

PRZEBIEG CIĄŻY U PACJENTKI Z GRUPY WYSOKIEGO RYZYKA POŁOŻNICZEGO

Pregnancy course in patient at high-risk pregnancy

Kinga Gajewska¹, Monika Przestrzelska², Zdzisława Knihinicka-Mercik²

¹ Studentka kierunku Położnictwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

² Zakład Położnictwa, Katedra Ginekologii i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: monika.przestrzelska@umed.wroc.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Poród przedwczesny to ukończenie ciąży między 22. a 37. tygodniem. W Polsce dotyczy około 7% wszystkich porodów. Ze względu na fakt, iż stanowi główną przyczynę umieralności okołoporodowej noworodków jest jednym z najważniejszych problemów współczesnej medycyny perinatalnej i wymaga wieloetapowych działań w specjalistycznych ośrodkach.

Cel pracy. Omówienie specyfiki opieki nad pacjentką z grupy wysokiego ryzyka położniczego, wskazanie problemów pielęgnacyjnych oraz sposobów ich rozwiązywania, a także przedstawienie wpływu określonych powikłań w przebiegu ciąży na stan psychiczny kobiety.

Materiał i metody. Jako narzędzie zastosowano proces pielęgnowania indywidualnego przypadku. Technikami badawczymi służącymi zebraniu informacji były: analiza dokumentacji medycznej, nieustrukturyzowany wywiad oraz jawna obserwacja.

Wnioski. Pacjentkę w ciąży wysokiego ryzyka należy objąć holistyczną opieką. Postępowanie – poza działaniami medycznymi skoncentrowanymi na dobrostanie matki i płodu – polega na udzielaniu wsparcia psychicznego, budowaniu zaufania i dobrej komunikacji.

Słowa kluczowe: poród przedwczesny, lęk, wsparcie, opieka, położna.

SUMMARY

Background. Premature labour is the completion of pregnancy between 22nd and 37th complete weeks of gestation. The preterm birth rate in Poland is about 7%. Because of the fact that it is the leading cause of death among infants, it is the most important problem of contemporary perinatal medicine and requires composite actions.

Objectives. The aim is to present the specifics of care over the women at risk of having premature labour, to define the nursing problems and solving methods, and to present the influence of complications identified during pregnancy on women and their mental health stage.

Material and methods. The work describes the individual case of nursing care of the patient. All the informations were collected by analysis of the medical records, interview with patient and direct observation.

Conclusions. Patient at risk of having premature delivery needs holistic care. The treatment of women who are about to go into premature labour – except for medical actions concentrated on mothers and foetus health – consists of mental health support, trust and proper communication.

Key words: premature delivery, anxiety, support, care, midwife.

WSTĘP

Poród przedwczesny jest jednym z najczęstszych powikłań występujących w przebiegu ciąży oraz główną przyczyną umieralności okołoporodowej noworodków, dlatego zapobieganie jego wystąpieniu stanowi jedno z najważniejszych wyzwań medycyny perinatalnej.

Zgodnie z definicją WHO (World Health Organization) poród przedwczesny to ukończenie ciąży między 22. a 37. tygodniem. Częstość występowania w Polsce wynosi około 7% (dane GUS z 2015 r.).

Wyróżnia się trzy zasadnicze grupy przyczyn: wystąpienie samistnej czynności skurczowej, przedwczesne odpyływanie płynu owodniowego oraz ukończenie ciąży z przyczyn medycznych ze względu na wysokie ryzyko powikłań u matki lub płodu.

Głównym celem postępowania medycznego w przypadku porodu przedwczesnego jest hamowanie czynności skurczowej, aby umożliwić transfer matki i płodu do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności, stymulację dojrzewania układu oddechowego za pomocą glikokortykosteroidów oraz profilaktykę wewnątrzczaszkowego krwawienia, a także wybór optymalnej metody zakończenia ciąży.

Pacjentki z grupy wysokiego ryzyka wymagają szczególnej opieki ze strony położnej, która – poza działaniami medycznymi obejmującymi ocenę stanu ogólnego i położniczego kobiety oraz dobrostanu płodu – powinna dbać o dobre samopoczucie podopiecznej. Niezwykle ważne jest przygotowanie do licznych zabiegów i badań diagnostycznych podczas hospitalizacji oraz zbudowanie poczucia bezpieczeństwa. Pobyt w szpitalu należy także wykorzystać na edukację zdrowotną w zakresie stylu życia w ciąży, przygotowanie do porodu, położu i opieki nad noworodkiem oraz przekazywanie pozytywnych emocji i wsparcia [1].

CEL PRACY

Celem pracy jest zwrócenie uwagi na specyfikę opieki nad pacjentką z grupy wysokiego ryzyka położniczego, rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych oraz ukazanie wpływu ciąży wysokiego ryzyka na stan psychiczny kobiety.

MATERIAŁ I METODY

Przedmiotem badań jest proces pielęgnowania pacjentki z grupy wysokiego ryzyka położniczego zagrożonej porodem przedwczesnym.

W pracy wykorzystano model opieki stworzony przez Dorotheę Orem, którego głównym założeniem jest fakt, że człowiek posiada naturalną zdolność do zapewnienia sobie samemu opieki zmierzającej do ochrony zdrowia, życia i dobrego samopoczucia.

OPIS PRZYPADKU

Podmiotem opieki była kobieta w drugiej ciąży. Para po nieudanych próbach starania się o dziecko przeszła badania w kierunku niepłodności. Po farmakologicznej stymulacji owulacji pacjentka przeszła 4 inseminacje, dwie pierwsze – nieudane, dwie kolejne – udane. Trudności w zajściu w ciążę zmusiły kobietę do częstego kontaktu z przedstawicielami zawodów medycznych. Jak sama podkreśla, spotkała się z brakiem profesjonalizmu: wielokrotnie pozbawiano ją dostępu do informacji o swoim stanie zdrowia, traktowano przedmiotowo, bezosobowo.

Pierwsza ciąża w 2014 r. (również na skutek inseminacji) została zakończona w 19 hbd + 5 dni porodem drogami natury z powodu niewydolności cięśniowo-szyjkowej. Płód płci męskiej urodził się martwy. Ze względu na brak wsparcia i empatii ze strony personelu medycznego oraz warunki, w jakich doszło do

poronienia, każdy kolejny pobyt w szpitalu kojarzy się pacjentce z upokorzeniem, bólem i cierpieniem, co skutkuje zupełnym brakiem zaufania do przedstawicieli ochrony zdrowia. Brak odpowiednich warunków do przeżywania ciąży po stracie ciąży na tak wczesnym etapie, brak przestrzeni do wyrażania emocji, znacznie zwiększył poziom lęku odczuwanego przez kobietę w obecnej ciąży.

Podczas wizyt kontrolnych w ciąży zdiagnozowano u pacjentki nadciśnienie. Z powodu rozpoznania kobieta odczuwała silny lęk o zdrowie płodu oraz poczucie winy wynikające z ryzyka wystąpienia niebezpiecznych powikłań związanych z jej własną chorobą.

Pacjentka cierpiała na otyłość I stopnia. W ciąży przestrzegano zalecanych limitów przyrostu masy ciała (do 6,8 kg). Odżywiała się regularnie (4–5 posiłków dziennie), posiłki komponowała zgodnie z zaleceniami żywienia dla kobiet ciężarnych.

W przebiegu ciąży pacjentka była kilkakrotnie hospitalizowana. W 16. tygodniu z powodu znacznie skróconej szyjki założono szew metodą McDonalda. Po zabiegu lekarz poinformował pacjentkę, że cytując: „prawdopodobnie podczas zakładania szwu przebił pęcherz płodowy, więc jutro się okaże, czy ciąża jest nadal żywa”. Sposób, w jaki przekazano tę informację, spotęgował w pacjentce lęk, znacznie obniżył poczucie bezpieczeństwa oraz poziom zaufania do wiedzy i umiejętności lekarza. W 29. tygodniu kobieta została skierowana do szpitala z powodu niepowściągliwych wymiotów ciężarnych. Po zastosowanej płynoterapii i poprawie stanu ogólnego pacjentkę wypisano do domu. W 31. tygodniu ciąży pacjentka zgłosiła się do szpitala z powodu silnego bólu w okolicy lędźwiowej kręgosłupa. Ze względu na pojedyncze skurcze macicy w zapisie kardiograficznym zastosowano رژیم łożkowy oraz tokolizę za pomocą siarczanu magnezu oraz sterydoterapię betametazonem. W trakcie pobytu w szpitalu zaobserwowano u pacjentki pogorszenie stanu psychicznego – była przygnębiona, zamartwiona, niespokojna, pełna obaw o zdrowie dziecka. Ze względu na brak informacji dotyczących rokowania w stosunku do dalszego przebiegu ciąży oraz przedmiotowego traktowania cytując „jak inkubator” po ustąpieniu dolegliwości pacjentka wypisała się ze szpitala na własne żądanie.

PROBLEMY PIELĘGNACYJNE

Problemy opisywanej pacjentki dotyczyły w większości sfery psychicznej. Na pierwszy plan wysunął się permanentny **lęk o życie i zdrowie płodu**. Sposób przeżywania ciąży w dużej mierze zależy od zachowania i reakcji personelu medycznego, dlatego pacjentce w ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym należy udzielić wsparcia przez okazywanie zainteresowania, cierpliwe słuchanie, wzbudzanie optymizmu oraz podtrzymywanie nadziei w powodzenie dalszego przebiegu ciąży. Warto umożliwić kobiecie wysłuchanie akcji serca płodu oraz poinformować o innych metodach oceny jego dobrostanu, np. codziennym liczeniu ruchów, co uspokaja i dodatkowo umacnia tworzenie się więzi z nienarodzonym dzieckiem.

Kolejnym problemem, który występował w przebiegu ciąży, był **lęk przed pobytem w szpitalu** wynikający głównie z **braku zaufania do przedstawicieli ochrony zdrowia**. Konieczność hospitalizacji, a więc rozłąka z rodziną, pobyt w obcym miejscu, ograniczenie codziennej aktywności i konieczność obciążenia domowymi obowiązkami członków rodziny, trudności w komunikacji z personelem medycznym stają się przyczyną przewlekłego stresu. Aby wzbudzić zaufanie, podczas przyjęcia na oddział, położna powinna osobiście przywitać pacjentkę, przedstawić się podając swoją funkcję oraz czas pracy, zapoznać z topografią i regulaminem oddziału, kartą praw pacjenta oraz panującymi zwyczajami: godzinami posiłków, obchodów lekarskich, badań, odwiedzin, a także wyjaśnić sposoby wzywania pomocy w sytuacjach niepokojących [2]. Warto zadbać o dobrą komunikację z pacjentką. Wsparcie informacyjne oraz rzetelne wyjaśnienia dotyczące obecnej sytuacji utwierdzają kobietę w przekonaniu o zaangażowaniu i prowadzeniu przez personel

medyczny działań zmierzających do zachowania dobrostanu płodu, a dodatkowo budują zaufanie i poczucie bezpieczeństwa. W rozmowie trzeba używać zrozumiałego języka, dostosowanego do możliwości poznawczych pacjentki oraz wielokrotnie upewniać się, czy pacjentka rozumie przekazywane jej informacje. Poza treścią werbalnych komunikatów warto zwrócić uwagę na wybór miejsca do rozmowy, które powinno zapewnić niezbędną intymność, sprzyjać uzewnętrznianiu myśli i uczuć. Dzięki takiemu wsparciu emocjonalnemu oraz wartościującemu pacjentka jest rozluźniona, spokojna, czuje się, że jest pod właściwą opieką.

U opisywanej pacjentki pojawiło się także **poczucie winy i obniżenie poczucia własnej wartości** z powodu niemożności zakończenia ciąży w terminie porodu. Szczególnie traumatyzującym wydarzeniem była strata poprzedniej ciąży, która w przypadku opisywanej pacjentki spowodowała duże poczucie odpowiedzialności za donoszenie kolejnej. Każdy stan zagrożenia pacjentka traktowała jako osobistą porażkę, co nasilało złość w stosunku do własnego ciała oraz pretensje o nieprawidłowe podejście do ciąży. Podobne problemy, jak u analizowanej pacjentki, zauważyła Starzyńska i wsp., która podkreśla, że ciąża po doświadczeniu poronienia przeżywana jest „bez radości i przyjemności” [3]. Położna powinna przeprowadzić z pacjentką spokojną rozmowę w atmosferze sprzyjającej wyrażaniu emocji, obaw, bez oceniania oraz kreowanie i wzmacnianie pozytywnych przeżyć, prób nawiązywania relacji z nienarodzonym dzieckiem.

DYSKUSJA

Istotne zadanie w procesie leczenia przypisuje się kondycji emocjonalnej pacjentki. Kobiety, które podejmują walkę o utrzymanie ciąży, są zdyscyplinowane, zmotywowane i stosują się do zaleceń, mają większe szanse na donoszenie ciąży ze względu na skuteczny – dzięki współpracy – proces leczenia [4]. Badania potwierdzają, że u kobiet przeżywających negatywne emocje w przebiegu ciąży częściej pojawiają się powikłania i dolegliwości ciążowe o dużym nasileniu [5].

Lęk towarzyszy wielu kobietom ciężarnym. Niepokój, strach, niepewność odczuwało 21% kobiet badanych przez Bajurnę i wsp. [6]. Z analizy przeprowadzonej przez Sulimę i wsp. wynika, że kobiety w ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym cechuje szczególnie wysoki poziom lęku [7]. Z badań przeprowadzonych przez Rutkowską i wsp. porównujących poziom odczuwanego lęku u kobiet w ciąży fizjologicznej oraz wysokiego ryzyka położniczego wynika, że pacjentki hospitalizowane z powodu określonych powikłań odczuwają wyższy poziom lęku w stosunku do tych w prawidłowej ciąży [8]. Wynika on nie tylko z bezpośredniego zagrożenia ciąży, ale także z osamotnienia, izolacji od rodziny i znajomych, konieczności rezygnacji z dotychczasowych obowiązków i zadań [9].

Niewiele kobiet otrzymuje potrzebne wsparcie ze strony lekarza, który – zapominając o korzystnym wpływie wzajemnego zrozumienia i zaufania na dobrostan fizyczny i psychiczny przyszłej matki – koncentruje się wyłącznie na medycznych aspektach prowadzenia ciąży. W takiej sytuacji szczególnego znaczenia nabiera rola położnej, która – znając zasady właściwej komunikacji – powinna współpracować z pacjentką oraz jej rodziną, prowadzić edukację w zakresie przebiegu ciąży, przygotowania do zabiegów diagnostycznych, terapeutycznych i leczniczych, przygotowania do porodu, udzielać niezbędnego wsparcia emocjonalnego i pomagać w rozwiązywaniu aktualnych problemów [1].

Z badań nad komunikacją wynika, że aż 2/3 z nich odbywa się w sposób niewerbalny [1], dlatego niezwykle ważna w pracy położnej jest umiejętność okazywania zainteresowania, wysłuchania i zrozumienia problemów pacjentki. Ważny dla hospitalizowanego pacjenta jest również kontakt z rodziną i znajomymi, którzy stanowią ogniwo łączności ze światem zewnętrznym, udzielają wsparcia emocjonalnego, okazują troskę sprzyjając poczuciu bezpieczeństwa [10].

Każdą pacjentkę w ciąży wysokiego ryzyka położniczego należy poinformować o możliwości skorzystania z porady psychologa.

WNIOSKI

Dla zapewnienia optymalnej opieki ciężarnej z grupy wysokiego ryzyka położniczego niezbędne jest holistyczne podejście. Rola położnej w opiece nad pacjentką zagrożoną porodem przed-

wczesnym – poza działaniami medycznymi – polega na przekazywaniu rzetelnych i wyczerpujących informacji, co znacznie podnosi poziom zaufania i poczucie bezpieczeństwa. Z powodu wysokiego poziomu lęku, kobieta wymaga szczególnego wsparcia emocjonalnego, wartościującego i instrumentalnego.

Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

Źródła finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek.

BIBLIOGRAFIA

1. Mazurkiewicz B, Cieślak-Osik B. Rola położnej na oddziale patologii ciąży. *Położ Nauka Prakt* 2010; 1(9): 52–56.
2. Mach A, Nowacka A, Dmoch-Gajzlerska E. Rola i zadania położnej w opiece nad ciężarną zagrożoną poronieniem. *Położ Nauka Prakt* 2014; 2(26): 32–38.
3. Starzyńska J, Rabiej M, Dmoch-Gajzlerska E. Ciąża u kobiety obciążonej doświadczeniem poronienia – studium przypadku. *Położ Nauka Prakt* 2016; 4(36): 56–59.
4. Jodłowska-Sowińska M. Rola położnej w opiece nad kobietą roniącą. *Położ Nauka Prakt* 2011; 3(15): 42–47.
5. Zalewska K, Szyber B. Nawijazywanie kontaktu z dzieckiem i jego wizualizacja w życiu wewnątrzmacicznym. *Położ Nauka Prakt* 2010; 3(11): 44–49.
6. Bajurna B, Gałęba A, Szwarz A, et al. Anxiety and fear that accompany women in pregnancy and in postpartum period. *Hygeia Public Health* 2014; 49(3): 543–548.
7. Sulima M, Makara-Studzińska M, Lewicka M, et al. Analysis of the severity of anxiety in a group of pregnant women hospitalized for threatened premature birth. *Pol Ann Med* 2014; 2: 114–119.
8. Rutkowska A, Rolińska A, Kwaśniewski W, i wsp. Lęk – jako stan i jako cecha u kobiet w ciąży prawidłowej i wysokiego ryzyka. *Curr Prob Psychiatri* 2011; 12(1): 56–59.
9. Rutkowska A, Rolińska A, Kwaśniewski W, i wsp. Style radzenia sobie ze stresem u kobiet w ciąży prawidłowej i wysokiego ryzyka. *Curr Prob Psychiatri* 2010; 11(4): 328–333.
10. Dembek B. Kiedy pobyt w szpitalu staje się trudny. *Mag Pielęg Położ* 2012; 5: 32–33.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Monika Przestrzelska
Zakład Położnictwa
Katedra Ginekologii i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław
Tel.: 608 509 727
E-mail: monika.przestrzelska@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 18.04.2017 r.

Po recenzji: 18.04.2017 r.

Zaakceptowano do druku: 19.04.2017 r.