

Ocena stanu noworodka z uwzględnieniem odrębności anatomicznych i fizjologicznych układu krążenia i oddychania

Magdalena Tomaszewska
Oddział Neonatologii GPSK UM w Poznaniu

Treści

1. Noworodek- definicje
2. Anatomia i fizjologia układu krążenia i oddychania noworodka
3. Skale stosowane do oceny stanu noworodka
 - a) Skala Apgar
 - b) Skala Silvermana
4. Monitorowanie i ocena podstawowych czynności życiowych noworodka
 5. Zjawiska adaptacyjne, stany przejściowe u noworodka
6. Problemy pielęgnacyjne

Literatura:

1. Bałanda A. (red.): Opieka nad noworodkiem. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009
2. Szczapa J. (red.) Gadzinowski J., Hnatyszyn G., Kęsiak M.: Podstawy neonatologii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010
3. Helwich E. (red.wyd.pol.): Resuscytacja noworodka. Wydawnictwo Elsevier, Wrocław 2013
4. Helwich E.: Wcześniak. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002
5. Rutkowska M., Adamska E., Reško-Zachara M.: Resuscytacja noworodka. Alfa-Medica Press, Bielsko-Biała 2011
6. Rutkowska M.: Rekomendacje dotyczące postępowania z matką oraz noworodkiem urodzonym na granicy przeżycia z uwzględnieniem aspektów etycznych. Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia, t.5, z.1/2012, s. 5-13

Anatomia i fizjologia noworodka

-układ krążenia

-układ oddechowy

OKRES NOWORODKOWY

Okres noworodkowy – trwa od urodzenia do ukończenia 28 dnia życia.

Cechy charakterystyczne noworodka donoszonego:

dobry stan odżywienia, głośny krzyk, duża głowa, obwód głowy większy od obwodu klatki piersiowej, stosunkowo długi tułów, krótkie kończyny zgięte w stawach, beczkowata klatka piersiowa, duży wysklepiony brzuszek.

28 wyjątkowych dni...

Kilka godzin przed...

Kilka chwil po...

Zauważ potrzeby dziecka!

KLASYFIKACJA NOWORODKÓW

w zależności od wieku płodowego

* noworodek donoszony - urodzony po ukończeniu 37 tyg. do ukończenia 41 tyg. ciąży

* noworodek przedwcześnie urodzony – urodzony po ukończeniu 22 a przed ukończeniem 37 tyg.

*noworodek urodzony po terminie – urodzony po ukończeniu 42 tyg. ciąży

Pojęcia: późne wcześniaki, noworodki bardzo niedojrzałe, noworodki ekstremalnie niedojrzałe, noworodki płodowe, ciąża przenoszona

KLASYFIKACJA NOWORODKÓW

w zależności od urodzeniowej masy ciała

Prawidłowa masa ciała – od 2501 g do 4000 g (4500 g)

Mała urodzeniowa masa ciała (*LBW- low birth weight*)

1501 g – 2500 g

Bardzo mała urodzeniowa masa ciała (*VLBW- very low birth weight*) 1001 g – 1500 g

Skrajnie mała urodzeniowa masa ciała (*ELBW- extremely low birth weight*) 1000 g i mniej

KLASYFIKACJA NOWORODKÓW

w zależności od wieku płodowego i urodzeniowej masy ciała

- Noworodek eutroficzny -AGA (*appropriate for gestational age*) – noworodki z masą ciała odpowiednią do wieku płodowego (wartość urodzeniowej masy ciała mieści się w kanale normy siatki centylowej, czyli pomiędzy 10 a 90 percentylem)
- Noworodek hipotroficzny - SGA (*small for gestational age*) – noworodki z masą ciała za małą do wieku płodowego (wartość urodzeniowej masy ciała znajduje się poniżej 10 percentyla albo poniżej dwóch odchyłeń standardowych)
- Noworodek hipertroficzny – LGA (*large for gestational age*) – noworodki z masą ciała za dużą do wieku płodowego (wartość urodzeniowej masy ciała znajduje się powyżej 90 percentyla albo powyżej dwóch odchyłeń standardowych)
- Księga Rekordów Guinnessa podaje, że w 1879 roku na świat przyszedł najcięższy noworodek na świecie – ważył 10,4 kg. Niestety po 11 godzinach zmarł. 1955 roku, a następnie w 1982 roku urodziły się dzieci ważące 10,2 kg – one przeżyły. Temat ogromnych noworodków jest o tyle aktualny, że 28 września 2009 roku na Sumatrze na świat przyszło dziecko ważące 8,7 kg i mierzące 62 cm. Poród odbył się poprzez cesarskie cięcie. Noworodek okazał się być całkowicie zdrowy, a jego dużą wagę lekarze przypisują cukrzycy, na którą choruje 41-letnia matka dziecka.

Ten chłopiec urodził się w 25 tygodniu ciąży. Ważył 275 gramów

Narodziny małego Niemca w czerwcu 2009 r. w szpitalu w Getyndze były światową sensacją. Zwykle niemowlaki ważące mniej niż 350 gramów nie przeżywają. Chłopczyk **przebywał przez pół roku w inkubatorze**

ADAPTACJA DO ŻYCIA POZAMACICZNEGO

Okres płodowy :

- Płuca wypełnione płynem
- Brak wymiany gazowej w płucach
- Krążenie łożyskowe
- Przepływ krwi przez otwór owalny
- Przepływ krwi przez przewód tętniczy Botalla
- Przepływ krwi przez przewód żylny Arancjusza
- Wysokie opory w krążeniu płucnym
- Niskie opory w krążeniu systemowym

1. Aktualnie za granicę możliwości przeżycia noworodka uznaje się:

- 20 t.c
- 24 t.c
- 26 t.c
- 28 t.c
- 30 t.c.

Płuca płodu

- Płuca płodu nie biorą udziału w wymianie gazowej
- Drogi oddechowe i pęcherzyki płucne są wypełnione płynem płucnym (40-60ml) wytwarzanym przez pneumocyty- płyn płucny warunkuje prawidłowy wzrost płuc w okresie płodowym (niedobór prowadzi do hipoplazji płuc)
- Ruchy oddechowe obserwowane podczas badań USG od końca 1 trymestru nie spełniają funkcji oddechowej, ale przygotowują mięśnie klatki piersiowej i przeponę do pracy po urodzeniu, są również istotne dla prawidłowego wzrastania płuc
- Od ok 20 tygodnia pneumocyty II rzędu zaczynają wytwarzać surfaktant- substancję powierzchniowo czynną, będącą mieszaniną fosfolipidów, która zmniejsza napięcie powierzchniowe pęcherzyków płucnych zapobiegając ich zapadaniu się podczas wydechu.

Niepełny rozwój płuc w momencie narodzin

zwiększa ryzyko wystąpienia zakażeń

układu oddechowego u wcześniaków.

Adaptacja do życia pozamacicznego

ADAPTACJA DO ŻYCIA POZAMACICZNEGO

Po urodzeniu i po oddzieleniu krążenia łożyskowego

ADAPTACJA DO ŻYCIA POZAMACICZNEGO cd

Układ oddechowy noworodka

Podjęcie prawidłowego oddychania po urodzeniu

warunkowane jest przez:

1. Prawidłowy układ nerwowy z wrażliwymi ośrodkami oddechowymi i sprawnymi bodźcami przewodzącymi bodźce
2. Dojrzały układ mięśniowy wrażliwy na bodźce oddechowe
3. Dojrzałe morfologicznie, czynnościowo i biochemicznie płuca z prawidłową zawartością surfaktantu i z prawidłowo rozwiniętą siecią naczyń
4. Wydolny układ sercowo naczyniowy
5. Warunki zewnętrzne.

Pierwszy oddech noworodka

- Dotyk
- Zimno
- Ból
- Zmiany ciśnienia krwi
- Zmiany wartości prężności tlenu i dwutlenku węgla we krwi, zmiany stężeń jonów wodorowych

Reakcja ośrodka oddechowego na bodźce:

Stymulacja receptorów mechanicznych

Stymulacja baroreceptorów

Stymulacja chemoreceptorów

Odrębności fizjologiczne i anatomiczne układu oddechowego u noworodka

Odrębności fizjologiczne i anatomiczne układu oddechowego u noworodka

Szczapa J. (red.): Podstawy neonatologii, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2008

- **Noworodek oddycha wyłącznie przez nos**
- **Język noworodka** jest duży i zgięcie głowy do przodu może spowodować zamknięcie nagłośni
- **Nagłośnia** jest duża, ukształtowana w kształcie litery U, bardzo wrażliwa na urazy
- **Krtań** położona jest dogłównie i do przodu, co może powodować duszność podczas intubacji
- **Chrzóstka tarczowa** zamyka znaczną część dróg oddechowych- ryzyko wzrostu oporu w przypadku obrzęku, trudności w trakcie intubacji

Odrębności fizjologiczne i anatomiczne układu oddechowego u noworodka

Szczapa J. (red.): Podstawy neonatologii, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2008

- **Tchawica** jest wąska (ok.6mm), bardzo podatna, łatwo ulega zamknięciu przy nadmiernym zgięciu lub odchyleniu głowy
- Zmiany zapalne śluzówki tchawicy powodują wzrost oporu w drogach oddechowych
- **Pęcherzyki płucne** mają zdolność znacznego zwiększania pojemności, co wpływa na zmniejszenie ubocznej cyrkulacji powietrza i wzrost ucieczki gazów oddechowych
- **Naczynia płucne** są bardzo wrażliwe na działanie czynników wywołujących skurcz (jak niedotlenienie, kwasica, wzrost CO₂), co łatwo prowadzi do wzrostu oporu naczyniowego
- Odległość między pęcherzykami płucnymi a naczyniami włosowatymi jest zwiększona, co zmniejsza powierzchnię wymiany gazowej, zwłaszcza u niedojrzałych noworodków

Odrębności fizjologiczne i anatomiczne układu oddechowego u noworodka

Szczapa J. (red.): Podstawy neonatologii, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2008

- **Ściany klatki piersiowej** są nadmiernie podatne ze względu na wiotkość żeber, zwiększony wymiar przednio-tylny, poziome ułożenie żeber- prowadzi to do obniżenia czynnościowej objętości zalegającej (FRC)
- **Mięśnie oddechowe** są słabo rozwinięte, przy wzmożonym wysiłku oddechowym szybko dochodzi do ich wyczerpania
- **Mechanizmy centralnej i obwodowej regulacji oddychania** u wcześniaków są słabo wykształcone
- Obniżona i specyficzna reakcja na wzrost PaCO₂ i obniżenie PaO₂ jest przyczyną złej tolerancji niedotlenienia i napadów bezdechu

Wymienione **odrębności anatomiczne i fizjologiczne** oraz **niedobory surfaktantu** są częstą przyczyną **zaburzeń oddychania u noworodków**

Skale stosowane do oceny noworodka

SKALA APGAR

Skala Apgar

Ocena w skali Apgar

Ocena noworodka w skali Apgar może być dokonana na brzuchu matki, jeśli nie występują przeciwwskazania zdrowotne

Wyniki należy odnotować w dokumentacji medycznej.

Ocenę w skali Apgar należy przeprowadzić:

- 1) dwukrotnie: w 1 i 5 minucie życia (u noworodków urodzonych w stanie dobrym 8-10 pkt Apgar)
- 2) Czterokrotnie : w 1,3,5 i 10 minucie życia (u noworodków urodzonych w stanie średnim 4-7 pkt Apgar i ciężkim 0-3 pkt Apgar)

W oparciu o Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 w sprawie standardów postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem

Skala Apgar obejmuje ocenę:

- a) Oddechu, częstości serca, temperatury ciała, zabarwienia skóry, napięcia mięśniowego
- b) Oddechu, częstości serca, ciśnienia tętniczego, zabarwienia skóry, aktywności
- c) Oddechu, czynności serca, ciśnienia tętniczego, saturacji, zabarwienia skóry
- d) Oddechu, czynności serca, ciśnienia tętniczego, saturacji, napięcia mięśniowego
- e) Oddechu, czynności serca, reakcji na drażnienie, zabarwienia skóry, napięcia mięśniowego

Oceń noworodka w skali Apgar

- Czynność serca 120/min
- Oddech nieregularny
- żywa reakcja na bodźce
- tułów różowy, kończyny sine
- obniżone napięcie mięśniowe

2
1
2
1
1

7

Oceń noworodka w skali Apgar

- Czynność serca 90/ min
- Oddechy pojedyncze
- Odruchy: brak, wiotki
- Reakcja na bodźce: brak
- Kolor skóry: sinica

1
1
0
0
0

2

Oceń noworodka w skali Apgar

- czynność serca 130/min
- głośny płacz
- reakcja na bodźce: kicha, kaszle
- napięcie mięśniowe prawidłowe, ułożenie zgięciowe
- sinica obwodowa

2
2
2
2
1

9

Wskaż zdanie nieprawdziwe dotyczące oceny wg skali V. Apgar :

dokonywana jest w 1 , 3, 5, 10 minucie życia

na jej podstawie podejmowane są decyzje podczas resuscytacji

ocenie podlega : częstość pracy serca, oddech, kolor skóry, napięcie mięśniowe, reakcja na bodźce

punktacja mieszcząca się w przedziale 0 – 3 pkt oznacza stan ciężki
stosowana jest zarówno u noworodków donoszonych jak i przedwcześnie urodzonych
Monitorowanie i ocena podstawowych czynności życiowych noworodka
Monitorowanie i ocena podstawowych czynności życiowych noworodka
Monitorowanie czynności serca
Monitorowanie oddechu
Monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi
Monitorowanie wysycenia hemoglobiny tlenem
Monitorowanie temperatury
Monitorowanie ośrodkowego ciśnienia żylnego
Monitorowanie diurezy
Monitorowanie bólu
Obserwacje stanu klinicznego
Okresy snu, odpoczynku, czuwania, aktywności
Obserwacja pozycji, ułożenia
Obserwacja funkcjonowania poszczególnych narządów (pokarmowy, oddechowy, krążenia, moczowy, nerwowy)
Obserwacja skóry (zabarwienie, napięcie, zmiany fizjologiczne i patologiczne)
Relacje z rodzicami

Obserwacje:

- przez pielęgniarki
- przez lekarza
- przez rodziców

Stałym elementem monitorowania stanu dziecka są systematyczne pomiary antropometryczne

Pomiary:

Masy ciała (1x dobę)
Długości (1x na tydzień)
Obwodu głowy (1x na tydzień)
Obwodu brzuszka
MASA CIAŁA
Prawidłowa masa ciała
noworodka donoszonego:
2501-4500g (A. Bałanda)

Pourodzeniowy fizjologiczny spadek masy ciała –

występuje u większości noworodków w pierwszych 3-5 dobach życia, spadek m.c. wynosi średnio 5-7% (max. 10%) urodzeniowej m.c., wzrost masy ciała od 6-7 d.ż., wyrównanie do urodzeniowej masy ciała do 14d.ż.

Przyrosty masy ciała:

- do 3m-ca życia min. 500g/ m-c
- kolejne miesiące 400-500g/ m-c
- do końca 5 m-ca podwaja masę urodzeniową
- do końca 1 roku życia potraja masę urodzeniową

OCENA PRZYROSTÓW MASY CIAŁA (wg Ruth Lawrence)

- 0-3 miesiące 26-31g/d 182-217g/tydz.
- 3-6 miesięcy 17-18 g/d 119-126g/tydz.
- 6-9 miesiąc 12-13 g/d 84-91g/tydz.
- 9-12 miesiąc 9 g/d 63 g/tydz

DŁUGOŚĆ CIAŁA

-noworodek

–pomiar od ciemienia tylnego wzdłuż kręgosłupa do początku bruzdy pośladkowej, następnie wzdłuż kończyny dolnej (bez prostowania) aż do pięty. Długość noworodka **donoszonego** wynosi średnio 46-54cm (Bałanda A.)

- pomiar u dziecka leżącego na boku od szczytu głowy do punktu na powierzchni stopy, leżącego na przedłużeniu osi anatomicznej podudzia, uwzględniając wszystkie krzywizny ciała bez prostowania kończyn (Świetliński J.)

- przyrosty długości:

-do końca 1 r.ż. +½ długości urodzeniowej

Wzrost:

Pierwsze 6 m-cy 2,5 cm/m-c

6-12 miesięcy 1,27 cm/m-c

OBWÓD GŁOWY

Obwód głowy noworodka w wymiarze czołowo-potylicznym na wysokości guzów czołowych i guzowatości potylicznej zewnętrznej, ok. 1cm powyżej brwi ponad małżowinami usznymi.

-obwód głowy u noworodka eutroficznego wynosi 34-35 cm

Obwód głowy

Pierwsze 6 m-cy 1,27cm/m-c

6-12 miesięcy 0,64 cm/m-c

OBWÓD KLATKI PIERSIOWEJ

Obwód klatki piersiowej- pomiar wokół klatki piersiowej, wzdłuż linii wyznaczonej przez brodawki sutkowe i dolne kąty łopatek. U noworodka eutroficznego wynosi 32-34 cm.

Ocena oddychania

ODDECH

- Ocena oddechu:
- Rytm i typ oddechu

Norma 30-60/ min

- Szczapa 40-60/min
- Dyk 38-42/min
- Larsen 30-60/min
- Crash cours 40-60/min
- Tor oddechowy (u noworodka brzuszny tor oddechowy, ok. 7 rż przechodzi w piersiowy)
- Osluchiwanie (szmery fizjologiczne- szmer pęcherzykowy, oskrzelowy, szmer nad tchawicą)
- Kształt i wygląd klatki piersiowej (u noworodka klatka piersiowa beczkowata, zwrócić uwagę na ewentualne blizny, asymetrię)
- Krótkie przerwy (5-10 sekund) w oddychaniu noworodka uważane są za normę.

Bezdech

– przerwa w oddychaniu 20 sekundowa lub dłuższa, towarzyszy mu bradykardia, sinica, bledność, obniżone ciśnienie tętnicze

Tachypnoe

- szybki powierzchowny oddech- gorączka, choroby restrykcyjne płuc

Bradypnoe

- powolny oddech – przy wzroście ciśnienia śródczaszkowego, polekowe zahamowanie ośrodka oddechowego (morfina, opium), śpiączka cukrzycowa

Hyperpnoe

- szybki, głęboki oddech- wysięk, lęk, kwasica metaboliczna, wstrząs, niedokrwistość, śródmiąższowe choroby płuc, nadczynność tarczycy

-Oddech Cheyne- Stockesa

-cykliczne nasilanie i sptykanie oddechu aż do bezdechu, u dzieci i starszych podczas snu, w niewydolności krążenia, mocznicy, uszkodzeniach mózgu

Oddech Biota

–beładny, zupełnie nieregularny, w zatruciach, przy depresji nerwowej regulacji oddychania, w uszkodzeniach mózgu, w agonii

Oddech Kussmaula

- oddech zziąjanego psa, kwasica ketonowa, metaboliczna, gorączka

- **Gaspingi** – oddechy rybie, po odcięciu kontroli ośrodka oddechowego w rdzeniu przedłużonym, głębokie, pojedyncze wdechy z rdzenia kręgowego, ok 12/min. U płodu i noworodka po bezdechu pierwotnym
- **spazmy,**
- **Świsty-** ciągłe dźwięki na wdechu i wydechu 500-700Hz

- **Furczenia**- 100-200Hz
- **Trzeszczenia**- pojedyncze dźwięki podczas wdechu- obrzęk płuc, zapalenie płuc, zapalenie oskrzeli, zwłóknienia
- **Trzeszczenia tylko na szczycie wdechu**- niedodma
- **Stękanie wydechowe**- wydech przy zamkniętej głośni
- **Wheesing**- świst przy wydechu, stan astmatyczny
- **Stridor**- świst przy wdechu, wiotkość krtani, ciało obce w drogach oddechowych, poprawa w pozycji na brzuchu lub z odgiętą do tyłu głową

Zapach oddechu:

Halitoza- nieprzyjemny zapach z ust

1. Aceton, zapach zgnitych jabłek (cukrzyca, ketonemia, głódzenie)
2. Ryby, zepsute ryby –związki aminowe, azot (choroby nerek, mocznica)
3. Amoniak (niewydolność nerek)
4. Fetor hepaticus , słodki, mdlący, zapach stęchlizny (niewydolność wątroby)
5. Zapach stęchlizny (Helicobacter pylori)
6. Zapach owczego potu (u chorych na ospę)
7. Zapach ptasich piór (u chorych na odrę)
8. Zapach świeżego chleba (u chorych na dur brzuszny)
9. Zapach surowego mięsa (u chorych na żółtą febrę)
10. Nieświeże piwo (u chorych na gruźlicę)
11. Mdły zapach ropy (zapalenie migdałków, zatok)

Zaburzenia oddychania- objawy

Skala Silvermana

Skala Silvermana

- Stopień nasilenia zaburzeń oddychania można ocenić za pomocą punktowej **skali Silvermana**.
- Za każdy z ocenianych pięciu elementów przyznajemy od **0 do 2 punktów**
- **Najwyższa punktacja (10) oznacza maksymalne nasilenie zaburzeń oddychania**
- Skala ta pozwala na **zobiektywizowanie** klinicznych obserwacji zaburzeń oddychania u noworodka.

Zespół śmierci łóżeczkowej (SIDS)

- profilaktyka!

Monitorowanie oddechu

Układ krążenia

AKCJA SERCA

- Norma 120-160 uderzeń/min.
 - Szeroki zakres normy wg Świetlińskiego 80-200 uderzeń/min
- zależność czynności serca od stanu aktywności dziecka

Ustawienie zakresów:

Wcześnieśnik 115- 180

Noworodek donoszony 100-180

ZNACZENIE ZINDYWIDUALIZOWEGO PODEJŚCIA

Bradykardia < 100 ud/min

- Głęboki sen
- Niedotlenienie
- Wychłodzenie
- Niektóre zaburzenia jonowe
- Kwasica
- Zaburzenia układu przewodzącego serca
- Encefalopatia
- Efekt stosowanych leków
- Stymulacja nerwu błędnego

Tachykardia >180ud/min

Niepokój, wzmożona aktywność, płacz

Przegrzanie

Zaburzenia w układzie przewodzącym serca

Początkowa faza wstrząsu

Efekt podawanych leków (np. kofeina)

Niedokrwistość

Pomiar czynności serca- osłuchiwanie

Pomiar czynności serca – pomiar tętna

Ocena:

- Liczby uderzeń (częstości)
- Napięcia (siły)
- Miarowości (rytmu)

Miejsca pomiaru tętna u noworodka

Czynniki wpływające na wzrost szybkości tętna:

- Choroby gorączkowe (wzrost temperatury o 1°C powoduje wzrost tętna o 10-20 ud./min.)
- Choroby serca (niewydolność, nerwica)
- Hipowolemia
- Niedokrwistość

Monitorowanie czynności serca - EKG

Kardiomonitor, monitor wieloczynnościowy

Właściwe wykorzystanie alarmów

Zakresy alarmów

Czasowe zawieszanie alarmów

Głośność alarmów

Zmęczenie alarmami

ZAPIS EKG

- **Jednoodprowadzeniowe** (za pomocą 3 elektrod umieszczonych na klatce piersiowej) przy użyciu kardiomonitora

pozwała na ocenę czynności elektrycznej serca i zaobserwowanie ewentualnych zaburzeń rytmu

- **Pełny zapis EKG, dwunastoodprowadzeniowe EKG** (przy wykorzystaniu 4 elektrod kończynowych i 6 przedsercowych)

Odprowadzenia :

3 dwubiegunowe kończynowe Einthovena (I, II, III)

3 jednobiegunowe kończynowe wzmocnione Goldbergera (aVR, aVL, aVF)

6 jednobiegunowych przedsercowych Wilsona (V1, V2, V3, V4 V5, V6)

pozwała na dokładniejszą analizę zaburzeń rytmu, zaburzeń przewodzenia.

Najnowsze wytyczne ERC (2015 rok) rekomendują rutynowe korzystanie z monitorowania EKG podczas prowadzenia resuscytacji bezpośrednio po urodzeniu noworodka

Monitorowanie czynności serca - pulsoksymetr

Ocena perfuzji obwodowej

Powrót włócnikowy (CRT –capillary refill time)

Jest orientacyjnym badaniem mającym na celu ocenę perfuzji obwodowej.

Dostępne dane nie pozwalają jednoznacznie ustalić prawidłowej wartości CRT u noworodków < 7 doby życia.

Badanie polega na :

-uciśnięciu z umiarkowaną siłą obwodowej części kończyny (preferowanym miejscem jest **palec dłoni**) przez **5 sekund**.

-pomiar najlepiej przeprowadzić w temperaturze pokojowej 20-25 st.C

-zaleca się stosowanie stopera, wartości należy podawać w sekundach (unikać zwrotu przedłużony CRT)

-powrót ukrwienia w uciśniętym miejscu po czasie dłuższym niż **3 sekundy** należy traktować jako zjawisko nieprawidłowe.

-powyżej 7 doby życia za prawidłowe należy uznać CRT≤2s, za nieprawidłowe CRT ≥3s, wartości 2-3 s należy uznać za graniczne.

Fleming i wsp. www.mp.pl/pediatric/praktyka-kliniczna/procedury/107957

Ciśnienie tętnicze

Zależy od:

1. Siły skurczowej serca
2. Objętości krwi krążącej
3. Oporów naczyniowych

CIŚNIENIE TĘTNICZE

- **Metoda napływowa, pomiar oscylometryczny, metoda nieinwazyjna :**

- Znaczenie prawidłowego dobrania mankietu (szerokość mankietu= 50% obwodu kończyny)
- ✓ zbyt wąski mankiet zawyża pomiar
- ✓ zbyt szeroki mankiet zaniża pomiar
- Norma u noworodka donoszonego

- skurczowe 65-95 mm Hg
- rozkurczowe 30-69 mm Hg
- średnie u wcześniaków 24-43 mm Hg,
u noworodka donoszonego w 1 dobie 33-53 mm Hg,
w 4 dobie 33-70 mm Hg

- Minimalne średnie ciśnienie

ŚREDNIE CIŚNIENIE TĘTNICZE

$$\text{MAP} = \frac{2}{3} \text{ - ROZKURCZOWE} + \frac{1}{3} \text{ - SKURCZOWE}$$

$$\text{MAP} = \frac{1}{3} \text{ ROZKURCZOWE} + \frac{2}{3} \text{ (SKURCZ. - ROZKURCZ.)}$$

W praktyce przyjmuje się, że ciśnienie tętnicze jest prawidłowe tak długo jak:

- Utrzymana jest prawidłowa diureza >1ml/kg/h
- Utrzymana jest prawidłowa perfuzja obwodowa (CRT ≤3s)
- Nie stwierdza się kwasicy metabolicznej u noworodka

Różnica wartości ciśnienia skurczowego między kończyną górną a dolną > **10 mmHg** może sugerować koarktację aorty lub inne nieprawidłowości aorty.

Częstość pomiaru ciśnienia tętniczego

- U noworodków z założoną linią tętniczą –pomiar inwazyjny- ciśnienie **monitorowane w sposób ciągły**, dane zapisujemy co godzinę
- U noworodków z wlewem katecholamin lub innych leków naczynioaktywnych –pomiar ciągły jeżeli założona linia centralna lub **nie rzadziej niż co 4 godziny**, u niestabilnych **co godzinę**
- Przy problemach krążeniowych, schorzeniach nerek, przy umiarkowanym pogorszeniu stanu klinicznego- **co 4-6 godzin** lub zgodnie z zaleceniami konsultanta
- Po zabiegu operacyjnym – przez pierwsze 2 godziny **co 15-30 minut**, potem do końca pierwszej doby nie rzadziej niż **co 4 godziny**
- W czasie transfuzji –przed podłączeniem krwi, po 15 minutach i po zakończeniu transfuzji
- Metody inwazyjne:

-ośrodkowe ciśnienie żyłne – jest to ciśnienie napełniania PK, świadczy o wielkości powrotu żylnego, norma 3-10mm Hg = 4-12 cm H₂O

↓OCŻ ↑RR - wzrost rzutu serca

↓OCŻ ↓RR -hipowolemia

↑OCŻ ↓RR - niewydolność krążenia lewokomorowa

-pomiar ciśnienia tętniczego metodą krwawą- kaniula założona w tętnicy pępowinowej, promieniowej lub piszczelowej tylnej. Do przepłukiwania stosujemy 0,9% NaCl /heparyny. Zawsze pamiętać o odpowietrzeniu układu

- Pomiar ciśnienia w tętnicy płucnej- cewniki z balonikami Swana-Ganza pozwalają na pomiar ciśnienia zaklinowanego w tętnicy płucnej oraz obliczenie przepływów i oporów w krążeniu płucnym

SATURACJA

- **Saturacja**

– procentowe wysycenie hemoglobiny tlenem

- Pulsoksymetr (działanie urządzenia, położenie czujnika, zakłócenia pracy)
- Po upływie 4 godz od porodu saturacja zdrowego noworodka powinna utrzymywać się powyżej 95%
- Norma w trakcie tlenoterapii 90-95% !!!
- Saturacja krwi obwodowej (odczyt z pulsoksymetru)-świadczy o zawartości tlenu we krwi np. SpO₂ 91% oznacza, że 91% hemoglobiny jest wysycone tlenem)

SpO₂

- Saturacja krwi tętniczej (oznaczana w gazometrii)

SaO₂

W którym miejscu zakładamy czujnik pulsoksymetru u noworodka?

Stopa? Prawa? Lewa?

Dłoń? Prawa? Lewa?

Akceptowane wartości saturacji na prawej kończynie górnej po urodzeniu

Pomiar saturacji- przesiewowe badanie pulsoksymetryczne

PRZESIEWOWE BADANIE PULSOKSYMERYCZNE

- Przesiewowe badanie pulsoksymetryczne wykonuje się w celu wczesnego wykrycia **bezobjawowych krytycznych wad serca**.
- Pomiar saturacji należy przeprowadzić na kończynie dolnej w ciągu **2-3 minut** w czasie między **4 a 24 godziną po urodzeniu oraz przed wypisaniem z oddziału**
- **Saturacja $\leq 95\%$** jest wskazaniem do wykonania badania echokardiograficznego w trybie pilnym

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r., określające procedury postępowania w opiece nad kobietą i dzieckiem podczas ciąży fizjologicznej, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.U. 2012 nr 0 poz. 1100) Przepisy te weszły w życie 4 października 2012r.)

Aktualizacja: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2015r. Zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów postępowania medycznego...

Optymalny zakres utrzymania SpO₂ u wcześniaków <28 t.c. do 36 t.c. mieści się w zakresie:

90-95%

85-90%

95-98%

80-85%

80-90%

Monitorowanie diurezy

DIUREZA

- Ocena diurezy u noworodka
- Norma :
1 doba 0,5- 1,0 ml/kg m.c./godz.
2 doba 1,0-2,0 ml/kg m.c./godz
3 doba 2,0-4,0 ml/kg m.c./godz.
• Oliguria – poniżej 1 ml/kg m.c./ godz.
• Objawy odwodnienia i przewodnienia

1. Noworodek o masie 2000g w pierwszej dobie życia oddał 32 ml moczu. Diureza u tego noworodka jest:

- A) prawidłowa
- B) poniżej normy
- C) powyżej normy

Odp. A

W pierwszej dobie noworodek oddaje 0,5-1,0 ml moczu/kg/h

Prawidłowa diureza dla noworodka o masie 2000g w 1 dobie:

Min. $0,5 \times 2 \times 24 = 24\text{ml}$

Max. $1,0 \times 2 \times 24 = 48\text{ ml}$

2. Noworodek o masie 4000g w 2 dobie życia pomiędzy godziną 7.00 a 15.00 oddał 25 ml moczu. Oceń diurezę.

- a) Prawidłowa
- b) Za niska
- c) Za duża

Odp. b)

W 2 dobie życia noworodek oddaje 1-2ml moczu/kg m.c./h

W ciągu 8 godzin noworodek o masie 4 kg powinien oddać pomiędzy 32 a 64 ml moczu

$1 \times 4 \times 8 = 32$

$2 \times 4 \times 8 = 64$

TERMOREGULACJA

TERMOREGULACJA

Termoregulacja jest to zdolność do utrzymywania równowagi między produkcją i utratą ciepła, ma ona na celu utrzymywanie temperatury ciała w zakresie norm dla danego gatunku.

Ciepłota płodu (ok. 37 °C) w dużym stopniu uzależniona jest od temperatury matki. Ośrodek termoregulacji zaczyna rozwijać się u człowieka już w 6 miesiącu życia płodowego, od 26 tygodnia płód wytwarza brunatną tkankę tłuszczową.

Człowiek jest organizmem stałocieplnym

Donoszone noworodki są zdolne do utrzymywania prawidłowej ciepłoty ciała przez pewien czas w otoczeniu o niższej temperaturze.

Zdolność ta jest w znacznym stopniu ograniczona u noworodków przedwcześnie urodzonych i hipotroficznym.

U najmniejszych dzieci ciepłota ciała jest uzależniona w dużej mierze od temperatury otoczenia.

PRAWIDŁOWA TEMPERATURA CIAŁA

Wewnętrzna temperatura ciała mierzona w odbytnicy lub w przełyku wynosi wg. AAP

36,5-37,5 °C

Przyjmuje się, że pomiar ciepłoty

w dole pachowym odpowiada

wartości temperatury centralnej

Ciepłota skóry (mierzona na brzuchu w okolicy wątroby) jest nieco niższa :

36,0- 36,5 °C (AAP)

36,2- 37,2 °C (Szczapa)

Temperatura ciała człowieka może zmieniać się wraz z cyklem okołodobowym. Najniższe wartości temperatury mamy między 23:00 a 3:00, a najwyższe pomiędzy 10 :00 a 18:00.

Ośrodek termoregulacji

Ośrodek termoregulacji

to zespół struktur neuronowych w **podwzgórzu i pniu mózgu** odpowiedzialny za utrzymanie równowagi między produkcją i utratą ciepła.

Jak organizm człowieka produkuje ciepło?

- Dorosły – przyspieszenie metabolizmu
 - zwężenie naczyń krwionośnych,
 - niewydzielanie potu,
 - nastroszenie włosów
 - skulona postawa
 - wzrost napięcia mięśni,
 - ich drżenie czy skurcze (dreszcze),
 - praca fizyczna
- Noworodek
 - termogeneza bezdrżeniowa – wykorzystanie brunatnej tkanki tłuszczowej (u donoszonego **5-10%** masy ciała, u wcześniaka **1 %**), pod wpływem noradrenaliny dochodzi do lipolizy tkanki brunatnej z uwolnieniem ciepła
 - wzrost aktywności metabolicznej,
 - wzrost zużycia tlenu

Mechanizmy utraty ciepła u noworodka

- otoczenie noworodka

Mechanizmy fizyczne (drogi utraty ciepła):

-konwekcja

-parowanie

-promieniowanie

-przewodzenie

Zwrócić uwagę na: temperaturę i ruch powietrza, ciepłotę powierzchni i przedmiotów, wilgotność powietrza

Temperatura neutralna

Neutralna ciepłota otoczenia pozwala na utrzymanie przez dziecko optymalnej temperatury ciała.

Pozwala na zminimalizowanie zużycia tlenu i wydatku energetycznego noworodka przy utrzymaniu prawidłowej temperatury ciała

Dlaczego wcześniak/hipotrofik/chory noworodek jest bardziej narażony na hipotermię?

- Niekorzystny stosunek powierzchni ciała do jego masy
- Ułożenie ciała

- Unaczynienie
- Niedojrzała skóra
- Niedojrzały ośrodek termoregulacji
- Małe zapasy brunatnej i białej tkanki tłuszczowej
- Niezdolność do uzyskania ciepła na drodze drżeniowej
- Niedobór glikogenu, rezerw energetycznych
- Wzmożona utrata ciepła po urodzeniu

Wpływ hipotermii na organizm noworodka

Objawy hipotermii u noworodka

- Obniżenie temperatury powierzchniowej
- Zmniejszenie aktywności ruchowej
- Niechęć do ssania, senność
- Bładość (czasem ogólnej bładoci towarzyszy zaczerwienienie obwodowych części kończyn), sinica uogólniona, obrzęki
- Obniżenie temperatury głębokiej
- Bradykardia
- Obniżenie ciśnienia tętniczego krwi
- Nieregularne oddychanie, bezdech, stękanie wydechowe, zwiększenie zapotrzebowania na tlen, pogorszenie wydolności oddechowej
- Osłabienie lub zniesienie odruchów
- Wzdęcie brzucha, zalegania, ulewania, wymioty
- Krwotok płucny
- Hipoglikemia, hiperkaliemia, kwasica metaboliczna
- Większe ryzyko wylewów śródczaszkowych
- Większe ryzyko żółtaczki jąder podkorowych
- Zaburzenia krzepnięcia
- Zgon

HIPOTERMIA- hamuje syntezę surfaktantu endogennego i niweluje działanie surfaktantu stosowanego leczniczo!!!

Klasyfikacja hipotermii w/g WHO

- Hipotermia łagodna

36,0-36,4° C

- Hipotermia umiarkowana

32,0-35,9° C

- Hipotermia ciężka

<32,0° C

HIPOTERMIA?

Pomyśl o:

- Drogach utraty ciepła, przyczynach jatrogennych, sprawdź sprzęt, sprawdź czy gazy są ogrzane
- Lekach podanych matce (diazepam ↓temperaturę)
- Posocznicy, IVH, niedotlenieniu okołoporodowym, NEC
- Hipoglikemii
- Wady serca
- Niektóre wady wrodzone (przepuklina oponowo-rdzeniowa, wytrzewienie)

HIPERTERMIA - objawy

-Podwyższenie głębokiej ciepłoty ciała > 37,5° C

-tachykardia, tachypnoe

-niepokój,

-hipotensja w wyniku obwodowej wazodylatacji

-odwodnienie

-bezdech i drgawki (wpływ hipertermii na oun)

HIPERTERMIA?

- Pomyśl o:

-przyczynach jatrogennych (awaria sprzętu, fototerapia, przegrzanie, folia)

-stanie przejściowym u noworodka

-odwodnieniu lub niewłaściwym ubraniu w czasie upałów

-lekach podawanych matce w czasie porodu (ZZO)

-infekcji

Jak często mierzyć temperaturę u noworodka?

W czasie hospitalizacji, w warunkach typowych:

co 4 godziny

W przypadku zarejestrowania nieprawidłowości, po zabiegach, przy fototerapii, po zmianie inkubatora

co 30-60 minut

Pomiar ciągły- noworodki w inkubatorze, hipotermia lecznicza, ciężki stan noworodka

Pomiar temperatury u noworodka

termometr szklany

termometr paskowy

termometr elektroniczny klasyczny

termometr elektroniczny sensorowy

termometr na podczerwień dotykowy lub skanujący

termo smoczek

Jak zapewnić noworodkowi właściwą temperaturę?

Skóra do skóry

Inkubatory

Inkubatory

Inkubatory

Inkubatory

Stanowisko do resuscytacji

Promienniki ciepła, lampy grzewcze

Materacyki grzewcze

Temperatura pomieszczenia

Worki foliowe

Zachowanie noworodka, pozycja ciała,

reakcje, odruchy

POZYCJA CIAŁA

Ocena ułożenia ciała noworodka donoszonego i wcześniaka

Zmiany ułożenia ciała noworodka

Gniazdka (rogale, banany), wałki

Układanie noworodka w łóżeczku

Noszenie noworodka

Kangurowanie

Pozycjonowanie noworodka

- Pozycje drenażowe- chore płuco wyżej
- Pozycja na brzuchu- ułatwia oddychanie, bezdech, ZZO, BPD, ARDS, uwaga ! Zwiększa ryzyko SIDS
- Pozycja Trendelenburga- duża ilość wydzieliny, noworodek ulewający, wymiotujący
- Pozycja horyzontalna- po NL
- Pozycja na plecach z nogami zgiętymi w stawach i uniesionymi- zmniejszenie napięcia mięśni brzucha

Ułożenie odgięciowe – wiotkość krtani, trisomia 18, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, tężec, pierścienie naczyniowe, refluks żołądkowo- przełykowy

TLENOTERAPIA

- Tlenoterapia – definicja, zasady
- Hipoksemia i hipoksja
- Bezdech
- Rodzaje tlenoterapii

- czynna (wentylacja mechaniczna, nCPAP)

- bierna (cewnik donosowy, namiot, do inkubatora)

- Monitorowanie podczas tlenoterapii

- oksymetria (analyzer tlenowy)

- pulsoksymetria

- monitorowanie oddechu, akcji serca, ciepłoty ciała

Obserwacja i badanie noworodka

W oparciu o Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 w sprawie standardów postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem
Bezpośrednio po urodzeniu należy umożliwić dziecku nieprzerwany kontakt z matką „skóra do skóry”, który będzie trwał co najmniej dwie godziny po porodzie.

Należy pamiętać o wysuszeniu skóry noworodka i zapewnieniu matce i dziecku odpowiedniej temperatury otoczenia.

Należy w tym czasie obserwować matkę i dziecko, zwracając uwagę na zachowanie noworodka, oddychanie, kolor skóry, aktywność, zachęcać do rozpoznania momentu, kiedy dziecko będzie gotowe do rozpoczęcia ssania piersi, wspomagać matkę i noworodka podczas pierwszego przystawienia do piersi

Wcześniejsze przerwanie kontaktu w sytuacji wystąpienia zagrożenia życia lub zdrowia matki lub noworodka powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej

Komfort noworodka

Ciepło, komfort termiczny

Przygaszone światło

Cisza, znane dźwięki, głosy rodziców

Zapach mamy

Czuły dotyk, otulenie, oparcie

Dobre bakterie

Pokarm

= kontakt skóra do skóry

Po zakończeniu pierwszego kontaktu z matką i zapewnieniu noworodkowi właściwej temperatury otoczenia należy dokonać, najlepiej w obecności matki, oceny:

1. Stanu ogólnego noworodka i jego adaptacji pourodzeniowej, ze szczególnym uwzględnieniem czynności układu oddechowego i krążenia

2. Ewentualnej obecności wad wrodzonych- sprawdzić drożność przetyku, nozdrzy przednich i tylnych oraz odbytu

3. Ewentualnej obecności uszkodzeń wynikających z przebiegu porodu

Ocena noworodka obejmuje:

Wywiad, analizę dokumentacji

obserwację dziecka, w tym ocenę jego spontanicznej ruchliwości,

pomiary,

badanie fizykalne (w tym badanie neurologiczne).

Analiza dokumentacji i zebranie wywiadu:

- Podczas rozmowy z matką staramy się ocenić jej kompetencje, relacje z dzieckiem.
- Analizując dokumentację zwracamy uwagę na : wiek rodziców, wywiad chorobowy matki, leki stosowane przez matkę, używki i styl życia, wywiad rodzinny, wywiad położniczy, przebieg obecnej ciąży, przebieg porodu, badania wykonywane w czasie ciąży, stan noworodka po urodzeniu, wiek płodowy (w razie potrzeby przeprowadzić ocenę dojrzałości)

Obserwacja dziecka powinna obejmować ocenę:

symetrii budowy ciała ułożenia (ewentualne zajmowania pozycji przymusowej),

odżywienia,

spontanicznej aktywności ruchowej,

świadomości,

wyrazu twarzy,

zabarwienia i ucieplenia skóry,

sposobu oddychania.

- **Poszerzone badanie kliniczne** neonatolog lub pediatra powinien przeprowadzić w ciągu pierwszych 12 godzin życia, w cichym, ciepłym pomieszczeniu (23-25 C). Zwykle ocenia się noworodka „od góry do dołu”, ale dobrze jest dostosować badanie do stanu aktywności dziecka.

Badanie należy przeprowadzić w obecności matki lub ojca

- **Czynności wstępne:**

- Pomiar ciepłoty ciała

- Ocena zabarwienia powłok skórnych

- Ocena wydolności oddechowej (tor oddychania, częstość oddechów, zaburzenia oddychania)
- Ocena stanu świadomości
- Ocena napięcia mięśniowego i aktywności ruchowej

PLAN BADANIA KLINICZNEGO

1. WYGLĄD DZIECKA:

- ocena ułożenia ciała
- ocena zabarwienia powłok skórnych (różowe, czerwone, blade, sine, żółte)
- badanie w kierunku występowania ewentualnych nieprawidłowości uwarunkowanych chromosomalnie (zespół Downa, zespół Turnera, zespół Edwardsa)
- ocena adekwatności masy ciała do czasu trwania ciąży (prawidłowa, za duża, za mała) i w przypadku wątpliwości ocena dojrzałości wg skali Ballard

Skala Ballard

Skala Ballarda jest skróconą skalą.

Uwzględnia ona punktową ocenę (1-5 punktów) 6 cech morfologicznych i 7 cech dojrzałości nerwowo-mięśniowej noworodka.

Suma punktów pozwala określić czas trwania ciąży z dokładnością do ± 2 tygodni.

SKALE BALLARD

Ocena dojrzałości noworodka wg Ballarda i wsp –cechy morfologiczne

SKALA BALLARD

Ocena dojrzałości noworodka wg Ballarda i wsp. Cechy układu nerwowo-mięśniowego

Ocena punktowa wg skali Ballarda i wsp.

PLAN BADANIA KLINICZNEGO

2. SKÓRA

- – zabarwienie skóry
- - rumień toksyczny
- - wybroczyny
- - obrzęki
- - sinica centralna i obwodowa
- - ocena zaburzeń krążenia obwodowego (czas rekapilaryzacji max 3 sek u noworodka ocena na mostku)
- - zażółcenie powłok
- - dyschromia Harlequina/ Arlekina
- - meszek płodowy (od 20 hbd, zanika od 28 hbd)
- - maż płodowa od 20-24 hbd do 36 hbd potem powoli zanika)
- - potówki zwykłe i czerwone
- - bociani dziób, naczynek płaski
- - karotenemia
- - plamy mongolskie
- - znamiona
- - otarcia
- - rany pooperacyjne

Badanie skóry, tkanki podskórnej, obwodowych węzłów chłonnych

Badając noworodka należy ocenić rozwój tkanki podskórnej, zbadać obwodowe węzły chłonne dostępne badaniu palpacyjnemu, obejrzyć skórę dziecka.

Oglądając skórę noworodka należy zwrócić uwagę na możliwość występowania:

cech wcześniactwa i dystrofii,

cech przenoszenia,

rumienia noworodkowego (jest wyrazem znacznej wrażliwości skóry dziecka; pojawia się zwykle w drugiej dobie życia, w formie zwiewnych, intensywnie zaczerwienionych pól, w których dają się zauważyć nieliczne drobne grudki lub pęcherzyki wypełnione białawą lub żółtawą treścią – najczęściej zaleca się kąpiele z dodatkiem nadmanganianu potasu),

zaskórników (najliczniejsze w okolicy noska noworodka – prosowate, białawe grudki zawierające wydzielinę gruczołów łojowych – ustępują samoistnie w ciągu paru tygodni),

naczynek płaskich powiek i potylicy (ustępują samoistnie w ciągu paru tygodni),

naczyniaków innych części ciała (wymagają dokładnego określenia wielkości, kształtu, położenia, „mapowania” – odwzorowania na kalce technicznej celem porównania wielkości i kształtu w późniejszych miesiącach życia dziecka),
znamion barwnikowych (wymagają dokładnego określenia wielkość, kształtu, położenie, „mapowania”),
odbarwień skóry (wymagają dokładnego określenia wielkość, kształtu, położenia, „mapowania”).

PLAN BADANIA KLINICZNEGO

3. GŁOWA

- ocena wielkości, symetrii i kształtu głowy
- ciemiączka przednie (2-3 cm Bałanda, 2-4 cm Obuchowicz) i tylne (zarastanie ciemiączek tylne do 2 m-ca, przednie do 18 m-ca, max do 2 lat)
- pomiar obwodów głowy
- szerokość szwów czaszkowych (kraniostenoza, poszerzenie szwów)
- szwy czaszkowe (zarastanie szwów- czołowy 2 m-ce, strzałkowy 22 m-ce, wieńcowy 24 m-ce, węglowy 26 m-cy) - zachodzenie kości czaszki na siebie
- przedgłowie
- różnicowanie przedgłowia od krwika podokostnowego (zanika do 6-8 tyg)
- obecność urazów mechanicznych (kleszcze, vacuum- pęknięcia, wgniecenia)
- ubytki skórne (np. noworodki z trisomią 13)
- wielkość i napięcie ciemiączek
- stosunek wielkości twarzoczaszki do mózgowoczaszki,
- asymetria, nieprawidłowości w budowie twarzoczaszki,

Badanie główki noworodka

możliwość wystąpienia przedgłowia (ciastowaty obrzęk części, która przodowała – ustępuje samoistnie po paru dniach),
miętkość kości czaszki,
drobne wybroczyny do spojówek,
zmętnienie rogówki lub krew w przedniej komorze oka (wymaga natychmiastowej konsultacji okulistycznej),
ewentualny rozszczep wargi, podniebienia,
ewentualną obecność uszkodzenia mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego (kręcz karku)
ewentualne wole wrodzone.

PLAN BADANIA KLINICZNEGO

4. TWARZ, SZYJA:

- ocena budowy żuchwy i warg
- symetria twarzy
- kształt nosa, nasada nosa, drożność nozdrzy
- ocena osadzenia gałek ocznych
- płetwistość szyi, fałd skórny na szyi

PLAN BADANIA KLINICZNEGO

5. OCZY:

- objaw białej źrenicy- może być objawem retinoblastoma
 - konieczne pilne leczenie!
- objawy jaskry (czerwony refleks)
- test Hirschberga inaczey test odbłasków rogówkowych, jest to test, pozwalający określić w przybliżeniu kąt zeza. Ocenę ustawienia gałek ocznych wykonuje się obserwując położenie refleksu świetlnego, przy oświetleniu oczu za pomocą źródła światła ustawionego na wprost oczu w odległości 33 cm. Prawidłowo refleks powinien znajdować się w centrum źrenic obu oczu.
 - test przykrycia i odkrycia oka (cover-test)
 - badanie dna oka – rozważyć potrzebę
 - ocena dna oka u wcześniaków (badanie oftalmoskopowe)– w kierunku ROP
-
- drobne wybroczyny do spojówek,
- zmętnienie rogówki lub krew w przedniej komorze oka (wymaga natychmiastowej konsultacji okulistycznej),
- wylewy krwawe dospojówkowe i na dnie oka
 - zez dość często obserwowany w pierwszym miesiącu życia
- obecność wydzieliny w worku spojówkowym
- niedrożność kanalików łzowych- masaż Criglera

-ropna wydzielina, zaczerwienienie i obrzęk spojówek

- ciemnoniebieskie tęczęwki do 3-6 m-ca

-zarośnięte powieki od 3 m-ca do 23-26 (30) hbd

PLAN BADANIA KLINICZNEGO

6. USZY:

- - ocenić kształt,
- - wielkość małżowin,
- - wiotkość, elastyczność chrząstki (przed 34 hbd bez chrząstki)
- - nisko osadzone uszy,
- - obecność naddatków usznych,
- - wyrostki przyduszne
- - technika badania małżowin usznych
- - wzornikowanie ucha za pomocą otoskopu
- - przetoki

PLAN BADANIA KLINICZNEGO

7. JAMA USTNA:

- cofnięta żuchwa
- słabo wykształcona żuchwa
- asymetria ustawienia kąćków ust
- rozszczep podniebienia
- rozszczep wargi
- wielkość i kształt języka
- wędzidełko języka
- ssanie
- sprawdzenie drożności nozdrzy i przełyku
- obecność zębów
- czas i kolejność wyrzynania zębów mlecznych:
 - *siekacze dolne przyśrodkowe 6-9 miesiąc
 - *siekacze górne przyśrodkowe 8-12 miesiąc
 - *siekacze górne boczne 9-13 miesiąc
 - *siekacze dolne boczne 10-16 miesiąc
 - *pierwsze trzonowe górne 13-19 miesiąc
 - *pierwsze trzonowe dolne 14-18 miesiąc
 - *kły górne 16-22 miesiąc
 - *kły dolne 17- 23 miesiąc
 - *drugie trzonowe dolne 23-31 miesiąc
 - *drugie trzonowe górne 25-33 miesiąc

PLAN BADANIA KLINICZNEGO

8.KOŃCZYNY GÓRNE I DOLNE:

- ocena proporcji budowy,
- liczba palców (syndaktylia, polidaktylia)
- ocena ruchomości biernej i czynnej
- obecność ewentualnych objawów niedowładu splotu barkowego (porażenie typu Erba lub Klumpkego)
- obecność ewentualnych obrzęków
- sprawdzić czy nie doszło do złamania obojczyka
- sprawdzić ułożenie stóp, dłoni i całych kończyn
- ocena stawów biodrowych

OBJAW ORTOLANIEGO

Objaw Ortolaniego lub **objaw przeskakiwania** – objaw ortopedyczny stanowiący test przesiewowy dysplastycznych lub niestabilnych stawów biodrowych. Polega na słyszalnym i wyczuwalnym przeskakiwaniu biodra podczas biernego odwodzenia i rotacji na zewnątrz kończyny dolnej maksymalnie zgiętej w stawach kolanowych i biodrowych z jednoczesnym wciskaniem kończyny dolnej w kierunku panewki stawu biodrowego.

Test zaraz po i przez kilka dni po porodzie może być dodatni co jest normą fizjologiczną. Powinien ustąpić po paru dniach po porodzie.

OBJAW BARLOWA

Objaw Barlowa (manewr Barlowa) – objaw ortopedyczny stanowiący test przesiewowy dysplastycznych lub niestabilnych stawów biodrowych. Polega na wyczuwalnym palcami przemieszczeniu głowy kości udowej dziecka poza panewkę stawu biodrowego. Podczas wykonywania manewru lekarz obejmuje jedną ręką miednicę dziecka, z kciukiem ułożonym na spojeniu łonowym i pozostałymi palcami na kości krzyżowej, a drugą ręką obejmuje udo dziecka, z kciukiem na przyśrodkowej powierzchni uda i pozostałymi palcami w okolicy pośladkowo-krętarzowej. Podobnie jak manewr Ortolaniego rękoczyn ten powinien być wykonywany tylko przez wykwalifikowany personel medyczny.

Badanie układu kostno-stawowego

Badając układ kostno-stawowy należy zwrócić uwagę na:

zakres ruchomości stawów,

symetrię ruchów stawów,

wyczuwalne przeskakiwanie głowy kości udowej podczas nacisku na oba zgięte uda przy maksymalnym ich odwiedzeniu (**objaw Ortolaniego**) – znika po paru dniach od urodzenia,

wyczuwalne przemieszczenie głowy kości udowej poza panewkę stawu biodrowego i wyczuwalny powrót głowy kości udowej do panewki stawu (**objaw Barlowa**) – znika po paru dniach od urodzenia,

ograniczenie odwodzenia – badamy odwodząc kończynę zgiętą w stawie biodrowym pod kątem prostym, jako pełne odwodzenie uważa się kąt 90° u dziewczynek i nieco mniejszy u chłopców,

nierówność kończyn,

asymetrię fałdów pośladkowych,

koślawość,

szpotawość.

PLAN BADANIA KLINICZNEGO

9. KLATKA PIERSIOWA:

- ocena proporcji budowy z uwzględnieniem grzbietowej powierzchni kręgosłupa,

- ocena toru oddechowego i częstości oddechów,

- osłuchiwanie i ocena prawidłowości szmerów oddechowych

- opukiwanie i osłuchiwanie klatki piersiowej szczególnie w celu wykluczenia przepukliny przeponowej – z reguły lewostronnej.

- osłuchiwanie szmerów nad żołądkiem (objaw Dreschera – szmery oddechowe słyszalne w nadbrzuszu środkowym) – występuje w przypadku przetoki tchawiczno-przełykowej dolnej.

- osłuchiwanie tonów serca celem wykluczenia wad przeciekowych.

- ocena gruczołów sutkowych

Badanie klatki piersiowej

klatka piersiowa noworodka ma **kształt walcowaty**,

ustawiona jest **wdechowo**,

przebieg żeber jest **poziomy**,

obserwowane często **powiększenie brodawek sutkowych jest fizjologią** (jest ono wyrazem wpływu hormonów matki na organizm płodu; powiększenie to może się utrzymywać parę miesięcy, nie wymaga diagnostyki ani leczenia; niekiedy powiększeniu może towarzyszyć niewielki wyciek z brodawek sutkowych), częstość oddechów u noworodka waha się w granicach **35-50/min**.

akcja serca u noworodka waha się granicach **120-160/min**.

ciśnienie tętnicze

ciśnienie skurczowe 70 (+16) mmHg,

ciśnienie rozkurczowe 46 (+ 12) mmHg,

słyszalne niekiedy nad sercem szmery nie muszą towarzyszyć wadzie serca, mogą być wyrazem fizjologicznego utrzymywania się połączeń przetrwałych z krążenia płodowego, które samoistnie ulegną zamknięciu,

należy zbadać **obojczyki** (obmacując obojczyk możesz stwierdzić jego złamanie lub po paru dniach od złamania zgrubienie okostnej).

PLAN BADANIA KLINICZNEGO

10. UKŁAD KRAŻENIA:

- ocena tonów i szmerów serca,

- ocena uderzenia koniuszkowego

- ocena tętna na tętnicach ramiennych i udowych

PLAN BADANIA KLINICZNEGO

11. BRZUCH:

- ocena wątroby i śledziony
- badanie palpacyjne w kierunku wykrycia oporów patologicznych w jamie brzusznej
- próba wycucia nerek w celu wykrycia ewentualnych guzów lub wodonercza.

-Badając jamę brzuszną noworodka należy ocenić:

czy nie występują zewnętrzne nieprawidłowości w budowie? (przepukliny / rozstępy),

czy nie ma patologicznych rozszerzeń naczyń krwionośnych?,

wielkość narządów mięsistych,

PLAN BADANIA KLINICZNEGO

12. NARZĄDY PŁCIOWE:

- ocena prawidłowości i dojrzałości budowy narządów płciowych zewnętrznych
- obecność jąder w mosznie,
- ujście cewki moczowej (wierzchniactwo, spodziectwo)
- wodniak jądra
- przepukliny
- problem z oceną płci
- dokładne obejrzenie okolicy krocza i sprawdzenie drożności odbytu.

Badając noworodka **płci żeńskiej**

należy zwrócić uwagę na ewentualne nieprawidłowości w budowie zewnętrznych narządów płciowych (np. zrośnięcie warg sromowych, przerost techtaczki na kształt prącia).

Badając narządy płciowe noworodka **płci męskiej** należy ocenić:

obecność jąder w worku mosznowym,

wielkość worka mosznowego i wielkość jąder,

ujście cewki moczowej.

Brak jednego lub obu jąder w worku mosznowym nasuwa podejrzenie wnetrostwa lub braku jąder:

wnetrostwo (cryptorchismus) jedno- lub obustronne – zatrzymanie jądra w wędrówce do moszny. Przyczyną nie zstąpienia jąder są zaburzenia hormonalne. Niezstąpione jądro znajduje się w kanale pachwinowym lub jamie brzusznej.

wrodzony **brak jądra (monorchia)**,

wrodzony **brak obu jąder (anorchia)**.

Powiększenie jąder nasuwa podejrzenie **wodniaka lub przepukliny mosznowej**:

wodniak jądra (hydrocele testis) owstaje w wyniku nagromadzenia płynu surowiczego w odsznurowanym wyrostku pochwowym otrzewnej albo między trzewną i ścienną blaszką błony surowiczej. Wodniaki mogą być wrodzone lub nabyte. Wodniak jest balonowaty, gładki, chęłbocze, przepuszcza równomiernie światło latarki umieszczonej za wodniakiem (**diafanoskopia**) (inaczej to wygląda w przypadku przepukliny mosznowej lub nowotworu jądra). Wodniaki wrodzone najczęściej ustępują samoistnie do końca pierwszego roku życia.

Różnicowanie wodniaka jądra i przepukliny mosznowej.

Nieprawidłowa lokalizacja ujścia cewki moczowej:

spodziectwo (hypospadiasis) – jest najczęstszą wadą rozwojową męskiej cewki moczowej. Wada ta polega na niedorozwoju obwodowego odcinka cewki, której ujście leży na brzusznej powierzchni prącia w różnej odległości od szczytu żołądździ. Skrócenie cewki oraz włókniste pasmo w miejscu niewykształconego jej odcinka powoduje brzuszne wygięcie prącia. Brak jest również napletka na brzusznej powierzchni prącia, a jest jego nadmiar na powierzchni grzbietowej. W 25% przypadków spodziectwo współistnieje z innymi wadami układu moczowo-płciowego.

Zależnie od stopnia niedorozwoju cewki rozróżnia się spodziectwo:

żołądździowe,

prąciowe,

prąciowo-mosznowe,

kroczone.

wierzchniactwo (epispadiasis) – jest to wada wrodzona cewki moczowej polegająca na grzbietowym rozszczepieniu cewki moczowej, która w postaci rynienki przebiega na grzbietowej powierzchni skróconego prącia pomiędzy rozdzielonymi ciałami jamistymi. Napletek jest wykształcony tylko na brzusznej powierzchni prącia.

Zależnie od stopnia rozdwojenia cewki moczowej rozróżnia się wierzchniactwo:

żołądździowe,

prąciowe,

prąciowo-spojeniowe, czyli całkowite.

PLAN BADANIA KLINICZNEGO

13. OŚRODKOWY UKŁAD NERWOWY:

- ocena zachowania noworodka z oceną spontanicznej ruchliwości (stan pobudzenia, ciągły płacz, charakter krzyku, senność, apatia)

- ocena ułożenia kończyn i napięcia mięśniowego

- ocena symetrii odruchów Moro i chwytnych

- ustalenie wad w obrębie kręgosłupa z ewentualnym stwierdzeniem niedorozwoju kości krzyżowej

- sprawdzenie uciskaniem pęcherza moczowego kropelkowego wycieku moczu, co może być pierwszym objawem uszkodzenia neurogenego.

- ocena odruchów fizjologicznych noworodka.

Obserwacja noworodka w położeniu na plecach:

ułożenie zgięciowe kończy przy tonicznym napięciu prostowników tułowia - ułożenie zgięciowe kończyn jest typowe dla noworodka, od palców rąk po palce nóg wszystkie kończyny są zgięte w stawach, głowa ułożona jest asymetrycznie, obraca się stale na jedną lub drugą stronę, czuwający zdrowy noworodek energicznie zgina i prostuje kończyny, ruchy mają charakter nadmierny ze skłonnością do uogólniania się (ruchy kończyn powodują ruch całego ciała).

Obserwacja noworodka w położeniu na brzuchu:

w położeniu na brzuchu prostuje na przemian nóżki i wyciąga do przodu rączki w pobliże twarzy, po uciśnięciu stopy odbija się skokami do przodu (odruch pełzania), podnosi na moment chwiejnie główkę i z wielkim wysiłkiem zwraca ją na drugą stronę.

Oceny napięcia mięśniowego:

napięcie mięśniowe „czynne” (np. reakcja wyprostna tułowia w pozycji pionowej),

napięcie mięśniowe „bierne” (ocena oporu mięśni podczas wykonywania ruchów biernych kończynami – napięcie mięśniowe bierne jest dość silne)

Badanie układu nerwowego - ocena odruchów

chód automatyczny – oparty na odruchu prostowaniu nogi przy dotknięciu stopy i jednoczesnym zgięciu drugiej nogi (znika po paru tygodniach),

odruch chwytny rąk – po dotknięciu powierzchni dłoniowej ręki noworodka, szybko zaciska się kciuk i pozostałe palce rączki, utrzymując to zamknięcie przez kilka sekund, w podobny sposób występuje odruch chwytny w stopach (znika około 4 miesiąca życia),

reaguje na silne dźwięki i światło – marszczy czoło, mruga oczami, odruch Moro,

odruch płaczu – krzyk wyrażający potrzebę (noworodek płacze bez łez, dopiero od 6 miesiąca płacz zaczyna odzwierciedlać stan emocjonalny; niektóre zdrowe noworodki płaczą około 2 godzin bez uchwytnej przyczyny),

odruch ssania i połykania – odruch ssania jest tak silny, że tłumi inne uczucia łącznie z bólem (im młodszy noworodek – większy wcześniak, tym słabiej wykształcony odruch ssania),

Badanie układu nerwowego - ocena odruchów

odruch Moro

po uderzeniu gwałtownym w podłoże, na którym leży dziecko lub pociągnięciu za poduszkę, na której leży dziecko następuje rozrzucenie rąk i ich wyprostowanie wraz z wyprostowaniem palców (**pierwsza faza odruchu**), odruch wyprostowania kończyn dolnych jest mniej stały, na twarzy dziecka maluje się zaskoczenie, przestrasz;

w drugiej fazie następuje zgięcie i przywiedzenie kończyn górnych przypominające obejmowanie oraz zgięcie kończyn dolnych, cały odruch trwa około 2 sekundy

pojawia się około 7 miesiąca życia płodowego, faza pierwsza zanika około 4-5 miesiąca życia, faza druga po 2 miesiącu życia, brak odruchu u noworodka lub jego utrzymywanie się po 6 miesiącu życia uważane jest za patologię,

Badanie układu nerwowego - ocena odruchów

odruch szukania sutka lub ryjkowy – polega na zwracaniu głowy w stronę podrażnienia, otwieraniu ust i układaniu języka w kształcie rynienki w przypadku pobudzania skóry policzka po dotknięciu jakimś przedmiotem,

odruch wypluwania polega na usuwaniu z jamy ustnej językiem wszystkich pokarmów gęstych i stałych (znika po 3 miesiącu życia),

odruch cofania – polega na raptownym zgięciu kończyny dolnej po nieznacznym podrażnieniu stopy,

odrzuch skręcania tułowia (odrzuch Galanta) – przy podrażnieniu skóry pleców bocznie od wyrostków kolczystych, od strony głowy w kierunku doogonowym występuje jednoimienne (po stronie drażnienia) wygięcie kręgosłupa (odrzuch ten znika po czwarty miesiącu życia)

reakcja cofania – ruchy zginania kończyn dolnych przy bodźcach wywołujących ból (wykrywany od 10 tygodnia życia płodowego)

asymetryczny toniczny odruch szyjny – podczas obrotu głowy na bok następuje wyprost kończyn górnej i dolnej po tej stronie (tzn. po stronie twarzowej) (fizjologiczny do 6 miesiąca życia)

odrzuch wyprostny nadłonowy – ucisk na spojenie łonowe wyzwala wyprost kończyn dolnych, także stóp (znika po 4 miesiącu życia),

odrzuch wyprostny skrzyżowany – jednostronne zgięcie kończyny dolnej w stawie biodrowym i kolanowym prowadzi do wyprost drugie kończyny dolnej (odrzuch zanika po 4 miesiącu życia).

STANY ŚWIADOMOŚCI NOWORODKA

1. **Stan spokojnego czuwania** (mało ruchów, szeroko otwarte, ożywione oczy, wpatrywanie się, wsłuchiwanie się, naśladowanie mimiki, nie płacze)
2. **Stan aktywnego czuwania** (porusza się co jakiś czas, rozgląda się, wydaje ciche dźwięki, interesuje się pokazywanymi przedmiotami, mniej twarzami)
3. **Stan płaczu** (sposób komunikowania się noworodka z otoczeniem, przyczyny płaczu, uspokajanie noworodka)
4. **Stan senności** (gdy dziecko się budzi lub zasypia, może się lekko poruszać, przeciągać, marszczyć brwi, zaciskać usta, oczy są zamglone)
5. **Sen głęboki** (twarz dziecka jest odprężona, powieki zamknięte, nie poruszają się, dziecko nie porusza się, mogą występować drgania i leciutkie ruchy ust, oddech regularny, zwolniony)
6. **Sen aktywny** (oczy dziecka zwykle zamknięte, czasem trzepocą, otwierają się i zamykają, gałki oczne poruszają się REM, ruchy kończyn i całego ciała, zmiana pozycji, oddech szybszy, nieregularny, zabawne miny).

STAN SPOKOJNEGO CZUWANIA

STAN AKTYWNEGO CZUWANIA

STAN PŁACZU

SENNOŚĆ

GŁĘBOKI SEN

SEN AKTYWNY

Ocena stanu świadomości

Pobudzenie

Aktywność

Czuwanie

Letarg (przysypianie, podsypianie)

Przymglenie

Ośłupienie (stupor)

śpiączka

Zjawiska adaptacyjne

stany przejściowe noworodka

ADAPTACJA DO ŻYCIA POZAMACICZNEGO – STANY PRZEJŚCIOWE U NOWORODKA

Fizjologiczny spadek masy ciała

- Przyczyny: utrata wody z moczem, smółką, przez płuca, skórę, wysychanie pępowiny, wchłanianie mazi płodowej, mała podaż pokarmu
- Średnio spadek ten wynosi 5-7%, maksymalnie 10%. Ponowny przyrost masy ciała od 6-7 doby, wyrównanie masy urodzeniowej do 14 doby życia

ADAPTACJA DO ŻYCIA POZAMACICZNEGO – STANY PRZEJŚCIOWE U NOWORODKA

Żółtaczką fizjologiczną (*icterus neonatorum*) – przejściowa hiperbilirubinemia pojawiająca się u 50-70% noworodków donoszonych i 80% wcześniaków w 2 lub 3 dobie życia, osiągnąca szczyt w 3-4 dobie (maksymalne stężenie bilirubiny nie przekracza 15 mg%, ustępująca do 7-10 doby życia)

Żółtaczką fizjologiczną cd

Przyczyny żółtaczki fizjologicznej:

- Niewydolność enzymatyczna wątroby
- Niedojrzałość metabolizmu bilirubiny
- Niska aktywność UDPGT (transferazy urydylodwufosforoglukuronowej)
- Zaburzenia sprzęgania z kwasem glukuronowym

- Przejściowe zaburzenie transportu czynnego bilirubiny z i do hepatocytu
- Wzmożony rozpad erytrocytów spowodowany krótszym czasem ich przeżycia –ok.60-70 dni
- Niedojrzałość czynnościowa przewodu pokarmowego
- Zwiększone zwrotne wchłanianie bilirubiny z jelit

Żółtaczka fizjologiczna cd.

Przyczyny nasilenia żółtaczki:

- Niedojrzałość noworodka,
- Policytemia
- Czynniki mechaniczne utrudniające odpływ żółci
- Obecność krwiaków, wylewów krwawych
- Odwodnienie
- Zbyt mała podaż pokarmu

Kryteria rozpoznania żółtaczki fizjologicznej:

- Ujawnia się > 24 godziny życia
- Maksymalne stężenia bilirubiny całkowitej nie przekraczają:
 - 12 mg/dl w 4 dobie u noworodków donoszonych
 - 15 mg/dl w 7 dobie u noworodków urodzonych przedwcześnie
- Ustępuje bez leczenia do 7 doby u noworodków donoszonych i do 14 doby życia u wcześniaków

Schemat Kramera

Schemat Kramera służy do orientacyjnej oceny hiperbilirubinemii na podstawie zażółcenia powłok skórnych noworodka:

1. głowa i szyja do wysokości obojczyków –
5 mg/dl

2. od obojczyków do pępka - 6-8 mg/dl

3. od pępka do kolan - 9-12 mg/dl

4. Od kolan do stóp - 13-15 mg/dl

5. Dłonie i stopy >15 mg/dl

SCHEMAT KRAMERA

BILIRUBINOMETR

Żółtaczka fizjologiczna :

1. rozpoczyna się po 36 godzinie życia
2. maksymalne stężenie bilirubiny całkowitej wynosi 12 mg/dl u noworodków donoszonych
3. nie wymaga leczenia fototerapią
4. trwa 7 dni u noworodków donoszonych, 14 dni u noworodków przedwcześnie urodzonych
5. maksymalne stężenie bilirubiny całkowitej wynosi 15 mg/dl u noworodków przedwcześnie urodzonych
6. główną komponentą bilirubiny całkowitej jest bilirubina pośrednia
7. główną komponentą bilirubiny całkowitej jest bilirubina bezpośrednia

Prawidłowe są odpowiedzi :

- a) 1,2,3,4,5,6
- b) 1,2,3,4,5,7
- c) 2
- d) 1,2,3,6,
- e) 1,2,3,7

Wśród czynników ryzyka nasilonej żółtaczki u noworodków są:

niedojrzałość, karmienie piersią, krwiak podokostnowy
 niedojrzałość, karmienie sztuczne, krwiak podokostnowy
 niedojrzałość, karmienie piersią, przedgłowie
 niedojrzałość, karmienie sztuczne, przedgłowie
 karmienie sztuczne, przedgłowie, żółtaczka u rodzeństwa

ADAPTACJA DO ŻYCIA POZAMACICZNEGO cd – STANY PRZEJŚCIOWE U NOWORODKA

Fizjologiczny wzrost temperatury ciała

Występuje u 0,5-1,7% noworodków, zwykle w 3-4 dobie życia. Ciężota ciała może wzrosnąć nagle do nawet 39 C.

Zawsze należy wykluczyć inne przyczyny hipertermii.

Postępowanie.

ADAPTACJA DO ŻYCIA POZAMACICZNEGO cd – STANY PRZEJŚCIOWE U NOWORODKA

- Rumień noworodkowy, rumień toksyczny pojawia się zwykle w pierwszych 48 godzinach życia i ustępuje samoistnie w ciągu tygodnia
- Przyczyny:
 - ostra skórna reakcja typu przeszczep przeciwko gospodarzowi (na limfocyty matki przechodzące przez łożysko w czasie porodu)?
 - reakcja na egzotoksyny (upośledzona praca jelit)?
 - reakcja na zmianę środowiska?

▪ Postępowanie.

ADAPTACJA DO ŻYCIA POZAMACICZNEGO cd – STANY PRZEJŚCIOWE U NOWORODKA

- Odczyny ciążowe – pojawiają się zwykle ok. 6-7 doby życia, spowodowane są obecnością hormonów (estrogeny, prolaktyna), przenikających przez łożysko pod koniec ciąży i w czasie porodu.
- Zwykle występują jako powiększenie i obrzęk gruczołów piersiowych z gromadzeniem wydzieliny podobnej do siary. U noworodków płci żeńskiej można zaobserwować powiększenie tęczaczki oraz obecność białawej, śluzowej czasami krwistej podbarwionej wydzieliny z pochwy
- Postępowanie

ADAPTACJA DO ŻYCIA POZAMACICZNEGO cd – STANY PRZEJŚCIOWE U NOWORODKA

Stolce przejściowe:

Smółka- pierwszy stolec noworodka, wytwarzany od 16 tygodnia życia płodowego. Noworodek powinien oddać smółkę w ciągu pierwszych 24 (36) godzin życia.

Stolce przejściowe od 3 do 5 doby życia

Normalne stolce noworodkowe

Adaptacja układu pokarmowego

PROBLEMY PIELEGNACYJNE

Odparzenia

Pytania:

Jak często zmieniać pieluchę?

Które pieluchy są najlepsze?

Pieluchy tetrowe, wielorazowe, jednorazowe- wady i zalety

Oczyszczanie skóry pośladków, krocza – zasady,

Zmiana pieluchy

Środki pielęgnacyjne

Postępowanie w przypadku zmian skórnych

Przyczyny odparzeń

Ciemieniucha

Pytania

Co to jest ciemieniucha?

Profilaktyka

Postępowanie w przypadku ciemieniuchy

Potówki

Pępek

Pleśniawki

Rumień noworodkowy, niedojrzała skóra

Opieka nad noworodkiem u zarania dziejów

Mezopotamia- kodeks Hammurabiego XVIII w pne,

Egipt – hieroglify, papirusy, „siedzieć na cegłach”, płacz i zachowanie noworodka a rokowanie

Hipokrates, Soranus z Efezu,

Aztekowie, Majowie, Inkowie,

Indie – Księgi Ayurwedy,

Chiny,

Biblia

- przemiany społeczne w XIX wieku i ich wpływ na opiekę nad noworodkiem

- nazwa „neonatologia” i pierwsze oddziały neonatologiczne po raz pierwszy pojawiają się w latach 60-tych XX w.

1891 r. – we Francji powstał pierwszy inkubator (Pierre Budin, Stephane Tarnier)

1878 rok gdy Stephane Tarnier, jeden z lekarzy pracujących w paryskim szpitalu, podczas wizyty w zoo zobaczył urządzenie do wylęgu kurcząt. Projektant tego urządzenia i zarazem opiekun zwierząt, Odile Martin, długo rozmawiał z lekarzem. Pan Tarnier stał się nawet posiadaczem jednego egzemplarza urządzenia i w 1883 roku swój pomysł na to, by służyło również do ratowania życia wcześniaków, opublikował w naukowym czasopiśmie medycznym „Lancet”. Artykuł zawierał też wniosek patentowy i opis urządzenia. Górna pokrywa prototypu była przezroczysta. Podwójne szczelne ścianki wypełniała ciepła woda, która w ten sposób ogrzewała wnętrze „pudełka”, utrzymując temperaturę ciała. Lekarz twierdził, że ten inkubator może pomieścić dwoje noworodków. **Używając inkubatora dr Tarnier zmniejszył liczbę zgonów dzieci z masą urodzeniową do 2 kilogramów z 66% do 30%.**

W 1893 roku w paryskim szpitalu, w którym pracował, powstał specjalny oddział dla noworodków.

1896 -wystawa w Berlinie Jak podaje Tom Philbin w ”The 100 greatest inventions of all time”, aby pochwalić się swoimi osiągnięciami i rozpropagować urządzenie Francuzi w 1896 roku wysłali 6 inkubatorów na wystawę do Berlina. Tu miała miejsce dość nieetyczna prezentacja. Zastępca dyrektora ekspozycji, **Martin Couney**, poprosił pobliski szpital o przysłanie mu 6 wcześniaków, by mógł zademonstrować ich ułożenie w inkubatorach. Twierdził, że nikt nic nie ryzykuje, ponieważ dzieci jako wcześniaki i tak nie mają szans na przeżycie. Ale dzieci zrobiły mu niespodziankę i wszystkie przetrwały, udowadniając przydatność urządzenia. Podczas kolejnej wystawy w Wielkiej Brytanii nie zgodzono się na umieszczenie miejscowych dzieci w inkubatorach, więc organizatorzy... sprowadzili wcześniaki z Francji.

Żywienie noworodków:

– 1920r.- pierwsza butelka i smoczki,

- lata 60-70-te XXw. pierwsze mieszanki do karmienia noworodków,

- procedura TPN (*total parenteral nutrition*)

- badania dotyczące składu i znaczenia pokarmu kobiecego

Wspomaganie oddechu:

lata 60-te – początek rozwoju technik wspomaganie oddechu u noworodka (pierwsze respiratory)

1970 – Gregory opisał metodę CPAP (*continuous positive airway pressure*)

1972 – rozpoczęcie stosowania obowiązkowej wentylacji przerywanej (IMV)

kolejne lata- doskonalenie technik wentylacji (wentylacja synchronizowana, wentylacja oscylacyjna, wentylacja strumieniowa, wentylacja kontrolowanymi objętościami)

Surfaktant:

- 1957r. – odkrycie surfaktanu płucnego (Clements)

-1959r. – uznanie niedoboru surfaktantu za przyczynę zespołu zaburzeń oddychania

- 1990 – zaaprobowano leczenie endogennym surfaktantem

-1991 – w Poznaniu podano surfaktant noworodkowi z ZZO

Współczesna neonatologia:

* Regionalizacja specjalistycznej opieki neonatologicznej- Transport noworodka.

* Zastosowanie mikrometod w diagnostyce laboratoryjnej

* ECMO (*extracorporeal membranous oxygenation*)

* Inhalacyjne leczenie tlenkiem azotu, zastosowanie Helioxu

* Nieinwazyjne metody wspomaganie oddechu

- * Terapeutyczne zastosowanie hipotermii po przebytych epizodzie niedotlenieniowo-niedokrwinnym
- * Medycyna prenatalna i chirurgia noworodka
- * Zastosowanie lasera
- * Profilaktyka

- nowe zalecenia dotyczące resuscytacji
- zastosowanie komórek macierzystych w neonatologii
- terapie genowe? Wpływanie na ekspresję genów?
- chirurgia płodu
- podawanie tkankowych czynników wzrostu w celu zapobiegania powikłaniom wcześniactwa
- optymalizacja żywienia, znaczenie prawidłowej kolonizacji przewodu pokarmowego
- znaczenie więzi, rola rodziców w opiece nad chorym i niedojrzałym noworodkiem

Perspektywy rozwoju pielęgniarstwa neonatologicznego:

- Standaryzacja i podnoszenie jakości opieki
- Opieka nad rodziną, nowoczesne modele opieki
- Przejście od realizacji procedur do realizacji celów
- Opieka interdyscyplinarna, zespoły terapeutyczne, primary nursing
- Edukacja (kształcenie studentów, kształcenie podyplomowe, edukacja rodziców i społeczeństwa)
- Badania naukowe w pielęgniarstwie, publikacje, wymiana doświadczeń
- Współpraca między ośrodkami

Polskie Towarzystwo Neonatologiczne PTN jest towarzystwem naukowym. Zajmuje się rozwojem neonatologii w Polsce. Jest członkiem UENPS Union European Neonatal & Perinatal Societies

Zadaniem neonatologii jest sprawowanie opieki medycznej nad noworodkiem.

Realizacja tego celu uwarunkowana jest ścisłym współdziałaniem lekarzy położników, neonatologów oraz pediatrów. Neonatologia wyrasta na organizacyjnych i naukowych podstawach pediatrii i jest z nią ściśle związana.

Celem Towarzystwa jest:

1. Upowszechnianie wiedzy medycznej ze szczególnym uwzględnieniem neonatologii
2. Współdziałanie w tworzeniu i realizacji programów poprawy opieki organizacyjnej i zdrowotnej nad noworodkiem
3. Podnoszenie poziomu naukowego i kwalifikacji zawodowych lekarzy pediatrów i neonatologów
4. Szerzenie zasad deontologii i etyki zawodowej
5. Reprezentowanie interesów ogółu lekarzy pediatrów – neonatologów
6. Nawiązywanie kontaktów i współpraca międzynarodowa w zakresie neonatologii

Polskie Towarzystwo Pielęgniarek i Położnych Neonatologicznych z siedzibą w Łodzi (przy Instytucie Centrum Zdrowia Matki - Polki) powstało dniu **24 maja 2013 roku**.

Stowarzyszenie skupia pielęgniarki/pielęgniary i położne/położnych opiekujących się noworodkami w pełnym zakresie opieki neonatologicznej (noworodki zdrowe, donoszone, przedwcześnie urodzone, przebywające w oddziałach patologii noworodka, intensywnej terapii, noworodki przebywające w środowisku zamieszkania, itd.), na obszarze całej Polski. Przynależność do Stowarzyszenia jest dobrowolna, po wypełnieniu deklaracji przystąpienia do PTPiPN i opłaceniu składki członkowskiej. Naszym celem jest propagowanie i rozwój pielęgniarstwa neonatologicznego na jak najwyższym poziomie. Organizowanie różnych form szkolenia podyplomowego, działalność naukowa i wydawnicza, kreowanie wizerunku pielęgniarki i położnej neonatologicznej, a także troska o nasze stanowiska pracy

Program Poprawy Opieki Perinatalnej w Polsce

Cel: Obniżenie okołoporodowej zachorowalności i umieralności matek, płodów i noworodków przez poprawę opieki perinatalnej

- elementy:

1. Podział oddziałów położniczych i noworodkowych na trzy poziomy opieki .

2. Organizacja transportu ciężarnych i noworodków przez zespoły regionalne
3. Ciągłe monitorowanie poziomu opieki perinatalnej
4. Obniżenie wskaźników wcześniactwa i małej masy urodzeniowej
5. Stałe szkolenie lekarzy, położnych i pielęgniarek

Trójpoziomowy system opieki perinatalnej:

- I poziom opieka nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem i położeniem oraz zdrowym noworodkiem, a także zapewnienie krótkotrwałej opieki nad niespodziewanie występującą patologią
- II poziom opieka nad patologią średniego stopnia
- III poziom obejmuje przypadki najcięższej patologii
+ istnienie wyspecjalizowanych ośrodków o zasięgu ponadregionalnym

Funkcje 1 poziomu:

- Opieka przedkoncepcyjna uwzględniająca planowanie rodziny i przygotowanie do macierzyństwa
- Kształtowanie zachowań prozdrowotnych kobiety ciężarnej
- Prowadzenie ciąży, porodu i położenia o przebiegu prawidłowym
- Zapewnienie ambulatoryjnej i stacjonarnej opieki nad rodzinami w okresie prokreacji z uwzględnieniem ciągłej oceny stopnia ryzyka i promocji zachowań prozdrowotnych
- Rozpoznanie i leczenie niemożliwych do wcześniejszego zdiagnozowania problemów maczyno-płodowych, które pojawią się w czasie ciąży lub w czasie porodu, do czasu przekazania do ośrodka wyższego rzędu
- Możliwość wykonania cięcia cesarskiego w ciągu 30 minut po podjęciu decyzji o jego wykonaniu
- Ciągła dostępność krwi
- Dostępność opieki anestezjologicznej i możliwość wykonania badań ultrasonograficznych, kardiologicznych oraz podstawowych badań laboratoryjnych 24h na dobę
- Ocena stanu zdrowia noworodka zdrowego i sprawowanie nad nim stałej opieki
- Rozpoznawanie zagrożeń stanu zdrowia noworodka związanych z ciążą i porodem
- Prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej
- Podjęcie decyzji o transporcie noworodka do ośrodka wyższego rzędu
- Obserwacja i leczenie niewielkich zaburzeń adaptacji poporodowej w ograniczonym zakresie i czasie (1 doba)
- Prowadzenie badań przesiewowych
- Prowadzenie szczepień ochronnych
- Edukacja rodziców
- Zbieranie danych do analiz i opracowań
- kontynuacja opieki nad pacjentami z ośrodków II i III stopnia

Funkcje 2 poziomu:

- Pełnienie funkcji przewidzianych dla poziomu I
- Prowadzenie ciąży i porodu o wysokim stopniu ryzyka w odniesieniu do matki lub płodu przyjętych bezpośrednio lub przekazanych z poziomu I
- Leczenie noworodków z małą urodzeniową masą ciała i chorych noworodków z patologią o średnim nasileniu
- Przyjmowanie noworodków przekazanych powrotnie z ośrodków III stopnia
- Promocja zdrowia

Funkcje 3 poziomu:

- pełnienie funkcji I i II poziomu
- Zapewnienie opieki perinatalnej matkom i noworodkom wszystkich stopni ryzyka przyjętych lub przekazanych z ośrodków niższego stopnia
- W szczególności opieka nad pacjentem z: - niewydolnością oddechową - niewydolnością krążenia-wymagających leczenia chirurgicznego - o masie ciała poniżej 1250 g lub urodzonych przed 32 tygodniem ciąży
- Niewydolnością nerek wymagającą intensywnego leczenia

Program określa również ilość etatów personelu medycznego na poszczególnych oddziałach:

I poziom oddział noworodkowy:

- pielęgniarka oddziałowa
- 1 pielęgniarka na zmianę na 8-10 łóżeczek noworodkowych

II poziom oddział noworodkowy:

- pielęgniarka oddziałowa
- 1 pielęgniarka na zmianę na 1-3 łóżka intensywnej terapii
- 1 pielęgniarka na zmianę na 5-8 łóżek noworodkowych w opiece pośredniej i ciągłej

III poziom oddział noworodkowy:

- Pielęgniarka oddziałowa
- 1 pielęgniarka na zmianę na 1-2 łóżka intensywnej terapii
- 1 pielęgniarka na zmianę na 4-5 łóżek opieki pośredniej oraz 4-5 łóżek opieki ciągłej

Program określa również:

- Ilość stanowisk w odniesieniu do liczby porodów
- Wyposażenie oddziałów
- Zaplecze diagnostyczne
- System łączności
- Wymogi budowlane dla poszczególnych oddziałów

Opieka nad matką i noworodkiem w aspekcie religijnym i wielokulturowym

Magdalena Tomaszewska

W różnych kulturach ciąża i rodzicielstwo rozumiane są w odmienny sposób, dotyczy to m.in.:

- przykazów i zakazów, przesądów
- przebiegu ciąży, porodu, połogu (przyzwyczajenia, działania)
- opieki nad noworodkiem
- zaangażowania osób bliskich, ich roli

Dlaczego mówimy o wielokulturowości ?

- ✓ W Polsce, podobnie jak w całej Europie przebywa coraz więcej imigrantów, ludzi innych kultur, wyznań i narodowości.
- ✓ O szacunku wobec innych kultur mówią deklaracje międzynarodowe, konstytucja, kodeksy etyczne, regulaminy, przepisy prawne : **Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej** (3. Nieść pomoc każdemu człowiekowi bez względu na rasę, wyznanie religijne, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne różnice.) **Zasady postępowania okołoporodowego w świetle zaleceń WHO** (1. Cała społeczność powinna być informowana o różnych formach opieki okołoporodowej, aby umożliwić każdej kobiecie wybór takiego rodzaju opieki, jaki ona preferuje.)
- ✓ Badania wskazują na znaczenie czynników kulturowych, duchowych, religijnych dla naszego zdrowia.
- ✓ Mówiąc o poprawie jakości w opiece zdrowotnej należy uwzględnić czynniki kulturowe i religijne.

Problemy emigrantów:

- Powód emigracji (wojna, prześladowanie- objawy zespołu stresu pourazowego PTSD)
- Bariera językowa (lęk przed ośmieszeniem, poczucie niższej wartości, wycofanie)
- Różnice kulturowe (postrzeganie czasu, relacje między kobietami i mężczyznami, relacje społeczne, hierarchia, nawiązywanie kontaktów...)
- Doświadczanie stereotypów, uprzedzeń, dyskryminacji.
- Degradacja społeczna (praca poniżej kompetencji...)
- Brak poczucia bezpieczeństwa, stabilności, przynależności

Edward Hall - amerykański etnolog, uważany za twórcę proksemiki, czyli nauki badającej relacje przestrzenne między ludźmi, jak i między ludźmi a otoczeniem (tzw. dystanse społeczne). Zajmował się również zagadnieniem komunikacji werbalnej i niewerbalnej w różnych szerokościach geograficznych. Badania te pozwoliły Hallowi na dokonanie istotnego rozróżnienia kultur, na **kultury wysokiego i niskiego kontekstu** w zależności od funkcjonujących w nich stylów komunikowania.

Badacz podzielił zachowania kulturowe na trzy ogólne kategorie:

aktywne liniowo (ang. *linear-active*),
wieloaktywne (ang. *multi-active*) oraz
reaktywne (ang. *reactive*).

Większość kultur to mieszanka cech spośród wszystkich trzech grup, jednak każda kultura wykazuje tendencje do dominowania w jednej z kategorii;

WYMIARY KULTUROWE

Chcąc poznać i zrozumieć różnice kulturowe bez oceniania i wartościowania innych ludzi i kultur, warto zrobić to poprzez wymiary kulturowe. Określają one charakterystyczne dla danej kultury normy, zachowania, wartości, przekonania, patrzenie na rzeczywistość. Należą do nich m.in.:

- ❖ Postrzeganie czasu (polichroniczność vs.monochroniczność)
- ❖ Relacje społeczne (równość vs. hierarchiczność)
- ❖ Sposoby komunikacji (niskokontekstowa vs.wysokokontekstowa)
- ❖ Podejmowanie decyzji (indywidualizm vs. kolektywizm)
- ❖ Kobiecość vs. męskość kultury

Postrzeganie czasu

MONOCHROMATYCZNOŚĆ (USA, Kanada, Japonia, kraje germańskie): Przywiązanie do zegarka, punktualność, terminowość, czas to pieniądz (tracić czas, zaoszczędzić), potrzeba kontrolowania czasu i przebiegu wydarzeń . Kobiety zwykle dokładnie wiedzą, co ile dni miesiączkują, kiedy nastąpiła pierwsza

miesiączka, owulacja, potrafią podać datę ostatniej miesiączki, termin porodu. Dokładnie wiedzą, w którym są tygodniu ciąży. Pytają: od kiedy? Ile to będzie trwało? Kiedy to nastąpi? Chciałyby zaplanować poród, żeby nie tracić czasu (popularność cięć cesarskich). Chcą mieć wpływ, kontrolować przebieg wydarzeń. Boją się utraty wpływu, kontroli.

POLICHROMATYCZNOŚĆ (*Azja -wschodnia, Ameryka Południowa, Afryka, kraje arabskie*): Wszystko dzieje się w swoim czasie (wcześniej lub później), brak przywiązania do planów, harmonogramów, nie przejmowanie się spóźnieniami, poddawanie się naturalnemu biegowi spraw, nie ingerowanie, nie kontrolowanie, czasu jest więcej niż życia, więc nie ma powodu by się spieszyć ... Ciężarne z tych kultur często nie potrafią precyzyjnie określić daty ostatniej miesiączki, nie kontrolują długości i regularności cykli. Młode mężatki wiedzą, że jakiś czas po wyjściu za mąż zapewne zajdą w ciążę, bo to naturalna kolej rzeczy, wiedzą, że ciąża trwa 9 miesięcy i w odpowiednim momencie dziecko zaczyna się rodzić. Nie mają potrzeby kontrolowania przebiegu ciąży, przyrostu wagi, czy monitorowania etapów rozwoju dziecka. Rodzą spokojnie, zgodnie z rytmem ciała, nie mają potrzeby przyspieszania porodu, gdyż wiedzą, że poród trwa tyle, ile trzeba, aby urodziło się dziecko.

Relacje społeczne

RÓWNOŚĆ (*Kraje skandynawskie, germańskie, Australia, Ameryka Północna,*): Status przypisywany jest na podstawie indywidualnych osiągnięć, wszyscy członkowie społeczeństwa mają równe prawa. Kobieta w kulturach równościowych współdecyduje z lekarzem i położną o przebiegu porodu. Może ona konsultować ważne sprawy z mężem/partnerem, jednak nie po to, aby uzyskać jego zgodę, ale aby podjąć razem najlepszą decyzję. Rodzące z tych kultur często mają dokładny plan porodu i oczekują, że personel zrealizuje ich oczekiwania, że każdy element porodu będzie z nimi konsultowany, że będą otrzymywać precyzyjne odpowiedzi na swoje pytania.

HIERARCHICZNOŚĆ (*Kraje byłego Związku Radzieckiego, arabskie, afrykańskie, azjatyckie*): Status przypisywany jest na podstawie pochodzenia społecznego, płci i wieku. Od osób, które są niżej w hierarchii, wymaga się posłuszeństwa. Wysoka pozycja lekarza i położnej sprawia, że pacjentki nie sprzeciwiają się im, nie dyskutują, są podporządkowane i bierne. Mają one duże zaufanie do personelu medycznego. Pozycja kobiety jest niższa niż mężczyzny, potrzebują one zgody męża na podejmowane działania, na przebieg badania, oraz na niezbędne interwencje, gdy poród się komplikuje. Hierarchiczność w połączeniu z barierą językową sprawia, że w czasie ciąży i porodu kobiety te będą skłonne zgodzić się na wszelkie zaproponowane działania, nie dlatego, że czują, że jest to dla nich najlepsze rozwiązanie, ale dlatego, że nie ośmielają się sprzeciwić.

Sposoby komunikacji

NISKOKONTEKSTOWA, jednoznaczna (*USA, Kanada, Australia, kraje skandynawskie, kraje Europy Zachodniej*): Ceni się mówienie wprost, otwarte wyrażanie oczekiwań czy odmawianie. Zasadniczą rolę gra komunikacja werbalna, natomiast komunikacja niewerbalna służy przede wszystkim, jako komentarz do wybranych aspektów komunikowania słownego. Celem takiej komunikacji jest szybkie i skuteczne załatwienie sprawy. Szczerość jest wyrazem dojrzałości, odpowiedzialności i poważnego traktowania rozmówcy, dlatego jest bardzo ceniona, nawet jeśli prawda okazuje się niewygodna lub trudna do przyjęcia. Za komunikat odpowiedzialny jest nadawca, który musi sprawić, żeby był on jasny i czytelny. Ciężarne i rodzące z tych kultur komunikują się z personelem medycznym bez zbędnych ceremoniałów czy rozbudowanej etykiety. Kiedy nie zgadzają się na jakąś interwencję, to mówią o tym otwarcie. Mają także łatwość w mówieniu o wszelkich sprawach intymnych i fizjologicznych. Chętnie zadają pytania i oczekują konkretnych odpowiedzi.

WYSOKOKONTEKSTOWA, wieloznaczna (*Kraje azjatyckie, arabskie, latynoamerykańskie, kaukaskie, śródziemnomorskie, kraje afrykańskie*): Dla przedstawicielek i przedstawicieli tych kultur ważny jest w komunikacji kontekst spraw: kto z kim rozmawia, jaki jest status społeczny rozmówców, jaka łączy ich relacja. W zależności od tych czynników zmienia się sposób komunikacji na bardziej sformalizowany, zgodny z obowiązującą etykietą. Powszechnie jest mówienie „dookoła”, posługiwanie się metaforami, symbolami, ukrywanie meritum przekazu pomiędzy wierszami. Charakterystyczne dla tych kultur jest zgadzanie się z rozmówcą i potakiwanie z uprzejmości. Celem takiego rodzaju komunikacji jest zachowanie z rozmówcą harmonii i przyjemnej relacji. Szczerość odbierana jest jako brak wychowania i niedojrzałość, a osoby szczerze odmawiające czy wyrażające swoją negatywną opinię szybko tracą zaufanie wśród najbliższych. W kulturach wysokiego kontekstu o wielu sprawach się nie mówi, mimo, że wszyscy o nich wiedzą. W kulturach

tych ludzie zakładają, że bezpośrednia krytyka, uwagi lub rady są dowodem niedojrzałości osoby krytykującej i przejawem braku szacunku. Cięża i poród w tych kulturach to tematy wstydlive. Kobiety, nawet podczas porodu unikają rozmów o szczegółach fizjologicznych. Nie chcą wiedzieć, jakie jest rozwarcie, albo czy będzie potrzeba nacinania krocza. Poród ma przebiegać w swoim rytmie i nie ma potrzeby rozmawiać o tym co się dzieje, gdyż jest to nieczyste i wstydlive. Kobiety nie będą pokazywać bólu i cierpienia, żeby nie robić kłopotu położnej, nie będą krzyczały, żeby nie hałasować i nie przeszkadzać innym. Zapytane w czasie porodu, o to jak się czują, odpowiedzą, że wszystko w porządku i że jeszcze wytrzymają. Warto jednak pamiętać, że przeważnie nie jest to szczerą informacją, tylko uprzejmość wobec położnej, czy lekarza, w obecności których nie wypada okazywać słabości.

Podejmowanie decyzji

INDYWIDUALIZM (USA, Kanada, Australia, większość krajów europejskich): Każdy koncentruje się na swoich sprawach i dążeniach, każdy może sam decydować o swoim życiu bez względu na opinię rodziny czy grupy. Rodziny w kulturach indywidualistycznych są małe, atomowe, a młode małżeństwa mieszkają zazwyczaj bez rodziców/teściów. Kobiety najczęściej rodzą z partnerami. Partnerzy razem wybierają imię dla dziecka, decydują o tym, jak chcieliby, aby wyglądał poród, wdrażają w życie własne metody opieki nad dzieckiem, a później wychowania dziecka

KOLEKTYWIZM (kraje azjatyckie/konfucjańskie, muzułmańskie, afrykańskie, bałkańskie, kaukaskie):

Ważniejsze jest dobro grupy niż własne sprawy. Każdy ma powinności i zobowiązania wobec innych, w związku z czym, więzi społeczne są silne i rozległe. Małżeństwo w tych kulturach jest sprawą rodzinną, a nie decyzją dwojga młodych. Rodziny są duże, wielopokoleniowe, funkcjonują w ustalonym porządku, w którym każdy wie, co do niego należy i jakie ma obowiązki wobec rodziny. Dziecko, podobnie jak małżeństwo, to także sprawa całej rodziny. Cała, liczna rodzina włącza się aktywnie w dbanie o kobietę w ciąży, wspiera ją w czasie porodu, a także, co najważniejsze, otacza ją opieką po porodzie. Migrantki z kultur kolektywnych rodzące w Polsce są odwiedzane przez całe grupy zatroskanych członków rodziny, z których każdy czuje się potrzebny i ważny podczas porodu. Stanowi to duże wyzwanie dla personelu medycznego i nieraz dezorganizuje pracę. W kulturach kolektywistycznych obserwuje się także silniejsze przywiązanie do tradycji i zwyczajów okołoporodowych. Ciężarna i świeżo upieczona mama zewsząd słyszy dobre rady, zakazy i nakazy, którym nie może się przeciwstawić dla dobra dziecka.

Znaczenie płci w kulturze

KOBIECOŚĆ (Holandia, Kanada, kraje skandynawskie) Ważne są dobre relacje i współpraca. Szanowane i wspierane jest to, co jest małe, słabe i potrzebujące pomocy. Panuje przekonanie, że zarówno w życiu osobistym jak i w pracy nie są potrzebne silne i sżytywne podziały na role męskie i kobiece. Świat kobiet i mężczyzn wzajemnie przeplatają się, uzupełniają. Dziewczynki i chłopcy wychowywani są w taki sam sposób, a ich rozwój opiera się na różnych płaszczyznach, zależnie od osobistych zainteresowań i predyspozycji, a nie w zależności od płci i przypisanych jej odgórnie ról. Cięża, poród i opieka nad dziećmi w kulturach kobiecych, to sprawa obojga rodziców. Powszechne są w tych krajach długie urlopy ojcowskie, oraz zaangażowanie ojców w pielęgnację i wychowanie dzieci od narodzin. Porody wśród przedstawicielek tych kultur najczęściej są naturalne i rodzinne, czyli z partnerem. Cięża postrzegana jest jako stan naturalny, a rosnący brzuszek jest chętnie eksponowany przez przyszłe mamy. Różne sprawy dotyczące ciąży i porodu są tematem rozmów pomiędzy kobietami i mężczyznami i nie stanowią one w żadnym razie tematów wstydlivych. Opiekę nad ciężarną i rodzącą mogą sprawować zarówno kobiety jak i mężczyźni.

MĘSKOŚĆ (kraje afrykańskie, muzułmańskie, kaukaskie, bałkańskie) Ważne są wyzwania i konkurencja, osiągnięcia materialne i rzeczowe, cenione jest to, co jest duże, silne i szybkie. Wyraźne są podziały na role i powinności męskie i kobiece. Światy kobiet i mężczyzn są od siebie bardzo odległe i nie należy przekraczać kulturowo wytyczonych granic pomiędzy nimi. Chłopcy i dziewczynki wychowywane są w inny sposób: dziewczynkom wpaja się wartości takie jak uległość, posłuszeństwo, pracowitość i łagodność, a chłopców wychowuje się na odważnych, silnych, dominujących i lepszych od innych. Wychowywane w ten sposób dziewczynki stają się podporządkowanymi kobietami, które mają posłuszenie wypełniać wolę męża lub innego ważnego mężczyzny ze swojego otoczenia, na przykład ojca czy brata, a nawet swojego najstarszego syna. W kulturach męskich cięża, poród i opieka nad dzieckiem to sprawa wyłącznie kobiet. Mężczyźni włączają się tylko w sprawy wymagające ich zgody lub aprobaty. Funkcjonuje wiele tabu dotyczących seksualności, fizjologii. Cięża jest traktowana jako stan wstydlivy, ponieważ jest dowodem współżycia seksualnego pary. W związku z tym kobiety ukrywają rosnący brzuszek pod luźnymi strojami i unikają rozmów na ten temat. Nie ma zwyczaju gratulowania parze, a zwłaszcza mężczyźnie, z okazji zajścia żony w ciążę. Kobiety w swoim gronie mają nieco większą otwartość na poruszanie tematów ciążowych i porodowych, jednak najchętniej

unikają takich rozmów. To sprawia, że w zasadzie nie ma edukacji kobiet w zakresie przebiegu ciąży i porodu. Młode kobiety, które doświadczają macierzyństwa pierwszy raz, dowiadują się wszystkiego, co powinny wiedzieć wcześniej, dopiero podczas własnej ciąży i porodu. Jako, że ciąża i poród należą tylko do świata kobiet, do którego mężczyźni nie mają dostępu, także opieka nad ciężarną i rodzącą powinna być realizowana wyłącznie przez kobiety: położne i ginekolożki. Dla migrantek z krajów muzułmańskich czy afrykańskich dużym zaskoczeniem jest obecność mężczyzn jako personelu medycznego w poradniach ginekologicznych i na oddziałach położniczych. Wiele z tych kobiet nie wyrazi zgody na wykonanie badania wewnętrznego przez lekarza mężczyznę. Tym bardziej nie wyrazi na to zgody mąż rodzącej. Mężowie rodzących z tych krajów nie uczestniczą zazwyczaj w porodach, ale są w pobliżu właśnie po to, aby móc decydować o przebiegu porodu. Kobiety przeważnie rodzą w towarzystwie innych kobiet z najbliższej rodziny: siostry, mamy lub teściowej. Dla dużej grupy migrantek, szczególnie z krajów arabskich, ważne jest, aby podczas porodu zachować okrycie ciała: nie odsłaniać brzucha, ud, pośladków, mieć zakrytą głowę i włosy.

Edward Hall wyróżnił 4 dystanse, dzieląc każdy z nich na dwie fazy, bliższą i dalszą. Dystanse te określił dla osób z klasy średniej Stanów Zjednoczonych, zakładając, że w innych kulturach mogą być one odmienne. Zmieniają się one w zależności od szeregu warunków, z których najważniejsze to: kultura oraz tworzące ją otoczenie społeczne, płeć i wiek.

Dystans intymny strefa najbliższa, rozciągająca się od skóry do ok. 45 cm. Do tej sfery dopuszczane są jedynie osoby bardzo bliskie (mąż, żona, chłopak, dziewczyna, dziecko) faza bliższa - kontakt bezpośredni dotykowy, do 14 cm, faza dalsza - 14-45 cm

Dystans indywidualny (osobniczy) od 45 do 120 cm. Jest to strefa prywatna. Dopuszcza się do niej ludzi nam znanych: przyjaciele, dobrzy znajomi, rodzina. faza bliższa 45-75 cm, faza dalsza - 75-120 cm

Dystans społeczny od 120 do 360 cm. Jest to dystans dla ludzi obcych i znajomych, z którymi nie wiążą nas zażyłe stosunki. W tym dystansie załatwiane są także wszelkie oficjalne sprawy (kontakt z urzędnikami) faza bliższa - 1,2-2,1 m, faza dalsza - 2,1-3,6 m

Dystans publiczny powyżej 3,5 metra. Taka odległość zachowywana jest wobec osób publicznych. faza bliższa 3,6-7,5 m, faza dalsza - powyżej 7,5 m - zarezerwowany dla ważnych osobistości jak, np. monarcha, prezydent, etc.

Holizm, z greckiego „holos” – cały, teoria filozoficzna, która została sformułowana przez południowoafrykańskiego polityka J. Ch. Smutsa pod koniec lat 60-tych. Holistyczna koncepcja świata przyjmuje wszechświat jako żywy system, którego funkcjonowanie jest uwarunkowane istnieniem więzi, wzajemnych ścisłych relacji pomiędzy poszczególnymi holonami. **Każdy holon stanowi niezależną całość, będąc jednocześnie zależną częścią złożonego systemu.** Wyeliminowanie jednego z holonów może doprowadzić do śmierci całego systemu.

Holizm w medycynie – Wszystkie zjawiska, mające związek z człowiekiem oraz te, które wywierają wpływ na stan jego zdrowia, powinny być rozpatrywane jako nierozdzielna całość. W diagnostyce, leczeniu, pielęgnowaniu trzeba uwzględnić:

- **człowieka jako całość** (istota bio-psycho- społeczna, religia, kultura)
- **człowieka jako element systemu**, w którym żyje (rodzina, grupa etniczna, religijna)

Model wschodzącego słońca - **Model opieki Madeleine M. Leininger**

Pielęgniarstwo transkulturowe (transcultural nursing), = crosscultural nursing, = intercultural nursing = multicultural nursing. trans- „przez”, inter – „pomiędzy”, multi – „wiele”.

Zainteresowanie wielokulturowością i jej znaczeniem dla opieki rozpoczęło się w Stanach Zjednoczonych w latach 50. ubiegłego wieku dzięki pielęgniarce Madeleine M. Leininger. Dostrzegła ona potrzebę zmiany tradycyjnych monokulturowych norm i praktyk zawodowych na wielokulturowe i zróżnicowane sposoby holistycznej, indywidualizowanej i humanistycznej opieki zdrowotnej.

Zauważyła także, że pielęgniarki powinny posiadać wiedzę o różnych kulturach i ich wpływie na zachowania zdrowotne oraz dużą wrażliwość na odrębność kulturową pacjenta. Leininger uznała, że rolą pielęgniarki jest zapewnienie opieki osobom tego potrzebującym zgodnie z uwarunkowanymi kulturowo wartościami i sposobem ich życia. Podkreślała, że „**pacjent ma prawo, aby rozumiano jego społeczno-kulturowe pochodzenie w ten sam sposób, jak oczekuje się, że będą zrozumiane i rozpoznane jego fizyczne i psychiczne potrzeby**”

Opracowano na podstawie:

1. Janus B., Szalczyńska K. Wpływ etniczności i kultury na opiekę zdrowotną. *Pielęgniarstwo* 2000; 1997, 4: 16–19.
2. Poznańska S. Madeleine M. Leininger — model pielęgniarstwa transkulturowego. W: Poznańska S., Płaszewska-Żywko L. Wybrane modele pielęgniarstwa. Wydawnictwo UJ, Kraków 2001.
3. Poznańska S. Pielęgniarstwo, jego naukowość oraz istota. W: Zahradniczek K. (red.). *Pielęgniarstwo. Podręcznik dla studiów medycznych*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
4. Janus B. Istota pielęgniarstwa transkulturowego M. Leininger. W: Górajek-Jóźwik J. (red.). *Filozofia i teorie pielęgniarstwa*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007.

Wrażliwość międzykulturowa to świadomość występowania różnic kulturowych i umiejętność ich interpretacji w różnych sytuacjach.

Do interpretacji zachowań i postaw pracowników ochrony zdrowia oraz pacjentów może być przydatny **model wrażliwości międzykulturowej Miltona Bennetta**. Model ten ewoluuje i ma charakter procesu przechodzącego przez kilka faz, od etnocentryzmu do etnorelatywizmu.

Etnocentryzm to przekonanie jednostki, że jej światopogląd jest kluczowy, a jej wizja świata jest centralna wobec rzeczywistości. To przeświadczenie o szczególnej wartości kultury danej jednostki, a nawet jej przewadze nad innymi. W kontakcie z cudzoziemcem osoba o poglądach etnocentrycznych ma tendencję do postrzegania sytuacji przez pryzmat własnych norm i „okularów kulturowych” oraz interpretowania i oceniania zdarzeń, innych ludzi i ich zachowań w odniesieniu do własnych standardów. **Osoba taka zakłada, że to co właściwe jest jej kulturze, powinno być standardem obowiązującym na świecie.** Deprecjonuje innych, dokonując afirmacji swojej obyczajowości. Innych postrzega jako dewiantów, ponieważ nie realizują postulatów jej kultury. Oceniając innych, stosuje kryteria właściwe własnemu kręgowi kulturowemu, co jest nieuzasadnione i niewłaściwe.

Etnorelatywizm (relatywizm kulturowy) to postawa otwarta na poznawanie i rozumie innych kultur według właściwych im kategorii i wartości, nie traktująca różnic jako zagrożenia, ale jako wyzwanie i wartość. Nie ocenia innych kultur według kryteriów własnej, rodzimej kultury. Nie oznacza to rezygnacji z modelu kultury jednostki, ale **poznawanie innych kultur, bez, o ile to możliwe, uprzedzeń i stereotypów charakterystycznych dla oceny innych przez pryzmat własnego kontekstu kulturowego.** Jednostka nie odrzuca własnej tradycji kulturowej i nie przyjmuje jej jako jedyne kryterium oceny zjawisk. Jest to postawa, która stara się rozwinąć nowe strategie w celu zrozumienia innych. Ma pełny wachlarz umiejętności właściwych dla jej kręgu kulturowego oraz różny zasób metod z odmiennych kulturowo kontekstów. Dostrzega wielość i różnorodność kultur, uznaje, że sposoby działania i myślenia różnych społeczności dają się zrozumieć tylko w odniesieniu do ich specyficznego rozumienia reguł, symboli, znaczeń, wartości.

Chrześcijaństwo

1. Katolicyzm

Macierzyństwo jest misją szczególnej odpowiedzialności i służby życiu. Kobieta ma obowiązek dbania o swoje zdrowie. Nie ma zakazów i nakazów wynikających z religii czy tradycji dotyczących okresu ciąży, porodu, porożenia. Stosunek do antykoncepcji, planowania poczęć, aborcji, eutanazji, uporczywej terapii, kremacji zwłok

Zadania pielęgniarki/położnej:

- umożliwić kontakt z duchownym na prośbę pacjentki,
- ułatwić odbywanie praktyk religijnych: Msza Św., sakramenty
- życzliwość, otwartość i szacunek dla wyznawanych wartości
- dieta bezmięсна w piątki i w Srodę Popielcową
- symbole: krzyż, gromnica, medalik, szkaplerz, Biblia, Brewiarz W przypadku zagrożenia zdrowia i życia dziecka dopuszczalne jest wykonanie wszelkich czynności medycznych niezbędnych dla jego zachowania. Dziecko należy otaczać miłością, troską, wyrozumiałością i spokojem W sytuacji zagrożenia życia, po wyrażeniu przez rodziców takiego życzenia, każda osoba, nawet nieochrzczona, mająca wymaganą intencję może ochrzcić dziecko używając trynitarnej formuły chrzcielnej: ja ciebie chrzczę w imię Ojca i Syna i Ducha Świętego oraz wylewając odrobinę wody na czoło chrzczonego. Towarzyszyć rodzicom dziecka, pomóc w załatwianiu formalności, zadbać o symbole i znaki religijne, kontakt z księdzem

2. Prawosławie

Dawniej przez 40 dni po urodzeniu i w czasie menstruacji kobiecie nie wolno było przyjmować komunii świętej. Obrzęd przyniesienia do świątyni 40 dniowego dziecka, błogosławieństwo. Zwyczaj ucałowania ikon, krzyża, okresy postu. Stosunek do planowania rodziny i antykoncepcji- różnicowane opinie, kierowanie się sumieniem. Stosunek do aborcji i eutanazji: niedopuszczalna, traktowana jak zabójstwo

Zadania pielęgniarki, położnej: Zapewnienie kontaktu z rodziną i duchownym, możliwości przyjmowania sakramentów. W sytuacji zagrożenia życia ochrzcić dziecko może za zgodą rodziców każda ochrzczona osoba. Nie ma specjalnych wytycznych odnośnie pielęgnacji noworodka i sprawowania opieki nad chorym dzieckiem. Dopuszcza się transfuzję i przeszczep narządów z poszanowaniem godności dawcy i biorcy (wyjątek: przeszczep serca?) Poszanowanie zwyczajów religijnych i przyzwyczajzeń matki i dziecka. Zapewnienie kontaktu z duchownym i możliwości przystąpienia do sakramentów

3. Grekokatolicyzm

Nie ma specjalnych religijnych wytycznych dotyczących tego okresu, chore ciężarne mogą uzyskać dispensę od przestrzegania postów. Uchylenie się od prokreacji (antykoncepcja) jest łamaniem prawa Bożego- grzechem. Aborcja jest niedopuszczalna, traktowana jako zabójstwo

Zadania Pielęgniarki, położnej: Umożliwić kontakt z duchownym, możliwość przystępowania do sakramentów. Umożliwić posiadanie symboli religijnych: ikony, krucyfiks, prosfory, wody święconej, różańca

W sytuacji zagrożenia zdrowia i życia dziecka dozwolone jest dokonanie wszelkich czynności medycznych, zgodnych z aktualną wiedzą, niezbędnych do utrzymania dziecka przy zdrowiu i życiu. Dopuszcza się transfuzję i przeszczep narządów z poszanowaniem godności dawcy i biorcy. Eutanazja jest niedopuszczalna. Grekokatolicy oczekują, że życie chorego będzie ratowane do końca. Sakrament chorych trwa bardzo długo (odczytanie 7 Listów Apostolskich, & Ewangelii, modlitwy, 7- krotne uczynienie znaku krzyża na czole, nozdrzach, uszach, ustach, piersiach, rękach i nogach chorego. Modlitwa za zmarłych zwłaszcza w 3 dobie po śmierci.

4. Protestantyzm-

Znaczenie dbania o ciało (zdrowy tryb życia, ograniczenie używek, dieta, posty- zwłaszcza Adwentyści Dnia Siódmego). Duże znaczenie dla niektórych protestantów mają egzorcyzmy, modlitwy o uzdrowienie, o uwolnienie z nałogów. Działalność na rzecz zdrowia i przeciwdziałania patologiom (prowadzenie ochronek, poradni, przychodni, szpitali)- Adwentyści, Zielonoświątkowcy. Znaczenie pracy dla protestantów. Kwestie aborcji, antykoncepcji - różnorodnie- dla jednych są grzechem, inni pozostawiają to sumieniu małżonków

Chrzest u Zielonoświątkowców, Adwentystów i Baptystów przyjmowany jest świadomie przez dorosłych, nie chrzci się niemowląt, a jedynie błogosławi je i ofiaruje Bogu. W Kościele Ewangelicko- Metodystycznym i Ewangelicko- Augsburskim w obliczu śmierci ważne jest udzielenie sakramentu chrztu przez 3 krotne polanie główki wodą i wypowiedzenie formuły chrztu. Może tego dokonać za zgodą rodziców każda osoba ochrzczona, także innego wyznania. Istotna jest obecność chrześcijańskich świadków. Dopuszcza się transfuzję i przeszczep narządów z poszanowaniem godności dawcy i biorcy. Nie zaleca się, ale nie wyklucza sztucznego zapłodnienia. Zielonoświątkowcy nie dopuszczają żadnej manipulacji materiałem genetycznym, a Adwentyści dopuszczają sztuczne zapłodnienie tylko przy korzystaniu z gamet małżonków

ROMOWIE

Romowie, potocznie **Cyganie (Gypsy, Gitan)** nieterytoryalny naród lub grupa etniczna pochodzenia indyjskiego, której członkowie tworzą diasporę zamieszkującą większość państw świata. Współczesną populację Romów szacuje się na około 8-15 mln. Dokładna liczba jest jednak bardzo trudna do ustalenia. Społeczność bardzo różnicowana pod względem językowym i kulturowym, której członków łączy przestrzeganie zasad i zwyczajów romskiej kultury (**romanipen**). Według tego kodeksu najgorszym przestępstwem jest oszustwo wobec „swoich”, zaś najważniejszą wartością jest lojalność wobec grupy. Różnice między grupami obejmują: dialekt języka romani, obyczaje, tryb życia, stopień zamożności, sposób zarobkowania, przywiązanie do tradycji, kodeks praw i zasad, mentalność. **Łączy je poczucie przynależności do tego samego środowiska.**

Nieprzestrzeganie zespołu zakazów (**mageripena**) powoduje **Małe czy Wielkie Skalania**, przez co człowiek staje się nieczystym (**magerdo**). Magerdo można stać się m.in.: nie zachowując czystości pokarmów,

zachowując się niewłaściwie w stosunku do kobiet, zdradzając innego Roma. Za nieczyste uważa się m. in. :wszystko co związane z krwią, spożywanie końskiego mięsa, bieliznę kobiety, kobietę w czasie menstruacji czy porodu.,w niektórych grupach kalający jest kontakt z ziemią. Skalenie porodowe należy do skałań ciężkich. Dotyczy ono zarówno matki jak i noworodka.Z okresem ciąży, porodu i połogu wiąże się wiele tabu. Miłość macierzyńska ma ogromne znaczenie dla Romów. Dzieckiem opiekuje się nie tylko matka, ale i ojciec, starsze rodzeństwo i duchy opiekuńcze.Ochronę przed złym spojrzeniem i nieszczęściami stanowią amulety i talizmany.Dużą wagę przywiązuje się do sakramentu chrztu.

ISLAM

Muzułmanie są drugą po chrześcijaństwie grupą religijną świata. Islam jest religią uniwersalną, nie czyni rozróżnień w zależności od koloru skóry, rasy czy pochodzenia etnicznego. Dominuje w krajach Środkowego Wschodu, Afryki i Azji, mniejszości muzułmańskie występują niemal we wszystkich krajach świata. Islam jest religią monoteistyczną, powstał między 610 a 632 rokiem Świątą księgą islamu jest **Koran**- zawarte w niej objawienie przekazał ludziom Bóg (**Allah**) za pośrednictwem **Proroka Mahometa**. Koran składa się z 114 **sur** (rozdziałów) . Opiera się na nim cała kultura i cywilizacja muzułmańska Źródłem islamu oprócz Koranu jest **sunna**- tradycja. Podstawową zasadą jest wierność Bogu i religii. Za dobre uczynki czeka raj, za złe – kara w piekle.

Każdy wierny powinien wypełnić pięć nakazów- filarów wiary. Są to:

1. Wyznanie wiary
2. Modlitwa
3. Jałmużna na rzecz ubogich i meczetu
4. Post w miesiącu ramadan
5. Pielgrzymka do Mekki

Niektóre ugrupowania dodają do pięciu filarów dżihad- obowiązek świętej wojny z niewiernymi, wysiłek w dążeniu do Allaha

Jest wiele zwyczajów praktykowanych przez Muzułmanów w związku z narodzeniem dziecka i karmieniem noworodka. **Opieka nad ciężarną, rodzącą może być sprawowana wyłącznie przez kobiety** Badanie wewnętrzne przeprowadzone przez mężczyznę u muzułmanki może być dla niej ogromnym upokorzeniem. W bardzo tradycyjnych społecznościach kobieta, która pozwoliła sobie na badanie może być uznana za rozwiązłą i nieczystą, za co może spotkać ją wykluczenie z rodziny lub zażądanie przez męża rozwodu. Należy szczególnie zadbać o intymność badania. Nie powinni być przy nim obecni lekarze, studenci- mężczyźni **Muzułmanki z różnych krajów mają różne obyczaje i normy w zakresie zakrywania twarzy, głowy i ciała.** Muzułmanki w czasie badania ginekologicznego, a także w czasie porodu uchylają nieco długą suknię, nie odsłaniając ud, bioder i brzucha, są także badane pod prześcieradłem. Wykonanie badania wewnętrznego czy przyjęcie porodu kobiety ubranej w długą suknię jest całkowicie możliwe. Nie ma potrzeby nakłaniania kobiety do rozebrania się, jeśli poród przebiega prawidłowo, a mama i dziecko czują się dobrze. Warto tylko upewnić się, czy w razie komplikacji i konieczności zakończenia porodu operacyjnie, suknię uda się łatwo zdjąć.

W krajach muzułmańskich ciąża, poród, a także cała fizjologia kobiecego ciała są tematami tabu. Rodzące muzułmanki nie chcą rozmawiać o tym, co się dzieje z ich ciałem w czasie porodu, nie zadają szczegółowych pytań, na informacje o przebiegu porodu przekazywane przez położną, często reagują zawstydzaniem i zmieniają temat. W ich przekonaniu należy słuchać poleceń i wskazówek położnej, i podporządkowywać się jej decyzjom. Nie na miejscu jest kwestionowanie poleceń położnej lub dopytywanie jej o szczegóły procedur. **Kobiety z krajów muzułmańskich starają się, zgodnie z przekazem kulturowym, kontrolować emocje i zachowywać się godnie, jak na kobietę i matkę przystało. Ekspresja uczuć, a w szczególności tych negatywnych, jak na przykład strachu, bólu, zmęczenia, zniecierpliwienia nie jest dobrze widziana u kobiet, nawet w tak wyjątkowej sytuacji jaką jest poród.**

Karmienie piersią noworodka jest naturalną czynnością dla większości migrantek z krajów muzułmańskich. Jednak zarówno w szpitalu, jak i w domu, kobiety napotykają na trudności polegające np. na braku intymności koniecznej do tego, aby móc w każdej chwili podać dziecku pierś, nie narażając się na niechciane spojrzenia postronnych osób. Dla Muzułmanek w szpitalach dużym utrudnieniem w karmieniu piersią jest obecność mężczyzn odwiedzających inne kobiety. Dodatkowo wiele migrantek karmi dzieci mieszkanką, podkreślając w ten sposób zaradność swoich mężów, którzy zarabiają na tyle dużo, że stać ich na sztuczne mleko. Polityka krajów muzułmańskich, w których trwają przedłużające się konflikty zbrojne, również zachęca kobiety do sztucznego karmienia, żeby nie wzmacniać więzi pomiędzy matką i dzieckiem. Bardzo ważne jest przekazanie kobietom informacji na temat korzyści wynikających z karmienia piersią, bo często takiej wiedzy

nie mają. Te korzyści przeważnie są dla nich przekonujące i często kobiety decydują się na dłuższe wyłączne karmienie piersią.

Warto zachęcić muzułmanki do odciągania swojego pokarmu, aby potem mogły podać go dziecku z butelki, w sytuacji, w której krępują się karmić piersią. Pomocne okazuje się także pokazanie pozycji do karmienia piersią, w których kobiety mogą zasłonić siebie i dziecko chustą lub szalem. Warto także zadbać o większą intymność kobiet w sali położniczej, w której z Polkami przebywają kobiety z krajów muzułmańskich i poprosić mężczyzn o wyjście na czas prób przystawiania do piersi. Zgodnie z Koranem karmienie piersią powinno być kontynuowane przez dwa lata, a o zakończeniu karmienia naturalnego kobieta decyduje wraz z mężem

Kontakt skóra do skóry tuż po urodzeniu dziecka może być trudny do zaakceptowania dla wielu muzułmanek. Krew i maź płodowa uważane są za **substancje nieczyste** i dlatego położnica może życzyć sobie, by dziecko przed położeniem na jej klatce piersiowej zostało umyte.

Lewa ręka uważana jest za nieczystą dlatego do podawania czegokolwiek, do karmienia lepiej używać prawej ręki.

Zaraz po narodzinach dziecka, ojciec recytuje noworodkowi do ucha Shahadah – słowa będące wyznaniem wiary muzułmanina. Zwyczajowo, chwilę po przyjściu na świat, noworodki częstowane są miąższem daktyla, który zawiera bogactwo cukrów prostych, a także jest owocem ulubionym przez Mahometa. (**rytuał tahneek**). W tradycji muzułmańskiej narodziny dziecka świętuje się poprzez ubój barana lub kozy. Pieczonym mięsem częstowana jest rodzina, przyjaciele, a także biedni, którzy otrzymują poczęstunek jako jałmużnę. W siedem dni po narodzeniu, odbywa się ceremonia aqiqah – nadania imienia, w obecności rodziny i przyjaciół. Golona jest wtedy głowa dziecka, przy pomocy srebrnej brzytwy.

Wśród muzułmanów z subkontynentu indyjskiego duże znaczenie ma **Taweez** czarny sznurek z małym woreczkiem zawierającym modlitwę, zawieszany wokół nadgarstka lub na szyi noworodka. Wierzą oni, że chroni to dziecko przed chorobami.

Dziecko po porodzie powinno być kąpane 4 razy, ostatni raz w wodzie, w której gotowały się kwiaty. Według innych przekazów, po porodzie wyciera się tylko noworodka z mazi płodowej i krwi, a kąpie się dopiero po 7, a potem po 40 dniach.

Symboliczne znaczenie chleba, cukru, złota, soli, daktyla....

Amulety (oko proroka, ręka Fatimy)

Według muzułmańskiego prawa (**szariatu**) syn pozostaje pod prawną opieką matki do 7 rż, a córka do 9 rż. Rodzina muzułmańska jest patriarchalna. Islam wzywa do jednożeństwa i ogranicza poligamię do 4 żon.

Obrzezanie nie jest uprawomocnione przez Koran. Poddawani mu są chłopcy w różnym wieku od 7-14 dni do 15 rż,

Muzułmanie uważają za zdolne do życia dziecko po 120 dniach życia wewnątrzmacicznego. Prawdopodobnie będą chcieli odebrać ciało dziecka po poronieniu lub obumarciu wewnątrzmacicznym. Aborcja jest dopuszczalna w sytuacji zagrożenia życia matki.

Muzułmanie niechętnie zgadzają się na sekcje zwłok (dopuszczają je ze wskazań lekarza medycyny sądowej). Mogą prosić, aby wszystkie organy po badaniu zostały włożone do ciała. Ciało należy do Allaha i należy mu się szacunek.

Świadkowie Jehowy

Chrześcijański Zbór Świadków Jehowy jest związkiem wyznaniowym badaczy Pisma Świętego, który głosi, że jedynym bogiem jest Jehowa. Ruch został zapoczątkowany przez Charlesa Russela w 1872 roku w Pensylwanii. Podstawą wierzeń Świadków Jehowy jest Biblia. Oddają cześć jednemu prawdziwemu bogu Jehowie (Jahwe). Uznają Jezusa za syna Boga, który został zgładzony na palu męki, a nie na krzyżu (od 1935 roku nie uznają symboliki krzyża). Duch Święty jest czynną siłą bożą. Nie uczestniczą w życiu politycznym. Nie służą w wojsku (jest to sprzeczne z prawem miłości). Nie uczestniczą w ruchach ekumenicznych. Odrzucają tradycyjne rytuały (za wyjątkiem chrztu przez całkowite zanurzenie w wodzie. Chrzest nie zmywa grzechu pierworodnego, ale jest wyrazem gotowości do pełnienia służby bożej). Świadkowie Jehowy prowadzą szeroką działalność kaznodziejską (nauczanie, publikacje). Kładą nacisk na miłość bliźniego i przestrzeganie przykazań Bożych i biblijnych zasad moralnych- wystrzegają się kłamstwa, nieuczciwości, obłudy, cudzołóstwa, praktyk homoseksualnych, kradzieży, pijaństwa, palenia tytoniu, narkomanii, rozwodów. Pragną głosić dobrą nowinę i dawać przykład chrześcijańskiego życia

Stosunek do transfuzji krwi. Do roku 1945 Świadkowie Jehowy nie mieli żadnych zastrzeżeń do transfuzji krwi. Biblia zabrania jedynie przelewania krwi (w sensie zabójstwa) i spożywania krwi zwierzęcej. Świadkowie Jehowy utożsamiają krew z życiem. Nie dopuszczają transfuzji pełnej krwi ani jej składników, nie dopuszczają

nawet autotransfuzji. O przyjęciu preparatów powstałych na drodze frakcjonowania osocza lub pochodzących z frakcji komórkowych decyduje każdy Świadek indywidualnie. **Osobie, która złamie zakaz grozi wykluczenie ze wspólnoty i utrata życia wiecznego.** Dopuszczalne jest wykorzystanie krwi własnej, pod warunkiem, że nie traci ona łączności z krwioobiegami (np. zabiegi w krążeniu pozaustrojowym, hemodializa, śródoperacyjne odzyskiwanie krwi). Dopuszczalne jest stosowanie krwiozastępczych lub osoczozastępczych (0,9% NaCl, Dextran, HES lub leków stymulujących procesy krwiotwórcze (preparaty żelaza, erytropoetyna)

W Polsce 1991 roku Organizacja Świadców Jehowy założyła **Komitet Łączności ze Szpitalami**. Ich zadaniem jest pomoc w konkretnych przypadkach klinicznych, poszukiwanie rozwiązania kiedy zachodzi konieczność leczenia krwi u Świadka Jehowy

Zalecane postępowanie

Patryn R., Sak J., Kiciński P., Kołodziejczyk B.: Etyczne i medyczne aspekty stosowania preparatów krwi u Świadców Jehowy. *Zdrowie Publiczne*, 2007, 4(117) 485-489

Karczewska N.: Wola pacjenta czy decyzja lekarza? - kontrowersje wobec konieczności dokonania transfuzji krwi u Świadców Jehowy, www.prawoimedycyna.pl data dostępu: 03.10.2017

Majda A., Zalewska-Puchała J., Ogórek-Tęcza B. : *Pielęgniarstwo Transkulturowe – podręcznik dla studiów medycznych*, PZWL, Warszawa 2010

HINDUSKI

Po zakończeniu siódmego miesiąca ciąży organizuje się **Godh Bharai**- ceremonię religijną mającą zapewnić matce i dziecku błogosławieństwo i pomyślność. Ciężarna nacierana jest naturalnymi olejkami, a jej dłonie i stopy dekoruje się rysunkami z henny. Kobieta otrzymuje bransoletki **chhudi**, które chronią ją i dziecko przed złymi duchami, nakłada nowe ubranie подарowane jej przez matkę. Muzyka, zabawa i podarunki mają zapewnić pomyślność mamie i dziecku.

Norodziny Lotosu (Lotus Birth) Lotosowe narodziny to pozostawienie u noworodka nie odciętej pępownicy, tak by dziecko zachowało naturalne połączenie z łożyskiem, aż do czasu gdy pępownina sama odpadnie od pępka ok 3-10 dnia po narodzinach. Pozwalają one powoli i łagodnie oddzielić się noworodkowi od stałej więzi z ciałem matki. Znaczenie łożyska w innych kulturach- w *Malezji noworodka i łożysko uznaje się za rodzeństwo*

W niektórych kulturach tuż po urodzeniu członek rodziny pisze mistyczne znaki **om** lub **aum** (które oznaczają najwyższego Ducha) na języku dziecka przy użyciu miodu lub klarowanego masła. Znak taki może być też narysowany za uchem dziecka przy użyciu kajala, lub noszony na łańcuszku na szyi dziecka lub przy łożeczku. Osoby piszące znak om przyjmują rolę podobną do rodziców chrzestnych w chrześcijaństwie.

Hindusi mogą życzyć sobie **zawinięcia dziecka** w specjalny materiał, mający znaczenie religijne

Tradycyjną praktyką jest **obmycie piersi** młodej matki wodą z mlekiem krowim przed pierwszym karmieniem przez bliską, zamężną kobietę i odmówienie modlitwy.

Bardzo ważne dla większości Hindusów jest dokładne określenie daty urodzenia (na tej podstawie sporządza się **indywidualny horoskop**)

Szesty dzień życia- szczególnie ważny dla małych Hindusów. Na nadgarstku dziecka ceremonialnie wiązana jest delikatna, biała, bawełniana nitka. W tym dniu w łożeczku dziecka umieszczane są papier i ołówek (bogini uczenia notuje przyszłość dziecka)

W niektórych społecznościach muzułmańskich, wśród Chińczyków i Hindusów spotyka się niekiedy zwyczaj golenia głowy- jako usunięcie nieczystości związanych z porodem. Główkę dziecka smaruje się olejem z dodatkiem ziół lub szafranu. Często jako daninę ofiaruje się ilość srebra równoważną wadze zgolonych włosów

Wiele hinduskich noworodków rodzi się z ciemnym meszkiem na skórze. Bardzo popularny jest codzienny masaż i delikatny peeling całego ciała, po którym następuje kąpiel. Dzieci masuje się i kąpie na udach mamy. Masaż i ceremonialne malowanie dłoni henną jest gwarantowane także młodej mamie

Karmienie piersią w Indiach jest bardzo popularne, Hinduski karmią dzieci dość długo, ale bardzo dbają o intymność. Nie pozwalają sobie na karmienie nawet w obecności bliskich, aby nie stracić pokarmu i żeby dziecko nie straciło apetytu.

Ciała zmarłych dorosłych Hindusów, podobnie jak u Sikhów są poddawane kremacji, natomiast ciała dzieci są grzebane. Rodzice mogą wyrazić chęć samodzielnego przygotowania dziecka do pochówku, co połączone jest z obmyciem i ceremonią religijną. Często odbywa się to w szpitalu, gdyż pogrzeb powinien odbyć się tak szybko jak to możliwe

JUDAIZM (mozaizm, wyznanie mojżeszowe) jest religią monoteistyczną, której początki sięgają II tysiąclecia przed naszą erą. Kształtował się przez niemal 13 stuleci. Biblia pozostaje podstawą żydowskiego życia, myśli i kultu. Główną częścią Biblii jest Tora, w której zawartych jest 613 przykazań, 248 nakazów, 365 zakazów, których powinien przestrzegać każdy dorosły Żyd (chłopiec po ukończeniu 13 r.ż i dziewczynka po 12 r.ż.. Talmud był pierwszym wielkim komentarzem Tory

Pobożni Żydzi modlą się 3 razy dziennie, z twarzą zwróconą ku Jerozolimie, siedząc lub stojąc, lub kiwając się całym ciałem. Podczas modlitwy wymagane jest okrycie głowy i założenie specjalnych szat. Centrum życia wspólnoty jest Synagoga (miejsce modlitw, nabożeństw, studiowania Tory i Talmudu, miejscem zebrań.)

Szabat- siódmy dzień tygodnia, sobota, czas odpoczynku. Świętowanie rozpoczyna się od zapalenia świec 18 minut przed zachodem słońca w piątek. Zwykle świece zapala kobieta, przyjmując na siebie szabat.

Mężczyzna przyjmuje na siebie szabat odmawiając Psalm 92.

W czasie szabat nie wolno wykonywać żadnej pracy, ani obowiązków oprócz tych absolutnie niezbędnych do przeżycia. Nie wolno m.in.:pracować zarobkowo, sprzątać, gotować, robić zakupów, podróżować,, korzystać z prądu, telefonować, korzystać z komunikacji publicznej, taksówek, banków, kroić owoców i warzyw, oddzielać niepotrzebnych składników od pokarmu, mieszać substancji spożywczych z płynem, piec, strzyć, obcinać paznokci, zawiązywać i rozwiązywać węzłów, rozsmarowywać kremów na skórze, używać mydła w kostce, pisać,zapalać zapalniczki, zapałki, światła

Jom Kippur (Dzień Pojednania) – święto o charakterze pokutnym obchodzone w okresie wrzesień-październik. Zabronione jest wykonywanie wszystkich czynności zabronionych w szabat i obowiązuje ścisły post (nie wolno nawet płucać ust i myć zębów, nie wolno myć ciała za wyjątkiem palców, ani smarować ciała żadnymi substancjami

Tisza be-Aw –święto żałoby upamiętniające zburzenie Świątyni Jerozolimskiej, przypada w lipcu lub w pierwszej połowie sierpnia. Poprzedzone jest 3 tygodniową pokutą (zakaz zabaw, słuchania muzyki, jedzenia mięsa i picia wina). W czasie święta obowiązuje ścisły post, zakaz strzyżenia włosów i brody, używania kosmetyków, noszenia nowej odzieży i korzystania z krzesel i foteli.

Przejście z wieku dziecięcego w dorosłość W wieku 13 lat chłopiec staje się **bar micwa- synem przykazań**, w wieku 12 lat dziewczynka staje się **bat micwa- córką przykazań**

Choroba Taya -Sachsa Dotyczy głównie Żydów aszkenazyjskich, ok.1/3 nich jest nosicielami choroby genetycznie uwarunkowana choroba z grupy chorób spichrzeniowych, polegająca na gromadzeniu się substancji tłuszczowej – gangliozyduGM2 w komórkach nerwowych mózgu. U podłoża choroby leży zmniejszenie aktywności lub brak syntezy enzymu beta-heksozaminidazy A, który bierze udział w przemianach gangliozydów. W następstwie defektu dochodzi do ich spichrzenia w lizosomach m.in. neuronów. Dzieci dotknięte chorobą początkowo rozwijają się normalnie, później postępuje upośledzenie wzroku, słuchu i motoryki. Dochodzi również do pogłębiającego się niedorozwoju umysłowego. Do zgonu dochodzi zwykle w 3. lub 4. roku życia

W przypadku choroby Żydów nie obowiązują żadne nakazy religijne, które mogłyby utrudniać powrót do zdrowia. Obowiązek troski o chorych, w gminach powstają stowarzyszenia zajmujące się chorymi i umierającymi. Choremu należy zawsze coś przynieść. W czasie choroby lekarz jest najwyższym autorytetem-narzędziem Boga

Kobieta w czasie menstruacji nie może wykonywać wielu czynności, za czystą uznaje się ją dopiero po rytualnej kąpeli w mykwie. Po porodzie matka dziecka jest nieczysta (tame) rytualnie przez 7 dni po urodzeniu chłopca i przez 14 dni po urodzeniu dziewczynki. Obowiązek religijny mycia rąk po wypoczynku nocnym, po wyjściu z toalety, przed jedzeniem, po obcięciu paznokci

Dieta- zasady koszernego jedzenia

Obrzezanie jest charakterystyczne dla islamu, judaizmu i wielu kultur afrykańskich. Jest usankcjonowane przez prawo religijne. Obrzezanie przez wielu jest uważane za istotne z powodów higienicznych. Obrzezania dokonuje się zwykle w pierwszych tygodniach życia. U Żydów ceremonia obrzezania (**Brit Milah**) w **8 dobie** życia połączona jest z **nadaniem imienia. Do tego czasu imię dziecka utrzymuje się w tajemnicy.** Zabieg przeprowadzany jest przez osobę nazywaną **Mohel**, której zadaniem jest upewnienie się czy dziecko jest zupełnie zdrowe i nie ma przeciwwskazań do zabiegu.

Niektóre zamężne kobiety muszą mieć w miejscach publicznych **zakryta głowę**, niektóre okrywają włosy tylko do modlitwy, czy zapalenia świec szabatowych. Niektóre zamężne ortodoksyjne **żydówki golą głowę i na co dzień używają peruk. Badanie ortodoksyjnych Żydówek powinno być przeprowadzone przez kobiety**

WYZNAWCY SIKHIZMU

Niektórzy Sikhowie recytują pięć wersetów modlitwy porannej (**Japji Sahib**) do ucha nowonarodzonego dziecka. Najbardziej szanowany członek rodziny podaje noworodkowi (czasem też młodej mamie) **amrit** (specjalnie przygotowany miód lub osłodzona woda jako symbol błogostawieństwa.

Imię dziecka wybierane jest przez losowe otwarcie świętej księgi Sikhów (Guru Granth Sahib). Wybiera się imię zaczynające się od pierwszej litery pierwszego słowa pierwszego skończonego paragrafu na lewej stronie. Do czasu ceremonii nadania imienia w 40 dobie życia dziecko może być nazywane imieniem ulubionego zwierzęcia.

Na nadgarstek, kostkę stopy lub szyję dziecka zakładany jest nazarbattus (czarna opaska lub tasiemka). Celem jest ochrona dziecka przed złymi duchami, zazdrosnymi myślami innych..., gdyż nowonarodzone dzieci uważa się za szczególnie podatne na otaczające nas zło, wymagają talizmanów, ochrony i modlitw.

Karmienie piersią u Sikhów jest postrzegane pozytywnie, ale nie ma religijnych wyznaczników długości karmienia czy zasad.

Opieka transkulturowa:

1. Podchodź z szacunkiem do różnorodności
2. Zaakceptuj niepewność i dwuznaczność
3. Pamiętaj o tym, że kultura ma wpływ na to, jak się zachowują ludzie i co jest dla nich ważne
4. Postaw się na miejscu innych
5. Szczerze rozmawiaj
6. Pamiętaj, że istnieje więcej niż tylko jedna metoda działania
7. Zawsze możesz być zrozumiana/zrozumiany inaczej niż byś chciała/chciał.
8. Wierz w dobre intencje
9. Jeśli masz wątpliwości, zawsze pytaj. Uprzejmie zadane pytanie w dobrej wierze, nie będzie traktowane jak obraźliwe, jeżeli jest poparte pragnieniem postąpienia we właściwy sposób.

Opracowano na podstawie:

1. A. Kosowicz, M. Piegat-Kaczmarczyk: Kobiety świata- wielokulturowość w opiece okołoporodowej. (projekt :Jestem mamą w Polsce) PDF:kobiety-c59bwiata-wielokulturowoc59bc487-w-opiece-okoc582oporodowej
2. Joanna Zalewska-Puchała, Anna Majda **Pielęgniarstwo transkulturowe** w: Ad vocem- Pismo Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych. Kraków, nr 103, marzec-kwiecień 2012 PDF: ad_vocem_103 transkulturowość
3. Lumsden H., Holmes D.: Noworodek i jego rodzina. Praktyka położnicza. Iwanowicz-Palus G. (red. wyd. polskiego), Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2011
4. Majda A., Zalewska-Puchała J., Ogórek-Tęcza B.: Pielęgniarstwo Transkulturowe- podręcznik dla studiów medycznych. PZWL, Warszawa 2010
5. Shivam Rachana: Narodziny w nowym świetle- lotosowy poród. Wyd Ravi 2003
6. Grzebińska O. Mama dookoła świata Warszawa 2012
7. Hopgood M-L.: Jak Eskimosi ogrzewają swoje dzieci-Rodzicielskie przygody z całego świata. Mamania, Warszawa