

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA

DIPLOMSKA NALOGA

Izola, julij 2011

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA

VLOGA ZDRAVSTVENE NEGE PRI PARIH, KI SE
SOOČAJO Z NEPLODNOSTJO

NURSING ROLE IN COUPLES FACING INFERTILITY

Študent: INGRID BABELIČ KOVAČEVIČ

Mentor: mag. BOŠTJAN LOVŠIN, dr. med.

Somentor: MIRJANA GRIŽON, viš. med. sr.

**Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI
PROGRAM**

Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA

Izola, julij 2011

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA

VLOGA ZDRAVSTVENE NEGE PRI PARIH, KI SE
SOOČAJO Z NEPLODNOSTJO

NURSING ROLE IN COUPLES FACING INFERTILITY

Študent: INGRID BABELIČ KOVAČEVIČ

Mentor: mag. BOŠTJAN LOVŠIN, dr. med.

Somentor: MIRJANA GRIŽON, viš. med. sr.

**Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI
PROGRAM**

Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA

Izola, julij 2011

KAZALO VSEBINE

KAZALO VSEBINE.....	i
KAZALO GRAFOV	iii
POVZETEK	iv
ABSTRACT	v
1 UVOD.....	1
1.1 Reproktivno zdravje in reproduktivno zdravstveno varstvo	2
1.1.1 Spočetje	3
1.1.2 Naravna plodnost.....	4
1.1.3 Škodljivi vplivi okolja na plodnost.....	4
1.2 Neplodnost.....	5
1.2.1 Vzroki za neplodnost.....	6
1.2.2 Preiskave in diagnostika	10
1.2.3 Zdravljenje neplodnosti	12
1.2.4 Stres pri paru, ki se sooča z neplodnostjo.....	13
1.2.5 Neplodnost, kot družbeni problem	14
1.2.6 Priporočila Evropskega združenja za reproduktivno medicino.....	15
1.3 Zdravstvena nega.....	16
1.3.1 Definicija zdravstvene nege	16
1.3.2 Teoretični model Marjory Gordon	18
1.3.3 Vloga zdravstvene nege pri parih, ki se soočajo z neplodnostjo.....	20
2 NAMEN IN HIPOTEZE	22
3 MATERIALI IN METODE	24
4 REZULTATI IN ANALIZA PODATKOV	25
5 RAZPRAVA.....	41

5.1 Obravnava postavljenih hipotez	41
5.2 Predlog negovalne anamneze za obravnavo neplodnih parov po Marjory Gordon ..	45
5.3 Predlog obrazca "Negovalna anamneza"	56
6 ZAKLJUČEK	57
7 LITERATURA	58
PRILOGA 1: Anketni vprašalnik	63
PRILOGA 2: Obrazec "Negovalna anamneza"	67

KAZALO GRAFOV

Graf 1:	Porazdelitev prisotnosti diplomirane medicinske sestre v kolektivu v primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvu v %	25
Graf 2:	Porazdelitev srečevanja s pari, ki se soočajo z neplodnostjo v primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvu v %	26
Graf 3:	Porazdelitev prisotnosti dodanega izobraževanja v primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvu v %	27
Graf 4:	Porazdelitev mnenja o zagotovitvi dovolj informacij od zdravnika v primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvu v %	27
Graf 5:	Porazdelitev zahtev pacientov po informacijah od medicinskih sester v primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvu v %	28
Graf 6:	Porazdelitev iskanja informacij s strani pacientov v primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvu v %	28
Graf 7:	Čas za pogovor medicinskih sester v primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvu v %	29
Graf 8:	Ovire za delo medicinske sestre v primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvu v %	30
Graf 9:	Porazdelitev mnenja o motiviranosti za spremembo življenjskega sloga v primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvu v %	32
Graf 10:	Porazdelitev potrebe po zasebnosti	33
Graf 11:	Porazdelitev možnosti zagotavljanja zasebnosti v primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvu v %	34
Graf 12:	Porazdelitev zaupanja parov	34
Graf 13:	Porazdelitev mnenja o dovolj znanja in kompetenc, da bi svetovali glede zdravljenja neplodnosti	35
Graf 14:	Porazdelitev sester z izdelanimi usmeritvami pri svojem delu in z delom po lastni presoji v primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvu v %	36
Graf 15:	Porazdelitev možnosti izobraževanja na področju neplodnosti	37
Graf 16:	Porazdelitev mnenja o promociji plodnosti	37
Graf 17:	Porazdelitev mnenja o potrebi po specializaciji znanj na področju neplodnosti	38
Graf 18:	Porazdelitev mnenja o področju kjer bi delovala specializirana MS	39
Graf 19:	Spremljanje procesa in uspešnosti zdravljenja.....	40

POVZETEK

Neplodnost mogoče ni prioriteta javnega zdravstva, je pa glavna stvar posameznika, ki se sooča z njo. Je vir socialnega in psihičnega trpljenja ženske in moškega in lahko predstavlja velik pritisk na razmerje. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kakšna je vloga zdravstvene nege pri obravnavi para, ki se sooča z neplodnostjo. Pregledali smo domačo in tujo literaturo. S pomočjo raziskave z anketnimi vprašalniki smo ugotavljali, kako se zdravstvena nega vključuje v obravnavo takšnih parov. Postavili smo hipoteze, da med medicinskimi sestrami prevladuje mnenje, da bi s posebej izobraženo medicinsko sestro pripomogli k uspešnejšemu obravnavanju neplodnega para, da MS pripomore k boljšemu reproduktivnem zdravju ter, da ima medicinska sestra v ambulanti premalo časa za zdravstveno vzgojno delo s parom, ki se sooča z neplodnostjo. Zdravljenje neplodnosti vključuje nasvete o morebitni spremembi načina življenja. Tukaj pa nastopi pomembna vloga medicinske sestre in babice kot svetovalke in vzgojiteljice. Vendar ima medicinska sestra v ambulanti premalo časa in specifičnega znanja za zdravstveno vzgojno delo s parom, ki se sooča z neplodnostjo. V raziskavi smo ugotovili, da bi s posebej izobraženo medicinsko sestro pripomogli k uspešnejši obravnavi neplodnega para. Pri parih, ki se soočajo z neplodnostjo predlagamo uporabo teoretičnega modela Marjory Gordon, zato smo v ta namen izdelali obrazec "Negovalna anamneza", ki bi lahko služil za boljšo in celostno obravnavo, s čimer bi do izraza prišle tudi težave, ki niso opazne, in jim par ne namenja večje pozornosti.

Ključne besede: reproduktivno zdravje, neplodnost, vloga zdravstvene nege, neplodni par, specializirana medicinska sestra

ABSTRACT

While infertility may not be the priority of public health, it is a major issue for individual suffering from it. It is a source of social and psychological suffering of woman and men and could represent great pressure on the relationship. Domestic and international literature in the field of infertility was studied in this thesis. In addition, role of health care in treatment of infertile couple was defined. It was determined in what extent health care is involved in treatment of infertile couple based of survey performed among nurses. We set up following hypothesis: There is an opinion among nurses that specialised nurse would contribute to more successful treatment of infertile couple and would improve reproductive health, and that nurse does not have enough time for educational work. It was determine, that nurses could be included in treatment of infertile couple as a consultant and educator. However it was found out, that nurse do not have enough specialised knowledge and available time for this role. Specialised nurse would improve treatment of infertile couple. We are proposing application of Marjory Gordon theoretical model for handling infertile couple. For that purpose, we have designed a form called "Healthcare anamneses". It would be used in treatment to detect any minor health problem that couple is unaware of it.

Keywords: reproductive health, infertility, role of health care, infertile couple, specialised nurse

1 UVOD

Čeprav neplodnost mogoče ni prioriteta javnega zdravstva, je pa glavna stvar posameznika, ki se sooča z njo. Je vir socialnega in psihičnega trpljenja ženske in moškega in lahko predstavlja velik pritisk na razmerje (1). Po poročilu evropskih in ameriških držav se zaradi zgodnje izpostavljenosti (predvsem v fetalnem obdobju) kemičnim snovem in drugim snovem iz okolja pojavljajo bolezni reproduktivnih organov (2). Že kot starši smo odgovorni za plodnost svojih potomcev. S prelaganjem rojstva prvega otroka na kasnejše obdobje in z različnim dejavniki tveganja pa tvegamo, da bomo imeli težave pri spočetju in rojstvu.

V diplomski nalogi nas je zanimalo, kakšna je vloga zdravstvene nege pri parih, ki se soočajo z neplodnostjo. Diplomirana sestra ali zdravstvenik (v nadaljevanju MS) se kot nosilec in izvajalec zdravstvene nege pojavlja v vseh zdravstvenih dejavnostih in ima pri preprečevanju in zdravljenju neplodnosti pomembno vlogo. Je v idealnem položaju, da s preventivo in edukacijo mladih pripomore k boljšemu reproduktivnem zdravju ter lahko pomaga parom na začetku, ko se začnejo soočati z neplodnostjo. Postavili smo hipotezo, da med zdravstvenimi delavci prevladuje mnenje, da bi s posebej izobraženo medicinsko sestro pripomogli k uspešnejšemu obravnavanju neplodnega para.

Zdravljenje neplodnosti vključuje nasvete o spremembi načina življenja, prehranjevanja, opustitev kajenja in omejitev profesionalnega stresa. Neplodnost lahko zdravimo z zdravili, kirurškimi posegi in s tehnikami oploditve z biomedicinsko pomočjo. MS se zavedajo, da je široko področje, ki zaradi napredka tehnologije tudi presega meje splošnega znanja.

Vloga zdravstvene nege se razlikuje od primera do primera. Lahko gre za hitro srečanje ob sprejemu, asistenco pri medicinskih diagnostičnih in terapevtskih posegih, ali pa za "fertility nurses" v Angliji, ki koordinirajo vse vidike plodnosti. Bistvo je, da na razumljiv način moramo parom podati z dokazi podprte informacije, da se bodo lahko osveščeno odločili o svoji reproduktivni prihodnosti in zdravljenju, ki ga želijo prejeti (3).

Za par je neplodnost veliko psihološko breme, zato je potrebna ustrezna čustvena podpora medicinske sestre in ostalega osebja (4).

Pomembna je preventiva in edukacija mladih ter svetovanje parom, ki se soočajo z neplodnostjo. Tukaj pa nastopi pomembna vloga medicinske sestre in babice kot svetovalke.

V nalogi je izpostavljeno vprašanje ali ima medicinska sestra v ambulanti dovolj razpoložljivega časa in specialnih znanj za zdravstveno vzgojno delo s pari, ki se soočajo z neplodnostjo.

Organizacija in način dela v MS v ambulantah naj bi bilo prilagojeno celoviti obravnavi para, ki se sooča z neplodnostjo. Pomembno je tudi dodatno izobraževanje MS na tem področju kot profesionalni odnos MS v odnosu do obravnavanega para.

1.1 Reproduktivno zdravje in reproduktivno zdravstveno varstvo

Reproduktivno zdravje je stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja in ne le odsotnost bolezni, ki je v kakršnikoli povezavi z razmnoževanjem ali z reproduktivnimi organi in njihovim delovanjem pri ženskah in moških (5).

Reproduktivno zdravje zagotavljajo pravica do zadovoljnega in varnega spolnega življenja, pravica do svobodnega odločanja o rojstvu otrok, pravica do enake dostopnosti do znanja o načrtovanju družine in varovanju reproduktivnega zdravja ne glede na spol, pravica do varnih in učinkovitih metod za načrtovanje družine, pravica do zdravstvenih storitev, ki zagotavljajo ženskam varno nosečnost in porod, ter učinkovito preprečevanje in zgodnje odkrivanje bolezni, ki povzročajo prezgodnjo obolevnost in umrljivost, pravica da si posamezniki ali pari pridobijo ustrezno znanje za doseganje največjega nivoja seksualnega in reproduktivnega zdravja in da se zagotovijo možnosti za uresničitev takih odločitev (5).

Reproduktivno zdravstveno varstvo obsega:

- perinatalno varstvo v širokem pomenu besede, in sicer pred zanositvijo, med nosečnostjo in po porodu,
- načrtovanju družine,
- neškodljivo kontracepcijo,
- varno prekinitev nezaželene nosečnosti,
- preventivo, zgodnjo diagnozo in zdravljenje rakavih bolezni rodil in spolno prenosljivih bolezni, preventivo, celovito diagnostiko in zdravljenje neplodnosti.

1.1.1 Spočetje

Spolno občevanje je namenjeno predvsem spočetju novega bitja. Ko je seme v nožnici, semenčice odplavajo v maternično votlino in naprej v jajcevod. Pri tem jih usmerjajo utripajoče migetanke materničnega epitelija. Semenčice pa privablja tudi jajčece, če ni odmrlo, verjetno izloča v ta namen posebne snovi. Med mnogimi milijoni semenčic, ki se približujejo jajčecu, samo ena oplodi jajčece. Če so razmere za oploditev dovolj ugodne, se jajčece nekoliko izboči tam, kjer se približuje semenčica in jo sprejme v citoplazmo. Trenutek spajanja obeh spolnih celic je spočetje. Oploditev jajčeca je pravzaprav končana takrat, ko sta se združili jedri jajčeca in semenčice. Vsaka celica sprejme polovico kromosomov (6).

Spočeto bitje je ženskega spola, če je jajčece oplodila semenčica z X kromosomom, semenčica z Y kromosomom pa je moškega spola. Praviloma je ženska plodna le ob določenih dneh ciklusa. Če želimo te dneve ugotoviti, moramo upoštevati naslednje:

- da se menstruacija pojavi vselej 14 dni po ovulaciji,
- da so semenčice sposobne oploditi le prvih 48 ur po ejakulaciji,
- da je jajčece sposobno za oploditev le nekaj ur po ovulaciji,
- ženska pa lahko izjemno zanosi kateri koli dan v ciklusu celo med menstruacijo (stres, strah, stiskanje trebuha itd...)

1.1.2 Naravna plodnost

Ocene kažejo, da samo četrtnina do tretjina parov zanosi v prvem ciklusu (meseču) po opustitvi kontracepcije, v treh mesecih pa zanosi 60 odstotkov žensk. Plodni par ima 20 do 30 odstotkov možnosti, da zanosi v enem ovulatornem ciklusu, ker večinoma v vsakem ciklusu niso prisotni vsi pogoji za zanositev (7). Možnost druge zanositve je manjša kot možnost prve zanositve. Z leti plodnost ženske in moškega pada. Na plodnost para vpliva tudi nezdrav način življenja (8).

Nadvse pomembna je izobraževanje mladih in preventivna, programirana zdravstvena vzgoja o reproduktivnem zdravju in promocija zdravja, še preden se znajdejo v reproduktivnem obdobju (9). Spodbujanje ozaveščenosti o rodnosti ima izredno vrednost in je naloga vseh, ki se srečujejo z mladimi (10).

1.1.3 Škodljivi vplivi okolja na plodnost

Po poročilu evropskih in ameriških držav se zaradi zgodnje izpostavljenosti (predvsem v fetalnem obdobju) kemičnim snovem in drugim snovem iz okolja pojavljajo bolezni reproduktivnih organov (2). Bolezni reproduktivnih organov vključujejo težave pri oploditvi in zanositvi, prirojene nepravilnosti spolnih organov, slabšo kakovost semena, raka mod pri mlajših moških, raka prsi in prezgodnjo puberteto pri deklicah. Tveganje za hormonske motnje pri otrocih povečuje izpostavljenost škodljivim kemičnim snovem t.i. hormonskim motilcem (npr. pesticidom). Otroci so najpogosteje izpostavljeni tem snovem prek posteljice pred rojstvom, prek materinega mleka ob dojenju in prek hrane, zraka in potrošnih predmetov. Med dejavnike tveganja sodijo še kajenje, alkohol, izpostavljenost visokim temperaturam, težkim kovinam, izpostavljenosti radioaktivnem sevanju. Podobno vpliva psihološki stres.

1.2 Neplodnost

Neplodnost (klinična definicija) je bolezen reproduktivnega sistema, ki se odraža v nezmožnosti klinične zanositve po dvanajstih mesecih rednih nezaščitenih spolnih odnosov (11).

Svetovna zdravstvena organizacija ocenjuje, da je neplodnost prizadela 50 do 80 milijonov prebivalcev na svetu (12). V razvitem svetu se prevalenca neplodnosti zvišuje (4). V Sloveniji je 400.000 parov v reproduktivnem obdobju, od tega je približno 10 do 15 odstotkov parov neplodnih (7), zato je zdravljenje neplodnosti pomemben del javnega zdravstva. Vsako leto na novo odkrijejo približno 1000 novih parov, ki ne morejo zanositi (2).

V povezavi z neplodnostjo se uporabljajo še termini kot so: Sterilnost, infekundabilnost in infertilnost. Sterilnost je termin, ki se v medicini uporablja, ko obstaja absolutni faktor, ki preprečuje reprodukcijo (13). Verjetnost zanositve je pri vsakem paru različna in je odvisna od številnih okoliščin, ki določajo oploditveno sposobnost (fertilnost) vsakega posameznika. Kombinacija lastnosti, ki jo vsak od partnerjev prinaša v skupnost, določa njihovo fekundabilnost, zato lahko vsakega posameznika označimo kot plodnega, manj plodnega ali neplodnega.

Ločimo primarno in sekundarno neplodnost. Primarna neplodnost opisuje pare, ki nikoli niso mogli zanositi po vsaj enem letu nezaščitenih spolnih odnosov. Sekundarna neplodnost opisuje pare, ki so že zanosili, toda ne morejo zanositi še enkrat (14).

1.2.1 Vzroki za neplodnost

Pri neplodnosti upoštevamo starostno obdobje, ko sta partnerja lahko plodna (reproduktivno obdobje); le-to nastopi po puberteti. Pri ženski poznamo tudi obdobje, ko je fiziološko manj plodna (premenopavza) ali neplodna (pomenopavza). Vzrok za neplodnost je lahko pri moškem, ženski, obeh ali pa je nedoločljiv. Pri ženski ugotovimo vzrok za neplodnost v 50 % primerov, pri moškem v 35 % primerov, nepojasnjenih neplodnosti pa je 10 - 15 %. Neplodnost je lahko prvotna (primarna); to pomeni, da ženska ni nikoli zanosila, moški partner pa nikoli oplodil katere koli partnerke. Drugotna (sekundarna) neplodnost pomeni, da ženska ne more ponovno zanositi, pri moškem pa to pomeni, da je že oplodil partnerko. Čim dlje traja neplodnost v zakonu, tem manjša je verjetnost spontane zanositve(15).

Neplodnost pri ženski

Neplodnost zaradi nepravilne funkcije jajčnikov in jajcevodov (15):

- Neplodnost zaradi odsotnosti jajčnikov ali zaradi odsotnosti jajčnih celic v jajčnikih (npr. prirojena okvara, kirurška odstranitev, predčasno prenehanje delovanja)
- Okvara zorenja in sproščanja jajčne celice (npr. hormonalne nepravilnosti v delovanju hipofize, nepravilno delovanje jajčnika ali drugih endokrinih žlez, neustrezna telesna teža, avtoimune bolezni)
- Težave pri potovanju jajčne celice iz jajčnika v jajcevod (npr. zarastline, ki pajčevinasto prekrivajo jajčnike ali zarastline, ki utrdijo jajčnik daleč od ustja jajcevoda ali preprečijo tesni stik fimbrij jajcevoda z jajčnikovo (foliklovo) površino).

Neplodnost, povezana z zapleti pri potovanju spolnih celic (gamet)(15):

- Nepravilnosti nožnice
- Okvarjena funkcija cervikalnega kanala (če je cervikalna sluz slabo vlecljiva in preveč viskozna, semenčice ne morejo vstopiti v cervikalni čep; če je preveč alkalna ali kislja, da bi omogočala dobro gibljivost in preživetje semenčic ali pa vsebuje protitelesa proti semenčicam.
- Bolezenske spremembe na maternici (npr. pregrade-septumi, nerazvita hipoplastična maternica, dvoroga maternica, miomi v steni maternice ali pod sluznico endometrija, polipi, vezivno spremenjene maternične sluznice, brazgotine in zarastline (sinehije) v maternični votlini.
- Bolezenske spremembe na jajcevodih (zaradi vnetij, endometrioze ali kirurškega posega, zaradi omejene gibljivosti jajcevodov ali če so bili jajcevodi kirurško odstranjeni).

Vzroki za neplodnost, ki so v spolnih celicah (na celičnem nivoju)(15):

Srečanje jajčne celice in semenčic v jajcevodu vedno ne privede do njihove združitve in nastanka zarodkov. Tudi če do fertilizacije pride, nimajo vsi zarodki sposobnosti, da bi se vgnezdili v endometriju. Le vsak peti zarodek se ugnezdi, sledi pa tvorba horionskega gonadotropnega hormona (HCG), ki ga ugotovimo v laboratoriju.

Neplodnost lahko nastopi tudi zaradi:

- Nesposobnosti semenčice, da vdre v jajčno celico;
- nesposobnosti jajčne celice, da bi se po oploditvi (fertilizaciji) delila;
- nesposobnosti zarodka, da bi se implantiral v endometrij;
- ponavljajočih se zgodnjih splavov, ki se klinično ne ugotovijo, nanje pa lahko sklepamo po prisotnosti hormona HCG (biokemične nosečnosti);
- nepravilne kromosomske strukture jajčne celice, ki onemogoča razvoj zarodka po fertilizaciji (nepravilno triploidno število enega ali več kromosomov)(15).

Psihogeni vzroki neplodnosti

Neuspešno načrtovanje potomstva ustvari pri partnerjih pogosto neugoden čustveni odziv. Psihične obremenitve (stresna situacija), napetost, občutek krivde, jeze in žalosti, depresija, lahko vplivajo tudi na osnovno obolenje, ki moti fiziološke procese potrebne za zanositev, delujejo pa tudi zaviralno na zdravljenje osnovne bolezni. Prizadete bolnice lahko imajo zmanjšan libido in boleče spolne odnose. To vpliva na delovanje hipotalamusa in hipofize ter na ovulatorne mehanizme, ki se kažejo kot anovulatorni ciklusi in druge motnje menstrualnega ciklusa, vključno z amenorejo. Poznamo pacientke z dolgoletno neplodnostjo, ki so zanosile takoj ko so se odločile za zdravljenje z metodo, ki ji zaupajo (npr. zanositev v epruveti-IVF); na potek zdravljenja sicer niso mogle vplivati, zato so se prepustile brezskrbnim odnosom (15).

Neplodnost pri moškem

Odsotnost obeh mod (testisov) ali odsotnost semenčic v modih (azoospermija) (15)

- prirojena okvara mod (testisov);
- nespuščeni testisi (zdravljen ali nezdravljen); to je razvojna nepravilnost, pri kateri ne pride do spuščanja moda po retroabdominalnem prostoru skozi dimeljski kanal v mošnjo (skrotum);
- kirurške odstranitve obeh mod zaradi malignomov ali poškodb;
- preboleli mumps (parotitis epidemica) in njegov zaplet- vnetje mod (orchitis)

Okvara zorenja in sproščanja semenčic v izvodila (15)

- prirojene napake v razvoju semenčic;
- slabe hormonske vzpodbude (stimulacija) gonadotropnih hormonov FSH (folikulotropin ali folikle stimulirajoči hormon) in LH (luteotropni hormon).
- Okvare sistema kanalčkov (duktusi) po poškodbi ali vnetju;
- Prekomernega uživanja alkohola ali nekaterih zdravil;

- Prekomernega kajenja;
- Dolgotrajnega izpostavljanja mod višji temperaturi (sedenje, ozka oblačila, topla delovišča). Za zorenje spermijev je ugodna nižja temperatura od telesne.

Motnje v ejakulaciji

Ejakulacija semena v sečni mehur ali retrogradna ejakulacija je redka. Po orgazmu, ko se prične mehanizem semenskega izliva (ejakulacije) s kontrakcijo semenskih mešičkov, seme lahko potuje le v penis ali mehur. Če je zaporni mehanizem dna mehurja okvarjen, bo prišlo do semenskega izliva v mehur, tj. v obratni smeri, kot je normalno. Tak izliv imenujmo retrogradna ejakulacija. Semenskega izliva iz penisa ni (aspermija) (15).

Psihogeni vzroki neplodnosti

Gre za enake težave kot pri ženski, ki pa se najpogosteje kažejo v motnjah spolne sle (libida), nezadostne otrdelosti spolnega uda (erekcija) in nesposobnosti, da se seme izbrizga med spolnim občevanjem (ejakulacijo). Vse te nepravilnosti otežujejo ali popolnoma onemogočajo spolne odnose med partnerjema. Večina teh motenj je psihogene narave. Tudi pri moškem lahko nenehno načrtovanje odnosov v plodnih dnevih negativno vpliva na seksualno življenje (motnje erekcije) in na ustvarjanje semenčic preko mehanizmov hormonske kontrole spermatogeneze (15).

Idiopatska neplodnost

Nekateri avtorji, med njimi tudi asis. dr. Vida Gavrić - Lovrec, dr. med., s Klinike za ginekologijo in perinatologijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor je mnenja, da nepojasnjene neplodnosti sploh ni, da zgolj ne znamo najti vzroka zanjo (16). Idiopatske neplodnosti je bilo nekoč več, z izboljšanjem diagnostičnih postopkov pa jo je vse manj. Visok odstotek idiopatske neplodnosti zato prej govori o slabem delu ginekološkega centra. Pogosto vzroke za neplodnost spregledajo: pri tem gre navadno za endometriozo,

prezgodnjo odpoved delovanja jajčnikov zaradi prezgodnje menopavze in imunološke vzroke. Menopavza pri večini žensk nastopi okoli 50. leta letu starosti, delovanje jajčnikov pa se začne spreminjati že 10 do 15 let prej. Pri desetini žensk menopavza nastopi pred 45. letom starosti, pri odstotku žensk celo pred 40. letom starosti. Veliko žensk ima tudi imunološke težave s protitelesi, ki nastanejo zaradi navzočnosti spermijev, saj so ti tujek v ženskem organizmu. Diagnozo idiopatska neplodnost postavijo, ko z diagnostičnimi metodami izključijo druge vzroke neplodnosti. "Pri nekaterih parih organskih vzrokov za neplodnost ni, ampak so na spodnji krivulji plodnosti," je dejala ginekologinja. Bistven dejavnik, ki vpliva na plodnost, je starost ženske, zelo pomemben pa je tudi čas trajanja neplodnosti (16). Nepojasnjena neplodnost ima v razvitih deželah v etiologiji velik delež. Pri vseh nediagnosticiranih primerih moramo v obravnavi upoštevati morebitne psihološke dejavnike, saj je znano, da vplivajo na fiziološke procese (17).

1.2.2 Preiskave in diagnostika

Vzroke za neplodnost iščemo pri obeh spolih, sočasno upoštevajoč pravilo, da enostavne in neinvazivne preiskave opravimo pri obeh partnerjih hkrati. Par se obravnava kot celoto (7). Med prvim obiskom para pridobimo osnovne anamestične podatke obeh partnerjev: starost, trajanje neplodnosti, morebitne predhodne nosečnosti, operativni posegi, poklicno anamnezo, razvade, jemanje zdravil, pogostost spolnih odnosov in morebitne težave pri le teh in podrobno anamnezo menstruacijskega ciklusa (18).

Preiskave pri ženski

Pri ženski je potrebno oceniti delovanje jajčnikov in prehodnost jajcevodov, ugotoviti moramo, kakšno je stanje maternične sluznice in kakšna je oblika maternice. Oceno stanja nam omogočajo merjenje bazalne temperature, izvid preiskave maternične sluznice in kakšna je oblika maternice, rentgensko slikanje maternice in jajcevodov, pregled notranjosti maternice (histeroskopija) in pregled ter ocena oblike in prehodnosti

jajcevodov, položaj in kakovost jajčnikov (laparoskopija). Dodatne informacije nam posreduje tudi merjenje količine spolnih in drugih hormonov v krvi (15).

Določanje bazalne temperature (BT) je najenostavnejši test delovanja jajčnikov. To je temperatura telesa (v danki, nožnici ali v ustih), ki jo ženska izmeri po prespani noči. Temperatura pokaže, če je v opazovanem ciklusu nastopila ovulacija. Takrat se temperatura poviša za 0,2 do 0,3 stopinje in taka ostane do naslednje menstruacije. Pomembno je, da ob ovulaciji temperatura še ni povišana, zato ovulacijo lahko ugotovimo le za nazaj. Razlaga izvidov ni zanesljiva in je le pomoč pri spremljanju ovulacij v 3 - 4 zaporednih opazovanih ciklikih (7).

Preiskave funkcije kanala materničnega vratu: Kanal materničnega vratu zapira čepek sluzi. Njene značilnosti se spreminjajo glede na stopnjo menstrualnega ciklusa. Semenčice z lahkoto potujejo skozi sluz le v dnevih pred ovulacijo, ko je sluz obilna, prozorna in vlecljiva (dan ali dva pred ovulacijo). Mikroskopski videz cervikalne sluzi v periovulatornem obdobju izgleda kot praprot- fenomen praproti (7).

Histerosalpingografija je preiskava, ki omogoča radiografsko upodobitev cervikalnega kanala, maternične votline in svetline jajcevodov. Opravi se jo tako, da se uvede balonski kateter skozi cervikalni kanal v maternico. Vanjo se vbrizga kontrastno sredstvo, ki izpolni votlino maternice in jajcevodov. Nato se opravi rentgenski posnetek (7).

Laparoskopija je endoskopska metoda, s katero z abdominalne strani pregledamo rodila in njihovo okolico. Ugotavljamo kakovost jajcevodov, prisotnost zarastlin zlasti v mali medenici in ugotavljanje možnosti za operativno korekcijo (7).

Preiskave pri moškemu

Pri vrednotenju moške neplodnosti so pomembni pogovor, klinična preiskava spolovil, ocena kakovosti semenskega izliva in po potrebi dodatne specifične preiskave. Med pogovorom iščemo podatke o dednih in drugih boleznih v družini. Povprašamo tudi o

navadah in razvadah ter delovnem in življenjskem okolju (7). Zdravljenje neplodnosti pri moškem v timski razdelitvi skrbi za neplodni par je v večjem delu v pristojnosti androloga (19).

Preiskava spolovil obsega pregled mod njihove velikosti in kakovosti, obmodkov, semenovodov, penisa in prostate. Iščemo kile, varikokele, hidrokele, brazgotine po operacijah ali poškodbah.

Analiza semenskega izliva je pomembna preiskava, ki nam pokaže kaj stanje, ki je veljalo med spermatogenezo, trajajoč 72 dni. Semenski izliv (spermo) tvorijo izločki obsečnice (prostate), semenjaka (glandula seminalis) in izločki obsečnih žlez (glandulae bulbourethrales). Semenčece tvorijo le 5% volumna ejakulata, ostalo spermo pa prispeva prostata(60%) in semenjaka (30%). Za prave rezultate o kvaliteti semenskega izliva, moramo preiskati vsaj tri vzorce semena v razmiku nekaj tednov. Pred oddajo vzorca, vsaj 3-4 dni, ne sme imeti moški spolnega odnosa ali masturbacije. Ne sme pa biti več kot en teden. S preiskavo dobimo rezultate o organoleptičnih in fizikalnih lastnostih ejakulata, volumnu, številu semenčic in njihovi gibljivosti, koliko je živih, njihovo morfologijo, imunološke teste, teste na prisotnost klamidije in uroaplazme (7).

Dodatni funkcionalni testi semenčic lahko včasih odkrijejo okvare semenčic, ki jih spermogram ne pokaže. Po potrebi se naredijo še hormonske preiskave urina, krvi, genetske preiskave, ultrazvočno, pa tudi biološko in histološko preiskavo tkiva mod po kontrolni biopsiji.

1.2.3 Zdravljenje neplodnosti

Zdravljenje neplodnosti je odvisno od vzroka, trajanja neplodnosti, starosti partnerjev in drugih dejavnikov. Pravico do zdravljenja neplodnosti v Sloveniji po novem ureja zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (ZZNPOB). Zakon pravi, da ima vsak pravico do zdravljenja neplodnosti. Hkrati pa se mora varovati

človekovo dostojanstvo in njegova pravica do zasebnosti. Posebna skrb pa se mora posvetiti varovanju zdravja, koristi in pravicam bodočega otroka.

Na podlagi ugotovljenih vzrokov se uvede zdravljenje, ki lahko pri ženski obsega le zdravljenje s hormoni, pogosto se kombinira s kirurškimi posegi na jajcevodih, jajčnikih ali maternici in s kirurškimi posegi na semenovodih ali modih pri moških. Če so vse te metode zdravljenja neuspešne, se odločimo za zunajtelesno oploditev. Moško neplodnost lahko zdravimo z zdravili, kirurškimi posegi in s tehnikami oploditve z biomedicinsko pomočjo (15).

Pod izrazom oploditev z biomedicinsko pomočjo (postopek OBMP) razumemo različne postopke zdravljenja neplodnosti. Mednje štejemo umetno osemenitev (intrauterino inseminacijo IUI) s partnerjevim semenom (homologo inseminacijo) ali z darovalčevim semenom (heterogeno inseminacijo). Bistvo teh postopkov je vnos pripravljenega semena v maternico s posebnim katetrom. Redko, samo ob določenih indikacijah, pa se še izvaja prenos gamet v jajcevod.

Eden izmed najpomembnejših postopkov OBMP je zunajtelesna oploditev (lat. In vitro fertilizacija – IVF) s prenosom zarodkov (postopek IVF-ET) za zdravljenje neplodnosti, če prejšnje zdravljenje z različnimi zdravili, hormonskimi preparati in kirurškimi postopki ni bilo uspešno. Obenem se mora upoštevati realne možnosti. V bistvu gre pri IVF za posnemanje dogajanj v jajcevodu, za njegovo nadomestilo (2).

1.2.4 Stres pri paru, ki se sooča z neplodnostjo

Stresno življenje lahko vpliva na neplodnost. Pri vseh nediagnosticiranih primerih moramo upoštevati morebitne psihološke dejavnike, saj je znano, da vplivajo na fiziološke procese (17). Ti dejavniki povzročajo tudi na ginekološke funkcionalne motnje, zlasti hormonsko delovanje. Psihično stanje lahko vpliva na reprodukcijo preko štirih mehanizmov (20):

1. Stresni hormoni lahko vplivajo na sproščanje gonadotropinov iz hipotalamusa in tako vplivajo na hipotalamo-hipofizno-ovarijsko os.

2. Kateholamini imajo lokalni vpliv na utero-tubarno funkcijo.
3. Stres vpliva na imunski sistem.
4. Psihično stanje lahko sproži vedenje, ki negativno vpliva na plodnost (nenavadno spolno vedenje, zloraba zdravil in drog).

Neplodnost je stresno stanje, pri katerem se ciklično menjujeta upanje in razočaranje. Življenje se osredotoči okoli misli na otroka, vse ostalo postane manj pomembno (21). Osnovni problem neplodnih parov je občutek razočaranja in prikrajšanosti za otroka. Pojavi se nejasen občutek izgube, ki je neoprijemljiva in zanjo ne obstajajo rituali žalovanja (22). Pojavi se šok, depresija, žalost, jeza in frustracija (23). Sčasoma postane želja po otroku vse močnejša in nestrpnost se stopnjuje. Pogosto se partnerja začneta izogibati prijateljev in sorodnikov, ki imajo otroke. Srečanje z otrokom je zanj preboleče, saj ju nenehno spominja na lastno prikrajšanost.

Stres in napetost poskušamo omiliti z zmanjševanjem duševne obremenitve, s psihično pripravo in s pomočjo informiranja, s čimer dosežemo progresivno relaksacijski učinek (24). Če so težave prevelike, pari potrebujejo pomoč psihologa in drugih strokovnjakov ali pa individualna ali skupinska svetovanja z drugimi neplodnimi pari.

1.2.5 Neplodnost, kot družbeni problem

Neplodnost ne smemo razumeti kot osebni psihofizični problem para, ampak kot specifični populacijski del interesa vsake družbe (19). Neplodnost izpolnjuje vse kriterije, ki jih mora imeti nek družbeni problem. Toda v okviru Slovenije ni spoznan kot javno, socialno politično vprašanje na ravni države. Je le na nivoju osebnega problema prizadetega posameznika in se na tej ravni tudi pristopa k reševanju problema. V javnem diskurzu pa se neplodnost pojavlja skoraj izključno v svoji medikalizirani podobi, kot bolezen, ki zahteva uporabo sodobnih visokotehnoloških postopkov in metod asistirane reprodukcije (25).

Na rodnost oz. posledično na neplodnost vplivajo razni dejavniki. To so biološki in socialni, ekonomski, kulturni, psihološki, družbeni in še med seboj prepleteni dejavniki

(26). Veljko Vlasisavljević ugotavlja, da čeprav ni velikih demografskih študij, problem neplodnosti dobiva pomembnejše mesto v državni zdravstveni politiki. Poleg strokovnih združenj, kot je Evropsko združenje za humano reprodukcijo in embriologijo (ESHRE), ki predlaga spremembe pri izobraževanju na področju reproduktivne medicine, je zaznati tudi večji pomen zdravljenja neplodnosti, ki go podpira tudi resolucija evropskega Parlamenta o demografski prihodnosti Evrope (27).

1.2.6 Priporočila Evropskega združenja za reproduktivno medicino

Evropsko združenje za reproduktivno medicino (European Society of Human Reproduction and Embryology – ESHRE) združuje strokovnjake na področju reproduktivne medicine (27). ESHRE spodbuja zanimanje za spoznanja reproduktivne biologije in medicine, s podpiranjem raziskav in populariziranjem rezultatov raziskav s področja reproduktivne medicine in embriologije in jih posreduje znanstvenikom, klinikam, strokovnim združenjem in drugi zainteresirani javnosti. Njegova vloga je, da posreduje preverjene informacije tudi politikom in ustvarjalcem (zdravstvene) politike v Evropi. ESHRE spodbuja razvoj znanosti in klinične prakse v obliki organizirane edukacije in kontinuiranega urjenja v reproduktivni medicini in embriologiji, analizira podatke iz evropskega registra za zdravljenje neplodnosti s postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo (OBMP) ter uvaja metode za izboljšanje varnosti in kakovosti klinične in laboratorijske prakse.

ESHRE se zavzema, da zdravniki, medicinske sestre in/ali profesionalni svetovalci nudijo ustrezno svetovanje, ki mora biti integralni del programa vsakega centra. Bolniki morajo imeti možnost informirane odločitve o svoji oskrbi in zdravljenju, ki temelji na z dokazi podprti informaciji. Njune odločitve je potrebno sprejeti kot integralni del procesa sprejemanja odločitev. Ustno informacijo mora dopolniti informacija v pisni obliki in /ali audio-vizualni material, vključno z informacijo o alternativnih možnostih kot je posvojitve. Prikazati jim je treba možnost kontakta s podpornimi skupinami pacientov.

1.3 Zdravstvena nega

1.3.1 Definicija zdravstvene nege

Zdravstvena nega je pomemben in nepogrešljiv dejavnik v procesu zdravljenja. Definicija zdravstvene nege, sprejeta leta 1958, je naslednja: medicinska sestra pomaga zdravemu ali bolnemu v tistih aktivnostih, ki pripomorejo k ohranitvi zdravja, vrnitvi zdravja ali mirni smrti in bi jih le-ta opravil samostojno, če bi imel za to dovolj volje, moči in znanja. Na tem področju je medicinska sestra strokovnjak in ima pravico pobude in nadzora. Medicinska sestra sodeluje pri realizaciji diagnostično terapevtskega programa, katerega pobudnik je zdravnik. Medicinska sestra je član širšega zdravstvenega tima, v katerem sodeluje pri načrtovanju in izvajanju celotne zdravstvene nege bolnika ali varovanca (posameznik ali skupina). Cilj zdravstvene nege je omogočiti čimprejšnjo neodvisnost varovanca (28).

Njeno področje delovanja je na preventivnem in kurativnem področju. Njena naloga je psihična in fizična pomoč pri izvajanju določenih aktivnosti pri osebah, ki nimajo psihične ali fizične moči ali pa potrebnega znanja ter so njihove sposobnosti okrnjene. Medicinska sestra izvaja zdravstveno nego pri vseh ljudeh od spočetja preko obdobja zdravja in bolezni do smrti. Na tem področju je strokovnjak, zato lahko odloča in ukrepa samostojno.

Pod izrazom medicinska sestra so mišljeni naslednji nosilci in izvajalci zdravstvene nege: srednja medicinska sestra, zdravstvena tehnica/zdravstveni tehnik, višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik (tudi specialist/ka), diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik (tudi specialist/ka), profesor/ica zdravstvene vzgoje in (diplomiran/a) babica/babičar.

Življenjske aktivnosti, pri katerih, po Hendersonovi, medicinska sestra samostojno načrtuje in ukrepa, so:

- dihanje,
- prehranjevanje in pitje,

- odvajanje, izločanje,
- gibanje in ustrezna lega,
- spanje in počitek,
- oblačenje,
- vzdrževanje telesne temperature,
- čistoča in nega telesa,
- izogibanje nevarnostim v okolju,
- odnosi z ljudmi, izražanje čustev, občutkov, potreb,
- izražanje verskih čustev,
- koristno delo,
- razvedrilo, rekreacija,
- učenje in pridobivanje znanja o razvoju in zdravju.

V drugem delu definicije je vloga medicinske sestre postavljena takoj za zdravnikom. Medicinska sestra ima v okviru diagnostičnega terapevtskega programa naslednje naloge:

- posreduje rezultate opazovanja,
- izvaja določene posege po naročilu zdravnika,
- pomaga, sodeluje pri posegih in organizaciji,
- skrbi za to, da se izvedejo postopki drugih služb.

V tretjem delu je medicinska sestra postavljena v skupinsko delo, kjer z znanjem in informacijami lahko bistveno prispeva k načrtovanju in postopkom zdravstvene oskrbe.

Leta 2011 smo na skupščini Zbornice – Zveze sprejeli posodobljeno definicijo zdravstvene nege, skladno z ICN (International Council of Nurses-Mednarodni svet medicinskih sester), ki se glasi: "Zdravstvena nega zajema avtonomno in sodelujočo skrb za posameznike vseh starosti, družine, skupine in skupnosti, za bolne ali zdrave in v vseh okoljih. Zdravstvena nega vključuje promocijo zdravja, preprečevanje bolezni ter skrb za obolele, invalidne ter umirajoče. Ključne naloge zdravstvene nege so tudi zagovorništvo, spodbujanje varnega okolja, izobraževanje, raziskovanje, sodelovanje pri oblikovanju

zdravstvene politike ter sodelovanje v obravnavi pacientov in upravljanju zdravstvenih sistemov".

Poslanstvo zdravstvene nege je obravnavati človeka, zdravega ali bolnega (pacient, bolnik, varovanec, stanovalac, uporabnik, klient, itd.), ki je enkraten in neponovljiv v času in prostoru in je zato najvišja vrednota vrednostnega sistema medicinske sestre. Sposobnost doživljanja in razumevanja človeka kot celote telesnega, duševnega, duhovnega in socialnega bitja usklajuje MS s svojimi znanji, izkušnjami in sposobnostmi ob nenehnem prilagajanju in spreminjanju svojega pozitivnega odnosa do sebe, do drugih in do okolice.

1.3.2 Teoretični model Marjory Gordon

Marjory Gordon je zaslužna profesorica in avtorica večine negovalnih diagnoz, ki jih je objavila Severnoameriška zveza za negovalne diagnoze NANDA (North American Nursing Diagnosis Assosiation). Leta 1976 je opredelila definicijo (29): "Negovalna diagnoza je opis aktivnega in potencialnega negovalnega problema, ki so ga medicinske sestre z ozirom na svojo izobrazbo in izkušnje pooblašene reševati."

Definicija NANDA prav tako opisuje ta pojem: Negovalna diagnoza je klinična presoja o odzivu posameznika, družine ali skupnosti na dejanske ali možne zdravstvene probleme/živiljenjske procese. Negovalna diagnoza je osnova terapevtskim postopkom, ki vodijo do rezultatov, za katere je odgovorna medicinska sestra.

Marjory Gordon se opira na funkcionalni vzorec zdravja, ki je osnova za oblikovanje negovalne diagnoze. Razdelitev je zelo široka, zato je uporabna v vseh stanjih, ki potrebujejo aktivnosti zdravstvene nege: v obdobju zdravja, bolezni, v vsakem življenjskem obdobju in v vseh kliničnih specialnostih. Najbolj pomembno je to, da se osredotoča na pacienta. Cilji zdravstvene nege so na osnovi negovalne diagnoze vedno usmerjeni k pacientu; zastavljeni so z njegovim sodelovanjem, zanj načrtujemo potrebne intervencije in predvidevamo optimalne rezultate (30).

Zdravstvena nega obravnava pacientove potrebe individualno, na telesnem, duševnem in socialnem področju. V procesu zdravstvene nege se ugotavlja negovalne probleme (diagnoze), ki izhajajo iz življenjskih aktivnosti, določi cilje in intervencijo ter se izvaja dejavnost v smislu vodenja, usmerjanja, podpore, svetovanja in učenja (31).

Funkcionalni vzorci obnašanja posameznikov, družin ali skupnosti izhajajo iz interakcije z okoljem. Vsak odziv izraža biopsihosocialno integracijo. Na funkcionalno obnašanje vplivajo biološki, razvojni, kulturni, socialni in duhovni dejavniki. Disfunkcionalni vzorci obnašanja (kakor jih opisujejo negovalne diagnoze) so lahko posledica bolezni, prav tako pa lahko disfunkcionalni vzorci zdravega obnašanja vodijo v bolezen. Presoja o tem, če je neki vzorec obnašanja funkcionalen ali disfunkcionalen, je možna s primerjavo na osnovi:

- individualnih načel,
- ustaljenih norm obnašanja za določene starostne skupine,
- na osnovi kulturnih, socialnih in ostalih norm (31).

Funkcionalni vzorci zdravega obnašanja po Marjory Gordon so (29):

1. odnos do lastnega zdravja – vzorci zdravega obnašanja,
2. prehrambeni in metabolični procesi,
3. izločanje,
4. fizična aktivnost,
5. počitek – spanje,
6. kognitivni procesi,
7. zaznavanje samega sebe,
8. družbena vloga in medosebni odnosi,
9. spolni-reproduktivni sistem,
10. obvladovanje stresnih situacij,
11. vrednostni sistem.

1.3.3 Vloga zdravstvene nege pri parih, ki se soočajo z neplodnostjo

Vloga sodobne medicinske sestre v širšem smislu presega njeno ožje okolje in posega tudi na družbeno in politično raven. Na področju zdravstvene nege ima medicinska sestra profesionalne vloge, katere so ji lahko v pomoč pri zadovoljevanju potreb pacienta in dvigu kakovosti zdravstvene nege ter medsebojnih odnosov s pacientom. Je lahko izvajalka zdravstvene nege, zagovornica, učiteljica in svetovalka, raziskovalka, zastopnica, medicinska sestra v vlogi modela ali medicinska sestra, ki nudi podporo, pomoč in oporo (32).

Medicinska sestra kot nosilka in izvajalka zdravstvene nege ima na področju reproduktivnega zdravja pomembno vlogo. Vloge so različne zaradi specifičnosti obravnave, heterogenosti populacije in obravnave v različnih področjih zdravstvenega varstva. Prav za zdravstveno varstvo na tem področju skrbijo zdravstveni domovi - dispanzerji za ženske, zasebne ginekološke ambulante, patronažno varstvo, porodniški in ginekološki oddelki bolnišnic, klinike za ginekologijo in porodništvo. Medicinske sestre, ki izvajajo zdravstveno oz. spolno vzgojo med mladostniki naj bi dale glede na smernice Ministrstva za zdravje večji poudarek na promocijo fertiliteti (9).

Prispevek zdravstvene nege k obravnavi para, ki se sooča z neplodnostjo je raznolik. Vloga zdravstvene nege se razlikuje od primera do primera. Lahko gre za hitro srečanje ob sprejemu, asistenco pri medicinsko diagnostičnih in terapevtskih posegih, ali pa "fertility nurses" v Angliji (33). Le te koordinirajo vse vidike plodnosti, imajo večje kompetence, so bolj samostojne in se vključujejo v strateške izboljšave na tem področju zdravstva (34). Ko se par sooči z neplodnostjo ima prav primarno zdravstvo možnost pomagati, tako da mu medicinske sestre zagotavljajo osnovne nasvete v okviru svojih kompetenc glede življenjskega sloga, zdravja in načrtovanja družine (pogostosti in urnika spolnega občevanja). To pa je včasih dovolj, da se reši problem. Medicinska sestra mora najprej z veliko mero razumevanja, empatije in ustrezno komunikacijo pridobiti zaupanje para. Komunikacija s parom, ki se sooča z neplodnostjo, je bistveni del nudenja zdravstvene oskrbe (35). V nekaterih Centrih za zdravljenje neplodnosti v Veliki Britaniji je ena medicinska sestra zadolžena za vsak par v času njihovega zdravljenja (36).

Če je iz pogovora razvidno, da nimata osvojenih nekaterih osnovnih znanj o dejavnikih, ki vplivajo na plodnost naj bi jih o tem poučila. Zaradi heterogenosti populacije se pogosto prepleta veliko manjših skritih dejavnikov, ki pa bistveno vplivajo na vzroke neplodnosti (19). Začne se z najlažjim in najmanj motečim pristopom. Poleg podatkov o splošnem zdravju in življenjskem slogu, lahko medicinska sestra pridobi od para podatke še o menstruacijskem ciklu, prejšnjih nosečnostih, ginekoloških operacijah, kontracepciji, spolnih boleznih, spolni aktivnosti, prekomerni vadbi, uživanju alkohola, družinskih boleznih, teži, itn. Odgovore na vprašanja splošnega zdravja in življenjskega sloga je potrebno preučiti in po potrebi svetovati. Medicinska sestra jim lahko da navodila kako povečati možnosti zanositve. Nasveti morajo biti strokovno neoporečni in znanstveno podprti. Ne svetujemo parom, ki tega od nas niso zahtevali in ne dajemo nepreverjenih informacij (37). Mnogi pari so deležni raznih dobronamernih nasvetov s strani družine ali prijateljev. Ti nasveti pa so včasih napačni in pare dodatno zmedejo. Neplodnost ustvarja veliko ranljivost in je pogosto težko priznati nerazumevanje zaradi strahu pred posmehom. Zato je potrebna ustrezna čustvena podpora medicinske sestre in ostalega osebja (4). Na forumu, kjer je zaslediti tovrstne težave, je moč razbrati, da si pari, ne želijo tovrstnih nasvetov, ki včasih mejijo na znanstveno fantastiko. Ker se vsakodnevno soočajo s svojimi neuspehi to jemljejo kot dodatno provokacijo. Ustvariti moramo zaupen odnos in ga nadgrajevati (31). Pari se morajo počutiti varno, zato si je treba zagotoviti ustrezen čas in primeren prostor, kjer ne bo prisotnih motečih dejavnikov. Potrebna so večkratna srečanja, da zagotovimo medsebojno zaupanje. To pa lahko dosežemo s spretnostmi dobre komunikacije, pristnostjo, spoštovanjem, pozornostjo, sprejemanjem, pozitivnostjo, znanjem, empatijo, neobsojanjem in doslednostjo. Poleg poslušanja, opazujemo še neverbalno komunikacijo; telesno držo, geste, smeri pogleda, dotik, obrazne izraze, prikimavanje, videz ter vse ostale telesne govorce (30). Parom damo našo kontaktno številko, če se pojavijo dodatna vprašanja. Po potrebi usmerimo par k drugim strokovnjakom.

Naloga medicinske sestre je poučevanje o dejavnikih spočetja in pa dejavnikih tveganja za neplodnost. Pred obsežnim testiranjem je potrebno vse to razrešiti (33). Iskanje vzrokov je zelo občutljiva tema in zahteva veliko občutljivih postopkov in preiskav. Tu pa ima medicinska sestra s svojim strokovnim znanjem veliko in pomembno vlogo.

2 NAMEN IN HIPOTEZE

S področjem neplodnosti smo se osebno srečevali in ob tem pridobili nekaj izkušenj in spoznali nekaj pomanjkljivosti. Zaradi pomanjkljive literature nam je bil še večji izziv nekaj prispevati k temu področju zdravstvene nege.

V diplomski nalogi smo na kratko predstavili področje neplodnosti, preiskave in diagnostiko ter zdravljenje. Zanimalo nas je, kakšna je vloga zdravstvene nege pri parih, ki se soočajo z neplodnostjo in kako bi pripomogli k boljšemu reproduktivnemu zdravju in k uspešnejšem obravnavanju omenjene problematike.

Pred pripravo raziskave in vprašalnika smo oblikovali naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kako lahko medicinska sestra izboljša obravnavo parov, ki se soočajo z neplodnostjo?
- Ali ima medicinska sestra v ambulanti ima dovolj časa za zdravstveno vzgojno delo, s pari, ki se soočajo z neplodnostjo?
- Ali bi s posebej izobraženo medicinsko sestro pripomogli k uspešnejšemu obravnavanju neplodnih parov?

Na podlagi raziskovalnih vprašanj smo oblikovali hipoteze, ki smo jih želeli preveriti:

Hipoteza 1:

- MS ima vpliv na področju preventive in edukacije mladih ter obravnavi parov, ki se soočajo z neplodnostjo.

Hipoteza 2:

- Medicinska sestra v ginekološki ambulanti se sooča s pomanjkanjem časa za zdravstveno vzgojno delo s pari, ki se soočajo z neplodnostjo.

Hipoteza 3:

- Zdravstveni delavci menijo, da bi MS s specialnim znanjem pripomogla k uspešnejšemu obravnavanju neplodnih parov.

3 MATERIALI IN METODE

Pregledali smo domačo in tujo literaturo. Uporabili smo sledeče baze podatkov: Vzajemno bibliografsko-kataložno bazo podatkov Virtualne knjižnice Slovenije (COBIB.SI), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Science Direct in PubMed. Pri iskanju so bile uporabljene ključne besede v slovenskem (neplodni par, neplodnost, vloga zdravstvene nege, kompetence medicinske sestre) in angleškem jeziku (infertile couple, nursing, nurse skills, fertility, infertility, infertility nursing).

Raziskovalni vzorec so bile medicinske sestre na vseh treh ravneh zdravstvenega varstva. Raziskavo smo opravili s pomočjo anketnih vprašalnikov, ki so vsebovali vprašanja zaprtega in odprtega tipa. Vprašalnik je bil sestavljen iz 25 vprašanj. Pet vprašanj je namenjenih demografskim podatkom anketirancev, 18 vprašanj, ki so se nanašale na vlogo medicinskih sester pri delu s pari, ki se soočajo z neplodnostjo, zadnji dve vprašanji pa sta se nanašali na morebitno specializacijo medicinskih sester v smeri ginekologije oz neplodnosti v Sloveniji.

Vprašalnike smo naslovili na medicinske sestre, ki so zaposlene v ginekoloških dispanzerjih, specialističnih ambulantah, Centru za zdravljenje neplodnosti ter Univerzitetnih kliničnih centrih. Neposredno pred izvedbo ankete smo naš namen raziskave pojasnili vsem sodelujočim anketirancem, od katerih smo tako dobili ustno soglasje za izvedbo ankete in objavo rezultatov v študijske namene nekateri so sodelovanje zavrnil. Razdelili smo 50 anketnih vprašalnikov. Od tega smo dobili nazaj 43 popolnoma izpolnjenih vprašalnikov. Za obdelavo podatkov je bila uporabljena deskriptivna statistična metoda. Rezultati so izraženi v številkah in odstotkih. Grafično so rezultati prikazani s pomočjo računalniškega programa Microsoft Excel.

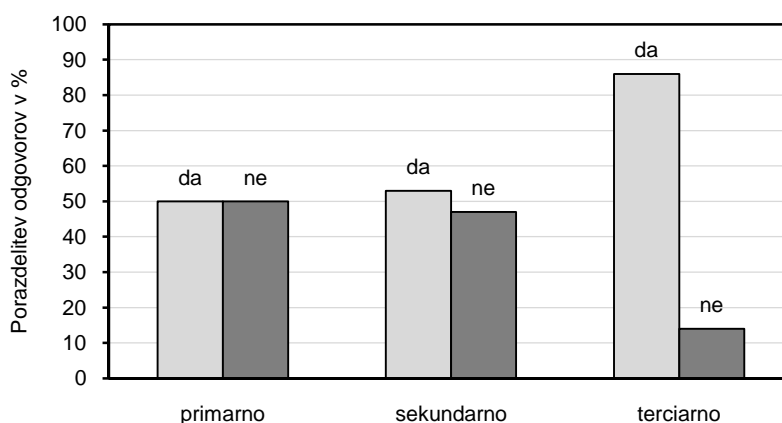
4 REZULTATI IN ANALIZA PODATKOV

Pri evaluaciji rezultatov smo prišli do podatkov o strukturi anketirancev. V raziskavi je sodelovalo 43 zdravstvenih delavcev. Vseh (100%) anketiranih zdravstvenih delavcev je bilo ženskega spola. Enaindvajset (49%) anketirank je bilo starih od 41 do 50 let, 11 (26%) jih spada v starostno skupino od 31 do 40 let, 5 (12%) od 20 do 30 let, 5 (12%) od 51 do 60 let in le ena od anketirank je starejša od 60 let. Iz tega je razvidno, da je večina anketiranih medicinskih sester starih od 41 do 50 let. 22 (51%) anketirank ima delovno dobo od 21 do 30 let, 10 (23%) 11 do 20 let, 6 (14%) do 10 let in 5 (12%) medicinskih sester je nad 30 let. Iz tega je razvidno, da so prevladovale izkušene medicinske sestre z 21 do 30 let delovnih izkušenj. Pri čemer jih je največ zaposleno v sekundarnem zdravstvu 15 (35%), v primarnem 14 (33%) in terciarnem 14 (33%). Izobrazba je predvsem srednja, saj ima kar 31 (74%) medicinskih sester izobrazbo medicinske sestre ali zdravstvenega tehnika, 8 (19%) pa je višjih ali diplomiranih medicinskih sester, 1 (2%) babica in 2 (5%) diplomirani babici.

Anketno vprašanje številka 6:

Ali je v timu zaposlena vsaj ena diplomirana medicinska sestra?

Graf 1: Porazdelitev prisotnosti diplomirane medicinske sestre v kolektivu v primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvu v %

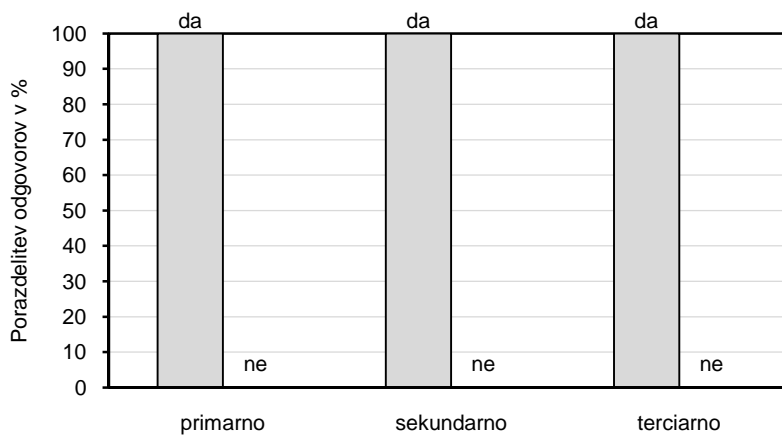


Sedemintrideset (86%) anketirank v terciarnem zdravstvu je odgovorilo, da je prisotna v njihovem timu ali ambulantni diplomirana medicinska sestra, 23 (53%) anketirank v sekundarnem zdravstvu in 22 (50%) anketirank v primarnem.

Anketno vprašanje številka 7:

Ali se pri delu srečujete s pari, ki se soočajo z neplodnostjo?

Graf 2: Porazdelitev srečevanja s pari, ki se soočajo z neplodnostjo v primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvu v %

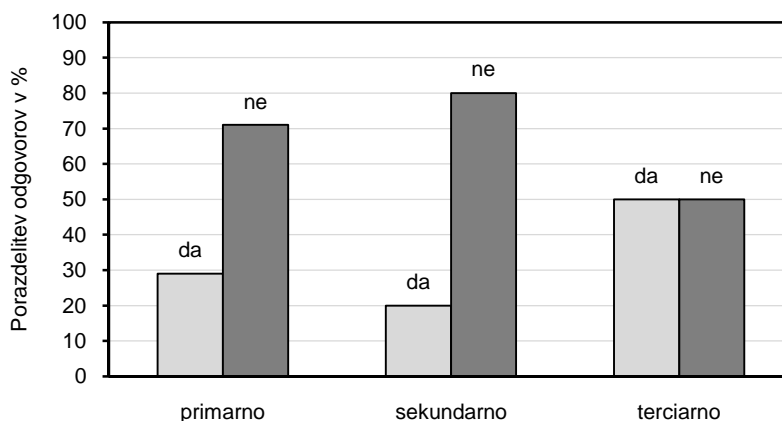


Triinštirideset (100%) anketirank je odgovorilo, da se pri delu srečujejo s takšnimi pari.

Anketno vprašanje številka 8:

Ali se dodatno izobražujete s področja neplodnosti?

Graf 3: Porazdelitev prisotnosti dodanega izobraževanja v primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvu v %

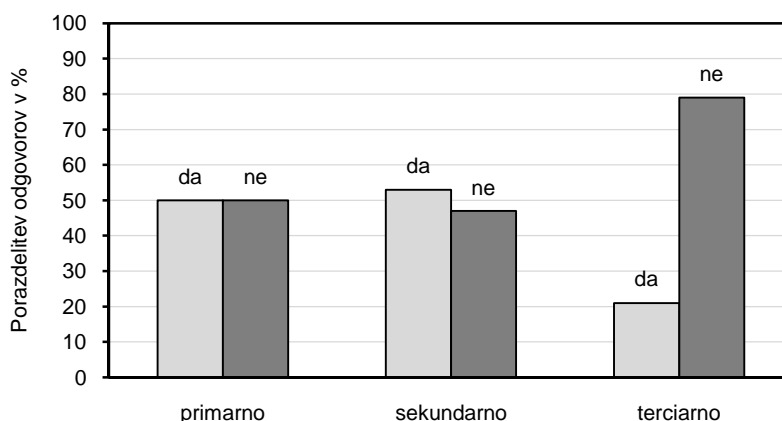


Trinajst (29%) anketirank v primarnem zdravstvu se dodatno izobražuje, 9 (20%) v sekundarnem in terciarnem 22 (50%).

Anketno vprašanje številka 9:

Ali menite, da dobijo pari dovolj informacij od zdravnika?

Graf 4: Porazdelitev mnenja o zagotovitvi dovolj informacij od zdravnika v primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvu v %

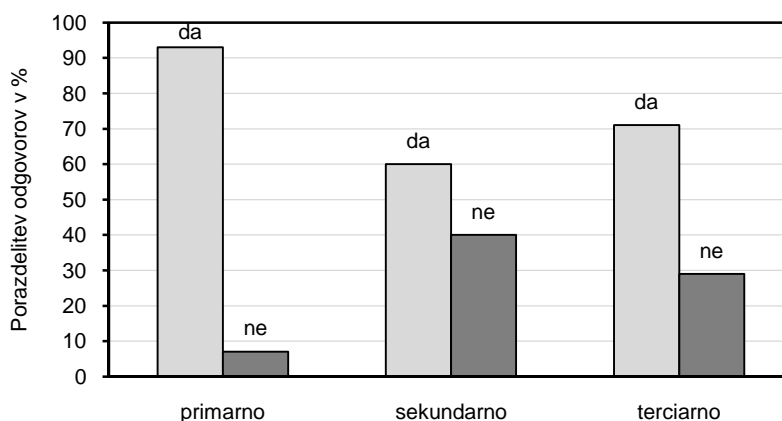


Dvaindvajset (50%) anketirank v primarnem zdravstvu meni, da dobijo pari dovolj potrebnih informacij od zdravnika, 23 (53%) v sekundarnem in terciarnem 9 (21%).

Anketno vprašanje številka 10:

Ali se na vas obračajo za informacije glede neplodnosti?

Graf 5: Porazdelitev zahtev pacientov po informacijah od medicinskih sester v primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvu v %

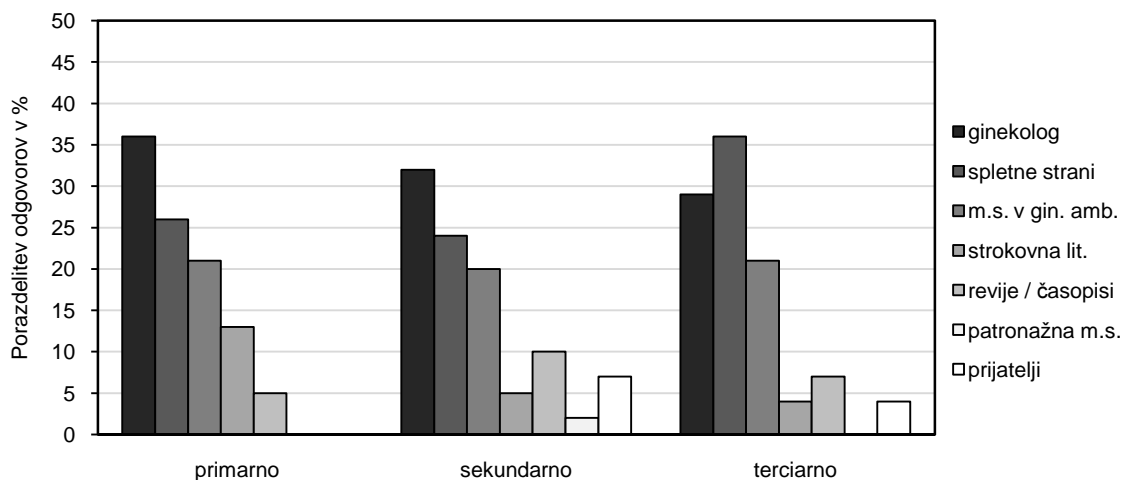


Štirideset (93%) anketirank v primarnem zdravstvu meni, da se na njih obračajo za informacije glede neplodnosti, 26 (60%) v sekundarnem in terciarnem 31 (71%).

Anketno vprašanje številka 11:

Kje dobijo po vašem mnenju največ informacij?

Graf 6: Porazdelitev iskanja informacij s strani pacientov v primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvu v %

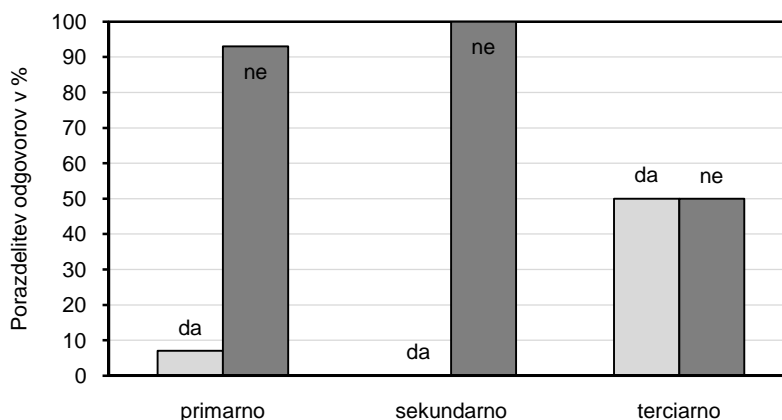


Šestnajst (36%) anketirank v primarnem zdravstvu je mnenja, da dobijo pari največ informacij od izbranega ginekologa, 11 (26%) spletnih strani, 9 (21%) od medicinske sestre v ginekološki ambulanti, 6 (13%) iz literature – strokovnih knjig, 2 (5%) iz revij in časopisov, 0 (0%) od patronažne medicinske sestre, od družinskih članov in od prijateljev. Štirinajst (32%) anketirank v sekundarnem zdravstvu je mnenja, da dobijo pari največ informacij od izbranega ginekologa, 10 (24%) spletnih strani, 9 (20%) od medicinske sestre v ginekološki ambulanti, 2 (5%) iz literature – strokovnih knjig, 4 (10%) iz revij in časopisov, 1 (2%) od patronažne medicinske sestre, 0 (0%) od družinskih članov in 3 (7%) od prijateljev. Dvanajst (29%) anketirank v terciarnem zdravstvu je mnenja, da dobijo pari največ informacij, od izbranega ginekologa, 14 (36%) spletnih strani, 9 (21%) od medicinske sestre v ginekološki ambulanti, 2 (4%) iz literature – strokovnih knjig, 3 (7%) iz revij in časopisov, 0 (0%) od patronažne medicinske sestre, 0 (0%) od družinskih članov in 2 (4%) od prijateljev.

Anketno vprašanje številka 12:

Ali imate pri svojem delu dovolj časa za pogovor s pari, ki se soočajo z neplodnostjo, v smislu svetovanja in zdravstvene vzgoje?

Graf 7: Čas za pogovor medicinskih sester v primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvu v %

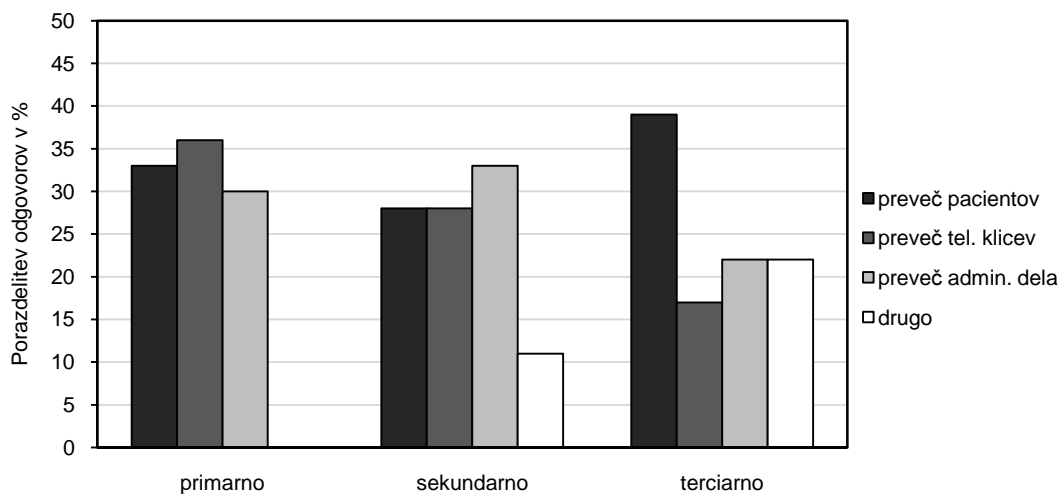


Štirideset (93%) anketirank v primarnem zdravstvu meni, da nimajo pri svojem delu dovolj časa za pogovor s pari, ki se soočajo z neplodnostjo, v smislu svetovanja in zdravstvene vzgoje, 43 (100%) v sekundarnem in terciarnem 21 (50%).

Anketno vprašanje številka 13:

Če menite, da nimate dovolj časa, kaj vas pri tem ovira?

Graf 8: Ovire za delo medicinske sestre v primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvu v %



V primarnem zdravstvu 14 (33%) anketirank meni, da nimajo dovolj časa, ker jih pri tem ovira to, da imajo preveč pacientov, 16 (36%) preveč telefonskih klicev, 13 (30%) preveč administrativnega dela in 0 (0%) drugo.

V sekundarnem zdravstvu 12 (28%) anketirank meni, da nimajo dovolj časa, ker jih v pri tem ovira to, da imajo preveč pacientov, v 12 (28%) preveč telefonskih klicev, 14 (33%) preveč administrativnega dela in 5 (11%) drugo.

V terciarnem zdravstvu 17 (39%) anketirank meni, da nimajo dovolj časa, ker jih pri tem ovira to, da imajo preveč pacientov, 7 (17%) preveč telefonskih klicev, 10 (22%) preveč administrativnega dela in 10 (22%) drugo.

Anketno vprašanje številka 14:

Kaj jih največkrat zanima oz. katera vprašanja so najpogostejša?

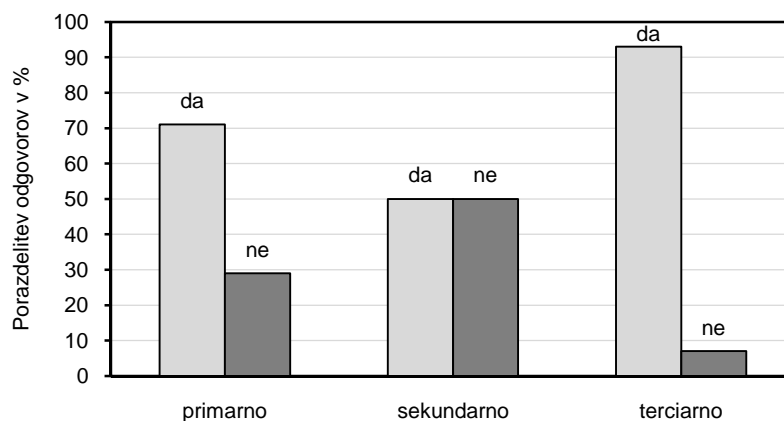
Iz izpolnjenih anket smo ugotovili, da so najpogostejša vprašanja sledeča:

- kam bodo napoteni
- vzroki za neplodnost
- kako poteka postopek OBMP
- kakšne so izkušnje drugih in kakšna je uspešnost zdravljenja
- kako naj jemljejo terapijo
- kakšni so nadaljnji postopki
- kakšno prehrano naj uživajo
- kako pogosto naj imajo spolne odnose
- ali se lahko kopajo
- kaj sami lahko naredijo za izboljšat plodnost
- kam jih bomo napotili na zdravljenje
- kaj je IVF postopek
- ali so omejitve glede starosti
- kakšne so možnosti oploditve
- zanima jih cel proces zdravljenja po korakih
- ali je to pogost pojav
- koliko časa bodo zdravljeni
- kakšne so čakalne dobe
- kolikšen je čas hospitalizacije
- kakšne preiskave bodo imeli in ali so boleče, plačljive
- kako si aplicirajo terapijo
- kaj sledi v primeru, ko zdravljenje ni uspešno
- radi opisujejo čustva, ki jih doživljajo ob neuspehu in iščejo pomoč ter upanje

Anketno vprašanje številka 15:

Ali imate občutek, da so pari zelo motivirani za spremembo življenjskega sloga in škodljivih razvad v korist zdravljenju neplodnosti?

Graf 9: Porazdelitev mnenja o motiviranosti za spremembo življenjskega sloga v primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvu v %

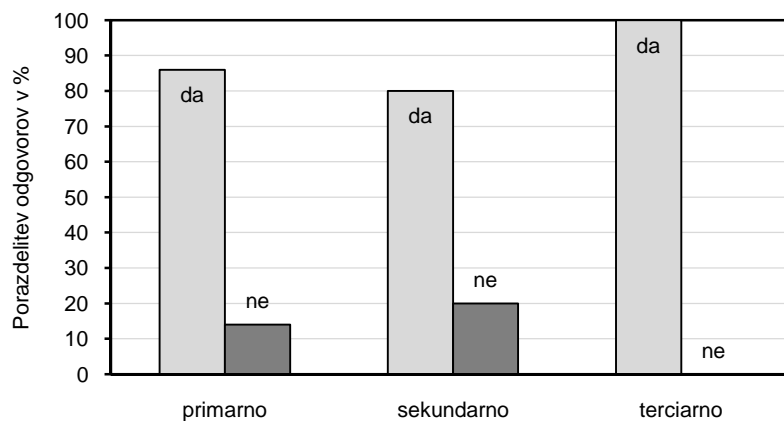


Trideset (71%) anketirank v primarnem zdravstvu meni, da so pari zelo motivirani za spremembo življenjskega sloga pri zdravljenju neplodnosti, 22 (50%) v sekundarnem in terciarnem 40 (93%).

Anketno vprašanje številka 16:

Ali menite, da potrebujejo pari veliko mero zasebnosti?

Graf 10: Porazdelitev potrebe po zasebnosti

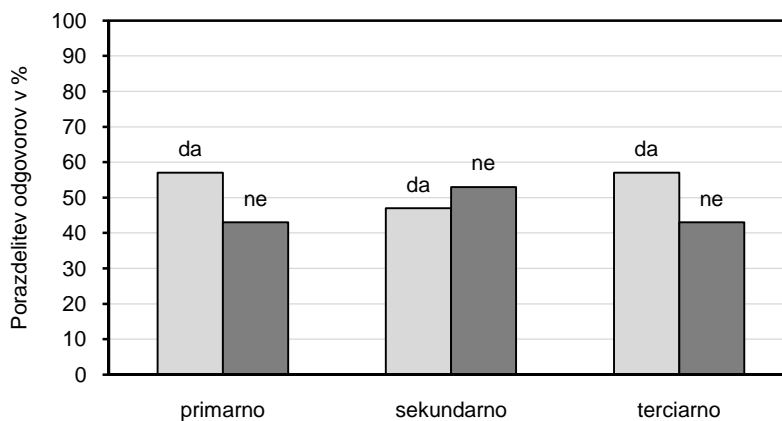


Sedemintrideset (86%) anketirank v primarnem zdravstvu meni, da potrebujejo pari veliko mero zasebnosti, 34 (80%) v sekundarnem in terciarnem 43 (100%).

Anketno vprašanje številka 17:

Ali lahko v vašem delovnem okolju zagotovite zasebnost?

Graf 11: Porazdelitev možnosti zagotavljanja zasebnosti v primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvu v %

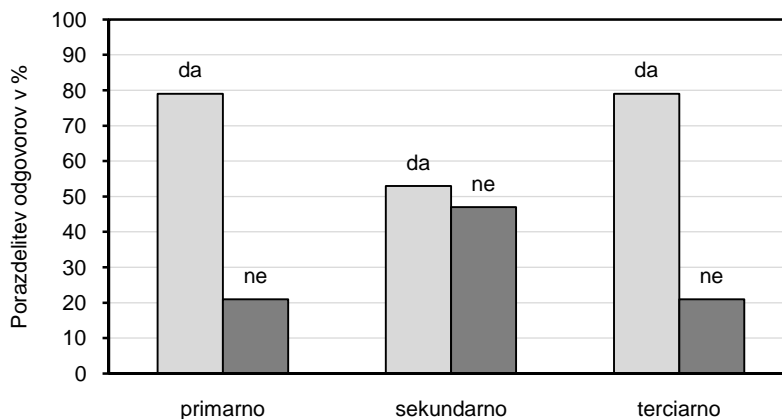


Petindvajset (57%) anketirank v primarnem zdravstvu meni, da lahko zagotovijo zasebnost, 20 (47%) v sekundarnem in terciarnem 25 (57%).

Anketno vprašanje številka 18:

Ali imate občutek, da vam pari zaupajo v tolikšni meri, da bi od vas pričakovali obširnejše in konkretnejše informacije glede neplodnosti?

Graf 12: Porazdelitev zaupanja parov

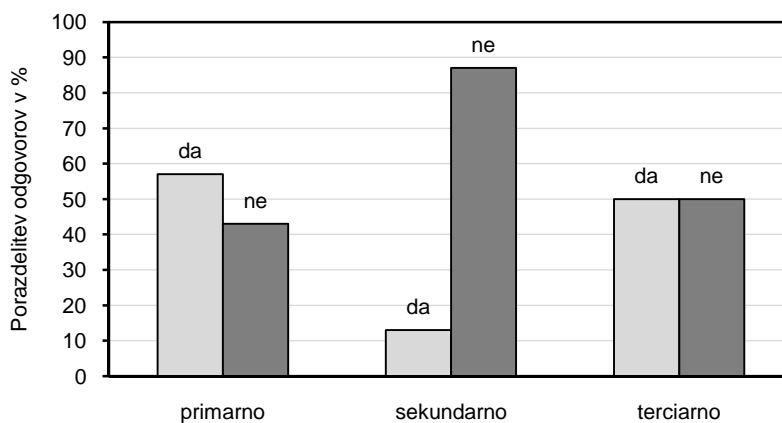


Štirintrideset (79%) anketirank v primarnem zdravstvu meni, da imajo občutek, da jim pari zaupajo, 23 (53%) v sekundarnem in terciarnem 34 (79%).

Anketno vprašanje številka 19:

Ali imate dovolj znanja in kompetenc, da bi svetovali glede zdravljenja neplodnosti?

Graf 13: Porazdelitev mnenja o dovolj znanja in kompetenc, da bi svetovali glede zdravljenja neplodnosti

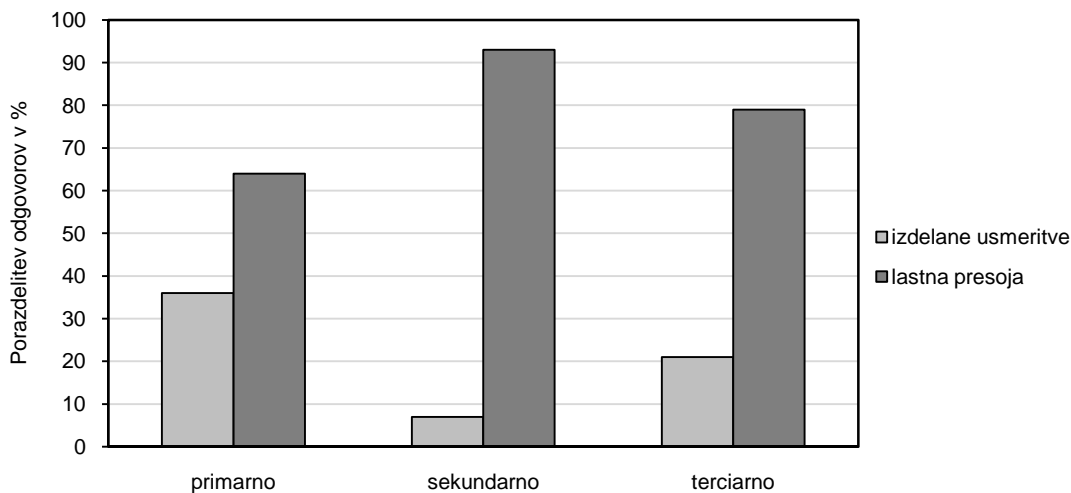


Petindvajset (57%) anketirank v primarnem zdravstvu meni, da imajo dovolj znanja, 6 (13%) v sekundarnem in terciarnem 22 (50%).

Anketno vprašanje številka 20:

Ali imate izdelane usmeritve, za delo z neplodnimi pari ali delate na lastni presoji individualnih problemov?

Graf 14: Porazdelitev sester z izdelanimi usmeritvami pri svojem delu in z delom po lastni presoji v primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvu v %

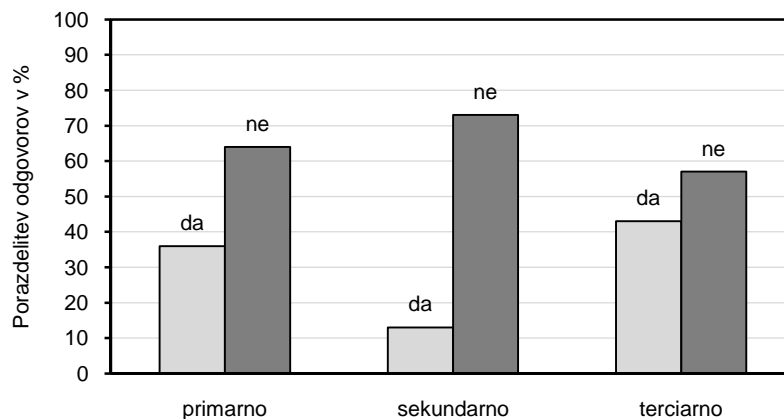


Šestnajst (36%) anketirank v primarnem zdravstvu dela po izdelanih usmeritvah in 28 (64%) po lastni presoji, v sekundarnem 3 (7%) po izdelanih usmeritvah in 40 (93%) po lastni presoji in terciarnem 9 (21%) po izdelanih usmeritvah in 34 (79%) po lastni presoji.

Anketno vprašanje številka 21:

Ali imate možnost strokovnega izobraževanja na področju neplodnosti?

Graf 15: Porazdelitev možnosti izobraževanja na področju neplodnosti

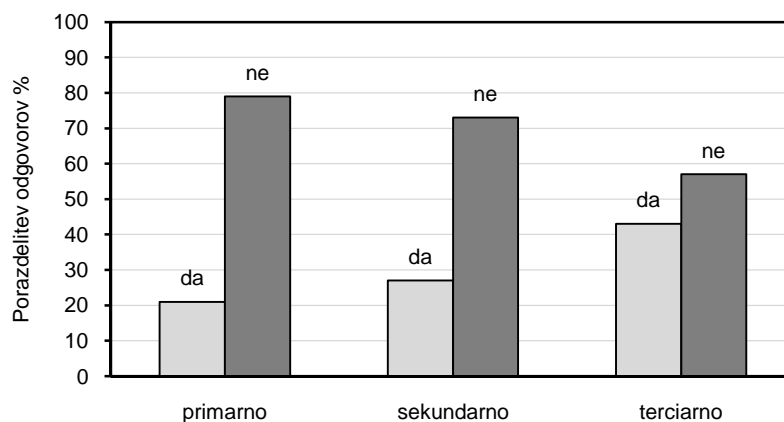


Šestnajst (36%) anketirank v primarnem zdravstvu ima možnost strokovnega izobraževanja na področju neplodnosti, 6 (13%) v sekundarnem in terciarnem 19 (43%).

Anketno vprašanje številka 22:

Ali menite, da se dovolj promovira plodnost v smislu, starosti prvoročk in glede na zdrav življenjski slog?

Graf 16: Porazdelitev mnenja o promociji plodnosti

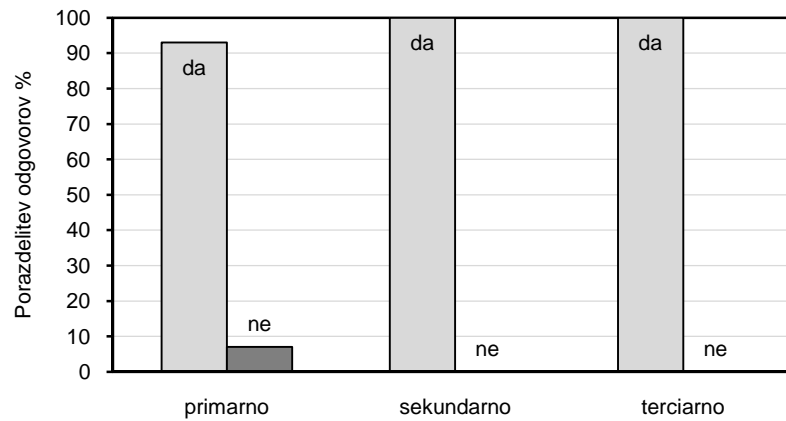


Devet (21%) anketirank v primarnem zdravstvu meni, da se dovolj promovira plodnost v smislu, starosti prvorodk in glede na zdrav življenjski slog, 12 (27%) v sekundarnem in terciarnem 19 (43%).

Anketno vprašanje številka 23:

Ali mislite, da bi zdravstvena nega potrebovala specializacijo znanj na področju neplodnosti?

Graf 17: Porazdelitev mnenja o potrebi po specializaciji znanj na področju neplodnosti

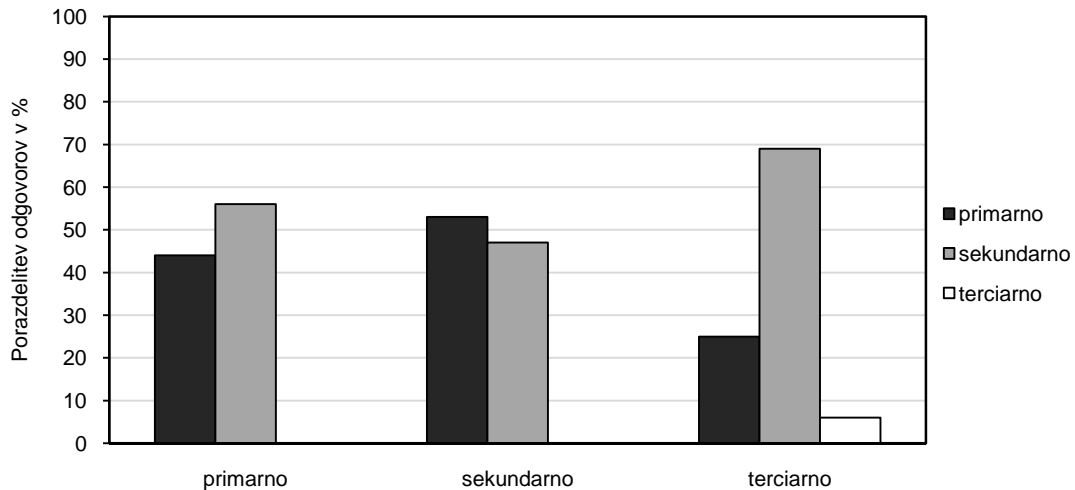


Štirideset (93%) anketirank v primarnem zdravstvu je mnenja, da bi zdravstvena nega potrebovala specializacijo znanj na področju neplodnosti, 43 (100%) v sekundarnem in terciarnem 43 (100%).

Anketno vprašanje številka 24:

Na katerem področju bi kasneje delovala npr. specializirana sestra za plodnost?

Graf 18: Porazdelitev mnenja o področju kjer bi delovala specializirana MS

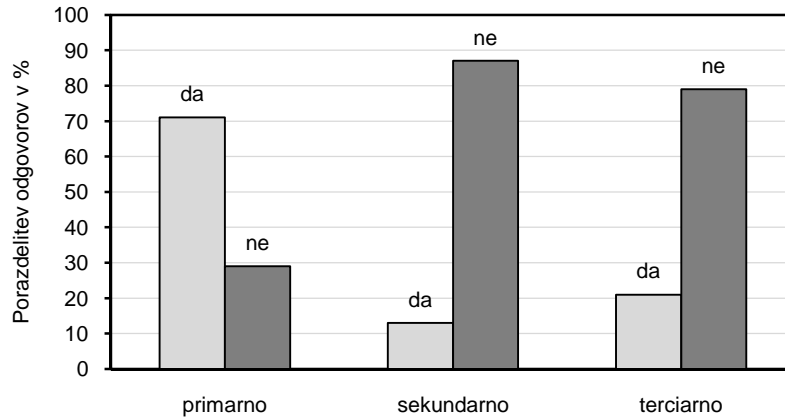


Devetnajst (44%) anketirank v primarnem zdravstvu je mnenja, da bi delovala v primarnem zdravstvu in 24 (56%) v sekundarnem zdravstvu in 0 (0%) v terciarnem zdravstvu. Triindvajset (53%) anketirank v sekundarnem zdravstvu je mnenja, da bi delovala v primarnem zdravstvu in 20 (47%) v sekundarnem zdravstvu in 0 (0%) za v terciarnem zdravstvu. Enajst (25%) anketirank v terciarnem zdravstvu je mnenja, da bi delovala v primarnem zdravstvu in 30 (69%) v sekundarnem zdravstvu in 3 (6%) v terciarnem zdravstvu.

Anketno vprašanje številka 25:

Ali spremljate paciente skozi proces zdravljenja in dobite povratne informacije o uspešnosti zdravljenja?

Graf 19: Spremljanje procesa in uspešnosti zdravljenja



Enaintrideset (71%) anketirank v primarnem zdravstvu spremlja paciente skozi proces zdravljenja in dobiva povratne informacije o uspešnosti zdravljenja, 5 (13%) v sekundarnem in terciarnem 9 (21%).

5 RAZPRAVA

5.1 Obravnava postavljenih hipotez

V raziskavi je sodelovalo 43 medicinskih sester in babic iz različnih ustanov, ki se ukvarjajo z neplodnostjo. Ugotovili smo, da se MS kot nosilec in izvajalec zdravstvene nege pojavlja v vseh zdravstvenih dejavnostih in je v idealnem položaju, da lahko izboljša odnos izbrane populacije k reproduktivnemu zdravju. Pri preventivnih dejavnostih ima pomembno vlogo primarno zdravstvo in s tem pride v ospredje zdravstveno vzgojno delo MS.

Hipotezo 1 lahko glede na literaturo in podatke, ki smo jih dobili s pomočjo anketnega vprašalnika, potrdimo. MS ima vpliv na področju preventive in edukacije mladih ter obravnavi parov, ki se soočajo z neplodnostjo, vendar je vprašanje v kolikšni meri. Pari si zelo želijo nasvetov ter informacij, saj bi želeli da bi do spočetja prišlo po naravni poti. V raziskavi smo ugotovili, da anketiranke menijo, da pacienti od zdravnika ne prejmejo vseh informacij (graf 4). Obračajo se na medicinske sestre (graf 5) in jim zaupajo (graf 12) v tolikšni meri, da od njih pričakujejo obširnejše in konkretnije informacije glede neplodnosti.

Vprašanja, ki se nanašajo na zdravstveno osebje so različna in kljub temu, da jim ginekolog razloži, si želijo še dodatne informacije od medicinskih sester. Zanima jih kakšni so vzroki, kakšne bodo preiskave, vsi postopki zdravljenja, prehrana, spolni odnosi, kam bodo napoteni, izkušnje in uspešnost drugih, kaj sami lahko naredijo za izboljšanje plodnosti, do specifičnih vprašanj, ki se nanašajo na določeno preiskavo ali poseg. Na medicinske sestre se obračajo tudi glede čustev in iščejo moralno podporo v času, ko se soočajo z neuspehom. Bistvo pa je, da na razumljiv način podamo parom z dokazi podprte informacije, da se bodo lahko osveščeno odločili o svoji reproduktivni prihodnosti in zdravljenju, ki ga želijo prejeti (3). Pare spodbujamo in jim ne dajemo lažnega upanja.

Vendar se kaže težava v tem, da je večina zaposlenih medicinskih sester s srednjo izobrazbo (74%) in so mnenja, da imajo premalo znanja (graf 13). Od tega se manjši delež

medicinskih sester dodatno izobražuje (graf 3), na področju neplodnosti pa nimajo veliko možnosti strokovnega izobraževanja. Zato ni zanemarljivo dejstvo, da jih večina dela z neplodnimi pari po lastni presoji, brez izdelanih vodil (graf 14).

Velika večina medicinskih sester meni, da nimajo pri svojem delu dovolj časa za pogovor s pari, ki se soočajo z neplodnostjo, v smislu svetovanja in zdravstvene vzgoje (graf 7).

Hipotezo 2 lahko glede na podatke, ki smo jih dobili s pomočjo anketnega vprašalnika, potrdimo. Iz raziskave je razvidno, da se pacienti glede informacij največ obračajo na medicinske sestre zaposlene v primarnem zdravstvu (92 %). Nekoliko manj v sekundarnem zdravstvu (60 %) in terciarnem zdravstvu (71 %). Sami pa največ informacij dobijo na spletnih straneh, kar je žalostno, ker bi to lahko izvedeli od medicinskih sester. Sklepamo, da je vzrok to, da že sami zaznajo, da medicinske sestre nimajo časa in nimajo možnosti zagotoviti potrebno zasebnost. Iz ankete je namreč razvidno, da medicinske sestre ne morejo v več kot polovici primerov zagotoviti ustrezne zasebnosti. Ravno tako je razvidno, da imajo medicinske sestre v primarnem in sekundarnem zdravstvu večinoma premalo časa za pogovor s pari (90 - 100 %). Po drugi strani pa imajo sestre v terciarnem času dovolj časa (50 %). Razlogi za pomanjkanje časa v primarnem in sekundarnem zdravstvu so podobni in so večinoma v prevelikem številu pacientov, prevelikemu številu telefonskih pogovorov in v preobilici administrativnega dela. Izraziti glavni razlog v terciarnem zdravstvu pa je preveliko število pacientov.

Anketiranke so mnenja, da imajo premalo možnosti strokovnega izobraževanja na področju neplodnosti. Iz ankete je razvidno, da je le majhen delež zaposlenih na primarni in sekundarni ravni, ki se dodatno izobražujejo na področju neplodnosti. Na terciarni ravni pa je delež večji. Večina je mnenja, da se ne promovira dovolj plodnosti (graf 16).

Zavedamo se, da je zdravljenje neplodnosti široko področje, ki zaradi napredka tehnologije tudi presega meje splošnega znanja. Zdravljenje z zdravili, kirurškimi posegi in s tehnikami oploditve z biomedicinsko pomočjo pa ni vedno prva izbira. Zdravljenje vključuje tudi nasvete o spremembi načina življenja, prehranjevanja, opustitvi kajenja in omejitvi profesionalnega stresa. Vsekakor je potrebno z parom vzpostaviti kontakt in

pridobiti podatke, ki nam predstavijo morebitne probleme, ki si jih par mogoče ne upa povedati ali meni, da niso pomembni. Individualno delo z parom, profesionalni odnos pa nam seveda odpreta pot do zaupanja in aktivnega sodelovanja z neplodnim parom.

Hipotezo 3 lahko glede na podatke, ki smo jih prejeli s pomočjo anketnega vprašalnika, potrdimo. Anketiranke so si enotne (graf 17), da bi s posebej izobraženo medicinsko sestro pripomogli k uspešnejšemu obravnavanju neplodnega para. Tako bi se bolje prilagajala njihovim potrebam in razvoju stroke. Zaradi specifičnosti zdravljenja imajo pari običajno več znanja o zdravljenju in postopkih OBMP, kot sestre v ginekoloških ambulantah, ki se ne ukvarjajo z specifičnimi zdravljenji neplodnosti.

Mnenje o tem, kje bi delovala je v večini anketirank odgovorilo, da v primarnem ali sekundarnem zdravstvu (graf 18). V tujini so "fertility nurses" zaposlene na vseh ravneh zdravstva. Delujejo v preventivi, samostojno izvajajo nekatere diagnostične preiskave kot je ultrazvok, specifične posege pri OBMP, psihoterapevtsko delo in aktivno se vključujejo v zdravstveno politiko za izboljšanje kakovosti, ki se nanaša na preiskave, zdravljenje in raziskave, povezane z upravljanjem neplodnosti (34). V nekaterih Centrih za zdravljenje neplodnosti v Veliki Britaniji je ena medicinska sestra zadolžena za vsak par v času njihovega zdravljenja in tako spremlja par, nudi podporo, jih usmerja in obenem vzdržuje možnost kontakta. Številni članki v evropskih državah objavljajo dokaze o izboljšani zdravstveni in babiški negi na področjih, kjer so bile uvedene specializacije. Tako imenovani specialisti zapolnjujejo vrzeli med nekaterimi področji zdravstvenega varstva ali pa zagotavljajo visokokakovostno zdravstveno ali babiško nego pri nalogah, kjer se prekrivata zdravstvena nega in medicina. Potrebe po specializacijah se kažejo tudi pri nas in v ta namen delujejo že delovne skupine za pripravo specializacij (38).

Iz raziskave vidimo, da se na področju primarnega zdravstva spremlja proces zdravljenja (70 %). Medtem ko na sekundarnem in terciarnem (12 - 21 %). Nimamo evidenc koliko ljudi se zdravi za neplodnost in kakšni so končni "izidi".

Raziskava odpira možnosti za raziskovanje in ugotavljanje konkretnih kompetenc, ki jih imajo medicinske sestre na različnih nivojih zdravstvenega varstva in glede na izobrazbo.

Zdravstveno nego neplodnosti bi bilo potrebno strokovno in organizacijsko razvijati. Pri pregledu gradiva smo opazili, da se pojavlja zdravstvena nega pri neplodnih parih predvsem v zvezi z OBMP in v Sloveniji take raziskave podatkov v literaturi nismo zasledili. Mogoče bomo s to diplomsko nalogo pripomogli k temu, da se bo ustvarila specializacija na področju plodnosti.

V ta namen predlagamo uporabo obrazca "negovalna anamneza", ki bi nam v veliki meri pomagal, k boljši obravnavi, individualnem in profesionalnem pristopu. Z izdelanimi usmeritvami lahko izboljšamo kakovost obravnave, načrtovanje intervencij, sledljivost in povratne informacije.

5.2 Predlog negovalne anamneze za obravnavo neplodnih parov po Marjory Gordon

Pri parih, ki se soočajo z neplodnostjo, predlagamo uporabo teoretičnega modela Marjory Gordon. Zato smo v nadaljevanju predstavili načrt dela z namenom, da pridobimo natančne podatke oz. negovalno anamnezo. Ti podatki oz. izraženi problemi so osnova za cilje in intervencije, ki jih lahko načrtujemo s posameznim parom. Na podlagi predstavljenega vzorca bi bil par obravnavan celostno, s čimer bi do izraza prišle tudi težave, ki niso opazne, in jim par ne namenja večje pozornosti. V ta namen smo izdelali obrazec "Negovalna anamneza", ki smo ga predstavili v Prilogi 2. V obrazcu bi na spodaj opisani način beležili, načrtovali in vrednotili podatke. Lahko pa bi se uporabljal še za ostale paciente z drugimi težavami v ginekološki ambulanti. Prikaz postopka pridobivanja podatkov ali negovalne anamneze po 11 vzorcih zdravega obnašanja po Marjory Gordon (29):

1. Odnos do lastnega zdravja

Ugotavljamo splošno zdravstveno stanje:

- starost,
- ali pogosto zbole vajo,
- kakšen življenjski slog imajo,
- avtoimune, kronične in družinske bolezni,
- kakšno delo opravljajo (izobrazba, delo v turnusih, fizično delo),
- kje živijo (mesto, vas, onesnaženo okolje),
- ali so izpostavljeni škodljivim vplivom iz okolja, kot so npr. izpostavljenost ionizirajočem sevanju (RTG), kemikalijam, neprijetnim vonjem,
- morebitne pripomočke, postopke in tradicionalna zdravila, ki jih morda uporabljajo in v njih verjamejo,
- ali so sledili nasvetom, ki so jih v preteklosti dobili od zdravstvenega osebja,
- kakšne težave so sami opazili in kako so se vzrokom izogibajo ter
- kakšno pomoč pričakujejo.

Poskrbimo za udobno klimo in omogočimo parom, da dobijo aktivno vlogo pri obravnavi. Glede na podatke, ki smo jih pridobili iz anamneze, parom pojasnimo, da z leti plodnost pada. Predstavimo, da nezdrav življenjski slog negativno vpliva na plodnost, in predlagamo medsebojno spodbujanje k opuščanju nezdravih navad. Poučimo jih o vplivu avtoimunih, kroničnih in družinskih bolezni na plodnost. Na neplodnost vplivajo tudi škodljivi vplivi iz okolja. V industrializiranih in gosto naseljenih območjih je velik problem onesnažen zrak, ki lahko vpliva na odpornost organizma in dihalni sistem. Svetujemo, da pri uporabi tradicionalnih zdravil in zelišč, temeljito preverijo učinkovanje, da ne bi prihajalo do nezaželenih učinkov na zdravje oz. plodnost (39). Osvestimo jih, da nekatere infekcijske bolezni in zapleti infekcijskih bolezni (npr. mumps), povzročajo neplodnost, svetujemo preventivno cepljenje ali ustrezno zaščito. Pojasnimo, kakšne so naše možnosti pomoči in glede na njihova pričakovanja okvirimo naše skupne cilje.

2. Prehrambni in metabolični procesi

Ugotavljajmo njun odnos do prehranjevanja in pitja:

- kakšna je njihova tipična dnevna prehrana (vrsta prehrane, količina hrane),
- čas obrokov in število obrokov dnevno,
- uporabo prehranskih dopolnil (vitamini),
- kje se prehranjujejo oz. kdo kuha,
- kakšen apetit imajo,
- ali so motivirani za lastno zdravje in pripravljeni spremeniti način življenja in prehranjevanja,
- ali imajo ustrezno znanje glede zdrave, uravnotežene prehrane in kakšne so njihove materialne sposobnosti,
- ali pijejo dovolj tekočin in katerih (vodo, gazirane sokove, kavo, čaj),
- uživanje alkohola, kajenje, droge,
- težave s pridobivanjem ali izgubljanjem telesne teže,
- ali ženske dojijo,
- ali se poslužujejo drastičnih diet,
- ali imajo težave s kožo ali z zobmi ter

- ocenjujemo tudi splošni vtis posameznika, stanje kože, las, nohtov, sluznice ter zob.

Pozorni smo na prehranjevalne navade, saj je negativni odnos lahko znak slabšega zdravstvenega stanja. Po potrebi okrepimo zdrave navade in odpravimo nezdrave, ocenimo psihologijo prehranjevanja in nezdrave navade. Svetujemo zdravo uravnoteženo prehrano in izogibanje konzervirani in hitri prehrani. Priporočamo polnozrnat izdelke, oreščke, semena, zelenjavo in sadje ter dobre maščobe, kot so olivno, ribje in kokosovo olje, ki ga uporabljamo tudi za kuhanje. Tveganje za neplodnost poveča uživanje transmaščobe, ki so običajno navedene kot hidrogenirana maščoba ali rastlinska maščoba v hrani, kot so peciva, sladkarije, čokolada, čips, cvrta hrana in podobno (40). Dobro je da imajo pet obrokov na dan in si vzamejo čas zanje. Pomembno je zadostno pitje tekočin. Odsvetujemo uživanje alkohola, kajenje, drogo, preveliko telesno težo, kot tudi uporabo drastičnih diet, saj vse to zmanjšuje možnost oploditve in zanositve. Če je potrebno in primerno, ocenimo indeks telesne mase ter po potrebi svetujemo. Ženske, s preveliko ali premajhno telesno težo lahko imajo večje težave z zanositvijo. Premajhna telesna teža in slabe prehranjevalne navade povzročita nepravilnosti v menstruacijskem ciklusu in s tem odsotnost ovulacije. Vendar lahko tudi previsoka telesna teža povzroči nepravilnosti v hormonskem ravnovesju. Pomembno je, da ves čas ocenjujemo tudi splošni vtis o zdravju, stanje kože, las, nohtov, sluznice ter zob (29). Svetovanje je treba prilagoditi potrebam tistim, ki ne uspejo spremeniti svojega načina življenja. Ženske so lahko še posebej prizadete z dvojnimi občutki neuspeha, če ne izgubijo teže in ne zanosijo. Podobno tudi tistim, ki spremenijo način življenja, in še vedno ne zanosijo (41).

3. Izločanje

Ugotavljanje stanja življenjske aktivnosti izločanja in odvajanja:

- vzorec izločanje blata (pogostost, količina, oblika)
- neugodni občutki ob izločanju,
- morebitne težave z nadzorom izločanja ter morebitni pripomočki,
- ali so prisotni hemoroidi,
- izločanje urina (pogostost, količina),

- neugodje ob izločanju,
- težave z nadzorom izločanja ter morebitni pripomočki,
- pretirano znojenje, težave s specifičnim vonjem, zadah,
- izločki iz spolovila (sluz, kri, gnoj) ter
- menstruacija pri ženski, zanima nas trajanje, količina, intervali in prisotnost bolečine.

Naša naloga je izključiti morebitna odstopanja od normalnih vzorcev izločanja iz črevesja, sečnega mehurja, kože in spolovila. Izločanje je tako kot prehranjevanje tesno povezano s čustvi. Stres je pogosto povezan s pogostnostjo izločanja, bodisi z drisko ali zaprtjem, motnjo menstruacije, potenjem. Povežemo pitje in izločanje. Če ne zaužijemo dovolj tekočine in hrane, bo to tudi odraz manjšega izločanja in odvajanja ter povezanih težav. Ženskam svetujemo uporabo vložkov. Tampone odsvetujemo. Na spolovila ni primerno aplicirati raznih dišav. Pri oblačilih moramo opozoriti na škodljivost pretesnih oblačil in uporabo bombažnega spodnjega perila. Pri izločanju je pomembno to, da ima človek primerne pogoje, kot so čas, položaj, zasebnost in disciplino. Tukaj ne smemo pozabiti na primernost in urejenostjo toaletnih prostorov in prostorov, kjer opravljamo različne preiskave. Zagotovljena morata biti intimnost in občutek varnosti (še posebno pri dajanju semena) (39).

4. Fizična aktivnost

Ugotavljanje aktivnosti posameznika, počitka in rekreacije:

- kako preživljajo dan,
- ali imajo dovolj energije za potrebne in zelene aktivnosti,
- ali so kakšne ovire, omejitve ali dejavniki, ki vplivajo na zelene ali realne aktivnosti,
- s katerimi fizičnimi aktivnostmi se ukvarjajo (vrsta, pogostnost),
- ali se redno ukvarjajo s kakšno rekreacijo(katero, pogostnost),
- s katerimi aktivnostmi se ukvarjajo v prostem času,
- ali imajo že otroka, ali se z njim igrajo,
- zanimajo nas njune navade, ki so povezane z gibanjem in njun odnos do gibanja,

- opazujemo fizično moč, stanje sklepov ter,
- ugotavljamo kakšna je skrb za osebno nego in oblačenje.

Gibanju na svežem zraku oz. redna telesna dejavnost vplivata na boljše fizično in psihično počutje. Vključiti je treba oba partnerja in jih pridobiti, da drug drugega spodbujajo. Lahko naredimo tedenski načrt vadbe. Ne svetujemo ekstremnih športov, ki so nepriporočljivi tudi v nosečnosti, kot tudi športov v višinah, in tistih, pri katerih obstaja nevarnost padca ali trčenja (jahanje, plezanje, smučanje in smučanje na vodi). Prav tako se je treba izogniti potapljanju z akvalungo, varnejše je potapljanje na dah (42). Ženske se mora izogibati tuširanju nožnice in uporabi lubrikantov in spermicidov ter ostalih sredstev, ki spreminjajo pH-vrednost sluznice (39). Svetujemo uporabo ustreznih mil za intimno nego. V zvezi z oblačenjem, jih opozorimo na primerna udobna oblačila prilagojena letnim časom. Ne nosimo pretesnih oblačil, še posebej v predelu trebuha in genitalij. Spodnje perilo pa naj bo absolutno bombažno.

5. Počitek – spanje

Ugotavljamo stanje življenjskih aktivnosti spanja, počitka in relaksacije:

- zanimajo nas čas, ritem ter kvaliteta spanja,
- nočne more, sanje ali motnje spanja,
- v kakšnem prostoru spijo in vrsta ležišča,
- priprava na spanje ali posebne navade glede spanja,
- ali imajo kakšne pripomočke za spat,
- spijo skupaj, sami, mogoče z otrokom,
- ali težko zaspijo, se zbujejo ponoči,
- ali hodijo na počitnice,
- ali opravljajo nočno delo,
- ali imajo čas za počitek in relaksacijo,
- ali počivajo čez dan,
- kako se sproščajo ter
- opazujemo ali so videti spočiti.

Svetujemo jim zadosten počitek in spanje vsaj 8 ur dnevno. Da se človek dobro naspi, se mora telesno in duševno sprostiti. Predvsem ne sme razmišljati o stvareh, ki ga skrbijo in vznemirjajo. Pomembno je tudi udobno ležišče in da se pred spanjem prezrači sobo ter ustvari ustrezno mikroklimo. Odsvetujemo uživanje preobilne večerje in fizično aktivnost pred spanjem. Ni priporočljiva nekontrolirana uporaba uspaval. Svetujemo masažo, glasbo, stik s človekom, naučimo jih sprostitvenih tehnik.

6. Kognitivni procesi

Ugotavljamo senzorične in kognitivne procese in primernost odzivanja:

- povprašamo o vidu, sluhu, dotiku in vonju,
- morebitne težave in kako jih obvladujejo,
- morebitne pripomočke (očala, slušni aparat, proteze),
- zanimajo nas bolečine ter njihovo obvladovanje,
- kako razumejo jezik, kakšen spomin imajo, presojo in odločanje,
- kje dobivajo želene informacije,
- zanimajo nas njihove ideje in razmišljanje ter
- spoznavamo njihov obseg besednega zaklada.

Razumemo, da neplodnost ustvarja veliko ranljivost in je pogosto težko priznati nerazumevanje zaradi strahu pred posmehom. Zaradi obsežnih in ponavljajočih se razlag jima je treba priskrbeti pisna navodila, ker je težko ohraniti vse podane informacije. Priskrbimo jima telefonsko številko, kjer lahko dobita potrebne informacije v primeru nejasnosti. Pari, še posebno tisti, kateri nimajo nekih očitnih ovir pri spočetju, si želijo spočeti po naravni poti in imajo veliko motivacijo pri spreminjanju življenjskega sloga. Študije kažejo, da večina tistih parov, ki obišče ambulante za neplodnost, išče še dodatne informacije v medijih, kot so knjige, revije in internet (41), zato je potrebno nenehno izobraževanje v zdravstveni negi in spremljanje stroke. Pare je treba zaščititi pred nestrokovnostjo.

7. Zaznavanje samega sebe

Ugotavljanje stanja predstave o samemu sebi in razpoloženju:

- zanima nas kakšen odnos imajo pari do sebe, partnerja in svojih bližnjih,
- kako doživljata neplodnost in zdravljenje,
- ali so seznanjeni z možnimi telesnimi spremembami po jemanju hormonalne terapije,
- ali in kako doživljajo spremembe v svojem telesu ali sposobnosti funkcioniranja in ali jih to moti,
- ugotavljamo ali so pogosto kaj jezni, nejevoljni, prestrašeni, zaskrbljeni, depresivni,
- kako si pri tem pomagajo,
- ali imajo urejeno socialno ekonomsko stanje,
- kako se počutijo v dani situaciji,
- ali imajo in v kolikšni meri imajo upanje, da bojo spočeli otroka,
- ali imajo občutek, da izgubljajo nadzor nad svojim življenjem ter
- opazujemo položaj telesa in gibanje, očesni stik, glas in način govorjenja.

Neplodnim parom pomagamo, tako da dobijo aktivno vlogo pri zdravljenju in se ne prepustijo drugim. Poskrbimo, da so motivirani, mirni in da razmišljajo pozitivno. Razumemo, da je neplodnim parom težko priznati, da imata težave z neplodnostjo, saj so takoj deležni raznih dobronamernih nasvetov s strani družine ali prijateljev. Vendar so včasih tudi ti nasveti napačni, kar jih še dodatno zmede. Ker se vsakodnevno soočajo s svojimi neuspehi, to jemljejo kot dodatno provokacijo, zato se začnejo umikati pred socialnimi stiki (33). Spodbujamo pare, da spregovorijo o svojih težavah. Pridobimo jih, da nam zaupajo svoje strahove. Svetujemo vključevanje v podporne skupine s podobnimi težavami ali pa skupine z drugo tematiko, z namenom pridobivanja pozitivne energije in misli.

8. Družbena vloga in medosebni odnosi

Ugotavljanje stanja povezave posameznika v družbi:

- kako se razumejo s partnerjem, si stojijo ob strani,
- kakšne želje imajo glede načrtovanja družine,
- ali živijo sami, s starši,
- imajo kakšne težave, probleme v zvezi z družino (nuklearno ali širšo),
- ali je družina vključena v reševanje težav,
- ali je družina odvisna od njih,
- ali se pogovarjajo z družino o njihovih težavah,
- ali so zadovoljni na delovnem mestu ter
- ali so vključeni v sosesko, v kateri živijo.
- Če so že starši: kako opravljajo starševsko vlogo in zadovoljstvo z njo.

Osvestimo pare, da neplodnost povzroča težave v partnerskem odnosu in je velika preizkušnja zanje. Spodbujamo jih k medsebojnemu razumevanju, sproščnemu pogovoru, k konstruktivnemu reševanju konfliktov. Naj si vzamejo čas zase, se posvečajo drug drugemu, naj si zaupajo in med seboj pomagajo. Svetujemo jima odpravljanje težav, če jih imajo z družino in ustvarjanje harmoničnih odnosov. Osvestimo jih, da zadovoljstvo oziroma nezadovoljstvo vpliva na psihično in telesno zdravje. Usmerimo jih k strokovnjakom, če so težave težje in kompleksnejše.

9. Spolni – reproduktivni sistem

Ugotavljanje zadovoljstva s spolnim življenjem in vedenjem:

- Za ženske: kdaj so imele prva menstruacijo in kdaj zadnjo,
- menstrualne težave, prejšnje nosečnosti,
- ali si beležijo menstrualni koledar,
- ali hodijo na redne ginekološke preglede,
- ginekološke operacije, kontracepcijska sredstva, problemi.
- Spolne bolezni,
- o pogostosti in urniku spolnega občevanja,
- težave pri spolnem odnosu,

- kako so zadovoljni z lastno seksualnostjo,
- ali so sproščeni med občevanjem,
- ali so odnosi omejeni samo na plodne dni,
- koliko časa skušajo zanositi ter
- če že imajo otroke; ali so imeli že podobne težave in kako so si pomagali.

Zavedamo se, da je tema o spolnosti zelo občutljiva tema in zahteva veliko občutljivih postopkov. Opomnimo, da plodnosti, seksualnosti in libida ne smemo poistovetiti (37). Poudarimo, da je naša naloga iskati možne enostavne vzroke pred obsežnim testiranjem in je pomembno, da nam zaupajo njihove težave. Njuno lastno in skupno zadovoljstvo s spolnim življenjem in vedenjem je zelo pomembno. Poučimo ju o plodnih dnevih in o menstruacijskem ciklu, kaj so lahko znaki in čas ovulacije, in najbolj učinkovit čas za spolno občevanje. Dolžina menstruacijskega cikla je obdobje med eno in drugo menstruacijo in ga štejemo od prvega dne zadnje menstruacije do zadnjega dne pred naslednjo menstruacijo. Bazalna telesna temperatura je temperatura telesa, ki jo je potrebno izmeriti zjutraj takoj po prebujanju. Ker pa telesna temperatura čez dan niha, jo je treba meriti vsak dan ob istem času. Povečanje temperature za približno 0,2 stopinj Celzija, je moč zaznati v 24 urah od ovulacije. Trajno povečanje za 3 dni se kaže 48 ur po ovulaciji. Komercialno so na voljo kompleti za testiranje urina, s katerimi predvidimo ovulacijo in čas spolnega odnosa. Prisotnost bolečine v spodnjem delu trebuha (pogosto enostranska), ki traja do nekaj ur, lahko kaže na ovulacijo. Poučimo ju tudi o izgledu sluzi materničnega vratu, ki se jo pregleda na koncu dneva. Tanka in elastična sluz je "plodna", ko je med prsti vlečljiva in gosta pomeni, da ni ovulacijsko obdobje (39). Svetujemo samoopazovanje in dnevno beleženje normalnih fizioloških sprememb. To bo ženski omogočilo prepoznati in oceniti njeno obdobje plodnosti z retrospektivno analizo. Na splošno, lahko prikazani ukrepi služijo kot vodilo za oceno plodnosti. Da se seznanijo z vzorcem, lahko traja nekaj mesecev, ampak vztrajnost se splača saj tako dobijo nadzor nad ciklusom. Osvestimo ju, kako povečati možnost zanositve s spolnimi odnosi enkrat do trikrat tedensko z intervali, ki niso krajši od 48 ur (39). Počivanje na hrbtu vsaj eno uro po odnosu poveča število spermijev, ki dosežejo maternični vrat, vendar mora biti v času ejakulacije v položaju moški zgoraj. Odtekanje semena preprečimo s podlaganjem blazine pod boke partnerice (dvignjeni boki). Eno uro se je treba izogibati vstajanju zaradi uriniranja (39). Poučimo, da

so spermiji sposobni oploditi jajčece še po 48 urah po ejakulaciji, vendar je odvisno od kvalitete in od sluzi v materničnem vratu (6). Svetujemo jim, da si vzamejo čas drug za drugega, da se med seboj veliko pogovarjajo, da si zagotovijo zasebnost in da skušajo ostati pozitivni ter da uživajo. Pare je treba odvrniti od spolnih odnosov osredotočenih le na ovulacijo, saj lahko zamudijo potencialno plodne dni. Med spolnimi aktivnostmi se je dobro izogibati omenjanju neplodnosti, ker to povečuje negotovost in celo spolno disfunkcijo (39).

10. Obvladovanje stresnih situacij

Ugotavljanje splošnih načinov in njihovo učinkovitost v odnosu do obvladovanja stresa:

- ali so doživeli v zadnjih letih kakšne velike spremembe,
- ali imajo kakšne težave - krize,
- koliko časa se že zdravijo za neplodnost,
- ali imajo koga, s katerim se o tem lahko pogovarjajo,
- ali so jim ti ljudje sedaj dostopni,
- ali čutijo tesnobo, napetost,
- kaj jim pomaga,
- ali je to večinoma uspešno,
- kakšno je vzdušje v družini (sproščeno ali tesnobno)
- ali pomagajo drug drugemu,
- kakšno delovno mesto imajo,
- če so med sodelavci sproščeni,
- če je komu od njih morda neugodno ter
- ali kdo prikriva, da je sam pogovor in neplodnost zanj stresna.

Stres predstavlja že sama želja po otroku kot tudi ves postopek, od diagnostike do zdravljenja (7). Materinstvo še vedno predstavlja za žensko nekakšno potrditev. Zato neplodnost ženske doživljajo kot zapleteno in bolečo izkušnjo v njihovem življenju. Pojavijo se občutki izolacije, počutijo se nerazumljene in same. V njih se sprožajo uničujoča razmišljanja, da jim je spodletelo kot ženski in kot osebi (43). Pozorni smo, da

pozornost namenimo obema, saj se moški pogosto čutijo izločene iz procesa zdravljenja. Na prvi pogled lahko delujejo, kot da se izogibajo in zanikajo problem. Vendar občutijo nemoč, ker ne morejo ničesar storiti, da bi odpravili problem. Da bi pozabili, se poskušajo čim bolj zaposliti (44). Strokovno z skrbnim odnosom lahko razpršimo negativna čustva, ki se odvisno od trajanja zdravljenja pojavijo (39). Spodbudimo ju k skupnim dejavnostim, kot so obiski kina, gledališča, koncertov, muzejev, izleti v naravo. Naučimo jih tehnike obvladovanja stresa. Po potrebi svetujemo ali usmerimo par k strokovnjakom, kot so psiholog, psihoterapevt in psihiater.

11. Vrednostni sistem

Ugotavljanje stanja ali ugotavljanje vrednot, ciljev ali ideologije; vsega kar vpliva na izbire ali odločitve posameznika:

- ali na splošno doživljajo, kar jim je pomembno,
- kakšni so njihovi načrti za bodočnost,
- ali je religija za njih pomembna,
- ali je terapevtski proces moteč za njihovo duhovno življenje,
- kaj pričakujejo,
- kakšna je motivacija,
- kakšno znanje imajo,
- kakšna je dostopnost naših storitev ter
- koliko daleč sta pripravljena iti glede zdravljenja neplodnosti.

Pare, ki se soočajo z neplodnostjo spodbujamo, da bi bili zadovoljni s trenutnim življenjem, da se zavedajo sprememb, ki jih čakajo, da razmišljajo kritično in konstruktivno. Spoštujemo njune odločitve in vrednote. Damo jim vedeti, da smo jim na voljo, ter da v iskanju rešitev niso sami. Če so verni, jim bo vera pomagala pri premagovanju težav. V preteklosti so krivdo za neplodnost pripisali ženskam, imenovali so jih jalovke. Pri nekaterih religijah je še vedno tako in niti ne pomislijo, da je "krivec" lahko tudi moški. Svetujemo, da tudi sami spregovorijo v družbi o neplodnosti, kjer je še vedno prisotna stigma in s tem prispevajo k ozaveščanju družbe. Osebna norma je pomembna, vendar ima na rodnostno obnašanje vpliv tudi skupina, ki jim pripada; partner,

sorodniki, sosedje, prijatelji, sodelavci ter razne ideologije, ki jih prejemamo iz medijev, stališča političnih strank o družini in vseh, ki oblikujejo standarde in norme našega obnašanja (45).

Zavedamo se, da ženske in moški doživljajo neplodnost različno. To se kaže v tem, da je ona presenečena in razočarana, ker on ni bolj zaskrbljen, čustven in prizadet. Medtem pa je moški razočaran, ker je partnerka tako okupirana z mislimi na problem (46).

5.3 Predlog obrazca "Negovalna anamneza"

Obrazec "Negovalna anamneza" za obravnavo neplodnih parov (Priloga 2) je namenjen MS v ginekološki ambulanti za poenotene usmeritve pri delu z pari, ki se soočajo z neplodnostjo. S tem bi se izboljšala kakovost obravnave, individualni in profesionalni pristop, sledljivost zdravljenja in povratne informacije. Izdelan je po procesu zdravstvene nege. Temelji na sodobnem metodološkem pristopu v zdravstveni negi. Omogoča individualno in celovito obravnavo posameznikov. Zajete so vse komponente procesa zdravstvene nege in možno je oblikovanje individualnih negovalnih diagnoz. Glede na specifikko dela, bi lahko vsaka raven zdravstvenega varstva prilagodila svojo verzijo obrazca.

6 ZAKLJUČEK

Neplodnost ima toliko "obrazov" kot je posameznikov, ki se srečajo s tem problemom. Je pa še vedno tema, o kateri se ne govori veliko. Večina ljudi o tem v naprej ne razmišlja, mislijo, da bodo brez težav spočeli otroka, ko se bodo za to odločili.

Zavedati se moramo, da se dobra oskrba para začne že ob prvem stiku z medicinsko sestro, ki se mora vseskozi zavedati psihološkega bremena in čustvenih posledic, ki jih povzroča neplodnost. Zaupanje si moramo pridobiti s promocijo našega dela in znanja.

Medicinska sestra se mora v ambulanti bolj posvetiti obravnavi parov, ki se soočajo z neplodnostjo. V ta namen predlagamo uporabo obrazca "negovalna anamneza", ki bi nam v veliki meri pripomogel, k boljši individualni obravnavi in profesionalnemu pristopu. S tem se bo izboljšala kakovost obravnave, sledljivost zdravljenja in povratne informacije. Vsekakor bi morali dati več poudarka na preventivo, osveščati o negativnih dejavnikih na reproduktivno zdravje in promovirati plodnost. Delo naj bo organizirano tako, da bo medicinska sestra imela dovolj časa in s tem učinkovito uporabila pridobljeno znanje pri obravnavi neplodnih parov.

Menimo, da bi MS s specialnim znanjem pripomogla prispevati k razvoju stroke, uspešnejšemu obravnavanju neplodnih parov in skupnemu cilju parov ter stroke, to je rojstvo zdravega otroka.

7 LITERATURA

- (1) Vayena E, Rowe PJ, Griffin PD. Current practices and controversies in assisted reproduction: Report of a meeting on "Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction" held at WHO Headquarters in Geneva, Switzerland. 17–21 September 2001, Geneva: World Health Organization, 2002.
- (2) Virant-Klun I, Meden-Vrtovec H, Tomažević T. Od nastanka gamet do rojstva: Oploditev z biomedicinsko pomočjo. Radovljica: Didakta, 2002, 91-98.
- (3) McGlynn C. Sexually transmitted infections. In: Ganger E ed. Gynaecological nursing: A practical guide. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2001: 45-56.
- (4) ESHRE - European Society for Human reproduction and Embryology. Dobra klinična praksa pri oploditvah z biomedicinsko pomočjo: Stališče Evropskega združenja za humano reprodukcijo in embriologijo, Grimbergen, Belgija. 2008.
- (5) Borko E, Žebeljan I. Načrtovanje družine in reproduktivno zdravje. In: Borko E, Takač I, Kralj B ed. Ginekologija. 2. izd. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 2006: 213-260.
- (6) Pocajt M, Širca A. Anatomija in fiziologija za medicinske šole, Ljubljana: DZS, 1996: 225–243.
- (7) Vlaisavljević V. Neplodnost. In: Borko E, Takač I, Kralj B ed. Ginekologija. 2. izd. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 2006: 307-326.
- (8) Edwards RG, Brody SA. Human Fecundity and assisted conception. In: Edwards RG, Brody SA. ed. Principles and practice of assisted human reproduction. Philadelphia: Saunders, 1995: 1-15.
- (9) Reproaktivno zdravstveno varstvo, Uradni list RS, št. 19/1998, <http://www.uradni-list.si/1/content?id=7259> <3.2.2011>
- (10) Dajčman Waldhuber J, Frankič M, Markuš E. Zdravstveno delo na dispanzerju za ženske. In: Kavčič BM, Geč T, Krajnc A ed. Skupaj delamo za zdravje. Maribor: Zdravstveni dom Dr. Adolfa Drolca Maribor, 2006: 58-62.
- (11) Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J. et al. The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology 2009. Human Reproduction 2009; 24(11): 2683–2687.
- (12) World Health Organization. Gender and genetics: Assisted reproductive technologies (ARTs). Geneva, World Health Organization. <http://www.who.int/genomics/gender/en/index6.html> <2. 2. 2011>

- (13) Ograjenšek Z. Neplodni par. In: Meden-Vrtovec H(ur): Neplodnost. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1989: 235-238.
- (14) Storck S. MD, MedlinePlus, Infertility. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/001191.htm> <2. 2. 2011>
- (15) Virant-Klun I, Meden-Vrtovec H, Tomažević T. Od nastanka gamet do rojstva: Oploditev z biomedicinsko pomočjo. Radovljica: Didakta, 2002, 101-109.
- (16) Lorenčič M. Manj nepojasnjenih vzrokov neplodnosti. Dnevnik, 31.12.2007, <http://www.dnevnik.si/novice/zdravje/290098> <2.2.2011>
- (17) Andolšek-Jeras L. Neplodnost včeraj in jutri. In: Meden-Vrtovec H. ed. Neplodnost. Ljubljana, Cankarjeva založba, 1989: 9-14.
- (18) Velikonja-Globevnik V. Psihološko svetovanje: In: Sodobne oblike zdravljenja neplodnosti: Zbornik spominski sestanek akad. prof. dr. Lidije Andoljšek-Jeras, 2007. Ljubljana: Slovensko društvo za reproduktivno medicino:102-7.
- (19) Ciglar S. Bračna neplodnost. In: Šimunić V et al. ed. Ginekologija. Zagreb: Nakleda Ljevak, 2001: 349-357.
- (20) Reading AE. Psychological and social aspect of the new reproductive technologies. V E.V. Hall in W. Evereard (Ur.), The free woman, Women's health in the 1990s. Ninth international congress of psychosomatic obstetrics and gynaecology. Amsterdam: The Parthenon Publisher Group Inc., 1998.
- (21) Lewis TLT. in Chamberlain, R.V.P. (Ur.). Gynaecology by ten teachers. London Melbourne Auckland: Edward Arnold, 1990.
- (22) Berson AR. Quality of life issues for patients with reproductive loss. Clinical Consultation in Obstetrics and Gynecology, 1994; 6, 100-108.
- (23) Engler N. The psychological impact of fertility and its treatment. Harv Ment Health Lett 2009. 25(11):1-3.
- (24) Powell T. Free yourself from harmful stress. London: Dorling Kindersley, 1999.
- (25) Bercko Z. Družbeni vidiki neplodnosti [magistrsko delo]. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Univerza v Ljubljani, 2010.
- (26) Pešec U. Socialna varnost družin kot vzrok nizke natalitete v Republiki Sloveniji [diplomsko delo]. Maribor: Pravna fakultete, Univerza v Mariboru, 2009.
- (27) Vlaisavljević V. Smeri razvoja reproduktivne medicine v Evropi. Zdrav Vest 2009; 78(10): Supl I: 11-16.

- (28) Hajdinjak G, Meglič R. Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 2006: 20–40.
- (29) Gordon M. Negovalne diagnoze: priročnik. Zdravstveni dom DR. Adolfa Drolca, Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, 2006.
- (30) Ule M. Spregledana razmerja: vloga negovalnega komuniciranja v zdravstvu. V Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelj zdravstvene in babiške nege. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor;2006:15-19.
- (31) Kisner N, Rozman M, Klasinc M, et al. Zdravstvena nega. Maribor: Obzorja, 1998: 20-25.
- (32) Pajnkihar M. Teoretične osnove zdravstvene nege. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 1999.
- (33) Morgan T. Subfertility/Infertility. In: Ganger E ed. Gynaecological nursing: A practical guide. Edinburgh /etc/: 2001, 21-44.
- (34) Wallace M. Competencies: specialist competencies for fertility nurses. Royal College of Nursing. http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0008/78740/003135.pdf <1.5.2011>
- (35) Rungapadiachy DM. Medsebojna komunikacija v zdravstvu: teorija in praksa. Ljubljana: Educy, 2003.
- (36) Hinks JA, Jenkins J, Corrigan E. Survey of the continuity of nursing care in UK IVF centres. Hum Reprod 2002 ;Suppl 1:18-20.
- (37) Bashford RA. Psychological aspects of infertility. CNS Spectrum 4(4), 1999: 62-72.
- (38) Vilar V. Klinične specializacije v zdravstveni in babiški negi. Utrip, št. 5, 2011;4.
- (39) Olds SB, London ML, Wieland Ladewig P, Davidson MR. Maternal-Newborn Nursing & Women`s Health Care. 7. izd. Upper Saddle River: Pearson, 2004: 249-281.
- (40) Chavarro JE, Rich-Edwards JW, Rosner BA et al. Dietary fatty acid intakes and the risk of ovulatory infertility. Am J Clin Nutr 2007; Vol. 85(1): 231-237.
- (41) Porter M, Bhattacharya S. Helping themselves to get pregnant: a qualitative longitudinal study on the information-seeking behaviour of infertile couples. Hum Reprod 2007; Vol.23(3): 567-572.

- (42) Pušenjak S. ABC ginekologije in porodništva. 10.4.2011
<http://med.over.net/forum5/read.php?19,943396<10.4.2011>>
- (43) Perkins J. The psychological impact of infertility. Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. 2007; vol.21(2) :293-308.
- (44) Bainbridge J. Male infertility and amotional wellbeing. Br J Midwifery 2007;15 (11) 711.
- (45) Repinc B. Neplodnost kot tržno blago. Revija Delta, Let.7, št 1/2, 2001; 57-88.
- (46) Burger M, Tul N. Osebnostne lastnosti parov z zmanjšano plodnostjo [Prešernova naloga]. Univerza v Ljubljani: Medicinska fakulteta, 1994:16-21.

ZAHVALE

Najlepše se zahvaljujem somentorici Mirjani Grižon, dipl. med. sr. in mentorju mag. Boštjanu Lovšinu, dr. med., za usmerjanje, pomoč in strokovna navodila pri pisanju diplomske naloge.

Sošolkama Alenki in Patriciji za prijetno druženje in podporo na skupaj prehojeni poti.

Zahvalila bi se tudi vsem anketirancem, ki so odgovarjali na zastavljena vprašanja v anketi.

In nenazadnje tudi mojim domačim, še posebno možu Mirotu, za razumevanje, in podporo v času študija in spodbudo, ko sem že skoraj obupala.

PRILOGA 1: Anketni vprašalnik

Spoštovani!

Sem Ingrid Babelič Kovačević, absolventka Visokošolskega strokovnega programa Zdravstvene nege na UP Visoki šoli za zdravstvo Izola.

Ob zaključku študija pripravljam diplomsko nalogo pod vodstvom mag. Boštjana Lovšina, dr. med. z naslovom "Vloga zdravstvene nege pri parih, ki se soočajo z neplodnostjo". V ta namen sem pripravila anketni vprašalnik.

Moj namen je ugotoviti, kakšna je vloga in kako lahko medicinska sestra, diplomirana sestra ali zdravstvenik pripomore k boljšemu reproduktivnem zdravju.

K oblikovanju čim bolj objektivnega mnenja boste pripomogli, če boste odgovorili na spodaj zastavljena vprašanja.

Anketni vprašalnik je anonimen in mi bo pomagal pridobiti podatke za analizo. Uporabljen bo izključno v študijske namene za izdelavo te diplomske naloge.

Navodila za reševanje:

Anketa ima 25 vprašanj. V večini vprašanj je potrebno odgovor obkrožiti ali dopisati. Anketa je anonimna!!!

NAJLEPŠA HVALA ZA VAŠ TRUD IN SODELOVANJE!

VPRAŠALNIK
(ustrezno obkrožite ali dopišite)

1. SPOL: M Ž

2. STAROST: a) 20–30 let b) 31–40 let c) 41–50 let d) 51–60 let e) nad 60 let

3. DELOVNA DOBA: a) 1–10 let b) 11–20 let c) 21–30 let d) nad 30 let

4. Na katerem področju zdravstvenega varstva ste zaposleni?

a) primarnem b) sekundarnem c) terciarnem

5. IZOBRAZBA:

- a) medicinska sestra ali zdravstveni tehnik
- b) višja medicinska sestra/diplomirana medicinska sestra
- c) babica
- d) diplomirana babica

6. Ali je v vašem timu ali ambulanti zaposlena vsaj ena diplomirana sestra ali zdravstvenik?

DA NE

7. Ali se srečujete pri vašem delu s pari, ki se soočajo z neplodnostjo?

DA NE

8. Ali se dodatno izobražujete iz področja neplodnosti?

DA NE

9. Ali menite, da dobijo pari dovolj potrebnih informacij od zdravnika?

DA NE

10. Ali se na vas obračajo za informacije glede neplodnosti?

DA NE

11. Kje dobijo po vašem mnenju največ informacij?

- a) od izbranega ginekologa
- b) od medicinske sestre v ginekološki ambulanti
- c) od patronažne medicinske sestre
- d) od družinskih članov
- e) od prijateljev
- f) iz literature – strokovnih knjig
- g) iz revij in časopisov
- h) s spletnih strani

12. Ali imate pri svojem delu dovolj časa za pogovor s pari, ki se soočajo z neplodnostjo, v smislu svetovanja in zdravstvene vzgoje?

DA NE

13. Če menite, da nimate dovolj časa, kaj vas pri tem ovira?

- | | |
|----------------------------------|---------------------|
| a) preveč pacientov | b) preveč telefonov |
| c) preveč administrativnega dela | d) drugo |

14. Kaj jih največkrat zanima oz. katera vprašanja so najpogostejša?

15. Ali imate občutek, da so pari zelo motivirani za spremembo življenjskega sloga in škodljivih razvad v korist zdravljenju neplodnosti?

DA NE

16. Ali menite, da potrebujejo pari, ki se soočajo s neplodnostjo, veliko mero zasebnosti?

DA NE

17. Ali jo v vašem delovnem okolju lahko zagotovite?

DA NE

18. Ali imate občutek, da vam pari zaupajo v tolikšni meri, da bi od vas pričakovali obširnejše in konkretnije informacije glede neplodnosti?

DA NE

19. Ali imate po vašem mnenju dovolj znanja in kompetenc, da bi svetovali glede zdravljenja neplodnosti?

DA NE

20. Ali imate izdelan standard oz usmeritve, za delo z neplodnimi pari ali delate na lastni presoji individualnih problemov?

- a) delam po lastni presoji b) Izdelan standard oz usmeritve

21. Ali imate možnost strokovnega izpopolnjevanja na področju neplodnosti?

- DA NE

22. Ali menite, da se dovolj promovira plodnost v smislu, starosti prvorođk in glede na zdrav življenjski slog?

- DA NE

23. Ali mislite, da bi potrebovala zdravstvena nega specializacijo znanj na področju neplodnosti?

- DA NE

24. Če ste odgovorili z da, na katerem področju zdravstvenega varstva bi kasneje delovala npr. Specializirana sestra za plodnost?

- a) primarnem b) sekundarnem c) terciarnem

25. Ali spremljate paciente skozi proces zdravljenja in dobite povratne informacije o uspešnosti zdravljenja?

- DA NE

VAŠA MNENJA, PRIPOMBE, PREDLOGI

STRAN 2		STRAN 3		
Datum:	Zaporedni obisk:	Predviden naslednji obisk:	Cilji	Vrednotenje
Vzorci zdravega obnašanja:	Ocena staja	Izraženi problemi	Načrt	Vrednotenje
Odnos do lastnega zdravja:				
Prehrambni in metabolični procesi:				
Izločanje:				
Fizična aktivnost:				
Počutek spanje:				
Kognitivni procesi:				
Zaznavanje samega sebe:				
Družbena vloga in medsebojni odnosi				
Spolni-reproduktivni sistem				
Obvladovanje stresnih situacij				
Vrednostni sistem:				