

Anna Stańczak

Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Grudziądzu

Katarzyna Ziejka

Akademia Medycznych i Społecznych Nauk Stosowanych w Elblągu, Wydział Nauk o Zdrowiu,
kierunek Pielęgniarstwo, Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej w Grudziądzu

Opieka pielęgniarska nad pacjentem z napadowym bezdechem afektywnym z zastosowaniem teorii pielęgnowania Virginii Henderson

Celem pracy było dokonanie oceny, w oparciu o studium przypadku, oddziaływania napadowego bezdechu afektywnego u dziecka 5-letniego na funkcjonowanie rodziny oraz jakość sprawowanej opieki w odniesieniu do modelu pielęgnowania według Virginii Henderson.

Wybór tej jednostki chorobowej nie jest przypadkowy. Obecnie w dostępnej literaturze bezdech emocjonalny (EA – Emotional Apnea) jest opisywany bardzo skąpo, zwłaszcza pod kątem problemów pielęgnacyjnych. Przedstawiona analiza pozwoli rodzicom łatwiej przejść przez tę diagnozę oraz efektywnie wdrożyć proces pielęgnowania, aby zapewnić dziecku odpowiednią opiekę w czasie napadu, jak również pomiędzy napadami, ale przede wszystkim bezpieczeństwo i właściwy rozwój emocjonalny i psychiczny.

Do omówienia wyników wykorzystano dane zebrane podczas rozmowy z rodziną oraz informacje zgromadzone w kwestionariuszu. Wykorzystano również dane z obserwacji rodziny. Stwierdzono, że lekarze rodzinni oraz pediatrzy, z którymi inicjowany jest pierwszy kontakt rodzica z dzieckiem z objawami wskazującymi na EA, nie posiadają wystarczającej wiedzy dotyczącej napadowych epizodów niepadaczkowych (PNE).

Kluczowym aspektem okazuje się być wczesne rozpoznanie EA oraz zastosowanie właściwych metod psychoterapeutycznych, które pozwoliłyby rodzicom uporać się z lękiem, troską i często frustracją wynikającą z sytuacji, w której się znaleźli, często doprowadzając do nadopiekuńczości, co w znacznym stopniu może zakłócić prawidłowy rozwój psychospołeczny dziecka.

Zastosowany model pielęgnowania według Virginii Henderson idealnie wpisuje się w kanon opieki nad dzieckiem z napadowym bezdechem afektywnym, postrzega go bowiem całościowo zarówno w chorobie, jak i zdrowiu, ściśle włączając do procesu rodziców/opiekunów.

Słowa kluczowe: napadowy bezdech afektywny, bezdech emocjonalny (EA), napadowe epizody niepadaczkowe (PNE).

Abstract

Nursing Care for a Patient with Paroxysmal Affective Apnea Using Virginia Henderson's Nursing Theory

The aim of the study was to make a subjective assessment, based on a case study, of the impact of paroxysmal affective apnea in a child 5-year-old on the functioning of the family and the quality of care provided in relation to Virginia Henderson's nursing model.

The choice of this disease entity is not accidental. Currently, in the available literature, EA is described very poorly, especially in terms of care problems. The analysis I have presented will allow other parents to go through this diagnosis more easily and effectively implement the nursing process in order to provide the child with appropriate care during a seizure, as well as between seizures, but most of all – safety and proper emotional and psychological development.

Data collected during the interview with family and the information collected in the questionnaire were used to discuss the results. Family observation data were also used. It was found that family doctors and pediatricians with whom the first parent-child contact is initiated, with symptoms characteristic for EA, do not have sufficient knowledge about PNE.

The key aspect turns out to be the early diagnosis of EA and the use of appropriate psychotherapeutic methods that would allow parents to cope with the anxiety, concern and often frustration resulting from the situation in which they find themselves. At the same time, it leads to overprotection, which can significantly disrupt the proper psycho-social development of a child.

The applied model of nursing according to Virginia Henderson fits perfectly into the canon of childcare with paroxysmal affective apnea, as she perceives it holistically, both in illness and health, strictly including to the process of parents / guardians.

Wstęp

Napadowy bezdech afektywny, zwany również bezdechem emocjonalnym (EA), występuje u dzieci w wieku od 6 miesięcy do 5 lat. Jego częstotliwość wynosi 5%. EA obserwuje się w dwóch postaciach klinicznych: cyjanotycznej i bladej. Częstotliwość epizodów jest zmienna. Mogą występować kilka razy dziennie lub co 3–4 miesiące. Epizod EA jest następstwem czynnika wyzwalającego, np. złości, frustracji, przerażenia, drobnego urazu, na skutek którego pojawia się silny płacz. Dziecko podczas płaczu wstrzymuje oddech, po którym dochodzi do hipotonii, utraty przytomności i bledności skóry. Powodem jest nagła bradykardia spowodowana odpowiedzią błędną. Zaś w cyjanotycznej postaci EA dochodzi do wydłużenia wydechu (tzw. bezgłośny krzyk), w wyniku czego następuje zamknięcie głośni, a to z kolei prowadzi do zwiększenia ciśnienia w klatce piersiowej i zmniejszenia rzutu serca, a w konsekwencji do utraty przytomności. Epizody trwają zwykle krócej niż 60 sekund. W ciężkich przypadkach, przy przedłużającym się niedokrwieniu ośrodkowego układu nerwowego, do objawów mogą dołączyć drgawki toniczne, kloniczne lub toniczno-kloniczne (tzw. napady ciężkie lub powikłane). Jeśli pomiędzy epizodami dzieci nie wykazują żadnych objawów chorobowych, to prognozy są zwykle bardzo pomyślne.

Podjęcie kliniczne w dziecięcych napadowych epizodach niepadaczkowych (PNE) jest zasadniczo złożone. Najważniejszym krokiem do postawienia trafnej diagnozy jest szczegółowe zebranie historii przebiegu objawów i zdarzeń. W szczególności różnicowanie diagnostyki należy rozpocząć od określenia wieku wystąpienia epizodu, zbadania częstotliwość epizodów, zmian obserwowanych od początku choroby, odległych lub niedawnych chorób, historii porodu i ciąży, procesu rozwoju motoryczno-umysłowego od niemowlęstwa oraz historii rodzinnej, gdyż czynnik dziedziczny ma tutaj również duże znaczenie. Obecny postęp technologiczny, taki jak powszechnie dostępne smartfony, tablety, aparaty cyfrowe noszone przez rodziców znacznie

zwiększyły wskaźnik trafnych diagnoz u tych dzieci. Obrazy rejestrowane przez rodziców podczas wystąpienia PNE niejednokrotnie zapobiegają wprowadzeniu wielu niepotrzebnych terapii, w tym również bardzo niebezpiecznemu jatrogennemu działaniu leków.

Cel pracy

Celem pracy było dokonanie oceny, w oparciu o studium przypadku, oddziaływania napadowego bezdechu afektywnego u dziecka 5-letniego na funkcjonowanie rodziny oraz jakość sprawowanej opieki w odniesieniu do modelu pielęgnowania według Virginii Henderson (1897–1996).

Materiały i metody

W badaniu uwzględniono dziecko w wieku 5 lat i 8 miesięcy z napadowym bezdechem afektywnym oraz jego rodzinę: matkę, ojca oraz dwoje rodzeństwa. Do omówienia wyników wykorzystano dane zebrane podczas rozmowy z rodziną oraz informacje zgromadzone w kwestionariuszu. Wykorzystano również dane z obserwacji rodziny.

Do uzyskania wyników opracowano kwestionariusz składający się z 14 pytań pozwalających bardziej zrozumieć wpływ napadowego bezdechu afektywnego na funkcjonowanie rodziny, uwzględniając jednocześnie stan fizyczny, ale przede wszystkim stan psychiczny poszczególnych członków rodziny. Bardzo pomocna okazała się rozmowa oraz obserwacja rodziny.

Przegląd literatury

Od czasów starożytnych napady niepadaczkowe były uznawane za formę hysterii. Z opisu Hipokratesa (400 p.n.e) i Atreusa (200 p.n.e) można zauważyć, że epizody te były postrzegane jako zaburzenie psychogenne. Wiele lat później, pod koniec XIX wieku, Jean-Martin Charcot jako pierwszy określił

napady niepadaczkowe jako zaburzenie kliniczne, nazywając je „napadami histerycznymi” i „napadami histerycznymi w postaci padaczki” [1].

Aktualnie w literaturze pojawiają się różne terminy opisujące zdarzenia PNE, w tym napady rzekome, napady psychogenne, napady histeryczne, napady rzekomoepileptyczne oraz napady нефизиologiczne lub czynnościowe [2].

Mechanizmy PNE nie są jeszcze w pełni poznane. Istnieje wiele różnych typów PNE i ich patogeneza jest trudna do zrozumienia, zwłaszcza że w rozwoju ludzkiego mózgu okres infantylny charakteryzuje się bardzo dynamicznymi zmianami [3] (tab. 1)

PNE najogólniej można podzielić na 1) psychogenne PNE i 2) niepsychogenne (fizjologiczne) PNE [4]. Niepsychogenne PNE dominują u dzieci do 6 roku życia, wykazują również krótszy czas trwania choroby i bardziej zróżnicowane objawy, w odróżnieniu od starszych dzieci i młodzieży, gdzie epizody niepadaczkowe zwykle mają podłoże psychogenne [5, 6] (PNES).

Tab. 1. Rodzaje napadowych epizodów niepadaczkowych (PNE) u dzieci

Początek	Prawdopodobny bodziec wywołujący
<i>Noworodek</i>	
Drżenie	Płacz, stymulacja zewnętrzna
Mioklonie podczas snu noworodkowego	Sen
Hyperekplexia	Nagła stymulacja
Bezdech senny	Sen
<i>Wczesne niemowlęstwo (0–6 miesięcy)</i>	
Dreszcze	Nadmierne podburzenie, frustracja
Łagodne mioklonie dziecięce	Nieznany
Łagodne napadowe uniesienie wzroku z ataksją	Nieznany, zmęczenie może potęgować objaw
Napadowy kręcz szyi	Nieznany
Samostymulacja	Zaczerwienienie twarzy, pocenie się, chrząknięcie
<i>Późne niemowlęstwo (6–12 miesięcy)</i>	
Napadowy bezdech afektywny	Płacz
Spasmus nutans	Nieznany
Stereotypy	Nadmierne pobudzenie, stres
Kołysanie ciałem/uderzanie głową	Nieznany
Naprzenienna hemiplegia	Nieznany, może potęgować stres i pobudzenie

Początek	Prawdopodobny bodziec wywołujący
<i>Inne</i>	
Zespół Sandifera	Karmienie
Polekowe objawy pozapiramidowe	Przyjmowane leki, m.in. neuroleptyki

Źródło: oprac. własne.

Szacuje się, że napadowe zdarzenia niepadaczkowe, mające podłoże fizjologiczne lub organiczne, stanowią 43,2% wszystkich PNE, natomiast psychogenne 56,8% [7]. Co ciekawe, literatura podaje również, że na częstość epizodów PNES mogą mieć wpływ PNE we wczesnym dzieciństwie [8].

Napadowy bezdech afektywny, nazywany w literaturze również bezdechem emocjonalnym (EA), dotyka ok. 5% zdrowych dzieci, chociaż istnieją autorzy, którzy uważają, że ich prawdziwa częstość wynosi nawet do 27% w łagodnym stopniu. Diagnoza najczęściej opiera się na stereotypowej sekwencji zdarzeń klinicznych, które zaczynają się od łez spowodowanych bodźcem emocjonalnym, co powoduje zmianę w autonomicznym układzie nerwowym z przejściową zmianą koloru skóry.

Dostępne źródła podają, że EA występuje u dzieci w wieku od 3 dni do 8 lat, ale aż 76% przypadków występuje między 6 miesiącem a 4 rokiem życia. Częstość epizodów jest bardzo zmienna i może pojawiać się raz w miesiącu, a nawet dochodzić do kilku takich zdarzeń dziennie. Czas trwania całego zdarzenia jest krótszy niż 3 minuty [9]. Nie opisano napadów EA rozpoczynających się po 5 roku życia [10].

Literatura podaje, że ok. 15% przypadków EA kończy się utratą przytomności. W zależności od tego, jaką formę przybiera wyróżniamy dwie odmiany EA:

1. Błade EA,
2. Cyjanotyczne EA.

Nazwy odmian odnoszą się do zmiany koloru skóry, jaką dziecko wykazuje podczas epizodu, błądą lub siną. Błade EA to omdlenie wdechowe, zaś cyjanotyczne EA to omdlenie wydechowe, czasem zdarza się epizod mieszany. Typ cyjanotyczny występuje znacznie częściej, a jego częstość występowania w stosunku do typu bladego wynosi 3 do 1 [11].

Wydaje się, że fundamentalną rolę w EA odgrywa dysfunkcja autonomicznego układu nerwowego, gdzie dochodzi do fizjologicznej interakcji

oddechowej i neuronalnej [12]. Patogenezą bladego EA jest odruch przywspółczulny z bradykardią, asystolią, który powoduje hipoperfuzję mózgu, drgawki i utratę przytomności [13]. Z drugiej strony w cyjanotycznym EA następuje stymulacja współczulna z odruchowym omdleniem na skutek przedłużonego wydechu.

Sinica EA nie wyklucza jednak możliwości wystąpienia również bradykardii i asystolii. Może więc dojść do aktywacji obu układów autonomicznych w tym samym epizodzie EA [14].

Blade EA określane jest również jako omdlenie wazowagalne, wywołane przez mechanizm kardio-hamujący o podłożu neurologicznym. Może być wywołane urazem, np. głowy, strachem, szokiem, ale nie tylko, dziecko w tym typie jest nieprzytomne, wiotkie i blade, mogą występować również mioklonie. Blade EA pojawia się nagle [15]. Odzyskiwanie świadomości zajmuje od kilku sekund do dwóch minut. Cyjanotyczne EA, wywoływane najczęściej przez wspomniany wcześniej przedłużony wydech, utrzymujący się przez długi czas. Bódcem wywołującym często jest płacz lub krzyk, po którym następuje bezdech, utrata świadomości, sinica i sztywność. Może być wywołane niewielkim urazem, strachem, złością lub frustracją [16]. W rezultacie pojawia się silny krzyk, w którym dochodzi do hiperwentylacji płuc, prowadząca do hipokapni, co w konsekwencji wywołuje skurcz naczyń mózgowych, a to sprzyja niedotlenieniu mózgu. Płacz z kolei powoduje skurcz dróg oddechowych, w wyniku czego uruchamiany zostaje mechanizm Valsalva Webera, w którym to z powodu wzrostu ciśnienia w klatce piersiowej następuje zmniejszenie pojemności minutowej serca, a także maleje objętość strumienia krwi, co prowadzi do hipoperfuzji tętnic mózgowych i jednocześnie do zastoju żylnego. W połączeniu z hipoksemią powoduje utratę przytomności i/lub drgawki [17].

W obu przypadkach EA obserwuje się wpływ czynnika dziedzicznego. U ok. 20–30% rodziców dzieci z rozpoznaniem bezdechem emocjonalnym miały miejsce również afektywne bezdechy oddechowe [1]. Dzieci z EA zwykle dorastają w rodzinach aspołecznych lub w warunkach „nadopiekuńczości”. Rozwój intelektualny i umysłowy jest u tych dzieci jak najbardziej normalny i nie odbiega od powszechnie przyjętych norm [17].

Mimo że EA zwykle przyjmuje łagodną formę, zdarzają się również poważne EA, w których dochodzi do przedłużonego powrotu do świadomości,

drgawek lub stanu padaczkowego w wyniku niedotlenienia lub względnego niedokrwienia mózgu. Stanowią one 15% wszystkich EA [18].

Patofizjologia i mechanizm EA są dość kontrowersyjne, niektórzy doszukują się związku między EA a anemią. Jednakże, nie tylko niedokrwistość z niedoboru żelaza, ale także sam niedobór żelaza bez niedokrwistości wiąże się z ryzykiem wystąpienia sinicy o wysokiej częstotliwości EA [19]. Suplementacja żelaza wydaje się być skuteczna u wielu pacjentów, jednakże nie prowadzi do całkowitego wyeliminowania epizodów, a jedynie do zmniejszenia ich częstotliwości [20].

Podczas epizodu kończącego się omdleniem mogą pojawić się nagłe odchylenia głowy, napięcia w całym ciele lub „opistotonus”, polegający na sztywnieniu kręgosłupa i wygięciu go łukowato ku tyłowi z głową odgiętą do tyłu. Objawy bardzo przypominają epileptyczny napad padaczkowy lub dystonię, co często potęguje niepokój rodziców dzieci, u których takie objawy wystąpiły [21, 22]. Często u dzieci podczas EA obserwuje się również tzw. odchylenie wzroku, polegające zwykle na skierowaniu gałek ocznych ku górze. W rozpoznaniu pomóc może wnikliwa analiza lekarska i wskazanie rodzicom kilku zasadniczych różnic pomiędzy PNE a epizodami epileptycznymi, co w początkowym etapie diagnostyki znacznie ich uspokoi.

U niektórych dzieci poniżej 6 lat objawem EA poprzedzającym utratę przytomności jest tzw. „wpatrywanie się”. Charakterystyczna jest również toniczna postawa ciała, mioklonie podczas snu i zaburzenia związane ze snem [23]. Literatura podaje, że w niektórych przypadkach PNE obserwuje się u dzieci pomiędzy 2 a 4 rokiem życia parasomnie (zwane lękami nocnymi), które objawiają się poceniem, tachykardią, rozszerzeniem źrenic oraz reakcjami emocjonalnymi, takimi jak strach [24].

W bardziej powikłanych i ciężkich przypadkach EA, gdzie dochodzi do przedłużającego się niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego, mogą dołączyć drgawki toniczne, kloniczne lub toniczno-kloniczne, które potęgują niepokój rodziców.

Zaobserwowano również, że u dzieci, u których nastąpił spadek glukozy we krwi poniżej wartości 4 mmol/l, a nawet dochodzący do 2,2 mmol/l, może wystąpić PNE. W związku z powyższym należy w takich przypadkach wykluczyć kryzys hipoglikemiczny [25].

W Europie częstość występowania padaczki u dzieci szacuje się na 4–5%. Badanie przeprowadzone w Danii wykazało, że 39% dzieci, u których zdiagnozowano padaczkę, zostało błędnie zdiagnozowanych, a około 47% tych rozpoznań stanowiły PNE. Błędna diagnoza wpływa na życie rodzinne pacjenta, jego edukację i wiele czynników ekonomicznych. Często nieobecność dziecka w szkole, zawieszenie czynności zawodowych rodziców, szkody psychiczne dziecka i rodziców. Ograniczenia również w wyborze przyszłego zawodu przez osobę, u której postawiono błędną diagnozę. To wszystko prowadzi do nieodwracalnych szkód. Dlatego tak ważne jest, aby lekarze bardzo dokładnie oceniali każdy objaw w celu postawienia właściwej diagnozy [26].

Diagnostyka PNE powinna przede wszystkim opierać się na diagnostyce różnicowej, która uwzględniałaby stany i sytuacje, które przebiegają z bezdechem i utratą świadomości oraz uwzględniała wiek wystąpienia pierwszych epizodów. Aby postawić właściwą diagnozę, należy w pierwszej kolejności wykluczyć inne choroby organiczne, takie jak zaburzenia neurochirurgiczne, metaboliczne, sercowe czy trawienne, w tym m.in. zespół Sandifera, kryzys hipoglikemiczny czy też niedobory żelaza.

Diagnostyka PNE powinna również opierać się na wnikliwej analizie prawidłowości funkcjonowania układu krążenia. W tym celu przydatna może być elektrokardiografia (EKG) i monitorowanie EKG metodą Holtera, aby wykluczyć wszelkie arytmie serca, pierwotne zaburzenia rytmu serca czy zespół długiego QT. Zaobserwowano bowiem u dziecka z rozpoznanym EA, w trakcie jednego z napadów w zapisie Holtera EKG, trwającą 16 sekund asystolię. Następnie przez około 1 minutę rejestrowano na przemian wolniejszy zastępczy rytm węzłowy (100/min) z szybszym rytmem zatokowym (150/min) oraz powrót miarowego rytmu zatokowego 180/min [27].

Kolejnym badaniem wykluczającym w diagnostyce PNE jest test pochyleniowy. Wykonuje się go u dzieci w wieku poniżej 6 roku życia, u których wystąpiły dwa lub więcej epizodów bądź jeden poważny epizod [28]. test ten polega na pionizacji badanego przy użyciu ruchomego stołu w celu wywołania sytuacji, w której następuje omdlenie. W czasie próby należy stale monitorować czynność serca i ciśnienie krwi. Najczęściej test pochyleniowy wykonuje się w godzinach rannych, przed śniadaniem, niekiedy po małym posiłku.

Wynik testu pochyleniowego uznaje się za dodatni, gdy wystąpią: omdlenie, zasłabnięcie lub objawy prodromalne z zarejestrowanym istotnym spadkiem ciśnienia tętniczego i/lub gwałtownym zwolnieniem czynności serca. Należy pamiętać, że ujemny wynik testu pionizacyjnego nie wyklucza omdlenia wazowagalnego. Natomiast wystąpienie omdlenia podczas testu, bez stwierdzonego spadku ciśnienia tętniczego lub bradykardii, może sugerować omdlenie histeryczne bądź symulowane [29].

Innym badaniem różnicującym w PNE, łatwym do przeprowadzenia, jest test Calgary, zarówno w wersji tradycyjnej, jak i zmodyfikowanej. Składa się z zestawu dziewięciu pytań dotyczących historii choroby, czynników wyzwalających, okoliczności i objawów podczas epizodu przejściowej utraty świadomości. Wynik ≤ 1 wyklucza padaczkę [28].

Tab. 2. Zmodyfikowana skala Calgary

Pytanie	Zaznacz (jeśli TAK)
1. Budzisz się z przygryzionym językiem?	2
2. Nie zaobserwowano zwiastuna poprzedzającego omdlenie?	1
3. Doszło do utraty przytomności w czasie snu?	1
4. Głowa zostaje zwrócona w bok podczas utraty przytomności?	1
5. Nietypowe zachowanie zauważone przez osoby postronne (w tym brak reakcji), nietypowa postawa lub szarpnięcia kończynami (zaznacz, jeśli występuje jakikolwiek z wymienionych objawów)	1
6. Po epizodzie obserwuje się zamieszanie?	1
7. Dezorientacja po epizodzie, której towarzyszą zawroty głowy, kołatanie serca lub nudności?	-2
8. Nadmierna potliwość przed omdleniem?	-2
9. Utrata przytomności podczas długotrwałego siedzenia lub stania?	-2

Źródło: oprac. własne.

Obecnie złotym standardem w diagnozowaniu EA zostało długoterminowe monitorowanie wideo-EEG (z technikami prowokacyjnymi lub bez) [30]. Badanie to pozwala na jednoczesne śledzenie zapisu czynności bioelektrycznej mózgu i objawów klinicznych. U dzieci z napadami afektywnego

bezdechu badanie neurologiczne nie wykazuje odchyień od normy, a w zapisie EEG nie stwierdza się wzorca napadowego [10].

Błędy w diagnozowaniu napadów niepadaczkowych mogą mieć szereg szkodliwych konsekwencji dla dziecka. Po pierwsze i nadrzędne, niepotrzebne przyjmowanie leków przeciwpadaczkowych przez kilka miesięcy lub lat, prowadzące do jatrogennego działania farmakologicznego i nierozpoznanie stanu pseudo-napadopodobnego z potencjalnym ryzykiem intubacji [31]. Zaniepokojeni rodzice często ograniczają „dziecko z padaczką”, co prowadzić może do zahamowania rozwoju zdolności, które wykazuje dziecko i rozwoju jego kreatywności. Dlatego z medycznego punktu widzenia bardzo ważne jest, aby w przypadkach kiedy pojawia się dylemat, czy analizowany przypadek należy do napadów padaczkowych czy niepadaczkowych, przypadki takie zdiagnozować jako „napady niejasne-niesklasyfikowane-napadowe”. Obserwacja kliniczna i powtórna ocena kliniczna po pewnym czasie może z dużym prawdopodobieństwem, pozwolić na prawidłowe rozpoznanie. Najważniejsze to unikanie pośpiesznej i błędnej diagnozy padaczki [32].

Nie należy zapominać, że niewłaściwa diagnoza może prowadzić do złożonego problemu psychospołecznego, której skutek nakłada na osobę z diagnozą epilepsji i jej rodzinę piętno i liczne uprzedzenia społeczne, które nadal występują i najczęściej wynikają ze strachu społeczeństwa przed udziałem w napadzie epileptycznym. Może to również potencjalnie doprowadzić do wzrostu śmiertelności na skutek samobójstw [33].

Reasumując, jeżeli uzyskane wyniki (badanie przedmiotowe, badania dodatkowe, konsultacje specjalistyczne) potwierdzają rozpoznanie, a objawy są uciążliwe dla dziecka i jego rodziny, pomocna może się okazać wizyta u psychologa. Może on wskazać rodzicom metody postępowania, pozwalające ograniczyć występowanie tzw. prowokatorów, które bezpośrednio prowadzą do PNE, w tym także EA [34].

Rokowanie w grupie pacjentów z EA jest pomyślne. U zdecydowanej większości napady ustępują całkowicie do 5, a najpóźniej do 7 roku życia. Pojedyncze przypadki zgonów dzieci w przebiegu objawów opisywanych jako napady afektywnego bezdechu, wynikały najprawdopodobniej z innej przyczyny, jak np. zadławienia się [35]. Pełne zaś poznanie i zrozumienie patomechanizmów EA w przyszłości może zapewnić skuteczną pomoc pacjentom oraz lepszy komfort życia ich rodzinom [27].

Biorąc pod uwagę łagodny charakter i korzystne rokowanie EA, w łagodnych przypadkach, wskazane jest właściwe poinstruowanie rodziców, jak postępować w czasie omdlenia, a przede wszystkim uspokojenie ich i wypracowanie algorytmów postępowania opartych na pewnych i opanowanych działaniach.

W przypadku wystąpienia epizodu afektywnego bezdechu przede wszystkim rodzice powinni zachować spokój, jednocześnie czuwając nad dzieckiem. Można spróbować zmienić pozycję ciała dziecka, spryskać twarz wodą, dmuchnąć w twarz. Te działania – z informacji uzyskiwanych od rodziców – często przyspieszają zakończeni epizodu [10].

Wytyczne Europejskiej Rady Resuscytacji bardzo jasno precyzują, jak należy postępować w sytuacji, kiedy dziecko nie reaguje i nie oddycha oraz jak prawidłowo rozpocząć resuscytację krążeniowo-oddechową. U dzieci uniwersalny algorytm postępowania należy zmodyfikować, rozpoczynając resuscytację od 5 oddechów. Nie należy się obawiać, że jeśli nie doszło do nagłego zatrzymania krążenia, tylko do EA, rozpoczęcie resuscytacji krążeniowo-oddechowej zaszkodzi dziecku. Najpewniej dziecko zareaguje na bodziec jakim jest oddech ratowniczy i wystąpią u niego oznaki krążenia: zacznie się poruszać, płakać i oddychać prawidłowo [35].

Studium przypadku

Wiele ważnych przedsięwzięć i odkryć naukowych dokonywano poprzez badanie nie tysięcy czy setek tysięcy przypadków, ale przez szczegółowe badanie jednego lub dwóch. Sama teoria Darwina opierała się na spostrzeżeniach, które zdobył z serii skrupulatnie przeprowadzonych studiów przypadku.

Podjmując decyzję o wyborze studium przypadku, skoncentrowano się na jednym konkretnym dziecku. Napadowe bezdechy afektywne u dzieci występują bowiem bardzo rzadko, a często też nie są właściwie diagnozowane, więc trudno byłoby zebrać grupę wystarczającą do przeprowadzenia pracy typowo badawczej. Podczas przeprowadzania wywiadu oraz obserwacji zarówno dziecka, jak i rodziny starano się przyjrzeć im szczegółowo, ale jednocześnie całościowo uwzględnić w procesie pielęgnowania całą rodzinę, a nie tylko analizowany przypadek.

Należy pamiętać, że studium przypadku nie jest metodą samą w sobie. Jest to skupienie się na konkretnym przypadku oraz jego dogłębna analiza pod każdym możliwym kątem wystąpienia, w tym artykule – problemu pielęgnacyjnego.

Pacjent poddany analizie w niniejszej pracy to dziecko obecnie w wieku 5 lat i 8 miesięcy życia oraz rodzina, na którą składa się matka, ojciec oraz dwoje starszego rodzeństwa – brat i siostra.

Pierwszy epizod związany z napadowym bezdechem afektywnym wystąpił u dziecka w 8 miesiącu życia. Napady powtarzały się z różną częstotliwością, średnio jeden na pół roku, jednakże uzależnione to było od wielu czynników prowokujących. Najczęstszym czynnikiem wywołującym był problem z poradzeniem sobie z jakąś przeszkodą, co wywoływało u dziecka początkowo złość, która przeradzała się bardzo szybko we frustrację, ta z kolei doprowadzała do krótkiego płaczu i kilkusekundowej utraty przytomności. Z informacji zebranych od rodziców wiadomo, że większość epizodów wynikała z konfliktu, który zdarzał się pomiędzy rodzeństwem, co mogłoby sugerować, że dziecko nie potrafi poradzić sobie w sytuacji problemowej, ale również – czysto hipotetycznie – może oznaczać próbę uzyskania korzyści oraz zwrócenie na siebie uwagi. Każdy napadowy bezdech afektywny, wg relacji rodziców, przebiegał u dziecka według tego samego schematu i towarzyszyły mu te same objawy (rys. 1).



Rys. 1. Objawy napadowego bezdechu afektywnego u badanego dziecka

Źródło: oprac. własne

Przed utratą przytomności często obserwowano odgięcie głowy ku tyłowi i zawsze dziecko bladło. Jeśli nie występował płacz, to obserwowano zatrzymanie w fazie wdechu. Epizody, które występowały do 2 roku życia, kończyły się zapadaniem w sen, późniejsze już nie. Ostatni napadowy bezdech afektywny miał miejsce krótko przed ukończeniem przez dziecko 5 roku życia.

Pomiędzy 3 a 5 rokiem życia, kiedy dziecko posiadało już orientację allopsychiczną, czyli świadomość miejsca, czasu, przestrzeni i sytuacji własnej, podczas próby wyjaśnienia przyczyny napadowego bezdechu afektywnego, dziecko nie potrafiło jasno wyjaśnić, co się stało. W oczach rodziców wyglądało to tak jakby od momentu zadziałania bodźca wyzwającego do odzyskania przytomności dziecko miało zaburzoną pamięć, co do sytuacji, w jakiej się znalazło. Nie potrafiło określić, co się wydarzyło na krótko przed epizodem oraz co poprzedziło utratę przytomności.

Wiele z wyżej opisanych objawów wywoływało u rodziców w początkowej fazie choroby ogromny niepokój, gdyż pod wpływem informacji pozyskanych w sieci internetowej byli przekonani, że ich dziecko cierpi na padaczkę. Rodzice sugerowali się takimi objawami, jak: kierowanie gałek ocznych ku górze, odginanie głowy ku tyłowi, zapadanie w sen po zdarzeniu, czy też napady typu absence, które są napadami pierwotnymi w padaczce i cechuje je brak świadomości oraz niemożność nawiązania kontaktu z dzieckiem – dziecko jakby odcina się od świata zewnętrznego, np. jest zapatrzona w dal i nie reaguje. Ten ostatni objaw okazał się w późniejszym etapie choroby bardzo kluczowy.

Z uzyskanych informacji wynika, że u ojca dziecka w dzieciństwie również pojawiały się bezdechy emocjonalne, ale nigdy nie kończyły się utratą przytomności. U pozostałych członków rodziny, w tym dziadków, według relacji rodziców, nie było żadnych epizodów związanych z bezdechami.

Pierwsza wizyta u lekarza pediatry podstawowej opieki zdrowotnej, podczas której poruszyli problem, z którym się zmagają, miała miejsce podczas szczepień ochronnych, w 13. miesiącu życia dziecka. Do tego momentu miał miejsce tylko jeden napad bezdechu. Rodzice zostali poinformowani przez lekarza o konieczności obserwacji dziecka. Stwierdził on, że mógł to być jednorazowy incydent, a w razie niepokojących objawów zalecił kontrolę.

Podczas wywiadu badawczego można było wyczuć rozżalenie ze strony rodziców, że nie uzyskali rzetelnej porady, jak mają postępować przy ewentualnym kolejnym epizodzie. To zmusiło ich do podjęcia samodzielnych poszukiwań. Podpowiedzi jednak, jak radzić sobie z dzieckiem podczas napadowego bezdechu, jest bardzo mało, więc bazowali na tym, co udało im się zdobyć. Zawsze, kiedy miał miejsce kolejny epizod, starali się asekurować dziecko, aby zabezpieczyć je przed ewentualnym urazem. Niestety nie zawsze udawało im się być akurat przy dziecku, kiedy traciło przytomność. Takie sytuacje na szczęście kończyły się zwykle tylko strachem lub nabitym guzem.

Matka dziecka znalazła informację o chlapaniu twarzy zimną wodą podczas utraty przytomności, ale nie udało jej się tego przetestować, gdyż napad przebiegał zwykle tak gwałtownie, że nie zdążyła tego sposobu zastosować, zwykle zbyt daleko było do bieżącej zimnej wody.

Rodzice przyznali, że na początku zdarzało im się reagować gwałtownie, np. potrząsali dzieckiem, żeby nawiązać z nim kontakt, czy też podnosili głos, jednak bardzo szybko zdali sobie sprawę, że to w niczym nie pomaga, a dodatkowo wpływa negatywnie na rodzeństwo, które zwykle było świadkiem zdarzenia – potęgowało strach.

Matka stała się bezbłędnym obserwatorem swojego dziecka. Kiedy opisywany przypadek miał niespełna 3 lata, nauczyła się wychwytywać momenty, które potencjalnie mogłyby stanowić czynnik wyzwalający, i zawsze w takiej sytuacji starała się odwrócić uwagę dziecka od problemu bądź konfliktu. Wymagało to jednak od niej, jak sama przyznała, ciągłej gotowości, co bardzo odbiło się na jej zdrowiu psychicznym. Jak to określiła, będąc rodzicem jest się w gotowości 24 godziny na dobę, ale w tej sytuacji ta gotowość musiała być 100-krotnie wzmożona. Musiała być bardzo czujna, żeby wychwycić jakiegokolwiek sygnały mogące doprowadzić do epizodu.

Choroba dziecka odcisnęła znaczne piętno zarówno na rodzicach, jak i na rodzeństwie. Rodzice stali się nadopiekuńczy. Podczas rozmowy przyznali, co też potwierdzili w kwestionariuszu, że ograniczali kontakty dziecka z rówieśnikami do minimum bądź „stali nad głową” dziecka, aby panować nad sytuacją, gdyby powstał konflikt, z którym nie mogłoby sobie poradzić. Z perspektywy czasu zdali sobie sprawę, że krzywdzą dziecko takim podejściem, bo często ingerują w relacje między dziećmi, ale strach przed ewentualnymi

skutkami napadu był silniejszy od nich. Wystarczającym dodatkowym stresem było dla nich posłanie dziecka do przedszkola, co wiązało się z wieloma nieprzespanymi nocami. Nie do przyjęcia w ich odczuciu byłoby pozostawienie dziecka w gronie dzieci bez ścisłego nadzoru, więc zabraniali mu np. uczestnictwa w urodzinach koleżanek i kolegów, co spotykało się z ogromnym niezadowoleniem dziecka.

Rodzeństwo, jak wynika z relacji rodziców, na początku choroby wykazywało złość i zazdrość, że młodszemu bratu pobłażano w wielu sytuacjach. W późniejszym etapie objawiało bezsilność, a starsza córka, będąc niejednokrotnie świadkiem utraty przytomności młodszego brata, wpadała w panikę, która objawiała się histerycznym krzykiem, gdy widziała, że brat zaczyna tracić kontakt z otoczeniem. Wynikało to z jej ogromnej wrażliwości i strachu o życie młodszego brata, gdyż sama, będąc dzieckiem, nie potrafiła wówczas zrozumieć, że te kilka sekund, w których brat przestaje oddychać, jest stanem odwracalnym, po którym wraca pełna świadomość.

Podczas kolejnej wizyty u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej pediatra pobieżnie zebrał wywiad, po czym wręczył im plik skierowań. Czuli się zbyci, a nie ukrywali, że w tamtym momencie potrzebowali nie tyle wsparcia lekarskiego co psychologicznego, gdyż nie radzili sobie ze stresem, jaki wywoływały napadowe bezdechy emocjonalne.

Opisywane dziecko ma również udokumentowaną astmę oskrzelową, która jest kontrolowana przez poradnię specjalistyczną. W związku z astmą oskrzelową dziecko nigdy nie musiało być hospitalizowane. Nie znaleziono zależności pomiędzy tą chorobą a napadami bezdechu.

Ocena stanu biopsychospołecznego prezentowanego pacjenta

Parametry życiowe podczas przeprowadzania badania:

1. wzrost 127 cm
2. masa ciała 31 kg
3. BMI 19,2. Według siatki centylowej BMI wynosi prawie c95, co wskazuje na nadwagę
4. Temperatura ciała 36,8°C

5. Układ krążenia: Tętno 80 uderzeń/min. Akcja serca miarowa. Ciśnienie tętnicze wynosi 90/65 mm Hg.
6. Układ oddechowy: Oddech prawidłowy, 22 oddechy/min. Kaszel nie występuje. Inne zgłoszenie: astma oskrzelowa, na stałe lek Singulair (1 tab. x 1).
7. Układ nerwowy: dziecko w pełni świadome. Kontakt słowny prawidłowy.
8. Układ pokarmowy: łaknienie i pragnienie prawidłowe.
9. Układ moczowo-płciowy: wydalanie moczu prawidłowe.
10. Zmysły: wzrok i słuch prawidłowy,
11. Skóra czysta. Brak zmian skórnych.
12. Stan emocjonalny: nastrój wyrównany, dziecko chętnie współpracuje.

Praca z przypadkiem wg modelu pielęgnowania Virginii Henderson

Badany przypadek idealnie wpisuje się w model pielęgnowania według Virginii Henderson. Traktuje pacjenta całościowo, włączając w jego opiekę najbliższe otoczenie, w tym wypadku rodzinę. Opisywany model opieki być może pozwoli innym rodzicom łatwiej przejść przez tą diagnozę oraz efektywnie wdrożyć proces pielęgnowania, aby zapewnić dziecku odpowiednią opiekę w czasie napadu, jak również pomiędzy napadami, ale przede wszystkim bezpieczeństwo i właściwy rozwój emocjonalny.

Diagnoza pielęgniarska 1

Ryzyko ponownego wystąpienia napadowego bezdechu afektywnego.

Cel opieki: Zminimalizowanie ryzyka wystąpienia ponownego napadu bezdechu afektywnego.

Zastosowane interwencje pielęgniarskie:

1. Unikanie czynników prowokujących wystąpienie napadowego bezdechu.
2. Uświadomienie rodzeństwu, jaki może mieć wpływ na młodszego brata prowokowanie konfliktów.
3. Nauczenie rodziców podstawowych zasad resuscytacji krążeniowo-

-oddechowej, gdyby doszło podczas napadu do zatrzymania akcji serca lub prawidłowy oddech nie powrócił po 30–60 sekundach, jak miało to miejsce podczas wcześniejszych omdleń.

4. Nauka wychwytywania momentu początku napadu. Jeśli rodzicom bądź rodzeństwu uda się wychwycić moment początkujący napadu, wówczas należy się skupić na wypracowaniu sposobu, który efektywnie pozwoliłby odwrócić uwagę dziecka od prowokatora.

5. Przytulenie dziecka i próba uspokojenia, ale nie na siłę, gdyż z wywiadu wynika, że taka metoda nie przynosiła pożądanego efektu.

6. Zachowanie spokoju, bez względu na to jak bardzo stresogennie zdarzenie wpływa na rodziców. Dzięki zachowaniu spokoju rodzeństwo z czasem również nauczy się postępować ze spokojem, jeśli będą bezpośrednimi, a czasem jednymi, uczestnikami zdarzenia.

Ocena

W tym przypadku w pełni została zrealizowana potrzeba komunikowania się z innymi, w której Henderson zwracała uwagę na potrzebę wyrażania bez ograniczeń swoich uczuć, obaw, czy też opinii. Zaspokojenie tej potrzeby jest jednym z kluczowych elementów efektywności całego procesu pielęgnowania.

Po przeanalizowaniu z rodzicami kilku epizodów napadowego bezdechu afektywnego u dziecka udało się znaleźć sposób na efektywne odwracanie uwagi od prowokatorów. Spróbowano również włączyć do opieki, pośrednio, starsze rodzeństwo. Uświadomiono rodzeństwu, że niektóre zachowania mogą skutkować wystąpieniem napadu u młodszego brata, przy jednoczesnym zwróceniu uwagi na fakt, że nie mogą na siebie przyjmować odpowiedzialności za wszystkie sytuacje z ich udziałem, podczas których dochodzi do EA. Na co też zwrócono uwagę rodzicom, gdyż dzieci czuły ciężar odpowiedzialności, zapewne nieświadomie nałożony przez rodziców, za sytuacje, w których brały bezpośrednio udział.

Rodzice bardzo chętnie przystąpili do nauki zasad resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Nabycie tych umiejętności wpłynęło znacząco na zachowanie spokoju w opiece nad dzieckiem, gdy pojawiały się sytuacje mogące wywołać napad. Rodzice również zaobserwowali zmianę w zachowaniu starszego rodzeństwa. Brat i siostra nie reagowali przesadną „paniką”, gdy

zaczynało się dziać, w ich opinii, coś niepokojącego z młodszym bratem, co mogłoby wywołać u niego EA.

Diagnoza pielęgniarska 2

Prawdopodobieństwo wystąpienia urazu czaszkowo-mózgowego na skutek utraty przytomności i niekontrolowanego upadku.

Cel opieki: Zmniejszenie zagrożenia wystąpienia urazu czaszkowo-mózgowego.

Zastosowane interwencje pielęgniarskie:

1. Nie pozostawianie dziecka bez opieki lub obecności osób trzecich.
2. Usunięcie w miarę możliwości z otoczenia dziecka niebezpiecznych przedmiotów, które mogłyby przyczynić się do urazu.
3. Asekurowanie dziecka podczas utraty przytomności.
4. Jeśli dojdzie do niekontrolowanego upadku:
 - a) obserwacja dziecka pod kątem ewentualnego urazu czaszkowo-mózgowego. Zwrócenie uwagi m.in. na wyciek krwi z nosa, uszu, ust, czy też krwinki w obrębie oczodołów i powiek, mogące sugerować uszkodzenie podstawy czaszki;
 - b) obserwacja dziecka pod kątem ewentualnego wstrząśnienia mózgu, m.in. czy nie pojawiają się nudności, wymioty, ból głowy.

Ocena

Według Virginii Henderson jedna z potrzeb to potrzeba unikania niebezpieczeństw otoczenia. W tym przypadku zapewnienie dziecku tej potrzeby podczas napadu jest nadrzędne nad pozostałymi. Podczas pracy z przypadkiem nie doszło do napadowego bezdechu afektywnego. Z informacji uzyskanych od rodziców wiemy, że prawie wszystkie napady EA, które zdarzyły się do tej pory, przebiegały w sposób kontrolowany, pod czujnym okiem rodziców. Dwa zdarzenia jednak, jak podają rodzice, przebiegały bez nadzoru, więc wskazówki dotyczące obserwacji pod kątem ewentualnego urazu czaszkowo-mózgowego będą im pomocne. Rodzice przyznali również, że po wspomnianych wyżej dwóch epizodach mieli obawy, czy nie przeoczyli objawów, które mógłby pociągnąć za sobą złe konsekwencje dla syna.

Diagnoza pielęgniarstwa 3

Ryzyko wystąpienia niewydolności krążeniowo-oddechowej na skutek przedłużającej się utraty przytomności.

Cel opieki: Zminimalizowanie ryzyka wystąpienia niewydolności krążeniowo-oddechowej.

Zastosowane interwencje pielęgniarские:

1. Zabezpieczenie drożności dróg oddechowych (zapewnienie dziecku pozycji z zachowaniem drożności dróg oddechowych).
2. Monitorowanie parametrów życiowych dziecka oraz ich dokumentacja.
3. Stała obecność przy dziecku.
4. Nauczenie rodziców podstawowych zasad resuscytacji krążeniowo-oddechowej.
5. Jeśli bezdech utrzymywałby się zbyt długo należy wezwać pogotowie.

Ocena

Zachowano równowagę w układzie krążeniowo-oddechowym. Podczas pracy z przypadkiem nie doszło do niewydolności krążeniowo-oddechowej. Rodzice poznali podstawowe zasady resuscytacji krążeniowo-oddechowej, zaproponowano, aby w widocznym miejscu w domu umieścić numer telefonu alarmowego, na który mogłyby zadzwonić starsze dzieci w razie potrzeby. Cel opieki przyniósł oczekiwany rezultat.

Diagnoza pielęgniarstwa 4

Niedostateczna wiedza rodziców na temat prawidłowego sposobu odżywiania, która może przekładać się na niedobory żelaza i nasilenie częstotliwości występowania napadów.

Cel opieki: Pogłębienie wiedzy rodziców na temat stosowania odpowiedniej diety u dziecka.

Zastosowane interwencje pielęgniarские:

1. Edukacja rodziców w zakresie prawidłowego odżywiania dziecka, z racji występowania u dziecka nadwagi oraz ewentualnych niedoborów

żelaza. Zwrócenie uwagi, że żywienie dzieci zróżnicowane jest w zależności od wieku. Dziecko jest w wieku przedszkolnym, więc jest to czas intensywnego rozwoju umysłowo-fizycznego. Na tym etapie u dziecka następuje wzrost zapotrzebowania na białko oraz zawarte w warzywach, owocach i produktach zbożowych witaminy, mikro- i makroelementy oraz błonnik, przy jednoczesnym zmniejszeniu zapotrzebowania kalorycznego.

2. Zalecenie prowadzenia kontrolnych badań poziomu żelaza we krwi (raz na kwartał), aby zminimalizować ryzyko występowania napadowych bezdechów spowodowanych niedoborami żelaza.

3. Przekazanie rodzicom ulotek dotyczących prawidłowego odżywiania u dzieci, dostępnych w poradni pediatricznej.

4. Wskazanie produktów, które są bogate w żelazo. Zwrócenie również uwagi na fakt, że żelazo zawarte w produktach pochodzenia zwierzęcego (hemowe) zdecydowanie lepiej są wchłaniane przez organizm niż z produktów pochodzenia roślinnego (niehemowe). Przykłady: wątroba, żółtko jaja, kakao, morele, soja, otręby ryżowe i pszenne oraz pełnoziarniste produkty zbożowe.

Ocena

Według Virginii Henderson bardzo ważną potrzebą, która plasuje się w czołówce potrzeb, to zapewnienie odpowiedniej podaży pokarmu co do struktury anatomiczno-fizjologicznej czy też wieku oraz wystarczającej ilości i jakości napojów.

Rodzice bardzo chętnie wysłuchali wskazówek dotyczących prawidłowego żywienia. Przyznali, że w związku z obawą przed EA niejednokrotnie pozwalali dziecku na dodatkowe, niekoniecznie zdrowe przekąski. Traktowali to jako rekompensatę za sytuacje, które wywoływały u syna napadowy bezdech afektywny, gdyż przypisywali sobie winę za ich występowanie.

Pośrednio przy pomocy rodziców wprowadzono zapewnienie potrzeby uczenia się, odkrywania oraz zainteresowania czynnikami mającymi wpływ na prawidłowy rozwój oraz zdrowie. Chłopiec jest już w takim wieku, gdzie potrafi właściwie określić, który z produktów spożywanych jest zdrowy, a który nie. Aby to uświadomić rodzicom, zastosowano małą prezentację z udziałem syna i rodziców, podczas której poproszono dziecko o podzielenie kilku produktów na produkty, które są zdrowe i te, których lepiej unikać.

Wręczono rodzicom ulotki ze wskazówkami, jak prawidłowo należy prowadzić dietę dziecka oraz jakie produkty są bogate w żelazo. Przygotowano stałe zlecenie na badanie poziomu żelaza we krwi do realizacji w Pracowni Laboratoryjnej przy Poradni Pediatricznej Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Cel opieki przyniósł oczekiwany rezultat.

Diagnoza pielęgniarstwa 5

Niepokój rodziców spowodowany stanem zdrowia dziecka oraz brakiem jasnych prognoz i ewentualnych następstw choroby.

Cel opieki: Zminimalizowanie lęku rodziców, wyjaśnienie wątpliwości dotyczących ewentualnych następstw choroby.

Zastosowane interwencje pielęgniarские:

1. Przeprowadzenie rozmowy z rodzicami na temat ważności regularnej kontroli stanu zdrowia dziecka.
2. Zmotywowanie do wizyty u lekarza specjalisty neurologii dziecięcej, celem rozwiania wątpliwości, które zrodziły się u rodziców w związku ze stanem zdrowia dziecka.
3. Ułatwienie kontaktu z lekarzem, pomoc w uzyskaniu skierowania oraz rejestracji do poradni specjalistycznej.
4. Wskazanie możliwości uzyskania wsparcia u psychoterapeuty lub psychologa, które pozwoli zrozumieć emocje i pomoże radzić sobie z nimi.
5. Wskazanie możliwości uzyskania wsparcia duchowego, które pozwoli zdystansować się do problemu.

Ocena

Cel został osiągnięty dzięki zapewnieniu potrzeby oddania się praktykom religijnym zgodnie z wiarą rodziców. W trakcie pracy z przypadkiem okazało się, że rodzina jest głęboko wierząca i praktykująca, co bardzo pomogło w zdystansowaniu się do problemu, z którym sami nie potrafili sobie poradzić.

Obecnie rodzina oczekuje na wizytę u neurologa dziecięcego, który z punktu medycznego odniesie się do obaw związanych z potencjalnym wystąpieniem u dziecka w późniejszym wieku napadów epileptycznych. Wskazano rodzicom fragmenty publikacji, odnoszące się do wyżej wymie-

nionych obaw, celem wstępnego, przed wizytą u lekarza specjalisty, uporania się z obawami.

Diagnoza pielęgniarska 6

Nadopiekuńczość ze strony rodziców, wynikająca z obawy o zdrowie i życie dziecka.

Cel opieki: Zmiana zachowań rodziców w zakresie kontroli życia dziecka.

Zastosowane interwencje pielęgniarskie:

1. Rozmowa z rodzicami i rodzeństwem oraz próba uzyskania informacji, w jakich sytuacjach nadopiekuńczość w stosunku do chorego dziecka negatywnie wpływa na dziecko, a także na starsze rodzeństwo.

2. Zachęcenie rodziców do zaakceptowania potrzeby obcowania dziecka z rówieśnikami.

3. Motywowanie rodziców do pokonywania własnych lęków.

4. Wskazanie negatywnych skutków zachowań nadopiekuńczych, które mogą w przyszłości źle wpływać na osiągnięcie dojrzałości emocjonalnej i społecznej przez dziecko.

5. Zaproponowanie terapii rodzinnej u psychoterapeuty, który pomógłby uporać się z pojawiającym się lękiem oraz wynikającą z tego nadopiekuńczością.

Ocena

Virginia Henderson zwraca dużą uwagę na zapewnienie potrzeby związanej z wyrażaniem m.in. swoich uczuć i obaw. Rodzice mają świadomość swojej nadopiekuńczości, ale sami nie potrafią nad nią zapanować. Wyrazili zainteresowanie udziałem w terapii rodzinnej u psychoterapeuty, gdyż zdają sobie sprawę, że nie tylko oni mają problem z nadopiekuńczością – cała sytuacja ma bezpośredni wpływ również na starsze rodzeństwo.

Rodzice dziecka wykazali się dużą dojrzałością i świadomością problemu, z którym przyszło im się zmierzyć. Jeśli będą systematyczni i zaangażowani w realizację powyższego celu, mogą go osiągnąć znacznie wcześniej.

Omówienie pracy z przypadkiem

W pracy z przypadkiem wykorzystano model pielęgnowania według Virginii Henderson. Pięciolatek wymaga wsparcia, gdyż sam nie jest w stanie zaspokoić swoich potrzeb. Sam nie jest jeszcze świadomy, jakie zagrożenia niesie za sobą napadowy bezdech afektywny. Z zebranych informacji od rodziców wynika, że nie zdaje sobie sprawy ze zdarzeń, jakie towarzyszą incydentom związanym z EA. Wyżej wymieniony model pielęgnowania idealnie wpisuje się w zakres problemów występujących u analizowanego przypadku.

Dzięki zastosowaniu teorii pielęgnowania wg Virginii Henderson zaspokojono m.in. potrzeby związane z właściwym odżywianiem oraz właściwą podażą płynów. Najistotniejszym problemem była obawa o bezpieczeństwo dziecka zarówno pod kątem fizycznym, jak i psychicznym, gdyż podczas analizy wywiązał się problem z nadopiekuńczością. To pozwoliło odnieść się do zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa otoczenia, ale również właściwej komunikacji pomiędzy poszczególnymi członkami rodziny oraz umiejętnym wyrażaniu swoich uczuć i obaw, w czym pomógł rodzinie psychoterapeuta. Rodzice odnaleźli względny spokój wewnętrzny, oddając się praktykom religijnym. W dalszych perspektywach korzystnie wpłynie to na postrzeganie przez nich problemów. Również rozmowa ze specjalistą jest bardzo ważna z punktu widzenia ewentualnych chorób w późniejszym wieku dziecka.

Wnioski i spostrzeżenia

1. Wykorzystanie modelu opieki wg Virginii Henderson u dziecka z EA jest zasadne, gdyż traktuje pacjenta całościowo, włączając w jego opiekę najbliższe otoczenie, w tym wypadku rodzinę.
2. Wczesne rozpoznanie EA przyczynia się do lepszych efektów leczenia, z zastosowaniem właściwych metod psychoterapeutycznych.
3. W przypadku dzieci ze zdiagnozowanym EA jedną z największych trosk rodziców/opiekunów jest to, czy pojawiające się epizody mogą rozwinąć się w późniejszym wieku w padaczkę.

4. Rodzice w obawie przed wystąpieniem napadowego bezdechu afektywnego są nadopiekuńczy, nie stawiają dziecku żadnych granic oraz starają się chronić dziecko przed potencjalnym bodźcem wyzwalającym.

5. Zbyt mała świadomość i wiedza dotycząca PNE wśród lekarzy rodzinnych oraz pediatrów, z którym inicjowany jest pierwszy kontakt rodzica z dzieckiem, z objawami wskazującymi na EA.

Piśmiennictwo

1. Nurkovic Jasmin S., *Characteristics of Paroxysmal Nonepileptic Seizures within Pediatric Population*, EC Paediatrics 2.2.2016, s. 128–138.
2. Patel H., Scott E., Dunn D., Garg B., *Nonepileptic Seizures in Children*, "Epilepsia" 2007, vol. 48 (11), s. 2086–2092.
3. Volpe Joseph, Inder Terrie, Darras Basil, de Vries Linda, du Plessis Adre, Neil Jeffrey, Perlman Jeffrey, *Volpe's neurology of the newborn*, 6th ed., Elsevier, Philadelphia, PA 2018.
4. Cuvelier Jean-Christophe, Lépine Anne, *Childhood periodic syndromes*, *Pediatr Neurol* 2010, vol. 42, s. 1–11.
5. Auxéméry Yann, Hubsch Cecile, *Psychogenic non epileptic seizures: a review*, "Encephale" 2011, vol. 37 (2), s. 153–158.
6. Ito Yuji, Kidokoro Hiroyuki, Negoro Tamiko, Tanaka Masaharu, Okai Yu, Sakaguchi Yoko, Ogawa Chikako, Takeuchi Tomoya, Ohno Atsuko, Yamamoto Hiroyuki, Nakata Tomohiko, Maesawa Satoshi, Watanabe Kazuyoshi, Takahashi Yoshiyuki, Natsume Jun, *Paroxysmal nonepileptic events in children with epilepsy*, *Epilepsy Research* 2017, 132: 59–63.
7. Yılmaz Ünsal, Serdaroğlu Ayşe, Gürkaş Esra, Hirfanoğlu Tuğba, Cansu Ali, *Childhood paroxysmal nonepileptic events*, *Epilepsy & Behavior* 2013, 27 (1): 124–9.
8. Sawchuk Tyson, Asadi-Pooya Ali A., Myers Lorna, Valente Kette D., Restrepo Anilu Daza, D' Alessio Luciana, Homayoun Maryam, Bahrami Zahra, Alessi Rudá, Aroni Paytan Angélica, Kochen Silvia, Taha Firas, Lazar Lorraine M., Pick Susannah, Nicholson Timothy R., Buchhalter Jeffrey, *Clinical characteristics of psychogenic nonepileptic seizures across the lifespan: An international retrospective study*, *Epilepsy & Behavior* 2020, 102: 106705.
9. Hernández CH.M., Esquivel P.N., López E.M., *Pathophysiology, differential diagnosis and treatment of severe emotional apnea: based on report case*, *Rev Chil Pediatr* 2014, 85 (4): 481–5.
10. Borkowska Julita, Kotulska-Jóźwiak Katarzyna, *Napady afektywnego bezdechu*, *Pediatr Dypl* 2012, 16 (2): 39–43.

11. Amoozgar Hamid, Saleh Fazl, Farhani Nahal, Rafiei Mohammad, Inaloo Soroor, Asad-ipooya Ali-Akbar, *Cardiac Repolarization Changes in the Children with Breath-Holding Spells*, Iranian Journal of Pediatrics 2013, 23 (6): 687–692.
12. DiMario F.J., *Breath-holding spells in childhood*, Am J Dis Child. 1992, 146 (1): 125–31.
13. Tsikouris JP, Klugger J, Song J et al., *Changes in p-wave dispersion and p wave duration after open heart surgery are associated with peak incidence of atrial fibrillation*, Heart Lung 2001, 30 (6): 466–71.
14. Whitehouse William P., *Reflex asystolic syncope*, Paediatrics and Child Health 2013, 23 (6): 263–268.
15. Fredo FW, Bruck I, Antoniuk SA., *Crise de Perda de fôlego refratária e uso da associação Escopolamina e Piracetam*, J Paran Pediatr. 2016, 17 (4): 91–3.
16. Kang Bu Seon, Lee Jinsun, Choi Jin Hyuk, Kwon Hyeok Hee, Kang Joon Won, *Clinical Manifestations of Headache in Children Younger Than 7 Years*, Korean Journal of Pediatrics 2018, 61 (11).
17. Zeynalova-Latifofa Gunel, *Nonpileptic Paroxysmal disorders in children. Affective-Respiratory paroxysm.in.children*, International Conference on Central Nervous System Disorders & Therapeutics 2016, 7 (5).
18. Anil B.G., Nedunchezian K., Jayanthini V., Pathmanabhan M., *Breath holding spells: evaluation of autonomic nervous system function*, Indian Pediatr. 2005, 42 (9): 923–7.
19. Hamed Sherifa A., Gad Eman Fathalla, Sherif Tahra Kamel, *Iron deficiency and cyanotic breath-holding spells: The effectiveness of iron therapy*, Pediatr Hematol Oncol. 2018, 35 (3): 186–195.
20. Bidabadi Elham, Poornabi Darzi Sedigheh, Mashouf Parham, Shahraki Tamkin, *Effectiveness of Iron Therapy on Breath Holding Spells in the Children*, Iran J Child Neurol. 2019, 13 (4): 155–161.
21. Moore DM, Rizzolo D., *Sandifer syndrome*, JAAPA 2018, 31: 18–22.
22. Mindlina I., *Diagnosis and management of Sandifer syndrom.in.children with intractable neurological symptoms*, Eur J Pediatr 2020, 179: 243–50.
23. Seung Hyo Kim, Hunmin Kim, Byung Chan Lim, Jong-Hee Chae, Ki Joong Kim, Yong Seung Hwang, Hee Hwang, *Paroxysmal nonepileptic events in pediatric patients confirmed by long-term video-EEG monitoring-Single tertiary center review of 143 patients*, Epilepsy Behav. 2012, 24 (3): 336–40.
24. Luat Aimee F., Kamat Deepak, Sivaswamy Lalitha, *Paroxysmal nonepileptic events in infancy, childhood, and adolescence*, Pediatric Annals 2015, 44 (2): 18–23.
25. Sunehag AL and Haymond MW., *Hypoglycemia in infants and children*, [in:] *Pediatric Nutrition Handbook*, 5th edition, Kleinman RE (ed.), American Academy of Pediatrics, USA. 2004, 515–535.
26. Tatli Burak, Güler Serhat, *Non epileptic paroxysmal events in childhood*, Turk Pediatr Ars. 2017, 52 (2): 59–65.

27. Pręgowska Katarzyna, Miszczak-Knecht Maria, Brzezinska-Paszke Monika, Rękawek Joanna, Turska-Kmieć Anna, Bieganowska Katarzyna, *Napady afektywnego bezdechu z asystolią u 13-miesięcznej dziewczynki, poprawa po uzupełnieniu niedoboru żelaza – opis przypadku i przegląd aktualnego piśmiennictwa*, *Pediatr Med Rodz* 2009, 5 (4): 281–285.
28. Zou R, Wang S, Zhu L, Wu L, et al., *Calgary score and modified Calgary score in the differential diagnosis between neurally mediated syncope and epilepsy in children*, *Neurol Sci*. 2017, 38 (1): 143–9.
29. Bieganowska K., *Test pochyleniowy u dzieci młodzieży*, *Folia Cardiologica* 1999, 6 (1): 34–39.
30. Iriarte J., Parra J., Urrestarazu E., Kuyk J., *Controversies in the diagnosis and management of psychogenic pseudoseizures*, *Epilepsy Behav* 2003, 4: 354–9.
31. Nemade Dipali, Shivkumar Vikram, Ferguson Paul, Singh Jaysingh, Shah Sona, *Psychosocial and Physiologic Characteristics of Patients with Non-epileptic Events: A Retrospective Study*, *Cureus*. 2020, 12 (1): e6767.
32. Beach R., Reading R., *The importance of acknowledging clinical uncertainty in the diagnosis of epilepsy and non-epileptic events*, *Archives of Disease in Childhood* 90. 2005, 1219–1222.
33. Schwind Mariana Richartz, Antoniuk Sérgio Antonio, *Paroxysmal nonepileptic events in childhood and adolescence*, *Residência Pediátrica* 2018, 8 (supl. 1): 93–102.
34. Sawionek Iwona, *Czy dziecko, u którego występują napady afektywnego bezdechu wymaga diagnostyki?* Zakład Neurodiagnostyki SPDSK w Warszawie, Ośrodek Wczesnej Interwencji PSOUU w Warszawie 2016.
35. <http://www.ratuj.edu.pl/aktualnosc/48>.

