

# OPIEKA NAD POŁOŻNICĄ I NOWORODKIEM W ŚRODOWISKU DOMOWYM W OKRESIE POŁOGU

MEDICAL CARE OF MOTHER AND NEWLY DELIVERED INFANT BY MIDWIFE  
IN HOUSE ENVIRONMENT

Marzena Zydorek<sup>1</sup>, Bogumiła Gawęda<sup>2</sup>, Anna Michalik<sup>3</sup>, Jolanta Olszewska<sup>1</sup>,  
Agnieszka Czerwińska<sup>1</sup>, Beata Frankowicz-Gasiul<sup>1</sup>, Justyna Kamieńska<sup>1</sup>,  
Jarosław Olszewski<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego

Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu

Akademia Medyczna w Gdańsku

Kierownik: dr n. med. Jarosław Olszewski

<sup>2</sup> Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska SP ZOZ

Kierownik: mgr Bogdan Łęski

<sup>3</sup> Student studiów doktoranckich Akademii Medycznej w Gdańsku

## STRESZCZENIE

Celem pracy jest przedstawienie zakresu opieki sprawowanej przez położną środowiskowo-rodzinną nad matką i noworodkiem w środowisku domowym. Zadaniem położnej jest aktywny udział w rozwiązywaniu zaistniałych problemów w okresie połogu, w sprawowaniu opieki nad noworodkiem i położnicą, edukacja położnicy i jej rodziny w zakresie pielęgnacji i opieki nad noworodkiem.

Podczas wizyt patronażowych położna środowiskowo-rodzinną obserwuje rozwój noworodka i przebieg połogu u matki oraz zapobiega wystąpieniu możliwym powikłaniom. Wykonuje co najmniej cztery lub więcej wizyty patronażowe w okresie połogu, w zależności od indywidualnych potrzeb położnicy i noworodka. Położna środowiskowo-rodzinną prowadzi dokumentację wizyt patronażowych, która w przebiegu opieki położniczej jest nośnikiem informacji i narzędziem komunikacji. Wizyty patronażowe wykonywane przez położną środowiskowo-rodzinną są nie tylko obserwacją przebiegu połogu u położnicy i rozwoju noworodka, ale również środowiska, w którym przebywa matka z nowo narodzonym dzieckiem.

**Słowa klucze:** opieka, położna, noworodek.

## SUMMARY

The article contains description of medical care of mother and newly delivered infant by midwife in house environment. Active participation is the task for the midwife in solving arising problems of the period of the confinement as well as wielding maintenance of the new born baby and women in confinement, education of above and her family in the range of nurturing and care of infant.

During visits midwife watches growth of the new born baby and course of the confinement and prevents occurrence for possible complications. The midwife executes at least four or more visits within a period of confinement. Those visits run in dependence on individual needs of mother and her baby. The midwife prepares the documentation of visits that is the carrier of information in course of maternity maintenance and a tool of communication. Visits made by midwife are not only designed to observe the course of confinement and infant's growth but also the environment, in which the mother is stays.

**Key words:** care, newborn, midwife.

Jednym z najtrudniejszych, a zarazem z najwspólniejszych momentów w życiu rodziny jest pojawienie się jej nowego członka. Opieka nad noworodkiem wymaga dużej wiedzy z zakresu pielęgnacji noworodka, procesów adaptacyjnych. Niekiedy brak przygotowania rodziców lub sytuacje stresowe powodują, że opiekunowie nie radzą sobie zaistniałymi problemami. W tym czasie ważna jest pomoc położnej środowisko-

wo-rodzinnej, która poprzez swoją pomoc zapewnia harmonię i spokój w funkcjonowaniu rodziny. Położna przedstawia możliwe rozwiązania zaistniałych sytuacji, edukuje rodziców z zakresu zdrowego trybu życia, fizjologii okresu połogu oraz okresu noworodkowego. Uczestniczy w pielęgnacji noworodka, nadzoruje prawidłowy proces przebiegu połogu. Położna, przekraczając próg domostwa, powinna wykazać się wielkim

taktem, zrozumieniem i życzliwością, a także zapewnić atmosferę zrozumienia. Są to cechy bardzo potrzebne i pomocne w jej pracy [1].

Systematyczne wizyty w miejscu zamieszkania pozwalają położnej poznać warunki życia i problemy związane z opieką nad noworodkiem i niemowlęciem, a także zaplanować zakres edukacji odpowiadający potrzebom i problemom małego dziecka i jego matki [2].

Celem pracy jest przedstawienie zadań położnej środowiskowo-rodzinnej w opiece nad matką i noworodkiem w środowisku domowym, w szczególności jej udziału w rozwiązywaniu problemów położniczo-noworodkowych podczas sprawowania opieki nad noworodkiem i położnicą.

Zawód położnej jest jednym z najstarszych zawodów. Akuszerki od dawna towarzyszyły kobietom ciężarnym, rodzącym, matkom i ich dzieciom. Zawód ten przeszedł w ciągu lat ogromną metamorfozę. Światowa Organizacja Zdrowia w 1986 roku ustaliła odpowiednie kryteria zawodu położnej [3]. Uznano m.in., że położna:

- to osoba, która zdobyła wykształcenie położnicze obowiązujące w danym kraju i posiada kwalifikacje do praktykowania w zawodzie,
- posiada umiejętności do sprawowania opieki, poradnictwa i nadzoru nad kobietą w różnych etapach jej życia oraz obejmuje nadzorem rodzinę i środowisko swoich pacjentek,
- wykonuje działania na rzecz poradnictwa zdrowotnego i oświaty sanitarnej,
- pracuje w szpitalach, poradniach, przychodniach i w warunkach domowych [3].

W zawodzie położnej są jasno sformułowane cele, zasady i techniki pracy oraz kryteria dotyczące wykształcenia i przygotowania do wykonywania zadań [4]. W Polsce 5 lipca 1996 roku zatwierdzono Ustawę o Zawodzie Pielęgniarki i Położnej [5]. Zawody te otrzymały odrębność i samodzielność, określono też zakres świadczeń. Ustalono m.in., że położna:

- sprawuje opiekę nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej,
- prowadzi poród fizjologiczny, połóg oraz opiekuje się noworodkiem,
- udziela pomocy w nagłych przypadkach i stanach zagrożenia życia,
- zajmuje się profilaktyką chorób kobiecych i patologii położniczych,
- prowadzi działalność edukacyjno-zdrowotną,
- realizuje zlecenia lekarskie,
- samodzielnie udziela w określonym zakresie świadczenia zapobiegawcze, diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne [5].

Z tych aktów prawnych wynika, że położna jest osobą kompetentną, która ma szerokie uprawnienia. Sprawuje opiekę nad kobietą ciężarną podczas porodu,

obserwuje, bada i podejmuje decyzje, od których zależy życie oraz zdrowie matki i dziecka. Następnie nadzoruje położnicę i noworodka w okresie połogu. Jest też nauczycielem dla młodzieży, przyszłych matek i ojców z zakresu edukacji zdrowotnej, planowania rodziny, przygotowań do porodu, opieki nad noworodkiem. Położna obejmuje opieką całą społeczność. W swoich działaniach musi przestrzegać praw pacjenta, które określają zakres uprawnień i obowiązków jej podopiecznych.

Dnia 29 października 2003 roku Minister Zdrowia wydał rozporządzenie w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych. Dzięki doskonaleniu zawodowemu łatwiej mogą się one przystosować do zmieniających się warunków pracy, uzupełniać wiedzę i aktualizować swoje umiejętności. Wszystkie szkolenia dla położnych umożliwiają im awans zawodowy [4]. Dnia 2 września 1997 roku Minister Zdrowia i Opieki Społecznej wydał rozporządzenie w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń wykonywanych przez położną samodzielnie, bez zleceń lekarskich [6]. W pracy położnej środowiskowo-rodzinnej ważnym elementem jest określenie jej samodzielności i zakresu sprawowania świadczeń. Powyższe ustawy i rozporządzenia dają jej uprawnienia do podejmowania działalności zawodowej i zobowiązują do osobistej odpowiedzialności za wykonane działania [6].

Poród dla każdej kobiety jest aktem powodującym wyczerpanie fizyczne i emocjonalne. Pobyt w szpitalu ma duże znaczenie dla powrotu organizmu do równowagi. O długości przebywania w oddziale położniczym decyduje przebieg porodu, stan zdrowia matki i noworodka. Okres ten waha się od 2–3 dni do tygodnia. Przy porodzie fizjologicznym, który następował bez powikłań, położnica opuszcza szpital po 2–3 dniach od urodzenia dziecka. W momencie wystąpienia komplikacji okołoporodowych lub pojawienia się ich we wczesnym połogu następuje wydłużenie pobytu w szpitalu. Stan zdrowia noworodka też decyduje o długości przebywania w oddziale położniczym. Jeżeli wystąpią problemy w adaptacji noworodka do nowych warunków, przedłużająca się żółtaczką fizjologiczną lub zbyt wysoki spadek masy ciała, to termin wypisu ze szpitala może ulec zmianom. Kobiety po porodach zabiegowych i operacyjnych pozostają w szpitalu dłużej niż po porodzie fizjologicznym [7].

W obecnym systemie obowiązującym w ochronie zdrowia położną środowiskowo-rodzinną wybierze młoda matka. Przyjęto zasadę, że powiadamia ona położną o przebytych porodach. Metoda informacji pisemnej wysyłanej przez szpital została prawie całkowicie zaniechana. Wiąże się to z możliwością wyboru położnej środowiskowo-rodzinnej niekoniecznie zatrudnionej w najbliższej przychodni rejonowej. Dlatego pacjentki podczas ciąży są informowane przez położne środowiskowo-rodzinne, położne prowadzące poradnie K czy

szkoly rodzenia o konieczności zgłoszenia faktu odbytego porodu. Minister Zdrowia określił czas, w ramach którego należy odbyć pierwszą wizytę patronażową [8]. Jest to okres 14 dni od momentu porodu. Położna środowiskowo-rodzinna w tym czasie obejmuje opieką rodzinę, która zostaje pod jej szczególnym patronatem do ósmego tygodnia życia noworodka. Położna powinna wykonać przynajmniej 4 wizyty patronażowe [8]. W praktyce jednak to pacjentka w dużej mierze decyduje o liczbie spotkań, prosząc o nie lub okazując bezradność w problemach położkowych. Położna proponuje wtedy więcej niż cztery spotkania [9].

Podczas każdej z wizyt patronażowych położna powinna z wielkim taktem wkroczyć w środowisko rodzinne. Obejmuje ona opieką matkę i jej dziecko, a także ojca noworodka i pozostałych członków rodziny. Musi nawiązać kontakt ze wszystkimi członkami tej podstawowej komórki społecznej. Ważnym elementem podczas pierwszego spotkania jest przedstawienie swojej osoby i możliwości kontaktu. W czasie tej wstępnej rozmowy położna zdobywa już wiedzę o stanie emocjonalnym położnicy i jej rodziny. Są to pierwsze obserwacje w kierunku możliwości wystąpienia depresji poporodowej [10]. Podstawowym zadaniem położnej podczas pierwszej wizyty patronażowej jest zdobycie informacji o porodzie, jego przebiegu, o ciąży, długości jej trwania oraz powikłań, które mogłyby mieć wpływ na proces porodu. Informacje zdobywa poprzez rozmowę z położnicą oraz poprzez wgląd w karty wypisowe ze szpitala. Ważnym aspektem tego wywiadu jest odnotowanie uzyskanych danych w obowiązującej dokumentacji [1]. Położna zapisuje informacje m.in.: o matce, jej wieku, kolejności ciąży, długości trwania tej ciąży, sposobu jej rozwiązania, o stanie noworodka i jego adaptacji do nowych warunków. Podczas rozmowy powinna zwrócić uwagę na nastawienie położnicy do nowej sytuacji, formę przekazywania przez nią informacji, na to czy akceptuje ona nową rolę rodzica, na jej wiedzę na temat zmian zachodzących w organizmie, a także na stosunek rodziny do położnicy i możliwości uzyskania od nich wsparcia [11].

W następnym etapie wizyty patronażowej położna ocenia stan ogólny i położniczy. Oceniając stan ogólny, musi sprawdzić m.in.: tętno, ciśnienie, temperaturę. Temperatura ciała powinna być mierzona pod pachą i nie przekraczać 37°C [1]. Należy uzyskać informację o problemach niezwiązanych z położciem, które mogłyby spowodować podwyższenie temperatury ciała, wykluczyć trzeba m.in.: bóle pęcherza czy nerek, zakażenia wirusowe. Jeżeli położnica nie zgłasza takich dolegliwości, a podwyższona temperatura utrzymuje się powyżej drugiego dnia od porodu, należy zwrócić uwagę na możliwość wystąpienia zakażenia położkowego [12].

W dalszych obserwacjach położna musi ustalić tętno pacjentki. Powinno być miarowe, napięte i utrzymywać się od 64 do 78 uderzeń na minutę [7]. Odstępstwa od tej normy mogą być objawem emocjonalnym lub nasuwać przypuszczenie o komplikacjach położu. Należy wtedy w rozmowie z położnicą uzyskać potwierdzenie występowania innych objawów mogących sugerować zakrzepowe zapalenie żył. Gdyby pacjentka potwierdziła wystąpienie tych powikłań, należy skontaktować ją z lekarzem prowadzącym w celu podjęcia leczenia farmakologicznego. O efektach leczenia należy informować lekarza. Położna powinna zwrócić uwagę, aby powikłanie to nie zaburzyło involucji macicy i laktacji. Należy nakłonić rodzinę pacjentki do szczególnej pomocy i opieki nad nią w tych najtrudniejszych chwilach [7].

Następną czynnością, zarówno podczas pierwszej wizyty patronażowej, jak i kolejnych, jest pomiar ciśnienia tętniczego. Jest on ważnym elementem całościowej oceny stanu ogólnego położnicy. Ciśnienie tętnicze krwi nie powinno przekraczać 140/90 mm Hg [13]. Niekiedy podwyższone ciśnienie utrzymuje się podczas ciąży, a jego wyrównanie nie następuje po porodzie. Położnica wcześniej przyjmowała leki i lekarz prowadzący zlecił ich utrzymanie po rozwiązaniu. Aby mogła zakończyć tę terapię, położna musi zaproponować codzienną kontrolę ciśnienia tętniczego. W efekcie wyrównania się wartości ciśnienia tętniczego lekarz prowadzący może zaproponować zakończenie terapii [14].

Podczas wizyt patronażowych położna musi zwrócić szczególną uwagę na aktywność fizyczną położnicy. Jest to ważna obserwacja, zwłaszcza podczas pierwszej wizyty patronażowej. W rozmowie należy uzyskać informację, czy pacjentka posiada wiedzę na temat aktywności po porodzie i jej zalet dla zachowania dobrej sylwetki oraz dla dobrego stanu zdrowia. Położna powinna przedstawić zestaw ćwiczeń odpowiednich dla okresu położu [14]. Zazwyczaj istnieje możliwość pozostawienia ulotek i innych materiałów edukacyjnych określających zakres ćwiczeń po porodzie. W tym momencie należy podjąć rozmowę na temat ćwiczeń mięśni Kegla. Większość kobiet jest już poinformowana o konieczności treningu tych mięśni po porodzie. Ćwiczenia te wskazane są w szczególności u kobiet, które rodziły drogami natury [14].

W kolejnej fazie wizyty patronażowej ważne jest uzyskanie informacji o oddawanym przez pacjentkę moczu. Należy uzyskać dane o ilości tego moczu, jego barwie i zapachu oraz częstotliwości wizyt w toalecie. U położnicy mogą wystąpić wątpliwości odnośnie do zbyt częstego oddawania moczu [15]. Wtedy położna powinna przedstawić fizjologiczną przyczynę zwiększonej diurezy. Niekiedy po porodzie występuje u położnicy nietrzymanie moczu. Położna powinna

uspokoić pacjentkę, wyjaśniając jej, że może to być spowodowane nietrwałym zdeformowaniem pęcherza moczowego przez ucisk główki płodu w ciąży. Zazwyczaj problem ten ustępuje samoistnie w okresie kilku tygodni. I tutaj można przedstawić też korzyści płynące z wykonywania szczególnych ćwiczeń poprawiających napięcie mięśni [15].

Podczas rozmowy położna środowiskowo-rodzinna powinna uzyskać informację o wypróżnieniach u pacjentki. Regularne oddawanie stolca ma duże znaczenie dla dobrego stanu położniczego. Jeżeli wypróżnienie jeszcze nie nastąpiło, należy poinformować kobietę o możliwości pomocy farmakologicznej. W okresie laktacji nie należy przyjmować silnych środków przeczyszczających, gdyż ma to ujemne skutki w utrzymaniu karmienia. Można zaproponować zastosowanie czopków doodbytniczych lub płytkiej, delikatnej lewatywy [7]. Położna powinna zaproponować pomoc przy wykonywaniu tego zabiegu, jeżeli położnica ma problemy z zaparciami i zdecyduje się na tę formę pomocy. Należy ją uspokoić, zwracając uwagę, że zaparcia należą do częstych powikłań w położu i uznawane są za fizjologiczne [12].

Następną informacją, jaką położna musi uzyskać, jest informacja o stanie laktacji, brodawek oraz piersi. Należy zwrócić uwagę, że duże znaczenie w procesie wydzielania mleka ma przestrzeganie zasad higieny i czystości rąk [13]. Położna powinna zbadać gruczoły piersiowe kobiety po wyrażeniu przez nią zgody na to badanie. Młode matki powinny też uzyskać informację o budowie brodawek, możliwości wystąpienia pęknięć, zaczerwień lub innych uszkodzeń oraz nieprawidłowych zgrubieniach w tkance wydzielniczej piersi. Zmiany te mogą powodować ból podczas karmienia oraz pogłębiać złą technikę karmienia [7]. W przypadku wystąpienia tych uszkodzeń położna powinna poinformować położnicę o metodach leczenia tych zmian. Proponuje się tutaj częste wietrzenie brodawek oraz smarowanie ich pokarmem po karmieniach. Przy głębszych pęknięciach należy stosować maści, smarując między karmieniami popękane miejsca brodawki [7]. W momencie pojawienia się krwawień z brodawek lub nacieków ropnych położna powinna poinformować położnicę o konieczności odstawienia noworodka od piersi na okres 1–2 dni. Stosując wcześniej przedstawione metody, należy doprowadzić do zagojenia ran na sutkach. W tym czasie trzeba regularnie ściągać pokarm i makroskopowo oceniać zawartość krwi. W przypadku braku zastrzeżeń co do obecności wycieku z uszkodzonej brodawki można pokarm ten podawać noworodkowi. Gdyby krwawienie przedstawiało się podczas ściągnięcia do pokarmu, należy okresowo włączyć sztuczne karmienie. W momencie pojawienia się gorączki przy takich uszkodzeniach brodawki konieczna jest konsultacja z lekarzem pro-

wadzącym. Należałoby podjąć leczenie antybiotykami, aby powstrzymać zakażenie [16]. Podczas badania położna może wyczuć nieprawidłowe zgrubienia tkanek wydzielniczych piersi. Powstają na skutek zablokowania wydalania pokarmu. Poprzez ciepłe okłady i delikatne masaże trzeba spowodować odblokowanie kanałów wydzielniczych. W momencie pojawienia się wysokiej gorączki i braku rezultatów przy stosowaniu wymienionych metod położna powinna zaproponować pacjentce wizytę u lekarza ginekologa, aby uzyskać pomoc farmakologiczną [13].

Podczas dalszych rozmów z pacjentką położna musi uzyskać informację o długości karmień, o przerwach między nimi, metodach karmienia, ponieważ na tej podstawie można wnioskować o prawidłowej lub niewystarczającej laktacji. Powinna też zdobyć wiadomości o stanie wiedzy swojej podopiecznej na temat sposobów zwiększania lub zmniejszania ilości pokarmu. Położna zadbać też musi o to, by przedstawić członkom rodziny psychologiczne aspekty zachowań kobiet po porodzie – zmniejszyć ich niechęć i umożliwić lepsze zrozumienie zaistniałych zmian w stylu życia całej rodziny [18].

W ciągu kolejnych wizyt położna zwraca uwagę na przebieg położu oraz na związany z tym okresem stan położniczy – pozyskuje informację o odczuciach kobiety, o bólach związanych ze skurczami poporodowymi czy raną krocza. Za zgodą położnicy powinna przeprowadzić badanie określające stan inwolucji macicy. Poprzez ucisk powłok brzusznych tuż nad spojeniem łonowym położna może wyczuć dno macicy i na tej podstawie określić jej wysokość oraz stwierdzić, czy inwolucja przebiega prawidłowo [14]. Ważne jest ponadto, aby przed badaniem kobieta opróżniła pęcherz moczowy, gdyż jego wypełnienie może zmieniać obraz wysokości macicy. Dalsze badanie powinno obejmować kontrolę i ocenę odchodów położowych. Wszystkie czynności wykonywane podczas tych zabiegów powinny być zgodne z zasadami aseptyki i antyseptyki. Należy pamiętać, że zasadniczą cechą biochemiczną odchodów jest ich odczyn zasadowy. Sprzyja on rozwojowi drobnoustrojów. Dlatego też trzeba zachować szczególną rozwagę – używać rękawiczek jednorazowych podczas badania, zabezpieczać zużyty materiał higieniczny. Położna powinna określić charakter krwawienia i jego wielkość. Pomocne jest tutaj skonsultowanie się z położnicą, która umie określić liczbę zużytych podpasek oraz przedstawić natężenie krwawienia. Podczas tego badania położna zwraca uwagę na zasady higieny krocza [1]. Ważną rolę odgrywa tutaj częste mycie rąk po kontakcie z okolicą sromu, wykonywanie toalety zawsze w kierunku od spojenia łonowego do odbytu. Należy uświadomić kobiecie zasady i konieczności częstej zmiany podpasek. W przypadku stwierdzenia podczas badania i po

konsultacji z pacjentką zwiększonej ilości odchodów o charakterze żywo czerwonej krwi ze skrzepami, należy podjąć decyzję o wizycie w oddziale położniczym. Może świadczyć to o pozostawieniu w jamie macicy resztek błon płodowych lub łożyska [14]. Cechą różnicującą odchody połogowe jest ich zapach. Przy powstałych zakażeniach zmieniają swój charakter, stają się wtedy cuchnące, niekiedy ropne. Jest to niepokojący objaw zapalenia błony śluzowej macicy, który leczy się farmakologicznie. Podczas tego badania położna kontroluje ranę krocza lub powłok brzusznych. Należy zwrócić uwagę na czynniki, które są objawem nieprawidłowego procesu gojenia się rany. Należą do nich:

- krwawienie, sączenie, ropnie i zaczerwienienia okolic rany,
- bolesność, obrzęk, naciek,
- gorączka i dreszcze,
- rozejście się brzegów rany [7].

Przy zauważeniu tych objawów konieczny jest kontakt z lekarzem prowadzącym i rozpoczęcie leczenia, a niekiedy przeprowadzenie ponownego zabiegu zszycia krocza. Podczas gojenia się rany mogą wystąpić delikatne zaczerwienienia okolic lub niewielkie zgrubienia. Są to efekty procesu rozpuszczania się nici chirurgicznych użytych do zaopatrzenia rany. Nie jest to problem naglący, zazwyczaj ustępuje po paru tygodniach. Należy zobligować położnicę do baczniejszej kontroli tych części powłok skórnych. Nacięcie powstałe podczas porodu może powodować znaczne dolegliwości bólowe. Położna może zaproponować wykonanie toalety z użyciem ogólnodostępnych, ziołowych środków łagodzących dolegliwości. Przy dużym natężeniu bólu pacjentka może przyjąć środek farmakologiczny. Ze względu na znikome oddziaływanie na laktację i noworodka polecane są środki na bazie paracetamolu. Dużą ulgę przynosi też zmiana pozycji siedzenia czy leżenia, co powoduje odciążenie miejsca nacięcia [7].

Podczas dalszych czynności położna środowisko-rodzinna zbiera informację o diecie pacjentki. Musi zwrócić uwagę na jej wiedzę z tego zakresu. Młoda matka powinna być zorientowana, że jej jadłospis powinien zawierać większe ilości białka, węglowodanów, owoców, warzyw i witamin. Należy przypomnieć jej o produktach, które powinny być w znacznym stopniu ograniczone, jak np.: warzywa kapustne, produkty z dużą ilością przypraw, owoce cytrusowe. Powodują one alergizację organizmu noworodka, a także dolegliwości jelitowe. Położna powinna przedstawić matce niekorzystne skutki palenia przez nią papierosów, nadużywania alkoholu czy picia w nadmiernej ilości kawy. Położna powinna przyjmować więcej płynów, nawet do 2,5–3 litrów dziennie. Ma to znaczenie dla utrzymania prawidłowej laktacji oraz pokrycia zapotrzebowania organizmu. Należy jednak unikać płynów

gazowanych, które mogą powodować dolegliwości jelitowe u noworodka [19].

Podczas wizyty patronażowej położna przekazuje pacjentce informacje na temat rehabilitacji i powrotu do formy fizycznej. Proponowane ćwiczenia mają wpływ na krążenie krwi, układ oddechowy, mięśnie dna miednicy, brzucha czy grzbietu. W propozycjach muszą znaleźć się zestawy, które można wykonywać w pierwszych dniach i tygodniach połogu. Przy kolejnych wizytach patronażowych położna poleca kolejne zestawy ćwiczeń, bardziej zaawansowane. Powinna też podkreślić, że tylko regularne ćwiczenia przynoszą pożądane efekty [20].

W kolejnym etapie wizyty patronażowej położna dokonuje rozpoznania problemów związanych z pielęgnacją dziecka [21]. Kobiety najczęściej proszą o odpowiedź na wiele pytań z tego zakresu. Rozmowa ta ma charakter edukacji, w której bardzo często uczestniczą inni członkowie rodziny. Powstają wtedy ustalenia dotyczące dalszego postępowania pielęgnacyjnego. Przy kolejnych wizytach można zaobserwować efekty tych decyzji. Jest to czas, w którym położna edukuje pacjentkę i jej rodzinę na temat zmian zachodzących w rodzinie, możliwości wzajemnej pomocy. Pacjentka podczas wizyt patronażowych powinna mieć możliwość uzyskania informacji od położnej o sposobie kontaktu z nią oraz innymi członkami zespołu terapeutycznego. Jest to ważny element dla uzyskania przez kobietę spokoju emocjonalnego. Należy poinformować położnicę o konieczności wizyt kontrolnych u lekarza ginekologa. Pierwsza powinna odbyć się w 6 tygodniu po porodzie; trzeba wówczas wykonać badania ginekologiczne i laboratoryjne, które określą stan zdrowia położnicy [22].

Powrót do domu matki i dziecka po porodzie jest ważnym wydarzeniem w życiu rodziny. Podczas pobytu na oddziale położniczym położnica otrzymała podstawowe przygotowanie do opieki nad noworodkiem. Położna podczas pierwszej wizyty patronażowej, powinna zwrócić uwagę na warunki lokalowe, w jakich przebywa noworodek, zaobserwować, czy dziecko posiada własne łóżeczko w oddzielnym pomieszczeniu lub w pokoju rodziców, czy w domu jest wydzielone miejsce do pielęgnacji noworodka, takie jak: przewijak, stolik. W miejscu tym powinny się też znajdować przybory kosmetyczne do pielęgnacji dziecka, jak np.: pieluszki, odpowiednie maści czy chusteczki do pielęgnacji pośladków. Należy zwrócić uwagę na temperaturę powietrza, jego wilgotność i świeżość. Położna powinna zaobserwować warunki higieniczne panujące w środowisku domowym. Czystość jest ważnym czynnikiem zapobiegającym występowaniu zakażeń. Odpowiednie warunki domowe gwarantują prawidłowy rozwój noworodka oraz zapewniają mu poczucie bezpieczeństwa [7].

Podczas pierwszej wizyty patronażowej położna powinna przeprowadzić wywiad dotyczący noworodka. W rozmowie z matką należy ustalić takie elementy, jak:

- długość trwania ciąży,
- cechy porodu, tj. jego przebieg,
- sposób rozwiązania ciąży,
- odbyte zabiegi po porodzie,
- wykonane badania laboratoryjne [7].

Należy także uzyskać dane o wadze noworodka, jego wielkości, ocenie w skali Apgar i zabiegach, tj. jakie zabiegi były wykonane u noworodka, np.: odślusowywanie, resuscytacja, pobyt w inkubatorze, podawane leki. Położna, korzystając z kart wypisowych, powinna zorientować się o odbytych szczepieniach, badaniach testowych czy wykonywanych zabiegach (jak np. zabieg Credego). Należy ustalić długość pobytu matki i dziecka na oddziale położniczym w systemie rooming-in. W trakcie tej rozmowy położna ma możliwość oceny stopnia wiedzy położnicy na temat zdrowia noworodka i jego pielęgnacji. Należy zaobserwować interakcje matki i dziecka oraz jej stan psychiczny i możliwości przystosowania się do roli rodzica. Podczas tych rozmów położnica powinna wskazać problemy i sytuacje, z którymi sobie nie radzi. Położna powinna dokumentować przebieg tego wywiadu, gdyż podczas kolejnych wizyt dane te posłużą do kontroli i oceny rozwoju noworodka oraz przebiegu procesu pielęgnacyjnego [23].

Kolejnym etapem każdej z wizyt patronażowych jest badanie i obserwacja noworodka, przeprowadzone za zgodą matki. Położna musi zachować wszelkie wymogi aseptyki i antyseptyki, tj. przed kontrolą noworodka położna powinna umyć ręce, zdezynfekować oraz użyć rękawiczek jednorazowych. Podczas tych czynności powinna także pouczyć pacjentkę o konieczności przestrzegania czystości podczas pielęgnacji noworodka. Rozpoczynając badanie, położna powinna obserwować noworodka:

- jeśli śpi, musi zwrócić uwagę na oddechy, reakcję na dźwięki i dotyk, zabarwienie powłok skórnych,
- jeśli jest niespokojny i płacze, powinna zwrócić uwagę na oddechy, ewentualną sinicę na twarzy czy na odruchy noworodka [8].

Ważnym elementem tego badania jest określenie prawidłowej temperatury ciała noworodka. Zacząć należy od kontroli ubioru czy ilości i jakości okryć noworodka. Należy też zwrócić uwagę na zabarwienie powłok skórnych. W tym celu matka powinna rozebrać noworodka. Podczas tych czynności położna może zorientować się, czy matka nie sprawia to trudności, jak radzi sobie z przewijaniem [24]. Skóra dziecka w pierwszych dniach po porodzie bywa jeszcze zażółcona. Położna powinna ocenić intensywność tego

zażółcenia metodą Kamera. Przy silnym zabarwieniu skóry powinna zaproponować matce częste przystawianie dziecka do piersi ewentualnie ściąganie pokarmu i pasteryzowanie go. Tak przygotowany i podany pokarm powoduje unieczynnienie bilirubiny i szybszy spadek jej poziomu we krwi [7]. Jeżeli położna zdiagnozuje bardzo intensywny przebieg żółtaczki, musi zalecić kontakt z lekarzem pediatrą. Wykonuje się wtedy badania laboratoryjne określające poziom bilirubiny, a przy jego bardzo wysokim poziomie stosuje się fototerapię noworodka na oddziale szpitalnym [25]. Przy mało intensywnym zabarwieniu powłok skórnych położna podczas kolejnych wizyt powinna skontrolować natężenie i termin cofania się żółtaczki fizjologicznej. Żółtaczka ustępuje najpierw ze skóry kończyn górnych i dolnych, poprzez tułów i w końcowym etapie ustępuje ze skóry twarzy noworodka. Dzięki tej kolejności można zaobserwować etap trwania żółtaczki fizjologicznej [25].

W następnej kolejności podczas wizyty patronażowej położna powinna ocenić wygląd i zmiany główki noworodka. Podczas porodu dochodzi do odkształceń kości na skutek przechodzenia główki przez kanał rodny. Przy komplikacjach podczas porodu może dojść do powstania krwiaka na główce dziecka. Stan ten przy przebiegu fizjologicznym ustępuje samoistnie i położna powinna o tym poinformować matkę. Ważne, by przedstawiła matce konieczność obserwacji i kontroli wielkości tego krwiaka, utrzymania główki w czystości oraz by zaleciła nieukładanie dziecka na stronie z występującym krwiakiem. Odkształcenia kości czaszki powodujące zniekształcenie główki ustępują samoistnie. Zadaniem położnej jest uspokoić położnicę i przedstawić jej fizjologię tej sytuacji [12].

Rozbierając noworodka, matka poprzez dotyk rozbudza dziecko. Położna powinna zaobserwować odruchy noworodka na stymulację dotykową. Zazwyczaj dziecko jest na tyle rozbudzone, że otwiera oczy i można sprawdzić zmiany w gałkach ocznych. Zmiany powstałe na skutek niedotlenienia przy porodzie objawiają się krwawymi wylewami. Ustępują samoistnie i nie wymagają leczenia. Pomocy pielęgnacyjnej wymaga natomiast infekcja gałek ocznych z obecnością wydzieliny ropnej. Położna powinna przedstawić matce technikę przemywania oczek oraz środki lecznicze, jak np. sól fizjologiczna, którą można w tym przypadku zastosować [26].

Kolejnym elementem wizyty patronażowej jest obserwacja stanu noska dziecka. Należy zwrócić uwagę na charakter oddechu przez nos. Jeżeli jest sapiący, oznacza to wysuszenie błony śluzowej nosa. Położna powinna wówczas pokazać matce możliwości nawilżania otoczenia dziecka, aby zmniejszyć dolegliwości. W przypadku wystąpienia wydzieliny z noska, należy usunąć ją za pomocą patyczka higienicznego lub

gruszki. Matka powinna uzyskać informację od położnej o zasadach wykonywania tych zabiegów [27].

Kolejne czynności podczas badania noworodka to kontrola czystości jamy ustnej u dziecka. Na skutek nieprawidłowej pielęgnacji mogą pojawić się tam białe naloty, zwane pleśniawkami. Nielezione nasilają się, utrudniają połykanie i mogą powodować infekcję. Położna powinna zaproponować matce zastosowanie leków z tetraboranem sodowym, wyjaśnić konieczność wykonywania tego zabiegu oraz pomóc przy pierwszych czynnościach. W przypadku nieustąpienia dolegliwości matka powinna zgłosić się z dzieckiem do lekarza pediatry [27].

Następnym elementem badania jest kontrola ruchomości kończyn górnych i dolnych, spoistość kości stawu barkowego. W przypadku utrudnionej ruchomości lub stwierdzonej makroskopowo nierówności barku i okolic może nastąpić podejrzenie złamania kości. Położna powinna przeprowadzić z matką dziecka dokładniejszą rozmowę z uwzględnieniem okoliczności, w których mogło nastąpić to powikłanie. W większości przypadków złamanie następuje podczas porodu i położnica w szpitalu zostaje już poinformowana o konieczności odpowiedniego pielęgnowania noworodka. Należy tu zwrócić uwagę na delikatne wykonywanie czynności przy dziecku, na nieukładanie go na uszkodzonym barku. Podczas kolejnych wizyt patronażowych położna powinna zdiagnozować ruchomość kończyn dziecka oraz ocenić prawidłowość wzrostu kończyn [12].

Kolejną czynnością wizyty patronażowej jest skontrolowanie przez położną stanu gruczołów sutkowych. Na skutek działalności hormonów może nastąpić obrzęk brodawek, a nawet wyciek siary. Stwierdzając taki obrzęk, położna musi uspokoić matkę dziecka, informując ją o fizjologii tego procesu. Obrzęk ten zazwyczaj ustępuje samoistnie w ciągu kilkunastu dni i nie wymaga leczenia [7].

Ważnym elementem badania patronażowego jest obserwacja procesu wysychania kikutu pępowninowego. Czynność związana z jego pielęgnacją przysparza matkom najczęściej problemów. Położna powinna omówić fizjologiczny przebieg tego procesu oraz skontrolować stan kikutu pępowninowego i dna pępka u noworodka [1]. Powinna też zwrócić uwagę, czy położnica posiada odpowiednie preparaty do tego typu zabiegów. Najczęściej używany jest 70-procentowy spirytus oraz roztwór genjany na spirytusie. Za pomocą patyczka higienicznego położna zobowiązana jest pokazać matce kolejne elementy tego zabiegu. W celu utrwalenia i nabrania pewności siebie położnica powinna powtórzyć te czynności [4].

W następnym etapie badania noworodka trzeba zwrócić uwagę na pośladki dziecka, szczególnie na stan skóry, jej zaczerwienienie oraz pielęgnację. Dziecko

karmione piersią oddaje częste stolce – 8–10 razy na dobę. Taki stan może powodować dolegliwości bólowe. Dlatego też położna powinna poinformować matkę o prawidłowej pielęgnacji pośladków noworodka, konieczności stosowania kremów i maści. Ważne jest omówienie zasad toalety u dziewczynek, czyli mycia pośladków od strony sromu ku odbytwi. Podczas dalszej rozmowy z matką położna powinna uzyskać informację, jak często noworodek oddaje mocz. Obserwacje matki są bardzo pomocne w ocenie diurezy; powinna ona poinformować położną o częstotliwości oddawanego moczu, o zapachu lub innych czynnikach wzbudzających jej niepokój [7].

Podczas badania ważne jest sprawdzenie temperatury ciała noworodka. Powinna być mierzona pod pachą lub w odbycie, należy pamiętać, aby od wyniku mierzenia odjąć  $0,5^{\circ}\text{C}$ . Przy skoku ciepłoty ciała do  $39^{\circ}\text{C}$  – trzeba uzyskać informację, czy jest to stan zaobserwowany w chwili obecnej. U noworodków istnieje możliwość fizjologicznego podwyższenia temperatury ciała, ale następuje to zazwyczaj w 3–4 dobie życia. Jeżeli ten stan utrzymuje się od pobytu w szpitalu, należy wnioskować o możliwości wystąpienia infekcji u noworodka [7].

Na skutek przegrzania na skórze dziecka mogą pojawić się potówki. Są to drobne pęcherzyki, podobne do kropel rosy. W przypadku ich zaobserwowania położna powinna wyjaśnić matce zasady prawidłowej pielęgnacji, dbania o czystość skóry. W stanach zaognienia pęcherzyki należy ścierać spirytusem i dobrze osuszać skórę. Położna powinna pokazać matce jak prawidłowo wykonać ten zabieg. Przy kolejnych wizytach patronażowych należy zaobserwować, czy skóra dziecka wraca do normy. Oprócz potówek na skórze noworodka często występują grudki z czerwonymi otoczkami i białawymi środkami, tzw. rumień toksyczny. Położna powinna wyjaśnić matce fizjologię tego stanu i uspokoić ją. Wysypka ustępuje samoistnie i nie wymaga stosowania środków farmakologicznych. Skórę noworodka należy utrzymywać w czystości, można wykąpać dziecko w zalecanym preparacie dermatologicznym przez położną lub lekarza [7].

Na skórze dziecka może też wystąpić drobna wysypka w postaci tzw. kaszki. Najczęściej lokalizuje się na policzkach noworodka, brzuszku, zgięciach łokci czy kolan. Przybiera intensywniejsze zabarwienie przy podwyższonych temperaturach, natomiast w niskich błednie. Może to być początkowy objaw skazy białkowej, czyli zaburzonej tolerancji białka pokarmowego. W trakcie wywiadu z matką położna powinna ustalić, czy tej wysypce towarzyszy niepokój dziecka, częstsze i bardziej luźne stolce, a także zalecić odpowiednie preparaty do pielęgnacji skóry noworodka. Wystąpieniu wysypki może towarzyszyć świąd, który powoduje niepokój u dziecka. Położna powinna poin-

formować pacjentkę o prawidłowej pielęgnacji, dać wskazówki co do diety matki i przedstawić konieczność kontaktu z lekarzem pediatrą w momencie nasilenia się objawów, np. częstych i luźnych stolców. W trakcie rozmowy powinna uspokoić matkę i wyjaśnić jej zasady prawidłowej pielęgnacji dziecka [7].

Kąpiel i zabiegi pielęgnacyjne przy dziecku powinny zostać dokładnie omówione z matką noworodka, aby rozwiązać ewentualne problemy związane z nieprawidłowym wykonywaniem tych czynności. Po zabiegach pielęgnacyjnych należy poprosić matkę o przystawienie noworodka do piersi (o ile matka zdecydowała się na taki sposób karmienia noworodka). Podczas tych czynności trzeba ocenić, w jakim stopniu matka radzi sobie z przystawieniem do piersi i/lub karmieniem. Często konieczna jest pomoc położnej przy przystawieniu noworodka do piersi i wyborze pozycji podczas karmienia piersią. Położna powinna poinformować matkę o oznakach prawidłowego karmienia noworodka [19], natomiast przy nieprawidłowej czynności przystawienia noworodka do piersi przerwać karmienie i poprosić o ponowne przystawienie. Nieprawidłowe przystawienie dziecka do piersi może spowodować uszkodzenie brodawki.

Położna informuje rodziców o pierwszej wizycie u lekarza pediatry i szczepieniach. Kolejne szczepienia odbywają się w punkcie szczepień w wybranej przez rodziców przychodni. O terminie opiekunowie są powiadamiani przez pielęgniarki pracujące w punkcie szczepień. Pierwsza wizyta patronażowa noworodka u pediatry odbywa się w 4 tygodniu życia noworodka. Na tej wizycie rodzice są informowani o rozwoju dziecka, o przyjmowaniu profilaktycznie witamin, o wykonaniu badań profilaktycznych. Podczas rozmów z rodzicami położna powinna wykazać wiele serdeczności i zrozumienia dla rodziców – wyeksponować umiejętności rodziców, ich zalety, ogromne zaangażowanie w sprawowanie dobrej opieki nad swoim dzieckiem. Położna, która wyróżnia się taktem i profesjonalizmem, sprawia, że wizyty patronażowe nie są obciążeniem dla rodziców [19].

Na podstawie analizy piśmiennictwa nasuwają się następujące wnioski:

1. Położna środowiskowo-rodzinna podczas wizyt patronażowych obserwuje rozwój noworodka i przebieg połogu u matki oraz zapobiega wystąpieniu możliwych powikłań.
2. Do zadań położnej środowiskowo-rodzinnej należy wykonanie co najmniej czterech lub więcej wizyt patronażowych w okresie połogu, które są wykonywane w zależności od indywidualnych potrzeb położnicy i noworodka.
3. Położna środowiskowo-rodzinna prowadzi dokumentację wizyt patronażowych, która w przebiegu

opieki położniczej jest nośnikiem informacji i narzędziem komunikacji.

4. Wizyty patronażowe wykonywane przez położną środowiskowo-rodzinną są nie tylko obserwacją przebiegu połogu u położnicy i rozwoju noworodka, ale również środowiska, w którym przebywa matka z nowo narodzonym dzieckiem.

## PIŚMIENNICTWO

- [1] Gałęziowska E. Środowiskowa opieka nad noworodkiem i niemowlęciem – oczekiwania kobiet po porodzie a ich realizacja przez położne środowiskowo-rodzinne. *Pielęgniarstwo XXI Wieku* 2006; 3: 16.
- [2] Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Kolegium Pielęgniarek i Położnych Środowiskowych i Rodzinnych. Zakres kompetencji położnej środowiskowo-rodzinnej zatwierdzony przez Sekretarza Stanu w MZiOŚ w dniu 2.02.1999.
- [3] Cekański A. Wybrane zagadnienia z położnictwa i ginekologii dla położnych. Śląska Akademia Medyczna, Katowice 1999.
- [4] Bręborowicz GH. Położnictwo podręcznik dla położnych i pielęgniarek. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002; 180–202.
- [5] Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. nr 91, poz. 410 z późn. zm.).
- [6] Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 września 1997, Dz.U. nr 116, poz. 750.
- [7] Łepecka-Klusek C. Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii. CZELEJ, Lublin 2003; 194–309.
- [8] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2004, Dz.U. nr 276, poz. 2740.
- [9] Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, Dz.U. nr 214, poz. 1816, 2005.
- [10] Dudek D, Siwek M, Zięba A, Nowak G. Depresja poporodowa. *Przegląd Lekarski* 2002; 59: 11.
- [11] Stelner M, Yonkers K. Depresja u kobiet. Via Media, Gdańsk 1999.
- [12] Pschyrembel W, Dudenhausen JW. Położnictwo praktyczne i operacje położnicze. PZWL, Warszawa 1997; 465–704.
- [13] Pisarski T. Położnictwo i ginekologia. PZWL, Warszawa 1987; 447–531.
- [14] Pisarski T. Położnictwo i ginekologia podręcznik dla studentów. PZWL, Warszawa 1990.
- [15] Klimek R. Patologia połogu. Położnictwo. PZWL, Warszawa 1988.



- [16] Martius G, Breckwoltd M, Pflaiderer A. Ginekologia i położnictwo. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2000.
- [17] Inch S. Problemy związane z karmieniem piersią. W: Nowoczesne położnictwo. Opieka poporodowa. Red. J Aleksander. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995; 32–58.
- [18] Piotrkowski J. Pielęgniarstwo w położnictwie i ginekologii. PZWL, Warszawa 1994.
- [19] Mikiel-Kostyra K. Laktacja i karmienie piersią. Instytut Matki i Dziecka, IW ZZ, Warszawa 1988.
- [20] Soszka S. Położnictwo i ginekologia podręcznik dla studentów. PZWL, Warszawa 1990; 95–320.
- [21] Iwanowicz-Pawlus G. Ogólne standardy praktyki położniczej. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2000; 42, 4: 6–7.
- [22] Smolińska E. Połóg – Higiena – Organizacja. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 1999; 3: 15.
- [23] Kawczyńska-Butrym Z. Podstawy pielęgniarstwa rodzinnego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995.
- [24] Brouggh H, Nataraja R, Surendranathan A. Pediatria błyskawicznie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006; 394–436.
- [25] Twardowska D, Łozińska I. Neonatologia. PZWL, Warszawa 1993.
- [26] Bożkova K. Pediatria praktyczna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999.
- [27] Borkowski WM, Bacz A, Goplańska Ż. Opieka pielęgniarska nad noworodkiem. Medycyna Praktyczna, Warszawa 1994.

**Adres do korespondencji:**

mgr Marzena Zydorek  
Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego  
80-227 Gdańsk, ul. Do Studzienki 38  
e-mail: mirian@poczta.fm  
tel. 502 811 178