

OPIEKA MEDYCZNA I APTEKARSKA NAD PACJENTKAMI NIEPEŁNOSPRAWNYMI W ASPEKCIE GINEKOLOGICZNYM I SEKSUOLOGICZNYM

MEDICAL AND APOTHECARY CARE FOR PATIENTS WITH DISABILITIES IN TERMS OF GYNECOLOGICAL AND SEXUOLOGICAL ASPECTS

Grażyna Jarząbek-Bielecka¹, Marek Bielecki², Magdalena Pisarska-Krawczyk³, Joanna Buks⁴, Witold Kędzia¹

¹ Klinika Ginekologii Katedry Perinatologii i Ginekologii UMP, Poznań

² Apteka Medica

³ PWSZ Kalisz

⁴ Katedra Zdrowia Matki i Dziecka UMP, Poznań

STRESZCZENIE

Opieka ginekologiczna dotyczy najbardziej intymnych sfer i problemów w życiu kobiety – niewłaściwie przeprowadzone badanie może być przyczyną wielu zahamowań, wstydu, niechęci ze strony pacjentek, a jest zagadnieniem szczególnie trudnym, jeśli chodzi o pacjentki niepełnosprawne. Szczególnie dotyczy to pierwszego w życiu badania ginekologicznego, gdyż może ono rzutować na zachowanie dziewczynki czy kobiety w kolejnych etapach diagnostyki ginekologicznej, może mieć wpływ na jej rozwój psychoseksualny, a w przyszłości na sferę seksualną kobiety, która u kobiety niepełnosprawnej jest niezwykle skomplikowana już z racji niepełnosprawności. Ważne, by czy to przy okazji poradnictwa lekarskiego, czy aptekarskiego zmotywować niepełnosprawną pacjentkę do wizyty u ginekologa czy seksuologa.

Słowa kluczowe: ginekologia, seksuologia, farmacja.

ABSTRACT

Gynecological care affected the most intimate aspects and problems in life that a woman improperly conducted the study may be the cause of many of inhibition, shame, reluctance on the part of a patient- is an issue particularly difficult when it comes to patients with disabilities. This is particularly true in the life of the first gynecological examination, as it can affect the behavior of girls and women in the next stages of gynecological diagnosis may affect its psychosexual development, and future female sexual realm that a woman with a disability is extremely complex because of disability has. It is important that the occasion be it medical or prescription drug counseling with disabilities motivate the patient to visit a gynecologist-or sex therapist.

Keywords: gynecology, sexology, pharmacy.

58

*„gdy dorastać zaczyna...”, pyta: co kobiecość oznacza?,
i wnet ujrzy jak wiele barw przed nią roztacza,
emocji tak wiele, że nieraz się złąknie,
wkrótce rozpozna: kobietą być pięknie!
to przecież nie farsa, że ona z Wenus a on z Marsa
– ta płci odmienność to rzecz czarowna
– niepełnosprawność to rzecz umowna;
wzyscyśmy „niepełnosprawni inaczej”
może należy powiedzieć raczej” G.J.-B.*

Wiele dziewcząt i kobiet niepełnosprawnych spotyka się z niepoprawnymi postawami otoczenia wobec wyrażania przez nie swojej seksualności i ma trudności, by znaleźć lekarzy lub innych pracowników służby zdrowia, w tym aptekarzy, którzy by posiadali wiedzę zarówno na temat ich choroby podstawowej, jak i ich seksualności. Osoby niepełnosprawne mają prawo do opieki medycznej i psy-

chologicznej oraz leczenia funkcjonalnego, obejmującego zaopatrzenie w sprzęt protetyczny i ortopedyczny; mają prawo do medycznej i społecznej rehabilitacji, oświaty, zawodowego szkolenia i rehabilitacji, środków pomocniczych, doradztwa, pośrednictwa pracy oraz innych usług, które umożliwią im pełny rozwój uzdolnień i umiejętności oraz przyspieszą proces ich społecznej integracji lub reintegracji. Badanie ginekologiczne dotyczy najbardziej intymnych sfer i problemów w życiu kobiety – niewłaściwie przeprowadzone może być przyczyną wielu zahamowań, wstydu, niechęci ze strony pacjentek. Szczególnie dotyczy to pierwszego w życiu badania ginekologicznego, gdyż może ono rzutować na zachowanie dziewczynki czy kobiety w kolejnych etapach diagnostyki ginekologicznej, może mieć wpływ na jej rozwój psychoseksualny, a w przyszłości na sferę seksualną kobiety. W przypadku młodocianych niezwykle istotne jest stworzenie właściwej atmosfery

poszanowania wstydu dziewczęcego oraz zaufania pacjentki. Świadomość zdrowotna niepełnosprawnych Polek jest znacznie dużo niższa od wciąż niedostatecznej świadomości kobiet pełnosprawnych. Problem ten stanowi wielkie wyzwanie zarówno w aspekcie opieki medycznej, jak i aptekarskiej.

Apteka jest miejscem, do którego zgłasza się sama niepełnosprawna lub opiekun. Poradnictwo aptekarskie wobec osób niepełnosprawnych nie powinno zamykać się tylko na sferę zdrowia związaną z niepełnosprawnością. W przypadku dziewcząt i kobiet (także a może zwłaszcza niepełnosprawnych) jest to ważne miejsce edukacji prozdrowotnej również w aspekcie ginekologicznym. Istotnym elementem jest zniesienie barier architektonicznych utrudniających dostęp niepełnosprawnych kobiet i dziewcząt do specjalistów i stworzenie odpowiednich udogodnień dla pacjentek niedowidzących, które pozwoliłyby zachować intymność podczas dotarcia do samej apteki czy do gabinetu lekarskiego, w tym gabinetu ginekologicznego. Istotnymi czynnikami w opiece nad niepełnosprawnymi pacjentkami są: zniesienie barier informacyjnych, właściwie pojęta profilaktyka i edukacja prozdrowotna uwzględniająca specjalne wymagania pacjentek niepełnosprawnych. Bariery informacyjne wynikają m.in. z mniejszego wskaźnika skolaryzacji dziewcząt i kobiet niepełnosprawnych w stosunku do populacji ogólnej. Liczne obserwacje socjologiczne wskazują, że polskie społeczeństwo jest bardzo tradycyjne, również w odniesieniu do wielu negatywnych stereotypów od dawna nieobecnych już w krajach UE. Jednym z nich jest domniemana aseksualność osoby niepełnosprawnej. Złudną konsekwencją tego stereotypu jest marginalizowanie profilaktyki w zakresie zdrowia ginekologicznego, często spotykane wśród pedagogów, a także (niestety!!) wśród pediatrów i neurologów.

Wywiad lekarski-ginekologiczny dotyczy powodu zgłoszenia się do ginekologa, rodzaju niepełnosprawności, rozwoju somatyczno-płciowego, przebytych chorób i stosowanego leczenia.

Ważne jest uwzględnienie przyjmowanych leków, przebytych operacji, chorób w rodzinie, trybu życia, aspektów wychowawczych (stres psychoemocjonalny, nadmierny wysiłek fizyczny).

Najistotniejszymi danymi w wywiadzie ginekologicznym to: data wystąpienia pierwszej miesiączki w życiu, data ostatniej miesiączki, regularność oraz średnia długość jej trwania, określenie przerw między miesiączkami (czas trwania cyklu najkrótszego oraz czas trwania cyklu najdłuższego), jak również pojawienie się objawów dodatkowych podczas cyklu miesiączkowego (np. pojawienie się plamienia w drugiej połowie cyklu, objawy napięcia

przedmiesiączkowego). Jeśli badana jest pacjentką w wieku rozwojowym – należy pamiętać, że istnieje ścisły związek między ginekologią wieku rozwojowego i auksologią, czyli nauką o rozwoju. W ginekologii wieku rozwojowego użyteczne są powszechnie przyjęte w auksologii metody oceniające rozwój fizyczny. Jako wiek ginekologiczny rozumieć należy ilość lat od wieku menarche.

Należy zapytać pacjentkę, czy w przeszłości miały miejsce zaburzenia miesiączkowania, czy została poddana leczeniu, a jeżeli tak to czego ono dotyczyło i jakie leki przyjmowała, oraz jakie były efekty końcowe terapii. Następnie pytamy pacjentkę o pewne elementy, które mogły mieć wpływ na pojawienie się zaburzeń miesiączkowania np. stres, zmiana miejsca zamieszkania, stosowane obecnie bądź w przeszłości leki, intensywne odchudzanie połączone z wysiłkiem fizycznym, choroba, egzaminy, kłopoty rodzinne. W badaniu podmiotowym należy uwzględnić również wywiad położniczy dotyczący przebytych ciąży i porodów oraz przebiegu porodu po przebytych porodach – pacjentki niepełnosprawne mają pełne prawo do płodności.

Badanie podmiotowe niepełnosprawnej pacjentki

Strategia zbierania wywiadu ginekologicznego musi być zróżnicowana w zależności od typu niepełnosprawności. W odniesieniu do osób z niepełnosprawnością fizyczną badania psychologiczne wykazują zróżnicowanie umiejętności komunikacji interpersonalnej w zależności od momentu nabycia niepełnosprawności. Dziewczęta i kobiety z niepełnosprawnością fizyczną wrodzoną cechują się dobrą komunikatywnością i większą akceptacją własnego ciała. Natomiast kobiety, które nabyły niepełnosprawność w okresie dojrzewania charakteryzują się zaprzeczeniem własnej kobiecości i seksualności oraz nadmierną wstydlivością. Ginekolog powinien wykazać się dużą empatią i podjąć próbę ukształtowania właściwych postaw wobec seksualności i zdrowia prokreacyjnego pacjentki. Z wywiadów lekarskich od pacjentek niepełnosprawnych wynika, iż dziewczęta i kobiety niepełnosprawne nie chcą być izolowane od ludzi zdrowych, chcą brać czynny udział w życiu społecznym. Pragną zdobywać wykształcenie, pracę, stabilizację, przyjaciół i dawać innym to, co mają najlepsze. Pacjentki opowiadają o sprawach na pozór nie do pogodzenia. Radość i spokój w cierpieniu, zaufanie pomimo bolesnych doświadczeń, dążenie do bycia „sprawną” niepełnosprawną. Rozpacz, rezygnacja lub wewnętrzna szamotanina zamieniają się w konstruktywne działanie. Niektóre niepełnosprawne mówią nawet, że od kiedy stały się niepełnosprawne, zaczęły nowe, inaczej bogatsze życie (JP11)

„...niepełnosprawność nie jest ostatnim słowem w życiu. Ostatnim słowem jest miłość (...) miłość, która nadaje sens życiu...”

Omawiając wpływ kliniczny niepełnosprawności na przyszłe zdrowie reprodukcyjne pacjentek niepełnosprawnych, pamiętać należy, że kobiety te mają pełne prawo do prokreacji. W praktyce ginekologii wieku rozwojowego rzadko zdarzają się młodociane niepełnosprawne pacjentki. Zapewnienie optymalnych warunków dla prowadzenia ciąży niepełnosprawnej, jak również dla sposobu jej ukończenia wymagają uwzględnienia specyficznych warunkowań neurologicznych i ortopedycznych. Niepełnosprawność fizyczna może czasem wymuszać zmianę techniki zbierania wywiadu. Kobieta z porażeniem mózgowym może mieć na tyle zaburzoną mowę, że trzeba posłużyć się inną formą wywiadu. Czasem formę tłumacza może spełniać opiekun, jednak należy zachować ostrożność, by opiekun nie kreował wirtualnego obrazu klinicznego pacjentki. Inną metodą może być przygotowanie standaryzowanego wywiadu w ten sposób, by udzielane odpowiedzi były jednoznacznie dwuwartościowe. Być może warto rozważyć opracowanie takich standardowych kwestionariuszy wywiadu ginekologicznego kobiety z dysfunkcją mowy lub słuchu.

W przypadku dziewcząt posługujących się językiem migowym należy zawsze brać pod uwagę znacznie uboższy zasób słów pacjentki. Z kolei wywiad z pacjentką niewidomą powinien uwzględniać fakt utraty przez nią sporej części informacji, np. o obserwacji intensywności krwawień miesięczkowych. W badaniu podmiotowym powinno się także uwzględniać specyficzny stan psychiczny pacjentki, który może być wynikiem traumy powypadkowej.

Często lekarze nie uwzględniają w wywiadzie obecności dolegliwości w obrębie narządów płciowych, zależnych od etiologii niepełnosprawności. Przykładowo, w okresie do 12 miesięcy od urazu rdzenia nerwowego u pacjentek występuje oligomenorrhea lub amenorrhoea.

W tej grupie pacjentek także często spotyka się zaburzenia czucia w obrębie narządu rodowego, które mogą negatywnie wpływać na ich życie seksualnie.

Badanie przedmiotowe pacjentek niepełnosprawnych

Bardzo ważnym problemem klinicznym jest sposób przeprowadzenia badania ginekologicznego. Z obserwacji wynika, że dla kobiet niepełnosprawnych bardzo ważne jest zachowanie intymności podczas badania. Z drugiej zaś strony, rozebranie się do badania może być dla niepełnosprawnej pacjentki trudnym technicznie problemem. Wówczas niezbędna jest pomoc położnej współpracu-

jącej z lekarzem. Najtrudniejszym problemem podczas badania ginekologicznego, zgłaszanym przez kobiety niepełnosprawne, jest zajęcie stosownej pozycji na fotelu ginekologicznym. Wiąże się to z techniką przejścia z wózka na wyższy fotel ginekologiczny. U kobiet z porażeniem spastycznym dużym problemem jest ułożenie kończyn dolnych na podnózkach lub rozluźnienie mięśni krocza umożliwiające przeprowadzenie badania. Rozwiązaniem tych ograniczeń jest przeprowadzenie badania na leżance bądź wózku w pozycjach znanych w ginekologii dziewczęcej. Istotnym problemem w ginekologii, także u pacjentek niepełnosprawnych, są zakażenia i zapalenia narządów płciowych oraz choroby przenoszone drogą płciową. Prawidłowa biocenoza środowiska narządów płciowych warunkuje zabezpieczenie przed rozwojem procesów zapalnych. Ochronę żeńskich narządów płciowych przed zakażeniami u dziewcząt warunkuje wzajemne uzupełnianie się następujących miejscowych czynników obronnych. Środowisko pochwy stanowi samodzielną, stabilną biocenozę, w której najistotniejszym składnikiem są pałeczki kwasu mlekowego, inaczej zwane pałeczkami Doderleina, a właściwie grupa pałeczek *Lactobacillus*, między innymi *L. acidophilus*, *L. fermentum*, *L. plantarum*, *L. delbrueckii*, *L. rhamnosus*. Są to Gram dodatnie pałeczki występujące w wielu postaciach: małe, średnie, olbrzymie [1, 3, 4].

Biocenoza pochwy to układ stabilny, jednak podlega ciągłym, chociaż najczęściej niewielkim, zmianom ilościowym. Zmianie ulega zarówno liczba pałeczek kwasu mlekowego, jak i bakterie pochodzące z przewodu pokarmowego lub kolonizujące ujście cewki, pojawiają się i przy prawidłowo funkcjonującej barierze ochronnej giną. Tak więc trwa ciągła rywalizacja o miejsce w obrębie błony śluzowej pochwy i w stanie fizjologicznym występować mogą obok pałeczek kwasu mlekowego niewielkie ilości innych bakterii. Na utrzymanie stanu fizjologicznego (prawidłowej biocenozy pochwy) u kobiet wpływ ma: stężenie estrogenów w różnych okresach życia, czyli pokwitania, ciąży, cyklu płciowego, przekwitania, zabiegi chirurgiczne, przestrzeganie zasad higieny, nawyki seksualne, niekontrolowana antybiotykoterapia. Prawidłowa ocena biocenozy pochwy jest możliwa na podstawie oglądania obrazów wydzielin pochwy w preparatach barwionych metodą Grama i kwalifikacji tego obrazu do odpowiedniego stopnia czystości pochwy. W Polsce u kobiet i dziewcząt stopień czystości pochwy oceniany jest w zmodyfikowanej skali wg Kuczyńskiej, która ma na celu zobrazowanie aktualnego stanu biocenozy pochwy wraz z określeniem stanu fizjologicznego, stanu zapalnego oraz proporcji pomiędzy grupami drobnoustrojów. Podstawowym kryterium oceny

biocenozy, wg Kuczyńskiej, jest występowanie lub brak w treści pochwowej pałeczek kwasu mlekowego [6].

Zaburzenia prawidłowej mikroflory stwarza możliwość zakażenia przez szczepy o dużej inwazyjności i patogenności, prowadząc do zapalenia sromu, pochwy i drogą wstępującą wewnętrznych narządów płciowych. Skuteczność mechanizmów obronnych przed zapaleniami i ich wzajemna kompensacja jest różna w różnych okresach życia kobiety, co uwarunkowane jest hormonalnie. Niektóre czynniki sprzyjające stanom zapalnym występują szczególnie u dziewcząt, np. budowa anatomiczna, czyli bliskie sąsiedztwo sromu i odbytu, nie w pełni rozwinięte wargi sromowe mniejsze, brak owłosienia łonowego, niskie stężenie estrogenów wpływające na wrażliwość błony śluzowej pochwy na czynniki drażniące i zakaźne, narażenie na środki drażniące takie jak płyny do kąpieli czy szorstkie ręczniki, ciała obce w pochwie, brak staranności w dbaniu o higienę u dziecka po 1. roku życia (niemowlęta zgodnie z tradycją są kąpane codziennie a starsze dzieci już nie). Wczesna inicjacja i ryzykowne zachowania seksualne, częste zmiany partnerów prowadzą do przeniesienia zakażenia od partnera, ale i do wprowadzenia w głąb pochwy oportunistycznej flory zewnętrznych narządów płciowych z przedsiönka pochwy i jelita grubego.

W tym względie profilaktyka chorób przenoszonych drogą płciową, stosowanie środków antykoncepcyjnych barierowych (prezerwatywa), stanowi metodę profilaktyki chorób również w ginekologii wieku rozwojowego.

Ponadto niedojrzały metaplastyczny nabłonek szyjki macicy u dziewcząt jest szczególnie narażony na czynniki onkogenne raka szyjki macicy przenoszone drogą płciową (np. niektóre serotypy wirusa HPV). Należy podkreślić znaczenie profilaktyki onkologicznej w aspekcie raka szyjki macicy. W poradniach ginekologii propagowane są, w ramach profilaktyki pierwotnej, szczepienia przeciw HPV u dziewcząt przed inicjacją seksualną, natomiast u aktywnych seksualnie pacjentek, w ramach profilaktyki wtórnej, propaguje się wykonywanie regularnych badań cytologicznych – dotyczy to także pacjentek niepełnosprawnych [1, 2, 4].

Pacjentki niepełnosprawne (ewentualnie ich opiekunowie) powinny być szkolone w zakresie utrzymywania higieny intymnej. Higiena intymna jest najważniejszym elementem higieny ogólnej i ważnym elementem profilaktyki chorób przenoszonych drogą płciową. Higiena intymna to nie tylko uczucie świeżości, ale także, a może głównie, ochrona przed infekcjami i stanami zapalnymi. Dlatego pacjentka niepełnosprawna (przy pomocy opiekujących się nią osób) powinna przestrzegać kilku zasad higieny intymnej, które obowiązują w ginekologii.

Zasady te mogą być przekazane zarówno w ramach poradnictwa lekarskiego, jak i aptecznego:

- Podmywaj się specjalnymi płynami do higieny intymnej o kwaśnym pH, najlepiej z dodatkiem kwasu mlekowego, bo pomagają odtworzyć naturalną florę ochronną pochwy.
- Podmywaj się dwa razy dziennie lub gdy masz miesiączkę, w miarę potrzeby. Nie przesiaduj w wodzie z płynami do kąpieli lub solami. Długa nasiadówka sprzyja wyplukiwaniu naturalnych bakterii.
- Nie stosuj myjek i gąbek, bo są siedliskiem grzybów. Po myciu starannie osusz (ale delikatnie) całe krocze.
- Jeśli przyjmujesz pigułki antykoncepcyjne lub przeszłaś kurację antybiotykiem, zaaplikuj sobie kapsułki dopochwowe z pałeczkami kwasu mlekowego. Panie, które stosują pigułki powinny też wiedzieć, że w czasie całego cyklu wydzielina pojawia się w tej samej ilości, nie zmienia zapachu i koloru.
- Korzystaj z wkładek higienicznych, często je zmieniaj. Wybieraj tzw. wkładki oddychające, by w okolicy narządów płciowych nie było zbyt wilgotno.
- Podczas miesiączki często zmieniaj podpaski lub tampony. Jednak panie, które zapadają na infekcje dróg rodnych powinny zrezygnować z tamponów.
- Jeśli chodzisz na basen, przed kąpielą załóż tampon, a natychmiast po jej zakończeniu wyjmij go i podmyj się płynem do higieny intymnej.
- Nie rób irygacji pochwy. Są one zabójcze dla bakterii kwasu mlekowego, który chroni cię przed drobnoustrojami.
- Nie używaj zapachowych podasek i podkładek, bo mogą podrażniać śluzówkę.
- Nie noś bielizny z włókien sztucznych. Skóra nie może w niej oddychać, jest wciąż wilgotna, a to nie sprzyja zdrowiu. Stringi wkładaj na specjalne okazje, by niepotrzebnie nie podrażniać miejsc intymnych.

W aptekach pacjentki niepełnosprawne i ich opiekunowie znaleźć mogą całą gamę preparatów do higieny intymnej. Od płynów do mycia do chusteczek przydatnych szczególnie w pielęgnacji osób niepełnosprawnych.

Pacjenci niepełnosprawni korzystają też z porad aptekarza ...

Pewna Pani Ewa napisała o pewnej aptece:

Niepełnosprawność cieszyć się życiem mi nie przeszkadza, lekarz, aptekarz się cieszyć życiem także doradza.

Do tej apteki, nie chodzę tylko po leki

– tak, jak do lekarza

po poradę chodzę do Pana Aptekarza.

Bowiem wiedzę ma ogromną

*i w walce o zdrowie postawę niezłomną.
W nawale reklam o lekach zagubiona,
gdy coś dolega-bywam zrozpaczona!
W nadmiarze leki i suplementy diety,
mogą dać efekt odwrotny – niestety!
Nadużyłam już witamin i przeciwutleniaczy,
bo doświadczyłam niegdyś „naciągaczy”.
Apteki za grosze? – cóż z tego?
– jeśli nie ma tam nikogo życzliwego?
Problemy intymne i partnerskie to problemy szczególne
Tu są porady profesjonalne – nie tylko ogólne...
Moją aptekę cenię też za to, że do każdego leku blistra
zawsze jest uśmiech Pana Magistra!” [4]*

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów w autorstwie oraz publikacji pracy.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Pawlaczyk M, Jarząbek G, Pawlaczyk M, Sowińska-Przepiera E i wsp. Choroby zapalne sromu i pochwy u dziewcząt (vulvovaginitis) w różnych okresach rozwojowych. *Ginek Prakt.* 2006;14:116–18.

2. Jarząbek G, Radomski D. Specyfika opieki ginekologicznej i seksuologicznej nad kobietami niepełnosprawnymi w okresie pomenopauzalnym z uwzględnieniem aspektów etycznych. *Prz Menopauz.* 2011;10;1(53):63–67.
3. Lara-Torre E, Hertweck SP. Leczenie zachowawcze problemów ginekologicznych u dzieci i nastolatek. W: Bieber EJ, Sanfilippo JS, Horowitz IR (red.). *Ginekologia Kliniczna.* Elsevier 2009.
4. Grażyna Jarząbek-Bielecka G, Dariusz Radomski D, Marek Bielecki M. O opiece ginekologicznej i seksuologicznej nad pacjentką niepełnosprawną (z uwzględnieniem poradnictwa aptekarskiego). *Nauka o płci. Zagadnienia wybrane.* Pod red. Jarząbek-Bieleckiej G. Poznań, 2012; 183–207

Zaakceptowano do edycji: 2015–02–10
Zaakceptowano do publikacji: 2015–03–30

Adres do korespondencji:

Grażyna Jarząbek-Bielecka
Klinika Ginekologii Katedry Perinatologii i Ginekologii UMP
ul. Polna 33, GPSK, Poznań