



Państwowa Medyczna
Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
Urząd Marszałkowski
Województwa Opolskiego



Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej i położniczej w różnych specjalnościach medycyny T. 3

pod redakcją
Marioli Wojtal
Danuty Żurawickiej

Opole 2015



Państwowa Medyczna
Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu



Urząd Marszałkowski
Województwa Opolskiego

Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej i położniczej w różnych specjalnościach medycyny

T. 3

pod redakcją
Marioli Wojtal i Danuty Żurawickiej

Opole 2015

Recenzenci

Dr hab. n. med. Donata Kurpas

Dr hab. n. med. Janusz Kubicki

Dr n. med. Wojciech Guzikowski

Publikacja współfinansowana
przez Samorząd Województwa Opolskiego

© Copyright by Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

ISBN 978-83-935324-9-0

ISBN 978-83-62687-70-1

Przygotowanie okładki: *Michał Nowik*
Redakcja i korekta: *Łukasz Sawicki*
Skład i łamanie: *Hanna Piotrewicz-Nowik*



Wydawnictwo Nowik Sp.j. 45-061 Opole, ul. Katowicka 39/104

Spis treści

Wprowadzenie [<i>Mariola Wojtal, Danuta Żurawicka</i>]	5
Czy azoospermia oznacza niepłodność? Doświadczenia GMW Embrio w Opolu Grzegorz Głąb	7
Kobieta a HIV – problem nadal aktualny Joanna Głogowska	14
Wybrane problemy zdrowotne kobiet w okresie okołomenopauzalnym – postępowanie dietetyczne Joanna Gruszka	24
Przeszczep macicy – obecny stan wiedzy Jerzy Jabłecki, Ahmed Elsaftawy	37
Ciąża bez alkoholu – lepszy start Bożena Kropka	44
Choroby cywilizacyjne i ich wpływ na ciążę i przebieg porodu Magdalena Krus	53
Czy można rodzić bez bólu? Rola położnej w łagodzeniu bólu porodowego w sali porodowej XXI wieku Beata Pisarska, Jerzy Rudnicki	63
Zastosowanie medycyny ortopedycznej według Cyriax`a w diagnostyce zespołów bólowych kręgosłupa w czasie ciąży Maciej Rębisz, Maciej Citko, Ewelina Mach, Wojciech Stefaniak	74
Poród o czasie a poród indukowany Zofia Wojdyła, Danuta Żurawicka, Małgorzata Zimnowoda	80
Wpływ karmienia piersią na zapobieganie wystąpienia alergii u dzieci Dorota Ćwiek	90

Profilaktyka zdrowia – suplementacja witamin i składników mineralnych u dzieci Alina Kowalczykiewicz-Kuta	97
Znaczenie dotyku i masażu w stymulacji rozwoju noworodka i niemowlęcia – rola położnej Katarzyna Stolecka, Alina Kowalczykiewicz-Kuta	114
Zaburzenia adaptacji pourodzeniowej u noworodka donoszonego. Rola położnej Katarzyna Zaracka, Alina Kowalczykiewicz-Kuta	123
Prawa pacjenta – badania własne Małgorzata Zimnowoda, Danuta Żurawicka, Zofia Wojdyła	133
Przemoc w rodzinie – rola pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej w zakresie przeciwdziałania skutkom przemocy Karina Tkotz, Lucyna Sochocka	143
Agresywne zachowania pacjentów wobec personelu medycznego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Katarzyna Szwamel, Lucyna Sochocka	157
Rola i zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem po operacji bariatrycznej metodą gastric-bypass Marzena Pietrkiewicz, Ewa Radwańska	169
Pielęgnacja dostępow naczyniowych u pacjentów hemodializowanych Karolina Ryczkowska, Jarosława Jaworska-Wieczorek	184
Podstawowe zagadnienia profilaktyki odrespiratorowego zapalenia płuc w świetle wybranych rekomendacji i zaleceń grup ekspertów Lilianna Gawłów-Nowak	194
Bruksizm – charakterystyka schorzenia. Zadania pielęgniarki POZ w diagnostyce i leczeniu Manuela Palisa, Lucyna Sochocka	201
Rola pielęgniarki w opiece nad dawcą krwi Beata Siwek, Teresa Niechwiadowicz-Czapka	216
Analiza BMI elementem leczenia chorego na gruźlicę Alina Kopczyńska, Lucyna Sochocka	226

Wprowadzenie

*Otwórz szeroko oczy i rozejrzyj się,
czy ktoś nie potrzebuje trochę czasu, trochę uwagi.
Może jest to człowiek samotny albo zgorzkniały,
albo chory, albo niedoświadczony.
Może starzec, a może dziecko.*

Nie pomiń okazji, gdy możesz coś z siebie ludziom ofiarować jako człowiek.

Albert Schweitzer

Znaczącą rolę w humanizacji medycyny i opieki nad chorymi przypisuje się pielęgniarcom i położnym. Są to zawody, u podstaw których leży troska o człowieka oraz poszanowanie jego godności i człowieczeństwa. Warunkami osiągnięcia sukcesu w opiece zdrowotnej są: okazanie pacjentowi zrozumienia, akceptacji oraz szacunku. Respektowanie zasady szacunku do drugiego człowieka musi przejawiać się we wszystkich aktywnościach zawodowych pielęgniarki i położnej. Współczesne pielęgniarstwo i położnictwo charakteryzuje nie tylko respektowanie etyki, moralności, praw człowieka, praw dziecka i praw pacjenta, ale również ciągłe podnoszenie poziomu wiedzy i doskonalenie opieki, w odpowiedzi na wysokie wymagania, które stawia postęp w medycynie. Najwyższe kompetencje profesjonalne nie mogą jednak stać w opozycji do wyżej wymienionych, uniwersalnych wartości.

Ponieważ zdrowie jest najważniejszym dobrem człowieka, działania mające na celu jego doskonalenie, zwłaszcza działania edukacyjne, powinny być priorytetem dla pracowników ochrony zdrowia. Wyposażeni w wiedzę z zakresu zdrowego stylu życia i świadomi zagrożeń zdrowotnych, rodzice zapewnią prawidłowe warunki rozwoju swojemu dziecku jeszcze przed planowanym poczęciem, poprzez okres prenatalny, narodziny i dzieciństwo w stymulującym, zdrowym i niezaburzonym środowisku życia. Troska o zdrowie dziecka wymaga przemyślanego, interdyscyplinarnego i holistycznego podejścia oraz współpracy rodziców, medyków, dydaktyków, pedagogów i psychologów.

Autorzy w swoich doniesieniach zaprezentowali wiele ciekawych i zróżnicowanych aspektów dotyczących potęgowania zdrowia dziecka – zalety karmienia piersią, suplementacja witamin i składników mineralnych, dotyk i masaże w stymulacji jego rozwoju. Podjęli dyskusję w zakresie zagrożeń zdrowia – wpływ alkoholu i chorób cywilizacyjnych na ciążę i przebieg porodu, zaburzenia adaptacji pourodzeniowej u noworodka donoszonego. Przeprowadzili analizę problemu przemocy w rodzinie i agresji wobec personelu medycznego, prezentując również sposoby przeciwdziałania tym niepokojącym zjawiskom społecznym oraz ich skutkom.

W publikacji przedstawiono zagadnienia specjalistycznej opieki pielęgniarskiej nad pacjentem po operacji bariatrycznej, nad pacjentem z dostępem naczyniowym do hemodializy, nad dawcą krwi czy też chorym leczonym na gruźlicę z wykorzystaniem analizy wskaźnika BMI.

Prezentując szeroki wachlarz tematyczny w zakresie opieki pielęgniarskiej i położniczej w różnych specjalnościach medycyny, mamy nadzieję, że każdy z Państwa – Czytelników kolejnego tomu publikacji – znajdzie dla siebie nowe, ciekawe i inspirujące zawodowo doniesienia.

Redaktorzy:
Mariola Wojtal, Danuta Żurawicka

Czy azoospermia oznacza niepłodność?

Doświadczenia GMW Embrio w Opolu

Grzegorz Głąb

Instytut Położnictwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu
GMW Embrio Sp. z o.o., Opole

Bezdzielnosć to coraz powszechniejsza choroba cywilizacyjna współczesnego świata. Obecnie szacuje się, że w krajach rozwiniętych dotyczy co najmniej 15% populacji w okresie rozrodczym, a w ostatnim 25-leciu nawet do 20%. Problem niepłodności jest złożony i wieloczynnikowy. Dotyczy zarówno strony medycznej jak i socjologiczno-kulturowej. Przyczyny niepłodności pary nie leżą jedynie, jak w poprzednich latach błędnie uważano, głównie po stronie kobiet. Obecnie wiadomo, że obniżenie płodności dotyczy coraz liczniejszej grupy mężczyzn. Głównych przyczyn tego zjawiska upatruje się w zmianach społecznych dotyczących obniżenia aktywności fizycznej, zanieczyszczeniu środowiska naturalnego, rozpowszechnieniu używek wpływających negatywnie na spermatogenezę [1, 2].

Podstawowym badaniem pozwalającym na ocenę potencjału rozrodczego mężczyzny jest badanie nasienia zwane seminogramem. Jest to wieloelementowa analiza parametrów ilościowych (koncentracja), ocena jakościowa cech motorycznych plemników (ruchliwość), żywotności oraz mikroskopowa ocena morfologiczna. Najbardziej obiektywnymi metodami badania nasienia są metody mikroskopowe zarówno preparatów przyżyciowych analizowanych z zastosowaniem mikroskopii kontrastowo-fazowej, jak i klasycznych preparatów utrwalanych i barwionych, uzupełnionych o ocenę parametrów fizykochemicznych, w szczególnych przypadkach uzupełniane diagnostyką hormonalną i genetyczno-molekularną. Najwyższy poziom obiektywizmu przy analizie nasienia zapewnia stosowanie systemów informatycznie wspomaganych, z których najbardziej rozpowszechnionym jest hiszpański program Computer Assay Sperm Analysis (CASA). Parametry

seminogramu płodnego mężczyzny są przedmiotem standaryzacji Światowej Organizacji Zdrowia i w ostatnim 50-leciu były wielokrotnie modyfikowane. Ostatnia modyfikacja z 2010 r. jest powszechnie obowiązująca – ustala podstawowe parametry na maksymalnie niskich pułapach, znacznie odbiegających od przeciętnych wartości w populacji płodnych mężczyzn [1, 2].

Skrajnie nieprawidłowe wyniki seminogramu, czyli całkowity brak plemników w ejakulacie, określa się terminem azoospermia. W ocenie makroskopowej nasienia można podejrzewać azoospermie lub ciężką oligozoospermie, jeśli próbka nasienia jest przezroczysta. Jednak w celu potwierdzenia tego podejrzenia niezbędna jest analiza mikroskopowa. Na początku badania nasienia ocenia się preparat bezpośredni (kropla nasienia naniesiona na szkiełko mikroskopowe i oglądana pod powiększeniem 200–400 x) i jeśli nie stwierdza się w nim plemników, nasienie odwirowuje się w wirówce. Postępuje się tak, gdyż wirowanie powoduje zgromadzenie plemników (a także innych komórek znajdujących się w nasieniu, np. leukocytów, młodszych komórek spermatogenezy) w osadzie, a przez to ich zagęszczenie. Jeśli w nasieniu jest bardzo mało plemników, to można ich nie zauważyć w preparacie bezpośrednim, ale w osadzie powinny być łatwiej dostrzegalne. Jeśli również w osadzie nie stwierdza się obecności plemników, to można podejrzewać azoospermie. Jeśli natomiast w osadzie obserwuje się plemniki (których nie było widać w preparacie bezpośrednim), to mówimy o kryptozoospermii. Dwukrotne badanie w odstępie 3 miesięcy upoważnia do postawienia takiego rozpoznania. Jeśli wynik potwierdzający azoospermie jest pewny, należy skonsultować się ze specjalistą urologiem w celu ustalenia przyczyn takiego stanu.

Zasadniczo przyczyny mogą mieć dwojaki charakter:

- jądrowy – inaczej nieobturacyjny (brak lub bardzo niska produkcja plemników w jądrach). Przyczyną braku plemników mogą być: zaburzenia hormonalne, uszkodzenie kanalików plemnikotwórczych po zapaleniu, napromieniowaniu, niektórych lekach (np. przeciwnowotworowych), nowotwory jąder, zaburzenia rozwoju jąder spowodowane zaburzeniami genetycznymi takimi, jak mutacje odcinka AZF chromosomu Y, mutacja genu CFTR-gen na chromosomie 7 odpowiedzialnego za nosicielstwo mukowiscydozy, związanego także z wrodzonymi zaburzeniami w budowie nasieniowodów czy zaburzenia kariotypu (Zespół Klinefeltera, Zespół Kallmana, Zespół Pradera-Willego). Przyczyną mogą być także choroby podwzgórze i przysadki prowadzące do niedoborów produkcji gonadotropin

(LH i FSH) oraz gonadoliberyny (GnRH) lub czynniki środowiskowe, które uszkadzają jądra w okresie płodowym (np. ksenoestrogeny – substancje o działaniu estrogenopodobnym) [3, 4].

- pozajądrowy – inaczej obturacyjny (niedrożność dróg wyprowadzających nasienie). Niedrożność dróg wyprowadzających ma zwykle miejsce w najądrzu lub nasieniowodzie. Może być ona nabyta np. po zapaleniu lub urazie, a także wrodzona [5].

Diagnostyka w przypadku azoospermii (poza badaniem ogólnym nasienia oraz diagnostyką genetyczną) rozpoczyna się od wywiadu oraz badania przedmiotowego. Metodami diagnostycznymi wdrażanymi na tym etapie są badania hormonalne, a także USG jąder oraz biopsja jąder. Biopsja jądra polega na pobraniu tkanki z jądra metodą operacyjną (wycinek wielkości ziarnka ryżu) lub poprzez nakłucie igłą i ocenie wycinka pod mikroskopem. W specjalnie przygotowanym preparacie mikroskopowym można zobaczyć, czy w jądrze dochodzi do produkcji plemników czy też produkcja ta jest zatrzymana i na jakim etapie. Istnieje też możliwość, że w jądrze nie ma w ogóle komórek płciowych (prekursorów plemników) – mamy wtedy do czynienia z tzw. zespołem samych komórek Sertoliego, który świadczy o bezpłodności. Jeśli jednak okaże się, że w jądrach są produkowane plemniki, to przyczyną ich braku w ejakulacie leży najprawdopodobniej w niedrożności dróg wyprowadzających nasienie. W takich przypadkach można rozważyć próbę udrożnienia kanałów wyprowadzających nasienie, jednak nie we wszystkich przypadkach jest to możliwe czy skuteczne. Dalsza diagnostyka pacjenta z azoospermią lub znaczną oligozoospermią jest też wskazana ze względu na to, iż przyczyną takiego stanu mogą być nowotwory jądra, dlatego nawet u mężczyzn niestających się w danej chwili o potomstwo nie powinno się tego stanu lekceważyć [6].

W tych przypadkach, w których wykonane badania określą istotne prawdopodobieństwo zachowanej produkcji plemników, rozważa się możliwość wykonania biopsji diagnostycznej jąder. Jeżeli w pobranym materiale uzyska się plemniki, to po wstępnej ocenie zamraża się je. W kolejnym etapie parę przygotowuje się do leczenia metodą *in vitro* (IVF-ICSI). Liczba plemników uzyskanych w wyniku biopsji jest niewielka, dlatego ten zabieg to jedyna skuteczna metoda stosowana w takich przypadkach. Jeśli jednak u mężczyzny nie uzyskuje się plemników, pary mogą skorzystać z banku nasienia [7].

Najlepszym czynnikiem prognostycznym dla obecności plemników w jądrach lub w najądrzach jest stężenie FSH w surowicy. U pacjentów

z FSH > 15 mIU/ml szansa na obecność plemników w pobranym materiale wynosi < 20%. U pacjentów z FSH > 25 mIU/ml szansa na obecność plemników jest bliska zeru. Dodatkowym czynnikiem prognostycznym jest objętość jąder, która wykazuje ujemną korelację ze stężeniem FSH w surowicy. Inne czynniki prognostyczne takie, jak: stężenie inhibiny B, hormonu antymullerowskiego (AMH), ocena unaczynienia tkanki jądra za pomocą kolorowego Dopplera, ocena mutacji w AZF nie mają w obecnej chwili na tyle znaczącej przewagi nad pomiarem stężenia FSH, aby wprowadzić je do codziennej praktyki [4, 5].

Częstość występowania azoospermii oceniana jest na 5–9% wśród par, u których niepłodność jest spowodowana czynnikiem męskim. Do ostatniej dekady XX w. mężczyzn dotkniętych azoospermią o obu przyczynach uważano za trwale niepłodnych. Podstawową metodą uzyskania potomstwa (choć niebiologicznego) była inseminacja partnerki nasieniem dawcy (dawstwo rodzinne lub anonimowe). Użycie nasienia innego płodnego mężczyzny związane było z wieloma problemami natury psychologicznej i ryzykiem przeniesienia chorób zakaźnych. Korzystanie z banków anonimowych dawców nasienia ogranicza do minimum ryzyko transmisji wertykalnej chorób zakaźnych, gdyż pobrane nasienie jest kriokonserwowane i przechowywane przez co najmniej sześciomiesięczny okres (tzw. okna serologicznego) oczekiwania na dwukrotnie ujemne wyniki badań serologicznych w kierunku HIV, HBS, HCV, WR i CMV celem wyeliminowania późniejszej serokonwersji. Tożsamość dawcy jest nieznana, natomiast znane są parametry fenotypowe i serologiczne, co pozwala na dobranie dawcy o podobnych cechach. Z punktu widzenia prawnego nie ma możliwości kwestionowania praw ojcowskich [1].

Od roku 1991 wraz z wprowadzeniem techniki mikroiniekcji plemnika do cytoplazmy komórki jajowej (ICSI) pojawiła się realna szansa na uzyskanie biologicznego potomstwa zwłaszcza dla pacjentów z azoospermią obturacyjną. Coraz powszechniejsze stosowanie biopsji najądrzy (MESA) lub otwartej biopsji jądra (TESA) z wykorzystaniem uzyskanych tą drogą gamet do procedury ICSI [6, 7] stanowiło przełom w postępowaniu z niepłodnymi parami z azoospermią. Początkowe ogromne koszty i trudny dostęp do procedury ICSI ograniczał szersze stosowanie jedynie do procedur eksperymentalnych, ale seria zachęcających wyników i coraz łatwiejsza dostępność pozwala obecnie na praktyczne zastosowanie tej metody na szerszą skalę. Metaanalizy z bazy Cochrain nie wskazują na istotne zwiększenie ryzyka anomalii genetycznych i powikłań w trakcie ciąży, porodów i w okresie

noworodkowym u potomstwa poczętego metoda TESA w porównaniu do dzieci urodzonych po IVF z innych wskazań [8].

Stosunkowo nieliczne grupy pacjentów, krótki czas obserwacji i zróżnicowanie technik zarówno kwalifikacji, sposobu uzyskania gamet, ewentualnej ich kriokonserwacji, odmienne sposoby stymulacji pacjentek i hodowli embrionów uniemożliwiają obiektywne porównywanie wyników pomiędzy ośrodkami, jak i opracowanie metaanaliz. Na sukces składa się wieloelementowa współpraca urologów, ginekologów, anestezjologów i embriologów. Z dostępnych niezbyt licznych publikacji należy wysunąć wnioski, że najlepsze rokowanie co do urodzenia dziecka daje zakwalifikowanie pacjentów z nabytą azoospermią obturacyjną, prawidłowymi wartościami gonadotropin i AMH, z małym ryzykiem anomalii genetycznych genu AZT [9]. Preferowaną techniką uzyskania gamet jest otwarta biopsja jądra w wykonaniu doświadczonego urologa z zachowaniem pełnej aseptyki z pobraniem bloku tkanki jądrowej ok 2 x 2 x 2 mm w znieczuleniu przewodowym połączonym z sedoanalgezą, co pozwala zminimalizować ryzyko powikłań w trakcie zabiegu i po jego zakończeniu. Najlepiej jeśli biopsję jądra można przeprowadzić jednocześnie z pobraniem oocytów i użyć plemników świeżo uzyskanych z biopsjatu do procedury ICSI. Niestety nie zawsze jest to możliwe więc alternatywnie następuje kriokonserwacja plemników i ich następne rozmrożenie w dniu pobrania oocytów u partnerki. Ponieważ zawsze ilość wyizolowanych plemników jest bardzo mała należy się liczyć ze stratami ich ilości i gorszymi parametrami biologicznymi po rozmrożeniu. Dalsze postępowanie embriologiczne, hodowla in vitro, transfer zarodków i ich ewentualna kriokonserwacja nie odbiega od rutynowych zasad dla niepłodnych par [10].

Wyniki własne

W materiale GMW Embrio z lat 2004–2014 mężczyźni z azoospermią stanowią ok 7–8% populacji badanych seminogramów i stale obserwujemy niewielką tendencję wzrostową [11]. Większość z naszych pacjentów zdecydowała się na inseminację domaciczną nasieniem anonimowego dawcy (AID) z banku Cryos w Danii. Z analizy danych raportowanych w kolejnych latach do firmy Cryos wynika, że skuteczność tej techniki oceniana współczynnikiem cięż biochemicznych (21,2%) i klinicznych (19,2%) nieco przewyższa wyniki wszystkich wykonywanych inseminacji domacicznych (IUI) nasieniem pochodzącym od partnera. Jest to zrozumiałe gdyż do AID kwalifikuje się jedynie młodych dawców o absolutnie prawidłowych parametrach

nasienia i sprawdzonych biologicznie (posiadających zdrowe potomstwo). Wykonując zabiegi IUI nasieniem znanego partnera często mamy do czynienia z nieprawidłowymi parametrami (oligosermią, astenozoospermia, teratozoospermia i przypadkami mieszanymi), a nasienie do inseminacji pochodzi od mężczyzn w różnym wieku i z różnymi czynnikami obciążającymi [1, 2].

W GMW Embrio dotychczas wykonaliśmy procedury TESA u 7 par z powodu pozajądrowej azoospermii. Pobrania bloku tkanki jądrowej dokonali specjaliści urologii: dr Andrzej Andrejczuk (5 x) i dr Rafał Olejnik (2 x). W 5 przypadkach były to biopsje diagnostyczne z kriokonserwacją uzyskanych plemników, a w 2 biopsje jednoczesowe z pobraniem oocytów od partnerki i użyciem niemrożonych plemników do ICSI. U 4 par uzyskaliśmy ciążę kliniczną, w tym jedną bliźniaczą, w 2 przypadkach oczekujemy na poród pojedynczych płodów. Trzy ciążę uzyskano po transferach zarodków w 5 dobie hodowli, jedna po witrifikacji blastocysty z prawie rocznym odroczeniem transferu. Oczywiście nasz materiał jest nieliczny, ale uzyskanie pięciorga potomstwa u 7 par traktujemy jako ogromny sukces, źródło zawodowej satysfakcji i zachętę do dalszych starań pomimo trudności organizacyjnych. Wprowadzenie refundacji leczenia metodą IVF przez Ministerstwo Zdrowia i znaczne dofinansowanie leków do stymulacji jajników dla niepełnych par przez Narodowy Fundusz Zdrowia z pewnością zwiększy dostępność tej metody. Koszty procedury TESA i IVF, poza czynnikami psychologicznymi, były bardzo istotnym czynnikiem ograniczającym stosowanie tych technik wspomagane go rozrodu.

Bibliografia

[1] Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Medycyny Rozrodu z 2013 dotyczące diagnostyki i leczenia. http://rozrodczosc.pl/ptmr/index.php?page=pl_rekomendacje [5.01.2015].

[2] Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego Sekcja Płodności i Niepłodności z 2014 dotyczące postępowania z niepłodną parą. <http://spin.org.pl/propozycja-rekomendacji-ptg-i-ptmr-w-sprawie-rozrodu-wspomagane-go-medycznie> [5.01.2015].

[3] Zhang F., Li L., Wang L., Yang L., Liang Z., Li J., Jin F., Tian Y. Clinical characteristics and treatment of azoospermia and severe oligospermia patients with Y-chromosome microdeletions. *Molecular Reproduction and Development* 2013, 80 (11): 908–15.

[4] Deng Y., Jing F., Zhou N., Hu Y., Chen J., Chu Q. Combined evaluation of serum follicle-stimulating hormone, inhibin B, chromosome karyotyping and AZF microdeletion of Y-chromosome for predicting outcomes of testicular sperm aspiration in azoospermic patients. *Nan Fang Yi Ke Da Xue Xue Bao* 2014, 34 (10): 1469–1474.

[5] Sadeghi-Nejad H., Farrokhi F. Genetics of azoospermia: current knowledge, clinical implications, and future directions. Part II: Y chromosome microdeletions. *Reproductive BioMedicine Online* 2014, 29 (4): 417–423.

[6] Zorn B., Virant-Klun I., Stanovnik M., Drobnic S., Meden-Vrtovec H. Intracytoplasmic sperm injection by testicular sperm in patients with aspermia or azoospermia after cancer treatment. *Human Reproduction* 2013, 28 (1): 230–240.

[7] Fedder J., Loft A., Parner E. T., Rasmussen S., Pinborg A. Neonatal outcome and congenital malformations in children born after ICSI with testicular or epididymal sperm: a controlled national cohort study. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, (4): CD002807.

[8] Van Perperstraten A. M., Proctor M. L., Phillipson G., Johnson N. P. Techniques for surgical retrieval of sperm prior to ICSI for azoospermia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, (3): CD002807.

[9] Oldereid N. B., Hanevik H. I., Bakkevig I., Romundstad L. B., Magnus O., Hazekamp J., Hentemann M., Eikeland S. N., Skrede S., Reitan I. R., Tanbo T. G. Pregnancy outcome according to male diagnosis after ICSI with non-ejaculated sperm compared with ejaculated sperm controls. *International Journal of Andrology* 2006, 29 (5): 521–527.

[10] Popal W., Nagy Z. P. Laboratory processing and intracytoplasmic sperm injection using epididymal and testicular spermatozoa: what can be done to improve outcomes? *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, (4): CD002807.

[11] Cybulska N., Tomala M., Niemczyk W., Głab G. *Współczesna diagnostyka i leczenie niepłodności*. W: Lichtenberg-Kokoszka E., Janiuk E., Dzierżanowski J. red. *Niepłodność – zagadnienie interdyscyplinarne*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls 2009: 51–57.

Adres do korespondencji :
dr n. med. Grzegorz Głab
GMW Embrio Sp. z o.o.
ul. Obrońców Stalingradu 61
45–594 Opole
tel. 602 75 25 69
e-mail: grzegorz.glab@invitrogmw.pl

Kobieta a HIV – problem nadal aktualny

Joanna Głogowska

Oddział Promocji Zdrowia i Oświaty Zdrowotnej
Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Opolu

Kobieta i HIV w kampaniach informacyjnych

„Jeden test. Dwa życia. Zrób test na HIV. Dla siebie i swojego dziecka™” to najnowsza kampania społeczna Krajowego Centrum ds. AIDS. Temat kobieta a HIV podejmowany był już wielokrotnie w światowych i krajowych działaniach informacyjnych. Warto przypomnieć wybrane polskie hasła kampanijne z ostatnich kilkunastu lat: „Nie daj szansy AIDS. Bądź odpowiedzialna” (2001), „HIV nie wybiera. Ty możesz” (2002), „Daj szansę swojemu dziecku. Nie daj szansy AIDS” (2007–2010). Kampanie społeczne: „Porozmawiajcie o AIDS. Przeszłość bywa groźna” (2003) czy „Rodzina razem przeciw AIDS” (2006) traktowały problem zakażeń HIV w szerszym kontekście – związku dwojga ludzi planujących wspólne życie, wspierającej się rodziny, odpowiedzialnych rodziców.

Najważniejszą ideą wymienionych kampanii było i jest zachęcenie kobiet do wykonania testu w kierunku zakażenia HIV. W naszym kraju test na HIV zrobił tylko co dziesiąty dorosły Polak. W Polsce przychodzą na świat dzieci zakażone HIV. Dorosłe osoby dowiadują się o swoim zakażeniu w momencie zdiagnozowania choroby AIDS, a przecież od momentu zakażenia do rozwoju objawowego AIDS mija średnio 10 lat. Wśród testujących się osób zdecydowanie dominują mężczyźni. Wśród kobiet panuje przekonanie, że problem zakażeń HIV ich nie dotyczy, ponieważ one nie biorą narkotyków, nie miały wielu partnerów, a od dłuższego czasu pozostają w stałym związku. Testów na HIV nie robią również kobiety, które ufają swoim partnerom i nie dopuszczają do siebie myśli, że kiedykolwiek mogli oni dopuścić się zdrady. Wchodząc w nowy związek, partnerzy często nie

zastanawiają się nad faktem, że przed rozpoczęciem aktualnego związku podejmowali ryzykowne zachowania seksualne.

Dzięki wykonaniu badania diagnostycznego w kierunku HIV, przed ciążą lub w czasie ciąży, kobiety ratują nie tylko swoje życie, lecz także dają szansę na zdrowe życie swoim dzieciom. Kampania „Jeden Test. Dwa Życia. Zrób test na HIV. Dla siebie i swojego dzieckaTM” stawia sobie za cel zmianę postaw i negatywnego podejścia do wykonywania testów. Macierzyństwo utożsamiane jest głównie z pozytywnymi emocjami, a matki starają się nie myśleć o ewentualnej chorobie swojej czy dziecka. Ostatecznie biorą pod uwagę inne choroby: nowotwory, upośledzenia, wady serca, ale nie zakażenie HIV. Kobiety w Polsce testują się rzadko, a wręcz zdarza się, że ignorują skierowanie od lekarza na test. W efekcie rodzą się zakażone dzieci, które mogłyby urodzić się zdrowe [1].

W opinii kobiet biorących udział w badaniu fokusowym przeprowadzonym przez TNS Polska na zlecenie Krajowego Centrum ds. AIDS, wciąż aktualny jest stereotyp, że HIV dotyczy tylko określonych populacji. Osoby zakażone to przede wszystkim narkomani, homoseksualiści, bezdomni, osoby świadczące płatne usługi seksualne oraz osoby korzystające z tych usług, a więc osoby naruszające ład społeczny. W percepcji ciężarnych Polek, osoby żyjące z HIV nie są zdolne do normalnego funkcjonowania, a zakażona kobieta nie ma możliwości urodzenia zdrowego dziecka. Wszystkie wymieniane teorie nie są prawdziwe, ale mogą stanowić trudną do pokonania barierę przed zrobieniem badania. Wyniki badania pokazują, że barierą w wykonaniu testu w kierunku HIV nie jest trudny dostęp do placówek medycznych ani koszt badania. Problem tkwi w barierze mentalnej kobiet oraz często spotykanym braku inicjatywy ze strony lekarza prowadzącego ciążę [2].

Kobieta i ryzyko zakażenia HIV

Autorzy broszury pt. „HIV/AIDS dla ginekologów” – dr n. med. Dorota Rogowska-Szadkowska oraz dr n. med. Jacek Gąsiorowski – zwracają uwagę, że pomimo kilkunastu lat edukacji problem zakażeń HIV u kobiet jest wciąż aktualny. Obecnie dotyczy przede wszystkim heteroseksualnych kobiet. W początkach epidemii zakażenia HIV i choroba AIDS dotyczyły przede wszystkim dwóch grup mężczyzn: homoseksualnych i chorych na hemofilię. Później pojawiły się doniesienia o zakażeniach HIV kobiet będących partnerkami seksualnymi chorych na hemofilię mężczyzn, kobiet przyjmujących narkotyki w iniekcjach i kobiet świadczących usługi seksualne. Właśnie

to ostatnie skojarzenie HIV z kobietami przetrwało tak długo, że nadal ma duży wpływ na podjęcie decyzji o poddaniu się badaniu. Od lat dziewięćdziesiątych zaczęto podkreślać, że nie tylko liczba partnerów seksualnych decyduje o narażeniu kobiet na HIV. Zauważono, że kobiety łatwiej zakażają się HIV niż mężczyźni. Okazało się, że są kobiety, które zostały zakażone przez swojego pierwszego i jedyne w życiu partnera seksualnego. W Polsce jest wiele kobiet zakażonych HIV w ten sposób – niektórzy partnerzy nie byli świadomi własnego zakażenia, inni zataili tę informację przed partnerką. W przypadku kobiet homoseksualnych bardzo nieliczne przypadki przeniesienia zakażenia HIV zdarzyły się tylko w sytuacjach, w których naprzemienienie używane akcesoria erotyczne były zanieczyszczone zakażoną HIV krwią.

W przypadku waginalnych kontaktów seksualnych wirus przenosi się znacznie łatwiej z mężczyźni na kobiety, niż z kobiet na mężczyzn. U kobiet wrażliwa na zakażenie jest cała powierzchnia błony śluzowej pochwy i części szyjki macicy. Ewentualne urazy, stany zapalne, zaburzenia składu flory bakteryjnej dodatkowo zwiększają ryzyko zakażenia. Ponadto kontakt ze spermatą wrażliwych na zakażenie HIV powierzchni błon śluzowych u kobiet trwa znacznie dłużej. Najbezpieczniejsze dla kobiety kontakty seksualne, w których jest ona stroną aktywną, to kontakty oralne. Ponieważ błony śluzowe jamy ustnej są także wrażliwe na zakażenie HIV, powinno się unikać ich kontaktu ze spermatą i/lub krwią. Natomiast największe ryzyko zakażenia HIV występuje podczas kontaktów analnych.

Autorzy sugerują także, że warto rozmawiać z kobietami o ryzyku zakażenia HIV, ponieważ często nie wiedzą one, że:

- są bardziej narażone na zakażenie HIV,
- hormonalne środki antykoncepcyjne zmniejszają znacząco ryzyko zajścia w nieplanowaną ciążę, ale nie chronią przed HIV,
- jedynym środkiem o udowodnionej skuteczności w zapobieganiu zakażeniom HIV jest prezerwatywa,
- pierwszy kontakt seksualny w życiu kobiety zwiększa ryzyko zakażenia jeśli partner jest zakażony,
- gwałt zwiększa ryzyko zakażenia HIV,
- wszelkie stany zapalne narządów płciowych i choroby przenoszone drogą płciową zwiększają ryzyko zakażenia HIV,
- menopauza nie chroni przed HIV,
- istnieje możliwość zmniejszenia ryzyka zakażenia HIV, jeśli w ciągu 48 godzin (w przypadku ekspozycji wysokiego ryzyka do 72 godzin) zostanie rozpoczęte leczenie antyretrowirusowe [3].

Kobieta i HIV – dane epidemiologiczne

Według szacunków UNAIDS w 2013 r. na świecie żyło około 35 milionów osób zakażonych HIV. Zarejestrowano około 2,1 miliona nowych zakażeń. Do czerwca 2014 r. około 13,6 miliona osób wymagających terapii antyretrowirusowej miało dostęp do leczenia, co pozwala prognozować, że w kolejnym roku ta liczba wzrośnie aż do 15 milionów osób [1].

Dziennie na świecie następuje ponad 6 300 zakażeń, z tego około 700 ma miejsce wśród dzieci poniżej 15 roku życia. Około 95% zakażeń dotyczy krajów o średnim i niskim statusie ekonomicznym. Wśród nowo wykrytych zakażeń kobiety stanowią 47%. Natomiast osoby młode, w wieku 15–24 lata, stanowią aż 39% w grupie nowych zakażeń [4].

Według danych epidemiologicznych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego-Państwowego Zakładu Higieny (NIZP-PZH) od wdrożenia badań w 1985 r. do 30 listopada 2014 r. w Polsce stwierdzono zakażenie HIV u 18 483 osób, odnotowano 3 179 zachorowań na AIDS, 1 285 chorych zmarło. Szacuje się jednak, że w naszym kraju faktycznie zakażonych HIV jest ponad 40 000 osób. Według szacunków WHO w Polsce żyje 8 200 (6 200–11 000) kobiet zakażonych HIV. Szacowany odsetek osób zakażonych HIV i nieświadomych swojej infekcji wynosi powyżej 50% (aids.gov.pl). Osoby nieświadome swego zakażenia stanowią przyczynę 75% nowych zakażeń, które to zakażenia dotyczą przede wszystkim osób w wieku 15–30 lat, kobiet i mężczyzn heteroseksualnych (także w stałych związkach), i równie często mężczyzn mających kontakty seksualne z mężczyznami [4].

W Polsce największą liczbę nowych zakażeń notuje się w przedziale wiekowym 20–29 lat, a więc w okresie prokreacji. Od roku 1985 w naszym kraju zarejestrowano ok. 150 zakażeń HIV u dzieci, z których prawie wszystkie są wynikiem braku rozpoznania zakażenia HIV u matki. Dlatego kluczową procedurą dla profilaktyki transmisji wertykalnej zakażenia HIV jest identyfikacja zakażenia HIV u ciężarnej [3].

W najnowszym raporcie UNAIDS 2014 zapisano nowe cele, zaplanowane do osiągnięcia do 2020 r., które można w skrócie określić jako: 90-90-90. Oznacza to, że do 2020 r. 90% osób zakażonych HIV będzie znało swój status serologiczny, 90% tych osób będzie objętych terapią antyretrowirusową, a 90% leczonych osób osiągnie supresję poziomu wirusii do takiego stopnia, że będą niezakaźne [5].

W Polsce rok 2014 był czternastym rokiem realizacji programu zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia, koordynowanym przez Krajowe Centrum

ds. AIDS. Na dzień 31 marca 2014 r. leczeniem antyretrowirusowym objęte były wszystkie osoby zakażone HIV i chore na AIDS spełniające kryteria medyczne: ogółem 7 312 pacjentów, w tym 112 dzieci (do 18 roku życia) [4].

Zalecane badanie w kierunku HIV dla kobiet

W Polsce ciągle jeszcze zbyt często zdarza się, że zakażenie HIV u matki rozpoznawane jest dopiero po wykryciu go u jej dziecka. Taka kolejność zdarza się znacznie rzadziej w krajach, gdzie więcej mówi się o HIV, bezpieczniejszym seksie oraz o sposobach zmniejszania ryzyka zakażenia [3]. W porównaniu do krajów Unii Europejskiej i byłego ZSRR w polskich placówkach opieki zdrowotnej wykonywanych jest najmniej badań przesiewowych w kierunku zakażenia HIV. Nowe zakażenia często wykrywane są dopiero w stadium AIDS, co zdecydowanie pogarsza rokowanie. Problem wykrywalności w sposób szczególny dotyczy kobiet i mężczyzn heteroseksualnych. Natomiast wczesne zdiagnozowanie zakażenia HIV i rozpoczęcie leczenia antyretrowirusowego (ARV) umożliwi pacjentowi życie w zdrowiu oraz znacznie oddała prawdopodobieństwo zachorowania na AIDS.

Badanie serologiczne w kierunku zakażenia HIV można wykonywać, używając następujących testów: III generacji (umożliwia wykrycie przeciwciał anti-HIV po 4–12 tygodniach od zakażenia) oraz IV generacji (umożliwia wykrycie antygeny p24 HIV już po 2–3 tygodniach od zakażenia i przeciwciał anti-HIV po 4–12 tygodniach). Ujemny wynik dowolnego z wymienionych testów po upływie 12 tygodni od ekspozycji wyklucza zakażenie HIV. W wyjątkowych sytuacjach, m.in. lekowa profilaktyka poekspozycyjna HIV, jednoczasowa koinfekcja HIV z HCV, EBV lub CMV, okres ten może ulec wydłużeniu do 6 miesięcy. Każdy wynik dodatni testu przesiewowego, ze względu na możliwość uzyskania wyniku fałszywie dodatniego, wymaga potwierdzenia testem Western blot/LIA lub ewentualnie za pomocą testu molekularnego [4].

W publikacji pt. „Zasady opieki nad osobami zakażonymi HIV. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS 2014” zamieszczone zostały zalecenia szczegółowe dla lekarzy poszczególnych specjalności, tzw. *Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS* (PTN AIDS). W zakresie ginekologii zalecane jest rozważenie wykonania badania w kierunku zakażenia HIV w przypadku każdej choroby przebiegającej nietypowo, niepoddającej się leczeniu lub nawracającej, a także w następujących stanach: ciąży, w tym partner ciąży, w razie braku badania test należy zaoferować

bezpośrednio po porodzie, a jeśli kobieta nie wyrazi zgody, należy zaproponować wykonanie badania u noworodka); nawracająca drożdżyca pochwy; zakażenia przenoszone drogą płciową; inwazyjny i nieinwazyjny rak szyjki macicy; dysplazja szyjki macicy > 2 stopnia; zakażenie HPV [4].

Wyniki badania społecznego przeprowadzonego przez Krajowe Centrum ds. AIDS pozwalają stwierdzić, że uczestniczki wywiadów, które wykonały lub planują wykonać test na HIV, nie miały problemu z uzyskaniem skierowania, a następnie z wykonaniem testu. Zdarza się jednak, że lekarze tylko proponują (pytają pacjentki), a nie zlecają wykonania testu na HIV. Część kobiet nie widzi potrzeby wykonywania tych badań, dlatego nie obawia się odmówić bądź zrezygnować z wykonania badania [2].

W 26 Punktach Konsultacyjno-Diagnostycznych (PKD) w kraju każda pełnoletnia osoba może nieodpłatnie, anonimowo oraz bez skierowania wykonać badanie w kierunku zakażenia HIV. Kobiety w ciąży, które zgłaszają się do PKD, deklarują, że jest to ich samodzielna decyzja lub że zostały skierowane przez lekarza ginekologa. Według danych udostępnionych przez Krajowe Centrum ds. AIDS w 2013 r., we wszystkich PKD w kraju, testy w kierunku HIV wykonało 32 306 osób, w tym 3 108 kobiet w ciąży.

Z informacji rocznej, skorygowanej i dostępnej na stronie NIZP–PZH wynika, że w 2013 r. w Polsce zgłoszono 1 258 nowych zakażeń HIV (1 079 mężczyzn, 162 kobiety, 17 – brak danych). Zakażenie HIV zdiagnozowano u 3 niemowląt, 3 dzieci w wieku 1–14 lat oraz 12 młodych osób w wieku 14–19 lat. Podaną drogą zakażenia 4 dzieci była transmisja matka–dziecko.

Matka i dziecko a HIV

Aby uchronić dziecko przed przeniesieniem HIV z zakażonej matki, wystarczy, aby przyszła mama wykonała test w kierunku HIV, a w przypadku dodatniego wyniku poddała się odpowiedniemu leczeniu ARV. W naszym kraju testy w kierunku obecności przeciwciał anti-HIV jeszcze niedawno wykonywało około 3% kobiet będących w ciąży. W innych krajach Unii Europejskiej średnio ponad 60%, a w niektórych nawet powyżej 95% [3]. Zdarza się, że wynik testu przesiewowego wykonanego u kobiety na początku ciąży jest dodatni, ale nie musi on oznaczać, że jest ona zakażona HIV. W takiej sytuacji należy zawsze wykonać test potwierdzenia Western blot. Fałszywie dodatni wynik testu przesiewowego może być spowodowany samą ciążą, ostrymi infekcjami wirusowymi, szczepieniami, leczeniem immunosupresyjnym, chorobami autoimmunologicznymi i innymi chorobami.

Diagnostyka HIV ciężarnych

W Polsce diagnostyka HIV ciężarnych jest zalecana w pierwszym trymestrze ciąży, a realizacja testowania systematycznie ulega poprawie. W załączniku do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 4 października 2012 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej określony został, między innymi, zalecany zakres badań diagnostycznych i konsultacji medycznych wykonywanych u kobiet w okresie ciąży. Wśród wymienionych badań i konsultacji zamieszczono badanie w kierunku HIV wykonywane do 10 tygodnia ciąży oraz pomiędzy 33 a 37 tygodniem ciąży. Tak więc lekarz ma obowiązek zaproponować pacjentce badanie w kierunku zakażenia HIV. Przedmiotowe badanie finansowane jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia (w przypadku, gdy lekarz ma podpisany kontrakt z NFZ). Optymalnym jest zalecenie testu HIV również partnerowi ciężarnej [4].

Profilaktyka transmisji wertykalnej HIV u ciężarnej

PTNS AIDS wskazuje, że ciężarna, u której rozpoznano zakażenie HIV, powinna znaleźć się pod opieką specjalisty chorób zakaźnych w celu wdrożenia leczenia antyretrowirusowego u kobiety, zabezpieczenia okresu porodu oraz właściwej profilaktyki lekowej noworodka. W zespole lekarskim powinni zatem znaleźć się: specjalista chorób zakaźnych, położnik, neonatolog i pediatra. Pacjentka przekazywana do porodu powinna mieć pełną informację o wynikach leczenia ARV, aktualne badania HIV RNA i CD4, szczegółową informację o zaleceniach terapeutycznych na okres porodu oraz leki antyretrowirusowe dla siebie i dziecka. Właściwa profilaktyka zakażenia matczyno-dziecięcego zmniejsza średnie ryzyko zakażenia z 25–30% do poniżej 2%. Zasadniczym celem leczenia antyretrowirusowego w ciąży jest uzyskanie pełnej supresji wirerii, szczególnie w okresie porodu, kiedy ryzyko zakażenia jest największe i sięga 65–75%. Ryzyko zakażenia wewnątrzmacicznego wynosi 5–10% dzięki ochronnej fizycznej i immunologicznej roli łożyska jako bariery między krążeniem matki i płodu. Ryzyko zakażenia noworodka podczas karmienia piersią wynosi średnio 10%, ale wzrasta nawet do 40%, jeśli czas karmienia przedłuża się powyżej 6 miesięcy.

Według międzynarodowych organizacji: UNAIDS, UNICEF i WHO liczba kobiet ciężarnych otrzymujących leki antyretrowirusowe na świecie wzrasta, a liczba zakażeń okołoporodowych zdecydowanie spada. W Polsce profilaktykę transmisji wertykalnej objętych jest 97% kobiet, u których zdiagnozowano zakażenie HIV [4].

Rekomendacje dla okresu porodu

PTN AIDS zaleca rozwiązanie ciąży drogą porodu naturalnego przy wirerii HIV < 50 kopii/ml w okresie porodu oraz rozwiązanie cięciem cesarskim przy wirerii HIV > 50 kopii/ml w okresie porodu. Nie bez znaczenia dla bezpieczeństwa matki i dziecka jest wybór miejsca porodu. Najlepiej sprawdza się stała współpraca między ośrodkami, polegająca na wspólnym prowadzeniu ciężarnej i noworodka przez personel medyczny przeszkolony w zakresie obowiązujących procedur.

Czynnikami ryzyka transmisji zakażenia HIV na dziecko w okresie porodu są m. in.: brak lub nieskuteczne leczenie ARV w ciąży, przedwczesne pęknięcie błon płodowych, ekspozycja płodu na krew i wydzieliny matki, poród przedwczesny < 37 tygodnia ciąży, poród kleszczowy, nacięcie krocza, ekspozycja dziecka podczas cięcia cesarskiego (skaleczenie) czy ekspozycja dziecka po porodzie, np. karmienie piersią. Istnieje także ścisła korelacja pomiędzy wirerią HIV matki a ryzykiem transmisji HIV na dziecko: przy HIV RNA > 100.000 kopii/ml wynosi 41%, a przy HIV RNA < 1.000 kopii/ml – poniżej 1%. Należy podkreślić, że nie ma bezpiecznego poziomu wirerii HIV.

W doniesieniach ostatnich lat, opartych na dużych populacjach ciężarnych, nie stwierdzono różnic ryzyka zakażenia HIV dziecka przy wirerii matki poniżej 1.000 kopii/ml, porównując poród drogami natury i cięcie cesarskie. Istnieje też tendencja do rozwiązywania ciąży w takiej sytuacji drogami natury, a liczba porodów tą drogą przy niewykrywalnej wirerii w Europie sięga już 30% [4].

Dziecko z HIV – leczenie antyretrowirusowe dzieci

Noworodki urodzone przez matki żyjące z HIV w chwili porodu nie różnią się od zdrowych noworodków, nie mają żadnych objawów zakażenia, nie obserwuje się wad wrodzonych związanych z zakażeniem HIV. Nieco częściej mają niską masę urodzeniową, co wynika przede wszystkim ze stanu zdrowia matki. Dzięki zastosowaniu profilaktyki ARV, odsetek zakażeń HIV w grupie dzieci urodzonych przez matki zakażone HIV, które były objęte profilaktyką wertykalną, zmniejszył się z ponad 23% przed rokiem 1989 do poniżej 1,0% zakażeń objętych profilaktyką wertykalną. Podanie leków dziecku należy rozpocząć w ciągu 4 godzin po porodzie, nie później niż do ukończenia 48 godzin życia dziecka.

W roku 2013, w ramach programu profilaktyki zakażeń wertykalnych, leczeniem ARV zostało objętych 67 kobiet ciężarnych zakażonych HIV. Odnotowano 49 porodów kobiet zakażonych HIV (pozostałe 18 kobiet miało terminy porodu w 2014 r.). Leki antyretrowirusowe w ramach profilaktyki zakażeń wertykalnych otrzymało 49 noworodków. U kobiet, które były leczone antyretrowirusowo przed zajściem w ciążę, leczenie to jest kontynuowane [4].

Podsumowanie

- Leczenie zakażenia HIV jest skuteczne i zapobiega AIDS.
- Leczenie antyretrowirusowe znacznie poprawia jakość życia z HIV i może przedłużyć życie osoby zakażonej o kilkadziesiąt lat.
- Zakażona HIV kobieta stosująca profilaktykę antyretrowirusową może urodzić zdrowe dziecko.
- Coraz więcej osób żyje w parach HIV plus/HIV minus.
- Średnie ryzyko zakażenia w następstwie skaleczenia (zakłucia) narzędziem zanieczyszczonym zakażoną HIV krwią wynosi 0,23% [6].
- Zakażenie HCV przenosi się około 10 razy łatwiej niż HIV, natomiast zakażenie HBV można nabyć aż 100 razy łatwiej niż HIV [6].
- Ryzyko przeniesienia zakażenia HIV na dziecko przez ciężarną, która nie przyjmuje leków antyretrowirusowych, wynosi od 20% do 50%.
- Lekarz ma obowiązek zaproponować pacjentce w ciąży badanie w kierunku HIV.
- Badanie w kierunku HIV powinno być wykonane do 10. tygodnia ciąży oraz między 33. a 37. tygodniem (*Rekomendacje PTN AIDS*).
- Wykonanie testu na HIV jest dowodem odpowiedzialności za zdrowie własne, za zdrowie swojego partnera seksualnego, za zdrowie poczętego dziecka.

Bibliografia

[1] Aspekty. Dodatek do Biuletynu Krajowego Centrum ds. AIDS. Nowa kampania Krajowego Centrum ds. AIDS pt. Jeden test. Dwa życia. Zrób test na HIV. Dla siebie i swojego dziecka™. *Kontra. Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS* 2014, 4 (62): 1–4. <http://www.aids.gov.pl/kontra/569/> [31.01.2015]

[2] Postawy kobiet w ciąży i planujących ciążę wobec testowania na HIV – wyniki badania fokusowego. Krajowe Centrum ds. AIDS. http://www.aids.gov.pl/badania_spoleczne/698/ [31.01.2015].

[3] Rogowska-Szadkowska D., Gąsiorowski J. *HIV/AIDS dla ginekologów*. Warszawa: Krajowe Centrum ds. AIDS 2013: 3–13.

[4] Horban A., Podlasin R., Cholewińska G., Wiercińska-Drapała A., Knysz B., Inglot M., Szymczak A. *Zasady opieki nad osobami zakażonymi HIV. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS 2014*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS 2014: 25–34, 68–89.

[5] Najnowszy raport UNAIDS 2014. Przyspieszone działanie: zakończenie epidemii AIDS do 2030 roku – Fast-Track: ending the AIDS epidemic by 2030. *Kontra. Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS* 2014, 4 (62): 7–8. <http://www.aids.gov.pl/kontra/569/> [31.01.2015].

[6] Rogowska-Szadkowska D., Gąsiorowski J. *HIV/AIDS dla pielęgniarek i położnych*. Warszawa: Krajowe Centrum ds. AIDS 2013: 3–11.

Adres do korespondencji:

mgr Joanna Głogowska

Oddział Promocji Zdrowia i Oświaty Zdrowotnej

Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna

ul. Mickiewicza 1

45-367 Opole

tel.: 77 44 26 965

E-mail: j.glogowska@gazeta.pl

Wybrane problemy zdrowotne kobiet w okresie okołomenopauzalnym – postępowanie dietetyczne

Joanna Gruszka

Dieta Plus Poradnictwo Żywieniowe i Dietetyczne w Opolu

Okres okołomenopauzalny wiąże się z wieloma zmianami zachodzącymi w organizmie kobiety. Oprócz typowych objawów klimakterium często pojawiają się problemy zdrowotne wynikające z nadmiernego przyrostu masy ciała, a także inne charakterystyczne nie tylko dla tej grupy pacjentów, na przykład schorzenia układu pokarmowego czy choroby o podłożu autoimmunizacyjnym.

Rolą poradnictwa dietetycznego jest edukacja pacjentek w zakresie zasad racjonalnego żywienia, a także zmiana nawyków żywieniowych ułatwiających utrzymanie lub redukcję nadmiernej masy ciała, stanowi to bowiem najskuteczniejszą profilaktykę schorzeń cywilizacyjnych często występujących w tej grupie, takich jak cukrzyca, choroby układu sercowo-naczyniowego, choroba nowotworowa.

W artykule tym omówiono zasady postępowania dietetycznego w grupie pacjentek w okresie okołomenopauzalnym wraz z przykładami zastosowanego leczenia żywieniowego.

Światowa Organizacja Zdrowia definiuje menopauzę jako naturalny okres życia kobiety, w którym ustają jej zdolności reprodukcyjne. Wygasanie funkcji hormonalnej i owulacyjnej jajników następuje stopniowo, subtelne zmiany zaczynają się często nawet 10 lat przed menopauzą [1]. Najczęściej występującymi dolegliwościami związanymi z tym okresem są: rozdrażnienie, uczucie gorąca, zaburzenia snu, nagłe zmiany nastroju [2]. Istnieje także, przy nieprawidłowym stylu życia, ryzyko wzrostu masy ciała, zwykle mamy tu do czynienia z otyłością brzuszną, insulinoopornością,

dyslipidemią oraz nadciśnieniem tętniczym, zwanymi menopauzalnym zespołem metabolicznym [3].

Otyłość brzuszna uznawana jest za bardziej niebezpieczną od otyłości udowo-pośladkowej, towarzyszy jej bowiem szereg zaburzeń metabolicznych. Za najważniejsze uznaje się hiperinsulinemię i oporność na insulinę, które z kolei prowadzą do zaburzeń czynności śródbłonna i rozkurczu naczyń. Zaburzona funkcja śródbłonna prowadzi do nasilonej filtracji cząsteczek LDL do ściany naczynia oraz ekspresji molekuł adhezyjnych i produkcji prozapalnych cytokin, co prowadzi do rozrostu blaszek miażdżycowych. W otyłości brzusznej jest również charakterystyczne wyższe stężenie białka CRP, będącego markerem stanu zapalnego [4, 5].

Nadmiar masy ciała prowadzi do wielu powikłań zdrowotnych. WHO szacuje, że otyłość jest przyczyną ponad trzykrotnie zwiększonego ryzyka: cukrzycy typu 2, kamicy pęcherzyka żółciowego, zaburzeń lipidowych, insulinooporności, zaburzeń oddychania, bezdechu sennego. Ponad dwukrotnie zwiększone jest ryzyko: choroby wieńcowej, nadciśnienia, zwyrodnienia stawów oraz hiperurykemii. Nieznacznie zwiększone ryzyko chorób takich, jak: nowotwory (rak sutka u kobiet pomenopauzalnych), zaburzenia wydzielania hormonów płciowych, zespół policystycznych jajników, upośledzona płodność, ból dolnej części pleców, ryzyko anestezyjologiczne, uszkodzenie płodu [6]. Często występują w tej grupie schorzenia przewodu pokarmowego, pojawiają się także choroby o podłożu autoimmunizacyjnym, alergie i nietolerancje pokarmowe czy też choroba nowotworowa.

Utrzymanie prawidłowej masy ciała dzięki zastosowaniu diety i aktywności fizycznej pozwala na utrzymanie optymalnego zdrowia. Wiele doniesień wskazuje, że aktywność fizyczna w okresie menopauzalnym ma korzystny wpływ na obniżenie masy ciała, optymalizację składu ciała oraz normalizację parametrów metabolicznych [7, 8, 9, 10] a dieta bogata w fitoestrogeny pozwala na łagodzenie objawów menopauzy [11, 12].

Kobiety w okresie okołomenopauzalnym stanowią znaczący odsetek pacjentów zgłaszających się do gabinetu dietetycznego. W badaniach własnych przeprowadzonych w latach 2011–2012 kobiety w różnym wieku stanowiły 81% wszystkich pacjentów zgłaszających się do gabinetu dietetycznego, 73% z nich miało nadwagę i otyłość, średnia wartość wskaźnika BMI wynosiła 30,1 kg/m². Kobiety w okresie okołomenopauzalnym stanowiły 35,3% wszystkich kobiet, 90% z nich miało nadwagę lub otyłość prowadzące do zaburzeń metabolicznych.

Tabela 1: Pacjenci zgłaszający się do gabinetu dietetycznego

Grupa badana	n	%	Średnia [kg/m ²]
Ogółem	147	100	30,9
Kobiety ogółem	119	81	30,1
W tym kobiety w wieku 45–65 lat	42	35,3	32,05
Mężczyźni	28	19	33,9

Źródło: opracowanie własne

Głównymi błędami w sposobie żywienia pacjentów były: nieregularne spożywanie posiłków, częste podjadanie pomiędzy nimi, częste spożywanie słodczy, używanie przypraw typu „Vegeta”, „Kucharek”, preferowanie smażenia jako obróbki termicznej mięs i ryb, niskie spożycie warzyw, owoców, roślin strączkowych, grubych kasz i nieprzetworzonych płatków oraz pieczywa razowego i pełnoziarnistego. U większości ankietowanych stwierdzono brak aktywności fizycznej [13].

Optymalnymi dietami w okresie menopauzy są: dieta normokaloryczna (dla osób z prawidłową masą ciała) lub ubogoenergetyczna skomponowane zgodnie z zaleceniami racjonalnego żywienia oraz biorące pod uwagę schorzenia współistniejące. Deficyt energetyczny diety ubogoenergetycznej ustala się w zależności od stopnia nadwagi i otyłości. Zwykle stosuje się deficyt rzędu od 500 do 1000 kcal. Dla osób z wartością BMI w zakresie od 27 do 35 kg/m² zaleca się deficyt 500 kcal dziennie, przy BMI > 35 kg/m² – 1000 kcal [14].

Dieta ubogoenergetyczna [7, 15, 16] ma na celu przede wszystkim redukcję masy ciała, ale także zapewnienie prawidłowego funkcjonowania organizmu, utrzymanie dobrego samopoczucia pacjenta oraz ograniczenie uczucia głodu.

Wartość energetyczną diety oblicza się indywidualnie dla każdego pacjenta, biorąc pod uwagę podstawową przemianę materii (PPM), aktywność pacjenta, stopień nadwagi lub otyłości oraz współistniejące schorzenia wpływające na metabolizm, takie jak: niedoczynność tarczycy, insulinooporność, zaburzenia pracy przysadki mózgowej, niektóre zespoły genetyczne, w których zapotrzebowanie energetyczne jest zmniejszone.

Białko powinno stanowić 20–25% wartości energetycznej diety. Jest to dieta normobiałkowa, zaleca się 1g białka na kg należnej masy ciała, a więc około 70–80 g białka na dobę. Zalecanym źródłem białka są chude produkty: mięso, drób, ryby, nabiał, mleko. Z diety wyklucza się tłuste produkty białkowe, takie jak: podroby, wieprzowina, baranina, kaczka, gęś, tłuste kiełbasy z uwagi na wysoką wartość energetyczną oraz zawartość nasyconych

kwasów tłuszczowych (NKT) i cholesterolu. Ograniczeniu podlegają mięsa czerwone z uwagi na wysoką zawartość metioniny, która w organizmie może być przekształcana, w nadmiernych ilościach, do homocysteiny.

Homocysteina jest aminokwasem siarkowym, niezbędnym do prawidłowego funkcjonowania komórek organizmu, może być metabolizowana do metioniny lub cysteiny. Niebezpieczny jest jej nadmiar w organizmie, wykazano bowiem związek pomiędzy hiperhomocysteinemią a chorobami serca, niewydolnością nerek, wadami cewy nerwowej, poronieniami, chorobą Alzheimera [17, 18]. Mechanizm przemian homocysteiny do metioniny i cysteiny jest mechanizmem regulacyjnym, zabezpieczającym organizm przed wysokim poziomem tego aminokwasu. Biorą w nim udział enzymy zależne od witaminy B₁₂ i kwasu foliowego (przemiany do metioniny) oraz witaminy B₆ (przemiany do cysteiny) [19].

Tłuszcze powinny stanowić 25% energii z diety. Ograniczeniu podlegają tłuszcze pochodzenia zwierzęcego ze względu na wysoką zawartość NKT oraz cholesterolu. Zalecane są tłuszcze pochodzenia roślinnego z pierwszego tłoczenia, będące źródłem niezbędnych nienasyconych kwasów tłuszczowych (NNKT). Tłuszcz w diecie powinien być dodawany na surowo.

Węglowodany stanowią uzupełnienie wartości energetycznej diety. Zaleca się, aby ze względu na ochronę białek ustrojowych, ich zawartość w diecie dziennej była nie mniejsza niż 100 g. Zalecane są węglowodany złożone będące źródłem błonnika: kasze grube, warzywa, rośliny strączkowe i owoce. Mają one niższą wartość energetyczną, są źródłem witamin, soli mineralnych, przeciwutleniaczy oraz zawierają korzystnie działający na organizm człowieka błonnik. Błonnik zwiększa uczucie sytości, zmniejsza wartość energetyczną diety, zmniejsza przyswajanie tłuszczu z diety, obniża poziom cholesterolu oraz stężenie glukozy we krwi. Ograniczeniu podlegają natomiast produkty będące źródłem węglowodanów łatwo przyswajalnych, czyli: cukier, miód, słodycze, ciasta, dżemy, desery, ale także soki owocowe i produkty przygotowywane na bazie białej mąki.

W diecie wykorzystuje się produkty o niskim indeksie glikemicznym, a więc produkty w niewielkim stopniu podnoszące poziom glukozy we krwi po ich spożyciu, co zapobiega wahaniom poziomu glukozy, wyrzutom insuliny i wpływa korzystnie na proces odchudzania poprzez zmniejszenie odkładania tkanki tłuszczowej oraz odczuwania głodu. Gwałtowne skoki poziomu glukozy, występujące po spożyciu produktów o wysokim indeksie glikemicznym (IG), powodują wyrzut insuliny, co z kolei blokuje lipolizę a nasila lipogenezę poprzez uaktywnienie lipazy lipoproteinowej, odpowiedzialnej za hydrolizę triacylogliceroli i transport kwasów tłuszczowych do adypocytów.

Zaleca się spożycie 750 g warzyw i owoców dziennie, warzywa należy spożywać na surowo i po obróbce termicznej bez zagęszczania, np.: w formie zup czystych lub warzyw niezagęszczanych. W diecie powinno się ograniczyć sól do 5 g na dobę. Zalecaną ilością płynów jest około 1,5 l dziennie. Należy spożywać 4–5 posiłków na dobę. Posiłki powinny być przygotowywane z zastosowaniem: gotowania w niewielkiej ilości wody, na parze, w szybkowarach, w innych naczyniach przystosowanych do gotowania bez wody, w kuchenkach mikrofalowych, w kombiwarze, duszenia bez dodatku tłuszczu, pieczenia w folii, pergaminie, na ruszcie, rożnie, w garnkach kamionkowych lub naczyniach żaroodpornych.

Poniżej przedstawiono przykłady leczenia żywieniowego w okresie menopauzalnym.

Pacjentka 1, lat 59

Hipercholesterolemia, tachykardia, niedoczynność tarczycy, 1 nerka, nadciśnienie tętnicze, nieprawidłowa glikemia na czczo.

Otyłość II stopnia, BMI 36,2 kg/m², otyłość brzuszna.

U pacjentki zastosowano dietę ubogoenergetyczną z elementami diety o kontrolowanej zawartości kwasów tłuszczowych. Z diety pacjentki wykluczono ponadto słodzenie napojów, ograniczono słodyczne do jednej porcji w tygodniu, a także zrezygnowano z kiełbas oraz smażenia potraw. Z uwagi na przesączanie kłębuszkowe na poziomie 50 ml/min/1,73 m² zawartość białka w diecie nie przekraczała normy, ograniczono również sól. Wprowadzona została aktywność fizyczna.

Tabela 2: Pacjentka 1

	Przed dietą	Po 6 miesiącach stosowania diety
Masa ciała [kg]	92	72,2
BMI [kg/m ²]	36,2	28,4
WHR	0,9	norma
Cholesterol [mg/dl]	> normy – 196 (statyny 20 mg)	norma – 139 (statyny 10 mg)
Glukoza [mg/dl]	106	norma
Ciśnienie tętnicze [mmHg]	130/178 (leki)	norma (bez leków)
Kreatynina [mg/dl]	1,1	norma

Źródło: opracowanie własne

UWAGI: Pacjentka ma dobre samopoczucie, jest zadowolona z faktu, że dzięki utracie masy ciała (z otyłości II stopnia do nadwagi) lekarz POZ obniżył dawki statyn o połowę i zupełnie wycofał leki na nadciśnienie, pacjentka zaczęła regularnie ćwiczyć, nabrała pewności siebie i zaczęła się modnie ubierać. Z parametrów biochemicznych, dzięki zastosowaniu diety, obniżono poziom glukozy z 106 mg/dl do 90 mg/dl. Wg Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (2014) prawidłowa glikemia na czczo powinna wynosić od 70–99 mg/dl (3,9–5,5 mmol/l) [20]. Obniżono także wartości ciśnienia tętniczego z 130/178 mmHg (na lekach hipotensyjnych) do poziomu normy 120/80 mmHg (bez leków). Jako ciśnienie prawidłowe optymalne uznaje się wartości 120/80 mmHg, jako prawidłowe 120–129/80–84 mmHg, jako prawidłowe wysokie 130–139 i/lub /85–89 mmHg. Wartości wyższe uznawane są za nadciśnienie tętnicze [21].

Pacjentka 2, lat 52

Refluks żołądkowo-przełykowy, hipertransaminazemia, stłuszczenie wątroby, nieprawidłowa glikemia na czczo.

Otyłość II stopnia, BMI 36,9 kg/m², otyłość brzuszna.

U pacjentki zastosowano dietę ubogoenergetyczną z elementami diety łątwestrawnej. Pacjentka zrezygnowała ze znacznych ilości słodczy spożywanych codziennie oraz cotygodniowego spożycia alkoholu.

Tabela 3: Pacjentka 2

	Przed dietą	Po 4 miesiącach stosowania diety
Masa ciała [kg]	88	84,5
BMI [kg/m ²]	36,9	35,4
WHR	0,9	0,9
Glukoza [mg/dl]	121	norma
ALAT [U/l]	50	norma
AspAT [U/l]	46	norma

Źródło: opracowanie własne

UWAGI: Po zastosowanym leczeniu dietetycznym codzienne dolegliwości związane z refluksiem żołądkowo-przełykowym znacznie złagodniały. Poziomy glukozy oraz aminotransferaz obniżyły się do normy. U kobiet

w okresie okołomenopauzalnym na zwiększone ryzyko cukrzycy typu 2 oraz upośledzonej tolerancji glukozy składają się starzenie się organizmu oraz hipiestrogenizm. Najpowszechniejszym schorzeniem przewlekłym jest właśnie cukrzyca [22].

Pacjentka 3, lat 47

Refluks żołądkowo-przelykowy, wzdęcia, uczucie gnienienia w żołądku, świąd skóry, depresja, bóle kolan, hipertransaminazemia, hipercholesterolemia, hiperurykemia.

Otyłość I stopnia, BMI 32,5 kg/m².

U pacjentki zastosowano dietę ubogoenergetyczną. Wykluczono z diety alkohol spożywany codziennie.

Tabela 4: Pacjentka 3

	Przed dietą	Po 5 miesiącach stosowania diety
Masa ciała [kg]	95	88,35
BMI [kg/m ²]	32,5	30,2
WHR	norma	norma
Cholesterol [mg/dl]	261	norma
Glukoza [mg/dl]	106	norma
Kwas moczowy [mg/dl]	6,6	norma
ALAT [U/l]	83	45
AspAT [U/l]	45	norma
Refluks żołądkowo-przelykowy	non stop	brak
Bóle kolan	non stop	brak
Wzdęcia	non stop	brak
Uczucie gnienienia w żołądku	non stop	brak
Świąd skóry	non stop	brak

Źródło: opracowanie własne

UWAGI: Dzięki zastosowanemu postępowaniu dietetycznemu uzyskano wyrównanie zaburzeń metabolicznych, poziom cholesterolu, glukozy, kwasu moczowego, AspAT wróciły do normy, poziom ALAT znacznie obniżył się.

Wartościami pożądanymi stężenia cholesterolu całkowitego we krwi wg Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego są wartości poniżej 200 mg/dl (< 5,2 mmol/l) [23]. Dolegliwości takie jak bóle kolan, prawdopodob-

nie związane z wysokim poziomem kwasu moczowego, oraz świąd skóry, prawdopodobnie związany z wysokim poziomem aminotransferaz, minęły, oprócz tego zniknęły dolegliwości żołądkowe i jelitowe. Pacjentka wypijała codziennie lampkę wina – zrezygnowała z tego zwyczaju. Na jej przykładzie widać, jak spożycie alkoholu nawet w niewielkich ilościach, zgodnych z normą, może przyczynić się do nasilenia zaburzeń metabolicznych (podniesiony poziom glukozy i kwasu moczowego), uszkodzenia wątroby (wysoki poziom aminotransferaz) oraz wynikających z tego innych dolegliwości, łącznie z nadmiernym przyborem masy ciała.

Pacjentka 4, lat 55

Refluks żołądkowo-przełykowy, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, hipertransaminazemia, stłuszczenie wątroby.

Otyłość I stopnia, BMI 33,8 kg/m².

U pacjentki zastosowano dietę ubogoenergetyczną z elementami diety łatwostrawnej.

Tabela 5: Pacjentka 4

	Przed dietą	Po 10 miesiącach stosowania diety
Masa ciała [kg]	85,4	76,9
BMI [kg/m ²]	33,8	30,3
WHR	norma	norma
Stany zapalne żołądka, bóle żołądka	non stop	brak
Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	non stop	remisja, wycofano leki
Zaparcia	non stop	brak

Źródło: opracowanie własne

UWAGI: Dzięki zastosowanemu postępowaniu dietetycznemu uzyskano poprawę pracy przewodu pokarmowego, zupełnie zniknęły, wcześniej bardzo nasilone, dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego w postaci bólów żołądka, refluksu żołądkowo-przełykowego oraz zaparć. Uzyskano także remisję wrzodziejącego zapalenia jelita grubego – gastrolog wycofał mesalazynę.

Pacjentka 5, lat 50

Ciężka wieloletnia depresja leczona farmakologicznie wieloma lekami i psychoterapią od 24 lat. Od dziecka: nerwica, anemia, częste infekcje, niedowaga, częste bóle brzucha, silne wzdęcia. Dodatkowo obecnie: choroba

Gravesa-Basedowa, bezsenność, podniesione enzymy wątrobowe, osteoporoza, trudności w koncentracji, silne skurcze mięśni. W dzieciństwie drętwienie połowy twarzy, tężyczka.

Niedowaga, BMI 18,0 kg/m².

U pacjentki zastosowano dietę bezglutenową, ze zwiększoną wartością energetyczną, łatwostrawną.

Tabela 6: Pacjentka 5

	Przed dietą	Po 5 miesiącach stosowania diety
Masa ciała [kg]	48	52
BMI [kg/m ²]	18	19,5
WHR	norma	norma
Bóle brzucha	non stop	brak
Wzdęcia	non stop	brak
Bezsennność	non stop	brak
Silne skurcze mięśni	non stop	brak
Depresja	non stop	zmniejszone objawy

Źródło: opracowanie własne

UWAGI: Wiele objawów pacjentki wskazywało na możliwe problemy z glutenem. Wykonano badania w kierunku celiakii i nadwrażliwości na gluten. Otrzymane wyniki wskazywały na nadwrażliwość na gluten. W wyniku zastosowanego leczenia dietetycznego uzyskano poprawę, po miesiącu zniknęły bóle brzucha i wzdęcia, po 3 miesiącach skurcze mięśni, bezsenność, zaczęły też zmniejszać się objawy depresji i poprawiać odporność oraz koncentracja.

Pacjentka 6, lat 49

Hipercholesterolemia, hiperglikemia, zapalenie błony śluzowej żołądka, biegunki, silne wzdęcia, drętwienie dłoni i stóp, niski poziom żelaza, częste infekcje górnych dróg oddechowych, bóle mięśni i stawów, trudności w wyśławianiu się oraz z pamięcią i koncentracją.

Nadwaga, BMI 28,7 kg/m².

U pacjentki zastosowano dietę ubogoenergetyczną, bezglutenową.

Tabela 7: Pacjentka 6

	Przed dietą	Po 5 miesiącach stosowania diety
Masa ciała [kg]	71	66,2
BMI [kg/m ²]	28,7	26,7
WHR	norma	norma
Cholesterol [mg/dl]	233	203
Żelazo	dolna granica normy i poniżej	norma
Magnez	zawsze poniżej normy	norma
Biegunki	2–3 x dziennie	brak
Silne, bolesne wzdęcia	non stop	brak
Drętwienie rąk i nóg	non stop	brak
Częste infekcje dróg oddechowych	co 2 miesiące	brak
Bóle stawów i mięśni	non stop	brak
Stany zapalne żołądka	non stop	brak
Trudność w koncentracji, wysławianiu się, jąkanie	non stop	brak

Źródło: opracowanie własne

UWAGI: U pacjentki wykonano badania w kierunku celiakii i nadwrażliwości na gluten, wszystkie wyszły ujemne, na diecie bezglutenowej zniknęły jednak wszystkie dolegliwości zgłaszane przez pacjentkę zarówno te ze strony przewodu pokarmowego, jak również centralnego układu nerwowego. Po spożyciu 1 porcji glutenu wracają bóle stawów, mięśni oraz trudności w koncentracji i wysławianiu się, a także pojawia się jąkanie trwające do 3 tygodni od spożycia 1 porcji glutenu. Pacjentka również obniżyła masę ciała do poziomu ją satysfakcjonującego.

Niestety, obecnie nie ma narzędzi diagnostycznych pozwalających na podstawie badań krwi na potwierdzenie lub diagnozę celiakii lub nadwrażliwości na gluten. Większość pacjentów z celiakią ma obecny haplotyp DQ2 lub DQ8, ale tylko 50% pacjentów z nadwrażliwością na gluten ma dodatnie testy w kierunku HLA-DQ2/DQ8, podobnie z oznaczaniem przeciwciał, tylko 50% pacjentów z nadwrażliwością na gluten ma obecne przeciwciała prze-

ciwgliadynowe [24], które aktualnie nie są obecne w algorytmie diagnostyki celiakii. Pacjenci z nadwrażliwością na gluten nie tolerują glutenu i mogą rozwinąć objawy podobne do celiakii, ale ogólny obraz kliniczny jest generalnie łagodniejszy i nie towarzyszą mu przeciwciała przeciwko transglutaminazie tkankowej ani współistniejące schorzenia autoimmunologiczne [25]. Neurologiczne objawy nadwrażliwości na gluten często rozwijają się właśnie w okresie menopauzalnym, w badaniach Hadjivassiliou [26] średni wiek diagnozy neuropatii glutenowej wynosił 55 lat, przy średnim czasie trwania objawów 9 lat, natomiast w przypadku glutenowej ataksji wynosił on 48 lat [27].

Problemy zdrowotne kobiet w okresie okołomenopauzalnym są różnorodne i odzwierciedlają stan zdrowia społeczeństwa. Przeważającym problemem jest jednak nadmierny przyrost masy ciała. Utrzymanie prawidłowej lub jak najbardziej zbliżonej do prawidłowej masy ciała jest zatem najlepszą profilaktyką zdrowotną w tym okresie życia kobiety. Indywidualnie dobrane postępowanie dietetyczne, uwzględniające choroby współistniejące, powinno łagodzić lub niwelować dolegliwości, zmniejszać stany zapalne i regulować parametry metaboliczne.

Wykaz tabel

Tabela 1: Pacjenci zgłaszający się do gabinetu dietetycznego

Tabela 2: Pacjentka 1

Tabela 3: Pacjentka 2

Tabela 4: Pacjentka 3

Tabela 5: Pacjentka 4

Tabela 6: Pacjentka 5

Bibliografia

[1] te Velde E. R., Dorland M., Broekmans F. J. Age at menopause as a marker of reproductive ageing. *Maturitas* 1998, 30: 119–25.

[2] Stachoń A. J. Ocena odczuwania wybranych objawów w zależności od fazy klimakterium i charakteru menopauzy. *Przegląd Menopauzalny* 2013, 4: 315–320.

[3] Bąk-Sosnowska M., Skrzypulec-Plinta V. Przyczyny nadmiernej masy ciała u kobiet w okresie menopauzalnym. *Przegląd Menopauzalny* 2012, 1: 31–35.

[4] Kłosiewicz-Latoszek L. Zaburzenia w otyłości. *Dietetyka* 2008, 2: 8–10.

[5] Szczepański M., Wnuczko K. Ocena wpływu insulinopodobnego czynnika wzrostu-1 na ekspresję cząsteczek adhezyjnych PECAM-1 i ICAM-1 na powierzchni komórek śródbłonna żyły pępowinowej. *Polski Merkuriusz Lekarski* 2008, 24 (141): 202–205.

[6] International Association for the Study of Obesity: *Specialist certificate of obesity professional education*. Wydawnictwo Arch London. UK 2009.

[7] Akazawa N., Choia Y., Miyakia A. i wsp. Aerobic exercise training increases cerebral blood flow in postmenopausal women. *Artery Research* 2012, 6: 124–129.

[8] Sénéchal M., Bouchard D. R., Dionne I. J. i wsp. The effects of lifestyle interventions in dynapenic-obese postmenopausal women. *Menopause* 2012, 19: 1015–1021.

[9] Lima A. H., Couto H. E., Cardoso G. A. i wsp. Aerobic training does not alter blood pressure in menopausal women with metabolic syndrome. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 2012, 99: 979–987.

[10] Nuri R., Kordi M. R., Moghaddasi M. i wsp. Effect of combination exercise training on metabolic syndrome parameters in postmenopausal women with breast cancer. *Journal of Cancer Research and Therapeutics* 2012, 8: 238–242.

[11] Gryszczyńska A., Gryszczyńska B., Opala B. i wsp. Zastosowanie roślin leczniczych w menopauzie. Cz. I. *Postępy Fitoterapii* 2012, 2: 79–92.

[12] Prescha A., Biernat J. Wpływ fitoestrogenów pokarmowych na organizm człowieka. Cz. II. Przeciwdziałanie skutkom menopauzy oraz działanie przeciwnowotworowe. *Bromatologia i Chemia Toksykologiczna* 2008, 41 (4): 941–948.

[13] Gruszka J., Malczyk E. Sposób żywienia pacjentów zgłaszających się do gabinetu dietetycznego. *Bromatologia i Chemia Toksykologiczna* 2012, 45 (3): 619–627.

[14] Ostrowska L. Leczenie dietetyczne otyłości – wskazówki dla lekarzy praktyków. *Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2010, 1 (1): 22–30.

[15] Włodarek D., Lange E. *Patofizjologia i dietoterapia otyłości*. W: Bujko J. red. *Podstawy dietetyki*. Warszawa: Wydawnictwo SGGW 2006.

[16] Ciborowska H. *Dieta ubogoenergetyczna*. W: Ciborowska H., Rudnicka A. red. *Dietetyka. Żywienie zdrowego i chorego człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2007: Wydanie 3 poprawione: 280–289.

[17] Medard L. Hiperhomocysteinemia czynnikiem ryzyka w patologii ciąży, schorzeniach układu krążenia i chorobie Alzheimerera. *Medycyna Rodzinna* 1999, 3: 24–28.

[18] Bednarek-Tupikowska G., Tupikowski K. Homocysteina – niedoceniany czynnik ryzyka miażdżycy. Czy hormony płciowe wpływają na stężenie homocysteiny? *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej* 2004, 58: 381–389.

[19] Gąsiorowska D., Korzeniowska K., Jabłecka A. Homocysteina. *Farmacja Współczesna* 2008, 1: 169–175.

[20] Polskie Towarzystwo Diabetologiczne: Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2014. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. *Diabetologia Praktyczna* 2014, 3, supl. A, A3.

[21] Gajewska D. *Niefarmakologiczne metody leczenia nadciśnienia tętniczego*. W: Bujko J. red. *Podstawy dietetyki*. Warszawa: Wydawnictwo SGGW 2006: 202–218.

[22] Stachowiak G., Stetkiewicz T., Pertyński T. Cukrzyca u kobiet menopauzalnych. *Przegląd Menopauzalny* 2011, 3: 173–180.

[23] Lange E. *Dietoprofilaktyka i dietoterapia powikłań miażdżycy*. W: Bujko J. red. *Podstawy dietetyki*. Warszawa: Wydawnictwo SGGW 2006: 151–178.

[24] Jackson J. R., Eaton W. W., Casella N. G. Neurologic and Psychiatric Manifestations of Celiac Disease and Gluten Sensitivity. *Psychiatric Quarterly* 2012, 83 (1): 91–102.

[25] Sapone A., Lammers K. M., Casolaro V. i wsp. Divergence of gut permeability and mucosal immune gene expression in two gluten-associated conditions: celiac disease and gluten sensitivity. *BMC Medicine* 2011, 9: 9–23.

[26] Hadjivassiliou M., Grunewald R. A., Kandler R. H. i wsp. Neuropathy associated with gluten sensitivity. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 2006, 77: 1262–1266.

[27] Hadjivassiliou M., Grunewald R. A., Sharrack B. i wsp. Gluten ataxia in perspective: epidemiology, genetic susceptibility and clinical characteristics. *Brain* 2003, 126: 685–691.

Adres do korespondencji:

mgr Joanna Gruszka

Dieta Plus Poradnictwo Żywnościowe i Dietetyczne

ul. Reymonta 49/5

45–072 Opole

tel. kom. 662 142 647

e-mail: dietaplus@interia.pl

Przeszczep macicy – obecny stan wiedzy

Jerzy Jabłecki^{1,2}, Ahmed Elsaftawy²

¹Institut Położnictwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu

² Pododdział Replantacji Kończyn Szpitala św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy

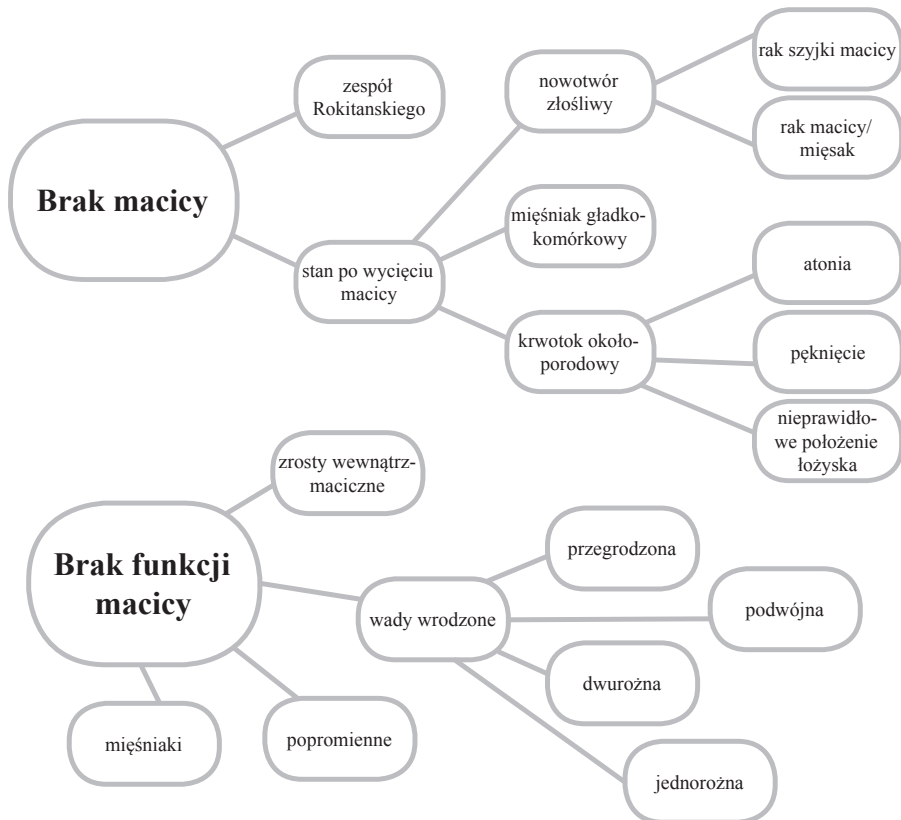
Wstęp

Brak lub niewydolność narządu macicy uniemożliwiająca zagnieżdżenie jaja płodowego stanowi istotę zespołu całkowitej niepłodności macicznej (*absolute uterine factor infertility* – AEFI). Stan ten może być wynikiem rozmaitego typu patologii (rys. 1). Niepłodność – zarówno żeńska, jak i męska – uznana jest za jednostkę chorobową i jako taka określona jest kodem ICD10 zgodnie z Międzynarodową Statystyką Chorób i Problemów Zdrowotnych (odpowiednio N97, N46) [1]. Ze względów oczywistych wymaga ona leczenia. W omawianym przypadku przeszczep macicy (*uterus transplant* – UTx) pobranej od żywej bądź zmarłej dawczyni stanowi nowe, ale też jedyne możliwe, rozwiązanie terapeutyczne.

Badania laboratoryjne. Prace eksperymentalne dotyczące UTx prowadzone są już od ponad 100 lat. Pionierem w tym zakresie był austriacki ginekolog Emil Knauer, który pod koniec XIX w. przeprowadził pomyślnie autotransplantację jajników u królika, a w dalszym etapie dokonał próby autoprzeszczepienia całego narządu rodnego u tego zwierzęcia [2]. Pierwszy w pełni udany laboratoryjny tego typu przeszczep przeprowadzili w 1964 r. Eraslan, Hamering i Hardy – uczeni z Uniwersytetu Stanu Missisipi (USA), posiadający już liczne osiągnięcia na polu transplantologii. Sukces przeszczepu uwieńczony został porodem zdrowych szczeniąt [3, 4].

Jednak dopiero w 2010 r. dokonano pierwszego alogenicznego UTx. Przeprowadzili go u szczurzyca Diaz-Garcia i wsp. z uniwersytetu w Göteborgu (Szwecja) [5]. Prawidłową funkcję przeszczepionego narządu potwierdziła ciąża i poród szczurzego potomstwa. Ośrodek ten szczyci się

największym doświadczeniem w zakresie zarówno klinicznych, jak i laboratoryjnych badań nad UTx [6, 7, 8, 9].



Rysunek 1. Przyczyny całkowitej niepłodności macicznej (AUFI)

- **Badania kliniczne.**

Badania kliniczne nad przeszczepieniem macicy weszły w nową fazę wraz z opracowaniem techniki zapłodnienia pozaustrojowego (IVF, 1978 r.). Pierwszy UTx w klinice przeprowadził w 2000 r. W. Fagee w Riadzie (Arabia Saudyjska). Żywą dawczynią była 46-letnia kobieta, a biorczynią 26-letnia kobieta, której amputowano narząd z powodu krwotoku poporodowego. Przeszczepiona macica została usunięta po 99 dniach z powodu, jak podali autorzy, zakrzepicy. W piśmiennictwie medycznym brak jest szczegółowych informacji na powyższy temat [10]. Natomiast pierwszy UTx pobrany od zmarłej dawczyni przeprowadził w 2011 r. zespół pod kierunkiem Omer Ozkan (Akendiz Üniversitesi, Antalia, Turcja). Przeszczepiony narząd podjął swą funkcję, skutkując ciążą w 18 miesięcy po operacji; po 8 tygodniach doszło jednak do obumarcia płodu [11].

Pierwszy UTx o typie matka-do-córki przeprowadził w 2012 r. zespół pod kierunkiem Mats Brannstrom (Sahlgrenska Hosp., Goeteborg Universtet, Szwecja) [12]. Materiał kliniczny tego zespołu obejmuje 9 pacjentek (9 UTx). W 5 przypadkach dawczynią była matka, a w 4 kolejnych ciotka, teściowa, starsza siostra, przyjaciółka [13]. W październiku 2014 r. jedna z pacjentek w wieku 36 lat urodziła, poprzez cięcie cesarskie, zdrowego chłopca. Otrzymała ona przeszczep w 2013 r. od żyjącej, 61-letniej dawczynie [14].

Podobne jak w przypadku innych unaczynionych przeszczepów wielotkankowych (*vascular composite allografts* – VCA), UTx implikuje szereg problemów etycznych. Ustalone w 2012 r. „Kryteria montrealские wskazań etycznych wykonalności przeszczepu macicy” spotkały się z powszechną akceptacją. Ustalają one ogólne zasady dotyczące biorcy, dawcy przeszczepu i zespołu transplantacyjnego [15]:

1. Biorczynie posiada genotyp żeński, posiada macicę niepoddającą się innego rodzaju terapii bezpłodności żeńskiej lub jest macicy pozbawiona (niezależnie od przyczyny). Jest ogólnie zdrowa, pragnie urodzić dziecko, jest fizycznie i psychicznie zdolna do macierzyństwa. Jest świadoma istoty procedury i związanego z nią ryzyka.
 2. Żywą dawczynią jest kobieta w wieku reprodukcyjnym, świadoma ryzyka operacyjnego (zdolna do wyrażenia „świadomej zgody”).
 3. Zespół transplantacyjny jest obowiązany zapewnić „ochronę danych osobowych” biorcy i dawcy, jak również stałą dostępność opieki medycznej.
- Technika operacji UTx.

Podobnie jak w przypadku przeszczepienia innych narządów istnieją możliwości pobrania macicy od dawcy zmarłego lub żywego. Pierwsza z wymienionych procedur jest technicznie mniej skomplikowana, gdyż pobranie może być dokonane w sposób bardziej radykalny, tj. stwarzający większy uraz dla dawcy, co naturalnie w tym przypadku nie ma znaczenia. Chodzi tu przede wszystkim o wyeliminowanie uciążliwego preparowania naczyń macicznych, które pobiera się „en block” wraz z fragmentem, wielkorozmiarowych tętnic i żył biodrowych wewnętrznych. Te ostatnie wymienione wszczepia się następnie do naczyń biodrowych zewnętrznych; kaliber zespalanych naczyń jest więc duży, tym samym zespolenie prostsze technicznie [11]. Logistycznie operacja ta jest jednak znacznie trudniejsza. Dobranie odpowiadającej parametrami budowy fizycznej oraz statusem immunologicznym dawczynie (znajdującej się często w odległym od ośrodka przygotowanego do przeprowadzenia przeszczepienia OIOM-ie) dokonywane jest w sposób

nagły ze wszystkimi tego konsekwencjami. Po pobraniu narządu wykonuje się jego perfuzję, tj. przepłukanie naczyń tętniczych zimnym roztworem konserwującym (płyn Wisconsin lub inny tego rodzaju). Czas dopuszczalnego zimnego niedokrwienia określono na 24 godz. (dla porównania czas ten dla serca wynosi 6 godz., wątroby 12 godz., kończyny górnej – przedramienia 9–12 godz.) [8, 16, 17]. Naturalnie wcześniejsze przywrócenie krążenia w przeszczepianym narządzie jest dla powodzenia całego przedsięwzięcia korzystniejsze. Jedyńm ośrodkiem posiadającym doświadczenie w UTx pobranym ze zwłok jest Akendiz Üniversitesi (prof. Omar Ozkan) [11]. Pobranie narządu od żywego (niekoniecznie spokrewnionego dawcy) preferuje prof. Mats Branstrom z Uniwersyteckiego Szpitala Sahlgrenska Hosp. w Goeteborgu. Przeciwwagą dla żmudnego preparowania drobnych naczyń macicznych jest możliwość dokładnego, wielostronnego przygotowania zarówno dawcy jak i biorcy. Pomijając etap naczyniowy, dalsza część operacji przeszczepienia przebiega w obu typach procedur niemal identycznie. Kolejność zespołów struktur anatomicznych przedstawia się następująco (rys. 2): fiksacja narządu: więzadła maciczne, duplikacja zachyłka otrzewnowego pęcherza moczowego; zespolenia naczyń (koniec do boku): tętnice maciczne (obustronnie) – tętnice biodrowe zewnętrzne, żyły maciczne – żyły biodrowe zewnętrzne oraz żyły maciczne bliższe – żyły jajnikowe [18].

Protokół immunologiczny przyjęty dla chorych po UTx przypomina ten stosowany w przeszczepach nerek i kończyny [17]. Stosuje się indukcję (2 x 1 amp. Simulect), następnie terapię trójlekową (sterydy, MMF lub AZT, tacrolimus). Poziom w surowicy ostatniego z wymienionych utrzymuje się w okresie pooperacyjnym w granicach 10 ng/ml [18], a więc podobnie jak w przypadkach przeszczepienia kończyny górnej. Po operacji chore podawane są wnikliwej obserwacji. Badanie USG i USG Doppler pozwala ocenić stan narządu i jego ukrwienia; biopsje oceniające możliwość ewentualnego odrzucania pobierane są z szyjki macicy. Ten właśnie element czyni UTx podobnym do przeszczepów kończyn i twarzy, w których to przypadkach możliwość wykonania kontrolnych biopsji jest praktycznie nieograniczona. Wyjątkowość UTx polega natomiast na tymczasowym charakterze przeszczepu. Funkcjonuje on w organizmie biorczynie tylko do czasu wydania na świat potomstwa (poród odbywa się metodą cięcia cesarskiego), a po spełnieniu tego zadania narząd zostaje usunięty. Tym samym pacjentki nie są obciążone koniecznością wieloletniego stosowania obciążających leków IS [8].

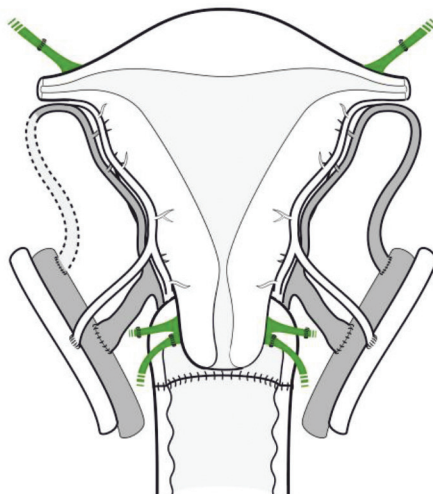
- Ciąża po UTx.

Celem całej, złożonej procedury leczniczej, w której UTx jest tylko jednym z elementów, jest urodzenie własnego dziecka. W związku z tym przed operacją pobierane są komórki jajowe przyszłej biorczyni i po zbiegu zapłodnienia pozaustrojowego powstałe embriony, w liczbie kilku, zostają zamrożone. Miesiączka u biorczyni pojawia się po ok. 2–3 miesiącach po UTx, po tym okresie pacjentka rozpoczyna przygotowanie do przeprowadzenia implantacji zarodków. Ciąża podlega bardzo wnikliwej obserwacji. Do końca 2014 r. z ogólnej światowej liczby 10 biorczyń tylko u trzech udało się potwierdzić ciążę, z czego jedna zakończyła się szczęśliwym rozwiązaniem w 31 tygodniu, jeden płód obumarł w 8 tygodniu; u dwóch kolejnych doszło do odrzucenia przeszczepu [14].

- Problemy etyczne.

UTx nie jest, podobnie jak inne przeszczepy wielotkankowe (kończyny, twarz, tchawica, powłoki brzuszne), operacją ratującą życie, a tylko częścią złożonej procedury umożliwiającej wydanie na świat własnego dziecka [8]. Wszystkie operacje transplantacji wiążą się z ryzykiem śmiertelnych powikłań (odrzucanie nadostre, infekcje, niewydolność wielonarządowa) i/lub rozstroju zdrowia, mimo poprawy w zakresie zasadniczego, podlegającego leczeniu schorzenia [17].

Pytanie, czy personel medyczny może wraz z pacjentką podjąć takie ryzyko, przybiera na sile tym bardziej, że w grę wchodzi tutaj 2 istnienia ludzkie, z których jedno – tę dopiero mającą się urodzić osobę – nikt o zdanie nie pyta. Jedna z biorczyń otrzymała macicę 61 letniej kobiety [12]. Zważywszy, że nie mamy tu do czynienia z narządem ratującym życie, przeszczep narządu 2 razy starszego od wieku biorcy budzić musi naturalne zastrzeżenia (w doniesieniach piśmiennictwa odnoszących się do przeszczepów rąk i twarzy wielokrotnie podkreślano znaczenie zbliżonego wieku



Rysunek 2. Sposób zespolenia elementów anatomicznych przeszczepianej macicy (schemat)
– opis w tekście

dawcy i biorcy przeszczepu) [16]. Co więcej, jest to niezgodne z zasadami przyjętymi w Kryterium Montrealskim [13]. Pierwsza ciąża pacjentki po UTx zakończyła się zamartwicą płodu w 8 tygodniu (Antalia, O. Ozkan) [11], a przedwczesny poród drugiej spowodowany był stanem przedzrutowym [14]. UTx przez wiele lat jeszcze pozostanie procedurą eksperymentalną [9]. Czy wolno nam eksperymentować na ludziach, zwłaszcza bez ich zgody? To pytanie na razie pozostaje bez odpowiedzi.

Bibliografia

- [1] *Międzynarodowa Statystyka Chorób i Problemów Zdrowotnych*. Rewizja 10. T. 1. Kraków: Wydawnictwo Versalius 2000: 669.
- [2] Knauer E. Einige Versuche über Ovarientransplantation bei Kaninchen [An attempt at ovary transplantation in rabbits]. *Zentralblatt für Gynäkologie* 1893, 20: 524–528.
- [3] Eraslan S., Hamernik R. J., Hardy J. D. Replantation of uterus and ovaries in dogs, with successful pregnancy. *Archives of Surgery* 1966, 92 (1): 9–12.
- [4] Erman A. M., Ozkan O., Aydinuraz B., Dirican K., Cincik M., Mendilcioglu I., Simsek M., Gunseren F., Kocak H., Ciftcioglu A., Gecici O., Ozkan O. Clinical pregnancy after uterus transplantation. *Fertility and Sterility* 2013, 100 (5): 1358–1363.
- [5] Diaz-Garcia C., Shamima N., Wallin A., Pellicer A., Brännström M. First report on fertility after allogeneic uterus transplantation. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2010, 89 (11): 1491–1494.
- [6] Brännström M., Diaz-Garcia C., Hanafy A., Olausson M., Tzakis A. Uterus transplantation: animal research and human possibilities. *Fertility and Sterility* 2009, 97 (6): 1269–1273.
- [7] Brännström M., Wranning C. A., Altchek A. Experimental uterus transplantation. *Human Reproduction Update* 2009, 16 (3): 329–345.
- [8] Johannesson L., Enskog A. Experimental uterus transplantation. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2014, 28 (8): 1198–1210.
- [9] Racho S., El-Akouri R., Kurlberg G., Brännström M. Successful uterine transplantation in the mouse: pregnancy and post-natal development of offspring. *Human Reproduction* 2003, 18 (10): 2018–2023.
- [10] Nair A., Stega J., Smith J., Richard D. Uterus transplant. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2008, 1127: 83–91.
- [11] Ozkan O., Akar M. E., Erdogan O., Ozkan O., Hadimioglu N. Uterus transplantation from a deceased donor. *Fertility and Sterility* 2013, 100 (6): 41–44.
- [12] Brännström M., Johannesson L., Bokström H., Kvarnström N., Mölne J., Dahm-Kähler P., Enskog A., Milenkovic M., Ekberg J., Diaz-Garcia C., Gäbel M., Hanafy A., Hagberg H., Olausson M., Nilsson L. Livebirth after uterus transplantation. *Lancet* 2014, 6: 1728–1731.

[13] Erman A. M., Ozekinci M., Alper O., Demir D., Cevikol C., Bilekdemir A. M., Daloglu A., Ongut G., Senol Y., Ozdem S., Uzun G., Luleci G., Suleymanlar G. Assessment of women who applied for the uterine transplant project as potential candidates for uterus transplantation. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 2015, 41 (1): 12–16. [http://qap2.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jog.12486/](http://qap2.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jog.12486/references)references [2.02.2015].

[14] Tzakis A. G. The first live birth subsequent to uterus transplantation. *Transplantation* 2015, 15 (99): 8–9.

[15] Lefkowitz A., Edwards M., Balayla J. The Montreal criteria for the ethical feasibility of uterine transplantation. *Transplant International* 2012, 25 (4): 439–447.

[16] Jabłecki J. World experience after more than a decade of clinical hand transplantation: update on the polish program. *Hand Clinics* 2011, 27 (4): 433–442.

[17] Wszola M., Maruszewski M. *Pobieranie i przeszczepianie narządów*. W: Czerwiński J., Małkowski P. red. *Pielęgniarstwo transplantacyjne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN 2014: 99–108.

[18] Johannesson L., Kvarnström N., Mölne J., Dahm-Kähler P., Enskog A., Diaz-Garcia C., Olausson M., Brännström M. Uterus transplantation trial: 1-year outcome. *Fertility and Sterility* 2015, 103 (1): 199–204.

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. n. med. Jerzy Jabłecki

Szpital św. Jadwigi Śląskiej

ul. Prusicka 53

55-100 Trzebnica

e-mail: jerzy.jablecki@interia.pl

Ciąża bez alkoholu – lepszy start

Bożena Kropka

Wydawnictwo Rodzina w Skoczowie

Spożywanie alkoholu przez kobiety w ciąży ma zdecydowanie ujemny wpływ na rozwój płodu. Omówienie tego problemu jest głównym celem pracy, w której skoncentrowano się głównie na zaburzeniach flory bakteryjnej matki i dziecka. Właśnie te zaburzenia mogą być przyczyną powstania zespołu przepuszczalnego jelita (LGS – *Leaky Gut Syndrome*) oraz zaburzeń typu FASD. Mają one również istotny wpływ na przebieg ciąży i porodu oraz na stan zdrowia rozwijającego się dziecka. Ważne jest także, aby mieć świadomość, że w przyszłości mogą prowadzić do nieodwracalnych, groźnych skutków dla zdrowia fizycznego i psychicznego dziecka.

Alkohol w każdej postaci obecnie uważany jest za główny problem w przebiegu ciąży oraz ma decydujący wpływ na prawidłowy rozwój dziecka. Pomimo tego, iż wiele mówi się na temat szkodliwości picia alkoholu w okresie ciąży, w Polsce około 33% kobiet spodziewających się dziecka pije alkohol [1]. Tymczasem ma on wpływ na zaburzenia flory bakteryjnej matki, co przekłada się na zaburzenia flory bakteryjnej dziecka [2]. Alkohol spożyty nawet w niewielkich ilościach, ale w krytycznym dla rozwoju dziecka momencie ciąży, może doprowadzić do urodzenia dziecka z pełnoobjawowym płodowym Spektrum Alkoholowych Uszkodzeń Płodu – *Fatal Alcohol Spectrum Disorder* (FASD) [3].

Zespół Rozrostu Bakteryjnego Jelita Cienkiego (SIBO)

Zespół doktora Scotta Gabbarda, składający się ze specjalistów z Dartmouth-Hitchcock Medical Center oraz Mayo Clinic, analizował przypadki 198 osób, które były badane w kierunku zaburzeń flory bakteryjnej. Osoby te przeszły wodorowy test oddechowy z laktulozą. Zespół doktora

S. Gabbarda stwierdził, że z występowaniem zespołu rozrostu bakteryjnego jelita cienkiego (ang. *small intestinal bacterial overgrowth*, SIBO) wiąże się spożycie nawet umiarkowanych ilości alkoholu [2]. Umiarkowane spożycie zdefiniowano według wytycznych USDA. W przypadku kobiet chodziło o nie więcej niż jeden drink dziennie a w przypadku mężczyzn o dwa, przy czym jeden drink to np. 0,14 l wina czy 0,35 l piwa. Według dr. Scotta jest to dowód na to, że nawet niewielkie ilości alkoholu wpływają na florę jelitową i funkcjonowanie przewodu pokarmowego. Zaburzona flora bakteryjna może być przyczyną m.in. przedwczesnych pęknięć błon płodowych, gorączki śródporodowej, zakażenia dróg moczowych, przedwczesnego porodu, poporodowego zapalenia jamy macicy [4]. Badania naukowe potwierdzają, że flora bakteryjna pochwy w większości pochodzi z jelit. Jaka flora bakteryjna występuje w jelitach, taka będzie występowała w pochwie kobiety [5]. Dziecko rodzi się z jałowym układem pokarmowym i w okresie pierwszego miesiąca środowisko to powinno być kolonizowane przez prawidłową florę bakteryjną występującą w pochwie matki. Zaburzona flora matki predysponuje do zaburzeń flory bakteryjnej występujących w organizmie dziecka. Dzieci z dysbiozą cierpią na zaburzenia funkcjonowania układu pokarmowego i układu immunologicznego [6]. Ponadto zaburzona flora bakteryjna przyczynia się do wytwarzania toksyn, które nie są obojętne dla zdrowia dziecka. Bakterie probiotyczne mają wpływ na odnawianie się enetrocytów, co ma wpływ na jakość procesów trawienia i wchłaniania [7]. Bakterie kwasu mlekowego odgrywają dużą rolę w trawieniu białek, węglowodanów, rozkładaniu tłuszczów oraz błonnika. I tak fizjologiczne bakterie *E.Coli*, które pojawiają się w jelicie zdrowego dziecka w pierwszych dniach po urodzeniu w ilości 107–109 CFU/g, wpływają na trawienie laktozy oraz wytwarzają witaminy B1, B2, B6, B12 oraz K. Produkują również substancję zwaną kolocyną, która jest naturalnym antybiotykiem. Dodatkowo fizjologiczna *E.coli* chroni organizm dziecka przed patogeniczną *E.coli*. Oprócz wspomnianych bakterii ważną rolę w funkcjonowaniu organizmu dziecka mają szczepy *Bifidobacteria*, *Lactobacillus*, *Enetrococcus faecium*, *Streptococcus faecalis* i inne. Wpływają one na syntezę różnych składników odżywczych: witaminy K, kwasu pantotenowego, kwasu foliowego oraz na witaminy B1, B2, B3, B6, B12, różne aminokwasy i inne substancje czynne. Niedobór bakterii kwasu mlekowego jest przyczyną rozrostu patogenicznej flory bakteryjnej. Najbardziej uciążliwy z tej grupy jest grzyb *Candida albicans*. Jego aktywność i zdolność do przetrwania bierze się z tego, że jest wyjątkowo oporny na działanie antybiotyków. Po każdej kuracji antybiotykowej *Candida*

albicans otrzymuje doskonale środowisko wolne od bakterii probiotycznych, które w warunkach fizjologicznych kontrolują jego rozrost. *Candida albicans* uszkadza integralność i przyczynia się do powstawania alergii pokarmowych. Alergie te dla dziecka stają się przyczyną uciążliwych objawów, co nie jest obojętne dla późniejszego funkcjonowania matki, jak i całej rodziny, która musi być podporządkowana chorobie dziecka.

Tabela 1. Charakterystyka objawów alergii [8]:

ORGAN	OBJAWY
Skóra	swędząca, czerwona wysypka, egzema, nagłe zaczerwienienie, szorstkie policzki, ciemieniucha, naderwane ucho
Oczy	swędzące, czerwone (przekrwione), opuchnięte, obrzęk powiek, podkrążone oczy, brunatne ich przebarwienie, bruzdowate zmiany na dolnych powiekach (liście Denniego), zanik zewnętrznych części brwi (objaw Hertoghe'a)
Układ oddechowy	zatkany nos, wodnisty wyciek z nosa, kichanie, gorączka sienna, ból zatok, sapanie, kaszel, astma, bolesne gardło, nawracające zapalenia płuc i oskrzeli
Twarz	opuchlizna, pozioma bruzda na nosie
Jama ustna	spuchnięte usta, mrowienie ust, spuchnięty język, owrzodzenie ust, pęknięcie kąćców ust, zmiany przerosłowe dziąseł, popękane wargi, wyraźne odciski zębów na brzegu i koniuszku języka
Układ pokarmowy	nudności, wymioty, biegunka, skurcze, kolka niemowlęca, refluks, wzdęcia, niestrawność, wczesne uczucie pełności, luźne stolce, zaparcia, przewlekłe niedożywienie, ulewianie, stolce z domieszką krwi, zaparcia
Pęcherz moczowy	pęcherz neurotyczny, częste oddawanie moczu, moczenie nocne
Układ mięśniowo-szkieletowy	bóle mięśni
Układ nerwowy	bóle głowy, migreny, epizody epileptyczne, nadmierna wrażliwość na hałas i światło, irytacja, nadmierna aktywność psychoruchowa, zmiany w zachowaniu u dzieci, depresja, zaburzenia snu, zaburzenia koncentracji
Układ krwionośny	palpitacje serca, zawroty głowy, omdlenia, niskie ciśnienie krwi, niedokrwistość z niedoboru żelaza, obniżenie poziomu płytek krwi

Alkoholowy zespół płodowy

Alkoholowy zespół płodowy (FAS, ang. *Fetal Alcohol Syndrome*) – zespół chorobowy wynikający z działania alkoholu na płód w okresie prenatalnym. Jest chorobą nieuleczalną. Można jej uniknąć, zachowując całkowitą abstynencję od alkoholu w czasie trwania ciąży. Alkoholowy zespół płodowy jest najcięższą formą wad wrodzonych, somatycznych i neurologicznych, wywołanych na skutek ekspozycji płodu na alkohol. Można wyróżnić trzy kategorie charakteryzujące pełnoobjawowy FAS [9]. Specyficzne anomalie w budowie twarzy, między innymi szeroko rozstawione oczy, brak czerwieni wargowej, wolniejszy rozwój środkowej części twarzy, mała i słabo rozwinięta zuchwa i inne. Spowolniony rozwój fizyczny przed i po urodzeniu. Objawy wynikające z uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego OUN: problemy z utrzymaniem równowagi, zaburzenia sensoryczne w odbieraniu bodźców, w tym głodu, pragnienia, bólu i inne. Innymi objawami są: trudności z poczuciem własnego ciała w przestrzeni, nieprawidłowe odczucia wzrokowe, dotykowe, słuchowe, smakowe i węchowe, zaburzenia uwagi, trudności z uczeniem się, gromadzeniem i wykorzystywaniem informacji, tworzeniem skojarzeń, przypominaniem informacji, zapominanie, zaburzenia funkcji pamięci bezpośredniej, trudności w zrozumieniu pojęć abstrakcyjnych. Pełnoobjawowy FAS stanowi zaledwie 10% wszystkich zaburzeń rozwojowych związanych z ekspozycją płodu na działanie alkoholu noszących nazwę Spektrum Alkoholowych Uszkodzeń Płodu – *Fatal Alcohol Spectrum Disorder* (FASD).

Mózg płodu jest najbardziej wrażliwy na toksyczne działanie alkoholu w pierwszym trymestrze ciąży. Do najczęściej spotykanych objawów choroby FASD u małych dzieci należą: problemy ze ssaniem i karmieniem (związane jest to z nieprawidłową budową aparatu mowy), drażliwość, nerwowość, zaburzenia snu, nadwrażliwość na dźwięk i światło, ciągły płacz i stan napięcia, krótki czas skupienia uwagi, opóźnienia rozwojowe, trudności adaptacyjne i wycofanie się [10]. W późniejszym okresie życia deficyt uwagi, problemy z pamięcią, trudności z myśleniem abstrakcyjnym, trudności z uczeniem się na błędach i opóźnienie mowy.

Dzieci z zespołem FAS oraz FASD cierpią na zaburzenia flory bakteryjnej ze szczególnym przerostem *Candida albicans*. Grzyb ten zmienia metabolizm glukozy, która jest spalana poprzez fermentację alkoholową. W tym procesie biochemicznym glukoza zmienia się w alkohol – tzw. alkohol endogeny – a następnie w aldehyd octowy [11].

Jakie są skutki wytwarzania endogennego alkoholu w organizmie dzieci z zaburzoną florą bakteryjną?

1. Uszkodzenie wątroby – może stać się przyczyną wielu zaburzeń behawioralnych. Przyczyną jest upośledzenie procesów detoksykacji organizmu oraz rozkładu neuroprzekaźników, hormonów oraz produktów ubocznych procesów metabolicznych. Główny problem to rozkład neuroprzekaźników. Nadmiar neuroprzekaźników w organizmie ma bardzo obciążający wpływ na CUN.
2. Uszkodzenie mózgu – z objawami braku samokontroli, zaburzeniami koordynacji, mowy, agresją, otępieniem, kłopotami z zapamiętywaniem.
3. Uszkodzenie nerwów obwodowych – powoduje zaburzenia m.in. odbierania zmysłów czy osłabienie mięśni.
4. Uszkodzenie śluzówki jelita cienkiego – upośledza wchłanianie składników odżywczych.
5. Aldehyd octowy (uboczny produkt rozkładu endogennego alkoholu) upośledza przemiany metaboliczne węglowodanów, tłuszczu i białek w organizmie.

Zalecenia dotyczące przywrócenia prawidłowej flory bakteryjnej matki i dziecka

Odbudowa flory bakteryjnej jest bardzo trudna, obserwując pacjentów zgłaszających się do mojego gabinetu, likwidacja *Candida albicans* trwa do 3 miesięcy. Natomiast przywrócenie prawidłowej flory bakteryjnej nawet do 3 lat. Jednakże najważniejszym czynnikiem w odbudowie flory bakteryjnej jelit jest likwidacja *Candida albicans*. Zalecenia żywieniowe dotyczące przywrócenia prawidłowej flory bakteryjnej przyszłej matki oraz jej dziecka obejmują zakaz spożywania alkoholu w ciąży oraz w trakcie karmienia piersią. Należy przywrócić prawidłową florę bakteryjną kobiety starającej się o poczęcie dziecka. W przypadku wystąpienia w kale grzyba *Candida albicans* wprowadza się zalecenia przeciwgrzybiczych oraz suplementację probiotykami. Rekomenduje się też, aby przed wdrożeniem zaleceń diety przeciwgrzybiczej wykonać ilościowe badanie kału w kierunku *Candida albicans* i co miesiąc monitorować postępy stosowanych zaleceń, obserwując, czy zmniejsza się ilość *Candida albicans* w kale. Należy unikać produktów zawierających drożdże oraz produktów poddanych fermentacji, m.in.: kawy, herbaty, octu, suszonych owoców, soków owocowych z kartonów. Takim

produktem jest również chleb pieczony na drożdżach. Z diety należy wykluczyć produkty z wysokim indeksem glikemicznym, takie jak: cukier pod każdą postacią, produktów z dodatkiem cukru, słodzików, glukozy, laktozy, maltozy. Do słodzenia można używać miodu (najlepiej spadziowego), odrobiny cukru buraczanego czy melasy. Ziemniaki powinno się podawać gotowane w mundurach – mają wówczas niższy indeks glikemiczny. Z napojów najzdrowsze są wody niskozmineralizowane w opakowaniach szklanych. Najlepiej dzień rozpocząć od szklanki letniej wody z dodatkiem paru kropel cytryny, co bardzo poprawia perystaltykę jelit. Warto pić także świeżo wyciśnięte soki warzywne z dodatkiem owoców do smaku. Woda kranowa jest chlorowana – może uszkadzać równowagę flory bakteryjnej. Soki warzywno-owocowe przyspieszają proces detoksykacji organizmu i wzmacniają wątrobę. Wskazane jest uzupełnienie kuracji probiotycznej naturalnymi produktami, które zawierają bakterie kwasu mlekowego. Do produktów probiotycznych zaliczane są: kiszona kapusta, kiszone ogórki, kiszone warzywa, zakwas z buraków, zakwaszane produkty mleczne. Jednakże produkty te zalecane są w niewielkich ilościach, np. 2 łyżki produktu lub 100 ml zakwasu z buraków.

Tabela 2. Propozycja jadłospisu wspomagającego leczenie candidy [12]:

Dzień 1.	Dzień 2.	Dzień 3.	Dzień 4. Dzień bez skrobi, oparty tylko na warzywach, białku zwierzęcym
Śniadanie: kasza jaglana z tartym jabłkiem dodanym pod konic gotowania; krążki z ryżu peł- nowartościowego z pastą z soczewicy czerwonej lub zie- lonej oraz warzywa i sałata	Śniadanie: zupa warzywna z dodatkiem ziemniaków i ryby; dodatkowo pasta z warzyw i ryb bez chleba oraz sałatalub dowolna surówka	Śniadanie: placki gryczane z pastami warzyw- nymi, mięsnymi oraz sałata lub surówki	Śniadanie: zupa warzywna z dodatkiem mięsa; dodatkowo pasta z mięsa i warzyw oraz sałata lub dowolna surówka

Dzień 1.	Dzień 2.	Dzień 3.	Dzień 4. Dzień bez skrobi, oparty tylko na warzywach, białku zwierzęcym
<p>Obiad: zupa: warzywna z dodatkiem strączkowych</p> <p>II danie: strączkowe z dodatkiem kaszy – np. jaglanej, ryżu naturalnego plus dowolne warzywa oraz dowolne surówki</p> <p>Kolacja: zapiekanka na bazie kasz, warzyw, strączkowych</p>	<p>Obiad: zupa: z dowolnych warzyw plus glony</p> <p>II danie: ryby, ziemniaki plus dowolne warzywa oraz dowolne surówki</p> <p>Kolacja: zapiekanka na bazie ziemniaków, warzyw i ryb</p>	<p>Obiad: zupa: warzywna z dowolnych warzyw</p> <p>II danie: mięso, kasza gryczana plus dowolne warzywa oraz dowolne surówki</p> <p>Kolacja: zapiekanka na bazie kaszy gryczanej, warzyw i mięsa</p>	<p>Obiad: zupa: warzywna z dowolnych warzyw</p> <p>II danie: mięso, dowolne warzywa oraz dowolne surówki</p> <p>Kolacja: zapiekanka na bazie warzyw, mięsa</p>
Oeparol	Tran	Omega-3	Oeparol
Zakwas z buraków ok. ½ szklanki	Kiszona kapusta ok. 2 łyżek	Zakwas z buraków ok. ½ szklanki	Kiszona kapusta ok. 2 łyżek
Jeżówka purpurowa	Wyciąg z pestek grejpfruta	Wyciąg z oregano	Wyciąg z czosnku

Uwagi do jadłospisu:

Mięso oraz ryby powinny być pieczone w naczyniu żaroodpornym lub duszone. Strączkowe należy odpowiednio wcześniej przygotować, namoczyć. Kasze, nasiona należy odpowiednio wcześniej przygotować. Kolacje – dobrze przygotowywać zapiekanki z produktów takich jak na obiad. Jeżeli na obiad podawana jest sztuka mięsa, to na kolację można podać ten sam rodzaj mięsa, ale np. zmielony, następnie dodać warzywa. Natomiast warzywa można przygotowywać w innej formie niż na obiad – np. gdy na obiad jest gulasz z tartych warzyw, to do zapiekanki można użyć tych samych warzyw, ale pokrojonych w plasterki. Dodatkowe zalecenia: należy wprowadzić probiotyki bez dodatku laktozy, glutenu i cukru. Suplementacja probiotykami powinna trwać około 6 miesięcy. Jednocześnie probiotyki dobrej jakości powinny być podawane matce i dziecku.

Wnioski

Podstawowym założeniem dbałości o prawidłową florę bakteryjną matki i dziecka jest bezwzględne unikanie alkoholu przez kobietę w ciąży lub starającą się o poczęcie dziecka do końca karmienia piersią. Jeśli jednak kobieta spożywała alkohol, powinna zadbać o odbudowę prawidłowej flory bakteryjnej w organizmie swoim i dziecka. Zapobiegnie to wielu chorobom, a także będzie miało istotny wpływ na rozwój dziecka. W przypadku dzieci z FAS znacznie poprawi ich jakość życia, poprzez lepsze funkcjonowanie układu nerwowego oraz pokarmowego.

Bibliografia

[1] Wyniki badania przeprowadzonego przez PBS na zlecenie PARPA w 2005 r. oraz wyniki badania przeprowadzonego przez Ipsos na zlecenie Fundacji „Rodzić po Ludzku” w 2005 r. <http://www.parpa.pl/index.php/ciaza-bez-alkoholu/badania> [3.01.2015].

[2] Group EFMD. Alcohol associated with small intestinal bacterial overgrowth. <http://www.globalhealingcenter.com/natural-health/alcohol-associated-bacterial-overgrowth/> [3.01.2015].

[3] Banach M. *Alkoholowy zespół płodu. Teoria, diagnostyka, praktyka*. Kraków: Wydawnictwo WAM 2011: 117.

[4] Bulanda M. Zakażenia okołoporodowe o etiologii paciorkowcowej. <http://www.zakazenia.org.pl/index.php?okno=7&id=671> [3.01.2015].

[5] Campbell-McBride N. Food allergy. *Journal of Orthomolecular Medicine* 2009, 24 (1): 31–41. http://www.gaps.me/preview/?page_id=344 [3.01.2015].

[6] Cukrowska B., Czarnowska E. Wpływ probiotyków na układ immunologiczny. *Zakażenia* 2007, 1: 45–53.

[7] Mroczyńska M., Libudysz Z., Gawęcka M., Szlachta P. Mikroorganizmy jelitowe człowieka i ich aktywność metaboliczna. *Przegląd Gastroenterologiczny* 2011, 6.

[8] Kropka B. *Pokonaj alergię*. Skoczów: Wydawnictwo Rodzina 2014, Wydanie 4: 13.

[9] Banach M. *Alkoholowy zespół płodu. Teoria, diagnostyka, praktyka*. Kraków: Wydawnictwo WAM 2011: 143.

[10] Banach M. *Alkoholowy zespół płodu. Teoria, diagnostyka, praktyka*. Kraków: Wydawnictwo WAM 2011: 151–152.

[11] Campbell-McBride N. *Zespół psychologiczno-jelitowy GAPS*. Wydawnictwo Stenka 2013: 93.

[12] Kropka B. *Pokonaj alergię*. Skoczów: Wydawnictwo Rodzina 2014, Wydanie 4: 85.

Adres do korespondencji:
dieta, dypl. promotor zdrowia Bożena Kropka
Wydawnictwo Rodzina
ul. Kombatantów 22
43-430 Skoczów
tel.: 602 705 601
e-mail: bozenakropka@op.pl

Choroby cywilizacyjne i ich wpływ na ciążę i przebieg porodu

Magdalena Krus

Instytut Położnictwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu

Choroby cywilizacyjne

Choroby cywilizacyjne, inaczej nazywane chorobami XXI w., to jeden z największych problemów, z jakimi dzisiejszy świat się zmagają. Schorzenia te związane są z postępowaniem technologicznym i nieustannym zanieczyszczeniem środowiska oraz jego ujemnym wpływem na zdrowie człowieka. Wpływ na olbrzymią zachorowalność na choroby cywilizacyjne ma również szybkie tempo, w jakim żyją ludzie, coraz częstsze stosowanie używek, brak czasu na aktywność fizyczną i zdrowe odżywianie. Wpływ chorób takich jak: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, otyłość, anoreksja oraz bulimia na ciążę, poród, a także zdrowie noworodka jest niezaprzeczalny, a problem ten dotyczy wysokiego odsetka kobiet ciężarnych i w związku z tym powyższe zagadnienia zostaną szczegółowo omówione w niniejszym tekście.

Nadciśnienie tętnicze w okresie ciąży

Nadciśnienie tętnicze jest to stałe podwyższenie ciśnienia ponad uznaną dla danych grup wiekowych normę, na skutek rozregulowania mechanizmów homeostazy [1]. Stan ten obserwuje się u 5–10% kobiet ciężarnych [2].

U ciężarnych chorujących na nadciśnienie możemy wyróżnić następujące postaci tego schorzenia:

- Nadciśnienie tętnicze przewlekłe, czyli nadciśnienie tętnicze zdiagnozowane przed ciążą lub przed ukończonym 20. tygodniem ciąży. Nadciśnienie to utrzymuje się również ponad 12 tygodni po porodzie [2].

Wartości ciśnienia tętniczego krwi powyżej 140/90 mmHg decydują o rozpoznaniu tego typu nadciśnienia. Nadciśnienie przewlekłe możemy podzielić ze względu na stopień ciężkości przebiegu na łagodne i ciężkie [3,4].

- Stan przedrzucawkowy oraz rzucawka
 - Stanem przedrzucawkowym określa się zespół chorobowych objawów, który pojawia się po 20. tygodniu ciąży lub podczas porodu i porożu. Kryterium pozwalającym na diagnozę stanu przedrzucawkowego są:
 - podwyższone wartości ciśnienia tętniczego – ponad 140/90 mmHg,
 - obecne w moczu białko w ilości większej bądź równej 300 mg/dobę [2].
 - Rzucawka (eclampsia) jest to napad drgawek toniczno-klonicznych, śpiączka lub oba te objawy równocześnie u pacjentek z wcześniejszym obecnym stanem przedrzucawkowym [4].
- Stan przedrzucawkowy nałożony na przewlekłe nadciśnienie tętnicze – jest to preeklampsja współistniejąca z przewlekłym nadciśnieniem tętniczym. Rozpoznawana, gdy łączna utrata dobowego białka wynosi 300 mg lub ciśnienie tętnicze krwi gwałtownie wzrasta [2, 4].
- Nadciśnienie tętnicze ciążowe (NIC), czyli nadciśnienie, które występuje po 20. tygodniu trwania ciąży i nie obserwuje się białkomoczu. Wartości ciśnienia tętniczego krwi są wówczas wyższe lub równe 140/90 mmHg. Nadciśnienie to można podzielić na przemijające, czyli takie, które mija do 12 tygodni po porodzie oraz przewlekłe, które utrzymuje się po 12 tygodniach po porodzie [5,6].

Postępowanie, leczenie oraz rola położnej

Bardzo ważnym aspektem w postępowaniu z kobietą ciężarną jest prawidłowy pomiar ciśnienia tętniczego krwi. Każda położna powinna pamiętać o tym, że ciężarna musi pozostać w spoczynku co najmniej 5 minut przed pomiarem ciśnienia, mając ramię ułożone na wysokości serca [2].

Głównym celem w leczeniu nadciśnienia tętniczego w ciąży jest zminimalizowanie ryzyka dla kobiety ciężarnej oraz jej płodu, tak więc stosowane metody powinny być nie tylko skuteczne, ale też bezpieczne dla obojga.

Ciężarne, które nie wymagają leczenia środkami hipotensyjnymi, powinny zastosować się do takich zaleceń, jak: ograniczenie aktywności fizycznej, odpoczynek zwłaszcza na lewym boku, stosowanie diety ubogosodowej, wykonywanie regularnej oceny badań moczu na obecność białka

oraz przede wszystkim regularna ocena ciśnienia tętniczego krwi [4]. Gdy natomiast ciśnienie tętnicze krwi, pomimo stosowania się do powyższych wskazań, nadal utrzymuje się ponad wartości prawidłowe, należy wprowadzić leczenie hipotensyjne. Trzeba jednak pamiętać, iż agresywne obniżanie ciśnienia może nie być korzystne dla płodu, więc dawki należy dostosować tak, by nie ograniczać perfuzji maciczo-łożyskowej. Lekiem pierwszego rzutu zawsze jest Metyldopa [7].

Cukrzyca w okresie ciąży

Nie bez powodu cukrzyca nazywana jest epidemią XXI w. Na te zaburzenie metaboliczne choruje 194 mln ludzi na świecie, z tego aż 2 mln osób w Polsce, a niestety obserwuje się ciągły wzrost zachorowań [8]. Cukrzyca jest też chorobą, która najczęściej wikła ciążę – choruje na nią 2–3% wszystkich kobiet ciężarnych, w tym 0,2–0,3% to cukrzyca istniejąca już przed ciążą a 1–6% to cukrzyca, która ujawnia się dopiero w ciąży [9].

Cukrzyca to grupa przewlekłych zaburzeń metabolicznych, charakteryzujących się hiperglikemią spowodowaną nieprawidłowościami w wydzielaniu bądź działaniu insuliny [10]. W położniczej praktyce głównie używa się klasyfikacji wg White. Klasyfikacja ta obejmuje dane sprzed ciąży dotyczące cukrzycy. Można tu wyróżnić:

- Cukrzycę ciężarnych – GDM
 - GDM1 – prawidłowe wartości glukozy we krwi uzyskiwane są tylko drogą odpowiedniej diety;
 - GDM2 – w której dla uzyskania prawidłowych wartości glukozy we krwi konieczne jest zastosowanie oprócz diety także insulino-terapii.
- Cukrzyca istniejąca przed ciążą – PGDM [11, 12].

Cukrzyca ciążowa

Cukrzyca ciążowa jest najczęściej występującym metabolicznym powikłaniem ciąży, ujawniającym się najczęściej między 24 a 28 tygodniem ciąży. Mianem cukrzycy ciężarnych określa się wszystkie zaburzenia tolerancji węglowodanów pojawiające się po raz pierwszy lub po raz pierwszy wykryte podczas ciąży. Przy rozpoznaniu problemu w niskiej ciąży uważa się, że jest to cukrzyca typu I lub II wcześniej nierozpoznana lub dopiero rozwijająca się [13, 14].

Obecnie rozróżniamy dwa typy hiperglikemii rozpoznanej w ciąży. Jeżeli poziom cukru we krwi na czczo wynosi powyżej 126 mg/dl, dwie godziny po obciążeniu 75 g glukozy jest wyższy niż 200 mg/dl i hiperglikemia przygodna jest większa niż 200 mg/dl oraz towarzyszą jej objawy charakteryzujące hiperglikemię, wtedy mówimy o cukrzycy w ciąży.

O cukrzycy ciążyowej natomiast możemy mówić wtedy gdy jeden spośród wyników testu OGTT jest nieprawidłowy i wynosi na czczo 92–125 mg/dl, po 1 godzinie powyżej 180 mg/dl, a po dwóch godzinach 153–199 mg/dl.

Postępowanie, leczenie, rola położnej

Pacjentki chorujące na cukrzycę przedciążową powinny ciążę planować, ponieważ brak poradnictwa przedciążowego wpływa bardzo negatywnie na płód. Kobiety chcące zająć w ciążę powinny zrezygnować z doustnych leków przeciwcukrzycowych i zacząć insulinoterapię. Położna powinna zadbać o to, by kobieta nabyła umiejętność samokontroli, umiała podawać sobie insulinę oraz wiedziała, jak postąpić np. w sytuacji hipoglikemii. Należy kontrolować dietę pacjentki oraz wyniki tak, by można było uzyskać jak najbliższe prawidłowym stężenia glukozy we krwi [15]. Cukrzycę uznaje się za wyrównaną, gdy poziom glikemii na czczo wynosi 60–90 mg/dl, glikemia godzinę po posiłku jest poniżej 120 mg/dl, a w nocy między 2.00 a 4.00 powyżej 60 mg/dl [16].

W przypadku kobiet ciężarnych już przy pierwszej wizycie wykonywane jest u nich badanie przesiewowe, polegające na oznaczeniu poziomu cukru we krwi na czczo, kobiety z grupy ryzyka oprócz glikemii na czczo mają wykonany również test tolerancji glukozy. Jeżeli wynik testu będzie prawidłowy między 24 a 28 tygodniem ciąży, u każdej ciężarnej wykonuje się przesiewowy test doustnego obciążenia 75 g glukozy. Jeśli natomiast objawy cukrzycy ciążyowej wystąpią wcześniej, test ten należy także wykonać wcześniej. Test OGTT składa się z trzech etapów – pomiar glikemii na czczo, jedną godzinę po obciążeniu 75 g glukozy oraz dwie godziny po [16, 17].

Leczenie cukrzycy w ciąży ma na celu wyrównanie gospodarki węglowodanowej, a tym samym niedopuszczenie do wystąpienia groźnych powikłań [17]. Celowi temu ma służyć leczenie dietetyczne i insulinoterapia [18]. Zazwyczaj w GDM sama dieta cukrzycowa wystarcza, by wyrównać glikemię, lecz gdy to się nie udaje, wprowadza się insulinoterapię. Leczenie insuliną polega na wielokrotnym podskórnym podawaniu insuliny w ciągu dnia lub na ciągłym podskórnym jej wlewie za pomocą pompy infuzyjnej [11, 18].

Otyłość w okresie ciąży

Otyłość jest współcześnie nieustannie rosnącym problemem społecznym i zdrowotnym, ponieważ jest to najczęściej rozpoznawana przewlekła choroba metaboliczna i wg WHO osiąga ona rozmiar epidemii – około 1 miliard ludzi ma nadwagę, a z tego 300 milionów to ludzie otyli. W związku z tak dużą skalą tego problemu, należy zastanowić się nad możliwościami profilaktyki, ponieważ wpływ otyłości na rozrodczość kobiety, a także na samą ciążę i poród, jest niezaprzeczalny [19].

„Otyłość jest przewlekłą chorobą metaboliczną wynikającą z zaburzenia homeostazy energii a także jest to nadmierne nagromadzenie tkanki tłuszczowej, które prowadzi do licznych powikłań narządowych” [20, 21]. Stopień otyłości określany jest z wykorzystaniem BMI (*body mass index* – wskaźnik masy ciała). Obliczanie BMI to nic innego, jak podzielenie ciężaru ciała w kilogramach przez wzrost w metrach podniesiony do kwadratu. Gdy BMI przekracza 25 kg/m², mówimy o nadwadze, a gdy BMI jest większe niż 30 kg/m², rozpoznajemy już otyłość [21, 22].

- Wpływ otyłości na rozrodczość

Udowodnione zostało, że otyłość znacznie zmniejsza płodność, a poczęcie potomstwa jest utrudnione ze względu na czynniki czynnościowe i anatomiczne [20].

U kobiet z otyłością w okresie rozrodczym znacznie częściej występują problemy ginekologiczne, takie jak: zaburzenia miesiączkowania, brak owulacji, niepłodność lub hiperandrogenizacja. Otyłość przyczynia się także do zwiększonej liczby poronień [23, 24]. Ważne jest zatem, aby ciąża u kobiety otyłej została zaplanowana. Należy zachęcać pacjentki do redukcji masy ciała [25].

- Wpływ otyłości na ciążę

Otyła ciężarna powinna kontrolować swoją masę ciała. Kobieta otyła powinna przytyć około 6 kg, a z nadwagą 7–11,5 kg [26]. U kobiety w trakcie ciąży może pojawić się cukrzyca ciążowa. Także NIC występuje u nich częściej i aż trzy razy częściej dochodzi do wystąpienia preeklampsji. Wzrasta także ryzyko wystąpienia zakrzepicy żyłnej [22, 27].

U płodu również pojawiają się pewne nieprawidłowości i zachodzi m.in. wyższe prawdopodobieństwo wystąpienia wad wrodzonych, makrosomii płodu oraz częściej obserwuje się zgony wewnątrzmaciczne płodu i zgony noworodka. Otyłość znacznie utrudnia monitorowanie ciąży, ponieważ

tkanka tłuszczowa matki ogranicza dokładność badania fizykalnego, odczuwanie ruchów płodu przez matkę, możliwość wysłuchania czynności serca płodu przez położną oraz wykonanie badania USG. Znacznie częściej również obserwuje się w wieku późniejszym zapadalność na otyłość, nadciśnienie tętnicze, cukrzycę lub zespół metaboliczny [25, 27].

Istnieje duży związek otyłości z ciążą trwającą ponad 41–42 tygodnie, a to z kolei wiąże się z częściej wykonywanymi indukcjami porodu oraz cięciami cesarskimi. U kobiety otyłej problemem jest samo wykonanie cięcia cesarskiego przez ograniczony dostęp operacyjny. Trudności z preparowaniem tkanek i ich zaopatrzeniem oraz sama głębokość pola operacyjnego są powodem przedłużenia czasu trwania operacji, trudności z wydobyciem płodu oraz nadmiernej utraty krwi [27, 28].

Anoreksja w ciąży

Anorexia nervosa, czyli jadłowstręt psychiczny, to zaburzenie odżywiania natury psychicznej, charakteryzujące się celowym ograniczaniem jedzenia w celu utraty masy ciała [22, 29].

Do charakterystycznych objawów anoreksji zaliczamy szybkie tempo chudnięcia, suchą skórę, łuszczenie skóry, wypadanie włosów z głowy, dołu pachowego i wżgórka łonowego, owłosienie *lanugo* tzw. płodowe, zimne dłonie i stopy o sinawym zabarwieniu, wzdęcia, zaparcia, niedokrwistość, niskie ciśnienie tętnicze, zwolnienie oddechów oraz lęk przed zimnem [30].

Anoreksja jest chorobą występującą na świecie z częstością 0,5–1%, a w Polsce wśród 0,8–1,8% dziewcząt. Najbardziej niepokojący jest fakt, że śmiertelność wśród osób chorujących na anoreksję równa się 10% [31].

- Anoreksja w ciąży

Szansę na zajście w ciążę i posiadanie dziecka są minimalne u dziewcząt i kobiet z anoreksją. Jest to spowodowane zaburzeniami cyklu miesięczkowego. Jeżeli jednak taka pacjentka zajdzie w ciążę, niedożywienie w przebiegu ciąży będzie wpływać na powstawanie wielu powikłań. Takie zjawisko nazywamy pregoreksją, czyli anoreksją ciążową [29]. Pregoreksję rozpoznaje się na podstawie takich samych kryteriów jak jadłowstręt psychiczny. Chorujące kobiety przez cały czas nadmiernie kontrolują masę swojego ciała, aby jak najbardziej zmniejszyć wpływ ciąży na swój wygląd. Wiąże się to ze spożywaniem mniejszych ilości pokarmów i intensywnymi ćwiczeniami fizycznymi, które są w ciąży niedozwolone [31]. Powyższe

działania są niebezpieczne nie tylko dla kobiety, ale także dla rozwijającego się płodu. Niekorzystne następstwa dla matki to niedokrwistość, depresja poporodowa, osteoporoza, nadciśnienie tętnicze czy też krwawienie z dróg rodnych, a w ostrych stanach chorobowych potrzeba odżywiania pozajelitowego. Problemem jest także karmienie piersią, spowodowane brakiem tkanki tłuszczowej w okolicy piersi.

Do negatywnych następstw dla płodu można zaliczyć niską masę urodzeniową, deformacje lub wady wrodzone i mniejszy obwód główki. Po porodzie występują u nich problemy z oddychaniem, a w późniejszym okresie dzieci te są zazwyczaj opóźnione w rozwoju [22]. Leczenie anoreksji ciąży wymaga zaangażowania nie tylko położnej, ginekologa, dietetyka i psychologa bądź psychiatry, ale także rodziny chorej. Rodzina powinna kontrolować masę ciała, a przy tym unikać krytykowania pacjentki. Terapia rodzinna ma na celu ukazanie, jak destrukcyjny wpływ na zdrowie pacjentki mają jej zachowania [32].

Bulimia w ciąży

Bulimia nervosa, inaczej obżarstwo psychiczne, to grupa zaburzeń psychosomatycznych, które charakteryzują się częstymi napadami żarłoczności, a po nich chorzy wywołują wymioty, głodzą się, bądź stosują środki moczopędne lub przeczyszczające [33]. Termin *bulimia* to łacińskie słowo oznaczające „wilczy głód” lub żarłoczność [32]. Rozpoznać bulimie można wtedy, gdy objadanie się oraz zachowania kompensacyjne występują co najmniej dwa razy w ciągu tygodnia przez okres trzech miesięcy [34]. Charakterystyczne dla bulimii symptomy to wysuszona skóra, obrzęki miejscowe lub uogólnione, nadżerki ściany tylnej gardła oraz uszkodzenia błony śluzowej żołądka i przełyku. Często spotykane są także choroby dziąseł oraz ubytki szkliwa [30].

- Bulimia w ciąży

Niejednokrotnie u pacjentek z bulimią psychiczną cykl miesięczkowy jest nieregularny, co może być utrudnieniem dla skutecznej antykoncepcji. Często więc u takich kobiet dochodzi do nieplanowanych ciąż.

Bulimie ciężarnych diagnozuje się według takich samych kryteriów jak bulimie psychiczną. Istotne jest wczesne wykrycie i leczenie bulimii w ciąży. Dziecko bulimiczki narażone jest na anomalie rozwojowe, takie jak rozszczep wargi i podniebienia, co wiąże się z częstym przyjmowaniem środków przeczyszczających i moczopędnych. Często jest ono niedożywione i cha-

rakteryzuje się niską masą urodzeniową. U takich pacjentek większe jest ryzyko poronień oraz porodów przedwczesnych, a więc należy zwrócić także uwagę na powikłania wcześniactwa [32]. Ten typ zaburzeń odżywiania jest również wskazaniem do ciągłego monitorowania ciąży przez położną, ginekologa oraz psychologa lub psychiatrę. Psychoterapia jest podstawowym sposobem leczenia bulimii, która skoryguje nieprawidłowe nawyki żywieniowe [30, 32]. Warto również skonsultować pacjentkę z dietetykiem, aby wprowadzić dietę, która uzupełni niedobory żywieniowe oraz pomoże uzyskać równowagę wodno-elektrolitową. Jeżeli mamy do czynienia z pacjentką ze znacznie nasiloną bulimią, wymaga ona kontrolowania przez położną jej stanu somatycznego, stosowania środków przeczyszczających lub wywoływania wymiotów oraz kontroli spożywania posiłków. Należy także systematycznie monitorować dobrostan płodu [32, 34].

Bibliografia

[1] Michalak-Nowicka E. Choroba cywilizacyjna. *Biuletyn Informacyjny* 2013, 1: 15–18.

[2] Oleszczuk J., Leszczyńska-Gorzela B., Poniedziałek-Czajkowska E. *Nadciśnienie tętnicze*. W: Bręborowicz G. H. red. *Położnictwo. T. 2. Medycyna matczyńno-płodowa*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2012: 400–413.

[3] Załęska-Zydlowska I., Grzywanowska-Łaniewska I. Nadciśnienie tętnicze w ciąży – jak w praktyce leczyć bezpiecznie? *Medycyna i Pasje* 2009, 4: 6–9.

[4] Oleszczuk J., Leszczyńska-Gorzela B. *Nadciśnienie tętnicze*. W: Bręborowicz G. H. red. *Położnictwo i ginekologia. T. 1*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2007.

[5] Oleszczuk J., Laskowska M. *Nadciśnienie w ciąży*. W: Łepecka-Klusek C. red. *Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii*. Wydanie 2. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2010: 304–315.

[6] Leszczyńska-Gorzela B., Poniedziałek-Czajkowska E. Nadciśnienie tętnicze u kobiet w ciąży – czy można zapobiec rzucawce? *Medycyna Praktyczna – Ginekologia i Położnictwo* 2008, 6: 64–81.

[7] Tykarski A., Szczepaniak-Chicheł L., Kornacki J., Bręborowicz G. H. *Nadciśnienie tętnicze u kobiet w ciąży*. W: Bręborowicz G. H. red. *Ciąża wysokiego ryzyka*. Wydanie 3. Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych 2010: 987–1003.

[8] Ministerstwo Zdrowia. Narodowy program przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym. http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/program_10062010.pdf [5.02.2014].

[9] Oleszczuk J., Pilewska-Kozak A. B., Kanadys K. *Wybrane stany ryzyka ciążyowego – udział położnej w opiece*. W: Bień A. M. red. *Opieka nad kobietą ciężarną*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2009: 242–257.

[10] Cypryk K. *Ciąża powikłana cukrzycą*. W: Pajszczyk-Kieszkiewicz T. red. *Choroby współistniejące z ciążą*. Łódź: Uniwersytet Medyczny 2008: 86–111.

[11] Wilczyński J., Cypryk K. *Cukrzyca*. W: Bręborowicz G. H. red. *Ciąża wysokiego ryzyka*. Wydanie 3. Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych 2010: 1019–1047.

[12] Woźniak S., Paszkowski T., Szkodziak P., Paszkowski M. *Niepołożnicze choroby w czasie ciąży*. W: Paszkowski T. red. *Wybrane zagadnienia z ginekologii i położnictwa w praktyce lekarza rodzinnego*. Lublin: Wydawnictwo Czelej 2005.

[13] Wender-Ożegowska E. *Cukrzyca*. W: Bręborowicz G. H. red. *Położnictwo*. T. 2. *Medycyna maczyno-łożowa*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2012: 425–445.

[14] Herbut D. Cukrzyca ciążowa – bardzo słodki ciężar. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2012, 5: 34–35.

[15] Cheung N. W., Walters B. N. J. *Cukrzyca typu 1 i typu 2 w ciąży*. W: Greer I. A. red. *Choroby internistyczne i inne zaburzenia zdrowotne w ciąży*. Wrocław: Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner 2009: 94–110.

[16] Wender-Ożegowska E. *Praktyczne aspekty diagnostyki ciężarnych z cukrzycą*. W: Bręborowicz G. H. red. *Położnictwo. Diagnostyka biofizyczna i biochemiczna w medycynie perinatalnej*. T. 4. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2012: 337–343.

[17] Tarwacka J., Niebisz-Cieślak A. Cukrzyca u kobiet w okresie ciąży. *Nowa Klinika* 2011, 18 (1): 20–27.

[18] Wender-Ożegowska E. *Cukrzyca*. W: Bręborowicz G. H. red. *Położnictwo i ginekologia*. T. 1. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2007.

[19] Kawalec E., Reczek A., Porębska A., Brzostek T., Malinowska-Lipień I. Zachowania zdrowotne pacjentów z otyłością i nadwagą. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2011, 2 (35): 27–33.

[20] Tatoń J., Czech A., Bernas M. *Otyłość. Zespół metaboliczny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2007.

[21] Haslam D., Sattar N., Lean M. *Otyłość – czas na przebudzenie*. W: Sattar N., Lean M. red. *ABC otyłości*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2009.

[22] Mądra M., Drobnik J. *Zaburzenia odżywiania w ciąży – anoreksja i otyłość*. W: Wojtal M., Żurawicka D. red. *Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej i położniczej w różnych specjalnościach medycyny*. T. 1. Opole: Wydawnictwo Instytut Śląski 2013: 17–27.

[23] Strzelec-Polewka I., Droszól A., Skrzypulec V. Otyłość i jej konsekwencje dla kobiet w ciąży. *Wiadomości Lekarskie* 2009, 62 (4): 257–261.

[24] Bebelska K. P., Ehmke vel Emczyńska E., Gmoch-Gajzlerska E. Otyłość jako czynnik zaburzający procesy rozrodcze. *Nowiny Lekarskie* 2011, 80 (6): 499–507.

[25] Greer I. A., Walters B. N. J., Nelson-Piercy C. *Otyłość*. W: Greer I. A. red. *Choroby internistyczne i inne zaburzenia zdrowotne w ciąży*. Wrocław: Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner 2009.

[26] Gutaj P., Wender-Ożegowska E., Mantaj U., Zawiejska A., Brązert J. Matczy-ny BMI oraz przyrost masy ciała w ciąży i ich wpływ na wyniki położnicze u kobiet z cukrzycą ciążową. *Ginekologia Polska* 2011, 82: 827–833.

[27] Kanadys W. M., Leszczyńska-Gorzela B., Oleszczuk J. Otyłość u kobiet. Aspekty kliniczne otyłości podczas ciąży. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia* 2009, 2 (4): 254–265.

[28] Czerwonogrodzka-Senczyna A., Ehmke vel Emczyńska E. Stan odży-wienia kobiety w okresie ciąży a rozwój płodu. *Położna. Nauka i Praktyka* 2011, 1 (13): 46–49.

[29] Daszkiewicz A., Wołkowicz W., Ćwiek D., Branecka-Woźniak D. Rola po-łożnej w opiece nad kobietą ciężarną z anoreksją psychiczną. *Położna. Nauka i Prak-tyka* 2012, 3 (19): 50–54.

[30] Kurpas D., Kaczmarek M. *Psychopatologia szczegółowa*. W: Kurpas D., Mi-turska H., Kaczmarek M. red. *Podstawy psychiatrii dla studentów pielęgniarstwa*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo 2009.

[31] Bator E., Bronkowska M., Ślepecki D., Biernat J. Anoreksja – przyczyny, przebieg, leczenie. *Nowiny Lekarskie* 2011, 80 (3): 184–191.

[32] Hanley J. *Zaburzenia psychiczne w ciąży i porożu*. Wrocław: Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner 2012: 14–21.

[33] Stanicka G. *Zaburzenia odżywiania u młodzieży*. W: Makara-Studzińska M., Iwanowicz-Palus G. red. *Psychologia w położnictwie i ginekologii*. Warszawa: Wy-dawnictwo Lekarskie PZWL 2009: 118–122.

[34] Rabe-Jabłońska J., Pawełczyk T., Żechowski C., Jarema M. Bulimia psy-chiczna – BP. *Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii* 2007, 3: 139–141.

Adres do korespondencji:

Magdalena Krus

ul. Zielona 5a

42-286 Koszęcin

tel: 607 764 255

e-mail: magdalena.krus@op.pl

Czy można rodzić bez bólu? Rola położnej w łagodzeniu bólu porodowego w sali porodowej XXI wieku

Beata Pisarska¹, Jerzy Rudnicki^{2,3}

¹ Trakt Porodowy Szpitala Powiatowego w Strzelcach Opolskich

² Instytut Położnictwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu

³ Wydział Lekarski Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

*Niech pociechą dla nas będzie to, iż żaden ból na świecie nie trwa wiecznie.
Kończy się cierpienie, pojawia się radość i tak równoważą się nawzajem.*

Albert Camus

Kiedy rozważamy istotę powstania świata, powstania człowieka, bardzo często mówimy o owego człowieka narodzinach. Pełniąc określone role w społeczeństwie, wykonując bardzo różne profesje, poruszamy często problem bólu, który towarzyszy nam od początku istnienia – „bólu porodowego”.

Temat porodu i metod łagodzenia bólu porodowego wydaje się być niezwykle interesującym tym bardziej, że sala porodowa XXI w. posiada całą gamę różnorodnych środków czy też metod radzenia sobie z bólem. Można zatem wypracować swego rodzaju „receptę” na udany i w miarę bezbolesny poród. Wymaga to jednakże ogromnego zaangażowania tak położnej, jak i samej rodzącej. Ale warto podjąć ten trud, gdyż w dzisiejszych czasach więcej kobiet marzy o cięciu cesarskim, ponieważ uważa je za jedyną bezbolesną formę porodu.

Co sprawia, że poród boli?

Na pewno na skutek różnorodnych doświadczeń, cierpień, przeżyć można zgodzić się z Sofoklesem, który twierdził, że „bez bólu i cierpień nie istniejemy”[1]. Jednak w sytuacji, kiedy człowiek ma do czynienia z bólem, nie myśli w ogóle o tej prawdzie.

Międzynarodowe Towarzystwo Badań Bólu (IASP) określa ból jako „nieprzyjemne doznanie zmysłowe i emocjonalne związane z aktualnie występującym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek, albo opisywanym w kategoriach takiego uszkodzenia” [2]. Ból przy porodzie obecny był od zawsze. Powszechność w naszej kulturze Biblii sprawiła, że pochodzący z niej cytat: „[...] w bólu będziesz rodziła dzieci [...]” (Księga Rodzaju) miał wpływ na postrzeganie przez społeczeństwo bólu porodowego [3]. Tymczasem użyte tam słowo *etsebh* nigdy w języku hebrajskim nie było używane dla wyrażenia bólu fizycznego, wręcz przeciwnie, oznaczało uciążliwy wysiłek.

O bólu mówiły babki matkom, matki swoim córkom i w efekcie kobiety z niepokojem oczekiwały porodu, który kojarzył im się z wielkim cierpieniem. H. Martius (1959) twierdził, że „poród jest jedynym procesem fizjologicznym połączonym z odczuwaniem bólu” [4].

Często mówi się, że ból został kobiecie podarowany przez naturę, by spełnić jakąś konkretną funkcję. Najważniejszą jest tutaj z całą pewnością funkcja informacyjna, dzięki której rodząca świadoma jest tego, co się z nią dzieje i w jakim momencie porodu się znajduje. Pozwala jej to właściwie reagować oraz poszukiwać sposobów radzenia sobie z bólem, co z kolei ma ogromne znaczenie i wpływ na bezpieczny przebieg porodu [5].

Angielski lekarz G. D. Read podkreślał, że lęk i stres to czynniki potęgujące ból. Lęk powoduje napięcie, co przyczynia się do skurczu naczyń i w konsekwencji bólu z niedokrwienia, a to ma wpływ na jeszcze większy lęk. Zjawisko owo zostało opisane i nazwane triadą Reada [6].

Niewątpliwie ból porodowy związany jest ściśle z okresami porodu. I tak w okresie rozwierania ból ma charakter trzewny, wraz z postępem porodu zmienia się jego natężenie oraz zakres. W II okresie porodu pojawia się ból okolicy krzyżowej i krocza promieniujący do nóg. Samemu urodzeniu dziecka zaś „towarzyszy silny ból okolicy kroczonej” [7].

Rola położnej w psychoprofilaktyce okołoporodowej w trakcie ciąży

Narodziny dziecka są dla kobiety wydarzeniem szczególnym, dlatego w sytuacji, kiedy ciężarna będzie wiedziała, czym jest poród, jak przebiega, będzie na pewno spokojniejsza i z o wiele mniejszym niepokojem oczekiwać będzie porodu. Istotną rolę odgrywa w tym momencie położna. Mając świadomość, że na odczucie bólu znaczący wpływ wywierają czynniki subiektywne, już w trakcie ciąży podopiecznej pracuje ona nad wyrobieniem właściwego nastawienia do ciąży i porodu [8].

Obecnie rolę położnej w psychoprofilaktyce okołoporodowej określa bardzo ściśle Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r., które oprócz tego umożliwia jej również prowadzenie ciąży, jednak musi to być ciąża fizjologiczna [9]. Rozporządzenie to daje ciężarnej możliwość dokonywania różnorodnych wyborów, w pełni respektuje jej prawo „do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji związanych z porodem, obejmujących zakres podejmowanych działań i stosowanych procedur medycznych” [9]. W myśl rozporządzenia również położna, oprócz wspomnianego wcześniej prowadzenia ciąży, przygotowuje wspólnie z ciężarną plan porodu i opieki okołoporodowej.

Możliwości współczesnej sali porodowej oraz zadania położnej w uśmierzaniu bólu porodowego – niefarmakologiczne oraz alternatywne metody łagodzenia bólu porodowego

Już w chwili przyjęcia kobiety do porodu położna, stwarzając właściwą atmosferę, pełną ciepła i życzliwości, sprawia, że przyszła rodząca czuje się bezpiecznie i nabiera zaufania. Omówienie planu porodu i związanych z nim oczekiwań przyczyniają się do wzmocnienia zaufania. Na samym początku należy przyszłej mamie przedstawić pełen obraz przebiegu porodu łącznie z różnymi sposobami łagodzenia bólu stosowanymi w oddziale. Istotną sprawą jest, by położna poświęcała czas tylko jednej rodzącej a nie kilku innym, jak to bardzo często bywa [10].

By zagwarantować pełny komfort rodzącej, należy starać się zapewnić jej kontakt i towarzystwo osoby bliskiej, która może być niezwykle pomocną przy porodzie. Osoba bliska wspiera, dodaje otuchy i pomaga rodzącej w kontrolowaniu oddechu. Przez swą obecność zmniejsza stres i zapewnia poczucie bezpieczeństwa. Dzięki rozmowie, gestom, dotykowi potrafi niejednokrotnie doskonale odwrócić uwagę od bólu, co stanowi istną analgezję porodową. Osoba bliska, czyli najczęściej partner, to duża pomoc dla rodzącej: pomaga zmienić pozycję przy porodzie, masuje bolące miejsca na ciele rodzącej, podaje wodę do picia. Jest również wielką pomocą dla samej położnej – może powiadomić ją o niepokojących objawach [11, 12].

Podjęwając problematykę łagodzenia bólu porodowego, nie należy zapominać o muzyce jako o istotnym czynniku łagodzącym ból, czynniku, który pomaga znieść przykre chwile czy pomóc się zrelaksować [10]. Sam Arystoteles dowodził, „że muzyka przyczynia się do oczyszczenia (*katharsis*) z nadwrażliwości psychicznej” [2]. Oprócz obniżenia poziomu stresu,

muzyka pomaga ciężarnej w pełnej koncentracji, poprawia wentylację oddechową i, co chyba jest najważniejsze, działa antylękowo – ma to ogromny wpływ na podniesienie progu bólowego.

Leczenie zapachami czyli aromaterapia również znalazły zastosowanie w sali porodowej. Wykorzystuje ona naturalne olejki eteryczne pozyskane z drzew, kwiatów, owoców czy ziół. Należy wiedzieć, że nie wszystkie olejki są zalecane dla ciężarnych czy rodzących, niektóre są wręcz przeciwwskazane, dlatego istotna jest wcześniejsza konsultacja z lekarzem lub doświadczonym aromaterapeutą [6, 10]. Olejki eteryczne przenikają przez nos do ciała rodzącej i pobudzają mózg do działania. Mogą również przenikać przez skórę oraz płuca i docierać w ten sposób do krwi czy też narządów wewnętrznych. I tak np. zastosowanie aromatów lawendy, melisy i drzewa sandałowego uspokaja rodzącą, poprawia jej koncentrację, zmniejsza lęk oraz ból. Pamiętać jednak należy, by stosować aromaty naturalne, wysokiej jakości, tylko te, które preferuje podopieczna.

By przyczynić się do pozytywnych doświadczeń porodowych baczna uwagę należy zwrócić na wyćwiczenie właściwych technik relaksacyjno-oddechowych. Sam fakt skupienia się na oddychaniu pozwala osiągnąć spokój rodzącej oraz odwrócić uwagę od bólu [11]. Należy podkreślić, że przy porodzie wydech winien być dwa razy dłuższy niż wdech, co skutecznie pozwala rozluźnić ciało i przezwyciężyć ból. W sytuacji zaś, kiedy kobieta wstrzymuje oddech w trakcie skurczu, napina również wszystkie mięśnie, co przy ciągłym powtarzaniu powoduje ból. Umiejętny oddech, a przez to właściwa relaksacja, sprawiają, że ciało rodzącej ulega rozluźnieniu, dzięki czemu ona sama może odpocząć w przerwie pomiędzy skurczami [13].

Wydawanie dźwięków okazuje się również niezawodnym sposobem na swego rodzaju rozluźnienie i tym samym na zmniejszenie odczuwania bólu. Dzięki nim uwalniane jest napięcie, wzrasta wydzielanie endorfin, co dodaje rodzącej sił oraz energii. W I okresie porodu krzyk działa przeciwbólowo i napełnia rodzącą energią, w II okresie zaś rozluźnia mięśnie krocza, dzięki czemu poród postępuje szybciej [5, 6]. Jeśli rodząca ma ochotę krzyczeć – niech krzyczy, jeśli chce mruzczeć – niech mruczy, gdyż tylko tego typu zachowanie jest miarą sukcesu.

Właściwe zastosowanie dotyku czy masażu okazuje się być równie skutecznym środkiem w zmniejszeniu dolegliwości porodowych. Rodząca musi być odpowiednio rozluźniona, zaś masaż winien być wykonywany ze stałym, odpowiednio silnym naciskiem, ruchem kolistym całą powierzchnią dłoni w trakcie skurczu. Przerwa pomiędzy skurczami wykorzystywana jest na

odpoczynek. Dla wielu rodzących bardzo przykrymi są bóle pleców czy okolicy krzyżowo-lędźwiowej, dlatego warto o tym pamiętać, wykonując masaż.

Ciepło oraz zimno stosowane w życiu codziennym sprawdzają się również w sali porodowej. Dają szybko należyty efekt przeciwbólowy, a przy zachowaniu właściwych zasad, nie mają działania ubocznego. Wpływają na zakończenia nerwów obwodowych. Najbardziej skutecznym okazuje się na przemienne stosowanie ciepła i zimna. Stosując tę metodę położna winna obserwować rodzącą, czy działanie to akceptuje, gdyż dla niektórych kobiet może być ono przykrym, a to z pewnością nie przyniesie spodziewanego efektu przeciwbólowego [2].

Obowiązujący standard opieki okołoporodowej nawiązuje do aktywności podczas porodu [9]. Położna przyjmująca poród winna namawiać rodzącą do aktywności fizycznej z uwzględnieniem pozycji wertykalnych a także stosowania różnego rodzaju udogodnień typu drabinki, piłki czy worki sako. Poruszanie się zdecydowanie zmniejsza odczuwanie bólu. Kobieta sprawia wrażenie, że całkowicie panuje nad sytuacją a samo rodzenie nie jest dla niej tak bolesne. Poród przebiega spokojniej i w sposób jak najbardziej naturalny [12, 14, 15].

Szczególnie w ostatnich latach XX jak i w obecnym XXI w. wzrosła wartość stwierdzenia „Sanum per aquam” – zdrowie dzięki wodzie. Również sale porodowe zaczęły zwracać uwagę na ogromny wpływ na przebieg porodu wody, która, jak się okazało, jest doskonałym analgetykiem w trakcie porodu. Immersja wodna, tj. odpowiednio głębokie zanurzenie w wannie z wodą o temp. ok. 36–37°C przez 30 minut sprawia, że rodząca czuje niesamowitą lekkość i odprężenie, poród przebiega szybciej, znacznie mniej obserwuje się urazów krocza. Immersja wodna jest wysoce skuteczna u kobiet z niskim progiem bólowym i jednocześnie jest chyba najtańszym środkiem przeciwbólowym [5, 16, 17].

TENS, czyli przezskórna elektryczna stymulacja nerwów według wielu źródeł jest metodą łagodzenia bólu dosyć skuteczną w swym działaniu i szczególnie przydatną podczas I okresu porodu. Wykorzystując zbliżone do częstotliwości prądów fizjologicznych impulsowe prądy o dość niskiej częstotliwości, TENS blokuje czucie bólu, pobudzająco wpływa na wydzielanie opioidów endogennych w unerwianym miejscu z danego źródła. Również wielu autorów uważa, że TENS może być metodą pierwszego rzutu łagodzenia bólu porodowego i najlepsze efekty uzyskiwane są tutaj do osiągnięcia przez rodzącą około 5–6 cm rozwarcia. W późniejszych etapach metoda ta może okazać się mało skuteczną [2, 10, 14, 18].

Akupunktura, rozpowszechniona w krajach Dalekiego Wschodu, w chińskiej medycynie wykorzystywana jest m.in. w celu wywołania porodu czy nawet znieczulenia do cięcia cesarskiego [2]. Jest jedną z alternatywnych metod łagodzenia bólu, wykonywaną przy zastosowaniu cienkich igieł lub dzięki stymulacji elektrodami. Wywołane nakłuwaniem bodźce wyzwalają endorfiny – naturalne substancje znieczulające. Zwraca się uwagę na umiejscowienie punktów akupunktury mających znaczenie przy porodzie. Choć pewna ich liczba znajduje się na brzuchu, plecach czy w okolicy krocza, w sytuacji, kiedy rodząca znajduje się w ruchu, polecane są inne punkty – na kończynach i małżowinie usznej.

W akupresurze, w przeciwieństwie do akupunktury, używa się palców zamiast igieł. W wyniku ucisku następuje stymulacja punktów w określonych miejscach ciała. Są nimi m.in.: odcinek krzyżowo-lędźwiowy kręgosłupa, miejsce powyżej pośladków, zewnętrzna strona goleni, jedna i druga strona karku, strona zewnętrzna dłoni między kciukiem i palcem wskazującym oraz miejsca na podeszwach stóp i nieznacznie poniżej wypukłości pod palcem dużym. Tego typu metoda to nic innego jak japońskie Shiatsu oznaczające „ucisk palcami.” W trakcie tego zabiegu wytwarzane są endorfiny, których znieczulające działanie jest w trakcie porodu tak bardzo potrzebne [2, 6, 11, 16].

Możliwości współczesnej sali porodowej oraz zadania położnej w uśmierzaniu bólu porodowego – farmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego

Tak jak przy doborze niefarmakologicznych czy alternatywnych metod uśmierzenia bólu porodowego położna może kierować się własnym wyczuwaniem i doświadczeniem, tak do zastosowania leczenia farmakologicznego potrzebna jest jej zgoda i zlecenie lekarza. Dobór odpowiednich środków jest niezwykle istotny z uwagi na niekorzystny wpływ leków na dobrostan dziecka, dlatego znacznie wcześniej należy się zastanowić i kierować bardzo indywidualnie doбором właściwego leku w zależności od zaawansowania porodu i potrzeb rodzącej.

W Polsce często stosowanym lekiem jest petydyna, opioid spotykany pod nazwą Dolargan, Dolantina czy Dolcontral. Działa przeciwbólowo i rozkurczowo. Jego liczne działania uboczne, jak np. ze strony matki – nudności, zawroty głowy, senność, zaburzenia orientacji oraz niekorzystny wpływ na stan dziecka – jego układ oddechowy czy późniejszy problem z odruchem

ssania, wymagają jednak od położnej jak i lekarza-położnika „cudownej umiejętności prognostycznej” co do czasu zakończenia porodu i ewentualnego wstrzymania się od podania środka [19, 20, 21, 22, 23].

Fentanyl, również opioid, stosowany jest w sali porodowej do analgezji porodu. Z uwagi na długi okres półtrwania eliminacyjnego, tak matce jak i noworodkowi grozi depresją oddechową, dlatego też wymaga bardzo ścisłego nadzoru pacjentki, monitorowania podstawowych parametrów – oddechu i krążenia. Nie jest więc już tak często stosowany jak petydyna.

Na pewno nie można zapomnieć o podtlenku azotu nazywanym również gazem rozweselającym, który w mieszaninie z tlenem 1:1 jako mieszanka gazowa doskonale sprawdza się w sali porodowej. Wykryty i opisany przez Josepha Priestley’a w 1773 r. wzbudził wielkie zainteresowanie na świecie. Z początkiem XIX w. popularny stał się szczególnie wśród artystów z uwagi na „zdolność do poprawy nastroju i wywoływania miłych omamów” [24]. Przez swe szybkie działanie przynosi niekwestionowaną ulgę w bólu. Rozluźnia rodzącą, działa antydepresyjnie i zmniejsza odczucie lęku. Może być stosowany na różnym etapie porodu, chociaż najlepsze efekty obserwuje się u wieloródek, kiedy gaz podawany jest pod koniec I okresu porodu. Na pewno nie należy się bać tej metody, lecz udzielić rodzącej dokładnego instruktażu dotyczącego wdychania gazu z butli. Każda położna sali porodowej stosująca podtlenek winna również wiedzieć, że nie ma on wpływu na czynność skurczową macicy, co więcej, bezpieczny jest dla dziecka i jego układu oddechowego, chociaż niektóre źródła podają, że przedłużone jego stosowanie (powyżej 7–17 minut) może depresyjnie wpływać na noworodka. Istotną sprawą jest więc szczególne monitorowanie tętna płodu oraz obserwacja stanu ogólnego rodzącej [8, 16, 24, 25, 26].

Kiedy wszystkie metody zawodzą i rodząca nie może poradzić sobie z bólem, warto zaproponować jej coś skuteczniejszego. Z pomocą przychodzi tutaj analgezja regionalna, której dobór jest bardzo indywidualny i musi uwzględniać różnego rodzaju czynniki ryzyka tak anesteziologicznego jak i położniczego, preferencje kobiety rodzącej, a także postęp porodu i możliwości danego oddziały.

Tzw. „złoty standard” w walce z bólem, czyli znieczulenie zewnątrzoponowe proponowane jest kobietom pragnącym uśmierzenia bólu porodowego i niemającym żadnych przeciwwskazań ogólnomedycznych lub położniczych. Głównym celem jest złagodzenie bólu porodowego przy jak najmniejszej blokadzie ruchowej. Podanie odpowiedniego środka we właściwej fazie porodu, czyli kiedy rozwarcie szyjki macicy nie przekracza 3–4 cm, nie później zaś niż przy 7–8 cm, sprawia, że kobieta łatwiej znosi

dolegliwości porodowe. Istotą znieczulenia jest precyzyjne wprowadzenie w przestrzeń zewnątrzoponową kanału kręgowego odpowiedniego środka znieczulenia przewodowego. Obowiązujący standard mówi o stosowaniu małych dawek długodziałających anestetyków miejscowych najlepiej połączonych z opioidem [7]. Znieczulenie zewnątrzoponowe oferuje wiele korzyści, gdyż m.in. pozwala przedłużyć znieczulenie w czasie i pogłębiać je do różnych zabiegów położniczych typu kleszcze czy cięcie cesarskie, umożliwia też kontakt z rodzącą w ciągu całego okresu znieczulenia. Położna prowadząca poród w tym znieczuleniu powinna pamiętać o częstej kontroli lub stałym monitorowaniu tętna dziecka za pomocą KTG, gdyż może dochodzić do spadku ciśnienia tętniczego u rodzącej, co z kolei może być przyczyną zaburzeń tętna dziecka [20, 26, 27, 28, 29].

Wprowadzone w 1898 r. przez niemieckiego chirurga Augusta Biera znieczulenie rdzeniowe, podpajęczynówkowe w sali porodowej wykorzystywane jest do cięcia cesarskiego i ma tutaj znaczną przewagę nad znieczuleniem zewnątrzoponowym. Zdecydowały o tym jego zalety: szybka i prosta technika wykonania, prawie natychmiastowa analgezja, wysoka skuteczność czy też ograniczone do minimum niebezpieczeństwo efektów ubocznych u rodzącej i płodu z uwagi na bardzo małą dawkę podanego analgetyku przewodowego. Minusem znieczulenia podpajęczynówkowego jest ograniczony czas działania przeciwbólowego oraz znaczne obniżenie ciśnienia tętniczego krwi czy mogące wystąpić popunkcyjne bóle głowy [8, 26, 29, 30].

Wymienione wcześniej metody analgezji porodu mają tyleż zalet ile wad. Jeśli w jednym momencie pomogą, w drugim ich działanie czy nawet sam czas wykonania, nie jest zadowalający. Tymczasem połączone znieczulenie zewnątrzoponowo-podpajęczynówkowe wykorzystuje wszystkie pozytywy obu tych technik przy ograniczeniu do minimum ich wad. Polega na podaniu opioidu podpajęczynówkowo i środka znieczulenia miejscowego zewnątrzoponowo. Istnieje tutaj możliwość chodzenia w czasie I okresu porodu. Jest to tzw. *walking epidural*. Jednakże mimo przemawiających za tym znieczuleniem wyników badań klinicznych, nie udało się go wprowadzić do sali porodowej [7, 8, 20, 26].

Na sam koniec trzeba wspomnieć o jeszcze jednej możliwości, którą jest tzw. blokada nerwu sromowego. Może być wykorzystywana tak w II okresie porodu fizjologicznego jak też przy porodzie miednicowym czy kleszczowym. Jest to prosty i bezpieczny sposób wykonania, który nie daje powikłań, nie ma szkodliwego działania na płód, dodatkowo pozwala współpracować rodzącej z położną lub lekarzem podczas akcji porodowej. Wymagana jest tu jednak dobra znajomość unerwienia kanału rodnego.

Jak przeżyć „bezboleśnie” poród, czyli recepta na udane rozwiązanie – spostrzeżenia położnej sali porodowej w oparciu o doświadczenie zawodowe i dostępne metody łagodzące ból

W obecnych czasach, kiedy oczekiwania kobiet, ich partnerów, rodzin rosną, rosną także wymagania stawiane całemu personelowi sali porodowej a w szczególności właśnie położnej, która stoi zawsze obok rodzącej. Owe wymagania zmuszają do ciągłej pracy, przeprowadzania szkoleń czy poprawy warunków (i to niekoniecznie lokalowych). W gruncie rzeczy jednak chodzi o jakość rodzenia, a co za tym idzie, o poziom opieki położniczej i właśnie sposób łagodzenia bólu porodowego. Hipokrates powiedział, że „uśmierzanie bólu jest rzeczą boską” – stwierdzenie to szczególnie prawdziwe jest w obecnej sali porodowej. XXI w. przyniósł nowoczesne rozwiązania, które choć nie do końca zniwelowały ból związany z porodem, pozwoliły go znacznie okiełznać [31].

Położna, by wywiązać się ze stawianych jej zadań, już w chwili przyjęcia rodzącej do porodu winna omówić z podopieczną spisany jeszcze w trakcie ciąży plan porodu i przedstawić jej jasne i wyczerpujące informacje dotyczące niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego, których, jak się okazuje, może być całkiem sporo. Sposoby farmakologiczne zaś są domeną lekarską i należy to rodzącej uświadomić.

Jak przeżyć „bezboleśnie” poród?

Pragnienie to jest możliwe do zrealizowania, trzeba tylko dostosować się do kilku zasad:

- świadomie i aktywnie włączyć się w ustalony i omówiony wcześniej plan porodu,
- pamiętać o właściwym oddychaniu,
- przy preferowanej muzyce w towarzystwie lub bez osoby bliskiej wykorzystywać tak długo, jak to możliwe, dowolne pozycje wertykalne,
- pamiętać o lewatywie, która jest, jak się często w położnictwie mówi, połową sukcesu (położna sali porodowej powinna wiedzieć, że lewatywę wykonuje się na życzenie rodzącej),
- korzystać z wody, prysznicza oraz immersji wodnej, które to czynniki skutecznie łagodzą ból,
- na sam koniec trochę podtlenku azotu i ... nareszcie rodzi się dziecko.

Pomysł ten może być wielokrotnie modyfikowany, wzbogacany o różne inne formy łagodzenia bólu porodowego. W sytuacjach wyjątkowych zaś, kiedy rodząca nie potrafi sobie z bólem poradzić, należy korzystać z pomocy anestejzjologa, który zajmie się właściwą analgezą regionalną, chociaż w moim przekonaniu ta forma znieczulenia jest metodą ostateczną. Na koniec należy również zaznaczyć, że cięcie cesarskie nie jest metodą na bezbolesny poród.

Bibliografia

- [1] Cytaty. Info. Sofokles. <http://www.cytaty.info/autor/sofokles.htm> [31.01.2015].
- [2] Iwanowicz-Palus G. J. *Alternatywne metody opieki okołoporodowej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2012.
- [3] *Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu*. Biblia Tysiąclecia. Poznań: Wydawnictwo Pallotinum 2012, 3: 16.
- [4] Fijałkowski W. *Dar rodzenia*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax 1988.
- [5] Kubicka-Kraszyńska U., Oleś K., Otffinowska A., Pietrusiewicz J. red. *O bólu porodowym i metodach jego łagodzenia*. Wydanie 2 poprawione. Warszawa: Fundacja Rodzić po Ludzku 2010.
- [6] Opala T., Gaworska-Krzemińska A., Olszewski J. red. *Położna i pielęgniarka partnerką lekarza w medycznej opiece nad kobietą*. Pelplin: Wydawnictwo Bernardinum Sp. z o. o. 2009.
- [7] Wołowicka L., Dyk D. *Anestezjologia i intensywne opiece. Klinika i pielęgniarstwo*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2007.
- [8] Kruszyński Z. *Podstawy anestezjologii i intensywnej terapii*. Wydanie 2 poprawione i uzupełnione. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego 2006.
- [9] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 roku w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem. Dz. U. z 2012 r. nr 12, poz. 1100.
- [10] Chapman V., Charles C. *Prowadzenie porodu*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2011.
- [11] Kitzinger S. *Kryzys narodzin*. Warszawa: Maman 2011.
- [12] Kubicka-Kraszyńska U., Otffinowska A., Barańska K. red. *Co to znaczy rodzić po ludzku?* Wydanie 4. Warszawa: Fundacja Rodzić po Ludzku 2013.
- [13] Kitzinger S. *Szkola rodzenia*. Warszawa: Wydawnictwo Wojciech Pogonowski 1996.
- [14] Mądra A., Drobnik J. *Położnictwo u progu XXI wieku*. W: Wojtal M., Żurawicka D. red. *Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej i położniczej w różnych specjalnościach medycyny*. Opole: Wydawnictwo Instytut Śląski Sp. z o. o. 2013: 53–61.
- [15] Lichtenberg-Kokoszka E., Janiuk E. *Ciąża i narodziny fundamentem przyszłości dziecka. Zagadnienie interdyscyplinarne*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls 2012.

[16] Kuczowski K. M., Drobniak L. red. *Anestezjologia w położnictwie i medycynie perinatalnej. Zasady i praktyka*. Warszawa: Med-Media 2009.

[17] Bręborowicz G., Markwitz W. red. *Położnictwo. T. I. Fizjologia ciąży*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2012.

[18] Datta S. *Metody łagodzenia bólu podczas porodu*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2009.

[19] Oslisło A., Otffinowska A. *Najważniejsza chwila w życiu. O pierwszym kontakcie matki z dzieckiem i możliwościach jego realizacji w placówkach położniczych w Polsce*. Warszawa: Fundacja Rodzić po Ludzku 2012.

[20] Kruszyński Z. *Anestezjologia położnicza. Położnicze stany naglące*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2006.

[21] Zielińska-Magielska B. Znieczulenie zewnątrzoponowe porodu. *Położna. Nauka i Praktyka* 2009, 3 (7): 12–15.

[22] Klimek R. *Położnictwo*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 1988.

[23] Hanretty K. P. *Położnictwo*. Wrocław: Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner 2006.

[24] Krysiak I. *Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa w anestezjologii i intensywnej opiece*. Poznań: Wydawnictwo i Drukarnia Uni-Druk Sp. j. 2007.

[25] Gwinnutt C. L. *Anestezjologia kliniczna*. Wrocław: Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner 1999.

[26] Kamiński B., Kubler A. red. *Anestezjologia i intensywna terapia*. Podręcznik dla studentów medycyny. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2000.

[27] Mędrzycka-Dąbrowska W., Gaworska-Krzemińska A., Dyk D. red. *Pielęgniarka w anestezjologii i intensywnej opiece*. I Nadbałtyckie Sympozjum Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki. Gdańsk: Wydawnictwo Bernardinum 2008.

[28] Mayzner-Zawadzka E., Kosson D. red. *Wybrane zalecenia postępowania w anestezjologii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2006.

[29] Bręborowicz G. *Położnictwo i ginekologia. T. I*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2006.

[30] Larsen R. red. *Anestezjologia*. Wydanie 2. Wrocław: Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner 2003.

[31] Polskie Cytaty. <http://cytaty.emapa.eu/index.php?show=18063> [31.01.2015].

Adres do korespondencji:

Beata Pisarska

ul. Korfantego 30

47-133 Jemielnica

tel. 723868555

e-mail: bpisarska@interia.pl

Zastosowanie medycyny ortopedycznej według Cyriax`a w diagnostyce zespołów bólowych kręgosłupa w czasie ciąży

Maciej Rębisz^{1,3}, Maciej Citko¹, Ewelina Mach¹, Wojciech Stefaniak^{2,3}

¹ Medicus w Opolu Sp. z o. o.

² Centrum Rehabilitacji Aqua-Reh, Opole

³ Instytut Fizjoterapii, Wydział Wychowania Fizycznego i Fizjoterapii, Politechnika Opolska

Nieswoisty Ból Krzyża (NBK, ang. *Non-specific Low Back Pain*) definiowany jest jako ból okolicy lędźwiowo-krzyżowej, który nie jest charakterystyczny dla zdiagnozowanych patologii (tj. infekcje, nowotwór, osteoporoza, złamanie, deformacje strukturalne, procesy zapalne, zespoły korzeniowe czy zespół ogona końskiego) [1]. W czasie ciąży jest często zgłaszany przez kobiety i prowadzi do problemów funkcjonalnych oraz obniżenia jakości życia [2, 3]. Badania epidemiologiczne wykazują, że 50%–85% kobiet w ciąży doświadcza NBK, z czego około 20% dotyczy obręczy miedniczej [3, 4, 5].

Postępowanie z NBK jest utrudnione w czasie ciąży z powodu potencjalnych zagrożeń związanych z terapią lekami przeciwbólowymi i innymi interwencjami medycznymi [2]. Ból ogranicza kobiety w czasie aktywności dnia codziennego, podczas wypoczynku oraz w nocy, a także przyczynia się do zwiększonej absencji w pracy. Kobiety cierpiące z powodu NBK uskarżają się na niższą jakość życia w porównaniu do kobiet zdrowych [6, 7].

W literaturze wyróżnia się trzy mechanizmy powstawania NBK u kobiet w ciąży. Biomechaniczny (przeciążeniowy układu mięśniowo-szkieletowego), hormonalny i naczyniowy [5]. Każdy mechanizm wymaga odrębnego postępowania, dlatego należy poddać diagnostyce pochodzenie dolegliwości bólowych [3, 8].

NBK rozpoczynają się około 3 miesiąca ciąży, a częstotliwość występowania wzrasta od trzeciego trymestru [3]. Objawy nasilają się wieczorem, a około 67% kobiet odczuwa dolegliwości w nocy. Czynniki, które zaostrzają objawy to: ruch, pozycja stojąca, chodzenie, kaszel, kichanie oraz siedzenie.

Sandler i Vermani w swoich publikacjach wskazują, że bardzo często pomijane są poważne patologie, które także mogą imitować zespoły bólowe kręgosłupa, m.in. zespoły korzeniowe, meralgia paresthetica, zapalenie stawu biodrowego, coccygodynia, zespół ogona końskiego, nowotwory, choroby wewnętrzne, zapalenie stawów krzyżowo-biodrowych [9, 10]. Sandler i Cyriax wskazują, że najczęstszymi przyczynami zespołów bólowych kręgosłupa u kobiet w ciąży są przepukliny dyskowe, zapalenia stawów międzywyrostkowych, przeciążenia stawów krzyżowo-biodrowych, kręgozmyk, zespoły posturalne wynikające z ciągłego napięcia systemu więzadłowego w końcowych zakresach ruchu [9, 11].

Badanie i diagnostyka różnicowa wg koncepcji Cyriax'a (zgodnie z zaleceniami Grupy Roboczej B13 European Cooperation in the field of Scientific and Technical Research – COST) stosuje proste i łatwe w użyciu narzędzia diagnostyczne, pomocne w postawieniu hipotezy klinicznej, bazującej na aktualnych dolegliwościach bólowych pacjenta [12]. Badanie umożliwi wykrycie poważnych patologii kręgosłupa lędźwiowego potwierdzone przez diagnostykę obrazową. Obecnie diagnostyka obrazowa wg COST nie jest zalecana jako podstawowe narzędzie badania NBK ze względu na relatywną wartość diagnostyczną [12, 13, 14].

Badanie kliniczne składa się z wywiadu podzielonego na trzy sekcje i badania funkcjonalnego. Pierwsza część wywiadu obejmuje pytania o aktualne symptomy oraz ich charakter: ból, parestezję, zaburzenia czucia, utratę funkcji. Gdy ból jest podstawowym symptomem, należy ustalić chronologię przebiegu dolegliwości, które mogły pojawić się w wyniku urazu lub bez uchwytnej przyczyny. Druga część obejmuje ustalenie wpływu postawy oraz ruchu na dolegliwości bólowe. Zmienność objawów związanych z ruchem lub postawą jest istotną komponentą diagnostyki zespołów mechanicznych i niemechanicznych. Trzecia część obejmuje pytania uzupełniające obraz kliniczny. Wiek jest istotnym czynnikiem diagnostycznym, ponieważ choroby związane z kręgosłupem najczęściej występują w określonych ramach czasowych. Pacjent w wywiadzie może wskazywać na dodatkowe symptomy, takie jak ból w plecach podczas kaszlu, kichania czy parcia [15].

Badanie Kliniczne

Standardowe badanie kliniczne obejmuje odcinek lędźwiowy kręgosłupa, a także testy dla stawu biodrowego i krzyżowo-biodrowego. Stawy te mogą imitować dolegliwości pochodzenia kręgosłupowego wynikające ze zbieżności dermatomów unerwiających powłoki skórne. Badanie rozpoczynamy od obserwacji pacjenta. Należy zwrócić uwagę na występowanie prawidłowych krzywizn kręgosłupa, dewiacji w postaci kompensacyjnego przesunięcia tułowia oraz linie wyrostków kolczystych w pozycji stojącej [16].

Tabela 1. Testy wykonywane podczas badania standardowego

<p>Testy stawowe: aktywny wyprost, zgięcia boczne, zgięcie do przodu z dodatkowym zgięciem karku.</p> <p>Test dystrakcyjny stawu krzyżowo-biodrowego: test polegający na ucisku kolców biodrowych przednich górnych.</p> <p>Testy dla stawu biodrowego: pasywne zgięcie, pasywna rotacja zewnętrzna, pasywna rotacja wewnętrzna</p> <p>Testy napięciowe układu nerwowego: test Laseque’a, objaw Mackiewicza</p> <p>Testy przewodnictwa nerwowego: badanie czucia kończyn dolnych, odruchy ścięgniste (m. czworogłowego, m. trójgłowego), odruch Babińskiego, testy oporowe mięśni wskaźnikowych</p>
--

Źródło: opracowanie własne

Diagnostyka Różnicowa

W diagnostyce różnicowej NBK Cyriax różnicował następujące patologie: Przepuklina dyskowa jest najczęstszą przyczyną BK. W przypadku ucisku materiału dyskowego na oponę twardą lub korzeń nerwowy nasilają się dolegliwości związane z pozycją zgięciową np. podczas siedzenia. Wynika to z przemieszczania masy dysku w kierunku tylnym pod wpływem asymetrycznego obciążenia [17]. W pozycji leżącej objawy zmniejszają się. Początek dolegliwość najczęściej jest nagły, np. w wyniku podniesienia ciężkiego przedmiotu, w trakcie ruchu zgięcia z rotacją. Dodatkowo w przypadku podrażnienia opony twardej mogą występować bolesne klucia z bólem multisegmentalnym obejmującym wiele dermatomów i przekraczającym linię środkową ciała. W badaniu zaobserwujemy ograniczenia zakresu ruchu kręgosłupa i możliwość nasilenia dolegliwości w czasie kaszlu, kichania, parcia. Konflikt dysku międzykręgowego ze strukturami nerwowymi powoduje możliwość występowania dodatnich objawów testów napięciowych (test napięcia n. kulszowego, test napięcia n. udowego, test napięcia opony twardej) [16].

Kręgoszyk (spondylolisthesis) charakteryzuje się bólem lokalnym, więzadłowym, w linii środkowej kręgosłupa nasilając się pod wpływem pozycji stojącej i chodzenia, a zanikając w siedzeniu i zgięciu tułowia. Badanie standardowe kręgosłupa pozostanie negatywne. Wywiad i badanie rtg potwierdza diagnozę [16].

Zapalenie stawów międzywyrostkowych – obraz kliniczny wskazuje na charakterystyczny układ bólu i niewielkiego stopnia ograniczenia do konwergencji i dywergencji. Ból występuje lokalnie, jednostronnie i nie przekracza linii środkowej ciała. Brak objawów ze strony układu nerwowego, a kaszel i kichanie nie prowokują dolegliwości. Najbardziej prowokujący ruch to aktywny wyprost, pozycja stojąca i chodzenie [16].

Staw krzyżowo-biodrowy unerwiony jest z segmentu S1–S2, oznacza to, że dolegliwości nie mogą występować bezpośrednio w odcinku lędźwiowym, tylko w pośladku. Najczęściej ból jest jednostronny nieprowokowany przez ruchy kręgosłupa [16].

Czerwone Flagi

Szczególną uwagę należy poświęcić sytuacjom, w których pacjent skarży się na dolegliwości bólowe, które stają się intensywniejsze wraz z upływem czasu oraz rozprzestrzeniają się na większy obszar. Między innymi takie objawy określane są jako czerwone flagi (dzwonki alarmowe), czyli sytuacje wskazujące na brak powiązania objawów pacjenta z anatomią i biomechaniką. Wtedy należy podjąć jak najszybsze kroki celem konsultacji ze specjalistą i skierować pacjenta na dalszą i poszerzoną diagnostykę [15].

Tabela 2. Czerwone flagi w koncepcji Cyriax`a

1. Pełny wzorzec stawowy – bolesne i ograniczone wszystkie ruchy kręgosłupa
2. Ból stale pogarszający
3. Ból niezwiązany z ruchem i lub postawą
4. Różnica w objawach stawowych a oponowych
5. Ból rozprzestrzeniający się
6. Ból wysoko lędźwiowy
7. Obustronny ból korzeniowy
8. Duże ograniczenie zgięcia boczego w przeciwną stronę do bólu
9. Różnica między objawami bólowymi a deficytami neurologicznymi
10. Ubytki neurologiczne wielokorzeniowe
11. Osłabienie korzeni L1–L2
12. Ocieplenie stopy po zajętej stronie

Źródło: opracowanie własne

Podsumowanie

Zespoły bólowe kręgosłupa stanowią częsty problem kliniczny. Brak jednoznacznych wytycznych diagnostycznych utrudnia szybkie i sprawne postawienie diagnozy, a to oznacza droższe i dłuższe leczenie. W Wielkiej Brytanii roczny koszt leczenia BK wynosi 12,3 mld funtów, a koszty związane z nieobecnością w pracy sięgają 106 mld funtów [18]. Koncepcja zaproponowana przez dr Jamesa Cyriax`a ponad 50 lat temu jest nadal aktualna i spełnia wymogi komisji europejskiej, w których najważniejszym aspektem jest różnicowanie między poważnymi patologiami, niespecyficznym bólem krzyża, a bólem korzeniowym. Cyriax bardzo dokładnie opisał w swoich publikacjach system czerwonych flag dla kręgosłupa i dodatkowo różnicował zespoły bólowe pleców od problemów korzeniowych. Badanie pacjenta zgodnie ze standardami medycyny ortopedycznej wg Cyriax`a pozwala różnicować poszczególne obrazy kliniczne. Postępowanie diagnostyczne opiera się na wzorcach klinicznych, gdzie wartość ma cały obraz patologii składający się z oglądania, wywiadu i badania funkcjonalnego [15, 17].

Bibliografia

- [1] Balagué F., Mannion A. F., Pellisé F., Cedraschi C. Non-specific low back pain. *Lancet* 2012, 379, 9814 (4–10): 482–491.
- [2] Licciardone J. C., Aryal S. Prevention of progressive back-specific dysfunction during pregnancy: An assessment of osteopathic manual treatment based on cochrane back review group criteria. *Journal of the American Osteopathic Association* 2013, 113 (10): 728–736.
- [3] Majchrzycki M., Mrozikiewicz P. i wsp. Dolegliwości bólowe dolnego odcinka kręgosłupa u kobiet w ciąży. *Ginekologia Polska* 2010, 81: 851–855.
- [4] Friedly J., Standaert C., Chan L. Epidemiology of spine care: the back pain dilemma. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America* 2010, 21 (4): 659–677.
- [5] Oswald C., Higgins C. C., Assimakopoulos D. Optimizing pain relief during pregnancy using manual therapy. *Canadian Family Physician* 2013, 59 (8): 841–842.
- [6] Gutke A., Olsson C. B. i wsp. Association between lumbopelvic pain, disability and sick leave during pregnancy – a comparison of three scandinavian cohorts. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2014, 46: 468–474.
- [7] Jensen S., Hagen K. B. i wsp. Can supervised group exercises including ergonomic advice reduce the prevalence and severity of low back pain and pelvic girdle pain in pregnancy? A Randomized controlled trial. *Physical Therapy* 2012, 92: 781–790.
- [8] Sneag D., Bendo J. Pregnancy-related low back pain. *Orthopedics* 2007, 30: 839–845

- [9] Sandler S. E. The management of low back pain in pregnancy. *Manual Therapy* 1996, 1 (4): 178–185.
- [10] Vermani E., Mittal R., Weeks A. Pelvic girdle pain and low back pain in pregnancy: a review. *Pain Practice* 2010, 10 (1): 60–71.
- [11] Cyriax J. Lumbago mechanism of dural pain. *Lancet* 1945, 246 (6371): 427–429.
- [12] European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. http://www.backpainurope.org/web/html/wg1_results.html [17.01.2015].
- [13] Berthelot J., Maugars Y., Delecrin J., Caillon F., Prost A. Magnetic resonance imaging for lumbar disk pathology. incidence of false negatives. *Presse Medicale* 1995, 7, 24 (29): 1329–1331.
- [14] Schneider M., Santolin S., Farrell P. False negative magnetic resonance imaging results: a report of 2 cases. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* 2005, 28 (4): 278–284.
- [15] Ombregt L., ter Veer H. *Clinical examination of the lumbar spine*. W: Ombregt L., Bisschop P., ter Veer H. J. red. *A system of orthopaedic medicine*. Churchill Livingstone 2003: 799–934.
- [16] Cyriax J., Cyriax P. *Kręgosłup lędźwiowy*. W: Cyriax J., Cyriax P. red. *Ilustrowany Podręcznik medycyny ortopedycznej*. DB Publishing 2009: 213–255.
- [17] Dziak A. *Bóle i dysfunkcje kręgosłupa*. Kraków: Medicina Sportiva 2007: 431–455, 653–659.
- [18] Maniadakis N., Gray A. The economic burden of back pain in the UK. *Pain* 2000, 84 (1): 95–103.

Adres do korespondencji:

mgr Maciej Rębisz

ul. Niemodlińska 12/3

45-710 Opole

tel.: 794 776 124

e-mail: maciej_rebisz@wp.pl

Poród o czasie a poród indukowany

Zofia Wojdyła, Danuta Żurawicka, Małgorzata Zimnowoda

Institut Położnictwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu

Wpływ środowiska człowieka na przebieg ciąży i sposób jej rozwiązania

Oddziaływanie makrozjawisk (tj. oddziaływanie Księżyca i Słońca na Ziemię, wpływ grawitacji) na organizmy żywe znajduje swoje potwierdzenie w wielu doniesieniach naukowych. Procesy fizjologiczne i biochemiczne są ściśle związane z oddziaływaniem środowiska, w szczególności światła, wody, temperatury powietrza, pór roku [1]. Badacze jednoznacznie stwierdzili, iż istnieje wpływ pewnych zjawisk natury na wydolność psychofizyczną i intelektualną człowieka. Podobnie od wielu dekad zauważalny jest wpływ zjawisk biochronometrycznych na samopoczucie i stan położniczy kobiety ciężarnej, a w szczególności na termin rozwiązania ciąży .

Badanie wpływu biorytmu na poród siłami natury przedstawili Dudkiewicz i Jędrzejko (ŚUM), którzy dokonali analizy 1 535 kobiet po porodzie fizjologicznym w odniesieniu do danego biorytmu fizycznego dla każdej z badanych. We wnioskach zauważamy, że wzrost liczby porodów fizjologicznych jest wprost proporcjonalny do wzrostu biorytmu fizycznego badanych kobiet. Wynika z tego, że wraz ze wzrostem biorytmu fizycznego, wzrasta liczba porodów fizjologicznych, obniżenie biorytmu fizycznego powoduje zmniejszoną liczbę porodów fizjologicznych [2]. Nie należy odrzucać hipotez dotyczących wpływu biorytmu na przebieg ciąży i sposobu jej rozwiązania. Teorie dotyczące „wewnętrznego zegara biologicznego” pokazują, iż w organizmie istnieje regulator rytmów biologicznych, którego zadaniem jest przystosowanie człowieka do zewnętrznych zjawisk natury [1, 2].

Termin porodu

Prawidłowe określenie terminu porodu ma kluczowe znaczenie dla postępowania w czasie ciąży i w okresie okołoporodowym. Najbardziej znanym i najczęściej wykorzystywanym sposobem na obliczenie terminu porodu jest reguła Naegelego. Światowa Organizacja Zdrowia zaleca aby nie traktować dnia terminu jako właściwego dnia rozwiązania ciąży. Zgodnie z wytycznymi WHO za czas narodzin uważa się okres dnia terminu porodu ± 2 tygodnie, a nawet do 3 tygodni po ustalonym dniu terminu porodu. Traktowanie terminu porodu jako wyznacznik właściwego dnia narodzin jest błędne, zwłaszcza, że według Bręborowicza zaledwie 7% kobiet rodzi w wyznaczonym dniu terminu porodu. Co za tym idzie, wprowadzenie terminu ciąży przenoszonej czy ciąży po terminie nie jest bez znaczenia, szczególnie gdy mamy do czynienia ze zbyt wczesnym prowokowaniem porodu [3, 4].

Istotny problem dotyczący stosowanej terminologii ciąży przeterminowanej i ciąży przenoszonej porusza położna I. Chołuj. Cięża przeterminowana to ciąża po dniu terminu wyznaczonym przez regułę Naegelego, ale utrzymująca się w czasie ± 2 tygodnie od dnia terminu. Natomiast o ciąży przenoszonej mówimy, kiedy dokonując oceny stanu płodu poprzez badanie KTG czy USG (oceniając stopień dojrzałości łożyska), stwierdzamy objawy zagrażającej zamartwicy wewnątrzmacicznej płodu [4].

Wielu lekarzy położników coraz częściej zwraca uwagę na sposób obliczania terminu porodu według występującej owulacji. Czas trwania ciąży wynosi 259–274 dni od daty zapłodnienia (czyli daty owulacji). Metoda ta znajduje swoje zastosowanie jedynie u kobiet, które dokładnie poznały swoje ciało i mają wiedzę na temat prowadzenia „Karty objawów płodności”. Zdaniem dr Malinowskiego wprowadzenie metody obliczania terminu porodu na podstawie daty owulacji przyczyniłoby się do zminimalizowania liczby cięć cesarskich, przedwczesnych indukcji porodu, poprzez precyzyjne ustalenie wieku ciążowego i nienadużywanie terminu „ciąża przenoszona” czy „ciąża przeterminowana” [4, 5].

Ustalenie prawidłowego terminu porodu ma istotne znaczenie dla wyeliminowania zbyt wczesnych prowokacji porodu oraz dla oceny ryzyka wystąpienia porodu przedwczesnego. Z uwagi na nieregularność cykli miesięczkowych i zastosowanie antykoncepcji, zgodnie z zaleceniami PTG (Polskie Towarzystwo Ginekologiczne), do wyznaczenia terminu porodu i określenia wieku ciążowego powszechnie stosuje się ultrasonografię. Natomiast najbardziej wiarygodną metodą jest połączenie określenia terminu porodu za pomocą reguły Naegelego z badaniem ultrasonograficznym [3].

Hormonalny początek porodu

Poród jest wydarzeniem, którego nie można przewidzieć czy zaplanować. Za początek porodu w dużej mierze odpowiedzialne są hormony, białka i enzymy aktywujące działanie hormonów. Oprócz hormonów znamienne wpływy na początek porodu mają również takie czynniki, jak: napór części przodującej na szyjkę mięśnia macicy czy pęknięcie i odpływ płynu owodniowego [6].

Pod koniec III trymestru ciąży obserwuje się znaczny spadek stężenia progesteronu, którego zadaniem w okresie ciąży jest utrzymywanie mięśnia macicy w spoczynku (progesteron jest „ochronnym hormonem ciąży”, tworzy tzw. „blok progesteronowy”). Na skutek działania masy płodu na mięsień macicy dochodzi do nadmiernego rozciągnięcia macicy, co obniża stężenie progesteronu, a jednocześnie pobudza aktywację estrogenów. Do wzrostu estrogenów przyczyniają się również hormony korykotropowe wytwarzane między innymi przez przysadkę mózgową płodu, a syntezowane w nadnerczach płodu. ACTH (hormony adrenokortykotropowe) są odpowiedzialne nie tylko za stopień dojrzałości płuc płodu, ale pobudzają do aktywacji inne hormony (tj. prostaglandyna i oksytocyna) oraz wpływają na wyeliminowanie „bloku progesteronowego” [7, 8].

Spodziewany naturalny początek porodu może nastąpić, gdy mamy do czynienia z ciążą w okresie terminu porodu, przy prawidłowym wpływie hormonów jak również w sytuacji, gdy szyjka macicy jest przygotowana do porodu (oceniając w skali Bishopa). Działaniem jednych z pierwszych hormonów odpowiedzialnych za przygotowanie szyjki do porodu jest prostaglandyna. Prostaglandyny podczas ciąży znajdują się w niewielkim stężeniu, natomiast zwiększona aktywacja estrogenów pobudza także prostaglandyny. Prostaglandyny istotnie w połączeniu z oksytocyną wywołują czynność skurczową mięśnia macicy, natomiast ich głównym zadaniem jest przygotowanie szyjki macicy do porodu (skrócenie szyjki, zmianę konsystencji, zmianę ułożenie w stosunku do osi pochwy). Prostaglandyny biorące udział w preindukcji porodu to PGE₂-dinoproston i PGF₂ alfa. Mechanizm działania prostaglandyn, w szczególności PGE₂, to wpływ na tkankę łączną szyjki macicy – powoduje jej skracanie i rozwieranie [9, 10, 11].

Oprócz działania prostaglandyn, w preindukcji porodu bierze również udział relaksyna. W trakcie ciąży relaksyna z progesteronem jest odpowiedzialna za donoszenie ciąży, jak również za rozluźnienie połączeń kostno-stawowych w obrębie miednicy kostnej. Wykazano, iż zwiększone jej stężenie

pod koniec III trymestru ciąży ma ogromne znaczenie dla przygotowania szyjki macicy do porodu. Jednakże relaksyna nie odgrywa większego znaczenia w porodzie, nie wykazano jej wpływu na zwiększenie czynności skurczowej mięśnia macicy, natomiast w preindukcji odgrywa rolę kluczową [12, 13].

Kolejnym etapem w dążeniu do porodu fizjologicznego jest wytwarzanie oksytocyny. Oksytocyna wytwarzana jest w podwzgórzu i w okresie okołoporodowym jej stężenie stopniowo narasta, aż do osiągnięcia wartości najwyższych. Umożliwia to rozpoczęcie czynności skurczowej mięśnia macicy, a także zapewnia prawidłowy przebieg porodu. Dokonując analizy wpływu podstawowych hormonów biorących udział w preindukcji i stymulacji porodu, stwierdzimy, że to nie oksytocyna odgrywa największą rolę w zainicjowaniu porodu [6]. Biorąc pod uwagę grę hormonalną prostaglandyn, relaksyny, progesteronu, estrogeny czy hormonu kortykotropowego, zauważamy, że znaczenie oksytocyny w indukcji porodu, w którym nie zadziałały wcześniej wymienione hormony, jest bezzasadne i nie daje wymiernych korzyści.

Preindukcja i indukcja porodu

Znaczącą rolę w indukcji porodu odgrywa ocena stopnia przygotowania szyjki macicy do porodu (zalecane wg skali Bishopa), prawidłowe określenie czasu trwania ciąży (prawidłowo wyznaczony termin porodu) oraz rodność. Dokonując oceny dojrzałości szyjki wg Bishopa, oceniamy rozwarcie szyjki macicy, długość szyjki, konsystencję, położenie względem osi pochwy i zaawansowanie części przodującej w kanale rodnym (napór części przodującej na szyjkę macicy – II mechanizm rozwierania się szyjki macicy). O dojrzałości szyjki macicy do porodu mówimy, kiedy suma punktów w skali Bishopa wyniesie od 6–9. Natomiast wynik ≤ 4 pkt. świadczy o konieczności zastosowania preindukcji porodu, w przeciwnym razie podłączenie kroplówki z oksytocyną jest nieefektywne i może doprowadzić do konieczności ukończenia ciąży przez cięcie cesarskie.

Kolejnym niezwykle przydatnym narzędziem do oceny dojrzałości szyjki macicy jest badanie USG. Oceniając szyjkę macicy, zwraca się uwagę na długość kanału szyjki macicy, szerokość ujścia wewnętrznego. Badanie ultrasonograficzne szyjki macicy raczej uważane jest za bardziej precyzyjne niż ocena w skali Bishopa ze względu na różnice, które często pojawiają się w badaniu wewnętrznym (w zależności od badającego). Istotne badania zostały przeprowadzone przez Sieroszewskiego i Banacha. Dokonali oni analizy porównawczej skuteczności zastosowania skali Bishopa i skuteczności oceny dojrzałości szyjki macicy za pomocą ultrasonografii.

W badaniach została zastosowana ultrasonograficzna punktowa skala oceny przygotowania szyjki do porodu (pod uwagę wzięto nie tylko długość kanału szyjki macicy i szerokość ujścia wewnętrznego, ale również średnicę ujścia szyjki macicy na poziomie ujścia wewnętrznego oraz tylny kąt szyjkowy – schemat opracowany przez Nicolaidesa – *Fetal Medicine Foundation*, Londyn, Wielka Brytania) na wzór skali Bishopa, co pozwoliło na precyzyjną analizę problemu. Badania wykazały, że punktowa ocena w skali ultrasonograficznej jest istotnym statystycznie czynnikiem wpływającym na powodzenie indukcji porodu i jest dokładniejsza od metody klinicznej – skali Bishopa. Jednakże autorzy podkreślają, iż najbardziej wiarygodne w prognozowaniu powodzenia indukcji porodu jest połączenie obu metod oceny dojrzałości szyjki macicy. Badania przeprowadzone przez Sieroszewskiego i Banacha są badaniami niszowymi, gdyż w literaturze najczęściej można odnaleźć jedynie ultrasonograficzną ocenę długości szyjki macicy, bez wprowadzania skali porównawczej do Bishopa. Znamiennym jest fakt, iż precyzyjna ocena dojrzałości szyjki macicy ma ogromne znaczenie dla przebiegu porodu i zwiększa szanse na poród fizjologiczny, a tym samym zmniejsza ryzyko niepowodzenia indukcji [14].

Sztuczne wywoływanie skurczy porodowych jest zasadne w przypadku ciąży po terminie (po 41 tyg. ciąży), z uwagi na choroby matki, gdy istnieje potencjalne ryzyko zamartwicy wewnątrzmacicznej płodu i gdy nie istnieją bezwzględne wskazania do zakończenia ciąży przez cięcie cesarskie [15]. Światowa Organizacja Zdrowia wskazuje, iż „Nie powinno się wywoływać porodów dla wygody. W żadnym rejonie geograficznym odsetek takich porodów nie powinien przekraczać 10%”. Fundacja Rodzić po Ludzku ujawnia, że w 2006 r. w polskich salach porodowych aż 50% porodów było sztucznie wywoływanych [16]. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne rekomenduje indukcję porodu w przypadkach: PROM (*Premature Rupture of Membrane*), gdy mamy do czynienia z odpływem płynu owodniowego po 37 tyg. ciąży; w ciąży po 41 tyg.; w przypadku hypotrofii płodu; przy nadciśnieniu indukowanym ciążą; cukrzycy i makrosomii płodu; w przypadku małowodzia [17].

Oceniając dojrzałość szyjki macicy za pomocą skali Bishopa lub w badaniu ultrasonograficznym i stwierdzając nieprzygotowanie szyjki macicy do porodu, Polskie Towarzystwo Ginekologiczne zaleca zastosowanie preindukcji porodu. Preindukcja porodu w definicji PTG to „postępowanie mające na celu stymulację dojrzewania szyjki macicy, czyli przygotowanie jej do porodu. Preindukcja poprzedza indukcję i zwiększa szansę jej powodzenia”. Zalecanym sposobem preindukcji porodu jest mechaniczna stymulacja

szyjki macicy za pomocą odpowiedniego cewnika ginekologicznego, który przygotowuje szyjkę macicy do porodu [18]. Po raz pierwszy metoda ta została zastosowana w 1861 r. przez dr Barnesę, lecz dopiero w latach osiemdziesiątych XX w. powstało wiele opracowań naukowych, które potwierdziło jej skuteczność i bezpieczeństwo. Preindukcję za pomocą cewnika Foleya założonego doszyjkowo lub zastosowanie ginekologicznego cewnika dwubalonowego Atad charakteryzuje duża skuteczność przy ograniczonym ryzyku powikłań dla matki i płodu.

Przeciwwskazaniami do wykonania preindukcji porodu są: przedwczesny odpływ płynu owodniowego (przed 37 tyg. ciąży), krwawienie z dróg rodnych, łożysko nisko usadowione, stany infekcyjne pochwy i szyjki macicy oraz podejrzenie chorioamnionitis (zapalenie błon płodowych i płynu owodniowego).

O efektywności mechanicznej metody stymulacji szyjki macicy świadczą badania przeprowadzone przez J. Patro-Małysza i wsp., którzy dokonali oceny skuteczności cewnika Foleya w preindukcji porodu. W badaniach zaobserwowano statystycznie istotne zmiany na szyjce macicy, oceniając jej przygotowanie do porodu w skali Bishopa. Dodatkowo preindukacja tą metodą zainicjowała poród w ciągu 24 godzin od jej rozpoczęcia, a porody drogami natury stanowiły aż 72% z wszystkich badanych. Ryzyko wprowadzenia infekcji drogą pochwową według Patro-Małysza jest statystycznie bardzo niskie, bo u 89% badanych pacjentek kolor płynu owodniowego był czysty, a średnia ocena noworodka w skali Apgar wynosiła ok. 9 pkt. [19].

Oprócz mechanicznych sposobów przyspieszenia dojrzewania szyjki macicy stosuje się metodę farmakologiczną, która związana jest z zainicjowaniem porodu poprzez działanie hormonalne. W przypadku zbyt małego stężenia endogennej prostaglandyny odpowiadającej za inicjację porodu, farmakologicznie podaje się prostaglandyny egzogenne. Prostaglandyny są odpowiedzialne za zmiany biofizyczne szyjki macicy, wywołują czynność skurczową macicy oraz stymulują wzrost stężenia endogennych prostaglandyn.

Najpowszechniej stosowanym preparatem prostaglandynowym jest Prepidil- dinoproston PGE2 podawana doszyjkowo. Częstość jej stosowania jest powiązana z mniejszym ryzykiem pojawienia się hiperstymulacji mięśnia macicy, przedwczesnego oddzielenia się łożyska czy wystąpienia objawów niedotlenienia wewnątrzmacicznego płodu, w porównaniu do prostaglandyny PGE1 – mizoprostol (Cytotec). Skuteczność działania mizoprostolu jest o wiele bardziej skuteczniejsza niż PGE2, statystycznie szybciej osiąga się czynność skurczową mięśnia macicy (maksymalnie do 12 godzin). Jednakże pożądaný efekt

jest odwrotnie proporcjonalny do ryzyka, jakie niesie ze sobą zastosowanie PGE1. Zastosowanie Cytoteku powoduje dwa razy większe ryzyko pojawienia się hiperstymulacji mięśnia macicy, przedwczesnego oddzielenia się łożyska, pęknięcia mięśnia macicy i jest zagrożeniem dla matki i płodu.

Pomimo dużego ryzyka wystąpienia poważnych komplikacji U.S. Food and Drug Administration (Amerykańska Agencja Żywności i Leków powiązana z Departamentem Zdrowia Stanów Zjednoczonych Ameryki) w 2002 r. wprowadziła możliwość zastosowania mizoprostolu w dawkowaniu 50 μg co 6 godzin. W Polsce PTG (Polskie Towarzystwo Ginekologiczne) w 2002 r. określiło stosowanie mizoprostolu możliwe „jedynie w przypadkach preindukcji ciąży obumarłej i indukcji poronień lub porodów płodów niezdolnych do życia” [20]. Podobne wnioski pojawiają się u W. Guzikowskiego w analizie porównawczej skuteczności i bezpieczeństwa zastosowania oksytocyny, dinoprostonu i mizoprostolu w indukcji porodu. Badania przeprowadzono w trzech okresach rocznych (I rok – 1996, II rok – 1999, III rok – 2000), co wskazuje na wysoką istotność statystyczną pod względem ilości i czasu poświęconego na przeanalizowanie badanych. W I roku badań analizie poddano pacjentki, u których zastosowano oksytocynę jako metodę indukcji. Kolejny rok – 1999 – dokonano analizy preindukcji porodu za pomocą dinoprostonu; w ostatnim etapie badań, w roku 2000, oceniono skuteczność i bezpieczeństwo preindukcji porodu za pomocą mizoprostolu. We wnioskach wykazano, że zastosowanie prostaglandyn w preindukcji porodu znacznie poprawia jej skuteczność i zwiększa odsetek zakończenia porodu drogą pochwową w porównaniu do zastosowania oksytocyny. Zastosowanie prostaglandyn według Guzikowskiego jest bezpieczne dla stanu noworodka, ale w sytuacjach odpowiedniego dawkowania i prowadzenia ścisłego monitorowania kardiokografem. Porównując działanie dinoprostonu do mizoprostolu, wykazano, iż znacznie skuteczniejszy pod względem szybkości działania jest mizoprostol, jednakże w tej grupie badanych kobiet znacznie częściej obserwowano ukończenie porodu przez cięcie cesarskie, tym samym udowodniono wpływ PGE1 na pojawienie się zagrażającej zamartwicy wewnątrzmacicznej płodu. Wskazuje to na słuszność rekomendacji PTG co do zastosowania mizoprostolu jedynie w przypadkach ciąż obumarłych, poronień [21].

Wzrost porodów indukowanych w polskich salach porodowych rośnie w bardzo szybkim tempie, podobnie jak cięć cesarskich. Mimo to brak jest aktualnych opracowań statystycznych na temat liczby porodów indukowanych.

Problem indukcji porodu wiąże się również z problemem wzrostu cięć cesarskich – z powodu braku postępu porodu lub (co staje się coraz

popularniejszym wskazaniem) braku reakcji na indukcję porodu. Powodem tej patologicznej sytuacji jest zbyt wczesne rozpoczęcie wyzwalania czynności skurczowej mięśnia macicy. Prawidłowe określenie terminu porodu i stosowanie się do zaleceń Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego i opracowania polskiego Standardu Opieki Okołoporodowej odnośnie definicji porodu po terminie czy ciąży przenoszonej zdaje się być kluczowe w postępowaniu przy indukcji i preindukcji porodu. Należy pamiętać o ocenie stopnia przygotowania szyjki macicy do porodu i prawidłowego oszacowania wieku ciążowego. Kierowanie ciężarnych 3 dni po terminie porodu sprzyja zbyt wczesnej indukcji, w której najczęściej stosuje się oksytocynę bez analizy przygotowania szyjki do porodu i zastosowania preindukcji mechanicznej czy farmakologicznej.

Zbyt wczesna hospitalizacja (bez istotnych dla stanu matki i płodu wskazań medycznych) kobiety ciężarnej nie jest bez znaczenia dla jej stanu psycho-emocjonalnego. Szpital nie jest naturalnym środowiskiem człowieka, oczekiwanie na poród powinno odbywać się w warunkach sprzyjających, do których bez wątplenia należy przestrzeń domowa.

Bibliografia

- [1] Zawilska J., Nowak J. Rytmy biologiczne – uniwersalny system odczytywania czasu. *Nauka* 2006, 4: 129–133.
- [2] Dudkiewicz D., Jędrzejko M. *Zależność terminu porodu od wybranych zjawisk biochronometrycznych – fakty czy mity?* W: Słomko Z., Bręborowicz G., Gadzinowski J., Poręba R. red. *Kliniczna perinatologia i ginekologia*. Tychy: Polskie Towarzystwo Medycyny Perinatalnej 2002: 23–28.
- [3] Chazan B. *Rozpoznanie ciąży i ustalenie terminu porodu*. W: Bręborowicz G. red. *Położnictwo i ginekologia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2005: 53–57.
- [4] Chołuj I. *Urodzić razem i naturalnie*. Mszczonów: Fundacja Źródła Życia 2008: 85–86.
- [5] Malinowski J. Od zdrowia człowieka do inżynierii patentowej – wybrane zagadnienia. *Postępy Nauki i Techniki* 2009, 3: 120–121.
- [6] Kunicka N., Kiełbasińska J. Wpływ gry hormonalnej na rozpoczęcie i kontynuację porodu. *Położna. Nauka i Praktyka* 2011, 4 (16): 29–30.
- [7] Czekanowski R. Rola CRH-kortikoreliny w fizjopatologii ciąży. *Biuletyn Suwalskie Towarzystwo Ginekologiczne im. prof. Stefana Soszki* 2002, 43: 6–17.
- [8] Czekanowski R. *Czynność skurczowa macicy w perinatologii*. Białystok: Wydawnictwo Białowieża 1992: 11–13.

[9] Czekanowski R., Radiukiewicz G. Prostaglandyny i ich rola w położnictwie. Część I. *Pielęgniarka i Położna* 1994, 3: 17–19.

[10] Czekanowski R., Radiukiewicz G. Prostaglandyny i ich rola w położnictwie. Część II. *Pielęgniarka i Położna* 1994, 2: 19–21.

[11] Czekanowski R. Czynniki parakryne i zakażenia w indukcji porodu przedwczesnego. *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia* 1994, 10: 130–135.

[12] Lessing-Pernak J. Znaczenie przebiegu porodu i wczesnego kontaktu matki z dzieckiem dla rozwoju przywiązania. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia* 2010, 3 (4): 282–289.

[13] Urban J., Skotnicki M., Urban R. Wpływ estradiolu na kurczliwość izolowanych skrawków macicy ludzkiej. *Ginekologia Polska* 1991, 62 (12): 543–545.

[14] Sieroszewski P., Banach R. Porównanie wartości prognostycznej badania klinicznego (skala Bishopa) z oceną ultrasonograficzną szyjki macicy w przewidywaniu indukcji porodu. *Ginekologia Polska* 2010, 81: 105–110.

[15] Oleszczuk J., Leszczyńska-Gorzela B., Poniedziałek-Czajkowska E. *Indukcja porodu. Rekomendacje postępowania w najczęstszych powikłaniach ciąży i porodu*. Wydanie 2. Lublin: Wydawnictwo Bifolium 2006: 194–200.

[16] Baranowska B., Otffinowska A. Rytm i czas porodu. Indukcja i stymulacja porodu w świetle badań naukowych. http://www.rodzicpoludzk.pl/images/stories/publikacje/rytm_i_czas_porodu.pdf [28.01.2015].

[17] Kostrzewa M., Kalinka J. Indukcja porodu część 1. Kontrowersje i korzyści wynikające ze wskazań do indukcji porodu. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia* 2012, 5 (4): 185–189.

[18] Czajkowski K., Bręborowicz G., Kotarski J., Kwaśniewska A., Gorzelak-Leszczzyńska B., Poniedziałek-Czajkowska E., Oleszczuk J., Poręba R., Ronin-Walknowska E., Sikora J., Szymański W., Wilczyński J. Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące opieki okołoporodowej i prowadzenia porodu. *Ginekologia Polska* 2009, 80: 548–557.

[19] Patro-Małysza J., Marciniak B., Leszczyńska-Gorzela B., Bartosiewicz J., Oleszczuk J. Ocena skuteczności cewnika Foley'a w preindukcji porodu. *Ginekologia Polska* 2010, 81: 31–36.

[20] Leszczyńska-Gorzela B. red. *I Krajowe spotkanie ginekologów i położników*. 8–9 marca 2013 r., Szczyrk: Polskie Towarzystwo Ginekologiczne 2009.

[21] Guzikowski W., Tomiczek-Szwiec J., Głąb G., Kubicki J., Kowalczyk D. *Porównanie skuteczności i bezpieczeństwa stosowania oksytocyny, dinoprostonu i mizoprostolu w indukcji porodu w ciążach przedłużonych*. W: Słomko Z., Bręborowicz G., Gadzinowski J. red. *Kliniczna perinatologia i ginekologia*. Tychy: Polskie Towarzystwo Medycyny Perinatalnej 2002: 240–247.

Adres do korespondencji:

mgr Zofia Wojdyła, mgr Danuta Żurawicka, mgr Małgorzata Zimnowoda
Instytut Położnictwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej
ul. Katowicka 68
45-060 Opole
tel. 696965968
e-mail: zosia742@wp.pl

Wybrane aspekty opieki pielęgniarzkiej i położniczej w różnych
specjalnościach medycyny

T. 3

pod redakcją Marioli Wojtal i Danuty Żurawickiej

ISBN 978-83-935324-9-0

ISBN 978-83-62687-70-1

Wpływ karmienia piersią na zapobieganie wystąpienia alergii u dzieci

Dorota Ćwiek

Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego,
Międzynarodowi Dyplomowani Konsultanci Laktacyjni – International Breastfeeding Certified
Lactation Consultant (IBCLC)

Alergia pokarmowa jest nieprawidłową, uwarunkowaną mechanizmami immunologicznymi reakcją organizmu na składniki zawarte w pożywieniu [1]. Należy różnicować alergię z nadwrażliwością na pokarm. Zgodnie z wytycznymi European Academy of Allergy and Clinical Immunology, jeśli mamy do czynienia z mechanizmami immunologicznymi, używamy pojęcia alergia pokarmowa lub IgE-zależna alergia pokarmowa. Wszystkie pozostałe reakcje nazywamy niealergiczną nadwrażliwością na pokarm [2].

Alergia pokarmowa dotyczy ok. 6–8% dzieci poniżej 2. roku życia, a manifestuje się najczęściej objawami ze strony przewodu pokarmowego: wymiotami, kolką jelitową, biegunkami, krwią w stolcu i niedoborem masy ciała [3]. Odczyny te są spowodowane najczęściej przez białko mleka krowiego (głównie przez β -laktoglobulinę, która znajduje się także w niewielkiej ilości w pokarmie kobiecym), soję, jaja kurze, orzeszki ziemne, pszenicę, orzechy, owoce morza [4].

Europejskie Towarzystwo Gastroenterologii Dziecięcej i Amerykańska Akademia Pediatrii zalecają karmienie piersią jako prewencję chorób alergicznych, zarówno alergii pokarmowych, oddechowych, jak i atopowego zapalenia skóry (AZS). Europejskie Towarzystwo Alergologii Pediatricznej i Immunologii Klinicznej (ESPACI) oraz Europejskie Towarzystwo Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia (ESPGHAN) w 1999 r. opublikowały swoje badania: „Wyłączne karmienie piersią przez pierwsze 4–6 miesięcy może znacznie zmniejszyć częstość występowania objawów alergicznych

i jest zdecydowanie rekomendowane” [5]. Im dłużej matka karmi piersią, tym lepsza prognoza na przyszłość. Badania Szajewskiej dowodzą, że karmienie piersią przez co najmniej 3 miesiące zmniejsza ryzyko wystąpienia astmy oskrzelowej o ok. 20%, a na atopowe zapalenie skóry o ok. 30%. Efekt ochronny karmienia naturalnego jest największy w grupie dzieci z dodatnim wywiadem rodzinnym w kierunku chorób atopowych [5]. Także badania szwedzkich naukowców udowodniły, że karmienie piersią przez 4 miesiące lub dłużej powoduje zmniejszenie zapadalności na astmę, atopowe zapalenie skóry, alergiczny nieżyt nosa, alergię wielonarządową, a u dzieci karmionych piersią częściowo przynajmniej lub dłużej niż 6 miesięcy rzadziej występowała astma oskrzelowa.

Karmienie naturalne nie eliminuje całkowicie możliwości narażenia na alergeny zawarte w produktach spożywczych spożywanych przez matkę karmiącą. U 0,5–2% dzieci karmionych naturalnie mogą wystąpić objawy alergii [1]. Alergia pokarmowa dotyczy 4,5% dzieci do 1. roku życia, w tym 2,7% karmionych sztucznie i 1,8% karmionych naturalnie [6]. Różnica jest bardzo znaczna, dlatego karmienie piersią nazywane jest „Złotym standardem karmienia niemowląt i dzieci”. Jest ono szczególnie ważne właśnie dla dzieci z obciążonym wywiadem alergicznym.

Zdrowy noworodek ma wykształcone organy limfatyczne, ale są one niedojrzałe. Aktywacja układu immunologicznego następuje poprzez zasiedlanie przewodu pokarmowego niepatogennymi bakteriami jelitowymi. Już w kilka godzin po porodzie przewód pokarmowy noworodka zasiedlany jest bakteriami pochodzenia matczynego. W pierwszej fazie są to względnie bez-tlenowe bakterie typu *Escherichi coli*, a następnie dopiero bakterie *Lactobacillus*. U dzieci karmionych piersią dominować zaczynają *Bifidobacteriu* [7]. Mleko kobiece zapewnia konieczną ochronę immunologiczną w czasie, gdy układ immunologiczny dziecka dopiero dojrzewa. Niemowlę rozpoczyna wydzielanie IgA w 4. miesiącu życia, ale dojrzałość w tym względzie osiąga dopiero w 12. miesiącu. Produkcja wszystkich przeciwciał jest w pełni wykształcona dopiero około 24. miesiąca życia, lizozymu w wieku 1–2 lat, podobnie jak komórek pamięci T [8].

W mleku matki znajduje się wiele składników o właściwościach przeciwalergicznymi. Obecne są makrofagi i limfocyty B i T, których największe stężenie występuje w sianie. Te ważne komórki układu immunologicznego rozpoznają cząsteczki antygenów i biorą udział w produkcji przeciwciał ochronnych: IgM, IgE, IgG, IgA. Także obecne prostaglandyny i interferon – swoiste białko o aktywności przeciwwirusowej i przeciwnowotworo-

wej – wzmacniają odporność dziecka [9]. Ogromne znaczenie mają także immunoglobuliny, głównie z grupy SIgA, które „uszczelniają” przewód pokarmowy poprzez wiązanie się z alergenami i drobnoustrojami, powodując nieprzenikanie ich przez śluzówkę jelita do krążenia oraz chroniąc przed alergiami i infekcjami. Niemowlę karmione wyłącznie piersią otrzymuje dziennie 0,5–1 g SIgA [8]. Istotną rolę odgrywają także IL-4, IL-5, IL-13, TGF- β , poliamidy, prebiotyki [10]. Prebiotyki to oligosacharydy ułatwiające kolonizację jelit bakteriami probiotycznymi (bifidobakteriami i bakteriami wytwarzającymi kwas mlekowy). W pokarmie kobiecym znajduje się ponad 900 różnych oligosacharydów, które są naturalnymi prebiotykami nasilającymi rozwój bakterii wytwarzających kwas mlekowy i wspomagają naturalną mikroflorę jelit [9, 10].

O wystąpieniu alergii decydują czynniki genetyczne (konstytucjonalne) i środowiskowe:

1. Wrodzone cechy usposabiające do wystąpienia alergii. Jeśli rodzice cierpią na alergię, dziecko także może ją mieć [11]. Stanowisko ESPGHAN/ESPACI: Stosowanie diety eliminacyjnej u każdej matki w okresie laktacji jest nieuzasadnione. U matek z grupy ryzyka wystąpienia chorób alergicznych lub w przypadku stwierdzenia objawów alergicznych u niemowlęcia zaleca się stosowanie indywidualnie monitorowanej diety eliminacyjnej podczas laktacji [3, 5]. Stanowisko AAP i EAACI (Europejska Akademia Alergologii i Immunologii Klinicznej): stosowanie diety eliminacyjnej w czasie ciąży i laktacji jest nieuzasadnione, gdyż nie wpływa na zmniejszenie częstości czy ciężkości chorób alergicznych u dziecka [1].
2. Niedojrzała bariera błony śluzowej jelita. Przepuszczalność nabłonka przewodu pokarmowego dla wielkocząsteczkowych związków jest tym większa, im młodsze jest dziecko. U dzieci karmionych piersią przepuszczalność jest mniejsza ze względu na obecność SIgA oraz czynników przyspieszających wzrost nabłonka jelitowego i jego dojrzewanie. Obecność lipazy w mleku kobiecym przyspiesza proces wzrostu i dojrzewania nabłonka przewodu pokarmowego. Ponadto tłuszcze niszczą otoczki wirusów [8].
3. Zaburzenia funkcjonowania bariery jelitowej. Pełni ona trzy funkcje: absorpcyjną, ochronną i immunologiczną. Uszkodzenie lub zaburzenie którejkolwiek z tych funkcji prowadzi do zwiększenia i braku selektywności przepuszczalności jelitowej [12]. Znanych jest wiele czynników powodujących zwiększenie przepuszczalności jelitowej, ale najczęstszą

przyczyną są czynniki infekcyjne, a także alkohol, niesterydowe leki przeciwzapalne, leki cytostatyczne, antybiotyki i inne. Spożywanie probiotyków i prebiotyków stabilizuje barierę jelitową, poprawiając w efekcie jej funkcję poprzez indukcję miejscowej odpowiedzi immunologicznej i tworzenie substancji antywolnorodnikowych [13]. Badania Rosenfeldta i wsp. wykazały, że stosowanie *Lactobacillus rhamnosus* i *Lactobacillus reuteri* u dzieci z AZS zmniejszało przepuszczalność bariery jelitowej [14].

4. Ekspozycja na alergen: im młodsze dziecko i im większa dawka alergenu – tym częściej alergii. Nadmierne stężenie alergenu oraz zaburzenia regulacji immunologicznej mogą inicjować nadmierną odpowiedź immunologiczną [12]. U dzieci karmionych wyłącznie piersią następuje eliminowanie alergenu mleka krowiego [11].
5. Flora przewodu pokarmowego. Czynniki wpływającymi na skład mikroflory bakteryjnej u noworodka jest między innymi wiek ciążowy, sposób porodu, prawidłowy okres adaptacyjny, sposób karmienia i leczenie antybiotykami. Badania DiGiulio i wsp. wykazały, że wiele wcześniaków ma styczność z bakteriami znajdującymi się w płynie owodniowym, pomimo że wcześniej nie doszło do pęknięcia lub zapalenia błon płodowych. Biasucci i wsp. donoszą natomiast, że u dzieci urodzonych drogą cięcia cesarskiego przed 2 miesiącem nie występowała kolonizacja *Bacteroides sp* oraz stopień kolonizacji tymi bakteriami w 6. miesiącu życia stanowił połowę tego, jaki miały noworodki urodzone drogami natury. Także u dzieci urodzonych drogami natury kolonizacja bakteriami *Lactobacillus* oraz *Bifidobacter* była większa niż u dzieci urodzonych przez cięcie cesarskie [10]. Karmienie piersią sprzyja kolonizacji jelit bakteriami komensalnymi. Pokarm matki zawiera substancje sprzyjające rozwojowi bakterii *Bifidobacterium* oraz *Lactobacillus*. Laktoza mleka kobiecego rozkłada się wolniej niż laktoza krowia, co stwarza niekorzystne warunki do rozwoju bakterii chorobotwórczych i sprzyja rozwojowi flory fizjologicznej. W mleku matki znajduje się tzw. czynnik bifidogenny – wzrostowy dla bakterii *Lactobacillus bifidus* w przewodzie pokarmowym. Przyspiesza on wzrost pałeczek kwasu mlekowego, które są naturalną florą bakteryjną dzieci karmionych wyłącznie piersią. Chronią one niemowlęta przed biegunkami [3, 15]. Protekcyjne działanie probiotyków polega przede wszystkim na hamowaniu adhezji bakteryjnej do nabłonka jelitowego, pobudzaniu układu immunologicznego poprzez wytwarzanie substancji cytoprotekcyjnych oraz zmniejszaniu

przepuszczalności błony śluzowej jelit [1]. Bakterie kwasu mlekowego (*Bifidobacterium*, *Lactobacillus*) produkują także krótkołańcuchowe kwasy tłuszczowe (SCFA): octowy, propionowy i masłowy. Kwas masłowy jest głównym materiałem energetycznym dla nabłonka jelita grubego – dostarcza 70% energii dla komórek jelita. Bakterie te uczestniczą w procesie trawienia pokarmów, m. in. laktozy oraz oligosacharydów, a także hamują rozwój niektórych drobnoustrojów (obniżają pH treści jelitowej) – konkurują o niektóre substraty i miejsca adhezji. Niektóre szczepy wytwarzają substancje antybiotyczne (bateriocyny) [16]. Ponadto *Bifidobacterium* stymuluje syntezę sIgA u noworodków karmionych naturalnie. sIgA nie stwierdzono u noworodków karmionych mieszankami mlecznymi [17].

6. Sprawność procesów enzymatycznych przewodu pokarmowego, perystaltyki jelit i mechanizmów obronnych. Im młodsze niemowlę, tym sprawność słabsza. W pokarmie matki są obecne enzymy wspomagające trawienie i przyswajanie pokarmu. Alfa₁-antytrypsyna hamuje trawienie białek odpornościowych obecnych w pokarmie matki [11].
7. Zachorowalność: Dzieci karmione piersią rzadziej mają infekcję górnych dróg oddechowych, w tym zakażenie RSV (*Respiratory syncytia virus*), którego przebycie ma prawdopodobnie wpływ na wystąpienie astmy oskrzelowej. Podczas trawienia kwasów tłuszczowych mleka kobiecego powstaje monooleoglicerol – czynnik przeciwinfekcyjny [11].
8. Nieodpowiednia dieta niemowląt lub wczesne wprowadzanie nieodpowiednich produktów może wywołać uczulenie – ze względu na niedojrzałość immunologiczną i zmniejszoną zdolność fagocytarną granulocytów. W mleku krowim zawarta jest w dużej ilości β-laktoglobulina, która ma właściwości alergizujące [9, 11]. Mleko matki zawiera więcej α-laktoglobuliny pozbawionej działania alergizującego. Prawidłowe żywienie dziecka ma istotny wpływ na rozwój układu immunologicznego. Składniki pokarmowe w diecie stymulują także zasiedlanie przewodu pokarmowego dobrotliwymi bakteriami [1].
9. Rodzaj żywienia matki podczas laktacji. W pierwszym miesiącu życia dziecka raczej niewskazane są owoce cytrusowe, truskawki i poziomki, orzeszki ziemne, czekolada i kakao oraz inne pokarmy uczulające [3, 11].
10. Złe warunki higieniczne i związane z nimi infekcje jelitowe [11].
11. Zbyttnia dbałość o higienę – tzw. teoria lepszej higieny. Zauważono większą częstość występowania chorób atopowych i alergicznych w mieście niż na wsi. Noverr i wsp. uważają, że przyczyną tego miałyby być

zmieniona ekspozycja na bakterie we wczesnym okresie życia na skutek nadużywania produktów bakteriobójczych w miastach oraz ograniczanie zachorowań we wczesnym dzieciństwie [10].

12. Antybiotykoterapia doustna uszkadza barierę jelitową, zwiększając wnikanie alergenów drogą pokarmową [11].

„Sposób żywienia w pierwszych miesiącach programuje odpowiedź immunologiczną i procesy metaboliczne człowieka na całe życie” [18]. Dlatego obowiązkiem każdego pracownika służby zdrowia jest promowanie karmienia piersią i pomoc matkom w tej trudnej sztuce, jaką jest karmienie naturalne.

Bibliografia

[1] Adamska I., Kupczyk K., Czerwionka-Szaflarska M. Profilaktyka alergii pokarmowej – hydrolizaty, probiotyki i prebiotyki. *Pediatrics Współczesna. Gastroenterologia, Hepatologia i Żywnienie Dziecka* 2009, 11 (2): 47–52.

[2] Krauze A. *Problemy alergiczne u niemowląt*. W: Nehring-Gugulska M., Żukowska-Rubik M., Pietkiewicz A. red. *Karmienie piersią w teorii i praktyce*. Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna 2012: 401–409.

[3] Nehring-Gugulska M., Żukowska-Rubik M. red. *Karmienie piersią. Podręcznik*. Warszawa: Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią 2006: 106.

[4] Sicherer S. H., Sampson H. A. Food allergy. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2006, 117 (2): 470–475.

[5] Oslislo A. Choroby alergiczne a karmienie piersią w świetle najnowszych badań. *Pielęgniarka i Położna* 2006, 4: 9–10.

[6] Kaczmarski M., Semeniuk J., Krasnow A. Nadwrażliwość pokarmowa. *Nowa Pediatrya* 2000, 4: 8–10.

[7] Haevy P. M., Rowland I. R. The gut microflora of the developing infant: microbiology and metabolism. *Microbial Ecology in Health and Disease* 1999, 11: 75–83.

[8] Slusser W., Powers N. G. Karmienie piersią – część 1. Immunologia, żywienie, popieranie. *Pediatrics in Review*. Wydanie polskie, 1997, 1 (5): 10.

[9] Marek A. *Immunoaktywne składniki mleka kobiecego*. W: Szlagatys-Sidorkiewicz A., Brodzicki J. red. *Mleko kobiece. Aktualny stan wiedzy*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek 2008: 46–57.

[10] Sharma R., Young Ch., Mshvildadze M. Mikroflora jelit: czy ma znaczenie w chorobach u noworodków? *Pediatrics po Dyplomie* 2010, 14 (1): 70–85.

[11] Krauze A. *Problemy alergiczne u niemowląt*. W: Nehring-Gugulska M., Żukowska-Rubik M. red. *Szkolenie – Problemy w laktacji. Materiały edukacyjne dla uczestnika*. Warszawa: Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią 2006: 115–130.

[12] Brodzicki J. Przepuszczalność jelitowa – temat wart zainteresowania. *Pediatrics współczesna. Gastroenterologia, Hepatologia i Żywnienie Dziecka* 2006, 8 (3): 188–191.

[13] Marco M. L., Pavan S., Kleerebezem M. Towards understanding molecular modes of probiotic action. *Current Opinion in Biotechnology* 2006, 17: 204–210.

[14] Rosenfeldt V., Benefeldt E., Valerius N. H. i wsp. Effect of probiotics on gastrointestinal symptoms and small intestinal permeability in children with atopic dermatitis. *Journal of Pediatrics* 2004, 145: 612–616.

[15] Mikiel-Kostyra K. *Promocja karmienia piersią*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka 1993.

[16] Ryzko J., Ryzko J. Zastosowanie probiotyków w gastroenterologii dziecięcej. *Pediatrica Współczesna. Gastroenterologia, Hepatologia i Żywnienie Dziecka* 2011, 13 (2): 115–119.

[17] Rautava S., Arvilommi H., Isolauri E. Specific probiotics in enhancing maturation of IgA responses in formula-fed infants. *Pediatric Research* 2006, 60 (2): 221–224.

[18] Mikiel-Kostyra K. Karmienie piersią jako priorytet ochrony zdrowia matki i dziecka. *Problemy Higieny i Epidemiologii*. 2006, 87 (1): 21–24.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Dorota Ćwiek

Pomorski Uniwersytet Medyczny

Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego

Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych

ul. Żołnierska 48

71-210 Szczecin

e-mail: dorota.cwiek@pum.edu.pl

Profilaktyka zdrowia – suplementacja witamin i składników mineralnych u dzieci

Alina Kowalczykiewicz-Kuta

Institut Położnictwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu
Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu

Wstęp

Zdrowa i dobrze zróżnicowana dieta powinna dostarczyć wszystkich niezbędnych dla zdrowia człowieka witamin i składników mineralnych. W obecnych czasach coraz częściej i więcej mówi się, że nie tylko geny (około 20%) determinują zdrowie i jakość życia dziecka w przyszłości. Na jego kondycję, czyli prawidłowy rozwój, mają wpływ przede wszystkim czynniki środowiskowe (w 80%), wśród których znajduje się m.in. sposób odżywiania dziecka, zarówno o okresie prenatalnym, jak i w pierwszych latach jego życia. Zależność między prawidłowym żywieniem i zdrowiem w przyszłości nazywa się programowaniem żywieniowym we wczesnym okresie życia (ENP, ang. *early-life nutritional programming*). Ten okres życia, tzw. „okres krytyczny”, obejmuje kondycję dziecka od okresu życia wewnątrzmacicznego i trwa do około 3 roku życia. Przyjmuje się, że ENP ma wpływ na występowanie największych zagrożeń dla zdrowia człowieka, którymi aktualnie są tzw. choroby cywilizacyjne, takie jak np. otyłość, cukrzyca czy choroby układu krążenia. Należy wspomnieć, że występowanie tych chorób zdecydowanie częściej jest skutkiem działania niekorzystnych szeroko pojętych czynników środowiskowych, do których zalicza się między innymi niewłaściwa dieta [1]. Zalecenia żywieniowe dla najmłodszych, w wyniku prowadzonych na całym świecie badań obserwacyjnych i doświadczalnych, są wciąż aktualizowane. Ostatni schemat żywienia niemowląt opracowany przez ekspertów Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia

Dzieci przedstawia zalecenia dotyczące prawidłowego żywienia niemowląt w 1 roku życia, w tym zakłada możliwość indywidualnego dostosowania częstotliwości i objętości posiłków do aktualnych potrzeb dziecka [2]. Dla dzieci starszych i młodzieży również istnieją wytyczne, w oparciu o które można i należy zmniejszyć ryzyko chorób cywilizacyjnych oraz ryzyko niedoboru niektórych witamin i składników mineralnych w rosnącym organizmie.

Praca przedstawia zasady profilaktycznego stosowania suplementów witaminowo-mineralnych, które są niezbędne dla zdrowia dzieci.

Witaminy okresu niemowlęcego

Do witamin okresu niemowlęcego, których nawet prawidłowa dieta nie dostarczy i organizm dziecka sam ich nie wytworzy, należą witamina K i witamina D3.

Witamina K

Witamina K odgrywa istotną rolę w procesach syntezy białek, m.in. czynników krzepnięcia krwi oraz osteokalcyny, czyli bierze bardzo ważny udział zarówno w hemostazie, jak i w prawidłowej gospodarce układu kostno-szkieletowego. Już w okresie noworodkowo-niemowlęcym niedostateczna podaż witaminy K może prowadzić do wystąpienia krwawienia związanego z niedoborem witaminy K (VKDB, ang. *Vitamin K deficiency bleeding*), zwanego wcześniej chorobą krwotoczną noworodków. Zaburzenie to dotyczy okresu noworodkowego do 3 miesiąca życia. Objawy kliniczne VKDB w postaci klasycznej, które mogą wystąpić wcześniej między 3 a 5 dobą życia, to krwawienie z układu pokarmowego, pępka, błon śluzowych i skóry. W postaci późnej choroby, czyli między 2 a 12 tygodniem życia najczęściej jako pierwszy objaw może mieć miejsce krwawienie śródczaszkowe, które jest obarczone wysoką śmiertelnością. U 50% noworodków, u których krwawienie z przewodu pokarmowego wystąpiło po 1 tygodniu życia, stwierdzano również krwawienie śródczaszkowe. Wyniki badań obserwacyjnych dowodzą, że po jednorazowej domięśniowej podaży witaminy K w okresie pourodzeniowym praktycznie wyeliminowana została klasyczna postać choroby krwotocznej noworodków. Jednak postępowanie takie nie zapobiega całkowicie późnej postaci VKDB. Częstość jej występowania obecnie jest rzadka, prawdopodobnie dzięki stosowaniu profilaktycznemu tej witaminy, i wynosi około 3,2 do 0,3 przypadki na 100 000 dzieci [3]. W okresie noworodkowo-niemowlęcym należy mieć zwłaszcza na uwadze niemowlęta z grupy ryzyka, a mianowicie noworodki i niemowlęta karmione wyłącznie

pokarmem kobiecym, dzieci z chorobami dróg żółciowych i wątroby pod postacią cholestazy oraz dzieci z zaburzeniami wchłaniania. Po urodzeniu stężenie witaminy K jest fizjologicznie niskie i podaż jej dziecku w 1 dobie życia w istotny sposób zmniejsza ryzyko VKDB. Problem profilaktyki VKDB jest szeroko dyskutowanym zagadnieniem w różnych krajach. W krajach Unii Europejskiej wszystkie noworodki otrzymują jednorazowo dawkę witaminy K, przy czym po porodach siłami natury preferuje się dawkę dostępną. W USA, Kanadzie, Australii i Nowej Zelandii zaleca się jej podawanie domięśniowe. W Polsce wydano w 2007 r. zalecenia Zespołu Ekspertów [4]. Na ich podstawie podaje się wszystkim noworodkom po urodzeniu witaminę K w następującym schemacie:

- noworodki zdrowe, donoszone – 2 mg doustnie lub 0,5 mg domięśniowo,
- noworodki urodzone przedwcześnie w zależności od urodzeniowej masy ciała: poniżej 1500g – 0,3 mg domięśniowo lub dożylnie; powyżej 1500g – 0,5 mg domięśniowo,
- noworodki z grupy ryzyka (poród zabiegowy, zamartwica urodzeniowa, hipotrofia wewnątrzmaciczna, zespół aspiracji smółki, leki przed porodem u matki (karbamazepina, fenytoina, barbiturany, cefalosporyny, rifampicyna, INH, pochodne kumaryny) – 0,5 mg domięśniowo.

W kolejnych dniach życia należy nadal kontynuować podaż witaminy K w diecie i/lub wykorzystując suplementację. Zapotrzebowanie na witaminę K w okresie niemowlęcym wynosi 1 ug/kg/dobę, około 5 ug/dobę. Ważne jest, żeby uwzględnić, iż wchłanianie witaminy K z przewodu pokarmowego wynosi u niemowląt około 30%. Dzieci w pierwszych trzech miesiącach życia karmione są wg trzech sposobów: wyłącznie pokarmem naturalnym, wyłącznie początkową mieszanką modyfikowaną lub karmione są mieszaniem. Zawartość witaminy K w mleku kobiecym jest niewielka i wynosi około 0,25 ug/100 ml. Ważnym źródłem tej witaminy są bakterie jelitowe z rodziny *Enterobacteriaceae*, tymczasem w przewodzie pokarmowym niemowląt karmionych piersią dominują bakterie z rodzaju *Bifidobacterium*, które nie syntetyzują witaminy K. Karmienie naturalne nie zabezpiecza dawki dobowej tej witaminy, stąd konieczna jej suplementacja przy karmieniu naturalnym dziecka. Natomiast modyfikowane mieszanki mleczne dla niemowląt oraz preparaty mlekozastępcze zawierają od 3 do 9 ug/100 ml i zabezpieczają dziecko przed niedoborem witaminy K w tym wieku – stąd niemowlęta karmione mieszankami modyfikowanymi dla noworodków donoszonych lub wcześniaków, a także mieszankami mlekozastępczymi – nie wymagają

po podaży pourodzeniowej profilaktycznego jej kontynuowania. Zalecenia Grupy Ekspertów z 2007 r. dla dzieci od 2 tygodnia życia do 3 miesiąca życia przedstawiają się następująco:

- niemowlęta karmione piersią – suplementacja witaminy K w dawce 25 ug/dobę,
- niemowlęta karmione piersią z przewlekającą się biegunką, żółtaczką, przejściową cholestazą – suplementacja witaminy K w dawce 50 ug/dobę do czasu ustąpienia objawów chorobowych,
- niemowlęta z cholestazą trwałą lub z mukowiscydozą – suplementacja witaminy K jest odpowiednio wyższa (osobne schematy podaży witaminy K).

Do grupy ryzyka VKDB należą niemowlęta z chorobami wątroby i dróg żółciowych, czyli z cholestazą. Stan ten zaburza wchłanianie witaminy K w jelicie cienkim ze względu na brak niezbędnych soli kwasów żółciowych. W atrezji, czyli zarośnięciu dróg żółciowych, cholestaza ma charakter trwały, w przypadku noworodków urodzonych przedwcześnie choroba ma najczęściej charakter przejściowy. W obu grupach profilaktyka VKDB polega na podawaniu większej dawki witaminy K w różnych schematach doustnych i pozajelitowo. Praca autorów duńskich i holenderskich, w której stosowano różne schematy profilaktyki VKDB wśród pozornie zdrowych noworodków karmionych naturalnie, u których wychwycono atrezję zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych, porównuje mniejszą lub większą skuteczność witaminy K w profilaktyce VKDB. Wnioski tych badaczy były takie, że witamina K podawana bezpośrednio po urodzeniu w dawce 1 mg doustnie, a następnie codziennie w dawce 25 ug, nie zapobiegała krwawieniu z niedoboru witaminy K u pozornie zdrowych noworodków i niemowląt karmionych piersią z nierozpoznaną atrezją zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych. Lepsze efekty uzyskano przy podaży profilaktycznej wg schematu: 2 mg po urodzeniu doustnie, a następnie 1 mg co tydzień doustnie lub 2 mg domięśniowo jednorazowo po urodzeniu [5].

Przyjęte od 2007 r. zalecenia Grupy Ekspertów dotyczące profilaktyki krwawienia z niedoboru witaminy K obowiązują do dziś.

Witamina D

Głównym źródłem witaminy D jest synteza skórna pod wpływem promieniowania słonecznego. Witamina D wpływa korzystnie na proces mineralizacji układu szkieletowego (wzrost kości, rozwój zawiązków zębowych i szkliwa, ma działania przeciwpróchnicze), ale również bierze udział

w regulacji ciśnienia krwi, glikemii, procesach immunologicznych, procesach apoptozy i proliferacji komórkowej oraz w aktywności metabolicznej mięśni. Niedobory tej witaminy są bardzo powszechnym zjawiskiem u dzieci i mogą skutkować wspomnianymi zaburzeniami mineralizacji układu kostnego, co w konsekwencji może doprowadzić do krzywicy, a w 20 roku życia może spowodować niższą szczytową masę kostną i osteoporozę. Niedobór witaminy D łączy się również z rozwojem chorób cywilizacyjnych, takich jak cukrzyca typu 1 i 2, stwardnienie rozsiane, reumatoidalne zapalenie skóry, choroby układu krążenia, otyłość czy depresja. W sytuacji niedoborowej pojawia się również u dzieci ryzyko rozwoju chorób alergicznych, astmy czy atopowego zapalenia skóry (AZS) [6]. Prawidłowe stężenie w organizmie tej witaminy ma ogromny wpływ na ośrodkowy układ nerwowy, począwszy już od rozwoju mózgu w okresie płodowym. W stanach niedoboru wykazano u dzieci gorszy rozwój psychoruchowy, słabszy rozwój mowy. Suplementacja witaminą D podczas zimy i wczesnej wiosny powoduje spadek zachorowania na grypę. Dzieciom w Japonii w wieku 6–15 lat losowo podawano 1200 IU (30 µg) witaminy D₃ dziennie podczas największej zachorowalności na grypę lub przeziębienie i wykazano, że o 42% spadło ryzyko zachorowania na grypę typu A w grupie suplementowanej. Badanie to dowodzi, że przyjmowanie w czasie zimy witaminy D skutecznie chroni przed przeziębieniami [7].

Suplementację witaminy D u noworodków urodzonych o czasie należy stosować od pierwszych dni życia w dawce 400 IU/dobę. U dzieci urodzonych przedwcześnie w dawce 400–800 IU/dobę oraz zaleca się kontynuować jej podaż do osiągnięcia korygowanego wieku 40 tygodni [8, 9, 10]. Witaminę D również należy uwzględnić w diecie w przypadku karmienia mlekiem modyfikowanym lub pokarmem kobiecym ze wzmacniaczem pokarmu kobiecego. Po przekroczeniu wieku korygowanego 40 Hbd zaleca się, by dawkowanie było takie samo, jak u niemowląt urodzonych o czasie (tj. 400 IU/dobę).

Optymalny poziom stężenia witaminy D dla dzieci wynosi 30–50 ng/ml. Wartość poniżej 20 ng/ml stężenia wskazuje na niedobór [11]. Prawidłowe zaopatrzenie organizmu w witaminę D, czyli określone stężeniem 25(OH)D w zakresie 30–50 ng/ml, wpływa na optymalizację efektów plejotropowego jej działania oraz zapobiega wspomnianym powyżej chorobom cywilizacyjnym.

Zalecenia suplementacji witaminą D zdrowej populacji dzieci Europy Środkowej prezentują się następująco [11]:

Tabela 1. Zalecenia suplementacji witaminą D zdrowej populacji dzieci Europy Środkowej

a) Noworodki i niemowlęta	
od pierwszych dni życia do 6 miesiąca	400 IU (10 ng)
6–12 miesięcy	400–600 IU (10–15 ng) w zależności od dziennego spożycia z dietą

b) Dzieci i młodzież 1–18 lat:	
600–1000 IU (15–25 ng)	w zależności od masy ciała od września do kwietnia
600–1000 IU (15–25 ng)	w zależności od masy ciała, przez cały rok, jeżeli nie zapewniono wystarczającej syntezy skórnej latem

Źródło: Płudowski P., Kaczmarewicz E. and Central Europe Expert Group. Practical guidelines for supplementation of vitamin D and treatment of deficits in Central Europe – recommended vitamin D intake in the general population and groups at risk of vitamin D deficiency. *Endokrynologia Polska* 2013, 64 (4): 319–327

Zalecane górne bezpieczne dawki witaminy dla zdrowej populacji Europy Środkowej kształtują się następująco:

- dla noworodków i niemowląt wynoszą 1000 IU (25 ng);
- dla dzieci w wieku od 1 do 10 lat dawka ta wynosi 2000 IU (50 ng);
- dla dzieci od 11 do 18 roku życia jest to 4000 IU (100 ng) [11].

Przyczyny niedoboru witaminy D mają miejsce w różnych sytuacjach klinicznych – zaprezentowano je poniżej:

- obniżona synteza skórna: kremy SPF 8 redukują syntezę o 92%, kremy SPF 15 o 99%, u osób powyżej 70 roku życia o 75% (starzenie się skóry),
- zmniejszona biodostępność: mukowiscydoza, celiakia, choroba Crohna, leki obniżające wchłanianie cholesterolu, otyłość,
- zaburzona synteza 25(OH)D: upośledzenie funkcji wątroby,
- zaburzona synteza 1,25(OH)D: przewlekła niewydolność nerek, krzywice uwarunkowane genetycznie,
- oporność tkanek na 1,25(OH)D: krzywica typu II i III,
- utrata 25(OH)D z moczem: zespół nerczycowy,
- katabolizm witaminy D: leki przeciwpadaczkowe, leki immunosu-

presyjne, leki antyretrowirusowe, glikokortykosteroidy.

Badania przeprowadzone wśród polskich dzieci wskazują na niedostateczną suplementację w tym tak ważnym dla rozwoju człowieka okresie. Na podstawie kwestionariusza wywiadu oraz dzienniczków 24-godzinnej rejestracji spożycia oceniono stan odżywienia niemowląt. Badanie 317 niemowląt przeprowadzono w 2011 r. w Instytucie – Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie na podstawie parametrów antropometrycznych (masa ciała, długość ciała) oraz badań biochemicznych krwi (morfologia, witamina 25(OH)D, TSH, ferrytyna). We wnioskach autorzy wskazali na to, że ponad 50% niemowląt otrzymało niewystarczającą dawkę witaminy D, jedynie 7% mam stosowało się do zaleceń żywieniowych dla niemowląt, 85% mam uważało, że posiada wystarczającą wiedzę żywieniową, aby właściwie karmić dzieci. Badanie przedstawiło również problem, iż polskie niemowlęta spożywają zdecydowanie zbyt dużą liczbę posiłków dziennie: aż 20% niemowląt w wieku 6, jak i 12 miesięcy w ciągu doby dostawało 10 lub więcej posiłków, nie licząc drobnych przekąsek podawanych przez mamy między posiłkami. Zgodnie z zaleceniami dzieci powinny być karmione 5 do 6 razy na dobę. Prawie 60% dzieci w wieku 12 miesięcy zbyt wcześnie otrzymywało żywność, która nie była przeznaczona dla niemowląt i małych dzieci [12].

Inne witaminy

Oprócz wyżej wspomnianych witaminy K i D, istotne znaczenie dla prawidłowego rozwoju dziecka ma jeszcze szereg innych witamin, m.in. witamina A czy witamina E. Przy zbilansowanej diecie dziecka suplementacja ich nie jest konieczna. Niemniej jednak warto również i na nie zwrócić uwagę.

Witamina A

Kolejną witaminą rozpuszczalną w tłuszczach, tak jak witamina D, jest witamina A. Jej główne funkcje to synteza hormonów kory nadnerczy, budowa naskórka i skóry oraz utrzymanie stabilności komórek nabłonkowych. Witamina A również bierze udział w budowie erytrocytów oraz odpowiada za utrzymanie prawidłowych osłonek nerwowych. Dzieci urodzone przedwcześnie mają niskie stężenie witaminy A w surowicy i wątrobie w porównaniu do dzieci urodzonych o czasie. Przyczynami niedoborów u wcześniaków są konsekwencjami niedostatecznej podaży oraz utraty witaminy A poprzez nerki [13, 14].

Najbogatsze w witaminę A są oleje rybne. Prowitaminy A znajdują się także w zielonych liściach warzyw. Niedobór witaminy jest związany z jej

brakami w pożywieniu lub zaburzeniami wchłaniania. Objawy niedoboru to między innymi gęsia skórka czy suchość skóry, pojawiają się problemy okulistyczne – do kurzej ślepoty włącznie, ponadto spada odporność organizmu. Tak jak niedobory są dla człowieka niebezpieczne, tak samo nadmiar tej witaminy w naszym organizmie bywa groźny. Objawy nadmiaru witaminy A to między innymi osłabienie mięśni, zahamowanie wzrostu, owrzodzenie skóry czy obrzmienie powiek.

Dobowe zapotrzebowanie na witaminę A dla dzieci w różnych grupach wiekowych przedstawia się następująco [15]:

- dzieci poniżej 6 miesięcy: 400 ug,
- dzieci w wieku od 7 do 12 miesięcy: 500 ug,
- dzieci w wieku 1–3 lat: 300 ug,
- dzieci w wieku 4–8 lat: 400 ug,
- dzieci w wieku 9–15 lat: 600 ug.

Dla porównania dawki lecznicze przy niedoborach witaminy A zaprezentowano poniżej [15]:

- dzieci poniżej 9 lat: 600–900 ug/24 h doustnie,
- dzieci powyżej 9 lat: 1700 ug/24 h doustnie do wyzdrowienia.

Witamina E

Witamina E (tokoferol) to podstawowy przeciwutleniacz w naszym organizmie. Tokoferol uznawany jest za naturalny antyoksydant chroniący błony komórkowe przed rozpadem w procesie związanym z peroksydacją lipidów. Oprócz zwalczania wolnych rodników witamina E stabilizuje błonę komórkową oraz zapobiega arteriosklerozie. Głównym źródłem witaminy są oleje roślinne.

Dobowe zapotrzebowanie na witaminę E wśród dzieci w różnych grupach wiekowych kształtuje się następująco [16]:

- dzieci poniżej 6 miesięcy: 4 mg,
- dzieci w wieku od 7 do 12 miesięcy: 5 mg,
- dzieci w wieku 1–3 lat: 6 mg,
- dzieci w wieku 4–6 lat: 7 mg,
- dzieci w wieku 9–13 lat: 11 mg,
- dzieci powyżej 14 roku życia: 15 mg,

Suplementacja witaminą E u wcześniaków zmniejsza częstość krwawień dokomorowych, jednocześnie zwiększając stężenie hemoglobiny [16].

Składniki mineralne (wapń, magnez, żelazo, cynk, miedź, inne)

Wapń

Wapń jako główny składnik w organizmie człowieka bierze udział w budowie kości i zębów oraz uczestniczy w krzepnięciu krwi. Ponadto jest ko-faktorem wielu reakcji enzymatycznych oraz odpowiada za prawidłowe działanie układu nerwowego [17].

Produkty mleczne stanowią podstawowe źródło wapnia. Wapń pochodzący z mleka i przetworów mlecznych jest najlepiej przyswajalny. Dzieje się tak dlatego, że produkty te zawierają laktozę, która zwiększa wchłanianie wapnia oraz wyrażają właściwy stosunek wapnia do fosforu (tj. 1:1). Oprócz przetworów mlecznych dobrym źródłem wapnia są również ryby, natka pietruszki, nasiona fasoli czy ryby. Badania w naszym kraju wskazują, że spożycie przetworów mlecznych i mleka jest niezadowalające, co przekłada się właśnie na niedobory wapnia w organizmie. Niski poziom spożycia wapnia (około 50% dawki zalecanej) wpływa niekorzystnie na organizm człowieka. Niedobory tego składnika mineralnego odbywają się kosztem tkanki kostnej, powodując jej demineralizację. Aktualne normy dotyczące zapotrzebowania na wapń dla dzieci i młodzieży przedstawia poniższa tabela [18]:

Tabela 2. Normy zapotrzebowania na wapń dla dzieci i młodzieży

Wiek	Dziennie zapotrzebowanie na wapń (mg/dobę)
0–6 miesiąc życia	400
6–12 miesiąc życia	600
1–3 rok życia	800–1000
4–9 lat	800
10–18 lat	1200

Źródło: Stolarczyk A. *Dziennie zapotrzebowanie na składniki pokarmowe*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 1998, 39

Magnez

Magnez, obok wapnia i fosforu, stanowi kolejny składnik kości i zębów. Niedobory tego pierwiastka mogą skutkować problemami neurologicznymi. Zwiększają również ryzyko wystąpienie chorób układu sercowo-naczyniowego. Ten minerał znajduje się między innymi w roślinach strączkowych, szpinaku, burakach. Zapotrzebowanie na magnez dla dzieci i młodzieży przedstawia poniższa tabela:

Tabela 3. Zapotrzebowanie na magnez wśród dzieci i młodzieży

Wiek	Dziennie zapotrzebowanie na magnez (mg/dobę)
Niemowlęta	30
Dzieci 1–3 rok życia	80
Dzieci 4–8 lat	130
Dzieci 9–13 lat	240
14–18 lat chłopcy	410
14–18 lat dziewczynki	360

Źródło: IOM (Institute of Medicine) *Dietary reference intakes for calcium, phosphorus, magnesium, vitamin D, and fluoride*. Washington, DC: National Academy Press; 1997

Żelazo

Żelazo dostarczamy naszemu organizmowi w postaci mięsa, nabiału czy roślin strączkowych. Żelazo bierze udział w detoksykacji naszego organizmu oraz wpływa na nasz system odpornościowy. Niedobór żelaza powoduje niedokrwistość. Zawraca się szczególną uwagę na to, by kobiety ciężarne oraz karmiące dostarczały sobie właściwą ilość tego minerału. Bezwzględne i względne wskazania do suplementacji zaprezentowano poniżej.

Wskazania bezwzględne do suplementacji żelaza w populacji pediatrycznej [19]:

- dzieci urodzone przedwcześnie,
- dzieci urodzone o czasie z małą masą urodzeniową (tj. 2000–2500 g),
- dzieci z ciąż mnogich,
- dzieci ze zmniejszeniem stężenia Hb w okresie noworodkowym,
- dzieci narażone na straty krwi w okresie okołoporodowym,
- dzieci matek z niedokrwistością podczas ciąży.

Wskazania względne do suplementacji żelaza w populacji pediatrycznej [19]:

- nawracające zakażenie układu oddechowego i pokarmowego,
- okres szybkiego wzrostu,
- upośledzone łaknienie,
- skłonność do krwawień – obfite miesiączki u dziewczynek w okresie pokwitania,
- dzieci z nadwagą lub otyłością.

Zwraca się uwagę na to, by dzieci prawidłowo profilaktycznie otrzymywały preparaty żelaza. Czas ich podawania zależy w głównej mierze od

wskazań, jak i wyników badań pomocniczych. Polskie zalecenia dotyczące niedokrwistości wynikającej z niedoboru żelaza wynoszą 1–2 mg Fe elementarnego/kg m.c/dobę [20].

Natomiast zalecenia terapeutyczne dotyczące dawkowania preparatami doustnymi żelaza u dzieci z niedokrwistością z niedoboru żelaza kształtują się następująco [19]:

- dawki lecznicze: 4–6 mg Fe/kg/dobę w 2–3 dawkach podzielonych,
- u pacjentów leczonych preparatami erytropoetyny: 6–8 mg/kg/dobę.

Najbardziej narażoną grupą wiekową na niedobory żelaza są noworodki przedwcześnie urodzone (poniżej 37 tygodnia ciąży). Zaleca się, by suplementację żelaza rozpocząć przed ukończeniem przez dziecko pierwszego miesiąca życia oraz kontynuować do ukończenia 12 miesięcy. Wcześniaki karmione mlekiem matki powinny otrzymywać żelazo w zalecanej dawce 2 mg/kg/dobę. Inaczej jest w przypadku wcześniaków karmionych mlekiem modyfikowanym – przy założeniu, że spożywają 150 ml/kg/dobę, suplementacja żelaza jest zbędna.

Cynk

Cynk jest również niezbędnym pierwiastkiem do prawidłowego funkcjonowania organizmu człowieka. Odpowiada za rozwój ośrodkowego układu nerwowego, warunkuje prawidłowe funkcjonowanie skóry oraz układu odpornościowego. Główne źródło cynku to dynia i jej pestki, wołowina, płatki owsiane, soczewica oraz orzechy włoskie. Zalecane dobowe spożycie cynku przedstawia tabela poniżej:

Tabela 4. Zalecane dobowe spożycie cynku dla dzieci i młodzieży

Wiek	Dziennie zapotrzebowanie na cynk (mg/dobę)
Dzieci 1–3 rok życia	7
Dzieci 4–8 lat	12
Dzieci 9–13 lat	23
Dzieci 14–18 lat	34

Źródło: Gawrońska A. Racjonalna suplementacja witamin i minerałów w różnych grupach wiekowych. *Postępy Neonatologii* 1 (19): 43–48

Dzieci i młodzież szczególnie narażone są na niedobory tego pierwiastka. W takiej sytuacji wskazana jest suplementacja cynku.

Miedź

Miedź jest składnikiem wielu enzymów i odpowiada w naszym organizmie za syntezę barwników oraz białka skóry i włosów. Oprócz tego tworzy wiązania kolagenu i elastyny oraz wpływa na rozkład wolnych rodników. Głównym źródłem miedzi są rośliny strączkowe, kasza jaglana, orzechy i buraki. W przypadku dzieci najmniejszych, które nie otrzymują pokarmu kobiecego lub mieszanki mlekozastępczej, podaż miedzi może być dożylna i wchodzi w skład żywienia pozajelitowego w dawce 20 ug/kg/dobę [21].

Inne (mangan, jod, chrom)

Mangan

Mangan jest przeciwutleniaczem oraz istotnym składnikiem wielu enzymów. Jego rolą jest również uaktywnienie niektórych enzymów, np. kinazy i transferazy czy hydrolazy. Oprócz tego wspomaga działanie magnezu oraz jest niezbędnym składnikiem kości. Niedobory manganu skutkują zahamowaniem wzrostu i rozwoju. Powodują zmiany zwyrodnieniowe w kościach – odpowiadają za pojawienie się problemów chorobowych z krążkami międzykręgowymi. Rekomendowana dzienna podaż manganu wynosi 1 ug/kg/dobę (0,018 mmol/kg/dobę) [21]. W podstawowej codziennej diecie źródłem manganu są orzechy, fasola, buraki, szpinak, bazylija oraz herbata.

Jod

Jod jest niezbędnym elementem budującym hormony tarczycy: tyroksynę i trójjodotyroninę. Reguluje pracę tarczycy oraz wpływa bezpośrednio na pracę naszego układu nerwowego. Badania pokazują, że długofalowe żywienie pozajelitowe prowadzone bez dodatkowej suplementacji jodem nie wpływa ujemnie na funkcjonowanie tarczycy. Głównym źródłem jodu jest sól jodowana, ale również ryby morskie.

Chrom

Chrom jest komponentem czynnika tolerancji glukozy – wpływa na łaknienie. Obniża poziom całkowitego cholesterolu, a podwyższa poziom dobrego cholesterolu (HDL, ang. *High Density Lipoprotein*). Zapobiega w ten sposób powstaniu cukrzycy i miażdżycy. Źródłem chromu są grejpfruty, zielony groszek, brązowy ryż i żółtka jaj.

Badania dotyczące zwyczajów żywieniowych, które wskazują na możliwość niedoborów witaminowo-mineralnych w populacji dziecięcej w Polsce

Na podstawie badania ankietowego dzieci i młodzieży w wieku 12–17 lat w roku szkolnym 2006/2007 (w sumie przebadano 9 360 osób) stwierdzono, że 94,78% badanych spożywa owoce kilka razy w tygodniu, w tym codziennie 63,13%, tylko 53,91% badanych spożywa codziennie warzywa; kilka razy w tygodniu – 37,18%. W zakresie spożycia ryb: 55,94% badanych spożywa ryby rzadziej niż raz w tygodniu, rzadziej niż raz w miesiącu lub wcale – 15,44% badanych [22].

Inne badanie ankietowe przeprowadzone w maju 2013 r. na próbie 405 dzieci w wieku 3–11 lat pokazało, że 42% dzieci spożywało owoce kilka razy dziennie, warzywa – tylko 26%. 72% dzieci codziennie podjadało między posiłkami – najczęściej były to przekąski w postaci owocu i/lub słodyczy. Liczba posiłków otrzymywanych przez dziecko w ciągu dnia istotnie malała wraz z wiekiem dziecka. Badania pokazały, że jedynie co 10 matka suplementowała dziecku witaminę D3, a wapń – 20% matek, tylko około 50% matek wysoko oceniało swoją wiedzę na temat żywienia dzieci [23].

Badanie z roku 2000 obejmowało dużą populację 1 241 dzieci i młodzieży w wieku 1–18 lat, w tym 1–3 lat: 118, 4–6 lat: 166, 7–9 lat: 204, 10–12 lat: 249, 13–15 lat: 252, 16–18 lat: 252. W większości grup wiekowych wykazano niedobory między innymi: witaminy B1, niacyny, wapnia, cynku, miedzi i żelaza, głównie w grupach dziewcząt [24].

Inne badanie analizowało zwyczajowy sposób żywienia przeprowadzony na podstawie zapisu wszystkich produktów, potraw i napojów spożywanych przez dzieci w czasie 7 dni (2005 r.). Badaniem objęto 396 dzieci w wieku 4 lat. We wnioskach przedstawiono, że: u powyżej 50% badanych stwierdzono niedobory witaminy D3, potasu, wapnia i żelaza, u 25% badanych wykazano niedobór masy ciała świadczący o przewlekłym niedożywieniu energetycznym, 20% badanych miało zwiększoną masę ciała w postaci nadwagi lub otyłości, u poniżej 25% badanych stwierdzono niedobory witaminy C, E, folianów [25].

W 2005 r. oceniono 440 dzieci w wieku 4 lat (dziewczęta 212, chłopcy 188) i przeprowadzono analizę zwyczajowego sposobu żywienia (zapisy w dzienniczkach żywieniowych dzieci w czasie 7 dni, wywiady z ich matkami na temat wiedzy, postaw żywieniowych oraz zasad żywienia dzieci stosowanych przez nie w praktyce) [26]. Przewlekłe niedobory witaminy D stwierdzono w diecie u 99% dzieci, natomiast przewlekłe niedobory wapnia stwierdzono w diecie u 51% ankietowanych.

Wśród badań analizujących zwyczaje w sposobie żywienia u małych dzieci, w 2005 r. oceniono podobieństwa i różnice w zależności od miejsca zamieszkania – wieś czy miasto (zapisy w spożyciu dzieci w czasie 7 dni). Analiza objęła 400 dzieci w wieku średnio 4,6 lat. W dietach chłopców ze wsi stwierdzono mniejszą zawartość karotenu o 23% i witaminy C o 20% w porównaniu do chłopców z miast; diety dziewczynek ze wsi miały mniejszą wartość energetyczną niż u rówieśnic z miasta i zawierały istotnie mniej żelaza, witaminy A, karotenu, tiaminy, folianów, witaminy C i błonnika [27].

We wnioskach sformułowano, że dieta chłopców ze wsi w większym stopniu niż chłopców z miasta może stanowić o zwiększonym ryzyku chorób sercowo-naczyniowych, natomiast u dziewczynek z ośrodków wiejskich o niedokrwistości z niedoboru żelaza.

Niewątpliwie powyższe badania pokazują, jak ważne i konieczne jest propagowanie zdrowego żywienia i suplementacji wśród wszystkich – rodziców, lekarzy czy farmaceutów.

Podsumowanie

Codzienna dieta każdego człowieka powinna być dobrze zbilansowana, a w odniesieniu do najmłodszych powinna być uzupełniona o różnego rodzaju suplementy. Wydaje się, że zasada ta jest prawidłowo rozpowszechniona, ale jak zostało przedstawione, stosowanie preparatów suplementacji witaminowo-mineralnej jest często zbyt rzadkie lub nieprawidłowe. Nadmierna ilość witamin i składników mineralnych w naszym organizmie, jak i ich deficyt, mogą zaburzyć funkcjonowanie organizmu od okresu prenatalnego, a następnie wpływać negatywnie na rozwój człowieka i występowanie różnych schorzeń już od wczesnych lat. W światowych (Amerykańska Akademia Pediatrii) i polskich rekomendacjach dotyczących najmłodszych osobników, w sytuacji zbilansowanej diety dziecka nie jest wymagane stosowanie u niego preparatów wielowitaminowych, z wyjątkiem witaminy D3 i witaminy K [28]. Po przeanalizowaniu zaleceń dotyczących zdrowych dzieci starszych i młodzieży – nie wymagają oni suplementacji witaminowo-mineralnej. W większości badań prawidłowa, zróżnicowana, odpowiednia do wieku i zapotrzebowania dieta na ogół dostarcza odpowiednią ilość wszystkich składników odżywczych, w tym makro- i mikroelementów oraz witamin. Suplementacja poszczególnych witamin czy składników mineralnych ma uzasadnienie tylko w sytuacji konkretnych przypadków klinicznych, zwłaszcza podczas stosowania diet eliminacyjnych, które wiążą się

z ograniczonym spożyciem produktów bogatych w niektóre witaminy i minerały. Należy je wówczas dostarczyć z innych źródeł, w tym należy rozważyć ich suplementację farmakologiczną.

Bibliografia

[1] Lifschitz C. Wiadomości dotyczące znaczenia składników odżywczych, które mają długotrwały wpływ na zdrowie kobiety w ciąży i niemowląt. *Standardy Medyczne Pediatria* 2013, 10: 507–519.

[2] Zalecenia dotyczące żywienia dzieci zdrowych w pierwszym roku życia, opracowane przez zespół ekspertów powołany przez konsultanta krajowego ds. pediatrii. *Pediatria po Dyplomie* 2007, 11 (4): 93–96.

[3] Shearer M. J. Vitamin K and vitamin K – dependent proteins. *British Journal of Hematology* 1990, 75: 156–162.

[4] Zalecenia Zespołu Ekspertów dotyczące profilaktyki krwawienia z niedoboru witaminy K u noworodków i niemowląt. *Postępy Neonatologii* 2007, 1 (11): 58.

[5] Van Hasselt P. M. i wsp. Prevention of vitamin K deficiency bleeding in breastfed infants: lessons from the Dutch and Danish biliary atresia registries. *Pediatrics* 2008, 121 (4): 857–863.

[6] Searing D. A., Leung D. Y. Vitamin D in atopic dermatitis, asthma and allergic diseases. *Immunology and Allergy Clinics of North America* 2010, 30: 397–409.

[7] Urashima M., Segawa T., Okazaki M., Kurihara M., Wada Y., Ida H. Randomized trial of vitamin D supplementation to prevent seasonal influenza A in schoolchildren. *American Journal of Clinical Nutrition* 2010, 91 (5): 1255–1260.

[8] Godel J. C., Bay H. Vitamin D supplementation: Recommendations for Canadian mothers and infants. *Paediatrics and Child Health* 2007, 12 (7): 583–589

[9] Wesół-Kucharska D., Laskowska J., Sibilska M. i wsp. Zapobieganie osteopatii wcześniaków. *Medycyna Wieku Rozwojowego* 2008, 12 (4): 926–934.

[10] Rigo J., Pieltain C., Salle B. i wsp. Enteral calcium, phosphate and vitamin D requirements and bone mineralization in preterm infants. *Acta Paediatrica* 2007, 96 (7): 969–974.

[11] Płudowski P., Kaczmarewicz E., Bayer M., Carter G., Chlebna-Sokół D., Czech-Kowalska J. i wsp. Practical guidelines for supplementation of vitamin D and treatment of deficits in Central Europe – recommended vitamin D intakes in the general population and groups at risk of vitamin D deficiency. *Endokrynologia Polska* 2013, 64 (4): 319–327.

[12] Stolarczyk A., Socha P. *Ocena stanu żywienia i stanu odżywienia niemowląt w wieku 6 i 12 miesięcy w populacji polskiej*. Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka we współpracy z fundacją Nutricia 2012.

- [13] Nagl B., Loui A., Raila J. i wsp. Urinary vitamin A excretion in very low birth weight infants. *Pediatric Nephrology* 2009, 24: 61–66.
- [14] Greer F.R. *Vitamin A, E and K*. W: Tsang R. C., Uauy R., Koletzko B., Zlotkin S. H. red. *Nutrition of the preterm infant. Scientific basis and practical guidelines*. Cincinnati, OH: Digital Educational Publishing 2005: 141–172
- [15] Sethuraman U. Witaminy. *Pediatrics po Dyplomie* 2001, 11: 1.
- [16] Brion L. P., Bell E. F., Raghuvver T. S. Vitamin E supplementation for prevention of morbidity and mortality in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003: CD003665.
- [17] Lorenc R., Kłocińska D. Znaczenie i rola suplementacji wapniem w zapobieganiu i leczeniu osteoporozy. *Żywnie Człowieka i Metabolizm* 1999, 26: 30–39.
- [18] Stolarczyk A. *Dzienne zapotrzebowanie na składniki pokarmowe*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 1998: 39.
- [19] Pleskaczyńska A., Dobrzańska A. Profilaktyka niedoboru żelaza u dzieci – standard postępowania. *Standardy Medyczne Pediatria* 2011, 8: 100–106.
- [20] Matysiak M. *Hematologia w praktyce pediatrycznej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2002.
- [21] Koletzko B., Goulet O., Hunt J. i wsp. Guidelines on paediatric parenteral nutrition of the European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) and the European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN), supported by the European Society of Paediatric Research (ESPR). *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 2005, 41 (2): 1–87.
- [22] Bojar I. i wsp. Zwyczaje żywieniowe młodzieży w Polsce. *Medycyna Ogólna* 2010, 16, (4): 548–555.
- [23] Millward Brown SMG/KRC. *Żywnie dzieci w wieku 3–11 lat. Raport z badania dla Vitis Pharma* 2013.
- [24] Szponar L. i wsp. Suplementy diety w żywieniu dzieci i młodzieży. *Pediatrics Współczesna* 2007, 9 (1): 41.
- [25] Chwojnowska Z. i wsp. Niedobory żywieniowe w dietach dzieci przedszkolnych. *Postępy Nauk Medycznych* 2012, 12: 940–946.
- [26] Wekler H., Charzewska J., Ogólnopolskie badanie nad zawartością wapnia i witaminy D w dietach dzieci w wieku 4 lat. *Pediatrics Współczesna. Gastroenterologia, Hepatologia i Żywnie Dziecka* 2006, 8 (2): 107–109.
- [27] Rogalska-Niedźwiedz M. i wsp. Sposób żywienia dzieci czteroletnich na wsi na tle dzieci z miast. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2008, 89 (10): 80–84.
- [28] Bhatia J., Bucher C., Bunyapen C. Nutrition of infancy: implications for practice. *Pediatric Annals* 1988, 27: 525–530.

Adres do korespondencji:
dr n. med. Alina Kowalczykiewicz-Kuta
Oddział Neonatologiczny, Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii
ul. Reymonta 8
45-066 Opole
tel. 606 374 988
e-mail: alakuta1@poczta.onet.pl

Znaczenie dotyku i masażu w stymulacji rozwoju noworodka i niemowlęcia – rola położnej

Katarzyna Stolecka^{1,2}, Alina Kowalczykiewicz-Kuta¹

¹ Instytut Położnictwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu

² ELION Praktyka Medyczna w Strzelinie

Stymulacja dotykowa dziecka zdrowego

Kontakt fizyczny z drugim człowiekiem jest dla każdego bardzo ważny niezależnie od wieku. Potrzebują go zarówno dzieci jak i dorośli po to, aby żyć i prawidłowo funkcjonować. Dotyk jest najbardziej rozwiniętym zmysłem w chwili narodzin oraz pierwszym narzędziem komunikacji dla noworodka. Jest to zmysł, który u człowieka rozwija się jako pierwszy [1, 2].

Skóra jest dla noworodka narzędziem do nawiązywania bliskości, więzi i porozumiewania się ze światem. Wiąż emocjonalna pomiędzy noworodkiem a rodzicem powstaje m.in. poprzez dotyk, noszenie, przytulanie. W pierwszej połowie XX w. przeprowadzano wiele badań, na podstawie których zaobserwowano, że dzieci przebywające długo w szpitalu, mimo odpowiedniej terapii, diety i pielęgnacji, cierpiały na apatię, zaburzenia snu, niewiadomego pochodzenia infekcje z gorączką, biegunki, nieprawidłowy przyrost masy ciała, opóźnienie rozwoju. Objawy te wycofywały się po powrocie ze szpitala do domu. Okazało się, że mają one swoje podłoże w braku dotyku i relacji z matką. Badania przeprowadzone przez Lytt Gartner z Upstate Medical Center w latach siedemdziesiątych ubiegłego stulecia wykazały, iż dzieci będące przez dłuższy czas w stanie deprywacji emocjonalnej, gdzie zaburzona jest pewna fizjologiczna więź i obserwuje się brak dotyku, cierpiały na zespół zaburzeń zwanych karłowatością deprywacyjną. Dzieci te nie rosły prawidłowo, ponieważ podwzgorze, które w znacznym stopniu odpowiada za wyzwalamie emocji, nie stymulowało odpowiednio

przysadki wydzielającej hormon wzrostu. Można więc wnioskować, że brak dotyku i właściwej więzi emocjonalnej prowadzi do poważnych zaburzeń w rozwoju [3]. W latach dwudziestych ubiegłego wieku w amerykańskich sierocińcach i szpitalach wdrożono metodę TLC (*ang. Tender Loving Care*) polegającą na stosowaniu czulej opieki, noszeniu i kołysaniu dzieci kilka razy dziennie. Dzięki tej metodzie w niektórych szpitalach współczynnik śmiertelności spadł o 10% [1, 2].

Dotyk, a także inne czuciowe doznania, mają istotne znaczenie dla rozwoju ruchowego, poznawczego, emocjonalnego i społecznego. Niemowlak będący w danej fazie swojej dojrzałości rozwojowej w określony sposób analizuje bodźce zewnętrzne i koryguje zachowania, przez co się rozwija. Fizyczny kontakt z rodzicem obniża stres i dzięki temu ma wpływ na procesy takie, jak: oddychanie, trawienie, nabywanie odporności [4]. Stymulacja dotykowa poprzez głaskanie, masaż ma również istotne znaczenie dla rozwoju ruchowego oraz osiągania i doskonalenia umiejętności odpowiednich dla wieku rozwojowego dziecka [5].

Stymulacja dotykowa dziecka z grupy ryzyka i dziecka chorego

Stymulacji dotykowej wymagają noworodki, niemowlęta, u których stwierdza się ryzyko wystąpienia nieprawidłowości w rozwoju psychomotorycznym. W oddziałach intensywnej opieki i terapii noworodka coraz częściej wdraża się metody wczesnego wspomaganie rozwoju takie, jak: kangurowanie, masaż Shantala. Są one ważnym czynnikiem stymulacji neurorozwojowej, jednak noworodek, a w szczególności wcześniak, powinien być prawidłowo kwalifikowany do każdego rodzaju terapii.

W oddziale Kliniki Patologii Noworodka SPSK nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie w latach 1997–2012 przeprowadzono badania, w czasie których różnym rodzajom fizjoterapii poddawano wcześniaki z masą ciała od 700 do 2 500 g. Wyniki badań wykazały, iż wczesna terapia manualna u noworodków może zapobiegać nieprawidłowościom rozwojowym, ale też wspierać dzieci, u których obserwuje się deficyty rozwojowe [6]. Inne badania nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie wykazały, iż masowanie dzieci trzy razy dziennie wpływa na lepsze przybieranie na wadze, większą aktywność oraz dojrzewanie układu nerwowego [7].

Stymulacja dotykowa jest niezwykle ważna dla rozwoju dzieci z zagrożeniem bądź rozpoznaniem MPD (Mózgowe Porażenie Dziecięce). Wczesna stymulacja, masaż pobudzają OUN (Ośrodkowy Układ Nerwowy), układ

mięśniowy a także budują poczucie przestrzeni [8]. Dobrze tolerowaną i lubianą metodą przez dzieci z MPD jest masaż Shantala.

Istotne znaczenie ma stosowanie stymulacji dotykowej u dzieci z zespołem Downa. Ważne u nich będzie głaskanie, okazywanie uczuć i budowanie więzi. U dzieci z grupy ryzyka oraz z zaburzeniami rozwoju, oprócz dotyku, masażu, kangurowania, stosuje się również inne metody wspomagania, m.in. NDT Bobath, metoda Voyty, metoda Peto, metoda Glena Domana, metoda Integracji Sensorycznej.

Kontakt skóra do skóry

Metoda *skóra do skóry* ma swoje poparcie w Światowej Organizacji Zdrowia i jest przez nią oficjalnie zalecana [9]. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem w punkcie XII – *Opieka nad noworodkiem* – mówi o tym, iż bezpośrednio po urodzeniu należy umożliwić dziecku nieprzerwany kontakt z matką STS (skóra do skóry). Kontakt dwie godziny po porodzie [10]. Badania kliniczne wykazywały, iż dzieci, u których stosowano tę metodę, łatwiej osiągały prawidłową termoregulację i adaptację układu oddechowego. Obserwowano u nich rzadsze objawy bradykardii oraz lepszy przyrost masy ciała [11]. Badacze M. Klaus i J. Kenell z Cleveland wykazali, że kontakt *skóra do skóry* po porodzie jest kluczowy dla tworzenia się więzi pomiędzy matką a jej dzieckiem [12, 13]. W organizmie kobiety, kiedy po raz pierwszy dotyka swojego dziecka, występuje najwyższe stężenie oksytocyny. Oksytocyna nazywana jest hormonem przywiązania. Odpowiada m.in. za potrzebę zbliżenia i kontaktu między ludźmi. Dlatego kontakt cielesny matki z noworodkiem wpływa na powstawanie więzi między nimi. Psycholog John Bowlby twierdził, że budowanie intymnych więzi pomiędzy osobami spełniającymi funkcje biologiczną ma podstawowe znaczenie dla rozwoju jednostki [13].

Kangurowanie

Kangurowanie jest metodą bliskiego kontaktu noworodka z rodzicem. Ma szczególne zastosowanie u noworodków przedwcześnie urodzonych, z ekstremalnie niską masą ciała i takich, które wymagają intensywnej opieki medycznej [11]. Metodę tę zastosowano po raz pierwszy w szpitalu San Juan

de Dios w Bogocie. Z powodu braku inkubatorów dla wcześniaków w tym szpitalu zdecydowano się na jej zastosowanie w celu zapewnienia m.in. parametrów termicznych. Po dwudziestu latach obserwacji pediatrizy w szpitalu w Bogocie uznali, że ma ona o wiele szersze znaczenie, niż tylko zastąpienie opieki w inkubatorze [1, 14]. Wyniki badań porównujące tradycyjną opiekę nad wcześniakiem z opieką, w której włączono metodę kangurowania, opublikowano w Praktycznym Przewodniku Po Metodzie Kangurowania wydanym przez Światową Organizację Zdrowia w 2003 r. Dzięki tej metodzie noworodek ma zaspokojoną potrzebę bliskości, co wpływa na więź pomiędzy dzieckiem a rodzicem, niwelowanie stresu, efektywniejsze karmienie piersią [1, 14]. Kangurowanie jest dobrym sposobem stymulowania propriocepcji, co wpływa korzystnie na regulację napięcia mięśniowego wcześniaka. Jest ono również stymulacją polisensoryczną. Poprzez częste i regularne jego stosowanie pobudza się jednocześnie receptory wzroku, słuchu, smaku, węchu, czucia, stymulując rozwój psychomotoryczny noworodka [15]. Kangurowanie powoduje również u dziecka redukcję stresu. Obserwuje się, że dwudziestominutowa sesja może obniżyć ilość odpowiedzialnego za stres kortyzolu nawet o 60% [16]. Stosowanie kangurowania u wcześniaka wpływa na utrzymanie regularnej akcji serca, zwiększenie ilości tlenu we krwi, zmniejszenie infekcji, zwiększenie przyrostu masy ciała.

W Europie, w tym również w Polsce, metoda kangurowania stosowana jest od kilkunastu do kilkudziesięciu minut dziennie [1]. W czasie kangurowania należy nagiego, ubranego tylko w pieluszkę noworodka ułożyć na nagiej klatce piersiowej rodzica. U noworodków szczególnie narażonych na szybką utratę ciepła można nałożyć czapkę i skarpetki. Rodzic zazwyczaj siada na fotelu w pozycji półsiedzącej. Pozycja stojąca nie jest zalecana, ponieważ zbyt mocno obciąża układ kostno-stawowo-mięśniowy dziecka. W pozycji stojącej można przemieszczać się, trzymając prawidłowo dziecko na rękach lub za pomocą chusty [17, 18].

Noszenie dzieci w chustach

Chusty przeznaczone są do noszenia, przytulania i karmienia dziecka [19]. Są też sposobem na wczesną i intensywną stymulację dziecka poprzez dotyk i ruch. Noszenie dziecka zapewnia mu bliskość i kołysanie. Kołysanie ma korzystny wpływ na rozwijanie struktur mózgowych. W opinii fizjoterapeutów dziecko potrzebuje mieć poczucie całego ciała [20]. Wielu antropologów obserwowało, iż w społeczeństwach kultur pierwotnych dzieci są noszone bez przerwy przez pierwsze miesiące, a czasami nawet lata,

życia. Również śpią, pozostając w bliskim kontakcie fizycznym z matką. Charakterystyczne cechy dla tych niemowląt to spokojne zachowanie, brak napadów płaczu i objawów kolkowych [1]. W kulturach, gdzie nosi się dzieci przytulone przez większość dnia, uczestniczą one nadal w każdym ruchu matki i codziennych jej czynnościach, czując jej wibrację, głos i bliskość. W ten sposób pobudzane są różne receptory u dziecka. Blandine Brill przeprowadziła badania nad rozwojem motorycznym niemowląt z Afryki, Azji i Europy. W trakcie badań okazało się, że w pierwszych dwunastu miesiącach dzieci afrykańskie pod względem rozwoju motorycznego wyprzedzały dzieci z kultur zachodnich. Badane dzieci z Ugandy i Indii w porównaniu z dziećmi z Europy i Ameryki Północnej częściej były poddawane stymulacjom dotykowym m.in. przez noszenie w chuście, co korzystnie wpływało na ich motorykę. B. Brill porównała rozwój dzieci z Mali, Korei i Francji w pierwszym roku życia. Okazało się, że dzieci z Mali rozwijały się najszybciej, ponieważ zwyczajowo w naturalny sposób stymulowany był ich rozwój posturalny i motoryczny m. in. przez wczesne i częste noszenie. Najwolniej rozwijały się dzieci francuskie, które większość czasu spędzały w pozycji leżącej w łóżeczku i miały niewiele bodźców dotykowych. Eveline Kirkilionis w swojej pracy doktorskiej opisuje techniki kołysania w różnych klinikach w celu stymulacji wcześniaków i noworodków z niską masą urodzeniową. Ruch kołysania sprawia, że rzadziej obserwuje się zaburzenia rytmu serca i układu oddechowego. Kanadyjscy lekarze U. A. Hunziker i R. Barr zaobserwowali, że dzieci w wieku sześciu tygodni noszone często przez matki rzadziej miały napady płaczu. Płakały aż o 43% rzadziej niż dzieci, które były noszone krótko w ciągu dnia [1]. Jednak według niektórych specjalistów niemowlę do ok. szóstego–dziewiątego miesiąca życia nie powinno być noszone w chuście dłużej niż 30–40 min. bez przerwy w jednej pozycji. Pomimo wielu opisanych zalet chust, istnieją dzieci, u których lekarz stwierdza przeciwwskazania zdrowotne do ich stosowania. Dlatego rodzic, zanim podejmie decyzję o takim sposobie noszenia niemowlęcia, powinien zasięgnąć opinii lekarza [19].

Masaż niemowlęcia

Na przestrzenie wieków lekarze opisywali masaż jako jedną z metod leczniczych. Masaż może mieć działanie miejscowe lub ogólne. Działając poprzez masaż miejscowo, wywołuje się mechaniczny przepływ krwi w naczyniach krwionośnych oraz limfy w naczyniach limfatycznych. Dzięki temu zwiększa się przepływ substancji odżywczych do mięśni oraz szybciej

usuwane są z nich produkty przemiany materii. Masaż o działaniu ogólnym stymuluje układ nerwowy, który to, wykorzystując odruchy i czynności koordynacyjne kory mózgowej, ma wpływ na wszystkie narządy i układy w organizmie człowieka [21].

Współczesny masaż niemowląt wywodzi się z dwóch koncepcji. Pierwsza z nich pochodzi z Indii i jest nią masaż Shantala. Druga natomiast koncepcja wywodzi się ze Szwecji. Zasady ogólne w tych metodach są podobne – różni je kierunek wykonywania masażu i pobudzają nieco inne poziomy ustroju. Ruch w kierunku dosercowym wspomaga układ krążenia i limfatyczny. Masaż wykonywany w kierunku proksymalno-dystalnym, czyli od środka ciała na zewnątrz, oraz cefalo-kałdalnym, czyli od głowy w dół, ma na celu kształtowanie OUN. Obydwie koncepcje w latach siedemdziesiątych XX w. połączyła Vimala McClure [8]. Efektem jej działań jest znana na całym świecie organizacja na rzecz masażu niemowląt *International Association of Infant Massage* (IAIM). Celem masażu wg IAIM jest stymulacja, relaksacja, przynoszenie ulgi, tworzenie więzi. Stymulacja dotyczy układów takich, jak: układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ wydalania i układ immunologiczny. Masaż poprzez relaksację wpływa na wyzwalamie endorfin, które, dając ogólne zadowolenie, pomagają w zniesieniu bólu i zwalczaniu stresu. Odpowiedni dotyk połączony ze stymulacją poprzez czuły głos potrafią znieść poziom bólu nawet o 80% [22, 23].

W wyniku badań przeprowadzonych przez Lemisse Kassim w Australii zaobserwowano, że dzieci rodziców, którzy masaż włączyli do codziennych czynności pielęgnacyjnych, rzadko płakały, nie miały problemów z zasypianiem a ich sen był spokojny [24].

Znany fizjoterapeuta z Wielkiej Brytanii, Peter Walker uważa znaczenie masażu za istotne z powodu nawiązywania więzi, relacji, ale również stymulacji rozwoju psychomotorycznego. Uważa on, że poprzez odpowiednie techniki masażu można mieć wpływ na utrzymanie odpowiedniej siły i giętkości mięśni, wzmocnienie stawów i mięśni nóg a także dolnych części pleców, co przekłada się na zachowanie prawidłowej postawy u dziecka. Masowanie brzuszka, oprócz korzystnego wpływu na układ trawienny, ma również znaczenie z psychologicznego punktu widzenia. Badania medyczne wykazały, iż w jelicie cienkim znajduje się bardzo dużo komórek nerwowych. Mięśnie brzucha są miejscem, które intensywnie reaguje na emocje człowieka. Masaż brzuszka pomaga się rozluźnić i daje dziecku uczucie zadowolenia. Masując i ćwicząc poszczególne części ciała dajemy dzieciom możliwość optymalnego rozwijania się pod względem ruchowym, umysłowym, emocjonalnym [25].

Dojrzewanie komórek nerwowych u niemowlęcia polega na rozroście i rozwoju kory mózgowej oraz procesie mielinizacji włókien nerwowych. Masaż jest dla dziecka bodźcem do rozwoju układu nerwowego i wspomaga również rozwój jego osobowości, która wg francuskiego psychologa Henri Wallona jest jednoznaczna z całą istotą psychofizyczną [26].

Masaż niemowlęcia wspomaga rozwój dziecka. Jest także jednym z elementów budowania więzi oraz poczucia bliskości pomiędzy dzieckiem a rodzicami.

Rola położnej w stymulacji rozwoju noworodka i niemowlęcia

Zadaniem położnej jest profesjonalnie dobrana opieka, która uruchomi potencjał rozwojowy noworodka i niemowlęcia.

Położna powinna postępować zgodnie z obowiązującymi standardami. Jej rola to zapewnienie mamie i noworodkowi kontaktu *skóra do skóry* w atmosferze spokoju i intymności. Wszelkie czynności wykonywane wobec noworodka powinny być wykonywane delikatnie i dawać mu poczucie bezpieczeństwa, ponieważ stres związany z nieprzyjemnymi doznaniem nie jest korzystny dla stanu zdrowia dziecka. Ma to szczególne znaczenie na oddziałach wcześniaków i patologii noworodka.

Położna na oddziałach noworodkowych wspiera rodziców i uczy ich pewności w podejmowanych przez nich działaniach, takich jak: bezpieczne chwytnie, podnoszenie, przewijanie, kangurowanie. Jednocześnie uświadamia im, jak ważny dla dziecka jest dotyk i to, aby codzienne wykonywanie czynności nie było przypadkowe.

W ramach opieki przedporodowej nad kobietą położna przeprowadza edukację dotyczącą pielęgnacji, masażu, stymulacji. Po urodzeniu się dziecka wspiera rodziców i uczy, jak obserwować noworodka i niemowlę na różnych etapach rozwoju.

W Wielkiej Brytanii, dzięki pracy położnych, masażem dziecięcym zainteresowało się Health Visitors' Assotiation (Stowarzyszenie Pielęgniarek Środowiskowych). Zaobserwowano, że masaż noworodka i niemowlęcia jest bardzo dobrą formą ułatwiającą nawiązanie kontaktu rodziców z dzieckiem. W związku z tym organizowane są tam przy ośrodkach zdrowia i klinikach na terenie całego kraju, cieszące się dużym zainteresowaniem, bezpłatne kursy masażu dla rodziców [25].

Bibliografia

- [1] Sendor M. *Noś swoje dziecko*. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia 2008: 16–32.
- [2] Montagu A. *Touching. The human significance of the skin*. 3rded. New York: Harper & Row, Publishers, Inc., 1986.
- [3] Zimbardo P. G., Ruch F. L. *Psychologia i życie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN 1998: 13–14.
- [4] Purol M. Dotyk. *Położna Środowiskowa/Rodzinna* 2013, 7: 47.
- [5] Woźniak M., Mazurkiewicz B., Gmoch-Gajzerska E. Stymulacja dotykowa dziecka w I roku życia. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2010, 3–4 (32–33): 61–68.
- [6] Wojciechowska A., Rudnicki J., Żyżniewska-Banaszak E. Zabiegi fizjoterapeutyczne w oddziałach patologii noworodka. *Standardy Medyczne* 2013, 2: 1–4.
- [7] Andruszczak B., Buraczyńska-Andrzejewska B., Krauss H., Jończyk-Potoczna K., Piątek J., Krzywicka A., Żukiewicz-Sobczak W., Krasowska E., Kozak M. Wielopłaszczyznowa opieka nad dzieckiem z mózgowym porażeniem dziecięcym. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2012, 18 (4): 316.
- [8] Borkowski M. Dotyk to zmysł kształtujący komunikację i więź. *Biuletyn Edukacyjno-Informacyjny dla Personelu Medycznego Oddziałów Położniczych i Neonatologicznych* 2010, 3: 4–5.
- [9] Fundacja Rodzic po Ludzku. Pierwszy kontakt i prawidłowa laktacja w standardach opieki nad kobietą w ciąży, porodzie i położu fizjologicznym. <http://www.rodzicpoludzku.pl/Porod/Pierwsze-spotkanie-z-dzieckiem> [7.01.2014].
- [10] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem. Dz. U. z 2012 r., poz. 1100.
- [11] Kwinta P., Dubiel B. Wpływ bliskiego kontaktu (skóra do skóry) dziecka z matką krótko po porodzie na późniejsze zachowanie noworodka. [www. mp.pl/artykuly](http://www.mp.pl/artykuly) [7.01.2014].
- [12] Lessing-Pernak J. Znaczenie przebiegu porodu i wczesnego kontaktu matki z dzieckiem dla rozwoju przywiązania. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia* 2010, 3 (4): 282–289.
- [13] Pilch D. Bonding jako koncepcja systemu opieki nad matką i dzieckiem wspierającego tworzenie więzi. *Biuletyn Edukacyjno-Informacyjny dla Personelu Medycznego Oddziałów Położniczych i Neonatologicznych* 2010, 1: 9–10.
- [14] Kangaroo mother care: a practical guide. *World Health Organization* 2003: 7–15.
- [15] Nogajska A. Opieka neonatologiczna. Kiedy rodzic jest kangurem. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2012, 4. <http://www.nursing.com.pl/> [13.01.2014].
- [16] Agrawar P. Lekcja kangurowania. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2011, 6: 28–29.

[17] Rudnicki J. Opieka nad noworodkiem i wcześniakiem w warunkach szpitalnych. *Biuletyn Edukacyjno-Informacyjny dla Personelu Medycznego Oddziałów Położniczych i Neonatologicznych* 2010, 1: 5–7.

[18] Michalska E., Gebuza G., Gierszewska M., Kaźmierczak M. Standard opieki nad noworodkiem z wykorzystaniem metody kangurowania. *Standardy Medyczne Pediatria* 2011, 8: 369–374. www.standardy.pl [14.01.2014].

[19] Łukasik E. Chusty. *Magazyn Położna Środowiskowa* 2010, 4 (34): 13–14.

[20] Urbańska W. Jak stymulować rozwój dziecka – metody tradycyjne. *Magazyn Położna Środowiskowa* 2008, 4 (24): 9–10.

[21] Magiera L. *Klasyczny masaż leczniczy*. Kraków: Wydawnictwo Bio-Styl 2007: 11–15.

[22] Hernandez-Reif M., Diego M., Field T. Preterm infants show reduced stress behaviors and activity after 5 days of massage therapy. *Infant Behavior and Development* 2007, 30: 557–561. www6.miami.edu/touch-research [13.01.2014].

[23] Benefits of infant Masage. <http://www.infantmassageusa.org> [14.01.2014]

[24] Kassim L. The Benefits of Massaging Babies. www.massagereferences.com [14.01.2014]

[25] Walker P. *Zdrowie dziecka – masaż*. Szczecin: Wydawnictwo Amber Sp. z o. o. 1997: 20–25.

[26] Kavanagh W. *Kojący dotyk, masaż i refleksoterapia dla niemowląt i dzieci*. Warszawa: Oficyna Wydawniczo-Poligraficzna Adam 2005: 6.

Adres do korespondencji:

Katarzyna Stolecka

Elion Praktyka Medyczna

ul. Kraszewskiego 20/3

57-100 Strzelin

tel. 508 360 227

e-mail: katarzynanzoz@gmail.com

Zaburzenia adaptacji pourodzeniowej u noworodka donoszonego. Rola położnej

Katarzyna Zaracka^{1,2}, Alina Kowalczykiewicz-Kuta¹

¹ Instytut Położnictwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu

² Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu

Noworodek jako pacjent jest niewątpliwie jednym z największych i zarazem fascynujących wyzwań medycyny. Zaburzenia adaptacji pourodzeniowej u noworodków są wciąż aktualnym problemem diagnostyczno-licznym z powodu dużej ilości czynników ryzyka mogących wciąć okres adaptacji noworodka do życia pozamacicznego. Większość dzieci rodzi się w dobrym stanie zdrowia i nie wymaga interwencji medycznych. Ciąża, sam przebieg porodu, sposób zakończenia ciąży mogą rozwijać wiele patologii obarczonych dużą nieprzewidywalnością. Wiedza medyczna na temat zaburzeń adaptacji pourodzeniowej skłania personel medyczny do ciągłego aktualizowania wiedzy, co wpływa na jakość usług przez nas świadczonych oraz na optymalizację jakości zdrowia, rozwoju i życia dziecka. Bezdyskusyjne jest stwierdzenie, iż jakość porodu, okresu okołoporodowego, optymalny czas zakończenia ciąży elektywnym cięciem cesarskim stanowi w przyszłości o jakości życia dziecka. Właściwa ocena noworodka po urodzeniu przez neonatologa i położną, wnikliwa obserwacja okresu adaptacji pourodzeniowej i natychmiastowa reakcja na zaburzenia adaptacyjne zmniejszą zachorowalność i umieralność okołoporodową noworodków.

Opieka nad noworodkiem ma charakter kompleksowy i składa się na nią zarówno opieka lekarska jak i pielęgnarska. Dla każdego nowonarodzonego dziecka powinno stworzyć się taki plan postępowania, który uwzględnia nie tylko obserwację okresu stabilizacji i adaptacji, ale również zapoznanie się z wywiadem położniczym, co ma kluczowe znaczenie w analizie czynników ryzyka, mogących wywołać zaburzenia adaptacji pourodzeniowej.

W postępowaniu z noworodkiem ważny jest element przewidywania wystąpienia patologii, które manifestują się jako subtelne objawy zaburzeń adaptacyjnych albo jako poważny stan chorobowy i wymagają szybkiej diagnostyki oraz postępowania terapeutycznego. Poród, jak również pierwsze godziny życia, często określane są jako przełomowe chwile, a organizm donoszonego noworodka znajduje się w stanie chwiejnej równowagi, która może ulegać zaburzeniom z powodu różnorodnych zmian zachodzących w tym małym organizmie oraz czynników prenatalnych jak i okołoporodowych. Sprawowanie opieki nad noworodkiem jest trudnym zadaniem dla całego zespołu terapeutycznego. Wymaga ogromnych pokładów wiedzy, umiejętności praktycznych, sumienności oraz rzetelności personelu medycznego. Wyczulenie na pierwsze symptomy chorobowe, baczna obserwacja oraz właściwa ocena sytuacji są gwarantem optymalnej opieki nad noworodkiem.

Neonatologia i zespół interdyscyplinarny, który reprezentuje tę dziedzinę medycyny, ma za zadanie w sposób optymalny, bezpieczny przeprowadzić przez niego dzieci nowonarodzone. Położna w nowoczesnym zespole interdyscyplinarnym staje się równorzędnym partnerem dla pozostałych jego członków. Jako pierwsza reaguje w sytuacjach zagrożenia. Od niej, jako osoby pozostającej w stałym kontakcie z noworodkiem, oczekuje się wiarygodnej i rzetelnej informacji oraz profesjonalizmu w działaniu, wynikających z wiedzy i umiejętności, które posiada [1, 2, 3]. Współpracuje z innymi przedstawicielami zespołu, a w przypadku pojawienia się zaburzeń adaptacyjnych konfrontuje swoje spostrzeżenia z neonatologiem. Ponośi pełną odpowiedzialność za ocenę zaistniałej sytuacji neonatologicznej oraz za podjęte w tym kierunku działania w myśl zasady *primum non nocere*. Wdrożenie spójnych algorytmów postępowania pozwala noworodkowi i jego matce przejść przez okres adaptacji do życia pozamacicznego w sposób bezpieczny i optymalny. Obserwacja położnej stanowi cenne źródło informacji o stanie ogólnym noworodka. Wczesne wykrycie zaburzeń adaptacyjnych pozwala niejednokrotnie na szybką i przez to skuteczną interwencję medyczną i zapobiega w przyszłości deficytom neurologicznym.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardu z zakresu opieki okołoporodowej ustanowione dnia 20 września 2012 r., w tym opieka nad noworodkiem, określa poszczególne elementy opieki medycznej, która ma na celu uzyskanie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, czyli optymalizację opieki, podniesienie jakości świadczonych usług, a także ujednolicenie postępowania położnej ze zdrowym noworodkiem, co ma niebagatelne znaczenie w okresie jego adaptacji. Standard opieki okołoporodowej określa algorytmy postępowania z noworodkiem bezpośrednio po jego urodzeniu.

Okres noworodkowy jest to czas, w którym następuje przystosowanie się układów i narządów noworodka do życia pozamacicznego. Wymaga to od noworodka zmian czynnościowych, umożliwiających samodzielne podjęcie podstawowych funkcji życiowych. Zmiany przystosowawcze obejmują kolejno: rozpoczęcie oddychania i skorelowanie funkcji oddechowej z układem nerwowym, przyswajanie pokarmu oraz wydalanie produktów przemiany materii oraz regulację temperatury ciała [4, 5].

Różnorodne prenatalne czynniki związane z нефизjologicznym przebiegiem ciąży, porodu mogą zaburzać adaptację noworodka do życia pozamacicznego [3]. W przypadku m.in.: hipotensji u matki w wyniku zastosowanego znieczulenia okołoporodowego, chorób wikłających ciążę typu cukrzyca, nadciśnienia tętniczego, elektywnego cięcia cesarskiego oraz procesów patologicznych u płodu, współistnienia wad wrodzonych czy niedotlenienia okołoporodowego lub zakażeń z powodu dodatniego wyniku posiewu w kierunku paciorkowców u matki może dojść do rozwinięcia się objawów zaburzeń adaptacyjnych u nowonarodzonego dziecka, co rzutuje na dysfunkcję pozostałych narządów i układów. Zaburzenia adaptacji pourodzeniowej manifestują się najczęściej pod postacią zaburzeń w oddychaniu, zaburzeń krążenia oraz zaburzeń termoregulacyjnych. Należy pamiętać, że rozpoczęcie oddychania to pierwsze i najważniejsze zadanie życiowe noworodka bezpośrednio po urodzeniu. Istnieje wiele czynników, które mogą zaburzać ten wyjątkowy okres adaptacji i stabilizacji poszczególnych narządów u noworodka. Współistniejąca z ciążą cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, infekcje, poród znieczulany, cięcie cesarskie, przede wszystkim elektywne cięcie cesarskie predysponują do wystąpienia zaburzeń adaptacyjnych po urodzeniu noworodka, najczęściej pod postacią zaburzeń w oddychaniu, co w konsekwencji wpływa na zaburzenia krążenia oraz na układ nerwowy u noworodka, który, jak wiemy, jest bardzo wrażliwy na niedotlenienie i wszelkie zaburzenia metaboliczne.

Najważniejsze w postępowaniu położnej z noworodkiem z zaburzeniami w oddychaniu to:

- zapewnienie spokoju w neutralnej temperaturze otoczenia – warunki komfortowe – umieszczenie w inkubatorze;
- udział położnej w utrzymaniu prawidłowych wartości równowagi kwasowo-zasadowej;
- stały monitoring czynności serca, oddechów, temperatury ciała, aktywności ruchowej noworodka oraz utlenowania krwi tętniczej metodą pulsoksymetrii;

- udział w tlenoterapii w zależności od stopnia nasilenia zaburzeń zgodnie ze zleceniem lekarskim;
- kontrola badań laboratoryjnych – morfologii krwi, glukozy, jonogramu;
- w przypadku nasilenia się zaburzeń w oddychaniu przekazanie dziecka do oddziału intensywnej terapii noworodka.

Objawy kliniczne zaburzeń w oddychaniu występują wkrótce po urodzeniu. Mają tendencje do nasilania się, jeżeli nie zostanie wdrożone odpowiednie leczenie z uwzględnieniem czynników ryzyka ich zaistnienia. Na szczególną uwagę zasługuje zespół TTN (ang. *Transient Tachypnea of the Newborn*) zwany też przemijającym szybkim oddechem noworodka. Występuje najczęściej u donoszonych noworodków lub prawie donoszonych. Związane jest to z niecałkowitą ewakuacją z płuc wód płodowych. Czynnikiem ryzyka wystąpienia tego typu zaburzenia adaptacyjnego jest elektywne, czyli planowe, cięcie cesarskie bez rozpoczętej czynności skurczowej, które sprzyja zmniejszeniu wydzielania katecholamin, surfaktantu oraz nieprawidłowemu wchłanianiu płynu płucnego. Dzieci rodzące się bez czynności skurczowej z cięcia cesarskiego elektywnego są narażone na trudności w oddychaniu nie tylko po urodzeniu, ale również w późniejszym życiu. Opisywano przypadki astmy oskrzelowej jako odległy skutek wykonanego cięcia cesarskiego. Objawy kliniczne TTN mogą ujawniać się po urodzeniu bądź narastać stopniowo w dalszych godzinach życia. Objawem charakterystycznym jest przyspieszenie oddechów, które może utrzymywać się do 3 doby życia [6, 7, 8, 9]. Większość noworodków wymaga jedynie podaży tlenu, czyli zastosowania tlenoterapii biernej. Czasem jednak konieczne jest zastosowanie wsparcia oddechowego pod postacią ciągłego dodatniego ciśnienia w drogach oddechowych. W USA prowadzone są badania dotyczące przydatności zastosowania CPAP – w profilaktyce rozwinięcia się przejściowego tachypnoe u noworodka, a zwłaszcza u tych noworodków, gdzie ciążę zakończono elektywnym cięciem cesarskim [7, 9]. Niejednokrotnie prawidłowo przebiegający poród w jednej chwili zmienia się w niebezpieczną patologię, która zagraża życiu dziecka, a czasem matki [3]. Cięcie cesarskie jest w wielu sytuacjach metodą z wyboru ratującą życie matki i dziecka. Dzięki rozwojowi technik operacyjnych, anestezjologii, krwiolécznictwa, antybiotykoterapii, cięcie cesarskie uznaje się obecnie za procedurę bezpieczną i wykonuje się z szerokich wskazań [3].

Obecnie zabieg cięcia cesarskiego nie jest traktowany jako ostateczność, która ratuje życie matki i dziecka, ale jako modna procedura czy modny sposób na zakończenie ciąży [10]. Presja rodziców, wszechobecna tokofobia,

roszczeniowość społeczeństwa i ciągle oskarżenia pacjentów wobec lekarzy, nieświadomość kobiet będących w ciąży, iż cięcie cesarskie wiąże się ze zwiększonym odsetkiem powikłań oddechowych u noworodka, sugerują medykom postępowanie zgodne z żądaniami ciężarnej i jej rodziny. Należy pamiętać, że sposób ukończenia ciąży, porodu ma ogromny wpływ na adaptację pourodzeniową noworodka. Częściej niż po porodzie naturalnym obserwuje się u noworodków zaburzenia adaptacji pourodzeniowej, kwasicę, niedotlenienie i następową hiperbilirubinemię, stan ciężki, zespół tzw. mokrego płuca, wynikający z niedostatecznego opróżnienia się płuc z płynu płucnego, zaburzenia oddychania, termoregulacyjne, metaboliczne infekcje, nieprawidłową kolonizację przewodu pokarmowego, co wpływa na układ immunologiczny dziecka. Poród naturalny stymuluje procesy adaptacyjne u noworodków i matek. Stanowi optymalny sposób zakończenia ciąży. Hormony wydzielane przez matkę i dziecko podczas porodu wpływają na proces dojrzewania płuc, stymulując produkcję surfaktantu. Dzięki tym procesom, rodząc się drogą pochwową, dziecko łatwiej przystosowuje się do warunków życia pozamacicznego [8, 11].

Zagadnienie cięcia cesarskiego oraz jego wpływ na stan ogólny noworodków po urodzeniu rodzą wiele dyskusji na łamach wielu czasopism medycznych wśród neonatologów i położników. Edukacja społeczeństwa, psychoterapia ciężarnych zredukują lęk przed porodem naturalnym, co zmniejszy odsetek cięć cesarskich i powikłań z nimi związanych [3, 12]. Sprawując opiekę prenatalną, zespół terapeutyczny jest obowiązany poinformować kobietę ciężarną, która ma wskazania medycznie uzasadnione do zakończenia ciąży cięciem cesarskim, że jest to zabieg chirurgiczny związany ze zwiększonym odsetkiem powikłań i zachorowalności okołoporodowej, dłuższym okresem hospitalizacji i rekonwalescencji. Ponadto kobieta ciężarna powinna uzyskać wiedzę na temat optymalnego czasu zakończenia ciąży elektywnym cięciem cesarskim. Zadaniem położnej, położnika i neonatologa jest poinformowanie ciężarnej, która oczekuje na elektywne cięcie cesarskie, iż w trosce o dobrostan dziecka elektywne cięcie cesarskie powinno być wykonane zgodnie z rekomendacjami ACOG i PTG (Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego) po 39. tygodniu i po rozpoczęciu czynności skurczowej, co zredukuje wciąż rosnący odsetek zaburzeń adaptacyjnych u noworodków po urodzeniu.

Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO – ang. *World Health Organization*) zostało ogłoszone w 1985 r., że „poród nie jest chorobą”, dlatego też istnieje ogólna zgoda, iż najlepszym sposobem pra-

widłowo przebiegającej ciąży jest poród drogą pochwową [13]. Postęp medycyny spowodował, że cięcie cesarskie wydaje się być aktualnie operacją bezpieczniejszą niż kiedyś, ale nierozsądne jest jego wykonywanie bez wyraźnych uzasadnień medycznych i niejednokrotnie na życzenie „wygodnych” i kompletnie nieprzygotowanych do porodu, tym samym wystraszonych kobiet [13]. Ciąża nie jest więc stanem chorobowym, który się leczy poprzez cięcie cesarskie. Jeśli zastosowanie tego zabiegu jest medycznie nieuzasadnione, z punktu widzenia Światowej Federacji Ginekologów i Położników (FIGO – ang. *International Federation Gynecology and Obstetrics*), jak również PTG, jest tożsame z nieetycznym i nieprofesjonalnym postępowaniem, niedającym korzyści medycznych. Zgoda na wykonanie cięcia cesarskiego na życzenie pacjentki jest naruszeniem zasad wykonywania zawodu lekarza i skutkuje odpowiedzialnością karną i cywilną. Wybór terminu elektywnego cięcia cesarskiego podyktowany jest wieloma czynnikami. Wskazania jednak w wielu sytuacjach są zbyt liberalne. Według zaleceń Amerykańskiego Stowarzyszenia Położników i Ginekologów (ACOG – ang. *American Congress of Obstetricians and Gynecologists*), jak również PTG, planowe, czyli elektywne cięcie cesarskie powinno się wykonać po 39. tygodniu ciąży, chyba że za pomocą amniopunkcji i oceny płynu owodniowego pod kątem ilości surfaktantu potwierdzi się dojrzałość płuc płodu. Mimo rekomendacji obserwuje się w ostatnich latach wzrost częstości wykonywania elektywnych cięć cesarskich przed skończeniem 39. tygodnia ciąży bez uprzednio zastosowanej profilaktyki zaburzeń oddychania [13, 14, 15].

Autorzy badań populacji noworodków rodzących się przez elektywne cięcie bądź cięcie pilne wynikające z nagłego zagrożenia okołoporodowego również wnioskuje o przeprowadzenie cięć elektywnych po skończonym 39. tygodniu ciąży, ponieważ jest to optymalny wybór terminu cięcia cesarskiego w aspekcie zdrowia noworodka. Neonatolodzy akceptują przedstawiane w rekomendacjach wskazania do zabiegowego ukończenia ciąży, ale zawsze podkreślają, iż cięcie cesarskie nie jest naturalną drogą porodu i wiąże się ze zwiększonym odsetkiem powikłań w okresie adaptacji pourodzeniowej. Elektywne cięcie cesarskie obciążone jest większymi powikłaniami okołoporodowymi w porównaniu do porodu drogami natury czy cięcia cesarskiego wykonanego po rozpoczęciu czynności skurczowej albo w trakcie procesu porodowego, gdy nastąpiło zagrożenie życia dziecka lub matki. Kiedy ustala się datę cięcia cesarskiego bez rozpoczęcia akcji porodowej nie ma gwarancji, że płuca dziecka osiągnęły pełną dojrzałość, nawet jeśli ciąża

ma skończone 37 tygodni. Wykonanie cięcia cesarskiego bez rozpoczętej czynności porodowej jest tożsame z tym, iż płód nie bierze czynnego udziału w zainicjowaniu akcji porodowej. Hormony matki i płodu, które wydzielają się podczas porodu, powodują osiągnięcie przez płuca płodu pełnej dojrzałości. Dziecko w czasie elektywnego cięcia nie ma możliwości uruchomienia systemu hormonów stresu, które poniekąd wpływają na prawidłowy przebieg adaptacji pourodzeniowej. Zaburzenia adaptacyjne u noworodka po urodzeniu mogą przyczyniać się do zwiększonego ryzyka zmian w OUN, co rzutuje na jakość zdrowia i życia dziecka.

Mimo badań, publikacji, rekomendacji, szeroko stosowaną praktyką jest jednak kończenie ciąży drogą elektywnego cięcia przed 39. tygodniem ciąży. Postępowanie to może wynikać z definicji, iż kobieta jest w terminie porodu kiedy czas trwania ciąży przekroczył 37 tygodni. Konieczne jest więc ustalenie ścisłych standardów kwalifikacji do cięcia elektywnego ze wskazań pozapolożniczych oraz stosowanie się do ogólnościowych rekomendacji celem poprawy opieki okołoporodowej i neonatologicznej [16, 17].

Najnowsze rekomendacje Amerykańskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników, a także Europejskiego Towarzystwa Medycyny Prenatalnej, zalecają wykonywanie cięć cesarskich po 39. tygodniu ciąży, po rozpoczęciu czynności skurczowej, a w przypadku cięć elektywnych – jeśli istnieją wskazania do ukończenia ciąży przed 39. tygodniem – należy zbadać dojrzałość płuc płodu i gdy jest ona niedostateczna, zaleca się prenatalnie zastosować sterydy, by zapobiec po urodzeniu powikłaniom ze strony układu oddechowego w postaci zaburzeń w oddychaniu mogących doprowadzić do wystąpienia niewydolności oddechowej i dysfunkcji pozostałych narządów u noworodka [16].

Zapobieganie niedotlenieniu, hipoglikemii, hipotermii, hipoksji, właściwe monitorowanie ciąży ze współistniejącą cukrzycą, odpowiednie postępowanie podczas zastosowania anestetyków w trakcie porodu znieczulanego i cięcia cesarskiego, podjęcie profilaktyki zaburzeń oddychania przy planowanym cięciu cesarskim mają wpływ na zmniejszenie ryzyka wystąpienia zaburzeń w oddychaniu. Praktyka oparta na aktualnej wiedzy, spójnych algorytmach, rekomendacjach jest bardzo przydatna w doskonaleniu opieki nad noworodkiem, a świadczenie usług medycznych: pielęgnacyjnych, diagnostycznych i leczniczych zgodnie z obowiązującymi standardami poprawia jakość opieki neonatologicznej, co ma ogromne znaczenie w zmniejszaniu zachorowalności i umieralności noworodków. Wobec dużej ilości czynników ryzyka potencjalnie mogących wywołać stan zagrożenia życia u noworodków, zarówno lekarz:

położnik i neonatolog, jak i położna muszą być bezwzględnie przygotowani, w każdej chwili do przeprowadzenia czynności resuscytacyjnych.

Ścisła współpraca między neonatologami, położnikami i położnymi, traktowanie siebie nawzajem jako partnerów w pracy, jako równorzędnych członków zespołu interdyscyplinarnego ma również nadrzędne znaczenie w optymalizacji jakości opieki nad matką i jej dzieckiem. Naczelną zasadą, jaką powinniśmy się kierować, jest zapobieganie stanom zagrożenia, a więc dbałość o dobro pacjenta. Należy pamiętać, że zbagatelizowanie subtelnych objawów chorobowych lub niezapewnienie noworodkowi należytego komfortu psychosocjalnego, świadome niestosowanie się przez zespół interdyscyplinarny do zaleceń ogólnoswiatowych, zrutyinizowanie działań mogą mieć nieodwracalne skutki, rzutujące na rozwój dziecka w przyszłości. Dlatego też istotny jest dialog między członkami zespołu interdyscyplinarnego. Wprowadzenie do praktyki szpitalnej poszczególnych standardów, stosowanie się do wytycznych, uporządkowanie, spójność dotychczasowych praktyk poprawia jakość opieki wytyczając ramy współpracy w zespole terapeutycznym, a co najistotniejsze, ujednolicają i doskonalą sposób świadczenia opieki w trosce o dobro pacjentów. Współpraca członków zespołu terapeutycznego, wspólna analiza czynników ryzyka wnikających okres adaptacji pourodzeniowej u noworodków, prognozowanie zagrożeń oraz zapobieganie im bądź minimalizowanie poprzez właściwe praktyki położniczo-neonatologiczne zapewnią bezpieczeństwo, komfort bio-psycho-społeczny i optymalną jakość życia małego pacjenta. Praca z noworodkiem wymaga ogromnej odpowiedzialności personalnej, pełnego zaangażowania, rzetelnej wiedzy, troskliwej opieki i doświadczenia. Jest to mały pacjent, który ma wiele praw. Jednym z nich, zgodnie z Europejską Kartą Dziecka w Szpitalu, jest prawo do możliwie najlepszej opieki medycznej. Istniejący system opieki nad noworodkiem jest jeszcze daleki od ideału w sferze respektowania praw małego pacjenta, więc podążajmy wspólnym mianownikiem w ustalaniu optymalnej opieki nad matką i dzieckiem [18, 19].

Bibliografia

- [1] Gadzinowski J., Szymankiewicz M. *Podstawy neonatologii*. Poznań: Wielkopolski Oddział Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej 2006.
- [2] Bałanda A. *Opieka nad noworodkiem*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2009.
- [3] Łepecka-Klusek C. *Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2010.

[4] Czyżewska M. *Neonatologia. Podręcznik dla studentów Wydziału Zdrowia Publicznego*. Wrocław: Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu 2007.

[5] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem, Dz. U. z 2012r., nr 112, poz. 654.

[6] Gajewska E. *Wentylacja nieinwazyjna u noworodków*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2012.

[7] Kirpalani H. *Podręcznik neonatologii*. Warszawa: Wydawnictwo Medipage 2009.

[8] Odent M. *Cesarskie cięcie a poród naturalny. Wątpliwości, konsekwencje, wyzwania*. Wrocław: Preeti Agrawal 2010.

[9] Piotrowski A. *Niewydolność oddechowa noworodków – zapobieganie i leczenie*. Bielsko-Biała: Wydawnictwo Alfa-Medica Press 2011.

[10] Kuczkowski M. K., Drobnik L. *Anestezjologia w położnictwie i medycynie perinatalnej*. Warszawa: Med-Media 2009.

[11] Michałowska S. i wsp. Analiza sposobów ukończenia ciąży na podstawie preferencji ciężarnych oraz danych statystycznych z lat 2006–2010. *Nowa Medycyna* 2012, 4: 67–75.

[12] Sipiński A. *Opieka w położnictwie*. Katowice: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Medycznej w Sosnowcu 2012.

[13] Katz M., Fuchs T. *Cięcie cesarskie na życzenie – wykonywać czy nie?*. W: Bręborowicz G. red. *Perinatologia, neonatologia i ginekologia*. Poznań: Wielkopolski Oddział Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej 2008: 32–34.

[14] Drews K., Mrozikiewicz-Seremak A., Barlik M. *Elektywne cięcie cesarskie – wybór terminu*. W: Bręborowicz G. red. *Perinatologia, neonatologia i ginekologia*. Poznań: Wielkopolski Oddział Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej 2008: 131–135.

[15] Poręba R. i wsp. *Wskazania do cięcia cesarskiego*. W: Bręborowicz G. red. *Perinatologia, neonatologia i ginekologia*. Poznań: Wielkopolski Oddział Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej 2008: 11–18.

[16] Kornacka M. K., Kufel K. *Cięcie cesarskie a stan noworodka*. *Ginekologia Polska* 2011, 3: 612–617.

[17] Mikulska M., Simon M. *Cięcie cesarskie jako czynnik ryzyka wystąpienia okołoporodowych zmian OUN u noworodka*. W: Bręborowicz G. red. *Perinatologia, neonatologia i ginekologia*. Poznań: Wielkopolski Oddział Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej 2008: 213–216.

[18] Chapman V., Charles C. *Prowadzenie porodu*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2011.

[19] Ustawa o Zawodach Pielęgniarki i Położnej z dn. 15 lipca 2011 r., Dz. U. z 2011, nr 174, poz. 1039.

Adres do korespondencji:

Katarzyna Zaracka

Lisowice 2

55-311 Kostomłoty

e-mail: katarzynazaracka@op.pl

Prawa pacjenta – badania własne

Małgorzata Zimnowoda, Danuta Żurawicka, Zofia Wojdyła

Institut Położnictwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu

Wiek XX przyniósł ludzkości wyjątkowo drastyczne pogwałcenie godności i praw ludzkich. Szczególnie historia wojenna przedstawia odwrócenie porządku wartości – człowiek, choć niezaprzeczalnie jest podmiotem, znalazł się na podrzędnym miejscu. Jednak wspomniane doświadczenia zaowocowały szybkim rozwój ustawodawstwa zapewniającego ochronę praw człowieka.

W czasach najnowszych dokonano wielu zmian społecznych, ustrojowych i ekonomicznych, które służyły umocnieniu i zabezpieczeniu przywilejów istoty ludzkiej. Bardzo ważnym zagadnieniem stały się „prawa pacjenta”, które, jak pisze M. Balicki, „są integralną częścią szeroko rozumianych praw człowieka” [1].

Zakres i respektowanie praw pacjenta wciąż rodzi wiele pytań, dyskusji i wątpliwości. Interesują się nimi politycy, kadra medyczna i sami pacjenci, którzy przestają uchodzić za „bierny obiekt zabiegów medycznych” [2] i stają się partnerami dla pracowników ochrony zdrowia.

Sprawy pacjentów to potencjalne sprawy każdego. Stan choroby, niedorozwój, zaburzenia psychiczne zwykle obniżają poczucie godności człowieka, jednak nie pozbawiają go tej wartości. Zatem każdy człowiek posiada obowiązek afirmacji godności osobowej w drugim człowieku i w sobie samym [3, 4].

Cel badań

Celem naszych badań jest ukazanie przestrzegania jednego z podstawowych praw pacjenta, czyli prawa do wyrażania zgody (lub odmowy) na interwencje medyczne. Prawo to ściśle wiąże się z prawem pacjenta do informacji o stanie jego zdrowia oraz poszanowaniem jego godności osobowej.

Materiał i metoda badawcza

W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, posługując się techniką ankiety. W tym celu skonstruowano kwestionariusz, który rozdano wśród pacjentek oddziałów ginekologiczno-położniczych Samodzielnego Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Opolu na przełomie 2013/2014 r. Za materiał badawczy posłużyły opinie 150 osób. Udział w sondażu był anonimowy i dobrowolny. Kwestionariusz ankiety składał się z wyjaśnienia celu badania, części właściwej (32 pytania) oraz metryczki (7 pytań). Posłużono się pytaniami zamkniętymi z możliwością wybrania jednego lub wielu wariantów odpowiedzi. Ankiety dostarczono i odbierano osobiście po uprzednim uzyskaniu zgody pacjentów na udział w badaniu. Zgromadzony materiał poddano analizie statystyki opisowej. Niezbędne obliczenia przeprowadzono za pomocą pakietu Excel 2007. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Do oceny zależności między analizowanymi parametrami niemierzalnymi zastosowano test Chi – kwadrat. W badaniach przyjęto 5-procentowy błąd wnioskowania i związany z nim poziom istotności $p < 0,05$, wskazujący na istotne statystycznie różnice bądź zależności.

Charakterystyka badanej grupy

Badaniem objęto 150 kobiet leczonych w oddziałach ginekologiczno-położniczych. Analiza danych wskazuje, że zdecydowana większość grupy badawczej jest w przedziale wiekowym od 21 do 40 lat (108, tj. 72,00%), zaledwie 17 (11,33%) osób stanowiły kobiety w przedziale wiekowym od 41 do 60 lat oraz 12 (8,00%) ankietowanych było w przedziale wiekowym powyżej 60 lat. Szczegółowy rozkład procentowy wieku respondentów przedstawia wykres 1.

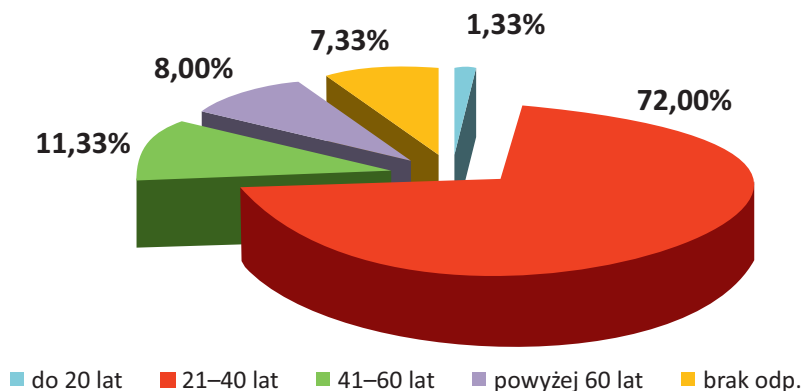
Znaczną część badanych kobiet cechowało wykształcenie wyższe magisterskie (57, tj. 38,00%) oraz wykształcenie średnie (42, tj. 28,00%).

Ponad połowa ankietowanych była mieszkankami miast (82, tj. 54,67%). Duży odsetek kobiet (83, tj. 55,33%) przyjęto do szpitala w sposób nagły, z kolei 56 (37,33%) ankietowanych w sposób planowany. Dla większości respondentek (96, tj. 64,00%) był to kolejny pobyt w placówce szpitalnej, a pozostała część grupy (43, tj. 28,67%) zetknęła się z taką placówką po raz pierwszy. Najczęstszym powodem przyjęcia do szpitala okazał się poród (64, tj. 38,32%), powikłanie ciąży (39, tj. 23,35%) oraz zabieg operacyjny (29, tj. 17,37%).

Wyniki badań

Z analizy zebranego materiału wynika, że pojęcie praw pacjenta jest znane zdecydowanej większości badanych (130, tj. 86,67%). Szczegółowa

Wiek respondentów



Wykres 1. Rozkład procentowy wieku respondentów

analiza wykazała, że znajomość tych praw nie zależy od miejsca zamieszkania czy wieku respondentów. Natomiast nadal pomimo szerokich kampanii rozpowszechniających to zagadnienie, wiele osób (20, tj. 13,33%) nie spotkało się z tym pojęciem. Najczęstszymi źródłami informacji na ten temat okazały się: media (64, tj. 20,51%), placówki ochrony zdrowia (56, tj. 17,95%) oraz Internet (51, tj. 16,35%). Szczegółowy rozkład procentowy przedstawia tabela nr 1.

Z analizy badań wynika, że prawie połowa ankietowanych (68, tj. 45,33%) przebywających w placówce ochrony zdrowia nie zna miejsca, w którym umieszczono informację na temat Praw Pacjenta. Jednak co drugi badany (80, tj. 53,33%) potrafi zlokalizować ten dokument i twierdzi, że jest on w miejscu ogólnie dostępnym dla wszystkich pacjentów. Dalsza analiza wyników ukazała brak zależności pomiędzy znajomością miejsca umieszczenia informacji na temat praw pacjenta a ilością pobytów w szpitalu.

Tabela 1. Źródło informacji na temat Praw Pacjenta

Źródło informacji	L	%
Media (TV, radio)	64	20,51%
Placówka ochrony zdrowia	56	17,95%
Internet	51	16,35%
Pracownik ochrony zdrowia	29	9,29%
Prasa	21	6,73%
Plakaty	17	5,45%
Znajomi	15	4,81%
Rodzina	15	4,81%
Ulotki	14	4,49%
Książki	8	2,56%
Brak odpowiedzi	22	7,05%
Razem	312	100,00% ¹

Źródło: opracowanie własne

Obowiązek rozpowszechniania Katalogu Praw Pacjenta zdefiniowanego w Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 Nr 52 poz. 417) ma również personel medyczny placówek ochrony zdrowia, a w szczególności pielęgniarki/położne [4, 5, 6]. Dlatego postanowiono sprawdzić przekaz informacji o prawach pacjenta przez personel medyczny. Z analizy materiału wynika, że ponad połowa respondentów (85, tj. 56,67%) uzyskała informacje o przywilejach im przysługujących. Z powyższych danych wynika, iż rozpowszechnianie praw pacjenta w placówkach ochrony zdrowia jest jednak niewystarczające. Warto podkreślić jednak, iż personel medyczny podejmuje próby realizacji wymogów prawnych. Ankietowani wskazują, że informację na temat praw pacjenta w szpitalu uzyskali w większości od położnej/pielęgniarki (76, tj. 49,67%). Szczegółowa analiza statystyczna pokazuje, że przekaz informacji na temat praw pacjenta przez personel medyczny nie zależy od miejsca zamieszkania.

Każdy człowiek chory ma określone przywileje, w tym także prawo do poszanowania godności osobowej, która przysługuje każdej jednostce ludz-

¹ Liczba 312 stanowi 100% wszystkich odpowiedzi

kiej, gdyż jest niezbywalna. Jednym z wielu praw pacjenta jest prawo do intymności i poszanowania godności osobistej w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych. Przestrzeganie tego prawa jest szczególnie ważne dla pacjentek hospitalizowanych w oddziałach ginekologiczno-położniczych, gdzie poczucie wstydu jest naruszane choćby przez konieczność obnażania się przed osobami obcymi, np. do badania ginekologicznego czy poprzez mówienie o sprawach intymnych. W naszych badaniach prawie 90% respondentów odpowiedziało, że badanie ginekologiczne wykonywane podczas pobytu w szpitalu odbyło się z poszanowaniem godności osobistej pacjentki. Jedynie 14 (9,33%) osób wypowiedziało się negatywnie w tym zakresie. Wyniki wskazują na dużo taktu oraz empatii ze strony personelu medycznego. Kobiety podkreślały, że w czasie badania personel informował je o celu badania (74, tj. 25,66%)², był delikatny i taktowny (86, tj. 29,76%)², zapewniał intymność (82, tj. 28,37%)².

Poszanowanie godności człowieka, jego prawo do samostanowienia wyraża się także w respektowaniu prawa do wyrażenia zgody na zabiegi medyczne. Z naszych badań wynika, że zdaniem 105 (70,00%) respondentów prawo do wyrażania zgody na zabiegi medyczne jest jednocześnie poszanowaniem godności osobowej człowieka i prawie wszyscy życzyliby sobie, aby pytano ich o zgodę przed każdym zabiegiem. Współcześnie na pracownikach ochrony zdrowia spoczywa obowiązek pozyskiwania zgody na każdą interwencję medyczną.

Z analizy badań wynika, że od wszystkich pacjentów operowanych pozyskano zgodę na zabieg. Była ona wyrażona w formie pisemnej. Jednakże na uwagę zasługuje fakt, że tylko 14 (21,54%) osób operowanych uzyskało informację dotyczącą zabiegu operacyjnego w dyżurce lekarskiej w obecności tylko lekarza. Duża grupa operowanych respondentów (38, tj. 58,46%) uzyskała te informacje w obecności innych osób.

Znikoma ilość ankietowanych odmówiła wykonania na sobie zabiegu lekarskiego (4, tj. 2,67%) i zabiegu wykonywanego przez położną/pielęgniarkę (3, tj. 2,00%). Odmowa wyrażenia zgody na zabieg lekarski i na zabieg wykonywany przez położną/pielęgniarkę były uszanowane. Tylko ponad połowę respondentów (83, tj. 55,33%) pytano o zgodę na wykonanie zarówno zabiegu lekarskiego, jak i zabiegu wykonywanego przez położną/pielęgniarkę.

Prawo do informacji w bardzo ścisły i bezpośredni sposób jest związane z prawem do wyrażania zgody na zabiegi medyczne. Z badań wynika,

² Liczba 289 stanowi 100% wszystkich odpowiedzi

że 113 (75,33%) respondentów zostało poinformowanych o rodzaju i przebiegu choroby przez lekarza prowadzącego w sposób zrozumiały. Dla co dziesiątego ankietowanego informacja ta była niedokładna. Znikoma ilość respondentów (4, tj. 2,67%) nie została poinformowana przez lekarza prowadzącego o rodzaju i przebiegu choroby. Informację o metodach leczenia uzyskało ponad 4/5 badanych osób, ale tylko w około 30% przypadkach podczas indywidualnej rozmowy z lekarzem.

Dyskusja

Już 30 listopada 2009 r. Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej (IPPEZ) zainicjował akcję społeczną „Leczyć po ludzku”. Celem tej akcji było zapoznanie całego polskiego społeczeństwa z przysługującymi im prawami pacjenta, ponieważ pomimo istniejącej już wówczas ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, jak wynika z badań IPPEZ, tylko co drugi Polak słyszał, że ma prawa jako pacjent, zaś średnio co piąty z tej grupy znał jakiegokolwiek prawo [7]. Nadal pomimo wielu kampanii rozpowszechniających prawa pacjenta jedna trzecia naszych respondentów nie zna swoich praw.

Współcześnie w naszym kraju w wyniku uchwalania kolejnych aktów prawnych wypracowano katalog praw pacjenta, bardzo zbliżony do zalecanych standardów europejskich i międzynarodowych. Ministerstwo Zdrowia w 1998 r. podjęło próbę zebrania wszystkich praw w jednym dokumencie nazwanym Kartą Praw Pacjenta. Pamiętać należy, że dokument ten nie miał mocy prawnej, był jedynie zbiorem wielu aktów prawnych odnoszących się do praw pacjenta i swego rodzaju drogowskazem dla pacjentów.

Obowiązkiem każdego szpitala jest umożliwienie pacjentom przebywającym na leczeniu w różnych oddziałach dostępu do informacji o swoich prawach. Już z badań przeprowadzonych przez S. Poździech wynikało, że stopień upowszechniania norm prawnych można zwiększyć poprzez zlokalizowanie Karty Praw Pacjenta w ogólnie dostępnym, widocznym miejscu na każdym oddziale, a jej opracowanie powinno być zrozumiałe dla podopiecznego [9]. Zgodnie z art. 11 obowiązującej Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Prawa Pacjenta (Dz. U. 2009 nr 52 poz. 417, z późn. zm.) podmiot udzielający świadczeń udostępnia informację o prawach pacjenta w formie pisemnej, poprzez umieszczenie jej w swoim lokalu w miejscu ogólnie dostępnym. Podsumowując nasze badania, należy stwierdzić, że tylko co drugi badany potrafił zlokalizować miejsce z informacją dot. praw pacjenta w placówce ochrony zdrowia.

Pojęcie praw pacjenta oraz jego zdefiniowanie wprowadziło wiele zmian w tradycyjnych relacjach pacjent–pracownik ochrony zdrowia. Zmiany te nałożyły na pracowników medycznych nowe powinności wobec pacjentów. Współcześnie rozpatrywanie jakichkolwiek kwestii rozwoju metod leczenia wiąże się z poszanowaniem praw pacjenta [10]. Jak pisze D. Karkowska, pacjent to „człowiek, który wszedł w relację z przedstawicielami opieki zdrowotnej przez poddanie się interwencji medycznej” [2].

Obecnie „uzyskanie świadomej zgody na zabieg operacyjny jest wymogiem powszechnie uznawanym na całym świecie” [3]. Na wszelkie zabiegi, zarówno te terapeutyczne, jak i diagnostyczne, lekarz musi pozyskać zgodę od pacjenta. W zależności od rodzaju interwencji medycznej zgoda może przyjmować dwie formy: zwykłą i pisemną [11]. W formie zwykłej możemy wyróżnić formę ustną i dorozumianą, które są wobec siebie alternatywne. Forma zwykła może być wyrażona w sposób werbalny lub przez zachowanie pacjenta, które nie budzi wątpliwości co do jego woli. Forma dorozumiana może być wyrażona poprzez gest, np. skinienie głowy, bądź dobrowolne poddanie się czynnościom medycznym bez użycia słów [2, 11].

Formy wyrażania zgody mogą być różne i uzależnione są od ryzyka, jakie niesie za sobą dane działanie medyczne. Wyniki badań J. Halik pokazują, że najmniej dokuczliwe wśród społeczeństwa jest ignorowanie prawa pacjenta do wyrażania zgody (lub odmowy) na konkretny sposób leczenia, zabieg lub operację. Inne badania na ten temat ukazują, iż łamanie tego prawa dotyczy najczęściej drobnych zabiegów, takich jak badania laboratoryjne. Według Konrada Wrońskiego 78,8% ankietowanych nie było pytanych przed pobraniem krwi do badań laboratoryjnych o zgodę na wykonanie tego zabiegu [12]. W naszych badaniach ponad połowa pacjentów (83, tj. 55,33%) była pytana o zgodę na wykonanie zarówno zabiegu lekarskiego, jak i zabiegu wykonywanego przez położną/pielęgniarkę. Szczegółowa analiza wskazuje, że pytanie o zgodę na zabieg pielęgniarstwa/łożniczego zależy od trybu przyjęcia do szpitala. Jednakże duży odsetek osób nadal nie jest pytany o zgodę. Jest to bardzo niepokojące z uwagi na fakt, że procedura przygotowania pacjentki do zabiegu leży w kompetencji pielęgniarki/łożniczki. W ustawie o zawodzie pielęgniarki i położnej widnieje zapis: „Pielęgniarka, położna udziela pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu informacji o stanie zdrowia pacjenta, w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej”. Zatem personel pielęgniarstwa-łożniczego nie powinien o tym zapominać.

Bez posiadania przez pacjenta stosownej wiedzy przywilej ów nie byłby możliwy do zrealizowania. Zatem pacjent musi znać przedmiot zgody, powinien wiedzieć o diagnozie i proponowanych metodach leczenia, o ryzyku

zabiegu oraz jego następstwach, które mogą być nieodwracalne. Należy podkreślić, iż świadome uczestnictwo w podejmowaniu podstawowych decyzji dotyczących interwencji medycznych powinno opierać się o uzyskane informacje w tym zakresie [1, 2, 11, 13, 14]. Obowiązek informowania każdego pacjenta a zakres podawanych informacji to zmienne, które mogą być zależne od wieku, wykształcenia, stanu intelektualnego, a także od stanu zdrowia, wrażliwości chorego czy też konieczności i nagłości zabiegu [1, 2, 11, 13, 15].

Tylko 3/4 naszych ankietowanych zostało w sposób wyczerpujący i zrozumiały poinformowanych o rodzaju i przebiegu choroby przez lekarza prowadzącego. Nadal jednak tylko 30% respondentów twierdzi, że informacje dotyczące metod leczenia podawane są przez lekarza prowadzącego w indywidualnej rozmowie. W badaniach Marii Gorzkowskiej czytamy, że „niewielu ankietowanych (19%) zapytano o zgodę na wykonanie zabiegu w osobnym pomieszczeniu, co jest sprzeczne z prawem pacjenta do tajemnicy informacji związanych z jego stanem zdrowia” [16].

Zdaniem S. Poździocha „niemal wszystkie prawa pacjenta dają się wyprowadzić z praw i wolności osobistych, jakie przysługują każdemu człowiekowi i obywatelowi” [9]. Przykład może stanowić chociażby prawo do wyrażania zgody (lub odmowy) na leczenie, które wynika z ogólniejszego uprawnienia człowieka, jakim jest prawo do samostanowienia i prawo do wolności osobistej. Z naszych badań wynika, że 2/3 naszych respondentów uważa, iż prawo do wyrażania zgody na zabiegi medyczne jest jednocześnie poszanowaniem godności osobowej człowieka.

Pojęcie godności odgrywało ważną rolę w życiu ludzkości. Godność stanowi podstawowy element człowieka i człowieczeństwa, a także pełni rolę kryterium moralności, czyli wyznacza moralne wartości ludzkiego działania. Zatem godność powinna być podstawowym kryterium wartościowania i postępowania zarówno w stosunku do samego siebie, jak i do innych. Winna stanowić ona najważniejszą normę postępowania wobec człowieka – ze strony pojedynczych jednostek, społeczeństwa, jak i też państwa [17].

Powszechna Deklaracja Praw Człowieka uchwalona przez Zgromadzenie Ogólne ONZ 10 grudnia 1948 r. [18] w art. 1. mówi: „wszyscy ludzie rodzą się wolni i równi w swej godności i w swych prawach”.

W naszych badaniach olbrzymi procent (90%) respondentów odpowiedziało, że badanie ginekologiczne wykonywane podczas pobytu w szpitalu odbyło się z poszanowaniem godności osobistej pacjentki, co wpisuje się w dobrą praktykę obserwowaną w oddziałach. Poszanowanie godności osobistej kobiety oznacza szacunek dla odrębności pacjentki jako człowieka. Wyrazem tej godności będzie traktowanie pacjentki w sposób taktowny, życzliwy, z sza-

cunkiem. Pamiętać należy, że sprawy związane z ciążą, porodem czy chorobą ginekologiczną angażują całą kobietę (jej ciało, psychikę i tożsamość).

Wnioski

Głównym celem badań przedstawionych w tej pracy było ukazanie przestrzegania jednego z podstawowych praw pacjenta, czyli prawa do wyrażania zgody (lub odmowy) na interwencje medyczne. Prawo to ściśle wiąże się z prawem pacjenta do informacji o stanie jego zdrowia oraz poszanowaniem jego godności osobowej. Analiza naszych badań pozwala wyłonić następujące wnioski:

1. Zdecydowana większość ankietowanych niezależnie od wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia spotkała się z pojęciem praw pacjenta.
2. Prawie połowa ankietowanych przebywających w placówce ochrony zdrowia nie zna miejsca, w którym umieszczono informację na temat praw pacjenta.
3. Rozpowszechnianie praw pacjenta w placówkach ochrony zdrowia jest nadal niewystarczające.
4. Od wszystkich pacjentów operowanych uzyskano zgodę na zabieg.
5. Ponad połowa operowanych respondentów uzyskała informacje dotyczące zabiegu operacyjnego w obecności innych osób.
6. Prawie wszyscy badani uznali, że badanie ginekologiczne wykonywane podczas pobytu w szpitalu odbyło się z poszanowaniem godności osobistej pacjentki.
7. Tylko ponad połowę respondentów pytano o zgodę na wykonanie – zarówno zabiegu lekarskiego, jak i zabiegu wykonywanego przez położną/pielęgniarkę.

Bibliografia

[1] Balicki M. *Prawa pacjenta – wybrane zagadnienia*. W: *Szkoła Praw Człowieka. Teksty wykładów*. Helsińska Fundacja Praw Człowieka. Warszawa: Agencja Exit 1998: 78–113.

[2] Karkowska D. *Prawa pacjenta*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o. 2009: 357–478.

[3] Bielecki K., Walicka M. Etyczne aspekty zgody na leczenie chirurgiczne. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 2002, 74 (1): 106–107.

[4] Marklewicz-Stryśz I. Nasz system wartości a prawa pacjenta. *Opolska Pielęgniarka i Położna* 2012, 2 (7): 9.

[5] Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r. Dz. U. z 2011 r. nr 174, poz. 1039 z późn. zm.

[6] Ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. Dz. U. 2009 r. nr 52, poz. 417 z późn. zm.

[7] Wagner O. Prawa pacjenta. Raport z badania Capibus. http://www.prawapacjenta.eu/var/media/File/Raport%20z%20badania_swiadomosc%20praw%20pacjenta%20i%20wiedza%20w%20Polsce.pdf: 2–3 [21.01.2015].

[8] Tałaj A., Suchorzewska J. Postawy pielęgniarek i położnych wobec osób chorych i cierpiących w aspekcie obowiązujących norm prawnych i moralnych. *Problemy Pielęgniarstwa* 2007, 15 (1): 33–34.

[9] Poździuch S. Prawa człowieka i prawa pacjenta – osiągnięcia II połowy XX wieku. *Zdrowie i Zarządzanie* 2001, 2 (3): 12–22.

[10] Rogala-Pawelczyk G. *Elementy podstaw prawnych wykonywania zawodu pielęgniarki*. W: Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. red. *Podstawy pielęgniarstwa*. Lublin: Wydawnictwo Czelej 2004: 395.

[11] Kubicki L. *Prawo medyczne*. Wrocław: Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner 2003: 49–62.

[12] Wroński K., Cywiński J., Bocian R., Depta A., Dziki A. Czy pacjenci przed pobraniem krwi do badań laboratoryjnych są pytani o zgodę na wykonanie tego zabiegu leczniczego? *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2009, 2: 70–77.

[13] Ignaszewski J. *Zgoda pacjenta na leczenie*. Warszawa: Wydawnictwo Twoje Zdrowie 2003: 14.

[14] Michałowska K. Informowanie pacjenta w polskim prawie medycznym. *Prawo i Medycyna* 2003, 13 (5): 106–116.

[15] Nesterowicz M. *Prawo medyczne*. Toruń: Dom Organizatora 2007.

[16] Gorzkowska M. Respektowanie prawa pacjenta do informacji. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2012, 9: 8–9.

[17] Gałkowski W. J. *Jan Paweł II o godności człowieka*. W: Czerkawski J. red. *Zagadnienia godności człowieka*. Lublin: 1994: 103–112.

[18] Dobrowolska B. *Kodeks etyki zawodowej pielęgniarek*. W: Wrońska I., Mariański J. red. *Etyka w pracy pielęgniarstwie*. Lublin: Wydawnictwo Czelej 2004: 64–65.

Adres do korespondencji:

mgr Małgorzata Zimnowoda, mgr Danuta Żurawicka, mgr Zofia Wojdyła
Instytut Położnictwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej
ul. Katowicka 68
45-060 Opole
e-mail: zimnowodam@wsm.opole.pl

Przemoc w rodzinie – rola pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej w zakresie przeciwdziałania skutkom przemocy

Karina Tkotz^{1,2}, Lucyna Sochocka²

¹ Stobrowskie Centrum Medyczne w Kup

² Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu

Wprowadzenie

Przemoc w rodzinie to poważny i coraz częstszy problem współczesnego świata. Dotyka ludzi bez względu na ich wiek, status społeczny i materialny, poziom wykształcenia czy wykonywany zawód. To zjawisko społeczne będące przedmiotem badań wielu dyscyplin naukowych. Literatura przedmiotu opisuje różne formy przemocy wewnątrzrodzinnej: fizyczną, emocjonalną, społeczną, seksualną, ekonomiczną oraz izolację społeczną. W odniesieniu do dzieci autorzy wskazują także na zaniedbania opiekuńcze i wychowawcze rodziców. Ofiarami przemocy domowej najczęściej są dzieci i kobiety; mężczyźni stanowią niewielki procent (niezależnie od różnic geograficznych i kulturowych, w których żyjemy). Pierwsze badania nad przemocą w rodzinie rozpoczęto pod koniec lat czterdziestych XX w. Lekarze francuscy Parri-sot i Caussade w 1929 r. na XIV Kongresie Medycyny Sądowej przedstawili raport „O znęcaniu się nad dzieckiem” i jako pierwsi zdefiniowali zjawisko *krzywdzenia dzieci*. Współczesna medycyna uznaje odrębną jednostkę chorobową dotyczącą znęcania się nad dzieckiem o numerze – E-967 [1].

Przemoc i jej rodzaje. Fazy przemocy

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) przemoc jest to: „celowe użycie siły fizycznej, zagrażające lub rzeczywiste, przeciwko sobie,

komuś innemu, przeciw grupie lub społeczności, które powoduje lub jest prawdopodobne, że spowoduje uniemożliwienie rozwoju, narażenie zdrowia, zranienie, fizyczne uszkodzenie, zgon, ból psychiczny, deprywację” [2].

Przemoc w rodzinie i przemoc domowa to określenia używane zamiennie; klasyfikowane jako kategorie zachowań negatywnych o dużej szkodliwości społecznej, które są zarówno skutkiem jak i przyczyną dysfunkcji w rodzinie [3].

Rodzaje przemocy:

- psychiczna – jest trudna do udowodnienia, narusza godność osobistą; występuje przymus i groźby, np.: osądzanie, ocenianie, krytykowanie, szantażowanie, straszenie, nieliczenie się z uczuciami, obrażanie, oskarżanie, obwinianie, czytanie osobistej korespondencji, krzywdzenie zwierząt, ujawnianie tajemnic, sekretów, wyśmiewanie, lekceważenie;
- fizyczna – narusza nietykalność fizyczną; są to działania polegające na użyciu siły, powodujące nieprzypadkowe uszkodzenie ciała lub niosące takie ryzyko, np.: szarpanie, kopanie, przytrzymywanie, popychanie, duszenie, policzkowanie, szczypanie, przypalanie papierosem, obezwładnianie, ciągnięcie za uszy, włosy;
- ekonomiczna – naruszenie własności; prowadzi do uzależnienia finansowego od sprawcy; polega na celowym niszczeniu czyjejs własności, pozbawia środków do życia; sprawca stwarza warunki uniemożliwiające podjęcie pracy przez ofiarę; niezaspokojenie podstawowych potrzeb materialnych rodziny, np.: niszczenie rzeczy, zabieranie pieniędzy, kradzież, zaciąganie pożyczek bez woli współmałżonka, zmuszanie do spłacania długów, używanie rzeczy bez pozwolenia, przeglądanie dokumentów, włamanie do zamkniętego osobistego pomieszczenia, dysponowanie czyjąś własnością, sprzedawanie wspólnych rzeczy bez uzgodnienia;
- zaniedbanie – brak obowiązku opieki ze strony osób bliskich; niezaspokojenie podstawowych potrzeb emocjonalnych i fizycznych, oznacza np.: pozbawianie jedzenia, odzieży; niedawanie środków na utrzymanie, nieudzielenie pomocy w chorobie, uniemożliwienie korzystania z kuchni, łazienki, sypialni;
- seksualna – narusza intymność ofiary, prowadzi do wymuszania różnego rodzaju zachowań seksualnych wbrew jej woli. Zachowania takie mają miejsce nawet w przypadku niepełnej świadomości ofiary, bez pytania jej o zgodę, albo w przypadku, gdy ta obawia się odmówić.

Przymus polega na szantażu emocjonalnym lub bezpośrednim użyciu siły, np.: obmacywanie, gwałt, ocenianie sprawności seksualnej, wyglądu, wymuszanie pożycia, zmuszanie do niechcianych praktyk seksualnych [4].

Fazy przemocy domowej

Przemoc domowa nie kończy się na jednym incydencie, przechodzi przez trzy fazy powtarzającego się cyklu:

- Faza pierwsza – narastania napięcia: u sprawcy pojawia się napięcie, wzrasta agresja, pojawiają się kłótnie, agresor wywołuje awantury o najmniejsze szczegóły, jest niebezpieczny. Ofiara, chcąc ratować domową atmosferę, spełnia wszystkie oczekiwania, aby oddalić zagrożenie. W relacjach brak jest komunikacji, dominuje stres, ofiara jest wyczerpana fizycznie, cierpi na bezsenność, bóle głowy, emocje stają się nie do wytrzymania i dochodzi do fazy ostrej przemocy.
- Faza druga – ostrej przemocy: w wyniku (czasem drobnego) incydentu dochodzi do ataku agresji: pobicie, walka, awantura. Ofiara przemocy doznaje urazów fizycznych i psychicznych, jest w szoku, chcąc ochronić siebie, czasami uspokaja sprawcę a czasami wzywa policję, jest bezradna, traci ochotę do życia.
- Faza trzecia – miodowego miesiąca: sprawca po rozładowaniu złości odczuwa, że posunął się za daleko, zaczyna przeproszać ofiarę; przyrzeka, że to się już nie powtórzy, kupuje prezenty, chce uzdrowić relacje; ofiara widzi w swoim oprawcy osobę, w której się zakochała. Jest szczęśliwa.

Fazy następują kolejno po sobie, przy czym w każdym cyklu faza gwałtownej przemocy jest bardziej ostra i brutalna, a faza miodowego miesiąca coraz krótsza [5].

Dzieci jako ofiary przemocy rodzinie

Pojęcie dziecka krzywdzonego w rodzinie wskazuje na taką działalność rodziców czy też opiekunów lub innych osób sprawujących opiekę nad dzieckiem, która uniemożliwia, ogranicza lub zaburza w jakikolwiek sposób możliwości prawidłowego rozwoju osobowości dziecka [6].

Zespół dziecka bitego to zespół objawów psychicznych i fizycznych, które są następstwem maltretowania fizycznego, zaniedbywania (niedożywienie,

głodzenie, brak opieki) jak i znęcania psychicznego (zastraszanie, dręczenie, obrażanie, poniżanie) w stosunku do dziecka. Skutki takich działań względem dzieci mogą być krótko- lub długoterminowe. Obejmują one:

- zaburzenia zachowania,
- zaburzenia emocjonalne,
- problemy w społecznym funkcjonowaniu,
- opóźnienie rozwoju psychoruchowego,
- skutki fizyczne (choroby psychosomatyczne, moczenie nocne, zaburzenia łaknienia, bezsenność),
- nieprawidłowe wzorce ról męskich i kobiecych [7].

Przemoc wobec osób starszych i niepełnosprawnych

Definicja WHO określa, iż: „przemoc wobec osób starszych jest jednorazowym lub powtarzającym się aktem, który staje się przyczyną zranienia lub niesie za sobą ryzyko zranienia (bez względu na to, czy działanie jest intencjonalne czy też nie) osoby starszej pozostającej w opiece opiekuna lub ze strony innych osób, pozostających z nią w relacjach, które powinny zapewnić zaufanie, a w rzeczywistości są źródłem zranienia lub stresu dla osoby starszej” [8].

Niepełnosprawność jest czynnikiem ryzyka, która naraża osoby na przemoc i poniżające traktowanie. Wiąże się to z niezdolnością osób niepełnosprawnych do samodzielnej egzystencji w celu wypełniania podstawowych potrzeb życiowych poprzez kłopoty z poruszaniem, komunikacją, samoobsługą [8].

Sprawcami przemocy domowej w tej sytuacji są dorośli członkowie rodziny, czasami są to dzieci, czasami wnuki sprawujące opiekę nad osobami zależnymi od siebie. Do typowych form przemocy możemy zaliczyć: izolowanie od rodziny, nieuzasadnione podawanie leków, zaniedbywanie podstawowych potrzeb, wykorzystywanie finansowe [7].

Zasady postępowania wobec przemocy w rodzinie

Rozpoznawanie przemocy w rodzinie jest problemem złożonym. Bardzo dużą rolę odgrywa wnikliwa obserwacja pacjentów zgłaszających się do przychodni POZ. Ważne jest też, aby w każdej placówce prowadzona była szeroko rozumiana profilaktyka, mająca na celu popularyzację wiedzy o zjawisku przemocy, sposobach jej rozpoznawania i wyrobienie

umiejętności przeciwstawiania się jej (plakaty, ulotki, gazetki tematyczne, np.: Stop Przemocy, Uwaga Dziecko; rozmowy indywidualne). Pacjenci czasami zgłaszają się do lekarza, pielęgniarki, prosząc o rozmowę i pomoc; niestety, częściej skutki przemocy rozpoznawane są w trakcie wykonywania zabiegów medycznych [9].

W przypadku rozpoznania symptomów świadczących o występowaniu przemocy domowej u pacjenta zadaniem pracowników ochrony zdrowia jest udzielenie pomocy medycznej i poinformowanie poszkodowanego o możliwościach pomocy [10]. Pomoc ofiarom przemocy zapewnia Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie z dnia 29 lipca 2005 r. (Dz. U. z 2005 r. nr 180, poz. 1943 z późn. zm.); jest to najważniejszy akt prawny, który wraz z aktami wykonawczymi wytycza procedurę postępowania w przypadku przemocy. Podejmowanie interwencji pracowników służby zdrowia odbywa się w oparciu o procedurę „Niebieskiej Karty”, dzięki czemu nie wymaga zgody osoby dotkniętej przemocą w rodzinie. Przedstawicielem ochrony zdrowia, który jest uprawniony do wszczęcia procedury „Niebieska Karta”, jest osoba wykonująca zawód medyczny, w tym lekarz, pielęgniarka, położna i ratownik medyczny. Pracownik medyczny wypełnia formularz „Niebieska Karta – A”, ofiara dostaje formularz „Niebieska Karta – B”. Zgodnie z procedurą wypełniony formularz „Niebieskiej Karty – A” zostaje przesłany do przewodniczącego zespołu interdyscyplinarnego nie później niż w terminie 7 dni od dnia wszczęcia procedury [11].

Art. 3 ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie mówi, że: osobie dotkniętej przemocą w rodzinie udziela się bezpłatnej pomocy w zakresie:

- poradnictwa medycznego, psychologicznego, prawnego, socjalnego, zawodowego i rodzinnego;
- interwencji kryzysowej i wsparcia;
- ochrony przed dalszym krzywdzeniem przez uniemożliwienie osobom stosującym przemoc korzystania ze wspólnie zajmowanego z innymi członkami mieszkania oraz zakazanie kontaktowania się i zbliżania do osoby pokrzywdzonej;
- zapewnienia osobie dotkniętej przemocą w rodzinie bezpiecznego schronienia w specjalistycznym ośrodku wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie;
- badania lekarskiego, w celu ustalenia przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie oraz wydania zaświadczenia lekarskiego;

- zapewnienia osobie dotkniętej przemocą w rodzinie, która nie ma tytułu prawnego do zajmowanego wspólnie ze sprawcą przemocy lokalu, pomocy w uzyskaniu mieszkania [11].

Pokrzywdzeni członkowie rodzin, w zależności od indywidualnej sytuacji, mogą skorzystać z każdej z tych form pomocy. Na mocy ustawy wójt, burmistrz, prezydent miasta powołują zespół interdyscyplinarny, w skład którego wchodzi przedstawiciele jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, gminnej komisji do spraw rozwiązywania problemów alkoholowych, policji, oświaty i ochrony zdrowia [12].

Etapy i formy pomocy ofiarom przemocy

Przemoc w rodzinie jest procesem, który niejednokrotnie trwa długie lata. Pomoc jej ofiarom również jest procesem, w którym wyróżnić można kilka etapów. Dorota Sasal wskazuje następujące etapy pomagania:

- rozpoznanie przemocy – indywidualne podejście do każdego zauważonego przypadku, wnikliwa obserwacja, podjęcie działań nie pogorszących i tak już trudnej sytuacji;
- diagnoza wstępna – zorientowanie się kto i jak może pomóc, czy występuje bezpośrednie zagrożenie życia, czy potrzebna jest natychmiastowa izolacja;
- interwencja – zatrzymanie przemocy, przeprowadzana nie tylko przez Policję ale także przez inne służby;
- diagnoza szczegółowa – szczegółowe rozpoznanie sytuacji rodziny, jej potrzeb, rozmiarów i przyczyn przemocy a także deficytów i zasobów rodziny;
- opracowanie planu pomocy – powinno się odbywać wspólnie z zainteresowanymi osobami; uwzględnia działania, które mają wpłynąć na podniesienie bezpieczeństwa w rodzinie, wspierać ofiarę a przez to wpłynąć na trwałą zmianę zachowań sprawcy i jego postawę wobec ofiar;
- realizacja planu pomocy – proces pomocy ofierze trwa czasami wiele miesięcy; pomocne jest określenie etapów realizacji planu działań, które ofiara może zrealizować; od najmniejszych zadań do coraz trudniejszych, przy jednoczesnym ich monitorowaniu;
- korekta planu pomocy – śledzenie na bieżąco realizacji planu i wprowadzanie w razie potrzeby zmian prowadzących do bardziej skutecznego działania [13].

Cel badań

Celem badań była ocena poziomu wiedzy osób dorosłych na temat zjawiska przemocy w rodzinie oraz określenie sposobu postrzegania problemu przemocy w rodzinie przez społeczność lokalną.

Sformułowano następujące problemy badawcze:

1. Jaki jest poziom wiedzy osób dorosłych na temat zjawiska przemocy w rodzinie?
2. Czy wiek, płeć i poziom wykształcenia determinują poziom wiedzy na temat zjawiska przemocy w rodzinie?
3. Jaką postawę prezentuje społeczność lokalna (świadomość, sposób postrzegania) wobec zjawiska przemocy w rodzinie?

Materiał i metody

Część oryginalną pracy przygotowano w oparciu o metodę sondażu diagnostycznego, polegającą na gromadzeniu danych o strukturze, funkcjonowaniu, dynamice występującego zjawiska społecznego, opinii, poglądach, nasileniu i kierunku rozwoju określonego problemu. Badania prowadzone były z wykorzystaniem metody sondażu diagnostycznego wśród pacjentów przychodni NZOZ „Med.-Izb” w Izbicku. Narzędzie do badań stanowił autorski kwestionariusz ankiety stworzony na potrzeby pracy przez jej autorkę. Ankieta była anonimowa.

Badania przeprowadzono na przełomie lipca i sierpnia 2014 r. po uzyskaniu zgody dyrektora placówki (dokument w załączeniu). Kwestionariusze ankiet, w liczbie 100 sztuk, rozdane były przez autora badań respondentom przebywającym na terenie przychodni; zwrotnie uzyskano 100 sztuk poprawnie wypełnionych kwestionariuszy, które poddano analizie statystycznej.

W celu przeprowadzenia wnikliwej analizy statystycznej pytania zawarte w kwestionariuszu ankiety podzielono na 4 grupy:

- a. metryczka (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, fakt bycia w związku małżeńskim),
- b. pytania oceniające poziom wiedzy badanych na temat zjawiska przemocy domowej,
- c. pytania określające świadomość badanych na temat zjawiska, jakim jest przemoc,
- d. pytania określające sposób postrzegania zjawiska przemocy przez respondentów.

Oceny poziomu wiedzy respondentów dokonano na podstawie analizy odpowiedzi na 6 pytań zawartych w kwestionariuszu ankiety; były to pytania zamknięte, zastosowano punktację 0–1, przy ocenie pozytywnej brano pod uwagę jedynie kompletne, poprawne odpowiedzi.

Oceniając poziom wiedzy badanych, przyjęto następującą skalę:

- poziom wiedzy dobry – 5–6 pkt.,
- poziom wiedzy dostateczny – 4–3 pkt.,
- poziom wiedzy niedostateczny – 2–0 pkt.

Charakterystyka grupy badanej

Grupę badaną, liczącą 100 osób, stanowili mieszkańcy gminy Izbicko. Wśród respondentów 68% (68) stanowiły kobiety, 32% (32) mężczyźni. Najbardziej liczną grupę – 38% (38) – stanowili respondenci w wieku powyżej 51 lat; najmniej liczną – 18% (18) – była grupa w przedziale wiekowym 41–50 lat; respondenci w wieku 20–30 lat i 31–40 lat stanowili jednorodne pod względem liczebności grupy – każda po 22% ogółu badanych (tabela 1).

Tabela 1. Charakterystyka grupy badanej pod względem wieku i płci

Charakterystyka grupy badanej	%	N
Płeć – Kobiety	68	68
Płeć – Mężczyźni	32	32
Wiek – powyżej 51 lat	38	38
Wiek – 41–50	18	18
Wiek – 20–30	22	22
Wiek – 31–40	22	22

Źródło: opracowanie własne

Ponad połowa badanych – 66% (66) – to mieszkańcy wsi; respondenci będący w związku małżeńskim stanowili 56% ogółu badanych (56). Ankietowani to w większości osoby z wykształceniem średnim – 42% (42), wykształceniem wyższym legitymowało się 28% ogółu badanych (28), zawodowym i podstawowym odpowiednio – 25% (25) i 5% (5) (tabela 2).

Tabela 2. Charakterystyka grupy badanej pod względem wykształcenia, miejsca zamieszkania i faktu bycia w związku małżeńskim

	Wykształcenie				Fakt bycia w związku małżeńskim		Miejsce zamieszkania	
	Podstawowe	Zawodowe	Średnie	Wyższe	Tak	Nie	Wieś	Miasto
Suma	5	25	42	28	56	44	66	34
Mężczyźni	3	11	13	5	15	17	17	15
Kobiety	2	14	29	23	41	27	49	19

Wartości podane w tabeli to liczby naturalne (n)

Źródło: opracowanie własne

Wyniki badań

Oceny poziomu wiedzy respondentów na temat zjawiska przemocy domowej dokonano na podstawie analizy odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu.

Poziom wiedzy badanych:

- dobry – 23% (23)
- dostateczny – 56% (56)
- niedostateczny – 21% (6).

Ponad połowa z ankietowanych (56%) uzyskała wynik pozwalający ocenić poziom ich wiedzy jako dostateczny. Niespełna co czwarty badany (23%) legitymuje się dobrym poziomem wiedzy. Niedostateczny poziom wiedzy na temat zjawiska przemocy w rodzinie stwierdzono u 21% (21) respondentów.

Płeć badanych ma znaczący wpływ na poziom ich wiedzy na temat zjawiska przemocy. Kobiety przejawiają wyższy niż mężczyźni poziom wiedzy na badany temat: poziom wiedzy dobry uzyskało 20% (20) badanych, dostateczny – 36% (36), niedostateczny – 12% (12) kobiet. W grupie badanych mężczyzn wyniki kształtują się w następujący sposób: poziom wiedzy dobry – 3% (3), dostateczny – 20% (20), niedostateczny – 9% (9). W grupie badanych kobiet poziom wiedzy zwiększał się wraz z wiekiem, kobiety w wieku powyżej 40 roku życia uzyskały wyższy poziom wiedzy na temat zjawiska przemocy domowej niż kobiety w wieku poniżej 40 roku życia. W grupie badanych mężczyzn sytuacja wygląda odwrotnie, wyższym poziomem wiedzy na temat

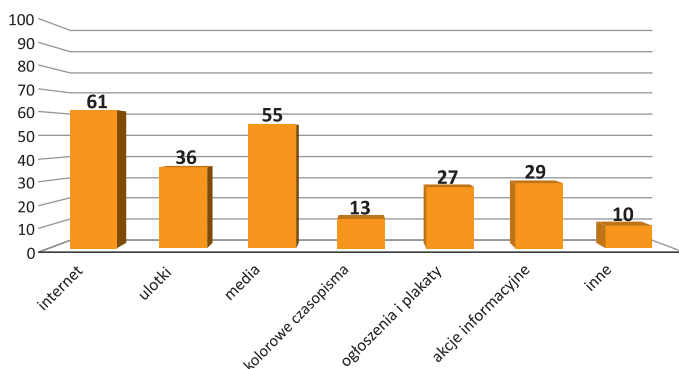
zjawiska przemocy domowej legitymują się młodszy (do 40 roku życia) mężczyźni. Wykształcenie, jakim legitymują się respondenci, nie jest czynnikiem determinującym poziom ich wiedzy na temat zjawiska przemocy domowej.

Jak wynika z analizy zabranego materiału, 26,41% respondentów wiedzę na temat zjawiska przemocy w rodzinie czerpie z Internetu; dla porównywalnej grupy ankietowanych – 23,81% – tym źródłem są media. Inne źródła informacji, na które wskazali respondenci, to:

- ulotki – 15,58% (36),
- akcje informacyjne – 12,55% (29),
- ogłoszenia i plakaty – 11,69% (27),
- kolorowe czasopisma – 5,63% (13),

Grupa 4,33% (10) badanych podała „inne sposoby” czerpania wiedzy na temat zjawiska przemocy w rodzinie (rycina 1).

Źródło wiedzy na temat form pomocy dla ofiar przemocy domowej



Rycina 1. Źródła wiedzy badanych na temat zjawiska przemocy w rodzinie
Źródło: Ryciny 1–7 opracowanie własne

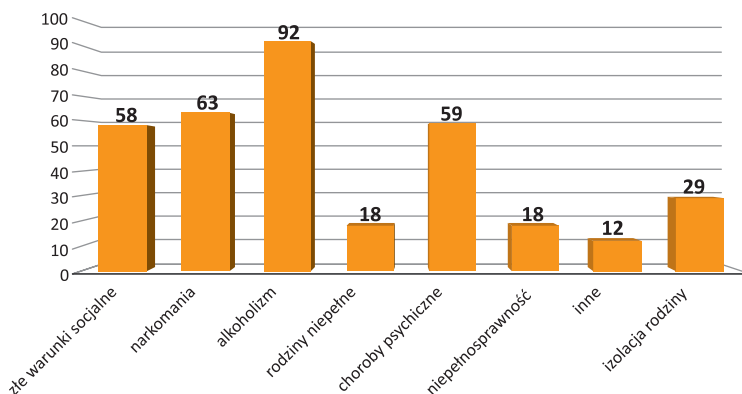
Wśród czynników odpowiedzialnych za występowanie przemocy w rodzinie respondenci najczęściej wskazywali na:

- alkoholizm – 26,36% (92),
- narkomanię – 18,05% (63),
- choroby psychiczne – 16,9% (59),
- złe warunki socjalne – 16,62% (58).

Znacznie mniejsza grupa opowiedziała się za: izolacją rodziny od społeczeństwa – 8,31% (29), niepełnosprawnością w rodzinie – 5,16% (18) oraz rozbitą rodziną – 5,16% (18). Pojedyncze osoby podkreślały rolę: dewiacji

seksualnych, braku poczucia bycia docenianym przez współpartnera, rozczarowania rzeczywistością, braku umiejętności radzenia sobie ze stresem, wzorców wyniesionych z domu, braku wiary w Boga, hazardu, jako czynników odpowiedzialnych za występowanie przemocy w rodzinie (rycina 2).

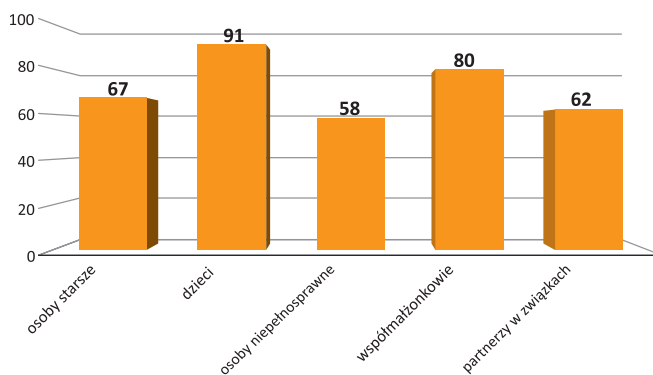
Które z czynników mają wpływ na występowanie przemocy w rodzinie



Rycina 2. Czynniki mające wpływ na występowanie przemocy w rodzinie

W opinii 25,42% (91) ankietowanych – ofiarą przemocy w rodzinie najczęściej jest dziecko, dla 22,35% (80) badanych jest nią współmałżonek, dla 18,71% (67) osoby starsze, i dla 16,2% (58) osoby niepełnosprawne.

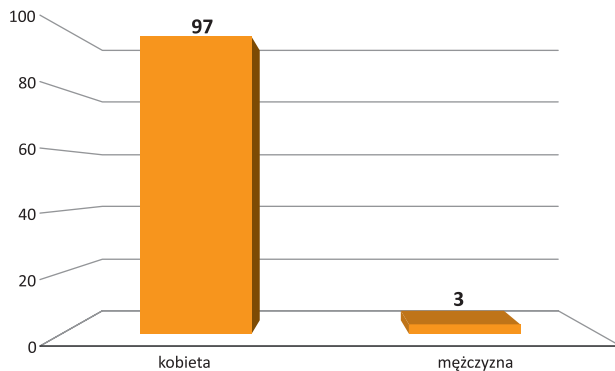
Kto może być ofiarą przemocy w rodzinie



Rycina 3. Ofiary przemocy w rodzinie

Zdaniem respondentów znacznie częściej ofiarą przemocy w rodzinie jest kobieta – 97% (97).

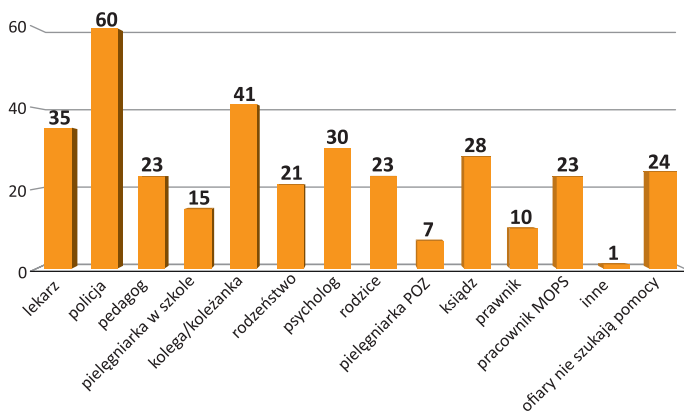
Kto jest bardziej narażony na przemoc w środowisku domowym



Rycina 4. Płeć ofiar przemocy w rodzinie

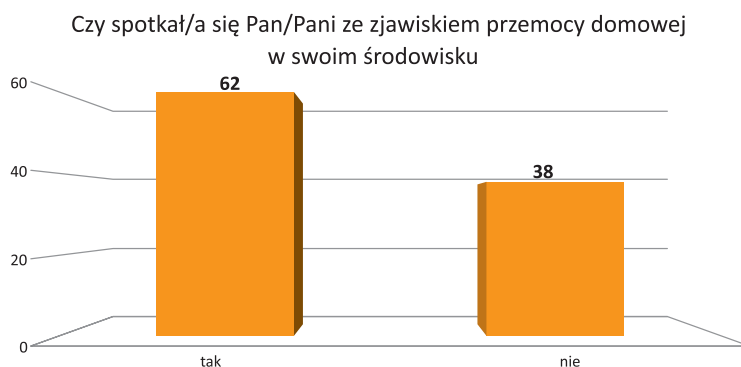
Jak wynika z przeprowadzonych badań, ankietowani sugerują, iż ofiary przemocy w rodzinie najczęściej szukają pomocy na policji – 17,59% (60) i u znajomych – 12,02% (41). Odpowiednio: 10,26%, 8,8% i 6,74% respondentów twierdzi, że ofiary przemocy po pomoc zwracają się do: lekarza, psychologa, pracownika MOPS. Na pielęgniarkę szkolną i pielęgniarkę POZ, jako osobę, do której ofiary przemocy zwracają się po pomoc, wskazało odpowiednio 4,4% i 2,05% ankietowanych (rycina 5).

Do kogo zwracają się ofiary przemocy w celu uzyskania pomocy

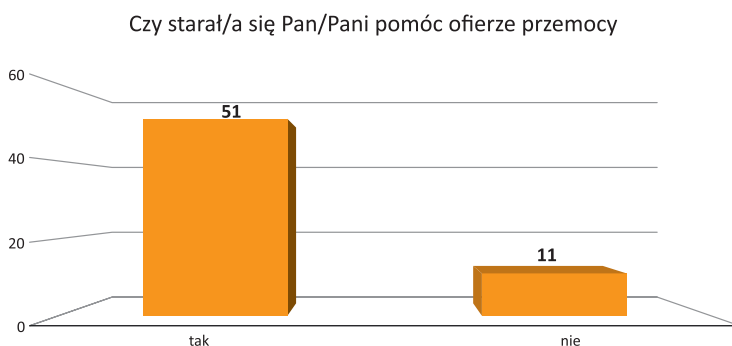


Rycina 5. Źródła pomocy ofiarom przemocy w rodzinie (wg ankietowanych)

Ponad połowa badanych – 62% (62) – spotkało się ze zjawiskiem przemocy domowej w środowisku lokalnym, z tej grupy 51 osób starało się pomóc ofierze przemocy, a 11 respondentów pozostało obojętnym na problem. Grupa 38% (38) ankietowanych podaje, że nie zetknęła się w swoim środowisku z tym problemem (rycyna 6 i 7).



Rycina 6. Problem przemocy domowej w środowisku lokalnym w opinii respondentów



Rycina 7. Gotowość respondentów do niesienia pomocy ofiarom przemocy domowej

Wnioski

Należy zintensyfikować działania mające na celu wzrost świadomości społecznej na temat roli, jaką odgrywa pielęgniarka wobec problemu przemocy w rodzinie oraz zwiększyć zaufanie społeczne do tej profesji.

Bibliografia

[1] Szymańczuk J. Przemoc w rodzinie. Zarys problematyki. Raport numer 181. http://biurose.sejm.gov.pl/teksty_pdf_00/r-181.pdf [18.12.2014].

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

[3] Sasal H. *Przewodnik do procedury interwencji wobec przemocy w rodzinie*, Warszawa: Wydawnictwo Parpa, 2005: 18, 81, 154–156.

[4] Niebieska linia. Rodzaje przemocy w rodzinie. <http://www.niebieskalinia.info/index.php/przemoc-w-rodzinie/8-rodzaj-przemocy> [23.12.2014].

[5] Piechociński Z. *Zespół interdyscyplinarny i grupy robocze*. Toruń: Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Toruniu 2012: 4, 8–9, 17–19.

[6] Steciwko A. *Medycyna rodzinna – co nowego? T. 1*. Wrocław: Wydawnictwo Cornetis 2010: 121.

[7] Steciwko A. *Medycyna rodzinna – co nowego? T. 2*. Wrocław: Wydawnictwo Cornetis 2010: 851, 852.

[8] Jaszczak-Kuźmińska D. *Przemoc w rodzinie wobec osób starszych i niepełnosprawnych*. Warszawa: Wydawnictwo Parpamedia 2010: 44, 54, 69.

[9] Siekierka J. *Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej. Opolska Pielęgniarka i Położna 2014, czerwiec–lipiec: 7*.

[10] Biskupska M. *Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie – rola profesjonalistów podstawowej opieki zdrowotnej*. *Nowiny Lekarskie* 2013, 82 (3): 246–251.

[11] Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie z dnia 29 lipca 2005 r. Dz. U. z 2005 r. nr 180, poz. 1943 z późn. zm..

[12] Zdunek A. *Ścieżki skutecznego działania*. Warszawa: Wydawnictwo ETOH 2011: 64–65, 74.

[13] Sasal D. *Aby lepiej pomagać osobom krzywdzonym*. Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/62-wiat-problemow/838-aby-lepiej-pomagac-osobom-krzywdzonym.html> [27.12.2014].

Adres do korespondencji:

dr n. med. Lucyna Sochocka

Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej

ul. Katowicka 68

45-060 Opole

tel. 77 44 23 509

e-mail: l-sochocka@wp.pl

Agresywne zachowania pacjentów wobec personelu medycznego szpitalnego oddziału ratunkowego

Katarzyna Szwamel^{1,2}, Lucyna Sochocka²

¹ Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu

² Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu

Wstęp

Zjawisko agresji wobec pracowników ochrony zdrowia jest bardzo złożonym problemem ze względu na negatywny wpływ, jaki wywiera na bezpieczeństwo i zdrowie zarówno pacjenta jak i pracownika [1]. Eksperti Komisji Europejskiej definiują akty agresji w miejscu pracy jako „wszystkie sytuacje, w których pracownik jest obrażany, zastraszany lub atakowany w okolicznościach związanych z pracą i stanowi to wprost lub pośrednio zagrożenie dla jego bezpieczeństwa, dobrego samopoczucia i zdrowia” [2]. Według Europejskiej Agencji ds. Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy przemoc może występować w dowolnym miejscu w szpitalu, jednakże najczęstszym miejscem jej występowania, tuż po oddziałach psychiatrycznych, są szpitalne oddziały ratunkowe, poczekalnie dla pacjentów oraz jednostki długoterminowej opieki geriatrycznej [3].

Specyfika świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalnym oddziale ratunkowym polega na udzielaniu ich pacjentom, którzy znajdują się w stanie nagłego zagrożenia życia oraz na dążeniu do stabilizacji funkcji życiowych tych osób [4]. Wiąże się to z zaopatrywaniem pacjentów znajdujących się w różnych stanach emocjonalnych, począwszy od przygnębienia, depresji, niepokoju czy lęku po złość, bunt i agresję. Zachowaniom tym sprzyja przedłużający się czas oczekiwania pacjenta na poradę, a także narkotyki i alkohol, pod wpływem których są nierzadko pacjenci przyjmowani do tego oddziału [5]. Często więc ofiarami przemocy stają się pracownicy SOR, którzy bywają

narażani na gwałtowne zachowania oraz konfrontacje z agresywnymi pacjentami także poza miejscem swego zatrudnienia (np. *stalking*) [6, 7].

Skala narażenia personelu medycznego na agresję w oddziałach ratunkowych

Spośród wszystkich pracowników ochrony zdrowia pielęgniarki stanowią grupę zawodową szczególnie narażoną na agresję nie tylko ze strony samych pacjentów, ale także członków ich rodzin [1, 8, 9]. Naukowcy zajmujący się badaniem zagadnienia przemocy fizycznej wśród pielęgniarek dowiedli, że pielęgniarki niemal we wszystkich regionach świata mają do czynienia z przemocą, akty przemocy odnotowano bowiem wobec pielęgniarek pracujących we Włoszech, Japonii, Australii, Jordanie, Arabii Saudyjskiej, Egipcie, Tajwanie [10], Nigerii [11], Maroko [12], Brazylii [9], na Cyprze [13] a także w Polsce [5, 6, 14, 15, 16, 17].

Badanie pracowników SOR na Cyprze wskazuje, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy 76,2% badanych doświadczyło agresji w miejscu pracy, w tym 15,9% codziennie spotykało się z agresją słowną w postaci wyzwisk, 19,1% doświadczyło w tym czasie agresji fizycznej, a ogólny wskaźnik ekspozycji na agresję słowną wyniósł 88,8% [13]. Z kolei metaanaliza badań Iennaco J. D. i wsp. dotyczących agresji wykazała, że wskaźnik narażenia na agresję słowną wśród pracowników oddziałów ratunkowych wynosi od 75% do 100%, a wskaźnik ekspozycji ich na agresję fizyczną 67% [1].

Systematyczny przegląd ponad stu artykułów naukowych dotyczących zjawiska agresji w ochronie zdrowia (analiza objęła 151 347 tys. pielęgniarek krajów anglosaskich, Azji, Europy, Środkowego Wschodu) donosi, że: wskaźnik narażenia pielęgniarek na agresję o charakterze fizycznym wynosi 36,4%, a niefizycznym 66,9%; ponadto 39,7% pielęgniarek było ofiarą agresji w postaci zastraszania, przymuszania, niesprawiedliwego traktowania i obrazy słownej (*bullying*), a 32,7 % doznało urazu wskutek fizycznego ataku [18].

Przemoc wobec pielęgniarek jest zjawiskiem zasługującym na szczególną uwagę także w naszym kraju. Badania pracowników Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi wykazały, że pielęgniarki spotykają się najczęściej z agresją werbalną w postaci krzyku (91,4%), pogróżek (69,4%) czy obrażania (65,4%) [2, 19].

Z agresywnymi zachowaniami pacjentów spotykają się również ratownicy medyczni podczas wykonywania swojej pracy. Badania Kowalczuk

i wsp. dotyczące agresywnych zachowań wobec ratowników medycznych pracujących w SOR na terenie województwa podlaskiego wykazały, że najczęściej spotykanymi formami agresji są: używanie podniesionego głosu (95%), pogróżki (85%), stwarzanie groźnych sytuacji (59%) oraz próby ataku (44%) [6].

Dominację niewerbalnych form agresji w warunkach polskiego SOR zdają się potwierdzać badania, z których wynika, że: 80% badanych pracowników SOR spotkało się z podniesionym głosem ze strony pacjentów a 70% z dyskusją i utarczkami słownymi, natomiast ataki fizyczne deklarowało 6% respondentów [14]. Badanie Mroczek i wsp. przeprowadzone wśród pracowników ochrony zdrowia (m.in. lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych) na terenie Dolnego Śląska również donosi o dużym rozmiarze omawianego zjawiska, tu 91% badanych było ofiarami agresji pacjentów i najczęściej była to agresja o charakterze werbalnym, ale spory odsetek próby (45,6%) spotkał się z agresją fizyczną (27,9% stanowiły osoby pracujące w oddziałach psychiatrycznych, a 24,7% w oddziałach ogólnych) [17].

Przemoc fizyczna, jak się okazuje, osiąga natomiast znacznie większe rozmiary w USA. Z badań Gillespie, Gates i Berry wynika, iż przemocy fizycznej doznaje 74% badanych pielęgniarek [10]. Natomiast badania 3 465 członków Stowarzyszenia Pielęgniarek Ratunkowych (Emergency Nurses Association) wykazały, że ponad 50% respondentów doświadczyło przemocy fizycznej w postaci oplucia, uderzenia, popchnięcia, zadrapania lub kopnięcia, natomiast 70% doświadczyło przemocy słownej o charakterze krzyku, wulgaryzmu, zastraszenia, nękania czy prześladowania na tle rasowym i seksualnym [3].

Warto w tym miejscu wskazać także na dużą częstotliwość aktów agresji pacjentów wobec pielęgniarek i ratowników medycznych SOR. Świadczą o tym m.in. badania prowadzone przez Szwamel i Sochocką czy Niechwiadowicz-Czapkę. Szwamel i Sochocka podają, że 48% respondentów spotykało się z nimi kilka razy w tygodniu, 34% kilka razy w miesiącu, a 14% na każdym dyżurze [14]. Na inną częstotliwość występowania agresywnych zachowań pacjentów wskazuje w swoich badaniach Niechwiadowicz-Czapka – wynika z nich bowiem, że ankietowani spotykali się z agresją w pracy najczęściej kilka razy w roku. Przyczyn takiej rozbieżności można upatrywać w miejscu zatrudnienia osób badanych (we wskazanym badaniu miejscem pracy były różne placówki ochrony zdrowia, w tym oddziały psychiatrii) [15].

Pomimo wielu badań przeprowadzonych w Polsce i na świecie na temat epidemiologii agresji i przemocy w miejscu pracy, można z całą pewnością

przyjąć, że wiarygodne dane na ten temat praktycznie nie istnieją [3, 8]. Jednym z powodów takiego stanu rzeczy jest *nonreporting* (niezgłaszanie aktów agresji przez pielęgniarki pomimo dostępności oficjalnej książki raportów) [1, 20]. Innymi wskazywanymi przyczynami są: trudności z jednoznaczną interpretacją zjawiska agresji i przemocy w miejscu pracy na całym świecie oraz brak instytucjonalnych zasad sprawozdawczości [7, 20]. Ponadto wśród pielęgniarek istnieje błędne przekonanie, że narażenie na agresję ze strony pacjentów i/lub członków ich rodzin jest częścią ich pracy, więc nie należy teje agresji zgłaszać, jeżeli nie doszło do wyraźnej szkody fizycznej [1, 3, 5].

W Polsce istnieje system „Monitorowania agresji w ochronie zdrowia” (MAWOZ), którego twórcami są: Naczelna Izba Lekarska oraz Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych. Służy on pielęgniarkom, położnym, lekarzom oraz lekarzom denty stom do zgłaszania przypadków agresji w miejscach pracy. Należy jednak zauważyć, że celem tego systemu jest jedynie rejestracja zdarzeń w celach statystycznych a nie podejmowanie przewidzianych prawem działań [21].

Przyczyny agresywnych zachowań pacjentów w SOR

Agresję u pacjentów placówek medycznych mogą wywoływać różne czynniki – mogą one być związane ze sprawcą przemocy, z personelem, mogą to być również czynniki organizacyjne i strukturalne [22].

Czynniki związane ze sprawcą przemocy (pacjentem) wynikają z jego stanu somatycznego. Należą do nich: urazy, guzy mózgu, zaburzenia metaboliczne i endokrynologiczne, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zatrucie alkoholem, wpływ leków, środki psychoaktywne, zespół odstawienny (poalkoholowy lub po nagłym odstawieniu leków psychotropowych) [23].

Jedną z głównych przyczyn agresywnych zachowań pacjentów w oddziałach ratunkowych jest alkohol [7, 14, 16, 24]. W związku z likwidacją części izb wytrzeźwień w Polsce opiekę nad osobami w stanie upojenia alkoholowego przejęły oddziały ratunkowe i izby przyjęć. Cytowane już powyżej badania dowodzą, iż pacjentem agresywnym oddziału ratunkowego jest najczęściej mężczyzna (82%) w stanie upojenia alkoholowego (86%) [14]. Podobne wyniki uzyskały Rudnicka-Drożdżak, Misztal-Okońska i Młynarska – 95% ankietowanych biorących udział w tych badaniach zadeklarowało bowiem, iż spotkało się z agresją ze strony pacjentów (mężczyzn) będących pod wpływem alkoholu [16]. O postrzeganiu alkoholu jako istotnego czynnika przyczyniającego się do eskalacji agresywnych zachowań pacjentów

donoszą także badania przeprowadzone w Australii wśród 91 pracowników SOR; 78% respondentów potwierdza istnienie tej zależności [24].

Nie tylko alkohol, ale także ludzka nieumiejętność radzenia sobie w trudnych sytuacjach takich jak śmierć, kryzys, ciężka choroba, zbyt długie oczekiwanie na opiekę [3, 14, 15, 22], błędne przekonanie pacjenta i osób go odwiedzających na temat niektórych zachowań personelu (np. śmiech) [3, 20], ból [10, 15, 22], gniew na system opieki zdrowotnej oraz złość pacjenta wynikająca ze stanu jego zdrowia [3, 14] mogą potencjalnie inicjować agresję.

Czynniki takie jak: używanie przez pielęgniarkę groźnego tonu głosu, niesłuchanie pacjenta, brak respektowania wartości pacjenta, udzielanie pacjentowi zdawkowych informacji na temat jego stanu zdrowia, brak czasu dla pacjenta – są również czynnikami potencjalnie wywołującymi agresywne zachowania [22].

Z kolei: politykę szpitala (np. sztywne godziny odwiedzin, zakaz dłuższego przebywania członków rodzin na sali u pacjenta, ograniczenie dostępu do zmarłego, zasada „otwartych drzwi” w sposób nieselektywny przez 24 godziny na dobę) [3, 7, 10, 12, 22], brak komfortu w trakcie pobytu w oddziale (ciemne pomieszczenia, znaczne zagęszczenie, hałas, gorąco, zimno, duszne powietrze) [2, 22], brak prywatności, zbyt małą liczbę pracowników, nieznanne środowisko [3, 10, 22] można zaliczyć do czynników organizacyjnych i strukturalnych zwiększających prawdopodobieństwo wystąpienia agresji.

Składowe agresji i jej konsekwencje – koncepcja Ekologicznego Modelu Higieny Pracy

Badania przeprowadzone wśród 350 pracowników SOR w pięciu szpitalach klinicznych należących do UMass Memorial Medical Center-University [25] przy wykorzystaniu Ekologicznego Modelu Higieny Pracy (*Ecological Occupational Health Model of Workplace Assault*) Lewina, Hewitta, Misnera & Reynolds pozwoliły na uporządkowanie zagadnienia przemocy w miejscu pracy w trzech obszarach: czynników osobistych pracownika, miejsca pracy oraz środowiska pracy [25]. W związku z tym, że oddział ratunkowy jest bardzo dynamicznym środowiskiem cechującym się dużą zmiennością, to oddziaływanie tych trzech grup czynników na powstanie sytuacji agresji, a następnie na wynikające z niej konsekwencje, ma tu zasadnicze znaczenie.

Czynniki osobistymi pracownika (*personal worker factors*) są: wiek, płeć, rasa, doświadczenie w pracy (kobiety w wieku 35–45 lat z dziesięcioletnim stażem pracy stanowią najwyższą grupę zagrożenia agresją), rola

pielęgniarki w pracy (praca bezpośrednio przy łóżku pacjenta wiąże się z większym ryzykiem), wcześniejsze doświadczenia z przemocą (zwiększają prawdopodobieństwo agresji w miejscu pracy), indywidualne postrzeganie przemocy przez pracownika oraz sposób interpretacji sygnałów pochodzących ze środowiska [10, 25].

Do czynników miejsca pracy (*workplace factors*) należy zaliczyć: rozwiązania architektoniczne, kulturę organizacji, infrastrukturę organizacyjną, politykę w zakresie przemocy, poziom zatrudnienia, dostępność pracowników ochrony, monitoring oraz fizyczne bariery ograniczające dostęp do pielęgniarek [2, 7, 25].

Spójeczno-środoowiskowymi czynnikami (*community and environmental factors*) są: położenie geograficzne, rodzaj pacjentów zgłaszających się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (zdolności poznawcze pacjentów, wpływ alkoholu, narkotyków, rodzaj schorzeń – np. otępienie) [7, 6, 16, 24], ale także bieda i bezrobocie [10, 25].

Konsekwencje agresji zgodnie z EOHM dotyczą: pracownika, miejsca pracy i opieki nad pacjentem [25]. W zakresie zdrowia fizycznego u pracownika wskutek agresywnych zachowań pacjentów mogą się pojawić: obrażenia ciała, wrzody żołądka, bóle głowy, zakłócenia snu, wymioty, bóle kręgosłupa, zaburzenia seksualne [19]. Natomiast w zakresie zdrowia psychicznego mogą się pojawić: lęk, gniew, przygnębienie, zaniżone poczucie własnej wartości, bezradność, frustracja, apatia, zniechęcenie, zaburzenia koncentracji uwagi, uzależnienia, zaburzenia lękowe, depresja reaktywna, zespół zaburzeń po stresie urazowym (PTSD), myśli i próby samobójcze [2, 3] a także częsta obawa o swoje życie i zdrowie, bezsilność i wypalenie zawodowe, uczucie bycia pokrzywdzonym i poniżonym przez pacjenta, złość na samego pacjenta i system opieki zdrowotnej, który dopuszcza takie zachowania [14].

W sytuacji agresji, zgodnie z koncepcją McKinnona, w kontekście oddziaływania na pielęgniarkę czynników osobistych, czynników miejsca pracy oraz społeczno-środoowiskowych mogą wystąpić frustracja i bezsilność. Konsekwencją frustracji jest zdystansowanie i konflikt osobisty (wewnętrzny), natomiast efektem bezsilności jest wiktyimizacja (proces stawania się ofiarą, pokrzywdzenie może obejmować szkody materialne, krzywdy moralne i zmiany w psychice) [25].

Negatywne skutki dla miejsca pracy to: obniżenie efektywności pracy, częstsze konflikty ze współpracownikami, liczne absencje chorobowe pielęgniarek przekładające się na wzrost kosztów pracodawcy, możliwość rezygnacji z pracy wykwalifikowanego, wyspecjalizowanego pracownika i brak

zaufania do kadry kierowniczej przekładający się na mniejsze zaangażowanie w wykonywane obowiązki [19].

Konsekwencje agresji dla opieki nad pacjentem to: częste zakłócanie spokoju i dezorganizacja pracy w oddziale (46%), częste pojawienie się takich emocji jak lęk i strach u pozostałych pacjentów, możliwość nasilania się u pacjentów ich dolegliwości (50%), jak również stwarzanie ryzyka popełnienia błędu medycznego (38%) [14]. O zakłócaniu spokoju pozostałych chorych przebywających w SOR (76%) wskutek agresywnych zachowań pacjentów pod wpływem alkoholu donoszą Rudnicka-Drożdżak, Misztal-Okońska i Młynarska [16] oraz japońscy naukowcy – Shibayama i wsp. [26].

Wszystkie te grupy czynników oraz wzajemne zależności między nimi powinny podlegać dalszym badaniom w celu opracowywania strategii interwencyjnych mających za zadanie zwiększenie bezpieczeństwa pielęgniarek ratunkowych.

Sposoby personelu medycznego radzenia sobie ze stresem

Pielęgniarki oddziałów ratunkowych codziennie są narażane na wysoki poziom stresu zawodowego, co może skutkować pojawieniem się u nich wtórnego stresu pourazowego, czego dowodzą badania pielęgniarek SOR w Irlandii i USA [27, 28]. Kiedy stres jest związany z ponadprzeciętnym lękiem a czas jego oddziaływania jest dość długi, to bierny styl radzenia sobie polegający na ignorowaniu problemu z nadzieją, że wkrótce sam minie, okazuje się być niewystarczający.

Personel medyczny w różny sposób radzi sobie ze stresem towarzyszącym pracy zawodowej, prezentując zarówno zachowania prozdrowotne jak i antyzdrowotne. Jak wynika z badań Szwamel i Sochockiej, sposobami najczęściej stosowanymi przez pielęgniarki i ratowników medycznych SOR są: spotykanie się ze znajomymi (25,19%), oglądanie TV (22,22%), słuchanie ulubionej muzyki (17,78%), uprawianie sportu (16,30%) oraz techniki relaksacyjne (1,47%), ale również, co wydaje się być niepokojące, sięganie po alkohol dla relaksu (10,37%) [14].

Podobnie przedstawiają się wyniki badań Sochockiej, Wojtyłko, Grad, Kiliś- Pstrusińskiej – spośród wielu metod i technik walki ze stresem respondenci najczęściej stosują: prace fizyczne w domu (49,4%), słuchanie muzyki (42%), spotkania z przyjaciółmi (39%), spacer (36%), pomoc psychologa (15,2%). Oprócz powyższych zachowań deklarowali także zachowania antyzdrowotne, w tym: palenie papierosów (9%) oraz picie alkoholu (4,1%) [29].

Dane z badań Trinkoffa i Storra wskazują, że prawdopodobieństwo stosowania narkotyków takich jak kokaina i marihuana przez pielęgniarki ratunkowe jest 3,5 razy większe niż u pielęgniarek innych specjalności [30]. Wyniki badań irlandzkich pielęgniarek SOR, u których zdiagnozowano objawy PTSD, wykazały statystyczną istotność pomiędzy zmiennymi: „rozważam możliwość zmiany pracy” ($p = 0,017$) i „alkohol pozwala mi na rozładowanie stresu zawodowego” ($p = 0,004$) w porównaniu z pielęgniarkami, u których takich objawów nie stwierdzono [27].

Powyższe dane powinny wytyczać kierunki ewaluacji działań prewencyjnych podejmowanych w celu minimalizacji stresu zawodowego wśród personelu SOR.

Działania prewencyjne mające na celu minimalizację zjawiska agresji w miejscu pracy

Zarówno w interesie pracodawcy jak i samego pracownika leży stworzenie środowiska pracy sprzyjającego bezpieczeństwu i zdrowiu pracownika, stąd też obie strony powinny dołożyć wszelkich starań dla osiągnięcia tego celu. Dyrektywa Rady Europy nr 89/391 z 1989 r. zobowiązuje pracodawcę do zapewnienia zatrudnionym bezpiecznego środowiska pracy, wolnego od czynników szkodliwych, w tym również od agresji i przemocy [2].

W zakresie działań polegających na zapobieganiu czynnikom/zjawiskom szkodliwym dla zdrowia pracowników oraz funkcjonowania całej organizacji (zgodnie z zaleceniami WHO) można mówić o trzech rodzajach prewencji: pierwotnej (zmiany organizacyjne zwiększające poziom bezpieczeństwa zatrudnionych), wtórnej (podnoszenie kompetencji pracowników w zakresie radzenia sobie z agresywnymi zachowaniami) i trzeciorzędowej (udzielaniu pomocy osobom, które już doświadczyły agresji w miejscu pracy) [2].

Metaanaliza badań Kowalenko i wsp. przeprowadzona w celu usystematyzowania interwencji mających za zadanie redukcję zjawisk agresji i przemocy oraz zwiększenie bezpieczeństwa pracy w SOR, zwraca uwagę na trzy obszary działań – są to: interwencje na poziomie indywidualnym (szkolenia pracowników, poradnictwo, raportowanie aktów agresji), modyfikacje struktury fizycznej i zabezpieczeń (systemy alarmowe, monitoring) oraz interwencje na szczeblu politycznym (opracowywanie programów i polityk w celu promowania bezpiecznego środowiska pracy na poziomie lokalnym i międzynarodowym) [7]. Na konieczność podjęcia działań dla przeciwdziałania przemocy w miejscu pracy w podobnych obszarach (indywidualnym, orga-

nizacyjnym, indywidualno-organizacyjnym) wskazuje Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy (EU-OSHA) w programie „Promowanie zdrowia psychicznego w sektorze ochrony zdrowia”[31]. Merecz i Mościcka podkreślają, że w odniesieniu do szpitalnego oddziału ratunkowego najważniejsze będzie znalezienie odpowiednich rozwiązań w zakresie: wejścia do placówki, organizacji rejestracji i izby przyjęć oraz poczekalni [2]. Według Suwały pielęgniarki w kwestii poprawy bezpieczeństwa oczekują między innymi: redukcji sytuacji, w której pracownik jest sam (51%), zwiększenia liczby personelu na poszczególnych stanowiskach pracy (41%), organizowania treningów radzenia sobie z przemocą (37%), inwestowania w rozwój zasobów ludzkich (32%) [32]. Z opinii pielęgniarek i ratowników medycznych SOR uzyskanych przez Szwamel i Sochocką wynika, że najlepszym według nich sposobem zwiększenia poziomu bezpieczeństwa jest zatrudnienie firmy ochroniarskiej (62,7%) oraz nauka zasad prawidłowego komunikowania się z pacjentem (30,50%) [14].

Opracowując strategię zwalczania agresji i przemocy w SOR, pracodawca powinien wziąć pod uwagę opinię pracowników w kwestii bezpieczeństwa pracy.

Podsumowanie

Agresja w oddziałach ratunkowych nie jest zjawiskiem nowym a Polska nie jest odosobniona w zmaganiach się z tym problemem, jednakże w związku z negatywnymi skutkami, jakie zjawisko to wywiera zarówno na personel jak i na pacjentów, istotnym wydaje się być wzmożenie działań na rzecz tworzenia bezpiecznego środowiska pracy. Kadra kierownicza szpitala przy współdziałaniu pracowników SOR powinna dążyć do optymalizacji rozwiązań w zakresie tworzenia bezpieczeństwa pracy, co powinno się przełożyć na wysoką jakość świadczonych usług.

Bibliografia

- [1] Iennaco J. D., Dixon J., Whittemore R. Measurement and monitoring of health care worker aggression exposure. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23452199> [27.03.2015].
- [2] Merecz D., Mościcka A. *Przemoc w placówkach służby zdrowia i sposoby jej przeciwdziałania*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof J. Nofera, 2003: 3–29.
- [3] Stokowski A. L. Violence: Not in my job description. <http://www.medscape.com/viewarticle/727144> [26.03.2015].

[4] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego na podstawie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Dz. U. z 2013 r. poz. 757 i 1245.

[5] Morphet J., Griffiths D., Plummer V., Innes K., Fairhall R., Beattie J. At the crossroads of violence and aggression in the emergency department: perspectives of Australian emergency nurses. *Australian Health Review* 2014, 38: 194–201.

[6] Kowalczyk K., Jankowiak B., Krajewska-Kułak E., Sierakowska M., Lewko J., Krajewska K., Ostapowicz-Van Damme K. Ocena stopnia narażenia ratowników medycznych w miejscu pracy. *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie* 2009: 76–80.

[7] Kowalenko T., Cunningham R., Sachs C. J., Gore R., Barata I., Gates D., Hargarten W. S., Josephson E. B., Kamrat S., Kerr D. H., McClain A. Workplace violence in emergency medicine. *Journal of Emergency Medicine* 2012, 43 (3): 523–531.

[8] Angland S., Dowling M., Casey D. Nurses' perceptions of the factors which cause violence and aggression in the emergency department: a qualitative study. *International Emergency Nursing* 2014, 22 (3): 134–139.

[9] Barbosa R., Labronici L. M., Mansano Sarquis L. M., Mantovani M. Violencia psicológica en la práctica profesional de la enfermera. São Paulo Mar. 2011, *Revista Escola Enfermagem USP* 2011, 45 (1): 25–31.

[10] Gillespie G. L., Gates D. L., Berry P. Stressful incidents of physical violence against emergency nurses. *The Online Journal of Issues in Nursing* 2013. <http://nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-18-2013/No1-Jan-2013/Stressful-Incidents-of-Physical-Violence-against-Emergency-Nurses.html> [25.03.2013].

[11] Ogundipe K. O., Etonyeaku A. C., Adigun I., Ojo E. O., Aladesanmi T., Taiwo J. O., Obimakinde O. S. Violence in emergency department: a multicentre survey of nurses perceptions in Nigeria. *Journal of Emergency Medicine* 2013, 30 (9): 758–762.

[12] Belayachi J., Berrechid K., Amlaiky F., Zekraoui A., Aboual R. Violence toward physicians in emergency department of Morocco: prevalence, predictive factors and psychological impact. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology* 2010, 5 (27): 1–7. <http://www.occup-med.com/content/pdf/1745-6673-5-27.pdf> [25.03.2015].

[13] Vezyridis P., Samoutis A., Mavrikiou P. M. Workplace violence against clinicians in Cypriot in emergency department: a national questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing* 2015, 24 (9–10): 1210–1222.

[14] Szwamel K., Sochocka L. Opinia średniego personelu medycznego szpitalnego oddziału ratunkowego na temat agresywnych zachowań pacjentów. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2014, 4 (2): 149–154.

[15] Niechwiadowicz-Czapka T. Agresja w pracy pielęgniarki. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2010, 3. http://www.nursing.com.pl/Medinf_agresja_w_pracy_piel%C4%99gniarki_293.html [25.03.2015].

[16] Rudnicka-Drożdżak E., Misztal-Okońska P., Młynarska M. Opinia pracowników szpitalnego oddziału ratunkowego na temat udzielania pomocy medycznej pacjentom w stanie zatrucia alkoholem – doniesienie wstępne. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2013, 94 (3): 577–582.

[17] Mroczek B., Mormul J., Katwas A., Szkup M., Kurpas D. Patient aggression towards health care professionals. *Progress in Health Sciences* 2014, 4 (2): 67–74.

[18] Spector P. E. i wsp. Nurse exposure to physical and non physical violence, bullying and sexual harassment: a quantitative review. *International Journal of Nursing Studies* 2014, 51: 72–84.

[19] Merez D., Mościcka A. *Jak sobie radzić z agresją w miejscu pracy*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. Nofera 2002: 7–55.

[20] Gacki-Smith J., Juarez M. A., Boyett L., Homeyer C., Robinson L., McLean S. L. Violence against nurses in US in emergency departments. *Journal of Nursing Administration* 2009, 7 (8): 340–349.

[21] Monitorowanie agresji w ochronie zdrowia. <http://www.agresja.hipokrates.org/> [18.11.2013].

[22] Kliś A. Profilaktyka agresji i przemocy u pacjentów w ośrodkach dializ. *Forum Nefrologiczne* 2011, 4 (2): 177–182.

[23] Rymaszewska J. Postępowanie z pacjentem agresywnym i pobudzonym. *Psychiatria w Praktyce Klinicznej* 2008, 1 (2): 74–81.

[24] Gilchrist H., Jones S. C., Barrie L., Experiences of emergency department staff: Alcohol related and other violence aggression. *Australian Emergency Nursing Journal* 2011, 14 (1): 9–16.

[25] MacKinnon P. Emergency department nurses experiences of violent acts in the workplace, [dissertation]. University of Massachusetts Worcester. 2009. http://escholarship.umassmed.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1014&context=gsn_diss. [26.03.2015].

[26] Shibayama M., Cho T., Ino A. Investigation of patients suspected of drinking, who visited emergency department and their negative influence on emergency medical system. *Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi* 2011, 46 (5): 436–445.

[27] Duffy E., Avalos G., Dowling M. Secondary traumatic stress among emergency nurses: a cross-sectional study. *International Emergency Nursing* 2014, 23 (2): 53–58. [http://www.internationalemergencynursing.com/article/S1755-599X\(14\)00031-7/pdf](http://www.internationalemergencynursing.com/article/S1755-599X(14)00031-7/pdf) [27.03.2015].

[28] Dominguez-Gomez E., Rutledge D. N. Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing* 2009, 35: 199–204.

[29] Sochocka L., Wojtyłko A., Grad I., Kiliś-Pstrusińska K. Spostrzeżenie stresu zawodowego przez pracowników ochrony zdrowia. *Family Medicine & Primary Care Review* 2012, 14 (2): 219–221.

[30] Trinkoff A. M., Storr C. L. Substance use among nurses: differences between specialties. *American Journal of Public Health* 1998, April, 88 (4): 581–585.

[31] Promowanie zdrowia psychicznego w sektorze ochrony zdrowia. *E-fact* 2009 46: 1–13. <https://osha.europa.eu/pl/publications/e-facts/efact46> [27.03.2015].

[32] Suwała A. *Strategia zapobiegania i zwalczania przemocy w miejscu pracy wśród pracowników opieki zdrowotnej. VII Konferencja Szkoleniowo – Naukowa z cyklu Pacjent – pielęgniarka partnerzy w działaniu*. Kraków: Wydawnictwo Medyczne 2008: 82–87.

Adres do korespondencji:

Katarzyna Szwamel

ul. Wojciecha Korfantego 10/22

47-232 Kędzierzyn-Koźle

tel. 605-513-431

e-mail: kejt0612@interia.pl

Rola i zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem po operacji bariatrycznej metodą gastric-bypass

Marzena Pietrzekiewicz^{1,2}, Ewa Radwańska²

¹ Szpital Wojewódzki w Opolu

² Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu

Wstęp

Otyłość należy do chorób cywilizacyjnych skojarzonych z cukrzycą, nadciśnieniem tętniczym, niewydolnością krążenia oraz chorobami układu kostno-stawowego. W większości przypadków jedynym skutecznym sposobem leczenia otyłości jest zabieg chirurgicznego leczenia otyłości – operacja bariatryczna. Uznaje się, że podstawową metodą leczenia otyłości jest leczenie zachowawcze (dieta, zwiększona aktywność fizyczna, farmakoterapia), jednak skuteczność tej metody oceniana jest na 5% (porównując wyniki po wykonaniu operacji bariatrycznej – kształtują się na poziomie 80% skuteczności). Decyzja o poddaniu się operacji powinna być dokładnie przemyślana, ponieważ bariatryka, jak każda ingerencja chirurgiczna, niesie za sobą ryzyko. Z drugiej strony, rezygnacja z leczenia operacyjnego oznacza dalszy przyrost masy ciała, co wiąże się z rozwojem innych chorób. Lekarz prowadzący powinien przedstawić pacjentowi wszystkie możliwości operacyjne otyłości, a następnie wraz z pacjentem wybrać najlepszą metodę [1, 2].

Celem pracy jest przedstawienie skuteczności metod chirurgicznych w leczeniu otyłości wśród pacjentów, którzy poddali się zabiegom bariatrycznym. Drugi aspekt pracy to rola pielęgniarki zapewniającej kompleksową, wielopoziomową opiekę pacjentom po zabiegach bariatrycznych.

Analiza problemu otyłości

Otyłość jest uwarunkowana zbyt dużym rozwojem tkanki tłuszczowej – otyłość osób dorosłych stwierdza się, gdy odsetek tłuszczu w ciele niezależnie od wieku przekracza 25% należnej masy ciała u mężczyzn i 30% u kobiet [3]. Za sposób oceny masy ciała uważa się wskaźnik masy, czyli BMI (ang. *Body Mass Index*), tj. stosunek masy ciała wyrażonej w kilogramach do kwadratu wzrostu pacjenta podanego w metrach [4].

Otyłość definiowana jest jako przewlekłe schorzenie powstałe w wyniku interakcji czynników genetycznych i środowiskowych, spowodowane długotrwałym zaburzeniem równowagi między spożyciem a zużyciem kalorii. Otyłość stanowi poważny problem, dodatkowo sprzyja rozwojowi innych schorzeń: chorób układu krążenia, zaburzeń hormonalnych, cukrzycy, zaburzeń płodności, wielu nowotworów, chorób układu kostno-stawowego, bezdechu sennego itd. [5]. W tym miejscu warto wspomnieć, że po operacjach bariatrycznych poziom glukozy obniża się i większość pacjentów odstawia insulinę i leki hypoglikemizujące. Ponadto przypuszcza się, że z powodu wszystkich chorób towarzyszących otyłości przeciętna długość życia człowieka z nadwagą zmniejsza się w stosunku do jego rówieśnika z normalną wagą o około 15–25 lat [6]. Dodatkowo dowiedziono, że następstwa otyłości nieleczone prowadzą do ciężkich chorób, a nawet śmierci. Problemy psychologiczne obniżają jakość życia, powodując zaburzenia w relacjach społecznych i rodzinnych. To wszystko tłumaczy potrzebę leczenia tego schorzenia jak najwcześniej i w sposób zapewniający trwały efekt [7].

Bariatryka – rodzaje zabiegów

Operacje bariatryczne dzieli się na następujące typy:

- restrykcyjne (ograniczające – czyli utrudniające swobodne przyjmowanie pokarmów, opaska żołądkowa),
- restrykcyjno-wyłączające (oprócz ograniczenia jest też utrudnienie przyswajania pokarmu już połykanego – uzyskuje się to poprzez wyłączenie części przewodu pokarmowego z kontaktu z pokarmem; pokarm po prostu przemieszcza się inną drogą, gastric-bypass),
- wyłączające [8].

Obecnie dużo osób postrzega otyłość jako cechę negatywną i podejmuje kroki do skutecznego leczenia. Lekarze, bez względu na dziedzinę medycyny, jaką się zajmują, znają kryteria otyłości i w zależności od nich kierują chorych na stosowne leczenie, zaczynając od diagnostyki chirurgicznej.

Ważne jest, aby wybrać odpowiednią metodę i tym samym uniknąć jakichkolwiek komplikacji i niepowodzeń [9, 10]. Jak już wspomniano wcześniej, głównym wskazaniem do operacji bariatrycznej jest określenie wskaźnika masy ciała BMI (wskaźnik BMI wyższy od 35 – należy wziąć pod uwagę minimum jedną chorobę związaną z otyłością, np. cukrzyca typ II lub bezdech senny; BMI wyższy od 40 – w przypadku pacjenta, który nie leczy się na choroby przewlekłe).

Wskazania operacyjne nie zmieniają się nawet wtedy, kiedy w czasie przygotowawczym do leczenia nastąpi spadek redukcji masy ciała [11, 12]. Zakłada się, że tymczasowy spadek masy ciała może spowodować w niedalekiej przyszłości ponowne tycie.

W przypadku określenia metody ważne jest również określenie odpowiednich zabiegów rehabilitacyjnych oraz wypisanie stosownych leków. Obecnie, gdy otyłość rozprzestrzenia się na coraz większą skalę, a leczenie zachowawcze okazują się mało skuteczne, przedstawia się choremu kroki do podjęcia operacji [3, 11]. Jednak nie należy całkowicie rezygnować z leczenia zachowawczego, gdyż nawet niewielki spadek masy ciała może przynieść pozytywne efekty w czasie operacji, a zarazem zmniejszyć ryzyko powikłań. Dążenie do spadku masy ciała może być również częścią współpracy pomiędzy pacjentem a lekarzem. Po odpowiednim dostosowaniu chorego do zalecanej diety, lekarz jest już świadomy, czy chory dostosuje się do wskazań pooperacyjnych, a także czy podda się okresowej kontroli. Uznaje się, że operacja bariatryczna stanowi jedno z najbardziej efektywnych postępowań przy redukcji masy ciała, a w przyszłości przekłada się na jakość życia [1].

W przypadku leczenia chirurgicznego bardzo ważną rolę odgrywa wiek chorego, na podstawie którego określa się właściwe kryteria leczenia. Zgodnie z zapisem amerykańskim operacje te przeprowadza się u pacjentów pomiędzy 18 a 62 rokiem życia, jednak z danych europejskich wynika, że granicą jest 60 rok życia. Pomimo tych zapisów, trudno określić odpowiedni wiek jeśli chodzi o osoby starsze, gdyż każdy przypadek jest indywidualny i należy traktować go osobno. Należy przy tym pamiętać, że wydłużenie życia u osób starszych staje się mało prawdopodobne, natomiast poprawia się jego jakość. Podobne wątpliwości nasuwają się przy leczeniu otyłości w przypadku dzieci i młodzieży. Obecnie leczenie w przypadku osób młodszych jest możliwe, ale powinno być ściśle kontrolowane przez lekarza prowadzącego oraz odpowiednio wykwalifikowane ośrodki.

Kolejnym bardzo ważnym aspektem przy operacji bariatrycznej jest wsparcie lekarza prowadzącego przez innych specjalistów, tj. anestezjologa,

kardiologa, diabetologa, endokrynologa czy fizykoterapeuty. Przykładowo: dla chirurga prowadzącego najlepszym rozwiązaniem jest pomoc lekarza internisty, który przed operacją wykonuje kompleksowe badania, a po operacji zapewnia choremu właściwą opiekę.

Chirurgia bariatryczna nadal przez wiele osób określana jest jako okaleczenie pacjenta. Zmiany, jakie wprowadza się w przewodzie pokarmowym, są celowe i mają skutkować efektywnym leczeniem. Z drugiej strony, chirurgia nie jest rozwiązaniem idealnym, ale w chwili obecnej nie dysponuje się innym (zastępczym) tak skutecznym środkiem leczenia otyłości. Należy podkreślić, że zabieg ma na celu pomoc w utrzymaniu optymalnej energetycznie diety przez całe życie. Należy zaznaczyć, że u niektórych osób otyłych operacja może być pierwszym etapem leczenia i wymagane będą kolejne etapy, aby uzyskać ostateczny pożądaný efekt [8, 10].

Podczas przygotowań do operacji istotna jest nie tylko rozmowa z lekarzem, ale również opieka pielęgniarska przed i po zabiegu. To właśnie pielęgniarka przygotowuje pacjenta zarówno fizycznie jak i psychicznie do przeprowadzenia badań laboratoryjnych, obrazowych, udziela rady, w jaki sposób powinno się zachowywać w trakcie badań oraz po ich przeprowadzeniu, wspiera pacjenta psychicznie, wyjaśnia choremu potrzebę wykonywania poszczególnych czynności przygotowawczych, wykonuje badanie elektrokardiologiczne, dokonuje pomiaru ciśnienia tętniczego, dokonuje pomiarów wzrostu i wagi, oznacza wskaźnik BMI, ocenia stan powłok skórnych, włosów i paznokci, określa nawyki żywieniowe pacjenta, ocenia chorego pod kątem aktywności fizycznej, wspiera pacjenta w walce ze stresem, sprawdza poziom wiedzy chorego na temat choroby, diagnozuje problemy pielęgnacyjne pacjenta oraz sporządza dokumentację [8, 10].

Metoda przeprowadzenia operacji bariatrycznej

Operacja wykonywana jest w oparciu o metodę gastric-bypass. Sama metoda polega na trwałym rozdzieleniu mechanicznymi zszywkami żołądka na dwie części: mniejszą – okołoprzełykową, która od tej pory będzie pełnić funkcję nowego żołądka i większą, do której pokarm nie będzie już docierał, a jedynie będzie ona produkować soki trawienne. Po zabiegu nie ma już możliwości endoskopowego zbadania dalszej części żołądka [8, 9] – nowy żołądek ma objętość około 30 ml.

Za główną zaletę operacji bariatrycznej uznaje się utratę masy ciała, nawet o 75% (przy czym należy pamiętać, że utrata ta następuje w ciągu

pierwszych 12 miesięcy), a także brak odczuwania głodu. Jak każda operacja, oprócz zalet, ma również swoje wady. W tym przypadku za typową wadę należy uważać spadek poziomu witamin i minerałów, a w przypadku ludzi, którzy będą przejadać się po operacji, ponowny przyrost masy ciała.

Poniżej przedstawiono (za zgodą pacjentów) materiał zdjęciowy własnego autorstwa – pacjenci przed i po operacji bariatrycznej.



Zdjęcie 1.
Pacjentka przed zabiegiem bariatrycznym



Zdjęcie 2.
Pacjentka po zabiegu bariatrycznym



Zdjęcie 3.
Pacjent przed zabiegiem bariatrycznym



Zdjęcie 4.
Pacjent po zabiegu bariatrycznym

Opieka pielęgniarska pooperacyjna

W niniejszej pracy szczególną uwagę zwrócono na problemy pielęgnacyjne i sposoby ich rozwiązywania w opiece pielęgnacyjnej nad chorym pacjentem. Diagnoza pielęgniarska skupia się wokół dwunastu grup, które szczegółowo opisano poniżej:

Diagnoza pielęgniarska

- I. Ryzyko powikłań ze strony układu oddechowego oraz ze strony układu krążenia w bezpośrednim okresie pooperacyjnym

Cel opieki: przeciwdziałanie zagrożeniu życia

Plan działania:

- obserwacja parametrów życiowych (tętno, ciśnienie krwi, oddech)
- w ciągu dwóch pierwszych godzin po operacji kontrola parametrów odbywa się co 15 minut, a następnie co godzinę przez 6–12 godzin po zabiegu, udokumentowanie w karcie,
- obserwacja powłok skórnych (kolor i wilgotność),
- prowadzenie bilansu wodno-elektrolitowego,
- obserwacja diurezy,
- kontrola opatrunku na ranie pooperacyjnej wraz z ilością i rodzajem wydzieliny gromadzącej się w drenach,
- obserwacja pacjenta, jego samopoczucia, nastroju i zachowania,
- wietrzenie sali, zapewnienie optymalnej temperatury i wilgotności powietrza.

Diagnoza pielęgniarska

II. Dolegliwości bólowe w okolicy rany pooperacyjnej utrudniające oddychanie i zmianę pozycji złożeniowej

Cel opieki: likwidacja bólu i ułatwienie oddychania

Plan działania:

- zniwelowanie bólu poprzez podanie leków przeciwbólowych zgodnie z kartą zleceń lekarskich,
- umożliwienie wykonania gimnastyki oddechowej,
- obserwacja objawów natężenia bólu i zaburzeń w oddychaniu,
- obserwacja reakcji pacjenta na podanie leków przeciwbólowych,
- nakłanianie do efektywnego kaszlu, odksztuszania wydzieliny z drzewa oskrzelowego,
- zastosowanie działań niefarmakologicznych (zapewnienie wygodnej i zmniejszającej ból pozycji ciała),
- doraźne podanie tlenu w razie potrzeby,
- obserwacja rany pooperacyjnej i drenu.

Diagnoza pielęgniarska

III. Możliwość wystąpienia wymiotów, nudności bądź czkawki z powodu nietolerancji leków anestetycznych

Cel opieki: złagodzenie dolegliwości, zapewnienie higieny i bezpieczeństwa

Plan działania:

- poinformowanie chorego o przyczynach dolegliwości,
- po znieczuleniu ogólnym ułożenie chorego w pozycji wysokiej – głowa na bok, natomiast po znieczuleniu zewnątrzoponowym w pozycji płaskiej,

- podanie ligniny, miski nerkowatej oraz kubka z wodą do przepłukania ust,
- obserwacja ilości i treści wymiocin, udokumentowanie w karcie gończkowej,
- wietrzenie sali w której przebywa pacjent,
- zalecenie głębokich oddechów,
- podanie środków farmakologicznych zgodnie z kartą zleceń lekarskich.

Diagnoza pielęgnarska

IV. Możliwość wystąpienia powikłań związanych z obecnością sondy żołądkowej; dyskomfort w związku z założeniem sondy żołądkowej

Cel opieki: zmniejszenie dolegliwości i dyskomfortu związanych z obecnością sondy

Plan działania:

- toaleta jamy nosowej i ustnej,
- zastosowanie środków znieczulających oraz środków zabezpieczających błonę śluzową nosa,
- obserwacja wydzieliny odbarczonej przez sondę,
- zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu na sali,
- prowadzenie gimnastyki oddechowej.

Diagnoza pielęgnarska

V. Możliwość retencji moczu i możliwość zakażenia dróg moczowych

Cel opieki: odbarczenie pęcherza moczowego

Plan działania:

- podanie basenu bądź kaczki,
- zachowanie intymności,
- prowokowanie mikcji,
- propozycja przyjęcia pozycji siedzącej na basenie,
- zastosowanie środków diuretycznych i odkażających drogi moczowe na zlecenie lekarza,
- uspokojenie chorego i wyjaśnienie powodu cewnikowania pęcherza moczowego,
- założenie cewnika do pęcherza moczowego w przypadku nieoddania moczu przez 8–12 godzin po zabiegu operacyjnym,
- kontrola diurezy,
- obserwacja makroskopowa moczu.

Diagnoza pielęgniarska

VI. Trudność w utrzymaniu higieny osobistej z powodu otyłości

Cel opieki: utrzymanie ciała w czystości

Plan działania:

- mycie pacjenta w łóżku,
- poprawa samopoczucia,
- angażowanie i pomoc w samodzielnym wykonaniu czynności higienicznych,
- zmiana bielizny osobistej i pościelowej.

Diagnoza pielęgniarska

VII. Ryzyko powstania zakrzepicy kończyn dolnych z powodu unieruchomienia w łóżku

Cel opieki: niedopuszczenie do powstania zakrzepicy kończyn dolnych

Plan działania:

- przestrzeganie zasad profilaktyki wg procedury,
- podanie leków przeciwzakrzepowych zgodnie z kartą zleceń lekarskich,
- stosowanie bandażu elastycznych wg potrzeby,
- nauka ćwiczeń izometrycznych,
- ćwiczenia kończyn dolnych w łóżku,
- pionizacja chorego w miarę możliwości.

Diagnoza pielęgniarska

VIII. Ograniczenie aktywności pacjenta z powodu osłabienia oraz konieczności przyjmowania płynów infuzyjnych dożylnie

Cel opieki: zapewnienie potrzeb biologicznych

Plan działania:

- pomoc choremu w zaspokajaniu potrzeb biologicznych (czystość, odżywianie, wydalanie),
- określenie potrzeb i ocena zdolności chorego w zakresie samoopieki,
- podjęcie działań pielęgniacyjnych zapobiegających wystąpieniu odleżyn lub odparzeń zgodnie z procedurą,
- zachęcanie chorego do zwiększenia samodzielności,
- wsparcie pacjenta w samodzielnym działaniu,
- zaangażowanie rodziny pacjenta do opieki nad chorym,
- edukacja chorego i jego rodziny na temat konieczności stopniowej rehabilitacji ruchowej pacjenta po zabiegu,
- zmniejszeniu lub usunięciu lęku, który utrudnia odzyskanie sprawności i równowagi psychicznej.

Diagnoza pielęgnarska

IX. Możliwość wystąpienia powikłań z powodu niedożywienia i zaburzeń wodno-elektrolitowych.

Cel opieki: zapobieganie niedożywieniu i powikłaniom w okresie pooperacyjnym

Plan działania:

- podawanie preparatów odżywczych wg zleceń lekarskich,
- odpowiednie nawodnienie pacjenta,
- obserwacja objawów nietolerancji wchłanianych preparatów, np. wzdęcia, biegunki, wymioty, nudności,
- kontrola poziomu ustawienia sondy (niedopuszczenie do przesunięcia na wysokość zespolenia),
- kontrola biochemiczna stężenia elektrolitów we krwi na zlecenie lekarza,
- obserwacja pacjenta pod kątem deficytu bądź nadmiaru płynów w organizmie chorego,
- edukacja pacjenta na temat ograniczenia przyjmowania płynów drogą doustną.

Diagnoza pielęgnarska

X. Możliwość zakażenia rany pooperacyjnej oraz miejsc założenia drenów z powodu obniżonej odporności

Cel opieki: zapobieganie zakażeniu rany

Plan działania:

- zapewnienie higieny osobistej pacjenta i otoczenia,
- obserwacja i wykonanie zmiany opatrunku z zachowaniem zasad aseptyki,
- obserwacja drożności drenów,
- wymiana pojemników z wydzieliną 1 raz na dobę,
- dokumentowanie ilości i zabarwienia treści,
- zabezpieczenie skóry i drenów jałowymi gazikami,
- zastosowanie antybiotykoterapii – podanie leków według karty zleceń lekarskich.

Diagnoza pielęgnarska

XI. Możliwość rozejścia się powięzi przy napadowym kaszlu

Cel opieki: zmniejszenie ryzyka rozejścia się rany

Plan działania:

- edukacja pacjenta w zakresie sposobu uciskania dłonią rany operacyjnej podczas kaszlu,

- współdziałal w wykonywaniu ćwiczeń wzmacniających mięśnie brzucha,
- ewentualne zastosowanie pasa ściągającego zgodnie z zaleceniem lekarza,
- zapobieganie zakażeniu rany,
- uniknięcie dolegliwości bólowych,
- obserwacja miejsca rany,
- zabezpieczenie drenów założonych do rany przed mechanicznym drażnieniem,
- nauka gimnastyki oddechowej z uwzględnieniem zabezpieczenia rany pooperacyjnej.

Diagnoza pielęgniarska

XII. Zapobieganie powstaniu odleżyn w wyniku unieruchomienia pacjenta w łóżku

Cel opieki: zapobieganie przerwaniu ciągłości skóry

Plan działania:

- obserwacja wyglądu powłok skórnych,
- toaleta ciała pacjenta,
- zmiana pozycji ciała,
- odpowiednia pielęgnacja skóry – zapewnienie właściwego nawilżenia,
- pionizacja pacjenta w miarę możliwości,
- profilaktyka przeciwzakrzepowa – podanie leków na zlecenie lekarza.

Diagnoza pielęgniarska

XIII. Brak umiejętności samodzielnego poruszania się

Cel opieki: powrót pacjenta do samodzielności

Plan działania:

- pomoc pacjentowi przy siadaniu w łóżku,
- zachęcenie pacjenta do korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego (balconik przy stawianiu pierwszych kroków),
- wyjaśnienie konieczności poruszania się w celu możliwie najszybszego powrotu do samodzielności.

Diagnoza pielęgniarska

XIV. Pesymistyczne nastawienie do leczenia. Niepokój związany z operacją oraz wynikający z obecnego stanu zdrowia

Cel opieki: zmiana nastawienia pacjenta, poprawa samopoczucia oraz zapewnienie bezpieczeństwa, wsparcie psychiczne

Plan działania:

- wyjaśnienie celowości zabiegu operacyjnego, zapewnienie kontaktu z lekarzem w celu uzyskania informacji o aktualnym stanie zdrowia,
- częsta obecność przy pacjencie,
- zapewnienie spokojnej atmosfery i ciszy,
- możliwość kontaktu z rodziną bez ograniczeń czasowych,
- zapewnienia chorego o okazywanej mu trosce o jego zdrowie i bezpieczeństwo,
- okazanie życzliwości i zainteresowania pacjentem,
- w razie konieczności zorganizowanie spotkania z psychologiem.

Diagnoza pielęgniarska

XV. Zapobieganie występowaniu objawów dyspeptycznych (poposiłkowe uczucie pełności, odbijania, nudności i wymioty, zgaga, brak łaknienia), zapewnienie odpowiedniego poziomu odżywienia pacjenta

Cel działania: przestrzeganie diety po opuszczeniu szpitala

Plan działania:

- zapewnienie odpowiedniego poziomu odżywienia pacjenta,
- edukacja pacjenta i jego rodziny w związku ze zmianą stylu żywienia po resekcji żołądka,
- wyjaśnienie konieczności przestrzegania zaleceń dietetycznych, takich jak: częste spożywanie posiłków w niewielkich ilościach, miksovanie pokarmów,
- zwrócenie uwagi na samokontrolę przewodu pokarmowego przy wprowadzaniu nowych produktów do diety,
- poinformowanie o okresowej kontroli masy ciała i wykonaniu badań laboratoryjnych krwi,
- udzielenie wskazówek dotyczących diety w celu zapewnienia właściwego postępowania.

Niezmierzalnie ważnym aspektem jest dieta, którą ustala dietetyk. Każda grupa pokarmów powinna być omówiona, a szczególną uwagę należy zwrócić na ich małą ilość oraz powolne przyjmowanie. Oprócz diety również wizyty kontrolne stanowią główny aspekt w działaniach pooperacyjnych. W początkowym okresie należy mieć na uwadze, że pomimo zmniejszenia żołądka, początkowo waga w dalszym ciągu będzie rosła.

Zwykle wypis ma miejsce w drugiej lub trzeciej dobie pooperacyjnej. To nie wypis ze szpitala świadczy jednak, że odniesiono sukces, gdyż spadek

masy ciała nastąpi dopiero pomiędzy 12. a 18. miesiącem od przeprowadzenia operacji. Po przeprowadzonej operacji bypassu żołądkowego, jak również po założeniu opaski regulowanej, niezbędne stają się również ćwiczenia (trwające maksymalnie godzinę) lub spacer (30 minut). Ponadto chory powinien unikać nadmiernego obciążenia organizmu pod względem fizycznym, aby nie doprowadzić do przepuklin oraz innych komplikacji (wyciek z rany, gorączka przekraczająca 38 st. C, ból brzucha).

Jak już wspomniano, operacja bariatryczna przyczynia się także do wystąpienia niedoborów witamin i minerałów, zatem do końca życia pacjent powinien przyjmować multiwitaminy, a w szczególności witaminy D i B oraz żelazo. Szczególną uwagę należy zachować również w przypadku planowanej ciąży – należy odczekać od 12 do 18 miesięcy.

U niektórych pacjentów po przebytej operacji może wystąpić zespół poposiłkowy (ang. *dumping syndrome*) powodujący skurcze żołądka, biegunki oraz nudności. Zjawiskiem niepożądanym po przeprowadzonej operacji, obok zespołu poposiłkowego, są również wzdęcia i zaparcia, a w przypadku założenia bypassu żołądkowego, gdy chorzy przyjmują żelazo, mogą pojawić się również hemoroidy.

Istotnym elementem po zabiegu gastric-bypass jest dieta – w pierwszych dwóch dniach po przebytej operacji wskazana jest wyłącznie dieta płynna, później dieta płynna wzbogacona, stopniowo dieta papkowata, następnie dieta łatwostrawna oraz dieta ubogoenergetyczna. Pacjent po przebytej operacji powinien jeść od 6 do 8 posiłków dziennie. Stosowanie diety po operacji bariatrycznej przede wszystkim ma na celu zapobieganie nadmiernemu rozciągnięciu żołądka i ponownemu tyciu, ograniczenie spożywanych kalorii w celu dalszej redukcji masy ciała oraz zapobieganie objawom niekorzystnym, takim jak: ból, wymioty, niedrożność jelit.

Podsumowanie

Badania nad otyłością pokazują nieskuteczność długofalowego leczenia zachowawczego, krótkoterminowe efekty diety i terapii farmakologicznej potęgują wystąpienie efektu „jojo”. Po wielu badaniach i analizach chirurgia bariatryczna okazuje się najbardziej skuteczną metodą leczenia otyłości. Aktualnie w Polsce przeprowadza się około 1,5 tys. operacji rocznie, a ich liczba rośnie z czasem. W pracy przedstawiono zarówno wady jak i zalety operacji bariatrycznych. Ponadto o korzyściach walki z otyłością możemy mówić

w aspektach kosmetycznych, ale ważniejsza jednak wydaje się redukcja chorób współtowarzyszących otyłości, które mają bezpośredni wpływ na jakość i długość życia. Ludzie po osiągnięciu upragnionej wagi stają się bardziej otwarci na otoczenie i chętniej korzystają z uroków życia. Poprawia się komfort psychiczny i emocjonalny. Dieta, która zalecana jest po operacjach, często zmienia podejście każdego otyłego pacjenta do żywienia.

Bibliografia

[1] Courtney M., Townsend J., Beauchamp R. D., Evers B. M., Mattox K. L. *Chirurgia. T. 3*. Wrocław: Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner 2011: 119–158.

[2] Urbanowicz Z. *Podstawy anatomii człowieka*. Lublin: Wydawnictwo Czelej 2000: 751–752.

[3] Ignasiak Z., Janusz A., Jarosińska A. *Anatomia człowieka*. Wrocław: Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego 2002: 139–141.

[4] Szmidt J., Kużdżała J. *Podstawy chirurgii podręcznik dla lekarzy specjalizujących się w chirurgii ogólnej*. Kraków: Medycyna Praktyczna 2010: 1137–1143.

[5] Skandalakis J. E., Skandalakis P. N., Skandalakis L. J. *Anatomia chirurgiczna i technika zabiegów operacyjnych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2001: 49–57, 79–87.

[6] Rowiński W., Dziak A. *Chirurgia dla pielęgniarek*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 1994: 506–516.

[7] Mader F. H., Weisgerber H. *Kompendium medycyny rodzinnej*. Jaworze k/Bielska-Białej: Wydawnictwo Kwieciński 2005: 349–353.

[8] Pelzer O. *Chirurgia. Repetytorium dla studentów Kolegium Karkonoskiego*. Jelenia Góra: Wydawnictwo Kolegium Karkonoskie w Jeleniej Górze 2008: 9–14 i 75–82.

[9] Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M., Krajewska-Kułał E., Wrońska I. *Repetytorium z pielęgniarstwa – podręcznik dla studiów medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2010: 128–137, 189–206.

[10] Walewska E. red. *Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2006.

[11] Nowak W., Wordliczek J. *Postępowanie przedoperacyjne i pooperacyjne*. W: Noszczyk W. red. *Chirurgia. T. 1*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2005: 99–110.

[12] Drews M., Marciniak R. red. *Podstawowe zabiegi pielęgnacyjne w chirurgii*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Akademii Medycznej 2006: 54–56.

Adres do korespondencji:

Marzena Pietrzekiewicz

Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej

ul. Katowicka 68

45-060 Opole

tel. 77 44 23 540

e-mail: carola2111-79@o2.pl

Pielęgnacja dostępów naczyniowych u pacjentów hemodializowanych

Karolina Ryczkowska^{1,2}, Jarosława Jaworska-Wieczorek²

¹ Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kępnie

² Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu

Wstęp

Przewlekła niewydolność nerek to wieloobjawowy zespół chorobowy będący następstwem wielu chorób, polegający na przewlekłym, postępującym i nieodwracalnym szkliwieniu kłębuszków oraz włóknieniu mięszu ze zmniejszeniem liczby czynnych nefronów [1, 2]. Toczące się w mięszu nerkowym patologiczne przewlekłe procesy powodują zmniejszenie filtracji kłębuszkowej. Narastające zaburzenia czynności nerek regulujących objętość i skład płynów ustrojowych, czynności metabolicznej i wewnątrzwydzielniczej nerek powodują wystąpienie toksemii mocznicowej [2]. Odzwierciedleniem tego jest zwiększenie stężenia kreatyniny, kwasu moczowego i mocznika w surowicy krwi [3]. W związku z powyższymi zmianami dochodzi do upośledzenia homeostatycznej funkcji nerek w zakresie wolemii, gospodarki wodno-elektrolitowej i kwasowo-zasadowej, syntezy erytropoetyny i aktywnych metabolitów witaminy oraz wydalania końcowych produktów przemiany materii, głównie białkowej i purynowej.

Leczenie nerkozastępcze ma na celu zastąpienie pracy ludzkich nerek, które w wyniku procesu chorobowego utraciły w sposób odwracalny lub nieodwracalny zdolność do prawidłowego funkcjonowania. Leczenie nerkozastępcze występuje w dwóch formach: dializoterapii oraz transplantacji. Nie ma wątpliwości, że te dwie techniki leczenia nerkozastępczego można zaliczyć do największych osiągnięć medycyny. Dzięki tym metodom leczenia

poprawiło się rokowanie u pacjentów z ostrą niewydolnością nerek, a przede wszystkim wydłużył się czas przeżycia i jakość życia pacjentów z przewlekłą chorobą nerek [4].

Dializoterapia

Hemodializa (HD) to pozaustrojowy zabieg oczyszczania krwi z substancji toksycznych dla organizmu, które powstają w wyniku przemiany materii. Są to drobno- i średnicząsteczkowe toksyny mocznicowe, np. mocznik, kreatynina, kwas moczowy oraz niektóre jony, np. potas, fosforany. Zabieg ten wykonuje się przy użyciu aparatu zwanego „sztuczną nerką” [5]. Najczęstsze techniki dializacyjne stosowane w PChN:

a. klasyczna hemodializa

- hemodializa jednoigłowa z użyciem jednej pompy (SN dwóch pomp SN/DPHD),
- hemodializa sekwencyjna (HDS),
- powolna ciągła ultrafiltracja (SCVF),
- hemodializa ze zmiennym stężeniem sodu w płynie dializacyjnym – profilowanie stężenia sodu,

b. hemodializy wykonywane codziennie,

- codzienna krótka hemodializa (DHD),
- powolne nocne hemodializy (NHD),

c. niskowydajne techniki dializacyjne (CRRT),

- przedłużona codzienna dializa (EDD),
- powolna niskoprzepływowa codzienna hemodializa (SLEDD),
- (SLED-f) wzbogacona o komponentę hemofiltrycyjną (SLEDD),

d. wysokowydajne techniki dializacyjne,

- hemodializa wysoko efektywna (HEHD),
- hemodializa z zastosowaniem dializatorów *high-flux* (HFHD),
- hemofiltrycja (HF),
- hemodiafiltracja (HDF) [7].

Podstawowym celem każdej sesji dializacyjnej jest:

- usuwanie drobno- i średnicząsteczkowych toksyn mocznicowych,
- wyrównanie zaburzeń elektrolitowych,
- regeneracja buforów ustroju i wyrównanie kwasicy metabolicznej,
- usuwanie nadmiaru wody w wyniku ultrafiltracji [4].

Zabiegi hemodializy odbywają się 3 razy w tygodniu w 4–5 godzinnych sesjach. Każdy pacjent ma indywidualnie dobrany skład płynu dializacyjnego.

go, temperaturę oraz szybkość przepływu płynu przez dializator. Z dostępu naczyniowego pacjenta pobierana jest krew, która płynie do przedziału krwi dializatora i po oczyszczeniu powraca do pacjenta. Aby utrzymać adekwatną dializę, należy zapewnić odpowiedni przepływ krwi w krążeniu pozaustrojowym, który powinien wynosić $>$ niż 250 ml/min. [5]. Leki stosowane w czasie hemodializ to: antykoagulanty (heparyny nieoczyszczone i frakcjonowane), erytropoetyna, żelazo.

Dostęp naczyniowy do hemodializ

Dostęp naczyniowy stanowi podstawę do możliwości prowadzenia hemodializoterapii przy ostrych jak i przewlekłych uszkodzeniach nerek. Brak dostępu naczyniowego jest częstym powodem hospitalizacji chorych i ma ogromny wpływ na obniżenie jakości ich życia. Aby była możliwość przeprowadzenia zabiegu HD, każdy pacjent musi mieć dobry dostęp naczyniowy w celu podłączenia go do aparatu „sztucznej nerki” i uzyskania przepływu krwi przez dializator ponad 250 ml na minutę, tj. wykonania adekwatnej dializy. Istnieje kilka możliwości wykonania takiego dostępu. Wy różniamy tu:

- przetokę tętniczo-żylną z naczyń własnych,
- przetokę tętniczo-żylną z wykorzystaniem protezy,
- cewnik czasowy,
- cewnik stały tzw. *perm-cath*.

Przetoka tętniczo-żylna

Prekursorem wytworzenia przetoki podskórnej byli Cimino, Brescia i in., którzy po raz pierwszy w roku 1966 zespolili tętnicę promieniową z dużą żyłą, bok do boku. Zespolenie to było wykonywane powyżej nadgarstka. Obecnie uznawane jest to za „złoty standard” w grupie przetok. Przetoka to zespolenie przetoki z żyłą w taki sposób, aby w żyłę płynęła krew tętnicza. Połączenie jest wytwarzane przez chirurga w znieczuleniu miejscowym. Wykonanie takiego zespolenia umożliwia wzrost ilości krwi przepływającej w naczyniu żylnym o odpowiedniej długości [6]. Decydując się na wybór kończyny do wytworzenia przetoki, należy wziąć pod uwagę stan naczyń krwionośnych pacjenta. Na początku wybiera się kończynę tzw. niedominującą, ale po mapowaniu naczyń kończyn górnych ustala się właściwy wybór miejsca, gdzie należy wykonać dobry dostęp naczyniowy, który umożliwi wykonanie adekwatnej dializy.

Miejsca lokalizacji przetok mogą być różne:

- przetoka tętniczko-żylna położona w tabakierce anatomicznej, na przedramieniu, w okolicy ramienia lub dołu łokciowego,
- przetoka tętniczko-żylna na kończynach dolnych,
- przetoka tętniczko-żylna ze sztucznego naczynia.

Dojrzewanie przetoki ma na celu zwiększenie średnicy żyły do 4–6 mm, trwa to zazwyczaj od 3 do 6 tygodni. Bardzo dużą rolę w wyćwiczeniu przetoki odgrywa sam pacjent. Po wcześniejszym przeszkoleniu przez personel medyczny, pacjent wykonuje odpowiednie ćwiczenia (ściskanie gumowej piłeczki), aby zwiększyć przepływ krwi i przyspieszyć proces arterializacji żyły i przygotować przetokę do nakłuwania.

Powikłania naczyniowe

Dzielimy je na bliższe i dalsze.

Powikłania bliższe po wykonaniu przetoki:

- zbyt głęboko położona przetoka,
- mrowienia i ból palców, błądź, uczucie zimna, tzw. objawy niedokrwienia kończyny,
- zakażenie rany pooperacyjnej,
- obrzęk kończyny z przetoką,
- zatrzymanie przepływu krwi w przetoce.

Powikłania dalsze podczas użytkowania przetoki:

- krwiak po nieudanych wkłuciach,
- zakrzepica przetoki,
- tętniaki i zwężenia w okolicy przetoki,
- stan zapalny [6].

Przetoka z naczyń sztucznych

Przetoka z naczyń sztucznych wykonywana jest wówczas, gdy wytworzenie przetoki z naczyń własnych jest niemożliwe. Lokalizacja tych przetok jest różna i to zarówno na przedramieniu, ramieniu, kończynach dolnych oraz górnej części klatki piersiowej. Do ich wytworzenia używa się protezę politetrafluoroetylenową. Charakteryzują się one większą częstością powikłań zakrzepowych i zapalnych, a co za tym idzie, krótszą żywotnością. Dojrzewanie przetoki z użyciem protez to czas wygojenia się rany pooperacyjnej. Przetokę można używać zaraz po wytworzeniu [6].

Cewnik czasowy

Stanowi doraźny dostęp do naczyń. Czas jego używania nie powinien przekraczać trzech tygodni. Wskazaniami do zastosowania tej formy dostępu naczyniowego są:

- ostre zatrucia wymagające hemodializy,
- schyłkowa niewydolność nerek, gdy nie ma stałego dostępu naczyniowego lub gdy stały dostęp zatracił swoją funkcję,
- ostra niewydolność nerek,
- leczenie ostrego odrzucania po przeszczepie nerki,
- zapalenie otrzewnej u pacjentów dializowanych otrzewnowo [7].

Prekursorem cewnika założonego podskórnio do żyły udowej był w 1961 r. Shaldon. Czasowy cewnik do hemodializy to giętka plastikowa rurka wprowadzana do naczynia żylnego drogą punkcji przezskórnio tzw. metodą Seldingera. Cewniki te mogą mieć różne lokalizacje: żyła udowa, żyła podobojczykowa, żyła szyjna wewnętrzna.

Wybór lokalizacji cewnika uzależniony jest od stanu klinicznego, ale i stanu naczyniowego pacjenta. Częściej wybierana jest żyła udowa lub żyła szyjna wewnętrzna ze względu na mniejszą częstość wystąpienia powikłań. Żyła podobojczykowa jest rzadziej nakłuwana, ponieważ częściej występują tu powikłania, takie jak zakrzepica i zwężenia [6].

Kaniulowanie dużych naczyń niesie za sobą ryzyko powikłań.

Wyróżniamy powikłania wczesne i późne.

Wczesne:

- przypadkowe nakłucie tętnicy, możliwe jest wytworzenie tętniaka rzekomego, krwawienie trudne do opanowania;
- perforacja żyły z krwawieniem do opłucnej, śródpiersia, osierdzia;
- zaburzenia rytmu;
- zator powietrzny.

Późne:

- zakrzepica cewnika,
- zakażenia,
- zwężenia żyły centralnej,
- złe funkcjonowanie cewnika,
- późna perforacja naczynia.

Cewnik permanentny

Jest alternatywną metodą długoterminowego dostępu naczyniowego do hemodializ. Są to cewniki tunelizowane z mufką. Wspomniana mufka wrasta w tkankę podskórną i w ten sposób zapobiega wypadaniu cewnika. Cewniki te mają zastosowanie u pacjentów, u których niemożliwe jest wytworzenie stałego dostępu w postaci przetoki tętniczo-żylniej z naczyń własnych bądź sztucznych. Zaletą tego dostępu naczyniowego jest możliwość natychmiastowego wykorzystywania. Cewniki stałe różnią się od cewników czasowych materiałem, z którego są wykonywane. Ich prawidłowe użytkowanie z zachowaniem ścisłej aseptyki przyczynia się do tego, że cewnik taki może funkcjonować bez konieczności wymiany nawet kilka lat. Najczęściej używaną lokalizacją do założenia cewnika permanentnego jest żyła szyjna wewnętrzna – jego końcówka umieszczana jest w 1/3 górnej prawego przedsiönka serca.

Podczas zakładania cewnika mogą wystąpić powikłania natychmiastowe:

- odma opłucnowa,
- krwiak opłucnej,
- nakłucie tętnicy,
- zator powietrzny,
- zaburzenia rytmu serca,
- tamponada osierdza,
- przedziurawienie żyły lub jamy serca [7].

Powikłania późne;

- zakrzepica,
- infekcje odcewnikowe.

Aspekty pielęgniarstwa w dostęпах naczyniowych

Opieka pielęgniarstwa nad pacjentem z niewydolnością nerek rozpoczyna się już w momencie rozpoznania choroby. Na stan naczyń krwionośnych pacjentów z PChN składa się nie tylko choroba pierwotna, ale i wiele innych czynników, do których należą:

- nadciśnienie tętnicze
- cukrzyca
- otyłość
- palenie tytoniu
- miażdżyca
- stany zapalne naczyń krwionośnych [8].

Należy jak najwcześniej rozpocząć dbanie o stan naczyń krwionośnych, aby ograniczyć możliwość wystąpienia późniejszych problemów i powikłań. Odpowiedzialnymi za stan naczyń poza personelem medycznym są również sam pacjent i jego rodzina. Ogromną rolę odgrywa edukacja pacjentów na temat oszczędzania naczyń krwionośnych, ponieważ podczas trwania choroby mogą oni być hospitalizowani nie tylko w oddziałach nefrologicznych, gdzie pracuje uwrażliwiony na ten problem personel medyczny. Pacjent powinien poinformować personel o planowanym wytworzeniu dostępu naczyniowego oraz konieczności mierzenia ciśnienia tętniczego tylko na ręce niezakwalifikowanej do przetoki.

Działania pielęgniarские z zakresu opieki nad naczyniami mają na celu wybór odpowiedniego miejsca wkłuc obwodowych, obserwację wkłucia, przestrzeganie zasad aseptyki, aby nie doprowadzić do zakażeń, stanów zapalnych naczyń i krwiaków. Wszystkie nakłucia naczyń krwionośnych powinny mieć miejsce na kończynie, która nie została zakwalifikowana do wytworzenia dostępu naczyniowego do hemodializy. Umownie przyjmuje się za preferowaną do wytworzenia przetoki rękę niedominującą [6].

Postępowanie z nowo wytworzoną przetoką tętniczo-żylną

Bezpośrednio po wytworzeniu przetoki tętniczo-żylniej opatrunek na ranie utrzymuje się nie dłużej niż 14 dni. Po usunięciu opatrunku ranę przemywa się Octeniseptem, a następnie pacjent w domu przemywa ją wodą z mydłem. Pacjenta z nowo wytworzoną przetoką należy nauczyć samopielęgnacji oraz obserwacji przetoki [8]. Po usunięciu szwów z rany rozpoczyna się trening przetoki, który ma na celu pogrubienie i wzmocnienie stanu naczyń przetoki. Zastosowanie ćwiczeń przyczynia się do zmniejszenia ryzyka powstawania zakrzepów, zwężeń oraz krwiaków w przetoce, co stwarza możliwość wielokrotnego nakłuwania przetoki [6]. Pacjent przy zaciśniętej stazie ścisną gumową piłeczkę, równocześnie zginając i prostując rękę z przetoką – początkowo przez okres 30 sekund, a w późniejszym etapie do 20 powtórzeń. W ciągu dnia chory powinien wykonać 50 takich cykli. Należy uważać, aby zbyt mocno nie zacisnąć stazą przetoki, ponieważ mogłoby to spowodować zatrzymanie przepływu krwi.

Działania pielęgniarские skupiają się na obserwacji miejsca wytworzonej przetoki, zacerwienia, wystąpienia bólu czy też obrzęku, suchości opatrunku, kontroli parametrów życiowych, stanu nawodnienia oraz zapobieganiu hipotonii. Bardzo ważne jest przygotowanie pacjenta i któregoś

z członków rodziny do pielęgnacji przetoki w domu, zapoznanie z zasadami higieny i rozpoznawania niepokojących objawów mogących przyczynić się do powstawania powikłań. Wiedza zdobyta przez pacjenta podczas edukacji pozwoli uniknąć wystąpienia tych powikłań.

Pielęgnowanie przetoki tętniczo-żyłnej

Działania pielęgnacyjne nad przetoką pozwalają na wykonanie adekwatnej dializy oraz przedłużenie czasu życia przetoki, co wiąże się z poprawieniem jakości życia pacjentów hemodializowanych [8]. Pacjent każdorazowo po zakończeniu ćwiczeń powinien wykonywać samodzielną ocenę czynności przetoki poprzez badanie palpacyjne, tj. przykładając palce na całej jej długości. Przy prawidłowo działającej przetoce nad całą przetoką wyczuwalny jest szmer skurczowo-rozkurczowy (tzw. koci mruk) tętniącej krwi [8]. Wskazane jest sprawdzanie szmeru przetoki co najmniej 3 razy w ciągu dnia. Chory powinien również pamiętać o prawidłowym ułożeniu ręki z przetoką przed snem w taki sposób, aby zapobiec uciśnięciu żyły, co może prowadzić do zakrzepnięcia przetoki wskutek zatrzymania przepływu krwi. Samodzielne uciskanie żyły przez chorego po wyciągnięciu igieł po zabiegu HD hamuje krwawienie, tamując wypływ krwi poza żyłę i nie zamykając światła naczynia. Należy niezwłocznie poinformować lekarza stacji dializ, gdy pacjent stwierdzi brak tętna na którymkolwiek odcinku przetoki.

Każdorazowo przed rozpoczęciem zabiegu HD chory powinien umyć rękę z przetoką ciepłą wodą z mydłem, natomiast pielęgniarka przed wkluciem sprawdzić stan czynności przetoki. Przedmioty dźwigane ręką z przetoką nie powinny przekraczać ciężaru 3kg. Przetoka służy tylko do wykonywania zabiegu HD, pod żadnym pozorem nie wolno nakłuwać przetoki celem pobrania krwi do badań.

Opieka pielęgniarska nad przetoką w głównej mierze dotyczy prawidłowego korzystania z przetoki :

- nie nakłuwa się przetoki: przed zakończeniem okresu dojrzewania przetoki i blisko zespolenia,
- należy regularnie zmieniać miejsca wklucia, zapobiegając wystąpieniu zwężeń,
- klucie metodą drabinkową,
- nakłuwanie przetoki igłą w kierunku przepływu krwi,
- unikanie powstawania krwiaków,
- obserwowanie dostępu naczyniowego pod względem nieprawidłowości,

- systematyczna edukacja pacjenta na temat pielęgnacji dostępu naczyniowego powinna być nieodłącznym elementem leczenia.

Należy poinformować pacjenta o możliwości wystąpienia zagrożeń wynikających z użytkowania przetoki: wystąpienie przedłużającego się krwawienia z przetoki, możliwości wystąpienia niepowodzeń podczas nakłuwania przetoki.

Pielęgnowanie cewnika czasowego i permanentnego

Cewniki permanentne czy też czasowe, podobnie jak każdy rodzaj dostępu do hemodializy, wymagają szczególnej pielęgnacji ze strony pacjenta i pielęgniarki. Podczas zabiegu pielęgniarka opiekuje się dostępem naczyniowym. Obserwuje miejsce wkłucia pod kątem zakażeń, czy nie występuje zaczerwienienie skóry lub wysięk z ujścia cewnika. Dbą o prawidłowe wykonanie opatrunku przy ujściu cewnika z zachowaniem zasad aseptyki. Do pielęgnacji cewnika czasowego i permanentnego używamy bezalkoholowych środków do dezynfekcji skóry: Octenisept, wodny roztwór jodiny, 3% woda utleniona. Zarówno pacjent, jak i pielęgniarka podczas wykonywania opatrunku powinni mieć założone maski ochronne na twarz, a wykorzystywany sprzęt medyczny (gaziki czy rękawice) powinien być jałowy.

Chory powinien:

- wiedzieć, że samodzielnie nie wolno mu wykonywać opatrunku w domu,
- stosować się do zaleceń personelu medycznego,
- potrafić rozpoznać objawy świadczące o zakażeniu cewnika (podwyższona temperatura ciała, dreszcze), a w przypadku ich wystąpienia niezwłocznie poinformować personel medyczny,
- postępować ostrożnie, aby uniknąć uszkodzenia bądź przypadkowego wysunięcia cewnika,
- zwracać uwagę na opatrunek wokół ujścia oraz końcówki cewnika, czy są nałożone koreczki zabezpieczające oraz zaciśnięte klemy,
- wiedzieć, że nie należy kąpać się w wannie, kąpiel jest dopuszczalna tylko pod prysznicem, przy czym należy uważać, aby nie zamoczyć opatrunku, a w przypadku jego zamoczenia, należy go wymienić z zachowaniem zasad aseptyki,
- wiedzieć, że założony cewnik służy tylko do zabiegu HD, cewnik nie może służyć do innych celów, takich jak podłączanie kroplówek czy podawanie leków [6].

Podsumowanie

Edukacja pacjenta i jego rodziny poprawia jakość życia chorych z dostęпами naczyniowymi do hemodializoterapii, zmniejsza częstość występowania powikłań infekcyjnych. Ma ona na celu dostarczenie pacjentowi wyczerpujących informacji odnośnie pielęgnacji dostępu naczyniowego, jego prawidłowego wykorzystywania oraz uświadomienia pacjenta na temat odpowiedzialności za stan własnego dostępu naczyniowego i ścisłej współpracy z personelem pielęgniarskim. Uzgodnienie z chorym właściwych metod leczenia, rehabilitacji, podanie właściwych informacji i edukacji ma ogromny wpływ na jakość życia.

Pacjenci, którzy są właściwie poinformowani o danej jednostce chorobowej, o możliwych powikłaniach wynikających z choroby, o ograniczeniach, jakie niesie ze sobą przewlekła choroba nerek, łatwiej przystosowują się do zmienionych warunków życia i szybciej akceptują fakt choroby przewlekłej.

Bibliografia

- [1] Dębska-Ślizień A., Krol E. red. *Przewlekła choroba nerek – poradnik dla pacjentów i ich rodzin*. Lublin: Wydawnictwo Czelej 2008.
- [2] Książek A., Rutkowski B. *Nefrologia*. Lublin: Wydawnictwo Czelej 2004.
- [3] Szczeklik A. red. *Choroby wewnętrzne: stan wiedzy na rok 2011*. Kraków: Medycyna Praktyczna 2011: 1331–1333.
- [4] Rutkowski B. *Leczenie nerkozastępcze*. Lublin: Wydawnictwo Czelej 2007.
- [5] Białobrzeska B., Dębska-Ślizień A. *Pielęgniarstwo nefrologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2013.
- [6] Białobrzeska B., Kliś A. *Jak dbać o dostęp naczyniowy do hemodializy*. Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica 2009.
- [7] Daugirdas J. T., Blake P. G., Toold I. red. *Podręcznik dializoterapii*. Lublin: Wydawnictwo Czelej 2008.
- [8] Rutkowski B. *Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarskiej*. Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica 2008.

Adres do korespondencji:

Karolina Ryczkowska

Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej

ul. Katowicka 68

45-060 Opole

tel. 77 44 23 540

e-mail: sekr.dyr.inst.piel.poloż@wsm.opole.pl

Wybrane aspekty opieki pielęgniarstkiej i położniczej w różnych
specjalnościach medycyny

T. 3

pod redakcją Marioli Wojtal i Danuty Żurawickiej

ISBN 978-83-935324-9-0

ISBN 978-83-62687-70-1

Podstawowe zagadnienia profilaktyki odrespiratorowego zapalenia płuc w świetle wybranych rekomendacji i zaleceń grup ekspertów

Lilianna Gawłów-Nowak

Wydział Nauk o Zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Wojewódzkiego w Opolu

Wstęp

Nowoczesna opieka nad pacjentem w stanie zagrożenia życia wymaga poszukiwania i proponowania takich rozwiązań, które pozwolą na optymalizację działań związanych z ograniczaniem zdarzeń niepożądanych. Założenie to realizują rekomendacje i zlecenia grup ekspertów będących autorytetami w badanej dziedzinie. W działalności oddziałów intensywnej terapii odrespiratorowe zapalenie płuc jest nadal poważnym problemem i stanowi zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentów. Występujące na oddziałach intensywnej terapii (OIT) zakażenia stanowią główne zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentów poddanych skomplikowanym procedurom medycznym. Odrespiratorowe zapalenie płuc (VAP – *Ventilator Associated Pneumonia*), zakażenia jamy otrzewnej oraz bakteriemia to jedne z najczęstszych przyczyn zgonów. Śmiertelność w wyniku powikłania, jakim jest VAP, może być bardzo wysoka i wahać się od 30 do 70% (szczepy wielooporne) [1, 2, 3, 4]. Do rozwoju VAP dochodzi u około 10–20% wentylowanych pacjentów, natomiast częstość zachorowalności waha się od 1 do 4 przypadków na 1000 osobodni z mechaniczną wentylacją, a u pacjentów oddziałów neonatologicznych, chirurgicznych, kardiologicznych może sięgnąć powyżej dziesięciu przypadków [2, 3]. Istnieje ścisła zależność pomiędzy czasem stosowania oddechu zastępczego a częstością występowania odrespiratorowego zapalenia płuc – im dłuższy czas oddechu zastępczego, tym większa częstość

występowania VAP [5]. Wstępowanie odrespiratorowego zapalenia płuc wiąże się nie tylko z wyższą śmiertelnością pacjentów OIT, ale także innymi negatywnymi następstwami, jak np. ARDS (*Acute Respiratory Distress Syndrome*), uszkodzenie płuc ALI (*Acute Lung Injury*), wydłużenie czasu sztucznej wentylacji oraz czasu całkowitej hospitalizacji. Wpływa to także w sposób niebagatelny na wzrost kosztów opieki medycznej, a w dzisiejszej sytuacji nie sposób pominąć ekonomicznego kontekstu tego zjawiska [2, 3, 6].

Profilaktyka odrespiratorowego zapalenia płuc

W piśmiennictwie naukowo-medycznym istnieje kilka różnych rekomendacji, zaleceń i wytycznych dotyczących profilaktyki VAP, w których przygotowanie zostały zaangażowane grupy ekspertów czy grupy robocze towarzystw naukowych albo stowarzyszeń zawodów medycznych. W następstwie praktycznego wdrożenia tych opracowań następuje poprawa jakości opieki, a proponowane rozwiązania są także efektywne ekonomicznie. Kluczowe elementy rekomendacji skupiają się na trzech najistotniejszych mechanizmach skutkujących pojawieniem się VAP u pacjenta wentylowanego: aspiracji wydzieliny, kolonizacji układu oddechowego i stosowaniu skontaminowanego sprzętu [7].

Na potrzeby niniejszego opracowania wybrano:

1. Polskie zalecenia grupy ekspertów na temat profilaktyki szpitalnych zapaleń płuc u pacjentów wentylowanych z roku 2011 [2];
2. Strategie zapobiegania lekooporności w oddziałach intensywnej terapii. Rekomendacje profilaktyki zakażeń w oddziałach intensywnej terapii z roku 2013 [8];
3. Zalecenia grupy roboczej ds. praktyki w pielęgniarstwie anestezyjologicznym i intensywnej opieki PTPA i IO w sprawie wytycznych pielęgnacji dróg oddechowych u pacjentów dorosłych wentylowanych mechanicznie leczonych w oddziale intensywnej terapii z roku 2015 [9];
4. Zalecenia grupy roboczej ds. praktyki w pielęgniarstwie anestezyjologicznym i intensywnej opieki PTPA i IO w sprawie wytycznych pielęgnacji jamy ustnej u pacjentów dorosłych leczonych w oddziale intensywnej terapii z roku 2015 [10].

Analizę wybranych rekomendacji i zaleceń przeprowadzoną w niniejszym opracowaniu oparto przede wszystkim na *Strategii zapobiegania lekooporności w oddziałach intensywnej terapii. Rekomendacje profilak-*

tyki zakażeń w oddziałach intensywnej terapii, ponieważ rekomendacje te stanowią część Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków (NPOA) i są stosowane w codziennej praktyce Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Wojewódzkiego w Opolu. Należy tu dodać, że Szpital Wojewódzki w Opolu jest jedną z niewielu placówek ochrony zdrowia województwa opolskiego uczestniczących w NPOA. W przypadku różnic występujących pomiędzy procedurami rekomendowanymi w ramach NPOA a pozostałymi rekomendacjami zostaną one omówione. Wybrane zagadnienia poruszone w rekomendacjach zostały podzielone na pięć obszarów:

1. Pozycja ciała

Zalecane jest utrzymywanie półleżącej pozycji ciała, w której głowa ułożona jest pod kątem 45% – jeżeli nie ma przeciwwskazań – w stosunku do tułowia jako metody w znaczący sposób zapobiegającej występowaniu VAP, poprzez zmniejszenie ryzyka aspiracji wydzieliny. Pozycja ta powinna być utrzymywana zwłaszcza u pacjentów żywionych enteralnie. Brak jest natomiast dowodów potwierdzających wpływ rotacji bocznej pacjenta na obniżenie zapadalności na VAP [2, 3, 8, 11].

2. Higiena jamy ustnej

Rekomendacja w ramach NOPA nie zaleca szczoteczkania zębów jako *stricte* profilaktyki VAP, lecz zaleca jako metodę utrzymywania ogólnej higieny jamy ustnej. Według autorów *Strategii zapobiegania lekooporności w oddziałach intensywnej terapii. Rekomendacje profilaktyki zakażeń w oddziałach intensywnej terapii*, w badaniach obserwacyjnych i badaniach randomizowanych oraz szczególnym przeglądzie piśmiennictwa nie stwierdzono zmniejszenia zapadalności na VAP w wyniku szczoteczkania zębów pacjentów [8]. Również pozostałe przywołane powyżej zalecenia nie uznają szczoteczkania za kluczowy, ale raczej pomocniczy element programu zapobiegania zapaleniu płuc poprzez kompleksową pielęgnację/higienę jamy ustnej [2, 9, 10, 12]. Kluczowym elementem profilaktyki VAP jest natomiast stosowanie 2% roztworu chlorheksydyny 2–4 razy dziennie, wykonując toaletę jamy ustnej. Rekomendacja w ramach NOPA zaleca takie działanie zwłaszcza u pacjentów leczonych respiratorem po zabiegach kardiochirurgicznych, u pozostałych pacjentów zaleca rozważenie zastosowania 2% roztworu chlorheksydyny, ostrzega przed stosowaniem jej u dzieci poniżej 2 miesiąca życia. W pozostałych opracowaniach dopuszcza się stosowanie cetylopirydyny i oktenidyny

ny jako preparatów cechujących się wysoką skutecznością w zwalczaniu płytki nazębnej oraz zmian grzybiczych [6, 9, 10, 11, 12].

3. Farmakologiczne metody profilaktyki VAP

Rekomendacja w ramach NOPA nie zaleca stosowania selektywnej dekontaminacji przewodu pokarmowego SDD (*Selective Digestive Tract Decontamination*) czy selektywnej dekontaminacji jamy ustnej SOD (*Selective Oropharyngeal Decontamination*) poprzez podawanie niewchłaniających się antybiotyków – można stosować tę metodę tylko w ośrodkach o niskiej lekooporności na antybiotyki, dokonując jednocześnie oceny wpływu SDD na zmianę lekooporności [8, 11]. Selektowna dekontaminacja, oprócz zmniejszenia liczby rozpoznań VAP, może stymulować bowiem antybiotykooporność i powodować powstawanie lekoopornych szczepów [13].

4. Pielęgnacja dróg oddechowych

We wszystkich powołanych rekomendacjach zaleca się używanie rurek dotchawiczych z możliwością odsysania podgłośniowego, jeżeli przewidywany czas wentylacji będzie dłuższy niż 48–72 godz. Drenaż wydzieliny podgłośniowej jest szczególnie skuteczny w zapobieganiu wczesnych VAP (*elary-onest VAP*) [2, 8, 9, 13]. Rutynowa wymiana rurek intubacyjnych nie jest zalecana ze względu na ryzyko zakażenia patogenami aspirowanymi z jamy ustnej i gardła. Przypadkowa ekstubacja jest również zdarzeniem, które powinno zachodzić jak najrzadziej [2, 8, 9, 13].

5. Sprzęt do terapii oddechowej

Nie jest zalecana wymiana rur do respiratora w określonych przedziałach czasu, zaś układ rur powinien być wymieniany tylko w przypadku uszkodzenia lub zabrudzenia [3, 8]. Rekomendacja w ramach NOPA stwierdza iż brak jest przewagi układu odsysania zamkniętego nad otwartym w zakresie zapobiegania VAP, zmniejszania ryzyka kolonizacji dróg oddechowych i następnie przenoszenia drobnoustrojów chorobotwórczych między pacjentami, zaś stosowanie układu zamkniętego zalecane jest w przypadku leczenia pacjentów z zakażeniem, które może być przenoszone drogą powietrzną lub kropelkową, w tym grypa, gruźlica, SARS [8]. Stanowisko to znajduje potwierdzenie w innych publikacjach [14]. Natomiast opracowania grupy zadaniowej PTPA i IO wskazują na inne badania, które rekomendują stosowanie układu zamkniętego nie tylko w przypadku chorych z ARDS ze względu na stałe utrzymywanie wartości PEEP, chorych

z zakażeniami przenoszonymi drogą powietrzną lub kropelkową czy pacjentów wentylowanych powyżej czterech dni, ale zalecają stosowanie układu zamkniętego w przypadku wszystkich zaintubowanych pacjentów [9, 12]. Próbując rozstrzygnąć tę rozbieżność, należy wziąć pod uwagę także zgłaszane wątpliwości co do właściwej efektywności odsysania w układzie zamkniętym [3]. Decyzja o zastosowaniu zamkniętego lub otwartego układu odsysania powinna być więc podjęta po starannej każdorazowej analizie danego przypadku z uwzględnieniem czynnika ekonomicznego.

Wszystkie przywołane rekomendacje wskazują na konieczność stosowania rurek intubacyjnych z cienkim mankietem oraz utrzymywania ciśnienia w tym mankiecie w przedziale 20–30 cm H₂O, co ma zapobiegać aspiracji treści i minimalizacji ryzyka uszkodzenia ściany tchawicy [2, 8, 9].

Podsumowanie

Odrespiratorowe zapalenie płuc nadal stanowi poważny problem współczesnej medycyny ze względu na częstość występowania oraz wysoki wskaźnik śmiertelności z nim związany. Rekomendacje dotyczące profilaktyki VAP, opracowane przez grupy ekspertów na podstawie wiarygodnych badań naukowych, są akceptowane przez środowisko medyczne. Konsekwentne wprowadzanie tych rekomendacji w praktyce ma podstawowe znaczenie dla poprawy jakości opieki nad pacjentem OIT. Wraz z postępem naukowo-technicznym i zmianą lekooporności drobnoustrojów rekomendacje i zalecenia będą ulegać zmianom i dlatego należy nieustannie śledzić publikacje związane z tą tematyką. Wobec ograniczonych środków przeznaczonych na ochronę zdrowia ogromne znaczenie ma efektywność ekonomiczna proponowanych w rekomendacjach rozwiązań. Nawet najlepiej sporządzona rekomendacja nie da spodziewanych efektów, jeżeli personel medyczny nie zostanie w stosowny sposób przeszkolony w stosowaniu rekomendowanych procedur, a monitorowanie realizacji zalecanych rozwiązań będzie traktowane jako jeszcze jeden zbędny obowiązek o charakterze administracyjnym. W przypadku różnic występujących pomiędzy poszczególnymi rekomendacjami czy zaleceniami należy przeprowadzić staranną analizę proponowanych rozwiązań i wybrać rozwiązanie najlepiej dopasowane do sytuacji zdrowotnej danego pacjenta.

Bibliografia

- [1] Guzek A., Rybicki Z., Truszczyński A., Tomaszewski A. Ocena porównawcza wrażliwości in vitro pseudomonas areuginosa oraz acinetobakter baumannii na karbapenemy. *Zakażenia* 2010, 10 (6): 33.
- [2] Wójkowska-Mach J., Różańska A., Misiewska-Kaczur A., Kübler A., Bulanda M., Heczko P. B. Polskie zalecenia grupy ekspertów na temat profilaktyki szpitalnych zapaleń płuc u pacjentów wentylowanych. *Zakażenia* 2011, 11 (1): 94.
- [3] Weiß G., König B. *Zakażenia na oddziale intensywnej terapii. Diagnostyka i leczenie*. Wrocław: Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner 2014.
- [4] Hryniewicz W., Kravanja M., Ozorowski T. *Sprawozdanie z realizacji NPOA*. Warszawa: Narodowy Instytut Leków 2012: 38.
- [5] Szreter T. Odrespiratorowe zapalenie płuc – profilaktyka, leczenie. *Zakażenia* 2009, 9 (3): 74.
- [6] Krymska B. Higiena jamy ustnej w profilaktyce VAP. *Zakażenia* 2012, 12 (3): 87.
- [7] Dziewa A. M. *Jakość opieki pielęgniarskiej a zakażenia szpitalne. Praca na stopień doktora nauk medycznych*. Lublin: Uniwersytet Medyczny w Lublinie 2013: 105.
- [8] Hryniewicz W., Kusza K., Ozorowski T., Misiewska-Kaczur A., Fleischer M., Trejnowska E., Deptuła A. *Strategia zapobiegania lekooporności w oddziałach intensywnej terapii. Rekomendacje profilaktyki zakażeń w oddziałach intensywnej terapii z roku*. Warszawa: Narodowy Instytut Leków 2013: 80–100.
- [9] Pilch D., Mędrzycka-Dąbrowska W., Snopek B. Zalecenia grupy roboczej do spraw praktyki w pielęgniarstwie anestezyjologicznym i intensywnej opieki PTPAiO w sprawie wytycznych pielęgnacji dróg oddechowych u pacjentów dorosłych wentylowanych mechanicznie leczonych w oddziale intensywnej terapii. *Pielęgniarstwo w Anestezjologii i Intensywnej Opiece* 2015, 1 (1): 7–12.
- [10] Pilch D., Mędrzycka-Dąbrowska W. Zalecenia grupy roboczej do spraw praktyki w pielęgniarstwie anestezyjologicznym i intensywnej opieki PTPAiO w sprawie wytycznych pielęgnacji jamy ustnej u pacjentów dorosłych leczonych w oddziale intensywnej terapii. *Pielęgniarstwo w Anestezjologii i Intensywnej Opiece* 2015, 1 (1): 13–20.
- [11] Niedermann M. S., Craven D. E., Bonten M. J. Infectious Diseases Society of America, American Thoracic Society Documents. Guidelines for management of adults with hospital-acquired, ventilator-acquired, and healthcare-associated pneumonia. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 2005, 171: 388–416.
- [12] Pilch D. Opieka pielęgniarska jako ważny element prewencyjny VAP, zdarzenia niepożądanego u pacjentów wentylowanych mechanicznie na oddziałach intensywnej terapii. *Forum Zakażeń* 2014, 5 (4): 225–233.
- [13] Bobik P., Siemiątkowski A. Zapalenie płuc i inne infekcje związane z wentylacją mechaniczną. *Pneumonologia i Alergologia Polska* 2014, 82 (5): 472–480.
- [14] Augustyn B. Ventilator-associated pneumonia. Risk factors and prevention. *Critical Care Nurse* 2007, 27 (4): 32–39.

Adres do korespondencji:
mgr Lilianna Gawłów-Nowak
ul. Opolska 4
47-364 Strzeleczyki
tel. 692 627 909
e-mail: liloi@interia.pl

Bruksizm – charakterystyka schorzenia.

Zadania pielęgniarki POZ w diagnostyce i leczeniu

Manuela Palisa^{1,2}, Lucyna Sochocka²

¹ Szpital Rejonowy im. dr Józefa Rostka w Raciborzu

² Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu

Wprowadzenie

Bruksizm jest zaburzeniem, które polega na niekontrolowanym i nawykowym zgrzytaniu zębami, a także na ich zaciskaniu [1]. Jest to zjawisko coraz częściej występujące we współczesnym świecie, można bowiem przyjąć, iż 85–90% ludzkiej populacji zgrzyta zębami bądź zaciska je na pewnym etapie swojego życia [2].

Amerykańska Akademia Medycyny Snu podaje, iż bruksizm to nieprawidłowość motoryczna w obszarze jamy ustnej, którą charakteryzuje: zaciskanie zębów oraz zgrzytanie nimi podczas snu. W 2013 r. opublikowano międzynarodowy konsensus, gdzie bruksizm określono jako: nawracającą aktywność mięśni szczęki, która objawiała się zgrzytaniem, wysuwaniem bądź usztywnieniem zuchwy, a także zaciskaniem zębów [2].

Rodzaje bruksizmu

Znawcy zagadnienia, o którym mowa, Brocard, Laluque oraz Knellesen określili bruksizm jako parafunkcjonalną aktywność nocną bądź dzienną zębów. Podział ten powstał dlatego, iż jedni pacjenci znacznie częściej podatni są na występowanie epizodów bruksizmu podczas dnia, które są konsekwencją wzmożonego napięcia emocjonalnego pacjenta, zaś drugą grupę stanowią pacjenci, którzy przejawiają zwiększoną aktywność w trakcie snu. Zdaniem autorów występowanie bruksizmu nocnego lub dziennego, bądź obu postaci

równocześnie, przeważnie charakteryzuje ludzi dorosłych; dzieci zgrzytają zębami tylko w nocy [3].

Jurkowski, Mierzwińska-Nastalska oraz Kostrzewa-Janicka wskazują na bruksizm pojawiający się w trakcie snu – SB (*sleep bruxism*), zwrócono bowiem uwagę na to, iż sen nie występuje jedynie w trakcie nocy, dlatego też nie należy nazywać go „nocnym bruksizmem”, oraz bruksizm, który ujawnia się w trakcie czuwania – AB (*awake bruxism*) ponieważ czuć można zarówno w trakcie dnia jak i w nocy. AB charakteryzuje się tym, że osoba jest świadoma istnienia i występowania epizodów bruksizmu oraz jest w stanie sama kontrolować jego pojawienie się. W tej postaci nie występuje charakterystyczne zgrzytanie zębami, objawem typowym bowiem jest bezdźwięczne zaciskanie zębów, którego siła zależy od stanu emocjonalnego pacjenta (jego napięcia) [2].

Istnieje również klasyfikacja, która wyróżnia bruksizm pierwotny, tzw. idiopatyczny oraz wtórny, czyli jatrogeny. Zarówno pierwsza jak i druga postać może występować w dzień oraz w nocy. Bruksizm idiopatyczny ujawnia się bez możliwych przyczyn medycznych, w przeciwieństwie do jatrogennego, gdzie schorzenia ogólne (np. neurologiczne, psychiatryczne, stosowanie leków, zaburzenia snu) stanowią powody jego powstania – co więcej, ten rodzaj może doprowadzić do znacznego nasilenia się bruksizmu idiopatycznego – pierwotnego, a także może stanowić jego podstawową przyczynę.

Pacjenci zwykle nie zdają sobie sprawy z występowania żadnego z rodzajów bruksizmu [4–7].

Etiologia bruksizmu

Stomatologia zalicza bruksizm do parafunkcji. Określenie to kryje w swoim znaczeniu nieprawidłowe i szkodliwe nawyki oraz czynności nietypowe, określane jako odruchy warunkowe, dotyczące narządu żucia; pojawiają się one nieświadomie, zarówno w dzień jak i w nocy [4, 8]. Można je zaliczyć do czynników mechanicznych, które są najczęstszymi przyczynami powodującymi tzw. uszkodzenia w obrębie tkanek zębów pochodzenia niepróchnicowego. Powstają one w wyniku zwiększonej aktywności układu mięśniowego, jego napięcia oraz przeciążenia układu stomatognatycznego.

Na wystąpienie parafunkcji mają wpływ czynniki emocjonalne, głównie stres, za którego wyzwolenie odpowiedzialny jest układ limbiczny. Parafunkcje manifestują się zwłaszcza w okresie dorastania (według badań, częstość ich występowania w okresie rozwojowym wynosi około 80%),

wówczas u dzieci i młodzieży obserwowane są następstwa stresu związane z podjęciem nauki w przedszkolach, szkołach, egzaminami, zmianami hormonalnymi, problemami wynikającymi z życia rodzinnego [9]. Stale narastające stany nerwowe oraz napięcia emocjonalne tłumione są w podświadomości. Nie zawsze człowiek potrafi je rozładować, brak rozładowania sprawia, iż poszukują one ujścia w czasie pracy, snu, a także w zupełnie innych sytuacjach, w których zanika kontrola naszej świadomości. Przedstawione sytuacje wyzwalały w osobie tzw. czynności zastępcze, które są nieświadome, np. parafunkcje [10].

Vanderas i wsp., na podstawie badań przeprowadzonych wśród dzieci, stwierdzili, iż podwyższony poziom stresu znacznie zwiększa ryzyko zaistnienia anomalii w stawach skroniowo-żuchwowych [11]. Dowiedli tego również Kleinrok oraz Baron i wsp., którzy twierdzili, iż wzmożone napięcie nerwowo-mięśniowe wzmagają parafunkcjonalne stany. Niniejsze obserwacje są dowodem tego, że bruksizm występuje częściej u osób charakteryzujących się zwiększonym napięciem emocjonalnym [12].

Opublikowane dane wskazują, że bardzo często cechy osobowości człowieka wiążą się z etiologią bruksizmu. Do tych charakterystycznych cech badacze zaliczają: występowanie niepokoju, wzmożonej aktywności, agresji. Inni uczeni – Fischer i O’Toole dowiedli, że nieśmiałość, unikanie kompromisów, mniejsze poczucie własnej wartości oraz skłonność do zamartwiania się wzmagają podatność na występowanie bruksizmu. Natomiast wyniki badań Friedmana i Rosenmana ukazują powiązanie tego schorzenia z charakterystyczną osobowością typu A. Osoby takie są bardziej skłonne do rywalizacji, konfliktowe, ambitne, stale się spieszące. W znacznym stopniu nastawione są na osiągnięcie sukcesów w możliwie najkrótszym czasie. Cechują się także używaniem nadmiernej gestykulacji, wzmożonym napięciem nie tylko mięśni twarzy, ale również całego ciała oraz zaciskaniem zębów [12, 13].

Stwierdza się, iż bruksizm, zaraz po depresji i syndromie wypalenia zawodowego (wypalenie zawodowe objawia się m.in. zaburzeniem snu, wzmożonym napięciem, tikami nerwowymi, co przyczynia się do wystąpienia bruksizmu), stanowi kolejną chorobę obserwowaną u menadżerów, osób pracujących na wysokich stanowiskach oraz wśród kadr kierowniczych. Badacze z Finlandii w swoich obserwacjach zauważyli, iż stres związany z wykonywaniem pracy w znacznym stopniu odzwierciedla się wzmożonym zaciskaniem szczęki, jak i zgrzytaniem zębami [14, 15].

Objawy bruksizmu

Objawy, które występują w przebiegu bruksizmu, można podzielić na: ogólnoustrojowe, pochodzące z jamy ustnej oraz związane z mięśniami obręczy barkowej i mięśniami twarzy [10]. Objawy ogólnoustrojowe zainicjowane są w głównej mierze bólem pochodzącym ze stawu skroniowo-żuchwowego. Chorzy często skarżą się na poranne bóle mięśni żucia oraz bóle głowy o charakterze napięciowym, które w ciągu dnia mogą się zmniejszyć lub całkowicie ustąpić (70% osób cierpiących na migrenę dodatkowo cierpi na bruksizm). Zdarza się jednak, że intensywność bólu nie zmniejsza się, wówczas trwający godzinami ból przyczynia się do osłabienia aktywności życiowej chorego. Napięciowe bóle głowy są bólami o charakterze rozlanym, uciskowym, kłującym, zlokalizowanymi obustronnie, niemniej jednak zdarza się, że są silniejsze w określonym obszarze czaszki. W bardziej zaawansowanych stanach ból z mięśnia żucia może promieniować w okolice szyi, karku i pleców, ponieważ mięśnie stanowią źródło tzw. przeniesionych bólów (heterotropowych), co oznacza, że owe bóle są odczuwane w obszarze innym niż docelowe źródło bólu. Chorzy dodatkowo obserwują u siebie, w trakcie poruszania żuchwą, sztywność, zwłaszcza w okresie jej opuszczania. Kolejny objaw ogólnoustrojowy to zaburzona praca gruczołów ślinowych (zmniejszona produkcja śliny) oraz zaburzenia w obrębie zmysłu słuchu i ból ucha (obserwowane szумы, trzaski bądź zatykanie się ucha na skutek bliskiego sąsiedztwa stawu skroniowo-żuchwowego z narządem słuchu) [16–19].

Następna grupa symptomów związana jest z mięśniami obręczy barkowej oraz mięśniami twarzy. W tej grupie charakterystycznym objawem jest przerost mięśnia skroniowego oraz żwacza. Specjaliści określają ten objaw u chorych jako „kwadratowa twarz”. Wzmoczone napięcie wyżej wymienionych mięśni powoduje wyczuwalną bolesność w okolicach ich przyczepów. Obserwowany jest także ból ręki i ból w okolicy obręczy barkowej oraz znacznie wzmoczone napięcie mięśniowe, zwłaszcza mięśnia mostkowo-obojęczykowo-sutkowego [19].

Ostatnią grupę stanowią objawy zlokalizowane i zaobserwowane w obrębie jamy ustnej. Do tej grupy przede wszystkim można zaliczyć patologiczne starcia zębów (m.in. guzków zlokalizowanych na zębach), które powstają w rezultacie zgrzytania lub zaciskania zębami. Czynności te prowadzić mogą do pęknięcia szkliwa, powstania tarczów ścierania, złamania zębów oraz ubytków klinowych (obniżanie dziąseł). W wyniku braków zębowych dochodzi do obniżenia wysokości zwarcia. Charakterystyczne są również stany

zapalne przyzębia oraz krwawienia, które można zaobserwować w trakcie mycia zębów. Ponadto notuje się widoczne na błonie śluzowej policzków bliznowate zgrubienia, macerację oraz anemizację [5, 19, 20].

Profilaktyka bruksizmu

Biorąc pod uwagę fakt, że społeczeństwo w małym stopniu zdaje sobie sprawę z występowania bruksizmu, a tym samym także z jego poważnych konsekwencji, ważna jest profilaktyka tej choroby. Chorzy nie są świadomi występowania tej parafunkcji, gdyż przeważnie ujawnia się ona w czasie snu. Jak wskazują wyniki badań przeprowadzonych przez Melisa i Abou-Atmego wśród 1014 badanych będących w różnych przedziałach wiekowych, jedynie 27,2% badanych świadoma była występowania u siebie bruksizmu [7, 17].

Próba eliminacji parafunkcji ma bardzo istotne znaczenie w profilaktyce i leczeniu dysfunkcji układu żucia. Jak wcześniej wspomniano, parafunkcje występujące w obrębie narządu żucia są czynnościami podejmowanymi przez człowieka odruchowo, mającymi na celu próbę rozładowania napięcia psychoemocjonalnego. Prowadzi to do patologii w okolicach twarzoczaszki.

W zwalczaniu nieprawidłowych nawyków sprzyjających wystąpieniu bruksizmu, należy uwzględnić edukację w zakresie metod pozwalających na efektywne radzenie sobie w sytuacjach stresowych, bowiem stres odgrywa dominującą rolę w etiologii tego schorzenia [17, 21, 22].

Bardzo ważne jest uświadomienie pacjentom, jak wielkie zagrożenie dla zdrowia niesie ze sobą stres. Sytuacje stresowe mogą być wynikiem różnorodnych wydarzeń związanych np. z życiem osobistym człowieka lub z jego procesem leczenia. Stresowi sprzyja także szybkie tempo życia, stałe zmaganie się z nowymi zadaniami, problemami, oczekiwaniami. Tym samym życie staje się z wiekiem coraz bardziej stresujące: okres buntu, zmiana szkół, poszukiwanie własnej tożsamości, autorytetów w dzieciństwie i okresie dorastania; praca, kłopoty rodzinne – na kolejnym etapie życia; obniżona sprawność ruchowa, różnorodne choroby wieku podeszłego, ciężki stan bytowy – w okresie starości – wszystko to może wyzwać stres [23, 24].

Radzenie sobie ze stresem rozumiane jest jako styl, rodzaj strategii bądź proces. Nie każdy, indywidualnie wybrany przez człowieka, sposób radzenia sobie z uporczywymi czynnikami stresogennymi pozwala skutecznie zminimalizować lub wyeliminować stres. Wówczas objawy z nim związane się nasilają i pogłębiają. Dochodzi do zaburzonej pracy poszczególnych układów naszego organizmu (m.in. układu krążenia, oddechowego,

pokarmowego, moczowo-płciowego, a także układu ruchu). W organizmie człowieka obserwuje się zwiększony poziom napięcia mięśniowo-nerwowego, pojawiają się problemy somatyczne, zmęczenie. Człowiek zaczyna uciekać w różnorodne nałogi (alkohol, leki, tytoń). Pojawiają się także objawy motoryczne, takie jak tiki [24].

Aby nauka metod radzenia sobie ze stresem była efektywna, w pierwszej kolejności człowiek powinien poznać własny organizm, mowę swojego ciała oraz wyzwalane emocje. Określenie stresujących sytuacji ułatwi walkę ze stresem. Efektywna umiejętność radzenia sobie z nim wymaga od człowieka także tego, aby w sytuacji stresowej umiał opanować swoje emocje oraz potrafił wybrać korzystny i właściwy sposób działania.

Heszen-Niejodek podała, iż radzenie sobie ze stresem uwarunkowane jest wyborem stylu zmagania się z nim oraz umiejętnością kontroli nieprzyjemnych sytuacji. Na podstawie materiałów źródłowych można wyróżnić osiem strategii dotyczących technik zmagania się ze stresem. Wśród sposobów, których autorami są C. Dunkel-Schechter, R. S. Lazarus oraz S. Folkman, wyróżnia się: dystansowanie, poszukiwanie wsparcia wśród społeczeństwa, próbę planowania i rozwiązywania trudności, naukę samo-kontroli, konfrontacyjny sposób radzenia sobie ze stresem, staranie się, aby nie unikać odpowiedzialności, pozytywne przewartościowanie, ucieczka-unikanie problemów [13, 15, 24].

Najbardziej efektywnymi metodami walki ze stresem są, w głównej mierze, metody polegające na zmianie życiowych nawyków oraz zastosowanie odpowiednich technik behawioralnych. Prowadzenie aktywnego trybu życia ma istotne znaczenie, ponieważ aktywność fizyczna potrafi w prosty sposób rozładować kumulujące się w organizmie napięcie. Co więcej, w trakcie wykonywanego przez nas ruchu w organizmie wytwarzany jest hormon nazywany serotoniną, który wpływa pozytywnie na polepszenie naszego samopoczucia. Bardzo dobrą metodą, która pozwoli na relaksację i odprężenie, jest znalezienie własnego hobby, które z pewnością pozwoli chociaż na chwilę oderwać się od codziennie napotykanym problemom życiowych.

Kolejnym sposobem są techniki umysłowe, rozumiane jako medytacje powiązane z relaksacją. Poprzez naukę prawidłowego głębokiego oddechu, który polega na wciąganiu nosem powietrza a następnie powolnym jego wypuszczaniu ustami, można zrelaksować ciało. Próba utrzymywanie stałej ciepłoty naszego ciała wpływa również odprężająco na organizm.

Nie można zapomnieć o najprostszej metodzie metodę walki ze stresem, czyli o rozmowie – za pomocą słowa potrafimy wyrazić nasze odczucia, lęki, emocje.

Istotne znaczenie mają również zachowania prozdrowotne, takie jak umiejętność zarządzania czasem, prowadzenie zdrowego stylu życia (odpowiednia dieta, prawidłowa higiena snu, pamięć o wypoczynku, próba walki z nałogami). Należy również próbować kontrolować organizm, odrzucając natrętne myśli.

Współczesnemu człowiekowi trudno jest uwolnić się od stresu, ponieważ jednak jest to jedna z przyczyn bruksizmu, należy propagować wśród przedstawicieli każdej grupy wiekowej efektywne metody radzenia sobie z nim, aby zmniejszać częstość występowania tego zjawiska. Nie od dziś bowiem wiadomo, że lepiej zapobiegać niż leczyć.

Leczenie bruksizmu

Bruksizm to schorzenie, wobec którego podejmuje się różne metody leczenia, w tym leczenie: ogólne, miejscowe, objawowe, przyczynowe. Oprócz leczenia stomatologicznego istotną rolę odgrywa także leczenie behawioralne i farmakologiczne [10].

Do leczenia behawioralnego kwalifikuje się kilka metod. Przestrzeganie higieny snu stanowi jedną z nich, gdyż zdrowe nawyki wpływają korzystnie na jakość snu. Przykładowym zaleceniem jest próba ograniczenia picia przed snem kawy, alkoholu, palenia papierosów oraz spożywania ciężkich posiłków. Następną metodą leczenia jest *biofeedback*, tj. technika relaksacyjna, przy pomocy której monitorowane są parametry życiowe pacjenta (temperatura ciała, praca serca, ciśnienie krwi), wykorzystuje się również tutaj elektromiografię. Posługując się tą metodą, pacjent ma możliwość dokładniejszej obserwacji swojego organizmu. Pozytywne efekty biofeedbacku częściej obserwowane są w trakcie leczenia aniżeli po jego zakończeniu. Kolejną metodą stosowaną w terapii bruksizmu jest walka ze stresem oraz lękiem. Leczenie polega na próbie zmiany stylu życia, poznaniu sposobów radzenia sobie ze stresem, nauce ćwiczeń relaksacyjnych oraz zastosowaniu psychoterapii poznawczo-behawioralnej. Metodą, która ma również zastosowanie w leczeniu tego schorzenia, jest hipnoterapia.

Leczeniem, które może towarzyszyć wyżej wymienionym metodom, jest fizjoterapia. Zabiegi fizjoterapeutyczne powinny w głównym stopniu dotyczyć odcinka szyjnego kręgosłupa oraz stawu skroniowo-żuchwowego. Sednem tego leczenia jest tzw. inaktywacja punktów spustowych przy użyciu różnego rodzaju technik. Zalicza się do nich np.:

- mobilizację uciskową, która polega na zastosowaniu okrężnego ucisku w miejscu spustowego punktu (cel – zmniejszenie uczucia bólu);

- uwalnianie pozycyjne, polega na wyszukiwaniu punktów spustowych (mięśniowo-powięziowych), a następnie ułożeniu pacjenta w odpowiedniej pozycji (powinien znajdować się w niej przez okres 90 s.) – takiej, w której ból będzie mniej odczuwalny (zmniejszy się do 2 stopnia w przypadku wykorzystania skali VAS). Sam punkt spustowy w tej technice także powinien zniknąć. Sposób ten zalecany jest do stosowania w stanach dużego, ostrego bólu;
- rozluźnianie mięśniowo-powięziowe, metoda ta wykorzystywana jest w przypadku bólów większej liczby mięśni. Jej zadaniem jest zlokalizowanie, przy pomocy palpacyjnego badania, oporu mięśniowego i próba jego eliminacji. Rozluźnienie mięśniowo-powięziowe powinno się rozpoczynać w obrębie skroni, przechodzić na mięsień żwacz, kończyć na mięśniu mostkowo-obojęzyczkowo-sutkowym;
- aktywne rozluźnienie, czyli wykonanie ucisku na tkanki przy równoczesnym ich rozciąganiu (powoduje to uczucie odprężenia, relaksu oraz rozluźnienia mięśni poprzez zwiększenie ich elastyczności, a tym samym także zmniejszenie uczucia bólu);
- poizometryczna relaksacja, która polega na wykonaniu izometrycznego napięcia mięśnia a następnie jego rozluźnieniu. Efektem tej metody jest przede wszystkim uczucie rozluźnienia i relaksu mięśnia oraz możliwość większego zakresu ruchu w stawie.

Ostatnią, powszechnie wykorzystywaną metodą jest masaż głęboki (głębokie rozcieranie okolic spustowego punktu). Zaleca się również krioterapię, laseroterapię, ciepłolecznictwo. Wymienione zabiegi mają na celu przywrócenie prawidłowego krążenia krwi oraz przemiany materii w mięśniach nadmiernie obciążonych pracą [10, 17, 25].

W leczeniu farmakologicznym stosuje się leki, których zadaniem jest zwiotczenie oraz rozluźnienie mięśni i obniżenie napięcia psychoemocjonalnego pacjenta. W trakcie bólu chorzy sięgają po niesteroidowe leki przeciwwzapalne (NLPZ). Przykładowe medykamenty to leki: przeciwdepresyjne, przeciwdrgawkowe, adrenergiczne, dopaminergiczne, toksyna botulinowa, uspokajające [10, 25].

Istotnym sposobem leczenia jest leczenie stomatologiczne. U osób, u których zdiagnozowano patologiczne starcie zębów, zalecany jest plan leczenia wielospecjalistycznego. W skład niniejszego planu wchodzi endodontyczne leczenie zębów, protetyczne leczenie (wykorzystanie stałych uzupełnień) oraz wydłużenie koron zębów za pomocą zabiegu chirurgicznego. Niestety nie funkcjonuje jeszcze optymalna (efektywna) metoda leczenia bruksizmu.

Zmniejszenie wysokości zwarcia, zmieniona artykulacja na skutek patologicznego starcia, pogorszenie okluzji oraz istniejące na dużym poziomie ryzyko dotyczące niepowodzenia w leczeniu wpływa na to, iż leczenie uzębienia pacjentów z bruksizmem stanowi niemałe wyzwanie dla stomatologów.

Walkę z bruksizmem należy uznać za długotrwałą i skomplikowaną. Pierwszym, a zarazem zasadniczym, etapem leczenia jest przeprowadzenie oceny okluzji, dodatkowo scharakteryzowanie (ocenie) przednich, wzajemnych kontaktów zębowych oraz zdefiniowanie, czy obecne zaburzenia są wynikiem patologicznego starcia. W przypadku leczenia planowego bierze się również pod uwagę możliwość wcześniej przeprowadzonego leczenia ortodontycznego.

Dziś częściej wybierane są przez lekarzy małoinwazyjne metody leczenia patologicznego starcia zębów. Zastosowanie protetycznych, stałych uzupełnień (zwłaszcza ceramicznych koron) pozwala na zachowanie estetyki uzębienia. W leczeniu miejscowym wykorzystuje się twarde, akrylowe szyny ochronne, które pacjent zakłada na noc. Przykładowymi szynami relaksacyjnymi są szyny typu Michigan (celem tej szyny jest kontrola skutków bruksizmu). Ponadto wykorzystuje się również inne aparaty służące do odciążenia mięśni, np. aparat Hawleya lub płytką nagryzowa Sveda. Stosuje się także szyny repozycyjne w sytuacji, gdy dodatkowo w przebiegu bruksizmu obecne jest przemieszczanie się krążków stawowych lub głowy żuchwy [10, 25].

Zadania pielęgniarek POZ oraz medycyny szkolnej w diagnostyce i leczeniu bruksizmu

Pielęgniarka medycyny szkolnej, zgodnie z systemem opieki zdrowotnej, jest również pracownikiem POZ. Współpraca pomiędzy pracownikami POZ oraz pracownikami szkoły powinna być ściśle ze sobą prowadzona [26].

Niezależnie od miejsca zatrudnienia, pielęgniarka powinna być liderem zdrowia. Sprawuje ona funkcję terapeutyczną, profilaktyczną, wychowawczą, ponadto opiekuńczą (ukierunkowaną na asystowanie, wspieranie oraz pomaganie), rehabilitacyjną oraz funkcję polegającą na promowaniu zdrowia. Jak podaje Woynarowska, pielęgniarka jest konsultantem medycznym, edukatorem oraz inicjatorem wszelkich akcji promujących zdrowie. Z racji tego, jej zadaniem jest prowadzenie tak ważnej edukacji zdrowotnej i profilaktycznej wśród całego społeczeństwa. Ową edukacją jest przekazywanie ludziom istotnej dla zdrowia wiedzy dotyczącej tego, co dla organizmu człowieka szkodliwe, a co korzystne oraz nauka prawidłowych nawyków,

działań, za pomocą których można w praktyczny sposób wykorzystać udostępnioną wiedzę [26–29].

Wykorzystując informacje uzyskane w trakcie edukacji, człowiek może indywidualnie dokonywać wyborów na podstawie których sam zdecydował, jak będzie wyglądało jego dalsze życie.

Reasumując, w ówczesnych czasach coraz większą uwagę poświęca się nie tylko leczeniu, ale również promowaniu zdrowia, roli edukacji i profilaktyki. Ważną zasadą działań pielęgniarzkich jest to, aby traktować pacjentów indywidualnie i sprawować nad nimi opiekę zarówno w chorobie jak i zdrowiu [30].

Spółczesność w dużym stopniu przypisuje jedynie lekarzom stomatologom odpowiedzialność za zdrowie jamy ustnej (zębów i przyzębia), jednak działania profilaktyczne powinny być zalecane także przez lekarza pediatrę lub lekarza rodzinnego (lekarza pierwszego kontaktu) oraz pielęgniarkę. Profilaktyka zdrowia jamy ustnej powinna rozpocząć się możliwie wcześnie – w piśmiennictwie czytamy, że najpóźniej w okresie ząbkowania malucha. Wczesna profilaktyka wpłynie w znacznym stopniu na wytworzenie prawidłowego nawyku dbania o stan zdrowia jamy ustnej. Należy od najmłodszych lat uświadamiać dzieciom pozytywne korzyści płynące z dbania o higienę oraz zdrowie jamy ustnej.

Porównując dane z piśmiennictwa dotyczące tego, kiedy powinna odbyć się u dziecka pierwsza stomatologiczna wizyta i przeprowadzone pierwsze badanie, znajduje się dwa różne stanowiska. Pierwsze zachęca do wizyty stomatologicznej tak wcześnie, jak to tylko możliwe. Zgodnie z amerykańskimi zaleceniami, wizyta stomatologiczna dziecka po raz pierwszy powinna się odbyć w 6. miesiącu życia, w okresie kiedy dochodzi do wyrzynania się pierwszych mlecznych zębów (nie powinna zostać przeprowadzona później niż do 12 miesiąca życia).

W celu uświadomienia dzieciom jak ważna jest profilaktyka i zdrowie jamy ustnej, pielęgniarka również powinna edukować i współpracować z ich rodzicami bądź opiekunami. Odpowiednia postawa dorosłych może wpłynąć na to, że młody człowiek będzie bardziej kontrolował swoje nawyki higieniczne. Rodzice powinni obserwować swoje dzieci w trakcie mycia zębów.

Do profilaktyki dotyczącej wad w obrębie zgryzu zaliczane jest leczenie zachowawcze mlecznych zębów, eliminacja przyczyn niewłaściwego oddychania, zapobieganie próchnicy oraz próba eliminacji szkodliwych nawyków manifestujących anomalie w gryzieniu, polykaniu lub żuciu (dotyczy bruksizmu) [31].

Z badań Panek i Mankiewicz wynika, że powinno wprowadzać się w szkołach programy edukacyjne, których celem będzie poinformowanie społeczności (rodziców, dzieci, młodzież, nauczycieli) o szkodliwym działaniu

i nieprzyjemnych skutkach parafunkcji oraz ich oddziaływania na układ stomatognatyczny. Dodatkowo zaleca się w placówkach szkolnych profilaktykę parafunkcji oraz powiadamianie podopiecznych, u których parafunkcje występują, o możliwości leczenia – wczesne rozpoczęcie terapii znacznie spowolni, będące efektem niniejszych nawyków, niekorzystne procesy zachodzące w naszym organizmie [7].

Pielęgniarka powinna swoim podopiecznym, opiekunom, rodzicom zwrócić uwagę, aby już od wczesnych lat dziecka potrafili zaobserwować i wyodrębnić u niego niewłaściwe czynności, takie jak: ssanie smoczka, kciuka czy innych przedmiotów, dodatkowo zaciskanie zębów, zgrzytanie, obgryzanie paznokci, nagryzanie, zaciskanie lub ssanie warg. Dzięki prowadzonym działaniom edukacyjnym, rodzice (i nie tylko) powinni uświadomić sobie, jak niebezpieczne mogą być następstwa wynikające z powyższych szkodliwych nawyków [31].

Wady zgryzu mogą być spowodowane czynnikami endogennymi lub egzogennymi (do tej grupy należy bruksizm). Zapobieganie chorobom w obrębie przyzębia, zgodnie z WHO (Światową organizacją Zdrowia), zostało podzielone na trzy rodzaje:

- pierwotne zapobieganie (obejmuje ono grupę osób mających zdrowe przyzębie – zwłaszcza młodzież oraz dzieci);
- wtórne zapobieganie (pacjenci, u których zostały zaobserwowane objawy wczesnej fazy choroby);
- zapobieganie trzeciorzędowe (pacjenci leczeni w skutek chorób w obrębie przyzębia). Profilaktyka w zapobieganiu trzeciorzędowym w głównej mierze polega na zapobieganiu ponownemu nawrotowi choroby, zminimalizowaniu uporczywych następstw oraz utrwaleniu wyników zastosowanego leczenia.

Profilaktyka bruksizmu dotyczy przede wszystkim zapobiegania pierwotnego, gdyż tutaj wliczane są eliminacje parafunkcji, a ponadto wdrożenie wczesnego leczenia oraz zapobieganie i przede wszystkim zrozumienie tego, jak istotne znaczenie mają kontrolne stomatologiczne wizyty (w trakcie wizyty obejmującej kontrolę stanu jamy ustnej dodatkowo stomatolog powinien wykonać analizę zgryzu).

W grupie noworodków bada się staw skroniowo-żuchwowy, uszkodzenia w obrębie żuchwy (wrostki kłykciowe), sprawdza się również mięsień mostkowo-obojczykowy-sutkowy. Badania te wykonuje się, aby uchronić dzieci przez zeszczywnieniem oraz utworzeniem się stawów rzekomych.

W profilaktyce okresu poniemowlęcego, jak i przedszkolnego, zwraca się uwagę na zapobieganie wszelkim parafunkcjom, profilaktyka obejmuje

także naukę ćwiczeń, które warunkują właściwy tor oddychania nosem, a ponadto odpowiednie napięcie mięśni twarzy.

Eliminacja parafunkcji przede wszystkim polega na oduczeniu się, bądź całkowitym wyeliminowaniu, szkodliwych nawyków poprzez wytłumaczenie dzieciom i dorosłym tego, jak niekorzystne niosą one ze sobą konsekwencje dla zdrowia. Dodatkowo warto nauczyć pacjentów różnych ćwiczeń relaksacyjnych, które z pewnością pomogą w walce z bruksizmem.

Profilaktykę można podzielić na tę, którą prowadzi się indywidualnie oraz tę prowadzoną grupowo. W wieku pomiędzy 10 a 12 rokiem życia wykorzystuje się profilaktykę grupową, w której zwraca się uwagę na promocję zdrowia oraz wszelkie działania mające na celu wyeliminowanie tworzącej się nazębnej płytki. Osoby od 13 do 17 roku życia należą do grupy będącej w wieku dojrzewania – tu lepszym wyborem jest profilaktyka indywidualna [31].

W eliminacji parafunkcji pielęgniarka powinna wziąć pod uwagę kilka ważnych zasad. Po pierwsze, w przypadku podejrzenia wystąpienia u podopiecznego bruksizmu, powinna skierować go do stomatologa. Istotne jest to, aby uświadomić pacjentom, zarówno tym młodym jak i starszym, fakt wykonywania przez nich określonej parafunkcji, np. bruksizmu. Kolejne zadanie polega na mobilizacji pacjentów do samokontroli parafunkcji (zwracanie uwagi na zaciskanie zębów w trakcie dnia, dopytywanie osób śpiących w pobliżu, czy w trakcie nocy osoby te słyszały dźwięki związane ze zgrzytaniem zębów) oraz próbie wyrobienia przez nich motywacji mającej na celu walkę z niniejszymi szkodliwymi nawykami (sposoby radzenia sobie ze stresem, ćwiczenia relaksacyjne). Jej zadaniem jest wytłumaczenie pacjentom przyczyn wpływających na występowanie nawyków, jakimi są parafunkcje oraz poinformowanie podopiecznych o wynikających z nich konsekwencji dla zdrowia. Rolą pielęgniarki będzie również zaproponowanie metod polegających na próbie zastąpienia danej parafunkcji innym nawykiem, który nie będzie szkodliwy dla zdrowia, np. rodzice powinni oduczyć dziecko używania smoczka, ponieważ może ono doprowadzić do niewłaściwego kształtowania się łuków zębowych lub wałów dziąsłowych. W tym celu należy skierować uwagę dziecka na zupełnie inne przedmioty. Pielęgniarki powinny przypominać swoim młodym oraz dorosłym podopiecznym o kontrolach w gabinetach stomatologicznych, jak również informować, że wdrożenie wczesnego leczenia bruksizmu znacznie obniży poziom przykrych konsekwencji dla zdrowia [22].

Podsumowanie

Leczenie bruksizmu to długotrwały i trudny proces. Niemalże znaczenie w tym procesie odgrywa pielęgniarka POZ. Jedną z jej ról (w odniesieniu do bruksizmu) jest edukacja podopiecznych w kierunku poznania sposobów radzenia sobie ze stresem i kierowanie podopiecznych do specjalistów. Bruksizm jest nawykiem, a zadaniem pielęgniarki jest uświadomienie pacjentom samego faktu jego istnienia. Bardzo często na zadane pytanie: „Czym jest bruksizm?”, ludzie odpowiadają: „Pierwszy raz słyszę taką nazwę”. Po wyjaśnieniu znaczenia tego pojęcia można usłyszeć: „Tak, znam osobę zgrzytającą zębami”, „Gdy się denerwuję, często zaciskam zęby”. To dowodzi, jak częsty jest to problem w społeczeństwie oraz jak niski jest poziom wiedzy na ten temat.

Bibliografia

[1] Ziółkowska-Kochan M., Kochan J., Pracka D., Drózd W., Borkowska A. Bruksizm – problem interdyscyplinarny. *Czasopismo Stomatologiczne* 2007, 60 (6): 391–397. <http://czas.stomat.net/upload/articles/8/721.pdf> [25.11.2013].

[2] Jurkowski P., Kostrzewa-Janicka J., Mieszwińska-Nastalska E. Bruksizm – patologia, zaburzenie czy zjawisko fizjologiczne? Przegląd piśmiennictwa. Część I – definicja, epidemiologia i diagnostyka bruksizmu. *Protetyka Stomatologiczna* 2013, 63 (6): 450–458. <http://prot.stomat.net/upload/articles/15/1492.pdf> [30.12.2013].

[3] Brocard D., Laluque J-F., Knellesen Ch. *Bruksizm*. Warszawa: Wydawnictwo Kwintesencja 2013: 7–8, 11–12, 15, 21, 31–32, 79.

[4] Szwedzińska K., Szczepańska J. Zaburzenia narządu żucia u dzieci i młodzieży – na podstawie piśmiennictwa. *Nowa Stomatologia* 2012, 2: 45–49. http://www.czytelniamedyczna.pl/4110_zaburzenie-narzadu-zucia-u-dzieci-i-mlodziezy-na-podstawie-pismienictwa.html [29.12.2013].

[5] Paesani D. A. Bruxism: Theory and practice. http://www.quintpub.com/PDFs/book_preview/B9046.pdf [30.12.2013].

[6] Colonna-Walewska M. Ocena objawów akustycznych występujących w stawach skroniowo-żuchwowych u młodzieży szkolnej ze współistniejącymi wadami zgryzu. *Czasopismo Stomatologiczne* 2008, 61 (4): 260–266. <http://czas.stomat.net/upload/articles/9/857.pdf> [28.11.2013].

[7] Mankiewicz M., Panek H. Występowanie parafunkcji narządu żucia u młodocianych. *Dental and Medical Problems* 2005, 42 (1): 95–101. http://www.dmp.am.wroc.pl/artykuly/DMP_2005421095.pdf [14.01.2014].

[8] Karłowska I. *Zarys współczesnej ortodoncji*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2008: 62, 68, 70.

[9] Olczak-Kowalczyk D., Wagner L. *Wprowadzenie do stomatologii dziecięcej*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego 2012: 142–151.

[10] Haładus K., Sitko-Gap J. Bruksizm – choroba XXI wieku. <http://blog.msz.czest.pl/bruksizm-choroba-xxi-wieku/> [7.01.2013].

[11] Olszewska-Czyż I., Chomyszyn-Gajewska M., Borkowska J., Kawka K., Pitera-Augustyn A., Rączka M., Sobczuk A. Zależność między stresem a zapaleniem dziąseł. *Poradnik Stomatologiczny* 2011, 9: 370–377. http://poradnik-stomatologiczny.pl/pl/articles/item/20205/zaleznosci_miedzy_stresem_a_zapaleniem_dziaseł [26.11.2013].

[12] Mankiewicz M., Panek H. Wpływ wybranych czynników psychoemocjonalnych na występowanie bruksizmu. *Dental and Medical Problems* 2006, 43 (1): 89–93. http://www.dmp.am.wroc.pl/artykuly/DMP_2006431089.pdf [8.02.2014].

[13] Kurpas D., Kaczmarek-Dylewska M. *Promocja zdrowia psychicznego*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo 2012: 94–96.

[14] Kastamonu K. Zgrzytanie na zdenerwowanie – bruksizm. http://zdrowiedla-kazdego.info/index.php?option=com_content&view=article&id=999:zgrzytanie-na-zdenerwowanie-bruksizm&catid=49:warto-wiedzie&Itemid=92 [7.02.2014].

[15] Wilczek-Rużyczka E. *Radzenie sobie ze stresem*. W: Andruszkiewicz A., Banaszek M. red. *Promocja zdrowia w praktyce pielęgniarki i położnej. T. 2*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2012: 199, 203–207.

[16] Majchrzak K., Burzyńska B., Kostrzewa-Janicka J., Mierzwińska-Nastalska E. Ocena czynników miejscowych i ogólnych mających wpływ na układ ruchowy narządu żucia. *Protetyka Stomatologiczna* 2011, 61 (3): 196–203. <http://prot.stomat.net/upload/articles/13/1288.pdf> [7.02. 2014].

[17] Czajkowska D., Lisiński P., Samborski W. Terapia manualna w leczeniu zespołu bólu mięśniowo-powięziowego w przebiegu bruksizmu. *Dental Forum* 2013, 41 (1): 57–64. http://www.dentalforum.ump.edu.pl/uploads/2013/1/57_1_41_2013.pdf [10.02.2014].

[18] Victor M., Ropper Allan H. *Neurologia Adamsa i Victora*. Lublin: Wydawnictwo Czelej 2003: 66.

[19] Dyczek H. Bruksizm i inne parafunkcje stawu skroniowo-żuchwowego. <http://www.chiropraktycy.pl/pdf/2008/Henryk%20Dyczek%20-%20Bruksizm%20i%20inne%20parafunkcje.pdf> [10.02.2014].

[20] Karłowska I. *Zarys współczesnej ortodoncji*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2008: 62, 68, 70.

[21] Olszewska-Czyż I., Chomyszyn-Gajewska M., Borkowska J., Kawka K., Pitera-Augustyn A., Rączka M., Sobczuk A. Zależność między stresem a zapaleniem dziąseł. *Poradnik Stomatologiczny* 2011, 9: 370–377. http://poradnik-stomatologiczny.pl/pl/articles/item/20205/zaleznosci_miedzy_stresem_a_zapaleniem_dziaseł [26.11.2013].

[22] Woynarowska B. *Profilaktyka w pediatrii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2008: 185–190.

[23] Panek H., Śpikowska-Szostak J. Wpływ stresu i cech osobowości na dysfunkcje skroniowo-żuchwowe i bruksizm na podstawie piśmiennictwa i badań własnych. *Dental and Medical Problems* 2009, 46 (1): 11–16. http://www.dmp.am.wroc.pl/artykuly/DMP_2009461011.pdf [29.12.2013].

[24] Kózka M., Płaszewska-Żywko L. *Diagnozy i interwencje pielęgniarские*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2008: 309–311.

[25] Aloe F. Sleep bruxism treatment. *Sleep Science* 2009, 2 (1): 49–54. http://www.sleepscience.com.br/pdf/articles/vol2/SleepScience_vol2_issue01_art08.pdf [10.04.2014].

[26] Kilańska D. *Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej. T. 1*. Lublin: Wydawnictwo Makmed 2010: 25, 38–43, 46–53, 78, 88–95, 244.

[27] Węgrzynowicz M. *Rola podstawowej opieki zdrowotnej w systemie ochrony zdrowia*. Piła: Wydawnictwo Tekst 2009: 60–62, 82, 103–105.

[28] Kobos E., Leńczuk-Gruba A., Sienkiewicz Z. *Wybrane aspekty edukacji zdrowotnej w pracy pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania*. W: Steciwko A., Kurpas D., Sochocka L. red. *Dziecko i jego środowisko. Wyzwania pediatrii w XXI wieku – problemy zdrowotne dzieci w wieku szkolnym*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo 2010: 7–12.

[29] Haor B., Szczukowska K., Głowacka M., Ponczek D. *Realizacja funkcji profilaktycznej przez pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania*. W: Kochman D. red. *Wyzwania dla praktyki pielęgniarskiej XXI wieku*. Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna we Włocławku 2010: 169–172.

[30] Śnieg A. *Pielęgniarka doradcą, edukatorem i promotorem zdrowia*. W: Śnieg A. red. *Opieka nad dziećmi i młodzieżą w praktyce pielęgniarskiej*. Warszawa: Wydawnictwo RA-ABE 2010: 43–44.

[31] Nitsch-Osuch A., Pirogowicz I. *Profilaktyka chorób zębów i przyzębia – dla czego nigdy nie jest za wcześnie*. W: Pirogowicz I., Steciwko A. red. *Dziecko i jego środowisko. Promocja zdrowia i profilaktyka chorób w pediatrii*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo 2007: 90, 97–98, 100.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Lucyna Sochocka

Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej

ul. Katowicka 68

45-060 Opole

tel. 77 44 23 509

e-mail: l-sochocka@wp.pl

Rola pielęgniarki w opiece nad dawcą krwi

Beata Siwek^{1,2}, Teresa Niechwiadowicz-Czapka²

¹Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Opolu

²Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu

Wstęp

Krew to jeden z najcenniejszych leków, jakim dysponuje medycyna. Jest potrzebna nie tylko ofiarom wypadków, ale również osobom cierpiącym na szereg poważnych chorób. Ratuje zarówno zdrowie, jak i życie ludzkie. Nadzór nad systemem publicznej służby krwi sprawuje Minister Zdrowia poprzez koordynowanie działalności w zakresie organizacji pobierania krwi, oddzielania jej składników oraz zaopatrzenia w krew. Podstawą prawną funkcjonowania tego systemu jest ustawa z dnia 22.08.1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2014 r. poz. 332). Ustawa reguluje zagadnienia z zakresu krwiodawstwa i krwiolecznictwa.

Leczenie krwią jest możliwe tylko dzięki stałej bazie dawców. Honorowe krwiodawstwo jest akcją społeczną mającą na celu pozyskiwanie krwi od osób zdrowych na rzecz osób wymagających transfuzji [1]. Krwiodawcy krew i jej składniki oddają dobrowolnie i bezpłatnie, co jest odbiciem ogólnoświatowego kierunku i tendencji [2]. Krwiodawca pełni ważną rolę w systemie krwiolecznictwa, jest postacią kluczową. Przepisy prawne mówią o tym, iż „Krew powinni pobierać pod nadzorem lekarza odpowiednio przeszkoleni pracownicy”, którymi są najczęściej pielęgniarki zatrudnione w regionalnych centrach krwiodawstwa [3, 4].

Publikacje dotyczące przetaczania krwi są zazwyczaj ukierunkowane na samo leczenie krwią. W literaturze medycznej jest mało informacji o krwiodawcach. Osoba dawcy traktowana jest marginalnie. Tylko w niektórych opracowaniach można znaleźć informacje na temat samopoczucia dawcy i jego losów po oddaniu krwi oraz opieki pielęgniarstwiej nad dawcą krwi.

Obecność wyspecjalizowanego personelu medycznego, w tym pielęgniarek, zajmującego się dawcą podczas oddawania krwi, zabezpiecza zarówno jego, jak i biorcę przed groźnymi powikłaniami zdrowotnymi. Pielęgniarka opiekując się dawcą krwi, ponosi ogromną odpowiedzialność za jego zdrowie. W zakres jej obowiązków wchodzi rejestracja dawcy, pobieranie krwi do badań oraz sam zabieg pobierania krwi. Celem niniejszej pracy jest przedstawienie roli i zadań personelu pielęgniarskiego w stosunku do dawcy krwi.

Przygotowanie dawcy do zabiegu

Pielęgniarka pracująca w oddziale terenowym Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa towarzyszy dawcy od momentu wejścia do placówki aż do jej opuszczenia, co stanowi podstawę w zapewnieniu bezpieczeństwa zarówno krwiodawcy, jak i potencjalnemu biorcy krwi. Dawca, zgłaszając się do placówki celem oddania krwi, zazwyczaj nie jest świadomy wymagań stawianych mu przed zabiegiem. Powinien on spełniać warunki, głównie zdrowotne, które pozwolą bezpiecznie pobrać krew i jednocześnie nie spowodują ujemnych skutków dla jego stanu zdrowia oraz zdrowia przyszłego biorcy. Kandydatom na dawców i dawcom personel stacji krwiodawstwa, w tym także pielęgniarka, przekazuje w przystępnej formie informacje na tematy związane z zabiegiem oddania krwi. Informacje te dotyczą:

- roli, jaką krew pełni w ustroju,
- przebiegu procesu pobrania krwi i jej składników,
- rodzajów poszczególnych składników otrzymywanych z krwi pełnej oraz uzyskanych metodą aferezy.

Dawca musi być poinformowany o rodzaju i celu przeprowadzonych u niego badań laboratoryjnych, konieczności badania lekarskiego oraz wyrazić pisemną zgodę na pobranie krwi lub jej składników [3]. Nieoceniona jest wtedy właśnie rola pielęgniarki-rejestratorki, a nie tylko rejestratorki medycznej. Wykształcenie medyczne posiadane przez pielęgniarki w znacznym stopniu ułatwia komunikację z dawcą i prowadzi do zbudowania poczucia bezpieczeństwa u dawcy. Jasno i konkretnie udzielane odpowiedzi na szczegółowe pytania dawcy prowadzą do tego, że bez obaw oddaje on krew. Taka relacja z dawcą jest szczególnie istotna w przypadku zabiegu pobrania krwi autologicznej u dzieci [7].

Istotą wywiadu przeprowadzonego przez pielęgniarkę-rejestratorkę jest niedopuszczenie do oddania krwi przez dawcę obciążonego ryzykiem

przeniesienia chorób zakaźnych. Ważne jest zaznajomienie dawcy z „Informacją o chorobach zakaźnych dla krwiodawców”. Wywiad przeprowadzany przez pielęgniarkę ma miejsce w warunkach zapewniających dyskrecję. Wszystkie przekazane informacje podlegają tajemnicy zawodowej obowiązującej pielęgniarkę [6]. Potencjalny krwiodawca jest informowany o możliwości wycofania zgody na oddanie krwi zarówno przed, jak i w czasie donacji, a także o postępowaniu, kiedy donacja nie może być pobrana ze względu na przeciwwskazania zdrowotne. W czasie wypełniania obowiązkowego kwestionariusza, w razie wątpliwości w rozumieniu pytań w nim zawartych, dawca także może liczyć na pomoc pielęgniarki-rejestratorki.

Wnikliwa obserwacja kandydata do oddania krwi oraz poznanie motywów, którymi kieruje się on przy jej oddawaniu, może ustrzec biorcę przed poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi. Rolą pielęgniarki jest uświadomienie dawcy, iż najważniejszą ideą krwiodawstwa jest pomoc, a nie zaszkodzenie, zarówno sobie, jak i potencjalnym biorcom („maksimum korzyści, minimum szkody”). Rozmowa z dawcą mającą cechy edukacji zdrowotnej prowadzi do zmiany jego nastawienia do oddania krwi. Niweluje także uczucie odrzucenia, zmieszania czy zdenerwowania często pojawiające się w sytuacji, kiedy kandydat dowiadyuje się, że nie może zostać krwiodawcą. Celem takiego postępowania jest dostarczenie informacji na temat wartości zdrowia oraz spowodowanie, aby potencjalny krwiodawca w przyszłości zechciał te informacje praktycznie wykorzystać [8].

Pielęgniarka pracująca w regionalnym centrum krwiodawstwa jest odpowiedzialna za prawidłowe udzielanie informacji związanych z oddawaniem krwi, przygotowaniem dawcy do zabiegu. Przed przystąpieniem do wypełnienia kwestionariusza przez krwiodawcę pielęgniarka zadaje mu pytania na temat możliwości zarażenia wirusami przenoszonymi drogą krwi (czy w ostatnich 6 miesiącach miał wykonany tatuaż, przekłucie, zabieg diagnostyczny z naruszeniem ciągłości tkanek lub zabieg chirurgiczny). Pyta również, czy dawca zjadł posiłek (jaki i w jakiej ilości), czy zażywa leki, czy leczy się w poradni specjalistycznej. Pozwala to na zapewnienie bezpieczeństwa i komfortu psychicznego dawcom krwi podczas pobierania donacji. Przed wprowadzeniem danych do systemu komputerowego rejestratorka-pielęgniarka sprawdza, czy dawca nie znajduje się na liście osób zdyskwalifikowanych, a w przypadku dawcy wielokrotnego sprawdza datę ostatniej donacji, ponieważ odstęp pomiędzy kolejnymi donacjami musi wynosić 56 dni. Kandydat na dawcę lub dawca, po weryfikacji, jest rejestrowany w zależności od jego aktualnego statusu w systemie. Jeżeli wymaga on

wykonania kontrolnego badania wirusologicznego lub kontrolnej morfologii, rejestrowany jest w celu wykonania tego badania i nie wypełnia kwestionariusza dla dawców.

Opieka nad dawcą podczas oddawania krwi

Pobieranie krwi, które wykonuje pielęgniarka pod nadzorem lekarza, odbywa się w pracowni pobierania wyposażonej w klimatyzację, regulowane fotele dla krwiodawcy, urządzenia i niezbędny sprzęt. Krew jest pobierana wyłącznie do pojemników z tworzyw sztucznych, które posiadają oznakowanie CE. Są one wcześniej poddawane procesowi kwalifikacji. Przed pobraniem krwi pielęgniarka każdorazowo dokonuje wizualnej kontroli i oceny zestawu pojemników [3].

Pomimo licznych instrumentalnych zadań pielęgniarki podczas pobierania krwi musi ona pamiętać, że w tym momencie dawca jest osobą najważniejszą i zapewnić mu właściwą opiekę. Pielęgniarka tłumaczy dawcy kolejność i zasadność wykonywanych czynności, uspokaja i próbuje zmniejszyć stres, pomaga zająć wygodne miejsce w fotelu (co jest bardzo istotne u niesprawnych dawców autologicznych), podaje do przeczytania instrukcję zachowania w przypadku zdarzeń nagłych podczas i po oddaniu krwi. Jednocześnie monitoruje samopoczucie dawcy i podejmuje, w razie konieczności, odpowiednie działania.

W opiece nad dawcą podczas pobierania krwi ważne jest prowadzenie z nim rozmowy. Mimo że dawca przebywa w pracowni tylko około 20 minut, bardzo potrzebuje kontaktu słownego z pielęgniarką. Spowodowane jest to zazwyczaj strachem przed wkłuciem i jego następstwami. Dla pielęgniarki ważne są informacje dotyczące samopoczucia dawcy, motywy oddania krwi. Pytania zadawane przez krwiodawcę mogą ukierunkować pielęgniarkę i lekarza na możliwe, ale nie ujęte w kwestionariuszu, jego problemy zdrowotne. Dobra współpraca pielęgniarki i krwiodawcy, zbudowanie wzajemnego zaufania, mogą ustrzec biorcę przed poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi.

Pielęgniarka uspokaja dawcę krwi, odwraca jego uwagę od wykonywanych czynności. Musi być przy tym empatyczna i taktowna. Bardzo istotne jest jednak zachowanie dystansu pomiędzy pielęgniarką a dawcą. Dawcy często czują się w oddziale terenowym bardzo swobodnie i niejednokrotnie na zainteresowanie pielęgniarki ich stanem zdrowia reagują niewłaściwie – niechęcią bądź nadmiernym spoufalaniem się. Dotyczy to zarówno dawców wielokrotnych, jak i oddających krew pierwszy raz.

Zabieg oddania krwi i jej składników jest dla dawcy bezpieczny, ponieważ odbywa się pod nadzorem lekarza i jest wykonywany przez odpowiednio przeszkolony personel pielęgniarski. Mogą jednak czasami wystąpić niepożądane reakcje (hemodynamiczne, naczyniowe, metaboliczne czy alergiczne). Najczęściej występują powikłania hemodynamiczne. Wiązą się one ze zmniejszeniem objętości krwi krążącej, ponieważ jednorazowe pobranie krwi pełnej w ilości 450 ml powoduje zmniejszenie objętości krwi całkowitej o 1/5–1/2 [4]. Objawiają się one reakcją wazowagalną, omdleniem, arytmia, niezwykle rzadko zapaścią lub zawałem serca [5].

Wnikliwa obserwacja krwiodawców prowadzona przez pielęgniarkę pod kątem ewentualnych powikłań oddania krwi pozwala je, przynajmniej częściowo, eliminować, a wczesne wykrycie objawów powikłań jest warunkiem podejmowania działań ratowniczych. Pielęgniarka jest też pierwszą osobą udzielającą pomocy dawcy.

Wszystkie powikłania u dawcy pielęgniarka zgłasza lekarzowi kwalifikującemu. Są one odnotowane, z uwzględnieniem ich następstw, okoliczności i podjętych działań, w dokumentacji dawcy oraz w systemie zapewnienia jakości. Wszystkie przypadki powikłań stwierdzonych u dawców są rejestrowane w systemie o zasięgu ogólnokrajowym [3].

Promocja honorowego krwiodawstwa

Niezwykle ważna jest także rola pielęgniarki promującej oddawanie krwi, głównie wśród dawców rodzinnych oraz osób, które przychodzą oddać krew po raz pierwszy. Pielęgniarka w oddziale terenowym krwiodawstwa pełni także ważną rolę edukatora, mającą na celu przede wszystkim zabezpieczenie biorcy przed przetoczeniem mu krwi zakażonej. W trakcie bezpośrednich kontaktów z kandydatami na dawców i dawcami uświadamia im skutki ryzykownych zachowań seksualnych oraz niebezpieczeństwa zakażenia wirusami przenoszonymi drogą krwi.

Dawcy autologiczni

Oprócz honorowych dawców krwi, regionalne centra krwiodawstwa pobierają i przechowują krew dawców autologicznych. Dawca do autotransfuzji jest przyjmowany na podstawie skierowania wydanego przez szpital, gdzie będzie przeprowadzany zabieg operacyjny wymagający dokonania transfuzji krwi. Podobnie jak dawca honorowy, niespokrewniony dawca autologiczny

wypełnia kwestionariusz, zaznaczając jako zabieg docelowy „pobranie krwi do autotransfuzji”. Musi także wyrazić pisemną zgodę na przeprowadzenie zabiegu pobrania krwi. Zostaje poinformowany o badaniach, jakie będą wykonywane przy okazji pobrania donacji, a także o tym, iż jednostki krwi niezużyte do celów autotransfuzji zostaną zniszczone [3]. Ponieważ w większości są to chorzy dotknięci dysfunkcją narządu ruchu oraz w podeszłym wieku, pielęgniarka pomaga im w zajęciu wygodnego miejsca do wypisania kwestionariusza, chowa do szafki rzeczy osobiste przyniesione do placówki, przygotowuje kawę lub herbatę na życzenie, pomaga w wypełnieniu kwestionariusza, wyjaśnia trudne pytania. W miarę możliwości, w przypadku trudności w poruszaniu się chorego, ogranicza celowość niepotrzebnego przemieszczania się w pomieszczeniu rejestracji.

Osobną grupę dawców autologicznych stanowią dzieci. Mogą one być kwalifikowane do zabiegu po uzyskaniu pisemnej zgody rodziców bądź opiekunów prawnych. Kwestionariusz wypełnia rodzic lub dziecko (jeśli potrafi czytać i rozumie treść kwestionariusza), ale zawsze w obecności rodzica. Pielęgniarka udziela informacji na temat procesu pobierania, uspokaja i zapewnia poczucie bezpieczeństwa rodzicowi i dziecku. Pomimo informacji udzielonych przez personel szpitala na temat celowości autologii u dziecka, rodzic i samo dziecko są na ogół zaniepokojeni nieznaną procedurą pobrania krwi. Rolą pielęgniarki jest wyjaśnienie wątpliwości (w zakresie swoich kompetencji) oraz wzmocnienie przekonania o słuszności wykonania zabiegu donacji autologicznej, który zaproponował lekarz wykonujący zabieg operacyjny. Istotną informacją dla rodzica będzie poinformowanie go, iż prosta procedura predonacji może znacząco, choć nie całkowicie, zredukować transfuzję krwi obcej, która niesie ze sobą ryzyko powikłań po przetoczeniu krwi allogenicznej [7].

Dawcy niepełnosprawni

Ważnym zadaniem pielęgniarki jest indywidualne podmiotowe podejście do każdego kandydata na dawcę i dawcy. W swojej pracy pielęgniarka styka się z różnymi typami osobowości dawców. Są wśród nich również osoby niepełnosprawne fizycznie, które chcą oddawać krew pomimo swoich dysfunkcji. Jeżeli nie ma medycznych przeciwwskazań, dawcami krwi mogą być osoby niepełnosprawne fizycznie – głuchoniemi, niewidomi, z niedorozwojem kończyn.

Dawcy ociemniali

W przypadku dawcy ociemniałego, który przychodzi do stacji krwiodawstwa bez towarzyszącej mu osoby widzącej, pielęgniarka przez cały czas jest obecna u jego boku. Przede wszystkim zapoznaje go z topografią placówki, pomaga mu umieścić ubrania wierzchnie w szafce. Przygotowuje dla niego kwestionariusz do wypełnienia. Regionalne centra krwiodawstwa posiadają również kwestionariusz przygotowany pismem Braille'a. Jest to wersja przeznaczona do odczytu, a odpowiedzi dawca zaznacza na zwykłym kwestionariuszu. Wersje kwestionariusza dla widzących często są zmieniane, niestety nie zawsze idzie to w parze z uaktualnieniem kwestionariusza dla niewidomych. Wtedy pielęgniarka czyta wszystkie informacje i zaznacza odpowiedzi, które wskazuje dawca. Po wypełnieniu kwestionariusza podprowadza krwiodawcę do rejestracji, gdzie w obecności rejestratorki i lekarza dawca podpisuje kwestionariusz. Zazwyczaj pielęgniarka opiera długopis trzymany przez niewidomego o swój palec i poleca złożyć w tym miejscu podpis. Często tacy dawcy mają pieczętkę, sygnaturę swojego podpisu. Po wypełnieniu formalności w rejestracji pielęgniarka prowadzi dawcę na stanowisko analiz lekarskich. Istotne jest to, aby to ona była przewodnikiem. Dawca chwytą pielęgniarkę pod rękę i idzie za nią. Ważny jest kontakt słowny pomiędzy nimi, aby zapewnić niewidomemu poczucie bezpieczeństwa i pewności siebie. Podczas pobierania próbki do badań pielęgniarka dokładnie tłumaczy dawcy wszystkie kolejne czynności tak, aby nie dopuścić do nagłych reakcji na ukłucie lub wyjęcie igły. Po pobraniu krwi do badań przyprowadza dawcę do gabinetu lekarskiego. Następnie lekarz po zbadaniu i zakwalifikowaniu niewidomego dawcy przekazuje go pielęgniarce wykonującej zabieg pobrania krwi. Pielęgniarka dokonuje identyfikacji dawcy na podstawie dowodu tożsamości, jednocześnie pytając go o personalia. Pomaga w przygotowaniu obu zgięć łokciowych do pobrania krwi, tj. albo sama myje je wg schematu, albo wskazuje kolejność czynności dawcy. Jeżeli jest tylko instruktorką, to każdorazowo rękę dawcy kładzie na odpowiednim preparacie, aby wiedział on, jak się nim posłużyć. Po umyciu rąk dawcy i przygotowaniu zestawu do pobierania pomaga mu zająć miejsce w fotelu. Przez cały czas mówi do niego, jednocześnie uważnie obserwując i słuchając dawcy. Przed wykonaniem każdej czynności informuje o niej krwiodawcę. Po zakończeniu pobierania krwi poleca ucisnąć mocno miejsce wkłucia. Gdy dawca dobrze się czuje, odprowadza go do rejestracji, aby mógł odebrać przygotowane dla niego upominki. Pomaga wyjąć rzeczy z szafki i odprowadza niewidomego krwiodawcę do drzwi wyjściowych.

W przypadku wielokrotnych niewidomych dawców krwi opieka nie jest już tak intensywna. Znają oni dokładnie topografię pomieszczeń, a personel rozróżnia ją po głosie. Również „droga dawcy” jest im doskonale znana. Na pewno ważny jest dla nich brak zmian w funkcjonowaniu placówki, bo pozwala im to na większą samodzielność podczas pobytu w niej.

Dawcy głuchoniemi

Również osoby głuchonieme są dawcami krwi. Ich pierwsza wizyta zaczyna się od odwiedzin z osobą słyszącą, która zna język migowy i jest tłumaczem pomiędzy nim a personelem placówki. Taki dawca szybko orientuje się w procedurach obowiązujących podczas pobrania krwi. Samodzielnie wypełnia kwestionariusz, przy czym wszystkie problemy wyjaśnia pisemnie z pielęgniarkami – pielęgniarki również pisemnie na nie odpowiadają. To samo dotyczy badania lekarskiego i kwalifikacji do zabiegu. Natomiast pobieranie próbek krwi i samo oddawanie wymaga szczególnej współpracy pomiędzy głuchoniemym a pielęgniarką. Musi ona wyraźnie, wspomagając się mimiką twarzy, artykułować słowa, z którymi zwraca się do dawcy. Dawca głuchoniemy czyta z ruchu warg, ale także bardzo uważnie obserwuje mimikę twarzy mówiącego. Pielęgniarka zawsze zwraca uwagę, aby jej twarz była widoczna dla dawcy głuchoniemego. Jest to o tyle ważne, że brak kontaktu wzrokowego prowadzi do utraty bezpieczeństwa i pewności u krwiodawcy.

Istotną rzeczą byłoby posiadanie umiejętności posługiwania się językiem migowym przez personel centrów krwiodawstwa, ponieważ wbrew pozorom ludzi z dysfunkcją wśród potencjalnych krwiodawców jest coraz więcej.

Dawcy z innymi niesprawnościami

Wśród krwiodawców zdarzają się również ludzie, którzy mają niewykształcone kończyny górne lub częściowo stracili je podczas wypadku. Warunkiem dopuszczenia takiego dawcy do oddania krwi, oprócz względów medycznych, jest brak części jednej kończyny tylko do zgięcia łokciowego. Najczęściej dawcy ci mają jedną kończynę sprawną (ewentualnie brakuje palców ręki) i są w stanie samodzielnie wypełnić kwestionariusz oraz załatwić wszystkie formalności w rejestracji. Problemem dla nich są zabiegi wykonywane na stanowisku analiz pielęgniarskich, gdzie należy pobrać próbki do badań. Dawca może oddać krew z żyły wcześniej nienakłutej,

w związku z tym albo należy pobrać krew z sąsiedniego naczynia żylnego, albo w wsteczności pobiera się tylko krew włóścizkową do oznaczenia stężenia hemoglobiny, a probówkę przekazuje się osobie wykonującej zabieg pobrania krwi dla biorcy.

Jeżeli dawca z niedorozwojem kończyn górnych ma problemy z umyciem zgięcia łokciowego, pielęgniarka mu w tym pomaga. Sam zabieg oddawania krwi nie wymaga jakiegoś szczególnego działania ze strony personelu, dopiero moment usunięcia igły może nastroczać trudności, ponieważ po usunięciu igły należy miejsce nakłucia uciskać przez około 2–3 minuty. Dawca przyciska je kikutem drugiej ręki albo ma przygotowaną specjalną opaskę uciskową, którą pielęgniarka nasuwa na założony opatrunek. Po upływie wymaganego czasu i przed opuszczenie placówki pomaga ją dawcy zdjąć.

Wnioski

1. Postawa pielęgniarki i jej wiedza na temat krwiodawstwa stanowią podstawę zapewnienia bezpiecznego, dla dawców i biorców, pozyskiwania krwi oraz propagowania honorowego krwiodawstwa.
2. Istotną rolą pielęgniarki jest opieka nad niepełnosprawnymi dawcami krwi. Znajomość ich dysfunkcji, a także postępowania z takimi osobami pozwala na otwarcie placówek pobierających krew dla wszystkich chętnych. Należałoby rozważyć przeszkolenie przedstawicieli pracowników stacji krwiodawstwa w zakresie języka migowego.
3. Wzrost zainteresowania dawcą, jego problemami, jak również zainteresowanie personelem opiekującym się krwiodawcami mogą spowodować zwiększenie ilości dawców i poprawę organizacji krwiodawstwa.

Bibliografia

[1] Niechwiadowicz-Czapka T. *Leczenie krwią*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2011.

[2] Publiczna służba krwi. <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/publiczna-sluzba-krwi> [14.10.2014].

[3] Łętowska M. red. *Medyczne zasady pobierania krwi, oddzielania jej składników i wydawania, obowiązujące w jednostkach organizacyjnych służby krwi*. Warszawa: Instytut Hematologii i Transfuzjologii 2014.

[4] Droga dawcy krok po kroku. <http://krwiodawcy.org/droga-dawcy> [25.09.2014].

[5] Korsak J. Powikłania związane z oddawaniem krwi i jej składników. *Acta Haematologica Polonica* 2011, 42 (3): 467–472.

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

[7] Tomaszewski M., Kotwicki T., Szulc A. Skuteczność pojedynczej i podwójnej predonacji łącznej z pooperacyjnym odzyskiem krwi w operacji skolioz. *Postępy Nauk Medycznych* 2012, 6: 491–495. <http://www.czytelniamedyczna.pl/4077,skuteczność-pojedynczej-i-podwójnej-predonacji-łącznej-z-pooperacyjnym-odzyskiem.html> [1.10.2014].

[8] Ciechaniewicz W. red. *Pedagogika. Podręcznik dla szkół medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2000.

Adres do korespondencji;

mgr Teresa Niechwiadowicz-Czapka

Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej

ul. Katowicka 68

45-060 Opole

tel. 77 442 35 40

e-mail: niechwiadowiczt@wsm.opole.pl

Analiza BMI elementem leczenia chorego na gruźlicę

Alina Kopczyńska^{1,2}, Lucyna Sochocka²

¹ Oddział Chorób Płuc Stobrowskiego Centrum Medycznego w Kup

² Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu

Wstęp

Gruźlica jest jedną z najstarszych chorób na świecie, jest chorobą zakaźną wywoływaną przez prątki gruźlicy – bakterie należące do zespołu *Mycobacterium Tuberculosis*. Łacińska nazwa choroby brzmi *tuberculosis*, natomiast pojęcie *phthisis* (z gr. „pożerać, wyniszczać”) wprowadził Hipokrates w V–VI w. p.n.e. Polska nazwa „suchoty” podkreśla wyniszczający charakter choroby. Gruźlica znana była już w czasach prehistorycznych – ślady istnienia tej choroby stwierdzono bowiem, badając kości ludzkie sprzed 8 tys. lat oraz narządy wewnętrzne mumii staroegipskich sprzed 4 tys. lat. Dokumenty historyczne w postaci zapisów na glinianych tabliczkach mówiących o wyniszczającej chorobie i chorych kaszlących krwią pochodzą z VII wieku p.n.e.

Mimo że od wykrycia prątków gruźlicy minęło wiele czasu, gruźlica nie jest dziś chorobą przeszłości, nadal stanowi ogólnoswiatowy problem zdrowotny [1,2].

Gruźlica zwykle obejmuje płuca, ale może dotyczyć także innych narządów (nerek, węzłów chłonnych, kości, stawów, skóry). Nie mniej jednak w 90% przypadków występuje pod postacią gruźlicy płuc [3].

Występowanie gruźlicy na świecie i w Polsce

Ocenia się, że około 32% ludności na świecie (1,8 mld) jest zakażonych prątkiem gruźlicy; każdego roku choruje na gruźlicę 9 mln osób, a umiera z jej powodu 1,8 ml; 98% zgonów z powodu gruźlicy występuje w krajach rozwijających się (kraje subsaharyjskie i kraje południowo wschodniej Azji), w większości są to osoby zakażone HIV [4].

W Polsce w 2013 r. zarejestrowano 7 542 zachorowań na gruźlicę, czyli o 292 przypadki mniej niż w roku 2012. Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci wynosiła 18,8 i była o 4,1% niższa w porównaniu z 2012 r. oraz niższa o 24,5% w porównaniu z rokiem 2004, w którym wynosiła 24,9%. Nowych zachorowań zarejestrowano w 2013 r. 6 403 [5].

Gruźlicę płuc w 2013 r. miało 6 853 osób, natomiast 415 przypadków zachorowań to zachorowania na gruźlicę pozapłucną. Najczęstsza postacią pozapłucną były: gruźlica opłucnej – 142 chorych, gruźlica narządów płciowych – 58 chorych, gruźlica obwodowych węzłów chłonnych – 55 chorych, gruźlica kości i stawów – 54 chorych, gruźlicze zapalenie opon mózgowych i mózgu wystąpiło w 7 przypadkach. Najwyższą zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci w 2013 r. zarejestrowano w województwie lubelskim (27,4%), świętokrzyskim (24,3%) i śląskim (23,9%). W 2013 r. zapadalność na gruźlicę w grupie mężczyzn była ponad dwukrotnie wyższa niż u kobiet oraz zapadalność mieszkańców miast była wyższa niż ludności wiejskiej. Obcokrajowcy stanowią w Polsce powyżej 1% wszystkich chorych na gruźlicę, osoby w więzieniach powyżej 3%. W ostatnich dekadach wzrasta zachorowalność wśród osób bezrobotnych [5, 6].

Do rozpowszechniania się choroby przyczyniają się: niedożywienie, głód, ograniczony dostęp do służby zdrowia, narkomania, alkoholizm, starzenie się społeczeństwa, zwiększona migracja ludności oraz bezrobocie. Do grup zwiększonego ryzyka należą osoby pozostające w kontakcie z chorym na gruźlicę i osoby zawodowo narażone na kontakt z chorymi prątkującymi, np.: lekarze, pielęgniarki, pracownicy laboratorium mikrobiologicznego. Głównym celem współczesnej epidemiologii jest regularny monitoring gruźlicy, zdefiniowanie źródła zakażenia oraz śledzenie dróg transmisji [1, 7].

Niedożywienie a rozwój gruźlicy

Odżywianie jest jedną z podstawowych funkcji organizmu. Jeżeli organizm nie będzie otrzymywał odpowiedniej ilości energii i pozostałych składników odżywczych, nie będzie zdolny do prawidłowego funkcjonowania. Zaburzenia związane z odżywianiem są bardzo ważnym problemem zdrowotnym. Nadmierna masa ciała, nadwaga, otyłość jak i niedowaga oraz często związane z nią niedożywienie są przyczyną rozwoju groźnych chorób i powikłań. Badania epidemiologiczne wykazują, że niedożywienie występuje u 30–70% chorych hospitalizowanych, a około 20% spośród nich wymaga pilnego leczenia żywieniowego.

Wykazano, że niedożywienie pogarsza wyniki leczenia, zwiększa liczbę powikłań, wydłuża okres hospitalizacji, rekonwalescencji oraz zwiększa koszty leczenia [8].

Niedożywienie to zespół objawów niedoboru podstawowych składników odżywczych: węglowodanów, tłuszczów, białek, witamin oraz pierwiastków śladowych. Spowodowane jest niedostateczną podażą tych składników, trudnościami w jedzeniu, np. z powodu braków w uzębieniu, zaburzeniami łykania, połykania lub wchłaniania.

Patologiczna utrata masy komórek i tkanki tłuszczowej zamienia się w wyniszczenie z niedoborem białka i składników energetycznych. Nieprawidłowe żywienie jest istotnym czynnikiem rozwoju przewlekłych chorób, m.in. gruźlicy [9, 10]. Każdy kaszel, który nie ustępuje po trzech tygodniach, każdy spadek wagi w krótkim czasie, poty, zaburzenia w oddychaniu, brak apetytu powinny skłonić chorego do wizyty u lekarza pierwszego kontaktu. To lekarz POZ powinien rozpoznać objawy i skierować chorego do poradni pulmonologicznej, a w przypadkach zaawansowanych bezpośrednio do szpitala.

Gruźlica jest chorobą, która często dotyczy środowisk z problemami takimi jak: bezrobocie, bieda, niedożywienie, trudne warunki socjalno-bytowe. Jeśli chorzy nie podejmują leczenia, choroba postępuje i wyniszcza organizm. Chorzy w ciężkim stanie trafiają wówczas do szpitala: kaszlą, są odwodnieni, niedożywieni, wyniszczeni. Nieleczona gruźlica prowadzi do dużego spadku masy ciała i w efekcie końcowym do niewydolności narządu, w którym toczy się proces chorobowy. Mając do czynienia z chorym, u którego stwierdzi się spadek masy ciała, należy podjąć starania zmierzające do wyjaśnienia:

- w jakim czasie to nastąpiło,
- jaka jest wielkość i tempo spadku masy ciała,
- czy występowała w tym okresie gorączka,
- jak pacjent się żywi,
- jaki prowadzi tryb życia,
- czy występują zaburzenia hormonalne lub immunologiczne,
- czy zaburzenia łykania są nasilone przez przyjmowane leki [10].

W Polsce do 2011 r. ocena stanu odżywiania nie wchodziła w zakres obowiązkowych badań, które należało wykonać przy przyjęciu chorego do szpitala. Dopiero 15 września 2011 r. ukazało się Rozporządzenie Ministra Zdrowia opublikowane w Dzienniku Ustaw nr. 202 poz.1191, § 5a z dnia 15.09.2011, zgodnie z którym:

1. Świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej poddaje wszystkich świadczeniobiorców przyjmowanych do leczenia, z wyłączeniem szpitalnego oddziału ratunkowego, przesiewowej ocenie stanu odżywiania (SGA LUB NRS 2002 – u dorosłych, na siatkach wzrastania u dzieci i młodzieży), zgodnie z zasadami określonymi w „Standardach żywienia pozajelitowego i dojelitowego” Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego, lub w przypadku dzieci, zgodnie z zasadami określonymi przez Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego Dzieci.
2. Świadczeniobiorcy, u których stwierdzono na podstawie oceny, o której mowa w ust.1, zwiększone ryzyko związane ze stanem odżywiania, powinni być poddani ocenie żywieniowej.
3. Świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej, prowadzący leczenie żywieniowe jest obowiązany od formalnego powołania zespołu żywieniowego oraz stosowania zasad, o których mowa w ust. 1.
4. W skład zespołu żywieniowego, o którym mowa w ust. 3, wchodzi co najmniej: lekarz, pielęgniarka, farmaceuta i dietetyk, którzy mają zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu żywienia pozajelitowego i dojelitowego [11].

Standardy leczenia gruźlicy

Skuteczne leczenie gruźlicy ma na celu spowodowanie, aby osoba dotknięta chorobą przestała być zakaźna dla społeczeństwa. Doprowadzi to do obniżenia współczynników chorobowości i śmiertelności. Podstawą leczenia gruźlicy jest standardowa chemioterapia zapewniająca 100% wyleczenie chorego.

WHO zaleca bezpośrednio nadzorowanie leczenia gruźlicy – tzw. strategię DOTS (ang. *Directly Observed Treatment Shortt*), która zakłada instytucjonalny nadzór rządowy leczenia gruźlicy, leczenie według ustalonych standardów, zapewnienie ciągłej dystrybucji leków, analizę kosztów leczenia, prowadzenie rejestracji i sprawozdawczości pozwalającej na ocenę leczenia [12].

Leczenie przeciwprątkowe jest najważniejszym i najistotniejszym elementem leczenia gruźlicy. Od 50 lat znane są leki przeciwprątkowe, od 40 lat istnieją standardy leczenia, a ponad 10 lat temu opracowano strategię DOTS.

W Polsce od wielu lat realizowany jest nowoczesny program zwalczania gruźlicy. Kreatorem leczenia gruźlicy jest Ministerstwo Zdrowia, które zapewnia dostęp do wszystkich leków przeciwprątkowych stosowanych na całym świecie w leczeniu chorych na gruźlicę. Leki i leczenie jest bezpłatne (od końca roku 1999 Ministerstwo Zdrowia refunduje także leczenie nieubezpieczonych) [1, 7]. Prawidłowo prowadzone leczenie pozwala uzyskać rzeczywiste, trwałe wyleczenie, a chemioterapia uważana jest za najważniejsze ogniwo jej zwalczania. Dzięki stosowanym lekom pacjent prątkujący już po dwóch tygodniach ich brania przestaje być zakaźny [3, 9].

Leki przeciwprątkowe, ze względu na mechanizm działania, dzielimy na: bakteriobójcze (rifampicyna, izoniazyd, pyrazynamid, streptomycyna, etionamid, fluoronochinolony, kapreomycyna) i bakteriostatyczne (ethambutol, kwas paraaminosalicylowy, cykloseryna). Isoniazyd i rifampicyna są silnymi lekami bakteriobójczymi i zapobiegają rozwojowi lekooporności [9, 13].

Metody niefarmakologiczne

- Leczenie chirurgiczne

W czasach leków przeciwprątkowych leczenie chirurgiczne straciło swoje znaczenie. Dziś rzadko już wykonuje się torakoplastykę i leczenie odma.

Wskazaniem do interwencji chirurgicznej są:

- zmiany marskie po przebytej gruźlicy będące przyczyną rozstrzeni oskrzeli lub nawracające infekcje,
- grzybniak kropidlakowy przebiegający z nawracającymi epizodami krwioplucia,
- cienie okrągłe o podejrzanym etologii swoistej [13].

- Leczenie wspomagające

Leczenie wspomagające polega na stosowaniu odpowiedniej diety bogatej w produkty białkowe, świeże owoce, warzywa oraz pełne ziarna zbóż. Chory powinien dużo wypoczywać, pomieszczenie, w którym przebywa, powinno być często wietrzone. Po opuszczeniu szpitala wskazane jest leczenie klimatyczne, klimat górski ma szczególne znaczenie w okresie zdrowienia.

- Terapia światłem

Prątki są bardzo wrażliwe na działanie promieniowania nadfioletowego. Zastosowanie specjalnych lamp słonecznych zmniejsza rozprzestrzenianie się choroby i przyspiesza zdrowienie [1].

Leczenie dietetyczne w gruźlicy

Człowiek do utrzymania pełnego zdrowia potrzebuje wielu składników odżywczych, które pełnią bardzo ważną rolę, są niezbędne do prawidłowego funkcjonowania organizmu. Należą do nich: białko, tłuszcze, węglowodany, błonnik, witaminy, składniki mineralne, woda. Wszystkie te składniki muszą być dostarczane codziennie w odpowiedniej ilości. Dzienna racja pokarmowa powinna dostarczyć człowiekowi ok. 12–14% energii pochodzącej z białka, ok. 30% energii z tłuszczu oraz 55–65% z węglowodanów. Zdrowy człowiek potrzebuje w ciągu doby na podstawową przemianę materii 1500–1600 kcal [14].

Rozwój medycyny i nauki o żywieniu człowieka dowodzi, że racjonalne, prawidłowo realizowane żywienie jest najważniejszym czynnikiem zmniejszającym rozwój chorób. Leczenie większości chorób wymaga stosowania leczenia dietetycznego, które zwiększa skuteczność leczenia farmakologicznego oraz zmniejsza ryzyko rozwoju powikłań [15]. Żywienie w szpitalu powinno być istotnym elementem procesu terapeutycznego. Dzienna racja pokarmowa dla każdego dorosłego pacjenta powinna dostarczyć 1800–2200 kcal.

Zalecenia żywieniowe rekomendowane przez WHO dla podstawowej diety są następujące:

- energia z białka powinna wynosić 10–14% codziennego zapotrzebowania,
- energia z tłuszczów to 25–30% codziennego zapotrzebowania,
- energia z węglowodanów to 56–65% zaopatrzenia energetycznego,
- zawartość błonnika powinna mieścić się w przedziale 20–40 g/dobę [11, 15].

Nieracjonalne żywienie oraz niewłaściwa jakość spożywanej żywności w mniejszym lub większym stopniu przyczyną wielu chorób, ponieważ m.in. obniża odporność organizmu i zwiększa podatność na zakażenia. Chorzy hospitalizowani z powodu gruźlicy w większości mają niedowagę. Często są niedożywieni, skarżą się na brak apetytu. U chorych z gruźlicą krtani występują trudności w połykaniu pokarmów stałych. Rola pielęgniarki w leczeniu dietetycznym jest ogromna. Jej zadaniem jest nie tylko dostarczenie choremu odpowiedniego pożywienia, ale również zachęcenie chorego do jego spożycia, ewentualnie udzielenie pomocy przy jedzeniu. Jeżeli chory ma problemy z połykaniem, należy dostarczyć choremu posiłki o konsystencji płynnej lub papkowatej. Chorzy z niskim BMI zaleconą dietę powinni uzupełniać dodatkiem wysokobiałkowym.

Dieta chorego w gruźlicy powinna być bogata w węglowodany, białko, witaminy i składniki mineralne; powinna zawierać także dużą ilość płynów. Często u chorych wyniszczonych po przyjęciu do szpitala i wprowadzeniu właściwego schematu żywienia pojawiają się biegunki. Wówczas należy na krótki okres wyłączyć z posiłków mleko, soki, napoje, miód, ograniczyć cukier. U chorych z dłuższą trwającą gorączką należy zastosować dietę lekkostrawną [16]. U chorych z niedowagą dieta powinna dostarczyć ok. 40 kcal/kg masy ciała (np. w przypadku osoby ważącej 50 kg około 2 000 kcal). Jadłospis należy wzbogacić większą ilością warzyw, owoców, chudego mięsa, wędlin, jaj, jogurtów, twarogów, ryb morskich, pieczywa pełnoziarnistego (bogaty w błonnik i witaminy – szczególnie z grupy B), a zwłaszcza produktów bogatych w witaminy C, D i A. Posiłki powinny mieć zwiększoną kaloryczność. Dieta dla chorych na gruźlicę, mających niedowagę, powinna być bogatoenergetyczna, bogatobiałkowa, jednocześnie lekkostrawna. Bardzo ważny jest odpoczynek po każdym posiłku, a ostatni posiłek powinien być spożyty dwie godziny przed snem [17, 18].

W Stobrowskim Centrum Medycznym w Kup, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 15.09.2011 r., został powołany Zespół Żywienia, który określił niżej podane normy wskaźnika BMI jako obowiązujące (tab.1):

Tabela 1. Normy BMI w SCM w Kup

Płeć	Kobieta	Mężczyzna
Niedowaga	< 19	< 20
Norma	19–24	20–24
Nadwaga	24–30	25–30

Źródło: Stobrowskie Centrum Medyczne w Kup

Zespół Żywienia opracował, w oparciu o Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15.09.2011 r., procedurę, zgodnie z którą pielęgniarka/pielęgniarz ma obowiązek dokonać w Izbie Przyjęć u każdego pacjenta przyjętego celem hospitalizacji pomiaru masy ciała i wzrostu. Pielęgniarka w oddziale, na podstawie pomiarów masy ciała i wzrostu dokonanych w Izbie Przyjęć, oznacza wartość wskaźnika BMI. Jeżeli wartość wskaźnika BMI jest obniżona, wówczas kontrolny pomiar masy ciała powinien być wykonywany jeden raz w tygodniu. Oznaczenie wartości wskaźnika BMI dokonywane jest przy użyciu programu komputerowego.

Kolejnym elementem postępowania jest ocena stanu odżywienia pacjenta za pomocą Subiektywnej Globalnej Karty Oceny Stanu Odżywienia NRS 2002. Powyższej oceny dokonuje lekarz i pielęgniarka w oparciu o dane z wywiadu. Karty Subiektywnej Globalnej Oceny Stanu Odżywienia NRS 2002 pacjentów nowoprzyjętych następnego dnia po przyjęciu przekazywane są pracownikom Działu Żywności. Dietetyk i pielęgniarka żywieniowa zapoznają się z nimi, wprowadzając dane z kart do elektronicznego szpitalnego rejestru Kart Subiektywnej Globalnej Oceny Stanu Odżywienia NRS 2002. Następnie karty wracają do oddziału do dokumentacji pacjenta.

W odniesieniu do chorych z obniżonym BMI lekarz zaleca tzw. dodatek żywieniowy i wypełnia Kartę Dodatku Żywieniowego u Pacjenta Niedożywieniowego (dokument ten także analizowany jest przez pracowników Działu Żywności). Jeżeli w czasie hospitalizacji u chorego nastąpi normalizacja wartości BMI, wówczas lekarz odstawia dodatek białkowy.

Żywność w Oddziale Chorób Płuc

Dzienna racja pokarmowa z dodatkiem białkowym dla pacjentów leczonych w Oddziale Chorób Płuc w SCM w Kup wynosi około 2 300 kcal. Dodatek białkowy otrzymują tylko pacjenci z niskim BMI.

Tabela 2. Przykładowy jadłospis okresowy. Dieta podstawowa

Jadłospis okresowy Dieta: Podstawowa							
Śniadanie		Obiad		Kolacja			
Poniedziałek							
Lane ciasto na mleku 350 ml, Pieczywo mieszane, Masło ekstra 10 g, Salceson 60 g, Ketchup 20 g, Ogórek zielony 30 g, Kawa z mlekiem 250 ml. Dodatek białkowy – jogurt owocowy 90 Kcal		Zupa ziemniaczana 350 ml, Makaron spaghetti 200 ml, Sos boloński 150 ml, Jabłko deserowe 150 g, Kompot owocowy 250 ml Dodatek – wafelek 80 Kcal		Pieczywo mieszane 120 g, Masło ekstra 15 g, Pasta z jaja ze szczypiorkiem 60 g. Sałata zielona 20 g, Herbata z cukrem 250 ml, Dodatek białkowy – serek wiejski 97 Kcal			
Śniadanie		Obiad		Kolacja		Razem	
Kcal	%	Kcal	%	Kcal	%	Kcal	%
822,72	39,28	712,38	34,01	559,62	26,72	2094,72	100,00

Wtorek							
Kasza kukurydziana na mleku 350 ml, Pieczywo mieszane 100 g, Masło 10 g, Twarożek z zieloną pietruszką 70 g, Mandarynka 80 g, Kako z cukrem 250 ml.		Zupa jarzynowa z ziemniakami 350 ml, Bitka z szynki wp. 70 g, w sosie wł. 80 g, Ziemniaki 200 g, Surówka z marchwi z chrzanem 100 g, Kompot owocowy 250 ml.		Pieczywo mieszane 120 g, Masło 10 g, Dżem 20 g, Blok drobiowy 30 g, Herbata z cukrem 250 ml.			
Dodatek białkowy – jogurt naturalny 125 ml – 60 Kcal		Dodatek białkowy – budyń 150 ml – 95 Kcal		Dodatek białkowy – jajko gotowane 90 Kcal			
Śniadanie		Obiad		Kolacja		Razem	
Kcal	%	Kcal	%	Kcal	%	Kcal	%
915,15	44,47	697,51	33,89	445,30	21,64	2064, 96	100,00

Źródło: Stobrawskie Centrum Medyczne w Kup

Podsumowanie

Leczenie dietetyczne jest bardzo ważnym elementem terapii w gruźlicy. Dieta chorych na gruźlicę powinna być pełnowartościowa i zawierać zwiększoną – w stosunku do normalnej – wartość kaloryczną. Z powodu zwiększonego rozpadu białka ważna jest również zwiększona podaż tego składnika pokarmowego w postaci pełnowartościowego białka. Wzrost wskaźnika BMI u pacjenta w trakcie terapii staje się ważnym elementem oceny skuteczności leczenia. Określanie wskaźnika BMI i monitorowanie jego wzrostu to istotne zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem hospitalizowanym w oddziale chorób płuc Stobrawskiego Centrum Medycznego w Kup.

Bibliografia

- [1] Ziołkowski J. *Gruźlica dziecięca*. Warszawa: Wydawnictwo Medyczne Borgis 2010.
- [2] Mazur A., Ziołkowski J. Epidemiologia gruźlicy wieku dziecięcego. *Family Medicine & Primary Care Review* 2008, 10 (3): 956–959.
- [3] Chazan R. red. *Pneumonologia praktyczna*. Bielsko-Biała: Ośrodek Wydawniczy Augustana, 2005.
- [4] Rożyńska R., Targowski T. Współczesne zagrożenia gruźlicą. *Polski Merkurusz Lekarski* 2012, 33 (197): 279–283.
- [5] Korzeniewska-Koseła M. *Gruźlica i choroby układu oddechowego w Polsce w 2013 roku*. Warszawa: Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc 2014.

[6] Korzeniewska-Kosela M. Trzy miliony chorych na świecie nie ma dostępu do systemu opieki medycznej. Wykryj. Lecz. Wylecz gruźlicę. Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie. www.igichp.ede.pl/subpag/dzien14.html [15.10.2014].

[7] Michałowska-Mitczuk D. Zalecenia dotyczące rozpoznawania i zapobiegania gruźlicy u dorosłych i dzieci. *Pulmonologia i Alergologia Polska* 2013, 81: 323–379. www.pneumonologia.viamedica.pl [22.09.2014].

[8] Jarosz M., Kłosiewicz-Latoszek L., Chrzanowska J., Białkowska M. *Diagnozowanie zaburzeń stanu odżywiania*. Warszawa: Instytut Żywności i Żywienia 2010.

[9] Szczeklik A. *Choroby wewnętrzne*. Kraków: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2011.

[10] Tatoń J., Czech A., *Diagnostyka internistyczna*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2002.

[11] Szczygieł B., Ukleja A., Wójcik Z. *Jak rozpoznać i leczyć niedożywienie związane z chorobą*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2013.

[12] Korzeniewska-Kosela M. Strategia DOTS. Metoda walki z gruźlicą we współczesnym świecie. *Medycyna po Dyplomie* 2006, 15 (3): 40–45.

[13] Antczak A. *Wielka interna – pulmonologia część I*. Warszawa: Medical Tribune Polska 2009.

[14] Kunachowicz H., Czarnowska-Misztal E., Turlejska H. *Zasady żywienia człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne 2000.

[15] Jarosz M. *Praktyczny podręcznik dietetyki*. Warszawa: Instytut Żywności i Żywienia 2010.

[16] Ciborowska H., Rudnicka A. *Dietetyka. Żywienie zdrowego i chorego człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2004.

[17] Jurkowska G., Łagoda K. *Pielęgniarstwo internistyczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2010.

[18] Talarska D., Wieczorkowska-Tobis K., Szwałkiewicz E. *Opieka nad osobami przewlekle chorymi, w wieku podeszłym i niesamodzielnymi*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2010.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Lucyna Sochocka

Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej

ul. Katowicka 68

45-060 Opole

tel. 77 44 23 509

e-mail: l-sochocka@wp.pl



ISBN 978-83-935324-9-0
ISBN 978-83-62687-70-1