

# UPORABA MODELOV IN TEORIJ ZDRAVSTVENE NEGE V BABIŠTVU

## THE USE OF MODELS AND THEORIES OF NURSING CARE IN MIDWIFERY

Ana Polona Mivšek, Mihaela Skoberne

**KLJUČNE BESEDE:** *model zdravstvene nege; teorija zdravstvene nege; teorija babiške nege; babištvo*

**KEY WORDS:** *theoretical framework; nursing theory; midwifery theory; midwifery*

*Izvleček – V Sloveniji se od začetka izobraževanja babic na visoki strokovni ravni v študijskem programu babištvo uporablja procesna metoda dela ter teorija zdravstvene nege Virginije Henderson.*

*Članek opisuje, katere modele in teorije zdravstvene nege v babištvu uporabljajo drugod po svetu. Osvetliti poskuša razliko med stroko zdravstvene nege ter stroko babištva glede na njun ločen razvoj in specifičnost področja dela. Išče tudi njune skupne točke ter uporabnost teoretičnih načel zdravstvene nege za babištvo.*

*V zadnjem delu sta opisana poskusa razvoja modela in teorije babiške nege, ki bi bila uporabna za stanje med porodom.*

*Abstract – From the very beginning of the education of midwives on high education level in Slovenia, both the process method of work and the theory of nursing care of Virginia Henderson are being used.*

*The article describes the models and theories of nursing care used elsewhere and tries to elucidate the differences between the profession of nursing and the profession of midwifery in the light of their different development paths and the specific of their respective fields of work. As well, mutual points and practical uses of theoretical principles of nursing care in midwifery are described.*

*In the conclusion, the attempt to develop the model and theory of midwifery which could be used during labour, are described.*

### Uvod

Malo je napisanega o teoretičnih osnovah babiške nege med porodom. Tako bi lahko sklepali, da teorij babiške in zdravstvene nege med porodom ni potrebno uporabljati. Zavedati pa se moramo, da le teoretična osnova lahko da praktičnemu delu kakovost.

Avtorici sta dolgo zaman iskali modele babiške nege. V številnih pogovorih s kolegi iz tujine se je izkazalo, da nekateri uporabljajo modele zdravstvene nege, medtem ko drugi gradijo na socioloških teoretičnih osnovah in feminističnih teorijah. V pogovoru je bil omenjen model Christine Henderson kot poskus oblikovanja modela babiške nege ter teorija Marthe Rider Sleutel, ki je uporabila dognanja Reve Rubin ter jih nadgradila z elementi teorije socialne podpore, s čimer je poskusila zajeti posebnosti stanja med porodom.

V nadaljevanju sta navedeni model in teorija podrobneje predstavljena, tako njun razvoj ter uporabnost v praksi. Pregledni članek poskuša obenem raziskati vzroke za zavrnitev modelov zdravstvene nege s strani nekaterih babic.

### Babištvo in zdravstvena nega

Pred razpravo o uporabnosti modelov zdravstvene nege v babištvu je za razumevanje dejstev najprej potrebno osvetliti odnos med strokama.

Zgodovinsko sta se zdravstvena nega in babištvo razvijali ločeno. Kljub temu, da naslednje poglavje sledi razvoju strok v Veliki Britaniji, ki je še danes sinonim za napredno prakso v babištvu in v zdravstveni negi, so v ključnih potezah medsebojnih odnosov med tema dvema strokama, ubrali napačno pot. Podobna situacija se odvija tudi drugod. Morda so nam njihove poteze in zmote lahko v poduk in vodilo razvoja v Sloveniji.

### Babištvo in zdravstvena nega – ločen razvoj

Dejavnost zdravstvene nege, katere glavna skrb je negovanje bolnih na bolnišničnih oddelkih, je bila prvič registrirana leta 1919. Kljub legalni osnovi pa General Nursing Council ni prevzel skrbi, odgovornosti ali sredstev, da organizira izobraževanje medicinskih sester, oz. da nadzira njihovo prakso (Davies, 1980).

Babištvo je imelo, v nasprotju s tem dejstvom, dolg »rodovnik« in je bilo eno od redkih ženskih poklicev, ki je imelo priznan družbeni status že v predmedicinskem obdobju (Versluysen, 1980). Registracija je bila zagotovljena leta 1902 in Central Midwives Board je prevzel odgovornost za nadzorovanje prakse ter dooločal potrebe po izobraževanju babic.

Babice so pomagale materam v procesu rojevanja, če sta bila mati in otrok zdrava. Do leta 1930 so ženske rojevale večinoma doma. Pod pritiskom s strani medicinske stroke in vladnih organov v njeni pristojnosti pa se je mesto rojevanja umaknilo s področja zasebnega v bolnišnice. Na podlagi tega se je spremenilo tudi dojemanje vloge babice; porodnica je v okolju bolnišnice privzela vlogo pacientke, porod pa značilnosti bolezni, in čeprav so temu v številnih poročilih materinskih služb oporekali, ni prišlo do sprememb (Henderson, 1990).

Ker so za bolnike skrbele medicinske sestre, porodnice pa so v teh okoliščinah veljale za bolne, se je identiteta babic v bolnišničnem okolju spremenila. Izgubile so svojo samostojnost, saj je v instituciji vladala stroga hierarhija odnosov, in postale pomočnice porodničarjev, t. i. porodniške medicinske sestre (obstetric nurses). Ponekod še do danes svoje avtonomnosti niso ponovno pridobile (Kent, 2000).

Čeprav so si številne aktivnosti obeh poklicev podobne, so nekatere popolnoma različne, kar je razvidno iz poročil United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting (UKCC, 1986a). Pritisk, da se stroki združita, je leta 1979 uspel s sprejetjem zakona Nurses', Midwives' and Health Visitors' Act. Namen tega dokumenta je bil v prvi vrsti boljše medsebojno razumevanje in razmejitev vloge ene in druge stroke. Dejansko pa je to vodilo le k še večji odtujitvi in tekmovalnosti, ki je bilo včasih bolj škodljivo kot konstruktivno (Henderson, 1990).

Z nasprotovanjem je bilo prežeto celotno zdravstvo na vseh ravneh – od ministrstva do izvajalcev. Napetost se je odražala tudi v sprejemanju idej nasprotne poklicne skupine. V okviru tega konteksta je potrebno razumeti tudi nasprotovanje nekaterih babic, uporabi procesa zdravstvene nege in modelov zdravstvene nege v babištvu.

Vzporednice v razvoju obeh strok lahko najdemo tudi v Sloveniji. Babištvo ima globoko ukoreninjeno tradicijo, vendar nas je, v letih, ko izobraževanja babic v Sloveniji ni bilo, prehitela mlada in inovativna stroka zdravstvene nege. Sedaj, po desetletju ali dveh premora, ko so babice spet tu, na novo ustvarjamo temelje naše stroke, predvsem v obliki osnovanja teoretičnih podlag. Leta neobstoja se odražajo tudi v tem, da moramo ponovno poiskati svoje mesto v sistemu zdravstvenega varstva, ki se je medtem formiral. Prav tako lahko skupne točke vidimo tudi v premiku rojevanja iz privatnega področja v bolnišnice, kar je botrovalo spremenjeni vlogi babice.

### *Pomen procesa zdravstvene nege v babištvu*

Pomembnost modelov in procesa zdravstvene nege za babiško prakso izziva razglabljanje.

Še vedno obstajajo nejasnosti v zvezi s terminom »proces« in »modeli« in njihovim pomenom za zdravstveno nego. Pričakovano je bilo, da bodo britanske medicinske sestre pričele proces zdravstvene nege aktivno uporabljati v poznih 70-ih letih, kot je predpisal General Nursing Council for England and Wales (GNC, 1977), toda negovalne službe te ideje niso podprle (Nursing Education Research Unit, 1986). Uporabo procesa zdravstvene nege kot delovne metode so mnogi kritizirali kot »brezpredmetni ukrep« (Aggleton, Chalmers, 1986). Trdili so tudi, da ni smiselno vzpodbujati medicinskih sester, naj izvedejo proces zdravstvene nege brez izbranega modela zdravstvene nege kot ogrodja, in to primerjali z graditvijo poslopja brez načrta. Nedvomno je bil proces zdravstvene nege uveden pred modeli zdravstvene nege, kar je vodilo k napačnemu, pomanjkljivemu razumevanju. Proces zdravstvene nege ni model zdravstvene nege, prej sistematični pristop k njej. Model zdravstvene nege je ogrodje, na katerem je osnovana praksa; proces zdravstvene nege je način, na katerega je izveden (Henderson, 1990).

Prav tako proces zdravstvene nege ni bil sprejet v babištvu. Posamezne porodnišnice so se odločile za uporabo procesa zdravstvene nege kot primerne metode dela v babiški praksi. Stališče oddelkov, kjer so poskušali uvesti proces zdravstvene nege, zajema poročilo Royal College of Midwives in zavzema naslednje stališče: »Problem – rešujoč pristop procesa zdravstvene nege je bolj primeren za bolezenska stanja, glavna filozofija babištva pa je osnovana na fiziološkem principu.« (Nursing Education Research Unit, 1986)

Eden od razlogov, zakaj babice odklanjajo modele zdravstvene nege in proces zdravstvene nege, se torej nanaša na to, kako vidijo babištvo in svojo vlogo – drugačno od zdravstvene nege in medicinskih sester. Slednje predstavlja sporno točko med obema skupinama in ustvarja dodatne probleme (Kent, 2000). Dejavnike »zavrnitve« je v svoji raziskavi natančneje opredelila Midgleyeva (1988; cit. po Henderson, 1990). Iz rezultatov njene ankete, na katero je odgovorilo 135 od 145 izobraževalnih institucij babištva, je razvidno, da 70 anketiranih šol v procesu izobraževanja babic ni uporabljalo procesa zdravstvene nege in modelov zdravstvene nege, 41 šol je uporabljalo samo proces zdravstvene nege in 24 samo modele zdravstvene nege. Večina le-teh je uporabila model zdravstvene nege Dorothee E. Orem, nekateri bolj ohlapno, nekateri v kombinaciji z drugimi. Izvedba ni bila ovrednotena. Splošna uporaba modelov zdravstvene nege v babištvu je bila zavrnjena iz naslednjih razlogov:

- pomanjkljivo razumevanje njihove vrednosti za babištvo,

- usmerjenost v bolezen – problemska naravnost; babištvo pa je usmerjeno v zdravje,
- neveljavljenost modelov zdravstvene nege, oz. kot pravi filozof John Locke: »o novih mnenjih/prepričanjih dvomimo in jim nasprotujemo samo zato, ker še niso splošno priznana«,
- sprejemanje modelov zdravstvene nege s stališča teoretičnih idej, ki jih od zgoraj vsiljuje vodstvo.

S pričetkom izobraževanja slovenskih babic na visoki strokovni ravni je bila v izobraževalni program vključena tudi procesna metoda dela. Na različnih področjih dela babice se je pokazala kot učinkovita. Večjo vrednost ima sicer v obravnavi nosečnice in otročnice, medtem ko v obravnavi porodnice v praksi zaenkrat še ni zaživela. Razlogi niso znani. Morda je vzrok situacija, ki zahteva hitro ukrepanje in je dokumentiranje odločitev po procesu zamudno. Morda je k temu prispevala kadrovska situacija (diplomirane babice, ki so se procesne metode dela učile v času študija, so zaenkrat še v manjšini). Lahko pa je vzrok v negovalni dokumentaciji (porodni zapisnik), ki je skupna za vse zdravstvene delavce, ki porodnico obravnavajo, in kot taka ne omogoča procesne obravnave.

### *Pomen modelov zdravstvene nege za babištvo*

Pomen modelov zdravstvene nege za babištvo lahko raziskujemo s pregledom dveh, najbolj pogosto uporabljenih v babiški praksi:

- model Roperjeve, Loganove in Tierneyeve (1985) in
- model Oremove (1980).

Model Oremove, ki je osredičen na »samooskrbo« in zdravje, vključuje pa tudi skrb za družinske člane, bi bil lahko uporaben tudi v babištvu. Cenjena je odgovornost posameznika in zdravstveno izobraževanje je pomemben vidik. Njegove prioritete značilnosti so skladne z vlogo babice, ki v primeru potrebe intervenira (predvsem med porodom), toda s poudarjeno izobraževalno podporo, bistveno lastnostjo med nosečnostjo in po porodu.

Koncepti modela Roperjeve, Loganove in Tierneyeve so enostavni za razumevanje, v nasprotju z ameriški modeli zdravstvene nege in njihovo zapleteno terminologijo. Življenjske aktivnosti so znan pojem; dinamične, stalno spreminjajoče se in odvisne od telesnih, psiholoških in socialnih dejavnikov. Model je izvrsten za situacijo med porodom, saj je telesni vidik posameznika v ospredju, obenem pa ne zanemara socialno-izobraževalnega vidika. Kljub temu bi bile za uporabo med porodom potrebne številne prilagoditve; posvetiti bi bilo potrebno pozornost tudi vprašanjem v zvezi s plodom in porodno bolečino, konceptom, ki se jim med porodom skorajda ni mogoče ogniti.

Razumevanje predpostavk, na katerih ti modeli zdravstvene nege temeljijo, je nujno potrebno, kajti izbor za prakso uporabnega modela naj bi bil osnovan na vrednotah in stališčih strokovnih delavcev. Razumevanje teorije zdravstvene nege je osnova za uvažanje modela zdravstvene nege, toda najpomembnejši je preizkus v praksi. Filozofija, vtkana v proces zdravstvene nege, poudarja, da je obravnava individualna, kar je vodilo tudi večini babic. Sama procesna metoda dela pa ni dovolj – osnovana mora biti na modelu zdravstvene ali babiške nege, ki služi kot ogrodje. Če torej odklanjamo uporabo modelov babiške in zdravstvene nege, podpiramo v naloge usmerjen pristop, ki je osnova medicinskemu modelu. S tem je lahko ovirana kontinuiteta obravnave varovancev, ogrožena pa je tudi avtonomija babice.

Modele, čeprav so osnovani na teoriji, je potrebno preizkusiti, da izberemo pravega. Različna področja zahtevajo različne pristope, zato torej tudi različne modele zdravstvene ali babiške nege. Neonatalni oddelek, ki skrbi za bolne otroke, bo izbral drugače kot oddelek otročnic, kjer skrbijo za zdravo mater in otroka. Tudi babice želijo razviti model babiške nege. Če ta model ni v skladu z njihovim dojemanjem, zaznavanji in pričakovanji, se v praksi ne bo obdržal. Kot rečeno, je procesna metoda učinkovita le, če je vezana na določeno teoretično ogrodje. V Sloveniji že od začetka izobraževanja babic na Visoki šoli za zdravstvo uporabljamo teorijo Virginije Henderson. Poleg tega študenti pridobijo znanje tudi o ostalih teorijah zdravstvene nege. Na ta način skušamo olajšati sodelovanje med strokami, saj se v praksi ne prestopajo sodelujeta.

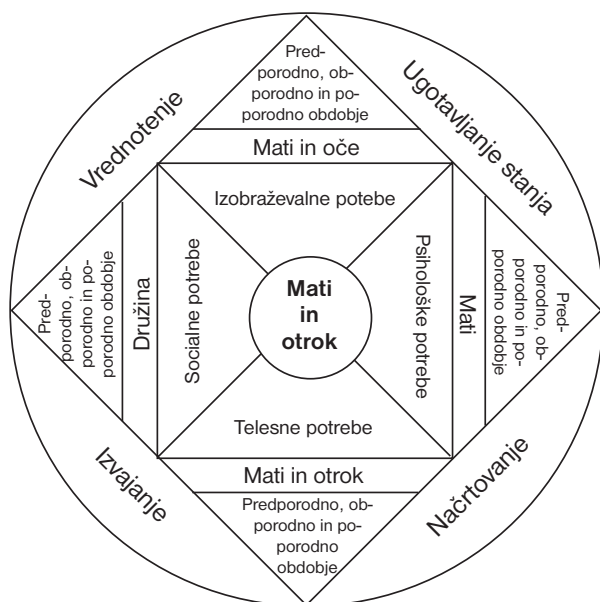
Kljub temu iščemo informacije tudi o modelih in teorijah babiške nege. Predstavljena sta poskusa razvoja teoretičnih osnov, specifičnih za babištvo.

### *Modeli in teorije babiške nege*

Babice v Angliji so poskusile uporabiti že številne modele zdravstvene nege, ki pa so bili pomanjkljivi vedno iz istega razloga, s katerim je prežeta vsa babiška praksa – s stališča, da je rojevanje fiziološki proces, ki je mnogo bolj povezan z zdravjem kot boleznijo.

#### *Model Christine Henderson*

Babice so želele, da je model babiške nege osnovan na potrebah zdravega človeka, zato je Christine Henderson (1990) svoj model gradila na teoriji zdravstvene nege avtoric Minshull, Ross in Turner (1986), v katerem je uporabljena hierarhija potreb po Maslowu. Model Christine Henderson upošteva individualen pristop in aktivno sodelovanje varovanke (glede na njena stališča in vrednote), na vseh štirih področjih obravnave (Sl. 1):



Sl. 1. Model človekovih potreb v babištvu (Henderson, 1990).

- obravnavana oseba,
- zdravje,
- babištvo (babiška nega) in
- okolje, v okviru katerega se babiška nega izvaja.

### Obravnavana oseba

Mati in otrok sta središče modela babiške nege Christine Henderson. Glavni namen babiške nege je zadovoljiti individualne potrebe matere in otroka. Te potrebe lahko razdelimo v štiri osnovne skupine:

- telesne,
- psihološke, vključno z duhovnimi,
- socialne in
- izobraževalne.

Nezadovoljene potrebe pri materi in otroku lahko povzročijo nazadovanje na vseh štirih področjih. Na telesnem in psihološkem področju lahko nazadujejo od zdravja k bolezni, na socialnem področju lahko nazadujejo od dobrega počutja do disharmonije in na izobraževalnem področju od občutka samozavesti do negotovosti (Henderson, 1990).

### Zdravje

Model poudarja pomembnost spremljanja nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja s stališča zdravja in ne bolezni. Mati in otrok imata potrebe, ki jih je potrebno zadovoljiti, da se ohrani zdravje. Kategorije potreb so osnovane na hierarhiji potreb po Maslowu in poudarjajo, da je za ohranjanje zdravja matere in otroka nujno upoštevanje vnaprej določenega zaporedja potreb. Telesno dobro počutje naj bi bilo doseženo pred zadovoljivostjo psiholoških, duhovnih, so-

cialnih in nenazadnje izobraževalnih potreb (Henderson, 1990).

### Babištvo

Babica in mati sta partnerki pri obravnavi. Babica bo uporabila procesno metodo dela kot ogrodje in bo pomagala materi ugotoviti njene potrebe med nosečnostjo, porodom in v poporodnem obdobju, kot tudi potrebe novorojenčka. Pripravila bo plan obravnave za mater in otroka, skrbela bo zanj, ovrednotila bo učinkovitost zadovoljevanja potreb z upoštevanjem vseh štirih področij: telesnega, duševnega, duhovnega in socialno-izobraževalnega (Henderson, 1990).

Procesna metoda dela omogoča, da se model babiške nege uporabi v praksi. Je tudi v pomoč, da se izpolnijo zahteve v zvezi z direktivami Evropske unije in ustreza Pravilom dela v babištvu (UKCC, 1986 b, c).

### Okolje

Okolje vključuje vse situacije, ko sta mati in otrok deležna babiške nege, torej v predporodnem, obporodnem in poporodnem obdobju, v sklopu njune družine in širšega socialnega okolja. Učinkovito bi bilo, da model Christine Henderson uporabijo tako babice, zaposlene v bolnišnicah, kot v patronaži in dispanzerjih (Henderson, 1990).

### Uporaba modela Christine Henderson v praksi

#### Ocenjevanje

Specifičnost tega modela babiške nege je, da obravnava dva varovanca hkrati – otroka in mater. Poleg ocene stanja upošteva tudi anamnezo iz obdobja nosečnosti ter podatke o porodu. Ocena stanja pokriva štiri področja, ki predstavljajo osnovo modela.

#### Načrtovanje

Ocena stanja služi kot osnova za ugotavljanje problemov potreb in napravi se negovalni načrt. Problemi/potrebe so predstavljeni na naslednji način:

- telesni,
- duševni, vključno z duhovnimi,
- socialni,
- izobraževalni.

#### Izvajanje

Negovalni načrt identificira zgolj specifične potrebe oziroma problem, vse ostale potrebe, ki so videti zadovoljene, so izključene.

#### Vrednotenje

Z vrednotenjem babica določi uspešnost negovalnega načrta. Primerja reakcije varovank na babiško

nego z načrtovanimi cilji, ki so kriterij vrednotenja. Na podlagi tega sklepa, ali je bil načrt babiške nege uspešen ali ne. Kadar so ugotovitve vrednotenja v mejah normale, jih ni potrebno dokumentirati.

### *Teorija Rider Sleutel*

Teorija babiške nege Rider Sleutel je osnovana na teoriji zdravstvene nege Reve Rubin ter teoriji socialne podpore.

Niti teorija Reve Rubin (1968) niti teorija socialne podpore nista tipični osnovi obporodne babiške nege. Reva Rubin je proučevala materine izkušnje nosečnosti, poroda in materinske identitete ter vpliv babice na to fiziološko obdobje ženske. Teorija socialne podpore pa podpira hipotezo, da so izidi v zdravstvu močno odvisni od podpore varovancu.

Teorija zdravstvene nege Reve Rubin pojasnjuje duševno dogajanje pri materi med porodom. S tem že opredeli tudi podporne intervencije babice, ki lahko izboljšajo izid poroda, večajo materino samozavest ter ji omogočajo lažji prehod v starševstvo/sprejemanje vloge materinstva.

Teorija socialne podpore združuje emocionalno podporo, nasvete, spodbudo in fizično pomoč. Ostali elementi socialne podpore so medsebojni odnosi, varovankino dojemanje razpoložljive podpore, vzajemnost podpore v medsebojnem odnosu s podporno osebo ter osebne poteze prejemnika podpore in darovalca (Rider Sleutel, 2003).

### **Emocionalna podpora**

Empatija, samozavest, skrb, spoštovanje ter reflektivno poslušanje se med porodom izražajo z dotikom, bližino, očesnim kontaktom. Materi dajejo občutek varnosti, tolažbe in občutek, da zanjo nekdo skrbi. Vse to, po Rubinovi (1968), materi pomaga, da je v središču pozornosti, da je spoštovana in cenjena. Po njenem mnenju naj bi bila babica pri porodnici prisotna ves čas, kar bi zmanjšalo porodničin strah in tesnobo. Ravnodušnost babice do bolečine pri porodnici povzroči občutek zavrnitve, zapuščenosti in niža samozavest. House (1981) pravi, da je emocionalna podpora najpomembnejši dejavnik znižanja stresa. Cutrona in Russel (1990) dodajata, da je pomembna predvsem pri nepredvidljivih dogodkih, kar porod vsekar je. Emocionalna podpora dviga materino zmožnost za prenašanje bolečine ter spodbuja njeno samozavest.

### **Nasvet in informacija**

Nasveti in informacije olajšajo sprejemanje dane situacije. Babica lahko s pojasnilom o tem, kaj se dogaja med porodom, ter z nasveti zelo pomaga. Rubinova (1968) meni, da obveščanje porodnice o poteku poroda vpliva na njeno samopodobo. Hkrati lahko tudi lajša bolečino (npr. ko babica z roko na trebuhu

pojasnjuje začetek, vrhunec in konec popadka ter razloži pomen le-teh); zavedanje materi omogoča notranji nadzor (Rider Sleutel, 2003).

### **Spodbuda in potrditev**

Spodbuda in potrditev se nanašata na povratno informacijo in socialno primerjanje ter sta povezani s prejšnjima oblikama podpore. Babica je žensko dolžna spodbujati na podlagi vrednotenja njenega truda. Na tak način krepi porodničino samozavest. Porodnica stalno primerja svoja dejanja z idealom – kako si je sebe zamišljala v dani situaciji – ter kritično presoja svoja dejanja in zmogljivosti med porodom. Če ima občutek, da ni kos svojim idealom, to lahko v njej povzroči občutja nesposobnosti ter izgubo samokontrole. Slednje se odrazi kot sram in nizko samospoštovanje. Babica lahko te občutke omili, če porodnico pomiri, jo spodbuja ter poskuša ponovno vzpostaviti njeno notranjo kontrolo. Slednje imenujemo sposojeni ego (porodnica se psihično nasloni na babico), ko ji je babica v oporo ter začasno prevzame nadzor, da porodnica zbere moči (Rider Sleutel, 2003).

### **Fizična pomoč**

Mišljena so podporna dejanja pri opravljanju aktivnosti, ki jih varovanec ne zmore opraviti sam. Med porodom lahko fizično pomoč delimo na: tolažbo oz. zagotavljanje udobja ter klinične spretnosti oz. veščine. Zagotavljanje udobja se nanaša predvsem na lajšanje porodne bolečine. Huda porodna bolečina lahko pri porodnici povzroči zavračanje sebe in otroka ter občutek socialnega zavračanja (ne čuti se sprejeta). Porodnice, ki so med porodom deležne babičinega empatičnega dotika, to po porodu prenesejo na otroka. Oseben dotik je pomembnejša interpersonalna komunikacija kot govor. Spretnosti in veščine so del babiškega poklica. Ne le instrumentalne veščine, ampak tudi spretnosti v medsebojnih odnosih (Rider Sleutel, 2003).

### **Medsebojni odnosi**

Prisotnost člana družine ali pomembnih drugih med porodom je pozitivna, saj ustvarja povezavo s poznanim svetom (je vez z domačnostjo v tujem bolnišničnem okolju). Lahko pa se partner počuti brezmočnega oz. celo občuti jezo, če mu manjka podpore in je ločen iz dogajanja med porodom.

Medsebojni odnosi so pomembni tudi za razvijanje materinske identitete. Nosečnica si že med nosečnostjo, na podlagi primerjave sebe z drugimi materami, ki si jih vzame za zgled, ustvari osnovo za svojo materinsko identiteto. Istočasno ponotranji družbene norme, ki v družbi, v kateri živi, veljajo za starševstvo, in si pridobi občutek pripadnosti. Ti socialni odnosi potrdijo in omogočijo povratno informacijo o lastni identiteti matere, kar lahko imenujemo tudi podpora identitete (Rider Sleutel, 2003).

## Uporabnikovo zaznavanje podpore

Materina želja po podpori je odvisna od kulture, v kateri živi, njenih osebnostnih potez, življenjskih razmer in razvojne stopnje posameznika. Babica mora, če hoče biti v učinkovito podporo, poznati porodnične želje in zaznavanje. Če razume njene strahove, ji pomaga ter krepi samozavest, lahko zmanjša porodničin občutek izgube kontrole in varnosti (Rider Sleutel, 2003).

## Vzajemnost podpore v medsebojnem odnosu s podporno osebo

Materino sprejemanje pomoči je istočasno tudi dajanje. Babici podari zaupanje, kljub temu da se v tistem trenutku počuti ranljivo. Rubinova omenja tudi tako imenovani »sklad podpore«, kar pomeni, da posameznik, kadar je potrebno, črpa iz zaloga podpore, ki si jih je nabral v preteklosti (Rider Sleutel, 2003).

## Osebnostne poteze prejemnika podpore in darovalca

Kognitivne in emocionalne spremembe, ki se zgodijo med nosečnostjo, se odražajo tudi na osebnosti porodnice. Slednje vpliva na njeno doživetje in sprejemanje ponujene podpore in pomoči med porodom. Osebnost pogojuje njen način reševanja problemov, doživetje težav ter motivacijo za načine iskanja pomoči. Pomembna je tudi osebnost babice in njen empatični odnos, ker je porodnica središče babiške nege med porodom. Tako lahko rečemo, da je učinkovitost podpore odvisna od dajalca, prejemnika in odnosa med njima, pa tudi situacije same. Doživetje podpore je odvisno od občutka sprejetosti in cenjenosti (Rider Sleutel, 2003).

## Uporaba teorije Rider Sleutel v praksi

Do določene mere je teorija zdravstvene nege Rebe Rubin, na kateri gradi Rider Sleutel, odraz dobe, ko babištvo še ni bilo medikalizirano in ni bilo stalnega nadzora plodovih srčnih utripov ter obsežnega dokumentiranja, ki jemlje čas. Mnogi bi ji oporekali, da se je vloga babice razširila, ker podpora babice porodnici ni več glavni element obravnave med porodom ter da so mnogo pomembnejši drugi postopki in posegi, ki jih izvaja. Tri študije o babiški negi med porodom so dokazale, da babice porabijo le še 6–12 % časa za dajanje podpore in le še 11–39 % časa za neposredno obravnavo porodnic, ki bi morala biti osnovna babiška dejavnost.

Znanstveno dokazano je, da ima podpora in tolažba med porodom dosti boljši vpliv na izide poroda kot uvajanje tehnologije v proces normalnega poroda. Dokazano vpliva na izide poroda ter zadovoljstvo žensk z izkušnjo rojevanja (SOGC, 1995).

Rubinova opisuje negovanje kot interaktiven proces pomoči in priporočja, da babica ženskam, ki rojevajo, daje občutek sprejetosti in spoštovanja. Glede podpore je mnenja, da je to privilegij in dolžnost babic do žensk, ki rojevajo.

## Sklep

Postavlja se vprašanje, ali je babištvo intuitivna veda ali znanost oz. ali je lahko oboje hkrati. Veliko je pisano o umetnosti babištva (Kent, 2000). Babice so navadno ponosne, da znajo prisluhniti intuiciji. Ponosne so na svoje veščine in tradicionalna znanja. Ponosne so na to, da niso zgubile stika z naravo in lahko kot take tudi porod, nosečnost in poporodno obdobje obravnavajo kot naravna/fiziološka obdobja ženske.

Na drugi strani pa intuicija danes nima teže. Stroko opredeljujejo dejstva, z dokazi podprto znanje, standardi in pravila. Če se želimo postaviti ob bok drugim zdravstvenim strokam, potrebujemo ogrodje, na katerem bomo gradili.

Ali je možno združiti iracionalnost intuicije ter pojme, ki opredeljujejo vedo? Lahko babištvo uokvirimo v modele? In kaj s tem pridobimo? Oziroma kaj izgubimo?

Kot rečeno, teorij babiške nege ni oziroma so zelo neizdelane. Ostale so na ravni poskusov, ki v praksi niso zaživel. Morda smo krive babice. Morda je kriva situacija in stvari niso bile zrele. Morda pa je enostavno kriva narava babiškega poklica, vendar kot pravi Winston Churchill: »To ni konec. Niti ni začetek konca. Morda je konec začetka.«

## Literatura

1. Aggleton P, Chalmers H. Nursing models and the nursing process. London: Macmillan, 1986.
2. Cutrona CE, Russel DW. Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. V: Sarason BR, Sarason IG, Pierce GR, eds. Social support: An interactional view. New York: John Wiley, 1990.
3. Davies C. A constant casualty: nurse education in Britain and the USA to 1939. In: Davies C (ed.). Rewriting nursing history. Beckenham: Croom Helm, 1980.
4. General Nursing Council for England and Wales. A statement of educational policy: circular 77/19/A. London: GNC, 1977.
5. Henderson C. Models and midwifery. In: Salvage J, Kershaw B, eds. Models for nursing, 2. London: Scutari Press, 1990.
6. House J. Work stress and social support. Reading: Addison-Wesley, 1981.
7. Kent J. Social perspectives on pregnancy and childbirth for midwives, nurses and the caring professions. Buckingham: Open University Press, 2000.
8. Minshall J, Ross K, Turner J. The human needs model of nursing. J Adv Nurs 1986; 11: 643–9.
9. Nursing Education Research Unit. Report of the nursing process evaluation working group: NERU 5. London: King's College, 1986.
10. Orem D. Nursing: concepts of practice. New York: McGraw-Hill, 1980.
11. Rider Sleutel M. Intrapartum nursing: Integrating Rubin's framework with social support theory. JOGNN 2003; 32: 76–81.

12. Roper N, Logan W, Tierney A. The elements of nursing. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1985.
13. Rubin R. A theory of clinical nursing. *Nursing research* 1968; 17: 210–2.
14. SOGC (Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada). Fetal health surveillance in labour. *Journal of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada*, 1995; 17: 859–901.
15. UKCC. Project 2000: a new preparation for practice. London: UKCC, 1986 a.
16. UKCC. A midwife's code of practice. London: UKCC, 1986 b.
17. UKCC: Midwives' rules. London: UKCC, 1986 c.
18. Versluysen M. Old wives' tales? Woman healers in English history. In: Davies C, ed. *Rewriting nursing history*. Beckenham: Croom Helm, 1980.