



Państwowa Medyczna
Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Urząd Marszałkowski
Województwa Opolskiego



Wybrane aspekty opieki pielęgniarstwa i położniczej w różnych specjalnościach medycyny

T. 1

pod redakcją
Marioli Wojtal
Danuty Żurawickiej

Opole 2013





**Państwowa Medyczna
Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu**



**Urząd Marszałkowski
Województwa Opolskiego**

**Wybrane aspekty
opieki pielęgniarstwa i położniczej
w różnych specjalnościach medycyny**

T. 1

pod redakcją
Marioli Wojtal, Danuty Żurawickiej

Opole 2013

Recenzenci:

Dr n. med. Donata Kurpas
Dr n. med. Wojciech Guzikowski

Publikacja współfinansowana
przez Samorząd Województwa Opolskiego

© Copyright by Państwowa Medyczna Szkoła Zawodowa w Opolu,
Opole 2013

ISBN 978-83-935324-1-4
978-83-7511-176-7

Przygotowanie okładki: *Janina Drozdowska*
Redakcja i korekta: *Violetta Sawicka, Maria Szwed*
Redakcja techniczna: *Janina Drozdowska*



WYDAWNICTWO INSTYTUT ŚLĄSKI Sp. z o.o.
45-082 Opole, ul. Piastowska 17, tel. 77/454 01 23
e-mail: wydawnictwo@is.opole.pl
Nakład 300 egz. Objętość 15,2 ark. wyd., 16,5 ark. druk.

Spis treści

Wprowadzenie [<i>Mariola Wojtal, Danuta Żurawicka</i>]	5
Działania środków odurzających w okresie prenatalnym i rozwojowym Zofia Wojdyła	7
Zaburzenia odżywiania w ciąży - anoreksja i otyłość Marzena Mądra, Jarosław Drobnik	17
Palenie tytoniu w ciąży - badania własne Beata Popken-Haładus, Danuta Żurawicka, Małgorzata Zimnowoda	29
Problem przemocy w rodzinie w praktyce położnej Ewa Janiuk	41
Położnictwo u progu XXI wieku Aurelia Mądra, Jarosław Drobnik	53
Profilaktyka alergii -aktualne trendy Alina Kowalczykiewicz-Kuta	62
Rak gruczołu piersiowego Katarzyna Biernat, Marian Gryboś	77
Ocena jakości życia i seksualności kobiet ze schorzeniami ginekologicznymi Ewa Foks	90
Rozszczep wargi i podniebienia oraz dalsze powikłania w rozwoju dziecka Aleksandra Materkowska, Jerzy Rudnicki	101
Świadomość kobiet na temat szkodliwości spożywania alkoholu w czasie ciąży Alicja Zimnowoda	112

Szkoła rodzenia w przygotowaniu do porodu naturalnego Beata Gibas, Hubert Huras	121
Psychologiczne następstwa przemocy wobec dziecka w rodzinie Renata Widziak, Mariola Wojtal	133
Pielęgnowanie dziecka po leczeniu operacyjnym kifektomii lędźwiowej metodą Torode Alicja Diak, Grażyna Dębska, Magdalena Nieckula	144
Udział pielęgniarki w postępowaniu diagnostycznym i leczniczym u pacjenta z krwawieniem z nosa Iwona Kobyłczyk	161
Zastosowanie plazmaferezy w oddziale intensywnej terapii - zadania pielęgniarki Aurelia Warzecha, Dominik Krzyżanowski	173
Specyfika opieki pielęgniarskiej nad pacjentem onkologicznym poddanym zabiegowi resekcji i rekonstrukcji płatem wolnym w obrębie twarzoczaszki Małgorzata Lochmajer, Izabela Wróblewska	184
Problemy pielęgnacyjne u pacjenta w zaawansowanym stadium stwardnienia rozsianego - opis przypadku Sylwia Oleśniewicz, Izabela Wróblewska	200
Wpływ edukacji u osób w wieku podeszłym z cukrzycą typu 2 na subiektywną jakość życia - rola pielęgniarki Lidia Żukowska, Dominik Krzyżanowski	209
Rola pielęgniarki na stanowisku dyspozytora medycznego. Proces dysponowania, badania własne Zbigniew Twórzewski	217
Postępowanie terapeutyczne w osteoporozie Aneta Soll, Agnieszka Mastalerz-Migas	237
Grypa - problem ciągle istotny Dominika Lerch, Agnieszka Mastalerz-Migas	250

Wprowadzenie

Bądź obecny

„Są takie chwile, kiedy czyjaś pomocna dłoń jest niezbędna,
czyjaś obecność jest ratunkiem,
wybawieniem, otuchą, pocieszeniem.
Jak dobrze, że jest ktoś,
do kogo możesz zwrócić się o pomoc.
Jak dobrze, że ty jesteś,
by komuś przyjść z pomocą,
po prostu przy nim być, gdy tego potrzebuje.
Jak dobrze, że jesteś... ”

Małgorzata Stolarska

Przekazujemy w ręce Czytelników pozycję z nowego cyklu wydawniczego Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu *Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej i położniczej w różnych specjalnościach medycyny* z nadzieją, że wzbudzi Państwa zainteresowanie.

Publikacja ta będzie kontynuacją idei zapoczątkowanej przez Pana Profesora Andrzeja Steciwko – promowania osiągnięć pielęgniarek i położnych, absolwentek PMWSZ w Opolu, w zakresie wiedzy medycznej, kompetencji zawodowych oraz badań naukowych w pielęgniarstwie i położnictwie.

Pomoc profesjonalna w tak zróżnicowanych specjalnościach medycyny, opieka pielęgniarska i położnicza na najwyższym poziomie, ustawiczny rozwój zawodowy i wysokie kwalifikacje pielęgniarek i położnych jako samodzielnych specjalistek – to oczekiwania społeczne i wysokie wymagania stawiane współczesnemu pielęgniarstwu i położnictwu.

Nie ma już wśród nas Pana Profesora Andrzeja Steciwko. Zakończyliśmy wieloletni cykl wydawniczy *Pielęgniacyjne i kliniczne aspekty opieki nad chorymi*, którego był współredaktorem, ale „dzieło trwa” z pamięcią o Panu Profesorze.

Redaktorzy:

Mariola Wojtal, Danuta Żurawicka

ZOFIA WOJDYŁA*

Działania środków odurzających w okresie prenatalnym i rozwojowym

Wpływ alkoholu na rozwój płodu

Teratogenne działanie alkoholu oddziałuje na fazy rozwojowe płodu. Oceniając toksyczny wpływ alkoholu na zarodek, należy wziąć pod uwagę fazę ciąży oraz ilość spożytego alkoholu [1–2]. Narażenie zarodka na wpływ substancji chemicznej w czasie fazy różnicowania się komórek przyczynia się do powstawania wad budowy głowy i twarzy [3–4]. W stadium embrionalnym pomiędzy 3. a 6. tygodniem ciąży najbardziej podatne na anomalie rozwojowe są: serce, ramiona, kończyny dolne, narząd wzrokowy i słuchu, a między 6. a 8. tygodniem – układ kostny, podniebienie oraz narządy płciowe [5–7]. Narażenie na uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego w życiu płodowym jest uwarunkowane szczytowym stężeniem alkoholu, wówczas gdy do ekspozycji dochodzi pomiędzy 3. a 16. tygodniem ciąży [8, 5]. Anomalie strukturalne ośrodkowego układu nerwowego związane z działaniem alkoholu na płód w I trymestrze ciąży warunkują: powstawanie małogłowie, mikrocefalii (małomózgowia), zmniejszenie wymiarów mózgu, mózdzku, zwojów podstawowych i międzymózgowia, agenezję ciała modzelowatego, nieprawidłowości w budowie dendrytów, powiększenie komór oraz zespół Dandy-Walkera (wady wrodzone tyłomózgowia) [8–10]. Ponadto obserwuje się wiele zaburzeń funkcjonalnych mózgu, takich jak: zaburzenia neuroprzekazywania sygnałów oraz zaburzenia przekazywania sygnałów wewnątrzkomórkowych [8–10].

* Powiatowy Szpital im. J. Głowatzkiego w Strzelcach Opolskich.

Metody rozpoznawania ekspozycji alkoholowej w okresach prenatalnym i rozwojowym dziecka

Pierwszym punktem związanym z rozpoznaniem ekspozycji alkoholowej jest wywiad dotyczący obecności etanolu w życiu kobiety przed ciążą i w okresie prenatalnym. Z uwagi na możliwość zafałszowania odpowiedzi i uzyskania nieprawdziwych danych zostały opracowane specjalne kwestionariusze dotyczące ekspozycji alkoholowej. Zawierają one odpowiednio dobrane pytania, których celem jest wyeliminowanie u badanych kobiet osiągnięcia wyniku jednoznacznie dowodzącego abstynencji alkoholowej [11].

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism wskazuje, że najbardziej dokładny jest kwestionariusz badań autorstwa Sokola i wsp. Ankieta o nazwie T-ACE, użyta w badaniach grupy 971 kobiet ciężarnych, bezbłędnie pokazuje, że 69% z nich nadużywało alkoholu w ciąży. Udowodniono znaczne różnice w ocenie ryzyka ekspozycji alkoholowej w ciąży przy zastosowaniu T-ACE w stosunku do innych kwestionariuszy. Za większą skutecznością T-ACE dodatkowo przemawia to, że jest to ankieta krótka i łatwa do przeprowadzenia jako badanie przesiewowe w poradniach ginekologicznych i szpitalach położniczych [11-12].

Kolejną formą diagnostyki, będącą uzupełnieniem wywiadu, jest badanie laboratoryjne. Zaproponowane przez Taracha i wsp. oznaczenie stężenia poziomu GGT (γ -glutamylotransferazy) oraz HEX (β -heksozoaminidazy) w moczu (a nie jak dotychczas w surowicy) jest badaniem szeroko dostępnym, które cechuje się nieinwazyjnością i precyzją wyniku [13].

Badania Niemca i wsp. potwierdzają istotność wcześniejszych założeń Tarachy. Niemiec zaprezentował wyniki badań przeprowadzonych na 22 kobietach, które deklarowały w wywiadzie, że nie spożywały alkoholu w okresie ciąży. Oznaczono aktywność GGT i HEX w moczu badanych kobiet. Przyjęto normę GGT – średnio 3,65 j/mol kreatyniny zdrowego człowieka, natomiast w badanej grupie norma ta wyniosła od 1,1 do 6,3 j/mol kreatyniny. Podobnie przedstawiono wyniki stężenia HEX, które nieco przewyższały poziom normy (0,21 j/mol kreatyniny – norma, wynik Niemca i wsp. – od 0,2 do 0,28 j/mol kreatyniny). We wnioskach wyszczególniono, że oznaczenie wyżej podanych markerów pomaga w monitorowaniu ekspozycji alkoholowej kobiet w okresie prenatalnym, a w szczególności udowodniono przydatność badań do oceny rzetelności wcześniejszego wywiadu (jako jego uzupełnienie) [13].

Wczesne wykrycie zmian neurologicznych i postawienie właściwej diagnozy po ekspozycji alkoholowej w okresie rozwojowym dziecka, wa-

runkuje rozpoczęcie odpowiedniego leczenia terapeutycznego. Oprócz widocznych zmian morfologicznych i zaburzeń behawioralnych do postawienia precyzyjnej diagnozy stosuje się metody obrazowe w postaci jądrowego rezonansu magnetycznego (MRI). Nieprawidłowości strukturalne mózgu w obrazie MRI charakteryzują się dysproporcją ilości substancji szarej w stosunku do substancji białej. Dodatkowo charakterystyczne dla dzieci z płodowym zespołem alkoholowym (PZA) jest zmniejszenie masy mózgu, zmniejszenie jądra ogoniastego, ścięczenie lub niewykształcenie się ciała modzelowatego oraz mniejszą masę mózdzku i hipokampa w odniesieniu do dzieci zdrowych [13–16]. W celu uzyskania dodatkowych informacji diagnostycznych PZA, w połowie lat 90. w Stanach Zjednoczonych użyto pozytronowej tomografii emisyjnej (PET). Dzięki temu uzyskano wgląd w funkcjonowanie ośrodkowego układu nerwowego [17]. W Polsce najnowszą techniką rozpoznawania PZA jest protonowa spektroskopia rezonansu magnetycznego, która została przedstawiona w 2008 r. przez prof. Andrzeja Urbanika (Uniwersytet Jagielloński), w trakcie podsumowania kampanii „ciąża bez alkoholu” [18].

Fetal Alcohol Syndrome – płodowy zespół alkoholowy

Pierwsze badania dotyczące wpływu alkoholu na rozwijający się płód zostały przeprowadzone w 1968 r. we Francji. Na podstawie obserwacji występujących defektów ośrodkowego układu nerwowego oraz zaburzeń behawioralnych rozpoczęto prace nad przyczynami tych anomalii. Termin *Fetal Alcohol Syndrome* (FAS) pojawił się w literaturze w 1973 r. za sprawą Jonesa i Smitha, którzy sformułowali definicje nieodwracalnych zmian w strukturze rozwojowej płodu matek spożywających alkohol w ciąży [17].

Z uwagi na różnorodność występowania objawów po ekspozycji alkoholowej oraz wpływ częstości i ilości wypijanego alkoholu, można wyodrębnić poszczególne kategorie tworzące FASD (*Fetal Alcohol Syndrome Disorders*):

- FAS - występuje przy częstym nadużywaniu alkoholu w ciąży,
- FAE (*Fetal Alcohol Effects*) - pojedyncze przypadki ekspozycji alkoholowej w ciąży (objawy podobne do FAS, ale o mniejszym nasileniu),
- ARND (*Alcohol - Related Neurodevelopmental Disorders*) - objawy kliniczne związane jedynie z zaburzeniami układu nerwowego,
- ARBD (*Alcohol - Related Birth Defects*) - wady wrodzone występujące przy nadużywaniu alkoholu w okresie prenatalnym [19].

Rozpoznanie płodowego zespołu alkoholowego

Wyróżnia się trzy podstawowe kategorie rozpoznania klinicznego dzieci matek nadużywających alkohol w ciąży:

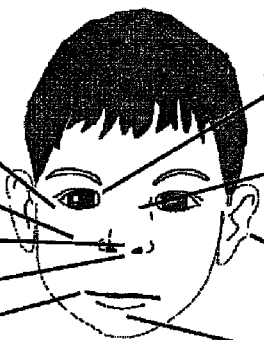
I. Opóźnienie rozwoju fizycznego – w okresie prenatalnym hypotrofia płodu, w okresie pourodzeniowym nieprawidłowy rozwój układu szkieletowego oraz nieprawidłowy przyrost masy ciała i wzrostu.

II. Zaburzenia funkcji układu nerwowego (problemy poznawcze, zaburzenia koncentracji i pamięci długotrwałej, problemy z nauką, zaburzona umiejętność myślenia abstrakcyjnego) – mające znaczenie w sposobie integracji społecznej (impulsywność, nadpobudliwość, nadmierny upór) oraz dysfunkcje koordynacji ruchowej.

III. Dysmorfia twarzoczaszki – cechy różnicujące, które ściśle określają FAS i cechy towarzyszące związane z FAS (ryc. 1) [19–21].

Cechy różnicujące FAS

krótkie szpary powiekowe
płaska część środkowa twarzy
krótki nos
spłaszczone rytnienka podnosowa
wąska górna warga



Cechy związane z FAS

zmarszczka kącika oka
szeroka nasada nosa
zniekształcenia płatka usznego
małożuchwie (*micrognathia*)

Rycina 1. Cechy charakterystyczne w budowie twarzy dziecka z FAS [21: 139]

Postępowanie po rozpoznaniu FAS

American Academy of Pediatrics Committees on Substance Abuse donosi, że na podstawie badań eksperymentalnych na zwierzętach, istnieje możliwość profilaktyki FAS u kobiet przyznających się do choroby alkoholowej. Podawanie kwasu acetylosalicylowego, cynku, neuropeptydów, inhibitorów syntezy tlenku azotu i długołańcuchowych kwasów tłuszczowych może przyczynić się do złagodzenia negatywnego wpływu alkoholu na płód [22].

W pierwszych dobach życia należy zwrócić uwagę na tego noworodka, u którego zauważyć można objawy charakterystyczne dla zespołu odstawienia alkoholu. Zaburzenia te dotyczą obszaru pewnych zachowań, w tym zakłócenia rytmu snu i czuwania, drażliwość. Obserwuje się również zaburzenia metaboliczne (hipoglikemia, drżenie, drgawki, nadmierna utrata ciepłoty) i zaburzenia związane z układem krwionośnym (nadciśnienie lub niedociśnienie tętnicze). Leczenie noworodków jest wyłącznie objawowe i charakterystyczne dla pojawienia się poszczególnych zmian [8].

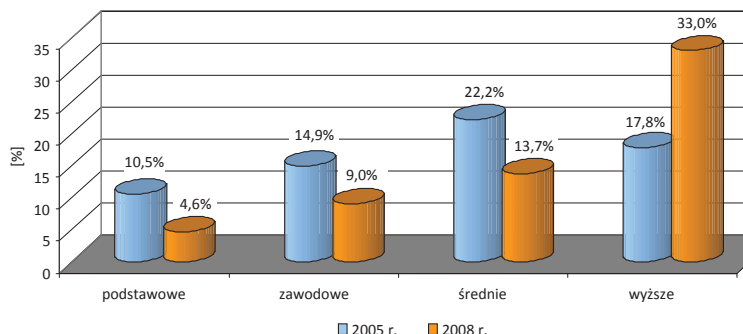
Leczenie dzieci z FAS w wieku rozwojowym jest bardzo indywidualne i uzależnione od typu upośledzenia. Im wcześniej zostaje wykryte zaburzenie, tym szybciej można rozpocząć leczenie w formie terapii ukierunkowanej. Oprócz zaburzeń pojawiających się w okresie noworodkowym i w wieku rozwojowym (zaburzenia pierwotne), wraz z dorastaniem, w przyszłości może dojść do pojawienia się zaburzeń wtórnych. Dzieci z FAS narażone są w większym stopniu niż dzieci zdrowe na wystąpienie chorób psychicznych oraz uzależnień od alkoholu, leków czy narkotyków [8].

Doniesienia na temat obecności alkoholu w życiu kobiet

W ostatnich latach coraz częściej mówi się o czynnikach predysponujących do wystąpienia FAS. Odnotowano, że rasa i status socjoekonomiczny mają wpływ na wystąpienie defektów związanych z piciem alkoholu w ciąży. Największy odsetek pojawienia się FAS zauważalny jest wśród rasy afroamerykańskiej i indiańskiej [14].

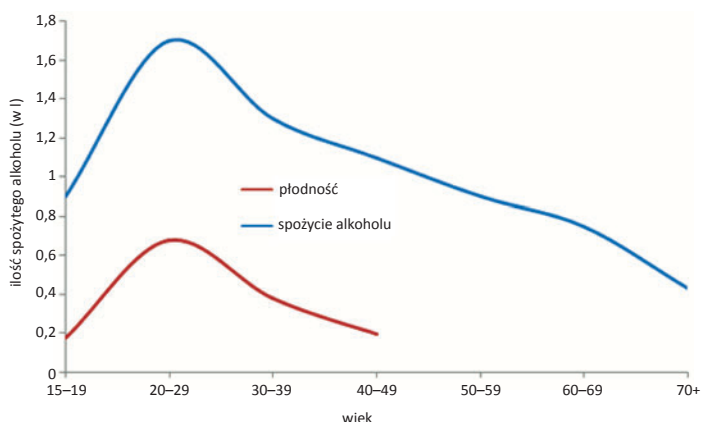
Przypadki FAS są częściej odnotowywane w Stanach Zjednoczonych, niż w Europie. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists w danych z 2006 r. podaje, że w USA na 1000 żywych urodzeń 9 to noworodki z FAS. Moskalewicz informuje, że w badaniach przeprowadzonych w Australii, Wielkiej Brytanii, Hiszpanii, Danii, Francji, Włoszech, Holandii, Portugalii i Szwecji odnotowano 4 przypadki FAS. Spożycie alkoholu w USA i Europie jest podobne, ale to w Europie obserwujemy 20 razy mniej przypadków z FAS [23, 14]. W Polsce na przestrzeni lat obserwuje się tendencję spadkową związaną z piciem alkoholu w ciąży. Przyczyniają się do tego działania rządowych agencji stworzonych do walki z alkoholem, które są autorami kampanii „Ciąża bez alkoholu”. Badania przeprowadzone w 2005 r. przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) świadczą o tym, że spośród wszystkich badanych kobiet będących w ciąży 16,5% potwierdza konsumpcję alkoholu, natomiast w 2008 r. spożywanie alkoholu deklaruje już tylko 12,0%. Niepokojące jest

to, że wśród badanych kobiet pijących alkohol w ciąży największy procent stanowiły te, które miały wyższe wykształcenie. W latach 2005–2008 procent ten zwiększył się z 17,8 do 33,0% (ryc. 2) [24].



Rycina 2. Kobiety pijące alkohol w ciąży a wykształcenie (w %) [24]

Czynnikiem przyczyniającym się do wystąpienia wad rozwojowych związanych ze spożyciem alkoholu jest zależność wieku kobiet i najwyższego poziomu konsumpcji alkoholu. Moskalewicz, posiłkując się badaniami z 2006 r., wymienia dane ukazujące występowanie korelacji pomiędzy ilością spożycia alkoholu a wiekiem kobiet. Najwięcej alkoholu piją kobiety pomiędzy 20. a 29. rokiem życia, co oznacza, że spożywają go w okresie największej płodności (ryc. 3) [25].



Rycina 3. Spożycie alkoholu w litrach a płodność [23: 59]

Działanie narkotyków na rozwijający się płód i ich skutki

Palenie marihuany w ciąży nie przyczynia się do zaburzeń rozwoju fizycznego płodu i nie wpływa negatywnie na wzrastanie fizyczne dziecka w okresie rozwojowym. Natomiast obserwuje się związek pomiędzy paleniem marihuany w I i II trymestrze ciąży a rozwojem intelektualnym dziecka. Destrukcyjny wpływ narkotyku na rozwój ośrodkowego układu nerwowego u 3-letniego dziecka przyczynia się do zaburzenia rytmu snu. U dzieci starszych powoduje, podobnie jak alkohol, niski poziom inteligencji, zaburzenia pamięci krótkotrwałej, myślenia logicznego, abstrakcyjnego i obrazowego. Zmiany te są nieodwracalne i towarzyszą człowiekowi również w życiu dorosłym.

W latach 90. amerykańscy naukowcy poddali badaniom dzieci, których matki przyznały się do palenia marihuany w ciąży. Fried i Watkinson u dzieci w wieku od 3 do 6 lat zauważyli słabe wyniki w testach określających umiejętności werbalne i zapamiętywanie, jak również trudności w zadaniach wymagających koncentracji. Zachowanie dzieci było impulsywne, wykazywały one zniecierpliwienie i nadmierne pobudzenie [26]. Jednym z najbardziej niebezpiecznych narkotyków przechodzących przez barierę łożyskową i wpływających teratogennie na rozwijający się płód jest kokaina. Badania dotyczące zażywania kokainy nie są jednoznaczne. Natomiast większość naukowców obserwuje u tych kobiet częstość występowania porodów przedwczesnych, a także większe prawdopodobieństwo przedwczesnego oddzielenia się łożyska. Kokaina powoduje nagły wzrost ciśnienia tętniczego oraz nagłe zwężenie naczyń krwionośnych łożyska, wpływając tym samym na śmierć płodu. Coles i wsp. podają, że stałe przyjmowanie kokainy w ciąży doprowadza do hypotrofii płodu. Często u noworodków obserwuje się również zespół abstynencji, objawiający się drżeniem mięśni oraz osłabieniem ich napięcia spoczynkowego, a także brakiem odruchu ssania [26–27].

Wpływ palenia tytoniu na płód i skutki jego działania

Mechanizm działania tytoniu na płód polega na głębokim niedotlenieniu. W czasie palenia płód otrzymuje oprócz tlenu dużą ilość tlenku węgla, który wiążąc się z hemoglobina tworzy karboksyhemoglobinę. Zwiększone stężenie karboksyhemoglobiny utrzymuje się w organizmie ciężarnej nawet do 12 godzin. Nikotyna powoduje obkurczanie naczyń krwionośnych, co skutkuje wzrostem ciśnienia tętniczego krwi. Mecha-

nizmy te prowadzą do występowania częściej niż u kobiet niepalących (30–70%) samoistnych poronień. Poród przedwczesny o 36–47% pojawia się częściej niż u kobiet niepalących; 100% wyższe ryzyko wystąpienia śmiertelności płodu po 20. tygodniu ciąży ma miejsce wówczas, gdy matka wypala 10 papierosów dziennie. Odnotowuje się również wyższy stopień zachorowalności i śmiertelności dzieci do 5. roku życia. Palenie w ciąży przyczynia się także do wystąpienia wad rozwojowych układu krążenia i układu moczowo-płciowego. Palenie tytoniu zwiększa ryzyko pojawienia się hypotrofii płodu, przedwczesnego oddzielenia się łożyska i łożyska przodującego [28–30, 20].

Zauważalna jest również zależność pomiędzy dziennym wypalaniem papierosów przez kobiety ciężarne a punktacją skali Apgar po porodzie. National Collaborative Perinatal Project podaje, że noworodki kobiet, które w ciąży wypalały od 41 do 60 papierosów dziennie otrzymały w 1 i 5 minucie o wiele mniejszą punktację Apgar. Palenie tytoniu wiąże się często z występowaniem tzw. zespołu nagłej śmierci niemowląt (*Sudden Infant Death Syndrome* – SIDS). Mechanizm wystąpienia tego zespołu nie ma konkretnych przyczyn, jednak wiadomo, że palenie zwiększa możliwość pojawienia się SIDS nawet 2–3-krotnie [31].

Dostarczanie nikotyny w okresie prenatalnym skutkuje deficytem w rozwoju intelektualnym i emocjonalnym. Na podstawie przeprowadzonych badań British Perinatal Mortality Study informuje, że stężenie nikotyny w ciąży powoduje dysfunkcję mózgu oraz niskie IQ u dzieci dorastających. Nikotyna uszkadza komórki centralnego układu nerwowego, co prowadzi do wad cewy nerwowej niezwiązanej z brakiem kwasu foliowego. Pomimo wiedzy kobiet na temat wpływu palenia, nadal określa się, że na świecie aż 200 tys. (1/3) ciężarnych nie potrafi poradzić sobie z uzależnieniem [28–31].

Bibliografia

[1] Larkby C., Day N. Skutki działania alkoholu na płód. W: Durda R. red. *Badania nad dziećmi alkoholików*. Warszawa: PARPA 2000: 32–33.

[2] Dyr W. Teratogenne działanie alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania* 2005, 1/2: 19–25.

[3] Michaelis E., Michealis L. *Komórkowe i molekularne podstawy teratogennych właściwości alkoholu*. W: *Uszkodzenia płodu wywołane alkoholem*. Warszawa: PARPA 1997: 26–27.

[4] Czech E., Hartleb M. Poalkoholowe uszkodzenia płodu jako niedoceniana przyczyna wad rozwojowych i zaburzeń neurobehawioralnych u dzieci. *Alkoholizm i Narkomania* 2004, 1/2: 9–20.

[5] Jacobson S. *Ocena skutków działania alkoholu wypijanego przez matkę w czasie ciąży i po urodzeniu*. W: Durda R. red. *Badania nad dziećmi alkoholików*. Warszawa: PARPA 2000: 48.

- [6] Dziewięć miesięcy bez alkoholu: ogólnopolska kampania edukacyjna „Cięża bez alkoholu”. *Świat Problemów* 2007, 8: 1–4.
- [7] Lichtenberg-Kokoszka E., Straub R. W okresie prenatalnym: FAS – alkoholowy zespół płodowy. *Świat Problemów* 2002, 10: 28–31.
- [8] Gleason C. Wpływ alkoholu na rozwijający się mózg płodu. *Pediatrics po Dyplomie* 2002, 4: 96–101.
- [9] Dziadowska O. Narażenie płodu na działanie alkoholu a mózg. *Świat Problemów* 2002, 3: 39–41.
- [10] Komorowska M. Uszkodzenia mózgu u dzieci z FASD. *Remedium* 2007, 12: 6–7.
- [11] Instytut Psychologii Zdrowia. Alkohol i nauka. <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/51-alkohol-i-nauka/256-alkoholowy-zespol-plodowy.html> [03.01.2013].
- [12] Russell M. *Nowe testy badające picie ryzykowne wśród kobiet ciężarnych Testy T-ACE, TWEAK i inne*. W: *Uszkodzenia płodu wywołane alkoholem*. Warszawa: PARPA 1997: 109.
- [13] Niemiec K. i wsp. *Determination of Beta-Hexosaminidase and Gamma – Glutamylotranspeptidase activities in urine of pregnant women as markers for monitoring consumption of alcohol*. *Medycyna Wieku Rozwojowego* 2003, 4: 632–637.
- [14] Fraser W. Wpływ alkoholu na przebieg ciąży. *Aktualne stanowisko Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*. *Medycyna Praktyczna. Ginekologia i Położnictwo* 2007: 44.
- [15] Mattson S., Jerningan T., Riley E. *Zastosowanie MRI do badania skutków narażenia na wpływ alkoholu w życiu płodowym*. W: *Uszkodzenia płodu wywołane alkoholem*. Warszawa: PARPA 1997: 89–93.
- [16] Jadczyk-Szumilo T. Dlaczego jest potrzebna wczesna diagnoza dla dzieci z FAS? *Świat Problemów* 2008, 12: 8–11.
- [17] Aase J. *Kliniczne rozpoznawanie Alkoholowego Zespołu Płodowego (FAS). Trudności w wykrywaniu i diagnostyce*. W: *Uszkodzenia płodu wywołane alkoholem*. Warszawa: PARPA 1997: 1–10.
- [18] Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych 2008. http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=262&Itemid=2 [05.01.2013].
- [19] Larkby C., Day N. *Skutki działania alkoholu na płód*. W: Durda R. red. *Badania nad dziećmi alkoholików*. Warszawa: PARPA 2000: 27–30.
- [20] Boyle R. Wpływ niektórych używek i leków na płód i noworodka. *Pediatrics po Dyplomie* 2002, 6: 62–65.
- [21] Streissgith A. *Odległe rokowania w FAS*. W: *Uszkodzenia płodu wywołane alkoholem*. Warszawa: PARPA 1997: 139.
- [22] American Academy of Pediatrics Committees on Substance Abuse and Children with Disabilities FAS and alcohol – related neurodevelopmental disorders. *Pediatrics* 2000: 358–361.
- [23] Moskalewicz J. Problemy zdrowia prokreacyjnego związane z konsumpcją alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania* 2007, 1: 57.
- [24] Jak zmieniają się postawy kobiet wokół picia alkoholu w ciąży, PARPA 2008. http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=164&Itemid=18 [09.01.2013]
- [25] Moskalewicz J. Problemy zdrowia prokreacyjnego związane z konsumpcją alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania* 2007, 1: 59.
- [26] Day N., Richardson G. *Porównanie teratogennego działania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych*. W: *Uszkodzenia płodu wywołane alkoholem*. Warszawa: PARPA 1997: 77–83.

[27] Coles C., Platzman K., Smith I., James M., Falek A. Effects of cocaine and alcohol use in pregnancy on neonatal growth and neurobehavioral status. *Neurotoxicology and Teratology* 1992: 23–33.

[28] Adamek R. *Wpływ biernego palenia tytoniu na rozwój płodu i zdrowie noworodka*. Poznań: Wydawnictwo Uczelniane Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego 2000: 15–17.

[29] Florek E. Palenie tytoniu a płodność kobiet. *Ginekologia Praktyczna* 1996, 3: 25–26.

[30] Klonoff-Cohen H.S., Edelstein S.L., Lefkowitz E.S. The effect of passive smoking and tobacco smoke exposure through breast milk on sudden infant death syndrome. *JAMA* 1995, 273: 795–798.

[31] Zagierski M., Woś-Wasilewska E., Liberek A., Góra-Gębka M., Sikorska-Wiśniewska G., Kamińska B., Szlagatys-Sidorkiewicz A. Wpływ biernego palenia papierosów na stan zdrowia dzieci. *Pediatrics Współczesna. Gastroenterologia, Hepatologia i Żywnienie Dziecka* 2008: 195.

Adres do korespondencji:

Zofia Wojdyła

ul. Blokowa 5/1

47-100 Strzelce Opolskie

tel.: 696 965 968

e-mail: zosia742@wp.pl

MARZENA MĄDRA*, JAROSŁAW DROBNIK**

Zaburzenia odżywiania w ciąży – anoreksja i otyłość

Kiedy kobieta czeka 9 miesięcy na swoje maleństwo, jej organizm wymaga wyjątkowego traktowania. Ciąża to czas pełen nadziei, radości, niepewności, a niekiedy i lęku. Przez 40 tygodni rozwija się nowe życie, o które przyszłe mamy powinny zacząć dbać od samego początku trwania ciąży. Dla przyszłych rodziców prowadzone są szkoły rodzenia, gdzie położne dzielą się swoją wiedzą na temat całego okresu trwania ciąży i opieki nad noworodkiem. Uczymy nasze podopieczne między innymi tego jak ważna jest dieta przyszłej mamy. Staramy się uświadomić ciężarnym, że warto jeść „dla dwojga”, a nie „za dwojga”, co ma być działaniem profilaktycznym zapobiegającym zbyt dużemu przyrostowi masy ciała lub niedożywieniu w ciąży. Staramy się motywować ciężarne do zmian złych nawyków żywieniowych. Problemy z zaburzeniami odżywiania w ciąży zdarzają się w ostatnich latach coraz częściej. Trudno określić, ile ciężarnych nie chce się przyznać do problemów z jedzeniem. Chcielibyśmy zwrócić uwagę szczególnie na anoreksję, którą coraz częściej możemy zaobserwować w ciąży, oraz otyłości, która jest już sporym problemem przed zajściem w ciążę, a w trakcie jej trwania naraża organizm kobiety na wiele powikłań związanych z tą chorobą.

Czym jest anoreksja?

Anorexia nervosa, inaczej jadłowstręt psychiczny (z greckiego *an* – oznacza brak, pozbawienie, *orexis* – apetyt), jest zaburzeniem odżywiania się, które polega na celowej utracie wagi ciała, wywoływanej i podtrzymywanej przez osobę chorą [1]. Terminu tego jako pierwszy użył angielski

* Powiatowe Centrum Zdrowia w Kluczborku, Poradnia dla Kobiet.

** Instytut Położnictwa Państwowej Medycyny Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu.

lekarz William Gull w 1873 r. [2]. Należy podkreślić, że diagnozę *anorexia nervosa* można postawić tylko wówczas, gdy nie stwierdza się żadnych innych poważnych chorób psychicznych ani somatycznych [3]. Jadłowstręt psychiczny cechuje się prawdopodobnie największą śmiertelnością spośród wszystkich zaburzeń neuropsychiatrycznych. Do najważniejszych przyczyn zgonów zalicza się powikłania ze strony układu krążenia, spowodowane długotrwałym głodem się (zaburzenia wodno-elektrolitowe), oraz zamachy samobójcze (u 90% pacjentek obserwuje się zaburzenia depresyjne) [4].

Jadłowstręt psychiczny charakteryzuje się prowokowaną utratą masy ciała powyżej 15% wagi odpowiedniej do wieku i wzrostu, czyli wynik BMI będzie wynosić poniżej 17,5 (BMI – *body mas indeks* – wskaźnik masy ciała). Chora nie dostrzega swojego wychudzenia i destruktywnego wpływu na własne życie. Spadek masy ciała wywołany jest najczęściej stosowaniem diety redukcyjnej lub całkowitymi postami [5].

Dominującą cechą anoreksji jest konsekwentne dążenie do bycia coraz szczuplejszym, przy czym gdy zostanie osiągnięta docelowa masa ciała, zastępuje ją kolejna, mniejsza. Uzyskanie kontroli nad jedzeniem czy własnym ciałem jest dla chorych z anoreksją psychiczną powodem szczególnej satysfakcji i dumy, a nierzadko nawet poczucia wyższości nad innymi [6].

Chociaż cierpiący na anoreksję mogą odczuwać radość i satysfakcję płynącą z kontrolowania wagi ciała, z czasem przechodzi ona w lęk, który spowodowany jest niemożnością zapanowania nad chorobą. Następnie chory popada w apatię, zachowania obsesyjno-kompulsywne oraz w depresję. Choroba ta nieleczona prowadzi do śmierci, lecz żeby podjąć się leczenia należy zgłębić relacje rodzinne, społeczne oraz zwrócić uwagę na czynniki psychologiczne i biologiczne.

Istnieje co najmniej kilkanaście różnych teorii wyjaśniających zaburzenia związane z anoreksją. Źródeł tych zaburzeń należy poszukiwać nie tylko w kuracji odchudzającej, która wymyka się spod kontroli [5]. Problematyka zaburzeń odżywiania jest przedmiotem zainteresowań nie tylko psychologii i psychiatrii, ale także pedagogiki czy socjologii. Analizie poddano czynniki biologiczne, osobowościowe, rodzinne oraz społeczno-kulturowe [6]. Stwierdzono, że środowisko pre- i perinatalne może zwiększyć ryzyko zachorowania – najwięcej danych dotyczy stresu oraz nieprawidłowego odżywiania w czasie ciąży, a także niedotlenienia okołoporodowego [4].

Czynników ryzyka rozwoju jadłowstrętu psychicznego u danej osoby dopatrywano się również w jej dojrzwaniu, niskiej samoocenie, perfekcjonizmie i budzącej się seksualności. Pacjentów cierpiących na jadłowstręt psychiczny można sobie wyobrazić jako schwytyanych w niekończące się

błędne koło i potrzebujących pewnej pomocy z zewnątrz, aby się z niego wydostać [3].

W ustaleniu przyczyn jadłowstrętu psychicznego bierzemy pod uwagę kilka czynników: rodzinnych, społecznych, psychologicznych, biologicznych.

Czynniki rodzinne

Bardzo często przyczynami jadłowstrętu psychicznego są zaburzone relacje rodzinne. Niektórzy badacze próbowali wyodrębnić typowe rodziny dzieci anorektycznych, miały one być rygorystyczne, moralizatorskie, bardziej wymagające [7]. Do specyficznych wzorców zachowań i komunikacji w rodzinie psychosomatycznej (w rodzinie takiej dominują często specyficzne wzorce relacji i wielopokoleniowe sposoby funkcjonowania, które mają ścisły związek z rozwojem i podtrzymywaniem objawów psychosomatycznych) zaliczamy: uwikłanie, nadopiekuńczość, sztywność [6]. Czynniki rodzinne generujące zachowania anorektyczne to również „zimne” relacje wewnątrzrodzinne, nieustanne stawianie wymagań przez rodziców, zaborcza matka, często brak ojca [1]. Matka anorektyczki opisywana jako osoba nieczuła, która kieruje się tylko obowiązkiem, źle znosi fizyczną bliskość dziecka, unika okazywania uczuć [1].

Czynniki psychologiczne

Wśród czynników psychologicznych jadłowstrętu psychicznego możemy zaobserwować: chęć ucieczki przed dorosłością i kobiecością (wejście w dorosłe życie niesie ze sobą wiele problemów, stąd też „ucieczka” w dziecięce ciało, pozbawione kształtów, miesiączki i brak rozwiniętych mięśni). Czynniki psychologiczne mogą częściowo wyjaśniać, dlaczego chora z zaburzeniami odżywiania trwa przy swoich niewłaściwych nawykach, sama teoria psychologiczna nie tłumaczy jednak powstania choroby [8].

Czynniki biologiczne

Zaobserwowano, że niektóre pacjentki cierpiące na jadłowstręt psychiczny produkowały i zużywały kilkakrotnie więcej serotoniny, niż zdrowy człowiek [1]. Przewlekły stan głodu zmienia sposób funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego. W badaniach neuroanatomicznych u osób w remisji stwierdzono zmniejszenie objętości istoty szarej, a nie białej. W badaniach czynnościowych obserwuje się spadek metabolizmu i mózgowego przepływu krwi, który normalizuje się wraz z przywróceniem właściwej masy ciała [4].

Czynniki społeczne

W dzisiejszych czasach bardzo modne stało się przesadne dbanie o swój wygląd. Kształtujemy tak naszą sylwetkę, aby była szczuplejsza

lub wychudzona. Coraz modniejsze staje się odchudzanie oraz oczyszczanie organizmu z toksyn. Uroda jest nieodzownym atrybutem kobiety: osoby piękne i szczupłe uważane są za bardziej kobiece, natomiast grube, jedzące bez zahamowań – za nieco męskie [7]. Powstaje dużo kolorowych pism i programów, gdzie kobiety wychudzone są symbolem ideału. Chęć bycia pięknym i szczuplejszym wpływa na przekonanie, że takie życie jest lepsze. Łatwiej dostać pracę, znaleźć chłopaka, przyjaciół. Powoli, stosując diety i ograniczając posiłki, zatracamy się, przestajemy się kontrolować, aż zwykle odchudzanie przechodzi w chorobę.

Anoreksja a ciąża

Pregoreksja – zwana inaczej anoreksją ciążową, pochodzi od dwóch angielskich słów: *pregnancy* – ciąża oraz *anorexia* – anoreksja, nie jest terminem medycznym. Jest to pojęcie z zakresu psychologii popularnej; wyróżniona przez niektórych odmiana anoreksji występująca u kobiety w ciąży [9].

Pregoreksja nie jest uwzględniona w kryteriach ICD – 10, ani DSM – IV. W przypadku spełniania kryteriów anoreksji u ciężarnej rozpoznaje się jadłowstręt psychiczny. Termin pregoreksja oznacza zaburzenie odżywiania, które wystąpiło po raz pierwszy w ciąży. Jednak ciąża może stać się jedynie bodźcem aktywizującym, a nie przyczyną choroby [9].

Pierwsze przypadki jadłowstrętu psychicznego w ciąży zanotowano w Stanach Zjednoczonych i w Wielkiej Brytanii, gdzie jedna na 20 kobiet zgłasza zaburzenia w odżywianiu. W Polsce temat ten nie jest podejmowany [10].

W grupach ryzyka znajdują się te kobiety, które miały problem z zaburzeniami odżywiania jeszcze przed ciążą, które źle czują się same ze sobą w ciąży, zbyt liczą kalorie, opuszczają posiłki lub jedzą w samotności. W przypadku ciąży anoreksja może być nawrotem, rzadko przyczyną samej choroby [9]. Ciąża, szczególnie niepożądana, stanowi wyzwanie dla kobiety, która jest właśnie leczona lub dopiero co wyleczona z jadłowstrętu psychicznego [8]. Jeżeli kobieta choruje na anoreksję, to konsekwencje choroby są różne, na przykład zaburzenia miesiączkowania, a w końcu jej brak oraz zaburzenia układu hormonalnego. Kobieta wtedy ma bardzo duże problemy z zajściem w ciążę.

Najlepiej jeżeli kobieta podda się leczeniu przed zajściem w ciążę, gdy zaburzenie odżywiania leczono i wydaje się, że ustąpiło, to jego objawy mogą powrócić w czasie stresu związanego z ciążą. Duże znaczenie może mieć wsparcie ze strony rodziny, przyjaciół i profesjonalistów, by przeciwdziałać na przykład depresji i lęklivosti młodej mamy związanej z anoreksją.

Kobiety chore na jadłowstręt psychiczny reagują na ciążę w różny sposób. Wiele jej oczekuje, uważając, że podczas ciąży i potem w czasie opieki nad dzieckiem będą mniej zaabsorbowane myślą o jedzeniu [8]. Kobiety z pregoreksją są podenerwowane, że nie mogą walczyć z przyrostem masy ciała. Zazwyczaj nie zmieniają swojego postępowania, prowokują wymioty, używają leków moczopędnych i przeczyszczających. Postępowanie takie przyczynia się do niepożądanych skutków, które mają wpływ na zdrowie matki, ale przede wszystkim na płód.

Niekorzystne następstwa pregoreksji dla matki:

- niedokrwistość (anemia),
- nadciśnienie tętnicze,
- depresja poporodowa,
- krwawienia z dróg rodnych,
- odwapnienia kości: osteopenia i osteoporoza,
- konieczność wykonania cięcia cesarskiego,
- konieczność hospitalizacji i odżywiania pozajelitowego (w ciężkich stanach choroby),
 - problemy z karmieniem piersią (z powodu zbyt małej lub braku tkanki tłuszczowej) [10].

Niekorzystne następstwa dla płodu i zdrowia dziecka:

- większe ryzyko poronienia,
- większe ryzyko porodu przedwczesnego,
- wyższy współczynnik umieralności niemowląt,
- niska waga urodzeniowa noworodka,
- deformacje, wady wrodzone,
- mniejszy obwód głowy,
- problemy z oddychaniem po porodzie,
- opóźniony rozwój,
- zaburzenia łaknienia,
- depresje,
- trudności w prawidłowym wzroście,
- nieprawidłowości w procesach poznawczych, zmysłowych i fizycznych,
 - odwapnienia kości (zaburzenia rozwoju kośćca u dziecka),
 - choroby serca w późniejszym wieku [10].

Sposoby i metody terapii w leczeniu anoreksji

Anoreksja ma charakter egosyntoniczny, co oznacza, że pacjentki nie dostrzegają problemu w swoim postępowaniu, a najtrudniejsze jest skło-

nienie chorej do podjęcia leczenia [5]. Podstawowa formą leczenia anoreksji jest psychoterapia; optymalne jest połączenie terapii indywidualnej, grupowej i rodzinnej. Równocześnie z działaniem psychoterapeutycznym należy zadbać o poprawę stanu fizycznego, czyli zwiększenie masy ciała [11]. Ważne jest indywidualne podejście, gdyż każda z pacjentek cierpiąca na jadłowstręt psychiczny to osobny przypadek. Kobiety te mają specyficzne problemy, potrzeby oraz znajdują się w różnych stadiach choroby. W skład zespołu terapeutycznego wchodzi: psychiatra lub psycholog kliniczny, specjalista do spraw żywienia i lekarz rodzinny. W przypadku ciężarnej z pregoreksją jest to lekarz ginekolog-położnik oraz przeszkolona położna/pielęgniarka [2].

Wśród typów terapii zaburzeń odżywiania wyróżnia się:

- 1) terapię poznawczo-behawioralną,
- 2) terapię rodzinną,
- 3) terapię grupową,
- 4) terapię polegającą na treningu asertywności i budowaniu poczucia własnej wartości,
- 5) terapię farmakologiczną [11].

Definicja otyłości

Stan nadmiernego magazynowania tkanki tłuszczowej określa się mianem otyłości. Zakłada się, że wskaźnik masy ciała (BMI) wynoszący ponad 25 oznacza nadwagę, natomiast otyłość definiowana jest jako BMI powyżej 30 [5].

BMI - wskaźnik masy ciała wylicza się, dzieląc masę ciała (w kilogramach) przez wzrost podniesiony do kwadratu (wzrost należy podać w metrach). Wskaźnik BMI służy do przybliżonego określenia, czy dana osoba ma niedowagę, nadwagę, czy też jej waga jest w normie. Po raz pierwszy wskaźnik ten został użyty w XIX w.

I tak, jeżeli BMI jest:

< 15 - wyniszczenie,

15-20 - niedowaga,

20-25 - waga prawidłowa lub otyłość stopnia 0,

25-30 - nadwaga lub otyłość I stopnia,

30-40 - otyłość umiarkowana lub otyłość II stopnia,

> 40 - otyłość chorobowa lub otyłość III stopnia [4].

Otyłość I, II i III stopnia – etiologia i epidemiologia

W Wielkiej Brytanii ok. 1/3 populacji osób dorosłych i 1/6 dzieci ma BMI między 25 a 30, u ok. 3% występuje otyłość II stopnia, natomiast 0,3%

cierpi na otyłość chorobową [4]. Obecnie ok. 30% mieszkańców USA ma BMI powyżej 30. W Polsce dane epidemiologiczne są bardzo zbliżone do amerykańskich [12].

Prawdopodobieństwo pojawienia się otyłości chorobowej u kobiet jest większe niż u mężczyzn. W krajach rozwijających się otyłość występuje wśród osób o wyższym statusie społeczno-ekonomicznym, natomiast na zamożnym Zachodzie jest rozpowszechniona w grupach o niższym statusie społeczno-ekonomicznym [4].

Z przeglądów epidemiologicznych wynika, że ok. 50% społeczeństwa zachodniej cywilizacji ma nadwagę lub otyłość. Osoby aktywnie przeciwdziałające tym problemom to ok. 25%, a zatem nadmiar tłuszczu w organizmie i predyspozycje do tego stanu dotyczą aż 75% całej populacji. Przy dodatnim bilansie energetycznym ilość gromadzonego tłuszczu jest proporcjonalna do jego zawartości w diecie. Liczba komórek tłuszczowych (adipocytów) może się zwiększyć w zależności od bilansu energetycznego. Chociaż otyłość jest bezspornie wywołana przyjmowaniem przekraczającej potrzeby organizmu ilości kalorii, ostatnie badania zwracają uwagę na podatność genetyczną, zaburzenia w funkcjonowaniu ośrodków regulujących apetyt i sytość w ośrodkowym układzie nerwowym, zaburzenia emocjonalne, choroby zmieniające regulacje przemiany materii [12].

Wśród czynników zewnętrznych, jakie mogą wpływać na przyrost masy ciała, należy wymienić: sposób odżywiania się matki w czasie ciąży, sposób odżywiania się w wieku niemowlęcym, wpływ rodzinny, społeczny, uwarunkowania kulturowe związane ze sposobem odżywiania, warunki cywilizacyjne, dostępność jedzenia, mały lub całkowity brak wysiłku fizycznego [13].

Otyłość w ciąży

Otyłość staje się najczęstszym czynnikiem ryzyka w praktyce położniczej w krajach rozwiniętych i wiąże się ze zwiększonymi wieloma powikłaniami zarówno u matki, jak i płodu [12]. Liczba ciężarnych z otyłością rośnie i ich wskaźnik podwoił się w ciągu ostatnich 10–15 lat. Otyłość w ciąży niesie ze sobą wiele powikłań zarówno dla matki, jak i płodu. Czym większe BMI u ciężarnej, tym większe prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań w czasie ciąży, samego porodu i porożu oraz w późniejszym okresie życia [12].

Powikłania u ciężarnej:

- cukrzyca – stężenia insuliny na czczo i po posiłku są większe, u ciężarnych z nadwagą częstość występowania cukrzycy ciężarnych jest 6,5 razy większa, a u kobiet z otyłością do 20 razy,

- nadciśnienie indukowane ciążą – zmiany hemodynamiczne u ciężarnych otyłych obejmują większe ciśnienie tętnicze, zagęszczenie krwi i zaburzenia czynności serca,

- stan przedrzucawkowy,
- samoistne poronienia,
- zakażenia układu moczowego,
- zaburzenia ze strony układu oddechowego,
- zwiększone ryzyko zakrzepicy żyłnej,
- mniejsza czułość badania USG [12–13].

Powikłania u płodu:

- wady wrodzone – wady cewy nerwowej, wady serca, przepuklina pępowinowa,

- obumarcie płodu,
- makrosomia,
- dystocja barkowa,
- urazy okołoporodowe,
- niska ocena w skali Apgar,
- zgon noworodka,
- otyłość w dzieciństwie, wieku dorosłym [12–13].

Powikłania okołoporodowe oraz poporodowe:

- częstsza indukcja porodu,
- trudności w monitorowaniu czynności serca płodu i czynności skurczowej macicy,

- częstsze cięcia cesarskie,
- wydłużenie czasu cięcia cesarskiego,
- krwotok,
- zapalenie błony śluzowej macicy,
- rozejście się lub zakażenie rany,
- powikłania znieczulenia,
- zakrzepica żylna [12–13].

Powikłania odległe otyłości u matki:

- cukrzyca typu 2,
- nadciśnienie tętnicze,
- choroba niedokrwienna serca,
- kardiomiopatia związana z otyłością,
- bezdech senny/zaburzenia układu oddechowego,
- udar niedokrwienny,
- choroby pęcherzyka żółciowego,
- choroby wątroby: niealkoholowe stłuszczeniowe zapalenie wątroby,

- choroba zwyrodnieniowa stawów,
- zmniejszona płodność lub bezpłodność,
- nowotwory: endometrium, jelita grubego, sutka,
- zakrzepica żylna,
- zespół cieśni nadgarstka,
- problemy z gojeniem się ran [12-13].

Opieka nad ciężarną z otyłością

Ze względu na wymienione powikłania ważne jest zachęcanie otyłych kobiet do zredukowania masy ciała przed zajściem w ciążę. Najlepiej zmniejszyć i ustabilizować wagę ciała; wymaga to współpracy ze strony pacjentki oraz zespołu medycznego, a także pomocy dietetyka [12]. Ważne jest, by do zdrowej diety dołączyć również program ćwiczeń fizycznych, gdyż sama dieta nie daje efektów określonego spadku masy ciała.

Podczas pierwszej wizyty u lekarza w okresie prenatalnym wszystkim kobietom należy obliczyć aktualne BMI. Powikłania położnicze otyłości mają ogólnie związek z otyłością w okresie przed zapłodnieniem oraz w pierwszym trymestrze ciąży, a nie dotyczą kobiet, które nie są, ale stają się otyłe w czasie ciąży z powodu nadmiernego przyrostu masy ciała [12].

Podczas ciąży istnieje konieczność badań przesiewowych w kierunku nieprawidłowości u płodu oraz zwiększona czujność w przypadku większego ryzyka poronień [12]. Należy monitorować stan matki i płodu pod kątem powikłań, takich jak stan przedrzucawkowy, cukrzyca ciężarnych, makrosomia płodu. Ocenę wzrostu płodu trzeba wykonywać za pomocą badania ultrasonograficznego [13]. Dodatkowo, poza badaniem USG, w pierwszym trymestrze ciąży, oceniającym wiek ciążowy, oraz badaniem w drugim trymestrze, oceniającym anatomię płodu, należy rozważyć wykonanie echa serca płodu [13]. Ze względu na duże ryzyko zgonu wewnątrzmacicznego, u otyłych ciężarnych należy monitorować stan płodu przed porodem [12].

U pacjentek otyłych konieczne jest planowanie porodu, bardzo często występuje makrosomia płodu, niezależnie od tego czy ciąży towarzyszy cukrzyca ciężarnych [12]. U kobiet otyłych występuje ryzyko zaburzeń czynności skurczowej. Może dojść do powikłań w drugim okresie porodu, a mianowicie do dystocji barkowej, czy dysproporcji główkowo-miednicowej, a powodem może być zbyt duże odłożenie tkanki tłuszczowej w obrębie miednicy [13]. Przed porodem należy udzielić informacji na temat powikłań, których można spodziewać się w trakcie porodu. Bardzo ważna jest konsultacja anestezyjologiczna i ocena dróg oddechowych [12].

Z powodu zbyt dużej liczby powikłań u matki i płodu, które występują podczas porodu, wzrosła liczba cięć cesarskich u kobiet otyłych. Nie są to operacje, o których łatwo się decyduje, ważna jest wnikliwa ocena oraz doświadczony personel medyczny [12]. Ponieważ w przypadku otyłości ciążowej może dojść do powikłań zatorowo-zakrzepowych, wymagane jest podanie heparyny drobnocząsteczkowej lub podanie antybiotyków [13]. Decyzja o ukończeniu ciąży powinna być podjęta dość szybko i, jak już wcześniej wspomniano, bardzo duże znaczenie ma doświadczenie całego zespołu medycznego.

Biorąc pod uwagę ryzyko zakrzepicy żyłnej, trzeba uruchomić położnicę szybciej oraz zastosować profilaktykę, już w trakcie operacji i w okresie pooperacyjnym, należy zastosować pończochy uciskowe za każdym razem, gdy kobieta jest unieruchomiona [12].

Po porodzie u pacjentek, które miały cukrzyce ciążową należy wykonać dwugodzinny test obciążenia 75 g glukozy, jeżeli występowało nadciśnienie tętnicze i utrzymuje się trzeba je leczyć u lekarza internisty [12]. Pacjentkę należy zachęcać do redukcji masy ciała i jej ustabilizowania. Żeby osiągnąć prawidłowe wartości BMI poprzez dietę i ćwiczenia, pacjentka musi współpracować z dietetykiem oraz lekarzem specjalistą od otyłości.

Leczenie otyłości u ciężarnych

Coraz częściej lekarze spotykają się z przypadkami kobiet, które są w ciąży, a wcześniej przeszły zabiegi z zakresu chirurgii bariatrycznej. Występuje u nich zwiększone ryzyko przepukliny i niedrożności jelita cienkiego. Ciężarne po resekcji żołądka mogą mieć problemy z niedokrwistością, niedoborem witaminy D, zaburzeniami elektrolitowymi, oraz może wystąpić ryzyko wewnątrzmacicznego zahamowania wzrastania płodu, wcześniactwo, czy też wady cewy nerwowej. Pacjentki te powinny otrzymywać suplementację witamin przed ciążą, po i w trakcie karmienia piersią [12].

Leczenie otyłości w ciąży polega na unikaniu nadmiernego przyrostu masy ciała. U kobiet z BMI 26–29 przyrost masy ciała powinien wynosić 7–11,5 kg, natomiast u otyłych 6,8 kg [13].

W czasie ciąży nie stosuje się żadnych metod farmakologicznych ani chirurgicznych. Pacjentka powinna opracować z dietetykiem odpowiednią dietę, która będzie zawierać błonnik oraz węglowodany złożone i posługiwać się niskim indeksem glikemicznym [13]. Przy każdej diecie bardzo ważny jest ruch. Cięża sama w sobie stawia ograniczenia, jeżeli chodzi o fizyczne ćwiczenia, należy jednak zachęcać ciężarną do pływania, spacerów, a także do jazdy na rowerze przynajmniej trzy razy w tygodniu po 30 minut, jeżeli nie ma innych przeciwwskazań z powodu ciąży. **W celu zmniejsz-**

szenia liczby powikłań związanych z występowaniem otyłości u matek i płodów/niemowląt należy zapobiegać otyłości, a nie ją leczyć [13].

* * *

W dzisiejszych czasach wizerunek idealnej kobiety to piękna, wysoka, smukła, często wychudzona sylwetka, promowana przez media i kolorowe czasopisma. Większość pań, żeby dorównać stereotypowi, dąży do ideału własnego wymyślonemu wzorca, stosując różnego rodzaju diety, głodówki, czy wykonując katorżnicze i wyniszczające ćwiczenia fizyczne. Postępowanie takie może prowadzić do anoreksji (jadłowstrętu psychicznego), zachowań bulimicznych, a w konsekwencji do otyłości lub takiego wyniszczenia organizmu, że może powodować to śmierć.

Coraz częstszym jednak problemem jest zaburzenie typu jadłowstrętu psychicznego i otyłości dotyczące kobiet ciężarnych. Musimy pamiętać, że wtedy problemy te nie odnoszą się tylko do jednej osoby, ale również do nienarodzonego, rozwijającego się dziecka w łonie chorującej matki. Zaburzenia te są skwalifikowane w międzynarodowej kwalifikacji chorób ICD - 10 jako zaburzenia psychiczne, dlatego dużą rolę w procesie terapeutycznym odgrywa psychiatra, psycholog, ginekolog-położnik, położna i dietetyk, którzy sprawują opiekę nad ciężarną. Leczenie chorujących na anoreksję i otyłość jest uzależnione od stopnia wydajności organizmu, zaawansowania choroby i będzie indywidualne dla każdej pacjentki. Najlepiej gdyby nie trzeba było podejmować leczenia szpitalnego tylko ambulatoryjne, ale jak już wcześniej wspomnieliśmy, każda kobieta chorująca to indywidualny przypadek.

Jako pracownicy ochrony zdrowia jesteśmy zobowiązani wprowadzać profilaktykę i edukować nasze podopieczne. Do naszych obowiązków należy nauczanie pacjentów jak sami mają dbać o swoje zdrowie i zdrowie najbliższych. Musimy pamiętać, że lepiej jest zapobiegać chorobom niż je leczyć.

Bibliografia

- [1] Sygit M. *Zdrowie publiczne*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska 2010.
- [2] Galbas-Kreft H. red. *Wielka encyklopedia zdrowia*. T. 2. Poznań: Horyzont 2002.
- [3] McPherson A. *Problemy zdrowotne kobiet*. Warszawa: Springer PWN 2005.
- [4] Rymaszewska J. *Psychiatria – co nowego?* Wrocław: Cornetis 2011.
- [5] Freeman C., Newton R. *Zaburzenia odżywiania*. W: Heitzman J. red. *Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2007.
- [6] Wiatrowska A. *Jakość życia w zaburzeniach odżywiania*. Lublin: Wydawnictwo UMCS 2009.

- [7] Apfeldorfer G. *Anoreksja, bulimia, otyłość*. Katowice: Książnica 1999.
- [8] Abraham S., Llewelyn-Jones D. *Bulimia i anoreksja*. W: *Medycyna fakty*. Warszawa: Prószyński i S-ka 1999.
- [9] Kalocińska A. Głodzą się kosztem nienarodzonego dziecka. wp.pl/kat,1342,wid,11530360,wiadomosc.html?ticaid=1e473&ticsrn=5 [28.09.2009].
- [10] Frette J. Pregorexia on the rise: How pregnant women can be anorexic too. <http://www.examiner.com/women-s-issues-in-national> [09.06.2009].
- [11] Kurpas D., Miturska H., Kaczmarek M. *Psychopatologia szczegółowa*. W: *Podstawy psychiatrii dla studentów pielęgniarstwa*. Wrocław: Continuo 2009:
- [12] Greer I.A., Nelson-Piercy C., Walters B. red. *Choroby internistyczne i inne zaburzenia zdrowotne w ciąży*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner 2009.
- [13] Di Lillo M., Hendrix N., O'Neill M., Berghella V. Cięża u otyłych kobiet: co należy wiedzieć? *Ginekologia po Dyplomie* 2009, 1: 13.

Adres do korespondencji:

Marzena Mądra

ul. Ligonia 28/10

46-203 Kluczbork

tel.: 504 174 759

e-mail: Marzena830@buziaczek.pl

BEATA POPKEN-HAŁADUS*, DANUTA ŻURAWICKA**, MAŁGORZATA ZIMNOWODA**

Palenie tytoniu w ciąży – badania własne

Wstęp

W Polsce do codziennego palenia tytoniu przyznaje się co trzecia osoba w wieku powyżej 15. roku życia [1]. Odsetek palących kobiet w wieku rozrodczym waha się w granicach 23–27% [1–2]. Niekorzystny wpływ palenia tytoniu na przebieg ciąży oraz późniejszy rozwój dziecka jest bardzo dobrze udokumentowany, mimo to szacuje się, że w Polsce ok. 20–40% ciężarnych pali [3–6]. W literaturze mówi się o wielkościach szacunkowych, ponieważ dokładne dane są trudne do pozyskania i weryfikacji, ze względu na „drażliwość” problemu i silną presję wywieraną przez społeczeństwo na kobietę ciężarną.

Jednocześnie okres ciąży postrzegany jest przez profesjonalistów jako doskonały moment do zmiany niekorzystnych zachowań zdrowotnych i umocnienia lub wypracowania zachowań prozdrowotnych [7]. Chociaż rzucenie palenia przed 15. tygodniem ciąży przynosi największe korzyści, to zaprzestanie palenia w dowolnym momencie trwania ciąży jest bezsprzecznie korzystne dla przebiegu ciąży, zdrowia kobiety i rozwoju płodu. Udowodniono, że rzucenie palenia przed trzecim trymestrem ciąży może wyeliminować większość przypadków urodzeń dzieci z niską masą urodzeniową ciała z powodu nikotynizmu matki [8].

Znaczącą rolę w podnoszeniu świadomości na temat zagrożeń, które niesie ze sobą kontynuacja nałogu palenia tytoniu podczas ciąży oraz w motywowaniu do zaniechania palenia przypisuje się pracownikom ochrony zdrowia, z nimi bowiem kobieta ma stały kontakt w trakcie trwania opieki perinatalnej. Jednakże tylko w USA, Wielkiej Brytanii i Australii prowadzone są przez osoby sprawujące opiekę perinatalną (głównie

* Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach.

** Instytut Położnictwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu.

położne pierwszego kontaktu) programy antynikotynowe przeznaczone specjalnie dla kobiet ciężarnych [9].

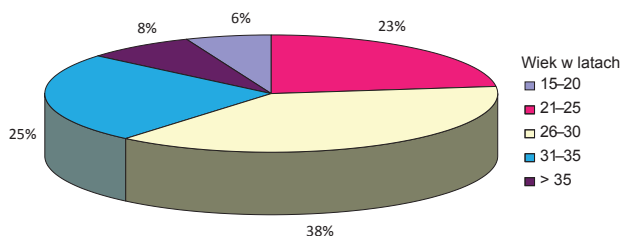
Cel badania, materiał i metoda badawcza

Celem badania była próba oceny wiedzy kobiet na temat zagrożeń związanych z paleniem wyrobów tytoniowych w ciąży.

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, do którego wykorzystano ankietę opracowaną dla potrzeb niniejszej pracy. Każda pacjentka, która wyraziła zgodę na udział w badaniu została poinformowana o jego celu, anonimowości ankiety oraz sposobie jej wypełnienia. Badanie przeprowadzono od czerwca 2011 do stycznia 2012 r. Zebrano 150 wypełnionych kwestionariuszy ankiet. Kwestionariusz ankiety zawierał łącznie 21 zamkniętych pytań, z tego 12 dotyczyło problemu badawczego, a pozostałe 9 pytań tworzyło metryczkę. Zebrane dane pozwoliły scharakteryzować grupę badawczą i ocenić jej poziom wiedzy na temat skutków palenia tytoniu przez kobiety ciężarne.

Badana grupa

Ankietami objęto 150 kobiet hospitalizowanych w Oddziale Patologii Ciąży Samodzielnego Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Opolu. Z badania wykluczono te kobiety, które były wielokrotnie hospitalizowane w okresie zbierania danych. Długość trwania ciąży respondentek wahała się między 26. a 41. tygodniem. Grupa ankietowanych różniła się między innymi pod względem wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia, sytuacji materialnej oraz liczby ciąż. Z przeprowadzonej analizy zebranych danych wynika, że w badanej grupie przeważały kobiety w wieku 26–30 lat (57, tj. 38% kobiet), mniejszą grupę stanowiły ciężarne między 31. a 35. rokiem życia (38, tj. 25%) oraz kobiety w wieku 21–25 lat (34, tj. 23%) (ryc. 1).



Źródło: Opracowanie własne.

Rycina 1. Procentowy rozkład wieku badanej grupy

Ze względu na kryterium zamieszkania przeważały kobiety mieszkające na wsi (65 osób, tj. 43%), pozostałe zamieszkiwały tereny zurbanizowane, 2 respondentki nie określiły swojego miejsca zamieszkania. W badanej grupie przeważały panie z wykształceniem wyższym (71, tj. 48%), natomiast najmniejszą grupę stanowiły ciężarne z wykształceniem podstawowym – 3 osoby, tj. 2% badanej grupy. Najwięcej kobiet oceniło swoją sytuację materialną jako dobrą (94, tj. 63%), a tylko jedna osoba stwierdziła, że jej położenie jest złe. Respondentki w większości pracowały (102, tj. 68%), 36 badanych (24%) było na utrzymaniu partnera, a 12 (8%) kobiet pobierało zasiłki lub posiadało inne źródła dochodu. Zdecydowana większość ciężarnych (144, tj. 96%) pozostawała w stałym związku.

Tabela 1

Status społeczno-ekonomiczny grupy badanej

Miejsce zamieszkania	Liczba	Procent	Wykształcenie	Liczba	Procent	Sytuacja materialna	Liczba	Procent
Duże miasto < 100 tys.	40	27	podstawowe	3	2	bardzo dobra	22	15
Małe miasto >100 tys.	43	29	zawodowe	20	13	dobra	94	63
Wieś < 10 tys.	65	43	średnie	56	37	przeciętna	33	22
Brak odpowiedzi	2	1	wyższe	71	48	zła	1	1
Razem	150	100	razem	150	100	razem	150	100

Źródło: Opracowanie własne.

Zdecydowana większość badanych ciężarnych stwierdziła, że obecna ciąża była planowaną (123, tj. 82%). Wśród respondentek przeważały kobiety, które będą rodziły po raz pierwszy (81, tj. 54%) oraz osoby, które do tej pory nie doświadczyły utraty ciąży (129, tj. 86%).

Tabela 2

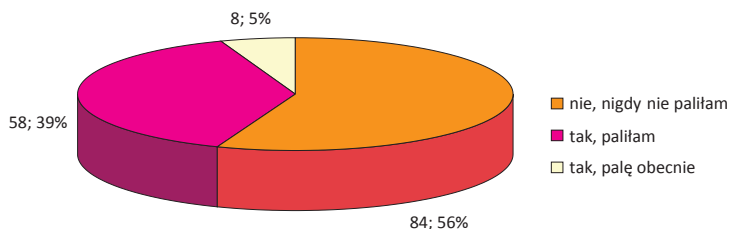
Historia położnicza badanych kobiet

Planowana ciąża	Liczba	Procent	Przebyte porody	Liczba	Procent	Przebyte poronienia	Liczba	Procent
Tak	123	82	tak	69	46	tak	21	14
Nie	27	18	nie	81	54	nie	129	86
Razem	150	100	razem	150	100	razem	150	100

Źródło: Opracowanie własne.

Wyniki badań

Z analizy zebranych danych wynika, że większość badanych kobiet to osoby niepalące (84, tj. 56%), ponad 1/3 respondentek (58, tj. 39%) stanowiły ciężarne palące (ryc. 2).



Źródło: Opracowanie własne.

Rycina 2. Rozkład ilościowy i procentowy deklaracji kobiet dotyczący palenia tytoniu

Do grupy byłych lub obecnych „palaczek” należały ciężarne w wieku między 21. a 35. rokiem życia, o wykształceniu średnim lub wyższym. Tylko jedna paląca respondentka wykazała wykształcenie zawodowe. Palące kobiety deklarowały swoją sytuację materialną jako dobrą lub bardzo dobrą (tab. 3).

Znacząca większość niepalących kobiet stwierdziła, że obecna ciąża była przez nie planowana (73, tj. 86%). Wśród kobiet, które deklarowały palenie tytoniu w przeszłości lub w czasie trwania obecnej ciąży, poczęcie było zamierzone (tab. 4).

Tabela 3

Palenia tytoniu a wybrane wskaźniki wpływające na zachowania zdrowotne

Deklaracja dotycząca palenia	Wiek					Wykształcenie				Sytuacja materialna			
	15-20	21-25	26-30	31-35	> 35	podstawowe	zawodowe	średnie	wyższe	bardzo dobra	dobra	przeciętna	zła
Tak, palę	-	4	4	-	-	-	1	4	3	3	5	-	-
Tak, paliłam	8	10	16	13	7	3	6	25	20	7	35	13	1
Nigdy nie paliłam	2	20	36	24	5	-	13	17	48	12	54	20	-

Źródło: Opracowanie własne.

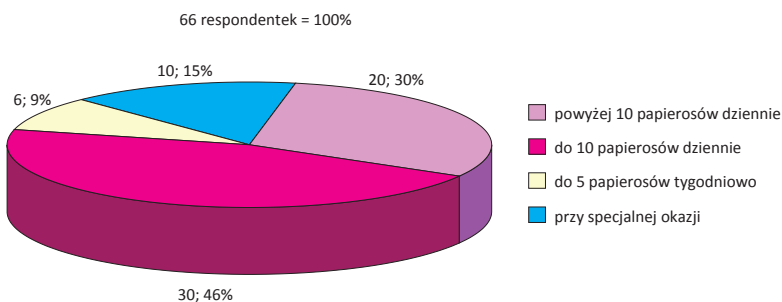
Tabela 4

Palenie tytoniu a planowanie ciąży

Deklaracja dotycząca palenia	Planowana ciąża	
	tak	nie
Tak, palę	6	2
Tak, paliłam	44	10
Nigdy nie paliłam	73	15

Źródło: Opracowanie własne.

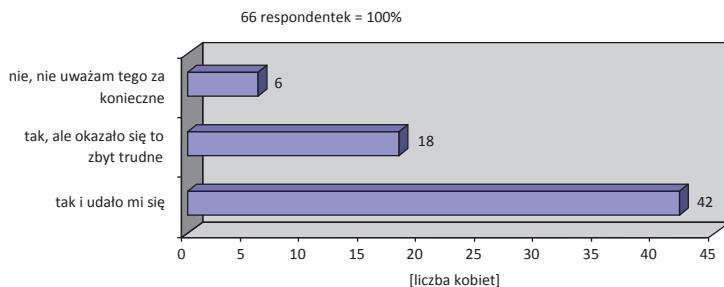
Ankietowane ciężarne, które podały, że paliły lub nadal palą papierosy to osoby palące do 10 papierosów dziennie (30, tj. 46%), a palenie przy specjalnej okazji deklarowało 10 ciężarnych (15%).



Źródło: Opracowanie własne.

Rycina 3. Rozkład ilościowy i procentowy wypalanych papierosów przez kobiety, które zadeklarowały palenie przed ciążą lub w jej trakcie (100% to liczba wszystkich odpowiedzi respondentek deklarujących związek z nałogiem palenia tytoniu)

Próbie porzucenia nałogu palenia podejmowały wszystkie kobiety deklarujące związek z nałogiem tytoniowym (66 byłych lub obecnych palaczek). U zdecydowanej większości z nich, tj. 42 (64%), próba zakończyła się sukcesem, dla 18 (27%) ciężarnych okazało się to zbyt trudne, a 6 (9%) z nich nie uważało, że nie jest konieczne zaprzestanie palenia.



Źródło: Opracowanie własne.

Rycina 4. Podejmowanie prób zaprzestania palenia przez kobiety deklarujące związek z nałogiem tytoniowym (100% to liczba wszystkich odpowiedzi respondentek deklarujących związek z nałogiem palenia tytoniu)

Tylko prawie co trzecia kobieta, która podjęła próbę zaprzestania palenia tytoniu (20, tj. 30%) podała jako motyw zajście w ciążę (tab. 5).

Tabela 5

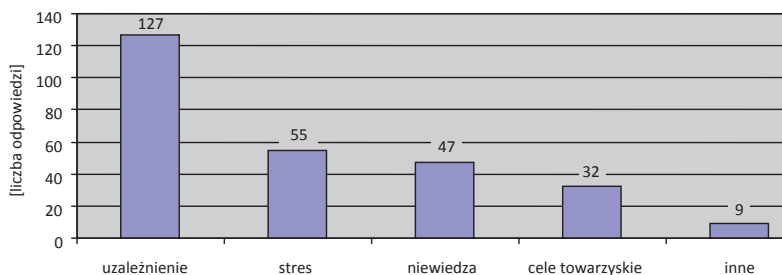
Motywy podejmowania prób rzucenia palenia

Motywy rzucenia palenia	Liczba odpowiedzi	Procent
Postanowienie rzucenia palenia	31	49
Ciąża	20	32
Stan zdrowia	6	10
Trudności finansowe	2	3
Inna przyczyna	4	6
Razem	63	100

Źródło: Opracowanie własne.

Prawie wszystkie ankietowane kobiety stwierdziły, że zarówno palenie czynne, jak i bierne ma wpływ na rozwój dziecka (144, tj. 96%).

Powody kontynuowania palenia w czasie ciąży były różne. Najczęściej respondentki wskazywały na uzależnienie (127, tj. 47%) oraz stres (55, tj. 20%) (ryc. 5).



Uwaga: Możliwość wielokrotnego wyboru.

Źródło: Opracowanie własne.

Rycina 5. Powody pozostawania w nałogu palenia w okresie ciąży
(270 odpowiedzi = 100%)

Kobiety ciężarne dokonały samooceny wiedzy na temat szkodliwości palenia tytoniu – tylko 3 (tj. 2%) ankietowane przyznały się do niedoboru wiedzy w tym zakresie 2/3 badanych określiło swoją wiedzę jako dobrą i wystarczającą (105, tj. 70%).

Po porównaniu oceny wiedzy na temat szkodliwości palenia tytoniu z liczbą wskazanych możliwych powikłań okazało się, że tylko 3 ankietowane, deklarujące swoją wiedzę jako bardzo dobrą, wymieniły prawie wszystkie możliwe zaburzenia. Większość kobiet określających swoją wiedzę na poziomie bardzo dobrym, dobrym lub wystarczającym nie potrafiła wymienić więcej niż 4 z 10 możliwych do wyboru powikłań (tab. 6).

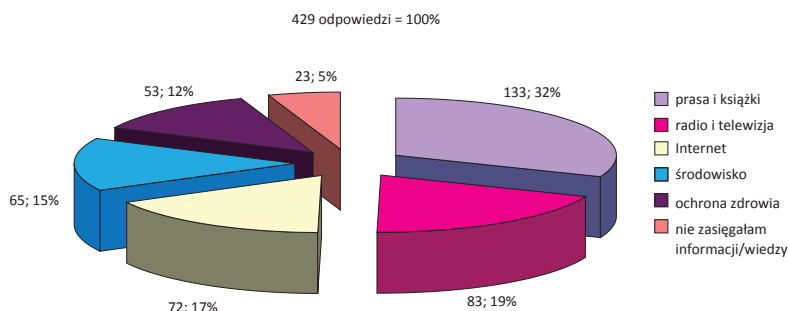
Tabela 6

Porównanie szacunku wiedzy własnej z liczbą wymienionych powikłań spowodowanych paleniem tytoniu w ciąży

Ocena własna wiedzy ankietowanych	Liczba wymienionych powikłań spowodowanych paleniem tytoniu w ciąży				
	10–9	8–7	6–5	mniej niż 5	razem wg kategorii
Bardzo dobra	3	1	3	9	16
Dobra	7	4	9	21	41
Wystarczająca	0	2	23	39	64
Brak wiedzy	0	0	0	3	3
Nie potrafię ocenić	4	1	4	17	26
Razem liczba odpowiedzi					150

Źródło: Opracowanie własne.

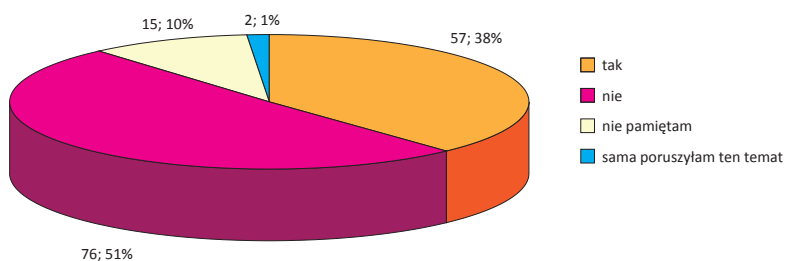
Najczęściej wymienianym źródłem wiedzy na temat wpływu palenia w czasie ciąży na jej przebieg oraz rozwój dziecka były książki i prasa (133, tj. 32%), radio i telewizja (83, tj. 19%), natomiast na pracowników ochrony zdrowia wskazało tylko 12% wszystkich badanych (ryc. 6). Obraz ten współgra z odpowiedziami udzielonymi na pytanie o poruszanie tematu palenia tytoniu w trakcie opieki perinatalnej sprawowanej nad ciężarną. Aż 76 ankietowanych kobiet (tj. 51%) stwierdziło, że nie przeprowadzono z nimi rozmowy na temat wpływu palenia i ekspozycji na dym tytoniowy na przebieg ciąży i rozwój dziecka (ryc. 7).



Uwaga: Możliwość wskazania kilku źródeł.

Źródło: Opracowanie własne.

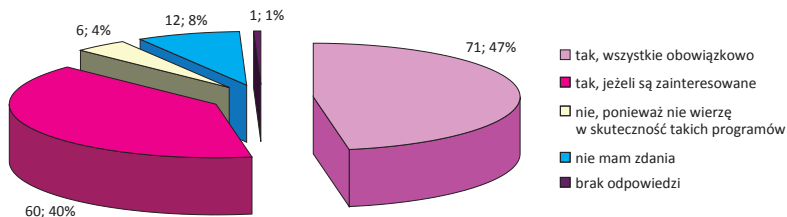
Rycina 6. Źródła wiedzy o wpływie palenia tytoniu w czasie ciąży na jej przebieg i rozwój dziecka (100% to liczba wszystkich odpowiedzi)



Źródło: Opracowanie własne.

Rycina 7. Edukacja antynikotynowa w trakcie wizyt kontrolnych

Wśród ankietowanych kobiet 87% uznało, że kobiety palące tytoń i planujące ciążę lub już będące w ciąży powinny mieć możliwość skorzystania ze specjalnie dla nich przygotowanych programów antynikotynowych (ryc. 8).



Źródło: Opracowanie własne.

Rycina 8. Opinia ankietowanych na temat uczestnictwa w specjalnych programach antytytoniowych kobiet palących w okresie prekonceptyjnym lub czasie perinatalnym

Wszystkie kobiety palące w czasie ciąży uznały zasadność uczestnictwa w poradnictwie antynikotynowym. Różniły się one tylko zdaniem na temat obowiązkowości udziału w takim programie. Trzy z siedmiu palących ciężarnych uważało, że udział powinien być obowiązkowy, pozostałe pięć uznało uczestnictwo w programach antytytoniowych jako dobrowolny. Wśród kobiet deklarujących palenie przed ciążą tylko 5 z 54 kobiet stwierdziło, iż nie wierzy w skuteczność interwencji antynikotynowych, podobnego zdania były 2 kobiety z grupy nigdy niepalących.

Tabela 7

Opinia badanych na temat udziału kobiet palących w programach antynikotynowych w świetle deklaracji dotyczącej palenia

Deklaracja dotycząca palenia	Udział palących kobiet w specjalnych interwencjach antynikotynowych					razem wg kategorii
	obowiązkowy	dobrowolny	nie wierzę w skuteczność	nie mam zdania	brak odpowiedzi	
Palące w ciąży	3	5	–	–	–	8
Palące przed ciążą	20	25	4	5	–	54
Nigdy niepalące	47	31	2	7	1	88
Razem						150

Źródło: Opracowanie własne.

Dyskusja

Badania przeprowadzone w Polsce wykazują, że odsetek kobiet w ciąży, które palą jest nadal wysoki. Źródła podają rozpiętość między 20 a 41% [10–12]. W niniejszym badaniu do czynnego palenia przyznało się 5% ko-

biet, natomiast fakt palenia przed ciążą i zaprzestania po jej stwierdzeniu deklarowało 39%. Ponieważ sondaż oparty był na wypełnieniu kwestionariusza ankiety bez sprawdzenia prawdziwości odpowiedzi przy pomocy biologicznych markerów dla konsumpcji nikotyny, np. poziomu kotyliny w ślinie, krwi lub w moczu, należałoby przyjąć, że rzeczywista liczba palących kobiet zamknie się w podanym powyżej przedziale 20–40%. Na taki, a nawet większy odsetek palaczek wśród badanych ciężarnych, wskazywać może również liczba udzielonych odpowiedzi na pytanie o podejmowanie próby zaprzestania palenia – 66 kobiet, co stanowiło 44% badanych.

Szczegółowa analiza materiału badawczego ukazała słabą korelację między paleniem tytoniu a pozostawaniem poza stałym związkiem partnerskim i sytuacją materialną kobiet. Odbiega to wyraźnie od danych znanych z literatury i wymaga potwierdzenia w dalszych badaniach na większej populacji [13]. Prawdziwa okazała się natomiast teza, że kobiety najbardziej wykształcone palą najmniej lub wcale. Najnowsze doniesienia literatury podkreślają młody wiek kobiet palących [14], co potwierdziły również nasze badania. Przedział wiekowy kobiet palących oscylował między 20. a 35. rokiem życia.

Na uwagę zasługuje to, że 6 z 8 kobiet kontynuujących palenie w czasie ciąży określiło swoją obecną ciążę jako planowaną. Zatem nie potwierdza się teza, że kobiety planujące ciążę dokonują zmiany zachowań antyzdrowotnych na prozdrowotne.

Niezwykle alarmującymi wydają się być wyniki analizy zebranych danych, które dotyczą własnej oceny wiedzy ciężarnych na temat skutków palenia tytoniu w ciąży oraz prowadzenia edukacji w tym zakresie podczas wizyt kontrolnych. Uzyskane wyniki naszego badania wskazują, że deklarowany poziom wiedzy na temat szkodliwości palenia u znaczącej części respondentek nie pokrywa się z danymi rzeczywistymi. Do podobnych wniosków doszli w swoim badaniu Kowalska i wsp. [15].

Temat palenia tytoniu w ciąży jest niezwykle drażliwy, ze względu na dużą presję społeczną. W Polsce, gdzie opieka perinatalna w dużej mierze sprawowana jest przez prywatnie praktykujących lekarzy, stałe i konsekwentne pytanie ciężarnej o jej zachowania antyzdrowotne, m.in. palenie tytoniu czynne lub/i bierne, może spowodować utratę klienta, którym w obecnym czasie stała się ciężarna, a tym samym mniejszy dochód. Taki powód zaniechania interwencji antynikotynowych wskazują Lawrence i wsp. w swoim badaniu [16]. Jednocześnie w grupie ankietowanej 87% kobiet uznało, że właśnie specjalnie przygotowany dla ciężarnych program antytytoniowy byłby niezbędnym elementem opieki perinatalnej. Potrzebę odpowiedniej edukacji potwierdzała zdecydowana większość

badanych kobiet. Podobne wyniki uzyskano w badaniach przeprowadzonych w latach 90. XX w. w Szwecji i Anglii [7].

Po analizie wyników badań i przeglądzie literatury dotyczącej tego tematu samoistnie nasuwa się pytanie, dlaczego edukacja antynikotynowa jest nadal zaniedbywana w opiece perinatalnej?

Wnioski

1. Prawie połowa ankietowanych ciężarnych (44%) było lub nadal jest palaczkami tytoniu. Liczba ta powinna zostać zweryfikowana w dalszych badaniach z użyciem jednego z biomarkerów nikotyny, np. kotyniny.

2. Mimo wysokiej własnej wiedzy na temat palenia papierosów w czasie ciąży, zdecydowana większość respondentek wykazuje duży deficyt informacji dotyczącej wpływu nikotyny na przebieg ciąży i rozwój dziecka.

3. Edukacja odnośnie do wpływu palenia tytoniu w czasie ciąży prowadzona przez pracowników ochrony zdrowia jest niezadowolająca.

4. Badane deklarują wyraźne zapotrzebowanie na programy antynikotynowe, specjalnie przeznaczone dla ciężarnych lub kobiet planujących potomstwo.

Bibliografia

[1] Raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu. TNS Pentor dla Głównego Inspektoratu Sanitarnego grudzień 2011. http://www.gis.gov.pl/ckfinder/userfiles/files/PZ/Raport_ogolnopolski_2011.pdf [28.01.2013].

[2] Globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe (GATS) Polska 2009–2010. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa. http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/sondaz_tyt_15112010.pdf [28.01.2013].

[3] Saraiya M., Berg C.J., Kendrick J.S., Strauss L.T., Atrash H.K., Ahn Y.W. Cigarette smoking as a risk factor for ectopic pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1998, 178: 493–498.

[4] Chen X.K., Yang Q., Smith G., Krewski D. et al. Environment lead level and pregnancy – induced hypertension. *Environmental Research* 2006, 100: 424.

[5] Maritz G.S., Harding R. Life-long programming implication of exposure to tobacco smoking and nicotine before and soon after birth: evidence for altered lung development. *International Journal of Environmental Research Public Health* 2011, 8: 875–898.

[6] Perz S., Gaca M., Mniszak M., Wesół D. Rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród ciężarnych i narażenie niemowląt na dym tytoniowy. *Przegląd Lekarski* 2006, 63 (10): 1063–1065.

[7] Polańska K., Hanke W., Sobala W. Metaanaliza interwencji antytytoniowych prowadzonych wśród kobiet ciężarnych. *Przegląd Epidemiologiczny* 2003, 57: 683–692.

- [8] ACOG. Smoking cessation during pregnancy. Committee Opinion No. 471. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstetric and Gynecology* 2010, 116: 1241–1244.
- [9] Lumley J., Chamberlain C., Dowswell T., Oliver S., Oakley L., Watson L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. <http://summaries.cochrane.org/CD001055/interventions-to-help-women-to-stop-smoking-in-pregnancy> [6.02.2013].
- [10] Szychta W., Skoczylas M., Laudański T. Spożywanie alkoholu i palenie tytoniu przez kobiety w ciąży – przegląd badań. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia* 2008, 1 (4): 309–313.
- [11] Polańska K., Hanke W., Sobala W., Jurewicz J. Ekspozycja na dym tytoniowy kobiet w ciąży. Wyniki badania prospektywnego w regionie łódzkim. *Przegląd Lekarski* 2007, 64 (10): 824–825.
- [12] Godała M., Pietrzak K., Gawron-Skarbek A., Łaszek M., Szatko F. Zachowania zdrowotne łódzkich kobiet w ciąży. Cz. 2: Aktywność fizyczna i stosowanie używek. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2012, 93 (1): 43–47.
- [13] Jędrzejczyk T., Zarzeczna-Baran M., Bawlicki Ł. Palenie wśród kobiet ciężarnych w Gdańsku – społeczne uwarunkowania zjawiska. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2006, 87 (4): 265–269.
- [14] Adamek R., Uklejewski A., Urbanek T., Jagielska J., Kaczmarek E. Społeczno-ekonomiczne uwarunkowania palenia tytoniu w czasie ciąży a urodzeniowa masa ciała noworodków. *Przegląd Lekarski* 2007, 64 (10): 622–625.
- [15] Kowalska A., Stelmach W., Szymański P., Pikala M., Rzeźnicki A. Wiedza na temat wpływu palenia tytoniu na stan zdrowia i rozwijający się płód pacjentek poradni dla kobiet w środowisku wielkomijskim i w małym mieście. *Przegląd Lekarski* 2009, 66 (10): 773–776.
- [16] Lawrence W.T., Haslam C. Smoking during pregnancy: where next for stage-based interventions? *Journal of Health Psychology* 2007, 12: 135–139.

Adres do korespondencji:
Beata Popken-Haładus
Trompstraat 6
NL-9601 GW Hoogezaand
e-mail: beatapopken@hotmail.com

mgr Danuta Żurawicka
mgr Małgorzata Zimnowoda
Instytut Położnictwa PMWSZ w Opolu
ul. Katowicka 68
45-060 Opole
tel.: 77 442 35 40, 441 08 82
e-mail: dzurawicka@o2.pl
mzimnowoda@o2.pl

EWA JANIUK*

Problem przemocy w rodzinie w praktyce położnej

Przemoc towarzyszy ludzkości od zarania dziejów i obecnie pozostaje jednym z poważniejszych problemów. Nadal kojarzona jest najczęściej ze środowiskami uznawanymi ogólnie jako patologiczne – rodzinami z problemem alkoholowym, rażącymi dysfunkcjami rodziny. Problem przemocy może dotyczyć także rodzin zamożnych, ludzi z wyższym wykształceniem, cieszących się w swoim otoczeniu szacunkiem i uznaniem. Zwłaszcza na niektóre formy przemocy istniało do niedawna ciche przyzwolenie społeczne. Przysłowiowy „klaps” traktowany był jako forma dyscyplinowania dziecka, a niejednokrotnie jeszcze dzisiaj zaniedbania nie odczytuje się jako jednej z form przemocy w rodzinie. W *Słowniku języka polskiego* czytamy o przemocy, że jest to „siła przeważająca czyjąś siłę fizyczną, przewaga wykorzystywana do czynów dokonywanych na kimś, panowanie, czyny bezprawia dokonywane z użyciem fizycznego przymusu”. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) przemoc to „zamierzone postępowanie lub użycie siły fizycznej przeciw komuś innemu, innej osobie, grupie lub społeczności, które powoduje doznanie obrażeń, zgonu, szkód psychicznych, uniemożliwienia rozwoju lub narażenie zdrowia”. Jest to przemoc interpersonalna (na przykład wobec członka rodziny lub partnera, a także wobec osoby niespokrewnionej lub nieznanego), zachowania samobójcze i samouszkodzenia oraz przemoc grupowa, czyli konflikty zbrojne, ludobójstwo, represje i naruszanie praw człowieka; to umyślne spowodowanie szkody drugiej osobie. Należy zwrócić uwagę, że przemoc obejmuje także uniemożliwienie rozwoju jednostki lub grup społecznych. Osoba doznająca krzywdy, nie będzie mogła się rozwijać w takim samym sposób, jak osoba takiej krzywdy niedoznająca. Gdy problem rozpatrywać będziemy z perspektywy pracownika medycznego, nierozzerwalnie wiąże

* Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zdrowa Rodzina w Opolu.

się on ze zdrowiem podopiecznych. Do najbardziej znanych profesjonalnych definicji zdrowia należy, dziś już klasyczna, definicja zamieszczona w 1948 r. w tekście konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia. Utożsamia ona zdrowie ze stanem pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie jedynie z brakiem choroby lub kalectwa [1]. Przemoc pozostaje więc w bezpośrednim konflikcie z możliwością osiągnięcia dobrego stanu zdrowia. Z tego też względu zajmować powinna znaczące miejsce w systemie opieki zdrowotnej. Dlatego też Światowa Organizacja Zdrowia, opracowała „Światowy raport o przemocy i zdrowiu”. Zalecenia dotyczące rozwiązania problemu przemocy obejmują:

- wypracowanie i wdrożenie narodowego planu działań wobec problemu, który powinien być monitorowany i łączyć w sobie współpracę organizacji rządowych i pozarządowych;
- rozwijanie i doskonalenie sposobów gromadzenia i analizy danych na temat zjawiska (statystyki, przyczyny, konsekwencje);
- rozwijanie badań naukowych nad zjawiskiem, powinny być one realizowane na poziomie ogólnospołecznym, jak i lokalnym po to, aby analizować zmienne konteksty kulturowe;
- promocję profilaktyki związanej z opieką prenatalną, rozwijanie pozytywnego rodzicielstwa, pomoc dziecku i rodzinie, edukacja społeczna. Wsparcie rodziny, czyli programy wizyt domowych i inne programy, oraz intensywne działania w celu utrzymania rodziny;
- rozszerzenie i poprawa zakresu działań zdrowotnych, socjalnych i prawnych dla ofiar przemocy, opieka nad nimi, leczenie, rehabilitacja oraz wsparcie. Poprawa działań terapeutycznych i wczesnej interwencji. A także ulepszenie działań formalnoprawnych, w tym:
 - zgłaszanie obowiązkowe przypadków,
 - zgłaszanie nieobjęte formalnym obowiązkiem,
 - poprawa funkcjonowania służb ochrony dzieci,
 - powołanie zespołów dochodzeniowych w sprawach śmierci dzieci,
 - zwiększenie liczby aresztowań i oskarżeń,
 - wprowadzenie obowiązkowego leczenia dla sprawców,
 - poprawa współpracy oraz wymiany informacji na temat przemocy i jej prewencji; współpraca międzynarodowa, państwowa i lokalna;
- działania w środowisku lokalnym, które powinny dotyczyć konkretnych grup czy populacji, a mogą być realizowane na szerszą skalę;
- kampanie profilaktyczne i edukacyjne;
- tworzenie i doskonalenie wielosektorowych interwencji środowiskowych, czyli kształcenie i rozwijanie kompetencji różnych profesjonalistów, przedstawicieli określonych służb i innych lokalnych podmiotów;

- promowanie i monitorowanie sposobu realizowania przez państwa międzynarodowych umów, regulacji, praw i innych mechanizmów dotyczących ochrony praw człowieka [2].

W Polsce instytucjami udzielającymi pomocy prawnej, finansowej, a także duchowej są policja i prokuratura, ośrodki interwencji kryzysowej, schroniska dla ofiar przemocy, punkty konsultacyjne, placówki służby zdrowia, Komitet Ochrony Praw Dziecka, Fundacja „Dzieci Niczyje”, Fundacja „Mederi”. W pracy położnej niezbędna jest wiedza na temat funkcjonowania instytucji i organizacji pracujących na rzecz przeciwdziałania przemocy. Wskazany jest udział pracowników medycznych w kampaniach społecznych, których celem jest uwrażliwienie społeczeństwa na zjawisko stosowania przemocy i ukazanie możliwości szybkiej reakcji. Realizacja projektów kampanii społecznych na rzecz przeciwdziałania przemocy, zwłaszcza wobec dzieci, jest drogą do przełamania „tabu”, jakim jest krzywdzenie.

W Polsce istnieje bardzo dużo form pomocy ofiarom przemocy. Wszystkie instytucje i służby społeczne, a także kampanie i fundacje, oparte są na Ustawie o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie z dnia 29 lipca 2005 r. (Dz.U. z 2005 r. nr 180, poz. 1493 z późn. zm.). Ten akt prawny powstał w celu zwiększenia skuteczności przeciwdziałania przemocy w rodzinie oraz wspierania działań polegających na podnoszeniu świadomości społecznej w zakresie przyczyn i skutków tej przemocy. Osobie dotkniętej przemocą udziela się pomocy w zakresie poradnictwa medycznego, psychologicznego, prawnego i socjalnego, ponadto jest to interwencja kryzysowa i wsparcie. Powinna być także zapewniona ochrona przed dalszym krzywdzeniem, poprzez uniemożliwienie osobom stosującym przemoc korzystania ze wspólnie zajmowanego z innymi członkami rodziny mieszkania oraz zakazanie kontaktowania się z osobą pokrzywdzoną. Osoba poszkodowana ma prawo żądać bezpiecznego schronienia w specjalistycznym ośrodku wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie. Ustawa określa również zadania organów administracji rządowej i samorządowej w zakresie przeciwdziałania przemocy; należy do nich przede wszystkim tworzenie programów interwencji i prowadzenie ośrodków wsparcia dla ofiar przemocy. Wyznacza także ustawa zakres działań pracownikom ochrony zdrowia, których głównym zadaniem jest ochrona zdrowia pacjenta. Zjawisko przemocy domowej kwalifikuje się do zakresu sytuacji objętych świadczeniami zdrowotnymi, ponieważ bardzo często towarzyszą mu wyraźne uszkodzenia zdrowia somatycznego, a zawsze występują poważne uszkodzenia zdrowia psychicznego. Zadania podstawowe pracowników ochrony zdrowia wobec osób poszkodowanych w wyniku przemocy domowej polegają na udzieleniu pomocy medycznej. Równie

istotnym jest rozpoznanie sygnałów świadczących o występowaniu przemocy, szczególnie gdy ofiary bądź świadkowie próbują to ukryć, oraz umiejętność przeprowadzenia rozmowy umożliwiającej rozpoznanie form przemocy i częstotliwości jej występowania.

To właśnie podczas wykonywania usług medycznych, zwłaszcza w środowisku zamieszkania, istnieje możliwość zdiagnozowania przemocy. Wspomniany zakres działań staje się więc wyzwaniem także dla położnych, zwłaszcza wykonujących świadczenia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Poza zapisami Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie zapisy o obowiązku podejmowania działań w ramach przeciwdziałania przemocy znaleźć można w standardzie opieki okołoporodowej. Dokument ten określa metody postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej, sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem, określa poszczególne elementy opieki medycznej mającej na celu uzyskanie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa zdrowotnego, w ramach których opieka opiera się na praktykach o udowodnionej skuteczności. W trybie nakazowym rozporządzenie określa, że opieka nad położnicą obejmuje w szczególności ocenę relacji rodzinnych i wydolności opiekuńczej rodziny, położna „ocenia możliwości udzielania pomocy i wsparcia dla położnicy ze strony osoby bliskiej” oraz „ocenia relacje w rodzinie, interweniuje w przypadku zaobserwowania przemocy lub innych występujących nieprawidłowości”.

Po ukończeniu przez dziecko 6. tygodnia życia położna przekazuje opiekę nad niemowlęciem pielęgniarce podstawowej opieki zdrowotnej. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania w historii zdrowia i choroby, w części dotyczącej opieki środowiskowej, nakazuje opis środowiska epidemiologicznego oraz między innymi rodzaj i zakres czynności pielęgniarki lub położnej dotyczących pacjenta i jego środowiska, w szczególności rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych i psychospołecznych, do których z pewnością należy zaliczyć podejrzenie przemocy w rodzinie [3].

Zgodnie z Ustawą o przeciwdziałaniu przemocy obowiązkiem pracowników opieki medycznej jest poinformowanie ofiar o możliwościach szukania pomocy oraz o bezpłatnym wystawieniu na prośbę poszkodowanego zaświadczenia lekarskiego o stwierdzonych obrażeniach. W przypadku uznania takiej konieczności lub na prośbę poszkodowanych powiadamia się inne służb, np. pomocy społecznej, policji, gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. Gdy stwierdza się podczas

badania lub ma się podejrzenie popełnienia przestępstwa, np. ciężkiego uszkodzenia ciała lub wykorzystania seksualnego, powiadamia organy ścigania [4]. Osoby, które w związku z wykonywaniem swoich obowiązków służbowych lub zawodowych powzięły podejrzenie o popełnieniu ściganego z urzędu przestępstwa z użyciem przemocy w rodzinie, mają obowiązek niezwłocznego zawiadomienia o tym policji lub prokuratora. Do czasu wejścia w życie znowelizowanej ustawy osoby będące świadkami przemocy w rodzinie także powinny być zawiadomić o tym policję, prokuratora lub inny podmiot działający na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

Podejmowanie interwencji w środowisku wobec rodziny dotkniętej przemocą odbywa się w oparciu o procedurę „Niebieskiej Karty” i nie wymaga zgody osoby dotkniętej przemocą w rodzinie. Wspomniana procedura obejmuje ogół czynności podejmowanych i realizowanych przez przedstawicieli jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, policji, oświaty i ochrony zdrowia, w związku z uzasadnionym podejrzeniem zaistnienia przemocy w rodzinie. Przedstawiciele wymienionych podmiotów realizują procedurę „Niebieskiej Karty” w oparciu o zasadę współpracy i przekazują informacje o podjętych działaniach przewodniczącemu zespołu interdyscyplinarnego. Wszczęcie procedury „Niebieskiej Karty” następuje przez wypełnienie formularza tej karty w przypadku powzięcia, w toku prowadzonych czynności służbowych lub zawodowych, podejrzenia stosowania przemocy wobec członków rodziny lub w wyniku zgłoszenia dokonanego przez członka rodziny lub przez osobę będącą świadkiem przemocy w rodzinie. Przedstawicielem ochrony zdrowia uprawnionym do działań jest osoba wykonująca zawód medyczny, w tym lekarz, pielęgniarka, położna i ratownik medyczny. W ramach procedury przedstawiciel ochrony zdrowia każdorazowo udziela osobie, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, informacji o możliwościach uzyskania pomocy i wsparcia oraz o uprawnieniu do uzyskania bezpłatnego zaświadczenia lekarskiego o ustaleniu przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z przemocą w rodzinie. Procedura i wzór formularza „Niebieskiej Karty” wypełnianego przez przedstawicieli określone zostały przez Radę Ministrów w drodze rozporządzenia. Zgodnie z nim przekazanie wypełnionego formularza „Niebieskiej Karty - A” do przewodniczącego zespołu interdyscyplinarnego następuje niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od dnia wszczęcia procedury. Kopię wypełnionego formularza „Niebieskiej Karty - A” pozostawia instytucja wszczynająca procedurę. Przewodniczący zespołu interdyscyplinarnego po otrzymaniu formularza „Niebieskiej Karty - A” niezwłocznie, nie

później niż w ciągu 3 dni od dnia jego otrzymania, przekazuje go członkom zespołu interdyscyplinarnego lub grupy roboczej. Zespoły interdyscyplinarne tworzone są w ramach gminnego systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Do zadań własnych gminy należy w szczególności tworzenie, w tym opracowanie i realizacja, gminnego programu przeciwdziałania przemocy w rodzinie oraz ochrony ofiar przemocy w rodzinie, a także organizowanie zespołów interdyscyplinarnych. Zarówno pielęgniarki, położne, jak i lekarze mogą zostać powołani do praw zespołów interdyscyplinarnych, jak i grup roboczych działających na rzecz przeciwdziałania przemocy. Wójt, burmistrz albo prezydent miasta powołuje zespół interdyscyplinarny i w jego skład wchodzi przedstawiciele jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, policji, oświaty i organizacji pozarządowych oraz pracownicy ochrony zdrowia. Zespół interdyscyplinarny może tworzyć grupy robocze do rozwiązywania problemów związanych z wystąpieniem przemocy w rodzinie w indywidualnych przypadkach. Do prac tego zespołu mogą być także powoływani pracownicy ochrony zdrowia. Członkowie zespołu interdyscyplinarnego oraz grup roboczych wykonują zadania w ramach obowiązków służbowych lub zawodowych. Prace w ramach grup roboczych są prowadzone w zależności od potrzeb zgłaszanych przez zespół interdyscyplinarny lub wynikających z problemów występujących w indywidualnych przypadkach. W razie bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia dziecka w związku z przemocą w rodzinie pracownik socjalny wykonujący obowiązki służbowe ma prawo odebrać dziecko z rodziny i umieścić je u innej niezamieszkującej wspólnie osoby najbliższej. Decyzję taką pracownik socjalny podejmuje wspólnie z funkcjonariuszem policji, a także z lekarzem, ratownikiem medycznym lub z pielęgniarką.

Zakończenie procedury „Niebieskiej Karty” następuje w przypadku ustania przemocy w rodzinie i uzasadnionego przypuszczenia o zaprzestaniu dalszego stosowania przemocy w rodzinie oraz po zrealizowaniu indywidualnego planu pomocy albo rozstrzygnięcia o braku zasadności podejmowania działań.

W czasopiśmie „Niebieska Linia” Krzysztof Sarzała w artykule *Z innej perspektywy. Refleksja na temat „Niebieskich Kart”* wypowiada się na temat realizacji ustawy o przeciwdziałania przemocy: „Wydaje się, że dziś – jak dawniej – całością odpowiedzialności za działania związane z «Niebieskimi Kartami» i niemałym trudem przeciwdziałania przemocy w rodzinie obarcza się policjantów i pracowników socjalnych, zaś pozostali specjaliści ustawiają się w wygodnych pozycjach: kibica lub zleceniodawcy interwencji”. Należy pamiętać, że w grupie „pozostałych specjalistów” pra-

wodawca umieścił także pielęgniarki i położne, co oznacza, że profesjonalizm w realizowaniu zadań zawodowych wymaga od nas zmierzenia się również z tym problemem [5].

Przeciwdziałanie przemocy wobec dorosłych w świetle obowiązującego prawa nie powinno nastęrczać problemów w przeciwieństwie do przeciwdziałania przemocy prenatalnej i przemocy wobec dziecka w okresie noworodkowym. Prawo polskie nie przewiduje ochrony prawnej dziecka przed jego narodzinami [6]. Pomimo tego każde działanie osoby dorosłej (zamierzone lub niezamierzone), które ujemnie wpływa na zdrowie, rozwój fizyczny i psychospołeczny dziecka określa się mianem przemocy wobec dziecka, zarówno w okresie prenatalnym, jak i po jego urodzeniu. Przemoc wobec dziecka prenatalnego może przybierać postać zaniedbania medycznego, fizycznego i emocjonalnego. Powodem jest brak wiedzy i kompetencji rodziców. Wśród najczęstszych przyczyn upatruje się brak akceptacji ciąży, zagrożenie i brak poczucia bezpieczeństwa matki i rodziny. Przemoc prenatalna stanowi czynnik ryzyka wobec takich zjawisk, jak: dzieciobójstwo, porzucenie dziecka po porodzie, pochopne oddanie do adopcji, odrzucenie, zaniedbanie i przemoc (w tym fizyczna) dziecka po urodzeniu. Brak akceptacji rodzicielstwa powoduje uprzedmiotowienie mającego urodzić się dziecka na etapie prenatalnym. Dziecko nie jest traktowane jako istota ludzka. Zostaje uprzedmiotowione przez co trudniej matce nawiązać więź emocjonalną z dzieckiem. Traktowane i określane jest jako „ciąża”, „płód” itd., co ułatwia zaniedbywanie go, różnych form niewłaściwych działań wobec niego lub prowadzenia stylu życia, który może mu zagrażać. Negatywny stosunek matki do rozwijającego się w jej łonie dziecka ma wpływ na przebieg danej ciąży i porodu oraz jego rozwój i zachowanie po urodzeniu. Negatywne nastawienie matki koreluje z wyższym odsetkiem poronień samoistnych i obumarcia dziecka, częściej też występuje poród przedwczesny, wady wrodzone, zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego i pokarmowego. Objawem zaniedbania psychicznego dziecka po jego urodzeniu może być rezygnacja z karmienia piersią, pomimo możliwości w tym zakresie.

Przykładem przemocy o charakterze medycznym może być brak troski o zdrowie własne i mającego urodzić się dziecka, niekorzystanie z profilaktycznej opieki medycznej w czasie ciąży, z wykonywania zaleconych badań i konsultacji, zaniechanie leczenia chorób współistniejących w ciąży. Przemoc fizyczna może być mniej lub bardziej intencjonalna. Czasem może być niezamierzona, ale pomimo tego powoduje krzywdzenie dziecka, a wynika np. z braku wiedzy rodziców lub trudnych warunków życia. Najczęściej przybiera formę zaniedbania objawiającego się brakiem troski matki o prawidłową higienę okresu ciąży i odżywianie. Czasem wynika ze

stosowania przez matkę używek (palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, narkotyków) lub fizycznego zęcania się (np. uderzenia w brzuch w odpowiedzi na aktywność dziecka). Okoliczności sprzyjające intencjonalnemu stosowaniu większości form fizycznej przemocy to m.in. niezaakceptowane poczęcie dziecka i brak więzi z nim, słaba lub konfliktowa relacja z ojcem dziecka, odrzucenie dziecka przez jego ojca, brak wsparcia dla kobiety w ciąży lub załamanie zdrowia psychicznego (np. depresja matki, jej wcześniejsza choroba psychiczna). Zaniedbania wobec dziecka w okresie prenatalnym mogą dotyczyć warunków życia matki. Mogą się one przejawiać w postaci braku odpowiedniej ilości snu, braku dostatecznego odpoczynku w ciągu dnia, braku ruchu na świeżym powietrzu, niedokonywaniu zmian w trybie życia i organizacji dnia codziennego (np. zwolnienie tempa pracy i poruszania się), noszeniu ciężarów i ucisku na brzuch, uprawianiu ekstremalnych sportów lub niestosowaniu się do zaleceń związanych z dotychczasowymi formami rekreacji i wysiłku fizycznego, krępowaniu brzucha ciasnym ubraniem w celu ukrycia ciąży. Szczególnie niebezpiecznym jest skażenie organizmu matki związkami chemicznymi, środkami toksycznymi, które powodują u dziecka poważniejsze skutki zdrowotne niż u jego matki. Rozwijający się organizm dziecka nie ma wykształconych mechanizmów obronnych. Niebezpieczne mogą być też skutki promieniowania niejonizującego, pól elektromagnetycznych oraz wibracji i hałasu. Czynniki te odpowiadają często za poronienia, porody przedwczesne, opóźnienie wzrostu i obniżenie wagi urodzeniowej dziecka, martwe urodzenia, zaburzenia proporcji płci u potomstwa, wady wrodzone i zaburzenia rozwoju po urodzeniu, nowotwory u dzieci.

Równie niebezpiecznym zaniedbaniem jest niedożywienie matki. Wynikać może nie tylko z ubóstwa lub braku wiedzy, ale również ze stylu życia i odżywiania się związanego z chęcią utrzymania szczupłej sylwetki lub stosowania różnych, nawet ekstremalnych diet. Niedożywienie zwiększa ryzyko wewnątrzmacicznego zahamowania rozwoju dziecka, a w połączeniu ze stresem wzmacnia jego szkodliwe działanie. Niedostateczne lub nieprawidłowe odżywianie matki w ciąży hamuje ujawnianie się zaprogramowanych genetycznie potencjalnych możliwości dziecka, wpływa negatywnie na strukturę i funkcjonowanie mózgu oraz na zachodzące w nim procesy chemiczne i jego bioelektryczną czynność. Po urodzeniu dzieci niedożywionych matek częściej uzyskują obniżone wyniki w skali zachowania noworodków Brazeltona. Obserwuje się także nieprawidłowy płacz dziecka, wskazujący na subtelne uszkodzenia układu nerwowego. Ze względu na zaburzenie procesów adaptacji do warunków życia, dzieci doświadczające takich zaniedbań prenatalnych częściej chorują. Obserwuje się skłonność do częstych infekcji i chorób z powodu upośledzenia

mechanizmów odporności komórkowej i humoralnej. Urodzenie dziecka z niedoborami pokarmowymi może spowodować konieczność hospitalizacji narażającej go na infekcje, utrudnia karmienie piersią, osłabia zachowania opiekuńcze rodziców, co komplikuje jego psychoruchowy rozwój. Swoimi behawioralnymi problemami dziecko odzwierciedla stan matki, kiedy była w ciąży. Wyrównanie po urodzeniu prenatalnych niedoborów energetycznych i białkowych może niwelować ich szkodliwy wpływ, ale wiadomo, że zasadniczo skutki niedostatecznego odżywiania matki w okresie ciąży są nieodwracalne. Czynnikiem zagrażającym prokreacji jest także nieprawidłowe żywienie powodujące m.in. otyłość.

Stosowanie przez kobietę w ciąży środków psychoaktywnych, nikotyny, alkoholu, narkotyków, środków podnoszących nastroj i rozładowujących napięcie nerwowe jest przemocą wobec dziecka. Palenie tytoniu w okresie ciąży lub przebywanie w zadymionym pomieszczeniu wprowadza substancje toksyczne, które uszkadzają płód na bardzo wczesnym etapie rozwoju lub uniemożliwiają mu implantację w macicy. Tytoń powoduje przyspieszenie akcji serca dziecka, jego niedotlenienie i niedożywienie oraz niepokój psychoruchowy. Łożysko matki palaczki ma ograniczone możliwości wzrostu, zmniejszoną wydolność, nie spełnia więc swojej funkcji barierowej pomiędzy matką a dzieckiem w sposób optymalny. Spożywanie alkoholu może spowodować zespół wad wrodzonych, uszkodzenie mózgu, zmniejszenie wagi i wzrostu dziecka, prowadzi do częstych poronień, zgonów przed urodzeniem lub w okresie okołoporodowym i noworodkowym, przedwczesnych porodów, nieprawidłowego rozwoju fizycznego, ruchowego i psychicznego oraz wystąpienia alkoholowego zespołu płodowego (FAS). Narkotyki, np. zażywana przez matkę kokaina, powoduje defekty genetyczne, uszkadza układ krwionośny, moczowy i nerwowy dziecka, prowadzi też do wad części twarzowej i kończyn, poronień, wcześniactwa, martwych urodzeń, zaburzeń zachowania. Amfetamina i heroina są również bardzo groźne dla rozwoju dziecka. Marihuana powoduje uszkodzenia genetyczne i prowadzi do wad wrodzonych, zwiększa ryzyko poronienia, opóźnia rozwój wewnątrzmaciczny dziecka, naraża go na symptomy współzależnienia [7].

Przemoc psychiczna towarzyszy wszystkim formom przemocy fizycznej, ale może również występować bez jej przejawów. Jest wyrazem niewłaściwej postawy wobec dziecka, braku jego akceptacji, niechęci do nawiązywania kontaktu z nim i ekspresji uczuć wobec niego, a nawet odrzucenia emocjonalnego. Podstawową formą jest odrzucenie dziecka, zaprzeczanie jego istnieniu, traktowanie jedynie jako ciężę, odmawianie dziecku akceptacji, negatywny stosunek do niego oraz narażenie siebie na trudne sytuacje, intencjonalne niezwracanie uwagi na potrzeby dziecka,

sygnalizowane przez jego ruchy i niereagowanie na odczuwalny dyskomfort dziecka, ignorowanie przez matkę znacznego zmniejszenia lub braku ruchliwości dziecka przez dłuższy czas, sugerującego jego niedotlenienie i zagrożenie życia [8].

Ojciec dziecka też może być osobą stosująca przemoc prenatalną, ponieważ każda forma przemocy wobec matki dotyczy również dziecka. Dziecko może zostać uszkodzone bezpośrednio lub pośrednio wskutek doznawanej przez matkę traumy. Przemoc seksualna (zmuszanie matki do współżycia) może doprowadzić do poronienia lub porodu przedwczesnego.

O ile przemoc fizyczną jest nieporównywalnie łatwiej zdiagnozować, to wszelkiego rodzaju zaniedbania, zwłaszcza wobec dzieci, łatwo umykają uwadze, chyba że przyjmują drastyczne formy, doprowadzając do bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia. Ochronie prawnej podlegają dzieci od chwili urodzenia, natomiast wobec przemocy prenatalnej nadal pozostajemy jako społeczeństwo praktycznie bezradni. Jedynym działaniem chroniącym dzieci przed przemocą prenatalną pozostają więc działania profilaktyczne, głównie szeroko rozumiana edukacja zdrowotna w okresie przedkoncepcyjnym i w czasie ciąży. W związku z powyższym standard opieki okołoporodowej zakłada zintensyfikowanie działań w zakresie edukacji przedporodowej ciężarnych przez położne podstawowej opieki zdrowotnej. Przez Narodowy Fundusz Zdrowia finansowane są spotkania edukacyjne od 21. do 31. tygodnia ciąży z częstotliwością jeden raz w tygodniu, a po 32. tygodniu ciąży aż do porodu dwa razy w tygodniu. Największym atutem tej formy edukacji przedporodowej jest przede wszystkim zindywidualizowany proces edukacji oparty na diagnozie potrzeb edukacyjnych, wywiadzie zdrowotnym i środowiskowym, prowadzony w sposób planowy i poddawany cyklicznie ewaluacji zgodnie z procesem pielęgnowania w przeciwieństwie do tradycyjnej szkoły rodzenia, gdzie zajęcia prowadzone są w dużych grupach bez znajomości specyfiki środowiska zamieszkania podopiecznych. Celem działań edukacyjnych jest promowanie zachowań prozdrowotnych, wspomaganie rozwoju więzi emocjonalnej matki (rodzica) z dzieckiem, wzmacnianie kompetencji rodzicielskich i wspieranie w sytuacjach trudnych. Dodać należy, że położne podstawowej opieki zdrowotnej przygotowane są zawodowo do wykrywania najwcześniejszych symptomów nieprawidłowości w relacjach rodzinnych, współpracy z organizacjami pracującymi na rzecz rodziny.

Kolejnym działaniem położnych na rzecz przeciwdziałania przemocy wobec najmłodszych dzieci powinna być promocja karmienia piersią, mająca na celu zwiększenie liczby dzieci karmionych wyłącznie mlekiem

matki przez pierwszych 6 miesięcy. Karmienie piersią jest nie tylko najlepszą formą zaspokajania biologicznych, ale i społecznych oraz emocjonalnych potrzeb dziecka na najwcześniejszym etapie rozwoju. Jako optymalne pożywienie stanowi najskuteczniejszą ochronę przed wieloma chorobami cywilizacyjnymi w wieku dorosłym, takimi jak choroby układu krążenia, cukrzyca typu II, nadwaga. Będąc żywą, immunologicznie czynną substancją, stanowi skuteczną ochronę przed infekcjami okresu dziecięcego, zapobiega lub minimalizuje przebieg alergii lub nietolerancji pokarmowych, na które szczególnie narażone są dzieci matek palących, wychowujących się w środowisku palaczy, matek niedożywionych, pijących alkohol lub używających narkotyki, a także dzieci urodzone przedwcześnie lub z niską masą urodzeniową. Dla noworodka i niemowlęcia karmienie zabezpiecza podstawowe potrzeby społeczne i emocjonalne, takie jak potrzeba bliskości i bezpieczeństwa. Karmienie naturalne ułatwia także nawiązanie prawidłowych więzi psychospołecznych matki z dzieckiem i kształtuje fundamentalny model przywiązania, od którego zależne jest funkcjonowanie dziecka w społeczeństwie w przyszłości. Oksytocyna wytwarzana w procesie laktacji bierze udział w układzie limbicznym mózgu odpowiedzialnym za zachowania emocjonalne. Wpływa na wzrost empatii, redukuje strach (blokuje aktywację ciała migdałowatego odpowiedzialnego za lęk), rozbudza instynkt macierzyński, ułatwia przywiązanie. Zarówno z punktu widzenia pojedynczej komórki społecznej, jaką jest rodzina, jak i z punktu widzenia społecznego karmienie mlekiem matki jest ekonomicznie uzasadnionym najlepszym rozwiązaniem. Na same mieszanki, mleko zastępcze niezbędne do rozwoju dziecka karmionego sztucznie, do 6 miesiąca życia należy przewidzieć ok. 1500–2500 zł; doliczyć jeszcze należy koszty butelek, smoczków, wody, energii, detergentów, itd. [9]. Ze względu na kilkunastokrotnie większe prawdopodobieństwo zachorowania na infekcje układu oddechowego, pokarmowego i inne schorzenia trzeba dodać również koszty leczenia, dojazdów do placówek medycznych, absencji chorobowej itd. Karmienie piersią stanowi skuteczną motywację do zaniechania lub ograniczenia palenia tytoniu i korzystania z innych używek, co samo w sobie generuje oszczędności ekonomiczne. Dodatkowo karmienie piersią poprawia samoocenę matek i pozytywnie wpływa na rozwój kompetencji rodzicielskich. Odsetek dzieci karmionych wyłącznie mlekiem matki do 6. miesiąca życia jest jednym ze wskaźników jakości opieki okołoporodowej, ponieważ skuteczność promocji karmienia piersią jest w największym stopniu zależna od wsparcia osób w środowisku matki i dziecka. Poza edukacją zdrowotną w zakresie karmienia naturalnego potrzebne jest profesjonalne wsparcie w rozwiązywaniu problemów laktacyjnych. Zamiast udzielania wsparcia

finansowego na mieszanki, mleko zastępcze, uwzględnianie dofinansowanie artykułów wspomóc należy laktację (m.in. wypożyczenie lub zakup laktatora, muszli laktacyjnych, artykułów do dokarmiania niezaburzających odruchu ssania, konsultacji neurologopedycznej) [9].

Bibliografia

[1] Słońska Z., Misiuna M. *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*. Warszawa: Agencja Promo-Lider 1993: 68.

[2] http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/en/ [12.03.2013].

[3] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Dz.U. z 2010 r. nr 252, poz. 1697.

[4] Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie z dnia 29 lipca 2005 r. Dz.U. z 2005 r. nr 180, poz. 1493 z późn. zm.

[5] <http://www.psychologia.edu.pl/przeciwdziaanie-przemocy/pismo.html> [12.03.2013].

[6] Hobel J. *Cywilnoprawna ochrona dziecka poczętego a stosowanie procedur medycznych*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska 2012: 23–90.

[7] Kornas-Biela D. *Pedagogika prenatalna. Nowy obszar nauk o wychowaniu*. Lublin: KUL 2009: 43–64.

[8] Landwójtowicz P. *Cierpienie samotnego macierzyństwa*. W: Kalus A., Krok D. red. *Psychologiczny wymiar cierpienia. Teoria i badania*. Opole: Uniwersytet Opolski 2007: 27–38.

[9] Nehring-Gugulska M., Pietkiewicz A. *Korzyści wynikające z karmienia piersią*. W: Nehring-Gugulska M., Żukowska-Rubik M., Pietkiewicz A. *Karmienie piersią w teorii i praktyce. Podręcznik dla doradców i konsultantów laktacyjnych oraz położnych, pielęgniarek i lekarzy*. Kraków: Medycyna Praktyczna 2012: 41–45.

Adres do korespondencji:

Ewa Janiuk

NZOZ Zdrowa Rodzina w Opolu

ul. Krapkowicka 10A

45-715 Opole

tel.: 606 790 535

e-mail: zdrowarodzina@op.pl

AURELIA MĄDRA*, JAROSŁAW DROBNIK**

Położnictwo u progu XXI wieku

Położnictwo XXI w. w swoich podstawach jest tym samym położnictwem co na początku świata. Budowa kobiety nie zmieniła się na przestrzeni wieków. Mechanizmy porodowe, choć nie nazywano ich po imieniu, były tymi samymi mechanizmami co obecnie. Natura działa od wieków jednakowo i nasze miednice kostne składają się z tych samych kości, płaszczyzn i wymiarów co niegdyś, tylko nasze noworodki rodzą się dużo większe i to jest powodem zwiększonej liczby cięć cesarskich. Często przyczyną jest makrosomia płodu. Na przestrzeni wieków, jak wszystkie dziedziny życia, tak i położnictwo poczyniło duże postępy. Rozwój techniki i elektroniki znalazł również zastosowanie w naszym organizmie, poznając go z każdej możliwej strony.

Przedstawiamy niektóre nowości, które zasługują na miano wykrywaczy patologii w położnictwie oraz sposoby i metody badań, w poszczególnych etapach położnictwa, sposoby prowadzenia porodu, ukończenia ciąży, które rodząca może sobie wybrać, uwzględniając wskazania i przeciwwskazania.

Największym osiągnięciem na przestrzeni ostatnich stuleci stało się obniżenie śmiertelności noworodków i matek, jest to wynik wprowadzenia działań profilaktycznych i badań diagnostycznych. Jednak chcąc uniknąć zagrożeń porodowych, coraz częściej stosuje się interwencje medyczne. Medykalizacja porodu okazała się samonapędzającą się maszyną, paradoksalnie zwiększającą zagrożenie dla przebiegu porodu fizjologicznego. Współczesna rodząca zdaje się być pomiędzy wiarą w naturę a zaufaniem do technologii. Poród stoi na rozdrożu, na którym krzyżuje się naturalne podejście z wyrefinowaniem technologicznym XXI w.

* Powiatowe Centrum Zdrowia w Kluczborku.

** Instytut Położnictwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu.

Szkoła rodzenia

Opolska Szkoła Rodzenia powstała według wzorca szkoły łódzkiej w 1968 r. Stworzył ją ówczesny dyrektor dr Stanisław Knopiński i położna mgr Waleria Rogula, którą mieliśmy przyjemność poznać na Medycznym Studium Zawodowym. Jest to położna z prawdziwego zdarzenia i trafnie zobligowano ją do przygotowania rodziców do macierzyństwa i ojcostwa. Przygotowanie do porodu nie jest kursem gotowania, są tu ważne reguły, o których dowiadują się od specjalistów w tej dziedzinie. Szkoły rodzenia przygotowują do porodu, aby kobiety mogły rodzić w sposób nienaruszający ich godności; same lub z bliską osobą, panując nad przebiegiem porodu, emocjami i uwzględniając realia miejsca wybranego porodu. By przyszli rodzice mogli wkroczyć w nowy etap życia z potrzebną do tego wiedzą, aby czuli się bardziej kompetentni w opiece nad nowo narodzonym dzieckiem, aby zapoznali się ze sposobem higieny ciała okresu porodu i po nim, czyli położeniem. Świadomość o fizjologii porodu ma spowodować aktywny udział kobiety w jego przebiegu, wyeliminować lęk przed nieznanym bólem, który wywodzi się z tradycji rodzinnych, błędnych informacji, niewłaściwej lektury i filmów [1].

Rodząca, po ukończeniu szkoły rodzenia, jest w stanie pokierować swoim porodem psychologicznie (tu dużą rolę odgrywa dział psychoprophylaktyki porodu). Jest świadoma doznań porodowych, nie traktuje bólu porodowego jako patologii, stosuje się do wskazówek położnej prowadzącej poród i ma duże szanse na fizjologiczne ukończenie porodu, co w dzisiejszych czasach zaczyna graniczyć z cudem [2].

Położna z długim stażem pracy, niechętnie i krytycznie postrzega porody, gdzie położnictwo krzyżuje się z chirurgią i „funduje się” porody przez cięcie cesarskie, bez perspektywicznego myślenia o następstwach operacji, które przypomną się po latach.

Zachęcając do porodów fizjologicznych, możemy zapoznać rodzące z niektórymi metodami łagodzenia bólu porodowego. Do metod tych zaliczamy:

- poród w znieczuleniu podtlenkiem azotu,
- znieczulenie porodu zewnątrzoponowo,
- alternatywne metody łagodzenia bólu,
- immersja wodna i poród w wodzie,
- pozycje wertykalne.

Poród w znieczuleniu podtlenkiem azotu

Podtlenek azotu jest to tzw. gaz rozweselający. W temperaturze pokojowej jest bezbarwny, ma słaby zapach, jest niepalący się, ma słodkawy smak [3].

Podczas porodu rodząca jest zdenerwowana, zaniepokojona oraz towarzyszy jej duży ból. Gaz ten działa antydepresyjnie, rozluźnia rodzącą psychicznie, zmniejsza poczucie lęku i działa znieczulająco na ból porodowy. Podtlenek azotu zmieszany jest z tlenem, więc rodząca kobieta otrzymuje go od 30 do 70%. Efektywność jego użycia różni się indywidualnie w zależności od osoby:

- 50% kobiet uznały jego działanie za zadowalające,
- 20% kobiet twierdzi, że przynosi ulgę na jakiś czas,
- 30% kobiet uznaje go za całkowicie nieskuteczny [4].

Mieszanina podtlenku jest podawana z urządzeń stacjonarnych lub przenośnych, stężenie podtlenku jest regulowane. Położna dostosowuje dawkę gazu, urządzenie blokuje podawanie nadmiaru dawek. Po przeniknięciu do krwioobiegu podtlenek azotu szybko dostaje się do organizmu, przechodzi przez łożysko i dociera do dziecka. Nie stwierdzono skutków ubocznych, gdyż gaz nie przechodzi przez wątrobę. Ważne jest, aby kobieta przy porodzie wdychała ustaloną dawkę, jak tylko zaczyna się skurcz, gdyż działanie rozpoczyna się po 15 sekundach [4].

Zalety stosowania podtlenku azotu:

- przynosi ulgę w bólu,
- pozwala uniknąć stosowania leków przeciwbólowych,
- działa szybko,
- może być podawany w dowolnym momencie porodu,
- daje kobiecie poczucie kontroli nad bólem,
- nie obniża poziomu tlenu w organizmie matki,
- nie wymaga obecności anestezjologa,
- nie stwierdzono negatywnego wpływu na dziecko [5].

Jak w każdym stosowanym zabiegu, podtlenek azotu ma też swoje wady:

- może powodować złe samopoczucie i zawroty głowy,
- ogranicza możliwości poruszania się i stosowania pozycji wertrykalnych,
- może spowodować senność i mgliste wspomnienie porodu,
- niewielkie ryzyko utraty przytomności.

Znieczulenie porodu zewnątrzoponowe

Znieczulenie zewnątrzoponowe to forma znieczulenia regionalnego z grupy blokad centralnych, w której leki podaje się do przestrzeni między ścianą kostną kanału kręgowego a oponą twardą otaczającą rdzeń kręgowy. W celu wprowadzenia leków do wyżej wymienionej przestrzeni, zakłada się specjalny cewnik i pozostawia się go na czas określony [3]. Pozostawienie cewnika pozwala na podawanie odpowiednich dawek leku znieczulającego w zależności od potrzeby [5].

Znieczulenie zewnątrzoponowe cieszy się ostatnio dużą popularnością, rozpoczyna się go w pierwszym okresie porodu, kiedy ujście rozwarne jest na 3–4 cm, nie później niż 7–8 cm. Wcześniejsze podanie leków znieczulających wpływa hamująco na jeszcze słabą akcję porodową, a tym samym przedłuża pierwszy okres porodu. Czas działania pierwszej dawki znieczulenia rozpoczyna się od 10–15 minut od podania, następne dawki podaje się z częstotliwością ok. 2 godzin w zależności od nasilenia bólu porodowego oraz postępu porodu. Znieczulenie to nie znosi całkowicie uczucia bólu, lecz ogranicza go w znacznym stopniu, tak aby rodząca była w stanie znieść jego natężenie. Pacjentka może chodzić, siedzieć na piłce, ma zachowane czucie i możliwość współpracy podczas porodu.

Do medycznych wskazań do tego znieczulenia należą:

- 1) nadciśnienie indukowane ciążą – eliminuje ciśnienie związane z bólem,
- 2) astma oskrzelowa – zmniejsza ryzyko wystąpienia ataku,
- 3) cukrzyca – redukcja bólu zmniejsza wyrzut hormonów powodujących podwyższenie poziomu cukru we krwi,
- 4) padaczka – przy chorobie tej eliminuje ból, lęk i hiperwentylację.

Przeciwwskazaniem do znieczulenia zewnątrzoponowego są następujące:

- 1) zaburzenia krzepliwości krwi,
- 2) zmiany skórne w miejscu wkłucia,
- 3) alergia na środek znieczulający,
- 4) gorączka,
- 5) operacja kręgosłupa przebyta w krótkim czasie.

Wskazania względne do zastosowania znieczulenia porodu zewnątrzoponowego:

- 1) niektóre wady wrodzone serca,
- 2) konieczność prężnego leczenia przeciwzakrzepowego,
- 3) niektóre schorzenia neurologiczne, jak guzy związane ze wzrostem ciśnienia śródczaszkowego,
- 4) hipowolemia [3].

Metody alternatywnego łagodzenia bólu

Już od czasów historycznych, z uwagi na czynniki subiektywne, w każdym porodzie dążono do zmniejszenia bólu. Nasi przodkowie wykorzystywali początkowo alkohol, czary, przykładanie rąk, substancje o działaniu narkotycznym, opiaty i marihuanę. Obecnie korzystamy ze współpracy profesjonalistów, stosując najnowsze techniki łagodzenia bólu. Wykorzystanie wybranej metody zależy od kilku czynników:

- 1) oczekiwań rodzącej,
- 2) tolerancji na ból,
- 3) światopoglądu, uwarunkowań kulturowych,
- 4) realiów miejsca porodu.

Do metod alternatywnych łagodzenia bólu należy psychoprofilaktyka porodu – jest to edukacja rodzącej o fizjologii porodu, o technikach relaksacyjnych i ćwiczeniach oddechowych.

Aby uwolnić rodzącą od reżimu leżenia, zalecamy jej **pozycje wertrykalne**, chodzenie, **ćwiczenie na piłce** i umożliwienie jej samodzielnego uporania się z dyskomfortem, masaż i kontrucisk łagodzi ból przez dotyk rąk bliskiej osoby. **Kontrucisk** polega na wywieraniu silnego nacisku na plecy rodzącej w szczycie skurczu – masaż musi być wykonywany w sposób ciągły, całymi dłońmi, ruchami kolistymi i z dość silnym stałym naciskiem. Metoda sprawdza się w przedłużającym się pierwszym okresie porodu. Można też zastosować naprzemiennie gorące i zimne okłady, prysznic lub zanurzenie w wannie.

Ułożenie rodzącej – rodząca nie musi stale leżeć, może stać, chodzić, klęczeć, siedzieć na piłce, może leżeć na boku z przykurczem nóg lub przyjąć dowolną pozycję według odczucia i intuicji w celu uporania się z bólem.

Akupunktura – powodzenie ma na Wschodzie, ma wielu entuzjastów, w krajach zachodnich jest mało popularna z powodu braku doświadczenia wśród specjalistów medycyny tradycyjnej, przypisuje się jej stosunkowo małą efektywność przeciwbólową.

TENS – stymulacja nerwów przez skórę, metoda rozpowszechniona w Wielkiej Brytanii, w Polsce nie znalazła jednakże zastosowania – metoda polega na stymulacji produkcji endogennych opioidów i bramkowaniu bólu w obszarze unerwionym z danego źródła. Korzystają z niej kobiety, które nie chcą stosować jakichkolwiek leków – metoda umiarkowanie skuteczna.

Farmakologia – tu stosujemy opioidy domięśniowo: morfina, dolargan, dolantyna, dolcontral – leki te jednak bardzo szybko przechodzą przez

łożysko i mogą spowodować depresję ośrodka oddechowego noworodka (niska skala Apgar, występują zaburzenia odruchu ssania i niektórych odruchów nerwowych, mogą wystąpić napady drgawek) [5]. U matki powoduje senność, wymioty, dezorientację, mgliste wspomnienie porodu. Leki te muszą być stosowane pod nadzorem anestezjologa [5].

Immersja wodna i poród w wodzie

Na całym świecie, we wszystkich epokach, wodzie przypisywano właściwości medyczne, terapeutyczne i duchowe. Już w starożytnym Egipcie kobiety rodziły w wodzie, podobnie było w Nowej Zelandii – Maorysi i w Panamie – Indianki. Pierwszy opisany poród w wodzie odbył się we Francji. Rodząca, po dwóch dniach nieskutecznego porodu, weszła do ciepłej wody w celu odpoczynku i wkrótce potem urodziła [5]. Głębokie zanurzenie w wodzie podczas porodu stało się popularne w latach siedemdziesiątych XX w. Zanurzenie wpływa korzystnie na poziom hormonów, zwiększa stężenie endorfin i oksytocyny, redukuje poziom katecholamin, co wydaje się regulować odczuwanie bólu. Częstość stosowania znieczulenia u kobiet korzystających z basenu porodowego jest zdecydowanie mniejsza. Woda jest stosunkowo tanim analgetykiem w akcji porodowej. Powoduje relaksację, czyli stwarza spokojne, bezpieczne środowisko, pomaga rozluźnić się, pozwala zająć wygodną pozycję, umożliwia swobodne ruchy. Woda łagodzi ból pleców, u kobiet rodzących w wodzie pęknięcia krocza zdarzają się znacznie rzadziej, niż u rodzących „na sucho” i są mniej rozległe. Częstość występowania krwotoków poporodowych wydaje się mniejsza w wodzie, trwają badania nad słusznością tej tezy. Nie ma różnicy co do czasu trwania porodu, nie zwiększa się częstość występowania infekcji, ani kierowania noworodka na oddziały intensywnej terapii.

Względne przeciwwskazania do porodu w wodzie:

- 1) zakażenia – HIV, WZW „B”, paciorkowiec grupy „B”,
- 2) gorączka – ryzyko zakażenia lub przegrzania płodu,
- 3) czas od pęknięcia pęcherza płodowego – powyżej 24 godzin,
- 4) duża masa ciała kobiety – trudności w nagłych sytuacjach z wydobyciem kobiety z wody,
- 5) konieczność monitorowania elektronicznego,
- 6) podawanie oksytocyny,
- 7) stan po przebytych cięciach cesarskich (okresowe KTG) i bez znieczulenia zewnątrzoponowego,
- 8) ciąża mnoga i położenie miednicowe płodu [5].

Aby uwzględnić wszystkie wskazania i przeciwwskazania, należy zadbać jeszcze o przygotowanie basenu, jego stabilności, odpowiedniej pojemności, tak aby zanurzona kobieta miała możliwość unoszenia się w wodzie, aby woda miała optymalną temperaturę 35–37°C [5]. W I i II okresie porodu temperatura wody nie może być wyższa niż 37,5°C. Basen musi być oczyszczony od wirusów HIV, HBV, HCV [5].

Poród w wodzie pozostaje nadal procedurą kontrowersyjną, samozadowolenie kobiety, która widzi w takim porodzie tylko superlatywy, nie jest wystarczającym warunkiem, choć tu musimy wziąć pod uwagę prawo kobiet do wyboru sposobu rodzenia. Naszym zadaniem jest zapewnienie kobiecie komfortu i profesjonalnej opieki do przebycia porodu w wodzie, mając na uwadze to, że decyzja jaką podjęła kobieta jest świadoma i przemyślana, oraz iż zna ona czynniki ryzyka.

Pozycje wertykalne

Nasze doświadczenie w prowadzeniu porodów potwierdza, że kiedy rodząca może kierować swoim porodem, wybierać dogodnie pozycje, które podpowiada jej intuicja, to poród przebiega naturalnie i spokojnie. Rodząca ma poczucie, że panuje nad porodem i ma nad nim kontrolę. Wykorzystujemy również pozycje wertykalne – korzystamy z praw grawitacji. Trudno ustalić pozycje do rodzenia, gdyż kobieta czuje to intuicyjnie i jest to indywidualna sprawa każdej osoby.

Przykłady pozycji wertykalnych:

- siedzenie w klęku,
- kręcenie biodrami na piłce,
- opieranie się o osobę towarzyszącą,
- parcie w kucki,
- pozycja relaksacyjna na boku,
- klęczenie na łóżku porodowym [6].

Spośród wielu pozycji rodząca wybiera sobie najbardziej dogodną i potrzebną na danym etapie porodu.

Wybrane metody badań w położnictwie

Kardiotokografia – badanie KTG jest badaniem biofizycznym, mającym za zadanie ocenę dobrostanu płodu. Polega na rejestracji tonów serca płodu z jednoczesną rejestracją czynności skurczowej macicy. Badanie nie wymaga szczególnych przygotowań, jest nieinwazyjne, przeprowadzane

w ramach intensywnej opieki przedporodowej, pozwala wcześniej wykryć sytuację zagrożenia płodu. Podstawowe badanie KTG powinno trwać 30 minut, w razie konieczności przedłuża się go do 1 godziny. W opisie KTG wyróżniamy częstość podstawową i zmiany okresowe. Prawidłowa częstość akcji serca płodu to 110–150 uderzeń na minutę [7].

Diagnostyka USG – ultrasonografia jest badaniem biofizycznym, tak jak KTG. Aparat USG w diagnostyce położniczej i ginekologicznej powinien posiadać program położniczy 3D w czasie rzeczywistym, co najmniej w 128 stopniach skali szarości oraz możliwość dokumentacji badania. Cennym uzupełnieniem powinna być opcja kolorowego Dopplera Standard badania położniczego, obowiązują 3 badania USG w ciąży:

- między 10. a 14. tygodniem ciąży,
- między 20. a 22. tygodniem ciąży,
- po 30 tygodniu ciąży [8].

W uzasadnionych sytuacjach badanie w innych tygodniach ciąży oraz przed 10. tygodniem.

* * *

Położnictwo jest bardzo ważną dziedziną życia i na przestrzeni wieków poczyniło bardzo duże postępy w technice i medycynie. Położnictwo roztacza opiekę nad naszym życiem od zarodka, poprzez rozwój, aż do zakończenia ciąży. Jest to bardzo ważny etap, gdyż od tego zależy całe nasze życie. Technika poczyniła duże postępy w medycynie, możemy czerpać z jej dobroci, mamy do niej szeroki dostęp i należy z niej korzystać. Od nas położnych i od lekarzy wymaga się profesjonalizmu i powinniśmy sprostać wymaganiom XXI w. W dzisiejszych czasach pojęcie „urodzić się dobrze” już nie świadczy o tym, że jest to dziecko z wyższych sfer, lecz oznacza urodzić się z wysoką punkcją Apgar, w dobrym stanie fizycznym, rokującym prawidłowy rozwój i zaistnienie w życiu dorosłym. Rodzice mają duży wpływ na prokreację kontrolowaną, poród według swoich wymagań i miejsce porodu według uznania. Większa część społeczeństwa korzysta ze swoich praw.

Bibliografia

[1] Fijałkowski W. *Spotkanie w szkole rodzenia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 1987.

[2] Fijałkowski W. *Przygotowanie do naturalnego porodu*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 1987.

- [3] Drobnik L., Kuczkowski K. *Anestezjologia w położnictwie i medycynie perinatalnej*. Warszawa: Wydawnictwo Med-Media 2009.
- [4] Kruszyński Z. *Anestezjologia położnicza. Położnicze stany nagłe*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2006.
- [5] Charles C., Chapman V. *Prowadzenie porodu*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2011.
- [6] Wertykalne pozycje porodowe – przykłady. <http://www.rodzicpoludzku.pl/Porod/Wertykalne-pozycje-porodowe-przyklady.html> [18.02.2013].
- [7] Kitzinger S. *Kryzys narodzin*. Warszawa: Mamania 2011.
- [8] Callen P.W. *Ultrasonografia w położnictwie i ginekologii*. Wrocław: Urban i Partner 2010.

Adres do korespondencji:

Aurelia Mądra

ul. Ligonja 28/10

46-203 Kluczbork

tel.: 503 829 790

e-mail: Marzena830@buziaczek.pl

ALINA KOWALCZYKIEWICZ-KUTA*

Profilaktyka alergii – aktualne trendy

Definicja choroby alergicznej Patogeneza choroby alergicznej

Alergia (gr. *aloos + ergos*) jest terminem wprowadzonym przez von Pirquet w 1906 r. na określenie zmienionej reaktywności organizmu. Choroby alergiczne stanowią obecnie jeden z ważniejszych problemów medycyny. Według Europejskiej Akademii Alergologii i Immunologii Klinicznej aktualnie u 35% populacji europejskiej występują choroby alergiczne. W tym astma – 7–15%, alergiczny nieżyt nosa i spojówek – 15–20%, atopowe zapalenie skóry – 25–30%. Prognoza rozwoju chorób alergicznych jest niepokojąca, bowiem przewiduje ona występowanie alergii u 40–50% populacji w 2020 r. [1]. Badanie przeprowadzone w Polsce wskazują na wysoką zachorowalność również naszego społeczeństwa na alergię. W ramach badania ECAP (*Epidemiology of Allergic Disorders in Poland*) ocena częstości występowania alergii w naszym kraju przedstawia się następująco: w grupie 6–7 lat – 45%, 13–14 lat – 47%, 20–45 lat – 52% [2].

Choroby alergiczne są wynikiem defektu odpowiedzi immunologicznej na powszechnie występujące w środowisku czynniki, zwane alergenami, które dla organizmu ludzkiego są potencjalnie nieszkodliwe. Wskutek błędnego rozpoznania przez układ immunologiczny tych czynników, dochodzi do rozwoju reakcji zapalnej, która z założenia jest odpowiedzią obronną na działanie czynników szkodliwych. W przypadku alergenów jest patologią i prowadzi do rozwoju chorób alergicznych. Do niedawna uważano, że alergia jest wynikiem zaburzonej równowagi między limfo-

* Instytut Położnictwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu, Szpital Ginekologiczno-Położniczy i Noworodków w Opolu.

cytami Th 1 i Th 2. Jednak aktualna wiedza świadczy o tym, że podstawą rozwoju chorób alergicznych jest niedostateczny nadzór immunologiczny nad różnymi komórkami immunokompetentnymi. W konsekwencji dochodzi do zaburzeń równowagi odporności wrodzonej i nabytej. Nie wszystkie objawy chorób alergicznych można wyjaśnić reakcją związaną z udziałem swoistych immunoglobulin klasy IgE (przeciwciał IgE). Przez wiele lat uważano, że alergią jest to tylko atopia, czyli skłonność rodzinna spowodowana nadprodukcją przeciwciał IgE. Jednak alergią pokarmowa, niektóre fenotypy astmy, atopowe zapalenie skóry, nawet klasyczna anafilaksja niekoniecznie muszą być mediowane przez IgE. Tak więc nie istnieją tylko modele alergen-IgE, w najbliższej przyszłości pojęcie alergologii poszerzy się o tzw. immunoalergologię. Dzięki rozwojowi badań molekularnych jest możliwość rozłożenia alergenu na fragmenty (epitopy) – metoda ISAC [3]. Wiedza na ten temat pomoże w ocenie możliwości wystąpienia u człowieka reakcji anafilaktycznej na odległe od siebie gatunkowe alergeny, np. pyłek bylicy a owoc brzoskwini. Według tej samej zasady – tzw. reakcji krzyżowych – pacjent uczulony na roztocze kurzu domowego może reagować reakcją anafilaktyczną po zjedzeniu skorupiaków. Choroby alergiczne w ciągu życia mają pewną sekwencję zmian, która rozpoczyna się w okresie niemowlęcym dolegliwościami ze strony przewodu pokarmowego, później występują zmiany skórne charakterystyczne dla atopowego zapalenia skóry czy objawy alergicznego nieżytu nosa, aż w końcu astma. Ten klasyczny marsz alergiczny jest dużym uproszczeniem. Aktualna wiedza mówi, że fenotypy chorób alergicznych raczej współistnieją ze sobą w różnym czasie, nie zawsze w wyżej wspomnianej kolejności. Na pewno udowodniono, że dzieci z atopowym zapaleniem skóry mają większe prawdopodobieństwo rozwoju astmy, zwłaszcza w przypadku uczulenia na roztocza kurzu domowego.

Do chorób alergicznych zaliczane są:

- alergiczny nieżyt nosa i spojówek (ANNS),
- astma oskrzelowa,
- atopowe zapalenie skóry (AZS),
- alergią pokarmowa,
- zespół alergii jamy ustnej.

Rodzaje chorób alergicznych

Alergiczny nieżyt nosa i spojówek (ANNS)

To najczęściej występująca choroba o podłożu alergicznym. I choć jest niegroźna dla życia, potrafi znacznie je uprzykrzyć. Uważa się, że cało-

roczny nieżyt nosa bardziej obniża jakość życia niż postać łagodna czy umiarkowana astmy oskrzelowej. Jednostka ta jest najsilniejszym czynnikiem ryzyka wystąpienia astmy oskrzelowej. W Polsce najczęściej przyczyną ANNS jest alergia na roztocza kurzu domowego i pyłki traw. Objawami klinicznymi są napady kichania, świąd, wodnisty wyciek z nosa. Objawy pojawiają się w wyniku narażenia na alergen; ANNS to alergiczne zapalenie błony śluzowej górnych dróg oddechowych, w którym główną rolę odgrywają eozynofile [4].

Astma oskrzelowa

Termin „astma” wywodzi się z języka greckiego *asthma* i oznacza zadyszkę, sapanie, dychawicę. Choć choroba znana jest od starożytności, to do obecnych czasów nie udało się sformułować precyzyjnej definicji schorzenia. Wynika to ze złożonego patomechanizmu i różnorodności jej obrazów klinicznych. Eksperci GINA (*Global Initiative for Asthma*) definiują astmę jako przewlekłą chorobę zapalną dróg oddechowych, w której uczestniczy wiele komórek i substancji przez nie uwalnianych. Przewlekłe zapalenie jest przyczyną nadreaktywności oskrzeli prowadzącej do typowych objawów choroby (napady świszczącego oddechu, duszność, uczucie ściskania w klatce piersiowej, kaszel). Jednak obecnie astma nie jest traktowana jako jedna choroba, ale kompleks objawów klinicznych, które wraz z badaniem czynnościowym płuc oraz cytologicznym dróg oddechowych tworzy **fenotyp astmy**. Wiele badań jest prowadzonych celem określenia fenotypu astmy, zarówno u dorosłych, jak i w mniejszym stopniu również u dzieci [5]. Francuscy lekarze podjęli się zdefiniowania fenotypów astmy ciężkiej u dzieci w wieku 6–12 lat. Oceniono 315 pacjentów. Na podstawie 19 zmiennych wyodrębniono 3 niezależne fenotypy: I – ciężkie zaostrzenia i poliwalentna astma, wyższa eozynofilia i bazo-filia, liczniejsze uczulenia na alergeny wziewne i pokarmowe, II – astma z obturacją oskrzeli, wyższa neutrofilia, III – łagodna astma. Można będzie w ten sposób w najbliższej przyszłości na podstawie określenia fenotypu astmy przyczynić się do skuteczniejszego jej leczenia u poszczególnych chorych (immunoterapia alergenowa czy leki przeciwnetrofilowe, czy przeciwciała monoklonalne anty-IgE, czy makrolidy).

Nie ma astmy bez alergicznego zapalenia – do dzisiaj jest to obowiązująca teza w nauce o astmie. Istotą immunopatofizjologii astmy jest więc przewlekły immunoalergiczny odczyn zapalny na obszarze drzewa oskrzelowego, który występuje w każdej postaci astmy, zarówno u dzieci, jak i u dorosłych. Aż 60–80% przypadków astmy u dzieci i ponad 50% u dorosłych ma bezpośredni związek z alergią atopową, czyli zależnym od immunoglobuliny IgE uczuleniem na alergeny środowiska zewnętrznego.

nego. Jednak w miarę trwania astmy proces immunoalergicznego zapalenia toczy się autonomicznie i rola alergenów, które brały udział w wywołaniu astmy, nie jest już taka bezpośrednia. Zapalenie dróg oddechowych w astmie zwiększa się znacznie nie tylko w warunkach ekspozycji na alergen, ale również w okresie infekcji wirusowej (rynowirusy) i bakteryjnej. W tym aspekcie astmę należy pojmować jako zespół niedoboru odporności. W astmie występują zaburzenia funkcji układu odpornościowego, które polegają na czynnościowej supresji komórek NK (*natural killer*), niedoborze frakcji wydzielniczej IgA i dysfunkcji reaktywności interferonu. Tak więc alergia atopowa usposabia do infekcji wirusowych, które z kolei są ważnym czynnikiem w wywoływaniu objawów astmy, natomiast nie wszyscy chorzy na astmę mają cechy atopii. Zapalenie w astmie ma głównie charakter eozynofilowy, ale są też fenotypy astmy, gdzie dominują neutrofile, czy też tak zwana astma ubogokomórkowa związana ze zwiększeniem ilości lub rozmiarów miocytów drzewa oskrzelowego. Astma to zespół różnych fenotypów, a patomechanizm należy do najbardziej złożonych w patologii człowieka. Uważa się, iż astma jest nadal niedodiagnozowana – ludzkość może przypominać lewokomorową niewydolność krążenia czy przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP) [6]. Jednak najczęstszymi czynnikami ryzyka rozwoju tej choroby – szczególnie u dzieci powyżej 3. roku życia – są obciążenie rodzinne i alergia atopowa.

Atopowe zapalenie skóry (AZS)

Atopowe zapalenie skóry to schorzenie przewlekłe, którego postacie występujące w różnych okresach życia mają różną manifestację kliniczną. Immunologia AZS inna też jest na różnych etapach życia człowieka. Początkowo w rozwoju AZS dominują cytokiny o profilu Th 2 (typowe dla chorób alergicznych), następnie wraz z upływem czasu i nasileniem zmian zapalnych dominują cytokiny wytwarzane przez limfocyty Th 1 czy Th 7. Są one bardziej odpowiedzialne za procesy autoimmunizacyjne (charakterystyczne dla późnej postaci choroby) [7]. Atopowe zapalenie skóry związane jest z defektem ektodermalnym skóry, który występuje także w innych jednostkach chorobowych, np. łojotokowe zapalenie skóry, zmiany rumieniowe z podrażnienia. Atopowe zapalenie skóry może wystąpić w różnym wieku – dzielimy je na zapalenie niemowlęce, dziecięce, okresu dojrzewania i dorosłości. W okresie niemowlęcym ok. 80% przypadków choroby rozpoczyna się najczęściej ok. 3 miesiąca życia, częściej dotyczy chłopców niż dziewcząt.

Alergia pokarmowa

Alergia pokarmowa jest najwcześniejszym symptomem atopowej choroby alergicznej. Częstość jej występowania na podstawie badań epi-

miologicznych jest szacowana na 4–8%. Pomimo dużego postępu, jaki dokonał się w ostatnich latach w rozpoznawaniu i leczeniu alergii pokarmowej, nadal brakuje testów przesiewowych do wstępnego zdiagnozowania alergii na pokarmy. Dane uzyskane z wywiadu rodzinnego i osobniczego, badanie fizykalne dziecka z wykonaniem u niego badań alergologicznych, pozwalają ustalić długotrwałe leczenie dietą eliminacyjną. Najczęściej uczulającymi alergenami u dzieci są: białka mleka krowiego, białka jaja kurzego, orzeszki ziemne, pszenica, nasiona soi, ryby, owoce morza.

Zespół alergii jamy ustnej

Zespół alergii jamy ustnej jest najczęstszą postacią alergii pokarmowej u dorosłych. Charakteryzuje się obrzękiem, świądem i pieczeniem błony śluzowej jamy ustnej gardła, warg natychmiast po zetknięciu się alergenu z błoną śluzową jamy ustnej. Uczulający pokarm u tych chorych to niektóre świeże owoce, warzywa, orzechy, rzadziej mięsa i grzyby. Zespół ten po raz pierwszy został opisany w 1987 r., przez Amlot i Lessofa u pacjentów atopowych chorujących na AZS lub zgłaszających objawy alergii pokarmowej (wzdęcia, bóle brzucha, nudności, wymioty, biegunka). Obecnie wiadomo, że zespół ten występuje u osób uczulonych na pyłki drzew, traw, chwastów, a także na roztocze, alergeny zwierząt i pleśń [8]. Wynika to z homologicznej budowy alergenów wziewnych i pokarmowych oraz z krzyżowej reakcji swoistych IgE z nimi. Zapobieganie polega na przetwarzaniu żywności przez jej obróbkę termiczną, bowiem reakcja krzyżowa zależy od czwartorzędowej struktury białek alergenu.

Uwarunkowania chorób alergicznych

Etiologia chorób alergicznych jest wieloczynnikowa. Wśród nich najwięcej uwagi w badaniach naukowych przypisuje się genetyce i/lub środowisku człowieka. Choroby alergiczne rozwijają się u osób z predyspozycją genetyczną, ale tempo zachorowań na tyle szybko wzrasta, że coraz częściej dopatrują się naukowcy wpływu czynników środowiskowych na aktywację nieprawidłowej odpowiedzi immunologicznej. Wcześniej uważano i tłumaczono wzrost zachorowań na choroby alergiczne tzw. higieniczną teorią rozwoju alergii [9]. Uważano, że zachodni styl życia, związany ze zwiększonym reżimem higienicznym, doprowadza do zmniejszonego kontaktu z drobnoustrojami patogennymi, które aktywują reakcje przeciwzapalne i hamują rozwój procesów proalergiczych. Obecnie teoria ta ulega modyfikacji w stronę tzw. mikrobiotycznej teorii rozwoju alergii [10]. Zakłada ona, że podstawowe znaczenie w rozwoju tolerancji

immunologicznej na antygeny zewnętrzne, w tym alergeny, mają drobno-ustroje fizjologicznie, zasiedlające przewód pokarmowy. Opóźniona i/lub zmieniona kolonizacja przewodu pokarmowego w najwcześniejszym okresie życia, czyli noworodkowo-niemowlęcym (według niektórych do 2. roku życia) może aktywować układ immunologiczny proalergicznie. Dlatego też zastosowanie probiotyków podawanych doustnie może indukować rozwój reakcji antyalergicznych już od najwcześniejszego okresu życia człowieka. Rozwój choroby alergicznej jest wynikiem **współdziałania czynników genetycznych i środowiskowych**.

Genetyka

Alergia ma uwarunkowania genetyczne, aby się ujawniała muszą zadziałać pewne czynniki środowiskowe, które ukierunkują odpowiedź układu immunologicznego na typ reakcji zapalnej zależnej od limfocytów pomocniczych typu 2 (Th 2). Uważa się, że czynniki te muszą zadziałać we wczesnym etapie rozwoju układu immunologicznego człowieka, czyli w życiu płodowym lub w pierwszych miesiącach życia człowieka. Astma jest chorobą uwarunkowaną wielogenowo o złożonym niejednorodnym fenotypie klinicznym. Pierwsza publikacja dotycząca sprzężenia chromosomu 11q13 z atopią ukazała się w 1989 r. [11]. W badaniach genetycznych wyróżnia się kilka metod pozwalających na identyfikację genów związanych z wystąpieniem astmy. Należą do nich analiza asocjacyjna genów kandydujących, analiza sprzężeń – klonowanie pozycyjne oraz badania całego genomu (*genome wide association studies* – GWAS) [12]. Nadal najważniejszym czynnikiem ryzyka rozwoju alergii u dziecka jest występowanie chorób alergicznych u rodziców, zwłaszcza u matki. Wykorzystując nowe techniki biologii molekularnej, zidentyfikowano geny odpowiedzialne za: regulację syntezy IgE, ekspresję receptorów dla tej Ig, geny związane z syntezą cytokin i mediatorów biorących udział w alergicznej reakcji zapalnej. Ponadto, ważny jest też wiek matki jako czynnik wystąpienia alergii – im starsza matka, tym większe prawdopodobieństwo, że dziecko będzie miało atopię. Jest jeszcze inny przyszłościowy aspekt wykorzystania genetyki, nie tylko w profilaktyce, ale również w leczeniu alergii. Aktualnie terapia genowa jest w leczeniu chorób alergicznych niedostępna, choć w prognozowaniu i przewidywaniu chorób alergicznych, jak widać, możliwa.

Środowisko (dieta, styl życia, zanieczyszczenie powietrza, dym tytoniowy, infekcje wirusowe)

Czynniki środowiskowe mogą modelować układ genetyczny człowieka poprzez procesy indukcji i supresji. W ten sposób wpływają na zmiany

trwałych sekwencji genetycznych. Wynikiem jest zaburzenie odpowiedzi układu odporności wrodzonej po kontakcie z antygenem w kierunku „proalergicznym”. Po stymulacji przez alergeny receptorów powstaje płaszcz cytokin, w wyniku którego dochodzi do stymulacji układu odporności nabytej (różnych subpopulacji limfocytów regulatorowych), która promuje odpowiednie zapalenie alergiczne (eozynofilowe, bazofilowe, monocytowe, neutrofilowe). Zaburzenia te związane są z receptorami powierzchniowymi na komórkach nabłonkowych i podnabłonkowych komórkach dendrytycznych – to one decydują o rozwoju fenotypu alergii. Trwają próby blokowania niektórych receptorów na komórkach dendrytycznych czy też nabłonkowych w celu indukcji reakcji immunotolerancji (w leczeniu chorób alergicznych stosowana jest immunoterapia alergenowa iniekcyjna, podjęzykowa, doustna).

Badania dowodzą, że alergia może sprzyjać **zakażeniom**, a infekcje nasilają objawy uczulenia. Zakażenia niektórymi patogenami (wirusy RSV, wirusy paragrypy) mogą zwiększać ryzyko rozwoju astmy oskrzelowej. Coraz więcej prac wskazuje, że alergia istnieje pod maską infekcji [13]. Jednym z czynników potencjalnie modyfikujących odpowiedź układu immunologicznego jest **dieta**. Istotnym zmianom w ostatnich latach podlega skład ilościowy i jakościowy spożywanych pokarmów (żywność wysoce przetworzona, sztuczne barwniki, polepszacze smaku, konserwanty). Zmiany w stosowanych dietach, rozumianych jako sposób odżywiania się, spowodowały wzrost spożycia wśród ludzi witamin i mikroelementów. Współczesna dieta jest jednym z symptomów postępu cywilizacyjnego, z którym wiąże się epidemię alergii [14].

Działania profilaktyczne w zakresie chorób alergicznych

Sposób przychodzenia na świat (cięcie cesarskie czy siłami natury)

Ekspozycja dziecka na mikroorganizmy (komensale obecne w przewodzie pokarmowym) po urodzeniu jest niezbędna do uzyskania pełnej dojrzałości immunologicznej, kiedy to dochodzi do wytworzenia się równowagi limfocytów Th 1/Th 2. Jest tak w czasie porodu siłami natury. Natomiast udowodniono brak tej potrzebnej stymulacji bakteryjnej (antygenowej), kiedy noworodek rodzi się w sposób zabiegowy poprzez cięcie cesarskie. Wówczas to ma miejsce zbyt słaba indukcja limfocytów Th 1 pamięci immunologicznej [15]. Inne badania związane z tym zagadnieniem zwracają uwagę na zwiększone ryzyko występowania alergii pokarmowych [16], zmiany ekspresji genów pod wpływem środowiska w czasie akcji porodowej – modyfikacja funkcji układu immunologicznego i hepatocytów [17], oraz ponadtrzykrotnie większe ryzyko astmy po

cięciu cesarskim [18]. Badania fińskie w grupie 60 tys. pacjentów przedstawiają większe ryzyko zachorowania na astmę w dzieciństwie [19]. Sprawa wpływu sposobu „przychodzenia na świat” nie jest jednoznaczna, bowiem badania brytyjskie wykazały brak podwyższonego ryzyka zachorowania na astmę [20].

Weryfikacja diety kobiety w ciąży i w czasie laktacji

Istnieją dowody, że informacja, którą matka przekazuje do układu immunologicznego płodu może już wewnątrzmacicznie stymulować rozwój różnych subpopulacji limfocytów regulatorowych. Czy mamy możliwość ingerencji w tym czasie życia człowieka? Nie ma na to jednoznacznych odpowiedzi. Najlepszym i najbardziej sprzyjającym rozwojowi immunotolerancji jest okres niemowlęstwa. Wówczas to pod wpływem kontaktu z alergenami (dieta) oraz czynnikami środowiskowymi organizuje się układ immunologiczny w zakresie odporności nabytej. Racjonalne żywienie kobiety w okresie ciąży i laktacji polega na dobrze zbilansowanej diecie jakościowo i energetycznie. Ma ona nie tylko ogromny wpływ na prawidłowy rozwój płodu i noworodka, ale również na programowanie metaboliczne, które ma zaowocować w przyszłości zdrowym dorosłym. Zgodnie z aktualnym stanowiskiem Amerykańskiej Akademii Pediatrii (American Academy of Pediatrics – AAP) oraz ekspertów Europejskiej Akademii Alergologii i Immunologii Klinicznej (European Academy of Allergology and Clinical Immunology – EAACI) **stosowanie diety eliminacyjnej w czasie ciąży lub laktacji** jest nieuzasadnione, gdyż nie wpływa na zmniejszenie częstości i ciężkości chorób alergicznych u dziecka. Jedynie AAP w 2000 r. wśród swoich zaleceń przedstawiła ewentualną eliminację orzeszków ziemnych w profilaktyce chorób alergicznych w ciąży. Nie wykazano jednoznacznie w stosunku do kobiety w ciąży profilaktycznego efektu stosowanej u niej diety hipoalergicznej (unikania mleka, jaj, ryb), pomimo istnienia klinicznych dowodów możliwości uczulenia przez kobietę ciężarną własnego dziecka *in utero* pokarmami, które spożywa. Dowodem na brak uczulenia wewnątrzmacicznego jest praca Rowe [21]. Badano 200 dzieci urodzonych w rodzinie dużego ryzyka rozwoju alergii. Oceniano w krwi pępowinowej specyficzne przeciwciała w klasie IgE, IgG4 oraz IL-4, IL-5 przeciwko wybranym alergenom pokarmowym (białko mleka krowiego, białko jaja kurzego) oraz powietrzno-pochodnym (roztocza kurzu domowego) w 6. 12. i 24. miesiącu życia. Wykazano tendencję spadkową tych substancji do 24. miesiąca życia, czyli kontakt z alergenami sprzyjał indukcji tolerancji immunologicznej w czasie tzw. okienka czasowego. W przypadku matek karmiących piersią, a zaliczanych do grupy ryzyka wystąpienia alergii, skutek zapobiegawczy może przynieść indywidualnie dobrana dieta hipoalergiczna w okresie laktacji.

Wywoła to korzystny efekt tylko wśród niemowląt z atopowym zapaleniem skóry [22].

Probiotyki w diecie kobiet w ciąży

Jedną z metod zapobiegania alergii mogłoby być stosowanie probiotyków. Są to żywe mikroorganizmy, które podawane w odpowiednich ilościach wywierają korzystny wpływ na gospodarza (korzystny efekt zdrowotny). Wyniki wielu badań doświadczalnych i klinicznych mogą wskazywać, że probiotyki modyfikują odpowiedź immunologiczną organizmu na alergeny. Na tej podstawie zaczęto sugerować, że probiotyki podane w bardzo wczesnym okresie życia człowieka (życie płodowe, pierwsze miesiące życia) mogą hamować rozwój choroby atopowej poprzez bezpośredni hamujący wpływ na proalergiczną odpowiedź immunologiczną typu Th 2. Badania z randomizacją dotyczące leczenia chorób alergicznych probiotykami są aktualnie niejednoznaczne. Natomiast profilaktyka chorób alergicznych to odpowiedź na pytania, jaki probiotyk, w jakim stężeniu, kiedy i jak długo przyjmować. Badania z zastosowaniem probiotyków w diecie ciężarnych rozpoczęły się początkowo w populacjach kobiet ze zwiększonym ryzykiem atopii. Wykazały one, że podawanie probiotyków kobietom w ciąży (*Lactobacillus rhamnosus* GG), a następnie ich dzieciom (do 6. miesiąca życia) zmniejszyło ryzyko wystąpienia AZS w ciągu pierwszych 2 lat życia [23]. Uczni norwescy zbadali czy profilaktyczne podawanie probiotyków jest równie korzystne w całej populacji dzieci. Do analiz zakwalifikowano zdrowe kobiety ($N = 415$), uczestniczące w programie zapobiegania chorobom alergicznym (który polegał na ograniczeniu palenia papierosów, zwiększeniu spożycia n-3 wielonienasyconych kwasów tłuszczowych i zmniejszeniu wilgoci w mieszkaniu), deklarujące wyłączenie karmienia piersią do 3. miesiąca życia. Kobiety ($N = 211$) od 36. tygodnia ciąży do 3. miesiąca po porodzie otrzymywały codziennie napój mleczny poddany fermentacji z dodatkiem *Lactobacillus rhamnosus* GG, *Bifidobacterium animalis* subsp. i *Lactis* B12 oraz *Lactobacillus acidophilus* La-5. Grupą kontrolną były kobiety ($N = 204$), które otrzymywały napój mleczny bez szczepu probiotycznego. W ciągu 2 lat obserwacji, w grupie dzieci, których matki otrzymywały probiotyki, w porównaniu z grupą kontrolną, stwierdzono mniejsze ryzyko wystąpienia AZS, podobne ryzyko wystąpienia ANNS i astmy. Interwencja była skuteczna u dzieci, które nie należały do grupy ryzyka alergii [24].

Jeszcze inne, niemieckie, badanie oceniało czy późniejsze wprowadzenie probiotyków (po 6. miesiącu życia dziecka) zapobiega zachorowaniu na atopowe zapalenie skóry i astmę wczesnodziecięcą. Kryteriami kwalifikującymi dzieci ($N = 131$) do badania były wystąpienie powyżej 2 epizo-

dów świszczącego oddechu w ciągu 12 miesięcy, w tym co najmniej 1 epizod w ostatnich 3 miesiącach, choroba atopowa u najbliższego krewnego, wiek dziecka 6–24 miesiące. Probiotyk (LGG) otrzymywało ($N = 65$) dzieci, pozostałym dzieciom podawano placebo ($N = 66$). Wnioski wskazywały, że LGG podawany przez 6 miesięcy dzieciom w wieku 6–24 miesiące nie zmniejszył w ciągu 12 miesięcy nasilenia objawów AZS i astmy, choć nieznacznie zmniejszyło się stężenie sIgE przeciwko alergenom wziewnym [25]. Podsumowując publikację z zastosowaniem probiotyków w profilaktyce alergii z wynikami pozytywnymi (efekt immunomodulujący bakterii probiotycznych w badaniu niemieckim i norweskim), jak i z wynikami negatywnymi (brak różnicy pomiędzy stosowaniem lub nie probiotyku), jak i z wynikami negatywnymi (brak różnicy pomiędzy stosunkiem lub nie probiotyku) należy stwierdzić, iż świadczą one o braku dobrze udokumentowanego działania klinicznego tych bakterii.

Kwas foliowy, który jest rutynowo zalecany kobietom ciężarnym w celu profilaktyki wad centralnego układu nerwowego, może mieć związek z rozwojem chorób alergicznych. Eksperymentalne badania u zwierząt i wstępne obserwacje u ludzi sugerują, że kwas foliowy jest donorem grup metylowych i w wyniku metylacji DNA może zmieniać ekspresje genów, w tym niektórych genów prowadzących do rozwoju astmy. Badacze z Australii oceniali wielkość ekspozycji kwasu foliowego przyjmowanego w ciąży (ostatni trymestr ciąży, $N = 628$) na występowanie astmy, AZS, alergii pokarmowych w 12. miesiącu życia dzieci tych matek. Dzieci kobiet zażywających $> 500\text{ug/dobę}$ kwasu foliowego zapady częściej na AZS niż tych matek, które przyjmowały kwas foliowy w dawce $< 200\text{ ug/ /dobę}$. Nie wykazano liniowej zależności między poziomami kwasu foliowego we krwi pępowinowej a ryzykiem wystąpienia chorób alergicznych. Stwierdzono natomiast, że zarówno niskie poziomy $< 50\text{ nmol/l}$, jak i wysokie poziomy $> 75\text{ nmol/l}$ związane były z częstszym uczuleniem [26].

Żywienie noworodka/niemowlęcia. Wprowadzanie pokarmów stałych i uzupełniających do diety niemowlęcia

Podstawowym źródłem składników odżywczych powinna być dobrze zbilansowana dieta. W sytuacji, gdy z różnych przyczyn codzienna dieta nie pokrywa zapotrzebowania na podstawowe składniki odżywcze, trzeba rozważyć stosowanie suplementacji. Poza efektem odżywczym suplement diety jest również traktowany jako substancja, która może mieć korzystne działanie fizjologiczne, np. w profilaktyce chorób. Substancjami stosowanymi w diecie noworodka, a następnie niemowlęcia, o potencjalnym „efekcie programującym”, które mają wpływ na profilaktykę chorób alergicznych, są:

- białko,
- probiotyki, prebiotyki, synbiotyki,
- kwasy tłuszczowe omega-3,
- witamina D3.

Białko [27]

Najważniejszym elementem ochrony przed rozwojem chorób alergicznych jest karmienie naturalne. Mamy do czynienia z dwiema okolicznościami we wczesnym okresie życia człowieka. Jedna to sytuacja zdrowotna dziecka nieobciążonego alergią w rodzinie. W tym aspekcie tworzenia się immunotolerancji ważne jest wczesne (po 4. miesiącu życia) podawanie dzieciom niebędącym w grupie ryzyka alergii antygenów pokarmowych innych niż mleko matki. Druga sytuacja dotyczy dziecka z obciążeniem alergicznym, czyli takiego, u którego ryzyko wystąpienia choroby atopowej lub alergicznej jest możliwe lub wysoce prawdopodobne. Profilaktyka powinna być prowadzona w stosunku do dzieci zaliczanych do grup ryzyka, czyli takich, u których w wywiadzie ustalono występowanie choroby atopowej/ alergicznej u rodziców, rodzeństwa lub krewnych. W tym przypadku działania zapobiegawcze są wielokierunkowe – w kolejności:

1. Profilaktyka pierwotna alergii, czyli zapobieganie uczuleniu u osoby predysponowanej do atopii lub alergii, która jeszcze nie zetknęła się z potencjalnie szkodliwym alergenem, obejmuje:

a) prawidłowe żywienie dziecka – propaguje się karmienie naturalne przez co najmniej 4–6 pierwszych miesięcy życia dziecka (korzyść – zmniejszenie AZS i alergii na białko mleka krowiego w pierwszych 2 latach życia);

b) wprowadzanie do żywienia niemowlęcia stałych produktów niemlecznych (w tym potencjalnie alergizujących – gluten, białko jaja, zboża, ryby, soja, owoce, warzywa) nie wcześniej niż w 4. miesiącu i nie później niż w 6. miesiącu życia;

c) diety matki w okresie laktacji (korzyść – zmniejszenie AZS);

d) zastosowanie mieszanek hipoalergicznych lub mieszanek o wysokim stopniu hydrolizy białek mleka krowiego (korzyść – mogą zapobiegać wystąpieniu lub opóźnić rozwój AZS, o ostatecznym efekcie decyduje stopień hydrolizy – zmniejszenie alergogenności).

2. Profilaktyka wtórna – to zapobieganie rozwojowi choroby alergicznej u osoby „uczulonej”.

3. Profilaktyka trzeciorzędowa – zapobieganie inwalidztwu narządowemu wynikającemu z przewlekłości i nawrotowości procesu alergicznego.

Probiotyki. Prebiotyki, synbiotyki

Mikrobiotyczna teoria rozwoju alergii zakłada, że zmieniona flora bakteryjna jelit (mikroflora), zasiedlająca przewód pokarmowy w okre-

sie niemowlęcym, może aktywować procesy immunologiczne proalergiczne [28]. Dlatego probiotyki, modulujące skład mikroflory, wpływają na kształtowanie ekosystemu jelitowego i stąd znalazły zastosowanie w zapobieganiu alergii zarówno w profilaktyce pierwotnej (zapobieganie rozwojowi alergii u dzieci o zwiększonym ryzyku zachorowania), jak i w profilaktyce wtórnej (zapobieganie konsekwencjom choroby alergicznej i zahamowanie postępu choroby alergicznej). Prebiotyki, które są oligosacharydami zawartymi w mleku kobiecym oraz syntetyzowanymi z sacharozy metodą enzymatyczną i dodawane są do mieszanek modyfikowanych (galaktooligosacharydy i fruktooligosacharydy w stosunku GOS:FOS – 9:1) stanowią główny substrat dla probiotyków. Natomiast synbiotyki są połączeniem pro- i prebiotyków i wchodzi w skład coraz to większej liczby suplementów diety dla niemowląt. Pre-, pro- i synbiotyki zmniejszają przepuszczalność śluzówki jelita dla alergenów dostających się do układu pokarmowego. Patomechanizm ich działania w układzie pokarmowym człowieka jest wielokierunkowy, ma miejsce: wzmocnienie bariery śluzówkowej jelita, indukcja tolerancji immunologicznej poprzez stymulację limfocytów regulatorowych reakcji zapalnej Th 3, wzrost immunoglobuliny IgA oraz interleukiny IL-10, hamowanie TNF.

Kwasy tłuszczowe omega-3

Długołańcuchowe wielonienasycone kwasy tłuszczowe (*long chain polyunsaturated fatty acids* – LC-PUFA) są niezbędnymi składnikami diety. Spośród nich kwas linolenowy (*alpha-linoleic acid* – ALA) nie jest syntetyzowany przez organizm człowieka i jest uważany za prekursora pozostałych kwasów LC-PUFA. Kwasy dokozaheksaenowy (*docosahexaenoic acid* – DHA) i eikozapentaenowy (*eicosapentaenoic acid* – EPA) są substancjami przeciwzapalnymi, znalazły zastosowanie w zapobieganiu miażdżycy naczyń krwionośnych, zespołowi metabolicznemu, przewlekłym chorobom zapalnym. Kobiety w ciąży i karmiące powinny otrzymywać suplementację minimum 200 mg DHA dziennie. Jednak w przypadku małego spożycia ryb, należy uwzględnić suplementację wyższą do 400–600 mg dziennie. Dodatkowa suplementacja DHA jest zalecana nie tylko ze względu na profilaktykę porodu przedwczesnego czy wpływ na prawidłowy rozwój ośrodkowego układu nerwowego płodu/ dziecka, ale również wykazano korzystny wpływ suplementacji kwasami omega-3 (2,7 g/dobę) na ryzyko rozwoju alergii u dzieci w wieku późniejszym [29].

Witamina D – niedobór słońca (niedobór witaminy D3) a wystąpienie alergii

W badaniu amerykańskim została postawiona hipoteza, że niedobór witaminy D może zwiększać ryzyko alergii pokarmowej u osób podatnych

genetycznie. Postać 25(OH)D to wspólna forma metaboliczna witaminy D syntetyzowanej w skórze i dostarczonej z pokarmem. Prospektywne badania kohortowe obejmowały 649 dzieci w momencie porodu (krew pępowinowa) i dalsze obserwacje laboratoryjne w 6. i 12. miesiącu życia oraz w 2., 4. i 6. roku życia. Za niedobór witaminy D przyjęty został poziom 11 ng/ml we krwi pępowinowej. Dzieci badano w kierunku wystąpienia alergii pokarmowej na: mleko, białko, jaja, orzechy arachidowe, orzechy włoskie, krewetki, dorsza, pszenicę – poprzez pomiar specyficznych przeciwciał klasy IgE (sIgE) – w surowicy tych dzieci. Wynik uznano za pozytywny, gdy sIgE wynosiło powyżej 0,35 kUA/l. Równocześnie zbadano polimorfizm 11 genów związanych z produkcją immunoglobuliny IgE i regulacją 25(OH)D. Na podstawie analizy statycznej stwierdzono niedobór witaminy D u 44% badanych dzieci, a u 37% sensytyzację (narastanie na alergeny pokarmowe). Nie wykazano związku niedoboru witaminy D z uczuleniem na pokarmy, ale gdy w analizie uwzględniono polimorfizm genów związanych z syntezą IgE, np. dla IL-4 (interleukina – IL-4 – odpowiedzialna za syntezę IgE) obserwowano wzrost ryzyka uczulenia dla nosicieli genotypu CC/CT (OR 1,79; 95% CI 1,15-2,77) [30].

Eliminacja czynników środowiskowych (dym tytoniowy, alergeny powietrzno pochodne, infekcje)

Liczba poznanych alergenów wziewnych w ostatnich latach znacznie wzrosła. Mają one duże znaczenie w pojawieniu się głównie objawów alergicznego nieżytu nosa oraz astmy oskrzelowej, zwłaszcza w wieku późniejszym życia człowieka. Należą do nich: pyłki roślin, zarodniki grzybów, alergeny roztoczy kurzu domowego, sierść zwierząt, alergeny karaluchów. Do jednych z najczęstszych całorocznych – chociaż wysokie stężenie osiągają w okresie letnio-jesiennym – należą grzyby *Alternaria alternata*, które odpowiadają za uczulenia u dzieci i dorosłych i są wysokim czynnikiem ryzyka rozwoju astmy oraz odpowiadają za stopień ciężkości astmy. Dlatego tak ważne jest zapobieganie tym chorobom alergicznym poprzez sposoby unikania alergenów. Należą do nich:

- dłuższe wietrzenie pomieszczeń,
- suszenie bielizny na zewnątrz,
- używanie okapów kuchennych podczas gotowania,
- usuwanie martwych liści z domowych roślin,
- zamykanie drzwi do łazienki podczas kąpieli,
- zamykanie okien w miesiącach ciepłych,

- używanie klimatyzacji,
- utrzymanie wilgotności powietrza w domu na poziomie < 50%,
- czyszczenie powierzchni zmywalnych detergentami,
- używanie maseczek na twarz w pomieszczeniu z dużą zawartością pleśni.

* * *

Profilaktyka alergii pozostaje nadal przedmiotem licznych badań. Pomimo tego tanią metodą jest nadal edukacja populacji ogólnej oraz edukacja w grupach podwyższonego ryzyka. Można już w ten sposób zredukować „epidemię chorób alergicznych”, które w znacznym stopniu zmniejszają jakość, a czasem także długość życia.

Bibliografia

- [1] Biała Księga Alergii. Brussels. UCB Institute (1995).
- [2] Samoliński B. Epidemiologia alergii i astmy w Polsce – doniesienia wstępne badania ECAP. *Terapia* 2008, 4: 127–131.
- [3] Hamilton R.G., Adkinson N.F. In vitro assays for diagnosis of IgE – mediated disorders. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2004, 114: 213–225.
- [4] Zawadzka-Krajewska A., Krauze A. Alergiczny nieżyt nosa – rozpoznawanie i leczenie. *Standardy Medyczne. Pediatria* 2009, 6: 418–427.
- [5] Just J. et al. Two novel severe asthma phenotypes identified during childhood using a clustering approach. *Respir Journal* 2012, 40: 55–60.
- [6] O’Byrne P.M. Światowe wytyczne postępowania w astmie – stan obecny i perspektywy. *Medycyna Praktyczna* 2011, 12: 15–25.
- [7] Werfel T. The role of leukocytes, keratinocytes and allergen – specific IgE in the development of atopic dermatitis. *Journal of Investigative Dermatology* 2009, 129: 1878–1891.
- [8] Pickert et. al. Colonoscopic allergen provocation test with rBet v 1 in patients with rBet v1 in patients with pollen-associated food allergy. *Allergy* 2012, DOI: 10.1111/all12006.
- [9] Strachan D.P. Hay fever, hygiene and household size. *British Medical Journal* 1989, 229: 1259–1260.
- [10] Cukrowska B. Mikrobiotyczna teoria rozwoju alergii – rola probiotyków w aktywacji procesów przeciwalergicznych. *Zakażenia* 2008, 5: 245–253.
- [11] Cookson W.O., Sharp P.A., Faux J.A., Hopkin J.M. Linkage between immunoglobulin E responses underlying asthma and rhinitis and chromosome 11q. *Lancet* 1989, 1: 1292–1295.
- [12] Szczepankiewicz A. Badania genetyczne w astmie – aktualny stan wiedzy. *Klinika Pediatryczna. Pediatria Ogólna* 2010, 18 (4): 477–481.
- [13] Simoes E.A. Respiratory syncytial virus infection. *Lancet* 1999, 354: 847–852.
- [14] Halken S. Early sensitization to allergens and development of allergic airway disease – risk factors and predictors, *Pediatric Respiratory Review* 2003, 4: 128–134.

- [15] Bjorksen B. et al. Allergy development and the intestinal microflora during the first year of life. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2001, 108: 516–520.
- [16] Koplin J. et al. Is caesarean delivery associated with sensitization to food allergens and IgE-mediated food allergy: A systematic review. *Pediatric Allergy and Immunology* 2008, 19: 682.
- [17] Hyde M.J. et al. Delivery by Caesarean section, rather than vaginal delivery, promotes hepatic steatosis in piglets. *Clinical Science* 2010, 118: 47–59.
- [18] Pekkanen J. et al. A meta-analysis of the association between Caesarean section and childhood asthma. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2001: 107–732.
- [19] Kero J. et al. Mode of delivery and Asthma – is there a connection? *Pediatric Research* 2002, 52: 6–11.
- [20] McKeever T.M. et al. Mode of delivery and risk of developing allergic disease. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2003, 109: 800–802.
- [21] Rowe J., Kusel M., Holt B.J. et al. Prenatal versus sensitization to environmental in high-risk birth cohort. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2007, 119: 1164–1173.
- [22] Małaczyńska T. Możliwości interwencji pokarmowych w prewencji chorób alergicznych. *Alergia, Asthma, Immunology* 2010, 15: 61–71.
- [23] Kalliomaki M., Salminen S., Arvilommi H. et al. Probiotics in primary prevention of atopic disease: a randomized placebo-controlled trial. *Lancet* 2001, 357: 106–109.
- [24] Dotterud C.K., Storro O., Johnsen R., Oien T. Probiotics in pregnant women to prevent allergic disease: a randomized, double-blind trial. *British Journal of Dermatology*, 2010, 163: 616–623.
- [25] Rose M.A., Stieglitz F., Koksál A. et al. Efficacy of probiotic Lactobacillus GG on allergic sensitization and asthma in infants risk. *Clinical and Experimental Allergy* 2010, 40 (9): 1398–1405.
- [26] Dunstan J.A. et al. The relation-ship between maternal folate status in pregnancy, cord blood folate levels, and allergic outcomes in early childhood. *Allergy* 2012, 67: 50–57.
- [27] Kaczmarek M., Wasilewska J., Cyrta-Jarocka E. i wsp. Alergia pokarmowa u dzieci i młodzieży. Polskie stanowisko. Część 2 – diagnostyka i leczenie. *Standardy Medyczne. Pediatria* 2012: 31–56.
- [28] Marco M.L., Pavan S., Kleerebezem M. Towards understanding molecular modes of probiotic action. *Current Opinion in Biotechnology* 2006, 17: 204–210.
- [29] Olsen S.F., Osterdal M.L., Salving I.D. et al. Fish oil intake compared with olive oil intake in late pregnancy and asthma in the offspring: 16 y of registry-based follow-up from a randomized controlled trial. *American Journal of Clinical Nutrition* 2008, 88: 167–175.
- [30] Liu X. et al. Gene-vitamin D interactions on food sensitization: a prospective birth cohort study. *Allergy* 2011: DOI: 10.1111/j.1398-9995.2011.02681.x.

Adres do korespondencji:

Alina Kowalczykiewicz-Kuta

Oddział Noworodków i Wcześnieaków

Szpital Ginekologiczno-Położniczy i Noworodków w Opolu

ul. Reymonta 8

45-066 Opole

tel. 606 374 988

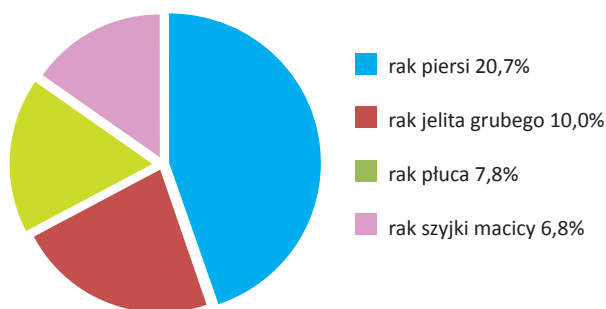
e-mail: alakuta1@poczta.onet.pl

KATARZYNA BIERNAT*, MARIAN GRYBOŚ*

Rak gruczołu piersiowego

Epidemiologia i czynniki ryzyka wystąpienia raka gruczołu piersiowego

Nowotwór gruczołu piersiowego jest najczęstszym nowotworem złośliwym u Polek, stwierdzanym u blisko 20% chorych onkologicznie kobiet [1–6]. Rak sutka jest przyczyną największej liczby zgonów wywołanych przez nowotwory złośliwe wśród kobiet w Polsce [4]. Najczęściej jest on diagnozowany u kobiet w wieku 45–69 lat; rzadko występuje u młodszych osób, a wskaźnik zachorowania na ten typ nowotworu wzrasta wraz z wiekiem [4–7].



Rycina 1. Zachorowalność na nowotwory złośliwe
wśród kobiet w Polsce [4]

Rak gruczołu piersiowego może się rozwinąć u każdej kobiety, jednak istnieją czynniki ryzyka, które zwiększają zachorowania na ten nowo-

* Instytut Położnictwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu.

twór. Wymienia się głównie takie czynniki, jak: płeć żeńską, wiek powyżej 35. roku życia, wczesną pierwszą miesiączkę i późną menopauzę, raka piersi w wywiadzie rodzinnym, narażenie na promieniowanie jonizujące, otyłość, dietę bogatą w tłuszcze, długotrwałe stosowanie HTZ, niektóre łagodne zmiany w piersiach i inne nowotwory, mutacje genu BRCA1 i BRCA2, styl życia, późne macierzyństwo [1–6, 8–14].

Typy raka gruczołu piersiowego

Wśród nowotworów złośliwych sutka wyróżnia się raka przedinwazyjnego wewnątrzprzewodowego (CDIS) lub zrazikowego (CLIS) oraz raka inwazyjnego [10].

Rak przedinwazyjny (*in situ*) jest wczesnym stadium nowotworu; nie nacieka, ale musi zostać usunięty chirurgicznie, by nie doszło do inwazyjnego rozrostu. Rak *in situ* przewodowy ogranicza się do zajętego przewodu, nie przekraczając błony podstawnej, a rak *in situ* zrazikowy zajmuje cały płacik gruczołowy. Najczęściej zmiany te są wykrywane przypadkowo [5, 7, 10].

Rak naciekający (inwazyjny) jest nowotworem złośliwym, który charakteryzuje się rozrostem i wykraczaniem poza miejsce właściwej lokalizacji – wyróżnia się raka naciekającego przewodowego (80% przypadków) i zrazikowego [2, 5–6]. Rak inwazyjny przewodowy jest guzem o nieregularnym kształcie, komórki o nieregularnych granicach tworzą skupisko ze zwapnieniami w ich obrębie. Rak naciekający zrazikowy cechuje się obecnością niewielkich komórek o wyraźnych granicach; komórki nowotworowe mogą występować pojedynczo lub tworzyć luźne skupiska („belecčki”) [5–6].

Istnieje wiele innych, szczególnych typów raka sutka. Jednym z nich jest choroba Pageta, która spowodowana jest wypryskową reakcją brodawki sutkowej na naciekanie naskórka przez komórki raka; często zmianom tym towarzyszy rak wewnątrzprzewodowy lub rak naciekający. Choroba ta objawia się: zaczerwieniem, pogrubieniem i owrzodzeniem z krwawieniem na powierzchni brodawki oraz krwistą wydzieliną z brodawki sutkowej [5, 15]. Rokowanie jest dobre, jeżeli nie stwierdza się obecności guza czy powiększonych węzłów chłonnych [6].

Innym nowotworem sutka jest rak zapalny, który wykazuje wysoką złośliwość i niekorzystnie rokuje – w skali TNM określany jest szczególnie jako T4d. Objawia się powiększeniem i bolesnością piersi, skóra na niej staje się zaczerwieniona, napięta, o charakterystycznym wyglądzie

„skórki pomarańczowej” (*pean d'orange*), rzadziej wciągnięciem brodawki sutkowej czy wydzieliną z niej [5–6, 10, 15].

Nowotworami inwazyjnymi o różnym stopniu złośliwości, lecz występującymi rzadziej od pozostałych typów raka są: rak kanalikowy, rdzeniasty, śluzowy, brodawczakowaty, liściasty oraz mięsak podścieliska i chłoniak [5, 15].

Klasyfikacja kliniczna TNM

Skala zaawansowania klinicznego TNM opisuje stadium zaawansowania nowotworu gruczołu piersiowego. Określenie charakteru guza w badaniu histopatologicznym jest niezbędne do podjęcia decyzji co do wyboru metody leczenia [5, 10]. Skala zaawansowania klinicznego opisuje stopnie: „0” – nieinwazyjna zmiana, „I” – guz mniejszy niż 2 cm bez przerzutów, „II” – guz o wielkości 2–5 cm bez lub z przerzutami do węzłów chłonnych pachowych, „III” – guz o wielkości 5 cm lub więcej i/lub przerzuty do węzłów chłonnych – nie tylko pachowych, bez przerzutów odległych) „IV” – przerzuty odległe [16]. W klasyfikacji TNM, gdzie T – guz, N – węzły chłonne, M – przerzuty, opisują każdą z danych cech określoną liczbą, oznaczającą zaawansowanie danej cechy [5].

Tabela 1

Stopniowanie kliniczne raka gruczołu piersiowego [5]

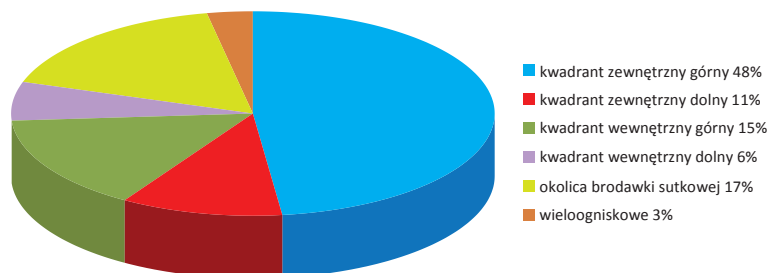
Stopień	Cechy		
0	TIS	N0	M0
I	T1	N0	M0
II	T1, T2	N1	M0
III	każde T	każde N	M0
IV	każde T	każde N	M1

Rak gruczołu piersiowego daje bardzo często przerzuty, szczególnie do węzłów chłonnych pachowych, a w dalszym rozwoju nowotworu do innych węzłów i tkanek organizmu. Zajęte węzły chłonne najczęściej manifestują się powiększeniem i brakiem bolesności [1, 7, 16–17].

Objawy i diagnostyka raka gruczołu piersiowego

Nie ma typowych i charakterystycznych objawów świadczących wyłącznie o rozwijającym się raku sutka. Wśród pierwszych alarmujących oznak są nieprawidłowości widziane podczas badania mammograficz-

nego oraz wyczuwanie guzka podczas badania palpacyjnego [1–2, 5, 18]. Wśród innych niepokojących objawów można wyróżnić: wyciek z brodawki, zaciągnięcia lub wciągnięcia skóry piersi, powiększone węzły chłonne pachowe, asymetrię lub wciągnięcie brodawek, obrzęk, owrzodzenie, zaczerwienienie i pogrubienie skóry [1, 7–8, 19]. Guz występuje najczęściej w górnym zewnętrznym kwadrancie piersi [5, 7].



Rycina 2. Odsetkowy podział występowania raka piersi w różnych kwadrantach piersi [4]

Diagnostyka raka sutka pozwala na wczesne wykrycie zmian oraz szybkie podjęcie leczenia – wczesne wykrycie i leczenie wczesnego stadium może zagwarantować wyleczalność tej choroby [2, 17, 20]. Wśród głównych metod wykrywania tego nowotworu wymienia się samobadanie piersi, badanie kliniczne przez lekarza, ultrasonografię, mammografię, rezonans magnetyczny, badanie histopatologiczne [21]. Samobadanie piersi powinna każda kobieta wykonywać regularnie od ok. 20. roku życia do okresu pomenopauzalnego, jeden raz w miesiącu, kilka dni po miesiączce, czego głównym celem jest poznanie własnego ciała i wykrycie ewentualnych zmian w piersiach [2, 5, 12, 21]. Technika samobadania składa się z dwóch etapów: oglądania (ocena wzrokowa w pozycji stojącej) i badania palpacyjnego (przez dotyk na stojąco i w leżeniu na wznak). Za każdym razem sprawdza się także węzły chłonne pachowe i obecność wydzieliny z brodawki [2, 5, 12, 21–22]. Badanie podmiotowe jest zebraniem wywiadu przez lekarza, który obejmuje obecny stan zdrowia, obserwowane niepokojące objawy, występujące w rodzinie nowotwory lub czynniki ryzyka [3, 5–6, 8, 20]. Badanie przedmiotowe to badanie palpacyjne gruczołu sutkowego, wykonywane przez lekarza, w pozycji stojącej i na wznak [5, 6, 8–9]. Sonomammografia to metoda diagnostyczna stosowana głównie u młodych kobiet, u ciężarnych i matek karmiących piersią, gdyż mają one „gęstą” radiologicznie strukturę piersi. Dzięki niej można zlokalizować guz oraz poznać jego cechy morfologiczne i wielkość [3, 5, 8, 20]. Podstawowym badaniem diagnostycznym w raku sutka jest mammografia, któ-

ra opiera się na różnicy pochłaniania przez tkanki gruczołu piersiowego wiązek promieniowania Rentgena. Badanie to jest wykonywane u kobiet powyżej 35. roku życia. Zdjęcia wykonuje się w dwóch projekcjach, każdej piersi z osobna, dzięki czemu możliwe jest wykrycie nawet niewielkich zmian oraz ich ocena [5–6, 8, 20]. Mniej popularnym badaniem jest rezonans magnetyczny, który wykorzystywany jest najczęściej w niejasnych wynikach innych badań. Niestety ta metoda jest kosztowna i wymaga użycia specjalistycznego sprzętu [5, 9, 17, 21, 23].

Do badań inwazyjnych, które są niezbędną częścią procesu diagnostyczno-terapeutycznego raka sutka, należą biopsje. Mają one na celu umożliwienie rozpoznania histopatologicznego zmiany. Wyróżnia się kilka rodzajów biopsji [8]. Jedną z nich jest biopsja aspiracyjna cienkoigłowa, pozwalająca na zróżnicowanie zmiany oraz pobranie materiału do badań cytologicznych. Przeprowadzana jest za pomocą strzykawki na tzw. strzemienu [5–6, 8, 20]. Biopsja gruboigłowa pozwala pobrać niewielki kawałek guza za pomocą pistoletu biopsyjnego, pod kontrolą USG lub mammografu oraz zbadania go histopatologicznie [5–6, 8, 16, 20]. Biopsja mammotomem wykonywana jest za pomocą urządzenia, które łączy w sobie zasadę biopsji gruboigłowej z systemem ssącym (sterowanym cyfrowo), dzięki czemu zostaje pobrana duża ilość materiału histopatologicznego bez konieczności wielokrotnego nakłuwania guza [5, 20]. Biopsja chirurgiczna to niewielki zabieg chirurgiczny wykonywany na sali operacyjnej, w czasie którego pobiera się fragment lub cały guzek do badania histopatologicznego. Jest to badanie śródoperacyjne decydujące o dalszym postępowaniu w czasie operacji. Przed wykonaniem tego zabiegu, najczęściej oznacza się guz w gruczole piersiowym za pomocą tzw. kotwiczki, by w czasie pobierania materiału ze zmiany można było ją łatwiej zlokalizować [5–6, 8, 20, 24]. Badanie histopatologiczne jest konieczne, bowiem na jego podstawie możliwe jest ustalenie typu histopatologicznego guza i jego klinicznego zaawansowania, a także dobranie odpowiedniego leczenia. Polega ono na ocenie pod mikroskopem wycinków tkanek pobranych za pomocą biopsji [3, 6, 10, 16].

Wśród innych metod diagnostycznych wymienia się: badanie cytologiczne, galaktografię, badanie genetyczne czy pozytonową tomografię emisyjną (PET) [5–6, 9, 17–18, 21, 25].

Metody leczenia raka gruczołu piersiowego

Wybór metody leczenia raka gruczołu piersiowego uzależniony jest głównie od wyników badań diagnostycznych [9]. Zabieg chirurgiczny jest

najważniejszym sposobem leczenia tego nowotworu – usuwa się tylko zmianę, całą pierś lub poszerza się operację z wycięciem węzłów chłonnych, gdy stwierdzi się w węzle wartowniczym komórki rakowe (badanie to przeprowadza się śródoperacyjnie) [2–3, 5–6, 17, 26–27]. Najmniej obciążającą psychicznie i fizycznie metodą chirurgiczną jest oszczędzające leczenie chirurgiczne. Polega ono na usunięciu guza z marginesem zdrowych tkanek lub całego kwadrantu gruczołu piersiowego. Wykonuje się ten zabieg u kobiet mających silną motywację do zachowania piersi, gdy nowotwór jest we wczesnym stadium, bez przerzutów, czy w nowotworach jednoogniskowych; wspomagana jest często przez radioterapię [2–3, 5, 8, 28]. Najczęstszym sposobem operacyjnego usunięcia piersi jest mastektomia radykalna zmodyfikowana, polegająca na całkowitym wycięciu gruczołu sutkowego wraz z otaczającą tkanką i „jednym blokiem” węzłów chłonnych pachowych, oszczędzając mięsień piersiowy większy i mniejszy. Wykonywana jest u chorych w bardziej zaawansowanym stadium. Jest często skojarzona z chemioterapią i/lub hormonoterapią czy radioterapią [2–3, 6]. Radykalna mastektomia sposobem Halsteda jest wykonywana tylko w szczególnych przypadkach ze względu na bardzo okaleczającą operację – usuwa się cały gruczoł z mięśniem piersiowym wielkim [2, 6]. Prosta całkowita mastektomia jest bardzo podobną metodą do mastektomii zmodyfikowanej, lecz w czasie niej nie wykonuje się usunięcia węzłów chłonnych, co czyni ją niestandardową metodą leczenia raka sutka [2, 6].

Radioterapia uzupełnia leczenie chirurgiczne. Promienie jonizujące niszczą komórki nowotworowe i zdrowe, ale tylko w miejscu naświetlania. Wśród wskazań do zastosowania radioterapii wymienia się operację oszczędzającą, lub gdy rak jest z przerzutami do węzłów chłonnych pachowych. Dawki promieniowania są dokładnie obliczane, ponieważ ta metoda leczenia niesie ze sobą wiele objawów niepożądanych [1–2, 5–8, 10, 26, 29].

Chemioterapia jest stosowana w leczeniu nowotworów złośliwych piersi z przerzutami lub w miejscowo zaawansowanym raku (w celu zmniejszenia nieoperacyjnej zmiany). Polega ona na podawaniu leków cytostatycznych, mających na celu eliminację komórek nowotworowych z organizmu. Leczenie oparte jest na tzw. programach wielolekowych, wśród których wymienia się m.in. CMF, FAC i inne. Niestety z chemioterapią wiąże się wiele objawów niepożądanych, np. wypadanie włosów, nudności, wymioty, zaburzenia miesiączkowania, uszkodzenie mięśnia sercowego [1–2, 5–6, 8, 17, 26].

Hormonoterapia jest metodą leczenia polegającą na zaburzaniu czynności receptorów estrogenowych, które stymulują proliferację komórek

rakowych. Może być ona stosowana tylko w przypadku nowotworów hormonozależnych (mają one receptory estrogenowe i progesteronowe). Najpopularniejszym lekiem wykorzystywanym w hormonoterapii jest tamoksyfen, który stosuje się u kobiet po menopauzie. Zażywanie go ma wiele zalet, ale i wad, bowiem istnieje niebezpieczeństwo wystąpienia raka endometrium [2, 5–6, 8, 17, 27].

Immunoterapia jest nowoczesną metodą leczenia, która polega na próbie stymulacji układu odpornościowego organizmu przeciwko komórkom rakowym. Jednym z leków stosowanych w immunoterapii jest herceptyna, która jako przeciwciało wiąże się z receptorem naskórkowego czynnika wzrostu, HER-2, co prowadzi do zniszczenia komórek rakowych. Główną zaletą tej metody jest niszczenie tylko konkretnych komórek [10, 16, 26, 30].

Operacja rekonstrukcji piersi jest zabiegiem, który można wykonywać za pomocą własnych tkanek lub protezą, w trakcie amputacji piersi czy w trybie odroczonej (po zakończonym leczeniu). Istnieje kilka sposobów rekonstrukcji: rozprężanie tkanek za pomocą ekspandera, odtworzenie piersi z własnych tkanek przeniesionych z poprzecznej wyspy skórno-tłuszczowej okolicy podbrzuszej czy wszczepienie silikonowej endoprotezy. Przeciwwskazaniem do wykonania tego zabiegu jest m.in. znaczne zaawansowanie raka. Zaleca się, aby wykonywać mammografię zrekonstruowanej piersi w celu wykluczenia wznów raka [2, 6, 31–32].

Rokowanie w raku gruczołu piersiowego przedstawia się na podstawie wyniku badania histopatologicznego i ogólnej charakterystyki zmiany. Odsetek pięcioletnich przeżyć w Polsce wynosi ok. 51%. Najmniej dobrze rokującą formą jest rak przewodowy, zrazikowy i rdzeniasty, a także występowanie przerzutów [1, 5, 10].

Rak gruczołu piersiowego u kobiety w ciąży i rola położnej w opiece nad chorą

Rak piersi należy do najczęstszych nowotworów złośliwych w ciąży. Profilaktyka i badania diagnostyczne raka sutka są często pomijane i utrudnione ze względu na konieczność ochrony płodu. Zależnie od stanu ciężarnej i zaawansowania ciąży dobiera się metodę leczenia raka – radioterapia jest przeciwwskazana, a chemioterapię można rozważać po 12.–14. tygodniu ciąży. Zaleca się wykonywanie mastektomii radykalnej. Rokowanie u ciężarnej z rakiem piersi jest podobne jak u nieciężarnej, ale często rozpoznaje się go w zaawansowanym stadium [5, 7, 15, 33–36].

Położna aktywnie towarzyszy kobiecie z nowotworem piersi. Bierze udział w diagnozowaniu i leczeniu pacjentki onkologicznej. Działalność położnej ukierunkowana jest na zdobywanie przez kobietę samodzielności w opiece; położna poprzez swoje działania stara się zmniejszać poziom lęku i stresu, a także wzmacniać stan emocjonalny chorej, zapewniając jej poczucie bezpieczeństwa. Ponadto prowadzi ona działalność edukacyjną w zakresie zapobiegania, leczenia czy rehabilitacji chorych na raka piersi [9, 36-37].

Położna wspiera pacjentkę psychicznie i fizycznie przed i po mastektomii. Przygotowuje chorą do samoopieki i dąży do zaakceptowania przez swoją podopieczną zmian w swoim ciele. Przeciwdziała występowaniu powikłań związanych z operacją lub w okresie pooperacyjnym. Położna ustala plan opieki nad chorą, przy czym formułuje odpowiednią diagnozę pielęgniarstwa. Przed samym zabiegiem wykonuje ona zleczone czynności pielęgnacyjne i badania, np. laboratoryjne, radiologiczne czy ultrasonograficzne [9, 37-38]. Dodatkowo położna kontroluje parametry życiowe i przygotowuje kobietę fizycznie do zabiegu operacyjnego (np. wykonuje toaletę ciała, enemę, premedykację). Po wykonaniu mastektomii opiekę nad chorą przejmuje położna, która wykonuje czynności pielęgnacyjne i lecznicze wobec pacjentki; zadania te są uzależnione od doby pooperacyjnej. Początkowo położna ma za zadanie monitorowanie stanu ogólnego i czynności życiowych, obserwację stanu rany pooperacyjnej i drożności drenu, zabarwienia powłok skórnych i inne, oraz uzupełnia dokumentację medyczną. Ponadto dba o higienę ciała i ogólny komfort psychiczny pacjentki. Ważne jest także prawidłowe ułożenie chorej – w pozycji półsiedzącej z ręką po stronie operowanej uniesioną na tzw. klinie (jako profilaktyka obrzęku limfatycznego). W pierwszej dobie pooperacyjnej położna kontynuuje kontrolę parametrów życiowych i obserwację stanu rany oraz pomaga pacjentce w czynnościach pielęgnacyjnych. Wykonuje także zlecenia lekarskie i podaje przepisane leki. W dalszych dobach położna skupia się głównie na pomocy pielęgniarstwa i kontrolowaniu stanu ogólnego. Stara się także dostrzegać indywidualne problemy i pomaga w ich rozwiązywaniu, dodając wsparcia psychicznego. W drugiej dobie pooperacyjnej pacjentka zostaje uruchomiona, przy czym ocenia się ruchomość kończyny po stronie operowanej. Wprowadza się również pierwsze ćwiczenia usprawniające [9, 38-40].

Cały plan pielęgnacji oparty jest na pomocy kobiecie chorej onkologicznie w osiągnięciu zdolności do samoopieki i samodzielnego funkcjonowania w życiu codziennym [39].

Rehabilitacja oraz opieka psychologiczna i paliatywna w raku gruczołu piersiowego – Klub Kobiet po Mastektomii „Amazonki”

Rehabilitacja po mastektomii jest bardzo istotna, z uwagi na potrzebę zapobiegania czy leczenia powikłań po operacji. Składa się ona z postępowania szpitalnego, ambulatoryjnego, sanatoryjnego i z samopomocy Klubów Kobiet po Mastektomii „Amazonki”. Należy prowadzić rehabilitację etapowo i systematycznie. Pierwsze ćwiczenia są wykonywane jeszcze przed operacją – są one proste i bezpieczne. W okresie pooperacyjnym wprowadza się stopniowo w każdej dobie nowe ćwiczenia, wstępną profilaktykę przeciwobrzękową, psychoprofilaktykę; omawia się ewentualną rekonstrukcję piersi. W okresie ambulatoryjnym ćwiczenia są już bardziej skomplikowane i wymagające więcej wysiłku. W tym czasie wykonywany jest także tzw. masaż limfatyczny, również uczy się pacjentkę automasażu [19, 31, 41].

Diagnoza raka piersi jest dla kobiety niezwykle trudna. Położna wspiera psychicznie swoją pacjentkę, pomaga rozwiązywać trudne problemy sfery emocjonalnej poprzez udzielenie kobiecie informacji na tematy ją stresujące oraz zachęca ją do współudziału w leczeniu [5, 27, 41].

Operacja zmienia obraz własnego ciała, a nawet samej siebie. U kobiet oczekujących na zabieg mastektomii najczęściej ujawniają się stany lękowe i depresyjne, które mogą utrudniać współpracę położnej z chorą. W tych przypadkach często konieczne jest zastosowanie farmakoterapii lub psychoterapii. Dla pacjentek z odjętą piersią istotne jest to, aby otoczenie postrzegało je jako osoby atrakcyjne, optymistycznie nastawione do świata. Istotną kwestią jest wiek chorej – u kobiet młodszych częściej niż u kobiet w okresie okołomenopauzalnym obserwuje się zaburzenia emocjonalne. Funkcjonowanie tych kobiet pogarsza się, ponieważ narażają problemy z wychowaniem dzieci czy kłopoty finansowe, a także subiektywnie postrzegają one trudności w kontaktach seksualnych. Boją się również o przyszłość swoich najbliższych, mają wahania uczuć i emocji, z jednej strony boją się choroby i jej nawrotu, z drugiej strony czują ulgę w związku z zakończeniem leczenia. Dla kobiet po mastektomii powrót do dnia codziennego jest często trudny i wymaga zmian w dotychczasowej hierarchii oraz ustalenia nowych celów w życiu. Nawrót choroby jest najbardziej obciążający psychicznie, kiedy to chora potrzebuje niejednokrotnie specjalistycznej pomocy psychologicznej. Ten stan kryzysu (związanego z chorobą i cierpieniem) może być bodźcem do ponownego

rozwoju osobowościowego i duchowego. Choroba wywołuje silne emocje, które mogą być związane z poczuciem zagrożenia własnej fizyczności i integralności, lękiem przed chorobą, śmiercią i umieraniem [8].

Bardzo pomocne są wolontariuszki z Klubu Kobiety po Mastektomii „Amazonki” (jako organizacja zrzeszająca kobiety chorujące na raka sutka), które wspierają chore w różnych dziedzinach życia. Ważne jest także wsparcie rodziny i ich zaangażowanie w terapię onkologiczną. Położna również jest osobą wspierającą pacjentkę, pomaga jej rozwiązywać trudne problemy [5, 28, 42].

Opieka paliatywna opiera się na przedłużeniu życia chorej onkologicznie, zapewniając jej jak najlepszą jakość tego życia. Głównym celem jest zlikwidowanie bólu nowotworowego oraz zwalczanie kacheksji i wychudzenia kobiety. Położna i personel medyczny dążą do zmniejszenia uciążliwości objawów nowotworowych [2, 43–44].

Profilaktyka gruczołu piersiowego

Działania profilaktyczne uświadamiają społeczeństwu, że należy zapobiegać rozwojowi raka piersi, lecz także wyjaśniają znaczenie wykonywania badań w celu jak najszybszego wykrycia zmian, dzięki czemu możliwe jest leczenie wczesnych stadiów choroby. Głównym badaniem jest mammografia, która wykonywana jest profilaktycznie u kobiet w wieku 50–69 lat (co 2 lata), lecz pierwsze badanie można już przeprowadzić w wieku 35–40 lat. Zaleca się także comiesięczne samobadanie piersi przez każdą kobietę oraz badanie palpacyjne wykonywane przez lekarza.

„Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi” u kobiet składa się z profilaktycznej mammografii w wieku 50–69 lat oraz z pogłębionej diagnostyki wykrytych nieprawidłowości, czy są to zmiany nowotworowe. Bardziej rygorystycznie przeprowadza się badania u kobiet z obciążeniem rodzinnym [2, 5, 9, 45].

Tabela 2

Zalecenia Amerykańskiego Towarzystwa Onkologicznego dotyczące badań przesiewowych w raku gruczołu sutkowego [5]

Wiek	Zalecenia
> 20	samobadanie co miesiąc
20–40	samobadanie co miesiąc, badanie palpacyjne co 3 lata
40–49	samobadanie co miesiąc, badanie palpacyjne co rok, mammografia co 1–2 lata, w zależności od indywidualnego ryzyka
> 50	samobadanie co miesiąc, badanie palpacyjne co rok, mammografia co rok

Rola położnych w profilaktyce raka gruczołu sutkowego jest niezwykle ważna, ponieważ to one mają najbliższy kontakt z pacjentkami. Zadaniem położnych jest edukacja kobiet w zakresie promocji zdrowia. Powinny one promować działania sprzyjające wczesnemu wykrywaniu zmian nowotworowych w piersiach, a także przekazywać informacje na temat raka sutka i sposobów jego leczenia. Edukują również pacjentki co do konieczności kontrolowania stanu swojego zdrowia [5]. Położne uczą swoje pacjentki samobadania piersi – już wśród nastolatek i młodych kobiet prowadzi się programy edukacyjne promujące profilaktykę raka sutka, jak również działania podnoszące stopień świadomości zdrowotnej wśród rodziny pacjentki oraz środowisk zawodowych, sąsiedzkich czy towarzyskich [10]. Położne przygotowują merytorycznie programy, uczestniczą w spotkaniach edukujących połączonych z prezentacją materiałów promujących wczesne wykrywanie raka. Biorą również udział w etapie pogłębionej diagnostyki, kiedy to omawia się z pacjentkami przeprowadzenie dalszych koniecznych badań. Ponadto, ma za zadanie zachowanie wyników badań w tajemnicy i zabezpieczenie ich przed dostępem osób postronnych, a także przekazywanie i interpretowanie wyników badań diagnostycznych [10].

Bibliografia

- [1] Jeziorski A. red. *Onkologia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2005: 11–106.
- [2] Pawlicki M. red. *Rak piersi – nowe nadzieje i możliwości leczenia*. Bielsko-Biała: Augustawa 2002: 9–137.
- [3] Bręborowicz G.H. red. *Położnictwo i ginekologia*. T. 2: *Ginekologia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2010: 867–873.
- [4] Opala T., Gaworska-Krzemińska A., Olszewski J. red. *Położna i pielęgniarstwo partnerką lekarza w medycznej opiece nad kobietą*. Gdańsk: „Bernardinum” 2009: 160–175.
- [5] Skotarek E., Pisarski T. *Piersi kobiety*. Kalisz: Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Kaliszu 2006: 23–90.
- [6] Jassem J. *Rak sutka. Podręcznik dla studentów i lekarzy*. Warszawa: Wydawnictwo Springer PWN 1998: 31–372.
- [7] Martius G., Breckwoldt M., Pflaiderer A. red. *Ginekologia i położnictwo*. Wrocław: Urban & Partner 1997: 154–155, 544–561.
- [8] Opala T. *Ginekologia. Podręcznik dla położnych, pielęgniarek i fizjoterapeutów*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2003: 239–247.
- [9] Nowicki A. red. *Pielęgniarstwo onkologiczne*. Poznań: Wydawnictwo Medyczne Ter-Media 2009: 19–185.
- [10] Pieńkowski J. *Rak piersi*. W: Krakowski M. red. *Onkologia kliniczna*. T. 2. Warszawa: Wydawnictwo Medyczne Borgis 2006: 1000–1063.
- [11] Janssens J.Ph, Vandelloo M. Rak piersi: bezpośrednie i pośrednie czynniki raka związane z wiekiem i stylem życia. *Nowotwory. Journal of Oncology* 2009, 59 (3): 159–167.

- [12] Wroński Z. *Kontroluj swoje piersi*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 1997: 38–63.
- [13] Ślubowski T., Ślubowska M., Wojciechowska A. Techniki diagnostyczne w raku piersi. Cz. 3: Nowe metody biologiczne i genetyczne. *Ginekologia Polska* 2007, 78 (7): 554–559.
- [14] Merklinger-Gruchała A. Spożycie tłuszczów, stężenia steroidów jajnikowych a ryzyko zachorowania na nowotwór piersi. *Ginekologia Praktyczna* 2009, 2 (101): 29–31.
- [15] Pardel M. red. *Współczesne rozpoznawanie i leczenie guzów sutka u kobiet*. Katowice: Śląska Akademia Medyczna 1997: 60–239.
- [16] Grobstein R.H. *Wszystko o raku piersi*. Warszawa: WAB 2007: 38–188.
- [17] Buckman R., Whittaker T. *Co trzeba wiedzieć o raku piersi?* Warszawa: Wydawnictwo Klub dla Ciebie 2001: 10–61.
- [18] Gromadzka-Ostrowska J., Włodarek D., Toeplitz Z. *Edukacja prozdrowotna*. Warszawa: Wydawnictwo SGGW 2003: 179–182.
- [19] Kozłowska J. *Rehabilitacja w ginekologii i położnictwie*. Kraków: AWF Kraków 2006: 70–78.
- [20] Samulak D., Pięta B., Michalska M., Grzelak W., Sajdak S. Oszczędzające metody diagnostyczno-terapeutyczne guzów gruczołu sutkowego. *Ginekologia Praktyczna* 2008, 4 (99): 6–9.
- [21] Liss B. Rak piersi. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2011, 1/2: 56–57.
- [22] Samobadanie piersi. <http://www.rakpiersi.pl/articles,id,23.html> [20.01.2013].
- [23] U.S. Preventive Services Task Force. Badania przesiewowe w kierunku raka piersi. *Medycyna Praktyczna. Ginekologia i Położnictwo* 2010, 4 (68): 51–65.
- [24] Szymański W. red. *Wybrane zagadnienia diagnostyki i terapii schorzeń w położnictwie i ginekologii*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Scriptor 2006: 26–31, 140–143.
- [25] Budner M., Przybylski M. *Diagnostyka i wczesne wykrywanie raka piersi*. W: Spaczyński M. red. *Postępy w ginekologii i położnictwie. XXIX Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego*, Poznań: [Polskie Towarzystwo Ginekologiczne] 2006: 87–95.
- [26] Wronkiewicz Z., Bruźniewicz S. *Chemioterapia i radioterapia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2007: 26–92.
- [27] Jassem J. Leczenie wczesnego raka piersi. *Medycyna Praktyczna. Ginekologia i Położnictwo* 2009, 5 (63): 101–103.
- [28] Austoker J., Sharp D. *Rak i łagodne choroby gruczołu sutkowego*. W: McPherson A. red. *Problemy zdrowotne kobiet*. Warszawa: Wydawnictwo Springer PWN 1997: 29–59.
- [29] Jeziorski A., Bilski A. Rak piersi. *Przegląd Piśmiennictwa Chirurgicznego* 2011, 19: 38–45.
- [30] Centrum informacji o leku. <http://leki-informacje.pl/lek/epar/534,herceptin.html> [20.01.2013].
- [31] Mikołajewska E. *Fizjoterapia po mastektomii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2010: 7–90.
- [32] Wardzyńska K., Wesołowska E. Wartość diagnostyczna badania mammograficznego po zabiegach plastycznych i rekonstrukcyjnych piersi. *Nowotwory. Journal of Oncology* 2009, 59 (3): 203–209.
- [33] Pajszczyk-Kieszkiewicz T. red. *Choroby współistniejące z ciążą*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Łodzi 2008: 185–202.
- [34] Rubach M., Krzakowski M. *Leczenie przeciwnowotworowe kobiet w okresie ciąży*. W: Krzakowski M. red. *Onkologia kliniczna. T. 1*. Warszawa: Wydawnictwo Medyczne Borgis 2006: 632–639.
- [35] Bręborowicz G.H. red. *Położnictwo. Podręcznik dla położnych i pielęgniarek*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2002: 335–337, 343–344.

- [36] Bręborowicz G.H. red. *Położnictwo i ginekologia*. T. 1: *Położnictwo*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2010: 265–272.
- [37] Borzych B. *Problemy pielęgnacyjne pacjentek z nowotworem piersi*. W: Koper A., Wrońska I. red. *Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą nowotworową*. Lublin: Czelej 2003: 35–39.
- [38] Kołodziejczyk A. Pacjentka po odjęciu piersi. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2011, 9: 12–13.
- [39] Sanecka E. Opieka nad kobietą po mastektomii. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2009, 11: 28–29.
- [40] Koper A. *Pielęgniarstwo onkologiczne. Podręcznik dla studiów medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2011: 188–192.
- [41] Puto K. *Rehabilitacja ruchowa po leczeniu raka sutka*. Zamość: Wydawnictwo CBS 2001: 7–23.
- [42] Synowiec-Piłat M. Rozwój ruchu „pacjent dla pacjenta” w Polsce na przykładzie stowarzyszeń kobiet po mastektomii (amazonek). *Ginekologia Praktyczna* 2009, 2 (101): 24–28.
- [43] Baum M., Saunders Ch., Sheena M. *Rak piersi. Poradnik dla kobiet i lekarzy*. Warszawa: Wydawnictwo Springer PWN 1995: 47–82.
- [44] Nowak-Markwitz E. *Opieka paliatywna*. W: Spaczyński M. red. *Onkologia ginekologiczna*. Wrocław: Urban & Partner 1997: 300–352.
- [45] Profilaktyka raka piersi. http://www.amazonkifederacja.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=83&Itemid=76 [20.01.2013].

Adres do korespondencji:

Katarzyna Biernat

ul. Kasprowicza 7/7

45-346 Opole

tel.: 669 114 792

e-mail: kasik-90-17@o2.pl

EWA FOKS*

Ocena jakości życia i seksualności kobiet ze schorzeniami ginekologicznymi

Niezachwiana seksualność oraz dobra jakość życia między innymi wpływają na prawidłowe funkcjonowanie kobiety, w tym na jej stan psychiczny i fizyczny. Lew-Starowicz w swojej publikacji stwierdza, że dobra jakość życia sprzyja udanemu życiu seksualnemu [1], natomiast nieudane życie seksualne zaburza prawidłową jakość życia [1]. Już w drugiej połowie XX w. rozpoczęto badania dotyczące seksualności kobiet i jakości ich życia [1–2]. Problematyka ta jest niezmiernie trudna, bowiem oba pojęcia są subiektywne dla każdego człowieka [2]. W wielu krajach i tradycjach występują powiązania seksualności z kulturą kraju, religią i czynnikami obyczajowymi [3–4, 1]. Genstwa i wsp. w swojej publikacji ukazują, że w odniesieniu do seksualności ważne jest, w jakim społeczeństwie dany człowiek się urodził i mieszka [3]. Tematy te należy rozpatrywać także jednostkowo, by odnotować ich wpływ na życie codzienne. Większość badaczy zdaje się analizować problem seksualności kobiet już po wykonanych operacjach [5–7]. Faktem jest, że również ważne dla obu partnerów jest zachowanie prawidłowej seksualności przez cały czas trwania choroby. Moment oczekiwania na leczenie może okazać się na tyle długi, że zaprzestanie seksualności mogłoby niekorzystnie wpłynąć na stan związku danej kobiety. Dodatkowo dochodzi również moment samej hospitalizacji, która powoduje zaprzestanie życia seksualnego [8]. Wydawać by się mogło, że zarówno funkcje seksualne, jak i jakość życia nie powinny ulec większej zmianie tylko i wyłącznie ze względu na rozpoznanie przypadłości. Jednak w momencie diagnozy na seksualność i jakość życia zaczynają mieć wpływ zarówno czynniki fizyczne (objawy choroby), jak i powstałe w wyniku stresu czynniki psychologiczne [7]. U kobiet w obliczu choroby ginekologicznej nasila się obawa o przyszłość, w tym niepokój o jakość życia seksualnego po leczeniu [9].

* Oddział Ginekologiczny Samodzielnego Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Opolu.

Cel badania

Celem pracy jest ocena wpływu mięśniaków macicy i zaburzeń statyki narządu rodowego na seksualność oraz jakość życia kobiet. Pracę ukierunkowano zarówno na zdolność utrzymania prawidłowych zachowań w sferze intymnej, jak i na umiejętność utrzymania normalnego trybu życia. Założono, że objawowy przebieg choroby może w znacznym stopniu oddziaływać na prawidłowe funkcjonowanie kobiety w sferze fizycznej i psychicznej. Dodatkowo rozpatrywano, w jakim stopniu stan organizmu i stan cywilny wpływają na zdolność utrzymania prawidłowej jakości życia w momencie postawienia diagnozy chorobowej. Założono, że wymienione czynniki istotnie mogą oddziaływać na samopoczucie chorej. Opisano te wyniki, które miały znaczący wpływ dla badań.

Materiał i metody

Badaniami objęto grupę 100 losowo wybranych kobiet w wieku od 30 do 65 lat z rozpoznaniem macicy mięśniakowatej bądź z zaburzeniami statyki narządu rodowego, hospitalizowanych na Oddziale Ginekologicznym Samodzielnego Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Opolu. Pacjentki przyjęte zostały na oddział celem przeprowadzenia zabiegów operacyjnych, w indywidualnym dla każdej kobiety zakresie. Materiałem badawczym był kwestionariusz składający się z 19 pytań wstępnych dotyczących miejsca zamieszkania, wykształcenia, stanu cywilnego oraz przeszłości ginekologicznej. Umieszczono również pytanie dotyczące współistnienia dodatkowych chorób ogólnoustrojowych oraz pytania odnośnie do aktualnego współżycia seksualnego. Pozostałą część kwestionariusza stanowiła skala FSFI (*Female Sexual Function Index*) zawierająca 19 pytań, na które należało odpowiedzieć, uwzględniając jedynie ostatnie 4 tygodnie życia. Dzięki tym pytaniom możliwe było określenie, w jaki sposób respondentki oceniają swoje życie seksualne. Pytania przeanalizowano za pomocą odpowiedniego klucza. Łączna liczba punktów, jaką można było uzyskać w skali FSFI, wynosiła 36. Suma punktów $\leq 26,55$ potwierdza istnienie u danej respondentki zaburzeń seksualnych. Następnie użyto kwestionariusza SF-36 zawierającego pytania dotyczące jakości życia w aspekcie zdrowia ogólnego, ograniczenia czynności, problemów zdrowia fizycznego i zdrowia emocjonalnego. Pytania te również odnosiły się do konkretnego czasu w życiu pacjentki, nie miały charakteru uogólnionego. Na zakończenie kwestionariusza wykorzysta-

no 14 pytań szpitalnej skali lęku i depresji (*Hospital Anxiety and Depression Scale* – HADS). Pytania w owej skali ukierunkowane były na ostatnie 7 dni życia kobiety. Do obliczeń danych statystycznych zawartych w pracy wykorzystano test statystyczny Chi-kwadrat Pearsona. Wszelkie wnioski w tej pracy wyciągnięto przy założeniu poziomu istotności $p=0,05$.

Wyniki

W wynikach badań uwzględniono podział na równe dwie grupy zgodnie z rozpatrywanym rodzajem schorzenia. W grupie badanych kobiet z mięśniakami macicy najwięcej respondentek, tj. 46%, było w przedziale wiekowym od 40. do 49. roku życia. Nie odnotowano żadnej kobiety powyżej 59. roku życia, natomiast 18% kobiet było w wieku 30–39 lat. W grupie kobiet z zaburzeniami statyki narządu rodnego porównywalnie najwięcej respondentek, tj. 40%, było w przedziale wieku od 55. do 59. roku życia oraz od 60 do 65 lat (38%). Kobiet z wypadaniem narządu rodnego poniżej 40. roku życia nie zanotowano. Wszystkie respondentki w głównej mierze zamieszkiwały wieś (43%) oraz miasta > 50 tys. mieszkańców (38%). Najwięcej, tj. 41%, deklarowało wykształcenie na poziomie średnim, nieliczne (4%) podały wykształcenie podstawowe. Zdecydowana większość wszystkich kobiet (76%) była czynna zawodowo. Odnotowano zaledwie 3% kobiet, które podały pracę w gospodarstwie domowym. Przeważająca liczba wszystkich respondentek, tj. 83%, deklarowała wystąpienie pierwszej miesiączki przed 15. rokiem życia. Wykazano, że wystąpienie danego schorzenia ginekologicznego jest zależne od wieku pojawienia się pierwszej miesiączki – częściej mięśniaki macicy i zaburzenia statyki narządu rodnego występują wówczas, gdy pierwsza miesiączka pojawiła się przed 15. rokiem życia. Wyniki przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1

Zależność wystąpienia danego schorzenia ginekologicznego od wieku pojawienia się pierwszej miesiączki (N = 100)

Rodzaj choroby	Mięśniaki macicy	[%]	Zaburzenia statyki narządu rodnego	[%]	<i>p</i>
Pierwsza miesiączka < 15. roku życia	42	42	41	41	0,001
Pierwsza miesiączka ≥ 15. roku życia	8	8	9	9	

Źródło: Opracowanie własne.

Kobiet z mięśniakami macicy obecnie miesiączkujących zanotowano 58%, w grupie z zaburzeniami statyki narządu rodowego 86% kobiet deklaroowało już zanik miesiączkowania. W obu grupach większość kobiet podała, że posiada na stałe partnera seksualnego (96% kobiet z mięśniakami macicy, 86% z zaburzeniami statyki narządu rodowego). Respondentki z mięśniakami macicy w 42% oświadczyły, że współżyją kilka razy w miesiącu. Podobnie duża grupa, bo 36% respondentek, współżyje raz w miesiącu bądź rzadziej. W grupie respondentek z zaburzeniami statyki narządu rodowego zdecydowana większość, tj. 60%, podała, że współżyje raz w miesiącu bądź rzadziej. W żadnej grupie nie było kobiety deklarującej codzienne współżycie. Na podstawie skali FSFI w grupie kobiet z zaburzeniami statyki narządu rodowego oszacowano, że zdecydowana większość (76%) ma zaburzenia seksualne. W grupie kobiet z mięśniakami macicy podział ten nie był już tak jednoznaczny. Zanotowano niewielką różnicę między kobietami z zaburzeniami seksualnymi (48%) jak i takimi, które owych zaburzeń nie mają (52%). Na podstawie obliczeń (tab. 2 i 3) stwierdzono, że zarówno u kobiet z zaburzeniami statyki narządu rodowego, jak i z mięśniakami macicy istnieje zależność występowania zaburzeń seksualnych od wieku.

Tabela 2

*Zależność stanu zdrowia seksualnego od wieku
– grupa z zaburzeniami statyki narządu rodowego (N = 50)*

Wiek badanych kobiet	Zaburzenia seksualne (skala FSFI ≤ 26,55)	[%]	Brak zaburzeń seksualnych (skala FSFI > 26,55)	[%]	<i>p</i>
40–49	2	4	2	4	0,045
50–54	6	12	1	2	
55–59	13	26	7	14	
60–65	18	36	1	2	

Źródło: Badania własne.

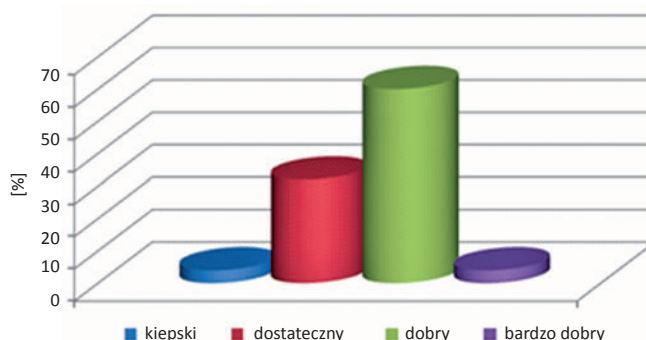
Tabela 3

Zależność stanu zdrowia seksualnego od wieku – grupa z mięśniakami macicy (N = 50)

Wiek badanych kobiet	Zaburzenia seksualne (skala FSFI ≤ 26,55)	[%]	Brak zaburzeń seksualnych (skala FSFI > 26,55)	[%]	<i>p</i>
30–39	3	6	6	12	0,014
40–49	10	20	13	26	
50–54	8	16	5	10	
55–59	3	6	2	4	

Źródło: Badania własne.

Większość (74%) kobiet z mięśniakami macicy nie podała żadnych innych chorób ogólnoustrojowych. Odmiennie przedstawiła się sytuacja w grupie z zaburzeniami statyki narządu rodowego, tam liczba kobiet chorujących na inne ogólnoustrojowe schorzenia wynosiła 54%. Odnotowano choroby układu krwionośnego i pokarmowego, nadciśnienie tętnicze krwi, raka piersi i szyjki macicy, endometriozę i choroby tarczycy. Na podstawie kwestionariusza SF-36 kobiety oceniły swój aktualny stan zdrowia. Osoby z mięśniakami macicy w większości oceniły swój stan zdrowia jako dobry (72%). Wyniki grupy 2. przedstawiono na rycinie 1. Bez względu na rodzaj schorzenia wykazano ścisłą zależność między stanem zdrowia seksualnego a stanem zdrowia ogólnego kobiet (tab. 4 i 5).



Źródło: Badania własne.

Rycina 1. Ocena stanu zdrowia ogólnego ankietowanych kobiet z zaburzeniami statyki narządu rodowego ($N = 50$)

Tabela 4

Zależność stanu zdrowia seksualnego od stanu zdrowia ogólnego – grupa z macicą mięśniakowatą ($N = 50$)

Stan zdrowia ogólnego kobiet z macicą mięśniakowatą	Zaburzenia seksualne (skala FSFI $\leq 26,55$)	[%]	Brak zaburzeń seksualnych (skala FSFI $> 26,55$)	[%]	p
Kiepski	0	0	0	0	0,007
Dostateczny	5	10	3	6	
Dobry	17	34	20	40	
Bardzo dobry	2	4	3	6	

Źródło: Badania własne.

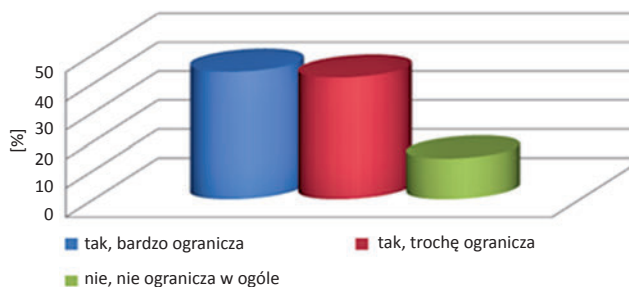
Tabela 5

Zależność stanu zdrowia seksualnego od stanu zdrowia ogólnego
– grupa z zaburzeniami statyki narządu rodowego (N = 50)

Stan zdrowia ogólnego kobiet z zaburzeniami statyki narządu rodowego	Zaburzenia seksualne (skala FSFI \leq 26,55)	[%]	Brak zaburzeń seksualnych (skala FSFI $>$ 26,55)	[%]	p
Kiepski	2	4	0	0	0,02
Dostateczny	14	28	2	4	
Dobry	22	44	8	16	
Bardzo dobry	1	2	1	2	

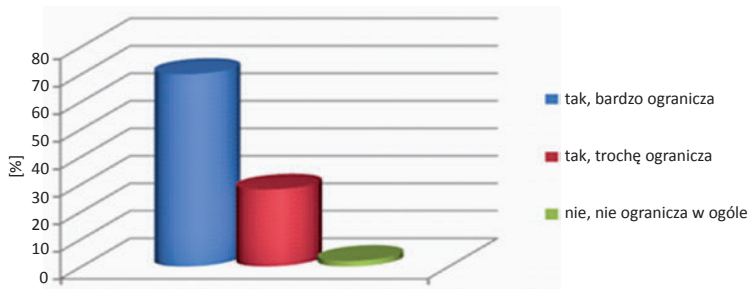
Źródło: Badania własne.

Następnie przeanalizowano wpływ danych chorób na wykonywanie poszczególnych czynności, takich jak: aktywne zajęcia typu bieganie, podnoszenie ciężkich przedmiotów, wytężony wysiłek fizyczny (ryc. 2 i 3), umiarkowane zajęcia, np. przesuwanie stołu, odkurzanie, jazda na rowerze (ryc. 4 i 5).



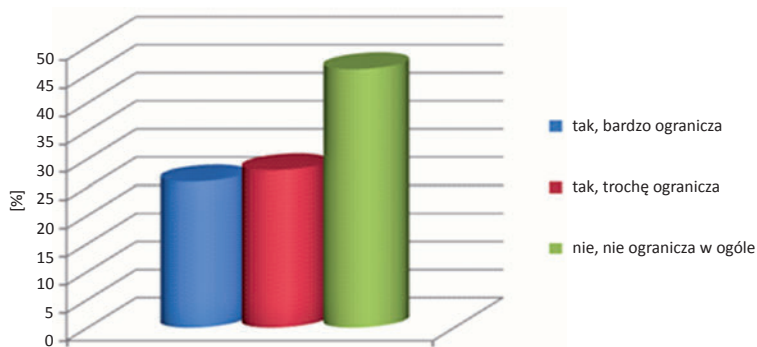
Źródło: Badania własne.

Rycina 2. Wpływ choroby na ograniczenie aktywnych zajęć – kobiety z macicą mięśniakowatą (N = 50)



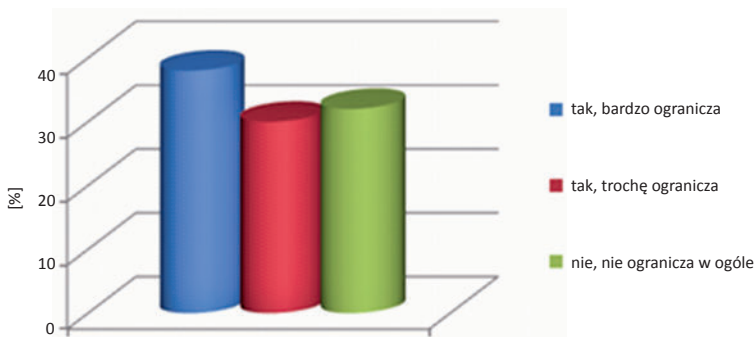
Źródło: Badania własne.

Rycina 3. Wpływ choroby na ograniczenie aktywnych zajęć – kobiety z zaburzeniami statyki narządu rodowego (N = 50)



Źródło: Badania własne.

Rycina 4. Wpływ choroby na ograniczenie umiarkowanych zajęć
– kobiety z macicą mięśniakowatą ($N = 50$)



Źródło: Badania własne.

Rycina 5. Wpływ choroby na ograniczenie umiarkowanych zajęć
– kobiety z wypadaniem narządu rodowego ($N = 50$)

Przeanalizowano również podnoszenie lub noszenie zakupów – nie odnotowano w tym względzie znaczących odchyień. Większa część kobiet z macicą mięśniakowatą, tj. 52%, zadeklarowała, że w ostatnich 4 tygodniach życia, będąc chorą, realizowała mniej niż chciała. W grupie drugiej liczba ta wyniosła 70%. W obu grupach większość kobiet podała, że problemy zdrowotne ograniczyły wykonywanie przez nie niektórych z zajęć. Respondentki z macicą mięśniakowatą (42%) podały, iż w ostatnich 4 tygodniach problemy zdrowotne lub emocjonalne wcale nie przeszkadzały im w życiu rodzinnym, towarzyskim i zawodowym. W przypadku zaburzeń statyki narządu rodowego sytuacja zarysowała się nieco odmiennie, gdyż 54% owych ankietowanych odpowiedziało, że choroba trochę

wpływa na ich życie towarzyskie, rodzinne i zawodowe. Respondentki z mięśniakami nie podawały znaczącej zmiany w odczuwaniu posiadanej ilości energii; 36% zaznaczyło jednak czasami obecność przygnębienia, przybicia i smutku. Sytuacja przedstawiała się odmiennie w grupie kobiet z zaburzeniami statyki narządu rodowego, gdzie największa liczba kobiet, bo 34%, odpowiedziała, że dużo energii odczuwała tylko czasami. W tej grupie pojawiły się również odpowiedzi stwierdzające całkowity brak energii w przeciągu ostatnich 4 tygodni; 50% podało pojawienie się czasami uczucia smutku czy przygnębienia. Stwierdzono, że u wszystkich respondentek wystąpiła zależność uczucia przygnębienia, przybicia i smutku od stanu cywilnego (tab. 6).

Tabela 6

Zależność występowania uczucia przygnębienia, przybicia i smutku od stanu cywilnego – wszystkie respondentki (N = 100)

Czy czuła się Pani przygnębiona przybita i smutna	Cały czas		Przez większy czas		Dosyć długi czas		Czasami		Rzadko		Wcale		$p = 0,04$
		[%]		[%]		[%]		[%]		[%]		[%]	
Panna	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	
Mężatka	0	0	2	2	10	10	35	35	26	26	10	10	
Rozwódka	0	0	0	0	0	0	2	2	3	3	2	2	
Wdowa	0	0	0	0	0	0	4	4	1	1	2	2	

Źródło: Badania własne.

Na podstawie skali HADS w grupie ankietowanych kobiet z macicą mięśniakowatą odnotowano 54% respondentek bez objawów lęku. Odpowiedzi świadczących o silnym lęku udzieliła 1 kobieta. W grupie z zaburzeniami statyki narządu rodowego 42% odpowiedzi świadczyło o łagodnym lęku. W tej grupie z silnym lękiem zmagają się tylko dwie osoby.

Dyskusja

Zdrowie seksualne oraz jakość życia coraz częściej w dzisiejszych czasach przestają być tematem tabu. Pomimo to nadal jest to zagadnienie trudne i wszelkie nieprawidłowości w tych sprawach powodują, że we własnych oczach dana kobieta staje się osobą gorszą od innych. Podobne wnioski wysuwa Zieliński i wsp. w swoim artykule z 2009 r. [10]. Choroba ginekologiczna stawia przed kobietami dodatkowe wyzwania. Zdolność

utrzymania prawidłowości w zakresie zdrowia seksualnego i jakości życia staje się dużym osiągnięciem. Współistnienie menopauzy powieliła te trudności. W prezentowanym materiale 42% kobiet z mięśniakami macicy i 86% z zaburzeniami statyki narządu rodno deklarowało zanik miesiączkowania. W badaniach przeprowadzonych przez Zielińskiego i wsp. [10] i Handa i wsp. [11] średnia wieku kobiet z zaburzeniami statyki narządu rodno wynosiła przeszło 50 lat, co odpowiada wiekowi menopauzalnemu. W przypadku mięśniaków macicy w badaniach Reronia i Hurosa opublikowanych w artykule z 2006 r. [5] średnia ulega obniżeniu do 44 lat. Zarówno własne badania, jak i doniesienia Reronia pokazują, że w przypadku macicy mięśniakowatej wpływ okresu okołomenopauzalnego jest niewielki. Z własnych badań wyciągnięto wnioski, że większy wpływ na seksualność kobiet ma obecność zaburzeń statyki narządu rodno; 76% ankietowanych kobiet z ową chorobą deklaruje obecność takich zaburzeń. Dodatkowo wykazano, że zaburzenia te pogłębiają się u kobiet z innymi chorobami i dolegliwościami bólowymi. Obecność bólu przyczynia się do znaczącego pogorszenia odczuć seksualnych. Podobne wyniki odnajduje się w artykule Rortveit i wsp. [12], której badania świadczą o tym, iż w 92% ankietowane kobiety z zaburzeniami statyki narządu rodno zgłaszały objawowy przebieg schorzenia, co wpływało w 35% na ich prawidłowe życie seksualne. Zagadnienia poświęcone tej tematyce odnotowuje się również w publikacji Handy i wsp. [11]; wyciąga ona wnioski, że objawowy przebieg choroby, jaką jest wypadanie narządu rodno, może oddziaływać w określonym zakresie na seksualność. Sprzeczne informacje w tej kwestii uzyskuje się natomiast z doniesień Burrows i wsp. [13], która w swoim artykule wskazuje, że 83% ankietowanych kobiet z zaburzeniami statyki narządu rodno jest zadowolona ze swojego życia seksualnego. Natomiast 65% nie odczuwa dolegliwości bólowych związanych z odbywanym stosunkiem. Wnioskować można, że różnice te w badaniach mogą wynikać z dodatkowych czynników, takich jak przykładowo zaawansowanie choroby. We własnych badaniach nie uwzględniono takiego podziału. Jeśli chodzi o mięśniaki macicy, własne badania nie wskazały znaczącego ukierunkowania na istnienie zaburzeń seksualnych lub ich brak. Podobne wyniki odnotowuje w swojej publikacji Reroń i Huros, gdzie 44,6% kobiet z tym rozpoznaniem jest raczej usatysfakcjonowanych z życia seksualnego [5]. We własnych badaniach 42% owych kobiet współżyje kilka razy w miesiącu. W publikacji Wydry i wsp. od 3 do 4 razy w miesiącu współżyje 35,95% respondentek [6]. W artykule Reronia i Hurosa [5] taką samą częstotliwość współżycia deklarowało 36,2% kobiet.

Poza zdrowiem seksualnym istotnym tematem jest jakość życia i stan psychiczny. O konieczności rozpatrywania powyższego zagadnienia

wskazują publikowane doniesienia, w tym artykuł Skrzypulec i wsp., w którym mówi się o potrzebie analizy owej tematyki [14]. Skrzypulec podejmuje kwestie pojawiających się zaburzeń depresyjnych okresu okołomenopauzalnego, a, jak już wcześniej wspomniano, opisywane schorzenia ginekologiczne najczęściej dotyczą kobiet w tej właśnie grupie wiekowej. Z własnych opracowań statystycznych odnoszących się do oceny oddziaływania choroby na jakość życia uzyskano kilka istotnych zależności. Obliczenia wskazały, że obecność choroby zarówno zaburzeń statyki narządu rodowego, jak i macicy mięśniakowatej wpływa na zmiany emocjonalne kobiet oraz na ich relacje partnerskie i interpersonalne. Oddziaływanie to natomiast jest dość zróżnicowane.

Kolejnym zagadnieniem w prowadzonych badaniach była ocena lęku i depresji ankietowanych kobiet. Respondentki z zaburzeniami statyki narządu rodowego wykazały większą podatność na obecność lęku i depresji niż kobiety z mięśniakami macicy. Reroń i wsp. w swojej kolejnej pracy z 2003 r. wśród badanych kobiet z mięśniakami macicy nie stwierdził znaczących zmian emocjonalnych w trakcie przebiegu choroby [15]. Analiza własna dała podobne wyniki. Natomiast Motyka w swoim artykule pisze, że występowanie takich zaburzeń jest dość powszechne, gdyż 33,3% badanych przez niego kobiet wykazuje strach i niepokój w okresie przedoperacyjnym [16]. Przypuszczać można, że powiększenie grupy respondentek mogłoby wpłynąć na zmianę wyników przeprowadzonych badań.

Wnioski

Większość kobiet z zaburzeniami statyki narządu rodowego uskarża się na zaburzenia seksualne, natomiast mięśniaki macicy nie wywierają jednoznacznie negatywnego wpływu na odczucia seksualne kobiet. Zarówno w przypadku mięśniaków macicy, jak i zaburzeń statyki narządu rodowego występowanie zaburzeń seksualnych zależne jest od wieku kobiety. Respondentki po 50. roku życia uskarżają się na nasilone zaburzenia życia seksualnego. Pogorszenie stanu zdrowia seksualnego kobiety jest ściśle powiązane z jej stanem ogólnym. Współistnienie innych ogólnoustrojowych chorób nasila zaburzenia seksualne. Stan psychiczny chorych kobiet jest uzależniony od ich stanu cywilnego. Mężatki łagodniej przechodzą zaburzenia emocjonalne, które mogą pojawiać się w przebiegu choroby. Wnioskować można, że większy wpływ zarówno na życie seksualne, jak i na jakość życia wywierają zaburzenia statyki narządu rodowego.

Bibliografia

- [1] Lew-Starowicz Z. Seksualność a jakość życia człowieka. *Przegląd Seksuologiczny* 2006, 5 (1): 21–26.
- [2] Michalak A., Krawczyk K., Kociak R., Okraszewski J., Wroński K. Jakość życia. *Ginekologia Praktyczna* 2009, 2: 33–37.
- [3] Genstwa M., Mania E., Nowak A., Jarząbek-Bielecka G. Seksualność i kobiecość w kulturach i religiach świata. *Ginekologia Praktyczna* 2009, 4: 41–52.
- [4] Radomski D., Jarząbek G. Ginekologiczne aspekty seksualności człowieka. *Ginekologia Praktyczna* 2007, 3: 29–35.
- [5] Reroń A., Huros H. Wpływ operacji ginekologicznych na seksualność kobiet operowanych z powodu mięśniaków macicy. *Przegląd Ginekologiczno-Położniczy* 2006, 6 (6): 317–321.
- [6] Wydra D., Cioch K., Sawicki S., Wilhelm J., Emerich J. Porównanie życia seksualnego po nadszyjkowym i całkowitym usunięciu macicy. *Ginekologia Polska* 2004, 75 (4): 274–280.
- [7] Wydra D., Cioch K., Sawicki S., Emerich J. Ocena życia seksualnego po usunięciu macicy. *Ginekologia Polska* 2003, 74 (7): 501–506.
- [8] Pilewska A., Jakiel G. Oczekiwanie na interwencje chirurgiczną jako sytuacja trudna dla kobiet. *Przegląd Menopauzalny* 2005, 5: 37–41.
- [9] Matusiak-Kita M., Zdrojewicz Z. Orgazm po zabiegach ginekologiczno-urologicznych. *Przegląd Seksuologiczny* 2009, 19: 5–8.
- [10] Zieliński R., Low L.K., Tumbarello J., Miller J.M. Body image and sexuality in women with pelvic organ prolapse. *Urologic Nursing* 2009, 29 (4): 239–246.
- [11] Handa V., Cundiff G., Chang H., Helzlsouer K. Female Sexual Function and Pelvic Floor Disorders. *Obstetrics and Gynecology* 2008, 111 (5): 1045–1052.
- [12] Rortveit G., Brown J.S., Thom D.H., Van Den Eeden S.K., Creasman J.M., Subak L.L. Symptomatic pelvic organ prolapse prevalence and risk factors in a population-based, racially diverse cohort. *Obstetrics and Gynecology* 2007, 109 (6): 1396–1403.
- [13] Burrows L.J., Meyn L.A., Walters M.D., Weber A. Pelvic symptoms in women with pelvic organ prolapse. *Obstetrics and Gynecology* 2004, 104 (5): 982–988.
- [14] Skrzypulec V., Droszdol A., Forensowicz J., Nowosielski K. Ocena wybranych aspektów życia publicznego i seksualnego kobiet w okresie okołomenopauzalnym. *Ginekologia Praktyczna* 2003, 11: 26–34.
- [15] Reroń A., Hura H., Trojan-Podleśny M. Miejsce nadszyjkowego wycięcia macicy we współczesnej ginekologii. *Ginekologia Praktyczna* 2003, 11 (6): 18–22.
- [16] Motyka M. Obawy pacjentów przygotowywanych do zabiegów operacyjnych. *Sztuka Leczenia* 2001, 4: 23–26.

Adres do korespondencji:

Ewa Foks

Oddział Ginekologii

SSZOZ nad Matką i Dzieckiem w Opolu

ul. Reymonta 8

45-066 Opole

tel.: 77 454 54 01

e-mail: foks.ewa@o2.pl

ALEKSANDRA MATERKOWSKA*, JERZY RUDNICKI**

Rozszczep wargi i podniebienia oraz dalsze powikłania w rozwoju dziecka

Rozszczep wargi i podniebienia jest wadą wrodzoną o bardzo złożonym mechanizmie powstawania. Specyfika problemu wywiera ogromny wpływ na życie dziecka, ale przede wszystkim na życie rodziców i najbliższych. Stawia ona duże wyzwanie i skutkuje wieloma obowiązkami, które należałoby spełnić, aby dziecko urodzone z rozszczepem wargi i podniebienia dorastało w jak najlepszych warunkach i w jak najmniejszym stopniu odczuło powikłania, które niejednokrotnie stają się przeszkodą w realizacji marzeń oraz utrudnieniem w codziennym życiu. Należy podkreślić, że w obliczu wady wrodzonej na jakość funkcjonowania dziecka w społeczeństwie składa się nie tylko praca wielu specjalistów medycznych, ale przede wszystkim ciepło, wyrozumiałość oraz wytrwałość osób otaczających to dziecko.

Epidemiologia i etiologia

Rozszczep wargi i podniebienia jest widoczną wadą wrodzoną jamy ustnej i twarzy. Można ją zaliczyć do 10 najczęściej występujących wad wrodzonych. Częstość występowania tej wady zależne jest od rasy, płci i warunków socjoekonomicznych, a dzieci z tą wadą można spotkać we wszystkich częściach świata. W Polsce szacuje się, że 2-3 na 1000 noworodków rodzi się z rozszczepem wargi i podniebienia. Należy jednak zaznaczyć, że problem występowania wad wrodzonych dotyczy 5% żywo urodzonych noworodków i wziąć pod uwagę fakt, że choć rozszczepy są wadą przykrą ze względów estetycznych, to nie powodują zaburzeń

* Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

** Instytut Położnictwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu.

ogólnego rozwoju dziecka, tak jak to dzieje się w przypadku wad układu krążenia lub ośrodkowego układu nerwowego [1-2].

Czynniki rozważane jako pośrednie przyczyny powstawania rozszczepów to m.in.:

- skażone środowisko,
- napromieniowanie (promienie Rentgena, wszelkie promieniowanie jonizujące),
- przedłużające się niedotlenienie organizmu,
- leki i hormony działające teratogennie,
- rodzaj wykonywanej pracy i szkodliwe warunki jej wykonywania,
- niepełnowartościowe odżywianie kobiety ciężarnej,
- choroby ostre i przewlekłe matki - szczególnie wirusowe,
- czynniki psychiczne działające w procesie embriogenezy na organizm matki, długotrwały stres, napięcie nerwowe,
- długotrwałe zatrucie chemiczne (rtęć, ołów, alkohol etylowy, nikoty-na) [1, 3].

Do dnia dzisiejszego nie można jednoznacznie określić etiologii rozszczepu wargi i podniebienia. Możliwe jest jedynie wskazanie sposobu i okresu rozwoju dziecka, w którym dochodzi do zaburzenia rozwoju twarzoczaszki.

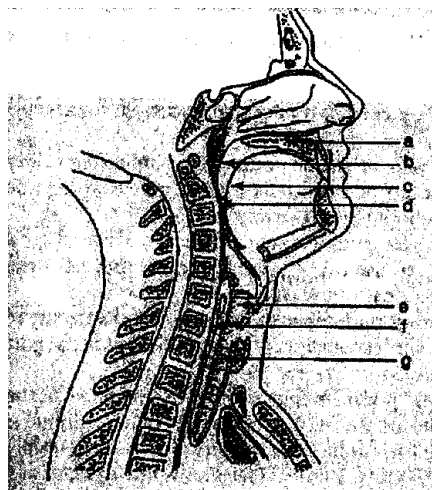
Mechanizm powstawania rozszczepu wargi i podniebienia

Mechanizm powstawania rozszczepu wargi i podniebienia wyjaśniamy na podstawie dwóch teorii. Pierwsza z nich - klasyczna (Hisa) - skupia się na kształtowaniu twarzy i jamy ustnej w okolicach czwartego tygodnia życia zarodkowego. W tej teorii twarz i jama ustna powstają z połączenia pięciu wyrostków: wyrostka czołowego, dwóch wyrostków szczękowych oraz dwóch wyrostków żuchwowych. Ich częściowe lub całkowite niezrośnięcie prowadzi do powstania rozszczepów. Stąd też możemy wyróżnić obustronny rozszczep wargi lub wargi i wyrostka żębodołowego. Natomiast jeśli nie dochodzi do zrośnięcia się płytek podniebiennych, to mamy do czynienia z rozszczepem podniebienia. Druga teoria - współczesna - uznaje, że decydującym elementem w rozwoju środkowej części twarzy jest tkanka mezodermalna. Jej stopień przenikania pozwala nam określić zakres i rozległość rozszczepu. Stąd też wyróżniamy:

- podniebienia pierwotne - związane ze środkową częścią wargi górnej, przegrodą nosa oraz z kością trzysieczną;

- podniebienia wtórne – stanowi związek podniebienia miękkiego i twardego ku tyłowi od otworu trzysiecznego;
- otwór trzysieczny – otwór w podniebieniu odgranicza elementy, które tworzą podniebienie pierwotne i wtórne [3].

Aby zrozumieć mechanizm powstawania wady wrodzonej, jaką jest rozszczep wargi i podniebienia, istotne jest przeanalizowanie cech różniących prawidłową budowę jamy ustnej i nosowej od tej, która ma widoczny rozszczep.

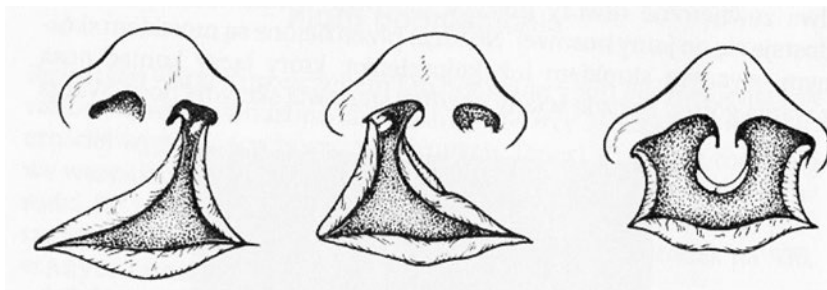


Rycina 1. Budowa jamy ustnej i nosowej:

a – podniebienie twarde, b – podniebienie miękkie,
c – nasada języka, d – gardło, e – krtąń, f – przełyk, g – tchawica [1:11]

Jak widać na rycinie 1, sklepieniem jamy ustnej jest podniebienie. W jego przedniej części obecne jest podniebienie twarde, które jest zbudowane z kości pokrytej błoną śluzową. Natomiast w części tylnej znajduje się podniebienie miękkie, które jest warstwą mięśni pokrytych błoną śluzową [1]. W budowie zewnętrznej u dziecka bez rozszczepu wargi i podniebienia można zauważyć dwa zewnętrzne otwory nosowe, tzw. nozdrza. Jego boczne ściany to skrzydełka nosa. Nozdrza są przedzielone mostkiem skórnyim zwanym kolumienką albo inaczej słupkiem. Stwarza to możliwość połączenia końca nosa z wargą górną. Górna warga pokryta jest tzw. bielą wargi i składa się z części. Pośrodku tych części znajduje się rowek. Warga górna zawiera też część wąską, która jest zabarwiona na czerwono i zwana czerwienią wargi. Ta część w całość jest pokryta błoną śluzową, taką samą jaką wyściela jamę ustną. Obie części warg są połączone w kątach ust. Ich budowa jest trójwarstwowa: warstwę zewnętrzną

stanowi skóra, warstwę wewnętrzną – błona śluzowa, a warstwę środkową – mięsień okrężny ust. Jeśli nie występuje rozszczep, to wargą górną u człowieka stanowi całość [1].



Rycina 2. Różne postacie rozszczepu wargi.
Od lewej: rozszczep lewostronny, rozszczep prawostronny,
rozszczep obustronny [1:10]

Nie można jednoznacznie określić wielkości i rozległości rozszczepu. Zdarzają się przypadki, w których dochodzi tylko do zajęcia czerwieńni wargi, ale są też takie, które sięgają aż do otworu nosowego – wtedy skrzydełko nosa jest wyraźnie spłaszczone [1].

Mechanizm powstawania rozszczepu wargi i podniebienia jest niewątpliwie uzależniony od rozwoju osobniczego człowieka, ze szczególnym uwzględnieniem etapów rozwoju głowy i twarzy. Aktywność procesów kształtotwórczych jest znacząco nasiloną w okresie zarodkowym. W ciągu pierwszego miesiąca życia narządy zaczynają się kształtować, a w końcu czwartego tygodnia od zapłodnienia najsilniej rozwija się i różnicuje głowa. Proces ten jest nierozzerwalnie związany z intensywnym kształtowaniem się mózgowia. Z rozwojem części głowowej związany jest rozwój twarzy oraz narządu żucia. Odcinek głowowy ulega zróżnicowaniu na część mózgowia i część twarzową, tzw. trzewioczaszkę. Wnętrze części twarzowej zarodka wypełnia jama, z której później utworzy się jama ustna. W linii środkowej głowy wykształca się guzek czołowo-nosowy, a z I łuku skrzelowo-żuchwowego powstają symetryczne dwa wyrostki szczękowe i dwa wyrostki żuchwowe. Dzięki temu istnieje możliwość ukształtowania narządu węchu, tzw. jamki węchowe, które są otoczone wałeczkowatymi zgrubieniami, z których z czasem powstaje jama nosowa. Szóstego tygodnia życia zarodkowego dochodzi do połączenia obu wyrostków żuchwowych, natomiast przyśrodkowe wyrostki nosowe zarysowują grzbiet nosa. Zrośnięcie wyrostków nosowych z wyrostkami szczęki następuje ok. 7. tygodnia. W wyniku dalszego rozwoju wy-

kształcają się wyrostki podniebienne. Będą one miały swoje połączenie z przegrodą nosową, pochodzącą z wyrostka czołowego. W ten sposób powstające podniebienie przekształca jamę gębową w jamę ustną, która jest oddzielona od jamy nosowej [3].

Współcześnie uznana teoria opiera się na badaniach embriologicznych. Według niej między 4. a 7. tygodniem życia wewnątrzłonowego rozwija się podniebienie pierwotne, które powstaje z pokrywy entodermalnej znajdującej się między zachyłkami nosowymi nad pierwotną jamą ustną. Embriologicznie, kiedy kończy się proces powstania podniebienia pierwotnego, tworzą się zawiązki płytek podniebiennych. Z nich między 7. a 12. tygodniem życia zarodkowego powstanie podniebienie z zawiązkami podniebienia twardego i miękkiego. Z nabłonka entodermalnego wyścielana jest pierwotna jama ustna i z niego w 6. tygodniu życia tworzy się zgrubienie w kształcie półkola, tzw. listewka zębowa. W pobliżu listewki zębowej rozwija się fałd, zwany listewką wargową lub przedsionkową. Szczelina, która wewnątrz fałdu w miarę rozwoju się pogłębia, zmienia się w tzw. bruzdę przedsionkową. Staje się to elementem oddzielającym policzki i wargi od szczęki i zuchwy. Na tym etapie powstaje przedsionek jamy ustnej. Jeżeli w tym okresie nastąpi upośledzenie poszczególnych połączeń, dziecko urodzi się z rozszczepem. Jeśli wada będzie dotyczyła jednej strony, będzie to rozszczep jednostronny, a jeżeli zrost nie nastąpi po obu stronach, będzie to rozszczep obustronny [1, 3].

Rola położnej w opiece nad dzieckiem urodzonym z rozszczepem wargi i podniebienia oraz nad jego rodzicami

Narodziny dziecka to niewątpliwie wspaniały moment w życiu każdej kobiety, a także jej rodziny. Ten mały człowiek, który przychodzi na świat, budzi w rodzicach i w bliskich nieznaną dotąd pokładę uczuć i emocji. Wyzwała nowy rodzaj miłości, a związek rodziców czyni pełniejszym i spełnionym.

O ile narodziny zdrowego dziecka, pozbawionego wszelkich zaburzeń rozwojowych i poważnych komplikacji czy wad wrodzonych, dostarczają radości i ogromnego wzruszenia, o tyle dziecko urodzone z jakąkolwiek nieprawidłowością wpędza rodziców i bliskich w strach i smutek. Zdarza się, że lęk o dziecko przechodzi w szok, rozczarowanie oraz gniew do samego siebie. Nierzadko rodzice dotknięci tragedią przejawiają zachowania charakteryzujące się odtrąceniem dziecka, które wymaga wielo-

specjalistycznej opieki połączonej z pełnią zaangażowania i poświęcenia ze strony rodziców [4]. Aby zminimalizować efekty takiego zachowania, niezbędna jest pomoc położnej, która w trudnych chwilach staje się niezastąpionym wsparciem dla rodziców, pomaga im zrozumieć sytuację, w której się znaleźli, ale również służy profesjonalnym doradztwem dotyczącym dalszej opieki nad noworodkiem z wadą wrodzoną.

Opieka nad dzieckiem urodzonym z rozszczepem wargi i podniebienia nie powinna być oparta jedynie na pielęgnacyjnym podejściu do dziecka, ale winna również zawierać wskazówki dla rodziców tego dziecka, które ułatwią im jego akceptację. W opiece możemy wyróżnić następujące elementy:

- unikanie zapewnień i obietnic w kwestii zdrowia dziecka i powodzeń zabiegów operacyjnych,
 - otoczenie rodziców opieką oraz umożliwienie zadawania pytań i chętnie rozwiewanie wszelkich wątpliwości,
 - przekazywanie tylko i wyłącznie informacji zgodnych ze stanem zdrowia dziecka,
 - pomoc w akceptacji bólu, który doskwiera rodzicom,
 - uświadomienie rodzicom, że wada rozszczepowa nie dyskwalifikuje dziecka z normalnego funkcjonowania wśród rówieśników,
 - naukę czynnego udziału w procesie pielęgnowania noworodka,
 - oswojenie rodziców z odmiennym wyglądem zewnętrznym dziecka,
 - wskazanie problemów, które mogą pojawić się zarówno w okresie niemowlęcym, jak i w późniejszym okresie rozwojowym, a które będą wymagać zaangażowania samych rodziców bądź pomocy specjalistów.
- Do takich problemów należeć będą:

- karmienie dziecka - w przypadku rozległego rozszczepu wargi i podniebienia pod żadnym pozorem nie powinno być karmione piersią. Wynika to z braku połączenia jamy ustnej z jamą nosową. Nawet najmniejsza próba karmienia piersią może spowodować niebezpieczeństwo uduszenia. Ponadto, jeśli pokarm z piersi przedostanie się do krtani i tchawicy, a w następstwie tego do płuc - istnieje duże ryzyko wystąpienia zapalenia zachłystowego płuc lub ropnia płuc. Warto także poinformować rodziców, że w pierwszym dniu dziecko będzie karmione przez sondę, natomiast w kolejnych można podjąć próbę karmienia przez butelkę wyposażoną w specjalny smoczek. Należy jednak podkreślić, że podczas karmienia bardzo istotna jest odpowiednia pozycja dziecka, która powinna być prawie pionowa, lekko pochylona;

- wczesne leczenie ortodontyczne - bardzo istotne, ponieważ wywiera dalszy wpływ na następujące czynności: ssania, połykania, oddychania,

mony, a w późniejszym okresie bierze udział podczas wyrzynania się zębów, ich lokalizację oraz kształt;

- pielęgnacja niemowlęcia – ze względu na oddychanie głównie przez jamę ustną błona śluzowa bardzo łatwo wysycha, dlatego też zaleca się stałe nawilżanie czerwieni wargi i błony śluzowej wyrostka zębodołowego, a także usuwanie zrogowaciałego nabłonka;

- udzielenie instrukcji odnośnie do kąpieli dziecka z rozszczepem – powinna być wykonywana ostrożnie, przez 2 osoby: jedna czuwa nad pozycją główki, a druga myje i zanurza dziecko w wodzie;

- częste choroby uszu – jest to związane z odmienną budową anatomiczną, ponieważ u dzieci z rozszczepem połączenie jamy ustnej z gardłem jest szerokie. W jego górnej części znajdują się ujścia przewodów, tzw. trąbki słuchowe, które łączą gardło z prawym i lewym uchem środkowym i istnieje ryzyko, że pokarm tą drogą przedostanie się do ucha środkowego i będzie powodem zapalenia;

- odpowiednia higiena jamy nosowej;

- w przypadku rozszczepu wargi konieczne jest wykonanie masażu korekcyjnego, który jest jednym ze środków zwiększających estetykę;

- unikanie we wczesnym wieku otoczenia, które jest przeziębione, ponieważ nawet niewinny katar może stać się uciążliwy w funkcjonowaniu dla dziecka;

- należy zasugerować rodzicom, że może wystąpić wada wymowy w mniejszym bądź większym stopniu wymagająca pomocy logopedy;

- z uwagi na odmienną budowę anatomiczną może okazać się konieczna wizyta u lekarza foniatri [1, 3–5].

Metody leczenia rozszczepu wargi i podniebienia

Rozszczep wargi i podniebienia wymaga leczenia wieloetapowego i wielospecjalistycznego. Niejednokrotnie proces postępowania chirurgicznego rozpoczyna się z chwilą urodzenia i trwa do osiągnięcia dorosłości przez pacjenta. Jednak dzięki dynamicznym postępom współczesnej medycyny powszechnie wykonywane badania prenatalne umożliwiają wykrycie rozszczepu już po 20. tygodniu ciąży. Pozwala to na lepsze przygotowanie rodziców na urodzenie dziecka z zaburzeniem rozwojowym twarzy [6].

Za najwłaściwszy okres do wykonania pierwszego zabiegu operacyjnego wargi u dzieci z rozszczepem przyjmuje się wiek 3–8 miesięcy, chociaż są też zwolennicy wykonania operacji tuż po urodzeniu dziecka. Natomiast za najbardziej korzystny okres do wykonania zabiegu operacyjnego podniebienia uważa się wiek pomiędzy 24. a 40. miesiącem życia. Jednak

dobór odpowiedniego terminu jest sprawą indywidualną i zależy od typu wady rozszczepowej [1, 3, 7].

W leczeniu operacyjnym rozszczepów można wyróżnić:

- leczenie jednoetapowe – jeden zabieg operacyjny wargi, wyrostka zębodołowego i podniebienia (miedzy 8. a 18. miesiącem życia). Leczenie jednoetapowe kończą ewentualne zabiegi korekcyjne plastyczno-kosmetyczne po 18. roku życia;

- leczenie wieloetapowe – operacja wargi przypadająca na 6–9 miesiąc życia, operacja podniebienia (ok. 2–5 lat). Leczenie wieloetapowe kończy się ewentualną korekcją plastyczno-kosmetyczną wykonaną po 18. roku życia [3].

Do wtórnych zniekształceń występujących zarówno po jednoetapowych, jak i dwuetapowych operacjach rozszczepu wargi i podniebienia należą:

1) wtórne zniekształcenia wargi, do których zaliczamy:

- schodkową linię czerwieni wargowej,
- nierówną linię czerwieni wargowej,
- blizny ściągające,
- blizny przerostowe,
- nadmiar czerwieni wargowej,
- nadmierne napięcie wargi,
- zapadnięcie wargi,
- niedostateczna ruchomość wargi,
- współistniejące zniekształcenie nosa;

2) wtórne zniekształcenia nosa, do których zaliczamy:

- skrócenie przegrody nosa,
- spłaszczenie końca nosa,
- szerokie rozstawienie skrzydeł nosa,
- niesymetryczne ustawienie kości nosowych;

3) ubytek tkanek w obrębie podniebienia;

4) zniekształcenie szczękowo-zgryzowe (przodozgrzyz rzekomy);

5) zmiany w rysach twarzy (cofnięcie żuchwy, przemieszczenie ku przodowi przedniego odcinka szczęki [1, 3, 5, 7–9].

W literaturze światowej podkreśla się, że podstawowe operacje w rozszczepie wargi i podniebienia należy wykonać przed pierwszym rokiem życia. W Polsce zwolennikami wczesnego leczenia chirurgicznego jest Dudkiewicz i Kobus. W myśl ich teorii wczesne jednoetapowe leczenie całkowitego rozszczepu wargi i podniebienia minimalizuje proces rehabilitacji mowy. Zgodnie jednak przyznają, że pojawia się konieczność mniejszych lub większych operacji korekcyjnych. Mogą wystąpić powikłania pooperacyjne, które objawiają się małymi otworami, tzw. otwora-

mi szczątkowymi na podniebieniu, przez które mogą przedostawać się płyny z jamy ustnej do jamy nosowej. Istnieje możliwość, że powstałe otwory będą ulegać zmniejszeniu wraz ze wzrostem ścian podniebienia, natomiast gdy tak się nie stanie, konieczna jest powtórna operacja w wieku późniejszym [1, 3, 7–8, 10].

Postępowanie i komplikacje współistniejące z rozszczepem wargi i podniebienia

Trzeba podkreślić, że rozwój pozapłodowy twarzoczaszki jest ściśle związany ze wspólnym i zgodnym oddziaływaniem na siebie wszystkich elementów kostnych, zębowych, mięśniowych i narządowych, a kości twarzoczaszki rosną na podłożu łącznotkankowym od okostnej, co ma ścisły związek z oddziaływaniem mięśni i narządów, tzw. struktur czynnościowych związanych z daną kością. Podczas rozszczepu dochodzi do przerwania ciągłości tych struktur, a to oznacza, że uzależnione od siebie tkanki i struktury anatomiczne ulegają dysfunkcjom oraz prowadzą do zniekształceń nosa i jamy ustnej [5, 7]. W rezultacie może dojść do następujących nieprawidłowości:

- Komplikacje w karmieniu i sposobie odżywiania – u dziecka z wadą rozszczepową proces połykania i ssania jest w mniejszym bądź w większym stopniu upośledzony. Dzieje się tak dlatego, ponieważ otwarte do jamy ustnej przewody nosowe i przerwane podniebienie miękkie uniemożliwiają wytworzenie się komory ssącej. Natomiast pozbawiona sklepienia jama ustna narażona jest na wylewanie się pokarmu przez szparę rozszczepu i przez nos [1, 3, 5]. Aby ułatwić czynności związane z procesem odżywiania, należy zastosować pozycję najdogodniejszą dla dziecka, czyli pionową lub półsiedzącą.

- Problemy związane z uchem środkowym – najczęstszymi dolegliwościami są stany zapalne ucha środkowego. Połączenie jamy ustnej z gardłem u dzieci z rozszczepem jest bardzo szerokie. W jego górnej części znajdują się ujścia przewodów tzw. trąbek słuchowych. One łączą gardło z prawym i lewym uchem środkowym. Z takiego zespolenia u dziecka z rozszczepem wynika niebezpieczeństwo przedostania się pokarmu do ucha środkowego [1].

- Problemy z mową i leczenie foniatryczne – rozwój mowy u dziecka z wadą rozszczepową w obrębie jamy ustnej jest upośledzony od chwili pierwszych prób wydawania dźwięków. Fizjologicznie na aparat mowy składają się następujące elementy: zespolone podniebienie, które stworzy pełne zwarcie podniebienno-gardłowe, drożne i szczelne przewody nosa,

zachowana ciągłość wyrostka zębodołowego i sprawne wargi. Tylko takie warunki pozwolą na pełną sprawność ruchową wszystkich układów związanych z mową. Jama nosowa to nie tylko jama rezonacyjna, ale także barwa głosu. Tak samo sprawne wargi pełnią podwójną funkcję: odpowiedzialne są za rozdzielczość mowy, a ruch i szczelność poszczególnych elementów za wytwarzanie dźwięków, które różnią się w zależności od strefy artykulacyjnej. Aby mowa była płynna, niezbędna jest pomoc chirurgiczna, dzięki której możliwe jest przywrócenie ciągłości tkanek oraz zapewnienie, by blizny pooperacyjne nie wywierały wpływu na ruchy mięśni [3, 5]. Mowa dziecka jest również charakteryzowana przez zjawiska rynofonii i palatofonii. Rynofonia oznacza nosowe zabarwienie głosu, powstające na skutek niewydolności zwierającego pierścienia gardłowego, upośledzenia czynności jam rezonacyjnych oraz zaburzeń słuchu. Natomiast palatofonia to zastąpienie przez dziecko trudnych do wymówienia głosek dźwiękiem zastępczym w postaci szmeru głośniowego. Rozszczepiony łuk wyrostka zębodołowego będzie tworzyć błędy w wymowie nazywane seplenieniem [5, 11].

- Wady zgryzu oraz problemy z zębami – obserwujemy następujące rodzaje nieprawidłowości zębowych dotyczące zaburzeń liczby zębów, w postaci hipodoncji lub hiperdoncji, zmiany położenia i hipoplazję szkliwa (czyli defekt ilościowy szkliwa), zaburzenia kształtu zębów, najczęściej górnych siekaczy, zaburzenia budowy zębów [12–13].

- Aspekty psychologiczne – rozszczep wargi i podniebienia wpływa bezpośrednio na psychikę dziecka. Budzi w nim mnóstwo pytań dotyczących przeszłości, jak i również strach przed reakcją innych ludzi na jego odmienny wygląd zewnętrzny. Dlatego też niezwykle ważna jest troska najbliższych, bo to właśnie przy nich dzieci czują się bezpiecznie i mogą liczyć na pełnię akceptacji i wyrozumiałości. Dzięki miłości i odpowiedniej opiece nad dzieckiem z wadą rozszczepową możemy zaoszczędzić mu wielu zmartwień i spowodować, że będzie się ono czuć nie odmiennie i gorzej od innych, lecz wyjątkowo.

* * *

Podsumowując, należy podkreślić, że rozszczep wargi i podniebienia jest niewątpliwie przykrą wadą zewnętrzną, która wpływa bezpośrednio na stan psychiczny i niesie ze sobą wiele powikłań. Jednak dzięki gwałtownemu rozwojowi współczesnej medycyny obserwuje się znacznie więcej metod leczenia oraz zapewnienia jak najlepszego funkcjonowania w codziennym życiu. I mimo że problem nadal jest istotny i nie można go bagatelizować, to jednak cieszą coraz lepsze wyniki minimalizowania

widocznych zmian zewnętrznych oraz utrudniających życie zmian wewnętrznych. Ponadto, dużą rolę w odnoszeniu sukcesów i poprawieniu jakości życia dzieci z wadą rozszczepową odgrywają rodzice i najbliżsi. To właśnie oni zaszczepiają w dziecku wiarę i nadzieję, której nie może zabraknąć w procesie pielęgnacyjno-rehabilitacyjnym.

Bibliografia

- [1] Piekarczyk B., Młynarska-Zduniak E., Winiarska-Majczyno M. *Rozszczep wargi i podniebienia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2003: 6–40.
- [2] Urbańska-Nieczuja J., Sitek A., Kruk-Jeromin J., Antoszewski B. Zaburzenia rozwojowe środkowego odcinka twarzy u chorych z obustronnym rozszczepem wargi i podniebienia ze szczególnym uwzględnieniem nosa. *Otolaryngologia Polska* 2006, 60 (4): 537–542.
- [3] Rokitiańska M. *Dziecko z rozszczepem wargi i wyrostka zębodołowego i podniebienia*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego 2006: 4–120.
- [4] Kocki J. Problemy związane z diagnozą i informowaniem rodziców o uwarunkowanej genetycznie chorobie dziecka. *Zdrowie Publiczne* 2003, 113 (3/4): 329–331.
- [5] Mikulewicz M., Matthews-Brzozowska T. Leczenie dzieci z rozszczepami wargi i podniebienia. *Poznańska Stomatologia* 2002: 163–172.
- [6] Gawrych E., Janiszewska J. Wielospecjalistyczne leczenie wady rozszczepowej twarzy – doświadczenie własne. *Standardy Medyczne* 2011, 8 (3): 441–445.
- [7] Jethon J. Zasady leczenia rozszczepów wargi i podniebienia. *Postępy Nauk Medycznych* 2005, 18 (2/3): 28–30.
- [8] Kobus K. Własne doświadczenia w leczeniu rozszczepów wargi, wyrostka zębodołowego i podniebienia. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 2005, 77 (7): 761–778.
- [9] Matthews T., Cudziło D. Leczenie pacjentów z rozszczepem wargi i podniebienia towarzyszącym niedorozwojem szczęki – opis przypadku. *Pediatrics Polska* 2011, 86 (2): 186–189.
- [10] Kittel L. Włókna szklane w bezbolesnym, nieinwazyjnym leczeniu protetycznym podczas jednej wizyty. Cz. 2: Zastosowanie włókien szklanych w rehabilitacji pacjenta z obustronnym rozszczepem wargi górnej, wyrostka zębodołowego i podniebienia – przypadek kliniczny. *Stomatologia Współczesna* 2008, 15 (5): 32–36.
- [11] Gałkowski T., Jastrzębowska G. red. *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*. T. 2. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego 2003: 191–203.
- [12] Paradowska A., Kawala B., Szelań J., Szwedowska A. Wady zębowe u pacjentów z rozszczepem wargi i podniebienia. *Czasopismo Stomatologiczne* 2009, 62 (4): 298–302.
- [13] Biedziak B., Kurzawski M. Taurodontyzm u pacjentów z całkowitym rozszczepem podniebienia i wargi. *Dental and Medical Problems* 2006, 43 (3): 394–398.

Adres do korespondencji:
Aleksandra Materkowska
ul. Koszyka 2/4
45-720 Opole
tel.: 660 590 949
e-mail: aleksamaterkowska@gmail.com

ALICJA ZIMNOWODA*

Świadomość kobiet na temat szkodliwości spożywania alkoholu w czasie ciąży

Wstęp

Przez wieki alkohol był powszechnie używany w medycynie jako środek znieczulający, przeciwwymiotny, przeciworobaczy, a nawet tokolityczny. Jego zastosowanie obejmowało zarówno mężczyzn, jak i kobiety, niezależnie od tego czy były one w ciąży, czy nie. Dziś już wiadomo, że alkohol w poważnym stopniu szkodzi zdrowiu, ale został uznany za środek odprężający, używkę. Niestety, mimo że udowodniono wiele skutków ubocznych spożywania alkoholu, ciągle jest on bardzo powszechny, bez względu na płeć, wiek czy stan zdrowia. Co szczególnie martwi – alkohol spożywają także kobiety ciężarne. Na blok porodowy co jakiś czas nadal zgłaszają się rodzące w stanie upojenia alkoholowego. Niestety, wciąż występuje społeczne przyzwolenie na spożywanie alkoholu przez ciężarne.

Z badań statystycznych wynika, że w Polsce najczęściej alkoholu spożywają kobiety w wieku rozrodczym, tj. 18–39 lat, panny, uczące się (wg badań CBOS z 2008) [1]. Badania przeprowadzone w 2005 r. przez Pracownię Badań Społecznych na zlecenie PARPA wykazały, że 33% kobiet w wieku 18–40 lat piła w czasie ciąży, głównie wino lub piwo [2]. Te same badania świadczą również o tym, że 17% wszystkich badanych kobiet, które kiedykolwiek były w ciąży, potwierdziło podczas jej trwania picie alkoholu [3]. Widać wyraźnie, że problem jest niemały i wart zwrócenia uwagi.

Spożywanie alkoholu przez ciężarną może powodować u jej dziecka płodowy zespół alkoholowy (FAS – *Fetal Alcohol Syndrome*). Pierwszy raz opisany i zdefiniowany został on już w 1973 r. przez amerykańskich leka-

* Instytut Położnictwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu.

rzy Jonesa i Smitha [4]. Kryteria rozpoznawcze pełnoobjawowego zespołu to:

- opóźniony wzrost wewnątrz- i pozamaciczny i zmniejszony obwód głowy;
- statyczne uszkodzenie mózgu, skutkujące nieprawidłowym rozwojem ośrodkowego układu nerwowego, zaburzeniami neurologicznymi, opóźnionym rozwojem, obniżonym IQ;
- charakterystyczne anomalie w budowie twarzoczaszki, m.in. wąskie szpary powiekowe, cienka górna warga, spłycona rynienka podnosowa [5–6].

Do postawienia diagnozy zespołu FAS konieczne jest także potwierdzenie spożywania alkoholu podczas ciąży w wywiadzie z matką.

Oprócz zespołu FAS wyróżnia się także zespoły pośrednie:

- częściowy FAS (*Partial Fetal Alcohol Syndrome* - pFAS) - występuje uszkodzenie mózgu (opóźnienia rozwojowe), opóźnienie wzrostu, niektóre cechy dysmorfii twarzy, potwierdzony wywiad;
- zaburzenia neurologiczne związane z alkoholem (*Alcohol Related Neurodevelopmental Disordal* - ARND) - patologie ośrodkowego układu nerwowego, opóźniony rozwój;
- wady wrodzone związane z alkoholem (*Alcohol Related Birth Defects* - ARBD) - zaburzenia somatyczne spowodowane ekspozycją na alkohol;
- alkoholowy efekt płodowy (*Fetal Alcohol Effects* - FAE) - termin używany w literaturze na określenie pFAS, ARND i ARBD [7–8].

Konieczne jest zaznaczenie, że dziecko obciążone zespołem FAS/FAE będzie niosło z sobą ten ciężar przez całe życie, ponieważ zespoły te uniemożliwiają proces prawidłowego rozwoju, następnie życia społecznego, nauki, a co za tym idzie normalnego funkcjonowania w świecie. Dziecko z FAS potrzebuje specjalistycznej opieki lekarskiej, pedagogicznej, rehabilitacyjnej i znacznego wsparcia rodziny [9]. Oprócz wystąpienia zespołów płodowych u nienarodzonego dziecka, picie alkoholu w ciąży może także wpłynąć na jej przebieg; może prowadzić do poronienia, a także porodów przedwczesnych, czyli wcześniactwa u noworodka [8, 10].

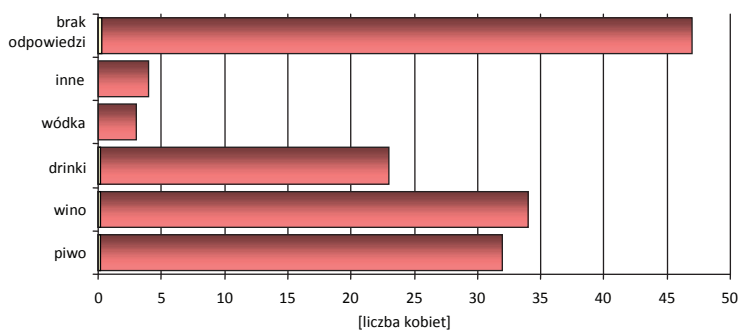
Cel badania, materiał i metoda badawcza

Celem pracy była próba poznania świadomości kobiet na temat szkodliwości spożywania alkoholu w okresie ciąży. Dalszej analizie poddano również znajomość pojęcia zespołu FAS i jego objawów oraz poznanie źródeł, z którego kobiety najczęściej czerpią wiedzę na temat szkodliwości picia alkoholu w ciąży.

Wykorzystana metoda badawcza to sondaż diagnostyczny za pomocą kwestionariusza ankiety. Ankieta skierowana była do kobiet – położnic oraz do kobiet w wieku prokreacyjnym – studentek; składała się z: wyjaśnienia celu przeprowadzonych badań, części właściwej (13 pytań) i metryczki (8 pytań). Badanie przeprowadzono od maja 2011 do marca 2012 r. Zwrot wypełnionych kwestionariuszy był potwierdzeniem wyrażenia zgody na udział w badaniu.

Wyniki

Z badania wynika, że 52% kobiet spożywało napoje alkoholowe. Wydaje się, że dane te mogą być znacznie zaniżone, szczególnie w porównaniu z wynikiem ankiety przeprowadzonej wśród młodzieży, która wskazywała na spożywanie alkoholu przez 97% kobiet. Być może położnice bały się bycia ocenianymi i z tego powodu wybierały odpowiedź wskazującą, że nie spożywają alkoholu. Potwierdzałby to także fakt, że 27% kobiet, które zadeklarowały niespożywanie alkoholu, zaznaczyło w kolejnych pytaniach, że pije sporadycznie i w niewielkich ilościach. Najczęściej spożywanymi napojami alkoholowymi są wino (24%) i piwo (22%). Młode kobiety najczęściej spożywają wino (28%), drinki (26%) i piwo (25%).



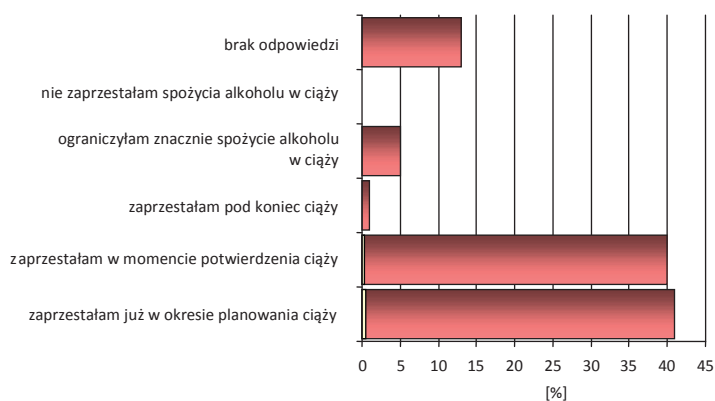
Źródło: Opracowanie własne.

Rycina 1. Rodzaj alkoholu spożywanego przez ankietowane

Kobiety określają spożywanie alkoholu przez siebie najczęściej jako sporadyczne (33%) i przy specjalnej okazji (31%). Młode kobiety (studentki) – 57% – odpowiedziały, że spożywają alkohol przy specjalnej okazji (warto również w tym momencie zwrócić uwagę na to, że każdy może inaczej odbierać pojęcie „przy specjalnej okazji”, co ono może oznaczać

dla młodej studentki?). Ilość spożywanego alkoholu 55% kobiet określa jako niewielkie, średnie – 23%, jako duże tylko 2%. Wśród młodzieży niewielkie ilości to 26%, średnie – 52%, duże – 20%.

Kobiety spytane o moment zaprzestania spożywania alkoholu odpowiedziały, że 41% z nich nie piły go już w okresie planowania ciąży, ale aż 40% przestało spożywać alkohol dopiero wówczas, gdy ciąża została potwierdzona (warto powrócić do odpowiedzi na pytanie o to, czy ciąża była planowana, na które aż 26 kobiet odpowiedziało, że nie planowało ciąży); 13% kobiet nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie, 5% ograniczyło znacznie spożywanie alkoholu w okresie ciąży, a 1% zaprzestało picia pod koniec ciąży.



Źródło: Opracowanie własne.

Rycina 2. Moment zaprzestania przez ankietowane spożywania alkoholu w ciąży

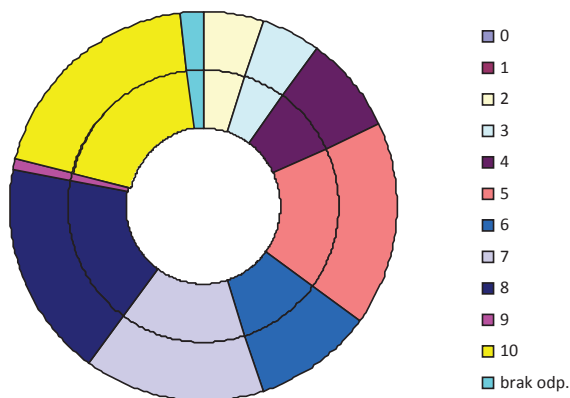
Młode kobiety – studentki – zakładały, że przestaną spożywać alkohol już w okresie planowania ciąży – 73%, a 27% w momencie potwierdzenia ciąży.

Alkohol proponowano w trakcie trwania ciąży 24 kobietom. Najczęściej było to przy okazji spotkań towarzyskich i imprez rodzinnych (urodziny, święta), a występowali z tym najczęściej znajomi, krewni i przyjaciele.

Z badań wynika, że 99% ankietowanych położnic i 97% młodych kobiet uważa, że spożywanie alkoholu w ciąży ma wpływ na rozwój płodu. Za szkodliwe dla zdrowia dziecka spożywanie alkoholu podczas karmienia piersią zdecydowanie tak uważa 71% ankietowanych i 22% – raczej tak, 4% raczej nie, a 2% nie wiedziało. Tylko 1% sądzi, że jest to zdecydowanie nieszkodliwe.

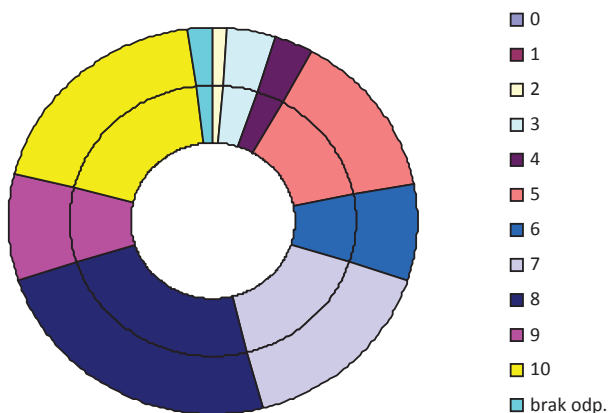
Termin FAS zna tylko 23% kobiet, z nich tylko 5% nie odpowiedziało na pytanie, czym objawia się FAS lub zaznaczyło odpowiedź „nie wiem”. Termin FAS wśród młodzieży (studentek) zna 19%; prawidłowo jego objawy wymieniło 14% z nich.

Kobiety określają swoją wiedzę na temat szkodliwości spożywania alkoholu w okresie ciąży i karmienia piersią najczęściej na 10, 8, 5 punktów na 10 możliwych; średnia to 6,63. Młodzież – najczęściej zaznaczała odpowiedź: 8, 10, 7 na 10 możliwych; średnia to 7,34.



Źródło: Opracowanie własne.

Rycina 3. Szacowany przez ankietowane położnice poziom wiedzy na temat szkodliwości spożywania alkoholu w ciąży



Źródło: Opracowanie własne.

Rycina 4. Szacowany przez ankietowane studentki poziom wiedzy na temat szkodliwości spożywania alkoholu w ciąży

Dziesięć kobiet, które nie знаły terminu FAS, uważa, że ma 10/10, czyli pełną wiedzę nt. szkodliwości spożywania alkoholu w ciąży. Wśród młodszych wynik ten był jeszcze większy: 15 osób nie знаło terminu FAS, ale zaznaczyło poziom swojej wiedzy nt. spożywania alkoholu w ciąży jako 10/10. Spośród 9 kobiet, które rodziły 3 i więcej razy, tylko jedna znała termin FAS i potrafiła określić, czym objawia się zespół FAS.

Spośród 46 kobiet z wykształceniem wyższym (licencjackie, magisterskie, doktorat) termin FAS znało 11 ankietowanych (24%).

Wśród 9 kobiet powyżej 35. roku życia trzy deklarowały znajomość terminu FAS. Wśród 23 kobiet w wieku 31–35 lat dwie deklarowały znajomość terminu FAS, wśród 39 kobiet w wieku 26–30 lat termin FAS znało 13 ankietowanych, a wśród 22 kobiet w wieku 21–25 lat 5 osób wiedziało, czym jest FAS, zaś z sześciu ankietowanych w wieku 15–20 lat żadna kobieta nie znała tego określenia.

Kobiety z wielu prawdopodobnych powikłań spożywania alkoholu w ciąży najczęściej wybierały następujące zaburzenia: wady rozwojowe płodu – 24%, niska masa urodzeniowa – 21%, wcześniactwo – 16% i samoistne poronienia – 12%. Najczęściej posiadały one informacje na temat szkodliwości spożywania alkoholu podczas ciąży z różnych źródeł: internet – 26%, media – 25%, lekarz – 16% i rodzina – 16%. Na położną jako źródło takich informacji wskazywało tylko 3% kobiet, a tylko jedna kobieta napisała, że informacje takie otrzymała na zajęciach szkoły rodzenia.

Tabela 1

Liczba ankietowanych, które otrzymały informacje na temat szkodliwości spożywania alkoholu w ciąży z poszczególnych źródeł

Ankietowane kobiety	Położna	Lekarz	Internet	Media	Rodzina	Znajomi	Inne
Położnice	9	43	72	67	43	27	10
Młodzież (studentki)	6	18	73	71	41	37	22

Źródło: Opracowanie własne.

Kobiety zostały zapytane również o przyczyny sięgania ciężarnych po alkohol w czasie ciąży i karmienia piersią; najczęściej wymieniały: uzależnienie – 35%, cele rozrywkowe, towarzyskie – 30% i niewiedza – 20%.

Dyskusja

Z dostępnych źródeł jasno wynika, że spożycie alkoholu przez kobiety w wieku prokreacyjnym przed ciążą było powszechne i dotyczyło 66%

z nich. Ponadto uznaje się, że wśród kobiet z wyższej grupy ryzyka aż u 28% będą występowały trudności z przerwaniem spożycia alkoholu po zajściu w ciążę [7]. Spośród naszych badanych aż 97% studentek deklaruje spożywanie alkoholu (łącznie z 200 badanych – studentek i położnic – picie alkoholu potwierdziło 149 kobiet). Krzepiące jednak wydaje się być to, że znaczna większość położnic odpowiedziała, że zaprzestała picia alkoholu w momencie planowania ciąży lub jej potwierdzenia (było to 81% badanych). Wszystkie studentki deklarują odstawienie alkoholu przed ciążą bądź w momencie jej potwierdzenia.

Mimo że związek między spożywaniem alkoholu przez ciężarne a zdrowiem ich dziecka badacze zauważyli już w 1968 r. [9] i od tego czasu analizy dotyczące wpływu alkoholu na rozwijający się płód trwają nieprzerwanie, to wiedza społeczeństwa na temat skutków oraz zespołu FAS wydaje się być ciągle niewystarczająca. Problem ten jest wciąż zauważany także wśród personelu medycznego, którego wiedzę na temat FAS uważa się często za niewystarczającą i słabo propagowaną w środowisku medycznym [11]. Niewiedza społeczeństwa ma swoje odzwierciedlenie w liczbie ankietowanych kobiet, którym podczas ciąży proponowano alkohol; dotyczyło to jednej czwartej badanych. Prawie wszystkie kobiety odpowiedziały, że ich zdaniem alkohol pity podczas ciąży ma wpływ na zdrowie dziecka, jednak wydaje się, że większość badanych nie wiedziała jaki. Tylko jedna czwarta położnic (24 osoby) i jedna piąta studentek (19 ankietowanych) zna termin FAS. Mimo to swoją wiedzę dotyczącą szkodliwości spożywania alkoholu przez ciężarne na rozwijający się płód oceniają wysoko (średni wynik wśród badanych położnic wynosi 6,63, a wśród studentek 7,34).

Profilaktyka alkoholowego zespołu płodowego obecnie znacznie się rozszerza. Bezspornie dużą rolę odgrywa w niej personel medyczny. Wizyty u lekarza ginekologa-położnika i położnej, zarówno przed, jak i w trakcie trwania ciąży są i powinny być rutynowo wykorzystywane do zapobiegania wystąpienia skutków ubocznych spożycia alkoholu przez ciężarne [7]. Istotną rolę w przekazywaniu informacji o szkodliwości picia alkoholu w ciąży powinny odgrywać media. Obecnie są prowadzone kampanie edukacyjne zachęcające do abstynencji podczas ciąży, znakomitym przykładem jest akcja Polskiego Przemysłu Spirytusowego „Lepszy start dla Twojego dziecka”, która prowadzona jest od 2008 r. [1]. Funkcja informacyjna mediów w tym zakresie wydaje się być nieoceniona, również po analizie zebranych w naszej ankiecie odpowiedzi na pytanie o źródła, z których badane posiadają informacje o wpływie picia alkoholu przez ciężarne na nienarodzone dziecko. Wyniki te wskazują, że połowa badanych posiada takie informacje z internetu lub mediów, od lekarza – 16%,

od położnej tylko 3%. Co martwi szczególnie, tylko jedna ankietowana takie informacje posiada z zajęć szkoły rodzenia, które wydają się być jedną z najbardziej odpowiednich okazji do przekazywania fachowej wiedzy na temat powikłań związanych z piciem alkoholu przez ciężarną.

Potocznie uważa się, że problem alkoholowego zespołu płodowego, jak i samego spożywania alkoholu w ciąży dotyczy rodzin dysfunkcyjnych i kobiet uzależnionych. Tak też uważa znaczna część badanych, wskazując jako najczęstszą przyczynę sięgania po alkohol uzależnienie (35% ankietowanych). Nie jest to jednak cała prawda, bowiem dzieci z FAS mogą urodzić się w każdej rodzinie, a jedynym powodem jest picie alkoholu w ciąży, nawet w niewielkich ilościach, ponieważ nieokreślona jest bezpieczna dla dziecka dawka alkoholu [12]. Jedynym sposobem uniknięcia negatywnych skutków, jakie może u dziecka wywołać alkohol spożywany w trakcie ciąży przez matkę, jest całkowita abstynencja. Badania dowodzą, że poradnictwo wspierające i pomoc socjalna, nawet u kobiet uzależnionych, powoduje ograniczenie spożycia alkoholu podczas ciąży u 60–80% ciężarnych, a u 35–50% zaprzestanie intensywnego picia [7].

Wnioski

1. Spożywanie napojów alkoholowych w okresie prokreacyjnym jest powszechne.

2. Prawie wszystkie kobiety wiedzą, że spożywanie alkoholu w ciąży jest szkodliwe i ma negatywny wpływ na zdrowie dziecka.

3. Wiedza na temat powikłań picia alkoholu w ciąży jest niewielka.

4. Tylko dwie piąte kobiet zaprzestało spożywania alkoholu w momencie planowania ciąży.

5. Głównymi źródłami wiedzy na temat skutków spożywania alkoholu w ciąży i podczas karmienia piersią są: internet i media, natomiast bardzo mała liczba kobiet otrzymała takie informacje od położnej.

Bibliografia

[1] Warowny M. Profilaktyka płodowego zespołu alkoholowego. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2010, 9: 42.

[2] Krychowska M. Alkoholowy zespół płodowy – rola położnej. *Położna. Nauka i Praktyka* 2008, 4: 61–63.

[3] Moskalewicz J. Problemy zdrowia prokreacyjnego związane z konsumpcją alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania* 2007, 20, 1: 55–61.

[4] Wypych-Ślusarska A. i in. Potrzeba badań naukowych nad alkoholowym zespołem płodowym w Polsce. *Medycyna Środowiskowa* 2009, 12: 94–99.

- [5] Purandare B., Zielonka D. *Alkoholowy Zespół Płodowy*. W: Marcinkowski J.T., Klimberg A. red. *Profilaktyka i wybrane aspekty organizacyjno-prawne w zawodach medycznych*. Poznań: Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu 2011: 329–334.
- [6] Khalil A., O'Brien P. Spożywanie alkoholu w ciąży. *Położnictwo. Ginekologia. Medycyna Rozrodu* 2010, 4, 6: 538–541.
- [7] Raczyński P. red. *Materiały informacyjne o Płodowym Zespole Alkoholowym FAS dla lekarzy*. Warszawa: PARPA 2007: 3–6, 14–15.
- [8] Klecka M. *Ciąża a alkohol. W trosce o dziecko FAS*. Warszawa: PARPA 2009: 3–8.
- [9] Klecka M., Janas-Kozik M. *Dziecko z FASD. Rozpoznania różnicowe i podstawy terapii*. Warszawa: PARPA 2009: 7–15.
- [10] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Wpływ alkoholu na przebieg ciąży. *Medycyna Praktyczna. Ginekologia i Położnictwo* 2007, 3: 37–45.
- [11] Klecka M. Neurobehawioralne skutki prenatalnego wpływu alkoholu na rozwój płodu. W: Steciwo A. red. *Przygotowanie psychofizyczne kobiety do porodu*. Opole: PMWSZ w Opolu, Instytut Położnictwa 2005: 42–44.
- [12] Hryniewicz D. *Specyfika pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieciom z FAS*, Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA 2007: 8–10.

Adres do korespondencji:

Alicja Zimnowoda

ul. Szkolna 3

46-300 Olesno

tel.: 667 261 009

e-mail: zimalunia@onet.eu

BEATA GIBAS*, HUBERT HURAS**

Szkoła rodzenia w przygotowaniu do porodu naturalnego

Wprowadzenie

„Kobiety cywilizowane utraciły tak wiele ze swej wiedzy instynktowej, że zachodzi konieczność dodania wiedzy świadomej, by odzyskały właściwy kontakt ze sferą instynktu” [1]. Aby „przypomnieć” kobietom wiedzę instynktową, zaczęły powstawać szkoły rodzenia. Idea powstania tych szkół zrodziła się w latach czterdziestych XX w., kiedy to G.D. Read opracował metodę naturalnego porodu, czyli porodu bez lęku. Stworzył on mechanizm zwany „Błędnym kołem” lub „Triadą Reada”. Według niego, adekwatne zachowanie kobiety może usunąć lęk, a rozluźnienie mięśniowe pomoże zlikwidować napięcie [2].

Historia powstania pierwszej w Polsce szkoły rodzenia sięga 1956 r. Wtedy to prof. Jan Lesiński opublikował swoją pracę na temat psychoprofilaktyki porodowej. Stała się ona polskim wykładnikiem wiedzy na temat psychoprofilaktyki porodowej. Według Lesińskiego psychoprofilaktyka nie jest nową metodą w walce z bólem porodowym, trzeba ją tylko uważać za system wychowawczy w stosunku do kobiet ciężarnych. W swojej pracy przedstawił zarys historii walki z bólem porodowym, a w części poświęconej przygotowaniu do porodu całą swoją uwagę skupił na przebiegu lekcji oraz bardzo szczegółowym programie ćwiczeń gimnastycznych [3].

Dzięki tej pracy już w 1956 r. w Krakowie (Nowa Huta) powstała pierwsza w Polsce Szkoła Rodzenia. Jej założycielką była Jadwiga Beau-

* Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza-Modrzewskiego, Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych.

** Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Wydział Nauk o Zdrowiu.

pre, lekarz ginekolog-położnik. Pierwotnie mieściła się na osiedlu Willowym w małym budynku mieszkalnym. Szkoła posiadała salkę wykładową, salkę gimnastyczną i prowizoryczną izbę porodową. Z czasem szkoła została rozbudowana. Dzięki zaadaptowanym pomieszczeniom zyskała dodatkowo salę porodową, salę dla noworodków i salę dla położnic. Siedemnaście lat później szkoła została przeniesiona na ulicę Kopernika 32, do Miejskiego Instytutu Matki i Dziecka w Krakowie. Obecnie, od 1990 r., szkoła mieści się przy Alejach Słowackiego 46 i nosi nazwę: Szkoła Rodzenia im. dr Jadwigi Beaupre przy Szpitalu Położniczo-Ginekologicznym im. Rafała Czerwiakowskiego w Krakowie [4].

Dzięki propagowaniu psychoprofilaktyki porodowej przez dr Beaupre, w Polsce zaczęły masowo powstawać nowe szkoły rodzenia. Już w 1957 r. powstaje Szkoła Rodzenia w Łodzi, której założycielem był prof. Włodzimierz Fijałkowski. Mieściła się ona wtedy w II Klinice Położnictwa i Chorób Kobietych Akademii Medycznej w Łodzi. Powstanie tej placówki wiąże się także z opublikowaną pracą prof. J. Lesińskiego. Profesor W. Fijałkowski, poruszony aspektem psychoprofilaktyki bólów porodowych, postanowił kontynuować dzieło Lesińskiego. Łódzka Szkoła Rodzenia wprowadziła nowe koncepcje psychoprofilaktyki oraz ich rozwiązania praktyczne [5]. Profesor Fijałkowski jest także autorem wielu prac, w których skupia się na psychoprofilaktyce porodowej. Oprócz tego pod jego kierunkiem były organizowane kursy szkoleniowe dla personelu medycznego z zakresu psychoprofilaktyki porodowej.

Śladami łódzkiej Szkoły Rodzenia zaczęły się tworzyć podobne placówki. W latach 1958–1988 powstały szkoły rodzenia m.in. w: Szczecinie, Warszawie, Gdańsku-Wrzeszczu, Zielonej Górze, Bytomiu, Lublinie, Wrocławiu, Białymstoku, Gdańsku-Oliwie, Rudzie Śląskiej, Chorzowie, Zabrze, Tychach, Katowicach, Jaworznie, Krakowie [4].

Szkoła rodzenia jest instytucją, która przygotowuje rodziców do rodzicielstwa. Uczy, jak prawidłowo „rozegrać” poród oraz pomaga w kształtowaniu więzi między małżonkami. Główne cele szkoły rodzenia są następujące [3–4, 6]:

- przygotowanie rodziców do porodu i podjęcia ról rodzicielskich,
- profilaktyka zdrowia kobiety i dziecka w okresie ciąży,
- zdobycie umiejętności pielęgnacji noworodka i niemowlęcia,
- przedstawienie zalet karmienia piersią oraz technik karmienia naturalnego,
- propagowanie zasad higieny w ciąży, podczas porodu i w położeniu.

Program szkoły rodzenia powinien być dostosowany do indywidualnych potrzeb słuchaczy. Każdy program zawiera:

- spotkania grupowe, na których są omawiane zagadnienia teoretyczne,

- ćwiczenia gimnastyczne (ogólnousprawniające, relaksacyjne, oddechowe),
- zajęcia praktyczne, podczas których przedstawiane są zasady karmienia piersią oraz opieki nad noworodkiem.

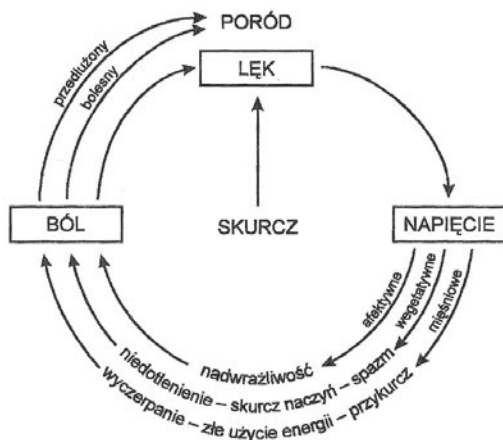
Ważnym aspektem, który powinien być omawiany na zajęciach szkoły rodzenia, jest psychagogika, czyli problem bólu w porodzie. Cierpienie nie jest jednak nieodzownym elementem porodu. Ból to subiektywne, przykre i negatywne wrażenie zmysłowe oraz emocjonalne. Przez wieki ból był postrzegany jako zjawisko konieczne w porodzie. W Księdze Rodzaju było napisane, że kobieta w bólu rodzić będzie. Martinus twierdził, że poród jest jedynym procesem fizjologicznym połączonym z odczuwaniem przez kobiety bólu. Powszechnie uważano, że bóle porodowe stanowiły sygnał alarmowy rozpoczynającego się porodu. Rozwinęło się stereotypowe myślenie, według którego poród musi boleć. Tymczasem zjawisko bólu nie jest ani stałym, ani tym bardziej koniecznym elementem porodu każdej kobiety [1, 7]. Psychagogika i psychoprofilaktyka mają na celu zmniejszenie odczuć bólowych (negatywnych) przez świadome odbieranie procesów porodowych [2].

Skurcze porodowe są odczuwalne. Jest to niewątpliwie ich cecha charakterystyczna. To one świadczą o rozpoczynającej się akcji porodowej. Od 20. tygodnia ciąży można zaobserwować fizjologiczną czynność skurczową mięśnia macicy. Pojawiają się tzw. skurcze Alvareza. Są to miejscowe, nieskoordynowane skurcze o stosunkowo małym natężeniu. Po kilku tygodniach pojawiają się skurcze Braxtona-Hicksa, które są znacznie silniejsze oraz bardziej skoordynowane. Dopiero ok. 38. tygodnia ciąży pojawiają się tzw. skurcze przedporodowe. W momencie odczuwania przez kobietę skurczów zostaje pobudzony do działania mechanizm obronny w postaci głębszych i częstszych oddechów. Skutkuje to zwiększeniem zawartości tlenu we krwi matki. Dziecko jest bardziej dotlenione, a kobieta poprzez „przeoddychanie” skurczu zmniejsza napięcie [8].

Niestety, wraz z rozwojem cywilizacji kobiety przestały ufać naturalnym instynktom. W czasie ciąży i porodu skupiają się one na bólu porodowym jako czymś negatywnym, poświęcając mu całą swoją uwagę i energię. Poród jest procesem fizjologicznym, który powinien przebiegać spontanicznie. Jest on w zasadzie prawie bezbolesny. Jednak mimo to nadal panuje pogląd, że ból jest zjawiskiem koniecznym w porodzie.

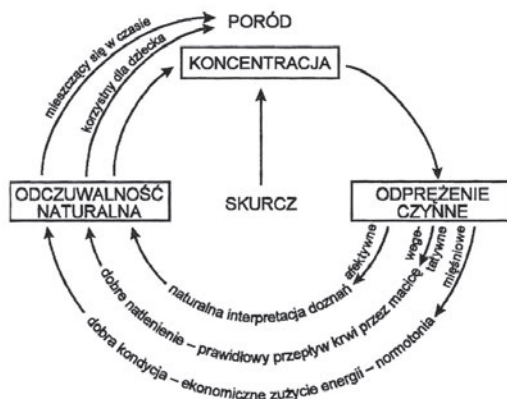
Zespół Reada-Lukasa objaśnia mechanizmy powstawania bólu porodowego. Według niego afektywne nastawienie kobiety wpływa na przeżywanie aktu porodu. Ból porodowy odczuwany przez rodzącą jest silny, ponieważ miała ona niewłaściwe nastawienie do porodu, które wywołało u niej strach i lęk. Pojawiający się strach wywołuje napięcie, a z ko-

leci napięcie to powoduje ból. Wraz ze wzrostem napięcia mięśniowego dochodzi do ucisku naczyń. Gdy dojdzie do zwężenia naczyń, następuje niedotlenienie, które wzmacnia ogólne napięcie. Ponadto nasila się znacznie odczuwalność skurczów. Zespół „strach - napięcie - ból” jest także nazywany „Triadą Reada” lub „Błędnym kołem Reada” [2].



Rycina 1. Zespół lęk - napięcie - ból
(wg Reada, 1933 r., w modyfikacji Lukasa, 1959 r. [7])

Na podstawie zespołu Reada-Lukasa, który objaśnia mechanizm powstawania bólu porodowego, zostały opracowane działania psychoprofilaktyczne. Działania te skupiają się na eliminacji dwóch ogniwi: napięcia i lęku. Jeżeli działania są skuteczne, trzecie ogniwo, którym jest ból, nie występuje. Włodzimierz Fijałkowski w programie swojej szkoły rodzenia posługuje się własnym modelem psychoprofilaktyki. Jest on oparty na schemacie koła, skupia się na odprężeniu i koncentracji. Według tego schematu cała psychagogika koncentruje się na przestawieniu kobiety i jej poglądów na pozytywne wzory. Ma to za zadanie uwolnić ją od błędnych wrażeń związanych z bólem, poprzez naturalną interpretację doznań. Zjawisko to rozumiemy jako objaśnianie fizjologii ciąży, rozmowę z ciężarną oraz odpowiadanie na jej pytania. Pacjentka powinna uwolnić się od strachu i niepewności, zdobyć zaufanie do personelu oraz nauczyć się współpracy. Oprócz tego należy wykonać odprężenie czynne poprzez ćwiczenia rozluźniające. Ciężarna powinna mieć kontrolę nad mięśniami, pomoże jej to w opanowaniu napięcia. Ćwiczenia gimnastyczne muszą być także ukierunkowane na poród. Podczas ćwiczeń kobieta powinna nauczyć się technik właściwego oddychania [5].



Rycina 2. Psychagogiczny zespół koncentracji
- czynnego odprężenia - naturalnej odczuwalności
(wg Fijałkowskiego, 1989 r. [7])

Szkoła rodzenia może pomóc w porodzie. Przygotowuje kobietę pod względem fizycznym, pomaga także przełamać barierę strachu. Dzięki zdobywanej na zajęciach wiedzy, rozmowie oraz przekonywaniu, że można urodzić łagodnie i szczęśliwie, kobiety będą miały właściwe wyobrażenia o porodzie. Wspominanie o obecności męża/partnera podczas porodu wzmocni więź międzyludzką oraz rzuci nowe spojrzenie na rodzicielstwo. Należy zaznaczyć, że poród powinien być przyczyną zadowolenia, a nie źródłem bólu i cierpienia [9].

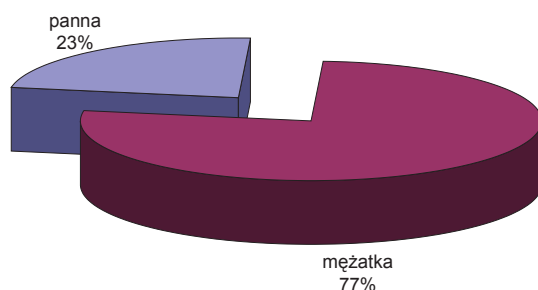
Cel pracy, materiał i metodyka

Celem pracy było:

- przedstawienie roli, jaką w życiu ciężarnej i jej partnera odgrywa szkoła rodzenia;
- prześledzenie, w jaki sposób kobiety stają się bardziej przygotowane do porodu i opieki nad noworodkiem;
- poznanie powodów, dla których mężczyźni uczęszczają na zajęcia ze swoimi partnerkami.

Jako technikę badawczą wykorzystano ankietę. Składała się ona z 27 pytań, wśród których były pytania otwarte i zamknięte. Udział w ankiecie był dobrowolny i anonimowy. Badania trwały od lipca do października 2009 r. w Uniwersyteckiej Szkole Rodzenia Kliniki Położnictwa i Perinatologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

W ankiecie wzięło udział 40 kobiet ciężarnych; 77% stanowiły mężatki, natomiast 23% kobiet było stanu wolnego (ryc. 3).

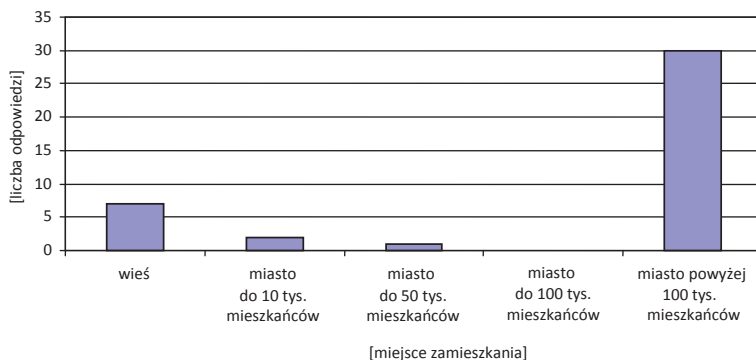


Źródło: Badania własne.

Rycina 3. Stan cywilny badanych kobiet

Wiek najmłodszej badanej wynosił 22 lata, najstarszej 36 lat. Większość ankietowanych (80%) posiadało wykształcenie wyższe oraz było pierwsiastkami.

Największa liczba respondentek zamieszkiwała miasto powyżej 100 tys. mieszkańców (ryc. 4).

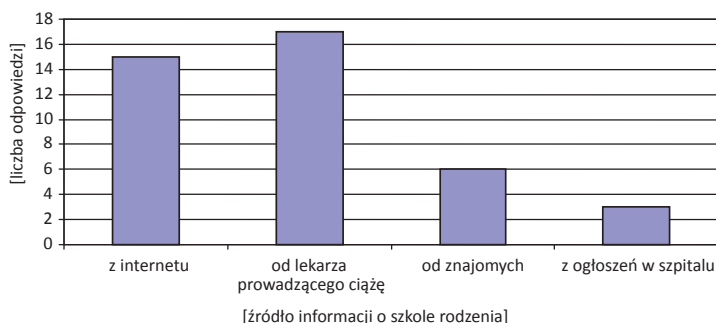


Źródło: Badania własne.

Rycina 4. Miejsce zamieszkania ankietowanych kobiet

Wyniki

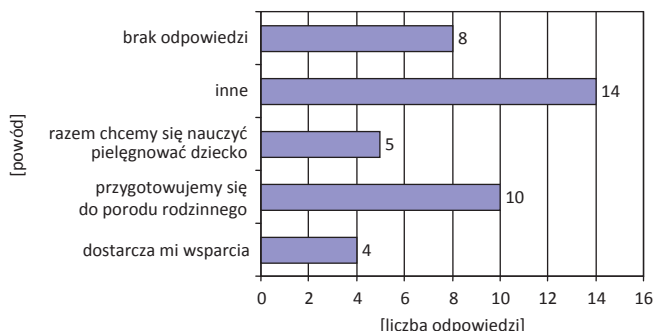
Ankietowane kobiety – 42,5% – dowiedziały się o szkole rodzenia od lekarza, który prowadził ich ciążę; 37,5% zaczerpnęło informacji z internetu, a 15% skorzystało z rady znajomych i rodziny (ryc. 5).



Źródło: Badania własne.

Rycina 5. Źródło wiedzy o szkole rodzenia

Najważniejszymi powodami zapisania się na kurs w szkole rodzenia było: dla 24% ankietowanych – chęć dobrego przygotowania się do porodu rodzinnego (poród z partnerem), dla 12% respondentów – chęć nauczenia się właściwej pielęgnacji i opieki nad dzieckiem, dla 10% uczestników – wzmocnienie wzajemnej relacji z partnerem. Natomiast aż 34% wymieniło inny powód uczęszczania na zajęcia. Część ankietowanych nie potrafiła udzielić żadnej odpowiedzi (ryc. 6).



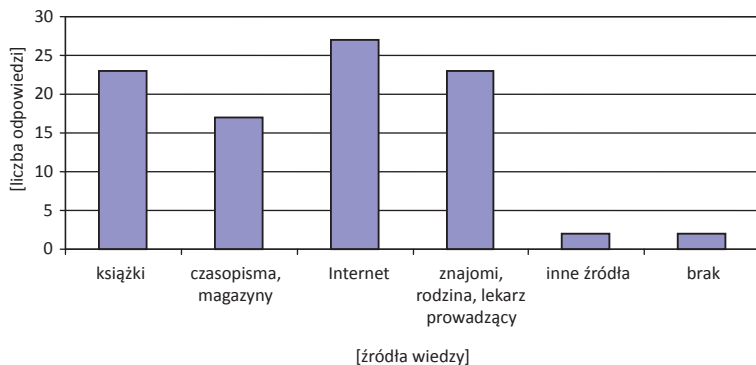
Źródło: Badania własne.

Rycina 6. Powód zapisania się na zajęcia szkoły rodzenia

Spośród wszystkich ankietowanych 87% brało udział w zajęciach razem z partnerem; 86% ankietowanych określiło atmosferę tam panującą jako pozytywną i miłą.

Partnerzy 50% ankietowanych kobiet sami wyrazili chęć uczestnictwa w kursie szkoły rodzenia; 20% musiało być namówionych na zajęcia, a wspólną decyzję podjęło tylko 8%, a 3% partnerów nie chciało uczęszczać na wykłady.

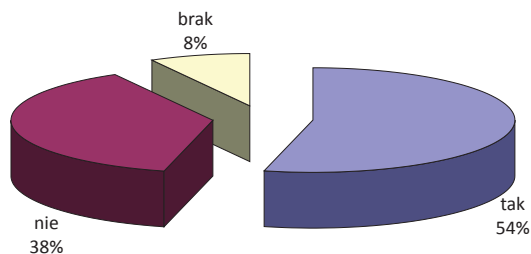
Wśród ankietowanych – oprócz zajęć w szkole rodzenia – 29% czerpało wiedzę dotyczącą okresu okołoporodowego i pielęgnacji dziecka z internetu, 24% z książek oraz od znajomych, rodziny i lekarza prowadzącego ciążę (ryc. 7).



Źródło: Badania własne.

Rycina 7. Źródła wiedzy na temat ciąży i porodu (oprócz szkoły rodzenia)

Około połowa ankietowanych systematycznie wykonywała ćwiczenia podczas ciąży. Ponad 1/3 nie ćwiczyła wcale. Jako uzasadnienie respondentki podawały niechęć do wysiłku fizycznego, brak czasu lub występujące przeciwwskazania zdrowotne (ryc. 8).

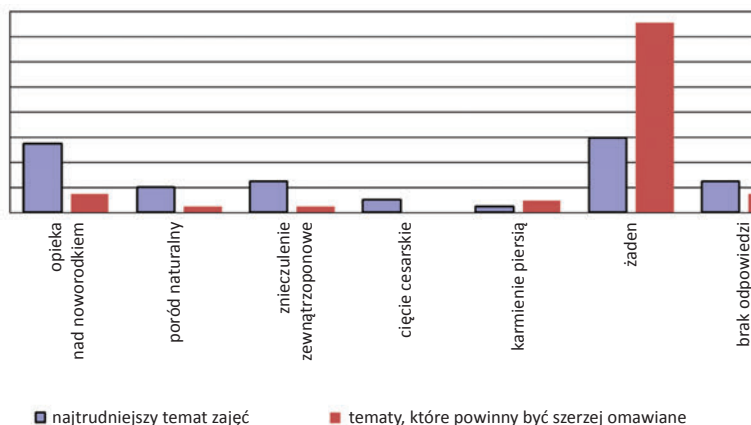


Źródło: Badania własne.

Rycina 8. Ruch w czasie ciąży.

Dla 63% badanych odbycie porodu bez „przygotowania” w szkole rodzenia było prawdopodobne, natomiast 30% kobiet uważało, że nie jest to możliwe. Każda kobieta lub para powinna uczęszczać na zajęcia do szkoły rodzenia – tak odpowiedziało 53% ankietowanych. Dla 85% ankietowanych przekazywana wiedza była w 100% zrozumiała.

Dla ok. 3/4 ankietowanych żaden omawiany temat nie był trudny; 1/3 badanych podała, że opieka nad noworodkiem okazała się najtrudniejszym z wszystkich zagadnień. Dla większości żaden temat nie wymagał szerszego omówienia. Spośród ankietowanych 16% wyraziło dodatkowe zainteresowanie: pielęgnacją i opieką noworodkiem, karmieniem piersią i znieczuleniem zewnątrzoponowym (ryc. 9).

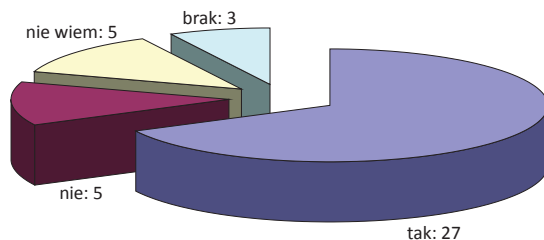


Źródło: Badania własne.

Rycina 9. Tematyka zajęć

Powodem chętnego uczęszczania na zajęcia szkoły rodzenia dla 41% była możliwość zdobycia fachowej wiedzy. Sytuacja życiowa, materialna oraz wykształcenie miały istotny wpływ na podjęcie decyzji o uczestniczeniu do szkoły rodzenia. Koszt uczestnictwa w zajęciach ograniczał ich dostępność.

U 67% kobiet obawy związane z porodem znacznie się zmniejszyły; 12% nadal odczuwało lęki. Jedną z najczęściej wymienianych przyczyn odczuwania lęku był ból związany z porodem naturalnym (ryc. 10).



Źródło: Badania własne.

Rycina 10. Czy po odbyciu kursu w szkole rodzenia, obawy i lęki kobiet ciężarnych się zmniejszyły?

Dyskusja

Ciąża i poród to jedne z najbardziej znaczących wydarzeń w życiu każdej kobiety. Potrzebują one wtedy wsparcia, poczucia bezpieczeństwa, a przede wszystkim dostatecznej wiedzy na temat ciąży, porodu oraz zmian, jakie zachodzą w ich ciele. Właśnie dlatego w latach pięćdziesiątych XX w. powstała idea stworzenia szkół rodzenia. Kursy szkoły rodzenia są organizowane przede wszystkim z myślą o przyszłych rodzicach. Ich głównym celem jest przekazanie wiedzy na temat ciąży i porodu, a także obniżenie poziomu lęku przed zbliżającym się rozwiązaniem. Należy dążyć do opanowania negatywnych i złych odczuć związanych z aktem porodu. Ponadto kursy szkoły rodzenia przełamują stereotypowe myślenie związane z bólem porodowym, pomagają pozbyć się przesądów i korygują nieprawidłowe informacje. W przeprowadzonych badaniach wzięło udział 40 ciężarnych kobiet. Po odbyciu zajęć obawy związane z ciążą i porodem znacznie zmniejszyły się u 67% ankietowanych. Przyczyną istotnej redukcji lęku była większa świadomość kobiet oraz lepsze przygotowanie do rodzicielstwa. Podobne wyniki zostały uzyskane i opisane w pracy A. Stangret i wsp. Przeprowadzili oni badania w dwóch warszawskich szkołach rodzenia. Odnotowano znaczny spadek poziomu subiektywnego lęku przed porodem u ciężarnych, które uczestniczyły w kursie szkoły rodzenia [10].

Odpowiednie przygotowanie teoretyczne przyszłych rodziców pomoże im lepiej przeżyć ciążę i poród – tak sądzą w swojej pracy M. i J. Kolanko. Im większą wiedzę posiada kobieta i jej partner, tym mniej obaw i leków występuje podczas rozwiązania. Metody, które są stosowane na zajęciach szkoły rodzenia, nie uczą eliminacji bólu, ale poprzez wyjaśnienie jego mechanizmu ukazują, jak należy sobie z nim radzić. U kobiety odpowiednio przygotowanej psychicznie dolegliwości bólowe związane z porodem zmniejszają się, a efekty psychoprolaktyki są w pełni uzyskane [11].

Obniżony poziom lęku związany jest z pojawieniem się pozytywnego nastawienia kobiet ciężarnych do porodu oraz opieki nad dzieckiem. Poród kojarzony jest z radością i wyzwaniem, któremu należy sprostać. Według przeprowadzonych badań, spośród 5 wymienionych powodów uczęszczania na zajęcia szkoły rodzenia, 24% ankietowanych wybrało odpowiedź: „przygotowujemy się do porodu rodzinnego”. W artykule E. Walentyn i wsp. wyraźnie podkreślono, że to właśnie dzięki dobremu przygotowaniu szkół rodzenia zwiększa się odsetek porodów rodzinnych z udziałem partnera. Zmianie ulega także nastawienie kobiet ciężarnych, staje się ono bardziej pozytywne i statyczne. Udział obojga rodziców

w zajęciach oraz obecność partnera przy porodzie może znacznie wpłynąć na zmianę opinii na temat porodu ze stereotypowej na bardziej rzeczywistą. Z badań własnych E. Walentyn i wsp. wynika, że kobiety, które uczęszczały na zajęcia szkoły rodzenia, koncentrowały swoją uwagę na przebiegu aktu porodu i na dziecku. Z kolei kobiety, które nie brały czynnego udziału w zajęciach szkoły rodzenia, skupiały całą swoją uwagę na własnej osobie [12].

Bardzo ważnym elementem w programie szkoły rodzenia jest ruch i ćwiczenia fizyczne. Poprawne wykonywanie ćwiczeń gimnastycznych daje wiele korzyści. Poszczególne partie mięśni ulegają wzmocnieniu oraz koryguje się postawa ciała, także samopoczucie ciężarnej ulega polepszeniu. Spośród przebadanych kobiet ponad połowa ćwiczyła w czasie ciąży. Ruch pomagał ciężarnym w opanowaniu swojego ciała oraz uczył je, jak odpowiednio zachować się podczas porodu. Znaczenie ruchu w ciąży w swoim artykule opisała A. Stangret i wsp., wymieniła ogólne zasady prowadzenia ćwiczeń oraz korzyści, jakie przynosi wysiłek fizyczny. Ponadto u kobiet, które podczas ciąży systematycznie ćwiczą, rzadziej występują obawy i lęk, a poród przeżywany jest wspólnie przez partnerów. W artykule można także przeczytać, jaki rodzaj masażu można zastosować na poszczególne partie ciała. Stangret i wsp. opisują trzy podstawowe techniki masażu: głaskanie, rozcieranie i ugniatanie [13].

Korzyści z systematycznych ćwiczeń u ciężarnych zauważyli także M. i J. Kolanko. Według nich poprawa ogólnej kondycji fizycznej ciężarnych wpływa na polepszenie funkcjonowania wielu układów i organów. Ponadto regularny wysiłek fizyczny nie spowodował zmian ciśnienia tętniczego krwi i zmęczenia ustroju u ciężarnych. Wśród kobiet, które uczęszczały do szkoły rodzenia, w mniejszym stopniu występują zaburzenia emocjonalne oraz obawy i lęki o siebie i dziecko [11].

Wnioski

1. W zajęciach szkoły rodzenia biorą udział głównie pierwsiastki.
2. Sytuacja życiowa, materialna oraz wykształcenie mają wpływ na podjęcie decyzji o uczestniczeniu w zajęciach szkoły rodzenia. Koszt uczestnictwa w zajęciach ogranicza ich dostępność.
3. Ciężarne uczestniczą w zajęciach szkoły rodzenia razem ze swoimi partnerami.
4. Ponad 50% uczestniczek kursu ćwiczy podczas ciąży. Brak ruchu u pozostałych pań uzasadniany jest ich niechęcią, brakiem czasu lub przeciwwskazaniami zdrowotnymi.

5. Kobiety są zadowolone z programu oraz sposobu prowadzenia zajęć w szkole rodzenia.

6. U ponad 50% ankietowanych obawy i lęki dotyczące ciąży i zbliżającego się porodu znacznie zmalały.

Bibliografia

[1] Fijałkowski W. *Spotkania w szkole rodzenia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 1987.

[2] Czyszanowska T., Fijałkowski W., Karpińska B., Poręba R. *Poród naturalny po przygotowaniu w szkole rodzenia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 1981.

[3] Fijałkowski W. *Szkola rodzenia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 1977.

[4] Kozłowska J. *Rehabilitacja w ginekologii i położnictwie*. Kraków: AWF 2006.

[5] Fijałkowski W. Rozwinięty program szkoły rodzenia. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 1988, 6: 34–35.

[6] Iwanowicz-Palus G., Pawelec A. *Organizacja i funkcjonowanie szkół rodzenia w Polsce. W: Rola położnej i szkoły rodzenia w szerzeniu edukacji zdrowotnej*. Jurata 2005: 1–15.

[7] Brodziński W., Fijałkowski W., Karpińska B., Poręba R. *Poród naturalny po przygotowaniu w szkole rodzenia*. Wyd. 2. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 1989.

[8] Fijałkowski W., Michalczyk H., Nitecka E., Żuk M. *Przygotowanie do naturalnego porodu*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 1987.

[9] Kolanko A.M., Kolanko J. Czy szkoła rodzenia może pomóc w porodzie? Analiza na podstawie anonimowej ankiety. *Fizjoterapia* 1999, 7 (2): 50–52.

[10] Stangret A., Cendrowska A., Szukiewicz D. Kurs szkoły rodzenia jako sposób na obniżenie poziomu lęku przed porodem. *Family Medicine and Primary Care Review* 2009, 11 (1): 53–59.

[11] Kolanko M.A., Kolanko J. Wybrane metody leczenia i efekty psychoprofilaktycznego przygotowania do porodu w szkołach rodzenia. *Fizjoterapia* 1997, 5 (3):18–19.

[12] Walentyn E., Wiktor A., Wdowiak A., Wawrzycki B., Wawrzycka M.B., Wiktor H. Opinie i obawy kobiet odnośnie porodu zależnie od przygotowania w szkole rodzenia. *Zdrowie Publiczne* 2004, 114 (3): 279–282.

[13] Stangret A., Cendrowska A., Gawryluk D. Ćwiczenia fizyczne prowadzone w szkole rodzenia. *Położna, Nauka i Praktyka* 2008, 2: 42–51.

Adres do korespondencji:

Beata Gibas,

Os. Teatralne 18/10

31-946 Kraków

tel.: 602 247 239

e-mail: becia712@wp.pl

Wybrane aspekty opieki pielęgniarzkiej i położniczej
w różnych specjalnościach medycyny

T. 1

pod redakcją Marioli Wojtal, Danuty Żurawickiej

ISBN 978-83-935324-1-4

978-83-7511-176-7

RENATA WIDZIAK*, MARIOLA WOJTAL*

Psychologiczne następstwa przemocy wobec dziecka w rodzinie

„Jeśli chodzi o psychologiczne warunki
stawania się człowiekiem,
nie ma niczego lepszego niż rodzina”.

Wanda Sztander

Wstęp

Ważnym problemem we współczesnym świecie jest przemoc, która przybiera różne formy. Najczęściej w polskim społeczeństwie występuje: przemoc fizyczna, psychiczna, seksualna oraz zaniedbania. Przemoc można zaobserwować wszędzie: w pracy, w mediach, na ulicy, w szkole, w placówkach wychowawczych i w rodzinie. W ostatnich latach w Polsce powstało wiele instytucji zaangażowanych w problematykę przemocy w rodzinie. Ważna jest też zmiana polityki społecznej – nastawienie na zapobieganie i właściwą interwencję służącą pomocy ofiarom przemocy w rodzinie. Przemoc wobec dzieci jest jednym z najpoważniejszych i najbardziej bolesnych problemów świata. Mimo że jest to pojęcie stosunkowo młode, to dramat, który ono określa, znany jest już od początku istnienia rodzaju ludzkiego [1].

Rozmiary i formy przemocy fizycznej

Na przemoc fizyczną składają się różne formy zachowań, które mogą występować w postaci czynnej lub biernej.

* Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu.

Przemoc fizyczną pojmuje się jako zachowanie agresywne (atak, fizyczna napaść na inną osobę), przy czym osoba atakująca zadaje ból, przykrość, cierpienie lub wyrządza krzywdę, szkodę, posługując się konkretnymi częściami ciała, a także różnymi narzędziami czy przedmiotami.

Większość szkód fizycznych powstaje przypadkowo, podczas stosowania nieprzemyślanych metod wychowawczych. Pozostawiają one nieodwracane skutki w psychice dziecka [2]. Przemoc fizyczna może przybierać formę bezpośrednich lub pośrednich zachowań napastliwych lub destrukcyjnych.

Zachowania napastliwe to zachowania skierowane na określoną osobę lub grupę osób i prowadzące do zadania im bólu lub też do wywołania przestraszenia albo wyrządzenia innej przykrości. Będą to: uderzanie, trącanie, szarpanie, wyrywanie, ciągnięcie, szczypanie, ściskanie, duszenie, kopanie, wykrzywanie się, przedrzeźnianie, plucie i gryzienie, rzucanie, uderzanie, klucie, bójki, przestraszanie. Oprócz zachowań napastliwych przemoc fizyczna obejmuje także zachowania destruktywne, czyli zachowania mające za przedmiot rzeczy, które wskutek ataku ulegają uszkodzeniu lub zniszczeniu. Mogą one mieć charakter zarówno agresji bezpośredniej (darcie, uderzanie, rzucanie, kopanie i wybuchy złości), jak też agresji pośredniej [2].

Zmiany w zachowaniu dziecka fizycznie maltretowanego

Psychologowie wielokrotnie pokazali, że dzieci bardzo często swym zachowaniem odzwierciedlają atmosferę własnego domu. Tak jest też w przypadku tych, które doświadczyły przemocy – one odtwarzają dysfunkcjonalne środowisko swojej rodziny. Aby jednak to dostrzec, trzeba umieć obserwować i rozumieć te zachowania.

Dzieci fizycznie maltretowane ciągle czegoś się obawiają i demonstrują pasywną czujność, tzn. leżą cicho w łóżeczku i obserwują uważnie otoczenie. Dzieci te nie traktują faktu istnienia rodziców jako komfortu czy bezcenneści w ich życiu, ale stale zastanawiają się, jaką cenę przyjdzie im zapłacić za cukierek czy inne wyróżnienie [3].

U dzieci, które doznały fizycznego maltretowania w niemowlęctwie, może pojawić się przeciągły płacz, który nie pozwala rozróżnić ich rzeczywistych potrzeb. Rozwój motoryki, mowy i zachowań społecznych u tych dzieci jest powolny. Ta pasywność, czujność w stosunku do otoczenia rzucają się w oczy na tle zachowań innych dzieci. Przy czym dzieci te wykazują małe zainteresowanie zabawkami i nie reagują, gdy się im je

zabiera. Gdy dorosną i zaczną chodzić do szkoły, demonstrują taką samą postawę wobec nauki szkolnej [3].

Martin i Beezley [3] obserwowali pięćdziesięcioro maltretowanych dzieci w wieku pomiędzy 2. a 13. rokiem życia (średni wiek dziecka wynosił 6,5 roku). Poddali oni ocenie trzech ekspertów zachowania tych dzieci. Okazało się, że posiadają one dziewięć typowych cech:

- 1) pewne charakterystyczne zahamowania zdolności do radości życia;
- 2) zbytnią dojrzałość na swój wiek (pseudodojrzałość);
- 3) brak gotowości do zabaw;
- 4) nieokazywanie radości, co wyraźnie demonstrowały swoim zachowaniem;
- 5) niezdolność do kontroli potrzeb fizjologicznych, takich jak moczenie nocne czy zanieczyszczanie się kałem;
- 6) poczucie niskiej wartości widoczne nie tylko w domu, ale również w szkole;
- 7) niskie mniemanie o własnych zdolnościach, owocujące problemami z nauką szkolną;
- 8) wycofywanie wykorzystywane w celu uniknięcia kary rozciągające się potem na każdy aspekt życia;
- 9) agresję, tj. otwartą wrogość, złość, wynikające z braku kontroli nad swoim życiem.

Badacze amerykańscy zaobserwowali, że dzieci doświadczone fizyczną przemocą przeniknięte są ogromnym strachem przed niepowodzeniem. Istotny problem stanowią dla nich trudności ze skupieniem uwagi na instrukcjach nauczycieli, co jest frustrujące zarówno dla nauczycieli, jak i samych dzieci.

W świadomości bitego dziecka dominuje lęk. Boi się ono bólu, boi się, że w końcu nie wytrzyma i rzuci się na rodzica. Lęk paraliżuje logiczne myślenie, wywołuje koszmary nocne, utrudnia koncentrację uwagi w szkole, co wpływa niekorzystnie na wyniki nauczania, a to z kolei pociąga za sobą nowe kary fizyczne i w ten sposób tworzy się zamknięte koło, z którego nie ma wyjścia i może dojść do prób samobójczych [3].

Dzieci doświadczone przemocą fizyczną demonstrują słowne zahamowania, które są zgeneralizowaną nauką wyniesioną z domu – „mówienie za dużo może być niebezpieczne”. Ubogi język jest rezultatem przemocy i utrudnia nabycie zdolności do koncentracji. Rozwój mowy jest ważnym krokiem w rozwoju osobowości dziecka i stanowi podstawę organizacji myśli i tworzenia koncepcji. Jeśli język jest ubogi, to dziecko pozbawione jest umiejętności ukształtowania dobrego obrazu siebie samego.

W swym zachowaniu takie dzieci posługują się często agresją w celu obrony. Opuszczają drogę pozytywnych uczuć, tj. etap, na którym odczu-

wały miłość, tkliwość, opiekę i bezpieczeństwo. U dziecka mogą więc pojawić się takie zachowania, jak ssanie palca, chęć picia z butelki, zawijanie w pieluszkę, moczenie łóżka – wszystko w celu chęci pocucia bezpieczeństwa i miłości.

Dzieci maltretowane czują się mniej wartościowe, są przeświadczone, że nikt ich nie potrzebuje. Są też przekonane, że brakuje im zdolności, że nie potrafią odnieść sukcesu na żadnym polu działania. Rodzice biją i narzekają, że są z nimi same kłopoty. Nie mogą sprostać wymaganiom w szkole z braku zdolności i pomocy ze strony rodziców, a przy tym źle układają się ich stosunki z rówieśnikami, konstatują więc, że ich wysiłek jest nadaremny, skoro w ich mniemaniu nie są nic warte; nie widzą możliwości zmiany smutnego losu [3].

Problemem dzieci doświadczających fizycznej przemocy jest również nawiązanie i utrzymanie przyjaźni oraz związków koleżeńskich z rówieśnikami. Dzieci te nie nauczyły się obdarzać uczuciami ani ich przyjmować w związkach rodzinnych, zatem nie potrafią też dobrze funkcjonować w związkach koleżeńskich, gdy takie nawiążą. Swoim zachowaniem nie przystają do innych dzieci, bo albo są kłótlive, wojownicze, albo ekstremalnie ostrożne i płochliwe, i w końcu dochodzi do odrzucenia. W kolejnych próbach zawierania przyjaźni działa antycypacja zranienia i jest ona wystarczająco silna, aby odwieść od usiłowań łączenia się więzami przyjaźni.

Dorastająca młodzież czuje się sfrustrowana w rodzinie stosującej przemoc fizyczną i w pewnym momencie ratuje się przed nią ucieczką. Część młodzieży ucieka do kogoś konkretnego, np. do babci lub w jakieś bezpieczne miejsce, ale większość zdesperowanych nastolatków ucieka „przed siebie” i trafia do melin, gdzie kontaktuje się ze sprzedawcami narkotyków lub z ludźmi z marginesu, którzy nakłaniają do prostytucji.

Inną formą ucieczki jest branie narkotyków lub popadanie w alkoholizm. Jest to ucieczka od rzeczywistości, używki te bowiem pozwalają myśli poszybować w świat fantazji, przez co wywołują u dzieci postawę ignorowania lub zaprzeczania istnieniu przemocy [3].

Psychologowie społeczni definiują działanie agresywne jako zamierzone zachowanie mające na celu spowodowanie cierpienia fizycznego lub psychicznego [4].

Powtarzają się doniesienia o znaczeniu atmosfery domowej w kształtowaniu się najpierw agresywnych, a potem aspołecznych postaw. Patterson, DeBaryshe i Ramsey [5] opisali wzorzec wychowania szczególnie sprzyjający rozwinięciu skłonności agresywnych. Charakteryzuje się on z jednej strony połączeniem mało efektywnych i niekonsekwentnych prób wprowadzania dyscypliny oraz roztaczania kontroli nad aktywnością

dzieci, a z drugiej – niedostatkami ciepła rodzinnego. Dzieci wychowane w takich domach, jak utrzymują autorzy, nie tylko są agresywne, ale również doznają niepowodzeń w nauce i są odrzucane przez grono rówieśników [5].

Dzieci doznające przemocy często doświadczają różnego rodzaju lęków. Może to być lęk przed zwierzętami. Właściwym obiektem lęku nie jest jednak zwierzę, ale coś lub ktoś inny bądź też krzywda fizyczna, którą może wyrządzić ten nieznany „X”. Zgodnie z doświadczeniami psychologicznymi tym tajemniczym „X” jest najczęściej ojciec [6].

Rodzaje przemocy psychicznej i emocjonalnej

Najtrudniejszym do zdefiniowania rodzajem przemocy jest maltretowanie emocjonalne. Przemoc psychiczna i emocjonalna to pojęcia, których najczęściej używa się zamiennie, jednak K. Browne i M. Herbert [1] je różnicują. Nadużycie psychiczne to, ich zdaniem, zadawanie cierpienia psychicznego przez: kontrolowanie, ograniczanie kontaktów z przyjaciółmi, dostępu do racy, szkoły, przymusowe izolowanie, więzienie, zmuszanie do przyglądania się aktom przemocy, zastraszanie i groźenie użyciem siły fizycznej, zabójstwem lub skrzywdzeniem kogoś innego, używanie pogrózek, szantażu, nękanie, krzywdzenie ulubionych zwierząt oraz niszczenie własności osobistej. Nadużycia emocjonalne natomiast to: nieustanne krytykowanie, poniżanie, oczernianie, znieważanie, ograniczanie, przeżywanie i inne sposoby obniżania poczucia własnej wartości danej osoby i jej samopoczucia [1].

Bardzo ciężko uchwycić rozmiary znęcania psychicznego oraz złego traktowania. Nie pozostawia ono żadnych widocznych śladów, trudno cokolwiek udowodnić sprawcy w trakcie postępowania przygotowawczego. Nie można też dokładnie określić form psychicznego krzywdzenia ani wszystkich wymieniń oraz w jednoznaczny sposób sklasyfikować ich intensywność i określić stopień dolegliwości. W psychice pozostawiają uraz na długie lata, ale mogą być również niezauważalne, nawet dla wnikliwego i baczego obserwatora. Poza tym trudno je ocenić. To, co może być krzywdzące dla jednej osoby w określonych okolicznościach, dla innej może się stać zupełnie nieznaczącym zdarzeniem [1].

Konsekwencje przemocy psychicznej i emocjonalnej

Bardziej problematyczny od czynów fizycznych jest związek traumy z trwającym nierozwiązanym konfliktem, jakiego dziecko doświadcza,

kiedy czuje się zagrożone, skrzywdzone i ignorowane przez osobę, od której jest emocjonalnie i fizycznie uzależnione. Intensywność związanych z tym uczuć wywołuje silny lęk, który dominuje nad umiejętnością do przepracowania i uporania się z tym doświadczeniem. W celu rozwiązania kwestii konfliktu i lęku może to prowadzić ofiarę do zastosowania radykalnych środków obronnych, takich jak dysocjacja czy wyparcie ze świadomości konfliktowych i sprzecznych zjawisk lub osób bliskich nierozzerwalnie z nią związanych [7]. Te mechanizmy obronne generują szereg różnych uczuć, stanów psychologicznych, zachowań i postaw, które stanowią o czynnikach słabości, a te z kolei mogą wywołać popęd do używania substancji psychoaktywnych.

Jeśli chodzi o trudności związane z kontrolowaniem uczuć, trauma jest przyczyną: smutku, wściekłości, lęku, samotności, rozpacz, napięcia, samonienawiści, nieszczęścia, depresji, strachu, braku zaufania – często bez wyraźnych powodów [7].

Na występowanie przemocy psychicznej w rodzinie mogą wskazywać pewne zachowania dziecka:

- zaburzenia mowy (wynikające z napięcia nerwowego);
- zaburzenia snu;
- dolegliwości psychosomatyczne;
- moczenie się i zanieczyszczanie się bez powodów medycznych;
- mimowolne ruchy mięśni, szczególnie twarzy;
- skrajny brak poczucia pewności siebie;
- depresja;
- ssanie palca, kołysanie się;
- zachowanie skrajnie destrukcyjne;
- nadmiernie ugrzecznione zachowania;
- ciągle podporządkowanie się dorosłym;
- ciągle koncentrowanie uwagi na sobie;
- lęk przed porażką, zbyt wysokie wymagania w stosunku do siebie;
- nietypowy lęk przed konsekwencjami różnych zachowań;
- częste kłamstwa;
- próby samobójcze lub ich demonstrowanie;
- zachowania dorosłe (opiekowanie się rodzeństwem, kierowanie innymi) [3].

Objawy takie wywołuje używanie okrutnych słów, jakimi rodzice obrzucają dziecko w różnych sytuacjach, słów ośmieszających dziecko, piętnujących je obelgami, poniżeniem ukazującym jego niedoskonałość. W konsekwencji powtarzających się zachowań rodziców, nacechowanych przemocą psychiczną, dziecko przez całe życie cierpi z powodu niskiej wartości, niskiej samooceny [3].

Przemoc seksualna

Nadużycia seksualne obejmują przede wszystkim pedofilię oraz wszystkie formy kazirodztwa i gwałtu. Jednak najczęściej wyróżnia się dwie kategorie nadużyć seksualnych [3]:

1) dotyk: stosunek (lub próba odbycia stosunku) pochwowy, oralny, analny lub międzyudowy, dotykanie genitaliów i stymulacja;

2) nadużycia bez dotyku: stymulacja werbalna, np. w postaci tzw. szczerych rozmów o seksie, mających podniecić lub zaszokować dziecko, rozmowy telefoniczne, ekshibicjonizm, podglądanie, świadome czynienie z dzieci świadków aktów płciowych, zmuszanie do pozowania do „roz-bieranych” fotografii i filmów o treści pornograficznej [3].

Następstwa wykorzystywania seksualnego

Wykorzystanie seksualne zaznacza się w trwały sposób na poczuciu godności jednostki, pozostawiając w niej złość, wstyd i głębokie poczucie winy. Dzieje się tak nie tylko za sprawą wykorzystania, ale również późniejszego zachowania ofiar, które dla zapewnienia sobie poczucia bezpieczeństwa chronią sekret wykorzystania. W efekcie nabierają w jeszcze większym stopniu negatywnego stosunku do siebie. Niektóre ofiary spostrzegają swoje ciało jako wstrętne, nadające się tylko do wykorzystania. Inni uważają, że są źli, gdyż ich ciało doznało fizycznej przyjemności podczas wykorzystania, wbrew ich woli i pragnieniu. W efekcie często są rozdarci wewnętrznie, co może manifestować się różnymi zachowaniami destrukcyjnymi, jak: anoreksją, bulimią, różnymi bólami, nadużywaniem leków, spożywaniem alkoholu i zażywaniem narkotyków. Lew-Starowicz [3], omawiając występujące u kobiet odległe następstwa wykorzystania w dzieciństwie, wymienia, że u badanych osób były to:

- przemoc wobec innych;
- prostytuowanie się;
- narkotyzowanie się;
- nadużywanie alkoholu;
- zaburzenia seksualne;
- tendencje samobójcze;
- zaburzenia osobowości.

Samobójstwo jest ostateczną ucieczką od nękających złych myśli i uczuć, a korzenie takiego finału tkwią w głębokiej depresji jednostki w dzieciństwie seksualnie wykorzystanej. Depresja u ofiary wykorzystania seksu-

alnego jest najpowszechniej wymienianym przez badaczy efektem tego zdarzenia [3].

Wstyd i poczucie winy są tak intensywne, że jednostki nie czują w sobie siły do kierowania swoim własnym życiem. Nocne mary i napady strachu nękające jednostkę czynią ją bezsilną i niezdolną nie tylko do własnej obrony, ale również do kierowania losem swoich bliskich. Z powodu bezsilności cierpią dotkliwiej mężczyźni, gdyż społeczeństwo bardziej akceptuje tę cechę u kobiet niż u mężczyzn. To uczucie bezsilności czasem jest tak wszechogarniające, że niektórzy mężczyźni wycofują się z czynnego życia, a inni popadają w impotencję bądź – wprost przeciwnie – rekompensują sobie te doświadczenia i sami stają się agresywni, z czasem wykorzystując seksualnie dzieci [3].

Ofiary seksualnego wykorzystania często charakteryzuje poczucie bezsilności w kontrolowaniu ogarniającej je złości. Czasami tę złość kierują na innych, kogoś kochanego i bliskiego, jak swoje dzieci. Być może jest tak, iż ofiara nie rozpoznaje, że to, co czuje, jest złością [3].

Zaniedbanie jako forma przemocy

Kolejną formą przemocy dorosłych wobec dzieci są zaniedbania. Mogą one wystąpić świadomie bądź z braku możliwości realizacji potrzeb dziecka. Możemy je podzielić na zaniedbania fizyczne i uczuciowe. Pojawiają się również zaniedbania edukacyjne, materialne, wychowawcze.

Troska o prawidłowy rozwój fizyczny dziecka, jego odpowiednie odżywianie, ubiór, higienę osobistą, opiekę podczas choroby należą do podstawowych powinności, jakie powinna zapewniać dobrze funkcjonująca rodzina [1].

Skutki zaniedbywania dzieci

Dzieci zaniedbywane od 18. miesiąca życia do 16. roku mogą cierpieć na syndrom nazwany karłowactwem psychospołecznym PSD (*psychosocial dwarfism*), nazwanym inaczej hyposomatotropizm, karłowactwem deprivacyjnym (*deprivational dwarfism*) lub karłowactwem wykorzystywania (*abuse dwarfism*). Manifestowane symptomy są podobne do syndromu NFFT (syndrom zaniedbania – *the non organic failure to thrive syndrome*), z tym że deprivacja emocjonalna pogłębia nienormalnie niski wzrost. Dzieci z syndromem PSD posiadają wagę i wzrost o 5% poniżej przyjętej normy, wykazują opóźnione dorastanie kostne i manifestują pewne pro-

blemy w zachowaniu. Można zaobserwować u nich różne dziwne wzorce jedzenia, takie jak np. przejadanie się, kradzież żywności. Ponadto często występują u nich zaburzenia snu, nocne markowanie, superaktywność lub nadzwyczajne zmęczenie. *Enuresis* (czyli niekontrolowane moczenie się) czy *encopresis* (niekontrolowane oddawanie stolca) mogą jeszcze bardziej komplikować ten stan. Obok tych symptomów dzieci z syndromem PSD reagują na chore środowisko, w którym żyją, poprzez zaburzenia wzrostu, zaburzenia rozwoju mowy i relacji społecznych. Wiele ofiar usuniętych z takiego stresującego otoczenia zdrowieje [3].

Badania nad rodzinami alkoholowymi wykazują, że głównym źródłem problemów dzieci jest nie to, jak często i dużo pije się w domu, ale w jaki sposób rodzice odnoszą się do dzieci. W dysfunkcyjnych relacjach rodzinnych nie są zaspokajane emocjonalne potrzeby dziecka, zatem badacze dopatrują się przyczyn późniejszych problemów raczej w systemie rodzinnym niż w samym nadużywaniu alkoholu przez kogoś z rodziców [8].

Dzieci z rodzin alkoholików wynoszą zwykle z domu rodzinnego deficyty w zakresie umiejętności społecznych, częściej też dopadają ich lęki przed płcią przeciwną i mają mniejszą wiarę w siebie, co z kolei prowadzi do niedoceniań swoich kompetencji społecznych [9].

Psychologowie uważają, że bliskość wiąże się ze stylem przywiązania, jaki dziecko rozwinęło w okresie dorastania w rodzinie [9].

Stres pourazowy jako możliwe następstwo przemocy wobec dziecka

W zespole stresu pourazowego (PTSD – *posttraumatic stress disorder*) jednostka doświadcza ponownie reakcji psychicznych i fizycznych, które towarzyszyły urazowi. „Mężczyźni wymieniają więcej doświadczeń związanych z napaścią fizyczną, walką militarną, katastrofą lub pożarem, byciem jeńcem lub zakładnikiem, podczas gdy kobiety więcej przypadków, w których doświadczyły gwałtu, molestowania seksualnego, maltretowania fizycznego i zaniedbywania w okresie dzieciństwa” [10].

Osoby cierpiące na zespół stresu pourazowego zwykle stają się rozkojarzone i źle zorganizowane, mają kłopoty z pamięcią [10]. Stają się odrętwiałe emocjonalnie, a odczuwanie przyjemności wynikającej z pozytywnych zdarzeń jest przez nie mniej prawdopodobne. Mogą także odczuwać alienację w stosunku do innych ludzi. Ból emocjonalny związany z tym syndromem może powodować różne objawy, takie jak problemy ze snem, poczucie winy z powodu przeżycia, trudności z koncentracją i podwyższona „reakcja przestachu” (wytrzeszczone oczy, dyszenie, gwałtowne

reagowanie na nagłe zaskoczenie). Na przykład osoby, które przeżyły gwałt, mogą doświadczać wielu następstw psychologicznych, w tym poczucia, że zostały zdradzone przez bliskich, gniewu o to, że znęcano się nad nimi oraz obawy przed przebywaniem w samotności [10].

Zespół stresu pourazowego może mieć też trwałe konsekwencje biologiczne [10]. Gdy stres jest niezwykle silny lub długotrwały, zmianom fizycznym może ulegać mózg. W szczególności hormonalny system regulacyjny w mózgu może stać się nadmierne wrażliwy, co sprawia, że ofiara stresu pourazowego reaguje zbyt silnie na słabe stresory lub nawet na nieszkodliwe, lecz zaskakujące bodźce [10].

Podsumowanie

Ludzie padający ofiarą przemocy w dzieciństwie częściej niż inni cierpią na różne problemy i zaburzenia psychiczne. Jeszcze jako dzieci są mniej skłonni do eksplorowania świata [11]. Częściej cierpią na lęki, depresję i obniżoną samoocenę [11]. Mają większe kłopoty w nawiązywaniu bliskich stosunków z rówieśnikami i są bardziej agresywni [11]. W wieku dojrzałym są agresywniejsi w stosunku do partnerów seksualnych i małżonków [11].

Rany na ciele, choć pozostawiają blizny, goją się szybko. „Rany duszy” goją się bardzo wolno albo nie goją się wcale. Dołóżmy wszelkich starań, aby dzieci, które wychowują się w naszych rodzinach, mogły żyć i rozwijać się, patrząc w przyszłość z radością i nadzieją...

Bibliografia

- [1] Durka G. *Przemoc wobec dziecka w rodzinie*. W: Durka G. red. *Współczesna rzeczywistość w wybranych problemach społecznych*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls 2010: 95, 99–100, 103.
- [2] Grochocińska R. *Przemoc wobec dziecka w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego 2000: 38–39.
- [3] Brągiel J. *Zrozumieć dziecko skrzywdzone*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego 1996: 68, 79–82, 92, 99–100, 105–106.
- [4] Aronson E. *Człowiek istota społeczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN 2011: 250.
- [5] Smith P.K. *Rozwój społeczny*. W: Bryant P.E., Colman A.M. red. *Psychologia rozwoju*. Poznań: Zysk i S-ka 1997: 74.
- [6] Ranschburg J. *Lęk, gniew, agresja*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne 1993: 67.
- [7] Levin J.D. *Sally: Błyskawiczne lekarstwo*. W: Tatarsky A. red. *Redukcja szkód w psychoterapii*. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii 2007: 147.

- [8] Kucińska M. Lepsza niż matka, nieobecny jak ojciec. *Charaktery* 2011, 12: 75.
- [9] Kucińska M. Bliskość w zasięgu ręki. *Charaktery* 2011, 4: 89.
- [10] Zimbardo P.G., Johnson R.L., McCann V. *Psychologia, kluczowe koncepcje*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN 2010: 137–138.
- [11] Rathus S.A. *Psychologia współczesna: lepiej, więcej, przystępniej*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2004: 175.

Adres do korespondencji:
Renata Widziak, Mariola Wojtal
Instytut Pielęgniarstwa PMWSZ w Opolu
ul. Katowicka 68
45-060 Opole
tel.: 77 44 23 539
e-mail: wojtalm@wsm.opole.pl

ALICJA DIAK*, GRAŻYNA DĘBSKA*, MAGDALENA NIECKULA*

Pielęgnowanie dziecka po leczeniu operacyjnym kifektomii lędźwiowej metodą Torode

Wstęp

Medycyna rozwija się bardzo dynamicznie, wciąż stosowane są nowe techniki diagnostyczne i lecznicze. Pomimo to rodzą się dzieci z bardzo ciężkimi wadami. Jedną z najcięższych grup wad wrodzonych są wady cewy nerwowej, m.in. przepuklina oponowo-rdzeniowa (*myelomeningocele*). Jest to złożona, wielosegmentowa wada rdzenia kręgowego i osłon kostnych rdzenia, tj. kręgow kręgosłupa, łączy się ona także z ubytkami skóry. Wadzie tej towarzyszą zaburzenia przewodzenia bodźców nerwowych od struktur centralnych na obwód ciała, czyli do mięśni, skóry i narządów wewnętrznych, m.in. pęcherza moczowego, jelit, odbytu. Zaburzona jest także droga nerwowa przewodząca bodźce czuciowe od obwodu do centralnego układu nerwowego. Otwarta przepuklina oponowo-rdzeniowa, z którą rodzi się dziecko, wymaga natychmiastowego zabiegu operacyjnego, który zwykle przeprowadza się w pierwszych godzinach życia dziecka. Zabieg wykonuje się tak, aby w jak największym stopniu oszczędzić i pozostawić ciągłość tkanki nerwowej. Należy zakryć ranę skórą, której na ogół jest za mało. Czasami więc pobiera się przeszczepy skórne z ud czy pośladków dziecka.

Urodzenie dziecka z tym schorzeniem jest szokiem dla rodziców, jednak bardzo szybko muszą się oni zmobilizować i wraz z personelem medycznym podjąć walkę o zmniejszenie rozmiarów kalectwa dziecka. Od pierwszych chwil życia dziecko z przepukliną oponowo-rdzeniową

* Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Targu.

wymaga szerokoprofilowej opieki medycznej, jest ono częstym pacjentem różnych ośrodków specjalistycznych. Kolejne problemy zdrowotne dziecka pojawiające się w miarę jego wzrostu i rozwoju muszą być na bieżąco rozwiązywane. Jednym z nich jest postępująca deformacja tułowia – kifoza lędźwiowa. Ogromna kifoza kręgosłupa utrudnia rozwój i funkcjonowanie dziecka. Zabieg operacyjny kifektomii lędźwiowej wg Torode jest jedną z metod korekcji tego typu deformacji. Jest to zabieg bardzo rozległy i agresywny. Dziecko po zabiegu wymaga intensywnej terapii i profesjonalnej opieki. Celem zabiegu operacyjnego jest poprawa komfortu życia małego pacjenta oraz zapobieganie pogłębianiu rozmiarów kalectwa.

Etiologia i diagnostyka przepukliny oponowo-rdzeniowej

Etiologia wrodzonych wad rozwoju cewy nerwowej nie jest jeszcze jednoznacznie wyjaśniona. Tak jak w każdym złożonym zespole klinicznym patogenezą i mechanizm są złożone, wieloczynnikowe. Pomimo wielu prac badawczych, podejmowanych dotychczas w celu wyjaśnienia etiologii wady, wykrycia czynników mogących mieć wpływ na jej powstawanie, nie zdołano ustalić jednolitych poglądów.

W trakcie życia płodowego z ektodermy, jednego z listków zarodkowych, tworzy się blaszka struny grzbietowej. W trakcie rozwoju płodu z przedniej jej części powstaje mózg, a część tylna, wydłużona, powoli różnicuje się w rdzeń kręgowy i odchodzące od niego nerwy rdzeniowe [1]. Jeśli w okresie zamykania się rynienki nerwowej dojdzie do zadziałania czynników szkodliwych, takich jak np.: infekcje wirusowe, działanie promieni rentgenowskich, promieniowanie jonizujące, niedobory witamin, zwłaszcza ryboflawiny, kwasu foliowego, kwasu pantotenowego, witamin E i A, niedotlenienie, różne endokrynopatie i chemioterapeutyki itp., może dojść do zaburzeń tego procesu, a w konsekwencji do niepełnego zamknięcia cewy i powstania wad wrodzonych kręgosłupa, kanału kręgowego i rdzenia. Wielu klinicystów jest zdania, że można wpłynąć na zmniejszenie ryzyka powtórzenia się tych wad poprzez podawanie witamin, kwasu foliowego i minerałów. Ponadto przeprowadzone badania rodzinne i epidemiologiczne wskazują na uwarunkowania genetyczne, które pod wpływem czynników środowiskowych, takich jak wymienione, mogą przyczynić się do powstania lub ujawnienia się wady.

Diagnoza prenatalna wad cewy nerwowej może być przeprowadzona w różny sposób. Obecnie stosowane są najczęściej dwie możliwości rozpoznawania wady w okresie płodowym: badanie ultrasonograficzne oraz oznaczenie stężenia alfa-fetoprotein w surowicy i wodach płodowych. Po-

twierdzenie istnienia wady u badanego płodu nie ma większego znaczenia dla dalszego utrzymania ciąży, ponieważ decyzję w tej sprawie mogą podejmować tylko rodzice. Natomiast rozpoznanie wady w okresie płodowym stwarza warunki do przygotowania rozwiązania ciąży i podjęcia wczesnego leczenia chirurgicznego przepukliny oponowo-rdzeniowej [2].

Częstość występowania przepukliny oponowo-rdzeniowej

Częstość występowania na świecie przepukliny oponowo-rdzeniowej jest zmienna. Zmienność ta jest zależna od rasy, czynników genetycznych, rozwoju cywilizacyjnego i czynników środowiskowych. Szacuje się, że w Europie na 10 000 ciąż u 10 płodów obecne są różnego rodzaju wady cewy nerwowej. Natomiast w Stanach Zjednoczonych liczba urodzonych dzieci z wadą cewy nerwowej określana jest na 4–6 na 10 000 urodzeń. Niepodważalnym faktem jest, że częstość urodzeń dzieci z wadami cewy nerwowej zmniejsza się w ostatnich latach. Ma to na pewno związek z dwoma faktami. Po pierwsze: obowiązkowe badania ultrasonograficzne w określonych odstępach czasowych oraz badanie stężenia alfa-fetoproteiny w grupach ryzyka pozwala na bardzo wczesne wykrycie tych wad. Warto zwrócić uwagę na to, że statystycznie zmniejszenie się częstotliwości występowania wad cew nerwowych wynika także z aborcji uszkodzonych płodów. Drugim czynnikiem zmniejszającym ryzyko powstania wad cewy nerwowej u płodów jest suplementacja kwasu foliowego u ciężarnych. Jak wynika z danych statystycznych, w Polsce – w stosunku do liczby urodzeń – około 1–1,5% to dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową. W liczbach rzeczywistych oznacza to, że każdego roku przybywa nam około 350–750 noworodków z opisanym tu trwałym i bardzo ciężkim kalectwem. Wraz z postępem medycyny śmiertelność w tej grupie niemowląt (do 1. roku życia) spadła z 85 do około 25% [3].

***Myelomeningocoele* – istota wady**

Myelomeningocoele, czyli przepuklina oponowo-rdzeniowa to wada wrodzona, polegająca na niedorozwoju tylnej części kanału kręgowego i towarzyszącemu mu uwypuklaniu się zawartości rdzenia kręgowego poprzez wrodzony ubytek kanału kostnego, opon oraz powłok skórnych. Przepuklina oponowo-rdzeniowa jest wadą o nieustabilizowanym charakterze, dotyczącym wszystkich narządów i układów unerwionych przez uszkodzone segmenty układu nerwowego. Konsekwencją są zaburzenia

przewodzenia bodźców nerwowych. Dziecko nie czuje dotyku, bólu, ciepła tych okolic ciała, które połączone są z ośrodkami nerwowymi poprzez miejsce dotknięte uszkodzeniem, gdyż droga nerwowa w obie strony jest tam przerwana. W miarę rozwoju dziecka pojawiają się i narastają wady i zniekształcenia wtórne – głównie w zakresie kręgosłupa i obręczy miednicowej [3].

Kifoskolioza w przepuklinie oponowo-rdzeniowej

Kifoza jest najcięższą wadą kręgosłupa u dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową (*myelomeningocele*). Powodem rozwoju deformacji kręgosłupa jest brak łuków, układu więzadeł i mięśni stabilizujących kręgosłup od tyłu. W około 10–20% przypadków myelomeningocele dochodzi do rozwoju kifozy, najczęściej w odcinku lędźwiowym kręgosłupa. Deformacja ta może istnieć od urodzenia dziecka lub rozwijać się w trakcie jego wzrostu. Szczyt deformacji lokalizuje się w środkowym odcinku lędźwiowym w postaci ostrego kąтового zagięcia kręgosłupa, osiągając nawet 180° kifozy (fot. 1–2). Leczenie takiej deformacji jest tylko operacyjne. Stosowanie gorsetów jest zupełnie nieskuteczne [2].



Źródło: Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny w Zakopanem.

Fotografia 1-2. Dziecko z kifoskoliozą w przepuklinie oponowo-rdzeniowej

Wygląd i problemy dziecka z kifozą w przepuklinie oponowo-rdzeniowej

Dzieci z kifożą współistniejącą z przepukliną oponowo-rdzeniową najczęściej mają całkowite porażenie kończyn dolnych (fot. 1-2). Mózg nie jest informowany o bodźcach i czynnikach działających na miejsca dotknięte uszkodzeniem, gdyż droga nerwowa w obie strony jest tam przerywana. Mięśnie, najczęściej kończyn dolnych i pośladków, są w zaniku i nie potrafią się napinać. Napięcie mięśni jest najczęściej wiotkie. W zależności od wysokości i rozległości uszkodzenia komórek i dróg nerwowych dochodzi do niedowładów lub porażań mięśni tułowia. Stopniowo powstają wtórne zaburzenia układu kostnego – nieprawidłowe ustawienie stóp i ich zniekształcenie, brak centrowania kości w stawach biodrowych i zwichnięcia w tych stawach, przykurcze ścięgien i struktur okołostawowych. Wskutek przykurczów w stawach biodrowych i kolanowych przyjmują sylwetkę podobną do siedzącego Buddy (fot. 1-2). Nie należy jej korygować, gdyż ułatwia ona dziecku lepsze siedzenie. Nieprawidłowa, zbyt słabo wyrażona praca mięśni kończyn i obniżone ich napięcie prowadzi do zastojów wody w tkankach, do obrzęków, gorszego krążenia krwi i płynów ustrojowych. Dziecko nie czuje dotyku, bólu, ciepła, a kończyny dotknięte niedowładem są zimne. Nie ma także czucia głębokiego, dziecko nie wie, jak leży kończyna, łatwo może dojść do złamań, które mogą być niezauważone w początkowym okresie [2]. Zaburzona droga nerwowa prowadzi również do pęcherza moczowego, jelita grubego i odbytu. Dziecko początkowo oddaje mocz bez przerwy, kroplami, ponieważ nie funkcjonują zwieracze cewki moczowej i pęcherza. Stopniowo może dojść do wytworzenia się automatyzmu opróżniania pęcherza. Dziecko wtedy oddaje mocz porcjami i dzięki temu przez godzinę czy dwie jest suche. Jednak opróżnianie pęcherza nie jest całkowite, a zalegający mocz jest pożywką dla bakterii, dlatego też dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową mają częste infekcje dróg moczowych. Bardzo często dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową mają wytworzoną ureostomię, by poprzez cewnikowanie umożliwić lepsze opróżnianie pęcherza moczowego. Inaczej wygląda zaburzenie oddawania kału. Ruchy porażonego jelita są zbyt mało intensywne, by przesunąć kał w kierunku odbytu. Zwieracz odbytu jest wiotki i otwarty, odbytu zięje, a w poszerzonym otworze widoczne są twarde masy kałowe. Łatwo dochodzi do bezwiednego oddawania stolca. Bardzo twarde stolce mogą spowodować nadmierne rozciągnięcie jelita grubego, a zwłaszcza odbytu. Często wymagają one zabiegu usuwania poprzez ucisk w okolicy odbytu i masaż powłok brzusznych. Mogą po-

wodować także tzw. biegunki paradoksalne – wokół uwięźniętego w jelicie grubym kału przechodzą małe jego ilości o dużej zawartości wody. Konieczne jest wówczas zainicjowanie wypróżnienia nawet z użyciem środków przeczyszczających.

Dużego stopnia garb kręgowy, ogromna kifoza powodują dosłownie zapadnięcie się tułowia, ucisk narządów jamy brzusznej i klatki piersiowej. Dziecko ma trwale uciśnięty brzuch i dosłownie siedzi na klatce piersiowej (fot. 1-2). Powoduje to trudności oddechowe, gdyż narządy jamy brzusznej przemieszczają się do klatki piersiowej, zmniejszając pojemność płuc. Takie dzieci gorzej się rozwijają ze względu na upośledzoną pracę jelit. Z tej także przyczyny dziecko nie ma apetytu i całymi latami może nie przybierać na wadze i ważyć dwadzieścia kilka kilogramów.

Skóra na kifotycznym garbie kręgowym ma zmiany troficzne, jest niedokrwniona, skrajnie cienka i z często nieogójnymi się ranami, owrzodzeniami, często także z odleżynami (fot. 3-4) [3].



Źródło: Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny w Zakopanem.

Fotografia 3. Zmiany troficzne u dziecka z myelomeningocoele

Źródło: Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny w Zakopanem.

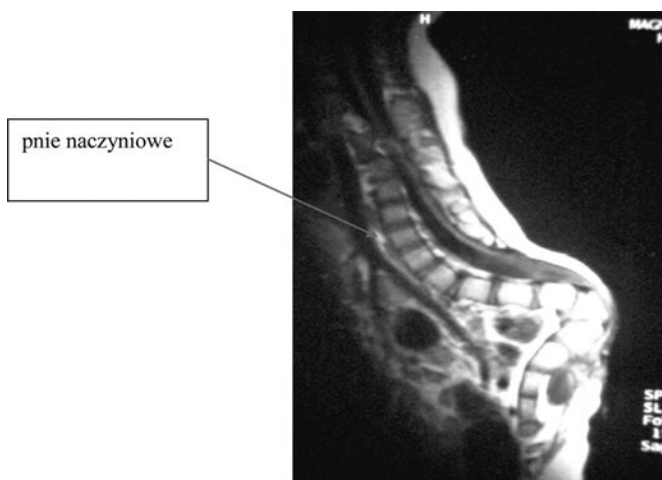
Fotografia 4. Odleżyna na garbie kifotycznym u dziecka z myelomeningocoele



Korekcja kifozy metodą Torode

Zabieg operacyjny kifektomii lędźwiowej metodą Torode wykonuje się u dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową i z dużą kifozą. Do zabiegu tą techniką kwalifikuje się tylko dzieci porażone; wynika to z dużej inwazyjności operacji i potencjalnego ryzyka uszkodzenia rdzenia kręgowego (fot. 5). Kwalifikując pacjenta do zabiegu, należy zwrócić uwagę, by skóra operowanej okolicy nie miała zmian patologicznych w postaci zainfekowanych odleżyn lub czynnych przetok. Ze względu na postępującą sztywność tułowia operację tego typu najlepiej wykonywać u dzieci młodszych, przed okresem pokwitania [4].

Celem leczenia operacyjnego jest poprawa sylwetki dziecka i zabezpieczenie przed dalszą progresję kifozy. Polega ono na wertebractomii, czyli resekcji kilku kręgów na szczycie kifozy i stabilizacji na prętach osadzonych za kością krzyżową i połączonych z wyżej położonymi kręgami za pomocą pętli Luque. Stan neurologiczny pacjenta nie stwarza przeszkód do wykonania wertebractomii i korekcji kifozy. Powstaje samoistna spondylodeza międzytrzonowa w miejscu wertebractomii. Resekcja kręgów na szczycie kifozy zapobiega rozerwaniu naczyń (fot. 9), a zachowanie worka oponowego wraz z zawartością chroni przed płynotokiem. Następnie wykonuje się ograniczoną spondylodezę tylną w miejscu fiksacji prętów pętlemi. Jest ona wykonywana oszczędnie, tylko w koniecznym zakresie. Dzięki temu pozostałe odcinki kręgosłupa lędźwiowego mają możliwość wzrostu [5].



Źródło: Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny w Zakopanem.

Fotografia 5. Radiogram pacjenta z myelomeningocele

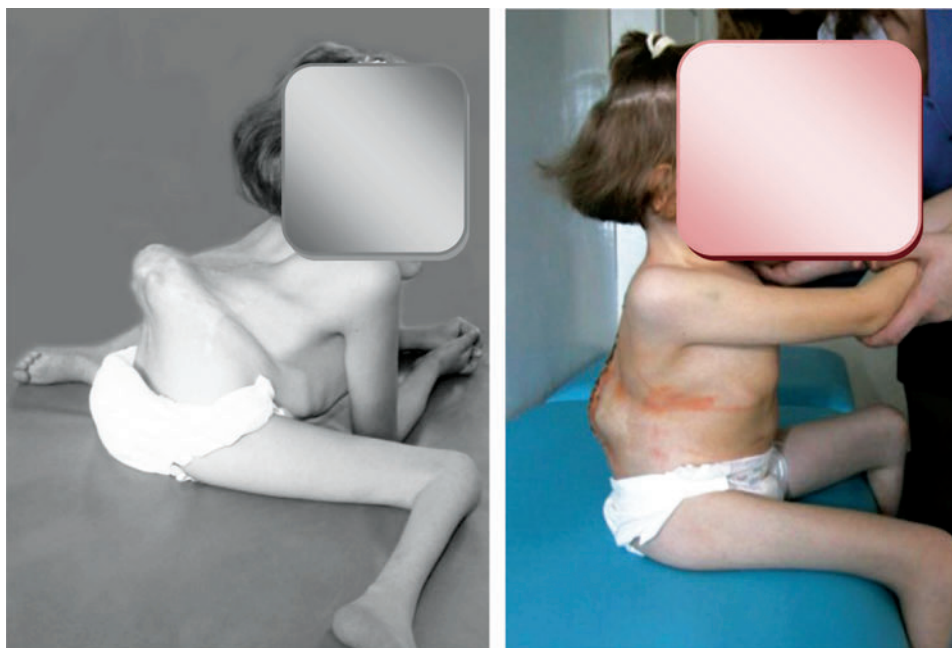
Zalety korekcji kifozy kręgosłupa metodą Torode

Po zabiegu operacyjnym kifektomii lędźwiowej metodą Torode kręgosłup staje się praktycznie prosty. Dziecko zyskuje wyprostowaną sylwetkę i poprawia się jego komfort siedzenia (fot. 6-9). Zachowany wzrost



Źródło: Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny w Zakopanem.

Fotografia 6-7. Plecy dziecka po korekcji metodą Torode



Źródło: Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny w Zakopanem.

Fotografia 8-9. Dziecko z kifoskoliozą z myelomeningocoele przed i po zabiegu operacyjnym

kręgosłupa w obrębie jego stabilizacji zapobiega nadmiernemu skrótowi i lordotyzacji kręgosłupa w trakcie dalszego rozwoju dziecka. Poprawia się wydolność narządów wewnętrznych uprzednio uciśniętych. Zwiększa się objętość oddechowa klatki piersiowej, a co za tym idzie lepsza wentylacja i lepsze ukrwienie tkanek. Uwolnienie brzucha od ucisku powoduje, że dziecko zaczyna lepiej się rozwijać i przybiera na wadze. Powstający w wyniku zabiegu nadmiar skóry, wraz ze zmianami troficznymi, zostaje opracowany chirurgicznie. W późniejszym okresie obserwuje się znaczną poprawę stanu odżywienia i przyspieszenie tempa rozwoju fizycznego [6].

Opieka pielęgniarska nad dzieckiem w szpitalu po zabiegu operacyjnym

Współczesne pielęgniarstwo na całym świecie przeżywa okres dynamicznego rozwoju. W dążeniu do zapewnienia jak najlepszej opieki nad zdrowiem wzbogaca się wiedza pielęgniarska, ulega zmianie praktyka zawodowa i rola pielęgniarki. Zachodzące zmiany prowadzą do zapewnienia możliwie najlepszej opieki nad zdrowiem człowieka poprzez odpowiadające jego potrzebom pielęgnowanie.

Niewiele jest gorszych sytuacji życiowych dla człowieka niż pozostawienie rodziny, domu i udanie się do szpitala. Wszyscy, których to dotyczy, objawiają zaniepokojenie w sposób różnicowany. Co myśli i czuje dziecko, kiedy matka przyprowadza je do szpitala? Wszystko co je otacza, jest inne: inne pokoje, inne sprzęty, inni ludzie. Nawet zapachy i dźwięki są inne. Sale chorych wydają się wielkie, korytarze – długie, oddział zaś miejscem hałaśliwym i bardzo ożywionym. Niektóre ze „sprzętów” mają migające światła i wydają dziwne, przerażające odgłosy. Dookoła jest tyle nowych twarzy, ludzie przychodzą i odchodzą, mówią językiem, który trudno dziecku zrozumieć.

Dzieci przychodzą do szpitala, kiedy są chore. Oznacza to, że nie tylko czują się nie najlepiej, lecz także mogą być poddawane nieprzyjemnym, często też bolesnym zabiegom. Niekiedy nie wolno im jeść, czasami przeżywa się im sen. Czas hospitalizacji i zabiegu operacyjnego to dla dziecka bardzo trudny okres, to jedno z najbardziej stresujących przeżyć. Reakcja dziecka na pobyt w szpitalu jest zawsze indywidualna, uzależniona od wielu czynników, takich jak: wiek, dojrzałość emocjonalna, wrażliwość osobnicza, stan zdrowia i planowane zabiegi, a także poziom oferowanej opieki szpitalnej, w tym atmosfera na oddziale i życzliwość personelu. Rozłąka z bliskimi powoduje u dziecka zachwianie poczucia bezpieczeństwa, bardziej nasilone jest to u dzieci młodszych.

Przeżyciem szczególnie traumatyzującym dla psychiki dziecka jest odzieszenie od rodziców, co może być przyczyną tzw. lęków separacyjnych. U dzieci hospitalizowanych uczeni wyróżnili trzy fazy przystosowania do szpitala: protestu, rozpacz i wyparcia. W fazie protestu dziecko jest niespokojne, niemal bez przerwy płacze, czuje się opanowane przez lęk. W fazie rozpacz płacz staje się monotony i przerywany. Dziecko staje się apatyczne, zamyka się w sobie. Spokój dziecka jest fałszywie interpretowany jako dobre przystosowanie. W fazie wyparcia dziecko okazuje zainteresowanie otoczeniem, uśmiecha się, bawi, tuli do pielęgniarki, spełnia polecenia, ale zarazem wypiera swoje prawdziwe uczucia: ignoruje rodziców i przy wypisaniu ze szpitala nie chce wracać do domu. Twierdzenie, że dobrze czuło się w szpitalu, jest błędne. W psychice małego dziecka zaszyły destrukcyjne procesy zaburzające jego naturalną więź z matką. Wystąpienie fazy wyparcia świadczy o urazie emocjonalnym. Psychikę dziecka najskuteczniej chroni obecność rodziców w szpitalu, tak częsta i długa, jak to tylko możliwe. Jeżeli rodzice nie mogą przebywać z dzieckiem, a nawet często go odwiedzać, pielęgniarka powinna poprosić o dostarczanie dziecku tzw. dowodów miłości w formie rozmów telefonicznych, fotografii, listów, drobnych upominków – jest to namiastka bezpośredniego kontaktu rodziców z dzieckiem. Również posiadanie przez chore dziecko ulubionej zabawki czy też własnej piżamki ma pozytywny wpływ i działa kojąco na uczucia związane z rozłąką. Najbardziej boleśnie hospitalizację przeżywają dzieci w wieku od 0 do 6 lat i u nich najczęściej obserwuje się negatywne skutki hospitalizacji. Dla dziecka w wieku szkolnym pobyt w szpitalu jest mniej stresujący. Racjonalnymi argumentami można przekonać dziecko do konieczności hospitalizacji. Należy pamiętać, że każde dziecko inaczej reaguje na konieczność hospitalizacji i leczenia. Prócz rozłąki z najbliższymi dziecko poddawane jest badaniom diagnostycznym i leczniczym, często nieprzyjemnym i bolesnym. Trudna dla dziecka jest konieczność podporządkowania się regulaminowi szpitalnemu, ograniczenia własnej aktywności i często trudna do zniesienia dla dziecka szpitalna nuda.

Pielęgniarka musi mieć taką wiedzę, która pozwoli jej na określenie i ocenę stanu fizycznego, psychicznego i społecznego małego pacjenta, wykrycie problemów pielęgnacyjnych, ustalenie i realizację indywidualnego planu opieki [5]. W stosunku do dzieci najmłodszych pielęgniarka powinna zachowywać się po macierzyńsku, jak najwięcej mówić, łagodnym głosem, nie milczeć. Posiadanie przez małego pacjenta przytulanki zwiększa poczucie bezpieczeństwa i ułatwia personelowi medycznemu nawiązanie kontaktu z dzieckiem. Metoda werbalna jest najczęstszym sposobem porozumiewania się. W kontaktach z dziećmi niezwykle istotny jest kontakt

pozawerbalny. Prawidłowo przebiegająca komunikacja interpersonalna pomaga uniknąć wielu napięć i daje pacjentowi poczucie bezpieczeństwa i wysokiej jakości opieki. Aby komunikacja pielęgniarka–pacjent była satysfakcjonująca dla obu stron, pielęgniarka powinna świadomie kontrolować przebieg rozmowy. Nadrzędnym celem jest dobro pacjenta. Zdrowa relacja terapeutyczna powinna cechować się akceptacją, empatią, asertywnością, dyplomacją, jednym słowem profesjonalizmem. Warto pamiętać, że około 65% informacji jest przekazywanych drogą pozawerbalną, tj. postawą pielęgniarki, jej ubiorem, gestami, mimiką. Dotyk jest ważnym środkiem w komunikowaniu niewerbalnym, ma on szczególne znaczenie, wzmacnia bowiem pozytywne relacje, koi, daje poczucie bezpieczeństwa, leczy ducha. Dotyk i mowa ciała pielęgniarki powinny wyrażać życzliwość, dotykiem można posługiwać się w kontaktach z dziećmi w różnym wieku. Powinien on być jednak modyfikowany. Dziecko w wieku dorastania jest bardziej wrażliwe na dotyk, akceptuje ono jedynie „oszczędną formę” kontaktu dotykowego. Dzieci bardzo dobrze odczytują niewerbalne komunikaty i same też bardzo często posługują się tą formą komunikacji.

Opiekując się małymi pacjentami, pielęgniarka powinna uwzględnić właściwości psychiczne dzieci związane z okresem ich rozwoju, a także z płcią. Nie należy mówić „chłopaki nie płaczą”, bo oni również mają prawo do słabości i łez. Dzieci, szczególnie w wieku przedszkolnym, zadają dużo pytań, zadaniem pielęgniarki jest nie tylko nawiązanie kontaktu i opieka nad małym pacjentem, ale także odpowiadanie na pytania, pocieszanie, lecz nie okłamywanie, akceptowanie smutku dziecka, lecz nie bagatelizowanie go. Cenną zaletą pielęgniarki jest empatia, czyli rozumienie, wczuwanie się w myśli oraz uczucia dziecka. Pielęgniarka nigdy nie powinna okłamać dziecka ani okazywać mu zniecierpliwienia, natomiast w miarę możliwości pozwolić małemu pacjentowi na działania pielęgnacyjne, np. dziecko wybiera, w którą rączkę ma otrzymać zastrzyk. Poprawne jest poinformowanie dziecka, że zastrzyk będzie bolał, lecz zrobimy to jak najszybciej i najlepiej, a tym samym najmniej boleśnie.

Zazwyczaj trudniejsze jest współdziałanie pielęgniarki z pacjentami nastoletnimi. Niekiedy są oni obrażeni na świat, zbuntowani, cechuje ich negatywizm lub agresja. Należy rozmawiać z nastolatkiem, traktując go jak partnera w rozwiązywaniu wspólnego problemu. Zachowanie dziecka, nawet nastoletniego, w nienaturalnym dla niego środowisku, jakim jest szpital, stanowi wypadkową jego indywidualnych cech osobowości, choroby oraz warunków szpitalnych. Niewłaściwe zachowanie nastoletniego pacjenta jest zazwyczaj wynikiem braku akceptacji swojej choroby, a nie osoby pielęgniarki. Jeżeli młody pacjent bierze udział w procesie leczenia, czyli jest partnerem w leczeniu, to przestrzega zaleceń i zachowuje

się odpowiedzialnie. Szczególnie w okresie adolescencji, czyli dojrzewania, gdy u nastolatka wzrasta potrzeba własnej autonomii, uszanowanie jego podmiotowości powinno być podstawową zasadą [8].

Zagrożone poczucie bezpieczeństwa oraz strach przed bólem to główne problemy hospitalizowanych dzieci. W przypadku dzieci obciążonych tak ciężką wadą, jaką jest przepuklina oponowo-rdzeniowa, rozmowa jest niezwykle istotna. Dzieci te, wielokrotnie hospitalizowane, mogą mieć negatywne wspomnienia, które będą nasilać strach. Pielęgniarka powinna traktować dzieci sprawiedliwie, nikogo nie wyróżniać i zawsze szanować poczucie godności i intymności dziecka. Dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową, pomimo obciążenia tak ciężką wadą, w większości przypadków mają prawidłowy rozwój intelektualny, pamiętajmy więc, by w trakcie rozmowy czy też czynności pielęgnacyjnych nie skrzywdzić kalekiego już dziecko [9].

Główne problemy pielęgnacyjne dziecka w zerowej i kolejnych dobach po kifektomii łądźwiowej metodą Torode

Bezpośrednio po operacji musi być wzmożona opieka pielęgniarska. Zabieg kifektomii łądźwiowej metodą Torode jest rozległym i obciążającym zabiegiem dla dziecka, dlatego dzieci po tym zabiegu przebywają na oddziale intensywnej opieki medycznej. Bardzo ważne jest:

- Ogrzanie dziecka, długi czas zabiegu powoduje hipotermię. Należy zagrzać łóżko elektrycznym kocem. Zaraz po zabiegu ułożyć dziecko w cieplej pościeli, jeżeli jest taka konieczność, zastosować dodatkowe okrycie. Ciepło w znacznym stopniu łagodzi pierwsze niekorzystne odczucia pooperacyjne.

- Obserwacja drożności wkluc dożylnych, czasami konieczne jest zastosowanie dodatkowego zabezpieczenia przed wyrwaniem venflonu przez dziecko.

- Prawidłowe działanie sprzętu monitorującego podstawowe czynności życiowe małego pacjenta. Rutynowo monitorujemy: AS, RR, SpO₂.

- Skrupulatne przestrzeganie podawania zleconych środków przeciwbólowych. Ból zawsze powoduje niepokój i niekorzystnie wpływa na proces leczenia w okresie pooperacyjnym. Ocena i monitorowanie bólu wg skali VAS.

- Kontrola ułożenia dziecka. Z powodu wady wrodzonej i porażenia kończyn dolnych dziecko ma trudności z poruszaniem się, w okresie po-

operacyjnym ten dyskomfort z powodu rozległości zabiegu ulega pogłębieniu. Dziecko należy układać na bokach i brzuchu, unikamy układania na wznak, gdyż pozostawiony worek oponowy jest pozbawiony osłony w postaci kręgow. Ucisk może działać drażniąco. Skóra w miejscu operowanym jest zcieńczała i gorzej ukrwiona – pierwotną przyczyną tego stanu jest przepuklina oponowo-rdzeniowa, wtórną – miejscowe uszkodzenie naczyń w wyniku zabiegu operacyjnego. Układanie na bokach poprawia ukrwienie skóry, wietrzenie jej zapobiega powstawaniu odleżyn w miejscu rany operacyjnej.

- Układanie dziecka z myelomeningocele, zmiana pozycji jego ułożenia to czynności, które należy wykonywać bardzo ostrożnie, bez pośpiechu. Porażone kończyny są zniekształcone, z przykurczami – należy uważać, by nie spowodować dodatkowego urazu, np. zwichnięcia lub złamania. Dodatkowym utrudnieniem są dreny i cewniki założone w ciele dziecka.

- Założone dreny i cewniki to potencjalne wrota zakażenia, monitorujemy ilość i jakość wydzieliny i wydaliny w drenach. Prócz drenażu w ranie operacyjnej dziecko ma założone standardowo kilka (2 lub 3) wkłuc dożylnych, wkłucie dotętnicze (w postaci venflonu założonego do tętnicy obwodowej, np. promieniowej w celu eliminacji wielokrotnego klucia dziecka do pobierania badań), cewnik do pęcherza moczowego lub ureostomii. Może mieć także założoną sondę żołądkową w celu odciążenia zalegającej wydzieliny i eliminacji wymiotów.

- Monitorowanie opatrunku oraz drenażu z rany operacyjnej, jego ilości i jakości. Obserwujemy drenaż w kierunku krwotoku oraz płynotoku. W trakcie zabiegu operacyjnego może dojść do uszkodzenia worka oponowo-rdzeniowego. Zarówno krwotok, jak i płynotok są bardzo poważnymi powikłaniami. Krwotok jest groźny, ponieważ dziecko nie ma „rezew”, na ogół jest słabo odżywione i już sam zabieg jest dużym obciążeniem. Straty krwi należy na bieżąco uzupełniać (przetoczenie dużej ilości „krwi obcej” nie jest obojętne dla organizmu i także wiąże się z pewnym ryzykiem). Dlatego bardzo istotna jest wnikliwa obserwacja opatrunku, drenażu i podstawowych parametrów życiowych. Płynotok jest groźnym powikłaniem, które może objawiać się obecnością dodatnich objawów oponowych, zwiększonym ryzykiem zainfekowania płynu mózgowo-rdzeniowego oraz rozejściem się rany.

- Zwiększone ryzyko zainfekowania rany, ponieważ dziecko z myelomeningocele ma także porażone zwieracze. Należy dbać o higienę dziecka i otoczenia. Wykonując czynności higieniczne i pielęgnacyjne, przestrzegać zasad aseptyki i antyseptyki.

- Pamiętajmy o przestrzeganiu prawa małego pacjenta do godności i intymności oraz o zapewnieniu poczucia bezpieczeństwa.

W kolejnych dobach po zabiegu operacyjnym metodą Torode dziecko nadal wymaga intensywnej opieki i uwagi pielęgniarskiej. Podejmowane działania mają na celu wspomaganie szybszego powrotu do zdrowia, zmniejszanie ryzyka powikłań, zmniejszanie dolegliwości bólowych, a także skracanie do minimum pobyt w szpitalu.

Niezwykle istotne jest:

- Okazanie empatii wobec małego pacjenta i podtrzymywanie kontaktu. Zarówno kontakt werbalny i pozawerbalny mają zapewniać dziecku o ciepłej i chętej do pomocy postawie pielęgniarki.

- Kontynuowanie obserwacji podstawowych parametrów życiowych: AS, RR, SpO₂. Pomiary parametrów wykonujemy kilka razy w ciągu doby. Wszelkie odchylenia od normy natychmiast należy zgłosić lekarzowi, a także zwiększyć nadzór pielęgniarski.

- Obserwacja drożności wkłuc dożylnych, bowiem niektóre leki, np. antybiotyki, potas itp. powodują powstanie odczynów zapalnych. Z naczynia z odczynem zapalnym należy niezwłocznie usunąć venflon i założyć okład z altacetu, który działa przeciwzapalnie. Konieczne jest wówczas założenie nowego wkłucia dożylnego. Aby zmniejszać przykre dla dziecka dolegliwości bólowe, wskazane jest zastosowanie kremu znieczulającego emla. Można także podjąć próbę założenia wkłucia dożylnego na porażonych kończynach, co na ogół jest bardzo utrudnione z powodu zmian troficzných.

- Prowadzenie terapii przeciwbólowej oraz ocena i monitorowanie bólu według skali VAS. Istotne jest regularne, godzinowe podawanie leków przeciwbólowych, a także podawanie dodatkowych dawek leków przed intensywnymi czynnościami pielęgnacyjnymi lub rehabilitacją. W kolejnych dobach stopniowo wydłuża się czas podawania kolejnych dawek leków lub zmniejsza się dawkę leku przeciwbólowego. Nadal skrupulatnie prowadzimy kartę obserwacji pacjenta i wykonujemy zlecenia. Pielęgniarka powinna pamiętać, że troskliwość, dobre słowo, uśmiech mogą wpływać bardziej kojąco niż leki i ułatwić dziecku znoszenie przykrych dolegliwości.

- Prowadzenie profilaktyki przeciwoleżynowej, pamiętając, by wszystkie czynności pielęgnacyjne wykonywać delikatnie i ostrożnie. Dziecko układamy na bokach i brzuchu, pozycję ciała zmieniamy co dwie godziny. Monitorujemy stan ukrwienia skóry, obecność gry naczyniowej. Wszelkie podrażnienia skóry mogą doprowadzić do bolesnych odparzeń i odleżyn. Podstawowym czynnikiem powodującym ich powstanie jest niedokrwienie na skutek długotrwałego ucisku, a wilgotne lub mokre podłoże może doprowadzić do powstania zmian martwiczych. Dlatego zmieniając pozycję dziecka, należy zwracać uwagę, by pościel i bielizna

dziecka były miękkie i niedrażniące, suche i czyste. Zaplamioną bieliznę należy bezzwłocznie wymienić, nie tylko ze względów sanitarnych, ale także psychologicznych i dla wygody małego pacjenta. Prześcieradło musi być dobrze napięte, bez załamek i okruchów. Miejscami szczególnie narażonymi są okolice nad wyniosłościami kostnymi, gdzie skóra i tkanka podskórna są niewielkie. Po każdej zmianie pozycji miejsce uciśnięte pielęgniarka delikatnie masuje i smaruje preparatami ochronnymi. Wczesnymi objawami ostrzegawczymi są: pieczenie i ból oraz zaczerwienienie nieznikające po usunięciu ucisku, czyli zaburzona gra naczyńniowa. Kolejnym etapem jest powstawanie pęcherzy, otarć i głębokich odleżyn. Odleżyny opóźniają proces leczenia i rehabilitacji, więc niezwykle istotna jest prewencja tego powikłania. Dziecko z przepukliną oponowo-rdzeniową z powodu porażenia ma zaburzoną funkcję zwieraczy – jest to czynnikiem predysponującym do zwiększonego ryzyka wystąpienia odleżyn; bardzo ważne jest, by pielęgniarka dbała o higienę dziecka i jego otoczenia. Do pielęgnacji skóry małego pacjenta można stosować preparaty myjąco-dezynfekujące, a także nawilżające i natłuszczające emulsje i kremy. Przy każdej zmianie pozycji rutynowo należy skontrolować zawartość pampersa, by nie dopuścić do odparzenia się dziecka. Wykonując czynności higieniczne, należy pamiętać o zasadach antyseptyki.

- Obserwacja drożności drenów i cewników oraz ilości i jakości wydzielin i wydaliny. Już w pierwszej dobie pozabiegowej, jeżeli brak przeciwwskazań, usuwamy sondę żołądkową i rozpoczynamy karmienie. Początkowo dziecku podajemy wodę niegazowaną, brak nudności i wymiotów pozwala na rozszerzenie diety na produkty lekkostrawne, czyli powrót do diety małego dziecka. Nieodzowna jest cierpliwa pomoc pielęgniarska w przyjmowaniu posiłków. W razie wystąpienia nudności i wymiotów konieczne jest towarzyszenie małemu pacjentowi. Obserwujemy drenaż, jego ilość i jakość. Około czwartej doby, gdy ilość drenażu jest niewielka, usuwa się dren. Obserwujemy diurezę, ilość i jakość oddawanego moczu. Wszelkie niepokojące objawy pielęgniarka natychmiast zgłasza lekarzowi, a także otacza pacjenta intensywniejszą i bardziej troskliwą opieką.

- Obserwacja opatrunku i rany pooperacyjnej. Wykonując zmianę opatrunku, obserwujemy: czy rana goi się prawidłowo, czy brzegi rany nie są zaczerwienione, czy nie ma wycieku treści krwistej lub surowiczej. Wszelkie czynności wykonujemy delikatnie, bez pośpiechu, pamiętając o zasadach aseptyki i antyseptyki. Rana pooperacyjna jest dość rozległa, układanie dziecka na bokach i brzuchu korzystnie wpływa na poprawę ukrwienia i wietrzenie rany. Ponieważ istnieje zwiększone ryzyko zainfekowania rany z powodu zaburzonej funkcji zwieraczy, niezwykle istotna jest dbałość pielęgniarska o higienę dziecka i jego otoczenia. By zmniejszać

ryzyko zainfekowania rany, wskazane jest stosowanie opatrunków nowej generacji w postaci filtrów półprzepuszczalnych. Opatrunki te umożliwiają oddychanie rany i jednocześnie zapobiegają zawiłgoceniu i przenikaniu do niej drobnoustrojów.

- Zaspokojenie potrzeb dziecka, co utrudnia dyskomfort z powodu założonych drenów i cewników po zabiegu operacyjnym. Nieodzowna jest bardzo częsta obecność pielęgniarki przy dziecku. Pielęgniarka pomaga dziecku jeść i pić, dba o czystość i higienę jego i jego otoczenia. Pomaga w zmianie pozycji i wygodnym ułożeniu.

- Rozszerzanie zakresu ćwiczeń rehabilitacyjnych w kolejnych dobach. Początkowo są to ćwiczenia oddechowe, zapobiegają one zapadaniu się pęcherzyków płucnych i wspomagają oczyszczanie obwodowych partii drzewa tchawiczo-oskrzelowego. Ćwiczenia te mogą polegać na nadmuchiowaniu balonów, dmuchaniu powietrza przez rurkę do butelki z wodą, poruszaniu rękami, a nawet śmianiu się. Prowadzenie ćwiczeń w formie zabawy pozwala na zmniejszenie stresu i znudzenia małego pacjenta. Prócz ćwiczeń oddechowych prowadzone są ćwiczenia czynne kończyn górnych i bierne kończyn dolnych. Pielęgniarka aktywnie uczestniczy w procesie rehabilitacji małego pacjenta, dba o bezpieczeństwo dziecka, a także drenów i cewników. Wraz z zespołem rehabilitantów uczy dziecko utrzymywania statyki ciała. Po zabiegu kifektomii łędźwiowej metodą Torode dziecko zyskuje wyprostowaną sylwetkę, już nie opiera się klatką piersiową o talerze kości biodrowych. Dziecko musi na nowo nauczyć się siedzieć.

- Bardzo ważne jest, by umożliwić dziecku chociaż namiastkę zabawy. Ułatwia to posiadanie przez dziecko swojej zabawki. Można poprosić rodziców o dostarczenie dziecku bajek lub kolorowanek, by w ten sposób zlikwidować nudę szpitalną. Przeniesienie dziecka na oddział dziecięcy, gdzie jest więcej rówieśników i są rodzice, rozwiązuje problem nudy całkowicie. Nowością są tzw. bajki-pomagajki, czyli specjalne bajki terapeutyczne, które, jak twierdzą psychologowie, mogą pomóc dziecku w trudnych emocjonalnie sytuacjach, takich jak pobyt w szpitalu [8].

Wniosek

Pielęgniarka jest istotnym członkiem personelu medycznego, bez którego znacząco utrudnione lub wręcz niemożliwe byłoby realizowanie większości zadań związanych z leczeniem i rehabilitacją pacjentów. Szczególnie ważną rolę odgrywa pielęgniarka dla dzieci hospitalizowanych. W tych trudnych dla dziecka chwilach pielęgniarka jest z dzieckiem

stale, w dzień i w nocy, gdy dziecko coś boli i gdy się boi, gdy są rodzice, ale i gdy rodziców być nie może. To właśnie pielęgniarka zapewnia poczucie bezpieczeństwa i dba o komfort małego pacjenta.

Bibliografia

- [1] Michajlik A., Romotowski W. *Anatomia i fizjologia człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2010.
- [2] Szulz A., red. *Dziecko z przepukliną oponowo-rdzeniową*. Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych 2007.
- [3] Wośko I.P. red. *Problemy ortopedyczno-rehabilitacyjne u dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową*. Lublin: Folium 1995.
- [4] Bakalarek B., Tęšiorowski M., Lipik E., Potaczek T. I Międzynarodowa Konferencja *Postępy i kontrowersje w chirurgii kręgosłupa*. Zakopane, październik 2006 .
- [5] Dega W. red. *Ortopedia i rehabilitacja*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2009.
- [6] Adamson E.F. St. J., Hull D. *Pielęgnowanie chorych dzieci*. Warszawa: PZWL 1990.
- [7] Kiwerski J., Kowalski M., Krauski M. *Schorzenia i urazy kręgosłupa*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2007.
- [8] Lewer H., Robertson L. *Opieka nad dzieckiem*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 1990.
- [9] Pawlaczyk B. *Pielęgniarstwo pediatryczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2007.

Adres do korespondencji:

Alicja Diak

Instytut Pielęgniarstwa PPWSZ w Nowym Targu

ul. Kokoszków 71

34-400 Nowy Targ

tel.: 604 792 936

e-mail: alicjadiak@gmail.com

IWONA KOBYŁCZYK*

Udział pielęgniarki w postępowaniu diagnostycznym i leczniczym u pacjenta z krwawieniem z nosa

Termin *epistaxis* pochodzi z języka greckiego od określenia *epistazein* – „płynąć kropla po kropli”. W medycynie określenie to zarezerwowane jest tylko dla tego jednego rozpoznania – krwawienia z nosa. To najbardziej dynamiczne zaburzenie w układzie krążenia z wynaczynieniem pełnego składu krwi poza układ naczyniowy w organizmie ludzkim. Nie ma chyba osoby, u której nie wystąpiłoby krwawienie z nosa przynajmniej raz w życiu, jak i lekarza, któremu nie zdarzyło się udzielić pomocy takiemu choremu [1]. Według statystyk krwawienia z nosa są na drugim miejscu pod względem częstości występowania (zaraz po krwawieniu z dróg rodnych). U dzieci występują dwukrotnie częściej niż u dorosłych, rzadziej w okresie niemowlęcym, częściej w okresie dojrzewania. Po 20. roku życia krwawienia występują rzadko, ale z burzliwym przebiegiem i częściej po 65. roku życia. W wieku rozwojowym problem ten częściej dotyczy płci żeńskiej, w starszej grupie wiekowej – męskiej [2].

Krwawienie z nosa najczęściej zostaje opanowane w warunkach domowych przez samego pacjenta, czasem przy pomocy osób towarzyszących. Rzadziej jest potrzeba udania się z tym problemem do lekarza pierwszego kontaktu lub bezpośrednio na ostry dyżur, gdzie pacjent trafia do laryngologa. Niejednokrotnie istnieje wskazanie do hospitalizacji osoby z krwawieniem z nosa, o czym decyduje lekarz badający. Z reguły podczas niezbyt intensywnych krwawień, które udaje się zatamować we własnym zakresie, pacjent bagatelizuje to zdarzenie i nie zgłasza się po dalszą pomoc. Wiele epizodów rozpoczyna się samoistnie z nieznaną przyczyną, dlatego należy je diagnozować i leczyć. Częste i w różnym stopniu nasilone krwawienia stanowią zagrożenie dla zdrowia, bo są sygnałem

* Oddział Laryngologii Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu.

alarmowym świadczącym o istnieniu niezdiagnozowanej jeszcze choroby. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości zalecane jest zasięgnięcie porady lekarza.

Nos jest narządem predysponowanym do krwawień. Powodują to warunki anatomiczne – bogate unaczynienie i twarde nieelastyczne chrzęstno-kostne podłoże. Szkielet kostny nosa stanowią parzyste kości nosowe łączące się z wyrostkiem czołowym szczęki i kością czołową. Część chrzęstna nosa to przegroda nosa, chrząstki boczne, chrząstki skrzydłowe większe i mniejsze i dodatkowe chrząstki nosa. Jama nosowa otoczona jest kośćmi pneumatycznymi (klinową, sitową, czołową i szczękową) – zatokami przynosowymi. Nos wyposażony jest w błonę śluzową i sieć naczyń krwionośnych płytko położonych i z tego powodu dochodzi do ich łatwego uszkodzenia. Siatka naczyń krwionośnych w nosie cechuje się licznymi połączeniami tętnic i żył zwanymi **anastomozami** – splotami naczyniowymi delikatniejszymi od naczyń tętnicznych, a ich zmniejszona odporność stanowi najczęstsze miejsce występujących krwawień.

Krwawienie występuje zazwyczaj w obrębie przegrody nosa zaopatrywanej przez gałęzie tętnicy szyjnej wewnętrznej (tętnica sitowa przednia i tylna) i gałęzie tętnicy szyjnej zewnętrznej (tętnica podniebienna większa, tętnica klinowo-podniebienna, tętnica wargowa górna). Naczynia te gęsto splatają się w przedniej części przegrody nosa, tworząc tzw. pole Little'a [3].

W błonie śluzowej nosa utworzona trójwarstwowa sieć naczyń włosowatych jest typowym źródłem krwawień. Zachodzi tu krwawienie o charakterze żylnym, łatwe do opanowania i niewymagające interwencji lekarskiej. Bogate unaczynienie błony śluzowej ułatwia wchłanianie substancji farmakologicznych. Podanie do nosa leków adrenergicznych powoduje obkurczanie łożyska naczyniowego i zmniejsza grubość błony śluzowej, udrażniając jamy nosa i zatok [4]. Odpływ krwi żyłnej zapewniają żyły oczna, twarzowa, splot skrzydłowy i zatoka jamista.

Nos jest bogato zaopatrzony w naczynia krwionośne tętnicze i żyłne, co koreluje z jego czynnością: oczyszczanie, ogrzewanie (do temp. 32–34°C), nawilżanie i regulacja przepływu wdychanego powietrza [5].

Przyczyny krwawień z nosa dzielimy na dwie grupy: miejscowe (ok. 30%) i ogólne (70–75%) – objawowe, występujące w przebiegu chorób ogólnoustrojowych. Wyodrębnia się też krwawienia o niewiadomej przyczynie, samoistne – idiopatyczne. *Pseudoepistaxis* występuje, gdy spływająca krew jest usuwana przez nos (krwioplucie płucne, żyłaki przełyku, wymioty krwawe, nowotwór krwawiący gardła, krtani, tchawicy, płuc). Miejsce krwawienia znajduje się poza nosem [5]. Miejscowe przyczyny krwawienia to: idiopatyczne, mikrourazy splotu Kiesselbacha (często po-

wodowane nieeleganckim „dłubaniem” w nosie), przedni suchy nieżyt nosa (chemiczne lub termiczne uszkodzenie błony śluzowej, perforacja przegrody nosa), uraz (złamanie kości nosa i przegrody, uszkodzenia twarzoczaszki lub podstawy czaszki), narażenia środowiskowe (wysychanie śluzówki nosa z powodu klimatyzacji), barotrauma (życie na dużej wysokości), obniżone ciśnienie atmosferyczne, ciało obce w nosie lub ry-nolit (kamień nosowy), guzy złośliwe nosa i zatok, zmiany w nosogardle. Ogólnymi przyczynami krwawień są: choroby naczyń i krążenia, choroby krwi i układu krzepnięcia, zaburzenia krzepnięcia krwi, uszkodzenia naczynek krwionośnych, choroba zakaźna, mocznica i niewydolność wątroby, przyczyny endokrynologiczne, zmiany w błonie śluzowej – wrodzona naczyniakowatość krwotoczna [1]. W związku z przedstawionym podziałem przyczyn krwawienia bezdyskusyjne jest, że krwawienie z nosa to problem interdyscyplinarny, a nie tylko laryngologiczny.

Lokalizacja miejsca krwawienia jest kluczowa do podjęcia właściwego postępowania i bardzo pomocna podczas ustalania przyczyny krwawienia. Masywne krwawienie, ciężki stan ogólny, skrzywienie przegrody nosowej są czynnikami utrudniającymi ustalenie miejsca krwawienia. Miejsca o znacznie mniejszej odporności z dużą ilością anastomoz, z których najczęściej dochodzi do krwawień, to: spłot Kisselbacha – zlokalizowany w przedniej części przegrody nosa w miejscu Little’a (spłot obu tętnic – szyjnej zewnętrznej i wewnętrznej), spłot nosowo-gardłowy Woodrufa położony na bocznej ścianie jamy nosowej, małżowiny nosowe i błona śluzowa [6].

Krwawienie z nosa, w zależności od częstotliwości wystąpienia i nasilenia przebiegu, może stanowić zagrożenie dla zdrowia i życia pacjenta. Zawsze należy udać się po poradę do lekarza pierwszego kontaktu lub laryngologa, ponieważ może to sygnalizować wiele chorób. W większości przypadków można samodzielnie powstrzymać krwawienie w warunkach domowych. Należy zachować spokój i przyjąć pozycję siedzącą z głową pochyloną do przodu. Nie powinno się odchyłać głowy do tyłu ani kłaść, ponieważ krew spływa po tylnej ścianie gardła do przewodu pokarmowego lub dróg oddechowych. Krwi w jamie ustnej nie należy połykać, lecz wypluwać. Należy ostrożnie oczyścić nos przez wydmuchanie zawartości i ucisnąć nozdrza z zewnątrz w miejscu przejścia części chrzęstnej w kostną (ok. $\frac{1}{3}$ wysokości grzbietu nosa) na 5–10 minut. Dodatkowo można stosować zimne okłady (np. lód) na nasadę nosa i kark. W ciągu kilkunastu godzin po ustaniu krwawienia nie czyścić nosa, aby powstały w miejscu krwawienia skrzep dostatecznie wzmocnił się, zamykając naczynie krwionośne. Po upływie tego czasu należy delikatnie wydmuchać nos w celu ewakuowania pozostałych skrzepów. Jeśli krwa-

wienie wystąpiło u osoby leczącej się z powodu nadciśnienia tętniczego, konieczny jest pomiar RR i obniżenie ciśnienia przez podanie pod język captoprilu na zlecenie lekarza. Postępowanie w przypadku krwawienia u dziecka jest podobnie. Dziecko należy uspokoić, posadzić wygodnie z uniesioną górną częścią ciała, pochylając do przodu, zapobiegając tym samym spływaniu krwi do dróg oddechowych. Uciskanie nozdrzy również następuje przez ok. 5–10 min. Należy dopilnować, by dziecko nie drapało noska i nie dmuchało. Rodzic powinien ustalić, czy krwawienie nie jest spowodowane obecnością ciała obcego w przewodach nosowych (zwykle są to drobne części zabawek, np. klocki, koraliki, ziarenka słoneczniku, kamyczki). Niewskazane jest samodzielne usuwanie ciała obcego przez osobę towarzyszącą dziecku z powodu braku odpowiednich narzędzi, doświadczenia i możliwości przemieszczenia ciała obcego w głąb nosa. Jeżeli krwawienie po kilkunastu minutach nie ustąpi, konieczne jest zgłoszenie się do laryngologa lub najbliższej izby przyjęć szpitala. Postępowanie lekarza zależne jest od lokalizacji krwawiącego naczynia, nasilenia krwotoku i jego przyczyny.

W warunkach ambulatorium pielęgniarka przygotowuje na tacy opatrunkowej: waciki nasączone lekiem obkurczającym naczynia, jednoprocetowy spray lignocaina do znieczulenia miejscowego błony śluzowej, azotan srebra lub kwas trójchlorooctowy do przeżegania chemicznego, opatrunek wewnątrznosowy – siateczka hemostatyczna lub spongostan, zestaw do założenia tamponady przedniej (długi seton z gazy jałowej, merocel, jednoprocetowa lignocaina w sprayu, parafina lub maść tranowa, pinceta bagnetowa i plaster-przylepiec), elektrokoagulację (pincetę bipolarną). Przed przystąpieniem do czynności należy zebrać od pacjenta wywiad odnośnie stanu zdrowia, przebiegu chorób, pobierania leków i dokonać pomiaru ciśnienia tętniczego krwi i temperatury ciała. Założenie tamponady na 48–72 godz. nie wymaga hospitalizacji, wykonuje się ją ambulatoryjnie. Po zatamowaniu krwawienia chory przez dobę powinien przebywać w łóżku w pozycji wysokiej. Przeciwwskazany jest wysiłek fizyczny oraz przyjmowanie płynów gorących i alkoholu. Zalecana jest dieta lekkostrawna [5]. Jeśli tamponada przednia nie hamuje krwawienia, stosuje się tamponadę tylną, co jest wskazaniem do hospitalizacji. W ostateczności krwawienie odporne na leczenie wymaga postępowania chirurgicznego – podwiązania naczyń tętniczych.

Postępowanie w przypadku wystąpienia krwawienia powinno przebiegać w następującej kolejności: wywiad, ocena stanu ogólnego (RR, EKG i badanie krwi: morfologia, elektrolity, gazometria, glikemia, mocznik, kreatynina, układ krzepnięcia), ocena miejscowa, badania obrazowe (RTG, TK, MR, USG), konsultacje specjalistyczne (internista, pediatra,

radiolog, onkolog). Krwawienie z nosa przeważnie zostaje zaopatrzone przez lekarza w gabinecie laryngologa bądź izbie przyjęć. Wskazania do hospitalizacji obejmują: stan po bardzo obfitych krwawieniach z nosa, krwawienia nawracające, występujące objawy niedokrwistości pokrwotocznej, obfite krwotoki pourazowe, objawy wstrząsu pokrwotocznego, wskazania do założenia tamponady tylnej [1].

Krwawienie z nosa wymagające interwencji laryngologa jest stanem nagłym, powoduje zdenerwowanie i głęboki niepokój tak u dorosłych, jak u dzieci i ich opiekunów. W pierwszym kontakcie pielęgniarka powinna uspokoić pacjenta (dorosłego czy dziecko i jego opiekunów), zapewnić poczucie bezpieczeństwa, udzielając w sposób rzeczowy odpowiedzi na zadawane pytania. Jeśli jest potrzeba, podać leki uspokajające. Należy posadzić pacjenta w pozycji lekko pochylonej do przodu, nie odchyłając głowy ku górze i zastosować zimne okłady – najlepiej lód na kark i nasadę nosa. Pielęgniarka wykonuje pomiar ciśnienia tętniczego i (jeśli jest powyżej 140/90 mmHg) podaje leki obniżające. Wstępna ocena powinna określić stan ogólny pacjenta i stopień utraty krwi, a po opanowaniu krwawienia pielęgniarka zbiera dokładny wywiad, który ma na celu dostarczenie informacji na temat przebytych wcześniej infekcji górnych dróg oddechowych, przebitego urazu, stosowanego leczenia farmakologicznego, które może być przyczyną zaburzeń krzepliwości krwi (koagulopatii), współistniejących krwawień z błon śluzowych nosa i jamy ustnej lub przewodu pokarmowego [6-7]. Przy przyjęciu pacjenta w oddział pielęgniarka na izbie przyjęć zakłada choremu dokumentację medyczną (historię choroby, kartę statystyczną) i historię pielęgnowania prowadzoną przez cały okres pobytu pacjenta w szpitalu. Pacjent wraz z dokumentacją przekazany jest na oddział laryngologii celem dalszego leczenia. W danym oddziale pielęgniarka zbiera od chorego wywiad wstępny, dotyczący dolegliwości, innych schorzeń, przyjmowanych leków, diety, alergii i przebytych chorób zakaźnych, wagi ciała i danych kontaktowych najbliższej rodziny bądź opiekuna. W dokumentacji uzupełniającej oddziału pielęgniarka kwalifikuje pacjenta do danej kategorii, przyjmując kryteria: poruszanie się, czynności higieniczne, odżywianie, wydalanie, pomiar parametrów życiowych, leczenie, opiekę psychospołeczną. Przy ocenie stanu ogólnego należy zwrócić uwagę na cechy hipowolemii: tachykardia, obniżone ciśnienie tętnicze krwi, błądź powłok skórnych, zaburzenia świadomości, logiczny kontakt i czas reakcji pacjenta. Przy obniżonej saturacji stosuje się tlenoterapię. Ogólne postępowanie podczas silnych krwawień z nosa jest podobne jak przy krwotoku z innych miejsc. Niezbędna jest kaniulacja żył – 2-3 kaniule (jedna do przetaczania krwi i preparatów krwiopochodnych), oznaczenie grupy krwi i wykonanie próby krzyżowej

(a przed otrzymaniem jej wyniku przetwarzanie roztworów koloidowych i krystaloidowych, albumin ludzkich) celem podania KKCz, KPK, osocza. W niektórych przypadkach konieczne może być RTG czaszki, zatok przynosowych, TK głowy. Lokalizacji miejsca krwawienia dokonuje lekarz w badaniu przedmiotowym pacjenta. Niezależnie od miejsca i przyczyny krwotoku wykonuje się badania (morfologia-HB, Ht, T, ukł. krzepnięcia, transaminazy).

Indywidualnie do pacjenta dobiera się metodę postępowania w leczeniu chirurgicznym.

Koagulacje – stosuje się 20-procentowy azotan srebra lub 30-procentowy kwas trójchlorooctowy, spongostan, elektrokoagulację. Na watomotrzymacz nawija się nieco waty, aby utworzyć tamponik grubości główki zapalki. Tamponik ten zanurza się w roztworze azotanu srebra lub kwasu trójchlorooctowego, którym koaguluje się krwawiące naczynie po uprzednim znieczuleniu miejscowym przewodów nosowych. Zabieg ten może wymagać w końcowym etapie założenia tamponady przedniej ze spongostanu. W razie konieczności używana jest elektrokoagulacja.

Odwarstwianie błony śluzowej i chrzęstnej – zabieg polegający na nacięciu skalpelem na granicy skóry i błony śluzowej i jej odwarstwieniu w przedsionku nosa za pomocą respiratora w znieczuleniu miejscowym. Po zabiegu wskazana jest tamponada przednia w palcu gumowym jałowej rękawiczki.

Krioterapia i laser argonowy – nowa metoda zaopatrywania miejsca krwawiącego naczynia. Krioterapia to celowe niszczenie tkanek poprzez ich zamrażanie krioaplikatorem, powodując zniszczenie krwawiącego naczynia i utworzenie się blizny w tkance. Stosowaną substancją mrozącą jest freon, CO₂, płynny azot, podtlenek azotu. Laser argonowy – stosowany jest jako laser jonowy bez zdolności głębokiej penetracji tkanki.

Tamponady przednie; tamponowanie nosa jest zabiegiem dość brutalnym w odczuciu pacjenta, gdyż należy działać szybko, zdecydowanie i niejednokrotnie nie ma czasu, by czekać na efekt działania podanego środka przeciwbólowego, natomiast efekt użycia środka znieczulającego miejscowo jest przeważnie mierny, gdyż rozpylony na błonę śluzową nosa jest skutecznie wyflukiwany przez sączącą się krew, zanim zdąży zadziałać. Mimo to stosuje się środki znieczulające, aby niwelować przykre odczucia pacjenta w trakcie zabiegu. Przed przystąpieniem do zabiegu tamowania krwawienia zawsze należy pacjentowi założyć fartuch ochronny celem uniknięcia zabrudzenia ubrania i podać miskę nerkową i ligninę. Pielęgniarka poleca pacjentowi wydmuchanie nosa kolejno z obu przewodów nosowych.

Tamponada setonem: po ustaleniu miejsca krwawienia zakłada się jedno lub obustronnie do przewodów nosowych długi seton z jałowej gazy. Seton można nasączyć preparatem jednocentowej xylocainy w żelu, jałową parafiną lub maścią tranową. Po ciasnym założeniu seton ucina się i przykleja przylepcem do policzka lub grzbietu kości nosowej. Zabieg ten jest bolesny, a znieczulenie miejscowe jest nieskuteczne, ponieważ wpływa wraz z krwią z przerwanego naczynia krwionośnego. Tamponada zostaje 48–72 godz.

Tamponada gąbką fibrynową (merocel) jest bardzo prosta w wykonaniu i niemal bezbolesna dla pacjenta. Tamponiki fibrynowe są gotowe do użycia już po rozpakowaniu i wprowadzeniu pincetą do odpowiedniego przewodu nosowego. Po założeniu zwilża się je niewielką ilością (ok. 0,5 ml) wody destylowanej lub izotonicznym roztworem soli fizjologicznej. Tamponadę tę poleca się głównie dzieciom, osobom starszym i wyniszczonym. Zakładanie jak i usuwanie tej tamponady jest prawie bezbolesne [1].

Tamponada przednia w palcu gumowym. Lekarz zakłada do przewodu nosowego sterylny palec gumowej rękawiczki i do niego układa długi seton z gazy, tak aby go wypełnić, zaś powierzchnia palca gumowego ściśle przylegała do ścian przewodu nosowego. Tamponada ta minimalizuje mechaniczne uszkodzenie błony śluzowej i niweluje odczucia bólowe pacjenta. Usuwa się ją po 12–24 godzinach, po czym do przewodu nosowego wprowadza się maść tranową lub atecortin [1].

Tamponada nosa balonikiem Seifferta stosowana jest zamiast tamponady przedniej. Założenie przebiega szybciej i łagodniej (w odczuciu pacjenta). Jest to palec gumowy, w który włożona jest tempa igła przywiązana nicią nylonową lub jedwabną, tworząc balonik. Po wypełnieniu go powietrzem igłę usuwa się i pozostawione nitki przymocowuje się przylepcem. Balonik szczelnie wypełniający jamę nosa uciska naczynia i tamuje krwotok. Zostaje na 24–48 godz. [8].

Tamponada przednia balonikami jest zalecana w przypadku krwawienia z dużych powierzchni błony śluzowej fabrycznym balonikiem, kształtem dostosowanym do budowy jamy nosowej. Zaopatrzony jest w przewód (jak rurka intubacyjna), przez który strzykawką wpuszcza się powietrze do jego wypełnienia [8].

Po wykonaniu każdej tamponady zawsze należy odczekać około 5–10 min i obserwować, czy tamponada jest skutecznie założona, a krew nie spływa po tylnej ścianie nosogardła.

Jeśli opisane rodzaje tamponad przednich są nieskuteczne i krwawienie nie ustępuje, konieczna jest **tamponada tylna (Bellocqua)**. Tampon wykonuje się z gazików kilkakrotnie złożonych i przewiązanych na krzyż mocną jedwabną lub nylonową nitką długości min. 30 cm. Tampon po-

winien mieć wielkość orzecha włoskiego, a przed użyciem być poddany procesowi sterylizacji [8].

Tamponadę tylną zakłada się na 48 godz. lub dłużej i zawsze w osłonie antybiotykowej. Usuwa się ją dwuetapowo: w trzeciej lub czwartej dobie usuwa się tampon z nosogardła, a tamponadę przednią w ciągu kilku następnych dni. Usuwanie tamponu Belloqua należy wykonywać bardzo ostrożnie, aby nie doszło do uszkodzenia nitką obrzękniętego podniebienia miękkiego [8]. Zabieg ten jest bardzo bolesny i, jeśli to możliwe, należy wykonać go w znieczuleniu ogólnym lub w bardzo dobrym znieczuleniu miejscowym. U dzieci założenie tamponady tylnej wymaga sedacji i znieczulenia ogólnego, a utrzymanie tamponady przez wymagany okres – sedacji. Alternatywą dla tamponady tylnej jest możliwość zaopatrzenia krwawienia pod kontrolą fiberoskopu, używając diatermii bipolarnej [6].

Innym rodzajem tamponady tylnej jest tamponada cewnikiem Foleya – tylna część nosa może być łatwiej i bezpieczniej oddzielona od nosogardła cewnikiem uszczelnionym powietrzem lub NaCl 0,9%. Mankiet cewnika wypełnia się do szczelnego zamknięcia światła nosogardła, aż krew przestanie spływać do gardła. Następnie zakłada się tamponadę przednią, a koniec cewnika wychodzący przez nos przymocowuje się bawełnianą tasiemką [7].

W przypadkach ciężkich, nawracających lub niepoddających się leczeniu krwotokach pochodzących z tętnicy szyjnej zewnętrznej stosowana jest **embolizacja naczyń** – wprowadzenie materiału zatorowego do krwawiącego naczynia po wcześniejszej angiografii naczyń, pozwalającej ustalić miejsca krwawienia. Zabieg ten jest szybszy i mniej inwazyjny od podwiązania tętnic. Zachodzi jednak ryzyko wystąpienia: udaru mózgu, porażenia połowiczego, porażenia nerwu twarzowego i wzrokowego, drgawek, martwicy tkanek miękkich; dolegliwości bólowych – powikłanie o przebiegu przemijającym [6].

W przypadku niekontrolowanego krwawienia zagrażającego życiu, jeśli opisane metody wraz z leczeniem farmakologicznym nie skutkują, konieczne jest **podwiązanie tętnic**. W zależności od źródła i umiejscowienia krwotoku wykonuje się podwiązanie jednej z tętnic: szczękowej, sitowej przedniej lub tylnej, szyjnej zewnętrznej. Pacjent zakwalifikowany do chirurgicznego podwiązania naczyń jest przygotowywany jak do planowego zabiegu w narkozie, a w trakcie pobytu w okresie pooperacyjnym chory obserwowany jest w kierunku wystąpienia niedokrwistości pokrwotocznej.

Techniki chirurgiczne uzupełnia leczenie farmakologiczne, w którym pielęgniarka podaje na zlecenie lekarza płyny infuzyjne (wypełniające łożysko naczyń krwionośnych), preparaty krwiopochodne i krwiozastępcze

oraz leki: cyclonamina i exacyl – leki o działaniu hemostatycznym skracające czas krwawienia; rutinoscorbin i rutozyd – zmniejszające przepuszczalność naczyń włosowatych i zwiększające ich odporność mechaniczną, witaminę K (Vitacon), która skraca czas krzepnięcia krwi i ma działanie natychmiastowe od momentu podania nawet drogą dożylną, calcium – niezbędny w procesie krzepnięcia krwi, HAES 6% i 10% – preparaty koloidowe zwiększające objętość osocza krwi [9]; albuminy ludzkie, KKCz (koncentrat krwinek czerwonych), osocze, KKP (koncentrat płytek krwi) i leki przeciwbólowe.

Chory w trakcie interwencji chirurgicznej bezwzględnie wymaga hospitalizacji i ciągłej obserwacji, ponieważ powstrzymanie krwawienia nie oznacza wyeliminowania przyczyny i powoduje powikłania pokrwotoczne zależne od przebiegu krwawienia. Wyróżnia się krwawienia ostre: ok. 500 ml w ciągu kilku minut (powoduje nieznaczne obniżenie OCŻ), ok. 750 ml (znacznie obniża się OCŻ, zmniejsza objętość wyrzutowa serca, obniża się ciśnienie tętnicze i spada opór obwodowy), 1,5–2,0 litrów krwi (powoduje wstrząs hipowolemiczny, obniżenie temperatury ciała, zimne poty, niepokój, bezmocz, utratę przytomności) oraz krwawienia przewlekłe – rozwija się niedokrwistość z powodu niedoboru żelaza (zaburzenia apetytu, ból języka i suchość w jamie ustnej, pękające kąciaki ust, sucha skóra, łamliwe paznokcie i włosy [10]).

Założenie tamponady nosowej przedniej, jak i tylnej niesie za sobą szereg powikłań, które stanowią zagrożenie dla zdrowia i życia chorego, mimo że są to zabiegi ratujące życie. Ze względu na kolejność wykonywanych czynności powikłania te można podzielić na grupy: I – występujące podczas zakładania i II – przy utrzymaniu tamponad. Przy zakładaniu tamponady: zapaść sercowo-naczyniowa (wstrząs krwotoczny, odruch nosowo-błędny: bradykardia, zmniejszenie objętości wyrzutowej serca, niedociśnienie tętnicze, bezdech; reakcje niepożądane na lek znieczulający lub obkurczający naczynia), problemy techniczne (niemożność zatrzymania krwawienia, rozluźnienie tamponady, uszkodzenie podniebienia miękkiego, uraz słupka nosa i małżowin, rozdarcie błony śluzowej nosa, ubytek w przegrodzie nosa). Przy utrzymaniu tamponady: hipoksja, hipoksemia (zaburzenia świadomości), zawał serca, zaburzenia krążenia mózgowego, niewydolność oddechowa (postać hipowentylacyjna), jatrogenny zespół bezdechów (w czasie snu), zakażenia (miejscowe, bakterie-mia – zakażenie uogólnione), zespół wstrząsu toksycznego oraz trudności w połknięciu, zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej [1]. Z powodu potencjalnych powikłań pacjent z założoną tamponadą wymaga monitorowania: tętna, ciśnienia, saturacji oraz kontroli stanu świadomości. Szczególnej uwagi wymagają dzieci i osoby starsze – zwłaszcza z chorobami

płuc [6]. Ze względu na obecność ciała obcego – tamponu w nosie lub nosogardle – ryzyko powikłania w postaci miejscowego odczynu zapalnego jest bardzo duże i dochodzi do ostrego zapalenia zatok przynosowych, ostrego zapalenia ucha oraz ogólnoustrojowego zakażenia i wstrząsu toksycznego. Zawsze u pacjentów stosuje się osłonę antybiotykową. Ponadto pacjent ma problem z przyjmowaniem posiłków, płynów i trudności w polykaniu. Należy kontrolować gospodarkę wodno-elektrolitową, prowadząc bilans wodny i kontrolując wyniki badań (jonogram, gazometrię, morfologię krwi).

Pacjent hospitalizowany ma ograniczony wysiłek fizyczny. We wszelkich czynnościach samoobsługowych pielęgniarka oferuje swoją pomoc, dbając o spokój, ciszę i samopoczucie cierpiącego pacjenta. Zastosowanie leczenia bólu jest integralną częścią leczenia krwawienia z nosa, jak również choroby będącej przyczyną krwotoków. Do powikłań miejscowych należy zaliczyć uszkodzenie i nekrozę błony śluzowej jamy nosa i nosogardła powodowane jej uciskiem, niedokrwienia, owrzodzenia, blizny i zrosty. Należy zachować ostrożność podczas stosowania (przy zakładaniu tamponad) maści, parafin i innych leków, ponieważ nawet po długim czasie może wystąpić zniekształcenie jamy nosa i gardła, wymagające usunięcia chirurgicznego [7].

Pielęgniarka, w ramach edukacji pacjenta i pełnienia funkcji profilaktycznej, uświadamia choremu, jakie mogą wystąpić czynniki ryzyka i jak na nie wpływają zachowanie, stany i sytuacje zwiększające częstość wystąpienia krwotoku. Czynniki te nie są bezpośrednią przyczyną krwawienia z nosa, lecz zwiększają możliwość jego wystąpienia [11]. Należy wypijać dziennie 8 szklanek wody i dbać o właściwe i ciągłe nawilżanie błon śluzowych przewodów nosowych, używając miejscowo do nawilżenia wazeliny kosmetycznej lub wody morskiej z rozpylaczem, szczególnie w suchym klimacie, po infekcjach górnych dróg oddechowych pozostawiających podrażnienia błon śluzowych. Zimą należy zwiększać wilgotność powietrza, aby zapobiegać jego wysuszeniu centralnym ogrzewaniem, stosując pojemniki z wodą, nawilżacze pokojowe, wilgotne pranie na kaloryferach. U osób leczących się na nadciśnienie tętnicze wskazana jest stała kontrola wartości ciśnienia tętniczego i ścisłe przestrzeganie przyjmowania leków według zlecenia lekarza prowadzącego. Osoby leczące się lekami przeciwnakrzepowymi bezwzględnie muszą kontrolować układ krzepnięcia. Konieczne jest skuteczne leczenie alergologiczne, jeśli reakcje alergiczne dotyczą śluzówki nosa. Należy zachować ostrożność podczas stosowania leków przeciwbólowych i przeziębieniowych. Profilaktyka krwawień z nosa w przypadku dzieci polega na zapobieganiu przeziębieniom, prze-

grzaniom i unikaniu infekcji dróg oddechowych oraz na przestrzeganiu kalendarza szczepień i rutynowych bilansów pediatrycznych [2].

Pacjenci z częstym nieżytem nosa unikają wizyt u laryngologa, lecząc się lekami OTC. Krople do nosa, przewlekłe stosowane, prowadzą do uzależnienia i tzw. polekowego nieżytu nosa. Przynoszą ulgę w przypadku ostrej infekcji. Dopuszczalne jest ich używanie do dwóch, trzech dni. Krople gwałtownie obkurczają naczynia krwionośne w nosie, a ich regularne obkurczanie powoduje osłabienie. Wychodzenie z polekowego nieżytu może trwać wiele tygodni. Kobiety ciężarne, które mają tendencje do nawracających krwawień, powinny stosować w swojej diecie produkty o zwiększonej ilości witaminy C, aby wzmocnić naczynia krwionośne i zmniejszyć ich przepuszczalność. Pacjentów ze skazami krwotocznymi i z teleangiektazją naczyń należy przestrzegać przed urazami błony śluzowej nosa i jamy ustnej. Mają zalecane używanie olejków i roztworów izotonicznych na błony śluzowe nosa lub miękkich tamponów nasączanych roztworem antybiotyku o małym stężeniu [12].

Najważniejsze jest odstępianie od schematu myślenia, jaki utarł się w środowisku medycznym, że „chory z krwawieniem z nosa to pacjent laryngologiczny” lub „to banał, to tylko krwawienie z nosa”. Problem ten to AŻ KRWAWIENIE Z NOSA! Jest to objaw wymagający szerszego spojrzenia, ponieważ od obrazu klinicznego zależne jest postępowanie diagnostyczne i leczenie, co ma wpływ na dalsze życie chorego.

Bibliografia

- [1] Bruzgielewicz A. *Krwawienie z nosa (epistaxis)*. W: Janczewski G. red. *Otorynolaryngologia praktyczna*. T. 1. Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica 2007: 234–239.
- [2] *Krwawienia z nosa u dorosłych i u dzieci* W: Steciwko A. red. *Medycyna rodzinna – co nowego?* T. 1. Wrocław: Cornetis 2010: 293.
- [3] Bull P.D. *Wykłady z otorynolaryngologii*. Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica 1999.
- [4] Aleksandrowicz R., Ciszek B. *Anatomia kliniczna głowy i szyi*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2007.
- [5] Dambro M.R. *5 minut konsultacji klinicznej Griffith*. Wrocław: Urban & Partner 2006.
- [6] Skotnicka B. *Krwawienia z nosa u dzieci*. W: Gryczyńska D. red. *Otorynolaryngologia dziecięca*. Białsko-Biała: α-Medica Press 2007: 252–257.
- [7] Behrbohm H., Kaschke O., Nawka T., Swift A. *Choroby ucha, nosa i gardła z chirurgią głowy i szyi*. Wrocław: Urban & Partner 2011.
- [8] Iwankiewicz S. *Ćwiczenia z otolaryngologii*. Warszawa: PZWL 1991.
- [9] Podlewski J.K., Chwalibogowska-Podlowska A. *Leki współczesnej terapii*. Warszawa: Split Trading 2005.
- [10] Podolak-Dawidziak M. *Niedokrwistości*. W: Szczeklik A. red. *Choroby wewnętrzne*. Kraków: Medycyna Praktyczna 2006: 1441–1443.

[11] Majda A. *Człowiek zagrożony chorobą z uwzględnieniem czynników ryzyka chorób*. W: Ślusarska B., Zarzycka D., Zaharadniczek K. red. *Podstawy pielęgniarstwa*. T. 1. Lublin: Czelej 2004: 661–662.

[12] Podolak-Dawidziak M., Urbaniak-Kujda D., Kapelko-Słowik K. *Naczyniowe skazy krwotoczne*. W: Kulczkowski K., Podolak-Dawidziak M. red. *Hematologia*. Wrocław: Akademia Medyczna 2007: 209.

Adres do korespondencji:

Iwona Kobyłczyk

Oddział Laryngologii w WCM

al. Witosa 26

45-401 Opole

tel.: 77 45 20 681

e-mail: 00iwonka@interia.pl

AURELIA WARZECHA*, DOMINIK KRZYŻANOWSKI**

Zastosowanie plazmaferezy w oddziale intensywnej terapii – zadania pielęgniarki

Wstęp

Od kilkudziesięciu lat w medycynie poszukuje się wciąż nowych a zarazem skutecznych metod umożliwiających terapię niespecyficznych schorzeń. Jedną z takich metod – uważanych za bezpieczną i w miarę dostępną – jest plazmafereza, czyli dializa albuminowa. Zabieg ten obecnie stanowi niezastąpiony element leczenia na oddziałach intensywnej terapii, szczególnie wtedy, gdy zaistnieje zagrożenie życia. Bardzo często szybkie podjęcie decyzji o zastosowaniu tej terapii może uratować życie pacjentowi. Dzięki wykorzystaniu takich nowoczesnych technik można poprawić stan zarówno fizyczny, psychiczny oraz społeczny chorego [1].

Ze względu na możliwość wystąpienia różnych powikłań zalecane jest prowadzenie zabiegu na oddziałach intensywnej terapii. Plazmafereza to zabieg wymagający szczególnego zaangażowania, ogromu specjalistycznej wiedzy i umiejętności, zdolności szybkiego podejmowania decyzji. Konieczny jest ścisły, stały nadzór nad pacjentem, monitorowanie parametrów, częste pobieranie krwi oraz reżim sanitarny. Oddział intensywnej terapii spełnia te warunki, przez co gwarantuje obniżenie liczby niepożądanych objawów ubocznych. Umieszczenie pacjenta na oddziale intensywnej terapii, pod nadzorem wyszkolonego personelu, podnosi poczucie bezpieczeństwa chorego, przyspieszając proces zdrowienia, co stanowi podstawowe zadanie personelu medycznego wobec pacjenta [2].

* Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Wojewódzkiego w Opolu.

** Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu.

Istota plazmaferezy

Plazmafereza (PF); pojęcie to pochodzi od greckiego słowa „plazma” – osocze oraz „afereza” – usuwanie, zatem oznacza terapeutyczną wymianę osocza (TPE – *Therapeutic Plasma Exchange*). Jest to metoda zewnątrzustrojowego oczyszczania krwi, w którym wykorzystuje się technikę usuwania nieprawidłowych składników krwi i osocza, a wraz z nim usuwane są przeciwciała, frakcje dopełniacza, kompleksy immunologiczne, mediatory zapalenia, jak prostaglandyny i cytokiny oraz patologiczne białka. Może być również wykorzystywana do eliminowania z organizmu innych patogenów związanych z białkami osocza, jak krioglobulin, egzotoksyn czy niektórych frakcji lipoprotein. Usunięte składniki zostają zastąpione osoczem świeżo mrożonym lub roztworem albuminy czy soli fizjologicznej lub innych płynów koloidowych, jak HAES 6% oraz 10%, tetraspam oraz płynów elektrolitowych jak PWE czy Ringera [3,4].

Plazmafereza nie jest metodą leczenia nerkozastępczego, gdyż nie usuwa się toksyn mocznicowych i toksyn rozpuszczalnych w wodzie, lecz tak zwane białka chorobotwórcze [4].

Pierwsze wzmianki o plazmaferezie pochodzą z 1902 i 1906 roku i dotyczą zabiegów przeprowadzanych na zwierzętach, zaś pierwszej próby rozdzielenia osocza od części morfotycznych krwi w celu uzyskania surowicy przeciwężcowej dokonał Abel w 1914 roku. Technikę tę wykorzystano w czasie II wojny światowej, uzyskując osocze dla rannych żołnierzy. W końcu lat pięćdziesiątych wypreparowano błony półprzepuszczalne o dużej zdolności filtracyjnej i zastosowano u chorego z zespołem nadlepkości w makroglobulinemii Waldenstroma. Przełomowym momentem było uzyskanie w połowie lat siedemdziesiątych pozytywnych wyników w leczeniu choroby Goodpastura z krążącymi w osoczu przeciwciałami przeciw błonie podstawnej kłębuszków nerkowych. W związku z tym plazmaferezę zaczęto wykorzystywać w leczeniu chorób immunologicznych. Obecnie zabieg ten jest stosowany w leczeniu około 150 chorób [2,5].

Metody wykorzystywane w zabiegu

Lecniczą wymianę osocza można wykonać w sposób ciągły, jednocześnie pobierając, oczyszczając i oddając odfiltrowane osocze, lub w sposób przerywany, gdzie najpierw następuje rozdzielanie części morfotycznych krwi od osocza, następnie oczyszczenie osocza i ponowne przetoczenie do organizmu części morfotycznych z zastosowaniem płynów zastępczych. Aby wykonać zabieg w systemie ciągłym, konieczny jest podwójny dostęp

do naczyń krwionośnych. System ten jest szczególnie przydatny w prowadzeniu chorych z ciężką niedokrwistością oraz małych dzieci z powodu mniejszej ilości krwi będącej w krążeniu pozaustrojowym – ok. 80 ml. Czas wymiany jednej objętości osocza wynosi w systemie ciągłym 1,5 godz., natomiast w systemie przerywanym – 4 godz. Wadą metody przerywanej jest zmniejszenie ilości krwi krążącej w organizmie, co wiąże się z większym ryzykiem wystąpienia powikłań i dyskomfortem pacjenta [3,6].

Istnieje kilka metod wymiany i oczyszczania osocza z czynników szkodliwych:

- metoda sedymentacyjna wykorzystująca siłę grawitacji, pod wpływem której dochodzi do samoistnego opadania elementów morfotycznych krwi i oddzielenie ich od osocza; trwa około 15–30 minut [7];
- metoda wirówkowa z zastosowaniem wirówki Janetzki’ego wytwarzającej siłę odśrodkową w celu odseparowania osocza; wykorzystuje się tu różnicę w ciężarach poszczególnych elementów krwi, umożliwia to usunięcie osocza wraz z białkami [4];
- metoda filtracyjna, zwana separacją przezbłonową, z zastosowaniem filtrów o specyficznej wielkości porów nieprzepuszczających substancji o masie cząsteczkowej powyżej 3 milionów, a przepuszczające kompleksy immunologiczne o masie cząsteczkowej około 1 miliona oraz pomp wymuszających obieg krwi i stabilizatorów ciśnienia i temperatury [4];
- metoda kaskadowa, określana często metodą podwójnej filtracji, wykorzystująca dwuetapowy sposób oczyszczania osocza najpierw z krwinek, następnie ponownego filtrowania i absorpcji szkodliwych czynników chemicznych i immunologicznych przez filtr o mniejszych porach. Osocze jest zwracane choremu bez dodatkowego podawania płynów substytucyjnych. Wadą jest występowanie zaburzeń krzepnięcia z powodu spadku stężenia fibrynogenu oraz możliwość wykrzepiania krwi w filtrze [5,7].

Sposoby określania wymiany osocza

Głównym celem plazmaferezy jest skuteczne usunięcie patogennych autoprzeciwciał zawartych w immunoglobulinach. W czasie pojedynczego zabiegu niemożliwe jest całkowite oczyszczenie osocza, gdyż pojawia się zjawisko recyrkulacji i większość białek jest cały czas wytwarzana przez organizm, dlatego dopiero po kilku zabiegach zauważamy poprawę stanu chorego i obniżenie stężenia chorobotwórczych białek w organizmie. Po zakończeniu serii zabiegów może nastąpić narastanie poziomu białek i nawracanie objawów chorobowych. W celu uniknięcia takiej sytuacji podaje się leki immunosupresyjne. Dla każdego schorzenia ilość

wymienionego osocza i liczba zalecanych zabiegów jest inna. Zazwyczaj jest ich kilka lub kilkanaście w różnych odstępach czasu. Terapię plazmaferezą zaleca się wykonywać w odstępach 24 godz., gdyż umożliwia to powrót limfy do przestrzeni wewnątrznaczyniowych. Przeważnie robi się 4–5 zabiegów co drugi dzień, co zmniejsza stężenie szkodliwych czynników o ok. 90%. W specyficznych schorzeniach zabiegi TPE muszą być wykonywane przewlekłe [4,8].

Objętość osocza, jaką należy wymienić, trzeba określić przed rozpoczęciem zabiegu. W tym celu ustalamy objętość osocza u danego pacjenta, uwzględniając wzrost, masę oraz hematokryt. Wprowadzono kilka wzorów umożliwiających obliczenie objętości osocza u danego pacjenta.

Głównie używa się wzoru Kaplana:

objętość osocza = (0,065 × masa ciała w kg) × (1 - wartość hematokrytu).

Zatem przyjmuje się średnią wartość 35 ml/kg masy ciała dla pacjentów z prawidłowym hematokrytem oraz 40 ml/kg masy ciała z hematokrytem o zaniżonych wartościach. Przyjmując tę zasadę u chorego o wadze 70 kg i hematokrytem 45%, objętość osocza wynosi 2800 ml.

Wymiana osocza w granicach 2500–3500 ml pozwala na usunięcie jednorazowo około 75% szkodliwych substancji. Nie powinno się wymieniać mniejszej ilości osocza niż całkowita objętość krążącego osocza [3,7,9].

Jednak określając całkowitą ilość osocza, jaką należy wymienić, trzeba brać pod uwagę zalecenia dotyczące danej jednostki chorobowej oraz możliwości tolerancyjne pacjenta. Im większa ilość osocza jest wymieniona w trakcie pojedynczego zabiegu, tym jest on bardziej skuteczny, ale zarazem bardziej niebezpieczny dla chorego, gdyż wzrasta ryzyko wystąpienia powikłań. Usunięte osocze należy uzupełnić płynem substytucyjnym w równej ilości. Takim płynem jest 5-procentowy roztwór albuminy ludzkiej lub osocze świeżo mrożone FFP. Jeśli nie ma niedoborów białkowych jako płynu substytucyjnego, można użyć HAES, tetraspam lub płyn Ringera. Świeże osocze należy głównie podawać w ostatniej fazie zabiegu, aby uniknąć ponownego filtrowania podanych białek oraz czynników krzepnięcia, hormonów i ciał odpornościowych, przy czym należy pamiętać o konieczności zachowania homeostazy wewnątrz organizmu. Przykładowo, gdy chcemy wymienić 2800 ml, możemy podać 600 ml FFP, 300 ml 20-procentowej albuminy i 1000 ml płynu koloidowego lub elektrolitowego [3,5].

Wskazania i przeciwwskazania do zabiegu plazmaferezy

Wskazania do tego rodzaju zabiegu są cały czas przedmiotem badań, wciąż pojawiają się nowe wytyczne. Zajmują się tym przede wszystkim

dwa towarzystwa – American Association of Blood Banks (AABB) oraz American Society of Apheresis (ASA), które na podstawie badań nad skutecznością tej terapii określiły grupy schorzeń poddających się w różnym stopniu leczeniu tą metodą. Wyróżniono cztery kategorie wskazań do zabiegu:

- Kategoria pierwsza – jest to lista schorzeń, gdzie TPE uznana jest za terapię standardową jako metoda leczenia pierwszego wyboru.
- Kategoria druga – TPE jest akceptowana jako metoda leczenia, ale pełni rolę uzupełniającą, a nie pierwszoplanową.
- Kategoria trzecia – nie mamy konkretnych dowodów na skuteczność tej metody, TPE uznawana jest jako ostatnia szansa, gdy leczenie standardowe nie jest skuteczne.
- Kategoria czwarta – TPE jest zupełnie nieskuteczna i jest wiele przeciwwskazań użycia tej metody leczenia, dlatego należy starannie rozważyć jej zastosowanie [4,6].

Wskazania do zabiegu plazmaferezy

Po wielu latach doświadczeń w ponad 150 schorzeniach próbuje się udowodnić większą lub mniejszą skuteczność tej metody. Obecnie rutynowo stosuje się ją w wybranych schorzeniach neurologicznych, takich jak:

- ostra zapalna poliradikuloneuropatia demielinizacyjna – zespół Guillaina-Barrégo, nużliwość mięśni (miastenia), zespół miasteniczny Lamberta i Eatona, stwardnienie rozsiane i choroba Devica [10-11];
- schorzenia hematologiczne – zakrzepowa plamica małopłytkowa – zespół Moschcowitza, makroglobulinemia Waldenstroma, szpiczak mnogiej, paraproteinemia oraz krioglobulinemia; schorzenia nefrologiczne, jak choroba Goodpastuera – ostre kłębuszkowe zapalenie nerek, zapalenie nerek w przebiegu ziarniniaka Wegenera [9];
- schorzenia autoimmunologiczne – takich jak toczeń trzewny, pęcherzyca, reumatoidalne zapalenie stawów czy zapalenie skórno-mięśniowe [4,6].

Bezwzględnym wskazaniem do leczenia plazmaferezą są zatrucia mucho morem sromotnikowym. TPE stosuje się również w chorobach wątroby przebiegających z hiperbilirubinemią, w ostrej niewydolności wątroby oraz śpiączce wątrobowej. Podjęto również próby leczenia nadczynności tarczycy z przełomem tarczycowym, gdy nie obserwuje się poprawy po leczeniu tradycyjnym. Plazmaferezę stosuje się też jako przygotowanie do przeszczepu nerek, a także do zahamowania procesu odrzucenia przeszczepionej nerki. Dobre efekty uzyskuje się jako leczenie uzupełniające

po przeszczepie szpiku kostnego. Wymianę osocza stosuje się w chorobie hemolitycznej na tle konfliktu serologicznego Rh. Wymierne efekty plazmafereza przynosi w hipercholesterolemii oraz chorobie wieńcowej, może również uratować życie w zatruciu digoksyną. Dzięki ciągłemu rozwojowi technik medycznych i większej dostępności do aparatury zakres wskazań do TPE ulega ciągłej modyfikacji i rozszerzeniu. Lista chorób, w których wymiana osocza przyniesie dobre efekty, będzie w przyszłości ulegać wydłużeniu.

Przeciwwskazania do zabiegu plazmaferezy

Do dzisiaj nie zostały określone bezwzględne przeciwwskazania do prowadzenia plazmaferezy wykonywanej w trybie nagłym ratującym życie. Istnieje jednak kilka sytuacji, kiedy wykonanie plazmaferezy może być bardzo niebezpieczne. Należą do nich: zespół wykrzepiania wewnątrz-naczyniowego (DIC), sepsa, nagłe i trudne do opanowania krwawienia zewnętrzne i wewnętrzne, niestabilność hemodynamiczna organizmu oraz niska liczba płytek w organizmie, poniżej 35 tys. Zaleca się wtedy wyrównanie stanu chorego i dopiero później wdrożenie procedury TPE. Ostateczna decyzja należy zawsze do specjalisty po dokładnym rozważeniu wszystkich za i przeciw, przeanalizowaniu wyników i stanu pacjenta, aby zapewnić choremu maksimum bezpieczeństwa [2–3].

Przebieg zabiegu

Do przeprowadzenia zabiegu konieczny jest dobry dostęp naczyniowy, umożliwiający jednoczesne pobieranie i oddawanie krwi oraz płynów do układu żylnego pacjenta. Wskazane jest założenie cewnika do dużego naczynia krwionośnego, takiego jak żyła podobojczykowa, żyła szyjna wewnętrzna czy żyła główna dolna przez żyłę udową. W ten sposób zapewniona jest prawidłowa filtracja i odpowiedni przepływ krwi w granicach 100–150 ml/min. Najczęściej używa się w tym celu cewników dwukanałowych w kształcie litery Y, takich jak do typowej hemodializy. U chorych dializowanych wykorzystuje się przetokę tętniczo-żylną. Aby zapobiec wykrzepianiu w plazmafiltrze, należy stosować leczenia przeciwzakrzepowe, najczęściej podaje się heparynę niefrakcjonowaną w dawce początkowej 5000 j., a następnie 1000 j./godz. Można też stosować metodę cytrynianową z użyciem ACD. Stosowanie cytrynianów wiąże się z większym ryzykiem hipokalcemii, dlatego konieczna jest częsta kontrola poziomu wapnia zjonizowanego w organizmie [12].

Zabieg plazmaferezy wykonują pielęgniarki według protokołu zleconego przez lekarza, który ustala objętość wymiany, rodzaj płynów zastępczych oraz dawkę heparyny.

Przed przystąpieniem do zabiegu plazmaferezy pielęgniarka przygotowuje specjalny zestaw zawierający plazmafiltr oraz dreny, następnie umieszcza w aparacie i przepłukuje roztworem soli fizjologicznej z dodatkiem heparyny, zgodnie z zaleceniem producenta, oraz ustawia parametry zabiegu na maszynie. Sprawdza również czy dostęp naczyniowy jest czynny oraz pomaga pacjentowi przyjąć w miarę wygodną pozycję w łóżku, w której musi on pozostać przez cały czas trwania zabiegu. Następnie, zachowując wszystkie zasady aseptyki, łączy linie krwi z dostępem naczyniowym pacjenta. W czasie zabiegu dokładnie obserwuje szczelność i drożność układu krążenia pozaustrojowego, różnicę ciśnienia przezłonowego, dokonuje pomiaru CTK, prowadzi bilans podanych płynów i usuniętego osocza co 15 min. Szczególną uwagę należy zwrócić na parametry życiowe pacjenta i jego samopoczucie tuż po rozpoczęciu zabiegu. Może wtedy dojść do obniżenia ciśnienia i zmniejszenia wysycenia krwi tlenem. Konieczna jest znajomość ostrych objawów powikłań plazmaferezy oraz zasad postępowania w takich przypadkach. Zbyt szybkie usuwanie osocza może doprowadzić do destabilizacji krążenia oraz do nadmiernego zagęszczania krwi w drenach i wykrzepiania plazmafiltru. Przyjmuje się, że w trakcie zabiegu należy wymienić 35–50 ml osocza/kg m. c., czyli średnio 2800–3500 ml. Usuwanie osocza wymaga uzupełnienia łożyska poprzez podawanie roztworów elektrolitowych i onkologicznie czynnych. Najczęściej podaje się 500–600 ml świeżo mrożonego osocza, 200–300 ml 20% albuminy oraz płyny koloidowe jak HEAS 6% lub 10% i PWE, roztwór Ringera lub 0,9% NaCl. Osocze zaleca się podawać w ostatniej fazie zabiegu, aby uniknąć ponownego filtrowania przetoczonych już białek, a także w celu uzupełnienia usuniętych w trakcie zabiegu czynników krzepnięcia, hormonów, ciał odpornościowych, aby zachować homeostazę środowiska wewnętrznego. Podczas zabiegu plazmaferezy pielęgniarka cały czas kontroluje ciśnienie tętnicze, temperaturę ciała i ogólne samopoczucie chorego, wszystkie obserwacje i interwencje notuje w protokole zabiegu. Po zakończonym zabiegu wypełnia kanały cewnika centralnego czystą heparyną i zakłada jałowy opatrunek. Informuje również pacjenta o zachowaniu ostrożności podczas ruchów, aby nie uszkodzić dostępu naczyniowego, oraz o możliwości pojawienia się zasinień i krwaków przy ucisku z powodu zastosowanej heparynizacji. Po upewnieniu się, że pacjent czuje się dobrze, przystępuje do demontażu aparatury i przygotowania do następnego zabiegu [12].

Rola pielęgniarki w zapobieganiu powikłaniom plazmaferezy

Pomimo uznawania plazmaferezy za bezpieczny zabieg może dojść do wystąpienia powikłań. Przeciętnie określa się, że u 1/5 leczonych pacjentów mamy do czynienia z objawami ubocznymi. Niewielkie reakcje pojawiają się podczas około 5% zabiegów i zaliczamy do nich: pokrzywkę, nudności, wymioty, bóle i zawroty głowy, parestezje oraz skurcze nóg. Znacznie częściej pojawiają się spadki ciśnienia, bóle w klatce piersiowej, zaburzenia rytmu serca. Spowodowane jest to zbyt małą ilością krążących płynów i występują tylko czasowo, nie zostawiając stałych następstw. Kolejne powikłania, które mogą wystąpić, to skaza krwotoczna lub stany nadkrzepliwości związane z zaburzeniami w układzie krzepnięcia. Objawy skazy krwotocznej są wynikiem ubytku w czasie plazmaferezy czynników krzepnięcia: V, VII, IX, X, fibrynogenu i płytek krwi. Z tego też powodu nie należy przeprowadzać operacji do 48 godz. od zakończenia zabiegu. Ciężkie powikłania występują dosyć rzadko (ok. 3%) i najczęściej są związane z odczynami anafilaktycznymi podczas transfuzji osocza od różnych dawców; może też dojść do zatorowości płucnej oraz uszkodzenia naczyń tętniczych bądź żylnych w trakcie zakładania wkłucia centralnego. Czasami może dojść do zagrożenia życia z powodu: dużego obciążenia układu krążenia, spadku ciśnienia krwi, upośledzenia przepływu krwi przez naczynia obwodowe, spadku ukrwienia i odżywienia tkanek i narządów. Z taką sytuacją spotykamy się zazwyczaj na początku zabiegu oraz w jego fazie końcowej przy oddawaniu krwi pacjentowi – dochodzi wtedy do zaburzeń procesów hemodynamicznych, a w końcowej fazie do: niewydolności oddechowej, niedokrwienia mięśnia sercowego, migotania komór i zatrzymania krążenia. Często TPE prowadzi do spadku odporności oraz większej podatności organizmu na zakażenia i infekcje (następuje obniżenie poziomu immunoglobuliny i dopełniacza odpowiedzialnych za odporność humoralną), w skrajnych przypadkach może dojść do sepsy – dlatego klinicyści zalecają podawanie immunoglobuliny tuż po zakończeniu zabiegu. Przy stosowaniu cytrynianu jako antykoagulantu dochodzi do obniżenia poziomu wapnia w osoczu, co objawia się jako: zaburzenia przewodnictwa nerwowo-mięśniowego, parestezje, napady drgawek, spadek ciśnienia oraz dodatkowe skurcze komorowe; należy też pamiętać o objawach tężyzki. Dlatego trzeba kontrolować poziom wapnia zjonizowanego i uzupełnić jego braki, podając glukonian wapnia. W trakcie zabiegu może również dojść do wychłodzenia organizmu z powodu znacznej podaży płynu substytucyjnego, dlatego pamiętajmy o dodatkowym

okryciu pacjenta i podgrzaniu płynów, jeśli nie mamy w aparacie grzałki. Wreszcie dializa albuminowa obniża stężenia witamin i leków w organizmie, w związku z czym zaleca się podawanie wszystkich leków dopiero po zakończeniu zabiegu, aby wykluczyć filtrację specyfiku.

Stałe i wnikliwe monitorowanie pacjenta w znacznym stopniu eliminuje możliwość wystąpienia powikłań, a w przypadku ich pojawienia się wymagana jest natychmiastowa reakcja personelu sprawującego opiekę.

Nad wykonaniem procedury terapeutycznej wymiany osocza czuwa pielęgniarka oddziału intensywnej terapii. To ona sprawuje bezpośrednią kontrolę nad prowadzonym zabiegiem, dlatego musi posiadać ogromne doświadczenie zawodowe i być przeszkolona w prowadzeniu takich zabiegów. Ona ponosi pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo pacjenta. Swoją obserwacją musi objąć całokształt problemów, z jakimi boryka się pacjent, szybko wyciągać wnioski i odpowiednio zareagować. Od jej postępowania w dużej mierze zależy powodzenie zabiegu oraz często życie chorego. Opieka, jaką otacza chorego, ma charakter ciągły i obejmuje wszystkie czynności gwarantujące choremu indywidualną opiekę w danej sytuacji i możliwie szybki powrót do zdrowia. Pielęgniarka wykonująca

zabieg plazmaferezy musi być w swoich czynnościach pełną profesjonalistką pracującą według określonych standardów i procedur [12].



Źródło: Zbiory własne autorów.

Fotografia 1. Aparat do plazmaferezy wraz z filtrami

Podsumowanie

Leczenie niektórych jednostek chorobowych nadal nie jest zadowalające. Konieczne jest dalsze poszukiwanie nowych terapii dobieranych do stanu klinicznego chorego. Metodą terapeutyczną stosowaną w wielu jednostkach chorobowych jest plazmafereza. Najczęściej wdrożenie tej metody leczenia ratuje choremu życie. Prawidłowo przeprowadzony zabieg wyprowadza chorego ze stanu zagrożenia życia, poprawia komfort życia zarówno pod względem fizycznym, jak i psychiczny, a nawet społecznym, pozwalając na powrót do zdrowia i pełnienia obowiązków zawodowych i rodzinnych. Ogromne znaczenie ma szybkość włączenia terapii, co nie zawsze jest możliwe z powodu niewielkiej dostępności oraz wysokich kosztów leczenia. Z powodu możliwości pojawienia się groźnych powikłań TPE wykonuje się w oddziałach intensywnej terapii pod nadzorem przeszkolonego zespołu lekarzy, pielęgniarek i rehabilitantów według ściśle określonych standardów. Od fachowości pracującego tam personelu i poczucia odpowiedzialności zależą rezultaty ich pracy. Ważne jest ciągłe doskonalenie technik wymiany osocza, aby uzyskać poprawę jakości i bezpieczeństwa zabiegu, oraz podnoszenie kwalifikacji personelu pielęgniarskiego, który sprawuje kompleksową opiekę nad chorym. Pielęgniarka przeprowadzająca zabieg musi być pełną profesjonalistką, posiadającą empatię w stosunku do chorego, aby zdobyć jego zaufanie i przyspieszyć powrót do zdrowia. Dalszy rozwój techniki pozwoli na rozszerzenie listy schorzeń, w których zastosowanie leczenia plazmaferezą da wymierne efekty. Zwiększenie dostępności zabiegów uratuje niejedno życie ludzkie [2–3].

Bibliografia

- [1] Korzeniowska J. Hemodializa na oddziale intensywnej terapii. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2010, 6: 18–19.
- [2] Magrian G. Plazmafereza – rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem. *Forum Nefrologiczne* 2011, 4 (2): 171–176.
- [3] Ismail N., Neyra R., Hakim R.M. *Plazmafereza*. W: Książek A. red. *Podręcznik dializoterapii*. Lublin: Czelej 2003.
- [4] Wołyniec W., Urbaniak M. *Plazmafereza lecznicza*. W: Rutkowski B. red. *Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarskiej*. Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica 2008.
- [5] Chrzanowski W. *Plazmafereza i jej kliniczne znaczenie*. W: Rutkowski B. red. *Dializoterapia w codziennej praktyce*. Gdańsk: Wydawnictwo MAKmed 1994.
- [6] Szczeklik W. Plazmafereza w oddziale intensywnej terapii. <http://www.resmedica.pl/plazmafereza-w-oddziale-intensywnej-terapii> [19.02.2012].

- [7] Szczeklik W., Mitka I. Plazmafereza w oddziale intensywnej terapii. *Anestezjologia Intensywna Terapia* 2010, 42 (2): 100–106.
- [8] Sułowicz W., Stompór T. *Plazmafereza, LDL – afereza i immunoadsorpcja w chorobach nerek*. W: Książek A., Rutkowski B. red. *Nefrologia*, Lublin: Czelej 2004.
- [9] Niedźwiecka A. Plazmafereza. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2009, 6: 18–19.
- [10] Drac H. Ostra zapalna polineuropatia demielinizacyjna i aksonalna – zespół Guillaina-Barrégo. *Polski Przegląd Neurologiczny* 2009, 5 (2): 61–67.
- [11] Michałowska M. Zespół Guillaina-Barrégo. *Postępy. Nauk Medycznych* 2009, 22 (11): 889–893.
- [12] Wołowicka L., Dyk D. *Anestezjologia i intensywna opieka. Klinika i pielęgniarstwo. Podręcznik dla studiów medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2009.

Adres do korespondencji:
Aurelia Warzecha
OIT Szpitala Wojewódzki
ul. Kośnego 53
45-372 Opole
tel. 77 44 33 315
e-mail: amelia1907@poczta.fm

MAŁGORZATA LOCHMAJER*, IZABELA WRÓBLEWSKA**

Specyfika opieki pielęgniarskiej nad pacjentem onkologicznym poddanym zabiegowi resekcji i rekonstrukcji płatem wolnym w obrębie twarzoczaszki

Dzięki niniejszej pracy można przybliżyć specyfikę zabiegu rekonstrukcyjnego, a przede wszystkim zaznaczyć i podkreślić szczególną rolę pielęgniarki związaną ze świadczeniem opieki nad pacjentem onkologicznym. W Klinice Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej Instytutu Onkologii w Gliwicach spośród wielu stosowanych metod rekonstrukcji powtarzalnym elementem jest mikrozespolenie naczyniowe wolnych przeszczepów odtwarzających różne struktury anatomiczne regionu głowy i szyi. W latach 2002–2011 leczonych operacyjnie tą metodą było 534 pacjentów, nad którymi opiekę sprawowały pielęgniarki.

W Polsce do końca lat dziewięćdziesiątych XX w. techniki rekonstrukcyjne stosowane były sporadycznie, a efekt funkcjonalny i estetyczny zabiegów odtwórczych był najczęściej niezadowolający. Od drugiej połowy lat dziewięćdziesiątych polscy chirurdzy w zaawansowanych rakach w obrębie twarzoczaszki zaczęli coraz śmieiej sięgać po wyrafinowane i złożone techniki chirurgii rekonstrukcyjnej i mikronaczyniowej. Użycie różnych płatów wolnych umożliwiło precyzyjną odbudowę usuniętych struktur, tak aby zapewnić prawidłowe funkcjonowanie pacjenta, tj. żucie, połykanie, oddychanie i artykulację mowy i możliwie optymalny efekt estetyczny. Coraz częściej dotychczasowe leczenie paliatywne zaczęto zastępować radykalnym leczeniem resekcyjnym i ewentualną pooperacyjną radioterapią [1].

* Klinika Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej Instytutu Onkologii w Gliwicach.

** Instytut Pielęgniarstwa Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu.

Techniki odtwórcze w chirurgii nowotworów głowy i szyi ogólnie można podzielić na: nieunaczynione przeszczepy tkankowe, lokalne plastyki płatowe, regionalne płaty uszypułowane oraz płaty mikronaczyniowe. Różnorodność owych technik stwarza możliwość indywidualnego doboru z optymalizacją efektów funkcjonalno-estetycznych. Uniwersalność płatów wolnych, opartych na zespoleniach mikronaczyniowych, polega na możliwości indywidualnego modyfikowania kształtu i objętości, ponadto, będąc przeszczepami autologicznymi, nie wymagają stosowania immunosupresji [2].

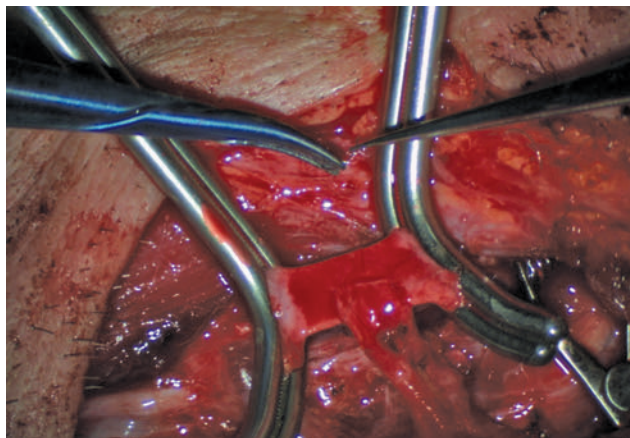
Spośród różnych miejsc ciała ludzkiego wyróżnia się dwa, które są najczęściej wykorzystywane jako dawcze płatów wolnych, tj. płat promieniowy (RFFF) i płat przednioboczny uda (ALTF). Podstawowym elementem obydwu płatów jest szypuła naczyniowa, którą zespala się mikrochirurgicznie z naczyniami miejsca biorczego. Poszczególne płaty wolne, poza składowymi elementami tkankowymi, z reguły różnią się od siebie anatomią szypuły. Różnice te dotyczą ilości elementów tętniczych i żylnych, maksymalnej długości szypuły charakterystycznej dla każdego z płatów oraz średnicy światła naczyń. Płaty wolne mogą mieć typ unaczynienia osiowy lub perforatorowy. Płat RFFF jest płatem o klasycznym unaczynieniu osiowym, opartym na tętnicy promieniowej i żyłach towarzyszących, w którym szypuła naczyń przebiega przez całą jego długość. Płat ALTF jest płatem perforatorowym, zawierającym element skórno-podskórny bądź skórno-podskórno-mięśniowy, zaopatrywanym przez szypułę naczyniową, która jest odgałęzieniem imiennych naczyń określonego regionu anatomicznego. Zaletami tego płata jest względnie stała i przewidywalna lokalizacja naczyń, możliwość pierwotnego zamknięcia miejsca dawczego oraz możliwość pobrania lub zaoszczędzenia tkanek mięśniowych i nerwów [3].

O przeżyciu każdego z płatów i w konsekwencji o powodzeniu rekonstrukcji decyduje perfuzja tętnicza, której towarzyszy właściwy odpływ żylny, niepowodujący biernego przekrwienia płata. W związku z tym niezwykle istotne jest stałe monitorowanie płata w okresie poperacyjnym, ułatwiające wczesne wykrycie ewentualnych zaburzeń, które zbyt późno uchwycone wiążą się z nieodwracalnymi zmianami i mogą prowadzić do utraty płata. Wielu autorów uważa, że całkowita przeżywalność płatów wolnych wynosi 95–97%, a 3–5% całkowitych martwic płatów jest związane z zakrzepicą żylną [4].

Zadaniem prawidłowo wykonanego zespolenia mikronaczyniowego jest zapewnienie napływu krwi tętniczej oraz odpływu krwi żylny z płata, z zachowaniem fizjologicznego ciśnienia krwi i tempa przepływu, tak aby ryzyko zakrzepu w jego okolicy było jak najniższe. Potencjalnymi

ogniskami organizacji zakrzepu są: drobny fragment tkankowy pozostawiony w świetle naczynia, przecięta blaszka miażdżycowa lub uszkodzona zastawka. Ważnym elementem w trakcie wykonywania mikrozespolenia jest różnica w średnicy przekroju wybranych do połączenia naczyń. Istnieje szereg indywidualnych modyfikacji zapewniających bezpieczne zespolenie, jednak różnica w przekroju naczyń stanowi potencjalne zagrożenie powstania przewężenia i w konsekwencji zakrzepu, a następnie martwicy rekonstruowanej struktury anatomicznej [1].

Łącząc tętnice, prawie zawsze wykonuje się zespolenie koniec do końca. Dopuszczalne jest użycie zarówno szwów pojedynczych, jak i ciągłych, ponieważ stopień drożności uzyskanego zespolenia jest porównywalny. Wyjątek stanowi zespawanie małych naczyń o średnicy poniżej 1 mm. W takiej sytuacji użycie szwu ciągłego może w istotny sposób zwęzić zespolenie. W zależności od lokalizacji i średnicy naczyń rozmiar używanych nici chirurgicznych wynosi od 8-0 (0,04 mm) do 11-0 (0,01 mm) [5]. Technika wykonania zespolenia żylnego jest podobna do połączenia naczyń tętniczych, istotna różnica wynika z odmiennej anatomii i morfologii ściany żyły. Zespolenie żyłne można wykonać sposobem koniec do końca lub koniec do boku, używając, podobnie jak w przypadku tętnic, szwów pojedynczych bądź, co zdarza się znacznie częściej, dwóch szwów pociągłych. Z powodu znacznej elastyczności i rozciągliwości ściany żył różnica średnic przekrojów naczyń nie stanowi istotnego problemu technicznego. W mikrozespoleniach żylnych zastosowanie mają pojedyncze lub pociągłe (jeżeli średnica żyły dawczej przekracza 4 mm) szwy monofilamentowe o grubości nici 10,0 [6].



Fotografia 1.
Mikrozespolenie żyłne sposobem koniec do boku z użyciem dwóch szwów półciągłych (zdjęcie wykonane w Centrum Onkologii – Instytucie w Gliwicach w sali operacyjnej podczas zabiegu rekonstrukcyjnego w trakcie wykonywania mikrozespolenia żylnego)

Obecnie dąży się do jak najkrótszego okresu okołoperacyjnego – czyli pobytu pacjenta w szpitalu przed zabiegiem, jak i po nim. Przemawiają za

tym względy zdrowotne (zmniejszenie ryzyka zakażeń szpitalnych i powikłań pooperacyjnych) oraz finansowe; przeciętny czas pobytu pacjenta, u którego wykonano zabieg resekcji i rekonstrukcji w obrębie twarzoczaszki, w omawianym opracowaniu wynosił ok. 2 tygodni. Specyfika okołoperacyjnej opieki pielęgniarstwa polega również na przygotowaniu fizycznym i psychicznym pacjenta do zabiegu operacyjnego. Przygotowanie psychiczne pacjenta do zabiegów rekonstrukcyjnych jest niezwykle istotne ze względu na inwazyjność, długi czas zabiegu i niejednokrotnie zmianę toru oddychania chorego. Zaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa pacjenta przez pielęgniarkę przyczynia się do przezwyciężenia negatywnych emocji związanych z chorobą nowotworową i czekającą pacjenta terapią, zmniejsza poczucie zagrożenia bezcennych wartości, tj. zdrowia i życia, ułatwia zdobywanie umiejętności radzenia sobie w sytuacji stresowej [7].

Pielęgniarka na podstawie obserwacji chorego, przeprowadzonego wywiadu, dokonanych pomiarów i analizy dokumentów formułuje diagnozę pielęgniarstwa i opracowuje plan indywidualnej opieki. Podejmowane działania pielęgniarstwa polegają między innymi na:

- przeprowadzeniu wywiadu i zebraniu informacji o chorobach współistniejących, ich przebiegu i leczeniu, odchyleniach od normy, np.: obecność chorób metabolicznych, występowaniu ogniska zakażenia, uczuleniach itp.;

- przeprowadzeniu pomiarów parametrów życiowych;
- rozpoznaniu ograniczenia sprawności ruchowej, określeniu ręczności pacjenta (pacjent praworęczny będzie miał płat pobierany z ręki lewej).

Przedoperacyjne czynności pielęgniarstwa dotyczące pacjenta poddanego zabiegowi resekcji i rekonstrukcji płatem wolnym w obrębie twarzoczaszki obejmują:

- asystowanie przy zakładaniu żylnego dostępu centralnego pacjentowi na specjalnie do tego celu przygotowanym stanowisku w warunkach jałowych;

- wyjaśnienie zasad żywienia po zabiegu operacyjnym;
- wyjaśnienie toru oddychania;
- zastosowanie profilaktyki antybiotykowej;
- sprawdzenie wyjęcia przez pacjenta protez zębowych, spinek z włosów, usunięcia biżuterii z ciała, lakieru z paznokci;
- kontrolę dokumentacji, badań laboratoryjnych, rezerwacji odpowiedniej ilości jednostek krwi i osocza;
- odpowiednie ułożenie i zabezpieczenie pacjenta na stole operacyjnym.

Z zabiegiem operacyjnym jest związane występowanie ryzyka rozwoju zakażeń. Dlatego wszyscy hospitalizowani pacjenci powinni zostać objęci

działaniami profilaktycznymi, zapobiegającymi kontaminacji i zakażeniu florą szpitalną. U pacjentów chorych onkologicznie istnieje większe ryzyko występowania układowych i uogólnionych zakażeń. Skłonność ta jest spowodowana zaburzeniami swoistych i nieswoistych mechanizmów obronnych występujących w przebiegu choroby nowotworowej oraz w trakcie jej leczenia [8].

Jedną z form obrony przed zakażeniami jest zastosowanie profilaktyki antybiotykowej, która w zabiegu rekonstrukcyjnym polega na podaniu pierwszej dawki antybiotyku na godzinę przed operacją i kontynuowanie jej co 8 godz. dożylnie, przez trzy doby, o ile nie wystąpią żadne powikłania. W opisywanym w opracowaniu ośrodku stosowany jest antybiotyk z grupy penicylin – amoksiklav w dawce 1200 mg, zamiennie, dla pacjentów uczulonych na penicylinę – klindamycyn 600 mg [9].

W dzień zabiegu pacjent na oddziale chirurgicznym dostaje premedykację zleconą przez lekarza anestezjologa, następnie zostaje przewieziony na blok operacyjny i bezpośrednio przekazany pielęgniarce anestezjologicznej, która będzie opiekować się nim podczas zabiegu.

Pielęgniarka podaje zlecony przez lekarza operatora antybiotyk, obserwując pacjenta podczas jego wchłaniania, sprawdza wyniki badań, rezerwację skrzyżowanej dla pacjenta krwi i osocza, następnie przewozi go do sali operacyjnej. Tutaj pielęgniarka anestezjologiczna kontroluje pacjenta poprzez sprawdzenie:

- prawidłowego ułożenia chorego na stole operacyjnym – polega ono na właściwym położeniu i umocowaniu głowy oraz innych części ciała, tak aby nie doszło do żadnych urazów podczas zabiegu operacyjnego, w tym celu zastosowanie mają podpórki, materac i wałek żelowy;
- wentylacji, czyli parametrów oddechowych – pielęgniarka anestezjologiczna zwraca uwagę na ciśnienie w drogach oddechowych, częstości objętości minutowej i pojedynczego oddechu, kapnografii;
- funkcji układu krążenia – polega na obserwacji parametrów życiowych oraz ciśnienia krwi po zmonitorowaniu pacjenta [10].

Do czynności wykonywanych przez pielęgniarkę, po przywiezieniu pacjenta do sali operacyjnej, należy również podłączenie ogrzanych w specjalnej łaźni wodnej płynów infuzyjnych. Ze względu na długość czasu zabiegu (zabiegi tego rodzaju trwają średnio 12 godzin) w ośrodku operacyjnym przyjęty jest standard ogrzewania płynów operacyjnych. Ponadto czynność ta, wraz z ogrzewaniem ciała pacjenta za pomocą materaca grzewczego lub koca wielodostępowego zaopatrywanego w ciepłe powietrze za pomocą dmuchawy typu Warm Touch, Patient Warming System, zapobiega wychłodzeniu, kiedy na sali operacyjnej działa klimatyzacja, a temperatura pomieszczenia wynosi 19°C i mniej. Zadaniem

pielęgniarki w sali operacyjnej, przed przystąpieniem do asystowania w trakcie intubacji chorego, jest:

- pomoc we właściwym ułożeniu głowy pacjenta z uwzględnieniem sugestii chirurga mikronaczyniowego, która polega na ograniczeniu ruchomości głowy, podczas resekcji przeprowadzanej przez zespół chirurgiczny resekcyjny;

- zabezpieczenie oczu i uszu chorego przed przedostaniem się płynów odkażających oraz zaciekiem krwi w czasie operacji. Polega ono na wprowadzeniu do worków spojówkowych maści neomycynowej i obłożeniu powiek wilgotnymi gazikami. Uszy pacjenta zabezpieczona się suchymi wacikami. Gaziki i waciki mocowane są za pomocą chusty chirurgicznej;

- pomoc w mocowaniu ciała do stołu operacyjnego pasami. Miejscem pobrania wolnego płata do przeszczepu jest zazwyczaj kończyna górna, a nierzadko zdarza się, że dolna. Aby nie spowodować uszkodzenia kończyny i jej nadmiernego wyziębienia podczas zabiegu operacyjnego, pielęgniarka anestezjologiczna dba o odpowiednie jej ułożenie, zabezpieczenie pasami oraz o jej ogrzewanie;

- przygotowanie zestawu do założenia zgłębnika do żołądka. Pacjent od pierwszej doby po zabiegu operacyjnym dzięki zgłębnikowi będzie mógł być żywiony specjalnie przygotowaną mieszanką o zwiększonej ilości białka, a krew, która dostała się do żołądka podczas zabiegu, będzie swobodnie mogła się ewakuować [11].

Jak już wspomniano, zabieg rekonstrukcyjny w obrębie twarzoczaszki jest długoczasowy, i z tego względu pielęgniarka nakłada na całą powierzchnię pleców wraz z pośladkami pacjenta grubą warstwę emulsji wodno-oleistej (Menalind Professional zawierającą cynk), która zapobiega odparzeniom. W celu zminimalizowania ryzyka powstania odleżyn pacjenta układa się na żelowym materacu przytwierdzonym do stołu operacyjnego, a pod jego pięty stosuje się żelowe podpórki.

Zabieg operacyjny, analizowany od strony chirurgicznej, rozpoczyna się resekcją zmiany nowotworowej umiejscowionej w obrębie twarzoczaszki. Typ i rozległość resekcji ogniska pierwotnego w połączeniu z wycięciem zmienionych nowotworowo węzłów chłonnych zależy od lokalizacji guza pierwotnego, jego zaawansowania, obecności i rozległości nacieku na struktury sąsiednie, oraz regionalnych węzłów chłonnych. Plan etapu resekcyjnego, jak również następnego etapu, tj. jednoczesowej rekonstrukcji, jest każdorazowo szczegółowo ustalany przed przystąpieniem do zabiegu operacyjnego. Etap resekcyjny obejmuje usunięcie różnych tkanek miękkich (dno jamy ustnej, dziąsło, język, policzki, podniebienie miękkie, część ustną gardła, wargę górną i dolną, zawartość oczodołu, skórę twarzy, np. nosa i głowy, elementów kostnych w przypadku ich naciekania

– zuchwa, szczęka, podniebienie twarde, obramowanie oczodołu, kości czaszki) oraz regionalnych węzłów chłonnych. W każdym przypadku dokonuje się śródoperacyjnej oceny histopatologicznej seryjnych (3–15) marginesów chirurgicznych, a gdy stwierdza się w nich obecność komórek nowotworowych, następuje poszerzenie marginesów o ok. 5 mm, aż do uzyskania śródoperacyjnej mikroskopowej radykalności [3]. U wszystkich pacjentów przeprowadza się jednoczasową, blokową limfadanektomię szyi po stronie guza pierwotnego. Jej typ i rozległość zależą od lokalizacji ogniska pierwotnego oraz od oceny tej okolicy w badaniach obrazowych TK i USG. W przypadku wykonywania limfadanektomii nadgnykowej rozszerzonej każdorazowo wykonuje się śródoperacyjne badanie węzłów chłonnych piętra IV i przy potwierdzeniu obecności przerzutów poszerza się zakres zabiegu o piętro V [1].



Fotografia 2. Zmiana nowotworowa obejmująca część nosa (zdjęcie własne wykonane w Centrum Onkologii – Instytucie w Gliwicach przed przystąpieniem do pierwszego etapu zabiegu operacyjnego)

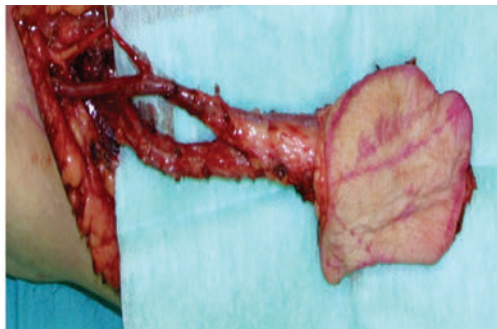


Fotografia 3. Wykonana resekcja zmiany nowotworowej części nosa (zdjęcie własne wykonane w Centrum Onkologii – Instytucie w Gliwicach po zakończeniu pierwszego etapu operacji)

Podczas części rekonstrukcyjnej chirurg uzupełnia ubytek masy tkankowej wcześniej pobranym i zahartowanym płatem mięśniowo-naczyniowym. Wybór miejsca pobrania, tzn. wolnego płata mięśniowego, jest poddyktowany wcześniejszym badaniem i oceną stanu naczyń (perforatorów). Najczęściej stosowanym płatem jest płat promieniowy (RFFF). O wyborze techniki mikrozespolenia naczyniowego decyduje charakterystyka ubytku, odległość między ubytkiem a naczyniami biorczymi, długość szypuły oraz średnica i jakość naczyń.



Fotografia 4. Wybór miejsca dawczego płata promieniowego RFFF (zdjęcie własne wykonane w Centrum Onkologii - Instytucie w Gliwicach podczas zabiegu rekonstrukcyjnego)



Fotografia 5. Wypreparowany płat promieniowy (zdjęcie własne wykonane w Centrum Onkologii - Instytucie w Gliwicach podczas zabiegu rekonstrukcyjnego)



Fotografia 6. Zrekonstruowany ubytek części nosa (zdjęcie własne wykonane w Centrum Onkologii - Instytucie w Gliwicach podczas końcowego etapu zabiegu rekonstrukcyjnego płatem wolnym)



Fotografia 7. Zrekonstruowany ubytek języka (zdjęcie własne wykonane w Centrum Onkologii - Instytucie w Gliwicach)

Procedura mikrozespolecia naczyniowego składa się z czterech etapów:

- 1) wybór naczyń;
- 2) przygotowanie ściany i przekroju naczyń;
- 3) wykonanie mikrozespolecia;
- 4) kontroli napływu i odpływu krwi z płata.

Wybrane naczynia są odpowiednio przygotowywane, tzn. wypreparowywane każde z osobna na odpowiednią długość. W kolejnym etapie okolica biorcza jest tak przygotowywana, aby zespolenie odbywało się w szerokim płaszczyznowym polu. W każdym przypadku przygotowuje się naczynia tętnicze i żyłne szyi po stronie ubytku poresekcyjnego, natomiast w sytuacji pośrodkowej lokalizacji ubytku wybiera się naczynia o korzystnej morfologii i anatomii. Wykonanie zespolenia kolejności połączenia tętniczego i żylnego zależy od lokalizacji naczyń. Zazwyczaj wykonuje się zespolenie koniec do końca lub koniec do boku. Po zakończeniu części rekonstrukcyjnej chirurg ocenia drożność zespolenia naczyń metodą Dopplera. Jeżeli etap rekonstrukcji jest zakończony, zespół chirurgów opracowuje okolice pobrania płata wolnego, stosując opatrunek typu VAC, czyli system, który wykazuje: znamieny wpływ na proces gojenia ran poprzez zwiększenie przepływu krwi w obrębie rany, przyspieszenie procesu ziarninowania, odprowadzanie nadmiaru wycieku z rany oraz zmniejszenie flory bakteryjnej; a także opatrunek uciskowy [12].

Następnie operator rekonstrukcyjny udziela wskazówek dotyczących monitorowania żywotności wszczepionego płata w okresie pooperacyjnym, co polega na ocenie barwy, napięcia, gry naczyniowej i ciepłoty płata, oraz analizie tętna skórnych perforatorów. Istotną informacją jest również sposób, w jaki ma być ułożona głowa pacjenta w czasie pobytu na oddziale intensywnej terapii. Wszystkie te informacje pielęgniarka anestezjologiczna zapamiętuje, również miejsce przebiegu perforatora naczyniowego, w celu przekazania ich pielęgniarce, która będzie sprawować dalszą opiekę nad pacjentem po zabiegu operacyjnym.

Ostatnim etapem zabiegu operacyjnego jest założenie rurki tracheotomijnej przez operatora rekonstrukcyjnego z równoczesną ekstubacją pacjenta. Jej założenie uzależnione jest od warunków klinicznych oraz rozległości zabiegu w jamie ustnej; jest to procedura zabezpieczająca drożność dróg oddechowych pacjenta. Po założeniu rurki tracheotomijnej następuje powolne wybudzanie pacjenta, które jest związane z minimalizacją niedogodności, a nawet lekkiego szoku ze strony pacjenta oraz zmianą toru oddychania. Pacjenci pomimo informacji o konieczności założenia rurki tracheotomijnej często w momencie wybudzania nie pamiętają o tak istotnej dla nich zmianie, reagują pobudzeniem fizycznym, co wpływa niekorzystnie na proces komunikacji niezbędny na tym etapie zabiegu operacyjnego. W związku z tym niezwykle istotna jest stała obecność pielęgniarki, z którą pacjent nawiązał kontakt przed zabiegiem operacyjnym. Jej opatrowany, znajomy pacjentowi głos często uspokaja i pozwala na współpracę pacjenta, naukę nowego sposobu oddychania, co w konsekwencji prowadzi do wykonywania poleceń lekarza anestezjologa tak niezbęd-

nych dla przeprowadzenia prawidłowego i niepowikłanego przebiegu ostatniego etapu zabiegu rekonstrukcyjnego płatem wolnym zespolonym mikronaczyniowo.

Po zabiegu operacyjnym pacjent wymaga bacznej obserwacji ze strony personelu medycznego, monitorowania i przebywania w warunkach stwarzających potencjalne możliwości prowadzenia intensywnego leczenia oraz podjęcia szybkiego postępowania ratowniczego, gdy pojawią się problemy związane z zastosowaniem podczas operacji anestezji. W okresie tym występują:

- wzmożony katabolizm pooperacyjny;
- resztkowe działanie leków (i ich metabolitów) podanych w czasie znieczulenia;
- stopniowy powrót fizjologiczny odruchów obronnych;
- uboczne efekty samego zabiegu (krwawienie, nieszczelność zespo-
leń, martwica płata).

Wkrótce po zakończeniu zabiegu operacyjnego najbardziej problematyczny staje się transport pacjenta z bloku operacyjnego na oddział docelowy. Wykonuje go pielęgniarka anestezjologiczna wraz z towarzyszącym jej lekarzem i instrumentariuszką asystującą w trakcie zabiegu operacyjnego. W czasie transportu obowiązuje stała obserwacja pacjenta pod kątem niedrożności oddechowej (zbierająca się wydzielina w drogach oddechowych, krew, wymioty) [13].

Opieka pooperacyjna kontynuowana w sposób ciągły od momentu przejścia pacjenta z sali operacyjnej powinna zapewnić choremu całkowite bezpieczeństwo. Dobra współpraca i komunikacja z zespołem operacyjnym (informacje o przebiegu operacji, rodzaju znieczulenia, ilości założonych sączków w ranie pooperacyjnej i pozostałych istotnych elementach mających wpływ na dalszą pielęgnację) sprzyja podejmowaniu właściwych zabiegów pielęgniarstwa [14]. Opieka pooperacyjna jest grupą czynności wykonywanych przez pielęgniarkę w ramach opieki okołoperacyjnej nad pacjentem poddanym zabiegowi rekonstrukcyjnemu w obrębie twarzoczaszki. W skład tych czynności wchodzi między innymi przekazanie chorego do Zakładu Anestezjologii i Intensywnej Terapii omawianego ośrodka. Na czynności te składa się przekazanie dokumentacji oraz przekazanie informacji dotyczących: okresu znieczulenia, zastosowanej płynoterapii, ilości utraconej krwi, przebiegu szypuły naczyniowej w celu dokładnego jej osłuchiwania metodą Dopplera oraz ilości wydalonego moczu.

Do zadań pielęgniarki w opiece pooperacyjnej należą:

- monitorowanie parametrów życiowych, zapisywanie ich w dokumentacji oraz interpretacja odchyleń od normy;

- tlenoterapia;
- osłuchiwanie, oglądanie i ocena obrzęku wszczepionego płata;
- ocena dolegliwości bólowych i ich niwelowanie;
- obserwacja ran pooperacyjnych (twarz, ręka, noga i opatrunek typu VAC), w tym zmiana opatrunków w zależności od potrzeb (intensywności krwawienia i sączenia rany, zanieczyszczenia lub zamoczenia opatrunku);
 - ocena funkcji drenów, sączków, sondy, cewników, utrzymanie drożności drenów oraz monitorowanie wydzieliny. Dren, cewnik, powinien być dobrze umocowany, aby się nie przesunął i nie podrażniał dodatkowo skóry lub błony śluzowej;
 - ocena stanu ran i obserwacja objawów sugerujących miejscowe zakażenie;
 - zapewnienie właściwej dezynfekcji i sterylizacji sprzętu medycznego, materiałów i bielizny używanych w opiece nad pacjentem;
 - udział w leczeniu farmakologicznym;
 - prowadzenie bilansu przyjętych płynów i strat;
 - odżywianie drogą pozajelitową, dojelitową i doustną, kontrola położenia zgłębnika dojelitowego;
 - systematyczna pielęgnacja wkluc dożylnych, dotętniczego i wklucia centralnego, codzienna wymiana kompletu aparatów, koreczków, trójników do przetaczania z zachowaniem niezbędnej jałowości;
 - pomoc w toalecie i zabiegach higienicznych;
 - ocena ryzyka wystąpienia powikłań pooperacyjnych i zapobieganie zaburzeniom ruchomości stawów, ubytkowi masy mięśniowej;
 - ocena ryzyka rozwoju odleżyn lub ograniczenie liczby, rozległości i powikłania odleżyn;
 - prowadzenie gimnastyki oddechowej, oklepywanie klatki piersiowej, pomoc przy zmianie pozycji i uruchamianiu;
 - wspieranie, udzielanie informacji, rozmowa z pacjentem i jego rodziną w celu przełamania barier lęku i niepokoju [15–17].

Podstawową obawą u większości pacjentów jest ból pooperacyjny. Do uzyskania komfortowej sytuacji po zabiegu operacyjnym w tym zakresie prowadzi skuteczne jego uśmierzanie. Na poprawę postępowania przeciwbólowego wpływa przedoperacyjna edukacja pacjenta co do zakresu zabiegu operacyjnego, czasu jego trwania i sposobów leczenia bólu. W opinii wielu autorów powinno się również przywiązywać wagę do zapewnienia pacjentowi komfortu snu i wypoczynku, a wskazaniem dla personelu medycznego jest stałe doskonalenie wiedzy dotyczącej bólu oraz jego leczenia [18–19].

W omawianej w opracowaniu placówce są realizowane założenia programu „Szpital bez bólu”, która posiada stosowny certyfikat. Do realizacji założeń należy:

- prowadzenie monitoringu natężenia bólu u wszystkich operowanych pacjentów;
- informowanie pacjentów o możliwościach i metodach uśmierzenia bólu pooperacyjnego już przed zabiegiem;
- prowadzenie dokumentacji dotyczącej pomiarów bólu i zastosowanego postępowania, zgodnie z rekomendacjami uśmierzenia bólu;
- monitorowanie ewentualnych działań niepożądanych zastosowanego leczenia na formularzu działań niepożądanych.

Monitorowanie żywności przeszczepu mikronaczyniowego polega przede wszystkim na obserwacji jego ukrwienia. Prawidłowe ukrwienie, czyli wystarczająca dla potrzeb metabolicznych perfuzja tętnicza wraz z właściwym odpływem żylnym, eliminującym bierne przekrwienie płata, decyduje o przeżyciu płata wolnego i w konsekwencji o powodzeniu zabiegu rekonstrukcyjnego. W przypadku wystąpienia jakichkolwiek zaburzeń unaczynienia istotny jest czas ich rozpoznania. Jeżeli nie jest ono rozpoznane odpowiednio wcześnie, to zmiany niedokrwienne stają się nieodwracalne i w efekcie dochodzi do martwicy płata i jego utraty. Dlatego tak ważna jest rola pielęgniarki, która regularnie i często monitoruje płat w okresie pooperacyjnym za pomocą Dopplera, ocenia również jego kolor i temperaturę, notując zaobserwowane spostrzeżenia w karcie kontroli żywności płata, zgodnie z procedurą, jaka obowiązuje w omawianym w opracowaniu ośrodku [1].

F-205-008-007, edycja 1

KONTROLA ŻYWOTNOŚCI PŁATA

KLINIKA CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ I
REKONSTRUKCYJNEJ

Nazwisko i imię				nr sali			
Data	Godzina kontroli	ocena żywności płata	podpis pielęgniarstwa	Data	Godzina kontroli	ocena żywności płata	podpis pielęgniarstwa

Fotografia 8. Karta kontroli żywności płata wolnego (zdjęcie własne wykonane w Centrum Onkologii –Instytucie w Gliwicach)



Fotografia 9. Zestaw do monitorowania żywności płąta, w części centralnej przenośny ultrasonograf - Doppler (zdjęcie własne wykonane w Centrum Onkologii - Instytucie w Gliwicach)

Przez pierwsze dwie doby, kiedy ryzyko wystąpienia powikłań naczyniowych jest największe, pooperacyjne monitorowanie płąta odbywa się co godzinę. W uzasadnionych przypadkach częstotliwość monitorowania zwiększa się we wczesnym okresie pooperacyjnym co 30 min. W późniejszym okresie częstotliwość monitorowania jest stopniowo zmniejszana, aż do zupełnego jego zaprzestania po upływie siedmiu dni. Polega ono na klinicznej ocenie płąta, gry naczyniowej, wystąpieniu krwawienia po płytkim nacięciu warstwy skórnej. U każdego pacjenta stosowana jest profilaktyka przeciwzakrzepowa, od operacji do dnia wypisu, polegająca na podawaniu heparyny drobnocząsteczkowej w ilości 40 mg na dobę oraz polfiliny w ilości 300 mg na dobę. W przypadkach ograniczonych zaburzeń odpływu żylnego dawkowanie heparyny zwiększa się do 120 mg na dobę w dawkach podzielonych [3].

Niedostateczna precyzja może doprowadzić do poważnego powikłania, jakim jest martwica płąta spowodowana najczęściej zakrzepicą w obrębie zespolenia. Silnym czynnikiem zakrzepogennym jest moment nakłuwania ściany naczynia podczas zszywania [20].



Fotografia 10. Martwica płata wolnego (zdjęcie własne wykonane na terenie ogrodu Centrum Onkologii – Instytutu w Gliwicach)

Pielęgniarstwo onkologiczne jest intensywnie rozwijającą się w świecie dziedziną wiedzy i w swojej nowoczesnej formie posługuje się systemem działań zorganizowanych. Pielęgniarka przed przystąpieniem do pracy zbiera i gromadzi dane pozwalające na ustalenie rozpoznania pielęgniarstwa, co pozwala na dopasowanie metod opiekuńczo-leczniczych do indywidualnej sytuacji człowieka chorego. Podczas tak rozległego zabiegu, jakim jest rekonstrukcja, na każdym jego etapie liczy się właściwa interpretacja faktów w odniesieniu do posiadanej wiedzy klinicznej [21].

Mamy nadzieję, że niniejsze opracowanie przybliży specyfikę wielozadaniowej opieki pielęgniarstwa nad pacjentem z chorobą nowotworową, gdyż warto podnosić rangę i ukazywać jakość jej pracy, co w wymiarze praktycznym może pomóc pacjentowi w uporaniu się z wieloma problemami natury somatycznej i psychologicznej. Wpływ specyficznej opieki pielęgniarstwa na pacjenta poddanego zabiegowi rekonstrukcji w obrębie twarzoczaszki może istotnie przyczynić się do przebiegu jego leczenia oraz umacniać w nim mechanizmy skutecznego radzenia sobie z chorobą onkologiczną.

Na przedstawienie materiałów i zdjęć wykorzystanych do pracy autorki uzyskały zgodę ośrodka, w którym pracują, oraz pacjentów.

Bibliografia:

[1] Grajek M. Ocena skuteczności i ryzyka niepowodzeń mikrozespoła naczyń w chirurgii rekonstrukcyjnej u chorych na miejscowo zaawansowanego raka regionu głowy i szyi. Praca doktorska, Gliwice: Klinika Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie 2010: 10–12, 16–18.

[2] Urken M.L., Weinberg H., Vickery C. The neurofasciocutaneous radial forearm flap in head and neck reconstruction: A preliminary report. *Laryngoscope* 1990: 100–161.

[3] Szumniak R. Ocena porównawcza zastosowania mikronaczyniowych płatów wolnych promieniowego i przednioobocznego uda u chorych na zaawansowanego raka regionu głowy i szyi. Praca doktorska, Gliwice: Klinika Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie 2011: 17–20.

[4] Kroll S.S., Schusterman M.A., Reece G.P., Miller M.J., Evans G.R., Robb G.L., Baldwin B.J. Choice of flap and incidence of free flap success. *Plastic and Reconstructive Surgery* 1996, 98 (7): 1230–1233.

[5] Samaha F.J., Oliva A., Buncke G.M., Siko P.P. A clinical study of end-to-end versus end-to-side techniques for microvascular anastomosis. *Plastic and Reconstructive Surgery* 1997, 99 (4): 1109–1111.

[6] Blackwell K.E. Unsurpassed reliability of free flaps for head and Neck reconstruction. *Archives Otolaryngology Head and Neck Surgery* 1999, 125 (3): 295–299.

[7] Dolińska-Zygmunt D. *Podstawy psychologii zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego 2001.

[8] Gilcreast D.M., Warren J.B., Yoder L.H., Clark J.J., Wilson J.A., Mays M.Z. Research Comparing Three Heel Ulcer-prevention Devices. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* 2005, 32, March/April: 112–120.

[9] Klastersky J. Empirical therapy for bacterial infections in neutropenic patients. *Support Care Cancer* 1994, 2 (6): 347–354.

[10] Jurczyk W., Szulc R. *Postępowanie okołoperacyjne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2002.

[11] Pertkiewicz M. *Standardy żywienia pozajelitowego i żywienia dojelitowego*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2005.

[12] Spychała A., Murawa D., Nowaczyk P., Połom K. Zastosowanie systemu VAC (vacuum-assisted closure) w leczeniu przetoki jelitowej – opis przypadku. *Współczesna Onkologia* 2008, 12 (10): 461–464.

[13] Marshall B.E., Wyche M.Q. Hypoxemia during and after anesthesia. *Anesthesiology* 1972, 37: 178–209.

[14] Szewczyk M.T., Cierzniańska K. *Postępowanie pielęgniarskie wobec chorego w okresie przedoperacyjnym. Pielęgniarstwo w chirurgii*. W: Szewczyk M.T., Ślusarz R. red. *Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa specjalistycznych*. Warszawa: Borgis 2006: 13–19.

[15] Majewski E., Zaniewski M. *Pielęgniarstwo chirurgiczne*. Cz. 1. Katowice: Śląska Akademia Medyczna 2003.

[16] Kapała W. *Pielęgniarstwo w chirurgii*. Lublin: Czelej 2006.

[17] Szewczyk M.T., Cwajda J., Cierzniańska K. Narzędzia oceny ryzyka rozwoju odleżyn. *Przewodnik Lekarza* 2005, 73: 92–97.

[18] Błaszczuk B. W poszukiwaniu rozwiązań optymalnych dla analgezji pooperacyjnej. *Ból* 2009, 10 (2): 91–100.

[19] Juszcak K. Rola pielęgniarki w zwalczaniu bólu pooperacyjnego. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne Angiologiczne* 2009, 4: 131–134.

[20] Evans B.C., Evans G.R. Microvascular surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery* 2007, 119 (2): 18e-30e.

[21] Krasuska M. *Opieka w chorobie nowotworowej*. Lublin: Yokam 1997.

Adres do korespondencji:

Małgorzata Lochmajer

Instytut Pielęgniarstwa PMWSZ w Opolu

ul. Katowicka 68

45-060 Opole

tel.: 77 44 23 540

e-mail: lochmamal@interia.pl

SYLWIA OLEŚNIEWICZ*, IZABELA WRÓBLEWSKA**

Problemy pielęgnacyjne u pacjenta w zaawansowanym stadium stwardnienia rozsianego – opis przypadku

Wstęp

Stwardnienie rozsiane (*sclerosis multiplex* – SM) jest postępującą, zapalno-demielinizacyjną chorobą ośrodkowego układu nerwowego (OUN), charakteryzującą się rzutami i remisjami. Progresyjne zmiany w OUN prowadzą do deficytów neurologicznych, a co za tym idzie, do niepełnosprawności. Istotę tej choroby stanowią rozsiane ogniska demielinizacji w mózgu i rdzeniu kręgowym. Choroba występuje u ludzi młodych, zazwyczaj w przedziale wiekowym od 20. do 40. roku życia, częściej u kobiet niż mężczyzn. Rzadziej jej pierwsze objawy pojawiają się u dzieci i młodzieży oraz u osób starszych [1].

W OUN neuryty pokrywają się osłonką mielinową (rdzenną), której rola polega na ochronie i przyspieszaniu przewodnictwa impulsów wzdłuż włókien nerwowych; pełni ona też funkcję izolacyjną i odżywcza aksonów. W stwardnieniu rozsianym, na skutek toczącego się stanu zapalnego, dochodzi do reakcji autoimmunologicznej skierowanej przeciwko mielinie, co prowadzi do jej uszkodzenia. W miejscu, gdzie doszło do demielinizacji, powstają zbite blizny utworzone z włókien gębowych, które upośledzają przewodzenie bodźców. Powstające tak ogniska demielinizacyjne zwane są plakami lub blaszkami. Charakterystyczna jest wielogniskowość, gdyż plaki rozsiane są w różnych miejscach OUN. We wczesnej fazie choroby występują pojedynczo, a w zaawansowanym

* Pielęgniarska Opieka Długoterminowa.

** Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu.

stadium zlewają się ze sobą i obejmują większą część mózgu i rdzenia. Początkowo ogniska chorobowe są niewielkie, a zdrowy mózg kompensuje braki spowodowane pojedynczymi zmianami. W późniejszym okresie choroby zmiany są poważniejsze, rezerwa mózgowa maleje, dlatego każda nowa zmiana może prowadzić do upośledzenia funkcjonowania chorego [2–3].

W zależności od umiejscowienia ognisk demielinizacyjnych mogą pojawić się różnorodne objawy. Do najbardziej typowych zaliczamy: pozałukowe zapalenie nerwu wzrokowego, triadę Charcota (oczopląs, mowa skandowana, drżenie zamiarowe), objawy ataksji mózdkowej, uporczywe parestezje w kończynach i tułowiu, bóle o charakterze neuropatycznym, niedowłady bądź porażenia spastyczne kończyn, zaburzenia funkcji zwieraczy oraz zespół zmęczenia [1, 4].

Rozpoznanie SM opiera się na łącznej ocenie obrazu klinicznego i analizie badań laboratoryjnych, do których należy:

- badanie rezonansu magnetycznego, które pozwala na uwidocznienie umiejscowienia plak oraz monitorowanie aktywności choroby;
- ocena płynu mózgowo-rdzeniowego, gdzie obecność prążków oligoklonalnych oraz podwyższenie poziomu IgG wskazują na reakcję immunologiczną typową dla układu nerwowego;
- badanie potencjałów wywołanych, które pozwalają na ocenę dróg wzrokowych, słuchowych, ruchowych i czuciowych.

Badania te dostarczają informacji na temat wieloogniskowości i wieloczasowości uszkodzenia układu nerwowego, co ma istotne znaczenie z uwagi na obowiązujące aktualnie kryteria rozpoznania SM według McDonalda, na podstawie których kwalifikuje się chorego do leczenia immunomodulacyjnego [5–6].

W przebiegu klinicznym wyróżnia się cztery postacie stwardnienia rozsianego. Postać rzutowo-remisyjna charakteryzuje się rzutami, po których następuje całkowita lub częściowa poprawa. Ta postać przechodzi w schemat wtórnie-postępujący, w którym rzuty są okazjonalne, a okresy remisji występują rzadko, co powoduje stały postęp niewydolności neurologicznej. W postaci pierwotnie-postępującej następuje stały postęp choroby bez znaczących popraw. Z kolei w postaci postępująco-rzutowej występują rzuty, a pomiędzy nimi stała progresja objawów [3, 7].

Postępowanie z chorymi na SM powinno być wielokierunkowe i przede wszystkim obejmować wczesną diagnostykę choroby, optymalny wybór terapii modyfikujących przebieg choroby, dostosowane do symptomów leczenie objawowe oraz wczesne wdrożenie rehabilitacji neurologicznej. Wielowymiarowa terapia chorych na SM wpływa korzystnie na długoterminowe rokowanie i prowadzi do polepszenia jakości życia pacjentów.

Współczesna farmakoterapia stwardnienia rozsianego skupia się na leczeniu rzutu choroby (krótkotrwale podawanie steroidów, które działają przeciwzapalnie i immunosupresyjnie), leczeniu przyczynowym, hamującym postęp choroby (modyfikującym chorobę), które polega na podawaniu interferonów (białek wytwarzanych przez układ immunologiczny w odpowiedzi na patogen) oraz leczeniu objawowym polegającym na łagodzeniu dolegliwości. Poza farmakoterapią na poprawę jakości życia chorych na stwardnienie rozsiane ogromny wpływ ma kompleksowa rehabilitacja. Regularne ćwiczenia fizyczne poprawiają funkcjonowanie całego organizmu, zapobiegają następstwom choroby, niwelują deficyty neurologiczne oraz przywracają utracone funkcje. Wskazany jest umiarkowany trening fizyczny we własnym rytmie dobowym, unikając przegrzania oraz przemęczenia organizmu, gdyż może to potęgować spastyczność oraz inne objawy. Uzupełnieniem kompleksowej rehabilitacji są różnego rodzaju terapie wspomagające, do których zaliczyć można: zbilansowaną dietę, kompensującą niedobory w obrębie układu nerwowego i systemu odpornościowego, stretching, muzykoterapię, aerobik, hipoterapię, techniki relaksacyjne, fizykoterapię czy terapię zajęciową [1–3, 8].

Stwardnienie rozsiane jest chorobą o charakterze przewlekłym i postępującym, wprowadza istotne zmiany w życiu chorego i jego rodziny. Następstwem progresji choroby jest stopniowo pogarszająca się wydolność fizyczna, utrata samodzielności i niezależności. W zaawansowanym stadium choroby samodzielne funkcjonowanie pacjenta jest wręcz niemożliwe. Terapia stwardnienia rozsianego pozwala jedynie opóźnić tempo rozwoju choroby lub wydłużyć okresy remisji. Stąd tak istotna wydaje się być rola pielęgniarki w terapii chorego na stwardnienie rozsiane, która polega na monitorowaniu stanu zdrowia pacjenta, obserwacji w kierunku wystąpienia skutków ubocznych stosowanych leków oraz ich skuteczności, edukacji oraz udzielania wsparcia choremu i jego rodzinie zarówno podczas hospitalizacji, jak i po jej zakończeniu. W szpitalu chory ma do dyspozycji niemal wszystkich członków zespołu terapeutycznego: lekarzy różnych specjalności, fizjoterapeutę, psychologa czy pielęgniarkę. W warunkach domowych to pielęgniarka spośród wszystkich członków zespołu odgrywa znaczącą rolę. Towarzyszy mu na co dzień w najtrudniejszych dla niego chwilach, koordynuje działania lekarza rodzinnego, fizjoterapeuty, psychologa czy neurologa oraz rodziny chorego. Pielęgniarka, nawiązując bliższy kontakt z chorym, może pomóc mu w akceptacji postępującej niepełności oraz ułatwić i przyspieszyć proces leczenia, a także rehabilitacji. Szczególnie ważna jest rola edukacyjna, która powinna uwzględniać kwestie dotyczące leczenia immunomodulacyjnego, rehabilitacyjnego czy łagodzenia objawów. Edukacja w SM polega również na nauczaniu cho-

rego i jego rodziny takich zachowań, by mógł on cieszyć się życiem oraz aktywnie w nim uczestniczyć, wykorzystując i jednocześnie rozwijając zachowane funkcje ruchowe. Objawy wywołane przez stwardnienie rozsiane są bardzo różnorodne i nieprzewidywalne. Rzutuują na życie emocjonalne, zawodowe, społeczne oraz rodzinne pacjenta. Problemy, które pojawiają się w życiu chorego i jego rodziny w związku z progresją objawów, stwarzają konieczność dokonania zmian w jego otoczeniu, funkcjonowania rodziny, wprowadzenia udogodnień, wyposażenia w sprzęt rehabilitacyjny oraz poszukiwania praktycznych rozwiązań narastających trudności. Dlatego pielęgniarka opiekująca się chorym i jego rodziną powinna rozpoznać wszelkie problemy nie tylko z perspektywy biologicznej, ale również psychologicznej i społecznej oraz zaplanować działania koncentrujące się na ich eliminowaniu lub łagodzeniu [9–11].

Opis przypadku

Opis przedstawionego przypadku ma na celu ukazanie problemów, z jakimi chory, będący w zaawansowanym stadium stwardnienia rozsianego, i jego rodzina zmagają się w życiu codziennym, a także wspierającej roli pielęgniarki w rozwiązywaniu napotkanych przeciwności.

W wieku 33 lat młody, aktywny zawodowo, uprawiający piłkę nożną mężczyzna zauważył drętwienie lewej dłoni oraz nasilające się osłabienie kończyny dolnej lewej i ogólne zmęczenie. Zaabsorbowany życiem rodzinnym i zawodowym nie zgłosił się do lekarza, gdyż nie wiązał tych objawów z chorobą, sądził, że są one następstwem przepracowania czy braku odpoczynku. Symptomy wycofały się samoistnie. Jednak wróciły po dwóch latach w postaci drętwienia i osłabienia kończyn lewych górnej i dolnej oraz dołączyły się przejściowe zaburzenia zwieraczy. Chory został hospitalizowany. Wystąpiło osłabienie kończyn dolnych i zaburzenie chodu, stwierdzono również czterokończynowy zespół piramidowo-mózdzkowy z przewagą zaburzeń w kończynach dolnych, a także oczopląs wskazujący na uszkodzenie o charakterze ośrodkowym. Opisany stan neurologiczny oraz analiza wyników badań i przebiegu choroby pozwoliła na rozpoznanie klinicznie pewnego stwardnienia rozsianego.

Wraz z kolejnymi rzutami nastąpiła progresja objawów neurologicznych, nasiliły się niedowłady spastyczne kończyn dolnych oraz ataksja i osłabienie mięśni kończyn górnych. Narastały trudności w oddawaniu moczu, które często powodowały infekcje dróg moczowych oraz doprowadziły do powstania kamicy pęcherza moczowego. Doszło do zatrzymania moczu, co skutkowało założeniem na stałe cewnika Foleya. Stopniowa

utrata sprawności wywołała u pacjenta obniżenie nastroju, smutek, żal, ale i gniew oraz agresję, które były skierowane głównie w kierunku żony sprawującej opiekę nad chorym. Mąż wymagał nie tylko pomocy fizycznej w zaspokajaniu potrzeb, ale również wsparcia emocjonalnego. Żona z niewielką pomocą nastoletniego syna i córki dźwiżyła ciężar choroby męża, prowadząc dom i pracując zawodowo. Zbyt wiele obowiązków, które spadły na partnerkę, wyczerpanie fizyczne i psychiczne, uczucie bezradności oraz nieustający stres skłoniły żonę chorego do szukania wsparcia, gdyż sama nie była w stanie zapewnić należytej opieki mężowi. W wieku 52 lat chory leżący, z tetraplegią i z założonym na stałe cewnikiem Foleya, został objęty profesjonalną pielęgniarstwą opieką długoterminową.

W czasie pierwszej wizyty dokonano oceny stanu pacjenta. Chory potrafi skupić uwagę, jest w rzeczowym kontakcie słownym, jednak jego wypowiedzi są powolne i niewyraźne z występującymi trudnościami w budowie zdań. Obserwuje się u niego labilność emocjonalną. Układ oddechowy i krążenia funkcjonują prawidłowo (15 oddechów/minutę, RR 130/70, tętno – 68 uderzeń/minutę). Nieprawidłowości zaobserwowano natomiast w układzie pokarmowym (niedowaga, zaparcia), moczowym (założony na stałe cewnik Foleya) oraz mięśniowo-szkieletowym (całkowite unieruchomienie w łóżku, spastyczność i tetraplegia). Na stałe chory przyjmuje doustnie: baclofen, furagin, witaminę C oraz laktulozę. Na skórze zaobserwowano uszkodzenie w okolicach kości krzyżowej o średnicy 3 centymetrów, ograniczone do naskórka oraz nieblednące zaczerwienienie w okolicy obydwóch łopatek. Dokonano oceny ryzyka rozwoju odleżyn według skali Norton na 10 punktów, co wskazało na duże zagrożenie wystąpieniem u chorego odleżyn, oraz ocenę sprawności pacjenta według skali Barthel na 0 punktów, co wskazuje na ciężki stan chorego i znaczny deficyt samoopieki. W diagnozie pielęgniarstwowej uwzględniono najważniejsze problemy pielęgnacyjne chorego: brak samodzielności w samoobsłudze, odleżyny, zaparcia, obniżenie nastroju, ryzyko wystąpienia spastyczności, bólu (spowodowanego uszkodzeniem OUN i unieruchomieniem), ryzyko rozwoju infekcji dróg moczowych (spowodowanej założonym cewnikiem oraz płukaniem pęcherza), ryzyko rozwoju powikłań hipokinezy (odleżyny, zaparcia, przykurcze w stawach, zapalenie płuc, kamica nerkowa) oraz możliwość wystąpienia zaburzeń połykania. Wraz z chorym i jego żoną ustalono plan opieki zawierający czynności, które zostaną realizowane przez pielęgniarkę w czasie wizyty. Świadczenia ujęte w planie obejmowały wykonanie porannej toalety chorego, podanie śniadania oraz leków zleconych przez lekarza, realizację zleconych przez lekarza zabiegów w zakresie leczenia odleżyn z zastosowaniem opatrunku hydrokoloidowego i jałowego płukania pęcherza moczowego w celu

ewakuacji złożeń z użyciem 0,9% roztworu NaCl, prowadzenie ćwiczeń biernych oraz oddechowych, a także prowadzenie edukacji zdrowotnej oraz poradnictwa w zakresie radzenia sobie z chorobą.

Pierwszym działaniem, jakie podjęła pielęgniarka, było umożliwienie wypożyczenia łóżka elektrycznego, które znacznie ułatwia pielęgnowanie chorego w domu oraz zaopatrzenie go w zmiennościśnieniowy materac przeciwodleżynowy, który stanowi podstawowy sprzęt w profilaktyce odleżyn. Ze względu na niedowład czterokończynowy chorego, pielęgniarka rozwiązała problem braku samoopieki, wdrażając opiekę wyręczającą. Stosując właściwą pielęgnację ciała oraz profilaktykę przeciwodleżynową, a także leczenie plastrami granuflex uzyskano w czasie czterech tygodni wygojenie odleżyny.

Kolejnym problemem, który stwarzał znaczne trudności w pielęgnacji chorego, były uporczywe zaparcia. Początkowo uzyskano wypróżnienia raz w tygodniu, stosując dietę ze zwiększoną podażą błonnika i leczenie bisakodylem oraz laktulozą. Jednak po pewnym czasie zaobserwowano pojawienie się biegunki rzekomej. Pielęgniarka podjęła czynności mające na celu usunięcie stałych mas kałowych z jelita grubego przez wykonanie lewatywy z masażem powłok brzusznych i stymulacją odbytu. Obecnie regularne wypróżnienia uzyskuje się poprzez skoordynowanie wszystkich stosowanych do tej pory działań.

Pielęgniarka przeprowadziła z chorym rozmowę terapeutyczną na temat występujących u niego uczuć i emocji. Wyjaśniła wątpliwości związane z chorobą oraz przedstawiła wpływ, jaki na rodzinę ma jego schorzenie. Zachęciła pacjenta do szczerzej rozmowy z małżonką na temat przeżywanego obaw i lęków, wspólnego spędzania czasu, oglądania telewizji czy rozwiązywania krzyżówek oraz częstszych kontaktów z dorosłymi dziećmi, co miało na celu poprawienie kontaktów z rodziną. Wskazała choremu sposoby relaksacji, które mogą pomóc w radzeniu sobie ze stresem. Zaproponowała również, by pacjent skorzystał z profesjonalnej porady psychologa, jednak chory odmówił. Poprzez życzliwość i aktywne słuchanie oraz okazanie wsparcia psychicznego uzyskano u pacjenta obniżenie napięcia emocjonalnego oraz poprawę nastroju.

U chorego zlecono płukanie pęcherza moczowego przez założony na stałe cewnik Foleya z zastosowaniem jałowego roztworu soli fizjologicznej w celu mechanicznego oczyszczenia pęcherza z kamieni oraz niedopuszczenia do powstania nowych złożeń. Pielęgniarka wykonała płukanie pęcherza z zastosowaniem zasad aseptyki, pielęgnację cewki moczowej, wymianę worka na mocz oraz obserwację moczu w kierunku wystąpienia ewentualnych infekcji. Przeprowadziła edukację chorego i rodziny na temat zwiększenia podaży płynów, właściwej pielęgnacji krocza, obserwacji

cewki moczowej oraz moczu w worku, a także zasad postępowania podczas jego opróżniania i wymiany, aby nie doszło do zakażenia wstępującego. Choremu regularnie podawano również furagin oraz witaminę C w celu przeciwdziałania rozwojowi infekcji. Zachowanie zasad aseptyki, regularna wymiana cewnika przez lekarza rodzinnego, kontrolne badania moczu, reagowanie na pierwsze oznaki infekcji i szybkie wdrażanie leczenia, pozwoliły zminimalizować ryzyko wystąpienia infekcji dróg moczowych i zapobiec dalszym powikłaniom w postaci kamicy.

W celu zapobieżenia wystąpieniu spastyczności, bólu oraz powikłań hipokinezy, a także zaburzeń połykania, poza podawaniem leków doustnych pielęgniarka wdrożyła rehabilitację przyłóżkową obejmującą: zmianę pozycji chorego w łóżku, zastosowanie udogodnień, ćwiczenia oddechowe, oklepywanie i nacieranie pleców, ćwiczenia mięśni gardła, żuchwy i języka (gwizdanie, dmuchanie, żucie gumy, głośne przełykanie), a także ćwiczenia bierne kończyn górnych i dolnych. Rehabilitacja ruchowa korzystnie wpłynęła nie tylko na stan fizyczny chorego, ale również poprzez rozluźnienie mięśni zmniejszyła stres i poprawiła choremu samopoczucie.

Pielęgniarka przeprowadziła również edukację chorego i jego rodziny dotyczącą prawidłowej pielęgnacji skóry, stosowania podpórek i wałków, a także zmiany pozycji chorego, co miało na celu zapobieżenie wystąpieniu odleżyn, przykurczy w stawach oraz przeciwdziałanie spastyczności. Nauczyła opiekunów aseptycznej pielęgnacji cewnika założonego do pęcherza moczowego, wymiany worka na mocz oraz obserwacji cewki moczowej i moczu w worku w kierunku infekcji. Doradziła, jaką dietę stosować u chorego, by dostarczyć mu wszystkich niezbędnych składników odżywczych i jednocześnie zapobiec zaporciom. Poinformowała również o konieczności zachowania wysokiej pozycji chorego podczas spożywania posiłków i leków oraz podawania płynów przez słomkę, a także uświadomiła, jak ważna jest mobilizacja pacjenta do podejmowania wyuczonych ćwiczeń oddechowych, mięśni języka i gardła, co powinno mieć miejsce kilka razy w ciągu dnia, a co ułatwi pacjentowi połykanie i zapobiegnie aspiracji pokarmu do dróg oddechowych w przypadku ujawnienia się dysfagii. Przypomniała o konieczności regularnego przyjmowania leków w celu kontrolowania objawów choroby oraz zachęciła do utrzymywania kontaktów towarzyskich z rodziną i znajomymi, gdyż stanowić to będzie rozrywkę dla chorego, zaspokoi jego potrzebę kontaktu z innymi ludźmi i korzystnie wpłynie na stan emocjonalny.

W czasie kolejnych wizyt zaobserwowano wyczerpanie fizyczne i psychiczne żony chorego, która z trudnością łączyła pracę zawodową z opieką nad mężem. Pielęgniarka zasugerowała małżonce kontakt z lekarzem

rodzinnym oraz z psychologiem działającym przy PTSR (Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego), a także zaangażowała dorosłe dzieci chorego w opiekę nad ojcem. Psycholog zdiagnozował syndrom wypalenia, a żonę skierowano na leczenie sanatoryjne w ośrodku terapii nerwic. Będąc pod opieką profesjonalnych psychoterapeutów żona chorego odpoczęła psychicznie, a także nauczyła się, jak radzić sobie z własnymi negatywnymi emocjami skierowanymi na męża. Żona chorego nadal pozostaje pod stałą opieką psychologa i regularnie korzysta z leczenia sanatoryjnego, co pozwala jej utrzymać stabilizację psychiczną.

Pomimo że chory był pod opieką syna i córki, to wyjazd żony odczuł jako porzucenie, które wywołało u niego niepokój, poczucie żalu i krzywdy. Stres towarzyszący nowej sytuacji przyczynił się do wystąpienia ostrego, przeszywającego bólu lewego bicia, wargi i policzka, uniemożliwiającego mówienie, jedzenie oraz przeprowadzenie toalety. Zdiagnozowano neuralgię nerwu trójdzielnego, a choremu zaaplikowano karbamazepinę. Pielęgniarka przeprowadziła również z chorym rozmowę terapeutyczną na temat radzenia sobie z negatywnymi emocjami, co dało mu poczucie bezpieczeństwa i pozwoliło odzyskać równowagę emocjonalną.

Obecnie chory ma 57 lat i nadal pozostaje pod opieką pielęgniarki opieki długoterminowej. Pacjent wymaga opieki wyřeczającej w codziennych czynnościach. Do pielęgnacji została wdrożona dalsza rodzina, odciążając w ten sposób z niektórych obowiązków żonę pacjenta. Poprzez działania pielęgniarki, która realizowała funkcję opiekuńczą, leczniczą, rehabilitacyjną oraz edukacyjną wobec chorego i jego rodziny, uzyskano stabilizację objawów choroby oraz równowagę emocjonalną pacjenta, a także osiągnięto poprawę stosunków panujących w rodzinie, co ma istotny wpływ na komfort życia chorego i poprawę jakości jego życia. Chory i jego rodzina mają świadomość postępu choroby i stopniowego pogarszania się stanu zdrowia pacjenta, jednak fachowa opieka pielęgniarska, jaką uzyskują, daje im poczucie bezpieczeństwa i komfortu psychicznego. Pielęgniarka udziela również wsparcia najbliższemu członkowi rodziny i umacnia ich rolę w procesie terapeutycznym, gdyż to oni sprawują nieprofesjonalną opiekę nad chorym oraz są najważniejszym sojusznikiem chorego w zmaganiu się z tą nieuleczalną chorobą. Edukuje i instruuje w zakresie czynności pielęgnacyjnych wykonywanych u chorego, służy radą i wsparciem psychologicznym, koordynuje działania zespołu terapeutycznego, jednak najczęściej opiekę nad chorym sprawuje samodzielnie, gdyż jest najbliższej osoby chorej i jej rodziny w najtrudniejszych momentach ich życia, a poprzez swoje działania pozwala zachować choremu i jego najbliższemu optymalną jakość życia. W znacznym stopniu od jej empatycznego podejścia, kompetencji i zaangażowania uwarunkowane jest dalsze funkcjonowanie

podopiecznego i jego rodziny zmierzające do pokonywania trudności, rozwiązywania problemów i walki z napotkanymi przeciwnościami [9].

Bibliografia

- [1] Prusiński A. *Neurologia praktyczna*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2003: 310–317.
- [2] Coyle P.K., Goodin D.S., Cohen B.A. Nowoczesne podejście terapeutyczne w stwardnieniu rozсіяnym. *Neurologia Praktyczna* 2009, 2 (47): 81–85.
- [3] Jasińska J. *Stwardnienie rozsiane (SM)*. Olsztyn: Olsztyńska Szkoła Wyższa im. J. Ruśkiego, Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem w Olsztynie 2008: 7–16, 62–72.
- [4] Fryze W. Zespoły bólowe występujące u chorych ze stwardnieniem rozсіяnym. *Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii* 2005, 3: 267–272.
- [5] Siger M. Diagnostyka laboratoryjna stwardnienia rozsianego. *Aktualności Neurologiczne* 2009, 9 (2): 101–108.
- [6] Bartosik-Psujek H. Algorytmy diagnostyczne i kryteria kwalifikacji do leczenia immunomodulacyjnego w stwardnieniu rozсіяnym. *Polski Przegląd Neurologiczny* 2012, 8 (2): 76–83.
- [7] Holland N., Halper J. red. *Stwardnienie rozsiane – obraz ogólny. Stwardnienie rozsiane: jak zadbać o siebie, by czuć się dobrze*. Warszawa: PTSR 2009: 8.
- [8] Woszczak M. Postępowanie fizjoterapeutyczne w stwardnieniu rozсіяnym. *Polski Przegląd Neurologiczny* 2008, 4 (supl. A): 48–49.
- [9] Szczygielska-Majewska M., Walus A., Rutkowska E. Edukacyjna rola pielęgniarki w rehabilitacji osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. *Zdrowie Publiczne* 2003, 113 (3/4): 226–229.
- [10] Grabowska-Fudala B., Jaracz K., Wilkiewicz M., Smelkowska A., Pniewska J. Rola pielęgniarki w leczeniu stwardnienia rozsianego. *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne* 2012, 1 (1): 29–34.
- [11] Wilczewska L., Sławek J., Skrzypek-Czerko M. Problemy pielęgnacyjne nad chorym ze spastycznością. *Problemy Pielęgniarstwa* 2010, 18 (3): 363–367.

Adres do korespondencji:

Sylvia Oleśniewicz

Instytut Pielęgniarstwa PMWSZ w Opolu

ul. Katowicka 68

45-060 Opole

tel.: 77 44 23 540

e-mail: syoles@tlen.pl

LIDIA ŻUKOWSKA*, DOMINIK KRZYŻANOWSKI**

Wpływ edukacji u osób w wieku podeszłym z cukrzycą typu 2 na subiektywną jakość życia – rola pielęgniarstwa

Wstęp

Cukrzyca określana jest często mianem epidemii XX wieku, chorobą cywilizacyjną. Jest przede wszystkim chorobą przewlekłą, wywierającą olbrzymi wpływ na człowieka. Cukrzyca jest chorobą nieuleczalną, więc chory, oczywiście, musi nauczyć się z nią żyć, ale przede wszystkim z cukrzycą muszą nauczyć się żyć bliscy i znajomi chorego. Olbrzymia jest więc rola rozszerzonej edukacji, pozwalająca osiągnąć znormalizowane parametry założone w leczeniu diabetologicznym, ale również wiedza pacjenta i jego rodziny na temat choroby i jej ewentualnych, potencjalnych powikłań (ostrych, a zwłaszcza przewlekłych). Konieczna jest indywidualizacja terapii, dopasowanie do aktualnego stanu metabolicznego oraz współistniejących schorzeń dodatkowych. Według wyliczeń statystycznych Międzynarodowej Federacji Cukrzycowej (IDF) obecnie na cukrzycę choruje ponad 250 mln osób i liczba ta, niestety, zwiększy się do 380 mln (w ciągu 15 lat). Te zatrważające dane dotyczą również Polski. W naszym kraju choruje na cukrzycę 9,1% dorosłej populacji czyli 2 607 700 osób (dane z 2006 r.), a do 2025 roku przewiduje się wzrost zachorowań aż do 11%. Prognozy IDF mówią, że 90% tej grupy stanowić będą chorzy z cukrzycą typu 2. Dlaczego ta statystyka jest tak przerażająca? Ponieważ cukrzyca typu 2 wiąże się ze skróceniem życia człowieka o 5–10 lat [1]. Dramatycznie rośnie częstość występowania cukrzycy wraz z wiekiem –

* Szpitalny Oddział Ratunkowy w SP ZOZ w Kędzierzynie-Koźlu.

** Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu.

u osób powyżej 60. roku życia sięga 25–30%, a u podobnej grupy osób w wieku podeszłym stwierdza się stan przedcukrzycowy. U ponad 50% diabetyków stwierdza się chorobę niedokrwinną serca, a u prawie 80% chorych współistnieje nadciśnienie tętnicze. Z powodu niewydolności nerek dializowane jest przewlekle kilka tysięcy pacjentów z cukrzycą, a z powodu zespołu stopy cukrzycowej wykonywanych jest corocznie ok. 15 tys. amputacji stóp.

Leczenie cukrzycy obejmuje w ogólnym założeniu:

- **edukację pacjentów** – gdyż tylko pełna świadomość, znajomość problemu i istoty choroby może dać zadowalające efekty lecznicze;
- **leczenie niefarmakologiczne** – modyfikacja stylu życia, tzn. zmiana przyzwyczajeń i nawyków żywieniowych oraz preferowanie większej aktywności fizycznej odpowiedniej do wieku diabetyka;
- **leczenie farmakologiczne** – doustne leki hipoglikemiczne lub przeciwhiperglykemiczne, insulina, leki działające na układ inkretynowy;
- **zwalczanie czynników ryzyka** – zwłaszcza nadciśnienia tętniczego i zaburzeń gospodarki lipidowej;
- **leczenie nieuniknionych powikłań** – wynikających z przewlekłego charakteru procesu choroby [2].

Rola pielęgniarki

Diabetycy jako chorzy przewlekle wymagają długich lat efektywnego leczenia, nakładów finansowych oraz intensywnego udziału w tym procesie całego zespołu terapeutycznego (w skład którego wchodzi m.in. pielęgniarka). W momencie rozpoznania cukrzycy zmienia się życie pacjenta oraz jego sposób patrzenia na życie. Edukacja w tym momencie jest niezwykle trudna, gdyż dla niektórych osób, dotychczas zdrowych i aktywnych – to rozpoznanie jest osobistym dramatem, a czasem wręcz traktowane jako wyrok śmierci. Olbrzymia wiedza i takt pielęgniarki pozwolą pacjentowi zrozumieć istotę problemu. W pierwszym okresie edukacja powinna być prosta i konkretna, a jej elementami należy objąć również środowisko chorego. Rozpoznanie cukrzycy czy modyfikacja już istniejącego leczenia nie powinny być przyczyną wyobcowania społecznego diabetyka.

Wprowadzenie zmian dietetycznych w rodzinie, z powodu konieczności stosowania „diety cukrzycowej” przez chorego, może okazać się bardzo korzystne dla wszystkich jej członków. Dieta cukrzycowa to dieta skomponowana na zasadach zdrowego żywienia, gdzie osoby z nadwagą ograniczają węglowodany proste, a osoby z otyłością podaż kalorii.

Zmiana nawyków utrwalonych przez pokolenia u człowieka starszego jest trudna, ale nie niemożliwa.

Bardzo często okazuje się, że chorzy, nawet ze stosunkowo dużą wiedzą na temat choroby, nie potrafią jej zastosować do rozwiązywania konkretnych problemów. Posiadanie wiedzy nie gwarantuje, że pacjent ją prawidłowo czy w ogóle wykorzysta. Każdorazowa wizyta „cukrzyka” w poradni POZ czy diabetologicznej powinna być próbą podsumowania wiedzy i umiejętności chorego oraz szansą dla pielęgniarki na wdrożenie nowych informacji z zakresu prewencji późnych powikłań, tj. nefropatii, retinopatii czy stopy cukrzycowej.

Wyznaczając cele, które chory jest w stanie zrealizować, motywujemy go do dalszej, efektywnej współpracy z zespołem terapeutycznym. Zadowolone i poczucie wpływu na własne życie i los, połączone z prawidłowo monitorowaną glikemią w przebiegu cukrzycy jest dla osób starszych istotnym elementem jakości ich życia.

Cel i założenia pracy

Celem pracy była ocena stopnia edukacji, ocena umiejętności i zachowań nabytych na tej drodze oraz stopnia świadomości zdrowotnej, a przede wszystkim ocena wpływu edukacji na jakość życia osób w podeszłym wieku z cukrzycą typu 2. Każdy człowiek – niezależnie od wieku – potrzebuje świadomości, że ma wpływ na swoje życie. Pacjenci przez długoletnią edukację są w stanie zdobyć odpowiednie umiejętności radzenia sobie z chorobą i wiedzę, ale często nie stosują się do tych oczywistych zaleceń na co dzień. Nieuniknione przewlekłe powikłania powodują gorszy stan somatyczny rzutujący na sferę emocjonalną człowieka starszego. Założeniem w pracy była hipoteza, że cukrzyca typu 2 ma negatywny wpływ, zwłaszcza na ludzi w podeszłym wieku, a edukacja powinna kłaść większy nacisk na motywację psychoemocjonalną tych pacjentów.

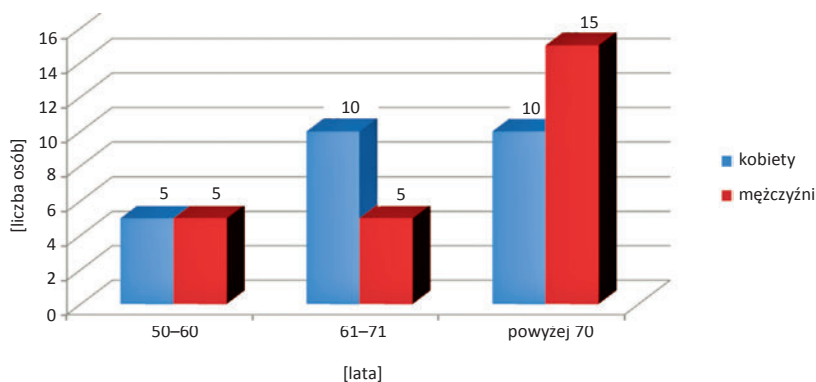
Materiał i metoda badawcza

Badaniem objęto 50 pacjentów leczonych w podstawowej opiece zdrowotnej. W skład grupy badanej weszło 50 przypadkowo wybranych osób – 25 kobiet i 25 mężczyzn, w wieku od 50 do 70 lat. Zastosowaną metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, a techniką badawczą – autorska, anonimowa ankieta. Zwrot wypełnionego kwestionariusza ankiety był potwierdzeniem zgody na udział w badaniu. Ankieta składała się z trzech

części. Respondenci określali w pierwszej części ankiety sposób leczenia u nich cukrzycy, w drugiej części spróbowano znaleźć odpowiedź na pytanie, czy edukacja zdrowotna u osób starszych powoduje zwiększenie ich wiedzy i czy tę wiedzę wykorzystują w praktyce. W trzeciej części ankiety podjęto próbę określenia stopnia zadowolenia z życia grupy badanych oraz ich oczekiwań w stosunku do przyszłości, mając na względzie przewlekłość i nieuleczalność cukrzycy.

Wyniki badań własnych

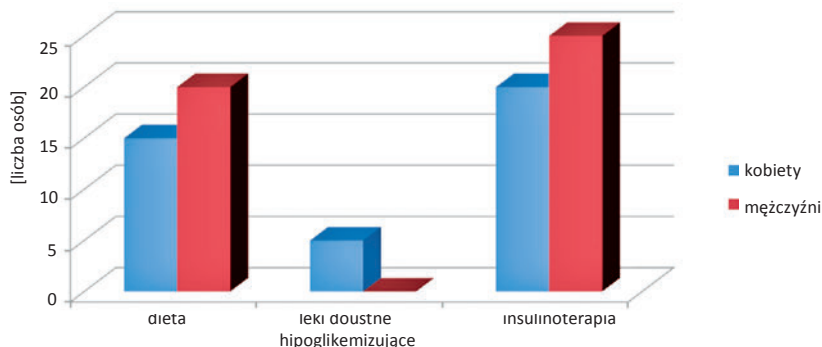
W pracy skoncentrowano się nad osobami w wieku podeszłym, chorującymi na cukrzycę typu 2. Ankietowano grupę 50 osób, gdzie wyznaczono kryterium wieku powyżej 50 lat. Najliczniej reprezentowani byli mężczyźni w wieku >70 lat (60%), kobiety w tym wieku stanowiły 40%. Czas trwania choroby w przypadku kobiet kształtował się w 60% w przedziale 5–10 lat, natomiast 40% badanych mężczyzn potwierdziło, że choroba istnieje u nich >20 lat.



Źródło: Badania własne.

Wykres 1. Rozkład ankietowanych ze względu na wiek i płeć

Osoby objęte ankietowaniem określiły w I części ankiety sposób leczenia u nich cukrzycy – 100% M i 80% K objętych jest insulinoterapią, ale pomimo deklarowanej wiedzy na poziomie średnim (80% K i 100% M) duża część respondentów pomija znaczenie i konieczność stosowania diety w leczeniu. Dopuszczono w tym przypadku więcej niż jedną odpowiedź, gdyż, jak wynika z obserwacji zawodowych, pacjenci stosujący już insulinę korygują poziom glikemii większymi dawkami insuliny, zapominając o znaczeniu diety. Wyniki przedstawia wykres 2.

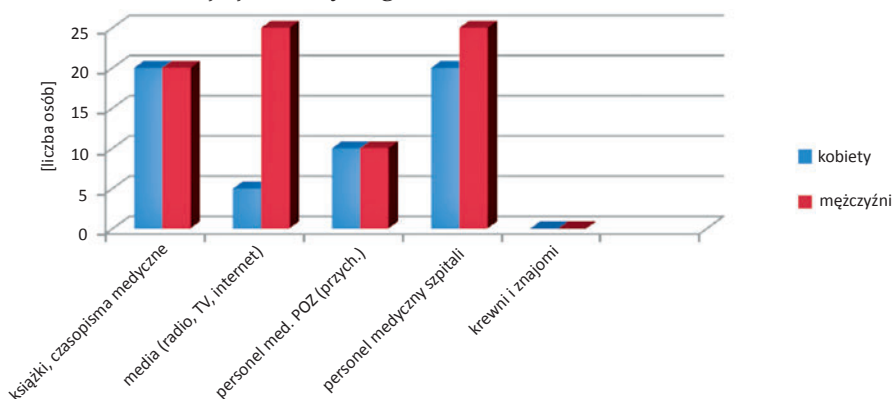


Źródło: Badania własne.

Wykres 2. Zestawienie ankietowanych ze względu na sposób leczenia cukrzycy

Jak wynika z analizy ankiety, edukacja zdrowotna jest realizowana w przypadku osób w podeszłym wieku z udziałem personelu medycznego szpitali – 80% K i 100% M, książek i czasopism medycznych – 80% K i 80% M. Nikt z respondentów nie pogłębiał wiedzy o cukrzycy, korzystając z wiedzy krewnych i znajomych. Zaskakująco niski jest udział procentowy w przeprowadzanej na co dzień edukacji, personelu POZ – 40% K i 40% M (wykres 3).

Niemniej ankietowane osoby określiły sposób przekazywania informacji jako dobry i zrozumiały – 100% K i 100% M; gorzej w tej ocenie wypadają media (TV, radio, internet). Badani w aspekcie zrozumienia zawartych treści ocenili je jako zbyt ogólnikowe – 60% K i 40% M.



Źródło: Badania własne.

Wykres 3. Zestawienie ankietowanych ze względu na źródła wiedzy o cukrzycy typu 2

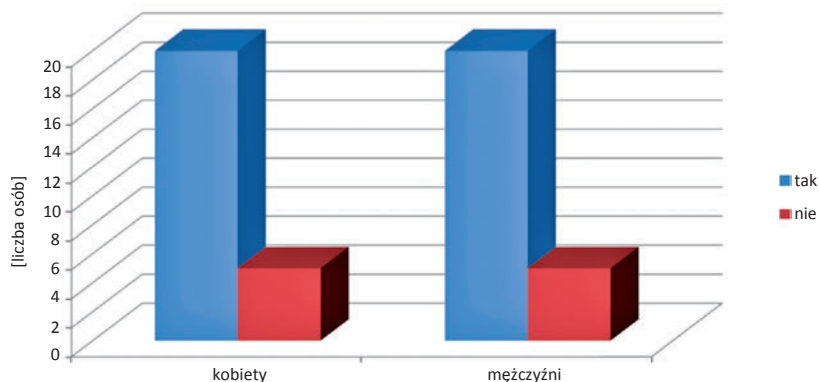
Istotny postęp w leczeniu cukrzycy typu 2 jest efektem wprowadzenia większego udziału pacjenta do procesu terapeutycznego, przez zwiększenie znaczenia samokontroli i samoopieki w tym procesie. Edukacja zdrowotna u osób w podeszłym wieku powoduje oczywiście wzrost wiedzy, ale nie wszyscy tę wiedzę wykorzystują w praktyce.

W drugiej części ankiety uzyskano potwierdzenie tej sytuacji. Z analizy badania wynika, że 100% K i 40% M posiada nadwagę, ale 80% K i 40% M nie waży się nawet okazjonalnie. Nadciśnienie tętnicze rozpoznano u 100% K i 40% M, ale tylko 20% K mierzy ciśnienie regularnie, reszta respondentów traktuje ten parametr jako wskaźnik dobrego samopoczucia. Ponadto 100% K i 80% M deklaruje, że posiada dolegliwości ze strony układu ruchu, ale tylko nieliczni decydują się na zwiększenie aktywności fizycznej; 40% K i 40% M stwierdza wręcz, że rzadko wychodzą z domu.

W trzeciej części ankiety podjęto próbę określenia stopnia zadowolenia z życia oraz oczekiwań w stosunku do przyszłości, a badanymi są wyedukowani, świadomi pacjenci z cukrzycą. Wzięto pod uwagę w prowadzonych badaniach takie aspekty fizyczne, jak: niezależność, sprawność fizyczną oraz aspekty społeczne, tj. wsparcie rodziny, sytuację materialną oraz skalę i stopień kontaktów międzyludzkich. U całej pięćdziesięcioosobowej grupy badanych po rozpoznaniu u nich cukrzycy uległo zmianie spojrzenie na życie i przewartościowaniu uległy problemy dnia powszedniego. Ankietowani diabetycy wysoko ocenili wsparcie rodziny i zaangażowanie w problemy chorych (80% K i 100% M). Znacznemu osłabieniu uległy kontakty międzyludzkie, 60% K i 40% M nie przejawia ochoty na utrzymywanie kontaktów ze znajomymi.

Badani poproszeni zostali o określenie swojej sytuacji w aspektach psychoemocjonalnych, które na potrzeby ankiety zostały nazwane: uczuciem smutku, nieprzydatności, niezrozumienia. Statystyka potwierdziła występowanie tych stanów u 80% K i 80% M. Nikt z ankietowanych nie korzystał w tym czasie z pomocy specjalistycznej, tj. porad psychologa, nikomu również taka opieka terapeutyczna nie została zaproponowana.

W ramach podsumowania subiektywnych ocen ludzi w podeszłym wieku, którzy w wyniku długoletniej edukacji na temat cukrzycy posiadają wiedzę o możliwości wystąpienia w przyszłości późnych powikłań cukrzycowych oraz są świadomi własnych ograniczeń spowodowanych nieuchronnym procesem starzenia się, poproszono ankietowaną grupę o ocenę stopnia zadowolenia ze swojego zdrowia oraz jakości swojego życia z chorobą.



Źródło: Badania własne.

Wykres 4. Zestawienie ankietowanych ze względu na subiektywną ocenę jakości życia z cukrzycą typu 2 (aspekty psychoemocjonalne)

80% kobiet i 40% mężczyzn potwierdziło, że ich obecny stan zdrowia i jednocześnie jakość życia kształtują się na zadowalającym poziomie. Zaskakująco, ten fakt można określić paradoksem zadowolenia, gdyż obecna sytuacja jest respondentom już znana i akceptowana przez nich w tej formie. Natomiast przyszłość może przynieść nieoczekiwane, zdecydowanie gorsze dla ankietowanych zdarzenia losowe i zdrowotne.

Podsumowanie

Ankietowani określili swój stan wiedzy o cukrzycy jako średni, edukację zdrowotną zawdzięczali na przestrzeni lat głównie personelowi medycznemu szpitali. Badani chętnie korzystali z książek i czasopism medycznych, rzadziej z TV czy internetu. Respondenci potwierdzili jednogłośnie, że rozpoznanie u nich cukrzycy zmieniło pogląd na życie i spojrzenie na zdrowie. W życiu codziennym posiadają wsparcie rodziny, ale stwierdzone przez ankietowanych zaburzenia w sferze emocjonalnej nie są objęte opieką specjalistyczną (respondenci nie korzystali z porad psychologa). Edukacja wpływa na poziom i pogłębienie wiedzy u pacjenta, nie wszyscy jednak (w grupie badanych osób) jej zalecenia stosują w praktyce.

Poprawienie jakości życia stanowi ważny cel leczenia wielu chorób przewlekłych, gdyż określa ona subiektywnie życie pacjenta z chorobą oraz jest wyznacznikiem i motywatorem do efektywnej współpracy na linii pacjent-personel medyczny. Badani, opierając się na wiedzy uzyska-

nej drogą edukacji zdrowotnej, ocenili stopień jakości życia na poziomie zadowolającym.

Wykazano również, że sfera psychiczna jest pomijana w holistycznie postrzeganej terapii choroby przewlekłej, a ma ona również duży wpływ na ocenę jakości życia przez człowieka chorego; w tym przypadku mowa o ludziach w wieku podeszłym z cukrzycą typu 2.

Wnioski

1. Edukacja prowadzona u osób w wieku podeszłym, w badanej grupie, z cukrzycą typu 2 wpływa korzystnie na pogłębienie ich wiedzy w początkowym okresie choroby.

2. Stwierdzono, że członkowie badanej grupy czerpią wiedzę o patomechanizmie choroby z kontaktów z personelem medycznym szpitala/i, a w mniejszym stopniu z mediów.

3. Wiedza posiadana na temat choroby, nawet utrwalana przez lata, nie zawsze wpływa na zachowania zdrowotne badanych, na ich właściwe postawy, na realizację elementów zawartych w edukacji w praktyce.

4. Postępowaniem leczniczym objęty jest głównie stan fizyczny badanej grupy, niedoceniona jest rola stanu psychoemocjonalnego w leczeniu osób w podeszłym wieku z cukrzycą typu 2.

5. Cukrzyca typu 2 jako schorzenie przewlekłe ma zdecydowanie negatywny wpływ na subiektywną ocenę jakości życia przez osoby w podeszłym wieku, pomimo edukacji zdrowotnej prowadzonej przez personel medyczny w badanej grupie osób.

Bibliografia

[1] Daroszewski J. *Cukrzyca*. W: Steciwko A., red. *Medycyna rodzinna – co nowego?* T. 1. Wrocław: Cornetis 2010.

[2] Sieradzki J. *Zaburzenia gospodarki węglowodanowej*. W: Szczeklik A., Gajewski P. red. *Choroby wewnętrzne*. Kraków: Medycyna Praktyczna 2011.

Adres do korespondencji:

Lidia Żukowska

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej

ul. 24 Kwietnia 5

47-200 Kędzierzyn-Koźle

tel.: 501 818 280

e-mail: lilunia3@o2.pl

ZBIGNIEW TWÓRZEWSKI*

Rola pielęgniarki na stanowisku dyspozytora medycznego Proces dysponowania, badania własne

Wstęp

Dyspozytorem medycznym może być osoba, która: posiada pełną zdolność do czynności prawnych; posiada wykształcenie wymagane dla lekarza systemu, pielęgniarki systemu lub ratownika medycznego; przez okres co najmniej pięciu lat była zatrudniona przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w pogotowiu ratunkowym, szpitalnym oddziale ratunkowym, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub w izbie przyjęć szpitala [1].

Rozpiętość wiedzy, doświadczeń i kwalifikacji zawodowych pomiędzy ratownikiem medycznym, pielęgniarką a lekarzem powoduje znaczne różnice w postrzeganiu stanowiska dyspozytora medycznego oraz zadań i funkcji, jakie pełni w systemie. Celem opracowania jest ukazanie roli pielęgniarki na stanowisku dyspozytora medycznego, ze szczególnym uwzględnieniem wywiadu dyspozytorskiego, od którego jakości zależy jakość dysponowania. Dyspozytor medyczny jest kluczowym ogniwem „łańcucha przeżycia,” ponieważ inicjuje kaskadę zdarzeń, które mają przynieść, adekwatną do zaistniałego zagrożenia zdrowotnego, pomoc systemu ratownictwa medycznego [2].

Pracy na tym stanowisku nie można nauczyć się z podręczników, ponieważ ich nie ma. Większość dyspozytorów wykształciła własne techniki prowadzenia wywiadu, a na jakość ich pracy największy wpływ mają cechy osobowe i багаż doświadczenia zawodowego.

* Opolskie Centrum Ratownictwa Medycznego.

System ratownictwa medycznego (SRM) opiera się w założeniu na trzech filarach, którymi są: centra powiadamiania ratunkowego (CPR), szpitalne oddziały ratunkowe (SOR) oraz zespoły ratownictwa medycznego (ZRM). Elementem systemu są również jednostki lotniczego pogotowia ratunkowego (LPR) i współdziałający z systemem lekarz koordynator ratownictwa medycznego [3].

Elementy procesu dysponowania

Proces dysponowania zasobami ratownictwa jest działaniem, w którym wyróżniamy następujące elementy: przyjęcie zgłoszenia, przeprowadzenie wywiadu dyspozytorskiego, kwalifikację zgłoszenia, nadanie priorytetu, dysponowanie oraz koordynację działań. Szczegółowy opis czynności na poszczególnych etapach zależy od: modelu organizacji systemu powiadamiania, stopnia zaawansowania systemów informatycznych w obszarze wspomaganie decyzyjnego, procedur i stopnia wyszkolenia dyspozytorów [3–4].

Systemy powiadamiania ratunkowego mogą być: zintegrowane, scentralizowane, rozproszone lub rozdzielne powiadamiania. Model polski zakłada integrację, ale nosi cechy systemu rozproszonego i rozdzielnego powiadamiania. Centrum powiadamiania ratunkowego jest ogniwem dysponowania organizacyjnie powiązanych z lokalnymi jednostkami ratowniczymi straży pożarnej i ratownictwa medycznego. W takim systemie pielęgniarka na stanowisku dyspozytora medycznego przejmuje wszystkie związane z nim funkcje: przyjmowania zgłoszeń, kwalifikacji, nadawania priorytetów, dysponowania, koordynowania działań. Reprezentuje też system na zewnątrz w kontaktach z innymi służbami, jest to więc system jednostopniowy [3–5].

Ramowa procedura przyjmowania zgłoszeń obejmuje następujące elementy:

- przyjęcie zgłoszenia, z obowiązkiem podania miejsca odbioru zgłoszenia i nazwy dysponenta jednostki;
- przeprowadzenie krótkiej rozmowy (wywiad dyspozytorski) w celu uzyskania niezbędnych informacji służących kwalifikacji zdarzenia i determinujących rodzaj dyspozycji (adres, miejsce, dane osobowe, rodzaj zdarzenia, zgłaszany problem);
- podjęcie i przekazanie decyzji o zadysponowaniu zespołu lub o odmowie dyspozycji z podaniem przyczyny odmowy i zaleceń dalszego postępowania;

- w razie potrzeby udzielenie niezbędnych porad dotyczących udzielenia pierwszej pomocy lub szczególnego zachowania w miejscu zdarzenia, z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa;
- uruchomienie procedur adekwatnych do rodzaju zdarzenia, jeśli przekracza ono możliwości operacyjne jednego ośrodka lub nosi cechy zdarzenia masowego albo katastrofy [2–3].

Ramowe procedury pracy dyspozytora nakładają na pielęgniarkę na tym stanowisku obowiązek udzielania porad w zakresie pierwszej pomocy oraz postępowania na miejscu zdarzenia. Warunkiem tego typu działania jest dobra wola osoby będącej na miejscu zdarzenia. Problemem może okazać się brak znajomości zasad udzielania pierwszej pomocy oraz reakcja na stres, utrudniające prowadzenie działań ratowniczych. Porady udzielane przez dyspozytora w trakcie akcji ratowniczej można zaliczyć do trzech głównych grup:

- 1) porady dotyczące bezpieczeństwa;
- 2) porady dotyczące pierwszej pomocy;
- 3) porady w zakresie lokalizacji, określenia miejsca [2–3].

Dodatkowo w procedurach postępowania dla dyspozytorów przewidziano schematy porad przez telefon z uwzględnieniem następujących stanów:

- stany utraty przytomności;
- prowadzenie resuscytacji obejmujące wentylację, masaż pośredni serca, wykorzystanie AED (zarówno u dorosłych, jak i u dzieci, w tym niemowląt) [6].

Porady dotyczące lokalizacji obejmują zadania związane ze wsparciem jednostek systemu w dotarciu do miejsca zdarzenia: wyznaczanie tras dojazdu oparte na mapach rejonu operacyjnego, naprowadzanie telefoniczne lub radiowe HEMS, współpraca w zimie ze służbami, które mogą pomóc w dotarciu do pacjenta (Rejon Dróg Publicznych, GDDKiA, służby utrzymania dróg, czyli zarządcy, służby odpowiedzialne za odśnieżanie) [3].

Zakres udzielanej przez telefon pomocy świadczonej przez pielęgniarkę na stanowisku dyspozytora mieści się tylko w obszarze działań ratunkowych. Pielęgniarka nie może poza ten zakres wykroczyć [6].

Cel i zakres pracy, cel badań, materiał i metody badawcze

Celem badań jest analiza: funkcjonowania wybranego centrum powiadamiania ratunkowego, struktury połączeń alarmowych zarejestrowanych i zewidencjonowanych oraz struktury dysponowania, udokumentowanych dyspozycji lub tylko zewidencjonowanych w systemie wspomagan

decyzyjnego. Celem szczegółowym badania jest próba analizy działań pielęgniarki na stanowisku dyspozytora CPR, ze szczególnym uwzględnieniem wywiadu jako narzędzia gromadzenia informacji oraz sposobów jego wykorzystania w procesie decyzyjnym w odniesieniu do uwarunkowań związanych ze stażem pracy, z płcią, wykształceniem oraz faktem pracy czynnej w zespołach wyjazdowych ratownictwa medycznego.

W warstwie przedmiotowej materiałem badawczym jest dokumentacja Centrum Powiadamiania Ratunkowego w Strzelcach Opolskich. Obejmuje ona:

- Księgę Główną Wyjazdów Pogotowia Ratunkowego, raporty dyżuru;
- Księgę Główną Obsługi POZ, księgę wezwań przekazanych innym służbom;
- bazę danych SWD, rejestrator wezwań SWD, rejestrator połączeń SWD;
- statystyki SWD (opracowanie własne), statystyki własne opracowane z przebiegu dyżurów w badanym okresie.

W warstwie podmiotowej:

- zarejestrowany w systemie SWD indywidualny zapis pracy poszczególnych dyspozytorów (notatki własne na podstawie rejestratora SWD);
- wywiad osobowy (np. staż pracy, w opracowaniu własnym).

Metoda badania – analiza porównawcza.

Charakterystyka badanego obszaru i podmiotów, ramy czasowe

Głównym obszarem działania jest Centrum Powiadamiania Ratunkowego z siedzibą w Strzelcach Opolskich. Dysponentem jednostek ZRM jest Szpital Powiatowy w Strzelcach Opolskich. Rejon operacyjny: powiaty strzelecki i krapkowicki. Obszarem działania jest powiat strzelecki, w tym autostrada A4 (kierunek północny: Nogowczyce–Gogolin, kierunek południowy: Olszowa–Pławniowice) oraz powiat krapkowicki, w tym autostrada A4 (kierunek północny: Gogolin–Dąbrówka, kierunek południowy: Gogolin–Strzelce Opolskie).

Grupa poddana badaniu to pięciu dyspozytorów medycznych, na potrzeby analizy określonych jako dyspozytorzy: A,B,C,D,E. Dane z wywiadu obejmują: płeć, wykształcenie, staż pracy na stanowisku dyspozytora oraz fakt pracy dodatkowej w zespołach ratownictwa medycznego. Staż pracy dotyczy stanowiska dyspozytora medycznego, nie jest stażem całkowitym, obejmującym okresy zatrudnienia na innych stanowiskach.

Dyspozytor A – kobieta, pielęgniarka, staż > 20 lat, nie pracuje w ZRM.
 Dyspozytor B – kobieta, pielęgniarka, staż > 20 lat, nie pracuje w ZRM.
 Dyspozytor C – kobieta, pielęgniarka systemu, staż < 20 lat, czynna w ZRM.

Dyspozytor D – mężczyzna, ratownik medyczny, staż < 20 lat, czynny w ZRM.

Dyspozytor E – mężczyzna, ratownik medyczny, staż < 20 lat, czynny w ZRM.

Zebrany materiał obejmuje okres od 1 czerwca 2011 do 31 maja 2012. Jest to pełny rok kalendarzowy, czyli 365 dni pracy CPR w Strzelcach Opolskich. Analizie poddałem 11 305 zakończonych udokumentowaną dyspozycją połączeń alarmowych oraz 23 848 połączeń zarejestrowanych niezakończonych dyspozycją udokumentowaną. Łącznie zebrany materiał obejmuje 35 153 połączenia.

Połączenia nieudokumentowane to takie, które nie mają odzwierciedlenia w dokumentacji głównej, ponieważ ich natura nie wymagała ewidencjonowania. Są to zarejestrowane w systemie SWD połączenia (baza elektroniczna) niezakończone dyspozycją, niewymagające ewidencjonowania w dokumentacji głównej CPR. Przykładem są: „głuche telefony”, kontakty służbowe z innymi służbami, pomyłki, konsultacje, weryfikacje adresów lub danych, ustalanie miejsca dla pacjenta itp. Dane te odnoszą się do wyselekcjonowanego materiału dotyczącego tylko numeru alarmowego odbieranego przez dyspozytora medycznego. W badanym okresie zarejestrowano ogółem łącznie: 165 445 połączeń na łączny czas 47 dni (dób), 17 godzin, 9 minut i 15 sekund nieprzerwanego dialogu (rejestrator SWD).

Wyniki badań

Analiza struktury połączeń zarejestrowanych przez system SWD, z uwzględnieniem dyspozycji, połączeń „wychodzących” i „przychodzących”, z ich uszczegółowieniem.

Tabela 1

Ogólna struktura połączeń zarejestrowanych przez system SWD (święteczna pomoc nocna)

Lp.	Struktura połączeń ogółem	Liczba
1	Połączenia radiotelefoniczne	130 292
2	Połączenia na numery alarmowe (tab. 2, 3)	35 153
3	Liczba zarejestrowanych przez SWD połączeń ogółem	165 445

Źródło: Badania własne.

Tabela 2

Ogólna struktura połączeń z numerem alarmowym z uwzględnieniem dyspozycji

Lp.	Struktura połączeń na numer alarmowy ogółem	Liczba
1	Połączenia zakończone udokumentowaną dyspozycją (tab.4)	11 305
2	Połączenia niezakończony udokumentowaną dyspozycją (tab.16)	23 848
3	Liczba połączeń zarejestrowanych przez SWD ogółem	35 153

Źródło: Badania własne.

Tabela 3

Ogólna struktura połączeń z numerem alarmowym out/in

Lp.	Struktura połączeń na numer alarmowy ogółem	Liczba
1	Połączenia wychodzące	10 483
2	Połączenia przychodzące	24 670
3	Liczba połączeń zarejestrowanych przez SWD ogółem	35 153

Źródło: Badania własne.

Tabela 4

Ogólna struktura połączeń zakończonych udokumentowaną dyspozycją

Lp.	Struktura połączeń z udokumentowaną dyspozycją	Liczba
1	S1 zespół specjalistyczny w Strzelcach Opolskich	1 519
2	S2 zespół specjalistyczny w Krapkowicach	1 266
3	P1 zespół podstawowy w Strzelcach Opolskich	1 930
4	P2 zespół podstawowy w Krapkowicach	2 029
5	P3 zespół podstawowy w Zdieszowicach	1 270
6	P4 zespół podstawowy w Zawadzkiem	1 165
7	POZ ogółem (tab.5)	720
8	LPR Gliwice	7
9	Przekazane innym CPR ogółem (tab.6)	212
10	Inne służby ogółem (tab.7)	244
11	Porady i odmowy ogółem (tab.8)	916
12	Inne ogółem (tab.9)	27
13	Liczba połączeń zakończonych udokumentowaną dyspozycją	11 305

Źródło: Badania własne.

Tabela 5

Szczegółowa struktura udokumentowanych dyspozycji dla POZ (pomoc święteczna i nocna)

Lp.	Struktura dyspozycji dla POZ	Liczba
1	Podstawowa Opieka Zdrowotna Szpital Strzelce Opolskie	496
2	Podstawowa Opieka Zdrowotna Szpital Otmęt	224
3	Liczba przekazanych dyspozycji dla POZ ogółem	720

Źródło: Badania własne

Tabela 6

Szczegółowa struktura udokumentowanych dyspozycji dla innych CPR

Lp.	Struktura dyspozycji dla innych CPR	Liczba
1	Dyspozytor CPR Kędzierzyn-Koźle	37
2	Dyspozytor CPR Opole (także transporty pozasystemowe)	122
3	Dyspozytor CPR Lubliniec	5
4	Dyspozytor CPR Olesno	13
5	Dyspozytor CPR Nysa	3
6	Dyspozytor CPR Gliwice	32
7	Liczba przekazanych dyspozycji do innych CPR ogółem	212

Źródło: Badania własne.

Tabela 7

Szczegółowa struktura udokumentowanych dyspozycji dla innych służb

Lp.	Struktura dyspozycji przekazanych innym służbom	Liczba
1	Policja ogółem: – Komenda Powiatowa Policji w Strzelcach Opolskich – 101 – Komenda Powiatowa Policji w Krapkowicach – 64 – Komenda Policji w Zawadzkiem – 8 – Komenda Policji w Zdzeszowicach – 14	187
2	Państwowa Straż Pożarna ogółem: – PSP Strzelce Opolskie – 39 – PSP Krapkowice – 18	57
3	Liczba przekazanych dyspozycji innym służbom ogółem	244

Źródło: Badania własne.

Analiza struktury zarejestrowanych i udokumentowanych dyspozycji o charakterze odmowy lub porady niezakończonych dysponowaniem zespołów ratownictwa medycznego lub innych służb objętych systemem PRM lub KSRG. Analiza struktury zarejestrowanych i zewidencjonowanych dyspozycji przekazanych podmiotom nieobjętych systemem PRM lub KSRG, lub dyspozycji oddalonych z udokumentowanym odwołaniem (poz. 1 tab. 9).

Tabela 8

Szczegółowa struktura udokumentowanych porad i odmów wyjazdu

Lp.	Struktura udokumentowanych w SWD porad i odmów przy braku dysponowania dla ZRM lub innych służb	Liczba
1	Odmowy	297
2	Porady ogółem: – porady dotyczące zdrowia – 312 – porady dotyczące postępowania – 307	619
3	Liczba porad i odmowy dyspozycji ogółem	916

Źródło: Badania własne.

Tabela 9

Szczegółowa struktura innych połączeń zewidencjonowanych

Lp.	Struktura innych połączeń zewidencjonowanych	Liczba
1	Wezwania fałszywe z udokumentowanym odwołaniem dyspozycji	16
2	Wezwania przekazane służbom obsługi autostrady (GDDKiA)	8
3	Wezwania przekazane rejonowi dróg publicznych	2
4	Wezwanie dla służby komunalnej	1
5	Ogółem inne udokumentowane dyspozycje	27

Źródło: Badania własne.

Tabela 10

Ogólna struktura udokumentowanych dyspozycji w ujęciu systemowym

Lp.	Struktura udokumentowanych dyspozycji	Liczba
1	Liczba dyspozycji dla zespołów systemu ogółem (tab. 11)	9 398
2	Udokumentowane dyspozycje pozasystemowe ogółem (tab. 13)	1 907
3	Liczba udokumentowanych dyspozycji ogółem	11 305

Źródło: Badania własne.

Analiza struktury zarejestrowanych i udokumentowanych dyspozycji dla zespołów ratownictwa medycznego w ujęciu rodzajowym i procentowym (karetki poza rejonem operacyjnym to inaczej dyspozycje przekazane innym CPR, zakończone dyspozycją ZRM z właściwego dla rejonu operacyjnego dysponenta CPR), uszczegółowiona analiza strukturalna dysponowania zespołów ratownictwa medycznego w rejonie operacyjnym w ujęciu rodzajowym.

Tabela 11

Struktura udokumentowanych dyspozycji dla ZRM

Lp.	Struktura udokumentowanych dyspozycji dla ZRM	Liczba
1	Karetki systemowe w rejonie operacyjnym ogółem (tab. 12)	9 179
2	Karetki systemowe poza rejonem operacyjnym	212
3	LPR	7
4	Liczba udokumentowanych dyspozycji dla ZRM ogółem	9 398

Źródło: Badania własne.

Tabela 12

Struktura udokumentowanych dyspozycji dla ZRM w rejonie operacyjnym

Lp.	Struktura dyspozycji dla karetek systemu zadysponowanych w rejonie operacyjnym	Liczba
	Dyspozycje dla karetek specjalistycznych ogółem w tym: - zespół specjalistyczny S1 - 1 519 - zespół specjalistyczny S2 - 1 266	2 785

cd. tab. 12

Lp.	Struktura dyspozycji dla karet systemu zadysponowanych w rejonie operacyjnym	Liczba
2	Dyspozycje dla karet podstawowych ogółem w tym: - zespół podstawowy P1 – 1 930 - zespół podstawowy P2 – 2 029 - zespół podstawowy P3 – 1 270 - zespół podstawowy P4 – 1 165	6 394
3	Liczba dyspozycji dla karet systemu w rejonie operacyjnym ogółem:	9 179

Źródło: Badania własne.

Tabela 13

Struktura udokumentowanych dyspozycji poza systemowych

Lp.	Struktura udokumentowanych dyspozycji o charakterze poza systemowym	Liczba
1	Dyspozycje dla POZ	720
2	Dyspozycje dla Policji	187
3	Dyspozycje dla PSP	57
4	Dyspozycje inne	943
5	Liczba udokumentowanych dyspozycji poza systemowych ogółem	1 907

Źródło: Badania własne.

Analiza udokumentowanych dyspozycji w ujęciu przestrzennym. Dyspozycje dla poszczególnych powiatów. Analiza połączeń niezakończonych dyspozycją w ujęciu ogólnym i szczegółowym. Struktura połączeń typu *out* i *in*.

Tabela 14

Struktura udokumentowanych dyspozycji w powiecie strzeleckim

Lp.	Struktura dysponowania w powiecie strzeleckim	Liczba
1	Karetki systemowe ogółem w tym: - specjalistyczne – 1 519 - podstawowe – 3 095	4 614
2	POZ	496
3	Inne służby w powiecie ogółem: - Policja – 109 - PSP – 39 - inne służby – 3	151
4	Liczba udokumentowanych dyspozycji ogółem	5 261

Źródło: Badania własne.

Tabela 15

Struktura udokumentowanych dyspozycji w powiecie krapkowickim

Lp.	Struktura dysponowania w powiecie krapkowickim	Liczba
1	Karetki systemowe ogółem w tym: - specjalistyczne - 1 266 - podstawowe - 3 299	4 565
2	POZ	224
3	Inne służby w powiecie ogółem: - Policja - 78 - PSP - 18 - inne służby - 8	104
4	Liczba udokumentowanych dyspozycji ogółem	4 893

Źródło: Badania własne.

Tabela 16

Ogólna struktura nieudokumentowanych połączeń

Lp.	Struktura nieudokumentowanych połączeń	Liczba
1	Liczba połączeń typu <i>out</i> wychodzących z systemu (tab. 17)	10 483
2	Liczba połączeń z systemem typu <i>in</i> (tab. 18)	13 365
3	Liczba zarejestrowanych nieudokumentowanych połączeń ogółem	23 848

Źródło: Badania własne.

Tabela 17

Struktura nieudokumentowanych połączeń wychodzących z SWD

Lp.	Struktura nieudokumentowanych połączeń wychodzących	Liczba
1	Kontakt z SOR macierzystym	871
2	Kontakty z izbami przyjęć ośrodków specjalistycznych i OIOM	217
3	Kontakty z POZ, DPS, i CPR oraz SOR w powiatach ościennych	240
4	Kontakty zwrotne do wzywających	1 059
5	Kontakty z członkami ZRM	342
6	Kontakt z Policją	436
7	Kontakt z administracją ZOZ	68
8	Kontakt z lekarzem koordynatorem ratownictwa medycznego	217
9	Inne	7 033
10	Liczba nieudokumentowanych połączeń wychodzących ogółem	10 483

Źródło: Badania własne.

Tabela 18

Struktura nieudokumentowanych połączeń przychodzących

Lp.	Struktura nieudokumentowanych połączeń przychodzących	Liczba
1	Telefony „głuche”	3 415
2	Prośby o informację	2 233
3	Pomyłki	305
4	Bawiące się dzieci	808
5	Telefony obelżywe lub pogroźki	87
6	Żarty	41
7	Inne	5 171
8	Liczba nieudokumentowanych połączeń przychodzących ogółem	13 365

Źródło: Badania własne.

Struktura udokumentowanych dyspozycji oraz rozkładu wartości współczynnika weryfikacji w ujęciu podmiotowym. Analizie poddano strukturę dyspozycji w odniesieniu do poszczególnych dyspozytorów. Bazę stanowi ogólna liczba zarejestrowanych połączeń zakończonych udokumentowaną dyspozycją bez wskazania adresata dyspozycji. Analiza struktury połączeń typu *out* i *in* oraz współczynnika ich wzajemnych relacji.

Tabela 19

Ogólna struktura udokumentowanych dyspozycji

Lp.	Struktura udokumentowanych dyspozycji	Liczba
1	Dyspozytor A	1 966
2	Dyspozytor B	2 562
3	Dyspozytor C	2 607
4	Dyspozytor D	1 610
5	Dyspozytor E	2 560
6	Liczba zarejestrowanych udokumentowanych dyspozycji ogółem	11 305

Źródło: Badania własne.

Tabela 20

Struktura połączeń „out” w ujęciu podmiotowym

Lp.	Struktura połączeń wychodzących	Liczba
1	Dyspozytor A	2 416
2	Dyspozytor B	1 906
3	Dyspozytor C	1 832
4	Dyspozytor D	2 446
5	Dyspozytor E	1 883
6	Liczba zarejestrowanych połączeń wychodzących ogółem	10 483

Źródło: Badania własne.

Tabela 21

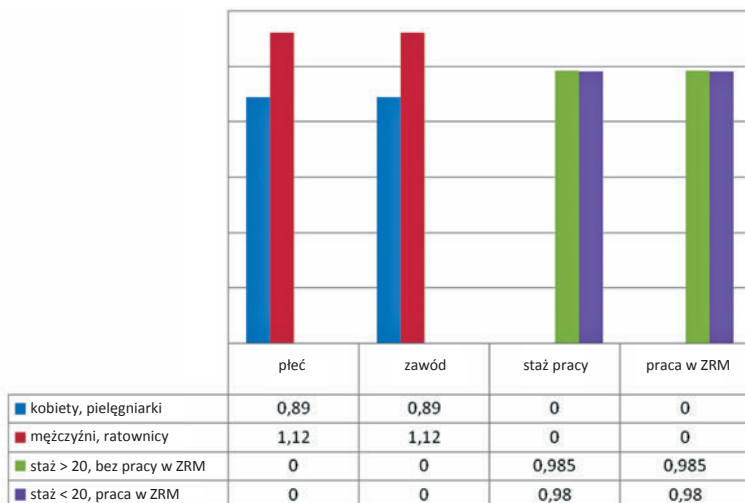
Współczynnik relacji połączeń „out/in” w ujęciu procentowym

Lp.	Współczynnik relacji połączeń out/in	out	in	[%]
1	Dyspozytor A	2 416	1 966	123
2	Dyspozytor B	1 906	2 562	74
3	Dyspozytor C	1 832	2 607	70
4	Dyspozytor D	2 446	1 610	151
5	Dyspozytor E	1 883	2 560	73

Źródło: Badania własne.

Analiza struktury rozkładu współczynnika weryfikacji w odniesieniu do stażu pracy, faktu czynnej pracy w zespołach ratownictwa medycznego i płci dyspozytora. Zmienna płci pokrywa się z wykształceniem medycznym, mężczyźni reprezentują zawód ratownika medycznego, kobiety są pielęgniarkami. Z tego powodu wynik dla obydwu zmiennych jest identyczny. Zmienna stażu pracy pokrywa się ze zmienną pracy czynnej w ZRM. Wynik w tych obszarach jest również identyczny.

Na wartość współczynnika weryfikacji wezwań nie ma wpływu fakt czynnej pracy w zespołach ratownictwa medycznego ani staż pracy na stanowisku dyspozytora medycznego. Różnice w tym obszarze są mało istotne. Istnieje jednak znaczna rozbieżność w odniesieniu do płci i wykształcenia. Różnica wynosi 23 pkt proc.



Źródło: Badania własne.

Wykres 1. Analiza wartości współczynnika weryfikacji

Analiza struktury, udokumentowanego dysponowania w ujęciu podmiotowym. Analizie poddano ogólną liczbę udokumentowanych dyspozycji uszczegółowionych rodzajowo w ujęciu podmiotowym (uszczegółowienie dotyczy zespołów ratownictwa medycznego bez LPR zadysponowanych w obszarze operacyjnym).

Tabela 22

Ogólna struktura dysponowania w ujęciu podmiotowym

Dyspozytor	Karetki		Pozostałe dyspozycje	Ogółem
	specjalistyczne	podstawowe		
A	393	1 218	355	1 966
B	589	1 460	513	2 562
C	918	1 484	205	2 607
D	354	901	355	1 610
E	531	1 331	698	2 560
Ogółem	2 785	6 394	2 126	11 305

Źródło: Badania własne.

Tabela 23

Układ procentowy dysponowania w ujęciu podmiotowym

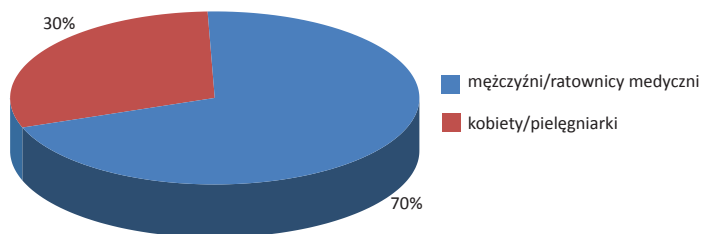
Dyspozytor	Karetki		Pozostałe dyspozycje [%]	Ogółem [%]
	specjalistyczne [%]	podstawowe [%]		
A	3,48	10,77	3,14	17,39
B	5,21	12,91	4,54	22,66
C	8,12	13,13	1,81	23,06
D	3,13	7,97	3,14	14,24
E	4,70	11,78	6,17	22,65
Ogółem	24,64	56,56	18,80	100,0

Tabela 24

Struktura uszczegółowiona indywidualnego dysponowania

Wyszczególnienie	A	B	C	D	E	Ogółem
S1 Strzelce Opolskie	207	327	465	218	302	1 519
S2 Krapkowice	186	262	453	136	229	1 266
P1 Strzelce Opolskie	405	401	471	287	366	1 930
P2 Krapkowice	418	440	438	247	486	2 029
P3 Zdzeszowice	211	345	255	191	268	1 270
P4 Zawadzkie	184	274	320	176	211	1 165
POZ Strzelce Opolskie	121	118	32	66	159	496
POZ Otmęt	31	60	21	31	81	224

Wyszczególnienie	A	B	C	D	E	Ogółem
LPR	1	0	1	1	4	7
CPR Opole	19	22	15	20	46	122
Inne CPR-y	12	22	22	14	20	90
Policja	28	41	33	55	30	187
PSP	12	10	10	7	18	57
Odmowy	4	78	8	103	104	297
Porady	124	160	63	47	220	619
Pozostałe	3	2	0	6	16	27
Ogółem	1 966	2 562	2 607	1 610	2 560	11 305



Źródło: Badania własne.

Wykres 2. Odmowy wyjazdu – zmienne płeć i zawód

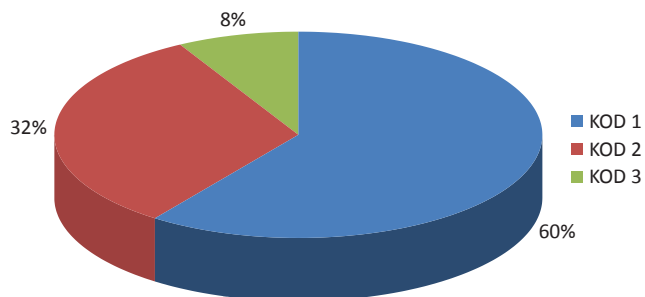
Analiza struktury kodyfikacji wezwań alarmowych przeprowadzona dla zespołów paramedycznych. Zespoły specjalistyczne zazwyczaj dysponowane są w kodzie 1.

Tabela 25

Struktura kodyfikacji priorytetów dla zespołów podstawowych

Kody	A	B	C	D	E	Ogółem
KOD 1	786	1 006	773	728	551	3 844
KOD 2	371	408	517	139	593	2 028
KOD 3	61	46	194	34	187	522
Ogółem	1 218	1 460	1 484	901	1 331	6 394

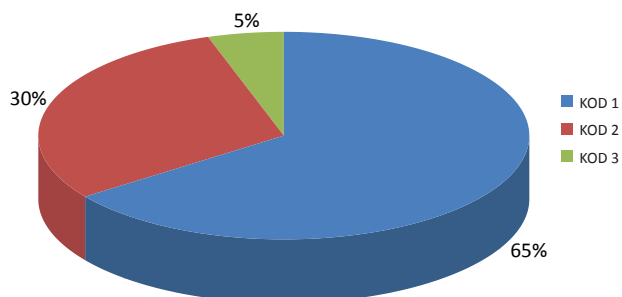
Źródło: Badania własne.



Źródło: Badania własne.

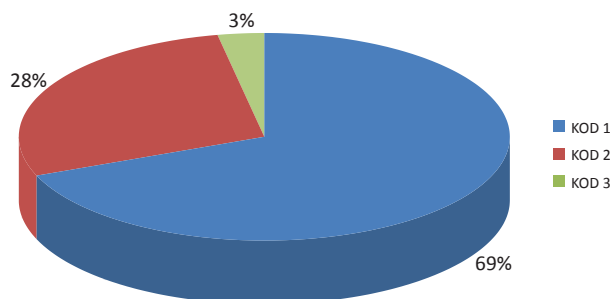
Wykres 3. Kodyfikacja

Analiza indywidualnego nadawania priorytetów dla zespołów podstawowych.



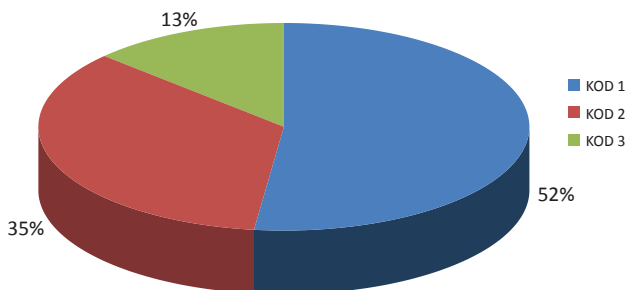
Źródło: Badania własne.

Wykres 4. Kodyfikacja, dyspozytor A



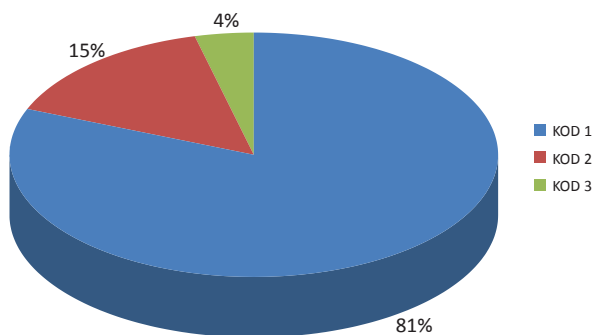
Źródło: Badania własne.

Wykres 5. Kodyfikacja, dyspozytor B



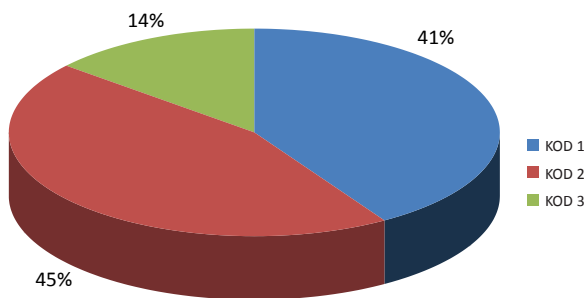
Źródło: Badania własne.

Wykres 6. Kodyfikacja, dyspozytor C



Źródło: Badania własne.

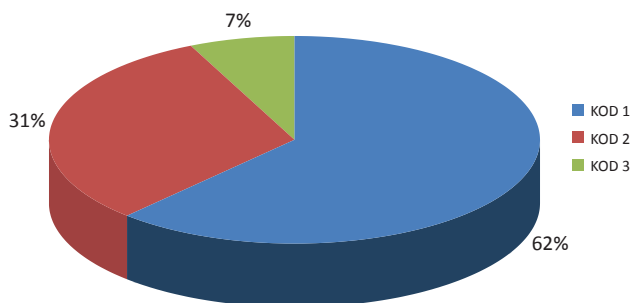
Wykres 7. Kodyfikacja, dyspozytor D



Źródło: Badania własne.

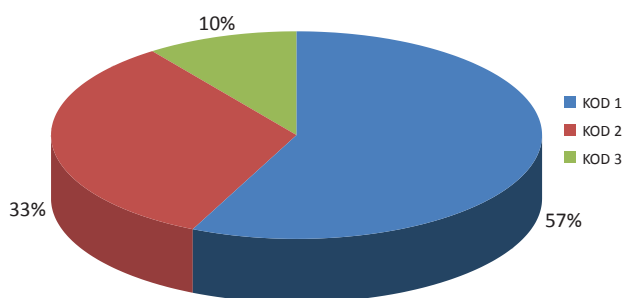
Wykres 8. Kodyfikacja, dyspozytor E

Analiza procentowa kodyfikacji w odniesieniu do płci i zawodu medycznego.



Źródło: Badania własne.

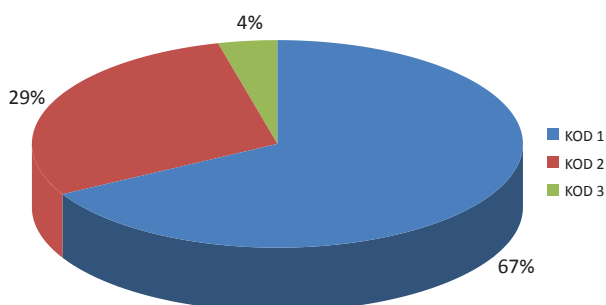
Wykres 9. Kodyfikacja kobiet, pielęgniarek



Źródło: Badania własne.

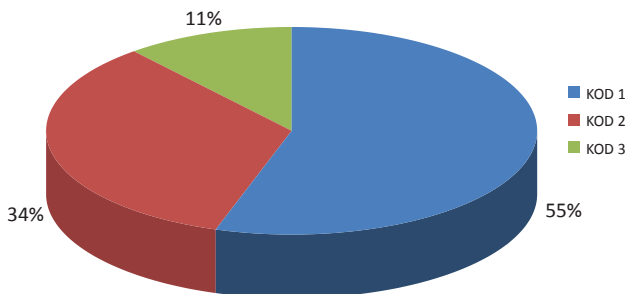
Wykres 10. Kodyfikacja mężczyzn, ratowników medycznych

Analiza procentowa kodyfikowania w odniesieniu do długości stażu pracy oraz faktu pracy w zespołach ratownictwa medycznego.



Źródło: Badania własne.

Wykres 11. Kodyfikacja wg stażu > 20 lat, niepracujących w ZRM



Źródło: Badania własne.

Wykres 12. Kodyfikacja wg stażu < 20 lat, pracujących w ZRM

Staż pracy i fakt pracy w zespołach ratownictwa medycznego mają przełożenie na kodyfikację wyjazdów. Różnica w dysponowaniu wynosi aż 12% więcej wyjazdów w K1 dla zespołów podstawowych dysponowanych przez „starych” dyspozytorów, niepracujących na co dzień w ZRM. Płeć i zawód mają mniejszy wpływ na sposób kodyfikacji.

Podsumowanie i wnioski

Z analizy wstępnej do celów poglądowych można wywnioskować, że dyspozytor medyczny, obok obsługi zgłoszeń alarmowych (21% połączeń), dużo czasu (79%) poświęca na wymiany radiowe z ZRM w terenie. Interesujący jest przy tym współczynnik czasu poświęconego na oba rodzaje wymian. Z 47 dób rocznie ogółem, na obsługę radia i terminali statusów poświęca 20 dób (30%), a na obsługę zgłoszeń alarmowych i weryfikację aż 27 dób rocznie, mimo że jest to zaledwie piąta część ogółu zarejestrowanych połączeń.

Liczba zgłoszeń zakończonych udokumentowaną dyspozycją wynosi 11 305. Stanowi to 14,6% ogółu połączeń zarejestrowanych w systemie wspomaganego decyzji (tab. 2). Trzecia część połączeń to połączenia wychodzące z systemu (typu *out*). Są to te połączenia, które służą doprecyzowaniu wywiadu, ustaleniu miejsca alokacji pacjenta, weryfikacji danych oraz innych czynności związanych z szeroko pojętą obsługą zgłoszeń (tab. 3).

Z analizy struktury połączeń zakończonych udokumentowaną dyspozycją pojawia się, dla obu powiatów, duża różnica w obsłudze POZ, rozumianej tu jako nocna i świąteczna pomoc lekarska (tab. 5). Ponaddwukrotna dysproporcja wynika z ogólnej dostępności numeru telefonu POZ w powiecie krapkowickim. Pacjenci z tego powiatu dzwonią bezpośrednio do lekarza dyżurnego, więc odpada weryfikacja ich zgłoszeń przez CPR.

W powiecie strzeleckim w analizowanym okresie nie było ogólnodostępnego numeru, więc mieszkańcy z tego obszaru dzwoniли na numer alarmowy z każdym problemem zdrowotnym. Prawdopodobnie w związku z takim stanem rzeczy i obsługą tego typu zgłoszeń wiąże się duża liczba decyzji dyspozytorów o charakterze porady lub odmowy wyjazdu.

Problematyka porad i odmów wymaga dodatkowego wyjaśnienia (tab. 8). Z przyczyn formalnych każda porada jest właściwie odmową wyjazdu. Są to przecież zgłaszane na numer alarmowy problemy zdrowotne, które nie zakończyły się podjęciem decyzji o zadysponowaniu ZRM. Mechanizm porady i odmowy jest podobny.

Pojęcie „porada” pojawia się, gdy w kontekście rozmowy nie pada sformułowanie „odmowa”. Dyspozytor sugeruje alternatywną dla dyspozycji ZRM formę udzielenia pomocy lub postępowania, a ta, jeśli spotyka się z akceptacją dzwoniącego, kwalifikowana jest jako porada. Z analizy podmiotowej wynika, że kobiety, mimo obiegowej opinii o wrodzonej skłonności do przedłużania dialogu, mają niższy współczynnik weryfikacji niż mężczyźni na tym stanowisku.

Ogólna struktura dysponowania w badanym CPR jest zbliżona do średniej krajowej. Ze statystyk wynika, że udział zespołów specjalistycznych w ogólnej liczbie wyjazdów mieści się w przedziale 20–25% [3]. W analizowanym rejonie operacyjnym wynosi on 24,64% (tab. 23).

Ocena indywidualnego dysponowania wykazała dużą rozbieżność w podejmowanych decyzjach poszczególnych dyspozytorów, niezależnie od analizowanych zmiennych, z jednym wyjątkiem (wykres 7), związanym ze zwiększonym dysponowaniem zespołu specjalistycznego. Analiza uszczegółowiona indywidualnego dysponowania wykazała dużą liczbę decyzji o odmowie wyjazdu w grupie mężczyzn (tab. 24). Aż 70% odmów wyjazdu to decyzje męskie, mimo że stanowią oni 40% obsady osobowej badanego CPR. Wyniki te nie pokrywają się z rozkładem kodyfikacji. Kobiety mają zbliżone w swojej grupie wartości procentowe nadawanych priorytetów. Mężczyźni mają w obrębie grupy podejście diametralnie różne. Wypadkowa obu grup jest porównywalna.

Zaobserwowane różnice w dysponowaniu i kodyfikacji w odniesieniu do płci, stażu pracy, faktu dodatkowej pracy w ZRM czy też wykonywanego zawodu medycznego nie są na tyle istotne, aby mówić o ustalonych regułach czy prawidłowościach. Wynikają raczej z subiektywnego podejścia do pracy na tym stanowisku i z cech indywidualnych, osobowych, temperamentu i charakteru oraz wypracowanych mechanizmów decyzyjnych wynikających z indywidualnych doświadczeń zawodowych.

Od 20 grudnia 2012 r. działa w Opolu jedna, centralna dyspozytornia, a lokalne CPR-y zostały zlikwidowane. Nastąpiła zmiana w procesie dys-

ponowania z jednostopniowego na dwustopniowy. Z uwagi na krótki okres funkcjonowania obecnego systemu trudno ocenić efekty zmian. System jest w trakcie gromadzenia danych i analiz doraźnych, mających na celu usprawnienie jego działania. Pojawiła się jednak nowa jakość związana z centralizacją – ujednoczenie procesów decyzyjnych i standardyzacja postępowania.

Bibliografia

[1] Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, tekst ujednolicony. Dz.U. z 2006 r. nr 191, poz. 1410 z późn. zm.

[2] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 maja 2007 r. w sprawie ramowych procedur przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego. Dz.U. z 2007 r. nr 90, poz. 605.

[3] Guła P. *Powiadamianie i dysponowanie w ratownictwie medycznym*. Kraków: Medycyna Praktyczna 2009: 11–58.

[4] Giedrojc L. Procedura – proces pracy dyspozytora medycznego, Szpital Powiatowy w Strzelcach Opolskich, Wyd. 2 z 10.05.2011, Index p-(KP-02)-12.

[5] Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 31 lipca 2009 r. w sprawie organizacji i funkcjonowania centrów powiadamiania ratunkowego i wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego. Dz.U. z 2009 r. nr 130, poz. 1073.

[6] Wytyczne resuscytacji 2010, ERC 2010, Polska Rada Resuscytacji, Wydawnictwo Fall, Kraków: 2010. www.prc.krakow.pl; www.erc.edu; www.fall.pl [20.03.2013].

Dane kontaktowe:

Zbigniew Twórzewski

Opolskie Centrum Ratownictwa Medycznego

ul. Mickiewicza 2–4

45-369 Opole

tel.: 77 441 36 39

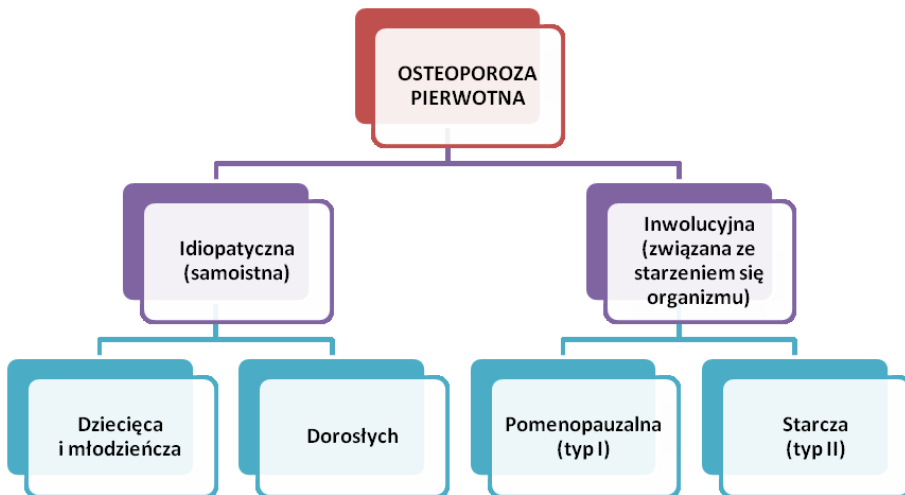
e-mail: epjtrus@gmail.com

ANETA SOLL*, AGNIESZKA MASTALERZ-MIGAS**

Postępowanie terapeutyczne w osteoporozie

Osteoporoza to choroba układu szkieletu polegająca na zmniejszeniu się gęstości i masy kości oraz zwiększaniu ich podatności na złamania. Dochodzi do uszkodzenia mikroarchitektury kości i ich stopniowego osłabienia [1].

Osteoporozę w zależności od przyczyny występowania choroby dzielimy na pierwotną i wtórną.



Rycina 1. Podział osteoporozy [2]

Osteoporoza inwolucyjna jest to stopniowy zanik tkanki kostnej zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn, dzieli się na: pomenopauzalną i starczą. W pierwszej, w wyniku wygaśnięcia funkcji jajników, dochodzi do za-

* Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu, Wydział Nauk o Zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

** Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu.

burzeń hormonalnych. Zanik dotyczy głównie kości gąbczastej. Najwcześniej chorobę można stwierdzić w miejscach, gdzie przewaga kości gąbczastej nad korową jest bardzo duża (trzony kręgow, ultradystalna część kości promieniowej). Schemat utraty wapnia z przewodu pokarmowego jest następujący:

DEFICYT ESTROGENÓW → WZROST RESORCJI KOŚCI →
WZROST STĘŻENIA Ca^{2+} → ZMNIEJSZENIE SEKREJCJI PARATHORMONU →
ZMNIEJSZENIE SYNTEZY 1,25(OH)2D3 →
ZMNIEJSZENIE WCHŁANIANIA Ca W PRZEWODZIE POKARMOWYM [2, 3]

Wzmoczona aktywność osteoklastów powoduje zbyt głębokie perforowanie beleczek, co powoduje utratę matrycy, na której tworzy się nowa kość. Resorpcja ma przewagę nad tworzeniem kości, dlatego dochodzi do zwiększania się odstępów między beleczkami i w efekcie słabną połączenia. Również kość zbita ulega uszkodzeniu. W wyniku zmniejszenia się liczby i aktywności osteoblastów rośnie porowatość kości [4].

W osteoporozie starczej dochodzi do osłabienia działania osteoblastów z powodu zmniejszonego wydzielania hormonu wzrostu (GH) i insulinopodobnych czynników wzrostu (IGF). Inną przyczyną jest osłabiona fotosynteza witaminy D. Dochodzi do stopniowego ścięczenia beleczek kostnych. Osteoblasty nie są w stanie wypełniać zatok poresorpcyjnych, utworzonych przez osteoklasty [3–4].

Osteoporozę wtórną wywołują różne schorzenia ogólne. Wśród przyczyn wymienia się:

- problemy endokrynologiczne (nadczynność tarczycy, niedoczynność tarczycy, zespół Cushinga, pierwotna nadczynność przytarczyc, cukrzyca insulinozależna, akromegalia);
- gastrologiczne (zaburzenia wchłaniania, choroby wątroby, stan po resekcji żołądka, celiakia, choroba zapalna jelit);
- reumatologiczne (reumatoidalne zapalenie stawów, ZZSK);
- hematologiczne (szpiczak mnogi, chłoniak, białaczka, mastocytoza, hemofilia, talasemia);
- leki (kortykosteroidy, heparyna);
- porażenia i niedowłady połowicze, cztero- lub dwu kończynowe;
- choroby nerek (przewlekła choroba nerek);
- przewlekłe choroby zapalne;
- hipogonadyzm (anorexia nervosa, hiperprolaktynemia, zespół Klinefeltera, zespół Turnera);
- zaburzenia neurologiczne (choroba Parkinsona, udar, dystrofie mięśniowe) [2–3, 5].

Do niemodyfikowalnych czynników ryzyka osteoporozy należą:

- podeszły wiek – wraz z wiekiem zmniejsza się stężenie hormonów, dochodzi do zaburzeń metabolizmu i ilość masy kostnej ulega znacznemu zmniejszeniu, osłabiając strukturę kości [3, 6];

- płeć żeńska – kobiety chorują cztery razy częściej niż mężczyźni. Przyczyną tej różnicy jest fakt, iż kobiety osiągają mniejszą szczytową masę kostną oraz szybciej przechodzą menopauzę niż mężczyźni andropauzę [2, 6];

- przebyta menopauza – trwale zahamowanie miesiączkowania w następstwie utraty czynności jajników nazywane jest menopauzą. Dotyczy z reguły kobiet ok. 50. roku życia, jednak istnieje wiele czynników modyfikujących czas występowania menopauzy. W wyniku zmniejszającej się ilości przysadkowej gonadotropiny, na kilka lat przed ostatnim krwawieniem dochodzi do zmniejszania i nieregularnych cykli miesiączkowych oraz maleje wytwarzanie progesteronu. Pęcherzyk jajnikowy przestaje reagować na zwiększające się stężenie gonadotropiny. Zmniejsza się natomiast stężenie progesteronu i estrogenu, który odpowiada za prawidłową gospodarkę wapniową w organizmie kobiety, w związku z czym dochodzi do zmniejszenia odkładania wapnia w kościach [6–8];

- czynniki genetyczne – według przeprowadzonych badań córki, których matki chorowały na osteoporozę, częściej są narażone na zachorowanie. Dotyczy to również pozostałej rodziny. Zwiększone ryzyko występuje u osób, których bliscy krewni (szczególnie pierwszego stopnia) cierpieli na to schorzenie;

- grupa etniczna – grupą zwiększonego ryzyka są osoby rasy białej [9].

Czynniki ryzyka osteoporozy dzielimy na modyfikowalne i niemodyfikowalne. Do czynników ryzyka modyfikowalnych osteoporozy należą:

- niska masa ciała – jest to spowodowane niską masą szczytową kości. Kobiety z nadwagą mają również więcej tkanki tłuszczowej, w której wytwarzane są estrogeny. Kobiety szczupłe nie mają zapasu estrogenów, a dodatkowo po menopauzie zmniejsza się ich ilość. Kobiety z nadwagą wykonują także większy wysiłek fizyczny w ciągu całego dnia, co przeciwdziała występowaniu choroby. Tkanka tłuszczowa pełni również funkcję amortyzującą przy ewentualnym upadku, co zmniejsza ryzyko złamań [6];

- niedostateczna podaż wapnia w diecie – wapń jest głównym minerałem warunkującym wytrzymałość szkieletu. Zbyt mała ilość przyjmowanego wapnia w wieku dojrzałym zwiększa utratę kości związaną z wiekiem oraz częstość złamań w wieku 60–70 lat. Gdy zapotrzebowanie na wapń nie jest zaspokojone, szczytowa masa kostna jest zbyt niska i nawet fizjologiczna utrata kości wraz z wiekiem staje się niebezpieczna [1, 6];

- niedostateczna podaż witaminy D – zbyt niska ekspozycja na światło słoneczne. Witamina D utrzymuje prawidłowe stężenie wapnia przez zwiększanie jego wchłaniania w jelicie cienkim. Najwięcej tej witaminy możemy dostarczyć poprzez ekspozycję na światło słoneczne, bo pokrywa ono aż ok. 80–90% zapotrzebowania [9–10];

- używki – nadmiar alkoholu, palenie papierosów. Nadmierne spożywanie alkoholu upośledza przemianę witaminy D w ustroju, co powoduje obniżenia jej zawartości w organizmie i nadmierne wydalania wapnia. Alkohol negatywnie oddziałuje na komórki tworzące kość – osteoblasty. Podobnie działają papierosy – hamują aktywność osteoblastów. U kobiet dodatkowo wpływają negatywnie na metabolizm estrogenów, co unieemożliwia prawidłowe działanie hormonu w organizmie kobiety;

- nadmierne spożycie białka zwierzęcego – powoduje nadmierne wydalanie wapnia z organizmu człowieka;

- leki – niektóre leki mogą powodować pojawienie się osteoporozy (np. kortykosteroidy, hormony tarczycy, niektóre leki żołądkowe, odwianające, uspokajające, przeciwpadaczkowe, przeciwgruźlicze);

- brak lub niska aktywność fizyczna – udowodniono, że długie unieruchomienie sprzyja demineralizacji kości, czego skutkiem jest rozwój osteoporozy [6].

Wybranie odpowiednich leków i sposobów leczenia jest bardzo trudnym elementem terapii i wymaga dużego doświadczenia ze strony lekarza. Celem terapii jest zmniejszenie dolegliwości i ryzyka kolejnych złamań. Osteoporoza jest chorobą przewlekłą, wymagającą od pacjenta pełnego zaangażowania. Czasami leczenie trwa do końca życia.

Najważniejszymi celami leczenia osteoporozy są:

- eliminacja bólu, występujących objawów i kalectwa – leczenie farmakologiczne; w tym wypadku stosowanie środków przeciwbólowych oraz, w razie konieczności, unieruchomienie złamanej kończyny lub innego miejsca złamania;

- obniżenie ryzyka złamań – leczenie farmakologiczne i zastosowanie wszelkich środków ostrożności eliminujących ryzyko upadku i doznania urazu;

- zmniejszenie dalszej utraty masy kostnej lub podwyższenie gęstości kości powyżej progu wystąpienia złamań – leczenie farmakologiczne, dietetyczne [11].

Leczenie farmakologiczne

Ze względu na mechanizm działania leki dzielimy na:

- leki hamujące resorpcję kości:

- bisfosfoniary,
- estrogeny i gestageny (HTZ – hormonalna terapia zastępcza),
- wybiórcze modulatory receptora estrogenowego,
- kalcytonina,
- denosumab;
- leki stymulujące kościotworzenie:
 - parathormon,
 - preparaty fluoru;
 - leki o podwójnym mechanizmie działania (antyresorbcyjnym i kościotwórczym):
 - renelinian strontu;
 - leki wspomagające:
 - wapń,
 - witamina D.

Bifosfoniary są grupą leków wykorzystywaną do leczenia zaburzeń metabolizmu tkanki kostnej i osteoporozy. Bardzo często stosowane są jako leki pierwszego rzutu w osteoporozie pomenopauzalnej, wtórnej i u mężczyzn. Ich funkcją jest hamowanie aktywności osteoklastów i indukowanie śmierci komórki. Dzięki lekowi zwiększa się gęstość kości, poprawia mikroarchitektura, zmniejsza się ból oraz ryzyko złamań kości. Połowa leku na wiele lat wbudowuje się w kość, a reszta wydalana jest drogą moczową. Bifosfoniary przy nieprawidłowej higienie jamy ustnej są często przyczyną martwicy żuchwy. Mogą powodować także inne dolegliwości, m.in. podrażnienie przełyku. Rozwiązaniem są leki podawane dożylnie, jednak mogą być przyczyną objawów grypopodobnych. Ważne jest, aby leki podawane drogą doustną przyjmować rano, ok. 30–60 minut przed śniadaniem, popijając tylko wodą. Inne napoje znacznie obniżają zdolność wchłaniania. Przeciwwskazaniami do stosowania leków są hipokalcemia, poważny niedobór witaminy D₃, niewydolność nerek oraz podwyższenie enzymów wątrobowych [5, 12].

Hormonalna terapia zastępcza jest podstawową metodą leczenia kobiet w okresie pomenopauzalnym, jednak nie jest formą leczenia pierwszego rzutu w przypadku osteoporozy. Estrogeny wpływają na gęstość kości całego szkieletu, zmniejszając ryzyko złamań kręgosłupa nawet o połowę, a innych części o 30%. Wpływają na resorpcję kości, hamując ją, wywołują słaby efekt anaboliczny w kościach i korzystnie wpływają na parametry lipidowe. Jednocześnie należy podawać gestageny – hormony zapobiegające przerostowi błony śluzowej macicy. Niestety, hormonalna terapia zastępcza zwiększa ryzyko wystąpienia nowotworów piersi oraz powikłań zakrzepowo-zatorowych. Przeciwwskazaniami do podjęcia terapii są niezdiagnozowane krwawienie z dróg rodnych, czynne wirusowe

zapalenia wątroby, czynna choroba zakrzepowo-zatorowa, nowotwory hormonozależne, tj. rak piersi, jajnika, endometrium [5, 8, 12].

Alternatywą hormonalnej terapii zastępczej są selektywne modulatory receptora estrogenowego (SERM). To leki wykorzystujące pozytywny skutek działania estrogenów przy jednoczesnej eliminacji niekorzystnego wpływu na sutek. Głównym lekiem stosowanym przy osteoporozie jest raloksyfen. Dzięki stymulacji osteoblastów do wytwarzania tkanki kostnej i hamowaniu aktywności osteoklastów raloksyfen powoduje przyrost tkanki kostnej. Lek obniża częstość złamań kręgow o 30–50%, jednak nie wpływa na obniżenie częstości złamań innych kości. W przeciwieństwie do estrogenu, raloksyfen powoduje spadek ryzyka zachorowania na raka sutka i endometrium. Negatywnym skutkiem jest wzrost zagrożenia zakrzepową chorobą żył [12–13].

Kalcytonina wytwarza jest przez komórki C tarczycy, czyli jest to naturalnie wytwarzany hormon. Działa przeciwbólowo, jednak jej działanie w układzie kostnym jest słabsze niż innych leków. Hamuje resorpcję kośćca i jednocześnie hamuje wytwarzanie osteoklastów, czyli zatrzymuje kościotworzenie. Nie jest wskazane ciągle podawanie leku. Należy robić przerwy, by zapobiec zmniejszaniu się wrażliwości receptorów na działania kalcytoniny. Jej działanie jest bardzo słabe, dlatego obecnie jest bardzo rzadko stosowana [5, 11–13].

Denosumab jest lekiem o właściwościach immunogennych i charakterze ludzkiego przeciwciała. Hamuje resorpcję osteoklastów, dzięki czemu spośród badanych kobiet ryzyko wystąpienia nowego złamania kręgowego zmalało o 68%, kości udowej o 40%, a złamania pozakręgowego o 20%. Preparat podawany jest podskórnie co 3–6 miesięcy [11, 13].

Parathormon jest lekiem powodującym zwiększenie liczby i aktywność osteoblastów, przez co poprawia kondycję kości. Zwiększa się masa kostna oraz poprawia mikroarchitektura kości, zarówno część beleczkowa jak i korowa. Leczenie parathormonem jest bardzo kosztowne, dlatego wykorzystuje się je jedynie w ciężkich przypadkach osteoporozy. Leczenie ograniczone jest do 18 (USA, Kanada) lub 24 (UE) miesięcy ze względu na ryzyko wystąpienia mięsaka kości. Preparat podaje się podskórnie. Lek zmniejsza ryzyko złamań kręgow o ok. 65%, a ryzyko złamań pozakręgowych o ok. 35%. Przeciwwskazaniem do podjęcia terapii tym lekiem jest niewydolność nerek oraz nowotwory złośliwe układu kostnego [5, 12–13].

Preparaty fluoru są związkami bardzo silnie działającymi na tworzenie tkanki kostnej, wpływając na zwiększenie masy szkieletu i obniżając ryzyko złamań kręgosłupa. Bardzo ważnym elementem leczenia jest właściwe dobranie dawki leki. Zarówno zbyt mała, jak i za duża dawka bardzo niekorzystnie wpływa na metabolizm tkanki kostnej. Przedawkowanie flu-

oru powoduje nadmierną kruchość kości. Związki fluoru należy podawać wraz ze związkami wapnia i witaminą D. Efekty leczenia widoczne są dopiero po roku, dlatego lek powinno podawać się co najmniej przez dwa lata, robiąc kilkutygodniowe przerwy [6].

Renelinian strontu jest lekiem o podwójnym działaniu. Oprócz stymulacji komórek kościotwórczych ma również działanie antyresorpcyjne. Przeprowadzone badania naukowe dowiodły, że lek zmniejsza ryzyko wystąpienia złamań kręgow i kości obwodowych przy jednoczesnym przyroście masy kostnej. Lek podaje się doustnie pomiędzy posiłkami lub przed snem, a przeciwwskazaniem jest niewydolność nerek. Działania niepożądane występują rzadko i ustępują w ciągu pierwszych miesięcy terapii. Lek jest skuteczny przez około pięć lat od zakończenia terapii [6, 12–13].

Wapń jest niezbędnym pierwiastkiem potrzebnym do osiągnięcia prawidłowej masy kostnej i twardości kości. Wraz z wiekiem, a szczególnie po menopauzie, znacznie zwiększa się zapotrzebowanie kości na wapń, a wchłanianie z przewodu pokarmowego maleje, co jest przyczyną niedoborów pierwiastka w organizmie. Rozwiązaniem jest stosowanie preparatów wapnia wraz z witaminą D. Sole wapnia stosowane są zarówno jako osobny środek profilaktyczny, jak i uzupełnienie innej terapii antyresorpcyjnej. Najlepszym źródłem wapnia są produkty mleczne, ale ze względu na częstą nietolerancję tych przetworów stosuje się sole wapnia. Są to preparaty dobrze wchłaniane z przewodu pokarmowego, zawierające dużą ilość wapnia. Największą ilość zawiera węglan, inne, tj. mleczan i glukonian, zawierają go czterokrotnie mniej [6, 13].

Witamina D jest niezbędna do prawidłowej funkcji wapnia. Rozpuszcza się w tłuszczach i do organizmu dostarczana jest w spożywanych pokarmach oraz produkowana w skórze pod wpływem promieniowania ultrafioletowego słońca. Podstawowa postać witaminy jest nieaktywna. Dopiero po przetworzeniu w wątrobie i nerkach staje się aktywna. Upośledzone wchłanianie zarówno wapnia, jak i reakcja na witaminę D przez jelita jest przyczyną zwiększonego wydzielania parathormonu i wzrostu intensywności procesu niszczenia tkanki kostnej. Zjawisko niedostatecznego uwapnienia kości u dzieci nazywane jest krzywicą, u dorosłych natomiast osteomalacją. Leczenie witaminą D pozytywnie działa na wzrost masy kostnej. Zmniejsza się liczba złamań kręgosłupa i kości udowej oraz wydzielanie parathormonu z przytarczyc. Przedawkowanie grozi zatruciem, dlatego bardzo ważne jest przyjmowanie leku zgodnie z zaleceniami lekarza.

Modyfikacja stylu odżywiania jest kolejnym bardzo ważnym elementem zarówno w zapobieganiu, jak i leczeniu osteoporozy. Prawidłowa profilaktyka i leczenie wymagają odpowiedniego spożycia wapnia, białka

oraz witamin, szczególnie: A, C, D i K. Bardzo ważnymi elementami prawidłowo skomponowanej diety są pierwiastki: fluor, cynk, chrom, potas, magnez, mangan. Wszelkie niedobory tych elementów należy w pierwszej kolejności uzupełniać dietą, a dopiero później włączać leczenie farmakologiczne, w tym suplementy diety. W diecie nie należy zapomnieć o tłuszczach wielonasyconych omega-3 i ograniczeniu soli kuchennej [1, 9–10].

Aż 99% wapnia zawartego w ludzkim organizmie znajduje się w kościach i zębach. Pozostałą część możemy znaleźć w tkankach miękkich, krwi i innych płynach ustrojowych. Zarówno zbyt niski spadek, jak i nadmierny wzrost tego pierwiastka może doprowadzić do poważnych zaburzeń w funkcjonowaniu organizmu, tj. zaburzenia rytmu serca, oddychania. Zalecenia co do ilości wapnia, jaką należy spożyć, różnią się w zależności od płci i wieku. Zalecana dzienna dawka dla osób dorosłych wynosi 1000 mg/dobę. Młodzież, kobiety po menopauzie i osoby starsze powinny spożywać 1500 mg/dobę. Niestety, spożycie wapnia w Polsce jest niewystarczające, dlatego stosuje się leczenie uzupełniające. Wapń znajduje się przede wszystkim we wszelkiego rodzaju przetworach mlecznych: jogurtach, maślankach, kefirach. Także sery żółte, białe oraz jaja są bogatym źródłem wapnia. Jedna szklanka mleka zawiera ok. 300 mg Ca, więc powinno się spożywać co najmniej 3 szklanki mleka lub innych przetworów mlecznych dziennie. Innymi produktami zawierającymi wapń są konserwy rybne, spożywane wraz z ośmi, np. sardynki w oleju [6, 9, 14].

Białka są niezbędnym elementem budulcowym, potrzebnym do produkcji kolagenu, stanowiącym 1/3 masy kostnej. Są źródłem aminokwasów niezbędnych do produkcji kolagenu. Jest to bardzo ważny element w czasie rehabilitacji i rekonwalescencji po złamaniach i urazach. Zalecane spożycie białka wynosi 1,2 g/kg/m.c. Należy spożywać zarówno białka zwierzęce, jak i roślinne, gdyż uzupełniają się nawzajem, gwarantując dostarczenie organizmowi wszystkich potrzebnych aminokwasów. Do najbardziej wartościowych białek pochodzenia zwierzęcego zaliczamy: mięso, wędliny, ryby, mleko i przetwory mleczne oraz jajka. Białka pochodzenia roślinnego zawarte są w produktach zbożowych [6, 9, 10, 15].

Witamina D (*calciferol*) jest niezbędna do prawidłowego wchłaniania wapnia z przewodu pokarmowego. Jej niedobór powoduje zwiększoną resorpcję kości. Dwie najbardziej znane jej formy to D₃ i D₂. Podstawowa postać witaminy D jest nieaktywna. Dopiero po przemianach, jakie zachodzą w wątrobie i nerkach, jest aktywna i może spełniać swoją funkcję. Niezbędnym elementem przemian prowitaminy D w witaminę D jest promieniowanie nadfioletowe znajdujące się w świetle dziennym. Dlatego bardzo ważna jest ekspozycja na światło. Witaminę D znajdziemy w margarynie, maśle, płatkach, jajach, wątrobie oraz tłuszczu ryb – łososia, sar-

dynek, makreli, śledzia, pstrąga. Jednak przedawkowanie witaminy D prowadzi do groźnych powikłań, dlatego jej przyjmowanie powinno być ściśle kontrolowane przez lekarza [6, 9, 14, 16].

Witamina K (*filochinon*) wykorzystywana jest do produkcji i działania osteokalcyny, białka odpowiadającego za mineralizację kości. Witamina K wytwarzana jest przez bakterie jelitowe, ale również dostarczamy ją naszemu organizmowi w pożywieniu. Znajdziemy ją w warzywach liściastych: sałacie, kalarepie, kalafiorze, pomidorach [9, 14, 16].

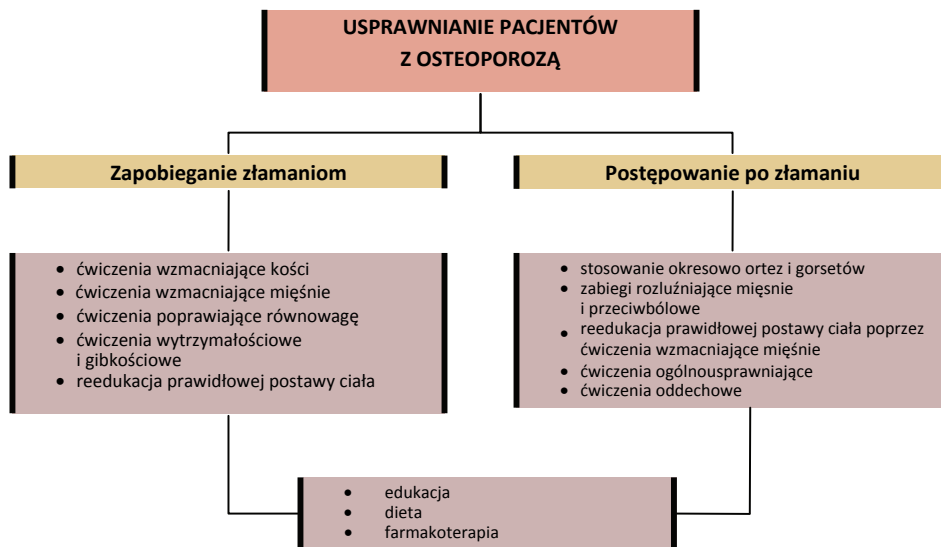
Kwas askorbinowy to rozpuszczalna w wodzie witamina C. Uczestniczy w syntezie kolagenu, ułatwia wchłanianie wapnia, niezbędna jest w przemianie wielu aminokwasów oraz budowaniu tkanki łącznej, do budowy mocnych i zdrowych kości. Znajdziemy ją w owocach cytrusowych, truskawkach, czarnych i czerwonych porzeczkach. Chcąc uzupełnić niedobór witaminy z warzyw, powinniśmy wybierać czerwoną paprykę, brukselkę, zieloną paprykę, kalafior, szpinak, kapustę białą i czerwoną, pomidory, kapustę kwaszoną oraz ziemniaki. Witamina C bardzo szybko ulega zniszczeniu, dlatego nie bez znaczenia jest sposób przygotowywania i przechowywania potraw i produktów. Najmniej szkodliwym sposobem przechowywania jest mrożenie. Obecnie zalecana dzienna norma witaminy C dla dorosłego człowieka wynosi 70 mg [9, 14].

Witamina A (*retinol*) zapewnia prawidłowy wzrost kości i zębów, regulując aktywność komórek tkanki kostnej. Występuje tylko i wyłącznie w produktach zwierzęcych. Ogromnym bogactwem retinolu jest wątroba wieprzowa i wołowa. Znacznie mniej jest jej w maśle, jajach kurzych, sery podpuszczkowym. Niewielkie ilości znajdują się także w mleku. Nadmierne spożycie retinolu skutkuje obniżeniem gęstości kości [9, 14, 16].

Pierwiastki (magnez, cynk, mangan i miedź) aktywują enzymy biorące udział w procesie tworzenia kości. Podobną funkcję pełnią fluorki, które odpowiadają za odpowiednią kruchość kości. Magnez znajdziemy w produktach głównie roślinnych, tj.: produktach zbożowych pełnoziarnistych, grubych kaszach, zielonych częściach roślin, suchych nasionach roślin strączkowych, ziemniakach, poza tym w mięsie i rybach. Cynk występuje w: mięsie, mleku, przetworach mlecznych, produktach zbożowych, w suchych nasionach roślin strączkowych, jajach, warzywach i owocach. Duże ilości manganu są w: otrębach pszennych, pieczywie, suchych nasionach roślin strączkowych, niektórych warzywach oraz herbacie. Miedź występuje w: mięsie, podrobach, jajach, rybach, fasoli, mące z pełnego przemiału. Natomiast fluor dostarczymy organizmowi, jedząc ryby morskie i pijąc herbatę [9, 14, 16].

Ogromną rolę w prewencji i leczeniu osteoporozy odgrywają ćwiczenia fizyczne. Prawidłowa postawa naszego ciała zależy od siły i równowagi

naszych mięśni, które utrzymują szkielet w prawidłowej pozycji. Osłabienie niektórych grup mięśni powoduje zwiększenie naturalnych krzywizn ciała. Osłabione mięśnie tracą zdolność pełnej kontroli nad ruchem i postawą, co doprowadza do upadków i złamań osłabionych kości. Jednym z ważniejszych elementów profilaktyki i leczenia osteoporozy jest odpowiednia porcja aktywności fizycznej. W leczeniu choroby wykorzystuje się również wszelkie formy rehabilitacji [17].



Rycina 2. Elementy usprawniania pacjentów z osteoporozą [17]

U chorych nie są zalecane ćwiczenia ogólne, tj. aerobik, taniec, jogging, ponieważ zbyt mocno obciążają stawy i kości, zwiększając ryzyko kontuzji. Profilaktykę osteoporozy powinno zacząć się już w okresie dojrzewania, gdy osiąga się szczytową masę kostną. W wieku młodzieńczym, o ile nie ma przeciwwskazań medycznych, polecana jest każda regularna forma ruchu. Jej wybór zależy wyłącznie od naszych możliwości, umiejętności i upodobań. Osobom starszym powinno udostępnić się przyrządy poprawiające ich komfort chodzenia i zmniejszające ryzyko upadku, tj. balkoniki, chodziki czy kule. Należy zadbać o odpowiednie obuwie na płaskiej podeszwie. Polecaną formą ruchu są zdecydowanie spacer, podczas których, za sprawą sił grawitacyjnych, dochodzi do zmiany napięcia mięśni, poprawia się bilans resorpcji i tworzenia kości, wzmacniają się również mięśnie kręgosłupa. Ćwiczeniem ogólnorozwojowym całego ciała, nieobciążającym jednocześnie stawów i kręgosłupa, jest pływanie. Kolejną formą godną polecenia jest jazda na rowerze. Wzmacnia wszystkie

grupy mięśni, ćwiczy równowagę. Godnym polecenia urządzeniem jest orbitrek. Wzmacnia wszystkie partie mięśniowe, eliminuje niekorzystne dla stawów uderzenia, jakie występują np. podczas biegania [2, 6, 17].

Pierwszą czynnością po złamaniach, wynikających z osłabienia kości w przypadku osteoporozy, jest unieruchomienie miejsca złamania lub zespolenia miejsc urazu. W pierwszym etapie leczenia niezbędne jest również unieruchomienie pacjenta w łóżku. Jednak należy jak najszybciej wprowadzać ćwiczenia fizyczne, by nie dopuścić do powikłań związanych z długotrwałym unieruchomieniem, tj. zapalenia płuc, zaników mięśniowych. Już od trzeciej doby po urazie należy stopniowo prowadzić ćwiczenia w pozycji siedzącej, rozluźniające mięśnie. W kolejnych dniach rozpoczyna się pionizację i naukę chodzenia [17].

W wyniku złamań w obrębie bliższej nasady kości udowej, dalszej nasady kości promieniowej czy przeciążeniach układu więzadłowego bardzo często pojawia się ostry ból, który powinien być leczony przede wszystkim farmakologicznie. Jednak istnieje szansa zmniejszenia go poprzez odpowiednie ułożenie pacjenta i zabiegi rozluźniające napięte mięśnie. Wykorzystuje się również elektroterapię. Leczenie bólów przewlekłych powinno rozpocząć się od eliminacji ich przyczyny. W leczeniu powinniśmy uwzględnić: mięśnie wzmacniające prostowniki grzbietu, korekcję kręgosłupa ortezami prostującymi i unikanie form aktywności obciążających kręgosłup. Należy również uwzględnić formy terapii, tj. zabiegi cieplne, elektroterapię i hydroterapię [17].

Pełna rehabilitacja powinna uwzględniać ćwiczenia:

- wzmacniające mięśnie, szczególnie kręgosłupa;
- wzmacniające kości;
- poprawiające równowagę;
- wytrzymałościowe i gibkościowe;
- oddechowe.

Ćwiczenia wzmacniające mięśnie kręgosłupa umożliwiają zmniejszenie szybkości jego deformacji. Poprzez prawidłowe wykonywanie ćwiczeń jest możliwa eliminacja klinicznych objawów osteoporozy. Dochodzi do złagodzenia objawów choroby poprzez stabilizację kręgosłupa i zmniejszenie przeciążeń stawów i więzadeł. Należy pamiętać jednak o zachowaniu prawidłowej korekcji kręgosłupa. Mięśnie prostowników powinny być wzmacniane przede wszystkim ćwiczeniami wyprostnymi. Nie należy zapominać o jednoczesnym wzmacnianiu mięśni brzucha, ponieważ skupienie się na wzmacnianiu siły prostowników może powodować pogłębienie lordozy lędźwiowej. Z czasem, im bardziej nasila się choroba, tym mniej powinno się stosować ćwiczeń dynamicznych. Polecane są ćwiczenia izometryczne. Charakteryzują się dużym ograniczeniem zakresu

ruchu i maksymalnym napięciem ćwiczonej grupy mięśni. Bardzo ważny jest odpowiedni czas napięcia mięśni. Ćwiczenia, nie obciążając szkieletu, prowadzą do zwiększenia masy mięśniowej. Należy pamiętać o dokładności w ich wykonywaniu oraz wyeliminowaniu siły działającej na kręgosłup. Ćwiczenia dobierane są indywidualnie. Zdecydowanie ich pozytywną cechą jest fakt, że do ich wykonywania nie trzeba specjalistycznych przyrządów i można wykonywać je w domu [6, 17].

Ćwiczenia wzmacniające kości polegają na obciążeniu kości, ale w inny sposób, niż są obciążone na co dzień. Celem ich jest stymulowanie kośćca do wytwarzania nowych komórek kostnych oraz zmniejszenie aktywności komórek kościogubnych. Do takich ćwiczeń zaliczają się: izometryczne, czynno-bierne, czynne-wolne, czynne z oporem zewnętrznym lub własnego ciała. Można wykorzystać ciężarki, gumę lub elastyczne piłki. Swoją uwagę należy skupić na mięśniach kręgosłupa, kości udowej i promieniowej [17].

Ćwiczenia poprawiające umiejętność utrzymywania równowagi najlepiej wykonywać po rozgrzewce, zachowując wszelkie środki bezpieczeństwa, aby nie zrobić sobie krzywdy. Poleca się naprzemienne stawanie na palcach i piętach.

Do ćwiczeń wytrzymałościowych i gibkościowych zalicza się spacer, bieganie, pływanie. Poprawiają koordynację, siłę mięśniową i ruchomość stawów.

Wykonywanie ćwiczeń oddechowych zapobiega powikłaniom ze strony układu oddechowego [17].

Bibliografia

- [1] Steciwko A. red. *Medycyna rodzinna – co nowego*. Wrocław: Cornetis 2010: 292–298.
- [2] Garwacka-Jodzis I. *Osteoporoza*. W: Kiwerski J. red. *Rehabilitacja medyczna*. Warszawa: PZWL 2006: 595–614.
- [3] Kokot F. red. *Choroby wewnętrzne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie 2002: 574–585.
- [4] Janiszewski M. *Fizjoterapia w osteoporozie*. Lublin: WSSP 2008.
- [5] Leszczyński P., Pawlak-Buś K. *Osteoporoza*. W: Samorski W., Brzosko M., red. *Reumatologia praktyczna*. Warszawa: ABC Wolters Kluwer Polska 2011: 325–345.
- [6] Marcinowska-Suchowierska E., red. *Osteoporoza – komu zagraża, jak jej unikać*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2002.
- [7] Galus K. *Osteoporoza*. W: Wieczorkowska-Tobis K., Talarska D. red. *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2008.
- [8] Sańko-Resmer J., Wyzgał J. *Menopauza*. W: Pączek L., Mucha K., Foronczewicz B., red. *Choroby wewnętrzne. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa i położnictwa*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2004: 514–517.

- [9] Jarosz M. *Osteoporoza – porady lekarzy i dietetyków*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2010.
- [10] Lorenc R., Gluszko P., Kaczmarewicz E. *Zalecenia postępowania diagnostycznego i leczniczego w osteoporozie. Obniżenie częstości złamań poprzez efektywną profilaktykę i leczenie*. W: Tołłoczko T., red. *Terapia*, 2007 (09).
- [11] Menopauza. www.menopauza.biz.pl [03.04.2012].
- [12] Chodorowski Z. *Geriatrya z podstawami gerontologii*. Gdynia: Grafica 2008: 337–360.
- [13] Bolanowski M. red. *Aspekty medyczne starzenia się człowieka*. Łódź: Łódzkie Towarzystwo Naukowe 2008: 165–182.
- [14] Kuchanowicz H., Czarnowska-Misztal E., Turlejska H. *Zasady żywienia człowieka*. Warszawa: WSiP 2000.
- [15] Stanga Z., Allison S.P., Vandewowoude M. *Żywienie osób w wieku podeszłym*. W: Sobotta L. red. *Podstawy żywienia klinicznego*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2004: 378, 382.
- [16] Solomon E.P., Berg L.R., Martin D.W. *Biologia*. Warszawa: Multico 2007: 982–984.
- [17] Mika A. Leczenie usprawniające pacjenta z osteoporozą. *Rehabilitacja Medyczna* 2003, 7: 55–63.

Adres do korespondencji:

Aneta Soll

Instytut Pielęgniarstwa PMWSZ w Opolu

ul. Katowicka 68

45-060 Opole

tel.: 77 44 23 540

e-mail: aneta.soll@op.pl

DOMINIKA LERCH*, AGNIESZKA MASTALERZ-MIGAS**

Grypa – problem ciągle istotny

Wstęp

Grypa wywołuje najwięcej zakażeń wśród wszystkich chorób zakaźnych. O jej epidemiach, pandemiach i ich skutkach istnieją zapiski z V w. Jest chorobą niezwykle powszechną, obejmującą cały świat. Corocznie na grypę choruje ok. 330–990 mln ludności globu, a z powodu powikłań pogrypowych, umiera ich ok. 500 000–1 000 000 osób. Niestety, nie sposób określić dokładną ich liczbę. Bywa tak, że danych patologii nie traktuje się jako powikłanie pogrypowe, a na pewno już nie jest to dokumentowane [1].

Grypa niekorzystnie oddziałuje nie tylko na zdrowie, samopoczucie i standard życia danej jednostki, ale ma także duże odniesienie w skali społeczeństwa. Dezorganizuje pracę, naukę, co widać szczególnie podczas epidemii. Należy zaznaczyć już na początku, że grypa nie zawsze przebiega łagodnie, a jest ściśle powiązana z licznymi powikłaniami pogrypowymi. Te, zwłaszcza u osób należących do grupy podwyższonego ryzyka, zaostrzają przebieg choroby i prowadzą nierzadko do hospitalizacji. Z każdym z wymienionych aspektów są związane koszty, których wartość na pewno nie jest obojętna dla skarbu państwa. Tak więc następstwa grypy są znacznie odczuwane nie tylko w sferze zdrowotnej, ale też ekonomicznej [2].

Klinika

Rozpoznanie grypy tylko na podstawie objawów jest możliwe jedynie w czasie epidemii [3]. Tylko 20% zachorowań ma przebieg objawowy [4].

* Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu, Wydział Nauk o Zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

** Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu.

Typowe jest przede wszystkim nagłe pojawienie się symptomów. Choroba zaczyna się wysoką gorączką, której towarzyszą dreszcze oraz charakterystyczne bóle mięśni i stawów. Często występuje też silny ból głowy i ogólne rozbitcie [5–6].

Podwyższona temperatura ciała skuteczniej mobilizuje jego mechanizmy immunologiczne i jeżeli nie przekracza ona 38°C, nie należy jej zniżać (wyjątek stanowią dzieci oraz osoby z niskim progiem drgawkowym). Utrzymuje się ona zwykle ok 2–3 dni, po czym zaczyna się normować [7]. Jeżeli w krótkim czasie wystąpi obniżanie się temperatury, a potem nagły jej skok, może to oznaczać, iż doszło do nadkażenia bakteryjnego [6].

W przebiegu grypy pojawiają się również liczne objawy i przypadłości ze strony układu oddechowego: nieżyt nosa, ból gardła, suchy, napadowy kaszel spowodowany zapaleniem krtani, tchawicy i oskrzeli [6]. Może wystąpić też zapalenie spojówek czy krwawienie z nosa. Sporadycznie dołączają się do tego wszystkiego problemy żołądkowo-jelitowe: biegunki, wymioty, bóle brzucha. Natomiast stosunkowo często występuje brak łaknienia.

Jak już wspomniano, grypę i przeziębienie cechują na pierwszy rzut oka niemal identyczne objawy. Kiedy jednak przyjrzymy się im nieco dokładniej, można znaleźć różnice, które pozwalają na odróżnienie tych dwóch infekcji.

Przeziębienie, tak jak grypa, to infekcja o podłożu wirusowym. Definiuje się je jako grupę objawów skojarzonych z zapaleniem błon śluzowych nosa, gardła i zatok przynosowych. Ich początek, w odróżnieniu od infekcji wirusem grypy, jest zwykle łagodny. Temperatura ciała utrzymuje się na ogół w przedziale normy, ewentualnie występują stany podgorączkowe. Bóle mięśni, stawów i głowy nie pojawiają się za każdym razem i mają nieznaczne nasilenie. Dolegliwości związane z układem oddechowym to: drapanie i ból w gardle, początkowo suchy, mający skłonności do przechodzenia w wilgotny, kaszel, kichanie, katar, co w infekcjach grypowych spotyka się rzadziej [8].

Objawy grypy niewykazującej powikłań wycofują się najczęściej same po ok. 3–7 dniach. Niektóre utrzymują się dłużej, nawet do dwóch tygodni (złe samopoczucie czy kaszel). Istnieją jednak liczne przypadki, kiedy grypa daje bardzo groźne dla zdrowia i życia powikłania (nieudokumentowane i zwykle niekojarzone jako następstwo grypy) [6].

Epidemiologia

Na grypę może zachorować każdy bez względu na porę roku. Źródła podają, że corocznie choruje na nią ok. 330–990 mln ludności globu. W Pol-

sce liczba ta waha się od kilkuset tysięcy do kilku milionów, a w obecnym sezonie epidemicznym zachorowalność na 100 000 osób wynosi ok. 10 na dzień [2]. Grupą wiekową o największej zapadalności są dzieci oraz młodzież. Tymczasem śmiertelność z powodu grypy jest największa wśród osób w wieku powyżej 50 lat oraz niemowląt. I.B. Brydak pisze: „Współczynnik umieralności wzrasta gwałtownie po 50. roku życia”. Powołuje się na rok 1971 i przedstawia umieralność na grypę wśród poszczególnych grup wiekowych:

- 50–59 lat: 15,3 zgonów/100 000 zachorowań;
- 60–69 lat: 53,1 zgony/100 000 zachorowań;
- > 70 lat: 206,9 zgonów/100 000 zachorowań.

Dla porównania: ogólna śmiertelność w tamtym sezonie wynosiła 0,04% [9].

Tabela 1

Zachorowalność i podejrzenia zachorowalności na grypę, zapadalność, hospitalizacje, zgony w sezonach epidemicznych 2000/2001–2010/2011 w Polsce [10]

Sezon	Zachorowania	Zapadalność	Hospitalizacje	Zgony
2000/2001	587 322	1 536	748	2
2001/2002	214 081	560	261	1
2002/2003	1 227 852	3 215	3 154	25
2003/2004	344 772	903	1 119	3
2004/2005	700 789	1 837	1 352	5
2005/2006	283 231	743	418	0
2006/2007	355 326	932	730	0
2007/2008	243 591	639	142	0
2008/2009	562 443	1 474	2 200	0
2009/2010	855 127	2 239	7 949	177
2010/2011	1 053 488	2 758	5 455	187

W naszym kraju w okresie jesienno-zimowym (wrzesień/październik-marzec/ kwiecień) przypada więcej zachorowań na grypę niż w pozostałej części roku. Najwięcej odnotowuje się ich w miesiącach styczeń-marzec. Gdy jej przyczyną są wirusy grypy charakterystyczne dla ludzi, to nosi ona nazwę grypy sezonowej. Istnieją sytuacje, że w określonym czasie i na określonym obszarze ma miejsce większa liczba zachorowań od przewidywanej. Zjawisko to określa się jako epidemię grypy [6].

Wirus grypy charakteryzuje się niezwykle dużą zdolnością do mutacji antygenowej, co ułatwia mu segmentowa budowa wirionu (szczególnie jeśli chodzi o wirus grypy typu A). Uzyskuje ją dzięki dwóm zjawiskom. Pierwsze z nich polega na zmianie pojedynczych aminokwasów

w łańcuchu peptydowym hemaglutyniny lub neuraminidazy, co stanowi modyfikację tych białek i jest tożsame z powstaniem wirusa o nowych antygenach. Opisany efekt to dryft antygenowy, nazywany także przesunięciem antygenowym. Co kilka–kilkadziesiąt lat zdarzają się znaczne zmiany w genomie wirusa, powodujące powstawanie bardzo groźnych szczepów oraz będące definicją drugiego zjawiska – shiftu antygenowego (skoku antygenowego). Układ immunologiczny ludzi nie odczytuje na ogół nowych, zmienionych antygenów jako potencjalnego zagrożenia, co prowadzi do masowych zakażeń, tzw. pandemii [3].

Pandemia ustępuje dopiero wtedy, gdy układ immunologiczny większości zakażonych ludzi poradzi sobie z nowym szczepem. Jest to równoznaczne z pojawieniem się w społeczeństwie większej odporności na ten szczep. Właśnie dzięki temu w następnych latach przetradza się w epidemii i nie ma tak ostrego przebiegu jak pandemia pierwotna. W końcu ustaje całkowicie, aż do czasu, kiedy ludność będzie posiadała przeciwciała skierowane przeciwko temu szczepowi. Potem zwykle zaczyna się nowy ciąg pandemicznych zakażeń [8].

Pewne właściwości wirusów powodują, że są one zdolne do zakażenia ssaków oraz ptaków. Kiedy zwierzę zostanie jednocześnie zakażone ludzkim wirusem grypy oraz zwierzęcym, to w jego organizmie toczy się infekcja wywołana przez oba te wirusy. Jeśli będą się one replikować w tej samej komórce, to może dojść na drodze mutacji do przyłączenia segmentu materiału genetycznego wirusa zwierzęcego do wirusa ludzkiego. Może to skutkować utworzeniem wirusa grypy, którego białka całkowicie nie będą rozpoznawane przez układ immunologiczny człowieka. Tak nowo powstały wirus powoduje na ogół najcięższy przebieg choroby [11]. W ciągu ostatnich lat często mówiło się właśnie o grypie pochodzenia zwierzęcego:

- odnotowywano przypadki (najwięcej było ich w Azji) zachorowań wywołane wirusem grypy charakterystycznym dla ptaków (podtyp H5N1), tzw. ptasia grypa;

- po licznych potwierdzonych przypadkach grypy wywołanej wirusem H1N1v (tzw. grypa A/H1N1v) Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła w czerwcu 2009 r. pandemię. Wymieniony wirus przeważał na przełomie lat 2009/2010 i prawdopodobnie będzie dominował w dalszym ciągu [16].

Powikłania

Grypa sama w sobie nie powoduje na ogół ciężkiego przebiegu choroby, co wcale nie oznacza, że można ją zlekceważyć. W niektórych przy-

padkach daje bardzo groźne dla zdrowia i życia powikłania, które istotnie wpływają na stan chorego. Nasilają one objawy, wydłużają czas zdrowienia, a czasem nawet prowadzą do śmierci. WHO podaje, że co roku z powodu powikłań pogrypowych umiera na świecie ok. 500 000–1 000 000 osób [1]. Powikłania dotyczą ok. 1–5% chorych, u których wystąpiła infekcja grypowa. Najczęściej pojawiają się w pierwszym i drugim tygodniu choroby. Mogą wystąpić u każdego, ale istnieje grupa o szczególnych predyspozycjach [8]. Jest to tzw. grupa ryzyka, do której należą:

- zdrowe dzieci – zwłaszcza do 2. roku życia;
- osoby chore przewlekle, głównie na choroby układu sercowo-naczyniowego lub oddechowego;
- osoby z obniżoną odpornością, w tym przyjmujące immunosupresanty i będące po przeszczepach;
- osoby po 65. roku życia;
- pensjonariusze domów spokojnej starości, zakładów opieki zdrowotnej (ze względu na łatwość przenoszenia zakażenia);
- ciężarne, zwłaszcza w zaawansowanej ciąży;
- osoby otyłe z BMI ≥ 40 [6].

Powikłań pogrypowych jest bardzo wiele. Najczęstszymi są te ze strony układu oddechowego. Występują one jako wirusowe infekcje współistniejące (pierwotne grypowe zapalenie płuc i oskrzeli) lub wtórne infekcje bakteryjne (wtórne bakteryjne zapalenie płuc). Pierwotne grypowe zapalenie płuc i oskrzeli następuje po łagodnie przebiegającym początku grypy. Chory zaczyna gwałtownie odczuwać duszność i kaszel, z czasem doprowadza to do ostrej niewydolności oddechowej, co jest obarczone wysoką śmiertelnością. Kiedy natomiast u osoby chorej na grypę nastąpi krótkotrwała poprawa stanu klinicznego, a następnie jego ponowne pogorszenie (ponowne pojawienie się gorączki), to możemy spodziewać się, że doszło u niej do wtórnego bakteryjnego zapalenia płuc, które często także doprowadza do śmierci. Czynnikiem sprzyjającym temu jest niszczenie i złuszczenie się komórek nabłonka dróg oddechowych. Dzięki temu bakteriom o wiele łatwiej doprowadzić do zakażenia. Leczenie w tym wypadku polega na podaniu antybiotyków, jednak ich skuteczność zależy od kilku czynników. Są to, między innymi, wrażliwość drobnoustroju na lek oraz ogólny stan pacjenta. Ryzyko zgonu z powodu zapalenia płuc ściśle łączy się z wiekiem oraz występowaniem chorób przewlekłych. Wzrasta po 65. roku życia [7].

Ze strony innych układów jako powikłanie może wystąpić: zapalenie ucha środkowego, pogrypowe kłębuszkowe zapalenie nerek, zapalenie mięśni, zespół wstrząsu toksycznego, zapalenie mięśnia sercowego oraz osierdzia. Na podstawie wielu badań udowodniono, że wirus grypy ma

ściśły związek z występowaniem ostrych zespołów wieńcowych i nagłych zgonów sercowych oraz że ujawnia lub zaostrza niewydolność serca. Do mechanizmu niszczenia serca dochodzi na dwóch płaszczyznach: poprzez toksyczną działalność wirusa oraz na drodze odpowiedzi immunologicznej [1].

Istnieją także liczne powikłania neurologiczne: zapalenie mózgu i opon mózgowych, choroby naczyniowe mózgu, poprzeczne zapalenie rdzenia kręgowego, zaostrzenie objawów padaczkowych, zespół Reye'a, zespół Guillaina-Barrégo [12]. Po analizie danych pochodzących z czasu pandemii w latach 1957–1958 zauważono, że neurologiczne powikłania pogrypowe związane z centralnym układem nerwowym występują dość często. Występują one pod postacią encefalopatii, zapalenia mózgu, wtórnego bakteryjnego zapalenia opon i zaburzeń psychiatrycznych. Badania wskazują również, że podczas sezonu epidemicznego wzrasta zachorowalność na encefalopatię. Opierając się na nich, oceniono, że w Japonii, w wyniku encefalopatii będącej powikłaniem grypy, umiera w przeciągu roku 100 dzieci. Stwierdzono też, że liczne schorzenia neurologiczne, m.in. padaczka, otępienie, choroby naczyniowe mózgu czy zaburzenia nerwowo-mięśniowe, stanowią czynnik ryzyka zapalenia płuc, będącego najczęstszym powikłaniem grypy.

Grypa jest też czynnikiem ujawniającym bądź zaostrzającym przebieg niektórych chorób psychiatrycznych (ostre zespoły psychotyczne, schizofrenia). U kobiet w ciąży może skutkować poronieniem, a u ich dzieci wystąpieniem zwiększonego powinowactwa do zachorowania na schizofrenię [3].

U dzieci dodatkowo może wystąpić szereg powikłań, takich jak: zapalenie ucha środkowego, mogące doprowadzić nawet do głuchoty, zapalenie zatok, bóle brzucha i dolegliwości naśladujące zapalenie wyrostka, zaostrzenie astmy i mukowiscydozy, zespół Guillaina-Barrégo, zapalenie mózgu, opon mózgowych, poprzeczne zapalenie rdzenia kręgowego, a także bóle oraz zapalenia mięśni.

Zaostrzenie chorób przewlekłych to powikłanie mogące występować powszechnie, gdyż choroby przewlekłe w dzisiejszych czasach nie są rzadkością. Grypa powoduje osłabienie mechanizmów regulujących i gorszą reakcję na leki, przez co prowadzi do zaostrzeń, cięższego przebiegu choroby, a czasem nawet śmierci. Głównie dotyczy to: POChP, astmy, cukrzycy, choroby niedokrwiennej serca i zastoinowej niewydolności serca. Grypa jest szczególnym zagrożeniem również dla osób o obniżonej odpowiedzi immunologicznej (stosowanie immunosupresantów, wady wrodzone). Może doprowadzić do odrzucenia przeszczepu [9].

Prewencja

W zapobieganiu grypy najbardziej efektywnym sposobem jest szczepienie, które należy do fazy wczesnej profilaktyki. Szczepienie przeciwko grypie figuruje w Polskim Programie Szczepień Ochronnych od 1994 r. i należy do szczepień zalecanych. Jest rekomendowane również przez inne instytucje (m.in. przez Zakład Badania Wirusów Grypy, Krajowy Ośrodek ds. Grypy) [13],

Obecnie można wyróżnić dwa rodzaje szczepionek przeciwko grypie:

- szczepionki inaktywowane – w ich składzie znajdują się zabite wiriony wirusa grypy lub ich fragmenty, które nie są w stanie się rozmnażać. Dlatego też nie potrafią wywołać choroby i są całkowicie bezpieczne;
- szczepionki żywe atenuowane – istnieje tylko jedna szczepionka tego typu dostępna w USA. Jest podawana miejscowo w formie sprayu do nosa. Zawiera wirusy poddane działaniu temperatury, które nie są w stanie doprowadzić do zakażenia dolnych dróg oddechowych, ale czasem wywołują infekcje gardła czy krtani. Posiadają one taki sam skład antygenowy jak szczepionki inaktywowane. Szczepionki żywe atenuowane mają za to liczne ograniczenia. Są m.in. przeznaczone tylko dla osób zdrowych w wieku 5–49 lat, nie mogą być podawane dzieciom i młodzieży stosującym salicylany oraz kobietom w ciąży [1].

Przygotowanie szczepionki zaczyna się już na początku każdego roku na nowy sezon epidemiczny. W oparciu o dane z nadzoru prowadzonego nad grypą zostają określone krążące szczepy. Na ich podstawie ustala się skład szczepionki i rozpoczyna się namnażanie szczepów, jakie będzie zawierała. Obecnie do tego celu są wykorzystywane zarodki jaj kurzych. Jednocześnie trwają prace nad hodowlami komórkowymi i tkankowymi.

Skład szczepionki jest ustalany przez Światową Organizację Zdrowia, która sprawuje nadzór epidemiologiczny nad grypą. Jest taki sam pod względem antygenowym u wszystkich producentów, produkty mogą się różnić jedynie zawartością substancji pomocniczych. Ważność szczepionki wynosi rok i jest przeznaczona na jeden sezon epidemiczny dla danego obszaru geograficznego. W związku z dużą zdolnością wirusa do mutacji niezbędne jest badanie szczepów krążących i bieżące uaktualnianie jej składu. WHO w sezonie epidemicznym 2011/2012 ustaliła dla półkuli północnej poniższy skład szczepionek przeciwko grypie:

- A/California/7/2009 (H1N1) – *like virus*;
- A/Perth/16/2009 (H3N2) – *like virus*;
- B/Brisbane/60/2008 – *like virus* [9–10].

Pod koniec lutego roku 2012 Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków dopuściła do obiegu szczepionkę czterowalentną, która zawiera dwa podtypy wirusa A i dwa podtypy wirusa B. Stworzono ją ze względu na krążące dwa wirusy grypy typu B: B/Yamagata i B/Victoria. Badania wykazały, że szczepionka ta charakteryzuje się podobną immunogennością i bezpieczeństwem oraz nie powoduje zaburzeń odpowiedzi immunologicznej w stosunku do innych szczepów zawartych w preparacie [14].

Szczepienie przeciwko grypie zaleca się każdemu. Jednakże istnieje grupa osób, której zwłaszcza jest to zalecane ze względu na wysokie ryzyko powikłań. Lekarz ma obowiązek informowania o możliwości szczepienia, co wynika z ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych i zakażeń. Wskazania do szczepienia możemy podzielić na kliniczne i indywidualne oraz epidemiologiczne. Wskazania kliniczne i indywidualne zawarte w Polskim Programie Szczepień Ochronnych na rok 2012 dotyczyły:

- przewlekłe chorych (zwłaszcza na astmę, cukrzycę, niewydolność układu krążenia, oddychania i nerek);
- osób w stanach obniżonej odporności;
- osób w wieku powyżej 55 lat.

Wskazania epidemiologiczne natomiast odnoszą się do:

- pracowników ochrony zdrowia, szkół, handlu, transportu oraz innych osób narażonych na kontakty z dużą liczbą ludzi;
- dzieci zdrowych od 6. miesiąca życia do 18. roku życia [14].

Wymienione wskazania różnią się nieco od wskazań międzynarodowych, które dodatkowo zalecają szczepienia:

- osób po przeszczepie;
- dorosłych i dzieci, którzy w minionym roku wymagali regularnych kontroli lekarskich i często przebywali w szpitalu z powodu chorób metabolicznych, w tym: cukrzyca, niewydolności nerek, hemoglobinopatii, z niedoborami odporności (w tym spowodowanych leczeniem immunosupresyjnym lub zakażeniem HIV);
- chorych na wszelkie choroby mogące powodować upośledzenie funkcji układu oddechowego lub usuwania wydzieliny z dróg oddechowych, które mogą zwiększyć ryzyko zachłyśnięcia (np. zaburzenia funkcji poznawczych, urazy rdzenia kręgowego, choroby przebiegające z drgawkami lub inne choroby nerwowo-mięśniowe);
- dzieci i młodzież leczone przewlekłe kwasem acetylosalicylowym, co zwiększa u nich ryzyko wystąpienia zespołu Reye'a w razie zachorowania na grypę;
- kobiet w ciąży;
- osób otyłych (BMI > 40);

- pensjonariuszy domów spokojnej starości, zakładów opieki zdrowotnej i przewlekle chorych bez względu na wiek;
- członków rodzin osób należących do grup podwyższonego ryzyka (osoby w wieku 65 lat i więcej, po przeszczepach, osoby z AIDS i dzieci poniżej 2. roku życia);
- domowych opiekunek dzieci będących w wieku 0–59 miesięcy życia.

Różnice są widoczne także w rekomendacji szczepień w odniesieniu do wieku pacjenta. Zalecenia polskie mówią o szczepieniach dzieci aż do 18. roku życia, natomiast międzynarodowe tylko do 59. miesiąca życia. Różny jest też wiek grupy ryzyka w wieku dojrzałym. W polskich zaleceniach wynosi 55 lat, a w międzynarodowych 50 lat [15].

Przeciwko grypie można się szczepić się w każdym czasie. Najlepiej jednak zaszczepić się przed wystąpieniem sezonu epidemicznego, tj. w okresie jesieni (zalecenie to szczególnie ważne jest dla osób z grupy ryzyka). Już po około tygodniu organizm zdrowego człowieka wykazuje cechy odporności na wirusa grypy. Odporność ta utrzymuje się około roku. Przed szczepieniem ważne jest sprawdzenie terminu ważności szczepionki [16].

Szczepionki przeciwko grypie są na ogół dobrze tolerowane. Można wyróżnić jednak kilka sytuacji, kiedy nie należy jej podawać. Przeciwwskazane jest podanie szczepionki w razie występowania uczulenia (w stopniu anafilaksji) na białko jaja kurzego lub inne składniki szczepionki, zespołu Guillaina-Barrégo bądź ostrej choroby przebiegającej z gorączką i zaostrzeniem choroby przewlekłej. Ograniczenie dotyczy także dzieci. Przed ukończeniem 13 lat nie powinny być szczepione produktem zawierającym całego wirusa [10].

Szczepionki podaje się domięśniowo (mięsień naramienny), rzadziej podskórnie, w zależności od zaleceń producenta. U dzieci w wieku od 6. do 36. miesiąca życia należy zastosować dwie dawki pod postacią pediatryczną ($\frac{1}{2}$ dawki dla dorosłych) w odstępie 4–6 tygodni. Natomiast dzieciom powyżej 36. miesiąca życia oraz dorosłym podaje się tylko jedną dawkę. Wyjątkiem są dzieci do 8. roku życia. Jeśli nigdy wcześniej nie były szczepione, należy zastosować drugą dawkę w okresie 4–6 tygodni. Szczepionki przeciwko grypie powinny być przechowywane w warunkach podanych przez producenta, inaczej mogą stracić swoje właściwości. Zwykle jest to temperatura stała 2–8°C. Nie mogą być zamrażane [9].

Należy jeszcze raz podkreślić, że dopuszczone w Polsce szczepionki zawierają w swoim składzie nieaktywne formy wirusa, dlatego też nie mogą wywołać grypy poszczepiennej [14]. Zdarza się, że po szczepieniu pojawiają się odczyny poszczepienne trwające nie dłużej niż dwa dni, których pewne objawy są podobne do występujących w przebiegu grypy, przez co

te dwa stany są mylone. Złe samopoczucie, rozbiecie i podwyższona temperatura mogą wskazywać na uogólnione odczyny poszczepienne. Natomiast zaczerwienienie, obrzęk i bolesność w miejscu wkłucia to miejscowe odczyny poszczepienne. Występują one częściej. U osób uczulonych na składniki szczepionki może wystąpić wstrząs anafilaktyczny. Do powikłań szczepienia przeciw grypie zalicza się też zespół Guillaina-Barrégo, zdarzający się niezwykle rzadko.

Skuteczność uzależniona jest od wielu czynników. Są to m.in.: wiek osoby zaszczepionej, wydolność jej układu odpornościowego, skład szczepionki pod względem antygenowym w stosunku do krążących szczepów wirusa. Wyniki badań wskazują, że szczepionki inaktywowane przeciwko grypie zapobiegają chorobie u 70–90% zaszczepionych zdrowych dorosłych do 65. roku życia. Jeśli chodzi zaś o osoby powyżej 65. roku życia, to szczepienie zmniejsza zachorowanie na grypę o 60%, a zgon w wyniku powikłań o 70–95% [9].

Warto podkreślić, że nawet jeśli osoba zaszczepiona zachoruje na grypę, szczepienie przeciwko niej nie pozostaje bez znaczenia. Szczepionka powoduje wytworzenie przeciwciał w kierunku szczepów zawartych w preparacie, ale jednocześnie zmniejsza ryzyko zakażenia oraz powoduje lżejszy przebieg choroby, gdy dojdzie do kontaktu z szczepami antygenowo podobnymi do zawartych w szczepionce. Korzyści z zaszczepienia się nie tylko mają odbicie w stosunku do indywidualnej osoby, ale są również wymierne w skali społeczeństwa i populacji. Wśród osób zaszczepionych mniejszy jest odsetek hospitalizacji z powodu grypy i zapalenia płuc. W następstwie szczepienia następuje także obniżenie liczby występowania powikłań pogrypowych, jak i zgonów nimi spowodowanych. Wszystko to skutkuje redukcją nieobecności w szkole oraz pracy, wizyt u lekarzy, zażywaniem leków zwalczających objawy grypy oraz antybiotyków i odciąża finansowo między innymi system opieki zdrowotnej.

Podwójną korzyścią okazuje się szczepienie kobiet w ciąży, dla których grypa może przynieść bardzo negatywne skutki. Podanie im „trójwalentnej, inaktywowanej szczepionki przeciwko grypie jest bezpieczne i zmniejsza ryzyko zachorowania na grypę zarówno u nich, jak u ich dzieci w ciągu pierwszych 6 miesięcy życia”, kiedy to szczepionka przeciwko grypie nie może być podawana. Tak więc w tym wypadku jedno szczepienie wyzwała nabycie odporności u dwóch osób [17].

Inną metodą profilaktyki przeciwgrypowej jest zastosowanie leków przeciwwirusowych. Należy jednak pamiętać, że szczepienie to metoda nadrzędna, a stosowanie tych środków jest uzasadnione tylko w następujących wypadkach:

- dana osoba z różnych powodów nie zaszczepiła się przeciwko grypie;

- zaszczepiła się przeciwko grypie, ale jednocześnie należy do grupy wysokiego ryzyka, co nie daje pożądanego efektu (jak u ludzi zdrowych);
- skład szczepionki jest nieadekwatny do krążących szczepów;
- brakuje szczepionek lub są syntetyzowane w czasie pandemii.

Profilaktykę przeciw grypową stanowi nie tylko szczepienie oraz środki przeciwwirusowe, ale także odpowiednie zachowania. Dużą rolę w prewencji grypy odgrywa zdrowy i higieniczny styl życia, który wpływa na polepszenie stanu zdrowia poprzez wzmocnienie organizmu oraz jego sił immunologicznych [18].

Koszty

Następstwa grypy mają duże znaczenie nie tylko w sferze zdrowotnej, ale też ekonomicznej [2]. Oszacowano, że kwota, jaką pociąga za sobą ta choroba w USA, w zależności od sezonu epidemicznego, wynosi ok. 71–167 mld dolarów. Na kwotę tę składają się koszty bezpośrednie i pośrednie. Te pierwsze dotyczą wizyty u lekarza rodzinnego oraz innych specjalistów, wykonanie badań specjalistycznych, wypisanie recept, hospitalizacji. Koszty pośrednie natomiast odnoszą się do uzyskania odszkodowań, nieobecności w pracy oraz w szkole, co powoduje uszczerbek w finansach państwa.

Patrząc dalej z perspektywy budżetu, badania pokazują, że zaszczepienie całego społeczeństwa pochłonęłoby mniej środków niż koszty leczenia. Co więcej, nawet przez zaszczepienie niewielkiej części populacji można uzyskać nie tylko niewymierne korzyści zdrowotne, ale również ekonomiczne. Niestety, szczepienie nie jest refundowane przez NFZ [9].

Podsumowanie

Zachorowalność na grypę jest bardzo wysoka i pociąga za sobą konsekwencje zdrowotne oraz ekonomiczne. Jedynym efektywnym sposobem zapobiegania grypie jest szczepienie. Jest ono rekomendowane przez liczne towarzystwa europejskie. W Polsce znajduje się w kalendarzu szczepień tylko jako szczepienie zalecane. Dzięki niemu można uzyskać odporność na krążące obecnie szczepy, w razie zachorowania zmniejszyć ryzyko wystąpienia ciężkiego przebiegu oraz powikłań, co byłoby celem w radzeniu sobie z problemem grypy w skali społeczeństwa.

Ważne jest, że podczas nagłośnienia problemu grypy oraz jej powikłań w 2009 r. (pandemia spowodowana wirusem A(H1/N1)v) zauważono

wzrost podejmowania szczepień przeciwko grypie. Można więc uznać, że edukacja oraz promocja szczepienia sprzyja zachowaniom profilaktycznym grypy. Jest to dowód, że działania te nie są obojętne, a co więcej, są swego rodzaju kamieniem milowym w rozpowszechnianiu profilaktyki i korzyści z niej płynącej [9].

Bibliografia

- [1] Brydak L.B. *Grypa i jej profilaktyka*. Poznań: Termedia: 2004.
- [2] Machała M.K., Brydak L.B. Grypa w różnych aspektach. Cz. 2: Epidemiologia i nadzór nad grypą oraz profilaktyka. Kwiecień 2006. <http://pml.strefa.pl/ePUBLI/123/277.pdf> [10.02.2012].
- [3] Manos J. *Wirusy RNA III: ortomiskowirusy*. W: Virella G. *Mikrobiologia i choroby zakaźne*. Wrocław: Urban & Partner 2000.
- [4] Wirus grypy – przyczajony zabójca. <http://bioinfo.mol.uj.edu.pl/articles/StaroSta05> [26.03.2012].
- [5] Herold G. *Medycyna wewnętrzna. Repetytorium dla student medycyny i lekarzy*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2004.
- [6] Mrukowicz J., Gładysz A., Sawiec P. *Grypa*. W: Szczeklik A. red. *Choroby wewnętrzne. Stan wiedzy na rok 2011*. Kraków: Medycyna Praktyczna 2011.
- [7] Ołdakowska-Jedynak U., Zygiel D. *Choroby zakaźne*. W: Pączek L., Mucha K., Fronciewicz B. red. *Choroby wewnętrzne. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa i położnictwa*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2004.
- [8] Olszyńska-Krowicka M. *Zakażenia wywołane przez RNA-wirusy. Grypa*. W: Dziubek Z. red. *Choroby zakaźne i pasożytnicze*. Wyd. 3. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2003.
- [9] Brydak L.B. *Grypa – pandemia grypy – mit czy realne zagrożenie?* Warszawa: Oficyna Wydawnicza Rytm 2008.
- [10] Rekomendacje polskich ekspertów dotyczące szczepień przeciw grypie w sezonie epidemicznym 2011/2012. http://www.pspe.pl/files/pliki_old/rekomendacje_2011_2012.pdf [12.03.2012].
- [11] Zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę w Polsce. <http://www.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/grypa/index.htm> [09.04.2012].
- [12] Machała M.K., Brydak L.B. Grypa w różnych aspektach. Cz. 1: Budowa, replikacja i zmienność wirusów grypy oraz przebieg kliniczny choroby, odpowiedź immunologiczna i diagnostyka laboratoryjna. Kwiecień 2006. <http://pml.strefa.pl/ePUBLI/123/18.pdf> [10.02.2012].
- [13] Program szczepień ochronnych na rok 2012. http://www.pis.gov.pl/userfiles/file/Departament%20EP/szczepienia/zal_szczep%20PSO%202012.pdf [20.02.2012].
- [14] Markiewicz M. FDA: tak dla czterowalentnej szczepionki na grypę. <http://www.pulsmedycyny.com.pl/index/archiwum/15525> [12.03.2012].
- [15] Brydak L.B., Steciwo A. Zalecenia do szczepień przeciwko grypie na sezon epidemiczny 2012/2013. http://www.pzh.gov.pl/page/fileadmin/user_upload/SEZON_EPIDEMICZNY_2012_sklad_szczepionki_19_03_2012_03.pdf [10.04.2012].
- [16] Brydak L.B. Profilaktyka i leczenie grypy. *Nowa Medycyna* 2009, 2: 95–103.
- [17] Dubiel B. Wpływ szczepienia przeciwko grypie kobiet w ciąży na zachorowania na grypę wśród szczepionych kobiet i ich niemowląt. Opracowane na podstawie Zaman K.,

Roy E., Arifeen S.E. Effectiveness of maternal influenza immunization in mothers and infants. *Medycyna Praktyczna. Pediaatria* 2009, 1: 93. <http://www.mp.pl/artykuly/?aid=43594> [28.02.2012].

[18] Nitsch-Osuch A., Brydak L.B., Wardyn A.K. Inhibitory neuraminidazy w profilaktyce i leczeniu grypy. Marzec 2008. <http://pml.strefa.pl/ePUBLI/145/17.pdf> [28.02.2012].

Adres do korespondencji:
Instytut Pielęgniarstwa PMWSZ w Opolu
ul. Katowicka 68
45-060 Opole
tel.: 77 44 10 882
e-mail: dominikadynia@poczta.onet.pl



ISBN 978-83-935324-1-4
978-83-7511-176-7