

Pregledni znanstveni članek / Review article

KLISTIR KOT RUTINSKI POSTOPEK PRI PORODU: PREGLED LITERATURE

ENEMA AS A ROUTINE PROCEDURE AT BIRTH: LITERATURE REVIEW

Vanja Perko, Teja Zakšek

Ključne besede: babiška skrb, klistir, predporodna priprava

Key words: midwifery care, enema, preparation for birth

IZVLEČEK

Izhodišča: Nosečnost, porod in poporodno obdobje so fiziološka obdobja, v katera v današnjem času zdravstveni delavci prepogosto vdramo brez potrebe. Vdiramo bodisi z britjem, prediranjem plodovih jajčnih ovojev, intravenozno aplikacijo tekočin, nenazadnje tudi z aplikacijo klistirja.

Metode: Članek je pregled literature, ki teoretično in praktično obravnava strokovno področje priprave na porod – aplikacijo klistirja.

Diskusija in zaključki: Klistir pred porodom se še vedno izvaja. Dejstvo je, da nobeden od razlogov, ki jih navajajo v prid klistirju, ne drži. Članek negira prepričanja, ki naj bi nekdaj veljala, da je čiščenje črevesja pred porodom potrebno. Vsaka porodnica je individuum zase, kar pomeni, da imajo porodnice različno predhodno znanje in so različno informirane glede klistirja pred porodom. V nosečnosti nimajo vse nosečnice težav s prebavo in tudi vse pred porodom ne potrebujejo klistirja.

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy, birth and postpartum are physiological periods in which health care workers often intervene too much in the last decades. Some of the interventions are believed to be unnecessary, like shaving of the perineum, artificial ruptures of membranes, intravenous application of fluids and also routine enemas.

Methods: The article presents a review of literature on the theory and practice of enema administration as a routine antenatal preparation process.

Discussion and conclusions: Enema as a birth preparation procedure is still widely used in Slovenia. There is no evidence based justification for the procedure. The article claims that the routine use of enema before labour is not necessary. Every woman is an individual with different knowledge about enema. Not all pregnant women have problems for which therapeutic enema (i.e. to relieve constipation) would be indicated.

Izhodišča

Nosečnost, porod in poporodno obdobje so fiziološka obdobja, v katera v današnjem času zdravstveni delavci prepogosto vdramo brez potrebe. Vdiramo bodisi z britjem, prediranjem plodovih jajčnih ovojev, intravenozno aplikacijo tekočin, nenazadnje tudi z aplikacijo klistirja. Kar se slednjega tiče, se v Sloveniji še vedno prepogosto uporablja, in sicer v kar 67,4 %, kot navaja Mivšek (2007). Zakaj je temu tako? Zakaj se ga kljub vsem znanstvenoraziskovalnim člankom, ki negirajo dosedanja prepričanja o tem, zakaj naj bi bil klistir dober, še vedno izvaja? Kakšni dokazi so potrebni, da

se bo spremenila miselnost in da se bodo spremembe kazale tudi v praksi?

Pišemo leto 2011, Bodenstein pa je že leta 1977 navajal negativne učinke klistirja na telo nosečnic, prav tako sta take učinke navajala tudi Mathie in Dawson leta 1959. Romney in Gordon sta že leta 1981 izražala dvome o tem, ali je klistir pred porodom resnično potreben. Whitley in Mack (1980) sta približno v istem času ugotavljala upravičenost uporabe klistirja pri porodnicah. Vsi omenjeni avtorji so prišli do istega sklepa, in sicer, da klistir nikakor ni upravičen in ga ni potrebno izvajati, ker za to ni nobenega dokazanega in tehtnega razloga. Tem raziskavam iz 80. let so sledili mnogi, kar kaže

Vanja Perko, dipl. bab.

viš. pred. Teja Zakšek, dipl. bab., dipl. ing. rad., MSc (UK), Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za babištvo, Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana, e-naslov: teja.zaksek@zf.uni-lj.si

Članek temelji na diplomskem delu z naslovom Klistir kot postopek predporodne priprave, ki ga je avtorica Vanja Perko pripravila v letu 2010 pod mentorstvom viš. pred. Teje Zakšek na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani.

na pomembnost zadovoljstva uporabnic obporodnega zdravstvenega varstva in kakovostne obporodne skrbi. Med temi avtorji so Mitchinson (2002), Tiran (2004), Lieberman in Hughey Holt (2005), Fraser (2009), Morsch in Renfrew (1998) ter drugi. Med avtorje, ki so nasprotnega mnenja in ki na vprašanje, ali je izvedba klistirja pred porodom potrebna, odgovarjajo pritrdilno, sodijo Tzeng in sodelavci (2005), Tenore (2003), Jacob (2008), Har in Greenway (2000), Rosenfield, Burke in Rubin (1958), tudi avtorji raziskave Don't (2007), saj navajajo, da se z aplikacijo klistirja zmanjša možnost izločanja blata med porodom. Omenjajo tudi zmanjšanje tveganja za nastanek okužb tako pri materi kot pri otroku ter stimulacijo popadkov.

Članek predstavi postopek klistirja; zajame zgodovino in miselnost o uporabi klistirja pred leti in ju primerja z današnjo miselnostjo; predstavi definicije in standarde klistirja ter kompetence, ki jih ima babica pri izvajanju postopka. Eden od pomembnejših namenov pa je predstaviti razloge za in proti ter učinke in stranske učinke klistirja.

Metode

Članek vsebuje pregled literature na temo klistirja kot postopka predporodne priprave. Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela. Literatura je bila iskana po internetnih bazah podatkov (dLib.si, Cochrane library, Medline, Web of Science, ScienceDirect, Wiley InterScience, ProQuest, JSTOR, Oxford Journals). Nekateri viri uporabljene literature so poljudnoznanstvene narave, uporabljeni so bili, ker je bila vsebina strokovna, saj so besedila napisali priznani strokovnjaki. Veliko strokovnih člankov izvira iz 80. let, saj so se s tem problemom (aplikacija klistirja – da ali ne) v tujini v tistem času ukvarjali zelo intenzivno. Največ uporabljene literature je bilo objavljene v letih 2000–2009.

Pregled literature

Zgodovino klistirja je obširno opisal Doyle (2005), ki navaja, da naj bi klistir uporabljali že v časih, predno se je pojavil prvi zgodovinski zapis o klistirju. Te postopke so izvajali s pomočjo kravjih rogov in votlih bambusovih palic preko katerih so v črevo aplicirali naravna odvajala, zelišča, opij (za zdravje maternice, prostate), terpentin (ob boleznih maternice), tobak (za zdravljenje črevesne zapore). Celo pihali so v te rogove, da bi se črevo napolnilo s kisikom. Danes poznamo nevarnosti takega početja in se jim znamo tudi izogniti. V današnjem času klistir služi predvsem za pomoč pri odvajanju, uporaben pa je tudi drugje v medicini.

Po standardu Splošne bolnišnice Novo mesto (Hrovat, 2000) je klistir izplakovanje črevesja, vliv tekočine skozi rektum v debelo črevo. Ivanuša in Železnik (2002) navajata podobno definicijo, da je klistir vliv tekočine skozi rektum (danko) v esasto črevo (kolon sigmoide-

um). Po medicinskem slovarju Collin (1998) je klistir vodna raztopina, ki se vstavi v rektum. Opisan je kot substanca, ki se v rektum aplicira z namenom vstavitve zdravila v telo, čiščenje debelega črevesja pred operacijo ali za določanje diagnoze.

Klistir pri porodu

Porod je naraven zaključek nosečnosti. To je eno izhodišč filozofije babištva, ki ga omenja Premru - Sršen (2007) in dodaja, da naj bi se porod končal z rojstvom zdravega novorojenčka, zdravi in zadovoljni materi. Je fiziološki, psihoemocionalni in socialni dogodek, ki smo ga v Sloveniji medikalizirali, kar vključuje tudi predporodno pripravo (klistir).

Perko (2010) meni, da zdravstveno osebje med razlogi za izvajanje klistirja pred porodom največkrat navaja naslednje trditve:

1. Klistir zmanjša možnost, da bi se med porodom izločalo blato, s čimer zmanjšamo tveganje za nastanek okužb tako pri materi kot pri otroku.
2. Po klistirju se blato med porodom ne bo izločalo, zato tudi osebje ne bo prihajalo v stik z blatom porodnice.
3. Trdo blato, ki zastaja v črevesju, če pred porodom ne izvedemo klistirja, preprečuje spuščanje glavice v porodnem kanalu.
4. Klistir stimulira popadke in s tem pospeši porod.
5. Ženski, ki rojeva, blato ne bo ušlo, zato ji ne bo nerodno in se ne bo zadrževala pri iztiskanju ploda.

Zgoraj naštetemu avtorici danes dodajata še, da je klistir v uporabi za vsak primer, če je potrebno operativno dokončanje poroda, manjša epiziotomija in sprostitvev prebavnih poti, pri zaprtju ali upočasnjeni peristaltiki in upočasnjeni prebavi.

Mathie in Dawson (1959) kot razlog za klistir navajata indukcijo poroda, saj naj bi bil ta v kombinaciji z vročo kopeljo in oljem najstarejši način sproženja poroda. Pri tem se porodi vprašanje, kako je možno, da topel klistir povzroči krčenje maternice? Splošno znano je (saj pogosto uporabljamo tople ali hladne obkladke), da toplota širi žile, hlad pa jih krči. Če so učinki toplih obkladkov taki, je po tem takem torej povsem mogoče, da ima tudi topel klistir učinek širjenja žil. To pa bi pomenilo, da toplota ne pomaga pri krčenju maternice, ki je močno prekrvavljena, kvečjemu bi po tej logiki klistir lahko povzročil izgubo popadkov. V nadaljevanju Mathie in Dawson (1959) navajata rezultate lastne raziskave, ki so pokazali, da klistir pospešuje popadke pri več kot 9,5 % žensk.

Rosenfield, Burke in Rubin (1958) navajajo, da je klistir potrebno izvajati zaradi zmanjšanja možnosti okužb med porodom. Hkrati dodajajo, da rutinsko dajanje klistirja vzame preveč časa – skupaj do dve uri

(40–45 minut za aplikacijo, informiranje pacientke, pripravo pacientke, pripravo materiala in potem še ena ura čiščenja). Tenore (2003) navaja indukcijo poroda kot razlog za klistir, ki ga Schaffir (2002) ovrže z lastno raziskavo.

V prispevku Don't (2007) kot razloge za klistir avtorji omenjajo več prostora za otroka med spuščanjem po porodnem kanalu, zmanjšano možnost okužbe okolja, sram pred odvajanjem med porodom in potencialne okužbe matere in otroka. Slednji razlog omenjajo tudi Tzeng s sodelavci (2005) ter Reveiz, Gaitán in Cuervo (2007), ki dodajajo, da so razlogi za klistir tudi čistejši porod, krajši porod, bolj udoben porod. Jacob (2008) prav tako omenja stimulacijo popadkov, čist porod ter preprečitev okužbe. Har in Greenway (2000) pa poleg stimulacije navajata še indukcijo poroda, ki jo omenjajo tudi Pairman, Pencambi in Therogood (2006) in Morton (1989).

Raziskava Lieberman in Hughey Holt (2005) potrjuje, da je klistir povezan s proizvodnjo prostaglandinov, ki stimulirajo cervikalne spremembe in krčenje maternice. Navaja tudi, da se klistir ne bi smel dajati prezgodaj in ne prepozno. S pomočjo toplote klistirja (pri ženskah, ki uživajo živalsko hrano) se proizvede več arhidonske kisline, ki se iz prebavljene hrane v črevesju s pomočjo toplote lahko in hitro vsrka v črevo, kar povzroči večjo količino prostaglandinov, ki pospešujejo porod. To trditev potrjuje tudi Arulkumaran (2007). V svoji raziskavi je namreč dognala, da klistir inducira porod oziroma popadke in da je klistir najbolj naravna metoda za indukcijo poroda.

Mitchinson (2002) poleg čistoče med porodom ter manjše možnosti okužb navaja tudi, da je klistir potreben za vsak slučaj, če bi bilo potrebno operativno dokončanje poroda. Slednji razlog navajata tudi Leeson in Grey (1978). Zakaj torej rutinska uporaba klistirja pred porodom, če je porod naraven in fiziološki dogodek?

Vsi našteti razlogi za klistir niso znanstveno potrjeni in dokazljivi, pravzaprav so na podlagi dostopnih raziskav celo ovrženi. Romney in Gordon (1981) kot razloge za klistir navajata: preprečevanje nastanka okužbe in občutka sramu pred odvajanjem ter zaščita osebja pred okužbo. Slednje razloge navajajo tudi Kaczorowski, Young (2009), Cuervo, Bernal in Mendoza (2006) in Hofmery (2004).

Dejstvo je, da nobeden od razlogov, ki jih navajajo v prid klistirju, ne drži. Kaj torej storiti, če ženska vztraja, da dobi klistir? Je upravičeno opraviti določen poseg, če znanstveni podatki kažejo, da ni opravičljiv in da je nesmiseln?

Conde-Agudelo in sodelavci (2008) so v eni izmed porodnišnic v Kolumbiji ugotovili, da je med 1635 ženskami klistir dobilo kar 75 % žensk. V Sloveniji 72 % žensk dobi klistir, vendar ne zaradi potencialnih pozitivnih učinkov, kot navaja Drglin (2007), temveč zaradi rutine dela. Kolumbija velja za državo z manj kakovostnim zdravstvenim varstvom, ima torej tudi Slo-

venija nerazvito zdravstveno varstvo glede na pogostost uporabe klistirja obeh omenjenih držav?

Razlogi proti klistirju

V prispevku Don't (2007) je navedena fiziologija poroda, da porodnica nekaj ur pred porodom odvaja in sprazni črevo. Na vprašanje, ali klistir vpliva na raztezanje presredka (če apliciramo klistir, blato več ne pritiska na presredek in ga tako ne more pripravljati za iztis ploda), Tzeng in sodelavci (2005) odgovarjajo, da je klistir namenjen samo relaksaciji črevesja ob zaprtju. Mivšek (2007) in Drglin (2007) navajata priporočilo Svetovne zdravstvene organizacije (2006, cit. po Drglin, 2007) za opustitev britja in klistira pred porodom, saj za to ne obstajajo medicinski razlogi. Zakaj torej klistir navkljub znanstvenim dokazom o njegovi neutemeljenosti v praksi ostaja? Drglin (2007) se sprašuje, zakaj vztrajati pri klistirju kot delu samoumevne prakse.

Reveiz, Gaitán, Cuervo (2007) podajajo rezultate raziskave, pri kateri so 1027 porodnic razdelili v dve enako veliki skupini. Ena skupina porodnic je sprejela klistir, druga ne. Rezultati te raziskave dokazujejo, da je razlika v času rojevanja pri klistiranih in neklisiranih porodnicah le 24 minut, kar pa še ni dokaz, da je klistir induciral, pospešil porod pri 514 ženskah.

Trditev, da klistir zmanjša možnost, da bi se med porodom izločalo blato, s čimer zmanjšamo tveganje za nastanek okužb tako pri materi kot pri otroku, negirajo Cuervo, Bernal in Mendoza (2006). Tudi Levy, Lemberg in Sharf (1971) pišejo o rezultatih raziskave, ki je pokazala, da so ženske, ki so dobile klistir, med porodom bolj pogosto odvajale tekoče blato, s čimer je možnost prenosa okužb narasla, ne upadla. Romney in Gordon (1981) sta izvedla raziskavo na 281 ženskah, ki so bile naključno razporejene v skupino s klistirjem in v skupino brez klistirja. Prišel je do ugotovitev, da klistir ne zmanjšuje ali povečuje možnosti nastanka neonatalnih in maternalnih okužb. Prav tako pravijo Tzeng in sodelavci (2005). Tudi Reveiz, Gaitán, Cuervo (2007) ter Romney in Gordon (1981) so naredili nekaj raziskav. Prvi so dokazali, da ni posebnih statistično pomembnih razlik med okužbami pri porodnicah, ki so prejele klistir, in tistimi, ki ga niso. Pojavnost okužb v puerperiju je bila ob aplikaciji klistirja 22 % in brez klistirja 14 %, pojavnost neonatalnih okužb je bila v tej raziskavi pri obeh skupinah skoraj enaka, v primerih aplikacije klistirja 20 % in brez klistirja 22 %.

Romney in Gordon (1981) dodajata, da klistir ne zmanjšuje možnosti potrebe po epiziotomiji, povzroča vodeno blato, ki zviša možnost okužbe in lahko viša nivo nastanka okužb. Jacob (2008) navaja, da pri mnogorodkah, ki jim damo klistir v tretji rodni dobi, lahko povzročimo tahikardijo ploda, poleg tega v primeru predrtja jajčnih ovojev mehurja zvečamo možnost nastanka intrauterine okužbe. Če se pojavijo znaki krvavitve in lokalne krvavitve, je potrebno

posumiti na predležčo posteljico, abrupcio placente, nevarnost močne hude krvavitve in prezgodnji porod. V teh primerih se klistirja izogibamo zaradi možnosti stimulacije poroda ali poslabšanja trenutnega stanja porodnice. Jacob (2008) piše, da se klistir odsvetuje tudi pri hudih oblikah preeklampsije, saj mora biti porodnica v čim mirnejšem in tišjem okolju. Po aplikaciji klistirja bi bila namreč prezaposlena z odvajanjem, klistir pa bi lahko tudi sprožil eklamptične napade. Zato je potrebno po aplikaciji klistirja na vsakih 30 minut evalvirati in preverjati plodove srčne utripe, ne glede na stanje porodnice. Morsh in Renfrew (1998) pišeta o tem, da klistir v prvi porodni dobi lahko povzroči okužbo presredka z blatom med porodom. Ena od 111 žensk v njuni raziskavi je zaradi odvajanja redkega blata med porodom (kot posledica klistirja) dobila okužbo epiziotomijske rane; mikrobiološke preiskave so pokazale prisotnost *Escherichia coli*, ki se običajno nahaja v črevesju, vendar je 0,9 % premajhna vrednost za dokaz možnosti okužb.

Razlogi za klistir

Eden od razlogov v prid klistirja naj bi bil, da je uporaba klistirja potrebna zato, da se med porodom ne bi izločalo blato in da tako tudi osebje ne bi prihajalo v stik z blatom porodnice. Reveiz, Gaitán, Cuervo (2007) in Romney in Gordon (1981) pišejo o tem, da je bilo v skupinah, kjer ženske pred porodom niso dobile klistirja, izločenega več blata; toda blato v primeru predhodne aplikacije klistirja je bilo redkejšo in zato precej težje odstranljivo. Drayton in Rees (1984) sta dokazala, da klistir ne vpliva na izločanje blata med prvo porodno dobo, vpliva pa na izločanje blata v dobi iztisa ploda. Ugotovila sta, da je v primeru, če ženska ne dobi klistirja, količina izločenega blata malenkost večja, vendar tudi lažje odstranljiva. Raziskave kažejo, da klistir ne vpliva bistveno na količino izločenega blata med porodom, blato, ki se izloča po klistirju, je redkejšo in ga je težje odstraniti, s tem pa je možnost okužbe osebja večja.

Razlog za klistir naj bi bilo tudi to, da trdo blato, ki zastaja v črevesju, preprečuje spust glavice v porodnem kanalu. Fraser (2009) to trditev negira. Lieberman (1997) dodaja, da klistir sicer pripomore k spuščanju glavice ploda, vendar pa vedno ne skrajša poroda. Torej bi bil pri ženskah s kronično zaprtostjo upravičen, ker bi lahko polno črevo preprečevalo spuščanje ploda?

Naslednji razlog za klistir naj bi bil, da klistir stimulira popadke in s tem pospeši porod. Temu Romney in Gordon (1981) ter Levy, Lemberg, Sharf (1971) nasprotujejo z navedbami, da so rezultati njihovih raziskav pokazali, da je bila pri ženskah, vključenih v njihove raziskave, potrebna medikamentozna stimulacija poroda oziroma popadkov, saj so le-ti po aplikaciji klistirja prenehali. Tzeng in sodelavci (2005) so izvedli raziskavo, v katero je bilo vključenih 264 žensk, ki so

dobile klistir, in 270, ki ga niso. Raziskava je dokazala, da ni nobenih pomembnejših razlik med ženskami, ki so ali niso dobile klistir, vsaj kar se tiče povprečnega časa spuščanja glavice v porodni kanal. Le v drugi porodni dobi je bil povprečni čas iztisa nekoliko krajši pri ženskah, ki so pred porodom dobile klistir. Rutgers (1993) je s svojo raziskavo v Južni Afriki odkril, da je bila povprečna dilatacija cerviksa v skupini, ki ni bila klistirana, 2,19 cm na uro, v skupini, ki je klistir prejela, pa 2 cm na uro. Drayton in Rees (1984) vpliva klistirja na krajši čas rojevanja nista ugotovila.

Še eden razlog, zakaj naj bi se klistir uporabljal, naj bi bil to, da ženski, ki rojeva, po aplikaciji klistirja blato ne bo ušlo, zaradi česar ji ne bo nerodno in se pri iztiskanju ploda ne bo zadrževala. Beischer, Mackay in Colditz (1997) navajajo trend svobodne izbire kot razlog proti klistirju, saj so za to, da so matere med porodom v udobnem položaju in da se dobro počutijo, česar pa klistir po njunem mnenju ne prinaša. Svetujeta dve glicerinski svečki, če je črevo vidno polno ali nizki mini klistir po 24-urnem neodvajanju blata. Tudi Swanson Malinovski in Pedigo (1998) menita enako. Enkin in sodelavci (2000) navajajo, da je polovica žensk, ki je izbrala klistir, povedala, da jih je bilo sram med klistirjem in da je bil občutek aplikacije neprijeten. Večina žensk, ki ni dobila klistirja, je bila bolj zadovoljna in so čutile olajšanje. V raziskavi so imele možnost zavrnila klistir, se odločiti za klistir ali svečke.

Mnogo raziskovalcev navaja, da razlogi za klistir niso znanstveno podprti, med te sodijo Kaczorowski in Young (2009) ter Hofmery (2004) in avtorji raziskave Don't (2007). Kaczorowski in sodelavci (1998) celo navajajo, da so mnogi nepotrebni rodniški posegi danes vprašljivi in se razmišljanja nagibajo k temu, da se opustijo. Navajajo podatke za Kanado: od 136 porodnišnic, ki so jih preučevali, jih kar 100 ne daje klistirja, kar je 73,5 %; navajajo tudi, da vsi ti nepotrebni posegi niso le potencialno nevarni, temveč predstavljajo tudi finančni strošek za porodnišnice, kar je dodaten razlog proti klistirju (še posebno v času recesije). Tudi Farrell in Pattison (2003) omenjata rutinsko uporabo klistirja, ki se kljub dokazom v praksi še vedno pogosto izvaja, kar zna biti zelo nevarno.

Qian in sodelavci (2006) pišejo o tem, kako so opustili klistir kot postopek predporodne priprave v porodnih blokkih. Direktorju so pokazali dokaze o nepotrebnosti klistirja, ta pa je rekel, naj poskusijo z novo prakso za določeno obdobje. Tako danes nosečnici, ki ne želi klistirja, le-tega ne dajo. Pred tem klistirja niso dajali le, če je obstajala kontraindikacija. Tak način bi lahko uvedli tudi v Sloveniji. Ker pa so v vodstvu bolnišnic, ki piše doktrino, običajno strokovnjaki drugih področij (kirurgi, menedžerji, ...), bi jih morda drugi razlogi (ekonomski) bolj prepričali kot na dokazih temelječa medicina.

Tudi O'Connor in Kovács (2003) menita, da je uporaba klistirja odvisna od indikacije in želje ženske

in nikakor ne sme biti rutinska. Kot piše Lieberman (1997), je klistir možnost in ne rutina, zato če ženska želi klistir, mora prositi zanj (nihče ga ne predlaga, nihče ne vsiljuje). V Sloveniji je še vedno tako, da ga ima ženska pravico zavrniti (toda vsilijo ga z navajanjem samo pozitivnih učinkov, po vsej verjetnosti razlogov, ki niso znanstveno podprti).

Učinki in nevarnosti

Doyle (2005) navaja nekaj nevarnosti ob aplikaciji klistirja, med katerimi so: rektalna nekroza, rektalne ulceracije, manjše poškodbe, rektalne krvavitve, napredovanje osnovne bolezni zaradi aplikacije klistirja. Celo navaden klistir s samo vodo predstavlja tveganje.

Enkin in sodelavci (1995) poleg omenjenega navajajo še: kožni izpuščaj (alergija na milnico, snovi, toploto), šok kot rezultat nenadne distenzije debelega črevesja, tekočinsko in elektrolitsko neravnovesje (zaradi hipotoničnih ali hipertoničnih raztopin, ki se uporabljajo za klistir). S klistirjem je kot rezultat odvajanja tekočine iz telesa (poleg klistirja) lahko povezana dehidracija, potem so tu še dvig fosfatov v krvi, hiponatremija, termalna travma – opekline (če je klistir prevroč), vnetje črevesja (če se uporabi kontaminirana črevesna cevka ali irigator ali če je postopek nepravilen in nečisto narejen), srbeč ali pekoč predel anusa, kemične spremembe in travme (če je klistir preveč koncentriran ali če je črevesna stena zelo občutljiva in zato pride do okužbe), slabost.

Tiran (2004) dopolnjuje Doyle (2005) in Enkina s sodelavci (1995), saj omenja tudi: anafilaktični šok, nezavest, majhno aktivnost estrogenskih agonistov (estrogen je potreben za popadke, agonisti sodelujejo pri pospeševanju izločanja estrogena v času poroda), razvoj hipokalcemije.

Seveda so to vidni učinki na telo, nevidni pa so pogosto prikriti, saj gre za porodnično doživljanje klistirja, ki jih kaže ali ne, kot so občutek sramu, slabše počutje, bolečina v trebuhu in druga psihična občutja.

Babice in klistir

Drglin (2007a) meni, da so rutinski klistirji (kot tudi britje) idealni za dokazovanje predpostavk o deseksualizaciji in infantilizaciji ženske med porodom. Dejstvo je, da so porod in pravice žensk postali politične zadeve. Pravi tudi, da je klistir postal samoumeven, kot dejstvo, da gredo ženske roditi v porodnišnico, medtem ko Cerar (2009) v intervjuju v reviji, namenjeni za splošno populacijo ženskam, sporoča, da je klistir pred porodom neobvezen. Morton (1989) piše o primeru iz Hong Konga, kjer se klistir nič več ne izvaja, nudijo pa možnost aplikacije svečk (za delovanje potrebujejo 20 minut, ne izpraznijo pa črevesja popolnoma). Njegova dognanja so, da ženske med porodom slabše pritiskajo, ker niso prepričane, če je črevo prazno. Tu se postavi vprašanje,

ali je pritiskanje sploh potrebno? Mivšek (2007) pravi, da je porod stvar izključno porajajoče ženske. Tega se zdravstveni strokovnjaki zavedajo, vendar se lahko zgodi, da zaradi lastnih predstav o porodnih postopkih (tudi klistirju) porodnici brez preverjanja njenih želja v dobri veri, da delajo zanjo le najboljše, vsilijo lastne rešitve. In čeprav se porod za žensko in njenega otroka dobro konča, lahko ženskam v spominu ostane grenak priokus tudi zaradi izgube nadzora nad dogajanjem (tudi npr. vsiljen klistir), kot piše Mivšek (2007).

Babice naj bi vključevale ženske in njihove družine v vsak postopek in načrt babiške nege. Profesionalna odgovornost babic po Mednarodni babiški konfederaciji (International Confederation of Midwives, v nadaljevanju ICM) (Essential, 2002) zajema tudi promoviranje visoke kakovosti babiške nege, znanstveno raziskovanje in uporabo znanstvenih izsledkov v praksi. To pomeni, da babica nudi individualno, celostno babiško nego, ki jo porodnica opisuje kot kakovostno. Se pravi, da uporaba klistirja ni vedno del kakovostne babiške nege, saj so porodnice različne in različno gledajo na klistir ter njegovo uporabo in so z njim različno zadovoljne oziroma nezadovoljne. Med osnovnimi znanji in veščinami ICM (International, 2008) med drugim navaja tudi poznavanje tradicionalnih in sodobnih rutinskih postopkov (njihovo uporabnost in škodljivost). ICM (Essential, 2002) navaja tudi, da babica kot profesionalka svoje stroke sprejme odgovornost za lastne strokovne odločitve. Pri tem se porodi misel, ali je odgovorna tudi, če v primeru predpisanega klistirja, le-tega ne aplicira, ker zagovarja ženske pravice? In kot navajajo Reveiz, Gaitán, Cuervo (2007), Wagner (2007), je opravljanje tega postopka še vedno odvisno od preference zdravnikov, vendar slednji dodaja, da avtonomija babic v Sloveniji narašča, saj so se babice odločile za tako učinkovito orožje, kot so preverljivi znanstveni podatki, dokumenti, zakonske ureditve, ... skratka preverljivo znanje kot zagovor za to, da se klistir ne izvaja.

Prvo načelo kodeksa etike za babice navaja, da je babica svoje delo dolžna opravljati humano in odgovorno ter v odnosu do pacientke spoštovati njen individuum (International, 2008). Izvedba klistirja brez dovoljenja porodnice torej ni humana, pri tem niti ni upoštevan porodničin individuum. Drugo načelo po ICM (International, 2008) se navezuje na pravico pacienta do izbire in odločanj, kar pomeni, da ima porodnica vso pravico klistir zavrniti in da zaradi tega ne sme biti nič slabše obravnavana od porodnic, ki so klistir prejele. Četrto načelo po ICM (International, 2008) govori o spoštovanju dostojanstva in zasebnosti. Klistirja marsikatera ne doživlja dostojanstveno, čeprav je za zasebnost poskrbljeno. Tudi porod je intimno doživetje. Šesto načelo navaja, da delovanje babice temelji na odločitvah v korist pacientk. Je dajanje klistirja koristno za vsako porodnico? Najverjetneje ne, saj smo ljudje različni in vsak ima svoje potrebe. Sedmo načelo pravi, da se babica zaveda poklicne pripadnosti ter priznava in

spoštuje delo sodelavcev; če je torej ena od babic bolj usmerjena k na dokazih temelječi babiški negi, mora druga spoštovati in priznavati njeno delo in znanje kljub drugačnim lastnim prepričanjem.

Diskusija in zaključki

Avtorji, ki so citirani v pričujočem članku, navajajo, da je klistir substanca, ki se vstavi v rektum z namenom zdraviti ali čistiti debelo črevo pred operacijo ali za določanje diagnoze. Je porod kaj od naštetega? Ne. Čemu torej predporodna priprava v obliki klistirja? Članek negira prepričanja, ki naj bi nekdanj veljala, da je čiščenje črevesja pred porodom potrebno. Dejstvo je, da je vsaka porodnica individuum zase, kar pomeni, da imajo porodnice različno predhodno znanje in so glede klistirja pred porodom različno informirane.

Porod (vaginalni) ni operacija, zato klistirja ni potrebno izvesti, ker dajanje klistirja ni koristno za vsako porodnico. Seveda je priporočljivo, da nosečnice redno odvajajo. V primeru kronične zaprtosti je tudi klistir lahko koristen, a boljše je preprečevanje zaprtosti ter drugi ukrepi za lajšanje teh tegob. Zakaj se klistir kljub vsem dokazom na podlagi znanstvenih raziskav še vedno izvaja? Babice moramo začeti z ozaveščanjem porodnic o njihovih pravicah, o dokazih za dobre porodne prakse. Ozavestimo jih o tej problematiki. Zakaj je z vidika uporabnic klistir neproblematiziran? Ravno zato, ker jim nihče ne ponudi z dokazi podprtih informacij o nekoristnosti klistirja.

Razlog, zakaj se v Sloveniji v praksi kljub vsemu znanju nič ne premakne glede ukinitve klistirja kot predporodne priprave, je tudi v doktrinah porodničnic, porodnih blokov. Babice morajo ta navodila in doktrino upoštevati, saj so kot zdravstveni delavci zavezane strokovnemu in odgovornemu delu. Mlajše babice so torej tiste, ki bi morale z dokazi podpreti iniciative, da bi strokovna javnost posodobila rutinske postopke oz. doktrino ustanov.

Literatura

- Arulkumaran S. Episiotomy and perineal lacerations. In: Edmonds DK, ed. *Dewhurst's textbook of obstetrics & gynecology*. 7th ed. San Francisco: Blackwell Publishing; 2007:224–6.
- Beischer NA, Mackay EV, Colditz T. *Obstetrics and the newborn: an illustrated textbook*. 3rd ed. London: Saunders; 1997: 399–407.
- Bodenstein J. Enema Syndrome. *S Afr Med J*. 1977;5:5.
- Cerar V. Le čevlje sodi naj kopitar. *Ona*. 10 feb. 2009; 6.
- Collin PH. *Dictionary of medicine*. 2nd ed. Chicago: Fitzroy Dearborn publishers; 1998: 32, 115.
- Conde-Agudelo A, Rosas-Bermudez A, Gülmözoglu AM. Evidence-based intrapartum care in Cali, Columbia: a quantitative and qualitative study. *BJOG*. 2008;15(12):1547–56. doi:10.1111/j.1471-0528.2008.01930.x
- Cuervo LG, Bernal M, Mendoza N. Effects of high volume saline enemas vs. no enema during labour: the N - Ma randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2006;6:8. doi:10.1186/1471-2393-6-8 PMID:16545140; PMCID:1468428
- Don't routinely use enemas during labour, researchs urge, researchers urge. *ScienceDaily*. 2007. Dostopno na: <http://www.sciencedaily.com/releases/2007/10/071016195959.htm> (10. 10. 2008).
- Doyle D. *Per rectum: a history of enemata*. 35th ed. Edinburg: Royal College of Physicians of Edinburg; 2005: 367–70.
- Drayton S, Rees C. They know what they're doing. Do nurses know why they give pregnant women enemas? *Nurs Mirror*. 1984;159(5):4–8.
- Drglin Z. Rojstna mašinerija teče častni krog: prispevki k teoriji rojstva. In: Drglin Z, ed. *Rojstna mašinerija: sodobne obporodne vednosti in prakse na Slovenskem*. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Založba Annales; 2007: 9–13.
- Drglin Z. Vse najboljše za rojstni dan! Ranljivost in moč žensk v sodobnih poporodnih praksah. In: Drglin Z, ed. *Rojstna mašinerija: sodobne obporodne vednosti in prakse na Slovenskem*. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Založba Annales; 2007a: 105–56.
- Enkin M, Keirse MJNC, Renfrew M, Neilson J. *Effective care in pregnancy and childbirth*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 1995: 156.
- Enkin M, Keirse M, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. New York: Oxford University Press; 2000: 255–67.
- Essential competencies for basic midwifery practice 2002. International Confederation of Midwives (ICM); 2002. Dostopno na: <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/2010/Core%20docs%202010/3a.%20Essential%20Competencies%20ENG-2002.pdf> (10. 10. 2008).
- Farrell E, Pattison RC. Out of mouths of babes - innocent reporting of harmful labour ward practices. *S Afr Med J*. 2004;94(11):896–7. PMID:15587449
- Fraser DM. Cleanliness and comfort. In: Fraser DM, Cooper MA, eds. *Myles' textbook for midwives*. 15th ed. London: Churchill Livingstone; 2009: 337–471.
- Har J, Greenway H. What leads to litigation? In: Har J, Greenway H, eds. *Obstetrics*. 1st ed. London: Cavendish Publishing; 2000: 17.
- Hofmery GJ. Evidence based intrapartum care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2004;19(1):103–15. PMID:15749069
- Hrovat T. Standard klistirja: gradivo za interno uporabo. Novo mesto: Splošna bolnišnica Novo mesto, Služba zdravstvene nege; 2000: 3–8.
- International code of ethics for midwives. International Confederation of Midwives (ICM); 2008. Dostopno na: <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/2011/International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives%20jt%202011rev.pdf> (28. 6. 2011).
- Ivanuša A, Železnik D. Odvajanje blata. In: Ivanuša A, Železnik D. *Standardi aktivnosti zdravstvene nege*. Maribor: Visoka zdravstvena šola; 2002: 262–70.
- Jacob A. *A comprehensive textbook of midwifery*. 2nd ed. New Delhi: Jaypee; 2008: 164, 169, 171, 468.
- Kaczorowski J, Levitt C, Hanvey L, Avard D, Chance G. A national survey of use of obstetric procedures and technologies in Canadian hospitals: routine or based on existing evidence? *Birth*. 1998;25(1):11–8. doi:10.1046/j.1523-536x.1998.00011.x PMID:9534500
- Kaczorowski J, Young D. Shaving, enemas and pushing on the abdomen. In: *What mothers say: the Canadian maternity experiences survey*. Ottawa: Public Health Agency of Canada; 2009: 135–40. Dostopno na: <http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/pdf/survey-eng.pdf> (9. 4. 2011).
- Leeson J, Gray J. *Woman and medicine*. London: Tavistock Publications; 1978: 118, 122, 126.
- Levy N, Lemberg E, Sharf M. Bowel habit in pregnancy. *Digestion*. 1971;4(4):216–22. doi:10.1159/000197122 PMID:5152916
- Lieberman AB. *Easing labour pain: the complete guide to a comfortable and rewarding birth*. 2nd ed. New York: Harvard Common Press; 1997: 10, 186–7.

29. Lieberman AB, Hughey Holt L. Nine months and a day: a pregnancy and birth companion. Massachusetts: Harvard; 2005: 172–86.
30. Mathie JG, Dawson BH. Effect of castor oil, soap enema, and hot bath on the pregnant human uterus near term; a tocographic study. *Br Med J.* 1959;1(5130):1162–5.
doi:10.1136/bmj.1.5130.1162
PMid:13638658; PMCID:1993291
31. Mivšek AP. Slovenske ženske v pričakovanju: sprjaznjene in pasivne ali aktivne in zadovoljne uporabnice obporodnega zdravstvenega varstva. In: Drglin Z, ed. *Rojstna mašinerija: sodobne obporodne vednosti in prakse na Slovenskem*. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Založba Annales; 2007: 73–103.
32. Mitchinson W. *Giving birth in Canada 1900-1950*. 2nd ed. Toronto: University of Toronto Press; 2002: 81–3, 189.
33. Morsh G, Renfrew M. *Community-based maternity care*. 1st ed. New York: Oxford university Press; 1998: 20, 383.
34. Morton J. *The complete preparation for childbirth: a self-help manual for expectant parents*. Hong Kong: Hong Kong university Press; 1989: 125.
35. O'Connor V, Kovács G. Labour and childbirth. In: O'Connor V, Kovács G, eds. *Obstetrics, gynaecology and women's health*. Cambridge: Cambridge University Press; 2003: 268.
36. Pairman S, Pencambi J, Therogood C. Autonomous practice. In: Pairman S, Pencambi J, Therogood C, eds. *Midwifery: preparation for practice*. 1st ed. London: Churchill Livingstone; 2006: 438.
37. Perko V. *Klistir kot postopek predporodne priprave [diplomsko delo]*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta; 2010: 23.
38. Premru - Sršen T. Porod: pričakovanja in možnosti. In: Drglin Z, ed. *Rojstna mašinerija: sodobne obporodne vednosti in prakse na Slovenskem*. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Založba Annales; 2007: 191–6.
39. Qian X, Smith H, Liang H, Liang J, Garner P. Evidence - informed obstetrics practice during normal birth in China: trends and influences in four hospitals. *BMC Health Serv Res.* 2006;6:29.
doi:10.1186/1472-6963-6-29
PMid:16524472; PMCID:1421394
40. Reveiz L, Gaitán HG, Cuervo LG. Enemas during labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(4):CD000330.
PMid:17943738
41. Romney ML, Gordon H. Is your enema really necessary? *Br Med J.* 1981;282(6272):1269–71.
doi:10.1136/bmj.282.6272.1269
PMid:6784809; PMCID:1505361
42. Rosenfield HH, Burke L, Rubin H. Disposable enema unit in obstetrics. *Obstet Gynecol.* 1958;11(2):222–5.
PMid:13504661
43. Rutgers S. Hot, high and horrible. Should routine enemas still be given to women in labour? *Cent Afr J Med.* 1993;39(6):117–20.
PMid:8131199
44. Schaffir J. Survey of folk beliefs about induction of labour. *Birth.* 2002;29(1):47–51.
doi:10.1046/j.1523-536X.2002.00047.x
PMid:11843789
45. Swanson Malinovski J, Pedigo CG. *Nursing care during the labour process*. 3th ed. Philadelphia: FA Davis; 1998: 433.
46. Tenore JL. Methods for cervical ripening and induction of labour. *Am Fam Physician.* 2003;67(10):2123–8.
PMid:12776961
47. Tiran D. Safety of essential oils in pregnancy. In: Tiran D, ed. *Nausea and vomiting in pregnancy: an integrated approach to care*. 1st ed. London: Churchill Livingstone; 2004: 85.
48. Tzeng YL, Shih YJ, Teng YK, Chiu CY, Huang MY. Enema prior to labour: a controversial routine in Taiwan. *J Nurs Res.* 2005;13(4):263–70.
doi:10.1097/01.JNR.0000387549.42834.a9
PMid:16372237
49. Wagner M. Evolucija k žensko osredičeni obporodni skrbi. In: Drglin Z, ed. *Rojstna mašinerija: sodobne obporodne vednosti in prakse na Slovenskem*. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Založba Annales; 2007: 17–29.
50. Whitley N, Mack E. Are enemas justified for woman in labour? *Am J Nurs.* 1980;80(7):1339.
PMid:6901585