč so pravno formalno organizirana oblika samoorganizacije ljudi na temelju določene potrebe, težave ali stiske. To so društva in združenja, ki imajo lahko veliko članov, med katerimi ni osebnih odnosov. V organizacije za samopomoč se pogosto povežejo istovrstne skupine za samopomoč na širšem območju. Dejavnosti so usmerjene tudi navzven.

Družbeni projekti za uvajanje in pospeševanje samopomoči pa so strokovni ali javni projekti, s katerimi družba ali država pospešuje uvajanje ter razvoj skupin in organizacij za samopomoč na nekem področju, spremlja in koordinira njihovo delovanje, jim nudi novo metodologijo in izkušnje od drugje, usposablja ljudi za samopomoč. Ti projekti so oblikovalnega, informacijskega in organizacijskega značaja. Pobuda zanje je institucionalna, ki jo daje zlasti politika, stroke in civilna združenja. (Ramovš, 2003: 381)

Omeniti pa se nama zdi pomembno tudi Svetovno zdravstveno organizacijo, ki pospešuje prizadevanja za zdravje, socialno varnost in kakovost življenja in veliko pozornost posveča organizacijam in skupinam za samopomoč, ter jim pomaga pri njihovem uvajanju in razvijanju. (Ramovš, 1995: 132–133)

Samopomoč je torej vzgib, ki je značilen za vsa živa bitja. V sociali pa je strokovni pojem za specifični socialni imunski vzgib, ki je zasidran v biološki naravi, od tu dalje pa specifično človeško razvit za reševanje materialne in medčloveške socialne problematike ter za krepitev socialne klenosti. (Ramovš, 1995: 70)

Samopomoč kot pomoč sebi ali svojim bližnjim, svojim dragim ima torej daljnosežne posledice in moč, da zdravi tudi celoten družbeni sistem in kulturo, običaje in navade naše družbe.

1. 3. 3 FUNKCIJE SAMOPOMOČI

Privlačnost samopomoči je v tem, da opravlja večino funkcij posameznikove socialne mreže. S tem mislimo na prijatelje, sorodnike, znance oz. vse tiste, na katere se posameznik obrne po pomoč.

Med najpomembnejše funkcije samopomoči štejemo:

- čustvena opora ter možnost in učenje izražanja čustev in potreb;
- navzočnost vzornikov oziroma prisotnost oseb, ki so problem že uspešno rešile ali ga uspešno rešujejo;

- skupna ideologija glede razumevanja problema (pogovori o tem, kje so vzroki, kakšne so posledice, kaj zanje pomeni ustrezna ali neustrezna pomoč);
- dostopnost ustreznih informacij o problemu samem in načinu njegovega reševanja;
- izmenjava izkušenj o načinu spoprijemanja s skupnim problemom;
- možnost pomagati drugim daje občutek lastne vrednosti in prispeva k boljši samopodobi;
- druženje je dobra oblika pomoči pri premagovanju občutkov izoliranosti;
- občutek lastnega nadzora in obvladovanja pridobijo člani z opozarjanjem majhnih napredkov in tako premagujejo občutke nemoči. (Lamovec, 1998: 106)

Iz naštetega lahko razberemo, da imajo skupine za samopomoč več skupnega z neformalno socialno mrežo, kot pa s strokovno pomočjo. Tako strokovna pomoč večine naštetega ne more opravljati, pa če je še tako kvalitetna.

1. 3. 4 SKUPINE ZA SAMOPOMOČ

Skupine za samopomoč so skupine ljudi z določeno osnovno težavo, ki je skupna vsem članom in jo premagujejo s skupnimi močmi in medsebojno pomočjo.

V skupinah za samopomoč člani pomagajo drug drugemu, da se naučijo pomagati sebi. To je skupnost ljudi, ki so se v nekem trenutku življenja znašli v duševni stiski in spoznali, da se trpljenju ni moč izogniti. Z njim so se spoprijeli in skupno poiskali vsak svojo pot za njegovo preseganje.

Ljudje, ki trpijo, navadno dobijo občutek, da je nekaj močno narobe z njimi samimi in z življenjem. Svojega trpljenja se sramujejo in ga skrivajo pred drugimi, kar povzroča vedno hujše občutke osamitve. Če se zatečejo po pomoč v kako ustanovo, se občutek osamitve utrdi in je njihova 'drugačnost' potrjena še z diagnozo, ki jo poda strokovnjak. Strokovnjak je tisti, ki ve, kaj je narobe s posameznikom in v skladu s tem po svoji presoji tudi ukrepa. Na ta način posameznik izgubi še zadnje preostanke moči za uravnavanje lastnega življenja. Moč je zdaj v rokah predstavnika ustanove, od katere posameznik pričakuje, da ga bo 'pozdravila'. To pa ga peha v dodatno odvisnost in stran od tega, da bi se sam aktivno spoprijel s svojimi življenjskimi problemi.

Skupina za samopomoč deluje v obratni smeri in pomaga prekiniti začaran krog, ter ustvariti okoliščine, da se proces lahko začne odvijati v smeri rasti in zdravja. Skupina ne postavlja diagnoz, ne odloča o tem, kaj mora posameznik spremeniti. Njeno delo je usmerjeno v odkrivanje in prepoznavanje vzrokov trpljenja, ki jih vidi predvsem v medosebnih odnosih ter v danih življenjskih okoliščinah. Ko začne posameznik te izvore prepoznavati, se ob podpori skupine lahko z njimi spoprime na načine, ki jih sam izbere.

Posameznik tako ni 'pacient' v smislu pasivnega sprejemanja pomoči, temveč z lastnimi močmi aktivno posega v svoje življenje. Skupina tako podpira individualnost, hkrati pa vzpodbuja iskreno in odprto sporazumevanje, namesto osamitve pa goji medčloveško povezanost in sodelovanje. Je prostor za učenje prepoznati svoje probleme, o njih spregovoriti in jih konstruktivno reševati. (Lamovec, 1995: 240)

Skupine za samopomoč so bile prvič ustanovljene v Združenih državah Amerike in sicer leta 1934. Alkoholik in bančni uradnik Bill W. in zdravnik Bob S. (sta se našla, ker bi se oba rada znebila odvisnosti), sta ugotovila, da jima medsebojna opora zelo koristi. Na osnovi lastne izkušnje sta naredila jasen načrt za vrnitev iz alkoholnega prepada v normalno življenje. Povezala sta se še z drugimi alkoholiki, ki so si želeli istega. Začeli so se organizirano družiti in si pomagati v treznosti in napredovanju v človeka dostojno življenje. Uspehi so bili zelo veliki, gibanje se je hitro širilo, leta 1939 so izdali knjigo *Anonimni alkoholiki*, v kateri so popisali svoje izkušnje. Danes delujejo skupine AA v več kot 100 državah po celem svetu in imajo več kot milijon in pol svojih članov. (Ramovš, 1995)

Na njihovi bogati izkušnji gradijo tudi druge organizacije in skupine za samopomoč.

Skupine za samopomoč danes za marsikoga predstavljajo vir podpore in pomoči, katere niso našli nikjer v nobeni instituciji. Še posebej so doživele skupine za samopomoč velik razcvet v Združenih državah Amerike, kjer, če karikirava, skoraj za vsako človeško tegobo obstaja skupina za samopomoč.

Slovenija pri ustanavljanju skupin za samopomoč še zelo šepa za zahodnim svetom.

V Sloveniji so bili prve skupine za samopomoč, klubi alkoholikov v osemdesetih letih. Iz literature o značilnostih skupin za samopomoč je razvidno, da gre pri teh skupinah vedno bolj za pomoč, ki je namenjena članom skupine. Kaj se namreč zgodi, ko posameznik začne

govoriti o sebi. Takrat pogosto dobi informacijo, da njegova stiska, strahovi niso nekaj edinstvenega, ampak le znak nekega primanjkljaja v njem. V skupini za samopomoč spozna, da ni sam in ni edini, ki se mu to dogaja. V skupinah za samopomoč se ljudje med seboj podpirajo, pri tem pa skrbijo tudi zase in za svoj lasten razvoj.

V tujini (ZDA, Velika Britanija) imajo že zelo razvejano podporno mrežo za matere s poporodnimi stiskami. Ženske samopomočne skupnosti (womans self-help communities) z osveščanjem o pomenu in težavah skrbstvene vloge posameznic/posameznikov, terjajo boljše načine organiziranja skupnosti, v katerih posamezniki/posameznice lahko dobijo tako čustveno podporo kot praktično pomoč kot informacije za razumevanje (lastnih) stisk in okrevanje – prebolevanje problemov. Od 90. let dalje je najbolj običajen način dajanja in prejemanja podpore po porodu preko telefona (warm-line) – namen tega gibanja je predvsem preventiva – starši lahko pokličejo kadarkoli, ko ne najdejo odgovorov na konkretna vprašanja in rešitve za težave, ali kadar so na koncu pameti, vendar še preden nastopi kriza.

Druga najpogostejša strategija nudenja pomoči so male podporne skupine, ki se jih udeležujejo predvsem ženske, ki trpijo zaradi poporodne anksioznosti, depresije ali psihoze. Kot pomemben varovalni dejavnik pa se je izkazalo tudi informiranje žensk o možnih problemih v zvezi z materinstvom, bodisi preko pisanja o osebnih izkušnjah v knjigah ali objavah v časopisnih člankih in v obliki televizijskih pogovornih oddaj (Talk shows). Oba načina ženske osveščata o 'kolektivni naravi' njihovih problemov. (Taylor, 1996: 104–115)

Skupine za samopomoč torej združujejo ljudi, ki si delijo ponavadi negativno življenjsko izkušnjo in v skupini za samopomoč delijo tudi spoznanje, da niso sami s to izkušnjo. To spoznanje pa deluje zdravilno na posameznikov razvoj.

1. 3. 4. 1 OPREDELITEV/TIPI SKUPIN ZA SAMOPOMOČ

Skupine so lahko laične (brez vključenosti strokovnjakov) ali pa sodelujejo s stroko. Razlikujejo se po odnosih z javnostjo (lahko so bolj neznane, lahko so odprtega ali zaprtega tipa).

Glede na namen, pa bi lahko skupine za samopomoč razdelili na tiste, katerim je glavni cilj neposredna pomoč svojim članom in tiste, katere nameravajo s svojim delovanjem spremeniti položaj zatirane skupine v družbi. (Lamovec, 1998: 103)

Zgodi se tudi, da je skupina začela delovati zaradi neposredne pomoči svojim članom, kasneje pa je njen namen prerasel v delovanje za spreminjanje položaja v družbi.

Skupina za samopomoč materam nedonošenčkov bi recimo lahko delovala kot pomoč svojim članicam, kasneje pa bi lahko delovanje te skupine za samopomoč vplivalo na pripravo raznih zakonodajnih aktov, ki vplivajo na družine.

Glede na to, kdo so pristaši Levine in Perkins (Lamovec, 1998: 229), razlikujemo pet tipov skupin za samopomoč:

- ljudje ki so v družbi označeni kot nenormalni in izpostavljeni družbeni osamitvi, stigmatizaciji, posmehu, pomilovanju. To so osebe z različnimi telesnimi okvarami in zdravstvenimi težavami, zatirani sloji in manjšine;
- družinski člani zaznamovanih oseb, ki posredno trpijo zaradi pritiskov okolja;
- osebe, ki so se začasno znašle v težki situaciji in potrebujejo pomoč (ovdoveli, ločeni, samohranilke...);
- pripadniki skupin, ki jih druži neka pozitivna pripadnost (verske skupine, etnične skupine...), s katero se enačijo in z njo želijo gojiti stike ter si pomagati;
- interesne skupine, ki želijo uveljaviti določene interese v družbi (ekološke, mirovne).

1. 3. 4. 2 ZNAČILNOSTI SKUPIN ZA SAMOPOMOČ

Skupine za samopomoč imajo nekaj skupnih značilnosti. Te so:

- majhne skupine,
- usmerjenost na problem,
- usmerjenost k akciji,
- enakopravnost članov,
- skupen cilj,
- skupinsko delovanje,
- vodilno pravilo pomagati drug drugemu,
- vodja je enak članom, le da skrbi za koordinacijo,
- temeljijo na osebni angažiranosti,
- vsak član je osebno odgovoren za svoje delo. (Lamovec, 1998: 104)

Lahko bi rekli, da je temeljna značilnost skupine za samopomoč ta, da gre za prijateljsko skupino, ki ni velika in temelji na enakopravnosti in da v njej vsi člani težijo k odpravi svojega problema, ki je hkrati tudi problem prijateljev v skupini.

1. 3. 4. 3 PROCESI, KI SE ODVIJAJO V SKUPINAH ZA SAMOPOMOČ

Katz (Lamovec, 1998: 108) navaja deset procesov, ki se odvijajo v skupini za samopomoč. Ti so:

- Razvijanje identifikacije s skupino, ki se začne s tem, ko se na srečanjih prepoznavata resnične probleme posameznih članov. Identifikacija je omogočena zaradi enakopravnosti vlog, ki jih imajo v skupini posamezni člani.
- Učenje iz lastnih in tujih izkušenj, ker ima vsak član možnost spoznavati nove načine obvladovanja problemov, razmišljati o njih in jih preizkušati.
- Razvoj in spodbujanje razumevanja, ki je zaradi podobnih izkušenj odkrito in zaupno.
- Razvijanje ustrezne oblike druženja – pogosto postane skupina osrednja oporna točka v življenju posameznega člana skupine.
- Nudenje medsebojne čustvene opore, kar utrjuje občutek povezanosti in zavest, da bodo v času krize deležni pomoči.
- Sodelovanje v skupini izboljša posameznikov status, saj zmanjša občutek stigmatiziranosti, potrjuje njegovo identiteto in povečuje odpornost za socialne pritiske okolice.
- Izoblikovanje skupnih vrednot, izmed katerih je najpomembnejša vzajemna pomoč kot način pomagati sebi in skupini kot celoti, kar daje članom večji občutek lastnega nadzora in lastne vrednosti in povečuje zaupanje v svoje zmožnosti. Dajanje pomoči drugim ima več koristi: povečanje spretnosti v medsebojnih odnosih, povečanje občutka enakosti, učenje učinkovite pomoči drugim in sebi, prejemanje priznanja od osebe, ki ji pomagamo, zmanjšanje občutka odvisnosti in ustvarjanje pozitivne samopodobe.
- Posameznik je v skupini produktiven subjekt s čimer dobiva občutek, da lahko odloča o izbiri lastnega življenjskega sloga.
- Posameznik neposredno sodeluje pri doseganju ciljev skupine, ki so: razvijati ustrezno samopodobo, pomagati članom, da se naučijo učinkovitejših načinov vedenja, pomagati članom izražati čustva, pomagati članom, da sprejmejo sebe in druge ljudi, povečati možnost premagovanja problemov, premagati občutek izoliranosti itn.

- Razvoj lastne ideologije skupine, ki se uresničuje v vsakdanu posameznika. Razvija se spontano, iz skupnih vrednot in izkušenj. Vključuje tako skupna prepričanja, zanimanja za iste probleme kot tudi pravila in rituale. V tem obdobju skupina pogosto izdela projekt, v katerega usmeri svoje nadaljnje napore. Ob tem je pogost vzporeden proces, tudi spreminjanje pogleda na svoje preteklo in prihodnje življenje. Posameznik pogosto vidi svoje življenje drugače, razmeji nekatere stvari, ki so se mu prej zdele povezane (varnost – družina), poveže pa druge, ki so se mu prej zdele ločene (spolnost – ljubezen).

1. 3. 4. 4 ORGANIZIRANJE IN VODENJE SKUPINE ZA SAMOPOMOČ

Ko otrok zapusti Enoto za intenzivno nego in terapijo, ko gre domov, je tako, kot bi za nekaj časa vse poniknilo. Vse se je zreduciralo samo na potrebe otroka. Po večini se o otrokovem napredku govori z osebnim otrokovim pediatrom, četudi ima le ta ponavadi malo izkušenj z nedonošenimi otroci (rodi se jih približno le 6% na leto). Primerjanje napredka nedonošenega otroka z donošenim otrokom pa je še posebej stresno za mater. Mnoge matere govorijo o tem, kako so prisiljene stalno tekmovati z dosežki drugih mater.

Ravno zaradi naštetega se pri vseh materah nedonošenčkov pojavlja potreba po ustanovitvi skupin za samopomoč, kjer bi lahko bolj enakopravno sodelovale in se predvsem lažje istovetile. Kaj se namreč zgodi, ko posameznik oziroma posameznica začne govoriti o sebi. Takrat pogosto dobi informacijo, da njegova/njena stiska, strahovi niso nekaj edinstvenega, ampak le znak nekega primanjkljaja v njem/njej. V skupini za samopomoč spozna, da ni sam/-a in ni edin/-a, ki se mu/ji to dogaja. V skupinah za samopomoč se ljudje med seboj podpirajo pri tem pa skrbijo tudi zase in za svoj razvoj.

Vloga vodje v skupini za samopomoč ni tako zelo pomembna, čeprav mora po drugi strani vsaj en član skupine opraviti delo, ki je povezano z zagotovitvijo prostora za delovanje skupine za samopomoč in z usklajevanjem njenih članov.

Značilnosti vodenja skupin bova predstavili iz naslednjih vidikov:

- kako se ustanovi,
- kakšna je vloga vodje,
- kakšne so značilnosti odprtih in zaprtih skupin.

Akterji in člani skupin za samopomoč ob ustanovitvi le-te izhajajo iz predpostavk, da v družbi ni take institucije, ki bi lahko razrešila njihov problem oz. zadovoljila njihove potrebe ali pa institucije, ki obstajajo, tega ne morejo narediti na način, ki ga člani želijo in potrebujejo.

Ko se odločamo za ustanovitev skupine za samopomoč, je z samo organizacijo ustanovitve povezanih veliko stvari, ki so popolnoma tehnične narave. Zagotoviti je potrebno prostor, ogrevanje, financiranje najema prostora in podobno. Osnovne šole ponavadi ne zahtevajo velike najemnine, ravno tako pa je dobra ideja, da se obrnemo na morebitno lokalno skupnost, kot so četrtne ali krajevne skupnosti, ki prostore za dejavnosti, ki so v interesu krajanov oddajajo zelo poceni ali celo brezplačno.

Vsak začetek je težak, posebej moramo premisliti o naslednjih stvareh:

- Na kakšen način bomo pridobivali članice. V najinem primeru se zdi zelo dobra ideja objava na spletu, v porodnišnici, obvestiti je potrebno tudi Društvo za pomoč prezgodaj rojenim otrokom.
- Kdo bo v skupini lahko sodeloval, kakšne kriterije imamo. Edini pogoj za vključitev v skupino za samopomoč mater nedonošenčkov bo ta, da je ženska rodila pred 37 tednom nosečnosti.
- Vedeti moramo ali bo skupina odprta ali zaprta. Naša skupina bo na samem začetku sigurno odprta, kasneje pa se bo zaprla: Razmišljava, da bi jo zaprli nekako po pol leta ali prej, če se bo to pokazalo kot ustrezno.
- Vedeti moramo, kako pogosto se bo skupina sestajala. Kasneje bo v metodološkem delu razvidno, da sva z anketo povprašali tudi po dinamiki srečevanja in skoraj soglasno je padla odločitev, da srečanja skupine za samopomoč potekajo enkrat mesečno.
- Pomemben podatek je tudi, kateri dan v mesecu in ob kateri uri bodo srečanja potekala. To bomo dorekli kasneje, ko bo znano, v kakšnem časovnem terminu imamo sploh na razpolago prostor. Okvirno pa imava v mislih, da mora srečanje trajati uro in pol oziroma dve šolski uri.

Nekdo v skupini pač mora prevzeti vlogo vodje skupine, ki je na samem začetku zelo pomembna iz organizacijskega stališča. Samo od sebe se ne bo naredilo čisto nič. Potrebno bo posvetiti svoj čisto osebni čas ustanovitvi skupine, poiskati prostore po dostopni ceni, poiskati morebitne sponzorje, skratka pripraviti čisto vse, da bo skupina za samopomoč lahko sploh zaživela.

V strokovnih krogih se krešejo mnenja ali naj bo vodja skupine strokovnjak na določenem področju ali čisti laik oziroma uporabnik pomoči skupine za samopomoč. Verjetno je vsaka stvar za nekaj dobra in za nekaj slaba. Mogoče bi bila najbolj ustrezen vodja skupine tista ženska, ki ima ustrezno poklicno izobrazbo (socialna delavka, psihologinja.....) in ki ima hkrati izkušnjo z rojstvom nedonošenega otroka. V tem primeru imajo čisto vse članice skupine za samopomoč isto izkušnjo.

Kvaliteta vodenja je temeljnega pomena, saj vodja bistveno prispeva k izoblikovanju ozračja v skupini, kar pa je podlaga za celotno skupinsko dogajanje. Katz in Hermalin (Lamovec, 1998: 111) poudarjata nekatere lastnosti, ki naj bi jih imel vodja. Te pa so:

- pripravljenost posvetiti osebni čas;
- uspešno vzpostavljanje povezav z drugimi organizacijami, službami in skupinami;
- sposobnost za pridobivanje novih članov in virov;
- sposobnost pripravljanja letakov, brošur in medijskih informacij;
- zmožnost poiskati prostore po dostopni ceni;
- spretnost v razvijanju skupinskih procesov;
- zmožnost pomagati skupini, da določi ustrezne cilje in strategije;
- prožnost in strpnost do različnih stališč;
- zmožnost prevzeti vodstvo in delovati kot posrednik in razsodnik;
- pripravljenost, da opusti nadzor, ko se skupinski proces razvije.

Strokovnjak ali laik naj bi imel v skupini za samopomoč naslednje zadolžitve:

- poiskati osebe, ki bi jim koristilo sodelovanje v skupini;
- pomagati pri organizacijskih vidikih in pri določanju ciljev skupine, morajo biti specifični in dosegljivi;
- varovati posamezne člane pred pritiskom skupine;
- opogumljati člane, da vztrajajo v skupini, če se pojavijo nesoglasja;
- pomagati pri razvijanju norm in pravil, ki bodo omogočili doseči zadani cilj;
- priznati vsak pozitiven dosežek članov in iskati načine za dvigovanje motivacije;
- pospeševati pozitivno predstavo članov o lastnih sposobnostih;
- že od vsega začetka načrtovati svoj umik in postopno prenašati vedno več zadolžitev na člane skupine. Na koncu lahko ostane strokovnjak kot svetovalec, vse odločitve pa mora prepustiti skupini. (Lamovec, 1998: 132)

Številne skupine so v začetku odprte, ob določenem času pa člani začutijo potrebo po večji intimnosti in poglobljenem delu.

V zaprtih skupinah se morajo člani zavezati, da bodo redno prihajali, saj lahko le tako zagotovimo kontinuiteto. Ponavadi so ljudje pripravljeni se zavezat šele potem, ko začutijo pripadnost skupini in ko spoznajo, kaj jim skupina daje.

Odprte skupine pomagajo zlasti v trenutni stiski. Zato je koristno, da poleg zaprtih skupin deluje tudi odprta skupina, v katero se lahko vsakdo takoj vključi. (Lamovec, 1998: 115–116)

2 PROBLEM

Kot sva v prejšnjih poglavjih že večkrat opisali in izpostavili je rojstvo otroka ena izmed večjih življenjskih izkušenj, ki lahko prinese veliko veselja, zadovoljstva, sreče in drugega prijetnega. Je pa po drugi strani ravno rojstvo otroka povezano z veliko žalostjo, obupom, nemočjo in nezadovoljstvom. Marsikatera mamica se srečuje tudi s to temnejšo platjo materinstva, saj ob rojstvu težko bolnega otroka ali pa celo mrtvorojenca, nikakor ne moremo govoriti o pozitivnih občutkih.

Odnos do smrti se v naši kulturi odraža z molkom. Eden od odrazov takega odnosa, ki ga gojimo, je tudi v skromnih možnostih, majhni podpori. O tem se torej ne govori in dejstvo je, da v Sloveniji ne obstaja nikakršna podpora ženskam, ki se srečujejo s poporodno stisko. Prav tako se nihče ne ukvarja z materami, ki se srečujejo s stisko prezgodnjega rojstva. Matere v togem medicinskem modelu nimajo nikakršnega vpliva in nobenega manevrskega prostora. Brez besed se morajo/-mo podvreči določilom stroke. Obstaja celo nenapisano discipliniranje mater, ki iz takega ali drugečnega razloga štrlijo iz povprečja.

Obstoji Društvo nedonošenček, ki se v glavnem ukvarja z zbiranjem denarja za nakup prepotrebnih naprav za Enoto intenzivne nege in terapije, enkrat letno objavi časopis *Nedonošenček* in organizira letno srečanje nedonošenčkov v Mostecu v Ljubljani. Poznan nama je tudi obstoj društva Solzice, ki nudi podporo tistim staršem, ki so svojega otroka izgubili med nosečnostjo ali po porodu.

Kot sem v tej nalogi že pisala, sem imela sama strašne težave z dojenjem, ki nikakor ni steklo. Kljub temu, da sem si vsak dan vsaj po 6 krat na dan, poskušala izbrizgati mleko. Na aparat za iztiskanje mleka sem bila vsakič posebej priključena vsaj eno uro, dobivala sem injekcije, ki naj bi sprostile mlečne vode, tablete, ki naj bi mi povečale laktacijo. Pred vsakim poskusom iztiskanja sem dobivala v nos tudi aerosol, katerega učinek naj bi bil povečana laktacija, pa kljub temu ni šlo. V Enoti za intenzivno nego in terapijo pravijo, da so mamice vedno dobrodošle pri svojih otrocih, da jih podojijo. V kolikor pa svojega otroka ne dojiš, potem si pri otroku lahko le od 10. ure

dopoldne do 18. ure popoldne in to ne glede na to zakaj ne dojiš. Čisto nikogar ne zanima, če ti ne moreš, če ne steče.

Mene osebno je motilo tudi to, da sem bila nameščena v sobi še z dvema otročnicama, ki sta imeli svoja otroka pri sebi. Motilo me je njuno dojenje, motilo me je njuno ljubkovanje svojih otrok, skratka motilo me je vse, kar sta počeli s svojima otrokoma, jaz pa nisem mogla. Bila sem ljubosumna na njuno srečo, zavidala sem jima tisoč drobnih stvari. Kajti čisto vse me je opominjalo na tisto, kar sama s svojim otrokom nisem mogla početi. Bila sem nameščena v drugem nadstropju, moja deklica pa v prvem nadstropju. Poleg vsega pa nisem smela biti cel dan pri njej. Ves preostali čas, pa sem se samoobtoževala in to, da sem v sobi vsak večer gledala kako moji sostanovalki skrbita in ljubkujeta svoja otroka name ni vplivalo niti najmanj pozitivno. Poleg vsega, se ti poraja na tisoče vprašanj, na katera zaman iščeš odgovore.

Takrat nekako se je v meni začela porajati ideja, koliko bolje bi bilo zame, če bi bila v sobi sama, če pa že moram deliti sobo, bi jo vsekakor raje delila še z dvema mamicama, ki bi tako kot jaz imeli svoja otroka na intenzivni negi in terapije. Medsebojno bi se spodbujale in tolažile in tako bi se verjetno čisto spontano oblikovala skupina za samopomoč, ki bi imela velike možnosti, da preživi tudi izven institucionalnih okvirov porodnišnice.

To tezo bova kasneje v rezultatih ankete še dodatno komentirala in dokazala z izsledki le-te. Glede na to, da v nama ni znano, da bi že obstajala kakšna skupina za samopomoč materam nedonošenih otrok, nameravava v anketi tudi povprašati po tej potrebi.

V kolikor pa izhajam iz osebne izkušnje, bi si zelo želela vrstniške podpore mamic, ki bi z menoj delile svojo izkušnjo prezgodnjega rojstva. Lažje bi se med seboj primerjale in se veselile napredka naših otrok, ki so v svojem razvoju zelo specifični.

3 METODOLOGIJA

3.1 OPREDELITEV PROBLEMA

Na osnovi podatkov, ki so nama na voljo ugotavljava, da ne obstajajo skupine za samopomoč mater nedonošenčkov.

Za pomoč prezgodaj rojenim otrokom obstaja v Sloveniji Društvo za pomoč prezgodaj rojenim otrokom, ki sicer izdaja časopis *Nedonošenček*, ima spletne strani in enkrat letno organizira piknik v Mostecu, kjer se srečujejo starši in bivši nedonošenčki in zbirajo donatorska sredstva za nakup prepotrebnih aparatov.

Specialne skupine, ki pa bi bila namenjena samo materam, ki nosijo glavnino stiske ob prezgodnjem rojstvu, tega pa ni.

Bistveni problem je, da za matere nedonošenih otrok ni nikakršne podpore ne v okviru vladnih, kakor tudi ne v okviru nevladnih organizacij. Matere zaradi naštetega nikakor ne morejo vplivati in povzročiti kakršnekoli spremembe. Da bi bilo to mogoče, bi se morale organizirati, se spoznati in jasno izraziti, kaj si želijo.

Zaradi naštetega sva se odločili, da preveriva ali obstaja potreba po skupini za samopomoč mater nedonošenčkov.

Izhajajoč iz osebne izkušnje prezgodnjega rojstva in občutkov, ki so se ob tem porajali, postavljava naslednji tezi.

1. Matere nedonošenih otrok, ki se zdravijo v Enoti intenzivne nege in terapije bi bile veliko bolj zadovoljne, če bi si sobo delile z materami, ki imajo ravno tako kot same otroke v Enoti intenzivne nege in terapije.
2. Ali obstaja potreba po skupini za samopomoč mater nedonošenih otrok.

Pričujoča raziskava je kvantitativna razprava. Z anketo, ki sva jo objavili na spletnih straneh www.med.over.net/nedonosencek sva skušali ugotoviti ali obstoji potreba po ustanovitvi skupine za samopomoč mater nedonošenčkov.

3. 2 DEFINICIJA KVANTITATIVNE RAZISKAVE

Čeprav torej ne gre enačiti kvalitativne metode z interpretativnim pristopom, kvantitativne pa s pozitivističnim, pa vendarle velja, da vrsta gradiva, ki ga želimo zbrati (kvalitativno ali kvantitativno), in predvideni način njegove analize v precejšnji meri določa metode zbiranja in celoten potek raziskave, tako da je upravičeno razlikovati kvalitativne in kvantitativne raziskave.

Kvalitativna raziskava je raziskava, pri kateri sestavljajo osnovno izkustveno gradivo, zbrano v raziskovalnem procesu, besedni opisi ali pripovedi in v kateri je to gradivo tudi obdelano in analizirano na beseden način brez uporabe merskih postopkov, ki dajo števila, ter brez operacij med števili. Z izrazom kvantitativna raziskava pa bomo označevali raziskavo, pri kateri sestavljajo osnovno izkustveno gradivo podatki, dobljeni s standardiziranimi merskimi postopki. Ti podatki, ki jih mogoče izraziti kot števila, pa so potem tudi analizirani s pomočjo matematičnih in statističnih metod. Kvalitativna in kvantitativna raziskava se razlikujeta po svojem poteku, vendar se ne izključujeta, ampak dopolnjujeta. (Mesec, 1997–2003: 6)

3. 3 VZOREC

V eksperimentu je bilo zajetih 27 žensk, ki so na spletnem portalu www.med.over.net/nedonosencek, v času od 18. 5. do 15.10. 2007, izpolnjevale anketo in s tem z nama delile svojo izkušnjo.

3. 4 MERSKI INSTRUMENT

Uporabili sva vprašalnik, ki sva ga sestavili sami. Vprašalnik je sestavljen iz 7 vprašanj, ki se nanašajo na temo namestitve mater nedonošenčkov v porodnišnici, zajemajo tudi vprašanja o skupinah za samopomoč in morebitni udeležbi v njih, če bi le-te sploh obstajale.

1. V katerem tednu nosečnosti ste rodili nedonošenčka? _____(prosim vpišite)
2. Kako ste bili nameščeni v času otrokovega bivanja na EINT:
 - a) v sobi še z dvema ali več otročnicami, ki so imeli svoje otroke pri sebi;
 - b) v sobi še z eno otročnico, ki je imela svojega otroka pri sebi;

- c) bivala sem v sobi z otročnicami, ki otrok niso imele pri sebi;
 - d) bivala sem z eno otročnico, ki otroka ni imela pri sebi;
 - e) bila sem nameščena v sobo, kjer sem bila sama;
3. Ali bi vam bilo bolj všeč, če bi bili nameščeni:
- a) v sobo še z dvema otročnicama, ki imata svoje otroke na EINT;
 - b) v sobi bi bila raje sama;
 - c) z zgoraj navedeno namestitvijo sem bila zadovoljna.
4. Koliko je sedaj star vaš nedonošenček? _____ (število mesecev)
5. Ali še vedno ohranjate stike z otročnicami, s katerimi ste si delili sobo (odgovarjajte samo tiste, ki ste si sobo delile):
- a) DA, stike ohranjam z obema mamicama;
 - b) DA, stike ohranjam z eno mamico;
 - c) NE, stikov nismo ohranile.
6. Ali bi sodelovali v skupini za samopomoč mamic nedonošenčkov, če bi le ta obstajala?
- a) DA, sodelovanje me zanima;
 - b) NE, sodelovanje me ne zanima;
 - c) MOGOČE, zaenkrat se še ne morem opredeliti.
7. Če bi skupina za samopomoč obstajala, kolikokrat bi se srečevale?
- a) 1 x tedensko;
 - b) 1 x na štirinajst dni;
 - c) 1 x mesečno;
 - d) drugo _____ (prosim opišite).

Najlepša hvala!

3. 5 ZBIRANJE IN OBDELAVA PODATKOV

Podatke sva se namenili zbirati preko interneta in nisva mogli predvideti, kakšen bo odziv na najino povabilo. Tvegali sva, da bi bilo število lahko tudi zelo nizko, zavedajoč se značilnosti zbiranja podatkov preko interneta.

Najprej sva povprašali lastnika spletnih strani www.med.over.net, ali sploh lahko na njegovi spletni strani objaviva anketo o potrebah mater nedonošenčkov. Anketa je bila anonimna in je potekala v času od 18. 5. do 15.10. 2007. Glede na to, da je anketa potekala na spletnem portalu, sva bili kot anketarki odsotni in tako ni bilo nobene bojazni, da bi kakor koli vplivali na reševanje le te.

Odločili sva se za osebni pristop, zato je bilo navodilo za reševanje;

»Spoštovane,

tudi sama sem mamica nedonošene deklice in ker trenutno pišem diplomsko nalogo z delovnim naslovom *Skupine za samopomoč mater nedonošenčkov*, bi bila zelo vesela vašega sodelovanja v kratki anketi, ki bo sestavni del raziskave o tem, ali si želimo skupin za samopomoč ali ne. Za odgovore se vam vnaprej zahvaljujem.«

S takim nagovorom sva udeleženkam v anketi dali vedeti, da tudi ena od naju ima izkušnjo prezgodnjega rojstva. Hkrati pa je s tem pojasnjen tudi namen raziskovalne naloge. Ni nekakšna raziskovalna naloga kar tako, temveč gre resnično za iskreno vprašanje, ali si sploh želimo skupin za samopomoč mater nedonošenčkov ali ne in ali bi v taki skupini sodelovale ali ne.

Podatke, ki sva jih dobili z anketo, sva vpisali v tabelo in vsakemu odgovoru pripisale število ponovitev. Nato sva izračunali frekvenčno porazdelitev. Pri nekaterih vprašanjih je bilo možnih več odgovorov. Predvsem so to tista vprašanja, ki se tičejo namestitve mater nedonošenčkov v času otrokovega bivanja v Enoti intenzivne nege in terapije. Namreč, relativno pogosto se zgodijo premestitve matere iz sobe v sobo. V kolikor je bil nedonošenček rojen s carskim rezom, v tem primeru je mati prva dva dni ali celo dlje, v kolikor pride do komplikacij na oddelku za intenzivno nego, potem jo premestijo v drugo sobo in, v kolikor obstajajo take potrebe, jo ponovno lahko premestijo ali pa celo odpustijo in se bo vsakodnevno vozila k svojemu nedonošenemu otroku na poskuse dojenja. Taka oblika je zelo pogosta v primeru, ko otročnica biva v bližini porodnišnice in je dojenje lažje dostopno.

4 REZULTATI

Legenda;

f – absolutna frekvenca

f% – relativna frekvenca

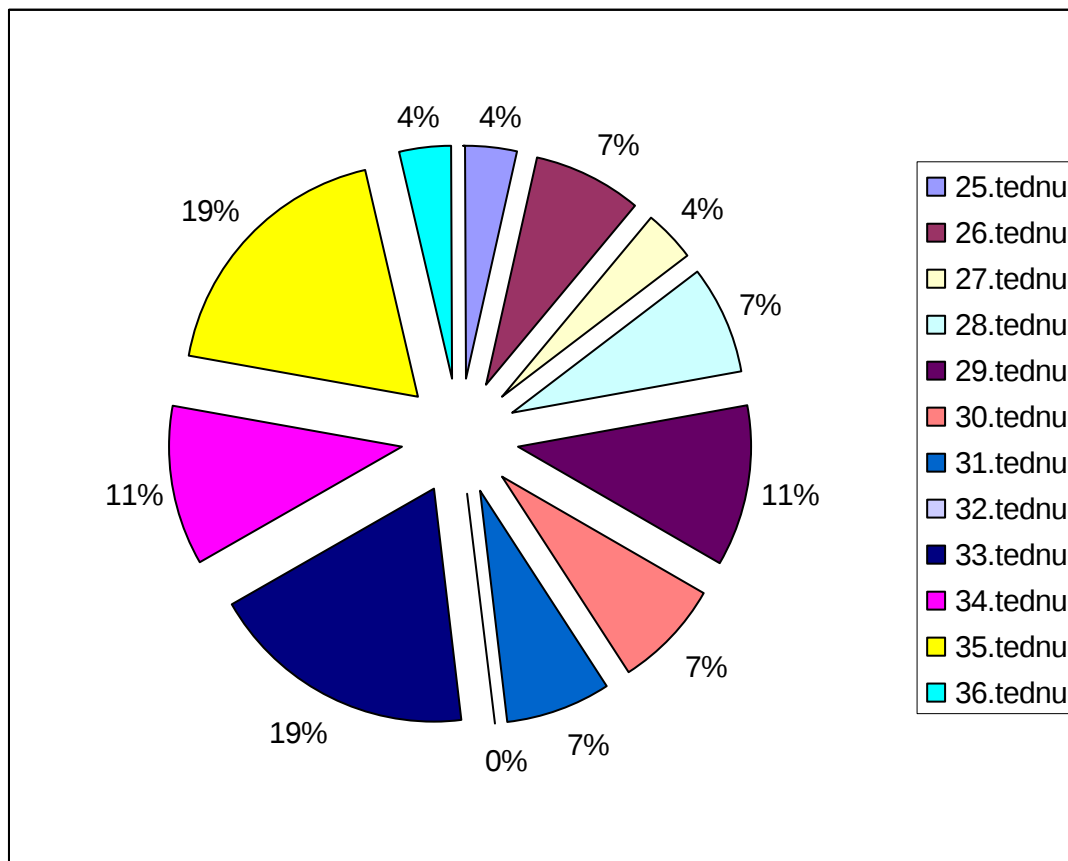
Tabela 4. 1 V katerem tednu nosečnosti ste rodili nedonošenčka?

ODGOVOR	f	f%
25	1	3,70
26	2	7,41
27	1	3,70
28	2	7,41
29	3	11,11
30	2	7,41
31	2	7,41
32	0	0
33	5	18,52
34	3	11,11
35	5	18,52
36	1	3,70
SKUPAJ	27	100

To vprašanje sva postavili samo zato, ker naju je zanimalo, v katerem tednu nosečnosti se rodi največ nedonošenčkov – seveda v najini raziskavi. Zavedava se, da rezultata nikakor ne moreva posplošiti navzven na širšo populacijo.

Odgovor za samo raziskovalno nalogo sicer ni bistvenega pomena. Želeli pa sva zagotoviti, da bodo anketo res izpolnjevale mamice nedonošenčkov in ne tiste, ki so mogoče rodile teden pred napovedanim rokom in ki sicer po medicinski klasifikaciji nikakor ne sodijo med nedonošenčke.

Graf 4. 1



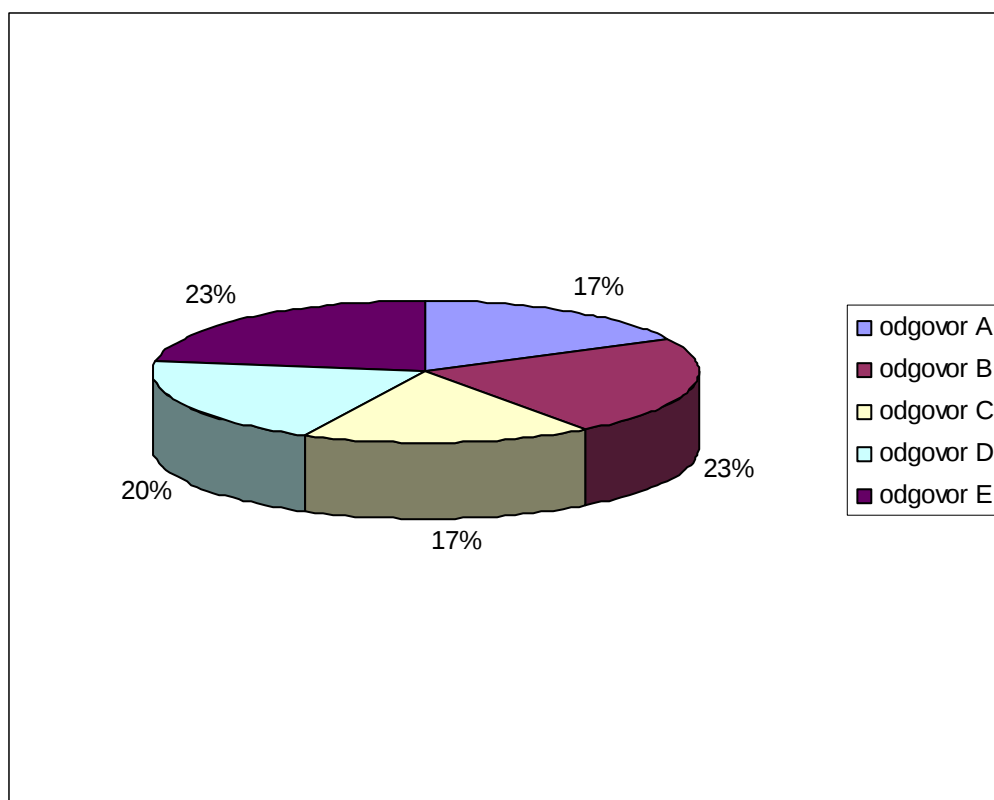
Ugotovili sva, da je 19% anketirank rodilo v 33. tednu in prav tako v 35. tednu nosečnosti. Po pogostnosti sledita 34. in 35. teden nosečnosti. Kar polovica anketirank (51,85%), je torej rodila v triintridesetem, štiriintridesetem ali petintridesetem tednu nosečnosti.

Tabela 4. 2 Kako ste bili nameščeni v času otrokovega bivanja na EINT? (možnih je več odgovorov)

ODGOVOR	f	f%
a	6	17,14
b	8	22,86
c	6	17,14
d	7	20,00
e	8	22,86
SKUPAJ	35	100

- a) v sobi še z dvema ali več otročnicami, ki so imeli svoje otroke pri sebi;
b) v sobi še z eno otročnico, ki je imela svojega otroka pri sebi;
c) bivala sem v sobi z otročnicami, ki otrok niso imele pri sebi;
d) bivala sem z eno otročnico, ki otroka ni imela pri sebi;
e) bila sem nameščena v sobo, kjer sem bila sama.

Graf 4. 2



To vprašanje je bilo za naju ključnega pomena. Ugotovili sva namreč, da obstaja več različnih tipov namestitve mater po rojstvu nedonošenčka. Nedonošeni otrok je v enoti intenzivne nege in terapije, njegova mati je drugje, sta ločena. Lahko se zgodi, da je mati nameščena v sobo še z dvema materama, ki imata za razliko od nje svoja otroka pri sebi (to se je namreč zgodilo Špeli). S tem se povečuje stigmatizacija tiste mame, ki otroka nima pri sebi.

Iz dobljenih odgovorov je razvidno, da jih je kar 60 % bivalo v sobi z otročnicami oziroma otročnico, ki otrok ravno tako niso imele pri sebi ali pa so bile same.

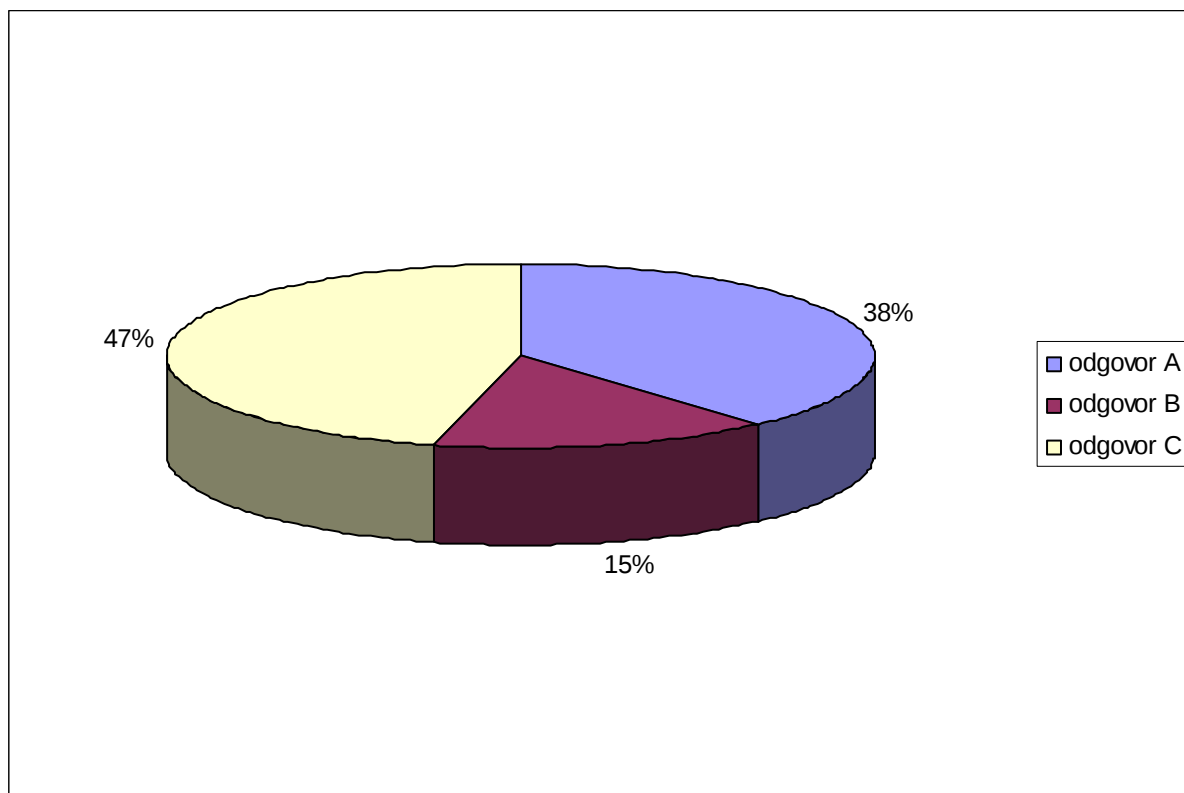
*Očividno sem bila sama med tistimi nesrečami, ki si je morala
sobo deliti z otročnicama, ki sta svoja otroka imeli pri sebi.*

Tabela 4. 3 Ali bi vam bilo bolj všeč, če bi bili nameščeni...

ODGOVOR	f	f%
a	10	38,46
b	4	15,38
c	12	46,15
SKUPAJ	26	100

- a) v sobo še z dvema otročnicama, ki imata svoje otroke na EINT;
- b) v sobi bi bila raje sama;
- c) z zgoraj navedeno namestitvijo sem bila zadovoljna.

Graf 4. 3



Pri tej tabeli vidimo, da jih je bila velika večina 46,15% zadovoljnih z namestitvijo kakršna je bila. Pri tem pa naj pripomniva, da je bila z namestitvijo zadovoljna prav tista večina, ki je že sicer bivala sama ali pa si je sobo delila z drugimi otročnicami, ki ravno tako niso imele svojih otrok pri sebi, kar je sicer vidno že na prvi pogled. Odločili sva se, da pri omenjenih vprašanjih uporabiva Hi kvadrat test.

Tabela 4. 4 3 x 2

	Bivala je sama	Bivala je z otročnicami, ki otrok niso imele pri sebi	Bivala je z otročnicami, ki so imele otroke pri sebi	skupaj
Z namestitvijo je bila zadovoljna	8	13	0	21
Z namestitvijo ni bila zadovoljna	0	0	14	14
skupaj	8	13	14	35

Teoretične frekvence:

$$A = 21 \times 8 / 35 = 4,8$$

$$B = 21 \times 13 / 35 = 7,8$$

$$C = 21 \times 14 / 35 = 8,4$$

$$D = 14 \times 8 / 35 = 3,2$$

$$E = 14 \times 13 / 35 = 5,2$$

$$F = 14 \times 14 / 35 = 5,6$$

Tabela 4. 5 Izračun Hi kvadrat

celice	F opazovana	F teoretična	F op – f te	(F op – f te) ²	(F op – f te) ² /f te
A	8	4,8	3,2	10,24	2,13
B	13	7,8	5,2	27,04	3,46
C	0	8,4	-8,4	70,56	8,4
D	0	3,2	-3,2	10,24	3,2
E	0	5,2	-5,2	27,04	5,2
F	14	5,6	8,4	70,56	12,6
skupaj	35				34.99

Tabela 4. 6 Hi kvadrat

χ^2 - test (HI kvadrat - test)

$$\chi^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

f_o = frekv. observed – opazovane frekvence
 f_e = frekv. expected – pričakovane frekvence

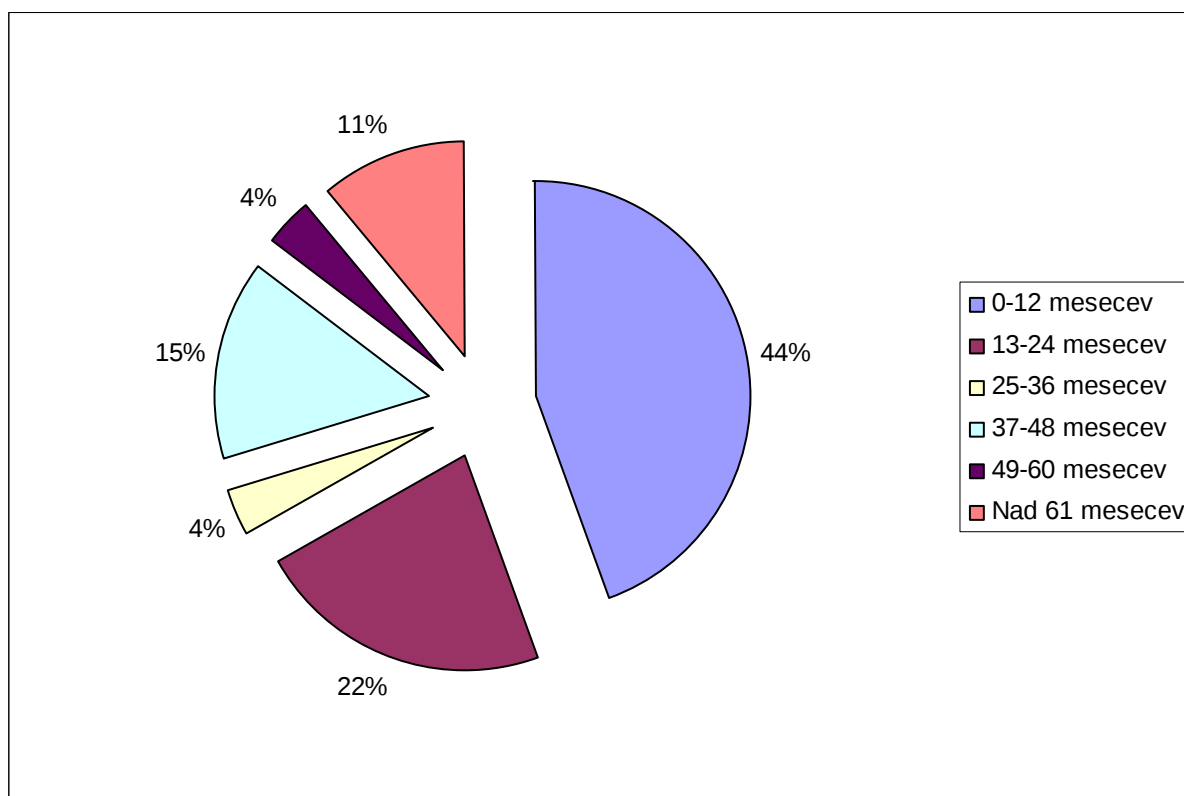
Hi – kvadrat = 34,99

Glede na izračunani Hi kvadrat-a, lahko torej s 5 % tveganjem zavrnilo ničelno hipotezo, saj izračunani hi – kvadrat ne dosega kritične vrednosti, da bi lahko obdržali hipotezo.

Tabela 4. 7 Koliko je sedaj star vaš nedonošenček?

ODGOVOR	f	f%
0–12 mesecev	12	44,44
13–24 mesecev	6	22,22
25–36 mesecev	1	3,70
37–48 mesecev	4	14,81
49–60 mesecev	1	3,70
Nad 61 mesecev	3	11,11
SKUPAJ	27	100

Graf 4. 4



V anketi je odgovarjalo 66,66% mater, ki imajo svoje nedonošenčke v trenutni starosti do dveh let. Ugotavlja, da je ravno to populacija, pri kateri je spomin na stisko prezgodnjega rojstva še zelo svež. Dopusčava možnost, da do take porazdelitve prihaja zaradi relativno majhnega in nereprezentativnega vzorca.

Po drugi strani pa nikakor ne moreva spregledati, da je na anketo odgovarjalo tudi 11,11 % žensk z nedonošeni otroci, ki so že starejši od petih let.

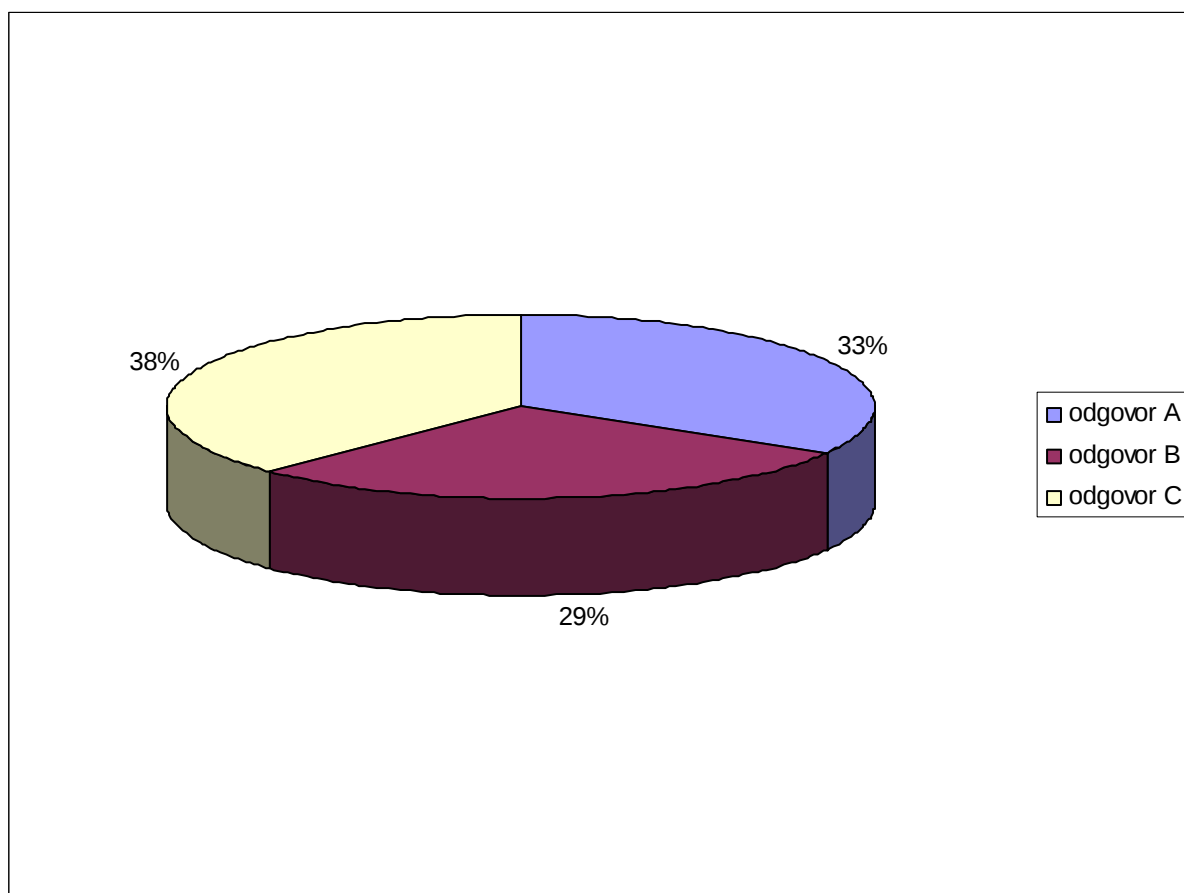
Čeprav je za njih stresni dogodek (rojstvo nedonošenčka) že precej časovno oddaljen, so v večini zelo pozdravile idejo o ustanovitvi skupine za samopomoč.

Tabela 4. 8 Ali še vedno ohranjate stike z otročnicami, s katerimi ste si delile sobo

ODGOVOR	f	f%
a	8	33,33
b	7	29,17
c	9	37,50
SKUPAJ	24	100

- a) DA, stike ohranjam z obema mamicama;
b) DA, stike ohranjam z eno mamico;
c) NE, stikov nismo ohranile.

Graf 4. 5



Kar 37,50 odstotkov mater, ki so bile s svojo namestitvijo v času otrokovega bivanja na EINT zadovoljne z namestitvijo, po odhodu iz porodnišnice ni ohranilo nikakršnih stikov s tistimi materami, s katerimi so si morebiti delile sobo.

Rezultat ankete nama jasno kaže, da najina prva teza ne drži (nameščanje mater nedonošenčkov, ki se zdravijo v EINT v skupno sobo bi spontano privedlo do nastanka nekakšne skupine za samopomoč). Temu na žalost ni tako.

Zanimivo je, da določena stiska v določenem trenutku povzroči solidarnost in medsebojno pomoč, že v naslednjem trenutku pa je vse pozabljeno in vsak posameznik gleda samo še nase.

S tem kazalcem v bistvu že lahko ocenjujemo potrebo po ustanovitvi skupine za samopomoč mater nedonošenčkov. Pričakovali sva, da bo taka namestitev matere, s katero bo mati zadovoljna že zadosten razlog, da bi se matere še v naprej želele družiti, spodbujati in podobno pa očitno ni. Pojasniti morava, da so nekatere v sobi bivale tudi same in so bile s tem načinom namestitve zadovoljne. Nekaj se jih je tudi vozilo k svojim otrokom in jim je ta način ustrezal.

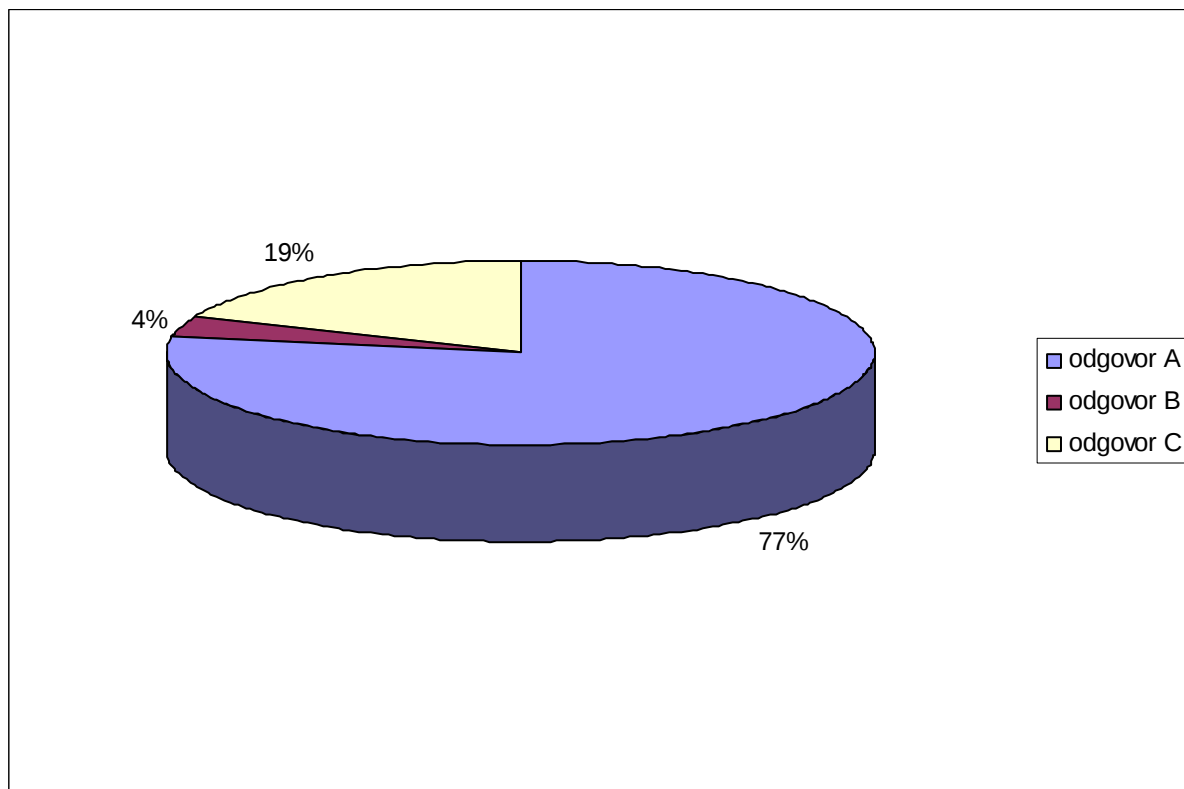
Definitivno pa je za bolj konkretno sklepanje najin vzorec vsekakor premajhen in nereprezentativen.

Tabela 4. 9 Ali bi sodelovali v skupini za samopomoč mamc nedonošenčkov, če bi le ta obstajala?

ODGOVOR	f	f%
a	21	77,78
b	1	3,70
c	5	18,52
SKUPAJ	27	100

- a) DA, sodelovanje me zanima;
- b) NE, sodelovanje me ne zanima;
- c) MOGOČE, zaenkrat se še ne morem opredeliti.

Graf 4. 6



Iz odgovorov je razvidno, da je velika večina in sicer kar 77,78 odstotkov mater nedonošenčkov zainteresirana za sodelovanje v skupini za samopomoč, velik pa je tudi 18,52 odstotek tistih, ki se zaenkrat še ne morejo čisto zagotovo opredeliti in bi se mogoče odločile šele po tem, ko bi videle kako skupina oziroma skupine funkcionirajo.

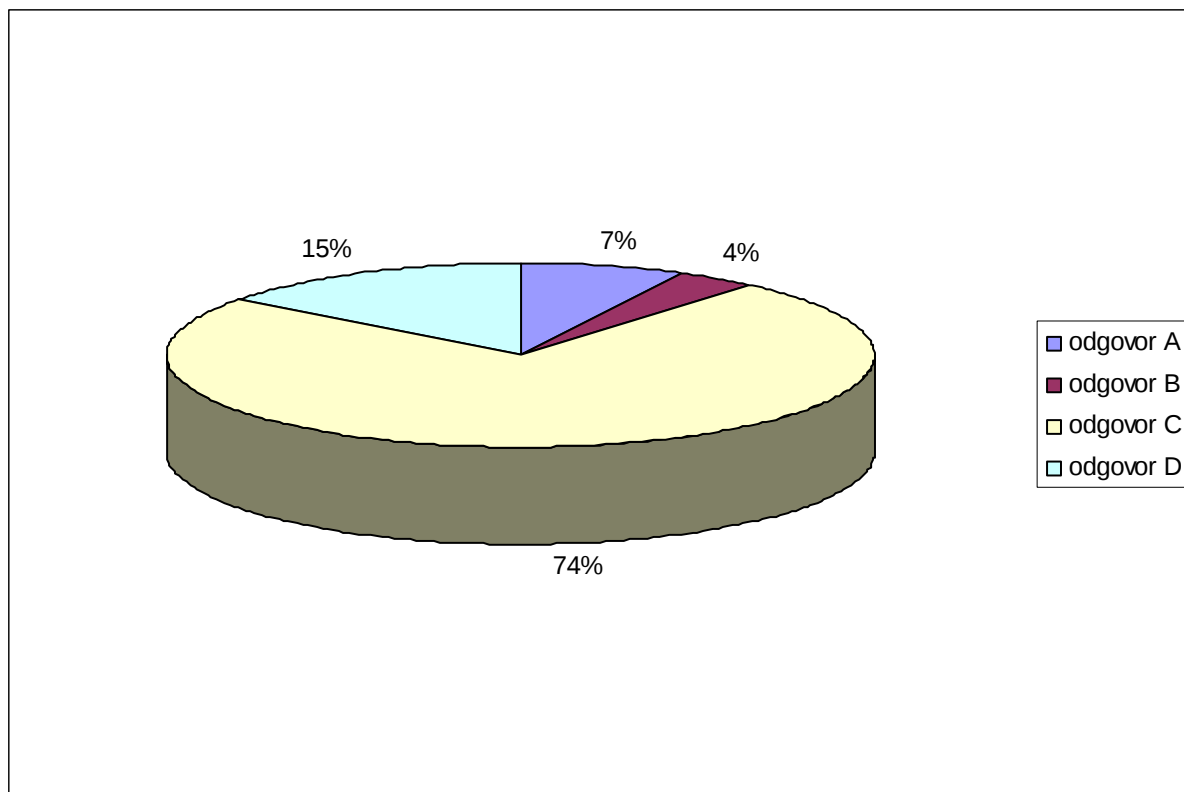
Tabela 4. 10 Če bi skupina za samopomoč obstajala, kolikokrat bi se srečevale?

ODGOVOR	f	f%
a	2	7,41
b	1	3,70
c	20	74,10
d	4	14,80
SKUPAJ	27	100

- a) 1 x tedensko
- b) 1 x na štirinajst dni
- c) 1 x mesečno

d) drugo _____ (prosim opišite)

Graf 4. 7



Velika večina, 74,10 odstotkov, se jih strinja, da bi se bilo najboljše srečevati enkrat mesečno, seveda če bi skupina za samopomoč obstajala. Kar pa je ponovno zelo jasen indikator o tem, da potreba po skupini za samopomoč je.

5 RAZPRAVA

Opozoriti morava, da je zaradi majhnosti reprezentativnega vzorca ugotovitve najine raziskave težko posplošiti na širšo populacijo. Dobljeni rezultati niso vprašljivi. Vse ugotovitve in sklepi veljajo izključno za vzorec populacije, na katerem sva opravili anketo. Ker sva merski instrument sestavili sami, ne moreva s popolno gotovostjo trditi, da ni kakšno vprašanje že morebiti sugeriralo odgovora.

Razprava k prvi tezi. Pred začetkom izvajanja raziskave sva postavili tezo, *da; matere nedonošenih otrok, ki se zdravijo v Enoti intenzivne nege in terapije bi bile veliko bolj zadovoljne, če bi si sobo delile z materami, ki imajo ravno tako kot same otroke v Enoti intenzivne nege in terapije.* Ker sva pri tej tezi izhajali iz osebne izkušnje, ko je bila Špela nameščena v sobo še z dvema otročnicama, ki sta imeli svoja otroke pri sebi in s tako namestitvijo nikakor ni bila zadovoljna – sva predvidevali, da to velja tudi za ostale ženske. Izsledki raziskave so pokazali, da je bila večina mater nedonošenih otrok tako že nameščena (da so bile same v sobi ali pa so si sobo delile z otročnicami, ki ravno tako niso imele svojih otrok pri sebi) in da so bile s tako obliko namestitvijo zadovoljne. Hkrati z dobljenimi rezultati se nama je porodila tudi ideja, da dobljene rezultate testirava tudi s pomočjo Hi kvadrat testa.

Razprava k drugi tezi. Ali obstaja potreba po skupini za samopomoč mater nedonošenih otrok? V rezultatih raziskave se je izkazalo, da dejansko obstaja potreba po skupini za samopomoč mater nedonošenčkov. Predhodno sva sicer predvidevali, da bi namestitev v skupno sobo, spontano povzročila nastanek skupine za samopomoč, ki bi lahko preživela tudi zunaj institucionalnih okvirov porodnišnice, vendar ugotavljava, da temu ni tako. Več kot presenečeni sva bili, ko sva odkrili, da več kot 50 odstotkov žensk, ki so bile v času otrokovega zdravljenja na EINT zadovoljnih s svojo namestitvijo, ne ohranja nikakršnih stikov z vrstnicami, s katerimi so si lahko dan in noč delile svojo izkušnjo prezgodnjega rojstva. Za najine pojme gre za specifičen fenomen, ko ljudje v težavah pozabijo na solidarnost in se zanimajo samo še zase. Stres, ki se zgodi ob prezgodnjem rojstvu vsekakor poskrbi, da mati ravna individualno in da je vsa njena skrb skoncentrirana na njenega otroka. V bistvu doživlja travmatsko izkušnjo in vse je usmerjeno na reševanje lastne stiske, kar je popolnoma razumljivo.

Po že opravljeni raziskavi, sva tudi prepričani, da bi se morali z anketo obrniti tako na spletne strani, kot tudi v porodnišnice in še najbolj v zdravstvene domove, na pediatrične oddelke. Zbiranje podatkov bi trajalo veliko dlje časa, vendar sva prepričani, da bi tako dobili veliko bolj realno sliko potreb mamic nedonošenih otrok.

Vsekakor pa ugotavljava tudi to, da poletni čas ni najbolj primeren za zbiranje podatkov za raziskovalno nalogo. Mamice z majhnimi otroci so predvsem veliko zunaj, ravno tako niti ni sezona prehladnih obolenj, ko bi se več zadrževale po zdravstvenih domovih.

6 SKLEPI

Na osnovi lastne izkušnje in na osnovi pridobljenih rezultatov, analiz in razprave, so se oblikovali naslednji sklepi:

1. Ko nastopi prezgodnji porod, je ena izmed bistvenih vrednot matere želja po zdravju otroka. Istočasno pa se popolnoma pozablja na duševno zdravje ženske, ki je v situaciji prezgodnjega rojstva bistveno omajano, vendar se o tem skoraj ne govori. Nekako velja nenapisano pravilo; »otrok je živ – bodi srečna«, pa temu ni tako.
2. Matere si ob prezgodnjem rojstvu ne znajo poiskati pomoči, ker se vse vrti okoli skrbi za otroka, ki je ponavadi res ogrožen. Kot da obstoji bojazen, da bi izpadle čudno, če bi zase iskale pomoč.
3. Matere se o svojih čustvih in občutkih o prezgodnjem rojstvu pogovarjajo v glavnem prek neosebnih medijev kot je svetovni splet. Zanimivo pa je to, da ko jim je bila v izpolnjevanje ponujena anketa, sva dobili resnično mali vzorec odgovorov. To nama govori, da s svojo stisko želijo ostajati anonimne.
4. Jasno se je izrazila potreba po skupini za samopomoč in enkrat v prihodnosti bo potrebno začeti delati na projektu ustanovitve skupine za samopomoč mater nedonošenih otrok.

7 PREDLOGI

Ugotavlja, da je delovni čas klinične psihologinje in tudi socialnih delavk na Ljubljanski Ginekološki kliniki, kamor sodi tudi Porodnišnica Ljubljana popolnoma nepraktičen. Stiske in težave se namreč ne pojavljajo samo od sedme do petnajste ure. Še posebej težke so nočne ure. Na žalost lahko ocenjujeva samo ljubljansko porodnišnico, drugih ne pozna dovolj dobro, da bi lahko sodile, kako se v drugih porodnišnicah odzivajo na stiske prezgodnjega rojstva. Velja pa še nekaj, tako dobro opremljene Enote za intenzivno nego in terapijo imata samo ljubljanska in mariborska porodnišnica, zato je tudi marsikateri nedonošenček pripeljan v Ljubljano ali Maribor. Porodnišnice brez intenzivne nege na Slovenskem dovažajo bolne nedonošenčke na intenzivni Oddelek za nedonošenčke in bolne novorojence (ust. 1954 pod pokroviteljstvom Unicefa) na Pediatrični kliniki v Ljubljani.

V Porodnišnici Ljubljana bi morali v bodoče zaposliti socialno delavko, ki bi se ukvarjala s stiskami mater v času, ko so njihovi nedonošeni ali težko bolni otroci v Enoti intenzivne nege in terapije. V kolikor to iz finančnega vidika ni možno in bojiva se da ni, potem bi bilo zelo smiselno reorganizirati delavni čas socialnih delavk, ki so že zaposlene na Ginekološki kliniki pod katero sodi tudi Porodnišnica Ljubljana in se trenutno ukvarjajo kolikor nama je znano v glavnem z abortusi.

Prav tako bi več pozornosti lahko polagali na to, kako nameščajo po sobah tiste matere, ki so rodile prezgodaj ali pa so rodile težko bolne otroke, ki jih nimajo pri sebi.

Prepričani sva namreč, da to ne bi bil nikakršen finančni strošek. Taka organizacija namestitev bi doprinesla, da bi se matere med seboj tolažile, spodbujale, predvsem pa bi dobile tisto vedenje, da niso edine, ki se jim je to zgodilo. Stiske bi bile bolj obvladljive in verjetno tudi manj izražene. Zagotovo pa taka namestitev ne bi delovala deprimirajoče, kar se zgodi, če si sobo deliš z materjo, ki ima za razliko od tebe otroka pri sebi.

Rezultati raziskave so jasni. Namreč jasno je bila izražena želja po skupini za samopomoč.

Nekoč v bližnji prihodnosti bo treba zavihati rokave in tako skupino za samopomoč tudi ustanoviti, zagotoviti prostor za srečevanje in resno začeti z delom na projektu pomoč za samopomoč.

Podpreti je torej potrebno razvoj skupin za samopomoč, v katerih bi imele glavno besedo uporabnice same. V skupine bi bilo dobro povabiti ženske, ki so uspele najti ravnotežje v sebi in so v procesu opolnomočenja dobile izkušnjo 'izhoda' iz stiske.

VIRI IN LITERATURA

Drglin, Z. (2002). *Materinstvo onkraj sanj: stiske žensk po porodu*. Zdravstveno varstvo 2003; 42: 25–33

Drglin, Z. (2003). *Rojstna hiša. Kulturna anatomija poroda*. Ljubljana: Delta.

Drglin, Z. (2005). *Angeli z mokrimi perutmi ne letijo. Onstran smehljaja: poporodne duševne stiske*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.

Drglin, Z. (2006). *Popotnice skozi mračne pokrajine – poporodne stiske v vsakdanjem življenju mladih mater*. Socialna pedagogika, 10:2; 181–191

Franič, D. (1997) <http://www.mf.uni-lj.si/isis/isis97-3/html/sanfr1.html>).

Gillet, R. (1992). *Premagovanje depresije*. Ljubljana: DZS.

Kitzinger, S. (1994). *Me, matere*. Ljubljana: Geneš.

Konjajev, Z. (2005). *Zdravstveni vestnik*. Ljubljana: ISIS

Lamovec, T. (1995). *Ko rešitev postane problem in zdravilo strup*. Ljubljana: Lumi

Lamovec, T. (1998). *Psihosocialna pomoč v duševni stiski*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

Lamovec, T. (1998). *Samo zadovoljna mati je lahko dobra mati*. Socialno delo, 37, 6: 459–468.
Ljubljana

Lenarčič, S. in Škofca, E. (2007). *Onkraj smehljaja – poporodne stiske žensk*. Diplomsko delo. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Leskošek, V. (2002). *Zavrnjena tradicija*, Ljubljana: Založba /*cf.

Macy, C.; Falkner, F. (1985). *Nosečnost in rojstvo*. Murska Sobota: Pomurska založba in centralni zavod za napredek gospodinjstva Ljubljana.

Mesec, B. (2003). *Metodologija raziskovanja v socialnem delu*. Študijsko gradivo. Ljubljana : Visoka šola za socialno delo.

Oakley, A. (2000). *Gospodinja*. Ljubljana: Založba/*cf

Pitt, B.(1998). *Srečna nosečnost in materinstvo*. Ljubljana: Mladinska knjiga

Ramovš, J. (1995). *Slovenska sociala med včeraj in jutri*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.

Ramovš, J. (2005). *Kakovostna starost*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.

Stritih, B. (2006). Zapiski iz predavanj. Na predavanjih zabeleženo gradivo.

Škerjanc, J. (2006). *Individualno načrtovanje z udejanjanjem ciljev. Pomen uporabniškega vpliva pri zagotavljanju socialno varstvene storitev*. Center RS za poklicno izobraževanje, Ljubljana.

Taylor, V. (1996). *Rock-a-by Baby. Feminism, Self-help and Postpartum Depression*. London, New York: Routledge.

Urbančič, K. (2002). *Psihološka obzorja* 2002: 93–114

Zaviršek, D. (1994). *Ženske in duševno zdravje: o novih kulturah skrbi*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

Internetni viri:

- šola za starše, <http://www.ivz.si>
- pogovori, forumi, <http://www.med.over.net>
- Zavod Tamal, <http://zavod-tamala.si>
- <http://www.revija-vita.com>
- <http://www.sbaza.net>
- <http://www.vestnik.sz.d.si>
- <http://www.google.com>
- <http://www.najdi.si>

Lektorsko in korektorsko sem nalogo pregledala 15. septembra 2007. Obsega 4,74 avtorske pole.

Živa Vidmar, l. r.

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisana Melita Fijavž, prvič vpisana na Fakulteto za socialno delo v študijskem letu 2005/2006 kot izredna študentka, izjavljam, da sem diplomsko delo z naslovom Skupine za samopomoč mater nedonošenčkov napisala samostojno s korektnim navajanjem virov in ob pomoči mentorja.

Datum: 13.11.2007

Podpis:

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisana Špela Šivavec, prvič vpisana na Fakulteto za socialno delo v študijskem letu 2005/2006 kot izredna študentka, izjavljam, da sem diplomsko delo z naslovom Skupine za samopomoč mater nedonošenčkov napisala samostojno s korektnim navajanjem virov in ob pomoči mentorja.

Datum: 13.11.2007

Podpis: