

Postępowanie ginekologiczno-położnicze z osobą małąletnią z niepełnosprawnością fizyczną i intelektualną. Rekomendacje Sekcji Ginekologii Dziecięcej i Dziewczęcej Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników

Recommendations of the Group of Experts of the Polish Society of Gynecologists and Obstetricians in the field of gynecological and obstetric care of young women with physical and intellectual disabilities

Agnieszka Droszol-Cop¹, Anna Fuchs¹, Violetta Skrzypulec-Plinta², Dariusz Radomski³,
Grażyna Jarząbek-Bielecka⁴, Iwona Czech¹, Agnieszka Dulcka¹, Mateusz Szul¹

¹Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

Artykuł jest tłumaczeniem pracy: Droszol-Cop A., Fuchs A., Skrzypulec-Plinta V. et al. Recommendations of the Group of Experts of the Polish Society of Gynecologists and Obstetricians in the field of gynecological and obstetric care of young women with physical and intellectual disabilities. *Ginekol Pol.* 2020;91(3):165-173. doi: 10.5603/GP.2020.0033. Należy cytować wersję pierwotną.

Rekomendacje przedstawiają aktualny sposób postępowania, który może być modyfikowany i zmieniony w uzasadnionych przypadkach, po wnikliwej analizie danej sytuacji klinicznej, co w przyszłości może stanowić podstawę do ich modyfikacji i aktualizacji.

W ginekologii wieku rozwojowego każde działanie lekarskie musi być dostosowane do wieku pacjentki, do etapu jej rozwoju fizycznego i psychicznego z uwzględnieniem cech indywidualnych pacjentki, a w przypadku pacjentki niepełnosprawnej ważne jest dodatkowo uwzględnienie rodzaju jej niepełnosprawności.

Termin „osoba niepełnosprawna” oznacza każdą osobę, która w wyniku deficytu swoich fizycznych lub umysłowych zdolności, wrodzonych lub nabytych, nie jest w stanie zapewnić sobie, częściowo lub całkowicie, warunków koniecznych do swego indywidualnego lub społecznego życia. Niepełnosprawność fizyczna lub mentalna jest istotnym czynnikiem utrudniającym realizację standardów opieki ginekologicznej nad kobietą, a zwłaszcza nad niepełnosprawną pacjentką w wieku rozwojowym. Ujawniające się w wieku rozwojowym dynamiczne zmiany psychosomatyczne pacjentki niepełnosprawnej wymagają od ginekologa wielodyscyplinarnej wiedzy oraz

specyficznych umiejętności komunikacji interpersonalnej względem takich pacjentek.

Kobiety i dziewczęta niepełnosprawne w opiece ginekologicznej

Kobiety i dziewczęta niepełnosprawne mają pełne prawo do opieki ginekologicznej. Świadomość zdrowotna niepełnosprawnych Polek jest znacznie niższa od wciąż niedostatecznej świadomości kobiet pełnosprawnych. 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 udawania się do gabinetu ginekologa.

Drugim istotnym czynnikiem jest zniesienie barier informacyjnych, właściwie pojęta profilaktyka i edukacja

Adres do korespondencji: Anna Fuchs, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice, e-mail: afuchsuczelnia@gmail.com

prozdrowotna uwzględniająca specjalne wymagania pacjentek niepełnosprawnych. Bariery informacyjne wynikają często 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 Unii Europejskiej. Jednym z nich jest domniemana aseksualność osoby niepełnosprawnej. Złudną konsekwencją tego stereotypu jest marginalizowanie profilaktyki w zakresie zdrowia ginekologicznego, często spotykana wśród pedagogów, a także wśród pediatrów i neurologów. Tymczasem Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) w swoim dokumencie „Zdrowie dla wszystkich w 2000 roku” stwierdza, że seks u osób niepełnosprawnych jest jedną z najbardziej zaniedbanych dziedzin i wymaga współpracy specjalistów z różnych dyscyplin [1].

Badanie podmiotowe niepełnosprawnej pacjentki

Strategia zbierania wywiadu ginekologicznego musi być zróżnicowana w zależności od typu niepełnosprawności, jaką dotknięta jest pacjentka. Anamneza osoby z niepełnosprawnością czy fizyczną, czy umysłową znacznie różni się od rozmowy z pacjentką pełnosprawną.

W izolowanej niepełnosprawności fizycznej sama rozmowa przebiegać może dość standardowo, należy jednak mieć na uwadze potencjalne zaburzenia czucia wynikające z porażenia czy niedokrwienia danego obszaru ciała.

Omawiając wpływ kliniczny niepełnosprawności na zdrowie reprodukcyjne kobiet trzeba pamiętać, że kobiety te mają pełne prawo do prokreacji. W porównaniu z innymi krajami Unii Europejskiej i Ameryki liczba ciąż kobiet niepełnosprawnych w Polsce jest wciąż bardzo niska. Zapewnienie optymalnych warunków dla prowadzenia ciąży kobiety niepełnosprawnej, jak również wybór sposobu jej ukończenia, wymaga uwzględnienia specyficznych uwarunkowań neurologicznych i ortopedycznych [2].

Z doświadczeń własnych autorów wynika także, że lekarze często 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 *oligomenorrhoea* lub *amenorrhoea*. W tej grupie kobiet także często spotyka się zaburzenia czucia w obrębie narządu rodowego, które mogą negatywnie wpływać na ich życie seksualnie.

Zebranie odpowiedniego wywiadu ginekologicznego od kobiety niepełnosprawnej wymaga zatem interdyscyplinarnej wiedzy medycznej. W badaniu podmioto-

wym powinno się także uwzględniać specyficzny stan psychiczny pacjentki, który może być wynikiem traumy powypadkowej.

Rozmowa z osobą niepełnosprawną fizycznie pozornie nie wydaje się znacznie odbiegać od standardowej metody zbierania wywiadu. Nie można jednak zapomnieć o wielu obciążeniach fizycznych wymuszających zmianę techniki anamnezy. Dla przykładu kobieta z porażeniem mózgowym może mieć zaburzoną mowę na tyle, że nie będzie dla lekarza zrozumiała. W takich sytuacjach formę tłumacza może spełniać opiekun, przy czym należy zachować szczególną ostrożność, by nie kreował on wirtualnego obrazu klinicznego pacjentki. Inną metodą może być przygotowanie standaryzowanego wywiadu w ten sposób, by udzielane odpowiedzi były jednoznacznie dwuwartościowe.

Kolejnym istotnym rodzajem niepełnosprawności ruchowej jest dysfunkcja mowy lub słuchu. Najbardziej pożądane w tej sytuacji jest zaangażowanie profesjonalnego tłumacza języka migowego. Często jednak jest to niemożliwe w trybie nagłym i lekarz musi poradzić sobie z zaistniałą sytuacją. Jednym z najczęściej popełnianych przez lekarzy błędów jest próba prowadzenia pisemnej konwersacji. Niestety jest to często metoda zupełnie nieskuteczna. Oczywiście osoby wtórnie głuche – po wypadkach czy operacjach – mają zachowaną umiejętność czytania. Niestety osoby głuche od urodzenia posługują się znacznie uboższym zasobem słów. Jeśli już posłużymy się taką metodą komunikacji, należy używać prostych komunikatów. Proste komunikaty dotyczą również mowy – wiele pacjentów świetnie radzi sobie z czytaniem ruchu ust. Tu również warto używać prostych zdań i zwracać się w stronę pacjentki tak, aby miała szansę odczytać z nich jak najwięcej.

W kontakcie z pacjentką głuchą można posłużyć się opracowanym wcześniej kwestionariuszem wywiadu ginekologicznego. Warto również sięgnąć po standaryzowane karty komunikacji, jak ta przedstawiona w załączniku 1. (umieszczona w niniejszych Rekomendacjach za zgodą autora) [3]. W wywiadzie z osobami głuchymi mogą pomóc ich opiekunowie. Dopóki opiekunem jest osoba dorosła, zaleca się posługiwanie wszystkimi wcześniej znanymi metodami zbierania anamnezy. Problem komunikacyjny pojawia się, kiedy tłumaczem jest dziecko. Children of Deaf Adults (CODA), czyli słyszące dzieci głuchych dorosłych bardzo często towarzyszą głuchym rodzicom lub rodzeństwu w gabinecie lekarskim. Rozmowa, w której pośredniczy dziecko, jest niezwykle trudna, jednak czasami jest to jedyna możliwość kontaktu z pacjentem. Należy wtedy każde trudne określenie dokładnie wytłumaczyć dziecku, mając na uwadze, że jego słownictwo może być mocno ograniczone (poprzez ciągły kontakt z osobami głuchymi oraz wiek), tak aby mogło jak najwięcej przekazać rodzicowi [4]. Oczywiście

lekarzom posługującym się językiem migowym znacznie łatwiej będzie porozumieć się z pacjentką głuchą. Mimo to trzeba mieć na uwadze, że w kontakcie z takimi pacjentkami należy używać komunikacji totalnej – mowy, gestów, rysunków, notatek. Tylko w takim przypadku pacjentka ma największą szansę na prawidłowe zrozumienie lekarza.

Równie trudna rozmowa czeka nas z osobą niewidomą. Taki wywiad powinien uwzględniać fakt utraty przez nią znacznej części informacji, na przykład o obserwacji intensywności krwawień miesięczkowych.

Badanie podmiotowe pacjentki z niepełnosprawnością intelektualną zależy od stopnia jej zaawansowania. Osoby ze znaczną niepełnosprawnością porozumiewają się często prostymi, dwuwyrazowymi zdaniami bądź pozawerbalnie (gesty, mimika z jednoczesną wokalizacją). Zaburzenia mowy często w znacznym stopniu zniekształcają wypowiedź, przez co staje się ona niezrozumiała dla otoczenia i nierzadko wywołuje niechęć osoby niepełnosprawnej do komunikowania się. Trudności dotyczą również odbioru informacji, dlatego w rozmowie z osobą niepełnosprawną intelektualnie należy unikać wypowiedzi zbyt złożonych, zawierających pojęcia abstrakcyjne. Często u pacjentek niepełnosprawnych występują zaburzenia w zakresie funkcjonowania zmysłów, co objawia się opóźnioną reakcją, czy też czasami nieadekwatną reakcją na bodziec, na przykład w postaci nadwrażliwości.

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim [iloraz inteligencji (IQ, *intelligence quotient*) poniżej 20] porozumiewają się zazwyczaj pozawerbalnie, używając gestów, takich jak wskazywanie, wręczanie przedmiotów, prowadzenie za rękę w kierunku pożądanego obiektu. Ich sytuacja zdrowotna powoduje całkowitą zależność od opiekunów. U osób z niepełnosprawnością w stopniu głębokim często występują sprzężenia ciężkich wad neurologicznych, wad fizycznych upośledzających zdolność poruszania się, padaczki oraz uszkodzeń narządów zmysłów. Wymagają oni specjalistycznej opieki zdrowotnej i rehabilitacyjnej, celem prewencji znacznie częściej występujących u nich ostrych infekcji czy chorób dróg oddechowych i przewodu pokarmowego [5].

Należy pamiętać, że dziewczęta niepełnosprawne, jako szczególnie bezbronni ofiary, częściej ulegają przestępstwom seksualnym. Problem dzieci molestowanych seksualnie jest szczególnym problemem ginekologii wieku rozwojowego, a jeszcze trudniejszym w przypadku dziewcząt niepełnosprawnych.

Badanie przedmiotowe pacjentek niepełnosprawnych

W aspekcie badania przedmiotowego ważne jest już samo przygotowanie do badania. Nawet taka prosta

czynność jak rozebranie się, dla niepełnosprawnych pacjentek nierzadko jest trudna. Stanowi to dla nich dyskomfort psychiczny, a także rodzi techniczne problemy, dlatego niezbędna jest pomoc opiekuna, sanitariusza, pielęgniarki lub położnej współpracującej z lekarzem.

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, która u pacjentki niepełnosprawnej jest zazwyczaj zakłócona z racji charakteru jej choroby. Dla pacjentek niepełnosprawnych bardzo ważne jest zachowanie szczególnej intymności podczas badania i stworzenie właściwej atmosfery poszanowania wstydu dziewczęcego oraz zaufania. U małych dziewczynek konieczna jest współpraca z matką. Podczas zbierania wywiadu matka może zwrócić uwagę na istotne dla rozpoznania szczegóły dotyczące niepełnosprawności, warunków i przebiegu rozwoju córki. Ponadto obecność matki podczas badania ginekologicznego może dać dziecku poczucie bezpieczeństwa.

Bardzo ważnym problemem klinicznym jest sposób przeprowadzenia badania ginekologicznego. Głównym utrudnieniem podczas badania ginekologicznego zgłaszanym przez pacjentki jest zajęcie stosownej pozycji na fotelu ginekologicznym. Wiąże się to często z techniką przejścia z wózka na wyższy fotel ginekologiczny. Dodatkowo u dziewcząt i 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 ogólnej i ginekologii dziewczęcej (tab. 1). Ponadto niektórzy autorzy rozważają możliwość badania pacjentek niepełnosprawnych w znieczuleniu.

Przystępując do badania ginekologicznego pacjentki niepełnosprawnej, należy wziąć pod uwagę, że badanie takiej chorej może wymagać znacznie więcej czasu. Dodatkowo warto pamiętać, że w przypadku pacjentek z porażeniem mózgowym, jak też u niektórych z urazem rdzenia nerwowego, czas relaksacji jest znacznie wydłużony. Gdyby takie badanie nie było możliwe do wykonania, metodą z wyboru pozostaje poprzestanie na kontroli ultrasonograficznej (USG) przez powłoki brzuszne.

Po badaniu ginekologicznym lekarz powinien zanotować w dokumentacji wyniki badania, uwzględniając wiek pacjentki, rodzaj niepełnosprawności, stadium rozwoju płciowego według skali Tannera, wielkość łechtaczki, rodzaj błony dziewiczej, ocenę estrogenizacji słuźwówki

Tabela 1. Zalecane pozycje badania ginekologicznego kobiet z niepełnosprawnością fizyczną

Pozycja	Sposób wykonania	Zalecenie
Pozycja boczno-kolankowa	Pacjentka leży na leżance na boku. Kończyna dolna zewnętrzna ugięta z kolaniem przyciągniętym do klatki piersiowej i uniesiona przez położną. Kończyna dolna wewnętrzna pozostaje odwiedzona do tyłu. Pozycja ta pozwala na ograniczone badanie palpacyjne, w szczególności dostępna jest tylna ściana oraz tylne sklepienie pochwy.	Zalecana w skrajnych sytuacjach z nasiloną spastycznością
Pozycja „karo”	Pacjentka leży na plecach, stopy są złączone razem, kończyny dolne zgięte w stawach kolanowych, maksymalnie odchyłone (zewnętrzna strona stawów kolanowych spoczywa na leżance). Kończyny zgięte w stawach biodrowych i kolanowych tworzą kształt rombu.	Zalecana u pacjentek z ograniczoną ruchomością w stawie biodrowym
Pozycja „M”	Pacjentka leży na leżance, kończyny dolne zgięte w stawach kolanowych opierają się stopami na leżance. Po odwiedzeniu kończyn, tworzących literę „M”, pozycja jest zbliżona do klasycznej pozycji badania ginekologicznego.	Zalecana u pacjentek niepełnosprawnych w wieku rozwojowym
Pozycja „V”	Pacjentka leży na plecach, kończyny są wyprostowane i rozszerzone.	Zalecana w sytuacji przeprowadzania badania na wózku

pochwy, stan higieniczny, typ macicy, dane z badania we wzorniku, palpacyjnego, dwuręcznego i badanie USG narządów płciowych wewnętrznych oraz badania laboratoryjne.

Rekomendacje w zakresie opieki położniczej nad młodocianą pacjentką z niepełnosprawnością

Terminem „młodociane ciężarne matki” lub „nieletnie matki” określa się młode dziewczęta, które zaszły w ciążę i (lub) urodziły w okresie do 18. roku życia [6]. Według WHO każdego roku 16 milionów nastolatków między 15. a 19. rokiem życia zostaje matkami, a ciąża młodocianych dotyczą przede wszystkim dziewcząt mniej wykształconych, z biedniejszych środowisk. Ciąża młodocianych kobiet stanowi nie tylko problem medyczny, ale też społeczny oraz psychologiczny, a jeśli dotyczy młodocianej niepełnosprawnej fizycznie lub intelektualnie, jest problemem jeszcze bardziej istotnym. Kobiety z niepełnosprawnością częściej padają ofiarą fizycznej i psychicznej przemocy, wykorzystywania seksualnego, narażone są na niestabilne warunki życia, niski status społeczny, złą dietę oraz siedzący tryb życia [7]. Ciąża u młodocianej zazwyczaj jest nieplanowana i wynika zwykle z przypadku, a zważywszy na wspomniany fakt, że dziewczęta niepełnosprawne, jako szczególnie bezbronne ofiary, częściej ulegają przestępstwom seksualnym, ciąża może być skutkiem takiej właśnie przemocy [8].

Z epidemiologicznego punktu widzenia ciąża u nieletniej kobiety niepełnosprawnej wciąż zdarza się relatywnie rzadko, co utrudnia rzetelną analizę wpływu czynników bezpośrednio związanych z daną niepełnosprawnością na przebieg ciąży, porodu oraz zdrowie płodu i noworodka. Dostarcza to wielu trudności i wątpliwości w opiece okołoporodowej w tej grupie pacjentek. Według literatury, ciężarne z niepełnosprawnością fizyczną lub intelektualną częściej narażone są na takie powikłania w ciąży i podczas porodu jak: stan przedrzucawkowy, zaburzenia wzrostania płodu (SGA, *small for gestational age*), poród przedwczesny, wyższa śmiertelność okołoporodowa, zakrzepica żylna [7]. Kazuistyczne doświadczenia ze współpracy z kobietami niepełnosprawnymi potwierdzają także częsty niepokój lekarzy położników przed podjęciem się prowadzenia ciąży pacjentki niepełnosprawnej.

Dostępne dotychczas dane z piśmiennictwa wskazują jednoznacznie, że ciążę pacjentki z niepełnosprawnością fizyczną należy zawsze traktować jako **ciążę wysokiego ryzyka**. W opiece nad ciężarną z niepełnosprawnością należy zwrócić szczególną uwagę na [9]:

- większe zagrożenie upadkiem wynikające z niepełnosprawności oraz wzrostu masy ciała w ciąży;
- zaburzenia ze strony układu krążenia i oddechowego zachodzące w ciąży, które dodatkowo spotęgowane są niepełnosprawnością;
- problemy żywieniowe.

- Poród kobiety niepełnosprawnej powinien odbywać się z poszanowaniem jej praw do podejmowania świadomych decyzji dotyczących przebiegu porodu, wyboru miejsca porodu oraz osoby sprawującej opiekę podczas porodu [10].

Najczęściej czynniki wnikające przebieg ciąży, porodu i położenia wynikają ze stanu neurologicznego i ortopedycznego pacjentki niepełnosprawnej i są specyficzne dla schorzenia będącego pierwotną przyczyną niepełności fizycznej. Dlatego proponowane rekomendacje są ograniczone do dwóch grup kobiet niepełnosprawnych: pacjentek z urazami rdzenia kręgowego i pacjentek ze stwardnieniem rozsianym (SM, *sclerosis multiplex*). Z danych epidemiologicznych oraz z doświadczenia własnego autorów wynika, że są to dominujące przyczyny niepełności ruchowej kobiet w wieku największego potencjału reprodukcyjnego.

Opieka położnicza nad kobietą ciężarną z niepełnosprawnością fizyczną musi być prowadzona przez wielospecjalistyczny zespół, złożony z następujących specjalistów: doświadczonego położnika, neurologa, fizjoterapeuty. Powinna być zachowana stała współpraca z internistą, mającym wiedzę o problemach internistycznych niepełnosprawnej ciężarnej.

Pacjentki po urazie rdzenia kręgowego

Pacjentki po urazie rdzenia kręgowego nie cechują się zmniejszoną płodnością. Zarówno poziom uszkodzenia rdzenia, jak i stopień uszkodzenia nie mają wpływu na cykl miesięczny kobiety. W krótkim czasie po uszkodzeniu rdzenia dochodzi do wystąpienia *amenorrhea*, jednakże miesiączki powracają po około 6 miesiącach od uszkodzenia. Pacjentki z uszkodzeniem rdzenia kręgowego mogą mieć nasilone dolegliwości miesiączkowe oraz przedmiesiączkowe [11–13].

Czynniki wnikającymi przebieg ciąży w grupie pacjentek z urazem rdzenia kręgowego są:

- a) zwiększona częstość występowania zakażeń dolnych dróg moczowych oraz nasilenie objawów neurogenego pęcherza moczowego stanowiących bezpośrednie zagrożenie dla terminowego donoszenia ciąży. Usposabia do niej zastój moczu oraz refluks pęcherzowo-moczowodowy;
- b) zmniejszenie pojemności życiowej płuc, problemy z prawidłowym oddychaniem, upośledzenie efektywności pracy mięśni oddechowych. Może prowadzić to do częstszych stanów hipoksji oraz kompensacyjnej *tachypnoe* i tachykardii;
- c) zaburzenie perystaltyki jelit oraz procesu wchłaniania, prowadzące do częstych zaparć oraz zwiększające ryzyko niedokrwistości;
- d) zaburzenie w układzie krążenia, a także bezczynność kończyn dolnych, znacząco zwiększające ryzyko żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej;

- e) przyrost masy ciała oraz zmiana jej rozkładu, prowadząca do częstszego występowania odleżyn, głównie w okolicach kości krzyżowej;
- f) występowanie zjawiska dysrefleksji autonomicznej u pacjentek z urazem rdzenia nerwowego na poziomie Th₆ lub powyżej podczas badania położniczego lub porodu. Zjawisko to polega na wzmożeniu odruchów autonomicznych sugerujących początek stanu przedzucawkowego. Dochodzi do wzrostu ciśnienia tętniczego, bradykardii, bólów głowy, obfitych potów, pojawienia się obrzęków, indukcji lub intensyfikacji skurczów macicy, włącznie ze skurczami tężcowymi. Następuje również zwężenie naczyń w krążeniu maciczo-łożyskowym prowadzące do hipoksji płodu;
- g) zniesienie czucia głębokiego u pacjentek z urazem rdzenia zlokalizowanym powyżej kręgu Th₁₂, utrudniające pacjentce subiektywne odczuwanie ruchów płodu oraz skurczy przepowiadających poród.

Temat laktacji u kobiet po uszkodzeniu rdzenia kręgowego jest poruszany w literaturze w bardzo niewielkim stopniu. Uszkodzenie rdzenia na poziomie Th₆ lub wyższym może wpływać na krótszy czas laktacji oraz na zmniejszenie ilości mleka. Pacjentki z grupy ryzyka muszą też wiedzieć, że drażnienie brodawek sutkowych podczas karmienia może wystąpić dysrefleksja autonomiczna. Rekomenduje się aby ta grupa pacjentek korzystała z pomocy doradców laktacyjnych [14].

Pacjentki ze stwardnieniem rozsianym

Stwardnienie rozsiane najczęściej rozpoznawane jest w wieku 20–40 lat, a więc w wieku rozrodczym. Z tego powodu wpływ ciąży na SM jest istotnym klinicznie zagadnieniem. Pacjentki z SM nie są mniej płodne niż zdrowe kobiety, nie wykazano również negatywnego wpływu SM na przebieg ciąży, porodu i położenia. Okres ciąży istotnie zmniejsza ryzyko wystąpienia rzutu SM (zwłaszcza w trzecim trymestrze ciąży) [15]. Rekomenduje się odstawienie terapii immunomodulacyjnej na czas ciąży i karmienia noworodka, a część leków modyfikujących przebieg choroby powinna być odstawiona kilka cykli miesięcznych przed planowaną ciążą [15]. Ryzyko wznowy rzutu choroby wzrasta 6 miesięcy po porodzie, dlatego rekomenduje się możliwe najszybszy powrót do leczenia prewencyjnego poprzez stosowanie leków immunomodulujących.

Antykoncepcja pacjentek młodocianych z niepełnosprawnością fizyczną lub intelektualną

Prawo do autonomicznego planowania własnego życia partnerskiego oraz decydowania o liczbie i częstotliwości ciąż jest jednym ze składników warunkujących zachowanie zdrowia reprodukcyjnego. Realizacja tego prawa ma miejsce tylko wtedy, gdy każda osoba ma zapewniony równy dostęp do różnorodnych metod regulacji własnej

plodności. Wyniki badań światowych oraz nieliczne prace krajowe wskazują, że osoby z niepełnosprawnością fizyczną lub mentalną istotnie rzadziej korzystają z nowoczesnych metod antykoncepcji.

Duże zróżnicowanie dostępnych metod antykoncepcji pod względem ich skuteczności, komfortu stosowania oraz przeciwwskazań zdrowotnych zrodziło potrzebę opracowania rekomendacji PTGiP dotyczących metod zapobiegania ciąży, ze szczególnym uwzględnieniem antykoncepcji hormonalnej.

Wszystkie dotychczas sformułowane zalecenia niewątpliwie obowiązują również przy wyborze metody zapobiegania ciąży proponowanej niepełnosprawnej pacjentce. Niemniej jednak specyficzne uwarunkowania zdrowotne wynikające bezpośrednio z istoty niepełnosprawności mogą stanowić dodatkowe wskazania lub przeciwwskazania dla danej metody antykoncepcji.

Rekomendacje dla pacjentek z niepełnosprawnością fizyczną

Zgodnie z danymi epidemiologicznymi, najczęstszymi przyczynami niepełnosprawności fizycznej osób będących w wieku reprodukcyjnym są: urazy rdzenia nerwowego, dziecięce porażenie mózgowe, SM. Dlatego też proponowane rekomendacje dla pacjentek z niepełnosprawnością fizyczną zostały sformułowane ze szczególnym uwzględnieniem powyższych przyczyn niepełnosprawności fizycznej.

1. Kobieta z niepełnosprawnością fizyczną, w zależności od jej stopnia, powinna dostosować swoje życie seksualne oraz optymalną metodę antykoncepcji **[do stopnia niepełnosprawności?]**, w miarę potrzeb konsultując się uprzednio z seksuologiem.
2. Niepełnosprawność fizyczna często prowadzi do zależności emocjonalno-opiekunческой od osób trzecich. Jeżeli obecność opiekuna osoby niepełnosprawnej nie jest niezbędna, wybór metody antykoncepcji powinien odbywać się bez obecności osób towarzyszących.
3. Niezależnie od stopnia i etiologii niepełnosprawności fizycznej dobór metody antykoncepcji musi być poprzedzony wywiadem uwzględniającym informacje o przyczynie niepełnosprawności oraz standardowym badaniem przedmiotowym uwzględniającym również stopień zaburzeń ruchowych utrudniających stosowanie danej metody antykoncepcyjnej.
4. Możliwość samodzielnego stosowania metody antykoncepcyjnej przez pacjentkę z niepełnosprawnością ruchową powinna być ważnym kryterium jej wyboru.
5. Równie istotnym kryterium wyboru metody powinna być częstość współżycia seksualnego, która może być znacznie niższa w porównaniu z populacją generalną.
6. Stosowanie mechanicznych metod zapobiegania ciąży nie powinno być zalecane pacjentkom ze znac-

nym stopniem niedowładu spastycznego z uwagi na trudności we właściwym założeniu krążka dopochwowego lub prezerwatywy.

7. W grupie kobiet ze znaczną niepełnosprawnością ruchową zaleca się stosowanie niskodawkowej doustnej antykoncepcji hormonalnej, o ile nie ma innych przeciwwskazań.
8. Stosowanie transdermalnej antykoncepcji hormonalnej może powodować dyskomfort psychiczny pacjentki podczas zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych przez opiekuna. Alternatywną metodą jest zaproponowanie antykoncepcji hormonalnej w formie Depo-Provera.
9. Podczas wyboru preparatu antykoncepcji hormonalnej należy uwzględnić stopień aktywności ruchowej pacjentki. U pacjentek poruszających się na wózku z całkowitym niedowładem wiotkim kończyn dolnych należy unikać stosowania preparatów zwiększających ryzyko zakrzepicy żył kończyn dolnych. W tej grupie pacjentek zaleca się również monitorowanie parametrów koagulacyjnych krwi.
10. Znaczna niepełnosprawność ruchowa, a także zniesienie czucia w obszarze urogenitalnym, jest bezwzględnym przeciwwskazaniem do stosowania wkładek wewnątrzmacicznych (IUD, *intrauterine device*).

Rekomendacje dla pacjentek z niepełnosprawnością intelektualną

1. W dobieraniu odpowiedniej antykoncepcji u pacjentek z niepełnosprawnością intelektualną kluczową rolę odgrywa określenie stopnia upośledzenia umysłowego. Klasyfikacja ICD-10 oraz DSM V wyróżnia cztery główne stopnie niepełnosprawności intelektualnej [16, 17]:
 - a) niepełnosprawność intelektualna w stopniu lekkim;
 - b) niepełnosprawność intelektualna w stopniu umiarkowanym;
 - c) niepełnosprawność intelektualna w stopniu znacznym;
 - d) niepełnosprawność intelektualna w stopniu głębokim.
2. W przypadku niepełnosprawności fizycznej dobór metody antykoncepcyjnej oparty jest w dużej mierze na ryzyku zakrzepowo-zatorowym. Mimo że w przypadku upośledzenia umysłowego jest ono również istotne, najważniejszym czynnikiem wpływającym na skuteczność metody antykoncepcyjnej jest możliwość prawidłowego stosowania jej przez chorego i jego opiekuna. Podczas wyboru odpowiedniego sposobu zapobiegania niechcianej ciąży PTGiP zaleca stosowanie się do poniższych spostrzeżeń:

- a) Wyniki dotychczasowych badań wskazują, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną, niezależnie od jej stopnia, odczuwają potrzebę seksualną i wykazują dążenia do jej zaspokajania.
- b) Dodatkowym, specyficznym dla tej grupy pacjentek, kryterium wyboru metody antykoncepcji musi być indywidualny stopień upośledzenia intelektualnego. Kobiety z upośledzeniem umiarkowanym zazwyczaj są świadome ryzyka niepożądanego ciąży, choć nie są w stanie świadomie kierować własną płodnością. Osoby z upośledzeniem głębokim zaspokajają potrzebę seksualną na poziomie odruchu bezwarunkowego.
- c) W przypadku pacjentki z niepełnosprawnością intelektualną o wyborze metody antykoncepcji powinna również współdecydować osoba opiekująca się pacjentką.
- d) W celu zapewnienia należytej ochrony zdrowia, wybór metody antykoncepcji musi być poprzedzony standardowym badaniem podmiotowym i przedmiotowym. Wywiad w kierunku obciążających czynników ryzyka powinien być zebrany od osoby opiekującej się pacjentką. Badanie przedmiotowe powinno być pogłębione o elementy badania internistycznego (np. ocena wizualna naczyń kończyn dolnych) z uwagi na brak możliwości uzyskania wielu informacji o stanie zdrowia pacjentki z wywiadu. Badanie ginekologiczne powinno uwzględniać także ocenę potencjalnych objawów wykorzystania seksualnego pacjentki.
- e) W grupie pacjentek z głębokim upośledzeniem intelektualnym rekomendacja zastosowania antykoncepcji może wyjść od lekarza, nawet jeśli opiekun nie zgłasza takiej potrzeby. Zapobieganie niepożądanym ciążom w tej populacji pacjentek jest istotnym celem opieki ginekologicznej.
- f) Dla pacjentek z upośledzeniem w stopniu lekkim lub umiarkowanym, przy dobrze współpracującym opiekunie, rekomenduje się stosowanie doustnej antykoncepcji hormonalnej. Dobór preparatu musi być indywidualny, tak by minimalizować ryzyko niepożądanych krwawień, które pogarszają utrzymanie prawidłowej higieny.
- g) W grupie pacjentek z upośledzeniem w stopniu głębokim rekomenduje się stosowanie antykoncepcji hormonalnej w postaci długodziałającej.
- h) Dla pacjentek z niepełnosprawnością intelektualną nie rekomenduje się stosowania antykoncepcji przeskórnej z uwagi na brak możliwości stałej kontroli przyklejenia plastra. Jest to natomiast metoda zalecana u pacjentek z niepełnosprawnością ruchową.
- i) Stosowanie IUD jest zalecane przez niektórych ekspertów zagranicznych. Stanowisko autorów tych propozycji jest mniej optymistyczne w stosunku do pacjentek z niepełnosprawnością intelektualną, z uwagi na ograniczoną kontrolę potencjalnych zda-

rzeń niepożądanych związanych z IUD przez samą pacjentkę.

- j) Skuteczność mechanicznych metod antykoncepcyjnych w grupie pacjentów z niepełnosprawnością intelektualną jest istotnie niższa niż znane oszacowania indeksu Pearla. Dlatego nie rekomenduje się zalecania metod mechanicznych dla tej grupy kobiet.

Możliwości zapobiegania ciąży u pacjentek z niepełnosprawnością fizyczną i umysłową

Osoby niepełnosprawne fizycznie i umysłowo mają takie samo prawo do informacji i pomocy w zakresie antykoncepcji jak osoby pełnosprawne. Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników stoi na stanowisku, że nowoczesna antykoncepcja jest jedynym skutecznym sposobem przeciwdziałania niepożądanym ciążom i ich przerywaniu. Dlatego tak ważna jest w Polsce edukacja społeczeństwa dotycząca sposobów planowania rodziny. Jednymi z najskuteczniejszych sposobów zapobiegania niepożądanego ciąży są hormonalne metody antykoncepcyjne. Wyróżniamy kilka różnych dróg podażu hormonów, takich jak:

1. doustna antykoncepcja hormonalna;
2. transdermalny system podawania antykoncepcji hormonalnej;
3. krążek dopochwowy wydzielający hormony;
4. antykoncepcja hormonalna w formie **octanu medroksyprogesteronu (DMPA, depot medroksyprogesterone acetate) [czy tak??]**;
5. wkładka domaciczna wydzielająca hormony.

Współcześnie, dzięki wyżej wymienionym sposobom antykoncepcji, jesteśmy w stanie dobrać odpowiednią metodę podania hormonów indywidualnie do pacjenta, tak aby zminimalizować ryzyko wystąpienia powikłań terapii hormonalnej. Jednak należy pamiętać, że żaden lek hormonalny nie jest obojętny dla organizmu.

Doustna antykoncepcja hormonalna

Doustna antykoncepcja hormonalna jest jedną z najskuteczniejszych metod zapobiegania ciąży, charakteryzującą się niskim wskaźnikiem Pearla oraz stosunkowo niewielkim ryzykiem powikłań podczas stosowania.

Dla wielu kobiet niepełnosprawnych comiesięczne krwawienie jest niezwykle uciążliwe i często krępujące. W tym czasie wymagają one częstszej pomocy w zakresie zabiegów sanitarnych, a bóle menstruacyjne tylko dodatkowo zmniejszają komfort pacjentki. Z tego powodu można zaproponować pacjentce antykoncepcję hormonalną w postaci tabletek przyjmowanych ciągle, bez siedmiodniowej przerwy na krwawienie miesięczkowe [18]. Całkowity brak miesiączki jest jednak trudny do uzyskania i notowany jest tylko u 62% pacjentek. Planowanie krwawienia z odstawienia co 3 do 4 miesięcy

może być bardziej skuteczną metodą na ograniczenie dyskomfortu pacjentek [19].

Wśród głównych skutków ubocznych doustnej antykoncepcji hormonalnej wyróżniamy zwiększone ryzyko zakrzepowo-zatorowe i zwiększone ryzyko progresji nowotworów estrogenozależnych, na przykład raka piersi. Z tego powodu odradza się stosowanie hormonalnych środków antykoncepcyjnych kobietom mającym skłonności do zakrzepów, z niewydolnością wątroby, podwyższonym stężeniem cholesterolu, palącym i chorującym na nowotwory estrogenozależne [20, 21]. W grupie narażonych są też osoby niepełnosprawne z niepełnosprawnością usposabiającą do zaburzeń zakrzepowo-zatorowych, szczególnie pacjentki unieruchomione.

U małoletnich, ze względu na niedojrzałość osi podwzgórze-prysadka-jajnik, antykoncepcja hormonalna powinna być indywidualnie rozważana dla każdej pacjentki przez ginekologa. Zalecana jest antykoncepcja niskodawkowa, ponieważ charakteryzuje się zmniejszonym ryzykiem zatorowo-zakrzepowym, co jest szczególnie istotne w przypadku pacjentek niepełnosprawnych fizycznie. Zmniejszone ryzyko choroby zakrzepowo-zatorowej u kobiet stosujących doustne środki antykoncepcyjne jest związane z niską dawką etynyloestradiolu. Niskodawkowe tabletki znacznie słabiej wpływają na zwiększoną krzepliwość krwi i obniżają fibrylizę, utrzymując stężenie fibrylizy do koagulacji na właściwym poziomie. Estrogeny stosowane doustnie podwyższają stężenie cholesterolu frakcji lipoprotein o dużej gęstości (HDL, *high-density lipoprotein*) i obniżają cholesterol frakcji lipoprotein o niskiej gęstości (LDL, *low-density lipoprotein*) [18].

W przypadku dziewcząt niepełnosprawnych istnieje większe ryzyko chorób zakrzepowo-zatorowych, stąd dobór metody antykoncepcyjnej winien być poprzedzony badaniami z zakresu koagulologii. U osób niepełnosprawnych należy również zwrócić szczególną uwagę na skład preparatu hormonalnego i na drogę jego podania. Niskodawkowe doustne środki antykoncepcyjne z progestagenami III generacji są bezpieczniejsze dla osób niepełnosprawnych [22].

Antykoncepcja hormonalna transdermalna

Kolejnym znanym sposobem antykoncepcji zalecanej u osób niepełnosprawnych jest antykoncepcja hormonalna stosowana w postaci plastra (system transdermalny). Plaster antykoncepcyjny może być słusznym rozwiązaniem u pacjentek, u których występują trudności z polykaniem tabletek. Co więcej, tak samo jak tabletki antykoncepcyjne, może być przyklejany ciągle, bez co trzytygodniowych przerw z planowanym krwawieniem z odstawienia po około 3–4 miesiącach ciągłego stosowania [23].

System transdermalny jest oceniany jako jedna z najbardziej skutecznych metod antykoncepcji u osób mało-

letnich, ponieważ niweluje ryzyko pominięcia codziennej dawki hormonu i pozwala na utrzymanie stałego stężenia hormonów w organizmie pacjentek. Wyniki badań pokazują, że głównym powodem nieskuteczności doustnej antykoncepcji jest właśnie zapominanie o regularnym przyjmowaniu tabletek antykoncepcyjnych [24, 25].

Nie istnieją badania odnoszące się bezpośrednio do tematu pominięcia dawki przy stosowaniu antykoncepcji doustnej przez osoby niepełnosprawne, aczkolwiek stosowanie plastra znacznie minimalizuje takie ryzyko. Stosowanie systemów transdermalnych wymaga uwagi pacjenta lub jego opiekuna jedynie raz w tygodniu, a nie codziennie, jak w przypadku antykoncepcji doustnej.

W celu uniknięcia ewentualnych podrażnień skóry, nie należy przyklejać plastrów zbyt długo w tym samym miejscu. Jest to szczególnie ważne w aspekcie pielęgnacji skóry osób niepełnosprawnych.

Ponieważ niektórzy pacjenci z niepełnosprawnością umysłową mogą próbować zdjąć plaster, pomocne jest umieszczenie go wysoko na plecach lub pośladkach. Jednak eksperci nie zalecają systemu transdermalnego pacjentom z tym rodzajem niepełnosprawności, z uwagi na brak możliwości stałej kontroli przyklejenia plastra. Jest to natomiast bardzo dobra metoda dla osób z niepełnosprawnością fizyczną.

Ważnym atutem plastra antykoncepcyjnego jest fakt, że nie wymusza on zmian w stylu życia kobiety oraz nie utrudnia rehabilitacji. System transdermalny doskonale przylega do ciała i jest wysoce odporny na odklejenie. Jest to niewątpliwie zaleta dla osób niepełnosprawnych korzystających z kąpeli, basenu czy uprawiających wysiłek fizyczny w ramach rehabilitacji.

Niemniej istotne jest jednak zwiększone ryzyko zakrzepów i powikłań z tym związanych, wynikające ze stosowania systemów transdermalnych. Stosowanie plastrów wiąże się z większym stężeniem estrogenów w organizmie kobiety niż w przypadku stosowania doustnej antykoncepcji. Mając na uwadze powyższe, stosowanie plastrów antykoncepcyjnych nie jest zalecane u osób z niepełnosprawnością predysponującą do zaburzeń zakrzepowo-zatorowych [22].

Krażek dopochwowy

Specjaliści zalecają pierścienie dopochwowe wszystkim kobietom w wieku rozrodczym, w szczególności zaś tym, u których ryzyko przypadkowej ciąży jest wysokie. To doskonała metoda dla kobiet, które nie są zdyscyplinowane w codziennym przyjmowaniu tabletek antykoncepcyjnych, a przyklejony na skórze plaster i jego ekspozycja nie jest dla nich akceptowalne. Potencjalnie system ten może być stosowany u kobiet i dziewcząt niepełnosprawnych z trudnościami w przyjmowaniu leków doustnych lub w zastosowaniu innej metody antykoncepcji. Oczywiście tak samo jak w przypadku tabletek i plastrów, pierścieni

można stosować ciągle, dokładnie w taki sam sposób jak opisano powyżej [26].

Kobieta pełnosprawna sama umieszcza w pochwie pierścieni w pierwszym dniu cyklu i po upływie 3 tygodni sama go także usuwa. Zależnie od ograniczeń wynikających z niepełnosprawności pierścieni może być zakładany przez osobę opiekującą się.

Stosowanie pierścienia u nastolatek niepełnosprawnych budzi jednak pewne obawy. Samodzielne założenie krążka wymaga odpowiedniego poziomu zręczności, nie zawsze możliwego do osiągnięcia przez osoby niepełnosprawne fizycznie. Co więcej metoda założenia może być niezrozumiała dla osób z niepełnosprawnością intelektualną. Zakładanie systemu przez opiekuna bardzo poważnie wpływa na poczucie prywatności osoby niepełnosprawnej. Wszystkie powyższe wady poważnie ograniczyły wykorzystanie tej metody antykoncepcji w populacji osób niepełnosprawnych [22].

Antykoncepcja hormonalna w formie DMPA

Coraz częściej zaleca się stosowanie antykoncepcji w formie DMPA u pacjentek niepełnosprawnych intelektualnie.

Metoda ta polega ona na podaniu domięśniowo octanu medroksyprogesteronu jednorazowo co 3 miesiące. Ta forma antykoncepcji jest szczególnie zalecana u pacjentek z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim. Pacjentki te narażone są na ryzyko niewłaściwego stosowania innych form antykoncepcji, niezrozumienia zaleceń lekarskich czy pomijania kolejnych dawek antykoncepcji doustnej.

Ponadto DMPA działa nie tylko jako środek antykoncepcyjny, ale również tłumi krwawienia miesięczkowe. *Amenorrhea* u blisko 60% pacjentek występuje już po 1. roku stosowania DMPA, a u blisko 80% po 5 latach [27].

Metoda ta mogłaby wydawać się wyjątkowo korzystną alternatywą dla pacjentek niepełnosprawnych fizycznie, wymagających codziennej pielęgnacji wykonywanej przez osoby trzecie. Miejsce podania hormonu jest niewidoczne dla opiekuna, nie przeszkadza podczas zabiegów pielęgnacyjnych oraz nie wymaga większej uwagi, jak to ma miejsce w przypadku systemów transdermalnych czy tabletek. Istnieją jednak dwa istotne problemy w stosowaniu tej formy antykoncepcji u nastolatek niepełnosprawnych fizycznie.

Po pierwsze, stosowanie tego leku związane jest ze zwiększeniem masy ciała. Problem ten jest uciążliwy dla wszystkich nastolatek, jednak dla nastolatek z problemami z poruszaniem się nawet niewielki przyrost masy ciała może dodatkowo utrudnić poruszanie się i tym samym zmniejszać ich niezależność [28].

Po drugie, coraz częściej poruszany jest temat wpływu DMPA na gęstość mineralną kości (BMD, *bone mineral*

density). Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków (FDA, *Food and Drug Administration*) zaleca ograniczenie stosowania DMPA do 2 lat. Jest to szczególnie ważne dla nastolatek, ponieważ dziewczęta gromadzą około 30% do 40% całej masy kostnej w okresie dojrzewania. Szybkość utraty BMD maleje wraz z dłuższym czasem stosowania DMPA. Światowa Organizacja Zdrowia, Amerykańskie Kolegium Położników i Ginekologów (ACOG, *American College of Obstetricians and Gynecologists*), oraz *Society for Adolescent Health and Medicine* doradzają, aby lekarze indywidualnie interpretowali zalecany 2-letni okres stosowania oraz dyskutowali z pacjentką i jej rodziną na temat potencjalnego ryzyka i korzyści płynących z tej terapii [29].

U nastolatek niepełnosprawnych i o ograniczonej sprawności ruchowej BMD może już na wstępie być obniżona, jednak nie jest jednoznaczne, czy wiąże się to ze zwiększonym ryzykiem złamań. Utrata gęstości kości wydaje się odwracalna po zaprzestaniu stosowania DMPA u osób bez niepełnosprawności, natomiast nie istnieją dane dotyczące nastolatek o ograniczonej sprawności ruchowej [22].

Wkładka wewnątrzmaciczna z lewonorgestrelą

Wkładki wewnątrzmaciczne od wielu lat bardzo chętnie stosowane są u dorosłych kobiet, jednak dopiero w ostatnim czasie zalecono ich stosowanie u nastolatek. Wkładka domaciczna zawiera 20 µg lewonorgestrelu, z czego 50% zużywa się po około 5 latach.

Wkładka ta charakteryzuje się doskonałym działaniem antykoncepcyjnym przy stosunkowo niewielkiej ilości działań niepożądanych. Ze względu na brak komponenty estrogenowej nie wiąże się z takimi powikłaniami, jak na przykład żylna choroba zakrzepowo-zatorowa. Z tego samego powodu zalecana jest u kobiet z niepełnosprawnością, szczególnie w przypadku niepełnosprawności intelektualnej, ale znajduje zastosowanie również u osób z niepełnosprawnością fizyczną, związaną z unieruchomieniem, wykluczającą stosowanie estrogenu [30]. Należy jednak mieć na uwadze, że znaczna niepełnosprawność ruchowa, szczególnie ze zniesieniem czucia w obszarze urogenitalnym, jest bezwzględny przeciwwskazaniem do stosowania IUD.

Wkładka domaciczna jest szczególnie zalecana u osób z niepełnosprawnością intelektualną. Jest ona niedostępna dla pacjentki, a tym samym właściwie niemożliwa do usunięcia.

Kontrola poprawnego umiejscowienia wkładki w gabinecie ginekologicznym jest niezwykle prosta – badanie USG powinno być zupełnie wystarczające do oceny lokalizacji wkładki. Ma to istotne znaczenie w przypadku pacjentek niechętnych bądź źle znoszących badania ginekologiczne [22].

Piśmiennictwo

3. Lew-Starowicz M, Długolecka A. Seks trzyma nas przy życiu! Rehabilitacja seksualna w chorobach somatycznych. Leo Media, Warszawa 2015.
4. Xie E, Gemmill M. Exploring the prenatal experience of women with intellectual and developmental disabilities: In a southeastern Ontario family health team. *Can Fam Physician*. 2018; 64(Suppl 2): S70-S75.
5. https://www.mp.pl/pacjent/pierwsza_pomoc/218757,kiedy-pacjent-nie-slyszy?fbclid=IwAR3LcFT4o0JqGk19VnZ_iQfuLH3s66cr-9Bmg6QrZAVJVjYtLUqkQ6XIPxs.
6. <http://www.codapolska.org>.
7. https://www.pfron.org.pl/fileadmin/files/p/2393_P_D_P_Wsparcie_osob_z_uposludzeniem_umyslowym.pdf.
8. Marianowski L, Grzechocińska B. Prowadzenie ciąży, oraz poród i pólóg u nieletnich, t. 2. Medipress Ginekologia 1996: 2-5.
9. Brown HK, Kirkham YA, Lunsy Y, et al. Maternal and offspring outcomes in women with intellectual and developmental disabilities: a population-based cohort study. *BJOG*. 2017; 124(5): 757-765, doi: [10.1111/1471-0528.14120](https://doi.org/10.1111/1471-0528.14120), indexed in Pubmed: [27222439](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222439/).
10. Brown H, Kirkham Y, Cobigo V, et al. Labour and delivery interventions in women with intellectual and developmental disabilities: a population-based cohort study. *J Epidemiol Community Health*. 2015; 70(3): 238-244, doi: [10.1136/jech-2015-206426](https://doi.org/10.1136/jech-2015-206426).
11. Sulima M, Lewicka M, Wdowiak A, et al. Opieka położniczo-ginekologiczna nad kobietami niepełnosprawnymi. *European Journal of Medical Technologies*. 2015; 4(9): 25-31.
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, pólógu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.).
13. Stoffel JT, Aa FV, Wittmann D, et al. Fertility and sexuality in the spinal cord injury patient. *World J Urol*. 2018; 36(10): 1577-1585, doi: [10.1007/s00345-018-2347-y](https://doi.org/10.1007/s00345-018-2347-y).
14. Pannek J, Bertschy S. Mission impossible? Urological management of patients with spinal cord injury during pregnancy: a systematic review. *Spinal Cord*. 2011; 49(10): 1028-1032, doi: [10.1038/sc.2011.66](https://doi.org/10.1038/sc.2011.66), indexed in Pubmed: [21670736](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21670736/).
15. <http://antybiotyki.edu.pl/wp-content/uploads/Rekomendacje/uklmoczowyinternet.pdf>.
16. Holmgren T, Lee AHX, Hocaloski S, et al. The Influence of Spinal Cord Injury on Breastfeeding Ability and Behavior. *J Hum Lact*. 2018; 34(3): 556-565, doi: [10.1177/0890334418774014](https://doi.org/10.1177/0890334418774014), indexed in Pubmed: [29787691](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29787691/).
17. Voskuhl R, Momtazee C. Pregnancy: Effect on Multiple Sclerosis, Treatment Considerations, and Breastfeeding. *Neurotherapeutics*. 2017; 14(4): 974-984, doi: [10.1007/s13311-017-0562-7](https://doi.org/10.1007/s13311-017-0562-7).
18. Pużyński S, Wciórka J. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. *Opisyklinikalneiwskazówkidiagnostyczne*. Vesalius, Kraków 2000: 189.
19. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5®, fifth edition Copyright © 2013 American Psychiatric Association.
20. NICE Clinical Guidelines, No. 30., National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK), London: RCOG Press 2005.
21. Hee L, Kettner LO, Vejtorp M. Continuous use of oral contraceptives: an overview of effects and side-effects. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013; 92(2): 125-136, doi: [10.1111/aogs.12036](https://doi.org/10.1111/aogs.12036), indexed in Pubmed: [23083413](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23083413/).
22. World Health Organization. World Health Organization Contraception in adolescence. World Health Organization Library Cataloguing-in Publication Data, Geneva 2004.
23. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4th Edition. World Health Organization Library Cataloguing-in-Publication Data, Geneva 2009.
24. Quint EH, O'Brien RF. COMMITTEE ON ADOLESCENCE, North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology. Menstrual Management for Adolescents With Disabilities. *Pediatrics*. 2016; 138(1), doi: [10.1542/peds.2016-0295](https://doi.org/10.1542/peds.2016-0295), indexed in Pubmed: [27325636](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27325636/).
25. Stewart FH, Kaunitz AM, Laguardia KD, et al. Extended use of transdermal norelgestromin/ethinyl estradiol: a randomized trial. *Obstet Gynecol*. 2005; 105(6): 1389-1396, doi: [10.1097/01.AOG.0000160430.61799.f6](https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000160430.61799.f6), indexed in Pubmed: [15932834](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15932834/).
26. Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące wskazań i bezpieczeństwa stosowania antykoncepcji hormonalnej oraz wewnątrzmacicznej. *Ginekol Pol*. 2014; 85(3): 234-239.
27. French RS, Cowan FM. Contraception for adolescents. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2009; 23(2): 233-247, doi: [10.1016/j.bpobgyn.2008.12.002](https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2008.12.002), indexed in Pubmed: [19171502](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19171502/).
28. Sulak PJ, Smith V, Coffee A, et al. Frequency and management of breakthrough bleeding with continuous use of the transvaginal contraceptive ring: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2008; 112(3): 563-571, doi: [10.1097/AOG.0b013e3181842071](https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181842071), indexed in Pubmed: [18757653](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18757653/).
29. Villavicencio J, Allen RH. Unscheduled bleeding and contraceptive choice: increasing satisfaction and continuation rates. *Open Access J Contracept*. 2016; 7: 43-52, doi: [10.2147/OAJC.S85565](https://doi.org/10.2147/OAJC.S85565), indexed in Pubmed: [29386936](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29386936/).
30. Jirakitidul P, Somyaprasert C, Angsuwathana S. Prevalence of Documented Excessive Weight Gain Among Adolescent Girls and Young Women Using Depot Medroxyprogesterone Acetate. *J Clin Med Res*. 2019; 11(5): 326-331, doi: [10.14740/jocmr3792](https://doi.org/10.14740/jocmr3792), indexed in Pubmed: [31019626](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31019626/).
31. World Health Organization. Technical Consultation on the Effects of Hormonal Contraception on Bone Health: Summary Report. Geneva, Switzerland: World Health Organization: 2005. http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_RHR_07.08_eng.pdf (4.05.2015).
32. Pillai M, O'Brien K, Hill E. The levonorgestrel intrauterine system (Mirena) for the treatment of menstrual problems in adolescents with medical disorders, or physical or learning disabilities. *BJOG*. 2009; 117(2): 216-221, doi: [10.1111/j.1471-0528.2009.02372.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02372.x).



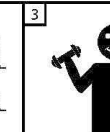
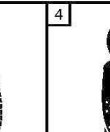




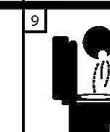
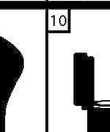
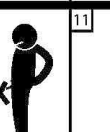
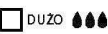



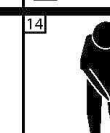
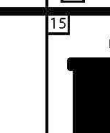
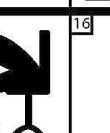
Załącznik 1. Karta komunikacji z osobą głuchą

[PJM]*

KARTA KOMUNIKACJI Z OSOBĄ GŁUCHĄ

IMIĘ:	<input type="text"/>	DATA DZISIAJ:	<input type="text"/>	GDZIE TERAZ JESTEŚ?	<input type="text"/>
NAZWISKO:	<input type="text"/>	NAZWA DZISIEJSZEGO DNIA	<input type="text"/>	[TERAZ] [TY] [GDZIE?]	
WIEK:	<input type="text"/>	[NAZWA] [DNIA] [DZISIAJ]		POLICZ ILE JEST KWADRATÓW [KWADRAT] [ILE?]	
DATA URODZENIA:	<input type="text"/>	2+3=	<input type="text"/>		<input type="text"/>

JAK SIĘ CZUJESZ?
[TY] [TERAZ] [CZUĆ_SIE] [JAK?]

1  <input type="checkbox"/> ODDYCHAĆ PROBLEM	2  <input type="checkbox"/> SERCE KOŁATANIE/ BICIE NIERÓWNO	3  <input type="checkbox"/> SŁABA STRONA	4  <input type="checkbox"/> ALERGIJA/UCZULENIE	5  <input type="checkbox"/> WYSOKIE CIŚNIENIE	6  <input type="checkbox"/> PADACZKA/DRGAWKI
7  <input type="checkbox"/> BIEGUNKA	8  <input type="checkbox"/> ZATWARDZENIE	9  <input type="checkbox"/> WYMIOTY	10  <input type="checkbox"/> SIKĄC PROBLEM	11  <input type="checkbox"/> KASZEL	CZY 7-11 BYŁO Z KRWIĄ? <input type="checkbox"/> DUZO  <input type="checkbox"/> MAŁO  <input type="checkbox"/> NIE BYŁO
12  <input type="checkbox"/> GORĄCZKA ILE? <input type="text"/>	13  <input type="checkbox"/> DRESZCZE/ZIMNO	14  <input type="checkbox"/> URAZ	15  <input type="checkbox"/> ZMĘCZENIE	16  <input type="checkbox"/> ZAWROTY GŁOWY/ OMDLENIE	17 WPISZ INNE

KIEDY ZACZĘŁA SIĘ CHOROBA?
[TY] [CHOROBA] [START] [BYŁO] [KIEDY?]

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	NIEDZIELA	SOBOTA	PIĄTEK	CZWARTEK	ŚRODA	WTOREK	PONIEDZIAŁEK	WCZORAJ	DZISIAJ	TERAZ
	GODZINA? <input type="text"/>									

CO SIĘ STAŁO?
[CO_SIE_STAC?]

 <input type="checkbox"/> WYPADEK	 <input type="checkbox"/> POTRĄCIC	 <input type="checkbox"/> DYM/OPARY/OGIEN	 <input type="checkbox"/> URAZ
 <input type="checkbox"/> PRZYGNIEŚC	 <input type="checkbox"/> PRĄD KOPNĄC	 <input type="checkbox"/> OBLANIE PŁYNEM	 <input type="checkbox"/> WYPADEK PRACA

CZY COŚ CIĘ BOLI?

[MASZ] [TY] [BÓL]?

 TAK NIE

JAKI JEST TWÓJ BÓL?

[BÓL] [JAKI]?

<p style="text-align: center; margin: 0;">CZAS</p> <input type="checkbox"/> BÓL STAŁY	<p style="text-align: center; margin: 0;">CZAS</p> <input type="checkbox"/> BÓL ROSNĄCY	<p style="text-align: center; margin: 0;">CZAS</p> <input type="checkbox"/> BÓL ZMIENNY
---	---	---

JAK SILNY MASZ BÓL?

[TY] [BÓL] [MOCNO] [SŁABO] [JAK]?

<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 3-4	<input type="checkbox"/> 5-6
<input type="checkbox"/> 7-8	<input type="checkbox"/> 9-10	

KIEDY ZACZAŁ SIĘ BÓL?

[BÓL] [START] [KIEDY]?

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	NIEDZIELA	SOBOTA	PIĄTEK	CZWARTEK	ŚRODA	WTOREK	PONIEDZIAŁEK	W CZORAJ	DZISIAJ	TERAZ

🕒 GODZINA?

GDZIE CIĘ BOLI?

[TY] [BÓL] [GDZIE]?

<p style="margin: 0;">PRAWA LEWA</p> <p style="margin: 0;">PRZÓD</p>	<p style="margin: 0;">LEWA PRAWA</p> <p style="margin: 0;">TYŁ</p>
--	--

JAKI TY MASZ BÓL?

[BÓL] [JAKI]?

<input type="checkbox"/> PIEKĄCY	<input type="checkbox"/> KŁUJĄCY	<input type="checkbox"/> GNIOŹĄCY
<input type="checkbox"/> PROMIENIUJĄCY	<input type="checkbox"/> PRZESZYWAJĄCY	<input type="checkbox"/> PULSUJĄCY

CZY TY MASZ ALERGIĘ?

[ALERGIĘ] [MASZ]?

 TAK NIE

CZY BRAŁEŚ NARKOTYK/ DOPALACZE?

[NARKOTYKI] [DOPALACZE] [BYŁO]?

CZY JESTEŚ W CIĄŻY?

[CIAŻA] [TY]?

PIŁEŚ ALKOHOL?

[ALKOHOL] [BYŁO]?

<input type="checkbox"/> ZWIERZĘTA	<input type="checkbox"/> LEKI	<input type="checkbox"/> JEDZENIE
[JAKIE]?	[JAKIE]?	[JAKIE]?

<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
[MIESIĄC] [KTÓRY]?	[KIEDY] [JAKIE] [BYŁO]?	[KIEDY] [BYŁO]?





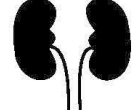











autor: Piotr Kimla

12

www.journals.viamedica.pl/ginekologia_perinatologia_prakt

JAKIE MASZ CHOROBY?

[TY] [CHORY] [MASZ] [CO]?

 <input type="checkbox"/> ŻOŁĄDEK	 <input type="checkbox"/> TRZUSTKA	 <input type="checkbox"/> WĄTROBA	 <input type="checkbox"/> MÓZG	 <input type="checkbox"/> NERKI	 <input type="checkbox"/> PŁUCA
 <input type="checkbox"/> SERCE	 <input type="checkbox"/> JELITA	 <input type="checkbox"/> ŻYŁY I KREW	 <input type="checkbox"/> RAK/NOWOTWÓR	 <input type="checkbox"/> PADACZKA/DRGAWKI	 <input type="checkbox"/> ASTMA/POCHP
 <input type="checkbox"/> BAKTERIE/WIRUSY	 <input type="checkbox"/> CUKRZYCA/ CUKIER WYSOKI	 <input type="checkbox"/> CIŚNIENIE	 <input type="checkbox"/> KOŚCI	JAKIE MASZ INNE CHOROBY? [TY][CHORY][INNE][CO]?	

JAKIE BIERZESZ LEKI?


[TY] [LEKI] [JEŚĆ] [JAKIE]?

 <input type="checkbox"/> SERCE	 <input type="checkbox"/> CIŚNIENIE	 <input type="checkbox"/> PADACZKA/DRGAWKI	 <input type="checkbox"/> ASTMA/POCHP
 <input type="checkbox"/> DEPRESJA/ PSYCHIATRA	 <input type="checkbox"/> CUKRZYCA/ CUKIER WYSOKI	 <input type="checkbox"/> ŻYŁY I KREW	 <input type="checkbox"/> BÓL

WPISZ NAZWY LEKÓW
[NAZWA] [LEKI] JAKIE?

KIEDY OSTATNIO JADŁEŚ?


[TY] [JEŚĆ] [KIEDY]?

 NIEDZIELA SOBOTA PIĄTEK CZWARTEK ŚRODA WTOREK PONIEDZIAŁEK W CZORAJ DZISIAJ TERAZ

 GODZINA?

KIEDY OSTATNIO PIŁEŚ?

[TY] [PIĆ] [KIEDY]?

 NIEDZIELA SOBOTA PIĄTEK CZWARTEK ŚRODA WTOREK PONIEDZIAŁEK W CZORAJ DZISIAJ TERAZ

 GODZINA?



CZY WYRAŻASZ ZGODĘ NA SZPITAL?
[TY] [ZGODA] [ZOSTAĆ] [SZPITAL]?

TAK NIE



CZY WYRAŻASZ ZGODĘ NA OTRZYMANIE LEKÓW?
[TY] [ZGODA] [OTRZYMAĆ] [LEKI]?

TAK NIE



CZY WYRAŻASZ ZGODĘ NA OTRZYMANIE ZASTRZYKÓW?
[TY] [ZGODA] [OTRZYMAĆ] [ZASTRZYK]?

TAK NIE



CZY WYRAŻASZ ZGODĘ NA SZYCIE RAN?
[TY] [ZGODA] [OTRZYMAĆ] [SZYCIE]?

TAK NIE



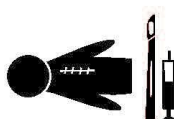
CZY WYRAŻASZ ZGODĘ NA OTRZYMANIE KRWI?
[TY] [ZGODA] [OTRZYMAĆ] [KREW]?

TAK NIE



CZY WYRAŻASZ ZGODĘ NA RTG, TOMOGRAF I KONTRAST?
[TY] [ZGODA] [RTG] [TOMOGRAF] [KONTRAST]?

TAK NIE



CZY WYRAŻASZ ZGODĘ NA ZNIECZULENIE I OPERACJĘ?
[TY] [ZGODA] [ZNIECZULENIE] [OPERACJA]?

TAK NIE



CZY WYRAŻASZ ZGODĘ NA CEWNIK?
[TY] [ZGODA] [CEWNIK]?

TAK NIE



CZY CHCESZ TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO?
[TY] [TŁUMACZ] [JĘZYK] [MIGOWY] [CHCIEĆ]?

TAK NIE



WPISZ NUMER TELEFONU I ADRES RODZINY
[TWÓJ] [RODZINA] [TELEFON/ADRES] [WPISZ]