

PIERWSZA WIZYTA POŁOŻNEJ RODZINNEJ U POŁOŻNICY I NOWORODKA

Swoją wielką przygodę związaną z pracą w środowisku rozpoczęłam w 2000 roku jako młoda jeszcze położna, z niewielkim doświadczeniem, ale i wielkim zapałem. Przygodę, bo do dziś praca ta wiąże się z odkryciami - związanymi ze zmieniającymi się standardami, rozporządzeniami czy nawet sposobami komunikacji z pacjentką i jej rodziną. Praca w położnictwie rodzinnym wymaga od nas nieustannego rozwoju zawodowego, w szerokim tego słowa znaczeniu. Pożądana dziś wiedza położnej rodzinnej obejmuje znajomość fitoterapii, muzykoterapii, prawa, dietetyki, fizjoterapii, psychologii...

Uzbrojona w empatię, wrażliwość i chęć niesienia pomocy, profesjonalna położna zjawia się u pacjentki po porodzie do 48 godzin po otrzymaniu zgłoszenia o tym doniosłym fakcie. Warto umówić z pacjentką czas swojego przybycia – mało kto lubi być zaskoczony niezapowiedzianą wizytą, zwłaszcza gdy właśnie wstał z łóżka czy spożywa posiłek. Stwarza to ponadto możliwość zorganizowania czasu tak, aby w takiej wizycie mógł brać udział ojciec dziecka, starsze dziecko na ten czas może być oddane pod opiekę babci. Umawiając się na pierwsze spotkanie warto zasugerować świeżo upieczonej mamie, aby do czasu naszego przybycia zapisała swoje dylematy – mimo że otrzyma od nas na pewno dużą dawkę wiedzy, nie pozwólmy aby została z jakimikolwiek wątpliwościami.

Pamiętajmy, że już pierwsze chwile po przekroczeniu progu domu pacjentki decydują o tym czy zostaniemy obdarzone przez rodziców zaufaniem i czy będziemy postrzegane jako fachowa pomoc. Uśmiech, przedstawienie swojej osoby, zdjęcie czapki z głowy (o tak!) i brak widocznych oznak pośpiechu (ale bez przesady, flegmatyczna położna to też niedobrze), już na wstępie pomagają przełamać pierwsze lody i obniżyć napięcie gospodarzy domu. Praktykuję zwyczaj dawania starszemu dziecku, które zazwyczaj próbuje zwrócić na siebie w tym czasie uwagę, naklejek bądź kolorowanek (dlatego przedstawiciele firm farmaceutycznych ze swoimi gadżetami są mile przeze mnie widziani) – co z reguły jest ciepło przyjmowane przez rodziców i samego malucha.

Pierwsza wizyta wiąże się z założeniem dokumentacji położnicy i noworodka. Jeżeli zatem dziecko śpi - nie kaźmy go budzić i nie róbmy tego same! To przecież możliwość obserwacji noworodka podczas snu – jego oddechu, reakcji na otoczenie i umiejętności odcinania się od nieprzyjemnych bodźców czy zabarwienia powłok skórnych. To także dobry moment aby przeprowadzić wywiad z rodzicami – obserwując jednocześnie relacje panujące w rodzinie. Aby zorientować się w deficycie wiedzy na temat macierzyństwa warto zadawać pytania otwarte. Pytając „*jak wygląda Pani dzień?*”, „*jak Pani radzi sobie w tych pierwszych dniach w domu z noworodkiem?*”, „*jak radzi sobie Pani z karmieniem?*” jesteśmy w stanie uzyskać wiele informacji potrzebnych do ustalenia planu opieki. Zakładanie dokumentacji nie przypomina wówczas przesłuchania sądowego! - wypowiedź pacjentki uzupełniamy o dane z kart informacyjnych ze szpitala oraz książeczki zdrowia dziecka, odnotowując informacje o przebiegu ciąży, długości jej trwania, ewentualnych powikłań i stosowanego leczenia. Ważny jest również przebieg porodu i sposób rozwiązania, a także zabiegi stosowane po porodzie i ewentualne leczenie. Zapisujemy również informacje dotyczące dziecka: stan jego zdrowia po urodzeniu, punktację w skali Apgar, wykonane pomiary ciała, zabiegi lecznicze i profilaktyczne oraz długość pobytu dziecka w szpitalnym oddziale.

Rozmowa z pacjentką pozwala zorientować się w jakim stanie psychicznym się ona znajduje. O ile baby blues jest traktowany jako poporodowa fizjologia, to przy podejrzeniu depresji poporodowej warto wykorzystać kwestionariusz Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej, by odpowiednio szybko skierować pacjentkę w ręce specjalistów.

Należy przyrzeć się wydolności opiekuńczej rodziny. Uwagę położnej powinny zwrócić takie fakty dotyczące rodziny jak bezrobocie, uzależnienia, choroby przewlekłe lub niepełnosprawność, zmieniona/niepełna struktura rodziny. Jeżeli podczas wizyty obecny jest ojciec dziecka włączmy go do rozmowy – pozwoli to zorientować się w jakim stopniu uczestniczy on w opiece nad dzieckiem i czy położnica ma zapewnione wsparcie i pomoc bliskich.

Ocena stanu ogólnego pacjentki wymaga pomiaru temperatury jej ciała (mierzona pod pachą nie powinna przekraczać 37°C), tętna (w granicach 64-78 uderzeń na minutę) i ciśnienia tętniczego (nie powinno przekraczać wartości 140/90 mmHg). Przystępując do oceny stanu położniczego pacjentki pamiętajmy o uzyskaniu zgody pacjentki na badanie. Jeżeli spotykamy się z odmową - odnotujmy ten fakt w dokumentacji. Spróbujmy jednak przekonać pacjentkę, że ocena inwolucji macicy, ilości i jakości odchodów połogowych, gojenia się rany naciętego krocza czy rany po cięciu cesarskim oraz badanie stanu gruczołów piersiowych są bardzo ważnymi wskaźnikami przebiegu połogu. W mojej praktyce z brakiem zgody spotykam się najczęściej w przypadku bardzo młodych pacjentek, skrępowanych obecnością członków rodziny lub po prostu nieświadomych celu takiego badania. Umiejętne skierowanie uwagi bliskich na przykład na przygotowanie miejsca do badania dziecka oraz prośba o zapewnienie chwili intymności podczas badania pacjentki, spotykają się raczej ze zrozumieniem. Nie zapominajmy o zapytaniu położnicy o czynność pęcherza moczowego i jelit, wyjaśniając ich wpływ na inwolucję macicy i ogólne samopoczucie. Porozmawiajmy o diecie w połogu, zwłaszcza jeżeli pojawił się problem z wypróżnianiem. Zwróćmy uwagę czy świeżo upieczona mama nie zapomina przypadkiem w ferworze opieki nad dzieckiem o posiłkach. Nie bez znaczenia pozostaje aktywność fizyczna pacjentki – zaproponujmy kilka prostych ćwiczeń w pierwszych dniach po porodzie. Odnotujmy również występowanie u pacjentki obrzęków, żyłaków, hemoroidów oraz innych problemów zdrowotnych, z którymi się ona boryka.

Nadchodzi czas aby zbadać noworodka. Podobnie jak w przypadku badania mamy dziecka musimy pamiętać o dwóch rzeczach: po pierwsze zapytać o zgodę na badanie i po drugie - umyć przed nim ręce! Nie wolno nam o tym zapominać, bo jakże niewiarygodnie wypadłybyśmy w oczach pacjentki (którą edukowałyśmy przecież o zakaźności odchodów połogowych)! Pokaż mi swą łazienkę, a powiem ci kim jesteś – brudna umywalka i ręczniki, brak mydła, stos odzieży w wannie, klejąca się podłoga i grzyb na ścianach...- zdarzało mi się oglądać taką scenerię, więc duży nacisk w edukacji musiałam położyć na higienę otoczenia dziecka, mimo że pokój jakby przygotowany na moje przyjście. Częstym pytaniem rodziców jest kwestia temperatury pomieszczenia, w którym przebywa dziecko. 20-22°C i nieco wyższa podczas kąpieli (około 25°C) a także wilgotność 30-65% są optymalne, ale zwróćmy też uwagę rodziców, że pokój dziecka powinien być wietrzony.

Zawsze proszę mamę dziecka aby rozebrała je do badania i ubrała po jego zakończeniu. Nigdy sama tego nie robię (choć byłoby zapewne szybciej), gdyż pozwala mi to zaobserwować jak radzi sobie z zakładaniem/zdejmowaniem pieluchy, pielęgnacją okolic krocza dziecka i jak sprawnie posługuje się ubrankami. Jeżeli widzę, że nie jest to dla niej problemem, dla odmiany proszę o to ojca dziecka. W większości przypadków mężczyźni mają na tym polu sporo wątpliwości - można wówczas pokazać jak odwrócić dziecko, jak włożyć ten mikroskopijny i pełen zatrząsków kaftanik, jak prawidłowo je trzymać i oczywiście jak wywinąć pieluchę, aby nie podrażniała kikuta pępowiny.

Badanie dziecka zawsze uzupełniam jednoczasową pogadanką na temat pielęgnacji dziecka i omówieniem objawów, które powinny zwrócić uwagę rodziców. A więc zaczynamy. Przyjrzyjmy się rozebranemu noworodkowi:

- jak się zachowuje? (apatyczny?, senny?, aktywny?, rozdrażniony?)
- jakie ma zabarwienie powłok skórnych (zażółcone? - jeśli tak odnotujemy ten fakt uwzględniając skalę Kramera, pojawiająca się sinica?)
- oceńmy stan skóry (zaczerwienienie – rumień, odparzenia, wyprzenia?, potówki?, wysypka?, ciemieniucha?, otarcia?, zadrapania?, wybroczyny?)
- sprawdzamy sprężystość, wilgotność i czystość skóry
- oceńmy ciemiączko przednie i tylne (wymiary, zapadnięte?)
- sprawdzamy także ewentualną obecność przedgłowia (ustępuje do 24-48 godzin po porodzie) lub krwiaka podokostnowego (ustępuje w 6-8 tygodniu po urodzeniu)
- mierzymy obwód głowy (wymiar czołowo-potyliczny na wysokości guzów czołowych i guzowatości potylicznej; linia pomiaru przebiega około 1cm powyżej brwi ponad małżowinami usznymi), średni przyrost to 1,27cm/miesiąc
- mierzymy obwód klatki piersiowej (od przodu na wysokości brodawek sutkowych, od tyłu na wysokości dolnych kątów łopatek), w 3-5 miesiącu życia zrówna się z obwodem głowy
- zwróćmy uwagę na miejsce, w którym podana była szczepionka BCG - poinformujemy rodziców, że po 3-4 tygodniach może pojawić się tam naciek z ropnym pęcherzykiem, który później pęka i jest to zjawisko fizjologiczne
- mierzymy długość ciała (długość ciemieniowo-siedzeniowa i długość od pośladków wzdłuż kończyny dolnej do pięty), nie prostujemy przy tym kończyn!
- sprawdzamy obecność odruchów noworodkowych:
 - Palmera (chwytny) utrzymuje się do około 3-6 miesiąca życia
 - Bauera (pełzania)
 - automatycznego chodu - do około 2-3 miesiąca życia
 - toniczno-szyjny - do 5-6 miesiąca życia
 - Moro - do około 4-5 miesiąca życia, choć niektóre źródła podają, że nawet do 6 miesiąca życia
 - Rootinga (szukania) - do 3-4 miesiąca życia
 - Babińskiego – do około 6 miesiąca życia, ale według niektórych źródeł nawet do 12 miesiąca życia
 - ssania – do około 4 miesiąca życia
- oceniamy oczy (obrzęk powiek?, łzawienie?, obecność sluzu lub ropy?, krwawe wylewy?)
- oceniamy nos (wydzielina?, drożność, ruchy skrzydełek, charakter oddechu)
- oceniamy jamę ustną (pleśniawki?, nawilżenie śluzówek)
- sprawdzamy stan kikuta pępowiny (wilgotny?, ropiejący?, suchy?)
- oceniamy dno pępka (suche?, wilgotne?, ropiejące?, ziarninujące?, stan zapalny okołopępkowy?, przepuklina?)

W tym miejscu bardzo ważne jest omówienie suchej pielęgnacji kikuta pępowiny według Wytycznych Nadzoru Krajowego w dziedzinie neonatologii, a także poinformowanie o objawach zapalenia pępka.

- sprawdzamy temperaturę ciała dziecka (zwykle bywa w granicach 36,6-37,5°C), sygnalizując rodzicom sytuacje kiedy może być nieco podwyższona (m.in. w czasie płaczu, zaraz po karmieniu)

- standardy okołoporodowe zalecają także ocenę czynności oddechowej (w granicach 40-50 oddechów na minutę) i czynności serca (około 100-160 uderzeń na minutę, miarowa?)
- sprawdzamy masę ciała noworodka – jeden z najważniejszych elementów wizyty dla rodziców, prawidłowo do 3 miesiąca życia dziecko przybiera na wadze 26-31g na dobę. Zwykle proszę rodziców aby nie ważyli go codziennie, lub co gorsza - po każdym karmieniu (zwłaszcza na wagach domowej konstrukcji!). W razie niepokoju lub trudności w karmieniu, umawiam się na kontrolę wagi dziecka za dwa dni.

Ocenę karmienia zwykle zostawiam na koniec. Po badaniu proszę pacjentkę, jeśli karmi naturalnie, aby przystawiła dziecko do piersi. Zwracam uwagę na technikę, sposób i przebieg karmienia. To dobry moment aby pomóc w rozwiązaniu problemów związanych z laktacją i okazja, by zweryfikować wiedzę mamy na temat różnych pozycji do karmienia – zaproponujemy i pomóżmy przećwiczyć zwłaszcza tę, w której dotąd nie karmiła lub ma wątpliwości czy robi to dobrze. Po upewnieniu się, że dziecko zostało dobrze przystawione do piersi, warto omówić (a nawet zapisać) wskaźniki skutecznego karmienia piersią (bardzo ważne!), a także uprzedzić o objawach i postępowaniu podczas nawału pokarmu. Zakładam, że badając wcześniej gruczoły piersiowe, omówiono samobadanie i samoobserwację piersi (również pod kątem objawów zastoju/zapalenia). Jeżeli dziecko jest karmione mieszanką odnotowuję jej rodzaj i ilość jaką zjada w ciągu doby. Ważne jest także pytanie o dynamikę wypróżnień i ilość mikcji u dziecka. Wyjaśnimy jak wygląda prawidłowy stolec – jego półpłynna konsystencja i pojawianie się po każdym karmieniu może być niepotrzebną przyczyną niepokoju rodziców.

Wszystkie obserwacje zapisujemy w dokumentacji, ustalając plan opieki nad pacjentką i jej dzieckiem. Warto zapisać mamie ważniejsze kwestie jak zalecenia laktacyjne, numer telefonu do siebie i poradni, terminy wykonania badań profilaktycznych u dziecka i na pewno datę kolejnego, z nami, spotkania. Poinformujemy pacjentkę o ilości przysługujących jej wizyt patronażowych. Wedle standardów okołoporodowych powinno ich być przynajmniej cztery, z możliwością do sześciu. Ale jeżeli naszym pacjentem było dziecko z rozpoznanymi w ciąży wadami rozwojowymi (mamy potwierdzenie jako załącznik 19B do zarządzenia Prezesa NFZ nr 50/2016/DSOZ z dnia 27 czerwca 2016 r.) liczba przysługujących rodzinie wizyt może wzrosnąć do dziewięciu w okresie do 2 miesięcy kalendarzowych. Tu nasuwa się uwaga, iż w przypadku niepowodzeń położniczych lub gdy noworodek urodził się z bardzo małą masą urodzeniową, skrajnie niedojrzały bądź z wadą wrodzoną – należy wskazać jego mamie gdzie może uzyskać pomoc psychologiczną oraz o możliwych formach wsparcia rodziny przez instytucje ich udzielające.

Powoli wizyta dobiega końca. Nasza pacjentka przebiega jeszcze wzrokiem po kartce, na której zapisała swoje pytania. Najczęściej słyszymy wówczas: *hm, właściwie na wszystkie znam już odpowiedź*. Mimo że nasze spotkanie trwało prawdopodobnie dwie albo i trzy godziny, pewnie nawet nie zauważyliśmy jak szybko minął ten czas - możemy zatem spokojnie udać się na kolejną wizytę...

Sylwia Jarco
mgr położnictwa
położna rodzinna