

Interreg



ITALIA-SLOVENIJA



SALUTE-ZDRAVSTVO

Progetto ITI co-finanziato dal Fondo europeo di sviluppo regionale
Projekt CTN sofinancira Evropski sklad za regionalni razvoj

VADEMECUM LINGUISTICO

GRAVIDANZA FISIOLOGICA



European Grouping of Territorial Cooperation
Gruppo europeo di cooperazione territoriale
Evropska združitev za teritorialno sodelovanje



VADEMECUM LINGUISTICO GRAVIDANZA FISIOLOGICA

1. GRAVIDANZA

Una gravidanza normale dura 40 settimane. Durante questo periodo, il feto si sviluppa e matura nell'utero. Parliamo di gravidanza quando un bambino nasce tra la 37a e la 42a settimana di gravidanza. Un bambino prematuro nasce prima della 37a settimana di gravidanza completa. La durata della gravidanza è determinata dall'età gestazionale del feto, calcolata dal primo giorno dell'ultimo periodo mestruale ed espressa in settimane e giorni. A causa delle diverse esigenze della donna incinta e della cura del feto, la gravidanza è divisa in tre periodi: nel primo trimestre nel feto si sviluppano tutti i sistemi degli organi, nel secondo il feto cresce e nel terzo, continuando a crescere, matura abbastanza da essere pronto per la vita fuori dall'utero.

2. CURA DELLE GESTANTI

In Slovenia l'assistenza alle donne in gravidanza è determinata dalla legge. Ogni donna ha il diritto di scegliere un ginecologo personale. Una donna in buona salute ha diritto a 10 visite preventive durante la gravidanza, dove viene curata da un ginecologo e da un'ostetrica.

In Italia l'assistenza alle donne in gravidanza è determinata dalle linee guida ministeriali. Ogni donna ha diritto di essere assistita durante la gravidanza nell'ambito del percorso nascita pubblico, che prevede un modello assistenziale in cui la gravidanza a basso rischio è gestita in autonomia da personale ostetrico, che ne monitora l'andamento e si avvale dello specialista ginecologo nel caso il decorso si discosti dalla fisiologia (gravidanza a medio/alto rischio). Le prestazioni erogate, utili a tutela

della salute della donna e di quella del suo bambino, sono gratuite, ossia senza pagamento del ticket sanitario, e definite dai LEA (Livelli Essenziali di Assistenza).

Lo scopo dell'assistenza nel periodo prenatale è garantire che una madre sana dia alla luce un bambino sano.

3. IL RUOLO DELL'OSTETRICA

L'ostetrica è una figura professionale qualificata in possesso di un titolo universitario, specializzata nel fornire assistenza infermieristica alle donne durante la gravidanza, durante il parto e nel periodo post-natale.

In Slovenia il suo compito principale è guidare il parto. Conduce le nascite fisiologiche in modo indipendente, determina l'eventuale anomalia nel decorso del parto e agisce tempestivamente. Assiste il medico a gestire nascite complicate ed è la prima ad aiutare la partoriente o il neonato in caso di emergenza. L'ostetrica offre il suo aiuto professionale alla partoriente durante il parto.

In Italia l'Ostetrica in Italia (decreto ministeriale 740/94) è una professionista qualificata ed una figura di riferimento per la donna, il bambino, la coppia e la famiglia. Il titolo abilitante è conseguito tramite la Laurea in Ostetricia e la successiva iscrizione all'Albo Professionale; ricopre un ruolo importante, rispondendo ai bisogni biopsicosociali relativi ai fenomeni naturali del ciclo sessuale della donna: periodo fertile, gravidanza, parto, puerperio e menopausa. Il modello di assistenza ostetrico mira alla realizzazione di interventi di consulenza e prevenzione volti a far acquisire uno stile di vita adeguato ai fini del mantenimento dello stato di salute della donna; offre un'assistenza basata sull'ascolto permettendo alla donna di avere maggiore potere decisionale e di operare scelte informate e consapevoli. Nell'ambito del percorso nascita le informazioni e i consigli che l'ostetrica fornisce alla mamma in attesa riguardano diversi argomenti, dall'igiene alimentare, all'attività fisica, all'abbigliamento e alla cura del corpo, dall'attività sessuale alle tecniche di rilassamento. Conduce e porta a termine parti eutocici con propria responsabilità e presta assistenza al neonato. Inol-

tre, si occupa di:

- controllo e assistenza alla gravidanza;
- sostegno e accompagnamento alla donna/coppia nel processo genitoriale;
- educazione alla salute;
- stesura del piano di assistenza e cura delle patologie in equipe;
- conduzione dei percorsi di educazione alla nascita;
- sorveglianza dello stato di salute materno e fetale;
- sostegno, assistenza e cura della mamma e del bambino;
- sostegno nell'allattamento al seno;
- educazione globale alla salute sanitaria e sessuale;
- sostegno alla famiglia;
- conduzione di corsi post-parto.

L'ostetrica, nel rispetto dell'etica professionale, gestisce, come membro dell'equipe sanitaria, l'intervento assistenziale di propria competenza; è in grado di individuare situazioni potenzialmente patologiche che richiedono intervento medico e di praticare, ove occorra, le relative misure di particolare emergenza.

4. CARTELLA DELLA GRAVIDANZA

In Italia la cartella della gravidanza accompagna la donna durante tutte le fasi del percorso nascita. È pensata per facilitare: la conoscenza del percorso assistenziale (i controlli, gli esami e le indagini consigliati a seconda dell'epoca gestazionale); la raccolta della documentazione clinica; l'acquisizione da parte degli operatori sanitari che vengono in contatto con la donna di informazioni utili a conoscere, in ogni momento, la storia clinica e l'evoluzione della gravidanza. La cartella della gravidanza viene consegnata alla donna in occasione della prima visita, a seguito dell'accertamento della gravidanza stessa, e la donna viene invitata a portarla con sé ad ogni successivo accesso.

5. CAMBIAMENTI NEL CORPO DURANTE LA GRAVIDANZA

Il corpo della gestante cambia sotto l'influenza degli ormoni per sostenere la crescita e lo sviluppo del feto e prepararsi al parto. L'utero aumenta di volume con l'avanzare dell'epoca gestazionale fino a raggiungere il processo xifoideo a termine di gravidanza.

La gravidanza comporta una serie di modificazioni a carico dell'organismo della donna che interessano:

- Il peso corporeo
- Il sistema circolatorio
- Il sistema emocoagulativo
- L'apparato respiratorio
- L'apparato genitourinario
- L'apparato gastrointestinale
- Il sistema endocrino.

L'utero che aumenta di volume (e quindi la comparsa del famoso "pancione") determina uno spostamento del baricentro corporeo, con conseguente alterazione della postura. Possono comparire delle macchie sulla pelle, correlate al potenziamento della pigmentazione melanica in alcune aree del corpo (sul viso e lungo la linea che attraversa longitudinalmente l'addome), a sua volta associato al diverso assetto ormonale. Sotto l'effetto dello sviluppo delle ghiandole mammarie, i seni diventano più grossi, tesi e dolenti e le areole (le zone circolari circostanti al capezzolo) più scure ed estese. La cute addominale viene tesa dall'utero che aumenta di volume con conseguente possibile comparsa di smagliature. Anche la muscolatura liscia risente dell'azione ormonale: da ciò dipendono problemi di costipazione, emorroidi e vene varicose a carico degli arti inferiori e dei genitali esterni.

Il nuovo assetto ormonale è il principale responsabile di questo adattamento indispensabile alla madre per nutrire il suo bambino e preparare il proprio corpo al travaglio, al parto e al successivo allattamento.

È proprio a queste modificazioni fisiologiche dell'assetto ormonale e, di conseguenza, dell'organismo materno che si devono i più comuni disturbi della gravidanza:

- Nausea e vomito. La nausea si verifica nell'80-85% delle gravidanze nel corso del primo trimestre e, in una per-

centuale ridotta, si associa a vomito. La severità dei sintomi è variabile da donna a donna, così come è variabile l'epoca gestazionale di inizio e di termine. Generalmente non determinano eventi avversi in gravidanza e si risolvono spontaneamente entro la 16-20a settimana.

- **Pirosi gastrica.** Si tratta di un disturbo descritto come bruciore e disagio percepiti nella zona retrosternale e/o nell'esofago, che può essere associato a reflusso esofageo e che tende a peggiorare con il prosieguo della gravidanza. A eziologia non chiara, è una probabile conseguenza di alterazioni ormonali che interferiscono con la motilità gastrica. Nel suo trattamento si includono raccomandazioni sulle modificazioni nell'alimentazione (riduzione di cibi ad alto contenuto di grassi e gastro irritanti come la caffeina, consumo di piccoli pasti frequenti, eliminazione di cibi piccanti dalla dieta) e nella postura (posizione eretta specie dopo i pasti, leggermente sollevata durante il sonno).
- **Stipsi.** È legata a un rallentamento della motilità intestinale dovuto agli elevati livelli di progesterone. Condizione comune in gravidanza, può essere controllata con la supplementazione di fibre alimentari.
- **Perdite vaginali.** La qualità delle perdite vaginali cambia durante la gravidanza e la quantità spesso aumenta. Possono essere riconducibili a condizioni fisiologiche, ma anche a condizioni patologiche, soprattutto se accompagnate da odore forte e sgradevole, prurito e dolore nella minzione.
- **Mal di schiena.** Le donne cominciano a soffrirne maggiormente tra il quinto e il settimo mese di gravidanza e la sera è la parte della giornata in cui i sintomi peggiorano. La causa è attribuibile a una postura alterata assunta dalla gestante, riconducibile all'aumento del peso del bacino e al concomitante rilassamento della muscolatura di supporto per azione dell'ormone relaxina. Esercizi in acqua, massaggi, l'utilizzo di un cuscino cuneiforme e corsi di back care possono essere d'aiuto nell'alleviare il mal di schiena.

6. SCREENING DURANTE LA GRAVIDANZA

I test di screening sono procedure ed esami volti a identificare in modo attivo le persone a rischio di determinate patologie all'interno di una popolazione apparentemente sana.

Nel caso delle gestanti vengono eseguiti test di screening su sangue allo scopo di identificare la possibile presenza di malattie infettive (fra cui toxoplasmosi, epatiti, sifilide, ecc.). Si controllano, inoltre, anche il gruppo sanguigno e il fattore Rh.

I test di screening su urine hanno, invece, lo scopo di identificare possibili segni di infezione del tratto urinario che necessitano di trattamento. È particolarmente importante eseguire questo esame nel terzo trimestre, in quanto permette di evidenziare eventuali segni riconducibili a patologie sistemiche legate allo stato gravidico (ad es. preeclampsia).

Per valutare il benessere del feto e studiarne lo sviluppo, durante la gravidanza vengono proposti alla donna tre test di screening ecografici (distribuiti nei tre trimestri di gravidanza) – vedi sezione "Ecografia".

Oltre a questi ultimi (non invasivi), esistono esami ecografici invasivi che offrono la possibilità di conoscere il cariotipo fetale in caso di aumentato rischio di alterazione dello stesso: si tratta di amniocentesi, villocentesi e funicolocentesi.

7. LE VACCINAZIONI IN GRAVIDANZA

Visti i comprovati benefici per ogni donna incinta, si raccomanda la vaccinazione contro l'influenza stagionale, relativa soprattutto al periodo autunno-inverno.

Intorno alla 24a settimana di gravidanza, si raccomanda alle donne di essere vaccinate contro la pertosse per proteggere il neonato dalle infezioni prima che venga vaccinato e sviluppi la propria resistenza.

In caso di ferite cutanee aperte o lesioni delle mucose, alle donne in gravidanza viene anche offerta la vaccinazione contro il tetano con una seconda dose in linea con le raccomandazioni.

Alle donne che intendono rimanere incinte e non hanno an-

cora avuto la varicella, si raccomanda la vaccinazione contro l'infezione da virus varicella-zoster prima della gravidanza.

8. ATTIVITÀ FISICA

Un'attività fisica regolare durante la gravidanza aiuta a mantenere un aumento ponderale entro i limiti consigliati, migliora la postura, riduce l'affaticamento e influisce sul benessere generale. Particolare attenzione dovrebbe essere prestata agli esercizi per rafforzare il pavimento pelvico e i muscoli della schiena, che sono soggetti a carichi particolari durante la gravidanza. Per mantenere una buona condizione fisica si raccomandano attività aerobiche leggere come camminare e nuotare. Nel progetto Salute-Zdravstvo, sottoprogetto Gravidanza fisiologica, si è prestata particolare attenzione all'attività fisica durante la gravidanza. Gli esercizi guidati per le donne in gravidanza con una fisioterapista si svolgono su base settimanale.

9. DIETA SANA

Alle donne in gravidanza si raccomanda di seguire una dieta sana ed equilibrata. Il menu dovrebbe includere una varietà di frutta e verdura, cereali integrali e prodotti a base di cereali, carne magra, pesce e latticini. Si consiglia di bere acqua, tè non zuccherati, succhi naturali e moderare la quantità di caffè. Evitare alcol, bevande zuccherate gassate, snack salati, carne cruda, uova crude e pesce crudo. Si consiglia l'assunzione di integratori di acido folico con vitamine ancora prima del concepimento.

10. ACIDO FOLICO

L'acido folico, se assunto regolarmente prima della gravidanza e nel primo trimestre di gravidanza, riducono l'insorgenza di difetti congeniti del tubo neurale durante la formazione dell'embrione, quando si sviluppano e si differenziano i primi abbozzi degli organi. La dose giornaliera raccomandata

è di 400 µg, la forma attiva di acido folico (metafolato) è più facile e meglio assorbita dall'organismo rispetto a quella inattiva. Nell'età gestazionale più avanzata, specialmente in caso di anemia, l'assunzione di acido folico è raccomandata assieme all'integrazione con ferro, poiché la combinazione migliora l'efficacia della terapia.

11. AUMENTO PONDERALE

L'aumento del peso corporeo in gravidanza è dovuto sostanzialmente allo sviluppo del feto e degli annessi embrio-fetali, all'aumento di volume dell'utero, all'aumento dei depositi adiposi, alla ritenzione idrica per aumento dell'idrofilia della componente mucopolisaccarida della sostanza fondamentale per azione degli estrogeni.

Le raccomandazioni sull'aumento di peso ottimale in gravidanza sono distinte in base all'indice di massa corporea (IMC, calcolato dividendo il peso – espresso in kg – per il quadrato dell'altezza – espressa in metri) pregravidico e specificano l'intervallo entro il quale non è stata dimostrata un'associazione con esiti avversi della gravidanza. Per questa ragione il peso materno e l'altezza devono essere misurati al primo appuntamento insieme al calcolo dell'IMC. L'eccessivo aumento ponderale in gravidanza rispetto all'aumento di peso entro gli intervalli raccomandati comporta maggiore probabilità di effetti avversi per la salute di madre e bambino in fase pre-, peri- e post-natale (ipertensione gestazionale, diabete gestazionale, distocia di spalla, taglio cesareo, ipoglicemia neonatale, macrosomia fetale, ecc.).

12. MISURAZIONE SINFISI FONDO (MONITORAGGIO DELLA CRESCITA DEL FETO)

Le alterazioni della crescita fetale rappresentano una delle più comuni complicanze della gravidanza. Le indagini prenatali di cui disponiamo al fine di monitorare la crescita fetale e, di conseguenza, evidenziare eventuali alterazioni della stessa sono l'ecografia e la misurazione sinfisi-fondo.

Quest'ultima si rileva con un nastro centimetrato, calcolando la distanza lungo l'asse longitudinale dell'utero tra il margine superiore della sinfisi pubica ed il fondo uterino. Il dato viene registrato a partire dalla ventiquattresima settimana gestazionale e confrontato con le curve di crescita fetale. Il livello raggiunto dal fondo uterino è, quindi, il primo e più semplice strumento in grado di rilevare la corretta crescita del feto. Deve essere misurato ad ogni incontro e, se possibile, dallo stesso professionista sanitario. Se le misurazioni si discostano dalla normale curva di crescita fetale, viene eseguito un esame ecografico di approfondimento.

13. ECOGRAFIA

L'ecografia è un metodo analitico sicuro e indolore che misura lo sviluppo del feto durante la gravidanza, la sua crescita, monitora lo sviluppo e la posizione della placenta, la quantità del liquido amniotico, valuta la lunghezza della cervice e la funzione delle arterie uterine e dei vasi ombelicali. L'esame ecografico, se necessario, può essere ripetuto varie volte per permettere un confronto dei risultati a beneficio della futura mamma e il feto.

14. MOVIMENTI ATTIVI FETALI

I movimenti a carico degli arti fetali iniziano già a 8 settimane gestazionali, per farsi poi più coordinati attorno alla 14a settimana. Questi sono tuttavia avvertiti dalla madre a partire dalle 17-20 settimane gestazionali (più precocemente dalle pluripare rispetto alle nullipare). La sensazione è quella di un leggero tocco o di uno sfarfallio al di sotto dell'ombelico; con il proseguire della gravidanza la percezione diventa più forte e meglio definita, soprattutto quando la madre assume certe posizioni. Inoltre, è più facile percepire i movimenti fetali dopo i pasti, quando la madre è a riposo e durante la notte, mentre se fosse molto impegnata in altre attività potrebbe non farci troppo caso. I movimenti attivi fetali (MAF) sono il principale indice di benessere fetale. Allo stesso ogni feto presenta un proprio pattern, perciò ogni madre impara

a riconoscere le abitudini del proprio figlio, legate alle stimolazioni esterne e al naturale ritmo sonno-veglia. Talvolta il movimento fetale può associarsi a tensione addominale e dolore (che poi scompare comunque rapidamente) e può essere confuso con la contrazione (in cui invece a indurirsi è l'intero addome, non solo una sua parte).

15. INCONTRI GRUPPI DI SUPPORTO

Gli incontri di gruppi di supporto guidati da un'ostetrica sono una delle attività svolte nell'ambito del progetto Salute-Zdravstvo, implementato da GECT GO, più in dettaglio il sotto progetto Gravidanza fisiologica. Gruppi di gestanti si incontrano sotto la guida dell'ostetrica per conoscersi, confrontarsi e ricevere informazioni valide sui vari argomenti relativi alla gravidanza e al parto. In tal modo le gestanti conoscono le ostetriche e con il loro aiuto si preparano al parto e al periodo postnatale.

16. EMPOWERMENT

In pedagogia e psicologia sociale, con questo termine si intende il processo di riconquista della consapevolezza di sé, delle proprie potenzialità e del proprio agire. Questo concetto ben si presta come cardine portante del modello di assistenza ostetrica: lo strumento principale per mantenere ed eventualmente ristabilire la salute nella donna è, infatti, l'attivazione delle risorse di quest'ultima. Ciò comporta un percorso assistenziale al cui centro è posta la donna, non più l'operatore: detentore del sapere è quindi la donna, non più l'operatore. La donna possiede tutte le competenze necessarie e compito dell'operatore è quello di sostenerla affinché ne prenda consapevolezza e le possa attivare ai fini della salvaguardia della sua salute.

17. POSIZIONE E PRESENTAZIONE DEL FETO

A termine di gravidanza la maggior parte dei feti si posizio-

na in senso longitudinale, ossia con l'asse longitudinale del corpo fetale parallelo a quello materno, e con presentazione cefalica, ossia con la testa rivolta verso il basso, in prossimità dell'ingresso pelvico della madre. La testa si presenta flessa in avanti sul torace così come le braccia, le gambe a loro volta flesse in alto sull'addome. In questo modo il feto adotta la posizione più conforme alla forma dell'utero e al passaggio attraverso il canale del parto e pertanto ottimale ai fini di un parto eutocico. Può capitare tuttavia che a rapportarsi con l'ingresso pelvico materno siano le natiche o i piedini o una variante combinata di queste parti fetali. Si parla allora di presentazione podalica, in cui il parto per via vaginale è possibile ma si associa a maggior rischio di complicanze e per questo motivo viene preferito il parto tramite taglio cesareo. Il parto per via vaginale non è possibile quando, sebbene più raramente, il feto assume una posizione trasversa, cioè con l'asse longitudinale del corpo perpendicolare rispetto a quello materno.

18. LE CONTRAZIONI

L'utero è un muscolo a forma di sacco in cui il feto cresce e si sviluppa. Le contrazioni sono spasmi ritmici dei muscoli uterini che si verificano all'inizio del travaglio. Le contrazioni, propagandosi attraverso il corpo dell'utero dall'alto verso il basso, agiscono sul collo dell'utero, determinandone dapprima lo spostamento anteriore, il rammollimento e il raccorciamento, poi la dilatazione della bocca uterina ed infine la progressione del feto attraverso il canale del parto fino alla sua espulsione attraverso la vagina materna. In concomitanza della contrazione la partoriente avverte una sensazione di indurimento doloroso a livello addominale; il dolore può coinvolgere la parte bassa della schiena, la radice delle cosce, la sinfisi pubica. Durante il parto, parallelamente all'attività contrattile uterina, viene monitorato il battito cardiaco fetale attraverso la cardiocografia (CTG): ciò è possibile posizionando due trasduttori sull'addome materno collegati ad un monitor. La cardiocografia ci permette perciò di valutare il benessere fetale durante il travaglio di parto. Nella fase attiva del travaglio le contrazioni compa-

ono ogni 3-5 minuti circa per una durata di 1 minuto circa ed è possibile riconoscere un'attività contrattile già durante la gravidanza: questa si distingue dalle contrazioni legate all'evento nascita in quanto non dolorosa.

Le contrazioni uterine si contraddistinguono per essere:

- Involontarie. Come per tutti gli organi provvisti di muscolatura liscia, l'utero nel contrarsi non è soggetto alla volontà della gestante;
- Dolorose. La componente dolorosa è variabile, in quanto risultato dell'interazione di molteplici meccanismi biochimici, fisiologici e psicologici; l'intensità del dolore è generalmente proporzionale all'intensità della contrazione uterine. Nella sua complessità, il dolore è avvertito dalla donna a livello del basso addome, della sinfisi pubica, della zona sacrale alta e della radice delle cosce;
- Intermittenti. Ciò garantisce un intervallo tra una contrazione e l'altra; questa caratteristica è importante non solo per il recupero funzionale delle fibrocellule muscolari, ma anche per consentire gli scambi placentari.

Le contrazioni sono uno dei fattori determinanti l'evento nascita: da irregolari per durata, intensità e frequenza durante i prodromi di travaglio, diventano regolari durante il travaglio attivo ed infine si coordinano alle spinte materne per consentire l'espulsione del feto.

19. DILATAZIONE DELLA BOCCA UTERINA

La dilatazione della bocca uterina ha inizio in seguito al processo di appianamento o, come succede nelle pluripare, in contemporanea con questo. Durante l'appianamento si assiste ad una diminuzione progressiva della lunghezza della cervice: il collo, in origine lungo 3-4 cm, si riduce alla fine a dei bordi sottili che circoscrivono l'orifizio uterino esterno. Durante la fase dilatante l'orifizio uterino esterno (o bocca uterina) si amplia fino a raggiungere una dilatazione di circa 10 cm, cioè una dilatazione completa. La dilatazione avviene mediante un processo di stiramento considerevole delle fibre muscolari che compongono il collo dell'utero. La velocità di dilatazione è condizionata da diversi fattori: attività contrattile valida e regolare, cedevolezza tissutale e la discesa

della parte presentata.

Non bisogna perciò tenere conto della dilatazione come un fenomeno isolato, ma la risultante di altri eventi che accadono prima e durante la dilatazione e che interessano, non solo il collo dell'utero, ma anche regioni anatomiche che la circondano.

20. ROTTURA DELLE MEMBRANE AMNIOCORIALI

La rottura delle membrane amniocoriali, ossia dell'involucro della cavità amniotica ospitante il feto, avviene fisiologicamente in corrispondenza della dilatazione completa della bocca uterina. Più spesso si verifica durante il travaglio di parto, prima che la dilatazione sia completa. Talvolta anticipa l'inizio del travaglio di parto, a termine di gravidanza. Le membrane amniocoriali generalmente si rompono nella porzione anteriore del sacco, in quanto è proprio qui che durante le contrazioni viene trasmessa la massima pressione endouterina, ma può capitare che la rottura avvenga lateralmente o più o meno in alto rispetto alla parte presentata. La donna ne prende coscienza per lo scolo, più o meno abbondante, di liquido amniotico dalla vagina.

21. AUSCULTAZIONE INTERMITTENTE

Per auscultazione intermittente del battito cardiaco fetale si intende la rilevazione della frequenza cardiaca fetale per un minuto dopo la contrazione ogni 15 minuti durante il travaglio attivo e ogni 5 minuti durante il periodo espulsivo. Tale metodica di monitoraggio del benessere fetale intra-partum è raccomandata come livello minimo assistenziale compatibile con la sicurezza materno-fetale in quelle gravidanze identificate ad inizio travaglio come aventi un basso rischio di ipossiemia/acidemia fetale. In tali casi non è raccomandata l'auscultazione continua del battito cardiaco fetale, poiché associata al rischio di incorrere in un incremento dei falsi positivi. L'auscultazione intermittente viene eseguita con un apparecchio Doppler a ultrasuoni, posto in corrispondenza sull'addome materno in corrispondenza del dorso fetale.

22. ALLEVIAMENTO DEL DOLORE NEL PARTO

Il dolore durante il parto è causato dalle contrazioni uterine, dalle modificazioni della cervice uterina e dalla pressione che la parte presentata fetale esercita impegnandosi nel canale del parto. Il dolore del parto può essere controllato attraverso varie tecniche di respirazione, il massaggio nella parte bassa della schiena, la libertà di movimento e cambio posizione, alcune tecniche tattili, nonché attraverso metodi complementari come l'aromaterapia, l'ascolto attivo di musica e l'uso dell'acqua calda nella vasca da parto. Questi metodi analgesici naturali favoriscono il rilassamento, a sua volta fondamentale ai fini dell'evoluzione del processo della nascita. Anche la presenza del padre del bambino al parto e un ambiente familiare in sala parto si rivelano di grande aiuto.

Il dolore può essere alleviato non solo attraverso metodi naturali, ma anche attraverso metodi farmacologici, compatibili con la sicurezza della partoriente e del feto. Uno di questi è l'analgesia epidurale, una procedura medica che prevede la somministrazione di farmaci analgesici nello spazio epidurale del midollo spinale tramite un apposito catetere.

23. LA PRESENZA DEL PARTNER

La presenza del padre alla nascita si è dimostrata associata a un migliore outcome dell'esperienza del parto per la donna: il padre, infatti, supportando la futura madre nelle varie fasi del parto, partecipa attivamente all'evento nascita aumentando il grado di soddisfazione materna e rafforzando il legame della nuova triade madre-padre-bambino. In sala parto gli può venire proposto di tagliare il cordone ombelicale, segnando così il passaggio alla vita extra-uterina del suo bimbo.

24. LA PLACENTA, IL CORDONE OMBELICALE E IL LIQUIDO AMNIOTICO

La placenta è costituita dalla parte fetale e da quella materna. La placenta secerne ormoni importanti per la gravidanza e consente lo scambio di ossigeno e dei nutrienti dalla madre al feto attraverso il sangue. Di forma variabile, più frequentemente circolare, il suo peso corrisponde a circa 1/6 di quello fetale. Il cordone ombelicale, lungo circa 50 cm e di consistenza gelatinosa, contiene tre vasi sanguigni, due arterie e una vena e collega il feto alla placenta. Il liquido amniotico è la sostanza in cui è sospeso il feto. Alla fine della gravidanza, il sacco amniotico nell'utero contiene da 800 a 1000 ml di liquido amniotico. Di solito il liquido è chiaro, limpido o di colore lattiginoso e inodore.

25. CONTATTO PELLE A PELLE

Fino a pochi minuti prima di nascere il bambino si trova completamente avvolto dal liquido, in totale assenza di gravità, massaggiato in continuazione dalle pareti morbide, lisce e pulsanti dell'utero, accompagnato da suoni continui (interni ed esterni al corpo materno), in perenne e ritmico dondolio. Per la madre il bambino invisibile della pancia deve mantenersi in continuità con il bambino tenuto in braccio. Il momento immediatamente successivo alla nascita, pertanto, è inevitabilmente incomprensibile e minaccioso per il neonato, di grande intensità per la madre. Il modo migliore per permettere al dialogo biologico e psicologico, avviato tra madre e bambino in utero, di continuare e riconvertirsi al di fuori dell'utero è attraverso il contatto pelle a pelle. L'obiettivo deve essere quello di fare in modo che, almeno per le prime due ore dopo la nascita, madre e figlio siano messi nelle condizioni di stare insieme in uno stretto contatto e disturbati il meno possibile.

I benefici del contatto pelle a pelle per il neonato sono:

- Riduce il periodo di pianto;
- Favorisce la stabilizzazione cardiorespiratoria e metabolica;
- Facilita la termoregolazione;

- Induce la colonizzazione batterica e l'immunomodulazione;
 - Interviene nell'organizzazione posturomotoria;
 - Agevola l'avvio precoce dell'allattamento al seno;
 - Aiuta i processi di attaccamento genitori-figlio.
- I benefici del contatto pelle a pelle per la madre sono:
- Maggiore soddisfazione e gradimento dell'esperienza;
 - Facilitazione del bonding;
 - Migliore prevenzione contro le emorragie post-partum nei casi a basso rischio, per aumento della secrezione ossitocica;
 - Aumento dell'istinto materno a seguito dell'incremento di produzione endogena di ossitocina, l' "ormone dell'amore";
 - Precoce stimolazione del seno ed eiezione del colostro;
 - Miglioramento della relazione e dell'attaccamento materno.

26. ALLATTAMENTO

Il primo attacco al seno viene promosso quanto prima dopo la nascita. La prima escrezione, di colore giallo dorato, è il colostro. Si tratta del primo "vaccino" del neonato, poiché contiene molte sostanze protettive. Il colostro si trasforma in latte di transizione e quest'ultimo in latte maturo. Il latte materno è economico e sempre disponibile, è soprattutto il miglior nutrimento per il neonato.

27. IL PUERPERIO

Il periodo che interessa le prime 6 settimane dopo il parto viene chiamato puerperio: in questo periodo alla donna ci si riferisce, quindi, con il termine puerpera. Si tratta di un periodo di considerevoli cambiamenti fisici, emotivi e sociali. Perdite di sangue dopo il parto, le cosiddette "lochiazioni", possono durare fino a 6 settimane. I primi giorni il sangue si presenta rosso vivo e più abbondante, con la possibilità che si accumuli in vagina per poi provocare la fuoriuscita di piccoli coaguli; il colore col tempo va modificandosi, dal rosso,

al marrone, al giallo, fino al biancastro alla fine del periodo puerperale. Si raccomanda alle puerpere di prestare attenzione alla quantità e all'odore delle perdite.

28. IL NEONATO

I bimbi sono considerati neonati dalla nascita fino al 28° giorno di età; da questo momento fino al 12° mese di vita sono invece chiamati lattanti. In Slovenia il neonato è seguito a domicilio da un'infermiera della comunità dal momento della nascita in poi. In Italia la puerpera viene assistita dall'ostetrica territoriale, a domicilio o presso il Consultorio Familiare. Ogni bambino, sia in Slovenia sia in Italia, ha un pediatra personale di fiducia, il quale monitora il suo sviluppo, esegue eventuali esami di accertamento e consiglia le dovute vaccinazioni.

Novorojenček je otrok od rojstva do 28. dneva starosti, dojenček je otrok od rojstva do dopolnjene 12. meseca starosti. V Sloveniji, takoj po odpustu iz porodnišnice, novorojenčka na domu obravnava patronažna sestra. V Italiji novorojenčka, na domu ali v družinski svetovalnici, obravnava patronažna sestra s pomočjo babice. Vsakemu otroku, tako v Sloveniji kot Italiji, pripada izbrani osebni pedater, ki ga spremlja pri razvoju in opravlja preventivne preglede s cepljenji.

28. NOVOROJENČEK

Obdobje po porodu traja od poroda do 6 tedna po porodu. Žensko v tem obdobju imenujemo otročnica. To je obdobje velikih telesnih, emocionalnih in socialnih sprememb. Kravitvev po porodu se imenuje lohija ali čišča. Običajno traja do 6 tednov. Prve dni je krvava s krvnimi strdki, nato je rdeče, rjave, rumene in proti koncu poporodnega obdobja bele barve. Otročnice morajo biti pozorne na vonj čišče, saj ta ne sme zaudarjati.

27. OBDOBJE PO PORODU

Prvo dojenje naj se začne že v prvih urah po porodu. Najprej se začne izločati kolostrum ali mleziivo, ki je zlato rumenkaste barve. Je prvo »cepivo« za otroka, saj vsebuje veliko zaščitnih snovi. Kolostrum se spremeni v prehodno mleko, to pa v pravo. Mleko je najboljša hrana za otroka, je poceni in vedno na razpolago.

26. DOJENJE

- materinsko navezanost in nagon;
- fiziološko zmanjšuje poporodno krvavitvev zaradi povečanega izločanja oksitocina;
- zgodnja stimulacija prsi in izločanje kolostruma.

24. POSTELJICA, POPKOVNICA IN PLODOVNICA

Posteljico ali placento sestavlja plodova in materina stran. Izloča hormone, ki so pomembni za nosečnost in omogoča izmenjavo kisika in hranil od matere do ploda preko krvi. Ob porodu tehta približno 500 g in je okrogle oblike. Popkovernica ima tri žile, dve arteriji in eno veno. Je želatinske strukture. Povezuje plod s posteljico. Dolga je približno 50 cm. Plodovnica je amnijska tekočina, v kateri plava plod. Ob koncu nosečnosti je v maternici približno 800 do 1000 ml plodovnice. Običajno je čista, bistra ali mlečne barve in brez vonja. Plod pred porodom popije približno polovico plodovnice.

25. STIK KOZA NA KOZO

Še nekaj minut pred rojstvom plod lebdi obdan s tekočino, brez gravitacije, dotika se gladkih in živih sten maternice ob zibajočih in ritmičnih zvokih znotraj in zunaj maternice telesa. Za mater in otroka je pomembno, da ni prekinitve med plodom v trebuhu in dojenčkom v naročju. Trenutek takoj po rojstvu je za novorojenčka in mater zelo intenziven. Biološki in psihološki dialog se je med materjo in otrokom začel že v maternici. Stik koza na kozo je najboljši način, da se neprekinjeno nadaljuje tudi zunaj maternice. Prizadevamo si, da sta mati in otrok vsaj dve uri po rojstvu v tesnem stiku in ju pri tem čim manj motimo.

Za novorojenčka ima stik koza na kozo številne prednosti:

- skrajša jok;
- spodbuja umirjanje srčnega utripa, dihanja in presnove;
- olajša uravnavanje telesne temperature;
- omogoči kolonizacijo novorojenčkovih prebavil z bakterijami matere in razvoj imunskega sistema;
- prispeva k pravilnemu motoričnemu razvoju;
- olajša zgodnji začetek dojenja;
- prispeva k boljši povezavi med starši in otrokom;
- stik koza na kozo ima koristne učinke tudi za mater;
- nudi večje zadovoljstvo in zadoščenje ob porodu;
- izboljša povezanost z novorojenčkom in spodbuja

Idealen partner pri porodu je otrokov oče, ki nudi podporo bodoči materi. Po porodu lahko prereže popkovnico, pestuje otroka in fotografira. Dokazano je, da so porodi, pri katerih sodelujejo očeti, krajši, vzpostavi se tudi močnejša vez med staršema in otrokom.

23. PARTNER PRI PORODU

Bolečina med porodom se pojavlja zaradi krčenja maternice - popadkov, krajšanja in odpiranja materničnega vratu in pritiska ploda na porodno pot. Porodnica lahko bolečino zmanjša z različnimi tehnikami dihanja, masazo v predelu kriza in različnimi tehnikami dotika ter dopolnilnimi metodami, kot so aromaterapija, aktivno poslušanje glasbe in uporaba porodnega bazena s toplo vodo. Porod poteka manj boleče, če je porodnica med porodom sproščena. Koristna je prisotnost otrokovega očeta pri porodu in domačno okolje porodne sobe.

V porodnišnici bolečino učinkovito lajšamo tudi z uporabo zdravil in postopkov, ki so varni za nosečnico in plod. Epiduralna analgezija je postopek, pri katerem ob začetku poroda skozi tanko cevko v hrbtu vbrizgamo zdravila, ki učinkovito zmanjšajo porodno bolečino.

22. LAJŠANJE PORODNE BOLEČINE

ultrazvočno doplersko tipalo, ki ga prisloniimo na trebuh porodnice v bližini plodovega hrta. Takšen način spremljanja počutja ploda med porodom se priporoča kot minimalna raven oskrbe, pri kateri je zagotovljena varnost matere in otroka pri nosečnosti brez dejavnikov tveganja za hipoksemijo/acidemijo ploda. Pri nizko rizičnih porodih se kontinuirano spremljanje srčnega utripa ploda ne priporoča, saj je tveganje lažno pozitivnih rezultatov in s tem nepotrebni porodniški operaciji višje.

Pri porodih s povečanim tveganjem spremljamo aktivnost maternice in srčni utrip ploda (kardiotokografija - CTG) kontinuirano s posebnimi tipali preko trebuha matere.

popadkom, lahko nosečnica začuti tudi med nosečnostjo. Ti krči se od porodnih popadkov razlikujejo po tem, da niso boleči.

19. ODPIRANJE MATERNIČNEGA VRATU

Ob začetku poroda se maternični vrat krajša in odpira, stena materničnega vrata se tanjša. V nosečnosti je maternični vrat dolg od 3 do 4 cm, med porodom pa se popolnoma skrajša in odpre do 10 cm. Hitrost odpiranja je odvisna od več dejavnikov: pravilnega in rednega krčenja mišičnih vlaken maternice, prožnosti tkiva in pravilnega spušcanja ploda po porodni poti. Na odpiranje materničnega vrata in mehanizem poroda vplivajo številni dejavniki, ki vplivajo tudi na sosednje anatomske regije in odločajo o trajanju poroda. Odpiranja materničnega vrata torej ne gre presojati kot ločen pojav, temveč kot posledico vrste drugih dogodkov pred in po začetku odpiranja, ki potekajo tudi v bližnjih delih telesa in ne samo na materničnem vratu.

20. RAZPOK PLODNEGA MEHURJA

Do razpoka plodovih ovojev in odtokanja plodovnice med porodom pride ob odpiranju materničnega vrata, pogosto med popadki, še preden je maternično ustje popolnoma odprto. Včasih je razpok mehurja in odtokanje plodovnice prvi znak začetka poroda. Pravimo, da je nosečnici »odtekla voda«. Praviloma se plodovi ovoji razpočijo v sprednjem delu pred glavico ploda, saj je med popadki tu največji pritisk znotraj maternice, lahko pa se razpočijo tudi višje in plodovnica odteka počasni.

21. SPREMLJANJE PLODOVEGA SRČNEGA UTRIPA

Počutje ploda med fiziološkim porodom ocenjujemo tudi s spremljanjem srčnega utripa ploda. Od začetka popadkov v zaključku poroda pa na vsakih 5 minut. Uporabljamo

v medenični vstavi, porodimo s carskim rezom. Porod po naravni poti ni možen, kadar, v zelo redkih primerih, plod ob koncu nosečnosti v maternici leži prečno. Takrat nosečnost vedno končamo s carskim rezom.

18. POPADKI

Maternica je vrečasta mišica, v kateri plod raste in se razvija. Popadki so ritmični krči mišice maternice, ki se pojavijo spontano ob začetku poroda in so neodvisni od volje nosečnice. Krajsajso in odpirajo maternični vrat ter potiskajo plod po porodni poti navzdol. Porodnica jih čuti kot boleče otrdevanje maternice, bolečina se lahko širi v predel križa ali proti stegnom. Redni popadki na 5 minut pomenijo začetek poroda. Med porodom popadke zaznamo tudi s kardiotokografijo (CTG). Aktivnost maternice in srčni utrip ploda merimo s posebnimi tipali preko trebuha matere. Tako lahko ves čas poroda ocenjujemo njegovo počutje. Učinkovit popadek traja približno 1 minuto, počitek med dvema popadkoma v aktivni fazi poroda pa vsaj 3 do 5 minut. V tem času se mišične celice odpočijejo, omogočeno je pravilno delovanje posteljice.

Popadke prepoznamo po tem, da so:

- Spontani: kot pri vseh organih z gladkimi mišicami je tudi krčenje maternice popolnoma neodvisno od volje nosečnice.
- Boleči: Raven bolečine je spremenljiva, saj nanjo vpliva več biokemičnih, fizioloških in psiholoških mehanizmov. Intenzivnost bolečine je na splošno sorazmerna z intenzivnostjo krčenja maternice. Porodnica čuti bolečino v spodnjem delu trebuha, v področju sramnice, v zgornjem delu medenice in zgornjem delu stegen.
- Ritmični: Med enim in drugim krčenjem je presledek, ki je potreben, da se mišične celice odpočijejo ter pravilno poteka izmenjava med posteljico in otrokom.

Popadki so osnovni znak poroda. V zgodnji fazi so po trajanju, intenzivnosti in pogostosti dokaj neradni, v aktivni fazi poroda pa postanejo redni. Krčenje maternice, podobno

Ob koncu nosečnosti večina plodov v maternici leži vzdolžno, vzdolžna os maternice hrbtnice je tako vzporedna s plodovo. Glavica ploda je sklonjena na prsni koš in je najnižje v porodni poti, na medeničnem vходу. Roke so pokrčene na prsnem košu, noge na trebuhu. Tako se plod povsem prilagodi obliki maternice in male medenice. Govorimo o vzdolžni legi in glavni vstavi ploda. Fiziološki porod po naravni poti je ob tem položaju ploda najbolj verjeten. Redko je na medeničnem vходу plodova medenica, ali medenica in nogice ali samo nogice. Govorimo o medenični vstavah – pogosto se odločimo, da plod, ki je ob koncu nosečnosti

17. LEGA IN VSTAVA PLODA

V pedagogiki in socialni psihologiji se ta izraz nanaša na proces krepitve samozavesti, zavedanja svojih potencialov in svojih dejanj. Ta pojem odlično opiše vodilo za spremljanje žensk v nosečnosti. Zdravje pri ženskah ohranjamo in po potrebi na novo vzpostavimo s tem načelom: zanašamo se na vse njene zmogljivosti. Posledično je v vsem spremljanju nosečnosti v središču pozornosti ženska in ne zdravstveni osebe. Ženska je torej nosilka znanja in ne zdravstveni delavec. Ženska ima vse potrebne veščine, medtem ko je naloga zdravstvenega osebjaja, da ji nudi podporo, da se tega zave in svoje zmogljivosti tudi uporabi ter tako ohrani in varuje svoje zdravje.

16. OPOLNOMOČENJE

Vodeni pogovori z babico so ena izmed aktivnosti, ki se izvajajo v sklopu projekta Salute-Zdravstvo, v podprojektu fiziološka nosečnost, ki ga izvaja EZTS GO. Skupine nosečnic se srečujejo z babicami, se medsebojno spoznajo in se pogovarjajo ter dobijo strokovne informacije o različnih temah v zvezi z nosečnostjo in porodom. Nosečnice se tako povežejo z babicami in se z njihovo pomočjo pripravijo na porod in poporodno obdobje.

15. VODENI POGOVORI Z BABICO

Plod začne aktivno gibati s svojimi okončinami že v 8. tednu nosečnosti, gibanje pa postane bolj usklajeno okoli 14. tedna. Nosečnica začne čutili plodove gibbe v prvi nosečnosti okoli 20. tedna, v naslednjih nosečnostih pa kmalu po 17. tednu nosečnosti. Gibanje čuti kot rahel dotik ali nežno premikanje pod popkom. Z nadaljevanjem nosečnosti giba močnejši in jasnejši, še posebej v določenih položajih nosečnice. Veliko lažje je začutili gibanje otroka po jedi, med počitkom ali med spanjem. Če pa je nosečnica zapostvena z vsakdanjimi opravki, verjetno temu ne posveča preveč pozornosti. Aktivno gibanje ploda je temeljni znak dobrega počutja ploda. Vsak plod se giblje na svoj način in vsaka mati se nauči prepoznavati otrokove odzive na zunanje dražljaje in njegov naravni ritem spanja in budnosti. Občasno se lahko zaradi gibanja otroka trebuh in močno napne in boli, čeprav praviloma to traja kratak čas. Nekatero nosečnico to otredvanje trebuh zamenjajo s popadki, vendar pri popadkih otrdi celoten trebuh in ne samo en del.

14. AKTIVNO GIBANJE PLODA

Ultrazvočna preiskava je varna, neboleča silikovna metoda, s katero med nosečnosti ocenjujemo razvoj ploda, merimo njegovo rast, spremljamo razvoj in lego postelje, količino plodovnice, ocenjujemo dolžino materničnega vratu ter pretoke skozi maternične arterije in žile v popkovnici. Po potrebi ga lahko večkrat ponavljamo, primerjamo meritve in prilagajamo svoje odločitve za dobrobit matere in ploda.

13. ULTRAZVOK

V ambulantni za nosečnice. V primeru, da meritve odstopajo od normalne krivulje rasti ploda, pri nosečnici opravimo še ultrazvočno preiskavo.

Kasneje v nosečnosti je, še posebej v primeru slabokrvnosti, jemanje folne kisline zelo dobrodošlo ob jemanju železa, saj kombinacija izboljša učinkovitost terapije.

11. POVEČANJE TELESNE TEŽE

Povečanje telesne teže med nosečnostjo je predvsem posledica razvoja in rasti ploda, posteljice, večanja količine plodovnice, pa tudi povečanja maščobnih oblog in zadrževanja vode v vezivnem tkivu nosečnice pod vplivom hormona estrogena.

Priporočila o optimalnem pridobivanju teže med nosečnostjo določimo na podlagi indeksa telesne mase pred nosečnostjo, zato že ob prvem pregledu v nosečnosti izmerimo telesno višino in težo. Indeks izračunamo tako, da telesno težo v kilogramih delimo s kvadratom višine v metrih. Nato preverimo ali je rast telesne teže v mejah razpona znotraj katerega ni negativnih vplivov na nosečnost. Če se teža nosečnice prekomerno poveča, se poveča tveganje za zaplete v nosečnosti, ob porodu in v poporodnem obdobju kot so povišan krvni tlak med nosečnostjo, prekomerna rast ploda, večje tveganje za carski rez in nizko oceno po Apgarjevi lestvici, hipoglikemija pri novorojenčku in kasnejša debelost že v otroški dobi ter prekomerna teža in debelost matere tudi po porodu.

12. SPREMENJANJE RASTI PLODA

Neppravilna rast ploda je eden najpogostejših zapletov v nosečnosti. Rast ploda spremljamo z merjenjem razdalje med sramno kostjo in vrhom maternice nosečnice (razdalja simfiza – fundus) in z ultrazvokom. Med najpreprostejše načine za preverjanje pravilne rasti ploda je ocena položaja vrha maternice glede na vrh sramne kosti, popек ali spodnji rob prsnice nosečnice. Meritev izvajamo s centimétrskim trakom preko trebušne stene vzdolž maternice ob vsakem pregledu nosečnice, obvezno jih beležimo od 24. tedna nosečnosti in jih primerjamo s krivuljo rasti ploda. Najbolje bi bilo, da meritve vsakic izvaja ista oseba, običajno babica

Folna kislina ali vitamin B₉ ob rednem jemanju pred nosečnostjo in v prvem trimesečju nosečnosti zmanjša pojav prirojenih nepravilnosti nevralne cevi. Priporočen dnevni odmerek je 400 µg, aktivna oblika folne kisline (metafolat) se v telo lažje in boljše vgrajuje kot neaktivna.

10. FOLNA KISLINA

Nosečnicam priporočamo uživanje zdrave in uravnotežene prehrane. Na jedilniku naj bodo raznovrstna zelenjava in sadje, polnovredna žita in žitni izdelki, nemastno meso, ribe in mlečni izdelki. Pijejo naj vodo, nesladkane čaje, naravne sokove, v zmernih količinah kavo. Izogibajo naj se alkoholu, gaziranim sladkim pijačam, slanim prigrizkom, surovemu mesu, surovim jajcem in surovim ribam. Z_e pred zanositvijo naj uživajo folno kislino z vitamini.

9. ZDRAVA PREHRANA

Redna telesna aktivnost v nosečnosti pripomore k ohranjanju zdrave telesne teže, izboljšuje držo, manjša utrujenost in vpliva na splošno boljše počutje. Posebno pozornost je treba nameniti vajam za krepitev mišic medeničnega dna in hrbta, ki so v nosečnosti še posebej obremenjene, pa tudi lažji aerobni aktivnosti, kot sta hoja in plavanje, za ohranjanje vzdržljivosti. Tudi v projektu Salute-Zdravstvo, podprojektu Fiziološka nosečnost, smo telesni aktivnosti v nosečnosti namenili dodatno pozornost. Tedensko potekajo vodene vaje za nosečnice s fizioterapevtko.

8. TELESNA AKTIVNOST

tudi nosečnicam ponudimo cepljenje proti tetanusu z obnovitvenim odmerkom cepiva v skladu s strokovnimi smernicami. Če ženska načrtuje nosečnost in še ni prebolela noric, priporočamo pred nosečnostjo cepljenje proti okužbi z virusom varicela-zoster.

Zaradi dokazane dobroti za vsako nosečnico priporočamo cepljenje proti gripu, ki je sezonsko in vezano na jesensko-zimsko obdobje. Okrog 24. tedna nosečnosti ženskam priporočamo tudi cepljenje proti oslovskemu kašlju z namenom, da zασčitimo novorojenčka pred okužbo, preden je cepjen in razvije lastno odpornost. V primeru poškodb z odprto rano kože ali sluznice

7. CEPLENJE V NOSEČNOSTI

Prejajni testi za ugotavljanje kromosomskih napak pri plodu v prvem trimesečju so merjenje nihalne svetline, dvojni hormonski test ter neinvazivni genetski testi. Presajni testi za ugotavljanje kromosomskih napak pri nam pove, ali je nosečnica v skupini za grozoc prezgodnji skozl arterije maternice ter dolžino materničnega vratu, ki iščemo anomalije ploda. Takrat lahko izmerimo še pretoke Z ultrazvočnim morfološkim pregledom v sredini nosečnosti nosečnikove boleznl - preeklampsije. V tretjem trimesečju pa iščemo nosečnice s prvimi znaki znake vnetja secl, ki potrebujejo zdravljenje, predvsem S pregledom urina pri nosečnici ugotavljamo morebitne prisotnost anemije. sifilis), preverjamo krvno skupino in Rh faktor ter ugotavljamo prisotnost infektivnih boleznl (toksoplazmoza, hepatitis, Pri nosečnicah z odvezomom krvi iščemo morebitno zvečanilm tveganjem za določeno bolezen. nekl navidezno zdravi populaciji aktivno iščemo osebe z Presajni testi so postopki in preiskave, s katerimi v

6. PRESEJALNI TESTI V NOSEČNOSTI

večeru po celodnevni aktivnosti. Vzrok je v sprememljeni drži nosečnice, saj se teža, ki jo nosi medenica nosečnice, močno poveča, pod vplivom hormonov pa so podporne mišice bolj ohlapne. Telovadba v vodi, masaze, uporaba klinaste blazine in vaje za hrbet lahko pomagajo pri lajšanju bolecln v hrbtu.

lahko pojavijo nosečniške pegge.

Zaradi razvoja prsnih žlez se povečajo prsi, kolobar okoli bradavic se temneje obarva. Na koži trebuh se lahko pojavijo strije in temnejša črta po sredini trebuha.

Hormoni vplivajo tudi na delovanje gladkih mišic, zato imajo nosečnice lahko težave z zaprtjem, pojavijo se hemoroidi in krčne žile v nogah in področju zunanjelega spolovila.

Zaradi novega hormonskega ravnovesja se pojavijo spremembe, ki so nujna telesna prilagoditev, da lahko telo nosečnice zagotovi rast ploda in se pripravi na popadke, porod in dojenje.

Fiziološke spremembe s seboj prinašajo tudi nekatere nevspečnosti v nosečnosti:

- Slabost in bruhanje: Slabost se pojavi v 80-85 % nosečnosti v prvem trimesečju, pri nekaterih nosečnicah pa tudi bruhanje. Resnost simptomov je pri nosečnicah različno izražena in se s trajanjem nosečnosti zmanjšuje. Praviloma slabost in bruhanje ne povzročata večjih težav v nosečnosti in spontano izgineتا med 16. in 20. tednom. Zgaga: Gre za pekoč in boleč občutek za prsico oziroma v požiralniku. Pojavi se lahko v povezavi z reflukksom in se praviloma slabša z napredovanjem nosečnosti. Vzrok je še nejasen, vendar gre najbrž za posledico hormonskih sprememb, ki vplivajo na delovanje želodca. Nosečnicam priporočamo, da spremembo svoje prehranske navade. Izgibajjo naj se mastnim jedem in živilom, ki delujejo dražilno na želodec, kot so pijače, ki vsebujejo kofein in pekoče jedi. Svetujemo pogostejše in manjše obroke, pokončno držo telesa, elasti takoj po obrokih, in spanje z zgornjim delom telesa v rahlo višjem položaju.
- Zaprtje: Zaradi povišane ravni progesterona se gibljivost črevesja lahko upočasni. V nosečnosti je to pogost pojav, ki ga lahko obvladujemo s pogostejšim uživanjem vlaknin.
- Izcedek iz nožnice: Kakovost vaginalnega izcedka se med nosečnostjo spreminja in količina se pogosto poveča. Vzroki so lahko fiziološki, torej povsem naravni, lahko pa so patološki, če pojav spremljajo nepriljaten in močan vonj, srbenje in bolečina pri uriniranju.
- Bolečine v hrbtu: Najbolj so izražene med petim in sedmim mesecem nosečnosti, običajno so hujše proti

Obraz nosečnice postane bolj okrogel, na koži obraza se spremembo diže.

„trebuh“) kar vpliva na premik težišča, ki ima za posledico Volumen maternice se poveča (pojavl se nosečniški

- sistem žlez z notranjim izločanjem.

- prebavila;

- spolovila in secila;

- dihalna;

- sistem za koagulacijo krvi;

- krvožilni sistem;

- telesna teža;

Spremembe opazimo v več organskih sistemih:

sega do rebrega loka.

Skupaj s plodom raste maternica, ki ob koncu nosečnosti

omogoči rast in razvoj ploda in porod ter kasnejše dojenje.

Pod vplivom hormonov se telo nosečnice spremeni in tako

5. TELESNE SPREMEMBE V NOSEČNOSTI

čas s seboj.

dokument je tudi maternisko knjižico priporočljivo imeti ves

preiskav, ki jih je nosečnica opravila. Podobno kot osebn

nosečnice. V njej so shranjeni tudi vsi originalni izvidi

delavcu vse potrebne informacije za čim boljše obravnavo

izpoljena materniska knjižica nudi vsakemu zdravstvenemu

trimesečju prejme vsaka nosečnica. Pravilno in pravočasno

Materniska knjižica je uradni dokument, ki ga v prvem

4. MATERINSKA KNJIŽICA

strokovno pomoč.

njihni primerih nosečnici ali porodnici samostojno nudijo

stanja, pri katerih je potrebno posredovanje zdravnika. V

Usposobljene so, da ugotovijo potencialno patološka

poklicno etiko zadolžene za dejavnosti iz svojih pristojnosti.

Babice so kot članice zdravstvenega tima v skladu s

- izvajanje poporodnih tecajev.

- podpora družini!

rodi zdrav otrok.

3. BABICA/BABIČAR

Babica je kvalificirana strokovna oseba, ki je s šolanjem na univerzi pridobila naziv diplomirana babica/babičar. Specializirana je za izvajanje zdravstvene negde ženske v nosečnosti, med porodom in v poporodnem obdobju. V Sloveniji je njena glavna naloga vodenje poroda. Fiziološke porode vodi samostojno, prepozna nepravilen potek poroda in pravočasno ukrepa. Zdravniku pomaga pri vodenju zapletenih porodov in je v nujnih primerih prva, ki pomaga porodnici ali novorojenčku. Babica svojo strokovno pomoč porodnici nudi ves čas poroda.

V Italiji je babica (Ministrska uredba št. 740/94) kvalificirana strokovna oseba, ki skrbi za ženske, otroke, pare in družine. Kvalifikacije pridobi z diplomom iz babištvā in poznejšim vpisom v strokovni register. Igra pomembno vlogo pri odzivanju na biopsihosocialne potrebe v zvezi z naravnimi spremembami v reproduktivnem ciklusu ženske, kot so plodno obdobje, nosečnost, porod, podporodno obdobje in menopauza. Porodniška oskrba temelji na izvajanju svetovalnih in preventivnih ukrepov, ki zagotavljajo usrezen življenjski slog za ohranjanje zdravstvenega stanja ženske. V obdobju nosečnosti babice pomagajo nosečnicam z raznovrstnimi informacijami in nasveti in jim tako omogočajo, da se bolj samostojno in informirano odločajo. Nosečnicam svetujejo o pravilni prehrani, fizični aktivnosti, oblačenju in negi telesa, spolni aktivnosti v nosečnosti in sprostitevni tehniki.

Babice so usposobljene in odgovorne za vodenje fiziološkega poroda in strokovno oskrbo novorojenčka. Ostale dejavnosti babic so še:

- vodenje fiziološke nosečnosti;
- pomoč in spremljanje ženske/para pri starševstvu;
- zdravstvena vzgoja;
- timska priprava načrta pomoči in zdravljenja komplikacij;
- vodenje šole za starše;
- spremljanje zdravstvenega stanja matere in ploda;
- podpora, pomoč in nega matere in otroka;
- pomoč pri dojenju;
- splošna vzgoja o zdravju in spolnosti;

JEZIKOVNI PRIROČNIK FIZIOLOŠKA NOSEČNOST

1. NOSEČNOST

Normalna nosečnost traja polnih 40 tednov. V tem času se v maternici razvije in dozori plod. O donošenosti otrok govorimo takrat, ko se otrok rodi med dopoljnimi 37. in dopoljnimi 42. tednom nosečnosti. Nedonošen je otrok, ki se rodi pred dopoljnimi 37. tednom nosečnosti. Trajanje nosečnosti določimo z gestacijsko starostjo ploda, ki jo računamo od prvega dne zadnje menstruacije in jo izražamo v tednih in dnevih, razdeljenih na sedmine tedna. Zaradi različnih potreb nosečnice in skrbni za plodjo razdelimo na tri obdobja: v prvem trimesečju se pri plodu razvijejo vsi organski sistemi, v drugem raste in v tretjem dovolj zraste in dozori, da je pripravljen na življenje izven maternice.

2. SKRB ZA NOSEČNICE

V Sloveniji je skrb za nosečnice določena z zakonom. Vsaka ženska ima pravico do izbire osebnega ginekologa. Zdravi ženski v nosečnosti pripada 10 preventivnih obiskov, kjer je obravnavana s strani ginekologa in babice. V Italiji je skrb za nosečnice določena z ministrskimi smernicami. Vsaka nosečnica ima pravico do spremljanja v nosečnosti v okviru javnega zdravstvenega sistema. Pri fiziološki nosečnosti ji samostojno sledijo babice, ki se na ginekologa obrnejo samo v primeru odklikov od fiziološke nosečnosti, torej v primeru srednje oziroma visoko rizične nosečnosti. Zdravstvene storitve za zdravlje nosečnice in otroka so brezplačne in spadajo v okvir osnovne zdravstvene oskrbe.

Namen predporodnega varstva je, da se zdravi materi



JEZIKOVNI PRIROČNIK FIZIOLOŠKA NOSEČNOST

Progetto ITI co-finanziato dal Fondo europeo di sviluppo regionale
Projekt CTN sofinancira Evropski sklad za regionalni razvoj



SALUTE-ZDRAVSTVO

ITALIA-SLOVENIA

Interreg



UNIONE EUROPEA
EVROPSKA UNIJA