

Wcześnieństwo jako problem
medyczny, rodzinny i
społeczny

- Częstość porodów przedwczesnych :
- Świat 4-12%
- Polska 6,3%-6,5%

Czynniki ryzyka porodu przedwczesnego

- Niski status socjoekonomiczny
- Nadmierne obciążenie pracą zawodową
- Wiek Matki <18 i > 40 lat
- Trudna sytuacja rodzinna
- Uzależnienie od alkoholu, narkotyki, nikotynizm uzależnienie od leków
- Niedostateczna opieka przedporodowa lub jej brak
- Choroby matki zakażenia i wady
- Ciąża wielopłodowa

- Identyfikacja pacjentek zagrożonych porodem przedwczesnym jest
- kluczowa dla osiągnięcia maksymalnych korzyści z podejmowanych
- interwencji mających na celu przedłużenie ciąży i poprawę
- wyników neonatologicznych. Dzięki doskonaleniu obecnych
- metod przewidywania porodu przedwczesnego można tak
- indywidualizować strategię postępowania z wybranymi pacjentkami,
- aby osiągnąć maksymalne korzyści w tej grupie ciężarnych.

Poród zarówno przedwczesny, jak w terminie wymaga unikalnie skoordynowanej interakcji między szyjką a trzonem macicy. Niedojrzała szyjka macicy może się nie zmieniać pomimo długotrwałej czynności skurczowej macicy, natomiast szyjka dojrzała może skracać się i rozwierać w wyniku nawet niewielkiej aktywności skurczowej macicy.

- To stanowi wytłumaczenie, dlaczego aktywność skurczowa macicy jest słabym czynnikiem predykcyjnym spontanicznego porodu przedwczesnego , chociaż zazwyczaj to właśnie skurcze macicy skłaniają ciężarną do wizyty u lekarza

- Należy dokładnie określić
- faktyczne ryzyko porodu przedwczesnego u ciężarnej tak, aby
- można było opracować strategie
- postępowania najkorzystniejsze
- dla danej pacjentki. Takie postępowanie może wyeliminować
- niepotrzebne i kosztowne interwencje u kobiet, u których w istocie istnieje niewielkie ryzyko
- porodu przedwczesnego pomimo
-

- wywiadu położniczego obciążonego porodem przed terminem
- lub pomimo występowania objawów zagrażającego porodu
- przedwczesnego. Obecnie do najbardziej wiarygodnych
- sposobów prognozowania samoistnego porodu przedwczesnego zarówno u ciężarnych z objawami, jak i bez nich
- zalicza się: przebyte porody przedwczesne w wywiadzie oraz ocenę długości szyjki
- macicy w badaniu ultrasonograficznym.

- • Wnikliwa ocena rzeczywistego ryzyka samoistnego porodu
- przedwczesnego u danej ciężarnej jest konieczna dla
- opracowania strategii ukierunkowanej na te pacjentki,
- którym przyniesie ona największe korzyści.

Prognozowanie zagrożenia porodem przedwczesnym można poprawić dzięki dokładnemu zebraniu wywiadu o przebytych porodach przedwczesnych, dokonaniu pomiaru długości szyjki i obserwacji dynamicznych zmian

jej długości podczas badania ultrasonograficznego oraz oznaczeniu stężenia fibronektyny płodowej.

Wspieranie rozwoju noworodka leczonego na oddziale intensywnej terapii

- Założenia realizowane poprzez
- Ograniczenie negatywnego wpływu środowiska oddziału
- Obserwacja zachowań noworodka
- Dostosowanie działań zespołu terapeutycznego itn do indywidualnych potrzeb pacjenta

Opieka nad noworodkiem leczonym w OITN ukierunkowana na rozwój:

- 1. Modyfikacja środowiska oddziały:
- Ochrona noworodka przed nadmiernym oświetleniem
- Ochrona przed hałasem
- Pozytywna stymulacja zmysłów węchu i smaku
- 2. optymalne pozycjonowanie
- 3. Pozytywny dotyk

- 4. Zapobieganie stymulacji nocycyptywnej
- Nocycceptor, inaczej receptor bólowy – receptor reagujący na bodźce uszkodzające tkanki. Może wywołać mechanizm obronny, np. odruch.
-
- Nocycceptory występują w postaci wolnych zakończeń nerwowych neuronów otaczających tkanki takie jak skóra czy rogówka, lecz także w narządach wewnętrznych jak mięśnie czy jelita. Źródła tych neuronów są zlokalizowane w grzbietowym korzeniu zwoju lub w zwoju trójdzielnym. Mogą być pobudzane przez różne bodźce: mechaniczne, termiczne, chemiczne, elektryczne.
-
-

- W momencie uszkodzenia, pod wpływem bodźca nocycyptycznego z tkanek wydzielane są enzymy proteolityczne, które indukują wydzielanie kinin i prostaglandyn.
- Intensywność czucia bólu jest regulowana przez układ przeciwbólowy, którego działanie polega na ograniczeniu impulsów bólowych docierających do ośrodków bólowych mózgu. W porównaniu z innymi receptorami, nocycyptory mają wysoki próg pobudliwości.

- 5. Promocja dojrzewiania kompetencji jedzenia – ssanie niedożywcze
- 6. Higiena snu, odpoczynku, czuwania i aktywności dziecka
- 7. Opieka nad rodziną współpraca z rodzicami
- 8. Obserwacja zachowań oraz mechanizmów auto i samoregulacyjnych dziecka

Modyfikacja środowiska oddziału:

- Zalecane poziomy natężenia światła w oddziałach:
- Oświetlenie ogólne 200 - 300 lx
- Obserwacja noworodka (zachowanie, oddech , zabarwienie skóry, 650 lx
- Procedury wymagające precyzji 1000lx
- Indywidualne oświetlenie stanowiska
-

Ochrona noworodka przed nadmiernym oświetleniem:

- Natężenie światła umożliwiające wykonanie pracy poprzez zespół terapeutyczny
- Oczy noworodka chronione przez ekspozycję na ostre światło(pokrowce na inkubatory, okulary)
- Do 32-34 tc oświetlenie dopuszczane powinno być 25 lx
- Po 34 tygodniu wieku korygowanego stymulacja wzrokowa stopniowo zwiększa zakres tolerancji z zachowaniem cyklu dzień i noc
- Preferowane oświetlenie to naturalne

Ochrona noworodka przed hałasem

- Zalecany poziom dźwięków
- Poziom dźwięków w sali noworodka 40-45 dB
- Chwilowe dźwięki 65 dB
- Sen 35-45 dB

EKSPOZYCJA NA BODŹCE AKUSTYCZNE W OKRESIE PRENATALNYM

- W przebiegu fizjologicznej ciąży płód, odbierając liczne
- bodźce dźwiękowe ze środowiska zewnątrz- i wewnątrzmacicznego, podlega stymulacji dźwiękowej. Prenatalna
- ekspozycja na dźwięk umożliwia przekaz do mózgowia płodu informacji niezbędnej do przetwarzania oraz tworzenia
- mowy po urodzeniu. Pierwszymi doświadczeniami słuchowymi w jamie owodniowej są ciągłe, rytmiczne mieszanki
- dźwięków: głosu matki, tonów serca, szmerów oddechowych, perystaltyki jelit. Badania wykazały, że ekspozycja
- płodu na głos matki przyczynia się do tworzenia połączeń
- i dróg nerwowych istotnych dla dalszego rozwoju słuchu,
- mowy oraz umiejętności językowych

- Ochronne
- środowisko wewnątrzmaciczne umożliwia stopniowe dojrzewanie narządu słuchu płodu, zwłaszcza bardzo wrażliwych komórek receptorowych w ślimaku. W badaniach wykazano, że natężenie dźwięku w jamie macicy wynosi około
- 60–70 dB

- Dźwięki ze środowiska zewnątrzmacicznego są przewodzone przez tkanki matki, płyn owodniowy, następnie
- układ kostny dziecka, toteż do narządu słuchu płodu docierają znacznie stłumione. Przewodnictwo kostne jest gorsze
- od powietrznego o około 40 dB. Dźwięki rozmów są odbierane przez narząd słuchu płodu w około 30% pierwotnego
- natężenia, natomiast intonacja i barwa głosu są doskonałe
- przewodzone przez płyn owodniowy

- Po ukończeniu piątego miesiąca ciąży płód ludzki zaczyna reagować na bodźce akustyczne. Oznacza to, że część obwodowa narządu słuchu oraz część ośrodkowa odbierają i przetwarzają bodźce dźwiękowe, a także mielinizują się połączenia
- słuchowo-ruchowe w ośrodkowym układzie nerwowym.
- W badaniach stwierdzano wzrost aktywności ruchowej
- i zmiany w procesach fizjologicznych pod wpływem stymulacji dźwiękowej lub dźwiękowo-wibracyjnej. Zauważono, że pod wpływem bodźców dźwiękowo-wibracyjnych
- następuje wzmożenie tzw. ruchów dużych oraz dochodzi
- do reakcji motorycznych mięśni twarzy i mięśni związanych
- z pracą narządów wewnętrznych.

- Bardzo charakterystyczne są zmiany w rytmie pracy serca w odpowiedzi na bodźce
- dźwiękowe. Stwierdzono, że reakcje te są uwarunkowane
- zmianami zarówno natężenia, jak i częstotliwości dźwięku.
- Interesujące jest to, że reakcja dziecka na silny dźwięk, mierzona wzrostem szybkości uderzeń serca, jest jego osobistą
- cechą i wskazuje na określony typ osobowości, można zatem
- na podstawie sposobu reagowania na stres dźwiękowy przewidywać styl poznawczego i emocjonalnego reagowania w przyszłości

- Badania nad rolą głosu matki w stymulacji słuchu płodu
- wykazują dominację jej głosu nad innymi dźwiękami docierającymi do płodu. W okresie płodowym kształtują się
- nie tylko funkcje odbiorcze, ale także różnicowanie dźwięków i pamięć słuchowa. Płód ma zdolność nauki dźwięków i umiejętność zapamiętywania, szczególnie sygnałów
- akustycznych pochodzących od matki. Naukowcy badający czynność mózgu będącą reakcją na głos matki, słyszany
- przez noworodka bezpośrednio po urodzeniu, wykazali
- aktywację w tylnoskroniowych regionach, głównie w lewej
- półkuli mózgowej, a także w ciele migdałowatym i korze
- okołoczołowej.

- Stwierdzono także podczas słuchania
- głosu własnej matki aktywację w regionach korowych związanych z mową, natomiast głos nieznaną nie aktywował
- tych obszarów mózgowia. Noworodki, których matki podczas dwóch ostatnich miesięcy ciąży głośno czytały dwa razy
- dziennie rymowaną książeczkę, preferowały te teksty spośród innych, wcześniej niesłyszanych i różniących się rytmem od czytanych (badano reakcję ssania, skupiania uwagi, oceniano rytm uderzeń serca)

- wykazano
- reakcję płodu ludzkiego na zewnętrzne bodźce słuchowe o różnych częstotliwościach (100 Hz, 250 Hz, 500 Hz, 1000 Hz, 3000 Hz). Bodźce dźwiękowe były przekazywane za pomocą głośnika umieszczonego na brzuchu matki,
- natomiast w badaniu ultrasonograficznym obserwowano ruchy dziecka, stwierdzono wówczas jego wrażliwość
- na dźwięki zewnętrzne w zakresie niskich częstotliwości.
-

- Pierwsza zauważalna odpowiedź na dźwięk była obserwowana w 19 tygodniu ciąży. Początkowo płody reagowały tylko na niskie częstotliwości 100–250 Hz, natomiast w 27 tygodniu ciąży 96% płodów reagowało ruchem na dźwięki
- w zakresie 250–500 Hz. Reakcja na wyższe częstotliwości,
- czyli 1000 Hz oraz 3000 Hz, pojawiła się odpowiednio 33 i 35 tygodniu

- Obserwowany wzorzec odpowiedzi
- behawioralnej na bodźce akustyczne odzwierciedla proces
- dojrzewania narządu słuchu. Wraz z wiekiem płodu wzrasta jego zdolność do percepcji bodźców słuchowych o wyższych częstotliwościach, jednakże zakres słyszalnych częstotliwości jest bardzo ograniczony w porównaniu z zakresem
- 20–20 000 Hz odbieranym przez dojrzały narząd słuchu.
- Wrażliwość płodu na dźwięki o niższych częstotliwościach
- może mieć na celu promowanie dźwięków ludzkiej mowy,
- mieszczących się w zakresie 500–3000 Hz.

- Naukowcy podkreślają wzrost ryzyka uszkodzenia słuchu
- u noworodków matek, które w okresie ciąży były narażone
- na dźwięki o dużym natężeniu. W badaniach wykazano związek utraty słuchu w kierunku wysokich częstotliwości u dzieci
- matek narażonych w czasie ciąży na hałas >85 dB
Zgodnie z Kodeksem Pracy kobiety w ciąży nie powinny wykonywać pracy związanej z narażeniem na hałas, którego poziom przekracza 65 dB

ŚRODOWISKO DŹWIĘKOWE ODDZIAŁU INTENSYWNEJ TERAPII NEONATOLOGICZNEJ

- Noworodki hospitalizowane na oddziale intensywnej terapii neonatologicznej są narażone na wiele niekorzystnych
- bodźców, zwłaszcza na bodźce dźwiękowe. Szczególną grupę pacjentów stanowią dzieci urodzone przedwcześnie, które często wymagają wielomiesięcznego pobytu w szpitalu.
- Specjalistyczny sprzęt (respiratory, pompy infuzyjne, alarmy
- monitorów), nieodpowiednie zachowanie personelu (głośne
- rozmowy, dynamiczne domykanie szuflad) oraz niezbędne
- procedury medyczne mają znaczący niekorzystny wpływ
- na zdrowie i rozwój noworodka

- Źródło dźwięków Natężenie dźwięku [dB]
- 1. Włączony inkubator 44-50
- 2. Dynamiczne zamykanie okienek inkubatora 78-84
- 3. Postawienie butelki na inkubatorze z wysokości 10 cm 91
- 4. Stukanie palcami w inkubator 80
- 5. Dynamiczne zamykanie szuflady 89
- 6. Szum włączonego ssaka 65
- 7. Odłączanie gazów medycznych z gniazda 102
- 8. Rozmowa w pobliżu inkubatora 55-67
- 9. Kaszel w pobliżu inkubatora 74
- 10. Śmiech w pobliżu inkubatora 55-85
- 11. Krzyk w odległości 10 m od inkubatora 84-90

WPŁYW EKSPOZYCJI NA BODŹCE DŹWIĘKOWE A STAN ZDROWIA I ROZWÓJ NOWORODKA

- Ochronne środowisko wewnątrzmaciczne umożliwia
- stopniowe dojrzewanie narządu słuchu. Komórki włosate w narządzie Cortiego są szczególnie wrażliwe i podatne na uszkodzenia pod wpływem różnych bodźców akustycznych obecnych w środowisku zewnętrznym. Noworodki,
- szczególnie wcześniaki, są pozbawione biologicznie znajomych dźwięków o niskim natężeniu i częstotliwości, natomiast odbierają głośne i nieprzewidywane dźwięki związane
- ze środowiskiem szpitalnym. Noworodki urodzone przedwcześnie są 10 razy bardziej narażone na uszkodzenie słuchu
- (odbiorcze lub mieszane) niż dzieci urodzone w terminie

- U małych dzieci hałas budzi duży niepokój, niepewność,
- zagubienie, wywołuje płacz. Ze względu na różne oddziaływanie hałasu na organizm, a tym samym różną szkodliwość
- dla zdrowia, hałasy słyszalne można podzielić w zależności
- od ich poziomu na pięć poniżej wymienionych grup
- 1. Poniżej 35 db – nieszkodliwe dla zdrowia, mogą zakłócać sen.
- 2. 35–70 db – wpływają na pobudzenie układu nerwowego człowieka, poważnie utrudniają zrozumienie
- mowy, zasypianie i wypoczynek.
- 3. 70–85 db – mogą być szkodliwe dla zdrowia i powodować uszkodzenie słuchu.
- 4. 85–130 db – powodują liczne schorzenia organizmu
- ludzkiego, uniemożliwiają zrozumienie mowy nawet
- z odległości 50 cm.
- 5. Powyżej 130 db – powodują trwałe uszkodzenie
- słuchu, wywołują drgania organów wewnętrznych,
- skutkujące ich mechanicznym uszkodzeniem

- U noworodków narażonych na hałas dochodzi do neuropatologicznych zmian w ośrodkowym układzie nerwowym, takich jak: zaburzenia mikrostruktury istoty białej,
- regionalne zmniejszenie objętości mózgu, nieprawidłowy
- rozwój poznawczy oraz ograniczenie umiejętności językowych. Ekspozycja na hałas jest przyczyną wielu zaburzeń
- homeostazy, szczególnie u noworodków urodzonych przedwcześnie. Bodźce dźwiękowe doprowadzają do aktywacji
- struktur podkorowych mózgu oraz współczulnego układu
- autonomicznego, co wywołuje reakcję somatyczną organizmu. Wzmaga się wydzielanie hormonów stresu (głównie
- kortyzolu), wzrasta poziom glukozy, a także zwiększa się
- zużycie tlenu.

- Mogą się pojawić zaburzenia oddychania pod postacią tachypnoe i bezdechów, spadki saturacji oraz krwawienia dokomorowe. Dochodzi do zaburzeń perystaltyki
- przewodu pokarmowego. Wzrasta ryzyko zakażeń w wyniku upośledzenia układu odpornościowego. Hałas znacznie
- zakłóca rytm dobowy dziecka. Wykazano, że zaburzenia snu
- noworodków występują przy dźwiękach o natężeniu przekraczającym 50 dB

- Długotrwały hałas powoduje zaburzenia rozwoju umysłowego dzieci. Płacz dzieci zaburza ich
- procesy fizjologiczne (zaburzenia rytmu serca i oddychania,
- osłabienie odruchu ssania) oraz behawioralne (zakłócony
- rytm dobowy, spowolniony rozwój poznawczy)

POZYTYWNA STYMULACJA DŹWIĘKOWA

- Pozytywne doświadczenia słuchowe w postaci dźwięków
- znanych z życia wewnątrzmacicznego są niezwykle istotne
- dla procesu rekonwalescencji oraz rozwoju noworodków
- urodzonych przedwcześnie. Stymulacja dźwiękami podobnymi do tych, które odbierały one w okresie płodowym,
- chroni je przed niekorzystnym wpływem bodźców akustycznych obecnych w środowisku zewnętrznym. Wykazano, że ekspozycja noworodków na znane z życia wewnątrzmacicznego dźwięki pozwala uzyskać: normalizację
- pracy serca i zwolnienie tętna, zmniejszenie liczby oddechów, głębszy i dłuższy sen, zmniejszenie zużycia energii
- w spoczynku, zwiększenie saturacji tlenem krwi tętniczej,
- poprawę odruchu ssania oraz większe przyrosty masy
- ciała



- Ochronną i wspomagającą rekonwalescencję rolę odgrywają znane z życia wewnątrzmacicznego dźwięki, głównie
- głosu i bicia serca matki. Zdolność noworodka do rozpoznawania głosu matki ma szczególne znaczenie dla dzieci urodzonych przedwcześnie. Badano wpływ stymulacji głosem
- matki na rozwój kory mózgowej noworodków urodzonych
- między 25 a 32 tygodniem ciąży. Wykazano, że ekspozycja
- wcześniaków na głos matki trzy razy na dobę przez 45 minut wystarczała do właściwego rozwoju kory mózgowej.
- Wyniki pokazały, że noworodki eksponowane na dźwięki
- głosu matki miały grubszą warstwę kory mózgowej w rejonie odpowiedzialnym za stymulację słuchową w porównaniu z wcześniakami z grupy kontrolnej, narażonymi
- wyłącznie na odgłosy środowiska szpitalnego.

- Na podstawie
- badań ultrasonograficznych i pomiarów strukturalnych
- stwierdzono, że kora mózgowa noworodków słuchających
- głosu oraz bicia serca matki była szersza po stronie prawej
- niż lewej.

- Ponadto wykazano, że wiele bruzd mózgu pojawia się 1-2 tygodnie wcześniej po stronie prawej, w tym również bruzdy skroniowe. Biorąc pod uwagę charakter bodźca,
- na który noworodki były eksponowane, można by oczekiwać, że efekt będzie dotyczył lewej półkuli mózgu ze względu na funkcjonalną lateralizację, widoczną podczas przetwarzania mowy w mózgu osób dorosłych. Jednak mózg
- noworodków urodzonych przedwcześnie nie wykazuje
- hemisferycznego ukierunkowania w zakresie mowy, a tym
- samym słuchowa neuroplastyczność występuje obustronnie. Hipotezę na temat dwustronnej plastyczności w obrębie kory mózgu mogą wesprzeć badania, które sugerują

- W ośrodkowym układzie nerwowym noworodków urodzonych przedwcześnie następuje ciągła migracja i rozwój
- neuronów, które nie osiągnęły jeszcze ostatecznej dojrzałości. Zatem obrazowanie mózgu w tym okresie ujawnia
- jedynie fragment aktualnego rozwoju, nie można więc jednoznacznie wnioskować, że występuje dominacja półkul.
- Ponadto wczesne pojawienie się dominacji lewostronnej
- u noworodków opiera się przede wszystkim na dowodach
- funkcjonalnych, a nie strukturalnych



- Umożliwiając wcześniakom słuchanie dźwięków głosu
- i bicia serca matki, dostarczamy im znane z życia wewnątrzmacicznego doświadczenia zmysłowe, które mogą odgrywać istotną rolę w prawidłowym rozwoju mózgu. Przyjazne
- i ciche środowisko dźwiękowe na oddziale intensywnej terapii umożliwiało uzyskanie u hospitalizowanych noworodków normalizacji pracy serca i oddechu, a także wpływało
- na zmniejszenie liczby bezdechów, głębszy i dłuższy sen,
- lepszą saturację, wyższe przyrosty masy ciała

PRAWIDŁOWE PRAKTYKI

- Działalność związana z opieką medyczną jest głównym
- źródłem hałasu na oddziałach intensywnej terapii noworodkowej. Wdrożenie prawidłowych praktyk jest kluczowym
- warunkiem uzyskania przyjaznego dźwiękowo środowiska
- szpitalnego.
- Ochrona noworodka przed hałasem powinna polegać
- na :
- • ciągłym monitorowaniu poziomu natężenia dźwięku
- za pomocą profesjonalnych urządzeń;
- • usunięciu urządzeń generujących stałe dźwięki (radio, telewizor, pozytywki);
-

- starannym, powolnym zamykaniu drzwiczek
- inkubatora;
- • unikaniu stawiania przedmiotów na inkubatorze,
- pukania w pokrywę inkubatora;
- • stosowaniu pokrowców na inkubatory,
układaniu
- wcześniaków w gniazdach wykonanych z miękkich
- i otulających materiałów ;
- •

- modyfikacji zachowań pracowników i odwiedzających OITN: ograniczeniu rozmów przy noworodku
- do niezbędnego minimum, prowadzeniu dyskusji
- w wydzielonych pomieszczeniach, wyciszeniu telefonów komórkowych w obrębie OITN, używaniu
- właściwego obuwia z miękkimi podeszwami, delikatnym otwieraniu szuflad, opakowań jednorazowych, odłączaniu wtyczek z gniazdek;
- • obniżeniu poziom głośności alarmów oraz niezwłocznym reagowaniu na sygnalizację alarmową;
- • stosowaniu gniazdek i pozycjonowaniu w opiece nad
- noworodkiem;
- • instruowaniu rodziców na temat znaczenia hałasu
- dla noworodka;
- • umożliwianiu kangurowania noworodków przebywających w inkubatorach



Ochrona noworodka przed hałasem

- Ciągłe monitorowanie poziomu natężenia dźwięku w otoczeniu noworodka
- Usunięcie generujących na stałe dźwięk
- Staranne i powolne zamykanie i otwieranie okienka inkubatora
- Unikanie stawiania przedmiotów na inkubatorze, pukanie dłonią palcami w pokrywę,

- Modyfikacja zachowań pracowników OITN :ciche rozmowy na salach, przeprowadzanie dyskusji w wydzielonych pomieszczeniach, obniżenie głośności dzwonekó telefonów, bezgłośne domykanie drzwi lub szuflad, przesuwanie krzeseł, unikanie przedzierania papieru używanie butów z miękkimi podeszwami
- Obniżenie poziomu alarmów do niezbędnego minimum, jednak musi ona generować niezwłoczną reakcję personelu

Prawidłowe symulacje słuchowe

- Ekspozycja noworodka na głos rodziców
- Śpiewanie
- Mówienie
- czytanie

Pozytywne stymulacje zmysłów węchu i smaku:

- Ograniczenie ekspozycji na zapachy chemiczne (środki dezynfekcyjne, benzyna, silne perfumy)
- Możliwość odczuwania zapachu rodziców , smak mleka matki (również w trakcie karmienia przez zgłębnik)
-

Pozycjonowanie

- Do pozycjonowania dzieci można używać pieluszki, ręczniki, wałeczki wykonane z materiałów bezpiecznych dla niemowląt. Powinny być one rozmiarem miękkością i kształtem dopasowane do wielkości dziecka

- Pozytywny dotyk
- Zapobieganie stymulacji nocyreceptorów
- Promocja dojrzewiania promocji jedzenia
- Ochrona snu
- Opieka nad rodziną współpraca z rodzicami

Obserwacja noworodka na podstawie skal

- NBAS
-
- NBAS to usystematyzowana obserwacja pozwalająca na ukazanie indywidualnej charakterystyki zachowań noworodków i najmłodszych niemowląt.
- Badanie można przeprowadzić od urodzenia (u wcześniaków od 35 tygodnia wieku biologicznego, które pozostają stabilne medycznie) do końca 2 miesiąca życia.

- Uzyskane obserwacje dotyczą czterech obszarów zachowań noworodka
- układu autonomicznego
- układu ruchowego
- systemu organizacji i regulacji stanów aktywności
- systemu interakcji społecznych
- Podczas badania niektóre reakcje dziecka są wywoływane, inne jedynie obserwowane. Do stymulacji dziecka wykorzystywane są odruchy, jednak nie mają one znaczenia diagnostycznego.

-
- Na jego podstawie tworzy się profil funkcjonowania noworodka, a w przypadku prowadzenia kilku obserwacji rozłożonych w czasie pozwala obserwować rosnące kompetencje dziecka.
- Podstawowym założeniem badania NBAS jest to, że dziecko od urodzenia aktywnie uczestniczy w swoim rozwoju, nie tylko odpowiada na kierowane do niego komunikaty, ale również samo, poprzez swoje zachowanie może być ich nadawcą.

- Zadaniem osoby badającej jest prowadzenia obserwacji w taki sposób, by wywołać najlepsze zachowanie dziecka. Badający podążając za aktualnym stanem dziecka, nazywając jego zachowania, udzielając adekwatnego wsparcia, odpowiadając na jego komunikaty, okazuje szacunek noworodkowi. Rodzice uczestniczący w takiej obserwacji, w naturalny sposób poznają dziecko, potwierdzają swoje kompetencje, wyjaśniają wątpliwości. Tak więc osoba badająca nie tylko z uwagą obserwuje dziecko, ale również stara się zauważać reakcje rodziców, włączać ich w niektóre elementy badania, odpowiadać na pytania.

- Tak poprowadzone spotkanie pozwala na interwencję skierowaną do rodziców i noworodka, przypadającą na szczególny okres rozwoju rodziny. Proces stawania się rodzicami może zostać wsparty przez osobę prowadzącą badanie Skalą. Specjalista staje się sojusznikiem rodziny pomagającym zrozumieć zachowanie noworodka i wspierającym kompetencje rodziców.

- Badanie Skalą to 60-90-minutowe spotkanie z dzieckiem i jego rodziną. Rozpoczyna się od krótkiej rozmowy osoby badającej z rodzicami, pozwalającej na uzyskanie podstawowych informacji o
- dziecku.



- Następnie osoba badająca rozpoczyna obserwację dziecka w serii sytuacji, aby zobaczyć, jak radzi sobie ono z różnorodną stymulacją, jakie bodźce preferuje, jak radzi sobie ze stresem, jak chroni sen, jak wchodzi w interakcje.
- Najciekawszym elementem badania Skalą jest obszar interakcji społecznych, pozwalający zaobserwować niezwykle umiejętności niemowlęcia oraz cały wachlarz sygnałów komunikacyjnych, którymi dysponuje.

- Ostatnim etapem badania jest rozmowa z rodzicami:
- - czy dowiedzieli się podczas badania czegoś nowego o dziecku? Co było dla nich ciekawe, a co niepokojące?
- - jakie są wrażenia osoby badającej
- - jakie są mocne strony dziecka, a w których obszarach wymaga wsparcia; jak to wsparcie zapewniać
- - jak dziecko komunikuje swoje potrzeby, na co szczególnie zwracać uwagę.

Punktacja dodatkowa

- Jakość uwagi
- Kończ. skupienia uwagi
- Pomoc ze strony osoby badającej
- Ogólna nerwowość
- Odporność i wytrzymałość
- Regulacja stanu
- Emocjonalna reakcja osoby badającej

	9	8	7	6	5	4	3	2	1	komentarz
Jakość uwagi										
Kończ. skupienia uwagi										
Pomoc ze strony osoby badającej										
Ogólna nerwowość										
Odporność i wytrzymałość										
Regulacja stanu										
Emocjonalna reakcja osoby badającej										

Odnosny

- chwyty poduszkowy
- Babińskiego
- stopokrępa
- oddech szukanis pierś
- stanie
- głęboka
- bieme nachy nóg
- bieme nachy ramion
- chwył dłonowy
- oddech podparcia stopa
- stanie
- chodzenie
- pełzanie
- reakcja Galanta
- odchylenie toniczne głowy i oczu
- oczopłep
- oddech toniczny szyjny
- łłoni

	0	1	2	3	wynik	komentarz
chwyty poduszkowy						
Babińskiego						
stopokrępa						
oddech szukanis pierś						
stanie						
głęboka						
bieme nachy nóg						
bieme nachy ramion						
chwył dłonowy						
oddech podparcia stopa						
stanie						
chodzenie						
pełzanie						
reakcja Galanta						
odchylenie toniczne głowy i oczu						
oczopłep						
oddech toniczny szyjny						
łłoni						

mocne strony dziecka

niepokoje dotyczące dziecka

Standard wspierania rozwoju noworodka urodzonego przedwcześnie

- W celu ochrony wcześniaka i noworodka przed niekorzystnym wpływem otoczenia powstał program znany jako NIDCAP. Ma on wspierać dojrzewanie neurobehawioralne malucha i jednocześnie służyć wzmocnieniu relacji rodzic – dziecko.

- Środowisko intensywnej terapii noworodka i wcześniaka stanowi potencjalne źródło różnych czynników stresogennych, które mogą mieć niekorzystny wpływ na mózg, będący w fazie intensywnego rozwoju. Za czynniki stresowe uznaje się brak ciągłej obecności matki, a także nadmierną stymulację takimi doznaniem jak światło, dźwięk i ból (Mirlashari i in. 2019). NIDCAP (z ang. Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) to kompleksowy program mający na celu zmniejszenie stresu środowiskowego, wspieranie dojrzewania neurobehawioralnego niemowlęcia, a także promowanie wczesnych relacji rodzic – dziecko.

- Założeniem programu NIDCAP jest stworzenie w oddziałach intensywnej terapii noworodka środowiska opiekuńczego, które optymalizuje rozwój neurologiczny dziecka i jednocześnie wspiera dobre samopoczucie rodziny i personelu. Sojusz rodzic-dziecko opiera się na empatycznej i profesjonalnej współpracy między rodzicami a pracownikami (Sannino i in. 2016). Zapewnia kompleksowy i skuteczny model dla wcześniaków.

- Celem programu jest promowanie wzrostu i rozwoju niemowląt urodzonych przedwcześnie. Noworodki leczone w oddziałach intensywnej terapii noworodka (OITN) poddane są wielu bodźcom. Szczególne znaczenie dla rozwoju mają bodźce czuciowe, a wśród nich bodźce węchowe, dotykowe, ból, nieprzyjemne smaki, a także światło i dźwięk (White i in. 2013).

- Odkrycia te wskazują na potrzebę wdrażania technik ukierunkowanych na opiekę neurorozwojową nad noworodkiem przyjmowanym do oddziałów Intensywnej terapii. Ma ona na celu projektowanie planów opieki zapewniających nie tylko zaspokajanie potrzeb fizjologicznych noworodka, ale także najlepszy rozwój mózgu. Przeprowadzone analizy rozwoju wcześniaków przyjętych do OITN szacują, że ok. 15-25% dzieci doświadczy zaburzeń wzrostu i rozwój, w tym problemów motorycznych, słuchowych, wzrokowych, poznawczych, behawioralnych i werbalnych. Wśród tych ostatnich wymienić należy zaburzenia uwagi i nadpobudliwość

ROLA RODZICÓW

- Opieka ukierunkowana na neurorozwój wcześniaka optymalizuje zaangażowanie rodziców i ich udział w opiece, co poprawia funkcje układu nerwowego i rozwój mózgu dziecka (Mirlashari i in. 2019, Als i in. 2012). Obecnie w wielu oddziałach tradycyjny model opieki jest zastępowany modelem ukierunkowanym na rodzinę. Rodzice są obecni i aktywni, coraz bardziej mogą się angażować w opiekę nad dzieckiem, np. poprzez formę kangurowania, stosowania dobrego dotyku, czytania bajek czy śpiewania piosenek. Choć badania potwierdzają skuteczność NIDCAP w poprawie opieki nad noworodkiem i ich rodzicami, istnieje opór we wdrażaniu zmian. Dalsze badania, regularne monitorowanie noworodków i opracowanie wyników skuteczności metody NIDCAP mogą przyczynić się do szerszego wdrożenia powyższych zasad w oddziałach intensywnej terapii.



PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA NIDCAP

- Model NIDCAP, ukierunkowany na neurorozwój i na rodzinę, podkreśla sztukę opieki, zwraca uwagę na pierwszeństwo pacjenta w obliczu konieczności prowadzenia różnorodnej i szerokiej dokumentacji pisemnej. Wcześniejsze wykazują znacznie lepsze wyniki leczenia, kiedy ograniczany jest stres związany z nadmierną stymulacją sensoryczną w środowisku.

STRATEGIA MINIMALIZUJĄCA ZAKŁÓCENIA SNU

- Odpowiednio zorganizowana praca i opieka sprzyja dłuższym okresom snu, a istnieje wiele dowodów na pozytywny wpływ snu na rozwój mózgu noworodka. W późnych stadiach rozwoju płodu i wczesnej fazie noworodka podstawową aktywnością mózgu jest spanie. Spontanicznie generowana aktywność podczas fazy snu REM (szybkie ruchy gałek ocznych), ale także faza snu NREM (okresy bezsennego ruchu oczu) wydają się mieć istotny wpływ na tworzenie się obwodów ośrodkowego układu nerwowego, plastyczność mózgu i na wczesny rozwój neuroczuciowy

- brak fazy snu REM we wczesnych fazach rozwoju prowadzi do problemów behawioralnych, zaburzeń snu i zmniejsza objętości kory mózgowej (Mirmiran i in. 1986). Stąd istotnym czynnikiem jest prawidłowa organizacja pracy w oddziałach intensywnej terapii, zapewniająca wcześniakowi i noworodkowi zachowanie cyklu snu i czuwania. Należy dostosować procedury opieki planowej do rytmu snu, odłożyć w czasie rutynowe zabiegi pielęgnacyjne, rutynowe badania laboratoryjne i lekarskie. Należy też zapobiegać narażeniu dziecka na działanie narkotyków i innych leków mogących zakłócać cykle snu.

PRAWIDŁOWE POZYCJONOWANIE

- Prawidłowe pozycjonowanie powinno być ukierunkowane na otulenie ciała, tworzenie „gniazda” z miękkimi granicami i utrzymanie pozycji zgięciowej . Niemowlęta w miękkich granicach zwykle są spokojniejsze, wymagają mniej leków, śpią dłużej i szybciej zwiększają masę ciała

- Bardzo korzystne jest pozycjonowanie na brzuchu, które wykorzystuje naturalną siłę grawitacji, a dodatkowe przedmioty, takie jak pianka, na której pozycjonujemy wcześniaka, umożliwiają mu zaokrąglenie ramion i zgięcie bioder bez nadmiernego ucisku na kolana i łokcie. Pozycja ta przypomina ułożenie w łonie matki. Układanie na brzuchu zmniejsza odczuwanie bólu i poprawia komfort (Kahraman i in. 2018). Prawidłowe pozycjonowanie umożliwia spontaniczną aktywność dziecka i zapobiega powstawaniu deformacji aparatu ruchu. Wszystkie ruchy powinny być wykonywane powoli i łagodnie, kończyny dziecka powinny być zgięte.

- Przy zmianie pozycji ciała należy stosować elementy handlingu z terapii NDT-Bobath, włączając w to odpowiednie chwytaki umożliwiające rotację dziecka. Należy unikać pozycji „spadochronowej” – tj. unoszenia dziecka nad podłogę. Procedury wykonywane przy dziecku w sposób szybki i nerwowo mogą skutkować niepokojem, bólem czy niestabilnością z niepotrzebnym wydatkiem energetycznym, a fizjologicznie może manifestować się to bradykardią, tachykardią, spadkami nasycenia tlenu, bezdechami i trudnościami w śnie

KONTAKT SKÓRA DO SKÓRY I DELIKATNY DOTYK

- Stymulacja dotykowa odgrywa ważną rolę jako psychologiczny i percepcyjny interfejs między dzieckiem a otoczeniem. Skóra u wcześniaka jest najwcześniej gotowa do odbioru bodźców, stanowi system sensoryczny. Kontakt skóra do skóry jest podstawowym, niezbędnym elementem opieki neuroprotekcyjnej, chroni noworodka przed negatywnymi skutkami separacji (Altimier i in. 2016). Kontakt ten ma wiele innych zalet, dotyczy to zarówno noworodka donoszonego tuż po urodzeniu, jak i wcześniaka leczonego w oddziałach intensywnej terapii. Kontakt skóra do skóry jest silnie wyrażony w metodzie kangura. Dzięki bliskości ciała matki dziecko lepiej utrzymuje stabilną temperaturę ciała. Ma stabilny oddech, słyszy bicie serca mamy i jej głos. Zapach mamy oddziałuje na zmysł węchu noworodka, ponadto kolonizuje się zdrową florą bakteryjną mamy.

- Otulanie dziecka przez delikatne i ciepłe ręce zapewnia mu poczucie bezpieczeństwa, a rodzicom daje poczucie bliskiego związku z dzieckiem. Oczekuje się od personelu, aby udzielił wskazówek rodzicom, że dotyk powinien być stały i pewny. Działanie to przeciwdziała dotykowi punktowemu i bolesnemu, który przypomina dotyk zabiegowy. Ponadto można stosować przykrywanie dziecka lekkim materiałem w celu stymulacji receptorów sensomotorycznych.

- STYMULACJA SSANIA – SSANIE NIEODŻYWCZE, PROMOWANIE KARMIENIA POKARMEM MAMY LUB POKARMEM Z BANKU MLEKA
- Wcześniak zaczyna być karmiony smokiem lub piersią, kiedy osiągnie dojrzałość 34 tygodni wieku postkonceptyjnego. Jednak na sukces karmienia doustnego wpływają problemy z dojrzewaniem i rozwojem, gdyż tylko 53% objętości kory mózgu jest obecna w momencie rozpoczęcia nauki karmienia smokiem. Ocenę gotowości do karmienia smokiem lub piersią można dokonać ok. 32.-34. tygodnia postkonceptyjnego. Karmienie jest to problem złożony, który wymaga obecności wykwalifikowanego personelu odpowiedzialnego za skuteczne i bezpieczne karmienie, a także za odczuwanie przyjemnych doznań. Wcześniak nie od razu koordynuje ssanie, połykanie i oddychanie. Wprowadzenie odpowiednich technik karmienia piersią i dobór smoczka jest podstawą powodzenia i od tego zależy sukces. Ponadto prawidłowy wzorzec karmie

APIB

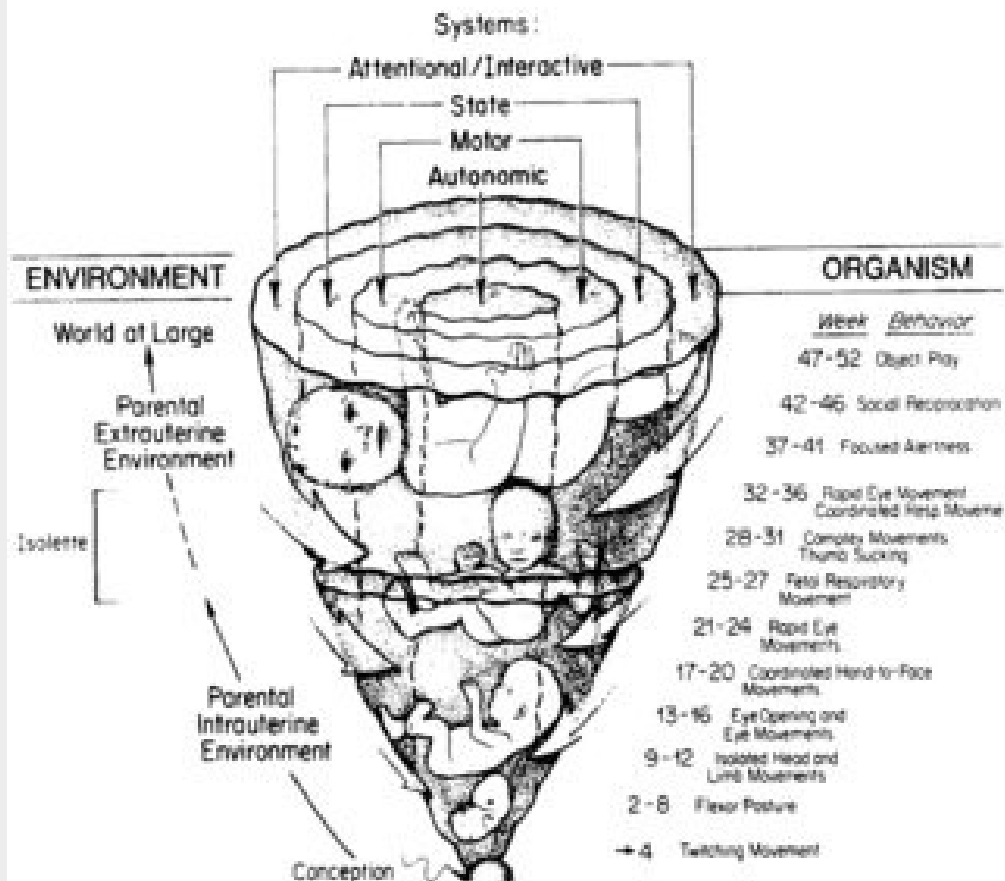
- Ocena zachowania wcześniaków (APIB) [Als i wsp., 1982a , 1982b] jest szeroko stosowanym narzędziem behawioralnym, zaprojektowanym specjalnie do dokumentowania spektrum funkcjonowania neurobehawioralnego noworodków urodzonych o czasie i u wcześniaków. Przedstawia niemowlęciu coraz bardziej wymagające bodźce środowiskowe w stopniowanej sekwencji bodźców dystalnych i proksymalnych. APIB opiera się na modelu rozwoju, którego celem jest udokumentowanie stopnia zróżnicowania i modulacji różnych podsystemów behawioralnych, które pozostają w ciągłej interakcji wewnątrzorganizacyjnej oraz w ciągłej interakcji ze środowiskiem. Podsystemy obejmują systemy autonomiczne, motoryczne, stanu, uwagi/interakcji i samoregulacji. Zróżnicowanie i modulacja zachowania uważane są za dominujące, rozpoznawalne w czasie parametry indywidualności niemowlęcia.

- W ciągu ostatnich dwóch dekad spadek śmiertelności i zachorowalności niemowląt, nawet najmniejszych noworodków, był znaczny. Spadek ten jest wynikiem niezwyklej poprawy w intensywnej opiece noworodków . Jednocześnie wraz z tymi ulepszeniami nastąpił gwałtowny wzrost zainteresowania funkcjonalnymi możliwościami wczesnie urodzonych niemowląt. Kiedyś uważano, że niemowlęta płodowe funkcjonują głównie na poziomie pnia mózgu. Ostatnio uznano je za niezwykle złożone, reaktywne i aktywne w pobudzaniu stymulacji społecznej i sensorycznej, zawsze próbując regulować własne progi reakcji i reakcji. Coraz częściej klinicyści i badacze stają przed wyzwaniem określenia sposobów oceny takich wczesnie urodzonych noworodków pod kątem obecnych mocnych stron, słabych punktów, prognozy oraz zaleceń dotyczących wsparcia i opieki.

- Oceny noworodków tradycyjnie wywodzą się z dwóch szkół myślenia: klasycznego podejścia neurologicznego wywodzącego się z badania stanu neurologicznego dorosłych oraz behawioralnego podejścia psychologicznego opartego na psychologicznych procedurach laboratoryjnych do badania specyficznych funkcji człowieka. Te rozróżnienia prowadziły niekiedy do sztucznego oddzielenia aspektów funkcjonowania noworodka. Ostatnio podjęto wysiłki, aby połączyć aspekty oceny neurologicznej i behawioralnej w bardziej kompleksowe

- APIB stara się systematycznie identyfikować względną pozycję niemowląt pod względem różnicowania i modulacji podsystemów behawioralnych. APIB jest szeroko stosowany, zarówno klinicznie, jak i w badaniach naukowych. Urządzenie jest odpowiednie dla wcześniaków, innych niemowląt wysokiego ryzyka, a także zdrowych niemowląt urodzonych o czasie. Jest to istotne udoskonalenie i rozszerzenie skali oceny zachowania noworodków Brazeltona, ponieważ zapewnia zintegrowany profil podsystemu i identyfikuje obecne poziomy sprawnego, dobrze zrównoważonego funkcjonowania podczas różnych wymagań rozwojowych.

MODEL OF THE SYNACTIVE ORGANIZATION OF BEHAVIORAL DEVELOPMENT



Opieka psychologiczna dla rodzin z dziećmi urodzonymi przedwcześnie

- Psychologiczne aspekty opieki szpitalnej
- Kierunki rozwoju
- Opieka poszpitalna
-

Program edukacyjny dla rodziców wcześniaków

- Świat
- Polska
- Fundacja Koalicja dla wcześniaka
- Kampanie standardy

ETYKA W OPIECE PALIATYWNEJ

- EUTANAZJA
- DEFINICJA
 - Z greckiego *euthanasia* „dobra śmierć”
 - powodowane współczuciem przyśpieszenie lub nie zapobieganie śmierci w celu skrócenia cierpień chorego człowieka, zwykle na jego życzenie
 - Zadanie śmierci osobie nieuleczalnie chorej
 - i umotywowanie skróceniem jej cierpień

Podział:

- • BIERNA – określaną jako *ortotanazja*
- • CZYNNA – zabójstwo z litości
- Ze względu na sposób przeprowadzenia eutanazji wyróżnia się :
- **aktywną** – sztuczne przyśpieszenie śmierci osoby chorej lub w podeszłym wieku
- (np.iniekcja zwiększonej dawki narkotyku)
- • **pasywną** – zawieszenie dalszego leczenia w beznadziejnych przypadkach
- Ze względu na podjęcie decyzji o uśmierceniu chorego, eutanazję dzieli się na:
- • **personalną** – gdy o śmierć prosi chory lub jego rodzina
- • **legalną** – gdy o śmierci decyduje prawodawstwo danego państwa lub toleruje tego rodzaju postępowanie

EUTANAZJA NA ŚWIECIE

Zalegalizowana jest w :

- Holandii
- Belgii
- Luksemburgu (w tym chorych dzieci)
- Albanii
- Japonii
- Amerykańskich stanach Teksas i Oregon

HOLANDIA

Trzeba spełnić następujące warunki:

- - *Cierpienie pacjenta jest nie do zniesienia, przy czym nie ma szans na polepszenie się stanu chorego*
 - *Żądanie przez pacjenta eutanazji musi być dobrowolne i powinno utrzymywać się przez z góry określony czas, nie może być spełnione, jeżeli osoba jest pod wpływem narkotyków, cierpi na zaburzenia psychiczne lub pozostaje pod wpływem innych osób*
 - *Pacjent musi mieć pełną świadomość swego stanu zdrowia, rokowań i przysługujących mu praw*
 - *Konieczna jest konsultacja z co najmniej jednym niezależnym lekarzem, który musi potwierdzić stan zdrowia pacjenta i przesłanki, o których mowa powyżej*
 - *Eutanazja musi być dokonana w medycznie odpowiedni sposób przez lekarza lub pacjenta w obecności lekarza*
 - *Pacjent musi mieć co najmniej 12 lat (pacjenci w wieku od 12 – 16 lat muszą otrzymać zgodę rodziców)*
 - *Lekarz musi być przekonany, że prośba pacjenta o przerwanie życia jest dobrowolna, przemyślana i ostateczna.*
 - *Lekarz musi być przekonany, że pacjent zmaga się z bólem nie do zniesienia i nie do usunięcia.*
 - *Pacjent musi zostać rzeczowo poinformowany o swoim stanie i perspektywach dalszej terapii.*

Rozpatrując problem eutanazji rozważyć trzeba trzy podstawowe zagadnienia.

- 1. Dotyczy prawa człowieka do decydowania o własnej śmierci – samobójczej czy dokonanej na jego żądanie przez uprawnioną do tego osobę – jeśli jest ona nieunikniona w bliskiej czy w dalszej perspektywie.
- 2. Wiąże się z pytaniem o to, czy i kiedy cierpienie i choroba degradują na tyle życie człowieka, że przestaje ono mieć jakąkolwiek wartość.
- 3. Wiąże się to z odpowiedzią na pytanie – czy prawo jednostki do decydowania o sobie samej dotyczy też przyznania jej prawa do samobójstwa lub śmierci na życzenie

Papież Jan Paweł II

- w encyklice "Evangelium vitae" stwierdza o eutanazji, że to, co mogłoby wydawać się logiczne i humanitarne, przy głębszej analizie okazuje się absurdalne i nieludzkie.
- Papież nazywa problem eutanazji jednym z najbardziej niepokojących objawów kultury śmierci, szerzących się w społeczeństwach dobrobytu.
- Najwyższy autorytet Kościoła katolickiego stwierdza, że eutanazja jest zbrodnią, na którą ludzka ustawa nie może przyzwalać.

Tomasz Dangel

- Lekarz nie powinien wykonywać eutanazji.
- W Polskim Kodeksie karnym eutanazja podpada pod kilka artykułów:
 - • Art. 150.
 - 1. Kto zabija człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.
 - 2. W wyjątkowych wypadkach, sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a nawet odstąpić od jej wymierzenia.
 - • Art. 151.
 - Kto namową lub przez udzielenie pomocy doprowadza człowieka do targnięcia się na własne życie, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

Podejście poszczególnych religii do eutanazji:

- **Katolicyzm** - Eutanazja jest zbrodnią.
- Dopuszcza się powstrzymanie działań bezsensownych.
- **Judaizm** - Decydowanie za Boga o czyimś życiu jest niedopuszczalne.
- **Protestantyzm** - Każdy teolog ma swoje zdanie.
- Niektórzy uzasadniają stanowisko pozytywne przykazaniem miłości.
- **Islam** - Nie można decydować o śmierci. Stanu psychiki nie bierze się pod uwagę gdy
 - osłabiony jest stan fizyczny.
- **Buddyzm** - unicestwienie życia jest najgorszym uczynkiem, ale ważniejsza jest spokojna myśl
 - konającego, aby mógł zachować kontinuum, dlatego należy pomagać w spokojnej śmierci
 - gdy nic się nie da zrobić.

ETYKA ZAWODOWA

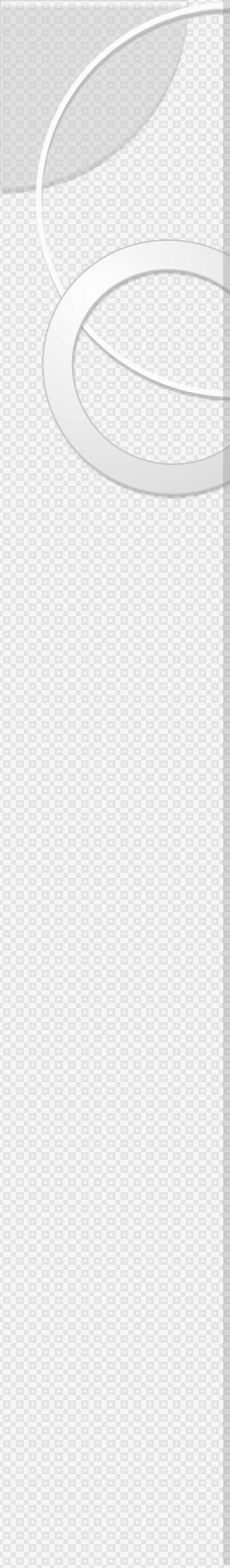
- RZETELNOŚĆ WIZYT
- CZAS POŚWIĘCANY CHORYM
- RZETELNOŚĆ WYKONYWANYCH ZABIEGÓW
- WSPÓŁPRACA ZESPOŁOWA
- Charakterystyczna jest u ludzi chorych i umierających ta selekcja osób, którzy mogą im towarzyszyć czy nawet tylko odwiedzać.
- Chory zazwyczaj wyraźnie wskazuje na tych, których obecność jest mu pomocna i miła,
- bo stan w jakim się znalazł dotyka kategorii przeżyć intymnych.
- ks. Zbigniew Pawlak

Etyczne aspekty opieki nad noworodkiem w stanie terminalnym

- Dangel T. „Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie.”
- Rutkowska M. „Zasady etycznego postępowania w neonatologii z uwzględnieniem opieki paliatywnej”
- Pilewska-Kozak A.B. „Problemy moralne w opiece nad noworodkiem przedwcześnie urodzonym”

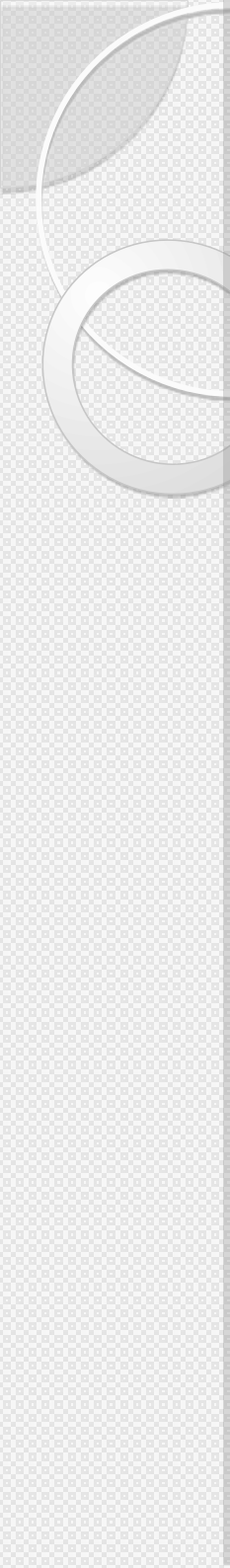
ELEMENTARNE ZASADY I CELE OPIEKI PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ

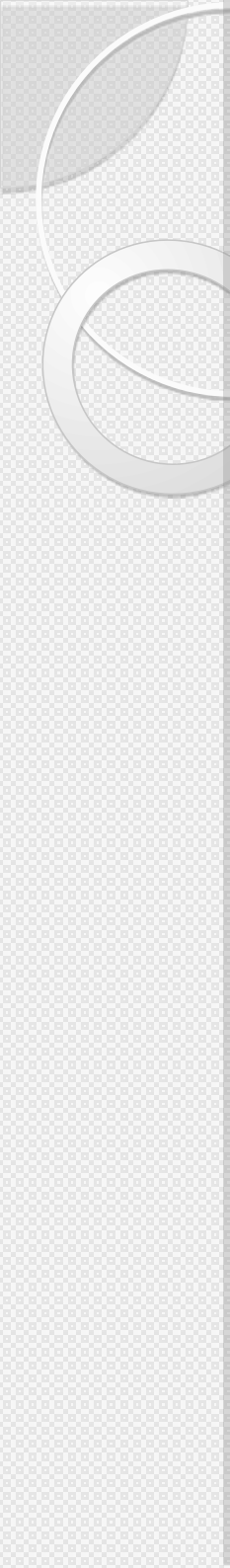
- Przymiotnik PALIATYWNY
- • *PALLIATUS* – z łacińskiego słowa – okryty płaszczem i w kontekście medycznym oznacza łagodzenie przykrych oznak choroby
- • *PALLIATE* – z angielskiego – złagodzić, uśmierzyć, ulżyć.

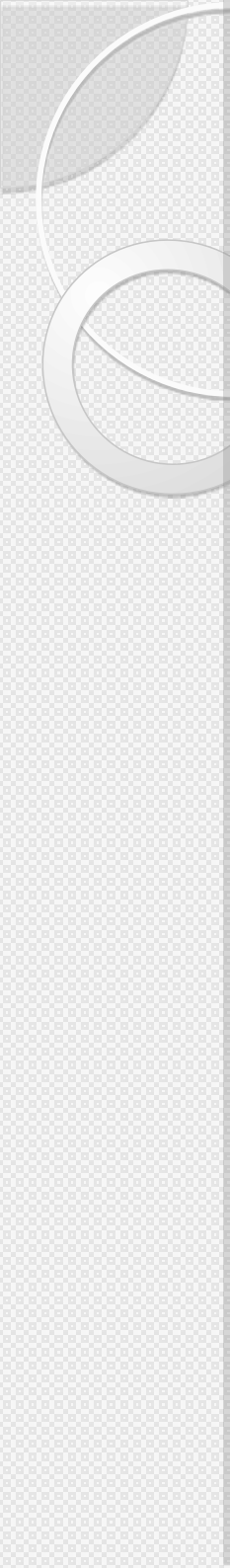
- 
- OPIEKA PALIATYWNA
 - WHO określa ją jako wszechstronną całościową opiekę nad pacjentem chorującym na nieuleczalne, nie poddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące choroby, sprawowaną zazwyczaj u kresu życia.
 - MEDYCYNA PALIATYWNA
 - Jest specjalizacją medyczną, nastawioną między innymi na opracowanie wytycznych i standardów strukturalno-organizacyjnych opieki paliatywnej oraz wytycznych postępowania medycznego.

OPIEKA HOSPICYJNA

- Jest najbardziej rozpowszechnioną historycznie pierwszą formą opieki paliatywnej – w dużej części opartą na działalności wolontaryjnej, działającej często w strukturach kościelnych.
- Głównym celem opieki paliatywnej jest zapewnienie możliwie najlepszej jakości życia chorych i ich rodzin
- Opieka paliatywna jest opieką całościową (holistyczną)
- Uwzględnia różne obszary życia, takie jak:
 - - obszar funkcjonowania fizycznego
 - - funkcjonowania psychicznego
 - - funkcjonowania społecznego
 - - obecność lub brak objawów choroby lub niepożądanych skutków leczenia

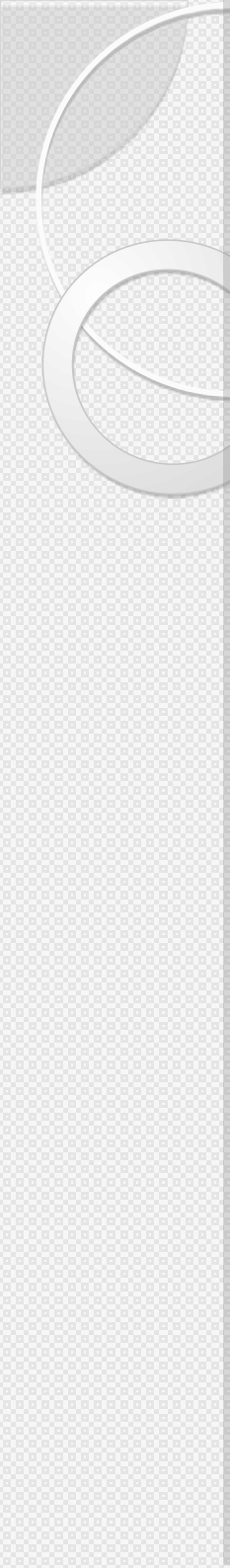
- 
- Powinna być sprawowana zespołowo
 - W skład zespołu wchodzi zawsze:
 - - lekarz
 - - pielęgniarka
 - - rehabilitant
 - - pracownik socjalny
 - - psycholog
 - - duchowny
 - - wolontariusz medyczny

- 
- Akceptacja nieuchronności śmierci
 - Akceptacja nieuchronności cierpienia
 - Akceptacja właściwej pory śmierci

- 
- Opieka paliatywna powinna obejmować nie tylko chorego, lecz również jego rodzinę.
 - WYTYCZNE DOSTĘPNOŚCI I CIĄGŁOŚCI OPIEKI PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ
 - • Dostępność domowej opieki paliatywnej
 - i hospicyjnej
 - – Istnienie interdyscyplinarnego zespołu opieki paliatywnej lub hospicyjnej świadczącego usługi dla osób zamieszkałych na obszarze w promieniu do 30 km
 - – Całodobową i całotygodniową dostępność lekarza i pielęgniarki wyszkolonych w medycynie paliatywnej

ZASOBY ORGANIZACYJNE OPIEKI PALIATYWNEJ

- ZASOBY LUDZKIE
 - – Pielęgniarki
 - – Lekarze
 - – Psycholodzy
 - – Fizjoterapeuci
 - – Pracownicy socjalni, administracyjno-biurowi, obsługi
 - – Wolontariusze
 - – Duszpasterze
 - – Kierowcy
 - – Salowe, sanitariusze

- 
- ZASOBY FINANSOWE
 - – Środki finansowe z NFZ
 - – Dotacje
 - – Sponsorzy
 - – Zbiórki publiczne
 - – Opłaty za świadczenia medyczne nie pochodzące z NFZ

FORMY OPIEKI PALIATYWNO – HOSPICYJNEJ W POLSCE

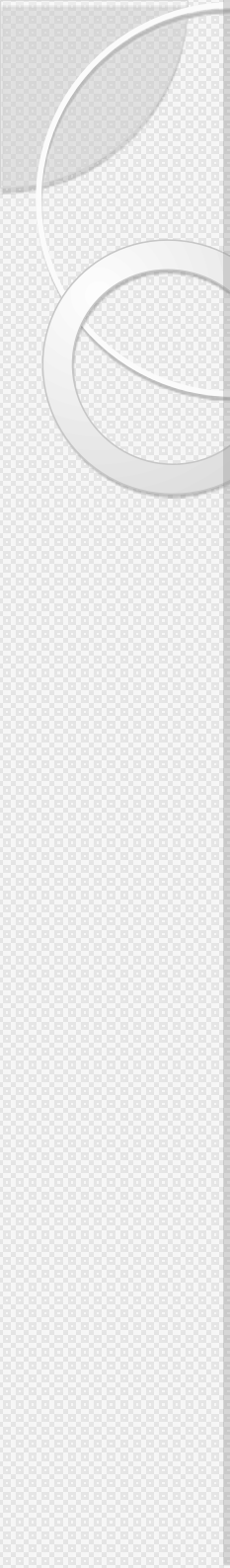
- • PORADNIA MEDYCYNY PALIATYWNEJ
- • HOSPICJUM DOMOWE DLA DOROSŁYCH I DLA DZIECI
- • HOSPICJUM STACJONARNE DLA DOROSŁYCH I DLA DZIECI
- • ODDZIAŁ MEDYCYNY PALIATYWNEJ
- • DZIENNY OŚRODEK OPIEKI PALIATYWNEJ
- • OPIEKA NAD OSIEROCONYMI
- • WOLONTARIAT
- • SZPITALNY ZESPÓŁ WSPIERAJĄCY

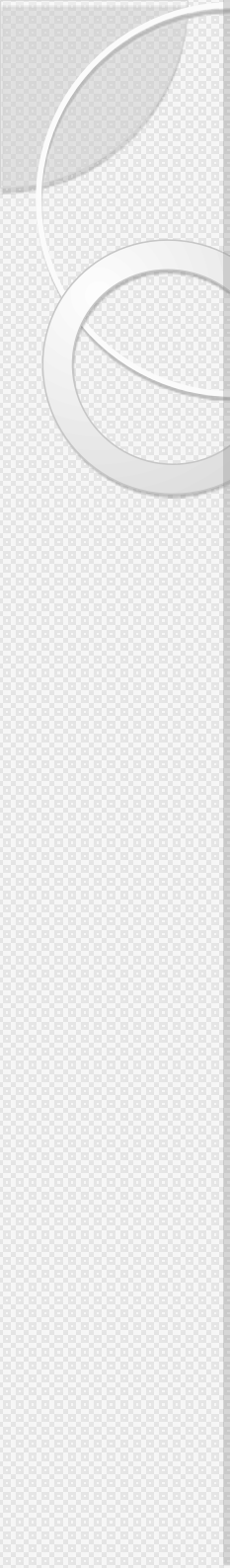
HOSPICJUM DOMOWE

- Obejmuje opieką pacjentów z zaawansowaną niepoddającą się leczeniu chorobą
- • Chory wymaga stałej opieki i wizyt domowych
- – lekarza – nie mniej niż 2 x w miesiącu,
- – pielęgniarki 2 x w tygodniu
- • W promieniu od hospicjum
- – 30 km – dorośli,
- – 100 km – dzieci
- • Opieka świadczona jest 24 godziny/dobę

Problemy etyczne

- Intensywna terapia niesie ze sobą nowy problem etyczny związany z podtrzymywaniem czynności życiowych narządów bez uzyskania pozytywnego procesu terapeutycznego czyli przeżycia i wypisania z OITN
- W wielu chorobach niewydolność narządowa nie może zostać wyleczona.
- W takich przypadkach daremne leczenie może potęgować dolegliwości chorego ale też stanowić przyczynę rozterek etycznych

- 
- Decyzja o niepodjęciu lub odstąpieniu od podtrzymywania funkcji życiowych stanowi formalną procedurę postępowania w oddziale intensywnej terapii
 - Stworzony odrębny protokół oddziału



Niepodjęcie lub odstąpienie od podtrzymywania czynności narządów może dotyczyć w szczególności procedur takich jak:

- Resuscytacja krążeniowo-oddechowa
- Wentylacja mechaniczna
- Leczenie nerkozastępcze
- Farmakologiczne wspomaganie krążenia
- Pozaustrojowe wspomaganie oddychania i wątroby
- Niewłaściwe wykorzystywanie tych czynności przedłuża proces umierania

SEDACJA W OPIECE PALIATYWNEJ DEFINICJA

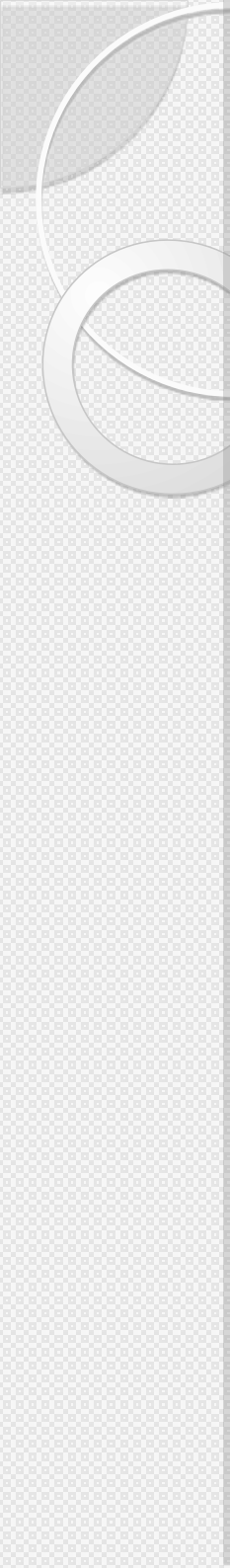
- sedacja to stan ograniczonego poziomu świadomości wywołany metodami farmakologicznymi, który pozwala pacjentowi na zachowanie reakcji stosownych do fizycznych bodźców lub poleceń słownych.
- Uważa się, że zachowane są odruchy obronne
- i wydolność oddechowa. Pacjent może odczuwać dotykanie, ściskanie dłoni, ale nie odczuwa bólu, duszności czy innych dotkliwych dolegliwości związanych z chorobą nowotworową. Jest to stan głębokiego snu który pozwala pacjentowi na odpoczynek od uporczywych dolegliwości.

Zagadnienia

- Opieka hospicyjna domowa
- Opieka paliatywna domowa
- Opieka perinatalna w ciąży

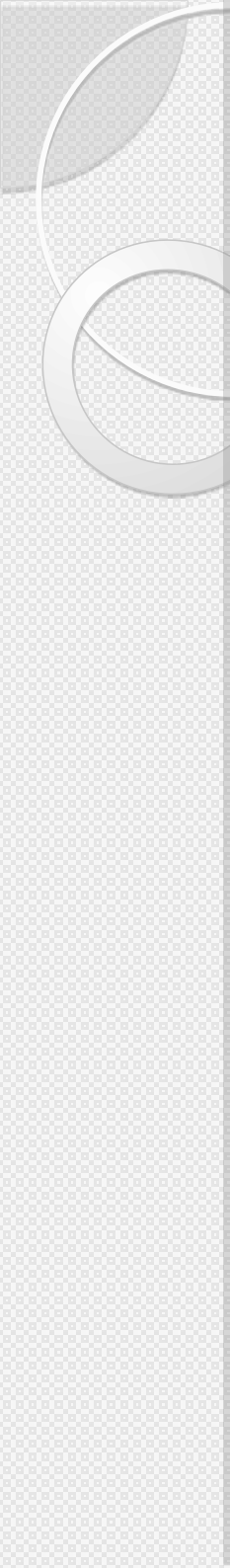
Medycyna perinatalna

- Skład zespołu:
- Lekarz ginekolog-położnik
- Położna
- Psycholog
- Genetyk
- Kardiolog
- Grupa wsparcia innych rodziców po podobnych przejściach

- 
- Indywidualny zespół opieki nad pacjentką
 - Kalendarz regularnych spotkań
 - Indywidualna szkoła rodzenia
 - Zagwarantowania ustronności porodu
 - Możliwość szybkiej wizyty bliskich

W ramach perinatalnej opieki paliatywnej :

- Wsparcie psychologiczne matki i jej rodziny
- Ustalenie miejsca i sposobu rozwiązania ciąży
- Ustalenie zakresu pomocy udzielanej noworodkowi bezpośrednio po urodzeniu
- Zapewnienie ciągłości opieki przez hospicjum domowe
- Wsparcie w żałobie



Paliatywna opieka perinatalna ma szczególne znaczenie w przypadku rozpoznania letalnych anomalii rozwojowych takich jak:

- Zespół Pottera (agenezja nerek)
- Bezmózgowie i beczaszki
- Dysplazja śmiertelna
- Trisomia 13 i 18
- Ciężkie postaci wrodzonej łamliwości kości
- Wielotorbielowate dysplastyczne nerki
- Ciężkie złożone postaci przepukliny mózgowej lub oponowo rdzeniowej
- Zroślaki
- Nieimmunologiczny obrzęk płodu z ciężką wadą serca

Rola rodzica

- Decyzja o kontynuowaniu ciąży i możliwych działaniach
- Decyzja medyczna o kwalifikacji do paliatywnej opieki perinatalnej i odstąpienie od terapii uporczywej i daremnej
- Decyzja przy tworzeniu planu postępowanie po porodzie

Opieka nad matką i dzieckiem po urodzeniu

- Przygotowanie możliwych scenariuszy:
 - Obumarcie wewnątrzmaciczne
 - Śmierć okołoporodowa
 - Opieka paliatywna w okresie noworodkowym
 - Wyjście do domu pod opieką hospicjum domowego