

Zakład Profilaktyki Chorób Kobięcych i Seksuologii  
Katedra Zdrowia Kobiety  
Wydział Nauk O Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach  
Department of Women Disease Prevention and Sexology  
Woman's Health Institute, School of Health Sciences  
Medical University of Silesia in Katowice

IZABELA MEŻYK, MARTA DŁUGOŃ, JUSTYNA DORS,  
VIOLETTA SKRZYPULEC-PLINTA,  
MAŁGORZATA KAZIMIERCZAK, CELINA GOGOLA

***Opieka ginekologiczna nad dziewczynkami i kobietami  
niepełnosprawnymi intelektualnie***

---

**Gynecological care over girls and women with intellectual disability**

*Słowa kluczowe:* opieka ginekologiczna, niepełnosprawność intelektualna, dziewczynki, kobiety

*Key words:* gynecological care, intellectual disability, girls, women

**WSTĘP**

Zdefiniowanie terminu „niepełnosprawność intelektualna” jest wyjątkowo trudne. Na przestrzeni lat wielu badaczy zagadnienia niepełnosprawności intelektualnej starało się właściwie zdefiniować ten stan. Przyczyną różnych teorii terminologicznych jest fakt, iż nie można ograniczyć definicji tylko do stwierdzenia niższego poziomu umysłowego, wyrażonego ilorazem inteligencji, ale istotne jest poznanie i ocena umiejętności przystosowawczych, sprawności i umiejętności radzenia sobie w różnych sferach życia przez osobę niepełnosprawną intelektualnie [12]. Dlatego też wśród naukowców nadal prowadzony jest dyskurs w zakresie ustaleń terminologicznych definiowania niepełnosprawności intelektualnej. Liczne definicje są opracowywane badając wpływ ograniczeń fizycznych lub psychicznych osoby niepełnosprawnej na jakość jej życia i uczestnictwo w życiu społecznym [12]. Niezaprzeczalny jest fakt, iż niepełnosprawność intelektualna jest stanem, który zaburza prawidłowe funkcjonowanie oraz utrudnia komunikowanie się ze światem [20].

Na przestrzeni lat podejście społeczeństwa, także w zakresie opieki medycznej bardzo ewaluowało. Zauważalne jest to, iż postawy wobec osób z niepełnosprawnością intelektualną sukcesywnie ulegają zmianie, na korzyść osób niepełnosprawnych [15]. Współcześnie osoby niepełnosprawne intelektualnie nie są już postrzegane przez pryzmat ograniczeń, z jakimi wiąże się ten stan, ale mają możliwość manifestacji swojej niezależności, dochodzenia praw oraz spełniania własnych potrzeb, które w niczym nie różnią się od tych, jakie wyrażają osoby bez niepełnosprawności [10]. Należy podkreślić, iż osoby niepełnosprawne mają pełne prawo do pełnego uczestnictwa w życiu społecznym [22].

Szczególnie ważnym aspektem życia osób niepełnosprawnych intelektualnie jest opieka medyczna. Według badań niemieckich i holenderskich naukowców, które w 2000 r. ukazały się w magazynie medycznym „Family Practice”, osoby niepełnosprawne intelektualnie borykają się z 2,5 razy większą ilością problemów zdrowotnych, niż osoby bez niepełnosprawności. U osób tych statystycznie częściej w porównaniu do populacji osób bez niepełnosprawności występują schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego, oddechowego, endokrynnego, czy moczowo-płciowego [16]. W odniesieniu do zdrowia ginekologicznego literatura podaje, iż najczęstszym powodem, z którym zgłaszają się dziewczynki do poradni wieku rozwojowego jest stan zapalny sromu i pochwy (49,2%) przypadków oraz zaburzenia miesiączkowania (28,3%) [7].

W ostatnich latach zaobserwować można znaczny postęp w zakresie konieczności świadczenia opieki ginekologicznej w stosunku do kobiet i dziewcząt niepełnosprawnych, zarówno fizycznie, jak i intelektualnie. Na sympozjach i konferencjach poruszane są kwestie potrzeby opracowania standardów opieki ginekologicznej i położniczej w stosunku do dziewcząt i kobiet niepełnosprawnych. Wpływ na to, iż zostały zauważone potrzeby tej populacji mają między innymi liczne międzynarodowe akty prawne wyrównujące szanse osób niepełnosprawnych. Wyrównywanie szans stanowi główny kierunek proponowanych rozwiązań w dokumentach ONZ, dotyczących osób niepełnosprawnych [19]. Pomimo licznych aktów prawnych zapewniających osobom niepełnosprawnym równouprawnienie, nadal, niestety dziewczynki i kobiety niepełnosprawne zarówno intelektualnie, jak i fizycznie nie są częstymi pacjentkami gabinetów ginekologicznych. Potwierdzają to dostępne badania naukowe [17,18]. Przyczyna tkwi w braku edukacji w tej populacji w zakresie zdrowia ginekologicznego. Kolejnym powodem, który wpływa na to, iż dostępność do opieki ginekologicznej w omawianej grupie jest utrudniona jest sytuacja ekonomiczna pacjentek niepełnosprawnych, która najczęściej jest niższa od średniego poziomu zamożności Polaków, a sama niepełnosprawność generuje dodatkowe obciążenia finansowe [7].

Oczywistym jest fakt, iż badanie ginekologiczne należy do jednej z najbardziej intymnych procedur medycznych, które u wielu dziewcząt i kobiet wywołują uczucie ogromnego skrępowania i zawstydzenia. W przypadku dziewcząt/kobiet z niepełnosprawnością intelektualną te uczucia intensyfikują się i mogą być przyczyną unikania wizyt. Wizyta dziewczynki/kobiety niepełnosprawnej intelektualnie w gabinecie ginekologicznym bez wcześniejszego, właściwego przygotowania jej może wywołać

wiele trudności w trakcie konsultacji, a próba ponownego kontaktu z lekarzem ginekologiem może już nigdy nie nastąpić.

Bardzo istotne zatem jest właściwe sprawowanie opieki, niezależnie od poziomu zdolności fizycznych, umysłowych, czy funkcji poznawczych [5]. Należy pamiętać o tym, iż zgodnie z zaleceniami Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, w trakcie wizyty i badania dziewczynek/kobiet z niepełnosprawnością intelektualną, lekarza obowiązują takie same zasady postępowania, jak w stosunku do pacjentek bez niepełnosprawności.

Wśród dziewcząt/kobiet z niepełnosprawnością intelektualną istnieje wiele barier związanych ze sferą intymności. Płodność, seksualność, higiena intymna stanowią dla tej grupy pacjentek duży problem [21]. Sprawowanie opieki ginekologicznej w stosunku do tej populacji pacjentek wymaga zaangażowania, dużej dozy empatii, cierpliwości i zastosowania odpowiedniego, zrozumiałego języka komunikacji [5].

W trakcie wizyty ginekologicznej konieczne jest poszanowanie intymności, zapewnienie komfortowego pomieszczenia do przebierania się oraz właściwa umiejętność komunikacji. Konieczna może okazać się pomoc ze strony lekarza lub położnej w przygotowaniu do badania dziewczynki/ kobiety niepełnosprawnej. By zapewnić pacjentce komfort i bezpieczeństwo, podczas wizyty w gabinecie należy przekazywać na bieżąco informacje o planowanych czynnościach, po to aby uzyskiwać na nie zgodę. Ważne jest zdobycie zaufania pacjentki [2]. Pacjentkom z niepełnosprawnością intelektualną, tak samo jak pacjentkom bez niepełnosprawności należy umożliwić zadawanie pytań. Poczucie kontrolowania sytuacji jest dla tej grupy kobiet bardzo ważne [8].

Badanie przedmiotowe jest dla każdej dziewczynki/kobiety najtrudniejszym elementem badania ginekologicznego. Pacjentka odsłania swoje miejsca intymne, a lekarz ogląda i dotyka jej ciała. Badaniu ginekologicznemu czasami towarzyszą doznania bólowe [14]. Dla wielu kobiet niepełnosprawnych intelektualnie badanie ginekologiczne kojarzy się właśnie z bólem i przerażeniem, co często skutkuje niechęcią do odwiedzania gabinetu lekarskiego [29]. W przypadku dziewcząt/kobiet o ograniczonych możliwościach werbalnych i poznawczych podczas wizyty mogą się pojawić różne, czasami skrajne emocje – strach, złość, wstyd, czy agresja. Osoba wykonująca badanie musi zapewnić dziewczynce/kobiecie komfort i bezpieczeństwo [9]. Analiza przeżyć związanych z badaniem ginekologicznym kobiet niepełnosprawnych wykazuje, iż dla większości z nich było to bardzo przykre wydarzenie w życiu.

Dziewczynka/kobieta z niepełnosprawnością sprzężoną, której towarzyszy niepełnosprawność fizyczna w trakcie badania może mieć problem z przyjęciem odpowiedniej pozycji do badania [3]. Odpowiednio dostosowany fotel ginekologiczny, mogący obniżyć się do wysokości wózka inwalidzkiego, czy poręczce po jego obu stronach zapewniające asekurację, z pewnością ułatwią dziewczynce/kobiecie niepełnosprawnej przyjęcie właściwej pozycji do wykonania badania, a tym samym zwiększą jej wygodę [27]. Badanie można przeprowadzić w pozycji „żabiej”, kiedy dziewczynka/kobieta leży na plecach ze zgiętymi kolanami oraz złączonymi stopami. Jeżeli badana jest dziewczynka, może ona w powyżej opisanej pozycji leżeć na kolanach

matki/opiekunki. Badanie można przeprowadzić również w pozycji kolankowo-piersiowej lub litotomijnej na fotelu ginekologicznym [25]. Aby ułatwić dostęp do opieki medycznej, niezależnie od rodzaju konsultacji istotne jest zniesienie barier architektonicznych, które utrudniają całej populacji osób niepełnosprawnych dostęp do lekarzy specjalistów [8].

W opiece ginekologicznej w stosunku do dziewcząt/kobiet niepełnosprawnych intelektualnie nie tylko leczenie ale również profilaktyka i edukacja odgrywają bardzo ważną rolę. Niestety wszystkie te obszary, włączając w nie profilaktykę nowotworów szyjki macicy i gruczołu piersiowego są zaniedbane [11]. Niezbędnym elementem każdej wizyty powinna być edukacja pacjentki niepełnosprawnej i towarzyszącego jej opiekuna w zakresie zdrowia intymnego, w tym właściwej higieny. W trakcie wizyty należy podkreślać potrzebę regularnego badania piersi, okresowych badań kontrolnych w gabinecie lekarza ginekologa oraz jeżeli istnieje taka potrzeba dobrać odpowiednią metodę antykoncepcji[5].

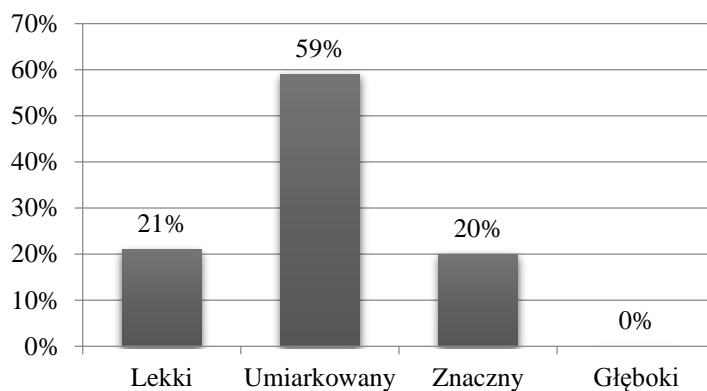
Należy pamiętać, iż nastawienie do badania ginekologicznego zależy od rodzaju oraz stopnia niepełnosprawności, wieku, doświadczeń, przygotowania merytorycznego i praktycznego dziewczynki/kobiety oraz problemu, z jakim się zgłosiła. Istotne jest także to, że problemy i zahamowania w trakcie badania ginekologicznego nie zawsze dotyczą tylko pacjentek niepełnosprawnych. W literaturze przedmiotu przedstawione są wyniki badań, w których autorzy dowodzą, iż problemy z opieką ginekologiczną nie leżą tylko po stronie samych zainteresowanych lecz także po stronie ginekologów. Do najczęstszych utrudnień w trakcie wizyt i badania kobiet niepełnosprawnych respondenci zadeklarowali: ograniczenia czasowe, zażenowanie w kontakcie z niepełnosprawną pacjentką, niewystarczające umiejętności i zbyt małą wiedzę o osobach niepełnosprawnych, a także niewłaściwie przystosowany gabinet [24]

**Celem pracy** była analiza opinii rodziców/opiekunów dziewcząt i kobiet z niepełnosprawnością intelektualną w zakresie jakości opieki ginekologicznej sprawowanej nad ich córkami/podopiecznymi.

## MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono w oparciu o autorski kwestionariusz ankiety, składający się z 29 pytań, zarówno otwartych, jak i zamkniętych. Grupę badaną stanowiło 106 rodziców/opiekunów dziewcząt/kobiet z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu: lekkim, umiarkowanym i znacznym. Badania przeprowadzono w okresie od czerwca 2013 do marca 2014 roku, w następujących ośrodkach zajmujących się kształceniem i rewalidacją osób z niepełnosprawnością intelektualną: Zespół Szkół Specjalnych nr 6 w Katowicach, SOSW im. Jana Pawła II w Jaworznie, Zespół Szkół Specjalnych nr 8 w Tychach, Zespół Szkół z Oddziałami Integracyjnymi w Tychach, SOSW w Bogumiłku a także w Ośrodku Rewalidacyjno –Wychowawczym dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej w Żarkach. Zebrany materiał poddano analizie opisowej jak i statystycznej.

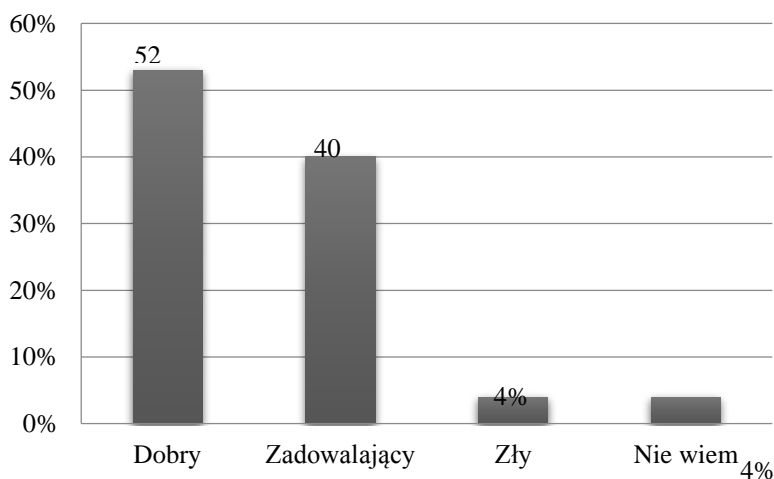
#### WYNIKI



**Wykres 1. Stopień niepełnosprawności intelektualnej dziewczynek/kobiet z niepełnosprawnością intelektualną**

Średnia wieku dziewcząt/kobiet niepełnosprawnych intelektualnie wynosiła 19 lat.

Większość córek/podopiecznych posiadała umiarkowany stopień niepełnosprawności intelektualnej (59%). 21% córek/podopiecznych posiadało niepełnosprawność intelektualną w stopniu lekkim, a 20% w stopniu znacznym (Wykres 1).



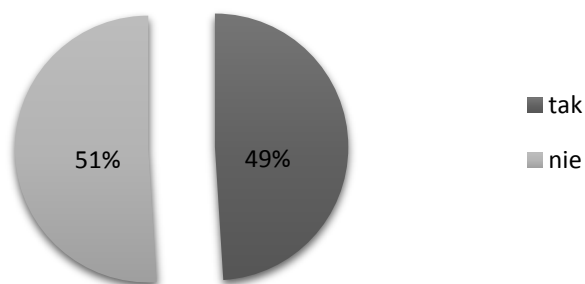
**Wykres 2. Ocena ogólnego stanu zdrowia dziewczynki/kobiety niepełnosprawnej intelektualnie**

52% respondentów stan zdrowia swoich córek /podopiecznych oceniło jako dobry. W opinii 40% ankietowanych rodziców/opiekunów stan zdrowia córek /podopiecznych był zadowalający. 4% respondentów określiło stan zdrowia swoich córek /podopiecznych jako zły. 4 % rodziców nie potrafiło ocenić stanu zdrowia swoich córek /podopiecznych (Wykres 2).

**Tabela I. Poziom samodzielności w dbaniu o higienę dziewczynki/kobiety niepełnosprawnej intelektualnie**

Poziom samodzielności w dbaniu o higienę dziewczynki/kobiety niepełnosprawnej intelektualnie	n	%
Samodzielnie	51	48
Pomagają rodzice(opiekunowie)	50	47
Czynności higieniczno-pielęgnacyjne wykonują rodzice(opiekunowie)	5	5

48% badanych stwierdziło, że ich córki/podopieczne dbają o swoją higienę samodzielnie. 47% ankietowanych określiło, iż w trakcie czynności higienicznych ich córki/podopieczne wymagają ich pomocy. W 5% przypadków czynności higieniczno-pielęgnacyjne wykonują rodzice lub opiekunowie (Tabela I)



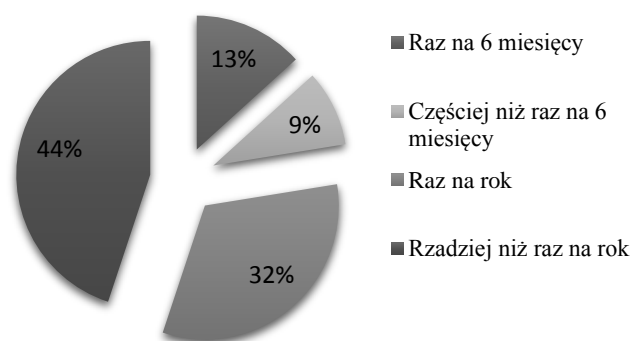
**Wykres 3. Odbycie wizyty córki/podopiecznej u lekarza ginekologa**

49% ankietowanych zadeklarowało, że ich córka/podopieczna odbyła już swoją pierwszą wizytę u lekarza ginekologa. 51% respondentów zadeklarowało, iż ich córki/podopieczne nigdy nie odbyły wizyty u lekarza ginekologa (Wykres 3). Średnia wieku, w jakim odbyła się pierwsza wizyta córki/podopiecznej u lekarza ginekologa wynosiła 18 lat.



**Wykres 4. Cel pierwszej wizyty u lekarza ginekologa**

Najczęściej deklarowaną przez respondentów przyczyną odbycia pierwszej wizyty u lekarza ginekologa było leczenie – takiej odpowiedzi udzieliło 39% osób biorących udział w badaniu. 26% ankietowanych zadeklarowało, że wizyta odbyła się w celu zapoznania córki z gabinetem. 18% respondentów wybrało się na konsultację ze względu na zalecenia lekarza innej specjalności, bądź pedagoga. 13% ankietowanych udało się do gabinetu ze swoją córką/podopieczną ze względu na istniejącą dolegliwość bądź inny stan nagły. 5% ankietowanych odbyło wizytę u ginekologa w innym celu (Wykres 4).



#### Wykres 5. Częstotliwość odbywania wizyt kontrolnych u lekarza ginekologa

Zebrane wyniki badań dotyczące częstotliwości odbywania wizyt kontrolnych u lekarza ginekologa wykazały, że niemal połowa, bo 44% córek/podopiecznych osób ankietowanych odbywało wizyty u lekarza ginekologa rzadziej niż raz na rok. 32% respondentów zadeklarowało, że wizyty w gabinecie ginekologicznym córka/podopieczna odbywała raz na rok. Na wizyty kontrolne do ginekologa raz na pół roku uczęszczało 13% córek/ podopiecznych respondentów. 9% ankietowanych zadeklarowało odbywanie przez ich córki/podopieczne wizyt częściej niż raz na 6 miesięcy (Wykres 5).

Tabela II. Powód wizyty ginekologicznej rzadziej niż raz na rok

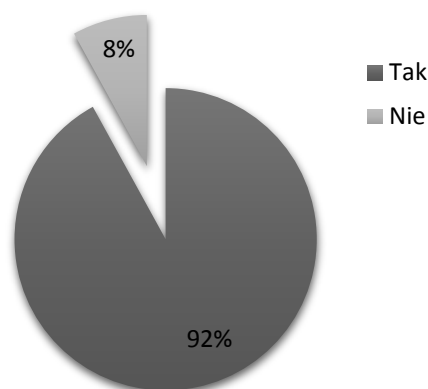
Powód wizyty ginekologicznej rzadziej niż raz na rok	n	%
Długi czas oczekiwania	4	15
Duży koszt wizyty lub leczenia	0	0
Brak odpowiedniego podejścia lekarza ginekologa	3	12
Niechęć i lęk córki	11	42
Gabinet znajduje się za daleko	0	0
Brak wiedzy, w jakim gabinecie najlepiej podjąć konsultację/leczenie	2	8
Inne	6	8
Suma	26	100



Izabela Mężyk, Marta Długoń, Justyna Dors, Violetta Skrzypulec-Plinta,  
Małgorzata Kazimierczak, Celina Gogola

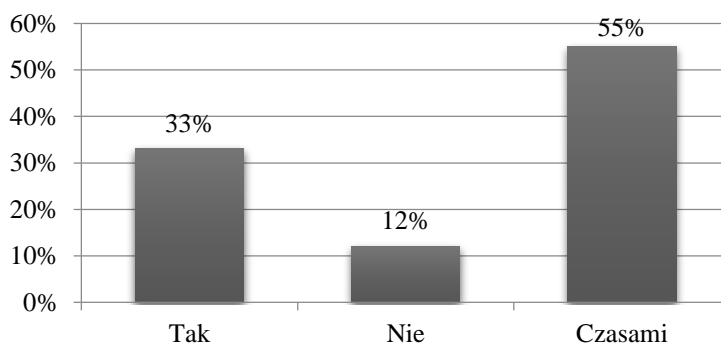
Opieka ginekologiczna  
nad dziewczynkami i kobietami niepełnosprawnymi intelektualnie

Niechęć i lęk córki/podopiecznej był powodem rzadkich wizyt u lekarza ginekologa dla 42% respondentów. Dla 15% ankietowanych to długi czas oczekiwania stał się powodem odwiedzania gabinetu rzadziej niż raz na rok. 12% rodziców i opiekunów biorących udział w badaniu zadeklarowało, że przyczyną rzadkich wizyt ginekologicznych córek/podopiecznych był brak odpowiedniego podejścia ze strony lekarza. 8% grupa badanych przyznała, że to brak wiedzy, w jakim gabinecie najlepiej podjąć leczenie stał się przyczyną wizyty rzadziej niż raz w roku. 8% ankietowanych zadeklarowało inne powody odwiedzania gabinetu ginekologicznego w takim odstępie czasu (Tabela II).



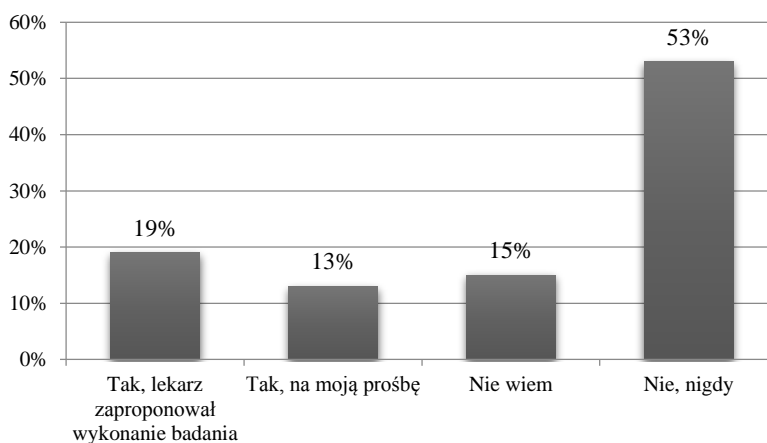
**Wykres 6. Zadowolenie rodziców/opiekunów z opieki ginekologicznej nad córką**

92% grupa respondentów zadeklarowała zadowolenie z opieki ginekologicznej, sprawowanej w stosunku do ich córki/ podopiecznej. 8% badanych wyraziło przeciwnie zdanie na ten temat (Wykres 6).



**Wykres 7. Udzielanie instruktażu pacjentkom w zakresie higieny osobistej**

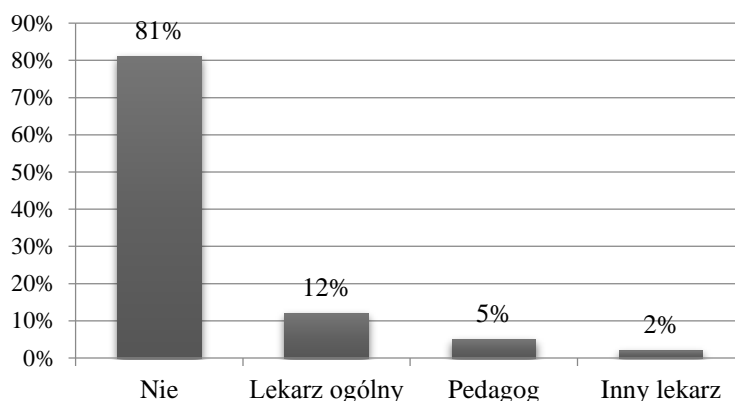
55% ankietowanych, zadeklarowało, iż lekarz czasami udzielał instruktażu w zakresie higieny osobistej ich córce/podopiecznej. W 33% przypadków ginekolog udzielał takiego instruktażu zawsze. 12% respondentów zadeklarowało, że ich córka/podopieczna nie uzyskała takich informacji w trakcie wizyty w gabinecie lekarza ginekologa (Wykres 7).



**Wykres 8. Pobranie wymazu cytologicznego w czasie badania**

Wyniki uzyskane z analizy powyższego pytania są zaskakujące. Z danych wynika, że aż 53% grupa córek/ podopiecznych osób ankietowanych nigdy nie miała wykonanego badania cytologicznego. Tylko w stosunku do 19% córek/podopiecznych respondentów lekarz zaproponował pobranie wymazu cytologicznego w czasie wizyty. 15% ankietowanych przyznaje, że nie wie, czy córka lub podopieczna miała wykonane badanie cytologiczne. 13% rodziców/opiekunów twierdzi, że na ich prośbę lekarz wykonał to badanie. Niepokojącym sygnałem płynącym z powyższych wyników jest mała ilość badań cytologicznych wykonywanych w tej grupie pacjentek (Wykres 8).

Izabela Mężyk, Marta Długoń, Justyna Dors, Violetta Skrzypulec-Plinta,  
Małgorzata Kazimierczak, Celina Gogola  
Opieka ginekologiczna  
nad dziewczynkami i kobietami niepełnosprawnymi intelektualnie



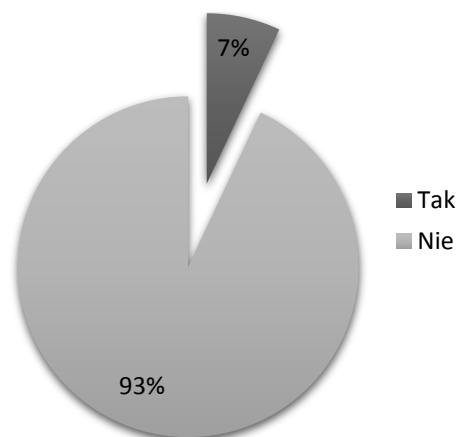
**Wykres 9. Skierowanie do ginekologa przez pedagoga lub lekarza innej specjalności**

Aż 81% respondentów przyznało, że lekarz ogólny, lekarz innej specjalności lub pedagog nie zaproponował skierowania ich córki/podopiecznej do ginekologa. 12% grupa badanych zadeklarowała, że skierowanie wydał lekarz ogólny. 5% ankietowanych zadeklarowało, iż to pedagog był osobą, która zaproponowała wizytę ich córki/podopiecznej u lekarza ginekologa. 2% rodziców na wizytę z niepełnosprawną córką/podopieczną zostało skierowanych przez lekarza innej specjalności (Wykres 9).

**Tabela III. Opinia rodziców/opiekunów dziewcząt/kobiet z niepełnosprawnością intelektualną w zakresie konieczności opieki ginekologicznej nad ich córkami/podopiecznym**

Czy uważa Pan/i konieczność opieki ginekologicznej nad córką/podopieczną za ważną?	n	%
Tak	92	86
Nie	8	8
Nie wiem	6	6
Suma	106	100

Zadawalający jest fakt, że aż 86% rodziców/opiekunów dziewcząt/kobiet niepełnosprawnych intelektualnie uważa opiekę ginekologiczną za ważną. Jedyne 8% uważa konieczność opieki ginekologicznej w stosunku do ich córek/podopiecznych za nieważną. Najmniej liczną grupę 6% stanowili respondenci, którzy nie potrafili określić się na tak lub nie w zadawanym pytaniu (Tabela III).



**Wykres 10. Doświadczenia dotyczące niechęci lekarza ginekologa w stosunku do dziewcząt/kobiet z niepełnosprawnością intelektualną**

Przeważająca ilość ankietowanych rodziców/opiekunów (93%) nigdy nie spotkała się z niechęcią lekarza ginekologa w stosunku do ich córek/podopiecznych z niepełnosprawnością intelektualną. 7% respondentów doświadczyło ze strony lekarza ginekologa niechęci do leczenia ich córki/podopiecznej (Wykres 10)

**DYSKUSJA**

Wyniki badań własnych nie we wszystkich kwestiach pokrywają się z wynikami innych badaczy zagadnienia. Literatura podaje, iż dziewczęta i kobiety z niepełnosprawnością intelektualną są w dalszym ciągu objęte opieką ginekologiczną na niezadowalającym, wymagającym ulepszeń i poprawy poziomie – zarówno pod względem odpowiedniego przystosowania gabinetu jak i pod względem przygotowania personelu medycznego do świadczenia na wysokim poziomie opieki ginekologicznej w stosunku do dziewcząt/ kobiet z niepełnosprawnością intelektualną.

Ważnym i koniecznym elementem wizyty w gabinecie ginekologicznym są działania profilaktyczne zapobiegające rozwojowi raka szyjki macicy. Podstawowym badaniem umożliwiającym rozpoznanie wczesnych postaci nowotworu oraz stanów przedrakowych jest badanie cytologiczne, które może być wykonane w każdym gabinecie ginekologicznym i nie wymaga użycia specjalistycznej aparatury medycznej [13]. Niestety, badanie to wśród kobiet niepełnosprawnych jest wykonywane rzadko. Potwierdzają to wyniki badań przeprowadzonych przez Chana i wsp. z 1999 roku [1]. Wśród grupy badanych kobiet niepełnosprawnych tylko 23% miało w trakcie wizyty pobrany wymaz cytologiczny. Również w badaniach Haverampa i wsp.[6], które porównywały jakość opieki ginekologicznej osób niepełnosprawnych intelektualnie i osób zdrowych, kobiety niepełnosprawne miały wykonywane badanie piersi oraz ba-

danie cytologiczne o wiele rzadziej, niż te bez niepełnosprawności. W badaniach Radoskiego i wsp. [23] przeprowadzonych w grupie 30 kobiet z niepełnosprawnością fizyczną wykazały, że tylko 15% badanych pacjentek miało wykonane badanie cytologiczne. W badaniach własnych wykazano, iż 53% córek/ podopiecznych osób ankietowanych nigdy nie miało wykonanego badania cytologicznego.

W zakresie satysfakcji ze sprawowanej opieki ginekologicznej wyniki badań nie są zgodne. W badaniach Shah i wsp. [24] dotyczących analizy czynników utrudniających kobietom niepełnosprawnym dostęp do opieki ginekologicznej wykazano, iż 42% kobiet niepełnosprawnych fizycznie deklaroowało niezadowolenie z jakości wizyt ginekologicznych. W swoich badaniach Welner [28] wykazała, iż kobiety z niepełnosprawnością fizyczną istotnie rzadziej korzystają z profilaktycznych wizyt ginekologicznych. W badaniach własnych wykazano, iż większość respondentów 92% zadeklarowało, iż są zadowoleni z opieki ginekologicznej świadczonej ich córkom/podopiecznym.

Edukacja zdrowotna jest kolejnym aspektem wymagającym w trakcie wizyty uwagi lekarza ginekologa. Powinna być przeprowadzana zarówno wobec pacjentki niepełnosprawnej intelektualnie, jak i towarzyszącego jej w trakcie wizyty opiekuna. Wyniki przeprowadzonych przez nas badań pozwalają wyciągnąć wniosek, że edukacja dziewczynek i kobiet niepełnosprawnych mentalnie w zakresie higieny osobistej odbywa się w ponad połowie przypadków „czasami”. Według WHO część kobiet, szczególnie upośledzonych w stopniu ciężkim i umiarkowanym, nie jest w stanie zapewnić sobie odpowiedniego poziomu higieny w trakcie miesiączki. Osoby z lekkim upośledzeniem umysłowym najczęściej są zdolne do radzenia sobie z własnymi problemami, jednak najczęściej po odpowiednio przeprowadzonej edukacji. Rodzice i opiekunowie zaangażowani w opiekę nad swoimi córkami lub podopiecznymi powinni wiedzieć o tym fakcie [26].

Częstotliwość odbywania wizyt w gabinecie lekarza ginekologa jest kolejnym istotnym problemem dotyczącym osób niepełnosprawnych intelektualnie. Ograniczenia psychofizyczne, poznawcze, traumatyczne doświadczenia wiążące się ze wcześniejszymi wizytami według badań przywołanych przez Katanlić i wsp. powodują, że mniej niż 40% kobiet niepełnosprawnych intelektualnie regularnie korzysta z usług gabinetów ginekologicznych [9]. Badania Elkins i wsp. [4] także potwierdzają, iż kobiety z zespołem Downa rzadziej korzystają z usług ginekologicznych niż kobiety z populacji ogólnej. Kolejną grupą pacjentek, które nie korzystają regularnie z opieki ginekologicznej są kobiety po urazie rdzenia kręgowego. W świetle badań kobiety te nie poddają się regularnym badaniom ginekologicznym, a jako powód deklarują: trudność z położeniem się na fotel ginekologiczny, brak możliwości znalezienia lekarza, który je przebada oraz problemy z transportem [18]. Profilaktyczne wizyty u lekarza ginekologa są zalecane kobietom raz w roku. W badaniach własnych wykazano, iż 44% respondentów zadeklarowało, iż ich córki/ podopieczne odbywają wizyty u ginekologa rzadziej niż 1 raz w roku. Pozostała grupa badanych zadeklarowała wizyty u ginekologa raz w roku, lub częściej.

Problem w odpowiednim poziomie sprawowania opieki ginekologicznej nad osobami niepełnosprawnymi zauważają również lekarze, i przyznają oni, że konsultacja pacjentki niepełnosprawnej często wiąże się z trudnościami. Według badań Shah i wsp. do barier, jakie według ginekologów powodują znaczne obniżenie poziomu opieki nad niepełnosprawnymi zalicza się: niewystarczającą wiedzę, brak czasu i nieprzystosowanie warunków panujących w gabinecie do potrzeb dziewcząt i kobiet niepełnosprawnych[24]. W badaniach własnych respondenci także zadeklarowali jako jedną z przyczyn rzadkich wizyt u ginekologów – brak umiejętności odpowiedniego podejścia do ich córki/podopiecznej.

#### WNIOSKI

- Konieczne jest upowszechnienie przeprowadzenia badań cytologicznych wśród pacjentek z niepełnosprawnością intelektualną
- Pomimo braku opracowanych w Polsce standardów postępowania z kobietą niepełnosprawną w gabinecie ginekologicznym lekarze powinni zapewnić pacjentkom z niepełnosprawnością intelektualną świadczenia na najwyższym poziomie
- Dziewczęta/kobiety niepełnosprawne intelektualnie wymagają specyficznego i wysoce profesjonalnego podejścia w trakcie wizyty i samego badania ginekologicznego
- Badanie ginekologiczne kobiety z niepełnosprawnością intelektualną jest doskonałym sprawdzeniem umiejętności lekarza zarówno w zakresie badania, jak i komunikacji interpersonalnej
- W trakcie wizyty ginekologicznej oprócz badania przedmiotowego i podmiotowego ginekologdy powinni przeprowadzać edukację zdrowotną w zakresie zdrowia ginekologicznego, w tym zasad higieny intymnej.

#### PIŚMIENNICTWO

1. Chan L. I wsp.: Do Medicare patients with disabilities receive preventive services? A population-based study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1999;80(6), s.642–646.
2. Chazan B.: Badanie ginekologiczne. Wytyczne Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Tłum. A. Fronda. *Med. Prakt. Gin. I Położn.*, 2004; 05, s.12.
3. Ehrental D. i wsp.: *Menstrual disorders : a practical guide*. American College of Physicians, 2005, s.157-161.
4. Elkins TE, Gafford LS, Wilks CS, et al. A model clinic approach to the reproductive health concerns of the mentally handicapped. *Obstet Gynecol* 1986; 68:185–188.

5. Greydanus D.E., Omar A.H.: Sexuality issues and Gynecologic Care of Adolescents with Developmental Disabilities, *Pediatric Clinics of North America* 55 (2008), Elsevier, s.1315-1335.
6. Havercamp S.M. i wsp.: Health disparities among adults with developmental disabilities, adults with other disabilities, and adults not reporting disability in North Carolina. *Public Health Reports*. 2004;119(4), s.418-426.
7. Jarząbek G, Kauczuk K, Pawlaczyk M. i wsp. Problematyka ginekologii wieku rozwojowego na podstawie analizy dokumentacji lekarskiej Poradni Ginekologii i Wieku Rozwojowego. *Nowiny Lek.* 2003; 72(2): 163-165.
8. Jarząbek G, Radomski D.: Specyfika opieki ginekologicznej i seksuologicznej nad kobietami w okresie pomenopauzalnym z uwzględnieniem aspektów etycznych, *Przegląd Menopauzalny*, 1/2011, s. 63-67.
9. Katanlić S. i wsp.: Reproductive rights of mentally retarded people, *Psychiatria Danubina*, 2012, Vol. 24, No.1, s.38-43.
10. Kijak R.J.: Niepełnosprawność intelektualna – między diagnozą a działaniem. Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2013, s.5.
11. Kijak R.J.: W stronę rozumienia seksualności osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną, *Forum Oświatowe*, 1(44), 2011, s.143
12. Kirenko J. *Oblicza niepełnosprawności*, Wydawnictwo Akademickie WSSP, Lublin 2006.
13. Koper A. (red.): *Pielęgniarstwo onkologiczne. Podręcznik dla studiów medycznych*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, s.68.
14. Łepecka - Klusek C.: *Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, s.19.
15. McCabe MP, Cummins RA. The sexual knowledge, experience, feelings and Leeds of people with mild intellectual disability. *Educ and Train Mental Retard and Develop Disab.* 1996; 31: 13 – 22.
16. Metsemakers J. i wsp.: Health problems in people with intellectual disability in general practice: a comparative study, *Family Practice*, Vol. 17, No 5, Oxford University Press 2000, s.405-407.
17. Nosek MA, Howland CA, Breast and Cervical Cancer Screening Among Women with Physical Disabilities. *Arch Phys Med Rehabil* 1997;78:539-543.
18. Obstetric Management of Patients with Spinal Cord Injuries ACOG Committee Opinion No. *Obstetrics & Gynecology*; 2002, 1000:625-627.
19. Piasecki M., Stępnia M. (red.), *Osoby z niepełnosprawnością w polityce Organizacji Narodów Zjednoczonych*, Fundacja Fuga Mundi, Wyd. Nobertinum, Lublin 2002, s. 166-167.

20. Pietrzak-Szymańska B.: Wspieranie rozwoju mowy dzieci urodzonych przedwcześnie i niepełnosprawnych, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP, Warszawa 2013, s.110.
21. Prevatt B.: Gynecologic Care for Women With Mental Retardation, *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, May/June 1998, s.251-256.
22. Radomski D. i wsp.: Problem opieki ginekologicznej nad dziewczętami i kobietami niepełnosprawnymi. *Ginekologia Praktyczna*, nr 2 (105)/2010; s.36-42.
23. Radomski D, Jarząbek G, Pawlaczyk M. Specyfika i standardy opieki ginekologicznej nad dziewczętami niepełnosprawnymi. *Klin. Pediatr.* 2009; 17(2): 280–282.
24. Shah P. i wsp.: Gynecological Care for Adolescents with Disability: Physician Comfort, Perceived Barriers, and Potential Solutions, Volume 18, Issue 2, April 2005, s.101-104.
25. Skrzypulec-Plinta V, Drosdzol-Cop A. Badanie małoletniej ofiary wykorzystania seksualnego. W: Wybrane zagadnienia z ginekologii dziecięcej i dziewczęcej. Red. V. Skrzypulec-Plinta, S. Radowicki. Medical Project Poland sp. z o.o., Białsko-Biała 2011.
26. Walsh P.N. i wsp.: Healthy ageing – Adults with Intellectual Disabilities. *Women's health and Related Issues*, WHO, Geneva, 2000.
27. Welner S, Hammond C.: Gynecologic and Obstetric Issues Confronting Women with Disabilities, *The Global Library of Woman's Medicine*, Vol.1, Chapter 102, London 2009.
28. Welner SL . Gynecologic care and sexuality issues for women with disabilities. *Sexual Disab* 1997;15;33-40.
29. Wilkinson J, Cerreto M.: Primary Care for Women with Intellectual Disabilities, *Journal of the American Board of Family Medicine*, Vol. 21, No. 3, 2008, s.215-222.

### **STRESZCZENIE**

Sprawowanie profesjonalnej opieki ginekologicznej wobec pacjentki niepełnosprawnej intelektualnie wymaga ze strony personelu medycznego dużego zaangażowania, empatii, cierpliwości i dostosowania odpowiedniego języka komunikacji. Celem pracy była analiza opinii rodziców: dziewcząt i kobiet z niepełnosprawnością intelektualną na temat jakości opieki ginekologicznej sprawowanej nad ich córkami lub podopiecznymi. Grupę badaną stanowiło 106 rodziców dziewcząt i kobiet z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, umiarkowanym i znacznym. Pomimo braku opracowanych w Polsce standardów postępowania z kobietą niepełnosprawną w gabinecie ginekologicznym lekarze powinni zapewnić tym pacjentkom opiekę na najwyższym poziomie.



*Izabela Mężyk, Marta Długoń, Justyna Dors, Violetta Skrzypulec-Plinta,  
Małgorzata Kazimierczak, Celina Gogola*

Opieka ginekologiczna  
nad dziewczynkami i kobietami niepełnosprawnymi intelektualnie

---

#### **ABSTRACT**

Exercising professional gynecological care over the patient with mental disability requires from the medical staff great commitment, empathy, patience, as well as adjusting language to the patient's abilities. The aim of study was an analysis of opinions of parents, who are taking care of mentally disabled girls and women, in terms of quality of gynecological care exercised in relation to their daughters. Study group consisted of 106 parents of girls and women with mental disability: mild, moderate and profound. Despite the lack of standards regarding the management of the disabled woman developed in Poland, gynecologists should provide the highest level of care.

*Artykuł zawiera 30660 znaków ze spacjami + grafika*