

ATRASHKEVICH, Yuliya, PAWELKO, Agnieszka and CIECHACKA, Maria. Procedure for the deepening of depression in an 8-year-old child with intellectual distability in an integrated school. Journal of Education, Health and Sport. 2025;83:63456. eISSN 2391-8306.

<https://doi.org/10.12775/JEHS.2025.83.63456>

<https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/63456>

The journal has had 40 points in Minister of Science and Higher Education of Poland parametric evaluation. Annex to the announcement of the Minister of Education and Science of 05.01.2024 No. 32318. Has a Journal's Unique Identifier: 201159. Scientific disciplines assigned: Physical culture sciences (Field of medical and health sciences); Health Sciences (Field of medical and health sciences).

Punkty Ministerialne 40 punktów. Załącznik do komunikatu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 05.01.2024 Lp. 32318. Posiada Unikatowy Identyfikator Czasopisma: 201159. Przypisane dyscypliny naukowe: Nauki o kulturze fizycznej (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu); Nauki o zdrowiu (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu). © The Authors 2025;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Nicolaus Copernicus University in Torun, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author (s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non commercial license Share alike.

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 31.05.2025. Revised: 30.06.2025. Accepted: 04.07.2025. Published: 08.07.2025.

Procedure for the deepening of depression in an 8-year-old child with intellectual distability in an integrated school

Postępowanie w przypadku pogłębienia stanów depresyjnych u 8-letniego dziecka z niepełnosprawnością intelektualną w szkole integracyjnej

Yuliya Atrashkevich e-mail address juliajurjevna@gmail.com

ORCID ID <https://orcid.org/0009-0003-9586-9306>

Affiliation: Student of the University of Bielsko-Biała, Bielsko-Biała. Poland; Faculty of Health Sciences

Agnieszka Pawełko e-mail address: apawełko@ubb.edu.pl

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0003-6162-7202>

Affiliation: University of Bielsko-Biała, Bielsko-Biała, Poland; Faculty of Health Sciences

Maria Ciechacka Email address: mciechacka@ubb.edu.pl

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-5125-3169>

Affiliation: University of Bielsko-Biała, Bielsko-Biała, Poland; Faculty of Health Sciences

Streszczenie

Depresja jest problemem zdrowotnym, który coraz częściej zostaje zdiagnozowany u dzieci i młodzieży. Przedstawiona praca to studium przypadku dziecka z niepełnosprawnością intelektualną. W pierwszej części zostały opisane stany depresyjne u dzieci niepełnosprawnością intelektualną. Druga część przedstawia postępowania pielęgnacyjne w przypadku pogłębienia się stanów depresyjnych u 8-letniego dziecka z niepełnosprawnością intelektualną w szkole integracyjnej. Celem pracy jest zaplanowanie opieki pielęgniarstwa dla dziecka w stanach depresyjnych w środowisku integracyjnym. W procesie pielęgnacyjnym zostały ujęte problemy natury psychicznej, fizycznej oraz seksualnej dziecka, cele i plan opieki nad pacjentem w szkole integracyjnej.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność, depresja, szkoła integracyjna

Abstract

Depression is a health problem that is increasingly diagnosed in children and adolescents. The present work is a case study of a child with intellectual disabilities. In the first part, depressive states in children with intellectual disabilities were described. The second part presents care procedures in the event of deepening depression in an 8-year-old child with intellectual disability in an integrated school. The aim of the work is to plan nursing care for a child with depression in an integrated environment. The care process included the child's mental, physical and sexual problems, goals and patient care plan in an integrated school.

Keywords: disability, depression, integrated school

Wstęp

Liczba osób niepełnosprawnych, w tym z niepełnosprawnością intelektualną, stale wzrasta w Polsce i na świecie. Na podstawie wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań liczba osób niepełnosprawnych w Polsce wynosi 5,4 miliony [1].

Wzrasta również liczba osób chorujących na depresję. Według statystyki Narodowego Funduszu Zdrowia liczba chorujących w Polsce przekracza ponad 1 milion.

Badania epidemiologiczne dowodzą, iż częstotliwość zaburzeń psychicznych wzrasta wraz z obniżaniem się ilorazów inteligencji badanych. U około 50% osób z niepełnosprawnością intelektualną zostają stwierdzone zaburzenia natury psychicznej. Zaburzenia psychiczne stwierdza się u około jednej trzeciej dzieci z lekką niepełnosprawnością intelektualną, a wśród osób z niepełnosprawnością w stopniu umiarkowanym i znacznym – u połowy. Zaburzenia depresyjne występują szczególnie często wśród osób z NI. Depresję stwierdza się u 2% dzieci (dotyka ona równie często dziewczynki i chłopców) oraz nawet u 8% nastolatków (częściej chorują dziewczęta). Warunki sytuacji życiowej osób z niepełnosprawnością intelektualną zwiększają ryzyko zachorowania na depresję [1].

Etiologia niepełnosprawności intelektualnej

Zgodnie z obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych—ICD-11 zaburzenia rozwoju intelektualnego zostają zdefiniowane jako „grupa stanów rozwojowych charakteryzujących się znacznym upośledzeniem funkcji poznawczych, które są związane z ograniczeniami w uczeniu się, zachowaniach adaptacyjnych i umiejętnościach” [2].

Występujące zaburzenia rozwoju są pochodną zaburzeń genetycznych, zaburzeń neurorozwojowych, metabolicznych, zakażeń neurotoksycznych i również pochodną czynników środowiskowych (kulturowych) w okresie prenatalnym, okołoporodowym i w pierwszym latach życia. Stopień niepełnosprawności uzależniony jest od rozległości zmian w ośrodkowym układzie nerwowym, a poziom sprawności funkcji percepcyjno-motorycznych, poznawczych, komunikacyjnych oraz zaradność społeczna związany jest również z towarzyszącymi zaburzeniami zdrowia psychicznego. W literaturze przedmiotu zwraca się również uwagę na seksualność osób neurotypowych bez problemów rozwojowych oraz osób z niepełnosprawnością intelektualną [3].

Według klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5 niepełnosprawność intelektualna (NI) występuje w stopniu lekkim, umiarkowanym, znacznym i głębokim. Kryteria diagnostyczne NI zawierają takie przesłanki jak: wyraźnie niższy od przeciętnego poziom intelektualny (punkt IQ ≤ 70), braki w zakresie zachowań adaptacyjnych (głównie sfera psychomotoryczna) oraz początek we wczesnym okresie rozwojowym (do 22 roku życia) [4, 5, 6].

Etiologia stanów depresyjnych u dzieci i młodzieży

Zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży zostają coraz częściej zdiagnozowane. Kryteria diagnostyczne obejmują zmiany myślenia, emocji, zmiany w zakresie życia osobistego i funkcjonowania społecznego. Zasadniczymi kryteriami są również dłuższy okres występowania objawów patologicznych, powtarzanie się objawów przebiegających w trudny do określenia sposób i zmiany w stanie zdrowia dotyczące okresu przedchorobowego. Najczęściej stwierdzonymi zaburzeniami są zaburzenia zachowania, schizofrenia, zaburzenia afektywne i depresja [6].

W klasyfikacji ICD-11 w zaburzeniach psychicznych i zaburzeniach zachowania wyróżnia się obszerną kategorię diagnostyczną zaburzeń nastroju (afektywnych)—F30–F39. W grupie zaburzeń nastroju wyróżnia się depresję jednobiegunową i depresję w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej. Depresja jednobiegunowa dzieli się na epizod dużej depresji, dystymię, zaburzenie dystymiczne lub zaburzenia depresyjne nieokreślone obejmujące kilka postaci bardziej przelotnych lub łagodniejszych stanów depresyjnych. W przebiegu depresji dwubiegunowej pacjent doświadcza naprzemiennych cykli depresji i manii-typ I lub depresji i hipomanii-typ II [7].

W międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-11, epizod depresyjny scharakteryzowany jest jako obniżony nastrój lub spadek zainteresowania czynnościami, który występuje przez większą część dnia, prawie codziennie przez co najmniej dwa tygodnie. Zaburzenie depresyjne może przebiegać z pojedynczym epizodem i mieć charakter łagodny, umiarkowany bez objawów lub z objawami psychotycznymi, ciężki bez objawów lub z objawami psychotycznymi lub mogą to być zaburzenia depresyjne nawracające o tożsamym obrazie, z epizodem pojedynczym [2, 8].

Rozpoznanie choroby i objawy kliniczne u dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną

Rozpoznanie depresji jest zależne od manifestacji objawów i etapu rozwoju dziecka. Im jest ono młodsze, tym trudniej jest mu określić i opisać swój stan emocjonalny. Często młodszy pacjenci nie potrafią określić, czy złe samopoczucie wynika z dolegliwości somatycznych lub psychicznych i/ lub seksualnych. Podstawą diagnozy w takiej grupie zostaje metoda obserwacji [9].

Symptomy depresji u dzieci z niepełnosprawnością mogą przybierać inną formę niż u osób w normie intelektualnej. Różny poziom sprawności intelektualnej wpływa na obraz kliniczny w przebiegu depresji. Grono badaczy wyodrębniło następujące objawy depresyjne: zaburzenia nastroju, apatia, wycofywanie się z kontaktów, płaczliwość, zachowania destruktywne, niekorzystne rozwojowo zachowania seksualne, zaburzenia snu, zaburzenia łaknienia, lęk, hipochondria, samouszkodzenia, zahamowanie psychomotoryczne, stupor katatoniczny, halucynacje oraz myśli i czyny samobójcze. Trudną do diagnozy zostaje depresja u dzieci ze znacznym i głębokim stopniem niepełnosprawności intelektualnej. Osobliwościami w przebiegu depresji w tej grupie pacjentów są tendencje do samouszkodzenia, hiperaktywność, stereotypie ruchowe [10].

Niecharakterystyczne i zróżnicowane objawy oraz zjawisko określone w literaturze jako „fenomen diagnostycznego zaciemnienia” często są przyczyną niedodiagnozowania depresji u dzieci i młodzieży, w związku z czym one zostają nieleczone [8].

Leczenie farmakologiczne depresji

W wypadku psychiatrii dzieci i młodzieży nadal istnieją kontrowersje co do tego, czy powinno się stosować interwencje farmakologiczne, ponieważ terapią pierwszego rzutu zostaje leczenie psychoterapeutyczne. Farmakoterapię należy rozważyć, gdy nasilenie objawów utrudnia dziecku codzienne funkcjonowanie, a same oddziaływania terapeutycznie nie przynoszą zadowalających efektów. Niedojrzałości ośrodkowego układu nerwowego oraz układów enzymatycznych odpowiadających za metabolizm leków są przyczyną mniejszej skuteczności leków przeciwdepresyjnych. Leki przeciwdepresyjne, w tym selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI), są skuteczne i dobrze tolerowane przez dzieci, ale od 31% do 48% nie zareaguje na nie, a do 25% doświadczy działań niepożądanych (najczęściej: nudności, bóle brzucha, biegunka, bóle głowy, zaburzenia snu lub senność, suchość w ustach). Większość działań niepożądanych w trakcie leczenia ma nasilenie łagodne lub umiarkowane. Spośród wszystkich SSRI najczęściej stosowane Sertralina, Fluoksetyna, Fluwoksamina [8, 9, 11, 12].

Psychoedukacja i psychoterapia

Do niefarmakologicznych metod leczenia depresji u dzieci i młodzieży odnosi się:

Psychoedukacja: W ramach tej metody dziecko i jego opiekunowie dostają informacji na temat objawów, przyczyn i metod leczenia depresji oraz sposobów postępowania w konkretnych sytuacjach.

Edukacja seksualna: W ramach której, rodzice/ opiekunowie uczą się rozpoznawać zachowania rozwojowe i te wykraczające ponad normę, które pojawiają się w niewłaściwym miejscu, czasie, formie[3].

Psychoterapię: Ta metoda może odbywać się w formie indywidualnej, grupowej lub rodzinnej terapii. Skutecznym jest połączenie form w prowadzeniu psychoterapii.

Psychoterapia grupowa jest wskazana szczególnie dla dzieci i nastolatków, którzy doświadczają trudności w funkcjonowaniu w grupie rówieśniczej i mają tendencje do wycofywania się z relacji koleżeńskich [1, 9].

Głównym narzędziem we współczesnej psychoterapii poznawczo-behawioralnej staje się orientacja ku zasobom dziecka niepełnosprawnego. Oznacza to akcentowanie znaczenia potencjału psychicznego osoby, który umożliwia zaspokajanie potrzeb własnych, osiąganie sukcesów, czerpanie radości, ale również – nawiązywanie i utrzymywanie dobrych relacji z innymi oraz aktywny udział w życiu społecznym. Podejmowane są wciąż próby mierzenia jakości życia osób z niepełnosprawnością intelektualną. Obejmują one zarówno wskaźniki obiektywne, jak i subiektywne. Wskaźniki subiektywne odnoszą się do warunków zewnętrznych, takich jak zdrowie, opieka społeczna, edukacja, warunki mieszkaniowe, sąsiedztwo. Wskaźniki subiektywne dotyczą jednostkowych ocen samopoczucia fizycznego, satysfakcji materialnej, relacji międzyludzkich i indywidualnego rozwoju. Wyniki prowadzonych badań pokazują, iż jakość życia doświadczana jest wtedy, gdy zaspokojone są podstawowe potrzeby jednostki w tym seksualne i gdy ma ona takie same jak inni możliwości realizowania zadań i osiągnięcia swoich celów w najważniejszych dla siebie obszarach życia [9].

Cel pracy

Celem pracy jest zapewnienie holistycznej opieki pielęgniarzkiej dla dziecka niepełnosprawnego w okresie pogłębienia się stanów depresyjnych wynikających z zachowań nieakceptowanych społecznie. w warunkach środowiska szkolnego. Zapotrzebowanie w integrowaniu osób niepełnosprawnych intelektualnie wymaga rozpowszechnienia wiedzy na temat problemów, z którymi borykają się te osoby. Niezbędnym czynnikiem jest umiejętność okazywania pomocy dzieciom niepełnosprawnym w sytuacjach trudnych, w tym depresji.

Studium indywidualnego przypadku pacjenta z niepełnosprawnością intelektualną w sytuacji pogłębienia się stanów depresyjnych

Materiały i metody

Metoda zastosowana w pracy to studium indywidualnego przypadku, która pozwala objąć dziecko całościową opieką. Techniki badawcze, z których było skorzystano to:

- wywiad z pacjentem, opiekunem prawnym, zespołem pomocy psychologiczno-pedagogicznej (PPP);
- obserwacja;
- analiza dokumentacji medycznej;

- pomiar podstawowych parametrów życiowych (tętno, ciśnienie tętnicze krwi, temperatura ciała, oddech, saturacja, ból, poziom glikemii).

Na podstawie zgromadzonej informacji były sformułowane diagnoza pielęgnarska, problemy pielęgnacyjne pacjenta, możliwe do osiągnięcia cele, przygotowany plan opieki i karta zleceń pielęgnarskich.

Opis przypadku pacjenta

Przedstawiony opis przypadku pacjenta dotyczy 8-letniego chłopca ze znacznym stopniem niepełnosprawności intelektualnej ze stwierdzonym stanem depresyjnym. Nauczyciele szkoły integracyjnej, do której uczęszcza -od poł roku - zwrócili uwagę na negatywne zmiany w zachowaniu ucznia, o czym powiadomili opiekuna prawnego (mamę) i pielęgniarkę szkolną. Mama otrzymała zlecenie, żeby zgłosić syna do Poradni Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży. W wyniku konsultacji psychoterapeutycznej u dziecka stwierdzono stany depresyjne, zlecono leczenie psychoterapeutyczne, a w sytuacjach niebezpiecznego nasilania się zachowań autoagresywnych – leczenie farmakologiczne.

W ciągu kilka tygodni po powrocie do szkoły zaobserwowano pogorszenie się stanu psychicznego dziecka. Po przeprowadzeniu wywiadu z nauczycielami otrzymano informacje o wycofaniu się ucznia z kontaktów społecznych z rówieśnikami, izolacji, spadku motywacji poznawczej, rozkojarzenia. W sytuacjach trudnych dla dziecka, gdy nauczyciel zwraca mu uwagę, chłopiec reaguje płaczem, zachowaniami seksualnymi lub agresją i autoagresją. Zaobserwowano również kilkuminutowe wyłączanie się dziecka z rzeczywistości, chłopiec sprawia wrażenie podsypiającego. Z wywiadu z matką dodatkowo uzyskano informacje, że dziecko ma problemy ze snem: często budzi się w nocy, płacze, czasami krzyczy i w sposób niekontrolowany oddaje mocz. Mechanizmy obronne dziecka to płaczliwość, masturbacja, agresja w stosunku do matki oraz niszczenie przedmiotów, pobudzenie i autoagresja (bije się pięścią w piersi, gryzie nadgarstki, ciągnie siebie za włosy i wyrывa je). Matka zaobserwowała niechęć dziecka do bawienia się z rówieśnikami na placu zabaw, sporadyczne blokady psychiczne przed wejściem do szkoły oraz zanik wcześniejszych zainteresowań. Objawami somatycznymi są częste przeziębienia, sporadyczne duszności i kaszel. Matka obserwuje zachowania mogące świadczyć o bólach głowy. Ocena BMI wskazuje na otyłość I stopnia. Pacjent ma znaczny stopień niepełnosprawności intelektualnej, co znacznie utrudnia postawienie trafnej diagnozy i ocenę zastosowanego leczenia.

Ocena stanu psychicznego: Dziecko pobudzone, płaczliwe, na wydawane polecenia reaguje częściowo. Z powodu niepełnosprawności intelektualnej w stopniu znacznym oraz stanu psychicznego, kontakt z dzieckiem jest utrudniony. Uczeń jest zorientowany, gdzie jest i co się wydarzyło. Nie wykazuje sprzeciwu wobec podejmowanych działań nauczyciela i pielęgniarki.

Status społeczno-materialny: Chłopiec jest uczniem 2 klasy podstawowej szkoły integracyjnej. Dziecko wychowuje się w rodzinie niepełnej. Opiekunem prawnym jest mama. Matka pracuje zawodowo oraz dostaje rentę socjalną na dziecko z niepełnosprawnością. Stan ekonomiczny pozwala matce zaspokoić potrzeby lecznicze, rehabilitacyjne, rozwojowe oraz bytowe. Mieszka razem z mamą w dwupokojowym mieszkaniu, ma swój pokój.

Relacje rodzinne: Wychowaniem dziecka zajmuje się mama. Kontakt z ojcem jest ograniczony z powodu przemocy ojca wobec matki. Dziecko jest akceptowane przez bliższą rodzinę obojga rodziców. Ma przyjacielskiej relacji z kuzynem.

Choroby współistniejące: Astma oskrzelowa, cukrzyca typu 1,

Ostatnio przyjmowane leki: Liprolog wg zapotrzebowania w pompie, Flixotide areozol , Hydroxyzinum 25 mg

Przebieg procesu pielęgnowania

Pacjent jest pod opieką pielęgniarską w szkole integracyjnej. Obecnie u dziecka występuje pogłębienie się stanów depresyjnych z nasileniem objawów chorobowych takich jak: autoagresja i agresja, płaczliwość, izolacja również wynikająca z zachowań seksualnych nieakceptowanych społecznie, bezsenność, brak zainteresowań i motywacji. Chłopiec jest często pobudzony psychoruchowo. Stara się unikać kontaktu z innymi uczniami, przesiada się do innej ławki. Nie wykazuje agresji wobec pracowników szkoły. Występuje słabo nienasilony kaszel oraz duszność, oddech przyśpieszony. Chłopiec nie wymaga pomocy w spożywaniu posiłków. Poziom glikemii jest kontrolowany za pomocą pompy insulinowej. Samodzielnie wydalą mocz i stolec, jednak wymaga przypominania o wykonaniu tych czynności. Ogólny stan skóry jest dobry, występują pojedyncze zmiany w formie blizn, zaczerwienieni i drobnych siniaków po samouszkodzeniach. Pacjent nie posiada podstawowej wiedzy na temat swojej choroby oraz procesów psychicznych, fizjologicznych oraz seksualnych, toczących się jego organizmie. Niektóre podstawowe parametry życiowe lekko podwyższone, jednak nie zagrażają zdrowiu pacjenta.

Opieka nad chłopcem jest zaplanowana indywidualnie i zgodnie z potrzebami pacjenta. Opieką objęty jest nie tylko pacjent, ale i jego rodzina. Plan opieki został opracowany na podstawie aktualnej wiedzy medycznej, dostępnej literatury i polega na holistycznym modelu opieki pielęgniarstwiej.

Plan opieki pielęgniarstwiej

1. Diagnoza pielęgniarstwiej: ryzyko uszkodzeń fizycznych w wyniku zachowań agresywnych i autoagresywnych

Cel opieki: zmniejszenie ryzyka uszkodzeń w wyniku zwiększenia kontroli i samokontroli w sytuacjach wystąpienia zachowań agresywnych

Plan opieki:

- ocena stanu emocjonalnego pacjenta i ryzyka napadu agresji;
- niepozostawianie dziecka samego w pobudzeniu;
- eliminowanie czynników pobudzających dziecko;
- w sytuacji pobudzenia skierowanie swoich działania na uspokojenie dziecka;
- w sytuacji pobudzenia eliminacja z zasięgu dziecka przedmiotów niebezpiecznych, które mogą się przyczynić do naniesienia uszkodzeń;
- zachowywanie dystansu 1,5 metra;

- utrzymanie otwartej pozycji ciała;
- zachowanie dystansu do zachowań niekulturalnych dziecka – tj. wykrzykiwanie wyzwisk, wulgaryzmów;
- stosowanie piktogramów – plansz edukacyjnych – jak radzić sobie z emocjami
- zbudowanie z pacjentem relacji terapeutycznej: wykazanie życzliwości, zrozumienia, chęci do pomocy;
- farmakoterapia doraźna według zleceń lekarskich: Hydroxyzinum 25 mg;

2. Diagnoza pielęgniarstwa: niebezpieczeństwo wystąpienia uszkodzenia ciała w okolicy intymnej wynikające z zachowań seksualnych

Cel opieki: eliminowanie ryzyka

Plan opieki:

- ocena stanu emocjonalnego pacjenta i ryzyka wystąpienia zachowań seksualnych (masturbacja);
- niepozostawianie dziecka samego w pobudzeniu;
- dbanie o higienę układu moczowego, kontrola oddawanego moczu – unikanie stosowania pampersów;
- zwrócenie uwagi na ewentualne zmiany zapalne na częściach intymnych ciała;
- eliminowanie czynników pobudzających dziecko;
- w sytuacji pobudzenia nakierowanie swoich działań na uspokojenie dziecka;
- w sytuacji pobudzenia eliminacja z zasięgu dziecka przedmioty niebezpieczne, które mogą się przyczynić do powstania uszkodzeń;
- utrzymanie otwartej pozycji ciała;
- zachowanie dystansu do zachowań dziecka
- edukacja opiekunów i dziecka nt miejsca, czasu i formy prezentowanych zachowań seksualnych
- farmakoterapia doraźna według zleceń lekarskich: Hydroxyzinum 25 mg
- zapewnienie bezpiecznego otoczenia i postawy terapeutycznej w celu uspokojenia dziecka;
- edukacja opiekuna prawnego w zakresie prawidłowego wzmacniania (unikanie kar, atencja)
- stosowanie piktogramów dotyczących zachowań seksualnych w celach edukacyjnych

3.Diagnoza pielęgnarska: ryzyko wystąpienia zakażeń układu moczowego wynikające z zachowań seksualnych

Cel opieki: eliminowanie ryzyka zakażeń układu moczowo - płciowego

Plan opieki:

- ocena stanu somatycznego pacjenta ze szczególnym zwróceniem uwagi na parametry dotyczące układu moczowo- płciowego
- dbanie o higienę układu moczowego, kontrola oddawanego moczu – unikanie stosowania pampersów
- zwrócenie uwagi na ewentualne zmiany zapalne na częściach intymnych ciała
- tworzenie atmosfery wsparcia i zaufania w celu swobodnej rozmowy o chorobie,
- eliminacja zachowań powodujących u dziecka poczucie winy
- budowanie pozytywnych relacji pacjenta z otoczeniem
- wyjaśnienie pacjentowi w miarę możliwości objawów ze strony układu moczowego, metod leczenia oraz wskazówek jak radzić sobie z objawami,
- edukacja pacjenta dotyczącą schorzeń układu moczowo – płciowego;
- edukacja rodziców dotyczącą schorzeń układu moczowo- płciowego;
- regularne kontrole u pediatry
- propozycja materiałów edukacyjnych, literatury oraz wsparcia w samodzielnym

zglobianiu tematu – stosowanie tablic edukacyjnych dotyczących higieny

4.Diagnoza pielęgnarska: obniżony nastrój, brak zainteresowań i motywacji, izolacja społeczna występujące z powodu pogłębienia się stanów depresyjnych

Cel opieki: zmotywowanie pacjenta do odzyskania zainteresowań, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa i przyjaźni.

Plan opieki:

- budowanie z dzieckiem relacji terapeutycznych: wykazanie życzliwości, zrozumienia, chęci do pomocy, dowartościowanie dziecka;
- zapewnienie bezpiecznego otoczenia;
- utrzymywanie prawidłowego kontaktu werbalnego: spokojna, wyraźna mowa powtarzanie poleceń po kilka razy, omawianie wykonywanych czynności w sposób dostosowany do poziomu rozumienia pacjenta;

- utrzymywanie prawidłowego kontaktu pozawerbalnego: odpowiednia postawa, mimika dostosowana do sytuacji, zachowanie odpowiedniego dystansu
- dbanie o spójność komunikatów werbalnych i pozawerbalnych
- wzmacnianie pozytywnych zachowań dziecka
- stosowanie systemu nagradzania
- aktywizacja dziecka poprzez zajęcia rehabilitacyjne
- zapewnienie poczucia bezpieczeństwa i akceptacji
- tworzenie atmosfery wsparcia i zaufania
- eliminacja zachowań powodujących u dziecka poczucie winy
- budowanie pozytywnych relacji pacjenta z otoczeniem
- wsparcie terapeutyczne- psychologiczne dziecka – terapia indywidualna, grupowa w PPP
- wsparcie psychologiczne dla rodziców

5.Diagnoza pielęgniarska: zaburzenia snu spowodowane obniżonym stanem emocjonalnym w przebiegu depresji

Cel opieki: poprawa jakości snu, zapobieganie następstwom bezsenności.

Plan opieki:

- edukacja opiekuna prawnego na temat higieny snu: nie podawać na noc płynów moczopędnych;
- ograniczenie wpływu „niebieskiego światła” przed snem
- ograniczenie pobudzenia emocjonalnego przed snem
- ograniczenie aktywności ruchowej przed snem
- zalecenie terapii relaksacyjnych
- nauka wyciszenia
- stosowanie odpowiedniej diety
- zapewnienie poczucia bezpieczeństwa i akceptacji
- przygotowanie odpowiedniego miejsca do snu (odpowiednie łóżko, materac, pościel)
- przygotowanie odpowiedniego mikroklimatu w pomieszczeniu przeznaczonym do snu
- w razie potrzeby zapewnić dziecku podkłady jednorazowe lub pieluchomajtki w celu zmniejszenia dyskomfortu związanego z niekontrolowaną mikcją;
- propozycja materiałów edukacyjnych, literatury oraz wsparcia w samodzielnym zgłębianiu tematu – stosowanie tablic edukacyjnych dotyczących higieny snu
- konsultacja z psychoterapeutą na temat postępowania w przypadku zaburzeń snu

- konsultacja z pediatra w celu farmakologicznego leczenia bezsenności;

6.Diagnoza pielęgnarska: nasilenie się uczucia braku powietrza w przebiegu astmy oskrzelowej

Cel opieki: opanowanie kaszlu, zmniejszenie duszności i uregulowanie oddechu pacjenta.

Plan opieki:

- monitorowanie podstawowych parametrów życiowych (SpO2%, liczba oddechów, charakter oddechów, ciśnienie tętnicze krwi, tętno, zabarwienie powłok skórnych), ocena kaszlu pacjenta (charakter, czas trwania, wydzielina);
- nauka oddychania przez zasnurowane usta i torem przeponowo brzuszny (głęboko i powoli);
- zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, podjęcie działań terapeutycznych, skierowanych na uspokojenie pacjenta;
- obserwacja stanu pacjenta;
- zapewnienie dostępu świeżego zimnego powietrza dla zmniejszenia kaszlu;
- zastosowanie pozycji wysokiej z pochyleniem do przodu;
- zapewnienie odpowiedniej odzieży - luźne ubrania
- w razie potrzeby zastosowanie inhalatora wziewnego Flixotide 100 ug; zgodnie z zaleceniem lekarza
- kontrola w poradni specjalistycznej
- edukacja pacjenta nt niepokojących objawów i jak postępować w przypadku ich wystąpienia
- edukacja rodziców / opiekunów nt postępowania w przypadku wystąpienia niepokojących objawów
- propozycja materiałów edukacyjnych, literatury oraz wsparcia w samodzielnym zgłębianiu tematu – stosowanie tablic edukacyjnych dotyczących astmy oskrzelowej

7.Diagnoza pielęgnarska: ryzyko wystąpienia hipo- lub hyperglikemii w przebiegu cukrzycy typu 1

Cel opieki: niwelowanie wystąpienia hipo- lub hyperglikemii w przebiegu cukrzycy typu 1.

Plan opieki:

- monitorowanie poziomu glikemii – edukacja nt wykonania prawidłowego pomiaru
- edukacja na temat prawidłowych i alarmujących wyników poziomu glikemii
- obserwacja dziecka pod względem wystąpienia niepokojących objawów
- pouczenie dziecka i opiekunów o podstawowych objawach cukrzycy typu I

- stosowanie odpowiedniej diety
- aktywizacja odpowiednia do stanu pacjenta
- wsparcie emocjonalne dziecka
- tworzenie atmosfery wsparcia i zaufania w celu swobodnej rozmowy o chorobie,
- eliminacja zachowań powodujących u dziecka poczucie winy
- budowanie pozytywnych relacji pacjenta z otoczeniem
- edukacja pacjenta dotyczącą cukrzycy typu I
- edukacja rodziców dotycząca powikłań cukrzycy typu I
- regularne kontrole u pediatry
- regularne wizyty u diabetologa
- upewnienie się, że lek Liprolog w pompie był podany, a po podaniu insuliny pacjent dostał posiłek;
- zachęcanie pacjenta do noszenia opaski cukrzyka w celu uzyskania pomocy od osób trzecich w przypadku wystąpienia ostrych powikłań choroby;
- propozycja materiałów edukacyjnych, literatury oraz wsparcia w samodzielnym w samodzielnym zgłębianiu tematu – stosowanie tablic edukacyjnych dotyczących cukrzycy typu I
- stosowanie plansz edukacyjnych na temat cukrzycy typu 1
-

8.Diagnoza pielęgniarska: otyłość spowodowana zaburzeniami metabolizmu pacjenta

Cel opieki: redukcja masy ciała.

Plan opieki:

- kontrola masy ciała
- wzmacnianie pozytywnych zachowań
- stosowanie odpowiedniej diety pod względem jakościowym i ilościowym
- aktywizacja adekwatna do stanu pacjenta
- dbanie o spójność komunikatów werbalnych i pozawerbalnych
- wzmacnianie pozytywnych zachowań dziecka
- stosowanie systemu nagradzania
- zapewnienie poczucia bezpieczeństwa i akceptacji
- tworzenie atmosfery wsparcia i zaufania
- eliminacja zachowań powodujących u dziecka poczucie winy

- budowanie pozytywnych relacji pacjenta z otoczeniem
- zachęcanie do udziału w psychoterapii i terapii zajęciowej;
- edukacja opiekuna prawnego w zakresie powikłań spowodowanych otyłością: choroby układu krążenia i układu pokarmowego;
- zalecenie konsultacji dietetycznej
- regularne kontrole u pediatry
- regularne kontrole w poradni specjalistycznej
- edukacja pacjenta nt niepokojących objawów i jak postępować w przypadku ich wystąpienia
- edukacja rodziców / opiekunów nt postępowania w przypadku wystąpienia niepokojących objawów
- propozycja materiałów edukacyjnych, literatury oraz wsparcia w samodzielnym zgłębianiu tematu – stosowanie tablic edukacyjnych dotyczących otyłości

Karta zleceń pielęgniarskich

- Kontynuowanie leczenia w Poradni Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży, Poradni Diabetologicznej, Poradni Chorób Płuc, Poradni Okulistycznej i Podstawowej Opieki Zdrowotnej;
- Uczestnictwo pacjenta w psychoterapii, terapii zajęciowej i Warsztatach Terapii Zajęciowej;
- Zachęcanie rodziny i PPP do korzystania w sytuacjach nagłych z numerów alarmowych i zgłaszania się na Izbę Przyjęć;
- Zachęcanie rodziny pacjenta i PPP do obserwacji zachowań ucznia w celu wczesnego wykrycia pogorszenia się stanu pacjenta;
- Wyjaśnienie opiekunowi prawnemu sposobów podawania leków, dawek, skutków ubocznych oraz konieczności podawania leków według zleceń lekarskich:
Liprolog wg zapotrzebowań w pompie,
Flixotide w tubie 100 ug 1 – 0 – 1,
Hydroxyzinum 25 mg w razie potrzeby 1 tab.,
- Opracowanie schematu informacyjno-edukacyjnego postępowania dla nauczycieli szkoły podstawowej w sytuacjach nagłych, zagrażających zdrowiu dziecka;

- Przeprowadzenie edukacji opiekuna prawnego na temat zachowań i działań opiekuńczo-pielęgnacyjnych w chorobach występujących u dziecka: stany depresyjne, cukrzyca typu 1, astma oskrzelowa, krótkowzroczność;
- Eliminacja czynników pobudzających oraz czynników wywołujące astmę oskrzelową;
- Zachęcanie pacjenta do wysiłku fizycznego i prowadzenia aktywnego trybu życia.

Wnioski

Skuteczna opieka nad pacjentem z niepełnosprawnością intelektualną wymaga wszechstronnego podejścia, które głównie obejmuje edukację pacjenta, jego rodziny oraz stosowanie odpowiednich technik terapeutycznych. Redukcja agresji i frustracji opiera się na spokojnych rozmowach oraz wspólnym znalezieniu sposobów na wyładowanie energii. Poprawa jakości życia dziecka z niepełnosprawnością intelektualną możliwa jest dzięki odpowiednim ćwiczeniom i metodom terapeutycznym. Stabilizacja nastroju oraz poprawa jakości snu wymaga wsparcia psychoterapeutycznego, aktywności fizycznej oraz edukacji dotyczącej zasad zdrowego snu. W przypadku pojawienia się stanów depresyjnych u 8 latka wymaga przede wszystkim podniesienia poczucia własnej wartości, regularnej motywacji oraz wsparcia. Edukacja rodziny na temat depresji i chorób współistniejących w tym przypadku astmy i cukrzycy I stopnia, zachęcenie do regularnego zażywania leków oraz odpowiednie leczenie przyczyniają się do lepszej jakości życia pacjenta. Zachowania seksualne nieakceptowane społecznie tj np. masturbacja czy dotykanie części intymnych wynikających z niepełnosprawności dotyczą;

- specyfiki czynności opiekuńczo – pielęgnacyjno– higienicznych ze strony opiekunów (częstość, ewentualny dyskomfort w czasie zabiegów higienicznych długotrwałe pieluchowanie,, spanie z dzieckiem)
- różnic w rozwoju psychomotorycznym – ilości i jakości doświadczeń stymulacji polisensorycznej (mała i duża motoryka)
- dysproporcji w zakresie stymulacji sensorycznej całego ciała w stosunku do obszaru anogenitalnego
- tzw. „głodu uczuciowy” – potrzeba uwagi
- ograniczonego czasu przeznaczonego na spontaniczną aktywność fizyczną a wynikającą z oddziaływań terapeutyczno – rehabilitacyjnych
- brak edukacji seksualnej dostosowanej do poziomu rozwoju
- podatności na wykorzystanie seksualne – osoby z niepełnosprawnością prezentują tzw „lepkość emocjonalną” [13,14]

Edukując rodziców /opiekunów dzieci z niepełnosprawnością intelektualną prezentujących zachowania seksualne należy przede wszystkim nauczyć ich odpowiedniej reakcji na takie

zachowania. Rodzic powinien mieć świadomość, że zachowanie dziecka wynika z niedostymulowania sensorycznego i powinien zapewnić odpowiednią symulację całego ciała np. za pomocą terapii sensorycznej. Powinien również zapewnić podopiecznemu pozytywne wzorce dotykowe- nie związane z seksualnością -kontaktu fizycznego z własnym ciałem – zabawy kontaktowe. Kolejnym elementem jest organizacja środowiska mającym na celu zapewnienie dziecku intymności podczas wykonywania czynności opiekuńczo – pielęgnacyjno– higienicznych jak i w miarę możliwości wzmacnianie samodzielności w ich wykonywaniu. W trakcie procesu edukacji nie należy zapominać o adekwatnej socjalizacji zachowań seksualnych dziecka, akceptacji procesu dojrzewania, skutecznej komunikacji i zaspakajaniu potrzeb emocjonalnych wstępujących na poszczególnych etapach życia dziecka. W przypadku niepokojących zachowań seksualnych dzieci nie należy zapominać o tym, że takie zachowania mogą być wynikiem nadużyć seksualnych dziecka lub/i przedstawiania mu treści o tematyce seksualnej.

Piśmiennictwo

1. Głukowska-Sobol A. Zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej w terapii zaburzeń lękowych. *Terapia specjalna dzieci i dorosłych* 2021; 2: 29-36.
1. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11) on 1 January 2022.
Dostępny w Internecie: <https://icd.who.int/en>
2. Pachniewska K. Wspieranie rozwoju psychoseksualnego dzieci z niepełnosprawnością
Terapia specjalna dzieci i dorosłych. 2022
3. Piotrowicz R, Rymarczyk K. Niepełnosprawność intelektualna – neurorofizjologiczne zaburzenie rozwoju. [w]: FM. Robakowski (red.). *Spektrum Autyzmu – nerorozwojowe zaburzenia współwystępujące*. Krajowe Towarzystwo Autyzmu. Warszawa 2015, s. 155-179.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Ed.. American Psychiatric Publishing, Washington 2013.
6. Bielawska J. Zaburzenia psychiczne u osób z niepełnosprawnością intelektualną. Wybrane zagadnienia komunikacyjne w opiece medycznej nad pacjentem. *Zeszyty naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy* 2017; 25 (4): 47 – 55.
7. NFZ. Zaburzenia depresyjne na świecie i w Polsce. Dostępny w Internecie: <https://www.gov.pl/web/psse-jawor/swiatowy-dzien-walki-z-depresja-2022>
8. Janas-Kozik M, Słopień A, Remberk B, Siwek M. Miejsce selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwyty serotoniny (SSRI) w leczeniu zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży. *Rekomendacje Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Cz. I. Skuteczność kliniczna i obszary zastosowania. Psychiatria Polska* 2023; 57(5): 899–916
9. Miernik-Jaesche M. Zaburzenia depresyjne u dzieci i młodzieży. *Medycyna Praktyczna*. Dostępny w Internecie: <https://www.mp.pl/pacjent/pediatric/choroby/psychiatria/81302,zaburzenia-depresyjne-u-dzieci-i-mlodziezy> [dostęp: 23 listopad 2016].
- 10 Niemiec-Elanany S. Niepełnosprawność intelektualna a zaburzenia psychiczne. *Niepełnosprawność. Dyskursy pedagogiki specjalnej* 2017; 25: 192-201.

11. Janas-Kozik M, Słopeń A, Remberk B, Siwek M. Miejsce selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRI) w leczeniu zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży. Rekomendacje Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Cz.II. Właściwości farmakologiczne i bezpieczeństwo stosowania. *Psychiatr Pol* 2023;57(5): 917–940.
12. Samochowiec J, Dudek D, Kucharska-Mazur J, Murawiec S, Rymaszewska J, Cubała WJ, et. al. Leczenie farmakologiczne epizodu depresji i zaburzeń depresyjnych nawracających – wytyczne Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Konsultanta Krajowego ds. Psychiatrii Dorosłych. *Psychiatria Polska* 2021; 55(2): 235–259.
13. Fornalik I.; Dojrzewanie. Miłość. Seks. Poradnik dla rodziców osób z niepełnosprawnością intelektualną. Stowarzyszenie Rodzin i Opiekunów Osób z Zespołem Downa Bardziej Kochani. 2018.
14. Fornalik i., Pachniewska K., Płuska J.: Poznać i zrozumieć uczucia. Poradnik medyczny z tablicami do komunikacji. PZWL Warszawa 2018.