



Państwowa Medyczna
Wyższa Szkoła Zawodowa
w Opolu



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



Urząd Marszałkowski
Województwa Opolskiego

Wybrane aspekty opieki pielęgniarstwa i położniczej w różnych specjalnościach medycyny

T. 5

pod redakcją
Marioli Wojtal
Małgorzaty Zimnowody
Danuty Żurawickiej

Opole 2017



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

Tom 5



Państwowa Medyczna
Wyższa Szkoła Zawodowa
w Opolu



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



Urząd Marszałkowski
Województwa Opolskiego

Wybrane aspekty opieki pielęgniarstwa i położniczej w różnych specjalnościach medycyny

Tom 5

Pod redakcją:
Marioli Wojtal, Małgorzaty Zimnowody i Danuty Żurawickiej

Opole 2017

Recenzenci:

dr hab. n. med. Janusz Kubicki
dr hab. n. med. Donata Kurpas, prof. nadzw.

Redakcja językowa

Justyna Muszyńska-Szkodzik, Renata Włostowska

Redakcja techniczna, skład, projekt okładki:

❖ Studio IMPRESO Przemysław Biliczak

Publikacja sfinansowana przez Samodzielny Wojewódzki Szpital
dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Ks. Biskupa J. Nathana w Branicach

© Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu 2017

ISBN 978-83-941154-5-6

ISBN 978-83-945942-5-1

Wydawcy:

Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

ul. Katowicka 68, 45-060 Opole

tel. 77 442 35 24, 77 442 35 35

www.pmwsz.opole.pl

❖ **Studio IMPRESO**

ul. Plebiscytowa 82, 45-360 Opole

tel. 77 550 70 50

www.impreso.studio

Spis treści

Wprowadzenie	9
Emilia Lichtenberg-Kokoszka Niezwykły świat poczętego dziecka. Rozważania zainspirowane baśnią „Cesta do světa” (Droga na świat) Jaroslava Vlčka	11
Joanna Głogowska Fakty i mity o alkoholu – aspekty medyczne i psychospołeczne	21
Dorota Ćwiek, Katarzyna Szymoniak Palenie tytoniu przez ciężarne i karmiące	29
Alicja Głębocka Dehumanizacja w służbie zdrowia	35
Cecylia Jendyk Komórki macierzyste krwi pępowinowej – wyzwania i nadzieje współczesnej medycyny	43
Zofia Wojdyła, Danuta Żurawicka, Małgorzata Zimnowoda, Iwona Łuczak Pozycje wertykalne	53
Natalia Cebula, Iwona Łuczak Postępowanie w porodzie ulicznym. Rola i zadania położnej na miejscu zdarzenia	63
Joanna Jaroszewicz-Trzaska, Anna Kamińska, Anna Grzymała-Figura, Zbigniew Celewicz Paciorkowiec β-hemolizujący – kolonizacja matki, choroba noworodka	75
Alina Kowalczykiewicz-Kuta Cytomegalia wrodzona – zalecenia dotyczące rozpoznawania i leczenia	83

- Iwona Łuczak, Danuta Żurawicka, Małgorzata Zimnowoda, Zofia Wojdyła
Opieka ukierunkowana na rozwój w oddziale neonatologicznym 95
- Anna Polkowska, Iwona Łuczak
**Sposoby karmienia noworodków a wady zgryzu u dzieci –
rola położnej** 103
- Barbara Kotlarz, Marcelina Noszczyk, Izabela Mężyk, Agnieszka Kobiółka,
Marta Koziółek, Violetta Skrzypulec-Plinta
Instytucja położnej rodzinnej w świadomości społecznej 113
- Małgorzata Ingot
Zakażenia wertykalne HBV i HCV 125
- Grzegorz Głąb
Perspektywy dla cytodiagnostyki ginekologicznej 129
- Paulina Furdykoń, Maria Gramberg
**Operacje ginekologiczne u pacjentki z cukrzycą i otyłością.
Studium przypadku** 135
- Jerzy Jabłecki, Bogusław Beck
**Problemy seksualności kobiet niepełnosprawnych w kontekście
organizacyjno-społecznym** 145
- Ewa Tobor, Kornelia Wac, Alicja Dyla, Jolanta Kamińska, Alicja Górecka
**Studium przypadku i model opieki w dydaktyce i praktyce
położniczej** 151
- Ewa Boniewska-Bernacka, Anna Pańczyszyn
Rola telomerów i telomerazy w komórkach człowieka 161
- Paweł Brudek
**Przebaczenie, poczucie własnej godności i religijny system znaczeń
osób w okresie późnej dorosłości o różnym stopniu satysfakcji z życia
seksualnego. Analiza badań własnych** 171
- Ewa Duda, Mariola Wojtal
Zrozumieć Alzheimera – co możemy zrobić, by zrozumieć? 183

Agata Koryzma

Terapia zajęciowa w kontekście rehabilitacji osób w podeszłym wieku, niepełnosprawnych intelektualnie oraz leczących się psychiatrycznie na przykładzie funkcjonowania Środowiskowego Domu Samopomocy dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi „Magnolia” w Opolu 191

Czesława Gałka, Janusz Gawlik

Aspekty opieki pielęgniarstwa u osób w podeszłym wieku uzależnionych od alkoholu 201

Teresa Niechwiadowicz-Czapka, Mariola Wojtal

Problem przemocy wobec osób w podeszłym wieku – interdyscyplinarne aspekty przeciwdziałania różnym formom przemocy 209

Lilianna Gawłów-Nowak, Karina Wawros, Dariusz Szurlej, Justyna Sejboth,
Olimpia Karczewska, Anna Sternik

Zakażenie *Clostridium difficile* u pacjentów w wieku podeszłym 219

Wprowadzenie

„Miarą twojego człowieczeństwa
jest wielkość twojej troski
o drugiego człowieka”
ks. Mieczysław Maliński

Promowanie zdrowia, przeciwdziałanie chorobie, opieka nad chorym i umiarkowanym stanowią odwieczny sens pielęgniarstwa i położniczej troski o drugiego człowieka. Jesteśmy usatysfakcjonowani tym, że chcecie Państwo zapoznać się z kolejnym, już piątym tomem publikacji pt.: „Wybrane aspekty opieki pielęgniarstwa i położniczej w różnych specjalnościach medycyny”.

W prezentowanej monografii podejmowane są tematy trudne oraz bardzo trudne. Czasami wręcz zaskakujące mogą się okazać wyniki i wnioski tu publikowane. Prezentujemy Państwu rezultaty badań empirycznych autorów prac, krytycznego przeglądu literatury przedmiotu oraz bogactwo doświadczeń, które pozwoliło zaprezentować tak wiele zagadnień z obszaru pielęgniarstwa, położnictwa i innych dziedzin zaliczanych do nauk o zdrowiu. Przedstawiona problematyka swym zakresem obejmuje również rolę pielęgniarki i położnej w obecnym systemie opieki zdrowotnej.

Między innymi omówione zostały wciąż sklasyfikowane dość wysoko czynniki ryzyka dla zdrowia populacji, takie jak alkohol czy palenie papierosów. Autorzy po raz kolejny wskazali na aktualność problemu używek. Przedstawiono fakty, ale i mity o alkoholu zarówno w aspekcie medycznym, jak i psychospołecznym. Przybliżono negatywne skutki palenia tytoniu dla kobiety ciężarnej, a także płodu oraz późniejsze konsekwencje dla zdrowia dziecka.

Współcześnie największym niebezpieczeństwem w medycynie jest jej dehumanizacja. Determinanty obecnego świata, gwałtowny jego rozwój sprzyjają potęgowaniu tego zjawiska. Jak zatem przedstawia się ono w codziennej praktyce pracowników ochrony zdrowia?

W pracy tej omówiono ponadto problematykę seksualności kobiet niepełnosprawnych, zakażeń wertykalnych wirusem HBV i HCV, perspektywy dla cytodiagnostyki ginekologicznej, instytucję położnej rodzinnej w świadomości społecznej czy opiekę nad noworodkiem, w tym m.in. korelacje między sposobami karmienia noworodków a wadami zgrzyzu.

Profesjonalizm cechujący proces pielęgnowania, w połączeniu z empatią, życzliwością i cierpliwością w podejściu do podopiecznego, trafiają w sedno oczekiwań osób objętych opieką i definiują współczesne pielęgnowanie. Aktualnymi wyzwaniami dla dzisiejszego pielęgniarstwa są zjawiska wydłużenia czasu trwania ludzkiego życia i demograficzne starzenie się społeczeństwa, dlatego swoją uwagę autorzy poświęcili również tematyce problemów zdrowotnych i społecznych osób w wieku podeszłym. Wiek jest istotnym, niemodyfikowalnym czynnikiem ryzyka wielu chorób: nowotworowych, przewlekłych, a niepełnosprawność fizyczna i intelektualna prowadzi do wzrostu zależności osób niepełnosprawnych od opiekunów instytucjonalnych i rodziny. Nakłady finansowe i rozwój różnych form pomocy instytucjonalnej dla osób w wieku podeszłym oraz wsparcie rodzin opiekujących się swoimi bliskimi, stają się priorytetami polityki społecznej w Polsce. Wielkiego znaczenia nabiera godność i szacunek dla osób w podeszłym wieku oraz jakość życia w okresie pięknie określonym – jesienią życia.

Mamy zatem nadzieję, że różnorodność zagadnień poruszanych w kolejnym cyklu naszej monografii będzie dla Państwa źródłem inspiracji do dalszych przemyśleń i poszukiwań nowych rozwiązań.

Redaktorzy:

Mariola Wojtal, Małgorzata Zimnowoda, Danuta Żurawicka

Niezwykły świat poczętego dziecka. Rozważania zainspirowane baśnią „Cesta do světa” (Droga na świat) Jaroslava Vlčka

Emilia Lichtenberg-Kokoszka

Institut Nauk Pedagogicznych, Uniwersytet Opolski

Rozważania na temat poczętego dziecka i jego miejsca w rodzinie, zainspirowane zostały książką Jaroslava Vlčka, *Zapomenutá pravda. Život před narozením*, Kutná Hora, Tichá Byzanc 2008 (*Zapomniana prawda. Życie przed narodzeniem*, tłumaczenie fragmentów książki z języka czeskiego na język polski E. Lichtenberg-Kokoszka) i choć sama książka budzi pewne kontrowersje [1], to jednak jej pierwsza część: *Cesta do světa (droga na świat)* – znaczny zbiór dwudziestu siedmiu baśni opisujących własne przeżycia autora w okresie prenatalnym, wydaje się być warta przybliżenia. Należy w tym miejscu wspomnieć, że pierwsza (zawierająca jedynie baśnie) część książki została opublikowana w Kanadzie w 1989 roku [2]. Nieco później dopisane zostały dwa kolejne rozdziały i to one budzą najwięcej zastrzeżeń z powodu paranaukowego, międzykulturowego, związanego z psychologią transpersonalną czy psychosyntezą wyjaśniania słów użytych w omawianych baśniach.

Rozpatrując jednak same baśnie, należy przyznać, że to niezwykle, wzruszający i zadziwiający tekst. Chciałoby się powiedzieć „jedyny w swoim rodzaju”. Przy czym moje doznania nie są odosobnione. Sam profesor G.G. Farrant [3] – autor przedmowy, stwierdził, że zajmując się od piętnastu lat świadomością (pamięcią) komórkową, nie spotkał się podczas swojej kariery zawodowej z opowiadaniem obrazującym cały najwcześniejszy rozwój człowieka – od owulacji aż do narodzin. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że omawiany tekst nie jest typową baśnią, opowieścią pisaną prozą, lecz poetycką narracją, gdzie w sposób niemal mistrzowski pojedyncze wyrazy kolejnych wersów tworzą obraz niezwyklego świata przed narodzeniem.

Prapoczątek

Wielu ludziom trudno uwierzyć w to, że człowiek może cokolwiek pamiętać z okresu prenatalnego, sama zaś pamięć komórkowa jest dla nich wręcz niewiary-

godna. Tymczasem jedna ze stosunkowo nowych dziedzin wiedzy – epigenetyka [4,5,8] potwierdza nie tylko to, że „komórki mają pamięć” [6], ale i to, że posiadają one wiedzę o tym skąd pochodzą, co przeżyły i dokąd zmierzają. Czytając zarówno książkę z zakresu epigenetyki [6], jak i omawianą publikację [7], wielokrotnie zauważyć można używanie tych samych słów, określeń czy zwrotów, mimo że pierwsza z nich jest publikacją z zakresu dziennikarstwa naukowego, druga – baśnią.

Piękny, poetycki a zarazem zadziwiający opis nie tylko pamięci komórkowej, ale i samoświadomości komórek rozrodczych zawarł Jaroslav Vlček w baśni „Pierwsza droga”. I choć na pierwszy rzut oka wydaje się, że to, co czytamy, jest tylko „baśnią” – fantazją, jednak w świetle epigenetyki, wiele z niewiarygodnych „odczuć” komórek rozrodczych staje się naukowo zasadnych. I tak na przykład, dojrzewająca komórka jajowa mówi „Wiem, że jestem, choć nie czuję...” [7: 11] oraz stwierdza „mam moc” [7: 11]. Co ciekawe, czuje ona obecność innych, podobnych jej komórek jajo- wych oraz pragnienie „wyruszenia w świat” [7: 11]. Zdaje sobie także sprawę z istnienia „tajemnej wszechwiedzącej mocy, wstępującej do jej świadomości” [7: 12]. Owa „moc” przekazuje jej przesłanie; „Podrośłaś, masz moc, ale zanim pójdziesz w świat, musisz jeszcze wiedzieć (być świadoma), jak się w nim nie zagubić. Obserwuj swą okolicę (również w sensie: wsłuchuj się w ten świat) i pamiętaj swoją drogę, skąd przysłaś i dokąd zmierzasz” [7: 12]. Komórka jajowa, podobnie jak plemnik, czuje niepewność, między tym by „zostać”, a tym by „kontynuować swą podróż”. Jak twierdzi sam autor książki, poczucie „bycia w drodze” jest w nas głęboko zakorzenione i być może wynika właśnie z pamięci „wędrówki” komórki jajowej i plemnika [7].

Co ciekawe, komórka jajowa nie tylko „rozgląda się dookoła”, ale „zagląda (także) do swego wnętrza” [7: 17], jakby potrafiła czytać strukturę DNA. Jakby na podstawie pewnej wiedzy o sobie, potrafiła wyruszyć w drogę prowadzącą do współtworzenia nowego życia. Jaroslav Vlček porównuje komórkę jajową do architekta, który na podstawie projektu potrafi postawić dom [7], a analogia ta wydaje się ze wszech miar trafna. Wszak podczas zapłodnienia komórka jajowa i plemnik zlewają się ze sobą, tworząc nową istotę, posiadającą od samego początku prawie wszystkie informacje niezbędne dla dalszego rozwoju i życia.

Mówiąc o poczęciu, autor omawianej książki wymienia trzy fazy: (1) spotkanie komórki jajowej z plemnikiem, (2) ich scalenie oraz utratę tożsamości, (3) powstanie nowego bytu i jego świadomości [7]. Proces ten rozpoczyna zatem niezwykle spotkanie oraz „poznawanie się (...) psychicznie obcych komórek” [7: 88]. „(...) Odwracam się w tamtą stronę, wytyżam uwagę. (mówi komórka jajowa) Szybkie, energiczne istoty, spieszą ku mnie. (...) Stopniowo zmniejszają dystans. Są wyjątkowi. Kim są? Czego chcą? Nie wyglądają wrogo (...) oni także czują me obawy: <Przychodzimy od tego, który jest bliski isocie, która cię żywi (chowa). Czekaliśmy na ciebie> mówią z radością i samoświadomością” [7: 10]. Warto w tym miejscu podkreślić, że komórka jajowa posiada świadomość własnego Ja, plemnik zaś raczej świadomość zbiorową My. Co więcej, od chwili owulacji, zdaniem autora omawianej książki,

stajemy się istotami niepowtarzalnymi i aktywnymi, a stwierdzenie „Ja jestem” jest najważniejszym elementem zarówno fizycznego jak i psychicznego oraz duchowego wymiaru życia [7]. Utracona tożsamość – „już nie jestem, tym kim byłam” [7: 21] – mówi komórka jajowa; „rozpuszczony, osnuty mgłą, i ja nie wiem kim jestem” [7: 21] – wtóruje jej plemnik; rozpoczyna się proces kształtowania nowej świadomości. Co ważne, komórki rozrodcze wchodzą w ten nowy stan z pewnym lękiem „co będzie dalej? (...) Ponownie, (...) z nowym celem, nową tożsamością, nową energią ku życiu (...)” [7: 22–23] zaczynają budować dalszą, wspólną już przyszłość.

Komórka jajowa nie decyduje sama o tym, czy „przyjąć (...) najbliższy (...), żywo zainteresowany (...) i zdecydowany zostać” [7: 19–20] plemnik. „Musi się poradzić”. „Wysłała zapytanie na górę (...). Ostatecznie przychodzi odpowiedź: Przybysz może zostać” [7: 20]. A zatem poczęcie dziecka jest efektem współdecydowania dwu, trzech a nawet czterech istot – komórki jajowej, plemnika, matki oraz Boga. Jak mówi Edgar Cayce „Ciało kobiety, która ma począć dziecko, zostało wybrane jako środek ekspresji boskości w materialnym świecie. Choć owulacja jest prawem natury, poczęcie jest prawem Boga” [9: 21]. Bez względu zatem na to, jak zdefiniujemy początek życia, „uświęcone dążenie komórki jajowej i plemnika do połączenia w nowe życie jest tak niezwykle i cudowne, jak narodziny samego wszechświata. Duch i ciało przenikają się, tworząc nową istotę ludzką” [9: 23]. Co więcej, odnosi się wręcz wrażenie, że to połączenie, cielesne i duchowe zespolenie komórki jajowej z plemnikiem jest tak doniosłym wydarzeniem, że na jego podstawie tworzy się odwieczne ludzkie pragnienie najgłębszego, seksualnego zbliżenia dwóch ludzi. To zbliżenie wydaje się być odzwierciedleniem prenatalnego pragnienia, aby być „jednym ciałem” [7,10].

Samoświadomość i niezależność

Istota ludzka od samego początku (od chwili poczęcia) jest aktywna i samostrowna. Radzi sobie z trudnościami hamującymi jej rozwój, przystosowuje się do zmiennych warunków życia wewnątrzmacicznego, wykazuje wiele specyficznych ludzkich cech. Odbiera wiele różnorodnych bodźców. Dokonuje ich selekcji, niektóre zapamiętuje. Uczy się. Nabywa pewnych nawyków i przyzwyczajęń. Reaguje w charakterystyczny dla siebie sposób [11,12,13].

Pięknym opisem rosnącej samoświadomości poczętego dziecka oraz poczucia odrębności od matki, jest baśń „Bezpieczny krąg”. Komórki maczyńskiego ciała chcą, by zarodek cieszył się razem z nimi. Dziecko jednak stanowczo odmawia: „Nie chcę się śmiać, chcę żyć swoim własnym życiem, tak jak chcę” [7: 30]. Słowa te, jakże dosadnie pokazują niezależność mentalną poczętego dziecka od matki. Niezależność, której świadome jest także dziecko. W wyniku tej samoświadomości tworzy ono niejako „krąg bezpieczeństwa” [7: 30,95] – przestrzeń, w której mieści się „ja”, a poza którą rozpoczyna się „ty” czy „oni”. Co więcej poczęte dziecko czując wewnątrz „nową niezależność, ma poczucie bezpieczeństwa” [7: 30] które daje mu spokój.

Dziecko, od samego początku, od kiedy staje się organizmem dwu-, cztero-, ośmiokomórkowym, jest także świadome swojego rozwoju oraz pojawiających się wciąż nowych możliwości. „Bez przerwy, bez odpoczynku” [7: 24] poczęta istota tworzy nie tylko kolejne „pokoje” (komórki ciała) [7: 24], ale i zapisuje w nich „nowe doświadczenia” [7: 24]. Co więcej każda nowa komórka „tworzy przestrzeń dla dalszych możliwości” [7: 24], a dziecko wydaje się być zadowolone z zachodzących przemian. „Dzień po dniu czuję, że przychodzi zmiana. Jestem podekscytowany i przygotowuję się do działania. Chcę rosnąć. (...) Jestem dumny, z tego jak wyrosłem i z tego, co stworzyłem” [7: 36–37].

Stopniowo dziecko zaczyna nie tylko odbierać i zapisywać „ruch, dotyk, wszystko co robi” [7: 32], ale również przekształcać je w obraz świata. Z tych „wrażeń, odczuć, odkryć” [7: 33] dziecko tworzy swój własny wewnętrzny świat. I jest świadome tego, że w miarę jak będzie rosło, będzie wiedziało (uświadamiało sobie i czuło) coraz więcej.

Baśń, „Pierwszy impuls (tętno)” przedstawia niezwykle opis tego, jak dziecko przygotowuje się do rozpoczęcia pracy serca. To przyziemne określenie wydaje się być niezwykle ociążałe w porównaniu do słów baśni, ukazujących zaproszenie matczyne serce do tańca „gdzie niezwykle źródło życia tryska energią, oświeca blaskiem, kipi radością z życia” [7: 38]. Matczyne serce uczy serce dziecka rytmicznego, pełnego wdzięku poruszania się. Kiedy maleńkie serce już się tego nauczy, wraca niejako „do siebie” i próbuje zatańczyć samo. Jak się okazuje, to nie takie proste, wymaga bowiem wysiłku, cierpliwości i wielokrotnych prób. Kiedy wreszcie się udaje, dziecko z wielką radością stwierdza: „Teraz mam już swój własny płomień, Jestem wdzięczny memu przyjacielowi (sercu mamy) (...) ten płomień daje mi odwagę do życia, i siłę, by wykonać każde zadanie dziś i w przyszłości” [7: 41]. A zatem odniesiony sukces jest dla człowieka niezwykle ważny, jak mówi poczęte dziecko: „Od teraz mam poczucie, że już na zawsze będę mieć odwagę i siłę dokonać wszystkiego” [7: 41]. Równie ważne wydaje się to, że rozpoczęta akcja serca nie jest efektem samodzielnego uczenia się, zwykłym etapem na biologicznej drodze rozwoju, ale wynikiem przyjaźni – przyjaźni między sercem matki i sercem dziecka oraz odwagi maleństwa, by na to zaproszenie do przyjaźni odpowiedzieć. Być może to właśnie z tego powodu, w tradycji serce związane jest z męstwem i przyjaźnią, a gdy przyjmujemy kogoś/coś do serca, to działamy z miłością i odwagą [7].

Chciałabym w tym miejscu wspomnieć o jeszcze jednym ważnym elemencie prenatalnego życia – o pożywieniu. Choć bowiem dziecko jest odrębną istotą, bez tego (chciałoby się powiedzieć „przyziemnego”) daru, dziecko nie mogłoby przeżyć. To niezwykle, że już na samym początku, uświadamia ono sobie, że do życia i szczęścia potrzebuje ciągłego uzupełniania „pełnego energii” [7: 28] jedzenia. Dziecko wyobraża je sobie jako „świecące cząsteczki” [7: 28] – gwiazdy, które dają mu poczucie bycia w niebie. Dzięki nim „Nie odczuwa żadnej troski (...) niczego mu nie brak.” [7: 29] Co więcej, pragnie aby „jego życie, pozostało takim, jakim jest teraz”

[7: 29]. I nic w tym dziwnego, skoro czuje ono, że wraz z jedzeniem jego „energia rośnie, a z nią, (rośnie i) radość życia” [7: 28]. Światło tych cząsteczek, przypomina mu także jego dawny początek, unosi z powrotem do wszechświata, skąd pochodzi. Myślę, że warto zwrócić uwagę i na to, że dziecko nie tylko rozpoznaje pokarmy, które do niego docierają, ale wręcz decyduje o tym, które z nich zostawi – „zostawię sobie tylko te, które lubię” [7: 24]. To, wbrew pozorom, bardzo ważna, wręcz życiowo doniosła decyzja. Z tego bowiem, co „przyjmie dziecko” nie tylko powstanie jego ciało, zmysły oraz dusza [9], ale także ukształtowana zostanie jego fizjologia – pozwalająca mu żyć w specyficznym dla niego i (jego mamy i) środowisku [5].

Dialog

Coraz częściej podkreśla się, że poczęte dziecko to nie tylko żyjące biologiczne i psychiczne indywiduum, lecz także istota społeczna, że jest ono dla matki (oraz ojca) pełnoprawnym partnerem dialogu. Nie tylko bowiem matka (i ojciec) rejestruje jego obecność. Ono także zachęca rodziców do podejmowania nowych działań. Właśnie ten dialog jest podstawą relacji „ja–ty” w życiu ludzkim. Co więcej, jego znaczenie jest tak doniosłe, że podstawy utworzone w okresie prenatalnym kształtować będą dalsze relacje interpersonalne w całym postnatalnym życiu [14].

Poczęte dziecko nie jest zatem jedynie biernym odbiorcą informacji pochodzących od matki, ojca oraz świata zewnętrznego. Od samego początku szuka kontaktu. I choć wciąż jeszcze niewielu rodziców (i lekarzy) zastanawia się nad znaczeniem wczesnych sygnałów pochodzących od dziecka (chodzi tu o objawy ze strony ciała kobiety, będące następstwem zaistnienia ciąży, takie jak np. nudności, wymioty, zachcianki smakowe itp.), już dawno Włodzimierz Fijałkowski stwierdził, że dziecko nie jest „nieme”, „głusi” natomiast często bywają rodzice [15]. Potwierdzają to słowa omawianej książki. Już w momencie implantacji poczęte dziecko oznajmia ludziom swoje przybycie: „Przyszedłem między was (...) jestem nowy, jestem jednym z was” [7: 26] i myślę, że z pewnym smutkiem dodaje „Oni mnie nie widzą i nie słyszą. Tylko ta, która przygotowała mi posłanie, poczuła, że w niej zamieszkałem” [7: 26]. Dziecko wielokrotnie próbuje nawiązać kontakt z matką, przekazując jej swoje myśli czy wykonując ruchy. Każdą nową drogę komunikacji traktuje jako „nowe zadanie” [7: 65], któremu towarzyszy „nowe odczucie” [7: 65]. Co ważne, gdy mimo jego prób matka wciąż milczy (nie odpowiada na dialog inicjowany przez dziecko) „rośnie jego poczucie ciężkości” [7: 67] oraz niepokój „Jeśli nie dam o sobie znać, jestem stracony, umrę” [7: 67]. Jak się zatem okazuje komunikacja jest dla dziecka niezbędnym elementem umożliwiającym nie tylko życie ale i przeżycie.

Warto w tym miejscu na chwilę zatrzymać się na owym poczuciu strachu. Czytając baśnie o prapoczątkach i początkach ludzkiego życia, nie sposób nie zauważyć tego, że na każdym kroku rozwoju wewnątrzmacicznego towarzyszą nam wątpliwości, zmęczenie i strach. Już kilkunastokomórkowy zarodek, mimo „wyczerpania”

[7: 24] waha się, w którym miejscu endometrium należy się zagnieździć. Od tej decyzji zależy bowiem wiele – to czy przeżyje. To strapienie, jak pisze autor może być przyczyną „pozostawienia śladów, które mogą wyrzucić psychiczny wpływ na całe życie” [7: 93]. Powołuje się przy tym na badania brytyjskiego psychiatry, R.D.D. Laina, który u swoich pacjentów obserwował objawy nerwic i rozpacz, zwłaszcza w sytuacjach odniesienia porażki, lęku o to, że nie znajdą miejsca na sen, że nie zdążą na transport oraz poczucie ciężkości i strachu podczas podróży [7].

Podobnym wydarzeniem, na granicy życia i śmierci jest poród. I tu dziecko wielokrotnie próbuje poinformować matkę o tym, że „jest gotowe” [7: 73] urodzić się. Ta początkowo „nie rozumie” [7: 73] tego, co dziecko chce jej powiedzieć. Podobnie jak nie rozumie tego świat nauki. Długo trwała debata dotycząca tego, kto inicjuje poród. Ostatecznie stwierdzono, że dzieje się to za obopólną zgodą (matki i dziecka) [12,16,17]. Tymczasem omawiana książka wyraźnie sugeruje, że w tym przypadku „inicjatorem” było dziecko, matka zaś „nie była (na to – na rozpoczęcie porodu) przygotowana” [7: 73]. Co więcej, dziecko „chce decydować, chce rządzić, co i jak należy robić, (i to despotycznie, nie znosząc sprzeciwu) tak jak król (...) ale oni (osoby na zewnątrz) mnie nie rozumieją” [7: 73,75], każą „Mamie, aby sobie odpoczęła. (...) Chcę krzyczeć (...) nie mogę wyjść, moja droga się kończy, jestem stracony. U kresu sił, zatrzaśnięty jak w paszczy, na tym miejscu grozy, nie mogę przecież umrzeć! Złamany, poddaję się losowi. Chcę umrzeć. Opuszcza mnie świadomość. Resztkami świadomości wytaczam się na zewnątrz...” [7: 74–75]. Słowa te, jakże zbliżone do wypowiedzi F. Leboyera, ukazują rodzące się dziecko jako rozbitka z katastrofy, docierającego do brzegu „nowego życia”. Rozbitka, który budzi się na naszym świecie tak, jak się wychodzi z koszmaru [18]. Tymczasem wystarczy tak niewiele – pozwolić dziecku mówić. Wsłuchać się w jego „słowa” i potrzeby.

Dialog rodziców z poczętym dzieckiem, to jeden z elementów wpływających na kształtowanie więzi. Ta z kolei jest podstawą prawidłowego funkcjonowania i rozwoju. Wiąż emocjonalna wywodzi się bowiem z pierwotnego mechanizmu przywiązania i stanowi elementarną potrzebę człowieka [20]. E. Bielawska-Batorowicz wymienia trzy najważniejsze elementy tworzenia się więzi prenatalnej: (1) traktowanie dziecka jako odrębnej istoty, (2) przypisywanie mu cech i właściwości, (3) podejmowanie interakcji z dzieckiem [19].

Pierwszym i najważniejszym obiektem przywiązania jest Matka – ta, „która utkała schronienie” [7: 31]. Dziecko jest świadome swojej zależności od niej: „Rozumiem nasze połączenie” [7: 31]. Jednak najpiękniejsze jest to, że małeństwo nie odczuwa owej zależności jako obciążenia, ale jako swego rodzaju dar, źródło wiedzy – o sobie, o niej, o świecie. „Chcę z nią nawiązać kontakt, mieć udział w jej najgłębszych odczuciach. (...) Bardzo dawno byliśmy jednością, teraz jesteśmy rozdzieleni. Jestem jej gościem, ona ma mnie pod opieką, Moja Mama. (...) Chcę jej powiedzieć, że jestem jej wdzięczny” [7: 31–32], że „Mój dom tutaj był dobry, żałuję, że go muszę opuścić. Będę tęsknił do drzewa i jego przyjaźni i za wszystkim co tutaj miałem” [7: 69].

Świat zewnętrzny

Mama to nie tylko świat wewnętrzny, więc „ja-ty” to także „okno na świat”. Oczywiście nie chodzi tu o przekazywanie informacji w sensie dosłownym, a o komunikację na poziomie hormonalnym czy psychicznym, o fenomenologiczne rozumienie zjawisk [14]. Dzięki niej, dziecko odbiera zarówno bodźce pochodzące z jej ciała jak i z jej otoczenia. Adaptując się do warunków panujących wewnątrz i na zewnątrz jej ciała, przygotowuje się do życia w konkretnym świecie. Dieta i poziom stresu u kobiety w ciąży zapewniają bowiem dziecku ważne wskazówki na temat dominujących warunków panujących w świecie, w którym przyjdzie mu żyć [5,21].

W książce Jaroslava Vlčka wielokrotnie uderza to, że dziecko nie tylko jest świadome istnienia świata na zewnątrz, ale także potrafi ten świat interpretować, a nawet (w swoim poczuciu) na niego wpływać. Przykładem może być baśń „Wygłodniałe ptaki”, gdzie poczęte dziecko nie tylko słyszy czyniony przez nie rwetes, ale w jego wyniku czuje również pewien niepokój. Nie pozostaje jednak jedynie biernym odbiorcą, lecz podejmuje dialog, najpierw z „elementarną siłą” [7: 34], później z matką, zachęcając ją by nakarmiła ptaki. Przy czym jego działanie pozwala nie tylko odzyskać spokój, ale daje także poczucie zadowolenia z odniesionego sukcesu, z tego, że „pomógł” je uspokoić. Dziecko zapamiętuje ponadto, że sytuacja z ptakami powtarza się każdego dnia, a zatem zaczyna być świadome pewnych ciągów zdarzeń. „Dzień po dniu, po tym jak karmione są ptaki, i ja dostaję swój pokarm. Przyzwyczaiłem się i jestem wdzięczny matce, że żywi ptaki i mnie” [7: 36].

Kolejna baśń „Niespełniona miłość” ukazuje wręcz niewiarygodną – dojrzałą zdolność dziecka do interpretowania świata zewnętrznego. „Wśród ludzi na zewnątrz pojawił się nowy. Nie jest taki jak inni, mało mówi, dużo pracuje, wszystko umie, jest pewny siebie, pozostali go podziwiają” [7: 52]. Co ważne, dziecko jest w pełni świadome i tego, że także jego mama wpływa na jego interpretację świata. „Również mamie się podoba (...) Jej uczucia, przyciągają i mnie do niego” [7: 52]. Przy czym dziecko towarzyszy matce, nie tylko w chwilach dobrych, ale i złych. Kiedy ta się złości lub krzyczy, ciało dziecka ogarnia „przenikliwy ból (jakby było w ogniu (...)) walczy o życie (...))” [7: 58]. Kiedy jednak „Budzi się z poczuciem spokoju, jest już po bitwie, zwyciężyłem (...) czuję się silniejszy” [7: 59]. To bardzo ważne zdanie, dające rodzicom, zwłaszcza mamie, pewne poczucie komfortu. Okazuje się bowiem, że stres, którego nie sposób całkowicie usunąć ze swojego życia, w pewnych granicach wydaje się dla dziecka korzystny. Choć bowiem powoduje ból (psychiczny i fizyczny), pozwala również na podjęcie „walki”, na poradzenie sobie z sytuacją trudną. A zatem dziecko rozwija się jako istota społeczna nie tylko pod wpływem pozytywnych interakcji, ale również tych negatywnych, przygotowujących do trudów życia.

Co ważne, dziecko odbiera „z zewnątrz” nie tylko dźwięki czy obrazy, ale również myśli. „Przyjąłem już z zewnątrz, tyle myśli. Każda istota stamtąd, posyła mi

swoje myśli: Mama, jej bliski oraz inni dookoła, oczekują ode mnie (mojego życia), spełnienia swych pragnień. Myśli napełniają mi głowę. Każda żąda: Wybierz mnie, (...) zachowaj mnie, na całe życie. Ale skąd mam wiedzieć, które będą dla mnie dobre? (...) Muszę być uważny (...), bo: każda z nich, będzie żyć we mnie (na zawsze i), wskazywać (mi) kierunek mej drogi życia” [7: 64].

Biorąc pod uwagę to, że rozwój poczętego dziecka jest zaprogramowany jako „droga”, tworzenie pamięci i porządkowanie wspomnień nie odbywa się chaotycznie, lecz jest procesem linearnym (równomiernym i ciągłym). Co ważne dziecko „pamięta drogę (materii), może ją ponownie odnaleźć, kiedy będzie jej znów potrzebowało” [7: 42–43]. „Wiem, że wszystko co robię dokończę, umieszczę na prawidłowym miejscu” [7: 42]. Dziecko wydaje się być również świadome tego, że istnieje pewien „Regulamin (normy/przepis) życia”. Poczęte dziecko mówi wręcz: „Wydaje mi się, że życie na zewnątrz, zmierza do wypełnienia pewnych zasad” [7: 43]. Z naciskiem na „zmierza”, jak bowiem dalej dodaje, „Chciałbym, by świat zewnętrzny, kierował się takimi samymi zasadami, jakie mam ja” [7: 43], jak się bowiem okazuje, pewne normy i zasady znacznie częściej umykają dorosłym niż poczętym dzieciom. Podążanie za i przestrzeganie zasad, tworzenie ładu we wszystkim co robi, daje dziecku „to najlepsze uczucie (...), które chce zachować na zawsze (– uczucie) spokoju i pewności”, poczucie doskonałej egzystencji [7: 44]. „Droga poczętego dziecka” przywodzi autorowi na myśl słowa Jezusa Chrystusa: „Ja jestem drogą, prawdą i życiem”, ukazujące niezwykle Boży plan wpisany w życie każdego człowieka [7].

Niezwykłe jest i to, że poczęte dziecko nie tylko zdaje sobie sprawę z posiadanej „siły życia (sił witalnych, woli życia)”, ale i z tego, że ta „Ogromna, wszechmogąca siła, może pomóc i tym na zewnątrz” [7: 46]. Wystarczy „w nie (poczęte dziecko i w jego siłę życia) uwierzyć”. Niezwykłe jest także pragnienie dziecka „Pomagać wszystkim poczuć życiodajną siłę” [7: 46].

Dziecko jest także świadome zmian, jakie czekają go na jego drodze życia. Z głębką mądrością mówi: „Każda zmiana ma swój czas. Czas i zmiana chodzą zawsze razem. Siła zmian przenika do wszystkiego. Jest wewnątrz każdej mej komórki, jest i wszędzie na zewnątrz. Każdy tam zna tę siłę zmian i smutek, który wywołują” [7: 69–70].

Na zakończenie chciałabym przytoczyć niezwykle subtelne słowa rozpoczynające zbiór baśni. „Od czasu do czasu wracam, tą wieczną ścieżką, zamgloną przestrzenią, do cichej jaskinki, gdzie ponownie przeżywam, swój prapoczątek – wtedy, żywot bezsenny, – dziś, jedynie (niejako) żywy sen” [7: 10]. Te jakże poetyckie słowa pokazują, w przenośni i dosłownie, że my, jako dorośli odnosimy czasami wrażenie, że pamiętamy swoją przeszłość, że pojawia się ona na jawie, jako przelotne myśli czy obrazy, w nocy zaś w postaci snów. I choć ich interpretacja zajmowała ludzi od wieków i doczekała się wielu opracowań i analiz, to jednak wciąż wydaje się wielką zagadką [22,23].

Zainteresowanych baśnią „Cesta do světa” (Droga na świat) Jaroslava Vlčka zachęcam do zapoznania się z pełnym jej tekstem (tłumaczenie na język polski, przygotowane na potrzeby własne umieszczone zostało na stronie internetowej: www.emilia.opole.pl, zakładka „pamięć prenatalna”) oraz przygotowaną przeze mnie recenzją książki: Jaroslav Vlček, *Zapomenutá pravda. Život před narozením*, dostępną w numerze piątym czasopisma naukowego „Family Forum” 2015.

Bibliografia

1. Lichtenberg-Kokoszka E. Jaroslav Vlček, *Zapomenutá pravda. Život před narozením*. *Family Forum* 2015; 5: 201–206.
2. Vlček J. *Journey into the Word – my live before birth*. Toronto: ELF; 1989.
3. Australijski psycholog i psychiatra, pionier terapii pierwotnej, alternatywnych metod rodzenia i psychologii płodu. Przedstawiciel psychologii transpersonalnej. Zajmuje się między innymi (prenatalną) pamięcią komórkową. Zobacz wywiad dostępny na stronie internetowej: Raymond S. Cellular Consciousness and Conception. *Pre- & Perinatal Psychology News* 1988; 2 [online] [cyt. 15.01.2017]. Dostępny na URL: http://www.real-personal-growth.com/res_fixing/graham_farrant/graham_farrant_interview.htm
4. Oniszczenko W, Dragan W. *Genetyka zachowania w psychologii i psychiatrii*. Warszawa: Scholar; 2008.
5. Paul AM. *Początki. Jak 9 miesięcy w łonie matki wpływa na resztę naszego życia*. Warszawa: Świat Książki; 2012: 37.
6. Spork P. *Drugi kod. Epigenetyka, czyli jak możemy sterować własnymi genotypami*. Warszawa: WAB; 2011: 19, 95.
7. Vlček J. *Zapomenutá pravda. Život před narozením*. Kutná Hora: Tichá Byzanc; 2008: 10–130.
8. Bauer J. *Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern*. Monachium: Piper; 2004.
9. Warto w tym miejscu wspomnieć, że cytowana książka stanowi połączenie „starożytnego systemu medycyny indyjskiej, zwanego Ajurwedą, który akcentuje znaczenie jedności ciała, umysłu i duszy oraz współczesnej medycyny zachodniej” (informacja znajdująca się na okładce książki), co może również w stosunku do zawartych w niej treści budzić pewne kontrowersje. Chopra D, Simon D, Abrams V. *Magiczny początek, zaczarowane życie*. Radom: Larum 2010: 21, 23, 36, 39.
10. Księga rodzaju 2, 24. *Biblia Tysiąclecia. Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu w przekładzie z języków oryginalnych*. Poznań: Pallotinum; 1996.
11. Lichtenberg-Kokoszka E. *Zanim się urodziłem. Rozwój człowieka w prenatalnym okresie życia – zagadnienia wybrane*. Kraków: Impuls; 2014: 29–50.
12. Eliot L. *Co tam się dzieje? Jak rozwija się mózg i umysł w pierwszych pięciu latach życia*. Poznań: Media Rodzina; 2010: 140–142, 225–228, 241–243, 323–330.
13. Trempała J, red. *Psychologia rozwoju człowieka*. T. 1. Warszawa: PWN; 2014: 159–162.

14. Fedor-Freybergh PG. *Dziecko prenatalne. Psychosomatyczna specyfika okresu prenatalnego i perinatalnego jako środowiska życia dziecka*. Kraków: Impuls; 2014: 14, 19.
15. Fijałkowski W. *Ojcostwo na nowo odkryte*. Pelpin: Wydawnictwo Diecezjalne; 1996: 61.
16. Dudenhausen IW, Pschyrembel W. *Położnictwo praktyczne i operacje położnicze*. Warszawa: PZWL; 2003: 141.
17. Szymański W, Dobrzyński W. *Poród fizjologiczny*. W: Łepecka-Klusek C, red. *Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii*. Lublin: Czelej; 2003: 129.
18. Leboyer F. *Narodziny bez przemocy*. Warszawa: Maman; 2012: 39.
19. Bielawska-Batorowicz E. *Determinanty spostrzegania dziecka przez rodziców w okresie poporodowym*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego; 1995: 12.
20. Wojaczek M. *Rozwój więzi z dzieckiem w prenatalnym okresie życia*. W: Lichtenberg-Kokoszka E, Janiuk E, Dzierżanowski J, red. *Ciąża czy stan błogosławiony? – zagadnienie interdyscyplinarne*, Kraków: Impuls; 2011: 81.
21. Lichtenberg-Kokoszka E. *Wyjaśnić niewyjaśnione. Próba epigenetycznego spojrzenia na prenatalny okres życia człowieka*. W: Lichtenberg-Kokoszka E, Janiuk E, Kierpal P, red. *Prenatalny okres życia człowieka. Zagadnienie interdyscyplinarne*. Kraków: Impuls; 2014: 25.
22. Hill CE. *Sen w psychoterapii*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2000: 38–58.
23. Freud S. *Objaśnianie marzeń sennych*. Warszawa: Wydawnictwo KR; 1996: 99–118.

Adres do korespondencji:

Emilia Lichtenberg-Kokoszka
Instytut Nauk Pedagogicznych, Uniwersytet Opolski
ul. Oleska 48, 45-052 Opole
tel. 669 566 687
e-mail: emiliaalk@uni.opole.pl; rava8@op.pl

Fakty i mity o alkoholu – aspekty medyczne i psychospołeczne

Joanna Głogowska

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

Według Światowej Organizacji Zdrowia alkohol znajduje się na trzecim miejscu wśród czynników ryzyka dla zdrowia populacji. Większe ryzyko niesie za sobą tylko palenie tytoniu i nadciśnienie tętnicze. Ponad 60 rodzajów chorób i urazów ma związek ze spożywaniem alkoholu.

Alkohol tradycyjnie towarzyszy nam w różnych sytuacjach, np. w czasie spotkań rodzinnych i towarzyskich, spożywany jest dla przyjemności, relaksu czy dla podkreślenia uroczystego charakteru wydarzenia [1]. Niektórzy wierzą, że alkohol przynosi ulgę w trudnych sytuacjach i pomaga w nawiązywaniu kontaktów z ludźmi. Ważne, aby każda, nawet okazjonalnie pijąca osoba wiedziała więcej o alkoholu, ponieważ alkohol etylowy jest substancją toksyczną, szybko i silnie działającą na układ nerwowy. Przyjęło się stwierdzenie, że „wszyscy piją”, a przecież co piąta dorosła osoba w Polsce nie spożywa alkoholu, a liczba niepijących systematycznie wzrasta.

Toksyczne działanie alkoholu

Na to, jak długo alkohol utrzymuje się we krwi mają wpływ m.in. ilość i tempo picia, ilość i rodzaj spożywanej „zakąski”, płeć, waga, sprawność działania wątroby, samopoczucie oraz ogólny stan zdrowia.

Alkohol etylowy, a także jego główny metabolit – aldehyd octowy, jest toksyczny dla tkanek [2]. Działa szkodliwie na niemal wszystkie narządy. Ma silny wpływ na homeostazę poprzez działanie na układ nerwowy, hormonalny, odpornościowy, gospodarkę wodno-elektrolitową, wchłanianie niezbędnych składników odżywczych itp.

Toksyczne działanie alkoholu etylowego i produktów jego przemiany powoduje zmiany chorobowe w następujących układach:

- układ nerwowy: polineuropatia, zmiany zanikowe mózdzku i mózgu, zwyrodnienia w płatach czołowych, ubytek szarej substancji mózgu, encefalopatia i inne;
- układ pokarmowy: przewlekłe stany zapalne błon śluzowych jamy ustnej, przetyku, żołądka i dwunastnicy, zaburzenia perystaltyki jelit oraz upośledzenie wchłaniania, stany zapalne trzustki i wątroby (stłuszczenie, zwłóknienie i marskość) i inne;
- układ krążenia: nadciśnienie tętnicze, kardiomiopatia alkoholowa;
- układ oddechowy: przewlekłe zapalenie błony śluzowej tchawicy i oskrzeli, rak jamy ustnej, krtani oraz tchawicy (u osób nadużywających alkoholu występuje 10-krotnie częściej);
- układ moczowy: ostra niewydolność nerek, wzrost stężenia kwasu moczowego we krwi i związane z tym objawy dny moczanowej;
- układ hormonalny: nieprawidłowe wydzielanie testosteronu, zmniejszenie ruchliwości plemników i zniszczenie ich struktury. U kobiet zaburzenia miesiączkowania, zanik jajników i maskulinizacja.

Alkohol wywołuje także niedobory witamin i pierwiastków niezbędnych dla prawidłowego funkcjonowania organizmu. Następstwem tych niedoborów są zaburzenia widzenia, zmiany skórne, zapalenie wielonerwowe, zmiany w błonach śluzowych i szpiku kostnym, zaburzenia procesów rozrodczych, szkorbut i inne. Alkohol wywołuje istotne zaburzenia w funkcjonowaniu psychicznym człowieka: bezsenność, depresję, niepokój, zmiany osobowości, amnezję, psychozę alkoholową, otępienie, próby samobójcze.

Kobieta a jej problemy alkoholowe

Wzorzec picia alkoholu przez kobiety coraz bardziej upodabnia się do męskiego [3]. Charakteryzuje się on wypijaniem ponad standardowej ilości alkoholu w czasie jednego spotkania, spożywaniem alkoholu celem upicia się oraz częstszego picia w miejscach publicznych.

Według analiz Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) zwiększone ryzyko wystąpienia problemów alkoholowych dotyczy kobiet młodych, od 18. do 29. roku życia. Średnio co dziesiąta kobieta z tego przedziału wiekowego spożywa 7,5 litra rocznie czystego alkoholu. W życiu kobiety jest to etap budowania dojrzałych związków, podejmowania decyzji o macierzyństwie, a także ważnego dla przyszłości rozwoju zawodowego. Szacuje się, że w Polsce ponad 80% kobiet w wieku rozrodczym pije alkohol.

Kobiety, w porównaniu do mężczyzn, pijąc takie same ilości alkoholu, szybciej doświadczają szkód zdrowotnych, takich jak m.in. schorzenia metaboliczne i hormonalne, zaburzenia afektywne, lękowo-depresyjne oraz dysfunkcje mózgowe [3]. Narażone są na poronienia i przedwczesne porody. Kobiety, częściej niż

uzależnieni mężczyźni, doświadczają odrzucenia społecznego, co związane jest z pełnionymi przez nie rolami w społeczeństwie. Ponadto kobiety będące pod wpływem alkoholu częściej ulegają wypadkom oraz narażone są na przemoc fizyczną i seksualną.

Alkohol działa bardziej toksycznie na organizm kobiety niż mężczyzny. Ryzyko negatywnych konsekwencji spożywania alkoholu przez kobiety jest znacznie większe i rośnie wraz ze wzrostem ilości wypijanego alkoholu.

Stężenie alkoholu we krwi zależy od ilości wypitego alkoholu i masy ciała. Kobiety są przeciętnie mniejsze od mężczyzn i mają mniejszą wagę [3,4]. Nawet jeśli kobieta waży tyle samo co mężczyzna, to po wypiciu identycznej porcji alkoholu jej organizm otrzyma go 40% więcej, dlatego że:

- kobiety mają więcej tkanki tłuszczowej i mniej płynów w organizmie, więc ta sama ilość alkoholu zostaje rozpuszczona w mniejszej ilości płynów w stosunku do masy całego ciała;
- kobiety mają w żołądku znacznie mniej niż mężczyźni enzymów odpowiedzialnych za metabolizowanie alkoholu;
- kobiety mają więcej estrogenów, które sprzyjają intensywniejszemu wchłanianiu alkoholu.

Aktualnie w polskich placówkach leczenia odwykowego co czwarta osoba podejmująca terapię to kobieta [3]. Kobiety najczęściej piją w samotności, a wśród przyczyn nadmiernego spożywania alkoholu podają trudności emocjonalne, nieradzenie sobie z sytuacjami trudnymi, przepracowanie i samotność. Wśród celów leczenia uzależnienia, oprócz utrzymywania abstynencji, częściej niż u mężczyzn pojawia się potrzeba poprawy relacji rodzinnych.

Wpływ alkoholu na ciążę

Według badania „Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży” przeprowadzonego w 2012 roku w ramach projektu pn. „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych”, realizowanego w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy, aż 10,1% ankietowanych kobiet piło alkohol w ciąży.

Szacuje się, że każdego roku w Polsce przychodzi na świat około 900 dzieci cierpiących na Płodowy Zespół Alkoholowy (Fetal Alcohol Syndrome – FAS) [5]. Szerszym terminem, obejmującym całą grupę zaburzeń, które mogą być następstwem zatrucia alkoholem w życiu płodowym jest Spektrum Alkoholowych Uszkodzeń Płodu (Fetal Alcohol Spectrum Disorders – FASD). Objawy te występują u 10-krotnie większej liczby dzieci, czyli u około 9 tysięcy dzieci urodzonych w Polsce każdego roku. Dzieci z FASD cechuje m.in. nadrucliwość, zaburzenia rozwoju emocjonalnego i mowy, opóźnienie rozwoju psychoruchowego, zaburzenia z kręgu autyzmu. Dorosłe osoby z FASD nie radzą sobie w relacjach społecznych, mają ogromne pro-

blemy przystosowawcze. FASD dotyka także dzieci osób, które piją tylko wysokogatunkowy alkohol i nigdy się nie upijają.

Często powtarzana opinia, że czerwone wino może mieć korzystny wpływ na samopoczucie przyszłych matek jest błędna, ponieważ nawet niewielka ilość alkoholu może prowadzić do uszkodzenia płodu [3,4,5,6]. Lampka wina także może zaszkodzić. Alkohol przyjmowany w czasie ciąży może spowodować skurcz naczyń pępowinowych, zaburzając przepływ składników odżywczych i tlenu do płodu, zwiększając tym samym ryzyko jego niedotlenienia i niedożywienia. Alkohol wypijany przez matkę przenika do płodu w takim samym stężeniu, w jakim występuje we krwi matki.

Badania świadomości i postaw kobiet w ciąży przeprowadzone w roku 2012 wskazują, że pomimo tak dużego zagrożenia, około 35% kobiet twierdzi, że niewielka ilość alkoholu wypita w ciąży nie stanowi większego ryzyka dla zdrowia płodu. Natomiast 98% kobiet deklaruje wiedzę o szkodliwym wpływie picia dużych ilości alkoholu na płód.

Specjaliści są zgodni – nie istnieje dawka alkoholu, która byłaby bezpieczna dla płodu. Dlatego, aby uniknąć nieuleczalnych zaburzeń rozwojowych u dziecka, należy zachować całkowitą abstynencję w ciąży [5,6]. Alkohol zajmuje pierwsze miejsce wśród substancji szkodliwych, wywołujących uszkodzenia mózgu i niedorozwój płodu. Prawdopodobieństwo uszkodzenia mózgu jest tym większe, im częściej i im więcej alkoholu jest spożywane. Przy przewlekłym piciu (alkoholizmie) wynosi od 25 do 50%.

Młodzież a alkohol

Nastolatkwie czerpią wzory picia alkoholu od dorosłych, dlatego to właśnie rodzice i opiekunowie mają największy wpływ na kształtowanie postaw, przekonań i zachowań własnych dzieci [7]. Picie alkoholu przed okresem dojrzewania i w czasie dojrzewania może zahamować wzrost, rozwój psychiczny i fizyczny, utrudnić uczenie się, zaburzyć kontakty z rówieśnikami i dorosłymi. Alkohol, nawet w małej ilości, działa silniej u człowieka młodszego niż u dorosłego. Nawet po jednym piwie pływanie może okazać się niebezpieczne, jazda rowerem niemożliwa, a zapamiętywanie bardzo trudne.

Dla młodego człowieka alkohol może być sposobem na ucieczkę od problemów, czy na wejście do grupy rówieśniczej. Najtrudniejsze są przypadki tych młodych ludzi, którzy piją, aby uciec od rzeczywistości, zapomnieć o nierozwiązanych problemach, zmniejszyć lęk, zwrócić na siebie uwagę w domu lub szkole, sprowokować. Tacy nastolatkwie potrzebują szczególnej pomocy.

Młode osoby uzależniają się szybciej. Znaczącą rolę odgrywa wiek, w którym rozpoczyna się picie alkoholu. Pijąc intensywnie przed 20. rokiem życia, można uzależnić się już po kilku miesiącach, pomiędzy 20. a 25. rokiem życia potrzeba na to

średnio około 3–4 lat, a po 25. roku życia okres uzależnienia się trwa kilka, a nawet kilkanaście lat.

Skala problemu jest niepokojąca. Europejskie badania ESPAD, przeprowadzone także w polskich szkołach gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych w roku 2015, pokazały, że napoje alkoholowe są najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży w naszym kraju [8]. Chociaż raz w ciągu całego swojego życia piło prawie 84% piętnasto-, szesnastolatków i 96% siedemnasto-, osiemnastolatków. Picie napojów alkoholowych jest na tyle popularne, że w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem piło 48,6% z młodszej grupy i 82,3% uczniów ze starszej grupy badanych. Najbardziej popularnym napojem alkoholowym wśród młodzieży jest piwo, a najmniej – wino. Wysoki odsetek badanych przyznaje się do przekraczania progu nietrzeźwości. W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem chociaż raz upiło się 12,5% uczniów z młodszej kohorty i 19,7% ze starszej grupy wiekowej. W czasie całego życia ani razu nie upiło się tylko 63,1% uczniów młodszych i 35,6% uczniów starszych. Wyniki uzyskane w 2015 roku, w zestawieniu z wynikami z roku 2011, wskazują na znaczny spadek odsetka często pijących w grupie gimnazjalistów. Po raz pierwszy od 1995 roku, mniej niż połowa respondentów nie piła w czasie ostatnich 30 dni od momentu badania. W grupie uczniów szkół ponadgimnazjalnych można mówić o stabilizacji. Badania wskazały na zmniejszanie się różnic między chłopcami i dziewczętami w rozpowszechnieniu picia, ale tylko za sprawą szybszego spadku picia u chłopców.

Picie ryzykowne, picie szkodliwe i uzależnienie od alkoholu

Osoby pijące alkohol mogą wielokrotnie w ciągu swojego życia zmieniać wzór spożywania alkoholu – od abstynencji, poprzez picie o niskim poziomie ryzyka, do spożywania alkoholu w sposób wysoce ryzykowny i szkodliwy [9]. Niektóre z osób się uzależnią. Jest to wędrówka w dwie strony. Ktoś, kto pije alkohol na poziomie niskiego ryzyka, może, w wyniku różnego rodzaju okoliczności, zwiększyć swoje picie do poziomu wysokiego ryzyka. Ktoś, kto pije ryzykownie lub szkodliwie, może na tyle ograniczyć swoje picie, aby w znaczącym stopniu zmniejszyć wynikające z picia szkody. Abstynent może w każdej chwili zacząć pić, a osoba uzależniona może zostać abstynentem. Najmniej prawdopodobna jest sytuacja, że osoba uzależniona wróci na stałe do picia kontrolowanego, o niskim poziomie ryzyka szkód.

Ryzykowne spożywanie alkoholu to picie nadmiernych jego ilości jednorazowo i łącznie w określonym czasie, aktualnie nie pociągające za sobą negatywnych konsekwencji. W przypadku, gdy taki model picia alkoholu nie zostanie zmieniony, istnieje zagrożenie wystąpienia konsekwencji zdrowotnych czy społecznych.

Picie szkodliwe powoduje już szkody zdrowotne, fizyczne bądź psychiczne oraz szkody psychologiczne i społeczne, przy czym nie występuje uzależnienie od alkoholu.

Sygnaly ostrzegawcze, na które powinna zwrócić uwagę osoba pijąca i jej najbliższe otoczenie, to [1]:

- coraz częściej pije i wypija coraz większe ilości alkoholu;
- picie staje się dla niej nie tylko rozrywką, ale także sposobem rozwiązywania problemów, np. przewycięzania nieśmiałości, radzenia sobie ze stresem, ucieczki od obowiązków;
- traci zainteresowania, ma mniej czasu i chęci na robienie tego, co wcześniej sprawiało jej przyjemność;
- zaczyna sięgać po alkohol w nieodpowiednich sytuacjach, np. pije, gdy wie, że będzie prowadzić pojazd, przed wyjściem do pracy, gdy bierze leki, w ciąży, w okresie karmienia;
- postępuje przywiązanie do sytuacji picia (narasta koncentracja na sytuacjach związanych z pićm, oczekiwanie na moment picia, celebrowanie picia, niepokój w sytuacji niemożności napicia się);
- wydaje na alkohol pieniądze przeznaczone na inne cele, np. „przepija” wypłatę, pożyczka pieniądze czy wydaje oszczędności na alkohol;
- z powodu alkoholu gorzej wykonuje swoją pracę, zaniedbuje rodzinę;
- zachowuje się po alkoholu w sposób, którego się wstydzi;
- pije, upija się w samotności, ukrywa fakt picia przed bliskimi;
- używa alkoholu jako sposobu złagodzenia kaca („klin”);
- coraz mocniej odczuwa skutki picia (zatrucia, dolegliwości);
- coraz częściej nie pamięta, co zdarzyło się w związku z pićm („urwane filmy”);
- znajomi, bliscy mówią, że martwią się jej pićm;
- lekceważy różne niepokojące sygnały związane z pićm, unika rozmów na ten temat, usprawiedliwia się przed sobą i innymi, śmieją ją lub denerwują różne informacje na temat alkoholu i jego skutków;
- doświadczyła formalnych konsekwencji picia alkoholu, np. odebrano jej prawo jazdy, otrzymała karę dyscyplinarną w pracy.

Mity i fakty o alkoholu

W naszym społeczeństwie krąży wiele mitów na temat alkoholu. Sposób, w jaki organizm reaguje na dostarczenie alkoholu etylowego, zależy od indywidualnych cech organizmu i ogólnego stanu zdrowia. Tym samym mężczyzna wcale nie musi być bardziej odporny na alkohol niż kobieta. Alkohol używany jest dla relaksu, uspokojenia emocji, poprawy ogólnej sprawności psychofizycznej. Daje chwilowe odprężenie, pozwala na krótko oderwać się od problemów życiowych. Problemy pozostają jednak nadal nierozwiązane, nawarstwiają się i często jeszcze bardziej komplikują. Po wytrzeźwieniu powraca się do nich z jeszcze większym niepokojem. Negatywny wpływ alkoholu na ośrodkowy układ nerwowy pociąga za sobą większą nerwo-

wość, co grozi uruchomieniem mechanizmu „błędnego koła”. Dobry sen jest tylko wynikiem toksycznego działania alkoholu na mózg.

Alkohol nie jest też jest dobrym środkiem „na rozgrzewkę”. Wypicie alkoholu powoduje poczucie ciepła tylko na krótki czas. Rozszerzone naczynia krwionośne przyspieszają wymianę ciepła z otoczeniem, a następnie jego utratę. Ochłodzona krew wraca z powrotem do narządów wewnętrznych, zaburzając ich funkcjonowanie. Pity często dla poprawy trawienia – drażni i uszkadza śluzówki przewodu pokarmowego, zaburza pracę jelit, utrudnia wchłanianie pokarmów, a także upośledza funkcje takich narządów, jak wątroba czy trzustka.

Problemy psychospołeczne wynikające z nadużywania alkoholu są bardzo dotkliwe dla rodzin, szczególnie dla dzieci. Jednak na powstawanie uzależnienia od alkoholu składają się nie tylko czynniki biologiczne, ale także czynniki psychologiczne i społeczne. Dlatego przy odpowiednim wsparciu z zewnątrz dzieci alkoholików nie są skazane na życie na marginesie społecznym i uzależnienie.

Mimo wielu trudności i porażek nauczyciele oraz wychowawcy nie mogą zrezygnować z prowadzenia edukacji szkolnej w zakresie profilaktyki uzależnień.

Wszyscy powinni mieć dostęp do prawdziwych informacji na temat wpływu alkoholu na organizm człowieka, aby ograniczyć krążące mity na temat „magicznych” i leczniczych właściwości różnych napojów alkoholowych.

Bibliografia

1. Publikacje dla zakładów pracy. Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, Instytutu Medycyny Pracy im. prof. dr med. Jerzego Nofera [online] [cyt. 9.02.2017]. Dostępny na URL: http://212.182.58.36/robert/dokumenty_sempz/imp_publicacje/3_alkohol.pdf
2. Habrat B. Organizm w niebezpieczeństwie. PARPA [online] [cyt. 9.02.2017]. Dostępny na URL: <http://www.parpa.pl/index.php/szkody-zdrowotne-i-uzaleznienie/szkody-zdrowotne>
3. Będkowska-Korpała B. Kobieta i jej problemy alkoholowe [online] [cyt. 9.02.2017]. Dostępny na URL: <http://zdrowiewciazy.pl/robert/zwc3/index.php/uzaleznienia-w-ciazy/uzaleznienie-od-alkoholu/225-kobieta-i-problem-alkoholowy>
4. Fudała J. Kobiety i alkohol. PARPAMEDIA [online] [cyt. 9.02.2017]. Dostępny na URL: <http://www.parpa.pl/index.php/szkody-zdrowotne-i-uzaleznienie/kobiety-i-alkohol>
5. Wierzyńska-Stępnik A. Poród u kobiety pod wpływem alkoholu [online] [cyt. 9.02.2017]. Dostępny na URL: <http://zdrowiewciazy.pl/robert/zwc3/index.php/uzaleznienia-w-ciazy/uzaleznienie-od-alkoholu/194-porod-u-kobiety-pod-wplywem-alkoholu>
6. Makara-Studzińska M. Kobiety w ciąży a alkohol [online] [cyt. 9.02.2017]. Dostępny na URL: <http://zdrowiewciazy.pl/robert/zwc3/index.php/uzaleznienia-w-ciazy/uzaleznienie-od-alkoholu/196-kobiety-w-ciazy-a-alkohol>
7. Dąbrowska I. Alkohol a młodzież. [online] [cyt. 9.02.2017]. Dostępny na URL: <http://zdrowiewciazy.pl/index.php/uzaleznienia-w-ciazy/uzaleznienie-od-alkoholu/210-alkohol-a-mlodziez>

8. Sierosławski J. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2015 roku, Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Instytut Psychiatrii i Neurologii. Warszawa [online] [cyt. 9.02.2017]. Dostępny na URL: <http://www.parpa.pl/images/file/Raport%20ESPAD%202015.pdf>
9. Fudała J. Czy moje picie jest bezpieczne? PARPAMEDIA [online] [cyt. 9.02.2017]. Dostępny na URL: <http://www.parpa.pl/index.php/szkody-zdrowotne-i-uzaleznienie/picie-ryzykowne-i-szkodliwe>

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

Palenie tytoniu przez ciężarne i karmiące

Dorota Ćwiek, Katarzyna Szymoniak

Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych,
Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Palenie papierosów to aktualnie największy problem medyczny społeczeństwa. Pomimo znanych niebezpieczeństw i negatywnych skutków, jakie niesie ze sobą ten nałóg, niemal 1,3 mld dorosłej ludności świata to palacze. Szacuje się, że do 2025 roku liczba ta wzrośnie do 1,9 mld, o ile konsumpcja tej używki się nie zmieni [1]. Według WHO palenie tytoniu jest największym pojedynczym śmiertelnym zagrożeniem dla zdrowia społeczeństwa [2]. Niestety, na nikotynę narażone są także młode organizmy dzieci – od okresu wewnątrzmacicznego, gdy ciężarna pali papierosy, przez okres noworodkowy i niemowlęcy, gdy matka palaczka karmi piersią, a starsze dzieci poddane są biernemu paleniu. Odsetek palących w ciąży jest różny. Waha się od poniżej 5% na Litwie i w Szwecji do 17,1% we Francji i 19% w Szkocji [3,4]. Około 40% palaczek rzuca palenie w czasie ciąży, niestety obserwuje się aż 45% nawrotów do nałogu w ciągu 3 miesięcy od porodu, 60–70% w ciągu 6 miesięcy, a prawie 80% w ciągu jednego roku [4].

Dym tytoniowy zawiera ponad 5000 substancji, z czego ponad 60 są to substancje rakotwórcze, a także pyły, tlenek węgla, metanol, alkohole, fenole, aldehydy, ketony, węglowodory aromatyczne, cyjanki, metale ciężkie oraz inne trujące substancje [5,6]. Bardzo niebezpiecznymi składnikami dymu są karcynogeny, których liczbę szacuje się na około 43, między innymi benzopiren, benzen, nitrozaminy, chlorek winylu [7]. Wszystkie te substancje mają negatywny wpływ na organizm każdego człowieka, który ma z nimi styczność.

U kobiet palących obserwuje się znacznie częściej zaburzenia aktywności podwzgórza, zaburzenia cyklu miesięczkowego, choroby sercowo-naczyniowe, nowotwory, zaburzenia dermatologiczne, w późniejszym wieku – osteoporozę i wcześniejszą menopauzę [8]. Zaznaczyć należy, że także przed ciążą palenie tytoniu zmniejsza szansę na zapłodnienie ze względu na toksyczne oddziaływanie dymu tytoniowego na gametogenezę, owulację, ruch rzęsek w jajowodach, zaburzenia implantacji i tworzenie łożyska. Ryzyko niepłodności u palaczek sięga nawet 21% [7].

W czasie ciąży negatywne skutki palenia odczuwa zarówno kobieta, jak i płód. Ciężarna palaczka naraża się na częstsze zachorowania na choroby układu krążenia i oddechowego, na 14 różnych nowotworów, chorobę zatorowo-zakrzepową oraz chorobę wrzodową żołądka i dwunastnicy. Kobietom palącym w czasie ciąży grozi ryzyko poronienia samoistnego o 40–50% większe niż niepalącym, wzrasta także liczba takich powikłań jak łożysko przodujące i przedwcześnie oddzielone (28–50%). U palących występuje większa liczba krwawień w ciąży i 3 razy częściej przedwczesne odejście płynu owodniowego, skutkujące porodem płodu niedojrzałego [1,8,9,10]. Wzrasta także zapotrzebowanie na żelazo i narażenie na wystąpienie nadciśnienia [7]. U palaczek obserwuje się niższe stężenia kwasu askorbinowego, karotenu i kwasu foliowego. Powoduje to ponadto obniżenie odporności kobiet [1]. Po porodzie palaczki narażone są bardziej na depresję niż kobiety niepalące [8].

Nikotynizm predysponuje do problemów związanych z laktacją. Nikotyna ma bezpośredni wpływ na komórki przysadki wydzielające prolaktynę wskutek zmniejszenia transkrypcji genu prolaktyny, przez co następuje redukcja poziomu prolaktyny. Powoduje to mniejszą wydajność wytwarzania pokarmu [1,5,8,9]. Pokarm zawiera także o 19% mniej tłuszczu niż u kobiet niepalących, co przekłada się na mniejsze przyrosty masy ciała dziecka i konieczność jego dokarmiania oraz wpływa na rozwój układu nerwowego, bowiem mniej jest długołańcuchowych wielonienasyconych kwasów tłuszczowych. Palenie predysponuje także do beztlenowych infekcji piersi oraz powstania ropni piersi i przetok. Mniejsza jest także motywacja kobiet do karmienia naturalnego, bowiem wiedzą one, że szkodzą dziecku, dlatego skracają czas karmienia piersią – łatwiej zrezygnować z karmienia niż z palenia tytoniu. W przypadku problemów z karmieniem palaczki są mniej skłonne do szukania pomocy [1,5,8,9].

Niestety, dym tytoniowy przenika do płodu powodując zmniejszenie perfuzji łożyskowej. Jego skutkiem jest urodzenie dziecka o mniejszej masie urodzeniowej o ok. 200–300 gram. Rodzi się ono w gorszym stanie klinicznym, częściej ma niedotlenienie, hipoglikemię okołoporodową, trudniej adaptuje się do warunków otoczenia [7,9,10]. Częściej u tych dzieci występuje niewydolność oddechowa, hiperbilirubinemia i zakażenia okresu noworodkowego [10]. Obserwuje się także częściej wady wrodzone, martwe urodzenia, a ryzyko śmierci noworodka w pierwszym tygodniu życia zwiększa się nawet o 20% [6,11]. Palenie tytoniu może ograniczać syntezę lub transfer DHA, co związane jest z ograniczeniem wzrastania płodu oraz gorszym rozwojem układu nerwowego [6]. Ponadto nikotyna łatwo przenika barierę krew/mózg i gromadzi się w strukturach mózgowia, co także negatywnie wpływa na jego rozwój [7]. Karboksyhemoglobina, powstała w wyniku transferu tlenu węgla przez naczynia pępowinowe, hamuje dostarczanie tlenu do komórek i powoduje dalsze niedotlenienie płodu, w tym mózgu [6,7]. Powinowactwo tlenu węgla do hemoglobiny jest 200 razy większe niż tlenu [12].

Skutki odległe dla dziecka poddanego działaniu dymu tytoniowego we wczesnym okresie życia to częstsza zachorowalność na choroby dróg oddechowych (w tym astmy), ucha środkowego, mózgu, reumatoidalne zapalenie stawów, niższa odporność powodująca częstsze pobyty w szpitalu [7,8]. Z uwagi na wyższe narażenie na pochodzące z dymu tytoniowego fenole i hydrochinony mające działanie kancerogenne, obserwuje się większą zachorowalność na białaczkę w młodym wieku. W pokarmie kobiecym mniejsze jest wtedy stężenie antyoksydantów, między innymi wit. A i E [8]. Dzieci palaczek narażone są dwa razy częściej na zespół nagłej śmierci łóżeczkowej, niższy wzrost, mniejszy iloraz inteligencji oraz nawet deficyty w uczeniu się. Prenatalna ekspozycja na dym tytoniowy związana jest istotnie z zaburzeniami funkcji poznawczych w wieku dziecięcym, zwłaszcza z uwagą, umiejętnościami językowymi, gramatyką i arytmetyką w związku z zaburzeniami przetwarzania słuchowego [1,5,6,8,11]. Jest to prawdopodobnie wynikiem zmiany przez nikotynę i kotyninę funkcji kilku neurotransmiterów, głównie acetylocholin, serotoniny i katecholaminy [11].

W wieku dorosłym dzieci palaczek są bardziej narażone na choroby układu oddechowego i krążenia, w tym miażdżycę, cukrzycę typu 2. oraz nowotwory. Jeśli pokarm pochodzi od matki palącej 30–40 papierosów na dobę, u dziecka obserwuje się: rozdrażnienie, nudności, wymioty, biegunkę, a wypalenie powyżej 5 papierosów powoduje niepokój, kolkę i płacz niemowlęcia, dziecko ma także gorszą jakość snu. Nieprawidłowości te są tym większe, im więcej wypalanych papierosów [5,6,9,13]. U dzieci palaczek obserwuje się mniejszą biodostępność miedzi, żelaza, magnezu, cynku, wapnia i selenu ze względu na większe narażenie na działanie metali ciężkich, szczególnie kadmu, który wpływa na ich metabolizm [8]. Palenie tytoniu w czasie ciąży jest związane z nadwagą potomstwa [14]. Ponadto wczesne doświadczenie zapachu dymu tytoniowego przez dzieci powoduje, że w przyszłości częściej sięgają po papierosy [5].

Jeden papieros zawiera 8–20 mg nikotyny, z czego przyswajają się 0,05–2,5 mg [12]. Wydalanie nikotyny do mleka kobiecego wynosi od 13 do 114 $\mu\text{g/L}$ [1], a średnie spożycie nikotyny z mlekiem matki wynosi 7 $\mu\text{g/kg}$ masy ciała na dobę [9]. Nikotyna osiąga wyższe stężenia w mleku niż w surowicy krwi (M/P ratio = $2,9 \pm 1,1$) [1,8,9]. Okres półtrwania nikotyny w pokarmie wynosi 97 (± 20) minut, podczas gdy w surowicy 81 (± 9) minut [1]. Już po 10–20 sekundach po wypaleniu papierosa, nikotyna pokonuje barierę krew–mózg. [12] Wypalenie 1–2 papierosów przed karmieniem powoduje, że stężenie nikotyny w pokarmie jest 10 razy większe niż wtedy, gdy matka karmi kilka godzin po wypaleniu papierosa [9]. Nikotyna metabolizowana jest do kotyniny, której poziomy w mleku wynoszą 50 do 300 $\mu\text{g/L}$, podczas gdy w surowicy są mniejsze – M/P ratio = $0,78 \pm 0,19$ [1]. Palenie podczas karmienia powoduje, że ilość kotyniny w moczu dziecka jest taka sama jak u dorosłego palacza [9]. Niestety, eliminacja jej wraz z moczem trwa dwa–trzy razy dłużej niż u dorosłego;

okres półtrwania kotyniny dla dorosłego wynosi 12–20 godzin, a dla dzieci 32–87 godzin [2]. W czasie całej ciąży płód otrzymuje 1 łyżeczkę od herbaty rakotwórczej stężonej nitrozaminy, powstałej z przemiany nikotyny [9,13,14]. Jeśli jednak matka wypala tylko 1–5 papierosów dziennie, dziecko pochłania niewielką ilość nikotyny, bez znaczenia klinicznego [9].

Czynniki wpływające na stężenie nikotyny w mleku kobiecym:

1. Liczba wypalanych papierosów. Matki, które wypalają od 1 do 4 papierosów dziennie, traktowane są jako palaczki okazjonalne, a stężenie nikotyny w mleku wynosi 120 i 160 µg/L. Ale już u matek palących 10–20 papierosów dziennie średnie stężenie nikotyny wynosi 440–500 µg/L [1].
2. Częstość palenia i przerwa nocna. Organizm szybko wydalą nikotynę, co powoduje obniżanie stężenia nikotyny w osoczu i mleku, szczególnie w porze nocnej przerwy na odpoczynek. Po 12 godzinach od ostatniego papierosa w pokarmie nie ma śladu substancji toksycznych [9].
3. Przedział czasowy pomiędzy karmieniem a wypalaniem papierosa. Czas, jaki upłynął od ostatniego wypalonego papierosa. Szczyt stężenia nikotyny w surowicy matki występuje po 5–10 minutach od wypalenie papierosa, a w pokarmie po 10–15 minutach [2,6,9].

Jeżeli kobieta po porodzie nagle przerwie palenie tytoniu, niemowlę może cierpieć z powodu objawów odstawienia, takich jak zaburzenia snu, drażliwość i bóle głowy. Dlatego zaleca się rozważenie użycia plastrów nikotynowych o zawartości 15–10 mg nikotyny, aby ograniczyć lub rzucić palenie [1]. Plaster zawierający dawkę nikotyny 21 mg odpowiada wypaleniu 17 papierosów [9]. Jeśli dawka nikotyny w plastrach jest większa od liczby wypalanych papierosów, nie powinno się ich stosować. Zaleca się także zdejmowanie plastrów na noc [9]. Zakłada się, że 1 papieros dostarcza ~ 1 mg nikotyny [15]. Stosowanie plastrów powoduje, że niemowlęta otrzymują dawkę nikotyny i kotyniny mniejszą o około 70% niż podczas użycia tradycyjnego papierosa, a ponadto eliminuje się w ten sposób toksyny chemiczne [1]. Matka może także stosować gumę, ale zaleca się odczekanie z karmieniem dziecka przez 2–3 godziny w związku z wysokim stężeniem nikotyny tuż po jej zażyciu [9]. Nie zaleca się natomiast e-papierosów ciężarnym i karmiącym. Kobiety ograniczają palenie tradycyjnych papierosów, ale w to miejsce bez ograniczeń stosują e-papierosy błędnie traktowane jako zdrowsze. Narażają w ten sposób swoje dzieci na wyższe stężenia nikotyny [1].

Podsumowanie

1. Kobiety karmiące należy zachęcać do porzucenia palenia papierosów, aby zminimalizować ekspozycję dziecka na substancje szkodliwe zawarte w dymie tytoniowym.

2. Palenie tytoniu przez matki nie jest bezwzględnym przeciwwskazaniem do karmienia piersią, bowiem korzyści z karmienia naturalnego przewyższają ryzyko narażenia na nikotynę [5,15].
3. Jeżeli matki nie są w stanie zrezygnować z papierosów, karmić należy około ośmiu do dziesięciu godzin po wypaleniu ostatniego papierosa oraz ograniczyć palenie do 5 papierosów w ciągu dnia, nie palić przy dziecku i palić po karmieniu [9].
4. Plastry nikotynowe dozwolone w okresie karmienia piersią, dopóki dawka nikotyny jest mniejsza od liczby wypalanych papierosów [15].
5. Stale należy uświadamiać społeczeństwo o szkodliwym wpływie dymu tytoniowego na zdrowie.

Bibliografia

1. McAfee G. *Drugs of Abuse and Breastfeeding*. In: Hale W, Hartmann PE. *Textbook of Human Lactation*. Texas: Hale Publishing L.P. Amarillo; 2007: 590–597.
2. Łasiecka A, Czerwionka-Szflarska M, Swincow G, Pufal E, Block-Bogusławska E. Ocena narażenia na dym tytoniowy niemowląt karmionych piersią. *Pediatr Pol* 2011; 86(1): 41–48.
3. EURO-PERISTAT. European Perinatal Health Report. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010. EURO-PERISTAT; 2010: 63–65. [online] [cyt. 14.02.2017]. Dostępny na URL: <http://www.europeristat.com>
4. Lauria L, Lamberti A, Grandolfo M. Smoking Behaviour before, during, and after Pregnancy: The Effect of Breastfeeding. *The Scientific World Journal* Volume 2012, Article ID 154910.
5. Mennella JA, Yourshaw LM, Morgan LK. Breastfeeding and Smoking: Short-term Effects on Infant Feeding and Sleep. *Pediatrics* 2007; 120(3): 497–502.
6. Banderali G, Martelli A, Landi M, Moretti F, Betti F, Radaelli G, et al. Short and long term health effects of parental tobacco smoking during pregnancy and lactation: a descriptive review. *Transl Med* 2015; 13: 327–333.
7. Brazowski J, Czerwionka-Szflarska M. Biernie palenie tytoniu – niedoceniany problem w populacji wieku rozwojowego. *Pediatr Pol* 2009; 84(1): 70–75.
8. Zagierski M, Woś-Wasilewska E, Liberek A, Góra-Gębka M, Sikorska-Wiśniewska G, Kamińska B. Wpływ biernego palenia papierosów na stan dzieci. *Pediatr Współcz Gastroenterol Hepatol Żywnienie Dziecka* 2008; 10(4): 194–198.
9. Nehring-Gugulska M. *Stosowanie używek a laktacja*. W: Nehring-Gugulska M, Żukowska-Rubik M, Pietkiewicz A, red. *Karmienie piersią w teorii i praktyce*. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2012: 283–288.
10. Sochaczewska D, Czeszyńska MB, Konefał H, Garanty-Bogacka B. Palenie czynne lub biernie w okresie ciąży a wybrane parametry morfologiczne i powikłania okresu noworodkowego. *Ginekolog Pol* 2010; 81: 687–692.

11. Falgreen Eriksen HE, Schiøler Kesmodel U, Wimberley T, Underbjerg M, Røndrup Kilburn T, Lykke Mortensen E. Effects of Tobacco Smoking in Pregnancy on Offspring. Intelligence at the Age of 5. *Jour of Pregn* 2012, Article ID 945196.
12. Pituch A, Albrecht P. Kofeina oraz inne używki w laktacji. *Pediatr Współcz Gastroenterol Hepatol Żywienie Dziecka* 2012; 14(1): 43–47.
13. Vurbic D, Higgins ST, McDonough SR, Skelly JM, Bernstein IM. Maternal Body Mass Index Moderates the Influence of Smoking Cessation on Breast Feeding. *Nicotine & Tobacco Research* 2014; 16(5): 527–535.
14. Eifer Møller S, Adeltoft Ajslev T, Schou Andersen C, Dalga C, Sørensen TIA. Risk of Childhood Overweight after Exposure to Tobacco Smoking in Prenatal and Early Postnatal Life. *Plos One* 2014; 9(10): e109184.
15. American Academy of Pediatrics. The Transfer of Drugs and Therapeutics Into Human Breast Milk: An Update on Selected Topics. American Academy of Pediatrics [online] [cyt. 31.01.2017]. Dostępny na URL: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2013-1985

Adres do korespondencji:

Dorota Ćwiek
Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych,
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
ul. Żołnierska, 71-210 Szczecin
tel. 91 480 09 77, fax 91 480 09 78
e-mail: dorota.cwiek@pum.edu.pl

Dehumanizacja w służbie zdrowia

Alicja Głębocka

Wydział Psychologii i Nauk Społecznych,
Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

Pojęcie dehumanizacji

Dehumanizacja definiowana jest jako proces pozbawiania ludzi cech typowo ludzkich: odczłowieczania, uprzedmiotawiania, deprecjonowania ich wartości, tak dalece, że w swej istocie stają się oni bliżsi zwierzętom lub przedmiotom martwym niż istotom ludzkim. Obniża ona opór przed dokonywaniem aktów agresji, redukuje też zainteresowanie, rozumienie i współczucie dla ofiar przemocy [1,2]. Dehumanizacja nie tylko w ekstremalnych przypadkach, na przykład podczas wojny, sprzyja aktom okrucieństwa, ale także, znacznie częściej, niemal na co dzień, ułatwia demonstrowanie władzy, przewagi, bycia kimś wyjątkowym przy jednoczesnym lekceważeniu innych, odbieraniu im praw, jakie posiadają wybrani – ci lepsi. Dehumanizacja wiąże się z wieloma zjawiskami dobrze opisanymi w psychologii, chociażby z uprzedmiotowieniem. Barbara Fredrikson i Tomi-Ann Roberts w swojej teorii samouprzedmiotowienia wyjaśniały, że mężczyźni zwykli traktować kobiety jak obiekty seksualne, nie jak istoty ludzkie. W związku z tym są one pod stałą obserwacją mężczyzn, którzy czerpią z tego przyjemność. Część kobiet przyjmuje tę męską perspektywę i dokonuje samouprzedmiotowienia, także stale przyglądając się własnemu ciału i badając zgodność jego kształtów z obowiązującymi kanonami urody [3].

Dehumanizacja często wynika ze stereotypów, które prowadzą do uprzedzeń. Stereotypy, jako uproszczone schematy poznawcze, pozwalają ludziom budować obraz różnych grup społecznych w oparciu o jednostkowe informacje, które są następnie generalizowane. W ten sposób charakterystyka jednostki przenoszona jest na grupę, a grupy na jednostkę. Przykładem funkcjonowania stereotypów, które prowadzą do dehumanizacji jest stereotyp osób starszych, które są postrzegane przez pryzmat wyglądu (siwe, niezdarne), zaburzeń poznawczych (mają problemy z pamięcią), cech osobowościowych (są uparte) [4]. Kiedy taki obraz ludzi starszych funkcjonuje w świadomości personelu medycznego, łatwo mu artykułować opinie

w stylu: „w pani wieku nie można się spodziewać niczego innego – lepiej nie będzie, będzie gorzej”, albo „starzy ludzie nie mają nic ciekawego do roboty, więc bez przerwy biegają od lekarza do lekarza i to oni są odpowiedzialni za kolejki w przychodniach”. Każdy stereotyp grup narażonych na wykluczenie społeczne jest pierwszym krokiem do odczłowieczenia jej członków.

Zachowania dehumanizacyjne w służbie zdrowia

Dehumanizacja w medycynie jest obecnie obiektem wielu naukowych opracowań. Traktowanie pacjentów jak jednostek pozbawionych właściwości ludzkich przybiera różne formy: oceniania, krytykowania, wyśmiewania, lekceważenia, stygmatyzowania i pozbawiania pacjentów prawa decydowania, a także nierównego traktowania pacjentów – dzielenia na lepszych i gorszych [5].

W praktyce zachowania dehumanizacyjne polegają na prowadzeniu rozmów o pacjencie przez personel medyczny, w jego obecności, ale bez jego udziału, w trzeciej osobie, czyli z użyciem zaimka on/ona. W warunkach szpitalnych w Polsce jest to zjawisko powszechne. Podczas codziennego obchodu nad łóżkiem pacjenta ustawia się grupka ludzi: lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów czy studentów, którzy rozmawiają między sobą o pacjencie, nie tylko nie włączając go do rozmowy, ale w ogóle nie zwracając na niego uwagi. Pacjent nie jest w tej sytuacji partnerem. Jest jednym z wielu chorych, których personel medyczny postrzega bardziej jak jednostkę chorobową niż człowieka.

Inne przejawy zachowań dehumanizacyjnych polegają na pytaniu pacjenta o zdanie i natychmiastowym dyskredytowaniu jego opinii jako nieważnej, nieadekwatnej lub błędnej. Na przykład lekarz pyta pacjenta, czy go boli, a kiedy ten odpowiada, że tak, lekarz natychmiast kwituje: „co pan opowiada, tam nie ma co boleć”.

Blokowanie wszelkich prób negocjacji ze strony pacjenta to także zachowania dehumanizacyjne [6]. W takim przypadku pacjent nie jest w ogóle włączany w procesy decydowania o tym, jak i kiedy będzie leczony. Ani system opieki zdrowotnej, ani pracownicy medyczni nie są przygotowani na to, aby w elastyczny sposób traktować pacjenta, jako osobę, która może decydować o sobie, ale także posiada pewne zobowiązania i oczekiwania, które mogą najzwyczajniej kolidować z ofertą leczenia. Za zupełnie naturalne uznaje się to, że pacjent powinien cierpliwie czekać na wizytę u lekarza. Poranne kolejki przed placówkami służby zdrowia, w których pacjenci godzinami wystają, aby dostać się do lekarza, nikogo nie dziwią, a oburzają nielicznych. Rzadko kiedy słyszy się opinie, że brak poszanowania dla czasu pacjentów to przejaw ich dehumanizacji. W raporcie CBOS 2015 na temat oceny funkcjonowania polskiej służby zdrowia czytamy: „Ankietowani na ogół krytycznie oceniają sprawność obsługi administracyjnej (51%), mają zastrzeżenia do nierównego, niesprawiedliwego traktowania pacjentów (51% ocen negatywnych), a także do lokalizacji zakładów opieki zdrowotnej oferujących usługi lekarzy specjalistów i badania diagnostyczne (53%) oraz do godzin

umawianych wizyt (61%). Zdecydowana większość respondentów narzeka na długi czas oczekiwania na badania diagnostyczne (67% opinii negatywnych), a ponad cztery piąte (85%) dostrzega utrudnienia w dostępie do porad lekarzy specjalistów” [7].

Wymuszanie na pacjencie całkowitego podporządkowania się szpitalnym procedurom, czyli rutynizowanie opieki medycznej, to kolejny przejaw dehumanizacji w służbie zdrowia, w której wciąż obowiązują zasady ustalone przed laty, których logicznego uzasadnienia trudno się doszukać. Jedną z nich jest rutyna wczesnego budzenia pacjentów z uwagi na konieczność wysprzątania sal przed poranną wizytą lekarską. Tak, jakby obowiązek utrzymywania czystości na oddziałach szpitalnych obowiązywał jedynie w wybranych godzinach, a nie przez całą dobę. Innym przykładem rutyny, która wynika z całkowitej bezrefleksyjności, jest zaopatrywanie personelu medycznego w drewniaki lub klapki – obuwanie niewygodne, niebezpieczne i przede wszystkim głośne. Komu zależy na tym, aby przechodząca nocą po korytarzach szpitalnych pielęgniarka budziła wszystkich pacjentów, nie wiadomo [5,6].

Warto jednak pamiętać, że jednym z istotnych warunków zadowolenia pacjentów ze świadczeń placówek medycznych w Polsce jest jakość świadczeń, poziom odpłatności za usługi oraz opinia o obsłudze i warunkach leczenia w zakładach opieki zdrowotnej [7]. Badania przeprowadzone przez Głębocką i Wilczek-Rużyczkę pokazują, że pracownicy medyczni, w tym wypadku pielęgniarki, bardziej negatywnie, niż osoby wykonujące inne zawody, oceniały konkretne zdarzenia, w których dochodziło do dehumanizacji pacjentów. Jednocześnie bardziej niż kobiety z grupy porównawczej były przekonane, że opisane w badaniu zachowania były po prostu zmyślane. Co nie było prawdą – wszystkie sytuacje zdarzyły się naprawdę. Najbardziej niepokojące były wskazania respondentów odnośnie prawdopodobieństwa występowania zachowań, w których pacjent traktowany jest podmiotowo. Pytanie chorego o zdanie, witanie się z chorym i przedstawianie przez lekarza z imienia i nazwiska, wreszcie zachęcanie ludzi przez lekarza do badań profilaktycznych, to zdaniem badanych fikcja w polskiej służbie zdrowia [5].

Przyczyny dehumanizacji w medycynie

Omar Haque i Adam Waytz, autorzy niezwykle ciekawych analiz przyczyn, funkcji i metod zapobiegania przejawom dehumanizacji w służbie zdrowia, podkreślają, że ma ona swoje źródła w strukturalnych i organizacyjnych zasadach funkcjonowania placówek służby zdrowia oraz funkcjonalnych wymaganiach natury psychologicznej przypisywanych zawodom medycznym. Dehumanizacja w medycynie niekoniecznie musi wynikać z celowych, złych intencji pracowników. Jest ona raczej efektem działań niecelowych i nieświadomych, które są produktem ubocznym specyficznych relacji międzyludzkich oraz wymogów szpitalnych [8].

Sheela Raja wraz ze współpracownikami uważa, że dehumanizacja jest blisko związana z koncepcją instytucjonalizacji, która określa system zasad, przekonań,

norm i organizacji regulujących zachowania w systemie społecznym. W takiej zinstytucjonalizowanej służbie zdrowia rokowania są mierzone w kategoriach klinicznych i ekonomicznych, co oznacza, że opłacalność stosownych procedur lub jej brak, wpływa na decyzje dotyczące leczenia. Instytucjonalizacja w medycynie doprowadziła również do lekceważenia zewnętrznych czynników, które mogą mieć wpływ na zdrowie, takich jak: żywienie, bezpieczeństwo pracy czy stres, pozostawiając zepchniętych na margines społeczny ludzi w stanie wysokiego ryzyka zachorowania.

Zdaniem Hagua i Waytza można wskazać sześć przyczyn dehumanizacji w medycynie:

- 1. Praktyki deindywiduacji** to działania polegające na pozbawianiu jednostki tożsamości, dzięki której każdego człowieka postrzegamy jako indywidualną, niezależną i odróżniającą się od innych jednostkę – osobę zdolną do dokonywania wyborów i podejmowania decyzji. Deindywiduacja prowadzi do dehumanizacji zarówno z perspektywy dehumanizowanych osób, jak i tych, którzy dehumanizują innych. Oba mechanizmy deindywiduacji występują w placówkach służby zdrowia. Odarty z cech indywidualnych pacjent wtapia się w świadomości lekarzy w masę jednakowo skromnie ubranych istot, które oczekują pomocy. Staje się ciałem bez twarzy, a nie osobą, która zasługuje na zrozumienie i empatyczne wsparcie. Jednakowo ubrani pracownicy medyczni także stają się jednolitą, odzianą na białą masą, która pozwala subtelnie rozpraszać ich osobistą odpowiedzialność wobec pacjentów.
- 2. Zaburzona podmiotowość** pacjenta polega na traktowaniu przebywających w szpitalach pacjentów jak jednostki pozbawione zdolności planowania i intencjonalnego działania. Przekraczając mury szpitala, pacjent przestaje być traktowany jak osoba, która ma prawo podejmować decyzje – zgadzać się lub nie zgadzać. Oczekuje się od niego raczej tego, że będzie posłusznie podporządkowywał się zaleceniom lekarskim. Temu swoistemu ubezwłasnowolnieniu sprzyjają rany i obrażenia, chroniczny ból oraz procedury medyczne, którym pacjent jest poddawany. One w sposób obiektywny zmniejszają szanse pacjentów na decyzyjność, a koncentracja na owych ograniczeniach sprzyja zwierzęcej dehumanizacji.
- 3. Brak równości w relacjach lekarzy-pacjent** sprowadza się po pierwsze do tego, że pacjent jest postrzegany jako bliższy w swojej istocie chorobie niż prototypowej koncepcji człowiek. Po drugie nierównoważność owych relacji podlega na etykietowaniu, czyli odbieraniu pacjenta jako jednostki chorobowej, a nie człowieka, który cierpi na konkretną chorobę. Trzeci przejaw asymetrii odnosi się do diady: lekarz-pacjent, czyli relacji typu: autorytet i osoba uległa, w której lekarz zawsze ma większą władzę. Brak równości między personelem medycznym a pacjentami uwidacznia się w wielu sytuacjach. W Polsce chociażby w sposobie, w jaki lekarze i pielęgniarki zwracają się do podopiecznych. Lekarz – to pan doktor, pacjent – to pan Jan, albo pani Ewa. Już w tych

prostyach analizach dyskursywnych widać, że pacjent jest osobą niżej pozycjonowaną w hierarchii społecznej oraz że wszyscy pacjenci są traktowani tak samo, czyli pozbawiani swojej tożsamości. Zachowaniom dehumanizacyjnym w oczywisty sposób sprzyja poczucie władzy, bycia kimś lepszym od innych, kimś wyjątkowym – chociażby z racji przynależności do konkretnej grupy społecznej. Badania Lammers i Stapel pokazały, że chirurdzy o wysokiej pozycji, a więc posiadający władzę, podejmowali decyzje o stosowaniu bardziej bolesnych metod leczenia i częściej wypowiadali się o pacjentach w sposób, który ich dehumanizował niż pracownicy posiadający mniejszą władzę, czyli młodszy chirurdzy czy pielęgniarki [10].

4. **Mechanistyczne podejście do pacjenta** zakłada, że ludzie są systemami, które składają się z różnych części. Rola lekarza sprowadza się do ustalenia, która część wymaga naprawy. Skoncentrowany na tym lekarz nie postrzega pacjenta jako całości – systemu, który składa się z podsystemów wzajemnie na siebie oddziałujących. Takie podejście do pacjenta jest czasami użyteczne w procesie stawiania diagnozy, jednakże rozkładanie ludzi na poszczególne organy powoduje, że są oni postrzegani jak obiekty niezdolne do emocjonalnych reakcji czy tworzenia ciepłych, opartych na emocjach, relacji międzyludzkich.
5. **Redukcja empatii** – mechanizm ten występuje u pracowników medycznych i ma swoje źródła w mechanistycznym podejściu do pacjenta. W tym rozumieniu, chory jest zbiorem części, które się zepsuły i które trzeba naprawić albo wymienić. Badania z obrazowaniem mózgu nad empatią wśród lekarzy – mierzoną ich reakcjami na doznawany przez pacjentów ból, pokazały, że lekarze są znacznie mniej empatyczni niż osoby z grupy kontrolnej. A jednocześnie w większym stopniu stosują mechanizmy regulacji poznawczej wobec doświadczanych stanów emocjonalnych. Jak zauważają Haque i Waytz warto byłoby zastanowić się nad naturą empatii wśród lekarzy. Czy automatycznie odczuwają oni empatię wobec cierpiących pacjentów, którą szybko i skutecznie tłumią? A może poznawcze tłumienie empatii jest u nich silniejsze i bardziej automatyczne? Czy to możliwe, aby lekarze w ogóle nie doświadczali pierwszej, wstępnej fazy empatii wobec bólu i cierpienia? Jak pokazują badania Decenty'ego i współpracowników, w których rejestrowano aktywność struktur mózgowych na ekspozycje aktywizujące ośrodki mózgowie odpowiedzialne za empatię, lekarze przejawiali specyficzne reakcje. Prezentowano im obrazy przedstawiające zadawanie bólu – klucie w usta, ręce i stopy oraz dotykane tych części ciała bez zadawania bólu. U osób z grupy kontrolnej dochodziło do aktywacji struktur mózgowych odpowiedzialnych za poznawcze i emocjonalne współodczuwanie bólu. Obserwowano w tej grupie różnice w aktywności ośrodków mózgowych, w sytuacji gdy badani obserwowali zadawanie bólu oraz gdy ból nie był zadawany. Różnic takich nie zaobserwowano wśród lekarzy. Lekarze nadto deklarowali niższy poziom subiektywnej oceny bólu i nie-

przyjemnych doznań u obserwowanych w badaniu ludzi niż osoby z grupy kontrolnej [11]. Badania te mogłyby oznaczać, że lekarze są mniej empatyczni od innych ludzi, co z kolei, przynajmniej zdaniem niektórych badaczy, niekorzystnie wpływa na relacje lekarzy z pacjentami. Tymczasem warto się zastanowić, co oznacza bycie zbyt mało empatycznym, a co bycie nadmiernie empatycznym? Ocena jednego i drugiego obarczona jest dużą dozą subiektywizmu. Czy brak empatii przejawiać się będzie w gotowości do zadawania bólu? Raczej nie, gdyż wiele procedur medycznych prowadzi do odczuwania bólu i nie da się tego uniknąć. Gdyby więc lekarz koncentrował się na dolegliwościach bólowych pacjenta, empatycznie ich doświadczając, nie byłby zdolny do wykonywania zabiegów ratujących zdrowie i życie. W literaturze przedmiotu nie brakuje doniesień o kosztach, jakie ponoszą medycy, kiedy zbyt mocno angażują się w emocjonalne relacje z pacjentami [8]. Wśród negatywnych zjawisk wymienia się między innymi zarażenie afektywne, polegające na przejmowaniu stanów emocjonalnych od pacjentów, oraz Wtórny Zespół Stresu Pourazowego, który ma miejsce wtedy, gdy objawy typowe dla PTSD pojawiają się nie u ofiar lecz świadków traumatycznego wydarzenia – lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych [12,13]. Zatem niewielka empatia wobec cierpiącego pacjenta może sprzyjać lepszemu opracowaniu poznawczemu leczenia – dokonywaniu przez lekarzy bardziej adekwatnych analiz oraz podejmowaniu właściwych decyzji. Problem stanowi zbyt mała empatia lub jej całkowity brak. Dzieje się tak wtedy, gdy personel medyczny podejmuje zabiegi na ciele pacjenta, lekceważąc jego dolegliwości bólowe, choć dysponuje środkami, które mogłyby ból łagodzić albo znieść całkowicie. I tak na przykład pacjenci skarżą się, że nie podano im środków przeciwbólowych, gdy po urazach podawani byli zabiegom szycia. Albo, mimo silnych dolegliwości bólowych zgłaszanych przez pacjentów, przeprowadzono badania kolonoskopowe. Czy też nie łagodzą dostatecznie dolegliwości bólowych chorych na nowotwory, ponieważ obawiano się uzależnienia od środków psychoaktywnych. Przykładów można by mnożyć bez końca. Najbardziej zdumiewającym jest podzielany także przez niektórych lekarzy pogląd, że nie ma potrzeby łagodzenia bólu porodowego. W 2008 roku Ewa Korpacz, ówczesny minister zdrowia i lekarz w jednej osobie mówiła, że „poród to fizjologia i tak nas, kobiety stworzyła natura, że pewne rzeczy powinny się odbywać jej siłami”. W toczącej się latami dyskusji na temat podawania środków znieczulających podczas porodów, często nie chodziło o dobro pacjentek, lecz o względy finansowe. Więc może przejawy braku empatii, a tym samym dehumanizacji, mają swoje źródła w czynnikach organizacyjnych, a nie osobowościowych, jak to się powszechnie uważa.

- 6. Moralne wycofanie** to ostatnia opisana przez Haque'a i Waytza przyczyna dehumanizacja w medycynie. Aby dokonywać na innych osobach działań,

które prowadzą do bólu i cierpienia, moralne wycofanie jest niezbędne. Lekarze nie mogliby wykonywać swoich obowiązków, gdyby nie minimalizowali dyskomfortu psychicznego, który towarzyszy zadawaniu bólu i cierpienia pacjentom. Mechanizm ten był już opisywanych w latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku przez psychologów społecznych, na przykład Alberta Bandurę, który udowodnił, że łatwiej jest aplikować innym ludziom uderzenia prądem, jeśli wcześniej pozbawi się ofiary cech ludzkich [8].

Jeśli zważy się, że najbardziej pożądany obecnie model relacji lekarz-pacjent zakłada zindywidualizowane podejście do pacjenta oraz szczególną koncentrację na jego potrzebach: emocjach, wartościach, celach, preferencjach czy oczekiwaniach, nie sposób nie zauważyć, że dehumanizacja w służbie zdrowia szkodzi i pacjentom, i personelowi medycznemu [14].

Aby skutecznie zredukować przejawy dehumanizacji, konieczne wydaje się spełnienie kilku warunków: (1) Propagowanie wśród pracowników medycznych oraz pacjentów wiedzy na temat zachowań dehumanizacyjnych. (2) Opracowanie i przestrzeganie standardów opieki nad chorym, w których zawarte byłyby konkretne wskazówki. Mówienie o tym, że pacjent ma prawo do poszanowania własnych potrzeb, to dyrektywa słuszna, ale użyteczna dopiero wtedy, gdy wskazane zostaną wzorce pożądanych zachowań, na przykład: lekarz może przekazać informacje o stanie zdrowia pacjenta tylko w warunkach zapewniających intymność i zachowanie tajemnicy lekarskiej, a więc w pomieszczeniu, w którym poza pacjentem będą przebywały wyłącznie osoby upoważnione przez niego do zapoznania się z diagnozą lekarską. Nie wolno przekazywać informacji o stanie zdrowia pacjenta na sali, w której przebywają inni chorzy, ani tym bardziej na szpitalnym korytarzu. (3) Znacząca poprawa warunków pracy pracowników medycznych oraz warunków, w jakich przebywają pacjenci, wynikająca nie tylko ze zwiększenia nakładów na służbę zdrowia, ale także z poprawy organizacji i zarządzania placówkami medycznymi. (4) Uwzględnienie doniesień naukowych na temat procesów dehumanizacji oraz empatii w celu budowania rozsądnych oczekiwań wobec pracowników medycznych z uwzględnieniem specyfiki tych niezwykle trudnych, odpowiedzialnych i obciążających psychicznie zawodów [15]. (5) Zmiana podejścia personelu medycznego do pacjentów, polegająca na indywidualnym traktowaniu, włączaniu w procesy decyzyjne oraz promowaniu podobieństwa między lekarzami i pacjentami. Dostrzeganie pierwiastka ludzkiego, bo przecież wszyscy jesteśmy śmiertelni, podatni na choroby i narażeni na osobiste straty [8].

Bibliografia

1. Zimbardo PG. *The human choice: Individuation, reason and order versus deindividuation, impulse, and chaos*. In: Arnold WJ, Levine D, ed. *Nebraska Symposium on Motivation*, Lincoln, NE: University of Nebraska Press; 1970.

2. Aronson E, Wilson TD, Aker RM. *Psychologia społeczna. Serce i umysł*. Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo; 1997: 496–535.
3. Fredrickson BL, Roberts TA. Objectification theory: Toward understanding women's lived experience and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly* 1997; 21: 173–206.
4. Mulley G. Myths of ageing. *Clin Med Lond* 2007; 7(1): 68–72.
5. Głębocka A, Wilczek-Rużyczka. Zachowania dehumanizujące pacjentów z perspektywy pracowników medycznych. *Czasopismo Psychologiczne* 2016; 22(2): 1–8.
6. Salmon P. *Psychology of Medicine and Surgery: A Guide for Psychologists, Counsellors, Nurses and Doctors*. Wiley&Sons Ltd; 2000.
7. CBOS (2014). Opinie o funkcjonowaniu system opieki zdrowotnej a.d. 2014 [online] [cyt. 20.02.2017]. Dostępny na URL: http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2014/K_107_14.PDF
8. Haque OS, Waytz A. Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions. *Perspect Psychol Sci* 2012; 7(2): 176–186.
9. Raja S, Hasnain M, Vadakumchery T, Hamad J, Shah R, Hoersch M. Identifying elements of patient-centered care in underserved populations. *A Qualitative Study of Patient Perspectives* 2015; 10(5): 1–16.
10. Lammers J, Stapel DA. Power increases dehumanization. *Group Processes & Intergroup Relations* 2011; 14(1): 113–126.
11. Decety J, Yang CY, Cheng Y. Physicians down-regulate their pain empathy response: An event-related brain potential study. *Neuroimage* 2010; 50: 873–882.
12. Wróbel M. O transferze emocji i nastrojów między ludźmi – mechanizm i psychologiczne wyznaczniki zarażenia afektywnego. *Psychologia Społeczna* 2008; 3(8): 210–230.
13. Pearlman LA, Saakvitne KW. Treating therapists with Vicarious Traumatization and secondary traumatic stress disorders. In: Figley C, ed. *Compassion Fatigue: Coping with secondary-traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner Mazel, NY; 1995: 150–177.
14. Berghout M, van Exel J, Leensvaart L, Cramm J. Healthcare professionals' views on patient-centered care in hospitals. *BMC Health Serv Res* 2015; 15: 385–398.
15. Głębocka A. The Relationship Between Burnout Syndrome Among the Medical Staff and Work Conditions in the Polish Healthcare System. *Adv Exp Med Bio* 2016; 179: 1–10.

Adres do korespondencji:

Alicja Głębocka
Wydział Psychologii i Nauk Społecznych,
Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
e-mail: aglebocka@afm.edu.pl

Komórki macierzyste krwi pępowinowej – wyzwania i nadzieje współczesnej medycyny

Cecylia Jendyk

Wydział Położnictwa, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Wstęp

Gwałtowny rozwój medycyny regeneracyjnej oraz nauk biologicznych stanowi podstawę dla nowo powstających technologii medycznych. Ogromnym zainteresowaniem świata medycznego cieszy się medycyna regeneracyjna i związana z nią transplantologia.

Pionierem tego kierunku w medycynie był doktor Yannas, który uważał, że w przypadku uszkodzenia jakichkolwiek części ciała ludzkiego cały wysiłek organizmu ukierunkowany jest na proces gojenia i ograniczenia reakcji systemowych, kosztem uszkodzonego narządu, który ulega zanikowi [1].

U ludzi zdolność regeneracji tkanek oraz narządów jest dość ograniczona i bezpośrednio zależy od wieku pacjenta.

We wczesnych stadiach rozwoju organizmu komórki posiadają największe zdolności do różnicowania się w kierunku dowolnych tkanek, ale w trakcie ich specjalizacji ulegają stopniowemu zanikowi. Komórki te określamy mianem komórek pnia lub komórek macierzystych.

Pierwsze prace badawcze prowadzone były na zwierzętach. Rozpoczęły je w 1949 roku Jacobsen i wsp. [2,3]. Zespół Lorenza dwa lata później dowiódł skuteczności terapeutycznych iniekcji dożylnych wyciągiem ze szpiku kostnego w terapii zwierząt naświetlanych letalną dawką promieni rentgenowskich [4,5].

W roku 2001 zespół naukowców kierowany przez Thompsona, Pera i Trounsona odkrył zdolność komórek macierzystych do przekształcania się w komórki somatyczne wszystkich trzech listków zarodkowych, otwierając drogę do zastosowania ich w transplantologii [6].

Szczególnym zainteresowaniem cieszą się mezenchymalne komórki macierzyste ze względu na zdolność do różnicowania się w linie komórkowe komórek osteogennych, chondrogennych, tłuszczowych, mięśniowych i fibroblastycznych [7,8].

Ustalono w konsekwencji wielu badań, że komórka macierzysta jest komórką zarodkową, płodu lub organizmu dorosłego, cechującą się zdolnością do samoreprodukcji i różnicowania się do każdej wysokospecjalizowanej komórki lub tkanki, charakteryzującą się plastycznością [9,10].

Podział komórek macierzystych i źródła ich pozyskiwania

W obrębie organizmu komórki macierzyste umiejscowione są w tzw. niszach zwanych także regionami macierzy zewnątrzkomórkowej. Regulują one proliferację i różnicowanie obecnych tam komórek. Swoiste połączenie przylegające kotwiczą komórki macierzyste do otaczających je komórek dojrzałych [11,12,13].

Biorąc pod uwagę pochodzenie komórek macierzystych, możemy je podzielić na dwie grupy:

Komórki macierzyste izolowane z dojrzałych organizmów (Adult Stem Cells)

Ten rodzaj komórek występuje w niewielkich ilościach w szpiku kostnym, trzustce, wątrobie, naskórku, rogówce i siatkówce oka, gdzie odpowiadają za proces regeneracji [14].

Komórki multi- lub unipotencjalne mogą przekształcać się w komórki określonej linii komórkowej lub w komórki tkanki, z której się wywodzą [15].

W tej grupie znajdują się także komórki macierzyste występujące w krwi pępowinowej, są one bardziej pierwotne, multi-, a nawet pluripotencjalne. Ten rodzaj komórek może się różnicować w wiele typów komórek dojrzałych [16,17].

Komórki macierzyste pozyskiwane okołoporodowo są cennym materiałem biologicznym.

W trakcie porodu komórki macierzyste pozyskujemy z krwi pępowinowej, galarety Whartona, i łożyska.

Zarodkowe komórki macierzyste (Embryona Stem Cells)

Najczęściej izolowane są z wężła zarodkowego blastocysty 4–5-dniowych zarodków – to komórki pluripotencjalne mogące przekształcić się w niemal każdy typ komórek organizmu [18,19].

Ze względu na nieograniczone właściwości różnicowania się stanowią najciekawszy materiał do badań. Ze względów etycznych są duże ograniczenia w dostępności tego materiału do badań.

Obecnie komórki te uzyskuje się z pojedynczego blastomeru, nie powodując przy tym uszkodzenia czy obumarcia zarodka [20]. Komórki mają zdolności do przekształcania się do wszystkich trzech listków zarodkowych.

Komórki macierzyste ze względu na posiadany potencjał proliferacyjny dzielimy na:

- **komórki totipotencjalne** – pochodzące z węzła zarodkowego, mają zdolność 300-krotnego podziału. Komórka totipotencjalna umieszczona osobno w macicy ma szansę rozwinąć się w zarodek. Badania nad tą grupą komórek ze względów etycznych są zabronione w wielu krajach;
- **komórki pluripotencjalne** obecne w chwili implantacji zarodka z wytworzeniem trzech listków zarodkowych. Posiadają możliwości przekształcania się do komórek mezo-, endo- i ektodermy;
- **komórki multipotencjalne** – mogą przekształcać się we wszystkie typy komórek w obrębie jednego listka zarodkowego, z którego pochodzą;
- **komórki unipotencjalne** – różnicują się tylko do jednego, ściśle określonego typu komórek dojrzałych, zachowując zdolność podziału [21,22,23].

Komórki macierzyste krwi pępowinowej – charakterystyka

Krew pępowinowa (UBC) stanowi rezerwuar hematopoetycznych komórek macierzystych (hematopoietic stem cells – HSC). Stanowią one zaledwie 0,02%–1,42% całkowitej liczby komórek, w krwi obwodowej ich ilość nie przekracza 0,02%, a w szpiku kostnym waha się w granicach 0,5–5%.

Hematopoetyczne komórki macierzyste uzyskane z krwi pępowinowej są w fazie G0 cyklu komórkowego, mają najwyższą zdolność proliferacyjną w odpowiedzi na cytokiny [24,25].

W krwi pępowinowej występują także komórki niekrwiotwórcze, wśród nich najliczniejsze mezenchymalne komórki macierzyste (MSC). Komórki te cechuje zdolność do adhezji do podłoża oraz zbliżony kształt do trofoblastów.

Trzeci typ komórek macierzystych występujący w krwi pępowinowej to pierwotne komórki macierzyste o charakterze embrionalnym (embryonic – like) charakteryzujące się dużą plastycznością. Na swej powierzchni eksponują antygeny uznane za markery komórek embrionalnych i zawierające białko wewnątrzkomórkowe Oct-4. Komórki o charakterze embrionalnym stanowią zaledwie 0,16% wszystkich jednojądrzastych komórek obecnych w krwi pępowinowej [26,27].

Obecnie badane są możliwości niedawno opisanych pluripotencjalnych komórek macierzystych VSEL (very small embryonic – like). Są to nieliczne, bardzo małe komórki o średnicy 3–5 µm, występujące w szpiku kostnym oraz krwi pępowinowej. Cechuje je duży potencjał proliferacyjny, obecność antygeny powierzchniowe SSEA-4 oraz ekspresja białek Oct-4 i Nanog typowych dla komórek ESC [28].

Każdy typ komórek występujących w krwi pępowinowej cechuje obecność innego zestawu białek powierzchniowych, co umożliwia ich identyfikację oraz izolację [29].

Białka swoiste dla danej komórki lub linii komórek pozwalają odróżnić komórki macierzyste hematopoetyczne (HSC), mezenchymalne oraz dojrzałe, zróżnicowane komórki obecne we krwi.

Wszystkie markery to białka transbłonowe, których domeny zewnętrzne są eksponowane na powierzchni komórek, stanowiąc swoiste antygeny. Białko CD 34+ jest uniwersalnym markerem ludzkich hematopoetycznych i progenitronowych komórek macierzystych. W przeciwieństwie do komórek hematopoetycznych, mezenchymalne komórki macierzyste nie prezentują jednego, swoistego białka markerowego [30].

Komórki macierzyste krwi pępowinowej – nadzieje i perspektywy

Ogromny potencjał proliferacyjny oraz dostępność materiału spowodowały, że komórki hematopoetyczne pozyskane z krwi pępowinowej stały się materiałem wykorzystywanym do przeszczepów zamiast szpiku kostnego. Komórki macierzyste krwi pępowinowej są bardziej pierwotne, mniej ukierunkowane są także w znikomym stopniu uszkodzone np. mutagenami środowiskowymi czy promieniowaniem [31,32].

Kolejną zaletą przeszczepu krwi pępowinowej jest mniejsze ryzyko zakażeń wirusowych oraz występowanie mniejszej liczby przypadków reakcji „przeszczep przeciw gospodarzowi” (GvHD) [33].

Uzyskane w ostatnich latach wyniki badań pokazują, że mezenchymalne komórki macierzyste krwi pępowinowej mogą być prekursorami komórek wszystkich trzech listków zarodkowych. Budzi to nadzieję na zastosowanie niekrwiotwórczych komórek macierzystych w medycynie regeneracyjnej i terapii wielu chorób.

Transplantacja krwi pępowinowej korzystnie wpływa na leczenie m.in. urazu niedokrwienego mózgu i niektórych chorób neurodegeneracyjnych [34].

Wnioski te oparto na kilku faktach:

- eryocyty krwi pępowinowej zawierają hemoglobinę płodową cechującą się lepszym powinowactwem do tlenu, co może być wykorzystane do poprawy natlenowania tkanek;
- UCB zawiera komórki progenitronowe różnicujące się do wielu różnych linii komórkowych;
- krew pępowinowa zawiera cytokiny przeciwzapalne zmniejszające stan zapalny w tkankach po udarze.

Komórki macierzyste (SC) krwi pępowinowej cechują się zwiększonym wytwarzaniem interkulin -10 (IL-10), która może uczestniczyć w hamowaniu odrzucenia przeszczepu allogenicznego, wytwarzają też mniej IL-2 i interferonu gamma (IFN- γ), które odpowiadają za patogenezę chorób związanych z silną odpowiedzią immunologiczną.

Limfocyty krwi pępowinowej są immunologicznie niedojrzałe i nie posiadają ludzkich antygenów leukocytarnych klasy II, przez co nie są rozpoznawane przez układ odpornościowy gospodarza i pozwalają na większe niedopasowanie HLA (ludzkie antygeny leukocytarne) z rzadszym występowaniem GvHD [36,37,38].

UCB wykorzystuje się w leczeniu chorób hematologicznych, takich jak anemia. W ostatnim czasie pojawiły się obiecujące dane dotyczące podwójnej transplantacji komórek macierzystych krwi pępowinowej jako terapii ratującej życie. Przeszczepienie dwóch jednostek UCB daje większe szanse przyjęcia przeszczepu.

U 10-letniego chłopca z nabytą anemią plastyczną na kanwie tych doniesień zastosowano w leczeniu I rzutu podwójną transplantację UCB. Po ok. 2 latach od przeszczepu powikłania nie wystąpiły, a pacjent czuł się dobrze [39]. Niektóre dane sugerują, iż uzasadnionym wydaje się łączne przeszczepianie MSCs i HSCs w leczeniu pacjentów, u których stosuje się immunosupresję ze względu na rzadsze występowanie GvHD oraz odrzucenie przeszczepu [40].

Istnieje wiele różnych doniesień na temat wykorzystania transplantacji UCB w leczeniu pierwotnego niedoboru odporności. Najwięcej badań przeprowadzono u pacjentów z ciężkim złożonym niedoborem odporności (SCID). Większość pacjentów przeżyła terapię, zaobserwowano u nich wysoki poziom chimeryzmu, a u 1/3 rozwinęła się GvHD.

Prowadzone są również badania nad wykorzystaniem UCB w leczeniu zespołu Shwachman-Diamonda, Wiskotta-Aldricha oraz Talasemii [41,42].

Komórki macierzyste krwi pępowinowej wydają się szczególnie atrakcyjne w przypadku leczenia chorób nowotworowych układu krwiotwórczego oraz zespołów mielodysplastycznych. Większość przeszczepów UCB wykonywana jest u dzieci ze względu na ograniczenie dawki komórek z pojedynczej jednostki krwi pępowinowej. Badanie przeprowadzone przez grupę Eurocord wykazało, że przeszczep przywrócił prawidłową hematopoezę i pozwolił osiągnąć trwałe chimeryzm z małą częstością występowania GvHD oraz niższym wskaźnikiem nawrotów [43].

Prowadzone są również badania nad wykorzystaniem komórek macierzystych w leczeniu autyzmu ze względu na istniejące w tym schorzeniu zaburzenia układu immunologicznego i nerwowego.

Przeszczep jednojądrzastych komórek macierzystych krwi pępowinowej przyniósł poprawę stanu klinicznego autystycznych dzieci. Transplantacja łączona MSCs i MNCs krwi pępowinowej dała jeszcze większe korzyści terapeutyczne [44].

Najsukuteczniejszą metodą leczenia cukrzycy, niezależniającą pacjenta od zewnętrznej insuliny, jest przeszczep wysp Langerhansa. Głównym problemem jest brak dawców, dlatego najbardziej naturalne wydaje się zastosowanie komórek macierzystych. Nadzieje związane z hematopoetycznymi komórkami wzbudziły badania na modelu zwierzęcym [45].

W doświadczeniach przeprowadzonych na myszach z wykorzystaniem UCB zaobserwowano obniżenie glikozy we krwi, zwiększenie przeżywalności zarówno w cukrzycy typu 1 i 2.

Zaobserwowano też cofanie się zmian w nerkach wywołanych cukrzycą [46].
Terapeutyczny efekt wykorzystania komórek macierzystych w leczeniu cukrzycy obejmuje:

- wytwarzanie komórek produkujących insulinę wrażliwych na stężenie glukozy;
- protekcję istniejących, nieuszkodzonych komórek wyspowych;
- regenerację uszkodzonych komórek wyspowych;
- regenerację uszkodzonych narządów w następstwie powikłań cukrzycy;
- działanie immunomodulacyjne blokujące proces autoimmunologiczny [47].

Podsumowanie

Biologiczne właściwości komórek macierzystych krwi pępowinowej oraz dostępność materiału sprawiają, że stają się one obiektem zainteresowania świata medycznego. Ze względu na dużą liczbę multipotencjalnych komórek macierzystych krwi pępowinowej niekompetencję immunologiczną i czystość wirusologiczną materiał biologiczny wykorzystywany jest w leczeniu wielu chorób oraz w medycynie regeneracyjnej.

Wykorzystanie tkankowo ukierunkowanych komórek macierzystych stosuje się w leczeniu: udaru mózgu, uszkodzeniu rdzenia kręgowego, cukrzycy, parkinsonizmu, toksycznego uszkodzenia wątroby, chorób serca, ortopedii oraz w przypadku utraty słuchu.

Mnogość zastosowań komórek macierzystych sprawia, że na całym świecie powstają się Banki Krwi Pępowinowej. Do tej pory odnotowano ponad 21 tysięcy przeszczepień na wszystkich kontynentach [48].

Prace nad wykorzystaniem komórek macierzystych krwi pępowinowej nadal trwają i zwiastują duże zmiany w leczeniu wielu schorzeń w medycynie regeneracyjnej oraz kosmetologii.

Bibliografia

1. Abdi R, Fiorina P, Adra CN, Atkinson M, Sayegh MH. *Immunomodulation by mesenchymal stem cells: a potential therapeutic strategy for type 1 diabetes*. *Diabetes*, 2008; 57: 1759–1767.
2. Akashi K, Traver D, Kondo M, Weissman IL. *Lymphoid development from hematopoietic stem cells*. *Int J Hematol* 1999; 69: 217–226.
3. Akashi K, Traver D, Miyamoto T, Weissman IL. *A clonogenic common myeloid progenitor that gives rise to all myeloid lineages*. *Nature* 2000; 404: 193–197.
4. Antosz H. *Antygen CD34 i komórki CD34 pozytywne*. *Post Biol Kom* 2004; 31: 285–298.
5. Bieback K, Kern S, Klüter H, Eichler H. *Critical parameters for the isolation of mesenchymal stem cells from umbilical cord blood*. *Stem Cells* 2004; 22: 625–634.

6. Bieback K, Klüter H. Mesenchymal stromal cells from umbilical cord blood. *Curr Stem Cell Res Ther* 2007; 2: 310–323.
7. Bużańska L, Jurga M, Domańska-Janik K. Neuronal differentiation of human umbilical cord blood neural stem-like cell line. *Neurodegener Dis* 2006; 3: 19–26.
8. Bużańska L, Jurga M, Stachowiak EK, Stachowiak MK, Domańska-Janik K. Neural stem-like cell line derived from a nonhematopoietic population of human umbilical cord blood. *Stem Cells Dev* 2006; 15: 391–406.
9. Chung Y, Klimanskaya I, Becker S, Li T, Maserati M, Lu SJ, et al. Human embryonic stem cell lines generated without embryo destruction. *Cell Stem Cell* 2008; 2: 113–117.
10. Darr H, Mayshar Y, Benvenisty N. Overexpression of NANOG in human ES cells enables feeder-free growth while inducing primitive ectoderm features. *Development* 2006; 133: 1193–1201.
11. Fiuza UM, Arias AM. Cell and molecular biology of Notch. *J Endocrinol* 2007; 194: 459–474.
12. Flynn A, Barry F, O'Brien T. UC blood-derived mesenchymal stromal cells: an overview. *Cytotherapy* 2007; 9: 717–726.
13. Fujino H, Hiramatsu H, Tsuchiya A, Niwa A, Noma H, Shiota M, et al. Human cord blood CD34+ cells develop into hepatocytes in the livers of NOD/SCID/MPSVII mice through cell fusion. *FASEB J* 2007; 21: 3499–3510.
14. Gao F, Wu DQ, Hu YH, Jin GX, Li GD, Sun TW, et al. In vitro cultivation of islet-like cell clusters from human umbilical cord blood-derived mesenchymal stem cells. *Transl Res* 2008; 151: 293–302.
15. Goetz JA, Suber LM, Zeng X, Robbins DJ. Sonic hedgehog as a mediator of long-range signaling. *BioEssays* 2002; 24: 157–165.
16. Goldstein G, Toren A, Nagler A. Human umbilical cord blood biology, transplantation and plasticity. *Curr Med Chem* 2006; 13: 1249–1259.
17. Haylock DN, Nilsson SK. Expansion of umbilical cord blood for clinical transplantation. *Stem Cell Res Ther* 2007; 2: 324–335.
18. Heo JS, Lee MY, Han HJ. Sonic hedgehog stimulates mouse embryonic stem cell proliferation by cooperation of Ca²⁺/protein kinase C and EGF receptor as well as Gli1 activation. *Stem Cells* 2007; 25: 3069–3080.
19. Jackson L, Jones DR, Scotting P, Sottile V. Adult mesenchymal cells: differentiation potential and therapeutic applications. *J Postgrad Med* 2007; 53: 121–127.
20. Jędrzejczak WW, Urbanowska E, Rokicka M, Król M, Torosjan T, Tomaszewska A, et al. Wstępna ocena możliwości wykorzystania krwiotwórczych komórek macierzystych pozyskanych z różnych dawców krwi pępowinowej do jednoczesnego przeszczepienia u biorców dorosłych. *Post Biol Kom* 2003; 30(Supl.21): 139–147.
21. Kang KS, Kim SW, Oh YH, Yu JW, Kim KY, Park, HK, et al. A 37-year-old spinal cord-injured female patient, transplanted of multipotent stem cells from human UC blood, with improved sensory perception and mobility, both functionally and morphologically: a case study. *Cytotherapy* 2005; 7: 368–373.
22. Kang XQ, Zang WJ, Bao LJ, Li DL, Xu XL, Yu XJ. Differentiating characterization of human umbilical cord blood-derived mesenchymal stem cells in vitro. *Cell Biol Int* 2006; 30: 569–575.

23. Kirschstein R, Skirboll LR, Kirschstein R, Skirboll LR. *Stemcellmarkers*. In: *Stemcells: scientific progress and future research directions*. NIH Report, Bethesda 2001, E1–E11.
24. Kleber M, Sommer L. Wnt signaling and the regulation of stem cell function. *Curr Opin Cell Biol* 2004; 16: 681–687.
25. Kondo T, Johnson SA, Yoder MC, Romand R, Hashino E. Sonic hedgehog and retinoic acid synergistically promote sensory fate specification from bone marrow-derived pluripotent stem cells. *Proc Natl Acad Sci USA* 2005; 102: 4789–4794.
26. Kopeć-Szlęzak J, Podstawka U. Komórki hematopoetyczne CD34+ krwi pępowinowej. *Acta Haematol Polon* 2001; 32: 61–69.
27. Kortyczko E, Dyduch A. Krew pępowinowa – bezcenne źródło komórek macierzystych. *Wiad Lek* 2003; 56: 359–361.
28. Kucia M, Halasa M, Wysoczyński M, Baskiewicz-Masiuk M, Moldenhawer S, Zuba-Surma E, et al. Morphological and molecular characterization of novel population of CXCR4+ SSEA-4+ Oct-4+ very small embryonic-like cells purified from human cord blood. *Leukemia* 2007; 21: 297–303.
29. Lee OK, Kuo TK, Chen WM, Lee KD, Hsieh SL, Chen TH. Isolation of multipotent mesenchymal stem cells from umbilical cord blood. *Blood* 2004; 103: 1669–1675.
30. Lin T, Chao C, Saito S, Mazur SJ, Murphy ME, Appella E, et al. p53 induces differentiation of mouse embryonic stem cells by suppressing Nanog expression. *Nat Cell Biol* 2005; 7: 165–171.
31. Roszek K, Komoszyński M. Kontrola i kierunki różnicowania komórek macierzystych krwi pępowinowej oraz ich zastosowanie terapeutyczne. *Postępy Hig Med Dośw* 2008; 62: 660–667.
32. Ilnicki K, Wiktor-Jędrzejczak W. Przeszczepianie komórek krwiotwórczych krwi pępowinowej u człowieka – alternatywa dla przeszczepień szpiku kostnego. *Postępy Biol Komórki* 1994, 21(4): 461–478.
33. Bielec B, Stojko R. Komórki macierzyste krwi pępowinowej – zastosowanie terapeutyczne. *Postępy Hig Med Dośw* 2015; 69: 853–863.
34. Newcomb JD, AjmoCT Jr, Sanberg CD, Sanberg PR, Penny-packer KR, Willing AE. Timing of cord blood treatment after experimental stroke determines therapeutic efficacy. *Cell Transplant* 2006; 15: 213–223.
35. Newman MB, Willing AE, Manresa JJ, Sanberg CD, Sanberg PR. Cytokines produced by cultured human umbilical cord blood (HUCB) cells: implications for brain repair. *Exp Neurol* 2006; 199: 201–208.
36. Nishiyama N, Miyoshi S, Hida N, Uyama T, Okamoto K, Ikegami Y, et al. The significant cardiomyogenic potential of human umbilical cord blood-derived mesenchymal stem cells in vitro. *Stem Cells* 2007; 25: 2017–2024.
37. Parikh SH, Mendizabal A, Martin PL, Prasad VK, Szabolcs P, Driscoll TA, et al. Unrelated donor umbilical cord blood transplantation in pediatric myelodysplastic syndrome: a single-center experience. *Biol Blood Marrow Transplant* 2009; 15: 948–955.
38. Stojko R, Jendyk C, Drosdzol-Cop A, Sadłocha M. Wpływ pH i pCO₂ krwi pępowinowej uzyskiwanej okolorodowo na wybrane parametry komórek macierzystych. *Ginekol Pol* 2014; 85: 582–588.

39. Nowak D, Klakla K, Fatyga E, Błażelnis A. Zastosowanie komórek macierzystych w leczeniu cukrzycy. *Ann Acad Med Siles* 2012; 66(5): 71–76.
40. Olszewska-Slonina D, Styczyński J, Drewa T, Czajkowski R. Komórki niezróżnicowane – źródła i plastyczność. *Adv Clin Exp Med* 2006; 15(3): 497–503.
41. Alison MR, Poulson R, Forbes S, Wright NA. An introduction to stem cells. *J Pathol* 2002; 197: 419–423.
42. Kucia M, Majka M, Ratajczak MZ. Plastyczność nieembrionalnych komórek macierzystych: fakt czy artefakt? *Postępy Biol Komórki* 2003; 130(21): 3–16.
43. Bajek A, Olkowska J, Drewa T. Mezenchymalne komórki macierzyste narzędziem terapeutycznym w regeneracji tkanek i narządów. *Postępy Hig Med Dośw* 2011; 65: 127.
44. Ratajczak MZ, Zuba-Surma E, Ratajczak J. Komórki macierzyste – blaski i cienie. *Acta Haematol Pol* 2009; 40: 289–303.
45. Stoltz JF, de Isla N, Li YP, Bensoussan D, Zhang L, Huselstein C, et al. *Stem Cells and Regenerative Medicine: Myth or Reality of the 21st Century*. *Stem Cells Int*. 2015; 2015: 734731.
46. Yechoor V, Chan I. Minireview beta-cell replacement therapy for diabetes in the 21 century: manipulation of cells fate by directed differentiation. *Mol Endocrinol* 2010, 24(8): 1501–1511.
47. Wegner M, Pietrucha T, Pioruńska-Stolzmann M. Terapia komórkowa w leczeniu cukrzycy typu 1 – czy będzie możliwa? *Diabetol Prakt* 2009; 10(4): 157–161.

Adres do korespondencji:

Cecylia Jendyk
Wydział Położnictwa,
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
ul. Katowicka 68, 40-060 Opole
tel. 515 236 605
e-mail: cecyliajendyk@op.pl

Pozycje wertykalne

*Zofia Wojdyła, Danuta Żurawicka,
Małgorzata Zimnowoda, Iwona Łuczak*

Wydział Położnictwa, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Wstęp

Przez ostatnie lata obserwuje się znaczną zmianę w sposobie przyjmowania porodu. Kobieta rodząca i jej dziecko są postrzegane jako aktywni uczestnicy porodu i odgrywają w nim główną rolę. Aktywność porodową rodzącej, przyjmowanie pozycji pionowych (wertykalnych) obecnie określamy jako tzw. „nową technikę porodową”. Jednakże taki charakter porodu nie jest niczym nowym w położnictwie. Pierwsze wzmianki o pozycjach porodowych odnajdujemy już w starożytności. Na początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku powszechne były pozycje klasyczne na łożku porodowym (leżąca i półleżąca).

Współczesne położnictwo powinno zmierzać w kierunku porodu naturalnego, czyli powrotu do pozycji wertykalnych, takich jak: pozycja stojąca, kuczna, siedząca czy kolankowa [1]. Badania naukowe przemawiają za korzystnym wpływem pozycji wertykalnych na stan rodzącej i jej dziecka. Mimo to w dzisiejszym położnictwie dominują praktyki oparte na wieloletniej rutynie, a nie na dowodach naukowych [2]. Porody prowadzone i przyjmowane w pozycjach pionowych – wertykalnych mogą być alternatywą dla ogromnego wzrostu cięć cesarskich w położnictwie XXI wieku.

Wpływ pozycji wertykalnych na przebieg porodu

Istotne znaczenia dla przebiegu i czasu trwania porodu ma aktywność kobiety rodzącej. Przyjmowane pozycje porodowe często są podyktowane instynktem kobiecym lub wskazane są przez położną.

Pozycja w trakcie porodu powinna być dostosowana do potrzeb rodzącej oraz umożliwiać optymalne dostosowanie się dziecka do kanału rodnego kobiety. Jednym z warunków przyjmowania pozycji wertykalnej jest bezpieczeństwo matki i dziecka. Aktywność rodzącej zależna jest od sytuacji położniczej [3].

Przyjmowanie pozycji pionowej podczas porodu daje możliwość optymalnego wykorzystania pojemności miednicy kostnej, poprzez zwiększenie ruchomości w stawach krzyżowo-biodrowych. Dodatkowym atutem pionizacji rodzącej jest zwiększenie wymiarów miednicy o około 2 cm w przestrzeni wchodu, próżni i na wychodzie miednicy [3].

Podczas porodu ważna jest prawidłowa praca mięśni dna miednicy i mięśni krocza. Prawidłowe ich napięcie i rozluźnienie, ma istotny wpływ na urazy kanału rodnego oraz na konieczność wykonania episiotomii. Praca mięśni dna miednicy jest uzależniona od fazy porodu, czynności skurczowej i odpowiedniej pozycji porodowej. Istotne jest, aby warstwa mięśni zewnętrznych dna miednicy była tak samo w pełni rozluźniona, jak warstwa mięśni wewnętrznych, co zapobiega skłonnościom do cystocele i nietrzymania moczu. Pionizacja rodzącej nie tylko w pierwszym, ale również w drugim okresie porodu ułatwia prawidłowy transfer mięśni dna miednicy, szczególnie mięśni przepony moczowo-płciowej (mięsień poprzeczny głęboki krocza – powiązany między innymi z pracą mięśni pochwy). Spontaniczne parcie w tej pozycji ułatwia przekrwienie i rozluźnienie warstwy zewnętrznej dna miednicy – mięśnia opuszkowo-jamistego, który wykazuje zdolności erekcyjne.

Pozycje wertykalne podczas pierwszego i drugiego okresu porodu wykorzystują siłę grawitacji, wpływają na zmniejszenie dolegliwości bólowych (szczególnie kręgosłupa w odcinku lędźwiowo-krzyżowym), jak również przyczyniają się do stymulacji czynności skurczowej (zgodnie z zasadą odruchu Fergusona).

Spontaniczne przyjmowanie pozycji pionowych przez rodzącą wpływa bardzo pozytywnie na jej stan emocjonalny. Samodecydowanie o przebiegu porodu pozwala na kontrolę sytuacji i daje poczucie pewności siebie. Wpływa także na zmniejszenie dolegliwości bólowych, poprzez aktywność rodzącej, która pozwala na rozładowanie napięcia bólowego [4,5].

Wybrane pozycje do porodu

Pozycje siedzące

Pozycja siedząca na piłce

Pozycja na piłce zmniejsza napięcie w stawach biodrowych, rozluźnia mięśnie dna miednicy i krocza. Zmniejsza dolegliwości bólowe okolicy lędźwiowo-krzyżowej. Pozycja ta zalecana jest w pierwszym i drugim okresie porodu. Wpływa ona korzystnie na relaksację rodzącej. Rytmiczne kołysanie biodrami i wykonywanie delikatnych podskoków nie tylko uspokaja rodzącą, ale także sprzyja prawidłowemu wstawianiu się części przodującej w kanał rodny, tak aby główka płodu optymalnie dopasowała się do wszystkich przestrzeni i krzywizn miednicy kostnej [6].

Pozycja siedząca na krześle porodowym

Krzesło porodowe stosuje się najczęściej w drugim okresie porodu, aby ułatwić zstępowanie części przodującej w kanale rodny. W tej pozycji wykorzystujemy siłę grawitacji, jak również możliwości anatomiczne miednicy kostnej. Pozycja siedząca rodzącej z pochyleniem do przodu zwiększa przestrzeń wchodu miednicy kostnej. Należy jednak pamiętać, że zbyt długie stosowanie pozycji siedzącej szczególnie w drugim okresie porodu powoduje obrzęk i przekrwienie tkanek krocza, doprowadzając tym samym to zwiększenia mechanicznych uszkodzeń pochwy i krocza [3,6].

Pozycje relaksacyjne

Do pozycji relaksacyjnych zaliczamy: pozycje kuczną z wykorzystaniem piłki i worka sako.

Wykorzystywane są one w pierwszym i drugim okresie porodu, najczęściej w trakcie przerwy międzyskurczowej. Działają rozluźniająco na dolną partię kręgosłupa przy dolegliwościach bólowych. Płód skierowany jest do osi miednicy, co sprzyja prawidłowemu wstawianiu do przestrzeni wchodu miednicy kostnej, zwiększając jej wymiary poprzeczny i skośne. Kołysanie pośladkami ułatwia zstępowanie części przodującej. Dodatkowym atutem przyjmowania tych pozycji jest zastosowanie masażu okolicy krzyżowo-łędźwiowej oraz ciepłych okładów [3].

Pozycje pionowe

Pozycja stojąca z pochyleniem do przodu

Kobieta rodząca stoi pochylona do przodu, oparta o partnera, w lekkim rozkroku. Pozycja może być zastosowana w pierwszym, jak i w drugim okresie porodu. W tej pozycji wykorzystujemy siłę ciężkości, a płód skierowany jest do osi miednicy, co sprzyja przyjmowaniu ułożenia przygięciowego przez główkę płodu. Dodatkowo kołysanie biodrami ułatwia wstawianie się główki płodu w kanał rodny. Skurcze porodowe w tej pozycji są mniej bolesne, a rodząca lepiej radzi sobie z opanowaniem bólu porodowego, czując, że ma kontrolę nad własnym ciałem. Wsparcie osoby towarzyszącej daje rodzącej poczucie bezpieczeństwa, co ułatwia relaksację podczas przerwy między skurczami. Pochylenie rodzącej do przodu kieruje wyjście z pochwy do podłoża, co znacznie odciąża tkanki pochwy i krocza, rozkładając ucisk główki płodu równomiernie. Tym samym zmniejsza ryzyko urazów krocza.

Pozycje asymetryczne (stojąca, klęcząca)

Rodząca stoi lub klęczy z jedną kończyną dolną zgiętą w stawie biodrowym i kolanowym, lekko odwiedzona, jedna stopa znajduje się wyżej od drugiej. Pozycja ta ma zastosowanie w pierwszym i drugim okresie porodu, przy nieprawidłowym wstawianiu i obniżaniu się główki płodu w kanale rodny. Asymetryczne ułożenie

miednicy przez podniesienie i odwiedzenie kończyny dolnej powoduje zwiększenie wymiaru przestrzeni wychodu oraz rozciąganie mięśni przywodzących uda. Pozycje asymetryczne można również wykorzystać, kiedy podejrzewamy asynkliczne wstawianie się główki płodu [3].

Pozycja w kłęku podpartym

Rodząca jest w pozycji klęczącej, dłońmi podpira się o podłoże. Pozycja wykorzystywana w pierwszym okresie porodu, odciąża odcinek krzyżowo-łędźwiowy kręgosłupa, przynosi ulgę w dolegliwościach bólowych. W tej pozycji siła grawitacji nie działa na mięśnie dna miednicy, pochwy i krocza. Dodatkowo poruszanie, kołysanie biodrami powoduje zstępowanie części przodującej oraz prawidłową rotację szwu strzałkowego. W drugim okresie porodu pozycja w kłęku podpartym może być zastosowana w sytuacji wystąpienia przetrwałej wargi szyjki macicy, gdyż zmniejsza się nacisk główki płodu na szyjkę. Parcie przez rodzącą w takiej pozycji jest znacznie łatwiejsze i wykonywane jest instynktownie. Również bardzo często wykorzystywana jest pozycja w kłęku podpartym z uniesieniem pośladków ku górze, szczególnie w sytuacji nieprawidłowego zstępowania główki płodu i przy wzmożonej czynności skurczowej mięśnia macicy [3,4].

Pozycja kuczna

Pozycja kuczna znajduje zastosowanie przede wszystkim w drugim okresie porodu. Dzięki tej pozycji zwiększa się wymiar poprzeczny przestrzeni wychodu. Pozycja kuczna przyczynia się do nasilenia czynności skurczowej i przyspiesza obniżanie się części przodującej w kanale rodym (jeśli mamy do czynienia z prawidłowym ustaleniem główki płodu), szczególnie pod koniec drugiego okresu porodu. Zalecana jest wówczas, gdy obserwujemy brak postępu porodu w fazie końcowej. Dzieje się tak, ponieważ siła grawitacji mocno oddziałuje na nerw defekacji, tym samym rodząca odczuwa większą potrzebę parcia. Pozycja nie jest korzystna przy podejrzeniu makrosomii płodu (zbyt szybki poród – zwiększone ryzyko pęknięć pochwy i krocza oraz ryzyko wystąpienia dystocji barkowej). Rodząca nie powinna dłużej zostawać w tej pozycji, gdyż napór części przodującej i siła grawitacji powoduje duży nacisk na mięśnie pochwy, a w szczególności na zewnętrzną warstwę mięśni krocza, powodując ich obrzmienie i utratę elastyczności (tkanki stają się mniej podatne, co sprzyja konieczności wykonania episiotomii i zwiększa ryzyko urazów kanału rodnego) [3,4].

Pozycja na boku

Pozycja na boku jest pozycją horyzontalną, wykorzystywaną w pierwszym i drugim okresie porodu, najczęściej polecaną do odpoczynku w czasie przerwy między-

skurczowej. Ułożenie rodzącej na prawym lub na lewym boku w zależności od ustawienia i ułożenia płodu, może przynosić ulgę przy występujących bólach w okolicy lędźwiowo-krzyżowej. Pozycja również wykorzystywana jest, gdy mamy do czynienia z zaburzeniami czynności serca płodu oraz przy nieprawidłowym ułożeniu główki płodu. Poród w pozycji na boku jest znacznie łatwiejszy niż w pozycji klasycznej na plecach, ponieważ odbarczona jest kość guziczna, co daje jej większą ruchomość. Istotne znaczenie w tej pozycji ma również praca mięśni dna miednicy, mięśni pochwy i krocza. Mięśnie są lepiej ukrwione, elastyczne i znacznie lepiej dopasowują się do części przodującej, co zmniejsza ryzyko urazów pochwy i krocza, a także konieczność wykonania episiotomii [3].

Pozycja horyzontalna

Światowa Organizacja Zdrowia dopuszcza przyjmowanie pozycji klasycznej – na plecach „jedynie w medycznie uzasadnionych przypadkach”, czyli głównie w porodach zabiegowych. Analizując anatomię miednicy kostnej, można stwierdzić, że pozycja horyzontalna jest wbrew fizjologii i nie sprzyja prawidłowemu transferowi mięśni pochwy i krocza, jak również nie wykorzystuje możliwości przestrzeni miednicy kostnej. Co nie oznacza, że poród w tej pozycji jest niemożliwy. Jednakże rodząca wykorzystuje duże zasoby energii. Poród w pozycji na plecach najczęściej jest porodem prowadzonym przez personel bloku porodowego, stosując tzw. manewr Valsalvy, a parcie spontaniczne przez rodzącą jest utrudnione. Parcie kierowane sprzyja konieczności wykonania nacięcia krocza (poród z użyciem dużego nakładu energii, zmniejszona elastyczność tkanek pochwy i krocza). Pozycja horyzontalna ma również wpływ na płód. Ułożenie rodzącej na plecach może przyczynić się do zaburzenia przepływu maciczo-łożysko, powodującego deficyt tlenowy u płodu, wywołując zespół supinacyjny [6].

Pozycje porodowe w świetle badań naukowych

Praktyka położnicza oparta na dowodach naukowych jest niezwykle ważna w przemianach sposobu postrzegania współczesnego położnictwa oraz zadań, jakie są stawiane przed położną. Większa świadomość samodecydowania kobiety o sobie i swoim nienarodzonym dziecku, szukanie drogi do podnoszenia jakości porodu, optymalizacja opieki nad matką i dzieckiem powinny skłonić położne do zmiany w sposobie myślenia i sposobie pracy z rodzącą. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group prowadziła badania na temat wpływu pozycji na przebieg II okresu porodu. Wykazały one, że zastosowanie pionowej pozycji zamiast pozycji horyzontalnej wpływa na: zmniejszenie odsetka nacięć krocza oraz pęknięć krocza drugiego stopnia, zmniejszenie odsetka porodów zabiegowych, zmniejszenie odczuwalności bólu i rzadsze wystąpienie zaburzeń czynności serca dziecka. Przede wszystkim jednak wpływa na skrócenie II okresu porodu [7].

Na podstawie analizy doniesień naukowych, jednoznacznie można stwierdzić, że przyjmowanie pozycji pionowych podczas porodu istotnie zmniejsza częstość wykonywania rutynowej episiotomii. Badania przeprowadzone w Belgii dotyczą analizy porównawczej 557 porodów w pozycji na boku i w pozycji horyzontalnej. Wyniki wskazują, że statystycznie częściej dokonywano nacięć krocza w pozycji klasycznej na plecach, niż w pozycji na boku. Równocześnie prawdopodobieństwo ochrony krocza wzrasta, gdy poród prowadzony jest wyłącznie przez położną [8]. Podobne doniesienia znajdujemy u Bodner-Adler i wsp. Badania prowadzone od 1997 roku do 2002 roku w Wiedniu potwierdzają, iż mniejsze ryzyko rutynowego nacięcia krocza występuje u kobiet rodzących w pozycji pionowej. Dodatkowo wykazali oni redukcję podaży syntetycznej oksytocyny, jak również zmniejszenie konieczności wykonywania znieczulenia zewnątrzoponowego w pozycjach wertykalnych [9].

Wpływ pozycji porodowych na skrócenie czasu trwania drugiego okresu porodu, zaobserwowali Thies-Lagergren i wsp. Badanie z randomizacją jednoznacznie odnosi się do czasu trwania porodu u kobiet rodzących w pozycji siedzącej, w stosunku do innych pozycji porodowych. Simkin, Anechta twierdzą, że pozycja kuczna nie jest zalecana przy szybkim porodzie z uwagi na ryzyko uszkodzeń krocza [10]. Ponadto Thies-Lagergren z zespołem w swoich badaniach potwierdzili także mniejszą liczbę episiotomii wśród kobiet rodzących w pozycjach innych niż horyzontalna oraz stosunkowo rzadsze zastosowanie znieczulenia zewnątrzoponowego. Jednakże zaobserwowali oni wpływ pozycji pionowych na utratę krwi podczas porodu. Rodzące w pozycji siedzącej utraciły więcej krwi w porównaniu do porodów w innych pozycjach, natomiast nie miało to wpływu na dalszy przebieg okresu poporodowego [11]. Podobne wyniki uzyskali Gupta i wsp. Potwierdzili oni zwiększoną utratę krwi u kobiet rodzących w pozycji innej niż horyzontalna (powyżej 500 ml). Przypuszczalnie czynnikiem wpływającym na taki wynik badań, może być zmniejszona podaż syntetycznej oksytocyny w drugim okresie porodu (stwierdzone w badaniach randomizowanych u Gupty i wsp.) [12].

Sposób rodzenia, różnorodność przyjmowanych pozycji nie jest bez znaczenia dla płodu, jako aktywnego uczestnika porodu. Analizując teoretyczne doniesienia literatury naukowej, przyjmowanie pozycji pionowych (szczególnie pozycji kucznej lub stojącej) wpływa korzystnie na stopień wysycenia krwi płodu tlenem matki, ponieważ łożysko usadowione w macicy znajduje się wyżej niż płód. Kolejnym pozytywnym aspektem jest zmniejszone przenikanie krwinek czerwonych płodu do krwioobiegu matki, co zmniejsza ryzyko immunizacji czynnikiem Rh. Oddziaływanie przyjmowanej pozycji porodowej na płód wykazuje dodatkowo zwiększony przepływ maciczno-łożyskowy oraz eliminuje ryzyko wystąpienia zespołu żyły głównej dolnej [1]. Przegląd danych dotyczących stanu noworodka urodzonego w pozycji innej niż horyzontalna nie podaje zagrożeń wynikających z wyboru pozycji pionowej do porodu. Badania pH krwi z tętnicy pępowinowej noworodków, urodzonych w pozycji wertykalnej, nie wskazują różnic istotnych statystycznie, w porównaniu

do porodu tradycyjnego (w pozycji na plecach). Podobnie według punktacji w skali Apgar nie widać istotnych różnic [13]. Gizzo i wsp. również nie zanotowali statystycznych różnic w pH krwi pępowinowej i wartości Apgar ocenianej w 5 minucie, noworodków urodzonych w pozycji klasycznej versus do pozycji wertykalnej [14]. Analogiczne wyniki badań zanotowano w Kanadzie, gdzie Maheux-Lacroix z zespołem dokonali porównania metody porodów w pozycji pionowej do pozycji na plecach. Podobnie jak u Gizzo i wsp., nie stwierdzili oni różnic statystycznych w punktacji Apgar (ocena w 5 minucie), jak również nie stwierdzili dysproporcji pomiędzy pH krwi pępowinowej w obu analizowanych grupach [15].

Parcie w drugim okresie porodu jest niezwykle ważnym elementem, wpływającym na stan matki i dziecka. Charakter i sposób parcia są indywidualne dla potrzeby fizjologicznej kobiety. Nie znajdujemy idealnego modelu parcia, natomiast zauważamy, iż parcie spontaniczne niesie ze sobą wiele korzyści dla matki i dziecka. Parcie takie, w zgodzie z naturą i potrzebą rodzącej, przeważa nad parciem prowadzonym – kierowanym, czyli tak zwanym modelem parcia według Valsalvy. Nie odnajdujemy w doniesieniach naukowych potwierdzenia stosowania manewru Valsalvy zalecanego dla każdej rodzącej. Roberts i Hanson stwierdzają, że parcie kierowane może być przyczyną deficytu tlenowego u płodu [16]. Schaffer i wsp. twierdzą, że przyczynia się ono do osłabienia mięśni dna miednicy i w przyszłości zwiększa ryzyko wystąpienia nietrzymania moczu, jak również powoduje większą urazowość pochwy i krocza podczas porodu. Z uwagi na zmniejszoną elastyczność mięśni pochwy i krocza oraz niedostateczne zaopatrzenie tkanek kanału rodnego w tlen [17]. Jednocześnie Albers i in. uważają, że reagowanie przez kobietę rodzącą na naturalną potrzebę parcia, a także rodzenie dziecka między skurczami zmniejszają ryzyko pęknięć krocza [18].

Niezwykle ważnym elementem każdego porodu jest samopoczucie rodzącej, poczucie komfortu, możliwość rozładowania napięcia w przerwie międzyskurczowej. Li Thies-Lagergren i wsp. w swoich badaniach zaprezentowali wyniki przedstawiające stan emocjonalny kobiety w zależności od przyjmowanej pozycji porodowej. Pośród 177 kobiet badanych, które przyjmowały pozycje pionowe podczas trwania porodu, aż ok. 73% uważa, że były to pozycje bezpieczne, komfortowe (około 54%), pomocne podczas porodu (około 57%). Porównując do kobiet, które wybrały pozycję horyzontalną, 56% spośród 112 rodzących czuło się bezpiecznie, komfortowo około 40%, natomiast tylko 17% kobiet odczuwało relaks podczas porodu [19].

Każda rodząca, bez wyjątku powinna mieć prawo do wyboru pozycji porodowych, a zadaniem położnej jest przedstawienie zalet i wad przyjmowanych pozycji, omówienie korzyści oraz zachęcenie do aktywności porodowej, adekwatnie do sytuacji położniczej. The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, AWHONN (Towarzystwo na Rzecz Zdrowia Kobiet i Pielęgniarek Noworodkowych) zaleca, aby położne zniechęcały kobiety do leżenia na plecach podczas porodu oraz aby każda kobieta w ciąży miała informację o pozycjach wertykalnych

i o korzyściach płynących z ich przyjmowania [20]. Możliwość wyboru pozycji porodowej daje kobiecie poczucie bycia ważną i określa jej zadowolenie z porodu, daje satysfakcję oraz wpływa na jej dalsze życie. Nie istnieje jeden optymalny scenariusz porodu, tak samo jak nie istnieje jedna określona pozycja do porodu. Pozycje pionowe i pozycje horyzontalne mają swoje wady i zalety. Rolą położnej jest zrozumienie potrzeb kobiet, ich zachowań w poszczególnych fazach porodu oraz promowanie naturalnych pozycji porodowych.

Bibliografia

1. Iwanowicz-Palus G, Stobnicka D, Myszevska A, Przyboś A, Sioma-Markowska U. *Nowe techniki porodowe*. W: Iwanowicz-Palus G, red. *Alternatywne metody opieki okołoporodowej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2012: 15, 39, 42.
2. Kopas ML. A Review of Evidence-Based Practices for Management of the Second Stage of Labor. *J Midwifery Womens Health* 2014 May-Jun; 59(3): 264–276.
3. Simkin P, Ancheta R, Chazan B, red. *Udany poród*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2014: 285–287, 296–301, 304–307.
4. Witkiewicz M. *Aktywne prowadzenie porodu, pozycje wertykalne w porodzie*. Centrum Medyczne Żelazna, materiały kursu doksztalającego. Warszawa 2014: 2–3.
5. Witkiewicz M. Poród aktywny. Pozycje wertykalne. *Mag Pielęg Położ* 2011; 3: 34–35.
6. Chołuj I. *Urodzić razem i naturalnie*. Mszczonów: Wydawnictwo Fundacja Źródła Życia; 2008: 48, 121–126.
7. Gupta JK, Nikodem VC. Woman's position during the second stage of labour (Cochrane Review). *The Cochrane Library* 2000; Issue 2, Oxford [online] [cyt. 20.01.2017]. Dostępny na URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002006/abstract;jsessionid=D3E1220604BCB29922EE86FA01F6EECC.f02t04>
8. Meyvis I, Van Rompaey B, Goormans K, Truijien S, Lambers S, Mestdagh E, et al. Maternal Position and over Variables: Effects on Perineal Outcomes in 557 Births. *Birth Issues in Perinatal Care* 2012; 2: 115–120.
9. Bodner-Adler B, Bodner K, Kimberger O, Lozanov P, Husslein P, Mayerhofer K. Women's position during labour: influence on maternal and neonatal outcome. *Wien Klin Wochenschr* 2003 Oct 31; 115(19–20): 720–723.
10. Simkin P, Ancheta R. *The labor progress handbook*. Malden, MA: Blackwell Science; 2005.
11. Thies-Lagergren L, Kvist LJ, Christensson K, Hildingsson I. Striving for scientificstringency: a re-analysis of a randomised controlled trial considering first-time mothers' obstetric outcomes in relation to birth position. *BMC Pregnancy and Childb* 2012; 12:135 [online] [cyt. 20.01.2017]. Dostępny na URL: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-12-135>

12. Gupta JK, Hofmeyer GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group [online] [cyt. 20.10.2016]. Dostępny na URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002006.pub3/abstract>
13. Laudański T. Modyfikacja środowiska narodzin – potrzeby matki i dziecka a potrzeby nowoczesnego położnictwa. *Ginekol Pol* 2001; 1: 45–49.
14. Gizzo S, Di Gangi S, Noventa M, Bacile V, Zambon A, Nardelli GB. Women's Choice of Position during Labour: Return to the Past or a Modern Way to Give Birth? A Cohort Study in Italy. Hindawi Publishing Corporation BioMed Research International [online] [cyt. 21.10.2016]. Dostępny na URL: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2014/638093>
15. Maheux-Lacroix S, Tremblay M, Dubois N, Turcotte S, Girard N, Houde M, et al. A New Method of Positioning at Delivery Compared With the Dorsal Recumbent Position: An Exploratory Retrospective Study of Obstetric Outcomes. *J Obstet Gynaecol Can* 2013; 35(6): 523–30.
16. Roberts J, Hanson L. Best practices in second stage labour care: Maternal bearing down and positioning. *J Midwifery Womens Health* 2007; 53(3): 238–245.
17. Schaffer J, Bloom S, Casey B, McIntire D, Nihira M, Leveno K. A randomized trial of the effects of coached vs. uncoached maternal pushing during the second stage of labour on postpartum pelvic floor structure and function. *A J Obstet Gynecol* 2006; 192(5): 1692–1696.
18. Albers LA, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. Factors related to genital tract trauma in normal spontaneous vaginal births. *Birth* 2006; 33(2): 94–100.
19. Thies-Lagergren L, Hildingsson I, Christensson K, Kvist LJ. Who decides the position for birth? A follow-up study of a randomised controlled trial. *Women and Birth Journal of the Australian College of Midwives* [online] [cyt. 21.10.2016]. Dostępny na URL: [http://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192\(13\)00072-3/abstract](http://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192(13)00072-3/abstract)
20. Mayberry LJ, Wood SH, Strange LB, Lee L, Heisler DR, Nielsen-Smith K. *Second-stage management: Promotion of evidence-based practice and a collaborative approach to patient care*. Washington, DC: Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses; 2000.

Adres do korespondencji:

Zofia Wojdyła
Wydział Położnictwa,
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
ul. Katowicka 68, 45-060 Opole
e-mail: zosia742@wp.pl

Postępowanie w porodzie ulicznym. Rola i zadania położnej na miejscu zdarzenia

Natalia Cebula, Iwona Łuczak

Wydział Położnictwa, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Poród uliczny jest to poród nagły o zaskakująco szybkim rozwoju. Od czasu pojawienia się czynności skurczowej do zakończenia II okresu może minąć nawet od jednej do trzech godzin. Całość zdarzenia przebiega dynamicznie, a skurcze I i II okresu porodu mogą być tak efektywne, że kobieta nie zdąży dojechać na czas do szpitala.

Według danych statystycznych Rocznika Demograficznego ilość porodów ulicznych w Polsce na przestrzeni ostatnich 35 lat zmniejszyła się z około 4000 na 327 rocznie (lata 1980–2014) [1].

Zadaniem położnej, która znajdzie się na miejscu zdarzenia porodu ulicznego, jest dojrzałe i racjonalne podejście do zaistniałego problemu. Zachowanie jasności umysłu i umiejętność wykorzystania swojej wiedzy będą w takiej chwili nie tyle nawet pomocne, co niezbędne. Przez cały czas powinna kierować się troską i zrozumieniem dla kobiety, która może czuć się bardzo zagubiona.

I okres porodu

Działania wstępne

Swoje działanie położna powinna w pierwszej chwili ukierunkować na ocenę miejsca zdarzenia, dalej na zapewnienie bezpieczeństwa sobie i innym, w następnej zaś kolejności na postawienie szybkiej, jasnej i jednoznacznej diagnozy dotyczącej stanu kobiety rodzącej.

Następnie położna powinna zawiadomić odpowiednie służby, ocenić swoje możliwości działania, przygotować prowizoryczny zestaw porodowy oraz podjąć działania mające na celu spowolnienie akcji porodowej, jeśli nie ma ku temu przeciwwskazań [2].

Zapewnienie bezpieczeństwa sobie i innym

Położna powinna rozpocząć swoje działania od ochrony siebie, potem innych. Jeśli w danej sytuacji pojawią się czynniki zagrażające nie powinna przystępować do działania, aż do samoistnego ustania zagrożenia bądź do momentu zabezpieczenia miejsca przez straż pożarną i policję lub do czasu, gdy strażacy ewakuują rodzącą w bezpieczne miejsce [2].

Przeprowadzenie badania podmiotowego

Najważniejszym jest uzyskanie odpowiedzi dotyczących: danych kobiety rodzącej, tygodnia ciąży, daty ostatniej miesiączki i przewidywanej daty porodu, przeszłości położniczo-ginekologicznej, stanu zdrowia pacjentki, przebiegu obecnej ciąży, przebiegu i ukończenia przebytych ciąży, odczuwania ruchów płodu, obecności i jakości skurczów mięśnia macicy, bolesności (gdzie umiejscowiony jest ból, jak bardzo jest nasilony), dostępności dokumentacji medycznej (karty ciąży, dokumentu potwierdzającego grupę krwi pacjentki).

Przeprowadzenie badania przedmiotowego

Badanie przedmiotowe zewnętrzne obejmuje: pomiar parametrów ogólnych pacjentki, jeśli jest taka możliwość; ocenę czworoboku Michaelisa; badanie za pomocą technik Leopolda i mapowanie brzucha; ocenę sromu i krocza ze zwróceniem szczególnej uwagi na obecność zmian skórnych i podatność mięśni krocza, ogólny wygląd i zapach [3].

Badanie wewnętrzne to wykonanie badania położniczego przez pochwę. Podczas tego badania położna jest w stanie zbadać wymiar sprężnej przekątnej, która „rozciega się od dolnego brzegu spojenia łonowego do środka wzgórka kości krzyżowej”. Będzie on pomocny w oszacowaniu wymiaru sprężnej położniczej [4].

Określenie dobrostanu płodu

Śródporodowa ocena dobrostanu płodu w warunkach pozaszpitalnych określa się poprzez analizę obserwacyjną ilości ruchów płodu oraz jakości płynu owodniowego.

Dopiero na podstawie badań podmiotowego i przedmiotowego możliwe jest postawienie diagnozy położniczej dotyczącej stanu pacjentki, płodu oraz zaawansowania porodu.

Po wykonaniu powyższych działań należy zawiadomić pogotowie ratunkowe.

Ponowna ocena sytuacji i możliwe działania

Po wykonanych czynnościach opisanych powyżej i stwierdzeniu toczącego się porodu, położna powinna przystąpić do ponownej oceny sytuacji pod kątem oszacowania czasu, jaki musi przeznaczyć na niezbędne czynności oraz możliwości przygotowania czystego, ciepłego i suchego miejsca na przyjęcie dziecka na świat.

Prowizoryczny zestaw do porodu

Poza szpitalem, w warunkach niestandardowych, trzeba wykazać się wyobraźnią i kreatywnością, by stworzyć zestaw porodowy. Niektóre przedmioty, takie jak nożyczki, znajdują się w każdym domu, nie są jednak jałowe. Ale zastąpienie klemu może okazać się już bardziej kłopotliwe. Duży wpływ na trudność skomponowania dostatecznego zestawu ma to, w jakim miejscu odbywa się poród.

Prowizoryczny zestaw porodowy powinien zawierać: mydło do toalety krocza, płyn dezynfekujący (np. alkohol etylowy o stężeniu 70%), ostre narzędzie do przecięcia pępowiny, które wcześniej zostanie pozbawione obecności drobnoustrojów poprzez użycie wysokiej temperatury (wygotowanie, opalenie płomieniem), dwa przyrządy do zaciśnięcia pępowiny np. wygotowane wcześniej sznurowadła, materiał absorbujący wilgoć – podpaski, suche ręczniki do otarcia matki i noworodka, koc do ogrzania ciała matki i noworodka, nieprzemakalna folia do obłożenia miejsca porodu, miejsce dla noworodka oraz rękawiczki jednorazowe dla położnej [5,6,7].

Działania następne

Hamowanie postępu porodu w I okresie porodu

Położna może podjąć kroki spowalniające postęp porodu tylko wtedy, gdy spodziewa się prędkiego przyjazdu pogotowia ratunkowego, które przetransportuje rodzicą do najbliższego szpitala oraz gdy nie występują objawy świadczące o stanie zagrożenia życia matki i płodu [7].

Do działań nefarmakologicznych opóźniających postęp porodu zaliczymy: pozycję kolankowo łokciową, wyeliminowanie hałasu, ostrego światła, wyciszenie się pacjentki, stworzenie spokojnej atmosfery, zapewnienie komfortu psychicznego i poczucia bezpieczeństwa. Zabiegi te nie gwarantują jednak oczekiwanego skutku.

Opieka nad rodzącą w I okresie porodu w warunkach pozaszpitalnych

Gdy nie jest wiadome, w jakim czasie dojedzie pomoc medyczna bądź kiedy nie istnieje możliwość jej powiadomienia, położna nie powinna podejmować kroków mających na celu czasowe wyciszenie lub spowolnienie akcji porodowej, ponieważ brak możliwości określenia prawidłowości tonów serca płodu uniemożliwia w ta-

kiej sytuacji podjęcie właściwej i świadomej decyzji, nawet wtedy, gdy nie są zauważalne objawy niedotlenienia płodu.

W takich okolicznościach położna powinna podjąć odpowiednie kroki, by zapewnić rodzącej najlepszą w możliwych warunkach pomoc medyczną i psychiczną. Zalecane jest, by przyjąć pozycję wyczekującą i pozwolić ciału kobiety działać według własnego toru, wytyczonego przez grę hormonów i psychikę.

Pomocne wskazówki:

- jeśli są ku temu warunki, warto zaproponować rodzącej kąpiel lub prysznic z użyciem ciepłej wody, która w naturalny sposób ją zrelaksuje i przyspieszy poród, będzie także skutecznym środkiem uśmierzającym ból;
- należy zmniejszyć niepokój rodzącej. Pod wpływem głębokiego stresu ustrój kobiety przyjmuje mechanizm „walczyć lub uciekać”, co skutkuje nieproporcjonalnie dużym stężeniem katecholamin, wywołujących niedostateczne ukrwienie mięśnia macicy. Efektem tego będzie wyciszenie się czynności skurczowej i możliwe deceleracje w tętnie płodu, których w zaistniałych warunkach położna nie jest w stanie stwierdzić;
- rodząca powinna często opróżniać pęcherz moczowy, aby nie stał się on mechaniczną przeszkodą dla obniżającego się dziecka w kanale rodnym;
- kobieta powinna przyjmować dostateczną ilość płynów;
- rodząca powinna przyjmować pozycje wertykalne;
- podopieczna powinna w czasie skurczów wykonać kontrolowane rozluźnienie mięśni dna miednicy i osiągać stan pełnego skupienia nad tą czynnością;
- zachęcenie rodzącej, by pozwoliła działać instynktownie. Zastosowana rada przekłada się na dopasowanie indywidualnej pozycji, wydawanie niekontrolowanych dźwięków, czy też nie powstrzymywanie oddawania stolca w trakcie skurczu [8].

II okres porodu

Następny etap rozpoczyna się, gdy rodząca osiągnie rozwarcie zupełne. Jeśli położnej uda się we wcześniejszym czasie nawiązać intymną relację z pacjentką, która w atmosferze spokoju będzie w stanie wczuć się w swój instynkt, dobrze jest pozwolić jej na parcie spontaniczne, samej zaś przyjąć pozycję wyczekującą. Jeśli jednak kobieta, będzie wykazywać rozkojarzenie i strach, wskazane jest, aby instruować ją krok po kroku o sposobie parcia, zachęcając dalej, by robiła to w momencie uczucia takiej potrzeby, starając się uniknąć przy tym manewru Valsalvy. Zarówno w pierwszym, jak i w drugim sposobie parcia ważne jest, by zachowywać kontakt słowny z pacjentką w taki sposób, aby wywołać u niej poczucie spokoju i zaufania.

Z powodu braku sterylnych narzędzi (wygotowanie i opalenie nożyczek może okazać się niedostateczne, a w warunkach pozaszpitalnych nie ma możliwości, by to sprawdzić) zaleca się wstrzymanie od wykonania epizjotomii oraz stosowanie ochrony krocza podczas trwania II okresu porodu.

III okres porodu

Po urodzeniu dziecka zaleca się, by ułożyć je na brzuchu matki, starannie osuszyć czystym ręcznikiem z przygotowanego wcześniej prowizorycznego zestawu porodowego, odrzucić mokry ręcznik i zawinąć dziecko kolejnymi czystymi, suchymi i najlepiej ogrzаныmi wcześniej ręcznikami oraz przykryć matkę z dzieckiem kocem lub kurtką. Czekaając na ustanie tętnienia pępowiny położna powinna ciągle obserwować stan matki i jej dziecka oraz utrzymywać kontakt słowny, podtrzymując przy tym atmosferę intymności i spokoju. Gdy tętnienie pępowiny ustaje, położna powinna przystąpić do zabiegu odpełnienia z użyciem odkazonych wcześniej przyrządów, np. dwóch wygotowanych sznurowadeł i opalonych nożyczek [5]. Sznurowadła należy zawiązać na pępowinie w dwóch miejscach, odprowadzając wcześniej krew w kierunkach przeciwnych tak, by miejsce między nimi było jak najmniej ukrwione. Następnie położna dokonuje przecięcia pępowiny [5].

Po wykonaniu powyżej opisanego zabiegu wskazane jest, by poinstruować matkę o sposobie przystawienia jej dziecka do piersi.

W tym czasie należy również zwrócić szczególną uwagę na obserwację noworodka, rozpoczynając już od pierwszej minuty jego życia. Należy ocenić jego stan w 1, 3, 5 i 10 minucie życia, posługując się skalą Apgar [9].

W trakcie III okresu porodu w warunkach porodu ulicznego do zadań położnej należy: otoczenie należyłą troską matki i dziecka, obserwacja stanu fizycznego matki i dziecka, wykonanie odpełnienia noworodka, pomoc w przystawieniu dziecka do piersi, obserwacja i ocena krwawienia z dróg rodnych kobiety, obserwacja i ocena mechanizmu rodzenia się łożyska, ocena stanu łożyska i jego zabezpieczenie, utrzymywanie kontaktu słownego z kobietą, obserwacja stanu psychicznego matki, dbałość o zachowanie dobrego stanu fizycznego i psychicznego matki i dziecka [5,10].

IV okres porodu

Czwarty, ostatni okres porodu to czas oceny i kontroli stanu matki i noworodka oraz oceny kompletności płodu.

Pierwszorzędnym działaniem jest zapewnienie ciepła matce i dziecku. Między innymi z tego powodu zaleca się, by noworodek jak najdłużej był w kontakcie skóry do skóry z położnicą. Należy dopilnować, by koc, którym po porodzie zostaną okryci był suchy i czysty, ogrzany. Należy również dołożyć wszelkiej staranności do stałej obserwacji stanu ogólnego matki i dziecka, koncentrując się w szczególności na podstawowych parametrach życiowych. Dalszym krokiem jest ocena obkurczenia się mięśnia macicy oraz kontrolowanie ilości i jakości odchodów płogowych. Podczas oceny stanu fizycznego należy utrzymywać stały kontakt słowny z pacjentką. Aby nawiązać prawidłową relację z pacjentką, należy zachowywać postawę akceptacji, autentyczności i empatii. Otoczenie noworodka opieką pełną spo-

koju, ciepła i bezpieczeństwa jest w tym momencie tak samo istotne, jak jego kontakt ze skórą matki [11,12].

Badanie noworodka

Po ocenie noworodka według skali Apgar oraz po urodzeniu łożyska, gdy sytuacja u położnicy jest klarowna, zaleca się, by przeprowadzić bardziej szczegółowe badanie dziecka. Położna, za zgodą matki, bada dziecko i informuje ją na bieżąco o zaobserwowanych wynikach, nie stawiając przy tym diagnozy. W sytuacji, gdy temperatura noworodka jest równa bądź niższa niż 36,5°C, wtedy odstępuje się od wykonania tego badania [9].

Badaniu temu podlega w pierwszej kolejności głowa i szyja, która oceniana jest pod względem symetryczności, obecności guzków lub innych defektów skóry. Kolejno bada się ciemiączka, obserwując, czy nie są wypukłe bądź zapadnięte, następnie należy stwierdzić obecność gałek ocznych w oczodołach i prawidłowe położenie małżowin usznych, a także drożność nozdrzy. Potem bada się jamę ustną pod kątem obecności rozszczepu podniebienia, zębów czy patologii języka. Następnie należy określić zabarwienie powłok skórnych i stwierdzić obecność brodawek sutkowych. Oddech noworodka powinien być regularny, bez zauważalnego wciągania mostka. Następnie ocenie podlegają zewnętrzne narządy płciowe, można w tym momencie pokazać matce płeć dziecka [9].

Położna bada także kręgosłup noworodka na obecność możliwych dołków lub torbieli. Podczas wykonywanego badania należy zwrócić uwagę czy dziecko porusza wszystkimi kończynami oraz czy są one równe względem siebie. Liczy się również palce u rąk i stóp. Ważne jest, aby odnotować pierwszą smólkę oraz mikcję [9].

Po wykonanym badaniu należy okryć noworodka i udostępnić mu kontakt skóry do skóry z matką.

Opis przypadku

Wywiad

Wywiad ogólny

Pacjentka 32 lata, ciąża I, poród I. Mieszka ze swoim partnerem w dużym mieście, mają trzy dorosłe koty. Warunki socjalno-bytowe bardzo dobre.

Pacjentka i jej partner posiadają wykształcenie wyższe i pracę w swoim zawodzie. Pacjentka hobbystycznie uczestniczy w zajęciach grupy tanecznej. Pracowała oraz uczyła na zajęcia taneczne niemal do ostatnich dni ciąży.

Podopieczna nie zgłasza żadnych chorób przewlekłych i nie przyjmuje żadnych leków i używek. Z wywiadu rodzinnego podaje nadciśnienie tętnicze i choroby tarczycy u matki.

Wywiad ginekologiczny

Pierwsza miesiączka w 11. roku życia, cykle regularne, trwające 28 dni. Krwawienia umiarkowane trwające 6 dni, objawy im towarzyszące to ból w okolicy lędźwiowej. Ostatnia miesiączka wystąpiła 13.02. Pacjentka nie zgłaszała wystąpienia chorób współistniejących z ciążą.

Przebieg ciąży z relacji pacjentki

W 3 tygodniu ciąży pacjentka przeszła lekkie przeziębienie. W 12 tygodniu ciąży ginekolog stwierdził zmniejszony przepływ krwi przez tętnicę maciczną oraz zalecił suplementację kwasu DHA w dawce 600 mg doustnie 1 × dziennie, jako profilaktyka wystąpienia porodu przedwczesnego. Około 18 tygodnia ciąży pacjentka odczuła pierwsze ruchy płodu.

Około 26 tygodnia ciąży pacjentka zaczęła zauważać u siebie niebolesne epizody wzmożonego napięcia mięśnia macicy. Ginekolog nie zalecił hospitalizacji.

Podczas trwania 37 tygodnia ciąży pacjentka zaczęła odczuwać głęboki niepokój oraz stres z powodu zbliżającego się terminu porodu. Zrezygnowała z zajęć tanecznych.

Dnia 30.10. ginekolog stwierdził 1 cm rozwarcia szyjki macicy.

Z powodu przebywania w otoczeniu kotów podczas trwania ciąży pacjentka wielokrotnie poddawała się badaniu w kierunku toksoplazmozy, którego wynik wyszedł negatywny.

Pacjentka uczęszczała do szkoły rodzenia bez uczestnictwa partnera.

Przebieg porodu

- położenie podłużne główkowe I. Termin porodu: 20.11. Data porodu: 31.10., godz. 8:55;
- odpłynięcie płynu owodniowego: 31.10., godz. 8:55 (czysty, w miernej ilości);
- HBs – ujemny (pobrano po porodzie);
- GBs – ujemny (pobrano po porodzie).

I okres porodu

- pierwsze skurcze porodowe: 31.10., godz. 3:00;
- czas trwania I okresu porodu: 5,5 godziny.

Przebieg I okresu porodu z relacji pacjentki

31.10. o godz. 3:00 pacjentkę obudziło napinanie się mięśnia macicy o niskim poziomie bólu, które pacjentka błędnie określiła jako skurcze przepowiadające. Skurcze mięśnia macicy występowały co 7 minut, później co 5 minut, nie wzbudziło to jednak podejrzeń pacjentki. O godz. 7:00 pacjentka zaczęła odczuwać niewielkie dolegliwości bólowe w okolicy lędźwiowej.

Z powodu zaniepokojenia o godz. 7:30 pacjentka wykonała telefon do swojej krewnej, położnej, aby zasięgnąć porady. Po opisanu objawów, które nie sprawiały dużych dolegliwości bólowych, położna powiedziała, że spodziewa się, że są to skurcze przepowiadające oraz zaleciła, by ciężarna napiła się naparu z melisy, wzięła kąpiel i spróbowała się wyciszyć. Krewna pacjentki zapowiedziała się, że przyjedzie do niej w ciągu godziny. O godzinie 8:00 pacjentka wzięła prysznic, podczas którego musiała 3 razy się wypróżnić, co wzbudziło jej pierwsze podejrzenia. Pacjentka zwróciła uwagę na ogromną różnicę swojego stanu sprzed i po skorzystaniu z prysznica. Wychodząc z łazienki, miała już duże problemy z poruszaniem się, odczuwała napięcie w okolicy dołu brzucha.

O godz. 8:30 z trudem przedostała się do salonu, gdzie podpierając się w lekkim pochyleniu, intuicyjnie zaczęła kołysać biodrami na boki, zataczając koła. Partnerowi poleciła zamknięcie kotów przebywających w mieszkaniu w osobnym pomieszczeniu. W tym czasie, w mieszkaniu zjawiała się krewna pacjentki. Poleciła pacjentce, by ta położyła się, w celu przeprowadzenia badania wewnętrznego. Po wykonanym badaniu stwierdzono zupełne rozwarście szyjki macicy oraz obecność punktu prowadzącego części przodującej w wychodzie kanału rodneg. W tym czasie (godz. 8:45) obecny w mieszkaniu partner pacjentki zawiadomił pogotowie ratunkowe.

II okres porodu

- pierwsze skurcze parte: 31.10., godz. 8:30;
- czas trwania II okresu porodu: 25 min;
- poród: 31.10., godz. 8:55;
- ocena noworodka wg skali Apgar w 1, 3, 5 i 10 minucie życia: 10 punktów.

Przebieg II okresu porodu z relacji pacjentki

W czasie, gdy oczekiwano przyjazdu karetki pogotowia ratunkowego, położna zaleciła pacjentce pozycję horyzontalną, aby nie przyspieszyć postępu porodu. Łóżko osłonięto nieprzemakalną folią, na którą położono matę do przewijania noworodka oraz czyste ręczniki. W trakcie oczekiwania pomocy medycznej, pacjentka nie potrafiła powstrzymać skurczów partych. Doszło u niej również do hiperwentylacji, o czym mogło świadczyć drętwienie kończyn górnych.

O godz. 8:52 dotarła pomoc medyczna. Pacjentka po instruktażu położnej uspokoiła oddech, po czym objawy hiperwentylacji ustąpiły. Położna przyjęła pozycję wyciekującą, następnie przeprowadziła parcie kierowane. O godzinie 8:55 pacjentka po przebyciu kolejnych dwóch skurczów partych, podczas których nastąpiło pęknięcie pęcherza płodowego i odpłynięcie czystego płynu owodniowego w miernej ilości, urodziła syna żywego donoszonego. Po porodzie położna ułożyła dziecko na brzuchu pacjentki. Stwierdziła pęknięcie krocza I stopnia oraz pęknięcie wargi sromowej mniejszej.

Pacjentka zauważyła, że wszystkie te zdarzenia toczyły się bardzo dynamicznie i niespodziewanie, co spowodowało uczucie strachu i euforii.

III okres porodu

- wydalenie płodu: 31.10., godz. 9:05;
- czas trwania III okresu porodu: 10 minut;
- krwawienie: umiarkowane.

Przebieg III okresu porodu z relacji pacjentki

Pacjentka będąc w szoku po tak zaskakującym dla niej przebiegu porodu, podczas III okresu porodu nie była w stanie zapamiętać zbyt wielu szczegółów. Poinformowała, że podczas rodzenia się łożyska starała się poradzić sobie z emocjami i stresem wywołanym przez nagły poród oraz skupiała swą uwagę na nowonarodzonym dziecku. Podczas wydalania płodu nie zgłaszała dolegliwości bólowych.

Łożysko zostało zabezpieczone przez ratownika medycznego obecnego na miejscu zdarzenia i przetransportowane do szpitala ginekologiczno-położniczego.

IV okres porodu

- krwawienie: w miernej ilości;
- waga ciała noworodka: 2680 g;
- długość ciała noworodka: 51 cm.

Przebieg IV okresu porodu z relacji pacjentki:

Po urodzeniu dziecka, funkcjonariusz pogotowia ratunkowego okrył noworodka folią ratunkową oraz czystymi i suchymi ręcznikami. Położnicę i noworodka przetransportowano do szpitala.

Po przybyciu do szpitala (godz. 9:15) noworodka zbadano i zabezpieczono przed utratą ciepła. W tym czasie pacjentka została zbadana, pobrano materiał do badań na obecność HBs i GBs oraz opatrzone obrażenia krocza. Pacjentka wraz z dzieckiem została przyjęta do szpitala, do oddziału położniczego w systemie rooming-in.

Pierwsze przystawienie dziecka do piersi nastąpiło o godz. 14:00 i sprawiało wiele trudności z powodu niechwytnych brodawek oraz przeżytej traumy spowodowanej nagłym porodem. Utrudniony kontakt matki z dzieckiem w pierwszych godzinach po porodzie miał również wpływ na dalsze karmienie i nawiązanie więzi emocjonalnej między położnicą a noworodkiem.

Pacjentka przyznała się do znacznego obniżenia nastroju, które trwało ok. 6 tygodni po porodzie. Wśród czynników warunkujących ten stan wymieniła trudności w karmieniu naturalnym, uczucie „wyrwania” dziecka, spowodowane brakiem przygotowania psychicznego do odbycia porodu, obwinianie siebie, że w porę nie rozpoznała toczącego się porodu oraz strach przed niesprawdzeniem się w roli matki. W szpitalu nie skorzystała jednak z możliwości konsultacji psychologicznej, gdyż jak twierdzi, będąc jeszcze w euforii spowodowanej narodzinami dziecka, nie odczuwała takiej potrzeby.

Wnioski

- Poród uliczny to zjawisko coraz rzadziej spotykane, na co wpływ ma m.in. lepsza diagnostyka prenatalna i większa świadomość kobiet.
- Położna posiada wiedzę oraz umiejętności potrzebne do przyjęcia porodu fizjologicznego w warunkach szpitalnych, domowych oraz innych, jednak stres związany z nieplanowanym porodem w nietypowym miejscu może wpłynąć na jakość świadczonych przez nią czynności.
- Położna powinna cały czas pogłębiać swoją wiedzę, by niezależnie od warunków otoczenia i okoliczności, w jakich się znajdzie, była w stanie otoczyć rodzącą profesjonalną opieką.
- Położna powinna znać metody radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych.

Bibliografia

1. *Rocznik Demograficzny 2015*. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2015.
2. Goniewicz M. *Ratownictwo medyczne na miejscu wypadku drogowego: zintegrowany system szkolenia służb i podmiotów ratowniczych udzielających pomocy na miejscu wypadku drogowego jako element poprawy bezpieczeństwa ruchu drogowego w Polsce*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego; 2013.
3. Myers S, Tully G, Hanson L. *Ocena postępu porodu*. W: Simkin P, Ancheta R. *Udany poród: jak wcześniej zapobiec dystocji i ją leczyć*. W. red. Wyd. pol. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2014: 103–151.
4. Gaskin IM. *Duchowe położnictwo: intymność narodzin*. Warszawa: Virgo; 2009.
5. Wojciula J, Fiedor P. *Poród w miejscu zdarzenia. Postępowanie ratujące życie matki i noworodka*. W: Fiedor P, Pawłowski W, red. *Medycyna katastrof: kompendium edukacyjno-szkoleniowe*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego; 2011: 153–163.
6. Virella G. *Mikrobiologia i choroby zakaźne*. Heczko PB, red. Wyd. pol. Wrocław: Urban & Partner; 2000.
7. Witt M, Goniewicz M, Szymanowski K. *Obrażenia u kobiet ciężarnych – postępowanie w wypadkach masowych i katastrofach. Anestezjologia i ratownictwo 2012*; 6(1): 94–101.
8. Simkin P, Ancheta R. *Nieprawidłowy przebieg porodu: rozważania ogólne*. W: Simkin P, Ancheta R. *Udany poród: jak wcześniej zapobiec dystocji i ją leczyć*. W. red. Wyd. pol. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2014: 15–50.
9. Baston H, Hall J. *Podstawy położnictwa: po porodzie*. Kaleta M, red. Wyd. pol. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2011.
10. Charles C. *Akcja porodowa i poród fizjologiczny*. W: Chapman V, Charles C, red. *Prowadzenie porodu*. W. red. Wyd. pol. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011: 1–42.
11. Gaskin IM. *Poród naturalny*. Bryndza-Boć Z, red. Wyd. pol. Warszawa: CoJaNaTo Blanka Łyszkowska-Zacharek; 2012.

12. Russell K. *Obserwacja i oczekiwanie: warunki porodu w domu*. W: Edwins J, red. *Praktyka zawodowa*. W. red. Wyd. pol. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011: 29–50.

Adres do korespondencji:

Natalia Cebula
Wydział Położnictwa,
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
ul. Żwirki i Wigury 1/3, 48-304 Nysa
tel. 795 884 375
e-mail: nataliahasiak@gmail.com

Paciorkowiec β -hemolizujący – kolonizacja matki, choroba noworodka

Joanna Jaroszewicz-Trzaska, Anna Kamińska,
Anna Grzymała-Figura, Zbigniew Celewicz

Klinika Perinatologii, Położnictwa i Ginekologii,
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Pomimo wieloletniego stosowania antybiotyków, coraz lepiej poznawanych mechanizmów oporności bakterii na leki oraz coraz sprawniejszej i bardziej efektywnej diagnostyki, problem zakażeń w praktyce lekarza położnika jest nadal aktualny. Zakażenia są jednym z najczęstszych powikłań w trakcie ciąży, porodu i porodu, z jakimi się spotyka w swojej opiece nad kobietą ciężarną oraz płodem, a potem noworodkiem. Infekcje, zwłaszcza bakteryjne, mogą być przyczyną porodu przedwczesnego, przedwczesnego pęknięcia pęcherza płodowego, ograniczonego wzrastania wewnątrzmacicznego płodu i wcześniactwa. W okresie noworodkowym stanowią główną przyczynę zachorowalności i umieralności. Jednymi z patogenów odpowiedzialnych za ciężkie zakażenia u noworodków są paciorkowce grupy B (*Streptococcus group B-GBS*), z czego najczęściej *Streptococcus agalactiae*.

Paciorkowe (*Streptococcus*) są Gram-dodatnimi ziarniakami, okrągłymi lub owalnymi, względnie beztlenowymi bakteriami, pozbawionymi katalazy. Na ogół przyjmują formę skręconych łańcuchów lub dwoinek. Większość z nich kolonizuje mikroflorę błon śluzowych organizmu człowieka, jednocześnie będąc istotnymi patogenami w zakażeniach tkanek miękkich – głównie skóry i tkanki podskórnej, układu oddechowego, moczowego, opon mózgowo-rdzeniowych. Identyfikacja poszczególnych gatunków streptokoków bywa utrudniona, ponieważ istnieją dwa systemy kwalifikacyjne:

- podział według Lancefield, oparty na własnościach serologicznych (wytwarzanie grupowo-swoistych antygenów ściany komórkowej, najczęściej wielocukru); grupy A, B, C, D, G, F;
- podział oparty na typie hemolizy (α -niecałkowicie hemolizujące, β -całkowicie hemolizujące, γ -niehemolizujące) [1].

Klasyfikacja wg Lancefield dotyczy głównie paciorkowców β -hemolizujących. W grupie paciorkowców α -hemolizujących i γ -niehemolizujących niektóre gatunki nie posiadają antygenów otoczkowych.

Streptococcus agalactiae został opisany po raz pierwszy w latach 80. XIX wieku jako przyczyna zapalenia wymion u bydła, powodująca bezmleczność. Jest jedynym paciorkowcem β -hemolizującym posiadającym antygen grupowy B. Dodatkowo wśród tego gatunku streptokoków różnicuje się serotypy na podstawie dziewięciu typowo swoistych wielocukrów otoczkowych (Ia, Ib, II – VIII), co jest szczególnie istotne w prowadzonych badaniach nad szczepionkami (serotypy Ia, III, V są najczęściej związane z kolonizacją i zakażeniami). Otoczka wielocukrowa jest najważniejszym czynnikiem chorobotwórczym *S. agalactiae*, ponieważ hamuje ona fagocytosę do momentu wytworzenia przez organizm swoistych przeciwciał. Dodatkowo w niszczeniu *S. agalactiae* istotną rolę spełnia układ dopełniacza. Dlatego też na zakażenia są narażone głównie noworodki, zwłaszcza urodzone przedwcześnie, u których układ dopełniacza jest fizjologicznie obniżony, oraz te, których matki nie wykształciły przeciwciał przeciwko tym paciorkowcom. Wśród dorosłych osobami ze zwiększonym ryzykiem zakażeń GBS są chorzy na cukrzycę, choroby wątroby, nerek, choroby nowotworowe oraz nosiciele wirusa HIV [1].

U ludzi *S. agalactiae*, jako bakteria komensalna, może kolonizować dolny odcinek przewodu pokarmowego oraz układ moczowo-płciowy. Wraz z upływem czasu coraz bardziej podkreślano jego rolę także w patologii ciężkich zakażeń, zarówno u dorosłych, jak i dzieci. Następnie zaczęto znajdować powiązanie między infekcją u noworodka a kolonizacją GBS pochwy u matki – w II połowie XX wieku liczba ciężkich zakażeń noworodków wywołanych przez te bakterie systematycznie rosła.

U osób dorosłych zakażenia o etiologii GBS przebiegają głównie pod postacią zapalenia tkanek miękkich, skóry, zapalenia płuc, układu moczowego i posocznicy na tym podłożu. U kobiet ciężarnych *S. agalactiae* może być przyczyną zakażeń układu moczowego, zapalenia owodni lub błony śluzowej macicy oraz gorączki połogowej.

Zakażenia wśród noworodków, w zależności od czasu ich rozpoczęcia względem porodu, dzieli się na wczesne (do ukończenia 7. doby życia noworodka) i późne (między 7. a 89. dobą życia noworodka). Infekcje te najczęściej przebiegają pod postacią posocznicy i zapalenia płuc oraz, rzadziej, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w grupie wczesnych zakażeń. Natomiast w grupie późnych, zakażenia manifestują się głównie zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych, a także zakażeniami ogniskowymi: zapaleniem stawów, szpiku czy tkanki łącznej [2]. Za zakażenia wczesne odpowiedzialne są głównie serotypy Ia, III, V, a za późne – serotyp III. Serotypy Ia i V głównie odpowiadają za infekcje u osób dorosłych [1].

Do kolonizacji i ewentualnie zakażenia, paciorkowcami grupy B u noworodków może dojść zarówno w życiu płodowym, wewnątrzmacicznie, drogą wstępującą przez pochwę lub drogą krwionośną przez łożysko albo przy porodzie: zarówno

w mechanizmie wstępującego zakażenia przez pochwę (również przy zachowanej ciągłości błon płodowych), jak i podczas przechodzenia dziecka przez kanał rodny. Najprawdopodobniej kolonizacja noworodka postępuje od jamy ustnej, a następnie rozszerza się na drogi oddechowe i przewód pokarmowy. Ryzyko transmisji i następnej kolonizacji noworodka przez bakterie *Streptococcus agalactiae* od skolonizowanej matki sięga 40–60%, z czego 1–3% tych dzieci rozwinięte objawowe zakażenie [2]. Ryzyko to rośnie dodatkowo w sytuacjach przedwczesnego porodu, wydłużonego czasu trwania odpływania płynu owodniowego oraz wystąpienia gorączki w trakcie porodu.

W latach 70. ubiegłego wieku w USA odnotowano aż 7600 przypadków zakażeń GBS u noworodków rocznie, blisko 300 kończyło się zgonem noworodka, z czego 80% w przebiegu posocznicy. W wyniku wprowadzonej diagnostyki i profilaktyki śródporodowej w ciągu dziesięciu lat uzyskano znaczące zmniejszenie – ponad dwukrotne – liczby zakażeń GBS jako przyczyny zgonów noworodków [3]. Z uwagi na to, na początku lat 90. Amerykańskie Towarzystwo Pediatryczne, a za nim Amerykańskie Towarzystwo Położnictwa i Ginekologii opracowało rekomendacje dotyczące śródporodowej profilaktyki zakażeń GBS, które na przestrzeni dziesięciolecia ulegały aktualizacjom. Jednocześnie swoje rekomendacje dotyczące zapobiegania wczesnym zakażeniom GBS u noworodków opracowało i wydało w 1996 roku Center of Disease and Control (CDC). Rekomendacje CDC zostały zaktualizowane w 2002 roku i obowiązują w tej formie do dzisiaj. Na ich podstawie w 2008 roku Polskie Towarzystwo Ginekologiczne wydało swoje „Rekomendacje dotyczące wykrywania nosicielstwa paciorkowców grupy B u kobiet w ciąży i zapobiegania zakażeniom u noworodków”.

W Polsce nosicielstwo paciorkowców grupy B wśród kobiet ciężarnych waha się między 10% a 30%. Niestety, brak jest ogólnokrajowych danych epidemiologicznych na temat rozpowszechnienia kolonizacji GBS w tej grupie kobiet. Dostępne są jedynie wybiórcze dane z pojedynczych ośrodków, w których częstość kolonizacji kobiet ciężarnych oscyluje między 13% na Górnym Śląsku, a 18–19% na Mazowszu i w Małopolsce, natomiast noworodków 9,5–34,5% [3,4].

Według rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego skринingiem obejmuje się wszystkie kobiety pomiędzy 35. a 37. tygodniem ciąży. Polega on na pobraniu dwoma jałowymi wymazówkami wymazu z przedsionka pochwy (bez konieczności stosowania wziernika położniczego) i odbytu (po przekroczeniu oporu zwieracza odbytu). Obie wymazówki umieszcza się oddzielnie w podłożu transportowym i przekazuje do pracowni mikrobiologicznej w celu wykonania posiewu oraz antybiogramu.

Do tej pory na świecie nie oznaczono paciorkowców β -hemolizujących opornych na penicylinę, w związku z czym ocena wrażliwości na tę grupę leków może zostać pominięta. Istotna jest za to identyfikacja szczepów opornych na makrolidy i linkomycynę (MLSB).

W sytuacji stwierdzenia *S. agalactiae* w trakcie trwania ciąży przed 35. tygodniem, kiedy jego obecność nie jest związana z zakażeniem, a jedynie nosicielstwem, nie podejmuje się prób jego eradykacji. Stwierdzono, że nosicielstwo GBS po odstawieniu leczenia szybko nawraca, a następnie odstępianie od profilaktyki antybiotykowej śródporodowo jest w takich sytuacjach nieuzasadnione [4].

Tabela 1. Wskazania do profilaktyki antybiotykowej zakażeń *S. agalactiae* [4]

Kobiety z dodatnim posiewem w kierunku <i>S. agalactiae</i> wykonanym w 35.–37. tygodniu ciąży.
Kobiety z wywiadem zakażenia okołoporodowego <i>S. agalactiae</i> , u któregoś z poprzednich dzieci (mimo ujemnego wyniku skriningu w aktualnej ciąży).
Kobiety z dodatnim posiewem moczu w kierunku <i>S. agalactiae</i> w obecnej ciąży (mimo ujemnego wyniku skriningu w aktualnej ciąży).
Kobiety rodzące przed planowym wykonaniem skriningu (przed 35.–37. tygodniem ciąży).
Kobiety z nieznanym wynikiem skriningu oraz > 18 godzin od odpłynięcia płynu owodniowego.
Kobiety z nieznanym wynikiem skriningu oraz gorączką $\geq 38^{\circ}\text{C}$.

W trakcie porodu drogami natury stosuje się profilaktykę zakażenia GBS u wszystkich pacjentek wymienionych w tabeli 1. Lekiem pierwszego wyboru jest penicylina G w pierwszej dawce 5 mln jednostek, a następnie w dawce 2,5 mln jednostek powtarzanych co 4 godziny aż do zakończenia porodu. Alternatywą dla penicyliny G jest ampicylina w pierwszej dawce 2 g, a następnie 1 g co 4 godziny do końca porodu. W przypadku podawanego przez rodzącą uczulenia na penicylinę zaleca się stosowanie śródporodowo dożylnie cefazoliny (w dawce początkowej 2 g, a następnie 1 g co 8 godzin do końca porodu), erytromycyny (500 mg co 6 godzin) lub klindamycyny (900 mg co 8 godzin). Wszystkie antybiotyki podaje się drogą dożylną, do momentu zakończenia porodu [4].

Obserwuje się narastającą częstość występowania szczepów z fenotypem MLSB, które powodują oporność bakterii na erytromycynę i klindamycynę. Dlatego też, w wypadkach wyhodowania szczepów GBS z tym fenotypem, przy przeciwwskazanym podaniu antybiotyków β -laktamowych, w profilaktyce śródporodowej zalecane jest stosowanie dożylnie wankomycyny w dawce 1 g co 12 godzin do końca porodu. Skuteczność śródporodowej profilaktyki antybiotykowej – pod warunkiem zastosowania pierwszej dawki minimum 4 godziny przed porodem – w zapobieganiu transmisji wertykalnej GBS szacuje się na 86–89% [4].

Po porodach matek z dodatnim posiewem w kierunku GBS i z profilaktyką okołoporodową, noworodki poddaje się 24-godzinnej obserwacji i dopiero w sytuacji wystąpienia objawów zakażenia pobiera się wymazy z ucha i pępka noworodka, wdrażając jednocześnie leczenie empiryczne.

Wobec noworodków urodzonych powyżej ukończonego 34. tygodnia ciąży, które otrzymały profilaktykę okołoporodową, również stosuje się obserwację 24–48-godzinną; ale jedynie u tych, u których poród zakończył się poniżej 4 godzin od podania antybiotyku, należy dodatkowo kontrolować CRP 2–3 razy co 12 godzin. W sytuacji wystąpienia objawów zakażenia należy wykonać posiewy krwi oraz wdrożyć antybiotykoterapię empiryczną.

U wcześniaków urodzonych przed ukończeniem 34. tygodnia ciąży, niezależnie od antybiotykoterapii śródporodowej, kontroluje się CRP, a w sytuacji wystąpienia zespołu zaburzeń oddychania wykonuje się posiewy krwi oraz wdraża antybiotykoterapię empiryczną.

Wszystkie noworodki urodzone przez kobiety z *chorioamnionitis*, przedwczesnym pęknięciem pęcherza płodowego i kolonizacją GBS, niezależnie od objawów zakażenia, diagnozuje się w kierunku infekcji uogólnionej oraz wdraża leczenie empiryczne [4].

Dzięki powszechnie prowadzonemu skriningowi kobiet ciężarnych w kierunku GBS oraz profilaktyki antybiotykowej w trakcie porodu obserwuje się znaczący spadek zakażeń GBS u noworodków w ciągu minionych 20 lat z 1,7/1000 żywych urodzeń w latach 90. do 0,34–0,37/1000 żywych urodzeń w ciągu ostatnich kilku lat [3]. Spadek częstości zakażeń jest znamieny i świadczy o zasadności stosowania skriningu i profilaktyki śródporodowej w kwestii zapobiegania wczesnych zakażeń GBS u noworodków. Jednakże w piśmiennictwie nie ma jednoznacznych danych wykazujących związany z nim spadek śmiertelności noworodków – zarówno ogólnej, jak i w przebiegu zakażenia GBS. Poza tym samo występowanie ciężkich infekcji paciorkowcowych wśród noworodków jest rzadkie. Ciekawe jest, iż w Wielkiej Brytanii, pomimo niestosowania badań przesiewowych i wdrażanej w związku z tym śródporodowej antybiotykoterapii, odsetek wczesnych zakażeń noworodków wywołanych *Streptococcus agalactiae* utrzymuje się na poziomie 0,5/1000 żywych urodzeń, co właściwie odpowiada poziomowi z innych krajów, w których skrining jest powszechnie stosowany. Brytyjczycy szacują częstość kolonizacji GBS u kobiet na 21% [5].

Zespół holenderski pod przewodnictwem Valkenburg-van den Berga na podstawie analizy piśmiennictwa wykazał ograniczenia skriningu wykonywanego w 35.–37. tygodniu ciąży. Stwierdził, że 6% kobiet ulega kolonizacji w późniejszym terminie trwania ciąży, w związku z czym akurat te kobiety nie będą objęte profilaktyką śródporodową [6]. Podobne wnioski nasuwają się z obserwacji własnych I Kliniki Położnictwa i Ginekologii w Warszawie, gdzie w przypadku aż 22% rodzących z ujemnym wynikiem skriningowego posiewu okazało się, że przy zgłoszeniu się do porodu kontrolne posiewy były dodatnie [3].

Centers for Disease Control and Prevention podkreśla przejściowy charakter kolonizacji okolicy analno-genitalnej paciorkowcami grupy B. Skutkuje to ograniczoną wartością diagnostyczną przesiewowego posiewu mikrobiologicznego, w momencie gdy od czasu jego wykonania do porodu minęło więcej niż 5 tygodni [7].

Brett i współpracownicy [8] również porównywali wyniki nosicielstwa GBS. U kobiet, z wykonanym posiewem między 35. a 37. tygodniem ciąży, oznaczali śródporodowo kolonizację paciorkowcem, wykonując standardowe badania mikrobiologiczne oraz test amplifikacji kwasów nukleinowych. Otrzymali interesujące wyniki, które przemawiają za wykonywaniem badań w kierunku GBS w momencie rozpoczęcia porodu. W 10% ujemnych wyników badań mikrobiologicznych w kierunku GBS – przed- i śródporodowych było niezgodnych. Jedynie 2,5% kobiet z ujemnym posiewem przedporodowym i dodatnim śródporodowym otrzymało profilaktykę antybiotykową w trakcie porodu. Z kolei większość noworodków z wczesnym zakażeniem wywołanym przez paciorkowce grupy B (52–82%) pochodziła od matek, których badanie przesiewowe wykonane między 35. a 37. tygodniem ciąży było ujemne, i które w związku z tym nie otrzymały profilaktyki śródporodowej. W tym samym badaniu bardzo dobre wyniki w zakresie wykrywania kolonizacji dała metoda molekularna. Jej czułość wynosiła 91% a specyficzność 98%, w porównaniu do odpowiednich wartości posiewu wykonanego jeszcze w trakcie ciąży: 70% i 96%. Również istotną różnicą, w sumie zasadniczą jeśli chodzi o identyfikację skolonizowanych kobiet w okresie porodu, jest czas otrzymania wyniku. W przypadku testów molekularnych czas potrzebny do otrzymania wyniku od pobrania próbek wynosi około 4 godzin, co jest nieporównywalne do oczekiwania na wynik posiewu, którego wykonanie trwa co najmniej 48 godzin.

W celu oceny kolonizacji pochwy paciorkowcem β -hemolizującym, przed kilku laty wprowadzone zostały do stosowania klinicznego szybkie testy lateksowe. Ich działanie opiera się na wykrywaniu antygenów otoczkowych. Mają one przewagę nad standardowym badaniem mikrobiologicznym czy nawet badaniem wykorzystującym diagnostykę molekularną – są łatwe w wykonaniu, a czas oczekiwania na wynik wynosi kilkanaście minut. Właściwie byłby idealnym badaniem do wykrywania śródporodowego nosicielstwa GBS u kobiet rodzących, jednakże ich niska czułość przy kolonizacji niskiego stopnia ogranicza ich stosowanie na szeroką skalę czy zastąpienie nimi standardowej hodowli. Pomimo tych uwag są one niejednokrotnie wykorzystywane w praktyce klinicznej.

Bibliografia

1. *Streptococcus*. W: Murray P, Rosenthal K, Pfaller M. *Mikrobiologia*. Wrocław. Elsevier Urban & Partner; 2013: 219–235.

2. Kowalska B, Niemiec T, Drews K, Słomko Z, Pawlaczyk M, Markowska A. Zakażenia paciorkowcami grupy B u ciężarnych. W: Słomko Z, red. *Profilaktyka w położnictwie, ginekologii i neonatologii*. Poznań: Polskie Towarzystwo Ginekologiczne; 2005: 613–645.
3. Szymusik I, Kosińska-Kaczyńska K, Pietrzak B, Wielgoś M. Czy nadszedł czas na zmiany w badaniach przesiewowych w kierunku nosicielstwa GBS? *Ginekol Pol* 2014; 85: 456–460.
4. Kotarski J, Heczko P, Lauternach R, Niemiec T, Leszczyńska-Gorzela B. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące wykrywania paciorkowców grupy B (GBS) u kobiet w ciąży i zapobieganiu zakażeniom u noworodków. *Ginekol Pol* 2008; 79: 221–223.
5. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists: The Prevention of Early-onset Neonatal Group B Streptococcal Disease. Green-top Guideline No. 36. 2nd edition July 2012.
6. Valkenburg-van den Berg A, Houtman-Roelofsens R, Oostvogel P, Dekker F, Dorr P, Sprij A. Timing of group B streptococcus screening in pregnancy: a systematic review. *Gynecol Obstet Inves* 2010; 69(3): 174–183.
7. Schrag S, Gorwitz R, Fultz-Butts K, Schuchat A. Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease. Revised Guidelines from CDC. *Recommendations and Reports* August 16, 2002; 51(RR11): 1–22.
8. Young B, Munish Gupta L, Rhee J, Hacker M. Evaluation of a rapid, real-time intrapartum group B Streptococcus assay. *Am J Obstet Gynecol*. October 2011; 205(4): 372.e1–372.e6.

Adres do korespondencji:

Zbigniew Celewicz
Klinika Perinatologii, Położnictwa i Ginekologii,
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
ul. Siedlecka 2, 72-010 Police
tel. 91 425 39 12
e-mail: sekr.perinat@spsk1.szn.pl

Cytomegalia wrodzona – zalecenia dotyczące rozpoznawania i leczenia

Alina Kowalczykiewicz-Kuta

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

Charakterystyka ludzkiego wirusa cytomegalii

Zakażenia wrodzone, które w 1969 roku Rada Ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia określiła akronimem TORCH (S), w przypadku zakażenia ciężarnej mogą spowodować zaburzenia neurorozwojowe wewnątrzmacicznie zakażonego dziecka. Jednym z nich jest zakażenie ludzkim wirusem cytomegalii.

Zakażenia wywoływane u ludzi wirusem cytomegalii są powszechne. Występują na wszystkich kontynentach niezależnie od pory roku. Cytomegalia jest najczęstszym na całym świecie wrodzonym zakażeniem noworodków. Choroba spowodowana jest ludzkim wirusem cytomegalii (ang. *human cytomegalovirus* – HCMV). Wirus ten należy do rodziny *Herpesviridae* i zawiera podwójnie skręconą nić DNA. Jest największy w tej rodzinie wirusów będących patogenami człowieka – ma średnicę 20 nm. Kwas nukleinowy CMV koduje 35 białek strukturalnych oraz nieokreśloną liczbę białek niestrukturalnych. Testy serologiczne nie rozróżniają serotypów wirusa. Wirus jest termolabilny, wrażliwy na działanie związków chemicznych oraz środowisko kwaśne (niskie pH). Najlepszą metodą przechowywania drobnoustroju jest umieszczenie komórek zakażonych CMV w temperaturze – 70°C lub w temperaturze ciekłego azotu [1].

Wirus CMV może znajdować się w ślinie, pokarmie kobiecym, wydzielinach pochwy i szyjki macicy, moczu, nasieniu, kale oraz krwi. Szerzenie się zakażenia jest wynikiem bliskiego kontaktu z człowiekiem zakażonym. Okres wylęgania wynosi od 4 do 8 tygodni. Czas wydalania wirusa (mocz, ślina, nasienie, wydzielina szyjki macicy, pokarm matki) nie jest jasno określony. Może wynosić kilka miesięcy do kilku lat. Najbardziej poważne źródło zakażenia CMV to osoby dorosłe poddane immunosupresji oraz kobiety w ciąży. Większość dzieci matek zakażonych CMV rodzi się z nabytymi w sposób bierny przeciwciałami klasy IgG od matki.

Epidemiologia

Cytomegalia jest najczęstszą zakaźną chorobą wrodzoną (około 1% wszystkich noworodków) oraz jest najczęstszą przyczyną infekcyjną, która powoduje wystąpienie wad wrodzonych [2]. Szacuje się, że na całym świecie wrodzona cytomegalia występuje z częstością 7 przypadków na 1000 urodzonych noworodków [3]. Jedynie 10% spośród zakażonych noworodków prezentuje po urodzeniu objawy kliniczne choroby. Inne dane mówią, że u około 12,7% zakażonych noworodków objawy choroby są widoczne po urodzeniu [3]. Około 13,5% noworodków ma bezobjawową postać choroby i u tych dzieci na późniejszym etapie rozwoju mogą wystąpić różne powikłania zakażenia CMV [3].

Ustalenie rozpoznania cytomegalii wrodzonej – objawy i diagnostyka

Zakażenie CMV u ludzi jest często bezobjawowe lub przebiega jako łagodna infekcja albo jako zespół mononukleozopodobny. U ludzi dorosłych i u dzieci zazwyczaj nie jest to niebezpieczne zakażenie, które nie powoduje powikłań. Grupami pacjentów, u których istnieje zwiększone ryzyko choroby i poważnych jej powikłań są płody w czasie ciąży i osoby z obniżoną odpornością. Ta druga grupa pacjentów to dzieci z wrodzonymi lub nabytymi zaburzeniami odporności oraz biorcy przeszczepów. U biorców przeszczepów do zakażenia może dojść z powodu pierwotnego zakażenia CMV, z powodu reaktywacji wirusa lub w wyniku przeniesienia wirusa wraz z przeszczepem. U osób z niedoborami odporności, tak jak u pacjentów zakażonych wirusem HIV (*ang. human immunodeficiency virus*) oraz równocześnie zakażonych CMV, może dojść do ciężkich infekcji w postaci zapalenia płuc, zapalenia siatkówki, zapalenia jelit czy zakażenia ośrodkowego układu nerwowego.

Jednak w okresie okołoporodowym i wcześniej w okresie życia płodowego wirus cytomegalii jest najczęściej występującą przyczyną wad wrodzonych. To niebezpieczne dla noworodka zakażenie wertykalne może mieć miejsce wewnątrzmacicznie, w trakcie porodu i/lub po porodzie. Zakażenie płodu może być związane z zakażeniem ciężarnej CMV – jako jej zakażenie pierwotne wirusem lub nawrotowe zakażenie latentne CMV albo jako reinfekcja występująca u matki, ale innym typem wirusa. Najczęstszym źródłem zakażenia ciężarnych kobiet są małe dzieci [4]. Do zakażenia okołoporodowego dochodzi w czasie porodu lub przez zakażony pokarm matki. W badaniu klinicznym wykazano, że zakażeniu uległo 38% dzieci karmionych naturalnie przez seropozytywne matki [5]. Coraz rzadszą, ale nie niemożliwą drogą zakażenia dzieci, nie związaną z zakażeniem wertykalnym, jest droga pozajelitowa – podczas przetoczenia krwi w okresie noworodkowo-niemowlęcym lub w wieku starszym w przypadku przeszczepu różnych narządów u dzieci. Obraz kliniczny choroby obejmuje postać bezobjawową oraz postać objawową.

Postać objawowa to szereg objawów, które można stwierdzić we wczesnym okresie noworodkowym. Do typowych objawów przedmiotowych cytomegalii wrodzonej należą: drobne wybroczyny, osutka krwotoczna przypominająca „bułkę z jagodami” (*ang. blueberry muffin rash*), wewnątrzmaciczne zahamowanie wzrastania płodu (*IUGR – ang. intaruterine growth restriction*), małopłowie, powiększenie wątroby i śledziony oraz żółtaczka. Wyniki podstawowych badań hematologicznych oraz biochemicznych wskazują na zajęcie wątroby (zwiększona aktywność amionotransferaz, zwiększone stężenie bilirubiny związanej) oraz na nieprawidłowości ze strony układu siateczkowo-śródbłonkowego (pancytopenia, małopłytkowość) [6].

Postać bezobjawowa choroby występuje częściej. Jednak około 10% bezobjawowych noworodków wieku 6–7 lat rozwinię niedosłuch odbiorczy, podczas gdy częstość występowania niedosłuchu w populacji pediatrycznej wynosi 0,1–0,4%. Niedosłuch odbiorczy związany jest z uszkodzeniem ślimaka lub nerwów doprowadzających sygnały ze ślimaka do mózgu. W okresie noworodkowym badanie przesiewowe słuchu najczęściej jest prawidłowe. Skrining słuchu pozwala wykryć około 50% noworodków z niedosłuchem spowodowanym zakażeniem CMV. Niedosłuch ujawnia się późno, może ulec regresji oraz może być obustronny. Z tego też względu bardzo ważna jest kontrola i monitorowanie audiologiczne tych dzieci. Innym możliwym uszkodzonym narządem jest, tak jak w przypadku innych zakażeń z grupy TORCH, gałka oczna. Najbardziej charakterystycznym stanem jest zaćma, czyli zmętnienie soczewki, pogarszające w przyszłości ostrość widzenia dziecka oraz opóźnione zapalenie naczyniówki i siatkówki.

Diagnoza kliniczna musi być potwierdzona badaniami laboratoryjnymi. Większość dzieci matek, u których doszło do zakażenia CMV w ciąży, rodzi się z nabytymi w sposób bierny od matki przeciwciałami klasy IgG przeciw CMV. Zanikają one między 6. a 12. miesiącem życia. Czynne zakażenie potwierdza izolacja wirusa z moczu, śliny, popłuczyn oskrzelowych, pokarmu kobiecego, wydzielin z pochwy lub szyjki macicy, wycinków tkankowych. W zakresie cytomegalii wrodzonej konieczne jest ustalenie rozpoznania w ciągu pierwszych trzech tygodni życia dziecka, ponieważ badania serologiczne i wirusologiczne wykonane później nie pozwalają już jednoznacznie odróżnić zakażenia wrodzonego od nabytego. Badania potwierdzające pierwotne zakażenie CMV obejmują wykonanie oznaczenia przeciwciał przeciw CMV poprzez test immunoenzymatyczny ELISA: wykrycie przeciwciał przeciw CMV w klasie IgM, a w razie braku IgM – stwierdzenie przyrostu w czasie przeciwciał w klasie IgG. W przypadkach reaktywacji zakażenia CMV u matki przeciwciała przeciw wirusowi w klasie IgM nie są syntetyzowane lub mają niskie miano, czyli ten rodzaj zakażenia u matki nie może być wykrywany tą metodą. Metoda pozwalająca serologicznie potwierdzić zakażenia CMV, w tym również reaktywację latentnego zakażenia, jest wykrycie przeciwciał IgM w surowicy matki w teście Western-blot. Potwierdzeniem zakażenia z okresu życia płodowego jest obecność bezpośrednio po urodzeniu we krwi dziecka przeciwciał przeciw

CMV w klasie IgM. Jednak brak przeciwciał nie może jednoznacznie wykluczyć takiego zakażenia, ponieważ na tym etapie życia przeciwciała IgM mogą nie być syntetyzowane przez noworodka lub poziom ich nie będzie wykrywalny w rutynowych testach diagnostycznych. Badanie wykrywające wirusa, które jest najbardziej czułą i wydajną metodą diagnostyczną, to badanie amplifikacji DNA wirusa za pomocą polimerazowej reakcji łańcuchowej (PCR – *ang. polymerase chain reaction*) [7]. Komentarz laboratorium na wyniku dodatniego badania CMV DNA w moczu metodą PCR brzmi: „Przeprowadzono łańcuchową reakcję polimerazy w czasie rzeczywistym (Real Time PCR) w obecności starterów i sondy komplementarnych do konserwatywnego fragmentu DNA ludzkiego wirusa CMV. Jako matrycy użyto DNA wyizolowanego z moczu pobranego od pacjenta. Wynik dodatni stanowi krzywa amplifikacji, która odzwierciedla wzrost sygnału sondy przyłączanej sukcesywnie do powielanych fragmentów DNA wirusa CMV. Wykreślenie przez aparat krzywej amplifikacji przy jednoczesnym braku krzywych w próbkach kontroli negatywnej świadczy o obecności DNA wirusa CMV w pobranym materiale”.

Wykrycie obecności wirusa w ślinie lub w moczu noworodka jest względnie proste, ponieważ w tych płynach ustrojowych znajduje się wiele kopii wirusa. „Złotym standardem” jest izolacja wirusa z moczu w ciągu pierwszych 3 tygodni życia dziecka. Może to być badanie jakościowe lub ilościowe – oceniające ilość kopii wirusa CMV. Porównując dokładność rozpoznania zakażenia CMV u noworodka w moczu czy w ślinie, na podstawie badań wykazano, że około 1/3 próbek moczu nie nadawała się do oceny ze względów technicznych, natomiast znacznie łatwiej było pobrać ślinę [7].

Poza badaniami związanymi z potwierdzeniem rozpoznania cytomegalii wrodzonej należy wykonać u noworodka lub niemowlęcia inne badania diagnostyczne. Należą do ich:

1. Badania krwi

Wykonanie tych badań hematologicznych i biochemicznych pozwoli ocenić stan zakażenia: morfologia krwi, układ krzepnięcia, próby wątrobowe, próby nerkowe (zwłaszcza przed rozpoczęciem leczenia gancyklowirem).

2. Badania neuroobrazowe

Ultrasonografia przeciemniączkowa głowy jest pierwszym przydatnym badaniem obrazowym OUN u noworodków z podejrzeniem wrodzonej cytomegalii oraz badaniem, które pozwala ustalić rokowanie u objawowych noworodków z zaburzeniami OUN [8]. Cytomegalia wrodzona może objawiać się: wewnątrzczaszkowymi zwapnieniami, poszerzeniem układu komorowego, zanikiem istoty białej, malformacjami układu nerwowego wynikającymi z zaburzeń migracji neuroblastów o charakterze mikrogryrii i zmian torbielowatych.

Drugim badaniem obrazującym zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym u noworodków z objawami zakażenia CMV jest badanie rezonansu magnetycznego głowy (MRI). Ustalono, że stopień zajęcia istoty białej jest zmienny i badanie MRI nie rozstrzyga jednoznacznie zobrazowanych zmian z pomyślnym czy niepo-

myślnym rokowaniem u dziecka z infekcją CMV. Jednak zaburzenia struktur korowych, poszerzenie komór mózgu oraz dysplazja hipokampa wiążą się ze złym rokowaniem odnoście rozwoju psychoruchowego dziecka [9]. MRI głowy należy zlecić wszystkim tym noworodkom, które mają objawy choroby oraz dzieciom bezobjawowym, u których stwierdza się jakiegokolwiek wewnątrzczaszkowe nieprawidłowości w badaniu ultrasonograficznym.

3. Badanie okulistyczne

Wszystkie noworodki, które mają rozpoznaną cytomegalię na podstawie badania PCR DNA wirusa, muszą mieć wykonane badanie okulistyczne. W zakresie objawów okulistycznych infekcji CMV można stwierdzić zmiany bliznowate w siatkówce, w okresie późniejszym zez czy niepomyślnie korową ślepotę.

4. Badanie audiologiczne

Wobec prawidłowego badania słuchu w okresie noworodkowym, a w przypadku potwierdzonego zakażenia CMV istnieje duże prawdopodobieństwo pojawienia się niedosłuchu w późniejszym niż noworodkowy okresie, należy stale, wg przedstawionego poniżej algorytmu, kontrolować dziecku słuch. Po ocenie słuchu metodą otoemisji akustycznej, rozszerzone badanie audiologiczne obejmuje: audiometrię impedancyjną oraz badanie metodą BERA. Ważne jest ustalenie progu słuchowego oraz dodatkowo ocena rozwoju ogólnego dziecka, w tym rozwoju mowy.

Leczenie i monitorowanie terapii w cytomegalii wrodzonej

Leki antywirusowe stosowane w terapii cytomegalii wrodzonej to gancyklowir oraz walgancyklowir. Zgodnie z aktualnymi zaleceniami leczenie przeciwwirusowe z zastosowaniem tych leków należy rozpocząć u noworodków z ciężką postacią objawową choroby, czyli ciężkie zapalenie wątroby, zapalenie okrężnicy, zapalenie płuc, stwierdzona neutropenia i/lub małopłytkowość, gdy choroba obejmuje ośrodkowy układ nerwowy, czyli zajęcie mózgu, zapalenie naczyń i siatkówki lub stwierdza się niedosłuch odbiorczy. Ważny jest czas rozpoczęcia terapii – należy rozpocząć ją w ciągu pierwszych 28–30 dni życia. Czas terapii obejmuje okres 6 tygodni.

Gancyklowir (GCV) stosuje się w leczeniu cytomegalii wrodzonej od 20 lat. Dawka standardowa to podaż leku dożylna w ilości 6mg/kg masy ciała dwa razy na dobę. W dużym jednym badaniu CASG 102 oceniono skuteczność GCV u noworodków z objawową postacią choroby. Do oceny w ciągu 10 lat włączono 100 noworodków. Losowo – jedna grupa dzieci otrzymywała dożylnie GCV w standardowej dawce 6mg/kg/dawkę co 12 godzin przez 6 tygodni, w drugiej grupie dzieci nie stosowano żadnego leczenia. Wykazano, że gancyklowir chroni przed pogorszeniem słuchu u dzieci w 6. miesiącu życia i po 12. miesiącu, a także w zakresie rozwoju somatycznego przyspiesza przyrost masy ciała i obwodu głowy oraz powoduje ustąpienie zaburzeń czynności wątroby. Stan neurologiczny niemowląt leczonych GCV uległ poprawie, chociaż nadal był opóźniony w 6. tygodniu życia, w 6. miesiącu życia oraz 12. mie-

siącu życia [10]. Po rozpoczęciu leczenia konieczna jest kontrola chorych pod kątem występowania działań ubocznych. Do najczęściej występujących należą: neutropenia, małopłytkowość i niedokrwistość. 6-tygodniowe leczenie noworodka dożylnym GCV wymaga kaniulacji żył centralnych, najczęściej drogą żył obwodowych.

Walgancyklowir (VGCV) – doustny prolek gancyklowiru – również ma zastosowanie w terapii cytomegalii wrodzonej – w innej dawce, czyli 16mg/kg masy ciała dwa razy na dobę. Badania oceniające i porównujące parametry farmakokinetyczne obydwu leków – GCV i VGCV – podawanych noworodkom były podobne. Zastosowanie VGCV dotyczyło jedynie postaci objawowej CMV. Nie przeprowadzono badań porównujących stężenie leku w płynie mózgowo-rdzeniowym u dzieci leczonych za pomocą VGCV. Aktualnie są prowadzone badania przez CASG (*ang. Collaborative Antiviral Study Group*) jako CASG 112, które są randomizowane i będą porównywały wyniki leczenia noworodków z objawami zakażenia CMV doustnym walgancyklowirem przez 6 tygodni i przez 6 miesięcy.

Możliwa w terapii cytomegalii wrodzonej jest terapia łączona: początkowo dożylnie leczenie GCV przez 2–3 tygodnie, a następnie przez kolejnych 6 tygodni może być terapia kontynuowana doustnym VGCV. Warunek jest taki, że pacjent dobrze toleruje lek doustny, odpowiednia jest odpowiedź wirusologiczna (ocena liczby kopii wirusa) oraz przekazana jest informacja dla rodziców, że lek ten jest stosowany pod nadzorem specjalisty poza zarejestrowanym wskazaniem. Wyniki badań aktualnych, dotyczących skuteczności wymienionych leków przeciwwirusowych w leczeniu cytomegalii wrodzonej, nie są ukończone i obecnie poszukuje się mocnych dowodów potwierdzających skuteczność takiego postępowania.

Bezpieczeństwo terapii przeciwwirusowej polega na kompleksowej opiece nad chorym noworodkiem/niemowlęciem. Badania kontrolne krwi to ocena podstawowych parametrów hematologicznych w kierunku neutropenii, małopłytkowości, niedokrwistości, parametrów czynności wątroby oraz klirensu kreatyniny. Należy dziecku poddanemu terapii GCV raz na tydzień kontrolować powyższe badania laboratoryjne. Gdy liczba neutrofilów zmniejszy się do wartości poniżej 500/ul, trzeba przerwać leczenie, aż do momentu zwiększenia się wartości do powyżej 750/ul. W przypadku małopłytkowości poniżej 50 000/ul należy przerwać terapię i można wznowić leczenie, gdy liczba płytek krwi wyniesie powyżej 50 000/ul. Ponadto w celu oceny skuteczności leczenia oraz oceny progresji choroby należy raz na tydzień wykonać badanie wirusologiczne – ocena wiremii. Liczba kopii wirusa w trakcie terapii zwykle zmniejsza się: we krwi do 10–1000 razy, w ślinie i moczu do około 1000–10 000 razy. Ważne w monitorowaniu terapii są stężenie leku oraz oporność na stosowany lek. Można raz na tydzień monitorować stężenie leku – minimalne i maksymalne stężenie GCV. Jeśli stężenie GCV wynosi 7–9mg/l, a wiremia we krwi znacznie zmniejsza się, to nie ma potrzeby modyfikacji dawki leku. Niepowodzenia leczenia mogą być związane z mutacją genu UL 97 kodującego kinazę białkową wirusa lub mutacją genu UL 54 kodującego polimerazę wirusa [11].

Plan długofalowej obserwacji dziecka

Długofalowe badania wykazały, że prawie połowa noworodków z objawami zakażenia po urodzeniu w późniejszym okresie rozwinięcia niedosłuch odbiorczy, wystąpi u nich małogłowie, trudności w nauce oraz sporadycznie ślepota. Wobec powikłań zakażenia wrodzonego CMV dzieci te muszą być objęte kompleksową opieką medyczną po wypisie z oddziału patologii noworodka. Ta długofalowa obserwacja dziecka dotyczy przede wszystkim specjalistycznych konsultacji ambulatoryjnych, należą do nich:

- Badanie audiologiczne – należy u dzieci z wrodzoną cytomegalią oceniać słuch co 3–6 miesięcy do 3. roku życia, a następnie raz na rok do 6. roku życia (wg zaleceń National Deaf Children's Society).
- Badanie neurologiczne – ocena neurorozwojowa jest konieczna w 6. miesiącu życia, a następnie raz na rok. Decyzja dotycząca kontynuacji opieki neurologicznej będzie zależała od stanu klinicznego oraz wyników badań obrazowych ośrodkowego układu nerwowego.
- Badanie okulistyczne – należy wykonać przy podejrzeniu lub w miarę szybko po ustaleniu rozpoznania w kierunku zbliznowaceń siatkówki. Dalsza kontrola okulistyczna jest wskazana u dzieci z objawami zakażenia raz na rok aż do ukończenia 5. roku życia.

Karmienie pokarmem naturalnym a zakażenia CMV

Wirus cytomegalii przenika do mleka kobiecego i może być źródłem okołopodrodowego zakażenia noworodka. Rzadko ten typ zakażenia powoduje wystąpienie objawowej choroby u noworodka donoszonego. Jednak w przypadku noworodka urodzonego przedwcześnie ochrona przezłożyskowych odmatczyń przeciwciał klasy IgG nie jest wystarczająca do wystąpienia choroby u wcześniaka. Nawet pasteryzowanie w temperaturze 220°C mleka matek seropozytywnych, które urodziły skrajne wcześniaki, lub jego mrożenie nie eliminuje aktywnego wirusa. Obecnie brak rekomendacji co do karmienia naturalnego mlekiem matek seropozytywnych oraz brak rekomendowanej metody pozwalającej zmniejszyć ryzyko narażenia na wirusa CMV podczas laktacji [12].

Bankowana krew pępowinowa a zakażenia CMV

Coraz częściej jest rozpowszechnione pobieranie i bankowanie krwi pępowinowej po urodzeniu noworodka. Współczesne wykorzystanie medyczne zasobów komórek multipotencjalnych, jakimi są komórki krwi pępowinowej, ma przynieść medyczne korzyści w przyszłości tego dziecka lub jego rodzeństwa. Decyzja dotycząca przechowywania materiału pępowinowego zależy między innymi od wyni-

ków krwi matki i krwi pępowinowej. Przy tej procedurze oznacza się we krwi matki: DNA wirusa HBV, RNA wirusa HCV, RNA wirusa HIV oraz przeciwciała przeciwko CMV. Gdy we krwi żyłnej matki wykryto obecność przeciwciał anty CMV w klasie IgG przy braku obecności przeciwciał w klasie IgM – może to świadczyć o przewlekłym zakażeniu u matki. Jeśli mama dziecka nie miała wcześniej, czyli przed lub w trakcie ciąży, sprawdzanych przeciwciał anty CMV w klasie IgG, istnieje ryzyko wystąpienie zakażenia wewnątrzmacicznego u noworodka. W takiej sytuacji należy wykonać u dziecka DNA wirusa CMV w moczu, ślinie lub we krwi. Stwierdzenie obecności samych przeciwciał IgG przeciwko CMV u matki nie jest przeciwskazaniem do bankowania i wykorzystywania krwi pępowinowej. Jedynie dodatni wynik PCR DNA wirusa u dziecka wpłynie na podjęcie decyzji o wykluczeniu z dalszego przechowywania danej krwi pępowinowej (wg zaleceń Polskiego Banku Komórek Macierzystych).

Przesiewowe badanie PCR u noworodków w kierunku wrodzonego zakażenia CMV

Liczba niemowląt bez objawów, u których rozwija się niedosłuch z powodu wrodzonego zakażenia CMV, i u których nie rozpoznano zakażenia w okresie noworodkowym, przekracza liczbę niemowląt z wrodzonym zakażeniem CMV i niedosłuchem, zidentyfikowanych w okresie noworodkowym. Podjęto w Stanach Zjednoczonych badania PCR w kierunku wrodzonego zakażenia CMV u noworodków o charakterze badań przesiewowych, które prowadzone były na dużą skalę. Naukowcy z 8 ośrodków USA przeprowadzili badanie w celu porównania czułości szybkiej hodowli wirusa pozwalającej wykryć CMV w ślinie pobranej od noworodków z czułością testu PCR w czasie rzeczywistym. To wielośrodkowe prospektywne badanie kohortowe objęło 34 989 noworodków urodzonych od czerwca 2008 roku do listopada 2009 roku. W I fazie porównywano szybką hodowlę płynnej śliny z testem PCR ($n=17\ 662$), w II fazie szybką hodowlę wysuszonej śliny z testem PCR ($n=17\ 327$). Probki pobrane od 5276 noworodków zbadano, stosując wszystkie trzy metody. U 177 dzieci wynik w kierunku CMV był dodatni przynajmniej w jednej z trzech metod. W I i II fazie badania czułość wynosiła odpowiednio 100% i 97,4%, a swoistość 99,9% i 99,9%. Wnioskowano, że uproszczony test PCR jest wykonalny i odpowiedni do prowadzonego na tak szeroką skalę badania przesiewowego w kierunku zakażenia CMV. Uznano, że dodatnie wyniki badania przesiewowego powinny być potwierdzone kontrolnym badaniem PCR z moczu lub śliny [13].

Biorąc pod uwagę częstość niedosłuchu i możliwego zaburzenia rozwoju dziecka związanego z wrodzoną cytomegalią, badacze poszukują metod oceniających ryzyko zakażenia przed urodzeniem noworodka. Ważne jest, żeby zaproponowane metody badania były bezpieczne dla matki i płodu oraz możliwie powszechne do zastosowania. Badacze japońscy przebadali 300 kobiet ciężarnych z dodatnim poziomem

przeciwciał w klasie IgM-CMV (była to grupa wysokiego ryzyka wrodzonej infekcji CMV). Przebadano ciężarne i wykonano im: badanie ultrasonograficzne, oceniono DNA CMV metodą PCR z krwi, moczu i wydzieliny z szyjki macicy. Analiza statyczna wykazała, że dwa czynniki – nieprawidłowy obraz ultrasonograficzny płodu oraz dodatni wynik badania PCR DNA wirusa CMV z szyjki macicy dodatnio korelowały z wysokim ryzykiem wystąpienia zakażenia wrodzonego CMV [14].

Szczepienia przeciwko zakażeniu ludzkim wirusem cytomegalii

Od wielu lat prowadzone są badania mające na celu stworzenie szczepionki przeciwko CMV. To uodpornienie czynne zapobiegłoby zakażeniom kobiet w ciąży, przechodzeniu wirusa przez łożysko do płodu lub rozwinięciu się powikłań u płodu już zakażonego wirusem CMV. W zakresie badań wakcynologicznych trwają prace dotyczące zastosowania szczepionek zawierających żywego atenuowanego wirusa, szczepionek DNA oraz szczepionek wektorowych lub podjednostkowych. Najbardziej obiecująca wydaje się szczepionka z zastosowaniem rekombinowanego białka gB HCMV z adiuwantem MF59 u seronegatywnych kobiet w kontroli zakażeń prenatalnych. Badanie to jest w II fazie klinicznej [15].

Zakażenie ludzkim wirusem cytomegalii a rozwój nowotworów u dzieci

Istnieją badania mówiące o związku zakażenia wirusem CMV w okresie życia płodowego/novorodkowego z ryzykiem wystąpienia w przyszłości u tych dzieci ostrej białaczki limfoblastycznej (*ALL – ang acute lymphoblastic leukemia*). Ocena dotyczyła próbek krwi noworodków zdrowych (n=270) oraz noworodków, które zachorowały na cytomegalię wrodzoną (n=268) oraz analizy próbek szpiku kostnego dzieci. W grupie badanej były to dzieci, u których wystąpiła ALL w wieku 2 i 6 lat. Badanie pokazało, że pacjenci, którzy mieli stwierdzone dodatnie wyniki CMV po urodzeniu, mieli 3,71 razy większe ryzyko rozwoju ostrej białaczki limfoblastycznej. Ponadto w grupie dzieci latynoskich CMV dodatnich ryzyko wystąpienia białaczki było 5,9 razy większe w porównaniu do dzieci innych ras. Wniosek z badania był taki, że zakażenie wertykalne wirusem CMV zapoczątkowuje i ma wpływ na rozwój choroby nowotworowej krwi. W podsumowaniu jednoznacznie stwierdzono, że należy szukać rozwiązań w zapobieganiu /zatrzymaniu transmisji wirusa CMV od matki do płodu [16].

Podsumowanie

Wrodzona cytomegalia jest najczęstszą przyczyną nieuwarunkowanego genetycznie niedosłuchu odbiorczego na świecie oraz ma wpływ na duże ryzyko odległych powikłań u dziecka.

Niedosłuch związany z zakażeniem CMV to zwykle niedosłuch czuciowo-nerwowy, ciężki, postępujący lub o zmiennym nasileniu, jedno lub dwustronny.

Złotym standardem rozpoznania cytomegalii wrodzonej jest dodatni wynik badania moczu w kierunku CMV metodą PCR w pierwszych 3 tygodniach życia dziecka.

Przy braku takiej diagnostyki wskazane jest również kierowanie do kontroli noworodków z dodatnim mianem przeciwciał w klasie IgM lub wysokim mianem przeciwciał w klasie IgG przeciwko CMV.

U noworodków, u których wynik badania przesiewowego słuchu jest nieprawidłowy przy braku czynników ryzyka niedosłuchu, szczególnie gdy noworodek jest hipotroficzny, warto rozważyć diagnostykę serologiczną lub molekularną w kierunku cytomegalii wrodzonej.

Zastosowane leczenie przeciwwirusowe u noworodków z wrodzonym zakażeniem CMV wpływa korzystnie na rozwój dzieci, ma pozytywny efekt w przypadku niedosłuchu, nie powoduje jednak całkowitego wyleczenia.

Dzieci z grupy ryzyka z nieprawidłowym wynikiem badania słuchu jedno- lub obustronnym albo z rozpoznaną cytomegalią wrodzoną wymagają stałej opieki wielospecjalistycznej: audiolog, laryngolog, neurolog, logopeda, psycholog oraz inni specjaliści w zależności od uszkodzenia narządów.

Istnieją i są prowadzone badania poszukujące nieinwazyjnych metod rozpoznających zakażenie CMV w okresie życia płodowego oraz możliwe do wprowadzenia badania śliny PCR – CMV jako badanie przesiewowe we wczesnym okresie noworodkowym.

Bibliografia

1. Magdzik W, Naruszewicz-Lesiuk D, Zieliński A. *Choroby zakaźne i pasożytnicze – epidemiologia i profilaktyka*. Bielsko-Biała: Alfa Medica Press; 2004: 334–339.
2. Hollier LM, Grissom H. Human Herpes Viruses in pregnancy: Cytomegalovirus, Epstein-Barr Virus and Varicella Zoster Virus. *Clin Perinatol – Infectious Diseases in Pregnancy* 2005; 32(3): 671–696.
3. Dollard SC, Grasse SD, Ross DS. New estimates of the prevalence of neurological and sensory sequelae and mortality associated with congenital cytomegalovirus infection. *Rev Med Virol* 2007; 17: 355–363.
4. Hyde TB, Schmid DS, Cannon MJ. Cytomegalovirus seroconversion rates and risk factors: implications for congenital CMV. *Rev Med Virol* 2010; 20(5): 311–326.
5. Maschman J, Hamprecht K, Dietz K, et al. Cytomegalovirus infection of extremely low birth weight infants via breast milk. *Clin Infect Dis* 2001; 33(12): 1998–2003.

6. Boppana SB, Pass RF, Britt WJ, et al. Symptomatic congenital cytomegalovirus infection in infants born of mothers with preexisting immunity to cytomegalovirus *Pediatr Infect Dis J* 1992; 11: 93–99.
7. Boppana SB, Ross SA, Novak Z, et al. Dried blood spot real-time polymerase chain reaction assays to screen newborns for congenital cytomegalovirus infection. *JAMA* 2010; 303: 1375–1382.
8. Ancora G, Lanari M, Lazzarotto T, et al. Cranialultrasound scanning and prediction of outcome in newborns with congenital cytomegalovirus infection *J Pediatr* 2007; 150(2): 157–161.
9. Manara R, Balao L, Barrachini C, et al. Brain magnetic resonance findings in symptomatic congenital cytomegalovirus infection. *Pediatr Radiol* 2011; 41(8): 962–970.
10. Oliver SE, Cloud GA, Sanchez PJ. Neurodevelopmental outcomes following ganciclovir therapy in symptomatic congenital cytomegalovirus infections involving the central nervous system *J Clin Virol* 2009; 46(4): 522–526.
11. Limaye AP, Corey L, Koelle DM, et al. Emergence of ganciclovir resistant cytomegalovirus disease amongst recipients of solid organ transplants. *Lancet* 2000; 356(230): 345–649.
12. Cloherty JP, Eichenwald EC, Hansen AR, Stark AR. *Neonatalogia*. Medipage, 2012; 48: 640–646.
13. Boppana SB, Ross SA, Shimamura M, et al. Saliva polymerase chain-reaction-assay for cytomegalovirus screening in newborns. *N Engl J Med* 2011; 364(22): 2111–2118.
14. New method for predicting congenital cytomegalovirus infection during the prenatal period [online] [cyt. 6.03.2017]. Dostępny na URL: <https://www.sciencedaily.com/releases/2016/11/161125084224.htm>
15. Bernstein DL. Vaccines for cytomegalovirus. *Infect Disord Targets* 2011; 11: 514–525.
16. Herpes virus linked to most common type of childhood cancer [online] [cyt. 6.03.2017]. Dostępny na URL: <https://www.sciencedaily.com/releases/2016/12/161215/05933.htm>

Adres do korespondencji:

Alina Kowalczykiewicz-Kuta
Wydział Położnictwa,
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
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 ukierunkowana na rozwój w oddziale neonatologicznym

Iwona Łuczak, Danuta Żurawicka, Małgorzata Zimnowoda, Zofia Wojdyła

Wydział Położnictwa, Państwowa Medycyna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

„Troska o dziecko jest pierwszym i podstawowym
sprawdzianem stosunku człowieka do człowieka”

Jan Paweł II

W latach 60. ubiegłego stulecia rozpoczął się intensywny rozwój neonatologii, dziedziny medycyny zajmującej się schorzeniami, wadami wrodzonymi, a także prawidłowym rozwojem dzieci w pierwszych tygodniach po urodzeniu. Kamieniami milowymi dla rozwoju intensywnej terapii w neonatologii było: użycie po raz pierwszy w Toronto w 1963 roku respiratora do ratowania życia 34-tygodniowego wcześniaka, śmierć przedwcześnie urodzonego syna prezydenta USA Johna Kennedy’ego, wskazanie niedoboru surfaktantu jako przyczyny RDS w latach 1959–1965, wreszcie zastosowanie surfaktantu w leczeniu w 1980 roku.

Postęp neonatologii dotarł również do Polski, gdzie w 1988 roku została utworzona specjalizacja neonatologiczna [1], a w 1993 roku powstał Krajowy Program Opieki Perinatalnej, który został początkowo wprowadzony w niektórych regionach, a w następnych latach został rozpowszechniony w całym kraju [2]. Wprowadzony system trójstopniowej opieki perinatalnej wzorował się na systemie obowiązującym w USA, Kanadzie i krajach Unii Europejskiej. Opracowano i wprowadzono w tym czasie również zasady transportu noworodka, z podkreśleniem idealnego rozwiązania, jakim jest transport *in utero* [1]. Zmiana systemu opieki perinatalnej, postępy w neonatologii, położnictwie, do których zaliczyć można przedporodowe zastosowanie glikokortykosteroidów, surfaktant podawany leczniczo lub zapobiegawczo, stale unowocześniany sprzęt do wspomaganie oddechu, wentylacji mechanicznej, stosowanie nowych metod leczenia zakażeń – miały istotny wpływ na obniżenie wskaźnika umieralności okołoporodowej w Polsce z 9,7 promila w 2000 roku do 4,4 promila w 2015 roku, sprawiając, że polska perinatologia może śmiało porównywać się z osiągnięciami innych państw Unii Europejskiej [1].

Obecne standardy intensywnej opieki i terapii pozwalają na utrzymanie przy życiu coraz więcej chorych noworodków, niedojrzałych wcześniaków, również tych z niewiarygodnie niską masą urodzeniową (poniżej 750g). Ciągły rozwój perinatologii prowokuje do dyskusji i jest przyczyną dylematów w zakresie wielu specjalności poruszających problemy etyczne, społeczne, demograficzne, prawne, ekonomiczne. Wysoka przeżywalność noworodków nie jest już jedynym celem leczenia [3]. Większe znaczenie dla neonatologów i pediatrów ma późniejszy stan zdrowia i rozwój noworodków. Celem staje się umożliwienie tym dzieciom prawidłowego rozwoju i zapewnienie dobrego standardu życia [4]. Coraz częściej opisywane są problemy neurobehawioralne u dzieci w wieku szkolnym i dojrzewania, związane z czynnikami klinicznymi i stresogennymi środowiska oddziału szpitalnego, w którym przebywały jako wcześniaki, gdzie nie wykazywały poporodowych zaburzeń neurologicznych [5].

Chwilowe zachłyśnięcie się możliwościami, jakie daje wciąż unowocześniany sprzęt do wsparcia oddechu, diagnostyki, monitorowania funkcji życiowych, nowe leki itp. sprawiało, że noworodek często traktowany był w oddziale intensywnej opieki neonatologicznej (OION) przedmiotowo, poddawany różnym zabiegom terapeutycznym, w wymuszonej pozycji ciała, w niekorzystnym środowisku, z dala od matki [5]. Wyzwaniem współczesnej neonatologii jest zapewnienie harmonijnego rozwoju chorym noworodkom, zwłaszcza tym urodzonym przedwcześnie. Cały zespół terapeutyczny powinien dopełnić wszelkich starań, aby niekorzystne skutki długotrwałego pobytu w szpitalu były jak najmniejsze.

Coraz częściej dąży się do wprowadzania na oddziałach zasad minimalizowania interwencji, w stosunku do noworodków, zwłaszcza przedwcześnie urodzonych. Zasady te opracowała i opublikowała już 1982 roku dr Heidelise Als z Bostonu. Opisany przez nią „Program zindywidualizowanej oceny rozwoju opieki nad noworodkiem” (*Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program – NIDCAP*) polega na codziennej obserwacji kompetencji dziecka oraz rekomendowaniu rodzicom i personelowi oddziału sposobów wspierania rozwoju wcześniaka [6]. Celem programu jest zmniejszenie różnic pomiędzy rozwojem w łonie matki a rozwojem w warunkach oddziału szpitalnego, biorąc pod uwagę indywidualną organizację zachowań wcześniaka, poprzez wspieranie u każdego noworodka jego mocnych stron [7]. Zapewnienie warunków sprzyjających prawidłowemu rozwojowi ma wpływ na skrócenie czasu wentylacji mechanicznej, czasu hospitalizacji noworodka, na zmniejszenie ilości powikłań medycznych [8]. Wyniki badań wskazują na lepsze funkcjonowanie niemowląt w zakresie parametrów wagowo-wzrostowych i rozwoju psychomotorycznego [6].

Optymalizacja środowiska oddziału neonatologicznego polega na zmianie świadomości całego zespołu terapeutycznego. Każdy członek zespołu powinien zdawać sobie sprawę z tego, jak ogromne znaczenie na stan zdrowia noworodka ma właściwe postępowanie w trakcie wykonywania każdej, nawet najprostszej czynności na

oddziale. Istotna jest również umiejętna, stała, prowadzona we współpracy z rodzicami, obserwacja noworodka.

Modyfikacja środowiska oddziału powinna polegać na ochronie przed hałasem i nadmiernym oświetleniem. Narząd słuchu dzieci jest bardziej wrażliwy na działanie hałasu niż ucho człowieka dorosłego. Hałas może być przyczyną upośledzenia słuchu u noworodków. Na oddziale jest on związany z pracą sprzętu monitorującego, aparatury, włączaniem się sygnałów alarmowych, dzwonek telefonów, płaczem dzieci. Normalna aktywność związana z procesem pielęgnowania i leczenia noworodków, np. otwieranie sprzętu jednorazowego użytku, mycie rąk, otwieranie drzwi, zamykanie kosza na śmieci, domykanie szuflad może być również źródłem hałasu. Niestety, zbyt wysokie natężenie dźwięku lub/i długa ekspozycja na dźwięki, przekraczające poziom krytyczny 80 dB, działa niekorzystnie na autonomiczny układ nerwowy. Pobudzenie układu hormonalnego powoduje wyrzut amin katecholowych, kortykosteroidów. U noworodka można zaobserwować zaburzenia w układzie oddechowym w postaci zaburzeń oddechu i bezdechów, spadków saturacji. W układzie krążenia występują zaburzenia rytmu serca, spadek lub wzrost ciśnienia tętniczego. Hałas wpływa również niekorzystnie na metabolizm tłuszczu, białek, węglowodanów, co zaobserwować można jako zmniejszenie stężenia glukozy we krwi. U wcześniaków, ze względu na niedojrzałość układów regulujących przepływ mózgowy, hałas może wywołać zaburzenia perfuzji, a w konsekwencji krwawienia wewnątrzczaszkowe. Zbyt głośne dźwięki zaburzają rytm dobowy, zakłócają sen, powodując stres [5]. Wskazane jest celowe działanie personelu ukierunkowane na zmniejszenie hałasu na oddziale. Oprócz podstawowych kwestii, jakimi są np. alarmy aparatury ustawiane w niższych zakresach, rozmowy prowadzone szeptem, z dala od inkubatorów, unikanie układania twardych przedmiotów na ciepłarkach, łagodne zamykanie drzwiczek od inkubatora, raczej stosowanie inkubatorów zamkniętych lub inkubatorów typu „hybryda”. Korzystne jest poddanie krytycznej ocenie codziennego dnia pracy na oddziale, w celu zaobserwowania sytuacji, w których dochodzi do generowania niepotrzebnych dźwięków. Rekomendacje Amerykańskiej Akademii Pediatrii określają maksymalny akceptowany poziom dźwięku jako 45 dB, dopuszcza się chwilowo dźwięki do 65 dB, ale w czasie snu noworodka dźwięk nie powinien przekraczać 35–45 dB. Nieprzekraczanie zalecanych poziomów dźwięków jest stale wyzwaniem oddziałów noworodkowych. Według badań prowadzonych w Klinice Neonatologii ICZMP w 2015 roku, zamknięty inkubator generuje dźwięk rzędu 40–45 dB, szum włączonego ssaka dźwięk rzędu 60 dB, a rozmowa grupy osób w pobliżu inkubatora 80–90 dB [9]. Jako działanie prewencyjne można potraktować umieszczanie w miejscach najbardziej narażonych na hałas, czujników dźwięku, które za pomocą świetlnych sygnalizatorów informują o przekroczeniu zalecanych norm.

Udoskonalając środowisko OION, należy chronić noworodka przed nadmiernym oświetleniem. Światło reguluje cykl dobowy, ma wpływ na wydzielanie hormonów,

podtrzymuje procesy widzenia. Jest ono również niezbędne w zapewnieniu prawidłowej opieki nad noworodkiem, zwłaszcza chorym. Dawka światła, która dociera do oczu dziecka jest różna i zależy od wielu czynników, takich jak: warunki środowiska zewnętrznego, ustawienie inkubatora w stosunku do okna, umieszczenie dziecka w inkubatorze otwartym bądź zamkniętym, pozycja dziecka w cieplarni, stosowanie osłony na oczy, stosowanie okrycia inkubatora, rodzaj materiału i wielkość tego okrycia. Nie sposób też pominąć warunków fizjologicznych, takich jak: otwieranie oczu, powierzchnia źrenicy, transmisja światła przez powieki. Same warunki fizyczne światła, czyli charakterystyka spectrum i czas ekspozycji również są nie bez znaczenia. Do powieki noworodka niedojrzałego dociera od 30–98% światła środowiska. Działanie powieki można porównać do działania filtra czerwono-pasmowego. Częstotliwość otwierania powiek u wcześniaka jest tym mniejsza im mniejszy jest jego wiek płodowy. Odruch źreniczny na światło pojawia się między 30–34 tygodniem płodowym. Wysokie natężenie oświetlenia zmniejsza częstotliwość otwierania oczu u noworodków. Przedłużające się zamknięcie powiek może być przyczyną zaburzeń rozwoju widzenia i fototoksyczności [5]. Zaleca się stosowanie na oddziałach okryć na inkubatory, zgodnie z zasadą, że im bardziej niedojrzały jest noworodek tym dokładniej i tym grubszym, ciemniejszym materiałem należy go okrywać. Wskazane jest również stosowanie w salach, w których przebywają noworodki oświetlenia indywidualnego, nie jak do niedawna, całościowego.

Poważnym zagadnieniem w OITN, związanym z leczeniem noworodków, jest nadmierna stymulacja nocycyptywna. Minał okres w neonatologii, w którym problem bólu był niezauważany, lekceważony, w którym poddawano w wątpliwość odczuwanie bólu u wcześniaka. Jak donoszą badania pierwsze nocycyptory (neurony wyspecjalizowane w przewodzeniu czucia bólu) pojawiają się już w 7. tygodniu życia płodowego w okolicach ust, a w 20. tygodniu liczba i gęstość ich jest taka sama jak u osoby dorosłej. Różnica polega na braku umiejętności obrony noworodka przed nadmierną impulsacją bólową oraz obniżonym progiem pobudliwości bólowej. Wywołuje to nadreaktywność noworodka, zwłaszcza niedojrzałego, na bodźce bólowe. W rezultacie zamiast stopniowego spadku reakcji na bodźce następuje u wcześniaka nadwrażliwość na ból [10].

W OITN ocena bólu i walka z nim jest poważnym problemem klinicznym. Przyczyny bólu i stresu u noworodka są złożone, najczęściej związane z procedurami, jakim noworodek jest poddawany w trakcie leczenia. Są to: wkłucia, pobrania materiału do badań laboratoryjnych, odsysanie, cewnikowanie pęcherza, drenaże, zakładanie zgłębników dożołądkowych, usuwanie plastrów, elektrod, intubacje, badania okulistyczne, stosowanie różnych czujników np. w odbycie, a dodatkowo samotność, głód, niewygoda, przerywanie snu [11]. Właściwe postępowanie pielęgnacyjne może znacznie przyczynić się do zmniejszenia odczuwania stresu czy dyskomfortu przez dziecko. Do zadań personelu powinno należeć stałe monitorowanie behawioralnych i fizjologicznych objawów stresu i bólu u noworodka, jakimi mogą

być: krzyk, płacz, mruczenie, jęki, reakcje mimiczne (grymas, ściągnięcie, zmarszczenie brwi, zaciskanie powiek, czoło ściągnięte w jedną zmarszczkę), wysuwanie języka, usztywnienie stawów, kopnięcia, podkurczanie kończyn, drżenia kończyn, kichanie, ziewanie, oddawanie stolca, wysiłek oddechowy, zaciskanie palców bądź ich rozczapierzenie, ale także spadek saturacji, tachykardia, podwyższenie ciśnienia tętniczego krwi. Prowadząc obserwację, należy pamiętać, że im bardziej niedojrzały noworodek tym uboższa jest mimika. Czasem trudności też sprawia ustalenie przyczyny stresu. Aby zapobiegać stymulacji nocyceptywnej, należy stosować zasadę *minimal handling*, a więc ograniczyć ilość interwencji medycznych do niezbędnych, wykonywać je w sposób delikatny, celowy, dopasowując metody postępowania do stopnia tolerancji noworodka. Trzeba grupować czynności i planować działania w taki sposób, aby noworodek miał możliwie długi czas na nieprzerwany sen. Do niefarmakologicznych metod ograniczania bólu należy stosowanie smoczka, 30% roztworu glukozy bądź 24% roztworu sacharozy podanych 2 minuty przed procedurą na przednią stronę języka [12], stosowanie pokarmu mamy, dotyk, masaż, jeśli to możliwe karmienie piersią, kontakt z mamą. Warto podkreślić, że są to jedynie metody wspomagające walkę z bólem o natężeniu łagodnym i umiarkowanym, a nie środki eliminujące odczuwanie bólu [9,10]. Mogą być stosowane u noworodków donoszonych i niedonoszonych, są tak samo skuteczne u noworodków oddychających samodzielnie, jaki u tych, które wymagają wspomagania oddechu, a jak pokazują badania, sposób łączenia poszczególnych metod jest najbardziej skuteczny [12].

Procedury, zabiegi wykonywane licznie na oddziale związane są zwykle z bólem. Ważne, aby noworodek nie kojarzył każdego dotyku jako nieprzyjemnego odczucia. Dotyk może mieć także znaczenie terapeutyczne, w ten proces personel powinien włączyć rodziców. W większości oddziałów neonatologicznych stosuje się tzw. „kangurowanie”. Metoda ta zapoczątkowana w Kolumbii polega na umożliwieniu jednemu z rodziców przytulanie dziecka w kontakcie bezpośrednio skóra do skóry. Korzyści płynące z tej metody są obustronne dziecko ma zapewnione poczucie bezpieczeństwa, bliskości, optymalną temperaturę otoczenia, namiastkę życia wewnątrzłonowego. Stabilizuje się jego oddech, tętno, zazwyczaj poprawia się saturacja, zmniejsza się zapotrzebowanie na tlen. U rodziców w wyniku kangurowania poprawia się stan psychiczny, dają oni w ten sposób wyraz swojej troski opieki, miłości [13], tworzy się więź emocjonalna, u mamy zwiększa się laktacja.

Trudne zadanie do wykonania w OITN mają również fizjoterapeuci. Oni głównie dbają o prawidłowe pozycjonowanie terapeutyczne noworodka. Ma ono niezwykle znaczenie, zwłaszcza u dzieci niedojrzałych, długo przebywających na oddziale. Prawidłowe pozycjonowanie noworodka zapewnia wspieranie funkcji leczniczych, np. wspomagania oddechu, kształtowanie układu kostno-stawowego (jednocześnie zapobiega jego zniekształceniom), dojrzewanie i prawidłową dystrybucję napięcia mięśniowego, prawidłową stymulację proprioceptywną, dotykową oraz przedsionkową (zmysłu równowagi), rozwój i integrację prawidłowych wzorców ruchowych, opty-

malną orientację wokół linii środkowej ciała, koordynację ręka – usta, podnosi poczucie bezpieczeństwa i komfortu oraz możliwość spokojnego snu [9].

Rozważając zagadnienie opieki na oddziale neonatologicznym ukierunkowanej na rozwój noworodka, należy podkreślić ogromną rolę rodziców. Skoro celem całego zespołu terapeutycznego jest zmniejszenie różnic pomiędzy rozwojem dziecka w łonie matki a jego rozwojem w warunkach oddziału szpitalnego, to nie sposób z tego procesu wykluczyć matkę, jak i oboje rodziców. W USA, ale także w Europie coraz częściej, organizowane są Centra Skoncentrowane na Rodzinę – FCC (*Family Center Care*), które zrzeszają członków rodzin pacjentów, łącznie z rodzeństwem i dziadkami. Członkowie rodzin pacjentów mają zapewnić noworodkowi wsparcie psychiczne, zmniejszyć stres poprzez obecność, dotyk, kangurowanie, zapach [14]. Personel oddziału powinien traktować rodziców podmiotowo, jako partnerów w procesie leczenia ich dziecka, powinien zachęcać rodziców do wykonywania tych wszystkich czynności pielęgnacyjnych, na które pozwala stan kliniczny noworodka. To rodzice są najlepszymi obserwatorami swojego dziecka, najszybciej dostrzegają zmiany zachodzące w zachowaniu noworodka, objawy stresu czy bólu. Kluczem do sukcesu we współpracy z rodzicami jest dobre wprowadzenie ich w środowisko oddziału, dodanie im otuchy, wsparcia, przedstawienie w sposób wyczerpujący jasnych, zrozumiałych, zwięzłych informacji, włączenie w ich proces podejmowania decyzji. Rodzice nie powinni czuć się na oddziale intruzami, nie mogą obawiać się prosić o pomoc czy radę. Na oddziale powinno być wyznaczone dla nich miejsce na krótki odpoczynek, zjedzenie posiłku czy rozmowę z rodzicami innych noworodków. Idealnie jest, gdy rodzina ma zapewnione, chociaż w sposób minimalny, warunki intymności, które dają jej namiastkę domu. Działania zmierzające do włączenia rodziców w skład zespołu są niezwykle istotne, ponieważ możliwość wykorzystania potencjału rozwojowego dziecka zależy głównie od stanu emocjonalnego rodziców [15]. Pomoc psychologiczna jest niezbędnym elementem holistycznej opieki nad rodziną chorego noworodka [16]. Rodzice, którzy włączali się w opiekę swojego dziecka na oddziale, stale współpracując z personelem, łatwiej przejmują opiekę nad dzieckiem w domu.

Przegląd literatury dotyczącej programów stosowanych na OITN wskazuje, że kangurowanie, program zindywidualizowanej oceny rozwoju opieki nad noworodkiem zwiększają nie tylko szanse na przeżycie noworodka, ale także minimalizują ryzyko krótkofalowych i długofalowych problemów zdrowotnych [17]. Jest zatem o co walczyć. I chociaż daleko polskim OITN do skandynawskich, idealnych oddziałów z pokojami, gdzie znajdują się łóżka dla mamy i taty, stojące tuż obok ciepłarki wcześniaka, która i tak w większości czasu stoi pusta bo dziecko na zmianę przebywa u jednego czy drugiego rodzica, to dużym osiągnięciem w polskiej rzeczywistości będzie zmiana nawyków personelu, ukształtowanie świadomości znaczenia optymalizacji środowiska szpitalnego oraz stałe aktywizowanie rodziców i włączanie ich w skład zespołu terapeutycznego.

Bibliografia

1. Helwich E. Zmiany w organizacji opieki nad noworodkiem w Polsce, od lat 80-tych XX w. do dziś. *Materiały konferencyjne Nowe oblicze Intensywnej Terapii Noworodka – oddział przyjazny pacjentowi i jego rodzicom*. Pałac Sulisław 2016; 3–7.
2. Hamuda M, Kowalczykiewicz-Kuta A. Przeżywalność noworodków urodzonych przedwcześnie z masą ciała poniżej 1500 g w województwie opolskim w latach 1998–2003. *Nowa Pediatria* 2006; 1: 27–31.
3. Oleszczuk J, Sawulicka-Oleszczuk H. *Wczesniactwo jako problem medyczny, rodzinny i społeczny*. W: Pilewska-Kozak A, red. *Opieka nad wcześniakiem*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009: 17–24.
4. Kowalczykiewicz-Kuta A. *Opieka nad wcześniakiem w pierwszych latach życia*. W: Pirogowicz I, Steciwko A, red. *Dziecko i jego środowisko. Noworodek przedwcześnie urodzony – trudności i satysfakcje*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo; 2008: 21–33.
5. Szczepański M, Kamianowska M, Janowicz J, Grabowska M. *Minimalizacja pielęgnacji i terapii noworodka urodzonego przedwcześnie*. W: Pilewska-Kozak A, red. *Opieka nad wcześniakiem*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009: 176–186.
6. Poppek L. Współczesne tendencje w psychoterapii niemowląt i małych dzieci. *Psychoterapia* 2009; 4: 29–35.
7. Kmita G. *Wczesna interwencja psychologiczna wobec dzieci urodzonych przedwcześnie i ich rodzin w warunkach oddziału intensywnej opieki noworodkowej i patologii noworodka*. W: Kmita G, Kaczmarek T, red. *Wczesna interwencja – miejsce psychologa w opiece nad małym dzieckiem i rodziną*. Warszawa: Wydawnictwo Emu; 2004: 45–64.
8. Świetliński J. *NIDCAP – Indywidualizowana Opieka Rozwojowa nad Noworodkiem i Program Oceny*. W: Świetliński J. *Neonatologia i opieka nad noworodkiem*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2016: 345–346.
9. Gulczyńska E, Adamus-Cedrowska V. Opieka neurorozwojowa u dzieci urodzonych przedwcześnie – nowa strategia opieki w oddziałach noworodkowych. *Materiały konferencyjne Nowe oblicze Intensywnej Terapii Noworodka – oddział przyjazny pacjentowi i jego rodzicom*. Pałac Sulisław 2016.
10. Bałanda-Bałyga A. *Percepcja bólu u wcześniaka i jego monitorowanie*. W: Pilewska-Kozak A, red. *Opieka nad wcześniakiem*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009: 217–222.
11. Mierzewska-Schmidt M. Neurotoksyczność (analgos)edacji czy neurotoksyczność bólu i stresu? Jak znaleźć złoty środek? *Materiały konferencyjne Nowe oblicze Intensywnej Terapii Noworodka – oddział przyjazny pacjentowi i jego rodzicom*. Pałac Sulisław 2016.
12. Panek M. Niefarmakologiczne metody walki z bólem u noworodka. *Materiały konferencyjne Nowe oblicze Intensywnej Terapii Noworodka – oddział przyjazny pacjentowi i jego rodzicom*. Pałac Sulisław 2016.
13. Sochocka L. *Rozmowa z wcześniakiem*. W: Pirogowicz I, Steciwko A, red. *Dziecko i jego środowisko. Prawa dziecka – dziecko krzywdzone*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo; 2005: 46–50.

14. Borszewska-Kornacka M. Znaczenie edukacji rodziców w opiece nad noworodkiem urodzonym przedwcześnie. *Materiały konferencyjne Nowe oblicze Intensywnej Terapii Noworodka – oddział przyjazny pacjentowi i jego rodzicom*. Pałac Sulisław 2016: 8–16.
15. Łuczak-Wawrzyniak J, Czarnecka M, Konofalska N, Bukowska A, Gadzinowski J. Holistyczna koncepcja opieki nad wcześniakiem lub (i) dzieckiem chorym – pacjentem Oddziału Intensywnej Terapii Noworodka i jego rodzicami. *Perinatol Neonatol Ginekol* 2010; 3(1): 63–67.
16. Kopeć A, Aftyka A, Humeniuk E, Rybojad B, Rozalska-Walaszek I. Hospitalizacja dziecka w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka – doświadczenia rodziców. *Curr Probl Psychiatri* 2016; 17(1): 24–30.
17. Bieleninik Ł, Koss J, Bidzan M. Rozwój psychoruchowy jedynaków i bliźniąt przedwcześnie urodzonych. *Pol Forum Psychol* 2016; 21(2): 272–289.

Adres do korespondencji:

Iwona Łuczak
Wydział Położnictwa,
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
ul. Katowicka 68, 45-060 Opole
e-mail: luczaki@wsm.opole.pl

Sposoby karmienia noworodków a wady zgryzu u dzieci – rola położnej

Anna Polkowska, Iwona Łuczak

Wydział Położnictwa, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
Centrum Medyczne Medicconcept

Wstęp

W dzisiejszych czasach informacje na temat sposobów karmienia noworodków można znaleźć praktycznie wszędzie, od literatury po strony internetowe aż do ulotek i czasopism. Przy wyborze źródła wiedzy ważna jest jego aktualność. Jest to niezmiernie ważne dla personelu medycznego, ponieważ wytyczne w stosunku do opieki nad dzieckiem ulegają częstym zmianom, które należy śledzić. Dzięki zdobytej wiedzy praca położnej jest efektywniejsza, co w konsekwencji przekłada się na satysfakcję pacjentki. O ile poziom wiadomości z zakresu laktacji i karmienia jest zadowalający, o tyle należałoby zwrócić uwagę matce dziecka na profilaktykę ortodontyczną.

Wadom zgryzu i wymowy można już zapobiegać w okresie noworodkowym i niemowlęcym. Do takich działań zaliczamy np. prawidłowe układanie noworodka do snu bądź podawanie niemowlęciu surowych owoców i warzyw. Dzięki temu jama ustna będzie poprawnie stymulowana do wzrostu i rozwoju.

Cel badania

Głównym celem pracy jest ukazanie zależności między sposobem karmienia noworodków a wadami zgryzu u dzieci.

Rodzaje karmienia

W karmieniu noworodków wyróżniamy cztery rodzaje: karmienie piersią, przez smoczek odciągniętym wcześniej pokarmem matki, przez smoczek mlekiem modyfikowanym, przez zgłębnik (sondę).

Dziecko może być karmione piersią wtedy, gdy nie występują u niego zaburzenia ze strony układu oddechowego ani trudności w prawidłowym uchwyceniu brodawki z otoczką, rozwój w obrębie twarzoczaszki jest prawidłowy oraz nie obserwuje się powikłań w okresie do 6 tygodni po urodzeniu. Ograniczeniami do karmienia piersią u kobiet są: choroba nowotworowa lub psychiczna, zakażenia wirusami (np. WZW typu B) bez wdrożonego uprzednio leczenia, stosowanie używek bądź leków przenikających do kobiecego pokarmu [1].

Noworodka należy przystawić do piersi po raz pierwszy po porodzie wówczas, gdy rozpoczyna szukać piersi. Wczesne przystawienie ma korzystny wpływ, ponieważ w tym czasie dochodzi do pobudzenia laktacji u matki i wypływu pierwszego mleka (siary). Jest ono cennym pokarmem dla dziecka, ponieważ zawiera elementy budujące odporność [2]. Według zaleceń WHO, aby karmienie było efektywne należy przystawiać noworodka do piersi nie rzadziej niż 6 do 8 razy w ciągu doby przez okres 6 miesięcy [3,4].

W przypadku, gdy matka dziecka z różnych powodów nie jest w stanie karmić go piersią, może skorzystać z pomocy banku mleka kobiecego. Są to laboratoria, które otrzymują bezpłatnie pokarm od kobiet mających go zbyt wiele w stosunku do potrzeb ich dzieci. Zanim mleko zostanie podane noworodkowi musi zostać dokładnie przebadane, a dawczyni pokarmu – przedstawić aktualne wyniki badań. Dzięki tej metodzie wzrastają szanse na przeżycie noworodków urodzonych przedwcześnie oraz leczonych w szpitalu z rozpoznaniem martwiczym zapaleniem jelit (NEC) [5].

Karmienie mlekiem modyfikowanym jest stosowane u noworodków, których stan matki lub dziecka nie pozwala na karmienie naturalne, gdy przyrost masy ciała u dziecka jest zbyt mały w stosunku do wieku lub matka nie chce karmić piersią [6]. Wśród mleka sztucznego wyróżniamy cztery rodzaje: dla noworodków przedwcześnie urodzonych, początkowe, następne i dla dzieci powyżej pierwszego roku życia [7]. Przed podażą jakiegokolwiek rodzaju mieszanki należy skonsultować to z lekarzem, ze względu na możliwość wystąpienia powikłań np. biegunek przy nieodpowiednim doborze. Należy również pamiętać o tym, iż niemowlęta karmione sztucznie do 4 miesiąca życia są cięższe od swoich rówieśników karmionych naturalnie [8].

Ostatnim sposobem żywienia enteralnego noworodków jest karmienie przez zgłębnik. Ta metoda polega na wprowadzeniu sondy do żołądka i podaniu przez nią wcześniej przygotowanego pokarmu sztucznego bądź ściągniętego pokarmu matki. Tą drogą podawany jest pokarm dzieciom: przedwcześnie urodzonym o małej masie ciała 1200–1500 g, z problemami z mechanizmem ssania oraz wspomaganym oddechem (CPAP) [7]. Karmienie sondą może być stosowane co 2–3 godziny w zależności od zaleceń lekarskich [9].

Zalety karmienia piersią

Do zalet karmienia piersią możemy zaliczyć: pomnożenie zdolności do trawienia i wchłaniania, ochrona przed groźnymi chorobami np. białaczką, otyłością, wspomaganie funkcji wątroby [2,10]. Nieocenionym walorem tej metody jest zminimalizowanie ryzyka wystąpienia zaburzeń w obrębie jamy ustnej. Dzięki karmieniu naturalnemu żuchwa jest stymulowana do wzrostu i jej wysunięcia do przodu w stosunku do szczęki [11].

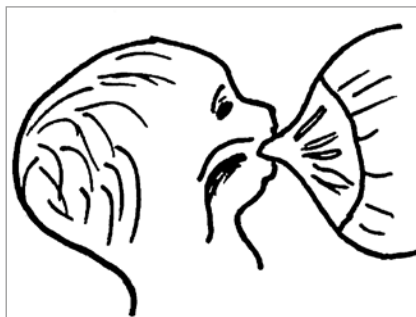
Prawidłowe przystawienie noworodka do piersi i smoczka

Podczas przystawiania noworodka do piersi, matka powinna wybrać komfortową dla niej pozycję. Brzuch noworodka musi przylegać do brzucha kobiety karmiącej, a broda powinna przylegać do piersi. Przed karmieniem, gdy dziecko nie jest jeszcze głodne, należy je postymulować np. dotykając brodawką okolicy między nosem a wargą górną, to spowoduje szerokie otwarcie jamy ustnej. Przed podaniem piersi należy ją uchwycić w prawidłowy sposób, to znaczy tak, aby na piersi widać było literę U lub C utworzoną z palców dłoni. Pamiętając jednocześnie o tym, aby nie zasłaniać otoczki piersi. Gdy noworodek wysunie język, należy przystawić go do piersi w taki sposób, aby brodawka była zwrócona w stronę podniebienia, a dolna warga ust dziecka dotykała granicy otoczki. Ułożenie dolnej wargi w stosunku do piersi jest bardzo ważne, ponieważ to żuchwa jest odpowiedzialna za mechanizm ssania [12]. Przy prawidłowym przystawieniu noworodka kąt otwarcia jamy ustnej jest rozwarty. Nos i broda graniczą z piersią, a policzki są wypełnione [2].

Aby prawidłowo przystawić smoczek do dziecka, należy wybrać wygodną dla siebie pozycję. Wziąć je na ręce w taki sposób, aby głowa była wyżej od reszty ciała i opierała się o zgięcie łokciowe osoby karmiącej. Smoczek należy wprowadzić pod kątem prostym lub ostrym do jamy ustnej noworodka. Usta dziecka powin-



Rycina 1. Prawidłowe przystawienie dziecka do piersi [źródło: własne]



Rycina 2. Nieprawidłowe przystawienie dziecka do piersi [źródło: własne]

ny obejmować podłużną część smoczka, która powinna być całkowicie wypełniona mlekiem. Dzięki temu unikniemy połykania powietrza, które ma niekorzystny wpływ na trawienie [11].

Odruch ssania i połykania

U noworodka wyróżniamy dwa typy ssania. Jeden z nich możemy zaobserwować już w sali porodowej podczas pierwszego przystawienia do piersi [13]. Cały mechanizm ssania rozpoczyna się w momencie otwarcia ust i uchwycenia brodawki wraz z otoczką. Dodatkowo pomocny przy tym akcie jest fałd błony śluzowej, który posiada wiele naczyń krwionośnych. Jednocześnie w tym momencie żuchwa zmienia swoje położenie z językiem, dążąc do ustawienia tylnego. Podstawa języka styka się z podniebieniem miękkim i uniemożliwia oddychanie przez usta. Język dostosowuje się do sytuacji i tworzy na swojej powierzchni podłużne zagłębienie. Żuchwa oraz język współpracują ze sobą – przemieszczają się do przodu i do góry. W jamie ustnej tworzy się podciśnienie [14]. W tym momencie pokarm matki wpływa do brodawki sutkowej. Dziecko intuicyjnie zwiiera żuchwę do szczęki, a to przyczynia się do wypływu mleka do jamy ustnej. Częste, aktywne karmienie piersią rzutuje na dobry rozwój szczęki i żuchwy, ponieważ zmusza mięśnie twarzoczaszki do regularnych ćwiczeń [11]. Dzięki temu żuchwa od 4. miesiąca życia nie odbiega we wzroście od szczęki [15]. Uczy również zsynchronizowania następujących czynności: ssania, połykania i oddychania. Fizjologiczne ssanie charakteryzuje się krótkotrwałym ssaniem z długimi przerwami lub ssaniem jednostajnym z krótkimi momentami na odpoczynek [14].

Cały mechanizm efektywnego karmienia naturalnego dziecka ocenia się po następujących czynnikach: ilości skutecznych przystawień do piersi, oddanych stolcach, przemoczonych pampersach oraz zwiększającej się masie dziecka [16]. Odruch ssania w warunkach fizjologicznych zanika około pierwszego roku życia. Wtedy trzeba zacząć uczyć dziecko jeść przy pomocy łyżeczki tak, aby dalej stymulować układ stomatognatyczny [17].

Drugi rodzaj ssania występuje u noworodka w przypadku nieprawidłowego karmienia smoczkiem. Żuchwa nie jest stymulowana z przodu. W konsekwencji następuje regresja tylnego ułożenia i dochodzi do braku jej rozwoju. Mięśnie warg są słabo napięte [11].

Odruch połykania (niemowlęcy typ połykania) jest odruchem, który przebiega bez świadomości dziecka. Jest on reakcją na odruch ssania. Głównym mięśniem biorącym w nim udział jest język, który „wchodzi” między dwa wały dziąsłowe. Tym samym chroni pokarm przed wydostaniem się na zewnątrz. Podczas połykania współpraca mięśni mimicznych twarzy i języka doprowadza do stanu równowagi żuchwy. Gdy u dziecka pojawiają się zęby mleczne taki typ połykania powi-

nien zniknąć [11]. Fizjologiczne połykanie ma miejsce na końcu wdechu albo zaraz na wydechu [14]. W momencie, gdy maluch niewłaściwie umieszcza język podczas połykania może dojść w przyszłości do rozwinięcia niepoprawnej artykulacji (seplenienia) [17]. Jeśli dziecko pomimo posiadania zębów mlecznych połyka w sposób charakterystyczny dla noworodków/niemowląt może dojść do: wychylenia siekaczy i kłów poza łuk zębowy, powstania zgryzu otwartego i tyłozgryzu [18].

Smoczek a jama ustna dziecka

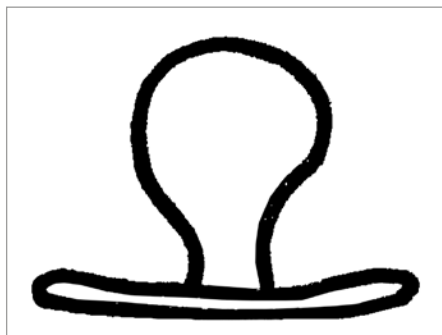
Wielu rodziców, specjalistów medycznych, logopedów zadaje sobie pytanie: czy powinno się stosować smoczek u dziecka. Zdania są podzielone jednak wszyscy są zgodni co do jednego, że karmienie piersią jest najlepsze dla matki i dziecka. Są jednak sytuacje, w których matka pomimo szczerych chęci nie może karmić naturalnie, takie jak np. zły stan matki lub dziecka, wcześniactwo noworodka, powrót matki do aktywności zawodowej. Wówczas karmienie za pomocą butelki ze smoczkiem lub sondy jest jedynym rozwiązaniem zaistniałej sytuacji [14].

Zdaniem neonatologów i położnych dopuszczalne jest karmienie sztuczne przez smoczek, gdy są przeciwwskazania do karmienia naturalnego, ponieważ prawidłowy rozwój i przyrost dziecka są priorytetowe. Ponadto biorąc pod uwagę sytuację panującą w szpitalu, związaną z liczbą personelu medycznego przypadającą na pacjentów, często nie ma czasu na chwilę zastanowienia, czy dziecko jest odpowiednią techniką karmione [14].

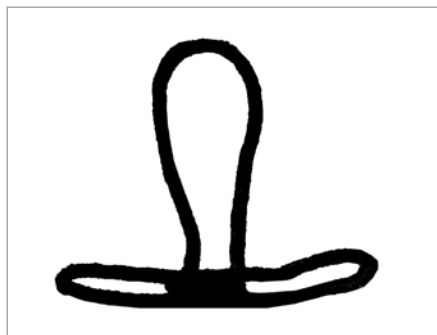
Logopedzi wraz z ortodontami są mniej entuzjastycznie nastawieni do tej metody. Uważają, że prowadzi to do zaburzeń mowy oraz wad zgryzu. Wyjątkiem są sytuacje, w których smoczek jest właściwie dobrany [14]. Za głosem specjalistów przemawia fakt, iż kobieca pierś jest zdolna do adaptacji w jamie ustnej noworodka. Ponadto karmienie naturalne pozwala dziecku zaangażować do pracy mięśnie twarzy oraz gałek ocznych. Intensywny rozwój tych ostatnich mięśni osiągniemy poprzez stosowanie różnorodnych pozycji do karmienia [19].

Najbardziej sceptyczną grupą zawodową są doradcy laktacyjni, których zdaniem karmienie przy pomocy smoczka zakłóca proces wydzielania mleka u matki. W konsekwencji skutkuje to trudnościami w przystawianiu do piersi, rezygnacją z karmienia naturalnego „na korzyść” karmienia mieszkankami modyfikowanymi [14].

Decydując się na zakup smoczka dla dziecka, należy wziąć pod uwagę następujące czynniki fizyczne: rodzaj materiału, wygląd, wielkość i kształt dziurki, sztywność/elastyczność. Same parametry w niczym nie pomogą, jeśli nie uwzględnimy również mechanizmu ssania noworodka, budowy anatomicznej jamy ustnej oraz samopoczucia dziecka po podaniu smoczka. Ważne, aby po włożeniu go do ust, dochodził do styku podniebienia miękkiego z twardym, bo tylko wtedy będzie mógł spełniać swoją funkcję [14].



Rycina 3. Nieprawidłowy kształt smoczka – okrągły [źródło: własne]



Rycina 4. Nieprawidłowy kształt smoczka – długi [źródło: własne]

Najlepszym rodzajem smoczka według literatury jest smoczek Müllera–Baltersa, ponieważ jest dostosowany do jamy ustnej dziecka. Jego stosowanie prowadzi do wysunięcia żuchwy oraz zapobiega wystąpieniu wad zgryzu w przyszłości. Wszystko zawdzięczamy budowie smoczka. Część, która jest wprowadzana do jamy ustnej, składa się z dwóch powierzchni. Ta dotykająca podniebienia twardego ma małe dziurki, a ta od spodu jest bardziej obszerna i gładka. To wszystko wymusza na dziecku pracę żuchwy do przodu i do góry [11].



Rycina 5. Kształt smoczka typu Müllera-Baltersa (ortodontycznego) [źródło: własne]

Układanie noworodka do snu

Nie bez znaczenia dla rozwoju narządu żucia jest prawidłowe ułożenie noworodka do snu. Dziecko powinno leżeć w taki sposób, aby głowa była wyżej od reszty ciała, czyli wystarczy włożyć pod głowę niedużą poduszkę. Ten prosty zabieg wpływie korzystnie na układ stomatognatyczny, ponieważ dzięki niemu głowa, a w konsekwencji żuchwa przesunie się do przodu. To wszystko przełoży się na optymalny rozwój jamy ustnej, sposób pobierania powietrza oraz zapobiegnięcie stałemu otwarciu ust [11].

Rodzaje wad zgryzu u dzieci

Do najpopularniejszych wad zgryzu u dzieci należą: poprzeczne (zgryzy krzyżowe), dotylne, doprzednie, zgryzy otwarte i głębokie. Cechami charakterystycz-

nymi dla zgryzów krzyżowych są nieregularność warg oraz nachodzenie zębów dolnych na górne. To wszystko przekłada się na trudności podczas przeżuwania pokarmów [20].

Kolejnym rodzajem wad są zgryzy głębokie, które polegają na nakładaniu największej siły podczas nagryzania na przednie zęby [20].

Następnym typem wad zgryzu są wady do-
przednie, czyli przodozgryzy. Charakteryzują się przemieszczeniem żuchwy do przodu w wyniku czego, bruzda między nosem a wargą górną staje się słabo zauważalna. Skutkiem tego jest zróżnicowanie w pracy mięśni wysuwających i cofających żuchwę. Mięśnie cofające są osłabione. U pacjenta występują trudności w jedzeniu i wymowie niektórych wyrazów [20].

Przedostatnią kategorię wad stanowią zgryzy otwarte. Defekt jest łatwy do zauważenia dla laika, ponieważ widać brak kontaktu kilku przeciwnych zębów ze sobą w odcinku przednim lub bocznym. Powstaje w wyniku ssania smoczka, palca. Pacjentowi dokuczają niedogodności z gryzieniem oraz mową [20].

Ostatnim rodzajem wad są wady dotylne. Problem tkwi w ustawieniu żuchwy, która jest położona do tyłu w stosunku do szczęki [20].



Rycina 6. Profil twarzy w zgryzie otwartym całkowitym (obejmuje odcinek przedni i boczny) wraz z ustawieniem zębów [źródło: własne]

Rola położnej w laktacji, karmieniu i opiece nad noworodkiem

Rola położnej jest nieoceniona już w okresie przedporodowym, dlatego że to właśnie ona wprowadza ciężarną we wszystkie zagadnienia dotyczące porodu, położu, karmienia naturalnego oraz opieki nad dzieckiem. Pomocne dla kobiety są zarówno zajęcia w szkole rodzenia, jak i wizyty edukacyjne położnej środowiskowej rozpoczynające się już od 22. tygodnia ciąży. Podczas takich zajęć położna powinna uwrażliwić matkę na występowanie zależności między sposobem karmienia dziecka a wadami zgryzu i problemami z wymową w późniejszym okresie, wykorzystując tę informację jako jeszcze jeden argument przemawiający za karmieniem piersią. Dodatkowo wiedza z zakresu etapów porodu, techniki karmienia piersią, opieki nad noworodkiem pozytywnie wpływa na rodziców i sprawia, że czują się dobrze przygotowani do nowej roli. W szpitalu, na bloku porodowym ważnym zadaniem położnej jest zapewnienie matce i dziecku po porodzie nieprzerwanego kontaktu skóra do skóry. Te pierwsze dwie godziny są niezwykle istotne. Ważne, aby jeśli tyl-

ko stan zdrowia matki i dziecka na to pozwala, dobrze je wykorzystać. W tym czasie powinno dojść do pierwszego, prawidłowego karmienia naturalnego. Zaangażowanie i pozytywne nastawienie położnej jest niezwykle znaczące. To właśnie położna zapewnia intymność, aranżuje akt pierwszego karmienia, ewentualnie służy radą i pomocą. Pośpiech, brak czasu i miejsc w salach porodowych nie jest sprzymierzeńcem dobrego karmienia naturalnego. Podczas pobytu dziecka na oddziale położniczym w systemie *rooming-in* położna obserwuje, w jaki sposób radzą sobie rodzice z opieką nad dzieckiem. Kluczowymi elementami są: przystawienie do piersi lub smoczka, sposób chwytania dziecka, układanie do snu. Warto zwrócić również uwagę na występowanie ewentualnych zaburzeń anatomicznych w obrębie jamy ustnej noworodka lub mechanizmu ssania. W przypadku problemów z karmieniem należy nauczyć pacjentkę stymulacji dziecka przed nim. Jeśli sama stymulacja nie przynosi efektów, może być konieczna konsultacja neurologopedyczna na oddziale lub w poradni po wypisie ze szpitala. Kolejnych informacji na temat problemów laktacyjnych, stosowania smoczka, karmienia noworodka i matki powinna dostarczyć pacjentce położna środowiskowa podczas wizyt domowych. Niektóre położne w celu zapewnienia profesjonalnej opieki laktacyjnej mają ukończony kurs w zakresie poradnictwa [2,21,22].

Dyskusja

Zagadnienie sposobów karmienia noworodków jest poruszane w każdej książce z dziedziny neonatologii. Dzięki temu personel medyczny ma szeroką wiedzę w zakresie tego tematu. Jednak dla matek, które są coraz bardziej świadome i lepiej wyedukowane, sama teoria może nie wystarczać. Chciałyby mieć również pokazane: jak należy stymulować dziecko przed karmieniem oraz w jakich pozycjach najlepiej jest karmić. Takie oczekiwania nie zawsze są łatwe do spełnienia szczególnie wtedy, gdy nie ma wystarczającej liczby personelu w szpitalu na oddziale. Wątpliwości pacjentek „wymuszają” szczególnie na położnych pracujących z noworodkami konieczność uzupełniania wiedzy z zakresu neonatologii, rehabilitacji oraz neurologopedii na różnego rodzaju konferencjach i szkoleniach. W przypadku szpitali mających III stopień referencyjności, edukacja matek dzieci jest łatwiejsza, ze względu na ścisłą współpracę fizjoterapeuty, doradcy laktacyjnego oraz neurologopedy z położnymi i lekarzami. Gdy jeden ze specjalistów zauważy zaburzenia w rozwoju, rozpoczyna po konsultacji z lekarzem, wdrażanie leczenia, np. poprzez masaż. Po wyjściu ze szpitala pacjentka jest kierowana wraz z noworodkiem do poradni, która będzie kontynuować leczenie, obserwować postęp rozwoju dziecka i w razie potrzeby udzielać informacji oraz pomocy. Kwestia wad zgryzu jest tematem godnym uwagi nie tylko dla ortodontów, pediatrów czy logopedów, ale również dla położnych. Szczególnie dla tych, które opiekują się noworodkami. Argumentem przemawiającym za tą tezą jest istnienie korelacji między stosowaniem smoczka a wystąpieniem zabu-

rzeń w obrębie układu stomatognatycznego. W przypadku dzieci urodzonych przed 37. tygodniem ciąży ryzyko wystąpienia wad zgryzu jest dla personelu medycznego i rodziców sprawą drugorzędną. Priorytetem staje się przyrost masy ciała noworodka oraz możliwość odstąpienia od karmienia sondą na korzyść smoczka. O ile samo karmienie smoczkiem nie wpływa na możliwość ujawnienia się wady, o tyle jego parametry (kształt, wielkość) są ważne.

Podsumowując, smoczek prawidłowo dobrany do potrzeb pacjenta, np. noworodka przedwcześnie urodzonego z dobrym odruchem ssania, powoduje, że ryzyko wystąpienia problemów w obrębie jamy ustnej jest minimalne.

Wnioski

- Istnieje zależność między sposobem karmienia noworodków a ujawnieniem się w późniejszym okresie rozwoju dziecka wady zgryzu.
- Sposób i jakość opieki personelu medycznego w okresie noworodkowym (sposób karmienia, układania do snu, podawanie smoczka, poziom edukacji przyszłych rodziców) ma ogromny wpływ na rozwój całego układu stomatognatycznego dziecka.

Bibliografia

1. Borkowski W. *Opieka pielęgniarska nad noworodkiem*. Wyd. 2. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2007: 271–279.
2. Nehring-Gugulska M, Żukowska-Rubik M, Pietkiewicz A, red. *Karmienie piersią w teorii i praktyce. Podręcznik dla doradców i konsultantów laktacyjnych oraz położnych, pielęgniarek i lekarzy*. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2012.
3. Pieczonka A, Marciniak-Stępak P. *Żywnienie i zaburzenia odżywiania*. W: Bręborowicz A, red. *Pediatrya dla studentów stomatologii*. Poznań: Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu; 2014: 27–41.
4. Lachowska M, Szafrąńska A. *Żywnienie noworodka*. W: Czyżewska M. *Neonatologia. Podręcznik dla studentów Wydziału Zdrowia Publicznego*. Wrocław: Wrocławska Drukarnia Naukowa PAN; 2007: 72–80.
5. Fundacja Bank Mleka Kobiecego. *Faq – często zadawane pytania* [online] [cyt. 1.04.2016]. Dostępny na URL: http://bankmleka.pl/?page_id=58
6. Gadinowski J, Szymankiewicz M, Gulczyńska E, red. *Podstawy neonatologii. Podręcznik dla studentów*. Wyd.2. Poznań: Oddział Wielkopolski Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej; 2006.
7. Bień A, Bałanda A, Kielbratowska B. *Metody i techniki karmienia noworodków*. W: Bałanda A, red. *Opieka nad noworodkiem*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009: 107–143.

8. Krebs FN, Primak EL. *Żywnienie dzieci i zaburzenia odżywiania*. W: Marcdante JK, Kliegman MR, Jenson BH, et al. *Nelson Pediatrics: Nelson Essentials of Pediatrics 2011*. Milanowski A, red. Tom I. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2012: 109–128.
9. Sztotowa W. *Żywnienie dzieci zdrowych*. W: Górnicki B, Dębiec B, Baszczyński J, red. *Pediatrics. Tom I*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1995: 169–222.
10. Szczepański M. *Żywnienie noworodka*. W: Szczapa J, red. *Neonatologia*. Wyd. 2. [uzup.]. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2015: 103–137.
11. Łabiszewska-Jaruzelska F, red. *Ortopedia szczękowa. Zasady i praktyka. Podręcznik dla studentów stomatologii*. Wyd. 3. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1995.
12. Renfrew M, Fisher C, Arms S. *Piersią najlepiej: Getting Breastfeeding Right for You*. Mikiel-Kostyra K, red. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1995.
13. Kordek A. *Neonatologia. Wybrane zagadnienia*. Szczecin: Wydawnictwo Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie; 2010.
14. Winnicka E. Wybór smoka do karmienia butelką – sztuka czy nauka? *Stand Med Pediatr* 2012; 9(6): 820–829.
15. Wojtarowicz R. *Wady zgryzu*. W: Jańczuk Z, red. *Podręcznik dla asystentek i higienistek stomatologicznych*. Wyd. 3. [uzup.] Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009: 445–476.
16. Nehring-Gugulska A, Żukowska-Rubik M, Stobnicka-Stolarska P, Paradowska B. Protokół oceny umiejętności ssania piersi. *Post Neonatol* 2014; 20(1): 53–65.
17. Wochna-Sobańska M. *Profilaktyka stomatologiczna*. W: Górnicki B, Dębiec B, Baszczyński J, red. *Pediatrics. Tom I*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1995: 232–235.
18. Wędrychowska-Szulc B. *Etiologia wad zgryzu*. W: Karłowska J, red. *Zarys współczesnej ortodontcji. Podręcznik dla studentów i lekarzy stomatologów*. Wyd. 3. [uzup.]. Warszawa: Wydawnictwo Lekarski PZWL; 2008: 59–72.
19. Ćwiek D. *Karmienie piersią*. W: Augustyniuk K, Rudnicki J, red. *Edukacja poporodowa*. Szczecin: Wydawnictwo Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie; 2015: 154–186.
20. Karłowska J, red. *Zarys współczesnej ortodontcji. Podręcznik dla studentów i lekarzy stomatologów*. Wyd. 3. [uzup.]. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008.
21. Szyber B. Zachęcić do karmienia piersią. *Mag Pielęg Położ* 2011(3): 36–37.
22. Borszewska-Kornacka MK, Królak-Olejnik B, Nehring-Gugulska M, Bernatowicz-Łojko U, Zawitkowski P, et al. Program wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego. *Stand Med Pediatr* 2014; 11(1): 9–15.

Adres do korespondencji:

Anna Polkowska
Wydział Położnictwa,
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
ul. Katowicka 68, 45-060 Opole
e-mail: ania.polkowska2@gmail.com

Instytucja położnej rodzinnej w świadomości społecznej

*Barbara Kotlarz, Marcelina Noszczyk, Izabela Mężyk,
Agnieszka Kobiółka, Marta Koziółek, Violetta Skrzypulec-Plinta*

Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp

Położna rodzinna, położna podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), położna środowiskowa to osoba, która prowadzi opiekę pielęgnacyjną w zakresie położnictwa, neonatologii oraz ginekologii, świadcząc usługi w miejscu zamieszkania pacjentki [1]. Często pojawiający się w ostatnich latach przymiotnik „rodzinny” – choć prawnie nie do końca określony – wskazuje, że działania położnej mają charakter pro-rodzinny, a jej głównym punktem zainteresowania jest kobieta i jej rodzina w miejscu swojego zamieszkania, bez względu na formalne lub nieformalne więzy, które tę rodzinę łączą [2]. To powoduje, że położna świadcząc opiekę nad pacjentką i jej rodziną, współpracuje również z innymi osobami realizującymi różnorodne świadczenia zdrowotne wobec odbiorców jej usług [3,4].

Wprowadzony niedawno pilotażowy program koordynowanej opieki nad ciążarną, tzw. KOC istotnie wpływa na zmiany w strukturze świadczonej przez położną rodzinną opieki. Niezakończony jeszcze projekt nie daje podstaw do analizy porównawczej i oceny, która forma opieki pełniej zabezpiecza potrzeby społeczeństwa w zakresie zdrowia ginekologiczno-położniczego. Jednak najlepiej nawet zaprojektowane i przygotowane działania nie spełnią swojej roli, jeśli to społeczeństwo nie będzie miało pełnej świadomości potrzeb i możliwości ich zabezpieczenia w tym obszarze [5].

Cel badań

1. Identyfikacja postrzegania zawodu położnej.

2. Poznanie wiedzy respondentów na temat możliwości korzystania z usług położnej rodzinnej.
3. Poznanie oczekiwań ankietowanych w zakresie opieki sprawowanej przez położną.
4. Ustalenie pożądaných przez respondentów cech, które powinna prezentować położna.

Materiał i metoda badawcza

Badanie zostało przeprowadzone techniką sondażu diagnostycznego w 2016 roku. Narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety, składający się z pytań o charakterze socjo-demograficznym, pozwalających na ustalenie charakterystyki grupy badawczej oraz pytań właściwych, odnoszących się do wiedzy na temat funkcjonowania instytucji położnej, pożądaných przez świadczeniobiorców cech, którymi powinna się wykazywać, a także oczekiwanego zakresu opieki świadczonej przez tę położną. W konstrukcji pytań zastosowano kafeterię zamkniętą, jednak pozostawiono też możliwość dopisania własnych uwag i spostrzeżeń. Uzyskane wyniki poddano analizie opisowej i matematycznej.

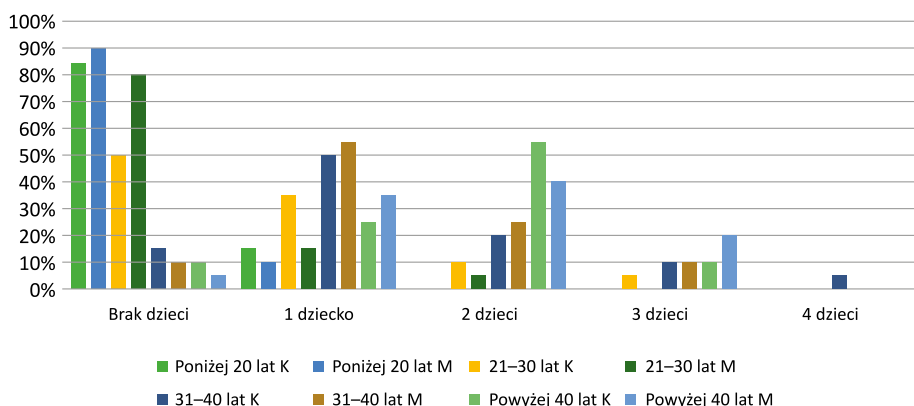
W badaniu wzięło udział 160 osób, które przypisano do 8 grup badanych w zależności od płci i wieku. Kobiety poniżej 20. roku życia oraz mężczyźni oznaczono jako grupy 1K i 1M. Grupy 2K i 2M stanowili odpowiednio respondenci płci żeńskiej i męskiej w wieku 21–30 lat. Kobiety pomiędzy 31. a 40. rokiem życia stanowiły grupę 3K, natomiast grupę mężczyzn w tym przedziale wiekowym oznaczono jako 3M. Kobiety powyżej 40. roku życia przypisano do grupy 4K, a mężczyzn do grupy 4M. Terenem objętym badaniami było województwo śląskie. Wszyscy uczestnicy zostali poinformowani o celu badania oraz wyrazili zgodę na dobrowolny w nim udział.

Wyniki

Grupa 1K w 40% posiadała wykształcenie zawodowe, natomiast grupa 1M w 45% wykształcenie średnie. Wykształcenie wyższe posiadało w grupie 2K 50% i 2M 60%, natomiast w grupie 3K i 3M po 45% ankietowanych deklarowało wykształcenie wyższe. W grupach 4K 60% i 4M 40% stanowiły osoby z wykształceniem średnim.

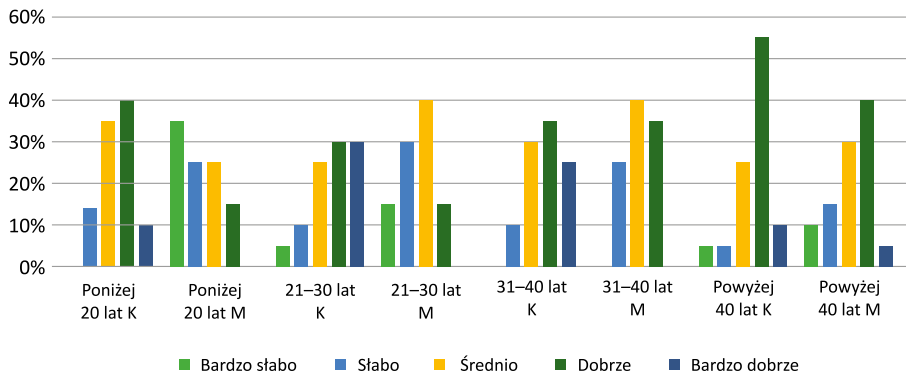
W grupach 1K, 1M i 2M brak partnera w związku deklarowało odpowiednio 65%, 75% oraz 55%. Natomiast połowa grupy 2K oraz osoby obu płci z każdej z grup wiekowych powyżej 30. roku życia w większości deklarowały pozostawanie w związku małżeńskim.

Między 30–40% osób z grup 1K, 1M, 2M i 3M zamieszkiwało miasto od 50 tys. do 250 tys. mieszkańców. Mieszkańcami wsi było 40% badanych z grupy 2K oraz 35% w grupie 3K. W najstarszych wiekowo grupach połowa kobiet zamieszkiwała miasto poniżej 50 tys. mieszkańców, natomiast 40% mężczyzn pochodziło ze wsi.



Rycina 1. Doświadczenie rodzicielskie

Osoby nieposiadające dzieci stanowiły w grupie 1K 85% ankietowanych w grupie 1M 90%, w grupach 2K i 2M odpowiednio 50% oraz 80%. W grupie 3K 50% i grupie 3M 55% posiadało jedno dziecko, a 55% badanych w grupie 4K i 40% grupy 4M było rodzicami dwojga dzieci.



Rycina 2. Ocena własnej wiedzy respondentów na temat zawodu położnej

W grupie 1K 40% badanych oceniło swoją wiedzę jako dobrą, natomiast w grupie 1M 35% uznało swoją wiedzę jako bardzo słabą. W grupie 2K 30% uznało swoją wiedzę za dobrą oraz bardzo dobrą, tymczasem w grupie 2M 40% wskazało na średnią znajomość zawodu położnej. W grupie 3K 35% zaznaczyło ocenę dobrą, natomiast 40% ankietowanych z grupy 3M wskazało na średnią znajomość zawodu. Najliczniej dobrą znajomością mogło pochwalić się 55% kobiet i 40% mężczyzn w najstarszej grupie wiekowej.

Tabela 1. Wiedza ankietowanych na temat specyfiki zawodu położnej

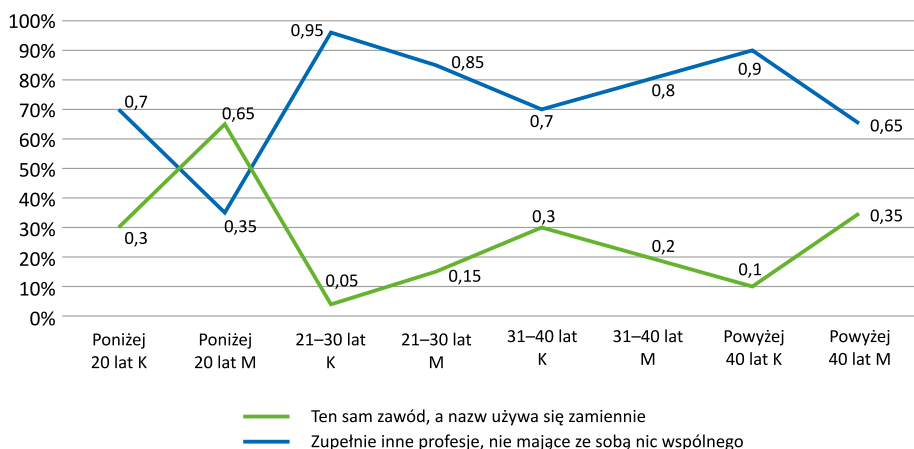
	< 20 lat		21–30 lat		31–40 lat		> 40 lat	
	K	M	K	M	K	M	K	M
Jest zawodem medycznym	17%	15%	25%	22%	34%	27%	36%	25%
Jest dziedziną nauk o zdrowiu	6%	12%	7%	10%	6%	5%	4%	0%
Jest dziedziną zdrowia publicznego	14%	0%	0%	11%	4%	0%	2%	6%
Jest zawodem samodzielnym	19%	12%	19%	15%	15%	19%	17%	14%
Wykonuje jedynie zlecenia lekarza	22%	27%	5%	5%	9%	14%	6%	25%
Posiada pewien zakres samodzielności zawodowej	11%	12%	24%	19%	17%	22%	23%	14%
Może prowadzić indywidualną praktykę położnej	8%	0%	19%	16%	13%	8%	13%	8%
Nie wiem	3%	23%	1%	1%	2%	5%	0%	8%

W grupie 1K 22% oraz grupie 1M 27% dominowała odpowiedź świadcząca o tym, że położna wykonuje jedynie zlecenia lekarza. W grupie 2K 25%, grupie 2M 22%, grupie 3K 34% i grupie 3M 27% twierdziło, że położnictwo jest zawodem medycznym. Natomiast w grupie 4M 25% uznało, że położna wykonuje jedynie zlecenia lekarza. O 2% mniej ankietowanych w grupie 4K było zdania, że położna posiada pewien zakres samodzielności zawodowej.

Tabela 2. Opinia ankietowanych na temat pożądanych cech osobowości położnej

	< 20 lat		21– 30 lat		31– 40 lat		>40 lat	
	K	M	K	M	K	M	K	M
Kultura osobista	12%	9%	9%	9%	11%	11%	11%	10%
Poszanowanie godności ludzkiej	13%	11%	10%	9%	11%	11%	11%	11%
Opiekuńczość	10%	10%	10%	9%	11%	9%	8%	11%
Gotowość niesienia pomocy każdemu	8%	9%	10%	8%	11%	11%	9%	9%
Życzliwość	5%	6%	8%	7%	10%	6%	10%	5%
Obiektywizm	3%	4%	5%	5%	5%	6%	5%	6%
Odwaga cywilna	6%	3%	4%	5%	4%	8%	6%	4%
Spostrzegawczość	5%	6%	8%	5%	6%	5%	6%	7%
Umiejętność logicznego myślenia	8%	10%	10%	9%	7%	4%	8%	10%
Podzielność uwagi	10%	4%	6%	8%	5%	11%	5%	11%
Rzetelność	6%	6%	6%	8%	6%	10%	7%	6%
Sumienność	6%	10%	6%	8%	7%	4%	7%	5%
Zaangażowanie	8%	12%	8%	9%	7%	5%	8%	4%

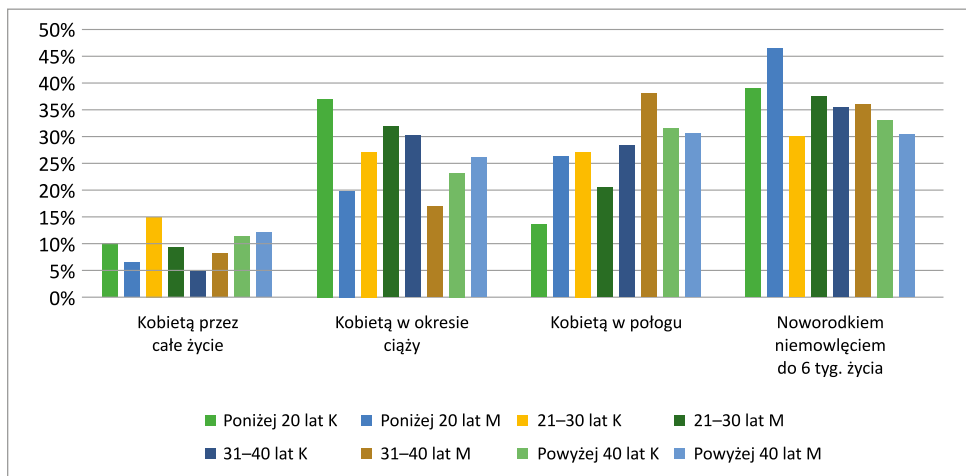
Zdaniem grupy 1K ważna była kultura osobista (12%), opiekuńczość (10%) oraz podzielność uwagi (10%). W grupie 1M za dominujące cechy uznano zaangażowanie (12%), poszanowanie godności ludzkiej (11%) oraz na równi (10%) opiekuńczość, umiejętność logicznego myślenia i sumienność. Wśród ankietowanych z grupy 2K 10% wyróżniło poszanowanie godności ludzkiej, opiekuńczość, gotowość niesienia pomocy każdemu. Najmniej ważną cechą w tej grupie kobiet była odwaga cywilna (4%). Natomiast w grupie 2M za najdoskonalsze cechy w równym stopniu uznali kulturę osobistą, poszanowanie godności ludzkiej, opiekuńczość, umiejętność logicznego myślenia oraz zaangażowanie. W grupie 3K wszystkie cechy oprócz odwagi cywilnej (4%) i obiektywizmu (5%) uznano za mało ważne. Tymczasem dla grupy 3M najmniej ważne są sumienność i umiejętność logicznego myślenia. W grupie 4K i 4M odpowiednio 11% i 10% było zdania, że ważna jest kultura osobista, natomiast poszanowanie godności ludzkiej ważne było dla takiej samej grupy osób z tego przedziału wiekowego (11%).



Rycina 3. Wiedza ankietowanych na temat zróżnicowania zawodów położnej i pielęgniarki

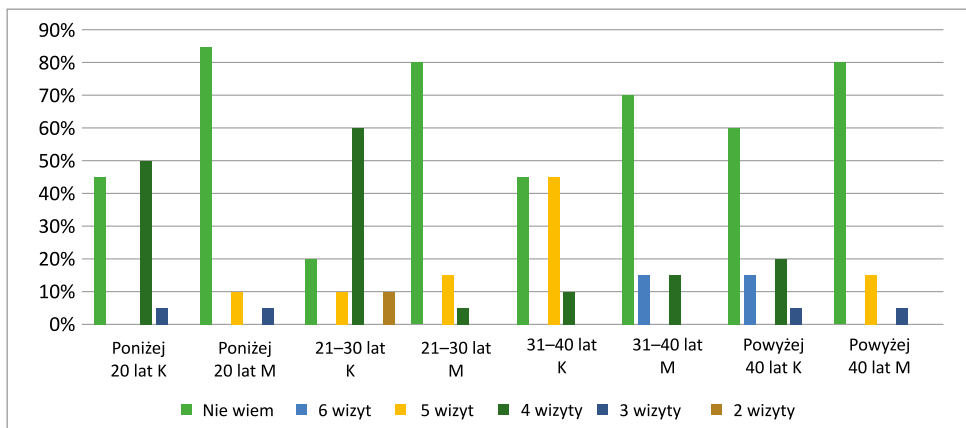
Najwięcej osób w grupie 1K 70% uznało, że oba zawody to zupełnie inne profesje, niemające ze sobą nic wspólnego. Natomiast w grupie 1M 65% było zdania, że to ten sam zawód, a nazw używa się zamiennie. W grupie 2K 95%, 2M 85%, 3K 70%, 3M 80%, 4K 90% oraz grupie 4M 65% postrzegало oba zawody jako inne profesje.

W grupie 1K 35%, grupie 1M 40%, grupie 2K 55%, grupie 2M 40%, grupie 3K 35% oraz grupie 4M 50% dominowała opinia, że położna może wystawiać recepty na wszystkie leki, które są kontynuacją terapii zleconej przez lekarza. W grupie 3K 35%, grupie 3M 40% oraz grupie 4K 45% nie mało zdania na dany temat.



Rycina 4. Wiedza ankietowanych o tym, jakimi osobami zajmuje się położna rodzinna

W grupie 1K 39%, grupie 1M 47%, grupie 2K 30%, grupie 2M 38%, grupie 3K 36%, grupie 4K 33% oraz grupie 4M 31% uznało, że położna głównie zajmuje się noworodkiem i niemowlęciem do 6. tygodnia życia. W grupie 3M 38% oraz grupie 4M 31% zaopiniowało opiekę nad kobietą w położu.



Rycina 5. Wiedza ankietowanych o ilości wizyt patronażowych

W grupie 1K 50% i w grupie 2K 60% sądziło, że matce z dzieckiem przysługują 4 wizyty położnej rodzinnej. W grupie 3K 45% było zdania, że matce i dziecku przysługuje 5 wizyt po porodzie. Natomiast w grupie 1M 85%, grupie 2M 80%, grupie 3K 45%, grupie 3M 70%, grupie 4K 60% oraz grupie 4M 80% nie miało zdania w tej kwestii.

Tabela 3. Wiedza respondentów na temat miejsca wykonywania świadczeń przez położną rodzinną

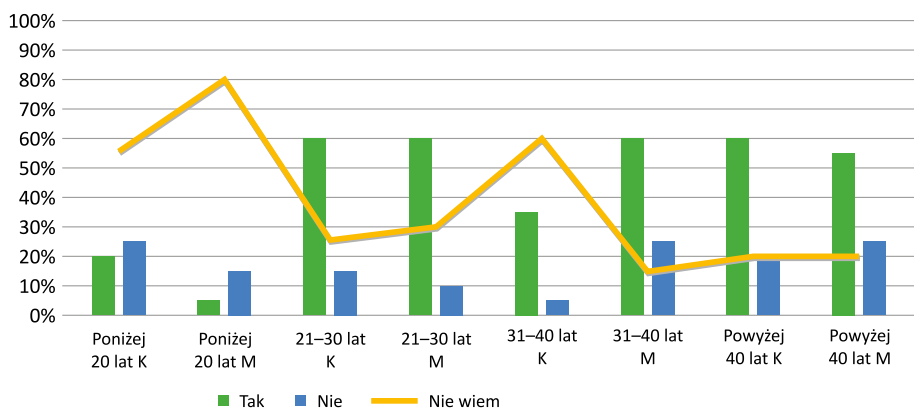
	< 20 lat		21–30 lat		31–40 lat		> 40 lat	
	K	M	K	M	K	M	K	M
W miejscu zamieszkania lub pobytu podopiecznej	33%	24%	80%	55%	50%	42%	67%	55%
Przez telefon	5%	10%	0%	13%	15%	12%	5%	5%
W gabinecie praktyki	24%	24%	20%	23%	27%	31%	24%	23%
Nie wiem	38%	43%	0%	10%	8%	15%	5%	18%

W grupie 1K 38% i grupie 1M 43% nie znało odpowiedzi na pytanie. W grupie 2K 80%, grupie 2M 55%, grupie 3K 50%, grupie 3M 42%, grupie 4K 67% oraz grupie 4M 55% wiedziało, że położna rodzinna udziela świadczeń w miejscu zamieszkania lub pobytu podopiecznej.

Tabela 4. Oczekiwania respondentów w zakresie porad udzielanych przez położną rodzinną

	< 20 lat		21–30 lat		31–40 lat		> 40 lat	
	K	M	K	M	K	M	K	M
Porada dotycząca okresu planowania rodziny	8%	4%	5%	4%	4%	3%	1%	5%
Porada w zakresie higieny życia płciowego	5%	8%	6%	6%	4%	4%	3%	3%
Porada dotycząca higieny i trybu życia w ciąży	10%	4%	8%	10%	4%	4%	5%	4%
Porada dotycząca dolegliwości w czasie ciąży	16%	14%	9%	12%	14%	11%	12%	9%
Porada dotycząca badania fizykalnego w czasie ciąży	5%	4%	5%	8%	6%	4%	5%	3%
Porada dotycząca objawów zbliżającego się porodu	12%	14%	12%	10%	13%	11%	13%	13%
Porada dotycząca przebiegu porodu	8%	12%	11%	10%	10%	13%	13%	12%
Porada w czasie porodu	5%	4%	12%	9%	12%	9%	12%	12%
Porada dotycząca laktacji	14%	16%	13%	12%	14%	11%	12%	13%
Porada dotycząca pielęgnacji noworodka	14%	14%	11%	13%	12%	20%	12%	14%
Porada w zakresie postępowania w okresie menopauzy	3%	0%	5%	4%	6%	6%	11%	11%
Inne świadczenia	0%	4%	3%	2%	1%	2%	0%	1%
Porada w czasie porodu	5%	4%	12%	9%	12%	9%	12%	12%

W grupie 1K ankietowane na pierwszym miejscu oczekiwały porad dotyczących dolegliwości w czasie ciąży (16%), porad dotyczących laktacji (14%) oraz porad dotyczących pielęgnacji noworodka (14%). W grupie 1M największe znaczenie przypisano poradom dotyczącym laktacji (16%), dolegliwości w czasie ciąży (14%), objawom zbliżającego się porodu (14%) oraz w zakresie pielęgnacji noworodka (14%). W grupie 2K porad dotyczących laktacji oraz porad w czasie porodu oczekiwało 13% i 12%. W grupie 3M 13% chciałoby porad dotyczących pielęgnacji noworodka oraz w 12% porad dotyczących laktacji. W grupie 3K 14% oczekiwało porad dotyczących dolegliwości w czasie ciąży oraz porad dotyczących laktacji, tymczasem w grupie 3M 20% chciałoby porad dotyczących noworodka. W grupie 4K 13% wymagałoby porad dotyczących przebiegu porodu, porad dotyczących objawów zbliżającego się porodu (13%), porad dotyczących menopauzy (11%). W grupie 4M 14% oczekiwało porad dotyczących pielęgnacji noworodka, porad dotyczących przebiegu porodu 13%, porad dotyczących laktacji (13%) oraz porad dotyczących menopauzy (11%).



Rycina 6. Gotowość do prowadzenia następnej ciąży przez położną

W grupie 1K 55% i grupie 1M 80% nie wiedziało, kto będzie prowadził przyszłą ciążę. W grupie 2K i grupie 2M po 60% deklarowało chęć prowadzenia przez położną przyszłych ciąż. Aż 55% kobiet i 50% mężczyzn dodało, że dzięki tej ankiecie dowiedzieli się o możliwości prowadzenia porodu i opieki sprawowanej przez położną nad ciężarną. W grupie 3K 60% nie wiedziało czy zaufać położnej, gdyż wszystkie poprzednie ciąży były prowadzone przez ginekologa. Natomiast w grupie 3M 60% zgodziło się co do osoby położnej jako prowadzącej poród. W grupie 4K 60% zauważyło, że w szpitalu położne przyjmują porody, dlatego w pełni mogłyby zaufać położnej. Tymczasem w grupie 4M 55% chciałoby, aby położna prowadziła ciążę partnerki ze względu na specjalistyczną wiedzę, wysokie kompetencje i zaufanie.

Dyskusja

Zgodnie z wytycznymi zawartymi w art. 5 ust. 28 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, położna POZ musi posiadać dodatkowe kwalifikacje, tzn. ukończyć kurs specjalizacyjny lub kwalifikacyjny z zakresu pielęgniarstwa: rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego oraz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub ukończyć studia drugiego stopnia oraz odbyć ponad trzyletni staż pracy w POZ, udzielając świadczeń w ramach umowy zawartej z NFZ [1,6]. Większość ankietowanych w badaniach własnych miała świadomość, że potrzebne są jakieś dodatkowe kwalifikacje, ale nie potrafiła trafnie ich zdefiniować, jak również miała problemy z odróżnieniem zawodu pielęgniarki od położnej.

Kluczową rolę położnej – zwłaszcza w odczuciu społecznym – jest opieka nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu oraz noworodkiem, a celem tej opieki jest kontrola rozwoju dziecka, wczesne wykrycie objawów patologicznych, zaopiniowanie relacji rodziny z dzieckiem oraz wspieranie tworzenia więzi między rodzicami a noworodkiem poprzez prowadzenie edukacji w szerokim jej ujęciu [7].

Opieka sprawowana przez położną POZ ma również ogromne znaczenie u pacjentki po operacjach ginekologicznych. Położna instruuje kobiety, jak prowadzić samopielęgnację i samoopiekę w środowisku domowym po powrocie ze szpitala. Przeprowadza testy diagnostyczne i pobiera materiały do badań w miejscu pobytu pacjentki, wykonuje niezbędne zabiegi pielęgnacyjno-terapeutyczne oraz zleczone [1]. Opieka w środowisku zamieszkania koreluje z większym stopniem zadowolenia z usług świadczonych przez pielęgniarkę i położną rodzinną [8]. W zestawieniu z wynikami badań własnych zastanowienia wymaga fakt, czy grupa położnych rodzinnych stanowi dostatecznie wyraźnie wydzieloną strukturalnie grupę pracowników podstawowej opieki zdrowotnej?

Położna rodzinna towarzyszy kobiecie w czasie przekwitania, ale również w okresie *senium*. Poprzez obserwację, analizę dokumentacji oraz dobry kontakt ze swoimi podopiecznymi położna:

- rozpoznaje objawy sugerujące okres menopauzy występującej naturalnie lub tzw. menopauzy chirurgicznej występującej po operacjach ginekologicznych,
- pomaga w rozumieniu i zaakceptowaniu zmian zachodzących z wiekiem,
- edukuje pacjentkę poprzez promowanie zdrowego stylu życia, odpowiednio dobraną dietę, zapobieganie otyłości oraz aktywność fizyczną,
- pomaga rozpoznawać i łagodzić dolegliwości występujące w tym okresie,
- nakierowuje na sposoby unikania sytuacji stresowych i radzenia sobie w chwilach nerwowych,
- mobilizują rodzinę pacjentki do współdziałania i wsparcia kobiety,
- zachęca kobiety do profilaktyki, samobadania oraz wykonywania badań przesiewowych w kierunku wykrywania chorób nowotworowych,
- wykonuje badanie fizykalne mające na celu wykrycie chorób sutka [1,9].

W badaniach różnych autorów, jak również w badaniach własnych zauważa się niską świadomość obecności położnej w życiu kobiety, a działania profilaktyczne, które mogą być podejmowane przez położną rodzinną są słabo zaznaczone [10,11,12].

Wnioski

1. Identyfikacja obszaru zawodowych zainteresowań położnej przede wszystkim ogranicza się – niezależnie od wieku i płci – do aspektu położniczo-noworodkowego. Tylko niewielka grupa ankietowanych ma świadomość obecności położnej przez całe życie kobiety i jej rodziny. Duża część społeczeństwa postrzega zawód położnej jako samodzielny, ale również nieopłacalny i niedoceniany, wskazując na lepsze perspektywy finansowe wykonywania zawodu zagranicą. Dla młodszych mężczyzn określenie „pielęgniarka” i „położna” są zamiennikami, tendencja ta załamuje się wraz z wiekiem, jednak nadal dużo osób jest zdania, że zawody te są tożsame.
2. Wśród młodszych grup ankietowanych zauważa się brak wiedzy na temat uprawnień i samodzielności zawodowej położnych oraz możliwości korzystania ze świadczeń, które położna mogłaby zaoferować. Wraz ze wzrostem wieku naturalnie rośnie świadomość potrzeb w zakresie zdrowia ginekologicznego.
3. Oczekiwania w zakresie poradnictwa świadczonego przez położną opierają się w głównej mierze wokół opieki położniczej i noworodkowej, a dopiero wraz z wiekiem pojawia się zainteresowanie związane z okresem menopauzalnym. Rola położnej w zakresie zdrowia przedkoncepcyjnego nie jest w ogóle istotna.
4. Wśród pożądanых cech, którymi powinna charakteryzować się położna na pierwszy plan wysuwają się te związane z relacjami interpersonalnymi (np. poszanowanie godności ludzkiej, kultura osobista, opiekuńczość oraz gotowość niesienia pomocy każdemu), spychając profesjonalizm zawodowy na dalsze pozycje.

Bibliografia

1. Iwanowicz-Palus GJ, Krysa J, Bień J. Rola położnej rodzinnej w Polsce *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2013; Tom 19: Nr 3, 272–278 [online] [cyt. 10.01.2017]. Dostępny na URL: monz.pl/fulltxt.php?ICID=1075136
2. Telusiewicz P. Prawne aspekty zwrotu „rodzinny” w prawie polskim. *Науковий Вісник* 2012; 2(1): 314–324 [online] [cyt. 10.01.2017]. Dostępny na URL: http://www.nbu.gov.ua/old_jrn/Soc_Gum/Nvlduvs/2012_2_1/12tpwpp.pdf

3. Marcinowicz L. Rola pielęgniarki i położnej w sprawowaniu podstawowej opieki zdrowotnej. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2014; 12(4): 352–357.
4. Fiedorczyk I. Nowe zadanie położnej środowiskowej/rodzinnej – wgląd w sytuację dziecka w rodzinie. W: Krajewska-Kułał E, Szczepański M, Łukaszczyk C, Lewko J, red. Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne: od poczęcia do starości. T. 1. Białystok 2007 [online] [cyt. 11.01.2017]. Dostępny na URL: http://www.umb.edu.pl/photo/pliki/DziedkanatWNOZ/monografie/tom_i.pdf
5. Program opieki koordynowanej nad kobietą w ciąży fizjologicznej [online] [cyt. 10.01.2017]. Dostępny na URL: http://demagog.org.pl/wp-content/uploads/2016/11/program_opieki_koordynowanej_nad_kobieta_w_ciazy_fizjologicznej.pdf
6. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2015 poz. 581, 1240, 1269, 1365, 1569, 1692, 1735, 1830, 1844, 1893, 1916, 1991, 1994, z 2016 r. poz. 65, 652, 960).
7. Zydorek M, Gawęda B, Michalik A, Olszewska J, Czerwińska A, Frankowicz-Gasiul B, Kamińska J, Olszewski J. Opieka nad położnicą i noworodkiem w środowisku domowym w okresie połogu. *Studia Medyczne* 2009; 13: 56–59 [online] [cyt. 12.01.2017]. http://www.ujk.edu.pl/studiamedyczne/doc/SM_tom_13/Opieka%20nad%20poloznica%20i%20noworodkiem.pdf
8. Leszczyńska M, Krajewska-Kułał E, Łukaszczyk C, Sobolewski M, Kędziora-Kornatowska K, Borzuchowska A. Opinia pacjentów o jakości usług podstawowej opieki zdrowotnej na terenie miasta Jasła i jego okolic. *Probl Hig Epidemiol* 2007; 88(3): 277–285.
9. Tadeusiak A, Kasperik D, Hrynakowska A. Zadania położnej nad kobietą w okresie okołomenopauzalnym. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*. 2013; 4(3): 301.
10. Bączek G, Golubińska H, Dmoch-Gajzlerska E. Wybrane problemy okresu połogowego – rola położnej środowiskowo-rodzinnej. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie* Rzeszów 2012; 2: 200–212.
11. Paździor A, Stachowska M, Zielińska A. Wiedza kobiet na temat profilaktyki raka piersi. *Nowiny Lek* 2011; 80(6): 419–422.
12. Słopiecka A. Analiza wiedzy i zachowań zdrowotnych kobiet, hospitalizowanych z powodu chorób ginekologicznych oraz kierunki profilaktyki i promocji zdrowia. *Studia Medyczne* 2009; 13: 27–53 [online] [cyt. 12.01.2017]. http://www.ujk.edu.pl/studiamedyczne/doc/StudiaMed_13_net.pdf#page=27

Adres do korespondencji:

Barbara Kotlarz
Wydział Nauk o Zdrowiu,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
ul. Medyków 12, 40-752 Katowice
tel. 32 208 87 52 lub 32 208 87 51 (sekretariat)
e-mail: bkotlarz@sum.edu.pl

Zakażenia wertykalne HBV i HCV

Małgorzata Inglot

Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych,
Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych,
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Wstęp

Zakażenia wirusami B i C zapalenia wątroby przenoszone są drogą krwiopochodną, seksualną i wertykalną. W ostatnich latach znaczącej poprawie uległa sytuacja epidemiologiczna w odniesieniu do zakażeń krwiopochodnych. Oprócz masowych szczepień przeciw WZW typu B przyczyniły się do tego przesiewowe badania dawców krwi, kontrola sterylizacji i ścisłe przestrzeganie procedur sanitarno-higienicznych w placówkach służby zdrowia. W tej sytuacji zakażenia wertykalne stały się istotną, z punktu widzenia epidemiologicznego, drogą transmisji obu wirusów. W przypadku ciąży u kobiety z zakażeniem HBV lub HCV powinno się zastosować wszystkie dostępne metody zmniejszające ryzyko przeniesienia zakażenia na dziecko.

Zakażenie HBV

Szczepienia noworodków przeciw WZW typu B wprowadzono w Polsce w 1993 roku. Oznacza to, że kobiety będące aktualnie w wieku prokreacyjnym, mogły nie zostać zaszczepione w okresie noworodkowym a zapadalność na WZW typu B w latach dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku była w Polsce bardzo wysoka. Niezwykle ważne jest więc oznaczanie u wszystkich ciężarnych antygenu HBs.

Ryzyko transmisji wertykalnej zakażenia HBV wynosi 5–15%. Do większości zakażeń dochodzi w czasie porodu ze względu na ekspozycję w kanale rodym na krew i wydzieliny pochwy matki. Ryzyko transmisji ściśle zależy od nasilenia replikacji wirusa B zapalenia wątroby u matki. Wartości HBV DNA powyżej 200 000 IU/ML pozwalają uznać, że ciąża jest wysokiego ryzyka. Podobnie jest w przypadku, gdy w poprzedniej ciąży profilaktyka u noworodka okazała się nieskuteczna.

U każdej kobiety zakażonej HBV należy na przełomie drugiego i trzeciego trymestru ciąży oznaczyć poziom wirerii HBV (HBV DNA ilościowo) [1]. Podawanie leków hamujących replikację HBV (lamiwudyna, tenofovir) jest zalecane, gdy wiremia HBV > 200.000 IU/mL. W takich przypadkach należy też rozważyć rozwiązanie ciąży przez elektywne cięcie cesarskie [2,3]. Każdy noworodek matki zakażonej HBV powinien w ciągu pierwszych dwunastu godzin życia otrzymać immunoglobulinę anti-HBs oraz pierwszą dawkę szczepionki p/wzwB. Dla noworodków z masą ciała poniżej 2000 g rekomenduje się schemat zawierający 4 dawki szczepionki. W celu diagnostyki zakażenia HBV należy między 9. a 18. miesiącem życia oznaczyć HBsAg, anti-HBs oraz anti-HBc [1].

Przebieg zakażenia HBV u dzieci zakażonych wertykalnie jest praktycznie bezobjawowy, rozwija się faza tolerancji immunologicznej z wysoką replikacją HBV i niskimi aktywnościami aminotransferaz.

Zakażenie HCV

Postęp wiedzy klinicznej oraz metod leczenia nie jest tu tak szybki jak w zakresie dotyczącym chorych dorosłych. Wynika to ze stale zmniejszającej się liczby zakażeń oraz z bezobjawowego przebiegu choroby w najmłodszej grupie wiekowej.

Wprowadzenie z początkiem lat dziewięćdziesiątych skriningowych badań dawców krwi oraz zastosowanie procedur inaktywujących HCV w trakcie produkcji czynników krzepnięcia i immunoglobulin, spowodowało, że drastycznie zmniejszyła się liczba zakażeń poprzetoczeniowych u dzieci – biorców licznych transfuzji (chorujących na hemofilię, talasemię, anemię sierpowatą, choroby rozrostowe krwi, poddawanych hemodializom lub dużym zabiegom chirurgicznym). Obecnie zasadniczy sposób przenoszenia zakażeń HCV u dzieci zaczyna stanowić droga wertykalna. Ocenia się, że ryzyko zakażenia odmatczywego wynosi średnio 5–6%, a w przypadku matek HCV RNA(+) może wzrastać do 10–11%. Prawdopodobieństwo zakażenia dziecka znacznie wzrasta, gdy wiremia u matki przekracza 10^6 kopii/ml. [4,5]. Choć wyniki badań dotyczących możliwości transmisji HCV przez karmienie piersią nie są jednoznaczne, nie ma jak dotąd wystarczających danych, aby zalecać zaniechanie karmienia piersią przez matki zakażone HCV. Z uwagi na brak szczepionki i swoistej immunoglobuliny, nie ma możliwości stosowania u noworodka matki zakażonej HCV jakiegokolwiek profilaktyki swoistej. Stosowanie swoistej immunoglobuliny anti-HCV pozostało w fazie badań eksperymentalnych [6]. Współcześnie dostępne są leki hamujące replikację HCV – inhibitory proteazy HCV, polimerazy HCV oraz inhibitory regionu NS5A. Niektóre z nich prawdopodobnie wkrótce będą w szczególnych przypadkach zalecane w profilaktyce zakażeń wertykalnych.

Przeciwciała anti-HCV, przekazane przez łożysko utrzymują się u dziecka długo, zanikają między 12. a 18. miesiącem życia. Diagnostyka wertykalnego zakaże-

nia HCV wymaga przeprowadzenia w pierwszym roku życia minimum dwóch badań HCV RNA w odstępie co najmniej trzech miesięcy. Dwukrotne stwierdzenie niewykrywalnej wirerii wyklucza wertykalne zakażenie HCV, dwukrotny wynik pozytywny potwierdza to zakażenie.

Pojawiające się pojedyncze doniesienia wskazują na możliwość horyzontalnego szerzenia się zakażenia HCV w środowisku domowym. Mają one jednak charakter kazuistyczny i z punktu widzenia epidemiologicznego droga horyzontalnego szerzenia się zakażeń wydaje się nie mieć dużego znaczenia [7].

Naturalny przebieg zakażenia HCV u dzieci jest łagodniejszy niż u dorosłych. Charakteryzuje się mniejszą częstością rozwoju przewlekłego zapalenia i marskości wątroby, niższą aktywnością aminotransferaz i częstszym występowaniem spon-tanicznych remisji. Marskość wątroby rozwija się niezwykle rzadko i prawie wyłącznie u dzieci obciążonych wcześniej przewlekłymi schorzeniami (choroby rozrostowe krwi, nowotwory, hemofilia). U dzieci bez dodatkowych schorzeń w ponad 90% nasilenie zmian histopatologicznych jest niewielkie: zapalenie (*grading*) – 1–2, włóknienie (*staging*) – 0–1 [8].

Bibliografia

1. Pawłowska M, Sobolewska-Pilarczyk M. Rekomendacje postępowania w wertykalnych zakażeniach HBV i HCV. *Prz Epidemiol* 2016; 70(1): 33–34, 119–120.
2. Pan CQ, et al. Cesarean section reduces perinatal transmission of hepatitis B virus infection from hepatitis B surface antigen positive women to their infants. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2013; 11: 1349–1355.
3. Pan CQ, et al. Lamivudine therapy during the second vs the third trimester for preventing transmission of chronic hepatitis B. *J Viral Hepat* 2017 March; 24(3): 246–252.
4. Resti M, et al. Mother to child transmission of hepatitis C virus: prospective study of risk factors and timing of infection in children born to women seronegative for HIV-1. *BMJ Brit Med J* 1998; 317: 437–441.
5. Zanetti AR, et al. Mother-to-infant transmission of hepatitis C virus. *J Hepatol* 1999; 31: 96–100.
6. Krawczyński K, et al. Experimental immune treatment of hepatitis C (HCV) infection: passive anti-HCV (HClg) transfer in chronically infected chimpanzees. *J Hepatol* 2000; 32(2): 37.
7. Guadagnino V, et al. Hepatitis C virus infection in family setting. *Eur J Epidemiol* 1998; 14: 229–239.
8. Guido M, et al. Chronic hepatitis C in children: the pathological and clinical spectrum. *Gastroenterology* 1998; 115(6): 1525–1529.

Adres do korespondencji:

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

Perspektywy dla cytodiagnostyki ginekologicznej

Grzegorz Głąb

Wydział Położnictwa, Państwowa Medycyna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Cytodiagnostyka ginekologiczna należy do najbardziej spektakularnych osiągnięć medycyny w XX wieku. Badania zainicjowane przez G. Papanicolaou i H. Trauta, opublikowane w 1943 roku, po globalnym upowszechnieniu, pozwoliły w wielu krajach na redukcję śmiertelności z powodu raka szyjki macicy. Najlepsze efekty osiągnięto w krajach skandynawskich, gdzie przez dziesięciolecia zastosowano na masową skalę cytodiagnostykę złuszczeniową, powtarzaną co 3 lata jako podstawową metodę skreeningową. Sukces, polegający na znacznym ograniczeniu umieralności z powodu raka szyjki macicy, osiągnięto dzięki objęciu masowym, aktywnym skreeningiem ponad 90% populacji mieszkanek Skandynawii oraz perfekcyjnej organizacji pracy. Stwierdzono jednak nadal utrzymującą się stale wysoką zachorowalność na wczesne stopnie zaawansowania i zmiany przednowotworowe [1].

W 1975 roku niemiecki wirusolog prof. Harald Zur Hausen z Heidelbergu opublikował wyniki badań wykazujące istniejący związek przyczynowo-skutkowy między rakiem płaskonabłonkowym szyjki macicy, a zakażeniem wirusami z grupy Papilloma o typach 16 i 18. Jego pionierskie prace otworzyły nowy rozdział w zwalczaniu raka szyjki macicy oraz raków płaskonabłonkowych innych lokalizacji narządowych. Odkrycie roli zakażenia HPV nie pozostało bez wpływu na rozwój cytodiagnostyki. Uwzględniając nowe fakty w 1982 roku, zaproponowano zmianę pierwotnej numerycznej (grupy PAP od I do V) klasyfikacji G. Papanicolaou na opisowy system Bethesda (TBS). Ocena rozmazu pochwowo-szyjkowego stała się wieloelementowa. Zawierała ocenę jakości pobrania materiału, ocenę reakcji cytohormonalnej, zmian związanych z towarzyszącymi infekcjami i zmian naprawczych. Odchylenia w komórkach nabłonka płaskiego i gruczołowego miały odzwierciedlać ewolucyjny i ich stopniowo nasilający się charakter. Zmiany śródnabłonkowe o małym nasileniu (LSIL) odzwierciedlają wczesne etapy zakażenia wirusami Papilloma, a zmiany o dużym nasileniu (H SIL) cechy rzeczywistych stanów przedrakowych [2,3].

W tym okresie rozpoczął się niejako „renesans kolposkopii”, alternatywnej metody diagnostycznej opartej na zasadzie kontrastowania widocznej podczas wziernikowania powierzchni szyjki macicy z granicą nabłonka płaskiego i nabłonka endo-

cerwikalnego kanału szyjki (tzw. strefy przekształceń) odczynnikami chemicznymi (3–5% roztwór kwasu octowego i płyn Lugola). Obserwowane zmiany zabarwienia pozwalają w nieinwazyjny sposób na szybkie rozpoznanie, zlokalizowanie i wstępne zróżnicowanie nasilenia zmian przednowotworowych oraz raka szyjki macicy. Ustalono, że badanie kolposkopowe nie jest metodą konkurencyjną, ale w pełni komplementarną z cytodiagnostyką onkologiczną. Łączne zastosowanie tych badań znacznie podnosi czułość i trafność diagnostyki schorzeń szyjki macicy. Obecnie kolposkopowa weryfikacja nieprawidłowych wyników badań cytologicznych poparta celowaną biopsją stanowi standardowy algorytm postępowania [2,4].

Idea łącznego stosowania cytodiagnostyki i kolposkopii spotkała się jednak z ograniczeniami natury praktycznej. Cytodiagnostyka konwencjonalna opiera się o konieczność ambulatoryjnego pobrania materiału, sporządzenia utrwalonego preparatu rozmazowego, jego transportu do laboratorium, barwienia, w końcu oceny i formułowania rozpoznania. Czas upływający od pobrania materiału rozmazowego do dostarczenia wyniku w praktyce liczony jest w tygodniach. Badanie cytologiczne w jego pełnym zakresie można wykonać łącznie i jednocześnie, jeśli zastosuje się inną technikę mikroskopowania. W 1935 roku holenderski fizyk Fritz Zernicke dokonał modyfikacji mikroskopu, tworząc mikroskop kontrastowo-fazowy. Dzięki wykorzystaniu zjawisk dyfrakcji i interferencji fal świetlnych na krawędziach struktur biologicznych, możliwe stało się badanie mikroskopowe z pominięciem utrwalania i barwienia. Przyżyciowe preparaty zawieszane w kropli fizjologicznego roztworu NaCl można badać mikroskopowo w ich naturalnej formie. Odkrycie mikroskopu kontrastowo-fazowego było epokowym osiągnięciem uhonorowanym Nagrodą Nobla w 1953 roku. Technika mikroskopii kontrastowo-fazowej szybko znalazła zastosowanie w medycynie, w tym do przyżyciowych badań rozmazów pochwowo-szyjkowych w ginekologii. Ograniczeniem zastosowania metody była początkowo kłopotliwa archiwizacja i dokumentacja wyników badania. Obecnie dzięki rozwojowi optoelektroniki badania z użyciem mikroskopu kontrastowo-fazowego mogą być wiarygodnie archiwizowane w dowolnej postaci. Możliwość natychmiastowego badania rozmazu pochwowo-szyjkowego pozwoliła na praktyczne, jednoczesne połączenie badania cytologicznego z badaniem kolposkopowym. Możliwości oceny cytologicznej w mikroskopie kontrastowo-fazowym w niczym nie ustępują konwencjonalnej cytodiagnostyce z zastosowaniem utrwalania i barwienia, a szansa zestawienia wyniku oceny cytoonkologicznej z wynikiem badania kolposkopowego dodatkowo podnosi czułość i swoistość każdego z tych badań stosowanych oddzielnie. Dodatkową zaletą jest możliwość aktualnej oceny mikrobiologicznej, cytohormonalnej i zmian regeneracyjnych. Ograniczeniem metody jest konieczność uzyskania biegłości zarówno w ocenie kolposkopowej, jak i cytodiagnostyce, co w praktyce pozwala na zastosowanie w warunkach specjalistycznego gabinetu patologii szyjki macicy [3,5,6].

W latach 90. poprzedniego stulecia rozwinęła się dynamicznie kolejna metoda diagnostyki, badania molekularne identyfikujące główną przyczynę, czyli wirusy

HPV. Pierwotne odkrycie H. Zur Hausena o roli HPV 16 i 18 uzupełniono listą kolejnych 11 typów wirusów Papilloma, które wykazują potencjał onkogenny, choć nie tak istotny jak dwa pierwsze. Metody diagnostyki molekularnej, oparte o hybrydyzację (Hybride Capture: HC1, HC2) charakterystycznych sekwencji DNA poszczególnych wirusów oraz o bardziej czułą technikę polimerazy łańcuchowej (Polimerase Chain Reaction, PCR), pozwalają na wykrycie nie tylko obecności onkogennych wirusów w śluzie pochwowym, ale także produktów replikacji ich onkogenów E6 i E7 w zainfekowanych komórkach na poziomie submolekularnym (E6/E7mRNA HPV HR). Badania molekularne DNA HPV pozwoliły na kategoryzację pacjentek z odchyleniami w badaniu cytologicznym i kolposkopowym z obecnością wirusów wysokoonkogennych (HR), u których jest bardzo duże ryzyko progresji zmian w kierunku raka inwazyjnego, od kobiet z zakażeniem wirusami niskoonkogennymi, u których takie ryzyko jest znikome. Pierwsze lata XXI wieku to gwałtowny wzrost znaczenia badań molekularnych, częściowo kosztem konwencjonalnej cytodiagnostyki, która w badaniach EBM wypada jako metoda o sporo niższej wiarygodności (czułość 55–65% dla cytodiagnostyki, przy 98% dla badań molekularnych) [1,7,8].

Aby poprawić parametry wydolności diagnostycznej cytodiagnostyki konwencjonalnej wprowadzono badania immunocytochemiczne. Integracja onkogenów E6 i E7 wysokoonkogennych typów HPV jest związana z nadekspresją białka p16INK4a (p16) w cytoplazmie zainfekowanych komórek i z pobudzeniem ich potencjału mitotycznego. Zjawiska te, odkryte również przez zespół prof. Zur Hausena, zaowocowały powstaniem metody diagnostyki immunohistochemicznej zwanej CINtech®PLUS. W badaniu tym łączy się dwie reakcje immunohistochemiczne – pierwsza dotyczy wykrywania nadekspresji białka p16INK4a w cytoplazmie komórek, a druga obecności białka Ki67 w jądrze komórek. Białko Ki67 jest znanym jądrowym biomarkerem mitotycznym. Barwienie metodą CINtech®PLUS można wykonywać zarówno w preparatach cytologicznych jak i histopatologicznych. Metoda ta posiada wysoką, jak na medycynę, wiarygodność diagnostyczną na poziomie 90% i wydaje się bardzo przydatna w różnicowaniu chorych na wczesnych etapach karcinogenezy związanej z zakażeniem onkogennymi typami HPV. Wynik reakcji nie jest zależny od typu/typów HPV HR, od wieku badanych kobiet, stanu hormonalnego i przebytych zabiegów. Te zalety w zestawieniu ze stosunkowo korzystną ceną oznaczenia – ok. 200 zł potwierdzają, że CINtech®PLUS jest konkurencyjne dla badania molekularnego PCR E6/E7mRNA HPV. Wykrycie transkryptów messengerRNA HPV również świadczy o aktywacji karcinogenezy w zainfekowanych komórkach, ale badanie dostępne jest jedynie dla 5 najgroźniejszych typów HPV HR. Kolejnym ograniczeniem jest dwukrotnie wyższa cena badania E6/E7mRNA [7,9,10].

Wraz z wprowadzeniem do powszechnego stosowania pierwszych szczepionek przeciw najczęstszym onkogennym typom HPV (16 i 18) pojawiła się nowa perspektywa nie tylko profilaktyki wtórnej raka szyjki macicy, ale także profilaktyki pierwotnej. Postuluje się nawet w populacji immunizowanych kobiet możliwość zastąpienia

cytodiagnostyki jako metody skreeningu, przez powtarzane w odstępach 5-letnich badania molekularne DNA HPV HR. Kontynuacja prac nad immunoprofilaktyką zakażeń HPV doprowadziła w 2015 roku do wprowadzenia do praktyki szczepionki multiwalentnej Gardasil 9 o praktycznie 90-procentowym zakresie protekcji przed onkogennymi typami HPV. Opublikowane w 2016 roku doniesienie o projekcie HPV FASTER zakłada immunoprofilaktykę zdrowych kobiet do 46. roku życia i mężczyzn do 26. roku życia i w konsekwencji rezygnację z skreeningu cytologicznego, na korzyść 2–3 krotnego przesiewowego badania DNA HPV HR [11]. Jeżeli ta idea znajdzie naukowe i praktyczne potwierdzenie, populacyjne szczepienia multiwalentnymi szczepionkami przeciwko wirusom HPV w perspektywie doprowadzą do redukcji, a może i rezygnacji z zastosowania cytodiagnostyki cytoonkologicznej, jako powszechnej metody profilaktyki wtórnej. Będzie to dotyczyć zwłaszcza krajów, w których nie zorganizowano do tej pory skreeningu cytologicznego, a zachorowalność i umieralność na raka szyjki stanowi problem społeczny [1,3,12,13].

Wybiegając w przyszłość, w najbliższych latach należy prognozować zmiany w strategii zwalczania raka szyjki macicy. Coraz częściej wykorzystywane będą najnowsze metody, testy molekularne PCR, które stosowane na masową skalę, będą znacznie tańsze (prognozowana cena 1 euro) niż konwencjonalne badanie cytologiczne PAP (około 10 euro). Z roku na rok zwiększać będzie się populacja kobiet poddanych immunoprofilaktyce, zarówno nastolatek w programach populacyjnych, jak i szczepionych w późniejszym wieku. Wszelkie argumenty przydatności diagnostycznej i klinicznej spowodują stopniowe ograniczenie konwencjonalnej cytodiagnostyki PAP na rzecz badań molekularnych połączonych z kolposkopią. Kolposkopia jako metoda lokalizująca i różnicująca nasilenie zmian HPV-zależnych nadal będzie metodą przydatną, zwłaszcza w wersji elektronicznej tzw. wideokolposkopii HD. Należy pamiętać o możliwości połączenia badania kolposkopowego z badaniem cytologicznym z zastosowaniem mikroskopu kontrastowo-fazowego. Abstrahując od możliwości natychmiastowej oceny cytoonkologicznej, bardzo cenną informacją jest uzyskanie aktualnej informacji na temat współistniejących zakażeń innymi niż wirusy HPV mikroorganizmami. Nie bez znaczenia jest wgląd w reakcję cytohormonalną i zmiany odczynowe (regeneracyjne) komórek nabłonka płaskiego. Tego typu odchylenia stanowią o trudnym do zaakceptowania 30-procentowym odsetku wyników fałszywie pozytywnych konwencjonalnej cytodiagnostyki PAP. Z pewnością coraz częściej stosowana będzie procedura „podwójnego barwienia”, czyli dodatkowego barwienia preparatów z odchyleniami w konwencjonalnych preparatach metodą Papanicolaou w kierunku białka p16/Ki67 metodą CINtech®PLUS. Dzięki takiej procedurze można podnieść czułość badania cytologicznego do 90%, jednak przy znacznym zwiększeniu kosztów [2,3,13,14].

Największe nadzieje na przyszłość należy upatrywać w dalszych pracach nad immunoprofilaktyką. W ciągu 10-lecia szczepionki dwu- i czterowalentne zostały zastąpione przez multiwalentne (9 typów HPV w Gardasil 9), a trwają badania ekspe-

rymentalne nad szczepionkami przeciwko wszystkim 13 onkogennym typom HPV. Dynamiczny postęp biotechnologiczny z pewnością obniży koszty produkcji kolejnych szczepionek i zaowocuje masowymi szczepieniami populacyjnymi. Trwają także badania eksperymentalne nad zastosowaniem w przyszłości immunoterapii jako metody niszczenia zainfekowanych komórek nabłonkowych, w których doszło do nadekspresji białka p16. Należy się spodziewać, że do końca XXI wieku rak szyjki i inne raki HPV zależne przestaną stanowić realny problem społeczny [12,13].

Bibliografia

1. Kędzia W. *Zakażenia HPV w ginekologii*. W: Niemiec T, red. *Zakażenia w położnictwie i ginekologii*. Tom 1. Gdańsk: Wydawnictwo VIA Medica; 2009: 111–136.
2. Kędzia W. *Kolposkopia i cytologia w diagnostyce schorzeń narządów płciowych żeńskich*. W: Niemiec T, red. *Zakażenia w położnictwie i ginekologii*. Tom 4. Gdańsk: Wydawnictwo VIA Medica; 2011: 54–62.
3. Głąb G, Florczak K, Inglot M. *Zakażenia HPV w ginekologii. Diagnostyka i profilaktyka*. Atlas multimedialny. *Digital Medicine in Future* 2007.
4. Ding Z, Li Y, Chen A, Song M, Zhang Y. Punch biopsy guided by both colposcopy and HR-HPV status is more efficient for identification of immediate high-grade squamous intraepithelial lesion or worse among HPV-infected women with atypical squamous cells of undetermined significance. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2016 Dec; 207: 32–36.
5. Malarewicz A, Florczak K. *Cytologia fazowo-kontrastowa w diagnostyce ginekologicznej*. *Digital Medicine in the Future*; 2006.
6. Mylonas I, Bergauer F. Diagnosis of vaginal discharge by wet mount microscopy: a simple and underrated method. *Obstet Gynecol Surv* 2011 Jun; 66(6): 359–368.
7. Zappacosta R, Colasante A, Viola P, D'Antuono T, Lattanzio G, Cappanna S, et al. Chromogenic in situ hybridization and p16/Ki67 dual staining on formalin-fixed paraffin-embedded cervical specimens: correlation with HPV-DNA test, E6/E7 mRNA test, and potential clinical applications. *Biomed Res Int* 2013: 453606.
8. Sherman SM, Moss EL, Pearmain P, Redman CW. Colposcopists' experiences of HPV Test of Cure for the follow up of cervical intra-epithelial neoplasia. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2016 Jun; 201: 42–45.
9. Dawid E, Pośpiech A, Głąb G. *Pogłębiona diagnostyka molekularna w zakażeniu onkogennymi typami HPV w praktyce*. W: Żurawicka D, Zimnowoda M, Widziak R, red. *Wybrane aspekty opieki pielęgniarstwa i położniczej w różnych specjalnościach medycyny*. Tom 4. Opole: Studio Impreso; 2016: 33–40.
10. Ordi J, Sagasta A, Munmany M, Rodríguez-Carunchio L, Torné A, del Pino M. Usefulness of p16/Ki67 immunostaining in the triage of women referred to colposcopy. *Cancer Cytopathol* 2014 Mar; 122(3): 227–235.

11. Georgalis L, de Sanjosé S, Esnaola M, Bosch FX, Diaz M: Present and future of cervical cancer prevention in Spain: a cost-effectiveness analysis. *Int. J. Papillomavirus Research 2017* unpublished data 10.1097/CEJ.0000000000000202 [PubMed-in process] Global HPV Stand-Alone Scientific Symposium 14-16 October 2016, Madrid, Spain.
12. Armstrong EP. Prophylaxis of cervical cancer and related cervical disease: a review of the cost-effectiveness of vaccination against oncogenic HPV types. *J Manag Care Pharm* 2010 Apr; 16(3): 217–230.
13. Bergeron C, von Knebel Doeberitz M. The Role of Cytology in the 21st Century: The Integration of Cells and Molecules. *Acta Cytol* 2016; 60(6): 540–542.
14. Polman NJ, et al. Good performance of p16/ki-67 dual-stained cytology for surveillance of women treated for high-grade CIN. *Int J Cancer* 2017 Jan 15; 140(2): 423–430.

Adres do korespondencji:

Grzegorz Głąb
GMW Centrum Diagnostyki Ginekologiczno-Położniczej
ul. Obrońców Stalingradu 61, 45-594 Opole
tel. 602 752 569
e-mail: grzegorz.glab@invitrogmw.pl

Operacje ginekologiczne u pacjentki z cukrzycą i otyłością. Studium przypadku

Paulina Furdykoń, Maria Gramberg

Wydział Położnictwa, Państwowa Medycyna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Wstęp

Ze względu na coraz powszechniejsze występowanie cukrzycy oraz otyłości zwiększa się też liczba pacjentek, u których te choroby współistnieją ze schorzeniami ginekologicznymi, wymagającymi interwencji chirurgicznej. Szczególnie biorąc pod uwagę fakt, iż otyłość i cukrzyca są czynnikami ryzyka m.in. wystąpienia raka trzonu macicy. Ginekologiczny zabieg chirurgiczny przeprowadzany u kobiety z cukrzycą i otyłością jest obciążony większym ryzykiem wystąpienia komplikacji i powikłań w okresie okołoperacyjnym, niż zabieg u pacjentki, nieobciążonej tymi schorzeniami. Dlatego istotny jest stosowny i zindywidualizowany sposób pielęgnowania takiej pacjentki w okresie okołoperacyjnym, który zapewni jej kompleksową opieką i pozwoli na zminimalizowanie ryzyka powikłań, a w razie ich wystąpienia szybką reakcją i zniwelowanie negatywnych skutków.

Przygotowanie pacjentki z cukrzycą i otyłością do ginekologicznego zabiegu operacyjnego

Pacjentka chora na cukrzycę i otyłość, która jest poddawana procedurom chirurgicznym, potrzebuje podejścia indywidualnego. Zabieg chirurgiczny powinien zostać odpowiednio wcześniej zaplanowany. Ważne jest zapewnienie możliwości konsultacji z lekarzem diabetologiem. Przed planowym zabiegiem konieczne jest wykonanie badań, pozwalających ocenić ryzyko wystąpienia powikłań cukrzycy oraz stopień jej kontroli. W tym celu niezbędne jest przeprowadzenie dobowego profilu glikemii.

Należy zadbać również o wyrównanie metaboliczne pacjentki przed operacją. W przypadku cukrzycy nieleczonej insuliną drugiego typu, gdzie zadowalające wyniki (w profilu dobowym wartość glikemii nie przekracza 140 mg/dl) uzyskiwane są poprzez stosowanie diety albo diety i metforminy, nie jest zazwyczaj potrzebne

zastosowanie insulinoterapii. Przez wzgląd na możliwość wystąpienia hipoksji lub kwasicy mleczanowej metformina musi zostać odstawiona na dobę przed planowanym zabiegiem. Gdy stosowane są doustne leki, które zwiększają wydzielanie insuliny, należy wyłączyć je 48 godzin przed operacją i wprowadzić insulinę w wielokrotnych wstrzyknięciach [1,2,3,4,5,6].

Jeżeli pacjentka przygotowana do operacji ginekologicznej cierpi na cukrzycę typu pierwszego, powinno się kontynuować insulinoterapię, jeśli jest ona stosowana metodą insulinoterapii intensywnej czynnościowej, czyli gdy wykonuje się 4–5 wstrzyknięć w ciągu 24 godzin z zastosowaniem szybko działającej insuliny przed posiłkiem. Jeżeli zastosowana jest konwencjonalna insulinoterapia, wprowadza się metodę wstrzyknięć wielokrotnych, gdzie dawka dobową insuliny to 0,3–0,7 j/m na kilogram masy ciała pacjentki, 56–60% dawki stanowi insulina szybko działająca aplikowana na 15–30 minut przed spożyciem głównych posiłków, zgodnie ze schematem: 50–20–30% dawki dobowej insuliny szybko działającej [1,2,3,7,8].

W przypadku cukrzycy drugiego typu leczonej insulinoterapią i innych przy bezwzględnym niedoborze insuliny postępuje się tak, jak u pacjentek z pierwszym typem cukrzycy [1,2,3,4,9].

Zaplanowany zabieg operacyjny powinien zostać odroczony, gdy stan ginekologiczny nie pozwala na jego przeprowadzenie lub kontrola metaboliczna jest niedostateczna [1,2,3,10,11].

Ze względu na niekorzystny wpływ znieczulenia oraz traumatyzację tkanek uzasadnione jest podawanie insuliny krótko działającej w dożylniej infuzji zamiast podażą podskórnej [1,2,3,10].

Gdy w przygotowaniu do operacji wymagana jest dieta ścisła, przed operacją stosowane są dwa algorytmy wlewu dożylnego insuliny, glukozy oraz potasu.

W pierwszym algorytmie wykorzystuje się dwie linie infuzyjne, gdzie oddzielnie, przy pomocy pompy infuzyjnej podaje się roztwór pięcio- lub dziesięcioprocentowej glukozy i 50 jednostek krótko działającej insuliny wprowadzonej do pięćdziesięciu mililitrów chlorku sodu 0,9%.

W drugim algorytmie zastosowana jest jedna linia infuzyjna – pięćset mililitrów pięcio- lub dziesięcioprocentowej glukozy, która zawiera 6–16 jednostek krótko działającej insuliny i dziesięć do dwudziestu milimola chlorku potasu. Przy możliwości stałego nadzoru nad operowanym wybiera się pierwszy algorytm. Wlew według jednego z algorytmów rozpoczyna się o godzinie 8.00 i utrzymuje ciągle z prędkością 80 mililitrów na godzinę do normalizacji odżywiania pacjentki [1,3,11].

Przygotowanie pacjentki z cukrzycą i otyłością do operacji ginekologicznej ze wskazań nagłych

W nagłych przypadkach, wymagających interwencji chirurgicznej przed zabiegiem, trzeba wykluczyć kwasicę ketonową [2,3,7].

Jeżeli można odroczyć termin operacji, powinno się doprowadzić do wyrównania metabolicznego. Jeśli zabieg jest konieczny natychmiastowo, przygotowanie pacjentki, ze względu na ograniczoną ilość czasu redukuje się do niezbędnego minimum. Jeżeli nie można zebrać od pacjentki odpowiednio wyczerpującego wywiadu odnośnie dotychczasowego leczenia cukrzycy, dożylną podaż insuliny uzależnia się od wyjściowej glikemii [1,2,3,10,12].

Nadzór nad pacjentką z cukrzycą i otyłością po operacji ginekologicznej

Monitorowanie stanu pacjentki po operacji ginekologicznej ma na celu jak najwcześniejsze dostrzeżenie wszelkich odchyłeń od stanu prawidłowego. W przypadku, gdy one wystąpią, pozwala to na szybkie wdrożenie postępowania leczniczego.

Po wybudzeniu pacjentki dąży się do utrzymania poziomu glikemii w przedziale bezpiecznym od 100 do 180 mg/dl. Czas stosowania dożylnego insulino-terapii jest uzależniony od możliwości przyjmowania pokarmów. Insulinoterapię w modelu wstrzyknięć wielokrotnych stosuje się przez ok. 7 dni. Gdy rana pooperacyjna ulegnie zagojeniu, powraca się do wcześniej stosowanego modelu terapii, w przypadku gdy metabolizm był uprzednio odpowiednio wyrównany [1,2,3,13].

Kontrola glukozy w osoczu krwi jest zalecana, co godzinę podczas dożylnego wlewu insuliny. Jeżeli glikemia w trzech kolejnych pomiarach jest stabilna, pomiary przeprowadza się co dwie godziny [1,2,3,10].

Najczęściej występujące powikłania po operacjach ginekologicznych u pacjentek z cukrzycą i otyłością

Powikłania pooperacyjne występują w przybliżeniu u dziesięciu procent osób poddawanych zabiegom operacyjnym. Odsetek ten jest większy w przypadku osób chorych na cukrzycę oraz otyłych [3,12,14,15].

Obserwacja położnej po operacji, powinna pozwolić wcześniej wykryć wszystkie stany patologiczne oraz zapobiegać im poprzez właściwą profilaktykę [10,12,14].

Powikłany przebieg gojenia się rany pooperacyjnej

Zarówno współistniejąca cukrzyca, jak i otyłość niekorzystnie wpływają na proces gojenia się ran po zabiegu operacyjnym. Proces ten u otyłych diabetyczek może przebiegać dłużej oraz jest obciążony wyższym ryzykiem wystąpienia nieprawidłowości i powikłań w jego przebiegu [2,3,16,17].

U takich pacjentek zazwyczaj zakłada się szwy skórne pojedyncze. Ze względu na prewencję przed powikłaniem w postaci rozejścia się rany po zabiegu operacyj-

nym szwy często utrzymywane są dłużej, niż u pacjentek nieobciążonych cukrzycą i otyłością. Termin usunięcia szwów z rany operacyjnej u takich chorych jest indywidualny i zależy od przebiegu procesu gojenia u konkretnej pacjentki oraz wystąpienia w nim nieprawidłowości [1,16,18].

Pooperacyjne rany u pacjentek z cukrzycą i otyłością w wyniku podwyższonego poziomu glukozy w surowicy krwi mają tendencje do częstszego oraz masywniejszego krwawienia, charakteryzują się szybszym występowaniem zaczerwienienia, jak również zasinienia oraz martwicy brzegowych tkanek rany [3,10,19].

U pacjentek ze współistniejącą cukrzycą i otyłością występuje większe ryzyko infekcji rany. Może pojawić się znaczne zakażenie w obrębie podskórnej tkanki, mimo iż rana zachowuje normalny wygląd [10,17,19,20].

By zminimalizować ryzyko wystąpienia nieprawidłowości w procesie gojenia się rany pooperacyjnej oraz na zlecenie lekarza podaje się antybiotyki oraz wszystkie czynności pielęgnacyjne wykonuje się z zachowaniem standardów aseptyki i antyseptyki zgodnie z przyjętymi zasadami. W czasie pielęgnacji rany istotna jest kontrola jej stanu [2,10,18].

Powikłania ze strony układu oddechowego

Otyłość u pacjentki, która przeżyła ginekologiczny zabieg operacyjny, może predysponować do pojawienia się powikłań ze strony układu oddechowego. Prawdopodobieństwo ich wystąpienia jest szczególnie wysokie, gdy pacjentka nałogowo pali tytoń lub cierpi na przewlekłe schorzenia układu oddechowego.

Najbardziej powszechną postacią powikłań oddechowych są płytkie i nieregularne oddechy, obniżenie saturacji oraz bezdech [11,14,15].

By w pierwszych dobach pooperacyjnych zmniejszyć ryzyko powikłań oddechowych, do których predysponuje otyłość, należy zapewnić warunki potrzebne do odpowiedniej wentylacji płuc.

Powikłania ze strony układu pokarmowego

Pacjentki ze współistniejącą otyłością narażone są także na podwyższone ryzyko wystąpienia po operacji powikłań ze strony układu pokarmowego:

- wzdęć,
- nudności,
- wymiotów,
- niedrożności jelit.

Najważniejszym działaniem położnej, które pomaga zapobiec pojawieniu się takich powikłań, jest poprawne przygotowanie układu pokarmowego pacjentki przed zabiegiem operacyjnym [10,12,15,21].

Powikłania ze strony układu moczowego

Ze względu na umiejscowienie wewnętrznych narządów rodnych kobiety, podczas chirurgicznych zabiegów ginekologicznych śródoperacyjnemu uszkodzeniu mogą ulec zarówno pęcherz moczowy, jak i moczowody.

Pacjentki, które mają także chorobę cukrzycową, istnieje wyższe prawdopodobieństwo wystąpienia po operacji infekcji układu moczowego. Predysponuje do tego założony do pęcherza moczowego cewnik Foley'a oraz rozchwianie metaboliczne pacjentki, prowadzące do występowania poziomów glikemii powyżej 180 mg/dl, skutkujące glikozurią [3,10,22].

Kluczowym obowiązkiem położnej prowadzącej opiekę pooperacyjną jest kontrolowanie funkcjonowania układu moczowego, szczególnie we wczesnych dobach po zabiegu. Istotne jest, aby monitorować, czy nie doszło do zakażenia w układzie moczowym [3,10,15,22].

Powikłania zakrzepowo-zatorowe

Zarówno otyłość, jak i współistniejąca z nią cukrzyca są czynnikami ryzyka, predysponującym do wystąpienia po operacji powikłań zakrzepowo-zatorowych. Jest ono wyjątkowo wysokie zwłaszcza, jeżeli pacjentka ma żylaki kończyn dolnych, albo choruje na schorzenie onkologiczne lub nadkrzepliwość wrodzoną [10,15,22].

Zadania położnej, realizowane w ramach profilaktyki występowania choroby zakrzepowo-zatorowej, obejmują aplikowanie chorej farmakologicznych środków przeciwzakrzepowych na zlecenie lekarza, jak najszybsze uruchamianie kobiety po operacji. Jeżeli pacjentka jest obciążona żylakami kończyn dolnych, zalecane jest bandażowanie ich przed zabiegiem operacyjnym lub zakładanie pacjentce pończoch przeciwżylakowych [10,12,14].

Opis przypadku indywidualnego pacjentki

- **Pacjentka:** kobieta; **Lat:** 62; **Wzrost:** 168 cm; **Waga:** 115 kg; **BMI:**46.07; **Wykształcenie:** zawodowe; **Zawód:** emerytka, wcześniej: urzędniczka; **Stan cywilny:** mężatka; **Miejsce zamieszkania:** duże miasto; **Warunki socjalno-ekonomiczne:** dobre.
- **Tryb życia:** Pacjentka spożywa trzy lub cztery posiłki dziennie. Nie spożywa alkoholu. Nie pali tytoniu. Mała aktywność fizyczna.
- **Parametry ogólne:** temperatura: 36,05 stopnia Celsjusza, Ciśnienie tętnicze 120/70 mmHg, tętno: 76 u/min.
- **Choroby współistniejące:** cukrzyca typ II rozpoznana w 2004 r.; otyłość ołbrzymia; choroby serca: migotanie przedsionków, niewydolność lewokomo-

- rowa oraz niedomykalność zastawki aortalnej serca; nadciśnienie tętnicze; stłuszczenie wątroby; hipercholesterolemia; niedoczynność tarczycy; jaskra.
- **Przebyte zabiegi operacyjne:** w 1986 r. cholecystektomia w znieczuleniu ogólnym. Zabieg, znieczulenie oraz proces gojenia rany pooperacyjnej przebiegały bez powikłań.
 - **Pierwsza miesiączka:** 11 lat; **Ostatnia miesiączka:** w wieku 51 lat; **Ciąże:** 4; **Porody:** 2; **Poronienia:** 2.
 - **Stosowana antykoncepcja:** IUD z miedzią.
 - **Leczenie ginekologiczne:** w 17. r.ż. – zapalenie przydatków; 1978 – usunięcie polipa szyjki macicy; 1979 – z powodu ektopii gruczołowej szyjki macicy elektrokoagulacja; leczenie z powodu niepłodności pierwotnej; dwukrotna instrumentalna kontrola jamy macicy po poronieniach.
 - **Wywiad rodzinny:** cukrzyca typ, II (u babci, matki, córki); nadciśnienie tętnicze (ojciec, matka i brat; nowotwory: wątroby (babcia, ojciec); kości (siostra); płuc (dziadek); choroba zakrzepowo-zatorowa (ojciec, matka).
 - **Rozpoznanie:** rak endometrium G1. Cukrzyca. Otyłość III stopnia. Niedoczynność tarczycy. Nadciśnienie tętnicze. Choroba niedokrwienna serca. Napadowe migotanie przedsionków. Jaskra. Stłuszczenie wątroby.

Pacjentka zgłosiła się do ginekologa z powodu pomenopauzalnych krwawień z dróg rodnych o nieprzyjemnej woni. Została przez lekarza prowadzącego skierowana na diagnostyczne lyżeczowanie jamy macicy. Materiał biologiczny w postaci wyskrobin z jamy macicy pozyskany podczas zabiegu został przekazany do badania histopatologicznego, którego wynik potwierdził nowotwór złośliwy trzonu macicy.

Pacjentka trzy razy hospitalizowana, z zamiarem zastosowania leczenia chirurgicznego w lutym, marcu oraz kwietniu, jednak ze względu na obciążenie wieloma schorzeniami oraz na wysokie ryzyko znieczulenia, w wyniku decyzji konsylium lekarskiego 2 razy odstąpiono od przeprowadzenia zabiegu operacyjnego.

Ostatnia hospitalizacja trwała 17 dni. Kobieta została przyjęta na oddział ginekologiczny w celu obserwacji oraz przygotowania do zabiegu operacyjnego. Parametry życiowe pacjentki były prawidłowe. Stan psychiczny dobry. Kontakt pacjentki z otoczeniem rzeczowy i logiczny. Dieta cukrzycowa. Pacjentka nie zgłaszała dolegliwości bólowych. Była pozytywnie nastawiona do procesu terapeutycznego. Przeprowadzono profil glikemii. Pomiarów wykonywane cztery razy na dobę. Wyniki pomiarów w granicach normy. Kobieta mało aktywna ruchowo.

W trzeciej dobie hospitalizacji zastosowana została w ramach przygotowania układu pokarmowego do zabiegu operacyjnego dieta płynna, cukrzycowa z dodatkiem białkowym. Wprowadzono też farmakoterapię przeciwzakrzepową. W przeddzień operacji, w szóstej dobie hospitalizacji została pobrana krew na próbę krzyżową.

W dniu 11 kwietnia kobieta przeżyła zabieg laparotomii podłużnej zmodyfikowanego wycięcia macicy z przydatkami drogą brzuszną z resekcją fragmentu sie-

ci większej. W czasie zabiegu wykonano biopsję węzłów chłonnych biodrowych. Operację wykonano w znieczuleniu ogólnym intubowanym. Założono drenaż jamy otrzewnowej oraz sączek nadpowięziowy w dolnym biegunie rany. Ranę pooperacyjną zamknięto, stosując szwy pojedyncze. Po zabiegu założono pacjentce sondę żołądkową.

W zerowej dobie pooperacyjnej parametry pozostawały w granicach normy. Stan ogólny stabilny. Powłoki skórne kobiety zaróżowione. Brzuch miękki, tkliwy. Rana pooperacyjna sucha oprócz okolicy sączka, który prowadził krwistą wydzielinę w miernej ilości. Dren ssący wyprowadzony z jamy otrzewnej, prowadzi mierną ilość wydzieliny surowiczo-krwistej. Sonda żołądkowa prowadzi zielonkawą wydzielinę w ilości 100 mililitrów. Cewnik Foley'a utrzymany, prowadzi czysty mocz. Diureza prawidłowa. W zerowej dobie nie wystąpiło krwawienie z dróg rodnych. Terapia przeciwbólowa stosowana według zleceń lekarza, z dość dobrym skutkiem. Okresowo występuje lekki ból w okolicy rany. Utrzymany dobowy profil glikemii, 2 pomiary o wartościach 163 oraz 161 mg/dl, pozostałe wartości prawidłowe.

Stosowana na zlecenie lekarza jest insulinoiterapia, terapia przeciwbólowa, antybiotykoterapia i farmakoterapia przeciwzakrzepowa.

Pacjentka w kontakcie słownym logicznym. Pacjentka nie wstawała, obracała się jedynie na łóżku. Stan psychiczny dość dobry.

W pierwszej dobie nastąpił okresowy spadek saturacji, przez co zlecona przez lekarza i zastosowana została bierna tlenoterapia. Później wartości saturacji w normie. Wystąpiły też dwukrotnie wymioty. Pojawiło się mierne krwawienie z dróg rodnych. Podjęta została próba uruchomienia pacjentki jednak bez skutku.

W kolejnych dobach pooperacyjnych rana pooperacyjna goiła się prawidłowo, nie wystąpiły objawy zakażenia rany. Powłoki skórne pozostawały zaróżowione, bez zaczerwienień i zasinień, rana bez wysięków patologicznych. Brzuch był nadal miękki i tkliwy.

Perystaltyka jelit wysłuchana została w drugiej dobie pooperacyjnej. Odchodziły gazy i pacjentka oddała stolec. Powiodła się też próba uruchomienia pacjentki – kobieta wstała. W drugiej dobie pooperacyjnej pacjentka przeniesiona została z oddziału pooperacyjnego na kliniczny. Rozpoczęła współpracę w celu przyspieszenia powrotu do optymalnej sprawności ruchowej.

W trzeciej dobie wystąpiła biegunka. W ciągu nocy pięć razy oddawała luźny stolec. Usunięty został cewnik Foley'a. Wylano 1100 ml. czystego moczu. Pacjentka oddawała mocz.

W czwartej dobie pooperacyjnej usunięty został sączek oraz dren z jamy otrzewnowej. Sączek prowadził mierną ilość surowiczo-krwistej wydzieliny. Z drenu wylano ok. 90 ml. surowiczo-krwistej wydzieliny.

21 kwietnia zostały usunięte co drugie szwy pojedyncze z rany operacyjnej.

Zakończenie hospitalizacji w stanie ogólnym i psychicznym dobrym. Kobieta była zdolna do poruszania się i podstawowej samoopieki.

Dyskusja

Literatura podaje zasady prowadzenia pielęgnowania pacjentek ze współistniejącą cukrzycą i otyłością, jednak pielęgnowanie każdej z tych kobiet w okresie okołoperacyjnym powinno być przez położną prowadzone indywidualnie i dostosowane do potrzeb pacjentki.

Zarówno otyłość, jak i cukrzyca predysponują do wystąpienia komplikacji zarówno w czasie zabiegu operacyjnego, jak i w okresie pooperacyjnym. Literatura wskazuje, że w porównaniu z osobami bez obciążenia cukrzycą poddanym operacjom, w grupie operowanych diabetyków śmiertelność okołozabiegowa jest wyższa [3]. U pacjentek otyłych ze współistniejącą cukrzycą częściej występują również powikłania pooperacyjne. Jednak, jak zostało ukazane w powyższej pracy, możliwe jest prowadzenie leczenia chirurgicznego schorzeń ginekologicznych u takich pacjentek z powodzeniem. Odpowiednie przygotowanie pacjentki do zabiegu operacyjnego oraz umiejętnie prowadzona opieka pooperacyjna, z uwzględnieniem profilaktyki powikłań, pozwala zminimalizować prawdopodobieństwo ich wystąpienia [10].

Opracowania znalezione w temacie podają, iż prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań po ginekologicznym zabiegu chirurgicznym u otyłych diabetyczek jest szczególnie wysokie, ale rzetelna ocena stanu pacjentki przed przystąpieniem do przygotowania do operacji i przedłużenie okresu przygotowania do momentu, aż pacjentka będzie wyrównana metabolicznie, pozwala na uzyskanie przez zespół terapeutyczny większego prawdopodobieństwa powodzenia leczenia chirurgicznego. Jest tak, ponieważ najczęściej za pojawienie się powikłań w okresie okołoperacyjnym u pacjentki z cukrzycą odpowiada rozchwianie metaboliczne i wystąpienie hiperglikemii. Dobrze prowadzona terapia cukrzycy, dzięki której udaje się uzyskać wyrównanie metaboliczne, nie jest przeciwwskazaniem do przeprowadzenia operacji ginekologicznej i praktycznie nie stwarza zagrożenia dodatkowego w czasie zabiegu [2]. Znalazło to potwierdzenie w opisywanym przypadku.

W literaturze szczególnie zaakcentowane jest znaczenie współistnienia otyłości i cukrzycy w przebiegu gojenia rany pooperacyjnej i predysponowania tych schorzeń do powikłanego procesu gojenia. Hiperglikemia w przebiegu rozchwianej cukrzycy i obszerna tkanka tłuszczowa stwarzają idealne warunki do rozwoju drobnoustrojów odpowiedzialnych za infekcje rany pooperacyjnej. Jednak, tak jak w przypadku innych powikłań, odpowiedni sposób prowadzenia pielęgnowania przez położną oraz leczenia i rehabilitacji przez zespół terapeutyczny pozwala na minimalizację ryzyka wystąpienia powikłań w obrębie gojenia się rany pooperacyjnej oraz pozwalają na zwiększenie prawdopodobieństwa, że proces gojenia rany będzie przebiegał bez powikłań, tak jak u pacjentki, której przypadek został zaprezentowany w studium przypadku.

Wnioski

- Operacja ginekologiczna u pacjentki z cukrzycą i otyłością przy odpowiednim prowadzeniu okresu okołoperacyjnego i wyrównaniu metabolicznym pacjentki ma duże szanse na powodzenie i przebieg bez powikłań.
- Rola położnej w przygotowaniu pacjentki z cukrzycą i otyłością do ginekologicznego zabiegu operacyjnego, w profilaktyce powikłań pooperacyjnych, pielęgnacji rany pooperacyjnej oraz w prowadzeniu u tej pacjentki pielęgnacji w okresie okołoperacyjnym jest znacząca.
- Pacjentka ze współistniejącą cukrzycą i otyłością operowana ginekologicznie jest obciążona większym ryzykiem komplikacji i powikłań w okresie okołoperacyjnym niż pacjentki nieobciążone współistnieniem tych schorzeń.
- Przy odpowiednio oraz indywidualnie prowadzonym przygotowaniu pacjentki z cukrzycą i otyłością do ginekologicznego zabiegu operacyjnego oraz stosowanej opiece pooperacyjnej, można zminimalizować ryzyko wystąpienia powikłań pooperacyjnych oraz przy ich wystąpieniu minimalizować ich skutki.

Bibliografia

1. Głuszek S, red. *Chirurgia. Podręcznik dla studentów wydziałów nauk o zdrowiu*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2008: 10–18, 499–506.
2. Kapała W. *Pielęgniarstwo w chirurgii. Wybrane problemy z praktyki pielęgniarstwa oddziałów chirurgii ogólnej*. Wyd. 2. [uzup.]. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2006: 15–25, 64–74.
3. Szewczyk A, red. *Pielęgniarstwo diabetologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2013: 15, 115–126, 224–241.
4. Tatoń J, Czech A, Bernas M. *Intensywne leczenie cukrzycy typu 2. Rekomendacje dla lekarzy praktyków*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2005: 210–232.
5. Tatoń J, Czech A, red. *Diabetologia T. 1*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2001: 27–38, 167–170, 356, 468–469.
6. Tatoń J, Czech A, red. *Diabetologia. T. 2*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2001: 75–78.
7. Czupryniak L, red. *Diabetologia. Kompendium*. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne; 2014: 299–351.
8. Cyganek K, Małecki M. Zastosowanie ciągłego monitorowania glikemii u chorych na cukrzycę. Przegląd dostępnych systemów. *Diabetol Prakt* 2010; 11: 167–172.
9. Lewko J, Łagoda K, Sierżantowicz R. *Pielęgowanie pacjentów w wybranych chorobach układu endokrynologicznego*. W: Kędziora-Kornatowska K, red. *Repetitorium z pielęgniarstwa*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010: 138–145.
10. Siepiński A, red. *Opieka w ginekologii*. Wyd. 2. Katowice: „Śląsk” Wydawnictwo Naukowe; 2012: 78–208.

11. Czupryniaka L, red. *Nowe trendy w diabetologii 2012/2013*. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne; 2012: 85–115.
12. Klimczyk A, Niechwiadowicz-Czapka T. *Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa chirurgicznego*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo; 2008: 5–59, 147–161.
13. Fibak J, red. *Chirurgia. Podręcznik dla studentów*. Wyd. 3. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2005: 313–317, 534–542.
14. Juszczak K, red. *Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej nad chorym po interwencji chirurgicznej*. Kalisz: Wydawnictwo Uczelniane Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego w Kaliszu; 2013: 7–41, 59–67.
15. Karpel E., Jałowicki P, red. *Ogólne powikłania pooperacyjne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009: 13–30, 45–58, 97–130, 155–188.
16. Wierusz-Wysocka B, Zozulińska D. Zabieg operacyjny u chorego na cukrzycę. W: Sieradzki J, red. *Cukrzyca*. Gdańsk: Via Medica; 2007: 479–484.
17. Levy D. *Praktyczna opieka diabetologiczna: Practical Diabetes Care*. Karnafel W, red. Wyd. pol. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2013: 117, 158, 177–182.
18. Walewska E, Ścisło L, red. *Procedury pielęgniarstwa w chirurgii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2012: 1–9, 17–53, 59–65, 78–115, 143–158.
19. Oszkinis G, Gabriel M, Pukacki F, red. *Leczenie trudno gojących się ran*. Warszawa: Blackhorse Scientific Publishers; 2006: 17–45, 285–313.
20. Dzikowski A, red. *Przegląd piśmiennictwa chirurgicznego 2014. T. 22*. Warszawa: Fundacja Polski Przegląd Chirurgiczny; 2015: 218–224.
21. Kulig J, Nowak W, red. *Powikłania w chirurgii jamy brzusznej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011: 10–35, 101–113.
22. Śpiewankiewicz B, red. *Powikłania pooperacyjne w ginekologii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009: 26–72, 128–169.

Adres do korespondencji:

Paulina Furdykoń
Wydział Położnictwa,
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
ul. Damrota 5, 48-303 Nysa
tel. 604 677 644
e-mail: paulinafurdykon@o2.pl

Problemy seksualności kobiet niepełnosprawnych w kontekście organizacyjno-społecznym

Jerzy Jabłecki¹, Bogusław Beck²

¹Wydział Położnictwa, Państwowa Medyczna Szkoła Zawodowa w Opolu

²Klinika Chorób Wewnętrznych, Zawodowych i Nadciśnienia Tętniczego,
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Problemy, z jakimi spotykają się kobiety niepełnosprawne, w większości sprowadzają się najczęściej do kontekstu organizacyjno-społecznego życia codziennego. Temat ten jest bardzo często pomijany w aspekcie kulturowego i obyczajowego przygotowania środowiska (społeczeństwa) do życia z osobą niepełnosprawną, do życia z kobietą niepełnosprawną. Nie ułatwiają też podejścia do tematu, wydawałoby się zaawansowane prace legislacyjne czy obowiązujące już akty prawne, które nie tylko powinny wspomagać kobietę niepełnosprawną ale również chronić jej interes osobisty i społeczny.

Aby nakreślić problemy niepełnosprawności kobiet, należy w pierwszej kolejności przybliżyć pojęcie niepełnosprawności, gdyż w ciągu kilkunastu lat zmieniało się ono wielokrotnie. Według definicji określonej przez WHO – niepełnosprawność to wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka. Za niepełnosprawne uważa się osoby, które nie mogą, częściowo lub całkowicie, zapewnić sobie możliwości samodzielnego życia indywidualnego i społecznego, na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznych i/lub psychicznych [1]. Należy również zauważyć, iż w nomenklaturze społecznej i naukowej pojęcie „niepełnosprawności” często jest używane wymiennie z „inwalidztwem”, choć zakresy obu pojęć nie w pełni się pokrywają.

Rozpatrując szeroko kontekst seksualności kobiety niepełnosprawnej, nie można oprzeć się stwierdzeniu, że kobiety te są bardzo często (niemal, że zawsze) dyskryminowane. Nie traktuje się kobiet niepełnosprawnych z należyтым szacunkiem, podczas gdy niepełnosprawność nie dyskwalifikuje ich do prowadzenia „normalnego” życia.

Należy jednak zauważyć, że problemy kobiet niepełnosprawnych to nie tylko problemy natury egzystencjonalnej, organizacyjnej, prawnej i społecznej, ale również

problemy seksualności, życia w rodzinie, prokreacji. Wśród problemów niepełnosprawnych, te najbardziej oczywiste to: bariery architektoniczne, bariery transportowe, bariery infrastrukturalne, takie jak np. utrudnienia w korzystaniu z komunikacji miejskiej lub dostęp do rehabilitacji. Bardzo poważnym zagadnieniem jest też aspekt społeczny, jakim są częste problemy ze znalezieniem odpowiedniej pracy, czasem wynikające ze złego przygotowania lub wypalenia zawodowego ze strony osób pracujących z niepełnosprawnymi, ale też obawy pracodawców, którzy nie chcą zatrudniać osób niepełnosprawnych. Inną kategorią problemów są te wynikające już z samego nastawienia osób niepełnosprawnych, m.in. te wypływające z ograniczenia samodzielności niepełnosprawnych, bariery psychologiczne i problemy z komunikacją międzyludzką, brak empatii również ze strony najbliższych.

Jednakże największym problemem kobiet niepełnosprawnych wydaje się często poczucie izolacji, brak samoakceptacji, odmienności, braku akceptacji choroby, lęk przed odrzuceniem, który często bezpodstawnie w postaci agresji przenoszony jest na najbliższych. Brak relacji przyjacielskich, koleżeńskich i trudności w budowaniu rodziny. Nie bez winy jest również społeczeństwo, które z powodu barier psychologicznych, w tym odrzucenia świadomości niepełnosprawności i lęku przed nią, nieświadomie odpycha osobę niepełnosprawną z kręgu społecznego. Społeczeństwo boryka się z problemem akceptacji niepełnosprawności, trudnościami w komunikacji interpersonalnej, w kontaktach nawet z bliskimi – niepełnosprawnymi, które często są wynikiem niepogodzenia się z chorobą członka rodziny. Kobietom niepełnosprawnym brakuje również wsparcia i zrozumienia środowiska; muszą borykać się z problemem uprzedzeń i stereotypów.

Nasilające się poczucie wyizolowania, samotności, często odrzucenia nierzadko powoduje również problemy natury psychicznej, w tym depresję i obniżony nastrój. Kobiety te często przez swoje zachowania wykluczają się same ze struktur społecznych, co dodatkowo pogłębia ich stany. Niepełnosprawne kobiety i dziewczęta są często bardziej narażone, w domu i poza nim, na przemoc, obrażenia lub zniewagi, zaniedbania lub niedbałe traktowanie, maltretowanie lub wykorzystywanie. „Blisko 80% niepełnosprawnych kobiet pada ofiarą przemocy psychologicznej i fizycznej” [2].

Problem przemocy fizycznej u kobiet niepełnosprawnych łączy się z innym, systemowym aspektem zabezpieczenia ochrony zdrowia tych kobiet. Niedostosowanie systemu do organizacji opieki zdrowotnej dla kobiet niepełnosprawnych, strach i brak empatii personelu medycznego to tylko jedne z nielicznych elementów braku odpowiedniego zabezpieczenia zdrowotnego. Niewiele jest gabinetów chociażby ginekologicznych dostosowanych w pełni dla potrzeb osób niepełnosprawnych, pomijając w tym miejscu całą specjalistyczną opiekę zdrowotną. W teorii wszystkie podmioty działalności leczniczej na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia zostały zobligowane do usunięcia barier architektonicznych – pomieszczenia miały odpowiadać potrzebom osób niepełnosprawnych [3]. Jednakże nie skupiono się na

elemencie wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, która do dzisiaj nie odpowiada potrzebom osób, kobiet niepełnosprawnych. Bariery te, choć proste do wyeliminowania, nie są nawet przedmiotem rozważań osób kreujących system opieki zdrowotnej. Dużym problemem staje się również brak umiejętności postępowania z kobietą niepełnosprawną. Personel medyczny nie jest i nie był do tego przygotowywany. Często brak wiedzy łączy się z brakiem udzielenia fachowej pomocy osobie niepełnosprawnej. Kobiety z niepełnosprawnością rzadziej odwiedzają ginekologów, nie wykonują regularnych badań, częściej również chorują.

Według portalu dla niepełnosprawnych poszczególne problemy kobiet niepełnosprawnych przedstawiają się następująco [2]:

1. kobiety w ogóle niekorzystające z wizyt u ginekologa – 37%;
2. kobiety odwiedzające ginekologa nieregularnie – 36%;
3. kobiety uczęszczające do „stałego” ginekologa regularnie – 27%.

Powody niechodzenia do specjalisty (możliwych kilka odpowiedzi):

1. brak dostosowania architektonicznego placówek i gabinetu – 75%;
2. brak dostatecznej wiedzy lekarzy na temat problemów ginekologicznych z niepełnosprawnością – 55%;
3. całkowita obojętność służby zdrowia wobec problemów ginekologicznych kobiet z niepełnosprawnością – 37%.

Powyższe dane pokazują jak ogromny staje się problem izolacji kobiet niepełnosprawnych z systemu opieki zdrowotnej, podczas gdy kobiety te powinny odnajdować wsparcie na każdym etapie życia codziennego.

Kolejnym zagadnieniem organizacyjno-zdrowotnym jest brak odpowiedniego przygotowania do ciąży osoby niepełnosprawnej (nie tylko mowa tu o samej niepełnosprawnej, ale także o społeczeństwie, pracownikach ochrony zdrowia, o rodzinie i bliskich osoby niepełnosprawnej). Różne podejścia do tematu niekoniecznie skutkują wystandaryzowaniem procedur, które ułatwiłyby prowadzenie ciąży i były instruktażem dla samych kobiet niepełnosprawnych. Obecnie ciąża osoby niepełnosprawnej, ciąża osoby na wózku łączy się z olbrzymim dyskomfortem zarówno dla samej niepełnosprawnej, jak i dla personelu medycznego. Trudno sprostać zadaniu bez odpowiednich wytycznych i przygotowania oraz właściwego zaplecza technicznego.

Podczas sprawowania opieki ginekologiczno-położniczej istotna jest rola personelu medycznego, lekarza położnika, położnej oraz lekarza specjalisty przy planowaniu, prowadzeniu ciąży i samym już porodzie [5]. Przede wszystkim właściwa współpraca i uwrażliwienie na wyjątkowe potrzeby niepełnosprawnych stanowią problem organizacyjno-mentalny. Zapewnienie odpowiedniej opieki i zaangażowania w problemy kobiet niepełnosprawnych przez pracowników służby zdrowia, zwiększa potrzeby samoopieki i odpowiedzialności tych kobiet.

Świadomy potrzeb kobiet niepełnosprawnych personel medyczny i kreatorzy opieki zdrowotnej w Polsce przede wszystkim powinni skupić się na profesjonalnym

podejściu do tematu, a w szczególności zwrócić swoją uwagę na działania edukacyjne z zakresu planowania rodziny oraz rodzicielstwa i opieki nad dzieckiem [6,7].

W latach 2009/2010 urzędy wojewódzkie w Polsce wydawały standardy dotyczące opieki nad pacjentką ciężarną w kontekście tworzenia i organizacji szkół rodzenia. Standardy te miały na celu usprawnienie pracy szkół rodzenia w zakresie edukacji przedporodowej w tym standard lokalu i wyposażenia, organizacji zajęć, uczestników, zasad kwalifikowania, programu kształcenia, wymogów kadrowych, wymogów dotyczących dokumentacji [4]. Jednak żaden z tych standardów nie dotyczył *sensu stricto* kobiety niepełnosprawnej, co tym bardziej dziwi, gdyż ostatnie lata przynoszą szereg działań w kierunku dostosowania warunków bytowych dla osób niepełnosprawnych. Sama edukacja sprzyjająca planowaniu ciąży u kobiety niepełnosprawnej pozostawia wiele do życzenia. W poradniach ginekologicznych, ginekologiczno-położniczych i planowania rodziny nie są dostępne materiały edukacyjne dla kobiet niepełnosprawnych dotyczące przygotowania się do ciąży, porodu, położu. W niepełnosprawności psychicznej u kobiet ciąża stanowi temat tabu, personel medyczny nie dopuszcza lub rzadko dopuszcza taką możliwość. W wymiarze etycznym personel medyczny w tym zakresie jest zupełnie nieprzygotowany. Przy dysfunkcji słuchu niepełnosprawna ciężarna boryka się z problemem komunikacji. Personel medyczny w bardzo nikłym zakresie, w niewielkim stopniu potrafi posługiwać się językiem migowym. Moment porodu jest tu niezwykle trudny, a pomoc i instruktaż położnej przy noworodku jest w zasadzie niemożliwy. U ciężarnych kobiet niepełnosprawnych po urazie rdzenia kręgowego podczas ciąży, porodu i położu niezbędna jest pomoc dobrze wykwalifikowanej kadry, będącej ogromnym wsparciem dla młodej matki, gdyż problemy natury fizycznej będą największą przeszkodą w prawidłowym przebiegu ciąży i późniejszym życiu w nowej roli. Należy zwrócić uwagę przede wszystkim na fakt, iż ciąża u kobiety po urazie rdzenia kręgowego jest zawsze ciążą wysokiego ryzyka. Tak jak u pozostałych kobiet będzie ona wiązała się z naturalnymi zmianami typu mdłości, niestrawność, bóle głowy, zmiany nastroju, jednak w przypadku tej dysfunkcji należy być szczególnie czujnym, gdyż niektóre teoretycznie naturalne zmiany mogą skutkować komplikacjami. U niepełnosprawnych po urazie rdzenia kręgowego w przebiegu ciąży mogą wystąpić problemy z przyrostem masy ciała (co dla osoby na wózku jest szczególnie trudne), częste oddawanie moczu, powstawanie odleżyn, a w trzecim trymestrze może dojść do problemów z oddychaniem, zaburzeniami krążenia, obrzękami, problemów z nadciśnieniem, z infekcjami układu moczowego czy ze zwiększoną spastyką mięśni.

W Polsce nie opracowano dotychczas standardów, które uwzględniają odrębne i szczególne potrzeby kobiet niepełnosprawnych. Podczas rutynowych wizyt kontrolnych u lekarza dotychczas nie ustalono schematu wywiadu lekarskiego i pielęgniarzkiego od kobiety z dysfunkcją mowy, słuchu czy wzroku. Nie ma standardowego modelu postępowania z niepełnosprawną psychicznie, co stanowi ogromny problem w procesie leczenia, gdyż leczenie tych chorych opiera się o element bez-

pieczeństwa i zaufania do personelu medycznego. Ma to szczególne znaczenie przy podejrzeniu przestępstwa użycia przemocy zarówno fizycznej, jak i seksualnej wobec tej osoby.

Podsumowując, organizacja opieki zdrowotnej w Polsce nie jest dostosowana do potrzeb kobiet niepełnosprawnych. Kobiety niepełnosprawne borykają się z: problemem braku zaufania do personelu medycznego, który nie jest przygotowany do pracy z kobietą niepełnosprawną, z problemami legislacyjnymi, barierami architektonicznymi, transportowymi, z brakami w wyposażeniu gabinetów, poradni oraz oddziałów w sprzęt i aparaturę medyczną przeznaczoną dla kobiet niepełnosprawnych. System kształcenia personelu medycznego, choć coraz częściej uzupełniany o elementy dotyczące niepełnosprawności, pozostawia wiele do życzenia. Przez wiele lat nie realizowano zajęć z zakresu chociażby podstaw języka migowego, czy prowadzenia ciąży u osób z dysfunkcją ruchu. Ten elementarny brak podstaw w zakresie wiedzy na temat kobiet niepełnosprawnych, skutkuje brakiem zaufania do kwalifikacji personelu medycznego. Również brak opracowanych, wystandaryzowanych zasad i procedur opieki nad ciężarną kobietą niepełnosprawną nie sprzyja rozwojowi położnictwa w kontekście niepełnosprawności. Jednakże chyba najistotniejszym problemem staje się przełamanie barier psychologicznych i mentalnych zarówno u samych niepełnosprawnych, jak i osób z najbliższego otoczenia, a w dalszej kolejności społeczeństwa. Pomimo wszelkich kampanii na rzecz niepełnosprawności nadal ciężarne kobiety niepełnosprawne są stygmatyzowane i dyskryminowane, co w konsekwencji przekłada się na niechęć i budowanie barier w zakładaniu rodziny. Warto również wspomnieć o konieczności wzmożenia działań edukacyjnych dla kobiet niepełnosprawnych zarówno w zakresie samej opieki ginekologicznej, o chorobach i zagrożeniach, jakie wynikają z podjęcia współżycia, jak i w późniejszym etapie o zakładaniu rodziny: przygotowaniu do ciąży, przebiegu ciąży, porodzie czy opiece nad noworodkiem. Bardzo istotny jest w tym względzie system edukacji oraz organizacja szkół rodzenia czy chociażby zajęć dla osób niepełnosprawnych, ale nie tylko tych z dysfunkcją ruchową, również kobiet głuchoniemych, niedosłyszących, niedowidzących i zupełnie niewidomych. Koniecznością jest zatem zbudowanie nastawionego na potrzeby kobiet niepełnosprawnych programu kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego.

Bibliografia

1. Wilmowska-Pietruszyńska A, Biłski D. Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia. *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania* 2013; 2(7): 5–20.
2. www.niepelnosprawni.pl [online] [cyt. 19.01.2017].

3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r. poz. 739).
4. Organizacja szkół rodzenia na Dolnym Śląsku. Wrocław [online] [cyt. 19.01.2017]. Dostępny na URL: <http://duw.pl>
5. Janusz J, Przestrzelska M, Knihinicka-Mercik Z. Opieka okołoporodowa nad niepełnosprawną kobietą. *Pielęg Zdr Publ* 2014; 4(1): 79–87.
6. Iwanowicz-Palus G. Zadania położnych. *Pielęg Położ* 2003; 12: 6–7.
7. Śliwińska M. Położne świadome profesjonalnych zadań. *Mag Pielęg Położ* 2005; 1(2): 49.

Adres do korespondencji:

Jerzy Jabłecki
Wydział Położnictwa,
Państwowa Medyczna Szkoła Zawodowa w Opolu
ul Katowicka 68, 45-060 Opole

Studium przypadku i model opieki w dydaktyce i praktyce położniczej

Ewa Tobor¹, Kornelia Wac², Alicja Dyla³, Jolanta Kamińska⁴, Alicja Górecka⁵

¹ Wydział Położnictwa, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

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

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

⁴ Instytut Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Sączu

⁵ Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej

Wstęp

Studium przypadku jako metoda nauczania wprowadzona została do edukacji w 1912 roku na Uniwersytecie Harwardzkim [1], na samym początku na wydziałach medycyny i prawa. Nauczyciele akademicy doszli do wniosku, że aby efektywnie uczyć, samo przekazywanie studentom suchych faktów nie daje pożądanych rezultatów. Dla właściwego zorientowania studenta w danej tematyce należy u niego wykształcić umiejętności rozwiązywania typowych, jak i nietypowych problemów [2]. Do praktyki zawodowej pielęgniarstwa i położnictwa metodę tę wprowadzono w Polsce stosunkowo późno, gdyż dopiero pod koniec lat 80. XX wieku. Pierwsza konferencja na temat założeń procesu pielęgnowania odbyła się w 1986 roku na Akademii Medycznej w Lublinie.

Celem niniejszej pracy jest analiza literatury przedmiotu i doświadczeń własnych w zakresie wykorzystania metody studium przypadku i modelu opieki zarówno w nauczaniu zawodu położniczej, jak i w praktyce zawodowej.

Tradycyjne i nowoczesne postrzeganie człowieka w roli pacjenta/ki z uwzględnieniem procesu pielęgnowania

Tradycyjne postrzeganie człowieka w roli pacjenta polegało na jego rozfragmentowaniu na poszczególne części ciała, obciążone problemem zdrowotnym, a tym samym objęte zainteresowaniem medycznym (klinicznym). W takim ujęciu zarówno

pielęgniarka, jak i położna były postrzegane przez pryzmat biegłości i umiejętności technicznych w wykonaniu głównie zleconego zadania.

To podejście w znaczny sposób uprzedmiotowiło pacjenta. Rozwój położnictwa, zmiany w aktach prawnych spowodowały, że proces pielęgnowania stał się wartościową, dostrzeżoną i stale aktualną metodą pracy pielęgniarki i położnej. Cechą charakterystyczną procesu pielęgnowania jest jego systematyczność, chronologiczne przedstawianie diagnoz stanu pacjentki zdrowej, w zagrożeniu zdrowia, jak i chorej. Najważniejszą cechą procesu jest zapewnienie ciągłości profesjonalnego pielęgnowania w holistycznym podejściu do pacjentki i jej rodziny.

Wykorzystanie studium przypadku i modelu opieki w kształceniu położnych

We współcześnie obowiązujących zaleceniach, by student kierunku położnictwo czy pielęgniarstwo, kończąc studia pierwszego stopnia udokumentował wykorzystanie wiedzy teoretycznej w praktyce i wykazał się analitycznym myśleniem przyczynowo-skutkowym, został zobligowany do napisania pracy dyplomowej o charakterze kazuistycznym. Prace kazuistyczne ukazują wykorzystanie metody jakościowej z uwzględnieniem wspomnianego procesu pielęgnowania.

Metoda *case study* pozwala podejść do problemu w sposób prosty i przystępny, dając możliwość wykorzystania teoretycznej wiedzy w praktyce [3].

„W odniesieniu do terminu *case study*, w polskiej literaturze przedmiotu używa się trzech pojęć:

- Przypadek, czyli *case*, jest to zjawisko badane lub analizowane, niezależnie od dyscypliny, która to zjawisko bada,
- analiza przypadku, czyli *case study*, to analiza zjawiska, opis zjawiska lub analiza opisu,
- metoda analizy przypadku czyli *case study method*, to metoda służąca do konstrukcji sposobu analizowania przypadku” [2].

Cechy charakterystyczne studium przypadku to:

- **Konkretny** – wymieniony z imienia i nazwiska (**nie fikcyjny!**) – bohater lub też grupa bohaterów – modyfikacja własna w przypadku prac dyplomowych pisemna zgodna pacjentki lub opiekuna prawnego na udział w badaniu, w treści pracy ze względu na ochronę danych osobowych podmiot opieki zostaje identyfikowany tylko inicjałami.
- **Sekwencja wydarzeń** stanowiąca przedmiot analizy w ramach konkretnego *case study* – podana w formie narracji fabularyzowanej.
- **Szczegółowość** stosowana zarówno przy opisie głównych protagonistów, jak też wydarzeń będących przedmiotem analizy danego *case study* [2].

Rozpoczynając szkolenie praktyczne w nauczaniu zawodu, wykorzystując metodę edukacyjną, *case study* kształtuje umiejętności niezbędne obecnym studentom, a potem pracownikom ochrony zdrowia takie jak:

- rozpoznawanie kluczowych dla danej sytuacji problemów oraz ich kategoryzowanie;
- rozumienie i interpretowanie danych;
- rozdzielanie faktów od opinii;
- myślenie krytyczne i analityczne;
- rozumienie i ocena relacji interpersonalnych;
- formułowanie własnych sądów;
- przekazywanie własnych poglądów, pomysłów i opinii;
- podejmowanie decyzji oraz obrona tychże decyzji przed krytyką ze strony innych uczestników procesu decyzyjnego [2].

Cytując za Dańda A. i Lubecka J., przygotowanie *case study* dla celów dydaktycznych składa się z trzech etapów:

„OKREŚLENIE CELU *CASE STUDY*
ZBIERANIE DANYCH I TWORZENIE MATERIAŁÓW
PRZYGOTOWANIE SIĘ DO OMAWIANIA *CASE'ÓW*” [2].

Studium przypadku jako metoda wykorzystywana w położnictwie

Studium indywidualnych przypadków to metoda, która polega na analizie pojedynczych ludzkich stanów, które są uwikłane w konkretne jednostki chorobowe lub różne sytuacje zdrowotne. Analizie poddawane są również różne zjawiska wychowawcze związane z konkretnymi osobami.

W pielęgniarstwie/położnictwie przez studium przypadku podmiotu opieki należy rozumieć szczegółowy i systematyczny opis sytuacji oddziałujących na pacjenta w ciągu jakiegoś czasu, a także opis zmian, jakie w tym czasie zachodzą w psychice i zachowaniu człowieka, w jego zdrowiu, funkcjonowaniu w chorobie.

Jest to metoda, która podejmuje i rozwija to, co jednostkowe, indywidualne w każdym człowieku, jego losie i najbliższym środowisku w celu usprawnienia, wzmocnienia i naprawy jego sytuacji życiowej, zdrowotnej. Charakteryzuje się holistycznym podejściem do badanego przypadku, ukazując go we wszystkich wymiarach funkcjonowania i dopiero wypadkowa dogłębnych analiz stanu zdrowia, sfer życia daje pogląd na całość zagadnienia i występujące problemy.

Ocena stanu zdrowia podmiotu opieki stanowi wyznacznik interwencji podejmowanych przez położną samodzielnie lub, w sytuacji braku przygotowania albo braku uprawnień do działania, skierowanie chorego do innego członka zespołu opieki zdrowotnej. W wyborze położniczych i pielęgniarских interwencji należy kierować się istotą diagnozy położniczej/pielęgniarskiej [3].

Właściwe przygotowanie się do opracowania studium przypadku, z wykorzystaniem procesu pielęgnowania, wymaga znajomości nie tylko podstaw pielęgniarstwa, położnictwa, technik położniczych, pielęgniarstwa położniczego, neonatologicznego i ginekologicznego, a także umiejętności w zakresie komunikacji oraz technik gromadzenia informacji o pacjentce. W metodzie indywidualnych przypadków najczęściej wykorzystuje się: **wywiad, obserwację, analizę dokumentacji, pomiary.**

Napisanie pracy dyplomowej wykorzystującej studium przypadku zwykle opiera się na dwóch najważniejszych częściach – teoretycznej, w której student dokonuje charakterystyki jednostki chorobowej występującej u pacjenta, wzbogaconej o rozdział poświęcony kompetencjom położnej w opiece i edukacji zdrowotnej podmiotu opieki lub jego opiekunów prawnych. Części drugiej nazwanej metodologiczną, w skład której wchodzi: cele i założenia badawcze pracy, organizacja i przebieg badania, charakterystyka jednostki analizy – czyli podmiotu opieki, diagnozy i interwencje położnicze ujęte w procesie pielęgnowania najczęściej 4- lub 5-etapowym, obejmującym: diagnozę, cel, planowanie działania, realizację i ocenę. Etap planowane działania nie zawsze jest realizowany w procesie pielęgnowania w praktyce zawodowej, tam częściej spotykamy się z procesem 4-etapowym. Całość części metodologicznej kończy ewaluacja podjętych działań oraz płynące z założeń wnioski.

Napisanie pracy z wykorzystaniem realnego przypadku nie stanowi dla studenta większego problemu.

Natomiast napisanie pracy w oparciu o model opieki z uwzględnieniem rozpoznanych diagnoz i problemów w odniesieniu do wzorca literaturowego, staje się już nie lada wyzwaniem, mimo iż podstawową różnicą jest podmiot opieki, którym tutaj jest przypadek hipotetyczny lub retrospektywna analiza sytuacji zdrowotnej podmiotu opieki w oddalonej w czasie sytuacji oraz proces pielęgnowania zamykający się w trzech etapach: diagnozy, celu i planowanych działaniach.

Dlatego też na potrzeby niniejszego artykułu poniżej zostanie zaprezentowany przykład modelu opieki na podstawie tematu:

Wrodzone, objawowe zakażenie wirusem cytomegalii – model opieki

Definicja modelu opieki

Model (łac. *modulus* – miara, wzór) oznacza wzór do naśladowania, schemat, wg którego pewne sprecyzowane czynności muszą być wykonane. Jest układem założeń, który przyjmuje się, aby rozwiązać dany problem badawczy.

Model opieki pielęgniarzkiej to duża grupa procesów, które zachodzą w czasie pielęgnacji i opieki. Opieka musi obejmować swym zasięgiem możliwie największą sfer życia pacjenta i charakteryzować się pracą zespołową, której jakość świadczeń możemy porównać ze sposobem postępowania według uznanych standardów [4].

Celem zaprezentowanego modelu było przedstawienie problemów zdrowotnych i pielęgnacyjnych występujących w wyżej opisanej jednostce chorobowej oraz interwencje położnej pomocne w ich rozwiązywaniu. Na podstawie zebranych informacji sformułowano główny problem badawczy, który brzmi: **Problemy zdrowotne i pielęgnacyjne noworodka z wrodzonym zakażeniem wirusem cytomegalii.**

Jednostka analizy – przypadek noworodka charakteryzowany w oparciu o retrospektywną analizę dokumentacji medycznej.

Noworodek płci męskiej z ciąży drugiej, objętej obserwacją w kierunku infekcji TORCH, porodu drugiego rozwiązanego siłami natury w 38. tygodniu ciąży.

Urodzony w stanie ogólnym dobrym, ocenionym wg skali Apgar na 8/8/8/9 punktów z masą ciała: 2440 gramów, długością ciała: 50 cm, obwodem głowy: 28 cm, obwodem klatki piersiowej: 30 cm. Na sali porodowej, po porodzie położono noworodka na klatce piersiowej matki, ułatwiając kontakt skóra do skóry, pamiętając o przykryciu dziecka ogrzaną pieluszką. Założono opaski identyfikacyjne jeszcze przed odpępnieniem. Z powodu pogarszającej się kondycji noworodka odstąpiono od dalszego kangurowania. Przystąpiono do oceny stanu dziecka wg skali Apgar, wykonano pomiary – waga, długość, obwód głowy, obwód klatki piersiowej, sprawdzono drożność odbytu, zabezpieczono kikut pępowinowy preparatem Octenisept oraz wykonano zabieg Credego. Tak zabezpieczonego noworodka przewieziono na salę obserwacyjną, w celu dalszej diagnostyki. Dziecko umieszczono w inkubatorze otwartym pod promiennikiem ciepła dla ogrzania i obserwacji podstawowych parametrów życiowych, których wskazania były następujące:

- akcja serca 130–140 uderzeń/min.;
- saturacja 91–94 mg/%;
- temperatura ciała 36,4°C;
- ciśnienie krwi 59/31 mmHg.

Za pomocą badań radiologicznych i laboratoryjnych oceniono kryteria kliniczne stanu zdrowia noworodka. Dokonano oceny czynnościowych parametrów wentylacji płuc oraz wykonano testy biochemiczne z założeniem wkłucia dożylnego.

Z powodu dużej ilości zabiegów pielęgnacyjnych temperatura dziecka nieznacznie się obniżyła do 36,1°C. Dlatego postarano się zmniejszyć do minimum liczbę zabiegów przy dziecku zapewniając tym samym spokój, ciszę i bezpieczeństwo noworodka, a dzięki temu uzyskano wzrost temperatury dziecka do 36,6°C. Ponadto u noworodka pojawiły się zaburzenia oddychania, *tachypnoe* z wciąganiem międzyżebry. W okresie ciąży w wykonanym USG płodu, w 25. tygodniu ciąży stwierdzono: małogłowie z nieprawidłowym obrazem ośrodkowego układu nerwowego oraz 27 z podejrzeniem agenezji ciała modelowatego. W układzie krążenia widoczne zmiany czynnościowe. Po porodzie badaniem fizykalnym stwierdzono cechy hypotrofii, małogłowie (obwód głowy: 28 cm), nieznacznie powiększoną

wątrobę i śledzionę. Wykonano kontrolne badanie USG OUN i jamy brzusznej, które sugerowało anomalię rozwojową w postaci braku ciała modzelowatego, oraz miernego stopnia poszerzenia układu komorowego. Na podstawie badań laboratoryjnych rozpoznano zakażenie wewnątrzmaciczne, narastające CRP, PCT, leukopenię oraz trombocytopenię.

W pierwszej dobie życia obserwowano narastające zaburzenia oddychania wymagające zastosowania wsparcia oddechowego w systemie nCPAP oraz zaburzenia neurologiczne w postaci zmian napięcia mięśniowego, apatii i drżeń kończyn. Z uwagi na wyżej wymienione objawy zaplanowano dalszą, szczegółową diagnostykę i wprowadzono zabiegi mające na celu zapobieganie powikłaniom spowodowanym nasilającym się krwawieniem śródczaszkowemu. Ponadto w pierwszej dobie życia noworodek został zaszczepiony przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby szczepionką EUVAX B, natomiast szczepienie przeciwko gruźlicy zostało odroczone.

W trzeciej dobie życia zauważono nasilenie żółtaczki fizjologicznej, narastającą hepatosplenomegalię, na skórze tułowia i klatki piersiowej pojawiające się wybroczyny, co wiązano z narastającą małopłytkowością w przebiegu infekcji wewnątrzmacicznej.

W związku z podejrzeniem wady CUN wykonano MR głowy, w którym potwierdzono poszerzenie układu komorowego, niewidoczność ciała modzelowatego oraz opisano zanik tkanki mózgowej i wysięk w kościach skroniowych.

W leczeniu zastosowano antybiotykoterapię, Pentaglobin (w 5 dawkach), nawadnianie pozajelitowe oraz fototerapię. Do leczenia fototerapią użyto lampę fluorescencyjną, którą umieszczono bezpośrednio nad łóżeczkiem dziecka, nie zapominając o zabezpieczeniu oczu noworodka specjalnymi okularami. Wykonano kontrolne badanie w kierunku CMV, które wykazało narastanie miana przeciwciał IgM przy utrzymujących się dodatnich IgG. W wyniku zastosowanego leczenia uzyskano stopniową poprawę stanu klinicznego dziecka oraz częściową normalizację parametrów laboratoryjnych. Zaburzenia oddechowe ustąpiły. Od piątej doby dziecko było na oddechu własnym. Wymagało wyrównania zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej. Początkowo stosowano całkowite żywienie pozajelitowe (TPN), stopniowo wprowadzając żywienie enteralne sondą w oparciu o Bebilon Pepti. Z powodu braku odruchu ssania karmienie sondą kontynuowano przez cały okres hospitalizacji.

W trakcie pobytu wykonano kontrolne badanie okulistyczne, pobrano badania przesiewowe w kierunku fenylketonurii, mukowiscydozy i hypotyreozy oraz badanie otoemisji okulistycznej. Na podstawie całości obrazu klinicznego (wada OUN, małopłytkowość, trombocytopenia, dodatnie IgM i IgG CMV) rozpoznano pełnoobjawową, wrodzoną cytomegalię. Po uzgodnieniu telefonicznym dziecko przekazano do dalszej diagnostyki i leczenia KPNCZD w Warszawie.

Rozpoznane przykładowe problemy pielęgnacyjne występujące u noworodka:

Diagnoza 1.

Przyjęcie noworodka z porodu fizjologicznego z podejrzeniem wystąpienia wady wrodzonej spowodowanej zakażeniem wirusem cytomegalii.

Cel opieki

Stworzenie optymalnych warunków dla matki i dziecka do kształtowania więzi emocjonalnej oraz dla prawidłowego rozpoczęcia laktacji.

Prawidłowa adaptacja noworodka do życia pozałożowego.

Plan działania:

- położenie noworodka na klatce piersiowej matki kontakt skóra do skóry;
- przykrycie dziecka ogrzanym kompresem, osuszenie;
- ocena płci i kondycji dziecka w skali Apgar umożliwiającej zakwalifikowanie przez lekarza pediatrę do dalszego kangurowania;
- wypisanie i założenie opasek identyfikacyjnych zawierających: imię i nazwisko matki, płeć dziecka, datę i godzinę porodu, oznakowanie następuje przed odcięciem pępowiny;
- pomiar wagi, długości, obwodów głowy i klatki piersiowej pod promiennikiem ciepła;
- sprawdzenie drożności;
- wykonanie zabiegu Credego;
- przewiezienie dziecka na salę obserwacyjną w celu dalszej diagnostyki;
- kontrola obwodu głowy (podejrzenie małogłowia).

Diagnoza 2.

Zaburzenia regulacji temperatury ciała u noworodka.

Cel opieki

Utrzymanie prawidłowej temperatury ciała noworodka.

Plan działania:

- umieszczenie dziecka w inkubatorze otwartym pod promiennikiem ciepła;
- założenie czynnika temperatury;
- stopniowe i powolne ogrzanie dziecka (temperaturę należy nastawić o 1°C więcej niż wskazywał pomiar temperatury ciała);
- założenie dziecku w razie potrzeby czapeczki, skarpetek i rękawiczek;
- umieszczenie inkubatora otwartego z daleka od przeciągów i wentylatorów i stała kontrola temperatury środowiska;

- starać się, aby pieluszki i ubranka dziecka były suche i ogrzane;
- podawany tlen noworodkowi powinien być ogrzany i nawilżony;
- monitorowanie podstawowych parametrów życiowych;
- ograniczenie do minimum czynności niezbędnych wykonywanych przy dziecku;
- do badania lub zabiegu nie rozbierać całego dziecka tylko odsłonić niezbędne części ciała;
- przygotowanie ciepłego gniazdka (łóżeczko podgrzewane).

W wybranym modelu opieki u noworodka z wrodzoną infekcją CMV wystąpiło wiele problemów zdrowotnych, zaburzających funkcjonowanie poszczególnych układów, jak i proces adaptacji do życia pozamacicznego. Problemy opiekuńczo-pielęgnacyjne we wskazanej sytuacji noworodka dotyczą zaburzeń w obrębie układu oddechowego i nerwowego, zaburzeń termoregulacyjnych i wodno-elektrolitowych, dysfunkcji w układzie pokarmowym z koniecznością żywienia parenteralnego. Wszystkie te zaburzenia wpłynęły na opóźnienie rozwoju psychoruchowego noworodka.

Podsumowanie

Wprowadzenie do nauczania położnictwa procesu pielęgnowania spowodowało, iż by go dobrze opracować trzeba wcześniej posiadać wiedzę z wielu przedmiotów, takich jak: podstawy położnictwa, techniki położnicze, neonatologia i inne, jak również wykształcić w studencie umiejętność wnioskowania przyczynowo-skutkowego. Praca w oparciu o studium przypadku jako metodę nauczania powoduje, że zdobywana wiedza znajduje potwierdzenie w praktyce i nie ma charakteru wyłącznie encyklopedycznego. W kontakcie z drugim człowiekiem dodatkowo kształtuje się umiejętności komunikacji interpersonalnej w sytuacjach typowych, ale i tych trudnych, wynikających z choroby lub zaburzenia funkcjonowania kobiety, noworodka i ich rodzin. Prowadzenie procesu pielęgnowania w praktyce zawodowej również daje możliwość weryfikacji działań położnych obejmujących opieką pacjentki czy noworodki. Sens nauki, jak i zawodowe wykorzystanie metody studium przypadku znajdujemy w codziennej pracy zawodowej położnej/ego.

Bibliografia

1. Burgoyne J, Mumford A. *Learning from the Case Method. Report to the European Case Clearing House*. Lancaster: The European Case Clearing House; 2001: 15.
2. Dańda A, Lubecka J. *Metodologia tworzenia case study. Case book*. Kraków: Wyższa Szkoła Europejska im. ks. Józefa Tischnera; 2010: 3–5, 8.

3. Lesińska-Sawicka M. *Metoda Case Study w pielęgniarstwie*. Warszawa: Wydawnictwo Borgis; 2009: 9–24.
4. Kózka M. *Stany zagrożenia życia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2001: 26.

Adres do korespondencji:

Ewa Tobor
Wydział Położnictwa,
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
ul. Katowicka 68, 45-060 Opole
e-mail: ewatobor@o2.pl

Rola telomerów i telomerazy w komórkach człowieka

Ewa Boniewska-Bernacka, Anna Pańczyszyn

Samodzielna Katedra Biotechnologii i Biologii Molekularnej, Uniwersytet Opolski

Telomery

Odkrycie telomerów

Era badań nad telomerami rozpoczęła się w 1938 roku, gdy młody amerykański genetyk prowadził w Edynburgu badania nad muszkami z gatunku *Drosophila melanogaster*, poddając je ekspozycji na promieniowanie X. Hermann J. Muller zauważył, że napromieniowane zakończenia chromosomów zachowują się inaczej niż reszta chromosomu. Nie ulegają mutacjom takim, jak delecja lub inwersja, dzięki obecności ochronnych „czapek”, dla których zaproponował nazwę „telomer” z połączenia greckich słów *telos* (koniec) i *meros* (część) [1]. Dwa lata później Barbara McClintock z Uniwersytetu Missouri dowiodła, że przerwanie chromosomów skutkuje adhezją i fuzją ich końców, czego konsekwencją jest utworzenie chromosomów dicentrycznych. McClintock wykazała, że powstałe straty mogą zostać naprawione poprzez „nabycie” nowego telomeru [2, 3]. W 1965 roku Leonard Hayflick stwierdził, że komórki wyizolowane z tkanki i hodowane *in vitro* mogą ulegać podziałowi tylko ograniczoną ilość razy (limit Hayflicka) [4]. Po około 60 podziałów komórkowym dochodzi do zatrzymania podziałów, starzenia się i śmierci komórek. Hayflick zauważył również wyraźny związek między tymi zjawiskami a skracaniem się telomerów. Z kolei w 1972 roku James Watson dowiódł, że podczas replikacji DNA dochodzi do skracania się chromosomów [5].

Pierwsze badania molekularne telomerów rozpoczęły się w 1978 roku, kiedy to Elizabeth Blackburn opisała ich strukturę u pierwotniaka *Tetrahymena pyriformis* [6]. Sekwencję ludzkiego telomeru ustalono w 1988 roku [7]. W tym samym czasie wyizolowano enzym telomerazę, który odpowiedzialny jest za wydłużanie telomerów [8]. Opisano również obecność tego enzymu w ludzkich komórkach nowotwo-

rowych i stwierdzono brak aktywności tego enzymu w komórkach somatycznych [9,10,11].

Telomery to struktury o budowie nukleoproteidowej, zlokalizowane na końcach chromosomów komórek eukariotycznych. Każdy chromosom posiada 2 telomery. Jeśli przyjmiemy, że ludzka komórka diploidalna zawiera 46 chromosomów, to jednocześnie zawiera 92 telomery. Telomery, w swojej sekwencji, nie posiadają genów kodujących białka, a ich budowa jest specyficzna dla gatunku. Długość telomerów to cecha charakterystyczna nie tylko dla danego gatunku, ale nawet dla każdego osobnika, organu czy pojedynczego chromosomu [12]. Długość telomerów ma charakter dziedziczny [13].

Telomery człowieka zbudowane są z tandemowo powtórzonych sekwencji nukleotydowych, których długość nie jest wielkością stałą. Ludzkie telomery zbudowane są z sekwencji 5'-TTAGGG-3', która jest wielokrotnie powtórzona i osiąga długość do 15 kb. Sekwencje telomerowe połączone są szeregiem wyspecjalizowanych białek warunkujących ich stabilność i odpowiedni kształt. Dzięki obecności białkowego kompleksu ochronnego telomer tworzy wewnętrzne wiązania i formuje dwie pętle: pętlę D (D-loop) i pętlę T (T-loop), które stabilizują strukturę telomerów [13,14]. W skład białkowego kompleksu ochronnego wchodzi wysoko wyspecjalizowane białko Shelterin: TRF1, TRF2 i POT1. Dwa pierwsze białka wykazują wysokie powinowactwo do dwuniciowych powtórzonych sekwencji telomerów [15]. Białko POT1 rozpoznaje jednoniciowe powtórzenia bogate w guaninę, ułożone na końcach 3' telomerów. Końcowa guanina nici DNA jest „zanurzona” w tym białku, czyniąc ją tym samym nieosiągalną dla telomerazy, w rezultacie zapobiegając przedłużaniu nici w kompleksie telosomu między białkami wiążącymi telomerowe DNA [16].

Za telomerami, w kierunku do środka chromosomu, znajduje się obszar subtelerowy. Obszar ten zawiera sekwencje kodujące, jak i niekodujące. Znajdują się tutaj geny subtelerowe, których ekspresja maskowana jest przez długie telomery. Ekspresja tych genów następuje wraz z wiekiem, kiedy telomery stają się coraz krótsze. Badania wskazują, że są to geny subtelerowe związane z chorobami nowotworowymi [17,18].

Funkcje telomerów

Podstawową funkcją telomerów jest ochrona końców chromosomów przed degradacją. Podczas podziałów komórkowych skracają się telomery (o ok. 50–150 par zasad), a nie istotna dla komórki informacja genetyczna. Telomery zapobiegają aberracjom chromosomowym, w tym translokacjom, duplikacjom i delecjom. Biorą również udział w przestrzennej organizacji jądra komórkowego i segregacji chromosomów w trakcie cyklu komórkowego. Stanowią swoisty zegar molekularny, który po przekroczeniu limitu podziałów, kieruje komórkę na szlak samobójczej śmierci (apoptozy) [19,20].

Skracanie się telomerów

Ze względu na niedostateczną ekspresję telomerazy w komórkach somatycznych, z każdym podziałem komórkowym telomery ulegają skróceniu. Proces jest efektem połączenia zjawiska problemu replikacji końca oraz przetwarzania DNA na końcach chromosomów niezbędnego do utworzenia funkcjonalnego telomeru [21].

Graniczną liczbę podziałów komórkowych, po przekroczeniu której następuje zahamowanie proliferacji, określa limit Hayflicka. U ludzi wynosi on około 60 podziałów i zależy od rodzaju tkanki, z której pochodzą dane komórki. Z każdym podziałem, sekwencja telomerowa ulega skróceniu o około 50–200 bp, czego efektem są zmiany konformacyjne telomerów i utrata zdolności tworzenia pętli-T [20].

Krótkie telomery stanowią informację o postępującym starzeniu się i mogą być interpretowane jako sygnał do zatrzymania dalszych podziałów komórkowych. Jak dotąd nie określono, jaka długość telomerów stanowi konkretną normę. Stwierdzono natomiast, że przyczyny ich skracania mogą mieć również podłoże środowiskowe związane m.in. z dietą, stresem, aktywnością fizyczną lub czynnikami genotoksycznymi [18,22].

Telomeraza

Większość telomerowego DNA ulega kopiowaniu w procesie replikacji. Nie jest to jednak jedyny sposób jego syntezy w komórce. W celu uzupełnienia braków telomery mogą być wydłużane w zupełnie niezależnym procesie syntezy, katalizowanym przez telomerazę [23]. Telomeraza to duży i złożony enzym zbudowany z podjednostek białkowych i RNA. W skład telomerazy wchodzi: katalityczna podjednostka o aktywności odwrotnej transkryptazy (*TERT-telomerase reverse transcriptase*), matryca RNA (*TERC-telomerase RNA component*) o sekwencji komplementarnej do sekwencji telomerów i dyskeryna, białko stabilizujące całą strukturę [15,24]. Trzy podjednostki telomerazy kodowane są przez trzy oddzielne geny zlokalizowane na różnych chromosomach [24,25].

W komórkach somatycznych nie stwierdza się aktywności telomerazy. Dużą aktywnością telomerazy charakteryzują się komórki o silnym potencjale proliferacyjnym. Są to: komórki macierzyste, zarodkowe, progenitorowe układu krwiotwórczego, skóry i krypt jelitowych [26]. Wysoką aktywnością telomerazy charakteryzują się również komórki nowotworowe, które, dzięki temu enzymowi, mogą dzielić się w nieskończoność [26,27]. Aktywność telomerazy jest ściśle związana z etapami życia organizmu. Enzym jest wyjątkowo aktywny podczas rozwoju embrionalnego. Jego aktywność w komórkach somatycznych obniża się w kilka tygodni po narodzinach [27].

Telomeraza jest enzymem aktywnym w 85% nowotworów. W komórkach nowotworowych telomery z natury są krótsze, dlatego komórki te potrzebują sta-

łej i dużej aktywności telomerazy [28]. Wyjątek stanowią komórki nowotworowe z aktywnym szlakiem ALT. Alternatywny mechanizm wydłużania telomerów ALT (ang. *Alternative Lengthening of Telomeres*), jest zdolnością niewielkiej części komórek nowotworowych do wydłużania telomerów w przypadku nieobecności telomerazy. Oparty jest na homologicznej rekombinacji wykorzystującej jako matrycę telomerowe DNA [29]. Proces ten jest obserwowany wśród agresywnych, trudnych w terapii nowotworów pochodzenia mezenchymalnego, stanowiących około 10% wszystkich chorób nowotworowych, wśród których wyróżnia się gwiazdziaki stopnia 2. i 3., nie zróżnicowane mięsaki pleomorficzne oraz 30% mięsaków gładkomyślnych, ~50% mięsaków kościopochodnych i 10% nerwiaków zarodkowych [26,30,31].

Nie ulega wątpliwości, że aktywność telomerazy musi podlegać ścisłej kontroli, w celu zapewnienia odpowiedniej długości telomerów. W związku z faktem, że komórki nowotworowe są zależne od telomerazy, stała się ona celem terapii antynowotworowych. Blokując aktywność telomerazy, możemy blokować proces nowotworzenia, stosując immunoterapię, terapię genową [32], inhibitory [33] czy też blokować dostęp telomerazy do telomeru [34,35].

Telomery i telomeraza w chorobach człowieka

Średnia roczna utrata telomerów u człowieka wynosi około 56 bp. Szybkość tego procesu jest różna. Zależy między innymi od wieku [36]. Do 40. roku życia wynosi średnio 84 bp, powyżej – 41 bp [37]. Jeżeli przyjmiemy, że średnia długość naszych telomerów wynosi 11 kbp, to czas potrzebny na skrócenie się telomerów do wartości krytycznej 3 kbp wynosi około 125 lat. Obecnie średnia długość życia człowieka znacznie odbiega od tej wartości, ponieważ na długość telomerów i szybkość ich skracania może mieć wpływ wiele czynników. Mogą to być czynniki, takie jak: wiek genetyczny, środowisko życia, nawyki żywieniowe, używki czy aktywność ruchowa. Skracanie telomerów przyspiesza pojawienie się związanych z wiekiem problemów zdrowotnych, takich jak: niewydolność serca, cukrzyca, zwiększone ryzyko nowotworów, osteoporoza [38]. Negatywnie na długość telomerów wpływa również długotrwały stan zapalny, a także stres oksydacyjny. Stres oksydacyjny występuje, gdy organizm jest niezdolny do usunięcia reaktywnych form tlenu przez system antyoksydacyjny. Z kolei przewlekły stan zapalny w organizmie cechuje się zwiększonym uwalnianiem reaktywnych form tlenu z granulocytów obojętnochłonnych, ponieważ jest to jeden z mechanizmów niszczenia drobnoustrojów chorobotwórczych. Reaktywne formy tlenu indukują skracanie się telomerów [22].

Na tempo skracania telomerów niemały wpływ ma zarówno dieta, jak i używki. Palenie tytoniu powoduje szybsze skracanie telomerów o dodatkowe 5 bp na rok. Utrata długości telomerów związana z paleniem 1 paczki papierosów dziennie przez 40 lat jest równoważna z utratą ponad siedmiu lat życia. Z kolei dieta niskobiałko-

wa, tzw. dieta śródziemnomorska, bogata w węglowodany, kwasy tłuszczowe omega-3 pozytywnie wpływa na tempo skracania telomerów [38,39].

W ostatnich latach coraz częściej wskazuje się na możliwy związek między długością telomerów plemnikowych, a niepłodnością męską. W przeciwieństwie do komórek somatycznych, w plemnikach telomery ulegają wydłużeniu wraz z wiekiem. Wyniki badań Ferlin i wsp. [40] wskazują, że istnieje korelacja pomiędzy długością telomerów plemnikowych a całkowitą ilością plemników. U młodych pacjentów z oligozoospermią w wieku 18–19 lat obserwowano krótsze telomery plemnikowe w porównaniu z pacjentami z normozoospermią. Badania przeprowadzone przez Shuyuan i wsp. [41] na grupie 126 mężczyzn z idiopatyczną niepłodnością wykazały, że mężczyźni nie tylko posiadali skrócone telomery plemnikowe w porównaniu z grupą 136 pacjentów płodnych, ale także, że istnieje związek pomiędzy długością telomerów plemnikowych oraz ich ilością i ruchliwością. Autorzy sugerują, że krótsze telomery plemnikowe mogą wskazywać na zredukowaną spermatogenezę i w konsekwencji oznaczać obniżoną płodność [42].

Kolejne odkrycia dowodzą, że skracanie się telomerów w chromosomach przeszczepionego narządu jest skutkiem przyspieszonego starzenia się komórek. Zauważono związek między skracaniem się telomerów a wystąpieniem przewlekłej nefropatii przeszczepionej nerki oraz stopnia jej zaawansowania, a tym samym pogorszenia funkcjonowania przeszczepionego narządu [43]. Badania pilotażowe wykazały, że średnia długość telomerów pozwala określić poziom upośledzenia funkcji nerek, wyrażony przez współczynnik filtracji kłębuszkowej u osób z nefropatią [44]. Niedawne doniesienia potwierdziły związek między długością telomerów izolowanych z krwi obwodowej a funkcją nerek u osób z objawami dysfunkcji nerek przy przewlekłej chorobie niedokrwiennej serca [45]. Pomiar długości telomerów pochodzących z komórek obecnych w moczu mogą się stać nowymi i szybkimi metodami diagnostycznymi, umożliwiającymi monitorowanie funkcjonowania przeszczepionej nerki. Mogą umożliwić wczesną ocenę występowania przypadków ostrego odrzucania oraz odrzucania przewlekłego [46].

Długość telomerów wydaje się mieć także znaczenie w ocenie ryzyka zachorowania na niektóre nowotwory. Badania wskazują na pewne różnice w długości telomerów mierzonych w leukocytach pomiędzy chorymi na nowotwory a osobami zdrowymi. Okazuje się, że długość telomerów (lub aktywność telomerazy) w leukocytach może być postrzegana jako marker procesu nowotworzenia zachodzącego na bardzo wczesnym etapie karcenogenezy.

Rak piersi zajmuje pierwsze miejsce pod względem występowania nowotworów złośliwych u kobiet [47]. Dokonano pomiaru długości telomerów w genomowym DNA wyizolowanym z leukocytów krwi i przebadano związek tego parametru z ryzykiem wystąpienia raka piersi u kobiet po menopauzie. Wykazano, że długość telomerów nie jest skorelowana ze znaczącym wzrostem ryzyka wystąpienia postmenopauzalnego raka piersi [48]. Wykazano również znacząco dłuższe telomery w grupie

kobiet z rakiem piersi niż w grupie kontrolnej [49]. Przebadano pacjentki z rakiem piersi i z pozytywnym wywiadem rodzinnym w kierunku raka piersi (postać dziedziczna choroby), pacjentki zdrowe oraz pacjentki z niedziedzicznym rakiem piersi, oceniając długość telomerów w ich leukocytach. Wyniki badań pokazały, że to dziedziczny rak piersi charakteryzuje się krótszymi telomerami oraz że skracanie telomerów wiąże się z wcześniejszym wiekiem zachorowania na raka piersi w następnych pokoleniach w danej rodzinie [50,51].

Rak płuca jest najczęściej występującym nowotworem na świecie, zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet [52]. Pomiar długości telomerów może być markerem podatności na wystąpienie tego nowotworu [53]. Jang i wsp. wykazali znacząco mniejszą długość telomerów u pacjentów z rakiem płuca niż u ludzi zdrowych. Wykazano związek skracania telomerów z ryzykiem wystąpienia raka drobnokomórkowego, podczas gdy zależność ta nie była tak wyraźna u pacjentów z rozpoznaniem rakiem płaskonabłonkowym czy gruczolakorakiem [54]. Przeprowadzone badania pokazują, że dłuższe telomery mogą być związane z wyższym ryzykiem zachorowania na raka płuca wśród mężczyzn palących [51]. Z kolei w przypadku białaczki szpikowej, w chwili rozpoznania, u wszystkich pacjentów wykrywana jest wysoka aktywność telomerazy, zarówno we krwi, jak i w szpiku [55,56,57]. Przy czym aktywność telomerazy w szpiku jest wyższa niż we krwi obwodowej. Również średnia długość telomerów jest krótsza w komórkach pobranych ze szpiku w porównaniu z komórkami krwi. Skracanie telomerów może być związane z procesem nowotworowym i odgrywać istotną rolę w patogenezie ostrych białaczek przez aktywowanie onkogenów zlokalizowanych w ich pobliżu [58].

Podsumowanie

Telomery są niezbędne do prawidłowego funkcjonowania i stabilności materiału genetycznego komórek eukariotycznych. Ich skracanie jest jednym z mechanizmów inicjujących apoptozę, będącą naturalną konsekwencją starzenia się i umierania komórek. Tkanki, dla których funkcjonowania niezbędna jest możliwość odnowy i nieograniczonego podziału komórkowego, wytworzyły zdolność utrzymania stałej długości telomerów, a w pewnych warunkach także ich wydłużania. Dzieje się tak dzięki obecności telomerazy. W wielu badaniach dowiedziono, że podwyższona aktywność telomerazy koreluje ze zmianami nowotworowymi, co w efekcie skutkuje nabywaniem przez komórki nowotworowe nieśmiertelności. Nie dziwi więc fakt, że regulacja aktywności tego enzymu i efektów jego działania (odbudowa telomerów) jest obecnie przedmiotem intensywnych badań. Zarówno długość telomerów, jak i poziom aktywności telomerazy może być stosowany jako molekularny marker chorób cywilizacyjnych [18,22], a dzięki postępującej wiedzy na ten temat możliwe staje się projektowanie nowych leków i terapii [35]. Badania nad telomerami i telo-

merazą rozwijają się wyjątkowo dynamicznie i z pewnością ostatnie słowo w tym temacie nie zostało jeszcze powiedziane.

Bibliografia

1. Muller H. The remaking of chromosomes. *Collecting Net* 1938; 8: 182–195.
2. McClintock B. The stability of brokenends of chromosomes in *Zea mays*. *Genetics* 1941; 26: 234–282.
3. Chuai L. Telomere and Telomerase: brief review of a history initiated by Hermann Müller and Barbara McClintock. *Colombia Médica* 2006; 37: 336–339.
4. Hayflick L. The limited in vitro lifetime of human diploid cell strains. *Exp. Cell Res* 1965; 37: 614–636.
5. Watson J. Origin of concatemeric T7 DNA. *Nat New Biol* 1972; 239: 197–201.
6. Blackburn EH, Gall JG. A tandemly repeated sequence at the termini of the extrachromosomal ribosomal RNA genes in *Tetrahymena*. *J Mol Biol* 1978; 120: 33–53.
7. Allshire RC, Dempster M, Hastie ND. Human telomeres contain at least three types of G-rich repeat distributed non-randomly. *Nucleic Acids Res* 1989; 17: 4611–4627.
8. Greider CW, Blackburn EH. Identification of a specific telomere terminal transferase activity in *Tetrahymena* extracts. *Cell* 1985; 43: 405–413.
9. Morin GB. The human telomere terminal transferase enzyme is a ribonucleoprotein that synthesizes TTAGGG repeats. *Cell* 1989; 59: 521–529.
10. Greider CW. Telomeres. *Curr Opin Cell Biol* 1991; 3: 444–451.
11. Kim NW, Piatyszek MA, Prowse KR. Specific association of human telomerase activity with immortal cells and cancer. *Science* 1994; 266: 2011–2015.
12. Roderick J, O’Sullivan, Karlseder J. Telomeres: protecting chromosomes against genome instability. *Nat Rev Mol Cell Biol* 2010; 11(3): 171–181.
13. Stewart J, Chaiken M, Wang F, Price C. Maintaining the end: roles of telomere proteins in end protection, telomere replication and length regulation. *Mutat Res* 2012; 730: 12–19.
14. Armanios M, Blackburn E. The telomere syndromes. *Nat Rev Gene* 2012; 13: 693–704.
15. Draskovic I, Vallejo A. Telomere recombination and alternative telomere lengthening mechanisms. *Frontiers in Bioscience* 2013; 18: 1–20.
16. Bryś M, Laskowska M, Forma, Krześlak A. Telomeraza – struktura i funkcja oraz regulacja ekspresji genu. *Folia Medica Lodziensia* 2012; 39(2): 293–326.
17. Oeseburg H, Boer R, Wiek H, Harst P. Telomere biology in healthy aging and disease. *Eur J Physiol* 2010; 459: 259–268.
18. Wysoczańska B. Zachowanie długości telomerów. *Postępy Hig Med Dosw* 2013; 67: 1319–1330.
19. Aubert G, Lansdorp P. Telomeres and aging. *Physiol Rev* 2008; 88: 557–579.
20. Armanios M. Syndromes of telomere shortening. *Annu Rev Genomics Hum Genet* 2009; 10: 45–61.

21. Muraki K, Nyhan K, Han L, Murnane J. Mechanisms of telomere loss and their consequences for chromosome instability. *Front Oncol* 2012; 2: 135.
22. Pańczyszyn A, Boniewska-Bernacka E. Telomery jako molekularny marker chorób cywilizacyjnych. *Post Biol Kom* 2016; 43: 141–154.
23. Broccoli D, Young J, Lange T. Telomerase activity in normal and malignant hematopoietic cells. *Proc Natl Acad Sci USA* 1995; 92: 9082–9086.
24. Eisenstein M. Telomeres: all's well that ends well. *Nature* 2011; 478: S13–S15.
25. Boniewska-Bernacka E. Molekularne przyczyny procesów starzenia. Telomery w służbie młodości komórek i organizmów. *Aspekty starzenia się organizmu* 2014; 55–64.
26. Artandi S, DePinho R. Telomeres and telomerase in cancer. *Carcinogenesis* 2010; 31: 9–18.
27. Gocha A, Nuovo G, Iwenofu O, Groden J. Human Sarcomas Are Mosaic for Telomerase-Dependent and Telomerase-Independent Telomere Maintenance Mechanisms Implications for Telomere-Based Therapies. *Am J Pathol* 2013; 182(1): 41–48.
28. Shay JW, Reddel RR, Wright WE. Cancer and Telomeres – An ALTERNative to Telomerase. *Science* 2006; 336: 1388–1390.
29. Cesare JA, Reddel RR. Alternative lengthening of telomeres: models, mechanisms and implications. *Nature Genetics* 2010; 11: 319–330.
30. Henson JD, Hannay JA, McCarthy SW, Royds JA, Yeager TR. A robust assay for alternative lengthening of telomeres in tumors shows the significance of alternative lengthening of telomeres in sarcomas and astrocytomas. *Clin Cancer Res* 2005; 11: 217–225.
31. Xu Y, Li S, Stohr B. The role of telomere biology in cancer. *Annu Rev Pathol* 2013; 8: 49–78.
32. Kurreck J. Antisense technologies. Improvement through novel chemical modifications. *Eur J Biochem* 2003; 270: 1628–1644.
33. Parkinson GN, Lee MP, Neidle S. Crystal structure of parallel quadruplexes from human telomeric DNA. *Nature* 2002; 417: 876–80.
34. Gellert GC, Jackson SR, Dikmen ZG, Wright WE, Shay JW. Telomerase as a therapeutic target in cancer. *Drug Discovery Today: Disease Mechanisms* 2005; 2: 159–164.
35. Kowalska A, Kowalik A. Telomer i telomeraza w onkogenezie. *Współczesna onkologia* 2006; 10: 485–496.
36. Engelhardt M, Ozkaynak F, Drullinsky P, Sandoval C, Tugal O, Jayabose S, et al. Telomerase activity and telomere length in pediatric patients with malignancies undergoing chemotherapy. *Leukemia* 1998; 12: 13–24.
37. Iwama H, Ohyashiki JH, Hayashi S, Yahata N, Ando K, Toyama K, et al. Telomeric length and telomerase activity vary with age in peripheral blood cells obtained from normal individuals. *Hum Genet* 1998; 102: 397–402.
38. Shammass MA. Telomeres, lifestyle, cancer, and aging. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2011; 14: 28–34.
39. Valdes AM, Andrew T, Gardner JP, Kimura M, Olesner E, Cherkas LF, et al. Obesity, cigarette smoking, and telomere length in women. *Lancet* 2005; 366: 662–664.
40. Ferlin A, Rampazzo E, Rocca MS, Keppel S, Frigo AC, De Rossi A, et al. In young men sperm telomere length is related to sperm number and parental age. *Hum Reprod* 2013; 28: 3370–3376.

41. Shuyuan L, Changjun Z, Haiying P, Xiaoqin H, Hao S, Keqin L, et al. Association study of telomere length with idiopathic male infertility. *Yi Chuan*. 2015; 37: 1137–1142.
42. Sharma R, Agarwal A, Rohra VK, Assidi M, Abu-Elmagd M, Turki RF. Effects of increased paternal age on sperm quality, reproductive outcome and associated epigenetic risks to offspring. *Reprod Biol Endocrinol* 2015; 19: 13–35.
43. Joosten SA, van Ham V, Nolan CE, Borrias MC, Jardine AG, Shiels PG, et al. Telomere shortening and cellular senescence in a model of chronic renal allograft rejection. *Am J Pathol* 2003; 162: 1305–1312.
44. Szeto CC, Poon PY, Lai FM, Chow KM, Szeto CY, Li PK. Chromosomal telomere shortening of kidney cells in IgA nephropathy by the measurement of DNA in urinary sediment. *Clin Nephrol* 2005; 64: 337–342.
45. Van der Harst P, Wong LS, de Boer RA, Brouillette SW, Van der Steege G, Voors AA, et al. MERIT-HF Study Group: Possible association between telomere length and renal dysfunction in patients with chronic heart failure. *Am J Cardiol* 2008; 102: 207–210.
46. Kłoda K, Drozd A, Borowiecka E, Domański L. Długość telomerów i transrenalne DNA izolowane z moczu biorców nerki przeszczepionej. *Postepy Hig Med Dosw* 2015; 69: 649–653.
47. De Santis C, Siegel R, Bandi P. Breast cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2011; 61: 409–418.
48. De Vivo I, Prescott J, Wong JY. A prospective study of relative telomere length and postmenopausal breast cancer risk. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2009; 18: 1152–1156.
49. Svenson U, Nordfjäll K, Stegmayr B. Breast cancer survival is associated with telomere length in peripheral blood cells. *Cancer Res* 2008; 68: 3618–3623.
50. Martinez-Delgado B, Yanowsky K, Inglada-Perez L. Genetic anticipation is associated with telomere shortening in hereditary breast cancer. *PLoS Genet* 2011; 7: 002182.
51. Barczak W, Rubiś B. Długość telomerów jako marker prognostyczny w raku piersi i raku płuca. *Journal of Oncology* 2012; 62: 376–384.
52. O'Connor SJ. Review of the incidence, prevalence, mortality and causative factors for lung cancer in Europe. *Eur J Cancer* 2011; 47 Suppl 3: 346–347.
53. Ma H, Zhou Z, Wei S. Shortened telomere length is associated with increased risk of cancer: a meta-analysis. *PLoS One* 2011; 6: 20466.
54. Jang JS, Choi YY, Lee WK. Telomere length and the risk of lung cancer. *Cancer Sci* 2008; 99: 1385–1389.
55. Adamson DA, King DJ, Haites NE. Significant shortening in childhood leukemia. *Cancer Genet Cytogenet* 1992; 61: 204–206.
56. Xu D, Gruber A, Peterson C, Pisa P. Telomerase activity and the expression of telomerase components in acute myelogenous leukaemia. *Br J Haematol* 1998; 102: 1367–1375.
57. Youngren K, Jeanclous E, Aviv H, Kimura M, Stock J, Hanna M, et al. Synchrony in telomere length of the human fetus. *Hum Genet* 1998; 102: 640–643.
58. Ohshima K, Sugihara M, Haraoka S, Suzumiya J, Kanda M, Kawasaki C, et al. Possible immortalization of Hodgkin and Reed-Sternberg cells: telomerase expression, lengthening of telomere, and inhibition of apoptosis by NF-kappaB expression. *Leuk Lymphoma* 2001; 41: 367–376.

Adres do korespondencji

Ewa Boniewska-Bernacka

Samodzielna Katedra Biotechnologii i Biologii Molekularnej,

Uniwersytet Opolski

e-mail: Ewa.Boniewska@uni.opole.pl

Przebaczenie, poczucie własnej godności i religijny system znaczeń osób w okresie późnej dorosłości o różnym stopniu satysfakcji z życia seksualnego. Analiza badań własnych

Paweł Brudek

Katedra Psychologii Klinicznej, Instytut Psychologii,
Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Wstęp

Jednym z powodów, dla których ludzie decydują się na zawarcie małżeństwa, jest możliwość realizacji własnej seksualności związanej najczęściej z pożądaniem, zachowaniami seksualnymi, reprodukcją oraz intymnością. Seksualność zatem wpisuje się w definicję małżeństwa. Więż seksualna łącząca małżonków ma charakter dynamiczny. Oznacza to, że ulega znaczącym przeobrażeniom podyktowanym starzeniem się organizmu, liczbą lat stażu małżeńskiego oraz oddziaływaniem szeregu czynników pozaseksualnych [1]. Można zatem wnosić, że na różnych etapach życia małżeńskiego na zadowolenie w obszarze funkcjonowania seksualnego partnerów wpływ będą miały odmienne predyktory – specyficzne dla danego etapu rozwojowego jednostki [2].

Chcąc określić typowe dla okresu późnej dorosłości (60–75 lat) [3] zmienne psychologiczne, odgrywające kluczową rolę w podnoszeniu i utrzymaniu satysfakcji z życia seksualnego starszych małżonków, warto odwołać się do jednej z teorii adaptacji do starości autorstwa szwedzkiego badacza Larsa Tornstama – teorii gerotranscendencji [4]. Zgodnie z tą koncepcją gerotranscendencja to naturalny, wolny od uwarunkowań kulturowych proces rozwojowy, który wyraźnie uaktywnia się w okresie średniej dorosłości i z reguły prowadzi do wzrostu dojrzałości oraz satysfakcji z życia. W ramach tego procesu osoba w okresie późnej dorosłości doświadcza szeregu zmian w obszarze psychospołecznego funkcjonowania, które uwidaczniają się na trzech zasadniczych płaszczyznach: (1) egzystencjalno-duchowej (poziom

kosmiczny), (2) osobowościowej (poziom *Self*), (3) społecznej (poziom relacji interpersonalnych) [5]. W efekcie tego procesu osoba zmienia perspektywę postrzegania i oceny swego dotychczasowego życia, co przejawia się między innymi przeobrażeniami w obszarze religijności (duchowości). Ponadto dojrzewanie ku gerotranscendencji implikuje redefinicję własnego *Ja* oraz posiadanych relacji z innymi. W rezultacie jednostka inaczej niż dotychczas może przeżywać i doświadczać poczucia własnej godności, a także ujawniać większą gotowość do przebaczenia w odniesieniu do tych relacji, które sama uznaje za ważne [6].

W świetle założeń teorii gerotranscendencji oraz dotychczasowych badań zasadny zatem wydaje się postulat, zgodnie z którym stopień zadowolenia z życia seksualnego małżonków w okresie późnej dorosłości może zależeć od religijności, poczucia własnej godności i zdolności do przebaczenia wewnątrzdiadyicznego [2].

Współżycie seksualne podejmowane w ramach diady małżeńskiej może być analizowane zarówno w perspektywie biologicznej, jak i psychologicznej. Współżycie seksualne służy bowiem z jednej strony zaspokojeniu instynktu biologicznego, z drugiej zaś przeżywaniu określonych emocji czy stanów psychicznych, takich jak: miłość, bliskość czy przynależność [7,8]. Stąd też niezwykle istotnym aspektem aktywności seksualnej jest satysfakcja seksualna. Na gruncie psychologii termin ten jest różnie definiowany. E. Pinney, M. Gerrard i N. Denney [9: 233] pod pojęciem satysfakcji seksualnej rozumieją „(...) subiektywne oszacowanie stopnia, w jakim osoba jest usatysfakcjonowana ze swojego życia seksualnego”. Takie ujęcie satysfakcji seksualnej zwraca uwagę na subiektywny wymiar przeżywania kontaktu seksualnego z partnerem. Staje się zatem przydatne w prognozowaniu wysokiej jakości związku partnerskiego. Albowiem, jak podkreśla M. Braun-Gałkowska [10: 18], „mówiąc o powodzeniu małżeństwa można właściwie ograniczyć się do subiektywnego poczucia szczęścia małżonków, pamiętając jednak, że jest to warunek konieczny, ale niewystarczający z punktu widzenia oczekiwań społecznych”.

Interesujące zależności w zakresie powodzenia małżeńskiego i zadowolenia z życia seksualnego ujawniły także badania I. Janickiej [11]. Przebadła ona 114 par małżeńskich. W celu uzyskania empirycznych wskaźników zadowolenia z małżeństwa i satysfakcji seksualnej zastosowała dwa narzędzia badawcze – zmodyfikowaną przez siebie Skalę Powodzenia Małżeństwa, autorstwa M. Braun-Gałkowskiej, oraz autorski standaryzowany wywiad. Analiza uzyskanych danych pozwoliła na wyodrębnienie w badanej próbie pięciu grup małżonków, różniących się między sobą poziomem zadowolenia z małżeństwa i oceną intymnego pożycia. Grupę pierwszą stanowili małżonkowie zadowoleni, ze zgodnymi ocenami partnerów na temat swego związku. Grupę drugą tworzyli małżonkowie zadowoleni, o niezgodnych ocenach partnerów na temat swego związku. Trzecią grupą były związki kryzysowe. Grupę czwartą stanowiły małżeństwa konfliktowe. Grupę piątą tworzyły związki zagro-

żone. Badaczka stwierdziła, że satysfakcja seksualna stanowi znaczący czynnik jakości relacji małżeńskiej. Najbardziej wyraźne zależności w tym względzie ujawniły się w grupie pierwszej. Wykazała także, iż istnieje istotna statystycznie różnica pomiędzy małżonkami zadowolonymi i niezadowolonymi w zakresie doświadczanej w związku satysfakcji seksualnej. Ponadto stwierdziła, że w małżeństwach zadowolonych mężczyźni wykazują wyższy poziom satysfakcji seksualnej aniżeli kobiety oraz że zadowolenie z małżeństwa u kobiet wywodzących się ze związków o wysokiej jakości warunkowane jest w dużej mierze wysokim poziomem satysfakcji seksualnej ich mężów.

Cel badania

Głównym celem prezentowanych badań była identyfikacja różnic między osobami starszymi o odmiennej ocenie satysfakcji z życia seksualnego w zakresie przebaczenia małżeńskiego, poczucia własnej godności oraz religijnego systemu znaczeń.

Materiał i metody

Operacjonalizacja zmiennych

Zmiennymi wyjaśnianymi (zależnymi) w badaniu były: przebaczenie, poczucie własnej godności i religijny system znaczeń. Zmienną wyjaśniającą (niezależną) była satysfakcja z życia seksualnego badanych osób uchwycona na czterech poziomach: (1) najniższa satysfakcja z życia seksualnego; (2) niska satysfakcja z życia seksualnego; (3) wysoka satysfakcja z życia seksualnego; (4) najwyższa satysfakcja z życia seksualnego.

Osoby badane i przebieg badań

Dla zrealizowania sformułowanego wyżej celu badawczego przeprowadzono badania, którymi objęto 315 osób, w tym 156 kobiet i 159 mężczyzn. W grupie mężczyzn średnia wieku uzyskała wartość $M = 66,46$ przy odchyleniu standardowym $SD = 5,24$, zaś w grupie kobiet wyniosła ona $M = 64,94$ przy odchyleniu standardowym $SD = 4,77$. W celu wyodrębnienia z próby osób o odmiennym poziomie satysfakcji z życia seksualnego posłużono się metodą kwartyli. W ten sposób wyselekcjonowano cztery grupy osób odznaczające się: (1) najniższą satysfakcją z życia seksualnego ($n = 81$); (2) niską satysfakcją z życia seksualnego ($n = 77$); (3) wysoką satysfakcją z życia seksualnego ($n = 66$); (4) najwyższą satysfakcją z życia seksualnego ($n = 91$). Wyodrębnione grupy nie różnią się istotnie statystycznie pod względem liczebności ($\chi^2 = 4,07$; $p = 0,254$).

Zastosowane narzędzia badawcze

W omawianym projekcie badawczym zastosowano cztery metody psychologiczne. Pomiaru zmiennych wyjaśnianych zależnych (przebaczenie, poczucie własnej godności, religijny system znaczeń) dokonano przy użyciu: (1) *Skali Przebaczenia Małżeńskiego* (MOFS) skonstruowanej przez F. Paleari, F. Finchama, C. Regalię [12] a adaptowanej do warunków polskich przez P. Brudka i S. Steuden [13]; (2) *Kwestionariusza Poczucia Własnej Godności* (KPWG-3) autorstwa S. Steuden i P. Brudka [2]; (3) *Skali Religijnego Systemu Znaczeń* (SRSZ), której autorem jest D. Krok [14]. Do pomiaru zmiennej wyjaśniającej (satysfakcja z życia seksualnego) niezależnej wykorzystano *Kwestionariusz Satysfakcji z Małżeństwa dla Osób Starszych* (MSQFOP) – jedna z czterech podskal tego narzędzia to *Pożycie seksualne* – opracowana przez S. Haynesa i współpracowników [15] a adaptowana do warunków polskich przez P. Brudka [2].

Analizy statystyczne

W celu zbadania różnic między osobami o odmiennej satysfakcji z życia seksualnego w obszarze wymiarów przebaczenia małżeńskiego, poczucia własnej godności oraz religijnego systemu znaczeń zdecydowano się na zastosowanie jednoczynnikowej wielowymiarowej analizy wariancji (MANOVA) w planie międzygrupowym (dla wyników ogólnych KPWG i SRSZ przeprowadzono jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA). Przed przystąpieniem do właściwych obliczeń statystycznych dokonano sprawdzenia teoretycznych założeń nałożonych na dane przez ten test statystyczny. W rezultacie przeprowadzonych działań nie stwierdzono ich naruszenia¹. Na tej podstawie podjęto decyzję o zastosowaniu na dalszych etapach postępowania statystycznego parametrycznej techniki analizy wariancji (M)ANOVA oraz testu *post hoc* Tukeya (lub Dunnetta) [16].

Wyniki

Zebrany materiał empiryczny został poddany analizie statystycznej, w wyniku której uzyskano zaprezentowane poniżej rezultaty. Ich zwięzłą prezentację zawarto w tabeli 1.

¹ Ze względu na ograniczone ramy opracowania nie jest możliwe pełne omówienie wyników liczbowych, będących podstawą pozytywnej weryfikacji poszczególnych założeń stawianych jednoczynnikowej analizie wariancji jako parametrycznej technice obróbki danych. Poprzestano zatem na ogólnym stwierdzeniu wskazującym, że założenia te zostały zachowane. Bardziej szczegółowe informacje są dostępne u autorów.

Tabela 1. Wyniki porównań grup o odmiennym poziomie satysfakcji z życia seksualnego w zakresie Skali Przebaczenia Małżeńskiego (MOFS), Kwestionariusza Poczucia Własnej Godności (KPWG) oraz Skali Religijnego Systemu Znaczeń (SRSZ)

ZMIENNE	Satysfakcja z życia seksualnego										(M)ANOVA			post hoc Tukey
	Gr 1 (n = 81)		Gr 2 (n = 77)		Gr 3 (n = 66)		Gr 4 (n = 91)		F	p	η^2			
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD						
MOFS														
Uraza-Unikanie	2,80	0,80	2,67	0,97	2,23	0,68	1,77	0,71	28,83	0,001	0,22	1:3***; 1:4*** 2:3***; 2:4*** 3:4***		
Życzliwość	3,74	0,79	3,81	0,78	4,17	0,58	4,41	0,63	17,01	0,001	0,14	1:3***; 1:4*** 2:3***; 2:4***		
Lambda Wilksa $\lambda = 0,76$; $F = 1,86(3,311)$; $p = .030$; $\eta^2 = 0,13$														
KPWG-3														
Wymiar poznawczy	4,18	0,56	4,10	0,59	4,46	0,43	4,47	0,48	10,24	0,001	0,09	1:3***; 1:4*** 2:3***; 2:4***		
Wymiar utraty	2,07	0,60	2,14	0,72	1,87	0,65	1,69	0,61	8,25	0,001	0,07	1:4***; 2:4***		
Wymiar relacyjny	4,08	0,65	3,87	0,69	4,24	0,72	4,34	0,60	7,64	0,001	0,07	2:3***; 2:4***		
Wymiar doświadczenia	3,60	0,74	3,41	0,72	3,55	0,82	3,61	0,73	1,16	0,326	---	---		
Wynik ogólny	3,97	0,46	3,84	0,49	4,13	0,43	4,21	0,40	11,57	0,001	0,10	1:4*** 2:3***; 2:4***		
Lambda Wilksa $\lambda = 0,86$; $F = 4,14(3,311)$; $p \leq 0,001$; $\eta^2 = 0,05$														
SRSZ														
Orientacja religijna	5,12	1,04	5,35	0,90	5,52	0,83	8,86	0,97	9,17	0,001	0,08	1:4***; 2:4***		
Sens religijny	5,58	0,95	5,71	0,89	5,79	0,83	6,00	0,84	3,44	0,017	0,03	1:4***		
Wynik ogólny	5,38	0,93	5,58	0,83	5,67	0,71	6,01	0,89	8,20	0,001	0,07	1:4***; 2:4***		
Lambda Wilksa $\lambda = 0,92$; $F = 4,50(3,311)$; $p \leq 0,001$; $\eta^2 = 0,04$														

Uzyskane wyniki ujawniły istnienie istotnych statystycznie różnic pomiędzy wyodrębnionymi grupami osób o odmiennym poziomie satysfakcji z życia seksualnego w zakresie wszystkich podskal MOFS i SRSZ oraz trzech z czterech skal KPWG-3. Ponadto uchwycono istotne statystycznie różnice na poziomie wyników ogólnych KPWG-3 i SRSZ. Brak istotnych statystycznie różnic ($p > 0,05$) odnotowano jedynie w przypadku *Wymiaru doświadczenia* KPWG-3.

Badani różnią się między sobą w zakresie dwóch wymiarów przebaczenia wewnątrzdiadycznego: *Urazy-Unikania* ($F_{(3,311)} = 28,83; p \leq 0,001; \eta^2 = 0,22$), oraz *Życzliwości* ($F_{(3,311)} = 17,01; p = 0,001; \eta^2 = 0,14$). Przy zastosowaniu testu T3 Dunnetta (zastosowano ten test statystyczny z uwagi na niespełnienie założenia o jednorodności wariancji) wykazano, że w przypadku wymiaru *Uraza-Unikanie* różnice istotne statystycznie występują między osobami o najwyższej i wysokiej satysfakcji z życia seksualnego a pozostałymi grupami. Oznacza to, że osoby w podeszłym wieku oceniające swoje życie seksualne w najwyższym stopniu pozytywnie i pozytywnie, rzadziej aniżeli osoby o negatywnej i skrajnie negatywnej ocenie satysfakcji życia seksualnego w obliczu doznawanych krzywd ze strony partnera decydują się na działania przejawiające się unikaniem kontaktu ze współmałżonkiem i chowaniem do niego urazy. W przypadku wymiaru *Życzliwość* statystycznie istotne różnice zidentyfikowano między grupami osób o najwyższej i wysokiej satysfakcji seksualnej a grupami osób o niskim i najniższym zadowoleniu z życia seksualnego. Uzyskany wzorzec wyników można interpretować w następujący sposób: osoby o najbardziej pozytywnej i pozytywnej ocenie własnego życia seksualnego, w porównaniu z osobami o skrajnie negatywnej i negatywnej ocenie relacji seksualnej z partnerem, w większym stopniu skłonne są do darowania współmałżonkowi doznanych krzywd.

Specyfika zadowolenia z życia seksualnego różnicuje respondentów także pod względem poziomu ich poczucia własnej godności ujmowanego zarówno w kategoriach globalnych ($F_{(3,311)} = 11,57; p \leq 0,001; \eta^2 = 0,10$), jak i trzech jego wymiarach: *Poznawczego* ($F_{(3,311)} = 10,24; p \leq 0,001; \eta^2 = 0,09$), *Utraty* ($F_{(3,311)} = 8,25; p \leq 0,001; \eta^2 = 0,07$), *Relacyjnego* ($F_{(3,311)} = 7,64; p \leq 0,001; \eta^2 = 0,07$). Bardziej szczegółowa analiza uwzględniająca wyniki testu *post hoc* Tukeya pozwala stwierdzić między innymi, że różnice statystycznie istotne występują głównie – podobnie jak w przypadku omówionych wyżej wymiarów przebaczenia małżeńskiego – między osobami odznaczającymi się najwyższą i wysoką satysfakcją z pożycia seksualnego a osobami o niskim i najniższym zadowoleniu z jakości relacji seksualnej. Taki wzorzec wyników sugeruje, że jednostki charakteryzujące się zdecydowanie wysoką i wysoką oceną porozumienia seksualnego, w porównaniu z osobami o zdecydowanie niskiej i niskiej ocenie własnego życia seksualnego, w wyższym stopniu: (1) traktują poczucie własnej godności jako sposób postrzegania siebie i własnego funkcjonowania; (2) postępowanie niezgodne z uznanym systemem wartości i przyjętymi zasadami traktują jako utratę poczucia własnej godności; (3) doświadczają poczucia własnej godności poprzez tworzenie i pielęgnowanie więzi z innymi.

Badane osoby różnią się między sobą również w zakresie religijnego systemu znaczeń zarówno na poziomie wskaźnika ogólnego ($F_{(3,311)} = 8,20$; $p \leq 0,001$; $\eta^2 = 0,07$), jak i poszczególnych wymiarów: *Orientacji religijnej* ($F_{(3,311)} = 9,17$; $p \leq 0,001$; $\eta^2 = 0,08$), oraz *Sensu religijnego* ($F_{(3,311)} = 3,44$; $p = 0,017$; $\eta^2 = 0,03$). Przy zastosowaniu testu Tukeya wykazano, że ujawnione różnice występują głównie między osobami o najwyższej satysfakcji z życia seksualnego a osobami o skrajnie niskiej i niskiej ocenie zadowolenia seksualnego w małżeństwie. Oznacza to, że osoby w okresie późnej dorosłości oceniające swoje życie seksualne w najwyższym stopniu pozytywnie, częściej aniżeli osoby o negatywnej i bardzo negatywnej ocenie satysfakcji życia seksualnego w większym stopniu: (1) traktują religijność jako punkt odniesienia w interpretacji doświadczeń wewnętrznych oraz wydarzeń dotyczących świata zewnętrznego oraz zasad rządzących życiem społecznym; (2) przyjmują treści religijne jako pomoc w radzeniu sobie z egzystencjalnymi pytaniami odnoszącymi się do życia indywidualnego i społecznego.

Dyskusja

Celem prezentowanych w niniejszym artykule badań była analiza różnic pomiędzy osobami w okresie późnej dorosłości, o odmiennym poziomie satysfakcji z życia seksualnego, w obszarze takich zmiennych jak: przebaczenie wewnątrzdiadyczne, poczucie własnej godności i religijny system znaczeń. Główny problem badawczy dotyczył tego, czy osoby w okresie późnej dorosłości (60–75 lat), odznaczające się odmienną oceną jakości relacji seksualnej (najniższa, niska, wysoka, najwyższa), istotnie różnią się między sobą pod względem wybranych zmiennych psychologicznych. Uzyskane wyniki badań pozwoliły na zidentyfikowanie wielu istotnych statystycznie różnic.

Ustalono, że osoby będące w okresie późnej dorosłości, o odmiennej ocenie satysfakcji z życia seksualnego różnią się w zakresie przebaczenia małżeńskiego (każdego z wymiarów). Uzyskany wzorzec wyników koresponduje z doniesieniami innych autorów, którzy na drodze empirycznego dochodzenia dowiedli, że przebaczenie współmałżonkowi dodatnio koreluje z satysfakcją z małżeństwa. Sprzyja bowiem pogłębianiu intymnej więzi między małżonkami, motywuje do angażowania się na rzecz związku oraz efektywnego rozwiązywania konfliktów [17,18,19,20]. M. Braun-Gałkowska [21: 56], mówiąc o przebaczeniu w kontekście relacji rodzinnych, stwierdza między innymi, że jest ono „zakończeniem koncentracji na doznanej krzywdzie, pójdziem dalej. (...) jest aktem woli. (...) dowodem siły i wielkoduszności. (...) nie polega na utracie pamięci i nieświadomości, ale na tym, by nie pragnąć zemsty i odwetu, współczuć, dobrze życzyć”. Można powiedzieć, że osoba przebacząca współmałżonkowi przestaje koncentrować się na raniącym zdarzeniu, dzięki czemu ma możliwość pielęgnowania intymnej więzi [17]. Ponadto uwalnia stłamszoną we wnętrzu energię psychiczną, wyprowadza – jak twierdzi J. Mellibruda [22: 11] –

„z pułapki niewybaczonej krzywdy”. Daje tym samym ponowną możliwość realizacji bliskości w małżeństwie [23]. Ponadto przebaczenie, stając się źródłem pozytywnych uczuć w diadzie małżeńskiej, toruje drogę do intymności i konstruktywnej komunikacji. Ma zatem charakter więziotwórczy, co przekłada się na wyższą jakość życia małżeńskiego i dobrostan psychiczny, który jest warunkiem zdrowia [17].

Przeprowadzone analizy statystyczne pozwoliły na identyfikację różnic w zakresie poczucia własnej godności osób o odmiennym ocenie własnego życia seksualnego. Otrzymane rezultaty są spójne z doniesieniami literatury przedmiotu z zakresu problematyki godności. Zgodnie z koncepcją Z. Płużek [24] poczucie godności wyraża się w szacunku i zaufaniu względem samego siebie oraz samoakceptacji. Pozostając na płaszczyźnie psychologicznej, można przyjąć, że poszanowanie własnej godności, implikujące szacunek dla godności drugiego człowieka, stanowi w rzeczywistości przejaw dojrzałości osobowościowej [25]. Badania prowadzone w obszarze jakości relacji małżeńskiej jednoznacznie przekonują, że dojrzałość osobowościowa partnerów ma kluczowe znaczenie dla powodzenia związku, także w obszarze seksualnego funkcjonowania partnerów [21,26,27].

W opinii M. Straś-Romanowskiej [28: 63] „godność w znaczeniu psychologicznym to szlachetność charakteru, będąca efektem samodoskonalenia, a więc praktykowania cnót”. W odniesieniu do powyższego można przyjąć, że utrata poczucia własnej godności wiąże się w dużym stopniu z zaprzestaniem „praktykowania cnót” lub jakąś formą sprzeniewierzenia się im. Interpretując utratę poczucia własnej godności w kategoriach swoistych deficytów w obszarze „praktykowania cnót”, zrozumiałym staje się, że zanik poczucia godności pociąga za sobą obniżenie satysfakcji w zakresie porozumienia seksualnego małżonków [por. 29,30].

Zdaniem S. Steuden [25: 19] podejmowanie refleksji nad własną godnością w sposób naturalny ukierunkowuje jednostkę na proces „konstruowania własnego życia w kontekście innych ludzi – wspólnoty rodzinnej, społecznej czy narodowej, a także ponoszenia za nich odpowiedzialności. (...) Poczucie własnej godności wzrasta w następstwie wychodzenia naprzeciw drugiemu człowiekowi, natomiast obniża się czy też zatracza w następstwie braku względem niego szacunku, ujawniania niechęci czy uprzedzeń”. Autor teorii dezintegracji pozytywnej K. Dąbrowski [25: 19] zdaje się potwierdzać powyższą tezę, kiedy twierdzi, że chcąc się rozwijać w pełnym tego słowa znaczeniu, trzeba „łączyć dobroć z miłością, oddanie z roztropnością, siłę swoich zasad z przebaczeniem, a z drugiej strony z trzeźwą i właściwą oceną ludzi”. Odnosząc się do powyższych uwag, można przyjąć, że poczucie własnej godności analizowane w kontekście relacji małżeńskiej z jednej strony rozwija się i wzrasta dzięki trosce o zachowanie optymalnego poziomu intymności między małżonkami. Z drugiej zaś doświadczanie poczucia własnej godności w relacji z mężem czy żoną podnosi jakość zadowolenia małżeńskiego z faktu pozostawania w bliskiej relacji z partnerem życia [21,31].

Realizowane badania ujawniły także istotne statystycznie różnice między osobami dokonującymi odmiennej ewaluacji własnego życia seksualnego w obszarze religijnego systemu znaczeń zarówno na poziomie globalnym, jak i na poziomie wymiarów szczegółowych. Uzyskane wyniki znajdują swoje uzasadnienie w literaturze psychologicznej. Warto w tym miejscu odnieść się do badań zrealizowanych przez A. Mahoneya, K. Pargmenta, B. Colea, T. Jewella i G. Magyara [32], w świetle których małżeństwo poprzez proces uświęcania, czyli przypisywania określonemu obiektowi znaczenia religijnego, staje się dla partnerów rzeczywistością świętą, a tym samym godną szacunku i uznania. W efekcie oznacza to, iż małżonkowie są silnie motywowani do inwestowania czasu i określonych środków, aby wykazać się zaangażowaniem i troską o swój związek. D. Krok [33] zauważa, iż ten motywacyjny aspekt procesu uświęcania jest wyraźnie zauważalny w obszarze dążeń mających wpływ na dobrostan psychiczny i fizyczny partnerów. Zaangażowanie na rzecz rozwoju związku stanowi bowiem jeden z istotnych aspektów małżeńskiej bliskości, dający małżonkom poczucie przeżywania autentycznej miłości, a w konsekwencji – satysfakcję ze związku [17,23].

W jednych ze swoich badań K. Pargament [34] dowiódł, iż orientacja religijna jako istotny wymiar religijnego systemu znaczeń, stanowiąc generalną dyspozycję dla zastosowania konkretnych środków, pomaga w osiąganiu określonych celów życiowych. Cele, jak podkreśla D. Krok [33], traktować można jako motywacyjne elementy psychiki, będące wewnętrznymi reprezentacjami ludzkich dążeń. Tak rozumiane cele mają istotny wpływ na funkcjonowanie jednostki. Autor stwierdza, iż wielu badaczy jest zgodnych co do tego, że większość celów poprzez fakt odnośnienia ich do sfery *sacrum* może przybierać charakter religijny. W obszarze relacji małżeńskiej religijny system znaczeń nie tylko określa cele małżeńskiego życia, ale także wskazuje na sposoby ich osiągania. W przypadku religii chrześcijańskiej cele te oraz wskazówki do ich realizacji zawarte są w Ewangelii [35]. Ewangeliczny ideał małżeńskiej miłości domaga się od mężczyzny i kobiety gotowości do bezinteresowności, poświęceń, przebaczenia i altruizmu. Zakłada wzajemny szacunek partnerów względem siebie oraz wyznacza taki modus funkcjonowania, który umożliwi im duchowy i osobowościowy wzrost [36]. Realizowanie tego ideału niewątpliwie podnosi jakość relacji małżeńskiej. Domaga się bowiem od partnerów związku permanentnej troski o wzajemną bliskość [17,23,37].

Warto również podkreślić, iż cele – współtworzące strukturę religijnego systemu znaczeń – łączą się ściśle z wartościami [38]. Tym sposobem religia stanowi dla człowieka ważne źródło wartości. Jasno określa, co jest dobre, a co złe, co służy osobie, a co ma na nią destruktywny wpływ. Bez odniesienia do świata wartości trudno o satysfakcjonujące małżeńskie życie. Braun-Gałkowska (21: 20) twierdzi nawet, że „bez przestrzegania podstawowych norm nie może być szczęścia rodzinnego”. Za słusnością tego stwierdzenia przemawiają badania Brudka i Ciuły [29], które wy-

rażnie wskazują na pozytywne związki hierarchii wartości z satysfakcją z małżeństwa w okresie późnej dorosłości.

Wnioski

Wyniki zrealizowanego projektu pozwalają na wyciągnięcie następujących wniosków, ważnych z punktu widzenia psychologicznych (psychoterapeutycznych) oddziaływań pomocowych:

1. Świadcząc pomoc psychologiczną (psychoterapeutyczną) małżonkom w wieku podeszłym, należy szczególną uwagę zwrócić na to, jak oceniają oni swoje życie seksualne. Jeżeli ocena ta ma charakter negatywny, konieczne jest podjęcie starań, aby możliwe było dostrzeżenie oraz wyartykułowanie tego, co w obszarze funkcjonowania seksualnego stanowi największą trudność.
2. Kluczową rolę w pracy z małżonkami w okresie późnej dorosłości powinna odgrywać praca nad bilansem życia (obejmującym również obszar życia małżeńskiego) oraz nad zdolnością przebaczenia doznanych krzywd (także ze strony współmałżonka).
3. Pracując z osobami w podeszłym wieku, należy podejmować działania mające na celu podnoszenie i pielęgnowanie poczucia własnej godności.
4. W psychoterapii osób w okresie późnej dorosłości za ważny element służący podnoszeniu jakości relacji seksualnej należy uznać religijny system znaczeń.
5. Pracując z osobami w podeszłym wieku, w obszarze seksualności warto podejmować działania mające na celu pobudzanie i wspieranie procesu gerotranscendencji. Można to osiągnąć poprzez inspirowanie ich do redefinicji przeszłych doświadczeń, własnego *Ja* oraz relacji z innymi. Przyjęcie takiego kierunku oddziaływań psychologicznych może im pomóc w budowaniu realistycznego obrazu siebie, a w ostateczności w podnoszeniu satysfakcji z życia seksualnego.

Bibliografia

1. Grabowska M. *Seksualność w związkach małżeńskich*. W: Janicka I, Liberska H, red. *Psychologia rodziny*. Warszawa: PWN; 2014: 167–184.
2. Brudek P. *Podmiotowe korelaty satysfakcji z małżeństwa osób w okresie późnej dorosłości* (niepublikowana rozprawa doktorska). Lublin: Katedra Psychologii Klinicznej; 2015.
3. Steuden S. *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2011.
4. Tornstam L. Gerotranscendence: a metatheoretical reformulation of the disengagement theory. *Aging: Clinical and Experimental Research* 1989; 1: 55–63.
5. Tornstam L. *Gerotranscendence: A developmental theory of positive aging*. New York: Springer Publishing Company; 2005.

6. Tornstam L. Maturing into gerotranscendence. *The Journal of Transpersonal Psychology* 2011; 43: 166–180.
7. Janicka I. Staż wspólnego życia a satysfakcja seksualna partnerów kohabitujących. *Psychologia Rozwojowa* 2008; 13: 37–48.
8. Janicka I. Stosunki partnerskie w związkach niemałżeńskich. *Przegląd Psychologiczny* 2008; 51: 37–53.
9. Pinney EM, Meg G, Denney NW. The Pinney sexual satisfaction inventory. *Journal of Sex Research* 1987; 23: 233–251.
10. Braun-Gałkowska M. Miłość aktywna: psychiczne uwarunkowania powodzenia małżeństwa. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX; 1985: 18.
11. Janicka I. Satysfakcja seksualna w małżeństwie. *Problemy Rodziny* 1995; 35: 15–18.
12. Paleari FG, Regalia C, Fincham FD. Measuring offence-specific forgiveness in marriage: the Marital Offence-Specific Forgiveness Scale (MOFS). *Psychological Assessment* 2009; 21: 194–209.
13. Brudek P, Steuden S. Polska adaptacja Skali Przebaczenia Małżeńskiego (MOFS) G.F. Paleari, F.D. Finchama, C. Regalii. *Family Forum* 2015; 5: 161–179.
14. Krok D. *Skala Religijnego Systemu Znaczeń*. W: Jarosz M, red. *Psychologiczny pomiar religijności*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL; 2011: 153–168.
15. Haynes SN, Floyd FJ, Lemsky C, Rogers E, Winemiller D, Heilman N, et al. The Marital Satisfaction Questionnaire For Older Persons. *Psychological Assessment* 1992; 4: 473–482.
16. Bedyńska S, Cypryńska M. *Statystyczny drogowskaz. Praktyczne wprowadzenie do analizy wariacji*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Sedno; 2013.
17. Plopa M. *Więzi w małżeństwie i rodzinie. Metody badań*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”; 2007.
18. Paleari FG, Regalia C, Fincham F. Marital quality, forgiveness, empathy, and rumination: A longitudinal analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin* 2005; 31: 368–378.
19. Fincham FD, Beach SR, Davila J. Longitudinal relations between forgiveness and conflict resolution in marriage. *Journal of Family Psychology* 2007; 21: 542–545.
20. Fincham FD, Hall J, Beach, SR. Forgiveness in marriage: Current status and future directions. *Family Relations* 2006; 55: 415–427.
21. Braun-Gałkowska M. *Psychologia domowa*. Lublin: Wydawnictwo KUL; 2008.
22. Mellibruda J. *Pułapka nie wybaczonej krzywdy*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia TPT; 1999.
23. Rostowski J, Rostowska T. *Małżeństwo i miłość. Kontekst psychologiczny i neuropsychologiczny*. Warszawa: Difin; 2014.
24. Płużek Z. *Refleksje nad godnością człowieka*. W: Janicki K, red. *Stuchaj, módl się i pracuj*. Poznań: Księgarnia Św. Wojciecha; 1989: 296–307.
25. Steuden S. *Rozważania o godności z perspektywy człowieka w okresie starzenia się*. W: Steuden S, Marczuk M, red. *Starzenie się a satysfakcja z życia*. Lublin: Wydawnictwo KUL; 2006: 17–27.
26. Steuden S. *Psychologiczne aspekty dojrzałości do zawarcia małżeństwa*. W: Witaszek G, Podpora R, red. *Wychowanie do życia w rodzinie. Drogi i bezdroża*. Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL; 1996: 113–136.

27. Steuden S. *Kryzys małżeństwa i rodziny – wybrane czynniki ryzyka i niepowodzenia*. W: Janeczek S, Bajor W, Maciołek M, red. *Gaudium in litteris: Księga Jubileuszowa ku czci Księdza Arcybiskupa Profesora Stanisława Wielgusa*. Lublin: Wydawnictwo KUL; 2009: 979–996.
28. Straś-Romanowska M. *Rozważania na temat charakteru w kontekście problematyki godności*. W: Uchnast Z, red. *Charakter. Jakość osobowego działania w podejściu teoretycznym i empirycznym*. Lublin: TN KUL; 2013: 53–67.
29. Brudek P, Ciuła G. Hierarchia wartości a satysfakcja ze związku małżeńskiego u osób w okresie późnej dorosłości. *Śląskie Studia Historyczno-Teologiczne* 2013; 46: 368–382.
30. Brudek P. *Kryzys w wartościowaniu a jakość relacji małżeńskiej w okresie późnej dorosłości*. W: Majorczyk M, Deręgowska J, Świątkiewicz J, red. *Oblicza kryzysu współczesnego człowieka*. Poznań: Wydawnictwo WSNHiD; 2012: 101–123.
31. Braun-Gałkowska M. *Psychologiczna analiza systemów rodzinnych osób zadowolonych i niezadowolonych z małżeństwa*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL; 1992.
32. Mahoney A, Pargament KI, Cole B, Jewell T, Magyar GM. A higher purpose: The sanctification of strivings in a community sample. *International Journal for the Psychology of Religion* 2005; 15: 239–262.
33. Krok D. *Religijność a jakość życia w perspektywie mediatorów psychospołecznych*. Opole: Redakcja Wydawnictw Wydziału Teologicznego Uniwersytetu Opolskiego; 2009.
34. Pargament KI. *The psychology of religion and coping*. New York: Guilford Press; 1997.
35. Wojtyła K. *Miłość i odpowiedzialność*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL; 2001.
36. Marcol A. *Etyka życia seksualnego*. Opole: Wydział Teologiczny Uniwersytetu Opolskiego; 1998.
37. Wojciszke B. *Psychologia miłości. Intymność – Namiętność – Zobowiązanie*. Gdańsk: GWP; 2009.
38. Park J, Roh S, Yeo Y. Religiosity, social support, and life satisfaction among elderly Korean immigrants. *The Gerontologist* 2012; 52: 641–649.

Adres do korespondencji:

Ks. Paweł Brudek
Katedra Psychologii Klinicznej KUL
Kolegium Jana Pawła II C-452
Al. Racławickie 14, 20-950 Lublin
tel. 81 445 33 40
e-mail: brudekp@gmail.com

Zrozumieć Alzheimera – co możemy zrobić, by zrozumieć?

Ewa Duda¹, Mariola Wojtal²

¹Fundacja KTOTO – Zrozumieć Alzheimera, Osiny

²Wydział Pielęgniarstwa, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Wstęp

Co 4 sekundy diagnozowany jest nowy przypadek choroby Alzheimera, a na świecie żyje z nią dziś prawie 44 mln ludzi. Tendencje demograficzne są tu bardzo niekorzystne. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia w 2030 roku będzie 65 milionów chorych, a w 2050 już 115 milionów [1].

Lawinowy wzrost liczby chorych jest związany ze zmianami demograficznymi – wzrastającą liczbą osób w podeszłym wieku w społeczeństwie oraz niską dzietnością; dodatkowo wydłużył się czas trwania ludzkiego życia. Zjawiska te dotyczą także naszego kraju. Z danych Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że populacja osób w wieku powyżej 65 lat stanowi obecnie ok. 14,7%, w roku 2035 wzrośnie do 24,5%, a w 2050 roku osiągnie ponad 30%. W naszym kraju już dziś z chorobą Alzheimera, która dotyka przede wszystkim osoby w podeszłym wieku, żyje ponad 300 tysięcy osób [1].

Choroba Alzheimera ma wpływ także na przymnamniej tyle samo osób, które pełnią rolę opiekunów chorych. Według badań przeprowadzonych w 2015 roku przez Ogólnopolskie Porozumienie Organizacji Alzheimerowskich prawie 90% opiekunów to opiekunowie rodzinni, w tym 32% to współmałżonkowie, a 62% – dzieci osób chorych [1]. Opiekunowie ciągle zadają sobie pytania: Czy można było chorobę zdiagnozować wcześniej? Jak mogłem nie zauważyć zmian? Dlaczego nas to spotkało? Mówią o sobie: „Jestem ofiarą choroby, jestem matką, ojcem dla własnych rodziców czy małżonków. Powiesiłem swoje życie na haku” – to sformułowanie bardzo adekwatnie oddaje zaangażowanie opiekunów osób chorych.

Dla osób z chorobą Alzheimera i ich rodzin, czas ma duże znaczenie: im wcześniej choroba zostanie zdiagnozowana, tym więcej czasu będzie miał chory i jego bliscy na przygotowanie się do kolejnych, coraz trudniejszych lat życia i tym bar-

dziej samodzielny będzie w pierwszej fazie choroby, a co za tym idzie – tym dłużej będzie mógł uczestniczyć w życiu i z niego korzystać. W kolejnych latach zmagania się z postępującą, nieuleczalną chorobą chory będzie wymagał coraz większej pomocy bliskich i poświęcania mu czasu, cierpliwości, wysiłków fizycznych i oddania. Im dłużej bowiem trwa choroba, tym większego zaangażowania wymaga od opiekunów. W Polsce brakuje zaplanowanego i dostosowanego do szczególnych potrzeb tej grupy chorych systemu opieki instytucjonalnej. Liczba domów opieki dziennej czy opieki krótkoterminowej jest niewystarczająca, co skazuje rodzinę na podjęcie wyzwania, które trudno sobie wyobrazić osobie bez takich doświadczeń. Opieka taka wiąże się z kosztami psychicznymi, fizycznymi, społecznymi i ekonomicznymi [1,2].

Pacjent z chorobą Alzheimerera jest trudnym i wymagającym podopiecznym, a opieka nad nim to ciężka i wyczerpująca psychicznie praca, związana ze zmaganiem się z trudnościami wykraczającymi poza dotychczas znane doświadczenia opiekuna [2].

Od początku działalności Fundacji zadajemy pytania dotyczące wiedzy opiekunów, zarówno instytucjonalnych jak i rodzinnych, na temat chorób demencyjnych, w tym choroby Alzheimerera.

Choć z czasem opiekunowie rodinni stają się ekspertami, to opiekunowie instytucjonalni nie zawsze dysponują wiedzą, jak rozmawiać i postępować z chorym podczas codziennej opieki.

Cel badania

Celem badań było określenie stanu wiedzy opiekunów osób chorych na chorobę Alzheimerera na temat chorób demencyjnych, w tym choroby Alzheimerera, przed działaniami edukacyjnymi z tego zakresu tematycznego oraz ocena wpływu szkolenia na poziom zdobytej wiedzy.

Materiał i metody

Fundacja KTOTO – Zrozumieć Alzheimerera w badaniu ankietowym przeprowadzonym w ośmiu miastach Opolszczyzny sprawdziła wiedzę opiekunów osób chorych na chorobę Alzheimerera (zarówno rodzinnych, jak i instytucjonalnych).

Ankieta zawierała pytania otwarte dotyczące wyjaśnienia takich zagadnień jak: choroba Alzheimerera, demencja, afazja, apraksja, test zegara i ubezwłasnowolnienie. Projekt „I Opolska Akademia opiekunów, rodzin, kadry i wolontariuszy osób chorych na Alzheimerera, demencję” – pt. „Alzheimer i Ja – razem zrozumiemy”, przeprowadzony od października do grudnia 2016 roku, obejmował ocenę wstępną wiedzy, szkolenie teoretyczne i warsztaty dla członków rodzin osób niepełnosprawnych, opiekunów, kadry i wolontariuszy bezpośrednio zaangażowanych w proces rehabilitacji zawodowej lub społecznej osób niepełnosprawnych. W sposób szczególny

uwzględniono zagadnienia dotyczące procesu integracji osób niepełnosprawnych w najbliższym środowisku i społeczności lokalnej, zwiększenia aktywności życiowej i zaradności osobistej oraz niezależności ekonomicznej, podnoszenia umiejętności pracy z osobami niepełnosprawnymi, w tym sprawowania nad nimi opieki i udzielania pomocy w procesie ich rehabilitacji. Projekt został zrealizowany z programu Samorządu Województwa Opolskiego, ze środków PFRON. Po zakończeniu szkolenia powtórnie przeprowadzono wśród uczestników ankietę oceny wiedzy we wskazanych wcześniej obszarach tematycznych.

Wyniki

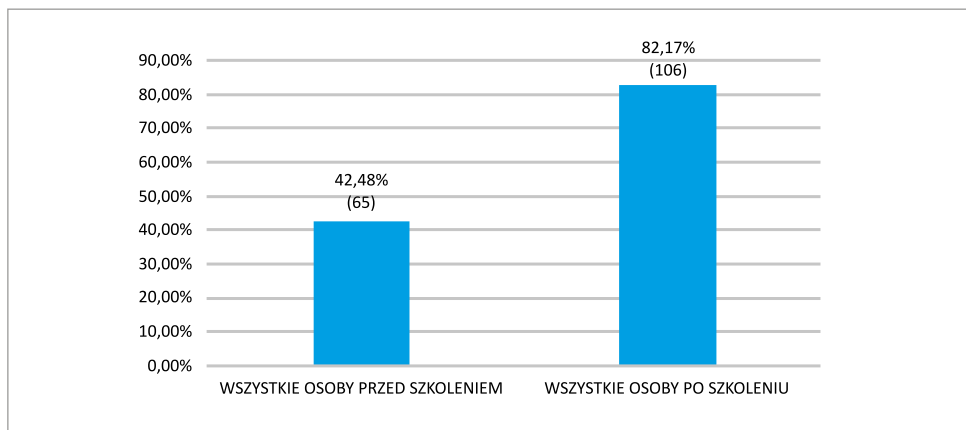
Poziom wiedzy opiekunów przed odbyciem szkolenia kształtuje się na porównywalnym poziomie we wszystkich miastach, w których realizowano projekt (z wyjątkiem Kluczborka, gdzie liczba poprawnych odpowiedzi przed szkoleniem była wysoka). Liczbę poprawnych odpowiedzi udzielonych przez ankietowanych w poszczególnych miastach przed szkoleniem i po jego odbyciu przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Rozkład poprawnych odpowiedzi w poszczególnych miastach przed szkoleniem i po jego odbyciu

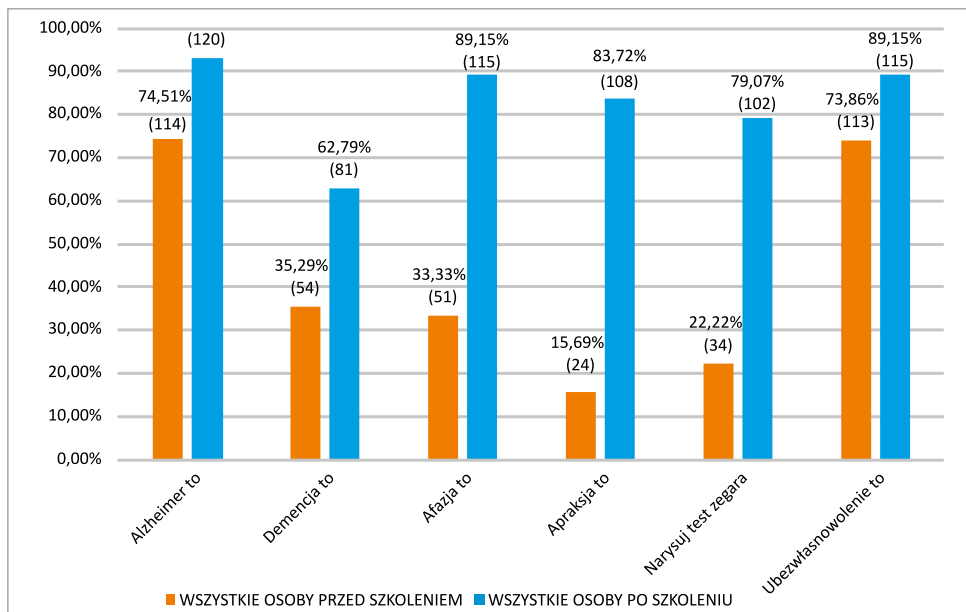
Lp.	Miasto	Liczba ankietowanych przed szkoleniem	Liczba poprawnych odpowiedzi	Liczba ankietowanych po szkoleniu	Liczba poprawnych odpowiedzi po szkoleniu
1.	Brzeg	54	19	37	27
2.	Namysłów	14	5	12	9
3.	Głubczyce	13	6	13	11
4.	Nysa	9	4	7	6
5.	Strzelce Opolskie	20	8	18	16
6.	Kluczbork	15	11	15	14
7.	Kędzierzyn-Koźle	14	6	13	12
8.	Opole	14	6	14	11
	RAZEM	153	65	129	106

Po przeprowadzonych szkoleniach poziom wiedzy opiekunów znacząco się zwiększył (ryc 1).

Wyniki pokazują, że nawet opiekunowie na co dzień sprawujący opiekę nad osobami z chorobą Alzheimera mają niewielką wiedzę, np. na temat tego, czym jest afazja lub apraksja, które są częstymi objawami choroby, upośledzającymi samodzielność i zdolności komunikacyjne chorych (ryc 2.).



Rycina 1. Poziom wiedzy ankietowanych ogółem



Rycina 2. Rozkład poprawnych odpowiedzi wśród uczestników projektu

Dyskusja

Choroba Alzheimera to choroba całej rodziny. Dlatego w sytuacji starzenia się społeczeństwa bardzo ważna jest wczesna diagnostyka chorób otępiennych. Diagnoza choroby Alzheimera jest trudna do zaakceptowania nie tylko przez samego chorego, ale również przez jego rodzinę, która w sytuacji progresji choroby stoi przed wyzwaniem całodobowej opieki. Dostęp do badań nie zapobiegnie choro-

bie, ale daje możliwość wczesnego rozpoczęcia leczenia, rehabilitacji, uczestnictwa w terapii zajęciowej, a tym samym spowolnienia procesu zapominania i dłuższego pozostania chorego w samodzielności, by rodzina nie musiała „powiesić swojego życia na haku”.

Badanie obciążenia opiekunów, prowadzone w 2006 roku w ramach projektu „Alzheimer Europe” [3], wykazały, że 35% polskich opiekunów podczas badań diagnostycznych podopiecznego nie otrzymało oczekiwanych informacji o chorobie, 49% o tym, jak będzie postępował jej rozwój, 26% nie otrzymało informacji o leczeniu, a tylko 10% badanych było wyczerpująco poinformowanych o pomocy, na jaką mogą liczyć chorzy i o przysługujących im uprawnieniach oraz dostępnych usługach. Tylko 33% opiekunów zostało poinformowanych o istnieniu organizacji alzheimerowskich pomagających choremu i jego opiekunowi. Opiekunowie podkreślali potrzebę zwiększenia poziomu swojej wiedzy na temat choroby, uzyskania pełniejszej informacji o wszystkich jej istotnych aspektach, w tym także o uprawnieniach, jakie przysługują choremu oraz o tym, jak planować opiekę na wiele lat. W rezultacie 80% badanych chciałoby uzyskać więcej informacji praktycznych, a 41% – medycznych.

Największy problem w opiece stanowią dla 81% badanych trudności związane z codziennym funkcjonowaniem chorego, takie jak: niekontrolowanie potrzeb fizjologicznych, utrzymanie higieny i toaleta, błędzenie, problem pozostawienia chorego samego w domu oraz podróżowania z nim. Zaburzenia w zachowaniu chorego stanowią poważny problem w opiece i są najczęstszym powodem podjęcia decyzji o umieszczeniu go w domu opieki. Najbardziej kłopotliwe dla 62% badanych polskich opiekunów są napady złości i agresji chorego, zaburzenia snu i zmiany osobowości.

Osoby sprawujące opiekę nad chorym z chorobą Alzheimera muszą konfrontować się nie tylko z emocjami podopiecznego, ale i z własnymi. Są przeciążone całodobową opieką i niedogodnościami, z jakimi się spotykają (np. niedostatkami informacji na temat choroby i postępowania z chorym, przebywaniem w specyficznym klimacie, w którym pojawiają się halucynacje, dezorientacja, lęki czy złość i agresja). Ponadto stała świadomość postępującego pogorszenia stanu chorego i jego obserwacja wpływają negatywnie na motywację oraz stan psychiczny opiekuna [2].

Ze względu na długotrwałość, złożoność i intensywność opieki, szczególnie w zaawansowanym stadium otępienia, chorym może, a nawet powinno zajmować się kilka osób, jednak jedna z nich powinna przyjąć rolę głównego opiekuna. Wejście w rolę głównego opiekuna osoby dotkniętej chorobą Alzheimera jest niezwykle trudne, gdyż wiąże się z nowymi obowiązkami, takimi jak: konieczność zdobywania informacji na temat choroby i sposobów pielęgnowania chorego, konsultowania stanu zdrowia podopiecznego ze specjalistami, zapewnienia mu odpowiedniego leczenia, rehabilitacji i opieki oraz stworzenia mu bezpiecznych warunków życia. Poza tym opiekun niejednokrotnie musi zrezygnować z realizacji własnych potrzeb, pragnień, aspiracji, a z czasem niemal całkowicie poświęcić się osobie chorej [4,5].

Sprostanie sytuacji związanej z opieką wymaga mobilizacji środków i sił wszystkich członków rodziny, ich zasobów emocjonalnych, wierzeń, ale również wcześniejszych doświadczeń i wiedzy [3].

Istotnym czynnikiem pogarszającym jakość życia opiekuna jest brak adekwatnego leczenia oraz doświadczenia i umiejętności w odpowiednim postępowaniu z chorym. Działalność opiekuńcza jest więc procesem skomplikowanym. Wiąże się z podejmowaniem w stosunku do podopiecznego szeregu czynności, w zakresie których opiekun musi nabyć określone kompetencje. Wiedza i umiejętności opiekunów przekładają się na wymierne korzyści dla chorych, podnoszą jakość sprawowanej opieki, znacząco poprawiając funkcjonowanie pacjenta z otępieniem [3,4,6].

Świadomość objawów choroby, jej przebiegu i problemów wynikających z progresji zwiększają poczucie bezpieczeństwa opiekunów oraz poczucie kontroli i opanowania sytuacji kryzysowej, w jakiej znalazł się bliski i rodzina.

Osoby podejmujące się opieki nad chorym z otępieniem powinny nabyć umiejętność diagnozowania potrzeb podopiecznego. Progresywny charakter i specyfika choroby Alzheimera powodują, że potrzeby te będą podlegały stosunkowo częstym zmianom, dlatego ważne jest, by opiekunowie systematycznie dokonywali takiej oceny i planowali opiekę, opierając się na aktualnej diagnozie potrzeb [4].

Odpowiadając na pytanie zawarte w tytule artykułu, należy podkreślić znaczenie odpowiedniej wiedzy na temat choroby Alzheimera dla lepszego zrozumienia świata i rzeczywistości, w której funkcjonuje podopieczny oraz problemów, jakie pojawiają się w okresie wieloletnich postępow choroby – czyli trzeba **zrozumieć Alzheimera**.

Wnioski

1. Należy kształtować świadomość społeczną w zakresie problemu starzenia się społeczeństwa i zwiększenia występowania chorób otępiennych oraz w zakresie wyzwań, jakie niosą za sobą dla polityki rodzinnej, opieki medycznej i społecznej oraz finansów.
2. Niezbędne jest opracowanie i realizowanie programów edukacyjnych poświęconych chorobom demencyjnym, w tym chorobie Alzheimera.
3. Systematyczne podnoszenie wiedzy opiekunów poprzez zaplanowany i celowy system szkoleń ma zapewnić adekwatną do zmieniających się potrzeb chorego opiekę oraz podnosić jakości życia chorych oraz opiekunów rodzinnych i instytucjonalnych.
4. Wsparcie na wszystkich płaszczyznach rodzin opiekujących się osobami chorymi powinno stanowić priorytet w działaniach zarówno na poziomie regionalnym, jak i krajowym.

Bibliografia

1. Szczudlik A, Barcikowska-Kotowicz M, Gabryelewicz T, Opala G, Parnowski T, Kuźnicki J, et al. Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera w Polsce. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich [online] [cyt. 6.04.2017]. Dostępny na URL: https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Sytuacja%20os%C3%B3b%20chorych%20na%20chorob%C4%99%20Alzheimera%20wyd.II_.pdf
2. Kamińska B. Problemy pielęgnacyjne w opiece nad chorym z chorobą Alzheimera. *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy* 2012; 1 (11): 11–22.
3. George J, Jansen S, Jackson J, Meyrieux A, Sadowska A, Selmes M. Alzheimer's Disease in real life – the dementia carer's survey. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2008; 23: 1–6.
4. Nowicka A. Zespół opiekuna jako konsekwencja sprawowania długotrwałej opieki nad osobą z otępieniem typu Alzheimera [online] [cyt. 26.04.2017]. Dostępny na URL: <http://www.alzheimer-porozumienie.org/baza-wiedzy/zasady-przystepowania-nowych-organizacji-do-ogolnopolskiego-porozumienia-organizacji-alzheimerowskich-1>
5. Lech A. Choroba Alzheimera jako czynnik modyfikujący funkcjonowanie rodziny. *Pogranicze. Studia Społeczne* 2014; T. XXIV: 211–242.
6. Rachel W, Jabłoński M, Datka W, Zięba A. Jakość życia opiekunów pacjentów w chorobie Alzheimera. *Psychogeriatrya Polska* 2014; 11(3): 67–78.

Adres do korespondencji:

Ewa Duda
Fundacja KTOTO – Zrozumieć Alzheimera
ul. Łąkowa 6, 46-070 Osiny
tel. 792 472 736
e-mail: fundacja.ktoto@onet.eu

Terapia zajęciowa w kontekście rehabilitacji osób w podeszłym wieku, niepełnosprawnych intelektualnie oraz leczących się psychiatrycznie na przykładzie funkcjonowania Środowiskowego Domu Samopomocy dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi „Magnolia” w Opolu

Agata Koryzma

Środowiskowy Dom Samopomocy dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi
„Magnolia” w Opolu

Wstęp

Człowiek jako istota społeczna potrzebuje kontaktu z drugą osobą, co przekłada się na jakość jego funkcjonowania w życiu codziennym [1]. Niestety, kontakt ten nierzadko uzależniony jest od naszego stanu zdrowia i możliwości jednostki. Niewątpliwie swego rodzaju barierę mogą stanowić zdolności poznawcze i intelektualne danej osoby, jak również schorzenia, z jakimi się zmagają. Mogą to być przykładowo zaburzenia psychiczne, ale także choroby wieku podeszłego, nierzadko występujące wśród tej grupy osób. Mowa tu o zespołach otępiennych, w tym również o chorobie Alzheimera. By lepiej zrozumieć wpływ, jaki wywierają one na funkcjonowanie jednostki, warto zapoznać się z każdym z obszarów tematycznych.

Cel pracy

W pracy zwrócono szczególną uwagę na istotne znaczenie kompleksowości oddziaływań mających zarówno usprawniać osoby tego potrzebujące, jak również pozytywnie wpływać na jakość ich funkcjonowania. Gama chorób i potrzeb jest niezwykle szeroka, dlatego skupiono się szczególnie na niepełnosprawności intelektualnej, zaburzeniach psychicznych oraz starości, w której pojawiać się mogą zespoły otępienne (w tym choroba Alzheimera).

Starość, niepełnosprawność intelektualna i zaburzenia psychiczne – wpływ na funkcjonowanie człowieka

W przypadku niepełnosprawności intelektualnej taką formę nazewnictwa (uprzednio określano ją jako upośledzenie umysłowe) przyjęto z uwagi na mniejsze ryzyko stygmatyzacji dotkniętych nią osób. Odnosi się ona do obniżonego stopnia rozwoju zarówno wielu procesów, jak i funkcji poznawczych, co skutkuje funkcjonowaniem intelektualnym na określonym poziomie. Ponadto zdolności adaptacyjne człowieka w sferze społecznej i kulturowej również są obszarami, gdzie obniżone funkcjonowanie poznawcze jednostki znajduje odzwierciedlenie [2]. Z uwagi na zmienne różnicujące stopnie niepełnosprawności intelektualnej dokonano jej klasyfikacji na:

1. Upośledzenie umysłowe lekkie, w którym wiele funkcji kognitywnych, komunikacja oraz motoryka są obniżone. Osoby, których dotyczy ta charakterystyka, nie mają umiejętności myślenia abstrakcyjnego. Poziom krytycyzmu oraz myślenia logicznego również jest obniżony. „Cechuje je niedokładność postrzegania, trudności w ocenie stosunków przestrzennych. Obniżenie zdolności do analizy i syntezy wzrokowej. Charakteryzują się upośledzeniem pamięci świeżej i trwałej, obniżeniem zdolności do koncentracji, podzielności i przerzutności uwagi” [2: 176].
2. Upośledzenie umysłowe umiarkowane charakteryzuje się nie tylko obniżonym poziomem funkcjonowania intelektualnego, ale również występowaniem problemów w sferze kinestezji, wzroku czy słuchu. Pojawiają się także ograniczenia w pojmowaniu i interpretacji rzeczywistości. Problemy w obszarze funkcji kognitywnych sprzyjają występowaniu konfabulacji bądź zmyślaniu.
3. Upośledzenie umysłowe znaczne pod względem obrazu klinicznego jest podobne do omawianego powyżej upośledzenia umysłowego umiarkowanego, dodatkowo jednak pojawiają się problemy w sferze nauki czynności potrzebnych w codziennym funkcjonowaniu. Współwystępować mogą również zaburzenia obszaru neurologicznego, takie jak: porażenia kończyn, niedowładny czy choroby somatyczne.
4. Upośledzenie umysłowe głębokie charakteryzuje się odbiorem rzeczywistości jedynie na poziomie zmysłowo-ruchowym. Zdolności komunikacyjne mogą objawiać się na różnym poziomie – od zdolności do wypowiedzania kilku słów po całkowity brak komunikacji werbalnej. Również pamięć i uwaga funkcjonują według tej zasady [2].

Powyższa charakterystyka poszczególnych stopni niepełnosprawności intelektualnej doskonale obrazuje, jaki wpływ wywiera ona na funkcjonowanie człowieka w życiu codziennym

W przypadku zaburzeń psychicznych warto zaznaczyć się z samym terminem zaburzenia, które w ICD-10 (*International Classification of Diseases and Rela-*

ted Health Problems) „oznacza zespół (układ) klinicznie obserwowalnych objawów lub zachowań połączonych w większości przypadków z cierpieniem i/lub zaburzeniem indywidualnego funkcjonowania osoby i/lub z zaburzeniami w odgrywaniu ról społecznych (ten typ symptomów jest opisywany tylko w wybranych kategoriach zaburzeń)” [2: 39]. W odniesieniu do zaburzeń psychicznych mowa jest o całym spektrum rozpoznanych jednostek chorobowych, ponieważ wyróżniamy różnego rodzaju zaburzenia: osobowości, lękowe, depresyjne, fobie, schizofrenię i jej rodzaje oraz wiele innych przypadłości natury psychicznej przekładających się na życie człowieka. Każda jednostka chorobowa daje specyficzne dla jej obrazu klinicznego objawy, które odciskają piętno na różnych sferach funkcjonowania osoby chorej. W każdej z nich znamienne jest nie tylko oddziaływanie farmakologiczne, ale również terapeutyczne, a także edukacja w kwestii rozpoznawania symptomów nawrotu stanu niepożądanego, jak również zwiększenie świadomości co do jego etiologii i genezy choroby.

W niniejszym opracowaniu poruszana jest również tematyka dotycząca starości człowieka. Jest ona naturalnym etapem w jego życiu, definiowanym jako będący: „ostatnim okresem rozwojowym, który jest doświadczany przez każdą zdrową i „bezwypadkową” jednostkę” [3: 21]. Podążając za D.B. Bromleyem [4], zjawisko starzenia się rozpatrujemy zatem jako cały zespół zmian, jakie zachodzą nie tylko w strukturze ludzkiego organizmu, ale również w jego przystosowaniu się oraz funkcjonowaniu. Niestety, w przypadku zjawiska, jakim jest starość, należy wspomnieć również o tak zwanych zespołach otępiennych, które nierzadko mu towarzyszą, swymi objawami dotykając nie tylko osobę w podeszłym wieku, ale również jej bliskie otoczenie. Wskazuje się, iż otępienie „jest spowodowane chorobą mózgu o charakterze postępującym lub chronicznym, pierwotnym lub wtórnym (w efekcie schorzeń innych organów), dlatego większość symptomów to przejawy uszkodzenia wyższych funkcji korowych” [2: 161]. Przyjmuje się, że trwające co najmniej pół roku zaburzenia sfery pamięci oraz współwystępujące deficyty w zakresie rozumienia i myślenia stanowią podstawę do wnioskowania o występowaniu demencji (zamienna nazwa otępienia). Oprócz wspomnianych wyżej objawów problemy pojawiają się także w kwestii uwagi, która zaczyna być zakłócona. Pojawiają się problemy natury motorycznej i manualnej. Występować mogą także problemy z postrzeganiem i orientacją auto- i allopsychiczną. Jedną z postaci otępienia jest tak zwana choroba Alzheimera, której pierwszy przypadek został opisany w 1907 roku. Wyróżnia się trzy stadia tego schorzenia, rozpoczynającego się problemami w sferze pamięci oraz mowy. Każde z nich, niestety, jest fazą postępującą. Najpoważniejsza zmiana, jaka zachodzi w organizmie osoby chorej, dotyczy zmian w mózgu prowadzących do zmniejszenia jego masy [2]. W tym schorzeniu także sfera emocji ulega zaburzeniu, co przekładać się może na relacje z otoczeniem i samopoczucie człowieka.

Wszystkie powyższe sfery zaburzeń i niepełnosprawności zostały zaprezentowane nie bez powodu. Każda z nich obrazuje w sposób jasny i wyraźny problemy ludzi

nimi dotkniętych. Mogą nie tylko powodować cierpienie jednostki bądź oddziaływać na jej życie codzienne, ale również przekładać się na relacje z otoczeniem. Istnieje spore ryzyko alienacji i marginalizacji osób niepełnosprawnych, chorych i starszych. Dlatego też oddziaływania mające na celu wsparcie i poprawę jakości życia nie powinny skupiać się jedynie na oddziaływaniach stricte medycznych, związanych z farmakologią, ale również współdziałać ze sferą oddziaływań psychoterapeutycznych, rewalidacyjnych oraz rehabilitacyjnych [2].

Terapia zajęciowa jako forma rehabilitacji

Jedną z wyżej przytoczonych form, które powinny współdziałać z leczeniem farmakologicznym, jest oddziaływanie psychoterapeutyczne. W związku z tym niezwykle istotne jest w tym miejscu bardziej szczegółowe zaznajomienie się z terminem terapia zajęciowa, która „jest jedną z form rehabilitacji (...) wykorzystuje podstawowe komponenty oddziaływań na aktywność psychiczną, odwołuje się do potrzeb estetycznych i do możliwości dokonywania wyboru przez uczestnika zajęć” [5, s. 5]. Znajduje ona miejsce w systemie rehabilitacji, która stanowi proces zmierzający do tego, by w sposób optymalny usprawnić funkcjonowanie zarówno fizyczne, jak i społeczne jednostki. Osoby zajmujące się tym rodzajem oddziaływań powinny w jak największej mierze bazować na możliwościach potrzebującego. To on powinien stanowić w tym zakresie skarbnicę wiedzy i inspirować swoją osobą terapeutę zajęciowego [5].

W myśl koncepcji rehabilitacji autorstwa prof. Wiktora Degi, która opiera się na holistycznym podejściu do człowieka, spełniać ona powinna następujące kryteria:

1. Powszechność – obejmuje każdą medyczną dyscyplinę, jest dostępna dla każdego bez względu na wiek.
2. Kompleksowość – w jej skład wchodzi aspekty: leczniczy, społeczny, psychologiczny i zawodowy.
3. Wczesne podjęcie działań – rehabilitacja podjęta jak najszybciej.
4. Ciągłość – współdziałanie wszystkich dziedzin rehabilitacji. Oddziaływanie nie tylko na potrzebującego ale również na jego otoczenie i środowisko [5].

Powyższa koncepcja doskonale potwierdza, iż „terapia zajęciowa to celowe, polisensoryczne działania rehabilitacyjne, o charakterze zajęć ciągłych (...) stanowiących proces terapeutyczny, prowadzący do usprawnienia i kompensacji zaburzonych funkcji organizmu pacjenta. Są to zajęcia planowane, celowe i systematyczne” [5: 10]. Oddziaływania terapeutów zajęciowych sprowadzają się do sprawnego funkcjonowania procesu terapeutycznego, który jest konsekwencją celowych działań opracowanych na podstawie wyników badań zarówno medycznych, jak i psychologicznych oraz pedagogicznych, a także analizy dokumentacji. Bardzo ważna jest również w tym miejscu rozmowa z podopiecznym oraz jego rodziną, bliskimi bądź opiekunami [5]. Co do rodzajów terapii zajęciowej, daje ona szeroki wachlarz możliwości, proponując między innymi arteterapię, określaną jako terapia przez sztu-

kę, a zawierającą w sobie wiele innych ciekawych form – od muzykoterapii, biblioterapii przez choreoterapię i hipoterapię, a także wiele innych [6,7].

Podsumowując, terapia zajęciowa stanowi niezwykle istotną drogę do aktywizacji i rehabilitacji osób zarówno niepełnosprawnych intelektualnie, leczących się psychiatrycznie, jak i osób w podeszłym wieku cierpiących na demencję. To właśnie kryteria, jakie spełnia, pozwalają osobom potrzebującym na rehabilitację i usprawnianie obszarów problemowych. Terapia zajęciowa jest obecna nie tylko w szpitalach, ale także w ośrodkach typu Domy Pomocy Społecznej czy Środowiskowe Domy Samopomocy. Istnieje wiele placówek, które oferują wsparcie i pomoc osobom potrzebującym [8].

Terapia zajęciowa w Środowiskowym Domu Samopomocy dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi „Magnolia” w Opolu

Jedną z placówek wspierających zarówno osoby niepełnosprawne intelektualnie, zaburzone psychicznie, jak i w podeszłym wieku z zespołami otępiennymi (w tym z chorobą Alzheimera), jest działający od 1997 roku Środowiskowy Dom Samopomocy dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi „Magnolia” w Opolu. Ośrodek funkcjonuje na podstawie Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie środowiskowych domów samopomocy [9], a swe cele statutowe realizuje poprzez prowadzenie działalności w dwóch obiektach. W jednym z nich pomoc udzielana jest osobom, u których zdiagnozowano chorobę psychiczną bądź niepełnosprawność intelektualną, w drugim natomiast otrzymują ją osoby z demencją. Oba budynki są dostosowane do specyfiki rozpoznania klinicznego beneficjentów zarówno pod kątem poruszania się (winda, krzeselko elektryczne), jak również w zakresie przygotowania sal, w których odbywa się terapia zajęciowa – tak zwane treningi, wynikające z rozporządzenia. Są to między innymi:

1. Trening funkcjonowania w życiu codziennym, w którym zawiera się trening dbałości o wygląd zewnętrzny, trening nauki higieny, trening kulinarny, trening umiejętności praktycznych, gospodarowanie własnymi środkami finansowymi.
2. Trening umiejętności interpersonalnych i rozwiązywania problemów, w którym w myśl rozporządzenia powinno zawierać się kształtowanie pozytywnych relacji uczestnika z osobami bliskimi, sąsiadami oraz innymi osobami w różnych sytuacjach społeczno-urzędowych.
3. Trening umiejętności spędzania czasu wolnego, który swym zakresem powinien obejmować rozwój zainteresowań w obrębie literatury, mediów, internetu oraz uczestnictwo w spotkaniach kulturalno-oświatowych [9].

Oprócz treningów w placówce prowadzone jest również poradnictwo psychologiczne dla uczestników wsparcia środowiskowego oraz konsultacje dla ich najbliższych, gdy zachodzi taka konieczność. Skorzystać tu można również z poradnictwa

socjalnego i pomocy w załatwianiu spraw o charakterze urzędowym. Ośrodek zapewnia uczestnikom ciepły posiłek. Wszystkie aktywności mają miejsce w godzinach otwarcia Środowiskowego Domu Samopomocy, czyli 8:00–16:00, od poniedziałku do piątku.

Ośrodek oferuje szeroką gamę aktywności w ramach terapii zajęciowej. Są one dobierane indywidualnie dla każdego beneficjenta na podstawie indywidualnego planu wspierająco-aktywizującego, tworzonego przez zespół wspierająco-aktywizujący, w skład którego wchodzi: dyrekcja, kadra merytoryczna, psycholog oraz lekarz psychiatra. Działania te są poprzedzone obserwacją uczestnika, diagnozą nozologiczną, wywiadem z podopiecznym oraz jego rodziną lub opiekunem. Proponowane formy aktywności są dobierane zarówno pod względem możliwości i zdolności uczestnika, jak również obszarów, które należałoby usprawnić.

W odniesieniu do terapii zajęciowej Środowiskowy Dom Samopomocy „Magnolia” oferuje zajęcia związane z:

1. Arteterapię – w Środowiskowym Domu Samopomocy „Magnolia” zajęcia z zakresu arteterapii proponowane są w odniesieniu do szerokiego spectrum zajęć plastycznych bazujących na różnorodnych technikach wykonania dzieła oraz na zajęciach ceramicznych. Zarówno wśród osób niepełnosprawnych intelektualnie, chorych psychicznie oraz w wieku podeszłym wsporniale sprawdzają się również prace związane z wyszywaniem, szydełkowaniem czy robieniem na drutach. Zajęcia arteterapeutyczne pozwalają nie tylko wyzwolnić ekspresję uczestnika i pracować nad jego poczuciem estetyki, ale również sprzyjają usprawnianiu motoryki ręki oraz funkcji wzrokowo-ruchowych;
2. Choreoterapię – tego typu terapia zajęciowa bazuje na połączeniu terapeutycznego oddziaływania muzyki oraz ekspresji ruchowej. Zajęcia prowadzone są przy muzyce z odpowiednią liczbą osób, tak by każdy z uczestników czuł się komfortowo i swobodnie. Emocje uwalniane podczas zajęć pozwalają na wgląd beneficjenta w swe wnętrze, pomagają radzić sobie z odczuwanym stresem oraz sprzyjają integracji społecznej uczestników;
3. Biblioterapię – w prezentowanej placówce ten rodzaj terapii zajęciowej przyjmuje postać odczytywania wybranego tekstu przez terapeutę. Treść jest dostosowana do możliwości intelektualnych uczestników wsparcia. Są to zarówno bajki, opowiadania, jak również poezja, która dodatkowo oddziałuje na sferę estetyki i wrażliwości podopiecznego. Bajki i opowiadania pozwalają natomiast na wyciągnięcie z nich „ukrytych” wartościowych przekazów odnoszących się do kwestii moralności i zachowania;
4. Muzykoterapię – terapia przez muzykę odbywa się w omawianym ośrodku w różnorodnej postaci. Proponowane są tu zajęcia relaksacyjne, w których muzyka odgrywa ogromną rolę, umożliwiając wyciszenie się i zniwelowanie stresu. Są tu prowadzone także zajęcia, podczas których beneficjenci nie tyl-

ko mogą się odprężyć, ale również zaznajomić z tematyką związaną z instrumentami muzycznymi poprzez dostosowaną formę edukacji. W przypadku osób w podeszłym wieku praktykowana jest również forma muzykoterapii zwana „biesiadami”, podczas których muzyka nie tylko aktywizuje uczestników, oddziałując pozytywnie na ich emocje, ale również sprzyja integracji grupy oraz pozwala przypomnieć sobie czasy młodości, przy wykorzystaniu śpiewników z pieśniami z tamtego okresu znanymi przez grupę;

5. Ergoterapią – czyli terapią przez pracę, realizowaną przez prowadzenie zajęć stolarskich, podczas których wybrana grupa beneficjentów – o odpowiednich możliwościach motorycznych i będąca na wystarczającym poziomie funkcjonowania poznawczego – realizuje dany projekt polegający na wytworzeniu z drewna określonego produktu. Oprócz tego prowadzone są zajęcia komputerowe, w trakcie których uczestnicy wsparcia nie tylko uczą się korzystania z komputera i obsługi prostych programów, ale również dzięki wykorzystaniu wyszukiwarki internetowej poszerzają swą wiedzę i zainteresowania;
6. Teatrotterapią – również w tym zakresie Środowiskowy Dom Samopomocy „Magnolia” wychodzi naprzeciw potrzebom uczestników. Zajęcia teatralne prowadzone są nie tylko po to, by usprawniać funkcjonowanie społeczne i poznawcze (np. poprzez naukę tekstu), ale również przeciwdziałać marginalizacji społecznej. Występy grupy pozwalają na integrację ze środowiskiem lokalnym, ale również pozytywnie wpływają na poziom samooceny beneficjentów.

Powyższe formy terapii zajęciowej, praktykowane i stosowane w Środowiskowym Domu Samopomocy „Magnolia” w Opolu, w widoczny sposób pozytywnie wpływają na funkcjonowanie uczestników wsparcia. Znajduje to odzwierciedlenie nie tylko w funkcjonowaniu w sferze motoryki, ale również w sferze poznawczej. Oddziaływanie to przekłada się także na jakość relacji interpersonalnych. Sprzyja integracji uczestników oraz pozytywnie wpływa na ich sposób postrzegania siebie, który jest niezwykle istotny w życiu człowieka. Co więcej, beneficjenci wsparcia środowiskowego mimo problemów psychicznych, demencji czy niepełnosprawności intelektualnej mają poczucie sensu i celowości działania, co jest niezwykle ważne nie tylko w przypadku procesu rehabilitacji, ale również w codziennym funkcjonowaniu [5]. Celowość aktywności i widoczne wyniki swojej pracy stanowią dla człowieka dowód na to, iż mimo swej sytuacji życiowej jest w stanie przyczynić się do tworzenia rzeczy wartościowych z punktu widzenia estetyki czy ekonomii. W przypadku działań ukierunkowanych na aktywność (muzykoterapia, choreoterapia, teatrotterapia) zwiększanie obszarów tematycznych czy zdobywanie pewnej wiedzy o świecie (nawet jeśli jest ona uprzednio dostosowana odpowiednio treścią do możliwości jednostki) dają poczucie dumy z rozwoju osobistego, co również przekłada się na samoocenę.

Istotność współdziałania w zakresie medycznym oraz terapii zajęciowej

Powyższe treści jednoznacznie wskazują na zasadność stosowania terapii zajęciowej w stosunku do osób niepełnosprawnych intelektualnie, leczących się psychiatrycznie oraz osób w podeszłym wieku z zespołami otępiennymi (w tym z chorobą Alzheimera). Na przykładzie funkcjonowania Środowiskowego Domu Samopomocy dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi „Magnolia” w Opolu zostały ukazane pozytywne aspekty rehabilitacji poprzez tego typu formy oraz ich wymierne odzwierciedlenie w funkcjonowaniu społecznym, poznawczym, motorycznym i emocjonalnym.

Niezwykle istotne jest to, by zwrócić także uwagę na konieczność współdziałania w zakresie rehabilitacji specjalistów różnych kierunków, zarówno medycznych, jak i psychologiczno-terapeutycznych. Komunikacja pomiędzy specjalistami powinna być bardzo sprawna, by w każdym aspekcie działania dobrać odpowiednie metody leczenia i usprawniania. Wskazana została już konieczność opracowywania procesu terapeutycznego dla danej jednostki po uprzednim zapoznaniu się między innymi z wynikami badań czy zaleceniami medycznymi i farmakologicznymi. Oczywiście w miarę postępów rehabilitacyjnych oraz możliwości osoby i jej stanu zdrowia powinien on ulegać modyfikacji [5]. Odnosi się to zarówno do niepełnosprawności intelektualnej, jak również zaburzeń psychicznych i zespołów otępiennych. Zwraca się przy tym uwagę na znaczenie pomocy w kryzysie mogącym pojawić się u człowieka, a który związany może być z pojawieniem się w życiu takich problemów jak pogorszenie stanu zdrowia czy utrata bliskich. Również sam fakt znacznych ograniczeń w sferze niezależności człowieka spowodowanych chorobą czy innymi czynnikami oraz ryzyko izolacji i alienacji spowodowanej rozpoznaną jednostką kliniczną mogą sprzyjać wystąpieniu niektórych zaburzeń [2].

Podsumowanie

Jak wskazuje L. Cierpiałkowska, w przypadku chorób psychicznych i demencji „leczenie (...) nie powinno sprowadzać się do farmakoterapii, ale obejmować szeroki wachlarz oddziaływań psychoterapeutycznych, rewalidacyjnych i rehabilitacyjnych” [2: 185]. Niezaprzeczalnie zatem działania w każdej dziedzinie powinny być ściśle ze sobą skorelowane w celu poprawy jakości życia osoby potrzebującej pomocy. Konkluzja ta może zatem sprzyjać działaniom występującym już we wczesnym etapie edukacji specjalistów, umożliwić wdrożenie konkretnych działań i systemów nauczania, które pozwolą na lepszą komunikację specjalistów pomiędzy sobą, ale również z pacjentem, oraz na dobór jak najlepszych i najbardziej wartościowych dla pacjenta metod leczenia i rehabilitacji.

Bibliografia

1. Dwyer D. *Bliskie relacje interpersonalne*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005: 13.
2. Cierpiałkowska L. *Psychopatologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2009: 39, 161–165, 174–177, 185–186.
3. Stuart-Hamilton I. *Psychologia starzenia się. Wprowadzenie*. Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo; 2000: 21.
4. Szarota Z. *Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej; 2004: 22.
5. Baum E. *Terapia zajęciowa*. Warszawa: Fraszka Edukacyjna; 2008: 5, 9–15.
6. Szulc W. *Arteterapia. Narodziny idei, ewolucja teorii, rozwój praktyki*. Warszawa: Difin; 2011: 58, 61.
7. Koncepcja terapii zajęciowej dla osób niesamodzielnych, z zaburzeniami psychicznymi i niepełnosprawnych intelektualnie [online] [cyt. 28.04.2017]. Dostępny na URL: <http://www.projektowinska.pl/files/koncepcja-programu-terapii-zajeciowej.pdf>
8. Figiel M. Aktywizacja mieszkańca domu pomocy społecznej poprzez pracę w grupach terapeutycznych. *MEDI – Forum Opieki Długoterminowej* 2014; 4.
9. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy. *Dz. U.* 2010, nr 238, poz. 1586.

Adres do korespondencji:

Agata Koryzma
Środowiskowy Dom Samopomocy dla Osób
z Zaburzeniami Psychicznymi „Magnolia”
ul. Dambonia 3, 45-860 Opole
tel. 600 225 668
e-mail: agata.koryzma@interia.pl

Aspekty opieki pielęgniarstwa u osób w podeszłym wieku uzależnionych od alkoholu

Czesława Gałka, Janusz Gawlik

Całodobowy Oddział Terapii Uzależnień,
Samodzielny Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych
im. Ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach

Wstęp

Wiek podeszły jest czasem stopniowego przechodzenia przez różne ograniczenia, zmienia się rytm biologiczny oraz model spędzania wolnego czasu, zmniejsza poziom aktywności fizycznej, pojawiają się widoczne zmiany fizjologiczne procesu starzenia, a także choroby. Takie przechodzenie z jednego okresu życia w drugi może być źródłem frustracji, a adaptacja do zachodzących zmian w sferze fizycznej, psychicznej, emocjonalnej i społecznej – bardzo trudna. Wiek podeszły nie chroni przed szukaniem rozwiązania swoich problemów i rozładowania napięcia emocjonalnego przy pomocy alkoholu. Wprawdzie problem nadużywania alkoholu przez osoby w podeszłym wieku jest mniej powszechny niż w przypadku ludzi młodszych, ale z medycznego punktu widzenia jest bardzo poważny, jeśli chodzi o następstwa zdrowotne [1].

Według Światowej Organizacji Zdrowia spożywanie alkoholu w sposób szkodliwy jest trzecim w kolejności czynnikiem ryzyka wielu chorób, urazów i wypadków na świecie [2].

Do niedawna zaburzenia spowodowane alkoholem wśród osób w podeszłym wieku budziły małe zainteresowanie badawcze, ponieważ koncentrowano się głównie na spożywaniu alkoholu przez ludzi młodych, u których szkody zdrowotne i społeczne wywołane jego nadużywaniem są szczególnie duże. Dopiero zmiany demograficzne związane ze starzeniem się społeczeństwa przyczyniły się do zwiększonego zainteresowania badaczy i klinicystów tą grupą wiekową oraz opracowaniem i wdrażaniem specyficznych programów leczniczych dla osób uzależnionych będących w podeszłym wieku [1].

Problem uzależnienia od alkoholu wśród osób w podeszłym wieku

W populacji osób w podeszłym wieku można wyróżnić dwie grupy uzależnionych. Pierwszą z nich stanowią osoby, które uzależniły się znacznie wcześniej, zwykle przed 40. rokiem życia, i mimo znacznych szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem dożyły wieku emerytalnego. U tych osób stwierdza się typowe somatyczne konsekwencje przewlekłego alkoholizmu.

Drugą grupę stanowią osoby, u których problem alkoholowy występuje po raz pierwszy w wieku podeszłym i zaczęły pić stosunkowo niedawno, np. po przejściu na emeryturę. U tych osób powszechne jest występowanie czynników wyzwalających [3]. Negatywne czynniki uspasabiające do uzależnienia w tym okresie życia można podzielić na dwie grupy:

- czynniki psychologiczno-środowiskowe – śmierć współmałżonka, niektóre zmiany i sytuacje życiowe, np. przejście na emeryturę i brak aktywności wypełniającej czas po zaprzestaniu pracy, „zespół opuszczonego gniazda” spowodowany usamodzielnieniem się dzieci lub wnuków, brak zrozumienia ze strony otoczenia, problemy w kontaktach interpersonalnych, stres, niepewność, samotność, lęk przed śmiercią, redukcja poczucia własnej wartości, pustka emocjonalna, trudna sytuacja materialna;
- czynniki zdrowotne – brak akceptacji zmian spowodowanych podeszłym wiekiem, pogorszenie ostrości wzroku, osłabienie słuchu, spowolnienie ruchów, stałe uczucie wyczerpania czy znużenia, bezsenność, zaburzenia depresyjne, ból, przewlekła choroba o niepewnym rokowaniu [1,3].

Osoby w podeszłym wieku, szukając sposobu na złagodzenie wymienionych dolegliwości, sięgają po alkohol, piją często, w małych ilościach, a wchodzenie w nałóg dokonuje się niepostrzeżenie i bez żadnych przeszkód.

Wraz z wiekiem zwiększa się toksyczność alkoholu, co m.in. wynika z faktu, że ta sama ilość alkoholu wypita przez osobę w podeszłym wieku prowadzi do większego, średnio o 20%, stężenia alkoholu we krwi, przy zmniejszonej zdolności usuwania jego metabolitów z organizmu [1]. Większość osób w podeszłym wieku z powodu licznych dolegliwości somatycznych i/lub psychicznych przyjmuje leki, w tym również te dostępne bez recepty, a zażywanie leków powinno wykluczać spożywanie alkoholu. Alkohol zakłóca działanie i zmienia metabolizm leków, a te zaburzają metabolizm alkoholu. Połączenie leków z alkoholem może prowadzić do uszkodzeń wątroby, nerek i ośrodkowego układu nerwowego. Picie alkoholu przez osoby w podeszłym wieku pociąga za sobą zdecydowanie większe ryzyko szkód zdrowotnych w porównaniu z ryzykiem, jakie niesie za sobą spożywanie alkoholu przez osoby młodsze. Może nasilić istniejące problemy zdrowotne i psychologiczne, a także powodować dodatkowe zaburzenia zdrowia, stres i obciążenia. Poza konsekwencjami zdrowotnymi spożywanie alkoholu niesie ze sobą negatywne skutki psychologiczne i społeczne. Pogarsza samopoczucie psychiczne i samoocenę, osłabia poczucie

kontroli, zakłóca relacje społeczne, nasila zachowania aspołeczne, w tym agresywne, rodzi problemy finansowe [4].

Zarówno jednorazowe upicie, jak i picie przewlekłe powoduje znacznie większe zaburzenia motoryki i dysfunkcje poznawcze. Przewlekłe picie może prowadzić do zmian otępiennych, ponadto zwiększa ryzyko samobójstw. Zespoły abstynencyjne są częściej powikłane drgawkami i majaczeniem, nierzadko kończą się utrwalonymi lub długo ustępującymi objawami zaburzeń funkcji poznawczych (otępienie, encefalopatia, zespół amnestyczny), a śmiertelność z ich powodu w populacji osób w podeszłym wieku jest większa niż w populacji uzależnionych osób młodszych. Zaburzenia somatyczne i psychiczne współistniejące z picciem szkodliwym lub uzależnieniem mogą być przyczyną pomyłek diagnostycznych i nieprawidłowego leczenia [1].

Uzależnienie od alkoholu – kryteria diagnostyczne

Kryteria diagnostyczne uzależnienia od alkoholu, według Światowej Organizacji Zdrowia (ICD-10), definiują uzależnienie jako zespół objawów somatycznych, behawioralnych i poznawczych, w których picie alkoholu staje się priorytetowe w stosunku do innych poprzednio ważniejszych zachowań. Do rozpoznania uzależnienia potrzebne jest stwierdzenie trzech z poniższych objawów w czasie ostatniego roku:

- silna potrzeba (głód) picia albo kompulsywne picie alkoholu;
- trudności w kontrolowaniu zachowań związanych z picciem w sensie upośledzenia: kontrolowania rozpoczęcia picia, długości trwania picia, ilości alkoholu;
- stan abstynencyjny spowodowany przerwaniem picia lub zredukowaniem dawki alkoholu, przejawiający się charakterystycznym zespołem abstynencyjnym albo picciem alkoholu lub przyjmowaniem substancji o podobnym działaniu (np. benzodiazepiny, barbiturany, eter) z zamiarem złagodzenia lub uniknięcia objawów abstynencyjnych;
- występowanie tolerancji, polegającej na potrzebie spożycia większych dawek dla wywołania efektu powodowanego uprzednio mniejszymi dawkami;
- postępujące zaniedbywanie z powodu picia alternatywnych przyjemności lub zainteresowań, zwiększenie ilości czasu potrzebnego na zdobycie alkoholu lub powrót do normy po wypiciu;
- picie alkoholu mimo wiedzy o jego szkodliwości, np. wiedzy o uszkodzeniu wątroby spowodowanym picciem, stanach depresyjnych po dłuższym picciu [5,6].

Przebieg uzależnienia – za Jellinkiem – można podzielić na kilka faz [7]:

- Faza wstępna – picie alkoholu w celu uzyskania ulgi, redukcji napięcia, wzrostu tolerancja na alkohol.
- Faza ostrzegawcza – pojawiają się luki w pamięci (palimpsesty), zauważalna jest coraz większa koncentracja na alkoholu.
- Faza krytyczna – występuje upośledzona kontrola nad picciem, dezorganizacji ulegają stosunki z otoczeniem, następuje wzrost agresywności wobec niego,

zaniedbywanie pracy, wyglądu, podejmowanie prób uzyskania kontroli nad piciem przez wyznaczanie okresów całkowitej abstynencji.

- Faza przewlekła – zaczyna się wraz z wystąpieniem wielodniowych ciągów, narastają konflikty z otoczeniem, może nastąpić utrata rodziny, pracy, zmniejsza się tolerancja na alkohol, występują problemy ze zdrowiem, nasilone objawy abstynencyjne, zaburzenia snu, psychozy alkoholowe.

Leczenie osób w podeszłym wieku uzależnionych od alkoholu

Leczenie osoby w podeszłym wieku jest bardzo trudne, skomplikowane, uzależnione od woli i chęci pacjenta. Proces leczenia wymaga wielu wyrzeczeń ze strony osoby uzależnionej oraz zróżnicowanych form działań zespołu terapeutycznego. Jego efektem powinny być trwałe zmiany myślenia, odczuwania, postaw, zachowań, przekonań i relacji z innymi. W trakcie leczenia uzależniona osoba powinna nauczyć się postępować w sposób korzystny dla swojego zdrowia, bo to umożliwia wejście na trzeźwą, abstynencką drogę życia.

Bardzo korzystną formą leczenia uzależnienia od alkoholu jest systematyczna terapia w placówce odwykowej, jednak osoby w wieku podeszłym stanowią niewielki odsetek pozostających na leczeniu odwykowym. Leczenie z własnej woli podejmuje 40% pacjentów, około 25% to osoby nakłonione przez otoczenie (rodzina), natomiast około 35% uzależnionych zgłasza się na leczenie pod silną presją, np. pod naciskiem Komisji ds. Rozwiązywania Problemów Alkoholowych czy po skierowaniu przez sąd [8].

Pierwszym krokiem w terapii uzależnienia jest detoksykacja (odtrucie), której celem jest usunięcie trucizny skumulowanej w organizmie. Proces odtruwania przeprowadzany jest pod nadzorem zespołu leczącego (lekarz, pielęgniarka). Detoksykacja prowadzi do wyeliminowania objawów abstynencyjnych, wyrównania gospodarki wodno-elektrolitowej oraz uzupełnienia deficytów witaminowych i niedoborów żywieniowych. Osoby w podeszłym wieku znacznie gorzej przechodzą detoksykację ze względu na zmiany wynikające z procesu starzenia – zmniejszona proporcja wody do tłuszczu, obniżone działanie enzymów wątrobowych. W trakcie detoksykacji pacjent pozostaje również pod opieką terapeuty, którego zadaniem jest wsparcie i motywowanie do podjęcia dalszej terapii.

Psychoterapia stanowi podstawową metodę stosowaną we wszystkich typach placówek lecznictwa odwykowego, prowadzona jest w formie indywidualnej i grupowej. Programy terapeutyczne oparte są w większości na podejściu terapii behawioralno-poznawczej oraz idei i doświadczeniach Wspólnoty Anonimowych Alkoholików.

Do podstawowych celów psychoterapii należą: uświadomienie uzależnionym skutków nałogowego picia w różnych sferach ich życia, poprawa zdrowia psychicznego i fizycznego, nabycie umiejętności potrzebnych do rozwiązywania problemów emocjonalnych i społecznych bez pomocy alkoholu, nabycie umiejętności, które po-

mogą w zachowaniu trzeźwości oraz długotrwałym procesie zdrowienia oraz zachowanie trwałej abstynencji [9].

Doświadczenie autorów w terapii uzależnienia alkoholowego pozwala wskazać kilka cech wspólnych charakteryzujących osoby uzależnione od alkoholu w podeszłym wieku podejmujące leczenie odwykowe:

1. Podjęcie leczenia z powodu nacisku rodziny, np. „dla wnuków”.
2. Poczucie, że ze z racji wieku mają prawo do narzucania własnego zdania, pouczenia innych lub nadmiernego wykorzystywania ich pomocy.
3. Oczekiwanie stawiania wobec nich mniejszych wymagań w terapii, uzasadniane ograniczeniami i dolegliwościami wieku podeszłego, np. słaby wzrok usprawiedliwia brak odrabiania prac pisemnych w postaci tworzenia Osobistych Planów Terapii.
4. Duża koncentracja na dolegliwościach somatycznych i psychicznych oraz uciążliwościach terapii.
5. Małe przekonanie do zasadności korzystania po zakończeniu leczenia szpitalnego z pomocy grup wsparcia, np. Anonimowych Alkoholików.

Rola pielęgniarki w terapii uzależnień osób w podeszłym wieku

Pielęgniarka jest ważnym członkiem zespołu terapeutycznego w placówkach leczenia odwykowego, a jej rola wynika z założeń systemu kształcenia, filozofii i misji zawodowej oraz ustaleń prawnych dotyczących zawodu pielęgniarki i położnej. Pielęgniarka udziela świadczeń: pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Przed rozpoczęciem terapii pielęgniarka na podstawie obserwacji, wywiadu, analizy dokumentacji medycznej i badania fizykalnego ocenia stan pacjenta, rozpoznaje indywidualne potrzeby zdrowotne i problemy pielęgnacyjne w celu sporządzenia planu opieki. Szczególnie istotna jest ocena wiedzy na temat choroby, jej objawów, potencjalnych powikłań, ocena relacji z najbliższą rodziną, sprawności fizycznej i intelektualnej, dotychczasowych prób leczenia oraz motywacji do podjęcia terapii.

U pacjentów w wieku podeszłym uzależnionych od alkoholu współistnieje wiele chorób somatycznych, które wymagają od pielęgniarki realizacji dodatkowych świadczeń diagnostycznych, jak np. pomiary parametrów życiowych, wykonanie ekg, pobranie materiału do badań laboratoryjnych (glikemia, poziom elektrolitów), oraz interpretacji podstawowych wyników.

Świadczenia lecznicze koncentrują się na godzinowym podawaniu leków zleconych przez lekarza oraz tych, które w myśl nowych regulacji prawnych pielęgniarka może ordynować samodzielnie [10,11].

Pielęgniarka uprawniona jest (po odbyciu kursu specjalistycznego) do prowadzenia psychoterapii podstawowej z elementami psychoterapii kwalifikowanej.

Do zadań psychoterapeutycznych pielęgniarki w opiece nad pacjentem należy przede wszystkim stosowanie psychoterapii elementarnej, czyli rozmowy terapeutycznej ukierunkowanej m.in. na trudności i potrzeby pacjenta oraz na rozwiązanie bieżących problemów.

W ramach świadczeń rehabilitacyjnych pielęgniarka może stosować trening relaksacyjny oraz elementy terapii zajęciowej (zajęcia z arteterapii).

W terapii realizowanej stacjonarnie znaczenia nabiera funkcja informacyjna, w ramach której należy zapoznać pacjenta z regulaminem i zasadami obowiązującymi w oddziale oraz konsekwencjami ich nieprzestrzegania, jak również funkcja nadzorcza (kontrolująca) obejmująca ocenę trzeźwości pacjentów (badanie alko-testem), kontrolę przyjmowania leków, wywiązywania się z zadań powierzonych w społeczności terapeutycznej, nadzór nad przestrzeganiem przepisów bhp w celu zapewnienia bezpieczeństwa pobytu.

Pielęgniarka po ukończeniu kursu specjalistycznego prowadzi psychoedukację pacjentów i ich rodzin na temat uzależnienia od alkoholu, powikłań w zakresie zaburzeń somatycznych i stanów po odstawieniu alkoholu oraz na temat zdrowienia.

Pielęgniarka powinna kształtować postawę akceptacji siebie i odpowiedzialności za swoje życie oraz motywować pacjenta i rodzinę do współuczestnictwa w terapii [10,11,12].

Pacjenci uzależnieni mają obniżoną samoocenę, poczucie winy i wstydu wynikające ze świadomości, że opinia społeczna na temat osób uzależnionych w podeszłym wieku jest bardziej negatywna niż w stosunku do młodszej populacji.

Tacy pacjenci preferują indywidualne formy terapii. Natomiast terapia grupowa pozwala na wychodzenie z samotności i izolacji oraz uświadamia pacjentom, że inne osoby uzależnione przeżywają podobne problemy, osiągają sukcesy w leczeniu, co może być ważnym czynnikiem wspierającym i motywującym do utrwalenia abstynencji.

Podsumowanie

Na każdym etapie leczenia uzależnienia osób w podeszłym wieku bardzo ważne jest zachowanie ścisłej współpracy wszystkich członków zespołu terapeutycznego, prawidłowego przepływu informacji oraz konsekwencji w realizacji planu terapii. Relacje terapeutyczne powinny opierać się na wzajemnym szacunku, zaufaniu, stawianiu wymagań i motywacji do efektywnej pracy nad sobą. Osoba uzależniona potrzebuje aktywnej pomocy, a nie tylko biernej obecności czy współczucia. W każdym wieku jest możliwa zmiana zachowań i poprawa jakości życia wynikająca z zaprzestaniem picia, dlatego należy szukać sposobów na jeszcze skuteczniejsze wsparcie osób w podeszłym wieku w procesie terapii uzależnienia.

Bibliografia:

1. Habrat B. Problemy związane z piciem alkoholu przez osoby starsze. *Postępy Nauk Medycznych* 2011; 8: 701–704.
2. Kornatowska-Kędziora K, Muszalik M, Skolmowska E. *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2015: 238.
3. Sobów T. *Praktyczna psychogeriatrya*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo; 2010: 230–233.
4. Fudała J. Rozwiązywanie problemów alkoholowych w domach pomocy społecznej. *Świat Problemów* 2017; 2: 10–13.
5. Świąćki A. Współczesne klasyfikacje choroby alkoholowej wg ICD i DSM [online] [cyt. 25.04.2017]. Dostępny na URL: <http://www.psychologia.net.pl/arttykul.php?level=36>
6. Kryteria ICD-10 (CDDG) szkodliwego picia alkoholu i zespołu uzależnienia od alkoholu [online] [cyt. 25.04.2017]. Dostępny na URL: <http://www.alkoholizm.akcjasos.pl/116.php>
7. Świąćki A. Historia i klasyczne ujęcie alkoholizmu [online] [cyt. 24.04.2017]. Dostępny na URL: <http://www.psychologia.net.pl/arttykul.php?level=41>
8. Kucińska M. Starsi pacjenci w lecznictwie odwykowym. *Świat Problemów* 2000; 3(86): 15–20.
9. Metody leczenia uzależnienia od alkoholu [online] [cyt. 25.04.2017]. Dostępny na URL: <http://www.parpa.pl/index.php/lecznictwo-odwykowe/metody-leczenia-uzaleznienia-od-alkoholu>
10. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Dz. U. 2011. Nr 174 poz.1039.
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego. Dz. U. 2017 r. poz. 497.
12. Funkcje zawodowe personelu pielęgniarskiego w profilaktyce i terapii osób uzależnionych od alkoholu oraz substancji psychoaktywnych [online] [cyt. 25.04.2017]. Dostępny na URL: <http://www.eduteka.pl/doc/funkcje-zawodowe-personelu-piellegniarskiego-w-profilaktyce-i-terapii-osob-uzaleznionych-od-alkoholu-oraz-substancji-psychoaktywnych>

Adres do korespondencji:

Czesława Gałka
Samodzielny Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych
im. Ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach
ul. Szpitalna 18, 48-140 Branice
tel. 77 403 43 02
e-mail: naczeln.swsb@op.pl

Problem przemocy wobec osób w podeszłym wieku – interdyscyplinarne aspekty przeciwdziałania różnym formom przemocy

Teresa Niechwiadowicz-Czapka, Mariola Wojtal

Wydział Pielęgniarstwa, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Wstęp

Przemoc to pojedyncze lub powtarzające się działanie, lub brak odpowiedniego działania, występujące w jakiegokolwiek relacji, w której zamiast oczekiwanego zaufania pojawia się krzywda bądź cierpienie osoby – także tej w podeszłym wieku. Może ona przybierać różne formy: przemocy fizycznej, psychicznej, seksualnej, finansowej, a także formę intencjonalnego lub nieintencjonalnego zaniedbania (definicja podana za *The Toronto Declaration on the Prevention of Elder Abuse*) [1]. Przemoc wobec osób w podeszłym wieku nasila się i przybiera coraz bardziej brutalną postać. Od połowy lat 90. częstość występowania takiej przemocy wzrosła ponad 150%, osiągając poziom 4–6% (WHO, 2011), a nawet 10% (NCEA, 2014) [2]. 4–6% osób w podeszłym wieku doświadcza różnych form przemocy w domu. Sprawcami najczęściej są członkowie najbliższej rodziny. Osłabienie więzi rodzinnych, mur społecznej izolacji, brak więzi sąsiedzkich jako skutek zmian społeczno-ekonomicznych przyczyniają się do nasilenia tego niekorzystnego zjawiska [3].

Przemoc wobec osób w podeszłym wieku jest skrajną formą geriatryzmu. W 1964 r. Robert Butler (pierwszy szef amerykańskiego Narodowego Instytutu ds. Starości i Starzenia się) stworzył pojęcie ageism (pol. geriatryzm) oznaczające w języku angielskim dyskryminację osób ze względu na wiek. Według Butlera ageism, na równi z rasizmem i seksizmem, stanowi największe zagrożenie dla zrównoważonego rozwoju społecznego [4].

Każda forma przemocy wobec osób w podeszłym wieku jest podwójnie krzywdząca, bowiem zawsze stanowi formę patologii i niesie negatywne konsekwencje oraz opiera się na zależności ofiary od sprawcy. Sygnały wysyłane przez ofiary przemocy są czasem ignorowane i traktowane jako przejaw starczego zdziwaczenia [5].

Badania pokazują, że przemoc wobec tej grupy wiekowej jest problemem ogólnoswiatowym, występuje zarówno w krajach rozwiniętych, jak i rozwijających się. W 2002 r. w Madrycie wszystkie kraje ONZ przyjęły dokument nazwany Międzynarodowym Planem Działania Narodów Zjednoczonych, który wskazuje, że ochrona przed przemocą należy do uniwersalnych praw człowieka [6].

Źródła i przyczyny przemocy wobec osób w podeszłym wieku

Dawniej bardziej ceniono starych ludzi, zwracano się do nich po pomoc i radę, korzystając z ich życiowego doświadczenia i wiedzy. Liczono się ze starymi ludźmi również dlatego, że byli właścicielami majątku czy warsztatu pracy, które mieli przekazać potomkom. Dziś starzec-mędrzec nie jest potrzebny, bo wiedzę czerpiemy z innych źródeł, a kult młodości każe nam być jak najdłużej młodymi i witalnymi. Większość starych ludzi godzi się z taką sytuacją, często ją nawet usprawiedliwia, bo „starość się Panu Bogu nie udała”. To konsekwencja utrwalonych wzorców kulturowych, w których starość to czas wycofywania się, bierności. Obiegowe opinie i stereotypy dotyczące osób w podeszłym wieku krzywdząco wpływają na ich społeczne funkcjonowanie. Starość przedstawiana w nich to zwykle niesprawność psychiczna i fizyczna, choroby, bieda i zaniedbanie, konserwatyzm poglądów i nawyków, „nieprzystosowanie” do współczesnego świata.

Wśród najczęściej wymienianych przyczyn przemocy wobec tej grupy wiekowej są: izolacja społeczna, obniżenie intelektu, brak wsparcia rodzinnego, trudna sytuacja materialna i uzależnienie finansowe od dzieci, brak sił/wiedzy, by zwrócić się o pomoc, poczucie winy i odpowiedzialność za agresywne zachowania dzieci, rola „kozła ofiarnego” w rodzinie, często trudne warunki mieszkaniowe [7]. Podatność na przemoc wzrasta wraz z wiekiem. Kobiety częściej doświadczają przemoc, głównie fizycznej, psychicznej i finansowej, natomiast mężczyźni częściej bywają opuszczani. Przez opuszczenie rozumie się pozostawienie osoby bliskiej w miejscach publicznych (centrum handlowe, lotnisko itp.), a także nieodbieranie ze szpitala po zakończonym leczeniu.

Przemoc doświadczana w rodzinie jest szczególnie dotkliwa. Jej sprawcami są głównie dorosłe dzieci, krewni wspólnie zamieszkujący; kobiety i mężczyźni w równym stopniu. Ogromnym problemem jest niechęć krzywdzonych do ujawniania przemocy, jakiej doświadczają ze strony swoich dzieci, wnuków, współmałżonków. Przyczyną takiej sytuacji jest minimalizowanie przejawów przemocy przez doświadczające jej osoby w podeszłym wieku. Poczucie wstydu za zachowania swoich dorosłych dzieci (bo tak je wychowali), a jednocześnie obowiązku chronienia ich, powoduje znoszenie cierpienia w milczeniu. Osoby krzywdzone, zależne od sprawcy, boją się konsekwencji ujawnienia przemocy. Odczuwają strach przed całkowitym odrzuceniem oraz eskalacją agresji [8].

Większe nasilenie różnych form przemocy występuje w instytucjach opiekuńczo-leczniczych: kontrolowanie, poniżanie, pozbawianie godności, nieodpowiednia

opieka. Jako przyczynę instytucjonalnej przemocy wskazuje się niedostateczne przygotowanie do opieki nad osobami w podeszłym wieku, przemęczenie personelu, co w konsekwencji prowadzi do wypalenia zawodowego opiekunów [2].

Rodzaje przemocy

Osoby w wieku podeszłym doświadczają różnych rodzajów przemocy.

Przemoc fizyczna dotyczy zachowań, które są przyczyną bólu fizycznego, uszkodzenia ciała, pogorszenia zdrowia lub nawet pozbawienia życia. Przykładem przemocy fizycznej jest nie tylko bicie, szarpanie itp., ale także karmienie z użyciem siły lub odwrotnie – pozbawianie jedzenia. Nadmierne stosowanie środków uspokajających jest formą przemocy częstszą w opiece zinstytucjonalizowanej. Natomiast nieudzielanie koniecznej pomocy medycznej, zaniedbywanie czynności pielęgnacyjnych i higienicznych, ograniczanie dostępu do łazienki lub innych pomieszczeń wspólnych, zamykanie samotnie w domu lub w jednym pomieszczeniu, nieodpowiednia temperatura w pomieszczeniu, złe odżywianie, odwodnienie, nielezione odleżyny – to oznaki zaniedbywania przez opiekunów w warunkach domowych. Przejawy tego rodzaju przemocy są zazwyczaj łatwe do zaobserwowania. Wszelkie stwierdzone przez personel medyczny rany, siniaki, bolące miejsca, złamania, zaniedbania w zakresie higieny osobistej mimo wspólnego zamieszkiwania z krewnymi wymagają wyjaśnienia.

Celem **przemocy psychicznej** jest zmniejszenie poczucia własnej wartości, wzbudzenie strachu, pozbawienie poczucia bezpieczeństwa i kontroli nad własnym życiem. Sprawcy przemocy psychicznej najczęściej zastraszają ofiary poprzez krzyki, obelgi i groźby. Zakaz wychodzenia z domu, przyjmowania gości czy korzystania z telefonu ogranicza kontakty lub izoluje osoby w podeszłym wieku od innych członków rodziny, przyjaciół, znajomych. Odbiera im także prawo do podejmowania decyzji czy posiadania tajemnic. Przemoc psychiczna to również ciągła i nieuzasadniona krytyka, upokarzanie, szantażowanie, wyśmiewanie, domaganie się posłuszeństwa. Również nadopiekuńczość może mieć negatywne konsekwencje. Stopniowo osoby doświadczające tej formy przemocy są pozbawiane samodzielności, eliminuje się je z poszczególnych obszarów życia rodzinnego i społecznego, odbiera się im swobodę decydowania o sobie. Symptomami świadczącymi o doznawaniu przemocy psychicznej może być depresja, wycofanie się, zmiany w zachowaniu i nastroju, np. w postaci zwiększonej pobudliwości lub przeciwnie – apatii, złości, a nawet agresji.

Części osób w podeszłym wieku dotyka także **przemoc seksualna**. Są to działania mające na celu zmuszanie do podjęcia współżycia bądź niechcianych zachowań seksualnych. Należą do nich nie tylko gwałt czy molestowanie, ale także zmuszanie do oglądania treści pornograficznych czy żarty o podtekście seksualnym. Sprawcami przemocy seksualnej są często partnerzy, mężowie żądający spełnienia „obowiązku małżeńskiego”. Powtarzające się infekcje układu moczowego, zakrwa-

wione ubrania, dyskomfort podczas siedzenia i chodzenia, zmiany w zachowaniu są sygnałami doświadczania tego typu przemocy [5].

Przemoc ekonomiczna to zachowanie, którego celem jest finansowe wykorzystanie lub ekonomiczne uzależnienie ofiary od sprawcy. Osobie bliskiej odbiera się jej rentę/emeryturę lub wydziela się jej pieniądze. Zmuszanie do podpisywania zobowiązań finansowych, zaciągania kredytów w celu zaspokojenia żądań dzieci/wnuków/opiekunów to zjawiska częste w ostatnim czasie. Uciekanie się do podstępów w celu zmiany testamentu, darowizny nieruchomości, dóbr czy pieniędzy to formy przemocy ekonomicznej znane od wieków. Paradoksalnie, posiadane przez osoby w podeszłym wieku zasoby finansowe i rzeczowe są często jedyną skuteczną formą przeciwstawiania się przez nie innym formom przemocy. Wykorzystywanie rodziców czy dziadków przez osoby najbliższe, często własne dzieci, do pracy ponad siły, np. codziennej opieki nad wnukami czy prowadzenia gospodarstwa domowego, zwykle nie istnieje w świadomości społecznej jako forma przemocy ekonomicznej [7].

Przemoc instytucjonalna dotyczy różnych rodzajów nadużyć występujących w urzędach, przychodniach, domach pomocy społecznej i tym podobnych instytucjach. Osoby w podeszłym wieku skarżą się na bagatelizowanie ich problemów, ograniczanie należytej im uwagi i czasu, zwracanie się do nich po imieniu, albo pozornie dobrotliwie („niech babcia”), okazywanie zniecierpliwienia wobec ich niepełnosprawności (np. niedosłyszenia, powolności), niedawanie wiary ich skargom [2].

Rola pracowników ochrony zdrowia w rozpoznawaniu i przeciwdziałaniu przemocy wobec osób w podeszłym wieku

Zdiagnozowanie przemocy wobec osób w podeszłym wieku jest szczególnie trudnym wyzwaniem, gdyż ofiary bardzo niechętnie przyznają się do doznanej krzywdy. Niepełnosprawność, brak samodzielności, choroba, wspólne mieszkanie z rodziną, paradoksalnie uzależnia je od krzywdzących ich członków rodziny czy opiekunów instytucjonalnych oraz powoduje, że ukrywają informacje o doznawanej przemocy.

Z tego powodu szczególna rola w rozpoznaniu i zgłaszaniu symptomów przemocy wobec osób w podeszłym wieku przypada pracownikom ochrony zdrowia. Oni najczęściej jako pierwsi dostrzegają objawy przemocy o charakterze fizycznym, takie jak siniaki czy ślady uderzenia, ale również objawy typu bezsenność, przygnębienie czy zaburzenia w samoocenie, które mogą wskazywać na krzywdzenie emocjonalne. Lekarz rodzinny koncentruje się nie tylko na zapobieganiu, rozpoznawaniu i leczeniu chorób, ale w opiece nad pacjentem bierze również pod uwagę szersze uwarunkowania rodzinne i społeczne. Objawy doświadczania przemocy lekarz rodzinny może rozpoznać szybciej niż jakikolwiek inny specjalista.

Szczególny przepis dotyczący obowiązku zgłaszania przestępstw związanych z przemocą został ustanowiony w art. 12 Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie:

„Art. 12. 1. Osoby, które w związku z wykonywaniem swoich obowiązków służbowych lub zawodowych powzięły podejrzenie o popełnieniu ściganego z urzędu przestępstwa z użyciem przemocy w rodzinie, niezwłocznie zawiadamiają o tym Policję lub prokuratora.

2. Osoby będące świadkami przemocy w rodzinie powinny zawiadomić o tym Policję, prokuratora lub inny podmiot działający na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie”.

Na poprawę skuteczności rozpoznawania przemocy w placówkach ochrony zdrowia mogą wpłynąć następujące działania:

- stosowanie standardowej listy pytań, które ułatwią diagnozę przemocy,
- znajomość objawów i schorzeń mogących świadczyć o występowaniu przemocy,
- opracowanie dokumentacji medycznej w przypadku ujawnienia przemocy,
- opublikowanie wykazu lokalnych placówek pomagających ofiarom przemocy domowej,
- nawiązanie kontaktu z tymi placówkami w celu ustalenia zasad współpracy,
- regularne szkolenie personelu medycznego w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie,
- przygotowanie i rozpowszechnianie materiałów informacyjnych o przemocy.

Rutynowe pytanie o problem przemocy w rodzinie, zadawane przez pielęgniarki i lekarzy w przeprowadzonym wywiadzie chorobowym, pozwoli:

- postawić właściwą diagnozę oraz podjąć odpowiednie leczenie,
- zapobiegać negatywnym konsekwencjom zdrowotnym – zarówno somatycznym, jak i psychicznym – wynikającym z przemocy,
- poprawić jakość życia ofiar i ich dzieci,
- uwrażliwić na problem przemocy,
- potwierdzić konieczność przeciwdziałania przemocy w rodzinie,
- uruchomić interdyscyplinarny system pomocy ofiarom w celu zatrzymania przemocy.

Pominięcie w wywiadzie pytań o przemoc bądź jakiegokolwiek oznaki zniecierpliwienia czy niedowierzania w trakcie rozmowy na temat przemocy mogą sprawić, że osoby w podeszłym wieku nie zdecydują się na ujawnienie swojego problemu i zrezygnują z szukania pomocy. Do pytań o kwestie związane z przemocą warto regularnie powracać. W ten sposób osoby, które z różnych powodów nie ujawniły problemu przemocy, będą miały na to szansę przy kolejnej wizycie [1,9,10].

Procedura „Niebieskiej Karty”

W celu podjęcia interwencji w środowisku wobec rodziny dotkniętej przemocą opracowano procedurę „Niebieskiej Karty”. Ma ona na celu ustalenie, czy w danym

przypadku faktycznie dochodzi do stosowania przemocy, oraz opracowanie i realizację planu pomocy rodzinie dotkniętej problemem przemocy.

Do wszczęcia procedury zostali upoważnieni przedstawiciele pięciu podmiotów:

1. Jednostek organizacyjnych pomocy społecznej;
2. Gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych;
3. Policji;
4. Oświaty;
5. Ochrony zdrowia.

Uruchomienie działań w ramach procedury „Niebieskiej Karty” pozwala na rozpoznanie i dokumentowanie przypadków przemocy oraz organizowanie pomocy w środowisku lokalnym przez podmioty i instytucje do tego powołane. Praca socjalna, poradnictwo specjalistyczne (prawne, psychologiczne i rodzinne), interwencja kryzysowa – to formy pomocy, za które odpowiadają instytucje samorządowe gminne i powiatowe [9].

Interdyscyplinarna pomoc ofiarom przemocy

Zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie ofiary mają prawo skorzystać z bezpłatnej pomocy w formie:

- poradnictwa medycznego, psychologicznego, prawnego, socjalnego, zawodowego i rodzinnego,
- interwencji kryzysowej i wsparcia,
- otrzymania bezpiecznego schronienia w specjalistycznym ośrodku,
- wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie,
- badania lekarskiego w celu ustalenia przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy oraz otrzymania zaświadczenia lekarskiego dotyczącego tej kwestii,
- w szczególnych sytuacjach – pomocy w uzyskaniu mieszkania lub miejsca pobytu w Domu Opieki Społecznej czy Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym.

Każdy urząd miasta i gminy ma obowiązek publikowania listy placówek pomagających ofiarom przemocy domowej na terenie miasta/gminy. W Polsce powstaje coraz więcej organizacji pomagających osobom doświadczającym przemocy w rodzinie, o zasięgu zarówno lokalnym, jak i krajowym. Organizacje pozarządowe wspierające osoby doświadczające przemocy domowej prowadzą: punkty informacyjno-konsultacyjne, telefony zaufania, ośrodki pomocy, schroniska, hostele, świetlice.

W ramach swojej działalności oferują m.in.:

- pomoc psychologiczną – grupową lub indywidualną,
- pomoc prawną, w tym wsparcie w pisaniu pozwów i wniosków,
- pomoc socjalną,
- grupy wsparcia,

– pomoc w załatwianiu spraw urzędowych i innych.

Ponadto w Polsce działają specjalistyczne ośrodki wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie. Celem tych placówek jest niesienie pomocy osobom pokrzywdzonym. Ośrodki te udzielają kompleksowej pomocy, m.in. prawnej, psychologicznej, medycznej, socjalnej i zapewniają bezpieczne schronienie.

Struktura systemu gminnego w zakresie pomocy ofiarom przemocy została określona przez ustawodawcę, wskazał on dokładnie podmioty, których przedstawiciele mają tworzyć zespół interdyscyplinarny. Można wyróżnić dwie grupy podmiotów wskazanych przez ustawodawcę: obligatoryjnie reprezentowanych w zespole interdyscyplinarnym oraz powoływanych fakultatywnie (nieobowiązkowo).

Do pierwszej grupy zalicza się przedstawicieli:

1. Jednostek organizacyjnych pomocy społecznej,
2. Gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych;
3. Policji;
4. Oświaty;
5. Ochrony zdrowia;
6. Organizacji pozarządowych oraz kuratorów sądowych.

Do drugiej grupy (podmiotów fakultatywnie reprezentowanych) zalicza się prokuratorów oraz przedstawicieli innych podmiotów działających na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

Zespół interdyscyplinarny odpowiada w szczególności za:

1. Diagnozowanie problemu przemocy w rodzinie;
2. Podejmowanie działań w środowisku zagrożonym przemocą w rodzinie, mających na celu przeciwdziałanie temu zjawisku;
3. Inicjowanie interwencji w środowisku dotkniętym przemocą;
4. Rozpowszechnianie informacji o instytucjach, osobach i możliwościach udzielenia pomocy w środowisku lokalnym;
5. Inicjowanie działań w stosunku do osób stosujących przemoc.

Udział przedstawiciela ochrony zdrowia zarówno w pracach zespołu interdyscyplinarnego, jak i grup roboczych, ma na celu uwzględnienie w funkcjonowaniu gminnego systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie kluczowej roli ochrony zdrowia dla minimalizowania negatywnych skutków wywoływanych przez przemoc w rodzinie w zakresie stanu zdrowia jej członków, a także oddziaływania na świadomość i postawy społeczne wobec tego zjawiska. Postawa przedstawicieli ochrony zdrowia i podejmowane przez nich działania mogą mieć również kluczowe znaczenie dla zebrania materiału dowodowego w celu stwierdzenia występowania przemocy w indywidualnych przypadkach, a w konsekwencji ukarania sprawcy przemocy.

Można zatem wskazać na cztery podstawowe obszary, w których przedstawiciele ochrony zdrowia współtworzą gminny system przeciwdziałania przemocy w rodzinie:

1. Prace zespołu interdyscyplinarnego;
2. Prace grup roboczych;
3. Poradnictwo;
4. Dokumentowanie skutków przemocy w rodzinie.

Realizacja zadań zespołu wymaga również od przedstawiciela ochrony zdrowia aby rozpowszechniał w środowisku medycznym informacje dotyczące systemu przeciwdziałania przemocy, w szczególności zaś procedury „Niebieskiej Karty” oraz zapewniał przepływ informacji pomiędzy zespołem interdyscyplinarnym a środowiskiem medycznym w danej gminie [9,10]

Podsumowanie

Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie nie może opierać się tylko na działalności jednej instytucji. Łączenie kompetencji policji, ochrony zdrowia, pomocy społecznej oraz instytucji pozarządowych zdecydowanie podnosi skuteczność pomocy udzielanej ofiarom.

Praca interdyscyplinarnego zespołu daje możliwość wieloaspektowego spojrzenia na problematykę przemocy oraz udzielenia kompleksowej pomocy, szczególnie osobom słabszym czy w podeszłym wieku doznającym przemocy [10].

Bibliografia

1. Wrocławska Kampania przeciwdziałania przemocy [online] [cyt.2.01.2017]. Dostępny na URL: http://www.kampaniaprzemoc.pl/przemoc_wobec_osob_starszych.php
2. Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Konferencja „Przeciwdziałanie przemocy wobec seniorów” [online] [cyt. 3.01.2017]. Dostępny na URL: <https://www.mpips.gov.pl/aktualnosciswystykie/seniorzy/art,7210,konferencja-przeciwdzialanie-przemocy-wobec-seniorow.html> MR,PiPS
3. Gazeta Prawna.pl. Prawo [online] [cyt. 3.01.2017]. Dostępny na URL: <http://prawo.gazetaprawna.pl/artykuly/918765,przemoc-wobec-seniorow.html>
4. Bytheway B. *Ageism*. Buckingham: Open University Press; 1995: 143.
5. Krasucki T, Owczarek K. *Seksualność seniorów*. W: Owczarek K, Łazarewicz MA, red. *Pogoda na starość. Podręcznik skutecznego wspierania seniorów*, Warszawa: Wolters Kluwer; 2015: 94–95.
6. Madrycki plan działania w kwestii starzenia się społeczeństw Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki społecznej [online] [cyt. 2.01.2017]. Dostępny na URL: <http://www.mpips.gov.pl/spoleczne-prawa-czlowieka/organizacja-narodow-zjednoczonych/madryckiplandziaaniawkwestiistarzeniaspoczezstw>
7. Czyż UM. Osoby starsze jako ofiary przemocy. *Mag Pielęg Położ* 2016; 10: 19.

8. Niechwiadowicz-Czapka T, Klimczyk A. *Problemy zdrowotne i psychospołeczne osób w podeszłym wieku*. W: *Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa geriatrycznego*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo; 2010: 9–11.
9. Kluczyńska S, Wrona G. *Lekarzu reaguj na przemoc! Przewodnik dla pracowników ochrony zdrowia*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych; 2013: 72–89.
10. Grzanka-Tykwińska A, Rzepka A, Chudzińska M, Sygit B, Kusza K, Kędziora-Kornatowska K. *Problematyka przemocy wobec osób starszych*. *Now Lek* 2012; 81(1): 44–48.

Adres do korespondencji:

Teresa Niechwiadowicz-Czapka
Wydział Pielęgniarstwa,
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
ul. Katowicka 68, 45-060 Opole
tel. 77 44 23 539
e-mail: niechwiadowicz@wsm.opole.pl

Zakażenie *Clostridium difficile* u pacjentów w wieku podeszłym

Lilianna Gawtów-Nowak, Karina Wawros, Dariusz Szurlej,
Justyna Sejboth, Olimpia Karczewska, Anna Sternik

Zakład Anestezjologii Intensywnej Opieki Pielęgniarstwa
Klinicznej Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
Wydział Nauk o Zdrowiu,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Wstęp

Z dostępnych analiz epidemiologicznych oraz danych demograficznych wynika, iż zakażenia *Clostridium difficile* stają się coraz większym wyzwaniem dla personelu medycznego zajmującego się pielęgnacją osób w wieku podeszłym podczas ich leczenia. Aktualne dane statystyczne oraz prognoza ludnościowa opracowana dla Polski przez Główny Urząd Statystyczny wskazują, że następuje zauważalny spadek umieralności oraz wzrost przeciętnego czasu trwania życia w Polsce, co w połączeniu ze spadkiem liczby urodzeń powoduje wzrost udziału ludzi w wieku 65 plus w populacji ogółem [1]. Postęp gospodarczy oraz osiągnięcia nauk medycznych powodują, iż starzenie się społeczeństw ma charakter procesu globalnego i nieodwracalnego, a zarazem silnie zróżnicowanego regionalnie. Dożywanie późnej starości nie jest już ograniczone do niewielkiej liczby osób, ale dotyczy coraz większej części populacji, co z kolei wywołuje coraz większą heterogeniczność zbiorowości osób w podeszłym wieku.

Charakterystyka mikrobiologiczna *Clostridium difficile*

Bakteria *Clostridium difficile*, powszechnie występująca w wodzie, glebie i przewodzie pokarmowym ludzi oraz zwierząt, coraz częściej staje się patogenem. Jest ona beztlenową Gram-dodatnią laseczką, należącą do anaerobowej grupy bakterii, wytwarza groźne toksyny A, B i toksynę binarną. Zakażenie bakterią następuje najczęściej drogą fekalno-oralną. Podstawowe znaczenie w mechanizmie przeno-

szenia się patogenu ma wytwarzanie przez *Clostridium difficile* form przetrwalnikowych, endospor, które mają zdolność przetrwania w środowisku powyżej 5 miesięcy. Endospory charakteryzują się wysoką odpornością na wysychanie, działanie niskich i wysokich temperatur. Pozostają one także niewrażliwe na działanie większości stosowanych środków dezynfekcyjnych zawierających alkohol [3,4,5,6]. Samo zakażenie i jego chorobowy przebieg to skutek nadmiernego namnożenia się bakterii *Clostridium difficile* z powodu braku blokowania ich rozwoju poprzez pozostałą florę fizjologiczną przewodu pokarmowego. Zaburzenie składu flory bakteryjnej następuje najczęściej w wyniku prowadzenia terapii antybiotykowej. Przebieg zakażenia może mieć charakter łagodny (samoustępująca biegunka), ciężki (intensywna biegunka, z domieszką śluzu i krwi, gorączka, kurczowe bóle brzucha), ciężki powikłany (rozwój niedrożności, toksyczne rozdęcie okrężnicy, perforacja jelita) [3,6,7]. W ostatnich latach w związku z pojawieniem się hiperwirulentnych szczepów 027/BI/NAP (*North American Pulsed Field Type*) wzrasta liczba ciężkich postaci zakażenia, ponieważ szczepy te wytwarzają 10–20 razy więcej toksyn, przy znacznie większej liczbie spor. W Polsce szczep tego typu został wyizolowany po raz pierwszy w 2005 r. [8].

Epidemiologia zakażeń *Clostridium difficile*

Dane epidemiologiczne dostarczają informacji, na podstawie których można zauważyć tendencję do wzrostu występowania schorzeń towarzyszących zakażeniom *Clostridium difficile* (*Clostridium Difficile Associated Diarrhea* – CDAD). Informacje publikowane w USA dowodzą, iż liczba zakażeń *Clostridium difficile* przewyższyła liczbę najczęściej dotąd występujących zakażeń bakterią *Staphylococcus aureus*, a pod względem częstości występowania plasuje się na trzecim miejscu po infekcjach układu moczowego związanych ze stosowaniem cewników UTI (*Urinary Tract Infections*) i zakażeniach miejsca operowanego [9]. *National and State Healthcare Associated Infections Progress Report 2016*, bazujący na danych z roku 2014, szacuje wzrost występowania przypadków CDAD w amerykańskich szpitalach na 4% w stosunku do roku 2013 [10]. Podobnie wzrost liczby zakażeń odnotowuje się w Azji, Australii i innych częściach świata [11,12]. W doniesieniach opartych na projekcie EUC-LID, w Europie odnotowano wzrost częstości zakażeń w latach 2012–2013 z poziomu 6,6 do 7,3 przypadków na 10 000 dni hospitalizacji i spadek z 19,0 do 17,2 – na podstawie danych uzyskanych z badań prowadzonych przez referencyjne laboratoria [13]. Dane dotyczące Polski, zawarte w raportach Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego (Państwowy Zakład Higieny – Zakład Epidemiologii, Głównego Inspektoratu Sanitarnego – Departament Zapobiegania oraz Zwalczania Zakażeń i Chorób Zakaźnych u Ludzi) za lata 2013–2015, wskazują na coroczny wzrost liczby zakażeń. I tak w roku 2013 liczba zakażeń ogółem wyniosła 4738 przypadków, zaś zapadalność – na 100 tys. ludności wyniosła 12,3. Następnie w roku 2014 licz-

ba zakażeń ogółem wyniosła 6426 przypadków, zaś zapadalność na 100 tys. ludności wyniosła 16,7. Odpowiednio w roku 2015 odnotowano aż 8976 przypadków przy zapadalności na 100 tys. ludności na poziomie 23,3. Zakładając, iż zarówno wzrost liczby zakażeń, jak i jego dynamika, może choć w części być spowodowany zastosowaniem skuteczniejszych, czulszych metod identyfikacji patogenu oraz raportowania, to i tak wzrost ten i jego dynamikę należy uznać za powód do niepokoju [14,15]. Powyższe dane, zarówno krajowe, jak i zagraniczne, oceniane są przez niektórych autorów jako niedoszacowane, ponadto zwraca się uwagę na nowe zjawisko – wzrostu liczby zakażeń powstałych poza jednostkami opieki medycznej [4,16]. Dane z Ameryki Północnej i Europy wskazują, iż zakażenia *Clostridium difficile* nabyte poza szpitalami stanowią 20–25% zakażeń ogółem, a ich częstość wynosi 20–30 osób na 100 000 ludności [17].

Jak powszechnie wiadomo, każda infekcja czy zakażenie potrzebuje do swego rozwoju upośledzenia funkcji układu immunologicznego lub nadmiernej immunosupresji. Z dostępnych doniesień naukowych wynika, iż u osoby zdrowej, pomimo kolonizacji bakterią *Clostridium difficile*, nie powinien wystąpić zespół CDAD, ponieważ wzrost patogenu blokowany jest przez naturalną mikroflorę jelit, która dodatkowo pobudza układ odpornościowy, bierze udział w wytwarzaniu witamin K i z grupy B oraz wpływa na właściwą przepuszczalność bariery jelitowej. Niekorzystne zmiany ilościowe i jakościowe mikroflory jelitowej wywołane stosowaniem terapii antybiotykowej, terapii inhibitorami pompy protonowej, niewłaściwą dietą czy procesem zapalnym mogą tworzyć warunki wspierające nadmierne namnażanie *Clostridium difficile* [3,4,5,18]. Jednak głównym czynnikiem ryzyka jest antybiotykoterapia. Dotyczy to przede wszystkim leków przeciwdrobnoustrojowych, zwłaszcza o szerokim spektrum działania, z grupy fluorochinolonów, cefalosporyn oraz klindamycyny [4,6]. Rozwojowi CDAD sprzyja również hospitalizacja lub pobyt w zakładach leczniczo-opiekuńczych oraz opiekuńczych, wiek ≥ 65 lat, inhibitory pompy protonowej, chemioterapia, immunosupresja, stosowanie inwazyjnych procedur medycznych, takich jak cewnikowanie, mechaniczna wentylacja, żywienie pozajelitowe, karmienie dojelitowe poprzez sondę, zabiegi chirurgiczne w obrębie jamy brzusznej, obciążenie innymi chorobami (np. niewydolność nerek, choroba wrzodowa, nieswoiste zapalenia jelit), otyłość, cukrzyca, niedożywienie [3,18,19].

Specyfika zakażeń *Clostridium difficile* w wieku podeszłym

Jednym z istotnych czynników ryzyka występowania CDAD jest podeszły wiek [20]. Fakt ten znajduje potwierdzenie w dostępnych doniesieniach, z których wynika, iż osoby w wieku ≥ 65 lat aż 20 razy częściej zapadają na to schorzenie niż osoby w wieku < 20 lat [6]. W roku 2011 w USA na ogólną liczbę odnotowanych przypadków występowania CDAD, tj. 453 000, aż 259 800 wystąpiło u osób w wieku 65 i więcej lat, natomiast śmiertelność towarzysząca występowaniu *Clostridium*

difficile w tej grupie wiekowej wyniosła 55,1 na 100 000 [21]. W Europie w badaniu prowadzonym w placówkach intensywnej opieki w okresie od 13 maja do 1 października 2013 r., zakażenia wywołane przez *Clostridium difficile* wystąpiły u 65% pacjentów w wieku ≥ 65 lat [22]. Ogólnokrajowe dane przedstawione w wyżej powołanych raportach Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego wskazują, iż w roku 2014 CDAD u osób w wieku podeszłym wystąpiło 4310 razy, co stanowi 67% przypadków ogółem, zaś w roku 2015 było to odpowiednio 6198 i 69% [14,15]. Jeżeli chodzi o obserwacje dokonane podczas badań naukowych w polskich placówkach medycznych, to w latach 2009–2011 w Centrum Medycznym w Łańcucie 68% pacjentów, u których rozpoznano CDAD, było w wieku powyżej 65 lat, zaś w Klinicznym Oddziale Chorób Zakaźnych i Hepatologii w Bytomiu ŚUM w Katowicach w roku 2014 na 24 pacjentów hospitalizowanych z powodu CDAD tylko sześciu miało poniżej 65 lat [16,23]. Wiek ≥ 65 jest również czynnikiem, który zwiększa ryzyko nawrotów ciężkiego przebiegu, a także śmierci. Liczba nawrotów CDAD u pacjentów w podeszłym wieku może wynosić od 30 do 74%, natomiast poziom zgonów pacjentów w tym przedziale wiekowym, hospitalizowanych z powodu zakażenia *Clostridium difficile*, sięga od 16 do aż 90% [5,16,18,23]. Niezależnie od czynników narażających organizm na działanie patogenu jeszcze raz należy podkreślić, że aby nastąpił rozwój zakażenia, czynniki ochronne gospodarza, takie jak fizjologiczna flora pokarmowa, ochronna rola śliny, soku żołądkowego, żółci, sprawna motoryka przewodu pokarmowego oraz system miejscowej ochrony immunologicznej przewodu pokarmowego związany z tkanką limfatyczną jelit (GALT – *Gut associated lymphoid tissue*), muszą zostać w znaczny sposób osłabione [24]. W przypadku osób w podeszłym wieku osłabienie funkcji ochronnych organizmu, a zwłaszcza sprawności układu immunologicznego, wynika z charakterystycznego dla tej grupy pacjentów zjawiska wielochorobowości. W piśmiennictwie akcentuje się, iż u osób w podeszłym wieku właściwie trudno jest ustalić granice pomiędzy zdrowiem a chorobą, natomiast powszechne jest występowanie wielu jednostek chorobowych jednocześnie (wielochorobowość), a z wiekiem lista tych chorób staje się coraz dłuższa [25]. Współwystępowanie różnych jednostek chorobowych u osób w podeszłym wieku powoduje między innymi konieczność częstej hospitalizacji, stosowania wielu leków, w przypadku chorób infekcyjnych stosowania antybiotykoterapii, częstego stosowania inwazyjnych technik medycznych [3,18]. W połowie populacji osób w wieku podeszłym diagnozuje się trzy choroby przewlekłe lub więcej, a wielochorobowość jest przyczyną wysokiej śmiertelności i niesprawności pacjentów geriatrycznych [26]. Z cytowanych przez B. Gryglewską badań Polsenior wynika, iż 63% osób w podeszłym wieku, chorych leczonych ambulatoryjnie, uskarża się na trzy lub więcej dolegliwości [27]. Z danych ogólnokrajowych zebranych i opracowanych przez GUS wynika, iż na jedną osobę z grupy 60–69 lat przypadało tylko 3,1 chorób przewlekłych czy dolegliwości, wśród siedemdziesięciolatków już 4,1, a wśród osób najstarszych –

4,5 [1]. Z dostępnej literatury wynika, iż w Polsce chorobami współistniejącymi u pacjentów geriatrycznych z zakażeniem *Clostridium difficile* są przede wszystkim choroby układu krążenia oraz cukrzyca, udar mózgu, przewlekła niewydolność nerek, niedoczynność tarczycy, wrzody żołądka lub dwunastnicy, zapalenie płuc [16,18].

Wskazana wyżej konieczność częstszej hospitalizacji pacjentów geriatrycznych z powodu wielochorobowości, powoduje narażenie ich na przebywanie w otoczeniu często skolonizowanym przez bakterię *Clostridium difficile*. Badania dowodzą, iż u osób leczonych w szpitalach nosicielstwo tego patogenu zwiększa się o 16–35%, wzrasta ono proporcjonalnie do długości pobytu w placówce leczniczej, czasu kuracji antybiotykowej i wielokrotności hospitalizacji. Prawie 30% zarażonych pacjentów wykazuje objawy CDAD [3,4,6,19]. Piśmiennictwo naukowe wskazuje też, że jednostkami organizacyjnymi szpitali, w których najczęściej dochodzi do zakażeń, są oddziały i kliniki o specjalności intensywnej terapii. [19,28]. Za główne rezerwuary patogenów uważa się osoby zakażone i przedmioty użytkowe, takie jak: klamki drzwi, toalety, umywalki, baseny, kabiny prysznicowe, armatura, pościel, aparatura i urządzenia szpitalne [6,7,28]. Ważnym czynnikiem sprzyjającym rozwojowi zakażeń *Clostridium difficile* są warunki hospitalizacji. Należy przez nie rozumieć stan wyposażenia szpitala w urządzenia sanitarne, liczbę pacjentów na sali chorych, możliwość przenoszenia patogenów na rękach personelu. Z badania przeprowadzonego przez Dulny i wsp. wynika, iż bardziej narażeni na wystąpienie CDAD są pacjenci korzystający ze wspólnego WC i pacjenci wymagający wykonania toalety przez personel medyczny [19]. Jest to szczególnie ważna obserwacja w przypadku pacjentów w wieku ≥ 65 lat, ponieważ ta grupa chorych ze względu na upośledzenie układu ruchu czy wystąpienie innych deficytów wynikających ze zjawiska wielochorobowości najczęściej wymaga wykonania zabiegów higienicznych przez personel medyczny.

Postępowanie lecznicze w zakażeniach *Clostridium difficile*

Standardowe metody leczenia zakażeń *Clostridium difficile* polegają na podaniu doustnym metronidazolu lub wankomycyny, zdarza się, że w przypadkach CDAD zagrażających życiu podawane są oba te antybiotyki jednocześnie. Zalecane jest także stosowanie fidaksomycyny jako środka o ograniczonym negatywnym wpływie na florę bakteryjną, o podobnej skuteczności klinicznej jak wankomycyna i mniejszym ryzyku nawrotu zakażenia niż w przypadku innych antybiotyków. Rzadziej stosowanymi antybiotykami są teikoplanina i rifaxymina. Rifaxymina stosowana jest w skojarzeniu z wankomycyną w leczeniu nawrotów CDAD, jednakże odnotowano narastającą podczas leczenia oporność bakterii na ten antybiotyk. W przypadku pacjentów w wieku ≥ 65 z leukocytozą $>20000/\text{mm}^3$ oraz podwyższonym poziomem mleczanów z ciężkim zakażeniem wymagającym pobytu w OIT

należy zastosować leczenie chirurgiczne. Leczenie to stosuje się także w przypadku rozwoju niedrożności, toksycznego rozdęcia okrężnicy i perforacji jelita [6,29]. Duże nadzieje wiąże się z wprowadzeniem do leczenia w niedalekiej przyszłości nowego fluorochinolono-oksazolidynowego antybiotyku cadazolid. Preparat ten ma charakteryzować się dobrą skutecznością, bardzo niskim potencjałem wywoływania lekooporności i dobrą tolerancją wśród pacjentów. Prowadzone są też zaawansowane prace nad szczepionką wzmacniającą odpowiedź odpornościową, w celu zobojętnienia organizmu na działanie toksyn [29]. Jeżeli chodzi o alternatywne metody leczenia, to coraz częściej w przypadku nawrotów zakażenia stosuje się transfer flory jelitowej wyizolowanej z próbki kału zdrowego dawcy (FMT – *fecal microbiome transplantation*). Metoda ta ma tę wadę, iż istnieje duże prawdopodobieństwo przeniesienia innych patogenów dawcy flory bakteryjnej do organizmu biorcy [4,29].

Profilaktyka zakażeń *Clostridium difficile*

Zapobieganie zakażeniom *Clostridium difficile* opiera się na racjonalnej antybiotykoterapii, właściwie wykonywanej higienie rąk, ścisłym przestrzeganiu przez personel medyczny zasad aseptyki i antyseptyki, dezynfekcji środowiska szpitalnego środkami wykazującymi działanie na endospory, wczesnym i wiarygodnym rozpoznaniem CDAD u pacjenta oraz izolacji zakażonych osób. W przypadku pacjentów w wieku ≥ 65 racjonalna antybiotykoterapia jest utrudniona ze względu na zjawisko wielochorobowości, a w przypadku pacjentów leczonych w OIT odstawienie antybiotyku może być bardzo trudne lub zgoła niemożliwe. Z części doniesień wynika, że podczas terapii antybiotykowej osób starszych można w celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia CDAD podawać pacjentom probiotyki zawierające szczepy *Saccharomyces boulardii*, *Lactobacillus casei* DN-114 001, *L. rhamnosus* E/N i *L. rhamnosus* Oxy. Praktyka ta nie jest jednak zalecanym standardem postępowania, ponieważ brak jest 100% potwierdzenia obniżenia liczby zakażeń na skutek stosowania probiotyku [3,6,30]. Właściwa higiena rąk to najskuteczniejsza metoda zapobiegania zakażeniom poprzez przerywanie łańcucha przenoszenia czynników zakażeń przez personel medyczny. Nie należy bezkrytycznie ufać ochronnym właściwościom rękawic jednorazowego użytku, tylko rutynowo stosować całą procedurę: mycie higieniczne, dokładne suszenie, dezynfekcję poprzez wcieranie preparatu dezynfekcyjnego. Jednakże w przypadku wykrycia obecności *Clostridium difficile* należy myć ręce ciepłą wodą i mydłem, a po umyciu rąk dokładnie je osuszyć. Nie należy stosować tu preparatów alkoholowych jako podstawowych środków higieny rąk ze względu na ich nieskuteczność w stosunku do endospor. Jedynie preparaty z chlorheksydyną mogą usuwać znaczną część endospor z powierzchni skóry [5,31,32]. Ważnym zagadnieniem w zakresie profilaktyki zakażeń jest umieszczanie pacjentów z grupy ryzyka w salach jedno- lub dwułożkowych z własnym węzłem sanitarnym. Ogranicza to znacznie ryzyko rozprzestrzenienia się endospor i zmniejsza kubaturę pomieszczeń,

w których należy stosować szczególne środki dezynfekcji w przypadku wystąpienia kolonizacji patogenem. Przy pielęgnacji pacjenta z grupy ryzyka i w przypadku gdy istnieje ryzyko kontaktu z wydzielinami, płynami ustrojowymi należy bezwzględnie używać rękawic ochronnych i jednorazowych fartuchów. Pościel i inna bielizna szpitalna powinny być i najczęściej są poddawane procesowi prania z dezynfekcją chemiczno-termiczną w wyspecjalizowanych zakładach świadczących usługi pralnicze. Natomiast odzież ochronna personelu jest najczęściej prana w warunkach domowych, praktyka taka nie budzi zastrzeżeń, jeżeli stosowana jest odpowiednio wysoka temperatura przy odpowiednio długim czasie prania, wówczas skuteczność tego procesu powinna odpowiadać rezultatom osiąganym przez zakłady pralnicze [3,19,32]. W dezynfekcji środowiska szpitalnego, jeżeli chodzi o pomieszczenia, badania wskazują na znaczną skuteczność promienników UV-C w zmniejszeniu kontaminacji powierzchni endosporami. Natomiast w przypadku nasilenia występowania CDAD należy zastosować dekontaminację z użyciem nadtlenku wodoru w formie pary (HPV – *hydrogen peroxide vapor*), który jest środkiem o wysokiej skuteczności biobójczej zarówno wobec form wegetatywnych, jak i endospor. Wadą tej metody jest jej koszt oraz czas takiej dekontaminacji, tj. 3–5 godzin. Z tych powodów najczęściej stosuje się dezynfekcję środkami zawierającymi wolny chlor w stężeniu 5000 PPM, niższe stężenia mogą nie mieć odpowiedniej skuteczności. Natomiast sprzęt medyczny oraz przedmioty używane przez pacjenta powinny być poddane dekontaminacji z użyciem 2% roztworu aldehydu glutarowego, 0,55% orto-phtalaldehydu, 0,26% kwasu nadoctowego [6,28,32]. Jeżeli chodzi o izolację pacjenta z CDAD, to celem takiego postępowania jest izolacja źródła zakażenia i przerwanie dróg zakażenia. Szczegółowy opis organizacji izolatki czy słuzy umywalkowo-fartuchowej wykracza poza ramy niniejszego opracowania, natomiast ważne jest, aby osoba zakażona była izolowana od innych pacjentów do około 48 godzin od momentu ustąpienia biegunki. Jednakże ze względu na to, że toksyny i endospory mogą występować w kale osób, u których objawy już ustąpiły, dlatego z powodu coraz częstszego występowania szczepów hiperepidemicznych należy rozważyć permanentną izolację pacjenta przez cały okres pobytu w szpitalu [3,6].

Podsumowanie

Problemy wieku podeszłego, nasilające się wraz z procesem starzenia, takie jak uogólniony spadek wydolności narządowej, przewodnictwa nerwowo-mięśniowego procesów metabolicznych, zmniejszenie wody w organizmie oraz niedożywienie białkowo-energetyczne, powodują, iż osoby powyżej 65. roku życia są szczególnie narażone na zakażenie *Clostridium difficile*, a przebieg tych zakażeń jest u nich ciężki, poważnie wyniszczający organizm [4,24,33]. Wzrost liczby osób w podeszłym wieku w populacji ogółem oraz wzrost liczby i częstości zakażeń *Clostridium difficile* powodują, iż zjawisko to urasta do rangi poważnego problemu dla instytucji

zajmujących się zdrowiem publicznym. Koszty ekonomiczne i społeczne występowania CDAD narzucają konieczność ścisłego przestrzegania procedur ograniczających rozprzestrzenianie się tego patogenu i poszukiwania nowych metod leczenia [5,29]. W przypadku pacjentów geriatrycznych, gdzie ze względu na zjawisko wielochorobowości racjonalna antybiotykoterapia jest znacznie utrudniona, szczególnie znaczenia nabierają pozostałe sposoby ograniczania ryzyka występowania zakażeń *Clostridium difficile*, takie jak zachowanie zasad higieny, zarówno w placówkach medycznych, jak i opiekuńczych, umieszczanie osób starszych w salach jedno- lub dwuosobowych z własnym węzłem sanitarnym oraz skuteczna izolacja pacjentów z objawami CDAD.

Bibliografia

1. Główny Urząd Statystyczny. Ludność w wieku 60+. Struktura demograficzna i zdrowie. Notatka została przygotowana na posiedzenie Sejmowej Komisji Polityki Senioralnej dotyczące „Informacji Ministra Zdrowia na temat wpływu zmian demograficznych i starzenia się społeczeństwa na organizację systemu ochrony zdrowia i Narodowy Program Zdrowia” (w dniu 19.02.2016 r.) [online] [cyt. 31.01.2017]. Dostępny na URL: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-w-wieku-60-struktura-demograficzna-i-zdrowie,24,1.html>
2. Abramowska-Kmon A. O nowych miarach zawansowania procesu starzenia się ludności. *Stud Demo* 2011; 1(159): 19.
3. Infekcje *Clostridium difficile* niedoceniane w aspekcie klinicznym i epidemiologicznym. Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych. Epidemiologicznych Zeszyt XI, Katowice 2012: 6–49.
4. Mehlich A, Górska S, Gamian A, Myc A. Wybrane aspekty zakażeń *Clostridium difficile*. *Po-
pstep Hig Med Dosw* 2015; 69: 598–611.
5. Joško-Ohojska J, Spandel L. Zakażenia *Clostridium difficile* jako problem zdrowia publicznego. *Probl Hig Epidemiol* 2014; 95(3): 568–573.
6. Hryniewicz W, Martirosian G, Ozorowski T. *Zakażenia Clostridium difficile. Diagnostyka, terapia, profilaktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Narodowy Instytut Leków; 2011: 7–14.
7. Pietrzak AM. Zakażenia *Clostridium difficile* o ciężkim przebiegu. *Post Nauk Med* 2014; XXVII (1): 41–45.
8. Pituch H, Bakker D, Kuijper E. First isolation of *Clostridium difficile* PCR-ribotype 027/toxinotype III in Poland. *Pol J Microbiol* 2008; 57: 267–268.
9. Miller BA, Chen LF, Sexton DJ, et al. Comparison of the burdens of hospital-onset, healthcare facility-associated *Clostridium difficile* infection and of healthcare-associated infection due to methicilin-resistant *Staphylococcus aureus* in community hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2011; 32: 387–390.
10. Healthcare-associated Infections (HAI) Progress Report | HAI | CDC [online] [cyt. 30.01.2017]. Dostępny na URL: <https://www.cdc.gov/hai/surveillance/progress-report>

11. Collins DA, Hawkey PM, Riley TV. Epidemiology of clostridium difficile infection in Asia. *Antimicrob Resist Infect Control* 2013; 2: 21.
12. Clements AC, Magalhães RJ, Tatem AJ, Paterson DL, Riley TV. Clostridium difficile PCR ribotype 027: assessing the risks of further worldwide spread. *Lancet Infect Dis* 2010; 10: 395–404.
13. Davies KA, Longshaw CM, Davis GL, et al. Under diagnosis of Clostridium difficile cross Europe: the European, multicentre, prospective, biannual, point-prevalence study of Clostridium difficile infection in hospitalised patients with diarrhoea (EUCLID). *Lancet Infect Dis* 2014; 14: 1208–1219.
14. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny – Zakład Epidemiologii, Główny Inspektorat Sanitarny – Departament Zapobiegania oraz Zwalczania Zakażeń i Chorób Zakaźnych u Ludzi, Choroby Zakaźne i Zatrucia w Polsce w 2014 r. [online] [cyt. 30.01.2017]. Dostępny na URL: http://www.wold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2014/Ch_2014.pdf
15. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny – Zakład Epidemiologii, Główny Inspektorat Sanitarny – Departament Zapobiegania oraz Zwalczania Zakażeń i Chorób Zakaźnych u Ludzi, Choroby Zakaźne i Zatrucia w Polsce w 2015 r. [online] [cyt. 30.01.2017]. Dostępny na URL: http://www.wold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2015/Ch_2015.pdf
16. Stolarz W, Sobala-Szczygieł B, Piotrowski D, Kępa L, Oczko-Grzesik B, Boroń-Kaczmarska A. Analiza epidemiologiczna-kliniczna zakażeń Clostridium difficile u chorych hospitalizowanych z tego powodu w Oddziale Chorób Zakaźnych w Bytomiu. *Przegl Epidemiol* 2015; 69: 857–860.
17. Kutty P, Woods C, Sena A, et al. Risk factors for and estimated incidence of community-acquired Clostridium difficile infection, North Carolina, USA. *Emerg Infect Dis* 2010, 16, 197–204.
18. Ulatowska A, Bączyk G, Plagens-Rotman K, Miechowicz I, Pawlaczyk M, Józwiak A. Analiza częstości występowania Clostridium difficile wśród pacjentów geriatrycznych. *Geriatrics* 2015; 9: 96–101.
19. Dulny G, Zalewska M, Młynarczyk G. Analiza czynników ryzyka zakażeń Clostridium difficile u pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu Klinicznym w roku 2008. *Przegl Epidemiol* 2013; 67: 547–551.
20. Chandra S, Thapa R, Marur S, et al. Validation of a clinical prediction scale for hospital-onset Clostridium difficile infection. *J Clin Gastroenterol* 2014; 48(5): 419–422.
21. Lessa FC, Mu Y, Bamberg WM, Beldavs ZG, Dumayati GK, Dunn JR. Burden of Clostridium difficile Infection in the United States. *N Engl J Med* 2015; 372; 9: 825–834.
22. Van Dorp SM, Kinross P, Gastmeier P, Behnke M, Kola A, Delmée M, et al. Standardised surveillance of Clostridium difficile infection in European acute care hospitals: a pilot study, 2013. European Clostridium difficile Infection Surveillance Network (ECDIS-Net) on behalf of all participants [online] [cyt. 30.01.2017]. Dostępny na URL: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=22540>
23. Musz-Kawecka M, Hawro M, Golec K. Choroba związana z Clostridium difficile u pacjentów hospitalizowanych w Centrum Medycznym w Łańcucie – badanie retrospektywne. *Prz Med Univ Rzesz Inst Leków* 2013; 3: 342–355.
24. Biesiada G, Czepiel J, Salamon D, Mach T, Garlicki A. Zachorowanie na biegunkę infekcyjną w starszym wieku. *Gerontol Pol* 2012; 20(1): 8–11.

25. Niechwiadowicz-Czapka T. *Problemy zdrowotne i psychospołeczne osób w starszym wieku*. W: Niechwiadowicz-Czapka T, Klimczyk A, red. *Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa geriatrycznego*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo; 2010: 12.
26. Piotrowicz K. Opieka ukierunkowana na starszego pacjenta z wielochorobowością – podejście zaproponowane przez Panel Ekspertów Amerykańskiego Towarzystwa Geriatrycznego. *Gerontol Pol* 2013; 21: 63–72.
27. Gryglewska B. Trudności w leczeniu starszych chorych z wielochorobowością. Komentarz do artykułu: Opieka ukierunkowana na starszego pacjenta z wielochorobowością – podejście zaproponowane przez Panel Ekspertów Amerykańskiego Towarzystwa Geriatrycznego. *Gerontol Pol* 2013; 21: 73–74.
28. Hryniewicz W, Kusza K, Ozorowski T, Misiewska-Kaczur A, Fleischer M, Trejnowska E, Depułta A. Strategia zapobiegania lekooporności w oddziałach intensywnej terapii. Warszawa: Narodowy Instytut Leków; 2013: 6–48.
29. Martirosian G. Zakażenia *Clostridium difficile* – aktualny punkt widzenia. *Aktualności Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków* 2015; 4: 1–5.
30. Szajewska H. Probiotyki w Polsce – kiedy, jakie i dlaczego? *Gastroenterol Klin* 2010; 2(1): 1–9.
31. Mączyńska A. *Podstawy strategii WHO*. W: Mączyńska A, red. *Higiena rąk w placówkach medycznych*. Bielsko-Biała: Alfa Medica Press; 2015: 19–25.
32. Pawińska A. *Higiena rąk personelu medycznego*. W: Pawińska A, red. *Profilaktyka zakażeń szpitalnych – bezpieczeństwo środowiska szpitalnego*. Bielsko-Biała: Alfa Medica Press; 2011: 162–179.
33. Różowicz A, Rzepka A, Jakubczyk M, Kędziora-Kornatowska K, Kusza K. Tolerancja żywienia dojelitowego wśród pacjentów w starszym wieku na oddziale intensywnej terapii. *Gerontol Pol* 2013; 21(3): 83–88.

Adres do korespondencji:

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

Bepanthen® Baby

Z MYŚLĄ O POTRZEBACH SKÓRY DZIECI

REKOMENDOWANY

0-36 MIESIĘCY



OCHRONA I REGENERACJA

Wsparcie naturalnych procesów regeneracji przeciw odparzeniom



REGENERACJA:
Prowitamina B5
wspiera
procesy regeneracyjne



BARIERA OCHRONNA:
Lanolina tworzy
na skórze oddychającą
barierę ochronną



Wsparcie regeneracji
podrażnionych
brodawek sutkowych
w czasie karmienia



ISBN 978-83-941154-5-6
978-83-945942-5-1