

# Care for pregnant and postpartum woman with cerebral palsy

Opieka nad ciężarną i położnicą z mózgowym porażeniem dziecięcym

Natalia Magdalena Pilarska, Anna Weronika Szablewska 

Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego,  
Gdański Uniwersytet Medyczny Wydział Nauk o Zdrowiu z Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej,  
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Polska/  
Department of Obstetric and Gynaecological Nursing,  
Faculty of Health Sciences with the Institute of Maritime and Tropical Medicine,  
Institute of Nursing and Midwifery, Medical University of Gdańsk, Poland

CORRESPONDING AUTHOR/AUTOR DO KORESPONDENCJI:

**Natalia Magdalena Pilarska**  
Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego,  
Gdański Uniwersytet Medyczny Wydział Nauk o Zdrowiu z Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej,  
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa  
Marii Skłodowskiej-Curie 3a, 80-210 Gdańsk, Polska  
e-mail: natalia.pilarska@gumed.edu.pl

## STRESZCZENIE

### OPIEKA NAD CIĘŻARNĄ I POŁOŻNICĄ Z MÓZGOWYM PORAZIENIEM DZIECIĘCYM

**Wprowadzenie.** Kobiety niepełnosprawne w kwestii planów prokreacyjnych często są pomijane i spotykają się z niezrozumieniem i brakiem wsparcia społecznego. Dodatkowo ich potrzeby seksualne niejednokrotnie są marginalizowane. W perspektywie oznacza to, że niezbędna jest edukacja społeczeństwa oraz wpływ specjalistycznej opieki położniczej, jak i lekarskiej, aby opisać wagę deficytu.

**Cel pracy.** Celem prezentowanej pracy jest przybliżenie wiedzy oraz zapoznanie z tematem opieki okołoporodowej u kobiety z niepełnosprawnością w oparciu o studium indywidualnego przypadku.

**Metoda.** Dla potrzeb niniejszego opracowania wykorzystano jakościową metodę badawczą „study case” – studium przypadku, zawierającą opis stanu położniczego i klinicznego pacjentki, mająca na celu jego pogłębioną analizę i ocenę. Uzyskano świadomą zgodę pacjentki na udział w badaniu. Do opisu przypadku wykorzystano wskaźniki wyników opieki C-Hobic. Do opracowania planów opieki korzystano z terminologii referencyjnej ICNP®.

**Podsumowanie.** Sprawując opiekę nad pacjentką z mózgowym porażeniem dziecięcym położna podejmuje liczne interwencje w zakresie edukacji zarówno kobiety jak i całej rodziny. Nadrzędnym celem jest zwiększenie samodzielności kobiety, zwiększenie jej pewności, że da radę zaopiekować się noworodkiem oraz doskonalenie kompetencji w zakresie samokontroli i samoopieki. W pracy z pacjentką skupiano się więc na utrzymaniu aktualnego poziomu samoopieki. Ze względu na stały postęp medycyny matczy-no-płodowej potrzeba dalszych badań dotyczących opieki przedkoncepcyjnej i okołoporodowej nad pacjentkami z MPD.

## Słowa kluczowe:

niepełnosprawność, ciąża, seksualność, Mózgowe porażenie dziecięce

## ABSTRACT

### CARE FOR PREGNANT AND POSTPARTUM WOMAN WITH CEREBRAL PALSY

**Introduction.** Disabled women are often overlooked when it comes to procreation plans and encounter social misunderstanding and lack of support. In addition, their sexual needs are often marginalized. It means that education and professional care of midwives and doctors are necessary to put flesh on problem.

**Aim.** The aim of the work is to present knowledge and familiarize with the subject of perinatal care for a woman with a disability based on an individual case study.

**Method.** For the purposes of this study, the qualitative research method “study case” was used, containing a description of the patient’s obstetric and clinical condition, aimed at its in-depth analysis and assessment. The patient’s informed consent to participate in the study was obtained. C-Hobic care outcome indicators were also used to describe the case. ICNP® reference terminology was used to develop care plans.

**Summary.** Taking care of a patient with cerebral palsy, the midwife undertakes numerous interventions in the field of education of both the woman and the whole family. The overriding goal is to increase the woman’s independence, increase her confidence that she will be able to take care of a newborn and improve her competence in self-care. Due to the constant progress in maternal-fetal medicine, further research is needed on preconception and perinatal care for patients with CP.

## Key words:

pregnancy, sexuality, disability, Cerebral palsy

## INTRODUCTION

Current research results show that disabled women are socially perceived as asexual and exclude the desire to have children and become pregnant [1, 2]. Depending on the degree of disability, women with various dysfunctions also feel sexual attraction, want to be attractive to men and dream of starting a family [2]. Research confirms that disabled people are considered asexual [3], and during routine visits to a gynecologist, disabled women do not receive questions from the attending physician about their desire to have children, and thus do not receive instructions on how to prepare for pregnancy [4].

For every woman, pregnancy is a unique time when many changes take place in mental, physical and emotional terms [5]. A recent study using federal survey data showed that nearly 44,200 American women with severe mobility disabilities report pregnancy each year [6]. In addition, there is a growing trend of getting pregnant by people with disabilities due to the increase in the effectiveness of treatment, modern equipment or specialized staff working with specific clinical cases [6]. Factors that affect fertility include an increase in the quality of life, coexisting diseases or the experience of previous pregnancies [7,8]. However, caring for a pregnant woman with a disability is still a challenge for the therapeutic team [9]. According to literature data, women with disabilities have become accustomed to curious looks evaluating their physical disability, but when they become pregnant or have a newborn, they notice behavior of a different type. Most often they receive questions about the course of pregnancy, sometimes they felt hostility or even intrusiveness from the interlocutor [10].

Although scientific research on the sexuality of people with disabilities is becoming more and more frequent, in the case of cerebral palsy, which to a large extent manifests itself in the form of physical disabilities, only some varieties of the disease also involve mental retardation [11], there are few available research results on this dysfunction [3]. Marginalization of the sexual needs of adults with cerebral palsy may result, among others, from social and behavioral factors - often these women do not talk about pregnancy loss or problems with getting pregnant due to the fear of being judged [12]. Contrary to negative comments, women with disabilities experience relationships, are sexually active and get pregnant [13]. The etiology of cerebral palsy is often related to complications in the perinatal period [14], which is why most women with cerebral palsy (cerebral palsy) feel strong stress associated with getting pregnant and carrying the pregnancy to term, without major complications [15]. According to a study conducted in Sweden in the years 1997-2011, it was shown that women with CP have a 3 times higher risk of preterm birth than a healthy woman. There was an increased need for prenatal care by an experienced obstetrician as well as a neurologist. Improper functioning of the skeletal system or deviations in terms of mental development are additional stress for the patient for the well-being of her child [16]. However, there was no increased number of caesarean sections or stillbirths. Rogers showed that 16 out of

18 births were live births (2 miscarriages), and caesarean sections accounted for about 30% [17]. Pregnancy and postnatal considerations that would significantly improve the quality of services for women with CP are occupational and physical therapy. Women often complained about the problem of loss of mobility and balance, which made it difficult to care for the newborn. A factor that could improve the quality of care for CP patients would be the introduction of physiotherapist consultations in maternity wards [17]. Another important aspect is the implementation of screening tests to detect postpartum depression in women with CP. A disabled woman may have problems with caring for a newborn from the very beginning due to the dysfunction, and difficulties with breastfeeding, stress or lack of emotional support may increase the risk of depressive disorders in this group of patients [18].

## AIM

The aim of the presented work is to present knowledge and familiarize with the subject of perinatal care for a woman with a disability based on an individual case study.

## MATERIALS AND METHODS

For the purposes of this study, the qualitative research method „study case” was used, containing a description of the patient’s obstetric and clinical condition, aimed at its in-depth analysis and assessment. The patient’s informed consent to participate in the study was obtained. Appropriate consent of the management of the facility was obtained for the use of medical records. In addition, research techniques such as: interview, observation, psychological tests, physical examination, as well as the technique of analyzing medical records were used. The nursing process was carried out in 2022. C-Hobic care outcome indicators [19] were also used to describe the case. ICNP® reference terminology was used to develop care plans [20]. Source of the description of the health status is divided into several parts. As a result of the analysis of the collected data, nursing diagnoses and appropriate nursing interventions were established, guided by the type of diagnosis, i.e. its nature (physical, mental and social aspects). In the course of care, these interventions were implemented into practice. On the last day of care, the nursing process was evaluated in accordance with the ICN guidelines. The result of the evaluation was a nursing diagnosis specifying progress or no change. Nursing diagnoses were constructed using detailed diagnoses (sub-diagnoses). When developing the care plan, reference terminology was used to formulate diagnoses and interventions in accordance with the ISO 18104:2004 standard [21]. On this basis, 8 care plans were created using an online tool available on the website of the International Council of Nurses [22] and the ICNP dictionary in Polish [20].

### Study case

A 35-year-old patient, in pregnancy 4 , labour 3, 36+0 weeks of gestation, was admitted to the Pregnancy Pathology ward due to type II diabetes, chronic arterial hypertension, after cerclage placement abstract, the risk of premature delivery and due to history of previous pregnancies. She has cerebral palsy. History of chronic diseases: glaucoma, psoriasis, hypothyroidism. During pregnancy, there was a serological incompatibility in the Rh system (the patient was qualified for administration of anti-Rh-D immunoglobulin during pregnancy). Microbiological tests showed colonization of the vagina with Group B Streptococcus (GBS (+), Group B Streptococcus). The patient reported that she gave birth to her first child in 2007, in the 38th week of pregnancy, by caesarean section, due to the occurrence of pre-eclampsia. The patient gave birth to her second child in 2019 at 23+4 weeks of pregnancy (vaginal birth), due to isthmus-cervical insufficiency – the daughter died after giving birth. In 2020, there was a miscarriage in the 9th week of pregnancy, the patient was qualified for D&C, dilatation and curettage of the uterine cavity under general anesthesia. Due to the burdensome medical history, the patient was under constant gynecological supervision and had follow-up visits every 2 weeks. Medications taken: Dopegyt 2xl tabl, Euthyrox 12sug, Levemir 37 insulin, Novorapld 4sxdobe, Neoparin 40 mg 0.4ml once a day. After a week's stay in the Pregnancy Pathology Department, where the pregnant woman did not report any complaints, the patient was offered pre-induction of labor with a Foley catheter and pharmacological induction of labor with an oxytocin infusion. The patient was very keen on giving birth by natural forces - the patient was presented with the option of cesarean section due to the poor obstetric history, but the patient refused. After a few hours of intravenous administration of Oxytocin from the green amniotic fluid, she gave birth to a daughter alive and not to term. The postpartum was born incomplete, therefore the patient was qualified for D&C of the uterine cavity. A 2nd degree perineal tear and a fairly large left-sided vaginal tear were found. Due to the appearance of green amniotic fluid, the neonatal staff was present at delivery. Due to poor (7) Apgar scores, the newborn was taken to the Department of Neonatal Pathology for observation. The postpartum woman expressed milk from the breast using a breast pump, and later, after the newborn's return from the Neonatology Department, she breastfed the baby on demand. She was determined and willing to latch the baby often. The patient reported a problem with urinary incontinence - it was recommended to consult a physiotherapist after discharge. The patient talked a lot about her life, lost pregnancies, about her emotions, she was very often moved at the thought of her children. She needed a lot of support and listening. It is also worth emphasizing that she tried to be independent despite the difficulty in moving.

On the 6th day after delivery, the mother and the newborn were discharged home with instructions for further nutritional and nursing procedures.

### care plan

The assessment was made on the basis of scales according to the C-Hobic project with aids based on the assessment of activities of daily living (Tab. 1). Based on analysis and interaction with an independent process defined by ICNP.

■ Tab. 1. Assessment of vital signs (ADL) for patients in the home care

C-HOBIC	HOBIC code	Diagnosis according to ICNP
Bed mobility	0	Able to move in bed - 10029240
Transfer	0	Able to transfer - 10028322
<b>Walk in the room</b>	<b>1</b>	<b>Impaired walking - 10001046</b>
<b>Walk in the corridor</b>	<b>3</b>	<b>Impaired walking - 10001046</b>
Dressing	0	Able to dress - 10028211
Eating	0	Able to feed self - 10028253
Toilet use	0	Able to toilet self - 10028314
Personal hygiene	0	Able to perform hygiene - 10028708
Bathing	0	Able to bath - 10028224

The assessment of activities of daily living let create two diagnosis:

#### Diagnosis 1 - Impaired mobility [10001219]

Interventions (IC)	Means (M)
Arranging Transport Of Device [10030493]	Nurse [10013333] Reading Material [10016433] Health Education Service [10039459] Social Worker Service [10018475]
Assisting [10002850]	Nurse [10013333] Ambulation Technique [10002222] Health Education Service [10039459]
Advancing Mobility [10036452]	Physiotherapist [10024003] Physiotherapy [10036434] Health Education Service [10039459]

Outcome: Impaired Mobility [10001219]

#### Diagnosis 2 - Impaired Ability To Transfer [10001005]

Interventions (IC)	Means (M)
Teaching About Mobilising Device- [10037474]	Nurse [10013333] Assessment Tool [10002832]
Arranging Transport Of Device [10030493]	Nurse [10013333] Health Education Service [10039459] Social Worker Service [10018475]
Assisting [10002850]	Nurse [10013333] Ambulation Technique [10002222] Health Education Service [10039459]

Outcome: No Transfer Injury [10033659]

#### Diagnosis 3 - Depressed Mood During Post Partum Period [10029771]

Interventions (IC)	Means (M)
Supporting [10019142]	Health Promotion Service- [10008776] Social Worker Service [10018475]
Advising [10001917]	Health Education Service [10039459]
Diversional Therapy [10039348]	Aromatherapy [10002515] Chest Therapy [10004221]

Outcome: Decreased Depressed Mood [10027901]

■ Tab. 2. Evaluation of the basic activities of daily living (IADL) of patients in the home care

C-HOBIC	HOBIC code	Diagnosis according to ICNP
Meal preparation	0	Ability to prepare food - 10030137
<b>Ordinary housework</b>	<b>1</b>	<b>Impaired homemaking - 10000925</b>
Managing finances	0	Able to manage finances - 10034547
Managing medications	0	Able to manage medication regime - 10029272
Phone use	0	Able to communicate telephone - 10025025
Shopping	0	Able to shop - 10034575
Transportation	0	Access to transportation - 10041310

The assessment of activities of daily living let create one negative diagnosis, want arrangements care plan.

#### Diagnosis 4 - Risk For Impaired Family Coping [10032364]

Interventions (IC)	Means (M)
Referring To Support Group Therapy [10024558]	Social Worker Service [10018475] Family Therapy [10007667]
Assessing Family Coping [10026600]	Nurse [10013333] Assessment Tool [10002832]
Supporting Family [10032844]	Nurse [10013333] Animal Assisted Therapy [10002349] Family Therapy [10007667]

Outcome: Effective Family Process [10025232]

#### Diagnosis 5 - Functional Incontinence Of Urine [10026778]

Interventions (IC)	Means (M)
Teaching About Urinary System Function [10045196]	Physiotherapist [10024003] Physiotherapy [10036434] Health Education Service [10039459]
Assessing Bowel Continence [10030558]	Nurse [10013333] Assessment Tool [10002832]
Managing Urinary Incontinence [10031879]	Health Education Service [10039459] Incontinence Training Technique [10009957]

Outcome: Urinary Incontinence [10025686]

#### Diagnosis 6 - Effective Infant Feeding Behaviour [10028059]

Interventions (IC)	Means (M)
Postpartum Breastfeeding Assessment [10039395]	Breastfeeding Education [10039463] Nurse [10013333]
Evaluating Breastfeeding [10039561]	Assessment Tool [10002832]
Counseling About Breastfeeding [10035229]	Breastfeeding Education [10039463] Breastfeeding Support Group [10039471]

Outcome: Effective Breastfeeding [10001411]

#### Diagnosis 7 - Diabetes [10005876]

Interventions (IC)	Means (M)
Monitoring Blood Glucose [10032034]	Assessment Tool [10002832] Nurse [10013333]
Administering Insulin [10030417]	Nurse [10013333] Insulin [10010400]
Measuring Blood Glucose [10041212]	Health Education Service [10039459]
Managing Blood Glucose [10046262]	Assessment Tool [10002832]

Outcome: Blood Glucose Within Normal Limits [10033685]

#### Diagnosis 8 - Altered Blood Pressure [10022954]

Interventions (IC)	Means (M)
Measuring Blood Pressure [10031996]	Assessment Tool [10002832]
Monitoring Blood Pressure [10032052]	Nurse [10013333] Assessment Tool [10002832]
Administering Medication [10025444]	Nurse [10013333]
Managing Disease [10031912]	Therapy [10019628]

Outcome: Blood Pressure Within Normal Limits [10027647]

## SUMMARY

Taking care of a patient with cerebral palsy, the midwife undertakes numerous interventions in the field of education of both the woman and the whole family. The overriding goal is to increase the woman's independence, increase her confidence that she will be able to take care of a newborn and improve her competence in self-control and self-care. Eight care plans were created, which had positive effects, taking into account the patient's illness and noting that the patient's status prevented full recovery and readiness for self-care. In working with the patient, the focus was on maintaining the current level of self-care. It can also be stated that the use of ICNP allows for free movement in the terminology and construction of plans adequate to the needs of the nursing process. Due to the constant progress in maternal-fetal medicine, further research is needed on preconception and perinatal care for patients with CP.

## Opieka nad ciężarną i położnicą z mózgowym porażeniem dziecięcym

### WPROWADZENIE

Aktualne wyniki badań naukowych pokazują, że kobiety niepełnosprawne są społecznie postrzegane jako aseksualne i wykluczają chęć posiadania potomstwa oraz zajścia w ciążę [1, 2]. Zależnie od stopnia niepełnosprawności, kobiety z różnymi dysfunkcjami również odczuwają pociąg seksualny, pragną być atrakcyjne dla mężczyzn oraz marzą o założeniu rodziny [2]. Badania potwierdzają, że osoby niepełnosprawne są uważane za aseksualne [3], a podczas rutynowych wizyt u ginekologa kobiety niepełnosprawne nie otrzymują od lekarza prowadzącego pytań o ich chęć posiadania potomstwa, a tym samym wskazówek dotyczących przygotowania do zajścia w ciążę [4].

Ciąża dla każdej kobiety jest wyjątkowym czasem, w którym dochodzi do wielu zmian pod względem psychicznym, fizycznym i emocjonalnym [5]. Niedawne badania wykorzystujące federalne dane ankietowe pokazały, że każdego roku prawie 44 200 amerykańskich kobiet z poważną niepełnosprawnością ruchową zgłasza, że jest w ciąży [6]. Dodatkowo zauważa się tendencję rosnącą zachodzenia w ciążę przez osoby niepełnosprawne ze względu na wzrost skuteczności leczenia, nowoczesnego sprzętu czy wyspecjalizowanej kadry pracującej z konkretnymi przypadkami klinicznymi [6]. Czynnikiem, które mają wpływ na rodność jest wzrost jakości życia, współistniejące choroby czy doświadczenie związane z przebyciem wcześniejszych ciąż [7,8]. Jednak w dalszym ciągu opieka nad ciężarną z niepełnosprawnością stanowi wyzwanie dla zespołu terapeutycznego [9]. Wg danych literaturowych, kobiety niepełnosprawne przyzwyczyły się do ciekawskich spojrzeń oceniających ich niepełnosprawność ruchową, jednak w momencie zajścia w ciążę czy posiadaniem noworodka zauważają zachowania innego typu. Najczęściej otrzymują pytania na temat przebiegu ciąży, momentami odczuwały wrogość czy wręcz natręctwo ze strony rozmówcy [10].

Choć coraz częściej pojawiają się badania naukowe dotyczące seksualności osób niepełnosprawnych, w przypadku mózgowego porażenia dziecięcego, które w znacznym stopniu ukazuje się pod postacią niepełnosprawności ruchowej, tylko w niektórych odmianach choroby dochodzi również do upośledzenia umysłowego [11], istnieje niewiele dostępnych wyników badań dotyczących tej dysfunkcji [3]. Marginalizacja potrzeb seksualnych osób dorosłych z mózgowym porażeniem dziecięcym, może wynikać m.in. z czynników społecznych i behawioralnych- często kobiety te nie mówią o stracie ciąży czy o problemach z zajściem w ciążę, ze względu na obawę przed byciem ocenianym [12]. Wbrew negatywnym komentarzom kobiety z niepełnosprawnościami doświadczają związków, są aktywnie seksualnie oraz zachodzą w ciążę [13]. Etiologia mózgowego porażenia dziecięcego ma często związek z powikłaniami w okresie okołoporodowym [14], dlatego większość kobiet z MPD (Mózgowe

porażenie dziecięce) odczuwa silny stres związany z zajściem w ciążę oraz donoszeniem ciąży, bez większych powikłań [15]. Według badania, które przeprowadzono w Szwecji w latach 1997-2011, wykazano że kobiety z MPD mają 3-krotnie większe ryzyko wystąpienia porodu przedwczesnego niż zdrowa kobieta. Stwierdzono zwiększoną potrzebę na opiekę prenatalną, przez doświadczonego położnika, a także neurologa. Nieprawidłowe działanie układu szkieletowego czy też odchylenia pod względem rozwoju psychicznego stanowią dodatkowy stres dla pacjentki o dobro swojego dziecka [16]. Nie stwierdzono jednak, zwiększonej ilości cięć cesarskich czy porodów obumarłych. Rogers wykazała, że 16 na 18 porodów były to porody żywe (2 poronienia), a cięcia cesarskie stanowiły ok 30% [17]. Ciążowe i poporodowe uwagi, które znacząco wpłynęłyby na poprawienie jakości usług w odniesieniu do kobiet z MPD to terapia zajęciowa i fizyczna. Kobiety często uskarżały się na problem utraty mobilności i równowagi, co utrudniało opiekę nad noworodkiem. Jako czynnik, który mógłby poprawić jakość opieki nad pacjentkami z MPD byłoby wprowadzenie konsultacji fizjoterapeuty w warunkach oddziałów położniczych. [17]. Kolejnym ważnym aspektem jest wdrożenie badań przesiewowych w celu wykrycia depresji poporodowej u kobiet z MPD. Kobieta z niepełnosprawnością od początku może mieć problem z opieką nad noworodkiem ze względu na dysfunkcję, trudności z karmieniem piersią, stres czy brak wsparcia emocjonalnego, mogą zwiększyć ryzyko wystąpienia zaburzeń depresyjnych w tej grupie pacjentek [18].

### CEL PRACY

Celem prezentowanej pracy jest przybliżenie wiedzy oraz zapoznanie z tematem opieki okołoporodowej u kobiety z niepełnosprawnością w oparciu o studium indywidualnego przypadku.

### MATERIAŁ I METODYKA

Dla potrzeb niniejszego opracowania wykorzystano jakościową metodę badawczą „study case”- studium przypadku, zawierającą opis stanu położniczego i klinicznego pacjentki, mająca na celu jego pogłębioną analizę i ocenę. Uzyskano świadomą zgodę pacjentki na udział w badaniu. W celu wykorzystania dokumentacji medycznej, uzyskano stosowną zgodę dyrekcji placówki. Ponadto wykorzystano techniki badawcze takie jak: wywiad, obserwacja, testy psychologiczne, badanie fizykalne, a także technikę analizy dokumentacji medycznej. Do opisu przypadku wykorzystano również wskaźniki wyników opieki C-Hobic [19]. Do opracowania planów opieki korzystano z terminologii referencyjnej ICNP® [20]. Opis statusu zdrowotnego podzielono na kilka części. W wyniku analizy

zgrupowanych danych ustalono diagnozy pielęgniar-  
skie i odpowiednie interwencje pielęgniar-  
skie, kierując się rodzajem diagnozy, to znaczy jej charakterem (aspekt  
fizyczny, psychiczny i społeczny). W toku opieki inter-  
wencje te implementowano do praktyki. W ostatnim dniu  
opieki przeprowadzono ewaluację procesu pielęgnowa-  
nia zgodnie z wytycznymi ICN. Efektem ewaluacji była  
diagnoza pielęgniar-  
ska określająca postę-  
p lub stan bez  
zmian. Diagnozy pielęgniar-  
skie konstruowano, wykorzy-  
stując diagnozy szczegó-  
łowe (subdiagnozy). Tworząc plan  
opieki, korzystano z terminologii referencyjnej, formu-  
lując diagnozy i interwencje zgodnie ze standardem ISO  
18104:2004 [21]. Na tej podstawie stworzono 8 planów  
opieki, przy których tworzeniu korzystano z interneto-  
wego narzędzia, dostępnego na stronie Międzynarodowej  
Rady Pielęgniarek [22] oraz słownika ICNP w języku pol-  
skim [20].

## Opis przypadku

Pacjentka w wieku 35 lat, w ciąży IV, poród III, w 36+0  
tygodniu ciąży, została przyjęta na oddział Patologii ciąży  
ze względu na cukrzycę typu II, przewlekłe nadciśnienie  
tętnicze, stan po założeniu szwu okrężnego, zagrożenie  
wystąpieniem porodu przedwczesnego oraz obciążony  
wywiad ze względu na wcześniejsze utracone ciąże.  
Ma mózgową porażenie dziecięce. Objawia się spowol-  
nieniem umysłowym oraz ograniczenie w poruszaniu  
się. Choroby przewlekłe w wywiadzie: jaskra, łuszczyca,  
niedoczynność tarczycy. W trakcie trwania ciąży wystą-  
piła niezgodność serologiczna w układzie Rh (pacjentkę  
zakwalifikowano do podania immunoglobuliny anty  
Rh-D w trakcie ciąży). Badania mikrobiologiczne wyka-  
zały kolonizację dróg rodnych paciorkowcem z grupy B  
(GBS (+), ang. *Group B Streptococcus*). Pacjentka podaje,  
że pierwsze dziecko urodziła w 2007 roku, w 38 tygodniu  
ciężkości przez cięcie cesarskie, ze względu na wystąpienie  
stanu przedrzucawkowego. Drugie dziecko pacjentka  
urodziła w 2019 siłami natury w 23+4 tygodniu ciąży,  
z powodu niewydolności cieśniowo-szyjkowej - córka  
po porodzie zmarła. W 2020 doszło do poronienia w 9.  
tygodniu ciąży, pacjentkę zakwalifikowano do zabiegu  
łyżeczkowania jamy macicy w znieczuleniu ogólnym.  
Ze względu na obciążony wywiad, pacjentka przebywała  
pod stałą kontrolą ginekologiczną i odbywała wizyty  
kontrolne co 2 tygodnie. Przyjmowane leki: Metylodopa  
2x1 250 mg, Lewotyroksyna 12sug, insulina Detemir 37,  
Insulina aspart 4sxdobe, Enoksaparyna sodowa 40 mg  
0,4ml 1x dziennie. Po tygodniowym pobycie na oddziale  
Patologii ciąży, gdzie ciężarna nie zgłaszała żadnych dole-  
gliwości, zaproponowano pacjentce preindukcję porodu  
cewnikiem Foleya oraz farmakologiczną indukcję porodu  
wlewem z oxytocyną. Kobiecie bardzo zależało na poro-  
dzie siłami natury - przedstawiono jej możliwość ukoń-  
czenia ciąży drogą cięcia cesarskiego, ze względu na obciążony  
wywiad położniczy, jednak pacjentka odmówiła. Po  
kilkugodzinnej, dożylniej podaży Oxytocyny z zielonego  
płynu owodniowego, urodziła się córka żywa niedono-  
szona. Popłód urodził się niekompletny, dlatego pacjentkę  
zakwalifikowano do wyłyżeczkowania jamy macicy.

Stwierdzono pęknięcie krocza II stopnia oraz dość duże  
lewostronne pęknięcie pochwy. Z powodu pojawienia się  
zielonego płynu owodniowego, przy porodzie był obecny  
zespół neonatologiczny. Noworodka ze względu na otrzy-  
manie 7 punktów w skali Apgar zabrano na obserwację na  
oddział Patologii Noworodka. Położnica odciągała pokarm  
z piersi za pomocą laktatora, później po powrocie nowo-  
rodka z oddziału Neonatologii, karmiła dziecko piersią  
na żądanie. Była zdeterminowana i chętna do częstego  
przystawiania dziecka. Pacjentka zgłosiła problem z nie-  
trzymaniem moczu - zalecono konsultację z fizjoterapeutą  
po wypisie. Pacjentka bardzo dużo opowiadała o swoim  
życiu, utraconych ciążach, o swoich emocjach, bardzo  
często wzruszała się na myśl o swoich dzieciach. Potrze-  
bowała dużo wsparcia oraz wysłuchania. Warto również  
podkreślić, że starała się być samodzielna pomimo utrud-  
nionego poruszania.

W szóstej dobie po porodzie, położnicę wraz z nowo-  
rodkiem wypisano do domu ze wskazówkami dalszego  
postępowania żywieniowego i pielęgnacyjnego.

## Proces pielęgnowania ICNP

Oceny dokonano na podstawie skal według projektu  
C-Hobic pozwalających na ocenę zmiennych dotyczących  
podstawowych czynności życiowych (tab. 1) i czynności  
życia codziennego. Na podstawie obserwacji oraz rozmów,  
stworzono proces pielęgnowania na podstawie klasyfikacji  
ICNP.

■ Tab. 1. Ocena podstawowych czynności życiowych (ADL) dla pacjentów  
objętych opieką domową

Zmienna	Liczba punktów	Diagnoza według ICNP
Zmiana pozycji w łóżku (pozycjonowanie)	0	Pozytywna mobilność w łóżku - 10029240
Przesiadanie się to każda czynność zmiany miejsca z jednego na drugie (transfer)	0	Pozytywna zdolność do przemieszczania się - 10028322
<b>Chodzenie po pokoju</b>	<b>1</b>	<b>Zaburzone chodzenie - 10001046</b>
<b>Poruszanie się poza domem</b>	<b>3</b>	<b>Zaburzona mobilność - 10001219</b>
Ubieranie górnej części ciała	0	Prawidłowa zdolność do samodzielnie ubierania się - 10028211 + górnej części ciała + 10029293
Ubieranie dolnej części ciała	0	Prawidłowa zdolność do samodzielnego ubierania się - 10028211 + dolnej części ciała + 10029303
Spożywanie posiłków	0	Pozytywne samodzielne przyjmowanie posiłków - 10028253
Korzystanie z toalety	0	Samodzielne pozytywne korzystanie z toalety - 10028314
Higiena osobista	0	Pozytywna zdolność do wykonywania higieny - 10028708
Kąpiel	0	Pozytywna zdolność do kąpieli - 10028224

Ocena podstawowych czynności życiowych pozwoliła na stworzenie dwóch  
diagnoz:

## Opieka nad ciężarną i położnicą z mózgowym porażeniem dziecięcym

Diagnoza 1 - zaburzona mobilność [10001219]

Interwencje (IC)	Środki/narzędzia (M)
Aranżowanie przemieszczania lub urządzenia [10030493]	Pielęgniarka [10013333] Materiał do czytania [10016433] Usługa edukacyjna [10039459] Usługa pracownika socjalnego [10018475]
Asystowanie [10002850]	Pielęgniarka [10013333] Technika przemieszczania się [10002222] Usługa edukacyjna [10039459]
Doskonalenie [10036452]	Fizjoterapeuta [10024003] Fizjoterapia terapia [10036434] Usługa edukacyjna [10039459]

Wynik: zaburzona mobilność [10001219]

Diagnoza 2- zaburzona zdolność do przemieszczania się [10001005]

Interwencje (IC)	Środki/narzędzia (M)
Nauka mobilności [10037474]	Pielęgniarka [10013333] Narzędzie do oceny [10002832]
Aranżowanie przemieszczania lub urządzenia [10030493]	Pielęgniarka [10013333] Usługa edukacyjna [10039459] Usługa pracownika socjalnego [10018475]
Asystowanie [10002850]	Pielęgniarka [10013333] Technika przemieszczania się [10002222] Usługa edukacyjna [10039459]

Wynik: Brak urazu spowodowanego przemieszczaniem [10033659]

Diagnoza 3- Nastroj depresyjny po porodzie [10029771]

Interwencje (IC)	Środki/narzędzia (M)
Wspieranie [10019142]	Usługa społeczności [10027359] Usługa pracownika socjalnego [10018475]
Doradzanie [10001917]	Usługa edukacyjna [10039459]
Terapia odwracająca uwagę [10039348]	Aromaterapia [10002515] Ćwiczenia oddechowe [10004221]

Wynik: Zmniejszony nastrój depresyjny [10027901]

■ Tab. 2. Ocena podstawowych czynności dnia codziennego (IADL) pacjentów objętych opieką domową

Zmienna	Liczba punktów	Diagnoza ICNP
Przygotowanie posiłku	0	Zdolna do przygotowania posiłku - 10030137
Prace domowe	1	Zaburzone prowadzenie domu - 10000925
Zarządzanie finansami	0	Zdolna do zarządzania finansami - 10034547
Zarządzanie lekiem	0	Zdolność zarządzania reżimem leku - 10029272
Używanie telefonu	0	Zdolność komunikowania - 10025025
Zakupy	0	Zdolny/a do robienia zakupów - 10034575
Środki transportu	0	Dostęp do środków transportu - 10041310

Ocena podstawowych czynności dnia codziennego pozwoliła na postawienie 1 diagnozy negatywnej, wymagającej przygotowania planu opieki.

Diagnoza 4- ryzyko zaburzonego radzenia sobie rodziny [10032364]

Interwencje (IC)	Środki/narzędzia (M)
Kierowanie na terapię w grupie wsparcia [10024558]	Usługa pracownika socjalnego [10018475] Terapia rodzinna [10007667]
Ocenianie radzenia sobie rodziny [10026600]	Pielęgniarka [10013333] Narzędzie do oceny [10002832]
Wspieranie rodziny [10032844]	Pielęgniarka [10013333] Terapia rodzinna [10007667] Terapia wspomaganą zwierzętami [10002349]

Wynik: Prawidłowe radzenie sobie rodziny [10025232]

Diagnoza 5- funkcjonalne nietrzymanie moczu [10026778]

Interwencje (IC)	Środki/narzędzia (M)
Nauczanie o funkcji układu moczowego [10045196]	Fizjoterapeuta usługodawca [10024003] Fizjoterapia terapia [10036434] Usługa edukacyjna [10039459]
Ocenianie trzymania moczu [10030558]	Pielęgniarka [10013333] Narzędzie do oceny [10002832]
Zarządzanie nietrzymaniem moczu [10031879]	Usługa edukacyjna [10039459] Technika treningu zapobiegania Nietrzymaniu moczu [10009957]

Wynik: nietrzymanie moczu [10025686]

Diagnoza 6- Efektywne karmienie niemowlęcia [10028059]

Interwencje (IC)	Środki/narzędzia (M)
Karmienie piersią [10003645]	Nauczanie karmienia piersią [10039463] Pielęgniarka [10013333]
Ewaluacja karmienia piersią [10039561]	Narzędzie do oceny [10002832]
Poradnictwo dotyczące karmienia piersią [10035229]	Nauczanie karmienia piersią [10039463] Wsparcie grupowe w karmieniu Piersią [10039471]

Wynik: Efektywne karmienie piersią 10001411

Diagnoza 7- Cukrzyca [10005876]

Interwencje (IC)	Środki/narzędzia (M)
Monitorowanie glukozy we krwi [10032034]	Narzędzie do oceny [10002832] Pielęgniarka [10013333]
Administrowanie insuliną [10030417]	Pielęgniarka [10013333] Insulina [10010400]
Zmierzenie stężenia glukozy we krwi [10041212]	Usługa edukacyjna [10039459]
Zarządzanie poziomem glukozy we krwi [10046262]	Narzędzie do oceny [10002832]

Wynik: Prawidłowy wynik poziomu glukozy [10033685]

Diagnoza 8- Zmienione ciśnienie krwi [10022954]

Interwencje (IC)	Środki/narzędzia (M)
Zmierzenie ciśnienia krwi [10031996]	Narzędzie do oceny [10002832]
Monitorowanie ciśnienia krwi [10032052]	Pielęgniarka [10013333] Narzędzie do oceny [10002832]
Administrowanie lekiem [10025444]	Pielęgniarka [10013333]
Zarządzanie chorobą [10031912]	Terapia [10019628]

Wynik: Wartości ciśnienia tętniczego w normie [10027647]

**PODSUMOWANIE**

Sprawując opiekę nad pacjentką z mózgowym porażeniem dziecięcym położna podejmuje liczne interwencje w zakresie edukacji zarówno kobiety jak i całej rodziny. Nadrzędnym celem jest zwiększenie samodzielności kobiety, zwiększenie jej pewności, że da radę zaopiekować się noworodkiem oraz doskonalenie kompetencji w zakresie samokontroli i samoopieki. Stworzono 8 planów opieki, które dały pozytywne skutki, uwzględniając chorobę pacjentki oraz zauważając ze status pacjentki uniemożliwiał pełne przywrócenie do prawidłowego funkcjonowania i gotowości w samoopiece. W pracy z pacjentką skupiano się więc na utrzymaniu aktualnego poziomu samoopieki. Można ponadto stwierdzić, że stosowanie ICNP pozwala na swobodne poruszanie się w terminologii i konstruowanie planów adekwatnie do potrzeb prowadzenia procesu pielęgnowania. Ze względu na stały postęp medycyny matczyno-płodowej potrzeba dalszych badań dotyczących opieki przedkoncepcyjnej i okołoporodowej nad pacjentkami z MPD.

**ORCID**

Anna Weronika Szablewska  <https://orcid.org/0000-0001-8565-027X>

**REFERENCES/PIŚMIENNICTWO**

1. Filax G TD. Disabled Mothers: Stories and Scholarship By and About Mother with Disabilities. *Disabled Mothers*. 2014; 1: 7-14.
2. Rintala D, Young ME, Chanpong GF. National Study of Women With Physical Disabilities: Final Report. *Sexuality and Disability*. 2001; 1: 9-21.
3. Krahn G. A Call for Better Data on Prevalence and Health Surveillance of People With Intellectual and Developmental Disabilities. *Intellectual and Developmental Disabilities*. 2019; 5(57): 357-375.
4. Hayward K, Chen AY, Forbes E, et al. Reproductive healthcare experiences of women with cerebral palsy. *Disability Health Journal*. 2017; 10: 413-418.
5. Warowna M, Tokarczyk K, Hordyjewska A. BK. Stylżycia oraz zmiany ogólnoustrojowe u kobiet w ciąży. *Kosmetologia Estetyczna*. 2019; 1: 1-6.
6. Iezzoni LI, Yu J, Wint AJ, et al. Prevalence of Current Pregnancy Among U.S. Women with and without Chronic Physical Disabilities. *Med. Care*. 2013; 51: 555.
7. Iezzoni LI, Yu J, Wint AJ, et al. Conditions Causing Disability and Current Pregnancy Among U.S. Women with Chronic Physical Disabilities. *Med. Care*. 2014; 52: 20.
8. Iezzoni LI, Yu J, Wint AJ, et al. General health, health conditions, and current pregnancy among U.S. women with and without chronic physical disabilities. *Disability Health Journal*. 2014; 7: 181-188.
9. Mitra M, Long-Bellil LM, Iezzoni LI, et al. Pregnancy among women with physical disabilities: Unmet needs and recommendations on navigating pregnancy. *Disability Health J*. 2016; 9: 457-463.
10. Iezzoni LI, Wint AJ, Smeltzer SC, et al. 'how did that happen?' Public responses to women with mobility disability during pregnancy. *Disability Health Journal*. 2015; 8: 380-387.
11. Michałowicz R. Mózgowe porażenie dziecięce. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie. 2001; s. 10-20.
12. Sear R, Lawson DW, Kaplan H, et al. Understanding variation in human fertility: What can we learn from evolutionary demography? *Philos. Trans. R. Soc. B. Biol. Sci*. 371. Epub ahead of print 2016. DOI: 10.1098/rstb.2015.0144.
13. Smeltzer SC. Pregnancy in Women With Physical Disabilities. *Journal Obstet. Gynecol. Neonatal. Nurs*. 2007; 36: 88-96.
14. Hryniewicz-Czarnecka M. Mózgowe porażenie dziecięce studium przypadku. Warszawa: Wydawnictwo CzytaMiś; 2021, s. 8-26.
15. Turk MA, Overeynder JC, Matthew Janicki AP. Aging and cerebral palsy-clinical concerns a report of the workgroup on aging and cerebral palsy New York State Developmental Disabilities Planning Council; 1995, p. 7-15.
16. Sundelin H, Stephansson O, Johansson S. Pregnancy outcome in women with cerebral palsy: A nationwide population-based cohort study. *Acta. Obs. Gynecol. Scand*. 2020; 99: 518-524.

17. Rogers J. *The Disabled Woman's Guide to Pregnancy and Birth*. Demoss Medical Publishing; 2006, p. 50-61.
18. Clinic M. Mayo clinic guide to a healthy pregnancy „Postpartum depression”, 2015.
19. Kilańska D. Wskaźniki jakości opieki i ich wykorzystanie w praktyce. Zasady korzystania z narzędzi, ewaluacja i walidacja skal oceny statusu zdrowotnego. Akredytowane Cent Rozw ICNP przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi, 2015, s. 1-10.
20. ICNP® - polski. [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-polski\\_translation.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-polski_translation.pdf) Accessed 30 Dec. 2022
21. ISO - ISO 18104:2003 - Health informatics - Integration of a reference terminology model for nursing, <https://www.iso.org/standard/33309.html> Accessed 30 Dec. 2022
22. Przeglądarka ICNP | ICN – Międzynarodowa Rada Pielęgniarek, <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser> Accessed 30 Dec. 2022.

Manuscript received/Praca zgłoszona do czasopisma:  
20.01.2023

Manuscript accepted/Praca zaakceptowana do druku:  
21.02.2023

Translation/Tłumaczenie: Anna Weronika Szablewska