



Państwowa Medyczna
Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Urząd Marszałkowski
Województwa Opolskiego



Wybrane aspekty opieki pielęgniarstwa i położniczej w różnych specjalnościach medycyny

T. 2

pod redakcją
Marioli Wojtal
Danuty Żurawickiej

Opole 2014





**Państwowa Medyczna
Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu**



**Urząd Marszałkowski
Województwa Opolskiego**

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

T. 2

pod redakcją
Marioli Wojtal, Danuty Żurawickiej

Opole 2014

Recenzenci

dr hab. n. med. Donata Kurpas

dr n. med. Wojciech Guzikowski

dr hab. n. med. Janusz Kubicki

Publikacja współfinansowana
przez Samorząd Województwa Opolskiego

© Copyright by Państwowa Medyczna Szkoła Zawodowa w Opolu,
Opole 2014

ISBN 978-83-935324-5-2

978-83-7511-198-9

Przygotowanie okładki: *Janina Drozdowska*

Redakcja i korekta: *Maria Szwed*

Redakcja techniczna: *Janina Drozdowska, Andrzej Pasierbiński*



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 13,21 ark. wyd., 14,25 ark. druk.

Spis treści

Wprowadzenie [<i>Mariola Wojtal, Danuta Żurawicka</i>]	5
Przemoc wobec dzieci Zofia Wojdyła, Danuta Żurawicka, Małgorzata Zimnowoda	7
Zawód położnej – kierunki zmian i rozwoju Dorota Fryc	18
Świadomość pielęgniarek na temat samobadania piersi Dorota Ćwiek, Małgorzata Zimny, Aleksandra Szwabowska, Dorota Fryc, Dorota Branecka-Woźniak	24
Ograniczenie konsekwencji zdrowotnych używania alkoholu, tytoniu i innych substancji psychoaktywnych przez kobiety w ciąży – wyzwaniem dla edukacji zdrowotnej Joanna Głogowska	33
Ciąża u kobiety po przeszczepie narządu unaczynionego Mirela Knosala, Jerzy Jabłecki	49
Zakażenie wirusem HCV – implikacje dla kobiety ciężarnej i noworodka Alina Kowalczykiewicz-Kuta	59
Retinopatia wcześniaków jako jedno z powikłań wcześniactwa Aneta Nizioł, Alina Kowalczykiewicz-Kuta	67
Resuscytacja noworodka urodzonego o czasie i przedwcześnie – rola położnej Izabela Lechowicz, Alina Kowalczykiewicz-Kuta	77
Poziom wiedzy o zakażeniu HPV, metodach diagnostyki i immunoprofilaktyki raka szyjki macicy w badaniach ankietowych kobiet i mężczyzn w Centrum Diagnostyki Ginekologiczno-Położniczej GMW w Opolu Katarzyna Swędrak, Grzegorz Głąb	86
Rola położnej/pielęgniarki w prowadzeniu terapii przeciwbólowej w okresie pooperacyjnym Beata Bielińska	95

Wyzwania w pielęgniarstwie wobec nowoczesnych metod diagnostyczno-leczniczych w onkologii – biopsja węzła wartowniczego Helena Barchańska	101
Bank mleka kobiecego – elementem zdrowego żywienia noworodków i dzieci przedwcześnie urodzonych Elżbieta Sidorowicz, Lucyna Sochocka	109
Wczesne wykrywanie wad słuchu noworodków i niemowląt Aneta Chomiak, Lucyna Sochocka	119
Rola i zadania pielęgniarki w profilaktyce i wczesnym wykrywaniu wad wzroku u dzieci Beata Kaczmarek, Lucyna Sochocka	130
Pielęgnowanie dziecka z mononukleozą zakaźną Grażyna Dębska, Magdalena Nieckula, Alicja Diak, Iwona Wójcik	141
Specyfika używania wybranych substancji psychoaktywnych w kontekście wiedzy studentów na temat epidemiologii, diagnostyki nadużywania i zagrożeń wynikających z picia alkoholu Iga Grad, Mariola Wojtał, Dorota Bielska, Angelika Trejten, Donata Kurpas	153
Stres zawodowy pielęgniarek bloku operacyjnego – badania własne Renata Perkowska, Izabela Wróblewska	162
Wiedza kobiet po 40. roku życia na temat raka piersi, rekonstrukcji piersi oraz rehabilitacji po mastektomii Joanna Przyklenk	172
Rola pielęgniarki w podnoszeniu jakości życia chorych ze stomią jelitową Bożena Rusak, Izabela Wróblewska	181
Opieka nad dializowanym pacjentem w wieku podeszłym z dostępem naczyniowym Barbara Grochalska, Izabela Wróblewska	196
Postępowanie pielęgniarskie w przypadku agresywnych zachowań chorych z zaburzeniami psychicznymi Beata Kochanowska	208
Problem nietrzymania moczu na przykładzie hospitalizowanych pacjentek w Szpitalu Ginekologiczno-Położniczym i Noworodków w Opolu Dorota Nowak	218

Wprowadzenie

Każdego dnia ktoś dowiaduje się, że jest poważnie chory. Rak to nie wyrok – stwierdzenie, którego prawdziwość w dzisiejszych czasach już nie podlega dyskusji. Jednak diagnoza taka zawsze u pacjenta wywołuje traumę. To dodatkowe powikłanie, z którym często najtrudniej walczyć. Bo o ile procedury leczenia ognisk nowotworowych są już opracowane i szeroko stosowane – ba! permanentnie modyfikowane, gdyż ciągle udoskonalamy metody leczenia, to niejednokrotnie stajemy bezradnie wobec załamania psychicznego pacjenta. A współczesna medycyna, mimo szybkiego postępu, ciągle uświadamia nam jedno – bez współpracy z pacjentem, bez jego woli wyzdrowienia o ostateczny sukces bardzo trudno.

Nie bez powodu mówi się o ogromnej roli pielęgniarek i położnych w terapii przeciwbólowej w okresie przed- i pooperacyjnym. Pielęgniarki i położne wykonują wiele czasami skomplikowanych zabiegów, wymagających doświadczenia, pewnej ręki, ale też mają ogromny udział w przygotowaniu pacjentów do leczenia. Często skomplikowanego, bolesnego, lecz skutecznego. Wsparcie psychiczne przed, w trakcie i po leczeniu, gdy na przykład mamy do czynienia z ubocznymi skutkami terapii – jest nie do przecenienia. I to właśnie pielęgniarki czy położne mają tutaj do odegrania kluczową rolę. To one spędzają z chorymi najwięcej czasu, to one nie dość, że swój czas powinny poświęcić chorym, to jeszcze powinny go wypełnić dobrym słowem, miłym gestem. Niby niewiele, ale w świecie zbiurokratyzowanym, w którym dominuje technologia, odrobina ludzkiego ciepła staje się towarem deficytowym.

Generalnie chodzi przecież o to:

„Przyjacielu ludzkich serc,
pojawiasz się w życiu szarego człowieka jak Anioł
i już nie sposób o Tobie zapomnieć.
Przyjacielu ludzkich serc
jesteś jak isierka rozpalająca nadzieję na lepsze jutro.
Przyjacielu ludzkich serc
dziękuję Ci za dobroć i radość
płynącą z głębi Twej duszy i serca...”

A.K.

(Jasiona, rekolekcje ciszy)

Oczywiście merytoryczna wiedza to podstawa pracy tak położnych jak i pielęgniarek. I to zarówno w przypadku chorób nowotworowych, jak i różnego rodzaju zakażeń czy powikłań pooperacyjnych lub poporodowych. I egzamin z tej wiedzy musimy zdawać niemal każdego dnia. Chodzi tutaj o wiedzę szeroko rozumianą. Nie tylko dotyczącą sposobów diagnostyki czy leczenia, ale także profilaktyki. Bo profilaktyka to nie jest puste słowo – zakłęcie, ale realna umiejętność wystrzegania się choroby. Ewentualnie – jak w przypadku nowotworów – minimalizowania jej zakresu. Coraz bardziej doceniana, ale czasami wciąż zbyt rzadko wcielana w życie społeczne. Zbyt często traktowana akcyjnie. Przykład? Samobadanie piersi.

Dlatego w naszej publikacji zajmujemy się między innymi wczesnym wykrywaniem wad słuchu noworodków i niemowląt, czy też zadaniami pielęgniarki w profilaktyce i we wczesnym wykrywaniu wad wzroku u dzieci. Pragniemy gorąco zarekomendować wszystkim pielęgniarkom, położnym, lekarzom, studentom, zainteresowanym problematyką opieki nad chorymi tę książkę jako materiał cenny i godny Waszej uwagi.

Mariola Wojtal, Danuta Żurawicka
Redaktorzy

ZOFIA WOJDYŁA*, DANUTA ŻURAWICKA*, MAŁGORZATA ZIMNOWODA*

Przemoc wobec dzieci

Przemoc

Słowo przemoc pojawia się w różnych dziedzinach życia i towarzyszy człowiekowi od wielu wieków. Według *Słownika języka polskiego* przemoc jest określana jako wykonywanie bezprawnych czynów fizycznych na osobie słabszej. Przemoc pojawia się w wielu dyscyplinach naukowych, między innymi w psychologii, pedagogice, prawie, filozofii, socjologii oraz w medycynie. Za przyczynę przemocy uważa się chęć zdobycia zamierzonego celu, przy nadużyciu własnej przewagi nad drugą osobą [1-2].

Rozważając pojęcie przemocy w aspekcie psychologicznym uważa się, że celem człowieka jest wyrządzenie krzywdy fizycznej i psychicznej drugiej osobie. Łączenie zagadnienia przemocy i agresji według wielu specjalistów – psychologów i socjologów – wydaje się być uzasadnione. W literaturze odnoszącej się do tematyki krzywdy przemoc i agresja są stosowane jako słowa zamienne.

Zjawisko przemocy określane jest jako pojęcie ideologiczne lub polityczne. Wyklucza się raczej rozpatrywanie go jako naukowego lub klinicznego, przez co w dalszym ciągu, pomimo prowadzenia wielu badań, nie odnaleziono jednej formy interpretacji przemocy. Określając zaistniałą przemoc, specjaliści w dziedzinie psychologii, pedagogiki i socjologii biorą pod uwagę przynajmniej trzy kryteria: zachowanie osoby wyrządzającej krzywdę, przyczynę/intencję sprawcy, skutki agresji.

Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization - WHO) w raporcie na temat przemocy określa ją jako „zamierzone użycie siły fizycznej lub władzy przeciwko sobie, drugiej osobie lub przeciwko grupie lub społeczności, która powoduje obrażenia, śmierć, ból psychiczny, zaburzenia w rozwoju lub deprywację” [3-4].

* Instytut Położnictwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu.

Przemoc w rodzinie czy przemoc domowa według Rudniańskiego i Jarosza to relacje między ludźmi pozostającymi ze sobą w związku emocjonalnym [5–6]. Dokładna charakterystyka przemocy w rodzinie przedstawiona jest przez Radę Europy jako „czyn lub zaniechanie ze strony jednego członka rodziny wobec innych jej członków, [...] zagrażają życiu, cielesnej bądź psychicznej integralności lub wolności innego członka, [...] albo poważnie szkodzą rozwojowi jego osobowości” [7].

Formy przemocy wobec dzieci

Przemoc rodziców wobec dzieci ma różną postać. Psychologowie i pedagodzy wyróżniają cztery główne grupy przemocy: przemoc fizyczna, przemoc psychiczna, przemoc seksualna, zaniechanie [8]. Browne i Herbert formy przemocy wobec dzieci klasyfikują według dwóch czynników – jako czynne i bierne nadużycia. Do nadużyć czynnych zalicza się: przemoc fizyczną – nieprzypadkowe zranienia, przymus fizyczny, ograniczenie swobody; przemoc psychiczną – zastraszanie, nadużycie emocjonalne, wykorzystywanie materialne; przemoc seksualną – kazirodztwo, napaść i gwałt. Nadużycia bierne to: przemoc fizyczna – brak opieki nad dziećmi, brak opieki zdrowotnej, zaniechanie fizyczne; przemoc psychiczna – nieokazywanie uczuć, zaniechanie emocjonalne, zaniechanie materialne; przemoc seksualna – zaniechanie obrony przed wykorzystaniem seksualnym przez osoby trzecie, prostytutka [9].

Najczęstszą i najbardziej znaną w społeczeństwie formą przemocy wobec dzieci jest przemoc fizyczna, która należy do głównych grup stosowanej przemocy; jest ona najczęściej zadawana celowo, aby podporządkować dziecko. Zdarza się epizodycznie bądź jest ciągle powtarzającym się procesem. Dzieci krzywdzone fizycznie to dzieci bite, kopane, zmuszane do służalczości, która je poniża, ranione, duszone, a nawet zmuszane do dokonywania samobójstw. Od wielu lat dominującą formą przemocy fizycznej w społeczeństwie polskim jest tzw. klaps, aż 81,7% Polaków stosuje go jako formę kary czy „dobrego wychowania” i nie widzi w tym nic złego, nie traktując go jako formę przemocy fizycznej. Na drugim miejscu jest bicie dziecka ręką – stosuje go 66,8%. Jest to silniejsza metoda kary i przez rodziców również nie jest uważana za przemoc fizyczną. Ponadto rodzice biją dzieci pasem, kablem – aż 40,7% tak czyni, traktując to jako karę i uspokojenie dziecka [10].

Przemoc fizyczna w skrajnych przypadkach, kiedy jest stosowana regularnie, prowadzi do powstania zespołu dziecka maltretowanego. Po raz pierwszy stwierdzenie to zostało użyte przez Kempego, który zdefiniował

„stan kliniczny u małego dziecka, które doznało poważnego fizycznego obrażenia zadanego przez rodziców lub opiekunów, prowadzącego często do trwałych uszkodzeń ciała lub śmierci. Zespół ten powinien być brany pod uwagę u każdego dziecka [...], które nagle umiera lub gdy istnieje rozbieżność między rodzajem i stopniem uszkodzenia a podanym mechanizmem urazu” [11]. Dzieci, u których zdiagnozowano zespół dziecka maltretowanego wykazują zaburzenia emocjonalne, intelektualne, obserwuje się u nich opóźnienie w rozwoju umysłowym, są niedożywione i bardzo często doznają urazów czaszkowo-mózgowych [12].

Rodzaj przemocy fizycznej jest stosunkowo najłatwiejszy do zdiagnozowania, natomiast coraz częściej mówi się o pojawiającym się wśród dzieci krzywdzonych zespole Münchausena. Rodzice z premedytacją wywołują u dziecka chorobę, stosując różne leki, zioła, wmawiając dziecku chorobę. Przyczyną powstawania tego typu przemocy są zaburzenia emocjonalne u jednego z rodziców, które chce za wszelką cenę udowodnić jak bardzo dziecko jest uzależnione od rodzica i jak ważna jest jego rola w życiu tego dziecka. Nierozpoznany zespół Münchausena wiedzie do trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka, a trwający latami doprowadza w końcu do jego śmierci [13].

Kolejnym rodzajem przemocy, o wiele trudniejszym do zdiagnozowania u dziecka, jest przemoc psychiczna. Pojęcie przemocy psychicznej pojawiło się w psychologii stosunkowo niedawno. Pod koniec lat 70. XX w. badacze stwierdzili pewne syndromy, deficyty intelektualne i emocjonalne u dzieci, które urodziły się zdrowe, a w okresie dorastania wykazywały pewne zaburzenia.

Rodzaje krzywdy emocjonalnej klasyfikuje się różnie, w zależności od zespołu ekspertów. Według Amerykańskiego Stowarzyszenia Profesjonalistów Przeciwdziałających Krzywdzeniu Dzieci (American Professional Society on the Abuse of Children – APSAC) wyróżnia się:

- odtrącanie,
- zastraszanie,
- wyzyskiwanie,
- odmowę reakcji emocjonalnych – nieokazywanie pozytywnych uczuć,
- izolowanie (odmowę kontaktów z rówieśnikami),
- zaniedbywanie rozwoju umysłowego – nauki, zdrowia i opieki medycznej.

Zdaniem Soriano przemoc psychiczna okazywana jest w postaci: agresji werbalnej, szantażowania, straszenia, nadmiernego wymagania, wzbudzania winy, krytykowania, braku szacunku wobec dzieci [14].

Przemoc seksualna wśród małoletnich definiowana jest przez WHO jako wykorzystywanie dzieci dla uzyskiwania własnych przyjemności seksualnych przez osoby dorosłe [15]. Formy wykorzystywania seksualnego są bardzo zróżnicowane. Wiele badań doprowadziło do stworzenia pewnej klasyfikacji, według Frasera są to: akty pozbawione fizycznego kontaktu (ekshibicjonizm, podglądactwo, pornografia dziecięca), akty związane z fizycznym kontaktem, gwałt dzieci [16].

Konsekwencje przemocy wobec dzieci

Konsekwencje stosowania różnorodnych form przemocy wobec dzieci są powiązane z indywidualnymi cechami osobowości dziecka, rodzajem stosowanej przemocy oraz częstotliwością doznawanych krzywd. Najczęściej u dzieci maltretowanych obserwuje się: agresywność, wzmożoną czujność (brak swobody w działaniu), lęk i niepokój, niską samoocenę, obniżone poczucie własnej wartości, labilny stan emocjonalny, depresję, poczucie braku przynależności do grupy społecznej, tiki nerwowe, brak umiejętności obcowania z rówieśnikami. Częstym zjawiskiem u krzywdzonych dzieci jest pojawienie się zaburzenia psychicznego określonego jako PTSD (Post Traumatic Stress Disorder), które jest traktowane jako jednostka chorobowa; jej objawami są: sny związane z doznawaniem krzywdy, paraliż psychiczny, dolegliwości psychosomatyczne oraz hiperpobudzenie (nadmierna czujność). Ten rodzaj stanu emocjonalnego związany jest z nieprawidłową funkcją (nadmierne pobudzenie) autonomicznego układu nerwowego [17–18].

Przeciwdziałanie przemocy wobec dzieci w Polsce i krajach Unii Europejskiej

W Polsce w 2012 r. wśród młodzieży w wieku 11–17 lat aż w 71% przypadków odnotowano użycie różnych form przemocy (dane uzyskane na podstawie badania przeprowadzonego przez Fundację Dzieci Niczyje), pochodziła ona z różnych źródeł. Najczęściej, bo aż w 59%, przemoc ta zadawana była przez rówieśników, natomiast dorośli stosowali przemoc wobec dzieci w 34% przypadków; 15% badanych dzieci było wykorzystywanych seksualnie, w tym 9% bez kontaktu fizycznego, 6% podało, iż mieli kontakt fizyczny z dorosłym. Spośród badanej młodzieży większych krzywd doznali chłopcy w porównaniu z dziewczętami (odpowiednio: 31% i 23%). Do najczęstszych form przemocy ze strony dorosłych zaliczo-

no przemoc fizyczną i psychiczną (odpowiednio: 21% i 22%). Członkiem rodziny, który najczęściej stosował zarówno przemoc fizyczną, jak i psychiczną był ojciec dziecka. Dzieci były głównie pozbawione opieki oraz zaniedbane fizycznie.

W roku 2009 Fundacja Dzieci Niczyje przeprowadziła badania dotyczące świadomości społeczeństwa na temat przemocy wobec dzieci. Wśród badanych 45% odpowiedziało, że kary fizyczne nie powinny być stosowane, ale są sytuacje, w których jest to usprawiedliwione, 32% respondentów uważa, że nigdy nie powinny być one stosowane, natomiast 17% uznało, że mogą być stosowane, jeśli rodzic uzna, iż będą one skuteczne. Polacy w 2009 r. przyznali się do stosowania kar fizycznych wobec własnych dzieci – bili je ręką (31% badanych zrobiło to kilkakrotnie), karcili klapssem (41% zrobiło to kilkakrotnie). W roku 2013 aż 47% badanych dorosłych uważało, że raczej są takie sytuacje, w których należy „dać dziecku klapsa”. W porównaniu z latami 2011–2012 liczba ta spadła o 3%.

W Polsce działaniami na rzecz dzieci krzywdzonych zajmują się instytucje rządowe oraz stowarzyszenia społeczne/fundacje. Akty prawne chroniące dzieci przed maltretowaniem to przede wszystkim: Karta Praw Człowieka, Konwencja o Prawach Dziecka, Kodeks rodzinny i Kodeks karny. Zajmują się tymi sprawami Towarzystwo Przyjaciół Dzieci i Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia” – które jest organizacją interwencyjną, a działa od 1999 r. „Niebieska Linia” w ciągu kolejnych lat działalności odnotowała znaczny wzrost przemocy ofiar domowych, w tym dzieci, w 1999 r. było to 37 475, a w 2006 r. – 56 209 przypadków. Zadowolającym jest fakt, że od 2007 r. liczba ofiar wśród dzieci znacznie spada, w 2011 r. wyniosła ponad 20 tys., a w 2012 – 19 172.

Procedura „Niebieskiej Karty” dotycząca przeciwdziałania przemocy wobec dzieci została poprawiona w 2010 r. W każdej polskiej gminie działa zespół interdyscyplinarny, który ma pracować z rodzinami dotkniętymi przemocą domową. „Niebieska Karta”, działając na rzecz ochroną dzieci przed przemocą, współpracuje z organizacjami społecznymi, służbami mundurowymi, ochroną zdrowia, opieką społeczną, gminnymi komisjami rozwiązywania problemów alkoholowych, kuratorami i prokuratorami. Z badań przeprowadzonych w 2012 r. przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej wynika, że najmniej zaangażowana w pracę na rzecz przeciwdziałania przemocy jest ochrona zdrowia, która wypełniła najmniej „Niebieskich Kart” (268) w porównaniu do oświaty (835) czy policji (26 401) Organizacja „Niebieskiej Karty” podkreśla jednak, że działanie ochrony zdrowia jest bardzo ważne, szczególnie jeśli idzie o małe dzieci nieobjęte nakazem szkolnym.

System pracy organizacji chroniących dzieci przed przemocą wymaga ciągłego doskonalenia. Aby go ulepszyć, należy podnosić kwalifikacje pracowników ochrony zdrowia, policji, opieki społecznej czy oświaty, tak by precyzyjnie rozpoznawali syndromy dziecka krzywdzonego (pracownicy „Niebieskiej Karty” wymieniają szczególnie potrzebę szkolenia lekarzy, położnych i pielęgniarek). Jednak największą trudnością sprawiają niedopasowane przepisy prawne, które nie odnoszą się do poszczególnych sytuacji, w jakich znajdują się dzieci, utrudniając tym samym pracę organizacji zajmujących się przeciwdziałaniem przemocy.

W krajach Unii Europejskiej, takich jak: Holandia, Niemcy, Wielka Brytania, istnieją programy profilaktyczne, których w Polsce brak. Programy te obejmują działania podnoszące świadomość społeczeństwa wobec krzywdzenia dzieci, wykrywanie i wdrażanie pomocy dzieciom, a przede wszystkim nakładają obowiązek obywatelski, by interweniować w sytuacji przemocy. Ponadto istnieją międzynarodowe standardy przeciwdziałania krzywdzeniu dzieci, do których zalicza się rekomendacje i przepisy prawne normujące wykrywanie i karanie przemocy. W Unii Europejskiej są to: Europejska Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolnościach, Europejska Konwencja o Wykonywaniu Praw Dzieci, Europejska Karta Społeczna, Europejska Konwencja o Zapobieganiu Torturom oraz Nieludzkiemu lub Poniżającemu Karaniu. Europejskimi instrumentami ochrony dzieci przed krzywdzeniem są rekomendacje z 1975 r. „o roli i odpowiedzialności rodziców we współczesnej rodzinie i wsparciu społecznym”, rekomendacja z 1969 r. „o ochronie małoletnich przed złym traktowaniem”, rekomendacja z 1985 r. „o przemocy w rodzinie” oraz wiele innych.

Pomimo wielu aktów prawnych i działań różnorodnych organizacji w 2012 r. zanotowano, że co piąte badane dziecko w Polsce doświadczyło różnego typu przemocy. W Wielkiej Brytanii wynik ten był trzy razy mniejszy, bo zaledwie 7% dzieci doznało krzywdy ze strony dorosłych [19–24].

Rola położnej w zapobieganiu przemocy w rodzinie

Każdy przedstawiciel ochrony zdrowia powinien mieć szeroką wiedzę o epidemiologii, rodzajach i objawach przemocy. Musi umieć rozpoznać czynniki ryzyka występowania przemocy w rodzinie. W czasie wizyt w placówkach ochrony zdrowia dużo uwagi winien poświęcać na relację dziecka z rodzicami, mieć kompleksową wiedzę dotyczącą instytucji i organizacji, które udzielają pomocy rodzinom jej potrzebujących. Przed-

stawiciel ochrony zdrowia winien umieć rozmawiać z rodzicami dziecka, stwarzać właściwą atmosferę do rozmów, tak by ich motywować i wspierać. Szczególnie ważny jest jego udział w szkoleniach dotyczących przemocy i umiejętność współpracy z różnymi specjalistami z tej dziedziny. Jednym z obowiązków pracowników ochrony zdrowia jest poinformowanie ofiar przemocy o szerokich możliwościach szukania pomocy oraz wystawieniu zaświadczenia lekarskiego o stwierdzonych u danej osoby obrażeniach i uszkodzeniach. Zaświadczenie to zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu przemocy powinno być wystawione bezpłatnie. Często na prośbę poszkodowanych, bądź gdy stwierdza się ciężkie uszkodzenie ciała, czy też wykorzystanie seksualne, powiadamia się inne służby, takie jak: policja, pomoc społeczna, gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych.

Zgodnie z Ustawą o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz.U. z 2005 r. nr 180, poz. 1493, art. 12) „Osoby, które w związku z wykonywaniem swoich obowiązków służbowych powzięły podejrzenie o popełnieniu przestępstwa z użyciem przemocy wobec członków rodziny, powinny niezwłocznie zawiadomić o tym policję lub prokuratora”. Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy jest najważniejszym aktem prawnym, który wraz z innymi aktami wykonawczymi przedstawia kolejność postępowania w przypadku rozpoznania przemocy. Na mocy przedmiotowej ustawy zespół interdyscyplinarny powołany przez prezydenta miasta, burmistrza czy wójta realizuje następujące zadania: diagnozuje problem przemocy w rodzinie oraz podejmuje wszelkie działania w środowiskach zagrożonych przemocą w celach zapobiegawczych, a także rozpoczyna interwencję w grupach dotkniętych patologią. W skład zespołu interdyscyplinarnego wchodzi przedstawiciele policji, oświaty, gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, kuratorzy sądowi, a także pracownicy organizacji pozarządowych i ochrony zdrowia. Mogą w skład zespołu interdyscyplinarnego wchodzić także przedstawiciele innych podmiotów działających na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie oraz prokuratorzy.

Często podejmowanie interwencji wobec rodziny dotkniętej przemocą odbywa się poprzez procedurę „Niebieskiej Karty”. W ramach procedury przedstawiciel ochrony zdrowia (np. lekarz, pielęgniarka, położna, ratownik medyczny) za każdym razem udziela osobie dotkniętej przemocą w rodzinie szczegółowej informacji o możliwościach uzyskania wsparcia i pomocy. Członkowie zespołu interdyscyplinarnego kierują osobę, np. nadużywającą alkoholu (wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie), do gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. W przypadku ustania przemocy w rodzinie i uzasadnio-

nego przypuszczenia o zaprzestaniu dalszego stosowania tej przemocy, a także po zrealizowaniu indywidualnego planu pomocy albo rozstrzygnięciu o braku zasadności podejmowania działań następuje zakończenie procedury „Niebieskiej Karty”. Przewodniczący zespołu interdyscyplinarnego powinien podpisać zakończenie procedury udokumentowanej w formie protokołu. Indywidualna dokumentacja pacjenta, prowadzona przez lekarza, pielęgniarkę, położną, będących świadkami przemocy, winna zawierać: opis badania fizykalnego, ze szczególnym uwzględnieniem nieprawidłowości związanych z działaniem osób postronnych, a także szczegółowy wywiad. Wskazana jest dokumentacja fotograficzna urazu, wykaz badań laboratoryjnych, wyniki konsultacji psychologicznej i konsultacji specjalistycznych. Należy także podkreślić, że każdy polski obywatel, dowiedziawszy się o popełnieniu przestępstwa, ma społeczny obowiązek zawiadomić o tym policję lub prokuratora [25].

W ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia ciężarnej od 21. do 31. tygodnia ciąży przysługuje wizyta edukacyjna położnej środowiskowej raz w tygodniu oraz dwa razy w tygodniu od 32. tygodnia ciąży do jej rozwiązania. W sumie jest ok. 30 wizyt położnej środowiskowej. Zadaniem położnej jest edukacja kobiet w ciąży poprzez udzielanie porad w zakresie: ciąży, porodu, położu, karmienia piersią itp. W ramach spotkań z ciężarną położną jest w stanie rozpoznać przemoc wobec dziecka również w okresie prenatalnym. Mogą to być zaniedbania emocjonalne, medyczne czy fizyczne. Polskie prawo nie przewiduje ochrony prawnej dziecka przed jego narodzeniem [26–27]. Celem działań położnej jest zwrócenie szczególnej uwagi na zachowania prozdrowotne, rozwój emocjonalny rodziców, wzmacnianie kompetencji rodzicielskich oraz jej pomoc w sytuacjach kryzysowych.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 2 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 139, poz. 1139) położna na życzenie pacjentki realizuje co najmniej 4 wizyty patronażowe w pierwszych 6 tygodniach życia noworodka. Ich celem jest przede wszystkim: opieka nad noworodkiem i niemowlęciem, prowadzenie edukacji zdrowotnej i udzielanie porad zdrowotnych, promowanie prozdrowotnych zachowań rodziców, formułowanie diagnozy i ustalanie hierarchii podejmowanych działań, ale także identyfikowanie czynników ryzyka w rodzinie [28]. Bacznej uwagi wymagają od położnej te czynniki ryzyka, które są zależne z występowaniem przemocy w rodzinie i które położna podczas wizyt patronażowych może rozpoznać. Wszyscy pracownicy ochrony zdrowia powinni znać czynniki ryzyka, które mogą być związane ze środowiskiem społecznym i rodzinnym. Mogą one leżeć po stronie rodziców dziecka, dziecka lub

innych dzieci w rodzinie. Położna podczas wizyty patronażowej winna zwrócić szczególną uwagę na stan nowo narodzonego dziecka. Położna w ramach opieki nad położnicą i jej dzieckiem musi także określić wydolność opiekuńczą rodziny i ocenę relacji rodzinnych. Położna interweniuje w przypadku, kiedy dostrzeże przemoc w rodzinie.

Obszerną wiedzę o rodzinie mogą posiadać pracownicy ochrony zdrowia w ramach wizyt domowych. Poznając warunki życia danej rodziny, jej kulturę, obyczaje i wartości mogą zareagować na jej potrzeby. Szczególnie ważne jest zidentyfikowanie czynników krzywdzenia, aby objąć rodzinę wsparciem i pomocą. W Polsce są miejsca, gdzie rodzic, aby lepiej opiekować się i wychowywać swoje dziecko, może uzyskać pomoc i wsparcie. Rozpoznanie sytuacji społecznej rodziny pozwoli pracownikom ochrony zdrowia ocenić, jakie występują stosunki prawne między rodzicami dziecka i ocenić, czy ma miejsce przemoc w rodzinie.

Szczególna rola położnej środowiskowej podczas wizyty domowej to wypełnianie funkcji doradczo-wspierającej poprzez budowanie zaufania, stworzenie właściwej przestrzeni do przekazywania informacji i wychwycenia czynników ryzyka. Dzięki tej funkcji położne środowiskowe mają dużą szansę na współpracę z rodziną, na zmotywowaniu rodziców do szukania i korzystania z pomocy specjalistów. Położna musi mieć umiejętności komunikacyjne, powinna umieć słuchać rodziców dziecka, okazywać zainteresowanie wypowiedziami rodziców, utrzymywać kontakt wzrokowy i stwarzać właściwą przestrzeń, aby rodzice mogli się wypowiedzieć. Ważną cechą w komunikacji podczas wizyty patronażowej jest tzw. słuchanie empatyczne. Dzięki tym cechom położna jest w stanie podczas kontaktu z rodziną rozpoznać przemoc. Poprzez identyfikowanie czynników ryzyka ma ona uprzywilejowany dostęp do wiedzy o warunkach życia swoich pacjentek. Zakres nałożonych przez ustawodawcę obowiązków daje jej możliwość przeprowadzenia szerokiego wywiadu środowiskowego. Położna jest powiernikiem i sojusznikiem w rozwiązywaniu problemów. Jej szeroka wiedza oraz autorytet to główny fundament współpracy z rodziną.

Bibliografia

- [1] Olubiński A. Przemoc jako norma stosunków społeczno-wychowawczych. *Wychowanie na co dzień* 1996, 4/5: 3–6.
- [2] Grabowiec A. *Samoocena dzieci krzywdzonych w rodzinie*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2011: 14–19.
- [3] Piekarska A. Przemoc w rodzinie: socjopsychologiczne uwarunkowania i zakres zjawiska. *Psychologa Wychowawcza* 1984, 1: 44–53.

- [4] Światowa Organizacja Zdrowia, Raport światowy na temat przemocy i zdrowia. *Streszczenie*, Genewa 2002: 13.
- [5] Rudniański J. *Klasyfikacja, źródła i ocena przemocy w stosunkach międzyludzkich*. W: Hołys B. red. *Przemoc w życiu codziennym*. Warszawa: Agencja Wydawnicza CB 1997: 5–20.
- [6] Jarosz E. *Przemoc wewnątrzrodzinna*. W: Lalak D., Pilch T. red. *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak” 1999: 220–221.
- [7] Browne K., Herbert M. *Zapobieganie przemocy w rodzinie*. Warszawa: WSiP 1999: 17.
- [8] Jarosz E. Zjawisko przemocy wobec dzieci jako problem społeczny. *Chowanna* 1995, 2: 15–24.
- [9] Browne K., Herbert M. *Zapobieganie przemocy w rodzinie*. Warszawa: WSiP 1999: 21.
- [10] Grabowiec A. *Samoocena dzieci krzywdzonych w rodzinie*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2011: 27.
- [11] Czekirda M. Przemoc wobec dzieci jako zagrożenie zdrowotne. *Pielęgniarstwo XXI Wieku* 2007, 3/4 (20/21): 86.
- [12] Otto-Buczowska E. Zanim zdarzy się nieszczęście. *Medycyna Rodzinna* 2001, 4 (5): 228.
- [13] Margolis-Edelman A. *Medyczna diagnostyka zespołu dziecka maltretowanego*. W: Czyż E., Szymańczak J. red. *Dziecko krzywdzone. Próba opisu zjawiska*. Warszawa: Wydawnictwo Fundacja Dzieci Niczyje 1995: 79–108.
- [14] Grabowiec A. *Samoocena dzieci krzywdzonych w rodzinie*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2011: 30.
- [15] Kluczyńska S. Przemoc seksualna wobec dzieci. *Niebieska Linia* 2002, 3: 3–5.
- [16] Grabowiec A. *Samoocena dzieci krzywdzonych w rodzinie*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2011: 32.
- [17] Parkin J. *Ochrona dziecka w Zjednoczonym Królestwie*. W: Papież J., Plukis A. red. *Przemoc dzieci i młodzieży w perspektywie polskiej transformacji ustrojowej*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek 2000: 179–192.
- [18] Jona I. *Zespół stresu pourazowego dorosłych dzieci alkoholików*. W: Kubacka-Jasiecka D., Lipowska-Teutsch A. red. *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej*. Kraków: Wydawnictwo ALL 1997: 63–71.
- [19] Czekirda M. Przemoc wobec dzieci jako zagrożenie zdrowotne. *Pielęgniarstwo XXI Wieku* 2007, 3/4 (20/21): 88.
- [20] Rzecznik Praw Dziecka [seria online]. http://www.brpd.gov.pl/badania/pola_cy_wobec_bicia_dzieci_2013.pdf [31.03.2014].
- [21] Fundacja Dzieci Niczyje [seria online]. http://www.dziecinstwobezprzemocy.pl/repository/media/raport_Bicie_dzieci.pdf [31.03.2014].
- [22] Fundacja Dzieci Niczyje [seria online]. http://www.umwd.dolnyslask.pl/file_admin/user_upload/Zdrowie/PiRPU/Przemoc_Diagnoza_i_rekomendacje_FDN.pdf [31.03.2014].
- [23] Fundacja Dzieci Niczyje [seria online]. http://www.brpd.gov.pl/badania/fdn_raport.pdf [31.03.2014].
- [24] Jarosz E. *Międzynarodowe standardy przeciwdziałania krzywdzeniu dzieci*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie ŻAK 2008: 72–82.
- [25] Biskupska M. Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie – rola profesjonalistów podstawowej opieki zdrowotnej. *Nowiny Lekarskie* 2013, 82, 3: 246–252.
- [26] Hobel J. *Cywilnoprawna ochrona dziecka poczętego a stosowanie procedur medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska 2012: 23–90.

[27] Janiuk E. *Problem przemocy w rodzinie w praktyce położnej*. W: Wojtal M., Żurawicka D. red. *Wybrane aspekty opieki pielęgniarstwa i położniczej w różnych specjalnościach medycyny*. T. 1. Opole: Wydawnictwo Instytut Śląski 2013: 41-52.

[28] Warowny M. Diagnostyka i interwencja w przypadku przemocy w rodzinie wyzwaniem dla położnej środowiskowo-rodzinnej. *Położna. Nauka i Praktyka* 2011; 3 15: 48-52.

Adres do korespondencji:

Zofia Wojdyła

Instytut Położnictwa PMWSZ w Opolu

ul. Katowicka 68

45-060 Opole

tel.: 77 442 35 40

e-mail: wojdylaz@wsm.opole.pl

Danuta Żurawicka

Instytut Położnictwa PMWSZ w Opolu

ul. Katowicka 68

45-060 Opole

tel.: 77 442 35 40

e-mail: zurawickad@wsm.opole.pl

Małgorzata Zimnowoda

Instytut Położnictwa PMWSZ w Opolu

ul. Katowicka 68

45-060 Opole

tel.: 77 442 35 40

e-mail: zimnowodam@wsm.opole.pl

DOROTA FRYC*

Zawód położnej – kierunki zmian i rozwoju

W nieznanym punkcie ewolucji kulturowej świata pojawili się ludzie – kobiety i mężczyźni, którzy pomagali ciężarnym, rodzącym i położnicom w odwiecznym akcie narodzin. Już w biblijnej Księdze Wyjścia [1, 15–22] znajdujemy wzmiankę o dzielnych położnych, które asystowały przy porodach hebrajskich kobiet. W starożytnym Egipcie położnictwo zostało uznane za zajęcie typowo kobiece. Nie znaczy to jednak, że nie zajmowali się nim mężczyźni. W czasach rzymskich i greckich położne funkcjonowały jako niezależne dostawczynie usług w opiece okołoporodowej – fizjologia leżała w ich gestii. Przez wszystkie następujące po sobie epoki przewijały się postaci położnych. Jedne wykonywały swój zawód niejako w „ukryciu”, o innych wspominamy do dzisiaj.

Od dnia akcesji Polski do Unii Europejskiej do systemu prawnego naszego kraju zostały włączone akty prawne stanowione przez Unię Europejską (UE). Podstawowa implementacja przepisów UE dotyczących zawodów pielęgniarstwa i położnej do prawa polskiego nastąpiła w latach 2002–2004. Obowiązki położnej ujęte są obecnie w Ustawie o zawodzie pielęgniarstwa i położnej z 5 lipca 1996 r. z późniejszymi zmianami (Dz.U. z 2009 r. nr 151, poz. 1217 t.j.). Obecnie obowiązująca Ustawa o zawodzie pielęgniarstwa i położnej z 23 sierpnia 2011 r. weszła w życie z dniem 1 stycznia 2012 r. (wyłączając artykuły 95 i 98, które obowiązują już od 23 sierpnia 2011 r.). Do Ustawy o zawodzie pielęgniarstwa i położnej zostały wydane akty wykonawcze w formie rozporządzeń. Wspomniana wyżej Ustawa i towarzyszące jej rozporządzenia dają szeroki wachlarz możliwości samodzielnego praktykowania w zawodzie. Jednak położne czynne zawodowo często spotykają się ze „szklanym sufitem”. Pierwotnie określenie to stosowano w odniesieniu do kobiet i wszelkiego rodzaju mniejszości. Obecnie „szklany sufit” jest definiowany jako niewidzialna bariera

* Samodzielną Pracownia Umiejętności Położniczych PUM w Szczecinie.

w możliwościach rozwoju. Czy dotyczy to także grupy zawodowej położnych? Jeżeli tak, to w jakim zakresie, na ilu poziomach i dlaczego w ogóle zjawisko to istnieje?

Od października 2009 do czerwca 2010 r. wśród położnych z województwa zachodniopomorskiego przeprowadzono badania dotyczące między innymi możliwości samodzielnego praktykowania w zawodzie. Wzięło w nich udział 150 położnych wykonujących zawód w różnych dozwolonych prawnie formach. Większość ankietowanych położnych – bez względu na staż pracy – uważała, że zawód, który wykonuje jest ustawowo samodzielny. Opinię taką wyraziło łącznie 84 badanych, czyli 73,04%. Wśród trudności stanowiących realną przeszkodę w samodzielnym praktykowaniu ankietowane położne najczęściej wskazywały: niezajomość przez środowisko medyczne samodzielnych kompetencji położnej (57 osób, tj. 49,57%), brak spójnych uregulowań prawnych (53 osoby, tj. 46,09%). Stosunkowo często podawano powody, takie jak: niewystarczające wyposażenie w aparaturę medyczną (48 osób, tj. 41,74%), niemożność wypisywania recept (47 osób, tj. 40,87%), a także niemożność współpracy na partnerskich warunkach z innymi podmiotami ochrony zdrowia (47 osób, tj. 40,87%). Co trzecia respondentka wymieniała trudności ekonomiczne (39 osób, tj. 33,91%). Podobnie liczna była grupa badanych, zdaniem których niemożność wystawiania zwolnienia lekarskiego stanowi znaczną przeszkodę w samodzielnym wykonywaniu zawodu położnej (38 osób, tj. 33,04%). Zaledwie 10 położnych (8,7%) objętych analizą twierdziło, że poważną trudnością w prowadzeniu samodzielnej formy świadczenia usług zdrowotnych są niewystarczające umiejętności i wiedza.

W badaniach tych uczestniczyły także pielęgniarki – 99 osób i lekarze – 44, również z województwa zachodniopomorskiego. Te grupy zawodowe zapytano o znajomość samodzielnych kompetencji zawodowych położnych. Pielęgniarki wyraźnie częściej od lekarzy uważały, że położne posiadają pewien zakres samodzielności zawodowej (odpowiednio: 57 osób, tj. 57,0% oraz 15 osób, tj. 37,5%). Natomiast lekarze na powyższe pytanie częściej od pielęgniarek wskazywali wariant odpowiedzi „nie wiem” (odpowiednio: 16 osób, tj. 40% oraz 17 osób, tj. 17%). Zaobserwowana zależność miała charakter statystycznie istotny ($p < 0,05$). Opinie lekarzy oraz pielęgniarek dotyczące samodzielnych kompetencji położnych różniły się istotnie ($p < 0,05$) w zakresie następujących działań:

- pielęgniarki znacznie częściej uważały, że położne mają prawo wykonywania badania umożliwiającego wykrywanie chorób sutka (91% grupy);
- lekarze istotnie rzadziej przyznawali położnym prawo wykonywania kardiologografii (55%);

- znacznie większa część pielęgniarek niż lekarzy twierdziła, że położna ma uprawnienia do zdjęcia szwów z krocza (odpowiednio: 94% oraz 80%);

- lekarze wyraźnie rzadziej zgadzali się z twierdzeniem, że położna ma prawo do udzielania pomocy położniczej w nagłych przypadkach przed przybyciem lekarza – udzielania pomocy ręcznej w porodach miednicowych (52,5%).

Ważnym problemem dla grupy zawodowej położnych jest możliwość wykorzystywania swoich kompetencji w praktyce. Zapytano środowisko lekarzy oraz pielęgniarek z województwa zachodniopomorskiego o przyczyny niepełnej samodzielności w zawodzie położnej. Pielęgniarki znacznie częściej niż lekarze jako przyczynę niesamodzielności położnych wskazywały tradycyjne postrzeganie tego zawodu jako niesamodzielnego (odpowiednio: 39 osób, tj. 39,0% oraz 5 osób, tj. 12,5%, a $p < 0,05$). Z kolei lekarze istotnie częściej niż pielęgniarki przyczyn takiej sytuacji upatrywali w ustawach zawodowych (odpowiednio: 17 osób, tj. 42,5% oraz 27,0 osób, tj. 27%), jak również przyznawali się do braku wiedzy w tym zakresie (11 osób, tj. 27,5% oraz 13 osób, tj. 13,0%).

Należy zauważyć, że ustawy i rozporządzenia zawodowe dotyczące profesji położnych nie zawsze są spójne z ustawami i rozporządzeniami nadrzędnymi – dotyczy to m.in. Kodeksu pracy. Nadal nie ma uregulowań prawnych dla np. standardu opieki okołoporodowej (Dz.U. z 2012 r. poz. 1100), które pozwalałyby na refundację ze środków publicznych opieki w fizjologicznej ciąży, porodzie i połogu, sprawowanej przez położną. Również regulaminy organizacyjne czy wewnętrzne zarządzenia poszczególnych podmiotów leczniczych zaprzeczają prawnej samodzielności w zawodzie. Jeżeli jest mowa o samodzielności oraz autonomii zawodu, powinno być także oczywistym, że nie ma takiej profesji, która mogłaby kontrolować dany zawód lub z nim konkurować. Relacja zawodowa w takim wypadku winna opierać się o zasady partnerskiej współpracy zespołu terapeutycznego, a nie o zależności. Wiedza szeroko pojętego środowiska medycznego w zakresie ustawowych, samodzielnych możliwości zawodowych położnych wydaje się być także niepełna. Wszystkie te aspekty i okoliczności mogą wpływać na swobodne praktykowanie w zawodzie położnej, tworząc wspomniany już „szklany sufit”. Sami zaś przedstawiciele tzw. wolnego zawodu położnej/położnego zastanawiają się, co z tą samodzielnością – rzeczywistość to czy fikcja?

Co zatem można i powinno się zrobić, by poprawić kondycję zawodu? Na pewno nie można liczyć, że znajdzie się charyzmatyczny „zbawiciel”, który uzdrowi sytuację, a środowisko położnych od tego momentu zacznie żyć w zawodowej arkadii. Pierwszą i najważniejszą możliwością

do wykorzystania jest edukacja w zakresie umocowań prawnych zawodu położnej. Winna ona dotyczyć nauczania przeddyplomowego i podyplomowego, a zasięgiem swoim powinna objąć wszystkie grupy zawodowe medycyny. Natomiast na szczeblu centralnym być może właściwym byłoby wprowadzenie treści o tym, kim jest położna i co może zaoferować do programów nauczania już na poziomie gimnazjalnym i licealnym.

Ważną kwestią jest również pozytywna socjalizacja absolwentów położnictwa i innych zawodów medycznych. Wprowadzanie w zawód w oparciu o aktualne akty prawne, a nie funkcjonujące tradycyjnie zależności. Jednym z aspektów tej pozytywnej socjalizacji może być praca w zespołach terapeutycznych, w których każdy z jego uczestników jest równoprawnym członkiem, jednocześnie z różnym zakresem kompetencji i odpowiedzialności.

Następnym krokiem jest szeroko pojęta promocja zawodu położnej przez korporacje zawodowe, ale też prawne chronienie zawodu i miejsc pracy położnych. W Holandii opiekę nad kobietą w ciąży sprawuje kilku profesjonalistów: położne, niektórzy lekarze ogólni, ginekolodzy-położnicy oraz przedstawiciele zorganizowanej opieki. Istnieje tam ścisły podział na podstawową i specjalistyczną opiekę położniczą. Ta pierwsza należy do położnych. Według Królewskiej Organizacji Holenderskich Położnych (Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen) są one w pełni odpowiedzialne za opiekę nad kobietą w czasie ciąży, porodu i porożu i mają pierwszeństwo w tych działaniach przed innymi grupami zawodowymi. Stan taki nie jest tylko zwyczajowym postępowaniem tego kraju, ale ma swoje umocowania prawne. Stwarza to mocną, niezależną pozycję profesji. Istotnym elementem chronienia i promowania zawodu w innych krajach jest również, a może przede wszystkim, posiadanie przez położne autonomicznego przedstawicielstwa zawodowego, które nie jest wspólne z korporacją zawodową pielęgniarek. Innym obszarem promocji zawodu są działania podejmowane zarówno przez stowarzyszenia, fundacje, jak i przez indywidualne działania samych położnych, w których mieści się między innymi podejmowanie samodzielnej praktyki i tworzenie rynku potrzeb wśród potencjalnych odbiorców usług. Jest to szczególnie istotny element promocji zawodu położnej. We wspomnianych wyżej badaniach udział wzięło także 150 kobiet, które były uczestniczkami Akademickiej Szkoły Rodzenia „Pomorzanka”, mieszczącej się w budynku Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego przy ul. Żołnierskiej 48 w Szczecinie. Respondentkami były również uczestniczki Szkoły Rodzenia im. św. Joanny Beretty Molli przy pl. Ofiar Katynia w Szczecinie oraz pacjentki dwóch prywatnych gabinetów ginekologicznych. Kobiety prawie jednogłośnie przyznały, że występuje społeczne zapotrzebowanie na świadczenia po-

łożnych (136 osób, tj. 90,67%). Tylko co dziesiąta respondentka wyraziła odmienną opinię (14 osób, tj. 9,33%).

Funkcjonuje w obszarze usług położniczych przestrzeń do zagospodarowania przez położne. By można było ją wypełnić, potrzebne są działania całego środowiska położnych – zarówno te odgórne, jak i te oddolne. Odgórne powinny tworzyć autonomiczną przestrzeń prawną, a działania oddolne winny ją wypełniać.

Bibliografia

[1] Buczkowska E. Pielęgniarki i położne w samoocenie. Sondaż. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2007, 3: 4–6.

[2] Cholewicka D. W poszukiwaniu autorytetów. *Położna. Nauka i Praktyka* 2007, 1: 36–37.

[3] Ćwiek D., Dzióbek I., Szymoniak K. Historia zawodu położnej na świecie. *Położna. Nauka i Praktyka* 2009, 4: 56–59.

[4] Dalkowska A., Dalkowski P., Gaworska-Krzemińska A., Krzemiński M. Historyczno-prawne regulacje zawodu pielęgniarki. *Problemy Pielęgniarstwa* 2007, 15: 115–119.

[5] Otfinowska A. Położne mogą być autorkami lepszej opieki. Proszę uprzejmie: skorzystajcie. Rozmowa z prezeską Fundacji Rodzic po Ludzku... Rozm. M. Domagała. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2006, 3: 35.

[6] Fiutak A. *Prawo w medycynie*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck 2010: 226.

[7] Gardyjas B. Odpowiedzialność położnej. W: Konferencja Niezależnej Inicjatywy Rodziców i Położnych „Dobrze Urodzeni” Warszawa 17–18.05.2011 r. Warszawa 2011.

[8] Iwanowicz-Palus G., Wrońska I. Kompetencje zawodowe położnych w Polsce a założenia europejskiej strategii WHO kształcenia pielęgniarek i położnych. *Annales Academiae Medicae Lodzensis* 2002, 43 (4): 47–52.

[9] Jędrzejewska L. Samodzielność położnych. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2006, 6: 35.

[10] Karkowska D. *Status zawodowy położnej – zarys problemu*. Warszawa: Fundacja Rodzic po Ludzku 2007: 26.

[11] Knapieńska A. Rozbić szklany sufit. *Sprawy Nauki* 2009, 4: 11–15.

[12] Kołtunowicz M., Bączek G. Samodzielność położnych. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2005, 5: 36.

[13] Nesterowicz M. *Prawo medyczne*. Wyd. 9 uakt. i poszerz. Toruń: Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa „Dom Organizatora” 2010: 457.

[14] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego. Dz.U. z 2007 r. nr 210, poz. 1540.

[15] Szumowski W. *Historia medycyny filozoficznie ujęta*. Wyd. 4 popr. i uzup. Kęty: Wydawnictwo Marek Derewiecki 2008: 680.

[16] Świątek B. Lekarz i pielęgniarka – ich wzajemne relacje w świetle obowiązujących przepisów. *Przewodnik Lekarza* 2000, 5: 16–17.

[17] Urbanek B. red. *Zawód położnej na ziemiach polskich w XIX i XX wieku*. Katowice: Śląska Akademia Medyczna 2004: 267.

[18] Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodzie pielęgniarki i położnej. Dz.U. z 2011 r. nr 174, poz. 1039.

[19] Midwifery in the Netherlands. http://www.knov.nl/uploads/knov.nl/knov_downloads/526/file/KNOV_Midwifery_in_the_Netherlands_20121112.pdf [13.03.2014].

Adres do korespondencji:

Dorota Fryc

Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych PUM

ul. Żołnierska 48

71-210 Szczecin

tel.: 91 480 09 83, fax 91 480 09 78

e-mail: spppol@pum.edu.pl

Wybrane aspekty opieki pielęgniarstwa i położniczej
w różnych specjalnościach medycyny

T. 2

pod redakcją Marioli Wojtal, Danuty Żurawickiej

ISBN 978-83-935324-5-2

978-83-7511-198-9

DOROTA ĆWIEK*, MAŁGORZATA ZIMNY*, ALEKSANDRA SZWABOWSKA**,
DOROTA FRYC*, DOROTA BRANECKA-WOŹNIAK*

Świadomość pielęgniarek na temat samobadania piersi

Wstęp

Rak piersi jako jedna z najczęściej występujących chorób nowotworowych u kobiet jest ważnym problemem zdrowotnym i społecznym. Ryzyko zachorowania na raka gruczołu piersiowego niebezpiecznie wzrasta. W roku 2010 rozpoznano nowotwór piersi u 15 748 kobiet [1], aż 5226 z nich zmarło w tym roku z tego powodu [1]. Dlatego tak ważna jest profilaktyka w tej jednostce chorobowej. Samobadanie piersi jest najprostszą i najtańszą metodą umożliwiającą wczesne wykrycie niepokojących zmian i wdrożenie leczenia umożliwiającego całkowity powrót do zdrowia. Pielęgniarki i położne, jako pracownicy służby zdrowia, powinny w tym zakresie wieść prym i dawać przykład społeczeństwu.

Cel badań

Celem badań była ocena świadomości pielęgniarek na temat samobadania gruczołu piersiowego, w tym ocena prawidłowości samobadania. Celem pośrednim było ustalenie wpływu zmiennych niezależnych, takich jak wiek i wykształcenie na wykonywanie samobadania.

* Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych PUM w Szczecinie.

** Studenckie Koło Naukowe im. S. Leszczyńskiej przy Samodzielnej Pracowni Umiejętności Położniczych PUM w Szczecinie.

Materiał i metody badań

Badania przeprowadzono w 2013 r. wśród 104 pielęgniarek pracujących w zamkniętych i otwartych placówkach służby zdrowia w województwie zachodniopomorskim. Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, natomiast narzędziem był kwestionariusz ankiety zbudowany na potrzeby badań. Kwestionariusz zawierał 4 pytania socjodemograficzne do ustalenia charakterystyki grupy badawczej i 10 pytań właściwych na temat wiedzy i wykonywania samobadania piersi. Wszystkie pytania miały charakter zamknięty. Pytania zostały skonstruowane w sposób umożliwiający jednocześnie sprawdzenie znajomości techniki samobadania piersi. Za rzeczywiście znające technikę samobadania piersi uznano tylko te kobiety, które deklarowały prawidłowe jej wykonanie (badały piersi, doły pachowe, okolice nadbojczykową, okolice podbojczykową; oglądowo i palpacyjnie – w pozycji stojącej i leżącej, między 6. a 10. dniem cyklu). Udział w badaniach był dobrowolny. Uzyskane wyniki poddano analizie opisowej, matematycznej i statystycznej. Porównań grup w zakresie cech jakościowych dokonano stosując nieparametryczny test istotności – test niezależności chi-kwadrat z poprawką Yatesa.

Wyniki

Analiza wykształcenia pielęgniarek wykazała, że 43,3% miało wykształcenie średnie, 50,0% wyższe zawodowe i tylko 6,7% wyższe magisterskie. Analiza wieku unaoczniała, że średnia wieku wyniosła 35,3 lat, minimum 21, maksimum 60. Dla potrzeb badań podzielono respondentki na dwie grupy: poniżej 40 lat i powyżej 40 lat. Więcej było kobiet poniżej 40. roku życia – 67,3%. Najwięcej respondentek miało staż pracy powyżej 5 lat (26,9 %) oraz nie podjęło jeszcze pracy (22,1%, tab. 1).

Tabela 1

Charakterystyka badanej grupy pielęgniarek

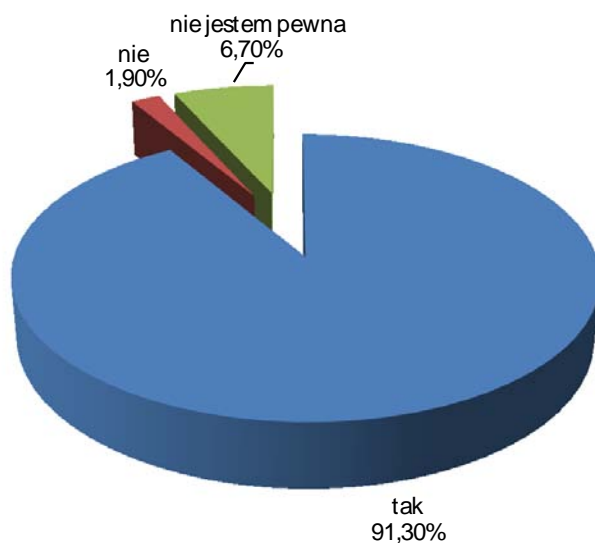
Charakterystyka badanej grupy		N = 104	Procent
Wykształcenie	średnie	45	43,3
	wyższe zawodowe	52	50,0
	wyższe magisterskie	7	6,7
Staż pracy	jeszcze nie pracuję	23	22,1
	do 5 lat	28	26,9
	5-20 lat	19	18,3
	20-30 lat	19	18,3
	powyżej 30 lat	15	14,4

cd. tab. 1

Charakterystyka badanej grupy		N = 104	Procent
Wiek	poniżej 40 lat	70	67,3
	powyżej 40 lat	34	32,7

Źródło: Opracowanie własne.

Analizowano deklarowaną znajomość techniki samobadania piersi. Aż 91,3% badanych oświadczało, że ma tę znajomość. Tylko 1,9% nie znało techniki samobadania piersi, a 6,7% nie było pewne, czy ją pamięta (ryc. 1).



Źródło: Opracowanie własne.

Rycina 1. Deklarowana znajomość techniki samobadania przez pielęgniarki

Analiza deklarowanej znajomości techniki samobadania piersi w zależności od wieku i wykształcenia respondentów wykazała, że istotnie częściej wykonywały samobadanie kobiety poniżej 40. roku życia ($p < 0,05$). Nie stwierdzono takich zależności w odniesieniu do wykształcenia badanych.

Tabela 2

Deklarowana znajomość techniki samobadania piersi w odniesieniu do wieku i wykształcenia badanych

Deklarowana znajomość techniki samobadania	Wiek < 40 lat		Wiek > 40 lat		chi ²
	N = 70	%	N = 34	%	
Tak	64	91,4	31	91,2	< 0,05
Nie	1	1,4	1	2,9	> 0,05
Nie jest pewna	5	7,1	2	5,9	> 0,05
Deklarowana znajomość techniki samobadania	wykształcenie średnie		wykształcenie wyższe		chi ²
	N = 45	%	N = 59	%	
Tak	42	93,3	53	89,8	> 0,05
Nie	-	-	2	3,4	> 0,05
Nie jest pewna	3	6,7	4	6,8	> 0,05

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza czasu samobadania wykazała, że najczęściej wykonywano je wtedy, gdy respondentki sobie o tym przypomniały (39,4%) oraz między 6. a 10. dniem cyklu miesięczkowego (31,7%). W innych terminach badało sobie piersi poniżej 9,0% kobiet (tab. 3).

Tabela 3

Czas wykonywania samobadania piersi przez badane

Czas wykonywania samobadania piersi	N = 104	Procent
Między 1. a 5. dniem cyklu miesięczkowego	9	8,7
Między 6. a 10. dniem cyklu miesięczkowego	33	31,7
Między 11. a 14. dniem cyklu miesięczkowego	7	6,7
Między 15. a 28. dniem cyklu miesięczkowego	5	4,8
Już nie miesiączkuje – wyznacza jeden dzień w miesiącu	9	8,7
Jak sobie przypomni	41	39,4

Źródło: Opracowanie własne.

W tabeli 4 zobrazowano czas wykonywania samobadania piersi przez respondentki w zależności od wieku i wykształcenia. Pomiędzy 6. a 10. dniem cyklu miesięczkowego samobadanie wykonywało istotnie więcej kobiet w wieku do 40 lat. W pozostałych analizowanych terminach nie

wykazano istotnych różnic w tym względzie, podobnie jak w zakresie zależności związanej z wykształceniem kobiet (tab. 4).

Tabela 4

Czas wykonywania samobadania piersi przez respondentki w zależności od wieku i wykształcenia

Czas wykonywania samobadania piersi	Wiek do 40 lat		Wiek powyżej 41 lat		chi ²
	N = 70	%	N = 34	%	
Między 1. a 5. dniem cyklu miesięczkowego	9	12,9	-	-	> 0,05
Między 6. a 10. dniem cyklu miesięczkowego	26	37,1	7	20,6	< 0,05
Między 11. a 14. dniem cyklu miesięczkowego	5	7,1	2	5,9	> 0,05
Między 15. a 28. dniem cyklu miesięczkowego	4	5,7	1	2,9	> 0,05
Już nie miesiączkuje - wyznacza jeden dzień w miesiącu	-	-	9	26,5	> 0,05
Jak sobie przypomni	26	37,1	15	44,1	> 0,05
Czas wykonywania samobadania piersi	wykształcenie średnie		wykształcenie wyższe		chi ²
	N = 45	%	N = 59	%	
Między 1. a 5. dniem cyklu miesięczkowego	2	4,4	7	11,9	> 0,05
Między 6. a 10. dniem cyklu miesięczkowego	11	24,4	22	37,3	> 0,05
Między 11. a 14. dniem cyklu miesięczkowego	3	6,7	4	6,8	> 0,05
Między 15. a 28. dniem cyklu miesięczkowego	2	4,4	3	5,1	> 0,05
Już nie miesiączkuje - wyznacza jeden dzień w miesiącu	6	13,4	3	5,1	> 0,05
Jak sobie przypomni	21	46,7	20	33,9	> 0,05

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza etapów badania wykazała, że najczęściej respondentki wykonują palpację w pozycji stojącej (91,3%), oglądają piersi (84,6%) i badają palpacyjnie w pozycji leżącej (48,1%, tab. 5).

Tabela 5

Etapy samobadania piersi wykonywane przez badane

Etapy badania	N = 104	Procent
Oglądanie piersi	88	84,6
Badanie palpacyjne piersi w pozycji stojącej	95	91,3
Badanie palpacyjne piersi w pozycji leżącej	50	48,1

Źródło: Opracowanie własne.

Ponad 40,0% badanych wykonuje tę część samobadania prawidłowo (oglądają i wykonują palpację w pozycji stojącej i leżącej). Aż 35,6% kobiet ogląda piersi i bada ją palpacyjnie tylko w pozycji stojącej. Ponad 12,0% ankietowanych wykonuje palpację tylko w pozycji stojącej. Dane zestawiono w tabeli 6.

Tabela 6

Etapy samobadania piersi wykonywane przez badane

Etapy badania	N = 104	Procent
Oglądanie piersi + badanie palpacyjne piersi w pozycji stojącej + badanie palpacyjne piersi w pozycji leżącej	44	42,3
Oglądanie piersi + badanie palpacyjne piersi w pozycji stojącej	37	35,6
Oglądanie piersi + badanie palpacyjne piersi w pozycji leżącej	3	2,9
Badanie palpacyjne piersi w pozycji stojącej + badanie palpacyjne piersi w pozycji leżącej	1	0,9
Tylko oglądanie piersi	4	3,8
Tylko badanie palpacyjne piersi w pozycji stojącej	13	12,5
Tylko badanie palpacyjne piersi w pozycji leżącej	2	1,9

Źródło: Opracowanie własne.

Kobiety w wieku do 40 lat istotnie częściej wykonują każdy etap badania niż kobiety powyżej 41. roku życia. Podobnych zależności nie stwierdzono analizując wykształcenie (tab. 7).

Tabela 7

Etapy samobadania piersi wykonywane przez respondentki w zależności od wieku i wykształcenia

Etapy badania	Wiek do 40 lat		Wiek powyżej 41 lat		chi ²
	N = 70	%	N = 34	%	
Oglądanie piersi	64	91,4	24	70,6	< 0,05
Badanie palpacyjne piersi w pozycji stojącej	66	94,3	29	85,3	< 0,05
Badanie palpacyjne piersi w pozycji leżącej	34	48,6	16	47,1	< 0,05
Etapy badania	wykształcenie średnie		wykształcenie wyższe		chi ²
	N = 45	%	N = 59	%	
Oglądanie piersi	36	80,0	52	88,1	> 0,05
Badanie palpacyjne piersi w pozycji stojącej	39	86,7	56	94,9	> 0,05
Badanie palpacyjne piersi w pozycji leżącej	20	44,4	30	50,8	> 0,05

Źródło: Opracowanie własne.

Dokonując analizy prawidłowości badania stwierdzono, że tylko 11,5% badanych (12 pielęgniarek na 104 ankietowane) wykonuje to prawidłowo, czyli bada piersi między 6. a 10. dniem cyklu, ogląda, bada palpacyjnie w pozycji stojącej i leżącej oraz bada piersi, okolice nad- i podbojczykową, a także węzły chłonne pachowe.

Dyskusja

Zawód pielęgniarki jest związany z promowaniem zdrowia i edukowaniem pacjentów. Należy zadać pytanie, jak może promować zdrowie i prowadzić edukację zdrowotną osoba, która sama o to zdrowie nie dba i nie jest w tym zakresie przykładem? W badaniach własnych wykazano, że tylko 11,5% pielęgniarek prawidłowo dokonywało samobadania piersi, choć znajomość jego techniki deklarowało ponad 91,0% respondentek. Wyższą świadomość na temat samobadania miały pielęgniarki w badaniach Jurczak i wsp.: wykonywanie samobadania deklarowało niemal 99,0% kobiet, ale prawidłowo je wykonywało ponad 25,0% [2]. Znacząco większy odsetek prawidłowo wykonujących to badanie uzyskała Łepicka-Klusek (76,5%) [3]. Badania Tasci i wsp. świadczą o tym, że 93,1% pielęgniarek w Turcji wykonywało samobadanie, nie oceniano jednak jego jakości [4]. Podobne wyniki uzyskano w Emiratach Arabskich, gdzie samobadanie wykonywało 84,4% pielęgniarek [5] oraz w Jordanii (86,6%) [6].

Analiza deklarowanej techniki samobadania piersi w zależności od wieku wykazała, że pielęgniarki poniżej 40. roku życia istotnie częściej znały tę technikę, niż ich starsze koleżanki. Przypuszczaliśmy, że kobiety powyżej 41. roku życia, powinny być zainteresowane tym tematem ze względu na wzrost zachorowania na raka sutka w grupie kobiet w wieku około- i pomenopauzalnym. Nie stwierdziliśmy natomiast podobnych zależności w tym zakresie w odniesieniu do wykształcenia pielęgniarek.

Prawidłowy czas wykonywania samobadania między 6. a 10. dniem cyklu miesięczkowego zadeklarowało tylko 31,7% badanych, przy czym istotnie częściej były to kobiety do 40. roku życia, niż starsze. W badaniach Jurczak i wsp. było to ponad 47,0% respondentek [2]. Badania Demirkiran i wsp. w Turcji wykazały wyższy odsetek wykonujących samobadanie w tym terminie – było to 56,2% pielęgniarek, ale też autorzy ci podają, że aż 43,8% ankietowanych wykonywało badanie wtedy, kiedy sobie o tym przypomniało [6]. W badaniach własnych stanowiło to nieznacznie mniej, bo 39,4%, podobnie jak w badaniach Jurczak i wsp. – 39,1% [2]. Wśród badanych niemiesięczkujących raz w miesiącu badało sobie piersi 26,5% respondentek.

Analiza etapów badania wykazała, że najwięcej kobiet badało palpacyjnie piersi w pozycji stojącej (91,3%), oglądało je 84,6% i badało palpacyjnie w pozycji leżącej 48,1%. Prawidłowo badało piersi, łącząc te trzy etapy samobadania, tylko 42,3% pielęgniarek, natomiast oglądało i badało palpacyjnie w pozycji stojącej 35,6% respondentek. Jurczak i wsp. piszą,

że oglądowo i palpacyjnie badanie wykonywało 52,3% pielęgniarek [2]. Sreedharan podaje, że 68,8% respondentek z Emiratów Arabskich badało piersi oglądowo i palpacyjnie, ale nie określało, w jakich pozycjach odbywało się badanie palpacyjne [5]. Natomiast w badaniach Demirkiran tylko 21,3% pielęgniarek znało prawidłową pozycję badania piersi [7].

Badania własne wykazały, że pielęgniarki do 40. roku życia wykonyują każdy etap samobadania istotnie częściej niż starsze respondenci. Nie wykazano natomiast podobnych zależności w odniesieniu do wykształcenia.

Wnioski

1. Pomimo deklarowanej znajomości techniki samobadania piersi, bardzo niski odsetek badanych pielęgniarek wykonywało badanie prawidłowo. W związku z tym powinno się nasilić działania edukacyjne w tym zakresie.

2. Na prawidłowość wykonywania samobadania piersi miał wpływ wiek badanych, a nie wykształcenie. Kobiety do 40. roku życia częściej wykonywały samobadanie prawidłowo.

Bibliografia

- [1] http://epid.coi.waw.pl/krn/liczba_zach_woj/default.asp [11.05.2012].
- [2] Jurczak A., Ćwiek D., Grochans E., Karakiewicz B. Ocena znajomości techniki samobadania piersi przez personel medyczny. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio D Medicina* 2005, 60, suppl. 16 (2): 286–289.
- [3] Łepecka-Klusek C., Pilewska A., Bucholc M., Kanadys K. Personel medyczny wobec profilaktyki raka narządu rodowego i sutka. *Ginekologia i Położnictwo* 2002, 73 (11): 1147–1150.
- [4] Tasci A., Usta Y.Y. Comparison of knowledge and practices of breastself-examination (BSE): a pilot study in Turkey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2010, 11 (5): 1417–1420.
- [5] Sreedharan J., Muttappallymyalil J., Venkatramana M., Thomas M. Breastself-examination: knowledge and practice among nurses in United Arab Emirates. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2010, 11 (3): 651–654.
- [6] Alkhasawneh I.M., Akhu-Zaheya L.M., Suleiman S.M. Jordaniannurses' knowledge and practice of breastself-examination. *Journal of Advanced Nursing* 2009, 65 (2): 412–416.
- [7] Demirkiran F., Balkaya N., Memis S., Turk G., Ozvurmaz S., Tuncyurek P. How do nurses and teachers perform breast self-examination: are they reliable sources of information? *BMC Public Health* 2007, 7: 96. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/96> [6.02.2014].

Adres do korespondencji:

Dorota Ćwiek

Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych PUM

ul. Żołnierska 48

71-210 Szczecin

tel.: 91 480 09 83, fax 91 480 09 78

e-mail: spppol@pum.edu.pl

JOANNA GŁOGOWSKA*

Ograniczenie konsekwencji zdrowotnych używania alkoholu, tytoniu i innych substancji psychoaktywnych przez kobiety w ciąży – wyzwaniem dla edukacji zdrowotnej

Cel Operacyjny 7. Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015 zakłada poprawę opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem. Do roku 2015 oczekiwane jest obniżenie wskaźnika wcześniactwa (z 6,4 do 5,5%), obniżenie umieralności okołoporodowej, umieralności noworodkowej, zmniejszenie występowania chorób przewlekłych u dzieci, a także zmniejszenie różnic między województwami i grupami społecznymi w zakresie podstawowych mierników zdrowia dziecka. Wymienione efekty możliwe są do osiągnięcia m.in. poprzez kształtowanie prozdrowotnych postaw i przeciwdziałanie antyzdrowotnym zachowaniom przyszłych rodziców w okresie przedkoncepcyjnym, w czasie ciąży oraz opieki nad niemowlęciem i małym dzieckiem. Szczególną opieką zdrowotną należy otoczyć kobiety i dzieci ze środowisk specjalnego ryzyka, o niskim statusie społeczno-ekonomicznym, co ma istotne znaczenie w aspekcie używania alkoholu, tytoniu i innych substancji psychoaktywnych [1]. Zapisane w Narodowym Programie Zdrowia zadania, takie jak: poprawa zaspokojenia potrzeb leczniczych dzieci, wprowadzenie nowoczesnych badań epidemiologicznych, unowocześnienie trójstopniowej opieki perinatalnej są niezbędne, ale kosztowne. Promocja zdrowego stylu życia i profilaktyka są zdecydowanie mniej kosztowne niż medycyna naprawcza.

Promocja zdrowia to rozległa dziedzina zdrowia publicznego, która posługuje się głównie edukacją zdrowotną [2]. Celem edukacji zdrowot-

* Oddział Promocji Zdrowia i Oświaty Zdrowotnej Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Opolu.

nej jest modyfikowanie cech indywidualnych determinujących zdrowie, takich jak: wiedza odbiorców, ich świadomość, przekonania, postawy, umiejętności, poczucie samoskuteczności. Poprzez edukację zdrowotną dostarczamy wiedzę i kształtujemy umiejętności, by umacniać zachowania lub zmieniać je na korzystne dla zdrowia. Aby ułatwić zmiany postaw wobec zdrowia, zazwyczaj trzeba również zmieniać normy społeczne, budować wsparcie społeczne, usuwać przeszkody materialne.

Planowanie interwencji programowych, społecznych kampanii profilaktycznych, a przede wszystkim prowadzenie skutecznych działań edukacyjnych ograniczających zdrowotne skutki używania alkoholu, tytoniu i innych substancji psychoaktywnych przez kobiety w okresie okołokoncepcyjnym wymaga: rozpoznania zachowań zdrowotnych cechujących kobiety, wyróżnienia konsekwencji zdrowotnych dla matki i dziecka, określenia potrzeb zdrowotnych kobiet, a następnie wyboru najodpowiedniejszych form i metod edukacji zdrowotnej. Ponadto każda planowana interwencja zdrowotna powinna być monitorowana i podlegać ewaluacji.

Zachowania zdrowotne kobiet

Omówienie zachowań kobiet związanych z paleniem tytoniu, konsumpcją alkoholu oraz używaniem innych substancji psychoaktywnych oparte jest na danych opublikowanych w raporcie pt.: „Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży” przygotowanym przez Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie [3].

Cel i metoda badania „Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży” (2012)

Raport „Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży” jest wynikiem analizy danych badania kwestionariuszowego przeprowadzonego na próbie 2913 położnic z 381 oddziałów położniczo-ginekologicznych, zbadanych przy pomocy szczegółowej ankiety, składającej się z części wypełnianej przez kobietę rodzącą oraz części wypełnianej przez osobę z personelu medycznego. W czasie badania, które przeprowadzone zostało w okresie od 22 do 26 października 2012 r., 2833 pacjentki oddały wypełnione ankiety. Przedstawione badanie ankietowe jest integralną częścią 5-letniego projektu pn. „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych”, współfinansowanego w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy. Głównym

celem programu jest ograniczenie używania tytoniu, alkoholu i innych substancji psychoaktywnych przez kobiety w wieku prokreacyjnym, tj. między 15. a 49. rokiem życia. Celem badania ankietowego jest określenie ryzykownych zachowań zdrowotnych kobiet ciężarnych w Polsce oraz ich wpływu na zdrowie potomstwa, co może umożliwić ustalenie najlepszej strategii dalszych działań, które mają zmniejszyć negatywne dla zdrowia matek i rodzących się dzieci zachowania zdrowotne oraz posłużyć do ewaluacji postaw zdrowotnych grupy objętej oddziaływaniem.

Charakterystyka grupy badanej

Grupę badaną stanowiły kobiety w wieku od 15 do 46 lat (średnia 29,0). Ponad 50% kobiet było w wieku pomiędzy 21. a 30. rokiem życia. W zdecydowanej większości (47,6%) respondentki miały wykształcenie wyższe (licencjat lub magisterium), kolejne grupy respondentek miały wykształcenie pomaturalne – 20,3%, a 23,2% – ponadgimnazjalne. Kobiety z wykształceniem gimnazjalnym i podstawowym stanowiły najmniejszą grupę – 6,5% wszystkich ankietowanych. Wśród badanych kobiet większość to osoby mieszkające w mieście (58,5%), w tym 11,4% to mieszkanki dużych miast, powyżej 500 tys. mieszkańców, 41,5% stanowiły mieszkanki wsi. Bardzo dobre lub dobre warunki życiowe wskazało aż 81,0% kobiet, a tylko 0,6% złe, pozostałe oceniły je jako średnie. Respondentki najczęściej mieszkały z mężami (75,9%) oraz z dziećmi (43,0%), a także z rodzicami (27,9%), z rodzeństwem i innymi osobami (14,3%).

Wyniki badań

Palenie tytoniu

Większość respondentek nigdy nie paliła tytoniu (60,2%); 32,85% rzuciło palenie przed lub w czasie ciąży. Natomiast 193 kobiety (7%) paliło przed ciążą i kontynuuje palenie w ciąży. W pierwszym trymestrze ciąży wypalały jeszcze średnio 4,5 papierosa, a w ostatnim – 2,7 dziennie.

Badane kobiety określały również swoje narażenie na przebywanie w dymie tytoniowym w pracy oraz w domu. Zdecydowana większość respondentek deklarowała brak narażenia w domu (61,2%) oraz brak narażenia w pracy (79,8%). Drugą grupę stanowiły osoby, które były narażone na wdychanie dymu tytoniowego codziennie w domu (22,5%) i w pracy (11,95%). Pozostałe osoby były narażone sporadycznie (kilka razy w tygodniu lub w miesiącu).

Picie alkoholu

Bardzo wiele badanych kobiet (23%), przed zajściem w ciążę, spożywało alkohol rzadziej niż raz w miesiącu, a 61,7% w ogóle tego nie czyniło;

4,0% respondentek zadeklarowało, że spożywało alkohol kilka razy w tygodniu. Po zajściu w ciążę 89,9% respondentek całkowicie powstrzymało się od picia alkoholu w jakiegokolwiek postaci. Zmiana częstości picia jest bardzo wyraźna, jednak aż 8,5% kobiet sporadycznie spożywało alkohol w czasie ciąży (raz w miesiącu lub rzadziej). Odsetek kobiet regularnie spożywających alkohol w okresie ciąży wyniósł 1,3% (2–4 razy w miesiącu) i 0,3% (częściej niż 1 raz w tygodniu). Wśród kobiet, które odpowiedziały na pytanie dotyczące picia w czasie ciąży (uzyskano tylko 286 odpowiedzi), średnia ilość wypijanego alkoholu wynosiła 1,7 standardowej porcji alkoholu, która według Światowej Organizacji Zdrowia w Europie i w Polsce zdefiniowana jest jako 10 g alkoholu 100% i jest równa 12,5 ml czystego etanolu.

Spośród 856 respondentek zapytanych o rodzaj ostatnio spożywanego alkoholu wskazała czerwone wino (44,9%) oraz piwo (30,3%); 29,8% respondentek zadeklarowało, że spożywało niskoalkoholowe piwo, natomiast 2,2% odpowiedziało, że piło „coolery” w czasie ciąży, białe wino wskazało 11,6% ankietowanych kobiet. Znaczna liczba ciężarnych kobiet przyznała się do picia mocnego alkoholu (5%) lub wzmocnionego wina (0,7%).

Środki psychoaktywne inne niż alkohol

Zaledwie 63 kobiety (2,2%) przyznały się do przyjmowania środków uspokajających lub nasennych. Większość spośród tych kobiet powiedziała też, że używa leki dostępne bez recepty (1,45%), część respondentek (0,99%) używa leki na receptę za wiedzą lekarza, i tylko 0,18% kobiet stosowało leki na receptę bez wiedzy lekarza. Liczba odpowiedzi, w których badane kobiety przyznały się do używania w czasie ciąży lub/i trzy miesiące przed ciążą innych środków psychoaktywnych wyniosła 95, co stanowiło 3,35% ogółu badanych. Największa liczba ankietowanych kobiet (0,74%) potwierdziła stosowanie haszyszu i marihuany podczas ciąży.

Stosunek lekarza do spożywania alkoholu w czasie ciąży

Ponad połowa badanych kobiet (56,5%) przyznała, że lekarz w czasie ich ciąży nie omawiał z nimi problemu spożywania alkoholu. Natomiast w przypadku 1066 (42,1%) kobiet lekarz zalecał powstrzymanie się od picia każdej ilości alkoholu podczas ciąży. Znaczna liczba spośród ankietowanych kobiet informowana była przez lekarza, że picie małej ilości alkoholu jest dopuszczalne lub zalecane, aby utrzymać ciążę (N = 15; 0,6%) lub z innych niewymienionych przyczyn (N = 21; 0,8%).

Opinia matek na temat szkodliwości alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych dla matki i dziecka

Występują znaczne różnice w świadomości respondentek dotyczące potencjalnego zagrożenia zdrowotnego, zarówno dla płodu, jak i matki

w czasie ciąży. Prawie wszystkie kobiety przyznały, że spożycie znacznych ilości alkoholu stwarza duże zagrożenie dla zdrowia i życia matki (96,2%) oraz płodu (98,6%). Niemniej jednak świadomość negatywnych skutków spożywania niewielkich ilości alkoholu w czasie ciąży była znacznie niższa. Tylko część ankietowanych kobiet była świadoma ryzyka związanego z konsumpcją niewielkich ilości alkoholu w czasie ciąży: dla matki (45,8%) i płodu (62,1%). Niektóre z respondentek są przekonane, że wypicie niewielkich ilości alkoholu nie jest szkodliwe dla płodu i matki (odpowiednio: 2,5 i 5,0%). Nieliczna grupa kobiet (0,3%) uważa, że picie nawet dużych ilości alkoholu nie niesie ze sobą ryzyka dla płodu (tab. 1) i matki.

Tabela 1

Ocena przez respondentki ryzyka zdrowotnego dla płodu [3]

Wyszczególnienie		Brak ryzyka	Nieznaczne ryzyko	Średnie ryzyko	Wysokie ryzyko	Razem
Picie niewielkich ilości alkoholu	N	67	272	659	1 638	2 636
	%	2,54	10,32	25,00	62,14	
Picie dużych ilości alkoholu	N	9	6	23	2 599	2 637
	%	0,34	0,23	0,87	98,56	
Palenie papierosów	N	12	44	202	2 371	2 629
	%	0,46	1,67	7,68	90,19	
Palenie bierne	N	16	65	476	2 061	2 618
	%	0,61	2,48	18,18	78,72	
Przyjmowanie narkotyków	N	8	2	12	2 610	2 632
	%	0,30	0,08	0,46	99,16	
Leki uspokajające, dopalacze	N	10	5	32	2 559	2 606
	%	0,38	0,19	1,23	98,20	

Aktywne palenie tytoniu zostało uznane przez 90,2% ankietowanych kobiet jako wysoki czynnik ryzyka dla rozwijającego się płodu. Również znaczna część respondentek (82,8%) uważa, że aktywne palenie przez kobiety w ciąży niesie ze sobą wysokie ryzyko zdrowotne również dla matki. Ponadto, kobiety w ciąży uznają przebywanie w zadymionym środowisku za sytuację wysokiego ryzyka, zarówno dla rozwijającego się płodu (78,7%, tab. 1), jak i dla zdrowia matki (64,2%).

Prawie wszystkie respondentki (97–99%) były świadome, że zażywanie narkotyków i innych środków odurzających jest bardzo ryzykowne dla zdrowia i życia płodu (tab. 1) oraz matki.

Zachowania zdrowotne kobiet według województw

Ze zgromadzonych danych wynika, że najwięcej kobiet, które nigdy nie sięgnęły po papierosa mieszka w województwie małopolskim (73,5%),

za to najmniej ich jest w województwach: opolskim (35,1%) i zachodniopomorskim (43%). Najwięcej ankietowanych, które paliły i przestały palić w czasie ciąży było w województwach: lubuskim (27,7%) i opolskim (22,1%). Najrzadziej również kobiety z województwa opolskiego (17,1%) przebywały w domu z osobą palącą codziennie, natomiast aż 18,0% respondentek codziennie przebywało w obecności osób palących w swoim zakładzie pracy.

Wśród badanych mieszkanek województwa opolskiego 16,9% spożywało alkohol kilka razy w tygodniu w okresie co najmniej 3 miesięcy przed ciążą, średnio 1,80 standardowych porcji alkoholu dziennie. Według zgromadzonych danych, kobiety w Polsce wypijają w czasie ciąży w ciągu tygodnia średnio 0,44 standardowych porcji alkoholu.

Na pytanie dotyczące używania kiedykolwiek podczas ciąży substancji psychoaktywnych, ankietowane kobiety odpowiadały w znakomitej większości przecząco. W województwach: lubelskim, lubuskim, opolskim, podlaskim, warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim żadna z respondentek nie zażywała substancji psychoaktywnych.

Analiza zależności pomiędzy czynnikami socjalno-bytowymi oraz opinią na temat szkodliwości a paleniem tytoniu wśród badanych kobiet

Analizując zależności pomiędzy czynnikami socjalno-bytowymi a paleniem tytoniu przez respondentki, porównano liczebność kobiet pod względem stanu cywilnego, wykształcenia, rodzaju pracy zarobkowej, wieku, zamieszkania, warunków bytowych oraz sytuacji materialnej. Najwyższy odsetek nigdy niepalących stanowiły kobiety z wyższym wykształceniem magisterskim (73,3%), a najniższy odsetek – z wykształceniem gimnazjalnym (28,6%) oraz podstawowym (30,4%). Uzyskane wyniki pozwalają zaobserwować związek między wykształceniem a paleniem tytoniu. Ponadto dostrzec można przewagę kobiet niepalących wśród pracowników umysłowych (67,6%).

Najwyższy odsetek kobiet, które paliły w czasie ciąży i nadal palą obserwuje się w grupie osób niepracujących (15,41%) oraz mieszanek małych miast poniżej 10 tys. mieszkańców (13,10%). Palący stanowią najwyższy odsetek osób, które uważają, że ryzyko zdrowotne palenia jest umiarkowane (38,9%), nieznaczne (17,1%) lub go brak (2,3%). Niepokojący jest fakt, że najniższy odsetek respondentek deklarujących niepalenie (43,37%) to młode kobiety do 20. roku życia. Ankietowane, które deklarują, że nigdy nie paliły (67,83%) są w grupie kobiet starszych (36–40 lat). Podobnie niepalenie deklaruje 65,79% kobiet mieszkających na wsi. Widac również wyraźnie, że im lepsza sytuacja bytowa, tym więcej jest osób niepalących.

Analiza zależności pomiędzy czynnikami socjalno-bytowymi oraz opinią na temat szkodliwości a piciem alkoholu przed ciążą i w czasie ciąży

We wszystkich grupach osób pijących przed ciążą, osoby z dużych miast (o ludności powyżej 500 tys.) regularnie przekraczają średnią dla wszystkich badanych. W odróżnieniu od palenia tytoniu, alkohol najczęściej spożywały kobiety z wykształceniem wyższym magisterskim i zawodowym (odpowiednio: 47,4 i 41,9%), a najrzadziej z gimnazjalnym (29,3%) i podstawowym (29,6%). Należy jednak zaznaczyć, że w grupie osób pijących często, tj. 4 razy w tygodniu i więcej, osób z wyższym wykształceniem magisterskim jest najmniej (0,6%). Ponadto, obserwuje się niewielką, ale stałą przewagę częstości spożywania alkoholu u kobiet studiujących lub uczących się oraz pracujących umysłowo, w porównaniu z pozostałymi grupami (w każdej kategorii pijących te dwie grupy mają wyniki powyżej średniej). Nie stwierdzono zależności pomiędzy piciem alkoholu przed ciążą a sytuacją materialną.

Zdecydowana większość kobiet nie piła w czasie ciąży lub piła najwyżej raz w miesiącu. Badania nie wskazują na występowanie zależności pomiędzy wykształceniem czy wiekiem kobiety a spożywaniem przez nią alkoholu w czasie ciąży. Podobnie wygląda sytuacja, jeśli chodzi o rodzaj wykonywanej pracy, miejsce zamieszkania lub sytuację materialną respondentek.

Analiza zależności pomiędzy czynnikami socjalno-bytowymi oraz opinią na temat szkodliwości a przyjmowaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol

Badania nie wykazały istotnej zależności pomiędzy wykształceniem, wiekiem a używaniem substancji psychoaktywnych innych niż alkohol, a także pomiędzy rodzajem pracy a przyjmowaniem substancji psychoaktywnych. Niewiele częściej używają takich substancji osoby mieszkające w mieście, szczególnie w dużych ośrodkach. Można także zauważyć, że zła sytuacja materialna i bytowa związana jest z częstszym przyjmowaniem substancji psychoaktywnych. Najwyższy odsetek używających substancji psychoaktywnych to osoby rozwiedzione (8,7%) i żyjące w nieformalnych związkach (6,9%), niższy odsetek zanotowano wśród panien (4,0%) i osób zamężnych (2,6%). Zdecydowana większość kobiet uważa substancje psychoaktywne inne niż alkohol za szkodliwe.

Wnioski

- Świadomość szkodliwości środków niebezpiecznych dla zdrowia matki i płodu wpływa na ich używanie przez matki.
- Większość lekarzy nie informuje o szkodliwości spożywania alkoholu, a niektórzy nawet zachęcają do spożywania niewielkich ilości alkoholu.

- Świadomość szkodliwości spożywania nawet niewielkich ilości alkoholu jest zbyt niska.
- Pomimo istniejących programów mających na celu eliminowanie używania środków niebezpiecznych dla zdrowia matki i płodu, odsetek kobiet palących tytoń w ostatnich latach rośnie, a młode kobiety wchodzące w wiek prokreacyjny spożywają częściej alkohol i próbują narkotyków.
- Istnieje potrzeba działań zmierzających do dalszego wzrostu świadomości na temat szkodliwości substancji psychoaktywnych dla zdrowia matki i dziecka wśród: kobiet wchodzących w wiek prokreacyjny, kobiet będących w wieku prokreacyjnym oraz lekarzy (kursy podyplomowe, program studiów).
- Lekarze oraz pracownicy służby zdrowia mający kontakt z kobietami w wieku prokreacyjnym, a szczególnie z osobami planującymi ciążę, powinni być zobligowani do informowania o szkodliwych skutkach palenia tytoniu, przyjmowania nawet niewielkich ilości alkoholu lub narkotyków i innych środków psychoaktywnych.
- Kobiety będące w ciąży powinny być pytane o kontakt z substancjami niebezpiecznymi i być motywowane do zaprzestania ich używania. Sugeruje się badania ankietowe i biochemiczne wykrywające używanie substancji niebezpiecznych.
- W programach profilaktycznych szczególną wagę powinno przywiązywać się do kobiet w wieku przed- i prokreacyjnym.

Wnioski z innych badań

Palenie tytoniu przez kobiety ciężarne na podstawie dotychczasowych badań

Do rzadkości należą w Polsce badania, w których dane kwestionariuszowe o paleniu ciężarnych weryfikuje się za pomocą bardziej obiektywnych metod diagnostycznych, np. pomiaru nikotyny lub jej metabolitów w materiale biologicznym pobranym od kobiet w ciąży. Fragmentaryczne dane pochodzące z lokalnych lub regionalnych badań klinicznych wskazywały, że pod koniec lat 90. częstość palenia tytoniu wśród kobiet w ciąży spadła do poziomu ok. 15–20%. Badania przeprowadzone w ostatnich latach wskazują jednak na ponowny wzrost częstości palenia tytoniu wśród kobiet w ciąży. Odsetek kobiet ciężarnych wskazujących w wywiadzie ankietowym na palenie papierosów wahał się od 22 do 30%. Analiza poziomu kotoniny (metabolitu nikotyny) w ślinie palących kobiet wskazuje, że odsetek kobiet palących w okresie ciąży jest w rzeczywistości wyższy niż na to wskazują badania ankietowe i może wynosić nawet 33–41% [4].

Deklarowane wzory używania napojów alkoholowych w badaniach społecznych

Informacje zgromadzone w badaniu wzorów spożywania napojów alkoholowych w Polsce, wykonanym 2008 r. na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, przybliżają obraz picia alkoholu przez kobiety.

- Kobiety piją średnio od 3 do 4,5 razy mniej alkoholu niż mężczyźni. Deklarując średnie spożycie napojów alkoholowych (średnia częstotliwość \times średnia ilość), kobiety informują o mniejszym spożyciu, natomiast u mężczyzn występuje odwrotna tendencja. Mężczyźni deklarują większe średnie spożycie alkoholu, niż wskazuje na to ich ostatni incydent picia.

- Świadczenie spożywania napojów alkoholowych przez kobiety w ciąży opisują nieco inny obraz picia alkoholu przez przyszłe matki. Kobiety pijące alkohol w czasie ciąży deklarują, że spożywają przede wszystkim wino, bardzo rzadko zaś napoje spirytusowe. Świadczenie picia alkoholu przez ciężarne kobiety twierdzą zaś, że najczęściej pitym przez nie alkoholem było piwo, najrzadziej zaś wino. Spożywanie w okresie ciąży napojów spirytusowych było obserwowane przez ponad $\frac{1}{4}$ świadków picia alkoholu przez kobiety ciężarne.

- Nieco częściej niż co piąta kobieta (22%) i ponad dwa razy tyle mężczyzn (46%) przyznało się do inicjacji alkoholowej przed 18. rokiem. Średni deklarowany wiek inicjacji wynosił w grupie kobiet 18,9 lat, zaś w grupie mężczyzn 17,6 lat [4].

Wpływ tytoniu, alkoholu i innych substancji psychoaktywnych na zdrowie kobiety i płodu

Najczęstszą przyczyną zgonów niemowląt w Polsce w dalszym ciągu są stany chorobowe powstające w okresie okołoporodowym, czyli w trakcie trwania ciąży matki i w okresie pierwszych 6 dni życia noworodka. Liczba zgonów niemowląt pozostaje jednocześnie w ścisłym związku z występowaniem wcześniactwa i hipotrofią wewnątrzmaciczną noworodka. Nadrzędnym celem opieki zdrowotnej nad kobietą ciężarną staje się więc zapewnienie prawidłowego przebiegu ciąży oraz jak najwcześniejsza identyfikacja czynników ryzyka, umożliwiająca objęcie tych kobiet opieką odpowiednią do występowania potrzeb zdrowotnych. Opieka profilaktyczna nad ciężarną, szczególnie w pierwszym trymestrze ciąży, jest jednak na wielu terenach niezadowalająca. Ponadto, styl życia części kobiet ciężarnych nie odpowiada wymogom zdrowotnym [1].

Wprowadzając do swojego organizmu związki chemiczne zawarte w dymie tytoniowym, przyszłe matki stwarzają poważne zagrożenie dla swojego zdrowia oraz zdrowia nienarodzonego dziecka. Liczne badania dowiodły, że substancje toksyczne przenikają przez łożysko i mają bezpośredni wpływ na rozwój płodu, przyczyniając się m.in. do: niższej masy urodzeniowej noworodków, występowania zespołu nagłej śmierci noworodka (ang. SIDS), wzrostu ryzyka porodu przedwczesnego, powikłań ciąży, zgonów okołoporodowych, wzrostu zapadalności i nasilenia objawów chorób układu oddechowego u dzieci, co ma istotny wpływ na wzrost umieralności niemowląt, a także na opóźnienie rozwoju psychofizycznego dziecka. Do wielu ostrych i przewlekłych schorzeń układu oddechowego przyczynia się również palenie tytoniu przez rodziców i inne osoby w obecności noworodków, niemowląt i małych dzieci (bierne palenie). Opisany został tzw. zespół ponikotynowy noworodka. Narażenie płodu, noworodka i małych dzieci na wdychanie dymu tytoniowego może mieć także konsekwencje epigenetyczne [4].

Ryzyko zapadalności na choroby, wynikające ze spożywania alkoholu oraz doświadczania innych negatywnych konsekwencji picia napojów alkoholowych, jest w przypadku kobiet wyższe niż w przypadku mężczyzn. Ryzyko to zwiększa się wraz ze wzrostem ilości wypijanego alkoholu. Picie alkoholu wywiera negatywny wpływ na zdrowie kobiety, także w obszarze zdrowia prokreacyjnego, powodując m.in.: zaburzenia dojrzewania, zaburzenia miesiączkowania, bezpłodność, zaburzenia przebiegu ciąży i porodu (ryzyko poronienia samoistnego i wcześniactwa, zmniejszenie laktacji). Używanie alkoholu przez kobiety ciężarne zaburza rozwój somatyczny i funkcjonalny ośrodkowego układu nerwowego płodu. Skutki tych zaburzeń są długotrwałe, powodują upośledzenie funkcjonowania układu nerwowego dziecka, nierzadko o trwałym charakterze. Do najbardziej negatywnych konsekwencji zdrowotnych należy upośledzenie funkcji poznawczych, które przejawiają się zaburzeniami pamięci, koncentracji i koordynacji ruchowej, problemami w przyswajaniu wiedzy oraz w rozumowaniu. Deficyty w funkcjonowaniu społecznym pogłębiają się wraz z wiekiem. Uszkodzenia te są najlepiej widoczne i udokumentowane u dzieci z rozpoznaniem płodowego zespołu alkoholowego (ang. FAS) [4]. Również u dzieci, które przed urodzeniem były narażone na działanie nawet niewielkich dawek alkoholu mogą występować podobne problemy, chociaż ich nasilenie będzie zależne od dawki alkoholu oddziałującego na płód oraz od okresu ciąży.

Substancje psychoaktywne, poza tytoniem i alkoholem oraz nielegalnymi narkotykami i środkami zastępczymi (dopalaczami), to także legalnie sprzedawane leki. Obserwacje kliniczne oraz dostępne dane potwierdza-

ją, że o ile w przypadku uzależnienia od alkoholu występuje przewaga liczebna mężczyzn, o tyle w obrębie stawianych rozpoznań uzależnienia od leków z grupy benzodiazepin (leków uspakajających, nasennych, przeciwlękowych) przeważającą część stanowią kobiety. Monika Seńczuk-Przybyłowska podaje, że ok. 20% kobiet ciężarnych cierpi na depresję, a 35% przyjmuje, chociażby okresowo, leki psychotropowe (głównie benzodiazepiny). Stosowanie benzodiazepin w pierwszym trymestrze ciąży zwiększa 10-krotnie ryzyko wystąpienia u noworodków rozszczepu wargi i podniebienia. Dzieci matek zażywających benzodiazepiny w okresie ciąży rodziły się z zaburzeniami regulacji temperatury ciała, bezdechem, zaburzeniami ssania, obniżonym napięciem mięśniowym oraz objawami zespołu odstawienia. Inne nieprawidłowości, jakie zostały odnotowane u dzieci narażonych w życiu płodowym na działanie benzodiazepin, to m.in.: nieprawidłowości w budowie szkieletu, stóp, deformacja płuc, serca, zaburzenia budowy przewodu pokarmowego, nerek, osłabienie siły mięśniowej oraz niska masa urodzeniowa. Wszystkie leki psychotropowe przechodzą przez łożysko, nie pozostają więc bez wpływu na płód. Terapia lekami z tej grupy powinna być więc rozpatrzona pod względem korzyści dla matki nad potencjalnym ryzykiem dla płodu [5].

Regularne problemowe używanie substancji psychoaktywnych jest szczególnie niebezpieczne zarówno dla kobiet, jak i potomstwa, nie tylko ze względu na właściwości toksyczne substancji, ale także z powodu towarzyszącemu mu trybowi życia oraz często występującej degradacji psychospołecznej i zdrowotnej. Dodatkowym czynnikiem wzrostu ryzyka zdrowotnego, powiązanego z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych, jest wzrost liczby zachowań ryzykownych, w tym ekspozycja na zakażenia przenoszone drogą płciową, czy też skrajnie złe odżywianie, rzutujące na zdrowie matki, przebieg ciąży i stan zdrowia płodu [4].

Autorzy ekspertyzy opartej na wynikach ogólnopolskich badań ankietowych z 2009 r. podają, że stan zdrowia polskich matek i rodzonych przez nie dzieci znacząco nie odbiega od poziomu notowanego w krajach europejskich. Niemniej istnieją znaczne rezerwy dla poprawy kondycji zdrowotnej tej populacji, między innymi poprzez ograniczenie a najlepiej zaprzestanie stosowania używek [4].

Wyzwania dla edukacji zdrowotnej

Biorąc pod uwagę wyżej opisane zachowania zdrowotne kobiet i zagrożenia dla zdrowia oraz wnioski z przytoczonych badań, koniecznością wydają się zwrócenie większego baczenia na efektywną komunikację

z pacjentkami w celu ograniczenia konsekwencji zdrowotnych używania alkoholu, tytoniu i innych substancji psychoaktywnych w czasie ciąży. Nie w każdym przypadku wystarczające i skuteczne będzie podanie pacjentce informacji wyłącznie dotyczących zagrożeń dla rozwijającego się płodu i zdrowia matki. Niekiedy źródłem szkodliwych dla zdrowia zachowań jest środowisko, w tym brak poczucia bezpieczeństwa i oparcia w rodzinie, zła sytuacja finansowa, choroby przewlekłe, patologie, a nie tylko brak wiedzy.

Rozpoczynając edukację pacjentów, pielęgniarka (jak i każda inna osoba podejmująca to zadanie) powinna wziąć pod uwagę wiele czynników, które determinują zdrowie jednostki. Z perspektywy omawianych przez Darię Hejwosz modeli zmiany zachowań zdrowotnych, niezwykle istotnym przy planowaniu edukacji pacjentów jest uwzględnienie wszystkich czynników, które wpływają na ich życie (na przykład, w przypadku picia alkoholu i palenia tytoniu przez kobiety konieczne jest wzięcie pod uwagę wykształcenia, miejsca zamieszkania, czy wieku pacjentki). Ważne może okazać się również odejście od przyjętych schematów traktowania każdej jednostki w podobny sposób. Pacjent również angażować winien się w proces edukacji, bowiem wówczas może podejmować świadome decyzje [6].

Edukacja kojarzy nam się ze szkolnictwem, z edukacją uczniów czy studentów, w sposób sformalizowany, w oparciu o określone metody nauczania, cele kształcenia, a także proces sprawdzania osiągnięć. Nie należy przenosić własnych doświadczeń szkolnych na edukację pacjentów. Od pacjenta, który wchodzi w rolę ucznia, będziemy oczekiwać, iż w wyniku procesu edukacyjnego zmieni swoje dotychczasowe zachowania zdrowotne. A pacjent może być w depresji, dezorientowany, samotny, przestraszony, uzależniony od innych osób, pozbawiony nadziei i pomocy. Poza tym, czas trwania edukacji pacjentów jest krótszy i nie podlega formalizacji. Wymaga to innego podejścia do uczących się, brania pod uwagę ich osobistych potrzeb oraz dostosowywania się i respektowania tych potrzeb. Nadrzędnym celem edukacji pacjenta jest ułatwienie zmiany zachowań, poprawa stanu zdrowia, powrót do samodzielności. Ważny jest dialog dydaktyczny i aktywizujące, oparte na doświadczeniu, metody edukacji [7], a nie wyłącznie metody podające.

Z perspektywy przytaczanej przez D. Hejwosz teorii społeczno-poznawczej, ważnym pojęciem jest „poczucie własnej skuteczności”. Wyraża się ono w przekonaniu, że jednostka jest w stanie oprzeć się pokusie lub może kontrolować przyjmowanie danej substancji, np. liczby wypalanych papierosów. Jednostka może podjąć próbę zmiany ryzykownych zachowań, wkładając znaczny wysiłek, aby osiągnąć ten cel, pomimo przeszkód

i niepowodzeń, które mogą osłabić motywację. Poczucie własnej skuteczności wpływa na podejmowane przez jednostkę kroki w kierunku zmiany zachowań zdrowotnych, np. zamiast dawać radę pacjentce „zrzuciłaby Pani pięć kilogramów”, lepiej zapytać „jak Pani myśli, co mogłaby Pani uczynić, aby zrzucić pięć kilogramów w ciągu trzech miesięcy”. Podobnie nie możemy oczekiwać od pacjenta chorego na cukrzycę, któremu właśnie postawiono diagnozę, że bez problemu będzie podawał sobie insulinę. Zanim jednostka podejmie działania w celu zmiany zachowania, musi uwierzyć, że jest wyposażona w podstawowe umiejętności, które pozwolą na tę zmianę. Jeśli ludzie nie wierzą, że uda im się coś zrobić, najprawdopodobniej nawet nie spróbują [6].

W zainicjowaniu nowego zachowania i jego przebiegu niezwykle ważna jest motywacja. Można wyróżnić dwa rodzaje motywacji: motywację zewnętrzną (odповідzią na pytanie o powody danego zachowania jest: „ponieważ muszę”) oraz motywację wewnętrzną (odповідzią na pytanie o powody danego zachowania jest: „ponieważ chcę”). Oczywiście jest, że w kształtowaniu zachowań zdrowotnych priorytetową rolę pełni motywacja wewnętrzna oraz czynniki emocjonalne. Anna Klatkiewicz zwraca uwagę na indywidualne predyspozycje pacjentów do radzenia sobie w sytuacjach trudnych, a taką jest konieczność zmiany przyjętych norm i zachowań zdrowotnych. Część osób, aby obniżyć napięcie, aktywnie poszukuje informacji, czyta literaturę medyczną i popularną, aktywnie rozmawia z personelem medycznym, porównuje uzyskane informacje z własnym systemem przekonań zdrowotnych, by w ostateczności wszystko wykorzystać w działaniu. Edukatorzy zdrowia powinni osobom tym dostarczać więcej i bardziej rzetelnych informacji. Druga grupa reaguje przeciwnie, unika informacji, stosując różne formy odwracania uwagi od sytuacji zagrożenia. Pracując z tą grupą osób, należy być szczególnie uważnym, ponieważ mogą podejmować aktywność w celu zaprzeczenia istnienia choroby czy ograniczeń z nią związanych. Zawsze należy brać pod uwagę przyzwyczajenia, poziom stresu, narażenie na czynniki szkodliwe, także w miejscu pracy (np. bierne palenie), uwzględniając również wyznawany przez pacjenta system wartości. Każdorazowo należy pamiętać, że duże znaczenie ma osobowość pomagającego, jego dojrzałość, przygotowanie, umiejętności oraz osobiste dopasowanie pomagającego i pacjenta [8].

Dominik Olejniczak i Kinga Krakowiak przeprowadzili sondaż diagnostyczny w jednym z warszawskich szpitali. W celu oceny poziomu edukacji zdrowotnej kobiet w ciąży w zakresie stylu życia i karmienia piersią pytano grupę 107 kobiet w ciąży, w przedziale wiekowym 26–35 lat. Prawie wszystkie badane kobiety – 102 (95,3%) uznały, że edukacja zdrowotna

w ciąży jest raczej potrzebna lub zdecydowanie potrzebna. Dwie respondenci (1,8%) nie miały zdania na ten temat, a jedynie 3 (2,8%) uważały, że edukacja zdrowotna w ciąży raczej nie jest potrzebna. Badanie potwierdza również tezę, że zwiększenie zainteresowania własnym zdrowiem idzie w parze z chęcią pobierania nauki. Warto zaznaczyć, że aż 91 kobiet (85%) uważa, iż edukacją zdrowotną powinni być objęci również partnerzy. Jedynie 10 kobiet raczej lub zdecydowanie nie miało do tego przekonania. Na pytanie: „Kto powinien prowadzić edukację zdrowotną dla kobiet w ciąży?” przeciętnie kobiety udzieliły 2,6 odpowiedzi. Najczęściej badane (75 kobiet; 70,1%) uznały, że edukację zdrowotną powinien prowadzić lekarz prowadzący i/lub położna. Natomiast na pytanie: „Skąd kobieta czerpie wiedzę dotyczącą zachowań zdrowotnych w ciąży?”, które miało charakter wielokrotnego wyboru, ciężarne najczęściej (76; 71%) odpowiadały, że czerpią informacje z Internetu, jak również z książek (65; 60,7%). Stosunkowo często wiedza pochodzi ze szpitala/przychodni (57; 53,3%). Z prasy korzystało 49 kobiet (45,8%), z telewizji 25 (23,4%), a z ulotek informacyjnych 19 respondentek (17,8%) [9].

Nie bez znaczenia jest też edukacja medialna. Szeroką wiedzę o zdrowiu i chorobie przekazują felietony, rubryki z poradami w gazetach, a w radiu i telewizji programy o zdrowiu, sportowe, poświęcone diecie itp. Statystyczny obywatel nowoczesnego społeczeństwa poświęca mediom ok. 3–5 godzin dziennie. Media przyczyniają się do zmiany nastrojów, poszerzają wiedzę, wpływają na przekonania, sposoby zachowań, a nawet na styl życia. W szerszej perspektywie oddziałują na społeczności poprzez zjawiska kulturowe, procesy społeczne, czy trendy cywilizacyjne. Wpływ mediów na postawy człowieka dotyczy kilku kwestii: utrwalania dotychczasowych postaw, ich modyfikowania lub konwersji postaw i całkowitej zmiany przekonań. Najsilniejsze oddziaływanie edukacyjne mają wzorce zachowań prezentowane w serialach, np. w serialach z najwyższą oglądalnością wszyscy bohaterowie są niepalący [10]. Działania profilaktyczne mogą być prowadzone w podobny sposób jak reklamy: nieduże porcje informacji o dużej sile przekazu, powtarzane w krótkich odstępach czasu, zbudowane z twórczych i angażujących komunikatów.

Szeroko pojęta społeczna edukacja zdrowotna wymaga działań na różnych płaszczynach. Powinna ze sobą współpracować nie tylko kadra medyczna, ale też odpowiednio przygotowani nauczyciele, dziennikarze, a także specjaliści z innych dziedzin, najlepiej przy wsparciu autorytetów. Wykorzystywane formy przekazu i metody edukacyjne muszą uwzględniać różnorodność grup odbiorców. Z założenia profilaktykę stosujemy zanim wystąpią szkody. Natomiast osoby z grup podwyższonego ryzyka

zazwyczaj potrzebują równocześnie oddziaływań profilaktycznych, jak i terapeutyczno-rehabilitacyjnych.

Promocja zdrowego stylu życia dotyczy wszystkich ludzi, zdrowych i chorych, i w każdym wieku. Promocja zdrowia opiera się przede wszystkim na edukacji zdrowotnej. Możemy oczekiwać, że skuteczna edukacja zdrowotna i profilaktyka ograniczą występowanie zachowań ryzykownych, będą one mniej groźne, a co za tym idzie będzie mniej szkód. Zmiana zachowań zdrowotnych na korzystne dla zdrowia wymaga od edukatora ogromnej pracy, czasu, cierpliwości i wiedzy.

Bibliografia

[1] Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015. Załącznik do Uchwały Rady Ministrów nr 90/2007 z dnia 15 maja 2007 r.

[2] Miller M., Zieliński A. Zdrowie publiczne – misja i nauka. *Przegląd Epidemiologiczny* 2002, 56: 547–557 [seria online]. http://www.pzh.gov.pl/przeglad_epimed/56-4/564_04.pdf [5.02.2014].

[3] Żukiewicz-Sobczak W., Paprzycki P. Raport. Cz. 1. W: Raport „Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży”. Lublin: Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki 2013: 1–101. www.zdrowiewciazy.pl [5.02.2014].

[4] Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży. Ekspertyza oparta na wynikach ogólnopolskich badań ankietowych z 2009 r. Warszawa 2009: 2–50. <http://www.stacjazdrowia.gov.pl/z/8/ekspertyza-zachowania-zdrowotne-kobiet-w-ciazy.pdf> [5.02.2014].

[5] Seńczuk-Przybyłowska M. Ocena narażenia prenatalnego na benzodiazepiny – ciąża pojedyncza i bliźniacza. http://www.efs.wup.poznan.pl/att/aktualnosci/2012/wrzesien/doktoranci/Senczuk-Przybylowska_Monika.pdf [5.02.2014].

[6] Hejwosz D. *Wybrane modele zachowań zdrowotnych a edukacja na rzecz zdrowia*. W: Cylkowska-Nowak M. red. *Edukacja zdrowotna. Możliwości, problemy, ograniczenia*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu 2008: 36–45.

[7] Hejwosz D. *Edukacja pacjentów a edukacja studentów*. W: Cylkowska-Nowak M. red. *Edukacja zdrowotna. Możliwości, problemy, ograniczenia*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu 2008: 81–92.

[8] Klatkiewicz A. *Gotowość uczenia się zachowań zdrowotnych w sytuacji choroby*. W: Cylkowska-Nowak M. red. *Edukacja zdrowotna. Możliwości, problemy, ograniczenia*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu 2008: 118–131.

[9] Olejniczak D., Krakowiak K. Ocena potrzeby edukacji zdrowotnej kobiet w ciąży w zakresie stylu życia i karmienia piersią. *Borgis – Nowa Pediatria* 2013, 3: 97–105 [seria online]. <http://www.czytelniamedyczna.pl/4514,ocena-potrzeby-edukacji-zdrowotnej-kobiet-w-ciazy-w-zakresie-stylu-zycia-i-karmi.html> [5.02.2014].

[10] Włoszczak-Szubzda A., Jarosz M., Horoch A. Rola mediów w promocji zdrowia. *Zdrowie Publiczne* 2007, 117 (4): 480–484.

Adres do korespondencji:

Joanna Głogowska

Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Opolu

Oddział Promocji Zdrowia i Oświaty Zdrowotnej

ul. Mickiewicza 1

45-367 Opole

tel.: 77 442 69 65

e-mail: j.glogowska@gazeta.pl

MIRELA KNOSALA*, JERZY JABŁECKI*

Ciąża u kobiety po przeszczepie narządu unaczynionego

Transplantologia i problemy pacjentów po przeszczepie to ważne i aktualne zagadnienie we współczesnej medycynie. W Polsce Ministerstwo Zdrowia w ramach Narodowego Programu Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej wspiera rozwój transplantologii, co skutkuje ciągłym wzrostem liczby przeszczepionych organów. I tak według informacji prasowej Ministerstwa Zdrowia w 2011 r. odnotowano najlepsze wyniki w historii polskiej transplantologii – łącznie przeszczepiono 1475 narządów [1].

Pacjentów dorosłych z czynną przeszczepioną nerką żyje 9029 (stan na dzień 31.03.2012 r.) [2]. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego za 2011 r. można przyjąć, że kobiety stanowią 52% populacji Polski. Wśród ogółu kobiet 59% to osoby w wieku prokreacyjnym [3]. Jeśli przyjmie się podobne założenia w odniesieniu do kobiet po transplantacji, to ok. 59% tych kobiet po przeszczepie narządu będzie mogła i będzie chciała posiadać dziecko.

Naturalną kwestią dla każdej kobiety w wieku rozrodczym jest chęć posiadania potomstwa. Również dla kobiet z czynnym przeszczepionym narządem ważne jest prowadzenie normalnego trybu życia, w tym także posiadanie dzieci. Często jest to niezbędne, aby kobieta pomimo choroby poczuła się spełniona i nieupośledzona społecznie. Warto więc pogłębić swoją wiedzę na temat możliwości zajścia w ciążę, postępowaniu w opiece w czasie ciąży, porodu i położu pacjentki po przeszczepie narządu.

Opieka przedkoncepcyjna

Ciąża kobiety z przeszczepionym narządem zawsze uznawana jest za ciążę wysokiego ryzyka, ponieważ wiąże się z zagrożeniem dla matki,

* Instytut Położnictwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu.

płodu i dla czynności przeszczepionego organu. Dlatego już w okresie przedkoncepcyjnym, kobieta planująca prokreację powinna znaleźć się pod opieką wielospecjalistycznego zespołu składającego się z transplantologa, położnika i neonatologa, dodatkowo także z nefrologa, kardiologa, chirurga, anestezjologa i immunologa klinicznego.

Holistyczna opieka zmniejsza ryzyko wystąpienia powikłań niekorzystnych dla dziecka i matki z powodu zbyt wczesnej i nieświadomej koncepcji. Istotną kwestią jest jak najwcześniejsze rozpoznanie ciąży, aby móc podjąć odpowiedni nadzór nad pacjentką i jej dzieckiem [4–5].

European Renal Association European Dialysis and Transplant Association (ERA-EDTA) opracowało zalecenia, których zastosowanie pozwala zminimalizować ryzyko wystąpienia powikłań. Według tych wytycznych warunkami bezpiecznej ciąży u kobiety po przeszczepie jest prawidłowy obraz narządu w badaniu ultrasonograficznym, a w ciągu ostatniego roku brak epizodu ostrego odrzucania. Czynność narządu, w tym przypadku nerki, powinna być ustabilizowana (kreatynina < 1,7 mg/dl, a optymalnie < 1,5 mg/dl, nieobecny lub minimalny białkomocz). Dodatkowo biorczyni planująca ciążę powinna wykazywać dobry stan zdrowia i brak innych chorób ogólnoustrojowych, w tym ostrych infekcji. Terapia immunosupresyjna musi być ustabilizowana, to jest: prednizon < 15 mg/dl, azatiopryna < 2 mg/kg masy ciała, cyklosporyna/takrolimus w stężeniach terapeutycznych, a preparat kwasu mykofenolowego czy inhibitor m-TOR powinien być odstawiony przynajmniej 6 tygodni przed planowanym poczęciem. I tak, według wytycznych EDTA 2002 ciąża jest akceptowalna, gdy wymienione warunki są spełnione po co najmniej roku od transplantacji [6–7].

Według tych zaleceń, a także rekomendacji American Society of Transplantation (AST), ciąża u kobiety po transplantacji nie powinna mieć miejsca wcześniej niż rok po zabiegu operacyjnym, przede wszystkim z uwagi na wysokie dawki leków immunosupresyjnych w początkowej fazie leczenia, a także częstsze występowanie w tym okresie infekcji [6–7]. Przed zapłodnieniem powinno zostać skorygowane leczenie immunosupresyjne. Obowiązkowo należy odstawić minimum 6 tygodni przed planowaną ciążą leki, takie jak sirolimus oraz mykofenolate mofetil [6, 8].

Ważną kwestią jest omówienie z pacjentką metod antykoncepcji, których zastosowanie jest konieczne przez pierwsze 6 miesięcy po transplantacji. Płodność wraca szybko, jednak cykle mogą być nieregularne i nietypowe, dlatego naturalne metody planowania rodziny mogą okazać się zawodne. Z najbezpieczniejszych i najskuteczniejszych metod wymienia się środki antykoncepcyjne. Należy jednak uważnie rozważyć przeciwwskazania, gdyż wiele z nich występuje u biorców narządów. Nie stosuje

się wkładki wewnątrzmacicznej, z uwagi na nieprawidłową odpowiedź immunologiczną organizmu po transplantacji, dodatkowo może to powodować miejscowy stan zapalny [6–7].

Ciąża u kobiet po przeszczepie narządu unaczynionego

Pierwszą ciążę u biorczynie nerki udokumentowano w 1958 r. Według danych The National Transplantation Pregnancy Registry (NTPR) obecnie ciążę po przeszczepie nerki są dość powszechne. Co ciekawe, 50% z nich nie jest planowanych; 60–80% ciąż w tej populacji kończy się sukcesem [9]. I tak, porównując ciążę po przeszczepie serca, w Polsce udokumentowano go dopiero w 1996 r. i był to 46 przypadek na świecie [10]. Pierwszy przypadek ciąży zakończonej sukcesem po transplantacji wątroby odnotowano w 1978 r. [11]. W informacjach NTPR znajdują się dane tylko o 14 ciążach po przeszczepie płuc, a ciąż u biorczynie jelita odnotowano tylko jedną [9].

Możliwe powikłania w przebiegu ciąży i porodu biorczyń narządów unaczynionych

Obecnie uważa się, że ciąża nie wpływa znacząco na ryzyko odrzucenia przeszczepu, ale pod warunkiem spełnienia wytycznych EDTA. Epizody ostrego odrzucania przeszczepionego narządu u kobiet w ciąży po transplantacji występują w podobnej liczbie jak w populacji nieciążarnych biorczyń narządów [7].

Spśród najczęściej występujących powikłań wymienia się poronienia. W populacji biorczyń nerki ryzyko to wynosi aż do 65%. Porody przedwczesne to kolejne powikłanie, częstość występowania sięga do 50%. Ciąże według danych statystycznych rozwiązywane były w 35 tygodniu ciąży [12]. Według NTPR średnia masa urodzeniowa noworodków matek po transplantacji to 2500 gram. Zaobserwowano zależność pomiędzy czasem od przeszczepu a wagą noworodka w momencie urodzenia. Im krótszy czas zajścia w ciążę od transplantacji, tym większy trend w kierunku niższej wagi urodzeniowej dzieci [12–13].

Następnym częstym powikłaniem dla płodu jest wewnątrzmaciczne zahamowanie wzrastania płodu (IUGR). Najczęściej występuje, porównując ciężarne biorczynie różnych narządów, u kobiet po transplantacji nerki [6].

Kolejnym częstym problemem jest nadciśnienie, tętnicze. Może przysparzać problemów diagnostycznych, z uwagi na fakt, że i nadciśnienie,

i białkomocz niejednokrotnie występują już przed zabiegiem transplantacji. Wśród ciężarnych biorczyń nerki stwierdzone jest aż w 30–70% przypadków, po przeszczepie serca – 46% ciąż powikłana jest nadciśnieniem tętniczym, po transplantacji wątroby również jest to najczęstsze stwierdzone powikłanie (14–44%). Leczenie immunosupresyjne jest przyczyną wzrostu ryzyka nadciśnienia. Z uwagi na niebezpieczeństwo pojawienia się stanu przedrzucawkowego i rzucawki każda postać nadciśnienia tętniczego wymaga leczenia. Lekiem pierwszego rzutu w przypadku wystąpienia nadciśnienia jest metyldopa, w postaci doustnej. Innymi stosowanymi preparatami może być labetalol, podawany drogą dożylną oraz nifedypina. W razie wystąpienia stanu przedrzucawkowego należy sięgnąć po siarczan magnezu, który najczęściej daje pożądane efekty [7, 9, 14].

Innym powikłaniem jest cukrzyca, i również związana jest ona z terapią immunosupresyjną. I tak w populacji biorczyń nerki występuje aż 9 razy częściej niż w populacji ogólnej [13].

Istotne ryzyko dla przebiegu ciąży stanowią infekcje. Ciąża i leczenie immunosupresyjne predysponuje do licznych zakażeń, szczególnie układu moczowego. Należy zwrócić uwagę na regularne wykonywanie badań moczu, zastosowanie zasad higieny, a w przypadku wystąpienia infekcji stosować terapię antybiotykami i kontynuować profilaktykę aż do momentu rozwiązania ciąży [8].

Infekcje wirusowe nie występują często, ale są niebezpieczne dla dziecka. Zakażenia wirusowe wiążą się z wysokim ryzykiem transmisji wertykalnej. W populacji ciężarnych po transplantacji najbardziej niekorzystne dla płodu są przede wszystkim infekcje pierwotne: wirusem cytomegalii (CMV), opryszczką typu 1 i 2 (HSV-1, HSV-2), brodawczakiem ludzkim (HPV), wirusami hepatopowymi, parowirusami B19, HIV, a także pierwotniakiem toksoplazmozy oraz krętkiem błędym [7].

Postępowanie w opiece nad biorczynią nerki w trakcie ciąży i porodu

W opiece nad ciężarną i rodzącą po transplantacji powinno się szczególnie naciskać na obserwację funkcji narządu przeszczepionego poprzez wielokrotne i systematyczne badania laboratoryjne i obrazowe. Opieka nad pacjentkami po różnych przeszczepach nie różni się zasadniczo [15]. We wdrażaniu pacjentki do samoopieki w trakcie ciąży należy zlecić codzienny, minimum raz dziennie pomiar ciśnienia tętniczego oraz obowiązkowe notowanie wyników. Doradza się również codzienny pomiar masy ciała.

W zależności od indywidualnych potrzeb raz w miesiącu lub nawet raz na dwa tygodnie kobieta powinna odbyć konsultację u położnika oraz odpowiedniego specjalisty (nefrologa, hepatologa, kardiologa). Zalecane są badania laboratoryjne wskazujące na stan narządu przeszczepionego. I tak u biorczynie nerki przeprowadzane są następujące badania: morfologia, badania biochemiczne, poziom kreatyniny w osoczu oraz klirens kreatyniny. W opiece nad ciężarną biorczynią wątroby – badania biochemiczne parametrów funkcji wątroby (transaminazy). Z innych ważnych wykonywanych badań wymienia się badania analityczne kontrolujące poziom leków immunosupresyjnych w surowicy krwi. Raz w miesiącu należy przeprowadzić badanie ultrasonograficzne z oceną przepływów metodą Dopplera, obrazujące wygląd, strukturę i funkcjonowanie narządu unaczynionego. W przypadku podejrzenia epizodu ostrego odrzucania można wykonać biopsję diagnostyczną.

Już na początku ciąży (najlepiej zaś przed) dobrze jest ustalić status serologiczny pacjentki. Także badania przeciwciał w klasie IgM w kierunku toksoplazmozy i cytomegalii należy przeprowadzić 3 razy w czasie trwania ciąży. Zaś badania przeciwciał w klasie IgM dla HSV wykonujemy blisko terminu spodziewanego porodu [8].

Ciąża pacjentki po przeszczepie narządu unaczynionego zawsze uznawana jest za ciążę wysokiego ryzyka, powinna więc zostać ukończona w specjalistycznym ośrodku o trzecim stopniu referencyjności. Jeśli ciąży nie towarzyszą powikłania położnicze, zasadniczo nie ma przeciwwskazań do porodu fizjologicznego. Jednak statystyki pokazują, że ponad 50% ciąż rozwiązywanych jest cięciem cesarskim.

Prowadzenie porodu biorczynie narządu opiera się głównie na zasadach reżimu sanitarnego, z powodu bardzo dużej podatności tych pacjentek na różnego rodzaju infekcje. Należy eliminować zbędne badania (w tym *per vaginam*) i inwazyjne zabiegi (jak episiotomia). Personel w trakcie porodu musi szczególnie pamiętać o przestrzeganiu zasad aseptyki i antyseptyki. Wprowadzana jest profilaktyka antybiotykowa, najczęściej cefalosporyną II- lub III-rzędową. Do profilaktyki w trakcie porodu uzupełniająco dodaje się też steroidy. Dawkę zwiększa się o 50% (tj. do 100 mg hydrokortyzonu). Zwiększone dawki stosuje się do dwóch tygodni po porodzie. Ma zapobiegać to odrzucaniu przeszczepu, gdyż poród może negatywnie wpływać na funkcjonowanie przeszczepu [6, 13].

Udowodniono, że najbardziej negatywnie na tolerancję przeszczepu wpływa poród i wczesny połów, wówczas to dochodzi do szybkiego przekształcenia sytuacji immunologicznej. Możliwe jest więc wystąpienie tzw. immunologicznego efektu odbicia. W momencie porodu cytotoksyczna aktywność limfocytów we krwi obwodowej rośnie. Najwyższe wartości

obserwowane są w pierwszych kilku godzinach po porodzie. W trakcie porodu zanika również działanie progesteronu, który blokuje funkcje limfocytów.

Interleukina 6 (Il-6) uznawana jest za możliwy czynnik, który rozpoczyna czynność skurczową mięśnia macicy. Jej stężenia osiągają bardzo wysokie wartości w okresie poprzedzającym moment rozwiązania. Podobna sytuacja w zakresie stężeń cytokin Il-6 występuje u pacjentów podczas epizodów ostrego odrzucania przeszczepionego narządu. Na pogorszenie funkcjonowania narządu przeszczepionego w okresie okołoporodowym i w połogu wpływa też niedostosowywanie się pacjentek do zaleceń na temat przyjmowania leków immunosupresyjnych. Dzieje się tak dlatego, że kobieta w nowej dla niej sytuacji często czuje się obciążona nadmiarem obowiązków i występuje labilność emocjonalna [4, 6].

W literaturze nie znajduje się zbyt dużo informacji na temat karmienia piersią w trakcie terapii immunosupresyjnej. American Academy of Pediatrics dopuszcza karmienie piersią przy stosowaniu prednizolonu, nie zaleca karmienia w trakcie terapii cyklosporyną, nie zajmuje jednoznacznego stanowiska względem matek leczonych azatiopryną i takrolimusem. Brak również opracowań na temat stosunku korzyści z karmienia naturalnego dla dziecka do ryzyka związanego z wpływem leków immunosupresyjnych występujących w mleku matki [16].

Ciężarne pacjentki po przeszczepie narządu unaczynionego zwykle są na etapie leczenia podtrzymującego. W tym stadium stosuje się:

- inhibitory kalcyneuryny: cyklosporyna i takrolimus,
- leki antyproliferacyjne: mykofenolan mofetilu, azatiopryna i sirolimus,
- glikokortykosteroidy: prednizon.

Aby leczenie było jak najbardziej efektywne i bezpieczne, zaleca się zastosowanie cyklosporyny A albo takrolimusu łącznie lub bez glikokortykosteroidów i azatiopryny. Stężenia inhibitorów kalcyneuryny wskazane są w zakresach terapeutycznych, azatiopryna nie powinna przekraczać 2 mg/kg masy ciała, a stężenie prednizonu 15 mg/dobę. Polskie Towarzystwo Transplantacyjne nie rekomenduje do stosowania innych leków [7, 16-17].

Każdy z preparatów immunosupresyjnych przenika barierę łożyskową. Agencja ds. Żywności i Leków (FDA) zakwalifikowała prednizon do kategorii B, jako jedyny z leków stosowanych w leczeniu immunosupresyjnym. Cyklosporyna A należy według FDA do kategorii C, nie udowodniono teratogenicznego wpływu na płód ludzki. Azatiopryna przypisana jest do kategorii D, udowodniono, że wysokie dawki tego leku związane są z częstszym występowaniem wad wrodzonych u noworodków matek

go przyjmujących. Mimo to zaleca się stosowanie preparatów azatiopryny w niskich dawkach, jeśli są wskazania i jest to bardziej bezpieczne niż stosowanie mykofenolanu mofetilu i cyklofosfamidu. Mykofenolan mofetilu również jest zakwalifikowany do kategorii D, jednak jest bezwzględnie przeciwwskazany w terapii ciężarnych biorczyń narządu. Takrolimus należy w klasyfikacji FDA do kategorii C. Ten lek w mleku kobiecym osiąga wartości terapeutyczne i nie zaleca się karmienia dziecka w trakcie przyjmowania go [18].

Do najczęstszych powikłań stosowania leków immunosupresyjnych dla matki zalicza się: upośledzenie odporności i częste infekcje, nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, hiperlipidemię, negatywny wpływ na funkcje nerek, wątroby i układu nerwowego. Niepożądane działanie terapii immunosupresyjnej dla płodu kojarzone jest najczęściej z wadami wrodzonymi [19].

Wpływ przeszczepu na stan dziecka

The National Transplantation Pregnancy Registry w latach 1991–2005 zebrało informacje o 1418 ciążach kobiet po przeszczepieniu narządu; 12–24% tych ciąż zakończyło się poronieniem samoistnym, zaś 1–33% to terminacje ciąży z przyczyn zdrowotnych. Martwe urodzenia dotyczą 1–3 przypadków. Najczęstszym powikłaniem były porodu przedwczesne i występowały one u 52–54% [9].

Trudno jednoznacznie określić, jak terapia lekami immunosupresyjnymi wpływa na płód matki po transplantacji. Preparaty immunosupresyjne mogą oddziaływać na płód teratogennie i toksycznie. Do tych niepożądanych działań zaliczamy przede wszystkim malformacje, zaburzenia immunologiczne i neuropoznawcze. W rejestrach NTPR malformacje notowane są w 4–5% ciąż biorczyń narządu. Porównując ryzyko, w populacji ogólnej jest podobne i wynosi 3% [16].

W literaturze niewiele jest danych na temat czynności układu odpornościowego dzieci kobiet po przeszczepie narządu unaczynionego. Prezentowane informacje są sprzeczne. Badacze przedstawiają wnioski, że ekspozycja na immunosupresanty może powodować niską liczbę limfocytów B, T, niskie stężenia IgG, IgG1, IgG2, zaburzone dojrzewanie limfocytów. Zaś w innych badaniach stwierdzono, że nie zachodzą zasadnicze zmiany w funkcjonowaniu układu odpornościowego noworodka matki po przeszczepie [16, 19].

Zaburzenia neuropoznawcze są dość trudne do obserwacji, gdyż wymagają długotrwałej kontroli dzieci narażonych w życiu płodowym na ekspozycję na leki immunosupresyjne. W badaniach stwierdzono zaburzenia rozwojowe u 24% dzieci matek przyjmujących cyklosporynę A.

W innych badaniach opisano przypadki uogólnionych zaburzeń rozwoju, trudności w przyswajaniu wiedzy, czuciowo-słuchowej utraty słuchu. Uwzględniono w tych badaniach to, że u badanych nie wystąpiło niedoświadczenie okołoporodowe [16].

Rola położnej w sprawowaniu opieki nad kobietą ciężarną po przeszczepie narządu unaczynionego

Położna jest również członkiem zespołu wielospecjalistycznego, który sprawuje opiekę nad kobietą po transplantacji w okresie przedkoncepcyjnym, ciężarną, rodzącą i po porodzie. Położna pracuje przede wszystkim na oddziałach szpitalnych, w przychodniach i poradniach, w środowisku oraz w życiu codziennym w społecznościach lokalnych – wśród rodziny, znajomych.

Pierwszym etapem jest opieka przedkoncepcyjna. Położna ma zadanie edukować pacjentki, wskazywać na odpowiednie źródła informacji, szczególnie zaś w zakresie płodności, która u kobiet po przeszczepie często ma przebieg nietypowy i nie wszystkie metody planowania rodziny są wskazane.

W ciąży wykonywane jest wiele badań. Położna powinna przygotować pacjentki fizycznie i psychicznie, tłumaczyć przebieg i istotę, instruować o zachowaniu się przed, w trakcie i po badaniu, czy też zabiegu. Asystować lekarzom, a jej obecność może pozytywnie wpływać na pacjentkę.

Ciężarna pacjentka transplantacji, z uwagi na wysokie ryzyko powikłań, może być hospitalizowana na oddziale patologii ciąży. Położna aktywnie bierze udział w procesie diagnostyczno-leczniczym-pielęgnacyjnym; przygotowuje pacjentkę do samoopieki i samopielęgnacji nie tylko w okresie ciąży, ale także w trakcie porodu i porożu. Położna jest odpowiedzialną osobą do rozmowy z pacjentką na temat macierzyństwa. Co ważne, jako osoba znajdująca się najbliżej pacjentki, może wcześniej rozpoznać nieprawidłowości, a w sytuacjach nagłych udzielić koniecznej pomocy.

W przebiegu porodu to położna jest w stałym kontakcie z pacjentką. Ocenia stan rodzącej i płodu, prowadzi proces pielęgnowania i psychoprofilaktykę położniczą, zachęca do stosowania niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu. Rozwiązanie ciąży w przypadku biorczyń narządów odbywa się najczęściej poprzez cesarskie cięcia. Położna przygotowuje pacjentkę do zabiegu, asystuje w trakcie, a po zabiegu sprawuje opiekę nad położnicą i noworodkiem.

Przy braku wskazań do cięcia cesarskiego położna prowadzi poród pod kontrolą lekarzy. Prowadzi pacjentkę tak, aby ta mogła odczuwać

poród świadomie, a także wykonuje czynności diagnostyczne i pielęgnacyjne przy pacjentce, pamiętając o stosowaniu zasad reżimu sanitarnego. Położna kontroluje rodzenie się dziecka, oceniając równoległe stan płodu oraz matki. Opieka kontynuowana jest też nad położnicą i noworodkiem, udzielany jest instruktażu na temat opieki nad noworodkiem. Ważnym elementem pracy jest prowadzenie dokumentacji medycznej. Położna jako osoba cechująca się empatią i indywidualnym podejściem do każdej pacjentki pełni ważną rolę w opiece nad pacjentką ciężarną po transplantacji narządu.

* * *

W Polsce i na świecie rośnie liczba przeszczepów, a rozwój medycyny wpływa na coraz lepszą jakość życia po transplantacji. Potrzebą każdej kobiety jest posiadanie potomstwa. Ciąża biorczyni narządu unaczynionego jest jak najbardziej możliwa.

Ciąża kobiet po transplantacji to zawsze ciąża wysokiego ryzyka i aby zapewnić jak najlepsze bezpieczeństwo matce i jej dziecku, decyzja musi zostać podjęta w odpowiednim czasie i w odpowiednim stanie zdrowia kobiety. Opieka w czasie ciąży i porodu polega głównie na obserwacji czynności przeszczepu, a także dobrostanu płodu i matki. Położna, jako członek wielospecjalistycznego zespołu sprawującego opiekę nad pacjentką, jest w stanie poprzez swoją pracę wcześniej rozpoznać wszelkie zagrożenia, powikłania i problemy pacjentki [1–2, 7].

Bibliografia

[1] Ministerstwo Zdrowia. Informacja Prasowa – Rozwój Polskiej Transplantologii [online]. http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/transplantologia_31052012.pdf [6.02.2013].

[2] Rutkowski B. Liczba osób żyjących po przeszczepieniu nerki w Polsce. *Poltransplant. Biuletyn Informacyjny* 2012 [online]. http://www.poltransplant.pl/Download/Biuletyn2012/Biuletyn_2012.pdf [6.02.2013].

[3] Główny Urząd Statystyczny. Mały Rocznik Statystyczny Polski 2012 [online]. http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/oz_maly_rocznik_statystyczny_2012.pdf [6.02.2013].

[4] Nowak W., Rytlewski K., Skuciński J. *Ciąża po przeszczepieniu narządu*. W: Kalita J. red. *Wybrane zagadnienia intensywnego nadzoru położniczego*. Kraków: Wydawnictwo Przegład Lekarski 2001: 330–337.

[5] Lightstone L. *Choroby nerek*. W: Greer J.A., Nelson-Piercy C., Walters B. red. Dębska M., Dębski R. red. wyd. pol. *Choroby internistyczne i inne zaburzenia zdrowotne w ciąży*. Wrocław: Urban & Partner 2009: 77–79.

[6] Pazik J., Durlik M. *Ciąża u pacjentki po przeszczepieniu narządu*. W: Rowiński W., Wałaszewski J., Pączek L. red. *Transplantologia kliniczna*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2004: 724–733.

- [7] Pazik J., Durlik M. Planowanie ciąży u biorczyńki nerki przeszczepionej. *Forum Nefrologiczne* 2008, 1 (1): 22–26.
- [8] Lichodziejewska-Niemierko M., Rutkowski B. *Nerki a ciąża*. W: Książek A., Rutkowski B. red. *Nefrologia*. Lublin: Wydawnictwo Czelej 2004: 607–617.
- [9] Mukherjee S. Transplantation and Pregnancy. Medscape Drugs, Diseases and Procedures January 2012 [online]. <http://emedicine.medscape.com/article/429932-overview> [18.02.2013].
- [10] Migdał M., Kołodziejski L., Wolak J., Chałupczak P., Garlicki M., Klimek M., Tomaszczyk J. Opis dwóch przypadków ciąży zakończonej sukcesem u kobiet po przeszczepie serca. *Ginekologia Praktyczna* 2003, 11, 2: 36–38.
- [11] Grzymisławski M., Derc K., Dubiel M., Drews K. *Choroby wątroby*. W: Bręborowicz G.H. red. *Ciąża wysokiego ryzyka*. Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych 2010: 853.
- [12] Kuczyński A.W. Ciąża u kobiet z krańcową niewydolnością nerek. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia* 2012, 5, 1: 30–33.
- [13] Durka P. Ciąża, poród i połóg po przeszczepieniu nerki: artykuł poglądowy. *Położna. Nauka i Praktyka* 2012, 2 (18): 14–18.
- [14] Surti B., Tan J., Saab S. Pregnancy and liver transplantation. *Liver International* 2008, 28 (9): 1200–1206.
- [15] Sułowicz W., Stompór T. *Ciąża u kobiet leczonych nerko zastępczo*. W: Kalita J. red. *Wybrane zagadnienia intensywnego nadzoru położniczego*. Kraków: Wydawnictwo Przegląd Lekarski 2001: 146–152.
- [16] McKay D.B., Josephson M.A. Ciąża u kobiet po przeszczepach narządowych – wpływ na matkę i płód. *Ginekologia po Dyplomie* 2006, 8, 5 (45): 43–54.
- [17] Polskie Towarzystwo Transplantacyjne, Zespół ds. Leczenia Immunosupresyjnego Krajowej Rady Transplantacyjnej i Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Transplantologii Klinicznej: Zalecenia dotyczące leczenia immunosupresyjnego po przeszczepieniu narządów unaczynionych. Warszawa 2012 [online]. www.p-t-t.org/recommendations/getFile/idf [5.03.2013].
- [18] Gutkowski K., Kamiński E., Gutkowska D. Leczenie immunosupresyjne w ciąży – możliwości i ograniczenia. *Ginekologia Praktyczna* 2008, 16, 3: 28–34.
- [19] Pietrzak B. Ciąża i poród po przeszczepieniu narządu. *Położnictwo, Ginekologia. Medycyna Rozrodu* 2011, 5, 1: 12–19.

Adres do korespondencji:

Mirela Knosala

ul. Wiejska 25

49-120 Sławice

tel.: 792 733 653

e-mail: mirela.2mk@gmail.com

ALINA KOWALCZYKIEWICZ-KUTA*

Zakażenie wirusem HCV – implikacje dla kobiety ciężarnej i noworodka

Wstęp

Zakażenia wirusami hepatotropowymi – HBV (ang. *hepatitis viralis B*) i HCV (ang. *hepatitis viralis C*) – są uznawane przez Światową Organizację Zdrowia za jedno z istotnych. Zakażenia te stwarzają wiele problemów zdrowotnych [1]. Wirusy mogą prowadzić do marskości wątroby i na tym tle do pierwotnego raka wątroby (rak wątrobowokomórkowy). Zanim jednak dojdzie do tych odległych następstw, zakażenie przez wiele lat przebiega podstępnie, subklinicznie. Czasami jedynymi nieprawidłowościami są niewielkie odchylenia w wynikach badań laboratoryjnych czynności wątroby. Taki przebieg choroby znacznie utrudnia ocenę epidemiologiczną oraz diagnostykę i rozpoznanie w przypadku ludzi zakażonych.

Charakterystyka zakażenia HCV

Wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZV C) jest chorobą wywołaną przez pierwotnie hepatotropowego wirusa typu C. Jest to otoczkowy wirus RNA o średnicy 50–60 nm, zaliczany do rodziny wirusów *Flaviviridae*. Liczne badania opisały budowę wirusa – w zakresie białek strukturalnych i niestrukturalnych. Przeciwciała powstające do tych białek wirusa (antygeny) stanowią podstawę testów serologicznych. W porównaniu do wirusa zapalenia wątroby typu B, wirus typu C jest bardziej wrażliwy na działanie formaliny i podwyższonej temperatury [2].

* Instytut Położnictwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu, Samodzielny Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Opolu.

Drogi zakażenia HCV

Źródłem zakażenia wirusem HC jest człowiek, a główne wrota zakażenia to naruszenie ciągłości tkanek w celach medycznych i niemedycznych. Dlatego też najczęściej do zakażenia WZW C dochodzi w placówkach służby zdrowia, w trakcie zabiegów medycznych (iniekcje, pobieranie krwi) oraz podczas zabiegów stomatologicznych. Ponadto, do zakażeń wirusem HC dochodzi podczas kolczykowania, tatuowania, u fryzjera, manikurzystki, a nawet podczas stosowania przyborów do golenia czy szczoteczki do zębów osoby zakażonej. Ryzyko przeniesienia infekcji drogą seksualną jest niewielkie. Przeniesienie wirusa z matki na noworodka uznaje się za mało prawdopodobne, ale możliwe [2].

Obraz kliniczny wirusowego zapalenia typu C

Każdy człowiek może zachorować na WZW C – istnieje powszechna wrażliwość populacji na zakażenie. Brak jest dotychczas uodpornienia sztucznego zarówno czynnego, jak i biernego. Choroba przebiega podstępnie. Objawy ostrego wirusowego zapalenia typu C nie są tak charakterystyczne, jak w przypadku wirusowego zakażenia typu B. Przebieg choroby może mieć charakter ostry oraz przewlekły. W stadium ostrym rzadko dochodzi do galopującej postaci WZW C (ang. *hepatitisfulminans*). W czasie okna serologicznego choroba może przebiegać objawowo lub bezobjawowo. Czasami niewielkie odchylenia w badaniach laboratoryjnych czynności wątroby mogą sugerować zakażenie HC. Jednak częściej mamy do czynienia z przewlekłą postacią wirusowego zapalenia typu C (dotyczy to 50–75% osób zakażonych). Przewlekłe zapalenie wątroby typu C u dzieci przebiega zwykle podobnie jak u dorosłych – bezobjawowo, ale może u nich dochodzić do rozwoju poważnej choroby wątroby, w tym przewlekłego zapalenia, marskości i raka wątrobowokomórkowego. Historia naturalna zakażenia HC zarówno osoby dorosłej, jak i dziecka może być bardzo ukryta, ale towarzyszy jej znaczna chorobowość i potencjalna śmiertelność.

Diagnostyka wirusowego zapalenia wątroby typu C

Rozpoznanie laboratoryjne wirusowego zapalenia wątroby typu C polega na wykryciu przeciwciał anti-HCV, pojawiają się one w krwi zakażonej osoby późno – po upływie kilku miesięcy. Obserwowany jest długi

okres okna serologicznego, pomiędzy zakażeniem a wystąpieniem dodatnich testów serologicznych. Może to trwać od miesiąca do 5 miesięcy, a w niektórych przypadkach aż do roku od zakażenia. Przeciętnie za okres wylegania uznaje się 7–8 tygodni. Najbardziej wiarygodnym badaniem diagnostycznym jest stwierdzenie kwasów nukleinowych wirusa we krwi człowieka RNA-HCV testem PCR (ang. *Polymerase Chain Reaction*). Przeciwciała anty-HCV zanikają po upływie 6–10 lat od zakażenia.

Terapia wirusowego zapalenia wątroby typu C

Obecnie u chorych zarówno dorosłych, jak i dzieci zakażonych wirusem typu C stosuje się kombinację dwóch leków, a mianowicie: pegylowane interferony alfa wraz z rybawiryną. Skuteczność tej terapii pozwala wyleczyć tylko 40–50% pacjentów. Międzynarodowa Grupa ds. Terapii WZW C u dzieci oceniła skuteczność, bezpieczeństwo oraz farmakokinetykę leczenia interferonem alfa-2b w skojarzeniu z rybawiryną [3]. Oceniono trwałą odpowiedź wirusologiczną definiowaną jak niewykrywalne RNA-HCV w surowicy dziecka 24 tygodnie po zakończeniu leczenia. Zastosowano rybawirynę (I etap leczenia), rybawirynę z interferonem w dwóch dawkach (II etap leczenia) oraz rybawirynę z interferonem w trzech dawkach (III etap leczenia). Badanie składało się z 48-tygodniowej terapii oraz 24-tygodniowej obserwacji po zastosowanej terapii. Przy zastosowanych dawkach tych dwóch leków – 46% dzieci (54/118) osiągnęło trwałą odpowiedź wirusologiczną. Jednak leczenie to obciążone jest w rzeczywistości oraz w przeprowadzonym badaniu działaniami niepożądanymi, takimi jak: objawy grypopodobne, gorączka, bóle głowy, brak łaknienia, wymioty, bóle brzucha, bóle mięśni. Ponadto drażliwość, bezsenność, a także objawy laboratoryjne – niedokrwistość i neutropenia – były powodem modyfikacji dawki u niektórych dzieci (31%) oraz odstąpienia leczenia (7%).

Ostatnio w krajach Unii Europejskiej oraz w Polsce zarejestrowano dwa nowe leki: telaprewir i boceprewir [4]. Należą one do grupy inhibitorów proteazy. Okazało się, że przy dołączeniu jednego z dwóch leków do standardowej terapii uzyskano wzrost skuteczności leczenia do 70–75%. Czas leczenia lekami starej generacji wynosi około roku, natomiast czas leczenia kombinacji wspomnianych terapeutyków skraca się do 6 miesięcy. Terapia jest na tyle skuteczna, że do zdrowia wraca część chorych, którzy dotychczas nie reagowali na żadne leki. Leki przeciwwirusowe nowej generacji, czyli inhibitory proteazy, kiedy poda się je razem z interferonem, działają hamująco na mutacje wirusa HCV. Nowy program lekowy dla chorych z WZW C zaczął obowiązywać w Polsce od 1 maja 2013 r. Bardzo

ważne jest jak najszybsze leczenie chorego na WZW C, bowiem nawet niewielkiego stopnia włóknienie wątroby jest czynnikiem rozwoju raka wątrobowokomórkowego.

Częstość zakażenia wirusowego zapalenia typu C

Zakażenia HCV występują na całym świecie. Jest to globalny problem zdrowotny – dotyka w przybliżeniu 170 mln ludzi [5]. Od 1997 r. istnieje w Polsce obowiązek zgłaszania wszystkich zachorowań oraz zgonów na WZW C. Liczba przypadków wirusowego zapalenia typu C wynosi ok. 2000 nowych osób zakażonych rocznie.

Krwiodawcy to grupa osób najbardziej przebadana w kierunku zakażenia wirusami HB, HC, CMV. Przed pobraniem krwi wykonuje się obowiązkowe badanie w kierunku obecności przeciwciał anti-C. Wykonywane powszechnie testy przesiewowe u krwiodawców zmniejszyły ryzyko zakażenia w czasie transfuzji krwi do $< 0,5\%$. Badanie to wykrywa 90% osób potencjalnie zakażonych. W krajach zachodnioeuropejskich, Stanach Zjednoczonych i w Japonii od 0,2 do 1,5% krwiodawców wykazuje pozytywny test w kierunku zakażenia WZW C. W Polsce odsetek ten wynosi ok. 1%. Mimo że możliwość i tym samym częstość zakażenia jest monitorowana głównie u krwiodawców, to do ostrego okresu choroby dochodzi u 5–10% osób zakażonych. Natomiast u znacznie większej liczby osób zakażonych (50–75%) rozwijają się przewlekłe powikłania. Problemem więc jest późne, tzn. w fazie przewlekłego zapalenia, rozpoznanie WZW C.

Istnieją trzy genotypy wirusa HCV. Chorzy zakażeni są najczęściej typem wirusa 1, czyli genotypem 1 – ok. 80% zakażonych w Polsce. Polska Grupa Ekspertów HCV szacuje, że przeciwciała anti-HCV występują u ponad 700 tys. Polaków. Oznacza to, że tyle osób miało kontakt z wirusem HCV. Natomiast aktywne przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C, które wymaga leczenia, występuje u ok. 230 tys. Polaków. W Europie w 2006 r. zakażenia HCV spowodowały 86 tys. zgonów, czyli dwa razy więcej niż z powodu AIDS (ang. *Acquired Immunodeficiency Syndrome* lub *Acquired Immune Deficiency Syndrome*).

Dominująca droga transmisji wirusa HC to zakażenia krwiopochodne. Mimo że przetoczenia krwi nie wiążą się z wysokim ryzykiem, to iniekcje i pobieranie krwi do badań przy użyciu sprzętu wielokrotnego zwiększa istotnie ryzyko transmisji. Na przestrzeni ostatnich lat odnotowano jednak poprawę sterylizacji sprzętu wielorazowego oraz mniejszą liczbę zakażeń szpitalnych w zakresie wirusowego zapalenia typu C. Kolejna grupa szczególnego ryzyka zakażenia to osoby poniżej 24. roku życia.

Różnego rodzaju modne aktualnie zabiegi upiększające są istotną drogą krwiopochodnego zakażenia.

Brak jest przekrojowych danych o sytuacji epidemiologicznej zakażeń HCV u dzieci w Polsce. Istnieją informacje publikowane przez Państwowy Zakład Higieny oraz dane polskiej grupy ekspertów ds. zakażeń HCV. W roku 2008 przeprowadzono na terenie Polski badanie ankietowe w 13 ośrodkach zajmujących się leczeniem dzieci z chorobami wątroby. Szpitale uczestniczące w tym badaniu leczyły 36 000 dzieci, z tego 1000 pacjentów było zarejestrowanych z zakażeniem HBV, 350 – z zakażeniem HCV oraz 60 – z zakażeniem mieszanym. W porównaniu z danymi poprzedniego badania z 1997 r. liczba zakażeń WZW C była prawie identyczna (356 vers. 375), co wobec mniejszej liczby ośrodków uczestniczących w badaniu z 2008 r. można potraktować jako tendencję wzrostową. Aktualnie leczenie przeciwwirusowe zakażeń HCV u dzieci prowadzone jest w 6 polskich ośrodkach [6].

Coraz większe znaczenie przypisuje się również możliwości zakażenia wertykalnego wirusem HC, czyli w wyniku transmisji wewnątrzmacicznej lub okołoporodowej od zakażonej matki do noworodka.

Wirusowe zapalenie typu C w ciąży

Wirusowe zapalenie typu C u ciężarnej ma najczęściej przebieg bezobjawowy. Sama ciąża nie ma wpływu na jej przebieg. Jednak jest udokumentowana przedurodzeniowa transmisja wirusa przez łożysko na płód. Szczególnie duże ryzyko jest w przypadku nabytego przez matkę zakażenia HCV w trzecim trymestrze ciąży oraz u kobiet z anty-HCV i obecnością RNA wirusa HCV w każdym trymestrze ciąży. Obecność jedynie przeciwciał anty-HCV u ciężarnej nie daje dowodu czy jest ona w fazie ostrej wirerii czy w fazie eradykacji wirusa z organizmu. Najbardziej wiarygodnym i pewnym dowodem zakażenia ciężarnej jest badanie materiału genetycznego wirusa metodą PCR. Ryzyko tej transmisji na płód, a tym samym na noworodka, wynosi od 1 do 10%. Dodatkowo współistniejąca infekcja wirusem HB czy wirusem HIV (ang. *human immunodeficiency virus*) może zwiększać ryzyko transmisji wertykalnej wirusem HC.

Jak postępować z noworodkiem matki HCV (dodatniej)

Z punktu widzenia opieki neonatologicznej **elektywne cięcie cesarskie** wydaje się być najlepszą drogą urodzenia dziecka. Jest to tylko ewentual-

ne zapobieganie przeniesieniu zakażenia wirusem HCV na drodze wertykalnej. Istnieją kontrowersje na temat tej metody zapobiegania infekcji wrodzonej u noworodka. Aniszewska i wsp. cytują badania przeprowadzone przez Gibb i wsp., którzy jako pierwsi wyodrębnili i analizowali oddzielnie cięcia cesarskie przeprowadzone planowo oraz cięcia cesarskie wykonanego z nagłych przyczyn medycznych u kobiet z potwierdzoną replikacją wirusa HCV [7]. Żadne z analizowanych przez nich 31 dzieci urodzonych drogą planowanego cięcia cesarskiego nie uległo zakażeniu, natomiast częstość zakażeń u dzieci urodzonych tą drogą z przyczyn nagłych wynosiła 5,9% (przy niezależnym ryzyku zakażenia 6,7%).

Postępowanie na sali porodowej oraz w oddziale noworodkowym opiera się właściwie na dwóch elementach zmniejszających ryzyko zakażenia wertykalnego. Niestety, nie istnieją metody uodpornienia biernoczynnego w prewencji zakażenia HC. Zaleca się **szybką, zaraz po urodzeniu, kąpiel noworodka**. Proponuje się ponadto określone **postępowanie w okresie laktacji**. Możliwość zakażenia się noworodka/niemowlęcia przez pokarm matki jest stale dyskutowane i kontrowersyjne. Na pewno ryzyko zakażenia jest największe w przypadku objawów klinicznych wirusowego zapalenia wątroby u matki wraz z wiremią matczyną. W piśmiennictwie zostały opisane przypadki trójki dzieci karmionych piersią przez matki HCV (+), u których w drugim półroczu życia rozwinęły się objawy WZW C, mimo że dzieci te urodziły się poprzez elektywne cięcie cesarskie i w pierwszych tygodniach życia nie stwierdzono u tych niemowląt markerów zakażenia WZW C. Brak jest w piśmiennictwie jednoznacznych, przekonujących doniesień o możliwości zakażenia poprzez karmienie dziecka mlekiem matki, u której stwierdzono tylko nosicielstwo HCV. Wirus ten jest wykrywalny w sianie i mleku nawet u 20% zakażonych matek, u których stwierdza się wiremie HCV w surowicy. Dotychczas jednak nie odnotowano istotnych różnic statystycznych w częstotliwości zakażenia HCV u dzieci karmionych piersią i sztucznie.

Roberts i Yeung w swojej pracy na temat odmatczywego przechodzenia zakażenia HCV stwierdzają, że transmisja HCV z matki na noworodka należy do rzadkości. Karmienie piersią nie stanowi ważnego zagrożenia w przekazywaniu HCV z matki na dziecko, jeśli sutki nie są uszkodzone i HCV u matki jest nieaktywne [8]. Rekomendacje Center for Disease Control (CDC) zalecają kobietom zarażonym HCV karmienie piersią, jednak decyzję o karmieniu piersią pozostawia się matce HCV (dodatknie). Należy ustosunkować się do poziomu jej wiremii w zakresie wirusa HC. Gdy poziom wiremii jest niski oraz nie stwierdza się uszkodzenia brodawek sutkowych, to ryzyko zakażenia HC jest prawie żadne. Gdy poziom wiremii jest niski, a matka ma uszkodzone brodawki sutkowe – to ocenia

się, że ryzyko zakażenia jest wątpliwe. Gdy poziom wirerii u matki jest wysoki, istnieje zawsze wysokie ryzyko zakażenia noworodka.

Zakończenie

Zakażenie HCV uważane jest za epidemię przełomu XX i XXI w. Każdy pacjent, w tym również kobieta w ciąży, może być zakażona zarówno HBV, HIV, jak i HCV. Wszyscy powinniśmy być bardziej świadomi narastającego problemu zdrowotnego. Identyfikacja matek-nosicielek umożliwia właściwe postępowanie z noworodkiem po urodzeniu. Konieczne są więc testy przesiewowe przed porodem (oznaczenie przeciwciał anti-HCV i RNA wirusa HCV). Należy tak postępować, aby zapewnić ciężarnej i jej dziecku właściwą opiekę, i w razie potwierdzenia zakażenia terapię. Powinno się przeprowadzić badanie przesiewowe w kierunku WZW C w populacji wieku rozwojowego u dzieci urodzonych przez matki z grup dużego ryzyka, między innymi matki HCV (dodatnie) oraz u dzieci, które otrzymywały często przetoczenia krwi.

Mimo że znaczenie kliniczne zakażenia HCV w grupie dzieci jest mniejsze niż w populacji dorosłych, to ryzyko rozwoju następstw zakażenia rośnie wraz z wiekiem. Możliwe jest, że u pacjentów zakażonych w dzieciństwie HCV, następstwa będą się ujawniały dopiero w wieku dorosłym.

Bibliografia

- [1] WHO Fact sheets. <http://www.who.int/topics/en> [28.02.2014].
- [2] Magdzik W., Naruszewicz-Lesiak D., Zieliński A. *Choroby zakaźne i pasożytnicze*. Bielsko-Biała: Alfa-mediacapress 2004: 317–319.
- [3] Gonzalez-Peralta R., Kelly D., Haber B et al. Interferon alfa-2b i combination with ribavirin for the treatment of chronic hepatitis C in children: efficacy, safety, and pharmacokinetics. *Hepatology* 2005, 42: 1010–1018.
- [4] Krysiak L. Inhibitory – proteazy – w przełom w leczeniu WZW C. *Gazeta Lekarska* 2013, 7: 37.
- [5] Aniszewska M., Kowalik-Mikołajewska B., Pokorska-Lis M. i wsp. Częstość występowania przeciwciał anty HCV u kobiet ciężarnych. Analiza czynników ryzyka zakażenia HCV. *Przegląd Epidemiologiczny* 2009, 63: 293–298.
- [6] Woynarowski M. i wsp. Zakażenia wirusami hepatotropowymi u dzieci w wybranych szpitalach pediatrycznych – badanie ankietowe. *Standardy Pediatryczne* 2009, 6: 494–499.
- [7] Aniszewska M., Cianciara J., Kubicka J., Radkowski M. Transmisja wertykalna HCV – czynniki predysponujące i częstość zakażenia. *Pediatrics Polska* 2004, 5: 351–361.
- [8] Roberts E.A., Yeung L. Materna-infant transmission of hepatitis C virus infection. *Hepatology* 2002, 36 (supl. 1): 106–113.

Adres do korespondencji:
Alina Kowalczykiewicz-Kuta
Instytut Położnictwa PMWSZ w Opolu
Oddział Noworodków i Wcześnieaków
Samodzielnego Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej
nad Matką i Dzieckiem w Opolu
ul. Reymonta 8
45-066 Opole
tel.: 606 374 988
e-mail: alakuta1@poczta.onet.pl

ANETA NIZIOŁ*, ALINA KOWALCZYKIEWICZ-KUTA*

Retinopatia wcześniaków jako jedno z powikłań wcześniactwa

Wraz z rozwojem neonatologii wzrosły szanse na utrzymanie przy życiu coraz większej liczby wcześniaków nawet skrajnie niedojrzałych. Wcześniak jest istotą niedojrzałą i niestety nieprzystosowaną do życia poza łonem matki. Oprócz niedojrzałości boryka się z wieloma problemami i chorobami, które towarzyszą mu od momentu samych narodzin. Wcześniactwo niesie wiele zagrożeń, które ujawniają się w pierwszych tygodniach i miesiącach życia. Jednym z nich jest retinopatia wcześniaków, która może doprowadzić do trwałych uszkodzeń narządu wzroku, co w rezultacie może być przyczyną inwalidztwa wzrokowego. Narząd wzroku jest jednym z najważniejszych zmysłów, który odpowiada za nasz kontakt ze światem zewnętrznym. Zmysł wzroku stanowi najważniejsze źródło informacji, kształtując w istotny sposób rozwój psychoruchowy i intelektualny dziecka. Możliwość leczenia w dużym stopniu wiąże się z wczesnym wykryciem zmian chorobowych, dlatego też wykrycie przyczyny choroby, umiejętności jej rozpoznawania i sposobów leczenia ma istotne znaczenie w poprawie rokowania w zakresie widzenia.

Choroba ta po raz pierwszy została opisana w 1943 r. przez bostońskiego okulistę Ernesta Terry'ego, który zaobserwował unaczynione masy rozrostowe za soczewką, będące przyczyną ślepoty u dzieci urodzonych przedwcześnie. Zmiany te początkowo nazywano zwłóknieniem pozasoczewkowym. Obecnie wiadomo, że nazwa ta jest właściwa dla opisanego schorzenia zwanego retinopatią wcześniaków [1].

* Instytut Położnictwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu.

Patomechanizm powstania retinopatii wcześniaków

Retinopatia wcześniaków (ROP) jest schorzeniem polegającym na zaburzeniu prawidłowego rozwoju naczyń siatkówki, co prowadzi do powstania proliferacji włóknisto-naczyniowej w siatkówce i w ciele szklistym. Należy jasno stwierdzić, że ROP powstaje z powodu przedwczesnego przyjścia dziecka na świat, czyli przed 37. tygodniem ciąży, i jest konsekwencją zdrowotną niedostosowania wcześniaka do życia poza łonem matki.

Retinopatia wcześniaków jest spowodowana uszkodzeniem niedojrzałych, rozwijających się naczyń przez wolne rodniki (m.in. tlenowe) powstające w siatkówce wskutek zaburzenia równowagi pomiędzy procesami oksydacyjnymi i antyoksydacyjnymi. U wcześniaków systemy antyoksydacyjne nie są jeszcze dostatecznie rozwinięte, aby zneutralizować powstające wolne rodniki. Uszkodzenie niedojrzałych naczyń powoduje zahamowanie prawidłowego procesu unaczynienia obwodowych części siatkówki, co prowadzi do postępującego niedotlenienia i nadmiernej produkcji czynników wzrostu. Czynniki te stymulują rozwój proliferacji włóknisto-naczyniowej do ciała szklistego, które kurcząc się pociąga siatkówkę i powoduje jej odwarstwianie. Do powstania wyżej wymienionych zmian dochodzi u 10–15% dzieci, u których rozwinię się ROP. U pozostałych zmiany chorobowe ulegną samoistnej regresji na jednym z etapów rozwoju choroby i nie dojdzie u nich do rozwoju proliferacji włóknisto-naczyniowej lub będzie ona niewielka [2].

Epidemiologia choroby

Retinopatia wcześniaków od wielu lat zaliczana jest do głównych przyczyn ślepoty u dzieci. Częstość jej występowania uzależniona jest od poziomu opieki neonatologicznej, jak również od stopnia efektywności przeprowadzanych badań przesiewowych. W literaturze podkreśla się duże różnice między danymi pochodzącymi z różnych krajów. Dlatego też w krajach wysoko rozwiniętych ROP jest przyczyną ślepoty u 13% niewidomych dzieci w Stanach Zjednoczonych, u 4% w Szwecji, u 3% w Wielkiej Brytanii. W Czechach retinopatia wcześniaków jest przyczyną ślepoty u 41,9% niewidomych dzieci, na Węgrzech u 11%, w Polsce u 11,47%, a w Bułgarii u 22,9%. W krajach słabo rozwiniętych, do których zalicza się większość krajów południowej Afryki oraz większość krajów azjatyckich, ślepotą spowodowaną ROP jest zagadnieniem nieznanym, ponieważ dzieci urodzone ze skrajnie niską masą urodzeniową nie przeżywają oraz nie są tam prowadzone badania dotyczące ROP. Pracujemy na Oddziale Patologii Noworodków i Wcześniaków w Opolu, chcemy więc przedstawić

dane dotyczące częstości występowania ROP u wcześniaków w zależności od ich urodzeniowej masy ciała oraz w jaki sposób były one leczone.

W latach 2006–2012 hospitalizowanych było w Oddziale Patologii Noworodków i Wcześniaków w Opolu 2874 dzieci, w 41% były to noworodki z małą masą ciała, urodzone poniżej 37 tygodnia ciąży (N = 1192). Odpowiednio w 2012 r. liczby te wynosiły: pacjenci hospitalizowani 627, noworodki przedwcześnie urodzone 174, co stanowiło 27% wszystkich hospitalizowanych dzieci. W roku 2012 w Oddziale Patologii Noworodków i Wcześniaków poddano badaniom okulistycznym 363 noworodków, co stanowiło 58% wszystkich dzieci hospitalizowanych w naszym oddziale w tymże roku (N = 627). Na podstawie badań okulistycznych ROP rozpoznano u 28 dzieci, co stanowiło 16% noworodków urodzonych przedwcześnie. Ponad połowa tych noworodków z ROP miała wagę urodzeniową poniżej 1000 g. Rozpoznanie ROP z podziałem na urodzeniową masę ciała przedstawia tabela 1.

Tabela 1

Częstość występowania retinopatii wcześniaczej w zależności od urodzeniowej masy ciała w Oddziale Patologii Noworodków i Wcześniaków w Opolu w 2012 r.

Przedziały wagowe - urodzeniowa masa ciała (g)	Liczba noworodków z rozpoznaniem ROP (N)	Odsetek noworodków z rozpoznaniem ROP (%)
500–2500	28	100
500–999	16	57
1000–1499	11	39
1500–2500	1	4

Źródło: Tabele 1–3 badania własne.

U 28 pacjentów, u których rozpoznano ROP, troje noworodków nie zakwalifikowano do leczenia zabiegowego. Zdecydowanie większość dzieci została poddana laseroterapii – 86%. Jeden noworodek ze względu na ciężką postać ROP był poddany zabiegowi laseroterapii, jak również doszklistkowej podaży leku Avastin (tab. 2).

Tabela 2

Sposób leczenia noworodków z ROP w Oddziale Patologii Noworodków i Wcześniaków w Opolu w 2012 r.

Sposób leczenia noworodków z rozpoznaniem ROP	Liczba leczonych noworodków (N = 28)	Odsetek noworodków leczonych z powodu ROP (100%)
Laseroterapia	24	86
Laseroterapia i podaż avastinu	1	3
Bez leczenia	3	11

Reasumując należy podkreślić, że częstość występowania omawianej jednostki chorobowej w ostatnich latach nie zmniejszyła się, wręcz przeciwnie uległa zwiększeniu. Spowodowane to było utrzymaniem przy życiu coraz większej liczby wcześniaków ze skrajnie niską masą urodzeniową, dlatego też istnieje duża zależność między stopniem niedojrzałości dziecka a wystąpieniem schorzenia [3].

Czynniki sprzyjające rozwojowi retinopatii wcześniaków

Wcześnieactwo jest głównym czynnikiem ryzyka ROP. Im mniejsza masa urodzeniowa i niższy wiek ciążowy, tym częściej choroba występuje i poważniej przebiega [4].

Tabela 3

Częstość występowania ROP w zależności od urodzeniowej masy ciała [4]

Urodzeniowa masa ciała (g)	Występowanie ROP (%)
< 1000	25,0
1000–1500	13,5
1500–2000	4,1
2000–2500	0,7

Obecnie twierdzi się, iż 1/3 czynników ryzyka ROP wiąże się z okresem płodowym, a 2/3 z okresem peri- i postnatalnym.

Do najczęstszych czynników sprzyjających rozwojowi ROP należą: hipo/hiperoksemia, hipo/hiperkapnia, która występuje w zespole zaburzeń oddychania (ZZO), wysokie stężenie tlenu (tlenoterapia), stosowanie mechanicznej wentylacji (różne rodzaje SIMV, HFV), bezdechy, czynniki infekcji w przebiegu zakażeń uogólnionych, dysplazja oskrzelowo-płucna, krwawienia dokomorowe, wewnątrzmaciczne zahamowanie wzrostu, leczenie surfaktantem, niedokrwistość i wczesne podawanie erytropoetyny, posocznica, martwicze zapalenie jelit (NEC), przetrwały przewód tętniczy (PDA), niedotlenienie w czasie ciąży, przetaczanie koncentratu krwinek czerwonych, antybiotykoterapia, niedobór witaminy E, ekspozycja na światło.

Klasyfikacja retinopatii wcześniaków

Stan zaawansowania ROP określamy w oparciu o kilka parametrów: strefę, stadium/stopień, zasięg, obecność choroby „plus”.

Dno oka podzielono na trzy strefy:

Strefa I – obejmuje obszar siatkówki w kształcie koła wokół tarczy nerwu wzrokowego o promieniu równym podwójnej odległości od środka tarczy nerwu wzrokowego do dołka.

Strefa II – jest na zewnątrz strefy I o promieniu od środka tarczy nerwu wzrokowego do rąbka zębatego.

Strefa III – obejmuje pozostały półksiężycowaty, skroniowy obszar siatkówki [4–6].

Stadium – według międzynarodowej klasyfikacji z 1984 r. wyróżnia się 5 stadiów fazy czynnej i fazy regresji. Stadia fazy czynnej ROP określa się na podstawie wyglądu siatkówki na granicy strefy unaczynionej i nieunaczynionej:

- stadium 1 – linia demarkacyjna,
- stadium 2 – wał,
- stadium 3 – proliferacje włóknisto-naczyniowe:
 - a) łagodne – w obrębie wału,
 - b) średnie – w tylnej części wału,
 - c) ciężkie – podążają w kierunku ciała szklistego,
- stadium 4 – częściowe odwarstwienie:
 - a) bez zajęcia plamki (obwodowe),
 - b) obejmujące plamkę,
- stadium 5 – całkowite odwarstwienie siatkówki.

Obecność choroby „plus” świadczy o złym rokowaniu. Jest to poszerzenie i krętość tętnic oraz żył siatkówkowych w tylnym biegunie. Jeżeli ROP ma przebieg piorunujący, przechodzący gwałtownie przez trzy stadia tylko w pierwszej strefie i występuje też choroba „plus” to jest to tzw. rush, praktycznie niemożliwy do opanowania.

Istnieje nowy uproszczony podział ROP na stadia, który w Polsce nie jest powszechnie używany:

- stadium 1 – linia między strefą naczyniową i beznaczyniową,
- stadium 2 – linia rozrasta się na głębokość i wysokość,
- stadium 3 – nowe naczynia wrastają do ciała szklistego,
- stadium 4 – częściowe odwarstwienie siatkówki,
- stadium 5 – całkowite odwarstwienie siatkówki.

Wprowadzono także pojęcie choroby przedprogowej i progowej ROP.

Choroba przedprogowa:

- ROP w I strefie z/bez choroby „plus”,
- ROP w strefie II stadium z chorobą „plus”,
- ROP w strefie II lub III stadium 3 mniej niż 5 ciągłych godzin zegarowych, lub 8 godzin łącznie oraz z chorobą „plus”.

Choroba progowa:

- W strefie I lub II występuje III ROP z chorobą „plus”, obejmujący minimum 5 kolejnych godzin zegarowych lub minimum 8 godzin łącznie [4].

Diagnozowanie choroby

Do zasad przesiewowego badania wcześniaków w kierunku ROP należy:

- identyfikacja dzieci zagrożonych rozwojem ROP,
- ustalenie daty pierwszego badania okulistycznego,
- ustalenie dat kolejnych w zależności od wieku płodowego i kalendarzowego dziecka oraz zaawansowania zmian siatkówki,
- ustalenie wskazań do leczenia.

Wytyczne dotyczą dzieci z grup ryzyka, do których należą:

- noworodki o urodzeniowej masie < 1500 g lub urodzone = < 32 tygodnia wieku płodowego,
- wybrane noworodki o masie urodzeniowej 1500–2000 g lub urodzone > 32 tygodnia wieku płodowego w niestabilnym stanie klinicznym, w tym wymagające wsparcia oddechowego, oraz dzieci zakwalifikowane przez opiekujących się lekarzy do grupy zwiększonego ryzyka.

U dzieci z grup ryzyka konieczne jest badanie dna oka metodą oburęcznej pośredniej oftalmoskopii. Badanie powinno być przeprowadzone przez doświadczonego okulistę, ponieważ jego zadaniem jest nie tylko rozpoznanie ROP, ale także określenie lokalizacji zmian oraz określenie zmian w czasie [7].

W Polsce zgodnie z wytycznymi Krajowego Zespołu Specjalistycznego w Dziedzinie Pediatrii i Medycyny Szkolnej z 15 grudnia 1992 r. w sprawie powszechnych profilaktycznych badań medycznych noworodków, niemowląt i dzieci do 2 lat, niemowląt urodzonych przed 36. tygodniem ciąży oraz z wewnątrzmacicznym zahamowaniem wzrostu płodu, dzieci muszą być badane okulistycznie w 4., 6. i 12. tygodniu życia. Schemat ten to niezbędne minimum zapewniające możliwość wykrycia wszystkich przypadków retinopatii wcześniaków w jej początkowym okresie choroby, kiedy istnieje możliwość leczenia [8].

Częstość kolejnych badań zależy od stanu siatkówki i czynników ryzyka rozwoju choroby. Większość dzieci badanych jest co 1–2 tygodnie; ROP często występuje wówczas, gdy dziecko osiągnie szacowany wiek 40. tygodnia od momentu zapłodnienia. Badania należy kontynuować do momentu całkowitego unaczynienia siatkówki lub ukończenia przez dziecko 45. tygodnia od poczęcia. Warunkiem zakończenia diagnostyki

w tym terminie jest to, że u badanego dziecka nie wystąpiła nigdy choroba przedprogowa lub bardziej zaawansowana. Naczynia muszą znajdować się w strefie 3, nigdy zaś nie były stwierdzone w strefie 1 czy 2. W przypadku wskazania do leczenia należy je wykonać w ciągu 72 godzin od ustalenia rozpoznania [9].

Sposoby leczenia

Krioterapia

Wskazaniami do krioterapii siatkówki są:

- retinopatia przedprogowa:
 - a) retinopatia w strefie II stadium 2^o i choroba „plus”,
 - b) retinopatia w strefie II stadium 3^o i choroba „plus” ze zmianami mniejszymi niż choroba progowa;
 - choroba progowa (stadium 3^o z nowotworzeniem naczyniowym obwodowym zajmującym obszar większy niż 5 godzin zegarowych, zlokalizowanych w sposób ciągły lub rozsiane ogniska neowaskularyzacji, obejmujące w sumie obszar większy niż 8 godzin zegarowych);
 - obecność przetrwałego unaczynienia płodowego;
 - wystąpienie powikłań ROP, które uniemożliwiają bądź w znacznym stopniu utrudniają wykonanie koagulacji laserowej:
 - a) krwotok do ciała szklanego,
 - b) płaskie odwarstwienie siatkówki [10].

Powikłania krioterapii: uszkodzenie nabłonka rogówki, obrzęk powieki i spojówki gałkowej, krwiak podspojówkowy, rozdarcie spojówki, okresowy wzrost ciśnienia wewnątrzgałkowego, uszkodzenie mięśni wewnątrzgałkowych, krwotok do komory przedniej, krwotok do ciała szklanego, krwotok podsiatkówkowy, rozwój błon przedsiatkówkowych, perforacja gałki ocznej, zamrożenie plamki nerwu wzrokowego.

Późnym powikłaniem jest krótkowzroczność [10].

Fotokoagulacja laserem diodowym

Wskazania do fotokoagulacji laserem diodowym:

- retinopatia przedprogowa:
 - a) retinopatia w strefie I (stadia od 1^o do 3^o),
 - b) retinopatia w strefie II (stadium 2^o i choroba „plus”),
 - c) retinopatia w strefie II (stadium 3^o i choroba „plus” ze zmianami mniejszymi niż choroba progowa);
 - choroba progowa (stadium 3^o z nowotwórstwem naczyniowym obwodowym zajmującym więcej niż 5 godzin zegarowych, zlokalizowanych w sposób ciągły lub rozsiane ogniska neowaskularyzacji, obejmujące w sumie więcej niż 8 godzin zegarowych).

Przeciwwskazania do wykonania fotokoagulacji laserem diodowym:

- krwotok do ciała szklanego,
- wystąpienie proliferacji włóknistej w obrębie komory ciała szklanego,
- uniesienie siatkówki,
- przetrwałe unaczynienie ciała szklanego i soczewki.

Powikłania laseroterapii: uszkodzenie nabłonka rogówki, obrzęk powiek i spojówki gładkiej, oparzenie rogówki, tęczówki, soczewki, krwotok do komory przedniej, krwotok do ciała szklanego, krwotok przedsiatkówkowy, pęknięcie błony Brucha, fotokoagulacja okolicy plamki, powikłania późne to krótkowzroczność [11].

Fotokoagulacja laserowa przyczyniła się do znacznego zmniejszenia ryzyka utraty widzenia u dzieci. Jednak u bardzo niedojrzałych i obciążonych noworodków nie zawsze prowadzi do regresji zmian. Niekiedy leczenie fotokoagulacją laserem diodowym nie jest możliwe lub mało skuteczne w przypadku ciężkiego stanu dziecka, u dzieci z nieprawidłowym rozszerzeniem się źrenic, krwotokiem do ciała szklanego. Dlatego też u tych pacjentów w ostatnich latach podejmowane są próby podania do ciała szklanego preparatów **anty-VEGF** (czynnik wzrostu śródbłonka naczyń) w monoterapii lub jako leczenie wspomagające laseroterapię. Dostępne leki to: Lucentis i Avastin, które powodują całkowite zablokowanie VEGF-A. Są to leki, które wydają się być pierwszą farmakologiczną substancją prawdziwie wpływającą na przebieg choroby [12].

Powikłania okulistyczne w przebiegu retinopatii wcześniaków

U dzieci, u których doszło do regresji choroby samoistnej lub w wyniku leczenia, w większości przypadków, nie stwierdza się zmian anatomicznych w gałce ocznej i ostrość wzroku jest prawidłowa. Natomiast często obserwuje się zaburzenia w rozwoju funkcji oka, a gdy retinopatia była bardzo zaawansowana stwierdza się różnego rodzaju zmiany w obrębie narządu wzroku [13]. Stopień zaawansowania zmian w narządzie wzroku zależy od momentu, w jakim okresie choroby zostały one zahamowane. **Ostrość wzroku** dzieci z ROP może być bardzo różna - od prawidłowej do całkowitej ślepoty obuoczonej i zależy od stopnia uszkodzenia tkanek. Największe pogorszenie widzenia stwierdza się u dzieci z odwarstwieniem siatkówki. Gałki oczne u dzieci z przebytą retinopatią są mniejsze, w momencie bardzo zaawansowanych zmian w gałce często obserwuje się **zmętnienie rogówki**. U dzieci po przebytej retinopatii o wiele częściej rozwija się **zaćma tzw. wcześniacza**. Noworodki po przebytej retinopatii

narazone są także na możliwość rozwoju **jaskry wtórnej** w wieku dziecięcym oraz **jaskry pierwotnej** po 40. roku życia. U dzieci po przebytych ROP częściej stwierdza się występowanie wad wzroku oraz zaburzeń funkcji narządu wzroku. Uważa się, że wadą typową dla wcześniaków po ROP jest **krótkowzroczność**. Wadę tę stwierdza się u 25–80% badanych. Inne wady wzroku to: **nadwzroczność lub astygmatyzm**, częściej stwierdza się **zeza, oczopląs, brak widzenia obuocznego**.

Rola położnej w profilaktyce retinopatii wcześniaków

Retinopatia wcześniaków jest bardzo groźną chorobą oczu, mogącą zakończyć się utratą wzroku. Olbrzymią rolę odgrywa profilaktyka, której celem jest całkowite zapobieganie rozwojowi choroby lub ewentualne łagodzenie jej skutków. Profilaktyka i minimalizacja czynników ryzyka ma bardzo duże znaczenie w prawidłowym procesie leczniczym każdego noworodka urodzonego przedwcześnie. W chwili obecnej brak jest skutecznych metod zapobiegających powstawaniu retinopatii wcześniaków, lecz prawidłowa pielęgnacja i obserwacja noworodka w dużym stopniu wpływa na prawidłowy jego rozwój. Do jednych z najbardziej skutecznych metod w zapobieganiu ROP należą: przestrzeganie zasad tlenoterapii, kontrolowanie równowagi kwasowo-zasadowej we krwi tętniczej, przezskórne monitorowanie tlenu i dwutlenku węgla, pulsoksymetria, stosowanie witaminy E według zleceń lekarskich. Decyzję o podaniu witaminy E neonatolog musi podjąć indywidualnie dla każdego dziecka (witamina E może powodować pewne powikłania, np. zwiększa częstość występowania krwotoków do komór mózgu i siatkówkowych, martwiczego zapalenia jelit) [14]. Obecnie w profilaktyce ROP, niestety, nie są stosowane inne preparaty doustne, a stosowana witamina E nie spełnia pokładanych w niej nadziei. Profilaktyka retinopatii wcześniaków ściśle związana jest z badaniami profilaktycznymi narządu wzroku u dzieci urodzonych przedwcześnie.

Podsumowując trzeba stwierdzić, że nie da się wyeliminować ROP, ponieważ nie da się zapobiec porodom przedczesnym. Przeżywalność noworodków ze skrajnie niską masą urodzeniową ciała jest coraz większa. Dlatego też odsetek ROP może ulec zwiększeniu. Powodzenie działań profilaktyczno-leczniczych zależy od współpracy neonatologa, okulisty oraz komunikacji z rodzicami. Neonatolodzy muszą racjonalnie stosować tlenoterapię, główny czynnik ryzyka ROP. Niezbędne jest systematyczne kształcenie okulistów, a także wyposażenie szpitali w odpowiedni sprzęt i aparaturę. Niestety, choroba ta wciąż jest dużym wyzwaniem dla okulistów i neonatologów.

Bibliografia

- [1] Płaszewska-Żywko L., Twarduś K., Strojny B., Kózka M. Czynniki ryzyka retinopatii u wcześniaków. *Problemy Pielęgniarstwa* 2012, 20 (1): 8–18.
- [2] Prost M. *Retinopatia wcześniaków i zasady badań okulistycznych noworodków i niemowląt*. W: Gadzinowski J., Bręborowicz G. red. *Rekomendacje postępowania w medycynie perinatalnej*. Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych 2002: 55–58.
- [3] Krzysztofowicz A., Pilarczyk E., Tuleta U., Szkarłat A., Mrozińska M., Sowa-Bielawska A. Występowanie retinopatii wcześniaków leczonych w Oddziale Intensywnej Terapii i Patologii Noworodka w Szpitalu Specjalistycznym w Gdańsku w latach 2003–2006. *Postępy Neonatologii* 2007, 2 (12): 95–99.
- [4] Tuleta U. Retinopatia wcześniaków w praktyce neonatologicznej. *Postępy Neonatologii* 2007, 2 (12): 165–169.
- [6] Niżankowska M. *Choroby siatkówki. Podstawy okulistyki. Podręcznik dla lekarzy i studentów medycyny*. Wyd. 2. Wrocław: VOLUMED 2000: 329–331.
- [5] Niżankowska M. *Naczyniopochodne choroby siatkówki. Okulistyka. Podstawy kliniczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2007: 452–455.
- [7] Sawiec P. Badanie wcześniaków w kierunku retinopatii. *Medycyna Praktyczna* 2008, 1 (55): 78–84.
- [8] Prost M. *Choroby narządu wzroku*. W: Szczapa J. red. *Neonatologia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2000: 573–575.
- [9] Braverman R. *Oko*. W: Wiliama W, Hay J.R., red. *Pediatrics. Diagnostyka i leczenie*. T. 1. Lublin: Wydawnictwo Czelej 2011: 443–444.
- [10] Więckowska A. *Krioterapia*. W: Gadzinowski J., Szymankiewicz M., Vidyasagar D. red. *Zabiegi w neonatologii*. Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych 2006: 159–160.
- [11] Więckowska A. *Fotokoagulacja laserem diodowym*. W: Gadzinowski J., Szymankiewicz M., Vidyasagar D. red. *Zabiegi w neonatologii*. Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych 2006: 161–163.
- [12] Seroczyńska M. Retinopatia wcześniaków – wskazówki dla pediatry. *Pediatrics po Dyplomie* 2012, 16 (4): 27–35.
- [13] Prost M. *Późne zmiany w narządzie wzroku u noworodków urodzonych przedwcześnie*. W: Kornacka M. red. *Noworodek przedwcześnie urodzony – pierwsze lata życia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2003: 87–91.
- [14] Oleszczuk J., Sawulicka-Oleszczuk H. *Wcześniactwo jako problem medyczny, rodzinny i społeczny*. W: Pilewska-Kozak A. red. *Opieka nad wcześniakiem*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2009: 17–24.

Adres do korespondencji:

Aneta Nizioł
ul. Kusocińskiego 31/15
48-303 Nysa
tel.: 660 206 113
e-mail: anecia7909@interia.pl

Alina Kowalczykiewicz-Kuta
Instytut Położnictwa PMWSZ
w Opolu
ul. Katowicka 68
45-060 Opole
tel.: 606 374 988
e-mail: alakuta1@poczta.onet.pl

IZABELA LECHOWICZ*, ALINA KOWALCZYKIEWICZ-KUTA*

Resuscytacja noworodka urodzonego o czasie i przedwcześnie – rola położnej

Resuscytacja pochodzi od łacińskiego słowa *resuscitare* i oznacza wznieść, odnowić, wskrzesić. Resuscytacja to zespół czynności, których celem jest zahamowanie i odwrócenie procesu umierania. Pomimo że pierwsze opisy tego typu działań pojawiły się jeszcze przed naszą erą, współczesny schemat resuscytacji został opisany dopiero w latach sześćdziesiątych ubiegłego wieku.

Wskazaniem do resuscytacji każdego człowieka jest pierwotne zatrzymanie krążenia, oddychania lub śmierć kliniczna, o ile pacjent potencjalnie zdolny jest do życia, czyli posiada fizjologiczne uwarunkowania powodzenia zabiegów ratunkowych [1].

Resuscytacja noworodka urodzonego o czasie

Noworodkiem donoszonym jest dziecko urodzone między 37. a 42. tygodniem trwania ciąży. Noworodki te rzadko wymagają resuscytacji po urodzeniu. Może być ona jednak niezbędna względem tych noworodków, u których doszło do zagrożenia życia podczas porodu siłami natury, np.: śródporodowe niedotlenienie, poród zabiegowy czy poród mnogi [2].

Stan noworodka po urodzeniu ocenia się na podstawie skali Apgar – jest to punktowa ocena wyrażona w liczbach w pierwszej, piątej, a także w następnych minutach życia, w zależności od stanu noworodka. Ocena parametrów życiowych obejmuje przede wszystkim obserwację oddechu, czynności serca oraz koloru skóry noworodka [3].

Skala Apgar została opublikowana w 1955 r. przez Wirginię Apgar. Istnieje pięć parametrów oceny noworodka po urodzeniu według tej skali, a są to:

* Instytut Położnictwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu.

- A (*appearance*) – wygląd, kolor skóry,
- P (*pulse*) – częstość akcji serca,
- G (*grimace*) – grymasy, odpowiedź na odsysanie,
- A (*activity*) – aktywność, napięcie mięśni,
- R (*respiration*) – oddychanie [1].

Stan noworodka jest uznany jako:

- **dobry** – 8–10 punktów – jest to noworodek, który energicznie płacze, ma prawidłowe napięcie mięśniowe, szybko zmienia kolor skóry na różowy, jego czynność serca wynosi powyżej 100 uderzeń/min. Wymaga on jedynie osuszenia skóry, owinięcia w ciepły kocyk i oddania matce;

- **średni** – 5–7 punktów (umiarkowana zamartwica, depresja) – jest to noworodek, który oddycha nieregularnie, ma prawidłowe, bądź obniżone napięcie mięśniowe, utrzymuje się u niego sinica centralna, jego czynność serca wynosi poniżej 100 uderzeń/min. Noworodek w stanie średnim wymaga osuszenia, odśluzowania dróg oddechowych, stymulacji zewnętrznej, ale także czasami wentylacji oraz podania tlenu przez maseczkę twarzową lub cewnik donosowy;

- **średniociężki** – 3–4 punkty – to noworodek, który oddycha nieregularnie lub wcale nie oddycha, jest błydy lub siny, wiotki, ma czynność serca poniżej 100 uderzeń/min. Noworodek w stanie średniociężkim wymaga osuszenia, odśluzowania i udrożnienia dróg oddechowych za pomocą cewnika, rozprężenia płuc za pomocą wentylacji, najczęściej z dopływem tlenu. Po wykonaniu tych czynności w sposób prawidłowy, czynność serca powinna wzrosnąć powyżej 100 uderzeń/min i utrzymywać się, jeśli jednak tak nie będzie, należy przystąpić do rozpoczęcia zewnętrznego masażu serca;

- **ciężki** – 0–2 punktów (ciężka zamartwica, ostra depresja oddechowa) – jest to noworodek, który nie oddycha lub oddycha nieregularnie, jest siny, „wiotki” (posiada słabe napięcie mięśniowe), z wolną (poniżej 60 uderzeń/min) lub bez czynności serca. Wymaga on pełnej resuscytacji krążeniowo-oddechowej [2].

Podjęcie resuscytacji u dzieci w stanie średnim, bądź ciężkim wymaga skoordynowanych i natychmiastowych działań. „Czas tolerancji ośrodkowego układu nerwowego (OUN) na niedotlenienie” określa pierwsze 5 minut życia. U co piątego noworodka niedotlenienie OUN w pierwszej minucie życia wiąże się z zagrożeniem uszkodzenia tkanki mózgowej, lecz ryzyko to zwiększa się do 60–70% w przypadku przedłużającej się zamartwicy w piątej minucie życia [1].

Resuscytacja noworodka urodzonego przedwcześnie

Noworodkiem urodzonym przedwcześnie nazywamy dziecko, które przyszło na świat przed 38. tygodniem ciąży. Istnieje klasyfikacja wcześniactwa, która opiera się na urodzeniowej masie ciała.

Wcześniaki dzieli się w zależności od urodzeniowej masy ciała na następujące grupy:

- LBW (*low birth weight*) – noworodki z niską urodzeniową masą ciała (1500–2500 g);

- VLBW (*very low birth weight*) – noworodki z bardzo niską urodzeniową masą ciała (1000–1500 g);

- ELBW (*extremely low birth weight*) – noworodki z ekstremalnie niską urodzeniową masą ciała (500–1000 g).

Wśród noworodków z ekstremalnie małą urodzeniową masą ciała można wyróżnić także podgrupę ILBW (*incredible low birth weight*), czyli noworodki z niewiarygodnie niską masą urodzeniową (500–750 g) [4].

Szansę na uratowanie wcześniaka zależą od jego dojrzałości, ale także w bardzo dużym stopniu od współwystępujących patologii. W prawidłowych warunkach do porodu dochodzi dopiero po 38. a przed 42. tygodniem ciąży. Jeżeli poród nastąpi wcześniej, należy szukać przyczyn takiego stanu [4].

Czynnikami predysponującymi do wystąpienia porodu przedwczesnego są: niewydolność cieśniowo-szyjkowa, poród przedwczesny w wywiadzie, niski status socjoekonomiczny, zakażenia wewnątrzmaciczne, wady wrodzone płodu, ciążę mnogie, liczne poronienia, patologia kobiecych narządów rodnych, nadciśnienie, a także stosowanie używek, choroby zakaźne matek i ich wiek oraz patologia łożyska [5].

Poród przedwczesny jest objęty wysokim ryzykiem resuscytacji noworodka. Według amerykańskich danych 80% dzieci z masą urodzeniową poniżej 1500 g wymaga resuscytacji. W przypadku tym resuscytacja jest przewidywalnym zdarzeniem – personel wstępnie przygotowuje się do udzielenia zabiegów resuscytacji. Dlatego w czasie każdego porodu wcześniaka powinna być przynajmniej jedna osoba wyspecjalizowana w resuscytacji noworodka [6].

Umiejętność przywracania czynności życiowych to niezbędne postępowanie w neonatologii. Istnieje stałe ryzyko urodzenia dziecka wymagającego resuscytacji, a dzieje się tak podczas porodów patologicznych z objawami niedotlenienia płodu, także bez wyraźnych wcześniejszych sygnałów, które zwiastują konieczność fachowego działania po urodzeniu się noworodka. Świadomość ta nakłada na personel medyczny oddziałów noworodkowych wszystkich poziomów referencyjnych konieczność

odnawiania czynności resuscytacyjnych według obowiązujących standardów, a także umiejętności prawidłowego wykonywania wszystkich etapów resuscytacji adekwatnie do potrzeb.

Wszystkie zalecenia postępowania resuscytacyjnego u noworodków, dzieci, jak i u dorosłych zawarte są w Wytycznych Międzynarodowego Komitetu Porozumiewawczego do spraw Resuscytacji, czyli ILCOR (ang. International Liaison Committee on Resuscitation) i są publikowane od 2000 r. co pięć lat. Uwzględniają one anatomiczne i fizjologiczne odrębności oraz najczęstsze przyczyny zatrzymania oddechu i krążenia w różnych grupach wiekowych. Wytyczne ILCOR to podstawa „łańcucha przeżycia”, który obejmuje zapobieganie, pierwszą pomoc niewykwalifikowaną i resuscytację przyrządową, prowadzoną przez zespół resuscytacyjny. Ostatnia modyfikacja wytycznych pochodzi z 2010 r., a następne spodziewane są w 2015 r. [7].

Resuscytacja noworodka

– podsumowanie rekomendacji ILCOR z 2010 r.

A (*airways, aspiration*) – oczyszczanie dróg oddechowych:

- wcześniaka należy bez wcześniejszego osuszania okryć plastikową folią (z wyjątkiem głowy) i umieścić pod promiennikiem ciepła;
- jedynie trzy elementy skali Apgar nadają się do identyfikacji dziecka wymagającego resuscytacji, a mianowicie: częstość oddechów, tętno oraz kolor skóry;
- nie jest zalecane odsysanie smółki z ust i nosa przed urodzeniem klatki piersiowej.

B (*breathing*) – oddychanie:

- sprawą nadrzędną u noworodka jest upowietrzenie płuc, a nie stężenie tlenu, dlatego dopuszczalna jest wentylacja powietrzem lub tlenem minimalnym powyżej 21%;
- należy rozprężyć płuca noworodka poprzez dokonanie kilku początkowych wdechów trwających 2–3 sekundy;
- wentylacja wynosi 30 oddechów na minutę;
- miernikiem skuteczności wentylacji jest wzrost częstości akcji serca (powyżej 100 uderzeń na minutę).

C (*cardiovascular*) – masaż pośredni serca:

- stosunek uciśnień klatki piersiowej do wentylacji wynosi 3:1 (90 uciśnień: 30 oddechów na minutę).

D (*drugs*) – podawanie leków:

- adrenalinę podawać należy dożylnie w dawce 0,01–0,03 mg/kg masy ciała, tylko w skrajnych przypadkach można podać dotchawiczo, co jest niepolecane w dawce 0,1 mg/kg masy ciała [7].

Sprzęt do resuscytacji noworodków

Niezbędnym sprzętem do resuscytacji noworodka na bloku porodowym czy na oddziałach intensywnej terapii noworodka jest:

– stół lub wózek do resuscytacji z promiennikiem i oświetleniem, źródło tlenu oraz powietrza, zegar, stetoskop, manometr do pomiaru ciśnienia w drogach oddechowych, zestaw do intubacji dotchawiczej, zestaw do wentylacji zastępczej, cewniki do odsysania wydzieliny oraz mechaniczne lub ręczne urządzenie do odsysania, zestaw do cewnikowania żyły pępowinowej, zestaw do nakłucia doszpicowego;

– urządzenia monitorujące: pulsoksymetr, kardiomonitor, kapnometr (urządzenie do pomiaru wydychanego dwutlenku węgla przez noworodka jest wyposażeniem dodatkowym, ale bardzo polecanym) [8].

Analiza populacji dzieci na podstawie skali Apgar urodzonych w Szpitalu Ginekologiczno-Położniczym i Noworodków w Opolu w latach 2008–2012

W nawiązaniu do celu pracy, jakim jest omówienie aktualnych zasad resuscytacji noworodka z uwzględnieniem roli położnej, biorącej aktywny udział w czasie czynności resuscytacyjnych podejmowanych na sali porodowej, przeprowadzono analizę dotyczącą populacji dzieci urodzonych w Szpitalu Ginekologiczno-Położniczym i Noworodków w Opolu. Na potrzeby pracy uzyskano dane odnośnie do oceny według skali Apgar (1 minuta życia) noworodków urodzonych w latach 2008–2012.

Przyjęta na świecie i w Polsce skala Virginii Apgar podaje dwie ważne wskazówki dotyczące dziecka zaraz po urodzeniu. Pierwsza informacja odnosi się do czynności życiowych noworodka, natomiast druga jest konsekwencją pierwszej i wymusza na personelu medycznym, będącym przy porodzie, natychmiastowe działania resuscytacyjne, jeśli dziecko jest ocenione poniżej 7 punktów.

W analizowanym pięcioletnim okresie w szpitalu w Opolu urodziło się 12 965 noworodków, w tym 10 841 dzieci hospitalizowanych było na Oddziale Noworodków i Wcześnieaków, co stanowiło 84% wszystkich urodzonych, a 2124 dzieci na Oddziale Patologii Noworodka – odpowiednio 16%. Tabele 1 i 2 przedstawiają liczbę urodzonych i hospitalizowanych dzieci w Szpitalu Ginekologiczno-Położniczym i Noworodków zbiorczo oraz w kolejnych latach od 2008 do 2012 r.

Tabela 1

Stan noworodków po urodzeniu wg skali Apgar po 1 minucie życia hospitalizowanych na Oddziale Noworodków i Wcześnieaków Szpitala Ginekologiczno-Położniczego i Noworodków w Opolu w latach 2008-2012

Wyszczególnienie	Lata					
	2008	2009	2010	2011	2012	2008-2012
Urodzenia żywe (N/100%)	2 200	2 429	2 075	2 019	2 118	10 841
0-3 pkt - stan ciężki (N/%)	3 (0,2%)	1 (0,1%)	-	-	1 (0,1%)	5 (0,1%)
4-6 pkt - stan średnio-ciężki (N/%)	36 (1,6%)	37 (1,5%)	25 (1,2%)	18 (0,9%)	41 (1,9%)	157 (1,4%)
7-10 pkt - stan dobry (N/%)	2 161 (98,2%)	2 391 (98,4%)	2 050 (98,8%)	2 001 (99,1%)	2 076 (98,0%)	10 679 (98,5%)

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 2

Stan noworodków po urodzeniu wg skali Apgar po 1 minucie życia hospitalizowanych na Oddziale Patologii Noworodków i Wcześnieaków Szpitala Ginekologiczno-Położniczego i Noworodków w Opolu w latach 2008-2012

Wyszczególnienie	Lata					
	2008	2009	2010	2011	2012	2008-2012
Urodzenia żywe (N/100%)	442	415	504	388	375	2 124
0-3 pkt - stan ciężki (N/%)	26 (5,9%)	10 (2,4%)	21 (4,2%)	12 (3,1%)	35 (9,3%)	104 (4,9%)
4-6 pkt - stan średnio-ciężki (N/%)	65 (14,7%)	103 (24,8%)	63 (12,5%)	106 (27,3%)	50 (13,3%)	387 (18,2%)
7-10 pkt - stan dobry (N/%)	351 (79,4%)	302 (72,8%)	420 (83,3%)	270 (69,6%)	290 (77,4%)	1 633 (76,9%)

Źródło: Opracowanie własne.

Stan ciężki (0-3 pkt) wg skali Apgar po 1 minucie życia stwierdzony był u 109 dzieci (0,8% wszystkich urodzonych i hospitalizowanych w szpitalu), odpowiednio u 104 dzieci (4,9%) na Oddziale Patologii Noworodków i Wcześnieaków (OPN) i u 5 (0,1%) na Oddziale Noworodków i Wcześnieaków (ON i Wcz.). Była to grupa pacjentów, którzy wymagali pełnych czynności resuscytacyjnych.

Rozbieżność w liczbie hospitalizowanych dzieci z niską punktacją – więcej w OPN – wiąże się z postępowaniem poresuscytacyjnym, jakie

ma miejsce w boksie intensywnej terapii noworodka w OPN (personel, sprzęt). Ponadto OPN spełnia wymogi oddziału leczącego dzieci urodzone przedwcześnie z małą i bardzo małą urodzeniową masą ciała, które stanowią ok. 50% hospitalizowanych pacjentów. W poszczególnych pięciu latach najwięcej urodzonych dzieci w stanie ciężkim (9,3%) przyszło na świat w 2012 r., natomiast na przestrzeni tych lat różnice kształtowały się między 2,4% (2009 r.) a 9,3% (2012 r.).

Stan średniociężki (4–6 pkt) według skali Apgar po 1 minucie życia stwierdzany był u 544 noworodków (4,2% wszystkich), odpowiednio 18,2% na OPN i 1,4% na ON i Wcz. Najwięcej urodzonych dzieci w stanie średniociężkim (27,3%), które wymagały częściowych czynności resuscytacyjnych, przyszło na świat w 2011 r., natomiast na przestrzeni tych pięciu lat różnice kształtowały się między 12,5% (2010 r.) a 27,3% (2011 r.).

Zabiegów resuscytacji po urodzeniu nie wymagało 12 312 dzieci (95%), które **ocenione były na 7–10 pkt według skali Apgar po 1 minucie życia** i przede wszystkim były to noworodki hospitalizowane na ON i Wcz. (98,5%).

Porównując dane pochodzące z literatury przedmiotu i szpitalne dane statystyczne, należy stwierdzić, że ośrodek III stopnia opieki perinatalnej, musi być przygotowany na najbardziej powikłane porody i możliwe urodzenia najbardziej chorych dzieci, które wymagają resuscytacji pourodzeniowej.

Rola położnej

Rola położnej podczas resuscytacji polega na asyście lekarzowi w czasie wykonywania zabiegu resuscytacji noworodka i obejmuje przygotowanie stanowiska do resuscytacji, sprzętu oraz wykonywanie wszystkich poleceń lekarza podczas resuscytacji. Położna uczestnicząca czynnie podczas resuscytacji powinna odznaczać się zwinnością, precyzją oraz opanowaniem. Ze względu na szereg czynności związanych z przywróceniem noworodka do życia resuscytacja powinna być prowadzona przez trzy osoby (położne i lekarza neonatologa).

Obowiązkiem każdej położnej jest sprawdzenie wyposażenia stanowiska do resuscytacji. Stanowiska te znajdują się na salach porodowych oraz na oddziałach intensywnej opieki neonatologicznej. Pierwszą czynnością położnej po przybyciu na salę porodową winno być zapoznanie się z historią choroby rodzącej. Dzięki temu położna może przewidzieć ewentualne problemy, które mogą wystąpić u dziecka.

Zanim rozpocznie się poród, położna powinna skompletować sprzęt potrzebny do resuscytacji i sprawdzić jego termin ważności oraz włączyć

promiennik ciepła i rozłożyć pieluchy, a także sprawdzić działanie ssaka i źródło tlenu. Istotne jest, aby temperatura powietrza na sali wynosiła 24°C. Położna powinna również przygotować źródło światła, cewniki do odsysania wydzieliny, aparat Ambu lub Neopuff, zestaw do intubacji, leki resuscytacyjne, sprzęt do prowadzenia terapii dożylnych i pobrania krwi (wenflony, kraniki i przedłużacze, sterylne gaziki nasączone alkoholem, próbówki, plastry, nożyczki, rękawiczki), a także zestaw do cewnikowania naczyń tętniennych oraz stetoskop.

Położne muszą pamiętać o obowiązku regularnego uczestniczenia w szkoleniach z zakresu resuscytacji noworodka [3].

Czynności resuscytacyjne niezbędne są w odniesieniu do ok. 5% wszystkich noworodków, częstość ta zwiększa się jednak odwrotnie proporcjonalnie do wieku dziecka, czyli każdy tydzień poniżej 37. tygodnia ciąży zwiększa prawdopodobieństwo resuscytacji. Według badań statystycznych przeprowadzonych w Samodzielnym Specjalistycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Opolu w ciągu ostatnich pięciu lat spośród wszystkich urodzonych i hospitalizowanych w szpitalu noworodków, pełnych czynności resuscytacyjnych wymagało 109 noworodków (5%), a częściowych – 544 noworodków (19,6%), co stanowiło 24,9% wszystkich urodzonych dzieci.

Opolski szpital, jako ośrodek III stopnia opieki perinatalnej, poza nowoczesnym sprzętem medycznym, posiada wyspecjalizowany zespół medyczny przygotowany do prowadzenia powikłanej ciąży i powikłanego porodu, w wyniku których możliwe jest urodzenie dziecka zdrowego lub noworodka, który może wymagać resuscytacji i intensywnej terapii po urodzeniu. Przewidywanie potrzeby resuscytacji oraz rozpoznanie stanów zagrożenia u płodu i noworodka może być dokonane przez zespół medyczny na podstawie identyfikacji czynników ryzyka przed porodem, podczas porodu, a także po urodzeniu się dziecka.

Bibliografia

[1] Godula-Stuglik U. *Wybrane zagadnienia z patologii noworodka*. Katowice: Wydawnictwo Śląskiej Akademii Medycznej 2003: 13–14.

[2] Siemiątkowski A. *Stany zagrożenia życia*. Białystok: Wydawnictwo Libra s.c. 2007: 34–35.

[3] Bałanda-Baldyga A. *Opieka nad noworodkiem*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2009: 156–199.

[4] Walas W. *Bardzo trudne początki, czyli wcześniak w oddziale intensywnej terapii*. W: Pirogowicz I., Steciwko A. red. *Dziecko i jego środowisko. Noworodek przedwcześnie urodzony – trudności i satysfakcje*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo 2008: 7–8.

[5] Sych M. *Atlas podstawowych zabiegów reanimacyjnych*. Warszawa: PZWL 1982: 13–15.

[6] Pilewska-Kozak A.B. *Opieka nad wcześniakiem*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2009: 26–28.

[7] Richmond S., Jonathan W. *Resuscytacja noworodków bezpośrednio po urodzeniu*. W: Andres J. red. *Wytyczne resuscytacji 2010*. Kraków: Wydawnictwo Polska Rada Resuscytacji 2011: 2010–215.

[8] Jakubaszko J. *ABC resuscytacji*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Górnicki 2006: 39–42.

Adres do korespondencji:

Izabela Lechowicz
ul. Kościuszki 27 Piotrówka
47-133 Jemielnica
tel.: 515 929 524
e-mail: izabela.lechowicz@onet.pl

Alina Kowalczykiewicz-Kuta
Instytut Położnictwa PMWSZ w Opolu
ul. Katowicka 68
45-060 Opole
tel.: 606 374 988
e-mail: alakuta1@poczta.onet.pl

KATARZYNA SWĘDRAK*, GRZEGORZ GŁĄB**

Poziom wiedzy o zakażeniu HPV, metodach diagnostyki i immunoprofilaktyki raka szyjki macicy w badaniach ankietowych kobiet i mężczyzn w Centrum Diagnostyki Ginekologiczno-Położniczej GMW w Opolu

Rak szyjki macicy stanowi poważny problem zdrowotny i społeczny. Jest on jednym z najczęstszych nowotworów złośliwych narządu rodnego u kobiet. Każdego roku na świecie zapada na raka szyjki macicy ok. 493 tys. w większości młodych kobiet, a umiera z jego powodu przeszło 300 tys.

Rak szyjki macicy jest w Polsce drugim z najczęściej występującym nowotworów złośliwych u kobiet. Stany przedrakowe i raka przedinwazyjnego rozpoznaje się u kobiet pomiędzy 30. a 40. rokiem życia, natomiast rak inwazyjny rozwija się u kobiet w wieku 45–55 lat, przy czym największa ekspozycja na czynniki ryzyka, szczególnie chodzi o zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego (ang. *human papilloma virus* – HPV), następuje pomiędzy 16. a 25. rokiem życia [1]. Nasz kraj znajduje się w szczególnie złej sytuacji epidemiologicznej pod względem zapadalności i umieralności na raka szyjki macicy. Złe wypadamy zwłaszcza na tle innych krajów Europy [2]. Przyczyn tego stanu rzeczy upatruje się w niskiej sprawności systemów detekcji, opartych na niedoskonałych metodach diagnostycznych oraz w niskim poziomie świadomości na temat genezy choroby i stopnia zagrożenia zarówno w społeczeństwie, jak i wśród służb medycznych.

Mechanizm powstania raka szyjki macicy został dobrze poznany dzięki pionierskim pracom laureata Nagrody Nobla z 2008 r. prof. Harald z

* Centrum Diagnostyki Ginekologiczno-Położniczej GMW w Opolu.

** Centrum Diagnostyki Ginekologiczno-Położniczej GMW w Opolu, Instytut Położnictwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu.

Hausena wirusologa z Heidelbergu. Obecnie za główną przyczynę raka szyjki macicy uznaje się przewlekłą infekcję onkogennymi typami brodawczaka ludzkiego, najczęściej były to HPV 16, 18, 45, 31, 33, 35 [3]. Analiza ponad 10 tys. biopsji histologicznych raka szyjki macicy, wytypowanych z laboratoriów patomorfologii całej planety do początku XX w. wykazała obecność DNA HPV aż w 99,7% przypadków. Ryzyko wystąpienia inwazyjnego raka szyjki macicy w odniesieniu do przetrwałego zakażenia HPV 16 wzrasta ponad 600 razy i stanowi najsilniejszy znany obecnie medycznie związek przyczynowo-skutkowy. Także liczne prospektywne badania wykazały, że u kobiet, u których stwierdzono wieloletnią obecność DNA onkogennych typów wirusa HPV, występuje znaczne ryzyko powstania zmian typu CIN 2/3 lub raka inwazyjnego. Pomimo że od odkrycia obecności wirusów Papilloma w raku szyjki macicy upłynęło kilkadziesiąt lat (od 1975 r.), rozpowszechnienie wiedzy w tym zakresie należy uznać w dalszym ciągu za niewystarczające. Wirus brodawczaka ludzkiego jest prostym i bardzo małym w budowie wirusem DNA o ok. 8 tys. par nukleotydów i białkowym kapsydzie o kształcie dwudziestościanu foremnego. Wirusy HPV powszechnie występują w populacji zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Zmiany, które prowadzą do rozwoju nowotworów, wywoływane są u niewielkiej liczby ok. 4% zakażonych HPV. Choroba postępuje wieloetapowo i na szczęście niezbyt szybko, przez wiele lat nie powoduje żadnych objawów subiektywnych, a przebieg wczesnych etapów karcinogenezy jest niewidoczny badaniem wzrokowym szyjki macicy.

Standaryzowany współczynnik zachorowalności w naszym kraju wynosi 15/100 tys. kobiet na rok. Nowotwór ten rozpoznawany jest najczęściej u kobiet mieszkających w województwach dolnośląskim, pomorskim i mazowieckim. Zachorowalność na nowotwór szyjki macicy i umieralność z jego powodu w Polsce od lat 80. XX w. utrzymuje się na zbliżonym poziomie, jednak po 2000 r. zaobserwowano niewielką tendencję spadkową. Krzywa zachorowalności w Polsce w 2003 r. wzrosła natomiast w grupie najmłodszych kobiet (od 30. do 34. roku życia).

W badaniach, których celem jest wczesne wykrywanie zmian wywołanych przez wirusy brodawczaka ludzkiego liczba metod diagnostycznych nie jest duża, natomiast charakteryzują się one stopniowo wzrastającą specyficznością i czułością.

Diagnostyka podstawowa, skryning, obejmuje:

- wywiad (czynniki ryzyka), badanie ginekologiczne ocena wzrokowa,
- cytologię (55-60%),
- kolposkopię (85-90%),
- diagnostykę infekcji wirusem brodawczaka ludzkiego HPV (test DNA HPV, mRNA - 95-98%),

- histologię (badanie referencyjne = histologiczna ocena wycinka tkanekowego).

W czasie **badania cytologicznego** komórki złuszczone z powierzchni części pochwowej szyjki macicy po utrwaleniu i barwieniu są analizowane pod mikroskopem. Obecnie stosowane są dwa główne typy pobierania materiału cytologicznego. Pierwsza nieco tańsza i „szybsza” to metoda tradycyjna, w której materiał pobierany jest specjalną szczoteczką, następnie przenoszony na szkiełko podstawowe, utrwalany i potem barwiony. Druga z metod to tak zwana płynna cytologia (BLC – *Based Liquid Cytology*), jest ona nieco mniej popularna, ponieważ jest bardziej czasochłonna niż pierwsza, natomiast jest uznawana za metodę o większej czułości.

W ostatnich latach coraz więcej zwolenników zyskuje badanie cytologiczne przy zastosowaniu mikroskopu kontrastowo-fazowego. Pobrany materiał komórkowy z szyjki macicy zawiesza się w kropli 0,9% NaCl i po nakryciu szkiełkiem nakrywkowym poddaje się ocenie przy użyciu mikroskopu, w którym odpowiednio ukształtowana wiązka światła załamuje się i interferuje na elementach ultrastruktury komórek. W mikroskopie kontrastowo-fazowym badanie cytologiczne można wykonać natychmiast po pobraniu materiału, komórki nie ulegają zniekształceniu przez utrwalanie i barwienie, a wynik badania można uzyskać w ciągu minuty, możliwość jednoczesnego przeprowadzenia badania cytologicznego z kolposkopią pozwala zwiększyć dokładność wykrycia infekcji HPV zmian przed- i nowotworowych aż do 95%.

Wynik cytologii może być opisywany w dwóch systemach, według historycznej klasyfikacji Papanicolaou lub systemem opisowym TBS 2001 (*The Bethesda System 2001*), który daje więcej informacji o rozmazie, uwzględniając etapową etiopatogenezę raka szyjki macicy.

Kolposkopia (nazwa pochodzi od słów greckich *kolpos* – pochwa, *skopia* – obraz) jest dokładnym badaniem umożliwiającym oglądanie dolnego odcinka kobiecych narządów rozrodczych – sromu, krocza, pochwy, części pochwowej szyjki macicy wraz z ujściem zewnętrznym kanału szyjki. Zastosowanie odczynników kontrastujących nabłonki strefy transformacji pozwala na zobrazowanie subklinicznych etapów w formie dostępnej dla wzroku, określenie ich lokalizacji, zasięgu i w pewnym zakresie stopniowania ich zaawansowania. Pierwszorzędną zaletą badania kolposkopowego jest to, że pozwala na w pełni racjonalne postępowanie diagnostyczne. Lekarz może ograniczyć się do pobierania celowych wycinków z podejrzanych zmian. Precyzyjna lokalizacja granic zmian daje możliwość wyznaczenia właściwego zakresu leczenia i uniknięcia usuwania nadmiaru prawidłowych tkanek szyjki macicy. Szyjka jest ważną częścią macicy. Usuwanie nadmiernych fragmentów tej szyjki, lub czasami jej bezmyślne

okaleczanie bez ważnego powodu, nie powinno mieć miejsca. Choroby szyjki macicy nie są widoczne gołym okiem, więc jest bardzo istotne, by przed podjęciem jakiegokolwiek zabiegu na szyjce macicy ginekolog wykonał kolposkopię, która eliminuje możliwość błędnego rozpoznania.

Możliwość skojarzenia kolposkopii z badaniem cytologicznym pozwala zwiększyć dokładność wykrycia infekcji HPV zmian przed- i nowotworowych aż do 95% [4].

Test DNA HPV. Bardzo trudny do hodowli w warunkach laboratoryjnych jest HPV, a naturalna odpowiedź immunologiczna na zakażenie HPV ma charakter śladowy. Dlatego też badanie kwasów nukleinowych wirusa (DNA) techniką PCR (najpopularniejsza metoda badania DNA) jest obecnie najczulszą i nieinwazyjną metodą wykrywania istniejącej infekcji HPV. Test wykorzystuje amplifikację fragmentu DNA za pomocą reakcji łańcuchowej polimerazy (PCR), polegającej w uproszczeniu na wielokrotnym powieleniu fragmentów DNA wirusów i następnie hybrydyzacji (połączenie DNA z tzw. primerem, w wyniku czego powstaje tzw. hybryda) kwasów nukleinowych do wykrywania konkretnych genotypów wysokiego ryzyka (HR) HPV DNA: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 i 68 w pobranym materiale biologicznym z szyjki macicy. Czulość testu HPV w badaniu wykrywającym i identyfikującym obecność wszystkich 13 genotypów DNA HPV wysokiego ryzyka i wybranych genotypów niskiego ryzyka 6/11 42, 43, 44 jest bardzo wysoka (czulość kliniczna – 96%, swoistość kliniczna – 96%), czym znacznie przewyższa badanie cytologiczne (55%) i kolposkopię (85%).

Do pobrania wymazu DNA HPV służy jałowa wymazówka oraz odpowiedni formularz zgłaszający badanie.

Test mRNA HPV. Jest to test nowej generacji wykonywany metodą PCR, umożliwiający wykrywanie transkryptów mRNA onkogenów E6 i E7 dla pięciu wysokoonkogennych typów HPV 16, 18, 31, 33, 45.

Transkrypty E6 oraz E7 - znaczenie w onkogenezie

W przewlekłej infekcji wysokoonkogennym wirusem brodawczaka ludzkiego dochodzi do nasilenia ekspresji wirusowych onkogenów E6 i E7. Produkty białkowe wpływają na funkcje białek kontrolujących cykl komórkowy, co w konsekwencji prowadzi do transformacji nowotworowej i unieśmiertelnienia komórki. Potwierdzeniem tego procesu jest obecność transkryptów E6 i E7 w całym nabłonku szyjki macicy. W związku z czym wykrycie E6 i E7 mRNA może służyć identyfikacji istotniejszych klinicznie infekcji HPV [5]. Badanie składa się z pobrania jałową szczoteczką wymazu z ujścia szyjki macicy i wypełnienia odpowiedniej dokumentacji.

Szczepionki przeciwwirusowe

W ostatnim czasie w polskim piśmiennictwie ukazało się dużo publikacji dokładnie opisujących mechanizmy działania, skuteczność i bezpieczeństwo oraz potencjalne korzyści ekonomiczne szczepionek przeciwko genitalnym typom HPV [6].

Szczepionki przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego są podawane profilaktycznie i są najskuteczniejsze (skuteczność bliska 100%) w populacji osób, u których nie stwierdza się zakażenia typami HPV. Dlatego też najlepszą grupą do szczepień są osoby młode, przed inicjacją seksualną. W przypadku ludzi aktywnych seksualnie, którzy nie są zakażeni typami HPV obecnymi w szczepionkach, duża skuteczność szczepień jest nadal zachowana. W przypadku zakażenia typem lub kilkoma typami wirusa HPV jest ona skuteczna przeciwko pozostałym typom HPV [7].

Szczepienia dzieci i młodzieży przed inicjacją seksualną

Szczepionki zarówno dwuwalentne, jak i czterowalentne o nazwach nadanych przez producentów Cervarix (GSK) i Silgard (MSD), podane osobą niezakażonym, wykazują niemal stuprocentową skuteczność w zapobieganiu zmianom związanym z zakażeniami typami HPV w nich obecnymi (4, 11, 15, 16).

Badania pomostowe immunogenności szczepionek wykazały ich zdolność tworzenia wysokich mian przeciwciał przeciw HPV także u dzieci (już od 9. roku życia). Dlatego też obecnie uważa się, że osoby przed inicjacją seksualną stanowią najlepszą grupę do szczepień. Wynika więc stąd, że w programach szczepień przeciw HPV kluczowa jest rola pediatrów i lekarzy rodzinnych, a nie tylko ginekologów.

Szczepienia osób aktywnych seksualnie

W przypadku osób aktywnych seksualnie istnieje możliwość, że osoba szczepiona jest już zakażona pewnym typem HPV obecnym w szczepionce lub innym typem w niej niewystępującym. W takiej sytuacji nie wykazano wpływu szczepionki na szybkość remisji zakażeń ani na częstotliwość jej występowania. Należy podkreślić, że w przypadku szczepienia osoby zakażonej typem/typami obecnymi w szczepionce jest ona chroniona w 100% przeciwko zmianom chorobowym wywołanym przez pozostałe typy HPV obecne w szczepionce. Ponadto, szczepionki wykazują częściową zdolność do krzyżowej ochrony przeciw zmianom chorobowym wywołanym przez inne typy HPV niż te obecne w szczepionce. Dodatkowym „plusem” przemawiającym za szczepieniami populacji aktywnej seksualnie jest to, że jej zdecydowana większość (80–95%) nie jest zakażona genitalnymi typami HPV [8].

Szczepienia populacji kobiet w średnim wieku

Koncepcja szczepienia starszej populacji kobiet, tzn. po 25. roku życia, związana jest z tym, że w tej grupie nadal występuje ryzyko zakażenia HPV, chociaż wydaje się, iż większość zmian na szyjce macicy łączy się z utrzymywaniem lub aktywacją uprzedniego zakażenia. Częstotliwość występowania onkogennych typów HPV różni się w zależności od wieku badanej populacji i wynosi 15–20% dla kobiet w wieku 26–30 lat, 10–20% dla 31–35 lat i ok. 5–10% dla starszych. Ponadto z wiekiem zmniejszają się szanse na samoistne ustąpienie zakażenia genitalnymi typami HPV [9].

Wydaje się jednak, że w tej grupie względne korzyści immunizacji, jako strategii zapobiegania rakowi szyjki macicy, będą nieco mniejsze niż w populacji młodszej, chociaż najnowsze badania nad skutecznością szczepionki czterowalentnej w grupie kobiet w wieku 25–45 lat wskazują na utrzymywanie wysokiej protekcji (ok. 80%) przeciw zmianom wywołanym przez typy HPV obecne w szczepionce [10].

Szczepienia mężczyzn

W ostatnim czasie pojawiły się doniesienia o skuteczności klinicznej szczepionki czterowalentnej u mężczyzn. Badania, które przeprowadzone były na ponad 2700 młodych mężczyzn w wieku od 16. do 23. roku życia wykazały 84,4% skuteczność w zapobieganiu brodawkom płciowym. Szczepionka w 85,6% zapobiegała jednocześnie przewlekłym zakażeniom HPV 6, 11, 16, 18, co może mieć duże znaczenie dla zmniejszenia transmisji tych zakażeń od mężczyzn do kobiet. Szczepionka była bardzo dobrze tolerowana i nie stwierdzono poważnych działań ubocznych [7].

Cel pracy

Celem pracy było zbadanie świadomości zagrożenia wynikającego z zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) wśród pacjentek i pacjentów badających się w Centrum Diagnostyki Ginekologiczno-Położniczej „GMW” w Klinice Leczenia Niepłodności „GMW-Embrio” w Opolu.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w styczniu i lutym 2013 r. Czas na wypełnienie kwestionariuszy był dowolny. Narzędziem wykorzystanym w badaniu był anonimowy kwestionariusz ankiety składający się z 15 pytań. Pytania były zamknięte i zawierały 2–6 odpowiedzi. Kwestionariusz ankiety otwiera metryczka, pierwszymi są pytania odnośnie do samego wirusa

brodawczaka ludzkiego, aby określić stan wiedzy na jego temat, w dalszej części ankiety dotyczą profilaktyki zakażeń wirusem HPV, a zamykają pytania odnoszące się do szczepionek przeciwko wirusowi HPV.

Przed przystąpieniem do badań respondenci zostali poinformowani o celu tych badań i dobrowolnym w nich udziale. Zapewniono o anonimowości zebranych danych. Pacjentom wyjaśniono, w jaki sposób wypełnić kwestionariusz.

Badania ankietowe przeprowadzono wśród 100 osób, 50 kobiet i 50 mężczyzn, w przedziale wiekowym od 18. do 40. roku życia i więcej. Wśród ankietowanych najczęściej było młodych kobiet, bo 20 z nich znajdowało się w przedziale wiekowym 26–30 lat, natomiast najczęściej mężczyzn (30 osób) było w wieku 31–40 lat.

Wśród respondentów większość, bo aż 47 osób, miało wykształcenie wyższe, nieco mniej – 30 osób – wykształcenie średnie, wykształcenie zawodowe zadeklarowało 14 ankietowanych, a tylko 9 to uczniowie/studenci. Wśród ankietowanych nie było osób z wykształceniem podstawowym; 40% ankietowanych pochodziło z średniego miasta, 26% z małego miasta, 33% zamieszkiwało tereny wiejskie, tylko jedna kobieta na 100 osób ankietowanych mieszkała w dużej aglomeracji miejskiej.

Wnioski z przeprowadzonych badań

Wnioski z opracowanych przez nas kwestionariuszy ankiet są następujące:

- Poziom wiedzy kobiet w porównaniu do mężczyzn na temat wirusa brodawczaka ludzkiego jest zadowalający. Niewielu z mężczyzn potrafi celnie rozwinąć skrót HPV, mimo że deklarują, iż ich wiedza na ten temat jest mała, średnia bądź w niektórych przypadkach duża. Panie doskonale wiedzą, że wirus HPV jest przyczyną zachorowań na raka szyjki macicy, najczęściej wywoływanych przez 16 i 18 typ wirusa HPV, panowie natomiast mają nierzadko dylemat czy infekcja HPV powoduje raka szyjki macicy, czy może raka piersi, pytani o konkretne typy wirusa, które wpływają w największym stopniu na zachorowalność na raka, wskazują typ 1 i 2 wirusa HPV.

- Ku naszemu zadowoleniu wynik badania wskazuje, że zarówno kobiety, jak i mężczyźni zdają sobie sprawę z tego, iż do zakażenia wirusem HPV dochodzi drogą kontaktów seksualnych, więc w łatwy sposób można zapobiegać dalszemu przekazywaniu infekcji HPV.

- Samoocena kobiet dotycząca profilaktyki przeciw zakażeniu HPV, naszym zdaniem, jest znacznie zawyżona, ponieważ w kolejnym pytaniu

odnośnie do badań pomocnych w zdiagnozowaniu infekcji HPV tylko 22% respondentek wskazało pełen pakiet możliwości badań pomocnych w zdiagnozowaniu infekcji HPV.

- Najpopularniejszym badaniem profilaktycznym, wskazywanym zarówno przez kobiety, jak i mężczyzn, okazuje się być cytologia.

- Kolejnym zbadanym aspektem jest wiedza dotycząca szczepień ochronnych przeciw HPV. Blisko 80% badanych kobiet słyszało coś na temat szczepienia dwu- lub czterowalentnego, natomiast ok. 80% mężczyzn nigdy wcześniej nie słyszało o szczepieniach przeciwko wirusowi HPV.

- Zarówno kobiety, jak i mężczyźni twierdzą, że szczepionki przeciw wirusowi HPV są zarezerwowane dla „płci pięknej”. Ze stu respondentów, ani jeden nie podejrzewa, że zaszczepić powinni się również mężczyźni.

- Znaczącym wnioskiem może być to, że ponad 80% kobiet i 50% mężczyzn poddałoby się szczepieniu, gdyby w całości zostało ono sfinansowane przez NFZ. Pomimo ciągłych obniżek cen szczepionek, dla wielu osób cena 300 zł za jedną z trzech dawek szczepienia to jednak spory wydatek, w odczuciu wielu nieadekwatny do korzyści z niej wynikających.

Dyskusja

Rak szyjki macicy nadal stanowi w Polsce ogromny problem zdrowotny. Podsumowując, badania własne i badania innych autorów, mimo że oparte na różnych narzędziach, wskazują na wciąż niezadowalającą wiedzę badanych na temat raka szyjki macicy w różnych grupach badanych. Najlepiej zaprojektowane kampanie społeczne i programy edukacyjne, których celem jest zwiększenie wiedzy Polek i Polaków na temat raka szyjki macicy, nie będą skuteczne, jeśli nie będziemy zmieniać świadomości zdrowotnej. Nawet jeśli wprowadzony zostanie skryning raka szyjki macicy, nie osiągniemy dobrych skutków kampanii profilaktycznych, gdy nie zostanie zwiększony poziom wiedzy na temat tej choroby wśród kobiet. Kobiety muszą zrozumieć, jak wielkie znaczenie w profilaktyce nowotworów szyjki macicy mają badania przesiewowe.

Równie ważne, jak profilaktyka i badania przesiewowe kobiet, powinno stać się uświadamianie mężczyzn, że nierzadko to właśnie oni stają się osobami, które są nosicielami infekcji HPV. Kampanie edukacyjne w zakresie zakażeń wirusem HPV powinny być skierowane w równym stopniu do kobiet, jak i mężczyzn, muszą być także dostosowane do ich wiedzy i potrzeb.

Pozytywnym, nowym trendem, który zaobserwowaliśmy w placówce, w której pracujemy i gdzie przeprowadzone były badania ankietowe, jest „sponsoring” pełnych pakietów szczepień, np. ciotka kupuje siostrzenicy w ramach prezentu urodzinowego 3 dawki szczepienia przeciwko wirusowi HPV, a młoda kobieta zgłasza się w dowolnie wybranym przez siebie terminie na szczepienie. Oby takich mądrych i przemyślanych prezentów było więcej.

Bibliografia

[1] Cholewicka D., Kabala A., Dmoch-Gajzlerska E. Stan wiedzy kobiet o profilaktyce raka szyjki macicy. *Położna. Nauka i Praktyka*, 2008, 4: s. 10-14.

[2] Majewski S., Sikorski M. *Szczepienia przeciw HPV. Profilaktyka raka szyjki macicy i innych zmian związanych z zakażeniami HPV*. Lublin: Wydawnictwo Czelej 2006.

[3] Burchel A.N., Winer R.L. Epidemiology and transmission dynamics of genital HPV infection. *Vaccine* 2006, 24: 52-61.

[4] Kotarski J., Kędzia W. Zasady wykorzystania diagnostyki molekularnej identyfikującej DNA. *Ginekologia po Dyplomie* 2007, 3: 49-55.

[5] Schiffman M., Wentzensen N. Skuteczność i tolerancja 4-walentnej szczepionki przeciwko ludzkim wirusom brodawczaka (HPV) – badanie FUTURE II. *Ginekologia i Położnictwo* 2011, 1 (71): 57-71.

[6] Sikorski M. *Zakażenia HPV – współczesne poglądy i praktyka*. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne 2008.

[7] Palefsky J., Giuliano A. Efficacy of the quadrivalent HPV vaccine against HPV 6/11/16/ 18-related genital lesion and anogenital infection in young men. 26 International Conference on Papillomavirus, Montreal 2010.

[8] Hildesheim A., Herrero R., Wacholde S. Effect of human papillomavirus 16/18 L1 virus-like particle vaccine among young women with preexisting infection. *JAMA* 2007, 7: 743-753.

[9] Stanley M., Villa L.L. Monitorig HPV vaccination. *Vaccine* 2008, 26, 24-27.

[10] Munoz N., Manalastas R., Pitutti P. Safety and efficacy of quadrivalent human papillomavirus (types 6/11/16/18) recombinant vaccine in women aged 24-25 years – a randomized, double-blind trial. *Lancet* 2009, 373: 1949-1957.

Adres do korespondencji:

Grzegorz Głąb

Centrum Diagnostyki Ginekologiczno-Położniczej GMW

ul. Obrońców Stalingradu 61

45-594 Opole

tel.: 602 752 569, 600 391 782

e-mail: grzegorz.glab@invitrogmw.pl

Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej i położniczej
w różnych specjalnościach medycyny

T. 2

pod redakcją Marioli Wojtal, Danuty Żurawickiej

ISBN 978-83-935324-5-2

978-83-7511-198-9

BEATA BIELIŃSKA*

„Nic lepszego człowiek nie może zrobić człowiekowi, niż uwolnić go od bólu
i nic gorszego niż mu ból zadać”

Sławomir Mrozek

Rola położnej/pielęgniarki w prowadzeniu terapii przeciwbólowej w okresie pooperacyjnym

W związku z rozwojem nauk medycznych ból po zabiegu operacyjnym postrzegany jest jako bardzo ważny problem medyczny zarówno dla pacjenta, jak i zespołu leczącego. Z bólem spotkał się każdy. Istnieje wiele jego definicji. Według Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu jest to subiektywnie przykre i negatywne wrażenie zmysłowe i emocjonalne, powstające pod wpływem bodźców uszkodzających tkankę lub zagrażających ich uszkodzeniem. Ból jest odczuciem subiektywnym, dlatego jest nim wszystko to, co chory w ten sposób nazywa, bez względu na obiektywne objawy z nim związane. Ból pooperacyjny pojawia się wtedy, gdy przestaje działać śródoperacyjna analgezja, a jego źródłem są uszkodzone tkanki powierzchowne (skóra, tkanka podskórna, błony śluzowe) oraz struktury położone głębiej (mięśnie, powięzie, więzadła, okostna). Największe natężenie bólu pooperacyjnego występuje w 1. i 2. dobie pooperacyjnej, znacznie mniejsze obserwuje się w kolejnych dobach po zabiegu. Najbardziej dokuczliwy jest ból po torakotomii i zabiegach w obrębie nadbrzusza, znacznie mniejszy – po zabiegach w zakresie powłok i kończyn. W istotny sposób na odczuwanie bólu wpływa lokalizacja zabiegu, jego rozległość oraz stopień traumatyzacji tkanek. Prawidłowo prowadzone postępowanie przeciwbólowe w okresie pooperacyjnym oraz procesy naturalnego zdrowienia sprawiają, że ostry ból zwykle zanika po

* Dział Anestezjologii Samodzielnego Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Opolu.

upływie kilku lub kilkunastu dni. Należy jednak podkreślić, że w razie niepodejmowania terapii przeciwbólowej bądź jej nieskuteczności, utrzymujący się ból pooperacyjny powoduje narastanie zmian patofizjologicznych w ośrodkowym układzie nerwowym (plastyczność) i ostra postać bólu może się przekształcić w przewlekły zespół bólowy (tzw. **przetrwwały ból pooperacyjny**) [1]. Ból pooperacyjny wywołany przez chirurgiczne uszkodzenie tkanek jest najczęstszym rodzajem bólu ostrego, spotykane w praktyce lekarskiej i pielęgniarstwa, a podstawowym celem jego leczenia jest stworzenie choremu subiektywnego komfortu, ułatwienie procesu zdrowienia oraz zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań, co w znaczący sposób wpływa na obniżenie kosztów leczenia i hospitalizacji [2-3].

Leczenie bólu pooperacyjnego jest zadaniem interdyscyplinarnym, wymaga dobrej współpracy całego personelu medycznego, zarówno chirurgów, anesteziologów, jak i położnych/pielęgniarek opiekujących się chorymi po zabiegach operacyjnych. Istotnym zagadnieniem w terapii bólu jest poziom wiedzy i stosunek do tego zarówno personelu medycznego, jak i pacjentów [4]. Bólowi pooperacyjnemu poświęca się wiele uwagi, ponieważ jest integralną częścią każdego zabiegu operacyjnego, jest następstwem działań leczniczych i ma charakter przejściowy. Przy wykorzystaniu aktualnego stanu wiedzy, dostępnych leków oraz metod leczenia bólu możliwe jest skuteczne zwalczanie bólu pooperacyjnego.

Kluczową rolę w zwalczaniu bólu odgrywa położna/pielęgniarka, gdyż to ona spędza najwięcej czasu przy łóżku chorego i ma możliwość wnikliwej jego obserwacji. Jej rola polega na identyfikowaniu chorego cierpiącego z powodu bólu, systematycznej ocenie stopnia nasilenia bólu za pomocą dostępnych skal, jak również podejmowaniu działań, których celem jest zniesienie dolegliwości bólowych bądź doprowadzenie ich do poziomu akceptowalnego przez pacjenta. Do zadań położnej/pielęgniarki należy również prowadzenie dokumentacji oraz szeroko pojęta edukacja chorego i jego rodziny.

W świetle obecnych badań wiemy, że boleć wcale nie musi, należy tylko odpowiednio zaplanować i wdrożyć postępowanie przeciwbólowe. Każdy pacjent poddawany planowej operacji powinien być poinformowany o metodach zwalczania tego rodzaju bólu, ponieważ jednym ze sposobów zwalczania bólu pooperacyjnego jest większa edukacja pacjenta oraz jego świadomość doświadczeń operacyjnych [5-6]. Pacjent powinien wiedzieć, że po zabiegu może występować ból, jednak istnieją skuteczne metody jego łagodzenia, że ból będzie systematycznie kontrolowany i w każdej chwili można zwrócić się o pomoc. Pacjent powinien również mieć świadomość, że po zastosowanym w trakcie zabiegu znieczuleniu mogą poja-

wić się objawy niepożądane, takie jak nudności czy wymioty. Położna/pielęgniarka opiekująca się chorym po operacji, narażonym na doznania bólowe, powinna rozpoznawać niewerbalne objawy bólu (przyspieszenie i spłylenie oddechu, przyspieszenie tętna, nadmierna potliwość, niewielki wzrost ciśnienia tętniczego, grymasy na twarzy, płacz, lamentowanie, jęczenie, wzdychanie, niekiedy przeklinanie), które może demonstrować chory, oraz szybko reagować na sygnalizowane dolegliwości w celu zapobiegania niekorzystnym skutkom tego bólu [7–6].

Do zadań położnej/pielęgniarki należy regularna ocena nasilenia dolegliwości bólowych i odnotowywanie ich w specjalnych kartach obserwacji [8–9]. Ważnym elementem zapewnienia odpowiedniej opieki pooperacyjnej jest obserwacja pacjenta w zakresie wystąpienia ewentualnych powikłań (depresja oddechowa, nudności, wymioty, świąd skóry, niedrożność porażenna jelit) związanych z podawaniem analgetyków, dlatego też położna/pielęgniarka opiekująca się pacjentem, u którego prowadzone jest leczenie przeciwbólowe, powinna obok stopnia nasilenia bólu, prowadzić także obserwację hemodynamiki (ciśnienie tętnicze, tętno), wentylacji (częstość oddechów, saturacja) i perystaltyki jelit. W przypadku zastosowania analgezji przewodowej wskazana jest także obserwacja miejsca wprowadzenia cewnika do kanału kręgowego, a co za tym idzie prawidłowe zabezpieczenie go opatrunkiem mocującym, chroniącym przed przypadkowym przemieszczeniem się lub niezamierzonym wysunięciem [7].

Równolegle z oceną podstawowych parametrów życiowych dokonywanych przez położną/pielęgniarkę konieczna jest obserwacja rany pooperacyjnej w kierunku ewentualnego krwawienia bądź też rozejścia się brzegów rany. Istotne znaczenie ma również kontrola drożności wyprowadzonych z rany operacyjnej drenów oraz kontrola ilości i jakości wydzieliny.

Położna/pielęgniarka we współpracy z lekarzem podaje leki przeciwbólowe, dostosowując ich dawkę do wieku pacjenta, jego wagi, zastosowanego znieczulenia czy rodzaju zabiegu chirurgicznego. Leki przeciwbólowe powinny być podawane regularnie z wyprzedzeniem, aby pacjent nie odczuwał bólu. Podstawowym celem „analgezji z wyprzedzeniem” jest poprawa jakości pooperacyjnej analgezji, która prowadzi do wcześniejszego uruchomienia chorego, prewencji powikłań płucnych i krążeniowych, jak również skrócenia pobytu w szpitalu. Zastosowanie techniki „analgezji z wyprzedzeniem” zwiększa możliwość skutecznego uśmierzenia bólu pooperacyjnego w myśl zasady, że lepiej zapobiegać niż leczyć. W związku z udziałem położnych/pielęgniarek w zwalczaniu bólu pooperacyjnego powinny one mieć wiedzę w zakresie znajomości mechanizmów powstawania bólu, znajomości metod oceny nasilenia i łagodzenia

bólu, a także określone umiejętności m.in. w zakresie edukacji pacjentów i ich rodzin [9, 6].

W Polsce przygotowanie do opieki nad pacjentem z ostrymi dolegliwościami bólowymi w pełnym zakresie posiadają położne/pielęgniarki, które odbyły kurs kwalifikacyjny lub specjalizację z zakresu „pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki” lub kurs specjalistyczny „terapia bólu ostrego u dorosłych” – dla położnych i pielęgniarek. Prowadzenie terapii przeciwbólowej odbywa się głównie w porozumieniu z anestezjologiem, ewentualnie lekarzem prowadzącym, np. chirurgiem, zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich. W niektórych sytuacjach położna/pielęgniarka może podać doraźnie lek przeciwbólowy bez zlecenia lekarskiego. Kwalifikacje i kompetencje położnych/pielęgniarek reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę lub położną samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego. Niezwykle istotną rolę w postępowaniu przeciwbólowym w okresie pooperacyjnym odgrywa również przedoperacyjna edukacja pacjentów, która zwiększa wiedzę na temat bólu i nastawia pozytywnie do działań podejmowanych przez personel. Edukacja powinna dotyczyć:

- metod pomiaru bólu – poprzez omówienie z chorym narzędzi, przy pomocy których będzie on mierzony i sposobu posługiwania się tymi narzędziami oraz ustalenie poziomu natężenia bólu, przy którym będzie wdrażane postępowanie przeciwbólowe;
- przekazaniu pacjentowi informacji dotyczących metod postępowania przeciwbólowego, które mogą być u niego zastosowane;
- omówieniu z pacjentem planu postępowania przeciwbólowego;
- wyjaśnieniu pacjentowi znaczenia przekazywania przez niego prawdziwych informacji o jego odczuciach bólowych (unikanie stoicyzmu i zamykania wartości poziomu bólu);
- wyjaśnieniu znaczenia leczenia bólu pooperacyjnego dla całości procesu terapeutycznego.

Edukacja powinna być prowadzona przez anestezjologa przygotowującego pacjenta do znieczulenia oraz położną/pielęgniarkę w okresie przedoperacyjnym, przy pomocy materiałów edukacyjnych z wykorzystaniem broszur, filmów, plakatów. Z badań wynika, że pisemna informacja przekazywana pacjentom podczas wizyty anestezjologa jest skuteczniejsza niż informacje podawane ustnie podczas zbierania wywiadu. Aby skutecznie zwalczać ból pooperacyjny, konieczna jest regularna jego ocena, w której znaczącą rolę odgrywają położne/pielęgniarki. Nasilenie bólu pooperacyjnego powinno być oceniane wiele razy w ciągu dnia, za-

równy w spoczynku, jak i w warunkach dynamicznych (ruch, kaszel) i powinno być odnotowywane w sposób jasny i zwięzły służący jako wskazówka w przypadku konieczności podjęcia interwencji [10].

Poniżej omówiono najczęściej stosowane skale służące ocenie nasilenia bólu pooperacyjnego [6, 9].

Skala wzrokowo-analogowa (VAS) – to graficzna skala opisowa. Chory określa stopień natężenia bólu na linijce o długości 10 cm, gdzie 0 oznacza brak bólu, a 10 cm najsilniejszy ból, jaki może sobie wyobrazić. W karcie obserwacji chorego położna/pielęgniarka odnotowuje długość odcinka, jaki wskazał chory, opisując go, np. jako VAS 3 (pokazany punkt znajduje się na 3 cm od początku odcinka). Wartości VAS w zakresie 0–3 wskazują na prawidłowo prowadzone leczenie, powyżej 7 zaś oznaczają bardzo silne bóle, nie do wytrzymania, i konieczność natychmiastowej interwencji [9, 6].

Skala słowna (VRS) – to skala oceniająca ból w sposób opisowy, np. czterestopniowa: brak bólu, ból słaby, umiarkowany, silny, lub pięciostopniowa (Likerta): brak bólu, ból słaby, umiarkowany, silny, nie do zniesienia. Skala ta jest często stosowana i zalecana przez wielu autorów, jednak jej wadą mogą być trudności w interpretowaniu określeń bólu oraz fakt, że chorzy rzadko wybierają skrajne wartości skali [9, 6].

Skala numeryczna (NRS) – ocena bólu w skali liczbowej od 0 do 10. W tej skali 0 oznacza brak bólu, a 10 ból o największym nasileniu, jaki chory może sobie wyobrazić [6].

Oprócz skal oceniających natężenie bólu, istnieje wiele kwestionariuszy pozwalających opisać jego charakter. Część z nich (np. Melzacka) jest bardzo szczegółowa, możliwa do zastosowania tylko w warunkach szpitalnych, inne w wersji uproszczonej mogą być wykorzystane przez chorych w domu. Aby pomiar stopnia natężenia bólu był rzetelny, należy posilkować się więcej niż jednym narzędziem, mając na uwadze to, że stan emocjonalny chorego oraz wiele czynników zewnętrznych wpływają na wynik pomiaru. W podobny sposób, przy użyciu wszystkich wymienionych skal, można oceniać rezultaty stosowanego leczenia. Zamiast wartości opisujących nasilenie bólu, umieszcza się określenia oceniające wielkość zmiany jego nasilenia, np. brak ulgi, ulga niewielka, znaczna, całkowita ulga w bólu. Po rozpoczęciu leczenia ocenę natężenia bólu należy przeprowadzać regularnie. W zależności od efektów terapii wskazane jest umożliwienie stałego kontaktu chorego z lekarzem leczącym.

W naszym kraju w ciągu ostatnich dziesięciu lat dokonał się znaczny postęp w rozumieniu bólu i organizacji leczenia przeciwbólowego. W wielu szpitalach powstały zespoły leczenia bólu pooperacyjnego, w skład których wchodzi anesteziolodzy, specjalnie przeszkolone położne/pielęgniarki i farmaceuci. Polskie Towarzystwo Badania Bólu oraz

Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Towarzystwo Chirurgów Polskich, Polskie Towarzystwo Ginekologiczne oraz Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne zainicjowały Program „Szpital bez bólu”, który polega na nadawaniu certyfikatu „Szpital bez bólu” placówkom, które spełniają określone kryteria i przez to przyczyniają się do podniesienia jakości uśmierzania bólu pooperacyjnego w polskich szpitalach.

Bibliografia

- [1] Wordliczek J., Dobrogowski J. Uśmierzanie bólu pooperacyjnego. *Medycyna Praktyczna. Chirurgia* 2011, 1.
- [2] Wordliczek J., Dobrogowski J., Krzyżanowska-Kula T. i wsp. Metody stosowane w uśmierzaniu bólu pooperacyjnego. *Przegląd Lekarski* 2000, 57: 221–230.
- [3] Gaca M., Kokot N. Leczenie bólu pooperacyjnego. *Problemy Lekarskie* 1996, 35: 141–151.
- [4] *Anestezjologia i Ratownictwo* 2012, 6: 332–338.
- [5] Dobrogowski J., Wordliczek J., Przeklasa-Muszyńska A. Farmakoterapia bólu pooperacyjnego. *Przegląd Lekarski* 2000, 57: 215–220.
- [6] Dobrogowski J., Mayzner-Zawadzka E., Drobnik L. i wsp. Uśmierzanie bólu pooperacyjnego – zalecenia 2008. *Ból* 2008, 9: 9–22.
- [7] Kapała W. *Pielęgniarstwo w chirurgii*. Lublin: Wydawnictwo Czelej 2006: 4.
- [8] Bowden J. Postoperative pain relief. *Pain Relief in Current Obstetrics and Gynecology* 1996, 6: 74–79.
- [9] Idvall E. Nursing documentation of postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing* 2002, 1: 734–742.
- [10] MacLean K. Postoperative pain: strategy for improving patient experiences. *Journal of Advanced Nursing* 2004, 46: 179–185.

Adres do korespondencji:

Beata Bielińska

Samodzielny Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej

nad Matką i Dzieckiem

ul. Reymonta 8

45-066 Opole

tel.: 600 972 265

e-mail: bielinskab@interia.pl

Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej i położniczej
w różnych specjalnościach medycyny

T. 2

pod redakcją Marioli Wojtal, Danuty Żurawickiej

ISBN 978-83-935324-5-2

978-83-7511-198-9

HELENA BARCHAŃSKA*

Wyzwania w pielęgniarstwie wobec nowoczesnych metod diagnostyczno-leczniczych w onkologii – biopsja węzła wartowniczego

Obecnie rola pielęgniarki nie ogranicza się jedynie do działań opiekuńczych, ale prowadzi ona także działania terapeutyczne, profilaktyczne, edukacyjne i promujące zdrowie. Dobrze wykształcona pielęgniarka jest nie tylko praktykiem, ale również teoretykiem i badaczem w swoim zawodzie. Wiek XXI to nowe technologie, postęp w medycynie i zmieniające się potrzeby zdrowotne w społeczeństwie, które stawiają przed pielęgniarkami wiele nowych wyzwań. Pielęgniarka pracująca w zespole terapeutycznym powinna znać zasady prowadzenia nowoczesnych metod diagnostyczno-leczniczych, aby mogła pełnić rolę edukacyjną i potrafiła dobrze przygotować psychicznie i fizycznie pacjenta do proponowanych przez lekarza zabiegów. Dobra znajomość zasad i technik stosowanych podczas wykonywania zaawansowanych technologicznie zabiegów pozwoli uniknąć stereotypowego myślenia i błędów w postępowaniu pielęgniarskim wobec pacjenta. Celem tej pracy jest przedstawienie, na podstawie własnych doświadczeń, nowoczesnej metody diagnostyczno-leczniczej, jaką jest biopsja węzła wartowniczego.

Biopsja węzła wartowniczego jest zabiegiem stosowanym w onkologii od lat 90. ubiegłego stulecia. W Polsce pierwszą pracę na temat znakowania węzła wartowniczego w czerniaku opublikowano w „Polski Przeglądzie Chirurgicznym” w 1996 r. W Opolskim Centrum Onkologii biopsja węzła wartowniczego w czerniaku jest wykonywana od 2005 r.; w raku piersi od 2009 r. W roku 2013 wykonano 63 procedury wycięcia węzła wartowniczego [1]. Jest to procedura składającą się z wielu etapów. W celu

* Oddział Radioterapii Opolskiego Centrum Onkologii w Opolu.

dokładnego wyjaśnienia idei węzła wartowniczego należy przypomnieć podstawowe wiadomości na temat budowy i funkcjonowania układu chłonnego oraz wyjaśnić, co przyczyniło się do poszukiwań metody oznaczania węzła wartowniczego.

Układ chłonny jest to układ otwarty – drobne naczynia limfatyczne otwierają się bezpośrednio do przestrzeni międzykomórkowej. Limfa (chłonka) to rodzaj tkanki łącznej płynnej. Jest przesączem krwi, składa się z osocza i białych krwinek. Dociera tam, gdzie nie sięgają naczynia włoskowate – do każdej komórki ciała. Układ naczyń chłonnych oraz będące w ścisłym związku węzły chłonne tworzą układ chłonny. Powstająca w przestrzeniach międzykomórkowych chłonka odprowadza z tkanek produkty metabolizmu oraz rozprawdza komórki układu immunologicznego. Charakteryzuje się on dużą zmiennością przebiegu naczyń. Określenie liczby węzłów chłonnych jest możliwe tylko w przybliżeniu. Regionalne węzły chłonne to pierwsza grupa węzłów na przebiegu naczyń chłonnych odprowadzających chłonkę z określonego fragmentu ciała [2].

Elektywne limfadenektomie do niedawna stanowiły rutynowe postępowanie w leczeniu nowotworów szerzących się drogą chłonną. Wycięcie całkowite regionalnych węzłów chłonnych dawało lepszą kontrolę nad miejscowym zaawansowaniem choroby. Badanie histopatologiczne i immunohistochemiczne usuniętych tkanek pozwoliło na zaplanowanie dalszego leczenia. Jednak u części chorych nie stwierdzano przerzutów w usuniętych węzłach chłonnych. U osób z małym stopniem zaawansowania choroby przerzuty występują zaledwie u 10% operowanych, zatem 90% pacjentów miało niepotrzebnie wykonaną doszczętną limfadenektomię. W związku z tym rozpoczęto poszukiwania techniki diagnostycznej umożliwiającej precyzyjną kwalifikację pacjentów do całkowitego wycięcia regionalnych węzłów chłonnych [3].

Roman Cabanas południowoamerykański chirurg w 1977 r. opublikował koncepcję węzła wartowniczego. Zauważył on bowiem, że przerzuty raka pierwotnego prącia w pierwszej kolejności pojawiały się w węzłach chłonnych pachwiny, a pierwszy węzeł zdawał się być zawsze w tym samym miejscu. Opierając się na teorii rozprzestrzeniania się przerzutów nowotworowych drogą chłonną, określił ten pierwszy węzeł jako węzeł wartowniczy [4]. Ówczesny świat medyczny nie przyjął rewelacyjnej koncepcji Cabanasa z właściwą uwagą. Dopiero w 1989 r. Donald L. Morton z John Wayne Cancer Institute opisał identyfikację spływu chłonki za pomocą koloidowego złota u pacjentów z czerniakiem skóry o różnej lokalizacji. Opisał również techniki oznaczania, śródoperacyjnej identyfikacji i pobrania chirurgicznego węzła wartowniczego. Publikacja ta stała się krokiem milowym we wdrożeniu techniki biopsji węzła wartowniczego.

Mimo dynamicznego rozwoju idei biopsji węzła wartowniczego wciąż obowiązuje definicja stworzona przez Cabanasa i brzmi ona następująco: „Węzeł wartowniczy jest to pierwszy węzeł chłonny na drodze spływu chłonki obszaru pierwotnego guza nowotworowego do regionalnych węzłów chłonnych i w związku ze swoim położeniem jest pierwszym miejscem gromadzenia się przerzutów nowotworowych. Jeżeli w węźle wartowniczym nie stwierdza się przerzutów, to w pozostałych węzłach chłonnych również nie powinny one występować. Jeżeli w węźle wartowniczym przerzuty są obecne, to mogą one być również w pozostałych węzłach chłonnych regionalnego spływu chłonki” [5].

Przerzuty drogą chłonną są najważniejszym mechanizmem szerzenia się nowotworów. Biopsję węzła wartowniczego w celu określenia zaawansowania choroby i prowadzenia kontrolowanych badań klinicznych stosuje się w nowotworach głowy i szyi, raku żołądka, raku odbytnicy i odbytu, w nowotworach narządów układu moczowo-płciowego. Największe zastosowanie oznaczania węzła wartowniczego dla dalszego postępowania diagnostyczno-leczniczego znalazło w czerniaku skóry i raku piersi [6]. Biopsja węzła wartowniczego pozwala na wczesne wykrycie mikroprzerzutów do regionalnych węzłów chłonnych. Stanowi ona ważny element postępowania diagnostycznego i kwalifikacyjnego do limfadenektomii regionalnej i rokuje poprawę odległych wyników leczenia. Postępy w chirurgii onkologicznej skłaniają do bardziej oszczędnych operacji, aby – o ile to możliwe – unikać rozległego wycięcia węzłów chłonnych, co jest czynnikiem obciążającym pacjenta, mogącym prowadzić do powikłań [7].

Wskazaniami do wykonania biopsji węzła wartowniczego w czerniaku skóry są zmiany pierwotne o grubości według skali Breslow $\geq 1,00$ mm oraz każda grubość, jeśli występuje mikroowrzodzenie skóry. Brak jest klinicznych objawów przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych oraz przerzutów odległych do innych narządów. Według najnowszych zaleceń nie określa się maksymalnej grubości czerniaka, powyżej której nie wykonuje się biopsji węzła wartowniczego. Obecnie biopsja węzła wartowniczego u chorych na czerniaka skóry bez klinicznie powiększonych węzłów chłonnym jest postępowaniem standardowym [8].

Kwalifikacja do biopsji węzła wartowniczego w raku piersi obejmuje następujące kryteria, w mammografii największy wymiar guza nieprzekraczający 3 cm. W badaniu klinicznym, w mammografii i w USG nie stwierdza się powiększonych węzłów chłonnych dołu pachowego. Biopsja węzła wartowniczego umożliwia wyłonienie grupy pacjentek, u których nie ma potrzeby wycięcia wszystkich węzłów chłonnych dołu pachowego i co za tym idzie uniknięcia wielu niepożądanych skutków i komplikacji tego zabiegu [9].

W celu identyfikacji węzła wartowniczego konieczne jest jego oznakowanie. Istnieją dwie metody oznaczania węzła wartowniczego, należą do nich metoda barwnikowa oraz metoda izotopowego oznaczania. W metodzie barwnikowej do wybarwiania dróg chłonnych używa się barwników niebieskich i są to najczęściej pochodne aniliny, takie jak roztwór błękitu metylowego lub patenblau-V. Metoda izotopowego oznaczania węzłów wartowniczych polega na wykrywaniu podwyższonego poziomu promieniowania gamma w węzłach chłonnych. W tym celu podaje się pacjentowi radioznacznik, najczęściej jest to izotop technetu Tc^{99m} . W celu przemieszczenia izotopu do naczyń chłonnych i dalej do węzłów, należy go połączyć z nośnikiem, który to umożliwi. Do najczęściej stosowanych nośników zaliczamy albuminy ludzkie. Ta część procedury nasuwa wiele pytań dotyczących bezpieczeństwa pacjentów i personelu. Izotop technetu Tc^{99m} z uwagi na korzystne parametry fizyczne (czas półtrwania 6 godz., emisja tylko promieniowania gamma o energii 140 keV) powoduje niskie napromienienie pacjenta i jest bezpieczna dla personelu operującego i opiekującego się chorym [10]. Radiofarmaceutyk jest podawany przez personel zakładu medycyny nuklearnej i właśnie osoba podająca radiofarmaceutyk jest najbardziej narażona na promieniowanie jonizujące. Należy jednak podkreślić, że są to dawki bardzo małe i są one 6000–10 000 razy mniejsze od rocznego limitu dawek dla skóry. Natomiast ekspozycja personelu sali operacyjnej jest tak minimalna, że nie wymaga monitorowania, można ją jeszcze bardziej zminimalizować poprzez wykonanie zabiegu po upływie 24 godzin, wówczas aktywność izotopu jest 16-krotnie niższa. Obliczenia wykazują, że biopsję można wykonać u kobiety ciężarnej nie narażając płodu na wystąpienie efektu deterministycznego [11–12]. Pacjenta natomiast należy poinformować, żeby w dniu wykonania limfoscintygrafii wypił ok. 2 litrów płynów, gdyż izotop wydalany jest z moczem i wówczas szybciej zostanie usunięty z organizmu.

Technika wykonania biopsji węzła wartowniczego w przypadku czerniaka skóry i raka piersi wygląda tak samo i obejmuje trzy etapy:

Przedoperacyjna limfoscintygrafia

Przedoperacyjną limfoscintyografię wykonuje się w zakładzie medycyny nuklearnej na dobę przed planowanym zabiegiem operacyjnym. Śródskórnym podany jest radioznacznik w pobliżu blizny po biopsji wycinającej w przypadku czerniaka i w okolicę guza w przypadku raka piersi. Izotop podawany jest w odległości ok. 1 cm wokół blizny lub guza z czterech oddzielnych wkłuć. Następnie wykonuje się scyntyografię regionalnego spływu chłonnego, która polega na obrazowaniu za pomocą gammakamery rozmieszczenia cząstek radioaktywnych, które drogami chłonnymi, ra-

zem z limfą, doprowadzane są do stojących na ich drodze węzłów chłonnych, a następnie na skórze pacjenta zaznacza się miejsce największego wychwytu radioznacznika.

Śródoperacyjne wybarwienie przy użyciu niebieskiego barwnika

Następnego dnia chirurg operujący podaje w okolicę blizny po biopsji wycinającej lub w okolicę guza barwnik w miejsca wcześniejszego podania radioznacznika. Śródskórnianie podaje się 1 ml błękitu metylenowego przy pomocy strzykawki insulinówki z igłą 0,36 x 13, wykorzystując 3-4 oddzielne wkłucia.



Ź r ó d ł o: Zbiory własne autora, uzyskano zgodę pacjenta na wykonanie i publikowanie zdjęcia.

Fotografia 1. Przedoperacyjne podanie barwnika

Śródoperacyjna identyfikacja przy użyciu ręcznego detektora promieni gamma

Po przygotowaniu pola operacyjnego ponownie ręcznym detektorem promieni gamma bada się okolice regionalnego spływu chłonnego, ocenia się spływ i grupę węzłów chłonnych uwidocznione w przedoperacyjnej limfoscyntygrafii. Zaznacza się na skórze miejsca największego wychwytu, są to miejsca, gdzie najprawdopodobniej położone są węzły wartownicze. Pobranie węzła wartowniczego odbywa się w znieczuleniu ogólnym. Cięcie skórne przechodzi nad miejscem największego wychwytu radioznacznika i ma ono długość od 2 do 5 cm. Tkanki preparuje się na ostro, bardzo delikatnie, nie używając koagulacji. Przecięte naczynia krwionośne i chłonne należy podwiązywać w celu uniknięcia powstawania krwiałków i chłonotoku.

Kierunek preparowania wyznaczają uwidaczniające się w polu operacyjnym wybarwione drogi chłonne i wskazania ręcznego detektora promieni gamma. Węzeł wartowniczy identyfikuje się po zabarwieniu i wskazaniu detektora, które jest przynajmniej trzykrotnie przewyższające tło, czyli wskazania z tkanek otaczających.



Źródło: Zbiory własne autora.

Fotografia 2. Wybarwiony węzeł chłonny

Po zidentyfikowaniu węzła chłonnego wartowniczego podwiązuje się naczynia i usuwa. Poza polem operacyjnym wykonuje się ponownie pomiar radioaktywności. Węzeł wartowniczy przekazywany jest do badania histopatologicznego.

Ocena węzła wartowniczego w badaniu histopatologicznym jest niezwykle czułą i specyficzną metodą określenia stopnia zaawansowania procesu nowotworowego. Każdy węzeł wartowniczy oceniany metodami rutynowymi jest utrwalany w 10% formalinie, a następnie zatopiony w bloku parafinowym, co umożliwia krojenie w kilkumikrometrowe skrawki. Płaszczyzna krojenia powinna być prostopadła do jego długiej osi, co umożliwia wgląd w utkanie zatok brzeżnych węzła, czyli struktur, gdzie mogą „utknąć” komórki przerzutowe [13]. Badanie histopatologiczne węzła wartowniczego powinno więc zawierać ocenę wielu przekrojów węzła, preparaty powinny być barwione w sposób standardowy i powinny być poddane badaniom immunohistochemicznym, histopatolog oceniający preparaty musi mieć duże doświadczenie [14].

Podczas skomplikowanego procesu diagnostyczno-leczniczego, jakim jest biopsja węzła wartowniczego, rola pielęgniarki jest bardzo złożona. Do jej zadań należy przygotowanie psychiczne pacjenta, które ma na celu uspokojenie i zmniejszenie lęku. Dokładne wyjaśnienie, na czym zabieg będzie polegał należy do lekarza, jednak lęk i poczucie niepewności często powodują, że pacjent zwraca się do pielęgniarki z pytaniami, których z różnych powodów nie zadał lekarzowi. Opisanie kolejnych etapów

zabiegu oraz przybliżenie sposobu znieczulenia wpływa na zmniejszenie stresu. Rzetelne informowanie i prowadzenie działań edukacyjnych podnosi świadomość pacjenta, wpływając jednocześnie na współpracę pacjenta z zespołem terapeutycznym. Pozytywne nastawienie pacjenta znacząco oddziałuje na przebieg procesu diagnostyczno-leczniczego oraz na szybką rekonwalescencję.

Bibliografia

- [1] Dane własne – uzyskano zgodę Dyrektora Opolskiego Centrum Onkologii na wykorzystanie danych statystycznych ośrodka.
- [2] Bień S. *Tworzenie się przerzutów do węzłów chłonnych*. W: Jeziorski A., Piekarski J. red. *Węzeł chłonny wartowniczy w chorobach nowotworowych*. Warszawa: Fundacja Polski Przegląd Chirurgiczny 2010: 8-11.
- [3] Drucis K., Jeziorski A. *Historia badań nad koncepcją węzła wartowniczego*. W: Jeziorski A., Piekarski J. red. *Węzeł chłonny wartowniczy w chorobach nowotworowych*. Warszawa: Fundacja Polski Przegląd Chirurgiczny 2010: 20-22.
- [4] Bień S. *Historia badań nad układem chłonnym*. W: Jeziorski A., Piekarski J. red. *Węzeł chłonny wartowniczy w chorobach nowotworowych*. Warszawa: Fundacja Polski Przegląd Chirurgiczny 2010: 5-7.
- [5] Cabanas R.M. An approach for the treatment of penile carcinoma. *Cancer* 1977, 39: 456-466.
- [6] Nowecki Z., Piekarski J. *Węzeł wartowniczy w standardach postępowania onkologicznego*. W: Jeziorski A., Piekarski J. red. *Węzeł chłonny wartowniczy w chorobach nowotworowych*. Warszawa: Fundacja Polski Przegląd Chirurgiczny 2010: 35-40.
- [7] Zaorska-Rajca J., Chrapko B., Cholewiński W. Limfoscintygrafia w onkologii – znaczenie w diagnostyce przedoperacyjnej. *Wiadomości Lekarskie* 2005, 9/10: 560.
- [8] Murawa P. Czerniak skóry – zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych. *Onkologia w Praktyce Klinicznej* 2009, 5: 357-378.
- [9] Piekarski J., Pluta P., Jastrzębski T., Murawa P. *Ocena węzła wartowniczego w raku piersi*. W: Jeziorski A., Piekarski J. red. *Węzeł chłonny wartowniczy w chorobach nowotworowych*. Warszawa: Fundacja Polski Przegląd Chirurgiczny 2010: 45-50.
- [10] Zaorska-Rajca J., Chrapko B., Cholewiński W. Limfoscintygrafia w onkologii – znaczenie w diagnostyce przedoperacyjnej. *Wiadomości Lekarskie* 2005, 9/10: 562.
- [11] Jastrzębski T., Piekarski J. *Znaczniki*. W: Jeziorski A., Piekarski J. red. *Węzeł chłonny wartowniczy w chorobach nowotworowych*. Warszawa: Fundacja Polski Przegląd Chirurgiczny 2010: 28-32.
- [12] Jastrzębski T., Piekarski J. *Węzeł chłonny w chorobach nowotworowych – znaczniki*. W: Jeziorski A., Piekarski J. red. *Węzeł chłonny wartowniczy w chorobach nowotworowych*. Warszawa: Fundacja Polski Przegląd Chirurgiczny 2010: 33-35.
- [13] Biernat W. *Diagnostyka histopatologiczna węzła wartowniczego*. W: Jeziorski A., Piekarski J. red. *Węzeł chłonny wartowniczy w chorobach nowotworowych*. Warszawa: Fundacja Polski Przegląd Chirurgiczny 2010: 23-25.
- [14] Chakere A.H. i wsp. EANM-EORTC general recommendations of sentinel node diagnostic in melanoma. *European Journal of Nuclear Medicine and Molecular* 2009, 36: 1713-1742.

Adres do korespondencji:

Helena Barchańska

Oddział Radioterapii Opolskiego Centrum Onkologii w Opolu

ul. Katowicka 66 A

45-060 Opole

tel.: 697 052 967

e-mail: helenb@op.pl

ELŻBIETA SIDOROWICZ*, LUCYNA SOCHOCKA**

Bank mleka kobiecego – elementem zdrowego żywienia noworodków i dzieci przedwcześnie urodzonych

Wprowadzenie

Bank Mleka to profesjonalne laboratorium zajmujące się pozyskiwaniem mleka kobiecego, jego przetwarzaniem i przechowywaniem oraz badaniem i dostarczaniem potrzebującemu dziecku, które nie może być karmione pokarmem własnej matki [1–3].

Pierwszy bank mleka kobiecego w Europie powstał w 1909 r. w Wiedniu. Kolejne placówki tego typu zakładano również na kontynencie amerykańskim w większych miastach Stanów Zjednoczonych Ameryki [3]. Działalność instytucji zajmujących się bankowaniem mleka kobiecego rozwijała się na całym świecie wraz z rozwojem medycyny i przeżywalnością przedwcześnie urodzonych i chorych dzieci. W latach 80. XX w. nastąpił jednak spadek zainteresowania dzieleniem się pokarmem ludzkim, a wiązało się to z odkryciem wirusa HIV i ryzykiem przenoszenia tej choroby przez mleko kobiece [1]. Koniec XX w. to rozwój techniki, w tym także możliwości przetwarzania mleka kobiecego, oraz wzrost standardów epidemiologicznych pozwalających na eliminację ryzyka zakażenia dziecka poprzez odpowiednie pasteryzowanie pokarmu kobiecego [3]. W latach 90. ubiegłego stulecia powstało Zrzeszenie Banków Mleka Ameryki Północnej (podobna instytucja istniała również w Wielkiej Brytanii), opracowujące wytyczne dotyczące działalności banków mleka. W roku 2009 w Wiedniu obchodzono stulecie powstania pierwszego banku mleka kobiecego pod patronatem EMBA – Europejskiego Stowarzyszenia Banków Mleka.

* Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu.

EMBA jest organizacją zajmującą się promowaniem bankowania pokarmu kobiecego w Europie, wspierającą również badania mające na celu poszerzanie wiedzy na temat mleka ludzkiego i jego bankowania. EMBA posiada w swoich rejestrach już ok. 186 istniejących placówek w 22 krajach naszego kontynentu. Najwięcej banków mleka funkcjonuje w takich krajach, jak: Francja (36), Szwecja (28), Włochy (27), Finlandia (17) oraz Norwegia (12) [4]. Obecnie niewiele jest państw, które nie mogą poszczycić się posiadaniem instytucji gromadzących matczyne mleko.

W Polsce **Stowarzyszenie na rzecz Banku Mleka Kobiecego** zostało powołane do życia w styczniu 2008 r. Jego działania skupiały się na edukacji personelu medycznego i pracach lobbujących na rzecz reaktywacji banków mleka w naszym kraju [1]. Dorobek Stowarzyszenia w grudniu 2011 r. przejęła Fundacja Bank Mleka Kobiecego. Obecnie w naszym kraju dzięki pomocy Europejskiego Stowarzyszenia oraz działaniom Fundacji zostały otwarte trzy takie placówki w Warszawie w 2012 r. i rok później w Rudzie Śląskiej, a także w Toruniu.

Zasady funkcjonowania banku mleka kobiecego

Pasteryzacja pokarmu

Działalność banków mleka polega na udostępnianiu bezpiecznego pokarmu dawczyń. Pokarm kobiety jest najlepszym dla jej potomstwa; w sytuacji gdy jego odbiorcami są inne dzieci – istotne jest podjęcie specjalnych środków ostrożności. Dawczyni i ich mleczna, życiodajna substancja poddawana jest szczegółowym badaniom, tak aby wyeliminować ryzyko przeniesienia jakiegokolwiek zakażenia. Jeżeli testy mikrobiologiczne nie wykazują przekroczenia określonych norm dla mikroorganizmów zawartych w mleku kobiecym, poddawane jest ono pasteryzacji metodą Holtera. Pasteryzacja mleka przebiega w temperaturze 62,5°C przez 30 minut, a następnie pokarm jest szybko schładzany do temperatury 2–4°C. Taki proces gwarantuje inaktywację chorobotwórczych patogenów, takich jak: HIV, CMV, HTLV, prątki gruźlicy, różyczki, a także wirusa opryszczki [1–3]. Pasteryzacja eliminuje potencjalne bakterie przy jednoczesnym zachowaniu wystarczającej zawartości immunoglobuliny, laktoferyny i lizozymu. Mleko pasteryzowane zachowuje również w dużym stopniu potencjał antyoksydacyjny oraz aktywność czynników troficznych, a także bioaktywnych cytokin i chemokin. Z punktu widzenia wartości odżywczych straty wynikające z oczyszczania pokarmu są nieznaczące i dotyczą przede wszystkim witamin rozpuszczalnych w wodzie, takich jak witamina C i witamina A, a także kwasu foliowego [5]. Próbkę pasteryzowanego

pokarmu ponownie przechodzi posiew bakteriologiczny dla sprawdzenia jego sterylności, a pasteryzowane mleko dawczyń zostaje zamrożone do temperatury -20°C . Tak pasteryzowane i zamrożone mleko kobiece może być przechowywane przez 3 miesiące, a po rozmrożeniu musi być zużyte w ciągu 24 godzin. Pokarm poddany procesowi pasteryzacji, pozostawiony w postaci płynnej, przechowywany w temperaturze $4-8^{\circ}\text{C}$ również zachowuje swoją ważność przez 24 godziny. Mając przekonanie o wartości pokarmu ludzkiego, tak przebadane i przygotowane mleko podawane jest potrzebującym nowo narodzonym dzieciom, których własne matki nie mogą karmić [2–4].

Kwalifikacja dawczyń mleka

Warunkiem współpracy kobiet z bankiem mleka jest ustabilizowana laktacja, która zapewni efektywne karmienie swojego własnego dziecka [5]. Przy wyborze dawczyń mleka nie bierze się już pod uwagę (tak jak w czasach starożytnych) takich cech “mamki”, jak: dobre pochodzenie oraz przymioty charakteru, nie jest istotna także odpowiednia budowa ciała i wygląd gruczołów piersiowych, ani wiek oraz doświadczenie w “dziedzinie karmienia piersią”. Do banku mleka przyjmowany jest pokarm przede wszystkim zdrowych kobiet, które przechodzą odpowiedni proces kwalifikacji. Podjęcie współpracy dawczyń z tą instytucją poprzedza wnikliwy wywiad epidemiologiczno-środowiskowy oraz badania serologiczne krwi [2, 5]. Kobieta przekazuje pełną informację dotyczącą jej stanu zdrowia, przebytych chorób i zabiegów medycznych oraz przyjmowanych leków i stylu życia. Wszystkie potencjalne dawczynie mają wykonywane badania serologiczne pod kątem nosicielstwa: kiły, HIV 1 i 2, HTLV 1 i 2, WZW typu B, WZW typu C, CMV [1, 3, 5–6].

Matki pragnące dzielić się swoim pokarmem powinny być zachęcane do prowadzenia zdrowego trybu życia. Bank mleka nie akceptuje pokarmu kobiet, które palą papierosy, przyjmują narkotyki, spożywają alkohol oraz napoje zawierające kofeinę. Oddawanie pokarmu innym dzieciom wykluczają również przebyte choroby weneryczne, gruźlica oraz transplantacja narządów. Choroby przewlekłe, a co za tym idzie przyjmowanie niektórych leków, również jest przeciwwskazaniem do oddawania pokarmu do banku mleka. W przypadku konieczności przyjęcia leków, pokarm dawczyń może być gromadzony ponownie po upływie 24 godzin od zażycia ostatniej dawki antybiotyku oraz 48 godzin po ostatniej dawce innych lekarstw. Szczególne środki ostrożności stosuje się w stosunku do kobiet wykonujących tatuaże oraz bodypiercing, uwzględniając przy tym trzymiesięczny okres kwarantanny. Czasowym wykluczeniem w dziele- niu się pokarmem poddawane są także matki w okresie infekcji przebie-

gającej z gorączką, z zapaleniem sutka, a także zakaźną chorobą skóry [3]. Pozytywna kwalifikacja oraz akceptacja obowiązujących reguł i procedur banku mleka pozwala na pozyskiwanie mleka od dawczyń.

Obecnie w naszym kraju, w istniejących już bankach mleka, pokarm pozyskiwany jest przede wszystkim od matek dzieci przedwcześnie urodzonych przebywających w szpitalu. W przyszłości, w miarę szerzenia się idei banków mleka kobiecego, pojawić powinna się możliwość karmienia pokarmem z banków mleka wszystkich dzieci [3-4, 6].

Cel badań

Celem badań było poznanie poziomu wiedzy kobiet – matek noworodków donoszonych i urodzonych przedwcześnie w zakresie zalet karmienia naturalnego i ich opinii na temat zasad funkcjonowania banków mleka kobiecego.

Postawiono następujące pytania badawcze:

- Czy kobiety zdecydowane są karmić swoje nowo narodzone dzieci piersią?
- Jaki jest poziom wiedzy matek na temat zalet karmienia naturalnego?
- Czy kobiety posiadają wiedzę na temat banków mleka kobiecego?
- Czy matki z problemami laktacyjnymi zdecydowałyby się na karmienie swoich dzieci pokarmem pochodzącym z banku mleka kobiecego?
- Jakie obawy towarzyszą matkom w związku z karmieniem ich dzieci bankowanym pokarmem?
- Czy matki są zdecydowane zostać dawczyniami mleka kobiecego?

Materiał i metody

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego oraz technikę ankiety. Dane zebrano za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety, skonstruowanego przez autorki na potrzeby pracy. Kwestionariusz zawierał 23 pytania, z czego 3 pierwsze to tzw. metryczka. Pozostałe pytania dotyczyły między innymi opinii kobiet na temat karmienia naturalnego, jak i doświadczeń z tym związanych oraz wiedzy odnośnie do zalet pokarmu ludzkiego. Pytania dotyczyły także opinii na temat karmienia dzieci bankowanym mlekiem kobiecym. Udział w badaniach był dobrowolny, 100% zwrot wypełnionych ankiet był potwierdzeniem akceptacji udziału w badaniu.

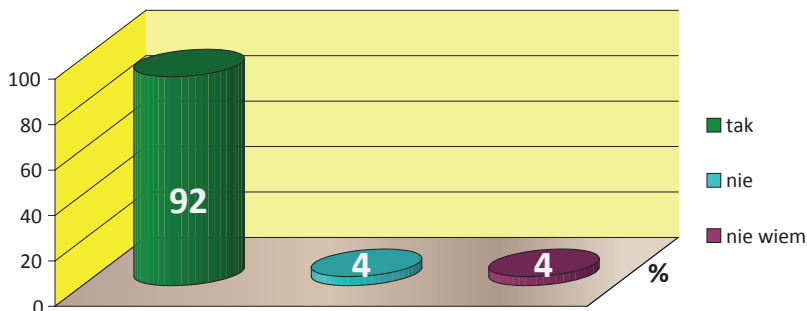
Badania zostały przeprowadzone na przełomie czerwca i sierpnia 2013 r. w strukturach Samodzielnego Specjalistycznego Zespołu Opieki

Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Opolu, tj.: na Oddziale Patologii Noworodków i Wczesniaków oraz na Oddziale Noworodków i Wczesniaków, a także na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dzieci i Noworodków Publicznego Samodzielnego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu.

Badaną grupę stanowiło 50 (100%) kobiet będących matkami hospitalizowanych (w wymienionych placówkach) dzieci, w tym noworodków urodzonych przedwcześnie oraz noworodków donoszonych. Ankietowane kobiety będące w przedziale wiekowym 21–30 lat oraz 31–40 lat to dwie najliczniejsze grupy, każda z nich stanowiła 44% ogółu badanych (22 i 22). Najliczniejsza grupa wśród badanych respondentek miała wyższe wykształcenie 56% (28), drugą, dość liczną grupą, były matki legitymujące się średnim wykształceniem 30% (15), natomiast wykształcenie zawodowe posiadało 12% (6) badanych. Zaledwie 2% (1) ankietowanych stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym. Większość badanych to mieszkanki miast 56% (28); respondentek mieszkających na wsi było 44% grupy badanej (22). Biorąc pod uwagę zmienną, jaką jest liczba przebytych porodów, badana grupa była w dużym stopniu jednorodna, bowiem 52% (26) stanowiły kobiety, które rodziły po raz pierwszy, a 48% (24) ankietowanych to wieloródki. Kobiety biorące udział badaniu to w większości matki noworodków urodzonych przedwcześnie, stanowiły one 74% (37) ogółu respondentek, matek noworodków donoszonych było 13 (26%).

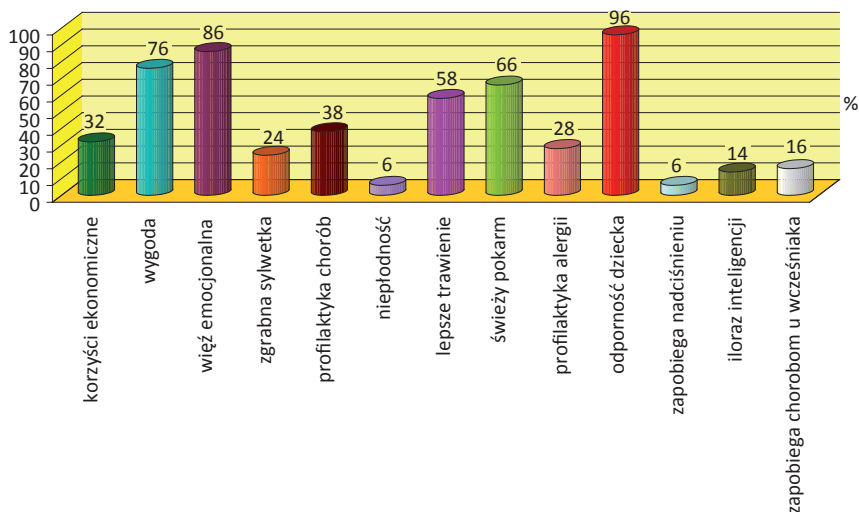
Wyniki badań

Spośród badanych kobiet aż 92% (46) wyrażało chęć karmienia swojego nowo narodzonego dziecka własnym pokarmem, 4% (2) nie chciało karmić naturalnie i tyleż samo młodych matek 4% (2) nie wiedziało, jaki sposób karmienia wybierze. Wyniki przedstawia rycina 1.



Źródło: Ryciny 1–8 opracowanie własne.

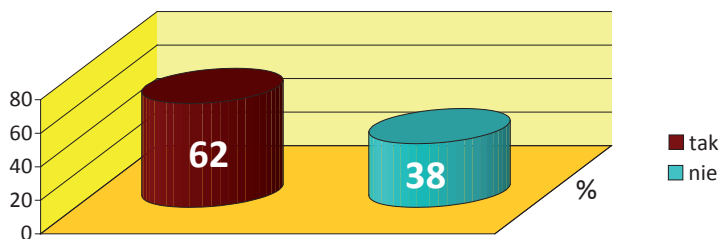
Rycina 1. Liczba kobiet deklarujących gotowość do karmienia naturalnego



Rycina 2. Wiedza respondentek na temat zalet karmienia naturalnego

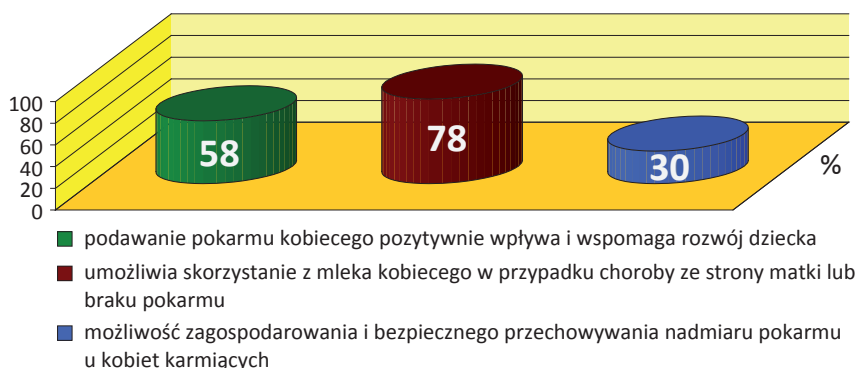
Analiza ryciny 2 świadczy o tym, że respondentki znają korzyści wynikające z karmienia naturalnego. Zdecydowana większość ankietowanych kobiet 96% (48) uważała, że najistotniejszą zaletą pokarmu kobiecego jest jego wpływ na podniesienie poziomu odporności u dziecka. Zaletą w opinii 86% (43) ankietowanych był wpływ na prawidłowe kształtowanie więzi emocjonalnej matki z dzieckiem. Dla 76% (38) respondentek wygoda i możliwość szybkiego zaspokojenia potrzeb dziecka były kolejnymi ważnymi zaletami karmienia naturalnego; 66% (33) matek uważało, że mleko matki jest bezpieczne i zawsze świeże. Ponad połowa respondentek, 58% (29), była zdania, że pokarm karmiącej kobiety zawsze dopasowuje się do potrzeb maluszka i wpływa na lepsze trawienie. Zaletą laktacji według 38% (19) badanych kobiet był także jej oddziaływanie na zdrowie matki, w tym zmniejszenie ryzyka zachorowania na raka sutka i jajnika oraz profilaktykę osteoporozy. Na korzyści ekonomiczne wynikające z karmienia piersią zwróciło uwagę 32% (16) kobiet biorących udział w sondażu. Zdaniem 28% (14) ankietowanych matek karmienie naturalne wpływa na zapobieganie alergii u ich dzieci. Kolejną zaletą kobiety upatrywały w utrzymaniu zgrabnej sylwetki po porodzie 24% (12); 16% (8) badanych matek określiło karmienie jako profilaktykę chorób towarzyszących dzieciom urodzonym przedwcześnie. Natomiast 14% (7) respondentek uważało, że karmienie naturalne wpływa na nieco wyższy poziom inteligencji karmionych dzieci. Najmniej istotną zaletą tego sposobu karmienia, bo wskazaną zaledwie przez 6% (3) ankietowanych matek, była niepłodność laktacyjna. Podobnie niewiele kobiet 6% (3) biorących udział w sondażu uważa, że

mleko matki chroni jej dziecko przed pojawieniem się w przyszłości takich chorób, jak miażdżyca i nadciśnienie.



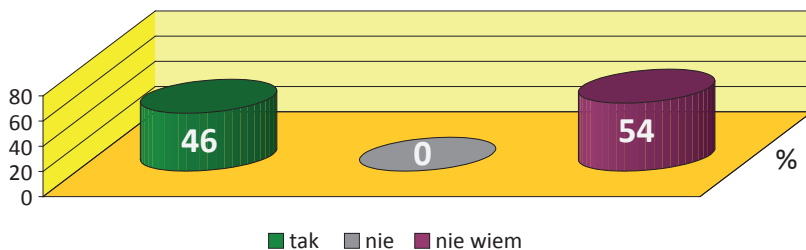
Rycina 3. Świadomość kobiet o istnieniu banku mleka

Z przeprowadzonego sondażu wynika, że większość ankietowanych kobiet, bo aż 62% (31), posiadała wiedzę o istnieniu banku mleka kobiecego, natomiast 38% (19) respondentek nie słyszało o takiej instytucji.



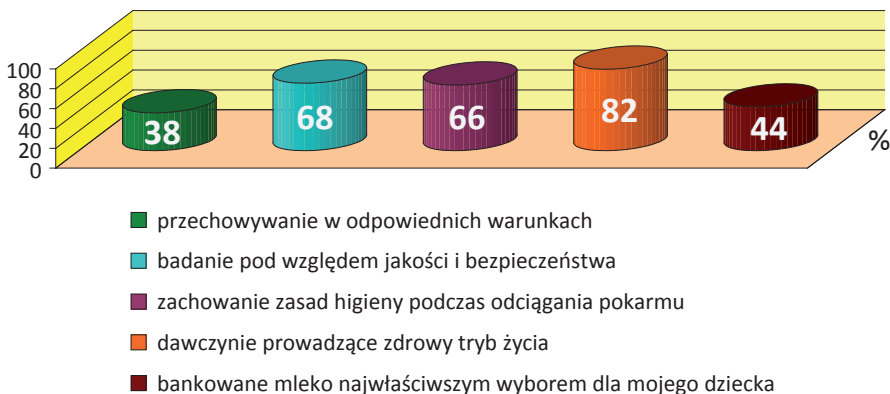
Rycina 4. Zalety wynikające z istnienia banków mleka kobiecego

Rycina 4 ilustruje, że zdecydowana większość – 78% (39) – kobiet uważa, iż bankowanie pokarmu umożliwia skorzystanie z karmienia naturalnego dzieciom matek borykających się z jego brakiem lub chorobą uniemożliwiającą karmienie piersią. Wśród ankietowanych 58% (29) było zdania, że podawanie pokarmu kobiecego pozytywnie oddziałuje na dziecko i wspomaga jego rozwój, nawet jeżeli pochodzi od innej kobiety, a 30% (15) respondentek sądziło, że istnienie banku mleka niesie ze sobą możliwość zagospodarowania i bezpiecznego przechowywania nadmiaru pokarmu matek karmiących.



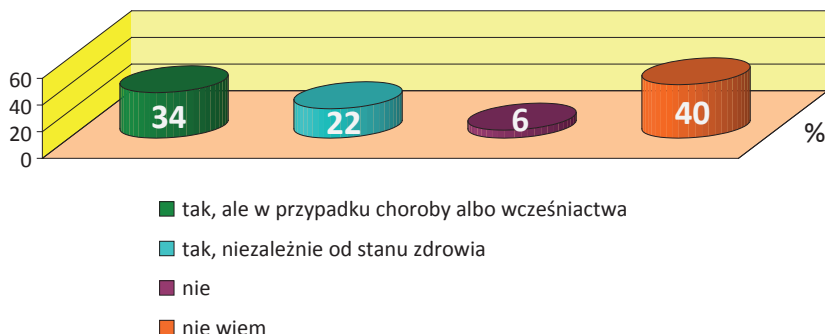
Rycina 5. Opinia respondentek na temat aspektów bezpieczeństwa związanych z podażą bankowanego pokarmu

Ankietowane kobiety uważają, że mleko pochodzące z banku mleka jest bezpieczne dla ich dziecka – 46% (23), wątpliwości miało 54% (27) badanych matek. Żadna z respondentek nie wyraziła negatywnej opinii na ten temat.



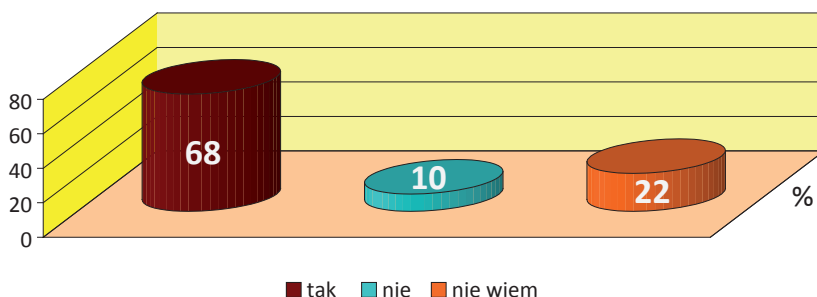
Rycina 6. Obawy kobiet odnoszące się do podaży pokarmu pochodzącego z banku mleka

Jak wynika z przeprowadzonego sondażu, duża grupa kobiet, bo aż 82% (41), deklaruje obawy, co do zdrowego trybu życia dawczyń. Istotnym dylematem były również wątpliwości dotyczące jakości i bezpieczeństwa bankowanego mleka, mówiło o tym 68% (34) respondentek; 66% (33) ankietowanych zastanawiało się nad zachowaniem zasad higieny podczas odciągania pokarmu z piersi przez dawczynię, a 44% (22) respondentek wątpiło, czy pokarm pochodzący od innej kobiety jest właściwy dla ich dziecka. Najmniej badanych matek miało obawy odnośnie do odpowiedniego przechowywania pokarmu dawczyń, stanowiły one 38% (19).



Rycina 7. Gotowość respondentek do stosowania pokarmu z banku mleka

Ponad połowa badanych kobiet (56%) zdecydowałaby się na podanie swojemu dziecku bankowanego pokarmu dawczyni, w tym 34% (17) ankietowanych skłonnych byłoby z tego skorzystać w przypadku choroby lub wcześniactwa u dziecka, natomiast 22% (11) matek podałyby mleko dawczyni niezależnie od stanu zdrowia dziecka. Spośród wszystkich respondentek tylko 6% (3) nie było zdecydowanych skorzystać z mleka dawczyni; 40% (20) nie miało zdania na ten temat.



Rycina 8. Procent kobiet deklarujących gotowość do pozostania dawczynią pokarmu kobiecego

Z ryciny 8 wynika, że 68% (34) ankietowanych kobiet wykazało chęć pozostania dawczynią pokarmu, tylko 10% (5) respondentek nie oddałyby własnego pokarmu innym dzieciom, natomiast 22% (11) matek nie miało zdania na ten temat.

Wnioski

1. Zdaniem ankietowanych matek pokarm kobiecy jest najodpowiedniejszym pożywieniem dla nowo narodzonych dzieci.

2. Zdecydowana większość kobiet zna zalety i korzyści wynikające z karmienia naturalnego.

3. Matki posiadają wiedzę na temat istnienia banków mleka kobiecego.

4. Większość kobiet wyraża gotowość do karmienia swoich dzieci pokarmem pochodzącym od dawczyń, są to zwłaszcza matki wcześniaków i wieloródki.

Bibliografia

[1] Sioda T., Krawczyński M. Mamka i jej rola w ewolucji sposobów żywienia niemowląt. *Pediatrics Polska* 2012, 87, 2: 220–228.

[2] Kornacka M.K., Wesołowska A. Czy mleko kobiece jest przyjazne dla wcześniaka? *Postępy Neonatologii* 2010, 2 (16): 134–137.

[3] Wesołowska A. *Bank mleka kobiecego Sposób na bezpieczne przechowywanie pokarmu o znaczeniu terapeutycznym*. Warszawa: Stowarzyszenie na rzecz Banku Mleka Kobiecego 2009.

[4] Wilińska M. Co nam daje Bank mleka Ludzkiego. Materiały dla uczestnika Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej "NEONATUS 2013". Poznań 24–25 maj 2013.

[5] Wesołowska A. Banki Mleka jako element promocji karmienia piersią. *Ogólnopolski Przegląd Medyczny* 2012, 9/10: 35–36.

[6] Wilińska M., Borszewska-Kornacka M.K., Wesołowska A., Głuszcak-Idziakowska E., Składanowska M., Kowal A., Baranowska E., Słodkowska Z. Bank mleka kobiecego w Polsce – pierwsze doświadczenia. *Standardy Medyczne. Pediatrics* 2013, 10, 3: 545–554.

Adres do korespondencji:

Elżbieta Sidorowicz

ul. Dambonia 61/3

45-860 Opole

tel.: 667 171 604

e-mail: sidorowiczelzbieta@gmail.com

Wybrane aspekty opieki pielęgniarzkiej i położniczej
w różnych specjalnościach medycyny

T. 2

pod redakcją Marioli Wojtal, Danuty Żurawickiej

ISBN 978-83-935324-5-2

978-83-7511-198-9

ANETA CHOMIAK*, LUCYNA SOCHOCKA*

Wczesne wykrywanie wad słuchu noworodków i niemowląt

Wstęp

Prawidłowo funkcjonujący narząd słuchu u dziecka w pełni umożliwia rozwój percepcji bodźców akustycznych. Uszkodzenie tego narządu w wieku rozwojowym powoduje dużego stopnia, bardzo często nieodwracalne, zaburzenia, które uniemożliwiają prawidłowy rozwój dziecka oraz jego kontakt ze światem zewnętrznym. Świat dźwięków staje się bramą do zdobywania informacji o świecie. W warunkach fizjologicznych zdolność zapamiętywania i reagowania płodu ludzkiego na bodźce pojawia się już od czasu formowania się narządu słuchu, a więc pomiędzy 23. a 28. tygodniem ciąży. Już wtedy rozpoczyna się proces rozwoju komunikacji dziecka, jego prawidłowy rozwój psychiczny, intelektualny, emocjonalny i społeczny. Prozdrowotna promocja w odniesieniu do narządu słuchu powinna obejmować uświadamianie nie tylko kobiet planujących ciążę czy młodych matek, lecz jak najszerszych szeregów społeczeństwa o negatywnych konsekwencjach pogarszania lub utraty słuchu, a w przypadku niedosłuchu również o możliwościach racjonalnego leczenia i rehabilitacji [1-2].

Fizjologia słuchu i proces słyszenia

Aby mówić o prawidłowo funkcjonującym narządzie słuchu, należy podkreślić, że składa się on z kilku elementów spełniających określoną

* Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu.

rolę w procesie słyszenia i wszelkie nieprawidłowości w ich funkcjonowaniu mogą stanowić problem w odbiorze bodźców ze świata zewnętrznego. W skrócie: ucho zewnętrzne – małżowina i przewód słuchowy funkcjonują jako akustyczna antena skupiająca fale dźwiękowe, funkcja ucha środkowego polega na wzmocnieniu bodźca, aby przy przejściu z powietrza do środowiska płynnego w uchu wewnętrznym był on możliwy do zarejestrowania, natomiast ucho wewnętrzne z wyjątkową precyzją przetwarza bodźce akustyczne na kod nerwowy. W ślimaku określone częstotliwości przypisane są danym komórkom słuchowym i odpowiadającym im włóknom nerwowym, wzmacniając bodźce o niskiej amplitudzie. Stąd twierdzenie, że ślimak pełni funkcję wzmacniacza. To tutaj następuje proces precyzyjnego strojenia, do którego dochodzi głównie dzięki pracy komórek słuchowych zewnętrznych w narządzie Cortiego. Komórki te są też odpowiedzialne za zwiększanie mniejszych amplitud. Fala wędrująca na błonie podstawnej zwiększa swoją amplitudę proporcjonalnie do poziomu dźwięku. Wzmacniacz ślimakowy nie działa liniowo. Jest to niezwykle istotne, ponieważ równoczesne wzmacnianie słabych i silnych dźwięków mogłoby doprowadzić do destabilizacji systemu i ostatecznie uniemożliwiłoby jego funkcjonowanie. Komórki słuchowe wewnętrzne narządu Cortiego zamieniają fizyczny bodziec akustyczny na bodźce nerwowe. Funkcja nerwu ślimakowego jest postrzegana jako transmisja informacji. Jest to porównywalne z przekazem informacji cyfrowych i ma zasadnicze znaczenie w procesie słyszenia [3]. Pozaślimakowe przetwarzanie informacji akustycznych to zadanie ośrodkowego układu słuchowego. Funkcją ośrodków słuchowych zlokalizowanych w pniu mózgu jest przeanalizowanie złożonej mieszaniny sygnałów, wykrycie i podział sygnałów akustycznych. Cel zasadniczy to umiejscowienie dźwięku i rozpoznanie wzoru akustycznego. Rozpoznanie bodźców akustycznych jest działaniem poznawczym, opiera się na doświadczeniu, a związane jest z procesem uczenia się. Identyfikacja dźwięków i ich rozpoznawanie wymaga przefiltrowania niepożądanych i pożądanых dźwięków. Tylko w ten sposób możliwe jest rozumienie mowy, a więc klasyfikowanie wymawianych dźwięków i ich kombinacji w sylaby, słowa i zdania [2, 4–5].

Niedosłuch – to najczęściej pojawiający się defekt narządu słuchu, polegający na pogorszeniu percepcji i niezdolności rozpoznawania dźwięków. Według statystyk 1 na 1000 urodzeń jest obciążone znacznym upośledzeniem słuchu lub głuchotą. W całej populacji dzieci odbiorcze uszkodzenia słuchu stanowią 3,5% [1].

Ze względu na głębokość i zakres ubytku słuchu, wyróżnia się:

- niedosłuch lekkiego stopnia 21–40 dB – dziecko zaczyna tracić zdolność selektywnego słyszenia w hałasie, pojawiają się problemy ze słysze-

niem głosek wysokich, jednak zachowana jest prawidłowa artykulacja, rytm i intonacja mowy;

- niedosłuch średniego stopnia 41–70 dB – głos staje się mniej dźwięczny o nosowym zabarwieniu;
- niedosłuch znacznego stopnia 71–90 dB – jeśli dziecko nie zostanie zaprotezowane, mowa nie rozwinie się, występują liczne nieprawidłowości w głosie, również w jego strukturze akustycznej;
- niedosłuch głębokiego stopnia, powyżej 91 dB – całkowity brak kontaktu werbalnego [6].

Ze względu na lokalizację uszkodzenia drogi słuchowej wyróżnia się:

- niedosłuch przewodzeniowy – powstaje w wyniku dysfunkcji struktur mających wpływ na mechaniczne przewodzenie fali dźwiękowej, a więc w przewodzie słuchowym zewnętrznym, okolicach błony bębenkowej, trąbki Eustachiusza, w jamie bębenkowej czy na poziomie kosteczek słuchowych;
- niedosłuch odbiorczy (czuciowo-nerwowy) – spowodowany jest uszkodzeniem komórek słuchowych ślimaka lub zaburzeniem jakości przewodzenia bodźca do nerwu słuchowego. Może wynikać również z nieprawidłowości w interpretacji bodźca na poziomie centralnego układu nerwowego (pień mózgu, ośrodki korowe);
- niedosłuch mieszany – spowodowany jest jednoczesnym uszkodzeniem struktur zarówno ucha środkowego, jak i wewnętrznego [2, 5, 7, 21].

Ze względu na etiologię zaburzenia słuchu dzieli się na trzy grupy:

- głuchota uwarunkowana genetycznie – głuchota dziedziczna występuje jako cecha dominująca bądź recesywna. Dziedziczenie może być autosomalne albo związane z chromosomem X. Zespoły chorobowe, w których zaburzenia słuchu dziedziczą się w sposób dominujący, występują częściej niż głuchota dziedziczona recesywnie. Do zespołów tych należą: zespół Alporta, zespół Charge, zespoły Jervell i Lange-Nielsena, zespół Pendreda, zespół Treacher-Collinsa, zespół Ushera i zespół Wardenburga. Aktualnie opisanych jest kilkaset zespołów wrodzonych, w których stwierdza się niedosłuch [7];
- głuchota wrodzona niegenetyczna – związana jest z czynnikami, które mogły mieć szkodliwy wpływ na funkcjonowanie drogi słuchowej w czasie rozwoju płodu (czynniki te zostaną szczegółowo omówione w dalszej części artykułu);
- głuchota nabyta – może być skutkiem wcześniejszego bądź patologicznego porodu, urazu mechanicznego powstałego podczas porodu lub czynnikami występującymi w dalszym rozwoju, takimi jak: ostre lub przewlekłe choroby ucha, choroby zakaźne, poważne infekcje, a także antybiotyki, urazy chemiczne, mechaniczne oraz psychiczne.

Czynniki ryzyka uszkodzenia słuchu okresu pre- i postnatalnego

1. Zakażenia z grupy TORCH – wrodzone, okołoporodowe lub we wczesnym dzieciństwie. Do zakażeń tych należą:

T – toksoplasmosis – toksoplazmoza – dziedziczna, odzwierzęca choroba, wywołana przez pierwotniaki *Coccidia*. Uszkodzenie słuchu występuje zazwyczaj w toksoplazmozie wrodzonej, rzadziej w nabytej. Do zakażenia wrodzonego dochodzi najczęściej przy pierwszej inwazji pierwotniaka u matki, najbardziej niebezpieczny jest ostatni trymestr ciąży.

O – others – inne: odra, grypa, ospa wietrzna, świnka, wirus Coxsacki B, HB, HIV, listerioza, chlamydioza, kiła i inne.

Świnka – nagminne zapalenie ślinianek, spowodowane wirusem nagminnego zapalenia przyusznic. Niedosłuch w przebiegu tej choroby ma nagły początek, w 80% przypadków jest jednostronny i nieodwracalny.

Odra – wywołana przez wirus odry. Odbiorczy, różnego stopnia niedosłuch powstaje zwykle w okresie wysypki. Ma charakter trwały, mogą mu towarzyszyć zawroty głowy, a także uszkodzenie narządu przedsionkowego.

AIDS – zespół nabytego upośledzenia odporności, wywołany przez ludzki wirus upośledzenia odporności, może powodować przewlekłe choroby ucha środkowego z tendencją do nadkażeń grzybiczych. Odbiorcze uszkodzenie słuchu najczęściej wiąże się z przebyciem zakażenia.

Zapalenie opon mózgowych – głównie bakteryjne, jest częstą przyczyną nabytej głuchoty [9-10].

Kiła – zarówno wrodzona, jak i nabyta powoduje niedosłuch czucio-wo-nerwowy, który rozwija się równoległe z objawami przedsiónkowymi [11].

R – rubella – różyczka – wywołana przez wirus różyczki. W okresie pozapłodowym jest chorobą o stosunkowo lekkim przebiegu, za to zakażenia wewnątrzmaciczne mogą powodować ciężkie wady wrodzone: zaćma, wrodzone wady serca, utratę słuchu (triada różyczkowa). Prawdopodobieństwo wystąpienia poważnych wad płodu jest najwyższe w pierwszych trzech miesiącach ciąży. Niedosłuch ma charakter odbiorczy, obustronny, głęboki i nieodwracalny [9].

C – cytomegalia – wywołana przez wirus cytomegalii. Wrodzone zakażenia wirusem cytomegalii stanowią najczęstszą przyczynę zakażeń płodowych (0,4-2,2% noworodków). Do zakażenia wrodzonego drogą przełożyskową może dojść w każdym trymestrze ciąży w związku z pierwotnym zakażeniem kobiety ciężarnej lub na skutek reaktywacji ogniska

zakażenia (np. w szyjce macicy), czy reinfekcji egzogennym typem wirusa CMV w kolejnych ciążach. Następstwem zakażenia może być urodzenie dziecka chorego lub z zespołem wad wrodzonych (uszkodzenie mózgu, wzroku, słuchu, narządów wewnętrznych, zmiany hematologiczne). Upośledzenie słuchu, jedno- lub obustronne, może ujawnić się zarówno w okresie okołoporodowym, jak i późniejszym. Najczęściej ma charakter postępujący [9-10].

H – herpes – opryszczka pospolita – choroba zakaźna wywołana przez wirusy HSV1 i HSV2 (*herpes simplex virus*). Najczęstszą przyczyną zakażeń noworodków jest wirus pochodzący z dróg rodnych kobiety (HSV 2) w czasie naturalnego porodu. Konsekwencją tych zakażeń są zarówno niegroźne zmiany pęcherzykowe usytuowane na skórze, ale też upośledzenie słuchu spowodowane ciężkim uszkodzeniem mózgu, będącego skutkiem rozprzestrzeniania się infekcji do ośrodkowej części układu nerwowego (opryszczkowe zapalenie mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych).

Ospa wietrzna – wirus ospy wietrznej i półpaśca jest neurotropowym wirusem z rodziny herpes. Po przebyciu zakażenia ukryta postać wirusa umiejscawia się w zwojach czuciowych nerwów rdzeniowych, nerwów czaszkowych, gdzie w formie uśpionej utrzymuje się przez całe życie. Obniżona odporność organizmu może wywołać reaktywację wirusa i rozwój choroby. W przypadku kontaktu matki w ciąży z wirusem, u dziecka może dojść do powikłań w postaci zapalenia mózgu, mikrocefalii, wodogłowia, co wiąże się z ryzykiem odbiorczego uszkodzenia słuchu [12].

2. Choroby matki przed ciążą: zaburzenia w postaci nieprawidłowego metabolizmu glukozy, fosforu, wapnia czy lipidów.

Największy, niekorzystny wpływ na ośrodek słuchu mają: niedoczynność tarczycy, cukrzyca, hiperlipidemia i niewydolność nerek. Niedosłuch u dzieci, których matki chorują na cukrzycę uwarunkowany jest najprawdopodobniej zmianami angiopatycznymi (zmiany krwotoczne i zwyrodnieniowe w uchu wewnętrznym), natomiast u dzieci matek z niewydolnością nerek, niedosłuch ma bezpośredni związek z oddziaływaniem toksycznych metabolitów [9].

3. Czynniki okołoporodowe:

- wiek ciążowy – wcześniactwo poniżej 31 Hbd;
- masa urodzeniowa dziecka poniżej 1500 g;
- zamartwica: 0-5 pkt Apgar w 1 minucie i/lub poniżej 7 pkt w 5 minucie;
- intensywna terapia powyżej 7 dni, sztuczna wentylacja powyżej 5 dni.

W czterech wymienionych powyżej przypadkach czynników okołoporodowych głuchota związana jest najczęściej z niedotlenieniem ośrodko-

wego układu nerwowego, a tym samym z uszkodzeniem jąder ślimakowych. Sprzyjają temu: sztuczna wentylacja czy długotrwały okres intubacji [11];

- urazy okołoporodowe w obrębie głowy i szyi;
- niewydolność oddechowa;
- długo utrzymująca się żółtaczka noworodkowa z wysokim poziomem bilirubiny – powyżej 30 mg%. Hiperbilirubinemia może spowodować zatrucie ośrodkowego układu nerwowego i specyficzną neuropatię słuchową, zdefiniowaną jako brak odpowiedzi pnia mózgu (ABR) przy prawidłowej otoemisji akustycznej (OAE);
- ciężkie zakażenia (bakteryjne zakażenie opon mózgowych, posocznica);
- substancje chemiczne i leki ototoksyczne stosowane u ciężarnej lub u dziecka:
 - metale ciężkie, niemetale i ich połączenia nieorganiczne,
 - leki o działaniu ototoksycznym – należą do nich: antybiotyki (aminoglikozydy, makrolidy, peptydy, antybiotyki przeciwgrzybicze, antybiotyki przeciwnowotworowe), syntetyczne leki przeciwnowotworowe (cisplatyna, karboplatyna), diuretyki, niesterydowe leki przeciwzapalne, hormony i inne [9, 13–14];
- zaburzenia genetyczne – zespoły wad wrodzonych oraz uszkodzenia słuchu w rodzinie. W większości przypadków niedosłuch stanowi część zespołu uszkodzenia wielu tkanek, zwłaszcza nerwowej i mięśniowej, natomiast niedosłuch dziedziczny to 30–50% wrodzonych przypadków zaburzeń słuchu [11, 15];
- zaburzenia rozwojowe w obrębie twarzoczaszki – takie jak np. wodogłowie, małogłowie, rozszczep wargi i podniebienia, zarośnięcie przewodu słuchowego, brak małżowiny usznej i inne;
- uraz akustyczny – biorąc pod uwagę negatywny wpływ hałasu na narząd słuchu, należy zwrócić uwagę na zagadnienie ekspozycji noworodka na hałas w czasie pobytu na oddziale intensywnej terapii. Jest to tło akustyczne z pracującego inkubatora, ale przede wszystkim hałas impulsowy, którego źródłem są zamierzone lub przypadkowe działania w pobliżu, np. zatraskiwanie drzwiczek;
- częste infekcje uszu dziecka tuż po urodzeniu – uważa się, że przyczyną niedosłuchu czuciowo-nerwowego związanego z częstymi zapaleniami ucha środkowego jest przekazywanie mediatorów zapalenia i/lub toksyn ucha środkowego do ucha wewnętrznego [4, 7, 9, 13, 17].

Diagnostyka słuchu noworodków

Obecnie w Polsce od 2002 r., obowiązuje Program Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków, który jest realizowany we wszystkich oddziałach noworodkowych kraju. Noworodki, u których stwierdzono niewłaściwy wynik badania przesiewowego oraz dzieci z czynnikami ryzyka uszkodzenia słuchu kieruje się do ośrodków II i III stopnia referencyjności, gdzie przeprowadza się dalszą diagnostykę audiologiczną. Priorytetem jest wykonanie diagnostyki do 3. miesiąca życia dziecka, a w przypadku rozpoznania trwałego uszkodzenia słuchu – zaoprotezowanie aparatami słuchowymi oraz rozpoczęcie rehabilitacji słuchu i mowy do 6. miesiąca życia [18].

W diagnostyce audiologicznej stosuje się następujące metody obiektywnych badań słuchu:

- audiometria impedancyjna – jest bardzo przydatnym, nieinwazyjnym badaniem ucha środkowego, pomocnym w diagnostyce laryngologicznej i rozpoznawaniu takich chorób, jak np. dysfunkcja trąbki słuchowej, perforacja błony bębenkowej czy wysiękowe zapalenie ucha środkowego;
- otoemisje akustyczne – OAE (ang. *OtoAcoustic Emission*) – pozwalają na ocenę funkcjonowania ślimaka. Zaletami tego badania są: nieinwazyjność, wysoka czułość i specyficzność (powyżej 95%) oraz łatwość wykonywania. Odpowiednią sondę umieszcza się w przewodzie słuchowym zewnętrznym, a sam pomiar trwa kilka-kilkanaście sekund [6, 18–19];
- słuchowe potencjały wywołane AEP (ang. *Auditory Evoked Responses*) – ocenia się tu czynność bioelektryczną narządu słuchu, począwszy od narządu Cortiego, przez pień mózgu i ośrodki podkorowe, aż do kory mózgowej. W przypadku noworodków jest to standardowe badanie, które służy do obiektywnej oceny progu słyszenia. Badanie przeprowadza się podczas snu naturalnego lub rzadziej w śnie indukowanym farmakologicznie.

Rehabilitacja niedosłuchów

Wczesna diagnoza pozwala na rozpoznanie ubytku tuż po urodzeniu, a protezowanie słuchu już w pierwszych miesiącach życia dziecka stanowi podstawę dalszego rozwoju dziecka w świecie dźwięków. Nowoczesna technologia pozwala na zastosowanie kilku rozwiązań przywracających bądź wspomagających słyszenie. Są to: aparaty słuchowe, implanty – najczęściej stosowanym jest implant ślimakowy oraz systemy FM [19–20].

Działania profilaktyczne

Działania profilaktyczne można podzielić na kilka etapów. Pierwszy etap to postępowanie poprzedzające uszkodzenie słuchu, a więc edukacja kobiety ciężarnej, obejmująca poradnictwo genetyczne, badania prenatalne (również dotyczące możliwości dziedziczenia wad słuchu) oraz profilaktykę porodów przedwczesnych [14, 16]. W profilaktyce porodów przedwczesnych należy zwrócić szczególną uwagę na: zachowanie odpowiedniego odstępu pomiędzy kolejnymi ciążami (min. 8 miesięcy), edukację kobiet w zakresie pierwszych symptomów i oznak porodu przedwczesnego, rozszerzenie dostępu do publicznej opieki zdrowotnej nad kobietą ciężarną oraz edukację kobiet w zakresie zdrowego trybu życia (wyeliminowanie używek, dieta, ograniczenie wysiłku fizycznego i przestrzeganie odpowiedniej długości snu). Profilaktyka hypotrofii i wcześniactwa powinna natomiast obejmować takie czynniki, jak dbałość o elementy zdrowia prokreacyjnego oraz unikanie trucizn egzogennych, a więc w wymiarze profilaktycznym – prowadzenie zdrowego trybu życia. Istotnym elementem działań profilaktycznych jest również odpowiednia dieta i racjonalna alimentacja. Ważne jest także zapobieganie zakażeniom wewnątrzmacicznym, a więc dbałość o prawidłową biocenozę pochwy, odpowiednia diagnostyka i ewentualne leczenie, a także comiesięczna analiza laboratoryjna moczu. Niezwykle istotnym czynnikiem w profilaktyce jest zapobieganie zakażeniom wirusowym. Szczególne niebezpieczne zakażenia dotyczą I i II trymestru ciąży, a zagrożenie to można znacznie zmniejszyć, pamiętając o profilaktycznej roli szczepień ochronnych, oraz poprzez ocenę stężenia przeciwciał odpornościowych – sprawdzenie odporności na najczęściej spotykane patogeny: immunizacja przeciwko WZW B, różyczce, ospie wietrznej. Istotne znaczenie odgrywa tu również unikanie zakażeń przenoszonych drogą płciową (HIV, kiła), a w ramach profilaktyki toksoplazmozy – unikanie kontaktu z surowym mięsem, wydaliniami kotów oraz zanieczyszczonymi ziemią warzywami [21].

W kolejnym etapie profilaktyka niedosłuchu odnosi się do urodzonego dziecka, istotne znaczenie mają tu wspomniane badania przesiewowe (screening). Zanim wprowadzono program przesiewowych badań, upośledzenie słuchu wykrywano dopiero ok. 18.–31. miesiąca życia dziecka. Wtedy można było zaobserwować pierwsze niepokojące sygnały, świadczące o zaburzeniach słuchu i mowy. Szczególnie późno niedosłuch diagnozowany był u dzieci niebędących w grupie ryzyka, kiedy wada słuchu dotyczyła jednego ucha lub miała charakter umiarkowany. Powodem późnej diagnozy było to, że wokalizacja, a więc gaworzenie czy gruchanie niemowlęcia ma charakter odruchowy i nie zależy od prawidłowego

funkcjonowania narządu słuchu, dopiero ok. 6. miesiąca życia dziecko słyszące zaczyna świadomie naśladować dźwięki. Okres ten ma szczególne znaczenie dla rozwoju mowy u dziecka, właśnie wtedy dojrzewają centralne i kojarzeniowe drogi słuchowe. Dlatego zasadnicze znaczenie ma bardzo wczesne wykrycie wady, dopasowanie aparatu słuchowego oraz zapewnienie opieki foniatrycznej, logopedycznej i psychologicznej dziecku najlepiej do 6. miesiąca [1]. Działania profilaktyczne to również zapobieganie urazom, zwłaszcza głowy, unikanie hałasu, leków i substancji ototoksycznych.

Drugi etap dotyczy postępowania, kiedy powstało uszkodzenie słuchu, a więc:

- leczenie schorzenia pierwotnego – ostre, przewlekłe zapalenie ucha środkowego, schorzenia nerek, schorzenia endokrynologiczne i inne,
- poprawa uszkodzonego słuchu – leczenie farmakologiczne, chirurgiczne,
- kompensacja ubytków słuchu.

Trzecim, ostatnim etapem szeroko rozumianej profilaktyki jest edukacja rodziców/opiekunów dziecka niedosłyszącego, opieka nad niedosłyszącymi i niesłyszącymi. Dziecko niesłyszące posiada status dziecka niepełnosprawnego, dlatego wspomaganie rodzin powinno być podejmowane jak najwcześniej i polegać na dostarczaniu systematycznej, fachowej pomocy medycznej, psychologicznej i pedagogicznej. Duże znaczenie odgrywa tu edukacja rodziców, a więc ukierunkowanie ich na prawidłowe metody obserwacji dziecka w każdym okresie jego rozwoju, niezależnie od wyniku badania przesiewowego [22].

Podsumowanie

Prawidłowe funkcjonowanie narządu słuchu jest ważne przez cały okres życia człowieka, a zwłaszcza dziecka, gdyż warunkuje nie tylko prawidłowy rozwój głosu i mowy, ale również pozwala na przyswojenie odpowiednich form językowych i znacząco wpływa na ogólny rozwój dziecka. Sprawny słuch jest niezbędny do kreowania fizjologicznych procesów integrowania, abstrahowania oraz wykształcenia mowy wewnętrznej w ośrodkowym układzie nerwowym. Prawidłowo rozwinięta mowa u dziecka jest podstawą logicznego myślenia. Nie ulega wątpliwości, że głuchota bądź głęboki niedosłuch utrudniają lub wykluczają samodzielne opanowanie mowy i języka. Niezwykle istotny jest więc fakt, że rozpoznanie niedosłuchu i zaprotezowanie powinno być w pełni zakończone przed pierwszym rokiem życia dziecka.

Bibliografia

- [1] Mroczek B., Wasilewska J. *Znaczenie wczesnej detekcji zaburzeń słuchu dla rozwoju mowy u dzieci*. W: Steciwko A., Kurpas D., Sochocka L. red. *Dziecko i jego środowisko: wyzwania pediatrii w XXI wieku: wady wrodzone u dzieci. Problem kliniczny, psychologiczny i socjoekonomiczny*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo 2011: 17–28.
- [2] Pruszewicz A. *Zarys audiologii klinicznej*. Wyd. 2. Poznań: Wydawnictwo Akademii Medycznej 2000.
- [3] Michajlik A., Ramotowski W. *Anatomia i fizjologia człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2005.
- [4] Pruszewicz A. *Audiologia kliniczna – zarys*. Wyd. 4. Poznań: Uniwersytet Medyczny 2010.
- [5] Ozimek E. *Dźwięk i jego percepcja – aspekty fizyczne i psychoakustyczne*. Warszawa: PWN 2002.
- [6] Kochanek K. *Ocena prognozy słyszenia za pomocą słuchowych potencjałów wywołanych prądem mózgu w zakresie częstotliwości 500–4000 Hz*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Medycznej 2000.
- [7] Latkowski B. red. *Poradnik dla protetyków słuchu*, Łódź: GEERS Akustyka Słuchu 2002.
- [8] Laryngologia.pl 2007. <http://laryngologia.pl/sites/21/> [5.03.2013].
- [9] Śliwińska-Kowalska M. *Audiologia kliniczna*. Łódź: Mediton 2005.
- [10] Szumera B., Lalik B., Szlęk R. Współczesne osiągnięcia w badaniach nad cytomegalią. *Przegląd Pediatryczny* 2006, 36, 1: 51–63.
- [11] Gryczyńska D. *Otolaryngologia dziecięca*. Bielsko-Biała: Alfa-Medica Press 2007.
- [12] Jankowska-Folusiak J. Powikłania ospy wietrznej u dzieci. *Przegląd Pediatryczny* 2011, 41, 2: 86–89.
- [13] Ratyńska J., Grzanka A., Mueller-Malesińska M., Skarżyński H. Correlations between risk factors for hearing impairment and teoae screening test outcome in neonates at risk for hearing loss. *Scandinavian Audiology* 2000, 29 Supl: 52.
- [14] Skarżyński H., Mueller-Malesińska M. Wczesne wykrywanie uszkodzeń słuchu u noworodków i niemowląt. *Przewodnik Lekarza* 2001, 4, 1/2: 111–118.
- [15] Your Hearing Health. <http://www.beltone.com/hearing-health/hearing-health.aspx> [4.02.2013].
- [16] Pruszewicz A. Niedosłuch. *Przewodnik Lekarza* 2002, 5, 10: 95–98.
- [17] Obrębowski A. *Laryngologia*. W: Pawlaczyk B. red. *Zarys pediatrii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2005.
- [18] Kawińska-Kiliańczyk A. Przydatność badań przesiewowych we wczesnym wykrywaniu zaburzeń słuchu u noworodków. Gdańsk: Klinika Neonatologii Instytutu Położnictwa i Chorób Kobietych Akademii Medycznej w Gdańsku. 2006. Praca doktorska.
- [19] Szyfter W. *Poradnik dla rodzin dzieci z wadą słuchu rozpoczynających terapię słuchu i mowy*. Wrocław: Dolnośląskie Stowarzyszenie Przyjaciół Dzieci i Młodzieży z Wadami Słuchu SONORUS 2012.
- [20] Hojan E. *Akustyka aparatów słuchowych*. Poznań: Wydawnictwo Akademii Medycznej 1997.
- [21] Guzikowski W. *Profilaktyka porodów przedwczesnych*. W: Pirogowicz I., Steciwko A. *Dziecko i jego środowisko. Promocja zdrowia i profilaktyka chorób w pediatrii*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo 2007: 14–20.

[22] Kosmalowa J. red. *Rehabilitacja dzieci i młodzieży z uszkodzonym narządem słuchu: standardy, programy i projekty organizacyjne w Programie Opieki nad Osobami z Uszkodzeniami Słuchu w Polsce*. Warszawa: Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu 2001.

Adres do korespondencji:

Aneta Chomiak

Instytut Pielęgniarstwa PMWSZ w Opolu

ul. Katowicka 68

45-060 Opole

tel.: 77 442 35 40

e-mail: anetachomiak@gmail.com

BEATA KACZMAREK*, LUCYNA SOCHOCKA*

Rola i zadania pielęgniarki w profilaktyce i wczesnym wykrywaniu wad wzroku u dzieci

Celem prezentowanej pracy jest omówienie problemu występowania wad wzroku u dzieci oraz wskazanie edukacyjnej roli pielęgniarki w profilaktyce i wczesnym wykrywaniu nieprawidłowości w układzie wzrokowym.

Najbardziej złożonym systemem sensorycznym w organizmie człowieka jest układ wzrokowy, który w chwili narodzin dziecka należy do najsłabiej rozwiniętych. Dojrzewanie u dzieci narządu wzroku jest procesem dynamicznym, na który ma wpływ działanie odpowiednich bodźców wzrokowych, ale też indywidualne uwarunkowania genetyczne i psychofizyczne. Rozwój układu wzrokowego najszybciej zachodzi przez pierwsze 6 lat życia dziecka. Wszelkie zmiany anatomiczne i refrakcyjne mogą zakłócić prawidłowy rozwój widzenia i wpływać na jakość życia dziecka, a później dorosłego człowieka. Zatem bardzo istotne jest regularne kontrolowanie wzroku, wczesne diagnozowanie i korekcja ewentualnych wad, aby dać dziecku szansę na lepszy rozwój [1].

Wady wzroku u dzieci

Oko człowieka ma za zadanie odwzorowanie ostrego obrazu otoczenia na siatkówce, a następnie przekazanie go do ośrodków wzrokowych w mózgu. Działa jak precyzyjna kamera z układem optycznym, który ogniskuje obraz na siatkówce [2].

Prawidłowy stan refrakcyjny oka to emmetropia (oko miarowe), w którym przy rozluźnionej akomodacji wpadające do oka równoległe promie-

* Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu.

nie światła ogniskują się ostro na siatkówce. Osoba z okiem miarowym będzie miała dobrą ostrość wzroku do dali (odległość badania do 6 m), jak i do bliży (odległość badania do 40 cm). Stan kiedy przy rozluźnionej akomodacji równoległe promienie światła nie ogniskują się ostro na siatkówce nazywamy ametropią, do której zaliczamy: nadwzroczność, krótkowzroczność i nieźorność (astygmatyzm) [3].

Nadwzroczność – hyperopia to wada wzroku, w której obraz przedmiotu ogniskowany jest za siatkówką. Jest ona głównie rezultatem dziedzicznych skłonności. Nadwzroczność może być kompensowana dzięki akomodacji, która szczególnie u dzieci i osób młodych jest bardzo silna, co bardzo często powoduje nadwzroczność ukrytą. Jeżeli nadwzroczność u dziecka jest niewielka, najczęściej nie skutkuje objawami przemęczenia, natomiast moc powyżej +4,00 D powoduje utrudnione widzenie z bliska, a wyższe wartości nadwzroczności przyczyniają się do pogorszenia widzenia zarówno do dali, jak i do bliży. W sytuacji gdy oko jest zmuszone do nadmiernego wysiłku akomodacyjnego, ciągły skurcz mięśni prowadzi do ich zmęczenia, co objawia się bólami głowy i uczuciem „zmęczonych oczu”, szczególnie przy pisaniu i czytaniu. Ciągła kompensacja nieskorygowanej nadwzroczności przez akomodację prowadzi do niedomogi akomodacyjnej, może też powodować zeza zbieżnego akomodacyjnego i zaburzać widzenie obuoczne. Bardzo ważne jest, aby dziecko zaczęło nosić okulary przed 6. rokiem życia, aby nie dopuścić do rozwoju ambliopii (powstaje w następstwie zeza, a polega na osłabieniu ostrości widzenia w jednym oku). Postępowanie lecznicze polega wtedy na zasłanianiu zdrowego oka, aby wymusić patrzenie „leniwym okiem” [4].

Krótkowzroczność – pochodzi od greckiego słowa *myopia*, co oznacza „mrużyć”. Jest to wada wzroku, w której obraz przedmiotu ogniskowany jest przed siatkówką [5]. Wiele czynników ma wpływ na rozwój miopii, ale jej patomechanizm powstawania i rozwoju nie został jednoznacznie potwierdzony. Uważa się, że czynniki genetyczne predysponują do rozwoju krótkowzroczności. Z przeprowadzonych badań wynika, że jeśli oboje rodzice są krótkowidzami, to ryzyko wystąpienia tej wady wzroku u dzieci wzrasta 4-7-krotnie. Drugim istotnym czynnikiem zwiększającym ryzyko rozwoju krótkowzroczności jest długotrwała i częsta praca z bliska (pisanie, czytanie), ma na to wpływ postęp cywilizacyjny, ponieważ związany jest ze wzmoczoną edukacją i wydłużeniem czasu, kiedy oczy akomodują. Stąd często mamy do czynienia z pojawieniem się krótkowzroczności w wieku szkolnym. Podczas czytania, pomimo udziału akomodacji, obraz nieznacznie ogniskuje się poza siatkówką, co może powodować kompensacyjny wzrost gałki ocznej, a to z kolei prowadzi do postępującej krótkowzroczności. Częstość występowania miopii wykazuje znaczne różni-

cowanie geograficzne. Obecnie największy rozwój obserwuje się w miejskich regionach Azji, szczególnie w Chinach i Singapurze. Na ten wzrost mogą mieć wpływ czynniki etniczne, jest to związane z charakterystyczną budową szpary powiekowej, ale też wysokie uprzemysłowienie, a co za tym idzie zwiększona potrzeba wykwalifikowanej i wykształconej kadry, która wymaga intensywnego kształcenia, czyli większej ilości czasu poświęconego na pracę z bliskiej odległości. W tych krajach występowanie krótkowzroczności sięga od 41 do 80% populacji osób dorosłych. W USA i Europie częstość występowania miopii waha się między 25 a 42%, natomiast w Afryce jest to od 10 do 20% [6].

Obserwacje naukowców z uniwersytetu w Singapurze dostarczają informacji, że dzieci karmione piersią są o 50% mniej narażone na rozwój miopii w porównaniu z dziećmi karmionymi pokarmem sztucznym. Tłumaczy się ten związek ochronnym wpływem na oczy kwasu dokozaheksaenowego (DHA – kwas tłuszczowy omega-3), który obecny jest w matczynym pokarmie, a odgrywa ważną rolę w rozwoju układu nerwowego i wzroku u dziecka [6]. Obecnie zaleca się stosowanie w żywieniu noworodków urodzonych przedwcześnie mieszanek wzbogaconych w długołańcuchowe wielonienasycone kwasy tłuszczowe, które mają korzystny wpływ na dojrzewanie narządu wzroku i rozwój neurologiczny [7].

Do głównych objawów krótkowzroczności należy osłabienie ostrości wzroku do dali, mrużenie oczu i marszczenie twarzy w celu zwężenia szpary powiekowej, a to może powodować ból głowy czy podrażnienie powiek. W małej i średniej wadzie ostrość do bliży będzie dobra, a w wysokiej krótkowzroczności odległość do pracy z bliska będzie się zmniejszała. Ponadto, ciągłe napięcie mięśni do pracy w bliży powoduje niedomogę mięśniową, uczucie zmęczenia i zeza rozbieżnego [8].

Wiele niepokoju budzi fakt, że u coraz większej liczby dzieci (szczególnie w wieku szkolnym) występuje krótkowzroczność, która stanowi ważny problem społeczny i ekonomiczny. Obecnie na świecie żyje 1,6 mld ludzi, u których zdiagnozowano miopię, a przewiduje się, że do 2020 r. będzie to 2,5 mld. Badania dowodzą, że tylko 40% przypadków krótkowzroczności jest skorygowana, a naukowcy są zgodni, że brak korekcji lub jej nieprawidłowy dobór ma największy wpływ na narastanie miopii [9].

Astygmatyzm – istota wady polega na tym, że dla różnych południków gałki ocznej promienie światła skupiają się w różnej odległości od siatkówki. Astygmatyzm spowodowany jest najczęściej niesferycznym kształtem centralnej części rogówki. Astygmatyzm głównie jest wadą wrodzoną lub może występować po urazach i operacjach jako wada nabyta [10].

Do głównych objawów astygmatyzmu zalicza się nieprawidłowe widzenie do dali (astygmatyzm krótkowzroczny) i do bliży (astygmatyzm nadwzroczny), mylne odczytywanie cyfr z tablicy, zmęczenie oczu pod-

czas pracy w odległości bliskiej, zamazywanie się obrazu oraz bóle głowy. Ponadto mogą występować nawracające zapalenia spojówek i brzegów powiek [11].

Częstość występowania astygmatyzmu i jego wielkości największe wartości przyjmują w pierwszych dwóch latach życia dziecka. Po tym okresie u większości dzieci astygmatyzm stopniowo ustępuje do osiągnięcia przez nie 4. roku życia. Do czynników, które mogą predysponować do pojawienia się astygmatyzmu należy zaliczyć wcześniactwo i płodowy zespół alkoholowy. Nieskorygowany astygmatyzm może być przyczyną obniżającej się ostrości widzenia, a to z kolei może negatywnie wpływać na rozwój dziecka i jego wyniki w szkole [12].

Przy każdej z wyżej wymienionych wad wzroku bardzo ważne jest, aby dziecko zaczęło nosić okulary przed 6. rokiem życia, by nie dopuścić do rozwoju niedowidzenia (ambliopii), która polega na obniżeniu ostrości wzroku [13].

Zapobieganie wadom wzroku u dzieci

Edukacyjna rola pielęgniarki

Nieocenioną rolę w procesie kształtowania świadomości zdrowotnej, która dotyczy zapobiegania i wczesnego wykrywania wad wzroku spełnia pielęgniarka. Na każdym poziomie rozwoju dziecka odgrywa ona ważną rolę w procesie edukacyjnym zarówno samych dzieci, jak i ich rodziców lub opiekunów, a w środowisku przedszkolnym lub szkolnym również nauczycieli.

• Okres ciąży

W okresie ciąży mocny nacisk w edukacji należy położyć na wyeliminowaniu używek. Głównie chodzi o spożywanie przez ciężarną kobietę alkoholu, który może doprowadzić do wystąpienia u dziecka alkoholowego zespołu płodowego (FAS). W większości przypadków kobiety w ciąży sięgają po alkohol z braku wiedzy o tym, że jest to substancja toksyczna, która może uszkodzić dziecko w łonie matki. Głównym czynnikiem uszkadzającym płód jest aldehyd octowy, będący metabolitem alkoholu, który powoduje proliferację neuronów i zaburza powstawanie między nimi połączeń [14].

• Okres noworodkowy i niemowlęcy

- **Dzieci urodzone przedwcześnie** - u dzieci tych (urodzonych przed 36. tygodniem ciąży) narząd wzroku nie jest jeszcze rozwinięty prawidłowo, dlatego należy przeprowadzić u nich szczegółowe badania wzroku

[15]. Istotne jest uświadomienie rodziców, że muszą być one objęte systematyczną opieką specjalistyczną (lekarz okulista), zaleca się, aby badanie przeprowadzone było w pierwszym, drugim i trzecim miesiącu życia [16]. Istotną kwestią jest edukacja rodziców na temat tego, jak ważne jest karmienie wcześniaka mieszankami wzbogaconymi w kwasy DHA. Dostępne są już mieszanki wzbogacone w długołańcuchowe wielonienasycone kwasy tłuszczowe, którymi zaleca się karmić noworodki o niskiej urodzeniowej masie ciała. Przeprowadzone badania pokazują, że u niemowląt urodzonych o czasie wzbogacanie diety w DHA nie wpłynęło na zmianę ostrości widzenia, natomiast wcześniaki otrzymujące mieszanki wzbogacone w DHA szybciej osiągały ostrość widzenia niż te, które tych mieszanek nie otrzymywały. Kwasy tłuszczowe DHA są niezbędne do prawidłowego rozwoju siatkówki i układu nerwowego, największe zapotrzebowanie na te aminokwasy jest w okresie wewnątrzmacicznym i w pierwszych miesiącach po urodzeniu. Wyniki przeprowadzonych badań klinicznych wykazują, że stężenie DHA u wcześniaków po urodzeniu są znacznie mniejsze niż u noworodków donoszonych. Przesłanki te wskazują na konieczność podawania noworodkom urodzonym przedwcześnie mleka wzbogaconego w DHA [17].

- **Dzieci urodzone o czasie** – kiedy dziecko urodzone o czasie ukończy pierwszy rok życia profilaktyczne badania wzroku należy wykonywać raz w roku. Jeżeli natomiast pojawią się niepokojące objawy, rodzic powinien od razu zgłosić się do lekarza [18].

Wśród przyczyn występowania wad wzroku wymienia się zarówno czynniki genetyczne, ale też środowiskowe i te związane z postępowaniem cywilizacji. Edukacyjna rola pielęgniarki na tym polu jest nieoceniona. Świadomość zagrożeń jest podstawą do rozpoznania, a następnie do podjęcia skutecznego przeciwdziałania negatywnym skutkom. Jednym z ważniejszych zadań pielęgniarki jest szerzenie tej świadomości i zaproponowanie konkretnych działań profilaktycznych.

Środowisko w znacznym stopniu oddziałuje na nasz narząd wzroku. Wśród czynników mających szkodliwy wpływ na narząd wzroku wymienić należy: promieniowanie UV, komputer i telewizor oraz technologie 3D.

• **Promieniowanie UV**

Ultrafiolet to zakres spektrum słonecznego o najkrótszej długości fal (200–380 nm). Do oka docierają dwa rodzaje promieniowania – promieniowanie typu A (UVA o długości fali 315–380 nm) i promieniowanie typu B (UVB o długości fali 280–315 nm). Światło o długości fali ok. 300 nm uważane jest za najbardziej szkodliwe. Promieniowanie wpływa na po-

wstanie zwyrodnienia plamki żółtej, związanej z wiekiem (AMD), ponadto powoduje tworzenie cząsteczek o charakterze wolnych rodników, które uszkadzają błony komórkowe i w efekcie niszczą komórki [19]. Nadmierne ekspozycja na światło słoneczne może prowadzić do posłonecznego uszkodzenia rogówki i do ostrego zapalenia spojówek (ślepoty śnieżna). Dzieci należą do tej grupy, w której istnieje największe ryzyko uszkodzenia struktur oka, dotyczy to głównie pierwszych 10 lat życia, gdy narząd dopiero się wykształca. W chwili narodzin soczewka oka u człowieka jest w 95% przezroczysta, żółknie dopiero po ok. 10 latach, a po następnych 15 uzyskuje możliwość blokowania promieni UV docierających do siatkówki w 80%. Dlatego zaleca się, by dzieci do szóstego miesiąca życia miały do minimum ograniczony kontakt z pełnym słońcem. Dzieci starsze należy wyposażać w czapki z daszkiem, które ocieniają oczy i w okulary przeciwsłoneczne ze sprawdzonymi filtrami UV, które posiadają oznaczenie CE (potwierdzenie spełniania europejskich standardów bezpieczeństwa). Jeżeli soczewki są marnej jakości i nie blokują promieniowania UV, zagrożenie jest jeszcze większe, gdyż źrenica przesłonięta ciemnymi szklami rozszerza się i w ten sposób dopuszcza do wewnętrznych struktur oka jeszcze większą ilość promieni UV [20].

• Komputer i telewizor

We współczesnym świecie występowanie u dzieci i młodzieży krótkowzroczności łączone jest z długim wpatrywaniem się w ekran telewizora bądź komputera. Nadwyrężone zostają mięśnie oczu, ponadto dziecko siedzące przed monitorem kilka razy rzadziej mruga, a to może wywoływać pieczenie, klucie, zaczerwienienie, łzawienie oczu i szybsze ich wysychanie, a przesuszone oczy są bardziej podatne na infekcje. Wzrok dziecka korzystającego z komputera musi stale się adaptować do zmiennych warunków oświetlenia, a to bardzo męczy oczy. Zapobieganie polega głównie na edukacji dziecka i jego rodzica, jak umiejętnie korzystać z telewizora, komputera i internetu [21].

• Technologia 3D

Technologia 3D jest nowością wśród mediów elektronicznych, ale staje się coraz bardziej popularna i dostępna. Naukowcy uważają, że osoby, które mają sprawny układ wzrokowy mogą oglądać obrazy w 3D przez ok. 1-1,5 godziny dziennie. Dłuższe korzystanie może powodować bóle oczu i głowy, zamazywanie obrazu, podwójne widzenie, nudności, zawroty głowy, fałszywe postrzeganie rzeczywistości (błędna ocena odległości, pomniejszone przedmioty). Intensywność tych zaburzeń wynika z indywidualnych predyspozycji. Osoby, które mają problemy z widzeniem obuocznym lub występuje u nich obniżona ostrość widzenia jed-

nego oka mogą mieć problemy z odbiorem obrazów w technologii 3D. Odrębnego podejścia, jeśli chodzi o oglądanie filmów trójwymiarowych, wymagają dzieci do 6. roku życia, ponieważ ich układ wzrokowy i system nerwowy znajdują się w fazie intensywnego rozwoju. Oglądanie 3D może nieodwracalnie zaburzyć rozwój widzenia przestrzennego i mieć negatywny wpływ na sprawność wzroku w przyszłości [22].

W okresie kiedy dziecko rozpoczyna naukę szkolną, pielęgniarka powinna zwrócić szczególną uwagę, aby wszystkie osoby z zaburzeniami funkcjonowania układu wzrokowego trafiły do specjalisty, który zaleci odpowiedni sposób korekcji [23].

Pomimo prowadzenia badań przesiewowych, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia, wiele dzieci z wadami widzenia nie trafia jednak do specjalistów, a każde dziecko, które rozpoczyna naukę szkolną musi mieć sprawny układ wzrokowy, ponieważ jest to czynnik, który umożliwia równy start [24].

Pielęgniarka istotną rolę odgrywa również podczas badania dziecka w gabinecie okulistycznym. Aby wynik badania refrakcji był jak najbardziej wiarygodny (szczególnie dotyczy to małego dziecka), przed przystąpieniem do pomiaru należy tymczasowo porazić, za pomocą środka farmakologicznego, mięsień rzęskowy, który odpowiada za akomodację oka. Ponieważ dzieci, szczególnie przed ukończeniem 4. roku życia, posiadają bardzo silną akomodację, może to spowodować, że wady refrakcji, szczególnie nadwzroczne, łatwo można przeoczyć. Jak wiadomo, wada niewykryta w odpowiednim czasie może doprowadzić do rozwoju niedowidzenia i zez, których terapia jest znacznie dłuższa i trudniejsza. W celu rozszerzenia źrenic i porażenia akomodacji stosuje się substancje, które blokują receptory muskarynowe, zlokalizowane w mięśniu rzęskowym. Zastosowanie takiego środka wywołuje porażenie mięśnia rzęskowego, cykloplegię (porażenie akomodacji) i mydriazę (rozszerzenie źrenic) [25]. Każdy z wyżej wymienionych środków może wywołać niebezpieczne dla wzroku skutki uboczne, takie jak: zawroty głowy, światłowstręt, stan „suchego oka”, bezsenność, halucynacje. Dlatego bardzo ważne jest dokładne zebranie informacji przez pielęgniarkę o historii leczenia wzroku, alergiach na środki farmakologiczne, ogólnym stanie zdrowia dziecka, wadach i chorobach oczu występujących w rodzinie [25]. Dzieci boją się i nie lubią zakraplania oczu, a lęk zwiększa fakt, że niektóre z podawanych kropli szczypią. Krople powinna podawać osoba, która nie będzie później diagnozowała dziecka (najczęściej jest to pielęgniarka). Szczególnie stresujące dla dziecka jest pierwsze badanie wzroku. Pielęgniarka, która pomaga w przeprowadzeniu badania dziecka powinna zdobyć jego zaufanie, to pozwoli na sprawniejszą współpracę i efektywne przeprowa-

dzenie badania. Do dziecka należy odnosić się z życzliwością, łagodnie, szanując jego godność i intymność. Rozmawiając z dzieckiem, należy zrezygnować z używania specjalistycznych, niezrozumiałych dla dziecka pojęć. Przeprowadzając badanie i przygotowując dziecko do niego niezbędna jest obecność rodzica, nie tylko ze względów prawnych, ale też po to, by dziecko czuło się bezpiecznie. Pielęgniarka może wykorzystać kontakt z rodzicem do przekazania istotnych informacji o zapobieganiu wadom wzroku i higienie układu wzrokowego, może też przekazać dostępne materiały informacyjne (ulotki, broszury) [26].

Zadania pielęgniarki medycyny szkolnej

Profilaktyczne świadczenia zdrowotne udzielane dzieciom obejmują swoim zasięgiem profilaktykę oraz wczesne wykrywanie wad wzroku. Zgodnie z tymi wytycznymi pielęgniarka medycyny szkolnej wykonuje testy przesiewowe w kierunku:

1. Wykrywania zezów – pielęgniarka sprawdza ustawienie gałek ocznych, bada czy światło na rogówkach odbija się symetrycznie (jest to tzw. test Hirschberga) oraz kontroluje skłonność do zezowania (badanie za pomocą testu naprzemiennego zasłaniania oczu, tzw. *cover test*).

2. Wykrywania nieprawidłowej ostrości wzroku przy pomocy tablic z optotypami – dla dzieci, które nie potrafią jeszcze czytać, optotypy mają kształt litery E (widelki), natomiast dla dzieci starszych są to tablice z optotypami cyfr lub liter. Dzieci, które noszą okulary badane są wyłącznie w korekcji.

3. Wykrywania zaburzeń widzenia barw – test wykonywany przez pielęgniarkę przy pomocy tablic pseudochromatycznych Ishihary, wykonywany jest u 10-letnich dzieci [27].

Pielęgniarka lub higienistka szkolna jest w większości szkół jedynym i fachowym pracownikiem posiadającym przygotowanie medyczne. Przeprowadzanie badań przesiewowych w kierunku wykrywania wad wzroku wydaje się być zasadne ze względu na możliwość szybkiego i dokładnego określenia stanu układu wzrokowego u dziecka i podjęcie szybkiego postępowania leczniczego (okulary, soczewki, specjalistyczne leczenie). Ponadto, zapobieganie i wczesne leczenie jest bardziej ekonomiczne, niż drogie i długotrwałe leczenie wad późno wykrytych [28].

Uczniowie powinni być poinformowani wcześniej o terminie badania, a pielęgniarka musi wyjaśnić dzieciom cel i istotę ich przeprowadzania. Po wykonaniu testów należy badanym przekazać wyniki. Jeżeli badanie wykonywane jest po raz pierwszy, a wynik testów jest dodatni, trzeba wy-

jaśnić, że jest to badanie wstępne, iż jest to podejrzenie zaburzeń, które należy sprawdzić w badaniach diagnostycznych, aby w ten sposób uniknąć lęku oraz zachęcić dziecko i jego rodziców do przeprowadzenia dalszych niezbędnych badań. Dziecko dobrze widzące, prawidłowo skorygowane w przypadku wykrycia u niego wady, które rozpoczyna dopiero swoją edukację, osiąga lepsze wyniki w nauce, może uprawiać ulubione dyscypliny sportowe, a w przyszłości wybrać odpowiedni zawód [29].

Pielęgniarka medycyny szkolnej uczestniczy również w edukacji zdrowotnej uczniów, których powinna motywować do dbania o własne zdrowie oraz ich rodziców, którzy powinni być włączani do wszystkich działań na rzecz zdrowia ich dzieci. Jest także edukatorem i konsultantem medycznym dla dyrektora szkoły i nauczycieli. Muszą oni respektować zalecenia przekazane przez pielęgniarkę, dotyczące organizacji zajęć, miejsca siedzenia w klasie, gdzie przednie ławki powinny zajmować dzieci słabowidzące, oświetlenia pomieszczeń, w których odbywają się zajęcia. Istotną rolą pielęgniarki w szkołach ponadgimnazjalnych jest zwrócenie szczególnej uwagi na młodzież z dużymi wadami wzroku, u których występuje tendencja do pogłębiania się wady. Należy wraz z gronem pedagogicznym, psychologiem oraz rodzicami pomóc młodemu człowiekowi w podjęciu decyzji o wyborze zawodu, ponieważ jeżeli wyuczy się jakiegoś zawodu, a później z powodu problemów z oczami straci pracę, bardzo trudno będzie mu się przekwalifikować [30].

Pielęgniarka dba również o przestrzeganie prawa ucznia do informacji, prywatności, poszanowania godności osobistej oraz obowiązuje ją zachowanie tajemnicy zgodnie z prawami pacjenta. Dyrekcja i grono pedagogiczne muszą wykazać zrozumienie, że informacja o stanie zdrowia ucznia może być im przekazana przez pielęgniarkę w momencie wyrażenia na to zgody przez rodziców (opiekunów), a w przypadku uczniów pełnoletnich za ich zgodą [31].

Podsumowanie

Prezentowana praca świadczy o tym, że jest wiele czynników mających wpływ na prawidłowy rozwój widzenia u dzieci, szczególnie w jego pierwszych sześciu latach życia, kiedy ten rozwój najbardziej dynamicznie następuje. Jednym z tych istotnych czynników jest wczesne wykrywanie i odpowiednia korekcja wad wzroku u najmłodszych. Nieocenioną rolę na tym polu ma do spełnienia pielęgniarka, jej wiedza i doświadczenie w działaniach edukacyjnych względem samych dzieci, jak również ich rodziców. Rolą pielęgniarki jest szerzenie świadomości o zagrożeniach oraz

proponowanie konkretnych działań profilaktycznych, które pozwolą prawidłowo dbać o wzrok.

Bibliografia

- [1] Molska M. Rozwój widzenia u dzieci. *Izoptyka* 2008, 46: 12–13.
- [2] Jarzębińska-Vecerova M., Tuleja D. *Podstawy refrakcji oka i korekcja wad wzroku*. Wrocław: Górnicki Wydawnictwo Medyczne 2005: 10.
- [3] Grosvenor T. *Optometria*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner 2011: 14–21.
- [4] Turno-Kręcicka A., Barć A., Kański J. *Choroby oczu u dzieci*. Wrocław: Górnicki Wydawnictwo Medyczne 2012: 282.
- [5] Turno-Kręcicka A., Barć A., J. Kański J. *Choroby oczu u dzieci*. Wrocław: Górnicki Wydawnictwo Medyczne 2012: 284.
- [6] Figura P. Jak kontrolować krótkowzroczność? *Optyka* 2012, 4 (17): 46–48.
- [7] Wpływ żywienia noworodków urodzonych przedwcześnie mlekiem dla wcześniaków wzbogaconym w długołańcuchowe wielonienasycone kwasy tłuszczowe (LCPUFA) na ich rozwój. *Medycyna Praktyczna. Pediatria* 2001, 5: 105.
- [8] Jarzębińska-Vecerova M., Tuleja D. *Podstawy refrakcji oka i korekcja wad wzroku*. Wrocław: Górnicki Wydawnictwo Medyczne 2005: 16.
- [9] Figura P. Jak kontrolować krótkowzroczność? *Optyka* 2012, 4 (17): 46–48.
- [10] Jarzębińska-Vecerova M., Tuleja D. *Podstawy refrakcji oka i korekcja wad wzroku*. Wrocław: Górnicki Wydawnictwo Medyczne 2005: 16.
- [11] Turno-Kręcicka A., Barć A., Kański J. *Choroby oczu u dzieci*. Wrocław: Górnicki Wydawnictwo Medyczne 2012: 283.
- [12] Perz K., Buczkowska H., Miśkowiak B., Michalski A. Znaczenie korekcji astygmatyzmu u dzieci rozpoczynających naukę szkolną. *Optyka* 2011, 5: 26–29.
- [13] Turno-Kręcicka A., Barć A., Kański J. *Choroby oczu u dzieci*. Wrocław: Górnicki Wydawnictwo Medyczne 2012: 288–289.
- [14] Karakiewicz B., Ćwiek D., Pirogowicz I. *Wpływ substancji psychoaktywnych na rozwój i funkcjonowanie społeczne dzieci*. W: Steciwko A., Pirogowicz I. red. *Dziecko i jego środowisko. Uzależnienia u dzieci i młodzieży*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo 2006: 118–120.
- [15] Makuc R. Badanie wzroku dzieci. *Izoptyka* 2012, 62 (wrzesień): 11–12.
- [16] Jak widzi dziecko. Stowarzyszenie na rzecz Rehabilitacji Niewidomych i Słabo Widzących. *Optyka* 2010, 4: 26–28.
- [17] Wpływ żywienia noworodków urodzonych przedwcześnie mlekiem dla wcześniaków wzbogaconym w długołańcuchowe wielonienasycone kwasy tłuszczowe (LCPUFA) na ich rozwój. *Medycyna Praktyczna. Pediatria* 2001, 5: 105.
- [18] Makuc R. Badanie wzroku dzieci. *Izoptyka* 2012, 62 (wrzesień): 11–12.
- [19] Urban R. Środowisko a choroby oczu. *Optyk Polski* 2011, 12, 3: 22–23.
- [20] Promieniowanie UV i zagrożenia dla oka. *Optyka* 2010, 3: 40–42.
- [21] Czajkowski J. Zespół oka biurowego u dzieci i młodzieży. *Kontaktologia i Optyka Okulistyczna* 2011, 3: 12.
- [22] Jancik G. Nie wszyscy widzą w 3D. *Optyk Polski* 2011, 3: 20–23.
- [23] Zbyszyńska B. Cywilizacja szkodliwa dla oczu dzieci. *Izoptyka* 2012, 62 (wrzesień): 7.
- [24] Rudzińska M. Nauka szkolna a stan układu wzrokowego dziecka. *Izoptyka* 2012, 62 (wrzesień): 12–13.

- [25] Przekoracka-Krawczyk A., Nawrot P. Zaburzenia wzrokowe u dzieci. Cz. 2: Wady refrakcji i metody ich wyznaczania. *Optyka* 2012, 5 (18): 26–31.
- [26] Molska M. Dziecko w salonie optycznym, czyli nasz najważniejszy pacjent i klient. *Izoptyka* 2012, 62: (wrzesień): 8–9.
- [27] Ustawa z dnia 28 sierpnia 2009 roku w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą. Dz.U. z 2009 r. nr 139, poz. 1133.
- [28] Głowacka A., Miśkowiak B. Badania przesiewowe wzroku – przegląd piśmiennictwa. *Problemy Higieniczno-Epidemiologiczne* 2012, 93: 663–666.
- [29] Woynarowska B. *Zdrowie i szkoła*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2000: 539.
- [30] Jancik G. Wybierz zawód z okulistą. *Optyk Polski* 2011, 10: 14.
- [31] Woynarowska B. *Zdrowie i szkoła*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2000: 60–63.

Adres do korespondencji:

Beata Kaczmarek

Instytut Pielęgniarstwa PMWSZ w Opolu

ul. Katowicka 68

45-060 Opole

tel.: 77 442 35 40

e-mail: envy36@tlen.pl

GRAŻYNA DĘBSKA*, MAGDALENA NIECKULA*, ALICJA DIAK*, IWONA WÓJCIK**

Pielęgnowanie dziecka z mononukleozą zakaźną

Wstęp

Mononukleozą zakaźną (*infectious mononucleosis* – IM) to ostry zespół objawów, które wywołuje wirus Epsteina-Barr (EBV). Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization – WHO), mononukleozą zakaźną zakwalifikowana jest do chorób zakaźnych i pasożytniczych.

Zakażenie wirusem Epsteina-Barr występuje powszechnie, niezależnie od pory roku i na wszystkich kontynentach. Ze względu na małą zakaźność nie przyjmuje postaci epidemicznej. Źródłem zakażenia jest człowiek chory, ozdrowieńczy lub osoby, które przebyły bezobjawowo zakażenie i wydają wirusa ze śliną. Do zakażenia dochodzi najczęściej przez bliski, bezpośredni, kontakt z chorym. Rzadziej drogą kropelkową, za pośrednictwem przedmiotów, zabawek, naczyń, przetoczeń zakażonej EBV krwi bądź po przeszczepie narządów. Istotą tej choroby jest uogólniony, samowygasający odczyn limfoproliferacyjny z zespołem objawów klinicznych, charakterystycznych zmian hematologicznych i serologicznych. Może przebiegać objawowo lub bezobjawowo, pozostawiając trwałą odporność. Rokowanie jest dobre, lecz ze względu na występujące powikłania i możliwość przewlekłego stanu, część przypadków wymaga hospitalizacji.

Mononukleozą zakaźną najczęściej występuje u osób w wieku 15–25 lat. Rzadko – prawie nigdy – u niemowląt poniżej 6. miesiąca życia, gdyż

* Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Targu.

** Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Krakowie, Oddział Chorób Infekcyjnych i Hepatologii Dziecięcej.

posiadają one przeciwciała od matki. Większość osób dorosłych, bo ponad 98%, ma przeciwciała przeciw EBV. Do pierwszego zakażenia najczęściej dochodzi w dzieciństwie. Przebiega ono zazwyczaj łagodnie, bezobjawowo lub objawy są skąpe. Objawy postaci klasycznej obserwuje się najczęściej u młodzieży [4, 6, 9].

Objawy mononukleozy są zmienne, jednak trzy z nich są charakterystyczne: gorączka, zapalenie gardła, powiększenie węzłów chłonnych. Na kilka dni przed wystąpieniem typowych objawów pojawia się: złe samopoczucie, brak łaknienia, wzmożone pragnienie, bóle mięśniowo-stawowe, dreszcze, osłabienie. Choroba rozpoczyna się wzrostem temperatury ciała do powyżej 38,0°C, który zwykle obserwuje się go po południu i może nawet wynosić 40,0°C. Gorączka trwa nawet 1-2 tygodni. Dołączają się do tego silne bóle gardła, zwłaszcza przy przełykaniu, zmiany zapalne na migdałkach i w gardle. Migdałki są powiększone, rozpulchnione i często pokryte szarobiałym, litym, mazistym nalotem, który łatwo można zdjąć [1-2, 4-5, 7, 10]. Z ust wyczuwa się przykry zapach, pojawiają się trudności w połykaniu, mowa jest niewyraźna, nosowa. Węzły chłonne szyjne są znacznie powiększone, sprężyste, przesuwalne, tkliwe. Stwierdza się również uogólnione powiększenie węzłów chłonnych. Częstym objawem jest nieżyt błony śluzowej nosa, obfita wydzielina spływa po tylnej ścianie gardła. Dość często występującym objawem u dzieci jest obrzęk powiek, nasady nosa i łuków brwiowych. W przebiegu choroby niejednokrotnie dochodzi do powiększenia wątroby i śledziony. Częściej występuje splenomegalia, śledziona jest wyczuwalna na 2-3 cm poniżej łuku żebrowego. Duża i twarda wątroba zdarza się rzadziej [3]. Między 4. a 7. dniem trwania choroby może pojawić się podobna wysypka do odro-różyczko-płoniczej, niekiedy krwotoczna, a także zapalenie spojówek, katar, nudności i wymioty, bóle w klatce piersiowej, w okolicy zamostkowej i duszność [2, 6-7, 10-11]. W okresie zdrowienia może się pojawić: osłabienie, męczliwość, uczucie wyczerpania, trudności w koncentracji, a nawet tzw. zespół przewlekłego zmęczenia [9].

Rozpoznanie mononukleozy opiera się na objawach klinicznych oraz laboratoryjnych kryteriach. W badaniach laboratoryjnych wykrywa się: leukocytozę, a w badaniach serologicznych obecność swoistych oraz nieswoistych przeciwciał IgM lub IgG. U większości pacjentów stwierdza się wzrost enzymów ALT i AST. Badanie DNA EBV metodą PCR jest cenne, ale mało dostępne [1, 14-16].

Leczenie mononukleozy zakaźnej, jako samoograniczającego się procesu chorobowego, z reguły sprowadza się do leczenia objawowego i ambulatoryjnego. Cięższe przypadki mononukleozy zakaźnej wymagają leczenia w oddziałach chorób zakaźnych. Najczęstszą przyczyną hospitalizacji

dzieci z mononukleozą zakaźną jest obturacja górnych dróg oddechowych, spowodowana powiększonymi migdałkami oraz obrzękiem błony śluzowej nosa i gardła. Bezwzględny wskazaniem do hospitalizacji jest niedokrwistość hemolityczna oraz nasilająca się plamica małopłytkowa. Do oddziałów zakaźnych trafiają również dzieci z objawami zapalenia wątroby, które najczęściej samoistnie ustępują, hospitalizowane są również dzieci z wysypką trudno leczącą się w warunkach ambulatoryjnych [2, 7, 9, 14]. Pojawiające się powikłania ze strony układu nerwowego również niosą zagrożenie życia. Należą do nich: drgawki, ataksja, porażenie nerwów obwodowych, objawy zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenie mózgu, zespół Guillaina-Barrégo. Powikłaniom tym nie zawsze towarzyszą inne objawy mononukleozy zakaźnej, co często utrudnia określenie przyczyny zaburzeń neurologicznych. Przemijający charakter mają powikłania układu krążenia, może występować zapalenie mięśnia sercowego, osierdza, zmiany w zapisie EKG. Objawy te ustępują całkowicie. Bardzo rzadko pojawia się zapalenie trzustki, jąder, zespół Reye'a, zaburzenia w funkcjonowaniu nerek. Powikłania hematologiczne najczęściej wymagają biopsji szpiku i konsultacji hematologicznej w celu wykluczenia chorób rozrostowych układu krwiotwórczego. Uciążliwym, ale rzadko występującym powikłaniem jest zespół mononukleozy przewlekłej. Charakteryzuje się on różnorodnymi i niespecyficznymi objawami, jak: przewlekłe stany podgorączkowe, zapalenia płuc, wątroby, zapalenie bądź niewydolność nerek, objawy ze strony ośrodkowego układu nerwowego. Długo utrzymujący się zespół prowadzi do osłabienia i utrudnionej koncentracji, bólów głowy, nawracających wysypek, powiększenia węzłów chłonnych i wątroby, spadku leukocytozy z obecnością form atypowych [1-2, 4, 9, 14].

Z analizy piśmiennictwa wynika, że zachorowania na mononukleozę nie mają związku z płcią [1, 9]. W krajach wysoko rozwiniętych najwięcej zachorowań przypada na wiek 15-24 lata. Natomiast w krajach ubogich, o złych warunkach higienicznych, najwięcej zakażeń wirusem EBV obserwuje się między 2. a 4. rokiem życia. Są to najczęściej pierwotne zakażenia, które przebiegają łagodnie. W Polsce mononukleozą objęta jest ustawą o zwalczaniu chorób zakaźnych.

Pielęgowanie to wyuczona, samodzielna, planowana praca pielęgniarki, realizowana na rzecz osoby potrzebującej fachowej opieki. Oparta jest na podstawach teoretycznych oraz zasadach etycznych i moralnych [13]. Pielęgowanie rozumiane jest jako pomaganie, towarzyszenie człowiekowi w zdrowiu, chorobie lub w niepełnosprawności. To również przygotowanie do kształtowania samoopieki. Polega na starannym, profesjonalnym pomaganiu tym, którzy tej pomocy potrzebują w zmiennych stanach zdrowia [13].

Współczesne pielęgniarstwo nastawione jest na pielęgnowanie zindywidualizowane, czyli dostosowane do wymogów i oczekiwań podmiotu opieki oraz do warunków, w jakich ta opieka ma być realizowana. Człowiek będący podmiotem opieki wymaga indywidualnego podejścia w celu rozpoznania stanu bio-psycho-społecznego, duchowego oraz kulturowego.

Opieka pielęgniarstwa to działania podjęte przez pielęgniarkę w celu zaspokojenia potrzeb, których podopieczni nie są zdolni zaspokoić samodzielnie, bądź przekraczają one ich możliwości. Z pojęciem opiekować się wiąże się znaczenie: „zajmować się, uważać na kogoś, udzielać pomocy, troszczyć się, dbać, doglądać, czuwać, pocieszać, rozłaczać ochronę, chronić kogoś, utrzymywać kogoś...” [8, 13].

Teoria Dorothei Orem obejmuje: teorię samoopieki, teorię deficytu samoopieki oraz teorię systemów pielęgnowania. Znajduje ona zastosowanie głównie w opiece nad dzieckiem i jego rodziną. We wczesnych etapach rozwojowych dominuje system całkowicie kompensacyjny [8, 13, 15].

Cel pracy

Celem pracy było opracowanie modelu opieki pielęgniarstwa nad dzieckiem z mononukleozą zakaźną z wykorzystaniem teorii Dorothei Orem.

Materiał i metody

W pracy wykorzystano metodę studium przypadku, którego analiza pozwoliła na zebranie i uporządkowanie danych do opracowania modelu opieki pielęgniarstwa w oparciu o pielęgnowanie zindywidualizowane. Badanie miało charakter retrospektywny, w którym wykorzystano dokumentację historii choroby oraz wyniki obserwacji dziecka pod kątem diagnoz pielęgniarstwa.

Studium przypadku

Dziecko 7-letnie przyjęte do Oddziału Chorób Infekcyjnych i Hepatologii Dziecięcej z podejrzeniem mononukleozy zakaźnej. Z wywiadu, przeprowadzonego z matką dziecka w dniu przyjęcia wynika, że gorączkowało ono od 4 dni. Temperatura ciała wzrastała nawet do 39,0°C, zgłaszało również ból gardła oraz złe samopoczucie, osłabienie, brak apetytu. Dołączyły się bóle głowy, utrudniony oddech oraz znacznie powiększone

węzły chłonne szyjne. Powodem hospitalizacji dziecka był brak poprawy stanu pomimo leczenia oraz głębsza diagnostyka w kierunku mononukleozy zakaźnej.

W dniu przyjęcia masa ciała wynosiła 27,9 kg, wzrost – 135 cm, temperatura ciała – 36,8°C. Dziecko w stanie zdrowia średnim, cierpiące, z utrudnionym oddechem. W badaniu fizykalnym stwierdzono powiększone węzły chłonne szyjne, bolesne, w pakietach, migdałki duże, rozpulchnione, z kożuchowatym nalotem; język obłożony był szarym nalotem, śluzówki podsychające; wątroba wystająca spod łuku żebrowego 2 cm, śledziona 1 cm.

Dziewczynka na fakt hospitalizacji reagowała buntem, była wystraszona. Podczas zabiegów diagnostycznych i czynności pielęgniarских płakała i nie chciała współpracować. W oddziale pozostaje pod opieką matki, która również jest bardzo zdenerwowana. Stara się ukryć swoje emocje przed dzieckiem, lecz widać jej bezradność wobec zaistniałej sytuacji.

Po przyjęciu pobrano krew do badań laboratoryjnych, ich wyniki potwierdziły rozpoznanie wstępne, wdrożono leczenie. W piątej dobie pobytu w oddziale pojawiła się drobnoplamista, różowa wysypka na skórze całego ciała. W nocy dziewczynka skarżyła się na dolegliwości bólowe brzucha, temperatura ciała wzrosła do 39,0°C. Nad ranem dziewczynka kilka razy wymiotowała, była blada i osłabiona. Wykonano kolejne badania diagnostyczne i zmodyfikowano leczenie. Po nawodnieniu dożylnym dziecka i obniżeniu się temperatury ciała dziewczynka poczuła się lepiej, dolegliwości bólowe ustąpiły, lecz nadal utrzymywała się wysypka. W kolejnym dniu pobytu dziecko zgłaszało bóle kończyn dolnych bez widocznych objawów chorobowych. Z pogłębionego wywiadu wynika, że bóle kończyn dolnych występowały już wcześniej. Rodzice wiązali je z bólami wzrostowymi i nigdy nie diagnozowali. Wykonano kolejne badania diagnostyczne. Bóle kończyn dolnych ustępowały po podawaniu środka przeciwbólowego. Do końca pobytu dziecka w szpitalu bóle te pojawiły się jeszcze dwukrotnie, a na skórze utrzymywały się przebarwienia po wysypce. W 12. dobie hospitalizacji dziecko w stanie zdrowia dobrym zostało wypisane do domu z dalszymi zaleceniami: kontynuacja leczenia doustnego, kontrola w poradni hepatologicznej oraz reumatologicznej, oszczędzający tryb życia, zwolnienie z lekcji WF przez 2 miesiące, dieta lekkostrawna.

Wyniki

Ustalono następujące diagnozy, cele i planowane interwencje pielęgniarские w stosunku do dziecka hospitalizowanego z powodu powikłań mononukleozy zakaźnej.

• Diagnoza pielęgniarska 1

Lęk, bunt oraz niepokój dziecka spowodowany hospitalizacją oraz koniecznością wykonania zabiegów diagnostycznych.

Cel opieki:

Zminimalizowanie lęku i niepokoju. Zdobyć zaufania dziecka.

Interwencje pielęgniarskie:

- ocena reakcji dziecka podczas wykonywania pomiarów,
- spokojna rozmowa oraz zezwolenie na wyrażenie uczuć i emocji,
- udzielenie odpowiedzi na pytania w sposób prosty, dostosowany do możliwości rozumienia dziecka,
- przygotowanie dziecka do planowanych zabiegów diagnostyczno-leczniczych,
- przekazanie o konieczności i celu wykonania zabiegów diagnostycznych i hospitalizacji,
- okazanie serdeczności, zrozumienia, empatii,
- umożliwienie obecności rodzica w trakcie wykonywanych zabiegów diagnostyczno-leczniczych,
- odwrócenie uwagi od wykonywanych czynności przez rozmowę na inne tematy,
- zastosowanie metody nagradzania i pochwał.

Oczekiwany wynik opieki:

W wyniku zaplanowanych działań odwrócono uwagę dziecka od wykonywanych czynności, przez co zminimalizowano lęk i zdobyto zaufanie dziecka.

• Diagnoza pielęgniarska 2

Ból gardła powodujący złe samopoczucie i trudności w połykaniu.

Cel opieki:

Likwidacja dolegliwości bólowych gardła. Poprawa stanu odżywiania.

Interwencje pielęgniarskie:

- obserwacja natężenia bólu gardła podczas przełykania,
- podawanie do picia chłodnych, obojętnych, niedrażniących płynów,
- podawanie środków przeciwbólowych na zlecenie lekarza,
- obserwowanie reakcji na środek przeciwbólowy,
- zapewnienie diety lekkostrawnej i papkowej umożliwiającej łatwiejsze połykanie,
- stosowanie środków do płukania i pędzlowania gardła łagodzących dolegliwości bólowe i stan zapalny migdałków.

Oczekiwany wynik opieki:

Ból gardła stopniowo ustępował po zastosowaniu zaplanowanych działań. Dziecko posiłki zjadało chętniej.

• Diagnoza pielęgniarska 3

Trudności w oddychaniu, zwłaszcza podczas snu, spowodowane powiększonymi migdałkami. Niepokój matki związany z występowaniem utrudnionego oddechu.

Cel opieki:

Poprawa oddychania. Wyjaśnienie przyczyn utrudnionego oddechu u dziecka.

Interwencje pielęgniarskie:

- ułożenie w pozycji wysokiej ułatwiającej oddychanie,
- obserwacja oddechu u dziecka podczas snu,
- dbanie o odpowiednią temperaturę otoczenia oraz zapewnienie dostępu świeżego powietrza,
- stosowanie środków nawilżających błonę śluzową nosa,
- podawanie glikokortykosteroidów na zlecenie lekarza,
- w razie konieczności podanie tlenu,
- rozmowa z matką wyjaśniająca przyczynę utrudnionego oddychania oraz sposobów, które mogą wpłynąć na poprawę oddychania.

Oczekiwany wynik opieki:

Zastosowane leczenie oraz podjęte działania wpłynęły na stopniową poprawę oddychania, matka dziecka dbała o dobre warunki oddychania.

• Diagnoza pielęgniarska 4

Oslabienie i złe samopoczucie z powodu braku apetytu, dolegliwości bólowych węzłów chłonnych oraz przedłużającego się stanu chorobowego.

Cel opieki:

Poprawa samopoczucia oraz stopniowa poprawa wydolności fizycznej dziecka.

Interwencje pielęgniarskie:

- łagodzenie dolegliwości bólowych przez podawanie środków przeciwbólowych na zlecenie lekarza,
- zapewnienie prawidłowego odżywiania i stosowanie diety,
- zapobieganie odwodnieniu przez odpowiednią podaż płynów,
- zapewnienie wypoczynku,
- organizowanie wolnego czasu,
- zachęcanie do aktywności fizycznej z uwzględnieniem możliwości dziecka, pomoc w czynnościach higienicznych.

Oczekiwany wynik opieki:

Stopniowo uzyskano poprawę samopoczucia. Oslabienie utrzymywało się jednak dłuższy czas.

• Diagnoza pielęgniarska 5

Ryzyko wystąpienia powikłań z powodu kaniulacji żyły obwodowej.

Cel opieki:

Wczesne wykrycie objawów niepokojących oraz zapobieganie powikłaniom.

Interwencje pielęgniarские:

- założenie wkłucia obwodowego zgodnie z zasadami aseptyki,
- obserwacja skóry wokół miejsca wkłucia pod kątem cech zapalnych:
 - obrzęk,
 - zaczerwienienie,
 - ocieplenie,
 - bolesność miejsca,
- zmiana opatrunku wokół wkłucia dożylnego typu venflon raz na 24 godziny lub w razie potrzeby,
 - prowadzenie karty obserwacji wkłucia,
 - przestrzeganie zasad postępowania z dostępem naczyniowym zgodnie z procedurą obowiązującą w oddziale:
 - mycie i dezynfekcja rąk przed każdorazowym działaniem przy kaniuli,
 - ograniczenie do minimum działań przy dostępie naczyniowym,
 - używanie sprzętu jednorazowego,
 - przepłukiwanie 0,9% NaCl przed i po podaniu leków,
 - zmiana miejsca wkłucia co 72 godziny lub w razie konieczności częściej.

Oczekiwany wynik opieki:

Wkłucie obwodowe utrzymano w czystości i nie dopuszczono do powikłań.

• Diagnoza pielęgniarская 6

Negatywne emocje z powodu ponawianych badań diagnostycznych.

Cel opieki:

Zminimalizowanie negatywnych emocji związanych z badaniami diagnostycznymi.

Interwencje pielęgniarские:

- poinformowanie o zleconych badaniach,
- wyjaśnienie celu i sposobu wykonania badania,
- wysłuchanie obaw dziecka,
- okazanie zrozumienia, cierpliwości i troski,
- zapewnienie poczucia bezpieczeństwa przez obecność rodzica w czasie wykonywania badań,
 - zminimalizowanie bólu poprzez założenie kremu Emla działającego znieczulająco przed planowanym nakłuciem,
 - odwrócenie uwagi od wykonywanych czynności, zachęcając dziecko do rozmowy.

Oczekiwany wynik opieki:

Zastosowane działania zminimalizowały ból dziecka oraz negatywne emocje.

• Diagnoza pielęgnarska 7

Niepokój dziecka oraz matki związany z pojawieniem się wysypki będącej prawdopodobnie wynikiem zastosowanego leczenia Augmentinem.

Cel opieki:

Łagodzenie objawów związanych z wysypką. Uspokojenie dziecka i matki, wyjaśniając prawdopodobną przyczynę wysypki.

Interwencje pielęgnarskie:

- obserwacja nasilania się i charakteru wysypki,
- utrzymanie skóry w czystości,
- utrzymywanie odpowiedniej temperatury otoczenia,
- stosowanie środków farmakologicznych przeciwalergicznym na zlecenie lekarza,
- używanie bielizny przewiewnej niedrażniającej skóry w miejscu występowania wysypki.

Oczekiwany wynik opieki:

Wyjaśnienie przyczyny wystąpienia wysypki zmniejszyło niepokój i dziecka, i matki. Wysypka na ciele mimo zastosowanego leczenia utrzymywała się.

• Diagnoza pielęgnarska 8

Gorączka, temperatura ciała wynosiła 39,0°C.

Cel opieki:

Obniżenie temperatury ciała.

Interwencje pielęgnarskie:

- poinformowanie lekarza o wystąpieniu wysokiej temperatury,
- podanie środka przeciwgorączkowego,
- zastosowanie okładów ochładzających,
- kontrowanie temperatury ciała,
- podawanie płynów chłodnych do picia,
- zmiana bielizny osobistej i pościelowej przepoconej po zastosowanym środku przeciwgorączkowym,
- toaleta ciała,
- utrzymanie odpowiedniej temperatury otoczenia.

Oczekiwany wynik opieki:

Po podaniu leku przeciwgorączkowego temperatura ciała obniżyła się, dziecko obficie się spociło.

• Diagnoza pielęgnarska 9

Dyskomfort z powodu dolegliwości bólowych brzucha oraz wymiotów.

Cel opieki:

Likwidacja dyskomfortu oraz poprawa samopoczucia.

Interwencje pielęgniarские:

- obserwacja charakteru i nasilenia dolegliwości bólowych brzucha,
- poinformowanie lekarza o wystąpieniu niepokojących objawów,
- pobranie zleconych badań,
- nawadnianie dziecka zgodnie ze zleceniem lekarza,
- obserwacja ilości wymiotów,
- zapewnienie poczucia bezpieczeństwa poprzez obecność w czasie wymiotów,
- dbanie o toaletę jamy ustnej po wymiotach,
- zapewnienie ciszy i spokoju.

Oczekiwany wynik opieki:

Dziecko nawodniono, wymioty i dolegliwości bólowe ze strony brzucha ustąpiły.

• Diagnostyka pielęgniarская 10

Ból kończyn dolnych ograniczający sprawność fizyczną dziecka.

Cel opieki:

Likwidacja dolegliwości bólowych oraz poprawa sprawności fizycznej.

Interwencje pielęgniarские:

- obserwacja stopnia natężenia bólu kończyn dolnych,
- podanie środka przeciwbólowego na zlecenie lekarza,
- wykonanie zleconych badań,
- obserwacja reakcji na podany środek przeciwbólowy,
- zalecenie wypoczynku podczas nasilenia się dolegliwości bólowych.

Oczekiwany wynik opieki:

Po podanym leku dolegliwości bólowe ustąpiły, dziecko chętnie opuszczało łóżko.

Wnioski

Opieka nad dzieckiem z mononukleozą zakaźną wymaga indywidualnego podejścia ze względu na wielość objawów oraz indywidualną reakcję na pojawiające się nowe objawy związane z istotą procesu chorobowego.

System częściowo kompensacyjny z elementami systemu wspierająco-uczącego modelu D. Orem ma zastosowanie w opiece nad dzieckiem z rozpoznaną mononukleozą zakaźną, a określenie deficytu samoopieki jest wyznacznikiem profesjonalnej opieki.

Najczęstsze, obserwowane problemy u dzieci z mononukleozą zakaźną, które wpływały na deficyt samoopieki, to: przedłużające się stany gorączkowe, dolegliwości bólowe gardła, powiększone migdałki powodujące utrudnione oddychanie oraz złe samopoczucie i osłabienie.

Bibliografia

- [1] Antczak-Marach D. Zakażenie wirusem Epsteina-Barr jako przyczyna zaburzeń neurologicznych u dzieci. *Pediatrics Polska* 2002, 77, 12: 1003–1009.
- [2] Janeczko J. Mononukleozą zakaźną. *Przegląd Epidemiologiczny* 2001, 55, 4: 421–431.
- [3] Kacprzak-Bergman I., Szenborn L. Mononukleozą zakaźną. W: Kacprzak-Bergman I., Szenborn L. red. *Atlas chorób zakaźnych dzieci*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner 2010: 22–25.
- [4] Kajfasz P. Mononukleozą zakaźną i inne stany chorobowe związane z zakażeniem wirusem Epsteina-Barr. W: Dziubek Z. red. *Choroby zakaźne i pasożytnicze*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2003: 206–211.
- [5] Magdzik W., Naruszewicz-Lesiuk D., Zieliński A. Mononukleozą zakaźną. W: Magdzik W., Naruszewicz-Lesiuk D., Zieliński A. red. *Choroby zakaźne i pasożytnicze – epidemiologia i profilaktyka*. Bielsko-Biała: Wydawnictwo Medyczne 2007: 198–200.
- [6] Magdzik W., Naruszewicz-Lesiuk D. Mononukleozą zakaźną. W: Magdzik W., Naruszewicz-Lesiuk D. red. *Zakażenia i zarażenia człowieka. Epidemiologia, zapobieganie i zwalczanie*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2001: 255–259.
- [7] Pietryga K. Mononukleozą zakaźną. *Lekarz Rodzinny* 2007, 12, 2: 194–196.
- [8] Płaszewska-Żywko L. Założenia procesu pielęgnowania W: Kózka M., Płaszewska-Żywko L. red. *Diagnozy i interwencje pielęgniarские*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2008: 27–34.
- [9] Stefaniuk M.J. Uogólnione powiększenie węzłów chłonnych w chorobach zakaźnych. Mononukleozą zakaźną. W: Kowalczyk J.R. red. *Stany przebiegające z powiększeniem węzłów chłonnych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2001: 113–127.
- [10] Styczyński J., Wąsewicz A., Balcar-Boroń A. Rozpoznanie mononukleozy zakaźnej u dzieci. *Wiadomości Lekarskie* 1998, 51, 1/2: 46–50.
- [11] Szaluś-Adamczyk E., Rosińska-Borkowska D. Czy dzieci ze zmianami skórnymi po penicylinach półsyntetycznych należy badać w kierunku mononukleozy? *Przegląd Dermatologiczny* 2003, 90, 6: 439–442.
- [12] Szczeklik A., Gajewski P. Mononukleozą zakaźną. W: Szczeklik A., Gajewski P. red. *Choroby wewnętrzne. Kompendium medycyny praktycznej*. Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna 2010: 945–948.
- [13] Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. *Podstawy pielęgniarstwa*. T. 1. Lublin: Wydawnictwo Czelej 2008: 42–48, 190–200, 226–229.
- [14] Talarek E., Duszczyk E., Popieliska J., Dobosz S., Kowalik-Mikołajewska B., Aniszewska M. Przyczyny hospitalizacji dzieci z mononukleozą zakaźną. *Przegląd Pediatryczny* 2007, 37, 2: 217–220.
- [15] Twarduś K., Cepuch G., Krzeszowska B. Model Dorothei Orem w opiece nad dzieckiem przewlekle chorym. W: Cepuch G., Krzeszowska B., Perek M., Twarduś K. red. *Modele pielęgnowania dziecka przewlekle chorego*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie 2011: 3–9.

Adres do korespondencji:

Grażyna Dębska

Instytut Pielęgniarstwa PPWSZ w Nowym Targu

ul. Kokoszków 71

34-400 Nowy Targ

tel.: 182 610 726

e-mail: grace10@vp.pl

Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej i położniczej
w różnych specjalnościach medycyny

T. 2

pod redakcją Marioli Wojtal, Danuty Żurawickiej

ISBN 978-83-935324-5-2

978-83-7511-198-9

IGA GRAD*, MARIOLA WOJTAL*, DOROTA BIELSKA**, ANGELIKA TREJTEN*,
DONATA KURPAS***

Specyfika używania wybranych substancji psychoaktywnych w kontekście wiedzy studentów na temat epidemiologii, diagnostyki nadużywania i zagrożeń wynikających z picia alkoholu

Wstęp

Palenie tytoniu uznawane jest za czynnik znacząco zwiększający ryzyko śmierci z powodu m.in. nowotworów, chorób układu sercowo-naczyniowego i oddechowego. Jego używanie przyczynia się do zgonów 6% kobiet i 12% mężczyzn na świecie [1]. Szacuje się, że do 2030 r. z powodu palenia tytoniu umrze przedwcześnie ponad 8 mln osób rocznie [2].

W populacji Polski rozpowszechnienie palenia tytoniu jest stosunkowo wysokie – dotyczy 42% mężczyzn i 25% kobiet [3]. Znacznie częściej nałogiem dotknięci są najbiedniejsi i niewykształceni Polacy [4]. Poważnym problemem w skali kraju pozostaje zjawisko używania tytoniu wśród nastolatków. Co czwarta osoba w wieku 15–29 lat pali papierosy, z czego ponad 18% codziennie. W populacji młodych dorosłych (20–29 lat) nałogowo pali 49,3% mężczyzn i 24,3% kobiet. W ostatnich latach zauważalny jest jednak wzrost odsetka niepalących w obu grupach wiekowych [5].

* Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu.

** Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

*** Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu.

Używanie tytoniu częstokroć współwystępuje z piciem alkoholu [6]. W skali światowej picie alkoholu stanowi trzeci najważniejszy czynnik ryzyka chorób i kalectwa. Szkodliwe spożywanie alkoholu odpowiedzialne jest rocznie za 2,5 mln zgonów na świecie; 320 tys. młodych osób w wieku 15–29 lat umiera z przyczyn związanych z jego konsumpcją [7].

Wielu palaczy tytoniu jest nieświadomych zagrożeń wynikających z jego używania [2]. Podobnie osoby pijące alkohol mogą nie zdawać sobie sprawy z konsekwencji stosowania tej używki. Szczególnie niekorzystne implikacje brak wiedzy w powyższym zakresie może powodować u przyszłych edukatorów zdrowotnych. Powyższe przesłanki skłoniły autorów niniejszego opracowania do podjęcia badań wśród studentów kierunków medycznych. Ich celem było określenie:

- poziomu wiedzy studentów na temat epidemiologii, diagnostyki nadużywania i zagrożeń wynikających z picia alkoholu,
- związku czynników demograficznych (wiek, płeć, miejsce zamieszkania) z poziomem wiedzy studentów,
- związku poziomu wiedzy studentów z używaniem tej substancji oraz paleniem tytoniu.

Materiał i metody

Badanie prowadzono w latach 2010–2013, objęto nim 635 osób wybranych losowo spośród studentów Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu. Materiał badawczy uzyskano od 628 osób. Zdecydowaną większość badanej populacji stanowiły kobiety. Ponad połowa respondentów zamieszkiwała tereny wiejskie. Średni wiek badanych wynosił 24,15 lat. Mediana stała się wyznacznikiem utworzenia dwóch grup wiekowych badanych studentów: 21 lat i mniej oraz powyżej 21 lat. Dane demograficzne badanej grupy przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1

Dane demograficzne badanych

Parametr		Studenci N (%)	
Płeć	N = 614 (100%)*	żeńska	583 (94,95)
		męska	31 (5,05)
Miejsce zamieszkania	N = 624 (100%)**	wieś	313 (50,16)
		miasto < 100 tys. mieszkańców	182 (29,17)
		miasto > 100 tys. mieszkańców	129 (20,67)

* Dane od 614 studentów, 14 nie wskazało płci.

** Dane od 624 studentów, 4 nie podało miejsca zamieszkania.

Źródło: Badania własne.

Badanie polegało na wypełnieniu przez studentów ankiety własnego autorstwa, skonstruowanej z metryczki (wiek, płeć, miejsce zamieszkania), części zawierającej pytania dotyczące epidemiologii, diagnostyki nadużywania i zagrożeń wynikających z picia alkoholu oraz części obejmującej zagadnienia związane z paleniem przez badanych tytoniu i piciem alkoholu. Do identyfikacji profilu używania przez studentów alkoholu, posłużyły trzy pytania z testu AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) [8–9]. Każde z pytań zawierało zestaw odpowiedzi do wyboru, punktowanych od 0 do 4. Uzyskanie:

- przez mężczyzn: 5 i więcej punktów lub wypijanie 28 porcji standardowych alkoholu w ciągu tygodnia,
- przez kobiety: 4 i więcej punktów lub wypijanie 14 porcji standardowych alkoholu w ciągu tygodnia,

klasyfikowano jako picie ryzykowne, mogące implikować w przyszłości picie szkodliwe.

Wypełnienie ankiety było równoznaczne z wyrażeniem zgody na przeprowadzenie badania (ankieta anonimowa). Prawidłowość posiadanych informacji o epidemiologii, diagnostyce nadużywania i zagrożeniach wynikających z picia alkoholu oceniono według skali punktowej (odpowiedź prawidłowa – 1 punkt, nieprawidłowa – 0 punktów). Przedziały punktowe: 0–1, 2–3 i 4–5, wskazały poziom wiedzy ankietowanych odpowiednio jako: niski, średni i wysoki.

Wyniki badania poddano analizie statystycznej przy użyciu pakietu R 2.10.1 (dla Mac OS X Cocoa GUI). Rozkład zmiennych oceniono przy pomocy testu Shapiro-Wilka. Zastosowano testy chi-kwadrat: zgodności rozkładów i niezależności. Do określenia zależności pomiędzy zmiennymi wykorzystano test korelacji Spearmana. Za poziom istotny statystycznie uznano $p < 0,05$.

Wyniki

Używanie alkoholu

Wykazano, że wśród badanych odsetek osób pijących alkohol „nie-szkodliwie” (71,13%, 409) przewyższa odsetek osób pijących „ryzykownie” (28,87%, 166, $p < 0,0001$).

Wśród badanych studentów 81,98% (514) pije napoje alkoholowe 2–4 razy w miesiącu bądź 1 raz w miesiącu lub rzadziej. Wypijanie alkoholu 2 lub 3 razy w tygodniu deklaruje 7,18% (45) badanych, natomiast 4 lub więcej razy w tygodniu – 1,44% (9) respondentów ($p < 0,0001$).

Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności pomiędzy profilem używania alkoholu a płcią ($p = 0,28$). Wykazano natomiast, że ryzyko

picia szkodliwego maleje z wiekiem ($r_s = -0,209$, $p < 0,0001$). W grupie studentów młodszych odsetek osób pijących ryzykownie (32,65%, 96) jest wyższy niż w grupie studentów starszych (28,27%, 67).

Nie odnotowano statystycznie istotnej zależności pomiędzy profilem picia i miejscem zamieszkania badanych ($p = 0,74$).

Palenie tytoniu

Wśród badanych studentów 76,58% (474) deklaruje, że nie pali papierosów. W grupie palących 38,03% (54) badanych wypala dziennie do 5 papierosów, a 30,99% (44) maksymalnie 10 papierosów; 29,57% (44) twierdzi, że wypala od 11 do 20 sztuk papierosów każdego dnia, a 1,41% (2) respondentów wypala powyżej 1 paczki papierosów dziennie.

Wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy paleniem tytoniu i płcią badanych. Odsetek palących mężczyzn niemal dwukrotnie przewyższa odsetek palących kobiet (K: 22,38%, 128; M: 41,94%, 13, $r_s = -0,102$, $p = 0,01$).

Stwierdzono także, że w grupie studentów starszych odsetek palaczy jest wyższy niż wśród studentów młodszych (odpowiednio: 29,02%, 74 i 19,81%, 62, $p = 0,01$). Nie zauważono istotnej zależności pomiędzy paleniem tytoniu a miejscem zamieszkania badanych studentów ($p = 0,45$).

Palenie tytoniu i używanie alkoholu

Wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy paleniem tytoniu a częstotliwością picia alkoholu. Studenci palący konsumują napoje alkoholowe częściej niż respondenci niepalący ($r_s = -0,231$, $p < 0,0001$, tab. 2). Nie stwierdzono zależności istotnej statystycznie pomiędzy ilością wypalanych dziennie papierosów i częstotliwością picia alkoholu ($p = 0,95$).

Tabela 2

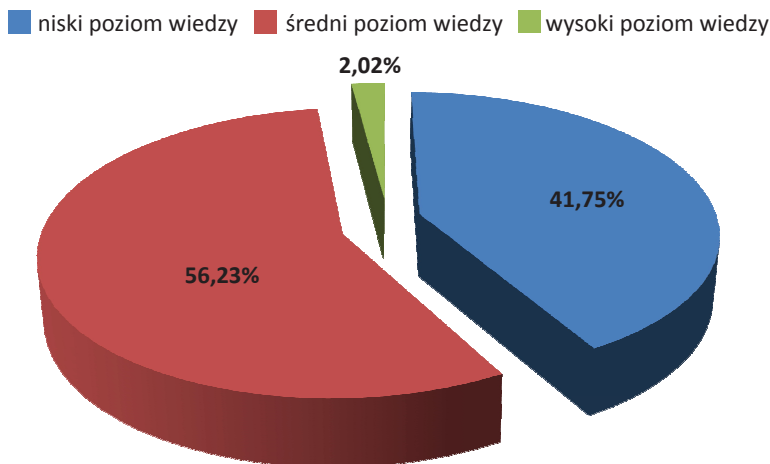
Palenie tytoniu a częstotliwość spożywania napojów alkoholowych

Częstotliwość picia alkoholu	Palenie tytoniu		Tak	Nie
	N	%		
Nigdy	N		3	50
	%		2,07	10,55
Raz w miesiącu lub rzadziej	N		59	259
	%		40,69	54,64
Dwa do czterech razy w miesiącu	N		56	138
	%		38,62	29,11
Dwa lub trzy razy w tygodniu	N		23	22
	%		15,86	4,64
Cztery lub więcej razy w tygodniu	N		4	5
	%		2,76	1,05

Źródło: Badania własne.

Wiedza o epidemiologii, diagnostyce nadużywania i konsekwencjach picia alkoholu

Jedynie 2,02% (12) badanych studentów prezentuje wysoki poziom wiedzy na temat epidemiologii, diagnostyki nadużywania i konsekwencji picia alkoholu. Powyższe zagadnienia są znane słabo przez 41,75% (248) badanych. U 56,23% (334) studentów prezentowana wiedza określona została jako średnia (ryc. 1).



N = 594, chi-kwadrat = 281, df = 2, p < 0,05

Ź r ó d ł o: Badania własne.

Rycina 1. Poziom wiedzy studentów na temat epidemiologii, diagnostyki nadużywania i konsekwencji picia alkoholu

Stwierdzono statystycznie istotną zależność poziomu wiedzy studentów od wieku badanych ($r_s = -0,095$, $p = 0,03$). Odsetek studentów prezentujących wysoki (2,97%, 9) i średni (59,08%, 179) poziom wiedzy jest niższy u studentów starszych (odpowiednio w grupie wiekowej > 21 lat: 1,22%, 3 i 53,06%, 130). Istotnych zależności nie odnotowano pomiędzy poziomem wiedzy i płcią badanych ($p = 0,62$) oraz miejscem zamieszkania studentów ($p = 0,39$). Obserwowana jest jednak tendencja wyższego poziomu wiedzy w grupie studentów zamieszkujących miasta o populacji powyżej 100 tys. mieszkańców. Poziom wiedzy badanych w zależności od czynników demograficznych przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3

Czynniki demograficzne a poziom wiedzy studentów na temat epidemiologii, diagnostyki nadużywania i konsekwencji picia alkoholu

Czynnik demograficzny			Wiedza słaba	Wiedza średnia	Wiedza dobra
WIEK			N = 548		
≤ 21lat	chi-kwadrat = 4,72 df = 2 r _s = - 0,095 p = 0,03	N	115	179	9
		%	37,95	59,08	2,97
> 21 lat		N	112	130	3
		%	45,71	53,06	1,22
PŁEĆ			N = 581		
Kobieta	chi-kwadrat = 0,95 df = 2 p = 0,62	N	233	307	12
		%	42,21	55,62	2,17
Mężczyzna		N	11	18	0
		%	37,93	62,07	0,00
MIEJSCE ZAMIESZKANIA			N = 589		
Miasto < 100 tys.	chi-kwadrat = 4,09 df = 4 p = 0,39	N	75	98	1
		%	43,10	56,32	0,57
Miasto > 100 tys.		N	44	73	3
		%	36,67	60,83	2,50
Wieś		N	126	161	8
		%	42,71	54,58	2,71

Źródło: Badania własne.

Nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy paleniem tytoniu a poziomem wiedzy studentów ($p = 0,38$).

Analizując związek pomiędzy wiedzą studentów i profilem picia, stwierdzono, że niski i średni poziom wiedzy występuje u wyższego odsetka badanych pijących nieszkodliwie, w porównaniu z odsetkiem pijących ryzykownie (odpowiednio: 67,71%, 151 i 74,76%, 243 vs. 32,29%, 72 i 25,24%, 79, $p = 0,03$). Jednocześnie wyższy odsetek badanych wykazujących poziom wiedzy wysoki zanotowano w grupie studentów pijących ryzykownie (54,55%, 6 vs. 45,45%, 5).

Omówienie

Badanie wykazało niski poziom wiedzy na temat epidemiologii, diagnostyki nadużywania i zagrożeń będących następstwem picia alkoholu wśród studentów kierunków medycznych, co koresponduje z wynikami innych badań w tym zakresie [10-11]. Świadczy on o konieczności prowadzenia działań ukierunkowanych na rozpowszechnianie i uszczegóło-

wianie przedmiotowej wiedzy, szczególnie w odniesieniu do przyszłych edukatorów zdrowotnych.

Badanie profilu picia świadczy o tym, że niemal co trzeci student pije ryzykownie. Zagrożenie picciem szkodliwym odnotowano zwłaszcza w młodszej grupie wiekowej, przy czym maleje ono z wiekiem. Spostrzeżenie to powinno przyczynić się do wdrożenia szczególnie intensywnych działań, nie tylko w obszarze edukacji zdrowotnej, lecz także w ramach interwencji profilaktycznych w tej grupie studentów. Ponad połowa respondentów ryzykownie pijących posiada bowiem dobrą wiedzę na temat epidemiologii, diagnostyki nadużywania i zagrożeń wynikających z picia alkoholu.

Badanie nie wykazało istotnego statystycznie związku pomiędzy wiedzą studentów na temat epidemiologii, diagnostyki nadużywania i zagrożeń wynikających z picia alkoholu a płcią i miejscem zamieszkania respondentów. Stwierdzono natomiast, że wyższy poziom wiedzy występuje w grupie studentów młodszych. Zjawisko to można tłumaczyć pozytywną odpowiedzią na wprowadzony w 2002 r. do podstawy programowej kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (podstawowe, gimnazja, licea) obowiązek edukacji w zakresie profilaktyki uzależnień [12].

W badaniach własnych niepokoi wyższy, aniżeli u innych autorów [13–14], odsetek codziennie palących studentów (dominują mężczyźni). Zatem u niemal 1/4 respondentów, specyfika środowiska poza- i edukacyjnego uczelni wyższej o profilu medycznym, nie znajduje odzwierciedlenia w zachowaniach korzystnych dla zdrowia (niepalenie). Stwierdzono wyższy odsetek palaczy w grupie studentów starszych, niejasnym jednak pozostaje, czy i w jakim stopniu kolejne lata studiowania mogą kształtować zachowania sprzyjające paleniu. Powyższe kwestie powinny stać się przedmiotem dalszych analiz.

Badaniem własnym wykazano, że studenci palący znacznie częściej piją alkohol niż respondenci niepalący. Spostrzeżenie to pozostaje w zgodzie z poznanym już zjawiskiem, że osoby palące są bardziej skłonne do picia alkoholu, a pijący alkohol wykazują skłonność do palenia tytoniu [15]. Podobne zależności obserwuje się wśród osób uzależnionych od tych substancji [16].

Wnioski

Wiedza na temat epidemiologii, diagnostyki nadużywania i zagrożeń wynikających z picia alkoholu nie jest wystarczająca, aby studenci kierunków medycznych mogli skutecznie prowadzić działania edukacyjne w ra-

mach profilaktyki zdrowotnej i promocji zdrowia. Istnieje konieczność realizacji działań ukierunkowanych na rozpowszechnianie szczegółowej wiedzy w przedmiotowym zakresie, co uzasadniają wyniki przeprowadzonych badań.

Bibliografia

[1] Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. World Health Organization 2009.

[2] WHO Report on the Global Tobacco Epidemic: Warning about the dangers of tobacco. World Health Organization 2011.

[3] Polakowska M., Piotrowski W., Tykarski A. i wsp. Nałóg palenia tytoniu w populacji polskiej. Wyniki programu WOBASZ. *Kardiologia Polska* 2005, 63, Supl. 4: 1–6.

[4] Stan zagrożenia epidemią palenia tytoniu w Polsce. World Health Organization 2009. http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/raport_epidemia_16082010.pdf [17.06.2013].

[5] *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 roku. Studia i analizy statystyczne*. Kraków: Urząd Statystyczny 2011.

[6] Tauchmann H., Göhlmann S., Requate T. et al.: Tobacco and Alcohol: Complements or Substitutes? A Structural Model Approach. *IZA Discussion Paper* 2008, 3412: 1–36.

[7] Global status report on alcohol and health. World Health Organization 2011.

[8] Babor T.F., Higgins-Biddle J.C., Saunders J.B. et al. AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in Primary Care. Second Edition. Department of Mental Health and Substance Dependence. World Health Organization 2001.

[9] Bush K., Kivlahan D.R., McDonell M.S. et al. The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): An Effective Brief Screening Test for Problem Drinking. *Archives of Internal Medicine* 1998, 158, 14: 1789–1795.

[10] Chodkiewicz J. Picie alkoholu oraz wiedza o jego działaniu wśród studentów łódzkich szkół wyższych. *Alkoholizm i Narkomania* 2006, 19, 2: 107–119.

[11] Kurpas D., Mroczek B., Bielska D. i wsp. Spożycie alkoholu i palenie tytoniu wśród studentów wyższych uczelni medycznych. *Przegląd Lekarski* 2012, 69, 10: 893–895.

[12] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 26 lutego 2002 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół. Dz.U. z 2002 r. nr 51, poz. 458 z późn. zm.

[13] Łaszek M., Nowacka E., Szatko F. Negatywne wzorce zachowań studentów. Część 1: Konsumpcja alkoholu i stosowanie substancji psychoaktywnych. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2011, 92, 1: 114–119.

[14] Siemińska A., Jassem-Bobowicz J.M., Uherek M. i wsp. Postawy wobec palenia tytoniu wśród studentów I i VI roku medycyny z rocznika studiów 2002–2008. *Pneumologia i Alergologia Polska* 2009, 77, 4: 371–379.

[15] Bobo J.K., Husten C. Sociocultural influences on smoking and drinking. *Alcohol Research and Health* 2000, 24, 4: 225–232.

[16] Grant B.F., Hasin D.S., Chou S.P. et al. Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archiv of General Psychiatry* 2004, 61: 1107–1115.

Adres do korespondencji:

Iga Grad

Instytut Pielęgniarstwa PMWSZ w Opolu

ul. Katowicka 68

45-060 Opole

tel.: 77 442 35 09

e-mail: gradi@wsm.opole.pl

Mariola Wojtal

Instytut Pielęgniarstwa PMWSZ w Opolu

ul. Katowicka 68

45-060 Opole

tel.: 77 442 35 39

e-mail: wojtalm@wsm.opole.pl

RENATA PERKOWSKA*, IZABELA WRÓBLEWSKA*

Stres zawodowy pielęgniarek bloku operacyjnego – badania własne

Wstęp

Jednym z poważniejszych problemów obecnych czasów związanych z pracą jest stres zawodowy oraz jego wpływ na funkcjonowanie pracownika, a zarazem całej organizacji. Stres odczuwany w miejscu pracy ma negatywne konsekwencje zdrowotne, co w znacznym stopniu obniża produktywność [1].

Zawód pielęgniarki jest profesją wymagającą wielu poświęceń, wysiłku, bliskiej i zaangażowanej relacji z drugim człowiekiem, jego cierpieniem, a nawet śmiercią. Pielęgniarki nie radząc sobie z obciążeniem zawodowym przeżywają niepowodzenia, które w konsekwencji prowadzą do powstania sytuacji stresogennych, przechodzących w pełnoobjawowy stres [2].

Praca na bloku operacyjnym, dla zatrudnionych tam pielęgniarek operacyjnych i anestezyjologicznych, jest bardzo stresująca. Specyfika pracy wynika z konieczności utrzymania nieustannej uwagi, podejmowania szybkich decyzji, co może rozstrzygać o życiu pacjenta. W związku z tym stawiane są przed nimi wysokie wymagania, oczekuje się od nich szczególnych predyspozycji, wysokich umiejętności oraz wiedzy. Praca w takich warunkach stwarza problemy zawodowe, które nawarstwiając się prowadzą do powstania stresu [3].

Pierwsze objawy stresu powinny być sygnałem do zmiany podejścia personelu, jak i kierownictwa, by nie miał on negatywnego wpływu na

* Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu.

zespół oraz ciągłość pracy bloku operacyjnego. Należy dążyć do wyeliminowania bądź ograniczenia sytuacji, które doprowadzają do powstania stresu i jego konsekwencji. Kierownictwo powinno wspierać emocjonalnie swój personel poprzez poprawę sytuacji powodujących pojawianie się stresu, przeciwdziałanie pojawiającemu się poczuciu bezradności oraz symptomom wypalenia zawodowego, motywując do wysiłku, by przezwyciężyć istniejące problemy. Należy stwarzać wspierającą i pozytywną atmosferę w pracy, umożliwiać odbywanie kursów i szkoleń oraz wprowadzić system premiowania za wykonaną pracę. Istotnym elementem ze strony kierownictwa musi być poprawa przepływu informacji dotyczącej podziału ról w pracy oraz umożliwienie pielęgniarce uczestnictwa w podejmowaniu decyzji dotyczących organizacji pracy na bloku. Natomiast pracownicy powinni zadbać o zbudowanie swojego własnego sposobu zapobiegania stresowi poprzez relaks, hobby, a także zmianę stosunków z otoczeniem, rezygnację z dysfunkcyjnego stylu życia i organizację pracy tak, by zapobiec wykonywaniu kilku działań jednocześnie [4–5].

Cel pracy

Celem artykułu jest analiza poziomu stresu zawodowego pracujących pielęgniarek na przykładzie personelu bloku operacyjnego.

Metoda i materiał

Dobrowolne i anonimowe badanie przeprowadzono od 30 czerwca do 31 lipca 2013 r. w Wojewódzkim Centrum Medycznym w Opolu, wśród 70 pielęgniarek wieloprofilowego bloku operacyjnego. Wśród nich było 64 (91,4%) kobiet i 6 (8,6%) mężczyzn, z czego 56 (80%) mieszkało w mieście, a 14 (20%) na wsi, 25 (35,7%) miało wykształcenie średnie, 29 (41,4%) – licencjackie, a 16 (22,9%) – magisterskie. Większość ankietowanych była w przedziale wieku 36–45 lat (34; 48,6%), następnie 26–35 lat (19; 27,1%), 46–55 lat (12; 17,1%), powyżej 55 lat (3; 4,2%) i w wieku do 25 lat (2; 2,9%).

Posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, narzędziem badawczym była autorska ankieta składająca się z 11 pytań odnoszących się do zagadnień związanych ze stresem zawodowym. Dotyczyły one stosunku emocjonalnego do pracy, stopnia zadowolenia z pracy, częstości odczuwania stresu i czynników stresogennych występujących w pracy, oceny jego poziomu, odporności na stres, objawów stresu, jego źródeł, wpływ

na wykonywaną pracę i życie prywatne oraz sposobów radzenia sobie ze stresem.

Ankietowanych podzielono na dwie grupy: I to pielęgniarki anestezyjologiczne (27; 38,6%), grupa II to pielęgniarki operacyjne (43; 61,4%). Podział wprowadzono ze względu na rodzaj stanowiska i inny zakres wykonywanych obowiązków, co może mieć wpływ na odczuwany stres w pracy. Wśród ankietowanych 17 (24,3%) ma staż pracy w przedziale 16–20 lat, 14 (20,0%) osób pracuje powyżej 25 lat, 13 (18,5%) w przedziale 21–25 lat, po 10 (po 14,3%) ma staż od 1 do 5 lub od 6 do 10 lat, a 6 (8,6%) – 11–15 lat.

Wśród pielęgniarek bloku operacyjnego 31 (44,3%) zaliczyło kurs kwalifikacyjny, 16 (22,8%) specjalistyczny, 17 (24,3%) osób nie ukończyło żadnych kursów ani specjalizacji podyplomowych, specjalizację ma 6 pielęgniarek (8,6%). W badanej grupie 43 (61,4%) osoby to pielęgniarki operacyjne, a 27 (38,6%) anestezyjologiczne.

Wyniki badań

Badanych zapytano o ich stosunek emocjonalny do swojej pracy, w tym nastawienie do przychodzenia do pracy. Odpowiedź „raczej chętnie” zaznaczyło 36 (51,43%) osób, „chętnie” – 25 (35,71%), „zdecydowanie chętnie” – 8 (11,43%), 1 (1,43%) pielęgniarka zadeklarowała, iż „raczej nie” lubi chodzić do pracy. Wśród 27 pielęgniarek anestezyjologicznych 17 (62,9%) zadeklarowało, że raczej lubi chodzić do pracy, 7 (26,0%) zaznaczyło odpowiedź „chętnie”, „zdecydowanie chętnie” – 2 (7,4%), 1 (3,7%) pielęgniarka anestezyjologiczna „raczej nie” lubi chodzić do pracy. W 43-osobowej grupie pielęgniarek operacyjnych 19 (44,2%) raczej lubi chodzić do pracy, „chętnie” robi to 18 (41,9%) osób, „zdecydowanie chętnie” – 6 (13,9%), nikt nie zaznaczył odpowiedzi „nie”, „raczej nie” i „zdecydowanie nie”.

Wśród ankietowanych pielęgniarek bloku operacyjnego 51 (73%) zadeklarowało średni stopień zadowolenia z pracy, wysoki – 14 (60%) osób, 3 osobom (4,2%) trudno było go określić, a 2 (2,8%) zaznaczyły odpowiedź „niski stopień zadowolenia z pracy”. Ankietowane pielęgniarki anestezyjologiczne zadeklarowały średni stopień zadowolenia z pracy, tak odpowiedziało 21 (77,8%), po 2 (po 7,4%) wysoki, niski lub trudno było im go określić. Wśród ankietowanych pielęgniarek operacyjnych 30 (69,8%) osób określiło swój stopień zadowolenia z pracy jako średni, 12 (27,9%) jako wysoki, 1 (2,3%) osoba go nie sprezyzowała.

Z 70-osobowej grupy badawczej większość pielęgniarek zadeklarowała, że często odczuwa stres w miejscu pracy (tab. 1).

Tabela 1

Częstotliwość odczuwania stresu w pracy z podziałem na stanowiska

Częstotliwość odczuwania stresu w pracy	Pielęgniarki anestezyjologiczne		Pielęgniarki operacyjne		Suma	
	N	%	N	%	N	%
Często	16	59,3	26	60,5	42	60,0
Czasami	11	40,7	14	32,6	25	35,7
Rzadko	-	-	3	6,9	3	4,3
Nie dotyczy	-	-	-	-	-	-
Suma	27	100,0	43	100,0	70	100,0

Źródło: Badania własne.

Z badanej grupy pielęgniarek anestezyjologicznych 16 (59,3%) odpowiedziało, że często odczuwa stres w miejscu pracy, 11 (40,7%), iż czasami. W grupie pielęgniarek operacyjnych 26 (60,5%) często doświadcza stresu, 14 (32,6%) czasami, a rzadko odczuwają go 3 (6,9%) osoby. Żadna z pielęgniarek nie zaznaczyła odpowiedzi, że stres nie dotyczy jej pracy.

Dodatkowo 19 (70,4%) pielęgniarek anestezyjologicznych zadeklarowało średni, a 8 (29,6%) wysoki poziom odczuwanego stresu w pracy. Nikt nie zaznaczył odpowiedzi „nie dotyczy” oraz nie ocenił, że poziom jego stresu w pracy jest niski. Natomiast w badanej grupie pielęgniarek operacyjnych średni poziom odczuwanego stresu zaznaczyło 25 (58,1%) osób, wysoki 15 (34,9%) ankietowanych, a 3 (7,0%) osoby niski. Nikt z ankietowanych nie zadeklarował odpowiedzi „nie dotyczy”.

Na pytanie odnośnie do odporności danej osoby na stres większość respondentów zaznaczyło, że uważa się za osobę odporną na stres (tab. 2).

Tabela 2

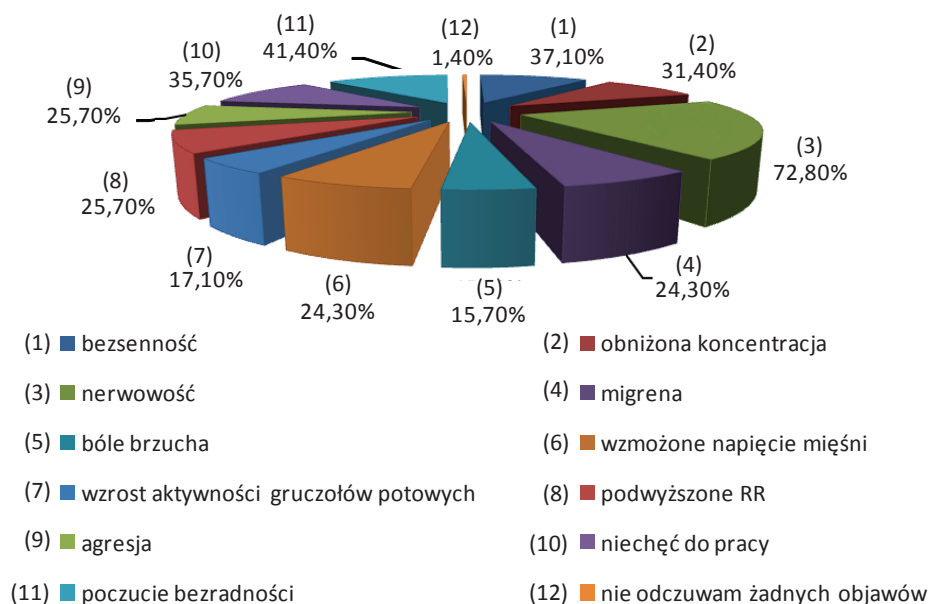
Deklarowana odporność na stres w zależności od stanowiska

Czy uważa się Pan/Pani za osobę odporną na stres?	Pielęgniarki anestezyjologiczne		Pielęgniarki operacyjne		Suma	
	N	%	N	%	N	%
Tak	12	44,5	19	44,2	31	44,3
Nie	4	14,8	9	20,9	13	18,6
Nie wiem	11	40,7	15	34,9	26	37,1
Suma	27	100,0	43	100,0	70	100,0

Źródło: Badania własne.

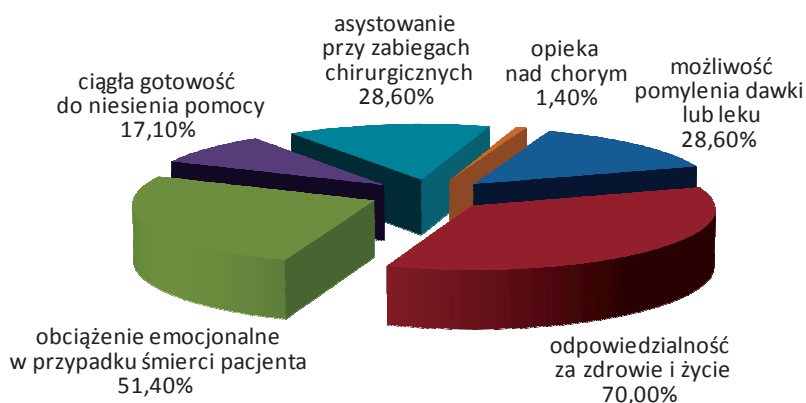
Ankietowanym zadano pytanie dotyczące czynników stresogennych występujących w ich miejscu pracy. Można w nim było zaznaczyć kilka odpowiedzi, jak również dopisać własną. Respondenci na pierwszym miejscu umieścili pracę pod presją czasu (53; 75,7%), następnie według rangi występowania: dużą odpowiedzialność za zdrowie i życie pacjenta (47; 67,1%), przeciążenie pracą (45; 64,3%), brak podstawowego sprzętu (43; 61,4%), sprzeczne informacje i/lub polecenia (43; 61,4%), brak odpowiedniego wynagrodzenia (39; 55,7%), zagrożenie własnego zdrowia i życia (33; 47,1%), niska/wysoka temperatura (25; 35,7%), brak możliwości rozwoju zawodowego (23; 32,8%), utrudniony kontakt z przełożonym (21; 30,0%), praca zmianowa (21; 30,0%), hałas (18; 25,7%), nieodpowiednie oświetlenie (12; 17,1%), praca w godzinach nadliczbowych (8; 11,4%), praca z „trudnymi” chirurgami (1; 1,4%).

Odpowiedzi respondentów dotyczące występujących objawów stresu prezentuje rycina 1, natomiast największe źródła stresu rycina 2.



Źródło: Badania własne.

Rycina 1. Objawy stresu zgłaszane przez ankietowanych



Źródło: Badania własne.

Ryc. 2. Źródła stresu w pracy według ankietowanych

Według ankietowanych stres zwiększa ryzyko popełnienia błędu (47; 67,1%), daje poczucie zniechęcenia i zmęczenia (45; 64,3%), utrudnia koncentrację (37; 52,8%) i wpływa na relacje z pacjentem (8; 11,4%); 3 osoby (4,3%) twierdziło, że nie wpływa na wykonywaną pracę. Jednak według większości (36; 51,4%) oddziałuje na życie prywatne, ponieważ problemy z pracy przenoszone są czasami (40; 57,1%) lub zazwyczaj (11; 15,7%) na życie prywatne.

Ankietowani zostali zapytani o sposoby radzenia sobie ze stresem. Personel bloku operacyjnego radzi sobie ze stresem na wiele sposobów, według kolejności występowania w ankiecie: rozmawia o tym z kimś bliskim (43; 61,4%), szuka innych zajęć, by o tym nie myśleć (37; 52,8%), szuka wsparcia emocjonalnego u innych osób (28; 40,0%), uprawia sport (24; 34,3%), stosuje relaksację (19; 27,1%), pali papierosy (8; 11,4%), pije zioła uspakajające (4; 5,7%), pije alkohol lub nie stosuje żadnych metod (po 3; 4,3%), zażywa leki (2; 2,8%) lub inne środki (1; 1,4%), szuka pomocy u psychologa (1; 1,4%) lub stosuje inne sposoby (7; 10,0%), takie jak chodzenie do innej pracy, uprawianie ogrodu, sen, przebywanie na świeżym powietrzu, medytacje, chodzenie do kina, czytanie książek lub spotkania ze znajomymi.

Wyniki badań wskazują, że między stopniem zadowolenia z pracy a poziomem odczuwanego stresu istnieje zależność, która przedstawia się następująco:

– przy niskim stopniu zadowolenia z pracy badani nie odczuwają stresu (0; 0,0%) lub jest on wysoki (2; 2,90%);

- przy średnim stopniu zadowolenia z pracy 39 (55,70%) deklaruje średni poziom stresu, 11 (15,70%) wysoki, a 1 (1,40%) niski;
- przy wysokim stopniu zadowolenia z pracy 7 (10,0%) osób deklaruje niski poziom stresu, a 5 (7,10%) wysoki;
- u respondentów, którzy nie potrafili określić swojego stopnia zadowolenia z pracy wysoki poziom stresu występuje u 2 (2,90%) osób, a średni u 1 (1,40%).

Dyskusja

Z przeprowadzonych badań wynika, że praca zawodowa jest spostrzegana przez ankietowane jako istotne źródło stresu. Pielęgniarki bloku operacyjnego doświadczają stresu w pracy. Związany jest on ze stosunkiem emocjonalnym do pracy, stopniem zadowolenia z jej wykonywania, częstotliwością odczuwania stresu oraz jego poziomem, odpornością na stres oraz występującymi czynnikami stresogennymi. Jednocześnie poziom odczuwanego stresu i stopień zadowolenia z pracy zależy od stanowiska, jakie zajmuje dana pielęgniarka.

Zdecydowana część respondentów raczej lubi chodzić do pracy, a swoje zadowolenie z niej określa jako średnie. Wynika to najprawdopodobniej ze sposobu zarządzania nastawionego tylko na wyniki, braku wsparcia ze strony przełożonych, jak i tempa pracy, braku nagród i możliwości rozwoju zawodowego [6-7]. W badanej grupie częstotliwość odczuwania stresu w pracy jest określana jako częsta, co zadeklarowało 60% ankietowanych. Może to wynikać z istoty ich pracy, którą stanowi bezpośredni kontakt z chorobą, cierpieniem, a nawet śmiercią pacjenta. Do najbardziej stresogennych czynników według ankietowanych należą: praca pod presją czasu, duża odpowiedzialność za zdrowie i życie pacjenta, obciążenie emocjonalne w przypadku śmierci pacjenta oraz brak podstawowego sprzętu i sprzeczne informacje i/lub polecenia od przełożonych. Czynniki te prowadzą często do złości, strachu, nerwowości, obniżenia samopoczucia i niezadowolenia, co skutkuje tym, że pielęgniarki stają się zdecydowanie bardziej podatne na stres [8].

Dodatkowo, większość badanych uważa, że stres odczuwany w miejscu pracy wpływa na ich życie prywatne. Wynika to najprawdopodobniej z utrudnionego kontaktu z przełożonym i szukaniem wsparcia u najbliższych. Wydaje się, że dobrym rozwiązaniem w zaistniałej sytuacji byłoby wsparcie zakładowego psychologa lub tworzenie grup wsparcia w środowisku zawodowym. Istotną kwestią byłoby również uwrażliwienie kadry kierowniczej na problematykę stresu, a w konsekwencji wypalenia zawodowego [6, 9].

Blok operacyjny jest specyficznym miejscem pracy, gdzie występuje kumulacja czynników stresogennych, związanych nie tylko z problemami pacjenta, ale i z samą pracą, jej tempem, zagrożeniami wynikającymi ze specyficznych warunków pracy, jak i z kontaktów między współpracownikami i przełożonymi [3, 10]. Według ankietowanych respondentów oprócz czynników stresogennych wymienionych powyżej należą także: praca zmianowa, brak możliwości rozwoju zawodowego, utrudniony kontakt z przełożonym, zagrożenie własnego zdrowia i życia. Największe źródło stresu dla badanej grupy stanowi jednak odpowiedzialność za zdrowie i życie oraz obciążenie emocjonalne w przypadku śmierci pacjenta. Z badań wynika więc, że blok operacyjny jest miejscem, gdzie czynniki stresogenne tworzą długą listę stresorów mających wpływ na zdrowie oraz pracę zatrudnionych tam pielęgniarek.

Objawy stresu doświadczane przez ankietowane pielęgniarki są typowe dla tych podawanych w literaturze [11-12]. Na pierwszym miejscu znajduje się poczucie bezradności, następnie nerwowość, obniżona koncentracja, migrena, podwyższone RR oraz agresja i niechęć do pracy. Stres doświadczany przez dłuższy czas powoduje zmiany fizyczne i psychiczne, które w konsekwencji prowadzą do obniżenia sprawności ludzi nim dotkniętych [7-8]. Z tego powodu kierownictwo, mając na celu dobro firmy, powinno dążyć do eliminowania lub zapobiegania by czynniki stresogenne nie występowały poprzez wsparcie emocjonalne, pomoc psychologa, a także racjonalny system motywowania.

Ankietowane pielęgniarki uważają, że stres przeżywany na bloku operacyjnym ma wpływ na wykonywaną przez nie pracę. Dając poczucie zmęczenia i zniechęcenia, utrudniając koncentrację oraz zwiększając ryzyko popełnienia błędu staje się niebezpiecznym elementem pracy, gdzie jasność umysłu i zwiększona koncentracja są głównymi elementami kontaktu z chorym człowiekiem [8].

Badania wykazały małe różnice dotyczące omawianej problematyki pomiędzy ankietowanymi stanowiskami. Zauważyć je można w poziomie odczuwanego stresu oraz stopniu zadowolenia z pracy, z czego wynika, że pielęgniarki operacyjne mają zdecydowanie wyższy stopień zadowolenia z pracy. Różnica w wynikach jest dostrzegalna w poziomie odczuwanego stresu. Poza tym inne odpowiedzi są zbliżone.

Pielęgniarki podejmują różne formy walki ze stresem, głównie bez wsparcia ze strony przełożonych. Sposób radzenia sobie ze stresem uzależniony jest od osoby, która musi sobie z nim poradzić. Najczęstszym sposobem walki ze stresem, według pielęgniarek, jest rozmowa z kimś bliskim oraz szukanie innych zajęć. W literaturze przedmiotu uważa się, że wsparcie powinno być dwutorowe: z jednej strony pracownik sam musi

zadbać o wypoczynek, relaks, które pozwolą mu łatwiej przezwyciężać sytuacje trudne, z drugiej, pracodawca powinien stwarzać takie warunki pracy, by pracownik czuł się bardziej zaangażowany, doceniany i współdecydujący w sprawach zawodowych [6, 12].

Wnioski

1. Poziom odczuwanego stresu i stopień zadowolenia z pracy zależy od stanowiska, jakie zajmuje pielęgniarka.

2. Praca zawodowa jest postrzegana zarówno przez pielęgniarki operacyjne, jak i anestezyjologiczne jako istotne źródło stresu.

3. Do najbardziej stresogennych czynników należą według ankietowanych: praca pod presją czasu, duża odpowiedzialność za zdrowie i życie pacjenta, obciążenie emocjonalne w przypadku śmierci pacjenta oraz brak podstawowego sprzętu i sprzeczne informacje i/lub polecenia przekazywane przez przełożonych.

4. Pielęgniarki podejmują różnorodne formy walki ze stresem, jednak nie mają wsparcia ze strony przełożonych.

5. Należałoby stworzyć zakładowe grupy wsparcia, które służyłyby radą i pomocą pielęgniarkom, a one same powinny zadbać o relaks i odpoczynek, które są pomocne w zapobieganiu stresowi.

Bibliografia

[1] Łosiak W. *Stres i emocje w naszym życiu*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne 2009: 16–34.

[2] Terelak J.F. *Stres zawodowy. Charakterystyka psychologiczna wybranych zawodów stresowych*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego 2007: 555–632.

[3] Wojtczak D. Stres i wypalenie zawodowe w pracy pielęgniarek. *Praca Socjalna* 2007, 4: 33–42.

[4] Cieślak R. Jak zarządzać stresem w pracy. *Bezpieczeństwo Pracy. Nauka i Praktyka* 2006, 6, 371: 3–15.

[5] Hartley M. *Stres w pracy*. Kielce: Wydawnictwo Jedność 2005: 25–26.

[6] Ogińska-Bulik N. *Stres zawodowy w zawodach usług medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Difin 2006: 16, 31–39, 41–45, 62–83, 267–277.

[7] Heszten J. *Psychologia stresu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN 2013: 22–23, 30–40.

[8] Modzelewska T., Kulik T.B. Zachowania prozdrowotne pielęgniarek a zespół wypalenia zawodowego. *Pielęgniarka i Położna* 2003, 10 (511): 32.

[9] Łosiak W. *Psychologia stresu*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne 2008: 146–152.

[10] Schultz D.P., Schultz S.E. *Psychologia a wyzwania dzisiejszej pracy*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN 2008: 422–457.

[11] Łosiak W. *Natura stresu*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 2007: 116–123.

[12] Terelak J.F. *Człowiek i stres*. Bydgoszcz–Warszawa: Wydawnictwo Branta 2008: 27–32, 64, 258–262, 422–426.

Adres do korespondencji:

Izabela Wróblewska

Instytut Pielęgniarstwa PMWSZ w Opolu

ul. Katowicka 68

45-060 Opole

tel.: 601 556 629

e-mail: iz.wroblewska@gmail.com

Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej i położniczej
w różnych specjalnościach medycyny

T. 2

pod redakcją Marioli Wojtal, Danuty Żurawickiej

ISBN 978-83-935324-5-2

978-83-7511-198-9

JOANNA PRZYKLENK*

Wiedza kobiet po 40. roku życia na temat raka piersi, rekonstrukcji piersi oraz rehabilitacji po mastektomii

Wstęp

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem wśród kobiet [1], z roku na rok odnotowuje się coraz większą liczbę zachorowań na ten nowotwór.

Medycyna na całym świecie proponuje dużo badań, umożliwiających zarówno wczesną diagnostykę raka gruczołu piersiowego, jak i podjęcie wczesnego leczenia. Jest to bardzo ważne, gdyż jest to choroba w dużym procencie uleczalna, przy wczesnym wykryciu i zastosowaniu odpowiedniego leczenia.

Chemio- i radioterapia, jak również leczenie operacyjne stanowią fundament w leczeniu nowotworu piersi. Po zabiegu mastektomii bardzo ważnym elementem jest rehabilitacja, której celem jest zapobieganie powstawaniu powikłań pooperacyjnych. W tym okresie istotne znaczenie ma wsparcie psychiczne, które kobiety mogą uzyskać u rodziny, psychologa, lekarza prowadzącego, pielęgniarek oraz samych kobiet po mastektomii.

Do głównych objawów raka piersi zalicza się wyczuwalny guzek, rzadziej bóle przypominające kłucie; kolejnymi objawami mogą być np. wciągnięcie brodawki sutkowej, wyciek wydzieliny, a także powiększenie węzłów chłonnych [2].

Czynnikami predestynującymi do wystąpienia nowotworu są: wiek, płeć żeńska, uwarunkowania genetyczne, otyłość, wczesne miesiączkowanie

* Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu.

nie itd. Do badań umożliwiających wykrycie guzka należą: samobadanie piersi, badanie mammograficzne, ultrasonograficzne, biopsje, tomografia komputerowa. Po zdiagnozowaniu raka piersi stosuje się leczenie skojarzone, które polega na zastosowaniu metody miejscowej, czyli zabiegu i radioterapii, a także metod ogólnoustrojowych, tzn. chemioterapii oraz hormonoterapii.

Leczenie, które zostaje wybrane dla danej pacjentki zależy od takich czynników, jak: poziom rozwoju nowotworu, wiek pacjentki oraz stan, w jakim są węzły chłonne. Po zabiegu mastektomii, który oznacza usunięcie piersi, możliwe jest wykonanie rekonstrukcji piersi, jedną z metod jest wykorzystanie tkanek własnych pacjentki z użyciem materiału syntetycznego, bądź też zastosowanie kombinacji tkanek własnych pacjentki z silikonowymi implantami.

W dzień po mastektomii, jeżeli nie ma żadnych przeciwwskazań, powinna rozpocząć się rehabilitacja kobiety, jej celem jest zapobieganie powstaniu powikłań pooperacyjnych. Następnie po powrocie do domu, pacjentka musi kontynuować ćwiczenia.

Po zakończonej terapii duży wpływ na stan psychiczny kobiety ma wsparcie rodziny. Jeżeli kobieta nie potrafi powrócić do roli zawodowej, bądź też społecznej sprzed operacji, powinna skorzystać z pomocy psychologa.

Cel pracy

Rak piersi jest chorobą, która coraz częściej dotyka kobiet w młodym wieku. W ostatnim czasie media nagłaśniają ten problem. Napisano wiele książek na temat nowotworu piersi, a badania miały na celu sprawdzenie poziomu wiedzy kobiet w wieku najbardziej narażonym na raka piersi na temat nowotworu, rekonstrukcji piersi oraz rehabilitacji po mastektomii. Badanie zostało przeprowadzone w styczniu 2013 r.

Materiał i metody

Głównym narzędziem służącym do przeprowadzenia badania była ankieta, która została zrealizowana bezpośrednio przez autorkę. Kwestionariusz ankiety składał się z 17 pytań dotyczących raka piersi, zabiegu rekonstrukcji piersi oraz rehabilitacji po mastektomii oraz 3 pytań metryczkowych dotyczących kobiet objętych badaniem. Na wypełnienie ankiety zostało przewidziane ok. 15 minut. Wszystkie pytania były za-

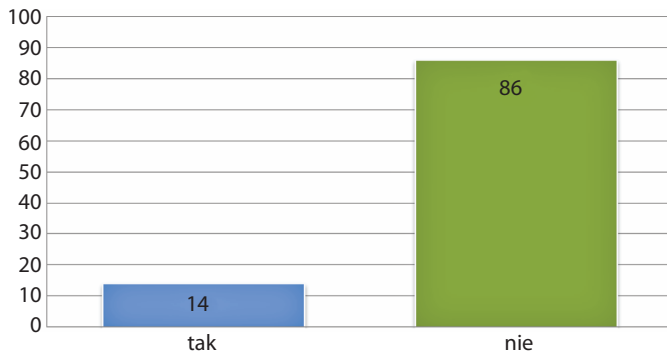
mknięte, w tym 7 z nich to pytania wielokrotnego wyboru. W 3 pytaniach respondentki mogły dodać swoją odpowiedź (niesugerowane). Pytania znajdujące się w kwestionariuszu ankiety odnosiły się przede wszystkim do ogólnych wiadomości na temat raka piersi, rekonstrukcja piersi oraz rehabilitacja po mastektomii.

W badaniu wzięło udział 100 kobiet, w tym 53 (53%) ankietowane mieszkały w mieście, a 47 (47%) na wsi. Ankieta została przeprowadzona przez badacza w województwie opolskim. Większą część opiniodawczyń (45%) stanowiły kobiety w wieku 40–45 lat, 23% to respondentki między 46. a 50. rokiem życia, 25% to kobiety w przedziale wieku 51–60 lat, a 7% powyżej 60. roku życia.

Wyniki badań

U większości ankietowanych kobiet, czyli u 86 (86%), rak piersi nie wystąpił w najbliższej rodzinie, natomiast 14 (14%) odpowiedziało, że mama, babcia lub prababcia chorowała na ten nowotwór. Dane umieszczone na rycinie 1 obrazują odpowiedzi kobiet.

Czy w Pani najbliższej rodzinie wystąpił rak piersi (mama, babcia, prababcia)?



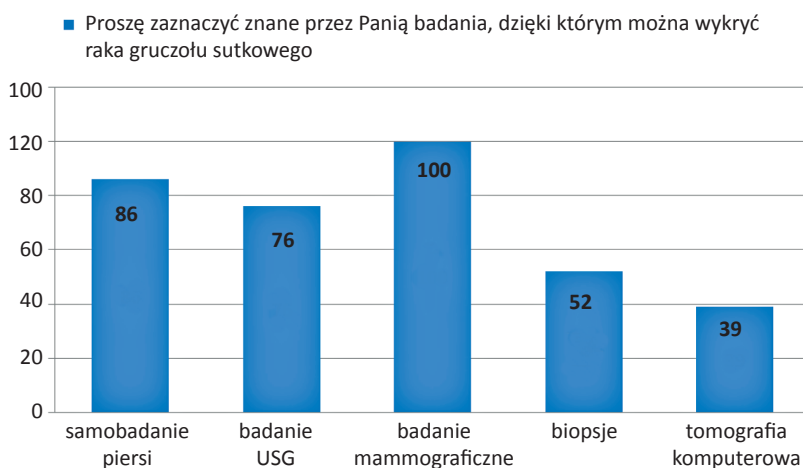
Źródło: Ryciny 1–5 badania własne.

Rycina 1. Występowanie raka piersi w najbliższej rodzinie w opinii ankietowanych kobiet

Na pytanie, jakie są czynniki ryzyka wystąpienia raka piersi, większość ankietowanych, czyli 92 (92%), odpowiedziała, że głównym czynnikiem predestynującym do wystąpienia raka piersi jest nowotwór piersi w rodzinie; 55 (55%) kobiet twierdzi, że promieniowanie może przyczynić się do zachorowania na nowotwór piersi, połowa ankietowanych – 50 (50%) – wskazała na złą dietę i używki, a 27 (27%) na wiek. W swoich odpowie-

dziach (niesugerowanych) osoby 2 (2%) wskazały na stres, kolejne 2 (2%) ankietowane na bezdzietność, a po 1 (1%) odpowiedziały, że to otyłość i 1 (1%) terapia hormonalna wpływają na wystąpienie nowotworu piersi.

Trzecie pytanie odnosiło się do znanych kobietom badań, dzięki którym możliwe jest zdiagnozowanie nowotworu gruczołu piersiowego i każda z ankietowanych 100 (100%) wskazała na mammografię, większość, bo aż 86 (86%), twierdzi, że samobadanie piersi umożliwia wykrycie raka piersi. Wśród respondentek 76 osób (76%) uważa, że istotnym badaniem jest USG piersi, 52 (52%) odpowiedziało, że biopsja umożliwia zdiagnozowanie nowotworu gruczołu piersiowego, natomiast 39 (39%) uznało tomografię komputerową za kluczowe badanie (ryc. 2).

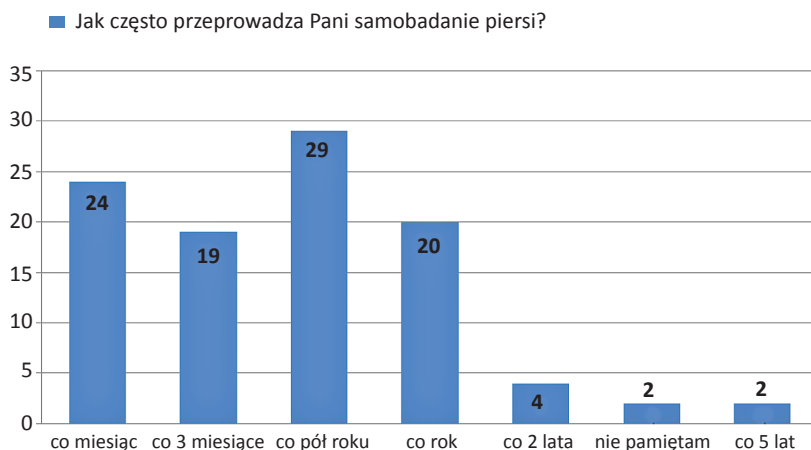


Rycina 2. Badania umożliwiające wykrycie raka gruczołu sutkowego w opinii ankietowanych kobiet

Zdaniem 74 (74%) ankietowanych samobadanie piersi powinno zostać przeprowadzone w dobrze oświetlonym pomieszczeniu i składać się z trzech etapów, najpierw oglądania piersi, następnie badania palpacyjnego, wykonanego ruchami kolistymi, a na końcu badanie należy uzupełnić uciskiem brodawki dla sprawdzenia, czy nie wycieka z niej żadna wydzielina. Wśród respondentek 17 (17%) osób twierdzi, że wystarczy badanie palpacyjne oraz ucisk brodawki, 6 (6%) kobiet uważa, że samobadanie piersi powinno rozpocząć się oglądaniem piersi, a skończyć badaniem palpacyjnym jedynie w pozycji stojącej z ręką uniesioną; 3 (3%) ankietowane wskazały, że badanie polega na oglądaniu piersi przed lustrem i uciśnięciu brodawki dla sprawdzenia, czy nie wycieka z niej wydzielina.

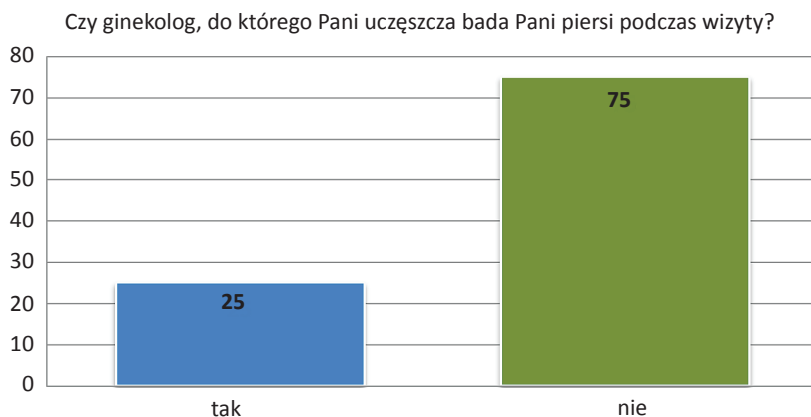
Na pytanie, jak często kobiety przeprowadzają samobadanie piersi 29 (29%) ankietowanych odpowiedziało, że co pół roku, 24 (24%) bada się

regularnie co miesiąc, 20 (20%) raz w roku, a 19 (19%) co 3 miesiące. Osiem (8%) respondentek wskazało na swoje odpowiedzi (niesugerowane), z czego 4 (4%) bada piersi co 2 lata, 2 (2%) co 5 lat, 2 (2%) opiniodawczynie nie pamiętają, kiedy ostatnio przeprowadzały samobadanie piersi (ryc. 3).



Rycina 3. Częstotliwość przeprowadzania samobadania piersi zdaniem opiniodawczyń

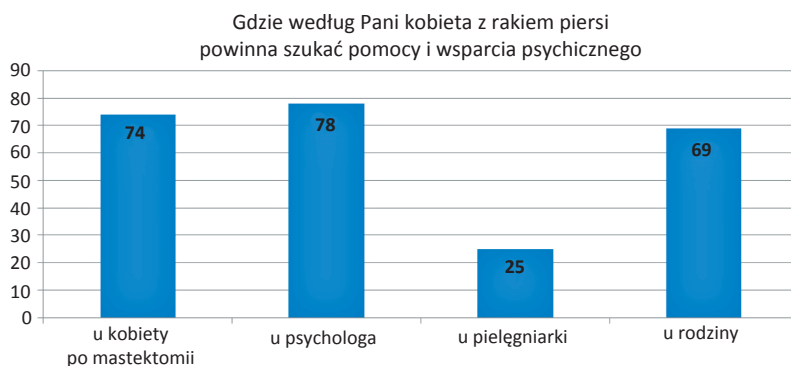
Ponad połowa respondentek (52 kobiety – 52%) chodzi raz w roku do lekarza ginekologa, 19 (19%) rzadziej niż co 2 lata, 15 (15%) „odwiedza” ginekologa co 2 lata, natomiast 14 (14%) co pół roku. Według większości ankietowanych (75 kobiet – 75%) ginekolog nie bada piersi podczas wizyty, a 25 (25%) miało w jej trakcie przeprowadzone badanie (ryc. 4).



Rycina 4. Badanie piersi podczas wizyty u ginekologa w opinii respondentek

Na pytanie, kiedy powinno się przeprowadzać samobadanie piersi większość respondentek (81 kobiet – 81%) odpowiedziała, że powinno ono zostać wykonane tydzień po zakończeniu miesiączki, 13 (13%) twierdziło, że wynik samobadania jest ten sam zarówno przed, w trakcie, jak i po zakończeniu okresu; 5 (5%) kobiet uważało, że najlepiej badanie przeprowadzić przed, a 1 (1%) uznała, iż w trakcie miesiączki.

Większość opiniodawczyń (78 kobiet – 78%) odpowiedziała, że osoba ze zdiagnozowanym nowotworem piersi wsparcia psychicznego powinna szukać u psychologa, 74 ankietowane (74%) uważają, że największe wsparcie znajdują u kobiet po mastektomii. Jako najlepsze źródło wsparcia 69 respondentek (69%) uznaje rodzinę, a 25 (25%) wskazuje na pielęgniarkę (ryc. 5).



Rycina 5. Odnalezienie wsparcia psychicznego przez kobietę z rakiem piersi w opinii ankietowanych

Na pytanie, o jakich rodzajach rekonstrukcji piersi słyszały respondentki, większość (72 kobiety – 72%) odpowiedziało, że jest to zastosowanie materiału syntetycznego, czyli silikonowych implantów, o kombinacji tkanek własnych z implantem słyszało 40 (40%) badanych; 37 (37%) spośród opiniodawczyń zaznaczyło zastosowanie tkanek własnych, a 8 (8%) nigdy nie słyszało o rekonstrukcji piersi po zabiegu mastektomii.

Na pytanie, jakie powikłania mogą wystąpić u kobiety po mastektomii 91 (91%) respondentek zaznaczyło, że są to gorączka, oznaki infekcji (mocno czerwony odcień w miejscu nacięcia), rozejście się szwów, zwiększone wydzielanie płynów, drętwienie oraz martwica piersi, 4 (4%) kobiety twierdzą, że może wystąpić drętwienie piersi, ból głowy i gorączka. Dla 3 (3%) to oznaki infekcji oraz zwiększone wydzielanie płynów są głównymi powikłaniami po zabiegu usunięcia piersi, a 2 (2%) ankietowane uważają, że są to zwiększone wydzielanie płynów, drętwienie, martwica skóry i gorączka.

Według większości ankietowanych (73 kobiety – 73%) rehabilitacja po mastektomii powinna zostać rozpoczęta jak najwcześniej i obejmować musi ćwiczenia stawów ręki po stronie operowanej, czyli stawy dłoni, nadgarstkowe, łokciowe oraz barkowe, a także ćwiczenia oddechowe, drenaż limfatyczny i rozciąganie blizny. Zdaniem 13 (13%) opiniodawczyń rehabilitacja rozpoczyna się po zagojeniu się rany, wtedy wykonywane są ćwiczenia obu rąk, a także drenaż limfatyczny; 10 (10%) kobiet uważa, że ćwiczenia oddechowe oraz dłoni i barku rozpoczynają się 5 dni po operacji, a 4 respondentki (4%) uznały, że najlepiej, jeśli rehabilitacja zostanie rozpoczęta tydzień po zabiegu i będzie obejmowała ćwiczenia oddechowe, stawów barkowych, drenaż limfatyczny oraz rozciąganie blizny pooperacyjnej.

Wśród ankietowanych osób 65 (65%) twierdzi, że dzięki rehabilitacji po mastektomii można zapobiec wystąpieniu obrzęku limfatycznego kończyny górnej po stronie operowanej, 60 (60%) uważa, że jest tak ważna dlatego, gdyż są ograniczone ruchy w stawie barkowym, jak również dochodzi wtedy do uniesienia w górę barku po operowanej stronie. Zdaniem połowy (50 kobiet – 50%) rehabilitacja poprawi zarówno wydolność, jak i sprawność fizyczną pacjentki, a według 45 (45%) opiniodawczyń jest istotna, ponieważ po zabiegu mastektomii upośledzone są ruchy oddechowe klatki piersiowej, mogą też wystąpić bóle w okolicy głowy, szyi oraz ramion.

Według 79 (79%) ankietowanych w pierwszym etapie rehabilitacji powinny zostać przeprowadzone głównie ćwiczenia ręki (ściskanie i rozluźnianie ręki, a także odwodzenie i przywodzenie palców); 76 (76%) respondentek uważa, że w drugim etapie wykonuje się ćwiczenia całej ręki (zgięcia w stawie łokciowym, krążenia ramion w przód i w tył, wznos ramion przodem w górę). Zdaniem 54 osób (54%) do elementów rehabilitacji po mastektomii zalicza się drenaż limfatyczny, a według 27 (27%) opiniodawczyń rozciąganie blizny, które może zapobiegać powstaniu zrostów.

Dyskusja

W czasopiśmie „Problemy Pielęgniarstwa” w artykule Iwony Woźniak zostały opisane badania sprawdzające wiedzę kobiet o schorzeniach nowotworowych narządów kobiecych i postawę kobiet wobec badań profilaktycznych. Respondentki, które zostały objęte sondażem były w różnym wieku (od 18 do 74 lat) i posiadały różne wykształcenie. Wyniki wykazały, że większość z nich nie знаła odpowiedzi na takie pytania, jak np. przyuczyny powstania nowotworu piersi i jego objawy. Ankieta ta świadczy

o tym, że wiedza kobiet na temat raka piersi oraz narządów kobiecych jest niska, a podejście do badań profilaktycznych bardzo różne [3].

W „Magazynie Pielęgniarki i Położnej” w artykule Alicji Dyli, Jolanty Tworowskiej oraz Ewy Tobor zostały opublikowane badania dotyczące oceny jakości życia kobiet po mastektomii. Nowotwór piersi zmniejsza poczucie bezpieczeństwa i własnej wartości. Po mastektomii pacjentki przeżywają ogromny stres, a po całkowitym zakończeniu terapii czasem nie są do końca w stanie wrócić do życia zawodowego i towarzyskiego sprzed zabiegu. Dodatkowo, często u kobiet po zabiegu mastektomii może wystąpić depresja, ponieważ operacja ta obniża poczucie atrakcyjności. Takich odpowiedzi udzieliły kobiety biorące udział w badaniu [4].

W artykule Renaty Piotrkowskiej, Janiny Książek i Agnieszki Falby (czasopismo „Problemy Pielęgniarstwa”) opublikowano badania zastosowania modelu Dorothy Orem w opiece nad kobietą z nowotworem piersi. Została nim objęta kobieta w wieku 48 lat, oczekująca na zabieg usunięcia guzka. Po przeanalizowaniu wyników stwierdzono, że potwierdziły się założenia D. Orem, czyli obniżona samoopieka pacjentki po zabiegu, konieczność pomocy w zabiegach pielęgnacyjnych, nie zostały natomiast stwierdzone problemy z zakresu sfery psychicznej oraz społecznej [5].

Artykuł Witolda Kołłątaja, Ireny Doroty Karwat i Barbary Kołłątaj, zamieszczony w czasopiśmie „Zdrowie Publiczne”, przedstawił wyniki badań kobiet z nowotworem piersi. Badanie to zostało przeprowadzone w gronie 116 kobiet, w przedziale wieku 35–38 lat i miało na celu sprawdzenie poziomu wiedzy na temat nowotworu piersi. Większość ankietowanych wykazała się małą wiedzą. Niektóre z nich uznały, że problem raka piersi jest słabo nagłaśniany, a informacje przekazywane przez fizjoterapeutów bądź też psychologów są niewystarczające [6].

Wnioski

1. Respondentki wykazały się umiarkowaną wiedzą na temat raka piersi, rekonstrukcji oraz rehabilitacji po mastektomii.

2. Nie wszystkie czynniki predestynujące do wystąpienia nowotworu piersi są znane przez kobiety, aczkolwiek doskonale sprawdziły się w pytaniach z zakresu rehabilitacji po zabiegu mastektomii.

3. Badane kobiety są świadome wagi i konieczności prowadzenia fizjoterapii po mastektomii.

4. Badania takie jak biopsja czy tomografia komputerowa nie są uznawane przez ankietowane jako diagnostyka nowotworu piersi.

5. Mimo doskonałej wiedzy o prawidłowym schemacie wykonania samobadania piersi, kobiety nie praktykują tego regularnie co miesiąc w swoich domach.

6. Respondentki wykazały umiarkowaną wiedzę na temat rekonstrukcji piersi, znaczna liczba kobiet słyszała o zabiegu z wykorzystaniem materiału syntetycznego, mniejsza część o rekonstrukcji z zastosowaniem wyłącznie tkanek własnych pacjentki, bądź też kombinacji tkanek własnych z silikonowymi implantami. Kilka kobiet w ogóle nie słyszało o zabiegu rekonstrukcji piersi.

7. Nie każda z ankietowanych potrafiła zaznaczyć, kiedy pacjentka nie może zostać zakwalifikowana do zabiegu rekonstrukcji piersi.

8. Ankieta ukazała, że ogólna wiedza nie do końca jest satysfakcjonująca, a kobiety udzielające odpowiedzi na zadane pytania czuły się pewnie, odpowiadając tylko na wybrane.

Bibliografia

[1] Łuczyk R.J. *Pielęgniarska opieka nad pacjentem w chorobach wewnętrznych i onkologicznych*. Warszawa: Dr Josef Raabe Spółka Wydawnicza 2011: 44–54.

[2] Frączek M. red. *Podstawy diagnostyki i terapii nowotworów*. Bielsko-Biała: α-Medica Press 2008: 158–161.

[3] Woźniak A. *Czasopisma Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego. Problemy Pielęgniarstwa* 2008, 16, 1/2: 136–143.

[4] Dyla A., Tworowska J., Tobor E. Ocena jakości życia kobiet po mastektomii. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2012, 6: 8–9.

[5] Piotrkowska R., Książek J., Falba A. Model Doroty Orem w opiece nad pacjentką z rakiem piersi. *Problemy Pielęgniarstwa* 2008, 16: 352–358.

[6] Kołłątaj W., Karwat I.D., Kołłątaj B. The assessment of fulfilment of educational and informational needs of women who start breast cancer treatment. *Zdrowie Publiczne* 2010, 120, 3: 239–240.

Adres do korespondencji:

Joanna Przyklenk

Instytut Pielęgniarstwa PMWSZ w Opolu

ul. Katowicka 68

45-060 Opole

tel.: 77 442 35 40

e- mail: aniolek09-16@o2.pl

Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej i położniczej
w różnych specjalnościach medycyny

T. 2

pod redakcją Marioli Wojtal, Danuty Żurawickiej

ISBN 978-83-935324-5-2

978-83-7511-198-9

BOŻENA RUSAK*, IZABELA WRÓBLEWSKA*

Rola pielęgniarki w podnoszeniu jakości życia chorych ze stomią jelitową

Wstęp

W Polsce rocznie wykonuje się ok. 400 zabiegów wyłonienia przetoki jelitowej na jelicie cienkim (ileostomia) i ok. 2000 na jelicie grubym (koloostomia). Zabiegi te są poważnymi przeżyciami dla pacjenta i jego bliskich, często wymagają gruntownej zmiany stylu życia. Chorzy z wyłonią stomią są narażeni na pojawienie się wielu powikłań ogólnoustrojowych i miejscowych. Może to dotyczyć każdej osoby ze stomią, niezależnie od wieku i płci, zarówno w pierwszych dniach po zabiegu, jak i wiele lat po nim. Powikłania te są powodem przykrych dolegliwości mających wpływ na jakość życia chorego [1]. Dlatego istotną i podstawową potrzebą w pielęgnacji stomii jest zachowanie zdrowej skóry wokół niej.

Firma Coloplast przeprowadziła międzynarodowe, obserwacyjne badanie w celu określenia rzeczywistych doświadczeń ze sprzętem stomijnym, identyfikację stanu skóry wokół stomii i jakości życia osób ze stomią. W badaniu uczestniczyło 379 ośrodków badawczych w 18 krajach, a włączono do niego 3017 pacjentów i 500 stomijnych pielęgniarek. Zasady programu były identyczne na całym świecie.

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem przed, w trakcie i po zabiegu operacyjnym, polegającym na wyło-

* Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu.

nieniu stomii jelitowej, a także zbadanie poziomu życia operowanych pacjentów na podstawie oceny współzależności pomiędzy ich jakością życia, stanem skóry wokół stomii oraz komfortem i bezpieczeństwem zastosowanego sprzętu.

Materiał i metody

Badanie dotyczące oceny jakości życia pacjentów ze stomią jelitową przeprowadziła firma Coloplast wśród grupy 261 (100%) pacjentów w przedziale wieku od 21 do 88 lat, w tym 133 (51%) kobiet i 128 (49%) mężczyzn. Analizy danych dokonywało od lutego 2008 do marca 2010 r. 25 pielęgniarek – badaczy z całej Polski. Okres badania wynosił 6–8 tygodni i obejmował czas pomiędzy wizytą wstępną (nr 1) i kończącą badanie (nr 2).

Firma Coloplast, przy współpracy międzynarodowej grupy doradczej doświadczonych pielęgniarek stomijnych z Europy, Ameryki Północnej oraz Australii, opracowała narzędzie do oceny skóry wokół stomii (skala DET), którego celem było zapewnienie skutecznego określenia przyczyn i stopnia ciężkości powikłań skórnych występujących wokół stomii, a ocenianych podczas konsultacji. Skala ma określić przewidywania dotyczące poprawy lub pogorszenia się stanu skóry lub ustalić, czy zmiany skórne wokół stomii mogą w przyszłości wystąpić, a także ocenić współzależności pomiędzy jakością życia i stanem zdrowia skóry wokół stomii. Narzędzie jest podzielone na trzy obszary, które pomogą ocenić zaawansowanie powikłań skóry wokół stomii. Obszary te to przebarwienie, nadżerka oraz przerost tkanki. W obrębie każdego obszaru można otrzymać maksymalnie 5 pkt – 3 za wielkość dotkniętej okolicy oraz 2 za stopień zaawansowania. Wynik 0 oznacza zdrową skórę, podczas gdy wynik równy 15 oznacza wyjątkowo ciężkie zaburzenia skóry wokół stomii.

Firma opracowała również Kwestionariusz jakości życia, który wykorzystuje się w celu oceny przystosowywania się pacjenta do stomii oraz reakcji na zmiany w zakresie stosowanego sprzętu stomijnego lub na inne czynniki. Kwestionariusz jest prosty, walidowany klinicznie, przygotowany specjalnie dla osób ze stomią, przeznaczony do użytku codziennego w pracy z pacjentem i w pracy naukowej. Pozwala na przeprowadzenie badania stopnia jakości życia w odstępach czasu. Zaleca się stosowanie go u osób mających stomię, co najmniej od 6 miesięcy. Kwestionariusz zawiera 20 pytań dotyczących codziennego życia pacjentów z oceną snu, aktywności seksualnej, relacji z rodziną i przyjaciółmi oraz relacji społecznych z osobami spoza rodziny. Do każdego pytania pacjent wybiera jedno z czterech

odpowiedzi – „zawsze” – 1 pkt, „czasami” – 2 pkt, „rzadko” – 3 pkt, „wcale” – 4 pkt. Punktacja ogólna 80 pkt (wynik najlepszy) = 100%.

Kategoria nr 1: Przebarwienie

Obszar skóry objęty przebarwieniem (łącznie z nadżerką i przerostem tkanki)

Zdrowa skóra (brak jakichkolwiek widocznych zmian lub uszkodzenia naskórka)

Jeśli w kategorii obszaru przebarwienia nie przyznano w ogóle punktów, a skóra jest zdrowa, wówczas **Suma całkowita** musi wynosić 0 punktów.

Ilość punktów = 0

Przebarwienie występuje na mniej niż 25% powierzchni skóry znajdującej się pod przylepcem

Proszę oszacować stopień przebarwienia

Ilość punktów = 1

Przebarwienie występuje na 25% do 50% powierzchni skóry znajdującej się pod przylepcem

Proszę oszacować stopień przebarwienia

Ilość punktów = 2

Przebarwienie występuje na więcej niż 50% powierzchni skóry znajdującej się pod przylepcem

Proszę oszacować stopień przebarwienia


Ilość punktów = 3

+

Kategoria nr 1: Przebarwienie


Stopień przebarwienia

Przebarwienie skóry wokół stomii



Ilość punktów = 1

Przebarwienie skóry wokół stomii z powikłaniami (ból, świeczenie, stwardnienie, rozpalona skóra, swędzenie, oparzenie)



Ilość punktów = 2

+

Źródło: Opracowanie własne firmy Coloplast.

Rycina 1. Skala DET Coloplast oceniająca kolor skóry – przebarwienia

Kategoria nr 2: Nadżerka

Obszar skóry objęty nadżerką/zniszczeniem naskórka

Brak nadżerki/zniszczenia naskórka

Jeśli w kategorii nadżerki nie przyznano w ogóle punktów, ilość punktów, którą przyznano kategorii nr 2 wynosi 0 + 0

Ilość punktów = 0

Nadżerka obejmuje mniej niż 25% powierzchni skóry znajdującej się pod przylepcem

Proszę oszacować stopień ciężkości nadżerki

Ilość punktów = 1

Nadżerka występuje na 25% do 50% powierzchni skóry znajdującej się pod przylepcem

Proszę oszacować stopień ciężkości nadżerki

Ilość punktów = 2

Nadżerka występuje na więcej niż 50% powierzchni skóry znajdującej się pod przylepcem

Proszę oszacować stopień ciężkości nadżerki


Ilość punktów = 3

+

Kategoria nr 2: Nadżerka

Stopień ciężkości nadżerki/zniszczenia naskórka


Uszkodzenie górnej warstwy skóry (naskórka)



Przykład

Ilość punktów = 1

Uszkodzenie skóry właściwej z powikłaniami (nadmierna wilgoć skóry, krwawienie lub zniszczenie naskórka)



Przykład

Ilość punktów = 2

+

Ź r ó d ł o: Opracowanie własne firmy Coloplast.

Rycina 2. Skala DET Coloplast – nadżerka

W badaniu oceniano aktualnie używany przez chorego sprzęt stomijny (wizyta nr 1) oraz bezpieczeństwo nowego dwuwarstwowego sprzętu stomijnego SenSura (wizyta nr 2). Wizyta 1 i 2 obejmowała wypełnienie ankiety Kwestionariusz jakości życia, ocenę sprzętu dotychczas używanego, ocenę stanu skóry za pomocą skali DET oraz pytanie o samoocenę powikłań skórnych pacjenta.

Kategoria nr 3: Przerost tkanki*

Obszar skóry objęty przerostem tkanki

*Przerost tkanki określa się jako podniesiony (powyżej poziomu tkanki skóry) w tym hipergrazda, hipergranulacja lub hiperkriacja

Nie występuje przerost tkanki

Jeśli obszarowi objętemu przerostem tkanki nie przyznano w ogóle punktów, ilość punktów, którą przyznano kategorii nr 3 wynosi 0 + 0

Ilość punktów = 0

Przerost tkanki obejmuje mniej niż 25% powierzchni skóry znajdującej się pod przyłepcem

Proszę oszacować stopień ciężkości przerostu tkanki

Ilość punktów = 1

Przerost tkanki występuje na 25% do 50% powierzchni skóry znajdującej się pod przyłepcem

Proszę oszacować stopień ciężkości nadżerki

Ilość punktów = 2

Przerost tkanki występuje na więcej niż 50% powierzchni skóry znajdującej się pod przyłepcem

Proszę oszacować stopień ciężkości nadżerki


Ilość punktów = 3

+

Kategoria nr 3: Przerost tkanki

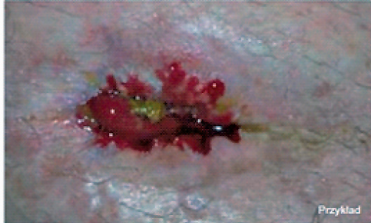
Stopień ciężkości przerostu tkanki (hipergranulacji)

Przerost tkanki nad poziom skóry



Ilość punktów = 1

Przerost tkanki nad poziom skóry z powikłaniami (krwawienie, ból, nadmierna wilgoć skóry)



Ilość punktów = 2

=

Suma punktów

Źródło: Opracowanie własne firmy Coloplast.

Rycina 3. Skala DET Coloplast – przerost tkanki

Wyniki badań

Większość ankietowanych pacjentów miało wykonaną kolostomię (235; 90%), pozostali ileostomię (26; 10%). Były to osoby, które miały wykonany zabieg wyprowadzenia stomii od 4,3 do 42,6 lat temu.

Większość badanych miała stałą stomię (211; 81%), pozostali czasową (50; 19%). U 151 osób (58%) był to zabieg planowy, a u 110 (42%) wykonany w trybie pilnym. Przyczyną wyłonienia stomii były według kolejności

występowania: nowotwór (75%), uchyłkowatość (5%), wrzodziejące zapalenie jelit (4%), choroba Leśniowskiego-Crohna (3%) lub inne przyczyny (13%).

W ramach badania ankietowani byli proszeni o podanie producenta używanego sprzętu. Największa liczba respondentów używało sprzętu Coloplastu (120; 46%), następnie plasowały się następujące firmy: Dansac (70; 27%), ConvaTec (50; 19%), B. Braun (10; 4%), Holister (3; 1%), 8 osób (3%) nie potrafiło określić używanego sprzętu. Badani byli proszeni także o wymienienie rodzaju używanego sprzętu. Większość z nich (217; 83%) miała sprzęt jednoczęściowy, 39 (15%) osób korzystało ze sprzętu dwuczęściowego, a 5 (2%) zarówno z jedno-, jak i dwuczęściowego. Jednocześnie 199 pacjentów (92%) z wyłonioną kolostomią miało sprzęt jednoczęściowy, a 32 (82%) dwuczęściowy, natomiast 17 osób (8%) z wyłonioną ileostomią wybrało sprzęt jednoczęściowy, a 7 (18%) dwuczęściowy.

Na początku badania oceniano pacjentom skórę – 112 (43%) z nich miało zdrową skórę, u pozostałych (149; 57%) wystąpiły powikłania w postaci: kontaktowego zapalenia skóry spowodowanego podrażnieniem chemicznym (44%) oraz o podłożu alergicznym (12%), na skutek wystąpienia urazu (9%), zmian związanych z chorobą (5%), wywołanych zakażeniem (1%) lub z innych, niż wymienione przyczyny (29%). Tylko 25 ankietowanych (17%) na początku badania było świadomych faktu, że ma powikłania skóry, pozostałe 124 (83%) nie miało takiej wiedzy.

Wśród badanych 78 osób (30%) kontaktowało się regularnie i korzystało z rad i doświadczeń pielęgniarki stomijnej, 138 (53%) korzystało z tego typu porady tylko w razie potrzeby, a 45 (17%) nie kontaktowało się wcale.

Na początku badania większość ankietowanych (63; 24%) otrzymało 2 punkty w skali DET, następnie 4 punkty (14; 18%), 6 (14; 5%), 3 (8; 3%), 5 (7; 3%), 8 (5; 2%), 7 (3; 1%), po 9 i 12 punktów (po 2; po 1%), po 10, 11 i 14 punktów (po 1; po 0,38%). U 117 osób (45%) punktacja DET wynosiła 0.

Na pierwszej wizycie 144 pacjentów (55%) zgłaszało podciekania treści jelitowej pod przylepiec „zawsze”, „często” lub „czasem”, a u 117 (45%) podciekanie występowało „rzadko” lub „nigdy”. Na drugiej wizycie 84 pacjentów (32%) zgłaszało podciekania treści jelitowej pod przylepiec „zawsze”, „często” lub „czasem”, a u 175 (67%) podciekanie występowało „rzadko” lub „nigdy”.

Do nieplanowanych zmian sprzętu po pierwszej wizycie było zmuszonych „zawsze”, „często” lub „czasem” 138 pacjentów (53%), a 123 (47%) zmieniali go „rzadko” lub „nigdy”. Na drugiej wizycie 75 pacjentów (29%) było zmuszonych do nieplanowanych zmian sprzętu „zawsze”, „często” lub „czasem”, a 186 (71%) zmieniali go „rzadko” lub „nigdy”.

U 47 chorych (18%) wzrost poczucia bezpieczeństwa po pierwszej wizycie zidentyfikowano jako „bardzo źle”, „źle”, „umiarkowanie”, a u 214 (82%) „bardzo dobrze” lub „dobrze”. Na drugiej wizycie 38 pacjentów (15%) zgłaszało poczucia bezpieczeństwa jako „bardzo źle”, „źle”, „umiarkowanie”, a 223 (86%) „bardzo dobrze” lub „dobrze”.

Odporność na wymywanie po pierwszej wizycie wystąpiła „zawsze”, „często” lub „czasem” u 140 chorych (54%), a „rzadko” lub „nigdy” u 121 (46%). Na wizycie drugiej odporność na wymywanie wystąpiła „zawsze”, „często” lub „czasem” u 70 chorych (27%), „rzadko” lub „nigdy” u 191 (73%).

Balonowanie worka (wypełnienie gazami) „zawsze”, „często” lub „czasem” po pierwszej wizycie wystąpiło u 182 badanych (69%), „rzadko” lub „nigdy” u 78 (31%). Na wizycie drugiej balonowanie worka „zawsze”, „często” lub „czasem” wystąpiło u 88 badanych (33%), „rzadko” lub „nigdy” u 173 (66%).

Na pierwszej wizycie 219 ankietowanych (84%) zgłosiło natychmiastową przyczepność przylepca do skóry, na drugiej 245 badanych (94%). Dobre lub bardzo dobre przyleganie zgłosiło na pierwszej wizycie 203 chorych (78%), a na drugiej 227 osób (87%). U 196 ankietowanych (75%) przylepiec do skóry dopasowywał się dobrze lub bardzo dobrze już w trakcie pierwszej wizyty, na drugiej u 225 (86%). Rzadko lub nigdy nie wymywał się przylepiec u 120 ankietowanych (46%) na pierwszej wizycie i u 190 (73%) na wizycie końcowej. Zdejmując sprzęt stomijny ból odczuwało na pierwszym badaniu „trochę” lub „wcale” 225 ankietowanych (86%) i 255 (98%) na kolejnej wizycie. Bardzo dobrze lub dobrze wchłaniała się wilgoć u 188 pacjentów (72%) na pierwszej wizycie, a u 225 (86%) w czasie wizyty końcowej. Zapach z worka wydobywał się rzadko lub nigdy u 129 ankietowanych (49%) w trakcie pierwszego badania i u 204 (78%) podczas drugiej wizyty. Wśród ankietowanych dobry lub bardzo dobry komfort noszonego sprzętu zgłaszało na pierwszej wizycie 199 osób (76%), na drugiej 226 (87%). Wypełnienie worka powietrzem (balonowanie) wystąpiło rzadko lub nigdy u 80 pacjentów (31%) w trakcie pierwszego badania i u 171 (66%) w czasie drugiego. Obsługę ujścia worka otwartego oceniło jako łatwe lub bardzo łatwe 188 ankietowanych (72%) na pierwszej wizycie i 194 badanych (75%) na drugiej.

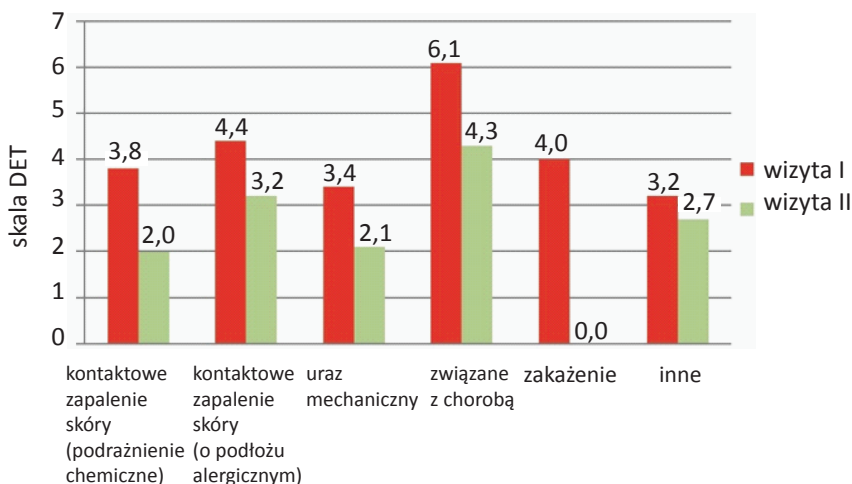
Tabela 1

Doświadczenia pacjentów z dwuwarstwowym przylepcem SenSura

Pytanie	Ocena dotychczasowego sprzętu – pierwsza wizyta		Ocena sprzętu SenSura – końcowa wizyta	
	N	%	N	%
Natychmiastowa przyczepność (dobra/bardzo dobra)	219	83,9	245	93,9
Przyleganie (dobre/bardzo dobre)	203	78,0	227	86,7
Dopasowanie przylepca do skóry (dobre/bardzo dobre)	196	75,1	225	88,2
Wymywanie przylepca (rzadko/nigdy)	120	46,2	190	73,0
Ból przy zdejmowaniu (trochę/wcale)	225	86,4	255	97,7
Zdolność wchłaniania wilgoci (dobra/bardzo dobra)	188	72,1	225	86,3
Zapach z worka (nigdy/rzadko)	129	49,4	204	78,0
Komfort (dobrze/bardzo dobrze)	199	76,2	226	86,7
Balonowanie (nigdy/rzadko)	80	30,7	171	65,8
Obsługa ujęcia worka otwartego (łatwa/bardzo łatwa)	188	72,1	194	74,5

Źródło: Badania własne.

U ankietowanych na pierwszej wizycie kontaktowe zapalenie skóry spowodowane podrażnieniem ocenione było na 3,8 pkt, a na drugiej na 2 pkt, kontaktowe zapalenie skóry o podłożu alergicznym na pierwszej wizycie oceniono na 4,4, a na drugiej na 3,2 pkt, uraz mechaniczny oceniono na 3,4, a na drugiej na 2,1 pkt, związane z chorobą na 6,1, a na końcowej wizycie na 4,3 pkt, zakażenie na 4 pkt, a na wizycie drugiej nie stwierdzono zakażeń. Inne przyczyny ankietowani ocenili na 3,2 pkt w czasie pierwszej wizyty i 2,7 w końcowej (ryc. 4).



Źródło: Opracowanie własne.

Rycina 4. Zestawienie ankietowanych pod względem poprawy stanu skóry

Poprawa jakości życia na pierwszej wizycie wynosiła 59,9 pkt, a w czasie wizyty końcowej 62,7 pkt. Badanych poproszono o ocenę obszarów, które stanowią dla nich największe wyzwanie. Stwierdzili oni, że najbardziej problematyczny był obszar snu (odpoczynek, zmęczenie w ciągu dnia, gazy) oceniony na poziomie 2,37 pkt. Najmniej problemów zgłaszali pacjenci z obszarem związanym z relacjami z rodziną i z osobami spoza najbliższych (samotność w tłumie, obawa, że rodzina odczuwa ciężar) oceniony na poziomie 3,36 pkt (ryc. 5).

Największym wyzwaniem dla pacjentów z kolostomią były kwestie snu (odpoczynek 2,36 pkt, zmęczenie w ciągu dnia 2,46 pkt, gazy 2,49 pkt), a najmniej obciążającym obszarem relacje z rodziną i najbliższymi przyjaciółmi (po 3,64 pkt) oraz relacje społeczne z osobami spoza najbliższych (3,59 pkt), a także szelest worka (3,56 pkt).

Z kolei największym wyzwaniem dla pacjentów z ileostomią była obawa przed odpadnięciem worka (1,79 pkt), pełny worek i odległość do najbliższej toalety (po 2,21 pkt), a najmniej obciążającym obszarem szelest worka (3,27 pkt), relacje z rodziną i najbliższymi przyjaciółmi (po 3,29 pkt) oraz relacje społeczne z osobami spoza rodziny (3,59 pkt).

Tabela 2

Zestawienie obszarów będących największym i najmniejszym wyzwaniem dla pacjentów.

Obszary stwarzające pacjentom najczęściej problemów	Obszary najmniej problematyczne dla pacjentów
pełny worek	szelest worka
odpadanie worka	wstyd
zapach z worka	trudna dyskrecja
gazy	ciężar dla bliskich
najbliższa toaleta	brak bliskiego kontaktu
odpowiednie ubranie	trudno być z innymi
nieatrakcyjność seksualna	obawa przed poznawaniem nowych ludzi
odpoczynek w ciągu dnia	samotność w tłumie
zmęczenie w ciągu dnia	obawa, że rodzina odczuwa ciężar
złe sypianie	-
poza domem w nocy	-

Źródło: Badania własne.

Dyskusja

Wytworzenie sztucznego odbytu w dużej mierze wpływa na upośledzenie jakości i aktywności życia człowieka. Spowodowane jest to przede wszystkim zmianą wyglądu ciała i utratą kontroli nad wydalaniem. Przygotowanie chorego do nowych warunków życia jest trudne i zależy od jego kondycji psychicznej oraz wiedzy i umiejętności, jakie zdobył w szpitalu, a także od prawidłowego wytworzenia i umiejscowienia stomii, otrzymanego wsparcia społecznego i rodziny, rodzaju stosowanego sprzętu oraz opieki w poradni stomijnej. Podstawową potrzebą w opiece stomijnej jest zachowanie zdrowej skóry wokół stomii. Przygotowanie pacjenta z przetoką jelitową i związane z nim działania edukacyjne są wciąż niewystarczające. Badania potwierdziły, że pacjenci są niedostatecznie przygotowani do samoopieki, co może znacząco utrudnić akceptację i adaptację do życia ze stomią.

Na poprawę jakości ich życia wpływa dobrze dobrany sprzęt stomijny oraz zachowanie zdrowej skóry wokół stomii. W przeprowadzonym badaniu ankietowani stosowali sprzęt różnych firm dostępnych w Polsce. Od pierwszej wizyty stosowali nowy, dwuwarstwowy sprzęt SenSura. Znaczna część chorych z wylonioną stomią jelitową wybrała sprzęt jednoczęściowy, a nieliczni (najczęściej z wylonioną ileostomią) sprzęt dwuczęściowy. Mając dobrze dobrany sprzęt, znacząco poprawiła się jakość

życia tych chorych. Doszło do ograniczenia incydentów podciekania treści pod przylepiec, zmniejszyła się liczba nieplanowanych zmian sprzętu, zwiększyła się odporność na wymywanie, zmniejszyła się częstotliwość uszkodzeń przylepca, znacznie ograniczył się incydent balonowania worka (wypełnienia gazami). Nastąpił także wzrost oceny bezpieczeństwa chorego z powodu aktualnie używanego sprzętu dwuwarstwowego. Znaczna poprawa nastąpiła w balonowaniu, zapachu wydobywającego się z worka i wymywaniu przylepca, co poprawiło jakość ich życia.

Z przeprowadzonych badań wynika również, że u większości pacjentów po zabiegu wyłonienia stomii występują powikłania skórne pod postacią kontaktowego zapalenia skóry, mogące świadczyć o tym, że nie uzyskali oni w szpitalu wystarczających informacji o możliwości wystąpienia powikłań i radzenia sobie z nimi, a w związku z tym nie szukali pomocy medycznej. Tylko nieliczni kontaktowali się regularnie i korzystali z rad doświadczonej pielęgniarki stomijnej. Pacjenci często opuszczają szpital już z występującymi zmianami na skórze, nie będąc świadomymi faktu, że mają powikłania. Aby temu zapobiec, pielęgniarka powinna posługiwać się w swojej pracy skalą DET. Narzędzie to jest praktyczną metodą, która pomoże określić (poprzez obserwację) przyczyny i stopień ciężkości powikłań skórnych występujących wokół stomii. Przedstawione informacje mogą pomóc w opiece nad omawianą grupą pacjentów oraz w podejmowaniu decyzji, kiedy konieczne staje się skierowanie chorego do specjalisty.

Skala DET może być wykorzystywana do oceny stanu skóry wokół stomii w trakcie badania, określenia, czy nastąpiło polepszenie lub pogorszenie stanu skóry wokół stomii między kolejnymi badaniami, klasyfikowania przyczyn zmian skórnych wokół stomii w celu określenia i rozpoczęcia odpowiednich interwencji, ułatwienia identyfikowania najbardziej odpowiedniego sprzętu stomijnego oraz metod pielęgnacji skóry wokół stomii dla osób z wyłonioną stomią. Powinno używać się jej także do identyfikowania pacjentów wymagających kontroli lub skierowania do specjalisty.

Przeprowadzone badanie wykazało znaczącą poprawę stanu skóry, mierzoną za pomocą skali DET między pierwszą i drugą wizytą, co wpłynęło na ogólną jakość życia ankietowanych. Spadła, oceniana w skali DET, przyczyna związana z chorobą, zapaleniem skóry o podłożu alergicznym, z kontaktowym zapaleniem skóry spowodowanym podrażnieniem chemicznym, urazem mechanicznym, występowaniem zakażeń. Zapobieganie powikłaniom skórnyom we wczesnym etapie z zastosowaniem dobrze dobraneo sprzętu stomijnego prowadzi do poprawy stanu skóry oraz ogólnej poprawy jakości życia pacjenta.

Kolejnym narzędziem, który pielęgniarka może wykorzystać w pracy jest Kwestionariuszu jakości życia. Pozwala on ocenić przystosowywa-

nie się pacjenta do stomii oraz reakcji na zmiany w zakresie stosowanego sprzętu stomijnego lub na inne czynniki. Kwestionariusz obejmuje obszary, które najbardziej dotyczą życia chorych (sen, aktywność seksualna, relacje z rodziną i bliskimi przyjaciółmi, relacje społeczne z osobami spoza rodziny i z grona bliskich przyjaciół). Obszar stanowiący największe wyzwanie dla ankietowanych pacjentów z kolostomią to kwestia snu, odpoczynku, zmęczenia w ciągu dnia oraz wydostających się gazów. Najmniej problemów zgłaszali pacjenci z obszarem związanym z relacjami rodzinnymi i z osobami spoza rodziny. Nie obawiali się oni samotności w tłumie oraz tego, że stanowią obciążenie dla rodziny. Największym wyzwaniem dla pacjentów z ileostomią była obawa przed odpadnięciem worka, wypełniony worek i odległość do najbliższej toalety, a najmniejszym szelest worka, relacje z rodziną i najbliższymi przyjaciółmi oraz kontakty społeczne z osobami spoza rodziny.

Przeprowadzone badanie porusza problemy, jakie mogą wystąpić u chorego ze stomią jelitową i mówi o sposobach zaradzenia im. Ukazuje również istotny wpływ kompetencji całego zespołu opiekującego się chorym (w tym pielęgniarki stomijnej) oraz zaangażowanie samego chorego i jego bliskich w proces leczenia, pielęgnowania i rehabilitacji na końcowy wynik leczenia i pielęgnowania oraz uzyskania niezależności w codziennej pielęgnacji. Pacjent, który włącza się w proces leczenia i pielęgnowania najczęściej potrafi przejąć kontrolę nad własnym zdrowiem po przeprowadzonej operacji, co jest szczególnie istotne w przypadku omawianych chorych.

Wnioski

Uzyskane wyniki badań pozwalają stwierdzić, że istnieje współzależność pomiędzy jakością życia, stanem zdrowia skóry i używanym sprzętem, a powikłania skóry są poważnym problemem dla pacjenta i środowiska medycznego.

Z przeprowadzonej analizy wynika, że duża część ankietowanych w pierwszych tygodniach po wyjściu ze szpitala miała zdrową skórę wokół stomii. Jednak u większości wystąpiły powikłania skórne, ale tylko nieliczni zwrócili uwagę na ich występowanie. Najczęstszym powikłaniem skóry wokół stomii jest kontaktowe zapalenie skóry pod postacią zaczerwienienia, pieczenia lub nadżerki. Podciekanie treści jelitowej pod przyłepiec jest z kolei najczęstszą przyczyną odklejenia się worka, co powoduje spadek poczucia bezpieczeństwa. Jedynie 1/3 chorych ma regularny kontakt z pielęgniarką stomijną.

Otrzymane wyniki badawcze wskazują na istnienie problemu występowania powikłań skóry wokół stomii i jakości życia osoby ze stomią. Pielęgniarka powinna podejmować decyzje terapeutyczne w oparciu o fakty naukowe i dane kliniczne. Kwestionariusz jakości życia i skala DET zastosowana do przeprowadzenia badania są przykładami przydatnych narzędzi stworzonych dla potrzeb pielęgniarki stomijnej.

Kwestionariusz jakości życia dla pacjentów ze stomią

Data: ____ / ____ 20__

Proszę zaznaczyć odpowiedź w zgodzie z tym co czujesz w tym momencie.	Zawsze	Czasami	Rzadko	Wcale
1. Jestem zaniepokojona/ony, gdy worek jest wypełniony	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
2. Martwię się, że worek odpadnie	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
3. Odczuwam potrzebę sprawdzenia gdzie jest najbliższa toaleta (gdy przebywam poza domem)	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
4. Martwię się, że mój worek nieprzyjemnie pachnie	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
5. Martwię się odgłosami pochodzącymi ze stomii	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
6. Potrzebuję odpoczynku w ciągu dnia	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
7. Moja stomia ogranicza wybór ubrań, które mogę nosić	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
8. Czuję się zmęczony w ciągu dnia	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
9. Z powodu mojej stomii czuję się nieatrakcyjna/ny seksualnie	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
10. Źle śpiam w nocy	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
11. Martwię się, że mój worek szeleści	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
12. Z powodu stomii wstydę się swojego ciała	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
13. Trudne byłoby dla mnie nocowanie poza domem	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
14. Trudno jest ukryć fakt, że noszę worek	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
15. Martwię się, że mój stan jest ciężarem dla moich bliskich	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
16. Unikam bliskiego kontaktu (fizycznego) z moimi przyjaciółmi	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
17. Moja stomia utrudnia mi przebywanie z innymi ludźmi	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
18. Obawiam się poznawania nowych ludzi	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
19. Czuję się samotna/y nawet gdy przebywam z innymi ludźmi	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
20. Martwię się, że moja rodzina czuje się przy mnie skrępowana/zażenowana	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴

Prosimy odpowiedzieć na wszystkie pytania. Dziękujemy za wypełnienie kwestionariusza.

Skala DET

Data:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Imię i nazwisko:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Domena 1: Przebarwienie	
Obszar przebarwienia (w tym obszary z nadżerkami i przerostem tkanek)	<input style="width: 40px;" type="text"/>
+	=
Stopień nasilenia przebarwienia	<input style="width: 40px;" type="text"/>
	Punktacja cząstkowa <input style="width: 40px;" type="text"/>
Domena 2: Nadżerka	
Obszar nadżerki	<input style="width: 40px;" type="text"/>
+	=
Stopień nasilenia nadżerki	<input style="width: 40px;" type="text"/>
	Punktacja cząstkowa <input style="width: 40px;" type="text"/>
Domena 3: Przerost tkanek	
Obszar przerostu tkanek	<input style="width: 40px;" type="text"/>
+	=
Stopień nasilenia przerostu tkanek	<input style="width: 40px;" type="text"/>
	Punktacja cząstkowa <input style="width: 40px;" type="text"/>
PUNKTACJA CAŁKOWITA = <input style="width: 40px;" type="text"/>	

Bibliografia

[1] Kózka M., Bazaliński D., Cipora E. Przygotowanie chorego z przetoką jelitową do samoopieki z uwzględnieniem powikłań dermatologicznych i chirurgicznych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2010, 2: 57–61.

[2] Bazaliński D., Cipora E., Jakima M. i wsp. Występowanie powikłań dermatologicznych i ich uwarunkowanie w grupie osób z definitywną przetoką jelitową. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2011, 3: 133–135.

[3] Wronkowski Z., Brużewicz Sz. *Choroby nienowotworowe występujące w jelicie grubym, objawy i rozpoznawanie, życie ze stomią. Nowotwory jelita grubego*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2008: 14–15, 41, 83–86.

- [4] Ponczek D., Rozwora A. Ocena przystosowania się do życia chorych z kolostomią. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2011, 5: 141–147.
- [5] Jeziorski A. *Onkologia: podręcznik dla pielęgniarek*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2009: 120–122.
- [6] Gonciarz M., Gonciarz Z. *Rak jelita grubego. Kompendium gastroenterologiczne*. Poznań: Wydawnictwo Medyczne Termedia 2011: 59–62.
- [7] Dzikowski A., Trzciniński R. *Chirurgia jelita grubego i odbytnicy. Przegląd piśmiennictwa chirurgicznego*. Warszawa: Fundacja Polski Przegląd Chirurgiczny 2011: 128–131.
- [8] Kózka M., Bazaliński D. Zastosowanie systemu wspierająco-uczącego w opiece nad pacjentem z przetoką jelitową. *Problemy Pielęgniarstwa* 2010, 3: 337–341.
- [9] Klimczyk A. *Opieka okołoperacyjna nad chorym ze stomią jelitową. Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa chirurgicznego*. Wrocław: Continuo 2008: 173–181.
- [10] Bazaliński D., Kaczmarska D. *Stomia jelitowa w praktyce pielęgniarskiej. Wskazania do wyłonienia i powiktania stomii. Pielęgniarska opieka nad osobami starszymi*. Warszawa: Dr J. Raabe Spółka Wydawnicza 2009: 10–32.
- [11] Falkenberg B., Lippert H. Stomie końcowe. *Medycyna Praktyczna. Chirurgia* 2012, 1: 12–19.
- [12] Churobak A. Pielęgniarka jako edukator pacjentów z wylonioną stomią jelitową. *Polski Mercuriusz Lekarski* 2009, 26: 579–581.
- [13] Barańska J., Złotek P. *Opieka nad pacjentem z urostomią*. Warszawa: Dr J. Raabe Spółka Wydawnicza 2008: 50.
- [14] Klimczyk A. *Pielęgnowanie pacjentów z różnymi rodzajami przetok. Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa geriatrycznego*. Wrocław: Continuo 2010: 83–88.
- [15] Pikor K. Pielęgnowanie chorego z urostomią. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2008, 1: 22–23.

Adres do korespondencji:

Izabela Wróblewska

Instytut Pielęgniarstwa PMWSZ w Opolu

ul. Katowicka 68

45-060 Opole

tel.: 601 556 629

e-mail: iz.wroblewska@gmail.com

BARBARA GROCHALSKA*, IZABELA WRÓBLEWSKA*

Opieka nad dializowanym pacjentem w wieku podeszłym z dostępem naczyniowym

Wstęp

Jednym z najważniejszych czynników warunkujących przeżywalność pacjentów leczonych hemodializami (HD) jest odpowiedni dostęp naczyniowy, uzyskiwany zwykle przez wytworzenie przetoki tętniczo-żylniej (t-ż) z naczyń własnych, implantacji protezy naczyniowej oraz cewnika permanentnego. Uzyskanie dobrze funkcjonującego, stabilnego dostępu naczyniowego jest trudne, zwłaszcza u chorych w podeszłym wieku, z cukrzycą, z zaawansowaną niewydolnością serca czy z angiopatiami. Dlatego nie bez powodu uważa się, że dostęp naczyniowy do hemodializy jest drogą łączącą pacjenta z życiem, stanowiąc istotny aspekt pracy pielęgniarek w każdym ośrodku hemodializ, wpływający na jakość zabiegu dializy oraz długość i komfort życia pacjentów. Zainteresowanie zagadnieniem, szczególnie w kontekście dializowania coraz starszych osób, wynika nie tylko z troski o pacjentów hemodializowanych i znacznej odpowiedzialności pielęgniarek sprawujących nad nimi opiekę, ale świadczy również o profesjonalizmie personelu i, ze względu na wciąż zwiększającą się liczbę pacjentów wymagających tego rodzaju interwencji, o skali problemu [1]. Hemodializa i dializa otrzewnowa, obok przeszczepiania nerek, są formami leczenia nerkozastępczego. Rozwiązanie problemu naczyniowego umożliwiło szybki rozwój dializoterapii u chorych z niewydolnością nerek na całym świecie [2].

Dializa pozaustrojowa jest zabiegiem wykonywanym przy użyciu dializatora (filtra) zawierającego błonę półprzepuszczalną, w którym (dzięki

* Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu.

dyfuzji, osmozie i konwekcji) dochodzi do wymiany pomiędzy osoczem a płynem dializacyjnym wody oraz rozpuszczalnych w niej substancji. Celem zabiegu jest usunięcie produktów katabolizmu białek i toksyn egzogennych, wyrównanie zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej i kwasowo-zasadowej oraz usuwanie nadmiaru wody w wyniku ultrafiltracji. Podstawowymi wskazaniami klinicznymi do HD są: przewlekła (PNN) i ostra niewydolność nerek (ONN) oraz zatrucia egzogenne toksynami rozpuszczalnymi w wodzie (w tym lekami). Przebieg zabiegu jest kontrolowany przez monitor hemodializy [3].

Dostęp naczyniowy – przetoka tętniczo-żylna

Pacjent zakwalifikowany do hemodializoterapii musi mieć zapewniony stały dostęp do łożyska naczyniowego. Można to osiągnąć dwoma sposobami: poprzez wykonanie przetoki tętniczo-żylniej (t-ż) z naczyń własnych pacjenta lub z wykorzystaniem protezy naczyniowej, poprzez wprowadzenie cewnika permanentnego do jednej z głównych żył. Najkorzystniejszym rodzajem dostępu naczyniowego dla celów przewlekłej dializy jest przetoka t-ż. Z tego też powodu tak istotna jest ochrona układu żylnego obu kończyn górnych zarówno u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek (PNN), u pacjentów poddanych leczeniu dializami, jak i po przeszczepieniu nerki. Naczynia krwionośne u wyżej wymienionych pacjentów są kruche i delikatne. Oprócz choroby, zasadniczej wpływ na nie ma także: miażdżyca, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, otyłość, palenie tytoniu, przewlekłe stany zapalne naczyń krwionośnych oraz niewłaściwe używanie żył przez personel medyczny. Stąd najczęstszą grupą pacjentów korzystających z dializ są osoby w podeszłym wieku [4]. Chorzy z PNN są narażeni na częste pobyty w szpitalu. Żyły u tych osób są wykorzystywane przez personel medyczny do pobierania krwi, podawania leków, zakładania wenflonów [5]. Stąd nierozłącznym elementem leczenia jest szeroko pojęta edukacja prowadzona przez personel ośrodków dializ [6]. Chory z postępującą PNN, kwalifikowany do leczenia hemodializą, powinien być odpowiednio wcześniej konsultowany przez chirurga, aby można było wybrać dla niego optymalny dostęp naczyniowy, a następnie odpowiednio wcześniej go wytworzyć. Przedtem istotne jest zebranie wywiadu dotyczącego przebytych i współistniejących chorób [7].

Przetoka t-ż to chirurgiczne połączenie tętnicy z żyłą w taki sposób, aby w części żylny płynęła krew tętnicza. Najczęściej jest ona umiejscowiona na przedramieniu ręki niedominującej, tuż powyżej nadgarstka. Krew tętnicza dostaje się wówczas bezpośrednio do żyły powierzchownej, powodując arterializację żyły, dzięki temu możliwe jest jej wielokrot-

ne nakłuwanie. Dobrze wytworzona przetoka jest najlepszą i najbezpieczniejszą dla pacjenta formą dostępu naczyniowego, może on służyć nawet kilkanaście lat. W przypadku gdy żyły powierzchowne przedramienia są uszkodzone, możliwe jest wykonanie innych zespołów z naczyń własnych w obrębie ramienia, klatki piersiowej lub kończyny dolnej [5]. Celem działalności chirurga jest uzyskanie odpowiednio długiego odcinka zarterializowanej żyły (10–15 cm) o odpowiednim przepływie (250–300 ml/min), zlokalizowanego na przednio-bocznej powierzchni kończyny, tak by wielogodzinne zabiegi HD mogły być przeprowadzone w pozycji w miarę wygodnej dla chorego.

Wyróżnia się kilka rodzajów przetok t-ż. Podstawowym rodzajem jest, opisana po raz pierwszy w 1966 r. przez Cimino i Brescia, przetoka promieniowo-odpromieniowa, wytwarzana w okolicy nadgarstka. Polega ona na zespojeniu powyżej nadgarstka tętnicy promieniowej z żyłą odpromieniową sposobem „bok do boku”. Obecnie preferowanym rodzajem zespolenia jest zespolenie końca żyły do boku tętnicy [4, 8].



Ź r ó d ł o: Fotografie 1–6 zbiory własne auterek.

Fotografia 1. Przetoka typu Cimino-Brescia

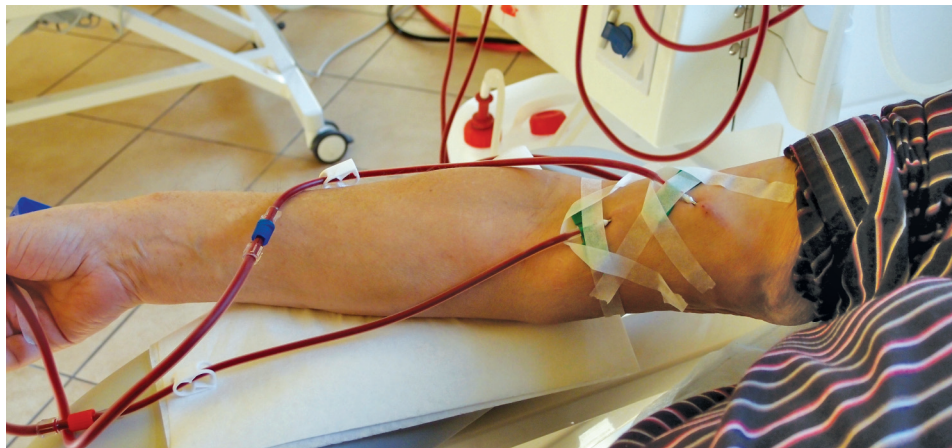
Po wyczerpaniu możliwości wytworzenia przetoki w obrębie przedramienia powinno się użyć naczyń ramienia. W pierwszej kolejności wykorzystuje się żyłę odpromieniową. Zespolenie wykonuje się w dole łokciowym, łącząc najczęściej koniec żyły z bokiem tętnicy ramiennej. Możliwe jest także zespolenie końca żyły z bokiem tętnicy promieniowej lub łokciowej. Wybór naczynia tętniczego zależy od jakości ściany i jego średnicy. Gdy już wykorzystano naczynia autogenne obu kończyn górnych, do

wytworzenia dostępu naczyniowego można użyć protez naczyniowych [9-10].



Fotografia 2. Dializa prowadzona na przetoce t-ż Cimino-Brescia

Powszechnie przyjmuje się, że wiek jest czynnikiem ograniczającym wytworzenie dostępu naczyniowego z własnych naczyń. Przetoki t-ż u starszych pacjentów częściej wykonuje się w proksymalnym odcinku kończyny, na ramieniu. Ponadto częściej występuje u nich brak dojrzenia (arterializacji) przetoki, a pierwotne przeżycie przetoki jest istotnie gorsze. Autogenne przetoki tego typu można wytworzyć u ok. 80% pacjentów w wieku powyżej 75 lat. Wytworzenie przetoki t-ż z naczyń własnych jest możliwe u zdecydowanej większości (93%) chorych dializowanych powyżej 75. roku życia. U większości (65%) pacjentów w wieku podeszłym można wykonać przetoki w dalszym odcinku przedramienia. Jednak objawy zwężenia przetoki występują u znacznego odsetka (31%) tych chorych, w większości przypadków nie ograniczając możliwości efektywnego prowadzenia hemodializy [10]. Po wykorzystaniu wszelkich możliwości założenia przetoki t-ż w obrębie kończyn górnych, należy rozważyć wytworzenie dostępu naczyniowego o innej lokalizacji (kończyna dolna, górna część klatki piersiowej) z użyciem protezy naczyniowej w postaci pętli lub pomostów prostych [11].



Fotografia 3. Pacjent dializowany na przetoce typu Goretex



Fotografia 4. Przetoka wykonana na ramieniu z użyciem protezy naczyniowej Goretex

Powikłania przetoki tętniczo-żylnej

Powikłaniem po wykonaniu przetoki t-ż może być obrzęk operowanej kończyny, który jest spowodowany przez nadmierne gromadzenie się płynu limfatycznego w przestrzeni międzykomórkowej. Kończyna jednak nie jest zasiniona, jak w przypadku krwiaka. Leczenie opisanej sytuacji jest często długotrwałe i polega na wysokim ułożeniu kończyny.

Groźnym powikłaniem jest także zatrzymanie przepływu krwi w przetoce, co powoduje jej zakrzepicę. Przejawia się ona brakiem szumu, zgrubieniem i stwardnieniem, najczęściej w miejscu zespolenia tętnicy z żyłą. Zakrzepice są najczęstszymi powikłaniami późnymi i powstają zwykle z powodu zwężeń obwodowych lub centralnych, pierwotnie niskiego RR chorego lub jego spadku, znacznego odwodnienia, pomiaru ciśnienia na kończynie z przetoką, zbyt intensywnego treningu przetoki ze zbyt silnym i długotrwałym zaciśnięciem stazy oraz z zakażenia rany poopercyjnej. Wczesne wykrycie i leczenie (angioplastyka lub implantacja stentów naczyniowych) pozwala uniknąć powstawania zakrzepów [11–12].

Poważnym powikłaniem są także zakażenia, czego powodem jest upośledzona odporność chorego i brak higieny. Leczenie polega na stosowaniu antybiotyków.

Z kolei niedokrwienie kończyny z przetoką t-ż spowodowane jest najczęściej zespołem podkradania. Dochodzi wtedy do zmniejszenia przepływu krwi tętniczej przez tkanki obwodowe poniżej przetoki. Występuje wówczas bladość, zasinienie, uczucie zimna, mrowienia, ból palców i dłoni. Utrzymywanie się niedokrwienia może doprowadzić do uszkodzenia nerwów obwodowych, upośledzenia ruchomości kończyny oraz do zmian martwiczych w obrębie palców [11].

Jednym z najczęściej występujących powikłań jest krwiak po nieudanych wkłuciach, co pojawia się częściej na początku użytkowania nowej przetoki. Pielęgnacja polega na wykonywaniu okładów z altacetu oraz smarowaniu środkami o działaniu przeciwzakrzepowym.

Następnym powikłaniem może być stan zapalny, który jest najczęściej następstwem zakażenia bakteriami skórnymi lub niewłaściwie leczonym, rozległym krwiakiem. Leczenie polega na podaniu antybiotyku oraz włączeniu leczenia przeciwzakrzepowego. W przypadku pojawienia się rozległych stanów zapalnych, uniemożliwiających jej prawidłowe używanie, należy rozważyć założenie czasowego dostępu naczyniowego (cewnika).

Kolejnym powikłaniem są tętniaki i zwężenia w okolicy przetoki, co może być spowodowane nieprawidłowym tamowaniem krwawienia. Przetoka staje się wówczas zdeformowana i wygląda nieestetycznie. Przyczyną zwężeń mogą być stany zapalne naczyń w miejscach, gdzie zakładano w przeszłości wkłucia obwodowe. Leczenie polega na wykonaniu przez chirurga zabiegu naprawczego.

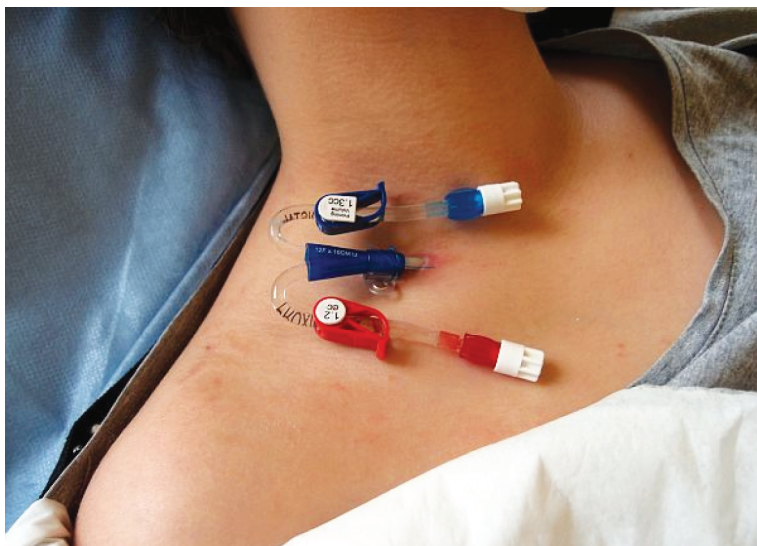
Dość często występującym powikłaniem jest tętniak rzekomy. Jest to nagromadzenie się krwi w przestrzeni między naczyniem krwionośnym a powłokami skórnymi. Objawia się on zgrubieniem w okolicy przetoki, które ma cechy tętniaka. Przyczyną tego powikłania jest mechaniczne uszkodzenie ściany przetoki podczas jej nakłuwania lub niewłaściwe tamowanie krwawienia po usunięciu igieł dializacyjnych. Tętniak rzekomy

jest niebezpieczny dla prawidłowego funkcjonowania przetoki, ponieważ może samoistnie powiększyć się, ucisnąć światło naczynia i doprowadzić do zatrzymania przetoki. Leczenie polega na chirurgicznym usunięciu tętniaka i zszyciu ściany naczynia [10–11].

Dostęp naczyniowy – cewnik naczyniowy

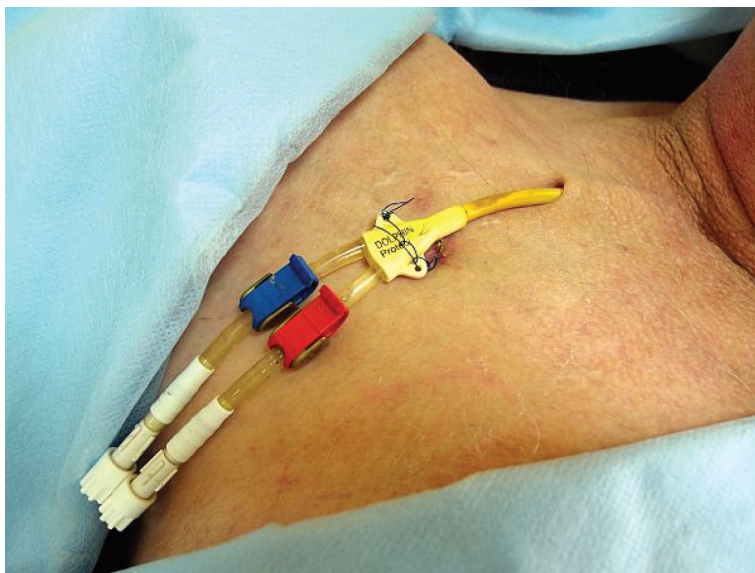
Innym sposobem leczenia nerkozastępczego jest założenie pacjentowi cewnika naczyniowego. Mimo że jego obecność wiąże się ze zwiększonym ryzykiem zakrzepicy lub zakażenia, to zastosowanie tego typu dostępu okazało się przełomem w jakości życia pacjentów chorujących na ONN i PNN [2].

Rozróżnia się dwa typy cewników do HD: ostre (czasowe – nietunelizowane) oraz permanentne (tunelizowane). Zaletą pierwszych jest możliwość uzyskania szybkiego i natychmiastowego dostępu naczyniowego w nagłych przypadkach oraz u pacjentów zakwalifikowanych do programu przewlekłych hemodializ, u których przetoka t-ż nie jest jeszcze gotowa do pełnienia swojej funkcji. Wady tego rodzaju cewników to: wysoka chorobowość spowodowana przez poważne powikłania, krótszy czas przeżycia dostępu i niższe przepływy krwi. Cewniki można zakładać do żył szyjnych zewnętrznych oraz wewnętrznych, podobojczykowych i udowych. Powikłania związane z zakładaniem cewnika ostrego to: miejscowe krwawienie, nakłucie sąsiadującej tętnicy, odma opłucnowa, krwiak opłucnowy oraz zator powietrzny [12–13].



Fotografia 5. Czasowy cewnik do dializy

Cewnik permanentny stanowi stały dostęp naczyniowy do hemodializy. Różni się on od cewnika ostrego obecnością mankietu dakronowego, który zrasta się z tkanką podskórną, przez co zapobiega wypadaniu oraz stanowi miejsce obrony przed wnikaniem drobnoustrojów chorobotwórczych. Cewniki te są zwykle wykonane z bardziej miękkiego tworzywa, co powoduje mniejszą traumatyzację wewnątrznaczyniową [13–14].



Fotografia 6. Cewnik dializacyjny permanentny tunelizowany

Podczas kaniulowania dużych naczyń żylnych może dojść do powikłań (wczesnych i odległych). Należą do nich: przypadkowe nakłucie tętnicy, zator, zakażenia, zakrzepica cewnika, zwężenie lub zarośnięcie żyły centralnej czy późna perforacja naczynia [15].

Pielęgnacja pacjenta z dostępem naczyniowym

Opiekę nad dostępem naczyniowym po zabiegu operacyjnym dzieli się na dwa etapy: wczesny oraz późny okres pooperacyjny, czyli przygotowanie dostępu naczyniowego do użycia do celów dializacyjnych oraz opiekę długoterminową. Pierwszy dotyczy pierwszych 24 godzin od chwili rozpoczęcia zabiegu. Na tym etapie najważniejszym działaniem pielęgnarskim jest zapewnienie pacjentowi poczucia bezpieczeństwa. Ważne jest łagodzenie bólu i skutków znieczulenia (nudności, wymioty), odpowiednie nawadnianie drogą dożylną, co 2 godziny kontroluje się „szum”

w przetoce, RR, by nie dopuścić do jego spadku, co mogłoby skutkować zatrzymaniem przepływu krwi. Na operowanej kończynie nigdy nie wolno wykonywać pomiaru RR, włączyć obwodowych oraz wykorzystywać naczyń żylnych do pobierania krwi [5, 9].

Z kolei późny okres pooperacyjny dotyczy kolejnych 2-3 dni po zabiegu. Wymagana jest wtedy codzienna zmiana opatrunku. Usunięcie szwów wykonuje się w 8.-9. dobie, a u chorych na cukrzycę w 14.-21. dni po zabiegu. Istotna jest edukacja pacjenta, która polega głównie na nauczaniu obserwowania i częstej kontroli „szumu” przetoki, higienie ciała, a zwłaszcza okolicy operowanej, oraz treningu przetoki. Wykonuje się go jedynie w przypadku założenia dostępu do HD z naczyń własnych. Ćwiczenia mają na celu pogrubienie, wzmocnienie, przygotowanie i uwidocznienie ściany naczyń żylnych przetoki, które będą w przyszłości wielokrotnie nakłuwane igłami dializacyjnymi, co pozwoli zmniejszyć ryzyko powstawania zwężeń przetoki, krwiaków oraz zakrzepów. Ćwiczenia należy rozpocząć po usunięciu drenu Redona i gdy widocznie zmniejszy się obrzęk kończyny (3.-6. doba). Wskazane jest na początku wykonywanie ćwiczeń pod nadzorem pielęgniarek, które kontrolują postępy w tak zwanym dojrzewaniu przetoki. Do ćwiczeń potrzebna jest staza, którą zaciska się na ramieniu chorego możliwie wysoko, z umiarkowaną siłą, początkowo na 30 sekund, następnie wydłużając czas do 3 minut. Po jej zaciśnięciu należy każdorazowo skontrolować szum w przetoce, bowiem w przypadku zbyt mocnego ucisku istnieje niebezpieczeństwo, że dojdzie do zatrzymania przepływu krwi. Potrzebny jest także elastyczny przedmiot, który jest łatwy do ściskania w dłoni. Po zaciśnięciu stazy pacjent powinien energicznie zginać i prostować rękę z przetoką i jednocześnie zaciskać w dłoni np. piłeczkę. Ćwiczenia przetoki powinny być wykonywane jak najczęściej, minimum 50 zaciśnień stazą codziennie, do chwili jej tak zwanego wyrobienia (nie krócej niż przez 3 tygodnie)

Personel medyczny decyduje, kiedy przetokę można bezpiecznie użyć. Należy pamiętać, że przetoki na przedramieniu wymagają dłuższego czasu ćwiczeń niż te założone na ramieniu. Czasami proces ten trwa nawet kilka miesięcy.

Opieka nad dostępem do dializy wykonanym ze sztucznego tworzywa typu Goretex nie wymaga treningu przygotowawczego przed użyciem, ale ze strony pacjenta jest konieczne zachowanie wzmożonego reżimu higienicznego i obserwacja tętnienia przetoki oraz jej „szumu” [16-17].

Kolejnym problemem pielęgnacyjnym jest wybór techniki nakłuwania przetoki t-ż z naczyń własnych. Do chwili obecnej nie ustalono jednego sposobu. Technika ta może być wykonywana na dwa sposoby: metodą tradycyjną – w te same miejsca i drabinkową. Wybór metody zależy od warunków anatomicznych przetoki oraz umiejętności manualnych pielęgnacyjnych.

gniarek dializacyjnych, przy czym preferuje się nakłuwanie przetoki metodą drabinkową. Przekłuwanie przetoki metodą tradycyjną jest zazwyczaj każdorazowo udane, bezbolesne, obciążone małym stresem, głównie spowodowanym bezbolesnością wkłuć. Wadą są częste krwawienia spod igły dializacyjnej, częste infekcje (zakażenie strupa), oderwanie strupa, krwawienie, krwotok, utrudnione tamowanie po zakończonej dializie, duża tętniakowatość przetoki, co powoduje jej krótką żywotność. Korzyścią z nakłuwania przetoki metodą drabinkową jest równomierne poszerzenie i wzmocnienie naczyń całej przetoki, niewystępowanie przecieków, ani zwężeń naczyń, wykorzystywana jest cała długość przetoki, co wydłuża jej żywotność, tamowanie przetoki po wyjęciu igieł jest krótkie, a oderwanie się strupa nie stwarza niebezpieczeństwa krwotoku. Wadą jest bolesność podczas wykonywania początkowych wkłuć, częste niepowodzenia w nakłuwaniu oraz ryzyko pojawienia się krwiałków [18–19].

Przetoka z tworzywa sztucznego może być użyta po okresie nie krótszym niż 2–4 tygodnie. Dzięki swej strukturze zapewnia wrastanie tkanki łącznej w miejscu nakłuwania, dlatego wcześniejsze użycie nakłuwanego miejsca może doprowadzić do zniszczenia protezy, a także do powstania tętniaka rzekomego.

Ważne jest skrupulatne przestrzeganie zasad prawidłowego wykorzystania protez naczyniowych. Wolne od nakłuć powinny zostać 3–4 cm odcinki protezy od zespołów z żyłą i tętnicą. Nakłuwanie w ich pobliżu może doprowadzić do powstania tętniaka, uszkodzenia szwów, a nawet zatrzymania przepływu w protezie. Ważne jest, by igłę w ten sam punkt wkłuwać dopiero po upływie 10–14 dni (rotacja miejsca wkłucia). Odległość między nakłuciami powinna wynosić najmniej 1 cm, a protezę należy nakłuwac pod kątem 45°, co zapewnia najlepsze warunki gojenia i zmniejsza ryzyko uszkodzenia ściany protezy. W celu zabezpieczenia tylnej ściany protezy przed uszkodzeniem, po wkłuciu igły do światła protezy, należy ją obrócić o 180°. Ucisk miejsca wkłucia po wyjęciu igieł dializacyjnych nie może prowadzić do ograniczenia przepływu w przetoce, ale musi być na tyle silny, by krew nie wynaczyniała się. Powinno się go utrzymywać przez ok. 20–30 minut. Źle wykonany lub zbyt krótki ucisk może doprowadzić do powstania krwiałka w okolicy protezy [9–10].

Decydującą rolę w opiece nad przetoką ma do odegrania pacjent. Ponieważ w większości są to osoby w wieku podeszłym, istotna jest nie tylko edukacja chorego, ale także jego rodziny. Wszelkie działania zmierzające do dbałości o przetokę nie tylko umożliwiają wykonanie efektywnej dializy, ale również przyczyniają się do przedłużenia życia przetoki i jej lepszego oraz dłuższego funkcjonowania. Dlatego ważne jest duże poczucie odpowiedzialności za stan dostępu naczyniowego i współpraca pod tym względem z personelem pielęgniarskim. Konieczne jest wskazanie

pacjentowi miejsca zespolenia t-ż i nauczanie stałej obserwacji „szumu” i tętnienia własnej przetoki oraz odnalezienie jej głównego pnia. Obecność przepływu w przetoce należy sprawdzić po każdym incydencie spadku RR czy zasłabnięcia. Szczególną uwagę trzeba zwrócić na higienę przetoki oraz całego ciała pacjenta. Wielu chorych obawia się, że umycie przetoki może spowodować utrudnione gojenie się rany, albo uszkodzenie już wygojonego zespolenia. Wynikać to może z braku nawyków higienicznych oraz z lęku przed dotykaniem przetoki. Ręka z przetoką powinna być myta na sali dializ tuż przed rozpoczęciem zabiegu, a przed jej opuszczeniem pacjent powinien umyć dłonie.

Do obowiązków pielęgniarek należy poinformowanie pacjenta lub jego opiekuna o możliwości zatrzymania krwi w przetoce (zakrzepnięcie) oraz udzielenie wskazówek, które będą dotyczyć dalszego postępowania w tym przypadku, a więc pilne zgłoszenie się do stacji dializ. Pacjent powinien być pouczony o sposobie tamowania krwi po usunięciu igieł dializacyjnych oraz o postępowaniu w przypadku wydłużonego krwawienia z przetoki i sposobie wykonywania opatrunków w warunkach domowych.

W przypadku pojawienia się niepowodzeń podczas nakłuwania przetoki (krwiaki, ból, podwyższona temperatura ciała) należy poinstruować pacjenta o środkach łagodzących powikłania. Istotnym jest, aby chory wiedział, że nie może podpierać się na kończynie z przetoką, nie może kłaść jej pod głowę, ani spać na ręce z przetoką, nie może nosić ciężkich przedmiotów (do 3 kg), ubrań z obcisłymi rękawami, biżuterii, toreb na ramię itp. po stronie kończyny z przetoką. Nie może mierzyć RR na kończynie z przetoką, wyrażać zgody na pobranie krwi z przetoki poza zabiegami dializy, ani na podawanie do niej zastrzyków i kroplówek. Nie może też drapać okolicy przetoki, nawet w przypadku nasilonego świądu. Ponieważ ilość informacji przekazywana pacjentowi jest dość duża, dobrze byłoby, aby stacja dializ miała również informację dla pacjentów i ich rodzin lub opiekunów w formie pisemnej, np. ulotki czy broszury, co jest szczególnie ważne, gdy pacjent jest w podeszłym wieku [6, 20].

Bibliografia

[1] Rutkowski B., Białobrzeska B. *Kwalifikacja i przygotowanie pacjenta do leczenia nerkozastępczego*. W: Białobrzeska B., Dębska-Ślizień A. red. *Pielęgniarstwo nefrologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2013: 64–69.

[2] Ostrowski J., Rutkowski P., Rutkowski B. *Historia leczenia nerkozastępczego*. W: Rutkowski B. red. *Leczenie nerkozastępcze*. Lublin: Wydawnictwo Czelej 2007: 1–9.

[3] Tylicki L., Lizakowski S. *Hemodializa – najczęściej stosowana metoda oczyszczania pozaustrojowego*. W: Rutkowski B. red. *Leczenie nerkozastępcze. Poradnik dla pacjentów i ich rodzin*. Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica 2010: 61–71.

- [4] Białobrzeska B. Jak dbać o dostęp naczyniowy do hemodializy. *Forum Nefrologiczne* 2009, 4: 266–274.
- [5] Białobrzeska B., Kawecka A. *Dbłość o naczynia krwionośne i dostęp do dializy*. W: Dębska-Ślizień A. red. *Przewlekła choroba nerek – poradnik dla pacjentów i ich rodzin*. Lublin: Wydawnictwo Czelej 2008: 102–111.
- [6] Białobrzeska B. Rola pielęgniarki w edukacji pacjentów z przewlekłą chorobą nerek. *Forum Nefrologiczne* 2008, 1: 45–51.
- [7] Rutkowski B., Dębska-Ślizień A. *Kwalifikacja do leczenia nerkozastępczego*. W: Rutkowski B. red. *Leczenie nerkozastępcze*. Lublin: Wydawnictwo Czelej 2007: 19–25.
- [8] Leś J., Wańkowicz Z. Cewniki długoterminowe do hemodializoterapii – doświadczenia własne. *Nefrologia i Dializoterapia Polska* 2013, 17: 19–23.
- [9] Letachowicz W., Marian G. *Opieka nad dostępem naczyniowym w hemodializie*. W: Białobrzeska B., Dębska-Ślizień A. red. *Pielęgniarstwo nefrologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2013: 104–106.
- [10] Kawecka A., Miłkowski A. *Dostęp naczyniowy: przetoka tętniczo-żylna, cewnik tymczasowy, cewnik permanentny*. W: Rutkowski B. red. *Leczenie nerkozastępcze*. Lublin: Wydawnictwo Czelej 2007: 95–104.
- [11] Weyde W., Krajewska M., Klinger M. Dostęp naczyniowy do hemodializy. *Forum Nefrologiczne* 2008, 3: 119–126.
- [12] Białobrzeska B. Jak dbać o dostęp naczyniowy do hemodializy. *Forum Nefrologiczne* 2009, 3: 202–210.
- [13] Ratajewski W., Małyszko J. Czasowy dostęp naczyniowy u chorych hemodializowanych. *Nefrologia i Dializoterapia Polska* 2013, 17: 76–82.
- [14] Kawecka A., Białobrzeska B., Kliś A. *Dostęp naczyniowy*. W: Rutkowski B. red. *Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarskiej*. Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica, 2008: 111–130.
- [15] Besarab A., Raja R.M. *Dostęp naczyniowy w hemodializie*. W: Daugirdas J.T., Blake P.G., Todd S. red. *Podręcznik dializoterapii*. Lublin: Wydawnictwo Czelej 2008: 43–70.
- [16] Rodak S. Zasady pielęgnacji i trening przetoki tętniczo-żylniej. *Dializa i Ty. Kwartalnik dla Chorych z Niewydolnością Nerek* 2010, 1: 10–11.
- [17] Zbróg M., Paradowski A., Misiewicz P. i wsp. Ćwiczenia zespolenia tętniczo-żylnego do hemodializ. *Forum Nefrologiczne* 2010, 3: 25–30.
- [18] Liber M., Miłkowski A. *Rola pielęgniarki w trakcie zabiegu hemodializy*. W: Rutkowski B. red. *Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarskiej*. Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica 2008: 47–60.
- [19] Kliś A. Rola pielęgniarki w ograniczaniu zakażeń odcewnikowych. *Forum Nefrologiczne* 2008, 2: 101–104.
- [20] Białobrzeska B., Mieniuk K. *Edukacja pacjenta z przewlekłą chorobą nerek lezonego klinicznie*. W: Białobrzeska B., Dębska-Ślizień A. red. *Pielęgniarstwo nefrologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2013: 70–73.

Adres do korespondencji:

Izabela Wróblewska

Instytut Pielęgniarstwa PMWSZ w Opolu

ul. Katowicka 68

45-060 Opole

tel.: 601 556 629

e-mail: iz.wroblewska@gmail.com

Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej i położniczej
w różnych specjalnościach medycyny

T. 2

pod redakcją Marioli Wojtal, Danuty Żurawickiej

ISBN 978-83-935324-5-2

978-83-7511-198-9

BEATA KOCHANOWSKA*

Postępowanie pielęgniarskie w przypadku agresywnych zachowań chorych z zaburzeniami psychicznymi

Wstęp

Nieuchronnym problemem zamkniętego lecznictwa o profilu psychiatrycznym, który destabilizuje proces leczenia, a także zaburza relacje pomiędzy pacjentami a pracownikami ochrony zdrowia są wieloczynnikowe zachowania pacjentów o podłożu agresywnym. Najcięższymi czynnikami wpływającymi na pracę personelu pielęgniarskiego są groźby i ataki chorych z zaburzeniami psychicznymi. Zachowanie pielęgniarek w sytuacjach trudnych, zagrażających, spowodowanych agresją ze strony chorego powinno przejawiać pozytywne nastawienie w stosunku do pacjenta. Nie można reagować agresywnie na agresję, celem nie powinno być przewyciężenie pacjenta, pokonanie go, lecz znalezienie odpowiedniego środka zaakceptowanego przez dwie strony, który umożliwi wyjście z danej sytuacji [1-2].

Związek zachowań agresywnych z rodzajem zaburzeń psychicznych

W zamkniętych oddziałach psychiatrycznych obserwuje się ścisły związek agresywnych zachowań ze schizofrenią. Sama natura jednostki choro-

* Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu.

bowej, wiążąca się z nią upośledzona kontrola emocji, a także pojawianie się objawów wytwórczych, są czynnikami uspasabiającymi i sprzyjającymi zachowaniom o podłożu agresywnym. Czynnikiem, który znacznie zwiększa ryzyko zachowań agresywnych u pacjentów są zaburzenia osobowości, szczególnie dyssocjalne i paranoidalne, które współwystępują z zaburzeniami psychiatrycznymi.

Wśród pacjentów wykazujących zachowania agresywne najczęściej spotykane są następujące rozpoznania: ostre psychozy schizofreniczne, stan maniakalny, zaburzenia osobowości: chwiejna emocjonalnie, dyssocjalna, narcystyczna; zaburzenia stresowe powstałe w wyniku urazu, zaburzenia spowodowane dysfunkcją lub uszkodzeniem mózgu, rzadziej depresja [3–5].

W badaniach przeprowadzonych w wybranych placówkach ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego [6] wykazano występowanie zachowań agresywnych w przebiegu następujących zaburzeń:

- 21,00% – upośledzenie umysłowe,
- 26,00% – stres,
- 46,60% – zaburzenia osobowości,
- 47,50% – zaburzenia psychiczne związane z chorobą somatyczną,
- 51,00% – substancje psychoaktywne,
- 60,30% – zaburzenia psychiatryczne.

Obok symptomów psychopatologicznych rodzaj wdrożonej farmakoterapii, jej skutki i objawy uboczne powodują zwiększenie napięcia u pacjentów, a co za tym idzie same w sobie stanowią przyczynę zachowań agresywnych.

Forma i nasilenie agresji są różne dla wieku i płci pacjenta. Mężczyźni wykazują agresję częściej i bardziej przejawiają zachowania niebezpieczne, a w populacji pacjentów młodszych ryzyko wystąpienia agresji jest dużo większe niż wśród osób starszych [7]. Przejawom, oznakom przemocy sprzyjają również takie czynniki, jak: zażywanie substancji psychoaktywnych, nadużywanie alkoholu, zwłaszcza w stanach zatrucia amfetaminą lub alkoholem, stany majaczeniowe, zespoły abstynencyjne [3–5].

Czynniki przyczyniające się do zachowań agresywnych, które mają związek z otoczeniem pacjenta:

- przymus hospitalizacji w oddziale psychiatrycznym i będąca następstwem psychopatologia;
- znaczne „zagęszczenie” pacjentów w oddziałach, mała swoboda lub brak swobody ruchów;
- pobyt chorego w oddziale;
- brak intymności, niewskazane jest przebywanie pacjentów w samotności (zagrożenia suicydalne), choć często jest to ich życzeniem;

- konieczność pilnowania osobistych, prywatnych rzeczy przed innymi pacjentami z zaburzeniami psychicznymi, którzy bardzo często z uwagi na brak kontaktu z rodziną, a co za tym idzie brak środków finansowych, żywności, okradają swoich współpacjentów, a to powoduje więcej interakcji między pacjentami o podłożu agresywnym;
- brak zajęć terapeutycznych budzących zainteresowanie pacjenta lub zbyt intensywne, stawiające za wysokie wymagania w stosunku do pacjentów, nieuporządkowany czas pobytu w oddziale;
- niewystarczające informacje dotyczące diagnozy, leczenia, terapii, które uruchamiają sytuacje konfliktowe, gdyż bardzo często zdezorientowany pacjent będzie reagował agresją [3–5].

Przymus bezpośredni w psychiatrii – regulacje prawne, środki przymusu

Omawiając problematykę zastosowania środków przymusu bezpośredniego w stosunku do pacjenta, wskazane jest nawiązanie do fundamentalnego dokumentu, czyli zbioru praw człowieka. Został on najpełniej wyrażony w uchwalonej 10 grudnia 1948 r. przez Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka.

Najistotniejszym wskazaniem zawartym w tym dokumencie, również dla pracy pielęgniarek, jest zdecydowane nawiązanie do godności istoty ludzkiej i wszystkich konsekwencji, jakie mogą z tego wskazania wynikać. A zatem osoba ludzka powinna być zawsze postrzegana jako podmiot moralnego rozwoju uświadomionego życia społecznego i psychicznego, jak również jako istota, która odczuwa cierpienie, ból i strach. Podkreślone asocjacje nie powinny nigdy zniknąć ze świadomości jakiegokolwiek osoby wykonującej zawód medyczny, a w szczególności zawód pielęgniarki, która sprawuje opiekę nad pacjentem [8].

Delikatna, wrażliwa materia, jaką jest niewątpliwie zdrowie psychiczne wymaga szczególnie ochrony prawnej. W Polsce od niedawna normy prawne regulują kwestie związane z ochroną zdrowia człowieka, w tym psychicznego. Podstawowym, najważniejszym aktem prawnym, który chroni interesy chorych z zaburzeniami psychicznymi jest Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z 19 sierpnia 1994 r. Została ona uzupełniona Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. odnośnie do sposobu zastosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego, a także dokonywania oceny zasadności jego stosowania (DzU z 2012 r. poz. 740) [9–10].

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego jest dla uregulowania przymusu bezpośredniego wzorcem, ponieważ pozwala ustalić granice legalności i słuszności podejmowanych przez personel medyczny działań. Widoczna jest tutaj bowiem faktyczna nierównorzędnosc stron w przebiegu procesu leczniczego. Z jednej strony chory z zaburzeniami psychicznymi, który nie może wyrazić świadomego poglądu i stanowiska ze względu na zaburzenia percepcji. Z drugiej strony natomiast ze względu na skuteczność prowadzenia działań medycznych, pozwalających na postępowanie zespołowi medycznemu, pomijającemu reguły ochrony w zakresie autonomii woli chorego [5].

Aspekty prawne stosowania przymusu bezpośredniego szczegółowo i wyczerpująco reguluje artykuł 18 przytoczonej ustawy. Pozwala on na zastosowanie, w toku wykonywania czynności przewidzianych w tej ustawie, przymusu bezpośredniego wobec chorych z zaburzeniami psychicznymi. Bezpośredni czy pośredni przymus zewnętrzny stanowi zawsze drastyczne pogwałcenie autonomii jednostki. Jest skrajną odmianą ingerencji w sferę psychiczną i fizyczną człowieka. Działanie dopuszczające ewentualne naruszenie tak znaczącego dobra może być wyłącznie uregulowane na drodze ustawy.

Przymus bezpośredni powinien być zastosowany jako działanie ostateczne wtedy, gdy zostają wyczerpane wszystkie możliwe środki zapobiegawcze.

Przymus bezpośredni jest to ograniczenie ruchów osoby lub unieruchomienie za pomocą siły fizycznej, środków mechanicznych bądź innych, aby zapewnić bezpieczeństwo własne i otoczenia, wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych, leczniczych lub tym podobnych [11].

Przymusu bezpośredniego używa się w stosunku do osób z zaburzeniami psychicznymi podczas wykonywania czynności pielęgnacyjnych i leczniczych oraz w przypadkach, gdy osoby te:

- dopuszczają się zamachu na zdrowie lub życie własne, usiłują odebrać sobie życie, doprowadzić do samouszkodzeń lub ujawniają gwałtowne pobudzenie psychoruchowe, które prowadzi do niebezpiecznego wyniszczenia (np. w stanach maniakalnych, ostrych stanach deliryjnych, katatonicznych);
- dopuszczają się zamachu na życie lub zdrowie innych osób, np. w formie agresji czynnej (w zespołach katatonicznych, urojeniowych);
- dopuszczają się zamachu przeciwko powszechnemu bezpieczeństwu – zagrażają większej liczbie osób lub mieniu w znacznych rozmiarach (np. zachodzi realne prawdopodobieństwo spowodowania eksplozji, katastrofy, pożaru);
- przejawiają takie zachowania, które powodują w sposób gwałtowny niszczenie, uszkodzenie fizycznego otoczenia pacjenta, demolowanie

przedmiotów, urządzeń szpitalnych. Poważnie uniemożliwiają lub zakłócają funkcjonowanie podmiotu udzielającego świadczenia lecznicze i zdrowotne w zakresie psychiatrycznej opieki medycznej [12].

Środki przymusu bezpośredniego:

Przytrzymanie – jest krótkotrwałym, doraźnym unieruchomieniem osoby przy użyciu siły fizycznej. Interwencja taka uniemożliwia takiej osobie wykonywanie jakiegokolwiek niepożądanego i niewskazanej czynności, lub wymusza na nim poddanie się działaniom personelu z zakresu niektórych czynności pielęgnacyjnych i zabiegów leczniczych.

Unieruchomienie – jest trwającym dłużej obezwładnieniem pacjenta za pośrednictwem użycia pasów, uchwytów, czy też kaftana bezpieczeństwa. Zastosowanie przymusu bezpośredniego, które polega na unieruchomieniu, należy dokonać w taki sposób, aby umożliwić oddzielenie osoby od innych przebywających w tym pomieszczeniu, najlepiej w pomieszczeniu jednoosobowym. W przypadku gdy brak jest możliwości umieszczenia pacjenta w jednoosobowym pomieszczeniu, zastosowanie przymusu, polegającego na unieruchomieniu, należy dokonać z poszanowaniem intymności i godności osoby, przede wszystkim przez wykonywanie zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych bez obecności innych pacjentów [13].

Przymusowe podanie leków – jest przewidzianym w procesie postępowania leczniczego lub doraźnym wprowadzeniem leków do organizmu pacjenta bez jego zgody.

Izolacja – jest to umieszczenie osoby pojedynczo w pomieszczeniu, które jest zamknięte. Pomieszczenie, które zostało przeznaczone na potrzeby izolacji musi być zorganizowane tak, aby zabezpieczało przed uszkodzeniem ciała izolowanej osoby, a równocześnie odpowiadało pod względem warunków sanitarnych i bytowych pozostałym pomieszczeniom oddziału szpitala psychiatrycznego [14–15].

Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem z zachowaniami agresywnymi

Pielęgniarka pracująca w oddziale psychiatrycznym ma obowiązek prowadzić odpowiednie działania, które będą skutecznie zapobiegać, przeciwdziałać i uniemożliwiać zachowania agresywne pacjenta, a także zabezpieczać przed wyrządzeniem krzywdy sobie oraz innym osobom. W związku z tym bardzo ważne jest jej przygotowanie z zakresu poprawnej identyfikacji cech, przyczyn i skutków agresji oraz umiejętność zdiagnozowania zachowań agresywnych, znajomość reguł postępowania

w przypadku wystąpienia u pacjenta agresji, które zagwarantują skuteczną interwencję.

Pielęgniarka powinna podejść do każdego chorego indywidualnie, wykorzystując jak największą wiedzę na temat pacjenta, a kierując się intuicją powinna wybrać tryb i sposób postępowania. Należy przede wszystkim dążyć do obniżenia pobudzenia psychofizycznego pacjenta poprzez wykazanie autentycznego zainteresowania chorym, przyjazną postawę i nastawienie, zagwarantowanie gotowości niesienia pomocy, cierpliwe słuchanie, rozważne i rozsądne działanie, posługiwanie się prostym, zrozumiałym językiem oraz postawę partnerską.

W kontakcie z chorym agresywnym pielęgniarka powinna unikać prób zastraszania, osądzania zachowania pacjenta, demonstrowania lekceważącej postawy wobec chorego, prowokowania, a także głośnych wypowiedzi i krzyku.

Postępowanie pielęgniarki w sytuacji agresji pacjenta powinno posiadać następujące cechy:

zainteresowanie – nie należy lekceważyć pacjenta, pielęgniarka powinna odnosić się do chorego z szacunkiem, pozwalając mu wypowiedzieć się, nie może poniżać pacjenta, a o ile jest to możliwe spełniać jego drobne prośby, życzenia (podać coś do jedzenia, do picia, wybrać miejsce, aby usiadł);

rzeczowość – nie wcześniej, niż po nawiązaniu z chorym kontaktu można mówić na temat agresji w sposób otwarty, jasny i rzeczowy. Do tych wydarzeń odwoływać się bez zbędnej interpretacji, przedstawiania swoich przekonań i moralizowania;

stanowczość – czytelnie i wyraźnie ustalić niezbędne i konieczne ograniczenie swobody w zachowaniu pacjenta i w sposób zdecydowany je egzekwować.

Zasady komunikowania się pielęgniarki z pacjentem agresywnym, pobudzonym psychoruchowo:

- zachować opanowanie i spokój (niepokój pielęgniarki może udzielić się choremu);

- mówić spokojnym, łagodnym tonem oraz szanować prawa i godność chorego;

- nie zachowywać się konfrontacyjnie, oceniająco, unikać sporów, nie przejawiać przewagi ze względu na miejsce zajmowane w hierarchii zawodowej;

- zapewnić ewentualną możliwość wycofania się zarówno pacjentowi, jak i sobie;

- zachowanie pielęgniarki powinno komunikować choremu, że jest wysłuchany, sprzyjać odwróceniu jego uwagi, a przede wszystkim zmniejszać nasilenie zachowań agresywnych;

- zachęcić chorego do opisu swoich przeżyć (np. gniewu, złości, lęku, pobudzenia), co sprzyja w dużym stopniu redukcji napięcia oraz doświadczeniu ulgi, zmniejsza ryzyko fizycznej agresji, również autoagresji;
- akceptacja pacjenta i jego metod komunikowania się;
- w przypadku gdy żadne interwencje nie spowodują obniżenia u pacjenta agresji i zmniejszenia pobudzenia psychoruchowego, należy poinformować chorego, że z powodu jego zachowania może być zastosowany wobec niego środek przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia [2, 16–17].

W razie wystąpienia prowokacyjnych zachowań u chorego (żądania, groźby, obraźliwe słowa), pielęgniarka powinna:

- zachować dystans fizyczny (około dwa metry) i psychiczny;
- odpowiadać w sposób rzeczowy, dążąc do podjęcia współpracy przez pacjenta;
- wyrażać troskę o chorego, zadeklarować gotowość działania na rzecz odzyskania przez pacjenta samokontroli i zapewnienie mu oraz pozostałym osobom bezpieczeństwa;
- jeśli jest to możliwe, starać się spełniać pewne oczekiwania chorego.

Czynności pielęgniarskie w zakresie zastosowania przymusu bezpośredniego

1. Pielęgniarka dokonuje oceny charakteru agresji i określa stopień zagrożenia.

2. W miarę możliwości podejmuje dialog z chorym, w celu określenia gwałtownego zachowania, stosując:

- negocjacje,
- argumentacje,
- wyjaśnienia.

3. W przypadku niepowodzenia i braku postępu dotychczasowego działania pielęgniarskiego powinna uprzedzić chorego o możliwości zastosowania wobec niego środków przymusu bezpośredniego.

4. Uruchamia postępowanie według standardowej procedury:

- wzywa lekarza, który podejmuje decyzję, co do rodzaju przymusu, nadzorując jego zastosowanie;
- pielęgniarka przygotowuje środki (pasy unieruchamiające, kaftan) i miejsce, biorąc pod uwagę rodzaj złeczonego przymusu;
- przeprowadza unieruchomienie, korzystając z pomocy personelu oddziału, bądź też dodatkowych osób.

5. W przypadku nagłym, braku lekarza, pielęgniarka powinna samodzielnie podjąć decyzję o zastosowaniu przymusu i w ramach tego:

- przygotować środki przymusu i miejsce;
- zebrać odpowiednią liczbę personelu;

- zastosować przymus;
- po zastosowaniu przymusu wobec pacjenta pielęgniarka powinna powiadomić o tym fakcie lekarza, który następnie osobiście dokonuje oceny zasadności i prawidłowości przymusu;
- wypełnić dokumentację – kartę przebiegu unieruchomienia.

6. Pielęgniarka dokonuje oceny i obserwacji stanu psychofizycznego chorego i zgodnie z wynikiem obserwacji dokonuje co 15 minut zapisów (wykorzystując odpowiednie oznaczenia kodowe) w karcie przebiegu unieruchomienia.

7. Kontroluje regularnie prawidłowość zastosowanego przymusu, zapobiegając powikłaniom, które najczęściej pojawiają się wskutek unieruchomienia:

- wystąpienie obrzęków,
- uszkodzenie naskórka, porażenie nerwów obwodowych,
- ucisk na naczynia krwionośne,
- trudności w oddychaniu.

8. Szczegółowo opisuje zdarzenie w dokumentacji pielęgniarskiej (indywidualnej karcie obserwacji pielęgniarskiej, raporcie pielęgniarskim) [18].

Technika stosowania pasów bezpieczeństwa:

- w unieruchamianiu pacjenta powinna brać udział odpowiednia liczba osób, w zależności od stanu psychofizycznego pacjenta – optymalnie ok. 5;

- łóżko powinno być tak przygotowane, aby był uzyskany dostęp z trzech stron, do konstrukcji łóżka umocować należy pasy (w dostatecznej odległości na kończyny górne i dolne);

- należy podejść do chorego z właściwej strony – czyli z tyłu lub z boku, unika się zbliżania do pacjenta z przodu;

- przystępując do obezwładnienia, jedna z osób powinna chronić głowę pacjenta, pozostałe osoby chwytają za kończyny. Pacjenta kładzie się do łóżka i zapina w pasy. Każdą z kończyn z osobna (okolicę stawów skokowych i nadgarstek) należy zabezpieczyć dodatkową warstwą ochronną (bandaż, gaza, wata);

- w dowolnym, dogodnym momencie należy przeszukać odzież chorego w celu usunięcia przedmiotów, które mogą być potencjalnie niebezpiecznie (biżuteria, okulary, zapalniczka, telefon);

- pielęgniarka, jeśli będzie to możliwe, podaje środki uspokajające – zgodnie z kartą zleceń i podejmuje próbę wyjaśnienia choremu powodu jego unieruchomienia;

- pielęgniarka powinna zapewnić choremu stały nadzór, w tym celu dokonuje kontroli stanu fizycznego i psychicznego, zapobiega powikłaniom, dokładnie, szczegółowo prowadzi dokumentację [3, 18].

Osoby, które wykonują działania zmierzające do unieruchomienia pacjenta powinny postępować w sposób zaplanowany, zsynchronizowany, bezpieczny oraz wypracowany w praktyce.

Podsumowanie

Pielęgniarki psychiatrycznej stawiane są szczególne i wyjątkowe wymagania. Nie spodziewa się od niej wyłącznie przygotowania specjalistycznego i nieustannego doskonalenia kwalifikacji, najistotniejszą kwestią jest tutaj postawa pełna empatii i szacunku, okazywana pacjentom naznaczonym stygmatem choroby o podłożu psychicznym, wielokrotnie budzą oni pogardę, lęk i strach oraz są zepchnięci na margines społeczeństwa [2, 19].

W pracy na oddziałach psychiatrycznych pielęgniarki doświadczają niezliczonych objawów agresji, od agresji werbalnej w postaci wyzwisk, gróźb, oskarżeń, obraźliwych słów, po agresję czynną fizyczną w postaci zadawania bólu (uderzenia, kopania, szarpania), niszczenie różnego rodzaju przedmiotów, jak i okaleczenia.

W ostatnich latach współczynnik częstotliwości występowania aktów agresji na oddziałach psychiatrycznych wykazuje skłonności do wzrostu. Zachowania o podłożu agresywnym bardzo często są bezpośrednią przyczyną hospitalizacji pacjenta w szpitalu psychiatrycznym, wynikają z psychopatologii. Jednocześnie zdarza się tak, że tego typu zachowania są następstwem pobytu pacjenta w szpitalu, gdzie do agresji i frustracji doprowadzić mogą np. problemy z komunikacją, które wynikają z istoty choroby, braku porozumienia z personelem, ze współpacjentami, ograniczenia swobody i prywatności, nadmiaru stymulacji.

W momencie wejścia w życie Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (z 19 sierpnia 1994 r.) pacjenci przejawiający zaburzenia psychiczne mogą oczekiwać odpowiedniego traktowania, wysokiej jakości kultury obsługi, poprawy warunków hospitalizacji, a co za tym idzie pielęgnacji i leczenia [20].

Bibliografia

[1] Górna K., Jaracz K., Rybakowski J. *Pielęgniarstwo psychiatryczne. Podręcznik dla studentów medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2012.

[2] Wilczek-Różyńska E. *Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego*. Lublin: Wydawnictwo Czelej 2007.

- [3] Rymaszevska J. Postępowanie z pacjentem agresywnym i pobudzonym. *Psychiatria w Praktyce Klinicznej* 2008, 1 (2): 74–81.
- [4] Bilikiewicz A. *Psychiatria – podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2003.
- [5] Petit J.R. *Psychiatria ratunkowa*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner 2007.
- [6] Kupś I., Pełka-Wysiecka J., Samochołowicz J. Przymus bezpośredni – realizacja założeń Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wobec pacjenta zachowującego się agresywnie w wybranych placówkach służby zdrowia w województwie zachodniopomorskim. *Psychiatria* 2007, 4 (3): 87–96.
- [7] Radziwiłłowicz W., Sumiła A. *Psychopatologia okresu dorastania*. Kraków: Wydawnictwo Impuls 2006.
- [8] Kwapińska C., Grzelak L. Zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec pacjenta. Aspekt prawny. *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne* 2012, 1 (2): 83–85.
- [9] Dąbrowski S. Przymus bezpośredni stosowany w niektórych czynnościach leczniczych. *Psychiatria Polska* 2002, 2: 193–200.
- [10] Paszkowska M. Przymus wobec pacjenta w psychiatrii. *Ogólnopolski Przewodnik Medyczny* 2009, 12: 63–67.
- [11] Hasij J., Barziej J., Rydzek J., Letka E. Postępowanie z pacjentem pobudzonym i agresywnym. *Na Ratunek* 2010, 4 (2): 42–45.
- [12] Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Dz.U. z 1994 r. nr 111, poz. 535 z późn. zm.
- [13] Bilikiewicz A., Landowski J., Radziwiłłowicz W. *Psychiatria. Repetytorium*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2006.
- [14] Żelichowski M. Przymus bezpośredni wobec pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. *Medycyna Praktyczna* 2010, 1: 108–110.
- [15] Nesterowicz M. *Prawo medyczne*. Toruń: Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa „Dom Organizatora” 2004.
- [16] VIII Konferencja Szkoleniowo-Naukowa z cyklu: Pacjent – pielęgniarka, partnerzy w działaniu. Kraków 14–15 maja 2009. Kraków: Szpital Uniwersytecki 2009.
- [17] Cameron A.D. *Psychiatria*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner 2005.
- [18] Zbiór standardów i procedur stosowanych w SP ZOZ Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku.
- [19] Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej. <http://nipip.pl/index.php/prawo/uchwaly/krajowych-zjazdow/iv-krajowego-zjazdu-pielegniarek-i-poloznych/221-uchwaly/896-9-04-2003> [20.02.2014].
- [20] Kmiecik B. Nowelizacja Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 3 grudnia 2010 roku – analiza socjologiczno-prawna. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna* 2011, 1: 31–36.

Adres do korespondencji:

Beata Kochanowska

Instytut Pielęgniarstwa PMWSZ w Opolu

ul. Katowicka 68

45-060 Opole

tel.: 77 442 35 40

e-mail: beatak76@poczta.onet.pl

Wybrane aspekty opieki pielęgniarstwiej i położniczej
w różnych specjalnościach medycyny

T. 2

pod redakcją Marioli Wojtal, Danuty Żurawickiej

ISBN 978-83-935324-5-2

978-83-7511-198-9

DOROTA NOWAK*

Problem nietrzymania moczu na przykładzie hospitalizowanych pacjentek w Szpitalu Ginekologiczno-Położniczym i Noworodków w Opolu

Wstęp

Według najnowszej definicji Międzynarodowego Towarzystwa Trzymania Moczu, nietrzymanie moczu to stan, w którym bezwiedne oddawanie moczu, stwierdzone obiektywnie, stanowi problem higieniczny i utrudnia kontakty międzyludzkie. Schorzenie postrzegane jest przez przedstawicieli Światowej Organizacji Zdrowia jako jeden z ważniejszych ogólnoswiatowych problemów zdrowotnych XXI w. Cierpi na nie najprawdopodobniej ok. 200 mln ludzi w krajach rozwiniętych i rozwijających się. Kłopoty z nietrzymaniem moczu dotyczą przede wszystkim kobiet. Pojawiają się zazwyczaj w wieku rozrodczym, jak i po menopauzie, powodując ogromne koszty socjalne i ekonomiczne.

Częstość występowania nietrzymania moczu u kobiet szacuje się według różnych autorów od 15 do 60%. Rzeczywiste rozpowszechnienie choroby nie jest dokładnie poznane. Jej wstydlivy charakter powoduje, że znaczna część kobiet ukrywa objawy. Mimo że rzadko zagraża życiu, jest poważną dysfunkcją i może znacznie pogorszyć jakość życia. Utrudnia kobiecie życie zawodowe, odsuwa od kontaktów towarzyskich, społecznych, a nawet rodzinnych. Problematyka związana z tą chorobą jest zarówno słabo rozumiana przez pacjentki, jak i przez pracowników ochrony zdrowia. Jest to prawdopodobnie ostatnie tabu we współczesnej

* Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi.

medycynie i dlatego stanowi wyzwanie dla specjalistów zajmujących się uroginekologią [1].

Psychospołeczne problemy pacjentek z nietrzymaniem moczu związane są z zakłopotaniem, objawami dotyczącymi wstydlivej sfery życia, zmniejszeniem aktywności poza domem, zaburzeniami snu, zmniejszeniem aktywności fizycznej [2]. Przyczyną przerwania nocnego snu są przebudzenia spowodowane koniecznością oddania moczu. Zaburzenia snu z powodu nietrzymania moczu negatywnie wpływają na samopoczucie psychiczne, zmniejszają aktywność dzienną, koncentrację, powodując zmianę zachowania w domu i pracy. Wywołują zmęczenie, zawroty głowy, omdlenia czy upadki [3].

Następstwa nietrzymania moczu u młodszych kobiet są bardziej widoczne niż u starszych. Może to być związane z tym, że bezwiedne moczenie się jest powszechnie przepisywane starzeniu się i postrzegane jest jako normalny stan u osób starszych. Nietrzymanie moczu jest łączone z ciążą i porodem [4]. Często doświadczenia radzenia sobie z miesiączką mogą przekładać się na radzenie sobie z nietrzymaniem moczu. Kobiety z nietrzymaniem moczu coraz częściej i dotkliwiej odczuwały pogorszenie funkcjonowania w życiu codziennym. Dotyczyło to snu, satysfakcji z pracy i aktywności fizycznej [1]. „Gubienie” moczu wymusza konieczność częstszego korzystania z toalety i powoduje dekoncentrację i zmniejszenie efektywności pracy. Kobiety cierpiące z powodu zaburzeń mikcji częściej wymagają zwolnień lekarskich, a nawet zmuszane są do zmiany pracy [5].

Symptom nietrzymania moczu jest powodem obniżenia kontaktów towarzyskich, społecznych, a nawet rodzinnych. Pacjentki odczuwają wyższy poziom stresu i przeżywają różne stany emocjonalne, takie jak: brak radości z życia, zawstydzenie, obniżenie poczucia własnej godności czy bezsilność. Kobiety z wyższym wykształceniem szybciej dostrzegają schorzenie i przyznają się do tego. Osoby z niższym wykształceniem, które nie trzymały moczu częściej czuły się smutne, depresyjne i osamotnione. Może to jednak nie być związane z chorobą, ale choćby z gorszymi warunkami, w których przyszło im żyć i na ogół cięższą, gorzej płatną fizyczną pracą, która jest także czynnikiem wywołującym nietrzymanie moczu. Pacjentki w średnim wieku (40–50 lat) wskazują na większe obniżenie jakości życia aniżeli kobiety starsze cierpiące na tę chorobę. „Rewolucja” lat 90. związana z propagowaniem „zdrowego trybu życia” sprawiła, że wiele kobiet zaczęło interesować się aktywnym spędzaniem wolnego czasu (spacery, jazda rowerem, podróże). Taki styl życia sprzyja podnoszeniu jakości życia, a nietrzymanie moczu to uniemożliwiało. Pacjentki, które dłużej cier-

piały na nietrzymanie moczu często akceptowały niższą jakość życia. Stąd subiektywna ocena stanu zdrowia różni się od oceny klinicznej.

Sfera życia seksualnego jest ważnym obszarem zdrowego funkcjonowania kobiety. Natomiast pojawienie się zaburzenia lubrykacji, ból i dyskomfort podczas współżycia związane z obniżeniem narządu płciowego negatywnie wpływa na jakość życia seksualnego i pogarsza relacje partnerskie. Problem z utrzymaniem higieny, konieczność częstych wizyt w toalecie, używanie podpasek oraz nieprzyjemny zapach moczu wywołują i nasilają przewlekłą reakcję stresową. Tego typu problem dotyczy młodszej grupy wiekowej kobiet [6]. W wielu publikacjach podkreśla się negatywny wpływ chorób uroginekologicznych, w tym nietrzymania moczu, na życie seksualne kobiet, a tym samym na jakość życia związaną ze zdrowiem [7].

Wsparcie rodziny i akceptacja społeczna sprzyja adaptacji do choroby i opóźnia lub przyspiesza podjęcie decyzji o leczeniu. Niektóre kobiety wykazują gotowość rezygnacji z własnych potrzeb i planów dla dobra rodziny, co nasila zaburzenia funkcjonowania psychospołecznego spowodowanego nietrzymaniem moczu. W takich rodzinach, w których każdy ma określoną rolę i zakres obowiązków, trudniej jest ukryć problem nietrzymania moczu. Więzi rodzinne i duża ilość spędzanego czasu razem powodują, że nietrzymanie moczu bardziej ogranicza wykonywanie prac domowych i negatywnie wpływa na całokształt życia rodzinnego. Bliskość z partnerem i rodziną nie pozwala na ukrywanie objawów i kłopotów z nietrzymaniem moczu. Każda pacjentka może przypisywać subiektywne znaczenie dolegliwościom związanym z nietrzymaniem moczu. Jest to związane z wiekiem oraz z uwarunkowaniami kulturowymi [1].

Dużą rolę mogą w tym względzie odegrać lekarze rodzinni. Od ich wiedzy zależy nie tylko wczesne rozpoznanie i leczenie, ale także wsparcie kobiet dotkniętych tą chorobą. Szacuje się, że ok. 15–20% kobiet nie zgłasza faktu nietrzymania moczu swojemu lekarzowi. Również część lekarzy pierwszego kontaktu nie poddaje diagnostyce pierwszych objawów, to znaczy incydentalnego popuszczania moczu. Długotrwałe, źle zdiagnozowane bądź zbagatelizowane schorzenie staje się z upływem czasu coraz bardziej uciążliwe dla pacjentek i coraz trudniejsze do leczenia [8].

W Polsce cierpi na tę dolegliwość ok. 17–60% populacji kobiet. Wieloczynnikowa etiologia przyczynia się do powstania kilku klinicznych postaci tej choroby. Głównymi postaciami są: wysiłkowe, nagłace oraz mieszanane nietrzymanie moczu. Przyczyną jest osłabienie mięśni dna miednicy podtrzymujących drogi moczowe. Liczba porodów fizjologicznych (więcej niż dwa) może mieć wpływ na uszkodzenie struktur nerwowo-mięśni-

wych dna miednicy i rozwarstwieniem powięzi trzewnej miednicy, która jest odpowiedzialna za utrzymanie statyki narządów płciowych. Uwarunkowania genetyczne, konstytucjonalne, czynniki neurologiczne, choroby współistniejące, brak aktywności ruchowej to najczęstsze przyczyny nietrzymania moczu [9]. Obecnie stosowanych jest wiele metod operacyjnego leczenia nietrzymania moczu. Rodzaj metody operacyjnej dobierany jest indywidualnie i na podstawie wcześniej przeprowadzonych badań. Celem operacji jest odtworzenie prawidłowej sytuacji anatomicznej, m.in. zmniejszenie kąta cewkowo-pęcherzowego układu moczowo-płciowego, co umożliwi przywrócenie prawidłowej funkcji fizjologicznej. Jedną z najczęściej stosowanych metod operacyjnego leczenia pacjentek z nietrzymaniem moczu jest zabieg polegający na założeniu beznapięciowej taśmy pochwowej. Efekt zabiegów operacyjnych zależy od współwystępowania czynników ryzyka, wyboru metody operacyjnej, czasu, jaki upłynął od zabiegu, zastosowanego materiału biomedycznego oraz umiejętności operacyjnych lekarza [10].

Cel badań

Celem pracy jest subiektywna ocena wpływu nietrzymania moczu na jakość życia kobiet. Ponadto poznanie ogólnego stanu własnego zdrowia, którego wyznacznikiem jest codzienne funkcjonowanie fizyczne, społeczne, rodzinne, seksualne, zawodowe i emocjonalne kobiety. Pracę ukierunkowano na zbadanie: wpływu nietrzymania moczu na wykonywanie obowiązków rodzinnych i domowych, wpływu choroby na psychikę i emocje oraz funkcjonowanie fizyczne, oddziaływanie choroby na życie zawodowe, a także dodatkowo rozpatrywano, w jakim stopniu nietrzymanie moczu rzutuje na sytuację ekonomiczną, seksualną i towarzyską kobiet. Założono hipotezę, że choroba – nietrzymanie moczu – negatywnie oddziałuje na funkcjonowanie kobiet w wielu obszarach codziennego życia: zawodowego, psychofizycznego, rodzinnego i seksualnego, obniżając jego jakość. Subiektywne odczucia kobiety są ważnym elementem diagnozowania. Wpływają one bowiem na ocenę kliniczną i przebieg leczenia.

Materiał, metody, teren i charakterystyka grupy badawczej

Do swojej pracy wybrałam metodę sondażu diagnostycznego, która pozwoliła zastosować odpowiednią technikę badawczą. Najbardziej mia-

rodajną techniką badawczą okazała się ankieta. Kwestionariusz ankiety składał się z dwóch części. Pierwsza zawierała pytania dotyczące cech demograficzno-społecznych badanych kobiet (pytania 1-5), druga – związane z jakością życia kobiet z nietrzymaniem moczu we wszystkich sferach życia. Dzięki zastosowaniu kwestionariusza ankiety o charakterze ogólnym i specyficznym uzyskałam możliwość oceny funkcjonowania kobiet z objawami nietrzymania moczu w wielu sytuacjach życiowych. Czynniki ryzyka i przyczyny występowania nietrzymania moczu mają charakter interdyscyplinarny. Pytania zawarte w ankiecie dotyczyły wybranych czynników sprzyjających tej chorobie: wiek, wywiad położniczy, charakter wykonywanej pracy. Pytania z zakresu życia rodzinnego, zawodowego, seksualnego, ponoszonych kosztów, czasu trwania choroby, motywacji do leczenia, wpływu na psychikę, przyszłość i styl życia są autorskim pomysłem. Badania przeprowadziłam wśród kobiet w wieku 40–60 lat, zakwalifikowanych do zabiegowej metody leczenia nietrzymania moczu. Pacjentki były hospitalizowane na Oddziale Ginekologii Szpitala Ginekologiczno-Położniczego i Noworodków w Opolu. Grupę badawczą stanowiło 50 kobiet z rozpoznaniem nietrzymania moczu po uprzedniej kwalifikacji na podstawie przeprowadzonego wywiadu, braku poprawy stanu po leczeniu zachowawczym oraz na podstawie wyników z przeprowadzonych badań urodynamicznych.

W celu uzyskania informacji na interesujące mnie pytania zastosowałam ankietę własnego autorstwa. Wszystkie pacjentki wyraziły zgodę na udział w badaniu ankietowym. Przeprowadziłam je w sposób anonimowy, po uprzednim przekazaniu wyczerpujących informacji o jego celu i naturze. W trakcie przeprowadzania ankiety starałam się przestrzegać wyżej wymienionych warunków i zasad. Ich spełnienie zasadniczo wpłynęło na wiarygodność i skuteczność badań. Odpowiedzi, które udzieliły respondentki były istotne dla ostatecznego wyniku badań. Badania, które przeprowadziłam dostarczyły niezbędnych i wystarczających pełnych informacji potrzebnych do rozwiązania problemów badawczych zawartych w pracy. Wszystkie osoby chętnie udzielały odpowiedzi, a przychylność kobiet mile mnie zaskoczyła. Okres przeprowadzania ankiet to maj-grudzień 2009 r. Zgromadzony materiał badawczy poddałam analizie ilościowej i jakościowej. Uzyskane w czasie badań dane empiryczne przedstawiłam w formie tabel i opisów.

Wyniki badań

Tabela 1

Wiek badanych kobiet

Wiek kobiet	Liczba kobiet	Procent
Poniżej 40 lat	10	20
40–50 lat	11	22
50–60 lat	19	38
60 lat i więcej	10	20
Razem	50	100

Źródło: Tabele 1–11 badania własne

Taki rezultat uzyskanej analizy (tab. 1) pozwala na wyciągnięcie wniosku, że kobiety między 50. a 60. rokiem życia narażone są bardziej niż inne na nietrzymanie moczu.

Tabela 2

Liczba przeżytych porodów fizjologicznych

Wiek kobiet	1 poród	Procent	2 porody	Procent	3 porody	Procent	4 porody	Procent	Ogółem	Procent
Poniżej 40 lat	1	2	8	16	1	2	0	0	10	20
40–50 lat	2	4	0	0	6	12	3	6	11	22
50–60 lat	3	6	7	14	7	14	2	4	19	38
60 lat i więcej	1	2	2	4	4	8	3	6	10	20
Razem									50	100

Z zapisanych danych wynika, iż we wszystkich badanych podgrupach wiekowych kobiet przeważały w znacznej mierze respondentki, które przeżyły dwa i trzy porody fizjologiczne (tab. 2).

Tabela 3

Konieczność stosowania podpasek, wkładek

Wiek kobiet	Tak	Procent	Nie	Procent	Czasami	Procent	Ogółem	Procent
Poniżej 40 lat	6	12	0	0	4	8	10	20
40–50 lat	9	18	0	0	2	4	11	22
50–60 lat	16	32	0	0	3	6	19	38
60 lat i więcej	10	20	0	0	0	0	10	20
Razem							50	100

Analiza zebranych danych (tab. 3) potwierdza konieczność stosowania wkładek i podpasek przez respondentki we wszystkich badanych podgrupach wiekowych.

Tabela 4

Obawa czy pacjentka znajdzie toaletę i zdąży z niej skorzystać w nowym miejscu

Wiek kobiet	Tak	Procent	Nie	Procent	Czasami	Procent	Ogółem	Procent
Poniżej 40 lat	3	6	1	2	6	12	10	20
40–50 lat	7	14	2	4	2	4	11	22
50–60 lat	13	26	2	4	4	8	19	38
60 lat i więcej	6	12	0	0	4	8	10	20
Razem							50	100

Z analizy tabeli 4 wynika, że we wszystkich podgrupach wiekowych badane respondentki potwierdzały obawę, czy znajdą toaletę w nowym miejscu i czy zdążą z niej skorzystać.

Tabela 5

Konieczność oddawania moczu przerywała wypoczynek nocny

Wiek kobiet	1 raz	Procent	2 razy	Procent	3 razy	Procent	Więcej	Procent	Ogółem	Procent
Poniżej 40 lat	2	4	2	4	3	6	3	6	10	20
40–50 lat	7	14	2	4	2	4	0	0	11	22
50–60 lat	8	16	8	16	0	0	3	6	19	38
60 lat i więcej	2	4	2	4	4	8	2	4	10	20
Razem									50	100

Analizując tę ważną kwestię wyraźnie widać (tab. 5), że we wszystkich omawianych podgrupach wiekowych kobiet konieczność oddawania moczu raz i dwa razy przerywała im nocny wypoczynek.

Tabela 6

Choroba utrudniała prowadzenie tzw. zdrowego trybu życia

Wiek kobiet	Tak	Procent	Nie	Procent	Czasami	Procent	Ogółem	Procent
Poniżej 40 lat	8	16	0	0	2	4	10	20
40–50 lat	6	12	1	2	4	8	11	22
50–60 lat	9	18	3	6	7	14	19	38
60 lat i więcej	7	14	1	2	2	4	10	20
Razem							50	100

Przedstawiona analiza (tab. 6) obrazuje dokładnie, że omawiane schorzenie utrudniało badanym kobietom prowadzenie „zdrowego trybu życia”.

Tabela 7

Frustracja, że choroba nie pozwala robić to co by się chciało

Wiek kobiet	Dość mocna	Procent	Czasami	Procent	Wcale	Procent	Ogółem	Procent
Poniżej 40 lat	5	10	3	6	2	4	10	20
40–50 lat	4	8	7	14	0	0	11	22
50–60 lat	11	22	7	14	1	2	19	38
60 lat i więcej	7	14	2	4	1	2	10	20
Razem							50	100

Frustracja badanych kobiet, że choroba nie pozwala robić to co by się chciało odczuwalna była dość mocno we wszystkich wymienionych podgrupach wiekowych (tab. 7).

Tabela 8

Choroba powodowała przerywanie wykonywanych czynności i prac domowych

Wiek kobiet	Tak	Procent	Nie	Procent	Czasami	Procent	Ogółem	Procent
Poniżej 40 lat	5	10	2	4	3	6	10	20
40–50 lat	5	10	2	4	4	8	11	22
50–60 lat	7	14	4	8	8	16	19	38
60 lat i więcej	7	14	0	0	3	6	10	20
Razem							50	100

Podsumowując powyższą analizę, można wysnuć wniosek, że wśród ankietowanych respondentek, we wszystkich podgrupach wiekowych, zdecydowana większość kobiet potwierdza fakt przerywania, a także przerywania czasami wykonywanych prac i obowiązków domowych podczas trwania całego okresu choroby (tab. 8).

Tabela 9

Częste korzystanie z WC utrudniało wykonywanie obowiązków zawodowych

Wiek kobiet	Tak	Procent	Nie	Procent	Czasami	Procent	Ogółem	Procent
Poniżej 40 lat	5	10	2	4	3	6	10	20
40–50 lat	7	14	2	4	2	4	11	22
50–60 lat	10	20	4	8	5	10	19	38
60 lat i więcej	4	8	6	12	0	0	10	20
Razem							50	100

Zdecydowana większość respondentek potwierdzała, że konieczność częstego zaspokajania potrzeb fizjologicznych utrudniała wykonywanie obowiązków zawodowych (tab. 9).

Tabela 10

Dyskomfort i ograniczenie kontaktów intymnych

Wiek kobiet	Tak	Procent	Nie	Procent	Czasami	Procent	Ogółem	Procent
Poniżej 40 lat	5	10	2	4	3	6	10	20
40–50 lat	3	6	2	4	6	12	11	22
50–60 lat	10	20	5	10	4	8	19	38
60 lat i więcej	1	2	6	12	3	6	10	20
Razem							50	100

Po zapoznaniu się z analizą kolejnego badanego problemu mojej pracy, doszłam do wniosku, że większość badanych pań w czasie choroby ograniczała życie seksualne, ponieważ uczucie dyskomfortu miało negatywny wpływ na tę delikatną sferę życia (tab. 10).

Tabela 11

Ograniczenie kontaktów towarzyskich

Wiek kobiet	Tak	Procent	Nie	Procent	Czasami	Procent	Ogółem	Procent
Poniżej 40 lat	3	6	5	10	2	4	10	20
40–50 lat	3	6	4	8	4	8	11	22
50–60 lat	6	12	7	14	6	12	19	38
60 lat i więcej	3	6	5	10	2	4	10	20
Razem							50	100

Z analizy tabeli 11 wynika, że nietrzymanie moczu nie ograniczało badanym kobietom kontaktów towarzyskich.

Wnioski

Zawarta w mojej pracy hipoteza potwierdziła się. Negatywny wpływ nietrzymania moczu oddziaływał na funkcjonowanie kobiet w wielu obszarach codziennego życia: zawodowego, psychofizycznego, rodzinnego i seksualnego, obniżając jakość ich życia. Jeden z aspektów hipotezy ma zgoła inne odzwierciedlenie w przeprowadzonych badaniach – schorzenie nie było powodem ograniczenia kontaktów towarzyskich. Generalne wnioski dotyczą czterech kwestii, należy:

1) edukować kobiety będące w grupie ryzyka i narażone na dolegliwość nietrzymania moczu co do przyczyn, charakteru i trudnego funkcjonowania z chorobą we wszystkich obszarach codziennego życia;

2) wdrażać programy, których celem jest zwiększanie świadomości z zakresu działań profilaktycznych oraz eliminować przykre konsekwencje

cje nietrzymania moczu, utrudniające prowadzenie zdrowego stylu życia i powodujące stres;

3) eliminować znane i dostępne środki pomocnicze, takie jak: wkładki, podpaski czy pieluchomajtki, ponieważ są one półśrodkami generującymi koszty finansowe;

4) rozpowszechniać wiedzę na temat metod leczenia chirurgicznego, aby w końcowym etapie zapewnić kobietom większy komfort życia.

Bibliografia

[1] Surkont G., Właźlak E., Suzin J. Nietrzymanie moczu u kobiet – problem społeczny, medyczny i naukowy. *Przegląd Menopauzalny* 2003, 1: 59–60.

[2] Bidzan M. *Jakość życia pacjentek z różnym stopniem nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu*. Kraków: Impuls 2008: 74–82.

[3] Wolski Z. Częstomocz nocny i jego wpływ na sen i jakość życia. *Essentia Medica*, 2006, 5/6: 71.

[4] Paczkowska A., Grętkiewicz-Tomczyk A., Friebe Z. Ocena jakości życia kobiet z wysiłkowym nietrzymaniem moczu przed i po leczeniu operacyjnym metodą TVT... *Urologia Polska* 2006, 59, 1: 40–41.

[5] Smolarek N., Pisarska-Krawczyk M., Sajdak S. Fizjoterapia jako sposób terapii stosowanej u kobiet z powodu nietrzymania moczu. *Ginekologia Praktyczna* 2007, 4: 23.

[6] Rechberger T., *Nietrzymanie moczu i zaburzenia statyki dna miednicy u kobiet*. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne 2009: 243.

[7] Skrzypulec V., Piela B., Droszól A. Życie seksualne kobiet po operacjach uroginekologicznych. *Seksuologia Polska* 2006, 1: 16–20.

[8] Krauze-Balwińska Z., Fryczkowski M., Paradysz A., Bujak-Rosenbeiger E. Problemy diagnostyczne oraz jakość życia pacjentek z wysiłkowym nietrzymaniem moczu. *Problemy Medycyny Rodzinnej* 2001, 3, 2: 32.

[9] Villet R., Salet-Lizee D., Zafiropaulo M. *Wysiłkowe nietrzymanie moczu*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2003: 32–36.

[10] Rechberger T. Operacyjne leczenie urodynamicznego wysiłkowego nietrzymania moczu. Aktualne wytyczne. *Medycyna Praktyczna. Ginekologia i Położnictwo* 2004, 3: 31–38.

Adres do korespondencji:

Dorota Nowak

ul. Prószkowska 7/17

45-710 Opole

e-mail: dora.n68@wp.pl



ISBN 978-83-935324-5-2
978-83-7511-198-9