

# Rola położnej w opiece nad pacjentką geriatryczną

**European Journal  
of Medical Technologies**

2014; 4(5): 48-54

Copyright © 2014 by ISASDMT  
All rights reserved

[www.medical-technologies.eu](http://www.medical-technologies.eu)

Published online 31.12.2014

## Streszczenie

Opieka geriatryczna w ginekologii jest wieloaspektowa. Składa się na nią pielęgnacja, wsparcie psychiczne, współpraca z rodziną oraz z personelem medycznym. Położna jest centralną postacią podczas opieki nad kobietą z problemami ginekologicznymi. Współtworzy ją z rehabilitantem, ginekologiem, psychologiem i innymi specjalistami w zależności od rodzaju przypadłości. Całokształt opieki geriatrycznej oraz nieścisłości i zaniedbania systemu ochrony zdrowia utrudniają pracę położnym. Ciężka w budżecie, niska rentowność oddziałów geriatrycznych, niewielka liczba wykwalifikowanych pracowników powoduje, że sytuacja pacjentów geriatrycznych jest w Polsce trudna.

## Wprowadzenie

Ludzkie życie złożone jest z wielu następujących po sobie etapów i towarzyszących im zmian. Rodzimy się, dojrzewamy, starzejemy, umieramy. Każdy jest wyjątkowy i bezpowrotny. Organizm musi te różnice zaakceptować i nauczyć się funkcjonować w nowej wersji siebie. Szczególnie trudnym etapem dla wielu jest senium, kiedy to ograniczenia fizyczne,

nierzadko psychiczne, wymagają radykalnej zmiany dotychczasowego trybu życia.

Wraz z wiekiem i narastającymi problemami zdrowotnymi, zapotrzebowanie na opiekę lekarską wzrasta. Oprócz typowych dla wieku starczego schorzeń, takich jak osteoporoza, nadciśnienie tętnicze czy cukrzyca, występują choroby natury ginekologicznej. Położna wbrew pozorom nie jest jedynie osobą „otwierającą oczy na świat, a usta do

krzyku”. Opiekuję się również kobietami starszymi i ich rodzinami.

Zgodnie ze stanowiskiem Światowej Organizacji Zdrowia pacjentką geriatryczną jest osoba przekraczająca sześćdziesiąty rok życia, został skierowany do geriatry. Często jest to osoba z typową dla wieku starczego wielochorobowością, u której istnieje ryzyko nagłego pogorszenia stanu zdrowia, lub nawet zgonu [1].

W tabeli 1 przedstawiono najczęstsze choroby wieku starczego wraz z przyczyną ich wystąpienia [2,3].

Złożoność procesów chorobowych u pacjentów geriatrycznych stawia przed pracownikami służby zdrowia trudne zadanie. Osoby takie wymagają profesjonalnej opieki, troski i zainteresowania. Należy wziąć pod uwagę trudności w komunikacji ze starszym człowiekiem, który często nie wie, jak scharakteryzować dolegliwości, nie rozumie terminologii medycznej lub co gorsza, nie porozumiewa się z otoczeniem. Diagnostyka i leczenie wymagają zaangażowania specjalistów z wielu dziedzin: kardiologii, onkologii, ortopedii czy psychologii lub psychiatrii. Do tego dochodzą zadania pielęgniarek i położnych, będących najbliższymi hospitalizowanych osób.

W celu rozpoznania nieprawidłowości układu rozrodczego należy przeprowadzić badanie ginekologiczne. Jego podmiotową część należy rozpocząć już od pierwszego kontaktu z kobietą. Oceniając wizualnie stan sprawności fizycznej, stan higieny, stopień samodzielności położna może zdobyć cenne informacje przydatne podczas badania, lub przynajmniej określić jego przebieg, dostosowując je do możliwości pacjentki. Przeprowadzenie wywiadu pozwoli zdobyć informacje o przypadłościach. Wymaga to

nie lada cierpliwości, używania prostego, potocznego języka, życzliwości, uśmiechu. W przypadku osób organicznych umysłowo, konieczne będzie zaangażowanie opiekuna, by ustalić charakter schorzenia.

Często występujące zwyrodnienia krzyżowego odcinka kręgosłupa, jak również ograniczona ruchomość stawów biodrowych wymusi ułożenie kobiety w innej niż ginekologiczna pozycji, ze względu na ból odczuwany podczas próby jej przyjęcia, lub nawet niemożność zrealizowania. Ponadto ważne jest maksymalne skrócenie przebiegu badania, i ogromna delikatność, by zapobiec urazom ze względu na ścięczenie ścian pochwy i jej nieelastyczność. [5]

Pobyt na oddziale ginekologicznym pacjentek geriatrycznych wiąże się z problemami układu rozrodczego, występujących samoistnie, lub w następstwie innych dolegliwości. Najczęstszymi problemami, z którymi borykają się kobiety w podeszłym wieku są:

- Zmiany zanikowe sromu – ścięczenie warg sromowych i łechtaczki, zwężenie przedsionka pochwy. Zazwyczaj przebiegają bezobjawowo, pojawia się jednak bolesność podczas stosunków;
- marskość i rogowacenie białe sromu – zanik, wyglądzenie, nadmierna suchość sromu, pojawiają się ogniska rogowacenia białego;
- liszaj twardzinowy i zanikowy – obrzęk, ścięczenie, zmiany w zabarwieniu sromu, bliznowacenie wokół łechtaczki;
- świąd sromu – położone płytko zakończenia nerwowe powodują nadmierną drażliwość i swędzenie – w wyniku zmniejszenia ilości

**Tabela 1.**

Najczęstsze choroby wieku starczego wraz z przyczyną ich wystąpienia [2,3]

Lp.	Choroba	Przyczyna wystąpienia
1.	Choroby serca miażdżycopodobne	Stwardnienie i zawężenie tętnic przez blaszki miażdżycowe
2.	Nadciśnienie tętnicze	Charakter pierwotny lub wtórny
3.	Osteoporoza i choroby układu ruchu	Przekwitanie, zaawansowany wiek
4.	Zaćma	Wynik starzenia się organizmu, czynniki wrodzone, następstwo innych schorzeń
5.	Nowotwory	wieloczynnikowe
6.	Otępienie	Naturalny proces
7.	Depresje	

estrogenów następuje skrócenie, spłylenie pochwy, zanik fałdów;

- marskość pochwy – jest to zwężenie pierścieniowate na wysokości 1/3 górnej pochwy;
- starcze zapalenie błony śluzowej – powstanie tkanki ziarninowej w wyniku leukocyтарnych nacieków błony śluzowej;
- ropniak macicy – zaleganie w jamie narządu ropanej wydzieliny;
- wypadanie macicy i pochwy – jest wynikiem starczego zaniku tkanek podtrzymujących i zawieszających narządy płciowe. Dolegliwości pojawiają się po ustaniu czynności estrogenów. Czynnikiem predysponującym są liczne porody naturalne;
- czynnościowe nietrzymanie moczu – osłabienie zwieraczy cewki moczowej, zmniejszenie napięcia ścian pęcherza [5].

Wiele z tych problemów utrudnia lub nawet uniemożliwia normalne funkcjonowanie. Ponadto w przypadku kobiet aktywnych seksualnie bywa powodem zawstyżenia. Często z powodu przekonania, że sfera płciowości nie powinna dotyczyć sześćdziesięcio- czy siedemdziesięciolatek, problemy z tym związane są bagatelizowane, a wizyta u lekarza czy położnej jest przykrą koniecznością.

Hospitalizacja geriatrycznych pacjentek wymaga zaangażowanie wielu pracowników personelu. Oprócz merytorycznego i technicznego przygotowania nie mniej ważne są cechy charakteru, takie jak cierpliwość, empatia, zmysł dobrej organizacji stanowiska pracy i jej planowania. Praca z osobą starszą nie jest łatwa i wymaga dużego zaangażowania ze względu na szeroko pojętą wieloetapowość opieki.

Rolą położnej jest uświadamianie pacjentki, jaką ma przyjąć postawę w codziennych sytuacjach, aby jej stan zdrowia nie uległ pogorszeniu. Powinna ona także uczyć kobiety dostrzegania szczegółów sugerujących pogorszenie stanu zdrowia. Profilaktyka zdrowotna jest jednym z najważniejszych elementów roli edukacyjnej. Decydujący wpływ na jakość czy efekty współpracy ma odpowiednia komunikacja z pacjentką. Położna powinna wykazywać się cierpliwością, umiejętnością przekazywania trafnych informacji w taktowy sposób. Wynika to z kategorii problemów, z jakimi borykają się pacjentki geriatryczne

oraz z ich ogólnego stanu zdrowia, często rozemocjonowania, niechęci nawiązania kontaktu, bliższej relacji czy współpracy. Edukacja pacjentki to rozległy proces obejmujący nauczanie, procesy wychowawcze skierowane na podmiot opieki, mające na celu ukształtowanie w pacjentce odpowiednich nawyków, postaw, czy motywacji, której często w starszym wieku po prostu brakuje. Rolą położnej jest kształtowanie przybrania postawy odpowiedzialności za własne zdrowie i życie, chęci współpracy w procesach pielęgnacji, ale także podczas opieki leczniczej z całym zespołem terapeutycznym. Bardzo istotne jest, aby obrane działania były zamierzone, celowe oraz konsekwentne w stosunku do odpowiedniej pacjentki. Zadaniem położnej w tym zakresie jest także udzielanie wskazówek w sytuacji, kiedy wystąpią powikłania czy niepożądane efekty. Poprzez rady, polecenia powinna uczyć pacjentkę, jak radzić sobie w trudnych sytuacjach, ułatwiać sobie codzienne życie mimo problemów zdrowotnych w starszym wieku [4].

Nie mniej trudnym zdaniem jest wsparcie psychiczne. Osoby w podeszłym wieku są często pozostawione same sobie. W dobie dzisiejszej pogoni za karierą, schorowany człowiek bywa ciężarem. Najprostszym rozwiązaniem zdaje się być oddanie bliskiego do domu spokojnej starości, lub organizacji o podobnym charakterze. Marginalnym aspektem stają się emocje osamotnionego człowieka, czekającego na jakikolwiek kontakt z rodziną. Co prawda tego typu sytuacje nie są regułą, jednak się zdarzają. Położna okazująca zainteresowanie, życzliwość i troskę może stać się pokrewną duszą. Jej zadaniem jest rozpoznaniu problemów psychosomatycznych, emocjonalnych, rodzinnych i socjalnych. Położna powinna wspierać i motywować pacjentkę do współpracy z personelem medycznym, do pracy nad samym sobą, podnosić na duchu w gorsze dni, traktować pacjentkę bardzo indywidualnie ze względu na odrębność chorób osób starszych oraz dużą wrażliwość emocjonalną, inspirować i zachęcać podopiecznych do podejmowania różnych form aktywności. Powinna uświadamiać, pokazywać i przekonywać pacjentkę o tym, że jest ważna, szanowana, a personel medyczny stara się polepszyć jej zdrowie i samopoczucie. Rola osoby opiekującej się pacjentką geriatryczną w tym przypadku położnej polega również na wsparciu emocjonalnym

w trakcie intymnych badań ginekologicznych, zapewnienie komfortu psychicznego, intymności osobistej, poszanowaniu godności osobistej, a także pomocy w wykonywaniu czynności, których pacjent nie jest w stanie sam wykonać [6].

Rola położnej w współpracy z rodziną pacjentki geriatrycznej polega na pomocy rodzinie w planowaniu i organizacji procesu opiekuńczego nad starszym i niesprawnym pacjentem, przygotowaniu rodziny do sprawowania nieprofesjonalnej opieki nad osobą w podeszłym wieku, koryguje niewłaściwie opanowaną przez rodzinę wiedzę i umiejętności. Uświadamia bliskim chorego cel opieki pielęgniarskiej, wyjaśnia konieczność przestrzegania zaleceń leczniczych i pielęgnacyjnych. Informuje rodzinę o istocie choroby i ograniczeniach z niej wynikających. Pomaga nauczyć się bliskim opieki nad chorym, przyzwyczajania się do specyfiki choroby, nadaje kierunek opieki rodziny, przystosowania się do nowej sytuacji. W miarę możliwości udziela odpowiedzi na nurtujące pytania, kieruje, poleca specjalistów, lekarzy, którzy pomogą rozwiązać problemy chorego ciążyące na barkach rodziny. Położna wspiera i motywuje rodzinę do współpracy z personelem medycznym i do niepoddawania się w czasie trudności.

W skład zespołu terapeutycznego wchodzi wszyscy pracownicy służby zdrowia, sprawujący profesjonalną opiekę nad pacjentką geriatryczną opiekujący się nią na różnych fazach rozwoju choroby. Ich zadaniem jest zapewnienie jak najszerszego zakresu opieki zdrowotnej, w przypadku pacjentki geriatrycznej do zespołu często zaliczany jest także psycholog, rehabilitant, aby móc zapewnić pomoc w każdym zakresie. Każda osoba niezależnie od spełnianej funkcji czy stanowiska stanowi ogniwo, które tylko razem są w stanie stworzyć optymalne warunki dla poprawy i powrotu do zdrowia pacjentki. Podstawową rolę nie tylko położnej, lecz każdego z nich jest prawidłowa komunikacja między sobą w celu ułatwienia, przyspieszenia hospitalizacji, procesu leczenia i pielęgnacji. W przypadku położnej dochodzi do obowiązku ścisłej współpracy z lekarzem, podczas wykonywania zleceń. Bardzo ważna jest komunikacja z psychologiem, aby polepszyć stan psychiczny pacjentki, przełamać strach, bariery, zdobyć zaufanie. Położna jest osobą, która ma najwięcej bezpośredniego kontaktu

z pacjentką, dlatego jej współpraca z całym zespołem ma ogromne znaczenie, mające wpływ na pozytywne efekty procesów pielęgnacyjnych.

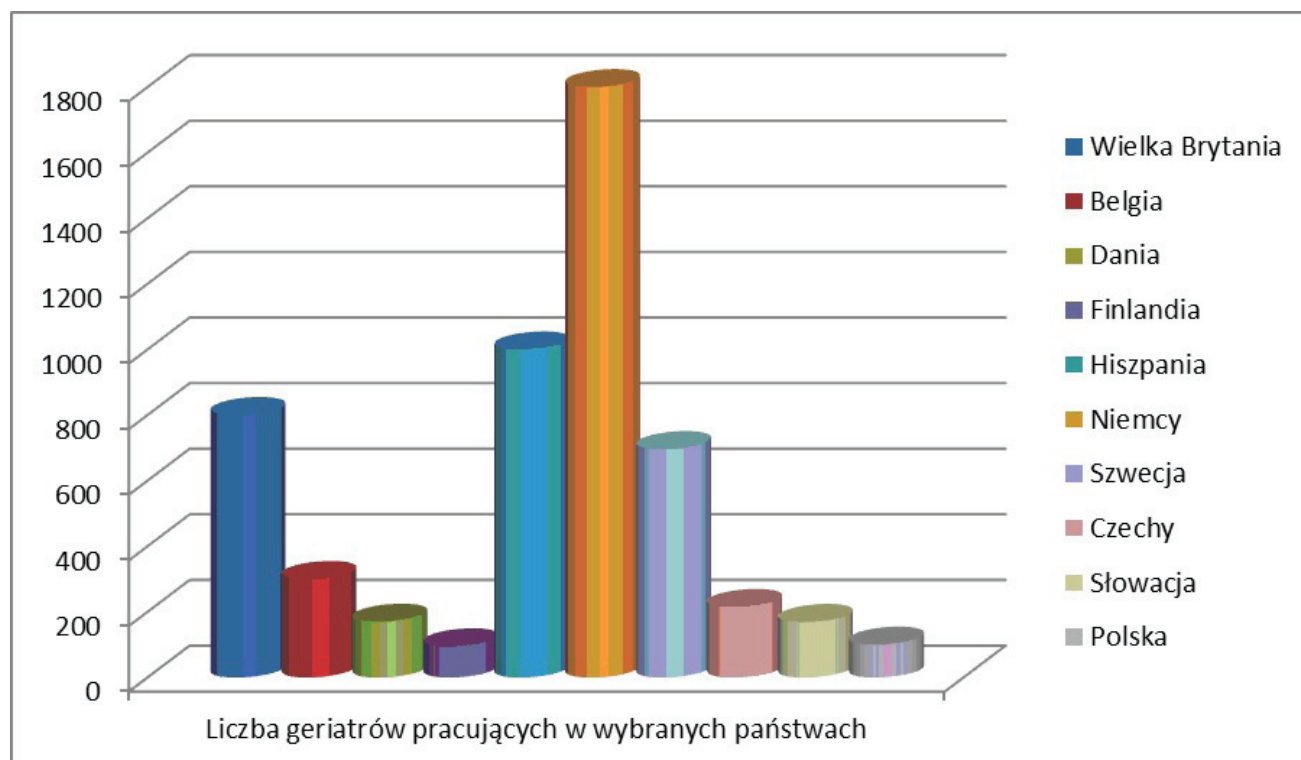
Pielęgnacja geriatrycznej pacjentki obejmuje szereg działań i procedur. Skóra w ciągu całego życia zmieniła swoje właściwości, jest mniej elastyczna, bardziej wrażliwa, skłonna do podrażnień i odleżyn. Po wykonaniu toalety, która jest jednym z podstawowych czynności, konieczne jest używanie kosmetyków przeznaczonych do tego rodzaju skóry. Często dochodzi do tego zmiana pampersów, aby podnieść komfort podopiecznego. Jeżeli samodzielność psychofizyczna jest na niskim poziomie, karmienie jest rzeczą konieczną. Należy odpowiednio ułożyć kobietę, aby zapobiec zachłyśnięciu. Pokarm również powinien być dostosowany do stanu i możliwości układu trawiennego. Infekcje jamy ustnej nie należą do rzadkości. Zbyt długa obecność protez zębowych jest pożywką dla bakterii, należy więc często płukać jamę ustną przeznaczonymi do tego środkami.

## Struktura opieki geriatrycznej w Europie

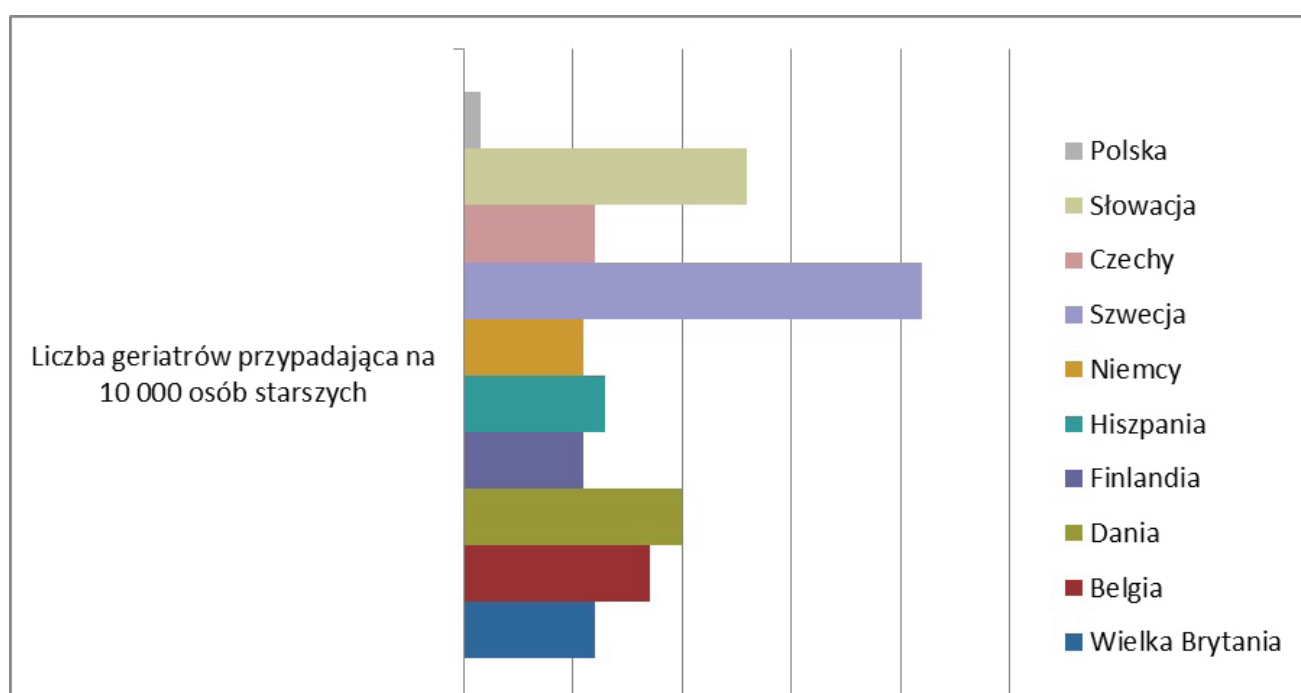
W związku z zachodzącymi w demografii zmianami struktury społeczeństwa wysnuć można pewne wnioski. Niski przyrost naturalny, starzenie się społeczeństwa, doprowadzają do tego, że zwiększa ilość starszych ludzki. Opieka zdrowotna nie tylko w Polsce, ale i Europie boryka się z problemami związanymi z tą sytuacją – liczba pacjentów geriatrycznych i paliatywnych stopniowo wzrasta, przy braku wzrostu, a nawet spadku liczby personelu medycznego opiekującego się ludźmi starszymi. Statystyki są jednoznaczne.

Według danych GUS-u w 2008 roku osoby po 65. roku życia stanowiły 13,5% całego społeczeństwa. W 2030 natomiast ich liczba wzrośnie do 23,8%. [7] Z badań wynika również, że jedynie 80% geriatrów pracuje zgodnie ze specjalizacją. Kolejne oddziały geriatryczne są zamykane, gdyż są po prostu nierentowne. Jest to paradoks, bo jedynie tacy lekarze są w stanie zapewnić pacjentom profesjonalną opiekę, a ich liczba drastycznie spada w stosunku do zapotrzebowania.

Ryc. 1.



Ryc. 2.

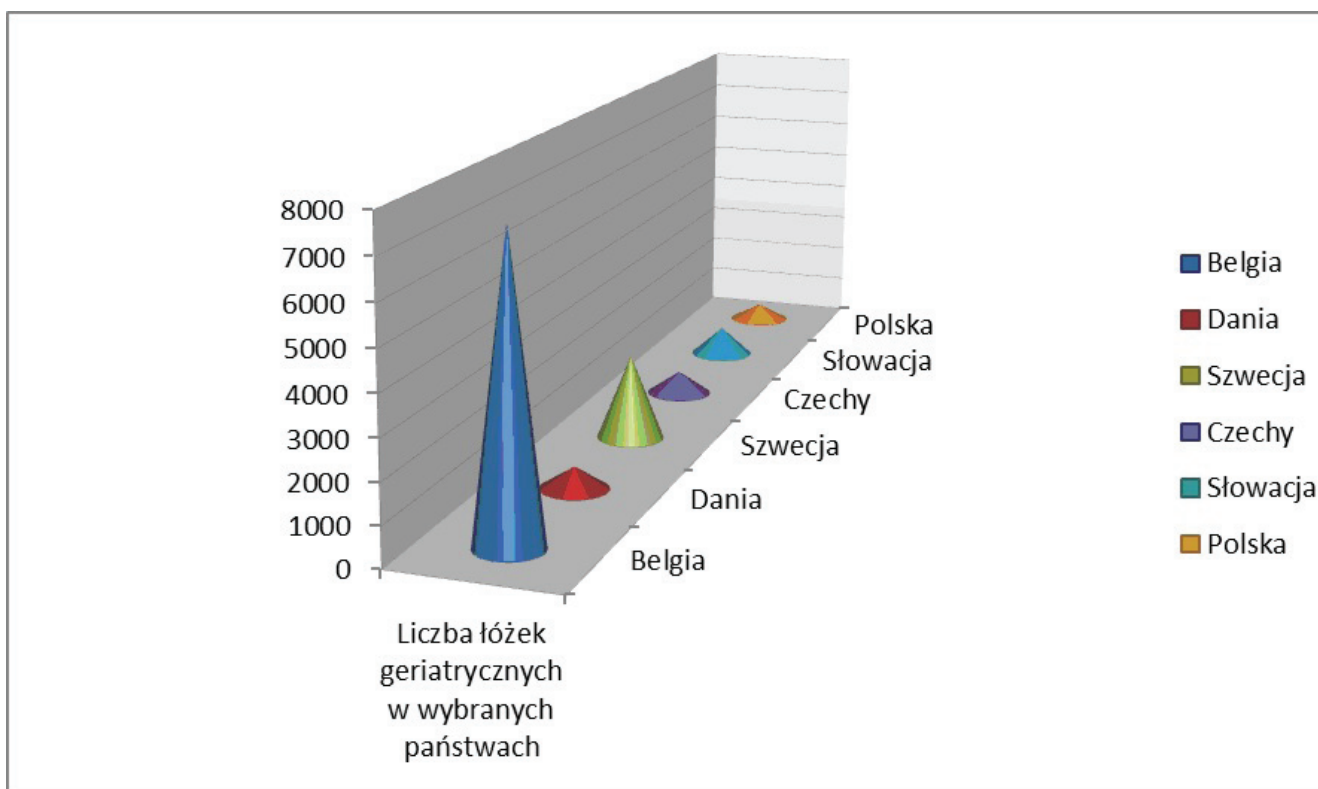


Polska na tle krajów Europejskich wypada błado. Poniższy wykres obrazuje liczbę przypadających geriatrów na 10 000 osób w poszczególnych krajach Europejskich oraz ich liczbę ogółem (ryc. 1 i 2) [7]:

1. Wielka Brytania – 800
2. Belgia – 300
3. Dania – 170
4. Finlandia – 95
5. Hiszpania – 1000
6. Niemcy – 1800
7. Szwecja – 696
8. Czechy – 215
9. Słowacja – 169
10. Polska ok. 100



Ryc. 3.



Kolejny wykres (ryc. 3) przedstawia niepokojące zjawisko, jakim jest liczb łóżek geriatrycznych ogółem i ich ilość przypadających na 10 000 osób. Nietrudno zgadnąć, że Polska znów jest w ogonie Europy [7]:

- Belgia 7500 (42,2)
- Dania 568 (6,7)
- Szwecja 2200 (14,0)
- Czechy 600 (3,4)
- Słowacja 770 (11,9)
- Polska 450 (0,9)

Podsumowując, opieka nad pacjentkami geriatrycznymi jest pracą trudną i mozolną, szczególnie w aspekcie ginekologii, gdyż dotyczy sfery intymnej, co jeszcze bardziej utrudnia pracę. Położna jako osoba będąca w ciągłym kontakcie z chorą i jej rodziną, najlepiej znająca jej problemy, powinna tak organizować działania poszczególnych członków zespołu, aby pomoc była najefektywniejsza. W dobie niżu demograficznego geriatry w szerokim ujęciu wymaga konkretnych postępowania. Przedstawione wyżej dane obrazują, że sytuacja ludzi starszych stanowi problem pomijany przez władze. Należy pamiętać, że miarą rozwoju cywilizacji danego państwa jest sposób

traktowania i zainteresowania osobami w wieku podeszłym.

## Piśmiennictwo

1. „Standardy postępowania w opiece geriatrycznej Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego” opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia.
2. „Dysfunkcje narządu ruchu u osób w wieku podeszłym” dr Dawid Bączkowiec, Opole 2009.
3. „Choroby podeszłego wieku. Jak zapobiegać?” Br. Błażej Kozłowski.
4. „Materiały dydaktyczne dla uczestników kursu specjalistycznego kompleksowa pielęgnarska opieka nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego, opracowane w ramach projektu systemowego „Rozwój kwalifikacji i umiejętności kadry pielęgnarskiej w kontekście zmian epidemiologicznych będących następstwem starzejącego się społeczeństwa” współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego realizowanego w latach 2013-2015 „Człowiek – najlepsza inwestycja”.

5. „Problemy ginekologiczne wieku podeszłego” Ewa Dmoch-Gajzlerska, Klinika Położnictwa i Ginekologii CMKP w Warszawie.
6. „Pomocnicze materiały szkoleniowe dla uczestników szkoleń z zakresu opieki geriatrycznej”, pod redakcją Prof. dr hab. Barbary Bień i dr n. med. Katarzyny Broczek, Warszawa, 2012.
7. „Udział pielęgniarki rodzinnej w opiece nad pacjentem geriatrycznym” Agnieszka Pluta, Halina Basińska-Drozd, Kamila Faleńczyk, Maria Budnik-Szymoniuk.
8. „Opieka geriatryczna w wybranych krajach Europy” Geriatric care in selected European countries, Sylwia Kropińska, Katarzyna Wieczorowska-Tobis, Zakład Geriatrii i Gerontologii, Katedra Patofizjologii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu.