



Państwowa Medyczna
Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
Urząd Marszałkowski
Województwa Opolskiego

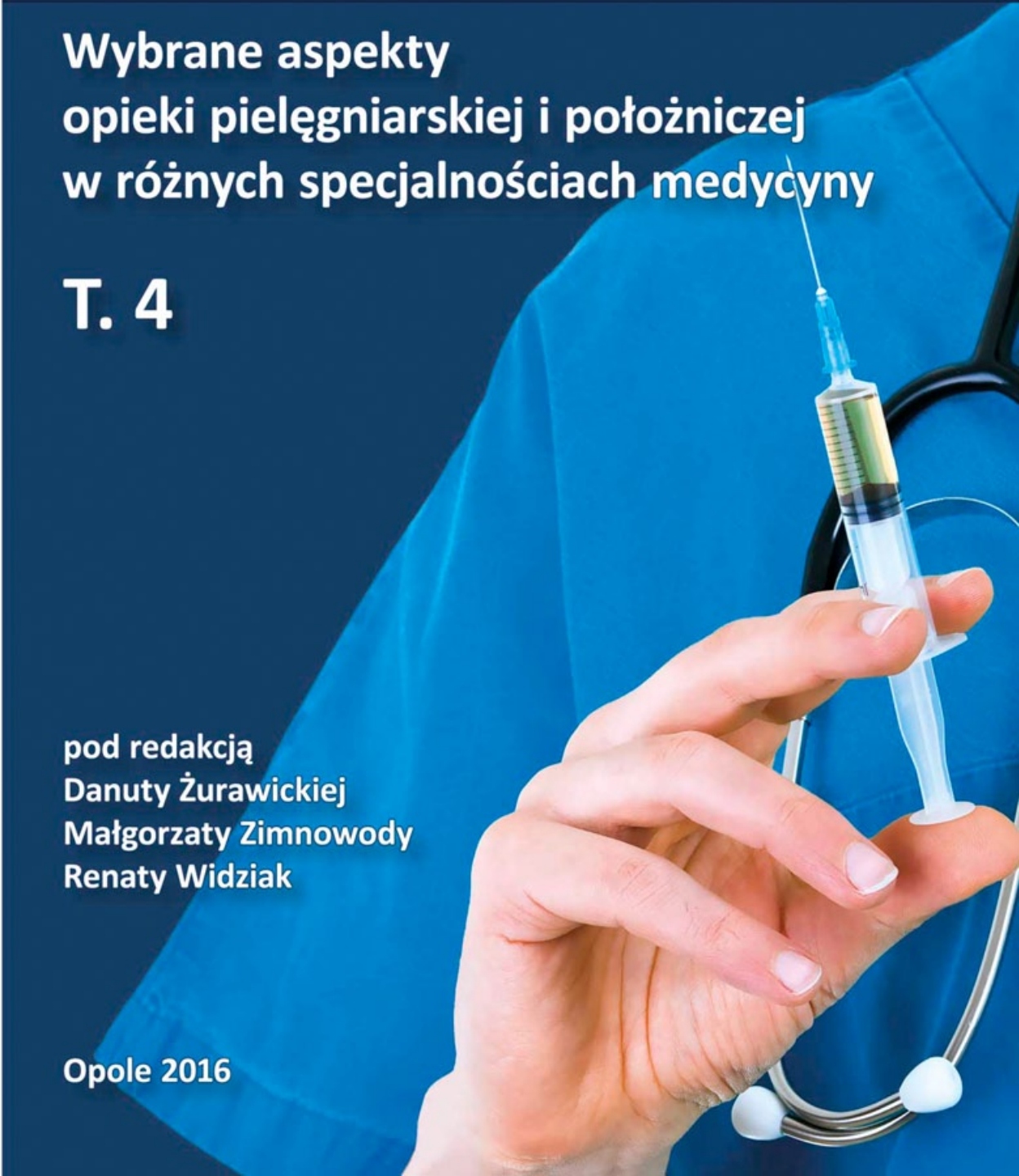


Wybrane aspekty opieki pielęgniarstwa i położniczej w różnych specjalnościach medycyny

T. 4

pod redakcją
Danuty Żurawickiej
Małgorzaty Zimnowody
Renaty Widziak

Opole 2016



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

Tom 4



Państwowa Medyczna
Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Urząd Marszałkowski
Województwa Opolskiego



Wybrane aspekty opieki pielęgniarstwa i położniczej w różnych specjalnościach medycyny

Tom 4

Pod redakcją:
Danuty Żurawickiej, Małgorzaty Zimnowody, Renaty Widziak

Opole 2016

Recenzenci:

Dr n. med. Wojciech Guzikowski

Dr hab. n. med. Donata Kurpas

Dr hab. n. med. Joanna Rosińczuk

**Redakcja językowa, techniczna,
skład, projekt okładki:**

❖ Studio IMPRESO Przemysław Biliczak

Publikacja współfinansowana
przez Samorząd Województwa Opolskiego

© Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu 2016

ISBN 978-83-941154-2-5

ISBN 978-83-942106-8-7

Wydawcy:

Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

ul. Katowicka 68, 45-060 Opole

tel. 77 44 23 524, 77 44 23 511

www.pmwsz.opole.pl

❖ **Studio IMPRESO**

ul. Plebiscytowa 82, 45-360 Opole

tel. 77 550 70 50

www.studioimpreso.pl

Spis treści

Wprowadzenie	9
Joanna Głogowska Zdrowie Polek. Zagrożenia zdrowia kobiet 50 plus	11
Emilia Lichtenberg-Kokoszka Wpływ alkoholu spożywanego przez przyszłych i obecnych rodziców na zdrowie kolejnych pokoleń	21
Małgorzata Ingot Zapobieganie wertykalnym zakażeniom HIV w świetle aktualnych wytycznych	29
Ewelina Dawid, Agnieszka Pośpiech, Grzegorz Głąb Pogłębiona diagnostyka molekularna w zakażeniu onkogennymi typami HPV w praktyce	33
Jerzy Jabłecki, Mirela Knosala Wyzwania transplantologii – problemy związane z ciążą u biorczyń wybranych narządów	41
Edmund Glibowski, Maciej Rębisz, Ewelina Mach, Wojciech Stefaniak Zastosowanie koncepcji PNF w aktywności fizycznej kobiet w ciąży	49
Alina Kowalczykiewicz-Kuta Wrodzona niedoczynność tarczycy – kiedy podejrzewać i jak leczyć? ...	61
Iwona Łuczak, Danuta Żurawicka, Małgorzata Zimnowoda Opieka pielęgniarska nad noworodkiem z zakażeniem RSV	73
Dorota Ćwiek, Dorota Fryc Wybrane stany patologiczne gruczołu piersiowego	81

- Alicja Dyla, Monika Bąk-Sosnowska, Ewa Tobor
Jakość życia chorych na raka piersi 95
- Monika Filipiak, Marian Gryboś
Rak gruczołu piersiowego. Współczesne spojrzenie na diagnostykę i leczenie. Rola położnej w opiece nad kobietą po mastektomii 103
- Ewa Janiuk
Zadania położnej podstawowej opieki zdrowotnej w opiece okołoporodowej w świetle obowiązujących przepisów 111
- Ewa Tobor, Kornelia Wac, Alicja Dyla, Małgorzata Gawron
Źródła i skutki stresu w pracy zawodowej położnej 119
- Marek Grzegorzewski, Ewa Radwańska
Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem ze schizofrenią oraz uzależnionym od środków psychoaktywnych 127
- Beata Błach
Rozpoznanie i leczenie uzależnienia od alkoholu 137
- Renata Widziak, Jagoda Widziak
Dziecko z autyzmem w rodzinie 147
- Lilianna Gawłów-Nowak, Karina Wawros, Olimpia Karczewska, Anna Sternik
Zastosowanie opatrunków podciśnieniowych VAC u pacjenta krytycznie chorego – opis przypadku 161
- Lilianna Gawłów-Nowak, Olimpia Karczewska, Anna Sternik
Terapia daremna – cel i granice leczenia w Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii 171
- Izabela Kaptacz, Marcin Janecki
Zadania interdyscyplinarnego zespołu opieki paliatywnej w zakresie oceny i monitorowania bólu u pacjenta chorego na nowotwór 181
- Barbara Sikora, Izabela Kaptacz, Elżbieta Ruta, Anita Sikora-Szubert
Wyznaczniki nowej jakości opieki nad chorym u kresu życia 189

Daria Nowak, Anna Oleksy, Kinga Kraszewska, Marta Gawlik	
Rola pielęgniarki w monitorowaniu kacheksji nowotworowej u pacjentów z chorobą nowotworową w opiece paliatywnej	199
Maria Ganik, Anna Klimczyk	
Higiena snu u osób w podeszłym wieku – rola pielęgniarki	209
Agnieszka Konopka	
Problemy osób w podeszłym wieku w Polsce	215

Wprowadzenie

„Połączenie sił to początek,
pozostanie razem to postęp,
wspólna praca to sukces”.

Henry Ford

Coraz wyższy profesjonalizm w różnych dziedzinach położnictwa i pielęgniarstwa sprawia, że dziś, jeszcze bardziej niż kiedykolwiek, niezbędna jest współpraca specjalistów z wielu dziedzin w ramach zespołów terapeutycznych. Tylko taka współpraca bowiem zapewnia objęcie pacjentów profesjonalną i holistyczną opieką. Oddajemy do Państwa rąk czwarty tom monografii „Wybrane aspekty opieki pielęgniarstka i położniczej w różnych specjalnościach medycyny”, w którym w szczególności sposób podkreślono rolę zespołów. Autorzy podjęli próbę określenia zadań interdyscyplinarnego zespołu opieki paliatywnej w zakresie oceny i monitorowania bólu u pacjenta chorego na nowotwór. Podkreślili rolę współpracy terapeutów uzależnień, pielęgniarek, położnych i lekarzy w procesie rozpoznawania i leczenia uzależnienia od alkoholu. Omówili znaczenie współpracy rodziców z profesjonalistami we wczesnej diagnostyce zaburzeń ze spektrum autyzmu u dzieci.

Autorzy położyli również duży nacisk na profilaktykę uzależnień, profilaktykę chorób nowotworowych czy zapobieganie zakażeniom wirusami HIV i RSV. Zajęli się współczesnymi wyzwaniami stojącymi przed transplantologią. Podjęli próbę określenia źródeł i skutków stresu w pracy zawodowej położnej. Autorzy podzielili się z nami refleksjami dotyczącymi aspektów pracy w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii. Przeczytamy także o szczególnej roli pielęgniarki i położnej w opiece nad pacjentem pediatrycznym i geriatrycznym w wybranych jednostkach chorobowych.

Różnorodność podjętych tematów jeszcze raz podkreśla eklektyczny charakter zawodu pielęgniarki i położnej oraz wskazuje kierunki rozwoju zawodowego. Mamy nadzieję, że lektura spełni Państwa oczekiwania.

Redaktorzy:

Danuta Żurawicka, Małgorzata Zimnowoda, Renata Widziak

Zdrowie Polek. Zagrożenia zdrowia kobiet 50 plus

Joanna Głogowska

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

Wstęp

Nowoczesna kobieta pracuje, kształci się, zajmuje się domem i opiekuje rodziną. Ciągły pośpiech wynikający z nadmiaru obowiązków prowadzi często do zaniedbywania własnego zdrowia. Kobiety nie tylko nie mają czasu na chorowanie, ale często nie mają go także na badania profilaktyczne i edukację zdrowotną.

Większość problemów ze zdrowiem dotyczy w podobnym stopniu kobiet, jak i mężczyzn. Istnieją jednak problemy specyficzne, mające dla kobiet inne znaczenie i konsekwencje [1]. Są to: choroby układu krążenia, osteoporoza, schorzenia onkologiczne, reumatoidalne zapalenie stawów czy depresja. Kobiety częściej skarżą się na dolegliwości psychosomatyczne, takie jak przewlekłe zmęczenie, przygnębienie czy bezsenność. Wiele problemów uwarunkowanych jest biologicznie i genetycznie, ale na istotne różnice w zachowaniach zdrowotnych kobiet składają się także predyspozycje psychiczne i społeczne, jak np. strategie radzenia sobie ze stresem czy styl życia.

Z inicjatywy Fundacji MSD dla Zdrowia Kobiet, we współpracy z Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładem Higieny, przygotowana została publikacja „Raport Polki 50 plus. Zdrowie i jego zagrożenia” [1]. Specjaliści z różnych dziedzin nauk medycznych i nauk społecznych zwrócili uwagę, że w ostatnim czasie problem starzenia się naszego społeczeństwa jest mocno akcentowany, ale mało miejsca poświęca się specyficznej sytuacji kobiet. Kobiety żyją dłużej niż mężczyźni, wydaje się więc, że są zdrowsze i silniejsze. Tymczasem liczba i uciążliwość problemów zdrowotnych, z którymi zmagają się polskie kobiety w jesiennym życiu, stawia je w niekorzystnej sytuacji nie tylko wobec mężczyzn, ale często także wobec kobiet z innych krajów europejskich. Dynamika przyrostu liczby starszych kobiet jest w Polsce niemal najwyższa w Europie, a stawiane przed nimi oczekiwania, jak np. dłuższa aktywność zawodowa, czy wypełnianie funkcji opie-

kuńczych wobec członków rodziny, stanowią poważne wyzwanie dla polityki zdrowotnej państwa.

Kobietom i ich zdrowiu należy się wyjątkowa uwaga. Wdrożenie rozwiązań w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki nie tylko umożliwi dłuższe funkcjonowanie kobiet na rynku pracy i poprawi jakość ich życia, pozwoli także na ograniczenie wydatków z budżetu państwa na leczenie i rehabilitację. Dobrze zaplanowane i prowadzone celowane działania profilaktyczne oraz edukacja mają kluczowe znaczenie dla budowania zdrowego społeczeństwa.

1. Demografia i społeczny kontekst starzenia się kobiet w Polsce

W 2013 r. kobiet, które przekroczyły 50. rok życia było w Polsce 7740 tys., co stanowi blisko 20,1% ogółu mieszkańców. Odsetek mężczyzn w analogicznym wieku wynosił w tym czasie 15,8% [1]. W wieku 50–59 lat większość kobiet posiada jeszcze małżonka i tylko co 10. kobieta żyje samotnie. W kolejnej dekadzie życia, tj. 60–69 lat, samotnie mieszkających kobiet jest już dwa razy więcej. Zmiany te wynikają z postępującego wdowieństwa oraz odchodzenia z domu dorosłych dzieci. Porównywanie struktury wieku starszych kobiet z mężczyznami wskazuje jednocześnie na rosnący proporcjonalnie szybciej odsetek najstarszych kobiet. Wśród osób powyżej 80. roku życia kobiet jest ponad dwukrotnie więcej niż mężczyzn.

A. Ostrowska podkreśla, że wdowieństwo i odejście dzieci do własnych gospodarstw wymagają od kobiety przystosowania się do zmiany ról rodzinnych, struktury obowiązków, społecznych interakcji, a często także samotności [1]. Sytuacja materialna starszych kobiet niejednokrotnie skazuje je na życie w ubóstwie, szczególnie jeśli gospodarują samotnie. Prowadzi to do niskiego, niesatysfakcjonującego poziomu życia i niemożności realizacji wielu potrzeb, w tym także związanych z utrzymaniem zdrowia lub rehabilitacją. Pojawiają się też problemy zmieniającego się wizerunku ciała – jego wyglądu i sprawności. Widoczne objawy starzenia się, tj. osłabienie siły mięśni, sztywnienie stawów, pogorszenie wzroku i słuchu, zaburzenia pamięci i koncentracji, zmęczenie, mają duży wpływ na zdrowie psychiczne i społeczne. Ze względu na zmiany w fizjologii organizmu, aktywne dotychczas życie może ulec osłabieniu.

Przeciwagą dla dawnych aktywności zawodowych i towarzyskich kobiet 50 plus staje się podejmowanie ról opiekuńczych wobec wnuków. W Polsce sytuacja ta jest wzmacniana niedostatkiem w systemie opieki i edukacji, a więc brakiem miejsc w żłobkach i przedszkolach. Prowadzi to do koncentrowania się kobiet raczej na synach, córkach i ich dzieciach, niż poszukiwaniu aktywności dla siebie samej. Często także, w związku z przedłużaniem się przeciętnej długości trwania życia, wyzwaniem dla kobiet staje się opieka nad jeszcze starszymi rodzicami, która stanowi znaczne obciążenie zarówno fizyczne, jak i psychiczne.

1.1. Aktywność społeczna i edukacyjna

Analizując łącznie wszystkie obszary aktywności polskich respondentów badania SHARE 2014, czyli osób po 54. roku życia z 20 krajów, zaskakujący jest wysoki poziom całkowitej bierności – aż 22% badanych wskazało, że w ostatnich 12 miesiącach nie podjęło żadnej aktywności [2]. Wśród osób aktywnych również różnorodność podejmowanych działań jest niewielka. Najczęściej wskazywane aktywności to czytanie książek, gazet i rozwiązywanie krzyżówek (63% kobiet i 59% mężczyzn) oraz uczestnictwo w działalności organizacji religijnej (45% kobiet i 34% mężczyzn). Około 30% osób w Polsce wskazało tylko jedną z listy aktywności, a niecałe 5% – cztery lub więcej. Kobiety są bardziej aktywne niż mężczyźni – 79% kobiet w wieku 55 lat i więcej deklaruje, że podjęło jakąś formę aktywności, w porównaniu do 73% mężczyzn. Wyższy poziom aktywności kobiet jest widoczny wśród najmłodszych grup badanych osób, a zrównuje się w starszych grupach wieku. Aktywność maleje wraz z wiekiem we wszystkich analizowanych obszarach.

Wyniki dodatkowej ankiety dotyczącej aktywności poza domem dostarczają bardziej szczegółowych informacji o sposobach spędzania czasu przez osoby w wieku 55 plus [2]. Tylko 52% osób wskazało, że uczestniczyło w co najmniej jednym z wydarzeń kulturalnych, a 87% – że spotyka się ze znajomymi poza domem. Wśród osób, które zadeklarowały aktywność, największą popularnością cieszyły się festyny (32%) i wycieczki krajoznawcze (31%), a także wyjście do kina (18%), do muzeum czy na koncert (11%).

Z analizy danych dotyczących aktywności społecznej i edukacyjnej zebranych w badaniu SHARE 2014 wyłania się raczej stereotypowy obraz przeciętnego Polaka w wieku 55 lat i więcej – osoby nieangażującej się społecznie (z wyjątkiem działalności religijnej), preferującej zajęcia indywidualne, takie jak oglądanie telewizji, czytanie gazet czy rozwiązywanie krzyżówek. Niestety, polski senior jest także w niewielkim stopniu zainteresowany aktywnością edukacyjną. Widoczne jest również bardzo duże zróżnicowanie tej populacji – z jednej strony można wyodrębnić grupę osób aktywnych, podróżujących także za granicę i po Polsce, uczestniczących w wydarzeniach kulturalnych, a z drugiej strony – jest wiele osób biernych, deklarujących brak jakichkolwiek aktywności społecznych czy aktywności, które można podejmować indywidualnie.

1.2. Wsparcie finansowe i pozafinansowe

Dodatkowo badania SHARE 2014 pokazały, że osoby po 50. roku życia częściej wspierają innych, niż sami otrzymują wsparcie finansowe – 28% gospodarstw domowych zadeklarowało przekazywanie transferów finansowych, a jedynie 7% je otrzymało [2]. Jest to prawidłowość obserwowana bez względu na status społeczno-ekonomiczny. Najczęściej odbiorcami pomocy finansowej są członkowie rodzi-

ny, głównie dzieci (65%) i wnuki (14%). Osoby odczuwające poważne ograniczenia przy wykonywaniu codziennych czynności, częściej niż pozostałe otrzymują pomoc od innych osób, także spoza gospodarstwa domowego, przy czym zasięg tej pomocy zewnętrznej w Polsce jest niższy w porównaniu do wszystkich badanych krajów Unii Europejskiej.

2. Wybrane problemy zdrowotne Polek 50 plus

Najstarsze wiekiem Polki stoją przed poważnymi zagrożeniami zdrowotnymi [1]. Do lat 90. XX wieku kobiety w wieku 45 lat mogły dożyć do lat 78. Dalsze trwanie życia kobiet zaczęło gwałtownie rosnąć i w 2012 r. średni wiek Polki wynosił już 82,41 lat. Natomiast zgodnie z ostatnimi danymi Eurostatu, w 2013 r. odsetek lat przeżytych w zdrowiu w stosunku do średniej oczekiwanej długości życia w przypadku Polek wynosił 77,3%, a w przypadku mężczyzn 81,1%.

W badaniach SHARE 2014 Polacy najslabiej oceniają swój stan zdrowia, bo aż 56% osób 50 plus deklaruje, że jest słabego zdrowia, a 33% ma symptomy klinicznej depresji [2]. 55% Polaków i 61% Polek oceniło swój stan zdrowia jako zadowalający lub zły. Starsi mieszkańcy innych krajów Unii Europejskiej uczestniczących w badaniu oceniali swój stan zdrowia znacznie lepiej. Doskonały lub bardzo dobry stan zdrowia wskazywało 43% Szwedów i 36% Szwedek oraz 20% Francuzów i 16% Francuzek, podczas gdy w Polsce – jedynie niecałe 10% mężczyzn oraz 6% kobiet. Brak podstaw do oceny swojego stanu zdrowia jako dobre czy doskonałe jest bardzo niepokojący i oddala Polki od poczucia satysfakcjonującej jakości życia oraz europejskich standardów zdrowotnych.

Najważniejsze zagrożenia zdrowotne kobiet w Polsce na tle danych europejskich [1].

- Niedokrwienność serca – stanowi dla Polek większe zagrożenie życia niż przeciętnie dla mieszkanki UE, zwłaszcza w grupie 55–59 lat (współczynnik 35,5/100 tys.).
- Nadciśnienie tętnicze – tempo ryzyka zgonu w grupie wieku 55–59 jest podobne jak w całej Europie. W Polsce w grupach wieku powyżej 65 lat ryzyko zgonu z tego powodu nadal wzrasta wraz z wiekiem.
- Nowotwory oskrzeli i płuc – ryzyko zgonu kobiet z powodu tego nowotworu jest znacznie wyższe w Polsce niż w większości krajów europejskich. Sytuacja kobiet powyżej 65 lat jest lepsza niż w młodszych grupach wieku (55–59 i 60–64), prawdopodobnie dlatego, że najstarsze Polki nie paliły tytoniu, będąc młodymi dziewczętami.
- Nowotwory kobiecych narządów rodnych – w grupie wiekowej 50–64 lata współczynniki umieralności są dramatycznie wysokie na tle innych krajów europejskich.

- Nowotwór jelita grubego – na tle krajów europejskich jesteśmy wśród 10 najbardziej zagrożonych. Prawdopodobne jest, że poprawa warunków materialnych naszego społeczeństwa i zmiana stylu odżywiania zwiększyła ryzyko rozwoju nowotworu jelita grubego. Współczynnik umieralności w grupie 60–64 zwiększa się dwukrotnie w porównaniu do współczynnika w grupie kobiet 50–54 lata.
- Choroby naczyń mózgowych – częstość zgonów z powodu chorób naczyń mózgowych narasta wraz z wiekiem (dla wieku 60–64 lata to 59/100 tys.). Wyższe współczynniki ma tylko Rumunia. Dunki i Szwedki do poziomu zagrożenia Polek dochodzą dopiero w wieku 70–74.
- Udar mózgu – po 60. roku życia czterokrotnie wzrasta ryzyko wystąpienia śmiertelnego w skutkach udaru mózgu w porównaniu z grupą 50–54 lata.
- Cukrzyca – w Polsce obserwowana jest bardzo wysoka dynamika umieralności, szczególnie wśród kobiet w wieku 50–65 lat. Wśród diabetyków obserwuje się liczne choroby współistniejące – choroby naczyń, serca; chorzy umierają z powodu powikłań pooperacyjnych.

2.1. Choroby przewlekłe

Z powodu chorób przewlekłych częściej umierają mężczyźni, mimo że kobiety chorują na nie w większej skali, co prowadzi do częstszego wśród kobiet występowania niepełnosprawności [1].

Częstość występowania dolegliwości czy chorób przewlekłych wzrasta wraz z wiekiem, szczególnie gwałtownie po ukończeniu 50. roku życia [2]. Ponad 80% osób pięćdziesięcioletnich i starszych potwierdziło występowanie co najmniej jednej choroby przewlekłej lub dolegliwości, podczas gdy w grupie młodszej (40–49 lat) zgłaszała to co druga osoba.

Tabela 1. Sześć najczęściej występujących dolegliwości zdrowotnych/chorób przewlekłych [2]

Mężczyźni	W [%]	Kobiety	W [%]
Bóle dolnej partii pleców	21,2	Bóle dolnej partii pleców	28,4
Wysokie ciśnienie krwi	20,7	Wysokie ciśnienie krwi	25,2
Bóle szyi	13,0	Bóle szyi	21,0
Bóle środkowej partii pleców	12,9	Choroba zwyrodnieniowa stawów	19,6
Choroba zwyrodnieniowa stawów	10,3	Bóle środkowej partii pleców	19,0
Choroba wieńcowa	8,0	Silne bóle głowy (migrena)	13,2

2.2. Otyłość starszych kobiet

Nadwaga i otyłość są podstawowymi czynnikami ryzyka wielu chorób przewlekłych, między innymi nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, chorób serca, stawów, udaru mózgu, chorób układu oddechowego, niektórych nowotworów, a także przedwczesnych zgonów [1]. Oszacowano, że nadwaga i otyłość odpowiedzialne są za 4% zgonów na świecie (dla porównania nadciśnienie tętnicze za 7%, a palenie tytoniu 6,3% zgonów). Otyłość stwarza także problemy natury estetycznej i psychologicznej – zaniżoną samoocenę, stany lękowe i depresję.

Po koniec 2014 r. wśród kobiet prawie 46% ważyło za dużo [2]. Otyłość (definiowaną jako BMI ≥ 30 kg/m²) stwierdzono u 24% Polaków oraz 32% Polek. Dla porównania w Szwecji dotyczyło to jedynie 16% mężczyzn oraz 17% kobiet. Waga ciała dorosłego mieszkańca Polski niestety nadal wzrasta. Zbyt dużą masę ciała ma już co druga dorosła osoba. Częstość występowania otyłości różni się w zależności od miejsca zamieszkania i wykształcenia. Według danych GUS, otyłość stwierdza się u 14,3% mieszkanek miast oraz 19,9% mieszkanek wsi. Częściej występuje u Polek z wykształceniem podstawowym (25%) niż u kobiet z wyższym wykształceniem (7%).

Przyczyny nadwagi i otyłości są złożone, jednak najczęściej są one skutkiem spożycia nadmiernej liczby kalorii oraz siedzącego trybu życia i małej aktywności fizycznej. Niestety, tylko 30% kobiet 50 plus w Polsce podejmuje ćwiczenia chociaż jeden raz w tygodniu.

Otyłość jest przewlekłą chorobą, której wyleczenie (trwała normalizacja masy ciała) jest trudne do osiągnięcia [1]. Obecnie nie ma skutecznego i bezpiecznego farmakologicznego leczenia otyłości, a metody chirurgiczne są zarezerwowane dla wybranych przypadków. Najważniejszą metodą leczenia otyłości pozostaje wprowadzenie odpowiedniej diety oraz regularna aktywność fizyczna.

2.3. Choroba zwyrodnieniowa i osteoporoza

Choroba zwyrodnieniowa stawów i osteoporoza to jedne z głównych przyczyn niepełnosprawności wśród starszych kobiet. Są powodem poważnych i pogłębiających się ograniczeń [1]. Choroby te, nasilające się po 50. roku życia, mają ogromny wpływ na jakość życia kobiet, ograniczają ich samodzielność, często uzależniają je od otoczenia. Stanowią też znaczne obciążenie finansowe dla państwa spowodowane kosztami związanymi z niezdolnością do pracy, a także wydatkami w sektorze zdrowia i opieki społecznej.

Badania populacji europejskiej wykazały, że na chorobę zwyrodnieniową chorują częściej kobiety (53,3%) niż mężczyźni (46,7%). W ostatnich latach obserwuje się też zwiększoną zachorowalność na chorobę zwyrodnieniową wynikającą ze zwiększonej otyłości społeczeństwa. Otyłe kobiety chorują 4-krotnie częściej niż kobiety

z prawidłową masą ciała. Wykazano, że obniżenie wartości indeksu masy ciała (BMI) o 2 zmniejsza ryzyko choroby zwyrodnieniowej stawów kolanowych aż o 50%.

Osteoporoza to choroba układu ruchu, w której dochodzi do zmniejszenia odporności mechanicznej kości i zwiększenia ryzyka złamania kości. Utrata masy kostnej rozpoczyna się u kobiet od 39. roku życia. Uważa się, że 1 na 3 kobiety 50 plus dozna złamania osteoporotycznego, w porównaniu do mężczyzn, gdzie takiego złamania dozna 1 na 5 mężczyzn po 50. roku życia. W badaniu epidemiologicznym przeprowadzonym w 2010 r. liczba złamań będących wynikiem osteoporozy w wieku 50 plus u kobiet wynosiła 1 509 772, a u mężczyzn 338 756. Pojawienie się złamania w przebiegu osteoporozy zwiększa ryzyko śmiertelności: w przypadku złamania bliższego końca kości udowej po roku od złamania śmiertelność wynosi aż 15–40%.

Kierunki niezbędnych działań w celu poprawy profilaktyki choroby zwyrodnieniowej i osteoporozy, to: kontrola wagi ciała, właściwe odżywianie (dieta z prawidłowym spożyciem witaminy D oraz wapnia, która dla wieku 18–50 lat wynosi 1000 mg dziennie, a dla kobiet 50 plus – 1200 mg wapnia dziennie), regularne ćwiczenia nie obciążające znacznie stawów, unikanie urazów stawów w każdym wieku, a w przypadku ich wystąpienia prawidłowe leczenie. Niezbędna jest także wczesna diagnostyka.

2.4. Zdolności poznawcze

Poziom zdolności poznawczych (kognitywnych), tj. zdolności umożliwiających odbiór informacji z otoczenia, ich przetwarzanie i wykorzystywanie, jest cechą indywidualną każdego człowieka, która ulega zmianie w ciągu życia. Pogarszanie się zdolności poznawczych, obok pogarszania się zdrowia, jest jednym z głównych aspektów starzenia się.

Oslabienie zdolności kognitywnych może przyjąć formę łagodnych zaburzeń poznawczych lub ostrzejszą formę demencji (otępienia), do której zalicza się także chorobę Alzheimera [2]. Nawet łagodniejsze zaburzenia poznawcze mogą uniemożliwiać samodzielne podejmowanie decyzji, w tym dotyczących emerytur, zasobów materialnych i finansowych, bądź zdrowia. Zdolności poznawcze powinny być więc postrzegane jako wymiar kapitału ludzkiego, razem z edukacją, zdrowiem czy kompetencjami społecznymi, co ma szczególne znaczenie w dobie procesu starzenia się populacji krajów europejskich.

Wyniki testów poznawczych różnią się istotnie między krajami, przy czym najlepiej spośród krajów biorących udział w badaniu SHARE 2014 wypadają kraje skandynawskie (Dania, Szwecja), a także Czechy, Niemcy oraz Szwajcaria. Polska wraz z krajami Europy południowej (Hiszpania, Włochy, Portugalia) znajdują się na ostatnich miejscach rankingu wyników testów kognitywnych. Większe spadki w wynikach testów kognitywnych obserwuje się w starszych grupach wieku. Przeprowadzona analiza pozwoliła na wyróżnienie czynników, na które mamy wpływ,

bo wynikają ze stylu życia, a które pomagają osiągać i utrzymać lepszy poziom zdolności poznawczych. Zaliczyć do nich można: wykształcenie oraz aktywność zawodową i społeczną, a także aktywność fizyczną.

Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, 2012) liczba osób cierpiących na demencję ulegnie podwojeniu do 2030 roku i potrojeniu do 2050 roku. Dlatego przeciwdziałanie powstawaniu i rozwojowi zaburzeń poznawczych staje się wyzwaniem z zakresu zdrowia publicznego na poziomie globalnym.

2.5. Przyczyna zgonów

Najczęściej deklarowaną przyczyną zgonów mężczyzn w polskich wywiadach końca życia jest zawał serca (24%) [2]. Należy zauważyć, że również inne choroby układu krążenia odpowiadają za znaczną część zgonów mężczyzn (18%). W przypadku Polek, śmiertelność spowodowana zawałem serca nie przekracza 5%, a najczęstszą przyczyną ich zgonów są choroby nowotworowe (32%), które z kolei stanowią drugą najczęstszą przyczynę zgonów mężczyzn w polskiej próbie SHARE 2014 (22%). Można na ich podstawie sądzić, że występująca na świecie tendencja spadku umieralności z powodu chorób układu krążenia na rzecz nowotworów, będąca częścią procesu zwanego przejściem epidemiologicznym, jest w Polsce silniejsza dla kobiet niż mężczyzn.

Podsumowanie

W niniejszym artykule więcej uwagi poświęcono problemom zdrowia kobiet, które niekoniecznie są bezpośrednio odpowiedzialne za przedwczesne zgony, ale stanowią przyczynę niesprawności, pogarszania się samopoczucia psychicznego, a w konsekwencji samotności, często marginalizacji i ubóstwa.

Problemy zdrowia kobiet starszych (ale młodszych niż 65 lat – wiek definiujący początek starości) są mało widoczne w powszechnej świadomości społecznej. Programy zdrowotne, akcje społeczne i kampanie medialne dotyczą zazwyczaj zdrowia dzieci i młodzieży lub zdrowia kobiet w wieku reprodukcyjnym. Natomiast problemy doświadczane przez kobiety 50 plus w związku z menopauzą – procesem fizjologicznym, który bywa dla wielu kobiet okresem trudnych zmian – powinny spotkać się z większą uwagą profesjonalistów oraz otoczenia społecznego. Fazy życia kobiety, w większym stopniu niż fazy życia mężczyzny, wiążą się z określonymi problemami zdrowotnymi i społecznymi. W obszarze promocji zdrowia potrzebna jest kampania informacyjna pogłębiająca wiedzę na temat biologicznych i społecznych aspektów klimakterium, a także programy wspomagające kobiety dojrzale w zakresie dostosowania codziennej diety do potrzeb organizmu i utrzymania prawidłowej masy ciała, bezpiecznej aktywności ruchowej, radzenia sobie ze stresem czy stanami depresyjnymi.

Styl życia ma największy wpływ na stan zdrowia (ponad 50%), dlatego ukierunkowana, pozytywna zmiana tego stylu w każdym okresie życia może skutkować poprawą zdrowia. Z punktu widzenia populacyjnego, najlepszym rozwiązaniem jest zapobieganie chorobom poprzez zaktywizowanie młodych, zdrowych osób do działań na rzecz własnego zdrowia, aby nie tylko dodać lat do życia, ale uzyskać możliwie najwyższy odsetek lat przeżytych w zdrowiu.

Właściwa jakość życia starszych osób to nie tylko zachowanie dobrego zdrowia fizycznego i psychicznego, to także prowadzenie aktywnego życia, realizacja zainteresowań, posiadanie wokół siebie osób bliskich, niezależność ekonomiczna i wsparcie społeczne.

Bibliografia

1. Ostrowska A, red. Raport Polki 50 plus. Zdrowie i jego zagrożenia [online] 2015. Dostępny na URL: http://fzk.org.pl/pdf/RAPORT_Polki_50plus_fin_web.pdf [cyt. 10.02.2016].
2. Chłoń-Domińczak A, red. Portret generacji 50+ w Polsce i w Europie. Wyniki badania zdrowia, starzenia się i przechodzenia na emeryturę w Europie (SHARE) [online] 2014. Dostępny na URL: <http://eduentuzjasci.pl/images/stories/publikacje/ibe-raport-krajowy-SHARE.pdf> [cyt. 10.02.2016].

Adres do korespondencji:

Joanna Głogowska
Oddział Promocji Zdrowia i Oświaty Zdrowotnej
Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Opolu
ul. Mickiewicza 1, 45-367 Opole
tel. 77 442 69 65
e-mail: j.glogowska@gazeta.pl

Wpływ alkoholu spożywanego przez przyszłych i obecnych rodziców na zdrowie kolejnych pokoleń

Emilia Lichtenberg-Kokoszka

Instytut Nauk Pedagogicznych, Uniwersytet Opolski

Wstęp

Alkohol towarzyszył ludziom od zarania dziejów. Był spożywany w celach towarzyskich, religijnych czy leczniczych. Traktowano go jako środek łagodzący stres, obniżający poziom lęku, pozwalający na chwilowe zapomnienie o problemach, jakie niesie codzienność. I choć rujnował on i rujnuje nadal zdrowie fizyczne i psychiczne oraz bywa przyczyną licznych życiowych dramatów, wciąż utrzymuje się wysoki poziom jego spożywania i nadużywania.

Coraz bardziej niepokojący jest także współczesny trend wskazujący na wzrost liczby młodzieży mającej kontakt niejednokrotnie z nadmierną ilością alkoholu. Wydaje się, że wynika on z rozpowszechnienia postaw tolerancji wobec takich zachowań młodzieży w kolejnych pokoleniach rodziców. Każda kolejna generacja nie stroniących od alkoholu nastolatków, wchodząc w role rodzicielskie, staje się coraz bardziej tolerancyjna wobec kontaktów (również nadmiernych) z alkoholem swoich dorastających dzieci [1]. Istotne wydaje się również to, że opinie i oczekiwania dotyczące pozytywnych i negatywnych skutków picia alkoholu kształtowane są już w dzieciństwie (a zatem na długo przed inicjacją alkoholową) a ich podstawę stanowią obserwacje dorosłych (zwłaszcza członków rodziny) oraz ich wypowiedzi [2].

Postawa taka wydaje się kontrastować z równoczesnym pragnieniem większości rodziców, by ich dzieci (i wnuki) wyrosły na dobrych, wartościowych i szczęśliwych ludzi. By nie miały kłopotów z pracą i nauką. Tymczasem niewielu zdaje sobie sprawę z tego, że na przyszłe losy dziecka w ogromny sposób wpływają nie tylko zachowania pro- i antyzdrowotne rodziców oczekujących na narodziny dziecka, ale i młodzieży (przyszłych rodziców), a nawet dziadków. Zdrowie kolejnych pokoleń to bowiem odpowiedzialność międzypokoleniowa [3,4].

1. Alkohol w okresie przedkoncepcyjnym

Nie tylko dorośli, ale również młodzież sięga najczęściej po alkohol, traktując go jako niezbędny składnik zabawy, „rozluźniacz”. Tymczasem jedynie alkohol w niewielkich dawkach może mieć pewne działanie stymulujące, odblokowujące (znajdujące się zazwyczaj pod kontrolą) zachowania, takie jak np. głośny śmiech czy błaznowanie. W większych ilościach działa on natomiast jako „środek hamujący”, obniżający aktywność ośrodkowego układu nerwowego, powodujący uspokojenie a nawet senność [2]. W pierwszym okresie po wypiciu alkoholu obserwujemy zatem wzmożoną gadatliwość. Niebawem jednak następuje upośledzenie zdolności logicznego myślenia, samokrytycyzmu, słabnie zdolność pojmowania i kojarzenia odbieranych bodźców oraz mówienia. Dość szybko człowiek traci zdolność rozeznania między tym co złe, a tym co dobre, a uszkodzenie komórek układu nerwowego doprowadza do porażenia ośrodków mózgowych sprawujących kontrolę nad zachowaniem człowieka. Wskutek „odhamowania” człowiek łatwo dopuszcza się kłamstw, oszustw oraz szerokiego wachlarza przestępstw. Należą do nich pijaństwa i rozboje, zabójstwa, gwałty, prowadzenie pojazdów w stanie nietrzeźwym. Picie alkoholu przez młodzież koreluje również z trzema najczęstszymi przyczynami zgonów w tej grupie wiekowej – przypadkowymi urazami, samobójstwami i zabójstwami. Pijąca młodzież znacznie częściej niż niepijący rówieśnicy podejmuje także ryzykowne zachowania seksualne. Należy do nich wczesna inicjacja seksualna, większa aktywność seksualna oraz rzadsze używanie prezerwatyw. Zachowania takie zwiększają ryzyko niepożądanego ciąży, zachorowania na HIV oraz inne choroby przenoszone drogą płciową¹. Warto w tym miejscu wspomnieć i to, że ekstremalnie duża dawka alkoholu jest śmiertelna. Paraliżuje bowiem komórki nerwowe w ośrodkowym układzie nerwowym odpowiedzialne za oddychanie i pracę serca.

Tak więc, choć dla części młodzieży alkohol to atrybut dorosłości, upośledzając możliwości psychofizyczne, *de facto* zmniejsza atrakcyjność pijącego w oczach rówieśników. Młodzież pijąca alkohol jest bowiem mniej sprawna językowo, wykazuje zaburzenia w rozwoju odpowiednich do ich wieku umiejętności, w tym również umiejętności społecznych i radzenia sobie z sytuacjami trudnymi.

Warto w tym miejscu wspomnieć rzecz istotną, z której młodzież najczęściej nie zdaje sobie sprawy. Każdy z nas, podczas swojego życia, jest nie tylko obserwatorem, ale i osobą obserwowaną. Tworzymy opinie na temat innych ludzi, a oni tworzą opinie o nas. Czasem wzmożonej aktywności w tych sferach jest okres dojrzewania, kiedy młodzież zaczyna krytycznie przyglądać się nie tylko osobom dorosłym (zwłaszcza rodzicom), ale i rówieśnikom. Przy czym obserwacja tych drugich, ma konkretny cel – ich ocenę pod kątem ewentualnej atrakcyjności jako chłopaka/dziewczyny, narzeczonego/narzeczonej, męża/żony, ojca/matki ich przyszłych dzie-

¹ Przy czym przypadkowe kontakty seksualne oraz duża liczba partnerów uznawane są wspólnie jako czynniki predysponujące do późniejszej niepłodności.

ci. Ta informacja pokazuje zatem, że spożywanie, w tym zwłaszcza nadużywanie alkoholu zmniejsza potencjalną społeczną atrakcyjność jednostki, powodując jej gorsze rokowanie w zakresie utworzenia trwałego związku.

Z badań przeprowadzonych przez D. Bussa wynika, że kobiety mają większe wymagania od mężczyzn. Przy czym najbardziej cenionymi męskimi cechami są: dojrzałość psychiczna, wykształcenie, inteligencja, ambicja, przedsiębiorczość oraz nieco starszy wiek, a zatem elementy wiążące się z życiem rodzinnym. Mężczyźni cenią u kobiet: atrakcyjność fizyczną, młodszy wiek, wierność (lub brak uprzednich doświadczeń seksualnych) oraz gospodarność [5].

2. Alkohol a wydolność i zdrowie seksualne

Potocznie uważa się, że alkohol ma pozytywny wpływ na aktywność seksualną. Opinia ta wynika z faktu, że alkohol osłabia zahamowania, wstyd i nieśmiałość, powodując większą otwartość w kontaktach seksualnych. Jednakże większa jego ilość ogranicza możliwości w dziedzinie aktywności seksualnej [6].

Alkohol, osłabiając wrażliwość i refleks, zmniejsza zdolność mężczyzny do osiągnięcia i utrzymania erekcji, powoduje opóźnienie ejakulacji i osłabienie orgazmu. Ostatecznie zatem spożywanie (a zwłaszcza nadużywanie) alkoholu może prowadzić do chwilowej, bądź długotrwałej impotencji. U nadużywających alkohol, prawdopodobnie skutek bezpośredniego jego toksycznego działania na komórki Leydiga oraz w wyniku zaburzeń czynności podwzgórza, może pojawić się również atrofia jąder i obniżenie płodności. Obserwuje się rozchwianie układu hormonalnego, zwłaszcza obniżenie poziomu testosteronu oraz ginekomastię związaną z podwyższonym poziomem prolaktyny i estrogenów. Spożycie alkoholu w okresie przedpokwitaniowym upośledza także dojrzewanie płciowe.

U kobiet pijących alkohol obserwuje się rozchwianie osi podwzgórze–przysadka–nadnercze. Jego skutkiem są zaburzenia miesiączkowania, cykle bezowulacyjne, zmiany zanikowe jajników, częstsze poronienia samoistne oraz przyspieszenie menopauzy. Obserwuje się osłabienie popędu płciowego, zmniejszenie wydzielania śluzu pochwowego² oraz przepływu krwi w obrębie pochwy, co z kolei osłabia doznania związane z orgazmem. Picie alkoholu przed okresem dojrzewania może opóźnić dojrzewanie płciowe w wyniku obniżenia poziomu hormonu wzrostu i hormonu lutenizującego.

3. Alkohol spożywany w okresie przedkoncepcyjnym a zdrowie potomstwa

Większość ludzi pijących lekkie napoje alkoholowe lub ich małe ilości nie cierpi zwykle z powodu ich niepożądanego działania. Są jednak sytuacje, kiedy już jego niewielka dawka może powodować daleko idące konsekwencje. Alkohol bowiem szcze-

² Co zmniejsza odporność kobiety na choroby przenoszone drogą płciową.

gólnie łatwo uszkadza komórki młode, będące w okresie rozwoju. Toteż do okresów krytycznych należy zaliczyć prenatalny okres życia człowieka, dzieciństwo oraz wiek dojrzewania.

Alkohol wpływa nie tylko na zaburzenia rozwoju i funkcjonowanie poszczególnych tkanek, narządów czy układów, ale również może w sposób bezpośredni toksycznie wpływać na plemniki, powodując drobne, acz zauważalne zaburzenia u przyszłych dzieci. Amerykańscy uczeni zauważyli, że u męskiego potomstwa alkoholików występują problemy z zachowaniem, upośledzenie zdolności intelektualnych oraz nieprawidłowości układu nerwowego i endokrynologicznego. Synowie mężczyzn nadużywających alkoholu w okresie dojrzewania mają trudności z przetwarzaniem informacji, uczeniem się i zapamiętywaniem. Cechują się nadmierną aktywnością, a ich EEG wskazuje na nieprawidłową czynność bioelektryczną mózgu. Wykazują oni również nieprawidłową odpowiedź hormonalną na krótkotrwałe działanie alkoholu. U męskiego potomstwa występuje znaczne obniżenie poziomu testosteronu i β -endorfin oraz zmniejszenie masy pęcherzyków nasiennych. Tak więc ich synowie mogą posiadać gorszy potencjał rozwojowy również jako mężczyźni oraz przyszli ojcowie.

U potomstwa żeńskiego stwierdzono nieprawidłowe stężenia niektórych podstawowych hormonów stresowych oraz różnice w samej odpowiedzi na stres. Nie zaobserwowano natomiast znaczących zaburzeń procesu uczenia się.

Badania nad spożywaniem alkoholu przez kobiety w okresie przedkoncepcyjnym sprowadza się zazwyczaj jedynie do stwierdzenia istnienia upośledzenia płodności. Brak jest danych na temat jego wpływu na rozwój potomstwa w późniejszym okresie. Na uwagę zasługuje jednak fakt, że picie alkoholu przez aktywne seksualnie kobiety zawsze może pociągnąć za sobą sytuację zaistnienia ciąży. Zanim zostanie ona zdiagnozowana, może dojść do upośledzenia rozwoju poczętego dziecka (FAS). Może również dojść do uszkodzenia zawiązków narządów płciowych przyszłego potomstwa i w ten sposób upośledzić zdolność prokreacyjną zarówno córek jak i synów. Tak więc również od kobiety zależy, czy będzie ona posiadała wnuki oraz jaki będzie ich stan zdrowia.

4. Płodowy zespół alkoholowy

Jak powszechnie wiadomo, alkohol upośledza, a czasem wręcz uszkadza wszystkie układy i narządy organizmu. Przyczynia się w ten sposób z jednej strony do osłabienia wartości materiału genetycznego, z drugiej do pogorszenia środowiska rozwoju poczętego dziecka. Przy czym chodzi nie tylko o warunki fizyczne, jakie płodowi może zapewnić matka, ale i o bezpieczeństwo psychiczne ciężarnej oraz potomka, za które odpowiedzialne jest ich otoczenie – zwłaszcza ojciec dziecka.

Tymczasem wiedza na temat skutków spożywania alkoholu w okresie prenatalnym wydaje się być znikoma. Kobiety ciężarne zdają sobie zazwyczaj sprawę z niekorzystnych skutków jego nadużywania. Niemniej wciąż pokutuje pogląd, że nie-

wielka dawka „łagodnego alkoholu”, np. czerwonego wina, jest nie tylko dobra, ale i wskazana dla kobiet w ciąży. Myślenie takie jest błędne. Nie znamy bowiem bezpiecznej dawki alkoholu, którą mogłaby spożywać ciężarna. Co więcej, dynamiczny rozwój poczętego dziecka, wraz z tzw. okresami krytycznymi dla kształtowania układów i narządów, niebezpieczeństwo pojawienia się (utrzymujących przez całe dalsze życie) zaburzeń rozwoju psychicznego i behawioralnego, zachęcać powinny do szczególnej ostrożności i dbałości o ten najwcześniejszy okres życia [7].

Już w latach 60. XX wieku opracowano zespół objawów klinicznych określanych jako „zespół alkoholowy płodu”. W kolejnych latach nastąpił proces uzupełnienia i usystematyzowania wiedzy w tym zakresie. Obecnie posiadamy listę cech, których obecność świadczy o istnieniu płodowego zespołu alkoholowego (FAS – *fetal alcohol syndrom*). Możemy tu wymienić: (1) przed- i pourodzeniowe upośledzenie wzrostu z obniżoną masą ciała i/lub zmniejszonym obwodem głowy – przy czym mikrocefalia (zmniejszenie obwodu głowy) jest objawem charakteryzującym niedorozwój OUN, a nie upośledzenia wzrostu; (2) zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego, zwłaszcza odchylenia w stanie neurologicznym, opóźniony rozwój psychomotoryczny, zaburzenia zachowania, obniżony intelekt; (3) co najmniej dwa z objawów w obrębie twarzoczaszki: mała głowa, małowocze, wąskie szpary powiekowe, cieńsza warga górna i/lub niewykształcona rynienka wargi górnej, krótki nos, spłaszczenie twarzy; (4) ogólny zły stan noworodka, w tym zwłaszcza częste wady serca, deformacja stawów oraz inne objawy wad rozwojowych układu kostno-stawowego, wady układu moczowego; (5) spożywanie alkoholu przez matkę w okresie ciąży.

U części noworodków narażonych w okresie płodowym na działanie alkoholu możemy stwierdzić obecność pojedynczych objawów. Sytuację taką mieszczącą się na kontinuum od pełnoobjawowego FAS po łagodniejsze uszkodzenia występujące u potomstwa określa się mianem FAE (*fetal alcohol effects*) lub „niepełnego FAS”. Należy jednak zauważyć, że dzieci z pełnoobjawowym FAS mają więcej zniekształceń fizycznych, a dzieci z pojedynczymi objawami lub niepełnym FAS częściej wykazują zaburzenia OUN [8].

Rozwój płodu jest procesem wieloetapowym, w którym poszczególne fazy następują po sobie. Wielkość wpływu alkoholu na płód zależy więc: od stadium rozwoju dziecka oraz ilości i częstości pitego przez matkę alkoholu; od jej ogólnego stylu życia, w tym przyjmowania przez nią innych środków psychoaktywnych; czynników genetycznych zarówno w odniesieniu do matki jak i płodu; współwystępowania zaburzeń i chorób psychicznych u matki, jej ogólnego stanu zdrowia; od czynników społecznych. Niemniej jednoznacznie można stwierdzić, że alkohol jest poważnym czynnikiem teratogennym, na którego działanie narażony jest płód. Wykazano korelację pomiędzy ilością alkoholu wypitego przez matkę, a ilością i jakością wad wrodzonych występujących u dziecka [9].

Szerokie spektrum działania alkoholu na OUN jest związane z jego prostą budową chemiczną. Stosunkowo łatwo rozpuszcza się on w wodzie, powodując wzrost jego

stężenia w płynie komórkowym i pozakomórkowym [10]. Nie bez znaczenia jest to, że po upływie 40–60 minut od spożycia przez matkę alkoholu jego stężenie w jej krwioobiegu i krwioobiegu płodu będzie identyczne, a wyeliminowanie alkoholu z układu krążenia dziecka trwa dwukrotnie dłużej, to znaczy, że kiedy kobieta przestaje już być pod wpływem alkoholu, krew dziecka nadal go zawiera [11]. Jedna jednostka wypitego przez ciężarną alkoholu zwiększa jego stężenie we krwi o ok. 15 mg/100 ml krwi. Do wyeliminowania jednej jednostki z układu krążenia dorosły organizm potrzebuje około 1 godziny, do wyeliminowania każdej kolejnej – ponad godzinę. Czas ten u poczętego dziecka jest zatem dwukrotnie większy, co w połączeniu z niedojrzałością jego organizmu oraz stałym rozwojem niesie ze sobą poważne konsekwencje.

Alkohol wpływa na rozwijające się dziecko w dwojaki sposób. Z jednej strony jest to wpływ bezpośredni zaburzający prawidłowy wzrost i różnicowanie komórek, z drugiej strony wpływ pośredni poprzez obniżenie dopływu tlenu i substancji odżywczych oraz zaburzenia hormonalne. Najsilniejsze teratogenne działanie alkoholu ma miejsce w czasie pierwszych 6–8 tygodni życia płodu, kiedy część kobiet nie zdaje sobie nawet sprawy z istnienia ciąży.

Alkohol, zwężając naczynia krwionośne w łożysku i sznurze pępowinowym, przyczynia się do upośledzenia odżywienia i dotlenienia organizmu, a to z kolei spowalnia jego rozwój. Powoduje niedobory pierwiastków śladowych (np. cynku) i witamin (B6, kwasu foliowego). Upośledza wytwarzanie hormonów zarówno u matki, jak i płodu. Ich brak lub zmniejszenie ilości wpływa zarówno na rozwój mózgu, jak i innych narządów, np. podniebienia, upośledza prawidłową odpowiedź organizmu na stres. Zaburzenia hormonalne niekorzystnie oddziałują na dojrzewanie i migrację komórek nerwowych – przez to utrudniają rozwój zmysłu równowagi i właściwej postawy ciała. Upośledzają rozwój mózgu związany z płcią i zachowaniami seksualnymi. Sytuacje pogarsza nadprodukcja prostaglandyn powodujących skurcz naczyń krwionośnych, pogłębiających niedotlenienie dziecka.

Bezpośredni wpływ alkoholu na poczęte dziecko dotyczy głównie jego mózgu. Ponad połowa krwi dziecka płynie bowiem do tego intensywnie rozwijającego się organu. Trafia więc tam również ponad połowa alkoholu wypitego przez ciężarną. Alkohol uszkadza przede wszystkim hipokamp³, płaty czołowe, spoidło i jądra podstawy oraz mózdzek, szlaki łączące obie półkule mózgu, zmniejsza też grubość kory mózgowej. W ich obrębie powoduje powstanie anomalii dotyczących zarówno ich struktur, jak i funkcji. Alkohol przyczynia się również do upośledzenia migracji komórek, ich spowolnienia lub wędrówki do niewłaściwych okolic mózgu. Nadmierne zwiększenie aktywności elektrycznej w strukturach mózgu może natomiast wywołać obrzęk i uszkodzenie samych komórek nerwowych.

W wyniku tak licznych uszkodzeń może dojść do opóźnienia sprawności ruchowej oraz mowy, do upośledzenia zmysłu równowagi, słuchu i powonienia. U nowo-

³ Hipokamp jest kluczowym obszarem odpowiedzialnym za funkcje intelektualne i pamięć.

rodka mogą wystąpić zakłócenia rytmu snu, brak zdolności do reagowania i adaptacji, słaby odruch ssania, drżenie, trudności w wygaszaniu nieistotnych bodźców zmysłowych, nadaktywność. W dzieciństwie, młodości oraz w wieku dorosłym może wystąpić upośledzenie pamięci, trudności z rozwiązywaniem problemów, podjęciem złożonej decyzji, przetwarzaniem i magazynowaniem informacji, myśleniem abstrakcyjnym. Może pojawić się upośledzenie orientacji wzrokowo-przestrzennej, trudności z zapamiętywaniem przedmiotów oraz przenoszeniem uwagi z jednego zadania na drugie. Wskutek tych dysfunkcji dzieci, a później dorośli często zapominają zarówno o swoich zadaniach w szkole czy pracy, jak i o terminach spotkań lub badań lekarskich. W wyniku zaburzeń koordynacji wzrokowo-ruchowej oraz problemów z oceną poznawczą (z oceną wagi, rozmiaru, ilości, długości) osoby te wydają się niezdarne, zwłaszcza podczas wykonywania zadań wymagających precyzji ruchów. Obecne są problemy z czytaniem, ortografią oraz posługiwaniem się językiem werbalnym i pozawerbalnym. Uczniowie mają trudności z językiem polskim oraz językami obcymi, matematyką i geometrią, fizyką, chemią, a dorośli z gospodarowaniem pieniędzmi.

Osoby narażone na kontakt z alkoholem w życiu płodowym wykazują również trudności behawioralne. Należą do nich między innymi trudności z uwagą i koncentracją, upór, społeczne wycofywanie się oraz niski poziom socjalizacji i umiejętności komunikowania się. Często pojawiają się problemy z nadużywaniem alkoholu i narkotyków, zachowania antyspołeczne oraz skłonność do zaburzeń zachowania (kłamstwa, oszukiwanie, kradzież). W życiu codziennym zarówno w szkole, jak i w pracy, wydarzenia z otoczenia mogą rozpraszać ich uwagę, powodując utratę kontroli nad wykonywaniem bieżącego zadania. W wyniku upośledzenia funkcji mózgu oraz trudności behawioralnych człowiek ma ograniczone umiejętności samodzielnego życia.

Alkohol pity przez kobietę w ciąży może również spowodować wystąpienie u noworodka, bezpośrednio po urodzeniu, objawów zespołu abstynencyjnego – drżenie, wzmożone napięcie mięśniowe, osłabienie, zaburzenia snu, płaczliwość, trudności w ssaniu itp.

Z badań wynika również, że poronienia samoistne, porody przedwczesne i niewczesne częściej występują u kobiet, które w okresie ciąży piły nawet niewielkie ilości alkoholu. Dodatkowo poczęte dzieci kobiet pijących alkohol częściej są narażone na urazy mechaniczne związane z upadkami ciężarnych.

Podsumowanie

Reasumując, alkohol spożywany w młodym wieku upośledza dojrzewanie psychofizyczne, a nawet społeczne, przyczyniając się do powstawania wielu sytuacji o konsekwencjach na całe dalsze życie. Co istotne, wpływa także na zdrowie psychofizyczne oraz prokreacyjne przyszłych pokoleń.

Spożywanie alkoholu przez kobiety ciężarne może spowodować nieprawidłowy rozwój poczętego dziecka mieszczący się na continuum pomiędzy pañoobja-

wowym FAS a pojedynczymi deficytami mieszczącymi się w ramach pojęcia FAE. Ponieważ nie jest znana „bezpieczna dawka”, jaką kobieta w tym okresie mogłaby spożywać, ze względu na dobro dziecka wskazana jest całkowita abstynencja w tym najważniejszym dla przyszłości dziecka okresie.

Bibliografia

1. Zieliński A. *Ewolucja wzorów używania alkoholu wśród dorastającej młodzieży w Polsce w XX wieku*. Seria: Alkohol a zdrowie 31. Warszawa: PARPA; 2006.
2. Travis C, Wade C. *Psychologia. Podejścia oraz koncepcje*. Poznań: Zysk i S-ka; 2015.
3. Spork P. *Drugi kod. Epigenetyka, czyli jak możemy sterować własnymi genotypami*. Warszawa: WAB; 2011.
4. Paul AM. *Początki. Jak 9 miesięcy w łonie matki wpływa na resztę naszego życia*. Warszawa: Świat Książki; 2012.
5. Buss D. *Ewolucja pożądania*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2001.
6. Vogler RE, Bartz WR. *Nastolatki i alkohol*. Warszawa: PARPA; 1999.
7. Banach M. Specyfika picia alkoholu przez kobiety w Polsce. W: Banach M, red. *Alkoholowy zespół płodu. Teoria, diagnoza, praktyka*. Kraków: WAM; 2011: 103–133.
8. Bartosik A, red. *Picie alkoholu w różnych okresach życia*. Warszawa: PARPA; 2000.
9. Kowalewski I. Prenatalny rozwój dziecka w świetle teratogennego działania alkoholu na rozwijający się płód. W: Banach M, red. *Alkoholowy zespół płodu. Teoria, diagnoza, praktyka*. Kraków: Wydawnictwo WAM; 2011: 135–146.
10. Beszczyńska B. *Zmiany aktywności neurohormonalnej wywołanej przez stres prenatalny i ośrodki psychoaktywne*. Toruń: Wydawnictwo UMK; 2010.
11. Larkby C, Day N. Skutki działania alkoholu na płód. W: Zbucka L, red. *Badania nad dziećmi alkoholików*. Seria: Alkohol a zdrowie 26. Warszawa: PARPA; 2000.

Adres do korespondencji:

Emilia Lichtenberg-Kokoszka
Instytut Nauk Pedagogicznych, Uniwersytet Opolski
ul. Oleska 48, 45-052 Opole
tel. 77 452 74 21
e-mail: emiliaalk@uni.opole.pl

Zapobieganie wertykalnym zakażeniom HIV w świetle aktualnych wytycznych

Małgorzata Ingot

Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby
i Nabytych Niedoborów Odpornościowych,
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Wstęp

Do zakażenia HIV u dzieci dochodzi najczęściej w wyniku wertykalnej transmisji wirusa z matki na dziecko. Przeniesienie zakażenia może zdarzyć się w czasie ciąży, w wyniku karmienia piersią, a w największym odsetku (70%) możliwe jest to podczas porodu. Znane i dostępne w większości rozwiniętych krajów możliwości zapobiegania pozwalają na zminimalizowanie ryzyka transmisji do ok. 1%. Najważniejsze czynniki ryzyka zakażenia HIV u dziecka przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Czynniki wpływające na ryzyko transmisji HIV matka–dziecko

Lp.	Czynniki wpływające na ryzyko transmisji HIV
1.	Wartość wirēmii HIV u matki
2.	Status immunologiczny matki – liczba limfocytów CD4+
3.	Wcześniejsza terapia ARV u matki
4.	Patologie łożyska, zakażenia wewnątrzmaciczne
5.	Sposób rozwiązania ciąży
6.	Czas od pęknięcia błon płodowych do ukończenia porodu
7.	Stosowanie leków ARV w profilaktyce okołoporodowej
8.	Stosowanie leczenia profilaktycznego u dziecka
9.	Ciąża mnoga (2–3× wyższe ryzyko zakażenia 1. bliźniaka)
10.	Wcześnieactwo
11.	Karmienie piersią

Profilaktyka odmatczyńnych zakażeń HIV obejmuje: propagowanie badań przesiewowych wykrywających zakażenie u kobiet ciężarnych – testowanie; stosowanie leków antyretrowirusowych u ciężarnej i noworodka; zgodny z rekomendacjami sposób prowadzenia ciąży i porodu kobiety z potwierdzonym zakażeniem HIV; właściwą opiekę neonatologiczną nad noworodkiem i dobrą współpracę lekarzy specjalistów: ginekologów/położników, neonatologów i specjalistów chorób zakaźnych.

1. Testowanie w kierunku zakażenia HIV

Według zaleceń Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego badanie przeciwciał anty-HIV powinno być zalecane każdej kobiecie ciężarnej przez ginekologa/położnika już na pierwszej wizycie do 10. tygodnia ciąży oraz pomiędzy 33. a 37. tygodniem. Propozycja wykonania tego badania powinna być odnotowana w dokumentacji lekarskiej. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS (PTN AIDS) rekomendują wykonywanie testu również u partnera kobiety ciężarnej. Nadal jednak nie wszystkim kobietom oferuje się wykonanie badania, zdarza się, że niektóre nie zgadzają się na nie, a poważny problem stanowią też sytuacje, kiedy z powodów najczęściej psychospołecznych kobiety nie są objęte w czasie ciąży właściwą opieką medyczną (uzależnienia, zaniedbane środowiska, niski standard socjalny). Szacuje się, że w Polsce odsetek wykonywania testów anty HIV dotyczy około 30% ciężarnych (informacje Krajowego Centrum AIDS). W przypadku braku wyniku z okresu ciąży wykonanie badania należy zaproponować przy przyjęciu do oddziału położniczego, bezpośrednio po porodzie lub zaoferować jego wykonanie u noworodka.

Konieczne jest dążenie do zwiększenia odsetka kobiet w ciąży, które wykonują test w kierunku zakażenia HIV. Poznanie statusu serologicznego ciężarnej stanowi warunek konieczny dla prawidłowego wprowadzenia profilaktyki zakażenia HIV u noworodka.

2. Stosowanie leków antyretrowirusowych (leków ARV)

Terapia antyretrowirusowa zalecana jest wszystkim kobietom ciężarnym zakażonym HIV niezależnie od stwierdzanych u nich parametrów charakteryzujących stopień zaawansowania choroby – liczby limfocytów CD4 i wirerii HIV (ilościowe oznaczenie HIV RNA). Zastosowanie leczenia ARV ma na celu obniżenie, najlepiej do niewykrywalnych wartości, wirerii HIV we krwi i wydzielinie pochwowej u matki. Osiągnięcie tego celu ekstremalnie zmniejsza ryzyko zakażenia dziecka, jednak należy pamiętać, że nawet u kobiet z niewykrywalną wirerią we krwi możliwe jest okresowe występowanie niskiego stężenia HIV RNA/DNA w ślinie szyjkowo-pochwowym.

Leki ARV przenikają przez łożysko i osiągają stężenie terapeutyczne we krwi płodu, co stanowi dla dziecka element profilaktyki przedekspozycyjnej. Leki podane noworodkowi to z kolei profilaktyka poekspozycyjna zabezpieczająca przed repli-

kacją cząstek HIV, które mogły wniknąć do organizmu noworodka w czasie porodu. Znaczenie obu tych elementów działania leków ARV potwierdza fakt, że ich zastosowanie na każdym etapie: u ciężarnej, w czasie porodu oraz u noworodka, może przynieść pożądaną efekt profilaktyczny.

Według zaleceń PTN AIDS leczenie ARV ciężarnej dotychczas nieleczonej rozpoczyna się od drugiego trymestru ciąży. W czasie porodu, niezależnie od tego czy prowadzony jest siłami natury czy wykonywane jest cięcie cesarskie, zalecane jest stosowanie azidotymidyny (AZT) we wlewie dożylnym. Można od tego odstąpić tylko wtedy, jeśli mamy absolutną pewność niewykrywalnej wirerii HIV u rodzącej. U noworodka, w zależności od jego wieku ciążowego, wirerii HIV u matki, możliwości przyjmowania preparatów doustnych stosuje się jeden (AZT), dwa lub nawet trzy leki antyretrowirusowe. Ważne jest, aby podanie leków noworodkowi nastąpiło jak najszybciej, optymalnie w ciągu 4 godzin po urodzeniu i nie później niż 48 godzin po porodzie. Zastosowanie wielolekowego schematu profilaktycznego u noworodka powinno być poprzedzone konsultacją ze specjalistą chorób zakaźnych.

Schematy zastosowania leków ARV w profilaktyce zakażeń wertykalnych HIV w konkretnych sytuacjach klinicznych zawarto w aktualizowanych corocznie zaleceniach PTN AIDS – rozdziały: Marczyńska M., Dobosz S., Popielska J. i wsp., *Zakażenie HIV u dzieci* oraz Jankowska M., Lemańska M., *Profilaktyka transmisji wertykalnej HIV u ciężarnej*.

3. Sposób prowadzenia ciąży i porodu

W czasie ciąży należy bardzo wnikliwie diagnozować i leczyć wszystkie współistniejące zakażenia, gdyż nieleczone wyraźnie wpływają na zwiększenie ryzyka przeniesienia zakażenia HIV. Zaleca się unikać wykonywania zabiegu amniocentezy.

Poród fizjologiczny może być sposobem zakończenia ciąży donoszonej (powyżej 38. tygodnia) u kobiety zakażonej HIV, jeśli wiremia w wyniku stosowania leków ARV osiągnęła w trzecim trymestrze wartości niewykrywalne (< 50 kopii/ml). Jeśli w 34.–36. tygodniu ciąży wiremia HIV przekracza 50 kopii/ml, należy wykonać planowe cięcie cesarskie w 38. tygodniu. W przypadku porodu siłami natury przeciwwskazane jest stosowanie próżnościągu lub kleszczy ze względu na wzrost ryzyka transmisji HIV. Ryzyko to wzrasta również wtedy, gdy czas od odpłynięcia wód płodowych do zakończenia porodu przedłuża się powyżej 4 godzin.

4. Opieka neonatologiczna nad noworodkiem

Noworodka należy jak najszybciej umyć i odśluzować treść z górnych dróg oddechowych. Zabronione jest karmienie piersią.

Ważne jest szybkie rozpoczęcie stosowania leków antyretrowirusowych – ich wybór i liczbę zastosowanych preparatów należy indywidualizować. W 1. dobie ży-

cia zaleca się szczepienie p/wzw typu B, natomiast szczepienie BCG odracza się do czasu wykluczenia zakażenia HIV u dziecka. Diagnostyka tego zakażenia opiera się na badaniach molekularnych. Badania serologiczne nie są przydatne ze względu na to, że matczyne przeciwciała anti-HIV przechodzą przez łożysko i mogą być wykrywalne u dziecka nawet do 18. miesiąca życia.

Zaleca się, aby diagnostykę zakażenia HIV rozpoczynać na oddziale noworodkowym i kontynuować w ośrodku specjalistycznym.

Bibliografia

1. Horban A, Podlasin R., Cholewińska G, Wiercińska-Drapała A, Knysz B. Ingot M, i in, red. *Zasady opieki nad osobami zakażonymi HIV. Zalecenia PTN AIDS – kompendium*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS; 2015.
2. EACS European AIDS Clinical Society Guidelines version 8.0 [online] 2015. Dostępny na URL: http://www.eacsociety.org/files/guidelines_8_0-english_web.pdf [cyt. 21.01.2016].
3. Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States HHS Panel on Treatment of HIV-Infected Pregnant Women and Prevention of Perinatal Transmission – A Working Group of the Office of AIDS Research Advisory Council (OARAC) [online] 2015. Dostępny na URL: <http://aidsinfo.nih.gov/guidelines> [cyt. 21.01.2016].

Adres do korespondencji:

Dr hab. n. med. Małgorzata Ingot
Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby
i Nabytych Niedoborów Odpornościowych
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław
tel. 71 395 75 49
e-mail: malgorzata.inglot@umed.wroc.pl

Pogłębiona diagnostyka molekularna w zakażeniu onkogennymi typami HPV w praktyce

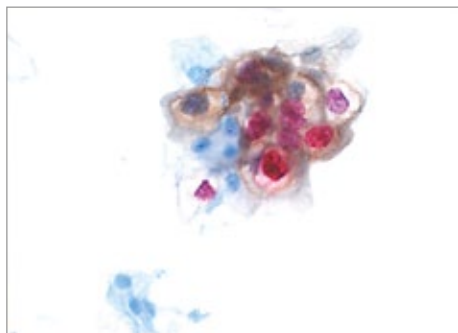
Ewelina Dawid, Agnieszka Pośpiech, Grzegorz Głąb

Instytut Położnictwa, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Wstęp

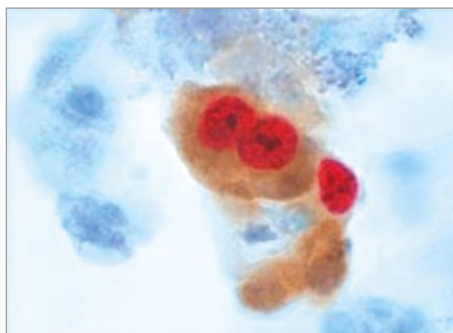
W Polsce rak szyjki macicy nadal stanowi problem, pomimo że dobrze poznano czynniki predysponujące do jego rozwoju oraz główną przyczynę jego powstawania. Onkogenne wirusy brodawczaka ludzkiego (HPV) i ich rola w indukcji karcinogenezy jest bezdyskusyjna, co potwierdzono przyznaniem głównemu badaczowi, prof. Haraldowi zur Hausenowi Nagrody Nobla w dziedzinie medycyny w 2008 r. [1].

W dzisiejszych czasach znane i stosowane są różne metody diagnostyczne. Obecnie najbardziej rozpowszechniona jest cytodiagnostyka, coraz większe znaczenie uzyskuje kolposkopia, jednak największe nadzieje wiąże się z rozwojem i popularyzacją badań molekularnych. Aktualnie do badań molekularnych pozwalających wykryć z ogromną dokładnością zakażenie wirusem HPV zalicza się: badania identyfikujące DNA HPV wirusów wysoko- i niskoonkogennych metodą PCR, badanie mRNA HPV HR oraz badanie wczesnych biomarkerów karcinogenezy białka p16/Ki67 [2,3]. Dwa ostatnie z wymienionych wydają się być szczególnie przydatne, gdyż pozwalają na selekcje badanych zakażonych na bezobjawowych nosicieli i nosicieli z aktywną karcinogenezą, nawet na etapach jeszcze nieuchwytnych innymi metodami. Wykrycie transkryptów messenger RNA onkogenów E6 i E7 HPV świadczy o rozpoczęciu wieloetapowej transformacji nowotworowej w zainfekowanych komórkach nabłonka płaskiego i/lub gruczołowego. Dodatni wynik reakcji immunocytochemicznej białka p16 w połączeniu z reakcją biomarkera proliferacji Ki67 świadczy o uaktywnieniu onkogeny E7 i wejściu zainfekowanych komórek w fazę podziału komórkowego [4]. Reakcja ta przebiega dwuetapowo: obecność białka p16 potwierdza brązowe zabarwienie cytoplazmy komórek, a Ki 67 czerwone zabarwienie jądra komórkowego. Reakcja jest widoczna zarówno w preparatach cytologicznych, jak i histologicznych [5,6].



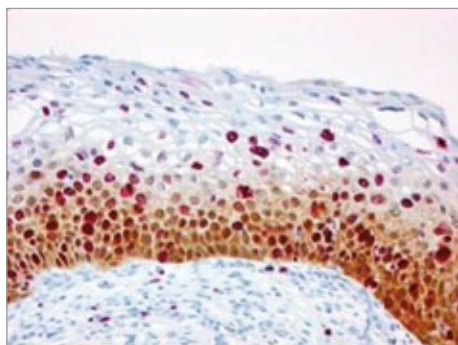
Rycina 1. Mikrofotografia zmian LSIL w preparacie cytologicznym. Reakcja p16/Ki67 dodatnia, cytoplazma komórek zabarwiona na brązowo, jadra komórek na czerwono. Powiększenie 40×

Źródło: Dzięki uprzejmości Rovers Polska [5].



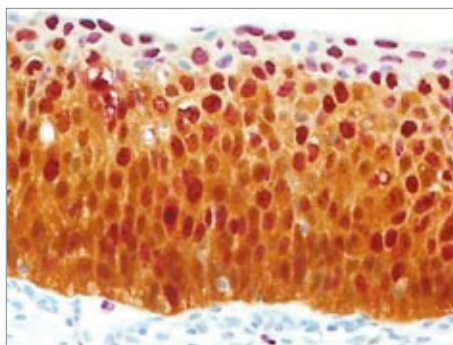
Rycina 2. Mikrofotografia zmian H SIL w preparacie cytologicznym. Reakcja p16/Ki67 dodatnia, cytoplazma komórek zabarwiona na brązowo, jadra komórek na czerwono. Powiększenie 50×

Źródło: Dzięki uprzejmości Rovers Polska [5].



Rycina 3. Mikrofotografia zmian LSIL w preparacie histopatologicznym. Reakcja p16/Ki67 dodatnia, cytoplazma komórek zabarwiona na brązowo, jadra komórek na czerwono. Powiększenie 10×

Źródło: Dzięki uprzejmości Rovers Polska [5].



Rycina 4. Mikrofotografia zmian HSIL w preparacie histopatologicznym. Reakcja p16/Ki67 dodatnia, cytoplazma komórek zabarwiona na brązowo, jadra komórek na czerwono. Powiększenie 10×

Źródło: Dzięki uprzejmości Rovers Polska [5].

1. Cel pracy

Celem pracy jest porównanie zalet i ograniczeń nowoczesnych badań molekularnych mRNA HPV HR i białka p16/Ki67 w codziennej praktyce w diagnozowaniu zainfekowanych kobiet, ich kwalifikacji do postępowania terapeutycznego oraz dalszej kontroli po leczeniu.

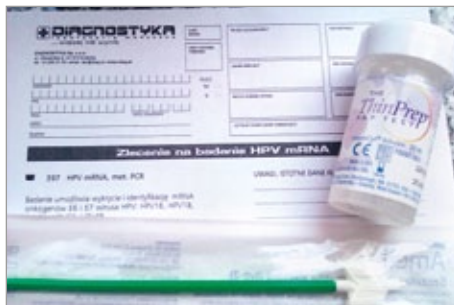
2. Materiał badawczy i metodyka

Materiał badawczy pracy stanowią przeanalizowane dane 25 kobiet z Centrum Diagnostyki Ginekologiczno-Położniczej GMW w Opolu w przedziale wiekowym od 25. do 63. roku życia w okresie od 2011 do 2013 roku, u których wykonano badania mRNA HPV HR oraz 25 kobiet w wieku 20–46 lat, u których wykonano reakcję cytoimmunochemiczną białka p16/Ki67 w okresie od czerwca do grudnia 2014 r. Badanie mRNA wykonywano w okresie wcześniejszym, badanie białka p16/Ki67 później, od momentu jego komercyjnej dostępności. Badania mRNA HPV HR wykonywano, pobierając śluz z szyjki macicy, i analizowano metodą PCR w Laboratorium Diagnostyka Kraków testami firmy Biomérieux-test Nucli-Sens EasyQ HPV w technologii Real-time PCR. Test ten posiada wymagany przez Narodowy Fundusz Zdrowia certyfikat CE-IVD uprawniający do stosowania klinicznego [7].

Materiałem do badania białka p16/Ki67 były rozmazy komórkowe pobierane z części pochwowej szczoteczkami Cervex Brusch firmy Rovers na podłoże transportowe płynne do Laboratorium Cytologicznego Rovers w Piasecznie, odczyt reakcji: dr med. Jan Faryna – specjalista patomorfolog [6].

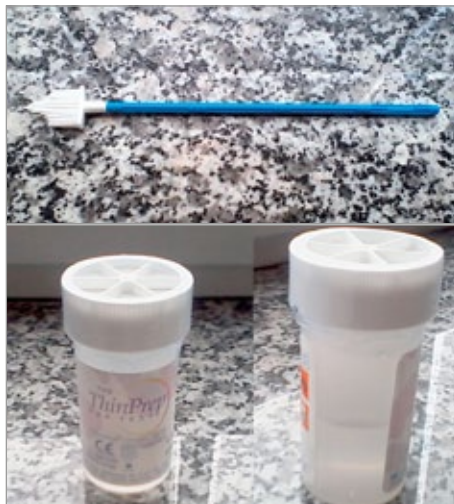
Wskazaniem do wykonania pogłębionej diagnostyki molekularnej były trzy sytuacje kliniczne:

- dodatni wynik badań onkogennych wirusów HPV bez zmian CIN przed szczepieniem,
- pogłębiona diagnostyka zakażeń HPV utrzymująca się po szczepieniu szczepionką Silgard, jako ocena potencjalnego ryzyka progresji do CIN,
- kontrola efektu leczenia chirurgicznego i po immunoterapii u pacjentek zakażeniem onkogennymi typami HPV.



Rycina 5. Zestaw do pobrania materiału do badania mRNA HRV HR: szczoteczka typu cervex Brusch i pojemnik z podłożem płynnym i złącznik

Źródło: GMW Opole.



Rycina 6. Zestaw do pobrania badania białka p16/Ki67, szczoteczka Cervex Brusch Rovers i pojemnik z podłożem płynnym

Źródło: GMW Opole.

Retrospektywnej analizie poddano wyniki uzyskane obydwoma metodami, zwracając uwagę na ich praktyczne zastosowanie u konkretnych kobiet.

3. Wyniki

W celu porównania przydatności obu metod pogłębionej diagnostyki molekularnej podzielono materiał kliniczny na 4 grupy:

1. A – pierwsza grupa to pacjentki, które są na wczesnym etapie zakażenia wirusami HPV. U tych kobiet nie zostały wykazane zmiany dysplastyczne na szyjce macicy (bez CIN). Zastosowano u nich immunoterapię, a następnie wykonano kontrolę po szczepieniu badaniem m RNA HPV HR lub białka p16/Ki-67. Wynik badania był ujemny, co świadczy o tym, że nie wykryto zmian nowotworowych na szyjce macicy, czyli o nosicielstwie bezobjawowym.
2. B – druga grupa to kobiety, u których stwierdzono obecność onkogennych typów HPV, dodatni wynik badania mRNA HPB HR lub p16/Ki 67 świadczył o inicjacji karcinogenezy, jednak w badaniu histopatologicznym nie stwierdzono jeszcze uchwytanych zmian CIN.
3. C – trzecia grupa to pacjentki, u których zostały wykryte wirusy HPV HR oraz badaniem histopatologicznym potwierdzone zostały zmiany dysplastyczne na szyjce macicy (CIN1, CIN2 lub CIN3). Wykonano u nich konizację szyjki macicy, a następnie kobiety zostały zaszczepione. Po tych czynnościach wykonano badanie kontrolne m RNA HPV HR lub białka p16/Ki-67, których wyniki były ujemne. U tej grupy pacjentek terapia się powiodła.
4. D – czwarta grupa to pacjentki z dodatnim wynikiem badania białka p16/Ki-67. Mimo przeprowadzonych badań i zabiegów chirurgicznych analogicznych do grupy pierwszej i drugiej, terapia nie powiodła się. Dodatkowo wyniki mRNA HPV HR lub białka p16/Ki67 świadczyły o niepowodzeniu leczenia, podejrzeniu pozostawienia ognisk CIN, i były wskazaniem do rekonizacji. U kobiet tych po wykonaniu bardziej radykalnych zabiegów wykazano zmiany CIN.

Zbiorcze wyniki ilościowe w poszczególnych grupach przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Uzyskane wyniki oznaczeń mRNA HP HR i białka p16/Ki67 w poszczególnych grupach badawczych

Wynik badania	mRNA HPV HR	P16/Ki67
Grupa A (wynik -)	5 [20%]	9 [36%]
Grupa B (wynik + bez CIN)	1 [4%]	2 [8%]
Grupa C i D (wynik + z CIN)	19 [76%]	14 [56%]
Grupa B+C+D (wynik +)	20 [80%]	16 [64%]
Razem	25 [100%]	25 [100%]

Pacjentki z grupy A i B poddano postępowaniu zachowawczemu (okresowa kontrola kolposkopowo-cytologiczna) i immunostymulacji szczepionką 4-walentną Silgard, 3 dawki w schemacie 0–1–4 miesiące.

Kobiety z potwierdzonymi zmianami CIN i z zakażeniem onkogennymi wirusami HPV HR, z potwierdzoną inicjacją karcinogenezy (dodatni wynik mRNA HPV HR lub białka p16/ Ki67) czyli grupę C + D poza immunostymulacją szczepionką Silgard 0–1–4 miesiące poddano oszczędzającemu leczeniu chirurgicznemu (konizacja chirurgiczna). Wyniki takiego skojarzonego leczenia poddawano kontroli po 4 miesiącach od ostatniej dawki szczepienia. Wyniki liczbowe przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Uzyskane wyniki mRNA HPV HR i białka p16/Ki67 w grupach kobiet leczonych chirurgicznie

Wynik badania	mRNA HPV	P16/Ki67
Wynik ujemny (wyleczenie)	15	12
Wynik dodatni (rekonizacja)	4	2
Razem C+D	19	14

Uzyskanie dodatniego wyniku badania molekularnego mRNA lub p16/ki67 traktowano jako podejrzenie pozostawienia zmian CIN i kobiety te poddano ponownemu leczeniu chirurgicznemu o szerszym zakresie (rekonizacji). Dotyczyło to 6 młodych kobiet z planami rozrodczymi w przyszłości. Dalsza obserwacja potwierdziła wyleczenie ze zmian CIN.

Zaobserwowane wyniki mają wstępny charakter, w 2015 r. materiał badawczy uległ znacznemu zwiększeniu zwłaszcza w grupie kobiet, u których wykonywano badanie białka p16/Ki67, co będzie tematem kolejnych doniesień.

4. Dyskusja

Badania molekularne zyskują stopniowo coraz większe znaczenie w postępowaniu diagnostycznym i terapeutycznym z kobietami zakażonymi wirusami HPV. Szczególnie przydatne okazały się badania wykrywające obecność 13 typów onkogennych wirusów Papilloma, gdyż obecność wirusów z tej grupy 600 razy zwiększa ryzyko wystąpienia śródnabłonkowych zmian przednowotworowych (SIL) i raka szyjki macicy w przyszłości. Wiadomo, że zmiany H SIL i rak inwazyjny rozwiną się jedynie u 1/3 zakażonych kobiet, dlatego szczególne znaczenie ma selekcja chorych i poznanie niekorzystnych czynników prognostycznych. U około 70% pacjentek zakażenie onkogennymi typami HPV może mieć charakter okresowy (samoistna regresja do 3 lat), w pozostałych przypadkach będzie miało charakter przetrwały i u tych kobiet należy spodziewać się progresji zmian o pierwotnie małym nasileniu (LSIL) do zmian o dużym nasileniu (HSIL), a następnie raka inwazyjnego [8,9,10].

Proces transformacji nowotworowej indukowany przez infekcje onkogennymi typami HPV ma charakter wieloetapowy i niezbyt szybki. Pojawienie się zmian morfologicznych w badaniu kolposkopowym, cytologicznym i histopatologicznym wyprzedzają zmiany molekularne w ekspresji onkogenów E6 i E7. W 2010 r. uzyskaliśmy dostęp do pogłębionej diagnostyki molekularnej, początkowo pod postacią badania obecności transkryptów mRNA onkogenów E6 i E7 HPV HR 5 typów onkogennych wirusów Papilloma metodą PCR. Diagnostyka dotyczyła jednak jedynie pięciu najczęstszych i najgroźniejszych typów HPV HR: 16, 18, 31, 33 i 45 limitowanych przez producenta starterów do PCR, firmę Biomerieux do komercyjnego stosowania w Unii Europejskiej. Od maja 2014 r. uzyskaliśmy dostęp do alternatywnej metody pogłębionej diagnostyki molekularnej, badania bardzo wczesnych biomarkerów karcinogenezy obecności białka p16, którego obecność w cytoplazmie zainfekowanej przez HPV HR komórki jest przejawem nadekspresji onkogeny E7 oraz obecność białka Ki67-jądrowego biomarkera proliferacji. Badanie cytoimmunochemiczne CINtechPlus firmy Rovers daje pozytywny wynik niezależnie od typu/typów wszystkich 13 onkogennych HPV HR, bez względu na wiek badanej kobiety, fazę cyklu i przebyte zabiegi – z ponad 90% wiarygodnością [11].

Uzyskane wyniki potwierdzają kliniczną przydatność zarówno metody mRNA HPV HR, jak i testu p16/Ki67. Wynik pozwala na racjonalną selekcję badanych kobiet na poszczególnych etapach infekcji, bezobjawowego nosicielstwa (wyniki ujemne), wczesnych etapów karcinogenezy bez zmian histopatologicznych (wyniki dodatnie bez CIN), oraz bardziej zaawansowanych etapów (wyniki dodatnie z CIN). Oba badania okazały się bardzo przydatne do kontroli chorych kobiet po leczeniu skojarzonym z leczenia chirurgicznego (konizacja chirurgiczna) i immunostymulacji. Obserwowany wyższy odsetek kobiet z CIN 1, 2 i 3 (76%, tabela 1) w grupie z zastosowaniem mRNA HPV HR wynika z faktu, że dodatni wynik dotyczył pięciu najbardziej onkogennych typów HPV (tzn. 16, 18, 31, 33, 45). Ograniczeniem tej metody był brak możliwości badania kobiet zainfekowanych pozostałymi 8 typami. Dlatego w momencie uzyskania dostępu do badania metodą CINtech plus, od maja 2014 stosowano głównie tę metodę. Odsetek kobiet z pozytywnym wynikiem p16/Ki67 i CIN 1, 2, 3 wynosił w tej grupie 56% (tabela 1), gdyż w badanej grupie było mniej kobiet z typami HPV 16, 18, 31, 33 i 45, a więcej z pozostałymi, mniej groźnymi typami.

Kolejnym argumentem była cena badania w trybie komercyjnym mRNA HPV HR – 350 PLN, w porównaniu z 200 PLN za badanie p16/Ki67 [12].

Uzyskane wyniki mają charakter wstępny, dalsze wnioski będą wynikały z analizy większej grupy badanych chorych, których liczba ulega stopniowemu zwiększaniu, zwłaszcza w grupie badanych metodą CINtech Plus, która w naszej opinii wydaje się bardziej przydatna w codziennej praktyce.

Należy podkreślić prostotę obu badań – pobieranie materiału powinno być w kompetencji przeszkolonego fachowego personelu medycznego (położnej) [12].

Wnioski

Badania mRNA HPV HR i immunocytochemiczne p16/Ki-67 są bardzo przydatnymi biomarkerami zakażeń HPV HR w codziennej praktyce.

Ujemne wyniki badania mRNA HPV HR i p16/Ki-67 u kobiet z dodatnim wynikiem HPV HR świadczą o bezobjawowym nosicielstwie. Pacjentki mogą być kwalifikowane do immunoterapii. Ujemne wyniki badań mRNA HPV HR i p16/Ki-67 u kobiet po szczepieniu z przetrwałym zakażeniem HPV HR świadczą o małym ryzyku progresji choroby do CIN i pozwalają na przyjęcie postawy wyczekującej (kontrola kolposkopowo-cytologiczna co 6 miesięcy).

Ujemny wynik badania mRNA HPVHR lub p16/Ki-67 u kobiet po leczeniu chirurgicznym CIN1–CIN2–CIN3 i po immunoterapii potwierdza skuteczność usunięcia zmiany i minimalne ryzyko nawrotu.

Dodatni wynik badania mRNA HPV HR i/lub p16/Ki-67 jest bardzo czułym prognostykiem wczesnych etapów rozwoju choroby lub jej nawrotu pomimo leczenia.

Dalsza analiza danych klinicznych pozwoli na pełniejsze poznanie praktycznego zastosowania tej nowej metody diagnostyki.

Bibliografia

1. Jach R, Dumin M, Radoń-Pokraka M, Basta A, Kojs Z, Karolewski K. Zakażenie HPV i jego związek z nowotworami złośliwymi, *Ginekol Onkol* 2010; 8 (3): 200–213.
2. Rokita W. *Analiza wartości diagnostycznej wybranych testów molekularnych i immunocytochemicznych w wykrywaniu zmian patologicznych szyjki macicy*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu; 2011: 12–29, 58–59.
3. Suwalska A, Owczarek W, Fiedor P. Przydatność kliniczna metod wykorzystywanych w diagnostyce zmian wywołanych zakażeniem wirusem brodawczaka ludzkiego. *Pol Merkuriusz Lek* 2014; 36 (212): 12932.
4. Józefiak A, Kędzia W, Kotarski J, Poręba R, Puacz E, Spaczyński M. Wytyczne dotyczące aplikacji testów molekularnych identyfikujących DNA HPV HR w profilaktyce szyjki macicy. Stanowisko ekspertów PTG i KIDL. *Ginekol Pol* 2013; 84 (5): 395–399.
5. CINtec p16. Clarity and confidence. Staining Atlas [online] 2015. Dostępny na URL: <https://www.yumpu.com/en/document/view/30067956/staining-atlas/61> [cyt. 14.12.2015].
6. CINtec p16. Biomarkery p16 + Ki67 [online] 2015. Dostępny na URL: <http://www.p16.pl/biomarkery.html> [cyt. 04.01.2016].
7. Olszak A, Kulig A, Smolarz B, Kozłowska E. Detection of HPV by polymerase chain reaction (PCR) in paraffin embedded cervical cancer tissue. *Prz Menopauz* 2003; 4: 36–39.
8. Markowska J, Mądry R. *Zarys ginekologii onkologicznej*. T. 1. Poznań: Wydawnictwo Termedia; 2012: 651.

9. Świdarska J. Znaczenie diagnostyki zakażeń wirusem HPV w profilaktyce raka szyjki macicy. *Nowa Med* 2007; 1 (wyd. spec.): 4–7.
10. Spaczyński M, Kędzia W, Nowak-Markwitz E. *Rak szyjki macicy profilaktyka, diagnostyka i leczenie*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009: 1–2.
11. Rokita W, Skawiński D, Zmelonek-Znamirowska A, Kędzia W, KarowiczBilińska A, i in. Wyniki badań cytologicznych i immunocytochemiczna identyfikacja białek p16 i Ki67 u kobiet ze śród-nabłonkową neoplazją i rakiem szyjki macicy. *Ginekol Pol* 2012; 83 (11): 822–826.
12. Rokita W, Kędzia W, Gaj A, Kulig B. Aspekt ekonomiczny wykorzystywania wybranych biomarkerów w badaniach przesiewowych raka szyjki macicy. *Ginekol Pol* 2010; 10: 774–777.
13. Sioma-Markowska U, Kazimierzczak M, Sipiński A. Udział położnej w badaniach i zabiegach diagnostyczno-terapeutycznych w ginekologii. W: Sipiński A, red. *Opieka w ginekologii*. Wyd. 2. Katowice: Śląsk Wydawnictwo Naukowe; 2012: 33–59.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Grzegorz Głąb
Instytut Położnictwa,
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
ul. Katowicka 68, 45-060 Opole
e-mail: grzegorz.glab@invitrogmw.pl

Wyzwania transplantologii – problemy związane z ciążą u biorczyń wybranych narządów

Jerzy Jabłecki, Mirela Knosala

Institut Położnictwa, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Wstęp

Dla wielu kobiet w wieku rozrodczym transplantacja narządu, poza oczywistymi korzyściami zdrowotnymi, niesie też możliwość posiadania biologicznego potomstwa. Ponad 50-letnie obserwacje chorych, które rodzą po przeszczepieniu narządu unaczynionego, wskazują, że rodzą one w swoim życiu tylko jedno dziecko, rzadziej dwoje, a ponad połowa z tych ciąż jest nieplanowana [1]. Ciąża u tych chorych wiąże się z ponadstandardowym ryzykiem powikłań dla matki i potomstwa, dlatego ważne jest, aby poradnictwo związane z prokreacją rozpocząć już w trakcie kwalifikacji do przeszczepienia narządu. Odpowiednio wcześniej rozpoczęte poradnictwo umożliwi jak najlepsze rozumienie i akceptację chorej dla trudności i ograniczeń prokreacyjnych związanych z jej chorobą. W okresie przygotowania i oczekiwania na przeszczepienie narządu kobiety w wieku rozrodczym powinny uzyskać informację o następujących faktach i zaleceniach związanych z aktywnością seksualną i ewentualną ciążą [1]:

- udany zabieg przeszczepienia narządu powoduje szybkie ustępowanie zaburzeń hormonalnych, toteż nawet już w pierwszym miesiącu od transplantacji nerki mogą pojawić się cykle owulacyjne i możliwość zapłodnienia. U biorczyń wątroby ustępowanie zaburzeń hormonalnych dokonuje się średnio po 3–10 miesiącach od zabiegu;
- w pierwszym roku po transplantacji ciąża jest przeciwwskazana. Należy pamiętać, że w tym okresie niekorzystnie na rozwój ciąży i płodu może wpłynąć wiele czynników (wysokie ryzyko ostrego odrzucania i powikłań infekcyjnych, wysokie dawki stosowanych leków immunosupresyjnych);
- w pierwszym roku po zabiegu przeszczepienia zaleca się stosowanie przez biorczynie narządu w wieku rozrodczym odwracalnych i wysoko skutecznych metod antykoncepcyjnych;

- zachowanie dobrej czynności przeszczepu jest warunkiem niezbędnym do prawidłowego rozwoju ciąży, dlatego także podczas ciąży jest konieczne stosowanie leków immunosupresyjnych, chroniących narząd przed ostrym odrzucaniem. Ryzyko ostrego odrzucania przeszczepu w trakcie ciąży i po jej zakończeniu jest podobne jak u pacjentek, które nie zachodzą w ciążę. U pacjentek z dobrą czynnością nerki nie obserwuje się pogorszenia jej stanu w związku z przebyciem ciąży;
- wiele leków stosowanych u biorczyń przeszczepów: immunosupresyjnych, hipotensyjnych, przeciwbakteryjnych i przeciwwirusowych uszkadza płód, dlatego ciążę należy planować po uzgodnieniu z lekarzem transplantologiem, który odpowiednio zmodyfikuje zalecane leczenie;
- po modyfikacji leczenia immunosupresyjnego oraz przy dobrej czynności przeszczepu ryzyko występowania wrodzonych wad rozwojowych jest u potomstwa biorczyń podobne jak w populacji ogólnej: ok. 4–5%;
- opieka nad ciężarną biorczynią narządu polega na ścisłym nadzorowaniu stanu płodu i matki oraz starannym monitorowaniu czynności przeszczepu. Dlatego w trakcie ciąży są konieczne wizyty lekarskie biorczyń zarówno w ośrodku transplantacyjnym, jak i u ginekologa, nie rzadziej niż co miesiąc, a w ostatnim trymestrze – co 1–2 tygodnie;
- w czasie takich wizyt, obok typowych dla ciąży badań dodatkowych, wykonuje się badania laboratoryjne i ultrasonograficzne, których zakres zależy od rodzaju przeszczepionego narządu i może się zmieniać zależnie od zaawansowania ciąży i jej przebiegu. Największe doświadczenie w przygotowaniu i wyborze optymalnych warunków ciąży dotyczy biorczyń nerki.

1. Problemy związane z ciążą po przeszczepieniu nerki

Pierwsza ciąża u biorczynie nerki przeszczepionej odnotowana została w 1958 r. [2]. Według danych *The National Transplantation Pregnancy Registry* (NTPR) takie ciążę są dość powszechne. Co ciekawe, 50% z tych ciąż jest nieplanowanych; 60–80% ciąż w tej populacji kończy się sukcesem [2,3].

Kryteria bezpiecznej ciąży u biorczynie nerki [3]:

- upłynął co najmniej 1 rok od udanej transplantacji nerki,
- nie rozpoznawano ostrego odrzucania,
- czynność przeszczepu jest zadowolająca i nie stwierdza się istotnego białkomoczu,
- nie stwierdza się czynnej infekcji, potencjalnie szkodliwej dla płodu,
- nie ma konieczności podawania leków, które mogą uszkadzać płód,
- stosuje się dozwolone leki immunosupresyjne w dawkach podtrzymujących,
- nie ma nadciśnienia tętniczego krwi lub jest ono kontrolowane jednym lekiem hipotensyjnym.

2. Możliwe powikłania ciąży u biorczynie nerki

Ciąża u biorczynie nerki to ciąża wysokiego ryzyka, o wielokrotnie wyższym ryzyku niż w populacji ogólnej. Przede wszystkim niesie niebezpieczeństwo wystąpienia nadciśnienia nałożonego, stanu przedrzucawkowego i rzucawki, infekcji, porodu przedwczesnego oraz hipotrofii płodu [2].

Ryzyko poronień w omawianej populacji sięga nawet 65%. Jednak po pierwszym trymestrze już 90% ciąż przebiega pomyślnie i rodzi się żywe dziecko [4]. Porody przedwczesne są dość powszechne i występują u ok. 50% ciężarnych po przeszczepieniu. Porody odbywały się średnio w 35. tygodniu ciąży [4]. Według NTPR średnia masa urodzeniowa to 2500 g i takich dzieci jest 46–50% [5,6]. W raporcie wspomnianego NTPR przeanalizowano 377 ciąż biorczyń nerek oraz 385 płodów z tych ciąż. 0,5% ciąż to ciążę ekotopowe [7]. Poronienia sztuczne to 8,9% przypadków, poronienia naturalne to 13,3% oraz zanotowano 2,6% porodów dzieci martwych. Żywe urodzenia stanowiły 74,5%, średni tydzień ciąży, w którym nastąpił poród to 35,8 tygodni, a średnia waga w momencie urodzenia to 2475 g [6,7]. Ciekawa wydaje się zależność między czasem od przeszczepu a wagą noworodka w momencie urodzenia. Im krótszy czas koncepcji od transplantacji, tym większy trend w kierunku niższej wagi urodzeniowej dzieci [5,7].

Kolejnym częstym powikłaniem położniczym jest zahamowanie wewnątrzmacicznego wzrostu płodu (IUGR). W przypadku transplantacji nerki jest to dosyć wysokie ryzyko na tle ciąży po przeszczepieniu innych narządów [5].

3. Możliwe powikłania ciąży u biorczynie wątroby

Ciąże po przeszczepie wątroby nie są rzadkim zjawiskiem i zazwyczaj zakończono one się urodzeniem żywego dziecka, bez wad wrodzonych. Jednakże z powodu powikłań, które towarzyszą takiej ciąży, zaliczana jest ona także do ciąż wysokiego ryzyka [7]. Najczęstszymi powikłaniami ciąży po przeszczepie wątroby są [8,9]:

- infekcja wirusem cytomegalii,
- nadciśnienie tętnicze i stan przedrzucawkowy,
- niedokrwistość,
- hiperbilirubinemia.

Według danych NTPR, nadciśnienie tętnicze jest najczęstszym powikłaniem w tej grupie pacjentek i występuje w 14–44% przypadków. Wiąże się to z występowaniem u biorczyń wątroby nadciśnienia tętniczego i nieprawidłową funkcją nerek przed ciążą. Ostre odrzucanie przeszczepu w trakcie ciąży zaobserwowano u 7% pacjentek, zaś w 8% odrzucanie narządu nastąpiło w ciąży 2 lat po ciąży [9].

Główne zagrożenia dla płodu:

- wewnątrzmaciczne zahamowanie rozwoju,
- poród przedwczesny [8].

Wskaźnik żywych urodzeń w przypadku ciąży po przeszczepie wątroby wynosi 72–82%. Ciąża zazwyczaj trwa 37–38 tygodni, a średnia masa urodzeniowa dzieci matek biorczyń wynosi 2635–2802 g; 22–42% ciąż ukończonych zostało cięciem cesarskim. Występowanie wad wrodzonych w tej grupie pacjentek wynosi 3%, co jest porównywalne z ich występowaniem w populacji ogólnej (2–3%) [9,10].

Pacjentki po transplantacji wykazują obniżoną odporność. Największe ryzyko infekcji jest w okresie bezpośrednio po transplantacji lub w przypadkach, gdy wymagane jest zwiększenie dawek immunosupresji. Dlatego najlepiej, gdy decyzja o ciąży podejmowana jest w okresie od roku do 2 lat po przeszczepieniu, nie powinna być krótsza niż 6 miesięcy po transplantacji. Zakażenia wirusem cytomegalii (CMV) są niebezpieczne ze względu na zwiększone ryzyko wad wrodzonych u płodu matki zakażonej we wczesnej ciąży [11].

4. Ciąża po przeszczepie płuc

Rejestr NTPR wykazuje jedynie 14 przypadków ciąż biorczyń płuc; 53% takich ciąż zakończyło się urodzeniem żywego dziecka, 63% tych noworodków urodziło się przedwcześnie z niską masą urodzeniową. Najczęstsze powikłania to:

- nadciśnienie tętnicze (53% pacjentek),
- ostre epizody odrzucania przeszczepu (27%),
- zakażenia (20%),
- stan przedrzucawkowy (13%) [3].

Uważa się, że ciąża po transplantacji płuc niesie za sobą szczególnie wysokie ryzyko utraty przeszczepu i śmiertelności biorczyni. Przyczyny zaburzeń czynności przeszczepionych płuc podczas ciąży nie są znane [1,3].

5. Ciąża po przeszczepie jelita

Do tej pory odnotowano tylko jedną ciążę biorczyni jelita. Zakończyła się ona sukcesem.

6. Ciąża po przeszczepie złożonym (twarz, kończyna, tchawica)

NTPR nie odnotowało ciąży w przypadkach ww. przeszczepów złożonych [7].

7. Wpływ ciąży na czynność narządu przeszczepionego

Współcześnie nie dysponujemy odpowiednio dużą liczbą badań w temacie wpływu ciąży na czynność narządu przeszczepionego. W fizjologicznej ciąży w organizmie kobiety funkcjonuje stan tolerancji immunologicznej, co wpływa korzystnie na zachowanie czynności przeszczepu. Epizody ostrego odrzucania przeszczepu

zdarzają się w 10% przypadków, ale nie są one częstsze niż u pacjentek nie będących w ciąży [12].

Aktualnie przyjmuje się, że ciąża nie zwiększa ryzyka odrzucania przeszczepu, jeśli decyzja o koncepcji została podjęta przy prawidłowej czynności narządu przeszczepionego. Ważną częścią składową profilaktyki odrzucania przeszczepu jest spełnienie kryteriów ETDA 2002 – odpowiednia czynność narządu, modyfikacja leczenia i minimalnie 1 rok od operacji [12]. Częstość odrzucania w okresie ciąży w przypadku biorczyń różnych narządów przedstawia tabela 1 [13].

Tabela 1. Procentowa utrata przeszczepu u ciężarnych biorczyń narządów

Charakterystyka	Przeszczepiona nerka	Przeszczepiona wątroba	Przeszczepiona nerka i trzustka	Przeszczepione serce	Przeszczepione płuca
Utrata przeszczepu w ciąży 2 lat (%)	4–14	3–9	17	0	23

Źródło: dane pochodzące z różnych badań.

8. Postępowanie okołoporodowe, karmienie piersią

Ciąża u kobiet po przeszczepieniu narządu w każdym wypadku powinna być traktowana jako ciąża wysokiego ryzyka i prowadzona przez wyspecjalizowany zespół, składający się ze specjalisty transplantologii klinicznej, położnika, neonatologa i anestezjologa, w ośrodku zapewniającym wysokospecjalistyczną opiekę nad noworodkiem. Ważne jest wczesne rozpoznanie ciąży, aby w razie potrzeby skorygować rodzaj stosowanych leków, głównie immunosupresyjnych i hipotensyjnych. Z racji zmiany dystrybucji leków w poszczególnych okresach ciąży dawki powinny być stosowane adekwatnie do ich stężenia w surowicy [9,12]. W czasie porodu obowiązuje zwiększony reżim sanitarny z racji zwiększonego ryzyka rozwoju zakażenia. Rodzącej należy podać profilaktycznie antybiotyk (zwykle penicyliny lub cefalosporyny, ewentualnie z metronidazolem) oraz pojedynczą „stresową” dawkę glikokortykosteroidów. Po porodzie modyfikuje się dawki leków immunosupresyjnych w zależności od ich stężenia we krwi. Pomimo pojedynczych doniesień w piśmiennictwie o możliwości karmienia piersią przez biorczynie przeszczepów, uważa się, że matki przyjmujące leki inne niż sterydy immunosupresyjne nie powinny karmić [14].

Podsumowanie

NTPR w latach 1991–2005 zarejestrowało łącznie 1418 ciąż matek po przeszczepieniu narządu [7]. Spośród tych ciąż 12–24% zakończyło się samoistnym poro-

nieniem, a wskaźnik terminacji z przyczyn zdrowotnych wynosi 1–33% [11]. Warto zaznaczyć jednak, że 33% procent terminacji w celach terapeutycznych nastąpiło u biorczyń przeszczepów płuca. U pozostałych pacjentek, bez grupy biorczyń płuc wartość ta wynosiła 1–9% [7,11]. Martwych noworodków urodziło się 1–3%. Porody przedwczesne to aż 52–54% porodów [12]. Noworodki z masą poniżej 2500 g stanowią 46–50% noworodków matek po przeszczepieniu narządu [11,15].

Wybór optymalnego czasu poczęcia ma zasadnicze znaczenie dla zmniejszenia ryzyka powikłań, pozytywnego zakończenia ciąży i przeżywalności przeszczepu. Należy dołożyć wszelkich starań, aby zajście w ciążę zawsze było planowane, a opiekę nad ciężarną prowadził doświadczony zespół interdyscyplinarny, w ośrodku umożliwiającym specjalistyczną opiekę nad noworodkami ze skrajnym wcześniactwem, co zapewni optymalne warunki ich rozwoju i długiego przeżycia pacjentek [1].

Bibliografia

1. Pazik J. Ciąża po przeszczepie. W: Czerwiński J, Małkowski P, red. *Pielęgniarstwo transplantacyjne*. Warszawa: Ars Nova; 2014: 376–381.
2. Deshpande NA, James NT, Kucirka LM. Pregnancy outcomes in kidney transplant recipients: a systematic review and meta-analysis. *Am J Transplant* 2011; 11 (11): 2388–2404.
3. Mukherjee S. Transplantation and Pregnancy. *Medscape Drugs, Diseases and Procedures* January 2012 [serial online] 2012. Dostępny na URL: <http://emedicine.medscape.com/article/429932-overview> [cyt. 18.02.2013].
4. Pazik J, Durlik M. Postępowanie przygotowawcze i przebieg ciąży u biorczynie nerki przeszczepionej – opis przypadku. *Forum Nefrol* 2008; 1 (1): 42–44.
5. Durka P. Ciąża, poród i połów po przeszczepieniu nerki. *Położna Nauka Prakt* 2012; 2 (18): 14–18.
6. Bramham K, Nelson-Piercy C, Gao H. Pregnancy in renal transplant recipients: a UK national cohort study. *Clin J Am Soc Nephrol* 2013; 8 (2): 290–298.
7. Gift of Life Donor Program. National Transplantation Pregnancy Registry Moves to Gift of Life Institute [online]. Dostępny na URL: <http://www.donors1.org/about-us/media/press1/ntpr> [cyt. 12.10.2015].
8. Parhar KS, Gibson PS, Coffin CS. Pregnancy following liver transplantation: review of outcomes and recommendations for management. *Can J Gastroent* 2012; 26 (9): 621–626.
9. Brosens I, Pijnenborg R, Benagiano G. Risk of Obstetrical Complications in Organ Transplant Recipient Pregnancies. *Transplantation* 2013; 96: 227–233.
10. Riely CA. Contraception and pregnancy after liver transplantation. *Liver Transplant* 2001; 11 (Suppl. 1): 74–76.
11. Kociszewska-Najman B, Pietrzak B, Cyganek A. Intrauterine hypotrophy and premature births in neonates delivered by female renal and liver transplant recipients. *Transplant Proc* 2011; 43: 3048–3051.

12. McKay DB, Josephson MA, Armenti VT. Reproduction and transplantation: report on the AST Consensus Conference on Reproductive Issues and Transplantation. *Am J Transplant* 2005; 5: 2018–2022.
13. Wanic-Kossowska M, Szczepańska A. Problemy nefrologiczne u kobiet w ciąży. *Przew Lek* 2009; 5: 67–73.
14. EBPG Expert Group on Renal Transplantation. European best practice guidelines for renal transplantation. Section IV: Long-term management of the transplant recipient. IV.10. Pregnancy in renal transplant recipients. *Nephrol Dial Transplant* 2002; 17 (Suppl. 4): 50–55.
15. Malinowski A, Wilczyński JR. Immunologiczne mechanizmy utrzymania ciąży. *Ginekol Prakt* 2003; 11 (4): 47–56.

Adres do korespondencji:

Prof. dr hab. n. med. Jerzy Jabłecki
Instytut Położnictwa,
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
ul. Katowicka 68, 45-060 Opole
tel. 601 157 163
e-mail: jerzy.jablecki@interia.pl

Zastosowanie koncepcji PNF w aktywności fizycznej kobiet w ciąży

Edmund Glibowski¹, Maciej Rębisz^{1,2}, Ewelina Mach², Wojciech Stefaniak³

¹ Studia Doktoranckie, Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu

² Medicus w Opolu sp. z o.o.

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

Obserwowany wraz z postępem cywilizacyjnym wzrost tempa życia przynosi szereg niekorzystnych zmian prowadzących w konsekwencji do pogorszenia jakości życia człowieka. Wśród przyczyn tego zjawiska należy wymienić siedzący tryb życia, bierną formę spędzania wolnego czasu, bierny wypoczynek, a także złe nawyki żywieniowe oraz niski poziom świadomości społeczeństwa na temat pozytywnego wpływu ruchu na zdrowie człowieka. Szczególnie widoczne jest to wśród kobiet w ciąży, które podczas 9 miesięcy oczekiwania na narodziny dziecka często ograniczają aktywność fizyczną [1,2]. Pojawiająca się w tym okresie decyzja o zmianie swojego dotychczasowego życia przejawia się m.in. unikaniem sytuacji stresowych i zachowań ryzykownych dla zdrowia przyszłej mamy, czego pierwszym przejawem jest rezygnacja z pracy zawodowej. Konsekwencją jest rozpoczęcie biernego trybu życia i zapominanie o tak ważnym aspekcie, jakim jest kondycja fizyczna, niezbędna do utrzymania dobrego stanu zdrowotnego zarówno matki, jak i dziecka. Warto przypomnieć, że wydolność organizmu kobiety w ciąży nie odbiega od tej, jaką miała ona przed zajściem w ciążę. Zauważyć można nawet jej wzrost pomiędzy 25. a 32. tygodniem ciąży [2,3]. Związane jest to ze zdolnością przystosowawczą organizmu, który wyrównuje dodatkowe obciążenia związane z rozwojem dziecka, a także umożliwia kobiecie prowadzenie aktywnego trybu życia. Zwiększająca się w czasie ciąży (o ok. 20%) masa ciała prowadzi do wzrostu wydatku energetycznego podczas wysiłku, powodując tym samym szybszą męczliwość mięśni, co często jest powodem zniechęcenia kobiet do jakiegokolwiek ruchu [4,5].

Temat odpowiednich ćwiczeń dla kobiet w ciąży nadal wzbudza wiele kontrowersji. Istnieje bogata literatura, oparta na licznych badaniach naukowych, potwierdzająca pozytywny wpływ aktywności fizycznej kobiet w ciąży na poprawę funkcji podstawowych układów ustroju kobiety [2,5,6]. Zwiększeniu ulega sprawność fizyczna, a także psychiczna, co związane jest z polepszającym się samopoczuciem

oraz świadomością własnego ciała. Przebieg ciąży jest indywidualny dla każdej kobiety, dlatego konsultacja z lekarzem prowadzącym ciążę przed rozpoczęciem aktywności fizycznej jest niezbędna w celu wykluczenia ewentualnych przeciwwskazań. Jednak w przypadku prawidłowo przebiegającej ciąży zachęca się kobiety do kontynuowania bądź rozpoczęcia aktywnego trybu życia, gdyż jest to idealny moment na wprowadzenie nawyków korzystnie wpływających na zdrowie. Regularnie stosowane ćwiczenia fizyczne poprawiają funkcjonowanie układu oddechowego oraz cyrkulację krwi, zwiększając tym samym tolerancję na wysiłek zarówno w czasie ciąży, jak i podczas porodu. Ćwiczenia fizyczne wzmacniają mięśnie i poprawiają postawę, wpływają na zmniejszenie dolegliwości bólowych kręgosłupa i stawów krzyżowo-biodrowych, które są jedną z najczęstszych dolegliwości ciążowych [6]. U kobiet prowadzących aktywny tryb życia zdecydowanie rzadziej można zaobserwować takie stany patologiczne jak: przedwczesny poród, przenoszona ciąża, nieprawidłowości związane z ułożeniem płodu, otyłość oraz powstawanie rozstępów skórnych. Warto zaznaczyć, że kobiety ćwiczące w okresie ciąży szybciej odzyskują pełną sprawność fizyczną, a także równowagę psychiczną po porodzie. Prowadzenie aktywnego trybu życia przynosi korzyści nie tylko samej kobiecie, ale także jej płodowi. Zauważyć można zmniejszoną liczbę urazów okołoporodowych, dziecko łatwiej przechodzi przez kanał rodny, a także jest lepiej dotlenione podczas porodu.

Okres ciąży, ze względu na występowanie licznych zmian w organizmie kobiety, podzielony jest na trzy trymestry. W każdym z nich wyróżnić można zmiany ustrojowe, fizyczne oraz emocjonalne. W związku z powyższym również ćwiczenia fizyczne muszą być adekwatne do okresu ciąży [4,5,7]. Wśród nich występują ćwiczenia: oddechowe, izometryczne, relaksacyjne, przeciwzkrzepowe oraz ćwiczenia mięśni Kegla.

W pierwszym trymestrze kobieta powinna zachować szczególną ostrożność i unikać intensywnych ćwiczeń fizycznych ze względu na niezagnieżdżony w pełni zarodek, to jednak nie jest przeszkodą do wykonywania ćwiczeń oddechowych oraz ćwiczeń korygujących postawę ciała, które można rozpocząć już od pierwszych dni ciąży. W drugim trymestrze głównym celem ćwiczeń jest ochrona kręgosłupa, wzmocnienie mięśni całego ciała oraz zapobieganie ograniczeniom ruchomości w stawach [8,4]. W tym okresie zmienia się statyka ciała związana z przesunięciem środka ciężkości ku przodowi, zwiększeniem obwodu brzucha, pogłębieniem fizjologicznej lordozy lędźwiowej (będącej główną przyczyną bólów dolnego odcinka kręgosłupa), a także rozluźnieniem więzadeł stawów krzyżowo-biodrowych, spojenia łonowego i odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Ćwiczenia zalecane w trzecim trymestrze mają na celu przygotowanie organizmu kobiety do porodu. Dzieje się to za sprawą zwiększającej się ruchomości stawów biodrowych, wzrostu elastyczności mięśni krocza, a także rozciągnięcia mięśni dna miednicy. Ważną rolę odgrywają ćwiczenia przeciwzkrzepowe, związane z obrzękami i żyłakami powstającymi przez zwiększający się przyrost krążącej w organizmie krwi oraz zwiększającego się

zapotrzebowania na tlen. Niezwykle ważnym elementem przygotowania do porodu jest opanowanie technik oddychania (technika bezdechu i ziajania). Sposób oddychania ściśle związany jest z rytmem skurczów macicy, a ich odpowiednia synchronizacja zapewnia sprawniejszą i mniej bolesną akcję porodową.

Istnieje kilka typów aktywności fizycznej, które można stosować w ciąży, m.in.: aerobik, callanetics, aquafitness, ćwiczenia relaksacyjne, oddechowe, ćwiczenia Kegla, pływanie [6,7]. Powinno się jednak pamiętać, że celem ćwiczeń w ciąży jest utrzymanie dobrej sprawności fizycznej, nie zaś próba osiągnięcia jak najwyższej formy. Aktywność fizyczna w tym okresie nie może przyjmować postaci treningu wyczynowego. Ze względu na bezpieczeństwo płodu należy unikać także takich aktywności ruchowych jak: sporty ekstremalne, aktywność obciążona dużym ryzykiem urazów (jazda konna, surfing, narciarstwo, łyżwiarstwo, jazda na rolkach, sporty walki).

Proprioceptywne Nerwowo-Mięśniowe Torowanie (PNF) jest filozofią i koncepcją terapii. Ta ponadczasowa koncepcja ma swoje korzenie w Australii, gdzie w latach 30. XX wieku siostra Elizabeth Kenny (pielęgniarka) pracowała z pacjentami chorymi na Polio. Wykorzystywała ona specyficzne aktywności wzmacniające oraz rozciągające, co stanowiło odejście od klasycznego wówczas systemu ćwiczeń ruchowych. W latach 40. XX wieku w USA dr Hermann Kabat (neurofizjolog), będący pod wrażeniem dokonań siostry Elizabeth Kenny we współpracy z Maggie Knott (fizjoterapeutka) wypracował podstawy teoretyczne oraz praktyczne koncepcji PNF. U podstaw filozofii PNF leży stwierdzenie dr. Hermana Kabata, że „każda istota ludzka, włączając w to osoby z niepełnosprawnością, ma ukryty potencjał”. Praca dr. Hermana Kabata, Maggie Knott i ich następców miała ogromny wpływ na rozwój światowej fizjoterapii i do dziś jest jedną z wiodących koncepcji. PNF jest propozycją kompleksowej terapii polegającą na torowaniu sprawności układu nerwowo-mięśniowego [7,9].

Tabela 1. Definicje kluczowych pojęć

Proprioceptywne	dotyczy każdego receptora czuciowego dającego informację o ruchu oraz pozycji ciała
Nerwowo-Mięśniowe	dotyczy nerwów i mięśni
Torowanie	wzmacnianie, ułatwianie

Źródło: Opracowanie własne.

Zgodnie z filozofią metody, PNF wykorzystuje potencjał silnych stron pacjentki w celu torowania (wzmacniania) osłabionych odcinków ciała (deficytów). Umożliwia to zaplanowanie terapii w sposób przyjazny dla pacjenta, funkcjonalny i efektywny. Te czynniki są składowymi sukcesu w terapii. Sukces buduje motywację i pozytywne nastawienie do ćwiczeń. Terapia według koncepcji PNF ukierunkowa-

na jest na cel i dobierana jest indywidualnie do potrzeb i preferencji kobiety, dzięki temu motywuje do wysiłku i wspomaga proces uczenia się. Nie ma również ustalonej metodyki, stałej kolejności ćwiczeń ani określonej z góry częstotliwości powtórzeń, bowiem zawsze należy kierować się wywiadem i zgłaszanym przez pacjentkę problemem. To kobieta jest współtwórczynią każdej kolejnej terapii i kontrolerem jej postępów pod kątem osiągniętej przez siebie niezależności i samodzielności w życiu codziennym. Współdecyduje o przebiegu terapii, musi być zmotywowana i brać w niej czynny udział. Poprawa niektórych zdolności motorycznych, takich jak siła czy wytrzymałość, wcale nie gwarantuje, że zostaną one wykorzystane przez pacjentkę w codziennych czynnościach, dlatego tak ważna jest praca zmierzająca do przeniesienia zdobytych umiejętności ruchowych od razu w działanie funkcjonalne.

Ćwiczenia powinny rozpocząć się od normalizacji napięcia mięśniowego. Prawidłowy jego rozkład charakteryzuje się odpowiednio dużym napięciem centralnym (tułowia) i odpowiednio niskim w obrębie kończyn. Koncepcja neurorozwojowa zakłada, że każda praca funkcjonalna oparta jest o ruch czynny i jedynie czynny ruch może spowodować, że stanie się on stereotypem w podobnych sytuacjach. Każde postępowanie powinno być dopasowywane do pewnych schematów leczenia a samo usprawnianie trzeba modelować stosownie do indywidualnych potrzeb pacjenta, zgodnie z rozwijającą się i zmieniającą wiedzą [9,10].

Terapia neurorozwojowa PNF uwzględnia podstawowe determinanty kontroli motorycznej:

- mobilność (zdolność do zapoczątkowania ruchu do przyjęcia danego położenia),
- stabilność (zdolność do wykonywania dynamicznych i statycznych aktywności wbrew sile grawitacji),
- mobilność oparta na stabilności (zdolność do utrzymania stabilnego tułowia w chwili wykonywania czynności),
- zręczność (zdolność do wykonywania kilku czynności jednocześnie przy utrzymanej stabilności tułowia) [11].

Usprawnianie pacjenta, w oparciu o koncepcję neurorozwojową, powinno polegać na postępowaniu przywracającemu pacjentowi kontrolę nad wytłumieniem nieprawidłowych wzorców ruchowych i umożliwieniu lub nauczeniu go prawidłowych reakcji. Opiera się ono na następujących zasadach:

- dynamiczna kontrola postawy pozwala na swobodne ruchy obwodowych części kończyn,
- ruch prawidłowy generuje kolejne ruchy prawidłowe, otwiera drogi i wprowadza automatyczną kontrolę nad hamowaniem i pobudzaniem (jedynie na bazie prawidłowych doświadczeń czuciowo-ruchowych można budować prawidłowy ruch),
- prawidłowe wrażenia czuciowo-ruchowe mogą być gromadzone tylko na podstawie prawidłowego napięcia mięśniowego, w związku z czym normalizacja napięcia staje się podstawą do budowy prawidłowego ruchu,

- wykonywanie znanych i celowych czynności (praca funkcjonalna) przyspiesza usprawnianie,
- pobudzanie (w znaczeniu fizjologicznym) jest powtarzaniem pewnych czynności tak długo, aż uzyska się plastyczną adaptację [12].

W metodzie PNF w celu zwiększenia pobudzenia stosuje się tzw. zasady główne torowania. Mają one na celu poprawę mobilności, stabilności, wytrzymałości, a także poprawę koordynacji mięśniowej. Należą do nich m.in.: kontakt manualny, kontakt werbalny, kontakt wzrokowy, irradiacja i wzmocnienie, opór manualny, trakcja i aproksymacja (kompresja, docisk), kolejność ruchu, pozycję ciała oraz wzorce ruchowe. Zależnie od wielkości oporu zewnętrznego możliwa jest praca koncentryczna, ekscentryczna lub izometryczna mięśnia. Rezultatem zastosowania oporu jest irradiacja i wzmocnienie pobudzenia, co jest wykorzystywane w celu rozszerzenia odpowiedzi na stymulację.

W koncepcji PNF istotne są założenia podstawowe, określane jako filozofia:

- pozytywne nastawienie, co oznacza, że nie wolno prowokować bólu, należy skupiać się na celach możliwych do osiągnięcia; terapia prowadzona jest z pomocą terapeuty i dąży do samodzielności w wykonywaniu aktywności oraz zawsze nastawiona jest na sukces!
- nadrzędnym celem postępowania terapeutycznego jest osiągnięcie najwyższego możliwego poziomu funkcjonalnego pacjenta,
- mobilizowanie ukrytego potencjału pacjenta poprzez wykorzystanie zasad nauczania motorycznego, stosując intensywny trening (pracując na progu możliwości), aktywne uczestnictwo oraz poprzez wdrażanie systemu ćwiczeń domowych,
- w terapii postrzega się człowieka jako całość, tzn. jako jednostkę wraz z jego środowiskiem życia, właściwościami fizycznymi, psychicznymi i emocjami,
- wykorzystanie zasad kontroli motorycznej i nauczania motorycznego poprzez wielokrotne powtarzanie aktywności w różnych sytuacjach i otoczeniu oraz w odniesieniu do różnych faz kontroli motorycznej.

Zasady PNF opierają się na motorycznym rozwoju człowieka, który przebiega od pozycji leżenia tyłem do swobodnego stania i chodu. Zależnie od stopnia zaburzenia funkcjonalnego stwierdzonego u pacjenta, terapeuta dobiera odpowiednio niższe lub wyższe pozycje wyjściowe. W metodzie PNF jeden z najbardziej istotnych aspektów, to stabilny tułów, jego symetria i zdolność przenoszenia środka masy tułowia w przód. Możliwości torowania i nauczania chodu według PNF obejmują: stosowanie optymalnego oporu manualnego aplikowanego przez terapeutę, stosowanie aproksymacji (szybki, krótki impuls użyty w celu wyzwolenia odruchu stabilizującego lub powolny, długotrwały nacisk powodujący wzmocnienie napięcia mięśniowego) i trakcji przez używanie kombinacji wzorców ruchowych (łopatki, miednicy i kończyn) oraz pracę pośrednią poprzez wykorzystanie zjawiska przeniesienia pobudzenia napięcia mięśniowego (irradiacja).

Ćwiczenia wykonuje się w pozycjach niskich na boku i na plecach. Najwygodniejszy dla pacjentek ciężarnych jest pozycja leżenia na plecach, gdzie nogi są zgięte w stawach kolanowych i biodrowych do 90°, wsparte na piłce lub wałku. Ćwiczenia wykonujemy wraz z oddechem, pamiętając, że wstrzymanie oddechu podczas ćwiczeń u kobiet w ciąży jest zabronione ze względu na płód.

Ćwiczenie 1. „Mostek obunóż w pozycji leżenia tyłem”

Praca w tej pozycji wzmacnia stabilizację mięśni dolnego tułowia poprzez aktywizację mięśni antygravitacyjnych, a także kończyn dolnych. W trakcie wykonywania techniki mięśnie pacjentki wykonują naprzemiennie pracę koncentryczną, tzn. w skróconej pozycji mięśnia, ekscentryczną w rozciągniętej pozycji, jak również statyczną.

Pozycja pacjenta: pacjentka w pozycji leżenia tyłem, ze zgiętymi stawami kolanowymi do kąta około 90°. Kończyny górne ustawione wzdłuż tułowia. Preferowana pozycja bezpieczna na materacu.

Pozycja terapeuty: terapeuta ustawiony w klęku jednonóż od strony tułowia. Wykonuje chwyt manualny na miednicę, w okolicy kolców biodrowych przednich górnych.

Wykonanie: terapeuta prosi pacjentkę o uniesienie miednicy do góry przeciwko stawianemu oporowi. Utrzymuje pozycję około 3 sekundy. Następnie pacjent-



Rycina 1. Pacjenta w pozycji mostku. Pacjentka wykonuje ruch unoszenia pośladków do góry

Źródło: własne.

ka, kontrolując ustawienie kręgosłupa w pozycji neutralnej, powoli opuszcza miednicę wbrew oporowi terapeuty.

Ćwiczenie 2. Wzorzec masywnego zgięcia

Praca w tej pozycji służy wzmocnieniu mięśni dolnego i górnego tułowia. Wykorzystana w tym celu zostanie kombinacja ruchów łopatki i miednicy. Pozycja leżenia na boku powoduje wstępną pracę mięśni antygravitacyjnych służących do utrzymania pozycji. Dodatkowy opór przyłożony na łopatkę oraz miednicę powoduje dodatkową stymulację mięśni stabilizujących tułów pacjentki.

Pozycja pacjenta: pacjentka w pozycji leżenia na boku ze zgiętymi stawami kolanowymi.

Pozycja terapeuty: terapeuta klęczy obunóż za pacjentką, układając jedną rękę na miednicy w okolicach kolca biodrowego przedniego górnego. Drugą rękę układa na brzegu pachowym mięśnia piersiowego większego.

Wykonanie: terapeuta prosi pacjentkę o wykonanie przedniego uniesienia miednicy z równoczesnym przednim obniżeniem łopatki. Następnie utrzymuje tę pozycję około 3 sekundy wraz z powolnym powrotem do pozycji początkowej leżenia na boku.



Rycina 2. Pacjentka w leżeniu na boku (wzorzec masywnego zgięcia). Kombinacja wzorców depresji przedniej łopatki i elewacji przedniej miednicy

Źródło: własne.

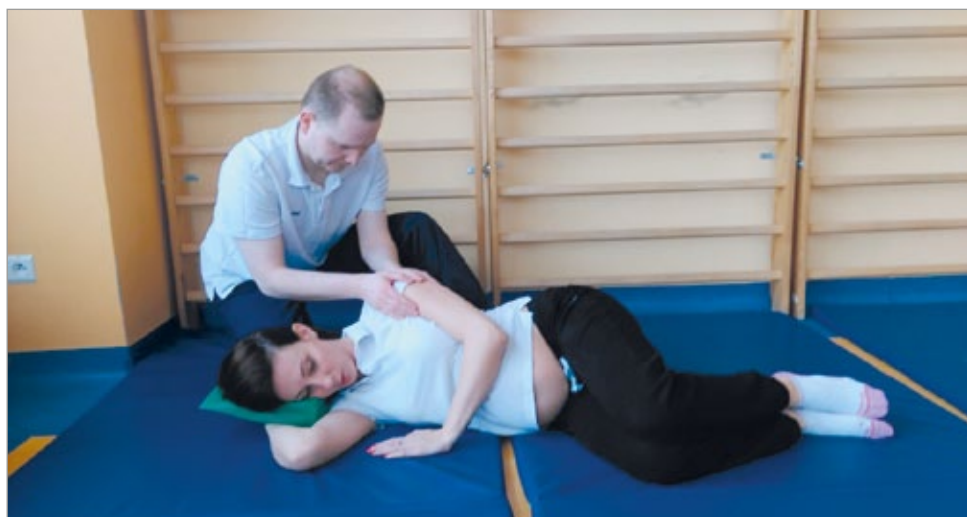
Ćwiczenie 3. Depresja przednia łopatki

Nauka prawidłowych wzorców łopatki i miednicy jest istotnym elementem pracy z pacjentem. Znajomość tych technik będzie służyła jako podstawa do wykonywania kolejnych bardziej skomplikowanych ćwiczeń funkcjonalnych u pacjenta. Dodatkowo wzorzec łopatki w kierunku przedniego obniżenia służy wzmocnieniu górnej części mięśni tułowia.

Pozycja pacjenta: pacjentka w pozycji leżenia na boku ze zgiętymi stawami kolanowymi.

Pozycja terapeuty: terapeuta klęczy za pacjentem skierowany w stronę stawów biodrowych.

Wykonanie: chwyt manualny terapeuty obejmuje od tyłu brzeg boczny łopatki. Drugą ręką chwyta brzeg pachowy mięśnia piersiowego większego. Ręce ustawione są w kierunku stawu biodrowego. Pozycja początkowa ćwiczenia wymaga ustawienia łopatki w tylnym uniesieniu. Ćwiczenie rozpoczynamy komendą słowną „ciągnij łopatkę w dół”. Następnie łopatka wykonuje ruch do dołu i w przód w kierunku stawu biodrowego przeciwko oporowi terapeuty. W końcowej fazie ruchu wykonujemy utrzymanie pozycji wbrew oporowi terapeuty, po czym następuje powolny powrót do pozycji początkowej.



Rycina 3. Oporowanie przedniego obniżenia łopatki

Źródło: własne.

Ćwiczenie 4. Trening mięśni dolnego odcinka tułowia

W okresie ciąży kobiety często uskarżają się na ból pleców. Za jedną z przyczyn uważa się nadmiernie napięte struktury mięśniowo-powięziowe tylnej części dolnego tułowia. W koncepcji PNF mobilizację dolnego tułowia wykonuje się między innymi poprzez ruch kończyn dolnych z wykorzystaniem techniki kombinacji skurczów izotonicznych.

Pozycja pacjenta: pacjentka w pozycji leżenia na plecach ze zgiętymi stawami biodrowymi i kolanowymi. Stopy oparte na materacu.

Pozycja terapeuty: terapeuta znajduje się w pozycji klęku w przedłużeniu linii łączącej biodro pacjenta z przeciwległym stawem ramiennym pacjenta. Ręce ułożone są na kolanach pacjenta i nie zmieniają swojego ustawienia w czasie wykonywania ćwiczeń.

Wykonanie:

1. rozluźnienie struktur mięśniowo-powięziowych dolnego odcinka pleców. Pacjent porusza powoli kończynami dolnymi (do boku) najpierw w stronę mniej bolesną lub napiętą do momentu wystąpienia dyskomfortu;
2. kombinacja skurczów izotonicznych (KSI) – wzmacnianie mięśni brzucha: opór w technice KSI jest bardzo istotnym czynnikiem. Powinien być optymalny, tj. na tyle mały, by był wyraźnie odczuwalny przez pacjenta, ale na tyle duży, by nie sprawiał trudności w prowadzeniu ruchu. Zbyt duży opór może spowodować pojawienie się nieprawidłowych ruchów oraz mogłyby spowodować dolegliwości bólowe.



Rycina 4. Trening mięśni dolnego odcinka tułowia. Wykorzystanie techniki kombinacji skurczów izotonicznych

Źródło: własne.

Terapeuta ustala pozycję pacjenta,

- a) Faza statyczna 1 – w pozycji początkowej wprowadzany jest opór. Pacjent utrzymuje pozycję, nie pozwala na ruch (komenda terapeuty brzmi np. „trzymaj pozycję”).
- b) Faza koncentryczna – pacjent wykonuje ruch w silniejszą stronę przeciwko oporowi terapeuty (komenda terapeuty brzmi np. „Ty wygrasz, ciągnij” = praca koncentryczna). Terapeuta utrudnia wykonanie ruchu poprzez opór. Ruch prowadzony jest do granicy dyskomfortu.
- c) Faza statyczna 2 – w pozycji końcowej ruchu. Przeprowadzenie jw.
- d) Faza ekscentryczna – na końcu ruchu dochodzi do płynnej zmiany kierunku (ręce pozostają w tej samej pozycji). Terapeuta ściąga kolana pacjenta do siebie (komenda terapeuty brzmi np. „Pozwól mi wygrać, daj się ściągnąć” = praca ekscentryczna). Opór powinien być mniejszy niż w fazie koncentrycznej.
- e) Powtórzenie fazy koncentrycznej, statycznej 2 i ekscentrycznej do pogorszenia jakości ruchu.

Ćwiczenie nr 5. Chopping

Chopping jest podstawowym wzorcem ruchowym wykorzystywanym w koncepcji PNF do wzmacniania mięśni dolnego tułowia (w szczególności mięśni skośnych brzucha). Zachowanie odpowiedniego napięcia mięśni brzucha jest istotne



Rycina 5. Wzmacnianie mięśni dolnego tułowia z wykorzystaniem wzorca Chopping. W celu wzmocnienia irradycji wykorzystywany jest lekki opór na głowie

Źródło: własne.

dla utrzymania statyki miednicy, zapobieganiu bólów pleców oraz utrzymywania prawidłowej postawy.

Pozycja pacjenta: pacjentka w pozycji leżenia na plecach ze zgiętymi stawami biodrowymi i kolanowymi. Ręka przeciwna do terapeuty trzyma na wysokości nadgarstka rękę od strony terapeuty. Palce oraz nadgarstek są w wyproście, kciuk wyprostowany dotyka krętarza większego kości udowej.

Pozycja terapeuty: terapeuta znajduje się w pozycji klęku w przedłużeniu linii łączącej biodro z przeciwległym stawem ramiennym pacjenta. Terapeuta trzyma pacjentkę i daje opór w okolicy nadgarstka. Dla zwiększenia irradiacji można dodać delikatny opór na głowie pacjentki (nie może prowokować bólu).

Wykonanie: pacjenta spycha rękę w kierunku terapeuty. Można wykorzystać technikę KSI.

Ćwiczenia według koncepcji PNF wykorzystujemy u kobiet:

- z bólami kręgosłupa, miednicy, kończyn oraz podwyższonym napięciem mięśniowym, a także trudnością w utrzymaniu prawidłowej postawy;
- z obrzękami kończyn, bolesnością w rejonie nóg;
- pacjentki zgłaszające problemy w zakresie utrudnionego oddychania, kolek, bolesności żeber;
- panie po porodzie zakończonym cięciem cesarskim, pacjentki z mobilizacją blizny i tkanek miękkich [13].

Ciąża powoduje zwiększenie masy ciała, zmianę środka ciężkości, zwiększenie lordozy lędźwiowej i zaburzenie równowagi mięśniowo-więzadłowej w obrębie dolnego odcinka kręgosłupa [10]. Metoda PNF jest koncepcją neurofizjologiczną, oddziałującą na prawidłowe wzorce ruchowe człowieka. Dzięki odpowiednim technikom pracy z pacjentem dochodzi do wyrównania tonusu mięśniowego, który pozwala przywrócić naturalne napięcia w systemie więzadłowym kręgosłupa, powodując odciążenie krążków międzykręgowych oraz struktur systemu mięśniowo-szkieletowego [7].

Bibliografia

1. Bartelmus E. Ćwiczenia dla kobiet w ciąży, uelastyczniające mięśnie dna miednicy, krocza i stawów biodrowych. *Rehabil Prakt* 2013; 3: 16–21.
2. Broberg E. Compliance with national recommendation for exercise during early pregnancy in a Danish cohort. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015; 15: 317.
3. Opala-Berdzik A, Chmielewska D, Piecha M, Nawrat-Szołtysik A, Opara J, Głowacka M. Ból odcinka lędźwiowego kręgosłupa u kobiet w ciąży. *Rehabil Prakt* 2013; 3: 30–35.
4. Bullock JE, Jull GA, Bullock MI. The relationship of low back pain to postural changes during pregnancy. *Aust J Physiother* 1987; 33 (1): 10–17.

5. Devine CM, Bove CF, Olson CM. Continuity and change in women's weight orientations and lifestyle practices through pregnancy and the postpartum period: the influence of life course trajectories and transitional events. *Soc Sci Med* 2000; 50 (4): 567–582.
6. Gutke A, Östgaard H-C, Öberg B. Association between muscle function and low back pain in relation to pregnancy. *J Rehabil Med* 2008; 40 (4): 304–311.
7. Tanvi A, Shalini G, Parul R, Gaurav S. Effect of Proprioceptive Neuromuscular Facilitation Program on Muscle Endurance, Strength, Pain, and Functional Performance in Women with Post-Partum Lumbo-Pelvic Pain. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)* 2013; 7 (3): 60–67.
8. Bartelmus E. Łagodzenie bólu pleców w ciąży i podczas porodu. *Rehabil Prakt* 2013; 3: 54–61.
9. Gregory S, Saliba V. The application of the principles and procedures of PNF for the care of lumbar instabilities. *J Man Manip Ther* 2002; 10 (2): 83–105.
10. Sabino J, Grauer JN. Pregnancy and low back pain. *Curr Rev Musculoskeletal Med* 2008; 1 (2): 137–141.
11. Horst R. *Trening Strategii motorycznych i PNF*. Kraków: Wydawnictwo Top School; 2010: 5–6.
12. Adler S, Beckers D, Buck M. *PNF w Praktyce*. Wyd. 3. Warszawa: Wydawnictwo DB Publishing; 2008: 2–3.
13. Niewiadomska-Matuła A. Ćwiczenia we wczesnej fazie porodu. *Rehabil Prakt* 2013; 3: 35–41.

Adres do korespondencji:

Edmund Glibowski
ul. Sowia 6/5, 53-024 Wrocław
tel. 883 015 415
e-mail: glibowski@gazeta.pl

Wrodzona niedoczynność tarczycy – kiedy podejrzewać i jak leczyć?

Alina Kowalczykiewicz-Kuta

Instytut Położnictwa, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu,
Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu

Wstęp

Zmiana środowiska wewnątrzmacicznego na zewnątrzmaciczne jest dla każdego dziecka swoistym „przejściem” począwszy od pourodzeniowych zmian adaptacyjnych, po różnego rodzaju stany patologiczne, które nie były widoczne w okresie przed- lub okołoporodowym. Należą do nich również wrodzone zaburzenia endokrynne dotyczące tarczycy. Endokrynopatie tarczycy dotyczą dzieci – począwszy od okresu noworodkowego – jak i dorosłych. Mimo że występują one rzadziej u dzieci w porównaniu do osobników dorosłych, to następstwa kliniczne mogą być i są bardzo poważne dla zdrowia młodego człowieka. Częstość występowania zaburzeń funkcji tarczycy rośnie z wiekiem i poza okresem noworodkowym największa jest w okresie dojrzewania płciowego [1].

Tarczyca jako narząd dokrewny wytwarza hormony odpowiedzialne za regulację przemiany materii. Hormony tarczycy odgrywają bardzo ważną rolę na każdym etapie rozwoju dziecka. Substancje te od wczesnego okresu życia płodowego wpływają na stan prawidłowego wzrostu i dojrzewania kości oraz dojrzewania i funkcjonowania tkanki nerwowej mózgu, przysadki mózgowej, serca, nerek i mięśni. Mają szerokie działanie metaboliczne:

- regulują przemiany węglowodanów – wzmagają działanie insuliny, ułatwiają glikogenezę oraz wykorzystanie glukozy,
- regulują przemiany białek poprzez działanie anaboliczne w dawkach fizjologicznych i kataboliczne w dawkach dużych,
- regulują metabolizm tłuszczu, kwasów nukleinowych, witamin rozpuszczalnych w tłuszczach (niezbędne do przemiany witaminy A z karotenu) oraz pobudzają lipolizę,

- biorą udział w procesie oddychania tkankowego – zwiększają podstawową przemianę materii,
- są niezbędne do utrzymania temperatury ciała.

Jeśli dziecko starsze lub osoba dorosła szybko tyje, ma bladą i suchą skórę, problemy z koncentracją, często doznaje uczucia zimna i ociężałości, powinna zbadać sobie poziom hormonów tarczycy – prawdopodobnie ma niedoczynność tarczycy, którą należy leczyć. A gdy taka sytuacja kliniczna będzie dotyczyła płodu czy noworodka, w jaki sposób szybko ją rozpoznać i leczyć, przedstawia ten artykuł.

Do produkcji hormonów tarczycy, czyli tyroksyny (T4) i trijodotyroniny (T3), niezbędny jest jod. Zawartość jodu w organizmie wynosi 10–20 mg, z czego większość, czyli 70–80% jest zlokalizowana w tarczycy. Poza jodem pokarmowym organizm wykorzystuje do tyreogenezy jod uwalniany z tarczycy w procesie odjodowania jodotyronin. Jodki krążące w osoczu są szybko wychwytywane przez tarczycę. Rozpoczyna się w tym gruczole cykl przemian prowadzących do powstania białek hormonalnych. Wydzielanie hormonów tarczycy zachodzi pod kontrolą układu nerwowego, a stężenie ich we krwi jest regulowane przez hormon przysadki mózgowej – hormon tyreotropowy (ang. *Thyroid Stimulating Hormon* – TSH). Ten proces hormonalny odbywa się na zasadzie sprzężenia zwrotnego. Do innych czynników wpływających na sekrecję TSH należą: wydzielany przez podwzgórze hormon uwalniający hormon tyreotropowy (ang. *Thyreotropin Releasing Hormon* – TRH), stężenie we krwi niezwiązanej tyroksyny (fT4), niezwiązanej trijodotyroniny (fT3) oraz obwodowa przemiana hormonów T4 do T3 w obrębie gruczołu. Wysokie stężenie nieorganicznego jodku w tarczycy hamuje uwalnianie hormonów, natomiast wysokie stężenie organicznego jodku obniża wychwyt jodku z krwi [2,3]. Skoro „tarczycy lubi jod”, to powinien on być dostarczony z pożywieniem lub drogą wziewną. Organizm ludzki potrzebuje około 160 µg jodu dziennie. W środowisku naturalnym oraz w pożywieniu jod znajduje się w różnej ilości, co przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Rozpowszechnienie jodu w środowisku naturalnym/w żywności [4]

Miejsce	Ilość
Woda morską	50 µg jodu/l
Woda pitna	poniżej 15 µg jodu/l
Wody powierzchniowe	3 µg jodu/l
Powietrze	10–20 ng/m ³
Sól jodowana (jodek potasu)	2,3+-0,77 mg jodu/kg
Ryby morskie	10–200 µg jodu/100 g
Ryby słodkowodne	1,5–25 µg jodu/100 g
Mleko modyfikowane dla wcześniaków fortyfikowane jodem	20 µg jodu/100 ml
Mleka modyfikowane fortyfikowane jodem dla niemowląt	10 µg jodu/100 ml

W celu dostarczenia tego deficytowego pierwiastka w wielu krajach joduje się sól kuchenną, dodaje się jod do gotowych produktów, stosuje się jego suplementację na różnym etapie życia człowieka. Objawy niedoboru jodu są powszechne na świecie i mogą występować w populacji ludzkiej w każdym wieku, lecz najbardziej poważne konsekwencje są w okresie życia płodowego oraz wczesnego dzieciństwa. Niedostateczne spożycie jodu prowadzi do zaburzeń określanymi jako zaburzenie z niedoboru jodu (ang. *Iodine Deficiency Disorders* – IDD), co skutkuje niedoborem hormonów tarczycy. W skali całego świata nadal niedobór jodu jest najczęstszą przyczyną niedoczynności tarczycy, głównie nabytej, ale również wrodzonej. Powikłania niedoborowe tego pierwiastka mogą być ostre lub przewlekłe, ale zawsze prowadzą do objawowej niedoczynności tarczycy, powiększenia gruczołu tarczycowego oraz powstania wola w czasie życia dziecka.

1. Definicja, przyczyny, skala problemu

Niedoczynność tarczycy jest to zespół objawów związany z niedostateczną syntezą lub niedostatecznym działaniem hormonów tarczycy. Niedostateczna synteza hormonów może wynikać z pierwotnej choroby tarczycy lub z zaburzeń w obrębie układu podwzgórzowo-przysadkowego. Jest to odpowiednio pierwotna niedoczynność tarczycy lub ośrodkowa (centralna) niedoczynność tarczycy. Niedostateczne działanie hormonów tarczycy może być natomiast spowodowane nieprawidłowym transportem ich do narządów docelowych lub defektem receptora dla tychże hormonów, co jest opisywane jako zespół oporności na hormony tarczycy. Tak definiowana niedoczynność tego narządu może być wrodzona lub nabyta. Według ogólnego podziału endokrynologicznego przedstawionego powyżej tematem pracy jest wrodzona niedoczynność tarczycy (wrodzona hipotyreoza). Przyczyny tej endokrynopatii, a jednocześnie podział wrodzonej niedoczynności tarczycy przedstawiają się następująco:

- pierwotna wrodzona niedoczynność tarczycy,
- podwzgórzowo-przysadkowa wrodzona niedoczynność tarczycy,
- przejściowa wrodzona niedoczynność tarczycy.

W etiopatogenezie pierwotnej wrodzonej niedoczynności tarczycy bierze się pod uwagę: dysgenezję tarczycy, do której należy aplazja, hipoplazja, ektopia tarczycy lub dyshormonogenezę tarczycy, która jest związana z defektami enzymatycznymi (defekt możliwy na każdym z etapów syntezy hormonów tarczycy) lub defektami receptorowymi (defekt lub brak receptora T3). Najczęstszą przyczyną wrodzonej hipotyreozy w Polsce jest niedoczynność tarczycy spowodowana dysgenezją tarczycy (1:4000 urodzeń).

Ośrodkowa, czyli podwzgórzowo-przysadkowa (wtórna) wrodzona niedoczynność tarczycy obejmuje wady rozwojowe podwzgórza i/lub przysadki mózgowej (1:100 000 urodzeń), uszkodzenia podwzgórza i/lub przysadki na tle infekcyjnym,

pokrwotocznym lub po niedotlenieniu ośrodkowego układu nerwowego. Możliwa jest również wielohormonalna wrodzona niedoczynność tarczycy na tle genetycznym. Ten rodzaj choroby ma charakter łagodny i występuje u około 5% dzieci z wrodzoną niedoczynnością tarczycy.

Trzecia grupa schorzenia to tzw. przejściowa wrodzona niedoczynność tarczycy związana z niedoborem jodu w środowisku, z nadmierną podażą jodu na tle podawania noworodkowi leków (amiodaron, jodowe środki kontrastowe, środki odkażające zawierające jod) lub stosowaniem u matki leków przeciwtarczycowych w ciąży. Noworodki matek z chorobą autoimmunizacyjną tarczycy, u których doszło do transportu przezłożyskowego przeciwciał odmatczynych blokujących receptor dla TSH, są najrzadziej (ale są) narażone na ten rodzaj przejściowej hipotyreozy (1:11 000–1:40 000 urodzeń).

Przyczyny wrodzonej hipotyreozy w 75–85% to: brak tarczycy (atyreoza), ekto pia tarczycy (najczęściej lokalizacja podjęzykowa), rzadziej hipoplazja lub brak płata tarczycy. Pozostałe 15–20% etiologii obejmuje defekt biosyntezy hormonów tarczycy, natomiast w około 5% – w zależności od rejonu Europy – niedobór jodu wpływa na tak poważne wrodzone zaburzenie endokrynologiczne.

W populacji noworodków rasy białej wrodzona niedoczynność tarczycy występuje z częstością 1:3000–1:4000 urodzeń i jest stosunkowo częstą chorobą endokrynologiczną wieku noworodkowo-niemowlęcego, a następnie dziecięcego. Częściej spotykamy ją u dziewczynek niż u chłopców (4:1) oraz częściej u bliźniąt [5].

2. Objawy wrodzonej niedoczynności tarczycy

Bardzo ważne dla prawidłowego rozwoju płodu, a następnie dziecka jest odpowiednie w dwóch krytycznych okresach życia – pre- i postnatalnym – stężenie hormonów tarczycy.

2.1. Okres płodowy

W okresie płodowym przez łożysko przechodzi jod, w ograniczonej części hormony tarczycy, matczyne przeciwciała przeciwtarczycowe, immunoglobuliny, tyreostatyki. W czasie 30 minut po urodzeniu następuje u noworodka wzrost stężenia TSH, które po 24 godzinach osiąga wartość, jaka była w krwi pępowinowej. Ze względu na ten przebieg fizjologicznego wzrostu TSH, należy badanie przesiewowe wykonać dopiero po 2. dobie, a najlepiej w 3.–5. dniu życia [6].

Największe zapotrzebowanie na jod w życiu człowieka występuje w okresie ciąży i laktacji. Określając zapotrzebowanie na jod u kobiet ciężarnych, bierze się pod uwagę ilość jodu wychwytywanego przez tarczycę płodu oraz zapotrzebowanie na jod kobiet w ciąży. W porównaniu do normy spożycia jodu u człowieka dorosłego (zalecane spożycie jodu w ilości 150–160 µg/dobę), zapotrzebowanie dzienne na

ten pierwiastek u kobiet ciężarnych wynosi do 220 $\mu\text{g}/\text{dobę}$ według normy polskiej (według UNICEF – 250 $\mu\text{g}/\text{dobę}$) [4]. Według Światowej Organizacji Zdrowia optymalne spożycie jodu dla osoby dorosłej powinno wynosić 150–300 $\mu\text{g}/\text{dobę}$, co odpowiada stężeniu jodu w moczu w zakresie 100/200 $\mu\text{g}/\text{l}$. Zalecane dzienne spożycie jodu (RDA) w zależności od wieku wynosi [4]:

- niemowlęta: 110 μg ,
- dzieci od 5. miesiąca życia do 1. roku życia: 130 μg ,
- dzieci od 1. do 6. roku życia: 90 μg ,
- dzieci od 7. do 12. roku życia: 100–120 μg ,
- dzieci od 13. do 18. roku życia: 150 μg ,
- mężczyźni: 150 μg ,
- kobiety: 150 μg ,
- kobiety w ciąży: 220 μg ,
- kobiety karmiące: 290 μg .

Udowodniono, że ostry niedobór jodu w ciąży powoduje zwiększone ryzyko martwych urodzeń, poronień samoistnych oraz wrodzonych wad płodu. Oczywiście fakt, jak nasilone są objawy, zależy od stopnia nasilenia niedoboru tego pierwiastka. W okresie płodowym objawami świadczącymi o niedostatecznym poziomie hormonów tarczycy są zmiany w obrębie układu kostnego pod postacią braku jąder kostnienia w nasadzie dalszej kości udowej i nasadzie bliższej kości piszczelowej oraz niezarośnięte ciemię tylne [7]. Drugim niepokojącym objawem niedoboru hormonów tarczycy są zmiany w układzie nerwowym. Niedobór jodu *in utero* powoduje nieodwracalne zmiany w rozwijającym się mózgu płodu. Najbardziej ekstremalną tego manifestacją jest stwierdzany u dziecka kretynizm, czyli wrodzony zespół niedoboru jodu.

Bardzo ważny jest dla oceny stanu tyreometabolicznego noworodka wywiad matczyny w kierunku chorób tarczycy przed ciążą i w jej czasie, suplementacji jodu oraz witamin w czasie ciąży.

2.2. Okres noworodkowo-niemowlęcy

Z okresu życia płodowego, w którym doszło do niedostatecznego poziomu hormonów tarczycy, rodzi się noworodek z wrodzoną niedoczynnością tarczycy. Nierozpoznana lub nieleczona choroba prowadzi do nieodwracalnego upośledzenia rozwoju umysłowego dziecka. W czasie pierwszych miesięcy życia niedobór hormonów tarczycy wpływa na zaburzenia mielinizacji oraz nieodwracalne zmiany strukturalne i funkcjonalne w obrębie błon komórek glejowych, w pęczkach dendrytów i sieci neuronów. Poza upośledzeniem umysłowym stwierdza się u chorych dzieci opóźnienie rozwoju motorycznego, ataksję oraz zaburzenia równowagi. Wielkość upośledzenia zależy od stopnia niedoboru hormonów tarczycy z okresu życia płodowego oraz od czasu trwania niedoczynności tarczycy po urodzeniu. Z okresu życia płodo-

wego najgorszymi objawami u dziecka są niedorozwój umysłowy ciężkiego stopnia, współistniejący z karłowatością, starczym wyglądem oraz upośledzeniem słuchu [2]. Mniejsze deficyty niedoboru jodu, a tym samym hormonów tarczycy, prowadzą do obniżenia ilorazu inteligencji dziecka w przyszłości [8]. W badaniu włoskim wykazano w tym zakresie odległe skutki neurologiczne u dzieci związane z niedoborem jodu w ich życiu płodowym. Stwierdzono, że u matek z umiarkowanym niedoborem jodu podczas ciąży w 9 przypadkach na 16 urodzonych dzieci rozpoznano zespół nadpobudliwości ruchowej (ang. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* – ADHD) w wieku 8–10 lat, w porównaniu do nierozpoznania ADHD u żadnego dziecka, którego matka podczas ciąży miała prawidłowy poziom jodu [9].

Natomiast po urodzeniu początkowo objawy choroby są dyskretne i pojawiają się stopniowo w ciągu pierwszych tygodni życia. Należą do nich między innymi: ospałość, spowolnienie, sucha i łuszcząca się skóra, bradykardia, obniżenie temperatury ciała. Długość ciała i urodzeniowa masa ciała mieszczą się w granicach normy, tylko obwód głowy może być zwiększony. Najwcześniejszym niespecyficznym objawem wrodzonej niedoczynności tarczycy w okresie noworodkowym jest przedłużająca się żółtaczka fizjologiczna. Tabela 2 przedstawia rodzaj objawu oraz odsetek częstości jego występowania w grupie najmniejszych dzieci.

Tabela 2. Objawy niedoczynności tarczycy u noworodków/niemowląt [7]

Objawy	Częstość występowania [%]
Przedłużająca się żółtaczka	33
Sucha i/lub marmurkowa skóra	33
Zaparcia	32
Przepuklina pępkowa	31
Zmniejszona ruchliwość	30
Powiększony język	27
Niezarośnięte ciemię tylne	25
Brak łaknienia	22
Hipotonia mięśniowa	20
Ochrypy głos	20
Wzdęty brzuch	20
Hipotermia	8

U niemowląt po 12. tygodniu życia najczęstsze objawy nieleczonej wrodzonej niedoczynności tarczycy obejmują: powiększony język, ochrypy głos, przepuklinę pępkową, opóźnienie wieku kostnego, przedłużające się zarastanie ciemiączek, bra-

dykardię, zaparcia, hipotonię mięśni, osłabione pragnienie, chłodna skóra. U części dzieci gruczoł tarczycowy jest powiększony (wole), ale może być również prawidłowej wielkości.

Poza hipotyreozą związaną z wrodzonym zaburzeniem budowy tarczycy lub na tle wrodzonej dyshormonogenezy, u noworodka może również wystąpić sytuacja kliniczna opisywana jako subkliniczna niedoczynność tarczycy. Przebiega ona najczęściej bezobjawowo, a jedynie laboratoryjnie podwyższony poziom TSH przy prawidłowym stężeniu wolnej tyroksyny (fT4) świadczy o zaistniałej sytuacji. Utrzymywanie się u noworodka wartości TSH między 5 a 10 mU/l przy prawidłowych stężeniu fT4 nazywamy hipertyreotropinemią noworodkową. Stan ten stwierdza się dość powszechnie na obszarach z niedoborem jodu w diecie, jak również może dotyczyć matek z chorobą lub bez choroby tarczycy [10]. Badania naukowe pokazują trzyletnią obserwację 56 dzieci z noworodkową hipertyreotropinemią, a wyniki obserwacji wykazują, że subkliniczna niedoczynność tarczycy minęła u 36% dzieci, a w 70% dzieci poziom TSH utrzymywał się stale w granicach 5–12 mIU/l. U żadnego dziecka nie wystąpiła konwersja do jawnej niedoczynności tarczycy [11].

3. Diagnostyka

Ze względu na brak charakterystycznych objawów klinicznych wrodzonej niedoczynności tarczycy ogromne znaczenie miało wprowadzenie w wielu krajach badań przesiewowych obejmujących wszystkie noworodki. Wrodzona niedoczynność tarczycy jest objęta programem obowiązkowych badań przesiewowych prowadzonych również w Polsce od 1995 r. u wszystkich noworodków. Ze względu na to, że stężenie tyreotropiny (TSH) jest wartością zmienną, badania przesiewowe, które są prowadzone na podstawie oznaczenia stężenia TSH we krwi, muszą spełniać kryterium czasu pobrania. Krew noworodka musi być pobrana na bibułę po co najmniej 48. godzinie życia noworodka. Zgodnie z algorytmem tego badania przesiewowego za wynik prawidłowy przyjmuje się stężenie TSH < 15 mIU/l [12].

Odpowiednio wcześniej i bardzo dokładnie wykonuje się badania powtórnego oznaczenia TSH na bibule, gdy:

- wartości TSH ≥ 15 mIU/l uznaje się za podwyższony; gdy dziecko ma stężenie TSH < 35 mIU/l, wymagane jest drugie pobranie na bibułę; gdy to badanie jest nadal podwyższone TSH jest > 15 mIU/l – dziecko jest wzywane do poradni/kliniki endokrynologicznej
- wartości TSH > 35 mIU/l uznaje się za wynik nieprawidłowy i dziecko jest wzywane od razu do najbliższej poradni, kliniki endokrynologicznej.

Program ten wykrywa tylko pierwotną wrodzoną niedoczynność tarczycy, a nie pozwala na rozpoznanie wtórnej, czyli podwzgórzowo-przysadkowej niedoczynności gruczołu zarówno u noworodka donoszonego, jak i u przedwcześnie urodzo-

nego. Dodatkowo ciężki stan ogólny dziecka, poddanie go leczeniu dopaminą czy zastosowanie transfuzji wymiennej może opóźnić rozpoznanie wrodzonej niedoczynności tarczycy.

Po otrzymaniu wyniku badania przesiewowego kolejnymi badaniami laboratoryjnymi wykonywanym z krwi noworodka są oznaczenie TSH oraz fT4 i fT3. W zależności od nieprawidłowych wartości tych hormonów wprowadza się leczenie substytucyjne.

W diagnostyce niedoczynności tarczycy związanej z niedoborem jodu, poza badaniami przesiewowymi – ocena stężenia TSH w krwi noworodka – wykrywającymi niedomogę tarczycy po urodzeniu, istnieją trudności w wystandaryzowaniu metod oceniających zapotrzebowanie na jod dla niego oraz dla dziecka starszego. Można pośrednio ocenić zaopatrzenie organizmu w jod za pomocą:

- dobowego wydzielania jodu z moczem (norma 100–200 $\mu\text{g/l}$),
- stężenia tyreoglobuliny w surowicy (wskaźnik oceny zasobów jodu w organizmie – norma 4–40 $\mu\text{g/l}$),
- monitorowania oznaczenia TSH, T3, T4 w surowicy w czasie kolejnych miesięcy życia,
- oceny palpacyjnej wielkości tarczycy,
- oceny ultrasonograficznej gruczołu.

4. Leczenie wrodzonej niedoczynności tarczycy

Ważne jest wczesne postawienie rozpoznania wrodzonej niedoczynności tarczycy i natychmiastowe rozpoczęcie leczenia. Optymalny czas rozpoczęcia terapii – do 14. doby życia. Lekiem z wyboru jest L-tyroksyna podawana doustnie. Obowiązuje podanie od razu maksymalnej dawki hormonu zarówno dla noworodków donoszonych (10–15 $\mu\text{g/kg/dobę}$, czyli około 50 $\mu\text{g/dobę}$), jak i dla wcześniaków (10–15 $\mu\text{g/kg/dobę}$; większe dawki dla wcześniaków z niskim stężeniem T3). Należy stosować wyłącznie lewotyroksynę w tabletkach zmiażdżoną i rozpuszczoną w niewielkiej objętości mleka matczyngo, mieszanki lub wody. Nie należy rozpuszczać tyroksyny w mieszankach sojowych lub w preparacie zawierającym dużą ilość jonów żelaza lub wapnia (ograniczone wchłanianie leku). Kontrola wyników TSH i fT4 po wprowadzonym leczeniu powinna być po 10–14 dniach, następnie przy dobrym ustawieniu leczenia co 4–6 tygodni i kolejno co 3 miesiące. Bardzo ważne jest monitorowanie leczenia przez oznaczenie poziomu TSH i fT4. W czasie terapii stężenie TSH powinno utrzymywać się na dolnej granicy normy, a stężenie fT4 na górnej granicy normy. Przerwanie leczenia lub niewystarczające leczenie powoduje trwałe pogorszenie rozwoju umysłowego dziecka. Zgodnie z zaleceniami rozpoznanie wrodzonej niedoczynności tarczycy postawione po urodzeniu, weryfikuje się, odstawiając preparat L-tyroksyny po ukończeniu przez dziecko trzech lat, czyli leczenie utrzymuje się do zakończenia krytycznego rozwoju mózgu (10–20%

chorych dzieci) [13]. W niektórych przypadkach wrodzona niedoczynność tarczycy może mieć charakter trwały i wymagać będzie dłuższej terapii. Po trzech latach nie następuje już opóźnienie rozwoju umysłowego, lecz przy braku hormonów tarczycy może się ujawnić inny objaw niedoboru hormonalnego, jakim jest znaczego stopnia zwolnienie tempa wzrastania dziecka. Symptodem tego jest znaczego stopnia opóźnienie wieku kostnego oraz stopniowo narastające objawy jawnej niedoczynności tarczycy. Ocena kliniczna, psychologiczna (ocena ilorazu inteligencji) i neurologiczna dzieci z wrodzoną hipotyreozą pokazuje, że u części dzieci pomimo wczesnego wykrycia choroby oraz wczesnego rozpoczęcia leczenia i utrzymania optymalnych fizjologicznych stężeń hormonów tarczycy, nie udało się zapewnić prawidłowego rozwoju mózgu. Ponadto wspomniana wyżej noworodkowa hipertyreotropinemia może u tych dzieci zwiększać ryzyko subklinicznej niedoczynności tarczycy w późniejszych latach życia.

Różne zespoły genetyczne, takie jak zespół Downa, zespół Turnera oraz zespół Klinefeltera zwiększają ryzyko występowania niedoczynności tarczycy, co oznacza, że u dzieci z tymi zespołami należy obowiązkowo okresowo kontrolować funkcję tarczycy. W przypadku dziecka z zespołem Downa powinno ono otrzymywać po urodzeniu leczenie substytucyjne nawet w sytuacji, kiedy nie obserwuje się u niego podwyższonego poziomu TSH.

W sytuacji istniejącego niedoboru jodu jako przyczyny wrodzonej niedoczynności tarczycy objawy choroby mogą być bardziej nasilone z powodu współistniejących innych stanów niedoborowych u niemowląt czy małego dziecka, takich jak niedobór witaminy A, czy makro- i mikroelementów (selenu, miedzi, cynku, żelaza). Dieta dziecka po okresie niemowlęcym ma bardzo duży wpływ na zaopatrzenie organizmu w jod – bowiem 90% jodu wchłania się przez przewód pokarmowy. Przyswajanie jodu mogą utrudniać substancje występujące w kapuście, kalafiorze czy orzeszkach ziemnych. Poprzez obróbkę kulinarną obniża się zawartość jodu w żywności – w czasie gotowania do 58% [1].

Podsumowanie

Przedstawiona praca ma na celu zwrócenie uwagi na skutki niedoboru hormonów tarczycy u dziecka, począwszy od negatywnego wpływu na rozwój płodu (dieta bogata w jod dla kobiet ciężarnych), jak i negatywnego wpływu na rozwój noworodka, a następnie niemowlęcia. Należy pamiętać, że ze względu na nieodwracalne skutki niedoboru hormonów tarczycy w życiu płodowym bardzo ważną rolę odgrywa szybkie wykrycie niedoczynności tarczycy za pomocą testów przesiewowych, w których oznacza się stężenie TSH w kropli krwi pobranej na bibułę w 3.–5. dniu po urodzeniu. Badania ostatnich lat wskazują, jak ważne jest leczenie substytucyjne dzieci, niejednokrotnie dużymi dawkami L-tyroksyny, celem utrzymania optymalnego stężenia TSH i fT4 w krytycznym czasie pierwszych 2–3 latach ich życia

postnatalnego. Końcowe cele leczenia wrodzonej niedoczynności tarczycy stanowią o prawidłowym wzroście, prawidłowym rozwoju intelektualnym oraz rozwoju zdolności poznawczych każdego od urodzenia chorego dziecka [14].

W ostatnich latach wykazano, że po okresie wczesnego dzieciństwa następuje niedostateczne spożycie jodu, co staje się problemem chorobowym dzieci starszych – do 18. roku życia. W tej grupie nie stwierdzamy wówczas wrodzonej niedoczynności tarczycy, lecz nabyte schorzenie związane z łagodnym lub umiarkowanym niedoborem jodu, który powoduje zaburzony rozwój intelektualny tych dzieci [15].

Bibliografia

1. Witkowska-Sędek E, Pyrżak B. Nadczynność i niedoczynność tarczycy u dzieci do lat sześciu. *Forum Pediatrii Praktycznej* 2015; 6: 39–49.
2. Maśliński S, Ryżewski J. *Patofizjologia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2002: 14–30.
3. Lee SL, Ananthakrishnan S, Pearce EN. Iodine deficiency [online] 2006. Dostępny na URL: <http://emedicine.medscape.com/article/122714-overview> [cyt. 18.09.2008].
4. Jarosz M, red. *Normy żywienia dla populacji polskiej – nowelizacja*. Warszawa: Instytut Żywności i Żywienia; 2012: 133–135, 223.
5. Counts D, Varma K. Niedoczynność tarczycy u dzieci. *Pediatr Dypl* 2010; 14: 34–42.
6. Weimann E, Horneff G. *Endokrynologiczne i immunologiczne problemy w pediatrii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2004: 3–22.
7. Pniewska-Siark B, Bobeff I, Oszukowska L, Lwiński A. *Wybrane zagadnienia diagnostyki i chorób tarczycy u dzieci*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2011: 65–73.
8. Socha J, Piotrowska-Jastrzębska J, Socha P. Niedobory żywieniowe jodu – konsekwencje kliniczne. *Nowa Pediatr* 2004; 1: 36–40.
9. Mellse-Boonstra A, Jaiswal N. Iodine deficiency in pregnancy, infancy and childhood and its consequences for brain development. *Best Practic Res Clin Endocrinol Metab* 2010; 24: 29–38.
10. Małecka-Tendera E. Subkliniczna niedoczynność tarczycy u dzieci. *Pediatr Dypl* 2014; 5: 10–16.
11. Calaciura F, Motta RM, Miscio G, Fichera G, Leonardi D, Carta A, et al. Subclinical hypothyroidism in early childhood: a frequent outcome of transient neonatal hyperthyrotropinemia. *JCEM* 2002; 87: 3209–3214.
12. Program badań przesiewowych noworodków w Polsce na lata 2009–2014 [online] 2015. Dostępny na URL: http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/przesiewy_06012010.pdf [cyt. 10.01.2016].
13. Leger J, Olivieri A, Donaldson M, Torresani T, Krude H, van Vliet G, et al. European Society for Pediatric Endocrinology Consensus Guidelines on Screening, Diagnosis and Management of Congenital Hypothyroidism. *Horm Res Paediatr* 2014; 811: 80–103.

14. Raine JE, Donaldson MDC, Gregory JW, Savage MO, Hintz R. Thyroid disorders. In: *Practical Endocrinology and Diabetes in Children*. London, UK: Blackwell; 2006: 91–108.
15. Gordon RC, Rose MC, Skeaff SA, Gray AR, Morgan KM, Ruffman T. Iodine supplementation improves cognition in mildly iodine-deficient children. *Am J Clin Nutr* 2009; 90: 1264–1271.

Adres do korespondencji:

Alina Kowalczykiewicz-Kuta
Instytut Położnictwa,
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa
ul. Katowicka 68, 45-060 Opole
Oddział Neonatologiczny,
Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu
ul. Reymonta 8, 45-066 Opole
tel. 606 374 988
e-mail: alakuta1@poczta.onet.pl

Opieka pielęgniarstwa nad noworodkiem z zakażeniem RSV

Iwona Łuczak, Danuta Żurawicka, Małgorzata Zimnowoda

Instytut Położnictwa,
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Wstęp

Wirus RS (*respiratory syncytia virus*) jest jedną z najczęstszych przyczyn zakażeń dróg oddechowych u małych dzieci. Szacuje się, że prawie 100% dzieci, które ukończyły 2. rok życia, uległo zakażeniu tym wirusem [1]. Szczególnie zagrożone są dzieci z grup wysokiego ryzyka, u których przebieg choroby jest gwałtowniejszy. Często wymagają one hospitalizacji, a nawet leczenia w warunkach intensywnej terapii. Najbardziej narażone na działanie RSV są wcześniaki oraz dzieci z dysplazją oskrzelowo-płucną. Zważając na fakt, że dzięki rozwojowi opieki perinatalnej liczba tych dzieci stale wzrasta, walka z RSV staje się nie lada wyzwaniem. Do grupy ryzyka należą także dzieci chore na mukowiscydozę oraz noworodki z wadą serca, u których zakażenie RSV skutkuje również odwlekaniami w czasie korekty wady serca.

1. Epidemiologia

Dane na temat epidemiologii zakażenia RSV w Polsce są wrywkowe, ale szacuje się, że RSV jest przyczyną blisko 50% wszystkich przypadków zapaleń płuc i 90% przypadków zapaleń oskrzeli u niemowląt. W USA RSV został uznany za najczęstszy wirusowy czynnik odpowiedzialny za zgony dzieci poniżej 5. roku życia, szczególnie niemowląt [1]. W klimacie umiarkowanym zakażenia RSV występują w formie epidemii, a ich nasilenie obserwuje się zimą aż do wczesnej wiosny, natomiast częstość zachorowań w poszczególnych latach jest różna [2].

2. Wirus RS

Wirus RS należy do rodzaju *Pneumovirus*, rodziny paramyksowirusów. Został wyizolowany i opisany w 1963 r. przez Roberta Chanocka.

Nazwa wirusa (RSV – *respiratory syncytia virus*) pochodzi od zespólni komórkowych (*syncytium*). Tworzą się one w wyniku zakażenia w nabłonku oddechowym.

RSV jest zbudowany z glikoproteinowej otoczki średniej wielkości i pojedynczej nici RNA. Genom wirusa koduje 10 białek. Białka otoczki, tzw. białka G i F odpowiadają za rozprzestrzenianie się wirusa. Białko G jest odpowiedzialne za przyczepianie się RSV do komórek gospodarza. Białko F pośredniczy we wnikanii wirusa do wnętrza komórki, a także w zlewaniu się atakowanych komórek gospodarza i tworzeniu dużych wielojądrowych komórek nabłonka. Struktury te ułatwiają szerzenie się zakażenia [1,3].

3. Przebieg zakażenia, objawy

RSV rozprzestrzenia się w dużych kroplach wydzielin oraz poprzez różnego rodzaju przedmioty, gdzie może przeżyć nawet przez kilkanaście godzin. Źródłem zakażenia dla małych dzieci są najczęściej członkowie rodzin z objawami nieżyty górnych dróg oddechowych. Zakażenie następuje głównie drogą kontaktową, poprzez zakażone przedmioty, ręce, a także drogą kropelkową. Wrotami zakażenia są drogi oddechowe, ale również spojówki.

Okres wylegania choroby trwa około 4–8 dni, a zakaźność, czyli możliwość wydania wirusa, trwa do 21 dni od momentu zachorowania, u niemowląt i osób z upośledzoną odpornością nawet ponad 6 tygodni [1,2,4].

Zakażenie RSV może przebiegać łagodnie, w postaci nieżyty górnych dróg oddechowych, lub ze średnim nasileniem, głównie jako zapalenie oskrzeli, ale może być też przyczyną ciężkiego zapalenia płuc z niewydolnością oddechową. W patogenezie choroby istotę stanowią zarówno właściwości RSV, jak i rozwijający się w odpowiedzi na zakażenie proces zapalny w organizmie. RSV uszkadza w czasie replikacji nabłonek oskrzeli, który ulega złuszczeniu, czopuje drogi oddechowe, a proces zapalny powoduje nadprodukcję śluzu i jest przyczyną nadreaktywności oskrzeli [1,2,5].

Na początku wirus wnika i rozwija się w nabłonku nosogardzieli, co objawia się kaszlem, umiarkowanym nieżytem nosa, zwiększeniem wydzielania śliny, podwyższeniem temperatury ciała. U niektórych dzieci po 1–3 dniach wirus może rozprzestrzenić się na dolne drogi oddechowe, co zwykle skutkuje pogorszeniem stanu ogólnego. Pojawiają się zaburzenia oddychania z tachypnoe, charakterystyczny świszczący oddech (*wheezing*), wzmożony wysiłek oddechowy, ze stękaniami wydechowym, tachykardia, sinica obwodowa. W badaniu fizykalnym można wysłuchać wydłużenie fazy wydechowej, furczenia, trzeszczenia, świsty, a w szczególnych przypadkach ciszę nad płucami [1].

U noworodków oraz dzieci w pierwszym półroczu życia mogą wystąpić bezdechy, trudności w karmieniu, ulewania, wymioty, a także – w związku z niedotlenieniem – senność lub niepokój, drażliwość.

4. Badania laboratoryjne

Rozpoznanie zakażenia RSV potwierdza się na podstawie badań wirusologicznych, tj. testów immunofluorescencyjnych, immunoenzymatycznych na obecność wirusa, badań poziomu przeciwciał metodą ELISA. W niektórych ośrodkach wykonywane są badania metodą odwrotnej transkrypcji i łańcuchowej reakcji polimerazy (RT-PCR) i hodowla wirusa.

Szybkim testem potwierdzającym zakażenie RSV, nie wymagającym zastosowania kosztownych metod biologii molekularnej, jest wykrycie antygenów wirusa w materiale. Dostępne testy charakteryzują się wysoką specyficznością i czułością, wyższą w stosunku do aspiratu z nosogardła niż z wymazu, przy tym są relatywnie tanie [1,6].

W badaniu gazometrycznym często występuje hipoksemia z saturacją poniżej 92%, może występować również hiperkapnia i kwasica.

Wykładniki stanu zapalnego i równowagi kwasowo-zasadowej cechuje niska swoistość i nie mogą wskazywać jednoznacznie na etiologię zakażenia dróg oddechowych. Informują one jedynie o stanie ogólnym dziecka [6].

W badaniu radiologicznym płuc widoczne są cechy rozdęcia płuc, z obszarami niedodmy, w niektórych przypadkach mogą być widoczne również zmiany śródmiąższowe, dotyczące szczególnie środkowych i górnych płatów płuc [1].

5. Leczenie

W leczeniu zakażeń RSV stosuje się przede wszystkim leczenie objawowe i właściwą pielęgnację. Podawanie antybiotyków jest nieuzasadnione, ponieważ nadkażenie bakteryjne występuje rzadko, bo u około 2% przypadków [1].

6. Profilaktyka

WHO (Światowa Organizacja Zdrowia) uznała prewencję zakażeń RSV za jeden z priorytetowych programów profilaktyki na świecie.

Dotychczas nie opracowano skutecznej szczepionki przeciwko wirusowi RS.

Sposobem zapobiegania zakażeniom tym wirusem jest immunoprofilaktyka, polegająca na stosowaniu paliwizumabu, którego skuteczność oceniono w wielu badaniach.

Paliwizumab (nazwa handlowa Synagis) jest humanizowanym przeciwciałem monoklonalnym klasy IgG, które wiąże się z białkiem F wirusa RS, uniemożli-

wiając penetrację RSV do nabłonka dróg oddechowych. Profilaktyka jest prowadzona w czasie sezonu zwiększonego ryzyka zachorowań. W Polsce ma to miejsce od października do kwietnia. Preparat podawany jest domięśniowo w dawce 15 mg/kg m.c. raz w miesiącu, a dla zabezpieczenia przed zachorowaniem zalecane jest 5 dawek leku w comiesięcznych odstępach [7,8].

Programem refundowanym przez NFZ, z uwagi na wysokie koszty profilaktyki RSV Synagisem, objęto wszystkie dzieci urodzone do 28. (0) tygodnia ciąży oraz wszystkie z dysplazją oskrzelowo-płucną. Klinicznym potwierdzeniem dysplazji oskrzelowo-płucnej jest stosowanie tlenoterapii o stężeniu wyższym niż 21% co najmniej do 28. doby życia [7,8,9].

W związku z brakiem skutecznej szczepionki przeciw RSV i wysokimi kosztami profilaktyki RSV Synagisem, nie bez znaczenia jest edukacja rodziców, opiekunów małych dzieci, ale również personelu medycznego z zakresu zmniejszania ryzyka ekspozycji i przenoszenia wirusa. Konieczne jest uświadamianie skuteczności prostych zaleceń, tj. częste mycie rąk, wyeliminowanie ekspozycji dziecka na dym tytoniowy, unikanie w czasie sezonu zachorowań skupisk dziecięcych i przebywania w dużych zbiorowościach.

7. Pielęgnowanie

Noworodek z nasilającymi się objawami nieżyty górnych dróg oddechowych, w przebiegu zakażenia RSV, zazwyczaj wymaga hospitalizacji w oddziale patologii noworodka.

7.1. Obserwacja i monitorowanie

Stan ogólny noworodka z zakażeniem RSV może być bardzo różny, w zależności od jego dojrzałości, a także współistnienia innych schorzeń, tj. wady serca, czy dysplazji oskrzelowo-płucnej. Charakterystyczna jest zmienność stanu i stopniowe jego pogarszanie w pierwszych kilku dobach od momentu wystąpienia objawów zakażenia. Dlatego też należy noworodka wnikliwie obserwować i monitorować jego podstawowe funkcje życiowe. Wymagana jest obserwacja częstości akcji serca oraz saturacji hemoglobiny tlenem. Analiza parametrów życiowych powinna być prowadzona pod kątem narastania objawów niewydolności oddechowej, a więc ewentualnej tachykardii, a także saturacji poniżej 90–92%. Ponadto układ krążenia powinien być monitorowany poprzez regularny pomiar ciśnienia krwi [10].

Należy obserwować zabarwienie powłok skórnych i błon śluzowych, a wszelkie nieprawidłowości w postaci szarzenia, bledkości powinny być na bieżąco zgłaszane lekarzowi i odnotowywane w dokumentacji.

Niezwykle istotną kwestią jest obserwacja oddechów, ich częstotliwości oraz występowania objawów wysiłku oddechowego, tj. tachypnoe, wciągania przepony,

międzyżebry, podżebrzy, dołka jarzmowego, stękania wydechowego czy ewentualnych bezdechów. Do oceny narastania objawów niewydolności oddechowej stosuje się skalę Silvermana.

Obserwacja powinna obejmować również zachowanie noworodka. Niepokój powinny budzić takie objawy, jak: apatyczność, senność, nie wybudzanie się do karmień bądź odwrotnie, drażliwość, nadmierny niepokój związany z narastającą niewydolnością oddechową.

7.2. Pielęgnowanie układu oddechowego

Problemem pielęgnacyjnym u noworodka z zakażeniem RSV jest upośledzenie drożności dróg oddechowych w wyniku dużej ilości wydzieliny. Należy stosować nawilżanie powietrza w inkubatorze, w inhalacji, zabiegi fizykalne oraz stosować odsysanie wydzieliny z dróg oddechowych, w miarę potrzeby, zwłaszcza przed karmieniami. W działaniach tych niezbędna jest współpraca personelu pielęgniarstwa i fizjoterapeuty.

Zabieg odsysania wydzieliny z dróg oddechowych niesie ze sobą ryzyko powikłań, takich jak: hipoksja, bradykardia, zakażenie czy traumatyzacja śluzówki nosa, otarcia, obrzęk. Z tego powodu należy wykonywać go jak najdelikatniej, zgodnie z zasadami aseptyki, najlepiej w dwie osoby, zwilżonym, cewnikiem dobranym do rozmiaru przewodów nosowych [11]. Konieczna jest również obserwacja odsysanej wydzieliny. Jej ilość, charakter, kolor powinny być przekazywane i odnotowywane w historii pielęgnowania.

Noworodek z zaburzeniami oddychania może wymagać podaży tlenu w postaci tlenoterapii biernej. Należy pamiętać, że tlen podawany jest na zlecenie, powinien być zawsze ogrzany i nawilżony. W przypadku narastania objawów niewydolności oddechowej stosuje się wsparcie oddechowe metodą Infant Flow, a w skrajnych przypadkach wentylację mechaniczną. Zaletą stosowania wentylacji nieinwazyjnej jest zachowanie fizjologicznego toru oddechowego przez nos. Priorytetem więc jest utrzymanie prawidłowej drożności nosa poprzez dokładne dobranie rozmiaru końcówek nosowych, czapeczki i prawidłową pielęgnację nosa i skóry wokół niego. W przeciwnym razie wentylacja ta będzie nieskuteczna [11–13].

7.3. Karmienie

Odżywianie noworodka zakażonego RSV zależy od jego stanu i etapu choroby. Należy zapewnić mu odpowiednie nawodnienie, jednak nie można zapomnieć o nadmiernym uwalnianiu hormonu antydiuretycznego i niebezpieczeństwie przewodnienia dziecka [1]. Zazwyczaj ilość wydzieliny w drogach oddechowych nie pozwala na prawidłowe przystawianie noworodka do piersi. Nawet jeśli dziecko po odessaniu wydzieliny poprawnie chwyci pierś, szybko się męczy, zasypia, nie wypi-

ja odpowiedniej ilości pokarmu. W czasie zaostrzenia objawów noworodek powinien dostawać odciągnięty pokarm matki przez smoczek, bądź zgłębnik dożołądkowy. W miarę narastania zaburzeń oddychania zwiększa się tendencja do wymiotów, co najczęściej wynika z nasilenia refluksu żołądkowo-przełykowego. Odżywianie wtedy powinno odbywać się przy użyciu zagęszczonego pokarmu, aby zapobiec zachłyśnięciu [1]. W najcięższej postaci choroby odżywianie powinno być realizowane drogą pozajelitową. Uzasadnione jest prowadzenie kontroli karmień w historii pielęgnowania, gdzie odnotowywane są informacje co do ilości przyjętego pokarmu, a także częstości i obfitości ewentualnych wymiotów.

7.4. „Minimum handling”

W pielęgnowaniu chorego noworodka należy kierować się zasadą *minimum handling* („jak najmniej rękoczynów”). Wszystkie zabiegi powinny być wykonywane delikatnie, bez pośpiechu. Czynności należy grupować tak, aby maksymalnie dużo czasu dać pacjentowi na odpoczynek i sen. Używać należy specjalnych udogodnień w postaci np. „gniazdek”. Zwiększają one komfort noworodka oraz pozwalają na zastosowanie różnych pozycji mających znaczenie w rehabilitacji oddechowej. Ważne jest, na ile to możliwe, aby nie narażać pacjenta na dodatkowy stres w postaci hałasu, nadmiernego, sztucznego światła. Stosowane plastry, przylepce powinny być dostosowane pod względem wielkości i jakości do delikatnej skóry noworodka. Czynnikiem, który działa na dziecko kojąco, uspokajająco, są oczywiście rodzice, którzy powinni być obecni przy dziecku, brać czynny udział w jego pielęgnacji. Niejednokrotnie rodzice również wymagają wsparcia personelu z powodu obaw i strachu o zdrowie dziecka, a także z powodu poczucia winy wynikającego z faktu zaistnienia zakażenia.

8. Zapobieganie zakażeniom

W związku z tym, iż RSV przenoszony jest przez kontakt z zakażonymi wydzielinami, również drogą kropelkową, że może przetrwać ponad 24 godziny w środowisku zewnętrznym, ponad 30 minut na rękach, celowe jest stosowanie w oddziale reżimu sanitarnego: izolacji chorych, stosowanie przez personel, oprócz zwyczajowej higieny rąk, zabezpieczeń, takich jak maseczki, fartuchy ochronne, rękawice [1]. Drobną sprzęt typu stetoskop, mankiet do mierzenia ciśnienia powinien być używany tylko przez chorego noworodka, a po jednorazowym użyciu powinien być dezynfekowany. Należy pamiętać o edukacji rodziców chorego dziecka, którzy sprawują nad nim opiekę w oddziale.

Rozważając problemy dotyczące profilaktyki zakażeń, nie można pominąć ryzyka zakażenia szpitalnego chorego noworodka, często z obniżoną odpornością, obciążonego przewlekłymi chorobami. Wszystkie zabiegi powinny być wykony-

wane ze szczególnym uwzględnieniem zasad aseptyki i antyseptyki. Należy systematycznie monitorować wkłucia obwodowe, zabezpieczone dla ułatwienia obserwacji przezroczystym, jałowym przylepcem. Personel powinien być wyczulony na inne potencjalne drogi zakażenia, tj. kikut pępowinowy, otarcia, uszkodzenia naskórka, spojówki [14].

Ze względu na przebieg procesu chorobowego pielęgnowanie noworodka zakażonego RSV jest dużym wyzwaniem dla całego personelu oddziału szpitalnego. W związku ze stosowaniem najczęściej leczenia objawowego dużą rolę w walce z RSV odgrywa personel pielęgniarski i fizjoterapeuci.

Brak skutecznej szczepionki przeciwko RSV, wysokie koszty immunoprofilaktyki powodują, że niezwykle istotne znaczenie ma zapobieganie zakażeniom RSV poprzez działania edukacyjne i informacyjne, mające na celu uświadomienie społeczeństwu zagrożeń związanych z tym wirusem. Ważne jest również przedstawienie możliwości zmniejszenia ryzyka zachorowania poprzez stosowanie prostych, ale skutecznych zaleceń. Być może jest to jedno z zadań dla nowoczesnej położnej, mającej bezpośredni kontakt z młodymi rodzicami: dla położnej z oddziału położniczego, położnej środowiskowej, położnej prowadzącej szkołę rodzenia.

Bibliografia

1. Wiśniewska-Ligier M, Woźniakowska-Gęsicka T, Andrzejewski A. Zakażenia RSV nadal groźne. *Klin Pediatr* 2008; 42–46.
2. Staszów E. Zakażenia wirusem RSV w latach 2010–2011 u dzieci do lat pięciu w badaniach własnych – laboratorium wirusologii WSSE w Krakowie. *Zakażenia* 2011; 53–54.
3. Zaremba L, Borowski J. *Mikrobiologia Lekarska*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1997.
4. Brydak L. Zakażenia wywołane przez wirusy oddechowe i możliwości ich kontrolowania. *Pol Merkuriusz Lek* 2011; 30: 355–358.
5. Helwich E, Chojnacka A, Czeszyńska B. Profilaktyka zakażeń RSV u dzieci urodzonych przedwcześnie w pierwszym roku ich życia. *Post Neonatol* 2013; 69–72.
6. Stopa A, Ciepela O, Manda-Handzlik A. Parametry równowagi kwasowo-zasadowej i rozkład leukocytów krwi obwodowej u dzieci z zapaleniem oskrzelików o różnej etiologii. *Diagn Lab* 2014; 50 (3): 207–212.
7. Helwich E. *Profilaktyka zakażeń RSV. Standardy opieki medycznej nad noworodkiem w Polsce*. Warszawa: Media-Press; 2015: 140–143.
8. Brodzikowska-Pytel A, Ziółkowska L, Kassur-Siemieńska B. Profilaktyka zakażeń dolnych dróg oddechowych wywołanych wirusem RS u niemowląt i małych dzieci. *Pediatr Dypł* 2007; 11 (4): 99–100.
9. Rutkowska M, Helwich E, Borecka R, Gadzinowski J, Polak K, Czyżewska M, i in. Częstość zakażeń układu oddechowego u dzieci z dysplazją oskrzelowo-płucną otrzymujących profilaktycznie paliwizumab. *Pediatr Pol* 2011; 86 (4): 317–325.

10. Pilewska-Kozak AB, Skurzak A, Bałanda-Bałdyga A, Iwanowicz-Palus GJ, Pięta B, Werc H, i in. Organizacja opieki nad noworodkiem wymagającym intensywnego nadzoru. W: Pilewska-Kozak AB, red. *Opieka nad wcześniakiem*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009: 26–37.
11. Gajewska E, red. *Wentylacja nieinwazyjna u noworodków*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2012.
12. Halliday HL, McClure G, Reid M, Piotrowski A, red. *Intensywna terapia noworodka*. Bielsko-Biała: A-Medica Press; 1999.
13. Godula-Stuglik U. *Wybrane zagadnienia patologii noworodka*. Katowice: Wydawnictwo Śląskiej Akademii Medycznej; 2003.
14. Borkowski W. *Opieka pielęgniarska nad noworodkiem*. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2007.

Adres do korespondencji:

Iwona Łuczak
Instytut Położnictwa,
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
ul. Katowicka 68, 45-060 Opole
tel. 77 442 35 41
e-mail: i.luczak@wp.pl

Wybrane stany patologiczne gruczołu piersiowego

Dorota Ćwiek, Dorota Fryc

Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych,
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Wstęp

Karmienie piersią jest najkorzystniejszym sposobem odżywiania niemowląt i dzieci (WHO, APP). Niestety, pomimo że jest to karmienie naturalne, nierzadko bardzo trudno mamie i dziecku znaleźć wspólne porozumienie i czerpać z niego satysfakcję. Brak edukacji w zakresie laktacji, brak pomocy i pojawiające się problemy w czasie laktacji sprawiają, że matki, nie umiając sobie z nimi poradzić, czują się sfrustrowane i zbyt wcześnie rezygnują z tego sposobu żywienia dziecka. Dlatego bardzo ważne jest kompetentne wsparcie społeczne i informacyjne jeszcze w okresie ciąży, porodu i po porodzie.

1. Przepętnienie piersi (nawał mleczny)

Nawał mleczny jest to gwałtowne, nieustabilizowane zwiększenie ilości wytwarzanego pokarmu, nadmierne w stosunku do potrzeb noworodka. Jest to II faza laktogenezy, w której około 2.–4. doby po narodzinach dziecka następuje gwałtowny rozrost komórek mlecznych produkujących nawet 10 razy więcej mleka niż tuż po porodzie. Produkcja mleka rośnie nawet do 500–750 ml w 5. dobie, w porównaniu do poniżej 100 ml w 1.–2. dobie. W ciągu kilku dni wytwarzanie pokarmu stabilizuje się i zmienia jakościowo – mleko zawiera coraz więcej składników charakterystycznych dla mleka właściwego. Jest to stan fizjologiczny, choć piersi mogą być obrzmiałe i bolesne. Laktogeneza II może być opóźniona (5.–6. doba) z powodu stresu okołoporodowego, nadmiernej medykacji porodu, u matek z cukrzycą, po cięciu cesarskim, po urodzeniu wcześniaka lub dziecka chorego lub nawet zahamowana z powodu pozostawienia fragmentu łożyska [1].

Najczęstszą przyczyną jest nieustabilizowana i nadmierna produkcja mleka w stosunku do potrzeb noworodka, ale też trzeba brać pod uwagę niewłaściwe lub zbyt

rzadkie karmienie dziecka. Objawy, jakie zgłasza matka, to dyskomfort, napięta skóra na piersiach, a same piersi ciężkie, mogą być twardsze, nadmiernie ciepłe, ale na ogół niezaczerwienione i niebolesne. Nie obserwuje się u matki gorączki, a zmiany dotyczą obu piersi jednocześnie. Można zauważyć wypływanie pokarmu z piersi. Stan ogólny i samopoczucie matki są dobre. Nawal mleczny należy różnicować z obrzękiem piersi, zastojem i zapaleniem piersi.

Osoba opiekująca się położnicą powinna zebrać wywiad, wykonać badanie fizykalne piersi i obserwować akt karmienia.

Zebranie wywiadu:

- Co się dzieje? – matka powinna sama określić i przedstawić problem.
- Od kiedy matka zaobserwowała problem? – czy jest to 2.-4. doba, czy później.
- Co ją niepokoi, czy odczuwa silny stres? – pozwolić jej uwolnić emocje.
- Czy dolegliwość dotyczy obu piersi, czy jednej?
- Jak częste są karmienia?
- Czy są karmienia nocne?
- Czy matka obserwowała, że dziecko pobiera pokarm efektywnie?
- Czy po karmieniu matka czuje ulgę?
- Czy dziecko jest dopajane, dokarmiane? – to może bowiem spowodować rzadsze karmienia dziecka.

Badanie fizykalne:

- Analiza dokumentacji porodowej pod kątem rodzaju porodu, nadmiernej jego medykalizacji, tygodnia ciąży, chorób współistniejących z ciążą, chorób i wad u noworodka, jego wagi urodzeniowej.
- Badanie parametrów stanu ogólnego (temperatura, tętno).
- Badanie piersi: wygląd i napięcie piersi, zaczerwienienie skóry, bolesność piersi, wypływanie mleka.
- Ocena stanu brodawek i tego, czy się chowają, czy nie (z powodu obrzmienia może być z tym problem).

Obserwacja karmienia:

- Czy dziecko przystawia się bez problemu (twardość piersi)?
- Ocenić pozycję matki i dziecka.
- Czy dziecko przystawia się prawidłowo?
- Czy dziecko ssie prawidłowo?
- Czy dziecko efektywnie pobiera pokarm (słysząc przełykanie)?
- Czy dziecko samo kończy karmienie i jest najedzone?
- Czy po karmieniu pierś jest miększa? [1, 2].

Zalecenia w nawale mlecznym:

- Uspokojenie matki, że jest to stan fizjologiczny.
- Częste i efektywne karmienia w dzień i w nocy (8–12 razy) z obu piersi podczas jednego karmienia do momentu uzyskania wystarczającej ilości mleka.

- Karmienie według potrzeb dziecka i matki (jeśli piersi są nabrzmiąle, matka czuje dyskomfort – budzić dziecko).
- Dbanie o prawidłowe przystawianie dziecka do piersi.
- Jeśli dziecko ma problem z uchwyleniem brodawki:
 - ciepły, wilgotny okład na piersi lub ciepły prysznic przed karmieniem,
 - ręczna stymulacja wypływu pokarmu w celu zmiękczenia otoczki,
 - zmiękczenie brodawki poprzez przesunięcie chłonki z przestrzeni pod brodawką.
- Jeśli pomiędzy karmieniami matka czuje dyskomfort: odciągać pokarm w niewielkiej ilości, do odczucia ulgi, nigdy „do końca” (gdy najedzone dziecko nie chce ssać).
- Zimne okłady po karmieniu (ok. 20 minur).
- Zimne okłady z kapusty lub twarożku.
- Techniki relaksacyjne prowadzące do zmniejszenia napięcia nerwowego, w tym masaż okolic szyi i karku [1,2].
- Homeopatia:
 - Ricinus Communis 30CH – rącznik pospolity: hamuje laktację.
 - Apis Mellifica 9CH – z całych pszczoł miodnych: zmniejsza obrzęk, działa uspokajająco. UWAGA: nie stosować w uczuleniach na jad pszczeli!
 - Bryonia – przestęp biały: zmniejsza obrzęk i ból.
 - Belladonna – pokrzyk wilcza jagoda: zmniejsza obrzęk i ból, zmniejsza wydzielanie mleka. Lek stosować przez kilka godzin – jedną pastylkę co godzinę pod język. W miarę poprawy zwiększać odstępów między kolejnymi dawkami leku [3].
- Zioła:
 - Przy bardzo dużych dolegliwościach: 2 razy dziennie napar z szaławii lub mięty pieprzowej. Należy zalać zioła gorącą wodą, parzyć tylko 3–5 minut i pić tylko 1/2 szklanki w razie potrzeby.
 - Napar z liści barwinka, liści orzecha włoskiego albo pąków lub liści olchy – zmniejszają laktację: napar raz dziennie. W dużych ilościach hamują laktację [4].
- Aromaterapia:
 - Olejek z mięty pieprzowej zmniejsza przybór mleka. Aby zrobić olej do delikatnego masażu w celu zmniejszenia obrzęku, należy użyć ok. 500 kropli oleju podstawowego i 15 kropli olejku z mięty pieprzowej. Wmasować delikatnie niewielką ilość w piersi, 2–3 razy dziennie, tylko do momentu normalizacji. Należy unikać nacierania brodawki i otoczki.
 - Okłady z chudego twarogu z 3–5 kroplami olejku lawendowego – chłodzi pierś [4].

2. Zastój pokarmu/obrzęk piersi

Jest to patologiczny stan polegający na bolesnym obrzmieniu piersi z jednoczesnym zaburzeniem wypływu pokarmu. Na skutek przepełnienia pęcherzyków i przewodów mlecznych dochodzi do uciśnięcia naczyń włosowatych, czego następstwem jest przesiłek płynu do przestrzeni śródmiąższowej. To nasila ucisk na pęcherzyki i kanały mleczne, co powoduje zwolniony przepływ mleka i dalszy obrzęk (błędne koło). Obrzęk uciska także naczynia krwionośne upośledzając dopływ hormonów z mózgu do komórek mlekotwórczych i kanałów mlecznych powodując dalsze zaburzenia w laktacji, w tym blokuje odruchy prolaktynowy i oksytocynowy. Problem występuje w 2.–14. dobie po porodzie. Przyczynami są zbyt rzadkie karmienia, nieprawidłowa technika karmienia powodująca niedokładne opróżnianie gruczołu piersiowego, zablokowanie produkcji oksytocyny spowodowane bólem lub stresem, uraz piersi na skutek zbyt mocnego masowania lub trzęsienie piersiami. Na ogół jest to następstwo nieprawidłowego postępowania w nawale mlecznym. Matka odczuwa dyskomfort z powodu silnego obrzmienia piersi, są one cieplejsze, twarde, bolesne. Skóra na piersiach napięta, błyszcząca i zaczerwieniona. Temperatura ciała może być w normie, ale często podwyższona (powyżej 38,5°C). Obrzęk piersi dotyczy obu piersi jednocześnie, a najbardziej charakterystyczną cechą jest osłabienie lub brak wypływu pokarmu na skutek ucisku obrzmiąłych tkanek na kanały wyprowadzające. Ten objaw jest najczęściej przyczyną płaczu dziecka, które pomimo ssania nie pobiera efektywnie pokarmu. Często także dziecko denerwuje się, nie mogąc przysać się do zbyt twardej i wypełnionej mlekiem piersi [1,2,5].

Postępowanie polega na zebraniu wywiadu, badaniu fizykalnym i obserwacji karmienia.

Zebranie wywiadu:

- Co się dzieje?
- Od kiedy matka zaobserwowała problem?
- Co ją niepokoi?
- Czy dolegliwość dotyczy obu piersi, czy jednej?
- Jak częste są karmienia?
- Czy są karmienia nocne?
- Czy był u matki nawal mleczny?
- Czy matka obserwowała, że dziecko pobiera pokarm efektywnie?
- Czy po karmieniu matka czuje ulgę?
- Czy dziecko jest dopajane, dokarmiane?

Badanie fizykalne:

- Analiza dokumentacji porodowej pod kątem rodzaju porodu, nadmiernej jego medykalizacji, tygodnia ciąży, chorób współistniejących z ciążą, chorób i wad u noworodka, jego wagi urodzeniowej.
- Badanie parametrów stanu ogólnego (temperatura, tętno).

- Badanie piersi:
 - Wygląd piersi – obrzmiałe, duże, twarde, czy są zgrubienia (tylko w przebiegu kanałów mlecznych – rozdęte kanały).
 - Napięcie piersi – napięte, błyszczące.
 - Zaczerwienienie.
 - Bolesność piersi.
 - Wypływanie mleka – brak.
 - Stan brodawek; czy brodawka nie chowa się z powodu obrzmienia piersi.

Obserwacja karmienia:

- Czy dziecko przystawia się bez problemu (twardość piersi)?
- Ocenić pozycję matki i dziecka.
- Czy dziecko przystawia się prawidłowo?
- Czy dziecko ssi prawidłowo?
- Czy dziecko się niepokoi podczas karmienia?
- Czy dziecko efektywnie pobiera pokarm (słychać przełykanie)?
- Czy dziecko samo kończy karmienie i jest najedzone?
- Czy po karmieniu pierś jest miększa? [1,2].

Zalecenia na czas obrzęku:

- Uspokojenie matki.
- Prawidłowe i częste przystawianie dziecka do piersi, nawet 8–12 razy na dobę, z obu piersi podczas jednego karmienia.
- Jeśli dziecko nie chce ssać, a mama czuje dyskomfort – odciągnięcie niewielkiej ilości pokarmu do momentu odczucia ulgi.
- Co najmniej dwa karmienia nocne.
- Unikanie długich przerw między karmieniami. Im dłuższa przerwa, tym twardsza pierś i trudniejsze jej uchwycenie przez dziecko.
- Przed karmieniem:
 - Zmiękczenie otoczki przez odciągnięcie niewielkiej ilości mleka.
 - Ciepłe okłady na pierś.
 - Relaksacja.
- W czasie karmienia: delikatne masowanie piersi polegające na przesuwaniu pokarmu w kierunku brodawki.
- Po karmieniu: zimny okład na 20 minut.
- Pomiędzy karmieniami: okłady z liści kapusty lub twarożku.
- Unikanie dodatkowego odciągania, np. w celu zmagazynowania pokarmu.
- Niesterydowe leki przeciwzapalne [1,2].
- Zioła:
 - Jak przy nawale mlecznym.
 - Okład z imbiru na 1 godzinę – imbir rozgrzewa.
 - Liście barwinka – działa antylaktacyjnie. Napar: 2 łyżeczki ziół zalać wodą. Pić 150 ml – 1–2 razy dziennie.

- Pąki lub liście olchy – zmniejszają laktację, pić napar 1 raz dziennie po 100–150 ml. W dużych ilościach hamuje laktację [4,5].
- Leki homeopatyczne:
 - Jak przy nawale mlecznym.
 - Lac Caninum 15 CH lub 30 CH na zmniejszenie laktacji [3].
- Metody fizykoterapeutyczne: ultradźwięki, diatermia, kinesiotaping.

Najczęstszymi błędami jest masowanie piersi, odciąganie pokarmu „do końca”, ograniczanie podaży płynów, bandażowanie piersi i podawanie bormokryptyny. Przy wdrożeniu właściwego postępowania poprawa powinna nastąpić w ciągu 12–48 godzin. W przeciwnym wypadku obrzęk może doprowadzić do zapalenia piersi, osłabienia i zakończenia laktacji [2].

3. Zablockowanie przewodu mlecznego

W przebiegu kanału mlecznego dochodzi do powstania zatoru, który upośledza odpływ mleka ponad nim. W krótkim czasie dochodzi do narastania objawów stanu zapalnego. Fragment piersi powyżej miejsca zatkania jest twardszy od pozostałej części gruczołu, bolesny, matka czuje nieprzyjemne rozpieranie. Jeśli zatkanie zlokalizowane jest w przewodzie biegnącym tuż pod skórą, wyczuwalny jest palpacyjnie twardy guzek (rozdęty przewód), skóra na piersi jest błyszcząca, zaczerwieniona i napięta. Natomiast jeśli zatkanie zlokalizowane jest głęboko: bolesność i rozpieranie odczuwane są w głębi piersi, a czasem tylko występuje zaczerwienienie skóry. Niekiedy zator jest zlokalizowany blisko ujścia przewodu wyprowadzającego. Wówczas na brodawce widoczna jest biała plamka – „korek” z zalegającego pokarmu. Pojawiają się trudności z wypływem pokarmu w miejscu, gdzie jest zastój, ale ze zdrowej części piersi mleko odpływa prawidłowo. Temperatura matki jest normalna. Zastój pokarmu może dotyczyć całego gruczołu piersiowego (zastój uogólniony) lub jego części (zastój miejscowy), ale jest to najczęściej tylko jedna pierś w przeciwieństwie do nawału i obrzęku piersi. Przyczyną są nie wystarczająco częste karmienia, nieefektywne opróżnianie piersi lub miejscowy ucisk szczególnie podczas wypoczynku nocnego lub przez źle dobrany biustonosz. Czynnikiem predysponującym mogą być nieprawidłowa technika karmienia powodująca zaleganie pokarmu, nadmiernie rozbudzona laktacja, ucisk ubrania na biust, uraz zewnętrzny (np. nieprawidłowo wykonany masaż piersi) oraz stres i przemęczenie [1, 2].

Postępowanie położnej polega na zebraniu wywiadu, badaniu fizykalnym oraz obserwacji karmienia.

Zebranie wywiadu:

- Co się dzieje?
- Od kiedy matka zaobserwowała problem?
- Co ją niepokoi?
- Jeśli czuje ból, to gdzie jest on zlokalizowany?

- Czy dolegliwość dotyczy obu piersi, czy jednej?
- Jak częste są karmienia?
- Czy są karmienia nocne?
- Czy matka obserwowała, że dziecko pobiera pokarm efektywnie?
- Czy po karmieniu matka czuje ulgę?
- Czy dziecko jest dopajane, dokarmiane?
- Czy coś uciskało pierś (stanik, chusta, nosidełko, w nocy)?
- Czy mogło coś spowodować uraz piersi?
- Jak wygląda dieta matki (co zjadła w ciągu ostatniej doby)?

Badanie fizykalne:

- Badanie parametrów stanu ogólnego (temperatura, tętno).
- Badanie piersi:
 - Wielkość piersi (przy dużym biuście częściej dochodzi do ucisku).
 - Wygląd piersi (czy widać „rozdęte” kanały mleczne).
 - Napięcie piersi (czy są twardsze fragmenty).
 - Obecność guzka – umiejscowienie, wielkość, kształt, konsystencja, odgraniczenie, chęłbotanie.
 - Zaczerwienienie.
 - Bolesność piersi.
 - Wypływanie mleka.
 - Stan brodawek – czy na szczycie widoczny jest biały czop.

Obserwacja karmienia:

- Czy dziecko przystawia się bez problemu?
- Ocenić pozycję matki i dziecka.
- Czy dziecko przystawia się prawidłowo?
- Czy dziecko ssie prawidłowo?
- Czy dziecko niepokoi się podczas karmienia?
- Czy dziecko efektywnie pobiera pokarm (słysząc przełykanie)?
- Czy dziecko stale przerywa karmienie (trudności z wypływem)?
- Czy dziecko samo kończy karmienie i jest najedzone?
- Czy po karmieniu pierś jest miększa? [1,2].

Zatkanie się przewodu mlecznego należy różnicować z: nawałem mlecznym, obrzękiem i zastojem piersi, zapaleniem piersi, ropniem piersi, nowotworem piersi, torbielą mleczną.

Zalecenia w przypadku zablokowania przewodu mlecznego:

- Uspokojenie matki.
- Noszenie nieuciskającej odzieży.
- W przypadku obfitego biustu – dobrze dobrany biustonosz o szerokich ramiączkach unoszący pierś. Przy zwisającym biuście pomaga zrolowana pieluszka od spodu piersi. Ostrożnie w nocy, aby nie przygnieść piersi.
- Wypoczynek, relaksacja.

- Niesterydowe leki przeciwzapalne.
- Zwrócić uwagę na dietę. Zrezygnować z tłuszczów zwierzęcych na rzecz roślinnych, zawierających wielonienasycone kwasy tłuszczowe i lecytynę.
- Zwrócić uwagę na nawracające zacopowanie przewodów – spożywać suszoną żurawinę lub kapsułki lecytyny codziennie przez kilka tygodni.
- Rozpoczynanie karmienia od piersi z zastojem.
- Częste karmienie, z przewagą chorej piersi.
- Przed karmieniem (ok. 20–30 minut) ciepłe okłady na fragment piersi z zatory, co spowoduje rozszerzenie kanałów mlecznych.
- Przystawianie dziecka najpierw do piersi z zatory. Silne początkowe ssanie może spowodować usunięcie „korka”.
- Starać się przystawiać dziecko tak, aby żuchwa wskazywała zastój. Od strony żuchwy siła ssania jest największa.
- Karmienie w pozycji grawitacyjnej.
- Prawidłowa technika przystawiania do piersi, ssania oraz zakończenia karmienia (nie uszkodzić brodawki).
- Delikatny masaż podczas karmienia polegający na zgłaskiwaniu zastoju w kierunku brodawki.
- Po karmieniu zimne okłady na okolicę z zatory – powoduje to zmniejszenie laktacji w tym miejscu. Do tego celu można posłużyć się 2–3 kostkami lodu w woreczku owiniętymi w 4 warstwy pieluszki [1,2,5].
- Zioła: okłady z chłodzonymi kwiatami krwawnika lub korzeniem prawoślazu na piersi przez 5–10 minut między karmieniami [4].
- W przypadku czopa na szczycie brodawki – usunięcie go poprzez nakłucie. Wskazaniem do nakłucia czopa są dolegliwości bólowe lub zastój pokarmu. Należy uzyskać pisemną zgodę pacjentki. Po zabiegu przemywanie brodawki po karmieniach naparem z szalwii, rumianku, melisy lub miejscowe stosowanie Octeniseptu przez kilka dni [2].

4. Zapalenie piersi

Choroba występuje najczęściej między 2. a 5. tygodniem po porodzie, ale może zdarzyć się na każdym etapie laktacji. Trwa 2–6 dni. Dotyczy niemal 20–25% matek karmiących. Rokowanie jest pomyślne, ale nawrót zapalenia lub ropień piersi jest powikłaniem 10% przypadków, najczęściej niewłaściwie leczonych. Podanie właściwego antybiotyku i nie przerywanie karmienia piersią znacznie obniża ryzyko powikłań. Czynnikiem sprzyjającym powstaniu stanu zapalnego piersi są stres i przemęczenie, które często występują w okresie połogowym, obniżenie częstości karmień lub niewłaściwe opróżnianie gruczołu piersiowego, nadmiernie rozbudowana laktacja, nadmierny wysiłek fizyczny czy dieta niedoborowa. Stan zapalny jest zwykle poprzedzony uszkodzeniem brodawki, która stanowi wrota zakażenia. Może

się także pojawić w wyniku nieprawidłowej techniki karmienia lub niewłaściwego postępowania w czasie przepełnienia piersi i zablokowania przewodu mlecznego, a szczególnie w sytuacji urazu piersi lub wykonania agresywnego masażu. W wyniku skrajnego przepełnienia przewodów i pęcherzyków mlecznych dochodzi do wzrostu przepuszczalności nabłonka wydzielniczego i przedostawania się składników pokarmu do tkanek zrębu gruczołu. Prowadzi to do napływu mediatorów zapalenia, które wywołują objawy miejscowe i ogólne. Dłużej trwający zastój pokarmu może prowadzić do wzrostu liczby bakterii.

Zapalenie piersi dotyczy na ogół jednej piersi. Jest ona zaczerwieniona, obrzmiała, silnie bolesna i gorąca. Z zajętych fragmentów piersi pokarm nie odpływa prawidłowo. Matka ma złe samopoczucie i objawy grypopodobne: dreszcze, bóle kostne, bóle głowy, gorączkę powyżej 38,4°C. Najczęściej czynnikiem etiologicznym zapalenia piersi jest gronkowiec złocisty *Staphylococcus aureus* [6,7].

Wyróżnia się dwa rodzaje zapaleń piersi:

- *Cellulitis* – bakterie penetrują do piersi przez uszkodzoną brodawkę. Proces zapalny toczy się w zrębie łącznotkankowym, pomiędzy płatami.
- *Adenitis* – powikłanie zatkanego przewodu mlecznego lub nieprawidłowo wykonanego masażu. Przebiega z poszerzeniem przewodów mlecznych [6].

Osoba opiekująca się położnicą powinna zebrać wywiad, wykonać badanie fizykalne piersi i obserwować akt karmienia.

Zebranie wywiadu:

- Co się dzieje?
- Od kiedy matka zaobserwowała problem?
- Co ją niepokoi?
- Czy dolegliwość dotyczy obu piersi, czy jednej?
- Jak częste są karmienia?
- Czy są karmienia nocne?
- Czy matka obserwowała, że dziecko pobiera pokarm efektywnie?
- Czy po karmieniu matka czuje ulgę?
- Czy dziecko jest dopajane, dokarmiane? – to może bowiem spowodować rzadsze karmienia dziecka.
- Czy była wcześniej uszkodzona brodawka?
- Czy była możliwość urazu piersi, uciśnięcia, agresywnego masażu?
- Jak wygląda codzienna dieta matki (co zjadła w ciągu ostatniej doby)?
- Czy jest podwyższona temperatura, jeśli tak, to od kiedy?

Badanie fizykalne:

- Badanie parametrów stanu ogólnego (temperatura, tętno).
- Badanie piersi:
 - Wielkość piersi (przy dużym biuście częściej dochodzi do ucisku).
 - Wygląd piersi – czy różnią się.
 - Napięcie piersi (czy są twardsze fragmenty).

- Obecność guzków – umiejscowienie, wielkość, kształt, konsystencja, odgraniczenie, chełbotanie.
- Zaczerwienienie – wielkość, umiejscowienie.
- Bolesność piersi – umiejscowienie.
- Wypływanie mleka, jeśli tak, czy ma ono normalną konsystencję i kolor.
- Stan brodawek – czy są uszkodzone.

Obserwacja karmienia:

- Czy dziecko przystawia się bez problemu?
- Ocenić pozycję matki i dziecka.
- Czy dziecko przystawia się prawidłowo?
- Czy dziecko ssi prawidłowo i chętnie? (przy stanie zapalnym mleko jest bardziej słone).
- Czy dziecko się niepokoi podczas karmienia?
- Czy dziecko stale przerywa karmienie (trudności z wypływem)?
- Czy dziecko efektywnie pobiera pokarm (słychać przełykanie)?
- Czy dziecko samo kończy karmienie i jest najedzone?
- Czy po karmieniu zaobserwowane wcześniej zmiany są mniejsze? [1,2].

Zalecenia w przypadku zapalenia piersi:

- NIE WOLNO PRZERYWAĆ KARMIENIA PIERSIĄ dopóty, dopóki mleko ma niezmienny kolor i konsystencję.
- Konieczne jest częstsze przystawianie dziecka do piersi (12–15 razy na dobę).
- Każdorazowe rozpoczynanie karmienia od chorej piersi. Jeśli matka czuje silny ból z powodu obrzmienia piersi lub uszkodzonych brodawek – zacząć od piersi zdrowej i po chwili zmienić na chorą.
- Korekcja techniki karmienia (pozycja, przystawienie oraz właściwe zakończenie karmienia).
- Stosować różne pozycje do karmienia, ustawienie bródki od strony zmiany.
- Zimne okłady po karmieniach na ok. 20 minut.
- NIE WOLNO STOSOWAĆ GORĄCA, bowiem przyspiesza stan zapalny!
- Wypoczynek.
- Więcej płynów i odpowiednie odżywienie.
- Pomoc w domu.
- Niesterydowe leki przeciwzapalne [6,7].
- Zioła:
 - Zioła przeciwbakteryjne, takie jak *Echinacea*, propolis, surowy czosnek, melisa lub oregano, mogą być stosowane w postaci herbaty, nalewki lub kapsułki. Czosnek działa antyinfekcyjnie i podnosi odporność. *Echinacea* stymuluje układ odpornościowy [4,8].
 - Wiązówka i wierzba są naturalnymi lekami przeciwbólowymi i obniżają gorączkę. Pić napar [4].

- Aromaterapia: Okłady z chudego twarogu z 3–5 kroplami olejku lawendowego – chłodzi pierś [4].
- Należy leczyć uszkodzone brodawki sutkowe: skierowanie do lekarza lub doradcy laktacyjnego.
- Leczenia antybiotykiem trzeba rozpocząć jeśli:
 - Brodawki są uszkodzone.
 - Przy prawidłowym postępowaniu brak poprawy po 24 godz.
 - Nastąpiło nagle pogorszenie stanu ogólnego matki [6].

Leczenie antybiotykiem zapalenia piersi prowadzi lekarz. W przypadku zakażenia szpitalnego, zakażenia o wyjątkowo ciężkim przebiegu lub uciążliwych nawrotów, przed podjęciem decyzji o podaniu antybiotyku dobrze byłoby wykonać posiew pokarmu z antybiogramem. Lekami z wyboru w *Cellulitis* są penicyliny przeciwgronkowcowe (Klosacylina, Oksacylina, Dikloksacylina, Flukloksacylina). Następnie Cefalosporyny I lub II generacji (Cefaleksyna, Cefaklor). Lekami z wyboru w *Adenitis* są makrolidy (Erytromycyna) [6].

Tabela 1. Leki w zapaleniu piersi [6]

Doustne penicyliny gronkowcowe	Cefalosporyny I i II generacji
- Dikloksacylina, flukloksacylina (niedostępne w Polsce, a rodzima oksacylina ma niską skuteczność)	- Cefradyna (Sefril) 1,0 co 12 h, - Cefaleksyna (Kefleks) 0,5 co 12 h, - Cefadroksyl (Duracef) 0,5 co 12 h – 1,0 co 24 h - Cefaklor (Ceclor) 0,25–0,5 co 8 h
Aby osiągnąć dawkę terapeutyczną lek należy przyjmować 1 godzinę przed lub 2 godziny po posiłku popijając szklanką wody.	Leki należy przyjmować 1 h przed posiłkiem lub 2 h po posiłku. Aby ograniczyć objawy niepożądane popić szklanką wody lub przyjąć podczas posiłku.

Najczęstszymi błędami są: przerywanie karmienia lub ograniczanie częstości karmień z chorej piersi, masowanie i ugniatanie piersi, stosowanie gorących okładów, niezastosowanie w porę antybiotyku lub stosowanie antybiotyków, które nie są efektywne w tej jednostce chorobowej np. Ampicilina.

Tabela 2. Podział laboratoryjny wg Thomsena [1]

Rozpoznanie	Poziom leukocytów/ ml mleka	Liczba bakterii/ ml mleka
Zastój	< 10 ⁶	< 10 ³
Nie zakażone zapalenie piersi (NZP)	> 10 ⁶	< 10 ³
Zakażone zapalenie piersi (ZZP)	> 10 ⁶	> 10 ³

Tabela 3. Różnicowanie patologicznych stanów gruczołu piersiowego [2]

	Nawał mleczny	Obrzęk/ zastój	Zablokowanie przewodu miejscowego	Zapalenie piersi
Temperatura	Normalna	W normie lub podwyższona	Normalna	Powyżej 38°C
Ucieplenie piersi	Normalne, czasami podwyższone	Podwyższone	Brak lub niewielkie miejscowo lub cała pierś jeśli zatkany przewód wyprowadzający	Podwyższone
Zaczerwienienie	Czasami obie piersi	Najczęściej obie piersi	Miejscowo lub cała jeśli zatkany przewód wyprowadzający	Miejscowo lub cała pierś
Bolesność	Nie ma bólu lub lekki ból (dyskomfort)	Ból obu piersi	Miejscowo	Miejscowo
Jedna czy dwie piersi	Obie piersi	Obie piersi	Jedna, rzadko dwie	Jedna, rzadko dwie
Konsystencja	Piersi miękkie	Najczęściej obie piersi twarde	Miejscowo twarda lub guzek	Miejscowo twarda, guzek w przypadku ropnia – chełbotanie
Wypływanie pokarmu	Normalne	Utrudnione	Utrudnione	Utrudnione
Objawy ogólne	Brak	Brak	Brak	Objawy grypopodobne

Właściwe rozpoznanie i wdrożenie adekwatnego postępowania w stanach patologicznych gruczołu piersiowego powinno być priorytetem dla osób zajmujących się matką w okresie laktacji. Trafna diagnoza przyspieszy wdrożenie właściwego leczenia, skróci cierpienia matki, pozytywnie wpłynie na jej stan fizyczny i psychiczny oraz utwierdzi ją w kompetencjach rodzicielskich.

Bibliografia

1. Nehring-Gugulska M, red. *Karmienie piersią w teorii i praktyce*. Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna; 2012: 203–220.
2. Nehring-Gugulska M. Problemy z piersiami – zaburzenia przepływu pokarmu. W: Nehring-Gugulska M, Żukowska-Rubik M, red. *Szkolenie. Problemy w laktacji*. Warszawa: KUKP; 2005: 57–66.
3. Jabłońska-Jagiełło E. Problemy związane z laktacją. *Homeopatia Boiron* 2002; 2–3 (6–7): 14–21.
4. Walls D. Herbs and Natural Therapies for Pregnancy, Birth and Breastfeeding. *Int J Childbirth Educ* 2009; 24 (2): 29–37.
5. Berens P. Management of Lactation in the Puerperium. In: Hale TW, Hartmann PE. *Textbook of Human Lactation*. Amarillo. Texas: Hale Publishing, L.P; 2007: 355–371.
6. Nehring-Gugulska M. Zapalenie piersi i powikłania. W: Nehring-Gugulska M, Żukowska-Rubik M, red. *Szkolenie. Problemy w laktacji*. Warszawa: KUKP; 2005: 67–78.
7. Buescher ES. Human Milk and Infectious Diseases. In: Hale TW, Hartmann PE. *Textbook of Human Lactation*. Amarillo. Texas: Hale Publishing, L.P; 2007: 193–212.
8. Humphrey S. Herbal Therapeutics During Lactation. In: Hale TW, Hartmann PE. *Textbook of Human Lactation*. Amarillo. Texas: Hale Publishing, L.P; 2007: 629–654.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Dorota Ćwiek
Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych,
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
ul. Żołnierska 48, 71-210 Szczecin
tel. 91 480 09 77, fax 91 480 09 78
e-mail: dcwiek@wp.pl

Jakość życia chorych na raka piersi

Alicja Dyla¹, Monika Bąk-Sosnowska², Ewa Tobor³

¹ Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach

² Zakład Psychologii, Katedra Filozofii i Nauk Humanistycznych,
Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

³ Wyższa Szkoła Zarządzania w Częstochowie

Wstęp

Przyczyny i uwarunkowania procesu nowotworowego oraz możliwości samoobrony organizmu stanowią przedmiot powszechnego zainteresowania wielu dyscyplin naukowych. Poszukuje się nowych, skutecznych metod leczenia oraz wydłużenia czasu przeżycia osób chorych. Chociaż wskaźnik przeżywalności jest jednym z istotnych kryteriów jakości opieki medycznej, zwiększająca się wiedza na temat wpływu czynników psychospołecznych na stan zdrowia spowodowała stopniowe odchodzenie od biomedycznego modelu zdrowia i zwrócenie uwagi na samopoczucie psychiczne i jakość życia chorych [1]. Stopniowo rozwinął się biopsychospołeczny model zdrowia, który zwraca uwagę na rolę czynników psychologicznych, społecznych i kulturowych w procesie powstawania choroby oraz powrotu do zdrowia. Zdrowie jest w tym przypadku ujmowane w sposób wielowymiarowy, dynamiczny i podmiotowy [2].

1. Problematyka jakości życia

Termin „jakość życia” (QL – ang. *quality of life*) pojawił się po II wojnie światowej w psychologii amerykańskiej i początkowo był kojarzony wyłącznie z dobrostanem materialnym. Następnie zaczął funkcjonować również w naukach ekonomicznych, społecznych oraz medycznych. Jakość życia można definiować nieco odmiennie, w zależności przyjętej perspektywy (np. filozoficznej, ekonomicznej, medycznej).

Jedną z pierwszych definicji sformułowaną w latach 70. XX wieku roku mówiła, że na jakość życia składają się: satysfakcja z życia i poczucie szczęścia [3]. J.C. Flanagan wskazywał, że jakość życia jest wyznaczana przez zadowolenie z tych obsza-

rów życia, które dla danego człowieka mają największe znaczenie [4]. Według definicji polskiej badaczki jakości życia de Walden-Gałaszko, jakość życia to ocena własnej sytuacji życiowej dokonana w określonym czasie i uwzględniająca przyjętą hierarchię wartości lub też różnica pomiędzy realną sytuacją człowieka a sytuacją przez niego wymarzoną [5].

Istotne wydaje się rozróżnienie pojęcia jakości życia na wymiar obiektywny i subiektywny. Obiektywne wyznaczniki jakości życia to m.in. sytuacja materialna i finansowa, warunki mieszkaniowe, dostęp do opieki medycznej, liczba relacji społecznych, aktywność zawodowa i rekreacyjna. Wymiar subiektywny dotyczy psychicznego samopoczucia związanego z własną sytuacją życiową. Jest wynikiem określonej interpretacji własnej sytuacji i możliwości zaspokajania potrzeb – fizycznych, materialnych, psychicznych, społecznych i duchowych [6].

Również na szczeblu międzynarodowym zaczęto analizować problem jakości życia i jego wpływ na całokształt funkcjonowania człowieka. W 1993 r. Międzynarodowa Organizacja Zdrowia sformułowała własną definicję, w której określiła jakość życia jako spostrzeganie przez osobę własnej sytuacji życiowej w kontekście uwarunkowań kulturowych, systemu wartości oraz w związku ze swoimi celami, normami i zainteresowaniami [7].

W wartość życia każdego człowieka wpisana jest jego jakość. Jakość zakłada istnienie wzorca, standardu formułującego jakieś wymogi i będącego odniesieniem dla efektu lub przebiegu działania [8]. Jakość życia dla niektórych jest pojęciem bardzo szerokim, znaczącym prawie wszystko oprócz informacji o śmierci jednostki, dla innych to jedynie pewne elementy życia, jeszcze inni podkreślają społeczne i psychologiczne aspekty jakości życia [9].

Jakość życia w chorobie nowotworowej należy rozpatrywać jako koncepcję wielopoziomową. Natomiast pojęcie jakości życia czy poczucia jakości życia w takich naukach jak medycyna psychologia, socjologia czy pedagogika, nie ma jednoznacznego określenia. Każda z tych dyscyplin naukowych posługuje się własnym systemem pojęć związanych z definiowaniem powyższych terminów [10]. Pojęcie jakości życia obejmuje nie tylko dobrostan psychiczny, stany przeżyciowe człowieka, ale także zewnętrzne warunki ekonomiczne i społeczne życia, jak również mechanizmy radzenia sobie ze stresem [11].

W przypadku choroby nowotworowej jakość życia ulega obniżeniu nie tylko ze względu na sam fakt choroby, ale również w wyniku leczenia. Leczenie onkologiczne raka piersi jest zwykle długotrwałe, może być bolesne i pozostawiać trwałe następstwa. Radykalny zabieg chirurgiczny wiąże się często z rozległym ubytkiem i oszczędzeniem ciała, czasami może nawet prowadzić do kalectwa. Usunięcie węzłów chłonnych może prowadzić do zaburzeń krążenia w układzie chłonnym, co może być przyczyną obrzęku kończyny górnej, ograniczając jej sprawność. Często samo leczenie operacyjne nie wystarcza. Uzupełniane jest o napromieniowanie oraz systemowe leczenie uzupełniające – chemioterapię i hormonoterapię. Ten rodzaj lecze-

nia powoduje wystąpienie wielu objawów ubocznych. Do najczęstszych można zaliczyć: nudności i wymioty, biegunkę, utratę włosów, nadżerki błony śluzowej jamy ustnej, zaburzenia miesiączkowania, zapalenie pęcherza.

Problematyka jakości życia u chorych na raka piersi staje się obok terapii coraz istotniejszym przedmiotem zainteresowania całego zespołu terapeutycznego, od momentu rozpoznania do zakończenia leczenia i wieloletniego okresu obserwacji pacjentki. Duże znaczenie w procesie leczenia ma odpowiednia informacja udzielona pacjentowi przez personel medyczny. Pacjenci, którzy otrzymali wyczerpujące informacje, dobrze zorientowani w swojej chorobie i stosowanym leczeniu, oceniają znacznie wyżej jakość życia [12,13]. Co więcej, kiedy uda się poprawić satysfakcję z opieki i jakość życia pacjenta, ogromną satysfakcję odczuwa także personel medyczny [14].

2. Specyficzna jakość życia chorych na raka piersi

Rak piersi wywiera zasadniczy wpływ na jakość życia kobiet nie tylko ze względu na aspekt somatyczny, ale również dlatego, że dotyczy jednego z podstawowych atrybutów kobiecości i żeńskiej seksualności. Podkreśla się, że kobieta znajduje się w trudnej sytuacji nie tylko z powodu doświadczania choroby, zmagania się z bólem, skutkami ubocznymi terapii, cierpieniem, niepewnością i ryzykiem śmierci, ale również z powodu konsekwencji estetycznych choroby. Rak piersi ingeruje w poczucie atrakcyjności, odbiera atrybuty stereotypowo postrzeganej kobiecości, wreszcie prowadzi do deseksualizacji ciała, a nawet rodzi pytanie o tożsamość płciową [15].

Ponieważ wykrycie pierwszych objawów następuje często przez samą kobietę w trakcie kąpieli lub samobadania, psychologiczne konsekwencje choroby pojawiają się na długo przed postawieniem ostatecznej diagnozy i rozpoczęciem leczenia. Wykrycie guza lub innej nieprawidłowości w piersi wiąże się najczęściej z silnym stresem i negatywnymi emocjami, które w przypadku części osób motywuje do poszukiwania pomocy medycznej, a dla innych stanowi czynnik uruchamiający reakcje unikowe i odracanie wizyty u lekarza. Radzenie sobie w sytuacji podejrzenia choroby jest związane m.in. z dotychczasowym poczuciem jakości życia. Kobiety ze średnią jakością życia najlepiej przystosowują się do sytuacji choroby, dobrze radzą sobie z konsekwencjami choroby i leczenia, stosują adekwatne mechanizmy radzenia sobie, wykorzystują wsparcie społeczne [16].

Kiedy wreszcie kobieta decyduje się na diagnostykę, przeżywa najczęściej szereg sprzecznych reakcji – od niepokoju i lęku, po nadzieję i nadmierny optymizm. Towarzyszy jej zwykle również silne napięcie psychofizyczne. Potwierdzenie podejrzenia raka piersi jest dla większości kobiet momentem krytycznym, w którym dochodzi do poważnego kryzysu psychicznego, uruchomienia się mechanizmów obronnych oraz określonego stylu radzenia sobie ze stresem. Etap leczenia przebiega u każdej kobiety indywidualnie, ponieważ zależy m.in. od zaawansowania choroby i stoso-

wanej metody terapeutycznej. Pod względem psychologicznym jest jednak podobny u większości chorych – cechuje go koncentracja na sobie oraz stosowanych zabiegach, lęk przed śmiercią i proces rozliczania się przed sobą z dotychczasowego życia.

Rozpoznanie raka piersi i późniejsze leczenie prowadzi do znacznych zmian w psychice i wyglądzie chorych. Często rozległe i okaleczające zabiegi chirurgiczne, toksyczne leczenie systemowe oraz popromienne zmiany po radioterapii mogą spowodować uszkodzenie tkanek i upośledzenie funkcji, ograniczając aktywność i jakość życia pacjentki [17]. Chwałczyńska [18] opisała zmiany psychiczne w przebiegu leczenia raka piersi, które przejawiają się między innymi zmniejszonym poczuciem własnej wartości, brakiem akceptacji swojego ciała, lękiem o utratę kobiecości, spadkiem poczucia atrakcyjności seksualnej i pogorszeniem relacji z partnerem. Avis wykazał, że 70% badanych przed 50. rokiem życia, u których 4–42 miesiące wcześniej zdiagnozowano raka piersi, jest nieszczęśliwa z powodu swojego wyglądu [19]. Autorzy innych badań dowodzą, że niewątpliwym wpływem na jakość życia kobiet z rakiem piersi, w tym także seksualną jakość życia, ma wygląd piersi po operacji. Porównywano kobiety poddane mastektomii oraz leczeniu oszczędzającemu z limfadenektomią pachową. Wykazano, że im bardziej rozległy jest zabieg, tym gorsza jest ocena jakości życia chorych [20]. Tureccy chirurdzy potwierdzili, że w grupie kobiet poddanych mastektomii istotnie częściej zgłaszany był spadek libido w stosunku do kobiet po leczeniu oszczędzającym [21]. Badacze podkreślają ponadto, że rodzaj podjętego leczenia chirurgicznego jest silniejszym czynnikiem wpływającym na zaburzenia emocjonalne i seksualne, niż wiek pacjentek [22]. Piersi w kulturze zachodniej są uważane za atrybut kobiecości, a negatywne zmiany w ich obszarze wpływają zwykle na obniżenie poczucia satysfakcji z własnego ciała u kobiet [23].

Prace na temat satysfakcji seksualnej kobiet chorych na raka piersi nie są jednoznaczne. Część doniesień oparta o wyniki uzyskane z kwestionariusza QLQ-BR-23 mówi o istotnym zmniejszeniu satysfakcji z seksu i pogorszeniu relacji z partnerem, bez istotnej zmiany w ocenie obrazu własnego ciała [24]. Dostępne są jednak również doniesienia na temat dobrej jakości życia seksualnego kobiet chorych na raka piersi. Przykładowo badanie Puchalskiej dotyczące seksualności kobiet leczonych chemioterapią z powodu raka piersi wykazało, że 40% z 90 badanych kobiet w wieku 31–70 lat deklarowało zadowolenie ze swojego życia seksualnego, prowadzonego między pobytami w szpitalu [25].

3. Zmiana jakości życia w procesie diagnozy i leczenia raka piersi

W literaturze dostępnych jest niewiele badań oceniających jakość życia kobiet z rakiem piersi w dłuższej perspektywie czasowej, a zwłaszcza w okresie od zdiagnozowania choroby, po jej wyleczenie. W jednym z badań oceniano jakość życia 167 pacjentek z rakiem piersi w momencie zdiagnozowania choroby, 3 miesiące po leczeniu pierwotnym i rok później. Wykorzystano zestaw standaryzowanych narzę-

dzi do oceny jakości życia QIQ-C30 oraz BR-23. Wykazano, że istnieją istotne różnice w jakości życia ocenianego w wyżej wymienionych punktach czasowych. Pomimo poprawy ogólnego stanu fizycznego, złagodzenia miejscowych dolegliwości ze strony piersi oraz redukcji objawów po leczeniu systemowym, istotnemu pogorszeniu uległo postrzeganie własnego ciała i aktywność seksualna badanych [26]. W innym badaniu z wykorzystaniem tego samego zestawu narzędzi oceniano jakość życia kobiet z rakiem piersi przed postawieniem diagnozy, 3 miesiące po rozpoczęciu leczenia oraz rok po zakończeniu leczenia. Autorzy pracy wykazali istotne różnice w funkcjonowaniu pacjenta i globalnej jakości życia w trzech analizowanych punktach czasowych. Chociaż obserwowano pogorszenie się wyników w zakresie obrazu ciała i funkcjonowania seksualnego, znacząco zmniejszyły się dolegliwości ze strony piersi, niepożądane efekty terapii oraz poprawiły się przewidywania pacjentek na przyszłość [26]. Badacze, którzy podjęli próbę oceny jakości życia w pierwszym, a następnie w piątym miesiącu po zakończonym leczeniu wśród kobiet z nierozsia- nym rakiem piersi w wieku do 60 lat wykazali, że poprawa jakości życia obniżonej po operacji i chemioterapii następowała z upływem czasu, jednak seksualna jakość życia pogarszała się stopniowo w miarę upływu czasu [27]. Podobne wyniki opublikowali inni autorzy, którzy wykazali, że od momentu zakończenia leczenia wraz z upływem czasu pogarszała się sprawność fizyczna, aktywność życiowa i seksualna, szczególnie w grupie kobiet powyżej 65. roku życia [28]. Z powyższych badań wynika, że należałoby informować pacjentki chore na raka piersi o możliwości pogorszenia się jakości życia, w tym seksualnego, w trakcie leczenia i po leczeniu onkologicznym. Mogłoby to umożliwić pacjentkom łatwiejszy i wcześniejszy dostęp do pomocy innych specjalistów, np. seksuologów, psychologów i psychoterapeutów.

4. Czynniki poprawiające jakość życia chorych na raka piersi

Pozytywny wpływ na jakość życia chorych ma otrzymywanie bieżących informacji na temat swojego stanu zdrowia [13]. Zapewnienie wsparcia psychologicznego i odpowiednia terapia są w takich sytuacjach nieodzowne. Udział specjalistów z zakresu psychologii i psychoterapii, rehabilitacji i doświadczonych pielęgniarek onkologicznych w procesie diagnostyki i leczenia stał się nie do przecenienia. Aby stworzyć podstawę dla ich efektywnego działania, konieczne jest poznanie ograniczeń jakości życia, statusu funkcjonalnego i psychicznego w trakcie leczenia, aby zespoły wsparcia psychologicznego mogły dobrać najlepsze narzędzia wspomagające zwalczanie lęku, depresji oraz budowania determinacji i chęci walki chorej o wyleczenie.

Z badań Fopka-Kowalczyk [29] wynika, że wśród najważniejszych rodzajów wsparcia społecznego w chorobie nowotworowej szczególne znaczenie ma wsparcie emocjonalne i wartościujące, które pozwala choremu na zachowanie poczucia własnej wartości, dodając sił do samodzielnego i konstruktywnego radzenia sobie z chorobą. Również bardzo ważnym elementem wsparcia społecznego w chorobie

nowotworowej jest szeroko rozumiana psychoedukacja na temat samej choroby, jej leczenia i ewentualnych objawów niepożądanych. Jest to zarazem pomoc osobie chorej w odnajdywaniu wewnętrznych osobistych zasobów w ten sposób, aby umiała ona w późniejszych sytuacjach wykorzystać indywidualne możliwości radzenia sobie.

Ważnym aspektem jest prowadzenie rehabilitacji pacjentek w trakcie leczenia onkologicznego. Szereg badań podkreśla istotną poprawę jakości życia chorych na raka piersi pod wpływem regularnej aktywności fizycznej. Poprawie ulega ogólne poczucie jakości życia, funkcjonowanie fizyczne, pełnienie ról społecznych, wizerunek własnego ciała, zmniejszenie się odczuwania objawów niepożądanych terapii, poziom lęku oraz depresji [30–33].

Warto również mieć na uwadze, że choroba nowotworowa – chociaż zawsze stanowi wydarzenie kryzysowe w życiu człowieka – może stać się szansą na konstruktywną zmianę w systemie wartości, wykorzystywanie dostępnych zasobów oraz osobisty rozwój.

Bibliografia

1. Cieślak A. Jakość życia w naukach medycznych. *Stud Med* 2010; 19: 49–53.
2. Ostrzyżek A, Marcinkowski JT. Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna. *Probl Hig Epidemiol* 2012; 93 (4): 682–686.
3. Dalkey NC, Rourke DL. *The Delphi procedure and rating quality of life factors*. Los Angeles: Uniwersytet California; 1972.
4. Flanagan JC. Measurement of quality of life: current state of the art. *Arch Phys Med Rehabil* 1982; 63: 56–59.
5. de Walden Gałuszko K. Jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową – badania własne. W: de Walden-Gałuszko K, Majkovicz M, red. *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego; 1994: 103–104.
6. Trzebiatowski J. Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hyg Pub Health* 2011; 46 (1): 25–31.
7. World Health Organization. *Report of WHOQOL Focus Group Work*. Geneva: World Health Organization; 1993.
8. Daszykowska J. Jakość życia w naukach związanych ze zdrowiem. *Prz Med Univ Rzesz* 2006; 2: 122–128.
9. Kane RA. Quality of life. In: L. Breslow, ed. *Encyclopaedia of Public Health*. Vol. 3. New York: Macmillan Reference USA; 2002, 1003–1006.
10. Woźniak-Krakowian A, Lamch M. Poczucie jakości życia osób z chorobą nowotworową – zmiany w relacjach interpersonalnych. W: Derbis R, red. *Psychologiczne konteksty jakości życia społeczne*. Częstochowa: Wydawnictwo AJD; 2010: 148–164.
11. Derbis R. *Doświadczenie codzienności*. Częstochowa: Wydawnictwo WSP; 2000.

12. Kozaka J. Jakość życia a poczucie koherencji kobiet chorych na raka jajnika. *Psychoonkologia* 2002; 6: 9–13.
13. Syska-Bielak A, Jarzab M, Kropińska A, Heyda A, Handkiewicz–Junak D, Jarzab B. Positive resources: feeling of hope and life satisfaction in a group of patients treated in childhood because of differentiated thyroid gland cancer. *Współ Onkol* 2010; 14 (5): 316–320.
14. Krysa P, Gajewski A. Dobra śmierć. *Przewodnik Katolicki* 2004; 40.
15. Rubin LR, Tanenbaum M. Does that make me a woman?: breast cancer, mastectomy, and breast reconstruction decisions among sexual minority women. *Psychol Women Q* 2011; 35 (3): 401–414.
16. Golecka B. Jakość życia pacjentek z chorobą nowotworową leczonych metodą chemioterapii. *Med Rodz* 2013; 2: 35–40.
17. Izdebski P. *Psychologiczne aspekty przebiegu choroby nowotworowej piersi*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Kazimierza Wielkiego; 2007.
18. Chwałczyńska A, Woźniewski M, Rożek–Mróz K, Malicka I. Jakość życia kobiet po mastektomii. *Wiad Lek* 2004; 57: 212–216.
19. Avis NE, Crawford S, Manuel J. Quality of life among younger women with breast cancer. *J Clin Oncol* 2005; 23 (15): 3322–3330.
20. Gorisek B, Krajnc P, Krajnc I. Quality of life and the effect on social status among Slovenian women after breast cancer treatment. *J Int Med Res* 2009; 37: 557–566.
21. Alicikus ZA, Gorken IB, Sen RC, Kentli S, Kinay M, Alanyali H, et al. Psychosexual and body image aspects of quality of life in Turkish breast cancer patients: a comparison of breast conserving treatment and mastectomy. *Tumori* 2009; 95: 212–218.
22. Arraras JI, Manterola A, Dominguez MA, Arias F, Vilafranca E, Romero P, et al. Impact of radiotherapy on the quality of life of elderly patients with localized breast cancer. A prospective study. *Clin Transl Oncol* 2008; 10: 498–504.
23. Barsotti Santos D, Ford NJ, Dos Santos MA, Vieira EM. Breast cancer and sexuality: the impacts of breast cancer treatment on the sex lives of women in Brazil. *Cult Health Sex*. 2014 Jan 9. [Epub ahead of print] PMID:24400791.
24. Biglia N, Moggio G, Peano E, Sgandurra P, Ponzone R, Nappi RE, et al. Effects of surgical and adjuvant therapies for breast cancer on sexuality, cognitive functions, and body weight. *J Sex Med* 2010; 7: 1891–1900.
25. Puchalska M, Sierko E, Sokół M, Wojtukiewicz M. Jakość życia chorych na raka piersi poddanych chemioterapii prowadzonej w warunkach szpitalnych *Probl Pielęg* 2011; 19 (3): 341–347.
26. Montazeri A, Vahdaninia M, Harirchi I, Ebrahimi M, Khaleghi F, Jarvandi S. Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study. *BMC Cancer* 2008; 8: 330.
27. Arora NK, Gustafson DH, Hawkins RP, McTavish F, Cella DF, Pingree S, et al. Impact of surgery and chemotherapy on the quality of life of younger women with breast carcinoma: a prospective study. *Cancer* 2001; 92: 1288–1298.
28. Fehlaue F, Tribius S, Mehnert A, Rades D. Health-related quality of life in long term breast cancer survivors treated with breast conserving therapy: impact of age at therapy. *Breast Cancer Res Treat* 2005; 92: 217–222.

29. Fopka-Kowalczyk M. Wsparcie społeczne w chorobie nowotworowej. *Psychoonkologia* 2013; 4: 156–162.
30. Rogers LQ, Hopkins-Price P, Vicari S, Markwell S, Pamentner R, Courneya KS, et al. Physical activity and health outcomes three months after completing a physical activity behavior change intervention: persistent and delayed effects. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2009; 18: 1410–1418.
31. Mehnert A, Veers S, Howaldt D, Braumann KM, Koch U, Schulz KH. Effect of physical exercise rehabilitation group program on anxiety, depression, body image, and health-related quality of life among breast cancer patients. *Onkologie* 2011; 34: 248–253.
32. Spence RR, Heesch KC, Brown WJ. Exercise and cancer rehabilitation: a systematic review. *Cancer Treat Rev* 2010; 36: 185–194.
33. Hojan K, Ozga-Majchrzak O, Liszka M. Wpływ regularnych ćwiczeń fizycznych na jakość życia kobiet w trakcie chemioterapii raka piersi. *Nowiny Lek* 2013; 82 (3): 215–221.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Alicja Dyla, pielęgniarka
Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach
ul. Wybrzeże Armii Krajowej 15, 44-101 Gliwice
tel. 503 970 742
e-mail: adyla@io.gliwice.pl

Rak gruczołu piersiowego. Współczesne spojrzenie na diagnostykę i leczenie. Rola położnej w opiece nad kobietą po mastektomii

Monika Filipiak, Marian Gryboś

Instytut Położnictwa,
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Wstęp

Pomimo ważnej roli, jaką pełnią piersi zarówno w okresie prokreacji, jak i macierzyństwa, kobiety nie zdają sobie sprawy, że jest to organ bardzo wrażliwy i podatny na choroby [1].

Wiele kobiet po zaobserwowaniu zmian chorobowych zbyt długo czeka ze zdiagnozowaniem choroby w obawie przed najgorszym, co często skutkuje utratą piersi. Słyszając słowo „rak”, stają przed trudnym dylematem: czy poddać się amputacji piersi i utracić swą kobiecość, czy ją zachować kosztem własnego życia.

Według Krajowego Rejestru Nowotworów rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet w Polsce. W ostatnich latach liczba zachorowań przekroczyła 16 500 rocznie i wzrosła w ostatnich dwóch dekadach o około 10 000. W Polsce rak piersi jest od kilku lat drugą – po raku płuca – przyczyną zgonów spowodowanych przez nowotwory złośliwe wśród kobiet (liczba zgonów wynosi około 5500 rocznie) [2].

Nowotwór piersi najczęściej rozwija się u kobiet po menopauzie, między 50. a 70. rokiem życia. Aby zminimalizować ryzyko zachorowań na raka piersi, niezbędna jest profilaktyka, szczególnie regularna samokontrola piersi [3,4].

Nauka samobadania piersi i badanie palpacyjne powinny być standardowo wykonywane przez lekarza pierwszego kontaktu, ginekologa, jak również położną. Zwłaszcza rola położnej jest nieoceniona. Każda położna, która ma najczęstszy kontakt z kobietami, wykorzystując swoją wiedzę i doświadczenie, może czynnie uczestniczyć w nabywaniu przez kobiety umiejętności samobadania piersi. Jej rola w podnoszeniu świadomości i obniżeniu lęku przed rakiem piersi może skutko-

wać większą wykrywalnością choroby we wczesnym stadium, co daje duże szanse na przeżycie [1].

Szybka diagnostyka choroby nowotworowej może uchronić kobiety nie tylko przed utratą piersi, ale przede wszystkim przed śmiercią.

1. Cel pracy

Częste zachorowania na raka piersi i duża śmiertelność wśród kobiet stanowią problem społeczno-cywilizacyjny. Wiedza kobiet na temat profilaktyki nowotworów, świadome kształtowanie nawyków samobadania piersi, zniesienie lęku przed chorobą ma istotne znaczenie we wczesnym wykrywaniu raka piersi.

Celem głównym pracy jest próba uzyskania informacji dotyczących wiedzy kobiet na temat nowotworów piersi, ich leczenia i szybkiego diagnozowania.

2. Definicja i epidemiologia raka gruczołu piersiowego

Nowotwory stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia i życia ludzi. Co czwarty człowiek umiera z ich powodu, a u ponad połowy społeczeństwa zostanie zdiagnozowany nowotwór w formie inwazyjnej.

Według definicji: „Nowotwór jest niekontrolowanym rozrostem własnych, lecz zmienionych morfologicznie i czynnościowo komórek organizmu, a przyczyną tego rozrostu są zmiany w kodzie genetycznym tych komórek” [5,6].

Każda komórka zaprogramowana jest na wzrost, rozmrażanie i obumieranie. Jeżeli na organizm zadziała czynnik rakotwórczy, komórka ulega degeneracji, nie umiera, a zaczyna w przyspieszonym tempie i bez opamiętania ulegać podziałom. Często choroba nowotworowa rozwija się długo i bezobjawowo. Rozpoznać ją można dopiero wtedy, gdy guz składa się z miliarda komórek i osiąga wagę około jednego grama. W przypadku raka piersi potrzeba około ośmiu lat, by guz osiągnął taką wagę [5].

O powstaniu raka piersi może zadecydować wiele czynników rakotwórczych, takich jak: płeć, uwarunkowanie genetyczne, rasa i położenie geograficzne. Wczesna pierwsza miesiączka, późna menopauza – po 55. roku życia, pierwszy poród po 30. roku życia, bezdzietność, stosowanie długotrwałej antykoncepcji i hormonalnej terapii zastępczej również zwiększają ryzyko wystąpienia raka piersi. Nadmierna ilość spożywanego w diecie tłuszczu zwierzęcego, jak i otyłość, nadciśnienie i cukrzyca oraz palenie papierosów i nadużywanie alkoholu predysponują do wystąpienia nowotworu piersi [6,7].

Do jednych z najbardziej niebezpiecznych czynników zagrożenia nowotworem zalicza się promieniowanie jonizujące i nadfioletowe, spaliny samochodowe oraz dym z kominów, jak również mykotoksyny, zwłaszcza produkowane przez szczepki grzyba *Aspergillus flavus* [7].

3. Typy nowotworów piersi

Nowotwory można podzielić na:

- łagodne – umiejscowione w obrębie jednej tkanki, dobrze zróżnicowane, otoczone torebką i nie dające przerzutów do węzłów chłonnych,
- miejscowo złośliwe – naciekające na sąsiednie tkanki, nie dające przerzutów, ale po wycięciu mogą powodować wznowy,
- złośliwe – wnikające w tkanki, przenikające do krwi i chłonki, powodujące przerzuty [8].

W Polsce najczęściej występującym nowotworem złośliwym jest rak, który stanowi ponad 90% wszystkich przypadków i to on głównie atakuje piersi. Przypuszczalnie jego nazwa pochodzi od greckiego słowa *karkinos* (krab albo rak) ze względu na podobieństwo w obrazie makroskopowym zaawansowanego raka piersi do tego stawonoga wodnego [8].

Według klasyfikacji WHO wyróżnia się raki nienaciekające, tzw. raki przedinwazyjne (*in situ*), pozostające w obrębie przewodów i zrazików oraz raki naciekające (inwazyjne), w których nastąpiło naruszenie ciągłości błony podstawnej. W każdym przypadku wykrycia zmian nowotworowych bezwzględnie należy wykonać badanie mikroskopowe w celu potwierdzenia rozpoznania klinicznego, typu raka i stopnia jego złośliwości [9,10].

4. Objawy mogące świadczyć o wystąpieniu raka piersi

W początkowym stadium, które może trwać nawet kilka lat, rak przebiega bezobjawowo. Pierwszym alarmującym objawem jest zazwyczaj przypadkowo wykryty mały twardy guzek w piersi. Ponadto mogą wystąpić zmiany w jej wielkości i kształcie, obrzęk, zaczerwienienie skóry, wciągnięcie brodawki lub jej owrzodzenie (typowy objaw raka Pageta), wysypka, zmiana kształtu oraz wysięk ciemnobrunatnej wydzieliny lub krwi. Zwiększa się ciepłota gruczołu piersiowego, a także może dochodzić do poszerzenia żył jego skóry. Podczas wykonywania ruchów ręką można zaobserwować marszczenie się lub wciągnięcie skóry w okolicy guza. Skóra piersi może być pogrubiała i stwardniała, co może przypominać „skórkę pomarańczy” [3,10]. Niekiedy można zaobserwować powiększenie węzłów chłonnych pachowych po stronie piersi zaatakowanej przez nowotwór [3].

Każda zmiana w piersi powinna być zweryfikowana przez lekarza posiadającego doświadczenie w diagnostyce i leczeniu guzów piersi [3].

5. Diagnostyka nowotworów piersi

Do głównych metod wykrywania raka piersi należą: samobadanie piersi, badanie kliniczne, ultrasonografia, mammografia, rezonans magnetyczny, biopsja i ba-

danie histopatologiczne [11]. W diagnostyce onkologicznej coraz większą rolę odgrywają markery nowotworowe. Ich wysokie stężenie w surowicy krwi, moczu bądź wycinku tkanek może wskazywać na rozwijający się proces nowotworowy. Na obecność raka piersi może wskazywać podwyższony poziom markerów CEA, CA 15-3, ER, PgR, HER2, uPA, PAI-1, CA 72-4, antygen Thomsena-Friedenreicha, markery proliferacyjne i białka cyklu komórkowego oraz Tumor M2-PK. Oznaczenie markerów ważne jest również u kobiet leczonych, gdyż wzrost ich stężenia może świadczyć o nawrocie choroby [6,11].

6. Wybór metody leczenia raka piersi

Wybór metody leczenia raka piersi zależy od wyniku badań diagnostycznych [8]. Przez dziesiątki lat jedyną skuteczną formą leczenia było usunięcie całej piersi, łącznie z węzłami chłonnymi. Współcześnie nastąpiły duże zmiany w leczeniu nowotworów piersi. Co prawda nadal stosuje się radykalne metody leczenia raka piersi, ale w trosce o poprawę jakości życia kobiet lekarze dążą do jak najmniejszego ich okaleczania, stosując, o ile to możliwe, zabiegi oszczędzające piersi [11].

Do metod leczenia raka piersi należą: leczenie chirurgiczne, uzupełniające i systemowe.

Leczenie chirurgiczne polega na operacyjnym usunięciu zmiany nowotworowej. W zależności od stopnia zaawansowania raka wykonuje się zabieg oszczędzający (wycięcie guza z marginesem zdrowej tkanki przy zachowaniu piersi) lub mastektomię, czyli usunięcie całej piersi [10].

Aby odnieść jak najlepszy skutek w leczeniu raka piersi, stosuje się leczenie uzupełniające (adiuwantowe) czyli radioterapię oraz leczenie systemowe – chemioterapię, hormonoterapię i immunoterapię.

Radioterapia polega na „zastosowaniu energii promieniowania pochodzącej z wiązek promieni Rentgena lub innego źródła w celu eliminacji komórek nowotworowych”. Ze względu na aplikowane promieniowanie radioterapię dzielimy na teleterapię (gdy źródło promieniowania znajduje się poza organizmem pacjenta) oraz brachyterapię (gdy źródło promieniowania zostaje wprowadzone specjalnym aplikatorem do ciała pacjenta, w guz lub jego poblize) [8].

Chemioterapia jest metodą polegającą na niszczeniu komórek nowotworowych za pomocą leków cytostatycznych. Najczęściej stosowanymi chemioterapeutykami są: Adriamycyn (doksorubicyna), Cytosan (cyklofosfamid), Epirubicyna, 5-fluorouracyl, Metotreksat, Mitomycyna C i Mitoksantron [10].

Hormonoterapia jest metodą leczenia raka piersi u pacjentek zarówno przed, jak i po menopauzie. Celem hormonoterapii jest zmiana środowiska hormonalnego, w którym rozwinął się rak. Zmniejszenie lub zahamowanie wydzielania hormonów prowadzi do zaburzenia wzrostu i rozwoju komórek nowotworowych, a tym

samym do regresji raka [6]. W leczeniu hormonalnym stosuje się metody o różnych mechanizmach działania: ablacyjny (kastracja chirurgiczna lub farmakologiczna), addytywny (stosowanie progestagenów np. medroksyprogesteron, megestrol), antagonistyczny (stosowanie antyestrogenów: tamoksyfen, toremifen, fulwestrant lub antyandrogenów: flutamid, nilutamid) lub konkurencyjny (stosowanie analogów gonadoliberyny, np. goserelina, leuproid) [6].

W **immunoterapii** do eliminacji komórek nowotworowych wykorzystuje się mechanizmy układu odpornościowego. Obecnie standardem w leczeniu raka piersi jest stosowanie przeciwciał monoklonalnych skierowanych przeciw antygenom nowotworowym. Zwiększają one odpowiedź immunologiczną u pacjentek z nadekspresją receptora HER2, blokują czynnik wzrostu nowotworu, a tym samym nie dopuszczają do rozwoju raka. Najczęściej stosowanymi lekami są: trastuzumab (Herceptin), bewacizumab (Avastin) oraz pertuzumab [6, 12].

Bioterapia polega na hamowaniu rozwoju lub niszczeniu komórek nowotworowych poprzez wykorzystanie substancji wydzielanych prawidłowo przez komórki ustroju (biologiczne modyfikatory odpowiedzi komórkowej). Badania naukowe wykazały działanie inhibitorów polimerazy poli (ADP – rybozy) (PARP) jako silnej broni przeciw nowotworom [12].

Pomimo licznych badań i stosowania innowacyjnych metod leczenia nadal nie znaleziono lekarstwa na raka.

7. Operacje odtwórcze piersi

Utrata piersi dla każdej pacjentki jest przeżyciem traumatycznym. Źle wpływa nie tylko na stan fizyczny, ale przede wszystkim na psychikę kobiety [7]. Wiele kobiet łatwiej znosi mastektomię, wiedząc o możliwości rekonstrukcji piersi. Operacje plastyczne piersi wykonywane są po operacji radykalnej, jak również po zabiegu oszczędzającym. Do zrekonstruowania piersi używa się materiałów syntetycznych (protezy silikonowe, ekspandery) lub tkanek własnych [13]. Coraz większy rozwój onkoplastyki umożliwi również odtworzenie otoczki i brodawki sutkowej [7].

8. Rola położnej w profilaktyce raka piersi

Bardzo ważną rolę w badaniach profilaktycznych oraz podnoszeniu świadomości na temat nowotworów odgrywa położna. Jej rolą jest uświadamianie kobiet, że nowotwór wykryty we wczesnym stadium jest całkowicie wyleczalny, a to może uchronić nie tylko przed amputacją piersi, ale także w ostateczności nawet przed śmiercią. Położna, wykorzystując swoją wiedzę i umiejętności, powinna nauczyć kobiety techniki samobadania piersi oraz zachęcać je do uczestniczenia w badaniach skriningowych, takich jak mammografia [1,14].

Do położnej należy również propagowanie zdrowego stylu życia i nawyków żywieniowych oraz udzielanie informacji o możliwości wykonania badań genetycznych w kierunku mutacji genu BRCA1.

9. Rola położnej w opiece przed- i pooperacyjnej

Kobieta z rozpoznany nowotworem piersi często doświadcza negatywnych odczuć. Lęk przed śmiercią, utrata piersi, obawa przed odrzuceniem ze strony bliskich mogą niekorzystnie wpływać na proces leczenia.

Rolą położnej sprawującej opiekę nad pacjentką z nowotworem piersi jest przygotowanie jej do akceptacji swego wizerunku po zabiegu operacyjnym oraz pomoc w powrocie do uzyskania samodzielności w życiu codziennym [15]. Zapewnia pacjentce wsparcie, odczytuje problemy i udziela odpowiedzi na dręczące ją pytania. Monitoruje parametry życiowe i kompleksowo przygotowuje do operacji. Położna, towarzysząc pacjentce w trudnych chwilach przed operacją, musi wykazać się dużą empatią, ciepłem i serdecznością. Zadaniem jej jest stworzenie poczucia bezpieczeństwa, by chora wiedziała, że jest pod dobrą opieką i nabrała zaufania do zespołu operacyjnego [16].

Po zabiegu operacyjnym rolą położnej jest zapewnienie chorej ciszy i spokoju, monitorowanie parametrów życiowych i stanu ogólnego oraz wykonywanie czynności pielęgnacyjnych i leczniczych. Istotną sprawą jest zapobieganie obrzękowi limfatycznemu i powikłaniom pooperacyjnym [17].

Do położnej należy również obserwacja stanu psychicznego, zapewnienie wsparcia emocjonalnego, towarzyszenie chorej w trudnych momentach, rozmowa z rodziną i zaangażowanie jej w proces pielęgnowania.

Podsumowanie

Według przeprowadzonych badań opublikowanych przez Krajowy Rejestr Nowotworów rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym w Polsce. W ostatnich latach liczba zachorowań przekroczyła 16 500 rocznie i wzrosła w ciągu dwóch dekad o około 10 000. Liczba zgonów wynosi około 5500 rocznie i zajmuje drugie miejsce pod względem śmiertelności spowodowanej przez nowotwory złośliwe [2].

W zastraszającym tempie obniża się wiek zachorowania na raka piersi. Coraz częściej zapadają na tę chorobę kobiety już po 30. roku życia. W tym miejscu nasuwa się pytanie: dlaczego w XXI wieku, w dobie postępu i rozwoju medycyny oraz szeroko zakrojonej profilaktyki współczynnik zachorowań i zgonów spowodowanych przez ten typ nowotworu stale wzrasta? Przyczyną jest zbyt późne wykrycie raka. Kobiety nie badają się, bo się boją, że coś wykryją. Lęk ten spowodowany jest

niedostateczną wiedzą na temat raka piersi. Bardzo ważną rzeczą wśród Polek jest budowanie świadomości zdrowotnej. Żadne kampanie reklamowe i programy profilaktyczne nie odniosą skutku, dopóki nie zwiększy się u kobiet poziom wiedzy na temat raka piersi. Muszą one zrozumieć, jak ważne w profilaktyce raka gruczołu piersiowego są badania przesiewowe i samobadanie piersi. Jedynie odpowiednia wiedza i zniesienie lęku przed chorobą mogą odnieść pozytywny skutek w szybkim diagnozowaniu choroby, a tym samym zwiększyć szanse na wyleczenie.

Bibliografia

1. Skotarek E, Pisarski T. *Piersi kobiety*. Kalisz: Wydawnictwo Uczelni Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Kaliszu; 2006.
2. Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2013 rok. Rak piersi [online] 2015. Dostępny na URL: http://www.onkologia.zalecenia.med.pl./pdf/PTOK_2013_05_Rak%20piersi_internet2014.pdf [cyt. 26.02.2015].
3. Kordek R, Jassem J, red. *Podręcznik dla studentów i lekarzy*. Wyd. 2. Gdańsk: VIA MEDICA; 2006.
4. Portal abcZdrowie.pl. Rak piersi [online] 2015. Dostępny na URL: <https://portal.abczdrowie.pl/rak-piersi> [cyt. 26.02.2015].
5. Jorde LB, Carey JC, Bamshad MJ, White RL. *Genetyka medyczna*. Wojcierowski J, red. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2002.
6. Jeziorski A, red. *Onkologia. Podręcznik dla pielęgniarek*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2005.
7. MacLean H, red. *Kobieta. Ciało, psychika, zdrowie*. Warszawa: DIOGENES; 1998.
8. Krajowy Rejestr Nowotworów [online] 2015. Dostępny na URL: <http://onkologia.org.pl/nowodwoty-wprowadzenie> [cyt. 02.04.2015].
9. Biernat K, Gryboś M. Rak gruczołu piersiowego. W: Wojtal M, Żurawicka D, red. *Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej i położniczej w różnych specjalnościach medycyny*. T. 1. Opole: Wydawnictwo Instytut Śląski; 2013.
10. Buckman R, Whittacer T. *Co trzeba wiedzieć o raku piersi?* Warszawa: Wydawnictwo Klub dla Ciebie; 2001.
11. Bum M, Sauders Ch, Meredith S. *Rak piersi. Poradnik dla kobiet i lekarzy*. Gerlach Z, Topik E, red. Warszawa: Springer PWN; 1995.
12. Tomczak P. Nowe metody leczenia raka piersi. W: Markowska J, Mądry R, red. *Zarys ginekologii onkologicznej*. T. 2. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne; 2012: 563–570.
13. Grobstein RH. *Wszystko o raku piersi*. Warszawa: WAB; 2007.
14. Coy JF, Franz M. *Nowa dieta antyrakowa*. Warszawa: Świat Książki; 2011.
15. Koper A, Wrońska I, red. *Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą nowotworową*. Lublin: Wydawnictwo CZELEJ; 2003.

16. Szewczyk MT, Nowicki A, Cwajda-Białasik J. Postępowanie pielęgniarskie w chirurgii raka piersi. W: Nowicki A, red. *Pielęgniarstwo onkologiczne*. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne; 2009: 175–186.
17. Taradaj J. Pielęgnacja i rehabilitacja chorych z obrzękiem chłonnym po amputacji piersi. W: Kurpas D, Kassolik K, red. *Rehabilitacja w pielęgniarstwie*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo; 2010: 148–156.

Adres do korespondencji:

Monika Filipiak
ul. Brzozowa 34/2, 52-200 Wysoka
tel. 609 174 370
e-mail: monika.f71.mf@gmail.com

Zadania położnej podstawowej opieki zdrowotnej w opiece okołoporodowej w świetle obowiązujących przepisów

Ewa Janiuk

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zdrowa Rodzina w Opolu

Zadaniem położnych na przestrzeni lat było towarzyszenie kobiecie w czasie ciąży, porodu i pójgu, postrzeganym jako naturalny rytm biologiczny. W dążeniu do zapewnienia jak największej ochrony matki i dziecka nie wiadomo kiedy przekroczyliśmy niewidzialną granicę bezpieczeństwa poprzez nadmierną interwencję medyczną w procesy fizjologiczne. Działania te przyczyniają się do wzrostu porodów zabiegowych [1]. Cięcie cesarskie, które w pierwotnym założeniu miało pozostać zabiegiem ratującym życie, zaczyna stawać się równoważną dla porodu naturalnego metodą przyjmowania dzieci na świat. Wczesne powikłania cięcia cesarskiego zostały w dużym stopniu zminimalizowane poprzez poprawę technik operacyjnych, lecz niemożliwe jest ich całkowite uniknięcie. Coraz większa grupa specjalistów, poza ginekologami, bije na alarm, borykając się z rozwiązywaniem problemów będących późnymi następstwami cięcia cesarskiego tak u matki, jak i u dziecka. Współcześni rodzice mają prawo do podejmowania świadomych decyzji w czasie planowania i podczas opieki okołoporodowej.

Wszystkie działania personelu medycznego mające na celu wspieranie fizjologii i minimalizowanie skutków interwencji medycznych mogą wpłynąć na jakość życia matki, dziecka, a przez to całej rodziny. Możliwość oddziaływania w okresie okołoporodowym mamy w trzech obszarach opieki: przedporodowej, w czasie porodu i w okresie poporodowym.

W opiece przedporodowej to przede wszystkim diagnostyka i wczesna interwencja w przypadku nieprawidłowości, edukacja przedporodowa, zwiększenie aktywności fizycznej, minimalizacja lęku, zwiększenie poziomu wiedzy, wypracowanie umiejętności radzenia sobie ze stresem i relaksu oraz przygotowanie kobiet po przebytym cięciu cesarskim do porodu siłami natury.

W czasie porodu wskazać należy na obniżenie medykalizacji porodu, przeniesienie aktywności ze strony personelu na rodzącą, zapewnienie poczucia bezpieczeń-

stwa, intymności, uszanowanie naturalnego rytmu rodzącej, poród w pozycjach wertykalnych (także podczas wyłaniania się główki), unikanie parcia sterowanego oraz zachowanie kontaktu „skóra do skóry”.

Po porodzie ważne jest wspieranie matki i wzmocnienie jej kompetencji rodzicielskich, wczesna stymulacja noworodka kompensująca niedobory stymulacji polisensorycznej w przypadku ich wystąpienia, poradnictwo laktacyjne, profesjonalna diagnostyka, leczenie w problemach laktacyjnych, promowanie zachowań prozdrowotnych w czasie porodu, w tym prawidłowa pielęgnacja rany i blizny po cięciu cesarskim (i nacięciu krocza) oraz rehabilitacja kobiet po cięciu cesarskim (i nacięciu krocza).

W obowiązującym systemie opieki nad kobietą, ciężarną, matką i noworodkiem jednym z ważniejszych dokumentów normujących zasady postępowania jest rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem [2]. Dotychczas w wielu obszarach nie nadążają za nim zasady finansowania świadczeń medycznych. Najcenniejszą jego wartością jest zdefiniowanie porodu naturalnego. Funkcjonujące określenia bliskoznaczne pozostają różnie rozumiane ze względu na różnice na poziomie wiedzy, doświadczeń i przekonań osób ich używających. Prowadzi to do niedomowień oraz błędów w interpretacji badań naukowych. Określenia: „poród naturalny”, „poród normalny”, „poród fizjologiczny”, „poród siłami natury” czy „drogami rodzinnymi” często wykorzystywane są zamiennie, choć nie powinno to mieć miejsca. Słysz się o powikłaniach porodu fizjologicznego, a chodzi w rzeczywistości o poród drogami rodzinnymi, ale zmedykalizowany, czyli niemający nic wspólnego z fizjologicznym. „Standard” już tylko z tego powodu może ułatwić zdiagnozowanie stanu rzeczywistego opieki okołoporodowej w Polsce. „Poród fizjologiczny – spontaniczny poród niskiego ryzyka od momentu rozpoczęcia i utrzymujący taki stopień ryzyka przez cały czas trwania porodu, w wyniku którego noworodek rodzi się z położenia główkowego, pomiędzy ukończonym 37. a 42. tygodniem ciąży, i po którym matka i noworodek są w dobrym stanie”.

„Standardy postępowania oraz procedury medyczne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem, zwane dalej »standardami«, określają poszczególne elementy opieki medycznej sprawowanej w zakładach opieki zdrowotnej, mającej na celu uzyskanie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnego minimum interwencji medycznych, w szczególności: amniotomii, stymulacji czynności skurczowej, podawania opioidów, nacięcia krocza, cięcia cesarskiego, z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa zdrowotnego, w ramach których opieka opiera się na praktykach o udowodnionej skuteczności” [2]. Najwięcej kontrowersji związanych ze „stan-

dardem” wywołuje określenie osoby sprawującej opiekę nad ciężarną, rodzącą, położnicą i noworodkiem. Ustalenia zostały dokonane na podstawie obowiązującego wcześniej w Polsce prawa. Może to być lekarz specjalista położnictwa i ginekologii, lekarz w trakcie specjalizacji z położnictwa i ginekologii, lekarz ze specjalizacją I stopnia w zakresie położnictwa i ginekologii lub położna, sprawujący odpowiednio opiekę nad ciężarną, rodzącą, położnicą i noworodkiem. Zarówno więc ciążę, jak i poród fizjologiczny może prowadzić położna lub lekarz z odpowiednimi kwalifikacjami [3]. Oddzielnym problemem jest rzeczywista gotowość położnych do podejmowania tych zadań zawodowych samodzielnie i z pełną odpowiedzialnością.

Podany został zalecany zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży wraz z okresami ich przeprowadzania, w tym terminy badań oraz świadczenia profilaktyczne wykonywane przez lekarza lub położną i działania w zakresie promocji zdrowia. Podczas każdej wizyty wymagana jest identyfikacja czynników ryzyka powikłań przedporodowych i śródporodowych, ze szczególnym uwzględnieniem tych, które w rozporządzeniu są wymienione. Jak dotąd brak jest narzędzi, takich jak możliwość kierowania na badania przez położne pracujące w systemie opieki zdrowotnej. W przypadku stwierdzenia występowania czynników ryzyka, ciężarna lub rodząca kierowana jest przez osobę sprawującą opiekę do oddziału położniczego o odpowiednim do jej stanu zdrowia poziomie referencyjnym zapewniającym opiekę perinatalną. W tych kategoriach nadal mówimy o świadomych wyborach kobiety dotyczących opieki okołoporodowej. „Standard” zakłada nie tylko omówienie z ciężarną czynników ryzyka, ale także udokumentowanie tychże działań w formie pisemnej w dokumentacji medycznej. Dotyczy to też prawa wyboru miejsca porodu w warunkach szpitalnych lub pozaszpitalnych, w których rodząca czuje się bezpiecznie i w których udzielane są świadczenia zdrowotne.

Po wejściu dokumentu w życie słyhać było ze strony lekarzy prowadzących kpiny dotyczące planu opieki prenatalnej i porodu, który wraz z ciężarną zobowiązana jest ustalić osoba sprawująca opiekę. Gdy opiekę nad ciężarną rozpatruje się w sposób holistyczny, jawią się nowe możliwości dla polskich położnych. Niestety niejednokrotnie nie idą one w parze z wiedzą i umiejętnościami. Wieloletnie odsunięcie się od tych zadań wytworzyło olbrzymią lukę. Plan opieki prenatalnej obejmuje wszystkie procedury medyczne związane z opieką prenatalną wraz z określeniem czasu ich wykonania. Plan porodu obejmuje wszystkie elementy postępowania medycznego podczas porodu i miejsce porodu z zaznaczeniem, że może być modyfikowany odpowiednio do sytuacji zdrowotnej ciężarnej w trakcie opieki. Plan ten musi być sporządzony w formie pisemnej i stanowi integralną część dokumentacji medycznej, a jego kopia musi być przekazana ciężarnej. Brak takiego planu warto odnotować w dokumentacji medycznej podczas przyjęcia rodzącej do placówki medycznej.

W „standardzie” znalazł się zapis o obowiązku kierowania przez osobę sprawującą opiekę w okresie pomiędzy 21. a 26. tygodniem ciąży do położnej podstawowej opieki zdrowotnej w celu objęcia opieką ciężarnej celem działań edukacyjno-profilaktycznych. Zgodnie ze zmianami wprowadzonymi w 2015 r., osoba prowadząca ciążę potwierdza w dokumentacji medycznej ciężarnej objęcie jej opieką przez położną podstawowej opieki zdrowotnej oraz wpisuje do planu opieki przedporodowej, planu porodu i karty przebiegu ciąży dane wybranej przez ciężarną położnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej [4].

Nie mogą to być przypadkowe rozmowy położnej z ciężarną, gdzie „przy okazji” wizyty u lekarza przekazuje się zdawkowe informacje ciężarnej o porodzie lub opiece nad dzieckiem. Musi to być profesjonalnie zaplanowany i realizowany proces udokumentowany w postaci planu edukacji, konspektów poszczególnych zajęć oraz potwierdzenia ich przeprowadzenia. Zajęcia te powinny funkcjonować w podstawowej opiece zdrowotnej finansowanej przez NFZ od 2010 r. Liczne kontrole w kraju wykazują spore niedociągnięcia w tym zakresie.

Wytyczne dotyczące postępowania w trakcie porodu akcentują prawa pacjenta i nie są niczym nowym. Zachęca się rodzącą do korzystania ze wsparcia wybranej przez nią osoby bliskiej, mobilizuje się do aktywności fizycznej i nakazuje się personelowi pomagać jej w przyjmowaniu optymalnych dla niej pozycji podczas całego porodu. Obliguje się osobę prowadzącą poród do przedstawienia rodzącej pełnej informacji o niefarmakologicznych i farmakologicznych metodach łagodzenia bólów porodowych oraz wspieranie rodzącej w jej własnym wyborze tych metod oraz respektowanie jej decyzji w tym zakresie. Szczególny nacisk położony jest na poruszanie się podczas I okresu porodu oraz przyjmowanie pozycji, które są dla niej wygodne.

Dokument określa postępowanie i dokumentowanie przebiegu porodu. Bardzo dokładne są wytyczne, jakie czynności muszą być wykonane i jakie informacje podczas przyjęcia opieki nad rodzącą należy uwzględnić w dokumentacji. W ramach prowadzenia I okresu porodu osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do wielu działań, które nie powinny być nowe. Standardowe badanie ma być przeprowadzane nie częściej niż co 2. godziny, a jedynie w uzasadnionych przypadkach odpowiednio częściej, co oznacza, że w razie jego przeprowadzenia należy wpisać dokładne uzasadnienie w dokumentacji medycznej. Większość zapisów dotyczących prowadzenia porodu ma na celu zwiększenie aktywności rodzącej i zmniejszenie liczby procedur medycznych mogących utrudniać fizjologiczny przebieg porodu, np. monitorowanie stanu płodu za pomocą kardiografu należy prowadzić jedynie w medycznie uzasadnionych przypadkach. W większości sal porodowych już przyzwyczajono się do aktywności rodzącej w I okresie porodu, jednak wiele do życzenia pozostawia opieka w II okresie, gdzie mogą pojawiać się trudności w realizacji zapisów prawa. Zapomina się, że II okres kończy się urodzeniem dziecka, a nie

ukazaniem się główki w szparze sromowej, jak można by wywnioskować z wypowiedzi wielu osób pracujących na sali porodowej. Należy poinformować rodzącą, że w II okresie porodu powinna kierować się własną potrzebą parcia. Jest to nieczęsto stosowany w praktyce położniczej sposób prowadzenia porodu w Polsce, gdzie przeważa parcie kierowane (manewr Valsalvy), pomimo tego, że nie jest zalecany w przebiegu porodu prawidłowo przebiegającego [5].

Wiele problemów przysparza ochrona krocza, a w „standardzie” widnieje zapis, że nacięcie krocza należy stosować tylko w medycznie uzasadnionych przypadkach. Gdy słyszy się, że w określonej placówce krocze nie jest nacinane rutynowo, a sytuacja ta dotyczy prawie 90% rodzących, to informacje te wykluczają się i trudno mówić o właściwej ochronie krocza [6]. Czas trwania III okresu porodu nie powinien przekroczyć godziny. Prawidłowa objętość fizjologicznego krwawienia w III okresie porodu nie powinna przekraczać 400 ml krwi. Poród w III okresie może być prowadzony w sposób aktywny lub wyczekujący. Zadaniem położnych poz w ramach edukacji przedporodowej jest przekazanie ciężarnym informacji w ww. zakresie, przygotowanie do stworzenia realnego i zindywidualizowanego planu opieki okołoporodowej. W zakresie opieki nad matką i dzieckiem nakazano, by bezpośrednio po urodzeniu umożliwić dziecku nieprzerwany kontakt z matką „skóra do skóry”, trwający co najmniej dwie godziny po porodzie. Przerwanie tego kontaktu możliwe jest jedynie w sytuacji wystąpienia zagrożenia życia lub zdrowia matki lub noworodka i musi być odnotowane w dokumentacji medycznej. Pod kontrolą personelu i przy jego wsparciu czas ten ma być wykorzystany na rozpoznanie i właściwe wykorzystanie gotowości matki i dziecka do wczesnego karmienia piersią. Ważnym zastrzeżeniem jest to, by wstępna ocena stanu noworodka na podstawie skali Apgar dokonana była na brzuchu matki, jeżeli nie występują przeciwwskazania zdrowotne. Są to podstawowe warunki promocji karmienia naturalnego, których nie może zabraknąć w prawidłowo przebiegającej opiece okołoporodowej. Oznacza to obowiązkowe ulokowanie tychże treści w tematyce spotkań edukacyjnych dla rodziców.

Na oddziałach położniczych obserwuje się zjawisko rozbicia opieki na położniczą i noworodkową. W praktyce oznacza to, że inne zespoły zajmują się matką, inne dzieckiem. Jest to spore niedociągnięcie organizacyjne uniemożliwiające prawidłową opiekę. Działania takie są wbrew zapisom prawnym, które podczas całego pobytu w szpitalu zalecają sprawowanie opieki pielęgnacyjnej nad położnicą i zdrowym noworodkiem przez tę samą osobę. Po pierwszym kontakcie z matką noworodek powinien być oceniany w obecności matki. Według informacji zebranych z poszczególnych placówek medycznych województwa opolskiego realizacja „standardu” w tym zakresie w większości z nich jest daleka od stanu oczekiwanego [7]. Sytuacja dysonansu pomiędzy obowiązującym prawem a realizacją stanowi olbrzymi problem w prawidłowym przygotowaniu ciężarnych do porodu.

Rozporządzenie reguluje także zasady opieki nad dzieckiem w późniejszym czasie okresu noworodkowego. Nowością jest zapis nakazujący zakładom opieki zdrowot-

nej, sprawującym opiekę nad kobietą w czasie porodu, przekazanie w dniu wypisu zgłoszenia o porodzie położnej rodzinnej, wskazanej przez przedstawicieli ustawowych noworodka. Przekazanie zgłoszenia o porodzie powinno nastąpić w sposób zapewniający możliwość potwierdzenia jego odbioru przez położną podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiot wykonujący działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą, sprawujący opiekę nad noworodkiem, informuje w dniu wypisu powiatowe centrum pomocy rodzinie, w miejscu pobytu matki i noworodka, o przypadku podejrzenia możliwości wystąpienia problemów opiekuńczo-wychowawczych w rodzinie noworodka i braku współpracy matki lub opiekunów prawnych noworodka w ustaleniu położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, przejmujących opiekę nad noworodkiem w miejscu zamieszkania lub pobytu [4]. Położna ta ma obowiązek wykonać nie mniej niż 4 wizyty (pierwsza wizyta odbywa się w ciągu 48 godzin od otrzymania przez położną zgłoszenia urodzenia dziecka).

Zakres zadań i czynności wykonywany w trakcie wizyt patronażowych jest bardzo dokładnie określony przez wspomniane wcześniej rozporządzenie. Dotyczy oceny stanu zdrowia położnicy i noworodka, jego rozwoju, udzielanych rad i wskazań, możliwości pomocy kobiecie i rodzinie, oceny relacji w rodzinie, wsparcia i poradnictwa laktacyjnego oraz edukacji zdrowotnej w szerokim zakresie. Wskazuje zakres realizowanych świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych.

Wszelkie działania w zakresie wypełniania obowiązków służbowych położna zobowiązana jest udokumentować. Stanowi to integralną część świadczenia wykonywanego przez położną, jest także podstawą do rozliczeń za wykonaną pracę. Istnieje niechęć do prowadzenia dokumentacji medycznej. Dobrze przygotowana i prowadzona dokumentacja jest źródłem informacji o podopiecznym, stanie zdrowia i procesie pielęgnacyjnym. Stanowi potwierdzenie wykonania wszystkich działań na rzecz podopiecznego. Odgrywa ważną rolę w zbieraniu danych statystycznych i jest elementem badań naukowych. Niezbędna jest podczas organizacji opieki medycznej dla określenia potrzeb i kosztów. Zapewnia kompleksowość i ciągłość poprzez prawidłowy przepływ informacji pomiędzy członkami zespołu terapeutycznego. Niezależnie od własnych preferencji, a nawet panujących zwyczajów, przepisy prawa obligują nas do prowadzenia jej w określonej formie i zakresie [8].

Akty prawne bardzo dokładnie określają zasady prowadzenia dokumentacji, informacji, które muszą być w niej zawarte. Powinny w niej znaleźć się istotne informacje dotyczące stanu zdrowia i choroby oraz procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego, uzyskane w toku badania lub konsultacji, w szczególności opis wykonywanych czynności pielęgniarских, rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, zalecenia, informacje o wydanych orzeczeniach lub zaświadczeniach, informacje dotyczące udzielonych świadczeń zdrowotnych oraz inne in-

formacje wynikające z odrębnych przepisów. Włączane są także kopie istotnych dokumentów przedstawionych przez pacjenta. W dokumentacji medycznej prowadzonej przez położną podstawowej opieki zdrowotnej muszą znaleźć się zapisy potwierdzające realizację obowiązkowych zadań położnej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Spośród innych aktów prawnych, które nakładają wykonywanie określonych zadań wobec podopiecznych przez położną, wymienić należy rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu oraz opieki nad noworodkiem.

Spośród najczęściej pojawiających się nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej wciąż należy wymienić niedokładność, nieczytelność lub często nawet jej brak, co wykazała krajowa kontrola NIK [9]. Często położne podstawowej opieki zdrowotnej nie prowadzą dokumentacji, lecz dokonują wpisów do dokumentacji lekarskiej. Zapisy prowadzone w sposób nieczytelny z dużą liczbą skrótów o znaczeniu znanym jedynie autorowi, zapisów nie posiadających żadnego znaczenia diagnostycznego, są niestety na porządku dziennym. Można pokwapić się o tezę, że w większości przypadków określenie, w jakim zakresie położne prowadzą edukację zdrowotną, jest niemożliwe do ustalenia na podstawie prowadzonej dokumentacji. Próby utworzenia ujednoliconej dokumentacji medycznej prowadzone przez ostatnich kilkanaście lat nie zostały zakończone sukcesem głównie dlatego, że zapisy aktów prawnych zmieniały się na tyle często, że zanim zostały dopracowane wzorce poszczególnych druków, projekty wymagały ponownych zmian [10].

Bibliografia

1. Niechlubny rekord polskich porodówek [online] 2015. Dostępny na URL: <http://ciaza.mp.pl/aktualnosci/show.html?id=125072> [cyt. 31.01.2016].
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. 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. nr 187 poz. 1259).
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych 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. poz. 1100).
4. Iwanowicz-Palus G. Położna w systemie opieki zdrowotnej nad kobietą ciężarną W: Bień A, red. *Opieka nad kobietą ciężarną*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009: 31.

5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2015 roku zmieniające rozporządzenie 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 2015 r. poz. 1514).
6. Charles C. Poród. W: Chapman V, Charles C, red. *Prowadzenie porodu*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011: 25.
7. Fedorowicz M. Dobre praktyki położnicze. Bezpieczna ciąża i bezpieczny poród – spotkanie w Opolu [online] 2014. Dostępny na URL:<http://www.nto.pl/styl-zycia/zdrowie/art/4617079,dobre-praktyki-poloznicze-bezpieczna-ciaza-i-bezpieczny-porod-spotkanie-w-opolu,id,t.html> [cyt. 12.10.2015].
8. Janiuk E. Dura lex, sed lex, czyli o dokumentacji medycznej: podstawy prawne zawodu. *Magazyn Pielęg Położ* 2012; 1–2: 60–61.
9. Najwyższa Izba Kontroli. Delegatura w Krakowie. Informacja o wynikach kontroli realizacji zadań położnych środowiskowych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, Kraków czerwiec 2011 [online] 2015. Dostępny na URL: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,3004,vp,3795.pdf> [cyt. 31.01.2016].
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r. poz. 2069).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej – Załącznik nr 3. Wykaz świadczeń gwarantowanych położnej podstawowej opieki zdrowotnej oraz warunków ich realizacji (Dz. U. z 2013 r. poz. 1248 tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 86).
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych 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).

Adres do korespondencji:

Ewa Janiuk
NZOZ Zdrowa Rodzina w Opolu
ul. Krapkowicka 10A, 45-715 Opole
tel. 606 790 535
e-mail: zdrowarodzina@op.pl

Źródła i skutki stresu w pracy zawodowej położnej

Ewa Tobor¹, Kornelia Wac², Alicja Dyla³, Małgorzata Gawron¹

¹ Wyższa Szkoła Zarządzania w Częstochowie

² Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. rtm. W. Pileckiego w Oświęcimiu

³ Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach

Wstęp

Praca zawodowa często bywa źródłem stresu, który wywołują zarówno czynniki obiektywne, subiektywne, jak i relacje interpersonalne towarzyszące człowiekowi w wykonywaniu pracy. Praca w zawodzie położnej/położnego obfituje szczególnie w stresogenne warunki. Czynnikiem wywołującym stres, stresorami w pracy położnej/go są: usługowy charakter pracy, stała dyspozycyjność, trudność kontaktów interpersonalnych, presja publiczna oraz niejednokrotnie niesatysfakcjonujące zarobki. Częste konflikty organizacyjne, nieprzejrzystość prawa pracy, brak poparcia i zwiększająca się roszczeniowość pacjentek i ich rodzin stanowią dodatkowe obciążenie w wykonywaniu zawodu położnej/go. Sytuacja ta powoduje wzrastanie czynników sprzyjających wypaleniu zawodowemu.

Celem niniejszej pracy jest analiza czynników stresogennych w pracy zawodowej położnej/go oraz ich wpływu na zdrowie tej grupy zawodowej.

1. Definicja stresu

Definicja stresu według M. Uszyńskiego brzmi następująco „Stres u człowieka to kompleksowa reakcja na bodziec natury psychologicznej, fizjologicznej lub bodziec fizyczny, chemiczny albo jeszcze inny, zwany stresorem; najpierw następują zauważalne zaburzenia homeostazy ustroju, później wytwarza się potencjalnie niebezpieczny stan nowej równowagi, a w dalszej kolejności – jeżeli nie ustąpi działanie stresora – dochodzi do powikłań chorobowych (choroby stresozależne). Zaburzenia te obejmują reakcje neuro-hormonalno-immunologiczne i behawioralne, a także dotyczą procesów molekularnych” [1]. W poniższej tabeli zestawienie głównych chorób występujących w powiązaniu z doświadczaniem długotrwałym stresu.

Tabela 1. Główne stresozależne zespoły chorobowe [1]

Grupa powikłań dotyczących zdrowia psychicznego i zmian w mózgu	Grupa powikłań somatycznych
<ul style="list-style-type: none"> - zaburzenia snu - depresja stresozależna - zespół stresu traumatycznego - zespół zmęczenia przewlekłego - stres społeczny - jądłowstręt psychiczny - żarłoczność psychiczna - zespoły neurodegradacyjne (choroba Alzheimera, Parkinsona) - i inne 	<ul style="list-style-type: none"> - otyłość - cukrzyca typu 2 - miażdżyca - nadciśnienie samoistne - zespół metaboliczny - zespół jelita wrażliwego - zespoły ginekologiczne (cykle bezowulacyjne, PMS, dyspareunia) - zaburzenia u mężczyzn (impotencja, obniżona jakość nasienia) - powikłania dermatologiczne - i inne

Czynniki i źródła stresu w pracy zawodowej położnych występują również w pracy zawodowej pielęgniarek.

Oprócz wytrzymałości fizycznej, spostrzegawczości, czujności, umiejętności radzenia sobie w każdych warunkach i sytuacjach, pracownikowi ochrony zdrowia nie wolno odstępować od ochrony wartości najwyższego rzędu, życia ludzkiego. Od zachowania stałej czujności i dyspozycyjności często zależy zdrowie, a nawet życie pacjentki.

Wyróżnia się szereg czynników wpływających na warunki pracy w przytoczeniu według Programu Transformacji Kształcenia Pielęgniarek i Położnych:

- fizyczne obciążenie – związane jest z pozycją stojącą, pochyloną, chodzeniem, podnoszeniem i przemieszczaniem chorych, specyficznym mikroklimatem, wysokim poziomem szumu aparatury;
- psychiczne obciążenie – odpowiedzialność za wykonywane zabiegi medyczne, duży przepływ informacji, szybkość podejmowania decyzji w stanach zagrożenia zdrowia i życia chorego, atmosfera bólu, cierpienia, umierania;
- praca w ruchu ciągłym – dotyczy pracy w soboty, niedziele, święta, na dwie-trzy zmiany, wymagania, dyspozycyjność;
- wymagane wysokie wykształcenie oraz ustawiczne doskonalenie, kursy kwalifikacyjne i specjalizacje zawodowe, studia podyplomowe.

2. Potencjalne stresory w pracy zawodowej położnych

„Cechy związane z treścią pracy, zadaniem wykonywanym na stanowisku:

- wymagana długotrwała czujność,
- powtarzane proste czynności, monotonia,

- zadania trudne umysłowo,
- wysiłek fizyczny,
- brak znajomości efektu finalnego pracy,
- co chwilę coś nowego,
- zaskakiwanie zadaniem.

Cechy wynikające z organizacji pracy:

- narzucone tempo pracy,
- sztywne godziny pracy,
- pośpiech,
- presja czasu,
- „zrywy w pracy”,
- reżim dotyczący przerw w pracy,
- konflikt roli,
- ciągłe zmiany,
- przeciążenie roli,
- dodatkowy wysiłek związany z potrzebą dostosowania się,
- brak pewności zatrudnienia,
- fizyczne ograniczenia w pracy,
- organizacyjne ograniczenia w pracy.

Społeczne cechy pracy wynikające z konieczności interakcji z ludźmi:

- konieczność rywalizacji,
- izolacja społeczna,
- konieczna korporacja, kompromisy,
- udzielanie pomocy,
- możliwość kłótni z osobami z zewnątrz,
- brak wsparcia ze strony przełożonych,
- brak wsparcia ze strony kolegów, koleżanek.

Psychologiczne cechy pracy wynikające z relacji do potrzeb i preferencji pracowników:

- niski prestiż społeczny,
- odpowiedzialność za ludzi,
- odpowiedzialność materialna,
- ryzyko materialne,
- ryzyko zdrowotne i psychiczne,
- brak kontroli nad pracą,
- dylematy moralne,
- praca poniżej możliwości,
- niesprawiedliwe traktowanie w pracy,
- brak poczucia sensu pracy.

Cechy pracy wywołujące zakłócenia w relacji praca-dom:

- dyspozycyjność,

- nieobecność w domu,
- system zatrudnienia,
- zabieranie pracy do domu,
- negatywny wpływ pracy na sytuację rodzinną.

Fizyczne warunki pracy:

- utrudniające pracę, przez co wymagają dodatkowej mobilizacji organizmu: temperatura, oświetlenie, hałas, niewygodna pozycja, itp.
- wywołujące nieprzyjemne odczucia (odór, brud, kontakt z przedmiotami wywołującymi wstręt, itp.)” [2].

Kolejnymi zagadnieniami wpływającymi na zmiany w organizmie człowieka mierzonymi w jednostkach zmian życiowych (LCU – *Life Change Units*), a będących skutkiem oddziaływania stresu, są zdarzenia życiowe, postrzegane przez nas także pozytywnie. Należą do nich między innymi:

- rozpoczęcie pracy zawodowej,
- powrót do pracy po długiej przerwie,
- zmianę pracy na lepszą,
- zmianę pracy na gorszą,
- zmianę pracy na taką samą pod względem jakości,
- występowanie konfliktów z szefem,
- degradację w pracy,
- stwierdzenie braku perspektyw awansu zawodowego,
- pogorszenie się warunków pracy,
- awansowanie,
- osiągnięcie znacznego sukcesu w pracy,
- poprawienie warunków pracy,
- zwolnienie okresowe z pracy,
- wypowiedzenie z pracy,
- rozpoczęcie prowadzenia własnego przedsiębiorstwa lub praktyki zawodowej,
- wzięcie na siebie dużej i wzrastającej liczby obowiązków zawodowych,
- utrata własnego przedsiębiorstwa, niepowodzenie w interesach,
- gwałtowne zmniejszenie się liczby obowiązków zawodowych,
- przejście na rentę lub emeryturę,
- urlop [3].

W obecnych realiach położna jest jak zawsze profesjonalistką, jednakże jej rola zawodowa polega na pełnieniu różnych funkcji zawodowych, takich jak: opiekuńcza, wychowawcza, promująca zdrowie, profilaktyczna i terapeutyczna. Położne mają coraz wyższe kwalifikacje zawodowe, uczestniczą w badaniach naukowych, wchodzą w skład kadry zarządzającej. Wymaga się od nich kompetencji na najwyższym poziomie i szeroko pojętej dyspozycyjności. Praca położnej w szpitalu odbywa się w specyficznych, niekorzystnych dla zdrowia warunkach, dlatego położną musi cechować dobra kondycja fizyczna oraz odporność psychiczna. Złożona i wieloz-

daniowa struktura organizacyjna wymaga od położnej ciągłej koncentracji uwagi, umiejętności obsługi coraz bardziej skomplikowanej aparatury, szczegółowego dokumentowania i profesjonalnego nawiązywania relacji z pacjentką i jej rodziną. Wszystkie te czynności są bardzo nużące i prowadzą do szybkiego zmęczenia, któremu towarzyszy stres spowodowany poczuciem odpowiedzialności za zdrowie i życie pacjentów [2].

Wynikiem nadmiernego obciążenia organizmu będącym skutkiem pracy zmianowej jest **zespół nietolerancji pracy zmianowej**, do którego wczesnych objawów zalicza się: zaburzenia snu, przewlekłe zmęczenie, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, wzmożoną pobudliwość nerwową, dolegliwości ze strony serca, negatywną postawę wobec pracy zmianowej, obniżenie satysfakcji z życia, nasilenie palenia tytoniu, większe spożycie alkoholu, kawy, leków uspokajających i nasennych [3].

Według NEXT NURSES' EXIT STUDY system pracy zmianowej w nocy został oceniony najbardziej krytycznie. Zmniejszenie dyskomfortu wynikającego z pracy zmianowej wymaga działań kompleksowych, głównie: ograniczenia liczby godzin zmian nocnych, ograniczenia pracy podczas weekendów, eliminacji wczesnego wstawania, umożliwienia drzemki na zmianie nocnej, optymalizacji tygodniowego wymiaru czasu pracy, uwzględniającej charakter pracy i wielkość obciążeń – konieczne jest podjęcie badań nad obciążeniami zdrowotnymi pielęgniarek i położnych [4].

Pielęgniarki i położne pracujące na granicy wyczerpania fizycznego i psychicznego, stale pod presją, mogą stawać się nieufne również w życiu prywatnym. Pojawiają się u nich takie zachowania i uczucia, jak zazdrość, podejrzliwość, dopatrywanie się ukrytych motywów. Z czasem stają się coraz bardziej zamknięte, nawet wobec osób najbliższych. Następuje tendencja do izolowania siebie i własnej rodziny. Konieczne w pracy występowanie z pozycji autorytetu (dla pacjenta lub podwładnego) przenosi się niekiedy na płaszczyznę życia rodzinnego, gdzie dochodzi do narzucania innym swojej woli. Często w związku z tym dochodzi do nieporozumień na gruncie rodziny. Praca to nie tylko środowisko, w którym człowiek dorosły spędza większość swojego życia, nie tylko źródło zarobków czy wartość sama w sobie, to również poważne źródło stresu. Zmienna lub monotonna może stanowić nie mniejsze zagrożenie dla zdrowia jednostki niż najbardziej przedłużający się stres. Właśnie „zmiennosc” pracy nie sprzyja efektywności, tym bardziej, że przed pracą wykonuje się szereg czynności powiększających zmęczenie organizmu. Ponadto praca po godzinach, w godzinach wieczornych i nocnych nie sprzyja sprawności umysłowej [3,5,6].

Podsumowanie

Położna, wykonując swój zawód, jest narażona na notoryczne przeżywanie stresu emocjonalnego, którego źródłem jest bezpośredni kontakt z człowiekiem oczekującym opieki i pomocy. Skutkiem silnego stresu i niemożności prawidłowego pora-

dzenia sobie z sytuacją jest w efekcie finalnym zespół wypalenia zawodowego – tzn. *burnout syndrome*. Zespół ten został rozpoznany i opisany w Stanach Zjednoczonych w 1974 r. przez Freudenbergena. Według Emener – syndrom wypalenia zawodowego to stan fizycznego i psychicznego wyczerpania, który powstaje w wyniku działania długotrwałych negatywnych uczuć rozwijających się w pracy i obrazie własnym człowieka. Natomiast według Aronson – wypalenie jest rezultatem długotrwałego lub powtarzającego się obciążenia w wyniku długoletniej intensywnej pracy dla innych ludzi. Wypalenie jest bolesnym uświadomieniem sobie, że nie są w stanie już więcej pomóc tym ludziom, że nie mogą dać im nic więcej i całkowicie zużyli swoje siły [7].

Ch. Maslach przeprowadzała pierwsze badania z ludźmi pracującymi w placówkach ochrony zdrowia. Jej zdaniem syndrom wypalenia zawodowego szczególnie występował u osób zawodowo trudniących się pomaganiem. Maslach wskazała na wielowymiarowość zjawiska i wspólnie z S. Jackson opracowały definicję wypalenia zawodowego – „wypalenie zawodowe to psychologiczny zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz obniżenia dokonania osobistych, który może wystąpić u osób, pracujących z innymi ludźmi w pewien określony sposób” [8].

W latach 80. ubiegłego stulecia powstały narzędzia, umożliwiające pomiar tego zjawiska. Ch. Maslach wspólnie z S. Jackson opracowały kwestionariusz MBI (*Maslach Burnout Inventory*). Kwestionariusz umożliwia ocenę stanu emocjonalnego, depersonalizacji oraz poczucia oceny własnych możliwości. Kwestionariusz MBI jest do tej pory stosowany i uważany za najlepiej wystandaryzowane narzędzie do pomiaru wypalenia zawodowego [8].

Wypalenie wśród położnych i pielęgniarek jest – obok trzech innych powodów, takich jak, niskie wynagrodzenie, minimalne szanse zrobienia kariery oraz jak do tej pory niewielka liczba propozycji pracy związanych z tą profesją – najważniejszą przyczyną niepodjęcia pracy w tym zawodzie nawet po skończeniu studiów. Te okoliczności doprowadzają bardzo często do zmiany zawodu. Zaburzenia i błędy pojawiające się w tym zawodzie wyrażają się między innymi w biurokratycznym rozwiązywaniu problemów, stronnictwo, rezygnacji, złości i operowania wobec pacjentów półprawdą (często w dobrej wierze) [7].

Nie ma, jak na razie, jednoznacznej definicji tego procesu, tym niemniej można założyć, że wypalenie zawodowe oznacza pogarszanie się jakości życia pod wpływem chronicznego stresu w sytuacjach związanych z pracą, i powszechnie uważane jest za syndrom wielowymiarowy, gdzie kluczowym czynnikiem jest zgeneralizowane doświadczenie niepowodzenia w zmaganiu się ze stresem i powstanie przekonania o niemożności skutecznego radzenia sobie z trudnościami, uciążliwościami, konfliktami, frustracjami w życiu zawodowym. Bardzo podobne do tego przeżycia jest doświadczenie niezgodności, czasem nawet rażącej sprzeczności pomiędzy oczekiwaniami zawodowymi a realiami zawodu. Ta swoista konfrontacja marzeń z zawodową rzeczywistością może zakończyć się przeżyciem uznanym również za kluczowe

w powstawaniu wypalenia. Jest nim głębokie rozczarowanie, frustracja w realizacji ideału zawodowego i utrata złudzeń. Podsumowując, należy uznać, że wypalenie zawodowe jest skutkiem niemodyfikowanego poprzez własną aktywność zaradczą przewlekłego stresu [9].

Zapewne każdy z nas ma swoje sposoby emocjonalnego dystansowania się. Jedną z podstawowych metod zapobiegania jest edukacja – zapoznanie jak największej liczby pielęgniarek ze zjawiskiem wypalenia, jego przebiegiem i konsekwencjami oraz sposobami walki z nim. Wypalenie zawodowe jest skutkiem długotrwałe działającego obciążenia psychicznego. Poczucie obciążenia psychicznego uzależnione jest od właściwego uruchomienia mechanizmów zaradczych. Jako środki zaradcze Hunter wraz ze swoimi współpracownikami zaleca:

- ćwiczenia w spostrzeganiu samego siebie,
- zmiany przebiegu czynności zawodowych,
- rozluźnienie mięśni,
- wsparcie ze strony otoczenia,
- trening pewności siebie,
- jasne formy komunikowania się,
- dystansowanie się wobec klientów.

Cronin-Stubbs uważa, że najważniejszym środkiem zaradczym jest wsparcie emocjonalne w miejscu pracy i w środowisku rodzinnym. Constable i inni (1986) wśród odpowiednich sposobów pomocy zapobiegających wypaleniu zawodowemu wymieniają:

- zmniejszenie presji zawodowej,
- zwiększenie wsparcia ze strony przełożonych,
- wspieranie samodzielności [7].

Zaleca się stworzenie okazji do czasowego wycofania się z kontaktów z pacjentami, rozwijanie aktywności rodzinnej, religijnej, podkreślanie skuteczności osób pomagających. Funkcjonowanie człowieka w środowisku zawodowym uzależnione jest od wielu czynników, wśród których na pierwszym miejscu należy wymienić kompetencje zawodowe, emocjonalny stosunek do pracy, styl działania i nawiązywania kontaktów interpersonalnych.

W zakończeniu należy podkreślić, że pracy zawodowej położnej, jak i pielęgniarki niezwykle istotne jest podjęcie działań zespołowych przeciwdziałających negatywnym skutkom zdrowotnym i wypaleniu zawodowemu, takich jak:

- tworzenie klimatu życzliwości, koleżeństwa, przyjaźni,
- pomoc młodym pracownikom w adaptacji zawodowej,
- zmniejszenie i eliminowanie uciążliwości zawodowych,
- stworzenie warunków umożliwiających dzielenie się doświadczeniem zawodowym [10].

Pomocną strategią w eliminowaniu napięć wywoływanych w zespołach interdyscyplinarnych, a szczególnie w grupie zawodowej położnych byłoby poczucie so-

lidarności i jednomyślności z racji wykonywania pracy, jak i reprezentowania interesów tej samej grupy zawodowej. Dla wykształcenia właściwych zachowań, jak i nabycia kompetencji budowania dobrych relacji, przydatne były warsztaty na temat asertywności i komunikacji interpersonalnej w grupach mieszanych środowiska lekarskiego, położnych i pielęgniarek oraz kadry zarządzającej.

Bibliografia

1. Uszyński M. *Stres i antystres – patomechanizm i skutki zdrowotne*. Wrocław: Wydawnictwo Med-Pharm Polska; 2009: 14, 56.
2. Iwanowicz-Palus G, Kicia M, Makara-Studzińska M. Przyczyny i objawy zespołu wypalenia zawodowego. W: Makara-Studzińska M, Iwanowicz-Palus G, red. *Psychologia w położnictwie i ginekologii*. Warszawa: Wydawnictwo PZWL; 2009: 53–57.
3. Karczewski JK. *Higiena*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2002: 138–151.
4. CORDIS Wspólnotowy Serwis Informacyjny Badań i Rozwoju. Sustaining working ability in the nursing profession – investigation of premature departure from work – (NEXT NURSES' EXIT STUDY) [online]. Dostępny na URL: http://cordis.europa.eu/project/rcn/64309_pl.html [cyt. 15.11.2015].
5. Gawęł G. Czas pracy. Praca zmianowa. W: Ksykiewicz-Dorota A, red. *Podstawy organizacji pracy pielęgniarskiej*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2004: 118–125.
6. Litzke SM, Schuh H. *Stres, mobbing i wypalenie zawodowe*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2007: 11, 128, 179.
7. Fengler J. *Pomaganie mężczyznom*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2000: 85–92, 99.
8. Sęk H. *Wypalenie zawodowe: przyczyny i zapobieganie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2004: 15, 43, 84.
9. Sekułowicz M. *Nauczyciele szkolnictwa specjalnego wobec zagrożenia wypaleniem zawodowym*. Wrocław: Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej Edukacji TWP; 2005: 41–41.
10. Pieniążek M. Zespół wypalenia zawodowego – zapobieganie. W: Ciechaniewicz W. *Pielęgniarstwo: ćwiczenia*. Warszawa: PZWL; 2002: 761–762.

Adres do korespondencji:

Ewa Tobor
Wyższa Szkoła Zarządzania w Częstochowie
ul. 1 Maja 40, 42-200 Częstochowa
tel. 663 081 964
e-mail: ewatobor@o2.pl

Rola pielęgniarza w opiece nad pacjentem ze schizofrenią oraz uzależnionym od środków psychoaktywnych

Marek Grzegorzewski¹, Ewa Radwańska²

¹ Instytut Pielęgniarstwa, Wydział Nauki o Zdrowiu,
Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Instytut Pielęgniarstwa,
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Wstęp

Rola pielęgniarza w opiece nad chorym psychicznie jest złożona i wieloetapowa. Aby móc w pełni rozpoznać zadania pielęgniarskie w opiece nad chorym uzależnionym od środków psychoaktywnych ze zdiagnozowaną schizofrenią, należy uświadomić sobie znaczenie zdrowia psychicznego, czym są środki psychoaktywne i jak działają, na czym polega mechanizm uzależnienia. Bardzo ważna jest również wiedza na temat jednostki chorobowej rozpoznanej u podopiecznego – schizofrenii. Suma przedstawionych aspektów pozwoli zanalizować problemy pacjenta, a przez to podnieść jakość świadczonej opieki.

Zdrowie psychiczne jest dobrostanem, dzięki któremu jednostka jest w stanie realizować swoje możliwości; jest również w stanie zmagać się z różnorodnymi sytuacjami, które napotyka w życiu codziennym. Dzięki zachowaniu zdrowia psychicznego człowiek jest w stanie produktywnie pracować oraz uczestniczyć w życiu publicznym. Według definicji World Health Organization (WHO) „zdrowie to stan kompletnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, rozumianego nie tylko jako brak choroby czy niepełnosprawności” [1]. W świetle tej definicji pełne zdrowie opisywane jest jako łączna trzech czynników, a mianowicie obszaru fizycznego, psychicznego oraz społecznego [2].

Zażywanie środków psychoaktywnych w obecnych czasach stanowi ogromny problem medyczny oraz społeczny. Narkotyki wywołują uczucie euforii, podnoszą wyrażanie empatii, podwyższają samoocenę, powodują również podniecenie seksualne i chęć przebywania w towarzystwie innych [3]. Stan euforyczny jednak nie

utrzymuje się przez długi czas, a pojawiają się groźne i nieprzyjemne stany intoksykacji: brak łaknienia, stany depresyjne, nudności, wymioty, halucynacje, zaburzenia pamięci, hipertonia, bezsenność, hipertermia.

Uzależnienie jest złożoną chorobą OUN, która charakteryzuje się natrętną i niekontrolowaną chęcią zaspokojenia łaknienia. Zostało stwierdzone, że w patofizjologii uzależnień znaczenie mają struktury podkorowe. W obrębie prążkowania grzbietowego zachodzi przekąźnictwo dopaminergiczne, które jest związane z tworzeniem sztywnego nawyku bodziec-reakcja [4].

Brak przyjmowania substancji, od których jest się uzależnionym, prowadzi do wystąpienia zespołu abstynencyjnego z zaburzeniami poznawczymi, emocjonalnymi oraz motorycznymi. Długotrwałe przyjmowanie narkotyków prowadzi do przebudowy struktur układu nerwowego. Zatem coraz niższe podstawowe stężenie dopaminy w prążkowie prowadzi do coraz to większego przyjmowania substancji psychoaktywnych przez osoby uzależnione [4].

Rozpoznanie opisywanego pacjenta jest schizofrenia. To choroba psychiczna przewlekła, która jest określana jako „zaburzenie pamięci operacyjnej” [5]. Jest to choroba biologiczna, która może być zdeterminowana zarówno przez czynniki biologiczne, jak i przez czynniki środowiskowe. Występowanie objawów, które są charakterystyczne dla tej choroby, można tłumaczyć zachodzącymi zaburzeniami w pracy sieci i obwodów neuronalnych [5]. Głównym mechanizmem patofizjologicznym schizofrenii mogą być nieprawidłowości w zakresie wymiany informacji pomiędzy różnymi obszarami mózgu [5].

W postawieniu diagnozy schizofrenii szczególne znaczenie ma obecność objawów pierwszorzędnych według Schneidera [6].

Objawy pierwszorzędne:

- głosy prowadzące dialog,
- głosy komentujące,
- ugiętnienie myśli,
- poczucie oddziaływania fizycznego,
- narzucanie myśli,
- pozbawianie myśli,
- rozgłaszanie myśli,
- poczucie bycia kierowanym,
- postrzeganie urojeniowe [6].

Objawy drugorzędne:

- inne omamy słuchowe,
- omamy ze strony innych zmysłów,
- pomysły urojeniowe,
- bezradność,
- rozstrojenie depresyjne,
- przeżywanie zubożenia uczuć [6].

Do leczenia schizofrenii stosowane są neuroleptyki. Mają one działanie przeciwpsychotyczne. Ponadto ich spektrum obejmuje działania przeciwmaniakalne, przeciwaautystyczne oraz uspokajające. Znoszą one również urojenia i omamy [6]. Wspólną cechą wszystkich neuroleptyków jest blokowanie postsynaptycznych receptorów dopaminergicznych D2 w różnych regionach mózgu [7].

Terapia psychospołeczna i rehabilitacja są niefarmakologicznymi metodami leczenia chorych na schizofrenię. Ich zastosowanie jest zależne od stanu psychopatologicznego pacjenta oraz związanej z tym zdolności przyjęcia tego rodzaju leczenia [8]. Najważniejsza jest psychoedukacja indywidualna, która ma na celu poszerzenie wiedzy chorego na temat swojej choroby, współpracy terapeuty z rodziną oraz terapii wspierającej [8].

1. Rola pielęgniarki w leczeniu pacjenta ze schizofrenią

Rola pielęgniarki polega na zaspokajaniu potrzeb pacjenta, który z reguły nie dba o siebie, jest obojętny na otoczenie [9]. Nie dba o to czy zjadł, czy się umył, czy chodzi w czystym ubraniu. Pielęgniarka musi zadbać o podstawowe czynności, takie jak:

- zaspokojenie potrzeby odżywiania – należy obserwować liczbę przyjmowanych posiłków przez pacjenta, który w chorobie psychicznej może nie mieć ochoty na przyjmowanie posiłków przez długi okres, co może skutkować osłabieniem chorego bądź odwodnieniem [9];
- zaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa – poczucie bezpieczeństwa jest podstawą do utrzymania równowagi wewnętrznej chorego. U pacjentów chorych psychicznie niejednokrotnie dochodzi do urojeń prześladowczych, więc ważne jest, by pacjent miał zaufanie do personelu oraz wierzył w skuteczną pomoc oraz rzetelną opiekę [9];
- zaspokojenie potrzeb związanych z higieną i estetyką chorego – chorzy psychicznie bardzo często nie zważają na swój wygląd i higienę. Aby poprawić tę sytuację, pielęgniarka powinien, wraz z zespołem terapeutycznym, przeprowadzać z pacjentami treningi dbania o higienę i estetykę wyglądu [9];
- zaspokojenie potrzeby snu i wypoczynku – pacjenci chorzy na schizofrenię cierpią na zaburzenia snu. Najczęściej narzekają na trudność w zasypianiu lub wczesne budzenie się. Ważne w tej sytuacji jest zapewnienie choremu odpowiednich warunków do snu oraz informowanie chorego, co powinien zrobić, aby móc spać w nocy [9];
- zaspokojenie potrzeby działania – praca, poczucie przydatności jest jedną z podstawowych potrzeb człowieka. Pielęgniarka wraz z zespołem terapeutycznym powinien pomóc choremu zorganizować swój czas wolny, pomóc mu w znalezieniu pożytecznego zajęcia, które będzie mu sprawiało przyjemność i sprawi, że będzie czuł się potrzebny [9];

- zaspokojenie potrzeby kontaktu z ludźmi – kontakt z ludźmi, rozmowa, pozwala pacjentowi nie czuć się odizolowanym. Skutkiem choroby psychicznej jest utrudniony kontakt pacjenta z otoczeniem; należy wówczas zadbać o przywrócenie właściwych relacji z innymi ludźmi oraz utrzymanie kontaktu terapeutycznego [9];
- zaspokojenie potrzeby poszanowania godności osobistej – jest to jedna z głównych moralnych potrzeb każdego człowieka. Każdy zasługuje na szacunek oraz na podmiotowe traktowanie [9];
- zaspokojenie potrzeby sensu życia – poczucie braku sensu życia występuje u wielu pacjentów chorych psychicznie. Pacjent musi widzieć celowość i pożyteczność w swoim istnieniu (np. dzięki pracy) [9];
- zaspokojenie potrzeb kulturalnych – pacjentowi należy dostarczać wrażeń, których częściowo jest pozbawiony. Zajęcia kulturalne powinny być dobierane indywidualnie do zainteresowań pacjenta tak, aby go bawiły i dawały mu satysfakcję [9].

W kontakcie z chorym psychicznie pielęgniarz powinien cechować się takimi atutami, jak:

- empatia oraz serdeczność – należy postarać się zrozumieć chorego, spróbować wczuć się w przeżycia chorego [9],
- umiejętność pozwalania pacjentowi na wyrażanie siebie i ekspresję – pacjent ma prawo do wyrażania wszystkiego; z wyjątkiem sytuacji, kiedy zagraża sobie lub innym w jego otoczeniu [9],
- umiejętność udzielania użytecznej i prawidłowej informacji zwrotnej – każdy sygnał od pacjenta powinien spotkać się z odpowiedzią personelu. Należy okazywać i mówić choremu to, co podobało się nam lub nie podobało w jego zachowaniu [9].

2. Cele i założenia pracy

Celem pracy jest ukazanie stanu wiedzy na temat schizofrenii oraz wpływu na zdrowie psychiczne uzależnienia od środków psychoaktywnych, następnie przedstawienie procesu pielęgnowania pacjenta psychiatrycznego, u którego zdiagnozowano schizofrenię – na podstawie opisu przypadku.

Drugim aspektem pracy jest scharakteryzowanie roli pielęgniarza w opiece nad pacjentem uzależnionym od środków psychoaktywnych z zdiagnozowaną schizofrenią.

3. Materiał i metody

Podczas pracy wykorzystane zostały następujące metody oraz techniki:

- dokumentoskopia (analiza piśmiennictwa i analiza dokumentacji szpitalnej);

- indywidualnego przypadku (wywiad ustny, indywidualny, jawny, częściowo skateryzowany).

4. Opis przypadku

Mężczyzna P.C., lat 22, mieszka z babcią oraz mamą. W ciągu ostatnich kilku lat kilkakrotnie zmieniali miejsce zamieszkania. Pacjent narzeka na dręczące go głosy w głowie, które są gnębiące (mówią, m.in. „ty frajerze, nieudaczniku, głupku). Zgłasza również natłok myśli, który nie pozwala mu zasnąć. Omamy słuchowe pojawiły się u pacjenta ok. 2 lata temu, po kilkuletnim paleniu marihuany, zażywania amfetaminy oraz dopalaczy. Pacjent również nie stronił od alkoholu, niejednokrotnie mieszał substancje psychoaktywne z alkoholem; po czym bywał agresywny. Pierwszy raz trafił do szpitala psychiatrycznego w 2013 roku, po tym jak zaczął zachowywać się agresywnie; dewastował mieszkanie, biegał z nożem i krzyczał, że jest opętany przez szatana. Po przyjęciu na oddział pierwszy raz pacjent został unieruchomiony za pomocą pasów magnetycznych, gdyż był nadpobudliwy i agresywny. W szpitalu spędził 40 dni. U pacjenta zdiagnozowano schizofrenię paranoidalną (ICD-10: F20.0) Przez dwa lata pacjent nie miał większych incydentów, jednak na początku 2015 roku znów wróciły objawy; zaczął zachowywać się agresywnie, demolować mieszkanie i drugi raz trafił do szpitala psychiatrycznego (tym razem na 25 dni). Od miesiąca znów czuje się zablokowany, boi się wyjść na otwartą przestrzeń, gdzie znajduje się dużo ludzi. Spowodowane to jest tikiem, który występuje, kiedy pacjent jest niespokojny (tik polega na delikatnym zwrocie głowy w lewą stronę). Pacjenta stresuje to, że ludzie mogliby zauważyć ten tik. Pacjent mówi również o tym, że leki, które zostały mu przepisane, nie działają i nie uciszają jego głosów w głowie; jedyne, co mu pomaga, to słuchanie muzyki oraz rozmowa z drugą osobą.

Pacjent jest teraz w pełni świadomy tego, że jest chory i że to przez zażywanie narkotyków ujawniła się u niego schizofrenia. W rozmowie można wyczuć to, że żałuje swojego postępowania, ale wie, że czasu nie cofnie, choć nie ukrywa nadziei na powrót do zdrowia.

Pacjent boi się, że sam siebie do końca nie zna. Sygnalizuje labilność uczuć. Stwierdził, że różnie reaguje na podobne sytuacje i że sam nie wie, jak może zareagować: „Czasem ta sama sytuacja potrafi mnie zdołować bądź zdenerwować lub przestraszyć, a następnym razem jestem w stanie się z tego śmiać”.

5. Proces pielęgnowania pacjenta

a) Problem pielęgnacyjny:

Zaburzone postrzeganie i interpretowanie rzeczywistości.

- **Cel opieki:** Przywrócenie prawidłowej oceny rzeczywistości.
- **Plan działania:**

- stworzenie atmosfery bezpieczeństwa, akceptacji;
 - koncentracja na uczuciach, które są ukryte pod urojeniami;
 - taktowne przedstawienie obiektywnie istniejącej rzeczywistości;
 - komunikacja z pacjentem za pomocą technik terapeutycznych (oferowanie siebie, aktywne słuchanie, zachęcanie chorego, aby opisał rzeczy postrzegane oraz użył porównań);
 - okazywanie zrozumienia odnośnie do urojeń pacjenta, unikając zaprzeczania oraz udowodniania ich nierealności.
- b) Problem pielęgnacyjny:** Zaburzenia komunikowania.
- **Cel opieki:** Podtrzymanie oraz rozwój komunikowania.
 - **Plan działania:**
 - utrwalanie oraz zachowanie jednoznaczności postępowania zespołu terapeutycznego;
 - akceptacja chorego oraz jego sposobów komunikacji;
 - w przypadku mutyzmu pacjenta utrzymywanie indywidualnego kontaktu pozawerbalnego oraz werbalnego, kiedy mutyzm ustępuje;
 - rozwijanie umiejętności komunikacji, kiedy tylko jest to możliwe w ramach treningów obejmujących zakres komunikacji.
- c) Problem pielęgnacyjny:** Dezorientacja allo- i autopsychiczna.
- **Cel opieki:** Ułatwienie orientacji auto- i allopsychicznej.
 - **Plan działania:**
 - wielokrotne przedstawianie się pielęgniarce pacjentowi;
 - każdorazowe objaśnienie wykonywanych czynności przy pacjencie;
 - uspokajanie chorego, zapewnianie go o bezpieczeństwie;
 - wielokrotne powtarzanie poleceń w celu upewnienia się, że zostały one poprawnie zrozumiane przez pacjenta;
 - utrzymanie stałego harmonogramu dnia.
- d) Problem pielęgnacyjny:** Zachowania agresywne.
- **Cel opieki:** Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentowi oraz jego otoczeniu.
 - **Plan działania:**
 - stała obserwacja zachowania pacjenta;
 - zadbanie o obecność dodatkowego personelu;
 - zachowanie bezpiecznej odległości od chorego;
 - unikanie kontaktu „sam na sam” w izolowanych pomieszczeniach;
 - podchodzenie do pacjenta w obrębie jego pola widoczności, co nie doprowadzi do zaskoczenia pacjenta;
 - spokojne mówienie do pacjenta i używanie prostego języka;
 - próba znalezienia pacjentowi zajęć, które pozwoliłyby mu zmniejszyć narastające pobudzenie (siłownia, bieganie).
- e) Problem pielęgnacyjny:** Wycofanie z kontaktów społecznych.
- **Cel opieki :** Powrót pacjenta do życia społecznego.

- **Plan działania:**
 - zachęcanie do wyrażania emocji;
 - zachęcanie do udziału w zajęciach grupowych;
 - bycie autentycznym w kontakcie z chorym;
 - okazywanie szacunku, empatii oraz akceptacji chorego;
 - wzmacnianie zachowań akceptowanych przez społeczeństwo;
 - ukierunkowanie rodziny oraz bliskich osób chorego na rozwijanie jego samodzielności w podejmowaniu aktywności społecznych.
- f) **Problem pielęgnacyjny:** Znużenie, brak motywacji do podjęcia jakichkolwiek czynności, np. podjęcia pracy, sprzątania, wyjścia do sklepu.
 - **Cel opieki:** Zmotywowanie pacjenta do działania.
 - **Plan działania:**
 - wyjaśnienie pozytywnych stron z podjęcia działań i aktywności społecznej;
 - wsparcie podczas inicjacji;
 - kontrolowanie podjętych działań w celu zapobiegnięcia wczesnego zaniechania ich;
 - zapewnienie towarzystwa akceptowanego przez pacjenta podczas wykonywania czynności (w celu wzmocnienia odwagi pacjenta).
- g) **Problem pielęgnacyjny:** Zaburzenia snu.
 - **Cel opieki:** Przywrócenie prawidłowego rytmu snu oraz czuwania.
 - **Plan działania:**
 - zniechęcanie do popołudniowych drzemek, aby zwiększyć możliwość efektywnego snu w nocy;
 - podaż leków nasennych według zlecenia lekarskiego;
 - monitorowanie przebiegu snu (liczba przespanych godzin, liczba pobudek w trakcie snu);
 - zachęcanie do stosowania przed snem technik relaksacyjnych (np. słuchania muzyki);
 - eliminacja hałasu, jasnego światła oraz innych czynników niesprzyjających zasypianiu oraz przebiegowi zdrowego snu;
 - zachęcanie do odstawienia ciężkostrawnych posiłków przed snem;
 - zwrócenie uwagi na unikanie spożywania napojów z kofeiną przed snem;
 - zachęcanie do unikania palenia tytoniu co najmniej godzinę przed snem.

6. Dyskusja

E. Marzec w swojej pracy „Studium przypadku chorego na schizofrenię” zaznacza, że początek objawów choroby pojawia się we wczesnym wieku dorosłym. Schizofrenia bardzo rzadko ujawnia się we wczesnym dzieciństwie, bądź po 45. roku

życia. Autorka zauważa, że schizofrenia od lat budzi kontrowersje i jest różnie odbierana przez społeczeństwo, tak samo również zmienia się odbieranie chorego przez jego otoczenie oraz rodzinę [10]. Cechą charakterystyczną tej choroby są objawy pozytywne oraz negatywne, a towarzyszące im zaburzenia dotyczą ważnych obszarów funkcjonowania (m.in. pracy, relacji interpersonalnych, nauki szkolnej czy dbania o siebie).

Pacjent opisany w artykule E. Marzec to sześćdziesięcioletni mężczyzna, którego był już ósmy pobyt w szpitalu psychiatrycznym. Pacjent sam zadzwonił po pogotowie, ponieważ czuł się osłabiony z powodu bezsenności. Mężczyzna podczas przyjęcia był spokojny, lecz zaniedbany higienicznie (brudne ubrania, w nieładzie), kontakt słowny został zachowany, pacjent zorientowany prawidłowo, kontakt rzeczowy nieco utrudniony, spontanicznie wypowiadał treści urojeniowe [10]. Twierdził, że ktoś za pomocą jakiegoś urządzenia lub tabletki kieruje jego ciałem. Za pomocą wywiadu uzyskano informacje o obniżonym nastroju chorego, a jego napęd psychoruchowy był spowolniony [10]. Kontakt z otoczeniem nawiązywał sporadycznie, lubił samotność, w wypowiedziach był nieco drobiazgowy, niechętnie wychodził z sali [10]. Wykazywał wypowiedzi o zabarwieniu urojeniowym, omamom przeczył. Ciągłe potwierdzał, że ktoś kieruje jego ciałem – mówiąc o tym, nie wyrażał emocji lub był drażliwy. Skarżył się na bezsenność i osłabienie. Na oddziale większość czasu leżał w łóżku, niechętnie je opuszczał. Oporny na argumentacje personelu o negatywnych skutkach takiego zachowania. Chorego zmuszano do aktywności fizycznej, która opierała się na wyjściu z łóżka i spacerze po oddziale. Niechętnie uczestniczył w życiu oddziału i nie uczęszczał na terapie zajęciowe [10].

U pacjenta opisywanego w niniejszej pracy kazuistycznej, zgodnie z przedstawionym twierdzeniem w pracy E. Marzec, pierwsze objawy psychotyczne choroby ujawniły się we wczesnym wieku dorosłym. U pacjenta P.C. pierwszymi objawami były urojenia słuchowe, które miały wpływ na jego zachowanie. Wystąpiła również niespójność myśli, zachowanie pacjenta stało się nieprzewidywalnie, niejednokrotnie agresywne. Nie zaobserwowano jednak opisywanego w artykule autyzmu. Dwudziestodwulatek nie zamykał się w sobie, był towarzyski, często spotykał się ze znajomymi w celu spożycia alkoholu bądź zażycia środków narkotycznych.

Zauważalne są również różnice w zachowaniu podczas przyjęcia obu pacjentów. Pacjent opisywany w artykule E. Marzec przy przyjęciu do szpitala był spokojny, bez pobudzenia psychoruchowego, zorientowany prawidłowo, z zachowanym kontaktem słownym, spontanicznie wypowiadał treści urojeniowe. [10] Natomiast pacjent P.C. podczas przyjęcia do szpitala był agresywny, niespokojny, afektywnie niedostosowany, lecz – podobnie jak ww. pacjent – ujawniał urojenia. Podczas leczenia P.C. chętnie współpracował z zespołem terapeutycznym, brał udział w zajęciach terapeutycznych, stopniowo poprawiał się jego kontakt ze współpacjentami oraz zaobserwowano wyraźną redukcję zaburzeń treści myślenia.

Dzięki porównaniu dwóch przypadków pacjentów, u których zdiagnozowano schizofrenię, można zauważyć, jak indywidualny przebieg ma choroba. Mimo wspólnych objawów zachowanie pacjentów różniło się, dlatego zawsze należy pamiętać o tym, że osoby chore psychiczne potrafią być nieprzewidywalne. Jednak mimo tego nie powinno wykluczać się ich ze społeczeństwa, a pomagać i dążyć do jak najszybszej remisji choroby, co bez pomocy bliskich i rodziny jest to bardzo ciężkie do osiągnięcia.

Wnioski

Opierając się na analizie piśmiennictwa oraz opisie przypadku, można sformułować następujące wnioski:

- Proces pielęgnowania pacjenta psychiatrycznego musi mieć charakter indywidualny i ciągły, aby był skuteczny.
- Rolą pielęgniarki w opiece nad pacjentem ze zdiagnozowaną schizofrenią oraz uzależnieniem od środków psychoaktywnych jest nie tylko zaspokojenie potrzeb fizjologicznych i psychicznych pacjenta, ale również właściwa postawa zrozumienia i empatii.
- Znajomość wiedzy na temat schizofrenii oraz wpływu na zdrowie psychiczne uzależnienia od środków psychoaktywnych pozwala zrozumieć problemy pacjenta i udoskonalić jego pielęgnację.
- Schizofrenia jest chorobą przewlekłą o różnym przebiegu, dlatego pacjenci i ich rodziny wymagają psychoedukacji indywidualnej.

Bibliografia

1. WHO Basic Documents, Forty-fifth editio, Supplement, October 2006 [online]. Dostępny na URL: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf [cyt.20.02.2016].
2. Turzańska-Szacoń B. *Ochrona zdrowia psychicznego*. Warszawa: Wydawnictwo Gaskor; 2012.
3. Szukalski B. Syntetyczne narkotyki i związane z nimi zagrożenia. *Farm Pol* 2007; 63 (13): 567–582.
4. Gorzelańczyk EJ. Neurobiologiczne źródła uzależnień – perspektywa ewolucyjna i kliniczna. *Alkohol Narkom* 2011; 24 (3): 235–249.
5. Rymaszewska J, red. *Psychiatria – co nowego?* Wrocław: Wydawnictwo Cornetis; 2011.
6. Freyberger H, Schneider W, Stieglitz R, Bilikiewicz A, red. *Kompendium psychiatrii psychoterapii medycyny psychosomatycznej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2005.
7. Jarema M, red. *Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych*. Gdańsk: Via Medica; 2011.
8. Kosińska M, Niebrój L, red. *Opieka i pomoc w różnych stanach zdrowia*. Katowice: Media Silesia; 2012.

9. Kurpas D, Miturska H, Kaczmarek M. *Podstawy psychiatrii dla studentów pielęgniarstwa*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo; 2009.
10. Marzec E. Studium przypadku chorego na schizofrenię. *Puls Uczelni* 2012; 6 (3): 18–22.

Adres do korespondencji:

Ewa Radwańska
Instytut Pielęgniarstwa,
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
ul. Katowicka 68, 45-060 Opole
tel. 77 442 35 09
e-mail: eradwanska@onet.eu

Rozpoznanie i leczenie uzależnienia od alkoholu

Beata Błach

Samodzielny Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych
im. Ks. Biskupa Nathana w Branicach

Wstęp

Z alkoholem spotykamy się na co dzień, jest sprzedawany w większości sklepów spożywczych, na stacjach benzynowych, w każdej restauracji. Wielu ludzi jest przekonanych, że piją wszyscy, a przynajmniej większość. Alkohol jest środkiem psychoaktywnym najpowszechniej używanym właściwie na całym świecie, poza krajami muzułmańskimi [1]. Jego popularność wynika z ogólnej dostępności, legalności zakupu oraz relatywnie niskiej ceny.

Osoby, które piją alkohol, mogą w trakcie życia wielokrotnie zmieniać swój wzór picia i oscylują pomiędzy abstynencją a piciem tylko trochę, sporadycznie, od czasu do czasu, okazjonalnie, w weekendy, itd. [1]. Jeżeli z alkoholu korzystają ludzie doświadczeni, zdrowi i wyposażeni w wiedzę o sposobie i skutkach jego działania, zmniejsza się prawdopodobieństwo uzależnienia się od alkoholu [1]. Nawet niewielka ilość alkoholu upośledza zdolność człowieka do racjonalnego, trzeźwego myślenia.

Większość spożywających alkohol pije go umiarkowanie i nie powoduje to problemów. Jednak w dużym stopniu picie alkoholu jest nieświadomym i nieprzemyślanym zachowaniem i zawsze jest związane z pewnym ryzykiem. Fakt ten przyczynia się do tworzenia atmosfery sprzyjającej powstawaniu problemów alkoholowych.

Miara w postaci porcji standardowej lub gramatura wypitego alkoholu stanowią istotną pomoc przy opisie wzorów spożywania alkoholu. W Europie porcja standardowa zawiera zwykle 10 g czystego alkoholu i zawarta jest w ok. 250 ml piwa o mocy 5%, 100 ml wina o mocy 12% oraz 30 ml wódki o mocy 40% [2]. Picie alkoholu o niskim ryzyku to dla mężczyzn wypijanie nie więcej niż 4 porcji standardowych dziennie, dla kobiet nie więcej niż 2 porcji standardowych dziennie i dla obu płci powinna też pojawić się abstynencja przez dwa dni w tygodniu, najlepiej następujących po sobie.

1. Rozpoznawanie problemów alkoholowych

Ryzykowne spożywanie alkoholu to taki poziom spożycia lub taki wzór picia, który uprawdopodobnia wystąpienie szkody, jeżeli wzór picia będzie kontynuowany [3]. W swojej roboczej definicji Światowa Organizacja Zdrowia określa **picie ryzykowne jako regularne średnie spożywanie alkoholu w ilości 20–40 g alkoholu dziennie przez kobiety i 40–60 g dziennie przez mężczyzn** [2]. Innymi słowy, jest to picie nadmiernych ilości alkoholu (jednorazowo i łącznie w określonym czasie). Można oczekiwać, że jeśli obecny model picia nie zmieni się, to pojawią się konsekwencje.

W Polsce obowiązuje Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych WHO ICD-10 z 1992 roku, która nie uwzględnia rozpoznawania picia ryzykownego; jednak **picie szkodliwe** jest już sklasyfikowane i ma swój symbol F10.1. Jest to taki wzorzec picia, który przynosi już szkody zdrowotne. Mogą one przybierać formę szkód somatycznych lub psychicznych. Nie występują tu objawy uzależnienia. Aby rozpoznać szkodliwe używanie alkoholu, opisany wzorzec picia powinien utrzymywać się przez co najmniej miesiąc lub występować w sposób powtarzający się w ciągu 12 miesięcy [1]. Robocza definicja Światowej Organizacji Zdrowia określa picie szkodliwe w następujący sposób: **picie szkodliwe to regularne średnie spożywanie alkoholu w ilości ponad 40 g czystego alkoholu dziennie przez kobietę i ponad 60 g dziennie przez mężczyznę, przy jednoczesnym łącznym spożyciu 210 g lub więcej w tygodniu przez kobiety oraz 350 g i więcej w tygodniu przez mężczyzn**. Jako picie szkodliwe określane jest też spożywanie każdej ilości alkoholu (nawet tej najmniejszej) przez: kobiety w ciąży, matki karmiące, chorych przewlekle, osoby przyjmujące leki, osoby starsze [2].

Możemy też spotkać się z okazjonalnym upijaniem się, które może być celowe lub niecelowe, któremu przypisuje się odpowiedzialność za niektóre szkody zdrowotne i jest definiowane jako **spożywanie co najmniej 60 g czystego alkoholu przy jednej okazji przez mężczyznę i 40 g przez kobietę** [2].

Kolejnym sklasyfikowanym problemem alkoholowym w ICD-10 mającym symbol F10.2 jest **uzależnienie od alkoholu** jako następstwo długotrwałego, szkodliwego spożywania alkoholu, w którym picie jest często ważniejsze od innych przyjemności i zainteresowań, które niegdyś były dla osoby pijącej priorytetem (nie zaleca się używania terminu „alkoholizm” z powodu jego małej precyzji i negatywnych skojarzeń) [3]. O uzależnieniu świadczy występowanie łączne trzech lub więcej poniższych objawów w ciągu ostatniego roku (picia):

1. silne pragnienie lub poczucie przymusu picia („głód alkoholowy”). Jest to trudna do odparcia chęć wypicia czy upicia się;
2. upośledzona zdolność kontrolowania zachowań związanych z piciem (trudności w unikaniu rozpoczęcia picia, trudności w zakończeniu picia do wcześniej założonego poziomu, nieskuteczność wysiłków zmierzających do zmniejsze-

nia lub kontrolowania picia). Jest to podstawowy objaw uzależnienia. Osoba uzależniona nie potrafi konsekwentnie realizować własnych decyzji związanych z piciem lub niepieniem alkoholu, ma trudność w zaprzestaniu rozpoczętego picia i w powstrzymaniu się od picia znowu;

3. zespół abstynencyjny czyli fizjologiczne objawy pojawiające się, gdy spożycie alkoholu jest ograniczone lub przerwane (drżenie mięśniowe, nadciśnienie tętnicze, nudności, wymioty, biegunka, bezsenność, rozszerzenie źrenic, wysuszenie śluzówek, wzmożona potliwość, zaburzenia snu, niepokój, drażliwość, lęki, padaczka poalkoholowa, omamy wzrokowe lub słuchowe, majaczenie drżenne) albo używanie alkoholu lub innej podobnie działającej substancji (np. leku) w celu złagodzenia ww. objawów, uwolnienia się od nich lub ich uniknięcia;
4. zmieniona (najczęściej zwiększona) tolerancja alkoholu (wcześniejsze dawki alkoholu nie przynoszą oczekiwanego efektu) i pojawia się potrzeba spożycia większych dawek dla wywołania spodziewanego efektu;
5. picie kosztem innych przyjemności i zainteresowań, ilość czasu przeznaczona na zdobywanie alkoholu lub jego picie, bądź uwolnienie się od następstw jego działania ulega zwiększeniu (tzw. koncentracja życia wokół picia);
6. uporczywe picie alkoholu mimo oczywistych dowodów występowania szkodliwych następstw picia (picie alkoholu mimo, że charakter i rozmiary szkód są osobie pijącej znane lub można oczekiwać, że są znane) [3].

Nie można mówić o ryzyku zerowym spożywania alkoholu, bo z punktu widzenia toksykologii każda ilość wypitego alkoholu jest ryzykowna. Negatywne konsekwencje picia mogą pojawić się przy relatywnie niskim poziomie spożycia. Picie niewielkich ilości alkoholu powoduje wzrost potencjalnego ryzyka udaru krwotocznego (choć zmniejsza ryzyko udaru niedokrwinnego), niektórych nowotworów (rak piersi u kobiet, rak jelita grubego), uszkodzeń płodu. Alkohol może niekorzystnie oddziaływać z ponad 100 rodzajami leków, włączając w to leki sprzedawane bez recepty [4].

2. Testy ułatwiające rozpoznanie uzależnienia od alkoholu

Aby ułatwić rozpoznawanie problemów alkoholowych, opracowano wiele testów przesiewowych, za pomocą których można ocenić charakter problemów alkoholowych pacjentów. Testy te zostały opracowane z przeznaczeniem przede wszystkim dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, którzy podejrzewając, że pacjent nadużywa alkoholu, mogą je wykorzystać w celu rozpoznania rodzaju problemu alkoholowego. Nie są to jednak narzędzia diagnostyczne – nie można na ich podstawie orzec rozpoznania zespołu uzależnienia od alkoholu. Pomagają one z większym lub mniejszym prawdopodobieństwem trafienia wskazać osoby pijące alkohol ryzykownie, szkodliwie lub podejrzane o uzależnienie. Osoby podejrzane o uzależnienie lub

te, u których wyniki testów przesiewowych budzą wątpliwości, wymagają pogłębionej rozmowy lub powinny być skierowane do specjalistycznej diagnostyki w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu [5].

Najbardziej popularnymi testami przesiewowymi są: CAGE, MAST i AUDIT. Różnią się one treścią i liczbą pytań oraz czułością i trafnością w rozpoznawaniu picia ryzykownego i szkodliwego. Z racji najwyższej czułości (zdolność testu do wykrywania choroby u pacjentów, u których choroba występuje) i trafności (zdolność testu do wykluczania rozpoznania u pacjentów, u których choroba nie występuje), WHO rekomenduje stosowanie w badaniach przesiewowych testu Rozpoznawania Zaburzeń Związanych ze spożywaniem Alkoholu AUDIT. Test ten zawiera dziesięć pytań dotyczących trzech obszarów używania alkoholu. Jest to łatwy do wypełnienia kwestionariusz, jednak dość czasochłonny [2].

Pacjenci często przeczą picciu alkoholu, choć istnieją przesłanki sugerujące, że spożywają alkohol w sposób ryzykowny, szkodliwy lub nałogowy, podają sprzeczne informacje, minimalizują rozmiary picia lub szkody wynikające ze spożywania alkoholu. Stosują mechanizmy obronne charakterystyczne dla uzależnienia, mają poczucie wstydu, czują lęk. Dlatego warto przeprowadzić test w atmosferze bezpieczeństwa, w której pacjent będzie przekonany, że osoba pytająca go o picie alkoholu robi to w trosce o niego. Potraktowanie pacjenta przedmiotowo spowoduje w nim opór przed szczerym zajęciem się tematem picia alkoholu i nie będzie możliwe prawidłowe rozpoznanie.

Jeżeli test AUDIT nie przynosi jednoznacznego rozstrzygnięcia, warto dopytać pacjenta o objawy uzależnienia. W Polsce postawienie diagnozy nozologicznej (czyli rozpoznanie uzależnienia od alkoholu zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania ICD-10) jest zadaniem lekarza. Choć w procesie diagnostycznym biorą aktywny udział specjaliści psychoterapii uzależnień i psychologowie, to jednak tylko lekarz ma prawo postawić rozpoznanie medyczne i uwiarygodnić je swoją pieczęcią [2].

3. Proces diagnostyczny: badane obszary

Diagnoza wymaga bezpośredniego kontaktu z pacjentem. Nie można diagnozować problemów pacjenta wyłącznie na podstawie danych zawartych w dokumentach czy na podstawie informacji uzyskanych od rodziny czy innych osób [3].

Badanych jest kilka obszarów zachowań pacjenta. Po pierwsze trzeba się przyrzec, czy pacjent odczuwa: **silne pragnienie lub poczucie przymusu picia** („**głód alkoholowy**”). Objaw ten dowodzi istnienia zależności psychicznej. Pytanie wprost o doświadczenie głodu alkoholowego z dużym prawdopodobieństwem nie przyniesie potwierdzających odpowiedzi. Na występowanie tego objawu mogą wskazywać różne zachowania i wypowiedzi pacjenta. Możemy usłyszeć od pacjenta, że „lubię po prostu pić”, „ciągnie mnie do picia”, „chce mi się pić”, „musiałem się na-

pić”, „nie mogłem się powstrzymać”, itp. Występowanie tego objawu potwierdzają też determinacja i ryzyko, z jakim wiąże się dla pacjenta w określonych sytuacjach spożywanie alkoholu (picie alkoholi niespożywczych, picie mimo implantowanego Esperalu czy przyjątego Anticolu). O występowaniu głodu alkoholowego świadczą też zachowania niezgodne z zasadami, systemem wartości pacjenta, normami jego środowiska (pije alkohole, których nie tknąłby w innej sytuacji, w tym niespożywcze, w miejscach, w których wcześniej by tego nie zrobił oraz sytuacje powrotu do picia po okresach abstynencji, poprzedzone wyraźnie narastającym napięciem, silnym dyskomfortem psychicznym i poczuciem konieczności natychmiastowego doznania ulgi). Czasami mogą pojawić się w takiej sytuacji dolegliwości somatyczne: drżenia, dolegliwości bólowe, skurcze. Wypicie alkoholu niesie natychmiastową nagrodę w postaci wyraźnie odczuwalnej ulgi, spadku napięcia i ustąpienia dolegliwości. Często pojawia się narastająca irytacja, podenerwowanie, dekoncentracja („nosi mnie”, „nie mogę sobie znaleźć miejsca”, „źle się czuję”, „wszystko i wszyscy mnie złoścżą”). W sytuacjach zetknięcia się osoby uzależnionej, która aktualnie nie pije z alkoholem (uczestnictwo w spotkaniach alkoholowych, widok, zapach, smak alkoholu, choćby w słodyczach, dźwięki skojarzone z sytuacjami picia, miejsca spożywania czy zakupu alkoholu, towarzystwo osób pijących, itp.) mogą wystąpić sny o spożywaniu alkoholu i jego przynoszącym ulgę działaniu [5].

Kolejnym obszarem, który będzie badany jest **upośledzona zdolność kontrolowania zachowań związanych z pićm**, polegająca na trudności w unikaniu rozpoczęcia picia, trudności w zakończeniu picia na wcześniej założonym poziomie, nieskuteczności wysiłków zmierzających do zmniejszenia lub kontrolowania picia. Mówiąc prościej, pacjent spożywa alkohol inaczej, niż by tego chciał: pije więcej i częściej niż planuje, ma problem z przerwaniem picia oraz z utrzymaniem zaplanowanej abstynencji. Nie będzie efektu z pytania pacjenta wprost o to, czy kontroluje swoje picie. Nawet jeśli opowie o licznych doświadczeniach świadczących o upośledzeniu kontroli (ciągi picia, nieudane próby kontroli), prawdopodobnie i tak będzie przekonany o swojej zdolności do zapanowania nad pićm (w odpowiednim czasie, warunkach, sytuacji). Nie będzie potrafił realnie oceniać swoich możliwości w tym zakresie. Oto zachowania świadczące o upośledzeniu kontroli: powtarzające się, nieplanowane upijanie się; spożywanie alkoholu coraz dłuższymi ciągami (ponad 24 h), wynikającymi z niemożności przerwania picia; podejmowanie (udanych lub nieudanych) prób kontroli picia, polegających na ograniczeniu rozmiarów picia, np. poprzez zamianę wódki na piwo, niepicia wina czy rezygnację z kontaktu z pijącymi kolegami lub podejmowanie abstynencji, po których pacjent wraca do poprzedniego niekontrolowanego spożywania alkoholu. Zamysłem pacjentów jest często pragnienie udowodnienia komuś lub sobie zdolności do kontroli picia. O upośledzeniu kontroli na pewno będą świadczyć kilkudniowe ciągi opilcze, w trakcie których pacjent wielokrotnie w ciągu dnia doprowadza się do stanu upojenia, a jego codzienne funkcjonowanie koncentruje się niemal wyłącznie na spożywaniu alkoholu [5].

Dosyć często zdarza się, że pacjenci trafiają do oddziału szpitalnego z różnymi schorzeniami, np. z zapaleniem płuc, nagle przerywając picie alkoholu, i rozwija się u nich alkoholowy zespół abstynencyjny. Pojawienie się fizjologicznych objawów zespołu abstynencyjnego może być faktem wykorzystanym do konfrontacji pacjenta z problemem alkoholowym jako próba pokazania mu, że jego picie jest problemem i niesie ze sobą poważne dla jego zdrowia konsekwencje.

Zespół abstynencyjny to kolejny obszar do zbadania – jest on świadectwem zależności fizycznej, czyli adaptacji ośrodkowego układu nerwowego do obecności alkoholu. W momencie wyraźnego spadku poziomu stężenia alkoholu we krwi pojawiają się charakterystyczne objawy: drżenie mięśniowe (języka, powiek, wyciągniętych rąk), nudności, wymioty, biegunka, tachykardia lub podwyższone ciśnienie krwi, bóle głowy, pobudzenie psychoruchowe, bezsenność, rozszerzenie źrenic, wysuszenie śluzówek, wzmożona potliwość, podwyższona ciepłota ciała, bóle mięśniowe, zaburzenia snu, niepokój, drażliwość, lęki. Objawy te bardzo przypominają grypę. Czasami (u ok. 5–15% osób uzależnionych) występują dodatkowo napady drgawkowe zwane potocznie padaczką poalkoholową, a u ok. 5% uzależnionych – zwiewne omamy lub iluzje wzrokowe, dotykowe lub słuchowe, majaczenie drżenne. Stopień nasilania objawów odstawiennych zależy od ilości i czasu nadużywania alkoholu, ogólnego stanu zdrowia i indywidualnych cech uzależnionego [6]. Objawy abstynencyjne występują w kilka godzin po zaprzestaniu lub znacznym zredukowaniu długotrwałego picia alkoholu. Utrzymują się przez kilka dni i większość z nich samoistnie przemija. Dłużej, bo do dwóch–trzech tygodni, może utrzymywać się złe samopoczucie, nerwowość i zaburzenia snu. Niepowikłany zespół abstynencyjny nie wymaga najczęściej leczenia. Po przejściu ostrej fazy spada prawdopodobieństwo wystąpienia groźniejszych powikłań. Jeśli jednak ostre objawy nie ustępują, a nawet nasilają się w czasie, pacjent powinien zostać zbadany przez lekarza, bowiem może dojść do rozwoju powikłań i stanów zagrażających życiu [6].

Napady drgawkowe występują najczęściej 12–48 godzin po zaprzestaniu picia, a utrzymują się do ok. tygodnia. Nie pojawiają się u osób podtrzymujących określony poziom stężenia alkoholu w organizmie i w czasie długotrwałej abstynencji [4]. Drgawkowe napady abstynencyjne wyglądają podobnie jak padaczka (epilepsja), jednak występują wyłącznie w okresach odstawiania alkoholu. W okresie międzynaпадowym nie stwierdza się zmian w zapisie EEG i tym samym drgawkowe napady abstynencyjne nie wymagają przewlekłego leczenia farmakologicznego lekami przeciwpadaczkowymi [7].

Majaczenie alkoholowe (*delirium tremens*) to krótkotrwała (trwająca od kilku godzin do kilku dni), ostra psychoza charakteryzująca się zaburzeniami świadomości (dezorientacja co do miejsca i czasu), zaburzeniami postrzegania (iluzje i omamy, głównie wzrokowe, czuciowe, węchowe, czasem również słuchowe), podnieceniem psychoruchowym oraz lękiem. Chorzy często są przekonani, że uczestniczą w wyobrażonych zdarzeniach i biorą w nich czynny udział. Objawy nasilają się w ciem-

ności. Zaburzeniom psychicznym towarzyszą ciężkie stany somatyczne, potencjalnie zagrażające życiu (wysoka temperatura, zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej oraz regulacji wegetatywnej). Majaczenie rozwija się najczęściej w kilka godzin lub dni po zaprzestaniu picia alkoholu lub gwałtownym zredukowaniu dawki. Poprzedza je wystąpienie innych objawów zespołu abstynencyjnego. Warto wiedzieć, że prawdopodobieństwo wystąpienia majaczenia alkoholowego jest większe w grupie osób doświadczających w zespole abstynencyjnym napadów drgawkowych (u 1/3 z nich rozwinięte są też majaczenie), a także w grupie pacjentów nadużywających leków nasennych i uspokajających oraz tych, którzy już choć raz przebyli majaczenie [6].

Odmianą majaczenia drzennego jest ostra halucynozja alkoholowa, w której dominują omamy słuchowe z towarzyszącymi im urojeniami prześladowczymi. Chory słyszy głosy, które grożą mu, czasem oskarżają lub nakazują podjąć jakieś działanie. Zaburzenia świadomości są słabiej wyrażone [6].

Osoby uzależnione, w miarę nasilania się picia i tym samym objawów abstynencyjnych, będą bardziej skłonne do sięgania po alkohol lub leki uspakajające jako sposób na szybką poprawę samopoczucia: zadomowi się u nich przekonanie, że leczą kaca. Według ICD-10 rozpoznanie faktu „klinowania” pozwala wnioskować o występowaniu zespołu abstynencyjnego, nawet jeśli pacjent nie podaje precyzyjnie poszczególnych objawów [3]. Warto o nie zapytać. Inaczej niż w przypadku głodu alkoholowego czy upośledzenia kontroli zachowań związanych z piciem – o objawy zespołu abstynencyjnego można i trzeba zapytać wprost. Można pytać o każdy z nich, łącznie z powikłaniami. Oczywiście jest, że warto pozostawić pacjentowi możliwość samodzielnej odpowiedzi, prosząc go, aby powiedział, jak się czuje po przerwaniu dłuższego lub intensywnego picia alkoholu i jak sobie radzi z dolegliwościami.

Nie każdy zespół abstynencyjny wymaga leczenia farmakologicznego, niektóre jednak wymagają bezwzględnej hospitalizacji. Decyzja każdorazowo należy do lekarza. Stany aktywnego majaczenia drzennego, jak również halucynozja alkoholowa oraz napady drgawkowe stanowią podstawę do przyjęcia chorego do szpitala psychiatrycznego w tzw. trybie nagłym, czyli nie wymagają skierowania [3].

Warto też przyjrzeć się tolerancji pacjenta na alkohol, mimo że rozpoznanie trzech powyższych objawów jest wystarczające do postawienia diagnozy uzależnienia od alkoholu i skierowania pacjenta do dalszego leczenia w placówce leczenia uzależnień.

Pojęcie „tolerancja” oznacza, że po pewnym okresie spożywania alkoholu ta sama dawka nie przynosi oczekiwanego efektu – aby osiągnąć efekt (odprężyć się, „poczuć się na rauszu”, upić), trzeba wypić więcej. Tolerancja przejawia się w tym, że osoby chronicznie i intensywnie pijące wykazują nieznaczne oznaki intoksykacji; nawet przy tak wysokim poziomie alkoholu we krwi, który u innych osób powodowałby poważne zaburzenia [5]. Tolerancja umożliwia zatem spożywanie większych ilości alkoholu, ponieważ pijący nie doświadczą w wyniku picia znacznego upośledzenia funkcjonowania. Grozi to poważnymi szkodami zdrowotnymi oraz rozwinięciem zależności fizycznej.

Czasami, po długim okresie wysokiej tolerancji u pacjenta następuje zmiana i wykazuje on silne upojenie po niewielkich dawkach alkoholu. Spadek tolerancji związany jest z faktem poważnego poalkoholowego uszkodzenia wątroby i osłabieniem aktywności enzymów uczestniczących w procesie metabolizowania alkoholu. W kontakcie z osobami uzależnionymi warto pamiętać, że pacjent może mieć bardzo duże stężenie alkoholu we krwi, ale nie widać tego w jego zachowaniu. Czuć, że wypił jakiś alkohol, ale jego stan nie przedstawia faktycznie spożytej ilości alkoholu. Wyjaśnienia z kategorii: „wypiłem tylko piwo” brzmią w tym kontekście dosyć wiarygodnie.

Oczywiście warto też rozmawiać z pacjentem w kontekście dwóch ostatnich objawów diagnostycznych uzależnienia od alkoholu, ale jest to proces długotrwały, wymagający więcej niż jednego spotkania. Jednak szeroka wiedza dotycząca wyżej opisanych objawów uzależnienia powinna dać pewność diagnoście, aby motywować pacjenta do podjęcia leczenia w ośrodku leczenia uzależnień.

4. Leczenie uzależnienia od alkoholu

Konsekwencje zdrowotne nadużywania alkoholu są przeróżne. Do szpitali trafiają pacjenci z ostrym lub przewlekłym zapaleniem trzustki, z chorobami wątroby, z neurologicznymi, urologicznymi, chirurgicznymi, ortopedycznymi czy kardiologicznymi następstwami nadużywania alkoholu; konsekwencje używania alkoholu możemy spotkać nawet na porodówce. Choroba to zawsze zachwianie równowagi, swoisty kryzys – warto pacjentowi pomóc wykorzystać ten kryzys dla poprawy życia i rozwoju. Warto podjąć próbę pokazania pacjentowi, że choroba, którą aktualnie się zajmujemy, to konsekwencja nadużywania alkoholu. Trzeba pacjenta uświadomić, że powrót do picia z dużym prawdopodobieństwem spowoduje kolejne zachorowanie. Należy zadbać, aby nasza pomoc była kompleksowa.

Zdecydowana większość osób uzależnionych od alkoholu wymaga specjalistycznego leczenia w placówkach odwykowych. W Polsce leczenie tych osób odbywa się wyłącznie w publicznych lub niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej i jest bezpłatne, także dla osób nieubezpieczonych [2]. Podstawową metodą leczenia uzależnienia w zakładach lecznictwa odwykowego jest psychoterapia uzależnienia, natomiast postępowanie medyczne ma wymiar wspomagający psychoterapię i jest nakierowane głównie na leczenie zespołów abstynencyjnych, farmakologiczne wsparcie psychoterapii, diagnostykę szkód wynikających z używania alkoholu i kierowanie osób wymagających leczenia somatycznego do leczenia specjalistycznego [2]. Oczywiście nierzadko pacjenci najpierw trafiają do podstawowej opieki medycznej i leczenia specjalistycznego. Niestety często przestają pić jedynie ze strachu; jednak kiedy dolegliwości ustępują, słabnie strach, a pacjenci czują się wyleczeni – wracają do picia alkoholu i koło się zamyka.

Leczenie uzależnienia jest dobrowolne, z wyjątkiem sądowego zobowiązania do leczenia, które zostało określone w art. 24 ustawy o wychowaniu w trzeźwości:

„Osoby, które w związku z nadużywaniem alkoholu powodują rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylają się od pracy albo systematycznie zakłócają spokój lub porządek publiczny, kieruje się na badanie przez biegłego w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu leczniczego” [2].

System leczenia osób uzależnionych od alkoholu zorganizowany jest odrębnie od systemu leczenia osób uzależnionych od innych substancji psychoaktywnych, choć w ramach obu systemów możliwe jest leczenie osób uzależnionych od kilku substancji psychoaktywnych (uzależnienia mieszane) [2].

W systemie lecznictwa odwykowego funkcjonują 4 rodzaje zakładów lecznictwa odwykowego:

- ambulatoryjne: przychodnie, poradnie terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia lub przychodnie, poradnie leczenia uzależnień;
- oddziały dzienne terapii uzależnienia od alkoholu;
- całodobowe oddziały terapii uzależnienia od alkoholu lub oddziały leczenia uzależnień;
- Oddziały Leczenia Zespołów Abstynencyjnych [2].

Czas niezbędny do przeprowadzenia skutecznej terapii uzależnienia to 18–24 miesiące. Pierwszy, podstawowy etap psychoterapii uzależnienia od alkoholu w oddziałach stacjonarnych i dziennych to sześć do ośmiu tygodni, natomiast w placówkach ambulatoryjnych od czterech do sześciu miesięcy. Cały cykl psychoterapii uzależnienia od alkoholu trwa do dwóch lat i obejmuje 240 godzin terapii grupowej i do 50 godzin terapii indywidualnej w ciągu roku. Po zakończeniu podstawowego etapu programu pacjenci kierowani są w celu kontynuowania leczenia do pogłębionej psychoterapii w zakładach ambulatoryjnych oraz do grup samopomocowych [2]. Najbardziej rozpowszechnione w Polsce i na całym świecie są grupy Anonimowych Alkoholików oraz kluby abstynenta.

Podsumowanie

Trzeba abyśmy zdali sobie sprawę z tego, że wśród pacjentów lekarzy rodzinnych poważny odsetek stanowią osoby z problemem uzależnienia, pijące alkohol w sposób szkodliwy lub już uzależnione od alkoholu. Z badań wiadomo na przykład, że około 20% pacjentów leczonych w niespecjalistycznych placówkach służby zdrowia pije na poziomie określanym jako ryzykowny lub szkodliwy, zaburzenia związane z piciem alkoholu ma 10–30% pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej, około 40% pacjentów zgłaszających się do poradni ogólnych i do lekarzy rodzinnych miało lub ma problemy zdrowotne związane z alkoholem, w warunkach szpitalnych problemy alkoholowe występują u około 42% mężczyzn i 35% kobiet, a na niektórych oddziałach osoby, których problemy zdrowotne mają związek z piciem alkoholu, stanowią niekiedy nawet ponad 50% hospitalizowanych [5].

Dlatego tak bardzo ważne jest, abyśmy w sytuacji rozpoznania u pacjenta problemu alkoholowego podejmowali interwencje w kierunku motywowania do podjęcia leczenia odwykowego.

Osoby uzależnione od alkoholu mają tendencję do zachowywania *status quo*. Działanie psychologicznych mechanizmów uzależnienia powoduje, że odrzucają wszelkie nieznanne rozwiązania, pomysły i informacje. Konsekwencje zdrowotne, często zagrożenie życia pacjenta i pobyt w szpitalu zaburzają ten stan – warto wykorzystać ten kryzys do motywowania pacjenta do zajęcia się też problemem alkoholowym i do uświadomienia mu, że uzależnienie od alkoholu to choroba, którą się leczy.

Bibliografia

1. Kinney J. Leaton G. *Zrozumieć alkohol*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych; 1996.
2. Fudała J. *Rozpoznawanie problemów alkoholowych i krótkie interwencje*. Warszawa: Wydawnictwo PARPAMEDIA; 2009.
3. Będkowska – Korpała B, red. *Uzależnienia w praktyce klinicznej. Zagadnienia diagnostyczne*. Warszawa: Wydawnictwo PARPAMEDIA; 2009.
4. Fronczyk K, tłum. *Picie umiarkowane*. Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego [online]. Dostępny na URL: <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/51-alkohol-i-nauka/259-picie-umiarkowane.html> [cyt. 22.02.2016].
5. Woronowicz BT. *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia* Warszawa: Wydawnictwo PARPAMEDIA; 2009.
6. Habrat B. *Szkody zdrowotne spowodowane alkoholem*. Warszawa: Wydawnictwo Springer PWN; 1996.
7. Woronowicz BT. *Bez tajemnic – o uzależnieniach i ich leczeniu*. Warszawa: Wydawnictwo Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2003.

Adres do korespondencji:

Beata Błach
ul. Żymierskiego 60, 48-140 Branice
tel. 507 144 300
e-mail: babetazeta@o2.pl

Dziecko z autyzmem w rodzinie

Renata Widziak¹, Jagoda Widziak²

¹ Instytut Pielęgniarstwa, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

² Instytut Psychologii, Wydział Historyczno-Pedagogiczny, Uniwersytet Opolski

Wstęp

Rodzina jako środowisko wzrostu, rozwoju i wychowania młodego człowieka, pełni kluczową rolę w jego życiu. Powinna zatem właściwie spełniać swoje zadania zarówno w sytuacji zdrowia, jak i choroby. To trudne zadanie wspierania rozwoju dziecka, które stoi przed rodzicami, wydaje się jeszcze trudniejsze wtedy, kiedy odkrywamy u niego zaburzenia rozwojowe. Indywidualne podejście do wychowania nabiera wtedy jeszcze większego znaczenia.

Autyzm jest zaburzeniem rozwojowym, w którym pojawia się zespół nieprawidłowości w zakresie interakcji społecznych i komunikacji. Występuje również ograniczony i pojawiający się wielokrotnie repertuar zachowań [1]. Pierwszy kliniczny opis tego zaburzenia sformułował L. Kanner w 1943 r., obserwując dzieci, które charakteryzowały się swoistym brakiem łączności uczuciowej z innymi ludźmi [2].

Za szerokim wachlarzem emocji, zachowań, trudności, problemów i strategii radzenia sobie z nimi zawsze stoją szczególne, wyjątkowe osoby – dzieci i ich rodzice. Do szerszego zrozumienia ich problemów przyczynia się większa świadomość ludzi na temat tego zaburzenia, jakim jest autyzm, i wynikająca z tego akceptacja i przychyłność. Wielu rodziców boryka się z problemem niezrozumienia przez społeczność, stąd wciąż warto poświęcać uwagę temu zagadnieniu.

1. Kryteria diagnostyczne autyzmu

Obecnie najczęściej posługujemy się kategorią diagnostyczną zaburzeń ze spektrum autyzmu (*Autism Spectrum Disorders* – ASD), zgodnie z klasyfikacją Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5 [3]. W Europie obowiązuje klasyfikacja ICD-10 [1,4].

1.1. Autyzm dziecięcy w klasyfikacji ICD-10

Autyzm dziecięcy F84.0 należy do Całościowych zaburzeń rozwojowych F84 i charakteryzuje się nieprawidłowościami w rozwoju pojawiającymi się przed 3. rokiem życia. Pacjent nieprawidłowo funkcjonuje w sferze interakcji społecznych i komunikacji. Pojawia się u niego również ograniczony, powtarzający się repertuar zachowań, zainteresowań i aktywności [1,4].

W każdej z wymienionych sfer znajdują się cztery obszary, w których mogą wystąpić nieprawidłowości [1,4]. O autyzmie dziecięcym mówimy wtedy, kiedy jakościowe nieprawidłowości wzajemnych interakcji społecznych przejawiają się w co najmniej dwóch z następujących obszarów:

- niedostateczne wykorzystanie kontaktu wzrokowego, wyrazu twarzy, postaw ciała i gestów do odpowiedniego regulowania interakcji społecznych;
- niedostateczny (odpowiednio do wieku umysłowego i mimo licznych okazji) rozwój związków rówieśniczych obejmujących wzajemnie podzielane zainteresowania, czynności i emocje;
- brak odwzajemniania społeczno-emocjonalnego, przejawiający się upośledzeniem lub odmiennością reagowania na emocje innych osób, albo brak modulacji zachowania odpowiedniej do społecznego kontekstu, albo słaba integracja zachowań społecznych, emocjonalnych i komunikacyjnych;
- brak spontanicznej potrzeby dzielenia się z innymi osobami radością, zainteresowaniami lub osiągnięciami (np. brak pokazywania, przynoszenia lub podkreślania wobec innych osób przedmiotów swego indywidualnego zainteresowania) [1,4].

Jakościowe nieprawidłowości w porozumiewaniu się manifestowane są co najmniej w jednym z wymienionych obszarów:

- opóźnienie lub zupełny brak rozwoju mówionego języka, które nie wiążą się z próbą kompensowania za pomocą gestów lub mimiki jako alternatywnego sposobu porozumiewania się (często poprzedzane przez brak komunikatywnego gaworzenia);
- względny niedostatek inicjatywy i wytrwałości w podejmowaniu wymiany konwersacyjnej (na jakimkolwiek występującym poziomie umiejętności językowych), w której zachodzą zwrotne reakcje na komunikaty innej osoby;
- stereotypowe i powtarzające się, idiosynkratyczne wykorzystanie słów i wyrażań; brak spontanicznej różnorodności zabawy w udawanie („na niby”) lub zabawy naśladowującej role społeczne [1,4].

Ograniczone, powtarzające się i stereotypowe wzorce zachowania, zainteresowań i aktywności również występują w co najmniej jednym z wymienionych obszarów:

- pochłonięcie jednym lub licznymi stereotypowymi zainteresowaniami o nieprawidłowej treści i zogniskowaniu, albo jednym lub więcej zaintereso-

waniami nieprawidłowymi z powodu swej intensywności i ograniczenia, choć nie z powodu treści i zogniskowania;

- wyraziście kompulsywne przywiązanie do specyficznych, нефunkcjonalnych czynności rutynowych i zrytualizowanych;
- stereotypowe i powtarzające się manieryzmy ruchowe, obejmujące albo stukanie lub kręcenie palcami, albo złożone ruchy całego ciała;
- koncentracja na cząstkowych lub нефunkcjonalnych właściwościach przedmiotów, służących do zabawy (jak: ich zapach, odczucie powierzchni lub powodowanego hałasu lub wibracji) [1,4].

1.2. Autyzm w klasyfikacji DSM-5 (APA, 2015)

W nowej klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5 (2015) objawy z zakresu trudności w komunikacji społecznej i interakcji społecznych połączone w jedno kryterium diagnostyczne. Drugim kryterium są natomiast powtarzające się wzorce zachowań [3,5]. Tak w DSM-5, jak i w aktualnej klasyfikacji europejskiej ICD-10 podkreśla się, że objawy klasyfikujące do danego kryterium diagnostycznego powinny wystąpić we wczesnym okresie rozwoju [1,5]. W klasyfikacji ICD-10 zaznacza się, że objawy autyzmu dziecięcego występują przed 3. rokiem życia, ale autyzm można zdiagnozować również w późniejszym okresie rozwoju [1].

Kolejnym faktem wymagającym podkreślenia jest to, że w klasyfikacji DSM-5 nie ma rozróżnienia na konkretne rodzaje całościowych zaburzeń rozwojowych, np. Autyzm dziecięcy, Autyzm atypowy, Zespół Aspergera, Zespół Retta, Inne dziecięce zaburzenia dezintegracyjne obecne w aktualnej klasyfikacji europejskiej ICD-10 [1,3,5]. Wszystkie te wspomniane rodzaje zaburzeń są określone jako zaburzenia należące do spektrum autyzmu. Różnicowanie zaburzeń ze spektrum autyzmu polega na ocenie ciężkości występujących zaburzeń. Wyodrębniono: poziom 1 – pacjenci wymagający wsparcia, poziom 2 – pacjenci wymagający znacznego wsparcia oraz poziom 3 – pacjenci wymagający bardzo znacznego wsparcia [5].

Nie można pominąć uwagi zamieszczonej w klasyfikacji DSM-5, która zaleca, by osoby, które mają znaczne deficyty w zakresie komunikacji, a nie wykazują innych objawów charakterystycznych dla zaburzeń ze spektrum autyzmu, nie były diagnozowane jako autystyczne i aby były badane pod kątem zaburzeń komunikacji społecznej [5].

2. Rola rodziców we wczesnej diagnostyce autyzmu

Im szybciej autyzm zostanie zdiagnozowany, tym prędzej można zacząć pracę z dzieckiem nad rozwojem jego umiejętności w różnym zakresie. Jest to o tyle trudne, że często sygnalizowane przez dziecko objawy na wczesnym etapie życia są nie-

jednoznaczne. Nie bez powodu Bleuler w 1911 r. wprowadził słowo „autyzm” jako określenie dla jednego z osiowych objawów schizofrenii, który charakteryzuje się wycofaniem z życia społecznego poprzez stronienie od kontaktów międzyludzkich, życie we własnym świecie czy brak odpowiedzi na dochodzące z zewnątrz bodźce (Korzeniowski, Pużyński, 1986) [6]. Autyzm jest różnicowany ze schizofrenią dziecięcą, upośledzeniem umysłowym, zespołem kruchego chromosomu X i innymi, stąd postawienie prawidłowej diagnozy jest niezwykle trudne [2,7].

Rola rodzica jest tu nieoceniona, by szybko zauważyć pewne symptomy u dziecka, które mogą świadczyć o nieprawidłowościach. Pewne sygnały można już zauważyć w 1. roku życia dziecka, a nawet wcześniej. Ważnym jest, by reagować, gdyż układ nerwowy jest najbardziej plastyczny w pierwszych miesiącach życia. Wtedy też istnieje większa szansa na kompensację braków w jakimś obszarze u dziecka poprzez intensywną terapię [8]. W autyzmie występują również zaburzenia motoryczne od wczesnego dzieciństwa, które można obserwować w różnych przejawach zachowania dziecka.

Ewa Pisula [9] zwraca uwagę na wskaźniki behawioralne, które mogą sygnalizować problemy w prawidłowym rozwoju dziecka już ok. 1 r. życia, a także ryzyko wystąpienia autyzmu. Wśród tych wskaźników (I półrocze 1. roku życia) znajdują się: zaburzony kontakt wzrokowy; brak zainteresowania bodźcami społecznymi; ignorowanie tychże bodźców; krótki czas patrzenia na ludzi; zaburzenia interakcji, np. problemy w uczestniczeniu w naprzemiennej komunikacji; nieokazywanie uśmiechu społecznego czy innych form radości; niedostosowanie mimiki do sytuacji. Między 8. a 10. miesiącem życia lub wcześniej rodzice mogą zauważyć, że ich dziecko nie reaguje na własne imię, a między 8. a 12. miesiącem życia nie wskazuje na przedmioty czy ludzi [3,9].

W II półroczu 1. roku życia dziecko z podejrzeniem autyzmu może nie domagać się przytulania czy bycia brany na ręce, a także nie podążać wzrokiem za przedmiotem czy osobą. W tym półroczu dziecko może nie wykazywać złożonych zachowań społecznych, na które składa się: ton głosu, gestykulacja, ekspresja mimiczna. Może wykazywać niezbyt bogatą wokalizację czy gaworzenie, zwłaszcza gdy następuje interakcja z drugą osobą. Wszystkie te wskaźniki behawioralne nie muszą sugerować tej konkretnej diagnozy i nie jest również konieczne, by wszystkie wystąpiły. Są natomiast sygnałami dla rodziców do dalszej obserwacji dziecka i w przypadku pogłębienia się czy powtarzania powinny skłonić ich w kierunku wizyty u specjalisty [3,9]. Każdy z przytoczonych objawów ma swoje źródło; wiele z nich wynika z zaburzeń uwagi, które ograniczają odbiór sygnałów ściśle społecznych, a także z zaburzeń dostrzegania uczuć u innych osób przez dziecko autystyczne. Są to niezwykle ciężkie objawy dla dziecka, ale również dla jego rodziców, którzy na początku nie potrafią zrozumieć, dlaczego dziecko na nich nie patrzy czy unika kontaktu fizycznego, emocjonalnego. Im większa czujność rodziców na początku życia dzieci, tym więcej można zrobić w zakresie oddziaływań terapeutycznych.

Dziecko do 4.–5. roku życia nie ma jeszcze wykształconej lateralizacji półkulowej – nie ma dominacji żadnej z nich, stąd we wczesnych obserwacjach dziecka powinno zwracać się dużą uwagę na to, czy obie strony ciała (zarazem półkule mózgowe) rozwijają się harmonijnie. Wszelkie przejawy asymetrii przed 4. rokiem życia utrzymujące się dłużej (przez co najmniej miesiąc) powinny być dostrzegane przez rodziców [8]. Przykładem takich asymetrii jest, np. brak równowagi, pewnego kroku czy upadanie (należy zwrócić uwagę, czy na tę samą stronę i jak często) w kilka tygodni po tym, jak dziecko nauczyło się chodzić. Alarmujące może być: odwracanie głowy w stronę grzechotki wtedy, gdy jest tylko po prawej albo tylko po lewej stronie; używanie do chwytania dużo częściej lub tylko i wyłącznie jednej ręki; w pozycji leżenia na brzuchu unoszenie głowy z podparciem tylko na jednym przedramieniu (nie na obu – symetria). Wszelkie takie zachowania mogą być krótkotrwałe, jednak kiedy utrzymują się dłużej, należy udać się z dzieckiem do specjalisty, by odkryć ich przyczynę. Pomocne jest spisywanie swoich obserwacji w postaci dziennika [8]. Rodzice nie są bezradni, gdy ich dziecko przejawia kilka bądź więcej zachowań niesymetrycznych. Osnat Teitelbaum i Philip Teitelbaum (2012) zachęcają do wykonywania prostych ćwiczeń z dzieckiem, by usprawniać zachowania symetryczne, a tym samym zapewnić harmonijny rozwój półkul mózgowych [8].

Przykładem takiego ćwiczenia (w przypadku, gdy zauważymy, że jedna strona dziecka jest słabsza) jest stymulowanie ręki, które polega na tym, by przytrzymać zabawkę po słabszej stronie dziecka tak, aby dziecko musiało wyciągnąć rękę, by dosięgnąć tej zabawki. Zabawkę należy przesuwac w różnych kierunkach w obrębie słabszej strony dziecka w taki sposób, by dziecko również mogło wyciągać rękę w tych kierunkach i ćwiczyć słabszą stronę. Innym przykładem ćwiczenia jest zachęcanie dziecka, by nogą (po słabszej stronie) odpychało położoną tam wcześniej dłoń. Oczy dziecka można stymulować poprzez przesuwanie zabawki czy innej przedmiotu w różne strony, tak by dziecko musiało wodzić oczami za tym przedmiotem [8].

Nie tylko problemy związane z symetrią można zauważyć u dzieci z podejrzeniem autyzmu. Wskazuje się również na nieprawidłowy rozwój odruchów, który polega na tym, że odruchy nie pojawiają się bądź nie zanikają w określonym czasie. Skutkiem tego są często problemy w uczeniu się czynności ruchowych, np. obracaniu się z pleców na brzuch czy nawet chodzeniu. Mając odpowiednią wiedzę na ten temat i podejrzewając nieprawidłowości u swojego dziecka, powinniśmy zwrócić się do profesjonalisty, np. lekarza lub pielęgniarki. Osoba uprawniona do sprawdzenia takich odruchów profesjonalnie wykona badanie dziecka. Jest to ważne, by samemu nie podejmować określonych, bardziej złożonych czynności, jeśli nie potrafimy tego robić [8].

Rodzice z całą pewnością mogą u dziecka zaobserwować proste odruchy, np. ssania czy szukania, a także chwytania. Odruch ssania możemy zaobserwować, gdy np. w okolicy ust dziecka położymy swój palec. Dziecko zacznie go ssać. Ten odruch powinien zaniknąć między 3. a 4. miesiącem życia. Odruch szukania poja-

wia się, gdy dotknie się policzka lub kącika ust dziecka swoim palcem. Dziecko powinno wtedy odwrócić głowę w stronę palca i szukać źródła tej stymulacji. Odruch ten również zanika między 3. a 4. miesiącem życia. [8]. Odruch chwytania natomiast występuje, kiedy w otwartej dłoni dziecka umieścimy jakiś przedmiot. Wtedy dziecko ściska ten przedmiot, a gdy próbuje się go zabrać, to uścisk robi się silniejszy. Reakcja ta nazywana także odruchem dłoniowym zazwyczaj zanika ok. 6. miesiąca życia [8]. Te trzy krótkie opisy pokazują, co można w łatwy sposób zaobserwować u dziecka, gdy mamy świadomość istnienia pewnych odruchów i czasu, w którym powinny zanikać. W sytuacji zaobserwowania braku określonych odruchów lub dalszego ich występowania powyżej czasu przeznaczonego na ich naturalny zanik powinno się zgłosić do specjalisty.

To, co powinno jeszcze być zauważone na wczesnym etapie rozwoju, to usta Moebiusa. Ich dolna warga jest bardzo wąska, a górna przypomina kształtem namiot czy trójkąt. Jest to objaw braku prawidłowego rozwoju nerwów czaszkowych VI i VII. Zaburzona praca tych nerwów może skutkować nasileniem paraliżu mięśni twarzy różnego stopnia [8]. Na początku ciężko jest stwierdzić, czy dziecko ma naturalnie taki kształt i czy jest to całkowicie normalne. Natomiast jeśli dziecko ma taki kształt ust przez co najmniej kilka miesięcy, a także ujawniają się inne problemy – natury ruchowej – należy zwrócić na to uwagę i podjąć proces diagnostowania. Zespół Moebiusa jest obecnie nieuleczalny i będzie widoczny u danego dziecka dotkniętego schorzeniem również w przyszłym życiu dorosłym. Warto uczulić, że nie każde dziecko cierpiące na ten zespół na pewno będzie zdiagnozowane jako autystyczne, jednak w przypadku dodatkowych objawów należy się tego spodziewać [8].

Na późniejszym etapie rozwoju, gdy dziecko zbyt późno zaczyna raczkować, wstać czy chodzić, powinno to również zwrócić uwagę rodziców. Dla rodziców, których dziecko posiada problemy ruchowe, ciekawym może być przeprowadzenie Testu Przechyłu Teitelbauma (Teitelbaum Tint Test – TTT), w którym przechyla się powoli dziecko pod kątem 45° w lewą i prawą stronę. Dzieci z podejrzeniem autyzmu mają problem z pionizacją głowy, stąd przy tym teście obracają głowę w tę stronę, w którą się przechyliło. Świadczy to prawdopodobnie o problemach z układem przedmiotowym, a tym samym z równowagą. Problemy z tym układem są też widoczne w zaniku odruchu spadochronowego u dzieci autystycznych, gdy podczas upadku nie wyciągają ręk do przodu, tylko mają je w niezmienionej pozycji wzdłuż ciała [8].

Wspomniane odruchy i reakcje, ich przebieg, pojawienie się czy brak na wczesnym etapie życia dziecka są bardzo ważne. Jest to informacja dla rodzica, czy rozwój dziecka przebiega harmonijnie. Przedstawiony przebieg odruchów czy innych symptomów jest wybiórczy i pokazuje, że od wczesnych lat życia dziecka rodzice – w razie zaobserwowanych nieprawidłowości – mają moc sprawczą, by stymulować dziecko w kierunku pełnego prawidłowego rozwoju chociażby poprzez podjętą decyzję o wizycie u specjalisty dużo wcześniej bądź przez stymulowanie zachowań sy-

metrycznych dziecka. Kiedy rodzice będą posiadać większą świadomość na temat rozwoju różnych zachowań, umiejętności dziecka w określonym czasie, wtedy będą w stanie wcześniej dostrzec nieprawidłowości i zadziałać, a także poczuć się bezpieczniej, wiedząc, co tak naprawdę dzieje się z ich dzieckiem.

Nie tylko rodzice mogą zauważyć nieprawidłowości w rozwoju dzieci. Badania przeprowadzone w Wielkiej Brytanii z 2005 r. wskazują, że 60% rodziców zauważa zaburzenia rozwoju u swoich dzieci, w 10% są to pielęgniarki środowiskowe, a w 7% pracownicy oświaty [10]. Warto więc wciąż uczyć personel szpitala, gdzie dziecko ze względu chorobowych musi przebywać dłużej, na ogromną rolę obserwacji dziecka.

3. Problemy dzieci autystycznych

Każde dziecko autystyczne jest inne poprzez to, jak bardzo nasilone są jego objawy i z jakimi rodzajami symptomów żyje. Oprócz symptomów podstawowych u dzieci autystycznych można obserwować wiele innych problemów, które również stają się powodem trudności w wychowaniu dla rodziców. Przykładem są inne reakcje sensoryczne tych dzieci na bodźce pochodzące z różnych zmysłów. Autystyczne osoby mogą być nadwrażliwe na niektóre smaki czy zapachy, zafascynowane bodźcami o treści wzrokowej bądź też unikać określonych dźwięków [11]. Konstelacja nadwrażliwości czy niedowrażliwości może być różna i przez to dziecko z diagnozą autyzmu wczesnodziecięcego musi być traktowane osobowo, z odpowiednią dawką cierpliwości i zrozumienia. Często dzieciom autystycznym towarzyszą różne rytuały, a każde ich zaburzenie może skutkować negatywnymi reakcjami, w tym agresywnymi. Dzieci cierpiące na to zaburzenie często mają problem z funkcjonowaniem w nowych sytuacjach i reagują awersyjnie na nowe osoby, stąd zwracają na siebie uwagę. Jest również tak, że dzieci te mają problemy z nadaktywnością ruchową, a niektóre ich zachowania mogą wydać się „dziwaczne”, dlatego postrzega się te dzieci jako niegrzeczne, a rodziców jako nieudolnych. Wielu ludzi nie posiada odpowiedniego zasobu wiedzy, aby spróbować zrozumieć rodziców żyjących w rodzinie z dzieckiem autystycznym. Dziecko może przeżywać różne lęki, np. przed ciemnością, a także posiadać fobie – często występuje fobia społeczna [11].

4. Stres u rodziców z dzieckiem autystycznym

Dziecko żyje w systemie rodzinnym. Jedno z założeń teorii systemowej wskazuje na to, że to co dzieje się z jednym członkiem systemu rodzinnego, wpływa na ten system. Rodzice zmagający się codziennie z trudnościami wynikającymi z wychowania dziecka autystycznego nie pozostają emocjonalnie obojętni na symptomy dziecka. Odczuwają sami w sobie poczucie krzywdy czy osamotnienia [11]. Obawiają się też o przyszłość dziecka. Codziennie zmagają się z ogromnym stresem; rów-

niez dlatego, że są oceniani przez innych ludzi w kontekście zachowania ich dziecka. Bardzo trudnym jest dla wielu rodziców fakt, że dziecko może nie okazywać łączności uczuciowej z nimi czy innymi osobami, np. nie uśmiecha się do matki, okazuje małe zainteresowanie bliskim osobom [2].

Dzieci autystyczne często wymagają wyłącznej opieki, dlatego co najmniej jedno z rodziców musi zrezygnować z pracy zarobkowej. Całe życie obojga rodziców podporządkowane jest chorobie dziecka i jest to na pewno trudne doświadczenie z punktu widzenia zmiany stylu życia i swoich przekonań. Ciągła opieka nad dzieckiem często sama nastęrcza różne problemy natury emocjonalnej, które, nakładając się na poziom funkcjonowania dziecka, stwarza dla rodziców nie lada wyzwanie. Ojcowie i matki przeżywają te stresujące sytuacje w różny sposób.

W badaniach Holroyda i McArthura z 1976 r. porównywano matki dzieci autystycznych oraz tych, których dzieci mają zespół Downa. Okazało się, że tak matki dzieci autystycznych, jak i te, których dzieci cierpią na zespół Downa, doświadczają depresyjnego nastroju i czuły się przeciążone, a także pesymistycznie patrzyły w przyszłość i twierdziły, że obecność w rodzinie dziecka zaburzonego rozwojowo ogranicza możliwości całej rodziny [11]. Natomiast matki dzieci autystycznych przeżywały większy stres od matek dzieci z zespołem Downa związany z wychowaniem z dzieckiem w miejsca publiczne, z dużą zależnością od opieki i brakiem wyspecjalizowanych usług. W późniejszych pracach Pisuli z 2010 roku wykazano, że matki dzieci z autyzmem czują się bardziej obciążone opieką, niż matki dzieci z trisomią 21. chromosomu. Według Leonarda Abbeduta i współpracowników (2004) na taką zależność może mieć wpływ fakt, że dzieci z zespołem Downa są szybciej diagnozowane, a rodzice dostają wcześniej zalecenia co do dalszego postępowania i mają więcej czasu na adaptację do nowych warunków [11]. Autyzm natomiast diagnozuje się późno, a rodzice często mają wątpliwości, czy diagnoza autyzmu jest prawidłowa [11]. Na początku rodzice, dostrzegając nieprawidłowości rozwoju u dziecka, nie znając dokładnej diagnozy, mogą czuć lęk i niepokój. Dodatkowo może nastąpić u nich „zamrażanie” emocji, pozostawianie ich na drugim planie, a skupianie się przede wszystkim na znalezieniu przyczyny problemu, a czasem zaprzeczaniu trwałym zaburzeniom na rzecz tezy o krótkotrwałym kryzysie w rozwoju dziecka [12]. W konsekwencji uczucia te zbierają się i powodują cierpienie tych osób w codziennym życiu i chęć wyzwolenia się z powstałego napięcia, dlatego w końcu decydują się one na udanie się z dzieckiem do specjalisty i szukanie pomocy [12].

W zakresie profilu stresu u ojców i matek dzieci autystycznych przeprowadzono niewiele badań. Te, które zostały przeprowadzone, wskazują na doświadczanie większego stresu u matek niż u ojców dzieci autystycznych, co nie oznacza, że ojcowie nie przeżywają trudności w obrębie tego zakresu. Hastings (2003) w swoich badaniach pokazał, że poziom stresu u matek wiązał się z problemami w zakresie zachowania dziecka autystycznego, a także z problemami natury psychicznej u ojców

[11]. Natomiast stres u ojców tych dzieci nie wiązał się ze wspomnianymi aspektami. Christina Knussen i Patricia Sloper (1992) również zauważyły, że dla ojców dzieci autystycznych więcej stresu przysparzają sytuacje niezwiązane bezpośrednio z dzieckiem [11]. Może to być, np. sytuacja finansowa. Według Graya (2002) ojcowie też przeżywają zachowania problemowe u swoich dzieci autystycznych – głównie te manifestujące uczucia, np. agresję. Matki przeżywają większy stres związany z problemami dziecka odnoszącymi się do samoregulacji [11].

Ojcowie często są tymi, którzy pracują na utrzymanie rodziny, stąd mogą mieć gorszy kontakt z dzieckiem autystycznym i przeżywać trudności emocjonalne połączone z problemem w określeniu nastawienia do dziecka i miejsca w jego życiu. Warto jednak zaznaczyć, że ci ojcowie, którzy mają lepszy kontakt z dzieckiem, opiekują się nim często, wykonują bezpośrednio czynności opiekuńcze, itp. wiedzą lepiej, jakie są mocne i słabe strony dziecka, ale również są bardziej pesymistycznie nastawieni do przyszłości, wykazują mniejsze zadowolenie z małżeństwa i własnych kompetencji jako rodzica [11].

Ważnym wkładem w życie dziecka jest stawianie mu wymagań przez ojca, który ma z nim dobry kontakt i nie boi się, że dziecko okaże frustrację w odpowiedzi na potencjalną porażkę. Taki sposób działania dopełnia wpływ matki jako tej chroniącej przed frustracją i dbającej o komfort dziecka. Te działania opisują Le Chanu i Marcus [11]. Na nasilenie i specyfikę stresu u rodziców dzieci autystycznych wpływa też poczucie kontroli każdego z rodziców, poziom samooceny, a także osobowa podatność na problemy natury psychicznej. Ważną rolę odgrywa dostępność wsparcia społecznego, ludzkie postawy względem dzieci autystycznych, a także warunki finansowe rodziny i jej ogólne funkcjonowanie.

Widać więc, że jest wiele czynników, od których zależy, jak będzie się objawiał stres rodzicielski u rodziców dzieci autystycznych.

5. Depresja i zespół wypalenia u rodziców dzieci autystycznych

Badanie przytoczone przez Sekułowicz przeprowadzone w 2006 r. w USA na rodzicach dzieci cierpiących na autyzm wykazało, że 40–70% opiekunów tych dzieci posiada kliniczne objawy depresji [10]. Są to alarmujące statystyki, gdyż mediatorem między autyzmem a depresją jest właśnie stres rodzicielski. To, czy osoba będzie zagrożona wystąpieniem depresji, zależy od indywidualnych predyspozycji, ale również od sposobu radzenia sobie w tej sytuacji stresowej, jaką jest terminowa choroba dziecka. Symptomy depresyjne u rodziców dzieci z autyzmem występują nie tylko z powodu zaburzeń funkcjonowania dziecka, ale również z powodu braku umiejętności poradzenia sobie z wychowaniem tego dziecka i niewiedzy na temat zaburzenia [10]. U rodziców dzieci autystycznych można zauważyć również skrajnie nasilone poczucie bezradności, które też może doprowadzić do powstania depresji [13]. U matek dzieci autystycznych obserwuje się również, że odnoszą one niepowodze-

nia dziecka do swoich umiejętności rodzicielskich, obwiniając się za niekompetencję rodzicielską [11]. Nieadekwatne obwinianie się może być przejawem mechanizmów myślenia charakterystycznego dla depresji.

Objawy depresyjne nie służą wytworzeniu się bezpiecznego przywiązania pomiędzy matką a dzieckiem, co jest ważne zwłaszcza w takim zaburzeniu, jakim jest autyzm [13]. Dziecko wraz z rodzicem przechodzi różne fazy rozwoju fizycznego, psychicznego. Rodzice towarzyszą dziecku na każdym etapie życia i potrzebnym jest, by mieli wobec niego realistyczne oczekiwania, okazywali wiele cierpliwości i wytrwałości, aby móc dać dziecku dobre możliwości rozwoju. Natomiast ci sami rodzice potrzebują pomocy od najbliższych, ale także większego zrozumienia od ludzi spotykanych przypadkowo na ulicy.

Skutkiem doświadczania silnego stresu u rodziców dzieci autystycznych jest również wystąpienie zespołu wypalenia, który został scharakteryzowany w 1979 r. przez Ruth Sullivan [11]. Definicja tego zespołu opisuje wystąpienie utraty psychicznych i fizycznych zasobów bądź sił w wyniku przeciążenia trwającą długo i wyczerpującą opieką nad chorym dzieckiem. W wyniku przeciążenia opieką nad dzieckiem z autyzmem rodzice mogą czuć się przygnębieni, zdemobilizowani. Mogą mieć problemy zdrowotne natury somatycznej, problemy ze snem, obniżony nastrój. Rodzice dzieci autystycznych doświadczają wyizolowania społecznego i często utraty kontaktów towarzyskich [11].

Uświadamianie szerszego grona rodziny przez rodziców dziecka może służyć jako wsparcie w problemowej sytuacji i spowodować, że rodzice będą częściowo odciążeni przez innych członków w opiece nad dzieckiem. Wciąż należy tworzyć modele wsparcia rodzin i przekazywać społeczeństwu wiedzę w tym zakresie w przystępny sposób. Jednym z takich działań w Polsce stało się utworzenie programu działania dla nauczycieli mających styczność z dziećmi ze spektrum autyzmu. Program nosi nazwę „One są wśród nas” i zawiera zalecenia dla szkół w obrębie oddziaływań, które pomogą dzieciom np. z zespołem Aspergera na wczesnym etapie nauki szkolnej [14]. Wciąż jednak brakuje planów takich oddziaływań dla nauczycieli czy rodziców dla dzieci w okresie dorastania, kiedy również pojawia się wiele nowych problemów natury wychowawczej.

Oczywiście rodzice dzieci autystycznych doświadczają również pozytywnych aspektów sytuacji, w jakiej się znaleźli i z czasem lepiej opisują swoje położenie. Według Gillian A. King i współpracowników (2006) wydarzenia pojawiające się w życiu rodziców dzieci autystycznych z czasem stają się dla nich bardziej spójne i bardziej możliwe do kontrolowania [11]. Sami rodzice zauważają, że poprzez posiadanie dziecka z autyzmem stali się bardziej empatyczni, wyrozumiali, tolerancyjni [12]. Grodzka-Żukowska (1995) zwraca uwagę na deklaracje rodziców dotyczące tego, że posiadanie dziecka autystycznego uruchomiło ich własny rozwój osobisty: pogłębiła się ich wiedza, zaczęli uczęszczać na szkolenia i kursy czy podjęli pracę [12].

6. Kształtowanie się postaw rodzicielskich wobec autyzmu oraz sposoby radzenia sobie ze świadomością zaburzeń rozwoju u dziecka

Bodora i Twardowski w swoich pracach na temat autyzmu w rodzinie wyróżniają następujące fazy kształtowania się postaw rodzicielskich wobec choroby dziecka [15]:

1. uświadomienie sobie wagi problemu;
2. próby wykrycia przyczyn;
3. szukanie pomocy;
4. akceptacja całego układu warunków.

Każda z tych faz jest niezwykle ważna i szczególną rolę odgrywa tu właściwie przekazana rodzicom diagnoza uwzględniająca mocne strony dziecka, ewentualne przyczyny zaburzenia, metody oddziaływań terapeutycznych wraz z kontaktem do najbliższych specjalistów [15]. Odpowiednie przekazanie rozpoznania dla rodziców dziecka jest pierwszym krokiem we wspólnej pracy rodziców i dziecka. Rodzice powinni być poinformowani o możliwościach rozwoju dziecka i z nadzieją podejść do wspierania rozwoju dziecka autystycznego. Tylko z podejściem nacechowanym cierpliwością i wiarą w możliwości dziecka można pozytywnie wpłynąć na jego naukę zachowań społecznych i nie tylko. Różne przeszkody stają na drodze rodziców do tego celu, dlatego każdy z nich wykształca inne sposoby radzenia sobie z chorobą dziecka.

Niektóre badania, np. Pisuli i Kosakowskiej z 2010 r. wskazują na to, że rodzice dzieci autystycznych w wieku przedszkolnym stosują więcej strategii skupionych na dystansowaniu się czy unikaniu stresora, niż rodzice dzieci bez zaburzeń rozwoju. W badaniach Sivberga (2002) porównano natomiast rodziców dzieci z innymi trudnościami rozwojowymi z rodzicami dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu w zakresie stosowanych strategii radzenia sobie. Uzyskano podobne rezultaty. Badania Sivberga (2002) wykazały u rodziców dzieci autystycznych więcej strategii unikających stresorów, niż tych strategii uwzględniających samokontrolę, szukania wsparcia społecznego i rozwiązywania problemów [11]. Rodziny dzieci autystycznych radzą sobie również poprzez korzystanie ze wsparcia duchowego, uwzględniając religijny wymiar. Mogą też stosować strategie oparte na przeformułowaniu – znajdowaniu pozytywów w sytuacji choroby. Rodzice dzieci autystycznych uczęszczają na spotkania grup wsparcia, gdzie spotykają się z ludźmi z podobnym problemem, dzięki czemu mogą czerpać wzajemnie ze swoich doświadczeń. Innym przykładem strategii jest docenianie małych kroków w stopniowym rozwoju dziecka i radość z tego powodu. Specyficzną strategią dla rodziców dziecka z zaburzeniami rozwoju jest przypisywanie specjalnego znaczenia faktowi, że to właśnie w ich rodzinie pojawiło się takie dziecko. Innymi sposobami/próbkami poradzenia sobie z sytuacją wystąpienia zaburzenia autyzmu jest unikanie zagrażających emocjonalnie kontaktów społecznych, a także zaprzeczanie nieprawidłowościom rozwojowym, oderwany od rzeczywistości optymizm, nadmierne wyolbrzymianie sukcesów dziecka, nieustanne szukanie nowych sposobów terapii [11]. Rodzice dziecka auty-

stycznego mogą też próbować zaniechania wszelkiego rodzaju działań terapeutycznych po to tylko, żeby obecny stan przetrwać.

Można powiedzieć, że ilu rodziców przeżywających trudności w obliczu zaburzenia rozwoju dziecka, tyle też strategii radzenia sobie. Niektóre przyjęte przez rodziców strategie służą ich pracy i relacji z dzieckiem, np. przeformułowanie, docenianie kroków w rozwoju dziecka, a inne szkodzą pozytywnemu rozwojowi dziecka, np. strategia oparta na przetrwaniu bez podjęcia metod terapeutycznych. Na nastawienie rodziców do choroby początkowo ma wpływ właściwie przekazana diagnoza i na to powinno się zwracać ogromną uwagę w kształceniu młodych lekarzy czy psychologów.

Wskazuje się, że kobiety stosują więcej strategii zaradczych w porównaniu do mężczyzn, są przekonane co do ich skuteczności i chętniej szukają pomocy u rodziny, przyjaciół czy specjalistów [11]. Warto stosować różne metody dotarcia do ojców dzieci autystycznych, by zmobilizować ich do większego działania, a także wesprzeć w charakterystycznych dla nich problemach, związanych z brakiem wiedzy na temat zaburzenia, nastawieniem do dziecka czy emocjonalną stroną konfrontacji z problemem. Na pewno byłoby pomocne tworzenie specjalnych programów terapeutycznych dla ojców dzieci autystycznych.

Podsumowanie

Całościowe zaburzenie rozwoju, jakim jest autyzm dziecięcy, powoduje szczególne trudności w funkcjonowaniu tak dziecka, jak i jego rodziców. W rozpatrywaniu zaburzeń ze spektrum autyzmu nie może zabraknąć zrozumienia dla problemów, z którymi borykają się rodzice dzieci autystycznych tak przed postawieniem diagnozy, jak i po jej postawieniu. Nieoceniona jest rola wsparcia i zrozumienia społecznego dla rodziców i ich dzieci. Tylko wsparcie społeczne pozwala na szeroko pojętą naukę dziecka w atmosferze bezpieczeństwa oraz wzajemnego zaufania.

Powinno się stale podejmować tworzenia specjalnych programów dla rodziców, nauczycieli, personelu medycznego w zakresie dostrzegania pierwszych nieprawidłowości w rozwoju, późniejszych metod oddziaływania i pomocy dla dziecka na różnym etapie rozwoju; także w okresie dojrzewania.

Tylko stałe i przemyślane działania w zakresie przekazywania odpowiednich informacji rodzicom i pozostałym członkom społeczeństwa oraz szeroko pojęta dyskusja społeczna dają szansę na „odczarowanie” tematyki autyzmu i poprawy jakości życia rodziców i ich dzieci.

Bibliografia

1. Światowa Organizacja Zdrowia. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*. Wyd. 2. Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius; 2000.

2. Bilikiewicz A. Słownik terminologiczny. W: Bilikiewicz A., red. *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Wyd. 3. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011: 683–735.
3. Rybakowski F, Białek A, Chojnicka I, Dziechciarz P, Horvath A, Janas-Kozik M, i in. Zaburzenia ze spektrum autyzmu-epidemiologia, objawy, współzachorowalność i rozpoznawanie. *Psychiatr Pol* 2014; 48 (4): 653–665.
4. Fundacja Wspomagania Rozwoju Tu i Teraz. Autyzm – charakterystyka ogólna [online]. Dostępny na URL: <http://www.fundacjatuiteraz.pl/?dzial=artykuly> [cyt. 23.02.2016].
5. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne. *Kryteria diagnostyczne z DSM-5. Desk reference*. Wrocław: Edra Urban & Partner; 2015.
6. Winczura B. Dzieci zagubione we własnym świecie – historia odkrycia autyzmu wczesnodziecięcego. W: Mihilewicz S, red. *Dziecko z trudnościami w rozwoju*. Wyd. 2. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2005: 35–45.
7. Bleszyński JJ. *Autyzm niepełnosprawność intelektualna i opóźnienie w rozwoju*. Gdańsk: Harmonia Universalis; 2011.
8. Teitelbaum O, Teitelbaum P. *Czy moje dziecko ma autyzm? Jak rozpoznać najwcześniejsze oznaki autyzmu*. Gdańsk: Harmonia Universalis; 2012.
9. Pisula E. Neurobiologia autyzmu a praktyka kliniczna. W: Pisula E, red. *Autyzm. Od badań mózgu do praktyki psychologicznej*. Sopot: GWP; 2012: 114–136.
10. Prokopiak A. Wychowanie dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Sectio J–Paedagogia-Psychologia* 2015; 27 (2): 51.
11. Pisula E. *Rodzice dzieci z autyzmem*. Warszawa: PWN; 2012.
12. Szmania L. Doświadczenia emocjonalne rodziców dzieci z autyzmem. *Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej* 2015; 5: 69–91.
13. Pisula E. Stres i depresja u matek a zachowanie dzieci z autyzmem w zmodyfikowanej obcej sytuacji. *Prz Psychol* 2004; 47 (3): 291–304.
14. Jagielska G. *Dziecko z autyzmem i zespołem Aspergera w szkole i przedszkolu. Informacje dla pedagogów i opiekunów*. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji; 2010.
15. Kochman D, Miedziak E. Problemy rodziców dzieci z autyzmem – studium przypadku. *Pielęg Neurol Neurochir* 2013; 2 (2).

Adres do korespondencji:

Renata Widziak
Instytut Pielęgniarstwa,
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
ul. Katowicka 68, 45-060 Opole
tel. 77 442 35 09
e-mail: widziakr@wsm.opole.pl

Zastosowanie opatrunków podciśnieniowych VAC u pacjenta krytycznie chorego – opis przypadku

*Lilianna Gawłów-Nowak¹, Karina Wawros¹,
Olimpia Karczewska², Anna Sternik²*

¹ Studium Doktoranckie, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

² Zakład Anestezjologii i Intensywnej Opieki Pielęgniarskiej,
Katedra Anestezjologii Intensywnej Terapii, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp

W postępowaniu medycznym, jakim jest intensywna terapia, podtrzymuje się funkcje organizmu oraz leczy chorych znajdujących się w stanach zagrożenia życia spowodowanych potencjalnie odwracalną niewydolnością jednego lub kilku podstawowych narządów. Intensywną terapię prowadzi się za pomocą specjalistycznych metod i technik medycznych, których zadaniem jest inwazyjne monitorowanie oraz mechaniczne wspomaganie/zastępowanie czynności niewydolnych narządów lub układów [1]. Do Oddziałów Anestezjologii i Intensywnej Terapii przyjmowani są przede wszystkim pacjenci znajdujący się w stanie zagrożenia życia wynikającym z zaburzeń w układzie krążenia i/lub oddychania. Wymagają oni intensywnej terapii i monitorowania, które nie mogą być stosowane w innych oddziałach szpitalnych. Do kategorii tej należy zaliczyć pacjentów w bezpośrednim okresie pooperacyjnym bez względu na charakter wykonanej operacji (jeśli doszło do ostrej dysfunkcji lub niewydolności narządu lub układu), chorych z ostrą niewydolnością oddychania wymagających leczenia wybranymi technikami wentylacji mechanicznej, czy też chorych w stanie każdego rodzaju wstrząsu, wymagających inwazyjnego monitorowania dynamiki układu krążenia oraz stosowania wlewów leków naczyniowo aktywnych [2].

Celem intensywnej terapii, która ma charakter leczenia interdyscyplinarnego, jest takie utrzymanie, a następnie poprawienie stanu zdrowia pacjenta, aby możliwe było

dalsze prowadzenie postępowania medycznego w innych oddziałach szpitalnych [1]. Jak z powyższego wynika, w praktyce OAiT oprócz metod i technik charakterystycznych dla tego postępowania mają zastosowanie również metody i techniki zaczerpnięte z innych specjalności medycznych. Jedną z takich technik jest *vaccum-assisted closure* (VAC), czyli terapia podciśnieniowa trudno gojących się ran. Opatrunki podciśnieniowe stosowane są w Polsce od końca lat 90. XX wieku. Wykorzystuje się je w przypadkach trudno gojących się i często zakażonych ran, w obrębie całego ciała [3]. Rany te mogą mieć różny charakter – od ran chirurgicznych, przeszczepów tkankowych poprzez oparzenia i urazy. Technika VAC stosowana jest z powodzeniem w terapii zespołu stopy cukrzycowej, odleżyn, owrzodzeń żylnych, a także w przypadku ciężkich zapaleń otrzewnej, przetok jelitowych, przedziurawienia uchyłków okrężnicy oraz zakażonej martwicy trzustki, zamykaniu powłok brzusznych w przypadku nagłych zabiegów spowodowanych przez zespół ciasnoty śródbrzuszej (brzuszy zespół kompartmentowy ACS) [4–6]. Zestaw do leczenia ran VAC składa się z: aparatu/jednostki do terapii podciśnieniowej, specjalnej czarnej poliuretanowej gąbki (granu foam) o średnicy porów 400–600 μm albo białej gąbki poliwinylowej (white foam) o średnicy porów 0,2–1,0 mm stosowanej do zaopatrzenia tuneli lub mniejszych przestrzeni oraz przy przeszczepach skóry, wkładki Sensa T.R.A.C., która zapewnia odpowiedni poziom podciśnienia na całym obszarze rany, samoprzylepnej folii zabezpieczającej.



Rycina 1. System terapeutyczny ActiVAC

Źródło: broszura informacyjna firmy BIOMEDICA sp. z o.o.



Rycina 2. Zakładanie opatrunku podciśnieniowego VAC w warunkach bloku operacyjnego

Źródło: zasoby OAiT Szpitala Wojewódzkiego w Opolu.

Odpowiednio przyciętą gąbkę aplikuje się na powierzchnię rany, przykrywa samoprzylepną folią opatrunkową, a następnie podłącza się do urządzenia wytwarzającego ujemne ciśnienie (50–200 mm Hg) w obrębie całego opatrunku. Zastosowanie techniki VAC powoduje usunięcie nadmiaru wysięku, ogranicza rozwój infekcji, zapewnia optymalne środowisko do gojenia się rany, promuje perfuzję rany, ułatwia migrację komórek, przyspiesza wgajanie przeszczepów [3,7,8].

Przeciwwskazaniem do zastosowania terapii podciśnieniowej jest:

- nowotworowy charakter rany,
- tkanki rany wykazujące cechy masywnej infekcji,
- odsłonięte naczynia krwionośne, nerwy, narządy,
- niewyleczone zapalenie kości lub szpiku,
- silnie niedokrwiona rana przed zastosowaniem terapii,
- zaburzenia homeostazy [7,9].

1. Cel i założenia pracy

Niniejsze opracowanie ma celu opisanie postępowania medycznego prowadzonego z wykorzystaniem opatrunku podciśnieniowego VAC jako nowoczesnej i skutecznej metody leczenia trudno gojących się ran – o właściwej relacji koszt/efekt. Przedstawienie specyfiki pielęgnowania pacjenta z opatrunkiem tego rodzaju. Przedstawienie sposobu założenia i zmiany opatrunku, ocena stopnia zaangażowania personelu w porównaniu z klasycznymi metodami zaopatrywania, a także wykazanie wpływu zastosowania metody VAC na czas hospitalizacji pacjenta krytycznie chorego i obciążenia pracą personelu OAiIT. Niniejsze opracowanie ma również na celu zasygnalizowanie, na podstawie dostępnego piśmiennictwa naukowego, wskazań do stosowania opatrunków podciśnieniowych w przypadku leczenia ran rozległych i trudno gojących się, rodzaju i częstości występowania zdarzeń niepożądanych, wątpliwości co do wpływu metody VAC na kolonizację rany przez bakterie, wpływu kosztów zastosowania opatrunków podciśnieniowych na funkcjonowanie placówek medycznych oraz porównanie skuteczności metody VAC z innymi metodami wykorzystującymi zjawisko podciśnienia w przypadku otwartych powłok jamy brzusznej.

2. Materiał i metoda

W okresie od 2011 do 2015 r. w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Wojewódzkiego w Opolu u dziesięciu pacjentów zastosowano w leczeniu opatrunk podciśnieniowy VAC. Metoda tą leczono trudno gojące rany po zabiegach chirurgicznych, przetoki jelitowe oraz odleżyny. W poniższym opracowaniu przedstawiono przypadek chorego przyjętego do OAiIT z oddziału Chirurgii Ogólnej w stanie ostrej niewydolności oddechowej, po laparotomii z powodu ostrego za-

plenia otrzewnej. Wykorzystano także dokumentację medyczną opisywanego przypadku oraz dostępne piśmiennictwo naukowe traktujące o zastosowaniu opatrunków podciśnieniowych w Polsce i na świecie.

3. Opis przypadku

66-letni pacjent został przyjęty do OAiIT z oddziału Chirurgii Ogólnej w wyniku ostrej niewydolności oddechowej, po laparotomii z powodu ostrego zaplenia otrzewnej. W drugiej dobie pobytu, po stopniowym powrocie wydolności oddechowej odstawiono respirator i usunięto intubację; nastąpiła ewenteracja. Zdecydowano o kolejnej laparotomii, w wyniku której pozostawiono jamę otrzewną otwartą, wszyto siatkę zabezpieczającą jamę otrzewną. Kolejna laparotomia po sześciu dniach z powodu nieszczelności ściany jelita – wyłoniono stomię, opracowano ranę jamy brzusznej i założono opatrunek próżniowy VAC. Opatrunek pozostawał szczelny, zastosowano podciśnienie o wartości 125 mm Hg, stomia prawidłowo odprowadzała treść kałową. W leczeniu zastosowano wentylację mechaniczną z powodu niewydolności oddechowo-kръżeniowej, włączono wlew amin presyjnych, antybiotykoterapię zgodną z pobranymi posiewami i antybiogramem, leczenie żywieniowe parenteralne, analgezyj zewnątrzoponową ciąglą – 0,125% bupiwakainę we wlewie 2–4 ml/h oraz wlew metamizolu i.v. 5 gr/24 h. Założono cewnik moczowy ze względu na zaburzenia w oddawaniu moczu z powodu przerostu prostaty. W trzeciej dobie od założenia opatrunku VAC dokonano zmiany opatrunku podciśnieniowego w warunkach bloku operacyjnego.

Wartość podciśnienia pozostawała bez zmian, odprowadzano duże ilości wysięku, stomia odprowadzała treść kałową, brzuch był miękki, perystaltyka słyszalna, diureza w normie; utrzymano żywienie pozajelitowe. Wprowadzono rehabilitację. W kolejnych dobach zaobserwowano stopniową poprawę wydolności krążeniowo-oddechowej, ekstubowano pacjenta. Zredukowano wlew amin presyjnych, kontynuowano antybiotykoterapię,



Rycina 3. Założony podciśnieniowy VAC

Źródło: zasoby OAiIT Szpitala Wojewódzkiego w Opolu.

leczenie przeciwbólowe, żywienie parenteralne, następnie włączono żywienie enteralne, kontynuowano fizykoterapię oddechową. Diureza była prawidłowa – usunięto cewnik moczowy, nie wystąpiło zakażenie dróg moczowych (UTI – *urinary tract infection*). W dalszym okresie leczenia opatrunki VAC wymieniano co dwa, trzy dni, w warunkach sali operacyjnej, w krótkim znieczuleniu dożylnym. Stopniowo następowała ogólna poprawa stanu pacjenta, zmniejszenie się rany w powłokach brzusznych, a także zmniejszenie ilości odprowadzanego wysięku. Zastosowanie techniki opatrunku podciśnieniowego utrzymano do prawie całkowitego zamknięcia rany przez ziarninę przez okres 40 dni; następnie pacjent został przekazany w stanie ogólnym dobrym do oddziału Chirurgii Ogólnej.

Założenie opatrunku VAC nastąpiło w warunkach bloku operacyjnego z powodu konieczności chirurgicznego opracowania rany oraz bolesności samego zabiegu zakładania opatrunku podciśnieniowego [8].

4. Dyskusja

Zastosowanie u pacjenta techniki VAC podczas jego pobytu w OAiT spowodowało, że nie było potrzeby angażowania personelu do dokonywania tak częstej zmiany opatrunków, jak przy klasycznych metodach opatrywania tego typu ran, ponieważ pianka, folia uszczelniająca, może pozostać na miejscu przez 2–3 dni. Utrzymywanie higieny i warunków optymalnych do gojenia rany wymagałoby wysokiej częstotliwości zmian klasycznych opatrunków, w dużym stopniu angażowałyby personel, powodowało zużycie znacznej ilości środków opatrunkowych, tj. opatrunków prostych i złożonych (opatrunki absorbujące i zawierające substancje bakteriobójcze) oraz preparatów antyseptycznych. Prawdopodobnie wymagałoby także wprowadzenia do leczenia antybiotyków stosowanych miejscowo, co jest niewskazane ze względu na ryzyko narastania oporności i zaburzenia w gojeniu rany.

Należy zauważyć, że tak częsta zmiana opatrunków powodowałaby dodatkowy niepotrzebny stres u pacjenta. Ponadto brak jest gwarancji, że takie tradycyjne postępowanie przyniosłoby pozytywny efekt terapeutyczny w powyższym przypadku.

W piśmiennictwie naukowym także można znaleźć potwierdzenie tezy, że zastosowanie opatrunku podciśnieniowego spowodowało w wielu przypadkach spadek wymaganej aktywności personelu pielęgniarskiego związanej z opieką nad pacjentem z dużą lub trudno gojącą się raną [5,10]. Tak więc niska częstotliwość zamiany opatrunków spowodowała zmniejszenie zaangażowania personelu, który swój czas mógł poświęcić innym chorym oraz sprawiła, że samopoczucie pacjenta nie uległo pogorszeniu z powodu stresu.

Pewną wadą stosowania opatrunku VAC była konieczność przewożenia pacjenta i zakładania opatrunku w warunkach bloku operacyjnego w znieczuleniu dożylnym, ze względu na znaczną bolesność tego zabiegu. Zmiana opatrunku powinna być dokonywana na sali operacyjnej z powodu zagrożenia zakażenia rany, wyżej

wspomnianej bolesności, jak i ryzyka wystąpienia krwawienia w przypadku niepożądanego wrośnięcia tkanki ziarninowej do wnętrza opatrunku. Jak podaje piśmiennictwo, w niektórych przypadkach, ze względu na stan chorego i charakter rany zmiana opatrunku może wymagać znieczulenia zewnątrzoponowego lub ogólnego. Ponadto pacjenci z założonym opatrunkiem podciśnieniowym mogą uskarżać się na obecność większych dolegliwości bólowych w porównaniu z pacjentami leczonymi innymi opatrunkami; dlatego w niektórych przypadkach może wystąpić konieczność stosowania analgezji ciągłej [8,11].

W opisywanym przypadku zastosowania opatrunku podciśnieniowego personel pielęgniarski OAiIT, oprócz wykonywania standardowych procedur i czynności związanych z prowadzeniem intensywnej terapii pacjenta krytycznego, wykonywał ponadto następujące czynności związane z zastosowaniem opatrunku podciśnieniowego:

- kontrolę prawidłowego funkcjonowania całego systemu VAC,
- kontrolę szczelności opatrunku podciśnieniowego,
- kontrolę wartości wytworzonego podciśnienia,
- kontrolę i ewidencję ilości odprowadzanego wysięku.

Podczas pobytu pacjenta prowadzono leczenie żywieniowe, dostarczając niezbędne składniki odżywcze drogą dojelitową i pozajelitową w celu utrzymania prawidłowego stanu odżywienia, aby możliwe było prowadzenie intensywnej terapii [12]. W piśmiennictwie naukowym poruszającym tematykę leczenia żywieniowego w intensywnej terapii ustalił się pogląd, że żywienie jest coraz większą częścią kompleksowego leczenia ciężko chorych, a podstawowym zagadnieniem w tej dziedzinie staje się zapobieganie niedożywieniu w celu uniknięcia jego wpływu na obraz kliniczny pacjenta. Rozpoznawanie i przeciwdziałanie ewentualnemu niedożywieniu powinno być zatem stale w centrum uwagi personelu medycznego nie tylko w OAiIT, ale też w pozostałych jednostkach organizacyjnych o innych specjalnościach medycznych [13].

Podkreślenia wymaga fakt, że w piśmiennictwie naukowym brak jest opinii kwestionujących konieczność stosowania w praktyce medycznej techniki opatrunku podciśnieniowego oraz podważających skuteczność tej metody. Dysponujemy opiniami, że działania niepożądane pojawiają się rzadko i nie powodują wzrostu śmiertelności w porównaniu z wystąpieniem komplikacji związanych z klasycznymi metodami leczenia [14,15]. Zwraca się jedynie uwagę na ryzyko pojawienia się zewnętrznych przetok jelitowych w przypadku zastosowania u pacjenta technik otwartego brzucha [16,17]. Postuluje się dalsze prowadzenie badań w celu wyjaśnienia, czy terapia opatrunkiem podciśnieniowym ma wpływ – a jeżeli tak to jaki – na pojawienie się przetok jelitowych [18]. Pomimo tych wątpliwości rekomenduje się stosowanie techniki VAC w przypadku otwartych powłok jamy brzusznej ze względu na wyższą jej skuteczność w porównaniu z innymi metodami (np. „Bogota bag”) [19,20].

Można zaobserwować natomiast dyskusję dotyczącą istotnej kwestii wpływu terapii opatrunkiem podciśnieniowym na stopień kolonizacji rany przez bakterie.

W badaniach na zwierzętach prowadzonych przez Morykwasa i współpracowników wykazano obniżenie zanieczyszczenia rany przez bakterie do poziomu 10^5 /gram tkanki po 4 dniach, a w ranach bez VAC – po 11 dniach [21]. Jednakże inne prace nie potwierdzają stanowiska powołanego badacza, a nawet wskazują na wzrost liczby bakterii w ranie [22].

Prowadzone wieloletnie obserwacje potwierdzają tezę, że – podobnie jak w opisywanym przypadku – zastosowanie opatrunku VAC wpływa istotnie na skrócenie czasu pobytu pacjenta w OAiIT, jak i całkowitej hospitalizacji w porównaniu z innymi metodami leczenia ran, co wiąże się z obniżeniem kosztów funkcjonowania placówek medycznych [11,23,24]. Zwraca się jednak uwagę na znaczny całkowity koszt stosowania systemu VAC, tj. zakupu bądź dzierżawy zestawu oraz koszt materiałów jednorazowego użytku, np. cena kompletu opatrunkowego V.A.C. GranuFoam waha się od ponad 155 do ponad 218 zł, zależnie od wielkości poliuretanowej gąbki i liczby zamawianych sztuk [25]. Jednak w ostatecznym rozrachunku, podejmując decyzję o zastosowaniu systemu V.A.C., należy brać pod uwagę rokowanie pacjenta, jak i relację koszt/efekt [26,27], która w polskich realiach nie pozwala na korzystanie z techniki opatrunku podciśnieniowego tak szeroko, jak można by tego oczekiwać [3,5].

Należy tu wskazać, że w przypadku ran zainfekowanych i zagrożonych infekcją terapia podciśnieniowa wraz z terapią tlenową stanowi jeden z głównych rekomendowanych sposobów miejscowego leczenia ran. Do sposobów tych zalicza się przede wszystkim debridement, czyli miejscowe usunięcie tkanek martwiczych oraz zastosowanie antyseptyków oraz opatrunków prostych i złożonych (w tym zawierających związki przeciwdrobnoustrojowe). Stanowisko takie spowodowane jest koniecznością stosowania racjonalnej antybiotykoterapii wobec narastającego problemu lekooporności. Unika się stosowania antybiotyków, a jeżeli stan pacjenta tego wymaga, stosuje się antybiotykoterapię ogólną zamiast antybiotykoterapii miejscowej [28].

Wnioski

W praktyce OAiIT leczenie pacjenta krytycznie chorego z zastosowaniem systemu VAC, w przypadku otwartej rany jamy brzusznej, stanowi poważne wyzwanie zarówno dla lekarzy, jak i pielęgniarek, a każdy taki przypadek ma charakter bardzo złożony i wyjątkowy. Zastosowana w powyższym przypadku terapia opatrunkiem podciśnieniowym nie spowodowała dodatkowych komplikacji stanu zdrowia chorego, a przyniosła oczekiwany skutek terapeutyczny; przekazano pacjenta do Oddziału Chirurgii Ogólnej w stanie ogólnym dobrym celem dalszego leczenia. Zarówno zmiana opatrunku VAC, jak i czynności związane z jego obsługą w mniejszym stopniu angażowały personel OAiIT w porównaniu z klasycznymi metodami opatrywania tego rodzaju ran. Terapia podciśnieniowa powinna być możliwie szeroko stosowana w przypadku ran rozległych i trudno gojących się.

Bibliografia

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz. U. 2013r. Nr 15 ze zmianami).
2. Kusza K, Piechota M. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii określające zasady kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia chorych do Oddziałów Anestezjologii i Intensywnej Terapii – luty 2012 [online]. Dostępny na URL: <http://www.anestezjologia.org.pl/news,news,81.html> [cyt. 28.01.2016].
3. Krasowski G. Leczenie ran przewlekłych – cz. II. Diagnostyka, leczenie przyczynowe i miejscowe ran. *Med Prakt Chir* 2013; 5: 65–84.
4. Wysocki A, Budzyński P. Ostre choroby brzucha – zapalenie otrzewnej – postępy 2010. *Med Prakt Chir* 2011; 2: 17–21.
5. Spychała A, Murawa D, Nowaczyk P, Połom K. Zastosowanie systemu VAC (vacuum assisted closure) w leczeniu przetoki jelitowej – opis przypadku. *Współcz Onkol* 2008; 12 (10): 461–464.
6. Batacchi S, Matano S, Nella A, Zagli G, Bonizzoli M, Pasuqini A. Vaccum-assisted Closure device enhances recovery of critically ill patients following emergency surgical procedures. *Curr Opin Crit Care* 2009; 13: 194.
7. Woda Ł, Banaszkiewicz Z, Jawień A. Terapia podciśnieniowa w leczeniu trudno gojących się ran. *Leczenie Ran* 2012; 9 (4): 141–145.
8. Banasiewicz T, Zieliński M. *Terapia podciśnieniowa ran*. Poznań: Termedia; 2015.
9. Ballard K, Baxter H. Vaccum-assisted closure. *Nursing Times* 2001; 97: 51–52.
10. De Geus HRH, Van der Klooster JM. Vaccum-assisted closure in the treatment of large skin defects due to necrotizing fasciitis. *Intensive Care Med* 2005; 31: 601.
11. Jagodzińska-Struzik M. Ocena efektywności leczenia ran przewlekłych z wykorzystaniem specjalistycznych opatrunków i VAC-terapii w oddziale chirurgicznym – doniesienie wstępne. *Wiad Czepku* 2013; 2 (108): 49–51.
12. Karwowska K, Hartman-Sobczyńska R, Sobczyński P. Ocena metaboliczna chorego w oddziale intensywnej terapii. *Farm Współcz* 2011; 4: 127–132.
13. Szczygieł B. Leczenie żywieniowe – postępy 2014. *Med Prakt Chir* 2015; 3: 11–20.
14. Stanikowski P, Sawicki W. Nowoczesne metody terapii trudno gojących się położniczo-ginekologicznych ran pooperacyjnych – analiza przydatności i skuteczności stosowania. *Post Nauk Med* 2013; 26 (7): 475–487.
15. Johnson JE, Bahtsevani C, Borgquist L, Carlberg B, Carlson J, Carlson P. Vaccum Assisted Wound Closure Therapy. *SBU Alert Report* 2011; 9: 1–6.
16. Rao M, Burke D, Finan PJ, Sagar PM. The use of vaccum-assisted closure of abdominal wounds: a word of caution. *Colorectal Disease* 2007; 9: 266–272.
17. Becker HP, Williams A, Schwab R. Small bowel fistulas and open abdomen. *Scand J Surg* 2007; 96: 263–271.
18. Richter S, Dold S, Dobernauer JP, Mai P, Schulz J. Negative Pressure Wound Therapy for the Treatment of the Open Abdomen and Incidence of Enteral Fistulas: A Retrospective Bicentre Analy-

- sis. Gastroenterology Research and Practice 2013 [online]. Dostępny na URL: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/730829> [cyt. 28.01.2016].
19. Mayer D, Rancic Z, Meier C, Pfammatter T, Veith FJ, Lacht M. Open abdomen treatment following endovascular repair of ruptured abdominal aortic aneurysms. *J Vasc Surg* 2009; 50 (1): 1–7.
 20. Bruhin A, Ferreria F, Chariker M, Smith J, Runkel N. Systematic review evidence based recommendations for the use of Negative Pressure Wound Therapy in the open abdomen. *Int J Surg* 2014; 12: 1105–1114.
 21. Morykwas MJ, Argenta LC, Shelton-Brown EL, McGuirt W. Vacuum-assisted closure; a new method for wound control end treatment; animal studies and basic foundation. *Ann Plast Surg* 1997; 38 (6): 553–562.
 22. Weed R, Ratliff C, Drake DB. Quantifying bacterial bioburden during negative pressure therapy: does the wound VAC enhance bacterial clearance? *Ann Plast Surg* 2004; 52 (3): 276–279.
 23. Balliot R, Cloutier D, Mountalin L, Côté L, Lellusche F, Houde C. Impact of deep sterna wound infection management with vacuum-assisted closure therapy followed by sterna osteosynthesis: a 15-year review of 23 499 sternotomies. *Eur J Cardiothorac Surg* 2010; 37: 880–887.
 24. Pham C, Middleton P, Maddern G. Vacuum-Assisted Closure for the management of Wounds; an accelerated systematic review. *ASERNIP-S* 2003; 37.
 25. Internetowy sklep jednego z dystrybutorów kompletów opatrunkowych stosowanych w terapii VAC [online]. Dostępny na URL: <http://media-med.pl/zestaw-opatrunkowy-v-a-c-granulofoam-1> [cyt. 28.01.2016].
 26. Apelqvist J, Armstrong DG, Lavery LA, Boulton AJM. Resource utilization and economic costs of care based on a randomized trial of vacuum-assisted closure therapy in the treatment of diabetic foot wounds. *Am J Surg* 2008; 195 (6): 782–788.
 27. Babiak I, Żakiewicz W, Luterek M. Zastosowanie opatrunków podciśnieniowych VAC w kompleksowym leczeniu otwartych złamań III B i III C podudzia z masywnym ubytkiem tkanek miękkich. *Chir Narz Ruchu* 2011; 76 (3): 154–160.
 28. Jawień A, Bartoszewicz M, Przondo-Mordarska A, Szewczyk MT, Kaszuba A, Urbanek T, i in. Wytyczne postępowania miejscowego i ogólnego w ranach objętych procesem infekcji. *Leczenie Ran* 2012; 9 (3): 59–75.

Adres do korespondencji:

Lilianna Gawłów-Nowak
ul. Opolska 4, 47-364 Strzeleczyki
tel. 692 627 909
e-mail: liloj@interia.pl

Terapia daremna – cel i granice leczenia w Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Lilianna Gawłów-Nowak¹, Olimpia Karczewska², Anna Sternik²

¹ Studium Doktoranckie, Wydział Nauk o Zdrowiu,

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

² Zakład Anestezjologii i Intensywnej Opieki Pielęgniarstwa,

Katedra Anestezjologii Intensywnej Terapii, Wydział Nauk o Zdrowiu,

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp

Praca pielęgniarki Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii wiąże się z jednym z najtrudniejszych doświadczeń, jakie może spotkać człowieka, a szczególnie osobę wykonującą zawód medyczny. Tym doświadczeniem jest śmierć osoby powierzonej pod opiekę, czyli pacjenta. Jest to doświadczenie tym bardziej przejmujące, że dotyczy z jednej strony osoby powołanej, by nieść ludziom pomoc w chorobie, a z drugiej strony dotyczy pacjentów, czyli podmiotów opieki pielęgniarstwa. Praca całego personelu medycznego OAiIT prowadzona z wykorzystaniem najnowszych osiągnięć nauk medycznych koncentruje się na utrzymaniu życia, a następnie poprawie stanu zdrowia pacjenta, aby możliwe było dalsze prowadzenie postępowania medycznego w innych oddziałach szpitalnych [1]. Niestety działania te często nie przynoszą oczekiwanego efektu. Czasem pielęgniarki, mając świadomość nieuchronności śmierci, wiedzą, że możliwości działań medycznych są ograniczone. Czasami zgon jest zaskoczeniem i porażką w walce o życie, ale coraz częściej zdaje się, że pomimo zastosowania inwazyjnych technik podtrzymywania czynności narządów – zarówno chemicznych, jak i mechanicznych – intensywna terapia nie przynosi korzyści terapeutycznych z powodu rozległego i nieodwracalnego uszkodzenia narządów, a jedynie wydłuża czas procesu umierania.

Sytuacje takie, zdefiniowane jako terapia daremna, stają się coraz większym problemem medycznym i etycznym oraz obciążeniem dla personelu OAiIT. Jest to spowodowane tym, że osoby zaangażowane w terapię pacjenta krytycznie chorego przygotowane są do ratowania życia ludzkiego wszystkimi dostępnymi współczesnej

medycynie środkami, ale przeważnie nie są przygotowane do powiedzenia sobie i rodzinie pacjenta tej bolesnej prawdy, że człowiek powierzony ich opiece umiera, a on swym działaniem przedłużają nienaturalnie jego odejście. Dyskomfort ten pogłębia fakt, że brak jest w Polsce stosownych regulacji prawnych, do których można by się odwołać w tym stanie faktycznym [2,3]. W oddziałach intensywnej terapii podejmuje się więc nie tylko trudne, bo interdyscyplinarne decyzje dotyczące prowadzonego leczenia, ale również najtrudniejsze decyzje etyczne o zakresie stosowanej terapii, mając na względzie dobro chorego, szacunek dla jego godności i autonomii [4]. Jedynym praktycznym wsparciem lekarzy w ocenie, czy dane postępowanie medyczne przyniesie skutek terapeutyczny w postaci rzeczywistej poprawy stanu pacjenta, czy też mamy do czynienia z terapią daremną, jest opracowany przez specjalistów z dziedziny intensywnej terapii i prawa dokument: „Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii” [5] – zwany dalej w poniższym opracowaniu jako Wytyczne.

1. Pojęcie terapii daremnej a pojęcie terapii uporczywej

W powszechnym odbiorze osób niezwiązanych z medycyną odstępianie od działań ratujących życie u pacjenta krytycznie chorego może wiązać się z takimi pojęciami jak eutanazja bierna, uporczywa terapia czy terapia daremna [6,7]. W licznych dokumentach czy publikacjach traktujących o zagadnieniach związanych z umiarem używa się w kontekście terapii nie przynoszącej efektów określeń, takich jak nieproporcjonalna, nadmierna, zbyt duża, daremna i tym podobne. Publikacje te nie czynią rozróżnienia pomiędzy określeniami dotyczącymi podobnej sytuacji terapeutycznej [8]. Termin „terapia uporczywa” użyty w art. 32 Kodeksu Etyki Lekarskiej nie jest zdefiniowany czy też choćby zawarty w polskich przepisach prawa powszechnie obowiązującego – brak jest tak zwanej definicji legalnej. Stosunkowo niedawno, bo 29 czerwca 2008 r. Grupa Robocza ds. Problemów Etycznych Końca Życia opracowała i opublikowała powszechnie akceptowaną przez specjalistów z różnych dziedzin medycyny definicję uporczywej terapii. Grupa ta złożona z lekarzy, prawników i etyków pracowała w ramach projektu badawczego „Granice Terapii Medycznych” przez okres trzech lat od roku 2005. Zgodnie z powołanym opracowaniem: „Uporczywa terapia to stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, która przedłuża jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta. Uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania o ile służą dobru pacjenta” [9]. W tak rozumianej uporczywej terapii inwazyjne działania medyczne tracą swoje uzasadnienie, ponieważ łączą się z narażeniem pacjenta na niepotrzebny ból i naruszają dobra pacjenta. W piśmiennictwie francuskim używa się terminu „zaciekłości

medycznej”, podkreślając, że każda interwencja medyczna stanowiąca naruszenie nietykalności cielesnej pacjenta musi mieć swoje uzasadnienie w celu medycznym. Jeżeli nie można osiągnąć poprawy stanu zdrowia pacjenta, cel medyczny przestaje być podstawą podejmowanej interwencji. W takim przypadku lekarz zobowiązany jest „terapeutycznie wstrzymać terapię” [10].

Zgodnie z Wytycznymi pojęcie „terapia daremna” jest bardziej precyzyjnym i odpowiednim określeniem decyzji o niepodejmowaniu lub odstąpieniu od podtrzymywania funkcji narządów u pacjentów leczonych na stanowiskach intensywnej terapii. Termin „terapia daremna” może być więc uznany za definicję obowiązującą na OIT. Określa on podtrzymywanie czynności narządów nieprzynoszące korzyści dla pacjentów [5]. Innymi słowy poprzez terapię daremną rozumie się stosowanie takich procedur medycznych, które nie przynoszą poprawy stanu pacjenta, a jedynie wydłużają czas jego umierania, co należy rozpatrywać w kategoriach błędu medycznego [11,12]. W odróżnieniu od terapii uporczywej określenie terapia daremna kładzie większy nacisk na cel terapii, działania, a nie czas, jaki ta terapia czy działanie obejmuje. Znaczenie leksykalne słowa „uporczywy” tłumaczy się bowiem jako: trudny do usunięcia, utrzymujący się długo lub ciągle powtarzający się; natomiast słowo „daremny” według podobnej wykładni to przymiotnik oznaczający: niedający rezultatu, niedający żadnych wyników. W światowej literaturze medycznej znacznie częściej stosowane jest pojęcie terapii daremnej (*futile*), natomiast pojęcie terapii uporczywej jest swoiste dla polskiego piśmiennictwa medycznego.

Jednakże w najnowszych wypowiedziach specjalistów z dziedziny intensywnej terapii oraz osób zajmujących się opieką hospicyjną, np. ks. Jana Kaczkowskiego, spotyka się wyłącznie określenie terapia daremna. [2,11–14]. Odstąpienie od prowadzenia terapii daremnej, a więc powstrzymanie się od niektórych działań medycznych powoduje zgon pacjenta, ale prawdziwą przyczyną śmierci jest nieuleczalna choroba, z którą walka stała się nieracjonalna lub przestała być korzystna dla osoby chorej. Zaprzestanie terapii w takim przypadku nie spełnia przesłanek przyczynienia się do śmierci w żadnej biernej czy czynnej formie i nie można tu mówić o eutanazji biernej [7]. Eutanazja bierna jest bowiem zaniechaniem podjęcia leczenia choroby uleczalnej u pacjenta dotkniętego chorobą nieuleczalną, odmową przez lekarza stosowania nadzwyczajnych środków służących ratowaniu życia, użyciem środków zwyczajnych, zaprzestaniem leczenia chorego, gdy chory sobie tego życzy, zaprzestaniem leczenia chorego, gdy lekarz uważa, że dalsze leczenie tylko przedłuża cierpienie, bezwzględną odmową jakiegokolwiek interwencji w chwili umierania [15].

Różnice pomiędzy odstąpieniem od prowadzenia terapii daremnej a zjawiskiem eutanazji biernej są następujące:

- zamiar przerywania życia – w odstąpieniu od terapii daremnej celem nie jest przyspieszenie bądź spowodowanie śmierci pacjenta, a proces umierania jest procesem naturalnym. Eutanazja ma na celu przerywanie życia, śmierć jest poddana woli człowieka;

- obowiązek opieki nad chorym – w eutanazji biernej nie leczy się choroby uleczalnej, która towarzyszy chorobie nieuleczalnej; natomiast w przypadku odstąpienia od leczenia podtrzymującego funkcje narządów, a nieprzynoszącego choremu korzyści, nie ma rezygnacji i zwolnienia personelu medycznego z obowiązku opieki nad chorym aż do samego końca.
- konsekwencje zaniechania – w eutanazji biernej lekarz poprzez swoje zaniechanie nie podejmuje działań, które mogłyby przerwać potencjalnie odwracalny proces umierania; natomiast w odstąpieniu od terapii daremnej lekarz swoim zaniechaniem nie naraża na niebezpieczeństwo utraty życia pacjenta, gdyż jest ono i tak już na to niebezpieczeństwo narażone – i to niebezpieczeństwo terminalne, którego lekarz swoim ewentualnym działaniem i tak nie będzie w stanie odwrócić [4–7,16,17].

2. Odstąpienie od terapii daremnej

Odstąpienie od terapii daremnej realizuje się poprzez dwie formy postępowania lekarskiego: niepodjęcie (*withholding*) oraz odstąpienie (*withdrawing*). Z etycznego punktu widzenia obydwie formy postępowania są równoznaczne, różni je jednak aspekt podejmowania bądź nie podejmowania czynności przez personel medyczny oraz skutek, jaki te czynności (lub ich brak) wywołują.

Niepodjęcie jest sposobem ograniczenia terapii, który polega na niewprowadzaniu nowych procedur medycznych. Lekarze nie podejmują decyzji o włączeniu leczenia nowego, które w innym przypadku byłoby klinicznie wskazane lub nierozpoczynaniu, nierozszerzaniu kolejnego cyklu leczenia, które prowadzone dotychczas stało się bezcelowe wobec pogarszania się ogólnego stanu pacjenta. Tak więc niepodjęcie terapii daremnej odnosi się przeważnie do rezygnacji z działań terapeutycznych, które miałyby być podjęte w przyszłości, ale z powodu postępującego umierania stałyby się bezcelowe i nie przyniosłyby choremu żadnej korzyści. Podstawą do podjęcia decyzji o ograniczeniu terapii daremnej poprzez niepodjęcie kolejnych procedur medycznych jest ich niecelowość, będąca wynikiem rokowania co do dalszego przebiegu leczenia oraz stanu chorego.

Odstąpienie polega na bezpośrednim wstrzymaniu realizacji leczenia, które zostało zastosowane u pacjenta w przeszłości i trwa nadal, lecz nie przynosi spodziewanych efektów w postaci poprawy stanu zdrowia. Przyczynami tej sytuacji może być nieefektywność tych procedur lub nawet całkowity brak ich skuteczności. Podstawą do podjęcia decyzji o ograniczeniu terapii daremnej jest więc nieskuteczność bieżąco stosowanej metody leczenia w stosunku do przyczyny postępującego procesu pogarszania się stanu zdrowia pacjenta [5,11,12].

Należy tu jednoznacznie podkreślić za autorami Wytycznych, że realizacja odstąpienia od terapii daremnej nie oznacza całkowitego zaprzestania leczenia. Dalsze postępowanie ma charakter paliatywny; obejmuje takie procedury, które gwa-

rantują właściwą jakość życia pacjenta w terminalnej fazie choroby. Pacjent jest właściwie pielęgnowany, nie odczuwa bólu, lęku, duszności, głodu, pragnienia [12,13].

3. Społeczne rozumienie problematyki odstąpienia od terapii daremnej/uciążliwej

Niezwykle ważnym zagadnieniem jest prowadzenie otwartej, odważnej dyskusji i działań oświatowych w tematach związanych z ograniczaniem działań medycznych w przypadku nieuleczalnie chorych pacjentów. Pojęcie odstąpienia od terapii daremnej w intensywnej terapii jest nowością zarówno dla polskiego środowiska medycznego, jak i przedstawiciele nauk etycznych czy prawnych, a reszta społeczeństwa zapewne nie jest w ogóle świadoma, że istnieje kwestia terapii daremnej. Jeżeli nawet jakaś publikacja w popularnym medium próbuje przedstawić rzetelną informację na temat podejmowania przez lekarzy decyzji, kiedy trzeba pozwolić pacjentowi odejść [2,13,14], to inne media, zamiast w sposób odpowiedzialny podjąć dyskusję i szeroko przedstawić tematykę w rzetelny sposób i bez zbędnej sensacji, sprowadzają zagadnienie do tabloidowej, płytkiej formy, obwieszczając światu w alarmistycznym tonie: „Szok! Lekarze będą się uczyć, jak zakończyć życie pacjenta?” [18]. Podobnie nie najlepiej jest ze rozumieniem dłużej obecnego w polskim dyskursie naukowym, jak i w praktyce medycznej pojęcia terapii uciążliwej. W społeczeństwie tkwi ukształtowany pogląd, iż wszelkie próby ograniczeń terapii podejmowanych wobec pacjentów nieuleczalnie chorych związane są z akceptacją praktyk eutanazyjnych [12].

Ten stan społecznego rozumienia omawianej problematyki potwierdziły wyniki badań CBOS przeprowadzone w listopadzie 2012 na grupie 952 respondentów [19]. W powołanym badaniu na wstępie starano się ustalić, z jakimi sytuacjami kojarzą się respondentom określenia „zaniechanie uporczywej terapii, uporczywego leczenia” oraz „eutanazja”. Znaczna część, bo aż 36% badanych, nie miała z powyższymi określeniami żadnych skojarzeń. Pozostałe najczęściej udzielane odpowiedzi dotyczące pierwszego określenia („zaniechanie uporczywej terapii”) kojarzyły się z przerwaniem leczenia (22%), chorobą (17%), z eutanazją (9%) i śmiercią (7%). Natomiast eutanazja kojarzona była przez respondentów ze śmiercią (49%), śmiercią na żądanie (26%), brakiem szans na wyleczenie (9%), cierpieniem (7%), przerwaniem leczenia (5%), inne skojarzenia (5%), zaś 14% nie potrafiło przywołać żadnych skojarzeń. Rezultaty otrzymane w ramach pytań o stosunek do rezygnacji z uporczywej terapii (określonej ogólnie jako rezygnacja z leczenia, gdy wiadomo, że będzie ono nieskuteczne, a przysporzy choremu cierpienia i będzie przedłużać jego umieranie) oraz eutanazji (jako spełnienia przez lekarza woli cierpiących, nieuleczalnie chorych, którzy domagają się podania im środków powodujących śmierć) są podzielone. Co do uporczywej terapii – za rezygnacją z niej opowiedziało się 48% badanych, zaś przeciwko – 38% respondentów [19,20].

4. Dyskusja

Bez wątplenia odstępnie od terapii daremnej jest współcześnie istotnym problemem medycznym i etycznym w intensywnej terapii, co wykazały przeprowadzone prace badawcze. A. Kübler w ogólnopolskim badaniu ankietowym przeprowadzonym wśród lekarzy anesteziologów ustalił, że specjaliści ci w swojej praktyce bardzo często decydują się nie podejmować (97%) bądź odstąpić (75%) od działań spełniających przesłanki terapii daremnej [21]. W. Tokarz w badaniu ankietowym przeprowadzonym w 2012 r. wśród personelu pracującego w poznańskich OAiIT zapytała 185 osób (lekarze, pielęgniarki i salowe), jak często w swej praktyce zawodowej spotykają się z uporczywą terapią. 75% ankietowanych odpowiedziało, że kilka razy, 21% – zawsze, 2% – często, a kolejne 2% – nigdy [22].

Również w województwie opolskim podobne badania zrealizowano w 2015 r. M. Kwiatkowska pod kierunkiem J. Bojko skierowała kwestionariusze ankietowe do 165 lekarzy różnych specjalności medycznych, z czego 60 respondentów było anesteziologami. Z danych udostępnionych autorom niniejszego opracowania przez J. Bojko wynika, że 74% osób badanych zastosowało kiedykolwiek terapię podtrzymującą życie pomimo tego, że nie mogła ona przynieść pozytywnego skutku dla pacjenta. Prawie 62% osób badanych zastosowało taką terapię pod presją wywieraną przez rodzinę pacjenta. Problem relacji z rodziną jest bardzo ważnym zagadnieniem, ponieważ naciski i żądania rodziny nie zawsze są zgodne z właściwie rozumianym dobrem pacjenta. Bliskim po prostu jest trudno zrozumieć, że dalsze zabiegi nie doprowadzą już do poprawy, a choroba prowadzi do nieuchronnej śmierci [13].

Zgodnie z Wytycznymi odpowiednio wczesna, jasna, cierpliwa i zorientowana na wysłuchanie komunikacja z bliskimi pacjenta ma podstawowe znaczenie dla właściwego prowadzenia leczenia w okresie umierania oraz zminimalizowania ryzyka konfliktu pomiędzy rodziną a zespołem terapeutycznym. Słusznie za niedopuszczalną praktykę uważa się brak rozmowy z rodziną i pozostawienie jej samej w tym trudnym momencie, gdy odchodzi osoba bliska [5,11–12]. W komunikacji tej samo pojęcie terapii daremnej ma do odegrania ogromną rolę. Podczas dialogu z rodziną z przyczyn psychologicznych i moralnych użycie określenia „terapia daremna” wydaje się bardziej przekonujące (np. zwrot: „Terapia pani męża jest już niestety daremna”) od użycia zwrotu „terapia uporczywa” (np. „Musimy odstąpić od terapii uporczywej pani męża”) [16].

Ważnym czynnikiem, który powinien wpłynąć pozytywnie na komunikację z rodziną pacjenta, powinna być społeczna akceptacja daremności leczenia. Tylko taka akceptacja, osiągnięta poprzez działania informacyjne i oświatowe w środowisku medycznym, a przede wszystkim pozamedycznym spowoduje, że lekarze nie będą podlegać presji ratowania życia, wywieranej przez rodzinę umierającego pacjenta w sytuacjach nie dających podstaw do pozytywnego rokowania [5].

Podsumowanie

Dokonując przeglądu piśmiennictwa traktującego o terapii uporczywej/daremnej, podkreślenia wymaga fakt, że w wielu publikacjach autorzy postulują konieczność uregulowania prawnego kwestii odstąpienia od prowadzenia terapii, która nie przyniesie poprawy stanu zdrowia pacjenta. Stosowna regulacja prawna poprzez wyznaczenie jasnych dla wszystkich stron kryteriów i reguł postępowania ułatwiłaby pracę personelowi OAiIT, ograniczyłaby ryzyko konfliktów i postępowań angażujących wymiar sprawiedliwości, wyeliminowałaby w znacznym stopniu pewne lęki i wątpliwości nurtujące zarówno środowisko medyczne, jak i pacjentów [3,6,10,12]. Natomiast wobec bezczynności organów państwa upoważnionych do tworzenia aktów prawnych, jedynie Wytyczne stanowią próbę uporządkowania sytuacji i spowodowania, że decyzje o odstępowaniu od prowadzenia terapii daremnej będą podejmowane za pomocą jednolitej praktyki i przestaną być ukrywane [5,12].

Na koniec należy jeszcze spojrzeć na problem terapii daremnej z perspektywy personelu pielęgniarskiego – przecież to właśnie te osoby najwięcej czasu spędzają z pacjentem przebywającym w OAiIT, kontaktują się z rodziną chorego. Bardzo często to pielęgniarki sygnalizują lekarzom, że danego pacjenta już nie można uratować [2]. Od wzajemnego szacunku, właściwej współpracy zależy to, czy takie sugestie są akceptowane przez lekarzy i brane pod uwagę podczas planowania dalszego postępowania medycznego. Niezależnie jednak od dylematów etycznych i decyzji podejmowanych przez zespół lekarzy prowadzących leczenie, pacjent będzie zawsze podmiotem działań pielęgniarskich. Warto zacytować w tym miejscu kilka przemyśleń Bogusławy Szeglowskiej, jednej z pielęgniarek pracującej w OAiIT Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II: „Ja, pielęgniarka, widzę pacjenta całościowo, na oddziale intensywnej terapii patrzę na różne ekrany, odpinam, przypinam różnego rodzaju dreny, ale też myję ciało, zmieniam pościel, nawilżam błony śluzowe. Po podjęciu decyzji przez zespół o zaprzestaniu terapii daremnej mam pacjenta, któremu nadal zmieniam pościel, myję ciało, rozmawiam, podaję leki. Czy coś się zmieniło w moim postępowaniu? W czynnościach? Na to pytanie niech odpowie sobie każdy z nas. Podsumowaniem moich refleksji (...) niech będą słowa amerykańskiego lekarza Edwarda L. Trudeau: »Czasami można wyleczyć, często złagodzić dolegliwości, pielęgnować trzeba zawsze«” [23].

Bibliografia

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz. U. 2013 r. Nr 15 ze zmianami).
2. Kim R. Kiedy trzeba pozwolić umrzeć. *Newsweek* 2015; 6: 33–36.

3. Kocaj O. Prawno karne granice ochrony życia człowieka w związku z działaniami medycznymi. *Prok i Pr* 2015; 7–8; 111–125.
4. Suchorzewska J. Granice intensywnej terapii – trudny problem etyczny. *Anest In Ter* 2007; 1: 55–56.
5. Kübler A, Siewiera J, Durek G, Kusza K, Piechota M, Szkulmowski Z. Guidelines regarding the ineffective maintenance of organ functions (futile therapy) in ICU patients incapable of giving informal statements of will. *Anest In Ter* 2014; 46: 2015–220.
6. Gałęska-Śliwka A, Śliwka M. Stan wegetatywny, eutanazja, zaniechanie uporczywej terapii. *Państwo i Prawo* 2009; 11: 17–31.
7. Wach B. Próba oceny sytuacji granicznych związanych a chorobą i umieraniem. *Etyka Praktyczna* 2012; 3: 41–65.
8. Krajewski R. Granice terapii medycznych – Terapia uporczywa. *Gaz Lek* 2009; 3: 20–21.
9. Konsensus Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia. *Med Paliat Prakt* 2008; 2: 77–78.
10. Wróbel W. Rezygnacja z uporczywej terapii w świetle polskiego prawa. *Medycyna Praktyczna* 2009 [online]. Dostępny na URL: http://www.mp.pl/etyka/kres_zycia/show.html?id=46416 [cyt. 18.02.2016].
11. Stelmach M. Uporczywa terapia nie służy pacjentowi. *Biuletyn Informacyjny Opolskiej Izby Lekarskiej* 2015; 228: 9–11.
12. Kübler A, Siewiera J. *Terapia Daremna dla Lekarzy i Prawników*. Wrocław: Urban & Partner; 2015.
13. Krzyszkowska R. Ostatni Oddech. *Przewodnik Katolicki* 2015: 47 [online]. Dostępny na URL: <https://www.przewodnik-katolicki.pl/Archiwum/2015/Przewodnik-Katolicki-47-2015/Zdrowie/Ostatni-oddech> [cyt. 18.02.2016].
14. Aksamit B. 36% Polaków nie wie, co to jest „zaniechanie uporczywej terapii” Wyborcza Magazyn Reporterów Duży format 2014 [online]. Dostępny na URL: http://wyborcza.pl/duzyformat/1,139944,16400579,36__Polakow_nie_wie__co_to_jest__zaniechanie_uporczywej.html?disableRedirects=true [cyt. 18.02.2016].
15. Szeroczyńska M. *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie*. Kraków: UNIVERSITAS; 2004.
16. Szewczyk K. granice intensywnej terapii i ich wyznaczniki. *Anest Int Ter* 2007; 1: 50–54.
17. Zoll A. *Odpowiedzialność karna za niepowodzenie w leczeniu*. Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze; 1988–1989.
18. Szok! Lekarze będą się uczyć, jak zakończyć życie pacjenta? [online]. Dostępny na URL: <http://www.fakt.pl/wydarzenia/lekarze-nie-chca-przedluzac-mak-pacjenta-eutanazja-uporczywa-terapia,artykuly,521256.html> [cyt. 18.02.2016].
19. Komunikat z badań CBOS, BS/3/2013. *Zaniechanie intensywnej terapii a eutanazja*. Warszawa; 2013.
20. Stefaniuk M. Etyczne dylematy prawa (kara śmierci, aborcja i eutanazja) w świetle badań polskiej opinii publicznej. *Studia Iuridica Lublinensia* 2013; 19: 324.

21. Kübler A, Adamik B, Lipińska-Gediga M, Kędziora J, Strożecki L. End-of-life attitudes of intensive care physicians in Poland; results of the national survey. *Intensive Care Med* 2011; 37: 1290.
22. Tokarz W. Współczesne dylematy intensywnej terapii. Eutanazja – Anioł Śmierci czy Zbawienia? *Anestezjol Ratow* 2012; 6: 16–23.
23. Szeglowska B. Granice uporczywej terapii – moje przemyślenia. *Małopolskie Pielęgniarki i Położne* 2015; 18: 4–5.

Adres do korespondencji:

Lilianna Gawłów-Nowak
ul. Opolska 4, 47-364 Strzeleczyki
tel. 692 627 909
e-mail: liloj@interia.pl

Zadania interdyscyplinarnego zespołu opieki paliatywnej w zakresie oceny i monitorowania bólu u pacjenta chorego na nowotwór

Izabela Kaptacz, Marcin Janecki

Zakład Medycyny i Opieki Paliatywnej, Katedra Pielęgniarstwa,
Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp

Wysoki poziom opieki może zostać osiągnięty przy dobrze prowadzonej pracy interdyscyplinarnego zespołu. W opiece paliatywnej najczęściej wykorzystywane jest założenie, że zespół interdyscyplinarny to grupa profesjonalistów reprezentujących różne gałęzie wiedzy, działających razem we wspólnie założonym celu. W podejmowanych działaniach członkowie zespołu powinni posiadać wiedzę na temat roli pozostałych członków. Interdyscyplinarny zespół posiada wspólną odpowiedzialność w dążeniu do najwyższej jakości życia chorego, a członkowie zespołu w pełnieniu zadań wzajemnie się uzupełniają, ale nie zastępują, i podejmują decyzje lecznicze oparte na konsensusie [1,2]. Niezwykle istotnym elementem interdyscyplinarności w opiece paliatywnej jest współpraca członków zespołu z chorym i jego rodziną w zakresie działań edukacyjnych, pielęgnacji, udzielaniu wsparcia i opieki. W opiece paliatywnej członkami interdyscyplinarnego zespołu są lekarze, pielęgniarki, psychologowie, psychoonkolodzy, fizjoterapeuci, kapelani oraz bardzo często pracownik socjalny i wolontariusze [2,3].

1. Ból u pacjenta chorego na nowotwór

Ból ma wiele definicji i klasyfikacji, jest subiektywnym doznaniem, dezintegruje codzienne życie osoby doznającej bólu oraz jej rodziny. Ból nowotworowy znacznie różni się od bólu towarzyszącego innym jednostkom chorobowym. Zaburza wszystkie sfery życia chorego i jest jednym z wielu czynników powodujących lub nasila-

jących cierpienie chorego. Międzynarodowe Stowarzyszenie Badania Bólu (IASP) definiuje ból jako negatywne doznanie zmysłowe i emocjonalne, związane z rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanki lub opisywane w takich kategoriach. Ponieważ doznanie bólowe u chorego na nowotwór jest intensywne i długotrwałe, to traci rolę czynnika ostrzegawczego i obronnego, stając się zupełnie niepotrzebnym cierpieniem. Ponadto z uwagi na subiektywny charakter bólu oraz jego wielowymiarowość, ból u chorego na nowotwór jest bólem wszechogarniającym (ang. *total pain*) obejmującym komponent bólu fizycznego, psychicznego, społecznego i duchowego. Wymusza to konieczność podjęcia wielokierunkowego postępowania, w którym udział biorą wszyscy członkowie interdyscyplinarnego zespołu. Współpracujący z chorym i jego rodziną zespół rozpoznaje i leczy ból, istotnie zmieniając stan chorego i poprawiając jakość życia [4,5].

2. Zadania opieki paliatywnej

Postawione przed członkami opieki paliatywnej zadania opierają się na filozofii wypracowanej i zalecanej przez Europejskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej (EAPC). Do zadań zespołu opieki paliatywnej należy tworzenie **relacji współpracy pomiędzy chorym a zespołem**, opierającej się nie tylko na niedomaganiach chorego, lecz na pozytywnych możliwościach pacjenta i na twórczym radzeniu sobie z przeciwnościami, **wielodyscyplinarne i wielozadaniowe podejście, dobra komunikacja** pomiędzy chorym a bliskimi, chorym a zespołem oraz w zespole zaangażowanym w opiekę. Poprzez tworzenie atmosfery akceptacji prowadzona jest **edukacja społeczna i wsparcie w cierpieniu i osamotnieniu chorego i jego rodziny w trakcie trwania choroby i w okresie osierocenia**. Ponadto niezwykle istotna pozostaje **niezależność – autonomia** – chorego i jego rodziny (prawo do decyzji o miejscu, dostępie i sposobach terapeutycznych), **godność chorego** (szacunek, otwartość wobec chorego, jego wierzeń, praktyk, przekonań oraz obowiązującego prawa), **najlepsza jakość życia**, która głównie zależy od różnicy pomiędzy oczekiwaniami a rzeczywistością, w jakiej znajduje się chory oraz **nieprzyspieszanie i nieopóźnianie śmierci** – zasada wartości życia i naturalności procesu umierania [6].

Funkcjonowanie interdyscyplinarnego zespołu powinno również uwzględniać aspekty złotego standardu w aspekcie **kontroli objawów**, całodobowej **dostępności** do opieki oraz **wsparcia i opieki w fazie umierania**. Wymaga to **koordynacji działań**, poprawnej **komunikacji** w zespole, regularnych spotkań, planowania opieki, dokumentowania działań przy ciągłym **podnoszeniu kwalifikacji** zespołu [3].

Europejskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej (ESMO) i Europejskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej (EAPC) wskazują, że chory powinien mieć zapewnione leczenie bólu i opiekę na każdym etapie choroby, równoległe z leczeniem przeciwnowotworowym lub niezależnie od niego. Identyfikacja czynników powodujących ból

i rozpoczęcie leczenia bólu przewlekłego stanowi istotny element terapii przeciwnowotworowej, często jeszcze w trakcie leczenia przyczynowego [6,7].

Kontrola objawów ze szczególnym uwzględnieniem bólu wskazana jest w definicji opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz założeniach leczenia bólu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Obecnie szczegółową rewizję zaleceń dotyczących leczenia bólu u chorych na nowotwory opartą na dowodach naukowych i doświadczeniach ekspertów publikuje Europejskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej (EAPC) [8].

W opiece paliatywnej stosowane jest leczenie objawowe uwzględniające pięć zasad:

1. **ocena objawu** – zdiagnozowanie objawu musi poprzedzać włączenie terapii ponieważ objawy mogą być wywołane innymi niż choroba podstawowa przyczynami np. leczeniem, wyniszczeniem, innymi schorzeniami, a leczenie zależy od mechanizmu patologicznego,
2. **wyjaśnianie** – należy wyjaśniać choremu w prosty sposób przyczyny objawów, przedyskutować różne możliwości postępowania i wyjaśnić choremu i jego rodzinie, na czym będzie polegało leczenie,
3. **indywidualizacja leczenia** (farmakologicznego i nefarmakologicznego) – objawy stałe trzeba leczyć profilaktycznie, upraszczając leczenie, w sytuacjach trudnych szukać rady u innych specjalistów, nie mówić, że próbowało się już wszystkiego albo że nic się nie da zrobić,
4. **monitorowanie** – cały czas oceniać efekty leczenia oraz występowanie objawów ubocznych, reagować na nowe objawy,
5. **zwracanie uwagi na szczegóły** – planowanie leczenia, unikanie żargonu medycznego, używanie prostego języka.

Takie postępowanie pomaga w ustaleniu potrzeb psychosocjalnych i duchowych, co ma znaczenie w całościowej opiece nad pacjentem z chorobą nowotworową [9].

3. Zadania zespołu interdyscyplinarnego w zakresie oceny i monitorowania bólu

Ból przewlekły u pacjenta z chorobą nowotworową musi być rozpoznawany, oceniany, leczony i stale monitorowany. W leczeniu bólu nowotworowego najważniejszą rolę odgrywa farmakoterapia. Światowa Organizacja Zdrowia wskazuje na konieczność regularnego podawania według trójstopniowej drabiny analgetycznej coraz silniejszych leków przeciwbólowych, kiedy słabsze przestają być skuteczne, zawsze indywidualnie, w zależności od nasilenia bólu oraz w skojarzeniu z lekami adjuwantowymi (koanalgetykami). Wybór leku (leków) lub metody leczenia zależy przede wszystkim od rodzaju i natężenia bólu [10,11].

Ponieważ częstość występowania bólu wzrasta wraz z postępem choroby, interdyscyplinarny zespół systematycznie określa potrzeby u pacjenta z bólem. Często działania zależne są od sytuacji, w której znajdują się poszczególni członkowie zespołu, niż od ich zawodowej roli. Wspólna praca lekarzy, pielęgniarek, psychologów,

fizjoterapeutów, pracowników socjalnych, opiekunów, kapelana jest najbardziej skutecznym sposobem w dążeniu do wspólnie wyznaczonego celu [12].

Członkowie zespołu na podstawie klinicznej oceny bólu rozpoznają i oceniają ból, często kilka rodzajów, uwzględniając rodzaj, charakter, nasilenie, czas trwania oraz lokalizację. Ponadto ocenie podlega wpływ i znaczenie bólu na aktywność społeczną, stan psychiczny i emocjonalny chorego oraz dotychczasowe postępowanie (metody farmakologiczne i nefarmakologiczne), skuteczność terapii i występowanie działań niepożądanych [10].

W terapii bólu szczególnie lekarze i pielęgniarki, biorą aktywny udział w kontroli i monitorowaniu poziomu bólu przy rozpoczęciu terapii oraz po upływie 24 godzin, a następnie co najmniej 2 razy w tygodniu. U pacjenta z niestabilnym bólem ocena dokonywana jest codziennie. Choremu udziela się informacji stosownie do jego stanu i sytuacji na temat mechanizmu powstawania bólu, znaczenia bólu oraz stosowanych metod postępowania. Ocena bólu, jako subiektywnego objawu odczuwanego przez chorego, może powodować trudności, ponieważ oparta jest na słownej relacji chorego i może podlegać wpływom emocji i odczuć. Do oceny poziomu bólu i porównywania natężenia służą dedykowane skale i kwestionariusze [2,11,13].

Bardzo ważną rolę w aspekcie bólu ma ocena stanu emocjonalnego pacjenta, jego nastawienia wobec towarzyszącej mu choroby, a w konsekwencji podejmowanie działań w postaci udzielanego wsparcia, terapii, a także sugestii w zastosowaniu leczenia farmakologicznego. Ponadto w ocenie stanu chorego uwzględnia się ewentualność odczuwania przez pacjenta lęku związanego z dolegliwościami somatycznymi, czy też obaw, że ból może się nasilać, że postępujący proces chorobowy, osłabienie, zniechęcenie będą zbyt dużym obciążeniem dla rodziny. W leczeniu bólu ocenie podlegać również powinna sytuacja rodzinna. Rodzina i opiekunowie w sytuacji choroby i cierpienia bliskiej osoby potrzebują wsparcia informacyjnego, emocjonalnego i instrumentalnego, które wymaga doświadczenia i dojrzałości psychicznej. Podstawowym warunkiem dobrej opieki jest budowanie relacji na fundamencie prawdy, godności i nietykalności życia [11]. Znaczącą rolę w postępowaniu łagodzącym objawy w chorobie nowotworowej i następstwa leczenia onkologicznego ma systematyczne monitorowanie efektów prowadzonych działań.

Opieka paliatywna sprawowana wobec chorego u kresu życia wymaga od członków zespołu nabycia szczególnych kompetencji, które pozwalają na podejmowanych aktywnych działań, wpływając na poprawę jakości jego życia. Pielęgniarka współuczestniczy w postępowaniu farmakologicznym prowadzonym przez lekarza, znając i stosując zasady postępowania przeciwbólowego, podając leki według zlecenia lekarskiego oraz oceniając ich skuteczność i wystąpienie objawów ubocznych [10, 11]. Konieczna jest znajomość zagadnień przeliczania dawek opioidów, łączenia i interakcji leków, stosowania pompy infuzyjnej, podawaniu leków różnymi drogami, przestrzegania odstępów czasowych pomiędzy kolejnymi dawkami oraz leczenia wspomagającego.

Niezmierną ważnym zadaniem zespołu opieki paliatywnej jest prowadzenie edukacji pacjenta w kierunku identyfikacji bólu podstawowego, przebijającego, końca dawki oraz przygotowanie chorego do prowadzenia (jeśli to możliwe) dziennika oceny bólu i skuteczności postępowania przeciwbólowego. Po zleceniu przez lekarza prowadzącego leczenie farmakologiczne członkowie zespołu wyjaśniają choremu zasady leczenia bólu, działanie leków, które zostały zlecone, celem lepszego zrozumienia przez pacjenta natury bólu oraz roli pacjenta. Edukacja pacjenta i jego rodziny powinna również dotyczyć obaw i mitów na temat niedostatecznego leczenia, przedawkowania czy uzależnienia. Edukacja pacjenta sprowadza się również do zagadnień dotyczących innych objawów, które mocno korelują z odczuwaniem bólu, między innymi apetytu, wypróżnienia oraz możliwość snu i odpoczynku. Podczas leczenia bólu opioidami wszyscy członkowie zespołu muszą zwracać uwagę na przyjmowanie przez pacjenta leków zmiękczających stolec i przeczyszczających, aby uniknąć zaporę indukowanych opioidami.

Wszystkie działania muszą sprowadzać się do podstawowych założeń interdyscyplinarnego zespołu, zasady celowości profesjonalizmu i koordynacji [12]. Ocena poziomu bólu uwzględniająca rodzaj, nasilenie, czas trwania, lokalizację, objawy współistniejące, ocenę poziomu bólu odpowiedniego do osiągnięcia stanu komfortu i funkcjonowania musi być obowiązkowa i rutynowa. Podczas monitorowania bólu członkowie zespołu zwracają uwagę na dodatkowe informacje u chorego z bólem: niewerbalne (wzdychanie, stękanie, płacz) i werbalne (liczenie, modlenie, skarżenie się, przeklinanie). Podczas wykonywania zabiegów i czynności pielęgnacyjnych, które sprawiają choremu ból, należy zawsze rozważyć podawanie leków przeciwbólowych profilaktycznie. Po zleceniu leków przeciwbólowych pacjent powinien przebywać pod stałym nadzorem, a reakcja na pojawiający się ból i nieskuteczność leczenia powinna być natychmiastowa. Umiejętność dostosowania dawki na podstawie oceny stanu chorego wymaga wiedzy na temat działania opioidów, początku działania leku, czasu potrzebnego do osiągnięcia w surowicy stężenia maksymalnego, czasu działania i potencjalnych efektów niepożądanych. W razie potrzeby należy pamiętać o podawaniu dodatkowej dawki opioidów w celu opanowania bólu przebijającego. Ważne jest, aby chory nie musiał czekać i aby doświadczona w leczeniu bólu pielęgniarka miała dostęp do ratunkowych dawek opioidów podawanych „na żądanie” i mogła je zastosować w celu uśmierzenia bólu [13]. Rzetelne, systematyczne i szczegółowe dokumentowanie prowadzonej oceny bólu i ciągłego monitorowania efektów leczenia wpływa na szybkie i skuteczne decyzje terapeutyczne lekarza prowadzącego. Ponieważ zasady leczenia bólu mogą sprawiać pacjentowi trudność, pozostawienie ich w formie pisemnej pozwala lepiej skupić się na istotnych aspektach.

W postępowaniu mającym na celu minimalizację dolegliwości bólowych duże znaczenie ma postępowanie niefarmakologiczne, mające na celu zapewnienie warunków bezpieczeństwa, łagodzenie lęku, niepewności czy poczucia osamotnienia. Należą do nich m.in.: techniki psychologiczne, np. relaks, hipnoza, terapia poznaw-

czo-behawioralna, fizykoterapia oraz metody inwazyjne. Wybór metod i sposobów opanowania bólu włączonych do leczenia farmakologicznego oparty jest na analizie skutków ubocznych i wymiernych korzyściach dla pacjenta [2, 10, 14]. Prowadzenie dobrej kontroli bólu to również działania polegające na zmniejszaniu narażenia chorego na inne dodatkowe bodźce wzmagające ból. W pielęgnowaniu chorego ważna jest koordynacja i zabezpieczenie u pacjenta sprzętu pomocniczego, rehabilitacyjnego, udogodnień, pomoc w zaspokajaniu czynności fizjologicznych, jak najmniej narażając na dodatkowy ból i cierpienie. W sytuacji trudności finansowych lub społecznych istotnym zadaniem zespołu jest współpraca z innymi ośrodkami w zakresie zabezpieczenia społecznego.

Aby skutecznie realizować opiekę wobec nieuleczalnie chorego, interdyscyplinarny zespół musi być w pełni ukształtowany i świadomie dążący do wytyczonych celów. Na jego pracę wpływa wiele czynników organizacyjnych i środowiskowych. Zespół współpracujący ze sobą, znający swoje słabe i mocne strony, może skupić swoją uwagę na merytorycznej stronie postępowania, co przekłada się na poczucie bezpieczeństwa, jakość, wydajność i skuteczność podejmowanych działań [1]. Istotnym elementem jest dokonywanie oceny jego funkcjonowania, zwracanie uwagi na konieczność rozwiązywania zaistniałych konfliktów i niejasności [15]. Programy kształcenia lekarzy i pielęgniarek pracujących w opiece paliatywnej zakładają przygotowanie edukacyjne do oceny, monitorowania i leczenia bólu. Zakres obowiązków i pełnionych ról ściśle określają ustawy dotyczące poszczególnych zawodów. Wzajemna korelacja i znajomość zakresów kompetencji pomiędzy członkami wykonującymi różne zawody wymaga zaufania i zrozumienia oraz daje szansę na powodzenie w działaniu.

Podsumowanie

Opieka paliatywna opiera się na pracy interdyscyplinarnego zespołu współpracującego z chorym, jego rodziną oraz innymi specjalistami i podstawową opieką zdrowotną. Nie sprowadza się tylko do opieki zinstytucjonalizowanej, lecz jest filozofią postępowania i może być stosowana w różnych miejscach pobytu chorego. Właściwa organizacja pracy, sprawna komunikacja i optymalny przepływ informacji w zespole interdyscyplinarnym pozwalają na regularną weryfikację indywidualnego planu opieki i leczenia objawowego, w tym również leczenia bólu. Interdyscyplinarny zespół w opiece nad pacjentem z bólem przewlekłym prowadzi systematyczną ocenę bólu, efektów leczenia, rozpoznaje objawy uboczne i reaguje na pojawiające się nowe objawy. Konieczna jest akceptacja, zrozumienie, aktywne słuchanie chorego, jego rodziny. [9, 11].

Podział zadań członków zespołu wynika z uwarunkowań prawnych i kompetencji. Nadal istnieje potrzeba prowadzenia edukacji społeczeństwa, w tym personelu medycznego na temat możliwości i sposobów prowadzenia skutecznego leczenia

bólu i respektowania podstawowego prawa, jakim jest życie bez bólu. Od interdyscyplinarnych zespołów opieki paliatywnej wymagać należy skutecznego działania. Można to osiągnąć, jeśli w zespole nastawionym na pacjenta i jego rodzinę określone są jasne zasady działania, wypracowane procedury postępowania, sprecyzowane role, sprawna komunikacja i ciągłe dążenie do rozwoju [15].

Bibliografia

1. Sherman DW, Matzo M, Metheny T. The interprofessional Practice of Palliative Care Nursing. W: Matzo M, Sherman DW, red. *Palliative Care Nursing. Quality Care to the End of Life*. 4th ed. New York: Springer Publishing Company; 2015: 3–20.
2. Turk DC, Stanos SP, Palermo TM, Paice JA, Jamison RN, Gordon DB, I in. Interdisciplinary Pain Management. American Pain Society [online]. Dostępny na URL: <http://americanpainsociety.org/uploads/about/position-statements/interdisciplinary-white-paper.pdf> [cyt.23.03.2016].
3. Ciałkowska-Rysz A. Organizacja opieki paliatywnej. W: de Walden-Gałuszko K, Ciałkowska-Rysz A, red. *Medycyna paliatywna*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2015: 10–11.
4. Kotlińska-Lemieszek A. Ból u pacjentów z chorobą nowotworową. Przyczyny, patofizjologia, klasyfikacja i diagnostyka.. W: de Walden-Gałuszko K, Ciałkowska-Rysz A, red. *Medycyna paliatywna*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2015: 59–75.
5. Wordliczek J, Dobrogowski J, red. *Leczenie bólu*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2012.
6. Raport dotyczący standardów i norm dla opieki hospicyjnej i paliatywnej w Europie: część 1 i 2. Zalecenia Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej. *Med Paliat Prakt* 2010; 4 (2): 46–48.
7. Ripamonti C I, Santini D, Maranzano E, Berti M, Roila F. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol* 2012; 23 (7): 139–154.
8. Klepstad P, Kaasa S, Borchgrevink PC. Starting Step III opioids for moderate to severe pain in cancer patients: Dose titration: A systematic review. *Palliat Med* 2010; 25 (5): 424–430.
9. Watson MS, Lucas CF, Hoy AM, Back IN. *Opieka paliatywna*. Wrocław: Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner; 2007.
10. Krajnik M. Zasady oceny bólu u chorego na nowotwór. Ból totalny i ból duchowy u chorego na nowotwór. W: Malec-Milewska M, Krajnik M, Wordliczek J, red. *Chory na nowotwór – kompendium leczenia bólu*. Warszawa: Medical Education; 2014.
11. de Walden-Gałuszko K, Kaptacz A. *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2005.
12. Modlińska A. Opieka paliatywna – interdyscyplinarna z natury. *Med Paliat* 2013; 5 (4): 157–162.
13. Kinghorn S, Gaines S. *Opieka paliatywna*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2012.
14. Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T. Podstawowe zasady farmakoterapii bólu u chorych na nowotwory i inne przewlekłe, postępujące, zagrażające życiu choroby. *Med Paliat* 2014; 6 (1): 1–6.
15. Oliver D. Jak działa zespół interdyscyplinarny? *Pol Med. Paliat* 2003; 3 (2): 191–194.

Adres do korespondencji:

Izabela Kaptacz

Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej

ul. Krakowska 45a, 42-202 Częstochowa

tel. 501 046 654

e-mail: ikaptacz@gmail.com

Wyznaczniki nowej jakości opieki nad chorym u kresu życia

*Barbara Sikora¹, Izabela Kaptacz², Elżbieta Ruta³,
Anita Sikora-Szubert⁴*

¹ Stowarzyszenie Hospicjum im. Anny Olszewskiej w Skierniewicach

² Zakład Medycyny i Opieki Paliatywnej, Katedra Pielęgniarstwa,
Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach,
Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej

³ Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Powiatu Pabianickiego

⁴ Klinika Patologii Ciąży i Katedra Ginekologii i Położnictwa,
Uniwersytet Medyczny w Łodzi,
Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Powiatu Pabianickiego

Wstęp

Opieka paliatywna to aktywna, całościowa opieka nastawiona na zaspokojenie wszystkich podstawowych potrzeb chorego w stanie terminalnym oraz jego rodziny, zarówno podczas choroby, jak i w okresie żałoby [1]. To współcześnie także opieka nad chorym u kresu życia, która zajmuje się pomocą w zapewnieniu dobrego życia osobom aż do jego zakończenia, zawierając opiekę w ostatnim roku życia nad osobami w końcowym stadium każdej choroby [2]. Opieka, która staje dzisiaj u progu koniecznych zmian, a której nadal głównym celem jest poprawa jakości życia chorego [1].

Nowa jakość opieki nad chorym u kresu życia to wyzwanie, które współcześnie powinno stać się priorytetem w podejmowanych działaniach środowiska opiekunów formalnych, w szczególności pielęgniarek i lekarzy oraz pozostałych członków interdyscyplinarnego zespołu opieki paliatywno-hospicyjnej. Ciężar odpowiedzialności za jakość życia chorego objętego tym rodzajem opieki spoczywa przede wszystkim na pielęgniarkach, bo w opiece paliatywno-hospicyjnej mamy do czynienia głównie z opieką pielęgniarstwa konsultowaną przez lekarza i wspieraną przez duszpasterzy, z pomocą psychologiczną, pracą socjalną na rzecz chorego i jego bliskich, a także zaangażowaniem odpowiednio przygotowanych do niej wolontariuszy i innych opiekunów nieformalnych [2].

Wyzwaniem jest osiągnięcie w polskim systemie opieki nad chorym u kresu życia takiego modelu opieki, który stworzy choremu i jego rodzinie optymalne warunki realizacji jego potrzeb i oczekiwań oraz uwzględni preferencje chorego co do miejsca, czasu i formy organizowania opieki.

Podstawowym wyznacznikiem pożądanego jakości opieki nad chorym u kresu życia jest podjęcie w sposób rzetelny, delikatny wszechstronnych działań zapewniających holistyczne podejście w opiece do każdego chorego. Holizm to podejście całościowe i systemowe, które stosować można w każdej dziedzinie [3]. W pielęgniarstwie holizm oznacza świadczenie opieki we wszystkich stanach zdrowia i choroby [4]. W myśl założeń holizmu opieka to pomaganie człowiekowi we wszystkich aspektach jego życia, to wszechstronna pomoc ukierunkowana na wszystkie jego potrzeby i problemy przy rozumieniu istoty i wieloaspektowości przyczyn każdego z nich. Badania ukazują, że tylko opieka holistyczna (całościowa, wszechstronna, wieloaspektowa) przynosi efekty w postaci poprawy jakości życia chorego, w szczególności chorego u kresu życia. W pielęgniarstwie opieki paliatywnej opieka ta ma charakter całościowy, bo obejmuje złożone postępowanie podejmowane przez opiekunów formalnych i nieformalnych zmierzające do zaspokojenia różnorodnych potrzeb chorego o charakterze: psychofizycznym, emocjonalno-duchowym i społeczno-pomocowym [1]. Natomiast skuteczność podjętych na rzecz chorego działań zależy od dokonanej diagnozy stanu klinicznego chorego, określenia potrzeb i problemów chorego, jego systemu wartości oraz umiejętności sprawowania troskliwej opieki. Praktykę pielęgniarstwa opartą na umiejętnościach i doświadczeniu zawodowym, ww. czynnikach skuteczności opieki oraz wykorzystywaniu naukowych podstaw wiedzy określa się jako *evidence based practice* (EBP) [5, 6].

Jedyną słuszną drogą dochodzenia do tego celu, tj. „stworzenia doskonałej jakości opieki nad chorym u kresu życia”, jest prowadzenie badań naukowych w zakresie różnorodnych aspektów opieki paliatywno-hospicyjnej, w szczególności pozostających w kompetencji oddziaływania pielęgniarki opieki paliatywnej. Prowadzenie badań naukowych – m.in. zbieranie i analiza opinii opiekunów – powinno dotyczyć zarówno aspektów medycznych, jak i pozamedycznych opieki paliatywno-hospicyjnej, a źródłem informacji powinni być również opiekunowie nieformalni (członkowie rodzin, wolontariusze i inne osoby sprawujące bezpośrednią opiekę nad chorym – opiekun prawny lub faktyczny) [1,7]. Należy także zadbać, aby praktyka pielęgniarstwa w coraz większym stopniu umiała korzystać z badań naukowych (w podejmowaniu decyzji klinicznych, różnych działaniach terapeutycznych, pielęgnacyjnych, relacji – komunikacji z chorym i rodziną, podwyższając jakość życia chorego przy równoczesnym dążeniu do obniżenia kosztów opieki) [8].

W trosce o osoby u kresu życia i ich bliskich nie możemy być bierni wobec zmian, jakie niosą za sobą projekty znowelizowanych ustaw i rozporządzeń, które wyznaczają zespołowi interdyscyplinarnej grupy profesjonalistów opieki paliatywno-hospicyjnej nowe role, wśród których ważne miejsce zajmuje specjalista w dziedzinie opieki paliatywnej – „specjalistyczna opieka pielęgniarstwa”.

1. Cel badań

Celem badań była analiza opinii opiekunów formalnych i nieformalnych dotycząca wybranych aspektów funkcjonowania modelu opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce.

2. Materiał i metody badań

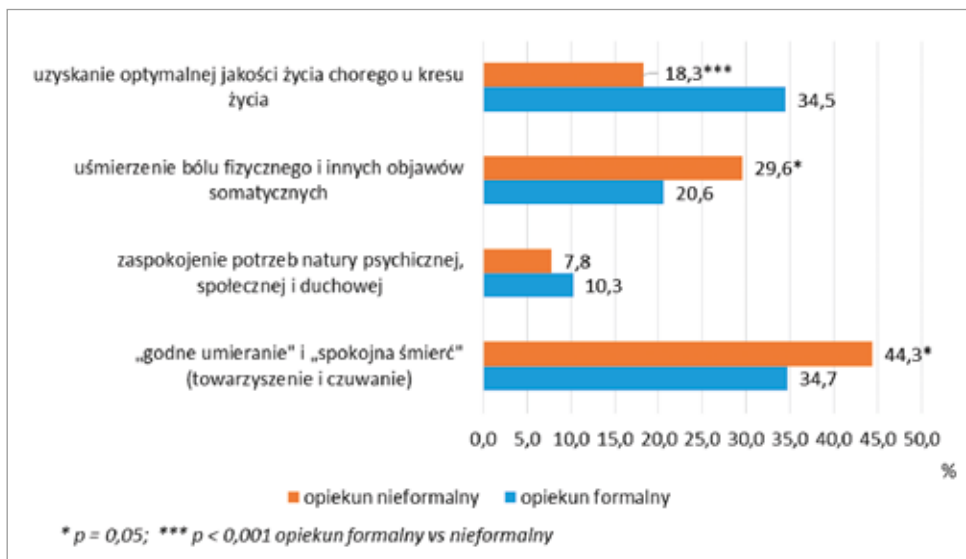
Badania ankietowe przeprowadzono w latach 2013–2014. Badania miały zasięg ogólnopolski. Do badań przystąpiły 33 podmioty prowadzące łącznie 58 form organizacyjnych opieki paliatywno-hospicyjnej – hospicja stacjonarne/oddziały medycyny paliatywnej oraz hospicja domowe z terenu dwunastu województw. Zebrano opinie wśród 586 ankietowanych opiekunów formalnych – członków interdyscyplinarnego zespołu hospicjów domowych i stacjonarnych – oraz opiekunów nieformalnych. Pytania dotyczyły m.in. czynników mających wpływ w opinii opiekunów na jakość opieki nad chorym u kresu życia, a co za tym idzie, na optymalizację jakości życia chorego objętego tym rodzajem opieki.

3. Wyniki

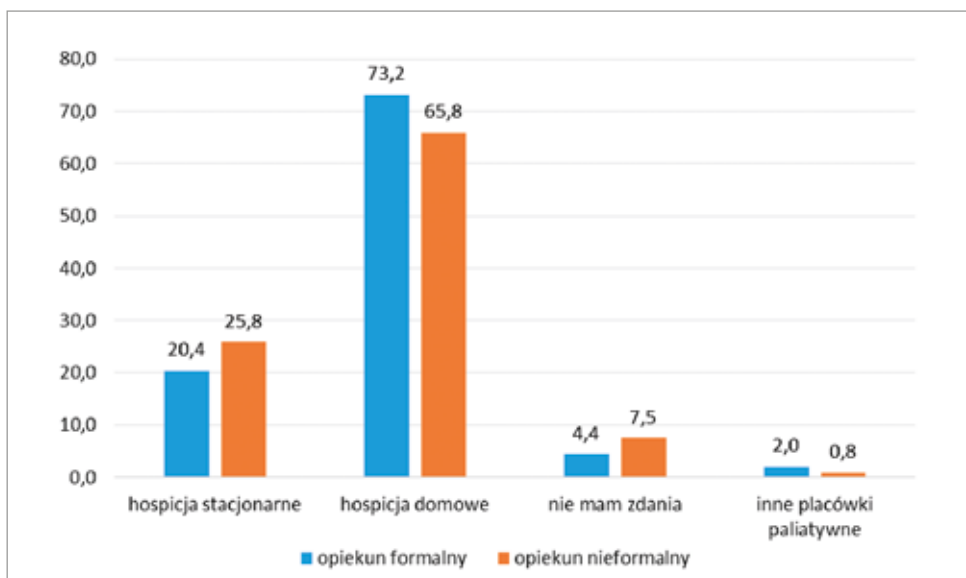
Najważniejszym celem postępowania terapeutycznego z chorym u kresu życia jest według największej liczby opiekunów formalnych (34,7%) i opiekunów nieformalnych (44,3%) godne umieranie i spokojna śmierć, czyli towarzyszenie i czuwanie przy chorym. Niewiele mniej opiekunów formalnych (34,5% – 154), stwierdziło, że równie ważne w tej kwestii jest uzyskanie optymalnej jakości życia chorego u kresu, przy czym odpowiedzi takiej udzieliło jedynie 18,3% opiekunów nieformalnych. Najmniej opiekunów z dwóch analizowanych grup uważało, że celem postępowania terapeutycznego jest zaspokojenie potrzeb natury psychicznej, społecznej i duchowej (ryc. 1).

Dla chorego u kresu życia bardzo ważne jest sprawowanie opieki w środowisku zgodnym z jego preferencjami. Opieka ta musi być zorganizowana w oparciu o stan kliniczny i możliwości opiekuńczo-pielęgnacyjne rodziny. Należy podkreślić, że 73,2% (340) opiekunów formalnych i 65,8% (79) opiekunów nieformalnych, uznało hospicja domowe jako najkorzystniejszą formę organizacyjną opieki dla nieuleczalnie chorego pacjenta. Wyższość hospicjów stacjonarnych w opiece nad chorym u kresu życia zauważyło 20,4% (92) opiekunów formalnych oraz 25,8% (31) opiekunów nieformalnych. Należy zaznaczyć, że 2,8% wszystkich osób badanych, uznało za najkorzystniejszą formę organizacji opieki paliatywno-hospicyjnej inne placówki paliatywne (ryc. 2).

Osoby badane poproszono także o ocenę poziomu zadowolenia, satysfakcji chorego/pacjenta z opieki paliatywno-hospicyjnej sprawowanej przez personel zespołu opiekuńczego (ryc. 3). Najwięcej respondentów deklarowało, że pacjenci są – ich zdaniem – raczej usatysfakcjonowani poziomem sprawowanej nad nimi opieki (68,1%

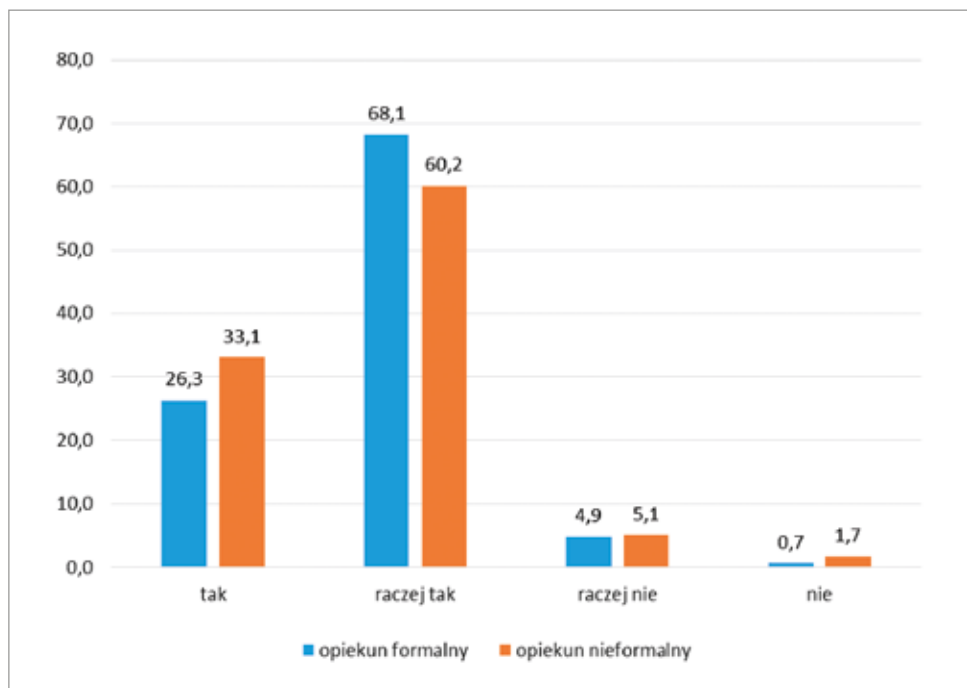


Rycina 1. Najważniejsze cele postępowania terapeutycznego z chorym u kresu życia w opinii badanych



Rycina 2. Jaka forma organizacji opieki paliatywno-hospicyjnej jest najkorzystniejsza dla nieuleczalnie chorego/pacjenta u kresu życia (częstość udzielanych odpowiedzi wyrażona w %)

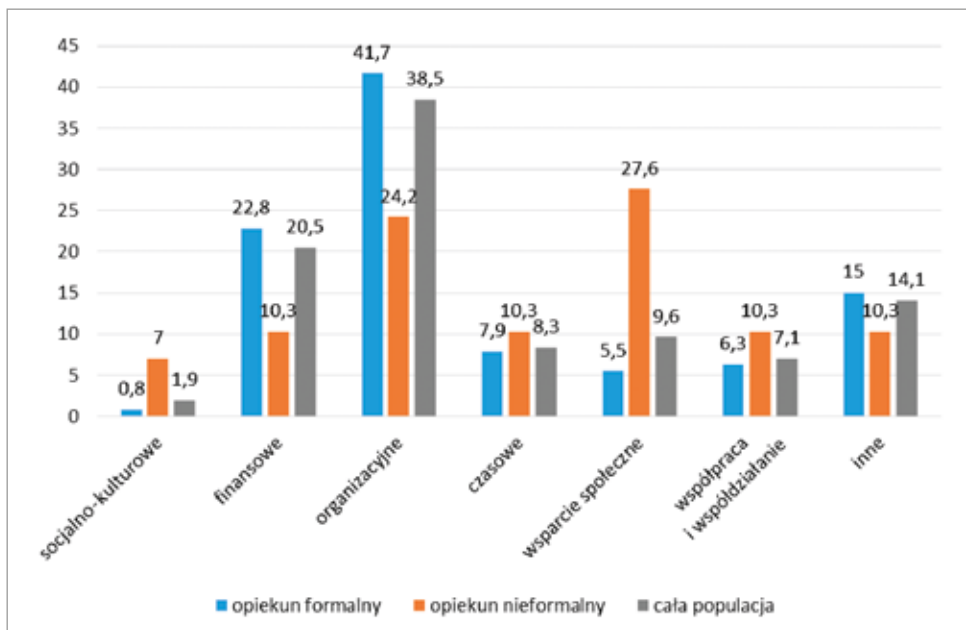
opiekunów formalnych i 60,2% opiekunów nieformalnych). Odpowiedzi typu „zdecydowanie tak” udzieliło 26,3% opiekunów formalnych oraz 33% opiekunów nieformalnych. Przeciwnego zdania było 5,6% opiekunów formalnych oraz 6,8% opiekunów nieformalnych.



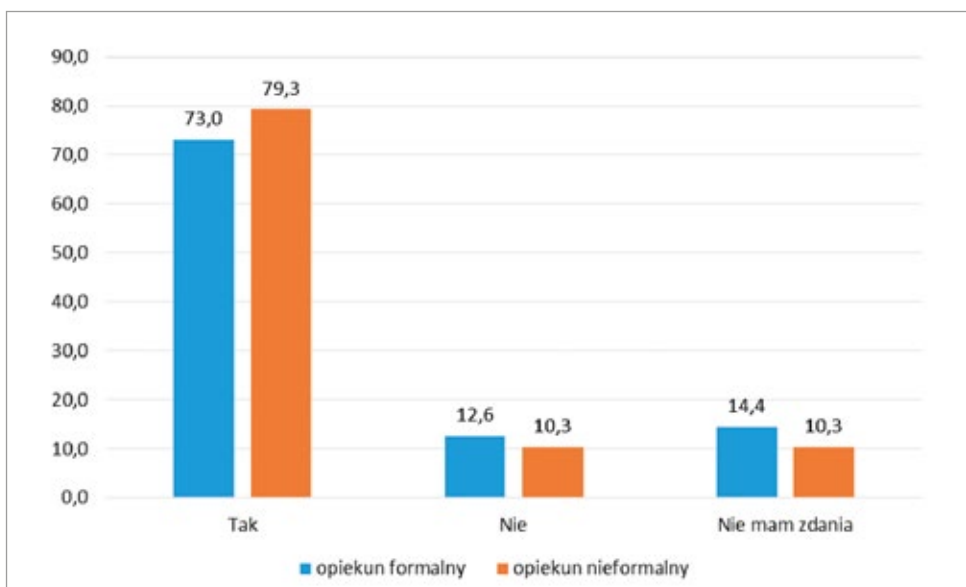
Rycina 3. Czy chorzy/pacjenci u kresu życia są usatysfakcjonowani poziomem sprawowanej opieki paliatywno-hospicyjnej przez personel zespołu opiekuńczego (częstość udzielanych odpowiedzi wyrażona w %)

Najczęściej typowanymi przez opiekunów formalnych rodzajami zmian koniecznych do wdrożenia w modelu opieki paliatywno-hospicyjnej nad chorym w końcowym stadium choroby były przede wszystkim zmiany o charakterze organizacyjnym – zgłaszało je 41,7% badanych z tej grupy – oraz zmiany o charakterze finansowym – 22,8%. Opiekunowie nieformalni natomiast najczęściej typowali zmiany o charakterze wsparcia społecznego – 27,6% i zmiany organizacyjne – 24,2% (ryc. 4). Najczęściej proponowanymi zmianami organizacyjnymi przez osoby badane były: większa dostępność do hospicjum domowego, większa dostępność do poradni medycyny paliatywnej, upowszechnienie dziennych form opieki, większa liczba personelu pielęgniarskiego, większa opieka duchowa czy też mniejsza liczba chorych w ramach jednego hospicjum.

Zdecydowana większość opiekunów formalnych 73% (330) oraz nieformalnych 79,3% (92), deklarowała, że odrębna specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej prowadzi do bardziej specjalistycznego podejścia do opieki nad chorym. Przeciwnego zdania było 12,6% (57) opiekunów formalnych oraz 10,3% opiekunów nieformalnych (ryc. 5).



Rycina 4. Najczęściej typowane rodzaje zmian koniecznych do wdrożenia w modelu opieki paliatywno-hospicyjnej nad chorym w końcowym stadium choroby (częstość udzielanych odpowiedzi wyrażona w %)



Rycina 5. Czy odrębna specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej daje gwarancję specjalistycznego podejścia do opieki nad chorym u kresu życia (częstość udzielanych odpowiedzi wyrażona w %)

4. Dyskusja

W ujęciu systemowym zachodzi konieczność zapewnienia poczucia bezpieczeństwa choremu i jego rodzinie, zorganizowania opieki zintegrowanej na trzech poziomach jej organizacji: zespołowej – interdyscyplinarnej w ramach wewnętrznej organizacji instytucji opieki paliatywno-hospicyjnej, instytucjonalnej w ramach funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej, oraz instytucjonalnej w ramach funkcjonujących w społeczności lokalnej instytucji pomocowych, edukacyjnych, wspierająco-terapeutycznych, organizacji pozarządowych działających na rzecz chorych i słabszych.

Wyniki badań pokazały, że nadal należy dążyć do wypracowania w Polsce zintegrowanego modelu opieki nad chorym u kresu życia, którego rdzeniem będzie udoskonalona opieka paliatywno-hospicyjna, tak by model ten stał się priorytetowym w całym systemie opieki nad chorym w Polsce.

Polska wiele lat temu przyjęła brytyjski wzorzec tworzenia optymalnego systemu opieki nad chorym u kresu życia i jego rodziną, i nadal powinna wytrwale podążać tą drogą, a świadomość ciężaru odpowiedzialności za jakość opieki nad chorym powinna być większa wśród wysoko wykwalifikowanych członków zespołu opieki paliatywnej [9].

Należy w Polsce dążyć do zorganizowania modelu opieki nad chorym u kresu życia, którego podstawowym elementem jest: opieka formalna i nieformalna, rozróżnienie środowiska opieki paliatywno-hospicyjnej na domowe i stacjonarne. Bardzo ważna jest dbałość o właściwą komunikację interpersonalną ukierunkowaną na relacje opiekun–chory–rodzina (chory podmiotem opieki – jego dobra kondycja psychiczna, problemy, w tym sytuacja społeczna, a nie tylko koncentracja na objawach choroby). Opieka powinna również posiadać cechy bezpiecznego działania systemowego opartego na pełnej dostępności, ciągłości opieki, koordynacji działań przez pielęgniarkę specjalistkę w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, współpracy zespołowej, tj. interdyscyplinarnej i wielodyscyplinarnej, edukacji rodziny do pełnienia roli opiekuna nieformalnego. Pacjent i jego rodzina podczas sprawowania opieki powinni mieć także poczucie wsparcia społecznego – współpracy instytucji społecznych/lokalnych na rzecz realizacji potrzeb chorego [10].

Do czynników/wyznaczników „dobrej jakości opieki nad chorym” mających wpływ na optymalizację jakości życia chorego objętego opieką paliatywno-hospicyjną zaliczamy m.in. holistyczne podejście do rozwiązywania problemów chorego, respektowanie w oddziaływaniu na chorego i jego rodzinę idei i zasad opieki paliatywno-hospicyjnej (postawy opiekunów), optymalizację satysfakcji chorego ze sprawowanej opieki poprzez zapewnienie pożądaných warunków organizacyjnych oraz zapewnienie pożądaných warunków realizacji świadczeń z zakresu ww. opieki, kwalifikacje zawodowe opiekunów formalnych, w szczególności personelu pielęgniarstwa (specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej), poziom

świadomości społeczności lokalnej na temat zakresu świadczeń oferowanych przez opiekę paliatywno-hospicyjną, poziom świadomości społeczeństwa na temat opieki paliatywno-hospicyjnej i potrzeb chorych objętych tą opieką oraz potencjał społeczności lokalnej (osobowy i instytucjonalny). Pewnym jest, że potrzebne są zmiany w funkcjonowaniu opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce, zarówno organizacyjne, w tym finansowe, jak i społeczne. Zmiany te muszą być ukierunkowane na poprawę efektywności opieki nad chorym przewlekle w warunkach stwarzających choremu poczucie bezpieczeństwa w chorobie i zapewniającej wsparcie rodzinie chorego w sprawowaniu bezpośredniej opieki nad chorym. Szereg podejmowanych przez opiekunów działań, w szczególności o charakterze badawczo-naukowym, jest drogą optymalizacji jakości życia chorego. Ciągły proces doskonalenia modelu opieki nad chorym u kresu życia, wdrażania wypracowanych i skutecznych działań/procedur profilaktycznych, pielęgnacyjnych, leczniczych i rehabilitacyjnych do praktyki opieki paliatywno-hospicyjnej jest drogą do tworzenia polskiego systemu opieki nad chorym, w którym priorytetem stać się powinna opieka nad chorym u kresu życia.

Wnioski

Najważniejszym celem postępowania z pacjentem u kresu życia w modelu opieki paliatywno-hospicyjnym jest „godne umieranie” i „spokojna śmierć” oraz uzyskanie optymalnej jakości życia chorego.

W opinii opiekunów hospicja domowe stanowią najlepszą formę organizacji opieki nad chorym u kresu życia.

W opinii opiekunów pacjenci/chorzy u kresu życia są raczej zadowoleni ze sposobów sprawowania nad nimi opieki.

W opinii badanych do koniecznych do wdrożenia zmian w modelu opieki paliatywno – hospicyjnej należą przede wszystkim zmiany o charakterze organizacyjnym i finansowym.

Odrębna specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa medycyny paliatywnej jest cennym elementem specjalistycznego podejścia do opieki nad pacjentem u kresu życia.

Bibliografia

1. de Walden-Gałuszko K. *Podstawy opieki paliatywnej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2006: 11.
2. Krakowiak P. *Wolontariat w opiece u kresu życia. Geneza, rozwój, funkcjonowanie, możliwości optymalizacji i integracji ku syntezie socjopedagogicznej*. Toruń: Uniwersytet Mikołaja Kopernika; 2012.
3. Widomska-Czekajska T, Górajek-Jóźwiak J. *Przewodnik encyklopedyczny dla pielęgniarek*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1996.

4. Ciechaniewicz W. *Pielęgniarstwo: ćwiczenia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2001.
5. Haynes RB, Sackett DL, Gray JM, Cook DJ, Guyatt GH. Transferring evidence from research into practice: The role of clinical care research evidence in clinical decisions. *Evid-Based Med* 1996 Nov/Dec; 196–197.
6. Kózka M. Zastosowanie badań naukowych w praktyce pielęgniarstwa. *PSPE* 2007; 2–3 (29–30): 13–15.
7. Binnebesel J, Janowicz A, Krakowiak P, Paczkowska A, red. *Pozamedyczne aspekty opieki paliatywno-hospicyjnej*. Gdańsk: Fundacja Hospicyjna; 2010.
8. Malarewicz A, Zakład Perinatologii i Pielęgniarstwa Ginekologiczno-Położniczego Wydział Nauk o Zdrowiu UJK w Kielcach. *Stud Med*. 2008; 9: 87–91.
9. Watson MS, Lucas CF, Hoy AM, Back IN. *Opieka paliatywna*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2007.
10. Sikora B, Sułkowska J, Bielecki W. Zarządzanie w opiece paliatywnej. Medyczne i pozamedyczne wyznaczniki roli opiekuna w zintegrowanym systemie opieki nad chorym u kresu życia. *Przedś Zarz* 2015; 26 (10): 67–80.

Adres do korespondencji

Barbara Sikora
os. Starzyńskiego 4/6, 99-400 Łowicz
tel. 793 333 347
e-mail: barbara-sikora4@wp.pl

Rola pielęgniarki w monitorowaniu kacheksji nowotworowej u pacjentów z chorobą nowotworową w opiece paliatywnej

Daria Nowak, Anna Oleksy, Kinga Kraszewska, Marta Gawlik

SKN Pielęgniarstwa Onkologiczno-Paliatywnego,
Instytut Pielęgniarstwa, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Wstęp

Kacheksja nowotworowa została zdefiniowana w 2008 r. na Cachexia Consensus Conference jako „złożony zespół metaboliczny związany z podstawową chorobą i charakteryzujący się utratą mięśni z lub bez utraty masy tkanki tłuszczowej” [1]. Zespół kacheksji nowotworowej jest drugą po bólu najczęstszą przyczyną obniżenia jakości życia pacjentów i opiekunów sprawujących opiekę nad pacjentem w warunkach domowych. Postępujące wyniszczenie staje się często przyczyną całkowitego uzależnienia pacjenta od otoczenia, zmusza do angażowania dodatkowych środków finansowych celem zapewnienia stałej, całodobowej opieki nad pacjentem pozostającym w środowisku domowym [2]. Rozwijająca się kacheksja często uniemożliwia podejmowanie leczenia przyczynowego u pacjentów, gdzie byłoby możliwe wyleczenie lub uzyskanie długotrwałej remisji choroby nowotworowej [3].

Celem medycyny paliatywnej nie jest zatrzymanie procesu chorobowego, lecz poprawienie jakości życia pacjentów głównie poprzez działania prowadzące do złagodzenia uporczywych dolegliwości występujących u pacjentów związanych z bólem i wyniszczeniem nowotworowym, jak również zapobieganie konsekwencjom kacheksji na cały organizm pacjenta.

W zespole terapeutycznym pielęgniarka/pielęgniarz są tymi osobami, które sprawują najbliższą opiekę nad pacjentem – oprócz czynności pielęgnacyjnych, wspierając go niejednokrotnie psychicznie, a poprzez prowadzoną edukację zapewniają pacjentowi i jego rodzinie poczucie bezpieczeństwa i zrozumienia zmian fizjologicznych w organizmie, które występują podczas choroby nowotworowej, co ma odzwierciedlenie w jakości życia pacjenta.

Zespół wyniszczenia spowodowany chorobą nowotworową pozostaje nadal dużym wezwaniem zespołów terapeutycznych w opiece paliatywnej. Ujednolicenie dokumentacji i sposobu monitorowania kacheksji u pacjentów w ośrodkach stacjonarnych i pozostających w domu stanowiłoby duże ułatwienie dla pracy zespołów terapeutycznych, jak również miałyby przełożenie na zapewnienie wysokiej jakości życia pacjentów i ich rodzin pozostających pod opieką zespołów terapeutycznych opieki paliatywnej.

Utrata masy ciała jest ważnym i pierwszym czynnikiem prognostycznym u chorych na raka [4]. U pacjentów nowotworowych masa ciała zmniejsza się ze względu na wyczerpywanie się zarówno tkanki tłuszczowej, jak i masy mięśni szkieletowych. Kacheksję nowotworową od głodzenia wyróżnia przedział niemięśniowych białek, który w kacheksji jest względnie zachowany [5].

Utrata mięśni szkieletowych wyjaśnia częściowo występowanie u pacjentów objawów, takich jak: zmęczenie, osłabienie, niewydolność oddechowa, zła kondycja fizyczna. Wszystkie te objawy prowadzą do ograniczenia funkcjonowania pacjenta w życiu codziennym i wykonywaniu podstawowych czynności, interakcji społecznych, co wpływa na znaczne pogorszenie jakości życia tych pacjentów [6].

Zaburzenia odżywiania w chorobie nowotworowej CAC (ang. *Cancer Anorexia/Cachexia*) wskazują na związek ze złym rokowaniem i już dawno uznano ją za główną cechę wielu typu nowotworów [7]. Dynamika progresji kacheksji nowotworowej w chorobach nowotworowych jest zróżnicowana u pacjentów. Zależy od rodzaju choroby nowotworowej, lokalizacji zmian, jak również od metod prowadzonego leczenia. Bardzo często występuje w nowotworach trzustki, żołądka, płuc i chłoniakach [8].

1. Epidemiologia

Kacheksja nowotworowa dotyczy 2/3 wszystkich pacjentów chorych na nowotwory, u 75% chorych na jednym z etapów choroby i jest bezpośrednią przyczyną 1/5 zgonów wśród pacjentów [9]. Wśród pacjentów hospitalizowanych 45% osób w przebiegu choroby nowotworowej traci więcej niż 10% masy ciała, jaką mieli przed zachorowaniem, a 25% osób nawet więcej niż 20% [6].

Ocena ubytku masy ciała ma istotne znaczenie przy podejmowaniu decyzji o leczeniu przyczynowym przeciwnowotworowym. Ubytek masy ciała do 5% masy wyjściowej nie ma dla ustroju ujemnych skutków. Chorzy z ubytkiem 10–35% stanowią grupę średniego ryzyka. Chorzy z ubytkiem powyżej 35% to grupa wysokiego ryzyka [10].

2. Monitorowanie kacheksji nowotworowej

W monitorowaniu kacheksji nowotworowej, bez względu na miejsce przebywania pacjenta – czy na oddziale stacjonarnym, czy w środowisku domowym – oprócz obserwacji bezpośredniej pacjenta ważne są cztery elementy: wywiad żywieniowy,

pomiar i analiza parametrów antropometrycznych pacjenta, wykonanie badań biochemicznych i w niektórych przypadkach dodatkowo badań autoimmunologicznych [11]. Monitorowanie kacheksji powinno rozpocząć się w chwili rozpoznania choroby nowotworowej i być powtarzane podczas każdej wizyty kontrolnej pacjenta w poradni w celu wczesnego rozpoczęcia interwencji żywieniowej, zanim dojdzie do ciężkiego pogorszenia stanu ogólnego pacjenta, a szanse na powrót do stanu prawidłowego staną się niewielkie. Wśród pacjentów z chorobą nowotworową podczas aktywnej terapii przeciwnowotworowej obserwuje się występowanie zjawiska prekacheksji. Prekacheksja jest wieloczynnikowym zespołem objawów towarzyszących przewlekłym chorobom, które charakteryzuje: niezamierzona utrata masy ciała $< 5\%$ w ciągu ostatnich 6 miesięcy, zespołem anoreksji i przewlekłą lub nawracającą uogólnioną reakcją zapalną [12].

Powszechnie stosowanymi kryteriami niedożywienia są:

- BMI < 20 ,
- utrata masy ciała $> 10\%$ w ciągu 6 miesięcy,
- stężenie białka całkowitego < 60 g/l,
- stężenie albumin < 32 g/l,
- stężenie prealbuminy < 11 mg/dl,
- liczba limfocytów (TLC) < 1500 /ml krwi [6].

Podczas wizyty pacjenta w poradni paliatywnej pielęgniarka powinna dokonać pomiarów antropometrycznych pacjenta: wagi (stosunek aktualnego ciężaru ciała do wagi należnej), wzrostu, obwodu klatki piersiowej, ciśnienia tętniczego krwi, obwodu brzucha i ramienia (grubości fałdu skórniego nad mięśniem trójgłowym ramienia) [12]. Współczynnik masy ciała pacjenta BMI powinien być obliczany na poszczególnych etapach choroby nowotworowej pacjenta, np. przed rozpoznaniem choroby, w momencie rozpoznania wyniszczenia.

Interpretacja wyników badań biochemicznych z krwi obwodowej może wskazywać na następujące niedożywienie pacjenta: stężenia albumin w surowicy krwi w granicach 34–28 g/l odpowiada niedożywieniu lekkiemu, 21–27 g/l umiarkowanemu, a poniżej 21 g/l – ciężkiemu. Zmniejszona liczba limfocytów w krwi obwodowej także może być wykładnikiem stopnia wyniszczenia: 1200–2000 leukocytów/mm³ odpowiada niedożywieniu lekkiemu, 800–1200 leukocytów/mm³ – umiarkowanemu, a poniżej 800 leukocytów/mm³ – ciężkiemu. Pomocne mogą być także inne badania: poziom hemoglobiny, elektrolitów, białka całkowitego i trójglicerydów [13].

Do oceny stanu odżywienia pacjenta pomocne są również skale, które są przyjęte do ogólnych wytycznych żywienia pacjenta w chorobach nowotworowych przez Europejskie Towarzystwo do Spraw Żywienia i Metabolizmu (ESPEN) oraz ogólnych zasad leczenia chorych z wyniszczeniem nowotworowym określonych według Edmont Regional Palliative Care Program (ERPCP). Są to: skala NRS 2002 (*Nutritional Risk Score*), skala ryzyka związanego ze stanem odżywienia oraz subiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA) [14].

3. Leczenie kacheksji nowotworowej – rola zespołu pielęgniarskiego

Celem leczenia żywieniowego u pacjentów z chorobą nowotworową jest prewencja i leczenie niedożywienia, zapobieganie powikłaniom wyniszczenia, takim jak: osłabieniu siły mięśni szkieletowych, oddechowych, upośledzeniu funkcji układu odpornościowego. ERPCP określa w swoim założeniu trzy główne zasady leczenia chorych z wyniszczeniem nowotworowym. Pierwszym jest leczenie idealne (rzadko możliwe do uzyskania), ponieważ jego celem jest eliminacja przyczyny powodującej wyniszczenie – czyli choroby. Skuteczność leczenia przyczynowego w Polsce jest nadal niezadowalająca, co wiąże się również z późną wykrywalnością chorób nowotworowych [14].

Drugą zasadą jest leczenie realne, którego celem jest poprawa jakości życia chorych poprzez uzyskanie poprawy łaknienia i utrzymania stałej masy ciała. Na tym etapie również ważne jest leczenie zmian zapalnych pojawiających się na błonie śluzowej jamy ustnej i stosowanie w razie potrzeby leków przeciwbiegunkowych, przeciwwymiotnych, a w razie potrzeby również leków przeciwdepresyjnych.

Trzeci etap to leczenie żywieniowe polegające na ocenie stanu odżywienia oraz umiejętnym dostosowaniu ilości i jakości przyjmowanych pokarmów.

Do podstawowych zadań zespołu pielęgniarskiego nad pacjentem z rozpoznaną kacheksją nowotworową jest edukacja pacjenta i jego opiekunów dotycząca zespołu wyniszczenia nowotworowego i uświadomienie, że zwiększone dostarczanie organizmowi pokarmów nie przywróci dawnej wagi pacjenta sprzed choroby.

Zrozumienie problemu kacheksji pozwala niejednokrotnie zapobiec w przyszłości karmieniu pacjenta „na siłę” przez najbliższych, co często zdarza się w ostatnich dniach życia chorych na nowotwór. Zachęca się bliskich do częstego podawania małych porcji jedzenia na małych talerzach. Należy uwzględniać zawsze gust chorego i często zaburzone poczucie smaku (wskazane są potrawy raczej chłodne i dobrze przyprawione). Ponieważ jedzenie jest czynnością społeczną, zachęca się pacjentów do spożywania posiłków przy stole i w towarzystwie innych osób. Często chorzy czują się przygnębieni i zawstyżeni swoim zmienionym wyglądem, co powoduje niechęć do spotykania innych ludzi. Ważne jest, aby dostosowywać rozmiar ubrań i protez dentystycznych do zmienionych warunków fizycznych chorego.

W następnej kolejności należy usunąć odwracalne przyczyny braku apetytu, do których mogą u chorych na chorobę nowotworową należeć: suchość i bolesność w obrębie jamy ustnej, uboczne efekty farmakoterapii opioidami, lekami antycholinergicznymi, inhibitorami serotoniny, antybiotykoterapii oraz leczenia onkologicznego (chemioterapii, radioterapii).

Do innych problemów pielęgnacyjnych mogą należeć: zła kontrola bólu i innych objawów, np. duszności, nudności, wymioty, ból podczas połykania, szybko wy-

stępujące uczucie sytości (zespół uciśniętego żołądka), zaparcie stolca, zmieniony smak, strach przed umieraniem, depresja, bezsenność, uczucie osamotnienia, problemy rodzinne.

Jeśli istnieje mechaniczna przeszkoda, utrudniająca połykanie, a chory jest w dobrym stanie ogólnym, wskazane jest rozważenie przez lekarza oraz samego pacjenta założenie gastrostomii.

W przypadku pacjentów będących u kresu życia nie poleca się karmienia przez sondę, co może powodować uczucie dodatkowego dyskomfortu i obniżenia jakości życia. Sposób postępowania i decyzja o alternatywnym wyborze żywienia innym niż *per os*, należy każdorazowo uzgodnić z chorym i jego rodziną.

4. Leczenie farmakologiczne

Leczenie farmakologiczne powinno być wdrożone odpowiednio wcześniej, zanim utrata masy ciała będzie zbyt duża u pacjenta. W farmakoterapii stosuje się następujące leki:

- Octan megestrolu (MEGACE tabl. 160 mg) w dawkach 160–800 mg/dobę powoduje wzrost apetytu i przyrost masy ciała u około 60% pacjentów. Obserwowany przyrost masy ciała dotyczy zarówno tkanki tłuszczowej, jak i mięśniowej. Pierwsze efekty pojawiają się po około 2 tygodniach systematycznego stosowania leku. Objawy uboczne jak obrzęki, zakrzepica żylna, plamienie z dróg rodnych i osłabienie potencji występują rzadko [15].

- Ibuprofen – inhibitor cyclooksygenazy (cox 1) zmniejsza spoczynkowy wydatek energetyczny, przyczyniając się do zniesienia procesów katabolicznych.

W prowadzonych badaniach zauważono, że łączne stosowanie Megace i Ibuprofenu w dawce 600 mg/dobę ma korzystniejszy wpływ na poprawę apetytu i przyrost masy ciała [16].

- Sterydy – najczęściej stosowany jest Dexamethason w dawkach 2–6 mg dwa razy dziennie (rano i w południe). Lek stosuje się u pacjentów z oczekiwanym krótkim okresem przeżycia (ok. 4 tyg.). Poprawa apetytu i samopoczucia występuje zwykle już w pierwszym tygodniu stosowania, ale efekt ten jest krótkotrwały. Jeśli po tygodniu stosowania brak efektu, lek należy odstawić. Po dłuższym stosowaniu mogą wystąpić objawy uboczne: obrzęki, osłabienie mięśniowe, hipokaliemia, hiperglikemia, krwawienie z przewodu pokarmowego.
- Metoclopramid – w dawce 3 razy 10 mg poprawia perystaltykę przewodu pokarmowego. Jest przydatny u pacjentów z zespołem szybkiego nasycenia.
- Cyproheptadyna (Peritol tabl. 4 mg, syrop 40 mg) – antagonist receptorów serotoninowych. Dawka 3 razy dziennie 4–8 mg powoduje poprawę apetytu, ale bez przyrostu masy ciała [4].

5. Suplementacja diety średniołańcuchowymi trójglicerydami MCT i chelatami w diecie pacjentów z kacheksją nowotworową

Najprostszym i najmniej inwazyjnym sposobem zapewnienia choremu dodatkowej ilości składników odżywczych, niezbędnych podczas choroby i rekonwalescencji jest droga doustna. Jest to podstawowy sposób odżywiania, najłatwiejszy w prowadzeniu, najtańszy, wiąże się z mniejszą liczbą powikłań w stosunku do leczenia żywieniowego pozajelitowego. Tą drogą dostarcza się bezpośrednio substancje odżywcze do komórek nabłonka jelit, a obecność składników odżywczych w świetle przewodu pokarmowego pobudza uwalnianie hormonów jelitowych, chroniąc je bezpośrednio przed cholestazą [17].

Nowoczesne leczenie żywieniowe powinno nie tylko dostarczać podstawowych składników budulcowych i źródeł energii, ale też modulować metabolizm i wpływać na układ odpornościowy. Oprócz podstawowych składników odżywczych zastosowanie w diecie mają kompletne preparaty odżywcze, które mogą wzbogacić dietę i uzupełnić o niedobory.

Dawkowanie tych preparatów zależy od: masy ciała pacjenta, wieku, płci, ilości spożywanych tradycyjnych pokarmów, jak również potrzeb żywieniowych pacjenta wynikających z przebiegu i leczenia choroby.

W diecie pacjenta powinny mieć zastosowanie **średniołańcuchowe** trójglicerydy MCT (*medium chain triglycerides*). Do specyficznych właściwości MCT należą: mniejsza masa cząsteczkowa, przez co lepiej niż LCT (trójglicerydy długołańcuchowe – *long chain triglyceridis*) rozpuszczają się w wodzie; powstające w wyniku hydrolyzy podczas transportu we krwi nie wymagają udziału albumin, transportowane są w większości drogą krążenia wrotnego bezpośrednio do wątroby. Łatwiejszy jest ich metabolizm, przez co uzyskuje się lepsze źródło energii, nie ulegają gromadzeniu jako tkanka tłuszczowa i są gorszym substratem do produkcji prostaglandyn.

Przeprowadzone badania kliniczne potwierdziły, że zastosowanie MCT powoduje zmniejszenie występowania zmian miażdżycowych i chorób serca, zmniejszenie stężenia cholesterolu w osoczu, a także korzystne efekty odpornościowe [18].

Stosowanie emulsji MCT/LCT wiązało się z poprawą stanu odżywienia osób operowanych z powodu nowotworu przewodu pokarmowego, wyrażonego zwiększeniem stężenia prealbuminy w surowicy, przez co dochodziło do szybszej hydrolyzy, łatwiejszego wychwytu tkankowego, łatwiejszego utleniania i korzystniejszego bilansu azotowego [19].

Zwykle preparaty mineralne będące solami kwasów nieorganicznych są formami słabiej przyswajalnymi dla organizmu, co spowodowane jest bezpośrednio ich budową chemiczną, co skutkuje koniecznością stosowania wysokich ich dawek w produktach. Minerale w postaci siarczanów czy węglanów muszą uprzednio zostać zdysocjonowane, a następnie muszą ulec procesowi naturalnej chelatacji, aby

przejsć przez barierę ściany jelita. Wchłanianie ich zależne jest od składowych diety; liczne substancje (fityniany z produktów zbożowych, błonnik, związki taninowe z herbaty i kawy) mogą zmniejszać absorpcję jelitową i przyczynić się do zaburzenia wchłaniania innych minerałów.

W produktach suplementacyjnych ważna jest obecność chelatów aminokwasowych minerałów ze względu na to, że chelaty są odporne na kwaśne pH żołądka, są preparatami obojętnymi i stabilnymi chemicznie (nie dysocjują na jony), nie powodują podrażnienia przewodzie pokarmowym, łatwo są wchłanialne w świetle jelita (głównie jelita czczego i krętego), nie obniżają wzajemnie stopnia swego wchłaniania i są wchłaniane niezależnie od składowych diety podstawowej. Nie wywołują działań niepożądanych [20].

Podsumowanie

Ocena stanu odżywienia pacjenta oraz wdrożenie interwencji żywieniowej poprzez uzupełnianie niedoborów żywieniowych leży nie tylko w kompetencji lekarza, ale również jest zadaniem zespołu pielęgniarskiego w opiece paliatywnej, do specyfiki której należy bardzo częsty kontakt pacjenta z zespołem pielęgniarskim nie tylko na oddziałach paliatywnych, ale również w środowisku domowym w domowej opiece paliatywnej.

Właściwa diagnoza kacheksji nowotworowej oraz wdrożenie odpowiedniego postępowania i terapii w zależności od czynników indukujących kacheksję może polegać na samej interwencji żywieniowej lub uwzględnić również farmakoterapię.

Wczesne rozpoznanie pierwszych oznak kacheksji nowotworowej może korzystnie wpłynąć na poprawę jakości życia chorych, którzy mogą cieszyć się dłużej możliwością samodzielnej egzystencji, i na wyniki leczenia onkologicznego.

Wprowadzając leczenie żywieniowe w kacheksji nowotworowej poprzez odpowiednią farmakoterapię i suplementację diety, należy pamiętać o odpowiednim doborze diety dla pacjenta ze względu na jego współistniejące jednostki chorobowe, jak również o wzbogaceniu diety o trójglicerydy MCT oraz preparaty chelatu.

Ze względu na specyfikę opieki i prowadzenie pacjenta z zespołem kacheksji nowotworowej powoływane są w klinikach i szpitalach zespoły żywieniowe, których celem jest zapewnienie indentyfikacji i odpowiedniego leczenia chorych z ryzykiem kacheksji. Obejmują one aktywne uczestnictwo w leczeniu żywieniowym pacjenta, zapewniają kontrolę objawów, szerzą wiedzę i edukację na temat problemu wyniszczenia nowotworowego oraz organizują kształcenie w tym zakresie dla pozostałych pracowników jednostek ochrony zdrowia. W skład zespołów wchodzi: lekarze, pielęgniarki, farmaceuci, dietetycy, jak również specjaliści z innych dziedzin.

Bibliografia

1. Evans WJ, Morley JE, Argilés J, Bales C, Baracos V, Guttridge D, I in. Cachexia: a new definition. *Clin Nutr* 2008; 27 (6): 793–799.
2. Krzemieniecki K. Leczenie wyniszczenia nowotworowego – dobrodziejstwo dla chorych a przekleństwo dla NFZ? Krytyczna analiza terapii wyniszczenia nowotworowego w Polsce. *Współcz Onkol* 2008; 12 (1): 38–42.
3. Mantovani G. Cachexia and anorexia. *Support Care Cancer* 2000; 8: 506–509.
4. Kłęk S, Misiak M, Duchnowska R, Jarosz J, Łacko A, Kapała A. Zaburzenia odżywiania. W: Krzakowski M, Warzocha K, red. *Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych*. Gdańsk: Via Medica; 2013: 606–619.
5. Tisdale MJ. Mechanism of cancer cachexia. *Physiol Rev* 2009; 89: 381–410.
6. Lizak A, Kałmuk A, Huras B, Prudło I. Zespół wyniszczenia nowotworowego – etiopatogeneza w świetle aktualnej wiedzy. *Współcz Onkol* 2003; 7 (6): 441–447.
7. Jarosz J. Wyniszczenie nowotworowe. *Med Paliat*. 2002; 1: 3–8.
8. Krzemieniecki K. Leczenie wspomagające nowotworów – wyzwania XXI wieku. *Przew Lek* 2008; 1: 162–163.
9. Stephens NA, Skipworth RJ, Fearon KC. Cachexia, survival and the acute pahase response. *Curr Opin Support Palliat Care* 2008; 2: 267–274.
10. Marczyńska A. Wyniszczenie w chorobie nowotworowej. *Urol Pol* 1991; 44 (2): 73–81.
11. Szczepanik AM, Walewska E, Ścisło L. Ocena występowania niedożywienia u chorych z nowotworami złośliwymi przewodu pokarmowego. *Probl Pielęg* 2010; 18 (4): 384–392.
12. Kaczmarek-Borowska B, Hoczela I. Leczenie żywieniowe w chorobach nowotworowych. *Prz Med Uniw Rzesz* 2010; 2: 221–226.
13. Cardona D. Pharmacological therapy of cancer anorexia/cachexia. *Nutr Hosp* 2006; 21(3): 17–26.
14. Edmonton Regional Palliative Care Program. Clinical Information [online]. Dostępny na URL: <http://www.oncology.med.ualberta.ca/AboutUs/FacultyMembers/Pages/Palliative-Care-Medicine.aspx?P=57> [cyt. 25.08.2008].
15. Kłęk S. Podstawy leczenia żywieniowego. W: Krzemieniecki K, red. *Leczenie wspomagające w onkologii*. Poznań: Wydawnictwo Termedia 2008: 269–272.
16. Gorzelańska L, Łuczak J. Zespół wyniszczenia nowotworowego (kacheksja). Brak łaknienia (anoreksja). *Nowa Medycyna* 2000/1 [online]. Dostępny na URL: <http://www.czytelniamedyczna.pl/1308,zespol-wyniszczenia-nowotworowego-kacheksja-brak-laknienia-anoreksja.html> [cyt. 21.01.2000].
17. Lavery GG. Enteral nutrition. *Curr Anaesth Crit Care* 1996; 7 (2): 69–76.
18. Adolph M. Lipid emulsions in total parenteral nutrition – state of the art and future perspectives. *Clin Nutr* 2001; 20 (4): 11–14.
19. Chen FM, Wang JY, Sun LC, Juang RF, et al. Efficacy of medium-chain triglycerides compared with long-chain triglycerides in total parenteral nutrition in patients with digestive tract cancer undergoing surgery. *Med Sci* 2005; 21 (11): 487–494.

20. Mimura EC, Bregano JW, Dichi JB, Gregorio EP, Dichi I, Huang TJ, I in. Comparison of ferrous sulfate and ferrous glycinate chelate for the treatment of iron deficiency anemia in gastrectomized patients. *Nutrition* 2008; 24 (7–8): 663–668.

Adres do korespondencji:

Marta Gawlik
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
ul. Katowicka 68, 45-060 Opole
tel. 781 957 268
e-mail: gawlikm@wsm.opole.pl

Higiena snu u osób w podeszłym wieku – rola pielęgniarki

Maria Ganik, Anna Klimczyk

Instytut Pielęgniarstwa, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

„...śnie słodki, ty dobra
Natury mamko, czym cię odstraszyłem,
Że nie chcesz więcej powiek moich przymknąć
I w zapomnieniu mych pogrążyć zmysłów.”

Wiliam Szekspir

Wstęp

Sen to fizjologiczny stan organizmu, występujący cyklicznie i umożliwiający mu regenerację. Charakteryzuje się zniesieniem świadomości, bezruchem i zwolnionym tempem przemiany materii. Wyróżniamy w nim dwie fazy: REM (ang. – *rapid eye movement*) – sen o szybkich ruchach gałek ocznych, w którym występują marzenia senne i NREM (*non-rapid eye movement*) – sen o wolnych ruchach gałek ocznych. NREM to sen w którym pojawiają się fale Δ aktywności elektrycznej mózgu. Sen zaczyna się fazą NREM trwającą ok. 80–100 min, po niej następuje faza snu REM trwająca ok. 15 min. Cykl ten powtarza się u osób dorosłych w ciągu nocy ok. 4–5 razy [1]. Zapotrzebowanie na sen jest cechą indywidualną, zależną od czynników genetycznych. Zmienia się z biegiem życia; osoby młode potrzebują na ogół więcej snu niż osoby starsze.

Sen człowieka regulują złożone procesy neurochemiczne zachodzące w mózgu, w ośrodkach snu i czuwania. Wzajemne powiązania i działanie wielu z tych substancji,



Rycina 1. „Może chociaż sen mi wyjdzie”

Źródło: <http://www.xpedia.com/3292> [dostęp 7 listopada 2013].

np. kwasu gamma-aminomasłowego (GABA), noradrenaliny, serotoniny, histaminy i innych, są ciągle jeszcze nie w pełni poznane. W fizjologicznej regulacji snu wyróżniamy 2 główne procesy: homeostatyczne zapotrzebowanie na sen oraz rytm okołodobowy [2]. Homeostatyczne zapotrzebowanie na sen, przywracające równowagę organizmu, odpowiedzialne jest za jego długość i, przede wszystkim, za jego głębokość. Im jest ono większe, tym sen staje się głębszy. Rytm okołodobowy wskazuje organizmowi właściwą porę na sen, która fizjologicznie powinna przypadać na okres ciemności. Najważniejszym czynnikiem kształtującym rytm okołodobowy jest światło. Bodźce świetlne, padając na siatkówkę gałek ocznych i przechodząc wieloneuronalną drogą nerwową, wpływają na czynność przedniego podwzgórza, tzw. jąder nadskrzyżowaniowych. W jądrach powstaje bodziec będący sygnałem do wydzielania melatoniny [3].

Melatonina jest hormonem wydzielanym przez szyszynkę, ale nie jest w niej magazynowana. Stopień wydzielania melatoniny odpowiada stopniowi jej syntezy. W ciągu dnia stężenia melatoniny są niskie (10–20 pg/ml), a wzrastają kilkukrotnie w ciągu nocy. Szczyt (80–120 pg/ml) wytwarzania melatoniny występuje między godziną 24 a 3. Z tego powodu nazywa się melatoninę „hormonem snu”. Stężenia melatoniny mogą wykazywać duże różnice osobnicze, a jej wydzielanie jest uwarunkowane genetycznie [3,4].

1. Najczęstsze zaburzenia snu u osób w podeszłym wieku

Wraz z wiekiem nasila się u ludzi występowanie zaburzeń snu, zmienia się architektura snu, zaburzeniu ulega jakość i długość snu. Zwiększa się liczba wybudzeń w ciągu nocy i zmniejsza się wydajność snu. Tendencje do dłuższego budzenia się występują głównie u mężczyzn; u kobiet wzrasta wrażliwość na hałas. Faza REM, związana z marzeniami sennymi, ulega skróceniu. Wzrasta liczba przejść z jednej fazy snu w drugą [2].

Najczęstszymi zaburzeniami snu u ludzi w podeszłym wieku są:

- bezsenność,
- zespół niespokojnych nóg,
- bezdech senny,
- hipersomnia,
- nadmierna senność [5,6].

Bezsennosc to utrzymujące się przez dłuższy czas kłopoty z zaśnięciem, wybudzanie się w nocy z niemożnością powtórzenia zaśnięcia oraz zbyt wczesne budzenie się. Trudności w zasypianiu związane są zwykle z zaburzeniami emocjonalnymi, np. niepokojem, stanem lękowym lub depresją. W przypadku wczesnego rannego budzenia się zasypianie jest prawidłowe, lecz budzenie następuje kilka godzin wcześniej niż zwykle i albo nie można zasnąć ponownie, albo zapada się w sen niespokojny, nie dający wypoczynku [7]. Bezsenność może być zarówno objawem, jak i odrębną chorobą, dlatego pojawienie się bezsenności zawsze powinno być analizowane pod kątem wystąpienia innej choroby psychicznej lub fizycznej.

Postępowanie w przypadku bezsenności polega głównie na stosowaniu metod farmakologicznych, najczęściej benzodiazepin. Skupia się ono głównie na łagodzeniu trudności z zasypianiem lub kontynuowaniem snu. Działania farmakologiczne nie wpływają na jakość snu. W licznych badaniach prowadzonych u osób z zaburzeniami snu wykazano związek między postępującym z wiekiem obniżeniem się stężenia melatoniny i pogarszaniem jakości snu. Związek ten sugeruje, że uzupełnienie niedoborów melatoniny może poprawiać jakość snu [2].

Zespół niespokojnych nóg – opisywany jest jako nieprzyjemne, bolesne doznania w nogach, czasem w rękach, którym towarzyszy wiercenie się, poruszanie nogami czy masowanie, które nie przynosi jednak ulgi. Doznania te pojawiają się zwykle wieczorem i utrudniają zaśnięcie.

Bezdech senny jest zaburzeniem oddychania wpływającym na jakość snu i występującym znacznie częściej u osób starszych, niż w innych grupach wiekowych. Głównym objawem tego stanu jest głośnie chrapanie, w którym po głębokim chrapiącym oddechu następuje groźny, trwający 10–30 sekund moment ciszy, czyli zatrzymanie oddechu. Cykl powtarza się wiele razy w ciągu nocy. W czasie epizodów bezdechów dochodzi do sypnięcia snu. Przebieg snu jest wielokrotnie przerywany, co powoduje nadmierną senność w ciągu dnia. Bezdech senny występuje znacznie częściej u mężczyzn. Do jego wystąpienia predysponuje otyłość, duży obwód szyi, powiększenie migdałków podniebiennych [8].

Hipersomnia – charakteryzuje się nadmierną sennością w ciągu dnia oraz napadami snu niezależnie od pory i miejsca. Hipersomnię uważa się za chorobę o podłożu psychogenym. [5,6]

Przyczyną zaburzeń snu u osób w podeszłym wieku jest często zły stan zdrowia, współistniejące choroby somatyczne i ból. Ból zaburza sen najczęściej wtedy, gdy jest on organizmowi najbardziej potrzebny, utrudnia zasypianie i budzi chorego, niezależnie od tego, czy jego przyczyną jest zwykła infekcja, czy choroba nowotworowa. Zaburzenia snu występują u ludzi często także w okresie diagnostyki różnych chorób i w początkowej fazie leczenia. Związane jest to z występującym w tym okresie niepokojem i niepewnością.

2. Rola pielęgniarki w tworzeniu odpowiednich warunków do snu

Rola i zadania pielęgniarki w zakresie zaspokojenia potrzeby snu zależą przede wszystkim od wieku osób, którymi się opiekuje, ich stanu zdrowia i miejsca, w którym pielęgniarka świadczy opiekę. Obserwowanie u podopiecznych, zwłaszcza u ludzi w podeszłym wieku, zaburzeń snu, wykluczenie bezsenności lub ustalenie jej przyczyn fizjologicznych i patologicznych, minimalizowanie objawów zakłócających sen, podanie leków przeciwbólowych, wyjaśnienie powodów uczucia lęku i niepokoju to jedne z wielu zadań pielęgniarki sprawującej opiekę nad osobami w wieku podeszłym. Do czynności opiekuńczych pielęgniarki należy między innymi dba-

nie o zachowanie właściwych proporcji między snem i wypoczynkiem a aktywnością. Bardzo ważne jest zapewnienie aktywności właściwej dla wieku i stanu zdrowia podopiecznych, ponieważ zaburzenia snu nocnego mogą być powodowane czynnikami związanymi ze sposobem życia, np. dziennymi drzemkami czy bezczynnością. Stwarzając podopiecznym odpowiednie warunki do snu, pielęgniarka powinna rozumieć, że sen nie może być jedyną formą wypoczynku. W tym celu powinna współpracować ze specjalistą z terapii zajęciowej, psychologiem i lekarzem.

Pielęgniarka powinna przede wszystkim wyjaśnić podopiecznym zmiany związane z przebiegiem snu, wynikające z procesu starzenia się organizmu. Powinna dbać o przestrzeganie zasad higieny snu i umieć je modyfikować. Szczególnie cenna jest umiejętność stosowania technik relaksacyjnych, a także metod terapii bezlekowej. W przypadku stosowania preparatów farmakologicznych, w porozumieniu z lekarzem, powinna stosować leki przez możliwie najkrótszy okres i w możliwie najmniejszych dawkach. Często dochodzi do samoistnej poprawy snu u osób w podeszłym wieku; doprowadza do tego konsekwentna terapia podstawowych schorzeń somatycznych, zwłaszcza uwzględniająca specyfikę przemiany materii u starszych osób.

Zasady modyfikujące higienę snu u osób w podeszłym wieku:

- wstawanie każdego dnia o tej samej porze, niezależnie od pory udania się na spoczynek,
- zaplanowanie nadchodzącego dnia, głównie pory spożywania posiłków, przyjmowania leków, wykonywania zajęć, także fizycznych, np. lekkiej gimnastyki,
- zwiększenie aktywności ruchowej, np. poprzez spacer,
- zrezygnowanie ze snu popołudniowego (jeżeli jest to niemożliwe, zadbanie o to, by drzemka odbywała się codziennie o tej samej porze),
- unikanie silnego światła wieczorem i ciemnych pomieszczeń w ciągu dnia – wzmocni to rytm okołodobowy,
- wykorzystywanie łóżka wyłącznie do spania (należy kłaść się do łóżka tylko w sytuacji rzeczywistego zmęczenia i senności),
- zapewnienie miłej atmosfery w sypialni,
- niespożywanie posiłków przed snem,
- ograniczenie objętości wypijanych przed snem płynów,
- godziny wieczorne powinny być przeznaczone na odprężenie, lekturę, kąpiel [9,10]. Ważnym czynnikiem polepszającym jakość snu jest podtrzymywanie kontaktów towarzyskich.

Zakończenie

Zaburzenia snu u osób w podeszłym wieku stanowią ważne problemy kliniczne i dotyczą dużej liczby osób. Aż 50–70% ludzi starszych cierpi na przewlekłe zaburzenia snu, jedynie ok. 20% nie zgłasza żadnych problemów związanych ze snem [3].

Zaburzenia snu wpływają niekorzystnie na zdrowie zarówno fizyczne, jak i psychiczne. Często towarzyszą chorobom sercowo-naczyniowym, zaburzeniom hormonalnym i zwiększonej zapadalności na infekcje. Powodują słabą koncentrację, nerwowość i niepokój, a także spadek satysfakcji z życia i depresje.

Profilaktyka, przestrzeganie zasad higieny snu i różnorodne działania opiekuńcze pielęgniarek, wpływające na poprawę warunków snu, a także prawidłowa diagnostyka i leczenie mogą w znaczący sposób poprawić jakość życia osób w podeszłym wieku i zmniejszyć konsekwencje zarówno zdrowotne, jak i społeczne.

Bibliografia

1. Wojnowski J. *Wielka Encyklopedia PWN*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2001.
2. Wichniak A. Fizjologia snu. Medycyna Praktyczna. Psychiatria [online]. Adres: URL: <http://psychiatria.mp.pl/bezsennosc/show.html?id=70378> [cyt. 5.12.2015].
3. Karasek M, red. *Aspekty medyczne starzenia się człowieka. Melatonina*. Łódź: Łódzkie Towarzystwo Naukowe; 2008.
4. Karasek M, Lewiński A, Reiter R J. Melatonina: znaczenie kliniczne i zastosowanie terapeutyczne. *Endokrynol Pol* 2001; 52: 81–100.
5. Bilikiewicz A. *Psychiatria*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2002.
6. Robakowski J, Pużyński S, Wiórka J. *Podstawy psychiatrii*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2010.
7. Berkow R, red. *MSD Manual. Podręcznik diagnostyki i terapii*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 1995.
8. Pływaczewski R, Bieliń P. Wpływ obwodu szyi i wskaźnika masy ciała na zaawansowanie OBS u mężczyzn. *Pneumonol Alergol Pol* 2008; 76: 313.
9. Górka K, Jaracz K, Rybakowski J. *Pielęgniarstwo psychiatryczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009.
10. Susułowska M. *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe; 2009.

Adres do korespondencji:

Anna Klimczyk
Instytut Pielęgniarstwa,
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
ul. Katowicka 68, 45-060 Opole
tel. 77 442 35 09
e-mail: annazaleszczuk-klimczyk@wp.pl

Problemy osób w podeszłym wieku w Polsce

Agnieszka Konopka

Pflege- und Versorgungszentrum Buchban GmbH

„Starość wieńczy życie. Jest czasem żniw.
Żniw tego czego się nauczyliśmy, co przeżyliśmy;
Żniw tego co zdołaliśmy i osiągnęliśmy,
a także tego co wycierpieliśmy i wytrzymaliśmy.
Jak w końcowej partii wielkiej symfonii,
te wielkie tematy współbrzmia potężnie” [1].

Wstęp

Proces starzenia się organizmu jest naturalny i nieodwracalny, jednak w każdym przypadku przebiega odmiennie i zależy od wielu czynników. U wszystkich ludzi zachodzą zmiany psychiczne, biologiczne, społeczne i fizyczne [2]. Starość może być pięknym lub bardzo ciężkim etapem w życiu, jest więc najmniej wyczekiwana przez współczesnego człowieka [3,4]. Kultura XXI wieku postrzega osoby w podeszłym wieku jako niedołączone, bierne, niechciane – jest to bardzo krzywdzące, chociażby ze względu na fakt dużego zróżnicowania w tej grupie. Dlatego wiek ludzi rozpa- trujemy w kategoriach: wieku biologicznego, psychicznego i społecznego [5]. Jako początek starości WHO przyjmuje 60. rok życia, ONZ – 65. rok życia. Wyróżnia się 3 okresy starości: wczesnej starości od 60. roku życia, późniejszej starości od 75. roku życia, oraz wieku sędziwego po 90. roku życia. Dodatkowo wyróżnia się seniorów III i IV wieku [6–8].

Celem pracy było ukazanie problemów i potrzeb seniorów w Polsce oraz wska- zanie na występujący deficyt placówek mogących profesjonalnie podjąć i zapewnić całościową opiekę nad osobami w podeszłym wieku.

1. Starzenie się – problemy i potrzeby seniorów

W starości występują liczne kryzysy – punkty zwrotne, sytuacje niełatwe do zro- zumienia i przejścia, np. utrata bliskiej osoby, świadomość zbliżającego się końca,

wyprowadzenie się dzieci, itp. [5,9]. Zachodzą liczne zmiany w sferze intelektualnej i fizycznej; choroby i starzenie znacznie obniżają sprawność seniora [8]. Charakterystycznymi przypadłościami wieku starczego są m.in. zmiany w sposobie odżywiania, zmiany w rytmie snu, zapamiętywaniu oraz te zaliczane do tzw. Wielkich Problemów Geriatrycznych – upadki, nietrzymanie moczu, upośledzenie słuchu, wzroku, demencja i depresja. Do problemów późnej dorosłości zaliczamy także wielochorobowość i wielolekowość [10]. Z badań przeprowadzonych w 2009 r. przez Ewę Smoleń i wsp. na Uniwersytecie Trzeciego Wieku przy Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Sanoku wynika, że blisko 90% osób zmagających się z problemem wielochorobowości [11]. Ostatnie badania donoszą także o coraz większym odsetku ludzi w podeszłym wieku z problemem nadwagi lub otyłości, co w znacznym stopniu utrudnia im codzienne życie, ma także ogromny wpływ na ich zdrowie. W późniejszym czasie może mieć również negatywny wpływ na sposób i jakość opieki nad nimi [12].

Potrzeby seniorów można zdefiniować za pomocą teorii Maslova, gdyż każdy człowiek posiada takie same potrzeby. W podeszłym wieku różnią się one jedynie intensywnością odczuwania, np. seniorzy bardziej odczuwają potrzebę bezpieczeństwa ze względu na pojawiające się w okresie starości lęki. Definiując potrzeby ludzi w podeszłym wieku, należy wspomnieć o koncepcji potrzeb ponadpodmiotowych czyli tych, których człowiek nie jest w stanie sam zaspokoić. Ponadto Z. Szarota wprowadziła podział potrzeb osób w podeszłym wieku przebywających w placówkach opiekuńczych na 3 kategorie: bytu, społeczną i indywidualnego rozwoju [13–15].

Przed podjęciem właściwych kroków w udzielaniu pomocy i wsparcia seniorom należy zaznajomić się z ich sytuacją ekonomiczną, społeczną, zdrowotną oraz ich indywidualnymi potrzebami.

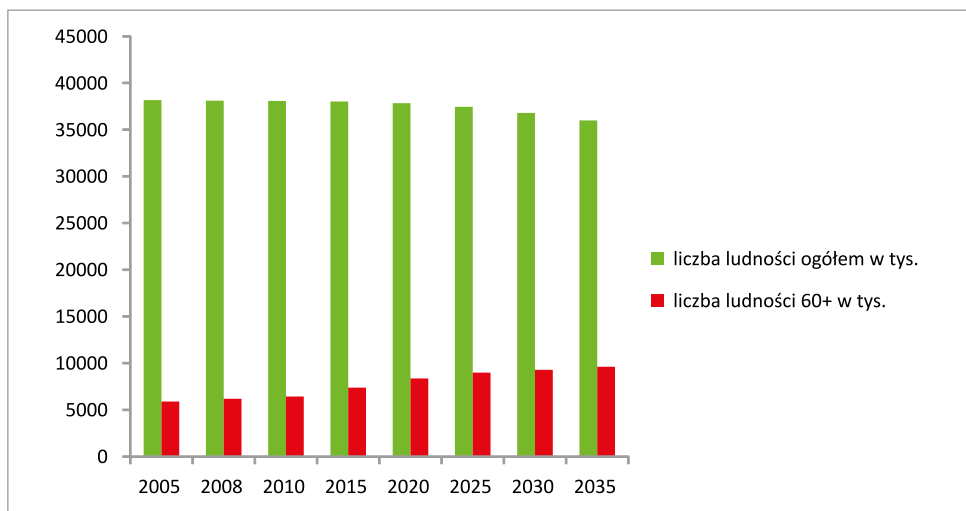
2. Sytuacja demograficzna w Polsce

Ważnym elementem jest sytuacja demograficzna, ponieważ Polska dołączyła do krajów starzejących się już w latach 60. XX wieku. Badania Głównego Urzędu Statystycznego wykazują, że do 2035 roku ponad 1/4 populacji Polski przekroczy 60. rok życia. Średnia wieku przeciętnego mężczyzny będzie wynosić 77,1 lat, natomiast kobiety – 82,9 lat, co zobrazowane zostało na rycinach 1–2 [15–17].

Demograficzne starzenie się społeczeństwa jest procesem trwałym, które wymaga przygotowania, organizacji i stworzenia odpowiedniej bazy do pomocy i opieki nad seniorami. Z literatury wiemy, że takie działania podejmowano już w starożytności [3–15].

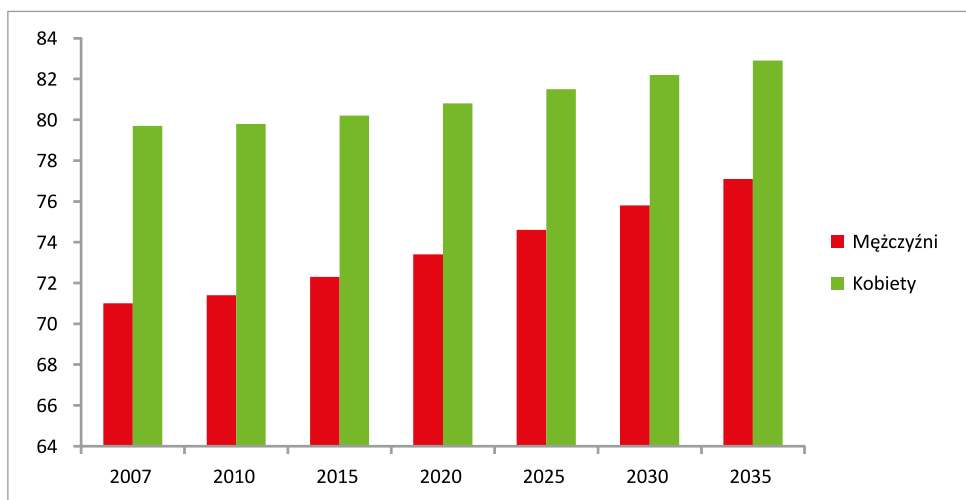
3. Rozwój geriatry

W 1909 r. pojęcie geriatry wprowadził wiedeński lekarz Ignacy Nasher, organizując przy tym pierwsze Towarzystwo Geriatryczne na świecie. W Europie za począ-



Rycina 1. Odsetek ludzi po 60. roku życia w odniesieniu do ogólnej ludności Polski w poszczególnych latach

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z GUS, publikacji „Prognoza ludności Polski na lata 2008–2035” [17].



Rycina 2. Średnia wieku przeciętnej kobiety i mężczyzny w poszczególnych latach

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z GUS, publikacji „Prognoza ludności Polski na lata 2008–2035” [17].

tek naukowego zainteresowania starością uznaje się rok 1257, w którym wydano dwa traktaty, w których Roger Bacon opisuje zalety i wady starości, i używa słowa „starec”. W Polsce w 1946 r. została wydana pierwsza publikacja naukowa z dziedziny

gerontologii – duże zainteresowanie przyczyniło się do powstania różnych ośrodków na terenie całego kraju, a w 1969 r. powołano Sekcję Geriatryczną Polskiego Towarzystwa Geriatrycznego [18]. We współczesnej medycynie większość pacjentów różnych specjalizacji medycznych stanowią ludzie w podeszłym wieku. Seniorzy to najdroższa i najtrudniejsza grupa osób w polskim systemie opieki zdrowotnej, co spowodowane jest złożonością ich problemów. Polska znajduje się na końcu rankingu pod względem dostępu do opieki geriatrycznej, w porównaniu z krajami europejskimi i wieloma innymi na świecie [7–19].

4. Opieka nad seniorem – instytucje, organizacje pozarządowe i opieka zdrowotna

Opieka gerontologiczna to współdziałanie służb profesjonalnych z nieprofesjonalnymi w celu aktywowania seniorów i zaspokojenia ich potrzeb. Działania podejmowane wobec osób w podeszłym wieku powinny mieć charakter holistyczny i kłaść nacisk na permanentny rozwój seniorów na każdym etapie życia, łącznie z etapem umierania. Opieka ta uwarunkowana jest potrzebami seniorów oraz możliwością ich zaspokojenia, jest długotrwałym i stale modyfikowanym procesem. Aby standardy i profesjonalizm opieki znalazły się na najwyższym poziomie, należy także zadbać o interdyscyplinarny zespół specjalistów zapoznanych ze specyfiką problemów starości, o odpowiednie wyposażenie i infrastrukturę miejsca, podstawy prawne, politykę społeczną, kształcenie personelu, itp. [20–22].

Opiekę można podzielić na formalną (świadczą ją podmioty publiczne i prywatne) oraz na nieformalną (rodzina, grupy samopomocowe). W Polsce nadal to rodzina najczęściej jest grupą wspierającą seniora.

W ramach opieki zdrowotnej funkcjonują w Polsce placówki całodobowo świadczące pomoc i opiekę nad seniorem, wśród nich wyróżniamy: hospicja, zakłady opiekuńczo-lecznicze, oddziały dla przewlekle chorych, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, a także specjalistyczną pomoc pielęgniarstwa środowiskowego i opieki długoterminowej, świadczącą usługi w miejscu zamieszkania chorego. Instrumentem polityki społecznej jest Pomoc Społeczna. Gminne Ośrodki Pomocy Społecznej oferują pomoc finansową, zakontraktowanie usług opiekuńczych, zakwaterowanie w Domu Pomocy Społecznej lub Rodzinnym Domu Pomocy czy też w Mieszkania Chronionych [23–25].

Organizacjami pozarządowymi wspierającymi seniorów są: Polski Komitet Pomocy Społecznej, Polski Czerwony Krzyż, Caritas Polska, kluby seniora [26].

Inną coraz bardziej popularną formą opieki nad seniorem są domy dziennego pobytu (DDP) lub domy całodobowej opieki nad seniorem (DCO). Takie ośrodki są zakładane przez instytucje publiczne i osoby prywatne.

Domy dziennego pobytu to instytucje czynne 5 dni w tygodniu, co pozwala na normalny tryb życia osobom opiekującym się seniorami. Osobom starszym oferu-

ją wyżywienie, terapię alternatywną, wspólne spędzanie czasu, a co najważniejsze – stałą profesjonalną opiekę. Są one rozwiązaniem nie tylko dla osób potrzebujących pomocy czy opieki, ale także dla ludzi w pełni sprawnych, którzy mogą aktywnie spędzić czas, dzieląc go jednocześnie ze znajomymi [27–30].

Domy całodobowej opieki to placówki świadczące opiekę i pomoc całodobowo osobom, które wymagają zarówno stałej, jak i częściowej opieki; często także z powodu osamotnienia. Pensjonariuszowi zapewnione są świadczenia zdrowotne, opieka interdyscyplinarnego, wykwalifikowanego zespołu, wyżywienie oraz na jak najwyższym możliwym poziomie byt, opieka, pielęgnacja i zaspokajanie wszelkich życiowych potrzeb [24–31].

Podsumowanie

Starzenie się organizmu to proces naturalny i nieubłagany dla każdej istoty na świecie. Za początek starości przyjmuje się 60./65. rok życia, dodatkowo kategoryzuje się na okresy starości według określonych przedziałów wiekowych. Życie seniorów nie należy do najłatwiejszych – charakteryzuje się licznymi trudnymi sytuacjami, zmianami oraz przypadkościami, które w znacznym stopniu obniżają standard ich życia. Polska jest krajem, który już od wielu lat należy do krajów starzejących się, dodatkowo współczynnik emigracji młodych Polaków za granicę z roku na rok rośnie. Już od zarania dziejów podejmowano różne kroki w celu wspomaganie i rozwiązywania różnych problemów osób w podeszłym wieku. Seniorzy to najdroższa i najliczniejsza grupa w polskim lecznictwie. Opieka nad seniorami jest bardzo skomplikowana i zależna od wielu czynników, gdyż ich potrzeby, z pozoru bardzo podobne do potrzeb przeciętnych ludzi, odczuwane są ze zwielokrotnioną siłą. Aby standard opieki nad seniorami był na jak najwyższym poziomie, potrzeba wykwalifikowanego, interdyscyplinarnego zespołu specjalistów potrafiących holistycznie podejść do ich potrzeb. W Polsce przeważa model rodziny wielopokoleniowej, która przejmuje opiekę nad seniorem. Wraz z upływem lat model ten niestety zmienia się – np. ze względu na emigrację młodych ludzi. Problemem jest deficyt ośrodków mogących podjąć i zapewnić pełną opiekę seniorom.

Bibliografia

1. Jan Paweł II, Kiliańczyk-Zięba J. *Autobiografia*. Kraków: Wydawnictwo Literackie; 2003.
2. Dziuban A. Społeczny obraz starości i postrzeganie własnego ciała w procesie starzenia się. *Przegląd piśmiennictwa. Gerontologia Polska* [online] 2010 lip-wrz. Dostępny na URL: <http://czasopisma.viamedica.pl/gp/article/view/18886/14858> [cyt. 14.03.2015].
3. Jabłoński L, Wysokińska-Miszczuk J. *Podstawy gerontologii i wybrane zagadnienia z geriatrii*. Lublin: Czelej; 2000.

4. Kulik T. B, Janiszewska M, Piróg E, Pacian A, Stefanowicz A, Żołnierczuk-Kieliszek D, i in. Sytuacja Zdrowotna osób starszych w Polsce i innych krajach europejskich. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* [online] 2011. Dostępny na URL: http://monz.pl/abstracted.php?level=4&id_issue=855290 [cyt. 14.03.2015].
5. Wawrzyniak JK. Wymiar podmiotowy i społeczny starości. W: Chabior A, Fabiś A, red. *Starzenie się i starość w perspektywie pracy socjalnej*. Warszawa: Centrum Rozwoju i Zasobów Ludzkich; 2014: 19–29.
6. Kędziora-Kornatowska K. Mechanizmy starzenia się człowieka. W: Kędziora-Kornatowska K, Muszaliak M, red. *Kompendium pielęgnowania pacjentów w podeszłym wieku. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunku pielęgniarstwo*. Lublin: Czelej; 2007: 9–12.
7. Chodorowski Z. *Geriatrya. Postępy w diagnostyce i terapii*. Gdynia: Grafica; 2007.
8. Wawrzyniak JK. Zmiany intelektualne i biopsychiczne w późnej dorosłości. W: Chabior A, Fabiś A, Wawrzyniak JK, red. *Starzenie się i starość w perspektywie pracy socjalnej*. Warszawa: Centrum Rozwoju i Zasobów Ludzkich; 2014: 29–32.
9. Niechwiadowicz-Czapka T. Problemy zdrowotne i psychospołeczne osób w starszym wieku. W: Niechwiadowicz-Czapka T, Klimczyk A, red. *Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa geriatrycznego*. Wrocław: Continuo; 2010: 7–15.
10. Niechwiadowicz-Czapka T. Wielkie Problemy Geriatryczne (WPG). W: Niechwiadowicz-Czapka T, Klimczyk A, red. *Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa geriatrycznego*. Wrocław: Continuo; 2010: 17–31.
11. Smoleń E, Gazdowicz L, Żyłka-Reut A. Zachowania zdrowotne osób starszych. *Pielęgniarstwo XXI wieku* [online] 2011 lip-wrz. Dostępny na URL: <http://www.piel21w.umlub.pl/vol/r2011/no36/a01> [cyt. 14.03.2015].
12. Kaźmierczak U, Strojek K, Radziwińska A, Dzierżanowski M, Bułatowicz I, Kolanowska A, i in. Ocena satysfakcji życiowej i sprawności fizycznej uczestników zajęć w Domu Dziennego Pobytu „Senior”. *Journal of Health Sciences* [online] 2014 gru. Dostępny na URL: <http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/2014%3B4%2812%29%3A223-232/3764> [cyt.14.03.2015].
13. Szarota Z. *Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe AP; 2004.
14. Lisowska E. *Diagnostyka pedagogiczna w pracy z dzieckiem i rodziną*. Kielce: Wszechnica Świętokrzyska; 2008.
15. Chabior A. Diagnoza potrzeb jednostkowych i grupowych osób starszych. W: Chabior A, Fabiś A, Wawrzyniak JK, red. *Starzenie się i starość w perspektywie pracy socjalnej*. Warszawa: Centrum Rozwoju i Zasobów Ludzkich; 2014: 32–44
16. Maslov AH. *Motywacja i osobowość*. Wyd. 2. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2013.
17. GUS. Obszary tematyczne. Prognoza ludności Polski na lata 2008–2035 [online]. Dostępny na URL: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-polski-na-lata-2008-2035-notatka-informacyjna,1,3.html> [cyt. 11.03.2015].
18. Polskie Towarzystwo Gerontologiczne. Historia [online]. Dostępny na URL: http://www.gerontologia.org.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=4 [cyt. 09.03.2015].

19. Derejczyk J. *Próba diagnozy stanu geriatry w polskiej służbie zdrowia. Samodzielność ludzi starszych z perspektywy medycyny i polityki społecznej. Dotychczasowe doświadczenia UE i Polski*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Gerontologiczne Oddział Mazowiecki; 2004.
20. Szczerbińska K, Pietryka A. Rozwój geriatry w krajach europejskich – historia i zasoby (część 1). *Gerontologia Polska* [online] 2008 kwi-cze. Dostępny na URL: <http://czasopisma.viamedica.pl/gp/article/view/18950/14922> [cyt.14.03.2015].
21. Tobis S, Kropińska S, Cylkowska-Nowak M. Arteterapia jako forma terapii zajęciowej w kategoryzacji osób starszych. *Geriatrya* [online] 2011 maj. Dostępny na URL: http://www.akademiamedycyny.pl/geriatrya/archiwum/201103_geriatrya_Arteterapia%20Tobis.pdf [cyt. 14.03.2015].
22. Tobis S, Jakrzeska-Sawińska A, Talarska D, Wiczorkowska-Tobis K. Wieloprofesjonalność opieki w geriatry. *Nowiny Lek* 2013; 82 (1): 51–55.
23. Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach. Modele opieki nad osobami niesamodzielnymi [online]. Dostępny na URL: http://www.ue.katowice.pl/uploads/media/20_Z.Szweda-Lewandowska_Modele_opieki....pdf [cyt. 11.03.2015].
24. Leszczyńska-Rejchert A. *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*. Olsztyn: Wydawnictwo UWM; 2007.
25. Mielczarek A. *Człowiek stary w domu pomocy społecznej. Z perspektywy polityki społecznej i pracy socjalnej*. Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne Akapit; 2010.
26. NGO. Co to są organizacje pozarządowe? Czym jest stowarzyszenie a czym fundacja? [online]. Dostępny na URL: http://poradnik.ngo.pl/co_to_sa_organizacje_pozarządowe [cyt. 11.03.2015].
27. Wawrzyniak JK. Instytucje pomocowe i organizacje pozarządowe w pracy na rzecz osób starszych. W: Chabior A, Fabiś A, red. *Starzenie się i starość w perspektywie pracy socjalnej*. Warszawa: Centrum Rozwoju i Zasobów Ludzkich; 2014: 133–143.
28. Wrota Małopolski. Dzielne Domy Pomocy Społecznej [online]. Dostępny na URL: <http://www.malopolska.pl/Obywatel/Zdrowie/Rodzina/Seniorzy/Strony/Dziennedomypomocyspołecznej.aspx> [cyt. 11.03.2015].
29. RSZ. Ośrodek Interwencji Kryzysowej [online]. Dostępny na URL: <http://rszarf.ips.uw.edu.pl/zadaniajops/jops08.pdf> [cyt. 10.03.2015].
30. Dom Na Zdrowiu. Plan dnia [online]. Dostępny na URL: <http://domnazdrowiu.pl/?plan-dnia,15> [cyt. 09.03.2015].
31. Starsi Rodzice. Prywatna opieka dla seniora [online]. Dostępny na URL: <http://starsirodzice.pl/privatna-opieka-dla-seniora> [cyt. 10.03.2015].

Adres do korespondencji:

Agnieszka Konopka
ul. Wyzwolenia 20, 46-053 Dębska Kuźnia
e-mail: agnieszkakonopka@poczta.onet.eu

ISBN 978-83-941154-2-5
978-83-942106-8-7