

JOANNA JANUSZ^{1, A-D}, MONIKA PRZESTRZELSKA^{2, C-F}, ZDZISŁAWA KNIHINICKA-MERCIK^{2, C, E, F}

Opieka okołoporodowa nad niepełnosprawną kobietą

Prenatal Care for Women with Disabilities

¹ Studentka II roku położnictwa (studia drugiego stopnia)

² Zakład Położnictwa, Katedra Ginekologii i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

A – koncepcja i projekt badania; B – gromadzenie i/lub zestawianie danych; C – analiza i interpretacja danych; D – napisanie artykułu; E – krytyczne zrecenzowanie artykułu; F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Streszczenie

W środowisku medycznym bardzo rzadko podejmuje się temat niepełnosprawności w położnictwie. Dowodem tego może być stosunkowo mała liczba publikacji naukowych o tej tematyce oraz niewielka liczba niepełnosprawnych matek w polskim społeczeństwie. W pracy przedstawiono 3 przypadki niepełnosprawnych kobiet. Ukazano problemy występujące w opiece nad kobietą dotkniętą różnego rodzaju niepełnosprawnością, a także rolę położnej opiekującej się nią w okresie okołoporodowym. Każda kobieta, zarówno sprawna, jak i niepełnosprawna, marzy o tym, aby zostać matką. W przypadku kobiet niepełnosprawnych macierzyństwo jest wyzwaniem niosącym często wiele problemów. Opiekę nad niepełnosprawną pacjentką położna powinna dostosować do jej swoistych potrzeb. Wykorzystując kwestionariusz wywiadu, autorzy artykułu przedstawili 3 przypadki kobiet dotkniętych niepełnosprawnością: słuchową, wzrokową oraz złożoną. Omówiono problemy kobiet niepełnosprawnych w okresie ich hospitalizacji. Przedstawiono poszczególne etapy działań położnej wobec niepełnosprawnej kobiety. Uwzględniono specyfikę tych działań w poszczególnych elementach opieki i hospitalizacji związanej z ciążą, porodem i położeniem. Podsumowania poszczególnych analiz uwzględniają rolę położnej w opiece nad niepełnosprawną pacjentką. Niepełnosprawność w położnictwie jest z pewnością problemem wciąż aktualnym. Istnieje zatem konieczność dokonania zmian w dotychczas obowiązujących programach kształcenia położnych oraz uzupełnienia ich o odpowiednie zagadnienia związane z ciążą, porodem i położeniem niepełnosprawnych kobiet. Stałe podnoszenie kwalifikacji przez położne, np. w ramach kursów, pozwoli na dostosowanie poziomu sprawowanej przez nie opieki do swoistych potrzeb niepełnosprawnych pacjentek (Piel. Zdr. Publ. 2014, 4, 1, 79–87).

Słowa kluczowe: niepełnosprawność, ciąża, poród, połóg.

Abstract

The topic of obstetrics disability is rarely discussed in the medical community. It can be proved by a relatively small number of scientific publications on the topic and a minimal amount of disabled mothers in the Polish society. The paper presents three cases of women with disabilities. It shows problems in the care of women with various types of disabilities, as well as the role of a midwife who takes care of a patient during the perinatal period. Every woman, healthy or disabled, dreams of becoming a mother one day. In the case of disabled women, motherhood is a challenge often carrying a lot of problems. The midwife taking care of a patient with a disability should adopt herself to a patient's specific needs. This paper, using a questionnaire, presents three cases of women with disabilities: auditory, visual and complex. It discusses the problems of disabled women during their hospitalization. It presents the midwife's milestones set for taking care of women with disabilities. It takes into account the specificities of these activities in different parts of care and hospitalization related to pregnancy, childbirth and puerperium. Applications include the summary analysis of the role of the individual midwife in the care of a patient with a disability. Disability in obstetrics is certainly a present problem. Therefore, it is necessary to modify the previously existing midwifery education programs and supplement them with the appropriate issues related to pregnancy,

childbirth and puerperium of women with disabilities. Continuous upgrading of midwives skills in the course will allow you to adjust the level of care exercised by them to the specific needs of patients with diverse dysfunctions (Piel. Zdr. Publ. 2014, 4, 1, 79–87).

Key words: disability, pregnancy, labor, puerperium.

Prawo do bycia matką w kontekście niepełnosprawności jest tematem niezwykle rzadko poruszanym zarówno w społeczeństwie, jak i literaturze medycznej. Przyczyną może być to, że dla samych kobiet jest to temat trudny, a często także bolesny. Wiąże się z wieloma dylematami natury etycznej i moralnej. Niepełnosprawne kobiety są niestety świadome, że istnieje stereotyp, mówiący o tym, że powołaniem kobiety jest posiadanie potomstwa, a kobieta jest stworzona do rodzenia dzieci. Jeśli przyjmowane leki, rodzaj lub stopień jej niepełnosprawności to uniemożliwiają – pozbawiają ją kobiecości. W ogólnym przekonaniu kobieta niepełnosprawna nie jest zdolna do samodzielnej opieki nad dzieckiem, wymaga stałej pomocy ze strony partnera bądź bliskich.

Zdrowie reprodukcyjne to stan pełnego dobrostanu (*well-being*) w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie wyłącznie brak choroby lub niedomagań, we wszystkich sprawach związanych z układem rozrodczym oraz jego funkcjami i procesami.

W artykule, wykorzystując kwestionariusz wywiadu, przedstawiono 3 przypadki niepełnosprawnych rodzających. Ukazano problemy występujące w opiece nad rodzącą kobietą dotkniętą różnego rodzaju niepełnosprawnością, a także rolę położnej opiekującej się nią w okresie okołoporodowym.

W 1980 r. WHO zdefiniowała niepełnosprawność w „Międzynarodowej Klasyfikacji Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń”. Klasyfikację tę przyjął Komitet Ministrów Rady Europy. Definicję niepełnosprawności sformułowano, używając 3 określeń:

- uszkodzenie (*impairment*) – oznacza utratę lub nieprawidłowość funkcjonowania lub budowy struktur fizjologicznych, psychicznych lub anatomicznych,

- niepełnosprawność (*disability*), czyli wszelkie ograniczenia lub brak (wynikający z uszkodzenia) możliwości działania i podejmowania aktywności w zakresie lub stopniu uznawanym za normalny dla istot ludzkich,

- upośledzenie/niesprawność (*handicap*) – to sytuacja będąca skutkiem zaistniałego uszkodzenia lub niepełnosprawności, polegająca na utrudnieniu bądź też uniemożliwieniu, w danych warunkach społecznych lub kulturalnych, jednostce pełnienia ról uważanych za normalne dla osób jej płci, wieku [1, 2].

Klasyfikacja biorąca pod uwagę zarówno rodzaj zaburzeń fizycznych lub psychicznych, jak i możli-

wości funkcjonowania osób dotkniętych niepełnosprawnością pozwala na wyróżnienie 3 podstawowych rodzajów niepełnosprawności:

- sensorycznej – to osoby niewidome i niedowidzące, niesłyszące i niedosłyszące, głuchoniewidome,

- fizycznej – dotyczy uszkodzenia narządu ruchu, przewlekłych chorób narządów wewnętrznych,

- psychicznej – jest to stan ograniczonej sprawności umysłowej, charakteryzujący się zaburzeniem procesów percepcyjnych, poznawczych i umysłowych w stosunku do stanu uznawanego za normalny [1, 2].

Ostatnie pełne dane dotyczące liczby osób niepełnosprawnych w Polsce pochodzą z Narodowego Spisu Powszechnego z 2011 r. Liczba osób niepełnosprawnych ogółem wynosiła 4697,5, co stanowi 12,2% ogółu społeczeństwa. Wśród niepełnosprawnych osób przeważają kobiety – 2530,4, co stanowi około 53,9% ogólnej populacji niepełnosprawnych osób [3].

Rodząca z ograniczoną sprawnością sensoryczną – słuchową

Rodząca po raz pierwszy, lat 23, w terminie porodu. Przyjęta do szpitala na oddział sali porodowej z powodu rozpoczynającego się porodu. Z uwagi na to, że pacjentka miała utrudniony dostęp do opieki położniczej, co mogło znacząco wpłynąć na jej przygotowanie do porodu oraz stan płodu, wymagała edukacji na temat przebiegu porodu drogami natury, omówienia możliwych pozycji porodowych, karmienia piersią, diety w czasie karmienia, a także edukacji z zakresu higieny w położu.

Rodząca jest osobą niepełnosprawną z zaburzeniem narządu słuchu. Przyczyną niepełnosprawności jest przebyte w 2. r.ż. zapalenie ucha środkowego, w wyniku którego doszło do obustronnej utraty słuchu. Dzięki zastosowaniu prawego i lewego aparatu słuchowego pacjentka nie jest osobą całkowicie głuchą, lecz niedosłyszącą. Z uwagi na zaburzenie narządu słuchu pacjentka wymagała kompleksowej opieki położniczej oraz psychologicznej. Pożądane jest, aby opiekę nad rodzącą sprawowała jedna położna przez cały okres porodu.

Stan psychiczny rodzącej był średni, była podenerwowana, cicha, zagubiona, sprawiała wrażenie

zdezorientowanej i wycofanej. Z trudem odpowiadała na zadawane pytania. Z powodu trudności w porozumiewaniu się z pacjentką, a tym samym z zebraniem wywiadu ginekologiczno-położniczego, za zgodą pacjentki poproszono o pomoc jej matkę. W czasie rozmowy okazało się, że kobieta ma rozpoznany I stopień upośledzenia umysłowego, jest osobą niepełnosprawną z dużym stopniem głuchoty (podwójny aparat słuchowy), trudnościami z mową (mowa niewyraźna, nieskładna) oraz zaburzeniami na tle emocjonalnym i psychicznym. W obecności bliskiej osoby rodząca wyraźnie lepiej się poczuła, co umożliwiło nawiązanie lepszej współpracy. Położna podłączyła zapis kardiograficzny i nakazała rodzącej pozostanie na łóżku porodowym. Nie wyjaśniła jednak swojego postępowania, ani z jakiego powodu został zlecony monitoring KTG. W I okresie porodu rodząca często pozostawała sama na sali porodowej, nie miała pojęcia jak radzić sobie z bólem, a pozycja leżąca była dla niej niewygodna. Zastosowany ciągły zapis KTG uniemożliwił jej poruszanie się oraz przyjmowanie dogodnej pozycji w czasie rozwierania, a tym samym prawdopodobnie przedłużył całkowity czas trwania porodu. Należy przypuszczać, że zachowanie położnej sprawującej opiekę nad rodzącą było podyktowane brakiem umiejętności opieki nad osobą z zaburzeniem narządu słuchu. Utrudniona komunikacja z pacjentką, która nie reagowała na pytania i prośby kierowane do niej z odległości, wycofanie i „zamknięcie się w sobie” spowodowane zaburzeniami na tle emocjonalnym oraz upośledzenie umysłowe wymagały od położnej cierpliwości, życzliwości oraz umiejętności nawiązywania kontaktu i współpracy z rodzącą w sytuacji szczególnej. Była ona zarówno trudna, jak i stresująca dla każdej ze stron. Brak tej umiejętności i/lub chęci położnej sprawił, że nie była ona w stanie zapewnić prawidłowej opieki niepełnosprawnej rodzącej. Pacjentka musiała radzić sobie sama. Wzmagало to u niej stres, a następnie odczuwany ból.

Rola położnej w łagodzeniu bólu w okresie rozwierania jest nieoceniona, powinna ona zwłaszcza swoją obecnością, a także słowami wsparcia pomóc rodzącej się odprężyć. Znaczenie odprężenia w czasie porodu zostało podkreślone w literaturze naukowej. Badania naukowe udowodniły, że odczuwanie bólu przez rodzącą jest tak silne, ponieważ jej niewłaściwe nastawienie wzmagą strach przed porodem. Strach powoduje napięcie, a napięcie – ból. Rolą położnej sprawującej opiekę nad rodzącą jest zapobieganie wystąpieniu zespołu „strach, napięcie, ból”, stosując dostępne metody niefarmakologicznego oraz farmakologicznego łagodzenia bólu [1, 4].

W II okresie porodu rodząca pozostawała na łóżku, z trudem radziła sobie z bólem, krzyczała.

Położna nakazała jej „wykorzystywać skurcze”, ale nie wytłumaczyła, na czym to polega. Pacjentka powiedziała: „położna krzyczała, a ja nie rozumiałam, co do mnie mówi, ból był tak silny, że nie wiedziałam, co mam zrobić i chciałam jedynie, aby już się skończył”.

Po porodzie położna położyła noworodka na brzuchu matki, ale po kilku minutach zabrała i przekazała do badania neonatologicznego. W sytuacji, kiedy nie wymaga tego stan dziecka lub matki zaleca się, aby pierwsze 2 godziny po porodzie dziecko przebywało w stałym kontakcie „skóra do skóry” z matką. Dopiero po około 30 min położna przywiozła dziecko do matki i wspólnie podjęły próbę przystawienia go do piersi. Gdy próba się nie powiodła, powiedziała: „niech sobie Pani radzi, ja nie mam teraz czasu”. Kobieta poczuła się osamotniona i bezradna, a każda nieudana próba przystawienia dziecka do piersi pogłębiała jej zdenerwowanie. Jak wspomina: „dopiero kiedy odwiedziła mnie mama na oddziale położniczym, pokazała mi jak karmić moje dziecko”.

Wskazane jest, aby położna w czasie IV okresu porodu otoczyła troskliwą opieką zarówno matkę, jak i noworodka. Należy zachęcić matkę do karmienia piersią, przedstawić sposób prawidłowego przystawiania noworodka do piersi, w celu stymulacji i wzmacniania nowo powstałej między nimi więzi.

W analizowanym przypadku uwidocznił się problem podejmowania opieki nad pacjentką niepełnosprawną słuchowo. Personel sprawujący opiekę nie miał odpowiedniej wiedzy teoretycznej, aby zapewnić kobiecie kompleksową opiekę w czasie porodu i położu. Sytuacja taka być może była spowodowana obawą, jaką budzi tego rodzaju niepełnosprawność. Personel niemający teoretycznych podstaw opieki nad niepełnosprawną kobietą często wycofuje się, ogranicza z nią kontakt. Dzieje się tak najczęściej z obawy przed popełnieniem błędu oraz ze strachu przed nieznanym, jakim jest niepełnosprawna rodząca [5, 6].

Pierwszy kontakt pacjentki niedosłyszącej z położną najczęściej występuje w czasie przyjęcia jej do szpitala, w izbie przyjęć. Wczesny okres porodu może być wyzwaniem dla kobiety, pojawiają się nowe nieznane doznania. Lęk i niepokój spowodowany sytuacją, w której się ona znajduje, mogą powodować dodatkowe utrudnienia w czasie współpracy z położną. Złuszcz, gdy jest to pierwszy poród kobiety i jest ona sama. Przypadek niepełnosprawnej pacjentki jest szczególny, a zaburzenie słuchu z pewnością jest źródłem dodatkowego stresu. Ciężarną należy przywitać szczególnie ciepło i serdecznie, a swoim zachowaniem dać wyraz profesjonalizmu. Należy podkreślić, że pierwszy kontakt niepełnosprawnej pacjentki z położną jest bardzo ważny – jest chwilą, w której rodzi się

zaufanie. Powinien się zatem odbyć w pomieszczeniu zapewniającym spokój, w atmosferze przyjazni dającej poczucie bezpieczeństwa.

Umiejętność poprawnej komunikacji interpersonalnej oraz umiejętności psychologiczne i odczuwanie empatii to dla współczesnej położnej podstawa do budowania relacji z osobami z różnymi jednostkami chorobowymi, a także zróżnicowanym typie osobowości.

W czasie przyjęcia do szpitala dla niepełnosprawnej rodzącej uzyskanie podstawowych informacji na temat przebiegu porodu oraz czynności, jakie będą wobec niej wykonywane jest niezwykle istotne. Zadaniem położnej przyjmującej pacjentkę na oddział jest zminimalizowanie stresu związanego z przyjęciem do szpitala. Ze względu na swoją niepełnosprawność pacjentka może potrzebować dodatkowych zapewnień i wyjaśnień. Sposób komunikowania się z pacjentką, przekazywania informacji oraz język, jakim posługuje się personel medyczny z pacjentką jest niezwykle ważny. W przypadku pacjentki niedosłyszającej komunikacja zostaje utrudniona ze względu na zaburzenie słuchu. Z uwagi na trudność w komunikacji werbalnej, należy podkreślić wartość komunikacji niewerbalnej, która odgrywa zasadniczą rolę w budowaniu relacji międzyludzkich.

W czasie rozmowy z pacjentką spokój i opowiadanie położnej, powolna i wyraźna mowa, dostosowane do stopnia zaburzenia natężenia wypowiedzi z jednoczesnym unikaniem nadmiernego podnoszenia głosu zapewniają intymność w czasie zbierania wywiadu. Istotny jest również ton jej wypowiedzi, a także pewność, że pacjentka mimo niedosłuchu dobrze ją rozumiała. Należy unikać używania złożonego medycznego słownictwa. Jeśli niepełnosprawna słuchowo rodząca nie usłyszy lub dobrze nie zrozumie komunikatów i poleceń do niej kierowanych, może czuć się zagubiona oraz zestresowana. Nie będzie wiedziała, jakie czynności w danej chwili będą przy niej wykonywane. Przed zwróceniem się do pacjentki z zaburzeniem narządu słuchu jest pożądane, aby ją delikatnie dotknąć, np. w ramię lub w rękę, by zwrócić jej uwagę na chęć przekazania komunikatu. Istotne jest również unikanie nadmiernej gestykulacji, która może powodować zaburzenia w odbiorze informacji [2, 4].

Poprawna komunikacja ma ogromne znaczenie w przygotowaniu rodzącej do położniczych badań diagnostycznych, a więc badania wewnętrznego przez pochwę, które w znacznym stopniu narusza intymność kobiety. Należy pamiętać, że takie badanie jest dla pacjentki zawsze sytuacją bardzo trudną i stresującą. Postawa kobiet wobec badania położniczego jest w dużej mierze uzależniona od ich świadomości oraz postawy personelu medycznego. W czasie

przygotowywania pacjentki jest niezwykle ważne stworzenie odpowiedniego klimatu, który pozwoli na osiągnięcie przez nią komfortu psychicznego i dobrego samopoczucia. Pacjentka z zaburzeniem słuchu będzie wyczulona na ton głosu położnej, będzie obserwować mimikę jej twarzy, dynamikę wypowiedzi oraz zachowanie. Na podstawie tych obserwacji z pewnością rozpozna nastawienie do niej. Im położna sprawia wrażenie bardziej otwartej i pomocnej, tym pacjentka czuje się mniej skrępowana i bardziej skłonna do współpracy [4, 5].

Ze względu na zaburzenie słuchu akcja serca płodu w czasie badania KTG powinna być wyraźnie słyszalna przez matkę, co daje poczucie bezpieczeństwa, zapewnia komfort psychiczny i odpręża matkę dziecka. W tym celu należy ustawić aparat odpowiednio blisko pacjentki oraz dostosować natężenie dźwięku do stopnia zaburzenia słuchu. W przypadku całkowitej dysfunkcji słuchu należy zadbać o odbiór wzrokowy rejestracji akcji serca płodu. Poznanie położnej, która będzie towarzyszyć kobiecie podczas porodu na sali porodowej jest cennym elementem psychoprofilaktyki porodowej. Kobieta niepełnosprawna będzie odczuwać strach i niepewność w związku z nowym otoczeniem, odmiennym od tego, w którym żyje i w którym czuje się komfortowo. Ważne jest, aby w miarę możliwości opiekę nad niepełnosprawną pacjentką sprawowała jedna położna przez cały okres trwania porodu. Położna, towarzysząc rodzącej w czasie porodu, musi mieć świadomość, że każda pacjentka jest inna i każda ma swoją historię. Należy spróbować zrozumieć jej uczucia oraz zapewnić właściwą opiekę, dostosowaną do indywidualnych potrzeb. Następny krok to zapoznanie nowo przyjętej pacjentki z topografią oddziału tak, aby wiedziała, gdzie odbędzie się poród oraz gdzie znajduje się dyżurka położnych, toaleta, prysznic, z których będzie mogła korzystać.

W czasie sprawowania opieki przez położną nad pacjentką niedosłyszającą, korzystającą z aparatów słuchowych, ważne jest, aby znała ona zasady ich użytkowania. Aparat słuchowy wpływa na wzmocnienie siły dźwięków napływających z otoczenia. Zminimalizowanie hałasu na sali porodowej, który utrudniałby komunikację, pozwoli na efektywne odbieranie pożądanych przez pacjentkę dźwięków. Poród kobiety niepełnosprawnej słuchowo powinien odbyć się w oddzielnej sali, w obecności jak najmniejszej liczby osób. To wpłynie pozytywnie na poczucie komfortu i bezpieczeństwa rodzącej. Jeżeli jest wymagana obecność innych osób w czasie porodu, należy poinformować o tym rodzącą oraz udzielić informacji na temat roli, jaką będą one pełnić. Wskazana jest obecność osoby, która będzie łącznikiem komunikacyjnym między personelem a pacjentką, np. męża lub koleżanki. Waż-

ne jest, aby położna ustaliła znaki, które ułatwią komunikację podczas II okresu porodu. W tym celu może np. wykorzystać kartony z poleceniami „przyj” lub „nie przyjm”. Dla ułatwienia i lepszego przekazu komunikaty mogą być napisane na kartonach w różnych kolorach [1].

Najważniejszym momentem podczas porodu dla kobiety jest płacz nowo narodzonego dziecka, który informuje matkę, że jest ono już na świecie oraz sygnalizuje jego zdrowie. W przypadku osoby niedosłyszącej lub głuchej sygnał ten jest niewyraźny lub całkowicie niesłyszalny. Jak najszybsze pokazanie dziecka matce i bezpośredni kontakt „skóra do skóry” uspokoi ją oraz pozwoli na zbudowanie więzi już od pierwszych chwil życia noworodka [6]. Wsparcie emocjonalne udzielone matce przez położną jest bardzo ważne, ponieważ z uwagi na dysfunkcję słuchu, często jest ona zagubiona i przepełniona lękiem. Musi nauczyć się odczytywać potrzeby swojego dziecka, które najczęściej są sygnalizowane płaczem. Rola położnej będzie polegać na odpowiedniej zindywidualizowanej edukacji matki w zakresie opieki nad noworodkiem.

Ciężarna z ograniczoną sprawnością ruchową i wzrokową

Ciężarna lat 27, ciąża V, poród II, 15/16 tydzień ciąży. Przyjęta do szpitala na oddział patologii ciąży z powodu plamienia z dróg rodnych oraz zakażenia dróg moczowych.

Pacjentka jest osobą niepełnosprawną ruchowo i sensorycznie. Jest to więc niepełnosprawność złożona. Od 14 r.ż. choruje na stwardnienie rozsiane (*multiple sclerosis* – MS). W 1889 r. po przebytym zapaleniu nerwu wzrokowego nastąpiło pogorszenie widzenia na lewe oko, a w wieku 15 lat całkowita utrata wzroku w lewym oku. Od 1998 r. rozpoznano u niej typowe dla MS zmiany w mózgu. Pacjentka ma problemy z chodzeniem (chód na szerokiej podstawie), osłabienie mięśniowe oraz zespół zmęczenia.

I ciąża w 2004 r. zakończona w 16. tygodniu z powodu obumarcia płodu. W czasie rozmowy kobieta zwróciła uwagę na niedostateczną w tym czasie opiekę ze strony położnych pracujących na oddziale. Opowiadała, że nikt nie poinformował jej o tym, co będzie się z nią działo w czasie zabiegu wyłuszczenia jamy macicy. W sali, w której leżała na oddziale patologii ciąży były jeszcze 2 inne kobiety, obie w zaawansowanej ciąży. Jak mówiła: „Czułam niesamowity ból, kiedy traciłam swoje dziecko, chciałam się z nim pożegnać, a obok mnie

leżały 2 kobiety z pięknymi, dużymi brzuskami”. Hospitalizacja kobiety roniącej w otoczeniu kobiet ciężarnych bądź matek opiekujących się niemowlętami może być traumą silniejszą niż samo poronienie. Sytuacja taka może w znacznym stopniu zwiększać przeżywany stres, wywoływać cierpienie i ból niemal fizyczny. Odczuwając ból po stracie dziecka, kobieta często izoluje się od otoczenia, chce być sama, potrzebuje ciszy i spokoju. Kobieta niepełnosprawna ruchowo ma znacznie ograniczone możliwości przemieszczania się po oddziale szpitalnym, w związku z tym musi biernie poddać się rzeczywistości jaka ją otacza. Podstawowym warunkiem w opiece nad kobietą jest stworzenie przestrzeni, w której będzie czuła się bezpieczna i będzie mogła swobodnie przeżywać stratę oraz wyrażać swoje emocje. Istotne jest również umożliwienie jej kontaktu z bliską osobą, której obecność zminimalizuje poczucie osamotnienia, poziom odczuwanego przez nią lęku, a także może wpłynąć na zacieśnienie relacji między partnerami.

Położna przygotowująca pacjentkę do zabiegu zachowywała się zdaniem pacjentki „w sposób mechaniczny”. Kobietę po poronieniu należy otoczyć niezwykle troskliwą opieką. Położna powinna przyjąć postawę pełną zrozumienia, delikatności i empatii. Tak jednak się nie stało, co pogłębiło ból po stracie dziecka i znacznie wpłynęło na wydłużenie okresu powrotu do pełni zdrowia fizycznego i psychicznego.

Sytuacja niepełnosprawnej ruchowo kobiety doświadczającej poronienia jest sytuacją szczególną. Niepełnosprawność fizyczna w dużym stopniu utrudnia samodzielne poruszanie się po szpitalu, korzystanie z nieprzystosowanych toalet i pryszniców oraz przygotowanie się do badań na fotelu ginekologicznym. Należy podkreślić rolę położnej, która jest odpowiedzialna za przygotowanie pacjentki do takiego badania: pomoc w wejściu i zejściu z fotela ginekologicznego, którego wysokość często to utrudnia. Bardzo ważne jest również wsparcie położnej w tak trudnej dla kobiety chwili, jaką jest utrata ciąży.

Ciąża II w 2005 r. również zakończyła się poronieniem samoistnym w 8. tygodniu. W obu przypadkach przyczyna poronienia nie została rozpoznana. Po dwukrotnym poronieniu kobieta zachorowała na depresję. Obwiniła się za utratę ciąży. W 2006 r. urodziła przez elektywne cięcie cesarskie (poród siłami natury jest przeciwwskazany u chorej z progresywną postacią MS) w 39. tygodniu zdrową córkę. Połóg oraz cały okres karmienia piersią przebiegał prawidłowo, pacjentka wymagała jednak pomocy podczas opieki nad noworodkiem z powodu choroby i osłabienia. W przypadku kobiet chorych na stwardnienie rozsiane, osłabienie spowodowane porodem zostaje

nasilone przez samą chorobę. Należy zatem podkreślić rolę położnych oddziałów położniczo-noworodkowych, które są odpowiedzialne za pomoc niepełnosprawnej matce w opiece nad dzieckiem w pierwszych dniach po porodzie.

Po urodzeniu córki kobieta przez 2 lata starała się zajść w ciążę. Udało się to dopiero w 2009 r., ale w 5. tygodniu ciąży nastąpiło kolejne poronienie samoistne.

Hospitalizacja w V ciąży z powodu zagrażającego poronienia jest sytuacją bardzo stresogenną dla pacjentki i jej rodziny z uwagi na wcześniejsze doświadczenia. Obserwacja i ocena stanu bieżącego kobiety uwzględniającego stan ogólny, fizyczny oraz psychiczny u ciężarnej, której zagraża poronienie powinna być szczególnie staranna. W sytuacji, kiedy ciężarna ma zagrożoną ciążę i jest kobietą niepełnosprawną należy uwzględnić również aspekt jej niepełnosprawności. Często niepełnosprawne pacjentki odczuwają niepokój o dalsze losy ciąży oraz poczucie winy, bezsilność i bezradność. Rozmowa z położną wyjaśniającą brak wpływu niepełnosprawności na ciążę na pewno uspokoi pacjentkę i doda otuchy w tych trudnych dla niej chwilach. Odpowiednio częste informowanie pacjentki o przebiegu leczenia i rokowaniach, co do dalszego przebiegu ciąży wpłynie pozytywnie na poczucie komfortu psychicznego ciężarnej.

Umieszczenie pacjentki w sali usytuowanej w niedalekiej odległości od toalety i dyżurki położnych ułatwi jej poruszanie się po oddziale. Jeżeli istnieje taka możliwość, należy umieścić kobietę w pojedynczej sali. Pomieszczenie, w którym będzie przebywała musi być duże i bezpieczne. Należy zminimalizować możliwe przeszkody utrudniające swobodne poruszanie się.

Bardzo ważnym czynnikiem warunkującym powodzenie procesu leczenia poronienia zagrażającego niepełnosprawnej ciężarnej jest współpraca pacjentki i jej rodziny z personelem medycznym. Ciężarna niepełnosprawna ruchowo i wzrokowo jest pełnoprawnym współuczestnikiem procesu leczenia, podejmuje świadome decyzje podczas hospitalizacji. Ważnym elementem opieki jest motywowanie oraz pogłębianie jej wiary w możliwość donoszenia ciąży [4].

Rodząca z ograniczoną sprawnością sensoryczną – wzrokową

Kobieta lat 40, rodząca po raz drugi. W wieku 26 lat rozpoznano u niej jaskrę, która doprowadziła do uszkodzenia nerwu wzrokowego, a w rezultacie do całkowitej utraty widzenia w wieku 32 lat. Pa-

cientka jest więc osobą ociemniałą, co oznacza, że ma w pamięci wrażenia i doświadczenia wzrokowe, do których może się odwoływać i które ułatwiają jej funkcjonowanie w codziennym życiu. W 1996 r. będąc osobą w pełni sprawną, urodziła siłami natury syna. W 2008 r., 4 lata po utracie wzroku, zaszła w kolejną ciążę. Ponieważ nie była to ciąża planowana, początkowo wywołała strach i niepewność o to, czy i jak sobie poradzi w roli niepełnosprawnej matki. Dzięki wsparciu męża i rodziny, myśl o kolejnym dziecku napawała kobietę optymizmem i szczęściem. Pacjentka pozytywnie ocenia opiekę lekarza i położnej prowadzących ciążę. Podczas każdej wizyty, w czasie której towarzyszył jej mąż, poświęcali jej dużo uwagi, cierpliwie odpowiadali na pytania. W czasie pierwszej wizyty położna pracująca w gabinecie pomogła kobiecie poznać to pomieszczenie, oprowadziła ją po nim, pomagała dotykowo poznać wszystkie znajdujące się w gabinecie sprzęty. Towarzyszyła pacjentce przed i w czasie badania, pomagała bezpiecznie wejść i zejść z fotela ginekologicznego. Opowiadała i wyjaśniała, co będzie się działo w czasie poszczególnych etapów wizyty.

Ciąża przebiegała prawidłowo przez pierwsze II trymestry, jednak w 34. tygodniu pacjentka była hospitalizowana z powodu zapalenia dróg moczowych. Pobyt w szpitalu wspomina jako trudny. Znalazła się w odmiennej sytuacji, w obcym jej otoczeniu, a położne oddziału patologii ciąży, na którym przebywała, zdawały się nie zauważać jej niepełnosprawności. Jak wspomina: „nikt nie pomógł mi poznać rozkładu sali, na której miałam leżeć, bałam się poruszać w obawie, że się potknę i zaszkodzę swojemu dziecku”. Dzięki pomocy pełnosprawnego męża, poznała topografię oddziału, wiedziała gdzie znajduje się toaleta i gabinet lekarski. W czasie nieobecności małżonka starała się nie poruszać. Po kilku dniach została wypisana do domu. Personel oddziału nie uwzględnił potrzeb niepełnosprawnej pacjentki. Podczas przyjęcia zadaniem położnej sprawującej opiekę nad kobietą jest zapoznanie jej z topografią oddziału, a pacjentka powinna leżeć w sali dostosowanej do jej potrzeb. Dogodne ustawienie łóżka, szafki przyłóżkowej oraz usytuowanie sali możliwie blisko dyżurki położnych oraz w sąsiedztwie toalety jest dla pacjentki niezwykle ważne. Daje jej nie tylko poczucie komfortu, ale przede wszystkim bezpieczeństwa [4, 6].

Zarówno w tej, jak i w poprzedniej ciąży kobieta nie korzystała z zajęć szkoły rodzenia. Bała się reakcji innych uczestników na jej niepełnosprawność. Miała już doświadczenie i wiedzę na temat przebiegu porodu z poprzedniej ciąży, więc postanowiła polegać na własnej intuicji. Brak wymaganego zaświadczenia o uczestnictwie w zajęciach szkoły rodzenia uniemożliwiał małżonkom współ-

ny poród. Położna, która przyprowadziła pacjentkę z izby przyjęć kazała jej usiąść, a sama oddaliła się z sali porodowej. Pacjentka usłyszała tylko fragmenty przekazywanych informacji, a następnie szept, które wprowdły ją w zakłopotanie. Wspomina: „Po przybyciu na salę porodową skurcze były coraz silniejsze, położna podłączyła zapis KTG i podsunęła do podpisania zgodę na zabiegi związane z porodem, kiedy poprosiłam, aby przeczytała mi dokładnie, co mam podpisać, była bardzo niezadowolona, najwyraźniej gdzieś się spieszyła”. Położna, która ją przyjmowała przyszła ponownie, aby zmierzyć wymiary miednicy kostnej. „Ponieważ przy poprzednim porodzie nie mierzono mi tych wymiarów, nie miałam pojęcia, na czym to polega. Pamiętam tylko jak bardzo się wystraszyłam, kiedy usłyszałam trzask metalu, a później poczułam silny ucisk zimnego przedmiotu, jakby ogromnych nożyczek w okolicy brzucha, a następnie spojenia łonowego. Następnie znów zostałam sama, ponieważ była zmiana dyżuru”. Nową położną, która się nie przedstawiła, pacjentka rozpoznała jedynie po głosie, a jej imię dopiero wtedy, gdy inna osoba zwróciła się do niej. Położna nakazała kobiecie leżeć na łóżku porodowym i tylko co jakiś czas przychodziła, by sprawdzić postęp porodu.

Jeśli tylko jest to możliwe, opiekę nad rodzącą powinna od początku sprawować jedna położna. Jest to szczególnie ważne w przypadku rodzącej niewidomej, ponieważ może korzystnie wpłynąć na nawiązanie współpracy z kobietą oraz na jej samopoczucie [4, 6]. Utrzymywanie kontaktu werbalnego z niewidomą pacjentką jest podstawą poprawnej komunikacji – jej słowa powinny wiernie obrazować wszystko, co dzieje się wokół.

Badanie ginekologiczne kobieta wspomina jako bolesne, nikt nie uprzedził jej o badaniu we wziernikach i nie wiedziała jak się zachować. Nie została również poinformowana o tym, że szyjka macicy jest już zupełnie rozwarta, wspomina jedynie, że nagle wokół niej zebrała się większa liczba osób. Każdy coś mówił, co utrudniało jej współpracę i zastosowanie się do poleceń położnej przyjmującej poród. Po porodzie dziecko zostało położone na brzuchu matki tylko na chwilę, a następnie zabrane na oddział noworodkowy. Matka w pełni sprawna widzi noworodka. Kobieta niedowidząca lub też niewidoma musi spokojnym, powolnym dotykiem przywitać swoje dziecko.

Mimo że był to drugi poród kobiety, z uwagi na swoją niepełnosprawność zmagala się z trudnościami w opiece nad noworodkiem. Przywieziono go do matki dopiero następnego dnia rano. Położna opisała wygląd dziecka, wspierała matkę w opiece i poinformowała o obowiązkowych wizytach i szczepieniach. Dzięki jej pomocy kobieta nauczyła się samodzielnie przewijać i karmić noworodka.

Mąż i rodzina mogli być obecni przy pacjentce tylko w godzinach odwiedzin, dlatego w czasie pobytu w szpitalu kobieta często musiała radzić sobie sama. Obowiązkiem personelu medycznego sprawującego opiekę nad niepełnosprawną położnicą jest pomoc w przyswojeniu i opanowaniu podstawowych czynności pielęgnacyjnych nad noworodkiem. Szczególnie matka niepełnosprawna z zaburzeniem narządu wzroku powinna zostać nauczona tych czynności, aby w chwili wypisu ze szpitala zarówno pacjentka, jak i jej partner czuli się w tych czynnościach pewnie. Nauka karmienia piersią i pielęgnacji noworodka powinna opierać się na kierowaniu dłońmi pacjentki, aby wyrobić umiejętność samodzielnego działania w danej sytuacji. Istotne jest zastosowanie w nauce algorytmów czynności, aby kobieta miała pewność ich wykonania. Jednym z przykrych doświadczeń opisywanych przez kobietę są szeptu pacjentek i personelu medycznego oraz sugestie, że nie poradzi sobie w opiece nad noworodkiem, co znacząco wpłynęło na poczucie własnej wartości jako kobiety-matki. W kontakcie z osobą z zaburzeniem narządu wzroku nie powinno się bezszereście oddalać ani też ściszać głosu, ponieważ może to powodować jej niepokój, dezorientację oraz wpłynąć negatywnie na samopoczucie i dalszą współpracę w relacji pacjent-personel medyczny.

Opieka nad niepełnosprawną wzrokowo kobietą wymaga od położnej zebrania szczegółowego wywiadu, który dostarczy pozostałym członkom zespołu medycznego informacji o stopniu i głębokości zaburzenia wzroku. Takie postępowanie pozwoli uniknąć błędów i przykrych sytuacji z udziałem pacjentki [1, 4].

Bardzo ważne jest, aby położna sprawująca opiekę nad niepełnosprawną wzrokowo pacjentką dużo do niej mówiła. Kontakt werbalny w tej sytuacji jest konieczny, aby osoba niewidząca mogła poznać pomieszczenie oraz personel medyczny. Każdą czynność wykonywaną przy pacjentce, każde opuszczenie oraz powrót położnej do sali należy poprzedzić komunikatem słownym, wyjaśniającym poszczególne działania. Położna wykonując wszystkie procedury, najpierw udziela wyczerpujących odpowiedzi na każde pytanie pacjentki i dopiero po uzyskaniu jej zgody może przystąpić do ich wykonania. Zezwolenie na obecność bliskiej osoby w czasie wszystkich przeprowadzanych procedur medycznych pomoże nawiązać lepszy kontakt z kobietą, a pacjentce przetrwać trudne chwile związane z porodem. Często osoby towarzyszące w sposób bardziej zrozumiały dla osoby niewidzącej wyjaśniają poszczególne czynności, a to wpływa na poczucie komfortu i minimalizuje stres.

Bardzo istotna jest kwestia zapewnienia intymności w czasie poszczególnych badań i porodu niepełnosprawnej pacjentki. Zdarza się, gdy pa-

centką jest kobieta niewidoma, potrzeba intymności zostaje zaniedbana. Zapewnienie atmosfery bezpieczeństwa i poczucia intymności jest jednym z podstawowych obowiązków położnej. Należy poinformować pacjentkę o tym, kto będzie daną czynność wykonywał oraz wyjaśnić jej przebieg.

W przypadku zaburzenia wzroku u osób niepełnosprawnych rozwija się zaostrenie innych zmysłów, w mechanizmie kompensacji. Dlatego osoba niewidoma lub ociemniała poznaje otoczenie za pomocą wyostrzonych zmysłów słuchu i dotyku. Wykorzystanie tych zmysłów okazuje się ważne w sprawowaniu odpowiedniej opieki. Zmysł dotyku pomoże pacjentce poznać dokładny rozkład pomieszczenia oraz obecnych tam sprzętów. Podczas pobytu kobiety na sali porodowej lub innym oddziale trzeba zadbać, aby pomieszczenie było dostosowane do potrzeb niepełnosprawnej pacjentki. Sala porodowa lub sala oddziału położniczo-noworodkowego musi być przestronna, a wszystkie sprzęty mogące spowodować upadek zabezpieczone, np. przesunięte pod ścianę. Położna jest odpowiedzialna za oprowadzenie pacjentki po pomieszczeniu oraz słowne opisanie poszczególnych i ważnych miejsc, które pomogą w orientacji przestrzennej niewidomej pacjentki. Należy umożliwić pacjentce palpacyjne poznanie wyposażenia sal.

Podczas całego porodu, pod warunkiem, że przebiega on w sposób fizjologiczny, położna stosuje wszystkie działania, jakie mogą być zastosowane w przypadku pacjentek pełnosprawnych. Zarówno w czasie I, jak i II okresu porodu należy umożliwić kobiecie przybranie dogodnej pozycji porodowej oraz utrzymać z nią stały kontakt słowny. W przypadku, gdy rodząca ma problem z przyjęciem pozycji, zadaniem położnej jest tak pokierować rodzącą, aby było to możliwe oraz zadbać o jej bezpieczeństwo. Istotne jest, aby w czasie porodu na sali przebywała jak najmniejsza liczba osób, ponieważ gwar i szum mogą wpływać negatywnie na niepełnosprawną pacjentkę i powodować dekoncentrację, utrudniając komunikację między położną a rodzącą [1, 4].

Bardzo ważne jest, aby położna zapewniła bezpośredni kontakt matki z dzieckiem już w pierwszych chwilach życia. Istotne jest, aby pomóc matce przywitać się z dzieckiem, opisując jego wygląd oraz pomóc dotknąć poszczególne części ciała dziecka. Pierwsze chwile matki z dzieckiem wiążą się z niepowtarzalnymi emocjami, dlatego należy zadbać o atmosferę spokoju i życzliwości w tej szczególnie ważnej chwili.

Podsumowanie

Problem niepełnosprawności stopniowo, ale konsekwentnie staje się ważny dla coraz większej liczby osób. Społeczeństwo, nie tylko polskie, ale na całym świecie, staje się bardziej otwarte na tę problematykę. Staje się tak dlatego, że same osoby niepełnosprawne mimo strachu przed odrzuceniem, wielu przeciwności i utrudnień coraz częściej i pełniej uczestniczą w wielu sferach życia społecznego. Niepełnosprawni często wraz z rodzinami zaczynają się zrzeszać, tworzyć nowe wartości i zwyczaje, dążąc do integracji ze społeczeństwem. Jak każdy, pragną być obecne we wszystkich sferach życia społecznego, żyć świadomie, w poczuciu akceptacji i bezpieczeństwa. Oznacza to, że nikt nie powinien przejść obojętnie wobec ich potrzeb i problemów, zwłaszcza pracownicy ochrony zdrowia. Wiele niepełnosprawnych kobiet (z niepełnosprawnością jawną lub ukrytą) spotyka się z różną postawą społeczeństwa wobec ich seksualności i realizacji w sferze intymnej. Niejednokrotnie mają problemy ze znalezieniem lekarza, położnej lub innego pracownika ochrony zdrowia, który miałby wiedzę nie tylko na temat ich ułomności, ale również ich seksualności. Planowanie ciąży u niepełnosprawnej pacjentki powinno odbywać się pod ścisłym nadzorem lekarza położnika oraz lekarza specjalisty, w zależności od rodzaju niepełnosprawności. Opieka nad niepełnosprawną ciężarną jest szczególnym wyzwaniem dla współczesnej położnej. Wydaje się więc zasadne uwrażliwienie pracowników szpitali na szczególne potrzeby pacjentek niepełnosprawnych, zwłaszcza położnych, które w swojej pracy dotycząją niezwykle intymnej sfery kobiecej natury.

Niepełnosprawna kobieta ciężarna w XXI w. nie powinna już budzić zdziwienia. Powinna mieć dostęp do profesjonalnej opieki sprawowanej przez wykwalifikowany, interdyscyplinarny zespół.

Rola położnej w opiece nad niepełnosprawną pacjentką polega na zaspokojeniu szczególnych, indywidualnych potrzeb. Sprawowanie opieki nad pacjentką ze złożonymi ograniczeniami wymaga od położnej szczególnego poświęcenia czasu, dużej cierpliwości, spokoju, opanowania, empatii oraz kreatywnego podejścia do rozwiązywania zaistniałych problemów. Pracownicy ochrony zdrowia, zarówno położne, jak i lekarze często nie mają odpowiedniego przygotowania, aby spełnić określone wymogi niepełnosprawnej ciężarnej, rodzącej, położnicy.

Piśmiennictwo

- [1] Strzelec-Polewka I., Michalski M., Polewka M., Szypulec-Plinta V.: Problem niepełnosprawności w położnictwie. *Położna Nauka i Praktyka* 2011, 1(13).

- [2] **Witkowski T.:** Rozumieć problemy osób niepełnosprawnych – 13 rodzajów niepełnosprawności. MDBO, Warszawa 1993.
- [3] Narodowy spis powszechny Ludności i Mieszkań 2011. Wybrane tablice dotyczące osób niepełnosprawnych. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2012. http://www.stat.gov.pl/gus/5840_14834_PLK_HTML.htm (cyt. 14.01.2014).
- [4] **Makara-Studzińska M., Iwanowicz-Palus G.:** Psychologia w położnictwie i ginekologii. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
- [5] **Guzikowski W., Żurek P.:** Zagadnienia związane z ciążą i porodem głuchoniemych. Ginekologia Praktyczna 2008, 3, 46–49.
- [6] **Mazurkiewicz B., Dmoch-Glajzerska E.:** Opieka położnicza nad pacjentką niepełnosprawną. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2012.

Adres do korespondencji:

Monika Przestrzelska
Zakład Położnictwa
Katedra Ginekologii i Położnictwa UMW
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław
tel.: 71 343 93 36
e-mai: monika.przestrzelska@umed.wroc.pl

Konflikt interesów: nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 11.10.2013 r.
Po recenzji: 2.12.2013 r.
Zaakceptowano do druku: 27.03.2014 r.

Received: 11.10.2013
Revised: 2.12.2013
Accepted: 27.03.2014