



Państwowa Medyczna
Wyższa Szkoła Zawodowa
w Opolu



Patronat
Marszałka Województwa Opolskiego

Wybrane aspekty opieki pielęgniarstwa i położniczej w różnych specjalnościach medycyny

T. 6

pod redakcją
Joanny Siekierki
Małgorzaty Zimnowody
Danuty Żurawickiej

Opole 2018



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

Tom 6



Państwowa Medyczna
Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Wybrane aspekty opieki pielęgniarstwa i położniczej w różnych specjalnościach medycyny

Tom 6

Pod redakcją:
Joanny Siekierki, Małgorzaty Zimnowody, Danuty Żurawickiej

Opole 2018

Recenzenci:

Prof. Konstanty Bugaiewsky
Dr hab. n. med. Donata Kurpas, prof. nadzw.

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

❖ Studio IMPRESO Przemysław Biliczak

Patronat Honorowy



MARSZAŁEK
Województwa Opolskiego
Andrzej Buła

© Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu 2018

ISBN 978-83-941154-6-3

ISBN 978-83-949688-2-3

Wydawcy:

Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

ul. Katowicka 68, 45-060 Opole

tel. 77 44 23 524, 77 44 23 546

www.pmwsz.opole.pl

❖ **Studio IMPRESO**

ul. Plebiscytowa 82, 45-360 Opole

tel. 77 550 70 50

www.impreso.studio

Ark. wyd.: 13,5 • ark. druk.: 15,5 • nakład: 300 egz.

Spis treści

Wprowadzenie	9
Dorota Fryc, Dorota Ćwiek, Krystyna Czechowska Jestem położną – prowadzę fizjologiczną ciążę	11
Patrycja Krawczyk Rola wybranych składników mineralnych w ciąży	19
Małgorzata Inglot Toksoplazmoza w ciąży – diagnostyka i leczenie	27
Anna Marek, Cecylia Jendyk Jedno cięcie czy zawsze cięcie? Poród drogami natury po przebytych cięciach cesarskich	31
Ewa Tobor, Maria Litera Pre- i postnatalny wpływ dotyku na jakość życia noworodka	41
Iwona Łuczak, Danuta Żurawicka, Małgorzata Zimnowoda, Zofia Wojdyła Opieka nad noworodkiem z nieinwazyjnym wspomaganie oddechu ...	49
Alina Kowalczykiewicz-Kuta Kamienie milowe we wczesnej ocenie rozwoju dziecka	57
Emilia Lichtenberg-Kokoszka Specyfika funkcjonowania dziecka osieroconego we wczesnym okresie noworodkowym	73
Jerzy Jabłecki, Tobiasz Szajerka Przeczep macicy – stan obecny i perspektywy rozwoju	81

Grzegorz Głąb	
Przesiewowe badanie kolposkopowe z zastosowaniem	
Mobile ODT EVA System	87
Grzegorz Głąb	
Mikrohisteroskopia jako złoty standard w diagnozowaniu	
patologii jamy macicy	91
Cecylia Jendyk	
Alkoholizm na szpilkach – czyli jak piją kobiety	97
Anna Materac, Anna Gryboś, Marian Gryboś	
Życie seksualne kobiet po operacjach onkologicznych	105
Danuta Żurawicka, Małgorzata Zimnowoda, Iwona Łuczak, Zofia Wojdyła	
Profilaktyka raka piersi w opinii studentek położnictwa i położnych ...	115
Sabina Wiatkowska, Jarosław Czepczarz	
Rola pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej	
w procesie starzenia się społeczeństwa	121
Małgorzata Kozak	
Pozainstytucjonalne formy wsparcia osób starszych	
i niepełnosprawnych realizowane w Opolu	133
Zofia Winiarska-Kosakowska	
Problem błędów przedlaboratoryjnych w procesie diagnostycznym	141
Marta Berghausen-Mazur, Małgorzata Czyżewska	
Opieka nad noworodkiem przedwcześnie urodzonym	
w warunkach POZ	149
Zuzanna Lukas, Anna Spoida, Anna Sroślak, Paulina Staniek, Daniel Stajszyk, Anna Klimczyk	
Opieka pielęgniarska nad pacjentką po amputacji kończyny	
w przebiegu stopy cukrzycowej w środowisku domowym	169
Edyta Hajduk, Teresa Niechwiadowicz-Czapka	
Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentką z reumatoidalnym zapaleniem	
stawów w środowisku domowym na podstawie opisu przypadku	179

-
- Grzegorz Han, Alicja Ulman
Edukacja pielęgniarska w przebiegu leczenia chorych na raka stercza i jąder w Poradni Urologicznej i Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Prudniku w latach 2011–2017195
- Teresa Niechwiadowicz-Czapka, Mariola Wojtal
Uzależnienie od alkoholu jako problem całej rodziny207
- Wojciech Chojnowski, Joanna Siekierka
Opieka pielęgniarska nad hospitalizowanym pacjentem ze schizofrenią paranoidalną – opis przypadku215
- Mariola Wojtal, Anna Klimczyk, Teresa Niechwiadowicz-Czapka, Ewa Radwańska, Agnieszka Wolińska-Grabowska
Plany zawodowe studentów III roku kierunku Pielęgniarstwo Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu oraz Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nysie237

Wprowadzenie

„Nie zgadzaj się na to, że jesteś chory.
Nigdy nie mów ludziom, że jesteś chory.
Nigdy do tego nie przyznawaj się sam sobie.
Choroba jest jedną z tych rzeczy,
którym od początku trzeba się z zasady przeciwstawić”.

Hipokrates

Żadna choroba dzisiaj to nie ostateczny wyrok. Współczesna medycyna – jak nigdy dotąd – oferuje szerokie spektrum środków, które są w stanie uleczyć lub przynajmniej w znacznym stopniu ograniczyć niemal wszystkie dolegliwości. Na dodatek każdy kolejny dzień przynosi nowe możliwości w tej mierze.

Z drugiej strony postęp cywilizacyjny – paradoksalnie – przyczynia się do coraz częstszego występowania chorób, z którymi – wydawało się – ludzkość już się uporała, albo zdeterminowanych właśnie przez czynniki cywilizacyjne. Postęp nie tylko daje nadzieję, przynosi też nowe zagrożenia: dodatkowo odkrywa niebezpieczeństwa dotychczas niewykrywalne.

Walka z chorobą to nie jednorazowa bitwa, lecz długotrwała wojna na wyniszczenie. Dysponując arsenałem różnych środków farmakologicznych, we współczesnej medycynie zmierzamy do totalnej eliminacji zagrożenia. Jednak często zapominamy, że nie tylko ostrzał ciężkiej artylerii – w tym wypadku medykamentów, decyduje o losach walki. Nie mniej istotna jest codzienna pielęgnacja chorego, jego higieniczny tryb życia, kondycja psychiczna. To bardzo szeroki asortyment działań wspomagających leczenie chirurgiczne czy farmakologiczne.

Niejednokrotnie codzienna, niemal banalna troska o zdrowie fizyczne i psychiczne jest najlepszą receptą na zapobieganie chorobom. Przykładem jest choćby abstynencja matek w ciąży, która przede wszystkim ma ogromne znaczenie dla zdrowia dziecka.

We wszystkich tych aspektach rola pielęgniarki i położnej wydaje się nieoceniona. Dlatego oddajemy w Państwa ręce kolejną pozycję z cyklu „Wybrane aspekty opieki pielęgniarstwiej i położniczej w różnych specjalnościach medycyny”. W tegorocznej monografii przedstawiamy specyfikę opieki pielęgniarstwiej i położniczej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, która w ostatnich latach podlega nieustan-

nym zmianom. Uchwalona przez Sejm RP Ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej z dnia 27 października 2017 roku wprowadza skoordynowaną opiekę medyczną i zmienia sposób jej finansowania, w związku z czym budzi wiele kontrowersji i obaw środowiska pielęgniarskiego, jak i lekarskiego, ale równocześnie czyni POZ rzeczywistą podstawą systemu ochrony zdrowia. Ten sektor ochrony zdrowia charakteryzuje się bliską relacją z rodziną, pozwalającą na rozpoznanie jej problemów zdrowotnych i społecznych. Podmiotem opieki w podstawowej opiece zdrowotnej jest pacjent i jego rodzina, zarówno w zdrowiu, jak i chorobie, człowiek od chwili urodzenia do późnej starości. Opieka nad pacjentem w różnych okresach życia opiera się na współpracy zespołu interdyscyplinarnego, w skład którego wchodzi nie tylko pracownicy medyczni, jak: lekarze, pielęgniarki, położne, diagnosty laboratoryjni, dietetycy, ale również pracownicy sektora opieki społecznej, psychoterapeuci, terapeuci zajęciowi. Nieustanna praca z rodziną i odpowiednio wcześnie rozpoznane problemy poszczególnych jej członków rzutują na skuteczność terapii, a tym samym przyczyniają się do podnoszenia jakości życia. Zmiany zachodzące w POZ są kluczowe dla poprawy sytuacji w ochronie zdrowia, a priorytetem jest zapewnienie dostępności opieki zdrowotnej bliżej miejsca zamieszkania i pracy ludności.

Mamy nadzieję, że przedstawione zagadnienia pozwolą Państwu na pogłębienie wiedzy z zakresu opieki pielęgniarskiej i położniczej świadczonej podopiecznemu i jego rodzinie, zarówno w sytuacji wystąpienia choroby, jak również w zakresie potęgowania i wzmacniania zdrowia.

Redaktorzy:

Joanna Siekierka, Małgorzata Zimnowoda, Danuta Żurawicka

Jestem położną – prowadzę fizjologiczną ciążę

Dorota Fryc, Dorota Ćwiek, Krystyna Czechowska

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

„Jesteśmy na tyle wolni i swobodni,
na ile sami o tym postanowimy”

Joeisten Gaardner

Współczesne kobiety potrzebują pomocy położnej w każdym okresie swojego życia. Wśród wielu profesjonalistów medycznych zaangażowanych w opiekę nad kobietą jest także osoba położnej. Kraje europejskie – i nie tylko – posiadają systemy ochrony zdrowia, w których ta profesja ma swoje integralne miejsce. Jednakże Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zauważa, że w wielu rozwiniętych krajach położne są nieobecne w szeroko pojętej opiece nad kobietą i jej rodziną w okresie okołoporodowym [1]. Okres ten nie odnosi się wyłącznie do krótkich chwil przed porodem i po nim. Swoim zasięgiem obejmuje też między innymi cały czas ciąży. O ile świadczenia położnych na rzecz kobiet rodzących, położnic i/lub noworodków są dość powszechnie przez położne podejmowane, o tyle prowadzenie ciąży przez polską położną jest zjawiskiem wręcz unikalnym w skali naszego kraju.

Na tle innych krajów europejskich, a szczególnie sztandarowej Holandii, polskie położne w znikomym odsetku zajmują się ciężarnymi w ciąży niepowikłanej. Dobra sytuacja zawodowa położnych w Holandii i bezproblemowe podejmowanie aktywności zawodowej związanej z opieką nad ciężarnymi wynika nie tylko z uregulowań prawnych, ale także z postrzegania ciąży, porodu, połogu i laktacji jako procesów fizjologicznych. Takie postrzeganie okresu okołoporodowego jest powszechne zarówno w środowiskach medycznych, jak i w całym społeczeństwie [2]. Położna przyjmuje w przychodni prenatalnej 26–28 kobiet tygodniowo. W 36. tygodniu ciąży organizowane są spotkania, na których omawiane są tematy dotyczące porodu – tak praktyczne, jak i organizacyjne, np. kiedy wezwać położną i jak będzie prowadzony poród [3]. Przykłady podobne Holandii można byłoby mnożyć i wymieniać kolejne kraje, takie jak Francja, Niemcy czy Wielka Brytania [4].

Umocowania prawne zawodu położnej w Polsce, poczynając od Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej [5], po Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego [6] i możliwości, jakie te akty prawne stwarzają, dają położnej szeroki wachlarz opcji objęcia opieką kobiety w ciąży. Do ww. aktów prawnych dodać należy także Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) Nr 125/2016/DSOZ [7], które – mając swoje podstawy w aktach prawnych wyższej rangi – otwiera środowisku zawodowemu położnych rozległą przestrzeń do praktykowania.

Jakie działania umożliwiają położnym uprawnienia nadane przez prawodawcę w kontekście prowadzenia fizjologicznej ciąży? Zaczynając od Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, będącej najwyższym rangą zawodowym aktem prawnym dla tego środowiska, położna jest uprawniona do rozpoznawania ciąży, sprawowania opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej oraz prowadzenia w określonym zakresie badań niezbędnych do monitorowaniu tejże ciąży. Ponadto położna może i powinna kierować na badania konieczne do jak najwcześniejszego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka [8]. Za wspomnianą Ustawą podąża Zarządzenie Prezesa NFZ, w którym możemy przeczytać o warunkach zawierania i realizacji umów z położnymi w zakresie prowadzenia fizjologicznej ciąży. Z omawianych aktów prawnych wynika wprost uprawnienie położnej do realizowania tak świadczeń opłacanych ze środków publicznych, jak i komercyjnych w zakresie opieki nad zdrową ciężarną.

Innym ciągle obowiązującym aktem prawnym – prawdopodobnie do końca pierwszego kwartału roku 2018 – są Standardy opieki okołoporodowej. W rozporządzeniu tym znajdują się wytyczne co do zalecanego zakresu świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych wykonywanych u kobiet w okresie ciąży wraz z okresami ich przeprowadzania. Ów zakres świadczeń jest precyzyjnie określony w zależności od osoby prowadzącej fizjologiczną ciążę – położnej czy lekarza. Rozporządzenie to, które w roku bieżącym zmieni swój status prawny i stanie się standardem organizacyjnym opieki okołoporodowej, wytycza ścieżki postępowania dla świadczeniodawcy – w tym położnej opiekującej się kobietą w niepowikłanej ciąży. Jest to narzędzie i przewodnik wyznaczający z wizyty na wizytę wymagane i zalecane badania, konsultacje i postępowanie z ciężarną [9].

Przy tak dobrych umocowaniach prawnych położne nie podejmują się jednak prowadzenia fizjologicznej ciąży. Co może być przeszkodą i utrudnieniem dla tego rodzaju praktyki i rezygnacji z przysługujących możliwości, a co za tym idzie – braku poszerzenia zakresu praktykowania i rozwoju? Odpowiedzi na powyższe pytania należy poszukiwać nie tylko w systemie prawnym dotyczącym zawodu położnej, ale także w postrzeganiu ciąży przez medycynę, jej przedstawicieli i same kobiety. Poglądy kobiet w dużej mierze kształtowane są przez osoby sprawujące nad nimi opiekę okołoporodową (czyli w większości lekarzy), przez media wciąż epatujące od-

biorców przekazu jedynie tragicznymi przypadkami czy też różnego rodzaju fora internetowe, podające często nienaukową wiedzę. Wszystkie powyższe elementy przekazu docierającego do potencjalnych świadczeniobiorców bezpośrednio składają się na niską gotowość samych kobiet do korzystania z usług położnych [10]. Jednakże położne posiadają w ręce gotowe narzędzie przeciwdziałania temu sprofilowanemu przekazowi. Otrzymały prawną możliwość edukacji kobiet oczekujących dziecka od 21. tygodnia ciąży aż do jej zakończenia. Co więcej, świadczenie to jest refundowane przez NFZ [11]. Jest to więc możliwość nie tylko opieki w ramach edukacji przedporodowej, ale również dostępny sposób i miejsce promowania własnego zawodu wraz z jego możliwościami w kontekście prowadzenia fizjologicznej ciąży. W latach 2009–2010 w województwie zachodniopomorskim wśród 150 wybranych losowo kobiet przeprowadzono badania dotyczące między innymi zapotrzebowania na opiekę sprawowaną przez położną nad ciężarną kobietą. Szerszą wiedzę na temat różnych możliwości korzystania z usług położnych miały przede wszystkim te kobiety, które wcześniej miały już kontakt z osobą położnej. Analiza zmiennej – w kontekście wiedzy respondentek co do samodzielnego charakteru zawodu położnej – jaką był wcześniejszy kontakt kobiety z położną, wykazała statystycznie istotność ($p < 0,05$). Również świadomość tego, że położna może opiekować się kobietami w fizjologicznej ciąży, była wyraźnie wyższa u badanych wcześniej kontaktujących się z grupą zawodową położnych niż u kobiet bez osobistego kontaktu z przedstawicielkami tego zawodu (odpowiednio: 63,53% w grupie pierwszej oraz 48,28% w drugiej). Nie potwierdzono jednak, by występowała statystycznie istotna zależność między poglądami ankietowanych w tym zakresie, a ich wcześniejszym zetknięciem się z położną ($p > 0,05$). Na podstawie przytoczonych wyników badań można wnioskować, że tym więcej kobiet skorzysta z opieki położnych w ciąży, im bardziej samo środowisko położnych będzie promować swój zawód i wychodzić z własnymi inicjatywami. Mimo braku wiedzy powszechnej wśród polskiego społeczeństwa odnośnie do samodzielnich kompetencji położnych – w tym prowadzenia ciąży – respondentki niniejszego badania twierdziły, że chętnie korzystałyby z wizyt położnej w trakcie ciąży, m.in. u nich w domu. Odpowiedzi takiej udzieliło w ww. badaniu 48% respondentek. Co więcej, kobiety same stwierdzały, że w ten sposób można byłoby ograniczyć liczbę wizyt u lekarza – uważało tak 33%. Jedynie 12% wolało skorzystać z wizyty lekarskiej, a 7% nie widziało potrzeby tworzenia takiego świadczenia [12].

W opiece okołoporodowej widoczny jest również coraz większy rozdzźwięk pomiędzy dwiema ścieżkami opieki nad kobietą ciężarną: ścieżką zwiększania medycyzacji z wykorzystaniem najnowocześniejszej technologii medycznej (nawet w ciąży fizjologicznej), a drogą, w której ogranicza się zbędne interwencje medyczne do minimum [13]. Pierwsza z nich kojarzona jest z opieką lekarską i z tej ścieżki najczęściej korzystają kobiety, druga – nastawiona na fizjologię – podejmowana jest przez położne. Ciąża, poród i połóg wciąż są postrzegane przez polskie spo-

leczeństwo jako zjawiska medyczne – wręcz jako stan zagrożenia zdrowia i życia; z tego powodu ścieżka druga rzadziej wzbudza zaufanie, a w związku z tym nieczęsto jest wybierana przez polskie kobiety. Tu należałoby powrócić do przykładu Holandii, gdzie postrzeganie ciąży, porodu i położu jako procesów fizjologicznych jest takie samo wśród medyków, społeczeństwa oraz rządu. Spójność ta skutkuje rozwiązaniami systemowymi promującymi korzystanie w „zdrowej ciąży” z opieki położnej. Prawo holenderskie stanowi, że jeśli na danym terenie praktykuje położna i lekarz rodzinny, to świadczenia położnej dla społeczeństwa są po pierwsze bezpłatne, po drugie położna jest lepiej wynagradzana od lekarza za świadczenia wykonane w kontekście fizjologicznej ciąży. Za przyjęcie porodu przez lekarza rodzinnego bez wskazań medycznych kobieta musi sama zapłacić, w przeciwieństwie do porodu w asyście położnej. Chroni to interesy grupy zawodowej położnych oraz podtrzymuje prawo ustanowione przez rząd holenderski w 1943 roku gwarantujące obywatelom równy dostęp do dobrej opieki zdrowotnej [3].

Dotykamy w tym miejscu obszarów z zakresu nie tylko medycyny, ale prawa, historii, kultury narodu, pozycji i niezależności kobiety jako jednostki czy filozofii. Nad problemem tym, w ograniczonych prawnych ramach, pochyłał się swojego czasu Tymiński, który twierdził, że poród jest nie tylko zdarzeniem fizjologicznym, ale także skomplikowaną procedurą medyczną [14]. Przy takim podejściu do ciąży, porodu i zdecydowanej nierówności na korzyść medykalizacji zrozumiała jest asymetria organizacyjna systemu opieki okołoporodowej ze znikomym, faktycznym miejscem do prowadzenia ciąży przez położną.

Inną kwestią wartą zauważenia jest subiektywne poczucie bezpieczeństwa kobiety ciężarnej, jakie daje osoba świadczeniodawcy i sposób sprawowania przez nią opieki, włączając w to użycie zaawansowanych technologii medycznych. Cięża nie jest wprawdzie chorobą, wymaga jednak medycznego nadzoru, dlatego zdrowa kobieta spodziewająca się dziecka bezwiednie staje się pacjentką, poddaną często rutynowym procedurom medycznym. Przekłada się to nie tylko na czas ciąży, ale na macierzyństwo w ogóle. Współczesna kobieta doświadcza ingerencji medycyny w intymną przestrzeń bycia matką. Źródłem tego negatywnego zjawiska z pewnością nie jest jedynie system opieki okołoporodowej, ale również przekaz pokoleniowy i powszechnie głoszone mity medyczne potęgujące przekonanie, że wejście w rolę matki i jej realizacja łączą się ze znacznym ryzykiem, dlatego mogą odbywać się wyłącznie pod czujnym okiem lekarza i aparatury medycznej [15]. Zjawisko to ma jeszcze inny aspekt – deprecjonowanie opieki położnej w trakcie ciąży. Ten uboczny efekt najczęściej dzieje się w sposób niezamierzony, ale poprzez nadawanie większej rangi skomplikowanej medykalizacji, która często ma za zadanie „naprawianie niespójności” fizjologii – opieka położnej wydaje się niewystarczająca.

Czy jest wyjście dla środowiska położnych z tej niekorzystnej sytuacji? Współczesne polskie położne powinny postrzegać aktualną sytuację poprzez pryzmat historycznych, systemowych mechanizmów, które doprowadziły do aktualnego stanu

rzeczy. Pozwoli to zrozumieć różne aspekty sprawy i jednocześnie wypracowywać odmienne sposoby myślenia i praktykowania. Tym bardziej jest to istotne, że przez wiele lat funkcjonowania poprzedniego systemu politycznego kompetencje zawodowe położnej były systematycznie ograniczane, aby w końcowym efekcie doprowadzić status położnej do zawodu intelektualnie i ustawowo niesamodzielnego i zupełnie podległego. Działania, które doprowadziły do takiej sytuacji, to między innymi likwidacja poradni K prowadzonych kiedyś przez położne (!) i przekazanie opieki nad kobietą ciężarną, rodzącą, położnicą i noworodkiem innym profesjonalistom medycznym [16]. Przez dziesiątki lat istnienia Polski Ludowej, w ramach której istniał i funkcjonował ograniczony zawód położnej, społeczeństwo polskie przestało postrzegać położną jako samodzielnego, w pełni profesjonalnego świadczeniodawcę [17]. Początek zmian na lepsze powinien mieć swoje miejsce w nowym, właściwym sposobie myślenia położnych, który przyczyni się do rozwoju i podejmowania nowych wyzwań. W efekcie doprowadzić on może do odmiennego postrzegania środowiska przez odbiorczynie usług – kobiety. Emancypacja zawodowa, która odbywa się na wielu płaszczyznach praktykowania, powinna być *idée fixe* dla środowiska położnych.

Rozwój w zawodzie, dorastanie do nowych wyzwań i aktywności należy rozumieć jako ciągle doksztalcanie się nie tylko w dziedzinie medycyny, ale też nauk mających w niej zastosowanie, takich jak: psychologia, socjologia, etyka, filozofia, wielokulturowość i kompetencje wielokulturowe czy też zarządzanie i marketing itp. Istotna też jest świadomość prawna wykonywanego zawodu – wiedza ta może dać podstawy bezpiecznego, samodzielnego praktykowania np. w zakresie prowadzenia fizjologicznej ciąży. Poznanie umocowań prawnych swojej profesji daje też świadomość istniejących opcji umożliwiającą ich wykorzystywanie.

Istnieją różne formy wykonywania zawodu położnej. Można praktykować w szpitalu, przychodni, można też w ramach indywidualnej czy grupowej praktyki położnych. Niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, spółki i inne osobowości prawne to warianty praktykowania w zawodzie i realizowania w tej przestrzeni świadczeń z zakresu prowadzenia fizjologicznej ciąży. W jaki sposób rozpocząć świadome budowanie swojej ścieżki zawodowej? Najpierw dobrze byłoby rozpoznać własne mocne i słabe strony. Określić zasoby, jakimi dysponujemy, np. wiedza, posiadane kursy, dodatkowe umiejętności – zarówno te twarde z zakresu wiedzy zawodowej, jak i te miękkie, np. w dziedzinie komunikacji. Następny krok to rozpoznanie braków, własnych niedoskonałości i stworzenie planu, jak luki te wyeliminować, by móc praktykować w zamierzony sposób. W badaniach Fryc D. dotyczących zapotrzebowania na świadczenia w okresie okołoporodowym sprawowane przez położne respondentkami były nie tylko kobiety, ale i 115 położnych z województwa zachodniopomorskiego czynnych zawodowo. Badane zapytano o największe ich zdaniem trudności w praktykowaniu. Zaledwie 8,7% respondentek stwierdziło, że dla nich największą trudnością jest niewystarczająca wiedza i umiejętności. Kolejnym kro-

kiem z pogranicza marketingu i zarządzania – bardzo ważkim w planowaniu własnej kariery zawodowej – jest rozpoznanie lokalnego zapotrzebowania: sprawdzenie, ile podmiotów leczniczych zajmuje się już podobną działalnością i czy dysponujemy jakimś elementem ponad te funkcjonujące w naszym otoczeniu usługi w tworzonej planie praktykowania. Niebagatelną kwestią jest przygotowanie finansowe do samodzielnego praktykowania. Położne respondentki z wspomnianego badania Fryc uznały w 41,7%, że brak odpowiedniego sprzętu jest czynnikiem blokującym samodzielność w zawodzie. Trudności ekonomiczne były hamulcem w planowaniu własnej praktyki dla 33,9% położnych. W związku z tym pojawia się konieczność wykonania profesjonalnego biznesplanu i konsekwentnego jego wdrażania. Otwarcie własnej praktyki wiąże się również ze znalezieniem odpowiedniego lokalu, wyposażeniem go, podpisaniem stosownych umów zależnych od zakresu działalności (użyłacja niebezpiecznych odpadów medycznych, sterylizacja narzędzi itp.) i przejściem kontroli organów nadzorujących.

Po rozwiązaniu powyższych kwestii, na własne potrzeby, a potem na potrzeby świadczeniobiorców, powinno określić się misję swojej firmy. Misja ta jest precyzyjnym wyrażeniem w języku zrozumiałym dla członków firmy i jej otoczenia dalekosiężnych zamierzeń i aspiracji. Jest więc ona ujęciem wizji strategicznej dla potrzeb zarządzania. Odpowiada na cztery podstawowe pytania: dla kogo chcemy działać, w jaki sposób, gdzie i dlaczego [15].

Posuwając się krok po kroku w zamyśle prowadzenia fizjologicznej ciąży, przemierzając meandry różnych dziedzin nauki i własnego zawodu, dochodzi się do punktu rozpoczęcia własnej działalności. Ten punkt startu nie jest początkiem wyścigu obliczonego na szybki sukces, ale raczej długofalowego mozolnego wysiłku, który przebiega wielokierunkowo. Dobrą drogą jest obranie kursu na indywidualny rozwój, ciągłe uczenie się i doskonalenie, dobieranie odpowiednich współpracowników, którzy będą realizować w podobny sposób misję, tworzyć markę firmy i nie będą konkurować, a współpracować. Jednocześnie niezbędne jest, by pamiętać o kantowskim imperatywie kategorycznym [19,20] kierującym wszelkie działania świadczeniodawcy na zdrowie i bezpieczeństwo kobiety spodziewającej się dziecka.

Przytoczone na wstępie motto niniejszych rozważań – czyli wolne, samodzielne, odpowiedzialne prowadzenie fizjologicznej ciąży – może stać się udziałem środowiska położnych tylko wówczas, gdy samo środowisko na to się zdecyduje. Nic nie zaistnieje samo, ani samo nie powstanie. To co najważniejsze – podstawy prawne – ten fundament już został nadany. Budowanie na nim należy do każdego z osobna i jednocześnie wszystkich razem – należy do położnych.

Bibliografia

1. Raport WHO. *Opieka podczas porodu fizjologicznego – praktyczny przewodnik*. Warszawa: World Health Organization; 2000.
2. Smulders B. Jak pracują położne w Holandii. *Pielęg Położ* 2007; 49 (4): 4–6.
3. Smulders B. *Rodzić po holendersku – o roli położnej w holenderskim systemie opieki okołoporodowej* [online] [cyt. 7.01.2018]. Dostępny na URL: <http://www.rodzicpoludzku.pl/Na-swiecie/Rodzic-po-holendersku-o-roli-poloznej-w-holenderskim-systemie-opieki-okoloporodowe.html>
4. Emons JK, Liten MIJ. *Opieka położnicza w Europie: raport z piętnastu krajów członkowskich Unii Europejskiej*. Warszawa: Fundacja Rodzić po Ludzku; Agencja Reklamowa Bayard; 2002.
5. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039) [online]. Dostępny na URL: <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20111741039> [cyt. 3.01.2018].
6. 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, poz. 497) [online]. Dostępny na URL: http://www.oipip.pila.pl/images/rozp_MZ_497.pdf [cyt. 3.01.2018].
7. Zarządzenie Nr 125/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 grudnia 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem oraz zmiany niektórych zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”.
8. Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25, art. 146 ust. 1 oraz art. 159 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2016 r. poz. 1793, 1807 1860 i 1948), w związku z art. 7 ust. 2 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. 2016, poz. 1860) [online]. Dostępny na URL: <http://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1252016dsoz,6547.html> [cyt. 3.01.2018].
9. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2011 nr 174 poz. 1039. Art. pkt 5, ppkt 1,2) [online]. Dostępny na URL: <http://nipip.pl/prawo/ogolne/ustawa-o-zawodach-pielęgniarki-i-poloznej/> [cyt. 3.01.2018].
10. Standardy Postępowania Medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. 2012, poz. 1100).
11. Doroszeńska A. *Pielęgniarstwo w systemie opieki zdrowotnej. Społeczne role położnych*. Warszawa 2015.
12. Zarządzenia Prezesa NFZ Zarządzenie Nr 50/2016/DSOZ [online]. Dostępny na URL: <http://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-502016dsoz,6489.html> [cyt. 7.01.2018].

13. Fryc D. *Kompetencje zawodowe położnych w świetle ustaw i rozporządzeń polskich. Zapotrzebowanie społeczne na opiekę okołoporodową sprawowaną przez położne*. Praca doktorska z Samodzielnej Pracowni Umiejętności Położniczych PUM. Szczecin 2012.
14. Doroszevska A. Opieka okołoporodowa w Polsce po transformacji ustrojowej – między medykacją, a demedykacją. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Sectio I* 2016; 61 (2): 47–59.
15. Tymiński R. *Status prawny położnej – kompetencje i odpowiedzialność, możliwości*. VIII Ogólnopolski Zjazd Szkół Rodzenia. Międzyzdroje, 7–10.10.2008.
16. Mazurek E. Macierzyństwo pod medycznym nadzorem. Wybrane aspekty medykacji macierzyństwa. *Kultura – Społeczeństwo – Edukacja* 2014; 1 (5).
17. Urbanek B. *Zawód położnej na ziemiach polskich w XIX i XX wieku*. Katowice: Śląska Akademia Medyczna; 2004: 267.
18. Drużdżel M, Dmoch-Gajzlerska E, Doroszevska A. Samodzielność i odpowiedzialność zawodowa w opinii współczesnej położnej na podstawie badań własnych. *Położ Nauka Prakt* 2007; 1: 28–31.
19. Kautsch M. *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*. Warszawa: Wolters Kluwer; 2015.
20. Gaarder J. *Świat Zofii*. Warszawa: Jacek Santorski & Co; 1995.
21. Tatarkiewicz W. *Historia filozofii*. T. 2. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1999.

Adres do korespondencji:

Dorota Fryc
ul. 11 Listopada 19, 73-110 Stargard
tel. 608 613 547
e-mail: porodydomowe@gmail.com

Rola wybranych składników mineralnych w ciąży

Patrycja Krawczyk

Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
Katedra Zdrowia Kobiety, Zakład Pielęgniarstwa w Ginekologii i Położnictwie,
Wydział Nauk Medycznych, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Wstęp

Prawidłowe odżywianie się kobiet w ciąży jest jednym z istotnych czynników gwarantujących właściwy przebieg ciąży i rozwój płodu. Znaczący wpływ ma zarówno odżywianie się kobiet w poszczególnych trymestrach ciąży, jak również przed planowaną ciążą. Istnieją dowody naukowe, że nieprawidłowe żywienie w trakcie trwania ciąży może być przyczyną wielu powikłań położniczych, wśród których najczęściej są wymieniane: poronienie, poród przedwczesny lub zaburzenia wewnątrzmacicznego wzrastania płodu, jak również zaśniad groniasty czy wady rozwojowe płodu i choroby matczyne [1,2].

W trakcie ciąży wzrasta zapotrzebowanie na energię i składniki pokarmowe w związku ze zwiększonym metabolizmem organizmu kobiety ciężarnej, wzrostem objętości krwi i masy krwinek czerwonych oraz z dostarczaniem składników odżywczych dla płodu [3].

Prawidłowe żywienie ciężarnych powinno polegać na określeniu zapotrzebowania energetycznego w celu uniknięcia ewentualnych niedoborów energetycznych oraz nadmiernego spożycia w stosunku do zapotrzebowania. Powinna być równocześnie zachowana struktura spożycia wynikająca z proporcji składników odżywczych oraz spożywanych produktów [2,4]. Prawidłowość odżywiania w ciąży powinna obejmować kompleksowo zarówno potrzeby kobiet, jak i płodu, i wynikać z naturalnych zmian zachodzących w organizmie. Grupy naukowców w dziedzinie położnictwa i bromatologii podkreślają zasadność prawidłowego odżywiania w trakcie ciąży jako prewencji powikłań przebiegu ciąży i rozwoju płodu [4].

Dostarczanie prawidłowej ilości składników mineralnych w ciąży wpływa na prawidłowe tempo wzrostu płodu, dojrzewanie organów wewnętrznych i szlaków metabolicznych, jak również doznań smakowych, które kształtują późniejsze preferencje żywieniowe dziecka [5]. Środowisko odżywcze, w jakim rozwija się płód

lub noworodek, wpływa na wystąpienie ryzyka rozwoju zaburzeń metabolicznych w późniejszym okresie jego życia. Naukowcy sugerują, że wystąpienie niektórych chorób u dorosłych może być związane z żywieniem prenatalnym ze względu na możliwość zaistnienia modyfikacji genowej (zmiany ekspresji genów: metylacji DNA, modyfikacji histonów i mikro RNA) i wynikającą z tego trwałą pamięć wcześniejszych stanów odżywczych. Istnieją dowody naukowe przeprowadzane na modelach zwierzęcych, że takie programowanie epigenetyczne powinno być postrzegane jako zjawisko międzypokoleniowe (*transgenerational phenomenon*), stąd konieczne jest podjęcie inicjatyw profilaktycznych u kobiet w ciąży [6].

Składniki mineralne odgrywają znaczącą rolę w regulacji funkcjonowania organizmu, w szczególności w budowie kości, transportu tlenu, regulacji poziomu cukru we krwi. Regulują reakcje chemiczne, spełniają funkcje ochronną komórek oraz regulują funkcję układu odpornościowego. Niedobór poszczególnych składników mineralnych zarówno podczas zapłodnienia, jak i ciąży, prowadzi do zwiększenia ryzyka wystąpienia niedokrwistości, nadciśnienia tętniczego w ciąży, stanu przedrzucawkowego, hipotrofi płodu [7].

Magnez

Magnez jest istotnym biopierwiastkiem w diecie, ponieważ aktywuje około 620 enzymów w organizmie. Przystawalność magnezu z pożywienia stanowi jedynie ok. 30–50% podaży. Wchłanianie magnezu ulega obniżeniu w przypadku równoczesnej podaży fitynianów oraz błonnika. W czasie ciąży wzrasta zapotrzebowanie na ten pierwiastek ze względu na potrzeby płodu, który akumuluje magnez w ilości 8 mg/dobę [8]. Magnez reguluje przewodnictwo nerwowo-mięśniowe poprzez obniżenie kurczliwości mięśni poprzecznie prążkowanych i gładkich. Powoduje również obniżenie progu drgawkowego mięśni [9,10].

Niedobór magnezu może wywoływać różnorodne objawy kliniczne, wśród których najczęściej wymieniane są: zaburzenia rytmu serca, zaburzenia układu nerwowego, ogólna męczliwość, wypadanie włosów, ryzyko wystąpienia nadciśnienia indukowanego ciążą. Badania naukowe donoszą również o prawdopodobnym wpływie magnezu na masę urodzeniową noworodka. Dostarczanie tego pierwiastka w prawidłowej ilości we wczesnym okresie ciąży przyczynia się do zapobiegania występowania małej masy urodzeniowej oraz zabezpiecza przed stanem przedrzucawkowym, jak również porodem przedwczesnym [11].

Wapń

Wapń jest istotnym pierwiastkiem dla prawidłowego metabolizmu kości oraz zębów. Wśród wielu zalet tego pierwiastka najczęściej wymieniane są: udział w profilaktyce osteoporozy, utrzymanie prawidłowego ciśnienia krwi, wzrost odporno-

ści organizmu, zapobieganie nowotworom jelita grubego. W ciąży spożywanie tego składnika mineralnego warunkuje prawidłową gęstość kostną u noworodka, jak również oddziałuje profilaktycznie, zapobiegając występowaniu nadciśnienia ciążowego oraz stanu przedrzucawkowego i porodu przedwczesnego. Prawidłowe przyswajanie wapnia jest współzależne z prawidłową podażą witaminy D [11].

WHO zaleca kobietom ciężarnym codzienną suplementację wapniem w dawce 1,5–2 g, w przypadku niskiej podaży z pożywieniem, jako profilaktykę stanu przedrzucawkowego [12]. Według Instytutu Żywności i Żywienia (IŻŻ) normy żywienia ustalone dla wapnia wynoszą dla kobiet ciężarnych < 19 lat 1100 mg (EAR) i 1300 mg (RDA) oraz > 19 – 800 mg (EAR) i 1000 mg (RDA).

Żelazo

Żelazo odgrywa istotną rolę w wytwarzaniu hemoglobiny, która jest niezbędna, jako barwnik krwinek czerwonych, przy transporcie tlenu do tkanek. Tym samym bierze czynny udział w procesach oddychania tkankowego, jak również odpowiada za prawidłowe funkcjonowanie mózgu. Żelazo bierze udział w regulacji czynności układu nerwowego, wpływając na mielinizację osłonek nerwowych oraz produkcję neuroprzekazników. Jest również niezbędne w prawidłowym funkcjonowaniu układu odpornościowego – poprzez generowanie wolnych rodników wspiera obronę przeciwbakteryjną oraz obwodową proliferację limfocytów T [13].

Niedobór żelaza w ciąży może prowadzić do powikłań, wśród których najczęściej są wymieniane:

- niedokrwistość,
- infekcje dróg moczowych,
- poród przedwczesny,
- niska masa urodzeniowa [11].

Jednym z najlepszych źródeł żelaza jest mięso, owoce morza oraz ryby. Najczęstszą przyczyną niedoborów żelaza są jego niedobory w diecie. Stosowanie żywności wysoko przetworzonej wraz z dodatkami substancji konserwujących we współczesnym sposobie żywienia staje się jedną z głównych przyczyn zaburzeń wchłaniania żelaza. Równocześnie wiele produktów, które są zaliczane do tzw. zdrowej żywności (z wysoką zawartością błonnika, polifenoli i fitynianów), również stanowią czynnik zaburzający wchłanianie minerałów. Spożywanie kawy i herbaty również ma wpływ na stopień wchłaniania żelaza, podobnie jak w przypadku spożywania czerwonego wina. Wśród powszechnej świadomości wciąż istnieje błędne przekonanie o terapeutycznym działaniu wina w przypadku leczenia niedokrwistości w ciąży. Okres ciąży charakteryzuje się zwiększonym zapotrzebowaniem na żelazo, równocześnie najkorzystniejszym okresem zapobiegania niedoborom jest wiek rozrodczy, jako profilaktyka późniejszych powikłań ciążowych. Stosowanie suplementacji w dawkach profilaktycznych jest konieczne tylko w przypadku identyfikacji grup ryzy-

ka niedoborów żelaza. Równocześnie należy pamiętać o edukacji pacjentek na temat interakcji preparatów żelaza ze składnikami pożywienia i lekami oraz unikać stosowania równocześnie preparatów wielowitaminowych, które mogą utrudniać wchłanianie żelaza [14].

IŻŻ zaleca normy spożywania żelaza dla kobiet w ciąży na poziomie EAR < 19 i > 19 roku życia – 23 mg/dobę oraz na poziomie RDA 27 mg/dobę [15]. Rekomendacje CDC wskazują na konieczność doustnej suplementacji preparatami żelaza u kobiet w ciąży z rozpoznaną niedokrwistością w dawce od 30 mg dziennie i zwiększenie jej do 60–120 mg/dobę, jeżeli potwierdzona zostanie niedokrwistość z niedoboru żelaza w stopniu różnym. Ze względu jednak na niekorzystny wpływ wysokich stężeń żelaza w płynie pęcherzykowym na rozwijający się płód i powodujący tym samym wzrost ryzyka wystąpienia wad rozwojowych, suplementacja u kobiet z niedokrwistością powinna być włączona po ukończonym 8. tygodniu ciąży [16].

Cynk

Cynk odgrywa rolę w przemianach metabolicznych, wpływa na proces prawidłowej regeneracji tkanki łącznej, na prawidłowe wydzielanie wybranych hormonów, m.in. hormonów sterydowych i insuliny. Bierze udział w przemianach węglowodanów, tłuszczu oraz w przemianach energetycznych organizmu. Naukowe badania na zwierzętach podają, że duży niedobór cynku we wczesnej ciąży prowadzi do defektów szkieletu i ośrodkowego układu nerwowego, jak również sprzyja obumieraniu płodów, poronieniom, przyczynia się do wystąpienia powikłań okołoporodowych, m.in. przedłużonego czasu trwania porodu i krwawień z macicy. W badaniach na ludziach, dotyczących wpływu cynku na organizm, wyniki nie są jednoznaczne. Jednak wśród jego zalet podkreśla się wpływ na zapobieganie porodowi przedwczesnemu oraz małej masie urodzeniowej. Cynk wpływa również na prawidłową funkcję układu immunologicznego, a w przypadku ciąży odgrywa istotną rolę w rozwoju tego układu u płodu [11].

Niedobór cynku w czasie trwania organogenezy może spowodować powstawanie wad wrodzonych. Badania naukowe potwierdzają również, że odpowiednie stężenie cynku w płynie owodniowym zapobiega zakażeniom wewnątrzmacicznym [4]. W trakcie trwania ciąży zapotrzebowanie na cynk jest większe w związku z pokryciem potrzeb rozwijającego się płodu, równocześnie wzrasta wchłanianie tego składnika z pożywienia. Normy żywienia ustalone przez IŻŻ dotyczące spożywania cynku przez kobiety ciężarne wynoszą odpowiednio dla kobiet < 19. roku życia – 10,5 mg (EAR) i 12 mg (RDA) oraz dla kobiet > 19. roku życia – 9,5 mg (EAR) i 11 mg (RDA). Ilość cynku występująca zazwyczaj w żywności nie prowadzi do nadmiernego spożycia. Natomiast w przypadku długotrwałego przyjmowania suplementów cynku może dojść do obniżenia odpowiedzi immunologicznej, jak również pogorszenia wchłaniania miedzi oraz zmniejszenia stężenia frakcji HDL-cholesterolu [15,16].

Jod

Jod jest niezbędny do produkcji hormonów tarczycy (tyroksyny i trijodotyroniny), od których zależy m.in. prawidłowe funkcjonowanie i rozwój mózgu, jak również układu nerwowego, serca, nerek i mięśni. Najlepszymi źródłami jodu są produkty pochodzenia morskiego, takie jak: ryby, mięczaki, skorupiaki. Dużą zawartość posiadają śledzie bałtyckie, halibuty, dorsze, również mleko i jego przetwory [15].

W trakcie ciąży dochodzi do zwiększenia zapotrzebowania na jod z powodu zabezpieczenia potrzeb wzrastającego płodu, jak również ze względu na konieczność wyrównania zwiększonego wydalania jodu wraz z moczem. Wzrost zapotrzebowania na jod już w I trymestrze stwierdza się do około 200 $\mu\text{g}/\text{dobę}$. WHO rekomenduje dobową suplementację jodem dla kobiet w ciąży i karmiących piersią na poziomie 200–500 $\mu\text{g}/\text{dobę}$. W przypadku długotrwałych niedoborów jodu może dojść do licznych zaburzeń, m.in. niedoczynności tarczycy, powstawania wola oraz skutków powyższych zaburzeń, tj.: spowolnienia umysłowego, obniżenia temperatury ciała, wystąpienia odczuwania zimna oraz łuszczenia się skóry [17]. U kobiet niedobór jodu może prowadzić do zaburzeń rozrodczości oraz stać się przyczyną powikłań położniczych w czasie ciąży: poronień, porodów przedwczesnych. Natomiast u płodu i noworodka niedobór jodu może stać się przyczyną nieodwracalnego uszkodzenia mózgu oraz zwiększać śmiertelność okołoporodową noworodków.

Normy żywieniowe ustalone dla jodu przez IŻŻ dla kobiet w ciąży wynoszą odpowiednio: < 19 lat i > 19 lat – 160 mg dla EAR i 220 mg dla RDA [15].

Fosfor

Fosfor uczestniczy w mineralizacji kości i zębów oraz stanowi niezbędny składnik do budowy błon komórkowych, równocześnie wchodząc w skład kwasów nukleinowych. Fosfor bierze również udział w przemianach energetycznych, w utrzymaniu równowagi kwasowo-zasadowej. W okresie ciąży wzrasta zapotrzebowanie ze względu na potrzeby rosnącego płodu, jednakże równocześnie wzrasta wchłanianie fosforu z diety.

Normy ustalone przez IŻŻ na spożycie fosforu dla kobiet będących w ciąży na poziomie EAR < 19 lat wynoszą 1050 mg, > 19 lat – 580 mg, natomiast na poziomie RDA dla kobiet < 19 lat – 1250 mg, > 19 lat – 700 mg/dobę [15].

Podsumowanie

W niniejszym artykule podkreślono znaczącą rolę dostarczania odpowiedniej ilości składników mineralnych w okresie okołokoncepcyjnym oraz u kobiet w ciąży.

Badania na modelach zwierzęcych dowodzą, że dieta ciężarnych jest czynnikiem wpływającym na modyfikację genetyczną płodów. Niekorzystna żywienio-

wa ekspozycja wewnątrzmaciczna płodu może powodować długotrwałe zmiany na poziomie mRNA wpływające na funkcjonowanie wątroby, mięśni i fizjologię oraz anatomię nerek [18].

Na całym świecie obserwowany jest wzrost występowania nadwagi i otyłości u kobiet w ciąży, zidentyfikowany obecnie jako kolejne znaczące powikłanie ciąży poprzez narażenie życia płodu na nadmiar dostępnej energii [19].

Zarówno nadmiar, jak i niedobór podstawowych składników mineralnych w okresie ciąży mogą niekorzystnie wpływać na jej przebieg oraz stan urodzenia płodu, jak i wystąpienie w późniejszym okresie chorób metabolicznych, wpływając tym samym na zdrowie przyszłych pokoleń [20].

Bibliografia

1. Grzymisławski M, Gawęcki J. *Żywnienie człowieka zdrowego i chorego*. T. 2. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2012.
2. Ropacka M. Żywnienie kobiet ciężarnych. W: Bręborowicz GH, red. *Położnictwo i ginekologia*. T. 1. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2012: 67–76.
3. Kaiser LL, Allen L. Position of the american dietetic association: Nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. *J Am Diet* 2002; 102: 1479–1490.
4. Pytasz U, Lewiński A. Zasady żywienia kobiet w ciąży. *Nowa Klin* 2010; 17 (4): 410–418.
5. Staszewska-Kwak A, Woś H. *Żywnienie dzieci*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008.
6. Vickers MH. Early Life Nutrition, Epigenetics and Programming of Later Life Disease. *Nutrients* 2014; 6: 2165–2178.
7. Khayat S, Fanaei H, Ghanbarzahi A. Minerals in Pregnancy and Lactation: A Review Article. *J Clin Diagn Res*. 2017 Sep; 11(9): QE01–QE05.
8. Piotrowska-Jastrzębska JD, Piotrowska-Depta M, Sidor K. Zasady prawidłowego żywienia kobiet w okresie ciąży i laktacji. *Nowa Pediatr* 2003; 7 (1): 40–48.
9. Zespół Ekspertów PTG. Rekomendacje PTG w zakresie stosowania witamin i mikroelementów u kobiet planujących ciążę, ciężarnych i karmiących. *Ginekol Pol* 2014, 85: 395–399.
10. Zeisel SH. Is maternal diet supplementaion beneficial? Optimal development of infant depends on mother's diet. *AM J Clin Nutr* 2009; 89: 685–687.
11. Szostak-Węgierek D, Cichocka A. *Żywnienie kobiet ciężarnych*. II. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2012.
12. Parul C, et al. Nutrition and maternal, neonatal, and child health. *Semin Perinatol* 2015, 39: 361–372.
13. Frewin R, Hensen A, Provan D. ABC of clinical haematology: iron deficiency anaemia. *Br Med* 1997, 314: 360–363.
14. Gowin E, Horst-Sikorska W. Żelazne zapasy – komu w XXI wieku grozi niedobór żelaza? *Farmacja Współczesna* 2010; 3: 39–146.

15. Wojtasik A, Jarosz M, Stoś, K. *Składniki mineralne*. W: Jarosz M, red. *Normy żywienia dla populacji polskiej – nowelizacja*. Warszawa: IŻŻ; 2012: 123–142.
16. Chander SG, Lekha S, Pradip KS. Iron deficiency in pregnancy and the rationality of iron supplements prescribed during pregnancy. *Medscape J Med* 2008; 10: 283–286.
17. WHO. Prevention and control of iodine deficiency in pregnant and lactating women and in children less than 2-years-old: conclusions and recommendations of the Technical Consultation. *Public Health Nutr* 2007; 10: 1606–1611.
18. Breton C. The hypothalamus-adipose axis is a key target of developmental programming by maternal nutritional manipulation. *J Endocrinol* 2013; 216: 19–31.
19. Oken E, Gillman MW. Fetal origins of obesity. *Obes Res* 2003; 9 (4): 496–506.
20. Blumfield M, Hure A, Macdonald-Wicks L, Smith R, Collins C. A systematic review and meta-analysis of micronutrient intakes during pregnancy in developed countries. *Nutr Rev* 2013; 71: 118–132.

Adres do korespondencji:

Patrycja Krawczyk
Zakład Pielęgniarstwa w Ginekologii i Położnictwie
Katedra Zdrowia Kobiety
Wydział Nauk o Zdrowiu,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
ul. Medyków 12, 40–752 Katowice
e-mail: pkrawczyk@sum.edu.pl
ORCID iD 0000-0001-6695-3750

Toksoplazmoza w ciąży – diagnostyka i leczenie

Małgorzata Inglot

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

Wstęp

Pierwotniak *Toxoplasma gondii* występuje na świecie powszechnie, częstość zarażeń u ludzi zależy od warunków klimatycznych, sanitarnych i zwyczajów żywieniowych. Inwazja *T. gondii* nie jest groźna dla osób z prawidłowo funkcjonującym układem odpornościowym, poważne następstwa może mieć toksoplazmoza wrodzona, będąca skutkiem parazytemii (obecności pierwotniaków we krwi w czasie pierwotnej infekcji) u kobiety w ciąży. Na podstawie badań serologicznych potwierdzających obecność swoistych przeciwciał ocenia się, że ponad połowa kobiet ciężarnych w Polsce przeżyła w przeszłości toksoplazmozę. Rocznie notuje się kilkadziesiąt przypadków wrodzonej toksoplazmozy u noworodków [1].

Drogi szerzenia się:

1. pokarmowa – najczęściej do zarażenia dochodzi przez spożycie oocysty znajdującej się w glebie lub w surowym mięsie (cysty tkankowe) wieprzowym, wołowym lub baranim. Oocysty wydalane są przez koty chorujące na toksoplazmozę i w środowisku zachowują zdolność do zarażenia nawet przez kilka lat. Ryzyko zarażenia wiąże się ze spożywaniem surowego mięsa, nieumytych jarzyn i owoców, pić zanieczyszczonej wody, niedostateczną higieną.
2. wertykalna – do zarażenia płodu dochodzi w wyniku pierwotnej infekcji u ciężarnej. Ryzyko transmisji zakażenia do płodu rośnie w miarę czasu trwania ciąży: w I. trymestrze wynosi 20–25% zaś w III. 70–90%. Z wiekiem ciążowym, w którym dochodzi do inwazji, maleje natomiast ryzyko rozwoju ciężkiej postaci choroby u płodu [2,3].
3. poprzetoczeniowa i związana z przeszczepieniem komórek i narządów – występuje bardzo rzadko.

Objawy kliniczne toksoplazmozy

Toksoplazmoza nabyta u osób z prawidłową funkcją układu immunologicznego (immunokompetentnych) przebiega najczęściej bezobjawowo, może także dawać objawy zespołu mononukleozopodobnego – gorączka, powiększenie węzłów chłonnych szyjnych, karkowych i potylicznych, objawy grypopodobne. Limfadenopatia może utrzymywać się nawet przez kilka miesięcy. U pacjentów z upośledzeniem odporności (chorzy na AIDS, leczeni immunosupresyjnie) zachorowanie na toksoplazmozę jest najczęściej wynikiem reaktywacji zakażenia pierwotnego. Przebieg choroby jest ciężki, a objawy dotyczą głównie ośrodkowego układu nerwowego (zapalenie mózgu z tworzeniem ropni toksoplazmowych), narządu wzroku (zapalenie siatkówki i naczyńki) lub przybierają postać choroby uogólnionej z zajęciem płuc, serca i zaburzeniami krzepnięcia. Toksoplazmoza wrodzona obejmuje szerokie spektrum objawów: od postaci skąpo- lub bezobjawowych do ciężkiego uogólnionego zakażenia z zajęciem wielu narządów. Charakterystyczna jest tzw. triada Pinkertona: wodogłowie lub małogłowie, zwapnienia wewnątrzczaszkowe oraz zapalenie siatkówki. W ciężkich postaciach choroby obserwuje się zahamowanie wzrastania wewnątrzmacicznego, niedowład, uszkodzenie siatkówki, zaćmę, padaczkę, upośledzenie rozwoju psychofizycznego [1,3,4].

Diagnostyka toksoplazmozy u ciężarnych

W Polsce nie prowadzi się obowiązkowych badań przesiewowych ciężarnych w kierunku toksoplazmozy. Wielu położników zaleca wykonanie tych badań kobietom w ciąży, podczas gdy najbardziej uzasadnione byłoby ich wykonanie przed planowaną ciążą. Rozpoznanie toksoplazmozy u ciężarnej oparte jest na interpretacji wyników badań serologicznych – przeciwciał IgM, IgA, IgG, ocenie awidności IgG. Często prawidłowa ocena wyników tych badań może nastroczać trudności, szczególnie jeśli badania nie zostaną wykonane w I. trymestrze ciąży.

Przeciwciała klasy IgM pojawiają się jako pierwsze po kontakcie z pierwotniakiem, zwykle po około 2 tygodniach. Ich ilość stopniowo narasta przez kilka tygodni, po czym stopniowo się zmniejsza. W większości przypadków przeciwciała IgM utrzymują się w surowicy przez 4–6 miesięcy, dlatego ich obecność uznaje się za dowód wczesnej fazy toksoplazmozy. Zdarza się jednak, że mogą utrzymywać się dłużej, dlatego stwierdzenie dodatnich IgM nie przesądza o rozpoznaniu. Pamiętać także należy o możliwości wyniku fałszywie dodatniego.

Przeciwciała klasy IgG pojawiają się później niż IgM, zwykle po ok. 4 tygodniach od zarażenia, po czym ich liczba narasta i utrzymują się w organizmie do końca życia, świadcząc o przebytej infekcji. W diagnostyce wczesnej fazy toksoplazmozy u ciężarnej znaczenie ma stwierdzenie dużej dynamiki przeciwciał IgG w dwóch kolejnych badaniach, tzn wykrycie kilkakrotnego wzrostu stężenia przeciwciał w prób-

kach pobranych w odstępie co najmniej 2 tygodni. W przypadkach wątpliwych istotne może być oznaczenie przeciwciał IgA, które pojawiają się tuż po IgM i zazwyczaj zanikają szybciej, oraz wykonanie testu awidności IgG.

Test oznaczenia awidności przeciwciał klasy IgG jest wartościowym uzupełnieniem diagnostyki toksoplazmozy, w przypadkach wątpliwych może stanowić badanie rozstrzygające. Zasada tego testu polega na określeniu siły wiązania kompleksów antygen–przeciwciało. Przeciwciała o niskiej awidności świadczą o wczesnej fazie infekcji, wysoka wartość awidności sugeruje zarażenie starsze niż 3 miesiące. Zdarza się jednak, że w niektórych przypadkach przeciwciała dojrzewają dłużej, dlatego niska awidność nie zawsze stanowi dowód na świeże zakażenie.

Stwierdzenie u ciężarnej ujemnego wyniku IgG świadczy o wrażliwości na inwazję *T. gondii* i wymaga ścisłego monitorowania w czasie ciąży co 1–3 miesiące [2,5–7].

Diagnostyka toksoplazmozy u płodu

Ryzyko toksoplazmozy u płodu powstaje, gdy u ciężarnej stwierdzono pierwotne, aktywne zarażenie *T. gondii*. Badaniem potwierdzającym zarażenie płodu jest wykrycie metodą PCR DNA pierwotniaka w płynie owodniowym. W tym celu konieczne jest wykonanie amniopunkcji, inwazyjnego zabiegu polegającego na nakłuciu pęcherza płodowego i pobraniu płynu owodniowego. Wykonanie amniopunkcji jest zalecane po 18.–21. tygodniu ciąży. Pomocnicze znaczenie ma badanie USG, w którym można uwidocznzyć m.in. powiększenie wątroby, zwapnienia wewnątrzczaszkowe, małopłowie [5,7].

Leczenie

Najczęściej stosowanym i bezpiecznym preparatem jest spiramycyna podawana w dawce 9 mln j.m./dobę w dawkach podzielonych. Jej podawanie pełni jednak głównie rolę chemioprophylaktyki, lek może zmniejszać ryzyko transmisji przezłożyskowej, ale nie przechodzi przez łożysko. W przypadku potwierdzenia inwazji płodu konieczne jest stosowanie pirymetaminy 50 mg/dobę wraz z sulfadiazyną 1,5 g dwa razy na dobę. Oba te leki, ze względu na potencjalne działanie teratogenne, mogą być stosowane dopiero w III trymestrze ciąży po uzyskaniu pewnego potwierdzenia toksoplazmozy u płodu (amniopunkcja i badanie PCR) [5,7].

Bibliografia

1. Oczko-Grzesik B. Toksoplazmoza. W: Boroń-Kaczmarek A, Wiercińska-Drapała A, red. *Choroby zakaźne i pasożytnicze* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2017: 498–507.

2. Holec-Gąsior L, Lautenbach D, Drapała D, Kur J. Prawidłowe rozpoznanie toksoplazmozy u kobiet ciężarnych – ważność badań diagnostycznych oraz nowe możliwości. *Forum Med Rodz* 2010; 4: 255–262.
3. Paquet C, Yudin MH, et al: Toxoplasmosis in pregnancy: prevention, screening and treatment. *J Obstet Gynaecol Can* 2013; 35: S1–7.
4. Drapała D, Holec-Gąsior L. Diagnostyka toksoplazmozy u kobiety ciężarnej, płodu i noworodka – stan obecny i nowe możliwości. *Forum Med Rodz* 2013; 7 (4): 176–184.
5. Milewska-Bobula B, Lipka B, Gołąb E. i wsp. Proponowane postępowanie w zarażeniu *Toxoplasma gondii* u ciężarnych i ich dzieci. *Prz Epidemiol* 2015; 69: 403–410.
6. Montoya JG, Remington JS. Management of *Toxoplasma gondii* infection during pregnancy. *Clin Infect Dis* 2008; 47 (4): 554–566.
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 roku w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. 2010, nr 187, poz. 1259).

Adres do korespondencji:

Małgorzata Inglot
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

Jedno cięcie czy zawsze cięcie?

Poród drogami natury po przebytym cięciu cesarskim

Anna Marek, Cecylia Jendyk

Wydział Nauk Medycznych,
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Wstęp

Temat porodu drogą pochwową po przebytym cięciu cesarskim jest nadal kontrowersyjny. Zagadnienie porodu drogami natury po przebytym cięciu cesarskim jest szeroko rozpatrywane w piśmiennictwie pod różnymi kątami. W tej pracy zostały zebrane informacje dotyczące rekomendacji wiodących ginekologicznych organizacji medycznych. Poruszono kwestie kwalifikacji do porodu drogą pochwową, prowadzenia ciąży u pacjentek oraz przebiegu i prowadzenia porodu u rodzącej po przebytym cięciu cesarskim. W niektórych placówkach w Polsce sięga nawet 60% [1,2]. Celem pracy było zwrócenie uwagi na możliwość odbycia porodu drogą pochwową u pacjentek z cięciem cesarskim w wywiadzie. Ginekologiczno-położnicze organizacje są zgodne co do tego, że należy oferować pacjentkom po przebytym cięciu próbę porodu drogami natury. Poród naturalny ma wiele zalet, których nie da się odtworzyć podczas cięcia cesarskiego. Proces rekonwalescencji jest szybszy, możliwy jest natychmiastowy kontakt skóra do skóry, który przyczynia się do lepszego startu do karmienia piersią. Co za tym idzie, społeczeństwo staje się zdrowsze. Warto pamiętać, że cięcie cesarskie niesie ze sobą mnóstwo konsekwencji. Dla noworodka zaburzona jest możliwość kolonizacji flory bakteryjnej od matki, urodzenie się za pomocą cięcia cesarskiego często niesie ze sobą problemy z adaptacją do życia pozamacicznego, napięciem mięśniowym, integracją sensoryczną. Terapia takich dzieci generuje kolejne koszty.

Dzięki licznie prowadzonym badaniom wiadomo, że indukcja, preindukcja oraz stymulacja czynności skurczowej nie są przeciwwskazane podczas porodu drogami natury po przebytym cięciu cesarskim [3–6].

Porody drogami natury po przebytym cięciu cesarskim mogą przyczynić się do znacznego obniżenia odsetka cięć cesarskich [7].

Epidemiologia cięć cesarskich

Obecnie cięcie cesarskie jest jedną z najczęściej wykonywanych operacji na całym świecie [1]. W ostatnich latach światowe położnictwo zmaga się z dużym wzrostem liczby cięć cesarskich. W zestawieniu różnych krajów i różnorodności opieki medycznej odsetek waha się od 15 do ponad 30%. W ciągu 40 lat w Stanach Zjednoczonych wzrósł aż ponad 28% [2]. W Wielkiej Brytanii liczba cięć cesarskich utrzymuje się na poziomie 25–27%. W Polsce odsetek cięć cesarskich wzrósł z 13,8% (1994 rok) do aż 42,3% w 2014 roku, a w niektórych województwach wynosi nawet 49,4% [8]. Naczelna Izba Lekarska kładzie szczególny nacisk, aby cięcia cesarskie były wykonywane tylko i wyłącznie ze wskazań medycznych. Według WHO liczba porodów drogą brzuszną nie powinna przekraczać 10–15%. Badania pokazały, że jeżeli odsetek cięć cesarskich nie przekracza 10%, istotnie wpływa na zmniejszenie śmiertelności noworodków. Jeżeli natomiast odsetek przekroczy 10%, nie ma to wpływu na poprawę umieralności okołoporodowej dzieci [1,9]. Jedną z możliwości redukcji liczby cięć cesarskich jest proponowanie pacjentkom próby porodu siłami natury [7].

Wytyczne organizacji medycznych dotyczące porodu drogami natury po przebytych cięciach cesarskich

Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego pozostają niezmiennie od 2008 roku. PTG wydało kilkanaście postulatów dot. VBAC, m.in.:

- zaleca, że poród drogami natury po przebytych cięciach cesarskich jest niewykluczony u pacjentek, u których nie ma przeciwwskazań zarówno ze strony matki, jak i płodu,
- personel opiekujący się pacjentką powinien być doświadczony. Zaleca się stałe monitorowanie za pomocą kardiotorakografii. Musi być zapewniony dostęp do sali cięć cesarskich w razie wystąpienia powikłań,
- pacjentka decydująca się na VBAC zobowiązana jest do podpisania świadomej zgody,
- jeżeli nie ma przeciwwskazań, można proponować próbę porodu pacjentkom po więcej niż jednym cięciu cesarskim,
- powinno się uzyskać szczegółowe informacje nt. wykonania poprzedniej operacji – jaką techniką została przeprowadzona, jakie nacięcie zostało wykonane,
- zaleca się sprawdzenie stanu blizny na macicy, nie ma przeszkód, aby wykonać manualną rewizję blizny,
- jeżeli zajdzie przypuszczenie pęknięcia macicy, konieczne jest bezzwłoczne przeprowadzenie laparotomii,
- po wnikliwej analizie dopuszcza się zastosowanie oksytocyny, natomiast inicjowanie porodu Dinoprostolem i Misoprostolem u pacjentek po przebytych cesarskich cięciach dopuszczalne jest tylko przy ciążach obumarłych,

- nie ma przeciwwskazań do stosowania cewnika Foleya,
- ciąża bliźniacza oraz cukrzyca nie stwarzają bezwarunkowego przeciwwskazania do podjęcia próby porodu [3].

American College of Obstetricians and Gynecologists wydało, póki co, najnowsze zalecenia dotyczące porodu po przebytych cięciach cesarskich w 2010 roku. Rekomenduje, że większa część kobiet, które przeżyły jedno cięcie cesarskie z cięciem poprzecznego w dolnej części macicy, pretenduje do odbycia próby porodu siłami natury. Przebycie dwóch cięć cesarskich oraz ciąża bliźniacza również nie dyskwalifikują z próby podjęcia porodu, jeżeli nie ma innych przeszkód. Ciężarne powinny być informowane o możliwościach ukończenia ciąży. Nie ma również przeciwwskazań do stosowania znieczulenia zewnątrzoponowego. U pacjentek z niskim ryzykiem powikłań możliwe jest zastosowanie obrotu zewnętrznego w przypadku położenia innego niż główkowe. Nie ma przeciwwskazań do indukcji i preindukcji porodu, jedynym ograniczeniem jest brak możliwości zastosowania Mizoprostolu. U pacjentek w ciąży wysokiego ryzyka, u których występują inne przeszkody uniemożliwiające poród siłami natury, nie należy go proponować. U ciężarnych, u których nie wiadomo, jakim sposobem zostało przeprowadzone nacięcie macicy, jeżeli nie ma jednoznacznych dowodów na nacięcie klasyczne (w kształcie litery T), można przeprowadzić próbę porodu. Eksperti ACOG są zgodni co do tego, że próby porodu po przebytych cięciach powinno się przeprowadzać w szpitalach, w których istnieją warunki do nagłego wykonania operacji. Personel powinien mieć doświadczenie w pracy z nagłymi przypadkami. Jeżeli te warunki pozostają niespełnione, lekarz powinien przeanalizować z pacjentką możliwości placówki [4].

RCOG wydało jak dotąd najbardziej aktualne zalecenia odnośnie do sposobu rozwiązania ciąży po przebytych cięciach cesarskich. W swoich wytycznych porównuje poród drogami natury po przebytych cięciach cesarskich i elektywne cięcie cesarskie po przebytych cięciach cesarskich. Zalecenia opublikowane w 2015 roku są, jak dotąd, najbardziej szczegółowe. Obejmują m.in.: harmonogram opieki w ciąży, kwalifikację do VBAC, doradztwo ciążowe, postępowanie podczas porodu, planowanie zakończenia ciąży [5]. W harmonogramie opieki w ciąży RCOG zwraca uwagę na zastosowanie schematu postępowania i posługiwanie się tzw. listami kontrolnymi. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists opracowało modelowy harmonogram opieki prenatalnej/przedporodowej, który zakłada szereg wizyt oraz edukacji przedporodowej w celu przygotowania ciężarnej do VBAC [5,6].

Zalety porodu siłami natury i porodu drogami natury po przebytych cięciach cesarskich

O korzyściach, zarówno dla matki, jak i dla dziecka, jakie niesie ze sobą poród naturalny, mówi się od dawna. Zyski, dla których kobiety powinny decydować się na VBAC, to m.in.: zredukowanie pooperacyjnej zachorowalności, krótszy okres rekon-

wallescencji, a co za tym idzie, szybsza możliwość samodzielnej opieki nad noworodkiem, brak dyskomfortu pooperacyjnego. Natychmiastowy kontakt skóra do skóry po porodzie pozwala na przystawienie noworodka do piersi, dzięki czemu wydzielana jest oksytocyna, która obkurcza macicę. W konsekwencji naturalnie zmniejsza się krwawienie i ryzyko krwotoku poporodowego. Za pośrednictwem dotyku skóra noworodka kolonizowana jest florą bakteryjną matki. Od pierwszych chwil po porodzie tworzy się więź pomiędzy nowonarodzonym dzieckiem a mamą. Kontakt skóra do skóry po cięciu cesarskim w wielu ośrodkach w Polsce nie jest możliwy. Z uwagi na szybszy powrót do funkcjonowania po porodzie naturalnym istnieją większe szanse na udane karmienie piersią. Kobiety rodzące drogą pochwową rzadziej zapadają na depresję poporodową, ułatwione jest tworzenie więzi. Poród drogami natury oznacza mniej powikłań przy kolejnych ciążach i porodach [10–13].

Za porodem drogami natury przemawia także: mniejsza ilość utraconej krwi, mniejsze ryzyko powikłań zakrzepowo-zatorowych, infekcji (m.in. zapalenie błony śluzowej macicy dotyczy 5–10% pacjentek po cięciu cesarskim – 10 razy więcej niż po porodzie drogami natury), zakażenia ran, mniejsze ryzyko komplikacji anestezyjologicznych, wcześniejsze uczestniczenie w opiece nad noworodkiem, sporadyczne występowanie niepłodności wtórnej [7,14]. Podczas cięcia cesarskiego może dojść do uszkodzenia innych narządów, m.in. pęcherza moczowego, moczowodów, jelit. U kobiet, które doświadczyły jednego cięcia cesarskiego, ryzyko wystąpienia zrostów pooperacyjnych wynosi aż 25%, natomiast u kobiet po dwukrotnym cięciu cesarskim odsetek zwiększa się do 43%.

Obecnie często mówi się o efektywności i kosztach. Badania amerykańskie i australijskie udowodniły, że poród pochwoy po przebyłym cięciu cesarskim jest tańszy i bardziej opłacalny finansowo od elektywnego cięcia cesarskiego [15,16].

Kwalifikacja do porodu drogami natury po przebyłym cięciu cesarskim

VBAC może być oferowany prawie wszystkim kobietom, które przeszły pojedyncze cięcie cesarskie w dolnej części macicy. Muszą natomiast zostać spełnione pewne kryteria. Obecna ciąża powinna być donoszona oraz przebiegać bez powikłań, które uniemożliwiłyby poród drogami natury. Płód powinien być położony w pozycji podłużnej główkowej. Należy wykluczyć wszystkie przeciwwskazania do porodu pochwowego [2,5].

Istnieje kilka powodów, przez które szanse na udany poród zwiększają się. Należą do nich: doświadczenie VBAC, spontaniczne rozpoczęcie porodu, masa płodu oceniona na mniej niż 4000–4250 g [15]. Bręborowicz podaje, że przebyty poród drogami natury, bez znaczenia czy odbył się przed cięciem cesarskim czy po nim, daje duże szanse na VBAC, który kończy się sukcesem u 87–91% kobiet. Ciemiński, badając grupę 764 kobiet, potwierdził, że szanse na udany VBAC zwiększają się, jeżeli pacjentka doświadczyła już porodu po przebyłym cięciu cesarskim. Znacze-

nie mają również wskazania do poprzedniego cięcia cesarskiego. Jeżeli wskazania te były jednorazowe, tj. zaburzenia w czynności serca płodu, nieprawidłowe usytuowanie płodu w macicy, m.in. położenie miednicowe, szanse na udany VBAC oscylują w granicach 89% [2,17].

Przy kwalifikacji do porodu drogami natury należy również zwrócić uwagę na pacjentki, które przebyły dwa cięcia cesarskie w dolnej części macicy. Przypadek każdej pacjentki powinien być rozpatrywany indywidualnie. Rekomendacje RCOG podają, że szanse na udany VBAC po dwóch cięciach cesarskich wynoszą 71,1%, a prawdopodobieństwo pęknięcia macicy wynosi 1,38% [5]. Inne badania podają, że podejście do porodu drogami natury po przebytym jednym cięciu cesarskim kończy się sukcesem w 75%, natomiast u kobiet po dwóch cięciach cesarskich odsetek ten jest nadal wysoki – 68% [11]. Większy nacisk na VBAC powinno się kłaść u kobiet, które planują więcej ciąż, gdyż z każdą kolejną ciążą ukończoną drogą cięcia cesarskiego rośnie ryzyko powikłań w usytuowaniu łożyska w kolejnej ciąży [5].

Blizna na macicy a pęknięcie macicy

Nadal nie została jednoznacznie określona najkorzystniejsza grubość blizny na macicy, przy której można przeprowadzić próbę porodu drogami natury. W 2016 roku ukazało się kolejne badanie dot. ryzyka pęknięcia macicy, które zostało przeprowadzone w czterech ośrodkach o 3. stopniu referencyjności. Próbą objęto 1856 kobiet pomiędzy 34. a 38. tygodniem ciąży zamierzających podjąć próbę porodu po cięciu cesarskim. Kobiety podzielono na trzy grupy:

- grupa dużego ryzyka – gdzie grubość blizny myometrium wynosiła $< 2,0$ mm, odsetek kobiet wyniósł 11%,
- grupa pośredniego ryzyka – grubość blizny wynosiła $2,0$ – $2,4$ mm, 12% kobiet,
- grupa małego ryzyka – grubość blizny zmierzona na $\geq 2,5$ mm, w tej grupie znalazło się 78% kobiet.

Próby porodu podjęto u odpowiednio 9%, 42% i 61% kobiet. Nie stwierdzono żadnego pęknięcia macicy. Pomiar blizn zostały przeprowadzone przed pojawieniem się czynności skurczowej, co więcej, niektóre w II lub I trymestrze ciąży. Zaleca się dokonywanie pomiarów przed ciążą, gdyż w ciąży lub po rozpoczęciu czynności skurczowej pomiar nie jest istotny w wyborze drogi porodu [18].

Pęknięcie macicy jest jednym z poważniejszych powikłań porodu po przebytym cięciu, którego obawia się personel medyczny. Ryzyko powikłania ciążowo-porodowego w postaci pęknięcia macicy bez blizny wynosi 0,012%. W zależności od przebiegu porodu ryzyko pęknięcia macicy w ciąży po przebytym cięciu cesarskim zmienia się i zależy od:

- wyboru sposobu porodu – elektywne cięcie cesarskie czy TOLAC Lydon-Rochelle i wsp. przebadali 20 095 kobiet, które w wywiadzie miały przebyte jedno cięcie cesarskie. 6 980 po przebytym jednym cięciu cesarskim poddano

ERCS. Pęknięcie macicy nastąpiło u 0,16% badanych. Wynik ten pokazuje, że czynnikiem ryzyka pęknięcia lub rozejścia się blizny na macicy jest sama ciąża. Z uwagi na ten fakt, wszystkie odrębne wykładniki pęknięć macicy w ciążach po przebytym cięciu cesarskim winny być analizowane, odnosząc się do wskaźnika 0,16%, a nie 0,012%, jak przy ciążach bez blizny na macicy;

- spontaniczności porodu – z ww. grupy u 10 789 poród rozpoczął się i przebiegał spontanicznie. W tej grupie rodzących odsetek pęknięcia macicy wyniósł 0,52%. Gerard G. Nahum i wsp. przeanalizowali światowe badania z lat 1987–2004 oraz 29 263 kobiety. Z metaanaliz wyszło, że u kobiet po przebytym jednym cięciu cesarskim w dolnej części macicy, u których poród zaczął się i przebiegał naturalnie, zagrożenie pęknięciem macicy wynosi 0,44%;
- konieczności indukcji porodu – ryzyko pęknięcia macicy waha się od 1,4% do 4%;
- konieczności stymulacji czynności skurczowej – ryzyko pęknięcia macicy waha się od 0,9% do 3,6%;
- przebycia porodu drogą pochwową przed cięciem cesarskim – kobiety, które doświadczyły porodu pochwowego przed cięciem cesarskim, mają mniejsze ryzyko wystąpienia powikłania w postaci pęknięcia macicy. Ryzyko to wynosi 0,2%;
- następnym porodów po pomyślnym VBAC [19].

Również w Polsce zostały przeprowadzone badania dot. pęknięcia macicy w bliźnie. Ciemiński przeanalizował grupę 764 kobiet po cięciu cesarskim z blizną w dolnym segmencie macicy. W tej grupie znalazło się 8 kobiet, u których stwierdzono pęknięcie lub rozejście się macicy w bliźnie. Odsetek pęknięć wyniósł 1%, co mieściło się w danych światowych [20].

Rola położnej w opiece nad pacjentką po przebytym cięciu cesarskim podczas ciąży i porodu

Każdej kobiecie przysługują spotkania z położną od 21. tygodnia ciąży raz w tygodniu, a od 32. tygodnia ciąży aż do porodu – 2 razy w tygodniu [21,22]. Zadania położnej w opiece nad pacjentką, która kwalifikowana jest do porodu drogami natury po przebytym cięciu cesarskim, w zasadzie nie różnią się od tych, które są wykonywane u kobiet w ciąży fizjologicznej [10]. Większy nacisk kładzie się na edukację w kierunku korzyści płynących z porodu drogami natury po uprzednim cięciu cesarskim i samego przygotowania do porodu (ćwiczenia, terapia blizny jeszcze przed zajściem w ciążę).

Opieka nad pacjentką podczas VBAC nieznacznie różni się od opieki nad pacjentką podczas porodu fizjologicznego. Do właściwego przebiegu porodu konieczna jest wiedza położnej, jej umiejętności, a przede wszystkim podejście do pacjent-

ki. Każda kobieta wymaga indywidualnego, empatycznego podejścia, ponieważ ma to wpływ na przebieg porodu oraz na stan matki i dziecka. Z uwagi na stres oraz napięcie psychiczne, jakie wywołuje poród, spokojne i zaangażowane podejście położnej jest bezcenne. Konieczna jest stała komunikacja z pacjentką, informowanie o przebiegu porodu. Położna zapewnia również intymność, sprawia, że pacjentka czuje się komfortowo, udziela jasnych komunikatów, proponuje sposoby łagodzenia bólu porodowego, m.in. przedstawia pozycje, jakie można przyjmować podczas porodu. Dzięki zaangażowaniu położnej i relacji, jaką buduje z rodzącą, kobieta ma szansę poczuć się bezpiecznie i w zupełności skupić się na porodzie i swoich potrzebach. Dzięki poczuciu bezpieczeństwa i zaufaniu rodzącej do położnej zmniejszają się czynniki stresujące, a co za tym idzie, poród postępuje prawidłowo, a ryzyko powikłań maleje [10,13,23–25].

Prowadzenie II okresu porodu wymaga dużego doświadczenia i wiedzy. Odradza się stosowanie manewru Valsalwy. Parcie kierowane najczęściej nie idzie w parze z naturalnymi odczuciami pacjentek oraz ma wiele negatywnych skutków. Powoduje m.in.:

- nieprawidłowe oddychanie u matki, a co za tym idzie, ograniczenie dopływu tlenu do rodzącego się dziecka;
- uciśnięcie żyły głównej dolnej, co ma wpływ na zmniejszenie przepływów łożyskowo-maciczych i występowanie zaburzeń w czynności serca płodu;
- zaburzenia w unerwieniu mięśni krocza;
- oddziaływanie na występowanie zaburzeń urodynamicznych w przyszłości, m.in. nietrzymanie moczu, obniżenie narządu płciowego;
- trudność w obniżaniu się główki w kanale rodym (brak siły grawitacji, parcie „pod górkę”);
- mniejsze odchylenie kości guzicznej;
- upośledzenie dostarczania tlenu do macicy, skutkując zwiększeniem poziomu CO₂, obniża ciśnienie tętnicze;
- nie powinien być stosowany z uwagi na zwiększone ciśnienie wewnątrzmaciczne, które może predysponować do pęknięcia macicy.

Konieczne jest zatem zachęcanie rodzącej do przyjmowania wygodnej pozycji, najlepiej wertykalnej, oraz do parcia spontanicznego [10,26].

Podczas prowadzenia porodu ważna jest obserwacja w kierunku powikłań, szczególnie w kierunku pęknięcia macicy. Jednym z pierwszych objawów pęknięcia macicy są zaburzenia w zapisie KTG (55–87%). Obserwuje się deceleracje zmienne i późne przenikające w bradykardię, skończywszy na zaniku czynności serca płodu. Innymi objawami mogą być: tkliwość w miejscu blizny, ból w dolnej części macicy, który potęguje się przy skurczach, lub ból blizny pomiędzy skurczami, nasiloną czynność skurczowa i jej nagłe ustanie, zmiana usytuowania płodu, tachykardia u matki, objawy wstrząsu hipowolemicznego, rzadziej obserwuje się krwawienie z dróg rodnych, krwimocz czy ciągły ból w bliźnie. Kiedy w IV okresie porodu, po urodze-

niu łożyska obserwuje się wzmożone krwawienie z dróg rodnych, objaw ten traktuje się jako objaw pęknięcia macicy [2,10,24].

W Australii funkcjonują specjalne przychodnie, które sprawują pieczę nad ciężarnymi, które miały cięcie cesarskie. Celem tych przychodni jest wsparcie kobiet, świadome pozyskanie informacji oraz świadoma decyzja odnośnie do sposobu porodu [5,6].

Wnioski

Poród drogą pochwową jest najkorzystniejszą i najlepszą drogą porodu, zarówno dla matki, jak i dziecka. Cięcie cesarskie to operacja ratująca życie matki, dziecka. W obecnych czasach problem cięcia cesarskiego jest bardzo poważny, gdyż wskazania są niejednokrotnie niejasne bądź nadużywane. Prawie każda kobieta jest kandydatką do przeprowadzenia próby porodu drogą pochwową, jeżeli wskazania z poprzedniej ciąży nie powtarzają się. Należy uświadamiać pacjentki już na początku ciąży o możliwości wyboru sposobu rozwiązania ciąży. Bardzo duże znaczenie odgrywa tutaj edukacja przedporodowa prowadzona przez położne. Badania udowodniły, że poród drogami natury jest bezpieczniejszy niż przeprowadzenie kolejnego cięcia cesarskiego. Z uwagi na tendencję wzrostową liczby cięć cesarskich i ich powikłań należy zachęcać kobiety do podejmowania próby porodu po przebytym cięciu cesarskim.

Nie ma przeciwwskazań do stosowania oksytocyny podczas porodu w celu stymulacji czynności skurczowej, jak również w celu indukcji porodu.

Świadomość pacjentek na temat istotnego wpływu porodu na życie matki i dziecka nieustannie się podnosi. Działają grupy wsparcia, coraz częściej temat VBAC poruszany jest na konferencjach medycznych.

Bibliografia

1. World Health Organization. *Caesarean sections should only be performed when medically necessary*. Genewa 2015 [online]. Dostępny na URL: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/en/> [cyt. 29.12.2016].
2. Leszczyńska-Gorzela B, Radowicki S, Poręba R, Oleszczuk J, Poniedziałek-Czajkowska E. Poród po przebytym cięciu cesarskim. W: Bręborowicz GH, red. *Operacje położnicze*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2012.
3. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Cięcie cesarskie. *Ginekol Pol* 2008; 79: 378–384.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists [editorial] Poród drogą pochwową po przebytym cięciu cesarskim. Wytyczne postępowania klinicznego dla lekarzy położników i ginekologów. *ACOG Practice Bulletin* 2010; 115. *Ginekol Dypl* 2011; 1: 71–81.

5. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [editorial] Poród po przebytych cięciach cesarskim. Wytyczne Royal College of Obstetricians and Gynaecologists nr 45, październik 2015. *Ginekol Położ* 2016; 4 (104): 11–36.
6. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Birth After Previous Cesarean Birth Green-top Guideline 2015; No. 45.
7. Roztocka A. Powikłania po cięciu cesarskim. *Perinatol Neonatol Ginekol* 2014; 7 (3): 154–164.
8. Troszyński M. *Położnictwo – ćwiczenia. Podręcznik dla studentów medycyny*. Wyd. 3. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2016: 247–262.
9. Stanowiska Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej podjęte 17 maja 2013 r. [online]. Dostępny na URL: <http://www.nil.org.pl/aktualnosci/stanowiska-prezydium-naczelnej-rady-lekarskiej-podjete-17-maja-2013-r>. [cyt. 30.03.2017].
10. Strzrzyńska J, Szyber B, Bączek G. Poród drogami natury po przebytych cięciach cesarskim w doświadczeniach kobiet. *Położ Nauka Prakt* 2013; (2): 46–51.
11. Kostrzewa T, Walczak J, Więckowska K. Poród drogą pochwową po cięciu cesarskim. *Ginekol Pol* 2010; 81: 287–291.
12. Suchocki S. Jak ograniczyć epidemię cięć cesarskich? *Gin Pol Med Project* 2012; 2 (24): 9–16.
13. Strzrzyńska J, Szyber B, Bączek G. Uwarunkowania porodu drogami natury po przebytych cięciach cesarskim. *Probl Pielęg* 2013; 21 (2): 221–227.
14. Bręborowicz GH, red. *Położnictwo i ginekologia. Tom 1 Położnictwo*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2015: 428–430, 438–440.
15. Słomko Z, Drews K, Seremak-Mrozikiewicz A, Łukaszewski T. Efektywność kosztów porodu naturalnego po przebytych cięciach cesarskim. *Gin Pol Med Project* 2010; 4 (18): 51–56.
16. Kaniewska J, Werczyńska A. Poród drogami natury u pacjentki po dwukrotnym cięciu cesarskim. *Położ Nauka Prakt* 2013; 4 (24): 44–48.
17. Markwitz W. Poród drogą pochwową u kobiet, które przeżyły cięcie cesarskie. *Ginekol Położ* 2017; 1 (107): 97–99, 106.
18. Gerard G Nahum, Uterine rupture in pregnancy: rupture of the scarred uterus due to previous cesarean delivery [online]. Dostępny na URL: <http://reference.medscape.com/article/275854-overview#a4> [cyt. 6.03.2017].
19. Ciemiński A. Analiza pęknięć macicy w bliżniej pooperacyjnej po przebytych cięciach cesarskim. *Gin Pol Med Project* 2011; 4 (22): 22–28.
20. Rozdział II. Zalecany zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania. W: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. 2012, poz. 1100).
21. Rozdział 6 Świadczenia położnej poz § 20. W: Zarządzenie Nr 85/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

22. Gaskin IM. Poród siłami natury po przebytych cięciu cesarskim. W: Gaskin IM. *Poród Naturalny*. Wyd. 1. Warszawa: CoJaNaTo Blanka Łyszkowska-Zacharek; 2012: 321–332
23. Ciemiński A. Czynniki pozamedyczne i przeszłość położnicza a sposób ukończenia ciąży po przebytych cięciu cesarskim. *Gin Pol Med Project* 2011; 3 (21): 57–64.
24. Opieka nad kobietą w czasie porodu normalnego. [online]. Dostępny na URL: <http://www.rodzicpoludzku.pl/Wiedza-o-porodzie/Opieka-nad-kobieta-w-czasie-porodu-normalnego.html> [cyt. 10.03.2017].
25. Kotarski J, Bobiński M. Czas od podjęcia decyzji o wykonaniu cięcia cesarskiego do wydobycia dziecka (DDI) w warunkach polskiego systemu ochrony zdrowia. *Ginekol Pol* 2014; 85: 451–455.
26. Prowadzenie II okresu porodu w świetle badań naukowych [online]. Dostępny na URL: <http://www.rodzicpoludzku.pl/Wiedza-o-porodzie/Prowadzenie-II-okresu-porodu-w-swietle-badan-naukowych.html> [cyt. 30.03.2017].

Adres do korespondencji:

Anna Marek
ul. Plebiscytowa 42/12, 44-280 Rydułtowy
tel. 723 410 244
e-mail: ania.marek95@gmail.com

Pre- i postnatalny wpływ dotyku na jakość życia noworodka

Ewa Tobor¹, Maria Litera^{1,2}

¹ Wydział Nauk Medycznych,

Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

² Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu,

Oddział Ginekologiczno-Położniczy, Pododdział Ginekologii Onkologicznej

Wstęp

Dotyk oraz zmysł czucia głębokiego mają najistotniejszy wpływ na rozwój mózgu oraz całego układu nerwowego. Postęp prawidłowego wzorca neuromotorycznego zachodzi już w życiu płodowym. Konsekwentnie ewaluuje, pokonując okres okołoporodowy, a następnie rozwija się w życiu pozałonowym. Poród fizjologiczny jest dla noworodka niepowtarzalnym doświadczeniem. Jakość i zakończenie porodu kształtuje odporność oraz ogólny stan zdrowia dziecka, a w przyszłości wpływa również na dojrzałość emocjonalną. Poród odgrywa istotną rolę w rozwoju mózgu dziecka. Jedynie w tym czasie powstaje ponad 250 tysięcy komórek nerwowych na minutę. Noworodek, przechodząc przez kanał rodny, przeżywa szok, który jest konieczny dla rozwoju i prawidłowego funkcjonowania całego jego organizmu. Gdy na pępowinie nie jest wyczuwane pulsowanie, ciało dziecka podejmuje w pełni odpowiedzialność za funkcje życiowe. Jeśli zaburzony zostanie przebieg porodu lub jego tempo, w konsekwencji wpływa to na zaburzenia rytmu biologicznego dziecka. Pierwszymi oznakami dojrzałości neurorozwojowej noworodka są oddychanie, ssanie oraz połykanie. Umiejętność koordynacji tych czynności wpływa na osiągnięcie równowagi autonomicznej. Wystąpienie problemów noworodka z oddychaniem po porodzie w konsekwencji zaburza rytm biologiczny dziecka. Może powodować trudności ze snem oraz niespokojne zachowanie dziecka również w trakcie karmienia. Cięcia cesarskie oraz porody powikłane w konsekwencji mogą prowadzić do zaburzeń neuromotorycznych dziecka oraz są przyczyną wielu problemów w przyszłości, takich jak: zaburzenia w orientacji, zaburzenia

w koordynacji, niezgrabność ruchowa, lęk przestrzeni, nadpobudliwość, kłopoty z koncentracją, zaburzenie integracji sensorycznej [1].

Znaczenie dotyku w rozwoju człowieka

Znaczna liczba receptorów narządów czucia znajduje się w skórze, są przedłużeniem nerwów mózgowo-rdzeniowych. Pozwalają na odbieranie określonych impulsów. Krytyczne w rozwoju ośrodkowego układu nerwowego są I i II trymestr ciąży, ponieważ jest to czas maksymalnego rozwoju tego układu. Już w 3. tygodniu życia prenatalnego u zygoty powstają załączki OUN, który jest podstawą do odczuwania wrażeń zmysłowych. Jakikolwiek czynniki szkodliwe wpływające na rozwój w okresie prenatalnym mogą skutkować powstaniem wad oraz nieprawidłowości fizykalnych [2].

Skóra pokrywa rozległy obszar ciała człowieka, ma więc szczególne znaczenie w zakresie odczuwania bodźców dotykowych, ucisku, ciepła, zimna, jak również bólu. Komórki zmysłowe umożliwiają odbieranie bodźców poprzez neuryt, który drogą impulsu nerwowego dociera do mózgowia. Dany impuls trafia do określonej części kory mózgu i dociera do świadomości człowieka. Częścią kresomózgowia odpowiedzialną za zmysł czucia jest płat ciemieniowy [2,3].

Dotyk w komunikacji interpersonalnej

Za najbardziej pierwotną formę komunikowania się uważany jest dotyk. Jest to jeden ze sposobów porozumiewania się z drugim człowiekiem. Wrażliwość skóry na określone bodźce dotykowe pozwala poznawać rzeczywistość, a czynniki takie, jak ucisk, ciepło, zimno sprawiają, że informacje te są potwierdzeniem świata zewnętrznego. Ta wyjątkowa forma kontaktu międzyludzkiego nabiera specyficznego znaczenia w relacji z bliskimi. Dotyk jest podstawą działań rehabilitacyjnych oraz opiekuńczych. Pozwala okazywać wsparcie, uspokaja, zapewnia poczucie bezpieczeństwa, łagodzi lęk, niepokój oraz dodaje otuchy [4].

Już w czasie ciąży płód reaguje na zmiany docierające do niego ze świata zewnętrznego. Zauważyć można reakcje na głos matki, pobudzenie w czasie hałasu lub poruszanie się w sytuacji niekomfortowej dla dziecka. Środowisko wewnątrzłonowe wpływa na stymulację układu przedsionkowego płodu, a dzieje się to dzięki naturalnym bodźcom, takim jak chodzenie, wstawanie czy obracanie się matki. Wczesna stymulacja odgrywa ważną rolę w opiece nad noworodkiem urodzonym przedwcześnie, zwłaszcza drogą cięcia cesarskiego. Dzięki zjawisku percepcji możliwe jest pobudzenie oczu, uszu i skóry jednocześnie. Odebrane bodźce są interpretowane, dzięki czemu zaobserwować można reakcję noworodka na określoną sytuację [5–7].

Naturalna stymulacja dziecka podczas porodu fizjologicznego

W czasie trwania porodu właściwie rozwinięty ośrodkowy układ nerwowy płodu pozwala odbierać i interpretować wrażenia docierające do niego drogą czuciową. Podczas porodu fizjologicznego nasila się czynność skurczowa mięśnia macicy, co przygotowuje dziecko do wysiłku porodowego oraz do rozwijającej się akcji. Postęp porodu wpływa nieco stresująco na noworodka, który, reagując, uwalnia kaskadę hormonów potrzebnych do przetrwania akcji porodowej. Katecholaminy u człowieka dorosłego działają mobilizująco, wpływając na przyspieszony rytm serca oraz podwyższone dotlenienie mięśni, zaś u noworodka powodują odwrotną reakcję. Zwalniają czynność serca płodu oraz paraliżują ruchy, co pomaga dziecku oszczędzać energię, siły oraz utrzymywać dotlenienie najważniejszych narządów ciała. Hormony stymulują parcie na płód, które powoduje powstanie wysokiego ciśnienia w drogach rodnych.

Aktywność ruchowa matki podczas porodu wpływa również korzystnie na rodzące się dziecko. Pionizacja matki, chodzenie czy korzystanie z piłki wspomaga postęp porodu. Skurcze mięśnia macicy stają się częstsze, przyspiesza się rozwieranie szyjki macicy, zaś główka płodu dzięki działaniom siły grawitacji dopasowuje się do kolejnych struktur kanału rodnego [8,9].

Cięcie cesarskie może wpływać na zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego. Rodzące się dziecko posiada już określone zdolności lub predyspozycje umysłu, które są prawidłowo dopasowane do potrzeb noworodka. Układ nerwowy w czasie życia płodowego rozwija się stopniowo, w konsekwencji prowadzi do osiągnięcia przez dziecko odpowiedniej dojrzałości pozwalającej zaspokoić jego podstawowe potrzeby. Po narodzinach ośrodkowy układ nerwowy dalej konsekwentnie się rozwija. Każdy dotyk, ruch czy wywołanie emocji słuchowych bądź wzrokowych wpływa na noworodka w sposób doświadczający i rozwijający jego mózg. Podczas porodu fizjologicznego każdy kolejny skurcz mięśnia macicy odpowiednio przygotowuje do dynamicznej akcji porodowej. Sytuacja ta staje się jednak niekorzystna w przypadku dzieci urodzonych drogą cięcia cesarskiego, zwłaszcza w przypadku braku czynności skurczowej. Poziom adrenaliny i noradrenaliny u dzieci wydobytych operacyjnie jest do 10 razy niższy niż u noworodków urodzonych siłami natury [10–12].

Operacyjny sposób zakończenia ciąży ma wpływ na osłabioną percepcję ciała noworodka, co w konsekwencji wpływa na obniżoną odporność, częstsze występowanie infekcji, alergii bądź astmy, jak również chorób autoimmunologicznych psychosomatycznych. Niekorzystne dla rodzącego się dziecka jałowe operacyjne środowisko uniemożliwia kolonizację flory bakteryjnej matki. W konsekwencji słabo wykształcony mikrobiom posiada mniej bakterii potrzebnych m.in. do trawienia pokarmu lub budowania odporności [1,13].

Kojący dotyk – czyli pierwszy kontakt skóra do skóry

Według zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia po porodzie naturalnym, zwłaszcza operacyjnym, kontakt „ciało do ciała” matki z dzieckiem powinien być zastosowany tak szybko, jak jest to możliwe [14].

Po porodzie automatycznie rozwija się proces tworzenia więzi między matką a dzieckiem – bez wątplenia sprzyjać temu zjawisku może kontakt cielesny. Do czynników zaburzających rozwój silnej i trwałej więzi emocjonalnej zaliczyć można: przerwanie lub zaniechanie kontaktu noworodka z matką, niedojrzałość dziecka lub depresję matki. Należy więc zwrócić uwagę na potrzebę bliskości z matką dzieci urodzonych drogą cięcia cesarskiego, a zwłaszcza wcześniaków.

Korzyści płynące z pierwszego kontaktu skóra do skóry:

- tworzenie więzi matki z dzieckiem,
- uspokojenie dziecka,
- poczucie bezpieczeństwa,
- senność noworodka,
- utrzymanie prawidłowej temperatury ciała dziecka,
- kolonizacja flory bakteryjnej matki,
- satysfakcja matki,
- zwiększenie częstości karmień,
- zwiększenie poziomu wydzielania hormonów (oksytocyny, prolaktyny) [8].

Fizjologiczne przyjście na świat dziecka w doskonały sposób stymuluje jego całe ciało. Poród operacyjny wpływa niekorzystnie na rozwój neuromotoryczny noworodka.

W przyszłości dzieci po porodzie drogą cięcia cesarskiego zmagać się mogą z wieloma problemami, takimi jak:

- zaburzenia koordynacji,
- niezgrabność ruchowa,
- zaburzenia w orientacji przestrzennej,
- zaburzenia ssania oraz połykania,
- kłopoty z koncentracją,
- lęk przestrzeni,
- choroba lokomocyjna,
- nadpobudliwość.

Znaczna większość tych dolegliwości opiera się na mechanizmie neurobiologicznym. Nieprawidłowości te mogą mieć podłoże zaburzeń rozwojowych okresu prenatalnego, okołoporodowego lub pierwszych tygodni życia zewnątrzmacicznego [1].

Najistotniejszym i najbardziej podatnym na odczuwane bodźce jest okres noworodkowy, a później niemowlęcy. W tym czasie następuje znaczny wzrost odbieranych impulsów, które w konsekwencji powodują szybkie tempo nauki, zapamię-

tywania oraz zdobywania kolejnych doświadczeń przez dziecko. Wpływa to na kształtowanie się prawidłowych procesów zmysłowych [15].

W okresie noworodkowym dziecko w większym stopniu podatne jest na bodźce docierające do niego z otoczenia, a dzięki plastyczności układu nerwowego kształtuje się jego wrażliwość na określone sygnały. Istotne znaczenie w tym czasie ma wczesne wykrycie, zapobieganie, jak również zmniejszenie skali problemu. Integracja sensoryczna skupia się na stymulacji dojrzewających zmysłów odpowiadających za czucie eksteroceptywne, priopriocceptywne, teleocceptywne oraz interoceptywne. Na prawidłowy rozwój psychomotoryczny wpływa synchroniczna praca wszystkich zmysłów. Jedną z podstawowych form profilaktyki stymulacji dotykiem jest masaż [15,16].

Technika masażu opiera się na trzech metodach:

- głaskaniu – co wpływa na pobudzenie lub odprężenie ciała, a uzależnione jest to od prędkości oraz siły ucisku, z jaką skóra jest głaskana.
- ugniataniu – przez co pobudzana jest tkanka mięśniowa w celu rozluźnienia lub odkształcenia poprzez wykonywanie ruchów uciskania, wyciskania oraz zwijania.
- rozcieraniu – wykonuje się koliste, spiralne ruchy masujące, które w konsekwencji powodują łagodzenie napięcia oraz uśmierzają ból [17].

Masaż powinien być wykonany w odpowiednich warunkach, zapewniając dziecku poczucie bezpieczeństwa, miłości oraz akceptacji. Pomieszczenie powinno być odpowiednio przygotowane tak, aby temperatura pokoju nie była za niska. Na odczucie odprężenia oraz relaksu wpływa również atmosfera, zapewnienie ciepła, spokój oraz nastrój [17].

Inną formą stymulacji może być masaż Shantala, zwany inaczej dotykiem miłości. Dotyk ten wywodzi się z Indii, a jego podstawę stanowi codzienna pielęgnacja dziecka. Przystępując do masażu, należy spełnić odpowiednie warunki. Należy pamiętać przede wszystkim o ogólnym stanie zdrowia dziecka, jak również o jego indywidualnej wrażliwości. Ta forma stymulacji poprawia przepływ powietrza, wpływa na obniżenie napięcia mięśniowego oraz uspokaja. Zmniejsza odczuwanie lęku przez noworodka i poprawia wrażliwość na odczuwany dotyk [18].

Dyskusja

Do prawidłowego funkcjonowania człowieka niezbędny jest kontakt emocjonalny i uczuciowy, który jest niezależny od wieku. Warunkiem przystosowywania się noworodka do życia pozamacicznego jest umożliwienie dziecku kontaktu z matką. Z inicjatywy WHO oraz UNICEF podjęto działania promocyjne dotyczące karmienia piersią oraz propagowano metodę wczesnego i bezpośredniego dotyku matki nazwanego kontaktem „skóra do skóry” [19].

Według badań przeprowadzonych przez Augustyniuk i wsp. dotyk jest najczęstszą formą komunikowania się rodzica z dzieckiem. Wyniki dowodzą, że metoda

„skóra do skóry” po porodzie jest jedną z częściej wykorzystywanych przez kobiety i wynosi 82,75%. Inne równie ważne formy dotyku to: masaż oraz karmienie pierśią. Zmysł dotyku rozwija się już w życiu prenatalnym, to on po porodzie pozwala noworodkowi porozumiewać się z otoczeniem. Dotyk zapewnia dziecku poczucie bliskości, bezpieczeństwa, co między innymi wpływa na efektywniejszy sen i uspokojenie dziecka. Masaż poprawia trawienie, powoduje lepszą adaptację dziecka do nowego otoczenia. Wykazano, że u wcześniaków, u których wykonano masaże, występuje mniej komplikacji poporodowych oraz reakcji stresowych [19].

Sytuacja zdrowotna wcześniaków jest częstą przyczyną trudności w budowaniu więzi emocjonalnej oraz zachowaniu kontaktu rodziców z dzieckiem. Istotną rolę w tym przypadku odgrywa dotyk skórny oraz kontakt wzrokowy. Znamienne znaczenie dla kształtowania więzi matki lub ojca z wcześniakiem ma kangurowanie w kontakcie „skóra do skóry”. Badania przeprowadzone przez Augustyniuk i wsp. wykazały, że ponad połowa badanych położnic stymulowała swoje dziecko, kangurując. Celem zastosowania tej metody jest między innymi kolonizacja dziecka florą bakteryjną matki, jak również mobilizowanie oraz kształtowanie procesu ssania [19].

Ciężki stan zdrowia wcześniaków często wiąże się z wadami rozwojowymi, które są konsekwencją powikłanych ciąż lub patologii okresu okołoporodowego. Noworodki urodzone przedwcześnie potrzebują dłuższego czasu na osiągnięcie dojrzałości. Częściej niż ich rówieśnicy mają zaburzenia neurorozwojowe, takie jak: problemy ze snem, nadpobudliwość, nadruchliwość. Znacznie bardziej wymagają opieki, przejawiają wzmózoną wrażliwość lub agresję. Dla poprawy stanu zdrowia dziecka oraz wsparcia jego dalszego rozwoju i dojrzewania istotne jest zastosowanie wczesnej stymulacji oraz rehabilitacji. Zastosować można pobudzanie odruchu ssania, stymulację sensoryczną oraz rozluźniający masaż ciała dziecka. Należy dołożyć wszelkich starań, aby występujące problemy powiązane z wcześniactwem minimalizować precyzyjną opieką. Działania ukierunkować tak, by wpływały na poprawę stanu zdrowia dziecka [20,21].

Podsumowanie

Prawidłowy przebieg porodu fizjologicznego w znaczący sposób poprawia adaptację noworodka do życia pozamacicznego. Jest nieoceniony w rozwoju układu bodźcowo-przewodzącego i stymulacji sensorycznej.

Do najczęstszych problemów wcześniaków należą: nieprawidłowa adaptacja układu oddechowego, nieprawidłowa adaptacja układu krążenia, zaburzenia w termoregulacji ciała noworodka, zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego, nieprawidłowa kolonizacja szpitalnej flory bakteryjnej, osłabiona odporność, problemy układu pokarmowego oraz trawiennego.

Do zasad stymulowania rozwojowego wcześniaka i noworodka zaliczamy różne formy dotyku, mającego istotny wpływ na rozwój i funkcjonowanie noworodków, takie jak: kangurowanie, kontakt „skóra do skóry”, masaż, pielęgnacyjny dotyk. Dobry dotyk w okresie noworodkowym wpływa na: tworzenie się więzi matki z dzieckiem, poczucie bezpieczeństwa, poczucie bliskości, poprawę termoregulacji, kolonizację flory bakteryjnej matki, dobrą jakość snu. Dobry, czuły dotyk jest jednym z najistotniejszych determinantów rozwoju emocjonalnego i ma bezpośredni długofalowy wpływ na jakość życia człowieka.

Bibliografia

1. Kierył B, Herzig A. Najważniejsza droga w życiu. *Mag Pielęg Położ* 2012; 6: 28–30.
2. Bochenek A, Reicher, M. *Anatomia człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2012: 596.
3. Seligman MEP, Walker EF, Rosenhan DL, *Psychopatologia*. Wyd I. Poznań: Wydawnictwo ZYSK i s-ka; 2003.
4. Marć M, Stępień K, Dotyk jako specyficzna forma komunikowania się położnej nad rodzącą. Konferencja naukowa pt. Wyzwania współczesnego pielęgniarstwa Katowice; 26.11.1999; *Ann Acad Med Siles* 2000: 203–207.
5. Szczepański M, Kamianowska M, Janowicz J, Grabowska M. Minimalizacja pielęgnacji i terapii noworodka urodzonego przedwcześnie. W: Pilewska-Kozak AB, red. *Opieka nad wcześniakiem*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009: 176–186.
6. Pilch D. Wczesna rozwojowa stymulacja wcześniaka. W: Pilewska-Kozak AB, red. *Opieka nad wcześniakiem*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009: 236–241.
7. Skurzak A, Iwanowicz-Palus GJ. Wczesna stymulacja i opieka nad noworodkiem w okresie rozwoju. W: Bałanda A, red. *Opieka nad noworodkiem*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009: 206–211.
8. Charles C. Akcja porodowa i poród fizjologiczny. W: Iwanowicz-Palus GJ, red. *Prowadzenie porodu*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011: 41–42.
9. Ćwiek D, Fryc D, Branecka-Woźniak D. Poród. W: Ćwiek D, red. *Szkoła rodzenia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010: 121–164.
10. Gadzinowski J, Stoińska B, Szymankiewicz M. Adaptacja noworodka do życia zewnątrzmacicznego. W: Bręborowicz GH, red. *Położnictwo i ginekologia*. T. 1. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2015: 563–567.
11. Szymankiewicz M. Podstawy patologii noworodka. W: Bręborowicz GH, red. *Położnictwo i ginekologia*. T.1. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2015: 568–580.
12. Eliot L. *Co tam się dzieje? Jak rozwija się mózg i umysł w pierwszych pięciu latach życia*. Poznań: Media Rodzina; 2010: 695.

13. Fundacja Rodzić Po Ludzku. Ludzki mikrobiom a cięcie cesarskie [online]. Dostępny na URL: <http://www.rodzicpoludzku.pl/Wiedza-o-porodzie/Ludzki-mikrobiom-a-ciecie-cesarskie.html> [cyt. 1.03.2017].
14. Baranowska B. Pierwszy kontakt po cięciu cesarskim. *Matka i dziecko. Mag Pielęg Położ* 2012; 4: 30–31.
15. Bartelmus E, Pawlak A. Masaż pędzłami niemowląt jako forma profilaktyki oraz terapii wspomagającej integrację sensoryczną. *Rehabil Prakt* 2012; 3: 57–61.
16. Ayres AJ. *Dziecko a integracja sensoryczna*. Wyd. 2. Gdańsk: Grupa Wydawnicza Harmonia – Harmonia Universalis; 2016.
17. Voormann Ch, Dandekar G. *Masaż niemowląt*. Wyd 1. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia; 2010.
18. Michalczak A, Chochowska M, Marcinkowski JT. Ocena skuteczności stosowania masażu Shantala u niemowląt. *Hygies Public Health* 2014; 49 (3): 501–506.
19. Augustyniuk K, Jurczak A, Grochans E, Ćwiek D. Sposoby komunikacji matki z dzieckiem w okresie poporodowym na przykładzie oddziału położniczego. *Family Medicine Primary Care Review* 2011; 13 (4): 673–677.
20. Sochocka L, Pirogowicz I. Jakość życia noworodków urodzonych przedwcześnie – rola personelu medycznego i rodziny. *Family Medicine Primary Care Review* 2006; 8 (2): 490–493.
21. Nowak A, Raczek N, Bogacki M, Krawczyk B. Opieka nad dzieckiem urodzonym przedwcześnie – analiza przypadku klinicznego. *Probl Pielęg* 2014; 22 (3): 401–405.

Adres do korespondencji:

Ewa Tobor
Wydział Nauk Medycznych
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
ul. Katowicka 68, 45-061 Opole
tel. 663 081 964
e-mail: ewatobor@o2.pl

Maria Litera
studentka I roku studiów II stopnia na kierunku Położnictwo,
Wydział Nauk Medycznych,
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu,
ul. W. Reymonta 8, 45-066 Opole
tel. 665 131 813
e-mail: mliterka@autograf.pl

Opieka nad noworodkiem z nieinwazyjnym wspomaganiem oddechu

Iwona Łuczak, Danuta Żurawicka, Małgorzata Zimnowoda, Zofia Wojdyła

Wydział Nauk Medycznych,
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Wstęp

Intensywny rozwój neonatologii w drugiej połowie XX wieku, który dotarł również do Polski, spowodował wzrost zainteresowania intensywną opieką nad noworodkiem. Ogromne zaangażowanie anestezjologów oraz neonatologów, postęp w medycynie, doskonalenie resuscytacji, reanimacji noworodków oraz mechanicznej wentylacji zaowocowało wymiernymi efektami w postaci obniżenia wskaźników umieralności niemowląt oraz umieralności okołoporodowej [1]. Jednocześnie z pierwszymi sukcesami neonatologii pojawiły się na świecie prace naukowe, w których opisywano powikłania stosowania mechanicznej wentylacji u noworodków. Obecnie powszechnie wiadomo o uszkodzeniach płuc u noworodków poddawanych wentylacji konwencjonalnej, wynikających ze stosowania zbyt wysokich ciśnień (barotrauma) oraz nadmiernych objętości oddechowych (wolutrauma). W 1971 roku, w odpowiedzi na oczekiwania, Gregory i Kitterman zastosowali u wcześniaków z niewydolnością oddechową urządzenie „usprawniające stękanie wydechowe noworodków” [2]. Stosując rurkę intubacyjną, uzyskali stały przepływ tlenu do płuc. Działanie to zapobiegało zapadaniu się pęcherzyków płucnych przy wydechu, ale efekt leczenia uzależniony był od oddychania spontanicznego noworodka. Podobny CPAP (*continuous positive airways pressure*), stałoprzepływowo zastosował Kattwinkel, ale już bez rurki, którą zastąpił donosową końcówką i uzyskał zdecydowanie lepsze wyniki. Metoda ta rozpowszechniała się w Stanach Zjednoczonych oraz w Europie. Momentem przełomowym stało się unowocześnienie nCPAP, polegające na zainstalowaniu generatora wytwarzającego stabilne dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych, rozpoznającego fazy wdechu i wydechu. W czasie wydechu powietrze zmieniało kierunek gazów tak, że strumień napływający nie przeszkadzał w wykonaniu wydechu. System ten nazwano Infant Flow [3]. Wprowadzając do Polski zmo-

dyfikowaną metodę Infant Flow Advance w trakcie programu „Nieinwazyjne wspomaganie oddychania u noworodków”, w który, obok środowisk neonatologicznych, zaangażowała się Fundacja WOŚP, udało się zmniejszyć liczbę intubacji wcześniaków o 80,3% [3], co stanowi ogromny sukces, zwłaszcza jeśli podkreśli się fakt, że dzieci te nie były narażone na powikłania związane z wentylacją mechaniczną.

Infant Flow od pierwszych minut życia

Wiele doniesień zwraca uwagę na efektywność metody nieinwazyjnego wspomaganie oddechu u noworodków oddychających spontanicznie, stosowanej od pierwszych chwil życia, bezpośrednio po wstępnych czynnościach, takich jak zabezpieczenie komfortu cieplnego oraz udrożnienie dróg oddechowych [4]. Zasadność stosowania nCPAP od pierwszych minut życia szczególnie podkreślana jest w przypadku wcześniaków z niewydolnością oddechową, u których zastosowanie tej metody pozwala na spokojne podjęcie racjonalnej decyzji o ewentualnej intubacji i wentylacji konwencjonalnej [5]. Najważniejsze jest szybkie zapewnienie wentylacji, dlatego podstawową czynnością, pozwalającą ustabilizować stan noworodka powinno być założenie kaniul donosowych przez jednego członka zespołu terapeutycznego oraz ich przytrzymywanie, a dopiero w drugiej kolejności zakładanie czapki pozwalającej na stabilizację generatora. Transport do oddziału powinien odbywać się w inkubatorze transportowym wyposażonym w aparat Infant Flow [6].

Podłączenie noworodka do systemu Infant Flow

Zastosowanie nieinwazyjnej metody wentylacji w systemie Infant Flow wymaga prawidłowego przygotowania aparatu, doboru parametrów wentylacji oraz odpowiedniego wyboru dodatkowego wyposażenia, tj. czapeczki, kaniul donosowych lub maseczki. W pierwszej kolejności należy przygotować aparat, komorę nawilżania oraz układ oddechowy, który składa się z systemu drenów łączących aparat z generatorem. Następnie należy dokonać wyboru odpowiedniego rozmiaru czapeczki oraz kaniul donosowych lub maseczki. Silikonowe końcówki donosowe mają kształt zbliżony do przewodów nosowych (hiperbola, kulista u podstawy) i pod wpływem przepływających, ogrzanych gazów rozszerzają się i dopasowują do błony śluzowej nosa. W komplecie z generatorem znajdują się trzy rodzaje kaniul nosowych oraz przezroczysta miarka, za pomocą której należy dobrać ich rozmiar (S, M, L). Wybór odpowiedniego rozmiaru kaniul ma ogromne znaczenie, nie tylko z powodu komfortu dziecka, ale także wymiennie przekłada się na jakość wentylacji. Założenie zbyt małych końcówek może spowodować brak szczelności układu, niemożność uzyskania planowanego ciśnienia końcowo-wydechowego, co w konsekwencji skutkować będzie nieprawidłową wentylacją i gorszym stanem noworodka. Założenie zbyt dużych kaniul może w krótkim czasie doprowadzić do uszkodzenia błony śluzowej

nosa, bólu i obrzęku, który w konsekwencji uniemożliwi dalszą wentylację nCPAP. Jeśli istnieją przeciwwskazania do stosowania kaniul donosowych, tj. uszkodzenie nosa, różnica wielkości otworów nosowych, należy użyć maseczek nosowych, dobranych również do wielkości noworodka za pomocą miarki. Trójkątną, silikonową maseczkę powinno dobrać się w taki sposób, aby podstawa trójkąta znajdowała się między górną wargą a podstawą nosa, natomiast wierzchołek trójkąta znajdował się u nasady nosa. Zastosowanie nieprawidłowego rozmiaru maseczki spowoduje w przypadku zbyt małej maski uszkodzenie przegrody nosowej, a w przypadku wyboru zbyt dużej – nieuszczelnienie układu i nieprawidłową wentylację [6].

Dopasowanie rozmiaru czapeczki do wielkości głowy noworodka ma duże znaczenie dla prawidłowej wentylacji, ponieważ służy ona do mocowania generatora. Z przodu czapki znajduje się duży rzep do przytrzymywania drenów odchodzących od generatora, z boku są małe rzepy służące do stabilizacji tych drenów. Z boków czapki znajdują się po trzy otwory, przez które przeciąga się tasiemki generatora. Na rynku dostępnych jest dwanaście rozmiarów czapeczek, oznaczonych kolorami obszyci i symbolami, w zależności od rozmiaru. Najmniejsza „000” ma obwód 18–20 cm, w największej „9” obwód wynosi 40–42 cm. W szybkim i sprawnym dopasowaniu czapki pomaga specjalna miarka – pasek z podziałką centymetrową, na której znajdują się kolory odpowiadające obszyciom czapek.

Po dokonaniu stosownych wyborów należy umocować generator do czapeczki oraz bezpośrednio przed podłączeniem aparatu skalibrować tlen, wykonać test przepływu i ciśnienia, sprawdzić temperaturę, która w aparacie powinna wynosić 39°C, oraz ustawić wilgotność tak, aby w układzie wdychowym zachodziło parowanie. Czapeczkę z generatorem powinno założyć się w taki sposób aby całe uszy noworodka były zakryte, a oczy dobrze widoczne. Czynność tą należy zawsze wykonywać w dwie osoby. Po włożeniu kaniul donosowych, ustabilizowaniu drenów należy sprawdzić całość systemu, jego stabilność i osiągnięte ciśnienia [7].

Zasady stosowane w celu utrzymania drożności nosa

Utrzymywanie drożności noska jest niezwykle istotnym zadaniem w pielęgnowaniu noworodka poddawanego wentylacji nCPAP ponieważ nos jest podstawową drogą wykorzystywaną przez noworodka w wymianie gazowej. Do podstawowych zasad pielęgnacji nosa należą:

- stosowanie odpowiedniego rozmiaru kaniul donosowych i maseczek nosowych oraz ich ewentualna wymiana na większe, w przypadku przyrostu masy ciała noworodków z długotrwałą wentylacją;
- stosowanie zamiennie kaniul i maseczek nosowych, pamiętając że stosowanie długotrwałe kaniuli może doprowadzić do uszkodzenia przegrody noska, a stosowanie długotrwałe maseczki może spowodować zniekształcenie kości szczękowych;

- zapisywanie w dokumentacji noworodka rozmiaru kaniuli/maseczki, daty i godziny, w której dokonano zmiany;
- kontrolowanie noska, stanu skóry wokół niego, oczu co 2–3 godz.;
- ewentualne stosowanie udogodnień, oddzielających kaniule/maseczkę od skóry;
- w przypadku wystąpienia zaczerwienienia, otarć oraz innych zmian wokół nosa zamiana kaniuli na maskę lub odwrotnie co spowoduje zmianę miejsca ucisku. Każda ewentualna nieprawidłowość wokół nosa powinna być odnotowana w dokumentacji dziecka z zaznaczeniem miejsca, rozległości i czasu jej zaobserwowania oraz kroków jakie zostały podjęte w celu zminimalizowania powikłań;
- niestosowanie kremów i maści pod kaniule ponieważ powoduje to niestabilność generatora, przesuwanie kaniuli i uszkodzenie śluzówki nosa;
- wykonywanie odsysania tylko w miarę potrzeby, nie rutynowo;
- wykonywanie zabiegu odsysania w dwie osoby, delikatnie, zawsze używając soli fizjologicznej przy wprowadzaniu cewnika do przewodów nosowych;
- stosowanie gazów oddechowych zawsze ogrzanych i nawilżonych, pamiętając że niska wilgotność powoduje wysychanie, gęstnienie wydzieliny w drogach oddechowych oraz trudności w jej ewakuacji [6].

Pielęgnowanie noworodka poddawanego wentylacji nCPAP

Zasadniczym zadaniem w opiece nad noworodkiem wentylowanym nCPAP jest zapewnienie mu właściwego komfortu i poczucia bezpieczeństwa. Zasady te oczywiście stosowane są w opiece nad każdym noworodkiem niemniej jednak zaznaczyć należy iż płacz noworodka, jego niepokój, otwieranie ust powoduje spadek ciśnienia końcowo-wydechowego, a co za tym idzie nieskuteczną wentylację. Dlatego przypomnieć należy zasady, które znane są już w większości oddziałów noworodkowych:

- Optymalizacja środowiska oddziału neonatologicznego, polegająca na ochronie przed hałasem i nadmiernym oświetleniem, z zachowaniem naturalnego rytmu dobowego.
- Aktywizowanie rodziców i włączanie ich w skład zespołu terapeutycznego, traktowanie ich podmiotowo, jak partnerów w procesie leczenia noworodka. Personel oddziału powinien zachęcać rodziców do kontaktu z dzieckiem, kangurowania, wykonywania wszystkich czynności pielęgnacyjnych przy noworodku, na które pozwala jego stan kliniczny. To rodzice są najlepszymi obserwatorami swojego dziecka, najszybciej dostrzegają zmiany zachodzące w zachowaniu noworodka, objawy stresu czy bólu. Działania zmierzające do włączenia rodziców w skład zespołu są niezwykle istotne ponieważ możliwość wykorzystania potencjału rozwojowego dziecka zależy głównie od stanu emocjonalnego rodziców [8].

- „Minimal handling” – ograniczenie ilości interwencji medycznych do niezbędnych, wykonywanie je w sposób delikatny, celowy, przemyślany, dopasowując sposób działania do stopnia tolerancji noworodka, grupowanie czynności i planowanie działania w taki sposób aby noworodek miał możliwie długi czas na nieprzerywany sen.
- Prawidłowe pozycjonowanie terapeutyczne noworodka. Ma ono niezwykle znaczenie, zwłaszcza u dzieci niedojrzałych, poddawanych długiej terapii w oddziale. Wywiera ono pozytywny wpływ na poprawę funkcji oddechowych, a także wspiera kształtowanie układu kostno – stawowego, dojrzewanie i prawidłową dystrybucję napięcia mięśniowego, prawidłową stymulację proprioceptywną, dotykową oraz przedsionkową (zmysłu równowagi), rozwój i integrację prawidłowych wzorców ruchowych, optymalną orientację wokół linii środkowej ciała a także podnosi poczucie bezpieczeństwa i komfortu oraz możliwość spokojnego snu [9].
- Walka z bólem, stosowanie niefarmakologicznych metod wspomagających zmagania z bólem o natężeniu łagodnym i umiarkowanym, tj. stosowanie smoczka, 30% roztworu glukozy bądź 24% roztworu sacharozy podanych 2 minuty przed procedurą na przednią stronę języka stosowanie pokarmu mamy, dotyku, masażu jeśli to możliwe karmienie piersią, kontakt z mamą [10,11].
- Karmienie noworodka w zależności od jego dojrzałości i stanu klinicznego. Wentylacja w systemie nCPAP nie stanowi przeciwwskazania do karmienia enteralnego zarówno przez sondę (założoną przez usta) jak i przez smoczek czy nawet piersią. Wspomaganie oddechu w systemie nCPAP może być przyczyną nagromadzenia gazów w przewodzie pokarmowym, wypełnienia żołądka powietrzem. W takiej sytuacji konieczne jest założenie sondy do żołądka i pozostawienie jej otwartej w celu ewakuacji nagromadzonego powietrza, bądź odciąganie powietrza między karmieniami za pomocą strzykawki. Zalecane jest też częste układanie noworodka na brzuchu [6].
- Zapewnienie komfortu cieplnego noworodka. Niezwykle istotnym zagadnieniem, mającym wpływ na przebieg leczenia jest zapobieganie hipotermii i jej konsekwencjom, zwłaszcza u noworodków urodzonych przedwcześnie, które z uwagi na swą niedojrzałość bardziej narażone są na stres związany z wychłodzeniem, który w konsekwencji doprowadza do skurczu naczyń krwionośnych, nasilenia kwasicy metabolicznej, hipoksemii, hipoksji, zmniejszenia produkcji surfaktantu endogennego w płucach i zmniejszenia działania surfaktantu stosowanego leczniczo, hipoglikemii, zwiększenia ilości bezdechów, wystąpienia bradykardii [12]. Utrzymanie prawidłowej temperatury ciała wcześniaka jest jednym z podstawowych czynników warunkujących jego przeżycie [7].
- Ochrona przed zakażeniami. Do czynników sprzyjających zakażeniom obok tzw. czynników noworodkowych, matczyńskich, czynników związanych z ciążą i porodem należą czynniki środowiskowe, związane ściśle z oddziałem, inwa-

zyjnymi procedurami, którym poddawany jest noworodek. Rzeczywistość oddziały intensywniej terapii, do której można zaliczyć ograniczoną pielęgnację noworodka przez rodziców, kontakt noworodka z wieloma osobami wchodzącymi w skład zespołu terapeutycznego, przeprowadzane zabiegi, w tym także resuscytacyjne, monitorowanie, stosowanie żywienia pozajelitowego, kaniulację naczyń, częste stosowanie przyklepców, plastrów stanowi istotne ryzyko zakażeń [13]. Personel sprawujący opiekę nad noworodkiem z nieinwazyjnym wspomaganie oddechu powinien prezentować postawę wysokiej świadomości istniejącego ryzyka zakażenia a także odpowiedzialności w trakcie wykonywania wszelkich zabiegów u noworodka, które powinny być wykonywane zgodnie z przyjętymi procedurami. Ważną rolę niezmiennie odgrywa mycie i dezynfekcja rąk, a także edukacja rodziców z zakresu ochrony noworodka przed zakażeniami.

- Monitorowanie stanu klinicznego. Noworodek ze wsparciem oddechowym wymaga monitorowania czynności serca, saturacji, ciśnienia krwi. Parametry te monitorowane są w sposób nieinwazyjny, bezpieczny dla noworodka, pozwalający na szybką reakcję w sytuacji pogorszenia stanu ogólnego [7]. Kontrola SpO₂ umożliwia podaż tlenu, w taki sposób aby zapewnić jego dostawę do tkanek na właściwym poziomie, z uniknięciem hipoksemii oraz hiperoksemii. Obserwacji wymaga również zabarwienie powłok skórnych pod kątem narastającej sinicy czy bledości oraz objawy kliniczne, które pośrednio informują o funkcji płuc: częstość oddechów, synchroniczność oddychania, udział dodatkowych mięśni oddechowych, wciąganie międzyżebry, poruszanie skrzydełkami nosa, stękanie wydechowe (endogenne CPAP), występowanie bezdechów. Powszechnie stosowanym narzędziem do określenia zaburzeń oddechowych jest skala Silvermana [14].

Skuteczność wentylacji ocenia się w badaniu równowagi kwasowo-zasadowej krwi tętniczej, a u noworodków w stabilnej fazie terapii oddechowej dopuszcza się przeprowadzanie badania gazometrycznego z krwi włośniczkowej, pobranej z miejsca po uprzednim, kilkuminutowym ociepleniu. Przy interpretacji wyniku konieczna jest orientacja, z jakiej krwi on pochodzi. Pobieranie krwi do badań gazometrycznych wiąże się niestety z bólem, stresem, uszkodzeniem ciągłości tkanek, występuje również ryzyko zafałszowania wyniku w związku z nieprawidłowym pobraniem próbki krwi lub z wydłużeniem czasu od pobrania do oznaczenia wyniku. Należy o tym pamiętać dokonując interpretacji wyniku gazometrii, warto wziąć pod uwagę również ogólny stan kliniczny noworodka [14].

Podsumowanie

Niezmiennie poszukuje się optymalnej metody wspomaganie oddychania u noworodków. Głównym celem jest ograniczenie powikłań, zwłaszcza tych przewle-

kłych. nCPAP jest prostą metodą wsparcia oddechu, nie pozbawioną jednak powikłań. W pierwszej fazie stosowania tej metody doniesienia naukowe opisywały poważne konsekwencje stosowania CPAP-u w postaci wodogłowia, wylewów do mózdzku, czy odmy opłucnowej. Aktualnie, po latach doświadczeń stosowania tej wentylacji, po wprowadzeniu zmian w dostarczaniu ciśnienia do dróg oddechowych, najczęściej spotykanym powikłaniem jest uraz śluzówki nosa, rzadziej uszkodzenie przegrody nosa [6]. Uzasadnione więc jest stwierdzenie, że podstawą ograniczenia przykrych konsekwencji stosowania CPAP-u jest stałe, niezmiennie szkolenie personelu pielęgniarskiego. Szczególnie istotne wydaje się motywowanie pielęgniarek i położnych, sprawujących bezpośrednią opiekę nad noworodkami z nieinwazyjnym wspomaganie oddychania, z podkreśleniem ważnej funkcji jaką pełnią w zespole terapeutycznym.

Bibliografia

1. Helwich E. Zmiany w organizacji opieki nad noworodkiem w Polsce, od lat 80-tych XX w. do dziś. W: *Materiały konferencyjne Nowe oblicze Intensywnej Terapii Noworodka – oddział przyjazny pacjentowi i jego rodzicom*. Pałac Sulisław 2016: 3–7.
2. Dąbrowska-Wójciak I, Piotrowski A. Dodanie ciśnienie końcowo-wydechowe podczas wentylacji mechanicznej i wsparcia oddechu własnego noworodków i dzieci. *Anest Intens Ter* 2013; 45 (2): 116–120.
3. Gajewska E, red. *Wentylacja nieinwazyjna u noworodków*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2012: 1–3.
4. Nowicka A, Lauterbach R. Zastosowanie n-CPAP-u (Infant Flow) bezpośrednio po urodzeniu u spontanicznie oddychających noworodków ze skrajnie małą urodzeniową masą ciała. *Developmental Period Medicine* 2014; 18 (2).
5. Skalski Z. Wentylacja nieinwazyjna noworodków. Wspomaganie oddychania od momentu urodzenia. W: Gajewska E, red. *Wentylacja nieinwazyjna u noworodków*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2012: 189–194.
6. Lauterbach R, Kulig A, Opach I. Wentylacja nieinwazyjna – wsparcie oddechowe bez intubacji. W: Gajewska E, red. *Wentylacja nieinwazyjna u noworodków*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2012: 81–102.
7. Bałanda-Bałyga A. Pielęgnowanie noworodka wymagającego wspomaganie oddechu z zastosowaniem metody Infant Flow. W: Pilewska-Kozak A, red. *Opieka nad wcześniakiem*. Wyd. 1. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009: 106–114.
8. 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.
9. Gulczyńska E, Adamus-Cedrowska V. Opieka neurorozwojowa u dzieci urodzonych przedwcześnie – nowa strategia opieki w oddziałach noworodkowych. W: *Materiały konferencyjne*

- Nowe oblicze Intensywnej Terapii Noworodka – oddział przyjazny pacjentowi i jego rodzicom.* Pałac Sulisław 2016.
10. Mierzewska-Schmidt M. Neurotoksyczność (analgo)sedacji czy neurotoksyczność bólu i stresu? Jak znaleźć złoty środek? W: *Materiały konferencyjne Nowe oblicze Intensywnej Terapii Noworodka – oddział przyjazny pacjentowi i jego rodzicom.* Pałac Sulisław 2016.
 11. Panek M. Niefarmakologiczne metody walki z bólem u noworodka. W: *Materiały konferencyjne Nowe oblicze Intensywnej Terapii Noworodka – oddział przyjazny pacjentowi i jego rodzicom.* Pałac Sulisław 2016.
 12. Świetliński J. Homeostaza cieplna. W: Szczapa J, red. *Neonatologia.* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2000: 26–39.
 13. Gajewska E, Czyżewska M. Zakażenia. W: Szczapa J, red. *Neonatologia.* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2000: 102–141.
 14. Świetliński J. Monitorowanie wentylacji noworodka. W: Gajewska E, red. *Wentylacja nieinwazyjna u noworodków.* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2012: 289–303.

Adres do korespondencji:

Iwona Łuczak, Danuta Żurawicka, Małgorzata Zimnowoda, Zofia Wojdyła
Wydział Nauk Medycznych
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
ul. Katowicka 68, 45-060 Opole

Kamienie milowe we wczesnej ocenie rozwoju dziecka

Alina Kowalczykiewicz-Kuta

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

Wstęp

Pierwsze dwa lata życia dziecka obok okresu płodowego są czasem najbardziej intensywnego rozwoju ośrodkowego układu nerwowego (OUN). Monitorowanie rozwoju dziecka, zwłaszcza do 2. roku życia, sprzyja prawidłowemu rozwojowi oraz rozpoznawaniu ewentualnych nieprawidłowości. W czasie pierwszych dwóch lat życia rozwój i dojrzewanie układu nerwowego zachodzi w czasie. U każdego człowieka jest określona kolejność rozwoju komórki nerwowej od okresu zapłodnienia aż do okresu dziecięcego – proliferacja, migracja, etap powstawania aksonów i dendrytów, w końcu następuje mielinizacja komórki układu nerwowego. Dojrzewanie anatomiczne i biochemiczne OUN równocześnie przekłada się u dziecka na rozwój jego motoryki dużej, motoryki małej, mowy, funkcji poznawczych oraz kontaktów społecznych. Wszystkie osoby opiekujące się lub mające kontakt zawodowy z małym dzieckiem powinny monitorować rozwój dzieci w celu promowania prawidłowej jakości ich życia i identyfikować pacjentów z problemami rozwojowymi. Ciągła obserwacja między innymi podczas wizyt profilaktycznych wymaga poznania torów rozwojowych danego dziecka. Jednym z wystandaryzowanych instrumentów przesiewowych w ocenie rozwoju jest wykorzystanie wieku występowania kamieni milowych.

Kamienie milowe

Prawidłowy rozwój dziecka to zbiór różnych funkcji, nie tylko funkcji ruchowych, które pozwalają dziecku na stopniowe osiągnięcie niezależności w życiu codziennym. Pierwsze 2–3 lata życia stanowią podstawę rozwoju psychoruchowego dla człowieka. Wszelkie nieprawidłowości w tym okresie wymagają wczesnej interwencji dia-

gnostyczno-terapeutyczno-psychologicznej. W piśmiennictwie można znaleźć różne opracowania dla lekarzy, położnych, pielęgniarek czy fizjoterapeutów w zakresie stanu zdrowia dziecka, zwłaszcza jego rozwoju. W 2006 roku w *Acta Paediatrica* ukazała się publikacja Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) Motor Development Study oceniająca 816 dzieci w wieku od urodzenia do 24. miesiąca życia pod kątem wieku opanowania umiejętności motorycznych: samodzielnie siedzi, raczkuje, stoi z pomocą, chodzi z pomocą, stoi samodzielnie i chodzi samodzielnie [1]. Inna publikacja amerykańskiej agencji *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) przedstawiła zestaw informacji dotyczących kamieni milowych [2]. W 2012 roku badacze kanadyjscy opracowali nowy schemat do oceny osiągania kamieni milowych obejmujący 5 obszarów, z określeniem górnych granic wieku [3]. Tak jak powyżej już wspomniano, kamienie milowe to określone umiejętności zdobywane przez dziecko w przewidywalnej kolejności w określonym czasie. Odzwierciedlają one interakcje rozwijającego się układu nerwowego dziecka ze środowiskiem. Umiejętności te pogrupowane zostały na 5 obszarów:

- duża motoryka,
- mała motoryka,
- komunikacja (mowa, język),
- funkcje poznawcze (umysłowe, intelektualne),
- funkcje społeczno-emocjonalne.

Nieosiągnięcie danego kamienia milowego w określonym czasie zwykle wskazuje na opóźnienie w rozwoju psychoruchowym dziecka. Możliwa jest w ten sposób wczesna identyfikacja pacjentów z grup ryzyka zaburzeń rozwojowych, która może wymagać interdyscyplinarnego dalszego działania. Wszystkie przedstawione sfery rozwoju są ze sobą silne powiązane. Zaburzenie jednej z nich zakłóca rozwój pozostałych. „Objawy alarmowe” w rozwoju dziecka od urodzenia do 2. roku życia – tzw. czerwone flagi (*red flags*) – to określony czas, do którego dziecko powinno zaprezentować daną funkcję rozwojową. Objawy te można wychwytać i sprawdzić u dziecka podczas wizyty profilaktycznej, a zostały one przedstawione i pogrupowane zgodnie z aktualnymi danymi naukowymi najwyższej jakości [3].

Wiek występowania i opis kamieni milowych do 2. roku życia w zakresie poszczególnych sfer

Sfera motoryki dużej

Umiejętności ruchowe i aparat mięśniowy, kostny i stawowy kształtują się w ruchu. Jeżeli istnieje coś, co ogranicza spontaniczną aktywność dziecka, to jest to najczęściej rzeczywista sytuacja medyczna, np. związana z zapewnieniem określonego

leczenia, chociażby u niemowlęcia w przypadku leczenia dysplazji stawów biodrowych. Każde ograniczenie ruchu jest ograniczeniem ilości i jakości zdobywanych przez dziecko doświadczeń, co jest podstawą jakości jego rozwoju. Zaburzenia rozwoju ruchowego mogą przejawiać się opóźnieniem w osiągnięciu przewidzianych dla danego wieku zdolności ruchowych, nieprawidłowym pod względem jakościowym wykonywaniem funkcji, stereotypowymi mało zróżnicowanymi reakcjami na różne bodźce oraz brakiem lub przetrwałą aktywnością reakcji odruchowych. Tabela 1 przedstawia kamienie milowe w rozwoju dziecka w 1., 2., 4., 6., 9., 12., 18., 24. miesiącu życia w zakresie dużej i małej motoryki.

Tabela 1. Kamienie milowe w rozwoju dziecka [źródło: opracowanie własne]

Wiek	Duża motoryka	Mała motoryka
1. miesiąc życia	<ul style="list-style-type: none"> - odruch Moro (+) - odruch podparcia (+) - zgięciowa pozycja ciała 	<ul style="list-style-type: none"> - odruch chwytny (+)
2. miesiąc życia	<ul style="list-style-type: none"> - unosi głowę do 45 stopni w leżeniu na brzuchu 	<ul style="list-style-type: none"> - trzyma włożoną do ręki grzechotkę
4. miesiąc życia	<ul style="list-style-type: none"> - odruch toniczny szyjny asymetryczny - unosi klatkę piersiową w leżeniu na brzuchu 	<ul style="list-style-type: none"> - składa dłonie w linii pośrodkowej ciała - wyciąga proste ramiona w kierunku grzechotki w leżeniu na plecach - sięga po grzechotkę chwytając ją i trzyma
6. miesiąc życia	<ul style="list-style-type: none"> - zanik odruchów prymitywnych - podciąga się do siadu - siedzi z podparciem z rękami z tyłu 	<ul style="list-style-type: none"> - potrząsa grzechotką - trzyma klocek między dłońmi - trzyma jeden klocek w każdej ręce - chwyt łokciowo-dłoniowy - chwyt promieniowo-dłoniowy
9. miesiąc życia	<ul style="list-style-type: none"> - odruchy posturalne obecne - przekręca się w obie strony - siedzi stabilnie 	<ul style="list-style-type: none"> - przenosi zabawki - chwyt promieniowo-palcowy - dotyka płatkę śniadaniowego typu Cheerios - chwyt zagarniający
12. miesiąc życia	<ul style="list-style-type: none"> - siada - raczkuje - podciąga się do pozycji stojącej - chodzi trzymane za jedną rękę - łapie toczącą się piłkę 	<ul style="list-style-type: none"> - chwyt pęsetowy - spontanicznie puszcza klocek do kubka - trzyma butelkę

Tabela 1. (cd.)

Wiek	Duża motoryka	Mała motoryka
18. miesiąc życia	<ul style="list-style-type: none"> - wstaje - samodzielnie chodzi - wąska podstawa chodu - chodzi stopa za stopą - wchodzi i schodzi ze schodów, trzymając się poręczy 	<ul style="list-style-type: none"> - wkłada klocki odpowiednich kształtów do otworów - ustawia 2 lub 3 klocki jeden na drugim - bazgrze: ołówek w zaciśniętej pięści - samo je (palcami)
24. miesiąc życia	<ul style="list-style-type: none"> - biega, skacze, kopie - rzuca piłkę znad głowy na odległość około metra - wchodzi po schodach krokiem dostawnym bez poręczy 	<ul style="list-style-type: none"> - ustawia 6 klocków jeden na drugim - kopiuje linie pionowe - używa łyżki - pomaga się ubierać

Źródło: opracowanie własne

Poniżej przedstawiono opis poszczególnych odruchów zawartych w tabeli 1 – sposób ich wywołania oraz czas ich wygasania. Należą do nich:

- Odruch Moro – w odpowiedzi na gwałtowny bodziec zmiana położenia ciała z energicznym odwiedzeniem kończyn górnych i dolnych, odgięciem głowy w tył i powrotnie ruch obejmowania kończynami górnymi – wygasa do 6. miesiąca życia.
- Odruch podparcia – ucisk podłoża na stopy powoduje toniczne zwiększenia napięcia w kończynach dolnych z równoczesnym ustawieniem ich w pozycji „zawiasowej” – wygasa do 4. miesiąca życia.
- Odruch chwytnej dłoni – drażnienie wewnętrznej powierzchni dłoni powoduje toniczne zgięcie palców od 2. do 5. i przywiedzenie kciuka – wygasa do 5.–6. miesiąca życia.
- Odruch chwytnej stopy – dotykanie przedniej części podeszwy powoduje toniczne zgięcie palców – wygasa do 4. miesiąca życia.
- Odruch toniczny szyjny asymetryczny – zwrot głowy na bok powoduje toniczny wyprost kończyn po stronie twarzowej z wydłużeniem po tej stronie tułowia i obniżeniem miednicy oraz zgięcie kończyn od strony potylicznej – wygasa do 6. miesiąca życia.
- Odruchy posturalne – zastępują odruchy prymitywne – pojawiają się po 4. miesiącu życia (gotowość do skoku, reakcja spadochronowa).
- Chwyt łokciowo-dłoniowy – nakładkowy, 4. i 5. palec.
- Chwyt promieniowo-dłoniowy – 2. i 3. palec.
- Chwyt promieniowo-palcowy – kciuk z 2. i 3. palcem, bez udziału dłoni.
- Chwyt zagarniający: 2. i 3. palec zagarniają się, zagarniając przedmiot do dłoni.
- Chwyt pęsetowy – przeciwstawienie kciuka i palca wskazującego.

Sfera motoryki małej

Ocena motoryki małej to ocena sprawności ruchomości dłoni dziecka, czyli rozwoju chwytania i koordynacji ręki. Tabela 1 prezentuje wiek osiągnięcia przez dziecko umiejętności w tym zakresie.

Sfera komunikacji (mowa-język)

W rozwoju mowy istnieje faza przedjęzykowa, która obejmuje: krzyk, głuźnienie (od 3. miesiąca życia), gaworzenie (między 5. a 6. miesiącem życia), gaworzenie naśladowcze (od 9. miesiąca życia). Powyżej 12. miesiąca życia dochodzi do fazy językowej – wypowiedzi jednowyrazowych, jest to około 200–300 słów w 18. miesiącu życia. Dziecko pod koniec 2. roku życia powinno mówić w sposób zrozumiały dla domowników, a w 3. roku życia – dla osób obcych [4]. Określone czynności w zakresie sfery komunikacji przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Czynności w zakresie komunikacji dziecka [źródło: opracowanie własne]

Wiek	Komunikacja (mowa-język)
1. miesiąc życia	<ul style="list-style-type: none"> - odruch szukania (+) - odruch ssania (+) - zwraca się w stronę dźwięku - uśmiecha się w odpowiedzi na głos - różne okrzyki
2. miesiąc życia	<ul style="list-style-type: none"> - nieartykułowane gardłowe dźwięki
4. miesiąc życia	<ul style="list-style-type: none"> - grucha (głuży)
6. miesiąc życia	<ul style="list-style-type: none"> - patrzy w kierunku osoby, która mówi do dziecka - wydaje dźwięki w odpowiedzi - śmieje się
9. miesiąc życia	<ul style="list-style-type: none"> - patrzy na znane przedmioty po ich nazwaniu - zatrzymuje działanie, gdy usłyszy „nie” - wydaje dźwięki w celu zwrócenia na siebie uwagi
12. miesiąc życia	<ul style="list-style-type: none"> - odwraca się na wołanie po imieniu - rozumie rutynowe polecenia - celowo wokalizuje lub gestykuje w celu kontroli zachowania (prośba: sięga – wskazuje, pokazuje do góry; odmowa: odpycha, odgina się) - gest ilustracyjny pa-pa - naśladowanie klaskania

Tabela 2. (cd.)

Wiek	Komunikacja (mowa-język)
18. miesiąc życia	<ul style="list-style-type: none"> - wykonuje jednostopniowe polecenie - wskazuje 6 części ciała - wypowiada 15 słów – nazwy z gestami - klaszcze z podekscytowania - potrząsa głową „nie”
24. miesiąc życia	<ul style="list-style-type: none"> - zwroty składające się z 2 słów - wypowiada 50 słów - mówi, zamiast gestykulować - kiwa „tak” - przesyła „całusy”, „piątkę” - mowa w 50% zrozumiała przez obce osoby

Źródło: opracowanie własne

Poniżej przedstawiono opis odruchów i sposób ich wywoływania zawartych w tabeli 2. Należą do nich:

- Odruch szukania – drażnienie kątów ust oraz środka górnej i dolnej wargi powoduje obracanie głowy dziecka w stronę bodźca – fizjologicznie do 3. miesiąca życia.
- Odruch ssania – włożenie małego palca do ust dziecka wywołuje ruchy ssania – fizjologicznie do 3. miesiąca życia.

Sfera funkcji poznawczych

Sfera ta obejmuje rozwój dziecka w zakresie spostrzegania, uwagi, pamięci, myślenia czyli intelektu. Jej badanie może dać przy dokładnej ocenie niemowlęcia różnorakie wskazówki co do stanu rozwoju lub możliwych nieprawidłowości. Można również przyjąć, że ocena funkcji poznawczych jest sprawdzianem zmysłów wzroku i słuchu. Stopień koncentracji uwagi na otoczeniu i pojmowanie przez dziecko związków dopuszczają także możliwość oceny rozwoju umysłowego dziecka na tak wczesnym etapie życia [5]. Określone czynności w zakresie sfery poznawczej przedstawia tabela 3.

Sfera funkcji społeczno-emocjonalnych

Poznanie społeczne czy rozwój społeczny obejmuje proste (elementarne) akty społeczne, takie jak fiksacja wzroku na twarzach bliskich, uśmiech społeczny, rozróżnienie osób bliskich oraz złożone akty poznania społecznego – naśladowanie prostych czynności czy zabawa symboliczna. Prawdopodobnie najbardziej cha-

Tabela 3. Czynności w zakresie sfery społeczno-emocjonalnej dziecka

Wiek	Funkcje poznawcze	Funkcje społeczno-emocjonalne
1. miesiąc życia	<ul style="list-style-type: none"> - ogniskuje wzrok z odległości około 25 cm - odwraca się w kierunku bodźców wzrokowych - preferuje twarz ludzką, obiekty kontrastowe, kolorowe, wysoki głos 	<ul style="list-style-type: none"> - płacze, kiedy płacze inne niemowlę (empatia)
2. miesiąc życia	<ul style="list-style-type: none"> - wodzi wzrokiem w poziomie 	<ul style="list-style-type: none"> - dłuższe okresy czuwania w ciągu dnia
4. miesiąc życia	<ul style="list-style-type: none"> - ogląda dłonie - bada otoczenie, rozglądając się wokół - przewiduje czynności wykonywane o stałej porze - rozgląda się w poszukiwaniu opiekuna 	<ul style="list-style-type: none"> - uspokaja się, gdy się do niego mówi lub bierze na ręce, gdy ssie lub patrzy - cieszy się z kontaktu wzrokowego - na twarzy wyraża radość, złość, smutek, niepokój, zaskoczenie - samo uspokaja się przed snem
6. miesiąc życia	<ul style="list-style-type: none"> - uderza przedmiotami o siebie - rozwiązuje problemy metodą prób i błędów - szuka upuszczonego przedmiotu 	<ul style="list-style-type: none"> - przewidywany schemat działania - uśmiecha się w celu zainicjowania kontaktu i odpowiedzi - interakcja z drugą osobą poprzez wyraz twarzy i kontakt wzrokowy - preferuje znajome osoby - wykazuje zainteresowanie innymi niemowlętami (empatia)
9. miesiąc życia	<ul style="list-style-type: none"> - trwałość przedmiotu - bada twarz opiekuna - szuka ukrytej zabawki 	<ul style="list-style-type: none"> - dobrze rozwinięte przywiązanie do opiekuna
12. miesiąc życia	<ul style="list-style-type: none"> - szuka przedmiotów ukrytych, gdy dziecko na nie nie patrzyło - badanie metodą prób i błędów - zabawki uczące – „przyczyna-skutek” 	<ul style="list-style-type: none"> - naśladuje kosi-kosi - zabawa w a-kuku - daje przedmioty dzieciom (empatia) - wspólne pole uwagi – daje lub pokazuje przedmiot, wyciągając rękę w celu uzyskania komentarza na jego temat

Tabela 3. (cd.)

Wiek	Funkcje poznawcze	Funkcje społeczno-emocjonalne
18. miesiąc życia	<ul style="list-style-type: none"> - w odpowiednim miejscu szuka przedmiotów ukrytych w momencie, gdy nie patrzyło - naśladuje stosowanie rzeczowych rekwizytów – zamiata szczotką, uderza młotkiem - używa przedmioty zgodnie z ich funkcją (szczotkuje włosy szczotką) 	<ul style="list-style-type: none"> - naśladuje rówieśników - pokazuje na przedmioty, domagając się komentarza - używa tzw. obiektów przejściowych, aby się uspokoić - napady złości
24. miesiąc życia	<ul style="list-style-type: none"> - symboliczne przedstawianie - proste udawanie zabawy – pcha samochód, aby go uruchomić - planuje działanie bez wcześniejszych prób - próbuje sprawić, aby zabawki działały 	<ul style="list-style-type: none"> - uzależnia zachowanie od wyrazu twarzy innych ludzi (odniesienie społeczne) - pociesza innych (empatia) - wskazuje na przedmioty, chcąc wyjaśnić własne określenia –upodobania - zabawa równoległa „nie”, „moje”

Źródło: opracowanie własne

rakterystycznymi pierwszymi objawami zaburzenia definiowanego jako autyzm u dziecka są nieprawidłowości w zakresie rozwoju społecznego [6]. Określone czynności w zakresie sfery społeczno-emocjonalnej dziecka przedstawia tabela 3.

Populacja zdrowych dzieci oraz dzieci z grupy ryzyka zaburzeń rozwojowych

Przebieg prawidłowego rozwoju dziecka zakłada maksymalne wykorzystanie potencjału rozwojowego. Na podstawie wywiadu medycznego i rodzinnego oraz badania przedmiotowego można ocenić czynniki ryzyka zaburzeń w rozwoju i zachowaniu oraz ich etiologie. Kamienie milowe powinny dodatkowo wpłynąć na podjęcie decyzji o interwencji w zakresie poprowadzenia dziecka do prawidłowego rozwoju. Wczesna ocena rozwoju dzieci przy pomocy kamieni milowych może być wykorzystana w rozpoznaniu patologicznej asymetrii ciała, zaburzeń, które mogą wystąpić u noworodków urodzonych przedwcześnie, dla wykrycia wczesnego autyzmu dziecięcego, dla diagnozy mózgowego porażenia dziecięcego czy innych nieprawidłowości związanych z OUN.

Ocena noworodka z kręcem szyi i innymi nieprawidłowościami ułożenia ciała w 1. roku życia

Problemy z ułożeniem ciała, odginanie się, asymetryczność niemowlęcia są częstymi powodami zgłaszania się rodziców z dzieckiem na wizytę lekarską. Nieprawidłowości w tym zakresie u niemowlęcia zwykle mają charakter ułożeniowy i korygują się samoistnie. Jednak wobec wątpliwości można wykorzystać ocenę rozwoju dziecka według kamieni milowych do wykrycia ułożeniowej asymetrii idiopatycznej czy asymetrii symptomatycznej związanej z różnymi jednostkami chorobowymi. Należą do nich: stopa końsko-szpotaowa, kręcz szyjny mięśniowy, dysplazja stawów biodrowych, okołoporodowe złamanie obojczyka, okołoporodowe uszkodzenie splotu ramiennego, uszkodzenia OUN, kraniosynostozy [7]. Stwierdzenie ograniczenia ruchomości lub przykurczu w badaniu klinicznym oraz nieprawidłowa ocena kamieni milowych powinny zaowocować skierowaniem dziecka do dalszej oceny neurologicznej i ortopedycznej.

Ocena dziecka urodzonego przedwcześnie do 2. roku życia

Dynamiczny rozwój neonatologii sprawił, że znacznie zmniejszyła się śmiertelność noworodków skrajnie niedojrzałych. Wcześnieak urodzony poniżej 32. tygodnia wieku płodowego, a zwłaszcza urodzony pomiędzy 24. a 28. tygodniem, przebywający wiele dni w oddziale intensywnej terapii noworodka czy oddziale patologii noworodka, wymaga szczególnego kompleksowego działania diagnostyczno-terapeutycznego. Na początku tej drogi często nie można przewidzieć, jak dziecko urodzone przedwcześnie będzie się rozwijało w przyszłości. Do elementów wpływających na jakość rozwoju będą należeć czynniki prenatalne, postnatalne oraz środowisko, w którym wcześnieak będzie wychowywany. Celem opieki podczas hospitalizacji noworodka urodzonego przedwcześnie, jak i po jego wypisie do domu, jest systematyczna ocena rozwoju psychoruchowego (metody: Vojty, Prechtla czy Brazeltona). Jeśli tego wymaga sytuacja, włączenie interwencji terapeutycznej (terapia metodą Vojty czy NDT-Bobath) może wspomóc dążenie do prawidłowego rozwoju. Poza różnymi metodami diagnostyki i terapii neurorozwojowej, również podaż długołańcuchowych wielonienasyconych kwasów tłuszczowych (DWKT) jako podstawowego składnika budulcowego OUN ma pozytywny wpływ na rozwój OUN rosnącego dziecka [8]. Ocena rozwoju poprzez metodę kamieni milowych jest jak najbardziej przydatna dla dzieci urodzonych przedwcześnie. Należy pamiętać jednak, jak oceniać wiek rozwojowy noworodka urodzonego poniżej 37. tygodnia ciąży. Ocena kamieni milowych dotyczy nie wieku metrykalnego, lecz wieku skorygowanego (od wieku kalendarzowego odejmuje się tyle tygodni, ile brakowało w momencie narodzin do pełnych 40. tygodni trwania ciąży).

Ocena dziecka z podejrzeniem autyzmu do 2. roku życia

Autyzm jest zaburzeniem rozwoju o podłożu neurobiologicznym. Choroba ta wynika z nieprawidłowego rozwoju lub uszkodzenia struktur ośrodkowego układu nerwowego, może współistnieć z innymi chorobami OUN lub wadami genetycznymi. Częstość występowania autyzmu to około 5–6 dzieci na 1000, które mają objawy całościowych zaburzeń rozwoju [9]. Autyzm dziecięcy według obowiązującej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób WHO (ICD-10) należy do kategorii diagnostycznej z rozpoznaniem całościowych zaburzeń rozwoju (F.84) [10]. Są wśród nich m.in. autyzm atypowy, zespół Retta, zespół Aspergera. Łączy je etiologia oraz objawy ujawniające się w tych samych obszarach funkcjonowania. Autyzm rozpoznajemy na podstawie objawów ujawnianych przez dziecko. Objawy takie, jak zaburzona interakcja społeczna, upośledzenie komunikacji werbalnej i niewerbalnej, nieprawidłowości w funkcjach poznawczych oraz zmiany w zachowaniu, ujawniają się najczęściej do 3. roku życia. Nie poprzedza ich okres prawidłowego rozwoju. Rozpoznanie autyzmu, a według najnowszej terminologii tzw. zaburzenia ze spektrum autyzmu, jest bardzo trudne u niemowląt [11]. Skoro wiadomo, że istnieje wiele różnic w poszczególnych jednostkach chorobowych tego zaburzenia, nie należy zawężać diagnostyki czy badania przesiewowego rozwoju, jakim są kamienie milowe, do oceny tylko jednej sfery, np. sfery poznawczej. Kamienie milowe mogą pomóc ustalić deficyty dla wszystkich wskaźników całościowych rozwoju dziecka do 2. roku życia. Dobrze zebrany wywiad z ustaleniem czynników ryzyka, obserwacja dziecka, standardowe badanie pediatryczne oraz możliwość wykorzystania w ocenie rozwoju kamieni milowych, to elementy, które mogą pomóc w rozpoznaniu zaburzenia. Można odpowiednio wcześniej wdrożyć terapię, zanim rozwiną się wszystkie czy pełne objawy zaburzeń ze spektrum autyzmu. Dodatkowo w wieku 18 miesięcy oraz 24 miesięcy zastosowanie kwestionariuszy M-CHAT (*Modified Checklist for Autism in Toddlers*) czy Q-CHAT (*Quantitative Checklist for Autism in Toddlers*) jest bardzo pomocne w diagnozie [12]. Osterling i wsp. wykazali, że autyzm może być rozpoznany w wieku jednego roku i już wtedy może być różnicowany z upośledzeniem umysłowym [13]. Interwencje terapeutyczne są najskuteczniejsze przed 36. miesiącem życia, co prawdopodobnie wynika z plastyczności mózgu [14]. Poniżej przedstawiono kilkanaście nieprawidłowości, które – wychwycone w czasie oceny rozwoju poprzez kamienie milowe – mogą nasuwać podejrzenia czy obawy co do zaburzeń z grupy autyzmu. W sferze motoryki dużej można zaobserwować u dziecka: upośledzoną motorykę, pasywną postawę dziecka względem otoczenia. Często dzieci te poruszają się w dziwny sposób, np. drobnymi krokami, do przodu i do tyłu, na placach, podskakując, biegając w koło. Obserwuje się u nich zaburzenia odżywiania się pod postacią trudności ze ssaniem czy trudności z przejściem na pokarmy stałe oraz problemy w nauce samodzielnego jedzenia i picia. W zakresie zaburzeń snu stwierdza się trudności w zasypianiu, zaburzony rytm snu i czuwania, budze-

nie się w nocy. Z zakresu zaburzeń integracji sensorycznej niemowlę unika dotyku (u 2/3 dzieci w okresie niemowlęcym), występuje awersja wobec dotyku, dziecko odczuwa lęk przy intensywnych bodźcach słuchowych lub można obserwować reakcję paradoksalną (brak reakcji niemowlęcia na nagły hałas). Powyżej 12. miesiąca życia można zaobserwować brak zabawy imitacyjnej, czyli zabawy „na niby” – układanie zabawek w szeregach – brak logiki czy zasad, według których dziecko ustawia zabawki, jest zafascynowane ruchem wirowym – lubi obserwować koła lub wirująca pralkę [15]. W sferze mowa-język wyraźnie zaburzony jest rozwój mowy po 12. miesiącu życia, niewykorzystanie mowy do komunikowania się, stwierdza się regres mowy (dziecko opanowało pewien zakres mowy i przestaje z niej korzystać), pojedyncze słowa lub proste zdania są wypierane przez echolele (powtarzanie usłyszanych wyrazów w oderwaniu od kontekstu sytuacyjnego) [16]. Intonacja głosu jest monotonna, wypowiedzi dziecka są pozbawione emocjonalnego charakteru. Mowa dziecka z zaburzeniem ze spektrum autyzmu jest dziwaczna – mówiąc o sobie używa ono zaimka „on”. W sferze funkcji poznawczej stwierdzić można brak umiejętności nawiązywania kontaktu wzrokowego, dziecko unika patrzenia w oczy, odwraca twarz, zasłania się rękami, stwierdza się u niego brak lęku separacyjnego (6.-9. miesiąc życia) – brak reakcji płaczem lub wzmożonym pobudzeniem na odejście matki lub innych znanych mu osób. W sferze funkcji społeczno-emocjonalnych dziecko prawidłowo rozwijające się od momentu narodzin dąży do tworzenia więzi z innymi ludźmi – może to robić poprzez ssanie, przywieranie, dotyk, płacz, podążanie wzrokiem za obiektem, poprzez mimikę, interakcję z matką, rozwój zdolności odzwierciedlania uśmiechu „społecznego” już od 2. miesiąca życia. U dziecka autystycznego brak okazywania radości, uśmiechu na widok matki, wrażenie „głuchego dziecka” [17]. Na kontakt z matką reaguje usztywnieniem lub wiotkością mięśni. Jest to milczące dziecko – nie wykazuje zainteresowania uzyskiwaniem uwagi ze strony osób dorosłych. Ponadto można zaobserwować brak wspólnie podzielanej uwagi (zaburzenie komunikacji niewerbalnej) czyli niepodążanie wzrokiem za obiektem bądź niespoglądanie w kierunku wskazanym przez opiekuna, brak zainteresowania niemowlęcia czy rozpoznawania głosów osób z najbliższego otoczenia. Brak gaworzenia lub wydawanie monotonnych dźwięków bez reakcji emocjonalnych na zmiany w otoczeniu (zaburzenia komunikacji werbalnej). Małe dziecko nie wykształca wskazywania protoimperatywnego (brak wskazywania na przedmiot, który chciałoby dostać), które rozwija się prawidłowo u człowieka między 12. a 14. miesiącem życia. W trakcie obserwacji i oceny kamieni milowych należy najbardziej zwrócić uwagę na odzwierciedlenie uśmiechu, gaworzenie, mowę, nawiązywanie kontaktu wzrokowego, zachowanie względem obcych i najbliższej rodziny. Konsekwencją upośledzenia interakcji społecznych oraz rozwoju mowy jest preferowanie form samotnego spędzania czasu przez dziecko z zaburzeniami ze spektrum autyzmu w okresie późniejszym po 3. roku życia.

Dziecko z obniżonym napięciem mięśniowym – zespół dziecka wiotkiego w 1. roku życia

Wiotkość w uszkodzeniach układu nerwowego w okresie niemowlęcym może mieć charakter w 80% ośrodkowy, gdzie zwykle dominuje obniżone napięcie w osi głowa–tułów, wygórowane odruchy głębokie, przetrwałe odruchy pierwotne. W 20% przypadków jest to wiotkość „obwodowa”, zwykle uogólnione obniżenie napięcia mięśniowego również w osi głowa–tułów, często pojawia się objaw luźnych barków, zwykle brak odruchów kolanowych i skokowych. Objawy te mogą wskazywać na różne jednostki chorobowe, m.in. encefalopatię niedotleniowo-niedokrwienną, wcześniej niewykryte wady rozwojowe OUN lub rdzeniowy zanik mięśni czy zespoły genetyczne, takie jak zespół Pradera i Willego lub zespół Downa. Gdy występują objawy obniżonego napięcia mięśniowego wraz z ewidentnymi objawami w zakresie wyglądu dziecka – dysmorfia twarzy – wówczas rozpoznanie zaburzenia czy choroby jest łatwiejsze. Jednak gdy nastąpi u dziecka utrata umiejętności nabytych lub pogarszanie się sprawności w porównaniu z rówieśnikami w sferze kamieni milowych, należy zawsze mieć na uwadze opóźnienie rozwoju ruchowego związanego być może z przejściowym (wcześniaki) lub patologicznie obniżonym napięciem mięśniowym. Charakterystycznymi cechami dla dziecka z obniżonym napięciem mięśniowym są: trudności w utrzymaniu prawidłowej pozycji ciała, zmniejszony opór w stawach podczas wykonywania ruchów biernych, osłabione ssanie, zaburzenia koordynacji ssania-połykania-oddychania [18]. Szczególną uwagę zwraca się tutaj na sposób realizacji funkcji ssania jako pierwotnej w całym systemie nabywania nawyków ruchowych, koniecznych w przyszłości do artykulacji. W tym zakresie niezbędna jest pomoc i praca neurologopedy z noworodkami czy niemowlętami. Ma ona za zadanie wspierać funkcję pobierania pokarmu w taki sposób, aby doprowadzić do odżywczego pobierania pokarmu, realizowanego zgodnie z poprawnym wzorcem ruchowym gwarantującym prawidłowy rozwój dziecka.

Dziecko z podejrzeniem mózgowego porażenia dziecięcego (MPD) w 1. roku życia

Mózgowe porażenie dziecięce nie jest jednostką chorobową, lecz zespołem objawów związanych z różnorodnym etiologicznie uszkodzeniem OUN. Jest grupą zaburzeń ruchu i postawy spowodowaną niepostępującym uszkodzeniem niedojrzałego mózgu. Mózgowe porażenie dziecięce powoduje zaburzenia we wszystkich sferach rozwoju dziecka (zaburzenia posturalno-motoryczne, sensoryczne, poznawcze i emocjonalne), dlatego wymaga wczesnego diagnozowania (m.in. przy pomocy narzędzia badawczego, jakim są kamienie milowe) i kompleksowego wielospecjalistycznego postępowania [19]. Mimo że uszkodze-

nie OUN ma charakter niepostępujący, skutki obserwowane pod postacią niedowładów, porażień, zaburzeń czynności ruchowych i wynikających z nich deformacji układu kostno-szkieletowego mogą zmieniać się wraz z wiekiem dziecka – najczęściej w chorobie tej niestety nasilają się [20].

Dziecko z zaburzeniem integracji neurosensorycznej (SI) do 2. roku życia

Zaburzenia integracji sensorycznej, czyli tzw. zaburzenia przetwarzania sensorycznego (SI) są bardzo ważnym obszarem rozwojowym, który należy uwzględnić w ocenie funkcjonalnej dziecka. Jest to proces neurologiczny, który porządkuje odczucia z ciała i środowiska, sprawiając, że dziecko może efektywnie używać ciała w codziennym działaniu, czyli rozwijać prawidłowe reakcje adaptacyjne. Wiele dzieci prezentuje nietypowe lub problematyczne reakcje na bodźce. Pierwsze objawy zaburzeń w zakresie przetwarzania bodźców można obserwować już w wieku niemowlęcym. Diagnoza nie jest łatwa – wymaga obecności trzech cech: trudności w przetwarzaniu bodźców sensorycznych, trudności ruchowych oraz swoistego wzorca zachowania. Częstość zaburzeń SI kształtuje się na poziomie 10–12% dzieci w ogólnej populacji, a u 40–88% dzieci z rozpoznaniem zaburzeń rozwoju. W aspekcie oceny kamieni milowych rekomenduje się zwrócenie uwagi u dziecka na: opóźnienia w rozwoju ruchowym (motoryka duża i mała), opóźnienie w rozwoju mowy, objawy nadwrażliwości na bodźce, sztywne zachowania, trudności behawioralne, problemy ze snem, trudności w przyjmowaniu pokarmów, nadmierną płaczliwość. Objawy zaburzeń modulacji neurosensorycznej współwystępują z objawami niektórych chorób psychicznych obecnych u osób dorosłych [21].

Podsumowanie

Przyczyna zaburzeń neurorozwojowych u badanego dziecka często pozostaje nieznaną. Nie zawsze na podstawie wywiadu można określić etiologię zarówno opóźnionego rozwoju, jak i utraconego, uprzednio nabytego prawidłowego rozwoju w zakresie funkcji ruchowych, poznawczych czy intelektualnych. Do czynników zaburzających rozwój układu nerwowego oraz jego funkcje na najwcześniejszym już etapie należą: błędy genetyczne, wrodzone choroby metaboliczne niedotlenienie, niedokrwienie, krwawienia, zakażenia, niedobory pokarmowe, leki, toksyny, nieprawidłowe bodźce (np. ból, separacja). Część chorób może ujawniać się w okresie niemowlęcym i ponimowlęcym, często do 2. roku życia. Jedną z metod oceny rozwoju dziecka jest ocena kamieni milowych. Nie u każdego dziecka, które ma przejściowe trudności rozwojowe, w przyszłości rozwiną się poważne trudności rozwojowe. Ale żeby być o tym przekonanym, należy sprawdzać i monitorować przez pewien czas rozwój dziecka. Warto pamiętać o zapytaniu rodziców, czy niepokoi ich cokolwiek w rozwoju dziecka lub czy inne osoby zwróciły uwagę na obja-

wy mogące wskazywać na nieprawidłowy rozwój. U niemowląt, u których wcześniej rozpoznano zaburzenia neurorozwojowe oraz wdrożono ćwiczenia ogólnousprawniające, stwierdzono poprawę rokowania dotyczącego dalszego prawidłowego rozwoju [22,23]. Większość procesów neurogenezy, selekcji neuronalnej oraz migracji neuronów odbywa się jeszcze przed urodzeniem. Restrukturyzacja mózgu zachodzi podczas całego życia, jednak najsilniejsza jest podczas wczesnego dzieciństwa. To właśnie ten czas implikuje potrzebę wczesnej interwencji terapeutycznej w celu poprawy sfer rozwojowych dziecka.

Bibliografia

1. WHO Motor Development Study: windows of achievement for six gross motor development milestones. *Acta Paediatr* 2006; 450: 86–95.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Learn the sign. Act early. Developmental Milestones [online]. Dostępny na URL: <http://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/milestones> [cyt. 10.02.2018].
3. Dosman CF, Andrews D, Goulden KJ. Evidence-based milestones ages as a framework for development surveillance. *Paediatr Child Health* 2012; 17 (10): 561–568.
4. McQuiston S, Kloczko N. Speech and language development: monitoring process and problems. *Pediatr Rev* 2011; 32 (6): 230–238.
5. Hellbrugge T, Lajosi F, Menara D, Schamberger R, Rautenstrauch T. *Monachijska Funkcjonalna Diagnostyka Rozwojowa – Pierwszy rok życia*. Wydanie 1, Kraków: Wydawnictwo Antykwa; 1994: 148–158.
6. Gorczyca P, Kapinos-Gorczyca A. Wczesne wykrywanie autyzmu dziecięcego – analiza pierwszych nieprawidłowych zachowań i objawów. *Klin Pediatr* 2007; 15 (4): 454–456.
7. Nuysink J, et al. Symtomatic asymmetry in the first six months of life: differential diagnosis *Eur J Pediatr* 2008; 167 (6): 613–619.
8. Socha P. Zapotrzebowanie na kwas dokozaheksaenowy i inne kwasy tłuszczowe omega-3 w związku z rozwojem ośrodkowego układu nerwowego i zdolności poznawczych *Stand Med* 2015; 1 (1): 51–55.
9. Rybakowski F, Białek A, Chojnicka I, i wsp. Zaburzenia ze spektrum autyzmu – epidemiologia, objawy, współzachorowalność i rozpoznawanie *Psychiatr Pol* 2014; 48 (4): 653–665.
10. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Diagnostic Criteria for research*. Genewa: WHO; 1993.
11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. (DSM-V)*. Washington: Am Psychiatric Assn; 2013.
12. Allison C, Baron-Cohen S, Wheelwright S, et al. The Q-CHAT (Quantitative Checklist for Autism in Toddlers): A Normally Distributed Quantitative Measure of Autistic Traits at 18–24 Months of Age: Preliminary Report. *J Autism Dev Disord* 2008; 38: 1414–1425.
13. Osterling JA, Dawson G, Muson JA. Early recognition of 1-year-old infants with autism spectrum disorders versus mental retardation. *Dev Psychopathol* 2002; 14: 239–252.

14. McCollum JA. Influencing the development of young children with disabilities: current themes in early intervention. *Child Adol Mental Health* 2002; 7: 4–9.
15. Komender J, Jagielska G, Bryńska Autyzm i zespół Aspergera Wyd. 1. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009.
16. Charmani T, Baird G. Practitioner review: diagnosis of autism spectrum disorder in 2- and 3-year-old children. *J Child Psychol Psychiatry* 2002; 43: 289–305.
17. Jaklewicz H. Autyzm wczesnodziecięcy – próba wyróżnienia postaci klinicznych. W: Dykcik W, red. *Autyzm – kontrowersje i wyzwania*. Poznań: Wydawnictwo Eruditus; 1994.
18. Arvedson JC, Brodsky L. *Pediatric swallowing and feeding. Assessment and Management*. Thomson Delmar Learning 2002.
19. Michałowicz R. Mózgowe porażenie dziecięce – problemy diagnostyczne i leczenie. *Mediapress Paediatrics* 1999; 3: 12–19.
20. Czubak J, Pietrzak Sz. Problemy ortopedyczne i rehabilitacyjne dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym od okresu noworodkowego do wieku dorosłego. *Standardy Pediatryczne* 2010; 5/6 (7): 903–907.
21. Calkins S, Dedmon S. Physiological and behavioral regulation in two-year-old children with aggressive/destructive behavior problems. *J Abnor Child Psychol*, 2000; 78: 34–46.
22. Dohnanyi D, Benko J. Cerebral palsy: improved outcome by early detection of latent failure of psychomotor development in infants. *Wien Med Wochenschr* 1992; 284–290.
23. Futugi Y, et al. Prognosis of infants with ankle clonus within first year of life. *Brain Dev* 1997; 19: 50–54.

Adres do korespondencji:

Alina Kowalczykiewicz-Kuta
Wydział Nauk Medycznych
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

Specyfika funkcjonowania dziecka osieroconego we wczesnym okresie noworodkowym

Emilia Lichtenberg-Kokoszka

Instytut Nauk Pedagogicznych, Uniwersytet Opolski

Wydaje się, że dziecko przekazane do adopcji bezpośrednio po porodzie ma największe szanse na prawidłowy rozwój, trafia bowiem w ramiona oczekujących jego przyjścia, kochających rodziców, którzy od samego początku wspierają jego rozwój. Tymczasem i oni borykają się z wieloma problemami, wynikającymi nie tylko z rozbieżności między ich wyobrażeniami o rodzicielstwie a realiami, ale również z pewnych nieprawidłowości bio-, psycho-, społecznego rozwoju dziecka. I choć rodzice adopcyjni mają nadzieję, że im młodsze dziecko trafi do ich rodziny, tym łatwiej będzie mu nawiązać więź z nowymi opiekunami, a jego rozwój będzie bardziej optymalny, to rzeczywistość okazuje się niejednokrotnie trudniejsza od zakładanej.

Poród

Aż do lat 60. XX wieku niemal nikt, oprócz niewielkiej grupy terapeutów, nie przywiązywał wagi do znaczenia przebiegu porodu dla pourodzeniowego funkcjonowania człowieka (pierwszą osobą, która zwróciła uwagę na wartość porodu był Otto Rank [1], uczeń Freuda). Tymczasem badania prowadzone na styku psychologii prenatalnej i medycyny potwierdzają tezę, według której rodzące się dziecko nie tylko jest świadome – słyszy, odbiera bodźce, czuje i aktywnie uczestniczy w procesie własnych narodzin – ale również zapamiętuje odczucia własne i ich rodzących matek, a nawet słowa, ich przekaz emocjonalny czy atmosferę, w jakiej przyszło na świat. Posiada także zapis pewnych wzorców i sekwencji ruchowych, dzięki którym jest w stanie odtworzyć swoje ułożenie w macicy czy podczas porodu [2–4]. Mimo że większość pre- i perinatalnych wspomnień mieści się w pamięci utajonej, wpływają one na osobowość, kształtując także sposób patrzenia na świat. I choć trudno wskazać na to, że narodziny dziecka przeznaczonego do adopcji są biologicznie odmienne od narodzin dziecka pozostającego w rodzinie, wiążą się niewątpliwie z wyższym poziomem stresu matki, a ten, zaburzając czynność skurczową macicy,

może stać się przyczyną ciężkiego i przedłużonego porodu lub porodu przedwczesnego. Ważne jest i to, że podczas porodu dochodzi do głosu historia rozwoju psychoseksualnego kobiety wraz z jej emocjonalnym ładunkiem. Skoro zatem przebieg porodu jest odzwierciedleniem prenatalnych doświadczeń w podwójnym sensie – po pierwsze wielkość i natężenie traumy prenatalnej wpływa na sam poród, po drugie energia związana z urazem uaktywnia się w trakcie interwencji położniczych – możemy przypuszczać, że dziecko osierocone w tak wczesnym okresie będzie posiadać cechy dziecka niechcianego, urodzonego przedwcześnie lub w wyniku porodu trudnego – z użyciem kleszczy, próżnościągu czy nieplanowanego cięcia cesarskiego.

Lęk odczuwany przez dziecko niechciane czy nieakceptowane powoduje bowiem powstanie swego rodzaju imprintu (zapisu) w pamięci utajonej. Transmarginalny stres wywołuje głębokie zmiany w strukturach i funkcjach układu nerwowego, doprowadzając równocześnie do zamykania i blokowania percepcji. A ponieważ systemy mózgowie odpowiedzialne za więź i lęk są ze sobą powiązane – wpływa to także na proces kształtowania przywiązania, rozwój tożsamości oraz relacje z sobą samym i z innymi [5].

Rejestrując w pamięci ambiwalentne uczucia wobec siebie, a niejednokrotnie i fakt zagrożenia życia, poczęte dziecko nabiera przekonania, że jest „niezasługującym na życie intruzem”. Wpływa to na jego osobowość, sposób myślenia, zachowania, sferę emocjonalną. Nieprawidłowe poziomy oksycytocyny i wazopresyny utrudniają nawiązywanie prawidłowych, bliskich relacji interpersonalnych [6,7], a w konsekwencji kształtują poczucie wewnętrznej pustki, problemy w funkcjonowaniu społecznym, z ukształtowaniem prawidłowej więzi z matką adopcyjną, z autorytetami, zaufaniem, niechęć do bliskości emocjonalnej czy fizycznej, większą częstotliwość chorób psychicznych, uzależnień, neuroz, problemów z zachowaniem [4]. Jak twierdzi R. Fernance, dziecko, czując się nie chcianym, mając wrażenie, że jego obecność krzywdzi matkę, którą kocha, podejmuje decyzję o szybszym odejściu. Urodzony w wyniku porodu przedwczesnego człowiek ma poczucie, że wciąż staje się obciążeniem dla innych. Lękając się porzucenia, wszelkimi siłami stara się zbudować więź, która jest mu niezbędna dla przetrwania. Przedwcześnie urodzeni różnią się od innych pod względem swoich zainteresowań czy dążenia do stworzenia czegoś nowego. Podejmując się zbyt dużych zadań, które ich przytłaczają, mogą sprawiać wrażenie niedojrzałych czy nieradzących sobie (wymagających wsparcia) w sferze fizycznej, emocjonalnej, finansowej czy psychicznej [8].

Również nieplanowane cięcie cesarskie nie jest obojętne dla dalszego funkcjonowania człowieka. Odcisnięta w podświadomości pamięć bólu, lęku, komplikacji powoduje także też podejście do każdej sfery życia. Wyolbrzymianie trudności, lęk przed porażką, skrajne potrzeby – chęć lub niechęć do bliskości fizycznej, podkreślanie zależności lub wręcz przeciwnie – niezależności od innych, „nienaturalna” kreatywność czy działanie „na skróty” w połączeniu z lękiem przed manipulacją bądź kontrolą wywołują skrajne reakcje „walki lub ucieczki” [8].

Należy w tym miejscu podkreślić, że choć poród to wydarzenie fizjologiczne, to jednak może on stać się procesem traumatycznym, jeśli jego przebieg i warunki staną się nienaturalne lub wystąpią pewne komplikacje. Hormony stresu, standardowo obecne w organizmie rodzącego się dziecka, spowalniają rytm oddychania i powodując pewnego rodzaju odrętwienie, pozwalają na oszczędność drogocennej energii i tlenu, zmniejszając tym samym ryzyko niedotlenienia mózgu. Tymczasem przedłużony, trudny poród czy wysoki poziom stresu matki, powodując ponadprzeciętny, przekraczający wydolność organizmu wzrost poziomu katecholamin¹, a tym samym niedotlenienia mózgu, spowodować może trudności z przystosowaniem się noworodka do życia pozamacicznego czy utrudniony kontakt z otoczeniem [9]. Również związany z porodem ból, wpływając na zachowanie i reakcje stresowe, w sytuacji marginalnej może zmienić próg wrażliwości bólowej w kierunku nadwrażliwości bądź niewrażliwości. A jego długotrwałe skutki mogą dotyczyć trudności z zachowaniem, problemów emocjonalnych, podniesionego poziomu lęku, niepokoju, depresji, a nawet kłopotów z uczeniem się [10].

Istotne jest i to, że prawidłowo przebiegający poród – interpretowany przez dziecko jako walka i efektywne zmaganie się z trudnościami zakończone sukcesem – jest doświadczeniem życiowym, które może być rozumiane jako pozytywne, wyjątkowo mocne i głębokie uczucie własnej mocy, zdolności przetrwania, umiejętności radzenia sobie z trudnościami, inicjowania zmian w życiu [11].

Okres okołoporodowy

Chwila opuszczenia przyjaznego środowiska i przejścia do nieznanego, budzącego lęk świata wymaga szybkiego i sprawnego przestawienia się różnych funkcji organizmu. Ogrom przeżyć, ich różnorodność, traumatyczne bogactwo powodują bezmiar cierpień. Noworodek czuje bowiem wszystko – całkowicie, bez wyboru, bez filtru, bez selekcji. Świeżość i ostrość zmysłów w połączeniu z małą dojrzałością układu nerwowego powoduje, że doznania stają się silniejsze, gwałtowniejsze, nie do zniesienia. By ograniczyć ich nadmiar, trzeba przybliżyć mu świat stopniowo, powoli. Dostarczać tylko tyle nowych wrażeń, ile jest w stanie zasymilować. Jednocześnie trzeba zachować ciągłość, podtrzymywać więź z przeszłością, tak by w tym obcym świecie pozostało coś znajomego, zaspokajającego poczucie bezpieczeństwa, przypominającego świat wewnątrzmaciczny.

W sytuacji optymalnej noworodek bezpośrednio po porodzie trafia w ramiona mamy i jest po raz pierwszy przystawiony do piersi. Rozpoznaje najbliższą mu osobę po smaku i zapachu. To zaspokaja jego, jakże ważną, potrzebę bezpieczeństwa. Oksytocyna, która dostaje się do jego organizmu wraz z mlekiem mamy, wycisza

¹ Ich liczba zależna jest od formy zakończenia ciąży – najwyższa podczas porodu zabiegowego, przeciętna podczas porodu fizjologicznego i najniższa przy planowanym cięciu cesarskim.

go, uspokaja, ułatwia kształtowanie więzi z rodzicielką. Tymczasem, gdy decyzja o oddaniu dziecka do adopcji podejmowana jest już w okresie ciąży, najczęściej (ze względu na dobro kobiety) noworodek oddzielany jest od niej bezpośrednio po porodzie. Mocno związany z nią biologicznie i emocjonalnie nie może rozpoznać świata postnatalnego, a sytuację tę odbiera jako ogromny stres. Co więcej, wydaje się, że dzieci adoptowane odnotowują tę sytuację i czasem nawet po wielu latach potrafią stwierdzić lub zapytać: „ja chyba miałem inną mamę? Czy ja na pewno jestem twój?” [12], wydają się także preferować bajki sugerujące rozłąkę czy stratę najbliższych, takie jak np. *Kopciuszek* [13].

Noworodek osierocony w tak wczesnym okresie, trafiając ostatecznie w obce ramiona (personelu medycznego, mamy adopcyjnej, zastępczej), zostaje otoczony nieznanymi mu dźwiękami, zapachami, rytmem, odczuciami. Niezależnie od tego, jak ciepły, życzliwy i otwarty są jego nowi opiekunowie, dziecko odczuwa zagubienie, odrzucenie, zmieszanie, a nawet agresję. Nie słysząc znanego bicia serca matki, jej głosu, nie czując jej zapachu, nie widząc jej twarzy, dziecko zaczyna wysyłać sygnały błędnie odczytywane przez nowych opiekunów. Nie płacze, nie lubi być dotykane, nie lubi patrzeć w oczy – to jego reakcja na porzucenie.

Noworodki i niemowlęta mają też ogromną potrzebę wpatrywania się w twarz matki, na której skupiają swój wzrok. Matka uśmiecha się, rozmawia z nim, robi miny. Oderwanie od niej na tak wczesnym etapie pozbawia jakże istotnych w pierwszych dniach, tygodniach i miesiącach życia bodźców rozwojowych. Prawdopodobnie z tego powodu wiele adoptowanych dzieci chce być traktowanych jak noworodki czy niemowlęta – domagając się butelki, smoczka, noszenia na rękach.

Oddzielenie od matki jest centralnym doświadczeniem życiowym i poważnie wpływa na dalszy rozwój dziecka [14]. Matkę i siebie dziecko traktuje jako nierozdzielalną jedność. Strata biologicznej matki jest zatem czymś najgorszym, co może się zdarzyć. Dziecko wysyła sygnały, które, pozostając bez odpowiedzi, powodują poczucie bezsilności i rozpacz, a w skrajnych sytuacjach doprowadzają do rozszczepienia psychiki. Wiąż z rodzicami adopcyjnymi czy zastępczymi budowana jest zatem jedynie w tej części psychiki, która nie została odszczepiona [15], a to powoduje kształtowanie skomplikowanych relacji, które są tym bardziej pogmatwane, im więcej opiekunów na swojej drodze spotkało dziecko. W wyniku wczesnej traumy może rozwinąć się także poczucie lęku i paniki, wściekłości, niechęć do podejmowania jakiegokolwiek wysiłku, prowokowanie sytuacji niebezpiecznych dla siebie i innych, krzywdzenie siebie i innych bez okazywania przy tym empatii, zachowania aspołeczne, wandalizm [16]. Powszechnie stosowaną strategią przetrwania staje się także przekraczanie granic [17].

Zadania personelu medycznego

Jednym z podstawowych warunków powodzenia adopcji jest przekazanie rodzicom dokładnych informacji na temat przeszłości dziecka i jego rodziny, anali-

za wpływu jego doświadczeń na aktualne funkcjonowanie oraz przewidywanie ich długofalowych skutków.

„Sama miłość nie wystarczy”, by udzielać skutecznego wsparcia i pomocy. Potrzebne jest zrozumienie tego, co dziecko przeżyło, na jakie trudne sytuacje było narażone i jak to na nie wpłynęło. Dzieci skrzywdzone wymagają bowiem innego wychowania niż dzieci wzrastające od początku we własnych zdrowych rodzinach [18], a im trudniejsze dziecko, im dramatyczniejsze jego losy, tym więcej o nim i jego biologicznej rodzinie powinni dowiedzieć się jego przyszli opiekunowie. Dzieci adoptowane pochodzą bowiem z dwóch światów i w ciągu swojego życia muszą te dwa światy połączyć [12].

Każdy człowiek pragnie znać także swoją biografię, chce wiedzieć, jak to było, gdy się urodził, gdy był mały. Dlatego nie tylko ze względu na szeroko rozumiane inwestowanie w zdrowie dziecka (wyprzedzanie mogących pojawić się nieprawidłowości), ale również ze względu na jego ciekawość i potrzebę odnalezienia swojego miejsca w świecie potrzebna jest wiedza o przeszłości.

Wprawdzie trudno jest oczekiwać od kobiety – która chce oddać swoje dziecko do adopcji, a która chce jak najszybciej o nim zapomnieć – opowieści o okresie (zapewne niełatwej) ciąży. Biorąc również pod uwagę fakt, że środowisko jej życia prawdopodobnie nie jest optymalne, nie sposób oczekiwać spójnej i logicznej wypowiedzi na temat jej przebiegu. Myślę jednak, że i one, podobnie jak inne matki, pragną dobra dla swoich dzieci. Być może zechcą opowiedzieć o swoich doświadczeniach. Jeśli pozwolą, spiszcie je i przekażcie wraz z niemowlęciem (i pozostałą dokumentacją) rodzicom zastępczym, adopcyjnym, czy do domu małego dziecka. Te jakże cenne informacje pomogą zrozumieć maleństwo, specyfikę jego funkcjonowania, pojawiające się trudności. A w razie zadawanych przez dojrzewające dziecko pytań, pozwolą na znalezienie mu swojego miejsca w świecie.

Jeśli macie taką możliwość, opiszcie także przebieg porodu. Zróbcie zdjęcie noworodka. Wiele dzieci, również adoptowanych, chciałoby wiedzieć, „jak przyszło na świat”, pragnie zobaczyć swoje zdjęcie. Tymczasem w opowieściach rodziców adopcyjnych życie dzieci w pewnym sensie zaczyna się dopiero w chwili ich przybycia do teźże rodziny. Zarówno rodzice adopcyjni, jak i ich adoptowane dzieci bardzo odczuwają ten brak. Żadne wydarzenie nie może bowiem zastąpić tego życiowo doniosłego wydarzenia.

Jeśli kobieta wyrazi zgodę, może też napisać list do swojego dziecka i/lub do jego przyszłych rodziców. Dla matek biologicznych to symboliczne pożegnanie z dzieckiem, dla rodziców adopcyjnych namacalny i rzeczowy dowód na to, że dziecko miało swoją historię, której z życia wymazać nie wolno. Do listu można dołączyć jakiś drobiazg, który stanowić będzie namacalny dowód na to, że dziecko ma swoją przeszłość.

W pewnych sytuacjach, przy zachowaniu wielkiej delikatności i taktu, obserwując otwartość kobiety i jej wrażliwość na potrzeby dziecka, można zaproponować jej kontakt „skóra do skóry” oraz karmienie piersią. Zdarza się także, że niektó-

re z matek opiekują się swoim dzieckiem przez czas ich pobytu w szpitalu, a nawet przez pierwsze 6 tygodni.

Należy docenić, pochwalić i ze wszelkich sił wspierać emocjonalnie i organizacyjnie ich wysiłki. Tych pierwszych chwil, godzin, dni i tygodni nic nie jest w stanie zastąpić. Każda minuta spędzona z biologiczną mamą pozwala bowiem dziecku na bezpieczniejsze odnalezienie się w tym nowym, nieznanym świecie.

Zamiast podsumowania

Oddanie dziecka jest dla kobiety zawsze mniej lub bardziej uświadomioną tragedią i nigdy nie pozostaje bez wpływu na jej dalsze życie. Ważne jest, by wspierać ją w jej decyzji, jakakolwiek by nie była, tak by mogła choć w pewnym stopniu zadbać o dobro swoje i rozwijającego się w niej życia.

Z punktu widzenia dziecka idealną sytuacją byłaby adopcja ze wskazaniem (legalna w Polsce do sierpnia 2015 roku). Dzięki niej rodzice adopcyjni i biologiczni poznawaliby się już w okresie ciąży. Wspierali matkę emocjonalnie i finansowo, zapewniając jej i dziecku poczucie bezpieczeństwa oraz lepsze warunki rozwoju. Czasami, spotykając się jeszcze w okresie ciąży, przyszli rodzice mogli nawiązać kontakt z poczętym dzieckiem, otrzymać jego zdjęcie z aparatu USG. Krótco po porodzie niemowlę trafia do czekającej na niego – wybranej wcześniej z licznego grona chętnych – rodziny adopcyjnej. Zdarzało się, że przekazywane było ono z rąk biologicznej matki bezpośrednio w ramiona znanych mu już i gotowych na jego przyjęcie rodziców adopcyjnych. Do tego czasu opiekę nad nim sprawowała matka biologiczna i/lub adopcyjna. Można przypuszczać także, że stworzona między rodzicami adopcyjnymi a biologicznymi pewna bliskość emocjonalna powodowała, że noworodek trafiał do bliskiego w sensie psychospołecznym domu, a przejście z jednej rodziny do drugiej było dla niego mniej traumatycznym wydarzeniem. Zdarzało się także, że rodzina adopcyjna utrzymywała kontakty z matką biologiczną, wysyłając jej zdjęcia dziecka czy informując o jego rozwoju.

Pamiętać jednak należy, że sytuacja taka – optymalna dla dziecka, może być bardzo trudna nie tylko ze względów prawnych (handel dziećmi), ale również dla rodziców adopcyjnych i/lub biologicznych. Każda sytuacja osieroconego dziecka i jego biologicznej matki jest bowiem indywidualna i niepowtarzalna, wymagająca pochylenia się nad ich trudnym losem.

Bibliografia

1. Rank O. *Trauma narodzin i jej znaczenie dla psychoanalizy*. Warszawa: Wydawnictwo KR; 2011.
2. Bradford N. *Niezwykły świat w łonie matki. Jeszcze nie narodzone dziecko czuje, widzi, uczy się*. Warszawa: Elipsa; 1998.

3. Rothschild B. *Ciało pamięta. Psychofizjologia traumy i terapia osób po urazie psychicznym*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2014.
4. Verny T, Kelly J. *The Secret Life of the Unborn Child*, United States of America; 1988.
5. Jakel B. Prenatalne korzenie przywiązania w psychoterapii. W: Lichtenberg-Kokoszka E, Janiuk E, Dzierżanowski J, red. *Ciąża czy stan błogosławiony. Zagadnienie interdyscyplinarne*. Kraków: Impuls; 2011: 93–116.
6. Brisch KH. *Bezpečná vzťahová väzba*. Trenčín: Wydawnictwo F; 2011.
7. Moberg KU. *Hormón blízkosti. Rola oxytocínu vo vzťahoch*. Bratislava: Wydawnictwo F; 2016.
8. Fernance R. *Narodzić się... Jak okoliczności porodu wpływają na twoje życie*, Warszawa: Wydawnictwo NEWDAWN; 2011.
9. Eliot L. *Co tam się dzieje? Jak rozwija się mózg i umysł w pierwszych pięciu latach życia*. Poznań: Media Rodzina; 2010.
10. Paul AM. *Origins. How the nine months before birth shape the rest of our lives*. New York, London, Toronto, Sydney: Free Press; 2011.
11. Kornas-Biela D. Psychodynamiczny nurt w psychologii prenatalnej. Wybrane problemy z obszaru prokreacji. *Przegląd Psychologiczny* 2003; 46 (2): 179–196.
12. Kolska K. *Moje dziecko gdzieś na mnie czeka. Opowieści o adopcjach*. Poznań: W drodze; 2016.
13. Verny TR, Weintraubová P. *Rodičovstvo od počatia*, Bratislava: Wydawnictwo Pozsony; 2013.
14. Bonus B. *Mit den Augen lines Kindes seheh lernen, T 1: Zur Entstehung einer Frühtraumatisierung bei Pflege- und Adoptivkindern und der möglichen Folgen*. Norderstedt: Books on Demand; 2006.
15. Ruppert F. Metoda ustawień intencji w terapii wczesnej traumy. W: Ruppert F, red. *Wczesna trauma. Rozpoznawanie i uwalnianie*. Warszawa: Virgo; 2016: 9–80.
16. Brągiel J, Kurcz A. Sytuacja szkolna dzieci z rodzin zastępczych. W: Kalus A, red. *W świetle dziecka osieroconego i rodziny adopcyjnej*. Opole: Wydawnictwo Wydziału Teologicznego Uniwersytetu Opolskiego; 2003.
17. Krüger L. Wczesna trauma, adopcja i rodzice zastępczy. W: Ruppert F, red. *Wczesna trauma. Rozpoznawanie i uwalnianie*. Warszawa: Virgo; 2016: 359–378.
18. Stańczak-Kuraś M. Od czego zależy powodzenie adopcji? Z doświadczeń psychologa praktyka. W: *Rodzina i dziecko – radość obustronna*. Seria wydawnicza: Problemy społeczne, polityka społeczna w regionie łódzkim. Zeszyt 16. Łódź; 2016.

Adres do korespondencji:

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

Przeszczep macicy – stan obecny i perspektywy rozwoju

Jerzy Jabłecki^{1,2}, Tobiasz Szajerka²

¹ Wydział Nauk Medycznych, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

² Oddział Chirurgii Ogólnej, Szpital św. Jadwigi Śl, Trzebnica

Bezpłodność, tj. niezdolność pary do zajścia w ciążę w ciągu roku, mimo regularnych stosunków płciowych, dotyka z rosnącą częstością kraje rozwinięte, za co częściowo odpowiada rosnący poziom stresu wśród pracujących kobiet [1,2], odwlekanie decyzji o ciąży [3] oraz stale powiększająca się liczba kobiet otyłych [4]. Szacuje się, że ok. 14% heteroseksualnych par nie jest w stanie spłodzić potomstwa [5]. W części przypadków przyczynę bezpłodności stanowi dotychczas nieuleczalny czynnik maciczny (*absolute uterine infertility factor*, AUF), wynikający z anatomicznej lub funkcjonalnej niezdolności macicy do utrzymania ciąży. Stan ten dotyczący 1 na 500 kobiet w wieku reprodukcyjnym jest skutkiem wielu wrodzonych lub nabytych wad [6]. Do tych pierwszych należą ciężkie anomalie rozwojowe przewodów Müllera, których najcięższa, a zarazem najrzadsza postać przejawia się zespołem Mayera-Rokitansky'ego-Küsterera-Hausera, tj. całkowitej agenezji macicy i pochwy oraz pierwotnym brakiem miesiączki, a występującym z częstością ok. 1:4000–1:5000 urodzeń [7]. Obecnie jedyną dla tych chorych opcją terapeutyczną na genetyczne macierzyństwo pozostaje surogatka, jednak regulacje prawne w większości krajów utrudniają lub uniemożliwiają skorzystanie z tego rozwiązania; ponadto wiąże się ono z wieloma kontrowersjami natury etycznej i psychologicznej.

Nabyte przyczyny AUF to choroby nowotworowe, krwotok okołoporodowy oraz zrosty wewnątrzmaciczne. Najczęstszym nowotworem macicy wywołującym niepłodność i wymagającym w określonych przypadkach histerektomii jest mięśniak gładkokomórkowy macicy (leiomyoma). W zależności od pochodzenia etnicznego występuje on u 40–60% kobiet w wieku do 30 lat [8]. Niemożliwy do opanowania krwotok z macicy wikła ok. 5% porodów, będąc przyczyną śmierci ok. 140 000 położnic rocznie na świecie [9], a w większości przypadków postępowaniem z wyboru nadal pozostaje histerektomia. Zrosty wewnątrzmaciczne, powszechnie, acz

nieprecyzyjnie znane jako zespół Ashermana, występują z trudną do oceny częstością, od 0,3% do 21% [10], zaś ok. 2/3 z chorujących na nie kobiet jest bezpłodna.

Dotychczas bezpłodność maciczna pozostawała problemem klinicznym bez rozwiązania. Jednak dzięki przeprowadzonym próbom na zwierzętach z początków XX wieku oraz olbrzymim postępom w leczeniu immunosupresyjnym biorców narządów eksperymentalną opcją terapeutyczną stało się przeszczepienie macicy. Pierwsze modele zwierzęce autoreplantacji macicy z zastosowaniem zespolenia naczyniowych przeprowadzono na psach, doprowadzając do porodu zdrowych szczeniąt w roku 1964 [11]. Po licznych badaniach z beznaczyniowym przeszczepianiem macicy u świń i owiec, podjęto próbę przeszczepienia macicy z zespoleniami naczyniowymi i potrójną immunosupresją u makaków oraz pawianów – niestety, allogeniczny przeszczep macicy u małp zwierzkształtnych nigdy nie doprowadził do żywego porodu, mimo wywołania cyklu menstruacyjnego, jakkolwiek obserwowano przeżycie graftu powyżej roku [12–14].

Pierwszą próbę przeszczepienia macicy u człowieka podjęto w Arabii Saudyjskiej w 2000 roku. Biorcząną była 26-letnia położnica, poddana histerektomii z powodu krwotoku zagrażającego życiu. Przeszczep pobrany od 46-letniej kobiety utrzymał się przez ok. 3 miesiące, nigdy nie uzyskując menstruacji, a utracono go w wyniku zakrzepicy tętnic [15]. Drugi taki zabieg przeprowadzono w Tuczji 11 lat później, po uzyskaniu doświadczenia na modelach zwierzęcych. Narząd pobrano od nieżywej dawczyni i wszczepiono go 21-letniej chorej na wrodzony brak macicy [16]. W tym przypadku nigdy nie uzyskano ciąży, mimo zapłodnień *in vitro* [17]. Jednak przeszczep pozostaje w biorczynie, co czyni go najdłużej utrzymującą się macicą po transplantacji.

Do końca 2017 roku zespół transplantologiczny pod kierownictwem Matsa Brännströma dokonał przeszczepienia 9 macic, głównie między spokrewnionymi kobietami (matki, siostry, ciocie), a w dwóch przypadkach od niespokrewnionych dawczyń. Osiem biorczyń urodziło się z zespołem MRKH, a jedna została poddana histerektomii z powodu raka szyjki macicy. Zabiegi pobierania narządów trwały ok. 10 godzin, zaś średni czas hospitalizacji dawczyń wyniósł 6 dni. W jednym przypadku rozwinęło się powikłanie pod postacią przetoki moczowodowo-pochwowej, którą pomyślnie zaopatrzono chirurgicznie 3 miesiące później. Zabiegi wszczepiania narządów z zespoleniem naczyniowym do żył i tętnic biodrowych zewnętrznych trwały ok. 6 godzin, zaś w okresie pooperacyjnym nie obserwowano powikłań. Immunosupresję w sposób typowy zaindukowano tymoglobuliną przedoperacyjnie, a następnie utrzymano trójlekowym schematem sterydów, takrolimusu i mykofenolanu mofetilu przez pierwszy tydzień pooperacyjny, po którym odstawiano sterydy, a w 7. miesiącu odstawiano mykofenolan lub zamieniano go na azatioprynę. W ciągu pierwszych 6 miesięcy po zabiegu dwie macice musiały zostać wyszczepione ze względu na martwicę wywołaną zakrzepem (w 3. dniu) oraz przewlekłe zakażenie (w 4. miesiącu). Epizody łagodnego odrzutu rozpoznane podczas rutynowych biopsji

szyjki macicy wykłwały przebieg pooperacyjny w pięciu przypadkach, jednak ustąpiły pod pulsach sterydowych [18]. Wszystkie siedem biorczyń obecnie ma się dobrze i regularnie miesiączkowało. Rok po przeszczepieniu podjęto próby transferu zarodków, w rezultacie czego dwie biorczynie zaszły w ciążę. Pierwszy poród w 32. tygodniu ciąży z przeszczepionej macicy miał miejsce 4 września 2014 roku [19]. Następne biorczynie również zaszły w ciążę, w rezultacie czego urodziło się jeszcze siedmioro dzieci z przeszczepionych macic.

Obecnie liczne ośrodki z obu Ameryk, Azji i Europy oraz Australazji prowadzą prace nad wdrożeniem programu przeszczepiania macicy. Jednak ciążę uzyskano tylko w jednym brazylijskim (tabela 1 i 2).

Niewątpliwie jednak przeszczep macicy pozostaje najbardziej dynamicznie rozwijającą się dziedziną unaczynionych przeszczepów złożonych (VCA – vascular composite allografts).

Mimo zachęcających wyników i relatywnego bezpieczeństwa dla dawczyni oraz biorczyni, zabieg przeszczepienia macicy nadal budzi nierozwiązane kontrowersje. Szczególną właściwość tego przeszczepu stanowi fakt, iż pod względem etycznym wymaga on rozważenia dobrostanu aż czterech stron, tj. dawczyni i jej rodziny, biorczyni, jej partnera oraz dziecka. Olbrzymi ładunek emocjonalny związany

Tabela 1. Lista ośrodków przeszczepiających macice (36 przeszczepień) [źródło: opracowanie własne]

Miasto, kraj	Rok	Ciąże/zapłodnienia
Jeddah, Arabia Saudyjska	2000	
Antalya, Turcja	2001	
Goteborg, Szwecja	2013, 2017	8 porodów
Xián, Chiny	2015	
Praga, Czechy	2016	
Cleveland, USA	2016	
Sao Paulo, Brazylia	2016	
Dallas, USA	2016–2017	1 ciąża
Tubingen, Niemcy	2016–2017	
Belgrad, Serbia	2017	
Guangzhou, Chiny	2017	
Pune, India	2017	

Źródło: opracowanie własne

Tabela 2. Lista ośrodków przygotowujących się do przeszczepienia macicy w latach 2018–2020

Kontynent	Kraj	Miasto
Ameryka Północna	USA	Boston, Rochester, Omaha, Philadelphia
Ameryka Łacińska	Chile Meksyk Kolumbia	Santiago Guadalajara Bogota, Cali
Azja	Liban Japonia Południowa Korea Indie Tajwan Singapur	Bejrut Tokio Seul Bengaluru Taichung
Australia	Australia	Brisbane
Europa	Francja Niemcy Hiszpania Wlk. Brytania Belgia	Paris, Limoges Heidelberg, Erlangen, Berlin Barcelona, Walencja Londyn Ghent

Źródło: opracowanie własne

z kwestią poczęcia oraz rozmaite ograniczenia prawne dotyczące surogatek zdecydowanie utrudniają potencjalnym biorczyniom adekwatną ocenę ryzyka tego postępowania, przez co trudno im wyrazić świadomą zgodę na ten eksperymentalny zabieg [20]. Co więcej, w związku z sukcesami przeszczepiania macicy pojawiły się głosy w sprawie przyznania prawa do rozrodu transseksualnym osobom o tożsamości kobiecej przy użyciu ich plemników [21]. Autor szwedzkiego programu U'Tx wyraził etyczne wątpliwości na ten temat [22], jednak kwestią jedynie czasu będzie podjęcie próby urodzenia dziecka przez człowieka z genotypem 46 XY. Głosem rozsądku wydaje się być stanowisko Roberta Sparrowa, który zwraca uwagę, że jedynym celem przeszczepiania macicy było umożliwienie kobietom pozbawionym macicy doświadczenia ciąży i urodzenia spokrewnionego dziecka [23].

Bibliografia

1. Hjollund NH. Job strain and time to pregnancy. *Scand J Work Environ Health*. 1998;24: 344–350.
2. Fenster L, Waller K, Chen J, Hubbard AE, Windham GC, Elkin E, et al. Psychological stress in the workplace and menstrual function. *Am J Epidemiol* 1999; 149: 127–134.
3. Heffner LJ. Advanced maternal age – how old is too old? *N Engl J Med* 2004; 351: 1927–1929.

4. Bolumar F, Olsen J, Rebagliato M, Saez-Lloret I, Bisanti L. Body mass index and delayed conception: a European multicenter study on infertility and subfecundity. *Am J Epidemiol* 2000; 151: 1072–1079.
5. Gunnell DJ, Ewings P. Infertility prevalence, needs assessment and purchasing. *J Public Health Med* 1994; 16: 29–35.
6. Grimbizis GF, Camus M, Tarlatzis BC, Bontis JN, Devroey P. Clinical implications of uterine malformations and hysteroscopic treatment results. *Hum Reprod Update* 2001; 7 (2): 161–174.
7. Evans TN, Poland ML, Boving RL. Vaginal malformations. *Am J Obstet Gynecol* 1981; 141 (8): 910–920.
8. Baird DD, Dunson DB, Hill MC, et al. High cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: Ultrasound evidence. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188 (1): 100–107.
9. Abouzahr C. Global burden of maternal death and disability. *Br Med Bull* 2003; 67 (1): 1–11.
10. Schenker JG, Margalioth EJ. Intrauterine adhesions: an updated appraisal. *Fertil Steril* 1982; 37: 593–610.
11. Eraslan S, Hamernik RJ, Hardy JD. Replantation of uterus and ovaries in dogs, with successful pregnancy. *Arch Surg* 1966 Jan; 92 (1): 9–12.
12. Del Priore G, Schlatt S, Malanowska-Stega J. Uterustransplant techniques in primates: 10 years' experience. *Exp Clin Transplant* 2008; 6 (1): 87–94.
13. Johannesson L, Enskog A, Dahm-Kähler P, et al. Uterus transplantation in a non-human primate: long-term follow-up after autologous transplantation. *Hum Reprod* 2012; 27 (6): 1640–1648.
14. Kisu I, Mihara M, Banno K, et al. Uterus allotransplantation in cynomolgus macaque: a preliminary experience with non-human primate models. *J Obstet Gynaecol Res* 2014; 40 (4): 907–918.
15. Fageeh W, Raffa H, Jabbad H, Marzouki A. Transplantation of the human uterus. *Int J Gynaecol Obstet* 2002; 76: 245–251.
16. Özkan Ö, Akar ME, Özkan Ö et al. Preliminary results of the first human uterus transplantation from a multiorgan donor. *Fertil Sterile* 2013; 99: 470–476.
17. Clinical pregnancy after uterus transplantation. Erman Akar M, Ozkan O, Aydinuraz B, et al. *Fertil Steril* 2013 Nov; 100 (5): 1358–1363.
18. Johannesson L, Kvarnström N, Mölne J, et al. Uterus transplantation trial: 1-year outcome. *Fertil Steril* 2015; 103: 199–204.
19. Brännström M, Johannesson L, Bokström H, et al. Live birth after uterus transplantation. *Lancet* 2015; 385: 607–616.
20. Saso S, Clarke A, Bracewell-Milnes T, et al. Psychological Issues Associated With Absolute Uterine Factor Infertility and Attitudes of Patients Toward Uterine Transplantation. *Prog Transplant* 2016; 26 (1): 28–39.
21. Alghrani A. Uterus transplantation: does procreative liberty encompass a right to gestate? *J Law Biosci* 2016; 10: 636–641.
22. Henderson M, How Mother and Daughter Could Share the Same Womb. *The Times* 2003; July 2nd.
23. Sparrow R. Is it 'Every Man's Right to Have Babies if He Wants Them?' Male Pregnancy and the Limits of Reproductive Liberty. *Kennedy Inst Ethics J* 2008; 18 (3): 275–299.

Adres do korespondencji:

Jerzy Jabłecki

Wydział Nauk Medycznych

Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

ul. Katowicka 68, 45-060 Opole

Przesiewowe badanie kolposkopowe z zastosowaniem Mobile ODT EVA System

Grzegorz Głąb

Wydział Nauk Medycznych,
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Od wynalezienia i pierwszych prób zastosowania kolposkopu niebawem upłynie 100 lat, to jednak, pomimo niewątpliwych zalet, badanie kolposkopowe nie jest wystarczająco spopularyzowane i doceniane. Kolposkopia to praktycznie nieinwazyjna i wiarygodna metoda badania stosowana w diagnostyce chorób sromu, pochwy, powierzchni pochwowej części szyjki macicy i zewnętrznej części kanału szyjki macicy. To nie tylko ocena wzrokowa w optymalnym oświetleniu przy kilkukrotnym powiększeniu badanych powierzchni i podnabłonkowego łożyska naczyniowego, ale przede wszystkim kontrastowanie badanych nabłonek 3–5-procentowym wodnym roztworem kwasu octowego i płynem Lugola. Zmiany zabarwienia, czas ich pojawienia się, stopień nasilenia, zachowanie się konturów granic pozwalają na różnicowanie zmian fizjologicznych od nieprawidłowych. W ciągu stulecia sam przebieg badania nie uległ istotnej modyfikacji. Zmieniły się za to urządzenia, sposoby archiwizacji i klasyfikowanie obserwowanych zmian. Kolposkopia jest powszechnie akceptowana jako badanie weryfikujące nieprawidłowości podejrzewane w badaniu rozmazów pochwowo-szyjkowych żargonowo zwanych cytologią PAP. Badanie kolposkopowe może być jednak stosowane jako samodzielna, pierwotna metoda przesiewowa o wydolności przewyższającej parametry ginekologicznej diagnostyki cytoonkologicznej [1].

Zastosowanie kolposkopii jako „pierwszego kroku” w badaniu ginekologicznym pozwala za wiarygodne przyporządkowanie kobiet do jednej z trzech grup. Pierwsza to kobiety zdrowe, z widoczną w całości fizjologiczną granicą międzynabłonkową nabłonka paraepidermoidalnego szyjki macicy i nabłonka endocervikalnego. Druga grupa to kobiety ze zmianami patologicznymi podejrzanymi o zmiany śródnabłonkowe i raka inwazyjnego oraz kobiety z obrazami wątpliwymi z powodu niecharakterystycznych reakcji po próbach kontrastujących, a także – trzecia grupa – z częściowo lub całkowicie niewidoczną granicą międzynabłonkową. W tych ostat-

nich przypadkach wynik kolposkopii jest wątpliwy i musi być uzupełniony o inne rozstrzygające badania diagnostyczne. Ostatecznym badaniem weryfikującym ocenę kolposkopową jest badanie histopatologiczne. Powinno jednak być ograniczone do racjonalnego minimum czyli tzw. biopsji celowanej z wytypowanych pod kontrolą kolposkopii najbardziej podejrzanych zmian. Cennym uzupełnieniem kolposkopii są obecnie badania molekularne wykrywające i identyfikujące DNA onkogennych typów HPV, immunochemiczne w kierunku nadekspresji białka p16/Ki67 czy mRNA HPV HR [2].

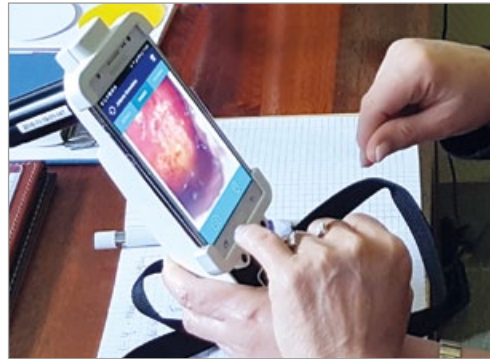
Idea powszechnego stosowania kolposkopii jako pierwotnego narzędzia skreeningu napotykała szereg ograniczeń. Sama technika badania jest stosunkowo mało czasochłonna i prosta w wykonaniu, ograniczeniem były gabaryty urządzenia, konieczność jego zasilania i podłączenia do urządzeń archiwizujących uzyskiwane obrazy. Problemem jest przede wszystkim konieczność nabrania wiedzy i doświadczenia w interpretacji obrazów kolposkopowych. Szkolenie w kolposkopii ma charakter wieloletni, wymaga dostępu do pozostałych badań stosowanych w patologii szyjki macicy i możliwości autoweryfikacji. Z tego powodu niewielu ginekologów można uznać za wystarczająco biegłych w tej dziedzinie. Pomimo zalet, kolposkopia nadal jest badaniem mało dostępnym i zbyt rzadko wykonywanym w codziennej praktyce.

Wraz z odkryciem roli zakażenia onkogennymi typami HPV w indukcji i promocji karcinogenezy raków płaskonabłonkowych dolnej części żeńskich narządów płciowych, pojawiła się konieczność rozwoju i zwiększenia dostępności badania kolposkopowego, metody niezbędnej do racjonalnego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego na każdym etapie rozwoju HPV zależnych chorób dolnej części kobiecego narządu rodowego. Bardzo obiecującym pomysłem jest wykorzystanie współczesnej bezprzewodowej technologii teleinformatycznej i coraz większe możliwości smartfonów. Urządzenie Mobile ODT EVA System to mobilny kolposkop zintegrowany ze źródłem oświetlenia LED i optyką pozwalającą na uzyskanie bardzo dobrej jakości kolorowego obrazu powierzchni szyjki macicy z odległości około 20 cm. Mobilny kolposkop posiada możliwości obrazowania porównywalne z urządzeniami stacjonarnymi, a dodatkowo zintegrowaną aplikację EVA System pozwalającą na tworzenie rozległej bazy badanych kobiet, wprowadzenia istotnych danych medycznych, archiwizacji uzyskanych obrazów w formie plików graficznych oraz sekwencji wideo i bezprzewodowe przesyłanie danych w bezpieczny, kodowany sposób zgodny z EMR i HIPAA. Pozwala na redukcję tradycyjnej dokumentacji medycznej dzięki łatwemu eksportowi danych do dowolnej bazy Ewidencji Medycznej. Jednak największą zaletą wydaje się być możliwość przesyłania uzyskanych obrazów kolposkopowych przez sieci bezprzewodowe wifi od portalu o zasięgu ogólnosięciowym i możliwość uzyskania konsultacji on-line, pozyskania opinii bardziej biegłych kolposkopistów, a w wątpliwych przypadkach konsylium wielu specjalistów z innych krajów [3,4].

Mobilny kolposkop może być pierwotnym narzędziem skreeningu w rękach przeszkolonego personelu medycznego nieposiadającego biegłości w ocenie obrazów kolposkopowych, a jedynie przeszkolonego w technice przeprowadzeniu badania. Lekarze na co dzień niespecjalizujący się w patologii szyjki macicy, lekarze rezydenci, a także wyspecjalizowane położne są w stanie uwidocznić badany narząd, przeprowadzić próby barwnikowe i je zarchiwizować. Po przesłaniu danych do portalu internetowego wykonane badania mogą być przedmiotem specjalistycznej oceny, a informacja o wyniku badania w krótkim czasie może dotrzeć do osoby wykonującej badanie z zaleceniami co do dalszego postępowania.

Idea takiej procedury została wprowadzona przez prof. Adolfa Stafla jako cervikografia, działała od lat 80. XX wieku w USA. Dokumentacja fotograficzna wykonywana była pierwotnie techniką Polaroid przesyłanych korespondencyjnie, a później z użyciem kamer cyfrowych przewodową pocztą elektroniczną, ograniczana była do próby z 5-procentowym kwasem octowym [5]. Aktualny poziom technologiczny pozwala na transmisję bezprzewodową z dowolnego miejsca i dialog pomiędzy wykonującym badanie a ekspertem praktycznie w czasie rzeczywistym lub z niewielką zwłoką.

Praktyczne zastosowanie mobilnego kolposkopu w niedalekiej przyszłości ujawni w pełni zalety nie tylko samej procedury, ale także połączenia z konwencjonalną cytodiagnostyką ginekologiczną i coraz powszechniej stosowanym skreeningiem molekularnym DNA HPV HR [6,7]. Aby poznać wszystkie zalety i ewentualne ograniczenia, konieczne będzie przeprowadzenie testów pilotażowych w różnych populacjach i warunkach organizacyjnych, w krajach o wysokim poziomie cyfryzacji



Rycina 1. Kolposkop mobilny w wersji manualnej [źródło: zbiory własne]



Rycina 2. Mobilny kolposkop Eva System z podstawką Medicom [źródło: zbiory własne]

i rozwijających się. Wygląda jednak, że upowszechnienie badania kolposkopowego i jego wykorzystanie obok innych metod skreeningu będzie procesem nie do powstrzymania, a uzyskane efekty uczynią diagnostykę chorób szyjki macicy jeszcze bardziej wydajną w sensie medycznym, a także ekonomicznym [8].

Bibliografia

1. Głąb G, Florczak K, Inglot M. *Zakażenia HPV w ginekologii. Diagnostyka i profilaktyka*. Atlas multimedialny. Digital Medicine in Future 2007.
2. 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 pielęgniarskiej i położniczej w różnych specjalnościach medycyny tom 4*. Opole: PMWSZ w Opolu, Studio Impreso; 2016: 33–40.
3. Ueda Y, et al 'Smartscopy' as an alternative device for cervical cancer screening: a pilot study. *BMJ Innov* 2017 Apr; 3 (2): 123–126.
4. Gallay C, et al. Cervical cancer screening in low-resource settings: a smartphone image application as an alternative to colposcopy. *I J Womens Health* 2017 Jun 22; 9: 455–461.
5. van Niekerk WA, et al. Colposcopy, cervicography, speculoscopy and endoscopy. International Academy of Cytology Task Force summary. Diagnostic Cytology Towards the 21st Century: An International Expert Conference and Tutorial. *Acta Cytol* 1998 Jan-Feb; 42 (1): 33–49.
6. Lorenzi AT, et al. Can the care HPV test performed in mobile units replace cytology for screening in rural and remote areas? *Cancer Cytopathol* 2016 Aug; 124 (8): 581–588.
7. Wentzensen N, Schiffman M, Palmer T, Arbyn M. Triage of HPV positive women in cervical cancer screening. *J Clin Virol* 2016 Mar; 76 Suppl 1: S49–S55.
8. Simms KT, et al. Optimal Management Strategies for Primary HPV Testing for Cervical Screening: Cost-Effectiveness Evaluation for the National Cervical Screening Program in Australia. *PLoS One* 2017 Jan 17; 12(1).

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

Mikrohisteroskopia jako złoty standard w diagnozowaniu patologii jamy macicy

Grzegorz Głąb

Wydział Nauk Medycznych,
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Zaburzenia rytmu miesiączkowania stanowią bardzo liczną grupę porad ginekologicznych. Począwszy od wad rozwojowych, zmian przerostowo-zapalnych, przerostów prostych związanych z zaburzeniami hormonalnymi i atypowych, aż po nowotwory, choroby endometrium są wskazaniem do pogłębienia diagnostyki o informacje niedostępne w trakcie rutynowego badania palpacyjnego.

Historycznie pierwszą metodą badania wnętrza jamy macicy było instrumentalne łyżeczkowanie jamy macicy stalowymi narzędziami zwanymi łyżkami Bumma o różnej średnicy od kilku do kilkunastu milimetrów. Zabieg abrazji pozwalał na uzyskanie materiału tkankowego do badania histopatologicznego zarówno z kanału szyjki, jak i z jamy macicy oraz pośredniej subiektywnej informacji o kształcie jamy i ścianach macicy, np. zniekształceniach ścian jamy macicy przez modelujące je mięśniaki. Obiektywność tych informacji była uzależniona od doświadczenia lekarza wykonującego zabieg, a uzyskany materiał tkankowy był pobierany metodą losową. Zgodność tzw. ślepej biopsji nigdy nie była zadawalająca, zwłaszcza w aspekcie diagnostyki onkologicznej [1]. Zabiegi diagnostycznego, frakcjonowanego łyżeczkowania jamy macicy – często wykonywane bez adekwatnego znieczulenia – były nie tylko mało humanitarne, ale także mało wydolne diagnostycznie. Dlatego poszukiwano metod o wyższej wiarygodności i mniejszej inwazyjności.

Ewidentnym krokiem w kierunku postępu było wzbogacenie w latach 80. XX wieku diagnostyki ginekologicznej o ultrasonografię, początkowo głowicami przez powłoki brzuszne, a następnie endowaginalnymi. Badanie USG jest praktyczne nieinwazyjne, pozwala szybko i wiarygodnie zobrazować stan anatomiczny szyjki i trzonu macicy, strukturę myometrium oraz endometrium, a także przydatków macicy i najbliższych topograficznie struktur. Badanie głowicą endowaginalną obecnie stanowi standardowe rozszerzenie badania palpacyjnego, choć nie powinno go zastępować. Rejestracja i kalibracja obrazowanych ultradźwiękami struktur jest

wiarygodna i obiektywna, w zasadzie nie odbiega od innych droższych i bardziej inwazyjnych badań obrazowych, jak: radiologiczna tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny czy PET [2]. Należy jednak być świadomym, że badanie USG nawet najlepszym aparatem to jedynie „teatrzyk cieni”. Część zmian chorobowych, jak pasmowate zrosty, przegrody, zmiany zapalne śluzówki macicy w USG są niemożliwe do zobrazowania [3]. Dlatego poszukiwano takiej metody diagnostycznej, dzięki której możliwy byłby pełny bezpośredni wgląd do wnętrza jamy macicy.

Histeroskopia pojawiła się w latach 80. XX wieku początkowo jako dość inwazyjne badanie – z uwagi na dużą średnicę endoskopów (8–10 mm) konieczne było instrumentalne rozszerzenie kanału szyjki macicy, zabieg był bardzo bolesny i niepozbawiony ryzyka. Zabiegi te wykonywano początkowo w warunkach sali operacyjnej w pełnej anestezji ogólnej lub rdzeniowej i wiązały się z koniecznością hospitalizacji na 2–3 dni, zatem również wysokimi kosztami [4,5].

Histeroskopia, jak każda inna „skopia” polega na ocenie wzrokowej w tym przypadku wnętrza jamy macicy i kanału szyjki macicy. Polega na wprowadzeniu optyki o kilkukrotnym powiększeniu od strony pochwy przez ujście zewnętrzne, kanał szyjki macicy, ujście wewnętrzne do jamy macicy i – po rozprężeniu jamy najczęściej tzw. płynem fizjologicznym (0,9% NaCl) lub 5-procentowym roztworem glukozy – dokładnym obejrzeniu ścian macicy, dna i rogów z ujściami macicznymi jajowodów. Badanie najlepiej wykonywać tuż po miesiączce, gdy kanał szyjki jest jeszcze fizjologicznie drożny, a błona śluzowa z poprzedniego cyklu uległa złuszczeniu.

Obecnie, dzięki miniaturyzacji urządzenia, badanie nie wymaga bolesnego rozszerzania kanału szyjki macicy i głębokiego znieczulenia. Można je wykonywać



Rycina 1. Zestaw do histeroskopii z oświetlaczem światłowodowym i kamerą cyfrową [źródło: zbiory własne]

w warunkach ambulatoryjnych, co znacznie ograniczyło koszty procedury i przyczyniło się do jej rozpowszechnienia. Badanie histeroskopiami o średnicy poniżej 4,5 mm określa się jako mikrohisteroskopia. W optyce o średnicy 3,8–4,6 mm możliwe jest umieszczenie światłowodu oświetlającego jamę macicy, kanału



Rycina 2. Mikrohisteroskopowy obraz błony śluzowej macicy na ekranie LCD i transmisja danych do komputera [źródło: zbiory własne]

odprowadzającego płyn rozprężający do jamy macicy oraz kanał roboczy, przez który można wprowadzić zminiaturyzowane narzędzia. Mikronarzędzia pozwalają na precyzyjne pobranie materiału biopsyjnego, uchwycenie i usunięcie zmian polipowatych, a przy zastosowaniu elektrod bipolarnych Versa Point możliwe jest także cięcie albo ewaporacja. Od kilku lat istnieją mikrohisteroskopy o giętkich optykach 2,0–2,7 mm, nawet jednorazowego użycia, którymi można posługiwać się w zwykłym gabinecie diagnostyczno-zabiegowym bez konieczności znieczulenia badanej kobiety, nawet bez wziernikowania pochwy. Obraz z wnętrza jamy macicy jest transmitowany przez kamerę cyfrową na dowolny ekran (np. telewizyjny, do komputera lub smartfona) [6].



Rycina 3. Mikrokleszki dołączone do optyki histeroskopu Wolff 3,8 mm [źródło: zbiory własne]

Obecnie mikrohisteroskopię określa się jako „złoty standard” diagnostyki jamy macicy. Zabiegi trwają 3–5 minut, wykonywane mogą być w trybie ambulatoryjnym w znieczuleniu miejscowym lub sedoanalgezji, podobnie jak gastroskopia i cystoskopia. Mikrohisteroskopia jest idealnym badaniem weryfikującym nieprawidłowości uwidocznione w badaniu USG. Dzięki histeroskopii można wiarygodnie zróżnicować polipy endometrialne, mięśniaki wpuklające się do jamy macicy, zmiany przerostowe zapalne rozrostowe, a także atypowe i nowotworowe. Badanie można wykonać u kobiety w każdym wieku, jeśli są do tego wskazania. Najczęściej jednak histeroskopie wykonujemy u kobiet pomiędzy 35. a 55. rokiem życia, bo wtedy choroby endometrium są najczęstsze. Nie tylko zaburzenia prawidłowego rytmu miesiączkowania pod koniec okresu rozrodczego, ale także krwawienia po menopauzie, to wskazania do diagnostyki endoskopowej.

U starszych kobiet po menopauzie nie tylko pojawiają się krwawienia, ale także bezobjawowe pogrubienie błony śluzowej w macicy powyżej 5 mm lub współistnienie innych nowotworów gruczołowych innych narządów, to wskazania do wykonania histeroskopii. Chodzi o wiarygodne wykluczenie zmian nowotworowych w endometrium. W wielu ośrodkach diagnostyczna histeroskopia jest jednym z rekomendowa-

nych badań wstępnych u kobiet z niepłodnością kwalifikowanych do technik wspomaganego rozrodu, takich jak inseminacje domaciczne i zapłodnienie pozaustrojowe [7,8].

Stosowane powszechnie w poprzednich latach diagnostyczne łyżeczki jamy macicy to brutalny zabieg wykonywany bez kontroli wzrokowej (na ślepo). Przy łyżeczkowaniu zgodność pobranego materiału z tym, co faktycznie znajduje się w całej jamie macicy, nigdy nie jest wyższa niż 50%. Istnieje duże prawdopodobieństwo pominięcia ograniczonych zmian, zwłaszcza zlokalizowanych w rogach macicy lub pozostawienia dużych fragmentów zmian chorobowych, które powinny być usunięte w całości [1]. Istotne są także możliwe powikłania, jak perforacja ścian macicy, ryzyko zakażeń i dolegliwości bólowych. Dlatego procedura ta powinna być wykonywana coraz rzadziej, a w przyszłości zupełnie zaniechana.



Rycina 4. Końcówki tnące i chwytne mikronarzędzi histeroskopowych [źródło: zbiory własne]

Bibliografia

1. Pennant ME, et al. Premenopausal abnormal uterine bleeding and risk of endometrial cancer. *BJOG* 2017 Feb; 124 (3): 404–411.
2. Yela DA, Hidalgo SR, Pereira KC, Gabiatti JR, Monteiro IM. Comparative study of transvaginal sonography and outpatient hysteroscopy for the detection of intrauterine diseases [article in Portuguese]. *Acta Med Port* 2011; 24 (Suppl 2): 65–70.
3. Mortakis AE, Mavrelou K. Transvaginal ultrasonography and hysteroscopy in the diagnosis of endometrial abnormalities. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 1997 Aug; 4 (4): 449–452.
4. Moawad NS, Santamaria E, Johnson M, Shuster J, Cost-Effectiveness of Office Hysteroscopy for Abnormal Uterine Bleeding. *JSLs* July-september 2014; 18: 1–5.
5. Hidlebaugh D, et al. A comparison of clinical outcomes and cost of office versus hospital hysteroscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1996; 4(1): 39–45.
6. Marsh F, Kremer C, Duffy S. Delivering an effective outpatient service in gynaecology. A randomised controlled trial analysing the cost of outpatient versus daycase hysteroscopy. *BJOG* 2004; 111 (3): 243–248.
7. Seyam EM, Hassan MM, Mohamed Sayed Gad MT, Mahmoud HS, Ibrahim MG. Pregnancy Outcome after Office Microhysteroscopy in Women with Unexplained Infertility. *Int J Fertil Steril* 2015 Jul-Sep; 9 (2): 168–175.
8. Makled AK, Farghali MM, Shenouda DS. Role of hysteroscopy and endometrial biopsy in women with unexplained infertility. *Arch Gynecol Obstet* 2014 Jan; 289 (1): 187–192.

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

Alkoholizm na szpilkach – czyli jak piją kobiety

Cecylia Jendyk

Wydział Nauk Medycznych,
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Wstęp

Alkoholizm to choroba, jej przebieg można podzielić na cztery fazy: prealkoholową, ostrzegawczą, krytyczną i przewlekłą. Alkoholizm ma jedną twarz, ale może przybierać wiele masek. Alkoholik w opinii publicznej to pijak, który bije żonę i leży w kałuży moczu pod ławką lub zatacza się na ulicy. Inny obraz alkoholika to osoba wykształcona, dobrze usytuowana, pijąca wysokogatunkowe alkohole z drogiego szkła w ramach odreagowania stresów dnia codziennego.

Alkoholizm towarzyszy człowiekowi praktycznie od zarania dziejów. Pierwsze przekazy o warzeniu i spożywaniu piwa pochodzą z ok. 4000 roku p.n.e., z terenów Mezopotamii.

Piwo występowało w *Eposie o Gilgameszu*, w *Kodeksie Hammurabiego* poświęcono mu aż 4 paragrafy. Alkohol spożywali starożytni Egipcjanie, przejęli oni technologię warzenia z Babilonii. Alkohol pojawił się również w egipskich dziełach Zosimosa z Panapolis, który żył na przełomie III/IV wieku p.n.e. [1]. Wzmianki o alkoholu pojawiają się także w Piśmie Świętym, gdzie przeczytać można: „Ustała radość i uciecha w sadzie i w ziemi Moab. Skończyło się wino w tłocznjach, nikt go nie wytłacza; pieśń radosna nie jest już pieśnią wesela”.

W Starym Testamencie brak wina postrzegany był jako stan niepożądany: „Nie pij już samej wody, lecz używaj także trochę wina ze względu na żołądek i twe częste osłabienie”.

Widzimy więc, że od starożytności alkohol towarzyszył człowiekowi, występował w tekstach kultury, kodeksach i prawie [2].

Pierwsze wzmianki o problemach alkoholowych pochodzą z Egiptu. Ograniczono zakazami picie w świątyniach, aby zapobiec kradzieżom, nietrzeźwości i gwałtom. Natomiast ok. 2 tys. lat p.n.e. wprowadzono zakaz picia alkoholu w armii faraonów. Władcy mieli przegrać kilka bitew z powodu rozwiązłości alkoholowej żołnierzy.

Alkoholizm kobiet jako problem społeczny

Pojęcie alkoholizmu (*alcolismus chronicus*) po raz pierwszy zostało wprowadzone przez doktora Magnusa. Lata 70. XX wieku obfitują w badania i wzrost zainteresowania świata medycznego różnicami w reagowaniu na alkohol organizmów kobiet i mężczyzn. Wzrost konsumpcji alkoholu u kobiet wzrósł po II wojnie światowej. W krajach, gdzie upowszechnił się tzw. zachodni styl życia, zaobserwowano narastającą liczbę kobiet pijących w sposób szkodliwy. Do lat 70. XX wieku kobiety były wyłączone z badań nad alkoholizmem, jednak w miarę wzrostu spożycia przez nie alkoholu, zauważono, że kobiety piją inaczej. Alkoholizm kobiet ma swoją specyfikę, co ma wpływ na jakość i przebieg terapii [3].

Kobięcy model picia jest bardziej ukryty, co wynika z przypisanej kobiecie roli matki i strażniczki ogniska domowego. Zgodnie z przestarzałym, ale powszechnym stereotypem alkoholiczka to osoba zepsuta moralnie i zaniedbująca swoje powinności społeczne. Kobiety dobrze ubrane, pracujące i odnoszące sukcesy wydają się być poza podejrzeniami. Kobiety częściej sięgają po kieliszek z powodu obniżonego nastroju bądź stanów lękowych.

Kobiety rzadziej uczestniczą w libacjach alkoholowych, najczęściej piją w domu, w samotności, ciągi alkoholowe trwają u nich krócej, rzadziej też piją przez cały dzień lub rano. Rzadziej występują u nich palimpsesty i majaczenie alkoholowe. Kobiety potrafią bardzo długo ukrywać swoje uzależnienie, rzadko tracą pracę z powodu picia alkoholu [4].

W przypadku kobiet uzależnionych od alkoholu zaobserwowano zwiększoną liczbę rozwodów. U kobiet z problemem alkoholowym występują: stany depresyjne, zaburzenia lękowe, bulimia psychiczna oraz obniżona samoocena, uczucie wyobcowania lub samotności, próby samobójcze, nadużywanie leków psychotropowych [5].

Różnice związane z płcią mające wpływ na przebieg i leczenie u kobiet:

1. Kobiety w późniejszym wieku zaczynają nadużywać alkoholu, jednak wśród dziewcząt ujawniają się tendencje do upodabniania się ich stylu picia do stylu chłopców. W odróżnieniu od mężczyzn, kobiety doświadczają szybciej i więcej negatywnych skutków nadużywania alkoholu, i to zarówno w wymiarze biologicznym, psychologicznym, jak i społecznym. Szybkie narastanie negatywnych skutków nadużywania alkoholu określa się jako „teleskopowy rozwój uzależnienia u kobiet”.
2. Występowanie alkoholizmu w rodzinie prawdopodobnie pełni mniejszą rolę w jego powstawaniu u kobiet, ale jest również istotne. Obciążenia środowiskowe, zaburzenia seksualne, lękowo-depresyjne cechy osobowości i zamieszkiwanie z pijącym partnerem w sposób istotny zwiększają ryzyko uzależnienia się od alkoholu u kobiet.
3. Kobiety w trakcie leczenia i terapii zgłaszają więcej różnorodnych problemów związanych z życiem rodzinnym, osobistym, finansami, pracą zawo-

- dową i zdrowiem niż mężczyźni, co stanowi główny motyw do podejmowania leczenia.
4. U kobiet z alkoholizmem występuje więcej problemów psychicznych i emocjonalnych, zwłaszcza związanych z zaburzeniami lękowymi i depresyjnymi. Mają też zazwyczaj większe poczucie winy i większy krytycyzm wobec uzależnienia niż mężczyźni.
 5. Znaczącymi zwiastunami pojawienia się problemów alkoholowych u kobiet są:
 - a) początek nadużywania alkoholu w wieku dorastania,
 - b) przebywanie w nieformalnym związku z partnerem nadużywającym alkoholu,
 - c) zaburzenia seksualne i/lub wykorzystanie seksualne w dzieciństwie,
 - d) zaburzenia depresyjne i/lub lękowe,
 - e) przyjmowanie leków i innych substancji psychoaktywnych.
 6. Wśród terapeutów panuje zgodność, że u alkoholiczek występują swoiste potrzeby fizyczne i społeczne oraz problemy psychologiczne, wobec tego konieczne jest budowanie specjalnych programów leczenia dla kobiet uzależnionych od alkoholu [6,7].

Wpływ spożywania alkoholu na organizm kobiety

Uzależnienie od alkoholu jest chorobą niszczącą człowieka we wszystkich sferach jego życia, nieuchronnie prowadzi do degradacji więzi międzyludzkich i wartości. Alkoholizm powoduje stopniową utratę wolności i odpowiedzialności, a degradacja fizyczna pojawia się dopiero na końcu.

Degradacja dla wielu okazuje się niestety jedynym motywem skłaniającym do powstrzymania się od picia alkoholu [8].

Alkoholizm jest chorobą chroniczną, w aspekcie medycznym i terapeutycznym warto zwrócić uwagę na uwypuklające kobiecą specyfikę uzależnienia od alkoholu. W alkoholizmie nie ma równouprawnienia, mężczyźni piją znacznie częściej i więcej niż kobiety.

Jak pokazują statystyki, mężczyźni uzależnieni od alkoholu umierają wcześniej niż kobiety, a ich czas przeżycia od pierwszej hospitalizacji jest krótszy [9].

Alkohol w szczególnie ostry sposób uszkadza centralny i obwodowy układ nerwowy, zaburza i uszkadza działanie wielu innych narządów wewnętrznych.

Powikłania występujące w zespole alkoholowym:

- neurologiczne i psychiatryczne, np. uszkodzenia nerwów obwodowych, encefalopatia alkoholowa, padaczka alkoholowa, tępienie alkoholowe, alkoholowy zanik mózdzku, majaczenie drżenne (*delirium tremens*), halucynozja alkoholowa, psychoza Korsakowa, obłąd alkoholowy itp.
- internistyczne, np. choroby, uszkodzenia wątroby i trzustki, dróg oddechowych,

- dermatologiczne, np. charakterystyczne przebarwienia skóry, zmiany w naczyniach skórnych, przewlekłe zapalenia spojówek [10],
- uszkodzenie mięśnia sercowego spowodowane alkoholem (tzn. kardiomiopatia) oraz uszkodzenie nerwu (tzn. neuropatia obwodowa),
- wzrost ryzyka wystąpienia raka sutka (szczególnie picie przed 30. rokiem życia – alkohol powoduje wzrost stężenia estrogenów). Nie stwierdzono wpływu alkoholu na powstawanie u kobiet innych nowotworów,
- u dziewcząt w okresie przedpokwitaniowym alkohol powoduje zmniejszenie poziomu hormonu wzrostu i LH,
- u kobiet w wieku rozrodczym – zaburzenia cyklu miesięczkowego (brak miesiączek, cykle bezowulacyjne), wzrost stężenia prolaktyny w surowicy krwi, upośledzenie płodności (utrudnienie zajścia w ciążę, samoistne poronienia), upośledzenie rozwoju płodu, a także wcześniejsza menopauza [11],
- większe ryzyko poronienia, wyższa umieralność okołoporodowa, a także częstsze występowanie wad wrodzonych, zespół FAS (alkoholowy zespół płodowy).

Spożycie alkoholu u kobiet w ciąży zwykle się zmniejsza. Częściej alkohol w ciąży spożywają kobiety niezamężne. Największe niebezpieczeństwo szkodliwego wpływu alkoholu na płód występuje w pierwszym trymestrze ciąży. Alkoholowy zespół płodowy stanowi trzecią co do częstości wadę wrodzoną płodu. U dzieci z tą wadą stwierdza się niską wagę urodzeniową, nieprawidłową budowę twarzoczaszki, upośledzenie umysłowe oraz zaburzenia zachowania. Alkoholizm matki ma też wpływ na późniejszy rozwój psychiczny dziecka [12].

Typy alkoholizmu u kobiet

Saake i Schwoon wyróżnili pięć typów alkoholizmu kobiecego:

1. młode kobiety o dużym spożyciu alkoholu uwarunkowanym środowiskowo, mające poważne problemy zdrowotne;
2. kobiety pijące w stresie, bez poważnych skutków zdrowotnych;
3. kobiety pijące przewlekłe alkohol, głównie z powodu osamotnienia, przeżywające nasilone objawy zespołu abstynencyjnego i mające za sobą wiele nieudanych prób leczenia;
4. kobiety pijące w ilościach średnich z obecnymi somatycznymi powikłaniami uzależnienia;
5. kobiety pijące głównie z przyczyn środowiskowych, bez poważniejszych powikłań [13].

Krzysztof Gąsior wyodrębnił 3 grupy typologiczne kobiet uzależnionych. Uzyskane typy charakteryzowały się następującymi właściwościami:

- typ 1 (bez obciążeń rodzinnych, podwyższony poziom niepokoju i znaczne nasilenie przedchorobowych cech lękowo-depresyjnych): niewielki stopień

obciążeń rodzinnych alkoholizmem, późne zapoczątkowanie nadużywania alkoholu, znaczne nasilenie przedchorobowych cech depresyjno-lękowych, znaczne nasilenie krytycyzmu, podwyższony poziom niepokoju, raczej dobra ocena sytuacji zawodowej, materialnej i rodzinnej, ciąg alkoholowy jako dominujący motyw podejmowania leczenia. To typ alkoholizmu z dominującymi cechami osobowości neurotyczno-depresyjnej.

- typ 2A (obciążenia rodzinne alkoholizmem, wysoki poziom niepokoju i nieprzystosowania oraz znaczne nasilenie przedchorobowych cech antyspołecznych): częste występowanie alkoholizmu w rodzinie, wczesny początek nadużywania alkoholu, znaczne nasilenie przedchorobowych cech antyspołecznych, mały krytycyzm, bardzo wysoki poziom nasilenia niepokoju, zła ocena sytuacji zawodowej, materialnej i rodzinnej, ciągi alkoholowe i psychoza alkoholowa jako dominujące powody podejmowania leczenia. U pacjentek tej grupy cechy osobowości emocjonalnie chwiejnej (*borderline*), które przejawiają się wysokim poziomem niepokoju, chwiejnością emocjonalną, słabością ego, zmiennością obrazu siebie, zaburzeniami w kontaktach międzyludzkich.
- typ 2B (obciążenia rodzinne alkoholizmem, niski poziom niepokoju i umiarkowane nasilenie przedchorobowych cech socjalnych): częste występowanie alkoholizmu w rodzinie, wczesny początek nadużywania alkoholu, umiarkowane nasilenie przedchorobowych cech antyspołecznych, umiarkowane nasilenie krytycyzmu, małe nasilenie niepokoju, zagrażająca ocena sytuacji zawodowej, materialnej i rodzinnej, ciąg alkoholowy lub nakaz sądowy jako dominujące powody podejmowania leczenia (dominujące cechy antisocjalne osobowości) [14].

Leczenie kobiet z chorobą alkoholową

Z badań wynika, że kobiety decydują się na podjęcie leczenia po około siedmiu latach intensywnego picia, tj. około dwukrotnie wcześniej niż mężczyźni.

Wyniki leczenia kobiecego alkoholizmu są porównywalne z wynikami uzyskanymi w leczeniu mężczyzn. Kobiety w większości poddają się leczeniu z własnej woli, dobrym momentem na podjęcie leczenia jest okres ciąży, natomiast okres poporodowy znacznie zwiększa ryzyko powrotu do picia z powodu znalezienia się w nowej, trudnej sytuacji i związanego z tą sytuacją zmęczenia. Okres macierzyństwa łączący się z poczuciem odpowiedzialności za dziecko oraz ograniczeniem możliwości dysponowania własnym czasem może wpływać niekorzystnie na decyzję o podjęciu leczenia. Wyjątkowo niebezpieczne jest zlecenie kobietom leków psychotropowych bez uprzedniego zapoznania się z ich modelem picia oraz bez wykluczenia uzależnienia. Dotyczy to szczególnie kobiet, które domagają się leków [15].

Najpoważniejszymi przeszkodami w leczeniu uzależnionych kobiet są:

- błędne zdiagnozowanie (jako depresja, nerwica itp.),

- obecność (u niektórych z nich) objawów zespołu stresu pourazowego będącego następstwem doświadczanej zarówno w dzieciństwie, jak i w życiu dorosłym przemocy seksualnej i fizycznej,
- poczucie wstydu i winy (przyznanie się do alkoholizmu może być traktowane jako świadectwo niepowodzenia w roli matki czy żony),
- obawa przed wykryciem zaniedbywania czy nadużywania swoich dzieci,
- obawa przed utratą (odsunięciem, odebraniem) dzieci,
- sprzeciw rodziny (wstyd przed otoczeniem),
- trudności w zapewnieniu opieki nad dzieckiem (nie mogą ich opuścić, ponieważ wśród bliskich nie ma osoby, która mogłaby zająć się dziećmi na czas leczenia),
- mężowie, przyjaciele lub kochankowie nie pozwalają „swoim kobietom” na udział w terapii, szczególnie gdy terapeutami są mężczyźni,
- brak specyficznych dla kobiet programów terapeutycznych, co np. z powodu wstydu uniemożliwia niektórym kobietom rozmowy na tematy związane z seksem (nieuporządkowane życie seksualne czy udział w orgiach seksualnych).

Ponadto kobiety:

- preferują terapię indywidualną, do tego w warunkach bardziej kameralnych, aby uniknąć społecznego piętna „alkoholiczki”, Bardzo trudne w procesie leczenia kobiety może być przekazanie jej umiejętności koniecznych do zerwania związku z mężczyzną, który pije, stosuje przemoc lub/i wykorzystuje ją [16].

Podsumowanie

Alkoholizm jest chorobą przewlekłą, wyniszczającą cały organizm. Prowadzi do degeneracji ciała i kontaktów międzyludzkich. Organizm kobiety jest bardziej podatny na szkodliwe działanie alkoholu. Przyczyną tego jest większa zawartość tkanki tłuszczowej w organizmie, przez co wzrasta wchłanianie etanolu w przewodzie pokarmowym. Jednakowa dawka alkoholu wypita przez kobietę i mężczyznę spowoduje większe stężenie alkoholu w organizmie kobiety, a jego przewlekłe, regularne spożywanie doprowadzi do szybszej utraty zdrowia.

Zmiany hormonalne występujące u kobiet związane z cyklem miesięcznym oraz stosowanymi preparatami hormonalnymi, np. doustną antykoncepcją, również wpływają na efekty działania alkoholu. Wchłanianie alkoholu w tych przypadkach może być szybsze, a czas eliminacji z organizmu może się wydłużyć. Straty zdrowotne spowodowane piciem pojawiają się u kobiet o kilka lat wcześniej niż u mężczyzn. Kobiety uzależniają się od alkoholu szybciej niż mężczyźni.

Bibliografia

1. Biblioteczka ZDROJU 1. *Grzech czy choroba?* Warszawa: Fundacja Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce; 2009.
2. Kalkowski H. Współzależnienie oraz fazy przystosowania się do życia w rodzinie z problemem alkoholowym. *Fides et ratio* 2011; 4 (8): 29–37.
3. Dziewiecki M. *Nowe przesłanie nadziei: podręcznik duszpasterstwa trzeźwości*, Warszawa: PARPA; 2000.
4. Falewicz J. *ABC problemów alkoholowych*. Warszawa: PARPA; 1993.
5. Fudała J. *Kobiety i alkohol*. Warszawa: PARPAMEDIA; 2007.
6. Gaś Z. *Rodzina a uzależnienia*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu M. Curie-Skłodowskiej w Lublinie; 1993.
7. Gąsior K. Typy alkoholizmu u kobiet. *Alkoholizm i narkomania* 2005; 18 (1–2): 39–56.
8. Mellibruda J, Sobolewska-Mellibruda Z. *Integracyjna psychoterapia uzależnień* Warszawa: IPZ; 2006.
9. Sztander W. *Rodzina z problemem alkoholowym*, Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych; 1993.
10. Ślaski S. *Psychoterapia uzależnień*. Płock: SWPW; 2001.
11. Wasilewski D. Kobieta i alkohol. *Psyche Info. Magazyn o Zdrowiu Psychicznym* 2007; 3/4: 12–16.
12. Woronowicz BT. *Alkoholizm jako choroba*, Warszawa: PARPA; 1993.
13. Woronowicz BT. *Uzależnienia*. Poznań: Media Rodzina & Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA; 2009.
14. Woydyło E. *Sekrety kobiet*, Warszawa: Wydawnictwo Literackie; 2005: 15.
15. Fazy alkoholizmu [online]. Dostępny na URL: <https://portal.abczdrowie.pl/fazy-alkoholizmu> [cyt. 1.02.2018].
16. Alkohol a zdrowie nienarodzonego dziecka [online]. Dostępny na URL: <http://www.stowarzyszeniefidesetatio.pl/alkohol1.html> [cyt. 1.02.2018].

Adres do korespondencji:

Cecylia Jendyk
Wydział Nauk Medycznych
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
ul. Katowicka 68, 45-060 Opole
tel. 515 236 605
e-mail: cecyliajendyk@op.pl

Życie seksualne kobiet po operacjach onkologicznych

Anna Materac¹, Anna Gryboś², Marian Gryboś¹

¹ Wydział Nauk Medycznych, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

² Katedra Ginekologii i Położnictwa, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Nowotwory narządu rodnego mogą występować jako guzy łagodne bądź złośliwe. Do najczęściej występujących nowotworów złośliwych tego narządu należą: rak szyjki macicy, rak trzonu macicy oraz rak jajnika. Znacznie rzadziej stwierdzany jest rak sromu, rak pochwy i jajowodu [1,2].

Rak szyjki macicy występuje w kilku postaciach nabłonkowych (rak gruczołowy, brodawkowaty, płaskonabłonkowy oraz postacie mieszane). Wyróżniamy 4 stopnie zaawansowania klinicznego nowotworów złośliwych, narządów płciowych oraz 3 stopnie złośliwości (dojrzałości) histologicznej. Najczęstszą przyczynę rozwoju raka szyjki macicy stanowią infekcje wysokoonkogennymi typami wirusów HPV (do najczęstszych należą typ 16 i 18). Rozpoznanie nowotworów złośliwych szyjki macicy możliwe jest już w początkowym stadium ich rozwoju. Warunkiem wczesnego rozpoznania procesów patologicznych w obrębie narządów płciowych, a w szczególności raka szyjki macicy, jest regularna kontrola i badania profilaktyczne, do których, oprócz badania ginekologicznego, należy badanie cytologiczne, a w razie potrzeby pogłębionej diagnostyki także kolposkopia z pobraniem wycinków tkankowych z miejsc podejrzanych o patologię nabłonka w celu poddania ich badaniu histopatologicznemu. Decyzję o dalszym postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym podejmuje się na podstawie rozpoznania histopatologicznego. Jeśli zachodzi potrzeba rozszerzenia panelu badań diagnostycznych, wykonywana jest histeroskopia z ewentualnym wyłęczkowaniem kanału szyjki i jamy macicy, cysto- i rektoskopia, a także badanie ultrasonograficzne, urografia oraz badanie TK i MR.

Kolejny, najczęściej występujący nowotwór złośliwy – rak trzonu macicy – występuje głównie u kobiet w okresie około-, a zwłaszcza pomenopauzalnym [3]. Charakterystyczną triadę schorzeń stwarzających podwyższone ryzyko zachorowania na ten typ nowotworu stanowią: cukrzyca, otyłość i nadciśnienie tętnicze.

W Polsce nowotwory narządów płciowych stanowią najliczniejszą grupę wśród wszystkich występujących nowotworów złośliwych u kobiet [3]. Czynnikiem wpły-

wającymi na ten fakt są czynniki dietetyczne, biologiczne, środowiskowe oraz genetyczne, a także liczba przeżytych porodów i doustna antykoncepcja.

Rozpoznanie choroby onkologicznej i konieczność podjęcia jej leczenia w bardzo znaczącym stopniu wpływa na psychikę chorej osoby oraz funkcjonowanie jej w życiu codziennym i w społeczeństwie. Dotyka jej wszystkich sfer życia: fizycznej, społecznej, psychicznej i duchowej. Sprawą zasadniczą dla chorej kobiety jest znaczenie narządów płciowych. Bardzo często niestety konsekwencją leczenia nowotworu jest utrata narządów płciowych, a co za tym idzie, utrata ważnego atrybutu kobiecości powiązanej z możliwością macierzyństwa i atrakcyjnością seksualną [4].

W dzisiejszych czasach możliwość indywidualnego leczenia onkologicznego sprawia, że czas przeżycia bez jakichkolwiek objawów choroby wydłuża się w zależności od typu danego nowotworu, stopnia jego zaawansowania klinicznego, szybkości podjęcia leczenia oraz współpracy osoby chorej z zespołem terapeutycznym [3]. Podjęte działania mają oczywiście wpływ na jakość życia chorej kobiety, a to powinno być, dla lekarzy, głównym wyznacznikiem dalszego leczenia onkologicznego.

Jednym z najważniejszych aspektów życia seksualnego każdego człowieka od porażenia do śmierci jest seksualność. Termin ten nie określa samego kontaktu seksualnego jako takiego, lecz problematykę związaną z rolą, identyfikacją, tożsamością płciową, intymnością, orientacją seksualną, erotyzmem oraz reprodukcją [5]. Wymienione poszczególne elementy mogą być wyrażane przez człowieka w jego pragnieniach, myślach, fantazjach, poglądach, aspektach społecznych oraz zachowaniach. Wiele czynników wpływa także na uwarunkowanie seksualności. Możemy ją dostrzegać w kontekście kulturowym, socjoekonomicznym, religijnym, społecznym, prawnym, etycznym oraz metafizycznym [6].

Ludzie bardzo różnią się od siebie. Jednym sprawia przyjemność codzienne uprawianie seksu, a dla innych współżycie normalnością będzie raz w miesiącu. Dlatego ciężko jest określić konkretne elementy seksualności dla ogółu. Pobudzenie seksualne, zarówno u kobiety, jak i u mężczyzny, składa się z czterech faz:

- pożądania,
- podniecenia,
- orgazmu,
- odprężenia [7].

Cały proces pobudzenia seksualnego obejmuje przejście przez poszczególne fazy, aczkolwiek nie dzieje się tak w sposób bezwzględny w każdym przypadku. Nieprawdą jest, że każde zbliżenie czy każdy stosunek musi doprowadzić do wystąpienia orgazmu.

Jakakolwiek ingerencja chirurgiczna w obrębie narządów miednicy mniejszej, a szczególnie narządów płciowych, może mieć wpływ na zachowanie seksualne. Nie wiadomo, jak bardzo i w jakim stopniu seksualność zostanie zmieniona w następstwie wykonanego zabiegu operacyjnego. Dlatego też ocena faktu, czy i w jakim stopniu określony zabieg operacyjny doprowadza do zmiany seksualności leczonej

kobiety, jest niezwykle trudna. Każdy pacjent, po usłyszeniu diagnozy w postaci rozpoznania nowotworu złośliwego, nie myśli o tym, jak będzie wyglądało jego życie seksualne, lecz zastanawia się nad tym, jaki okres życia mu pozostał. W trakcie leczenia zaczyna się rozmyślanie o czynnościach dnia codziennego, o tym, jak będzie ono wyglądało, czy po wyleczeniu nie będzie żadnych przerzutów, jaki będzie kontakt z partnerem. Seks jest bardzo ważnym elementem naszego życia. Ma wpływ na to, jakie mamy samopoczucie, jaki mamy kontakt z ludźmi i jaki mamy pogląd na samych siebie. Historia choroby czy problemy fizyczne nie odgrywają istotnej roli, gdyż miłe doznania między kobietą a partnerem są zawsze możliwe. Mimo różnych skutków leczenia, praktycznie nigdy nie traci się zdolności do odczuwania przyjemności płynącej z dotyku.

Podczas leczenia choroby nowotworowej wiele par decyduje się na odstąpienie od życia seksualnego. To bardzo duży błąd. Jak twierdzą zarówno specjaliści, jak i sami pacjenci, erotyczne doznania poprawiają komfort, jakość życia i ułatwiają terapię nowotworową [7]. Seks wzmacnia chęć do życia i pobudza szeroko pojęte siły witalne organizmu.

Stosunkowo często zdarza się, że osoby cierpiące na chorobę onkologiczną, ale nie tylko, bo przyczyn jest wiele, nie są już zainteresowane seksem i nie doświadczają pożądania. Do sytuacji mogących prowadzić do wystąpienia zaburzeń podniecenia u kobiet możemy zaliczyć m.in.: suchość pochwy, przyjmowanie leków, zabiegi chirurgiczne, miejscowe stany chorobowe, a także stresujące wydarzenia życiowe [7]. Samopoczucie pacjentki może ulec pogorszeniu w następstwie obaw i wątpliwości, jakie ją nurtują. Bywa i tak, że zaniepokojone stanem zdrowia pacjentki odcinają się od spraw intymnych. Powrót do wykonywania codziennych obowiązków może sprawić, że kobiety na nowo zaczynają odczuwać pożądanie.

Przed rozpoczęciem życia seksualnego należy jak najwięcej dowiedzieć się o tym, jak zastosowana terapia może wpłynąć na jego jakość i realizację. Należy porozmawiać z osobą kompetentną na temat potencjalnych skutków leczenia, by w sposób optymalny móc przygotować się i nauczyć radzenia sobie ze swoim problemem, jakim jest choroba nowotworowa i jej leczenie.

Dzięki rozwojowi technik operacyjnych, podejmując ten sposób leczenia nowotworu, staramy się, aby podczas jego realizacji w jak najmniejszym stopniu uszkodzić unerwienie oraz tkanki biorące udział w akcie seksualnym. U kobiet, u których pochwa nie jest dostatecznie nawilżona, a także nie jest zwężona, również dochodzi do wystąpienia orgazmu poprzez dotyk piersi oraz stymulację zewnętrznych narządów płciowych. Przyjemność i zaspokojenie seksualne kobiety jest możliwe nawet wtedy, gdy zaszły zmiany anatomiczne w sferze intymnej. Często już sam dotyk powoduje, że życie seksualne sprawia nam satysfakcję [7].

Po operacjach onkologicznych należy być jeszcze bardziej otwartym na sposoby doświadczenia seksualnej przyjemności. Jeśli kobieta i mężczyzna nie potrafią doznać przyjemności podczas penetracji, tracą wiarę w siebie i czują się oszukani. Ich

życie nie jest już tak kolorowe, jak było kiedyś. W pracy człowiek zaczyna być konfliktowy, relacje rodzinne pogarszają się, nie ma werwy do działania, życie zaczyna być uciążliwe, a dni stają się coraz dłuższe i pozbawione blasku.

Występują takie momenty podczas leczenia, że odbycie stosunku staje się niemożliwe. Jest to idealny czas na naukę nowych sposobów dostarczania i odczuwania przyjemności seksualnej. Wzajemnie pieśczoć i dotykanie się, a nawet samo przytulanie się może sprawić ogromną przyjemność, a nawet doprowadzić do wystąpienia orgazmu. Powszechnie zainteresowanie życiem seksualnym powoduje, że wokół seksu krążą rozliczne mity. I tak nie jest prawdą, że każdy kontakt z drugą osobą musi być zakończony stosunkiem. Trzeba sobie czasem zadać pytanie: czy dobry seks zawsze prowadzi do orgazmu, a także czy seks jest tożsamy ze stosunkiem płciowym? Wszystkie pary oprócz nas mają magiczne życie seksualne, dlaczego? Mówi się, że przyzwoite osoby nie powinny się masturbować, a z seksu nie należy czerpać przyjemności, co jest niezgodne z naturą człowieka [8]. Świadomość dotycząca istnienia tych mitów jest niezwykle ważna i istotna. Każdy człowiek w miarę zdobywania doświadczenia i poszerzania swojej wiedzy o życiu seksualnym i jego różnorodnych aspektach powinien dochodzić do własnych wniosków, korygując takie, które ze swej natury są błędne. Nie należy odmawiać sobie miłych doznań. Nawet dotyk samej siebie będzie czymś przyjemnym. Nie można odmawiać sobie radości tylko dlatego, że w życiu seksualnym wystąpiły zmiany niezależne od nas samych.

Niestety sytuacje, w których lekarze nie przekazują kobietom po zabiegach operacyjnych praktycznych i jakże cennych dla nich informacji dotyczących życia seksualnego, zdarzają się nader często. W różnorodnych schorzeniach, w tym także onkologicznych, oprócz czynników psychicznych, które odgrywają bardzo ważną rolę, występują również inne [9]. By je poznać, wywiad przeprowadzany przez lekarza powinien różnić się od tego, który przeprowadzany jest u każdego pacjenta. Nie należy zadawać pytań celowanych, określonych na dane schorzenie. Pacjentka zgłaszająca się po poradę seksualną, a szczególnie pacjentka po leczeniu onkologicznym chce być wysłuchana, a lekarz, słuchając jej, ma za zadanie ocenić jej charakter, osobowość i nastrój psychiczny [9]. Winien ją także zachęcić do opowiedzenia o jej życiu seksualnym, ponieważ nie pytając lekarza o to, jak należy zachować się w sytuacjach intymnych, kobieta nigdy nie dowie się, jak powinna realizować swoje potrzeby z zakresu życia seksualnego, nie stwarzając zagrożenia dla swojego zdrowia. Dlatego rozmowa z lekarzem na ten temat powinna być pozbawiona niepotrzebnego w tym wypadku wstydu, tym bardziej, że uzyskane informacje są także niezbędne dla jej partnera. Jako że partner, nie mając dostatecznej wiedzy o tym, czy można uprawiać seks z leczoną kobietą i w jakiej ewentualnie postaci – będzie się obawiał nie tylko o zdrowie ukochanej osoby, ale także o to, czy realizacja potrzeb seksualnych nie wpłynie negatywnie na efekty jej leczenia.

Zazwyczaj, przynajmniej na jakiś czas, zarówno mężczyźni, jak i kobiety w trakcie leczenia nowotworu tracą chęć do współżycia. Obawy o swoje życie są tak duże,

że seks staje się czymś drugoplanowym, spada na ostatnie miejsce na liście rzeczy, które są w życiu potrzebne. Kiedy jest zagrożone życie, mało kto ma ochotę na seks. Pożądanie można utracić w wyniku niepokojów, z depresji, a także może mieć ono związek z podłożem fizjologicznym [10]. Na zmniejszenie się pożądania ma także istotny wpływ zaburzona przez proces leczenia onkologicznego gospodarka hormonalna [7]. Emocje, rozprasające myśli, które powodują zablokowanie podniecenia, mogą pozbawić chęci na seks. W efekcie pochwa nie rozluźnia się, pozostaje sucha i zwężona, co sprawia, że stosunek staje się bolesny. Osoby z chorobą nowotworową obawiają się także, że zmiany, które dokonają się zarówno z powodu samej choroby, jak i zastosowanego leczenia, wpłyną negatywnie na odczucia ich partnerów. Często niestety bywa i tak, że samo słowo „rak” powoduje, że partner – osoba jakże bliska – traci zainteresowanie seksem z kobietą dotkniętą chorobą nowotworową, obawiając się o stan jej zdrowia [10]. Reakcje bywają bardzo różne. W dużym stopniu wynikają one z relacji, jakie zostały zbudowane przed chorobą oraz dojrzałości partnera.

Ból podczas stosunku jest generalnie dość powszechnym problemem u kobiet, które są leczone z powodów onkologicznych. Jego przyczyną są zmiany w wielkości, elastyczności i nawilżeniu pochwy. Do tego typu zmian często dochodzi po operacjach w obszarze miednicy mniejszej, radioterapii bądź leczeniu, które często ma istotny wpływ na gospodarkę hormonalną chorego organizmu [6,11].

Zdolność kobiety do osiągnięcia orgazmu w następstwie leczenia nie zmienia się, chyba że leczenie doprowadziło do uszkodzenia rdzenia kręgowego bądź zaistniała konieczność usunięcia łechtaczki, względnie również dolnej części pochwy [7]. Są to obszary ciała kobiety, które są niezwykle wrażliwe na wszelakie bodźce zewnętrzne. Zazwyczaj ból odczuwany podczas stosunku nie doprowadza do wystąpienia orgazmu. Dlatego część z kobiet będzie musiała niestety od nowa nauczyć się jego osiągnięcia. Niekiedy wystarczy sama zmiana pozycji podczas stosunku czy też urozmaicenie wzajemnego dotyku.

We współczesnej ginekologii zarówno pooperacyjna ocena, jak i wpływ operacji ginekologicznej na seksualność jest dużym problemem i wyzwaniem.

Na lekarzu spoczywa trudny wybór rodzaju terapii, ponieważ niektóre z nich zostały wynalezione dopiero na przestrzeni ostatnich kilku lat, stąd dotychczas przeprowadzone badania są mało precyzyjne, a opublikowane informacje na ich temat są niejednoznaczne [5].

W następstwie usunięcia macicy zmiany w seksualności kobiecej wiążą się z zaburzeniami nawilżania, spadkiem libido oraz zmianą długości pochwy, co może doprowadzić do dyspareunii [5,10]. Kobiety, które przeszły histerektomię, nie zawsze mają odwagę zapytać lekarza, czy po operacji ich zdolność do osiągnięcia orgazmu zmieni się. Odpowiedź na to pytanie jest prosta i w wyniku podjętych prób kobiety same potrafią sobie na nie odpowiedzieć. Większość z nich twierdzi, że ich życie seksualne nie zmieniło się w ogóle, bądź też zmieniło się w niewielkim stopniu. Cieszą się one z przyjemności i doznań seksualnych podobnie, jak przed operacją.

Niektóre z nich natomiast odczuwają, że utraciły swą kobiecość, i czują wewnętrzną pustkę. Takie myśli powodują, że kobieta zapomina o tym, że udana i w pełni satysfakcjonująca aktywność seksualna jej nadal możliwa.

Leczenie nowotworu złośliwego sromu niekiedy kończy się jego radykalnym usunięciem. Ze względu na stopień zaawansowania procesu nowotworowego, a także lokalizację schorzenia, lekarz jest często zmuszony do wycięcia całego sromu (warg sromowych większych i mniejszych, łechtaczki wraz z okolicznymi węzłami chłonnyymi) po to, by m.in. nie doszło do wznowy nowotworu lub pozostawienia fragmentów tkanki rakowej [7]. Niekiedy także zachodzi konieczność częściowego lub całkowitego usunięcia pochwy, bez konieczności wycięcia macicy i jajników [11]. Po takiej operacji kobiety bardzo często odczuwają ogromny dyskomfort. Całkowite usunięcie sromu sprawia, że wokół ujścia cewki moczowej i pochwy nie ma już warstwy ochronnej. Drastycznej zmianie ulega też wiara we własne poczucie kobiecości. Kobiety obawiają się, że utrata zewnętrznych narządów płciowych oraz powstanie blizn będących następstwem zabiegu operacyjnego będą miały odstrasżający wpływ na partnera [10]. Jednak nie tylko w tym tkwi problem. Usunięcie łechtaczki, która odgrywa zasadniczą rolę w odczuwaniu przyjemności przez kobietę, może utrudniać lub wręcz uniemożliwiać osiągnięcie przez kobietę orgazmu. Blizny pooperacyjne mogą sprawiać ból podczas stymulacji seksualnej. Dlatego podczas powrotu do aktywności seksualnej niezwykle ważna jest zarówno komunikacja pomiędzy partnerami, jak i stosowanie różnych środków zwiększających wilgotność pochwy. Dzięki takim działaniom możliwy jest powrót odczuwania przyjemności i satysfakcji seksualnej, podobnie jak miało to miejsce przed zabiegiem operacyjnym.

Rozwój technik pooperacyjnych sprawia, że także u kobiet, u których konieczne było usunięcie fragmentu lub całości pochwy, istnieją możliwości wykonywania zabiegów odtwórczych lub rekonstrukcyjnych. Do tego celu używany jest między innymi przeszczep skóry lub fragment jelita. Jeśli w ramach rekanalizacji odtwarzanej pochwy użyta zostanie metoda z zastosowaniem przeszczepu skóry pobranej od pacjentki, to należy następnie zastosować urządzenie umożliwiające rozciągnięcie odtwarzanego narządu [7]. Aktualnie najbardziej rozpowszechnioną operacją rekonstrukcji pochwy jest metoda, w której wykorzystuje się do tego celu płaty mięśni i skórę wewnętrznych stron ud pacjentki [7]. Tak przeszczepione partie ciała nie zostają pozbawione naczyń krwionośnych i nerwów, dzięki czemu nowa pochwa jest wrażliwa. Zastosowanie tej metody odtwórczej powoduje, że nie zachodzi konieczność zastosowania stentu pochwowego, a po wygojeniu nowa pochwa całkowicie spełnia stawiane jej wymagania.

Życie seksualne kobiet po operacyjnym leczeniu raka jajnika ulega radykalnej zmianie. Jak wynika z badań Stewart i wsp., 57% kobiet po takiej operacji zgłasza ewidentnie pogorszenie pożycia seksualnego. Według badań C. Taylor połowa kobiet po leczeniu z powodu raka jajnika nie jest aktywna seksualnie [5].

W trakcie radioterapii miednicy mniejszej uprawianie seksu jest możliwe pod warunkiem, że nie ma obfitego krwawienia z guza w pęcherzu moczowym, odbytnicy, macicy, szyjce macicy czy pochwie [7]. Jeśli jajniki zostały naświetlone wysoką dawką promieniowania, to mogą przestać pełnić swoją biologiczną rolę – ich czynność ustaje całkowicie lub na jakiś okres. Bywa jednak, że jest to tylko chwilowe zjawisko, aczkolwiek w dużej mierze ma ono charakter stały. Dzieje się tak dlatego, że naświetlone jajniki przestają pełnić funkcję gruczołów wewnętrznego wydzielania. Kobieta, która znajduje się w okresie pomenopauzalnym, nie odczuwa w takich sytuacjach żadnej zmiany bądź jest ona znikoma. Zarówno pochwa, jak i zewnętrzne narządy płciowe pozostają tak samo wrażliwe, lecz kobiety powinny dostosować się do rad lekarza i ściśle przestrzegać jego zaleceń podczas stosowania tej metody leczenia. Radioterapia bowiem może wyindukować w napromienianych tkankach powstanie procesu zapalnego, a także doprowadzić do oparzenia poddawanego leczeniu obszaru ciała, co spowoduje, że pacjentka będzie odczuwała ból i dyskomfort w obrębie pochwy. W miejscach zagojonych ran pojawią się blizny, które powodują, że jej ściany stają się mniej elastyczne, a stosunki stają się bolesne i nieprzyjemne [7]. Z miejsc napromienianych mogą pojawić się krwawienia. Nie będą one jednak stanowiły bezwzględnych przeciwwskazań do podjęcia aktywności seksualnej. U niektórych kobiet mogą także wystąpić owrzodzenia popromienne. Proces gojenia się tych zmian może trwać nawet pół roku, a w jego następstwie może dojść do zwężenia światła pochwy. Aby uniknąć tego rodzaju powikłań, należy regularnie współżyć (3–4 stosunki tygodniowo) albo używać stentu rozciągającego i rozszerzającego światło pochwy [11]. Ta druga metoda winna być stosowana przez kobiety, które z jakiś powodów nie chcą lub nie mogą być aktywne seksualnie. Zachowanie prawidłowego rozmiaru pochwy oraz utrzymanie elastyczności jej ścian pozwala także na bezurazowe przeprowadzanie kontrolnych badań ginekologicznych, pozwalających na ocenę skuteczności zastosowanego leczenia lub wykrywanie odpowiednio wcześniej wznowy procesu nowotworowego.

Oprócz leczenia operacyjnego i radioterapii podstawowym i często stosowanym rodzajem leczenia nowotworów złośliwych jest chemioterapia [7,11]. Także i ten rodzaj terapii wpływa negatywnie na życie seksualne. Podczas przyjmowania chemioterapii kobiety zazwyczaj odczuwają spadek pożądania. Stosowane cytostatyki mają wiele skutków ubocznych, do których m.in. należą ogólne osłabienie i zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego (nudności, wymioty, itp.). Te ujemne strony stosowanego leczenia powodują, że na przyjemności seksualne chorym kobietom brakuje już sił i energii. Lecz wraz z powrotem lepszego samopoczucia wracają zarówno chęci, jak i ochota na życie erotyczne. Po całkowitym zakończeniu chemioterapii i ustąpieniu dolegliwości po leczeniu, pożądanie wraca do poziomu sprzed leczenia.

Szczególnie traumatycznym przeżyciem dla kobiety jest operacyjne usunięcie gruczołu piersiowego z powodu raka. Problem tkwi w samej kobiecie. Traci ona poczucie swojej atrakcyjności i seksualności, ponieważ piersi w naszej kulturze są

atrybutem kobiecego piękna. Dlatego zabieg operacyjny w postaci całkowitego lub częściowego usunięcia sutka może wywołać niepewność oraz obawę przed zaakceptowaniem wyglądu przez jej partnera. U niektórych kobiet samo dotykanie tej części ciała jest źródłem doznawania przyjemności, a u części z nich nawet orgazmu [7]. Często pieszczoty piersi są nieodłącznym elementem gry wstępnej pobudzającym do dalszego działania.

W trakcie mastektomii dochodzi do usunięcia całej piersi. Powstała blizna w miejscu jej usunięcia może być bolesna. Dotykany obszar może być wrażliwy na bodźce zewnętrzne. Niektórym kobietom także pieszczoty w obrębie blizny sprawiają przyjemność. Innym zaś nawet dotyk zdrowej piersi może być czymś nieprzyjemnym.

Operacja piersi nie zmniejsza odczuwania pożądania [12]. Zdolność do nawilżania pochwy i odczuwanie przyjemności podczas dotyku narządów płciowych czy osiągnięcie orgazmu nie zmieniają się. Jeśli kobieta przyjmowała estrogeny w hormonalnej terapii zastępczej przed pojawieniem się choroby, lekarz może zalecić ich odstawienie [9,12]. Pojawiającej się wówczas suchości pochwy oraz mniejszej elastyczności jej ścian można zapobiec poprzez stosowanie preparatów z kwasem hialuronowym oraz zastosowaniu żelu na bazie wodnej, względnie specjalistycznych kremów intymnych.

Po rozpoczęciu leczenia onkologicznego dotyk narządów płciowych, który był wcześniej podniecający dla kobiety i sprawiał jej przyjemność, może nieco zmniejsić swą wrażliwość. Jednak większość kobiet po zakończeniu leczenia jest w stanie osiągnąć orgazm tak samo, jak przed jego rozpoczęciem [13].

Większość kobiet leczonych z powodu procesu nowotworowego narządów płciowych odzyskuje pełną satysfakcję oraz staje się aktywnymi i pełnoprawnymi uczestniczkami życia seksualnego [14]. Szczególnie korzystnym zjawiskiem jest zaangażowanie w ten proces rehabilitacji partnera. Jego pomoc i zrozumienie sytuacji przyczynia się do szybszego odzyskania przez partnerkę pełni radości z życia, w tym z życia seksualnego, a to z kolei warunkuje dobrostan zarówno samej kobiety, jak i związku.

Bibliografia

1. Szczepanik K, Telka E, Jochymek B, Mišta W, Kleszyk Ł. Ocena jakości życia po leczeniu promieniami u chorych po operacjach usunięcia narządu rodowego w okresie okołopauzalnym. *Nowa Med* 2011; 2: 24–27.
2. Bręborowicz G. *Położnictwo i ginekologia*. Wyd. 1. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2005.
3. Bakalczuk Sz, Bakalczuk G, Jakiel G. Menopauza a zaburzenia seksualne kobiet. *Seksuol Pol* 2005; 3 (2): 74–76.

4. Kupermann M, Summitt R. Sexual functioning after total: compard with supracervical hysterectomy: a rendmized trail. *Obstet Gynecol* 2005; 6, 1309–1318.
5. Śpiewankiewicz B. *Powikłania pooperacyjne*. Wyd. 1. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009:
6. Skrzypulec V, Piela B, Drosdzol A. Życie seksualne kobiet po operacjach uroginekologicznych. *Seksuol Pol* 2006; 4 (1): 16–20.
7. AmericanCancerSociety, Zakład Psychoonkologii Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, Fundacja TAM I Z POWROTEM. *Seksualność kobiety w chorobie nowotworowej. Poradnik dla kobiet i ich partnerów*. Warszawa: PRIMOPRO; 2012:
8. Bręborowicz G. *Położnictwo i ginekologia*. Wyd. 2. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2015: 272–277.
9. Gomuła A. Wpływ hormonów płciowych i neurotransmiterów na funkcje i zachowania seksualne. *Seksuol Pol* 2006; 4 (1): 21–33.
10. Brodziak A, Kłopotowski T. Biologiczne i środowiskowe uwarunkowania orientacji seksualne. *Ann Acad Med Siles* 2013; 67 (4): 256–267.
11. Matusiak-Kita M. Życie seksualne po zabiegach ginekologiczno-urologicznych. W: Zdrojewicz Z. *Tajemniczy świat kobiecego orgazmu*. Wyd. 2. Wrocław: Continuo; 2016: 61–67.
12. Zdrojewicz Z, Chruszczewska E, Dubińska K. Piersi kobiece – nie tylko męska przytulanka. W: Zdrojewicz Z. *Tajemniczy świat kobiecego orgazmu*. Wyd. 2. Wrocław: Continuo; 2016: 199–212.
13. Wróbel B. Seksualność kobiety a rak szyjki macicy. *Przegląd Terapeutyczny* 2008; 5: 1–16.
14. Gyboś A, Bar J. The relationship between the immunoexpresion of KAI, MMP-2, MMP-9 and steroid receptors expression in endometrial cancer. *Folia Histochem Cytobiol* 2014; 52 (3): 187–194.

Adres do korespondencji:

Anna Materac
Brzeziny 16; 46-320 Praszka
tel. 726 092 577
e-mail: materac.anna@gmail.com

Anna Gryboś
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
Katedra Ginekologii i Położnictwa
tel. 602 790 667
e-mail: annagrybos@yahoo.pl

Profilaktyka raka piersi w opinii studentek położnictwa i położnych

Danuta Żurawicka, Małgorzata Zimnowoda, Iwona Łuczak, Zofia Wojdyła

Wydział Nauk Medycznych,
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Wstęp

Rak piersi jest nowotworem, który występuje najczęściej wśród kobiet w wielu krajach na świecie [1,2]. Należy do nowotworów złośliwych – stanowi on ponad 1/5 zachorowań na nowotwory wśród kobiet. W roku 2013 na raka piersi zachorowało w Polsce 17 142 kobiet. Zachorowalność na nowotwory złośliwe piersi w ciągu ostatnich trzech dekad wzrosła ponaddwukrotnie, przy czym najwyższy wzrost ryzyka zachorowania notuje się wśród kobiet w wieku 50–69 lat [3].

W 2013 roku z powodu nowotworu piersi zmarło w Polsce 5816 kobiet. 90% zgonów z powodu nowotworów złośliwych piersi występuje po 50. roku życia. Z uwagi na zbyt późne wykrywanie zmian chorobowych śmiertelność z powodu raka piersi jest nadal zbyt wysoka [4].

Jednym z podstawowych elementów walki z nowotworem złośliwym piersi jest profilaktyka. Rozpoznanie choroby w fazie przedinwazyjnej oraz zmniejszenie umieralności to główny cel wtórnej profilaktyki raka piersi [5].

Cel pracy

Celem badania jest analiza stanu wiedzy studentek położnictwa i położnych na temat profilaktyki raka piersi.

Materiał i metody

Badanie oparto na wynikach ankiety przeprowadzonej w grudniu 2017 roku w grupie 100 osób, losowo wybranych 50 położnych – absolwentek studiów licencjackich oraz 50 studentów studiów I stopnia kierunku położnictwo. Narzędziem

badawczym był autorski kwestionariusz ankiety składający się z 25 pytań dotyczących m.in. danych demograficzno-społecznych, wiedzy na temat przyczyn raka piersi, metod diagnozowania oraz źródeł informacji dotyczącej profilaktyki nowotworu piersi. Uzyskane wyniki poddano analizie i wyliczono dane procentowe.

Wyniki

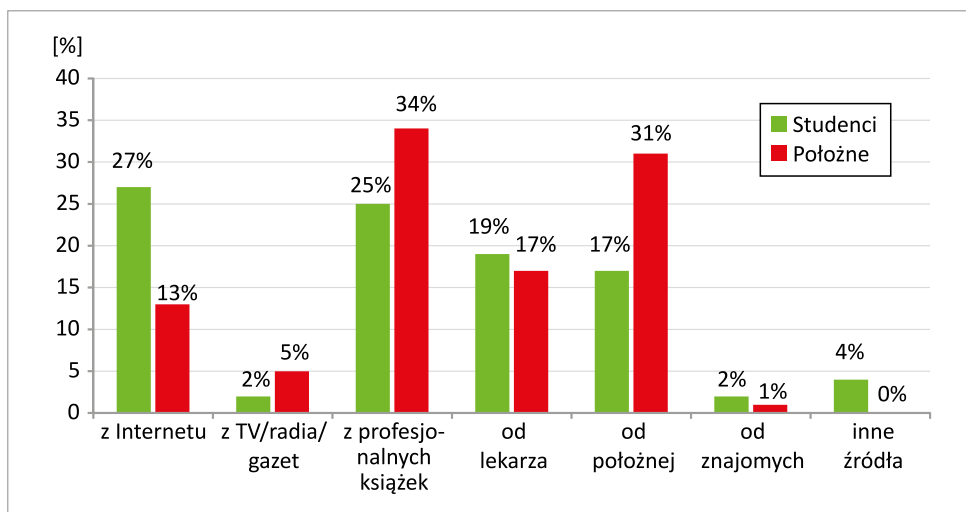
W obu badanych grupach blisko 70% respondentek wskazało raka piersi na pierwszym miejscu względem zachorowalności.

Zdaniem 3/4 badanych studentek i położnych świadomość Polek na temat zachorowania na raka piersi jest na poziomie przeciętnym. 16% respondentek w badanych grupach uważa, że świadomość Polek w tym zakresie jest zła.

Dla 100% badanych położnych i 96% ankietowanych studentek kierunkowo słowo „profilaktyka” kojarzy się z zapobieganiem i ochroną zdrowia. O dobrym stanie zdrowia zdaniem ankietowanych w badanych grupach m.in. decydują: regularna profilaktyka, odpowiednie odżywianie i aktywność fizyczna.

Tylko 6% ankietowanych z grupy studentek nie wiedziało, gdzie można uzyskać wiedzę na temat profilaktyki raka piersi. Zarówno położne, jak i studentki kierunku położnictwo wskazują na źródło wiedzy lekarza tylko w niespełna 20% (rycina 1).

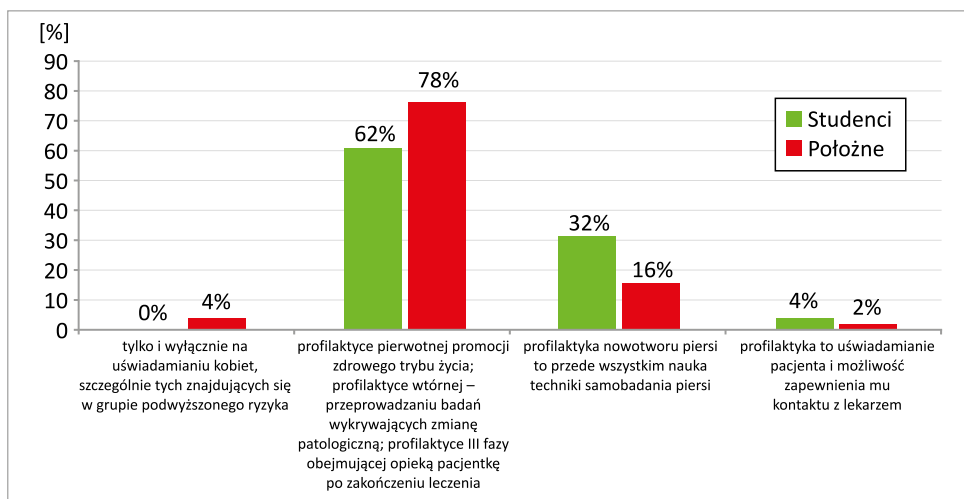
W obu badanych grupach zdaniem zdecydowanej większości respondentek profilaktyka zdrowotna wystąpienia nowotworów piersi polega na profilaktyce pierwotnej – promocii zdrowego trybu życia – oraz profilaktyce wtórnej – czyli przeprowadzeniu badań wykrywających zmianę patologiczną i profilaktyce III fazy obejmującej



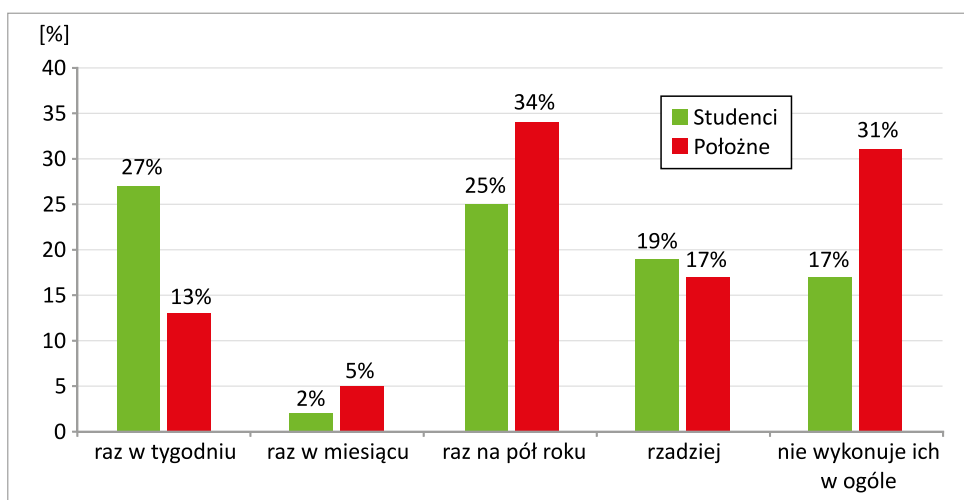
Rycina 1. Opinia respondentów na temat źródła wiedzy w zakresie profilaktyki raka piersi. Uwaga: pytanie wielokrotnego wyboru [źródło: opracowanie własne]

pacjentkę po zakończeniu leczenia (rycina 2). Połowa ankietowanych studentów i 2/3 położnych ocenia swoją wiedzę na temat nowotworów piersi na poziomie dobrym.

Blisko 100% ankietowanych uważa, że kobieta powinna rozpocząć samobadanie piersi powyżej 18. roku życia. 88% badanych studentek i 100% ankietowanych położnych zna techniki samobadania piersi. Jednakże 14% badanych studentek, a 4% położnych nie wykonuje tego badania. Regularnie raz w miesiącu 80% respondentek z grupy położnych i 50% z grupy studentek kierunku położnictwo wykonuje samobadanie piersi (rycina 3). Poza regularnością wykonywania samobadania piersi



Rycina 2. Opinia respondentów dotycząca profilaktyki zdrowotnej raka piersi [źródło: opracowanie własne]



Rycina 3. Częstotliwość wykonywania samobadania piersi przez respondentów [źródło: opracowanie własne]

bardzo ważne jest, by było ono wykonywane w odpowiednim czasie cyklu menstruacyjnego. Zdaniem 94% położnych oraz 62% ankietowanych studentek kierunku położnictwa samobadanie piersi powinno wykonywać się około 2–3 dni po krwawieniu miesięczkowym. 80% badanych studentów i 88% w grupie ankietowanych położnych przeprowadza samobadanie piersi poprzez oglądanie, badanie dotykiem piersi i węzłów chłonnych pachowych.

W ramach Programu Profilaktyki Raka Piersi wykonuje się mammografię skryningową. 86% ankietowanych położnych i 64% badanych studentek podało, że badanie mammograficzne wykonuje się co 24 miesiące – u kobiet w wieku od 50 do 69 lat; oraz co 12 miesięcy – u kobiet w wieku od 50 do 69 lat, których członkowie rodziny chorowali na raka piersi (matka, siostry lub córki) lub występowały u nich mutacje w obrębie genów BRCA 1 lub BRCA.

Dyskusja

Wiedza społeczeństwa na temat chorób nowotworowych piersi oraz regularne wykonywanie badań profilaktycznych to jedne z najważniejszych czynników, które zmniejszają ryzyko rozwoju choroby. Zdaniem 3/4 badanych studentek i położnych świadomość Polek na temat zachorowania na raka piersi jest na poziomie przeciętnym. U Strojek i wsp. 60% ankietowanych również uważało, że świadomość Polek dotycząca zagrożenia wystąpienia raka piersi jest przeciętna [6].

W badaniach własnych położne i studentki kierunku położnictwo deklarowały, że wiedzę na temat profilaktyki raka piersi czerpały przede wszystkim z profesjonalnych książek, Internetu. W dalszej kolejności od lekarza. W badaniach Pacian i wsp. [7], Najdyhor i wsp. [8] najważniejszym źródłem wiedzy dla kobiet były telewizja, Internet i czasopisma oraz podręczniki. U Stanisławskiej i wsp. [9] zaś głównym źródłem wiedzy na temat samobadania piersi był ginekolog i położna, a w następnej kolejności były to czasopisma i fachowa literatura. Respondentki w badaniach Roemer-Ślimak i wsp. [10] wiedzę o profilaktyce raka piersi, a także o samobadaniu piersi uzyskiwały z ulotek, prasy oraz od ginekologa.

Bardzo duże znaczenie w przypadku raka piersi ma profilaktyka wtórna, tzn. wczesne wykrywanie nowotworu. W ramach profilaktyki wtórnej bardzo prostym badaniem służącym do wykrycia raka jest samobadanie piersi. Każda kobieta powinna samodzielnie i regularnie badać swoje piersi. Regularne samobadanie piersi pozwala wykryć nieprawidłowości w gruczole piersiowym. W ten sposób 90% kobiet wykrywa u siebie raka piersi. W badanej grupie respondentek 92% położnych wykonuje samobadanie piersi, natomiast w grupie studentek kierunku położnictwo samobadanie piersi wykonuje tylko 66% ankietowanych.

W badaniu Przysady i wsp. samobadanie piersi wykonuje 81% pań [11]. Zaś w przeprowadzonych badaniach Paździor i wsp. samobadanie piersi przeprowadza 70%, ale regularnie tylko 36% [12]. W badaniu Krajewskiej-Kułał i wsp. 64%

deklarowało samobadanie piersi [8]. 88% badanych położnych i 80% studentek kierunku położnictwo przeprowadza samobadanie piersi przez oglądanie, badanie dotykiem piersi i węzłów chłonnych pachowych. U Kaczmarek-Borowskiej i wsp. [13] zdecydowana większość respondentek (78,75%) wiedziała, że samobadanie piersi obejmuje oglądanie oraz badanie palpacyjne. Podobnej odpowiedzi udzieliły ankietowane u Przysady i wsp (81%) [11], a w badaniu u Nity [14] i wsp. takiej odpowiedzi udzieliło 88% ankietowanych.

Znaczący udział w edukacji kobiet w zakresie profilaktyki raka piersi powinien mieć m.in. lekarz. Wśród ankietowanych niespełna 20% rozmawiało na ten temat z lekarzem. W badaniach Wołkowskiego [15] lekarz ginekolog był źródłem informacji na temat profilaktyki raka piersi dla 17% respondentek, zaś u Paździor [12] ginekolog stanowił źródło wiedzy dla 19% badanych. U Strojek i wsp. 18% badanych wskazało lekarza jako źródło fachowej wiedzy na ten temat [6].

Mammografia jest bardzo ważnym elementem profilaktyki raka piersi. W ramach Programu wczesnego wykrywania raka piersi kobiety w wieku 50–69 lat mogą wykonać bezpłatne badanie mammograficzne raz na dwa lata. A kobiety w wieku od 50 do 69 lat, których członkowie rodziny chorowali na raka piersi (matka, siostry lub córki) lub występowały u nich mutacje w obrębie genów BRCA 1 lub BRCA, mogą wykonać to badanie co 12 miesięcy. 86% ankietowanych położnych i 64% badanych studentek kierunku położnictwo podało prawidłową odpowiedź. U Cichońkiej i wsp. 43% respondentek wskazało również program zapobiegania rakowi piersi [16].

Zawód położnej jest związany z promowaniem zdrowia i edukacją zdrowotną wśród pacjentek i ich rodzin. Tylko położna, która posiada wiedzę na temat profilaktyki raka piersi, dbająca o swoje zdrowie, jest dobrym przykładem dla swoich podopiecznych.

Wnioski

1. Kobiety (położne, studentki kierunku położnictwo) mają świadomość znaczenia przeprowadzania badań profilaktycznych piersi, jednak nie wszystkie je wykonują. Budzi to zaniepokojenie z powodu funkcji zawodowej położnej – w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.
2. Zachodzi konieczność zwiększenia udziału innych pracowników ochrony zdrowia w prowadzeniu działań edukacyjnych wśród kobiet dotyczących profilaktyki raka piersi.

Bibliografia

1. Krajowy Rejestr Nowotworów. Nowotwory piersi u kobiet (C50) [online]. Dostępny na URL: <http://onkologia.org.pl/nawotwory-piersi-kobiet> [cyt. 30.11.2017].

2. Wołowski T, Wróblewska P. Ocena wiedzy gdańskich studentek na temat profilaktyki raka piersi. *Probl Hig Epidemiol* 2012; 93: 347–349.
3. Krajowy Rejestr Nowotworów. Nowotwory złośliwe ogółem [online]. Dostępny na URL: <http://onkologia.org.pl/nawotwory-zlosliwe-ogolem-2/> [cyt. 30.11.2017].
4. Pazdur R, Wagman LD, CamohausenKA, i wsp. *Nowotwory złośliwe. Postępowanie wielodyscyplinarne. Leczenie systemowe, chirurgia, radioterapia*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2012.
5. Tkaczuk-Włach J, Sobstyl M, Jakiel G. Rak piersi – znaczenie profilaktyki pierwotnej i wtórnej. *Prz Menopauz* 2012; 44: 343–347.
6. Strojek K, Maślanka M, Styczyńska H, Zukow W. Zachowania prozdrowotne i stan wiedzy kobiet na temat profilaktyki raka piersi [online]. Dostępny na URL: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.268299.pdf> [cyt. 3.01.2018].
7. Pacian A, Ferenc W, Jędrasik M. Wiedza młodych kobiet na temat profilaktyki raka piersi. *Med Paliat* 2014; 6 (3): 151–157.
8. Krajewska-Kulał E, Najdyhor E, Krajewska-Ferishah K. Wiedza kobiet i mężczyzn na temat profilaktyki raka piersi. *Ginekol Pol* 2013; 2 (84): 116–125.
9. Stanisławska J, Janikowska K, Stachowska M, Talarska D, Drozd-Lajdus E, Szewczyszczak M. Ocena wiedzy kobiet w zakresie profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy. *Probl Hig Epidemiol* 2016; 97 (1): 38–44.
10. Roemer-Ślimak R, Ślimak J, Mastalerz-Migas A, Pokorna-Kałwa D. Wiedza i praktyka w zakresie samobadania piersi. *Family Medicine&Primary care Review* 2014; 16 (3): 285–286.
11. Przysada G, Bojczuk T, Kuźniar A. Poziom wiedzy kobiet na temat profilaktyki i wczesnego rozpoznawania raka piersi. *Young Sports Sciene of Ukraine* 2009; 3: 129–136.
12. Paździor A, Stachowska M, Zielińska A. Wiedza kobiet na temat profilaktyki raka piersi. *Now Lek* 2012; 6: 419–422.
13. Kaczmarek-Borowska, Strykowska A, Grądalska-Lampart M, Grybel M. Poziom wiedzy kobiet z terenów wiejskich na temat raka piersi. *Prz Med Uniw Rzesz Inst Leków* 2013; 3: 298–310.
14. Nita R, Leśniczak B, Słomska B. i wsp. Wiedza i zachowania zdrowotne kobiet z województwa łódzkiego w zakresie profilaktyki raka piersi. *Pielęg XXI wieku* 2010; 2: 5–8.
15. Wołowski T, Wróblewska P. Ocena wiedzy gdańskich studentek na temat profilaktyki. *Probl Hig Epidemiol* 2012; 93 (2): 347–349.
16. Cichońska M, Borek M, Krawczyk W, Maciąg D. Wiedza kobiet w zakresie zapobiegania nowotworom piersi i raka szyjki macicy [online]. Dostępny na URL: <http://zn.wsbip.edu.pl/wydania/zeszyt1/sekcjaB/1.pdf> [cyt. 3.01.2018].

Adres do korespondencji:

Danuta Żurawicka, Małgorzata Zimnowoda, Iwona Łuczak, Zofia Wojdyła
Wydział Nauk Medycznych
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
ul. Katowicka 68, 45-060 Opole

Rola pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w procesie starzenia się społeczeństwa

Sabina Wiatkowska¹, Jarosław Czepczarz²

¹ Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Opolu

² Opolskie Centrum Rehabilitacji Korfantów,

Wyższa Szkoła Zarządzania i Administracji w Opolu

Wstęp

Obserwowany ciągły wzrost populacji osób w podeszłym wieku, a przede wszystkim najstarszych grup wiekowych oraz wydłużanie się trwania ludzkiego życia wymagają sprostania nowym wyzwaniom niemal we wszystkich dziedzinach życia społecznego, związanym z podjęciem działań na rzecz osób w podeszłym wieku w sektorze ekonomicznym, społecznym, politycznym, a przede wszystkim opieki zdrowotnej [1].

Dostępne analizy demograficzne pokazują, że do 2020 roku liczba osób w wieku 65–90 lat zwiększy się z 16% do 21% całkowitej populacji Unii Europejskiej, a z prognoz demograficznych dla Polski wynika, że w 2025 roku co czwarty Polak osiągnie wiek starczy [2].

Już teraz w Polsce około 15% populacji przekroczyło 60. rok życia, przy czym 35% osób w tej grupie ludności to osoby niepełnosprawne. Obok znacznego przyrostu liczby osób starszych i niepełnosprawnych rośnie liczba osób samotnych, pozostających bez opieki i wsparcia ze strony najbliższego otoczenia [3].

Badania bazujące na prognozie demograficznej GUS wskazują, że starzenie się społeczeństwa przyczyni się do pogorszenia statusu zdrowotnego populacji, wzrostu odsetka osób z chorobami przewlekłymi i osób niesamodzielnych. Według niektórych autorów wpłynie to na wzrost zapotrzebowania i zwiększenie wydatków na świadczenia zdrowotne oraz usługi opiekuńcze [4].

Częste występowanie chorób przewlekłych przy jednoczesnym pogarszaniu się sprawności fizycznej u osób starszych wpływa na wzrost zapotrzebowania na świadczenia medyczne i opiekuńcze [5].

Miejsce pielęgniarki w Podstawowej Opiece Zdrowotnej

Rozwiązywaniu problemów zdrowotnych jednostek i grup społecznych powinno towarzyszyć szerokie, ogólnospołeczne podejście do tych problemów oraz poprawa jakości świadczonych usług w ramach POZ. Wzmocnienie potencjału zdrowotnego oraz poprawa opieki nad chorymi przewlekle w opiece środowiskowej zmniejszy poziom hospitalizacji i zapotrzebowania na opiekę specjalistyczną. Współczesne pielęgniarstwo rozszerza zakres kompetencji i samodzielności pielęgniarki, zmierzając do wielokierunkowej aktywności skoncentrowanej na podmiocie opieki [5].

Sprawowanie opieki pielęgniarstwa nad osobami w podeszłym wieku ze względu na wystąpienie złożonych problemów zdrowotnych, pielęgnacyjnych, jak i społeczno-psychologicznych jest wyzwaniem dla pielęgniarek. Opieka ta wymaga od personelu pielęgniarstwa znajomości procesu starzenia, cech charakterystycznych występujących w tej fazie życia, znajomości zagadnień z zakresu pedagogiki, psychologii, a także medycyny. Zapewnienie opieki pielęgniarstwa w środowisku domowym ludzi starszych jest priorytetowym działaniem zapobiegającym zjawisku instytucjonalizacji lub przedwczesnej instytucjonalizacji ludzi starszych [6].

Scharakteryzowane w perspektywie biologicznej zmiany zachodzące w organizmie są niejednokrotnie przyczyną upośledzenia sprawności fizycznej i wielu chorób. Przedmiotem uwagi społeczeństwa jest opóźnianie procesu starzenia poprzez propagowanie działań profilaktycznych. Realizacja owych działań to aktywny tryb życia, zdrowe odżywianie, eliminacja hałasu i stresu. Starość i związana z nią niesprawność fizyczna powodują degradację społeczną ludzi starych. Problemy te stawiają przed społeczeństwem stworzenie optymalnych warunków pomocy instytucjonalnej i środowiskowej [7].

Charakterystyczne dla osób starszych jest współwystępowanie wielu stanów chorobowych, co często prowadzi do nadmiernej farmakoterapii. Zapisywanie leków przez długi czas bez kontroli stanu zdrowia, brak porozumienia się poszczególnych specjalistów oraz samoleczenie chorych prowadzą do szeregu następstw i powikłań – jatrogennego zespołu polekowego. Diagnozowanie i leczenie chorób wieku podeszłego wymaga z jednej strony znajomości konsekwencji starzenia się, a z drugiej – wiedzy na temat patofizjologii i symptomatologii chorób, które są mało charakterystyczne i często zupełnie inne niż u osób młodszych. Do współczesnej gerontologii wprowadzone zostało pojęcie tzw. „wielkich problemów geriatrycznych”. Są to najczęściej pojawiające się zaburzenia (lub choroby) fizyczne i psychiczne, które doprowadzają do zaburzeń funkcjonowania osób w wieku starszym. Należą do nich: upadki lub zaburzenia mobilności, nietrzymanie moczu i/lub stolca, upośledzenie wzroku i słuchu, zaburzenia otępienne, starcze depresje. Mimo że stanowią one dość powszechne zjawisko, to jednak często bywają lekceważone; przypisywane są następstwom starzenia się i pozostawiane są bez diagnostyki czy właściwej inter-

wencji. Ze względu na swą przewlekłość, wieloprzyczynowość, trudności w leczeniu powodują stopniową utratę niezależności osób w podeszłym wieku i w zdecydowany sposób wpływają na obniżenie jakości życia seniorów poprzez ograniczenie ich aktywności życiowej, mobilności, kontaktu z innymi osobami oraz otoczeniem [8].

Wraz z wiekiem zwiększa się negatywna samoocena stanu zdrowia, pogarsza się poziom sprawności w zakresie wykonywania czynności życia codziennego, mobilności oraz sprawności umysłowej [9].

Problemy opieki nad osobami w podeszłym wieku pojawiają się, mijają lub nasilają z powodu zmieniającej się kondycji psychofizycznej seniora oraz zmieniających się możliwości (poziomu wydolności opiekuńczo-pielęgnacyjnej rodziny). Problemy indywidualne pojawiają się wówczas, gdy człowiek z coraz większym trudem wykonuje zwykłe (czy też bardziej skomplikowane) czynności codziennego życia, znacznie je ogranicza lub nie jest w stanie w ogóle ich wykonać. Problemy związane z codziennym funkcjonowaniem u ludzi w podeszłym wieku są wypadkową wielu czynników i mogą być spowodowane przez:

1. zmiany fizjologiczne, które wynikają z osłabienia sprawności i pogorszenia stanu zdrowia jako efektu procesu starzenia się organizmu;
2. choroby przewlekłe wymagające przyjmowania wielu leków o określonych porach dnia;
3. sytuację opiekuńczą oznaczającą potencjalną możliwość korzystania z pomocy innych osób w czynnościach dnia codziennego;
4. sytuację bytową związaną z zakończeniem aktywności zawodowej i utrzymaniem się z emerytury;
5. sytuację emocjonalną człowieka w podeszłym wieku, która często wiąże się z dyskomfortem psychicznym, występowaniem depresji, izolacją społeczną wynikającą z pogorszenia sytuacji bytowej (wydatki na leczenie i opiekę) i subiektywnym odczuciem bycia „ciężarem dla najbliższych”. Na emocje człowieka podeszłym wieku bardzo silnie wpływa także (w sensie negatywnym) utrata (śmierć) bliskich. Reakcja emocjonalna ma często związek z osłabieniem pamięci i koncentracji (uwagi), utratą zainteresowań, ograniczeniem sprawności intelektualnej, skłonnością do uporu, zachowaniami agresywnymi, lękiem przed śmiercią, hipochondrią, zaburzeniami orientacji, zaburzeniami emocjonalnymi i zaburzeniami lękowymi;
6. relacje z innymi osobami ulegające zaburzeniom z powodu zmiany swojej pozycji w rodzinie i odczuwalnej zależności. Dyskomfort w tym przypadku objawia się agresją wobec opiekunów, chęcią podporządkowania sobie rodziny, a nawet postawą roszczeniową;
7. reakcje dzieci i wnuków zaangażowanych w pomoc senioralną, gdy oni sami nie akceptują się w roli opiekunów i gdy opieka obciąża ich emocjonalnie i/ lub jest zbyt rozciągnięta w czasie; ogranicza to realizację pełnionych przez nich ról w rodzinie, społeczności [10].

Innego rodzaju problem stanowią trudności z komunikowaniem się i podtrzymaniem werbalnego i pozawerbalnego kontaktu z seniorem. Wymienione problemy są najczęściej spowodowane brakiem umiejętności i doświadczenia w wykonywaniu poszczególnych czynności, brakiem czasu, wrażliwością lub awersją do wykonywania poszczególnych czynności (zwłaszcza w zakresie higieny intymnej).

Świadczenie opieki ukierunkowanej na potrzeby ludzi w podeszłym wieku powinno być łatwo dostępne, zapewniać możliwość długotrwałej opieki w poradni i w domu, łączyć (w razie potrzeby) pomoc medyczną z pomocą socjalną, a także spełniać funkcję profilaktyczną i oświatową [11].

Korzystanie ze świadczeń medycznych może być związane z wieloma czynnikami, takimi jak: wiek, płeć, rodzaj schorzenia czy pozostawanie w związku partnerskim.

Opieka geriatryczna dla ludzi starzejących się i starych obejmuje pomoc:

- profilaktyczną – badania i konsultacje w poradniach typu profilaktycznego, z których korzystają osoby w okresie starzenia się, wpływają na ogólną poprawę stanu zdrowia poszczególnych seniorów; pomoc uzyskana w poradniach ułatwia wdrożenie różnorodnych terapii i zaakceptowanie zdrowego stylu życia;
- leczniczą – która jest realizowana na terenie szpitali i poradni ogólnych; obejmuje leczenie chorób już występujących u osób w podeszłym wieku; choroby te mogą mieć nietypowy przebieg. Zespół terapeutyczny opiekujący się osobami podeszłym wieku powinien być przeszkolony w zakresie geriatrii;
- opiekuńczą – obejmującą seniorów, którzy wykazują różnego stopnia niepełnoletniość. Takie osoby potrzebują przede wszystkim stałej opieki [12].

Świadczenia gwarantowane z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2013 roku [13]. Zakres zadań pielęgniarstwa POZ zawiera Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2016 roku [14]. Świadczenia, które realizuje pielęgniarka rodzinna, obejmują świadczenia promocji zdrowia i profilaktyki chorób, pielęgnacyjne, diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne.

Jednymi z podstawowych świadczeń zdrowotnych są świadczenia pielęgniarstwa rodzinnego w domu chorego. Cele opieki:

- wspomaganie i propagowanie stałej lub jak najdłuższej obecności osób starych, chorych i niepełnosprawnych w ich środowisku przez realizację w warunkach domowych profesjonalnej pielęgnacji i kontynuacji leczenia, we współpracy z lekarzem i rodziną (opiekunem),
- stworzenie chorym i opiekunom poczucia bezpieczeństwa przez edukowanie ich do samodzielnego i aktywnego funkcjonowania w warunkach domowych,
- podniesienie jakości podstawowej opieki medycznej,
- bezpieczeństwo pracy pielęgniarzek realizujących świadczenia zdrowotne w domu chorego,

Przez indywidualną domową opiekę pielęgniarstwa dąży się do podtrzymania, a jeżeli to możliwe, do poprawy stanu zdrowia oraz osiągnięcia przez pacjenta i jego ro-

dzinę (opiekuna) maksymalnej sprawności w samoopiece i samopielęgnacji (uwzględniając daną jednostkę chorobową i stan pacjenta). W tym celu pielęgniarka:

- ustala koncepcję, metodę i organizację pracy odpowiednią do zleceń lekarza i rzeczywistych potrzeb zdrowotnych chorego,
- ustala obowiązujące schematy postępowania pielęgniarskiego,
- uaktualnia wiedzę z zakresu technik pielęgnacyjnych i terapeutycznych oraz zasad i technik podnoszenia i przemieszczania pacjentów,
- stosuje sprzęt medyczny i wspomagający umożliwiające profesjonalną pielęgnację osoby niepełnosprawnej w warunkach domowych,
- prowadzi analizę danych pod kątem jakości i skuteczności działania [15].

Nowoczesna pielęgniarka powinna postawić diagnozę pielęgniarską, biorąc pod uwagę aktywność psychiczną, fizyczną chorego, funkcjonowanie jego narządów i układów, sytuację życiową, rodzinną, bytową i zawodową, wzory i normy kulturowe, styl życia oraz świadomość zdrowotną. Nadrzędnym zadaniem pielęgniarki jest profesjonalne przygotowanie pacjentów do samoopieki i samopielęgnacji [16].

Opieka nad pacjentem geriatrycznym w warunkach domowych jest sprawowana m.in. przez pielęgniarkę rodzinną. Pielęgniarka rodzinna to pielęgniarka pracująca w podstawowej opiece zdrowotnej, wypełniająca funkcje wobec rodziny, jej członków, społeczności lokalnej, w środowisku ich zamieszkania, w sytuacji zdrowia, choroby oraz niepełnosprawności. Swoją opieką obejmuje od 2500 do 2750 podopiecznych. Warunkiem udzielenia świadczeń przez pielęgniarkę rodzinną jest złożenie deklaracji jej wyboru. Opieka sprawowana przez pielęgniarkę rodzinną powinna się odbywać w sposób kompleksowy, ciągły, w oparciu o proces pielęgnowania. Pielęgniarka realizuje holistyczną opiekę nad pacjentem, jego rodziną i populacją lokalną w zakresie zgodnym z jej przygotowaniem zawodowym obejmującym ocenę stanu zdrowia, a także działania pielęgniarskie. Pielęgniarki rodzinne z uwagi na charakter swojej pracy mają duży wgląd w codzienne życie zarówno chorego, jak i jego najbliższych. Ze względu na znajomość warunków mieszkaniowych, socjalnych, bytowych mogą określić patologię rodzinną, uzależnienia. Znajomość powyższych warunków pozwala pielęgniarce rodzinnej ocenić również wydolność opiekuńczo-pielęgnacyjną rodziny, która warunkuje zapewnienie opieki nad podopiecznym [17].

Pielęgniarka rodzinna rozpoznaje potrzeby pielęgnacyjne i problemy zdrowotne u podopiecznych, prowadzi edukację zdrowotną, a także organizuje grupy wsparcia dla podopiecznego i jego rodziny [18].

Do kompetencji pielęgniarki rodzinnej w opiece nad pacjentami geriatrycznymi należą: samodzielne diagnozowanie, planowanie i realizacja opieki pielęgniarskiej zgodnie z wybranym modelem pielęgnowania, samodzielne ustalanie sposobów, form i metod realizacji kompleksowej opieki pielęgniarskiej zgodnie ze standardami obowiązującymi w medycynie, kodeksem etyki zawodowej oraz aktami prawnymi regulującymi czynności podejmowane przez pielęgniarki czy położne samodzielnie,

bez zlecenia lekarskiego. Wykonywanie niektórych świadczeń bez zlecenia lekarskiego uzależnione jest od odbycia kursu specjalistycznego lub uzyskania przez pielęgniarkę tytułu specjalisty. W sytuacji przekraczającej jej kompetencje pielęgniarka powinna niezwłocznie skierować podopiecznego do lekarza [19].

Znacząca rola pielęgniarki środowiskowej w rozwiązywaniu problemów osoby podeszłym wieku wynika z jej bezpośredniego kontaktu z podopiecznym [20], co sprzyja rozpoznawaniu jego potrzeb zdrowotnych i zaplanowaniu adekwatnej opieki. Profesjonalne działania podejmowane przez pielęgniarkę środowiskową mają istotne znaczenie w przewyciężaniu ograniczeń wynikających z procesu starzenia się i współtowarzyszących mu chorób [21].

Działania pielęgniarki środowiskowej w opiece nad ludźmi w podeszłym wieku powinny zostać ukierunkowane na stworzenie szansy seniorom na jak najdłuższe pozostanie w swoim środowisku domowym dzięki podtrzymywaniu ich samodzielności i aktywności w codziennych czynnościach, pomimo występujących chorób i niepełnosprawności [18].

Holistyczna opieka nad pacjentem geriatrycznym ukierunkowana jest nie tylko na aspekty kliniczne (wystąpienie niepożądanych objawów), ale również na aspekty socjalne czy psychologiczne. Głównym celem opieki geriatrycznej jest podejmowanie działań w kierunku utrzymania niezależności w każdym wymiarze życia. Niezmiernie ważnym zadaniem jest wczesne wykrywanie czynników wpływających na obniżenie czy ograniczenie samodzielności za pomocą programów profilaktycznych, promocji zdrowia, leczenia przyczynowego schorzeń oraz działań rehabilitacyjnych. Podkreślenia wymaga fakt, iż całościowa opieka nad pacjentem w sposób istotny warunkuje wysoką jakość życia [3].

Wśród świadczeń pielęgnacyjnych realizowanych przez pielęgniarkę rodzinną w ramach opieki nad pacjentem geriatrycznym są zabiegi pielęgnacyjno-higieniczne wynikające z procesu pielęgnowania i zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne. Pielęgniarka rodzinna przygotowuje i aktywizuje podopiecznego do samoopieki i samopielęgnacji. Realizuje ona opiekę pielęgnacyjną u podopiecznych w różnych etapach choroby, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i współczesnymi standardami opieki. Wśród świadczeń leczniczych jest ustalanie między innymi diety. Żywnienie i odżywianie ludzi w wieku starszym wiąże się z problemami zdrowotnymi, szczególnie ze strony układu pokarmowego. Zmniejsza się wydzielanie soków trawiennych i zwalnia perystaltyka jelit, co nasila niestrawność, występowanie naprzemienne biegunki czy zaparcia, jak również utratę apetytu. Zarówno nieprawidłowości związane z wiekiem (zmniejszona ilość wydzielanej śliny, zanik kubków smakowych), niekorzystne uwarunkowania socjoekonomiczne, jak i schorzenia występujące u osób starszych mogą prowadzić do niedoborów żywieniowych i w efekcie do wyniszczenia [22].

Pielęgniarka rodzinna podaje leki różnymi drogami zleconymi przez lekarza, zakłada opatrunki na rany, odleżyny, oparzenia, zdejmuje szwy na zlecenie lekarza,

wykonuje zabiegi pielęgnacyjno-lecznicze w przetokach, stomiach i ranach trudno gojących się. W ramach zabiegów leczniczych pielęgniarka rodzinna wykonuje również inhalacje, wlewy/wlewki doodbytnicze, zabiegi z zastosowaniem ciepła i zimna, jak również udziela pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia, nagłych zachorowaniach z prowadzeniem resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Wśród świadczeń diagnostycznych pielęgniarka rodzinna przeprowadza wywiad środowiskowo-rodzinny ukierunkowany na rodzinne występowanie chorób, wykonuje badanie fizykalne metodami: obserwacji, palpacji, opukiwania, osłuchiwania, pomiarów za pomocą aparatury i sprzętu, wykonuje pomiary podstawowych parametrów życiowych, ocenia je i interpretuje, kontroluje obrzęki. Niezmiernie istotnym zadaniem pielęgniarki rodzinnej jest ocena wydolności chorego w zakresie samoobsługi (skala Barthel, ADL, IADL), jak również ocena wydolności opiekuńczo-pielęgnacyjnej rodziny. Konieczność korzystania z opieki rodziny w wykonywaniu podstawowych czy złożonych czynności dnia codziennego prowadzi do niekorzystnych obciążeń psychologicznych i fizycznych opiekunów, a także nie pozostaje bez wpływu na podopiecznego [23]. Pomoc w sprawowaniu opieki, zwłaszcza nad przewlekle chorym, potrzebna jest zarówno w przypadku osób samotnych, jak i żyjących, mieszkających z dziećmi czy tylko ze współmałżonkiem [24]. Opiekunowie sprawujący opiekę wobec chorego w wielu przypadkach są wyczerpani z sił fizycznych. Pielęgniarka może zastosować skalę do oceny obciążenia opiekuna (skala Robinson).

Pielęgniarka rodzinna pobiera materiał do badań diagnostycznych, wykonuje testy diagnostyczne do oznaczania ciał ketonowych i glukozy we krwi i moczu. W przypadku pacjentów uskarżających się na dolegliwości bólowe ocenia i monitoruje ból. Pielęgniarka rodzinna opiekuje się pacjentem, pracuje w oparciu o proces pielęgnowania [25].

W ramach opieki nad pacjentem geriatrycznym pielęgniarka rodzinna udziela również świadczeń rehabilitacyjnych. Świadczenia te obejmują współuczestniczenie i koordynowanie w rehabilitacji przyłóżkowej w celu zapobiegania powikłaniom wynikającym zarówno z procesu chorobowego, jak i długotrwałego unieruchomienia. Pielęgniarka rodzinna prowadzi usprawnianie ruchowe podopiecznego (siadanie, pionizacja, nauka chodzenia, nauka samoobsługi), gimnastykę oddechową, oklepywanie klatki piersiowej oraz stosuje drenaż ułożeniowy. Ważnym świadczeniem podejmowanym przez pielęgniarkę rodzinną jest aktywizowanie podopiecznych z wykorzystaniem terapii zajęciowej. Pacjenci w wieku starszym są grupą mało aktywną fizycznie, unikają systematycznych ćwiczeń, ale również niechętnie wykonują czynności życia codziennego [25]. Pacjent w wieku podeszłym to chory z kilkoma jednostkami chorobowymi przewlekłymi. Wśród najczęściej występujących są choroby układu sercowo-naczyniowego, schorzenia układu ruchu oraz choroby metaboliczne. Zadaniem pielęgniarki jest nauczenie opiekuna asystowania choremu przy czynnościach, których pacjent nie jest w stanie wykonać samodzielnie. Ważnym elementem, na który zwraca się uwagę u pacjentów z udarem, jest stymulowa-

nie części ciała z niedowładem. W związku ze stymulacją ważne jest, aby podchodzić do pacjenta od strony chorej, ubieranie i rozbieranie rozpoczynać najpierw od kończyny chorej, a następnie zdrowej [26].

Ostatnią grupą świadczeń podejmowanych przez pielęgniarkę wobec podopiecznego w podeszłym wieku są świadczenia w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób. U osób starszych promocja zdrowia powinna dotyczyć określonych działań związanych z przystosowaniem ich do przejścia na emeryturę, zachowaniem zdrowia psychicznego, jakości życia oraz postępowania zdrowotnego [27].

W opiece pielęgniarki rodzinnej nad pacjentem geriatrycznym istotne znaczenie odgrywają działania edukacyjne podejmowane zarówno wobec samego pacjenta, jak i jego rodziny. Działania te koncentrują się na edukacji zdrowotnej jako procesie przygotowującym pacjenta i jego rodzinę do samoopieki w różnych sytuacjach zdrowotnych. Edukacja zdrowotna kształtuje postawy wobec wartości zdrowia i zachowań zdrowotnych oraz wyrabia umiejętność podejmowania właściwych decyzji służących rozwiązaniu problemów zdrowotnych [27].

Pielęgniarka w podejmowanych czynnościach zawodowych powinna rozpoznać potencjał możliwości, jakim dysponuje osoba starsza i jej rodzina, aby tę wiedzę wykorzystać w całościowym rozwiązywaniu problemów ludzi starszych. Niezwykle ważnym staje się włączanie przez pielęgniarkę środowiskową rodziny podopiecznego w proces opieki nad seniorem [22].

Wyzwaniem dla pielęgniarek, poza kompetencją wykonywanych czynności zawodowych, jest umiejętność współdziałania z pacjentem-partnerem, polegająca na „wciąganiu” go do współpracy w czasie terapii i w okresie zdrowienia.

Wzajemne zrozumienie wagi problemu i współdziałanie są wyrazem poszanowania godności i autonomii chorego. Pacjent wymaga kontaktu słownego, powinno się zatrzymać „przy nim”, gdyż cierpienie duszy niekiedy jest trudniejsze do przetrwania niż ból fizyczny ciała [28].

Najważniejszym środkiem służącym poprawie stanu zdrowia społeczeństwa jest promocja zdrowia, w której edukacja zdrowotna stanowi integralną część opieki nad jednostką i rodziną. Pielęgniarka pracująca w środowisku ma bezpośredni kontakt z członkami rodziny i może dostosować edukację do potrzeb i możliwości każdego z domowników [28].

Nieodłącznym elementem opieki pielęgniarki środowiskowej nad podopiecznym w starszym wieku jest uczenie jego i rodziny przestrzegania zaleceń terapeutycznych związanych z jego stanem zdrowia.

Zadaniem pielęgniarki POZ jest nauczenie rodziny udzielania pomocy przy wykonywaniu prostych czynności, zabezpieczenie wykonywania czynności (jeśli to niezbędne) w czasie nieobecności lub w przypadku chwilowej niepełnosprawności członków rodziny [10].

Pielęgniarka uczy rodzinę prawidłowej oceny potrzeb człowieka starszego, jak również podstawowych umiejętności w zakresie pielęgnacji. W obliczu zachodzą-

cych przemian demograficznych coraz częściej zwraca się uwagę na konieczność zapewnienia osobom starszym zintegrowanej, interdyscyplinarnej opieki oraz wzrost znaczenia pielęgniarstwa środowiskowego w odniesieniu do osób starszych, co wymaga konieczności przeorganizowania systemu świadczenia usług opieki zdrowotnej, aby w jak największym stopniu przystosować je do potrzeb korzystających z nich odbiorców. Uzupełnieniem cech zawodowych pielęgniarki środowiskowej powinny stać się umiejętności komunikacji z osobą starszą, prowadzenia rozmowy oraz udzielania wsparcia emocjonalnego.

Pomoc udzielana rodzinie to wsparcie informacyjne: konsultacje, doradztwo, przekazywanie podstawowej wiedzy o chorobie, domowych środkach pielęgnacyjnych i leczniczych (samoleczenie), nauczanie podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych [10].

Podsumowanie

Jednym z głównych wyzwań dla środowiska pielęgniarek jest spieszenie z pomocą coraz liczniejszej grupie starszych podopiecznych wymagających różnorodnej opieki dostosowanej do rzeczywistych potrzeb, w związku z pogarszaniem się ich stanu zdrowia.

Każdy człowiek jest niepowtarzalną indywidualnością, tak więc każdy kontakt z pacjentem pozostawia ślad w naszych sercach, myślach i nie pozostaje obojętny dla pacjenta. Relacje zachodzące pomiędzy pacjentem a personelem w znacznym stopniu zależą od postawy, jaką prezentuje pielęgniarka, dlatego istotne jest określenie postaw pielęgniarki w stosunku do osób w starszym wieku.

Dbłość o pacjenta wynikająca z wrażliwości na cierpienie to ciągle poszukiwanie i odkrywanie nowych, lepszych rozwiązań dla osób potrzebujących pomocy, rozpoznawanie indywidualnych potrzeb chorego, a także chronienie ludzkiej godności. Sensem pielęgniarstwa jest „opiekuńcza troskliwość”. Oczekiwania ludzi starszych w głównej mierze są adresowane do pielęgniarek środowiskowych, które są postrzegane jako osoby o największym znaczeniu w środowiskowej opiece nad ludźmi starszymi ze względu na ich częsty kontakt z podopiecznymi. Obok wykonywania czynności instrumentalnych coraz większe znaczenie przypisuje się działaniom edukacyjnym nastawionym na podniesienie umiejętności osób starszych w zakresie samoobsługi i samopielęgnacji oraz pomocy w zakresie usprawniania i udogodnień ułatwiających funkcjonowanie osoby starszej w jej środowisku domowym, jak również pomocy w radzeniu sobie z trudnościami, z jakimi przychodzi się zmierzyć w tym okresie życia.

Bibliografia

1. Muszaliak M, Kędziora-Kornatowska K, Ciosek A. Problemy związane z adaptacją oraz oczekiwania hospitalizowanych osób w starszym wieku. *Gerontol Pol* 2008; 16, 4.
2. Nowak-Starz G, Ździebło K, Grzywna T. Strategia kształcenia polskich pielęgniarek i położnych w drodze do europejskiego wymiaru szkolnictwa wyższego. *Pielęg XXI w* 2003; 3: 5–12.
3. Kabsch A. Powstawanie niepełnosprawności oraz potrzeb rehabilitacyjnych w procesie starzenia się człowieka. W: Twardowska-Rajewska J, red. *Senior w domu. Opieka długoterminowa nad niesprawnym seniorem*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM; 2007: 55–84.
4. Szymborski J. *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa*, II Kongres Demograficzny 2012, Tom II. Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa; 2012: 21.
5. Szczerbińska K, Piórecka B, Ćwiertnia I, Hubalewska-Hoła A. Dostępność zabiegów pielęgniarskich dla osób starszych. *Pol Med Rodz* 2004; 6 (1): 22–141.
6. Fidecki W, Wysokiński M, Wrońska I, Ślusarz R. niesprawność osób starszych wyzwaniem dla opieki pielęgniarskiej. *Probl Pielęgn* 2011; 19 (2): 239–243.
7. Wiśniewska-Roszkowska K. Starość a przebieg chorób. W: *Encyklopedia seniora*, Warszawa: Wiedza Powszechna; 1986: 251.
8. Biercewicz M. Wielkie problemy geriatryczne. *Pielęg Położ* 2004; 10: 6–7.
9. Doroszkiewicz H, Bień B, Środowiskowa opieka pielęgniarska nad osobami w późnej starości. *Gerontol Pol* 2003; 11 (1): 22–26.
10. Kilańska D. *Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej*, tom I., Lublin: Makmed; 2010: 258–259.
11. Zajkowska E, Marcinowicz L. Elementy satysfakcji zawodowej pielęgniarek w podstawowej opiece zdrowotnej w Polsce i Stanach Zjednoczonych, *Zdr Publ* 2005; 115 (3), 121–124.
12. Jabłoński L, Wysokińska-Miszczuk J, *Podstawy gerontologii i wybrane zagadnienia z geriatrii*. Lublin: Wyd. Czelej; 2000: 47–58.
13. Podstawowa opieka zdrowotna [online]. Dostępny na URL: <http://www.archiwum.mz.gov.pl/leczenie/podstawowa-opieka-zdrowotna> [cyt. 2.02.2018].
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 września 2016 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 2016, poz. 1567).
15. Szalkiewicz E, Skolmowska E, Chwesiuk H. Opieka pielęgniarska w domu chorego. *Mag Pielęg Położ* 2001; 11: 30–32.
16. Jankowiak B, Krajewska-Kułał E, Bartoszewicz A, Rolka H, Krajewska K, Lewko J. *Pielęg XXI w* 2003; 5: 43–46.
17. Muszaliak M, Kędziora-Kornatowska K. Problemy zdrowotne i opiekuńcze osób w starszym wieku oraz formy opieki geriatrycznej w Polsce. W: Bartuzi Z, red. *Wybrane aspekty opieki zdrowotnej*. Bydgoszcz: CM UMK; 2007: 333–338.
18. Kawczyńska-Butrym Z. *Rodzina – zdrowie – choroba. Koncepcje i praktyka pielęgniarstwa rodzinnego*. Lublin: Wyd. Czelej; 2001: 37–40.

19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28.02.2017 r. ww. sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego.
20. Bień B. Zapotrzebowanie na świadczenia leczniczo-opiekuńcze – nie wolno ignorować starości, *Mag Piel i Położ* 2001; 1: 10–11.
21. Biercewicz M, Kędziora-Kornatowska K, Ślusarz R. Specyfika problemów zdrowotnych pacjentów w podeszłym wieku. *Ann Acad Med Siles* 2005; 59 (5): 349–353.
22. Jurczak I, Barylski M, Irzmański R. Znaczenie diety u osób w wieku podeszłym – ważny aspekt prewencji zdrowia czy nieistotna codzienność? *Geriatrics* 2011; 5: 127–133.
23. Faleńczyk K, Pluta A, Basińska H, et al. *Analysis of problems and their determinants among family caregivers taking care of chronically ill people*, Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa. XV-lecie Wydziału Nauk o Zdrowiu. Bydgoszcz, 19-20 III 2012.
24. Muszaliak M, Biercewicz M. *Problemy opiekuńcze u osób w starszym wieku*, *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej*. Warszawa: PZWL; 2010: 131–139.
25. Knapik A, Rottermund J, Myśliwiec A. Aktywność fizyczna a samoocena zdrowia osób w starszym wieku. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie* 2011; 2: 195–204.
26. Gębka D, Kędziora-Kornatowska K. Korzyści z treningu zdrowotnego u osób w starszym wieku. *Probl Hig Epidemiol* 2012; 93 (2): 256–259.
27. Ciechaniewicz W. *Promocja zdrowia*, Tom I. Lublin: Wyd. Czelej; 2008.
28. Pera H. Sam nie podołam. W: Bortnowska H, red. *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*. Kraków: Znak; 1984: 117.

Adres do korespondencji:

mgr Sabina Wiatkowska
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
ul. Budowlanych 44 A, 45-123 Opole
tel. 883 394 056
e-mail: sabwia@interia.pl

Pozainstytucjonalne formy wsparcia osób starszych i niepełnosprawnych realizowane w Opolu

Małgorzata Kozak

Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Opolu

Wstęp

Zasady polityki społecznej wobec starości wynikają z systemu wartości charakterystycznego dla doktryny polityki społecznej. Najważniejszymi zasadami, którymi kieruje się polityka społeczna wobec ludzi w podeszłym wieku, są: zasada pomocniczości (zwana również zasadą subsydiarności), zasada kompleksowości oceny potrzeb oraz zasada lokalności. U części osób w bardzo podeszłym wieku niepełnosprawność przybiera na tyle duże rozmiary, że człowiek wymaga stałej uwagi i opieki, której świadczenie wymaga udziału specjalistycznych instytucji. Każda osoba ma indywidualne potrzeby ze względu na wiek, chorobę czy niepełnosprawność, dlatego też ma prawo do indywidualnego planu wsparcia.

Modele wsparcia społecznego

Wypracowanie odpowiedniego modelu wsparcia społecznego dla jednostki, która nie jest do końca samodzielna, polega na udzielaniu jej wielopoziomowej pomocy. Może być ona potrzebna każdemu w różnych formach i zakresach, stąd konieczne jest każdorazowe indywidualne podejście. Kluczowe jest, aby wsparcie udzielane seniorom miało charakter środowiskowy i personalny – było udzielane lokalnie, w miejscu zamieszkania osoby potrzebującej, z uwzględnieniem jej stanu zdrowia i zdolności psychofizycznych [1].

Kluczową rolę w modelu wsparcia osób w podeszłym wieku pełni samorząd lokalny, który inicjuje prace nad lokalną strategią wsparcia seniorów w środowisku zamieszkania, dostarcza usługi, wspiera kształcenie kadr, zapewniając różne formy wsparcia seniorów. Opieka nad osobami w podeszłym wieku w Opolu sprawowana jest poprzez dwa uzupełniające się systemy: system opieki zdrowotnej oraz

system pomocy społecznej. Istnieją rozwiązania umożliwiające sprawowanie opieki w miejscu zamieszkania osoby w wieku podeszłym w celu zapewnienia jej pozostania w dotychczasowym środowisku oraz optymalizowania kosztów tej opieki, jak również poza miejscem zamieszkania, w placówkach wsparcia dziennego.

Świadczeniem pomocy społecznej wobec osób w podeszłym wieku w Opolu zajmuje się przede wszystkim Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie. Prawo do świadczeń z pomocy społecznej określa Ustawa o pomocy społecznej z 12 marca 2004 roku. W celu ustalenia wskazań do przyznania pomocy społecznej pracownik socjalny diagnozuje sytuację materialną i rodzinną (stopień niepełnosprawności i ubóstwa osoby starszej). Pomoc społeczna przyznawana jest osobom w wieku podeszłym w formie:

- świadczeń pieniężnych,
- pomocy środowiskowej,
- ośrodków wsparcia dziennego,
- placówek opieki całodobowej,
- udziału w realizacji projektów socjalnych (niekonwencjonalne metody pracy socjalnej).

Jeżeli ktoś znajduje się w trudnym położeniu, może otrzymać pomoc w postaci pieniężnej, może to być:

- zasiłek stały – przysługuje osobie pełnoletniej samotnie gospodarującej, niezdolnej do pracy z powodu wieku lub całkowicie niezdolnej do pracy oraz osobie pełnoletniej pozostającej w rodzinie, niezdolnej do pracy z powodu wieku lub całkowicie niezdolnej do pracy z powodu stanu zdrowia;
- zasiłek okresowy – przysługuje w szczególności ze względu na długotrwałą chorobę, niepełnosprawność;
- zasiłek celowy i specjalny zasiłek celowy – przyznawane są w celu zaspokojenia niezbędnej potrzeby bytowej, w szczególności na pokrycie części lub całości kosztów zakupu żywności, leków i leczenia, opał, odzieży, niezbędnych przedmiotów użytku domowego, drobnych remontów i napraw w mieszkaniu.

Przyznawanie zasiłków i ich wysokość uzależnione są od spełniania określonego kryterium dochodowego.

Osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona, przysługuje pomoc w formie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych. Usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze mogą być przyznawane również osobie, która wymaga pomocy innych osób, a rodzina, a także wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić. Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Specjalistyczne usługi opiekuńcze są to usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świad-

czone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym. Ośrodek pomocy społecznej, przyznając usługi opiekuńcze, ustala ich zakres, okres i miejsce świadczenia [2].

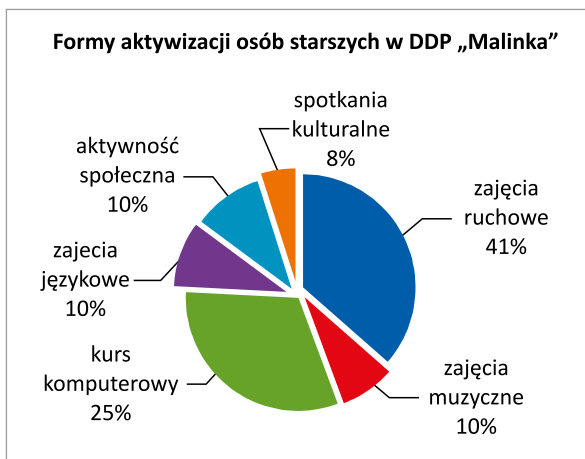
Osobom, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych, mogą być przyznane usługi opiekuńcze i posiłek, świadczone w ośrodku wsparcia. Ośrodek wsparcia jest jednostką organizacyjną pomocy społecznej dziennego pobytu. Ośrodkami wsparcia

w systemie pomocy społecznej, które przeznaczone są przede wszystkim dla osób starszych, są domy dziennego pobytu. Ich prowadzenie należy do zadań gminy. W Opolu działają cztery domy dziennego pobytu, z działalności których korzysta 850 osób starszych i niepełnosprawnych. Domy w Opolu mają bardzo rozbudowany program, oferują m.in.: posiłki, dostęp do biblioteki, rehabilitację ruchową, odczyty, wspólne wyjścia na

imprezy kulturalne, wycieczki, bogaty program terapii zajęciowej, pozwalają twórczo spożytkować energię, jaką ma w sobie senior. Domy często współpracują z innymi organizacjami na rzecz integracji społecznej. Przy domach działają chóry, kabarety, sekcje teatralne, kawiarenki internetowe, wypożyczalnie sprzętu rehabilitacyjnego, kluby brydżowe, grupy taneczne.

Z informacji pracowników socjalnych wynika, że osoby korzystające z usług domów dziennego pobytu pozostają dłużej w zdolności do samoobsługi i nie wymagają wsparcia placówek opieki całodobowej.

W ramach polityki społecznej wobec osób starszych istotnym działaniem miasta Opola mającym na celu poprawę jakości życia seniorów było powołanie w styczniu 2017 roku Centrum Informacyjno-Edukacyjnego „Senior w Opolu”, gdzie można otrzymać aktualne informacje o tym, co ciekawego dzieje się w mieście, jakie wydarzenia dedykowane seniorom są planowane w najbliższym czasie. Centrum prowadzi stronę internetową z informacjami dla seniorów. Istnieje po to, by gromadzić pomysły w jednym miejscu, promować je i ułatwiać seniorom dostęp do nich. W Centrum „Senior w Opolu” można uzyskać nieodpłatnie usługę prawną. Organizowane są spotkania edukacyjne z zakresu bezpieczeństwa zdrowotnego i osobistego oraz konsultacje w zakresie korzystania z nowych technologii. Społeczna



Rycina 1. Główne formy aktywizacji osób starszych w domach dziennego pobytu

 PLAN ZAJĘĆ DDP „Malinka”  Dział 45 - 205 ul. Piłkarskiej 2 tel. 77 459 81 03, tel. 77 459 81 01 E-mail: malinka@poczta.onet.pl					
ZAJĘCIA	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek
Gimnastyka Nordic walking ZUMBA	8:30 - 9:00 sala nr 11 9:00 - 9:30 sala gimnastyczna 9:30 - 10:00 sala nr 11 Katarzyna Sikora	8:30 - 9:00 sala nr 11 9:00 - 9:30 sala gimnastyczna 9:30 - 10:00 - Zumba - sala nr 11 Agnieszka Chodczek	8:30 - 9:00 sala nr 11 9:00 - 9:30 sala gimnastyczna 9:30 - 10:00 - spacer z „Jójami” Agnieszka Chodczek	8:30 - 9:00 sala nr 11 9:00 - 9:30 sala gimnastyczna 9:30 - 10:00 sala nr 11 Katarzyna Sikora	8:30 - 9:00 sala nr 11 9:00-9:30 sala gimnastyczna 9:30 - 10:00 sala nr 11 Agnieszka Chodczek
Tai chi			10:30 - 11:00 sala 11 Agnieszka Chodczek		
Tańce na Krzeselkach	10:15 - 10:40 sala nr 11 Tomasz Rosiński		10:10 - 10:30 sala nr 11 Tomasz Rosiński		
Aqua aerobik					13:00 - 14:00 Agnieszka Chodczek
Zajęcia Manualne	9:00-15:00 - Sala Plastyczna Heleny Stachowska, Halina Burek	9:00-15:00 - Sala Plastyczna Heleny Stachowska, Halina Burek	9:00-15:00 - Sala Plastyczna Halina Burek		9:00-15:00 - Sala Plastyczna Heleny Stachowska, Halina Burek
Zajęcia Komputerowe	13:00-14:00 gr. podstawowa Tomasz Rosiński		13:00-14:00 gr. średniozaawansowana Tomasz Rosiński		13:00 Konsultacje indywidualne - Tomasz Rosiński
Zajęcia Muzyczne	11:00 - 12:30 Zespół Echo Tomasz Rosiński		11:00 - 12:30 Zespół Echo Tomasz Rosiński		
Zajęcia Taneczne		10:15-11:00 Zespół Fart Henryka Stachowska, Agnieszka Chodczek		10:15-11:00 Zespół Fart Henryka Stachowska	
Klub Brydżowy	10:30 - 15:00 - Biblioteka			10:30 - 15:00 - Biblioteka	
Języki Niemiecki	11:00 - 12:30 Grupa średniozaawansowana Henryka Stachowska Sala komputerowa			12:30 - 13:30 Grupa podstawowa Katarzyna Sikora Sala komputerowa	
Język Rosyjski				11:00 - 12:00 - Katarzyna Sikora Sala komputerowa	
Wszechnica Historyczno - Krajoznawcza					10:15 - 12:00 (pierwszy piątek miesiąca) Tadeusz Jacek Rogoża+ zaproszeni goście
Rozmowy przy Samowarze					10:15 - 12:00 (raz w miesiącu) Seniorzy
Warsztaty Kulinarne				11:00 - 15:00 Sala Plastyczna Halina Burek	
Zajęcia Teatralne					10:15 - 11:15 Henryka Stachowska Sala Komputerowa

Rycina 2. Przykładowy plan zajęć w domu dziennego pobytu

aktywizacja seniora zaczyna się w środowisku lokalnym. O powodzeniu każdego z podjętych przedsięwzięć decyduje wiele czynników. Jednym z nich jest integracja społeczności. Kolejnym krokiem jest rozbudzanie chęci do działania. Współczesny senior chce jak najdłużej być samodzielny i korzystać z uroków życia. Liczne badania wskazują, że wydłużenie okresu aktywności człowieka, realizacja pasji zwiększają poczucie spełnienia oraz optymizm. W rezultacie osoby aktywne uczestniczące w różnych przedsięwzięciach skarżą się mniej na dolegliwości zdrowotne. Równoległe z działaniami aktywizującymi Centrum „Senior w Opolu” podejmuje inicjatywy o charakterze prozdrowotnym i wspierającym. Dla podtrzymywania zdrowia i dobrego samopoczucia organizowane są grupowe zajęcia z nordic walking, aerobiku czy innego rodzaju aktywności.

Skutecznym uzupełnieniem wszelkich działań tego typu jest wsparcie w formie teleopieki. Zdalne formy pomocy mają na celu podwyższyć poczucie bezpieczeństwa i skutecznie reagować w sytuacjach krytycznych. Możliwe jest korzystanie z kosztownych form opartych o komercyjnych opiekunów. Jednak równie skuteczną formą jest wsparcie sąsiedzkie uzupełnione o zautomatyzowany system teleopieki. Wsparcie systemu teleopieki poza chęćmi i pozytywną energią nie wymaga wysokobudżetowych projektów. Całodobowy dostęp seniora do Centrum Teleopieki zapewnia wsparcie telefoniczne dla osoby do czasu przybycia wezwanych służb. Usługa w znaczny sposób podnosi komfort życia oraz poczucie bezpieczeństwa. Podstawowym rozwiązaniem stosowanym w teleopiece jest Czerwony Przycisk SOS. Korzystający z teleopieki wyposażony jest w terminal abonencki z przyciskiem SOS, który po naciśnięciu łączy z Centrum Teleopieki. W razie pojawienia się zagrożenia, jak np. nagła choroba, zasłabnięcie, upadek, zatrzaśnięcie drzwi, umożliwia wezwanie pomocy lub dostarcza rozwiązania niezbędnego do zażegnania zaistniałego problemu. W taki sposób samotna osoba może również uchronić się przed innymi zagrożeniami, tj. napadem, pożarem. Wystarczy jedno naciśnięcie czerwonego przycisku SOS na nadajniku przez starszą osobę, by wezwać pomoc – czasem może to uratować jej życie.

Zadaniem teleopieki jest reagowanie na potrzeby zgłaszane przez podopiecznych (zapewnienie dostarczania niezbędnych usług) oraz podejmowanie interwencji niezależnie od zgłoszenia (w przypadku zaobserwowania gwałtownych zmian w zachowaniu osób objętych opieką lub wystąpienia zdarzeń niebezpiecznych w środowisku domowym). Teleopieka stanowi jedną z form zapewniania opieki osobom wymagającym wsparcia w ich miejscu zamieszkania i jako taka wspiera budowę systemu opieki zdeinstytucjonalizowanej [3].

System Teleopieki w Opolu jest usługą wspieraną przez samorząd. Głównym celem, a w zasadzie misją wdrożenia tego rozwiązania wspierającego osoby starsze i niepełnosprawne jest podniesienie poczucia bezpieczeństwa osób (starszych, chorych i niepełnosprawnych), przebywających stale lub czasowo w domu. Teleopieka umożliwia wdrażanie usług wsparcia seniora w warunkach domowych. Pozostanie seniora w znanym sobie środowisku, wśród swoich rzeczy codziennego użytku, sprzyja przełamywaniu trudów dnia codziennego, optymistycznemu spojrzeniu oraz możliwie większej aktywności. Korzyści to także możliwość rekompensowania funkcjonowania systemu obniżeniem kosztów w innych obszarach rehabilitacji i pomocy społecznej oraz systemu ochrony zdrowia.

Uzupełnieniem form wsparcia środowiskowego osób starszych w Opolu jest Koperka Życia. Ma ona na celu usprawnienie niesienia pomocy w stanach zagrożenia zdrowia i życia. Seniorzy znajdują w niej informacje, które służą do jak najodpowiedniejszego przygotowania tej koperty, tak by mogła jak najlepiej spełniać swoją funkcję. W kopercie znajduje się również karta informacyjna, która jest kluczowa dla sprawnego przeprowadzenia ewentualnej akcji ratunkowej. Karta składa się

z dwóch części, które należy wypełnić. Część medyczną dotyczącą przebytych chorób, operacji i zażywanych leków wypełnia lekarz, natomiast część zawierającą informację o tym, kogo powiadomić w sytuacji koniecznej hospitalizacji, seniorzy wypełniają samodzielnie.

W ramach różnorodnych form wsparcia osób starszych w środowisku są na terenie Opola realizowane projekty socjalne adresowane do tej grupy mieszkańców. Projekt cieszący się bardzo dużym zainteresowaniem to „Kuchnia na kółkach”, czyli dowóz obiadów do domów osób starszych, niepełnosprawnych, które nie są w stanie samodzielnie przygotować posiłków. Każda osoba korzystająca z tej formy pomocy otrzymuje dodatkowo wsparcie w formie nieodpłatnych usług w wymiarze pięciu godzin tygodniowo. Usługa świadczona jest nieodpłatnie.

Działania samorządu w Opolu są ukierunkowane zarówno na wspieranie samodzielności w miejscu zamieszkania osób starszych, jak i ich rodzin oraz nieformalnych sieci wsparcia.

W ramach projektu socjalnego na bazie Środowiskowego Domu Samopomocy dla osób z chorobą Alzheimera, funkcjonuje grupa wsparcia dla rodzin, które sprawują opiekę nad osobami z tą jednostką chorobową. Dzięki tej inicjatywie osoby chore na Alzheimera mogą pozostać w swoim środowisku zamieszkania, a ich opiekunowie mogą łączyć opiekę z wykonywaniem pracy zawodowej. Środowiskowy Dom Samopomocy w Opolu przy ul. Stoińskiego świadczy usługi wsparcia dziennego od poniedziałku do piątku średnio w wymiarze 10 godz. dziennie. W ramach grupy wsparcia dla rodzin opiekunowie otrzymują od specjalistów fachowe wskazówki w zakresie prawidłowego organizowania opieki osobom chorym pozostającym w środowisku.

Od stycznia 2017 roku w Opolu z inicjatywy seniorów funkcjonuje „Opolski Telefon Życzliwości”. W ramach tego projektu trzy dni w tygodniu pod wskazanym numerem telefonu czekają specjaliści, którzy udzielają osobom starszym porad medycznych, a także informacji o tym, gdzie można uzyskać pomoc w rozwiązaniu konkretnego problemu. Telefon obsługują specjaliści w ramach wolontariatu (najczęściej osoby pozostające na emeryturze).

Aby dotrzeć do seniorów z informacją i promować różne formy aktywności, samorząd Opola zdecydował się finansować gazetę adresowaną do najstarszych mieszkańców miasta, która wychodzi raz na kwartał jako bezpłatny dodatek do Nowej Trybuny Opolskiej. Gazeta nosi tytuł „Senior w Opolu” i cieszy się ogromnym zainteresowaniem.

W Opolu aktywnie działa Rada Seniorów powołana przez Prezydenta Miasta. W skład rady wchodzi przedstawiciele różnych środowisk senioralnych, organizacji pozarządowych, klubów i grup nieformalnych. Z przedstawicielami Rady Seniorów konsultuje się różne rozwiązania w zakresie wsparcia środowiskowego, uwzględniając różne poziomy niesamodzielności mieszkańców miasta Opola.

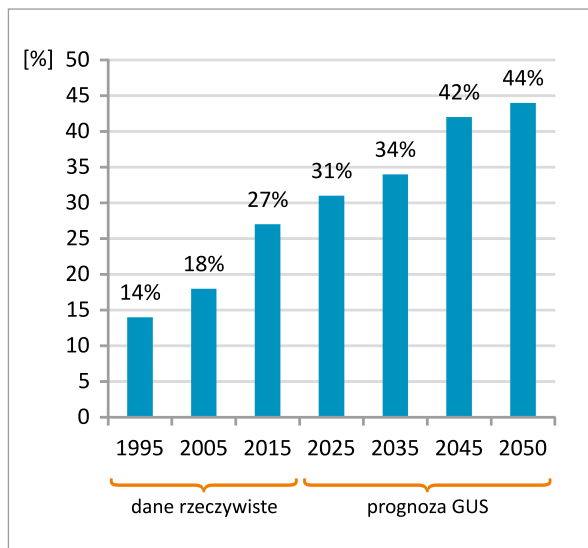
W ramach tworzenia warunków do aktywności w maju Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie we współpracy z organizacjami pozarządowymi organizuje pod patronatem Prezydenta Miasta Opola „Dni Seniora”. Od 2017 roku w Opolu maj ogłaszany jest miesiącem życzliwości. W ciągu całego miesiąca realizowane są liczne projekty adresowane do osób starszych i niepełnosprawnych.

Gazeta Wyborcza z 19 stycznia 2018 roku opublikowała wyniki badań przeprowadzonych wśród mieszkańców Opola na temat: „Czy Opole dba o potrzeby seniorów, jest miastem przyjaznym i wygodnym dla seniorów?” – 67% ankietowanych opolan odpowiedziało „zdecydowanie tak” i „raczej tak”.

Program Polityki Senioralnej Miasta Opola na lata 2018–2020

W oparciu o wynik szerokich konsultacji prowadzonych z aktywnymi środowiskami zaangażowanymi w życie miasta, jak i z samymi mieszkańcami został zbudowany Program Polityki Senioralnej Miasta Opola na lata 2018–2022 „Opole Seniorom”. Przyjęty w formie Uchwały Rady Miasta Opola Program jest pierwszym w historii samorządu Opola dokumentem ujmującym w sposób kompleksowy kwestie senioralne. Polityka senioralna Miasta to skoordynowany system działań realizowanych we współpracy ze środowiskiem lokalnym, którego celem jest samodzielne i godne życie starszych mieszkańców miasta. Celem nowoczesnej strategii zaspokajania potrzeb osób w starszym wieku jest zapewnienie szczęśliwego i godnego życia, przy jednoczesnym zachowaniu ich indywidualnej samodzielności i samostanowienia. Ludzie starsi powinni jak najdłużej pozostawać w swoich mieszkaniach, a jakość ich życia powinna być gwarantowana usługami dostarczonymi w miarę rosnących potrzeb. Z perspektywy praw człowieka kluczowe jest wzmacnianie opieki środowiskowej.

W związku z aktualną sytuacją demograficzną w Opolu uchwalony został „Program Polityki Senioralnej na lata 2018–2022”.



Rycina 3. Udział osób w wieku sześćdziesięciu lat w strukturze mieszkańców Opola

Głównym celem uchwalonego Programu jest poprawa sytuacji starszych mieszkańców Opola na rzecz godnego, samodzielnego, niezależnego i satysfakcjonującego życia w dobrym zdrowiu – aby miasto, jak i jego przestrzeń, były przyjazne seniorom.

Bibliografia

1. Bodnar A. Wstęp. W: Szatur-Jaworska B, Błędowski P, red. *System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich; 2016: 6.
2. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. 2017, poz. 1769 ze zm.).
3. *Ogólnopolskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki społecznej na poziomie lokalnych społeczności*. Bruksela: Europejska grupa ekspertów ds. Przejścia od Opieki instytucjonalnej do Opieki Świadczonej na Poziomie Lokalnych Społeczności; 2012: 26.

Adres do korespondencji:

mgr Małgorzata Kozak
Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie
ul. Armii Krajowej 36. 45-071 Opole
tel. 605 733 394
e-mail: m.kozak@mopr.opole.pl

Problem błędów przedlaboratoryjnych w procesie diagnostycznym

Zofia Winiarska-Kosakowska

Medyczne Laboratorium Diagnostyczne SPZOZ „Centrum” w Opolu

Wstęp

Medycyna laboratoryjna jest wiedzą interdyscyplinarną korzystającą z różnych dyscyplin naukowych, m.in. chemii analitycznej, instrumentalnej i klinicznej, nauk biologicznych i biomedycznych (mikrobiologii, genetyki, immunologii, parazytologii i farmakologii), oraz klinicznych: hematologii, endokrynologii, nefrologii i patomorfologii [1].

W ostatnich latach nastąpił ogromny rozkwit w diagnostyce laboratoryjnej dzięki rozwojowi infrastruktury i technologii badawczych oraz wykonywaniu przy użyciu niewielkich objętości próbki wieloparametrowych analiz w bardzo krótkim czasie. Zostały opracowane nowe testy diagnostyczne i procedury diagnostyczno-lecznicze na potrzeby tzw. medycyny spersonalizowanej, w której w przyszłości leczenie będzie precyzyjnie dostosowane do indywidualnych cech pacjenta. Duże, dobrze wyposażone laboratoria diagnostyczno-kliniczne mogą zaoferować setki testów diagnostycznych, a w niedługej przyszłości liczba ta będzie coraz większa.

Znaczenie medycyny laboratoryjnej

Medycyna laboratoryjna odgrywa znaczącą rolę w rozpoznawaniu, diagnostyce, leczeniu i monitorowaniu terapii.

Zapewnienie pacjentowi właściwej opieki medycznej wymaga stworzenia pełnego obrazu klinicznego pacjenta w oparciu o dostępne informacje i narzędzia diagnostyczne, którymi są badania medyczne [2].

Badania medyczne obejmują:

- badanie podmiotowe – wywiad lekarski,

- badanie przedmiotowe – badanie lekarskie fizykalne,
- badania dodatkowe w tym obrazowe, endoskopowe i laboratoryjne.

Jako że badania laboratoryjne są nieodzowną składową procesy leczenia, mają one ogromne znaczenie już na etapie profilaktyki chorób. Udział badań w profilaktyce polega na wykryciu zaburzeń czynności organizmu człowieka lub pewnych predyspozycji do schorzeń, zanim pojawią się objawy kliniczne. Ujawnienie nieprawidłowości, toczącej się choroby, a także możliwości podjęcia leczenia pacjenta również odbywa się w dużej mierze w oparciu o wyniki badań laboratoryjnych. Wykonywanie badań kontrolnych w trakcie leczenia pozwala śledzić przebieg choroby, ocenić realne możliwości całkowitego wyleczenia choroby, bądź ujawnić kolejne zagrożenia idące w ślad za pojawieniem się dodatknych czynników prognostycznych oznaczanych we krwi.

Wyniki badań laboratoryjnych wzbogacają opis stanu zdrowia pacjenta i dostarczają informacji poszerzających wiedzę medyczną opartą na naukowych dowodach (EBM – *evidence based medicine*) [1,2]. Są takie dziedziny medycyny, w których znaczenie badań laboratoryjnych jest nie do przecenienia. Badania laboratoryjne zyskały fundamentalne znaczenie w intensywnej terapii, w stanach zagrażających życiu, np. w diagnostyce ostrego zespołu wieńcowego, niewydolności serca, nadciśnienia tętniczego czy choroby żylna-zakrzepowej. Uzyskały zasadniczą rolę w rozpoznawaniu i wykrywaniu cukrzycy, monitorowaniu jej leczenia, oceny ostrych i przewlekłych powikłań tej choroby. Ustalono standardowe kryteria rozpoznawania cukrzycy i stanów przedcukrzycowych w oparciu o oznaczanie stężenia glukozy w osoczu u pacjentów i oddzielnie u kobiet ciężarnych. Nie sposób nie wspomnieć tu o ogromnej roli badań laboratoryjnych w diagnostyce i monitorowaniu przebiegu chorób układu krwiotwórczego, w monitorowaniu terapii przeciwnowotworowych, wykrywaniu chorób zakaźnych, o badaniach mikrobiologicznych i genetycznych.

Literatura medyczna podaje, że w około 70% wyniki badań laboratoryjnych mają wpływ na decyzje kliniczne.

Etapy procesu diagnostycznego

Obecnie wszystkie Medyczne Laboratoria Diagnostyczne (MLD) korzystają z w pełni automatycznych metod pomiarowych. Metody manualne zostały zastąpione bardzo dokładnymi i precyzyjnymi zautomatyzowanymi technikami pomiarowymi, w których wykorzystuje się bardzo małe objętości próbek i wyniki otrzymuje się w możliwie najkrótszym czasie. Celem analizy próbek pobieranych od pacjentów jest uzyskiwanie stężenia różnych parametrów we krwi lub innych płynach ustrojowych, co jest pomocne w opisie stanu klinicznego pacjenta.

Podstawowe badania obejmują oznaczenia RKZ, aktywności enzymów, stężenia lipidów, stężenia elektrolitów, liczby erytrocytów, leukocytów i płytek krwi, aktyw-

ności czynników krzepnięcia, stężenia hormonów i produktów przemiany materii, badania moczu, monitorowanie leczenia przeciwzakrzepowego.

Błąd popełniony w trakcie czynności diagnostycznych pociąga za sobą zazwyczaj błędną diagnozę postawioną przez lekarza, a co za tym idzie, nieskuteczną terapię.

Proces diagnostyczny składa się z trzech faz: przedanalizycznej, analitycznej i postanalizycznej. Faza przedanalizyczna obejmuje wszystkie czynniki wywierające wpływ na oznaczenie przed procesem analitycznym. Do fazy analitycznej należą wszystkie zjawiska o charakterze metodyczno-pomiarowym zachodzące w laboratorium analitycznym. Natomiast faza postanalizyczna obejmuje interpretację wyniku. Każda z tych faz obarczona jest błędem odpowiednio: przedanalizycznym, analitycznym i postanalizycznym. Wszystkie błędy są w laboratorium dokumentowane, analizowane i wdrażane są działania naprawcze mające na celu zminimalizowanie tych błędów. Błędy przedanalizyczne stanowią 70% wszystkich błędów popełnianych w laboratoriach analitycznych [1].

Jednym z warunków dobrej praktyki laboratoryjnej jest standaryzacja postępowania przedanalizycznego. Stwierdzono, że wiele niepowodzeń w uzyskiwaniu wyników o dobrej jakości leży po stronie właśnie przedlaboratoryjnej. W celu monitorowania jakości procedur przedanalizycznych i dla zachowania przejrzystości dokumentacji kontroli jakości, należy odnotowywać:

1. czas pobrania próbki z dokładną godziną,
2. czas przyjęcia próbki do laboratorium,
3. czas autoryzacji i drukowania wyniku.

Odstęp czasu pomiędzy pkt. 1 a 2 odpowiada fazie przedanalizycznej. Przedział czasu między pkt. 2 a 3 odpowiada sumie fazy wewnątrzlaboratoryjnej przedanalizycznej, analitycznej i postanalizycznej. Po odjęciu czasu procedur analitycznych, długość trwania fazy przedanalizycznej wynosi ponad 50% czasu oczekiwania na wynik TAT (*turn-around time*) [2].

Błędy fazy przedanalizycznej związane są m.in. ze złym przygotowaniem pacjenta do badań, niewłaściwym pobraniem materiału biologicznego, błędną identyfikacją pacjenta, zbyt długim transportem materiału do laboratorium analitycznego i złymi warunkami jego przechowywania przed wdrożeniem procedur analitycznych.

Uznano, że optymalny sposób aspiracji krwi do badań zapewniają systemy bezpiecznego pobrania, tzw. probówko-strzykawki próżniowe w systemach zamkniętych [3]. Wiele błędów przedlaboratoryjnych wynika ze stosowania do pobierania krwi zwykłej igły i strzykawki. Krew po pobraniu, przebywając w strzykawce bez antykoagulantu, następnie wstrzykiwana pod ciśnieniem do próbki, może ulec zmianom z powodu formowania się mikroskrzepów, skrzepów lub hemolizie. Taki materiał nie nadaje się do badania. Probówko-strzykawki zawierają odpowiednią ilość antykoagulantów i powinny zapewniać powtarzalne warunki aspiracji zawsze jednakowej objętości krwi. Obowiązek stosowania systemów zamkniętych poboru krwi został wprowadzony wraz z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn.

23.03.2006 w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych [4].

Pobieranie materiału biologicznego musi podlegać ściśle wdrożonej procedurze pobierania krwi, moczu, materiałów do badań mikrobiologicznych, genetycznych itd. Według procedury np. krew pobierana jest do probówek-strzykawek o odpowiednim kolorze korków. Wprowadzono kolorowe korki, żeby ułatwić osobie pobierającej krew wybór właściwej probówki. I tak, dla przykładu kolor fiołkowy lub lawendowy dedykowany jest probówkom zawierającym EDTA, zielony – heparynę, niebieski – cytrynian do badań koagulologicznych. Probówki-strzykawki zawierają odpowiednie antykoagulanty do pozyskiwania osocza lub krwi pełnej, albo nie zawierają antykoagulantów, kiedy pozyskiwana jest krew na skrzep do badań np. biochemicznych. Kolory korków dla poszczególnych probówek nie są zmienne, dlatego przy każdej zmianie dostawców sprzętu jednorazowego laboratorium musi zaktualizować procedurę pobierania materiału biologicznego.

Drugą zasadniczą sprawą jest pobieranie krwi z zachowaniem odpowiedniej kolejności napełniania probówek-strzykawek [2]:

1. na posiew,
2. na skrzep – probówki bez dodatków,
3. na cytrynian do badań z krzepnięcia,
4. na heparynę dla pozyskania osocza,
5. na EDTA K₂/EDTA K₃,
6. na osocze z fluorkiem do oznaczeń glukozy.

Przed pobraniem materiału biologicznego zawsze należy sprawdzić zestaw przygotowanych probówek ze skierowaniem. Aby zaoszczędzić choremu niepotrzebnej utraty krwi, należy z grubsza oszacować potrzebną jej ilość. Wymagana ilość krwi zależy od rodzaju i liczby zleconych badań. Objętość krwi pobranej od pacjenta należy zredukować do niezbędnego minimum, aby uniknąć utraty krwi przez pacjenta, która mogłaby prowadzić do rozwoju anemii. Termin „diagnostyczna anemia” jest używany dla określenia niedoboru krwi spowodowanego wielokrotnym pobieraniem krwi. Zaleca się pobieranie krwi w ilości dwukrotnie większej od ilości bezpośrednio potrzebnej do analizy. Przed pobraniem należy wyraźnie podpisać probówki imieniem i nazwiskiem pacjenta, zgodnie z danymi pacjenta dostępnymi do jego identyfikacji, np. danymi z dowodu tożsamości. Należy porównać formularz zlecenia na wykonanie testów laboratoryjnych z numerem identyfikacyjnym pacjenta i kodem kreskowym. Dotyczy to również innych próbek pobieranych od pacjenta. Błędem jest podpisywanie zakrętek i korków, które przed fazą analityczną w laboratorium zostają usunięte. Próbkę nieidentyfikowalną muszą być odrzucone w laboratorium przed wdrożeniem ich do fazy analitycznej.

Stosowanie probówek-strzykawek wyklucza możliwość popełnienia błędu, jakim jest często pojawiające się niewłaściwe napełnianie probówek w systemie otwartym. Aczkolwiek czasem może się również zdarzyć napełnienie mniejszej objętości niż

zalecana w systemie próżniowym. Taką próbkę należy odrzucić, a procedurę pobrania krwi powtórzyć. Probówki do badań koagulologicznych muszą być zawsze wypełnione do znacznika pojemności. Do prawidłowych oznaczeń układu krzepnięcia wymagane jest określone stężenie cytrynianu. Będzie ono osiągnięte tylko wtedy, kiedy probówka zostanie dokładnie napełniona, tak że roztwór cytrynianu sodu zostanie rozproszony w określonej objętości w probówce, natomiast nieprawidłowe napełnienie probówki prowadzi do niewłaściwych proporcji mieszaniny i do nieprawdziwych wyników. Przy pobieraniu próbek do badania układu krzepnięcia zaleca się rygorystyczne przestrzeganie proporcji 1+9 czyli 1 objętość roztworu cytrynianu i 9 objętości krwi. Rekomendowane stężenie cytrynianu wynosi $0,109 \text{ mol/l} = 3,2\%$. Po pobraniu krwi, probówki z antykoagulantami należy szczelnie zamknąć i wymieszać przez 10-krotne obrócenie o 180° do góry dnem [2]. Nie wolno intensywnie wstrząsać probówkami, bo może to doprowadzić do hemolizy erytrocytów, natomiast niedokładne wymieszanie probówek może spowodować powstanie skrępków w próbce do badań koagulologicznych i/lub hematologicznych. W obydwu przypadkach próbki będą odrzucone, lekarz nie uzyska na czas wyniku i proces diagnozowania pacjenta się opóźni. Hemoliza jest definiowana jako uwalnianie składników komórek krwi do osocza/surowicy. Jest zwykle rozpoznawana wzrokowo jako mniej lub bardziej czerwone zabarwienie próbki surowicy/osocza po wirowaniu, co jest spowodowane uwalnianiem hemoglobiny z erytrocytów. Ale hemoglobina może interferować nawet przy bardzo niskim stężeniu, które nie jest widoczne makroskopowo. Brak czerwonego zabarwienia próbki nie wyklucza więc hemolizy, gdyż hemoglobinę można wykryć makroskopowo, gdy jej stężenie jest równe lub wyższe niż 300 mg/l .

W przypadku hemolizy próbki procedura pobrania krwi zostanie powtórzona, pacjent zostanie narażony na ponowne pobieranie krwi.

Próbki materiału biologicznego muszą być zawsze przechowywane w zamkniętych probówkach i pojemnikach. Niebezpieczeństwo parowania wody z próbek występuje także w lodówkach przez kondensację wilgoci na elementach chłodzących lodówki [2].

Próbki krwi żyłnej zawsze należy przechowywać w pozycji pionowej, proces wykrzepiania zachodzi wtedy szybciej. Należy unikać ekspozycji próbek krwi na światło. W przeciwnym razie należy spodziewać się spadku stężenia bilirubiny, witaminy C, porfiryn, kwasu foliowego oraz aktywności kinazy kreatynowej. W przypadku oznaczeń glukozy należy pobierać krew do probówki z inhibitorem glikolizy, np. z fluorkiem sodu lub jodoctanem litu. Stabilność stężenia glukozy może być zachowana w takiej próbce nawet przez 3 doby.

Do błędów przedlaboratoryjnych należy również niewłaściwe przygotowanie pacjenta do badań. Bardzo istotne jest, aby np. do oznaczeń stężenia glukozy i lipidów pacjent pozostawał na czczo 8–12 h, w przeciwnym razie wyniki tych parametrów, będąc podwyższonymi, fałszywie wskażą na zaburzenie metabolizmu glukozy i tłuszczu. Na niektóre wyniki badań wpływ ma rytm dobowy, rytm biologiczny

u kobiet, sposób przygotowania pacjenta do badań np. miokrobiologicznych, gdzie zachowane muszą być warunki aseptyczne, np. przy pobraniu próbki moczu na posiew, oraz inne badania diagnostyczne, np. badanie per rectum u mężczyzn zwiększa stężenie PSA, u kobiet badanie sutków zwiększa stężenie prolaktyny.

Pacjent do badań powinien zgłaszać się po nocnym odpoczynku w godzinach porannych, optymalnie między 7.00 a 10.00. Przed badaniem pacjent powinien unikać zbyt dużego wysiłku fizycznego i stresu, zachować standardowe warunki odżywiania, absolutnie nie stosować głodówek kilkudniowych. W przypadku stosowania doustnych antykoagulantów – inhibitorów witaminy K – pacjenci nie powinni stosować w diecie warzyw zielonych zawierających witaminę K typu brukselka, brokuły, szpinak, kapusta zielona. Wpływ stresu psychicznego na wyniki badań laboratoryjnych jest zwykle niedoceniany (obawa przed pobieraniem krwi, stres przedoperacyjny). Zaobserwowano znaczący wzrost wydzielania hormonów: aldosteronu, angiotensyny, katecholamin, kortyzolu [2], prolaktyny, reniny, wazopresyny i TSH, wzrost stężenia albuminy, fibrynogenu, glukozy, insuliny, mleczanu i cholesterolu pod wpływem stresu psychicznego. Zbyt intensywny wysiłek fizyczny powoduje wzrost kinazy kreatynowej, pojawienie się przejściowego białkomoczu, wzrost katecholamin i kortyzolu.

Próbki krwi do oznaczeń stężenia leków należy pobrać przed podaniem kolejnej dawki leku. Krew na posiew należy pobrać przed podaniem antybiotyku.

Podczas pobierania krwi z żyły w zgięciu łokciowym, opaskę uciskową należy zwolnić przed upływem 1 minuty, ponieważ utrzymanie dłuższej stazy powoduje zagęszczenie krwi. Jeśli warunki techniczne pozwalają, krew można pobierać bez stazy. Jeżeli to możliwe, krew należy pobrać z żyły łokciowej, do której nie założono wenflonu. Infuzje dożylnne mogą wpływać na wyniki badań. Nie należy pobierać krwi z wkłuc centralnych, ponieważ możliwe jest zanieczyszczenie płynami infuzyjnymi zawierającymi K⁺ lub glukozę, co spowoduje wzrost tych parametrów w badanej próbce oraz możliwe jest rozcieńczenie próbek podawanym płynem infuzyjnym. Zalecaną pozycją ciała do pobierania krwi jest pozycja siedząca. Należy pamiętać o przemieszczaniu się płynów podczas zmiany pozycji ze stojącej na siedzącej oraz w pozycji leżącej.

Z powodu ryzyka zapalenia tkanki łącznej nie należy pobierać krwi z ręki po stronie ciała, gdzie przeprowadzono mastektomię lub resekcję pachowych węzłów chłonnych.

Badania moczu dostarczają cennych informacji o funkcjach wielu układów i narządów, np. oceniają aktywność nerek, metabolizm glukozy, stężenie różnych hormonów i metabolitów. Przed pobraniem moczu należy ocenić zdolność pacjenta do oddawania moczu, celem ustalenia, czy konieczne będzie wdrożenie dodatkowych technik i procedur, np. cewnikowania. Do standardowego badania próbki moczu należy użyć pierwszą poranną próbkę, ponieważ po nocnym odpoczynku jest ona dobrze zagęszczona w pęcherzu moczowym. Ze wskazań lekarza możliwe jest również badanie losowe próbki moczu w ciągu dnia. Każdorazowo na skiero-

waniu powinna być odnotowana data z godziną oddania próbki moczu do pojemnika. Zgodnie z obowiązującymi zaleceniami, próbka moczu musi zostać dostarczona maksymalnie do 2 godzin do laboratorium od momentu oddania moczu do pojemnika. Jeżeli ten czas musiałby się wydłużyć, mocz należy włożyć do lodówki i dostarczyć do laboratorium w czasie nie dłuższym niż 4 godziny. W przypadku dobowej zbiórki moczu częstym błędem jest niewymieszanie całej objętości zebranego moczu przed odebraniem reprezentatywnej próbki moczu do badania. Ulegające sedymentacji składniki krystaliczne nie są oznaczane, jeżeli próbka nie została pobrana po wcześniejszym wymieszaniu moczu zebranego w ciągu 24 godzin.

Należy również zwrócić uwagę na dezynfekcję skóry środkami alkoholowymi podczas pobierania krwi do określenia stężenia alkoholu we krwi, ponieważ wynik może być fałszywie zawyżony. Przy pobieraniu krwi włóścikowej ucisk miejsca nakłucia prowadzi do rozcieńczenia krwi płynem tkankowym. W alternatywnej metodzie pobierania krwi, tzw mikro, stosowanej u noworodków i niemowląt, pobierana krew włóścikowa po nakłuciu lancetem musi swobodnie wypływać do kapilary lub miniprobówki zawierającej antykoagulant. W żadnym wypadku krew nie może być wyciskana.

Błędem przedlaboratoryjnym jest niewłaściwy rodzaj próbki, np. pobrana na skrzep do badań koagulologicznych, albo pobranie krwi na antykoagulant, a nie na skrzep do wykonania elektroforezy białek. W tym przypadku zawarty w osoczu fibrynogen będzie „udawał” białko monoklonalne.

Pacjent przed pobieraniem krwi nie powinien palić tytoniu. U palaczy występuje wzrost CEA. Spożywanie kofeiny powoduje wzrost lipoprotein, wolnych kwasów tłuszczowych i glukozy. Natomiast spożywanie alkoholu powoduje wzrost osmolalności, amoniaku i trójglicerydów.

Po pobraniu materiału biologicznego, oprócz właściwej identyfikacji pacjenta, na skierowaniu na badanie musi być podpis osoby pobierającej materiał z dokładną datą i godziną pobrania. Tylko uzupełnienie tych danych pozwala na pełną kontrolę laboratorium nad pozyskiwanym materiałem.

Załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 roku w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych określa maksymalne czasy od pozyskania próbki do momentu wdrożenia jej w proces analityczny [3]. Wykrycie w laboratorium przedłużonego maksymalnego czasu powoduje odrzucenie próbki jako błąd przedanalizyczny definiowany jako brak próbki. Przeterminowanie próbki, np. pobranej na skrzep, powoduje uwalnianie cytoplazmatycznych składników erytrocytów do surowicy, co powoduje wzrost dla LDH, AspAT, K^+ , Mg^{++} , fosforanów, amoniaku, Żelaza, Ca^{++} oraz spadek glukozy, alkoholu, wzrost mleczanu z powodu metabolizmu *in vitro*. Dlatego surowicę należy oddzielić od skrzepu w 30–60' po pobraniu krwi, kiedy proces krzepnięcia jest już na pewno zakończony, a erytrocyty pozostają jeszcze nienaruszone. Transport pełnej krwi nie powinien trwać dłużej niż 1 godzinę, chyba, że jest to nieodzowne np. w oznaczeniach grup krwi. Próbki ludzkich płynów ustro-

jowych lub wydaliny są potencjalnie zakaźne, dlatego transportowane muszą być do laboratorium w trwałych, szczelnie zamykanych opakowaniach przez upoważnionych i odpowiednio przeszkolonych pracowników.

Dla wszystkich rodzajów materiałów biologicznych laboratorium musi przygotować odpowiednie procedury pobrania, przygotowania i transportu materiału do laboratorium. Pracownicy upoważnieni do pobierania materiału biologicznego powinni odbywać cykliczne szkolenia z tego zakresu, szczególnie konieczne w momencie wprowadzania zmian w oznaczanych przez laboratorium parametrach [5].

Podsumowanie

Błędy przedlaboratoryjne stanowią największe wyzwanie dla personelu medycznego. Minimalizacja wielkości tych błędów zależy nie tylko od pracowników laboratorium, ale także od wielu osób mających wpływ na organizację, przygotowanie i pobieranie materiału biologicznego do badania. Znajomość i przestrzeganie wszystkich zasad postępowania przedlaboratoryjnego związanych z przygotowaniem pacjenta do badań, pobraniem materiału biologicznego, transportem i przechowywaniem tego materiału mogą zmniejszyć udział błędów przedlaboratoryjnych do koniecznego minimum.

W związku z powyższym ponadczasowe stwierdzenie „salus aegroti suprema est” jest zasadą ontologiczną dla wszystkich zawodów medycznych.

Bibliografia

1. Kalinowski L, red. *Przypadki laboratoryjno-kliniczne w medycynie praktycznej. Zeszyt 01/2017*. Wrocław: MedPharm Polska; 2017.
2. Guder WC. *Próbki: od pacjenta do laboratorium*. Wyd. 2. Wrocław: MedPharm Polska; 2012.
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn 23.03.2006 w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (Dz. U. 2006, nr 61, poz. 435).
4. Neumeister B. *Diagnostyka laboratoryjna*. Wyd. 2. Wrocław: Urban&Partner; 2013.
5. Solnica B. *Diagnostyka laboratoryjna*. Warszawa: PZWL; 2013.

Adres do korespondencji:

mgr Zofia Winiarska-Kosakowska
SP ZOZ Centrum
45-062 Opole, Ul. Kościuszki 2
tel. 608 591 196
e-mail: zosiak1974@interia.pl

Opieka nad noworodkiem przedwcześnie urodzonym w warunkach POZ

Marta Berghausen-Mazur¹, Małgorzata Czyżewska²

¹ Zakład Neonatologii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu,
Klinika Ginekologii i Położnictwa, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

² Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu,
Katedra i Klinika Ginekologii i Położnictwa, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Wstęp

Mimo znacznego rozwoju neonatologii oraz poprawy opieki perinatologicznej w ostatnich latach w Polsce, noworodek urodzony przedwcześnie, z bardzo małą masą ciała, stanowi nadal wyzwanie dla lekarza prowadzącego i szerokiego grona specjalistów sprawujących nad nim opiekę, zarówno w czasie poporodowej hospitalizacji, jak i po opuszczeniu szpitala, gdzie podstawowa opiekę przejmuje personel pracujący w strukturach POZ.

Odsetek porodów przedwczesnych w Polsce wynosi aktualnie 6%, z czego 1,5% stanowią dzieci urodzone poniżej 32. tygodnia ciąży, a poniżej 28. tygodnia – ok. 0,5%, co oznacza, że w ciągu roku przybywa od 3500 do 4000 noworodków z bardzo małą masą ciała. Dziecko urodzone przedwcześnie najczęściej obarczone jest bardzo licznymi problemami zdrowotnymi i zagwarantowanie właściwej opieki nad nim jest niezbędne dla zapewnienia optymalnego rozwoju dziecka, zapobiegania zaburzeniom rozwoju lub ograniczenia istniejącego deficytu rozwojowego.

Zadania POZ w opiece nad noworodkiem przedwcześnie urodzonym

Standaryzacja i optymalizacja działań związanych z opieką nad wcześniakiem niesie ze sobą poprawę wyników leczenia dzieci, również tych odległych w czasie. Podstawowa opieka rozwojowa nad wcześniakiem z orientacyjną oceną rozwoju psychoruchowego powinna być przeprowadzana przez pediatrę lub lekarza rodzinnego oraz pielęgniarkę/położną w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Z uwagi na to, że wcześniactwo to główny czynnik ryzyka wystąpienia zaburzeń rozwo-

ju, noworodki urodzone przedwcześnie wymagają długoterminowej oceny rozwoju psychomotorycznego. Zalecane terminy oceny niemowląt to 3., 4., 5., 6., 9. oraz 12. miesiąc życia – w czasie terminów szczepień ochronnych i badań profilaktycznych. Zakres oceny powinien obejmować: motorykę – rozwój funkcji ruchowych (siadanie, lokomocja, koordynacja postawy, koordynacja wzrokowo-ruchowa, zdolność dziecka do widzenia i posługiwanie się rękami w zakresie ruchów precyzyjnych), rozwój mowy i jej rozumienie (wokalizacja), rozwój społeczny (zdolność dziecka do współdziałania z innymi ludźmi).

Opieka nad noworodkiem obejmuje w szczególności ocenę następujących parametrów: stan ogólny noworodka (ciepłota ciała, masa ciała, czynność serca, czynność oddechowa, oddawanie moczu i stolca), podstawową ocenę neurologiczną, w tym obecność odruchów noworodkowych, stan skóry, rozwój somatyczny, odżywianie – określenie rodzaju pokarmu (pokarm naturalny, sztuczny, mieszany), stan oczu, nosa i jamy ustnej, narządu słuchu, zachowanie się dziecka (sen, aktywność ruchowa, płacz), sposób zapewniania higieny ciała (kąpiel, toaleta, przewijanie i zmiana pieluszek, ubranie), stan kikutu pępownicy i dna pępka, higienę pomieszczenia, w którym przebywa noworodek, wykonanie badań przesiewowych oraz szczepień zgodnie z odrębnymi, aktualnie obowiązującymi przepisami.

Ocena czynności oddechowej

W ocenie czynności oddechowej u noworodków urodzonych przedwcześnie należy zwrócić uwagę przede wszystkim na mogące występować zaburzenia oddechowe. Mogą to być:

- oddech periodyczny – przerwy w oddychaniu < 10 s, bez towarzyszącej bradykardii; stanowi wyraz niedojrzałości OUN, zanika ok. 6. tygodnia życia;
- bezdechy – przerwy w oddychaniu > 20 s, z towarzyszącą bradykardią i spadkiem SaO_2 ; stanowią zagrożenie nagłym zgonem;
- bezdechy centralne – dotyczą głównie wcześniaków < 36 hbd;
- bezdechy obturacyjne – związane z niedrożnością dróg oddechowych.

W procesie kompleksowej diagnostyki zaburzeń oddechowych ukierunkowanej na przyczyny należy rozważyć diagnostykę laboratoryjną, radiologiczną, EKG, echokardiografię, USG przezciemieniowe oraz brzucha, pHmetrię przełyku, punkcję łędźwiową, EEG. Istnieje konieczność monitorowania dzieci z bezdechami w wywiadzie przez okres co najmniej 6–12 miesięcy lub kilka miesięcy po ostatnim epizodzie bezdechu. Do monitorowania wykorzystuje się m.in. materacyki bezdechów, pulsoksymetr. Przed opuszczeniem szpitala konieczny jest instruktaż rodziców o metodach resuscytacji. Przeciwskazana jest pozycja snu na brzuchu ze względu na udowodniony związek tej pozycji z zespołem nagłej śmierci niemowląt (SIDS). W ocenie klinicznej stopnia nasilenia zaburzeń oddechowych możemy posiłkować się skalą Silvermana.

Tabela 1. Niewydolność oddechowa u noworodka – ocena kliniczna – skala Silvermana

Objaw	Stopień 0	Stopień I	Stopień II
przednia ściana klatki piersiowej	– porusza się synchronicznie z nadbrzuszem	– opóźnia się podczas wdechu	– porusza się przeciwnie do nadbrzusza
międzyżebra	– nie zapadają się podczas wdechu	– nieznacznie zapadają się podczas wdechu	– wyraźne zapadanie podczas wdechu
mostek	– nie zapada się podczas wdechu	– nieznacznie zapada się podczas wdechu	– wyraźnie zapada się podczas wdechu
skrzydełka nosa	– nieruchome	– poruszają się minimalnie	– poruszają się wyraźnie
wydech	– bezdźwięczny	– stękanie wydechowe słyszalne stetoskopem	– głośne stękanie wydechowe

Wyzwaniem dla lekarza opiekującego się wcześniakiem w strukturach POZ jest przewlekła choroba płuc – dysplazja oskrzelowo-płucna (BPD), będąca późnym powikłaniem wcześniactwa, tlenoterapii i mechanicznej wentylacji. Choroba ta wymaga długotrwałej tlenoterapii, wsparcia oddechowego, często w warunkach domowych oraz farmakoterapii. Każdy więc noworodek z rozpoznaną BPD powinien być skonsultowany w czasie nie dłuższym niż 6 miesięcy przez pulmonologa, w celu oceny konieczności objęcia go dalszą opieką specjalistyczną. Kolejne wizyty w poradni chorób płuc powinny odbywać się z częstotnością:

- w 1. roku życia co 1–3 miesiące,
- w 2. roku życia co 3–6 miesięcy,
- w wieku 3–10 lat raz na rok,
- w wieku 11–18 lat co 2 lata.

Ocena układu krążenia

Czynność serca noworodka wynosi 80–190 uderzeń na minutę, z czego 80–90/min w czasie snu i 170–190/min w czasie płaczu. Średnio akcja serca noworodka wynosi ok. 120–140 uderzeń na minutę. W ocenie czynności serca należy zwrócić uwagę przede wszystkim na mogące występować zaburzenia rytmu, w tym:

- krótkotrwałe – epizody arytmii trwające < 15 s – stanowią normę;
- tachycardia, czyli stałe przyspieszenie rytmu serca > 180 uderzeń/minutę (objawy towarzyszące to tachypnoe, zaburzenia ukrwienia, śpiączka, hepatomegalia, trzeszczenia nad płucami) – stanowi arytmie patologiczną. Przyczyny

tachycardii mogą być łagodne: oziębienie/przegrzanie, ból, leki (metyloksantyny, atropina, adrenalina), lub patologiczne: gorączka, nadczynność tarczycy, wstrząs, niedokrwistość, posocznica, przetrwały przewód tętniczy, zastoinowa niewydolność serca. Najczęstszą tachyarytmią u dzieci jest częstoskurcz nadkomorowy lub przedsionkowo-komorowy;

- bradycardia, czyli stałe zwolnienie rytmu serca < 100 uderzeń na minutę – stanowi arytmie patologiczną. Przyczyny bradycardii mogą być łagodne: wymioty, oddawanie stolca, odsysanie, karmienie sondą, leki (propranolol, sedacja), lub patologiczne: niedotlenienie, bezdech, drgawki, niedrożność dróg oddechowych, IVH, kwasica, hypotermia.

U każdego pacjenta należy indywidualnie rozważyć zagrożenia związane z rodzajem zaburzeń rytmu i równocześnie ocenić wskazania do pilnej lub planowej konsultacji kardiologicznej. Stwierdzenie bezobjawowych zaburzeń rytmu serca jest wskazaniem do planowej konsultacji. W przypadku objawów (stany przedomdleniowe, omdlenia, senność, zmęczenie u dzieci z bradycardią, nadmierne pocenie się przy jedzeniu, niewydolność krążenia – duszność, obrzęki, powiększenie wątroby/śledziona) konieczna jest pilna konsultacja.

Do działania służącego ocenie czynności serca zaliczamy m.in. pomiar ciśnienia tętniczego podczas każdej wizyty kontrolnej. Uzyskanie wiarygodnego pomiaru jest możliwe u spokojnego dziecka, z użyciem odpowiedniego rozmiaru mankieta (szerokość mankieta = 2/3 długości ramienia). U dzieci do 3. roku życia jako podstawową metodę pomiaru zaleca się pomiar automatyczny na prawym ramieniu. Wcześniactwo i mała urodzeniowa masa ciała stanowią czynnik ryzyka rozwoju nadciśnienia tętniczego. Stwierdzenie nadciśnienia tętniczego jest wskazaniem do skierowania dziecka do specjalistycznego ośrodka hipertensjologicznego.

Normy ciśnienia tętniczego skurczowe/rozkurczowe przedstawiają się następująco:

- noworodek donoszony, RR:
 - 1. tydzień życia: 70–85/35–50 mmHg,
 - 1. miesiąc życia: 75–95/40–55 mmHg,
- 3–6 miesiąc życia: 80–105/45–65 mmHg;
 - wcześniak, RR:
 - 45–62/23–36 mmHg (w zależności od masy ciała).

W ocenie stanu ogólnego i ocenie układu krążenia noworodka i niemowlęcia nie można pominąć możliwości obecności wrodzonej wady serca (WWS). WWS występują z częstością 7–8 na 1000 urodzonych noworodków i stanowią drugą co do częstości przyczynę zgonów niemowląt. Ich obecność diagnozuje się u 34% noworodków urodzonych z małą masą ciała (< 2500 g) i u 26% wcześniaków (< 37. tygodnia ciąży). Od 2012 roku wykonywane jest w Polsce przesiewowe badanie pulsoksymetryczne w celu wczesnego wykrycia bezobjawowych wad serca. Jednak nie wszystkie WWS ujawniają się bezpośrednio po urodzeniu. W tej grupie znajduje

się przede wszystkim koarktacja aorty, wady przeciekowe oraz nieprawidłowe odejście lewej tętnicy wieńcowej.

W ocenie stanu ogólnego noworodka, zwłaszcza przedwcześnie urodzonego, z uwagi na towarzyszące zaburzenia odporności, niezmiernie ważne jest zwrócenie uwagi na obecność niespecyficzných objawów mogących sugerować zakażenie, takich jak: zaburzenia termoregulacji (hipo- lub hipertermia), zaburzenia świadomości (nadmierna wrażliwość na bodźce, pobudzenie, drgawki, apatia, śpiączka), nieprawidłowości w obrębie skóry (bładość, sinica, obrzęki twardzinowe, wybroczyny, rumień, nasilona żółtaczka), nieprawidłowości w obrębie układu pokarmowego (duże zalegania żołądkowe, ulewania, wymioty, biegunka, wzdęcie brzucha, powiększenie wątroby i śledziony), objawy krążeniowo-oddechowe (tachypnoe, zaburzenia oddychania, bezdech, tachycardia, bradycardia z niemiarynością, hipotensja), zaburzenia metaboliczne (hipo- lub hiperglikemia, kwasica metaboliczna, zaburzenia elektrolitowe). Po wypisie do domu najczęściej występują zakażenia układu oddechowego i zapalenia uszu (często towarzyszący refluks, ulewania).

Ocena neurologiczna

W prawidłowym procesie sprawowania opieki nad noworodkiem istotna jest ocena neurologiczna, w tym obecności odruchów noworodkowych. Pierwsze badanie neurologiczne noworodka wykonuje się po okresie adaptacyjnym w 2.–3. dobie życia, najlepiej w czasie czuwania dziecka, pomiędzy karmieniami. Ocenie podlega jego napięcie mięśniowe, zachowanie spontaniczne oraz odruchy automatyczne na działające bodźce, świadczące o dojrzałości i sprawności centralnego układu nerwowego. Ocena obejmuje występowanie odruchów, takich jak:

- odruch Moro (obecny od urodzenia):
 - faza I: odwiezienie ramion z wyprostowaniem rąk, nadgarstków i palców;
 - faza II: ruchem obejmowania następuje przywiedzenie kończyn górnych do klatki piersiowej i dziecko zaczyna płakać (do 4.–6. miesiąca życia);
- odruch szukania – podczas drażnienia okolicy kącika warg lub policzka noworodek otwiera usta, wysuwa język i zwraca się w stronę badaną (od 32. tygodnia do 3.–4. miesiąca życia);
- odruch ssania – po włożeniu do buzi brodawki sutkowej lub smoczka noworodek automatycznie rozpoczyna ssanie (od 34. tygodnia do 3. miesiąca życia);
- asymetryczny toniczny odruch szyjny – obrócenie głowy noworodka w jedną stronę powoduje wyprostowanie ręki po tej samej stronie i zgięcie nogi po stronie przeciwnej (do 3.–4. miesiąca życia);
- odruch chwytny – podczas dotyku wewnętrznej powierzchni dłoni (do 5.–6. miesiąca życia) lub podeszwy powierzchni stóp (do 6.–12. miesiąca życia), dochodzi do zaciśnięcia paluszków;

- odruch pełzania – w pozycji na brzuszku następują ruchy imitujące pełzanie podczas drażnienia części podeszwy stóp (do 3. miesiąca życia);
- odruch podparcia – w pozycji pionowej po oparciu stopami o podłoże noworodek prostuje nogi i tułów, a następnie wykonuje nogami ruchy przypominające chodzenie (odruch stąpania) (do 3. miesiąca życia).

Wcześniactwo stanowi główny czynnik ryzyka wystąpienia zaburzeń rozwoju. Z uwagi na zwiększoną częstość występowania w omawianej grupie noworodków zaburzeń neurologicznych, takich jak krwawienia do ośrodkowego układu nerwowego, encefalopatia niedotlenieniowo-niedokrwienne, neuroinfekcje, drgawki, wodogłowie, leukomalacja okołokomorowa, niezbędny jest uważny nadzór i monitorowanie ich rozwoju psychomotorycznego. W całościowej ocenie zagrożeń ze strony układu nerwowego należy wziąć pod uwagę czynniki ryzyka, wpływające negatywnie na rozwój: wiek urodzeniowy, masa ciała, dysplazja oskrzelowo-płucna (BPD), retinopatia wcześniacza (ROP), hiperbilirubinemia, resuscytacja, zabiegi operacyjne, mechaniczna wentylacja, wady wrodzone, zespoły genetyczne, choroby metaboliczne, zmiany w obrębie OUN, nieprawidłowy wynik badania słuchu. Należy zebrać również szczegółowy wywiad rodzinny (status społeczny i ekonomiczny rodziców, choroby psychiczne, niepełnosprawność intelektualna).

Dzieci z poważnymi objawami ze strony układu nerwowego niekonsultowane w oddziale noworodkowym należy skierować do oddziału neurologicznego dla dzieci lub poradni neurologicznej, w terminie uzależnionym od skali zaburzeń. Dzieci ocenione jako zdrowe i bez istotnych zaburzeń mogą być obserwowane w poradni pediatrycznej. Niemowlętom poddanych obserwacji w poradni pediatrycznej zaleca się przeprowadzenie oceny neurorozwojowej po raz pierwszy w 6.–8. tygodniu życia, a następnie w 4., 8., 12. miesiącu życia. Dalsze kontrole uzależnione są od oceny rozwojowej w 1. roku życia.

W każdym przypadku zaburzeń rozwoju wskazane jest leczenie objawowe lub, jeśli to możliwe, przyczynowe. Istotne jest leczenie niedokrwistości, zaburzeń endokrynologicznych, niedoborów witaminowych, pokarmowych, czynnych zakażeń z grupy TORCH, aktywnego wodogłowie, padaczki, wad wzroku i słuchu.

Ocena powłok skórnych

W ocenie stanu skóry noworodka główną uwagę zwracamy na takie symptomy, jak: zażółcenie powłok skórnych oraz zaczerwienienia (rumień), bladość, marmurkowatość. Ponadto oceniamy inne objawy, jak: odparzenia, wyprzenia, potówki, wysypka, ciemieniucha, zasinienie, otarcia, zadrapania i wybroczyny, zmiany naczyniowe i znamiona barwnikowe.

Żółtaczka występuje w pierwszym tygodniu życia u 65% noworodków i u 80% wcześniaków. Żółtaczka fizjologiczna u noworodków donoszonych rozpoczyna się na

początku 2. doby życia; bilirubina całkowita nie przekracza 12 mg%; ustępuje po 5–8, max. 10–14 dniach życia. U noworodków niedonoszonych żółtaczka ma początek w 3.–4. dobie życia, bilirubina całkowita nie przekracza 15 mg%, ustępuje po 14 dniach, maksymalnie trwa 21 dni. Bilirubina występuje w dwóch postaciach: bilirubina niezwiązana, pośrednia (odwracalnie związana z albuminami), bilirubina związana, bezpośrednia (wydalana poprzez żółć i układ moczowy). Występowanie żółtaczki noworodkowej związane jest z: wysoką produkcją bilirubiny (rozpad nadmiaru erytrocytów, rozpad erytrocytów z Hb płodową), zmniejszonym wydzieleniem bilirubiny (aktywność transferazy glukuronianowej u noworodka to 1% aktywności dorosłego).

Wcześniactwo należy do czynników nasilających żółtaczkę fizjologiczną. Inne czynniki nasilające żółtaczkę, to: sepsa, wynaczynienia, krwiak podokostnowy, polycytomia, opóźnione wydalanie smółki, karmienie piersią, przynależność do niektórych grup etnicznych (Chińczycy).

Tabela 2. Przyczyny żółtaczki noworodka

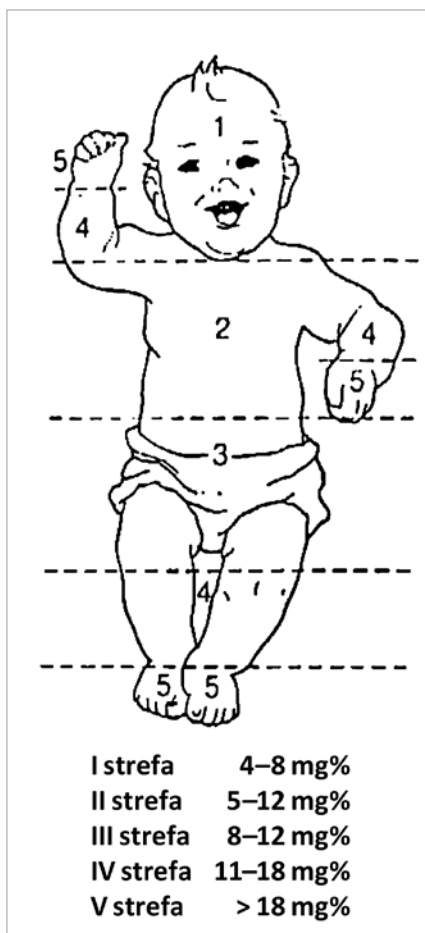
Wczesna (24 godziny)	Pośrednia (2 dni – 2 tygodni)	Przedłużona (powyżej 2 tygodni)
<ul style="list-style-type: none"> – Hemolityczna: – Rh izoimmunizacja, – niezgodność ABO, – niedobór G6PD. – Zakażenie wrodzone 	<ul style="list-style-type: none"> – żółtaczka fizjologiczna – żółtaczka związana z karmieniem piersią – sepsa – hemoliza – zespół Cringler-Najjar – polycytomia, wynaczynienia. 	<ul style="list-style-type: none"> – Bilirubina związana (ciemny mocz, odbarwione stolce): <ul style="list-style-type: none"> • niedrożność / zarośnięcie dróg żółciowych, • noworodkowe zapalenie wątroby. – Bilirubina wolna: <ul style="list-style-type: none"> • żółtaczka fizjologiczna, • żółtaczka mleka kobiecego, • zakażenia, • niedoczynność tarczycy.

Nasilona żółtaczka noworodka czy też przedłużająca się (trwająca ponad 14 dni u noworodka donoszonego i ponad 21 dni u wcześniaka) może mieć związek z karmieniem noworodka czy niemowlęcia. Mówimy wtedy o żółtaczce związanej z karmieniem piersią. Towarzyszy jej często ubytek masy ciała noworodka > 10% – niedokarmienie, opóźnione oddawanie smółki, co skutkuje wzrostem wchłaniania zwrotnego bilirubiny. W postępowaniu należy uwzględnić poprawę karmienia, ewentualnie dokarmianie pokarmem odciążniętym, hydrolizatami, fototerapię. Inny rodzaj często spotykanej żółtaczki to żółtaczka pokarmu kobiecego: początek – 2. tydzień życia, ustępowanie powolne (4–16 tygodni). Przyczyny tej żółtaczki to zmniejszone wydalanie bilirubiny z przewodu pokarmowego, czynniki obecne

w pokarmie kobiecym. Stan ogólny dziecka jest dobry, przybiera na wadze, badania pozostają w normie. W postępowaniu stosuje się fototerapię. W ocenie stopnia nasilenia żółtaczki może pomóc skala Kramera przedstawiona na rycinie 1

Badania, które należy wykonać w przedłużonej żółtaczce, to badania jak w postaci wczesnej (morfologia, grupa krwi matki i dziecka, odczyn Coombsa), stężenie bilirubiny w surowicy z rozdziałem, funkcja wątroby: ALAT, AspAT, GGTP, albuminy, koagulogram (PT, PTT, INR), USG brzucha (ocena pęcherzyka i dróg żółciowych), funkcja tarczycy (TSH, fT4), mocza – substancje redukujące, badania w kierunku TORCH. W toku dalszej diagnostyki specjalistycznej wykorzystuje się: scyntyografię, cholecystoangiografię, biopsję wątroby, badanie poziomu alfa1-antytrypsyny, i inne. W leczeniu żółtaczki z hiperbilirubinemią niezwiązaną stosuje się: prawidłową podaż płynów, fototerapię, dożylnie immunoglobuliny, transfuzję wymienną, a w przypadku hiperbilirubinemii związanej: prawidłowe odżywianie i leczenie przyczynowe. Decyzja o zastosowaniu fototerapii uzależniona jest m.in. od: stężenia bilirubiny, tempa jego narastania, wieku płodowego, wieku chronologicznego, stanu ogólnego zdrowia dziecka. Do terapii wykorzystuje się lampy lub materacyki światłowodowe (ryciny 2 i 3). W ocenie celowości wdrożenia leczenia fototerapią zalecane jest wykorzystanie wykresów wskazujących na zasadność leczenia światłem (rycina 4).

Ocenię pediatrycznej powinna podlegać również skóra noworodka. Najczęstsze zmiany skórne o łagodnym charakterze u noworodków, to: milia, rumień noworodkowy, trądzik noworodków *Acne neonatorum* – policzki, broda, czoło – zaskórniki, grudki. Rzadziej występujące: masywne wybroczyny, wylewy – skaza krwotoczna, posocznica, zakażenie wirusowe, rumień grudkowy – *erythema toxicum* (gdy zlewny w okolicy krocza + ostro odgraniczony, satelitarne wykwyty; etiologia grzybicza *Candida albicans*), wykwyty pęcherzykowe/pęcherzowe – zakażenie *Herpes simplex*; łatwo pękające pęcherze – zakażenie bakteryjne – gronkowiec złocisty, naczylniki



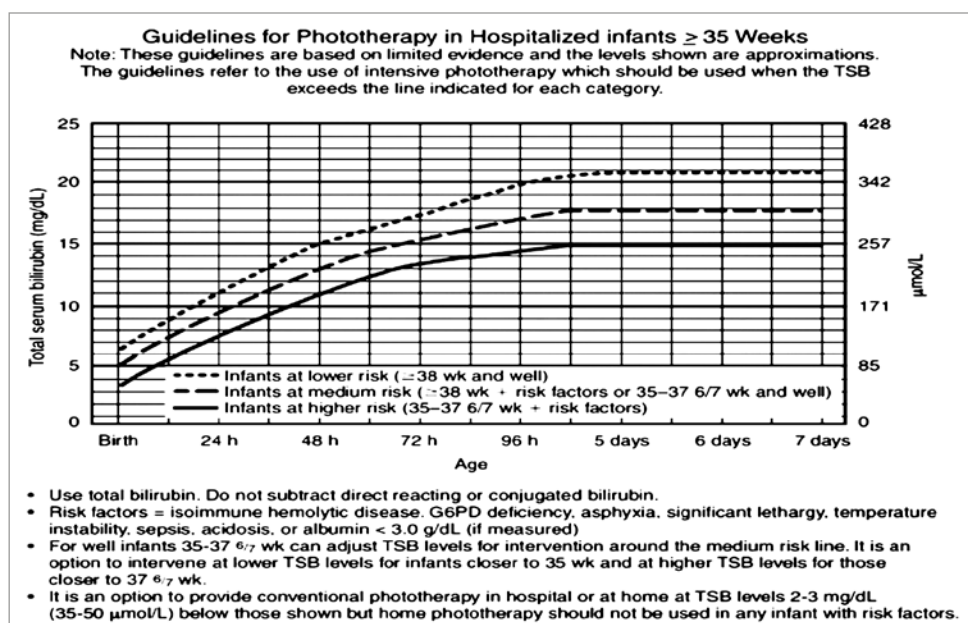
Rycina 1. Schemat Kramera (źródło: [1])



Rycina 2. Biliblanket [źródło: zbiory własne]



Rycina 3. Lampa do fototerapii [źródło: zbiory własne]



Rycina 4. Wskazania do fototerapii (źródło: [2]).

płaskie i jamiste. U wcześniaków widoczne mogą też być zmiany na skórze związane z częstym pobieraniem krwi do badań i naruszaniem ciągłości skóry oraz ślady (blizny) po wkłuciach centralnych.

Ocena rozwoju somatycznego

Niezmiernie ważną jest również ocena rozwoju somatycznego noworodka przedwcześnie urodzonego. Obowiązkowo podczas każdej wizyty w poradni dziecięcej należy określać parametry wzrastania: masę i długość ciała, obwód głowy i klatki piersiowej, proporcje i trendy wzrastania.

Tabela 3. Szybkość wzrastania w zależności od skorygowanego wieku ciążowego

Wiek (miesiące)	Przyrost masy ciała (g/dobę)	Długość ciała (cm/tydzień)	Obwód głowy (cm/miesiąc)
0–3	25–30	0,7–1,0	1,6–2,5 (1 m)
3–12	10–15	0,4–0,6	0,8–1,4 (4 m) 0,3–0,8 (8 m) 0,2–0,4 (12 m)

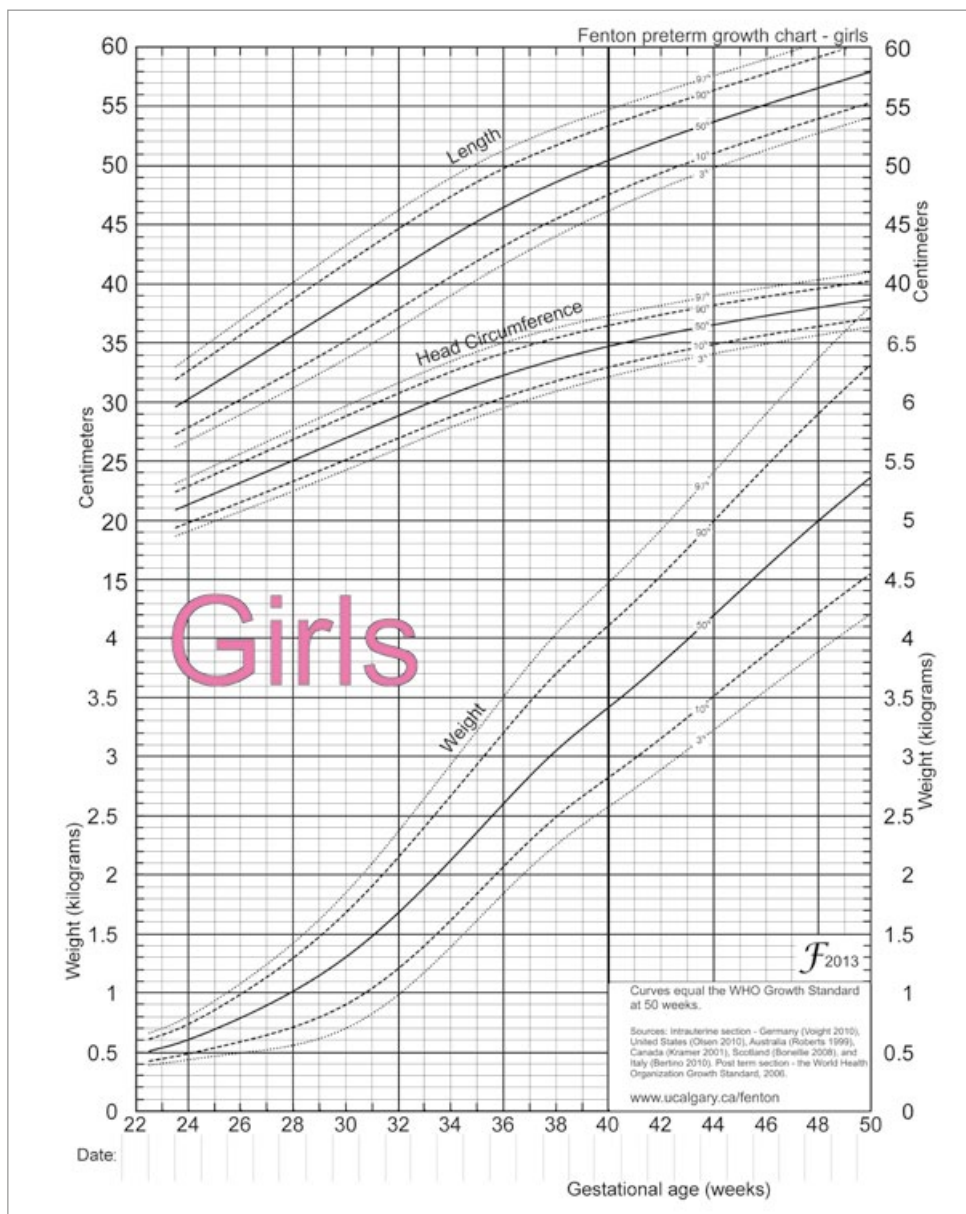
Źródło: [3].

Przy ocenie parametrów wzrastania należy używać siatek centylowych przeznaczonych dla wcześniaków uwzględniających wiek płodowy aż do 2,5. roku życia. Pomiary obwodu głowy są bardzo ważne i należy ich dokonywać przynajmniej raz w miesiącu (2 cm/miesiąc w I kwartale, 1 cm/miesiąc – II kwartał).

Dzieci, których parametry antropometryczne w dniu wypisu ze szpitala są odpowiednie do wieku skorygowanego, zwykle utrzymują prawidłowe tempo wzrastania, natomiast ok. 80% dzieci z VLBW z pourodzeniowym upośledzeniem wzrastania i SGA wyrównuje niedobory do 2.–3. roku życia. Jeśli przyspieszenie tempa wzrastania nie nastąpi we wczesnym okresie życia, są niewielkie szanse, że dojdzie do tego w późniejszym czasie (optymalny czas: obwód głowy – 1. rok życia, wzrost – 3. rok życia).

Ocena stanu odżywiania

Ocena odżywiania noworodka polega zarówno na określeniu rodzaju pokarmu (karmienie naturalne, sztuczne, mieszane), jak i technik oraz sposobu karmienia, dokarmiania oraz objawów zaburzeń jelitowych (ulewanie pokarmu, kolka jelitowa, refluks). Zapotrzebowanie energetyczne wcześniaka jest wysokie (110–135 kcal/kg/dobę), co – biorąc pod uwagę stan kliniczny dziecka oraz obciążony wywiad – często jest zadaniem bardzo trudnym do realizacji. W przypadku wyłącznego karmienia piersią korzystne jest stosowanie wzmacniaczy pokarmu kobiecego do czasu, aż dziecko osiągnie masę ciała odpowiednią dla wieku postkonceptyjnego według siatek wzrastania (najczęściej do masy ciała 3,0 kg). Wskazania do stosowania pokarmu kobiecego ze wzmacniaczem są następujące: wiek urodzeniowy < 34. tygodnia,



Rycina 6. Skala oceny wzrostu (płeć żeńska) wg Fenton

o 25%, wzrost zawartości składników mineralnych o 250–500%, wzrost zawartości sodu: 90%. Korzyści płynące ze wzbogacania pokarmu kobiecego [4] to lepsze przyswajanie białka i wapnia, przyspieszenie przyrostu masy ciała o 15–20 g/kg masy ciała/dobę i długości ciała oraz obwodu głowy (0,8–1 cm/tydzień), poprawa mineralizacji kości, poprawa bilansu azotowego.

Alternatywą dla karmienia mlekiem matki jest żywienie dziecka urodzonego przedwcześnie tzw. mieszanką powypisową, której kaloryczność jest nieco mniejsza w stosunku do mieszanek dla wcześniaków. Preparaty te powinny być stosowane w żywieniu wcześniaków przynajmniej do 40. tygodnia wieku postkonieczynego (a nawet do 52. tygodnia) z uwagi na dużą zawartość białka, składników mineralnych, pierwiastków śladowych i długołańcuchowych, wielonienasyconych kwasów tłuszczowych (LCPUFA). W pierwszym okresie po wypisie ze szpitala należy stosować metodę żywienia wykorzystywaną w trakcie hospitalizacji i dopiero po ok. 2 tygodniach, po wnikliwej ocenie parametrów wzrastania dokonać ewentualnej weryfikacji.

Wyłączne karmienie piersią najczęściej wystarcza niemowlęciu do końca 6. miesiąca życia. Zakończenie karmienia piersią musi przebiegać łagodnie i stopniowo. Moment ten powinien być wybrany przez dziecko. Czas wprowadzania pokarmów uzupełniających budzi nadal pewne kontrowersje. Wymaga indywidualnej oceny stopnia dojrzałości dziecka. W większości przypadków wcześniak może otrzymać pokarmy stałe, gdy osiągnie wiek 5–8. miesięcy życia, pod warunkiem, że ma co najmniej 3 miesiące wieku korygowanego i rozwój motoryczny umożliwi mu bezpieczne jedzenie.

W procesie żywienia noworodka należy uwzględnić nieco odmienną podaż witamin niż u noworodka urodzonego o czasie. Suplementacja witamin obejmuje podaż wit. D3, kwasu foliowego, wit. z grupy B, wit. C, A, E, wit. K, DHA.

– Witamina D3:

- noworodki donoszone: 400 j/dobę, suplementacja od pierwszych dni życia,
- wcześniaki: 400–800 j/dobę, do osiągnięcia 40 tygodni wieku skorygowanego;
- u noworodków urodzonych < 32. tygodnia ciąży: 800 IU/dobę, po 32. tygodniu ciąży: 400 IU/dobę, modyfikacja indywidualna dawki powinna nastąpić po ok. 4 tygodniach, po uprzedniej kontroli stężenia 25-OHD3 w surowicy krwi; optymalne stężenie należy utrzymać w granicach 30–50 ng/ml;
- należy uwzględnić zawartość wit. D w mieszankach;

– witaminę C proponuje się w dawce 50 mg/dobę;

– dodatkowa podaż kwasu foliowego 25–50 mg/dobę zalecana jest wcześniakom karmionym piersią w okresie 2.–6. tygodnia życia, a także dzieciom długo-
trwale leczonym antybiotykami;

– wit. E od ok. 2. tygodnia życia;

– wit. K – niedobór może być przyczyną choroby krwotocznej noworodków – krwawień z przewodu pokarmowego, pępka, błon śluzowych i skóry – postać wczesna; krwawień narządowych, bardzo często krwawień śródczaszkowych – postać późna; dotyczy dzieci od urodzenia do końca 3. miesiąca życia; grupa ryzyka: dzieci karmione wyłącznie piersią, z chorobami wątroby i dróg żółciowych, z zaburzeniami wchłaniania.

Zapobieganie krwawieniu z niedoboru witaminy K u noworodków

Oświadczenie Zarządu Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego (PTN). Zarząd PTN rekomenduje realizację profilaktyki według zaleceń ESPGHAN:

- każdy noworodek po urodzeniu powinien profilaktycznie otrzymać wit. K1,
- zdrowy noworodek urodzony o czasie: 1 mg domięśniowo lub 2 mg doustnie,
- preferowana droga domięśniowa,
- podawanie doustnie:
 - tylko wtedy, gdy rodzice odmawiają podania domięśniowego,
 - kolejne dawki: 2 mg 4.–6. dzień życia i 4.–6. tydzień życia,
- sposób profilaktyki musi być udokumentowany,
- nie podajemy doustnie w przypadku:
 - noworodków urodzonych przedwcześnie,
 - noworodków z cholestazą,
 - zaburzeń wchłaniania jelitowego,
 - stanu uniemożliwiającego podanie doustne,
 - gdy matka leczona jest lekami wchodzącymi w interakcję z wit. K;
- wcześniaki:
 - podanie wyłącznie domięśniowo, jednorazowo;
 - dla masy ciała 500–1000 g – 0,3 mg im;
 - dla masy ciała 1001–1500 g – 0,4 mg im;
 - dla masy ciała 1500–2500 g – 0,5 mg im;
 - dla masy ciała powyżej 2500 g – 1 mg im.

W procesie karmienia dzieci istotna jest również suplementacja kwasu dokozaheksaenowego (DHA). Nie zaleca się dodatkowej suplementacji przy karmieniu piersią. Zalecane jest spożycie przez dzieci do 3 lat Omega-3 w ilości 150–200 mg/dobę; wskazana suplementacja w przypadku braku regularnego spożywania ryb.

Dzieci urodzone przedwcześnie wzrastają w szybszym tempie, więc zapotrzebowanie na żelazo jest u nich większe. Z uwagi na to konieczna jest podaż żelaza, zarówno w prewencji, jak i w postępowaniu leczniczym. Żelazo w profilaktyce rozpoczynamy podawać od 2. do 6. tygodnia życia w dawce 1–4 mg/kg/dobę. Dawka żelaza jest uzależniona od urodzeniowej masy ciała, w przypadku wcześniaków z masą ciała < 1000 g podajemy 4 mg/kg/dobę, a z masą ciała < 1800 g 2–3 mg/kg/dobę. W pozostałych przypadkach: 2 mg/kg/dobę od 4. tygodnia życia. Podaż żelaza należy kontynuować przez 6–12 miesięcy, pod kontrolą stężenia ferrytyny i hemoglobiny. Leczniczo dawka żelaza zawiera się w granicach 4–6 mg/kg/dobę.

Ocena stanu oczu, nosa, jamy ustnej i narządu słuchu

Opieka nad noworodkiem przedwcześnie urodzonym obejmuje także ocenę stanu oczu, nosa i jamy ustnej oraz ocenę narządu słuchu. Objawy kliniczne zaburzeń

widzenia to nieprawidłowe ustawienie oczu (zez), nieprawidłowy wygląd oczu (mikroftalmia, asymetria, zaćma), brak reakcji na światło, brak skupiania wzroku i wodzenia wzrokiem za przedmiotami, brak kontaktu wzrokowego między dzieckiem a opiekunem. Często dolegliwością jest zapalenie spojówek (częstsze u noworodków donoszonych) – obustronne: pojawiające się w 2.–3. tygodniu życia; może świadczyć o zakażeniu *Chlamydia Trachomatis*; jednostronne: przy zatkaniu kanaliką łzowego. U wcześniaków spotyka się opóźnienie dojrzewania funkcji widzenia, które powoduje częstsze występowanie u nich wad wzroku.

Zakres badań i wskazania do badania wzroku w kierunku retinopatii u wcześniaków lub niemowląt reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6.11.2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z dnia 2.12.2013 roku). Konieczność badania okulistycznego z oceną dna oka dotyczy wcześniaków urodzonych przed 32. tygodniem ciąży lub z masą urodzeniową poniżej 1500 g oraz niemowląt urodzonych przed 36. tygodniem ciąży, z wewnątrzmacicznym zahamowaniem wzrostu płodu, leczonych z zastosowaniem intensywnej tlenoterapii i fototerapii. Badania zgodnie z powyższymi zaleceniami powinny się odbywać niezależnie od zakończenia hospitalizacji i wypisu pacjenta. W dokumentacji noworodka powinna być zawarta informacja o kolejnym terminie koniecznego badania okulistycznego. Nadzór nad wykonywaniem regularnych badań powinien sprawować personel POZ, zaś rodzice powinni być poinformowani o wadze badania i zagrożeniach wynikających z zaniedbania, w tym możliwej utracie wzroku. Po wypisie do domu odpowiedzialność za zorganizowanie dalszej opieki okulistycznej przejmują rodzice. Opieką okulistyczną należy objąć dzieci z grupy ryzyka do 6. roku życia (1 × w roku). Dzieci leczone z powodu retinopatii mogą wykazywać duże zaburzenia widzenia, które bez rehabilitacji mogą prowadzić do wtórnej ślepoty korowej.

W obrębie jamy ustnej najczęściej spotykaną nieprawidłowością jest obecność pleśniawek. Przyczyną jest zakażenie *Candida Albicans* z dróg rodnych matki (zakażenie pierwotne 8.–9. dobie życia) lub ze środowiska (zakażenie wtórne). Zmiany lokalizują się na śluzówkach podniebienia miękkiego, twardego, błony śluzowej policzków, czasem obejmują dziąsła i język. Zmiany mogą szerzyć się na błonę śluzową gardła i przełyku, utrudniać połykanie, powodować chrypkę, świąd i pieczenie śluzówek oraz związany z tym niepokój, utratę łaknienia. W leczeniu stosuje się leki przeciwgrzybicze; preparaty zawierające kwas borny (Aphtin) są przeciwwskazane. Przy obecności zaburzeń ssania, karmienia wskazana jest ocena budowy jamy ustnej i wędzidełka języka.

Z uwagi na obecność czynników ryzyka duży odsetek noworodków urodzonych przedwcześnie, nawet przy prawidłowej ocenie otoemisji akustycznej w badaniu przesiewowym, posiada wskazania do kontrolnego badania słuchu po opuszczeniu szpitala. Powtórne badanie słuchu powinno być dokonane do końca 2. miesiąca życia dziecka. Często wskazana jest również ocena wywołanych potencjałów słucho-

wych w ośrodkach audiologicznych III stopnia referencyjności, związanych z badaniami przesiewowymi słuchu.

Wśród omawianej grupy pacjentów częściej spotykamy też zaburzenia zachowania, takie jak: nadpobudliwość, płaczliwość, negatywne reakcje na bodźce dotykowe, często związane z długotrwałym leczeniem w oddziale intensywnej terapii. Ryzyko nadpobudliwości ruchowej z deficytem uwagi (ADHD) jest 2–3-krotnie wyższe u dzieci urodzonych < 32. tygodniu ciąży, i 4-krotnie wyższe u skrajnych wcześniaków. W całościowej opiece nad wcześniakiem nie można więc pominąć roli opieki psychologicznej, neurologopedycznej i całego szeregu działań rozumianych jako wczesna interwencja rozwojowa.

Ocena higieny ciała noworodka

W opiece pediatrycznej nad noworodkiem, zwłaszcza urodzonym przedwcześnie, ważna jest ocena sposobu zapewniania higieny ciała noworodka (kąpiel, toaleta, przewijanie i zmiana pieluszek, ubranie), a także ocena higieny pomieszczenia, w którym przebywa noworodek.

Podstawowe zasady opieki nad noworodkiem obejmują:

- zapewnienie odpowiedniej temperatury otoczenia (dla wcześniaków 22–25°C) (przegrzewanie też jest szkodliwe) – objawy hipotermii: apatia, niechęć do jedzenia, obniżona temperatura ciała $T < 36,1^{\circ}\text{C}$ –sinica, bezdechy, obrzęki;
- higiena – mycie rąk, aseptyczne przygotowywanie posiłków, wietrzenie pomieszczeń, unikanie kontaktu z osobami chorymi;
- ubranie – czyste, nie krępujące ruchów, wykonane z naturalnych surowców;
- wyeliminowanie szkodliwych czynników środowiskowych (dym tytoniowy, chemikalia).

W codziennej opiece nad noworodkiem należy zwrócić uwagę rodziców na pozycję, w jakiej układane jest dziecko. Pozycja na brzuchu ułatwia rozwój psychomotoryczny przez ćwiczenie mięśni szyi, pleców i ramion, sprzyja prawidłowemu kształtowaniu stawów biodrowych, przez poszerzenie pola widzenia dziecka stymuluje jego rozwój, ucisk ciężaru tułowia na brzuszek ułatwia odchodzenie gazów z żołądka i jelita, co przeciwdziała kolkom. Jednak pozycja ta zalecana jest tylko w czasie czuwania nad dzieckiem (nie w nocy). Przy układaniu dziecka na boku (pozycja korzystna z uwagi na zmniejszone ryzyko zachłyśnięcia) konieczna jest zmiana stron. Leżenie wyłącznie na wznak powoduje spłaszczenie potylicy.

Ocena stanu kikutu pępowiny i dna pępka obejmuje:

- stan kikutu pępowiny: wilgotny, ropiejący, suchy;
- stan dna pępka: suche, wilgotne, ropiejące, ziarninujące, stan zapalny okołopępkowy, przepuklina pępkowa (w większości przypadków zamyka się samistnie przed końcem 1. roku życia, bardzo rzadko powikłania w postaci uwięźnięcia przepukliny i perforacji jelit wewnątrz przepukliny – terapia uciskowa

jest nieskuteczna, powoduje uszkodzenia skóry, do chirurga należy kierować, gdy średnica > 2 cm, przepuklina utrzymuje się do 3.–4. roku życia, wystąpią powikłania).

Wytyczne Nadzoru Krajowego w dziedzinie neonatologii definiują sposób pielęgnacji kikutu pępowinowego:

- nie należy niczym przykrywać kikutu pępowiny. Pieluszką powinna być zamknięta poniżej kikutu pępowiny, aby zapewnić swobodny dostęp powietrza. Jest to tzw. sucha pielęgnacja pępowiny; jej stosowanie skraca czas odpadnięcia kikutu;
- nie zaleca się stosowania alkoholu etylowego do odkażania kikutu pępowiny, zarówno w warunkach szpitalnych, jak i w domu. Alkohol działa drażniąco na skórę noworodka i może wywierać działanie toksyczne, ponadto wydłuża czas odpadnięcia kikutu;
- przed przystąpieniem do pielęgnacji pępowiny należy dokładnie umyć ręce wodą z mydłem.

Badania przesiewowe i szczepienia ochronne

Do zadań personelu POZ należy również ocena realizacji badań przesiewowych oraz szczepień u noworodków. Istotne jest wczesne rozpoczęcie immunizacji wcześniaków z uwagi na zwiększone ryzyko zachorowań, przeciw którym istnieje możliwość szczepienia, jak również ze względu na udowodnioną skuteczność i bezpieczeństwo takiego postępowania. Szczepienie dzieci urodzonych przedwcześnie nie musi być poprzedzone konsultacją neurologiczną, chyba że istnieje podejrzenie choroby OUN.

Stanowisko Grupy Ekspertów w sprawie szczepienia dzieci przedwcześnie urodzonych oraz z małą urodzeniową masą ciała zakłada:

- szczepienie BCG po osiągnięciu masy ciała 2000 g; matki HIV+ po wykluczeniu zakażenia odmatczynego;
- obowiązkowa kontrola HBs w ciąży; matka HBs dodatnia: immunoglobulina + szczepienie w ciągu 12 godz. po urodzeniu; Hbs nieznany: immunoglobulina + szczepienie w ciągu 12 godzin po urodzeniu;
- szczepienie przeciw WZW B u wcześniaków:
 - 4-dawkowy schemat szczepienia (0., 1., 2., 12. miesiąc) u noworodków z masą ciała < 2000 g w momencie podania pierwszej dawki,
 - 3-dawkowy schemat szczepienia (0., 1., 6. miesiąc) u noworodków z masą ciała > 2000 g w momencie podania pierwszej dawki,
 - zalecana kontrola poziomu antyHBs + HBsAg w 9.–15. miesiącu życia lub po 1.–3. miesiącu od zakończenia szczepień podstawowych;
- zalecane u wcześniaków szczepionki penta i hexawalentne (acelularny krztusiec);
- szczepienia przeciw pneumokokom w schemacie 3+1;

- zalecane szczepienia przeciw rotawirusom: po 6. tygodniu życia, u wcześniaków urodzonych po 25.–27. tygodniu ciąży (rodzaj szczepionki zależy od CHPL i wieku płodowego),
- zalecane szczepienie przeciwko grypie po 6. miesiącu, uodpornienie osób z otoczenia;
- zalecane szczepienie przeciwko meningokokom grupy B oraz A, C, W135, Y (w pierwszej kolejności szczepienie przeciwko MenB) po 8. tygodniu życia;
- przeciwko ospie wietrznej po 9. miesiącu życia;
- immunizacja przeciwko RSV (*respiratory syncytial virus*).

W przypadku przedłużonej hospitalizacji > 6. tygodnia życia szczepienia rozpoczynane są w szpitalu, zgodnie z wiekiem kalendarzowym dziecka. Z uwagi na częściej występujące u wcześniaków powikłania, takie jak bezdech czy bradycardia, zwłaszcza u wcześniaków o skrajnie małej urodzeniowej masie ciała (poniżej 32. tygodnia życia płodowego), szczepienia wykonuje się na kilka dni przed planowanym wypisem do domu, a u wcześniaków urodzonych przed 26. tygodniem życia płodowego w wieku ok. 12 tygodni życia. W tych przypadkach dziecko otrzymuje szczepienie DiTePer z acelularną składową krztuśca, szczepienie przeciwko Hemophilus influenzae oraz przeciwko pneumokokom, a także przeciwko WZW B oraz BCG.

Uodpornienie przeciwko RSV – program profilaktyczny polegający na stosowaniu przeciwciała monoklonalnego u wszystkich noworodków urodzonych przed ukończeniem 28. tygodnia życia płodowego (od 2018 roku 32. tygodnia życia płodowego) lub z rozpoznaną dysplazją oskrzelowo-płucną. Program polega na podaniu maksymalnie 5 dawek paliwizumabu (w odstępach miesięcznych) w sezonie zakażeń wirusem RS, trwającym od 1 października do 30 kwietnia. Immunizację paliwizumabem przeprowadza się jednorazowo i należy ją rozpocząć przed ukończeniem 1. roku życia. Celem jest zmniejszenie zachorowalności na zakażenia spowodowane przez RSV, które u wcześniaków często prowadzą do niewydolności oddechowej i konieczności ponownej hospitalizacji.

Inne problemy kliniczne w przypadku wcześniaków mogą dotyczyć zaburzeń funkcji nerek, takich jak: zmniejszenie zdolności zagęszczania moczu, trudności z utrzymaniem równowagi wodno-elektrolitowej oraz kwasowo-zasadowej (kwasica metaboliczna), upośledzenie zdolności wydalania niektórych substancji, w tym leków. Problemem jest też niedojrzałość immunologiczna i zaburzenia odporności związane z niedoborem przeciwciał odmatczywych, małą produkcją własnych przeciwciał, upośledzeniem odporności komórkowej, co powoduje zwiększoną podatność na zakażenie.

Podsumowanie

Całość działań szeregu zaangażowanych osób związanych ze sprawowaniem długofalowej opieki nad pacjentem, jakim jest noworodek urodzony przedwcześnie, ma na celu uniknięcie lub zminimalizowanie skutków późnych powikłań wcześniactwa,

takich jak: następstwa uszkodzenia układu nerwowego, w tym mózgowo porażenie dziecięce (MPD), padaczka, upośledzenie umysłowe, zaburzenia neuropsychologiczne, zaburzenia narządów zmysłu (widzenia, słyszenia), retinopatia wcześniacza – ROP, przewlekła choroba płuc – CLD, zaburzenia rozwoju somatycznego, krzywiца, osteopenia wcześniaków i niedokrwistość.

Bibiligrafia

1. Szczapa J. *Podstawy Neonatologii*. Warszawa: PZWL; 2008.
2. American Academy of Pediatrics, Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation [published correction appears in *Pediatrics*. 2004; 114(4): 1138]. *Pediatrics* 2004; 114 (1): 297–316.
3. Anderson DM. Nutritional assessment and therapeutic interventions for the preterm infant. *Clin Perinatol* 2002 Jun; 29 (2): 313–326.
4. Reis BB, Hall RT, Schanler RJ, et al. Enhanced growth of preterm infants fed a new powdered human milk fortifier: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2000; 106: 581–588.
5. Gadzinowski J, Cloherty JP, Eichenwald EC, Hansen AR, Stark AR. *Neonatologia*. Warszawa: PZWL; 2015.
6. Królak-Olejnik B. *Noworodek donoszony pacjentem lekarza podstawowej opieki zdrowotnej*. Wrocław: UM; 2018.
7. *Standardy opieki medycznej nad noworodkiem w Polsce. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego*. Wyd. II. Warszawa: Media Press; 2017.
8. *Standardy opieki ambulatoryjnej nad dzieckiem urodzonym przedwcześnie. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego, i Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego*. Warszawa: Media Press; 2018.
9. Szczapa J. Pielęgnacja skóry noworodka i niemowlęcia. *Stand Med, Pediatr* 2017; 14: 527–530.
10. Helwich E, Gruszfeld D, Gulczyńska E, Mazela J, Bober-Olesińska K, et al. Ocena stanu odżywienia i żywienia dzieci przedwcześnie urodzonych. Standard żywienia wcześniaków. *Stand Med, Pediatr* 2014; 11: 165–166.
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 06.11.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. 2013, poz. 1413).
12. Gulczyńska E, Czech-Kowalska J, Szczepański M. Standardy żywienia po wypisie ze szpitala noworodków urodzonych przedwcześnie. *Stand Med, Pediatr* 2014; 11: 179–188.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Marta Berghausen-Mazur
ul. Ostowa Północna 2, 51-180 Wrocław
tel. 607 535 043
e-mail: marta@pukam.pl

Opieka pielęgniarstwa nad pacjentką po amputacji kończyny w przebiegu stopy cukrzycowej w środowisku domowym

*Zuzanna Lukas, Anna Spoida, Anna Sroślak,
Paulina Staniek, Daniel Stajszyk, Anna Klimczyk*

Wydział Nauk Medycznych, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Wstęp

Szacuje się, iż w 2011 roku liczba osób dotkniętych cukrzycą w Polsce osiągnęła liczbę 2 800 000. Coraz większa liczba chorych oraz wzrost ich przeżywalności prowadzi do lawinowego wzrostu przewlekłych powikłań wynikających z cukrzycy [1]. Wśród tych powikłań wymienia się zespół stopy cukrzycowej [ZSC], uważany za jedno z najpoważniejszych, ponieważ w krótkim czasie może być przyczyną ciężkiego kalectwa oraz niezwykle obciąża psychicznie i fizycznie chorego [2]. W oparciu o definicję Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) „zespół stopy cukrzycowej oznacza obecność infekcji, owrzodzenia, destrukcji głębokich tkanek z obecnością cech neuropatii oraz niedokrwienia o różnym stopniu zaawansowania” [2]. Do najważniejszych czynników etiologicznych owrzodzeń stóp zalicza się neuropatię cukrzycową oraz niedokrwienie kończyn dolnych. Pod względem dominującego czynnika etiologicznego wyróżnia się trzy rodzaje zespołu stopy cukrzycowej, tj. stopę neurogenną, niedokrwieniową oraz mieszaną neurogenno-niedokrwieniową [3]. Polineuropatia cukrzycowa jest odpowiedzialna za ponad 70% owrzodzeń zlokalizowanych na stopach, zaś czyste niedokrwienie stanowi jego niewielki odsetek. Pozostałe przypadki owrzodzeń mają mieszaną etiologię [4]. Wśród czynników etiopatogenetycznych rozwoju owrzodzenia wymienić można także czynniki mechaniczne, które dzieli się na wewnętrzne oraz zewnętrzne. Do czynników wewnętrznych zalicza się deformacje stopy, wyniosłości kostne, ograniczoną ruchomość stawów, deformacje stawów, modzele, zmienione właściwości tkanek oraz neuroartropatię. Czynniki zewnętrzne to źle dopasowane obuwie, chodzenie boso, urazy mechaniczne stóp oraz ciała obce znajdujące się w bucie lub na podłożu [5]. Ist-

nieje wiele systemów klasyfikacji stosowanych w celu opisanego owrzodzenia, które mogą być pomocne w stworzeniu standaryzowanych metod. Najbardziej popularnym systemem klasyfikacji jest skala Wagnera, która opiera się na ocenie głębokości rany oraz rozległości martwiczych tkanek. Jest to skala pięciostopniowa, która przedstawiona jest w tabeli 1 [6].

Tabela 1. Klasyfikacja owrzodzeń według skali Wagnera [6]

Stopień	Charakterystyka
1	Owrzodzenie powierzchowne
2	Owrzodzenie obejmujące ścięgna, więzadła, torebkę stawową lub powięź; nie występuje ropień ani zapalenie kości
3	Głębokie owrzodzenie z ropniem lub zapaleniem kości
4	Zgorzel części stopy
5	Rozległa zgorzel stopy

Amputacje w przebiegu zespołu stopy cukrzycowej

W zespole stopy cukrzycowej amputacja jest ostateczną metodą leczenia, kiedy to wielokierunkowe postępowanie obejmujące leczenie owrzodzeń i martwicy, farmakoterapię oraz rewaskularyzację nie przynoszą pożądanych efektów [1].

Amputacja, inaczej odjęcie, jest to zabieg operacyjny polegający na usunięciu narządu lub jego części [7].

W przebiegu zespołu stopy cukrzycowej amputacje dzielą się na pierwotne oraz wtórne. Amputacje ze wskazań pierwotnych to te, które muszą być przeprowadzone natychmiastowo, bez wcześniejszych prób rewaskularyzacji. Tymi wskazaniami są ból spoczynkowy niemożliwy do opanowania przy obecności przeciwwskazań do zabiegu przywrócenia prawidłowego krążenia w świetle naczyń, zakażenie rany zagrażające życiu pacjenta, kiedy także nie ma szans na zabieg naprawczy naczyń, utrwalony przykurcz kończyny oraz rozległa martwica tkanek stopy [1].

Amputacje wtórne to te, które mogą być odroczone w czasie. Do nich należą postępujące zmiany miażdżycowe w naczyniach obwodowych kończyny, kiedy nie ma już możliwości kolejnego zabiegu inwazyjnego oraz utrzymujące się zakażenie pomimo zabiegu rewaskularyzacji [1].

Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest ukazanie opieki pielęgniarskiej nad pacjentką po amputacji kończyny w przebiegu zespołu stopy cukrzycowej w środowisku domowym.

Celem pracy jest również przybliżenie aspektów klinicznych zespołu stopy cukrzycowej z zastosowaniem larwoterapii oraz przedstawienie indywidualnego procesu pielęgnowania.

Materiał i metody

W pracy zastosowano metodę indywidualnego przypadku zwaną także studium przypadku. W celu zgromadzenia informacji o pacjentce zastosowano następujące techniki badawcze: wywiad bezpośredni, obserwację oraz analizę dokumentacji medycznej chorej. Narzędziami badawczymi zastosowanymi w pracy są zdjęcia przedstawiające ranę przed larwoterapią, w trakcie oraz po niej, a także historia choroby pacjentki.

Opis przypadku

Pacjentka (l. 54) hospitalizowana z powodu cukrzycowej polineuropatii czuciowo-ruchowej, po amputacji kończyny dolnej lewej na wysokości podudzia.

Pacjentka została przyjęta na oddział chirurgii ogólnej w dniu 11.10.2017 roku ze zgorzelą wilgotną stopy. W wywiadzie podała, że przyczyną powstania zgorzeli był niewielki uraz stopy z wtórnym zakażeniem, które rozwinęło się bardzo szybko (w przeciągu tygodnia). U chorej występuje również nadciśnienie tętnicze, otyłość (waga 140 kg), cukrzyca typu II leczona insuliną. Po dwóch tygodniach po zabiegu doszło do zakażenia rany i rozejścia się jej brzegów. W leczeniu rany za-



Rycina 1. Rana po zastosowanym leczeniu szpitalnym, w dniu wypisu pacjentki ze szpitala [źródło własne]



Rycina 2. Rana w dniu wypisu pacjentki ze szpitala – ujęcie z boku [źródło własne]

stosowano opatrunek podciśnieniowy VAC (*vacuum-assisted closure*). Opatrunki VAC wymieniano co 3 dni. Zastosowanie techniki opatrunku podciśnieniowego utrzymano przez okres 20 dni, co pozwoliło ograniczyć rozwój infekcji i usunąć nadmiar wysięku. Po tygodniu od zakończenia stosowania techniki VAC doszło do nawrotu zakażenia rany. Skóra wokół rany żywczerwona, obrzęknięta. Brzegi rany nierówne, dno pokryte martwicą w postaci żółtego rozplywnego włókna.

Na ranę przez okres 10 dni, raz dziennie, zakładało się opatrunek z Inadine. Do przemywania rany używano Octeniseptu. Skórę wokół rany natłuszczano wazeliną.

W dniu 6.12.2017 roku (po 57 dniach hospitalizacji) pacjentka została wypisana z oddziału chirurgii do domu z zaleceniem dalszego leczenia rany w środowisku domowym. Pacjentce zaproponowano oczyszczenie rany metodą biochirurgiczną – za pomocą larw much, na którą pacjentka wyraziła zgodę.

Larwoterapia polega na stosowaniu larw muchy *Lucilla sericata* na rany przewlekłe i trudno gojące się. Działanie larw polega na tym, że wydzielają one enzymy pro-



Rycina 3. Rana po trzecim dniu larwoterapii [źródło własne]



Rycina 4. Rana po piętnastym dniu larwoterapii [źródło własne]



Rycina 5. Rana po ostatnim – 8, zabiegu (15. dniu) oczyszczania larwami [źródło własne]

teolityczne – substancje trawiące martwe tkanki oraz pochłaniają produkty ich rozpadu. Nie niszczą przy tym zdrowej, żywej tkanki. Larwy nie tylko usuwają martwe tkanki, ale działają również przeciwbakteryjnie, hamują reakcję zapalną i wpływają korzystnie na proces gojenia się rany [8–10].

Larwy hodowane są w warunkach sterylnych. Przed ich założeniem rana powinna być umyta, odkażona i osuszona. Larwy można stosować bezpośrednio na ranę w formie opatrunku otwartego – umieszcza się je w liczbie 10 sztuk na 1 cm owrozdzenia, bądź jako opatrunek zamknięty, tzw. biopack. Brzegi rany należy smarować maścią cynkową, aby zapobiec wydostaniu się larw poza ranę. Na larwy zakłada się jałowy opatrunek i przymocowuje bandażem. Opatrunek pozostaje na ranie przez 48–72 godziny. W tym czasie larwy rosną do wielkości ok. 8 mm, następnie należy je usunąć z miejsca rany. Kończynę, na której jest założony opatrunek, powinno się unieruchomić na czas terapii, aby nie dopuścić do uszkodzenia larw [8–10].

Obecnie rana jest pokryta żywoczerwoną ziarniną i nie ma zmian martwiczych. Zmniejszył się obrzęk kończyny. Ranę zaopatrzono opatrunkiem Atrauman Ag.

Proces pielęgnowania

I. Diagnoza pielęgniarska: Niewłaściwe gojenie się rany po amputacji kończyny dolnej spowodowane zakażeniem rany.

Cel: Przywrócenie prawidłowego procesu gojenia się rany, zlikwidowanie zakażenia rany.

Realizacja:

1. Zaopatrywanie rany jałowym opatrunkiem z larwami muchy *Lucilla sericata* i mocowanie opatrunku bandażem.
2. Nakładanie na brzegi rany maści cynkowej.
3. Zmiana opatrunku co 48–72 h.
4. Edukacja pacjentki w zakresie pielęgnacji rany.

Ocena: Po zastosowaniu larwoterapii rana pooperacyjna ulegała stopniowemu oczyszczaniu.

II. Diagnoza pielęgniarska: Wahania wartości glikemii spowodowane jednostką chorobową.

Cel: Doprowadzenie do normoglikemii.

Realizacja:

1. Pomiar glikemii 4 razy dziennie oraz w razie potrzeby.
2. Podaż insuliny w zależności od glikemii.
3. Korekcja dawek insuliny przy hiperglikemii.
4. Przestrzeganie stałych pór podawania insuliny oraz prawidłowo skomponowanych posiłków.
5. Modyfikacja diety pacjenta.

6. Obserwacja pacjentki pod względem wystąpienia objawów hipo- lub hiper- glikemii.

7. Udokumentowanie działań pielęgniarских.

Ocena: Wartości glikemii nadal ulegają wahaniom. Konieczna dalsza obserwacja pacjentki.

III. Diagnoza pielęgniarська: Ból spowodowany niegojącą się raną po odjęciu kończyny.

Cel: Zmniejszenie bólu.

Realizacja:

1. Określenie wielkości bólu na podstawie werbalnych oraz niewerbalnych komunikatów chorej.
2. Obserwacja pacjentki w kierunku nasilenia bólu.
3. Ułożenie pacjentki w wygodnej, zmniejszającej doznania bólowe pozycji.
4. Podanie leków przeciwbólowych.
5. Obserwacja pacjentki pod kątem reakcji na podane leki przeciwbólowe.

Ocena: Ból rany nadal występuje. Konieczna dalsza obserwacja pacjentki.

IV. Diagnoza pielęgniarська: Otyłość pacjentki spowodowana niewłaściwym trybem życia.

Cel: Redukcja masy ciała. Zmiana trybu życia.

Realizacja:

1. Kontrola masy ciała i obliczanie wskaźnika BMI.
2. Zaproponowanie i motywowanie do ćwiczeń fizycznych, które pacjentka może wykonywać samodzielnie.
3. Edukacja na temat zasad prawidłowego odżywiania.
4. Włączenie rodziny pacjentki w proces aktywizacji ruchowej i zmian nawyków żywieniowych.

Ocena: Pacjentka stosuje się do zaleceń zdrowego trybu życia. Masa ciała wymaga dalszej redukcji.

V. Diagnoza pielęgniarська: Utrudnione poruszanie się i deficyt samoopieki spowodowany amputacją kończyny.

Cel: Zwiększenie samodzielności pacjentki.

Realizacja:

1. Asystowanie pacjentce podczas przesiadania się z łóżka na wózek oraz edukacja, jak zrobić to samodzielnie.
2. Motywowanie pacjentki do ćwiczeń.
3. Włączenie rodziny w proces rehabilitacji.
4. Zapewnienie konsultacji z fizjoterapeutą.
5. Edukacja na temat pielęgnacji kikuta.

Ocena: Pacjentka nadal wymaga niewielkiej pomocy przy poruszaniu się i wykonywaniu czynności dnia codziennego.

VI. Diagnoza pielęgniarska: Deficyt wiedzy pacjentki na temat profilaktyki zespołu stopy cukrzycowej.

Cel: Zniwelowanie deficytu wiedzy.

Realizacja:

1. Rozmowa na temat pielęgnacji stopy cukrzycowej.
2. Nauka przycinania paznokci w odpowiedni sposób, czyli na prosto i niezbyt krótko.
3. Bardzo ostrożne obchodzenie się z narzędziami podczas obcinania paznokci, tak aby nie uszkodzić naskórka.
4. Zalecenie masażu stopy, który ma za zadanie poprawić ukrwienie stopy.
5. Rozmowa na temat codziennego mycia stopy w wodzie o temp. 37°C, dokładne osuszanie z uwzględnieniem przestrzeni międzypalcowych.
6. Edukacja dotycząca noszenia odpowiedniego obuwia o właściwym numerze.

Ocena: Pacjentka nadal wymaga edukacji oraz ciągłej kontroli dotyczącej pielęgnacji stopy.

VII. Diagnoza pielęgniarska: Złe samopoczucie pacjentki spowodowane obecnym stanem zdrowia.

Cel: Poprawa samopoczucia.

Realizacja:

1. Rozmowy z pacjentką na tematy nie tylko związane z jej jednostką chorobową.
2. Zapewnienie dostępu do psychologa.
3. Rozwiewanie wszelkich wątpliwości pacjentki związanych z jej stanem.
4. Współpraca i rozmowa z rodziną pacjentki.
5. Pomoc przy każdej czynności, która sprawia problem pacjentce.

Ocena: Pacjentka wymaga ciągłej obserwacji, rozmowy. Samopoczucie pacjentki bez zmian.

Dyskusja

Leczenie w przebiegu stopy cukrzycowej może przebiegać na różne sposoby, w zależności od powikłań. Bartosz Wanot i wsp. w artykule „Amputacja kończyny dolnej jako najcięższe powikłanie cukrzycy”, zaznaczają, że wskutek niewłaściwie leczonej cukrzycy może dojść do rozwoju zespołu stopy cukrzycowej i dalszych nieprawidłowości. Za największe problemy uznają m.in. owrzodzenia, ropowice, martwice oraz zgorzel. Dwa ostatnie wystąpiły również u pacjentki opisanej w niniejszym artykule. Najcięższym z powikłań określają amputację kończyny, do któ-

rej może dojść nawet na skutek pozornie niegroźnych uszkodzeń stopy, które mogą zainicjować rozwój poważnego zakażenia. Tak również stało się w przypadku opisywanej pacjentki. Autorzy ww. artykułu podkreślają, że do najcięższych powikłań związanych z amputacją należą m.in. krwiaki, infekcje, bóle, nerwiaki, a leczenie powikłań jest trudniejsze ze względu na przedłużający się pobyt pacjenta w szpitalu. Przypomnijmy, że opisywana pacjentka spędziła po amputacji 57 dni w szpitalu z powodu infekcji [11].

Paulina Mościcka i wsp. podkreślają, że ZSC najczęściej występuje u osób w przedziale wiekowym 55–65 lat, głównie mężczyzn, a rokowania u chorych poddanych amputacjom są złe. W art. opisano 50-letniego mężczyznę, u którego wskutek powikłań ZSC konieczna była amputacja kończyny, po której doszło do zakażenia rany. Łóżysko rany było systematycznie oczyszczane, zastosowano sonoterapię. Na ranę aplikowano Octenilin, następnie AquacelR Ag+. Stosowano również gąbkę garamycynową oraz opatrunek piankowy SuprasorbR P. W końcowym etapie leczenia zastosowano leczenie opatrunkami z Granuflexu. Leczenie przyniosło zamierzone efekty i rana zagoiła się. Podobnie było w przypadku pacjentki opisywanej w niniejszym artykule – doszło do amputacji, następnie zakażenia i próby leczenia rany poprzez stosowanie opatrunków. Jednakże leczenie okazało się nieskuteczne i należało wdrożyć następne sposoby leczenia, aby zapobiec dalszej amputacji – larwoterapię, później ozonoterapię. Dopiero po zastosowanych metodach rana zaczęła się goić [12].

Bartosz Cybułka opisał pacjentów, u których zastosowano terapię podciśnieniową, a następnie leczenie tlenem hiperbarycznym. W przypadku pierwszego pacjenta zastosowano 30 sesji terapii, u drugiego – jedynie 5, a u trzeciego pacjenta leczenie trwało aż 77 dni. Cybułka uznaje opisany sposób leczenia za najbardziej optymalny, gdyż u wszystkich pacjentów doszło do zagojenia rany i braku dalszych powikłań [13].

W każdym ze wspomnianych artykułów zaznacza się, że ZSC należy do groźnych oraz częstych powikłań cukrzycy. Często dochodzi do amputacji i późniejszych zakażeń. Metodę larwoterapii w leczeniu ran przewlekłych stosuje się rzadko. Leczenie opisanej przez autorki pacjentki odbywało się w domu, co ograniczyło stres pacjentki i trwało przez 6 sesji, a następnie na ranę zakładano opatrunki ze srebrem. Dopiero zastosowana terapia zaczęła przynosić efekty w postaci zmniejszenia ogniska zapalenia, zmniejszenia ilości ropy – czyli rozpoczęcia się procesu gojenia. Leczenie zakażenia trwało krócej niż wspomniane leczenie metodą podciśnieniową w artykule Cybułki. Widzimy, że każdy przypadek należy rozpatrywać indywidualnie i nie ma reguły, która metoda leczenia przyniesie najbardziej pożądaną skutki.

Wnioski

Terapia biochirurgiczna z zastosowaniem larw much *Lucilia sericiata* jest skuteczną metodą oczyszczania zakażonej, trudno gojącej się rany. Larwoterapia to prosta, wydajna oraz dobrze tolerowana przez pacjenta metoda leczenia trudno gojących

się ran, w sytuacji wyczerpania konwencjonalnych metod leczenia oraz interwencji chirurgicznych. Terapię larwalną stosuje się w warunkach ambulatoryjnych. Niewątpliwie opieka nad pacjentem wymaga interdyscyplinarności. Pielęgniarka odgrywa znaczącą rolę w opiece nad pacjentem po amputacji kończyny w środowisku domowym.

Bibliografia

1. Karnafel W, red. *Zespół stopy cukrzycowej*. Warszawa: PZWL; 2013.
2. Korzon-Burakowska A. Zespół stopy cukrzycowej – patogeneza i praktyczne aspekty postępowania. *Choroby Serca i Naczyń* 2007; 4 (2): 93–98.
3. Szewczyk A, red. *Pielęgniarstwo diabetologiczne*. Warszawa: PZWL; 2013.
4. Pawłowski M, Szyłło N. Zespół stopy cukrzycowej – praktyczne porady. *Diabetol Dypl* 2017; 14 (1): 39–41.
5. Sieradzki J, red. *Cukrzyca – kompendium*. Gdańsk: Via Medica; 2009.
6. Korzon-Burakowska A. Patofizjologia, klasyfikacja i leczenie owrzodzeń stóp u chorych na cukrzycę. *Diabetol Prakt* 2009; 10 (5): 209–216.
7. Szczęsny G. Amputacje urazowe kończyn. *Chirurgia urazowa* 2015; 5 (10): 13–19.
8. Margas M, Krakowiecki A. Niekonwencjonalne metody leczenia miejscowego w zespole stopy cukrzycowej. *Diabetologia, Gastroenterologia, Otyłość* 2011; 18 (1): 38–41.
9. Margas M, Rosiński G, Krakowiecki A. Zastosowanie terapii larwalnej w zespole stopy cukrzycowej – doświadczenia własne. *Kardiadiabetologia* 2010; 236 (3): 52–55.
10. Rosiński G, Krakowiecki A, Kasprowicz M. *Atlas profilaktyki, diagnostyki i leczenia zespołu stopy cukrzycowej*. Poznań: Termedia; 2009.
11. Wanot B, Nierobisz E, Biskupek-Wanot A. Amputacja kończyny dolnej jako najcięższe powikłanie cukrzycy. *Med Rodz* 2017; 20 (1): 68–73.
12. Mościcka P, Szewczyk M, Cwajda-Białasik J. Zespół stopy cukrzycowej – najczęstsze powikłanie cukrzycy – opis przypadku. *Leczenie Ran* 2016; 13 (1): 15–19.
13. Cybułka B. Skuteczna prewencja amputacji dużych w przebiegu stopy cukrzycowej. Zastosowanie terapii podciśnieniowej – opis przypadków. *Leczenie ran* 2016; 13 (1): 21–28.

Adres do korespondencji:

mgr Anna Klimczyk
Wydział Nauk Medycznych
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
ul. Katowicka 68, 45-060 Opole
tel. 77 4423540
e-mail: klimczyka@wsm.opole.pl

Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentką z reumatoidalnym zapaleniem stawów w środowisku domowym na podstawie opisu przypadku

Edyta Hajduk, Teresa Niechwiadowicz-Czapka

Wydział Nauk Medycznych,
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa

Wstęp

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) to długotrwała choroba systemowa tkanki łącznej o podłożu autoimmunologicznym. Cechuje się niespecyficznym zapaleniem stawów, pojawieniem się modyfikacji pozastawowych i komplikacji układowych. Przebieg choroby jest długotrwały, z okresami remisji i zaostrzeń, prowadzi do zniekształcenia stawów, niepełnosprawności, często też inwalidztwa, a nawet przedwczesnego zgonu [1].

Przyczyny RZS nie są dostatecznie znane, ale w mechanizmie powstania choroby znaczącą rolę odgrywają:

- czynniki środowiskowe, do których zalicza się zakażenia wirusowe, mykoplazmatyczne i bakteryjne (tu wymienia się zakażenie *Porphyromonas gingivalis* prowadzące do chorób zapalnych przyzębia); ważnym czynnikiem wywołującym jest długotrwałe palenie tytoniu;
- czynniki genetyczne, na które znaczny wpływ ma obecność antygenów głównego układu zgodności tkankowej (MHC) klasy II, które występują w komórkach prezentujących antygen;
- zaburzenia immunologiczne [2].

Typowe objawy

Typowymi objawami dla RZS są ból oraz obrzęk osiowych stawów rąk i stóp, czasem także dużych stawów, np. kolanowych czy barkowych. Ponadto RZS charakteryzuje się też tzw. sztywnością poranną o zróżnicowanym czasie trwania – najczęściej

powyżej jednej godziny [3]. W zaawansowanym stadium RZS występują ograniczenia ruchomości, zeszywnienie stawów, zaburzenie ich gęstości, zaniki mięśniowe.

Objawy pozastawowe dotyczą:

- skóry: guzki reumatoidalne, zmiany zanikowe skóry, zapalenie naczyń skórnych;
- narządu wzroku: zapalenie twardówki, tęczówki;
- płuc: guzki reumatoidalne w płucach, zarostowe zapalenie oskrzelików z organizującym się zapaleniem płuc, zapalenie naczyń tętnicznych płucnych;
- serca: kardiomiopatia;
- układu nerwowego: neuropatia, zmiany w odcinku szyjnym kręgosłupa;
- nerek: przewlekła choroba nerek;
- jamy ustnej: zespół suchości;
- objawów hematologicznych: niedokrwistość, trombocytopenia;
- objawów naczyniowych: uogólnione zapalenie naczyń, miażdżyca;
- układu kostnego: osteoporoza wtórna;
- powiększenia węzłów chłonnych w okolicy podżuchwowej, szyjnej, pachowej i łokciowej [4].

W miarę postępu choroby zmiany dotyczą coraz większej liczby stawów, co w konsekwencji prowadzi do ich zniszczenia, deformacji oraz osłabienia ogólnej kondycji chorego. W praktyce klinicznej duże znaczenie ma określenie stopnia wydolności chorego:

Tabela 1. Stopnie wydolności chorego i ich charakterystyka [5]

Stopień wydolności chorego	Opis
I	kompletna wytrzymałość czynnościowa umożliwiająca wykonanie czynności dnia codziennego bez najmniejszej trudności
II	wydolność, która jest dostateczna do zrealizowania czynności codziennych, pomimo towarzyszącego bólu lub małej elastyczności zarówno jednego, jak i kilku stawów
III	kondycja, która umożliwia wykonanie zaledwie kilku elementarnych czynności codziennych za pomocą adekwatnych urządzeń, niemoc podczas samodzielnego sporządzenia posiłków oraz brak możliwości wychodzenia z domu bez obecności drugiej osoby
IV	unieruchomienie w łóżku lub na wózku z brakiem możliwości samoobsługi, konieczna pomoc drugiej osoby, również podczas poruszania się na wózku

Obraz kliniczny RZS

Obraz kliniczny RZS u osób po 60. roku życia charakteryzuje się odmiennym przebiegiem zbliżonym do polimialgii reumatycznej. Cechami charakterystycznymi dla tej postaci jest ostry początek choroby, często ze współistniejącymi objawami ogólnymi i spadkiem masy ciała, które poprzedzają objawy RZS. Ból i obrzęk dotyczy dużych, proksymalnych stawów kończyn górnych, najczęściej stawu barkowego. W tej postaci choroby rzadko dochodzi do klasycznych deformacji w stawach rąk. Charakteryzuje ją bogaty obraz objawów układowych, włącznie z podwyższeniem białka ostrej fazy (CRP). Rzadko występują guzki podskórne, a czynnik reumatoidalny (RF) jest zazwyczaj niewykrywalny [6].

Ogromny wpływ na przebieg RZS ma często współwystępująca (u około 65% chorych) depresja. Obniżenie nastroju i apatia są skutkiem znacznego stężenia cytokin prozapalnych w RZS. Ogromny wpływ na rozwój depresji w RZS mają czynniki endogenne i psychologiczne oraz zaburzenia odpornościowe będące bezpośrednią przyczyną choroby. Wczesne rozpoznanie depresji i wdrożenie terapii lekami antydepresyjnymi poprawia rokowania w RZS, zmniejsza śmiertelność [7].

Zespół neurasteniczny, zwany zespołem zmęczenia, to kolejna zmiana w zakresie psychiki chorych na RZS. Charakterystycznymi objawami są uczucie zmęczenia, brak chęci do aktywności fizycznej, awersja do pracy umysłowej, redukcja nastroju, duża świadomość choroby, wyobrażenia pacjenta o nieodwoławnej niepełnosprawności [1].

Leczenie RZS

Leczenie RZS jest wielokierunkowe, obejmuje farmakoterapię, kinezyterapię, fizjoterapię, terapię zajęciową, psychoterapię oraz edukację pacjenta [8]. W każdej z tych form terapii pielęgniarka ma swoje miejsce i zadania.

Głównym celem leczenia RZS jest uzyskanie całkowitej remisji, czyli wycofania się cech zapalenia i powrotu pacjenta do normalnego życia i pracy, niedopuszczenia do inwalidztwa oraz niespodziewanie wczesnego zgonu. Intensywne, szybko wprowadzone – w ciągu trzech pierwszych miesięcy trwania choroby – leczenie ma na celu jednoczesne opanowanie wszystkich objawów [9].

Odpowiednie zastosowanie leczenia farmakologicznego, głównie przeciwbólowego i przeciwzapalnego, pozwala opanować ostrą fazę choroby. Głównym celem kinezyterapii jest utrzymanie możliwości poruszania się chorego oraz przywrócenia zdolności ruchu w stawach, niedopuszczenie do deformacji, korygowanie odkształceń, poprawa wytrzymałości, zwiększenie siły mięśniowej. Dodatkowo ćwiczenia kładą nacisk na edukację pacjenta dotyczącą nowych manier ruchowych, poprawę czynności układu krążenia i ogólnego samopoczucia chorego [5].

Podstawą leczenia farmakologicznego RZS są leki, które pozwalają na uzyskanie remisji oraz zmniejszenie zapalenia. To tzw. leki modyfikujące przebieg choroby (LMPCh) powodujące zahamowanie autoagresji. Hamują one postęp choroby u przeszło 70% leczonych, ale dopiero po okresie od dwóch do sześciu miesięcy systematycznego przyjmowania. Mają też dużo działań ubocznych. Do grupy tych leków zalicza się: metotreksat (MTX), sulfasalazynę (SSZ), sole złota, leflunomid, a w niektórych przypadkach również cyklosporynę, cyklofosfamid i azatioprynę. Podczas terapii LMPCh zalecane jest także stosowanie glikokortykosteroidów (GK) w dawce niwelującej zapalenie. Stosowane są także NLPZ [10].

Pielęgniarka powinna wykazać się znajomością projektu leczenia oraz planu rehabilitacji, ponieważ w pełni uczestniczy w pracy zespołu terapeutycznego.

Zadania pielęgniarki

Do zadań pielęgniarki sprawującej opiekę nad osobą chorą z RZS w warunkach domowych należy głównie przygotowanie jej do samoopieki i samopielęgnacji. Pielęgniarki wykonują przy swoich podopiecznych różnego rodzaju zabiegi, począwszy od stricte pielęgnacyjnych, poprzez diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne, a zakończywszy na świadczeniach z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki [11].

Pielęgniarka przeprowadza wywiad środowiskowo-rodzinny zorientowany na ogólną sytuację życiową pacjenta, przeprowadza badanie fizykalne. Dokonuje pomiarów podstawowych parametrów życiowych, poddaje je ocenie i analizie. Kontroluje obrzęki, pobiera materiał do badań diagnostycznych. U pacjentów skarżących się na ból – monitoruje i ocenia jego natężenie. Współpracuje z pacjentem i wykonuje przy nim działania pielęgniarstwa typowe dla danego stadium choroby oraz zmieniającego się stanu pacjenta. Ważnym zadaniem pielęgniarki jest także ustalenie właściwej diety. Częsta w przebiegu RZS utrata łaknienia, niewłaściwe warunki socjalno-ekonomiczne oraz choroby współistniejące prowadzą do deficytów żywieniowych, a w efekcie do wyniszczenia organizmu. Pielęgniarka identyfikuje problemy pielęgnacyjne, prowadzi edukację zdrowotną zarówno pacjenta, jak i jego rodziny. Pacjent powinien zostać uświadomiony w zakresie przebiegu i leczenia choroby oraz skutków nieprzestrzegania zaleceń lekarza, następstw przyjmowania leków, zarówno systematycznie i niesystematycznie. Jest to szczególnie ważne w przypadku schorzeń przewlekłych (do których RZS należy), które powodują długotrwały ból czy też finalnie mogą doprowadzić do niepełnosprawności.

W ramach opieki pielęgniarstwa nad pacjentem z RZS w środowisku domowym udzielane są także świadczenia rehabilitacyjne. Obejmują one współuczestnictwo oraz koordynację w tzw. rehabilitacji przyłóżkowej. Ma ona na celu niedopuszczenie do powikłań spowodowanych procesem chorobowym oraz unieruchomieniem. Pielęgniarka podejmuje działania związane z usprawnieniem ruchowym pacjenta, które polegają na: siadaniu, pionizacji, nauce chodzenia i edukacji sa-

moobsługi. Wykonuje również inne czynności, takie jak: gimnastyka oddechowa, oklepywanie klatki piersiowej, stosuje drenaż ułożeniowy w zależności od potrzeb chorego.

W usprawnianiu pacjenta z RZS pielęgniarka powinna aktywizować chorego do wykonywania ćwiczeń. Pacjenci z chorobami reumatycznymi często są pasywni, więc zadaniem pielęgniarki jest wsparcie oraz zachęcanie do bycia samodzielnym w zakresie czynności dnia codziennego – błędem jest wyręczanie chorych z najprostszych zadań [11].

Wśród świadczeń wykonywanych przez pielęgniarkę jest promocja zdrowia i zapobieganie chorobom. U osób z RZS promocja zdrowia powinna dotyczyć działań związanych z zaadaptowaniem ich do zachowania zdrowia psychicznego, utrzymania jakości życia, jak również zachowań prozdrowotnych. W tym zakresie pielęgniarka rozpoznaje i ocenia zagrożenia zdrowotne u pacjenta oraz nie dopuszcza do ich powstania.

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie procesu pielęgnowania pacjentki z reumatoidalnym zapaleniem stawów w środowisku domowym na podstawie analizy przypadku.

Materiał i metoda

W przedstawionej pracy zastosowano studium przypadku pacjentki w wieku geriatrycznym z reumatoidalnym zapaleniem stawów, która przebywa w swoim środowisku domowym.

W celu zebrania potrzebnych do opracowania procesu pielęgnowania informacji przeprowadzono wywiad z chorą oraz jej córką. Zadaniem wywiadu było uzyskanie informacji o chorej i jej środowisku, które są konieczne do sprawowania opieki nad pacjentem. Ponadto wywiad posłużył do nawiązania odpowiedniej relacji z pacjentką i jej bliskimi. Miało to duży wpływ na współpracę z chorą i jej rodziną podczas konstruowania i realizacji planu opieki [12].

Posłużono się także udostępnioną przez pacjentkę dokumentacją medyczną (historia choroby, karta obserwacji i zleceń lekarskich, wyniki badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych). Dokumentacja medyczna pacjenta ma dla pielęgniarki duże znaczenie. Jest ona ważnym źródłem informacji o chorym i jego bliskich oraz o stosowanych metodach i środkach terapeutycznych. To również narzędzie mające na celu przekazywanie informacji o chorym i jego rodzinie dla wszystkich członków zespołu terapeutycznego [12,13].

Własna obserwacja podczas rozmowy z chorą oraz w trakcie zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych przy podopiecznej była ukierunkowana na:

- wygląd ogólny chorej; budowę ciała i jego wady, proporcje, ubiór, sposób poruszania się oraz stan higieny, a także mowę ciała, w tym mimikę twarzy;
- zmiany patologiczne na ciele pacjentki;
- zachowanie chorej i jej bliskich;
- aktywność życiową chorej [14].

Pomiary parametrów wykonywano metodą bezpośrednią: pomiary tętna, oddechu, temperatury ciała, ciężaru ciała, obwodów ciała. Metodą pośrednią posłużono się podczas oceny ryzyka rozwoju odleżyn, sprawności samoobsługowej, stanu świadomości oraz poziomu aktywności pacjenta [14].

Osiągnięte wyniki porównano z ustaloną normą względem danej populacji lub grupy ludzi.

Po zgromadzeniu informacji na podstawie obserwacji, wywiadu, analizy dokumentacji oraz pomiaru parametrów opracowano proces pielęgnowania. Ustalono w nim diagnozę pielęgniarstwa, cel opieki, następnie planowane działania pielęgniarstwa oraz ich realizację i ocenę uzyskanych celów pielęgnowania.

Każda chora osoba jest inna, stadium jej zaburzenia ma różny stopień. W dziedzinie pielęgniarstwa nie występuje tylko jeden algorytm opieki nad osobą z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Każdy człowiek jest odrębnym przypadkiem. Pomimo tej samej nazwy jednostki chorobowej, nie istnieją dwie osoby, których schorzenie dotykałoby w ten sam sposób.

Opis przypadku

73-letnia pacjentka z serododatnim reumatoidalnym zapaleniem stawów, choruje od 1992 roku. Mieszka samotnie w mieście średniej wielkości, w dwupokojowym mieszkaniu na pierwszym piętrze. Jest wdową od piętnastu lat, ma dwoje dorosłych dzieci, które założyły już własne rodziny. Ze wszystkimi krewnymi utrzymuje bliski kontakt. Pacjentka posiada wyższe wykształcenie, jest emerytowaną nauczycielką. Posiada dużą wiedzę na temat jednostki chorobowej. Jej matka również chorowała na RZS.

U chorej występuje kilka dolegliwości współistniejących. Od 30 lat choruje na nadciśnienie tętnicze, jest po zabiegu usunięcia jajowodów 40 lat temu, po tyroidektomii w 1995 roku oraz po obustronnej endoprotezoplastyce stawów biodrowych. Przeszła również zabieg operacyjny odcinka lędźwiowego kręgosłupa (L4–L5) z powodu dyskopatii. Za 2 lata ma planowaną artroskopię lewego kolana.

Pierwsze symptomy RZS wystąpiły w 1992 roku: zaburzenia układu kostno-stawowego, bóle i sztywność stawów, zaburzenia równowagi ograniczające możliwość poruszania się. Ponadto bardzo szybko pojawiły się deformacje stawów o charakterze destrukcyjnym. Pacjentka wspomina o szybkiej diagnostyce schorzenia oraz rozpoczęciu terapii farmakologicznej iniekcjami z soli złota (Tauredon), która po dwóch latach stosowania doprowadziła do remisji. W kolejnym rzucie choroby za-

stosowano arechinę, którą odstawiono z powodu skutków ubocznych. Po konsultacji na oddziale reumatologii rozpoczęto leczenie farmakologiczne metotreksatem (MTX) w dawce 15 mg tygodniowo, po którym wystąpiły jednak reakcje alergiczne. Pacjentka uskarżała się na dolegliwości z przewodu pokarmowego: biegunkę, nudności i wymioty. Zmieniono leczenie i zastosowano sulfasalazynę (SSZ). Aktualnie pacjentka jest w stanie remisji.

Z przeprowadzonego wywiadu rodzinnego wynika, że do pacjentki codziennie przyjeżdża córka z przygotowanymi dla niej posiłkami. Chora była bardzo związana ze swoim mężem i nadal przeżywa żałobę (mąż zmarł z powodu nowotworu jelita grubego).

Przy pierwszym spotkaniu z chorą dokonano ogólnej obserwacji oraz przeprowadzono wywiad pielęgniarski z podopieczną i jej córką.

Zebrano następujące informacje:

- ciężar ciała 82,5 kg, wzrost 162 cm, BMI: 31,25;
- skłonność do uczuleń – leki: arechina, metotreksat; roztocza, kocia sierść;
- przyjmowane leki: Mononit 60 mg, Nebilenin 5 mg, Lecalpin 10 mg, Vivace 5 mg Metoprolol VP 100 mg, Amlopin 5 mg, Metypred 8 mg, Zaldiar 37,5 mg + 325 mg 1-0-1 (w razie bólu, VAS > 5), Biofenac 100 mg, Amlator 15 mg, Torvalipin 10 mg, Controloc 20 mg, AdCort 1 tab., Furosemid 80 mg, Toramide 5 mg, Euthyrox N 50 mg;
- układ nerwowy: chora przytomna, kontakt słowno-logiczny zachowany, nastrój psychiczny obniżony, stres wynikający z niepewnego rokowania;
- układ sercowo-naczyniowy: nadciśnienie tętnicze. Ciśnienie utrzymuje się w granicach 190/120 mmHg, tętno 115 u/min, temperatura ciała 37,1°C, brak sinicy, występują obrzęki kończyn dolnych o charakterze krążeniowym;
- układ oddechowy: duszność nie występuje, chora skarży się na męczący kaszel z powodu zapalenia krtani;
- układ pokarmowy: brak apetytu, niedawno zmieniono dietę z podstawowej na wegetariańską bezglutenową. Stan jamy ustnej prawidłowy, bez zmian chorobowych, brak uzębienia własnego – proteza zębowa;
- układ kostno-stawowy: ograniczona sprawność ruchowa, pacjentka porusza się przy pomocy balkonika, uskarża się na częsty ból stawów oraz ich sztywność;
- układ moczowo-płciowy: diureza oraz sposób wydalania moczu prawidłowy, zabarwienie prawidłowe. Chora dobrze kontroluje funkcje zwieraczy, samodzielnie chodzi do toalety;
- powłoki skórne: czyste, suche, bez wykwitów patologicznych;
- w obrębie potylicy oraz na przedramionach zaobserwowano podskórne guzki reumatoidalne o średnicy 0,5–1 cm.

Samodzielność pacjentki oceniono w zakresie podstawowych czynności w życiu codziennym za pomocą skali Katza (ADL – *activity of daily living*) – liczba punktów 4 wskazuje na umiarkowaną niesprawność (pacjentka potrzebuje pełnej pomo-

cy w wykonywaniu kąpieli ciała, w okresie zaostrzenia dolegliwości także we wstawaniu z łóżka i przemieszczaniu oraz ubieraniu się) [15].

Chora skarży się na bezsenność, dlatego też stara się nadrobić brak snu w nocy dziennymi drzemkami.

Pacjentka jest pod stałym nadzorem Poradni Rehabilitacyjnej oraz lekarza ortopedy. Dwa razy w tygodniu przychodzi fizjoterapeuta w ramach rehabilitacji domowej. Co pół roku pacjentka wyjeżdża na 3-tygodniowe turnusy rehabilitacyjne.

W lutym 2018 roku miał miejsce dwutygodniowy epizod zapalenia krtani. Chora uskarżała się na męczący kaszel nasilający się w nocy, katar oraz bóle i zawroty głowy. Poza tym wystąpiła również gorączka 38,6°C. Zastosowano antybiotyki, po których wystąpiły nudności, wymioty, biegunki.

Proces pielęgnowania pacjentki

I. Diagnoza pielęgniarstwa: gorączka 38,6°C z powodu zapalenia krtani.

Cel opieki:

- obniżenie gorączki.

Interwencje pielęgniarstwa:

- podanie leków przeciwgorączkowych zgodnie z zaleceniami lekarza,
- zastosowanie okładów schładzających,
- dopajanie,
- w razie konieczności zmiana bielizny pościelowej,
- zmiana bielizny osobistej według potrzeb,
- kontrola temperatury ciała,
- natłuszczenie warg chorej.

Ocena: Zastosowano okłady chłodzące. Dopajano pacjentkę. Zmieniano bieliznę pościelową oraz osobistą według potrzeb. Podano Paracetamol 2 razy w odstępie ośmiu godzin na zlecenie lekarza. Natłuszczano wazeliną wargi chorej. Kontrolowano temperaturę ciała. Po pięciu godzinach temperatura spadła do 37,5°C, a po kolejnych trzech godzinach spadła do 37,1°C.

II. Diagnoza pielęgniarstwa: nudności i wymioty spowodowane reakcją na przyjmowany antybiotyk.

Cel opieki:

- zmniejszenie nudności,
- niedopuszczenie do odwodnienia i zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej,
- utrzymanie prawidłowej higieny ciała,

Interwencje pielęgniarstwa:

- podawanie antybiotyku 2 godziny przed posiłkiem,
- dopajanie,

- głębokie oddychanie w czasie odczuwania nudności,
- podanie leków przeciwwymiotnych na zlecenie lekarza,
- podawanie posiłków regularnie, w niewielkich ilościach,
- wykonanie toalety jamy ustnej / płukanie po wymiotach i po posiłku.

Ocena: Antybiotyk podawano według zlecenia 1 raz dziennie, przed posiłkiem. Podawano do picia słabą herbatę i wodę mineralną z cytryną, często, małymi łykami. Polecono pacjentce głębokie oddychanie w czasie odczuwania nudności. Podano Metoclopramid na zlecenie lekarza. Pacjentka jadła niewiele, ale regularnie, po każdym posiłku płukała jamę ustną. Skąpe wymioty wystąpiły dwukrotnie, raz chora oddała luźny stolec.

III. Diagnoza pielęgniarska: bóle i zawroty głowy z powodu wzrostu RR krwi do wartości 190/120 mmHg.

Cel opieki:

- unormowanie ciśnienia tętniczego krwi.

Interwencje pielęgniarskie:

- kontrola i dokumentowanie RR,
- podanie leków obniżających RR,
- systematyczne przyjmowanie leków,
- zapewnienie spokoju, warunków do odpoczynku oraz poczucia bezpieczeństwa.

Ocena: Skontrolowane RR – 190/120 mmHg, tętno: 115 u/min. Zapisywano parametry oraz skontaktowano się z lekarzem rodzinnym. Podano leki według zlecenia: Mononit 60 mg, Amplopin 5 mg, Metoprolol VP 50 mg. Zapewniono pacjentce spokój i odpoczynek oraz obecność pielęgniarki, a później córki. Kontrolne RR (po 2 godzinach) wynosiło 135/85 mmHg.

IV. Diagnoza pielęgniarska: męczący kaszel z powodu zapalenia krtani.

Cel opieki:

- złagodzenie kaszlu,
- ewakuacja wydzieliny.

Interwencje pielęgniarskie:

- oklepywanie pleców oraz klatki piersiowej,
- zastosowanie gimnastyki oddechowej,
- podanie leków wykrztuśnych na zlecenie lekarza,
- dopajanie chorej.

Ocena: Często oklepywano plecy i klatkę piersiową chorej. Chora wykonywała gimnastykę oddechową. Fizjoterapeuta wykonywał u chorej masaż wibracyjny klatki piersiowej. Pani P. została nauczona efektywnego kaszlu, często piła. Pacjentka przyjmowała syrop wykrztuśny Herbitusin 3 razy dziennie. Napady kaszlu stały się rzadsze i łagodniejsze.

V. Diagnoza pielęgniarska: ograniczona aktywność ruchowa spowodowana bólem i sztywnością poranną stawów.

Cel opieki:

- złagodzenie bólu,
- zmniejszenie napięcia i sztywności porannej.

Interwencje pielęgniarskie:

- ocena nasilenia bólu według skali analogowej VAS i jego wpływu na ogólne funkcjonowanie pacjentki,
- podanie leków przeciwbólowych według zlecenia lekarskiego,
- stosowanie metod fizykalnych: zimna w ostrej fazie zapalenia stawów, a w okresie remisji suche i ciepłe okłady,
- systematyczna zmiana pozycji celem zniwelowania długotrwałego ucisku na bolące miejsca,
- organizacja zajęć w ramach czasu wolnego w celu odwrócenia uwagi pacjentki od bólu,
- pomoc w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego,
- eliminacja okoliczności, które mają wpływ na wzrost świadomości bólu (hałaśliwe rozmowy, donośny dzwonek telefonu),
- zapewnienie optymalnych warunków snu: odpowiednia pozycja dla stawów, właściwy mikroklimat pomieszczenia, unikanie hałasu i mocnego światła,
- dobór komfortowej bielizny nieograniczającej ruchów,
- edukacja pacjentki i jej rodziny odnośnie do metod farmakologicznych walki z bólem,
- edukacja pacjentki na temat technik łagodzenia bólu o podłożu niefarmakologicznym: stosowanie ćwiczeń napinających i rozluźniających mięśnie, ćwiczenia oddechowe, korzystanie ze sprzętu odciążającego stawy,
- edukacja pacjentki dotycząca sposobów usunięcia sztywności porannej stawów: motywowanie do codziennej gimnastyki i wykonywania ćwiczeń, wytrenowanie techniki wykonywania masażu głaskającego z fizjoterapeutą,
- stworzenie odpowiedniej relacji chora–pielęgniarka poprzez życzliwość, akceptację, cierpliwość i szacunek.

Ocena: Nasilenie bólu według skali VAS – 7. Podano leki zgodnie z zaleceniami lekarza: Ostenil 70 mg oraz Diclofenac 50 mg doodbytniczo. Córka pacjentki została poinstruowana, aby okresowo zakładać rękawiczki i skarpetki parafinowe. Zapewniono dogodne warunki dla snu. Zapoznano pacjentkę i jej rodzinę z drabiną analgetyczną. Przedstawiono techniki łagodzenia bólu o charakterze niefarmakologicznym: zaprezentowano ćwiczenia rozluźniające i napinające mięśnie, gimnastykę oddechową, zachęcano do korzystania ze sprzętu odciążającego stawy (laska, kule). Pomagano pacjentce przy toalecie całego ciała. Zmotywowano pacjentkę do codziennej gimnastyki w porach, kiedy ból jest najmniej nasilony oraz przedstawiono technikę masażu głaskającego. Pacjentka wykonywała cwi-

czenia czynne w miarę możliwości, w zależności od samopoczucia. Opanowała pod nadzorem fizjoterapeuty technikę masażu głaskającego. Ból został opanowany, sztywność poranna zmniejszyła się.

VI. Diagnoza pielęgniarska: ryzyko wystąpienia powikłań z powodu zastosowanej w RZS farmakoterapii.

Cel opieki:

- zmniejszenie ryzyka wystąpienia działań niepożądanych leków,
- zapewnienie bezpieczeństwa chorej.

Interwencje pielęgniarskie:

- podawanie leków zgodnych z zaleceniami lekarza,
- obserwacja pacjentki pod kątem wystąpienia powikłań ze strony:
 - przewodu pokarmowego: nudności, wymioty, biegunki, zaparcia, bóle brzucha, krwawienia,
 - układu moczowego: zaburzenia w oddawaniu moczu,
 - układu krążenia: wzrost RR krwi, zaburzenia rytmu serca,
 - skóry: świąd, wysypka, rumień;
- edukacja chorej odnośnie do zasad przyjmowania leków zleconych przez lekarza i zgłaszania niepokojących objawów,
- edukacja pacjentki dotycząca skutków ubocznych leków oraz samodzielnego monitorowania leczenia,
- dokumentowanie stanu pacjentki, wyników pomiarów, badań laboratoryjnych.

Ocena: Ciężar ciała pacjentki wynosił 82,5 kg. Skontrolowano poziom glukozy we krwi, który wynosił 85 mg% oraz poziom cholesterolu (całkowity 165 mg/dl, HDL 78 mg/dl, LDL 158 mg/dl), potasu 4,73 mmol/l, sodu 139 mmol/l). RR wynosiło 140/85 mmHg, tętna 78 u/min. Nie zaobserwowano niepokojących objawów ze strony poszczególnych narządów i układów, także pacjentka nie zgłasza dolegliwości.

VII. Diagnoza pielęgniarska: zaburzenia snu powodujące złe samopoczucie pacjentki.

Cel opieki:

- poprawa jakości snu,
- poprawa samopoczucia.

Interwencje pielęgniarskie:

- ocena bólu,
- ocena stylu życia chorej, sposobu spędzania wolnego czasu,
- organizacja zajęć w ramach wolnego czasu,
- pomoc chorej w utrzymaniu odpowiedniego rytmu dnia, unikanie drzemek w ciągu dnia, dobór sposobów relaksacji ułatwiających zaśnięcie, przygotowanie sypialni do snu, ograniczenie kofeiny, sytych posiłków wieczorem,
- podanie leków nasennych na zlecenie lekarza.

Ocena: Zaobserwowano, że w ciągu dnia pacjentka nudzi się, drzemie. Ustalono godzinę 7.30 jako optymalną do wstawania. Zapewniono odpowiednią temperaturę 21°C w sypialni. Po godzinie 15.00 pacjentka nie piła kawy oraz nie spożywała sytych posiłków. Namówiono chorą, aby stosowała przed snem metody relaksacyjne – chora wybrała muzykę. W stanach długotrwałej bezsenności podawano leki nasenne (Zolpic 10 mg) na zlecenie lekarza. Pacjentka 4 razy w tygodniu przespia całą noc, jej samopoczucie polepszyło się.

VIII. Diagnoza pielęgniarska: niebezpieczeństwo wystąpienia upadku z powodu zaburzeń równowagi oraz zmniejszonej siły mięśniowej.

Cel opieki:

- zapobieganie upadkom.

Interwencje pielęgniarskie:

- usunięcie z mieszkania chodników i dywanów (za zgodą pacjentki),
- zadbanie o odpowiednie buty dla chorej, które zapobiegają poślizgnięciu się,
- wykonywanie ćwiczeń w celu poprawy siły mięśni, koordynacji ruchowej,
- nauczenie chorej podnoszenia się po ewentualnym upadku,
- towarzyszenie chorej podczas spacerów,
- edukacja rodziny na temat postępowania po upadku.

Ocena: Pacjentka porusza się przy pomocy balkonika. Dokonano zabezpieczenia stołów i szafek w mieszkaniu, usunięto z mieszkania chodniki i dywany. Chora zaopatrzyła się w specjalne buty antypoślizgowe. Pacjentka wykonuje ćwiczenia czynne w miarę możliwości, w zależności od samopoczucia. Pouczono pacjentkę o konieczności powolnej zmiany pozycji ciała (z siedzącej na stojącą). Podjęto próby nauczenia chorej podnoszenia się po upadku – z miernym skutkiem, wobec czego poinstruowano rodzinę, jak należy postępować po ewentualnym upadku pacjentki. Często dopajano pacjentkę oraz zachęcono do spożywania pokarmów. Podano Bilobil 40 mg – lek poprawiający krążenie, na zlecenie lekarza. Zawroty głowy występują nadal. Upadku nie odnotowano.

IX. Diagnoza pielęgniarska: deficyt samoopieki w zakresie czynności higienicznych/samoobsługi spowodowany ograniczeniami wynikającymi z choroby.

Cel opieki:

- zaspokojenie potrzeb higienicznych.

Interwencje pielęgniarskie:

- pomoc w wykonaniu całkowitej toalety ciała,
- pomoc w myciu głowy,
- pomoc w wykonaniu toalety jamy ustnej,
- obcinanie paznokci,
- zmiana bielizny pościelowej według potrzeb,
- zmiana bielizny osobistej.

Ocena: Pomagano chorej w toalecie całego ciała oraz w myciu głowy. Pacjentka samodzielnie wykonała toaletę jamy ustnej. Wykonano pacjentce higienę paznokci. Zmieniano bieliznę pościelową według potrzeb oraz pomagano w zmianie bielizny osobistej.

Dyskusja

Reumatoidalne zapalenie stawów to schorzenie o niedostatecznie wyjaśnionej etiologii, którego objawy są różnicowane z wieloma innymi jednostkami chorobowymi. Ze względu na wieloaspektowy charakter RZS, nieuniknioną niepełnosprawność oraz będące jej skutkiem trudności w funkcjonowaniu zawodowym i społecznym opieka nad pacjentem powinna być całościowa, uwzględniająca zarówno farmakologię, jak i rehabilitację fizyczną oraz psychiczną.

Pacjent potrzebuje wsparcia i opieki ze strony najbliższych oraz personelu medycznego. Pielęgniarka opiekująca się chorym w jego środowisku domowym ma ważne zadania jako członek zespołu terapeutycznego, który najczęściej ma z nim kontakt. Powinna więc wykazać się znajomością projektu leczenia oraz planu rehabilitacji.

Sprawuje ona opiekę w różnych stadiach choroby w oparciu o bieżącą wiedzę medyczną oraz aktualne standardy opieki. Do zadań pielęgniarki sprawującej opiekę nad osobą chorą z RZS w warunkach domowych należy zmniejszenie bólu, zmniejszenie ryzyka wystąpienia infekcji, zniwelowanie ryzyka wystąpienia powikłań choroby, a także przygotowanie do samoopieki oraz aktywizacja chorego.

Pielęgniarka identyfikuje problemy pielęgnacyjne oraz rozwiązuje je w sposób akceptowany przez pacjenta i przy jego współpracy, aby możliwie jak najdłużej zapewnić podopiecznemu samodzielność. Powinna więc wykazać się znajomością projektu leczenia oraz planu rehabilitacji.

Zaangażowanie oraz stopień empatii personelu pielęgniarskiego ma ogromny wpływ na pacjenta, a szereg działań pielęgniarskich wymaga systematycznej konsultacji z psychologiem.

Jednym z podstawowych problemów u chorych z RZS jest opanowanie bólu i zahamowanie postępu choroby. Metotreksat, jako lek dający dobre wyniki w tym zakresie, nie jest jednak dobrze tolerowany przez wszystkich chorych, jak to miało miejsce także w opisywanym przypadku. Nietolerancję na MTX opisuje też Suchoń u pacjentki z RZS, której ze względu na brak efektywności stosowanej terapii konieczna była kilkakrotna zmiana leków podstawowych [16].

Także inni autorzy (Jarosz i Kaliwoda, Marzec i in., Sierakowska, Matys, Kosior i in.) opisują problemy pielęgnacyjne pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów ze wskazaniem na ból jako problem dominujący [17,18].

Jarosz i Kaliwoda wskazują również na „trudność w integracji społecznej chorego” oraz obniżony nastrój, który występuje u 95% chorych [17]. U naszej pacjentki nie zaobserwowano problemów w tym zakresie. Chora nie należy do osób wyalio-

nowanych, lubi towarzystwo, chętnie nawiązuje nowe kontakty. Jednak ona także skarży się na obniżony nastrój, którego głównym powodem jest lęk o swój pogarszający się stan zdrowia oraz zdrowie swoich dorosłych dzieci zagrożonych, w jej przekonaniu, chorobą nowotworową, która była przyczyną śmierci ich ojca.

U większości pacjentów z RZS pozostających pod opieką rodziny przy wsparciu pielęgniarki ważna jest umiejętność podejmowania odpowiednich decyzji, które służą rozwiązaniu pojawiających się trudności zdrowotnych, na co wskazują Bączyk [19] oraz Marzec, Budnik i inni [18].

Opieka pielęgniarstwa nad pacjentem z reumatoidalnym zapaleniem stawów wynika ze specyficznych objawów choroby. W ramach tej opieki w środowisku domowym udzielane są także świadczenia rehabilitacyjne, których celem jest m.in. zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań (przykurcze, zniekształcenia) [18].

Rehabilitacja przyłóżkowa ma na celu niedopuszczenie do powikłań spowodowanych procesem chorobowym oraz unieruchomieniem. Pielęgniarka podejmuje tu działania związane z usprawnieniem ruchowym pacjenta, które polegają na: siadaniu, pionizacji, nauce chodzenia i edukacji samoobsługi. Wykonuje również inne czynności, takie jak: gimnastyka oddechowa, oklepywanie klatki piersiowej, stosuje drenaż ułożeniowy w zależności od potrzeb chorego.

Edukacja chorego oraz jego rodziny stanowi podstawowy element postępowania w każdej chorobie układu mięśniowo-szkieletowego. Jest to szczególnie ważne w przypadku schorzeń przewlekłych oraz takich, które powodują długotrwały ból czy też finalnie mogą doprowadzić do niepełnosprawności. Edukacji w opisywanym przypadku poświęcono dużo czasu zarówno chorej, jak i jej rodzinie (głównie córce). U osób z RZS promocja zdrowia powinna się opierać o działania związane z zachowaniem zdrowia psychicznego, jakości życia, jak również zachowań zdrowotnych, w tym unikaniu infekcji.

Wnioski

- U pacjentki z RZS głównymi problemami są ból oraz sztywność poranna stawów, które utrudniają samodzielne poruszanie się oraz wykonywanie czynności dnia codziennego.
- Pielęgniarka powinna wykazać się znajomością, oprócz planu leczenia, także planu rehabilitacji chorej i aktywnie w nim uczestniczyć, dążąc do zachowania samoopieki pacjentki.
- Edukacja chorego oraz jego rodziny stanowi ważny element opieki pielęgniarstwa.
- U chorych z RZS bardzo ważne jest wsparcie psychiczne.

Bibliografia

1. Samborski W, Brzosko M (red.), *Reumatologia praktyczna*. Kraków: Wolters Kluwer Polska; 2011: 184–197.
2. Jankowska B, Uchmanowicz I, Polański J, Uchmanowicz B, Dudek K. Czynniki kliniczne i socjodemograficzne determinujące jakość życia w reumatoidalnym zapaleniu stawów. *Family Medicine & Primary Care Review* 2010; 12 (4): 1027–1034.
3. Bruckle W. *Reumatoidalne zapalenie stawów*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Interspar; 2012.
4. Bobrowska-Snarska D, Brzosko M. Reumatoidalne zapalenie stawów. W: Samborski W, Brzosko M, (red). *Reumatologia praktyczna*. Kraków: Wolters Kluwer Polska; 2011: 115–128.
5. Paprocka-Borowicz M, Zawadzki M. *Fizjoterapia w chorobach układu ruchu*, wyd. 1. Wrocław: Górnicki Wydawnictwo Medyczne; 2007.
6. Głuszko P, Filipowicz-Sosnowska A, Tłustochowicz W. Reumatoidalne zapalenie stawów. *Reumatologia* 2012; 50 (2): 83–90.
7. Kwiatkowska B, Przygodzka M, Konopińska E, Dąbrowska J, Sikorska-Siudek K. Depresja u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. *Reumatologia* 2011; 49 (2): 138–141.
8. Sobieska E, Sobieski B, Juzyszyn Z, Pawlik A., Współczesna terapia reumatoidalnego zapalenia stawów. *Farmacja współczesna* 2010; 3 (2): 97–101.
9. Wiland P, Madej M. *Remisja w reumatoidalnym zapaleniu stawów*. Wrocław: Górnicki Wydawnictwo Medyczne; 2010.
10. Mackiewicz S. Reumatoidalne zapalenie stawów – aspekty immunobiologiczne. *Reumatologia* 2011; 49 (4): 223–230.
11. Sierakowska M, Sierakowski S. Opieka pielęgniarska nad pacjentem z reumatoidalnym zapaleniem stawów. W: Jurkowska G, red. *Pielęgniarstwo internistyczne*. Warszawa: PZWL; 2011: 415–430.
12. Górajek-Jóźwik J, red. *Wprowadzenie do diagnozy pielęgniarskiej*. Warszawa: PZWL; 2007: 193–200.
13. Ackley BJ, Ladwing GB, *Podręcznik diagnoz pielęgniarskich*, Zarzycka D, Ślusarska B, tłum. Lublin: GC Media House; 2011.
14. Kózka M, Płaszewska-Żywko L, red. *Diagnozy i interwencje pielęgniarskie*, wyd. 3. Warszawa: PZWL; 2015.
15. Wiktor K, Drozdowska B, Czekajło A, Hebel R. Wybrane metody oceny czynnościowej (funkcjonalnej) w praktyce lekarskiej [online]. Dostępna URL: http://annales.sum.edu.pl/archiwum_publicacje/2010_64_56_10.pdf [cyt. 2.10.2016].
16. Suchoń K. Opis przypadku chorej na reumatoidalne zapalenie stawów o wieloletnim przebiegu, leczonej leflunomidem (preparat Arava)”. *Świat medycyny i farmacji* 2011; 26 (2).
17. Sierakowska M, Sierakowski S. Opieka pielęgniarska nad pacjentem z reumatoidalnym zapaleniem stawów. W: Jurkowska G, red. *Pielęgniarstwo internistyczne*. Warszawa: PZWL; 2011: 415–430.
18. Marzec I, Budnik M, Balcerak D, Galikowska A, Ziegler A, Olszewska M. Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej w opiece nad pacjentem z Reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Journal of Education, Health and Sport* 2016; 6(9): 345–356 [online]. Dostępny na URL: <http://www.ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/3807> [cyt. 2.10.2016].

19. Bączyk G. Specyfika postępowania pielęgniarstwa w wybranych patologich układu ruchu. W: Wieczorowska-Tobis K, Talarska D, red. *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych*. Warszawa: PZWL; 2013.

Adres do korespondencji:

mgr Teresa Niechwiadowicz-Czapka
Wydział Nauk Medycznych
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
ul. Katowicka 68, 45-060 Opole
tel. 77 44 23 540
e-mail: niechwiadowiczt@wsm.opole.pl

Edukacja pielęgniarska w przebiegu leczenia chorych na raka stercza i jąder w Poradni Urologicznej i Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Prudniku w latach 2011–2017

Grzegorz Han, Alicja Ulman

Instytut Pielęgniarstwa, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nysie

Wstęp

Rak gruczołu krokowego jest jednym z najczęściej rozpoznawanych nowotworów u mężczyzn w Polsce i wielu krajach Europy. W ostatnich latach obserwuje się wzrost liczby zachorowań na nowotwór złośliwy jąder oraz prostaty. Badania profilaktyczne w diagnozowaniu obu raków pełnią najistotniejszą rolę.

Wysoki procent zachorowalności na raka gruczołu krokowego pozwolił na ścisłą współpracę pielęgniarek, lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ), lekarzy urologów oraz lekarzy onkologów. Niektóre onkologiczne schorzenia układu moczowego można podejrzewać już na podstawie pierwszych objawów, z którymi chory zgłasza się do (POZ). Powszechnie wiadomo, że wczesne wykrywanie nowotworów zwiększa szansę na ich skuteczne leczenie. Zatem rola lekarza (POZ), ale również pielęgniarki (POZ) jest bardzo istotna. W praktyce pielęgniarskiej ważna jest nie tylko wiedza dotycząca rozpoznawania chorób nowotworowych układu moczowego, ale także podstawowa znajomość metod diagnostycznych i leczenia. Pacjent z chorobą nowotworową pozostaje bowiem nie tylko pod opieką lekarza urologa i/lub onkologa, ale także „swojego” lekarza rodzinnego i „swojej” pielęgniarki POZ.

Pielęgniarka, znając pacjenta, często pełni rolę powiernika między lekarzem a pacjentem i jego dolegliwościami, których pacjent doświadcza w procesie diagnozowania i choroby. W diagnozowaniu pacjentowi towarzyszą bardzo często: lęk, niepokój, strach, obawy przed nieznanym. W następnej kolejności pojawia się wycofanie społeczne i izolowanie się od środowiska, aż do objawów depresji jako ostrej reakcji na stres, wywołane najczęściej niewiedzą przed samą diagnostyką i badaniem. Dlatego też bardzo istotna jest rola edukacyjna zarówno pielęgniarki, jak i lekarza.

Rola edukacyjna pielęgniarki powinna skupić się na nawiązaniu relacji z pacjentem i zdobyciu zaufania.

Kolejnym, niezwykle ważnym krokiem jest wykonanie badania ultrasonograficznego (USG). Dalszym etapem w diagnostyce jest oznaczenie poziomu markerów nowotworowych AFP, beta-hCG i LDH w surowicy krwi oraz antygenu PSA.

Chirurgiczne usunięcie chorego jądra jest pierwszym krokiem w leczeniu i zapobieganiu nasileniu choroby. Często leczenie sprowadza się jedynie do zabiegu chirurgicznego. W zaawansowanych przypadkach niezbędna jest chemioterapia i radioterapia (leczenie skojarzone).

Cel badania

Celem niniejszej pracy było ukazanie częstości występowania raka stercza i raka jąder wśród mężczyzn w określonych grupach wiekowych na podstawie dokumentacji „Optima Medycyna S.A.” w Prudniku.

Materiał i metody

Praca powstała w oparciu o:

- przegląd literatury urologicznej, zarówno polskojęzycznej i anglojęzycznej, dotyczącej raka stercza i jąder,
- analizę dokumentacji medycznej z poradni urologicznej w Prudniku w latach 2011–2017.

Dokonano analizy historii choroby mężczyzn z rozpoznaniem nowotworem złośliwym stercza i jąder, uczęszczających do poradni urologicznej pod kątem wieku, podziału na obszar zamieszkania, częstość występowania raka prostaty i raka jąder, wyłonienie okresu o największym stopniu zachorowania, wskazanie najczęściej występujących przerzutów, podziału leczenia na farmakologiczne i skojarzone, uzyskaniu liczby chorych, u których dokonano leczenia chirurgicznego oraz liczbie zgonów z powodu obu nowotworów złośliwych w ciągu ostatniego pięciolecia.

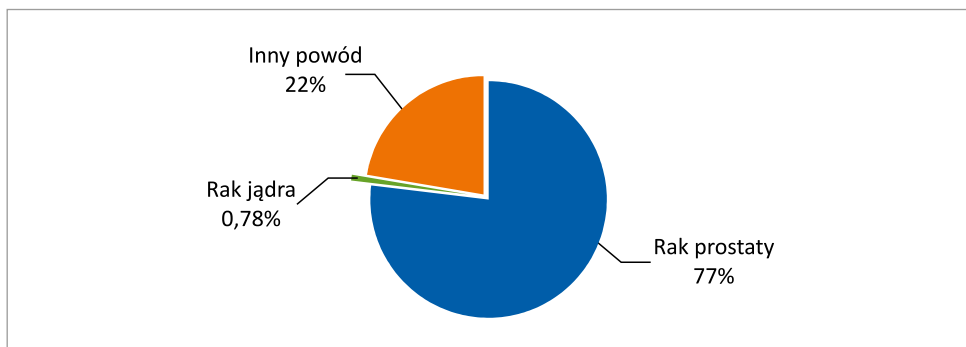
Analizą objęto 1374 mężczyzn z rakiem prostaty oraz 14 mężczyzn z rakiem jądra.

Aktualny nadzór merytoryczny nauczyciela akademickiego PWSZ Nysa Instytutu Nauk Medycznych Wydziału Pielęgniarstwa sprawowała Pani mgr Alicja Ulman.

Wyniki

Osoby weryfikowane

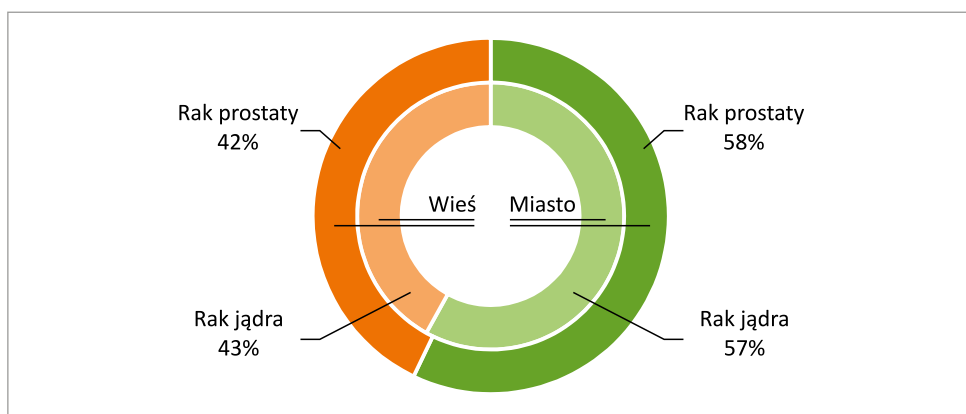
Z pomocy Poradni Urologicznej w Prudniku korzystało ogółem 1787 mężczyzn, z czego u 1374 (77%) pacjentów zdiagnozowano raka prostaty, a u 14 (0,78%) raka jądra (rycina 1).



Rycina 1. Powody korzystania przez badanych mężczyzn z pomocy Poradni Urologicznej w okresie 2011–2017 roku [źródło: opracowanie własne]

Struktura próby pod względem miejsca zamieszkania

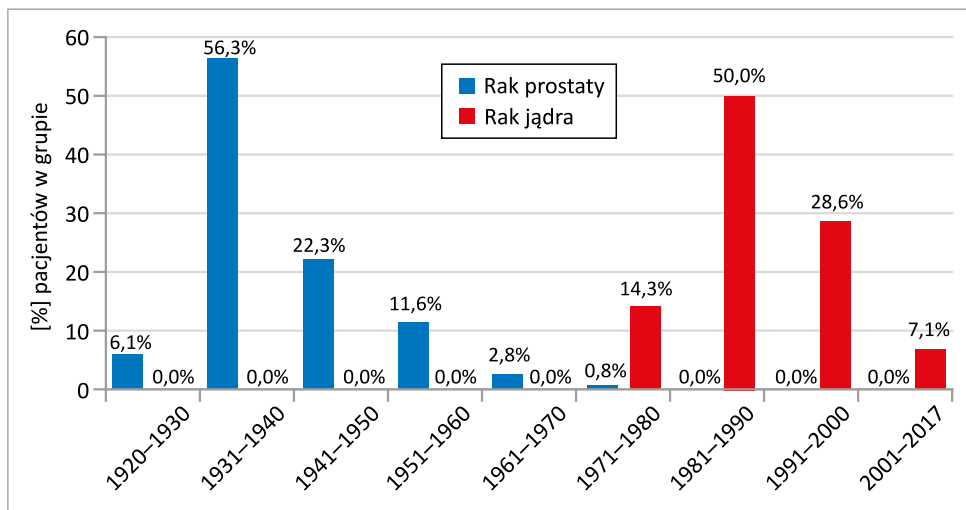
Ze względu na miejsce zamieszkania, zarówno wśród pacjentów chorujących na raka prostaty, jak i raka jądra, przeważali mieszkańcy miast (odpowiednio: $n = 797$; 58% oraz $n = 8$; 57%). Pozostałą część badanych w obydwu grupach stanowili mieszkańcy wsi (rycina 2).



Rycina 2. Struktura miejsca zamieszkania w grupie mężczyzn chorujących na raka prostaty ($n = 1374$; zewnętrzny pierścień) i raka jądra ($n = 14$; wewnętrzny pierścień) [źródło: opracowanie własne]

Struktura próby pod względem wieku pacjentów

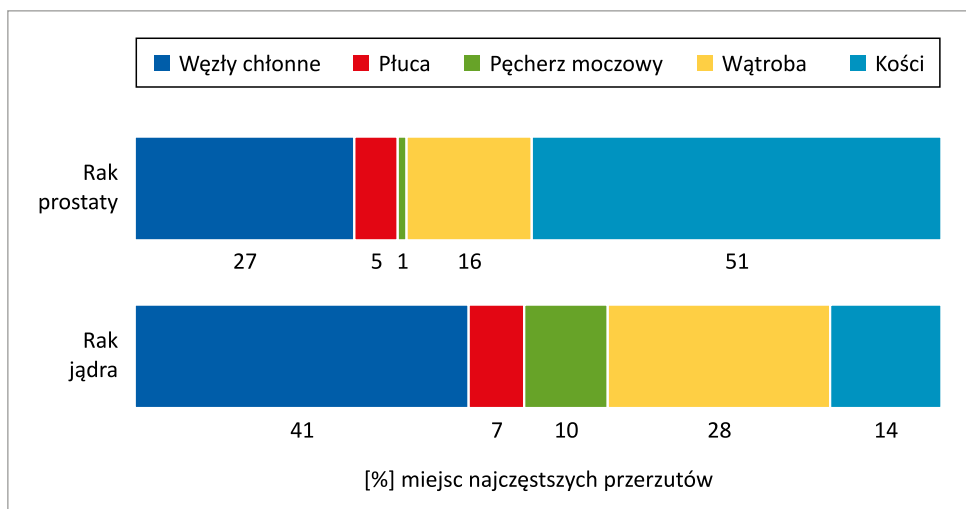
Z uwagi na rok urodzenia, ponad połowę ogółu pacjentów leczących się z powodu raka prostaty ($n = 774$; 56%) stanowili mężczyźni urodzeni w latach 1931–1940. W przypadku pacjentów chorujących na raka jądra połowę ogółu badanych ($n = 7$; 50%) stanowili mężczyźni urodzeni w latach 1981–1990 (rycina 3).



Rycina 3. Rozkład wieku urodzenia pacjentów z rakiem prostaty (n = 1374) i rakiem jądra (n = 14) [źródło: opracowanie własne]

Przerzuty

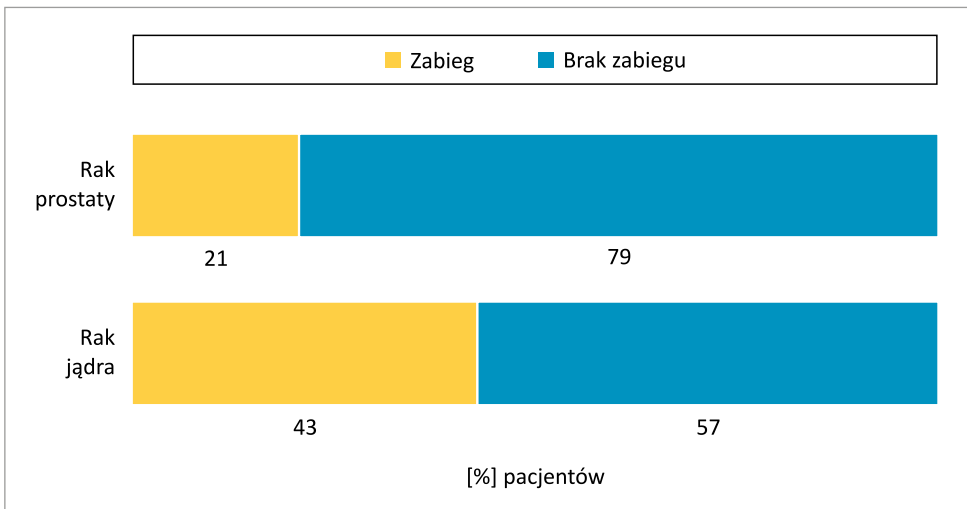
W kolejnym kroku analizy zbadano strukturę najczęstszych miejsc przerzutów nowotworu w grupach pacjentów cierpiących na raka prostaty i raka jądra. Wyniki przedstawione na rycynie 4 wskazują, że w przypadku przerzutów raka prostaty połowa (n = 698; 51%) najczęściej występujących przerzutów dotyczyła kości, co



Rycina 4. Struktura miejsc najczęściej występujących przerzutów nowotworu w przypadku raka prostaty (n = 1374 przerzutów) i raka jądra (n = 29 przerzutów) [źródło: opracowanie własne]

piąty przerzut ($n = 374$; 27%) obejmował węzły chłonne, 16% ($n = 213$) – wątrobę, 5% ($n = 74$) płuca, a tylko 1% ($n = 15$) przerzutów dotyczył pęcherza moczowego. W przypadku przerzutów spowodowanych występowaniem raka jądra, największa proporcja miejsc przerzutów obejmowała węzły chłonne ($n = 12$; 41%), następnie w kolejności malejącej: wątrobę ($n = 8$; 28%), kości ($n = 4$; 14%), pęcherz moczowy ($n = 3$; 10%) i płuca ($n = 2$; 7%). Otrzymane wyniki wskazują, że struktura miejsc najczęściej występujących przerzutów w dużym stopniu różniła się w zależności od zachorowania na raka prostaty lub raka jądra. Największe różnice zaobserwowano w przypadku przerzutów nowotworu do pęcherza moczowego (dziesięciokrotnie wyższe prawdopodobieństwo przerzutu w przypadku raka jądra) i kości (blisko czterokrotnie wyższe prawdopodobieństwo przerzutu w przypadku raka prostaty).

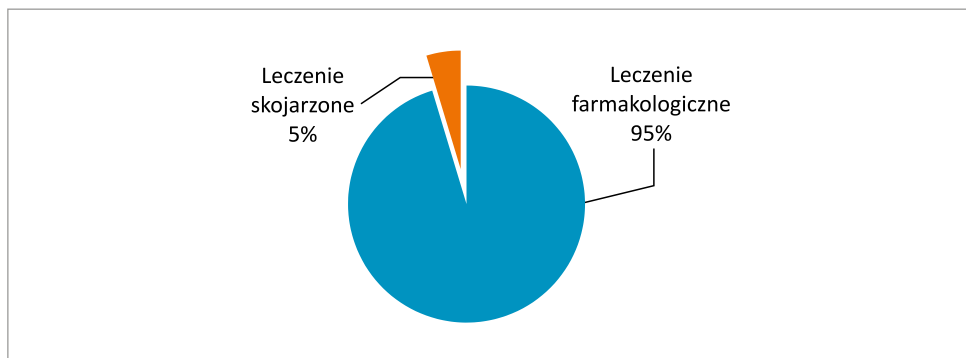
Na kolejnym wykresie przedstawiono proporcję pacjentów z rakiem prostaty, którzy zostali poddani zabiegowi radykalnej prostatektomii oraz proporcję pacjentów z rakiem jądra po zabiegu orchidektomii (rycina 5). Wyniki wskazują, że zabiegom zostało poddanych 21% ($n = 285$) pacjentów z rakiem prostaty i 43% pacjentów z rakiem jądra.



Rycina 5. Proporcja pacjentów z rakiem prostaty ($n = 1374$) po zabiegu radykalnej prostatektomii i proporcja pacjentów z rakiem jądra ($n = 14$) po zabiegu orchidektomii [źródło: opracowanie własne]

Rodzaj leczenia

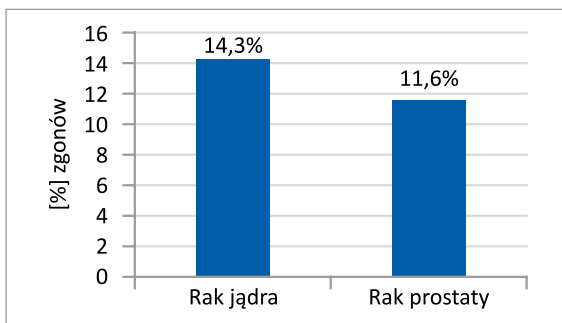
Zgromadzone dane wskazują, że z grupy 1348 pacjentów z rakiem prostaty, 95% ($n = 1285$) zostało poddanych leczeniu farmakologicznemu, a 5% ($n = 63$) leczeniu skojarzonemu (rycina 6).



Rycina 6. Proporcja pacjentów z rakiem prostaty (n = 1348) poddanych leczeniu farmakologicznemu i skojarzonemu [źródło: opracowanie własne]

Liczba zgonów

Zebrane dane wskazują, że w ciągu ostatnich pięciu lat przed momentem badania zmarło 159 pacjentów z powodu raka stercza i 2 mężczyzn z powodu raka jądra. Wartości te stanowią odpowiednio 11,6% ogółu pacjentów z rakiem prostaty i 14,3% ogółu pacjentów z rakiem jądra.



Rycina 7. Proporcja zgonów wśród pacjentów z rakiem prostaty (n = 1374) i pacjentów z rakiem jądra (n = 14) [źródło: opracowanie własne]

Dyskusja

Rak stercza to jeden z najczęstszych nowotworów złośliwych u mężczyzn, a także druga co do częstości przyczyna zgonów na choroby nowotworowe. Stopień nasilenia tego nowotworu występuje u mężczyzn w wieku około 50 lat (około 30%), natomiast 70% mężczyzn ma około 80 lat [1].

Zachorowalność na nowotwór złośliwy gruczołu krokowego wykazuje tendencję zwyżkową w ostatnim 30-leciu. Od połowy lat 90. XX wieku odnotowuje się tendencję wzrostową. Wiąże się to z powszechnym dostępem do oznaczania poziomu PSA we krwi [2]. W ciągu trzech dekad liczba chorych wzrosła około pięciokrotnie [1] (tabela 1).

Rak prostaty to najczęściej występujący nowotwór złośliwy, dający przerzuty do kości. Stanowią one około 80% [3].

Tabela 1. Zachorowalność na nowotwory złośliwe gruczołu krokowego w Polsce w latach 1980–2013

Rok	Mężczyźni		
	liczba	wsp. surowy	wsp. standardowy
1980	1731	10,0	9,1
1985	2010	11,1	9,9
1990	2273	12,2	10,8
1995	3149	16,8	13,9
2000	4598	24,5	18,7
2005	7095	38,4	27,3
2010	9273	49,7	32,3
2013	12162	65,3	39,2

Źródło: [1].

Aktualnie większość raków gruczołu krokowego zostaje wykryta w stadium bezobjawowym. Pacjenci zostają zdiagnozowani w związku z podwyższeniem stężenia PSA, oznaczanym bardzo często już przez lekarzy rodzinnych [4].

Rak stercza powoduje przerzuty, przede wszystkim do kości kręgosłupa, miednicy, mostka, żeber. Rzadziej występują w narządach mięsistych (wątrobie, płucach czy mózgu) [5–7].

Pierwszym objawem przerzutów do kości są zazwyczaj dolegliwości ze strony układu kostnego, tj. ból, ucisk, rzadziej złamania [1].

W nowotworze złośliwym stercza prym wiedzie rak gruczołowy (adenocarcinoma), stanowi 95% z nich [8]. Rozwój gruczolakoraka stercza jest powolny [9].

Poziom stopnia zaawansowania określany jest w skali Gleasona [4,8]. Przerzuty w stanie zaawansowanym są przyczyną bólu trudnego do zlokalizowania, o tępych charakterze i niezwykle przenikliwego [10–12]. Są one także przyczyną pogorszenia jakości życia oraz stanu zdrowia pacjentów. Wywierają zły wpływ na poziom przeżywalności [13,14].

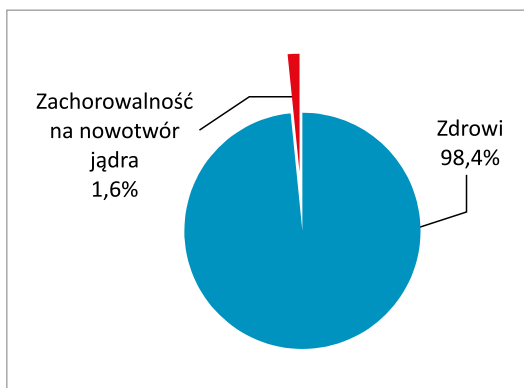
Najbardziej groźne powikłania przerzutów kostnych to złamania trzonów kręgow, powodujące uciśnięcie rdzenia kręgowego. Wywołują ciężkie zaburzenia neurologiczne w formie paraplegii oraz dysfunkcji neurogennej dolnych dróg moczowych [15].

Wystąpienie złamań u mężczyzn w trakcie hormonoterapii jest związane z gorszym rokowaniem [14]. Zaburzeniem metabolicznym rozwijającym się u chorych z przerzutami kostnymi jest hiperkalcemia [8]. O istnieniu przerzutów w kościach świadczy zwiększenie poziomu aktywności fosfatazy zasadowej obecnej w surowicy [1,16].

Rak prostaty coraz częściej jest badany pod kątem chorób współwystępujących, a ryzyko wystąpienia jest dużo większe [17].

Nowotwory jądra stanowią 1,6% zachorowań na nowotwory złośliwe u mężczyzn, zwłaszcza w przedziale 20–44 lat [18].

Liczba zachorowań na raka jądra w ciągu ostatnich 3 dekad wzrosła 3-krotnie i w 2010 roku zanotowano prawie 1100 zachorowań.



Rycina 8. Zachorowalność za nowotwór jądra [18]

Tabela 2. Zachorowalność na nowotwory jądra w Polsce w latach 1980–2010

Rok	Mężczyźni		
	liczba	wsp. surowy	wsp. standardowy
1980	328	1,9	1,7
1985	413	2,3	2,0
1990	416	2,2	2,0
1995	540	2,9	2,6
2000	640	3,4	3,0
2005	860	4,7	4,1
2010	1094	5,9	5,1

Źródło: [18]; brak nowszych danych w KRN.

Pierwsze objawy nowotworu złośliwego jądra są mało charakterystyczne i pozostają niestety często bagatelizowane. Należy zachęcać mężczyzn, zwłaszcza z grupy podwyższonego ryzyka, do regularnego, comiesięcznego samobadania jąder. Duży deficyt wiedzy, wypieranie, strach, zawstydzenie, brak programów profilaktycznych są najczęstszymi powodami odkładania wizyty u lekarza POZ, czy specjalisty [13,14,18].

Szybkie wykrycie zmiany nowotworowej i niejednokrotnie podjęcie natychmiastowego leczenia może uratować życie [19]. Po stwierdzeniu guza jądra, głównie przez lekarzy rodzinnych, chory jest kierowany na USG jąder (badanie sondą ultrasonograficzną, ocena struktury jąder); badanie jest bezbolesne, nieinwazyjne i niesko-

dliwe dla jąder. Pacjent otrzymuje również skierowanie na badania laboratoryjne markerów nowotworowych oraz skierowanie do specjalisty urologa/onkologa.

W przypadku rozpoznania guza jądra chory jest kierowany do chirurgicznego usunięcia jądra – orchidektomii. Biopsja jądra przez mosznę jest błędem. Po zabiegu struktura guza i jądra jest oceniana pod mikroskopem – jest to badanie histopatologiczne, które pozwala na ustalenie rozpoznania typu nowotworu oraz jego zaawansowania miejscowego. Zatem usunięcie jądra jest nie tylko elementem leczenia, ale także diagnostyki [14,18,20]. Odsetek zgonów nie przekracza 1% pacjentów. Leczenie uzupełniające orchidektomię zmniejsza ryzyko nawrotu choroby. Terapia polega na podaniu pojedynczej dawki Karboplatyny lub napromienieniu węzłów chłonnych zaotrzewnowych [14,17,18,21].

W bardziej zaawansowanych przypadkach z przerzutami do węzłów chłonnych (najczęściej tam występującymi) zaotrzewnowych lub z przerzutami odległymi niezwykle ważną rolę po orchidektomii odgrywa chemioterapia wielolekowa.

Należy podkreślić, że większość chorych na nowotwór jądra kończy proces leczenia sukcesem. Dla tych pacjentów niezwykle ważne jest uczestniczenie w programie badań kontrolnych. Zgodnie z zaleceniami Europejskiego Towarzystwa Onkologicznego pacjenci powinni być obserwowani przez 5–10 lat od zakończenia leczenia [1,13,18,22,23].

Lekarze prowadzący obserwację oraz lekarze rodzinni, pod których opieką pozostają pacjenci, zlecają okresowo badania poziomu markerów nowotworowych oraz badania obrazowe (np. badanie rentgenowskie klatki piersiowej) w odpowiednich odstępach czasowych. Ma to na celu wczesne wykrycie nawrotu choroby i wdrożenie odpowiedniego leczenia. W związku z wyższym ryzykiem rozwoju guza w zachowanym jądrze mężczyźni są zachęcani do comiesięcznego samobadania jądra [18,22,23,24].

W raku jądra najistotniejsze jest jego wczesne wykrycie – jest to tzw. prewencja wtórna [18].

Edukacja pielęgniarska

Kobiety szybciej oswajają się z badaniami u ginekologa niż mężczyźni z urologiem. To zrozumiałe: ciąża wymusza regularne wizyty i pomaga pokonać zahamowania, choć nie zawsze.

U mężczyzn dochodzi najczęściej jeszcze wstyd, dlatego podczas rozpoczynania rozmowy pielęgniarka nade często dostaje informacje od pacjenta, że nie planuje przekroczyć gabinetu specjalisty, najczęściej do czasu pojawienia się uciążliwych objawów utrudniających mu życie. Zatem istotną rolę pielęgniarki jest wsparcie i edukacja pacjenta rozwiewająca jego wątpliwości lub błędne domysły wynikające z dużego deficytu wiedzy. Przydatne stają się tu dla pacjenta i jego rodziny: szkolenia

edukacyjne, warsztaty, pogadanki, grupy wsparcia, materiały edukacyjne, rozmowy wyjaśniające przebieg badania.

Podsumowanie

1. Badania lekarskie gruczołu krokowego raz w roku, nawet u pozornie zdrowych panów po 45. roku życia, są absolutnie konieczne.
2. Wskazana opieka urologiczna u osób z grupy ryzyka (jeśli w najbliższej rodzinie – u brata, ojca, stryja – stwierdzono raka prostaty).
3. Warto wykonać badanie krwi w celu oznaczenia stężenia markera nowotworowego charakterystycznego dla raka stercza – tzw. antygen PSA, umożliwia to wczesne wykrycie choroby nowotworowej jeszcze w jej fazie bezobjawowej, a w przypadku potwierdzenia rozpoznania służy do monitorowania postępu choroby.
4. Bardzo ważne jest zachęcenie mężczyzn do udziału w programach profilaktycznych mających na celu wczesne wykrycie chorób oraz promocja zdrowia.
5. Priorytetowa jest edukacja chorego o przyczynach i czynnikach ryzyka polegająca na rozmowie instruktazowej dotyczącej głównie samobadania.
6. Samodzielną kontrolę jąder powinien przeprowadzać każdy nastolatek, raz w miesiącu, po ukończeniu 15 lat – najlepiej w trakcie kąpieli, gdy skóra moszny jest rozluźniona, należy uchwycić jedno jądro pomiędzy dłoń jednej ręki i palce drugiej ręki i delikatnie rolować, szukając ewentualnych guzków.

Bibliografia

1. Krajowy Rejestr Nowotworów. Gruczoł krokowy [online]. Dostępny na URL: <http://onkologia.org.pl/rak-gruczolu-krokowego/> [cyt. 27.10.2017].
2. Meder J, red. *Podstawy onkologii klinicznej*. Warszawa: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego; 2011.
3. Jastrzębski T. Przerzuty nowotworowe do kości, nacieczenie kości [online]. Dostępny na URL: http://www.onkonet.pl/dl_przerzutyndkosci.php [cyt. 3.06.2017].
4. Akimoto S, Furuya Y, Akakura K, et al. Relationship between prostate-specific antigen, clinical stage, and degree of bone metastasis in patients with prostate cancer: comparison with prostatic acid phosphatase and alkaline phosphatase. *Int J Urol* 1997; 4: 572–575.
5. Machoy P. *Rak prostaty – męska sprawa*. Wrocław: Urban & Partner; 2011: 2–39.
6. Rak prostaty [online]. Dostępny na URL: https://www.vismaya-maitreya.pl/naturalne_leczenie_rak_prostaty.html [cyt. 16.01.2016].
7. Kaczmarek A. Rak płuca i rak prostaty – najwięksi zabójcy Polaków [online]. Dostępny na URL: <http://natemat.pl/147197,rak-pluca-i-rak-prostaty-najwieksi-zabojcy-polakow> [cyt. 28.04.2016].

8. Borówka A, Dobruch J, Antoniewicz AA. Przerzuty raka stercza do kości – objawy, rozpoznanie, patogenezę. *Urol Pol* 2006; 59: 17–22.
9. Stamey TA. Cancer of the prostate: an analysis of some important contributions and dilemmas. *Monographs in Urology* 1982; 3: 67–74.
10. Bubendorf L, Schopfer A, Wagner U, et al. Metastatic patterns of prostate cancer: an autopsy study of 1589 patients. *Hum Pathol* 2000; 31: 578–583.
11. Coleman RE. Skeletal complications of malignancy. *Cancer* 1997; 80 (Suppl): 1588–1594.
12. Poor G, Atkinson EJ, Lewallen DG, et al. Age-related hip fractures in men: clinical spectrum and short-term outcomes. *Osteoporosis Int* 1995; 5: 419–426.
13. Berruti A, Dogliotti L, Bitossi R, et al. Incidence of skeletal complications in patients with bone metastatic prostate cancer and hormone refractory disease: predictive role of bone resorption and formation markers evaluated at baseline. *J Urol* 2000; 164: 1248–1253.
14. Oefelein MG, Ricchuti V, Conrad W, Resnick MI. Skeletal fractures negatively correlate with overall survival in men with prostate cancer. *J Urol* 2002; 16: 1005–1007.
15. Eisenberger MA, Crawford ED, Wolf M, et al. Prognostic factors in stage D2 prostate cancer: important implications for future trials: results of a Co-operative Intergroup Study (INT 0036). *Hemin Oncol* 1004; 21: 613–619.
16. Wolff JM, Ittel TH, Borchers H, et al. Metastatic workup of patients with prostate cancer employing alkaline phosphatase and skeletal alkaline phosphatase. *Anticancer Res* 1999; 19: 2653–2655.
17. Brodziak J. Choroba serca a rak prostaty [online]. Dostępny na URL: https://www.kardiolo.pl/choroba_serca_a_rak_prostaty.htm [cyt. 13.08.2016].
18. Krajowy Rejestr Nowotworowy. Nowotwory złośliwe jądra (C62) [online]. Dostępny na URL: <http://onkologia.org.pl/nawotwory-zlosliwe-jadra-c62/> [cyt. 26.09.2016].
19. Lorenz J, Dembowski J, Zdrojowy MR, Woźniak P, Kołodziej A, Szydełko T. *Problemy zakażeń w praktyce urologicznej*. Wrocław: Dolnośląskie Wydawnictwo Edukacyjne; 2004: 75–79.
20. Nowotwór prostaty – poradnik pacjenta. Kampania edukacyjna na temat raka prostaty „Prostata na lata” [online]. Dostępny na URL: http://www.sanofi-aventis.com.pl/produkty/Nasze%20produkty/poradnik_pacjenta.pdf [cyt. 20.07.2016].
21. Rolski J. Anemia u chorych z rozsiewem procesu nowotworowego do kości. W: Pawlicki M, red. *Przerzuty nowotworowe do kości. Nowe kierunki leczenia*. Bielsko-Biała: á-Medica Press; 2004: 172–178.
22. Borówka A, Siedlecki P. Nowotwory układu moczowo-płciowego. W: Krzakowski M, red. *Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych u dorosłych*. Warszawa: Polska Unia Onkologii; 2004: 268–277.
23. Pawlicki M, Siedlecki P. Nowotwory układu moczowo-płciowego. W: Krzakowski M, red. *Onkologia Kliniczna*, II wydanie rozszerzone. Warszawa: Borgis Wydawnictwo Medyczne; 2006: 912–942.
24. Oesterling J.E. Prostate specific antygen. *J Urol* 145; 907: 1991.

Adres do korespondencji:

mgr Grzegorz Han
Optima Medycyna S.A.
ul. Nyska 1, 48-200 Prudnik
tel. 510 533 347
e-mail: grzegorz.han@o2.pl

Uzależnienie od alkoholu jako problem całej rodziny

Teresa Niechwiadowicz-Czapka, Mariola Wojtal

Wydział Nauk Medycznych,
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Wstęp

Alkohol jest używką, która uzależnia, jest przyczyną wielu chorób i stanów chorobowych, w tym uszkodzeń ciała, zaburzeń psychicznych i behawioralnych. Ryzyko ich wystąpienia rośnie wraz ilością spożywanego alkoholu.

Według Amerykańskiego Towarzystwa Medycznego (AMA – *American Medical Association*) „alkoholizm jest chorobą związaną ze znacznym osłabieniem, wynikającą z trwałego i nadmiernego spożycia alkoholu, przy czym osłabienie oznacza dysfunkcjonalność na poziomie fizycznym, psychicznym oraz społecznym” [1].

Alkoholizm jest chorobą postępującą, prowadzi do zmian patologicznych w narządach wewnętrznych. Jest zjawiskiem niepożądanym, przejawem i formą niedostosowania społecznego [2].

Choroba alkoholowa destrukcyjnie oddziałuje nie tylko na osobę uzależnioną, ale także na jego rodzinę i wszystkich jej członków. Ten destrukcyjny wpływ obejmuje wszystkie obszary ich życia i funkcjonowania.

Według badań WHO związek między spożywaniem alkoholu, zdrowiem i skutkami społecznymi jest złożony i wielowymiarowy. Przekonanie, że niewielka ilość alkoholu jest korzystna dla zdrowia, jest prawdopodobnie tak stare jak świat. Od wieków alkohol był w wielu kulturach obecny w czasie spotkań rodzinnych i towarzyskich, głównie jako katalizator dobrej zabawy. Przekonanie o takim korzystnym wpływie alkoholu jest na tyle silne, że ludzie stają się zauważalnie bardziej towarzyscy, kiedy sądzą, że pili alkohol, chociaż w rzeczywistości go nie pili [2]. Problem uzależnień nie dotyczy oczywiście wszystkich, większość ludzi korzysta z alkoholu i nigdy się nie uzależni. Jednak z powodu nadużywania alkoholu istnieje duże ryzyko powstania szkód społecznych, których wachlarz jest bardzo szeroki: od zakłócania spokoju przez osoby nietrzeźwe, zaczepki w miejscach publicznych, niszczenie własności, różnego rodzaju zaniedbań, przemocy wobec najbliższych

członków rodziny, aż do rozbojów i zabójstw. Związku przyczynowego między alkoholem a szkodliwością społeczną nie daje się w prosty sposób ustalić. Wyjątkiem jest agresywne zachowanie. Im wyższy poziom spożywania alkoholu, tym poważniejsze akty przemocy.

Rodzina z problemem alkoholowym – system alkoholowy

Problem choroby alkoholowej coraz silniej dotyka współczesne rodziny, które doświadczają kryzysu. Kryzys współczesnej rodziny wynika z zachodzących niezwykle dynamicznie procesów społeczno-ekonomicznych i kulturowych, takich jak zanik więzi rodzinnych i sąsiedzkich, powszechny konsumpcjonizm, akceleracja życia, anonimowość. Te niekorzystne zmiany dotyczą struktury rodziny, hierarchii, roli i znaczenia jej członków oraz funkcji rodziny. Do niepokojących przemian w rodzinie należy wzrost filozofii antypedagogicznej, która sprzyja przyjmowaniu przez jednostki postaw autonomii i indywidualności, co często przeradza się w egoizm prowadzący do przedkładania interesu osobistego nad dobro rodziny. Prowadzi to do osłabienia relacji rodzinnych, więzi uczuciowych i emocjonalnych. Sprzyja także rozwojowi choroby alkoholowej [2].

Rodzina z problemem alkoholowym to rodzina, w której ktoś pije w sposób nadmierny, destrukcyjny i niekontrolowany. Rodziny, w których są osoby uzależnione od alkoholu, określa się pojęciem „system alkoholowy” [2]. Uzależnienie jednego z członków rodziny rzutuje na całą rodzinę. Nieprzewidywalna rzeczywistość w rodzinie z problemem alkoholowym przyczynia się do utraty poczucia sprawczości i kontroli. Otoczenie pijącego dotkliwiej odczuwa negatywne skutki społeczne spożywania przez niego alkoholu niż sam pijący. Alkoholizm odciska wyraźne piętno na wszystkich członkach takiej rodziny we wszystkich obszarach życia i funkcjonowania: zaniedbywanie rodziny, konflikty małżeńskie, oszukiwanie związane z pićm, utrata zainteresowań niezwiązanych z pićm, izolacja społeczna, problemy prawne, problemy w miejscu pracy. W rodzinach alkoholowych często występują trudności finansowe.

Osoba uzależniona bardzo mocno wpływa na życie rodzinne, zarówno wprost, jak i poprzez manipulację. Ma ona najbardziej znaczący wpływ na powstawanie rodzinnych norm i zasad, zwykle takich, które jej najbardziej odpowiadają i umożliwiają picie. Pozostali członkowie rodziny przyjmują nieświadomie pewne role psychologiczne jako formę adaptacji do życia w takiej rodzinie. Role mogą być zmieniane, czasem jedna osoba pełni kilka ról jednocześnie czy naprzemiennie. Mechanizmy ról ukształtowane w dzieciństwie są ważne dla późniejszego życia.

Wyróżnia się pięć charakterystycznych ról w rodzinach alkoholowych:

1. rola współnika – pełniona przez osobę dorosłą, blisko związaną z osobą uzależnioną. Zazwyczaj jest to żona lub matka, ale zdarza, że przyjmuje ją najstarsze dziecko. Rola ta polega na nieświadomym wspomaganiu uzależnio-

nego, jego ochronie, a powodem działania jest wstyd i obawy przed skutkami działań uzależnionego. Oferowana pomoc nie ma więc wiele wspólnego z pomocą w drodze ku trzeźwości, a ma na celu ukrycie alkoholizmu. Wspólnik jako główny rozgrywający robi to, ponieważ za wszelką cenę stara się utrzymać ład wewnątrz systemu rodzinnego. Przejmuje wiele obowiązków uzależnionego, włącznie z usprawiedliwianiem jego zachowań, nieobecności w pracy, nieopłaconych rachunków, itp. Dominującym uczuciem odczuwanym przez wspólnika jest złość, która z kolei rodzi bezsilność, cierpienie i wstyd. Osoby takie mają poważne trudności w odseparowaniu swojego życia od życia chronionego alkoholika;

2. rola bohatera – przyjmowana zwykle przez najstarsze dziecko, które szybko zdaje sobie sprawę, że jego właściwe zachowanie poprawia relacje w rodzinie. Bohater pomaga rodzinie, odnosi sukcesy w szkole, środowisku, jednak nie czerpie z tego radości. Często obwinia się za złą atmosferę w domu. Ma kłopoty z rozpoznaniem swoich potrzeb, nie potrafi okazywać uczuć. Często staje się pracoholikiem, a działa tak, by zaspokoić czyjeś oczekiwania. Czuje się samotny, ma problem z nawiązywaniem bliskich relacji, ponieważ wymaga to zaufania, otwartości i umiejętności komunikacji, a on nigdy nie był tego uczony;
3. rola kozła ofiarnego – jest najczęściej skutkiem rywalizacji z *bohaterem*, a podejmuje ją kolejne lub najmłodsze dziecko, które pragnie zasłużyć na uznanie i uwagę rodziców. Szybko zauważa jednak, że wszystkie pochwały są zarezerwowane dla bohatera i wszelkie jego wysiłki są bezowocne. Mimo tego, żeby zyskać uwagę rodziców podejmuje działania (zachowania często ryzykowne), narażając się na dezaprobatę. Odczuwa w związku z tym gniew i frustrację, poczucie krzywdy i winy jednocześnie. Wycofuje się, ucieka z domu. Oparcie znajduje w rówieśnikach. Jego złość i agresja mogą być niebezpieczne dla niego lub/i otoczenia. Jest mocno narażony na uzależnienie od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych;
4. rola zagubionego dziecka – podejmuje ją kolejne dziecko, które uczy się, że najlepiej zejść innym z drogi. Szybko uczy się samodzielnie dbać o swoje potrzeby, jest samotnikiem, tworzy własny świat wycofania się, fantazji. Brak więzi z rodzicami, brak odpowiednich wzorców może powodować problemy z identyfikacją płciową czy nieprzygotowanie do podejmowania kontaktów społecznych, znajomości i przyjaźni. Taka osoba nie potrafi dawać ani brać. Łatwo się zniechęca i rezygnuje. Traktuje swój los jako coś zasłużonego, ma małe poczucie własnej wartości. Nie wymaga i nie oczekuje niczego od rodziców, ale także od siebie. Nie rozwija więc wrodzonych możliwości;
5. rola maskotki – to zwykle rola najmłodszego w rodzinie dziecka, które swoimi popisami rozładowuje atmosferę. Szybko uczy się, że to także skuteczny sposób na zyskanie uwagi dla siebie. Jednak takie zachowania skrywa-

ją strach dziecka i poczucie niepewności o przetrwanie rodziny i rodziców. Osoba taka nie jest zwykle traktowana poważnie, często jest niekonsekwentna i nieodpowiedzialna, chaotyczna, nastawiona na przetrwanie. Jest podatna na używki, które ją odprężają.

Rozszerzeniem roli *wspólnika* jest rola *żelaznego dziecka*, które wyrasta na dobrze przystosowane, bez wyraźnych skutków patologii rodzinnych, wydaje się być odporne na stres. Obserwacje wskazują, że dzieje się tak pomimo dysfunkcyjnych warunków wzrastania w rodzinie z problemem alkoholowym. Także dzieci będące w silnym emocjonalnym związku z matką, otrzymujące od niej miłość, silne przywiązanie i wsparcie, pomimo alkoholizmu ojca nie wykazują w dorosłym życiu większych psychospołecznych zaburzeń [3].

Wpływ alkoholizmu na małżeństwo

Alkohol jest jednym z największych zagrożeń dla związku. Nadużywanie i uzależnienie od alkoholu stanowi duże zagrożenie dla jakości małżeństwa. Fakt nadużywania alkoholu przez partnera odciska swoje piętno na niemal wszystkich sferach życia małżeńskiego, często doprowadzając do rozpadu małżeństwa bądź stanu, w którym związek ten istnieje tylko na papierze. Wśród przyczyn rozpadu pożycia małżeńskiego nadużywanie alkoholu zajmuje drugie miejsce, tuż po niedochowaniu wierności, czemu także alkohol sprzyja [4].

Problem alkoholizmu partnera dotyczy najczęściej mężczyzn, choć rośnie liczba kobiet nadużywających alkoholu. W sytuacji szczególnej jest partner osoby uzależnionej, często określanej jako osoba współuzależniona. Z jednej strony złość i wściekłość na partnera powoduje chęć opuszczenia go, z drugiej strony natomiast sumienie każe myśleć o małżonku, jak o osobie chorej i potrzebującej pomocy. Wszystkie te odczucia są doświadczanymi emocjami osób, które borykają się z problemem alkoholizmu partnera.

Obserwacje klinicystów i terapeutów uzależnień na przełomie lat 70. i 80. XX wieku, stały się załączkiem rozwoju koncepcji współuzależnienia (*co-dependence*), zgodnie z którą problemy członków rodziny alkoholowej, w tym także dzieci, zależne są od współtworzonego przez nich układu wzajemnych relacji z osobą uzależnioną.

Współuzależnienie (wg Z. Sobolewskiej) to „utrwalona forma uczestnictwa w długotrwałej niszczącej sytuacji życiowej, związanej z patologicznymi zachowaniami partnera, ograniczająca w istotny sposób wybór postępowania, prowadząca do pogorszenia własnego stanu i utrudniająca zmianę na lepsze” [2]. Inni badacze postrzegają współuzależnienie jako zaburzenie osobowości, inni – za reakcją na stres, a jeszcze inni – za chorobę. Sam alkoholizm, mimo że uzależnienie od alkoholu znane jest ludziom od zarania dziejów, został uznany za chorobę dopiero w XX wieku. Wciąż jednak mówienie o alkoholizmie jako chorobie budzi w niektórych kręgach społecznych wiele kontrowersji.

Według Mellibrudy alkohol niszczy życie uczuciowe małżeństwa i rodziny. Małżonkowie i pozostali członkowie rodziny odczuwają wiele negatywnych emocji, takich jak: złość, gniew, wstyd, poczucie krzywdy i ciągłego zagrożenia, ale też poczucie winy. Brak jest w takich rodzinach oparcia i wzajemnej pomocy, spokoju i bezpieczeństwa, a zamiast tego są kłamstwa, manipulacje, udawanie. Prowadzi to do zerwania kontaktów i braku wzajemnego zrozumienia członków rodziny. Takie rodziny zamykają się, odizolowują od świata zewnętrznego i ludzi [2].

Dziecko w rodzinie alkoholowej

Negatywne skutki alkoholizmu w rodzinie przede wszystkim odczuwają dzieci, dla których rodzina powinna być początkiem społecznego funkcjonowania. W rodzinie dziecko kształtuje prospołeczne postawy i zachowania, wyrabia pożądane nawyki. Dziecko potrzebuje dowodów miłości ze strony odpowiedzialnych rodziców, doceniania i uznania. To w rodzinie musi nabrać pewności, że jest kochane, potrzebne, dobre, chciane. Wiele badań donosi, że różnego rodzaju urazy u dzieci rodziców nadużywających alkoholu występują częściej niż w populacji ogólnej. Alkohol jest także toksyczny dla rozrodczości. W okresie prenatalnym może powodować deficyty intelektualne, zwiększa ryzyko wcześniactwa, niskiej wagi urodzeniowej, co już na starcie stanowi duże obciążenie dla dziecka.

Rodzina alkoholowa, pomimo zmian zachodzących w jej strukturze, nadal pozostaje główną siłą oddziaływania na proces wychowania dziecka i kształtowania jego osobowości. W Polsce, według Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, około 1,5 mln dzieci żyje w rodzinach z problemem alkoholowym [5]. Doświadczenia tych dzieci należą do najbardziej dramatycznych i przemawiających do wyobraźni – urazy stresowe i traumatyczne doświadczenia na skutek problemów alkoholowych rodzica, brak stabilności emocjonalnej, przemoc fizyczna czy psychiczna. Niska jakość funkcji rodzicielskich i ogólna dysfunkcjonalność rodziny z powodu biedy, izolacji społecznej czy bezrobocia powoduje, że dziecko wychowujące się w takiej rodzinie nie ma zaspokojonych podstawowych potrzeb rozwojowych i społecznych. Doświadcza za to wielu traumatycznych przeżyć – lęku, samotności, zagubienia, chaosu. Bywa ofiarą nadużyć seksualnych. Nierzadko rodzice-alkoholicy nakłaniają swoje dzieci do popełniania przestępstw, co w dalszej perspektywie może prowadzić do wykołajenia. Dzieci wychowujące się w takich rodzinach uczą się ukrywania swoich problemów i emocji, nie potrafią bawić się tak, jak ich rówieśnicy. Powstaje luka i brak niemożliwy do usunięcia w dorosłości, bo jak uważa Łopatkowa „...potrzeby dzieciństwa nie da się zaspokoić w dorosłości...” [7].

Dotychczas uważano, że dzieci ojców z problemem alkoholowym są bardziej podatne na uzależnienie od alkoholu i nadużywanie innych substancji psychoaktywnych w porównaniu z dziećmi rodziców niepijących alkoholu w sposób szkodliwy. Obecnie bardziej współczesne stanowisko przyjmuje, że możliwa jest zarówno po-

zytywna, jak i negatywna adaptacja dziecka do życia. O ostatecznych efektach rozwojowych decyduje wzajemna dynamiczna interakcja między zasobami jednostki a wpływami czynników biologicznych, psychicznych i środowiskowych. Według badań związek między alkoholizmem rodzica a zaburzeniami psychicznymi u dziecka nie jest tak bezpośredni i oczywisty. Pogląd o nieuchronnej patologii potomstwa osób uzależnionych od alkoholu nie znajduje obecnie potwierdzenia w badaniach. Wiele dzieci z rodzin alkoholowych rozwija się prawidłowo. Pozytywna adaptacja (dobre przystosowanie) oznacza dobre psychospołeczne funkcjonowanie jednostki, która ma umiejętność wykorzystywania zasobów wewnętrznych i zewnętrznych, mimo niesprzyjających okoliczności losu. Taka osoba z powodzeniem wypełnia adekwatne do wieku zadania, np. ma dobre oceny i prawidłowe relacje rówieśnicze w wieku szkolnym. Trzeba jednak brać pod uwagę fakt, że dzieci te ponoszą ogromne koszty osobiste, osiągając pozytywne wskaźniki dobrego funkcjonowania zdecydowanie większym wysiłkiem niż dzieci z rodzin niedysfunkcyjnych [8].

Badacze niejednokrotnie podejmowali próby opisanie i poddania empirycznej weryfikacji funkcjonowania osób, które okres dzieciństwa spędziły w rodzinie z problemem alkoholowym. Stąd wywodzi się tzw. syndrom dorosłych dzieci alkoholików (DDA).

Jedną z definicji DDA jest następująca: „osoby z syndromem DDA to osoby dorosłe, u których siła zapisu traumatycznych wydarzeń życiowych w rodzinie z problemem alkoholowym przekroczyła możliwości zaradcze ich systemu samoobrony, pozostawiając trwałe ślady w obrazie siebie i funkcjonowania osoby, o cechach złożonego stresu pourazowego, nałożonego na różne konfiguracje cech osobowości” [9]. Syndrom DDA nie znalazł dotychczas miejsca w klasyfikacjach chorób i zaburzeń jako oddzielna jednostka nozologiczna. Przegląd badań kwestionuje także zasadność klasyfikowania syndromu DDA jako zjawiska odrębnego i specyficznego dla wszystkich dorosłych dzieci alkoholików. Wyniki wielu badań nie wykazały różnic pomiędzy dziećmi pochodzącymi z rodzin z problemem alkoholowym a dziećmi z grup kontrolnych [8].

Alkohol a przemoc w rodzinie

Przemoc, według przyjętej przez WHO w roku 1996 i obowiązującej do tej pory definicji, to „Celowe użycie siły fizycznej lub władzy, sformułowane jako groźba lub rzeczywiście użyte, skierowane przeciwko samemu sobie, innej osobie, grupie lub społeczności, które albo prowadzi do albo z którym wiąże się wysokie prawdopodobieństwo spowodowania obrażeń cielesnych, śmierci, szkód psychologicznych, wad rozwoju lub braku elementów niezbędnych do normalnego życia i zdrowia” [10].

Przemoc może oznaczać działania pojedyncze lub powtarzające się, a także brak odpowiedniego działania, którego wynikiem jest krzywda lub cierpienie innej osoby. Przemoc w rodzinie to najczęściej demonstrowanie władzy, narzucanie swojej woli komuś bez jego zgody lub możliwości przeciwstawiania się.

Istnieje ogólne powiązanie między zwiększonym spożyciem alkoholu a przemocą domową i przestępstwami. Im większe spożycie alkoholu, tym większa przemoc, bowiem alkohol wchodzi w interakcję z cechami osobowości oraz innymi czynnikami związanymi ze skłonnością danej osoby do agresji, takimi jak impulsywność [10]. Liczne badania donoszą, że przypadki przemocy, której sprawcą był nietrzeźwy mąż, zdarzały się częściej i były brutalniejsze niż te, kiedy sprawca był trzeźwy. Leczenie odwykowe zmniejsza agresję wobec partnera życiowego. Kobiety, które padają ofiarą przemocy z powodu alkoholu, same spożywają go więcej [11].

Podsumowanie

Alkohol zwiększa ryzyko problemów w rodzinie i społeczeństwie. Spożywanie alkoholu przez jednego lub oboje rodziców może wpłynąć na środowisko, w którym dorasta dziecko. Rodzice zbyt skupieni na alkoholu bywają często niedostępni dla dziecka, fizycznie i emocjonalnie, pozostawiając je same z rozwojowymi wyzwaniami związanymi z ciałem i cielesnością. Alkoholizm rodzica staje się punktem odniesienia dla przeżyć osób z całego systemu rodzinnego. Prawidłowe relacje z rodzicami, system wartości wpajany dziecku od najmłodszych lat dzieciństwa wpływają na dobór przyjaciół, decyzje i zachowania młodych ludzi.

Zazwyczaj trudna sytuacja finansowa rodziny, zaniedbania, konflikty małżeńskie, niewłaściwe wzorce ról małżeńskich wpływają negatywnie na funkcjonowanie rodziny. Częściej dochodzi do aktów agresji i przemocy. Także ryzyko seksualnego wykorzystania dzieci jest większe w rodzinach z problemem alkoholowym.

Środowisko rodzinne ma istotny wpływ na doświadczenia związane z piciem alkoholu. Najpoważniejszym problemem jest to, że nadużywanie alkoholu i sprzyjające temu zwyczaje przenoszą się na następne pokolenia. Ponad 80% młodzieży swój pierwszy kontakt z alkoholem miało już w wieku 15–19 lat [12].

Pomimo dużego zapotrzebowania społecznego brak jest w Polsce i na świecie szerszych empirycznych opracowań obejmujących całe systemy rodzinne. Dominują obserwacje skoncentrowane głównie na chorym. Wskazane jest systematyczne monitorowanie i analizowanie zachowań związanych z konsumpcją i nadużywaniem napojów alkoholowych, które powinno stanowić podstawę do planowania programów profilaktycznych kierowanych do całych rodzin i społeczności lokalnych [11].

Bibliografia

1. Bartyzel A. Genetyczne uwarunkowania alkoholizmu [online]. Dostępny na URL: <http://biotechnologia.pl/biotechnologia/genetyczne-uwarunkowania-alkoholizmu,13729> [cyt. 28.01.2018].
2. Konieczny G, Rasińska R. Psychospołeczne aspekty funkcjonowania dziecka w rodzinie alkoholowej oraz możliwości terapii odwykowej osób uzależnionych. *Pielęg Pol* 2016; 159): 98–101.

3. Margasiński A. Role psychologiczne młodych dorosłych wzrastających w rodzinach alkoholowych i niealkoholowych mierzone kwestionariuszem ról rodzinnych. *Alkohol Narkom* 2017; 30 (1): 13–40.
4. Roczniki demograficzne z lat 2002-2013. Warszawa: Główny Urząd statystyczny; 2014 [online]. Dostępny na URL: <https://szukaj.onet.pl/wyniki.html?qt=Roczniki+demograficzne+z+lat+2002-2013.+W-wa%3A+G%C5%82%C3%B3wny+Urz%C4%85d+statystyczny%3B2014+-101> [cyt. 29.01.2018].
5. Wieczorek Ł, Wciórka J, Stokwiszewski J, Wojtyniak B, Kiejna A, Adamowski T, Moskalewicz J. Dzieci Rodziców z zaburzeniami psychicznymi i behawioralnymi związanymi zużyciem alkoholu. Komunikat Z ogólnopolskich badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej–EZOP Polska”. *Alcoholism And Drug Addiction* 2015; 28: 193–197.
6. Pasternak A, Schier K. Doświadczenie własnej cielesności przez kobiety pochodzące z rodzin z problemem alkoholowym. *Alkohol Narkom* 2013; 26 (3): 295–312.
7. Łopatkowa M. *Pedagogika serca*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne; 1992: 48.
8. Grzegorzewska I, Cierpiałkowska L. Pozytywna i negatywna adaptacja dzieci rodziców uzależnionych od alkoholu. *Alcoholism And Drug Addiction* 2015; 28: 221–233.
9. Litwa A. Syndrom DDA. W: Bętkowska-Korpała B, red. *Uzależnienie w praktyce klinicznej. Zagadnienie diagnostyczne*. Warszawa: Wydawnictwo Parpamedia; 2009: 249–269.
10. Przemoc [online]. Dostępny na URL: <https://pl.wikipedia.org/wiki/Przemoc> [cyt. 17.02.2018].
11. Anderson P, Baumberg B. *Alkohol a człowiek*. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA; 2007: 114–116.
12. Wojtyła-Buciora P, Wojtyła A, Wojtyła C, Marcinkowski J. Rozpowszechnienie konsumpcji alkoholu w opinii uczniów szkół licealnych i ich rodziców. *Hygeia Public Health* 2012; 47 (4): 498–504.

Adres do korespondencji:

mgr Teresa Niechwiadowicz-Czapka
Wydział Nauk Medycznych
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
ul. Katowicka 68, 45-060 Opole
tel. 77 44 23 540
e-mail: niechwiadowicz@wsm.opole.pl

Opieka pielęgniarstwa nad hospitalizowanym pacjentem ze schizofrenią paranoidalną – opis przypadku

Wojciech Chojnowski, Joanna Siekierka

Wydział Nauk Medycznych, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Wstęp

Schizofrenia (MB – *Morbus Bleuleri*) jest chorobą ciężką i przewlekłą. Przebiega najczęściej w formie zaostrzeń (nawrotów) objawów i ich wycofania (remisji). Może przebiegać jako jeden lub kilka epizodów psychotycznych z całkowitym powrotem do funkcjonowania sprzed zachorowania. Najczęściej jednak następuje powolne, lecz stałe, pogorszenie stanu zdrowia. Przyjmuje się, że około 1/3 właściwie leczonych pacjentów z rozpoznaniem MB wraca do funkcjonowania na przedchorobowym poziomie. U kolejnej 1/3 objawy są nieznacznie nasilone, a funkcje społeczne bywają zaburzone. U pozostałej 1/3 schizofrenia ma postać przewlekłą, z częstymi hospitalizacjami. 10% tej trójki wymaga instytucjonalnej, stałej opieki.

Prawie 70% pacjentów z ostrymi objawami schizofrenii wraca do zdrowia w przeciągu pół roku. Jeśli stosuje się wyłącznie farmakoterapię, ryzyko nawrotu choroby w przeciągu 24 miesięcy wynosi ponad 60%. Gdy zastosuje się także inne formy terapii, np. psychoterapię, terapię zajęciową lub inne formy oddziaływania psychospołecznego, ryzyko nawrotu objawów spada do około 25% w tym samym okresie.

Epidemiologia i etiologia schizofrenii paranoidalnej

Według danych z 2014 roku liczba chorujących na schizofrenię w Polsce korzystających z publicznej opieki zdrowotnej wynosiła prawie 190 tysięcy. Pomimo iż nie ma rejestru tej choroby, szacuje się, że kolejne 200 tysięcy leczy się prywatnie lub nie jest objętych żadną opieką [1]. Jest to około 1% populacji naszego kraju. Podobny odsetek notują inne kraje. Zapadalność to średnio 20 chorych na 100 tysięcy osób, przy współczynniku rozprzestrzeniania punktowego mieszczącym się w granicach 3–5 na 1000 osób. W niektórych krajach, np. w Szwecji lub krajach byłej Ju-

gosławii, często przekracza 10 na 1000 osób, ale zdarzają się społeczności (Huterycy w Stanach Zjednoczonych), gdzie wynosi 1 na 1000 osób, przy czym płęć nie odgrywa tu roli. Taka rozbieżność, jak ustalono, wynikała częściowo z zastosowania różnych kryteriów diagnostycznych [2].

Pierwsze rozpoznania schizofrenii (oznaczenie F20 w klasyfikacji ICD-10) stawiane są między 15. a 25. rokiem życia u mężczyzn i między 25. a 35. rokiem życia u kobiet. U mężczyzn rzadko kiedy diagnozowana powyżej 45. roku życia; u kobiet to nawet 10% [2].

Pacjenci chorujący na schizofrenię zajmują 25% łącznej liczby łóżek szpitalnych i stanowią połowę ogólnie hospitalizowanych. To sprawia, że koszty związane z zachorowaniem na tę chorobę są ogromne. Wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) łącznie związane z leczeniem schizofrenii w 2010 roku wyniosły 485 342 890 zł, a w 2014 roku już 557 120 213 zł. W okresie pięciu lat (2010–2014) nastąpił wzrost wydatków o 14,79%. Dla porównania, w Stanach Zjednoczonych tylko w roku 2002 wynosił około 67,3 mld dolarów [1].

Etiopatogeneza schizofrenii paranoidalnej nie jest do końca poznana. Współczesna orientacja badań nad Morbus Bleuleri skupiona jest na trzech głównych koncepcjach:

1. genetyka,
2. czynniki środowiskowe,
3. czynniki neurochemiczne – mózgowa gospodarka neurochemiczna.

Pierwsza, genetyczna, powiązana jest z zaburzeniami neurorozwojowymi – zakłócony zostaje prawidłowy rozwój, w tym komórek oraz dróg nerwowych, co może skutkować zaczątkiem choroby. Druga, środowiskowa, bazuje głównie na tendencji podatności na stresory w określonym środowisku. Trzecia ma związek z zaburzonym przekazywaniem na poziomie neuronów. Sam rozwój choroby próbuje tłumaczyć się dynamiczną korelacją pomiędzy tym trzema czynnikami [3].

Interwencja i metody leczenia

Farmakoterapia

Poniżej przedstawiono kilka najczęściej występujących problemów wynikających z leczenia farmakologicznego.

- Problem 1. Niechęć do przyjmowania zleconych leków.
- Problem 2. Gromadzenie leków w celach samobójczych.
- Problem 3. Pojawienie się objawów ubocznych.

Dlatego personel powinien podejmować działania nastawione na poprawę komfortu pacjenta, jego edukację w zakresie potencjalnych objawów ubocznych, wyjaśnienie wątpliwości i obaw, a przede wszystkim na obserwację chorego pod kątem wystąpienia objawów polekowych [4].

Sejsmoterapia

Rola indukowanych czynności napadowych EEG w celu uzyskania poprawy w przebiegu pewnych schorzeń psychicznych poznana została na drodze głównie empirycznej już ponad sto lat temu. Efekt wstrząsowy (drgawkowy) wzbudzany mógł być na drodze chemicznej – poprzez podawanie pacjentowi pewnych związków – lub fizycznej – przez drażnienie energią elektryczną. Metoda ta była stosowana również wobec uzależnionych od pochodnych morfiny [5].

Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem ze schizofrenią

Rola pielęgniarki w pełnieniu opieki nad pacjentami hospitalizowanymi cierpiącymi na schizofrenię paranoidalną nie ogranicza się jedynie do podawania leków przeciwpsychotycznych i monitorowania stanu fizjologicznego pacjenta. Na pielęgniarkę spoczywa szereg zadań i interwencji, które pełnią bardzo ważną rolę w procesie poprawy zdrowia i jakości życia osoby chorej na schizofrenię.

Jednym z podstawowych aspektów opieki pielęgniarki nad chorym jest prowadzenie odpowiedniej komunikacji na płaszczyźnie pielęgniarka–pacjent. Komunikacja interpersonalna wśród osób chorych w większości przypadków jest zaburzona. Jest to spowodowane przede wszystkim zaburzeniami myślowymi, co często objawia się występowaniem omamów i urojeń [6,7]. Komunikację z pacjentem należy zacząć od zapewnienia mu poczucia bezpieczeństwa, zmniejszenia lęku i poczucia zagubienia. Pielęgniarkę powinna cechować autentyczność, gotowość uważnego słuchania i chęć pomocy. W przypadku, kiedy pacjent objawia omamy i urojenia, nie należy lekceważyć jego odczuć. Reakcja śmiechu lub kłótnia z chorym na temat prawdziwości jego przekonań i doznań oraz podejmowanie usilnych prób wyperswadowania urojeń stanowczo pogorszy komunikację z pacjentem. W takich przypadkach zaleca się szczerść i otwartość, pielęgniarka nie utożsamia się z wiarą w przedstawione urojenia i informuje jedynie pacjenta, że jej zdanie na ten temat jest inne [6,8].

Relacja między pielęgniarką a pacjentem opiera się również na zrozumiałym i przejrzystym stawianiu sytuacji przez pielęgniarkę. Polega to na omawianiu wprost z pacjentem różnych kwestii jego dotyczących, co pozwoli uniknąć protekcjonalności i manipulacji. Należy nie mówić szeptem w obecności chorego oraz powstrzymać się od wymiany niejasnych, porozumiewawczych gestów. Takie zachowania spowodują wzmożoną podejrzliwość pacjenta i będą miały swój wydzźwięk w objawach urojeniowych [9]. Jeżeli konieczne jest wykonanie czynności pielęgniarskich przy pacjencie, niezależnie od jego zgody, przed przystąpieniem do czynności należy go jasno i wyraźnie o tym powiadomić, co pozwoli uniknąć zaskoczenia oraz lęku ze strony pacjenta [4,8].

W przypadku relacji z pacjentem będącym w psychozie należy uważnie słuchać pacjenta w celu rozpoznania i uważnego sprawdzania, jakie uczucia kryją się pod

płaszczem urojeń. Istotnym punktem jest rozpoznanie omamów imperatywnych, mogących motywować pacjenta do zachowań niebezpiecznych [9].

Należy również pamiętać, iż brak komentarza na wypowiedziane przez chorego słowa oraz zapewnienie poczucia aktywnego słuchania, zrozumienia i chęci pomocy ze strony personelu pielęgniarskiego odnosi o wiele lepsze skutki niż udzielanie rad lub wygłaszanie własnego osądu. W rozmowie z chorym wymagana jest powściągliwość w wyrażaniu emocji. Sytuacja, w której pacjent zadaje pielęgniarsce pytania osobiste, świadczy o zaburzeniach granic interpersonalnych i braku dystansu. W takim przypadku należy odnieść wcześniej zadane pytanie do sytuacji pacjenta, co może mieć wstępną do omówienia przez chorego swoich osobistych problemów [6,8].

Ponadto niezbędnym zadaniem pielęgniarki w kontakcie z pacjentem w psychotycznym jest wykształcenie nawyku obserwacji siebie i własnych reakcji emocjonalnych. Styczność z pacjentami, którzy podlegają silnym emocjom z powodu choroby, wzmacnia szczególnie trudne emocje i wewnętrzne konflikty u osób pełniących opiekę nad wyżej wymienionymi. Personel pielęgniarski może silniej reagować emocjonalnie na zachowanie chorego, kiedy we własnym życiu napotyka trudne sytuacje. Aby temu zapobiec, istotną rolę pełni świadomość pielęgniarska lub pielęgniarki w stosunku do rozróżniania emocji swoich, jak i emocji pacjenta [4,6,8].

Jednym z objawów, który występuje u większości osób chorych na schizofrenię paranoidalną, jest zdolność do szybkiego pobudzenia, co może przerodzić się w agresję skierowaną na siebie lub otoczenie. W przypadku, kiedy pacjent w oddziale szpitalnym ulega szybkiemu pobudzeniu, personel pielęgniarski powinien stale obserwować chorego i podjąć szereg działań, które zminimalizują pobudzenie pacjenta, zanim osiągnie ono wysokie stadium. Należy unikać bodźców, które prowadzą do pobudzenia pacjenta; jeżeli jednak do tego dojdzie, należy szybko je usunąć. Jeżeli np. bodźcem jest osoba odwiedzająca, na którą pacjent reaguje agresją, należy zasugerować osobie odwiedzającej powstrzymanie się od odwiedzin na jakiś czas. W przypadku, gdy pacjent ma halucynacje, wysoce pomocne jest unikanie bodźców świetlnych i dźwiękowych, tj. ostrego światła, muzyki. Ważne jest, aby w sytuacji pobudzenia pacjenta personel pielęgniarski nawiązał z pacjentem rozmowę oraz wypowiadał się spokojnie i z opanowaniem [4,7]. Błędem jest uleganie emocjom pacjenta i reagowanie agresją. Jeśli pacjent agresywny przekracza granice nietykalności osobistej pielęgniarki lub współpacjentów, należy zastosować środki przymusu bezpośredniego, które zostały opisane w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego i obowiązują w każdym oddziale psychiatrycznym w Polsce [10]. Według wyżej wspomnianej ustawy środki przymusu bezpośredniego można zastosować w przypadkach, kiedy: osoba chora psychicznie zagraża swojemu życiu lub zdrowiu, a także życiu i zdrowiu innych osób; poważnie zagraża personelowi medycznemu w świadczeniu usług zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej. O zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz lub, w przypad-

ku niemożności uzyskania natychmiastowej decyzji lekarza, personel pielęgniarski. Do środków przymusu bezpośredniego należą: przytrzymanie, przymusowe podanie leków, unieruchomienie lub izolacja, przymusowe podanie leków i unieruchomienie lub izolacja [10].

Pielęgniarka powinna również pamiętać, aby podczas komunikacji z pacjentem agresywnym zachować kilka ważnych zasad:

1. zachować odległość min. 2 metry od pacjenta, znajdować się poza zasięgiem rąk pacjenta;
2. zbliżać się do pacjenta powoli oraz podchodzić z przodu;
3. trzymać ręce w zasięgu wzroku pacjenta i nie odwracać się do niego plecami;
4. używać języka potocznego, nie naukowego. Odmienność w komunikowaniu się może podkreślić dystans społeczny i nasilić agresję;
5. nie dopuszczać do sytuacji, aby pielęgniarka lub pielęgniarz znajdowali się „sam na sam” z pacjentem agresywnym [4,6,8].

Opieka pielęgniarska nad chorym psychicznie pod względem somatycznym zależy od aktualnego stanu zdrowia chorego. Opieka ta będzie się różnić w zależności od rodzaju schorzeń współistniejących danego pacjenta lub ich braku [4,7]. Niemniej jednak większość pacjentów posiada dolegliwości w sferze somatycznej, które są niejako powiązane ze schizofrenią paranoidalną. Zaparcia to dolegliwość występująca u większości pacjentów, spowodowana działaniem niepożądanym leków przeciwpsychotycznych. W tym przypadku opieka pielęgniarska powinna obejmować prowadzenie bilansu wodnego, a także zmianę diety pacjenta na dietę bogatoresztkową [7]. Chorujący na schizofrenię w okresie nawrotu choroby nie dbają o higienę osobistą, dlatego kolejnym zadaniem pielęgniarki jest pomoc choremu przy wykonywaniu toalety ciała, a także zmianie bielizny osobistej. Chorych zanieczyszczających się należy o stałej porze wyprowadzać do toalety. Jeżeli występuje osłupienie katatoniczne, pielęgniarka zobowiązana jest do zaspokajania wszystkich najważniejszych potrzeb życiowych pacjenta [6].

Hospitalizacja pacjentów ze schizofrenią paranoidalną w zamkniętym oddziale szpitalnym powoduje izolację pacjenta od osób zdrowych, a kształtowanie umiejętności społecznych oraz podejmowanie decyzji dotyczących życia pozaszpitalnego jest w znacznym stopniu ograniczone [11]. Długotrwałe przebywanie pacjenta w oddziale może pogłębiać wycofanie się z życia oraz bierność i brak inicjatywy pacjenta w podejmowaniu decyzji, dlatego personel pielęgniarski zobowiązany jest do pełnienia bardzo ważnej roli dotyczącej procesu rehabilitacji pacjenta, co w znacznym stopniu zredukuje izolację społeczną i ułatwi pacjentowi powrót do pełnienia swojej roli społecznej poza szpitalem [12]. Rehabilitacja powinna zacząć się jak najwcześniej. Początkowo należy zachęcić pacjenta do uczestniczenia w terapii zajęciowej organizowanej na oddziale. Zaleca się, aby zajęcia nie były skomplikowane i monotonne. W początkowym okresie wysoce pomocne jest warunkowanie instrumentalne, czyli np. nagradzanie chorego poprzez pochwałę za przejaw aktywności,

współpracę lub dbanie o higienę osobistą. Odpowiednia komunikacja z pacjentem opisana w danej pracy w znacznym stopniu wpłynie na proces rehabilitacji. Kolejnym pomocnym czynnikiem, który pozwoli wyeliminować izolację społeczną pacjenta, jest prowadzenie treningów umiejętności społecznych przez personel pielęgniarski, które pomogą pacjentowi w radzeniu sobie w sytuacjach trudnych po opuszczeniu oddziału psychiatrycznego. Treningi te obejmują zajęcia w zakresie dysponowania budżetem domowym, regularności konieczności zażywania leków, przygotowywania posiłków i dbania o higienę [6,8,11,12].

Założenia i cel pracy

Celami nadrzędnymi niniejszej pracy są: przybliżenie i usystematyzowanie wiedzy na temat etiologii, epidemiologii i przebiegu schizofrenii paranoidalnej, a także przedstawienie roli pielęgniarki/pielęgniarskiej w opiece szpitalnej nad pacjentem ze schizofrenią.

Celami szczegółowymi są: ukazanie problemów pielęgnacyjnych hospitalizowanego pacjenta ze zdiagnozowaną właśnie tą chorobą oraz zestawienie propozycji wdrożenia odpowiedniej opieki pielęgniarskiej, nastawionej na bezpieczeństwo, poszanowanie godności, wzrost świadomości pacjenta w zakresie samoopieki oraz poprawy jakości życia.

Metodologia badania

Metodą badania wykorzystaną w niniejszej pracy jest metoda indywidualnego przypadku. Polega ona na analizie sytuacji psychospołecznej osoby badanej, która wynika z wystąpienia choroby oraz jej skutków i ma na celu wdrożenie opieki pielęgniarskiej. Łączy się to ze sformułowaniem diagnozy pielęgniarskiej, a następnie planowaniem, realizowaniem oraz ocenianiem osiągniętych celów pielęgniarskich. Do przeprowadzenia badania metodą indywidualnego przypadku niezbędne jest poznanie sytuacji, problemów chorego oraz praca z pacjentem i jego rodziną, co prowadzi do zmian w funkcjonowaniu biopsychospołecznym oraz do polepszenia indywidualnej kondycji podmiotu opieki [13].

Do poznania sytuacji pacjenta ze schizofrenią opisywanego w tej pracy postawienia odpowiedniej diagnozy pielęgniarskiej zostały użyte następujące techniki badań:

1. wywiad pielęgniarski,
2. obserwacja,
3. analiza dokumentacji,
4. pomiar parametrów życiowych.

Wywiad pielęgniarski oznacza rozmowę pielęgniarki z pacjentem lub jego rodziną, która została zaplanowana oraz ukierunkowana na określony temat, a jej ce-

lem jest zebranie jak największej liczby informacji o pacjencie; przy czym zaleca się przeprowadzenie wywiadu z osobą badaną, jak i jej rodziną, dzięki czemu zdobyte dane ulegną dopełnieniu. Przy prowadzeniu wywiadu pielęgniarzkiego istnieje możliwość zadawania pytań o fakty, jak również i opinie osoby badanej lub jej rodziny [13,14].

Wywiad pielęgniarzki został przeprowadzony z pacjentem podczas pobytu w zamkniętym oddziale psychiatrycznym. W czasie trwania wywiadu pacjent był przytomny, w logicznym kontakcie oraz chętnie odpowiadał na wszystkie pytania. Pytania dotyczyły danych personalnych pacjenta, informacji na temat leczenia i objawów choroby, leczenia szpitalnego pacjenta, wiedzy na temat przyjmowanych leków, chorób współistniejących i ewentualnych nałogów oraz uczuleń, sytuacji społecznej pacjenta, dotychczasowych problemów wynikających z choroby.

Kolejną techniką badania użytą na potrzeby tej pracy jest obserwacja. Polega na gromadzeniu danych o pacjencie poprzez obiektywne spostrzeganie zmian w jego zachowaniu oraz zwracanie uwagi na to, jak się zachowuje i reaguje w określonej sytuacji [14].

Poddanie pacjenta obserwacji pozwoliło wzbogacić wcześniej przeprowadzony wywiad o informacje dotyczące zachowania pacjenta podczas zaostrzenia choroby i pogorszenia stanu psychicznego, a także pozwoliło określić stopień krytycyzmu pacjenta wobec schizofrenii. Obserwacja rozpoczęła się 1 grudnia 2016 roku i została zakończona 1 lutego 2017 roku – trwała w czasie dwóch pobytów pacjenta w oddziale psychiatrycznym.

Analiza dokumentacji dotyczy wszystkich dokumentów, w którymi pacjent wchodzi w system ochrony zdrowia: historia choroby, karty obserwacji pielęgniarzki pacjenta, wypisy ze szpitali. Dzięki zastosowaniu danej techniki badawczej osoba badająca otrzymuje bardzo istotne i dokładne dane o pacjencie, które w bezpośredni sposób prezentują stan zdrowia w czasie dalszym oraz bliższym w stosunku do przeprowadzanego badania [14].

Zdobyta dokumentacja pozwoliła na ustalenie precyzyjnego oraz indywidualnego zakresu, jak i charakteru opieki pielęgniarzkiej nad pacjentem opisywanym w teście pracy. Dzięki analizie zebranej dokumentacji medycznej zapoznano się z dotychczasowym przebiegiem choroby, a także leczenia, tj. liczbą przebytych hospitalizacji oraz ich przebiegiem, rodzajem zastosowanej farmakoterapii, rodzajem występujących i nawracających objawów choroby.

Pomiar parametrów życiowych polega na wykonywaniu określonych czynności, które mają na celu otrzymanie danych do wyznaczania ich wartości w sposób ilościowy. Uzyskany wynik odczytywany jest bezpośrednio na przyrządzie pomiarowym oraz ulega porównaniu z przyjętym wzorcem ustalonym dla danej grupy ludzi [13].

Wykonanie odpowiednich pomiarów pomaga w określeniu stanu zdrowia pacjenta, jego dodatkowych schorzeń i dolegliwości.

Pacjent został poddany pomiarom ciśnienia tętniczego, tętna, temperatury.

Opis przypadku

Wywiad przeprowadzono w szpitalnym oddziale psychiatrycznym. W momencie wywiadu pacjent spokojny, w pogodnym nastroju, w wyrównanym napędcie psychoruchowym, pozytywnie nastawiony do badającego, chętnie odpowiada na pytania.

Pacjent 36 lat, przytomny, prawidłowo zorientowany auto- i allopsychicznie, w logicznym kontakcie. Chory porusza się samodzielnie zachowując prawidłową postawę ciała. Pacjent waży 110 kg, wzrost 173 cm, BMI: 35,3 – w początkowych wartościach II stopnia otyłości. Apetyt prawidłowy, wydalanie częściowo zaburzone z powodu okresowych zatwardzeń, diureza prawidłowa. Pacjent od 8. roku życia cierpi na nadwzroczność i obecnie na stałe nosi okulary korekcyjne: OP +4, OL +3,5 dioptrii. Na skórze pacjenta liczne zmiany i wykwity o charakterze łuszczycowym; owalne, różowoczerwone. Przy chodzeniu zauważalna niewielka duszność wysiłkowa. Nałogowy palacz tytoniu: 1,5–2 paczki dziennie. Alkohol, mimo obostrzeń, sporadycznie. Narkotyki obecnie neguje, w przeszłości marihuana i amfetamina.

Pacjent z wykształceniem średnim. Ukończył technikum, jednak nie przystąpił do matury. Przyszłość wiązał z zawodem kierowcy samochodów ciężarowych, jednak z powodu licznych hospitalizacji nie uzyskał prawa jazdy kat. C. Obecnie jest na rencie chorobowej. Kilukrotnie podejmował pracę (w hurtowni, jako pracownik ochrony), jednak nie potrafił dłużej jej utrzymać. Pacjent nie założył własnej rodziny, mieszka w z rodzicami w mieście. Posiada starszą siostrę, która założyła już swoją rodzinę i mieszka oddzielnie. Z relacji pacjenta warunki mieszkaniowe dobre. Pożycie rodziców zgodne. Ojciec pracuje (kierowca TIR-a), matka zajmuje się domem. W okresie remisji pacjent stara się pomagać matce w obowiązkach domowych. Uzależnione jest to jednak od czasowej reakcji na leki przeciwpsychotyczne – niektóre z nich powodowały nadmierną senność w ciągu dnia. W czasie wolnym ogląda telewizję, spotyka się ze znajomymi.

W rodzinie brak zdiagnozowanych chorób psychicznych. Pacjent na schizofrenię paranoidalną zachorował w drugiej klasie technikum, mając 17 lat. Pierwszymi objawami były zaburzenia snu, urojenia prześladowcze, nagłe wybuchy agresji i tzw. głosy – komentujące zachowanie chorego. Od tego czasu bardzo liczne hospitalizacje, średnio 3 razy w roku, często po interwencji ZRM i policji. W wywiadzie z reguły: zaprzestanie przyjmowania leków, urojeniowy, głośny, wulgarny. W tym czasie nastawiony urojeniowo do matki – oskarża ją o umieszczanie w szpitalu, w jego opinii bezpodstawne. Z relacji pacjenta nigdy nie dochodziło do agresji czynnej wobec domowników, jednak z analizy dokumentacji medycznej wynika, że takie epizody miały miejsce, w szczególności wobec ojca. W oddziale z reguły w przeciągu 3–4 tygodni sukcesywna poprawa stanu psychicznego.

W ciągu kilkunastu lat leczenia psychiatrycznego (szpitalnego, ambulatoryjnego, domowego) pacjent miał wielokrotnie zmieniane leki przeciwpsychotyczne. Początkowo leczony klasycznymi neuroleptykami (haloperidol, zyklopentiksol), jednak

mnożenie objawów niepożądanych utrudniających funkcjonowanie w środowisku domowym, tj. nadmierna senność, ślinotok, objawy pozapiramidowe, spowodowała konieczność zmiany leków. Następnie podjęto próbę utrzymania leczenia kwetiapiną. Ta z kolei powodowała nadmierną drażliwość i wzmacniała napęd psychoruchowy. Włączenie klozapiny, zwanej lekiem ostatniej szansy, wydłużyło co prawda remisje choroby, ale z biegiem czasu powodowało niekorzystne zmiany w obrazie morfotycznym krwi (małopłytkowość). Obecnie pacjent pobiera olanzapinę w dawce łącznej 25 mg/dobę. Dodatkowo od pół roku pacjent co miesiąc przyjmuje dawkę 150 mg Decaldolu i.m. Ten preparat haloperidolu o przedłużonym uwalnianiu skutecznie i synergicznie z olanzapiną redukuje u chorego objawy wytwórcze oraz napęd psychoruchowy. Jednocześnie nie niesie w tym przypadku aż takiego ryzyka wystąpienia objawów pozapiramidowych. Co kwartał ma zalecone wizyty kontrolne w PZP, gdzie może zgłaszać uwagi do ewentualnego leczenia, opisać swój stan psychiczny i ewentualnie poprosić o skorygowanie farmakoterapii.

Przed zachorowaniem na MB poważniej nie chorował. Urazów głowy nie było. Równoległe ze schizofrenią rozwinęła się łuszczyca pospolita, która w zależności od nasilenia, obejmowała nawet 45–50% ciała z utratą znacznych ilości naskórka. Rozchwianie to spowodowane było zaostrzeniami i remisjami choroby psychicznej, tzn. jeśli u pacjenta dłużej utrzymywał się podostry i ostry stan psychotyczny, wtedy bardziej zaniedbywał leczenie łuszczycy. Dłuższe remisje schizofrenii skutkowały redukcją rozległości zmian skórnych, ponieważ pacjent regularnie pielęgnował skórę oraz przyjmował zlecone leki (cotygodniowe iniekcje metotrexatu, smarowanie zmian maściami robionymi). Pacjent jest świadomy, że nadmierne palenie tytoniu ma niekorzystny wpływ na leczenie łuszczycy.

Od 3 lat chory codziennie zażywa preparaty simwastatyny i bisoprololu. Kilku-letnie leczenie przeciwpsychotyczne olanzapiną wywołało skutki uboczne w postaci wzrostu masy ciała i nadciśnienia tętniczego. Zaburzona gospodarka lipidowa doprowadziła do hipercholesterolemii.

Z rozmowy z pacjentem i bezpośredniej obserwacji wynika, że pacjent jest pogodzony ze swoją chorobą. Zarówno w stanach podostrych, jak i w okresach remisji, częściowo kontroluje swoje emocje i sygnalizuje nagłe zmiany nastroju. Potrafi współpracować z personelem medycznym w zakresie farmakoterapii stałej i doraźnej. W fazie ostrej natomiast chory wymaga stałego monitorowania stanu psychicznego i napędu psychoruchowego. Często potrzebuje motywowania w zakresie dbania o higienę osobistą i otoczenia. Szczególnej troski wymaga wtedy skóra pacjenta – początkowa niechęć do hospitalizacji, a zarazem do leczenia, może spowodować zaostrzenie się objawów łuszczycy.

Kolejność diagnoz pielęgniarzkich wynika z faktu, że pojawiająca się u chorych cierpiących na schizofrenię paranoidalną nagła manifestacja pewnych objawów psychotycznych może wpływać na bezpieczeństwo personelu, pacjentów i innych osób przebywających w oddziale. Wobec tego na pierwszym planie znalazły się interwen-

cje pielęgniarские nastawione na opanowanie pobudzenia psychoruchowego i poprawę kontaktu z pacjentem, co bezpośrednio wpłynie na polepszenie całościowej opieki nad chorym psychicznie.

Diagnoza 1: Ryzyko wystąpienia agresji skierowanej wobec osób i przedmiotów z najbliższego otoczenia spowodowane przeżyciami psychotycznymi.

Cel: Zminimalizowanie ryzyka wystąpienia agresji.

Realizacja:

- rozmowa z pacjentem mająca na celu poznanie jego stanu psychicznego, nastroju, nasilenia objawów psychotycznych mogących wywołać nagły atak agresji,
- próba zdobycia zaufania pacjenta,
- stała, ale subtelna obserwacja zachowania chorego,
- wyeliminowanie z otoczenia pacjenta przedmiotów potencjalnie niebezpiecznych (twardych, ostrych, długich),
- eliminacja bodźców zewnętrznych mogących wywołać agresję (głośna telewizja, radio, niechciane odwiedziny w oddziale),
- izolowanie chorego od innych pacjentów, np. w sali jednoosobowej,
- w razie konieczności podaż leków uspokajających lub zastosowanie przymusu bezpośredniego.

Ocena:

- przeprowadzono rozmowę terapeutyczną z pacjentem w celu wycucia nasilenia objawów,
- wyeliminowano z otoczenia chorego przedmioty potencjalnie niebezpieczne,
- pacjent pozostawał pod stałą obserwacją personelu (kontakt bezpośredni, sale obserwacyjne, monitoring wizyjny),
- wyeliminowano w miarę możliwości bodźce zewnętrzne mogące wywołać agresję,
- pacjenta umieszczono w sali ze współpacjentem, z którym utrzymywał przyjazne relacje.

Diagnoza 2: Obecność lęku lub drażliwości spowodowanych pobytem w oddziale psychiatrycznym.

Cel: Eliminacja lęku lub drażliwości.

Realizacja:

- poznanie dokładnych przyczyn drażliwości, ewentualnych obaw związanych z pobytem w oddziale,
- nakreślenie zakładanego przebiegu hospitalizacji,
- dokładne wyjaśnienie regulaminu oddziału,
- wyjaśnienie konieczności i wskazanie korzystnych aspektów pobytu chorego w oddziale, np. poprzez konfrontację z wywiadem opisującym okoliczności przyjęcia, potwierdzenie poprawy stanu psychicznego,

- w przypadku przyjęcia bez zgody – wyjaśnienie aspektów prawnych umożliwiających lekarzowi takie przyjęcie,
- przekazanie informacji o przewidywanym czasie, w jakim zjawi się sędzia Sądu Rejonowego orzekający w sprawie pacjenta,
- zapoznanie pacjenta z prawami i obowiązkami, umożliwienie kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego,
- w razie konieczności umożliwienie pacjentowi kontaktu telefonicznego z rodziną (w racjonalnym zakresie),
- w razie konieczności podaż leków uspokajających lub zastosowanie przymusu bezpośredniego.

Ocena:

- przeprowadzono rozmowę terapeutyczną z pacjentem,
- zapoznano chorego z regulaminem oddziału, wyjaśniono wątpliwości związane z funkcjonowaniem oddziału,
- wyjaśniono aspekty prawne przyjęcia bez zgody, umożliwiono skontaktowanie się z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego,
- umożliwiono kontakt telefoniczny z rodziną,
- zezwolono na odwiedzinę rodziny – przebiegły bez konfliktów.

Diagnoza 3: Możliwość wystąpienia nagłego pobudzenia psychoruchowego wynikającego z istoty choroby psychicznej.

Cel: Wyrównanie napędu, eliminacja nadmiernego napędu psychoruchowego.

Realizacja:

- stała obserwacja nastroju i napędu psychokinetycznego pacjenta,
- rozmowa z chorym, szukanie wspólnego porozumienia,
- ograniczenie lub eliminacja bodźców wywołujących nadmierne pobudzenie (kawa, mocna herbata, zbyt jasne światło, głośna muzyka),
- zapewnienie potrzeby ruchu (spacery, hipoterapia, zajęcia w pracowni psychoterapii, w ogrodzie),
- odwrócenie uwagi od źródła pobudzenia,
- zapewnienie warunków do wypoczynku,
- w razie konieczności podaż dodatkowych leków uspokajających.

Ocena:

- przeprowadzono rozmowę z pacjentem,
- wyjaśniono potrzebę ograniczenia spożywania kawy, mocnej herbaty,
- na zebraniu zespołu terapeutycznego zaproponowano zmianę kategorii psychiatrycznej na tę z możliwością wyjścia na terapię lub spacer,
- zaproponowano pacjentowi spędzenie czasu przy grach planszowych,
- przeniesiono pacjenta do sali jednoosobowej celem odpoczynku.

Diagnoza 4: Występowanie urojeń lub innych objawów psychotycznych wynikających z istoty choroby.

Cel: Zniesienie lub zmniejszenie uciążliwości urojeń i innych doznań psychotycznych.

Realizacja:

- nawiązanie kontaktu terapeutycznego z chorym,
- uważne słuchanie pacjenta, który często spontanicznie wypowiada treści urojeniowe,
- obserwowanie pacjenta pod kątem zaostrzonych objawów psychotycznych, ich rodzaju i nasilenia,
- próba odwracania uwagi od przykrych doznań urojeniowych,
- odpowiednia reakcja na urojenia: bez negacji, bez potwierdzenia, ale też bez unikania rozmowy na ich temat – ich prawdziwość można poddać w wątpliwość,
- edukacja pacjenta w zakresie prawidłowego reagowania na urojenia: przeniesienie uwagi, ignorowanie, prośba o pomoc personelu,
- w razie konieczności podaż dodatkowych leków na zlecenie lekarza.

Ocena:

- obserwowano pacjenta pod kątem innych objawów psychotycznych,
- nawiązano kontakt z pacjentem – pacjent żywo relacjonuje treści o charakterze urojeń, nie reaguje na nie w sposób impulsywny,
- pacjent nie potrafi przenieść uwagi na inne tematy, prosi o dodatkowe leki. Na zlecenie lekarza podano 10 mg Relanium p.o. z oczekiwanym efektem – pacjent spokojniejszy.

Diagnoza 5: Dusznosc wysiłkowa wynikająca z otyłości II stopnia i palenia tytoniu.

Cel: Zmniejszenie lub eliminacja duszności wysiłkowej.

Realizacja:

- ocena okoliczności występowania, nasilenia i charakteru duszności, kontrola saturacji,
- eliminacja czynników nasilających duszność (nadmierny wysiłek, stres),
- motywowanie do rzucenia palenia tytoniu, edukacja w zakresie POChP,
- edukacja w zakresie korzyści wynikających z redukcji masy ciała,
- motywowanie do zmieniania nawyków żywieniowych,
- w razie konieczności podaż dodatkowych leków, w tym wziewnych, tlenu.

Ocena:

- dokonano oceny ryzyka wystąpienia duszności, zmierzono pulsoksymetrię,
- przeprowadzono rozmowę edukacyjną w zakresie szkodliwości dymu tytoniowego, a także zagrożeń ze strony POChP,
- motywowano pacjenta do zmiany nawyków żywieniowych,
- na zebraniu zespołu terapeutycznego zaproponowano zmianę diety na ubogosodową i niskoenergetyczną.

Diagnoza 6: Dolegliwości bólowe i zawroty głowy wynikające z wahań ciśnienia tętniczego.

Cel: Eliminacja bólu i zawrotów głowy, poprawa samopoczucia chorego, zapobieganie urazom.

Realizacja:

- wyjaśnienie choremu objawów znacznego wzrostu ciśnienia tętniczego krwi oraz ryzyka ich dłuższego trwania,
- każdorazowa kontrola ciśnienia tętniczego krwi przy pojawieniu się objawów nadciśnienia,
- uświadomienie pacjentowi konieczności regularnego przyjmowania leków z wyboru obniżających ciśnienie,
- w razie konieczności podaż dodatkowych leków przeciwnadciśnieniowych.

Ocena:

- dokonano pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, gdy chory zgłaszał ból głowy: RR 158/110 mmHg, tętno: 72 u/min,
- chory przyjmuje regularnie zalecone leki obniżające ciśnienie krwi,
- zwrócono uwagę choremu na powolną zmianę pozycji ciała,
- dodatkowo podano Captopril 12,5 mg s.l.

Diagnoza 7: Występowanie zaburzeń snu spowodowane niepokojem psychoruchowym i zaburzoną higieną snu.

Cel: Utrzymanie prawidłowego rytmu snu i czuwania.

Realizacja:

- ustalenie w rozmowie z pacjentem przyczyn wydłużonej latencji snu, przedwczesnego wybudzenia lub bezsenności,
- rozmowa z chorym jako sposób jego odreagowania emocjonalnego (sama wspierająca rozmowa często wystarcza, aby pacjent mógł spokojnie zasnąć),
- spożywanie napojów zawierających kofeinę do godz. 16.00; po tym czasie tylko słaba herbata,
- doradzenie zjedzenia ostatniego posiłku nie później niż o godz. 18.00,
- zaproponowanie pacjentowi ustalonego rytmu dnia: wstawania i udawania się na spoczynek o określonych porach, unikania drzemki w ciągu dnia,
- przewietrzenie sali przed snem,
- zgaszenie światła lub ewentualnie włączenie oświetlenia nocnego,
- w razie konieczności podaż dodatkowych leków nasennych na zlecenie lekarza.

Ocena:

- po godz. 16.00 zaparzano choremu tylko słabą herbatę,
- kolację zjadł po godz. 17.00,
- po wieczornej kąpeli zaproponowano choremu poczytanie książki,
- przewietrzono salę przed snem,

- pacjent sam zgłosił problemy z zaśnięciem,
- podano dodatkowo 50 mg Hydroksyzyny p.o.

Diagnoza 8: Deficyt samoopieki w zakresie higieny osobistej spowodowany zaostreniem się choroby psychicznej.

Cel: Pomoc w utrzymaniu zadowalającego poziomu higieny do czasu ustąpienia ostrej fazy choroby.

Realizacja:

- rozmowa motywująca, poruszenie w rozmowie istoty dbania o higienę oraz o wygląd zewnętrzny dla poprawy samopoczucia,
- pomoc w skompletowaniu stroju na cały dzień,
- zapewnienie pacjentowi poczucia intymności w trakcie wykonywania czynności higienicznych (użycie parawanów),
- pomoc w kąpieli całego ciała, min. 3 razy w tygodniu,
- pomoc w nałożeniu preparatów przeciwłuszczycowych,
- przypominanie o konieczności codziennej zmiany bielizny,
- dostrzeganie nawet niewielkich wysiłeków pacjenta w kierunku utrzymania czystości.

Ocena:

- w rozmowie z pacjentem wyjaśniono konieczność dbania o higienę, w szczególności przy dolegliwościach dermatologicznych,
- zapewniono pacjentowi poczucie intymności pod prysznicem poprzez użycie parawanów,
- okazano pomoc w kąpieli całego ciała, pacjent z asystą personelu nasmarował zmiany łuszczycowe,
- przypominano o zmianie bielizny osobistej,
- zmieniono bieliznę pościelową.

Diagnoza 9: Występowanie zaparc jako skutek uboczny przyjmowania leków przeciwpsychotycznych.

Cel: Ułatwienie wypróżnień, poprawa samopoczucia.

Realizacja:

- wyjaśnienie przyczyn częstszego powstawania zaparc u pacjentów leczonych neuroleptykami,
- zaproponowanie pacjentowi, aby wypijał większą ilość płynów (najlepiej wody) w ciągu dnia,
- zasugerowanie, aby w miarę możliwości spożywał więcej owoców bogatych w błonnik,
- zaproponowanie niefarmakologicznych metod ułatwiających wypróżnianie (jogurt, suszone śliwki, herbatki przeczyszczające),

- na zlecenie lekarza podanie leków ułatwiających wypróżnienie (laktuloza p.o., czopek glicerynowy p.r.),
- wykonanie lewatywy.

Ocena:

- wyjaśniono pacjentowi przyczynę obecnych problemów z wypróżnianiem,
- regularnie w ciągu dnia motywowano pacjenta do wypijania większej ilości płynów,
- zaproponowano pacjentowi herbatę przeczyszczającą,
- podaż dodatkowych leków nie była konieczna.

Diagnoza 10: Możliwość wystąpienia powikłań ze strony układu krążenia spowodowanych wysokimi wartościami ciśnienia tętniczego krwi.

Cel: Obniżenie wartości ciśnienia tętniczego, zapobieżenie powikłaniom ze strony układu krążenia.

Realizacja:

- regularna kontrola tętna i ciśnienia krwi, min. 2 razy dziennie,
- edukacja pacjenta w zakresie samoopieki, nauczanie samodzielnych pomiarów (przed zażyciem leków i po nim),
- uświadomienie pacjentowi konieczności regularnego przyjmowania leków z wyboru obniżających ciśnienie,
- włączenie diety ubogosodowej.

Ocena:

- dokonano pomiaru ciśnienia tętniczego krwi i tętna, wynik odnotowano w karcie gorączkowej,
- wyedukowano pacjenta zakresie obsługi sfigmomanometru manualnego,
- pacjent regularnie zażywa leki przeciwnadciśnieniowe: Bisocard 5 mg/rano p.o.
- chory zna objawy przełomu nadciśnieniowego, a także jego groźne powikłania.
- pacjent zaprzestał dosalania potraw.

Diagnoza 11: Nadmierna senność w ciągu dnia jako efekt uboczny przyjmowania leków przeciwpsychotycznych.

Cel: Zwiększenie aktywności w ciągu dnia.

Realizacja:

- motywowanie pacjenta do porannego wstawania z łóżka,
- do południa udział chorego w zajęciach terapeutycznych w ramach oddziału,
- zaproponowanie pacjentowi ustalonego rytmu dnia,
- zwiększenie ilości światła w pomieszczeniach w ciągu dnia,
- unikanie relaksujących zajęć, zwłaszcza po południu,

- umiarkowane ćwiczenia fizyczne, w miarę możliwości sprawnościowych pacjenta.

Ocena:

- motywowano pacjenta do wcześniejszego wstawania,
- pacjent do południa brał udział w zajęciach terapeutycznych,
- w godzinach popołudniowych integrował się z pacjentami,
- pacjent zgłaszał senność w ciągu dnia – zaproponowano letni prysznic.

Diagnoza 12: Ryzyko zaostrzenia się objawów łuszczycy wynikające z niechęci do przyjmowania leków przeciwłuszczycowych.

Cel: Zmotywowanie pacjenta do stosowania zleconych preparatów przeciwłuszczycowych, poprawa stanu skóry.

Realizacja:

- wyjaśnienie pacjentowi korelacji pomiędzy jego stanem psychicznym a postępującą chorobą łuszczycową,
- ciągle motywowanie chorego odnośnie do stosowania zaordynowanych maści i iniekcji,
- pomoc w utrzymaniu higieny.

Ocena:

- pacjent w pewnych okolicznościach ma problemy z utrzymaniem motywacji odnośnie do smarowania zmian łuszczycowych,
- nie wymaga nadmiernego namawiania na przyjmowaniu cotygodniowych zastrzyków z Ebetrexatu i.m.
- w trakcie pobytu zmiany skórne nie powiększyły się.

Diagnoza 13: Izolacja społeczna wynikająca ze stygmatyzacji osoby chorej psychicznie w społeczeństwie.

Cel: Ułatwienie pacjentowi nawiązywania kontaktów społecznych.

Realizacja:

- podejmowanie rozmów na temat trudności w aktywnym realizowaniu planów życiowych pacjenta,
- wspólne szukanie przyczyn utrudnionego nawiązywania kontaktów społecznych poza murami szpitala,
- zachęcanie pacjenta do udziału w zajęciach terapeutycznych wewnątrz oddziału,
- umieszczenie pacjenta w sali z innymi pacjentami, np. w podobnym wieku.

Ocena:

- podjęto kilka rozmów terapeutycznych – pacjent chętnie opowiada o swoich planach na najbliższą przyszłość,
- jest w dobrych relacjach ze współpacjentami z sali,
- nadal wymaga motywowania do udziału w zajęciach terapeutycznych.

Diagnoza 14: Lęk związany z obawą o swoją przyszłość spowodowany brakiem nadziei na usamodzielnienie się.

Cel: Zminimalizowanie poczucia lęku.

Realizacja:

- rozpoznanie potrzeb pacjenta, których zaspokojenie sprawia mu kłopot, np. zakupy, utrzymanie higieny,
- przeprowadzenie cyklu treningów z zakresu przystosowania społecznego – budżetowego, kulinarnego, higienicznego, lekowego,
- czasowe włączenie do zespołu terapeutycznego pracownika socjalnego pracującego w szpitalu, w celu ewentualnego rozpoznania warunków i potrzeb w miejscu zamieszkania chorego.

Ocena:

- pacjent uzyskał pomoc w zaspokojeniu potrzeb, z którymi sobie nie radził – terapeutka z grupą spacerową zrobiła zakupy, personel pomógł w kąpielu,
- pacjent brał udział w treningach umiejętności społecznych – na zajęcia przyszedł chętnie, jednak był mało aktywny,
- pomoc pracownika socjalnego nie była konieczna – obecnie pacjent mieszka z rodzicami, ma wsparcie w domu.

Dyskusja

W części teoretycznej niniejszej pracy oparto się na pozycjach amerykańskiego psychiatry Glena Gabbarda „Psychiatria” [15] oraz pracy zespołu brytyjskich klinicystów pod redakcją Michaela Phelana „Psychiatria Sedno” [16]. Publikacje te stoją w zgodzie z literaturą z zakresu kliniki psychiatrii z całego świata, gdzie wskazuje się ryzyko zachorowania na schizofrenię paranoidalną jako wypadkową bardzo wielu czynników. W obu pracach akcentuje się jednak, że nadużywanie substancji psychoaktywnych w młodym wieku w dość dużym stopniu podnosi ryzyko wystąpienia choroby.

Z wywiadu z pacjentem wynika, że w młodym wieku miewał okresy nadużywania marihuany i amfetaminy. Zgodnie z modelem podwójnego uderzenia Keshavana dochodzi w tym czasie (okresie dojrzewania) do bardzo szybkiej przebudowy istoty białej mózgu, która w dorosłym życiu wpływa m.in. na racjonalne myślenie. Stosowanie w okresie adolescencji substancji psychoaktywnych mogło mieć negatywny wpływ na intensywnie rozwijającej się w tym czasie, pozbawionej grubszej osłonki mielinowej, dendryty.

Objawy osiowe w schizofrenii paranoidalnej, zarówno pozytywne, jak i negatywne, towarzyszą pacjentom z reguły do czasu minięcia okresu ostrego. Tsirigotis i Gruszczyński w artykule „Doznania psychotyczne a agresja u chorych na schizofrenię” wskazują bardzo ważną zależność między objawami pozytywnymi a agresją przejawianą przez pacjentów; im większe nasilenie doznań psychotycznych, tym większe ryzyko wystąpienia działań nagłych lub niszczycielskich.

U badanego pacjenta w pierwszych dniach hospitalizacji prawie zawsze występowało znaczne pobudzenie psychoruchowe z towarzyszącą agresją słowną. W wywiadzie ZRM bardzo często opisywana była agresja wobec ojca. Wraz z kolejnymi dniami hospitalizacji agresja i pobudzenie zmniejszały się.

Objawy negatywne opisywane przez literaturę dedykowaną dla pielęgniarek, np. w książce „Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego” Ewy Wilczek-Rużyczki, w przypadku podmiotu tej pracy dotyczyły wycofania z życia społecznego i okresowej zmniejszonej motywacji do codziennych obowiązków. Ponadto wachlarz objawów w schizofrenii jest osobniczo zmienny, zależy od wieku czy temperamentu pacjenta, a także od etapu, na którym znajduje się choroba.

Here W. Folkerts w artykule „Terapia elektrowstrząsowa. Wskazania, procedury i wyniki leczenia”, bazując na produktywnym dorobku kilku dekad z zakresu sejsmoterapii, zbiera w jednym miejscu zalety i wskazania do stosowania tej metody. Przedstawia również prawdopodobne powody, dla których ta metoda nie jest tak popularna w Europie Środkowo-Wschodniej [17].

Aby uruchomić cały proces do stosowania EW, potrzebna jest pisemna, świadoma zgoda pacjenta na taki zabieg, która w przypadku opisywanego pacjenta nie została uzyskana.

Współcześnie algorytm leczenia psychiatrycznego zgodny z EBM po postawieniu rozpoznania zakłada początkowe stosowanie leków atypowych (pierwszego, drugiego lub w połączeniu). W przypadku braku efektów terapeutycznych przy drugim neuroleptyku, nawet po zwiększeniu dawki dobowej, schizofrenię traktuje się jako lekooporną i rozważa włączenie klozapiny. Zwana jest ostatnim neuroleptykiem z tego względu, że przy jej nieskuteczności lekarzowi zostaje już niewiele metod terapeutycznych.

Analogiczna sytuacja miała miejsce w przypadku badanego pacjenta. Kiedy efekt terapeutyczny leczenia klozapiną był niewspółmierny do nasilających się efektów ubocznych, zaproponowano choremu terapię elektrowstrząsową, na którą jednak ten nie wyraził zgody. Zmusiło to lekarzy oddziału do poszukiwania nowych rozwiązań. Po rozmowie z pacjentem, kilku konsultacjach i wnikliwej analizie dokumentacji zdecydowano się na połączenie neuroleptyków I i II generacji; pacjent otrzymuje olanzapinę w dawce dobowej 25 mg/dobę oraz Decaldol 150 mg co miesiąc. Olanzapina mająca relatywnie mało efektów ubocznych w przypadku opisywanego podmiotu bardzo dobrze znosi objawy negatywne. Pacjent przyjmuje ją w formie tabletek ulegających rozpadowi w jamie ustnej, co znacznie zmniejsza możliwość oszukiwania przy zażywaniu leków. Dekanian haloperidolu uzupełnia terapię, wpływając na redukcję pobudzenia. Jednocześnie objawy pozapiramidowe nie występują praktycznie u pacjenta, a miesięczne interwały podaży nie są tak uciążliwe. Taka kombinacja leczenia u pacjenta w zauważalny sposób skróciła czasy hospitalizacji i wydłużyła remisje choroby psychicznej. Sam pobyt w oddziale również nie był zbytym wyzwaniem dla zespołu terapeutycznego – lepsza forma psychiczna w momencie przyjęcia bezpośrednio rzutowała na wgląd pacjenta w chorobę i chęć współpracy.

Prof. dr hab. n. med. Marek Jarema, wieloletni Konsultant Krajowy Ministra Zdrowia ds. Psychiatrii, w swojej publikacji „Długoterminowe leczenie przeciwpsychotyczne – skuteczność, tolerancja, współpraca” wyraża opinię, że najważniejszym powodem nieskuteczności całego procesu terapeutycznego u chorego na schizofrenię paranoidalną jest brak wglądu (brak poczucia choroby), co przekłada się na brak współpracy lub wręcz niechęć. Rzadko zdarza się, by pacjent w ostrym rzucie choroby czuł się chory [18].

Podobnie w przypadku opisywanego pacjenta – w chwili przyjęcia do oddziału i przez pierwsze kilkanaście dni pobytu pacjent do leczenia nastawiony był niechętnie lub wręcz wrogo. Pomimo wsparcia ze strony rodziny był przekonany, że to przez nich znalazł się w szpitalu. Konflikty na linii pacjent–rodzina to powszechny problem w oddziałach psychiatrycznych.

W pierwszym akapicie rozdziału wymieniono prace Glena Gabbarda „Psychiatria” oraz „Psychiatrię Sedno” pod redakcją Michaela Phelana. Te dwie pozycje wyznaczały kierunek w pisaniu części klinicznej. I choć w pewnych miejscach, pewnych detalach i niuansach różnią się od siebie, to w istotnych sprawach brzmią jednogłośnie. W obu tytułach czas hospitalizacji to okres od 2 do 6 tygodni. Jest to czas, w którym podawany neuroleptyk powinien już skutecznie znosić objawy wytwórcze. Po tym czasie możliwa jest kontynuacja leczenia, modyfikacja dawki, leku lub ewentualna zmiana rozpoznania.

W przypadku opisywanego pacjenta czas leczenia w oddziale to średnio około miesiąca, z czego pierwsze 2 tygodnie to czas nasilonych doznań psychotycznych, wzmożonego niepokoju i napędu psychoruchowego. Z biegiem czasu nastrój pacjenta wyrównywał się się, kontakt z nim był coraz bardziej logiczny, zwiększał się krytycyzm.

Jeśli chodzi o aspekty opieki pielęgniarstwa z pacjentem psychiatrycznym, to w publikacjach dedykowanych dla pielęgniarzek, tj. książkach Macieja Matuszczyka i Ireny Krupki-Matuszczyk „Psychiatria, podręcznik dla studentów pielęgniarstwa”, a także wspomnianych wcześniej „Podstaw pielęgniarstwa psychiatrycznego” Ewy Wilczek-Rużyczki zdecydowany nacisk kładzie się na komunikację z pacjentem, zarówno werbalną, jak i niewerbalną. Komunikacja to proces dwukierunkowy, dlatego w literaturze uczulano, by oprócz rozmowy i obserwacji sygnałów ze strony pacjenta, pielęgniarzka czy pielęgniarz sami kontrolowali swoje gesty i mimikę. Niekonsekwencja lub brak zbieżności gestów i słów mogą powodować brak zaufania ze strony pacjenta. Jednocześnie stawia się na unikanie ogólników – komunikaty mają być czytelne i zwarte, a jednocześnie dostosowane do poziomu intelektualnego pacjenta.

Komunikacja z opisywanym pacjentem w czasie hospitalizacji odbywała się na obu płaszczyznach, pomijając okresy skrajnego pobudzenia. Wtedy kontakt werbalny ograniczony był do niezbędnego minimum, aby nie dawać powodu do eskalacji emocji lub agresji. Poza tymi przypadkami pacjent był komunikatywny. Sam sygnalizował pewne potrzeby lub dawał wyraźne sygnały, czego mu potrzeba. Czasem zdarzały się chwile, kiedy chory był nieco bardziej sytuacyjnie napięty bądź dysforyczny, jednak po zwróceniu uwagi korygował swoje zachowanie.

Wnioski

Przedstawione w tej pracy zagadnienia nie wyczerpują do końca tematyki związanej z rozwojem, leczeniem i przebiegiem choroby psychicznej, jaką jest schizofrenia paranoidalna. W psychiatrii, specyficznej gałęzi medycyny, nic nie jest jednoznaczne, czarne lub białe. Każdy człowiek, choć podobnie zbudowany, ma inną osobowość, inny charakter czy temperament. Zaburzenia w sferze psyche dotyczą właśnie osobowości pacjenta, wpływają na jego myślenie i zachowanie. To sprawia, że każda osoba chorująca psychicznie to osobne wyzwanie dla zespołu terapeutycznego.

Pozwoliło to sformułować poniższe konkluzje:

1. Hospitalizacja, nawet przymusowa, ma finalnie zawsze korzystny wpływ na funkcjonowanie opisywanego pacjenta w środowisku domowym i społecznym. Pacjent bez specjalistycznej pomocy nie potrafi poradzić sobie z objawami choroby. Przeświadczenie o prawdziwości doznań powoduje jego określone reakcje, a to może być postrzegane jako dziwaczne, komiczne lub niebezpieczne. Z tego względu chory nie jest w stanie spełniać swoich ról, co wyklucza go z życia społecznego.
2. Udział pacjenta w zajęciach terapeutycznych i zajęciach umiejętności społecznych spowodował poprawę samopoczucia. Integracja z grupą pacjentów mających podobne problemy wzmocniła poczucie własnej wartości chorego. W połączeniu z profesjonalizmem i wyrozumiałością zespołu terapeutycznego stworzyło warunki do zmniejszenia lęku, zwiększenia zaradności i szybszego powrotu do zdrowia.
3. Odpowiednia komunikacja z pacjentem – zależna od jego nastroju i fazy choroby – dobrze wpłynęła na późniejsze relacje pacjenta z personelem. Codzienne budowanie zaufania sprawiło, że pacjent dostrzegł wysiłki zespołu terapeutycznego; szybciej przyjął do świadomości, że personel medyczny chce mu naprawdę pomóc.
4. Szybkie wdrożenie interwencji pielęgniarskich związanych z pielęgnacją skóry pacjenta w przebiegu łuszczycy miało dobroczynny wpływ na zredukowanie jej objawów i ogólną poprawę kondycji skóry. To z kolei zmotywowało pacjenta do samodzielnego dbania o siebie.

Bibliografia

1. Gałązka-Sobotka M, red. *Schizofrenia – analiza kosztów ekonomicznych i społecznych*. Warszawa: Uczelnia Łazarskiego; 2015.
2. Pádraig W, Stern J, Phelan M, red. *Sedno Psychiatria*, tom 1. Rybakowski J., Rybakowski F. [red. wyd. pol.], Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2005.
3. Hales R, Yudofsky S, Gabbard G, red. *Psychiatria*. Tom II. Warszawa: Medipage; 2008.

4. Wilczek-Rużycza E. *Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2007.
5. Kobosz T. Mroczna przeszłość psychochirurgii [online]. Dostępny na URL: http://www.sluzbazdrowia.com.pl/artukul.php?numer_wydania=4218&art=5 [cyt. 1.02.2018].
6. Krupka-Matuszczyk I, Matuszczyk M, red. *Psychiatria, podręcznik dla studentów pielęgniarstwa*. Katowice: Śląski Uniwersytet Medyczny; 2007.
7. Gałęcki P. Teoria zapalna w depresji – podstawowe fakty. *Psychiatria* 2012; 9 (2): 68–75.
8. Heitzman J, red. *Psychiatria – podręcznik dla studiów medycznych*. Warszawa: PZWL; 2007.
9. Tsigotis K, Gruszczyński W. Doznania psychotyczne a agresja u chorych na schizofrenię. *Psychiatr Psychol Klin* 2013; 13 (4): 225–231.
10. Wysokiński A. Strategie postępowania w schizofrenii opornej na leczenie. *Psychiatr Dypl* 2014; 11 (3).
11. Martyniak E, Wyszomirska J, Krzystanek M, i in. Między słowami – nieafatyczne zaburzenia komunikacji w schizofrenii. *Neuropsychiatr Neuropsychol* 2016; 11 (2): 64–71.
12. Kurowska K, Kaczmarek M. Rola wsparcia i poczucia koherencji w zmaganiu się ze schizofrenią. *Psychiatr Psychol Klin* 2013; 13 (4): 239–249.
13. Ciechanowicz W, red. *Pielęgniarstwo ćwiczenia*. Tom 1, wyd. 3 [uzup.]. Warszawa: PZWL; 2014.
14. Stychno E, Kulczycka K. Badania jakościowe w pielęgniarstwie. *Pielęg XXI w* 2010; 3–4 (32–33): 105–108.
15. Gabbard G. *Psychiatria w praktyce psychodynamicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2015.
16. Wright P, Stern J, Phelan M. *Psychiatria sedno*. T. 1. Wrocław: Urban&Partner; 2008.
17. Folkerts HW. Terapia wstrząsowa wskazania procedury i wyniki leczenia. *Psychiatr Dypl* 2013; 10 (3): 5–13.
18. Jarema M. *Długoterminowe leczenie przeciwpsychiatryczne – skuteczność, tolerancja, współpraca*. Warszawa: PZWL; 2016.

Adres do korespondencji:

mgr Joanna Siekierka
Wydział Nauk Medycznych
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
ul. Katowicka 68, 45-60 Opole
tel. 505 589 961
e-mail: siekierkaj@wsm.opole.pl

Plany zawodowe studentów III roku kierunku Pielęgniarstwo Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu oraz Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nysie

*Mariola Wojtal¹, Anna Klimczyk¹, Teresa Niechwiadowicz-Czapka¹,
Ewa Radwańska¹, Agnieszka Wolińska-Grabowska²*

¹ Wydział Nauk Medycznych Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu

² Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nysie

Wstęp

Współczesna edukacja, w tym głównie edukacja zawodowa realizowana zarówno w formach szkolnych, jak i pozaszkolnych, wnika w różnorodne relacje społeczno-gospodarcze, co wywiera wpływ na kierunki i programy kształcenia zawodowego. Badania rynku pracy dowodzą, że jest ogromny popyt na kształcenie przyszłych pracowników ochrony zdrowia, w szczególności pielęgniarek i lekarzy [1]. Każdy zawód określa w istotnym stopniu miejsce i rolę człowieka w społecznym procesie pracy. Zawód jest częścią nas samych. Według badaczy na plany zawodowe przyszłych pracowników znaczący wpływ mają postawy, potrzeby, zainteresowania, uzdolnienia i temperament. Uczenie się zawodu powinno być procesem ciągłym. Pełne zawodowe przygotowanie osiąga się w procesach pracy, a nie otrzymuje w momencie opuszczenia szkoły. Pełne kwalifikacje uzyskuje się drogą dalszego kształcenia i dokształcania zawodowego. Doskonalenie i dokształcanie zawodowe jest silnie związane z pracą zawodową [2]. Motywacja wyboru zawodu pielęgniarki ma charakter motywacji mieszanej, przy czym motywacja prospołeczna przeważa nad motywacją egocentryczną. Wyższy poziom motywacji prospołecznej wyboru zawodu pielęgniarki wykazują ci studenci, których ogólna postawa ukierunkowana jest na dobro społeczne oraz ci, którzy korzystnie oceniają wizerunek zawodowy pielęgniarki [3]. Do najważniejszych czynników wyboru studiów należą: interesująca praca, zainteresowania, specyfika przyszłej pracy, możliwość awansu, zarobki, wpływ rodziny [4]. Migracja kadry medycznej stała się poważnym problemem polityczno-społecznym

wpływającym na trudności w funkcjonowaniu polskiego systemu ochrony zdrowia wynikające z braku personelu medycznego, w tym deficytu kadry pielęgniarskiej.

Raport Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych wykazał, że liczba pielęgniarek rozpoczynających pracę nie zapewni wymiany pokoleniowej, a dodatkowo sytuację pogarsza niskie zainteresowanie kształceniem w zawodzie pielęgniarskim oraz częste deklaracje studentów pielęgniarstwa dotyczące podjęcia pracy w zawodzie za granicą [5].

Cel

Celem głównym badań było poznanie planów zawodowych studentów trzeciego roku studiów licencjackich na kierunku Pielęgniarstwo Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu i Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nysie. Cele szczegółowe dotyczyły określenia poziomu zainteresowania studentów podjęciem pracy w zawodzie poza granicami kraju oraz wskazania czynników determinujących tę decyzję.

Hipotezy badawcze

Sformułowano następujące hipotezy badawcze:

1. Studenci, którzy w czasie studiów pracowali zarobkowo za granicą, częściej także deklarują chęć podjęcia tam pracy zawodowej.
2. W ramach dalszego rozwoju zawodowego studia drugiego stopnia częściej planują studenci, którzy chcą podjąć pracę zawodową w Polsce, natomiast specjalizacje zawodowe i/lub kursy kwalifikacyjne studenci, którzy chcą pracować w innych krajach.
3. Studenci, którzy po uzyskaniu dyplomu chcą pracować za granicą, jako główny powód takiej decyzji podają wyższe zarobki i większy prestiż zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza.

Materiał i metody

Grupę badaną stanowili studenci pielęgniarstwa – 62 studentów Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nysie oraz 76 studentów Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu. Procentowy udział kobiet wynosił 89,1% (n = 123), a mężczyzn 10,9% (n = 15). Badanie przeprowadzono w styczniu 2018 roku. W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, a narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety opracowany dla potrzeb niniejszej pracy.

Analizy statystyczne wykonano w programach PQStat 1.6.4; PSPP 0.10.4; MS Office 2013 (RS for Excel). Do zweryfikowania hipotez badawczych wykorzystano test chi-kwadrat z zastosowaniem poprawki na ciągłość oraz ważenie obserwacji. Przy-

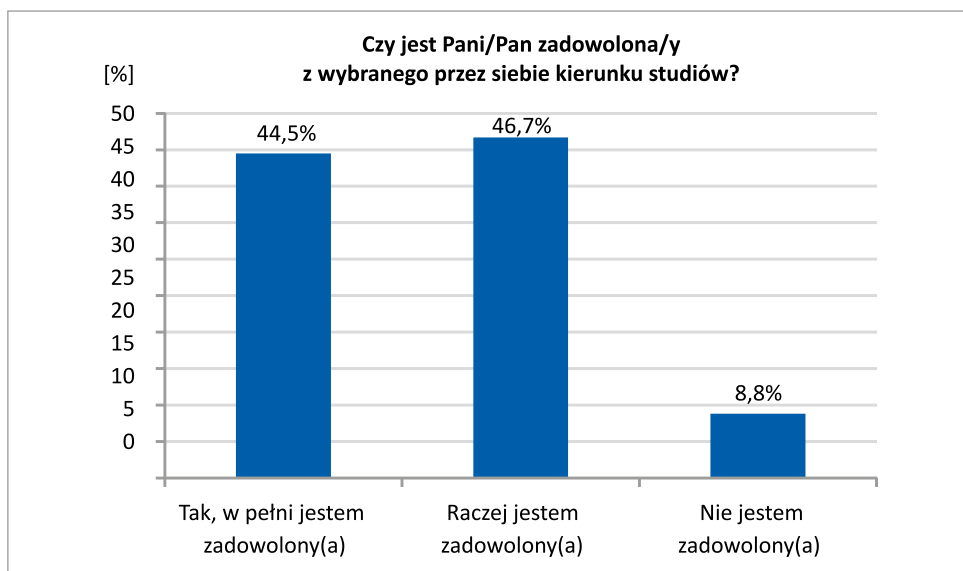
jęto poziom istotności statystycznej $p = 0,05$, gdzie wynik $p < 0,05$ oznacza, że pomiędzy zmiennymi występuje istotna statystycznie zależność.

Omówienie wyników

Ponad 90% ankietowanych studentów jest zadowolonych z wyboru kierunku pielęgniarstwo.

Wyniki przedstawia rycina 1.

Motywy wyboru zawodu pielęgniarki/pielęgniарza przedstawia tabela 1.



Rycina 1. Zadowolenie studentów z dokonanego wyboru kierunku studiów

Tabela 1. Motywy wyboru kierunku studiów

Co w największym stopniu zdecydowało o wyborze przez Panią/Pana kierunku pielęgniarstwa?	Odpowiedzi	Procent obserwacji
Pewność otrzymania pracy w zawodzie po uzyskaniu dyplomu	119	86,2%
Chęć pracy w zawodzie, w którym mogę pomóc innym	84	60,9%
Własne zainteresowania	59	42,8%
Możliwość podjęcia pracy zagranicą	37	26,8%
Wpływ rodziny i znajomych	17	12,3%
Tradycja rodzinna (mama, tato pracuje w zawodzie pielęgniarki/pielęgniарza)	13	9,4%

91,3% badanych zamierza podjąć pracę w zawodzie, w którym się kształci, a 8,7% udzieliło odpowiedzi „nie wiem”.

Określając swoje plany zawodowe, aż 86,5% badanych zadeklarowało chęć podjęcia pracy w zawodzie pielęgniarzki/pielęgniarsza w Polsce. Preferencje dotyczące kraju, w którym zamierzają podjąć pracę zawodową, przedstawia tabela 2.

Badani pytani o preferencje dotyczące oddziału, na którym chcieliby podjąć pracę zawodową, udzielili odpowiedzi zaprezentowanych w tabeli 3.

Najwięcej badanych – 71 osób, chciałoby po ukończeniu szkoły otrzymywać wynagrodzenie w wysokości 3-4 tys. zł netto, 35 osób powyżej 4 tys. zł, 29 osób 2,5–3 tys. zł, a 3 osoby 2–2,5 tys. zł netto. Rozkład procentowy przedstawia rycina 2.

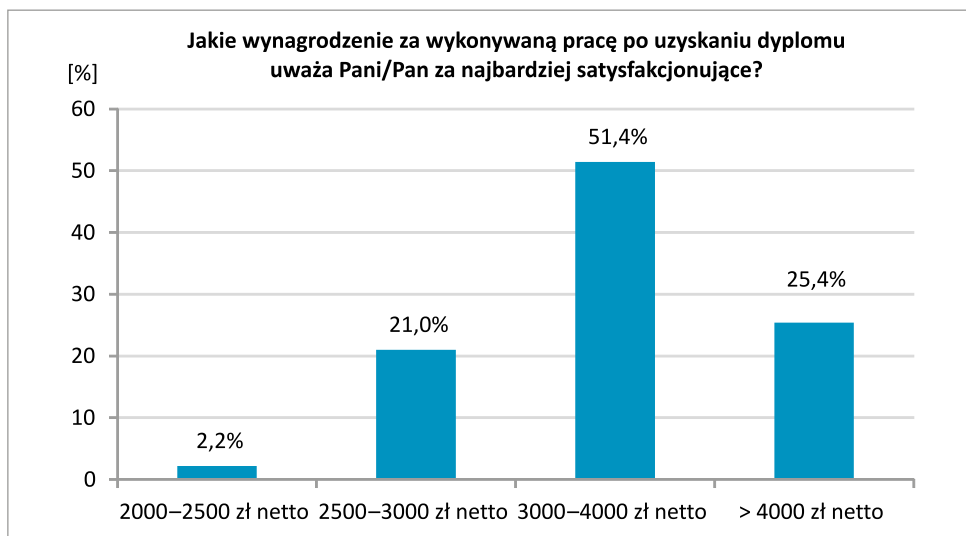
Studenci po uzyskaniu dyplomu zamierzają rozwijać się zawodowo, a ich plany w tym zakresie przedstawia tabela 4.

Tabela 2. Preferencje badanych dotyczące kraju, w którym planują podjąć pracę zawodową

Jeżeli zamierza Pani/Pan podjąć pracę w zawodzie, w którym się kształci, to proszę podać kraj, w którym chciałaby/-by Pani/Pan podjąć pracę:	Częstość	Procent
w Polsce	115	86,5%
w Niemczech	8	6,0%
w Anglii	5	3,8%
Inne (Szwajcaria, Norwegia, Szwecja, Belgia)	5	3,8%
Ogółem	133	100,0%

Tabela 3. Wykaz oddziałów, na których studenci chcieliby podjąć pracę zawodową

Na jakim oddziale chciałaby/-by Pani/Pan podjąć pracę?	Odpowiedzi	Procent obserwacji
Chirurgia	30	22,6%
Intensywna terapia	20	15%
Blok operacyjny (piel. anestezyjologiczna/y)	16	12%
Blok operacyjny (piel. instrumentariusz/-ka)	13	9,8%
Pediatrica	11	8,3%
Interna	8	6%
Psychiatria	14	10,5%
SOR	7	5,3%
POZ	6	4,5%
Neurologia	3	2,3%
Inny, np. ginekologia, pulmonologia, stacja dializ	5	3,7%
Ogółem	133	100%



Rycina 2. Oczekiwania badanych dotyczące wynagrodzenia za wykonywaną pracę

Tabela 4. Plany w zakresie rozwoju zawodowego

Które działania zamierza Pani/Pan podjąć w kierunku własnego rozwoju zawodowego?	Odpowiedzi	Procent obserwacji
Studia drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo	97	70,3%
Studia na innym kierunku	11	8,0%
Specjalizacja w wybranej dziedzinie pielęgniarstwa	108	78,3%
Kurs kwalifikacyjny	61	44,2%
Kurs specjalistyczny	24	17,4%

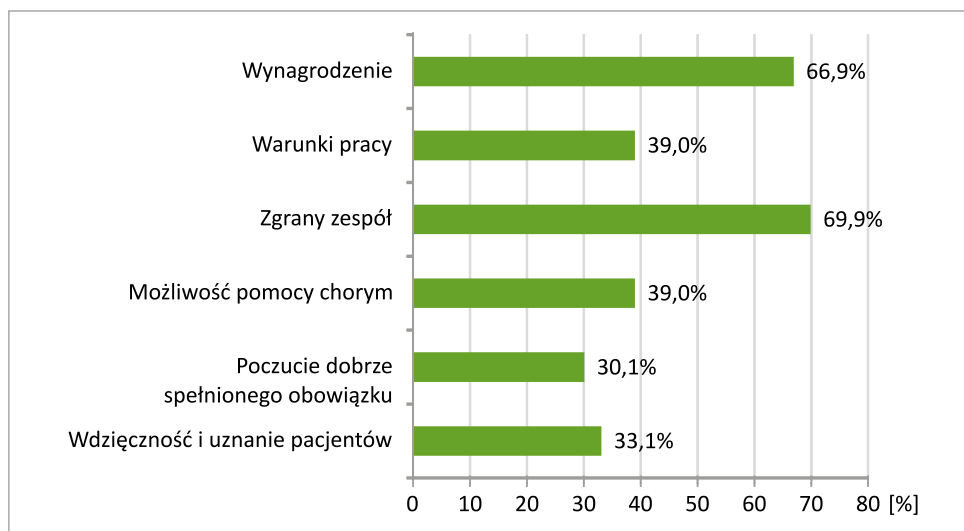
Ankietowani zapytani o swoje szanse na rynku pracy wyrazili opinię, że z łatwością powinni znaleźć pracę w zawodzie, a to z kolei potwierdza słuszność motywu wyboru kierunku studiów, którym była pewność znalezienia pracy po uzyskaniu dyplomu (tabela 5).

Badani pytani o czynniki satysfakcji zawodowej, jako najważniejszy wskazali zgrany zespół, w którym mieliby pracować (rycina 3).

Do weryfikacji hipotezy „Studenci, którzy w czasie studiów pracowali zarobkowo za granicą, częściej także deklarują chęć podjęcia tam pracy zawodowej” wykorzystano test chi-kwadrat z zastosowaniem poprawki na ciągłość. W analizach zastosowano ważenie obserwacji ze względu na zmienną: Czy podejmowała/-ał Pani/Pan pracę zarobkową za granicą w trakcie studiów?

Tabela 5. Ocena szans ankietowanych na rynku pracy

Jak ocenia Pani/Pan własne szanse na podjęcie pracy w zawodzie pielęgniarzki/pielęgniarsza?	Odpowiedzi	Procent obserwacji
Będzie mi trudno znaleźć pracę	2	1,4%
Będzie mi łatwo znaleźć pracę za granicą	12	8,7%
Sądzę, że z łatwością znajdę pracę w zawodzie w Polsce	69	50,0%
Sądzę, że znajdę pracę w Polsce na oddziale, który preferuję	58	42,0%



Rycina 3. Główne czynniki satysfakcji zawodowej w opinii ankietowanych

Otrzymano następujący wynik testu (tabela 6).

Między zmiennymi wystąpiła istotna statystycznie zależność. Wśród osób, które pracowały za granicą, 73,1% chciałoby podjąć pracę w Polsce, a pozostałe 26,9% – poza granicami kraju. Wśród osób niemających doświadczeń w pracy za granicą tylko 10,3% zadeklarowało chęć podjęcia zatrudnienia poza Polską. Hipoteza została więc potwierdzona.

Hipoteza: „W ramach dalszego rozwoju zawodowego studia drugiego stopnia częściej planują studenci, którzy chcą podjąć pracę zawodową w Polsce, natomiast specjalizacje zawodowe i/lub kursy kwalifikacyjne studenci, którzy chcą pracować w innych krajach”.

Tabela 6. Zależność pomiędzy chęcią podjęcia pracy zawodowej za granicą, a wcześniejszym zarobkowaniem tam w trakcie studiów

		Czy podejmowała/-ał Pani/ Pan pracę zarobkową za granicą w trakcie studiów?		Wynik testu	
		Tak	Nie		
Jeżeli zamierza Pani/ Pan podjąć pracę w zawodzie, w którym się kształci, to proszę podać kraj, w którym chciałaby/-by Pani/Pan podjąć pracę:	w Polsce	N	68	96	$\chi^2 = 8,200$ $df = 1$ $p = 0,004$
		%	73,1%	89,7%	
	w innym kraju	N	25	11	
		%	26,9%	10,3%	
Ogółem		N	93	107	
		%	100,0%	100,0%	

p – istotność; χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody

Zamiar podjęcia studiów drugiego stopnia częściej zgłaszały osoby zamierzające pracować w Polsce (71,3%) niż osoby planujące pracę zawodową poza granicami kraju (55,7%). Różnice te były istotne statystycznie.

Tabela 7. Studia drugiego stopnia, a miejsce podjęcia pracy

		Jeżeli zamierza Pani/Pan podjąć pracę w zawodzie, w którym się kształci, to proszę podać kraj, w którym chciałaby/-by Pani/Pan podjąć pracę:		Wynik testu	
		w Polsce	w innym kraju		
Studia drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo	Nie planuje	N	33	51	$\chi^2 = 5,420$ $df = 1$ $p = 0,020$
		%	28,7%	44,3%	
	Planuje	N	82	64	
		%	71,3%	55,7%	
Ogółem		N	115	115	
		%	100,0%	100,0%	

p – istotność; χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody

Tabela 8. Specjalizacja w wybranej dziedzinie pielęgniarstwa a miejsce podjęcia pracy

			Jeżeli zamierza Pani/Pan podjąć pracę w zawodzie, w którym się kształci, to proszę podać kraj, w którym chciałaby/-by Pani/Pan podjąć pracę:		Wynik testu
			w Polsce	w innym kraju	
Specjalizacja w wybranej dziedzinie pielęgniarstwa	Nie planuje	N	24	32	$\chi^2 = 1,157$ $df = 1$ $p = 0,282$
		%	20,9%	27,8%	
	Planuje	N	91	83	
		%	79,1%	72,2%	
Ogółem		N	115	115	
		%	100,0%	100,0%	

p – istotność; χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody

Zamiar uzyskania specjalizacji częściej zgłaszały osoby zamierzające pracować w Polsce (79,1%) niż osoby planujące pracę zawodową poza granicami kraju (72,2%). Różnice te były istotne statystycznie.

Tabela 9. Kurs kwalifikacyjny a miejsce podjęcia pracy

			Jeżeli zamierza Pani/Pan podjąć pracę w zawodzie, w którym się kształci, to proszę podać kraj, w którym chciałaby/-by Pani/Pan podjąć pracę:		Wynik testu
			w Polsce	w innym kraju	
Kurs kwalifikacyjny	Nie planuje	N	63	70	$\chi^2 = 0,642$ $df = 1$ $p = 0,423$
		%	54,8%	60,9%	
	Planuje	N	52	45	
		%	45,2%	39,1%	
Ogółem		N	115	115	
		%	100,0%	100,0%	

p – istotność; χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody

Zamiar podniesienia wiedzy i umiejętności w ramach kursu kwalifikacyjnego częściej zgłaszały osoby zamierzające pracować w Polsce (45,2%) niż osoby planujące pracę zawodową poza granicami kraju (39,1%). Różnice te były istotne statystycznie.

Tabela 10. Kurs specjalistyczny a miejsce podjęcia pracy

		Jeżeli zamierza Pani/Pan podjąć pracę w zawodzie, w którym się kształci, to proszę podać kraj, w którym chciałaby/-by Pani/Pan podjąć pracę:			Wynik testu
		w Polsce	w innym kraju		
Kurs specjalistyczny	Nie planuje	N	92	109	$\chi^2 = 10,101$ $df = 1$ $p = 0,001$
		%	80,0%	94,8%	
	Planuje	N	23	6	
		%	20,0%	5,2%	
Ogółem		N	115	115	
		%	100,0%	100,0%	

p – istotność; χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody

Zamiar ukończenia kursu specjalistycznego częściej zgłaszały osoby zamierzające pracować w Polsce (20,0%) niż osoby planujące pracę zawodową poza granicami kraju (5,2%). Różnice te były istotne statystycznie.

Wszystkie sposoby dotyczące dalszego kształcenia częściej były wskazywane przez osoby zamierzające pracować w Polsce niż przez osoby planujące przyszłość zawodową poza granicami kraju. Hipoteza nie została więc w pełni potwierdzona. Potwierdzenie zyskała tylko w odniesieniu do studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo.

Hipoteza: „Studenci, którzy po uzyskaniu dyplomu chcą pracować za granicą, jako główny powód takiej decyzji podają wyższe zarobki i większy prestiż zawodu pielęgniarki/pielęgniarza”.

Analizie poddano dwie zmienne:

- Które z wymienionych czynników Pani/Pana zdaniem, najbardziej decydują o wyborze zatrudnienia za granicą?
- Jeżeli zamierza Pani/Pan podjąć pracę w zawodzie, w którym się kształci, to proszę podać kraj, w którym chciałaby/-by Pani/Pan podjąć pracę.

Tabela 11. Wyższe zarobki a miejsce podjęcia pracy

			Jeżeli zamierza Pani/Pan podjąć pracę w zawodzie, w którym się kształci, to proszę podać kraj, w którym chciałaby/-by Pani/Pan podjąć pracę:		Wynik testu
			w Polsce	w innym kraju	
Które z wymienionych czynników Pani/Pana zdaniem, najbardziej decydują o wyborze zatrudnienia za granicą?	Nie wskazano na wyższe zarobki	N	6	6	$\chi^2 = 0,000$ $df = 1$ $p = 1,000$
		%	5,2%	5,2%	
	Wskazano na wyższe zarobki	N	109	109	
		%	94,8%	94,8%	
Ogółem		N	115	115	
		%	100,0%	100,0%	

p – istotność; χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody

Nie występuje zależność pomiędzy planowanym miejscem pracy a zwracaniem uwagi na wysokość zarobków. W obydwu grupach aż 94,8% badanych uznało, że czynnikiem decydującym o wyborze zatrudnienia są wysokie zarobki (tabela 12).

Między zmiennymi wystąpiła istotna statystycznie zależność. Wśród osób zamierzających pracować w Polsce na prestiż zawodu zwracało uwagę 16,5% badanych, natomiast wśród osób zainteresowanych pracą poza granicami kraju odsetek ten był zdecydowanie wyższy i wynosił 33%.

Hipoteza została więc potwierdzona w odniesieniu do prestiżu zawodowego.

Dyskusja

Według raportu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (NRPiP) od roku 2010 szacuje się systematycznie wzrastający niedobór pielęgniarek w Polsce [6]. Liczba pielęgniarek wchodzących do systemu nie jest tożsama z szacowaną liczbą odchodzących na emeryturę, a także odchodzących od wykonywania zawodu mimo posiadanych kwalifikacji i uprawnień [6]. Z opracowanej przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych prognozy na lata 2016–2030 wynika, że nastąpi brak prostej zastępowalności pokoleniowej i zmniejszeniu ulegnie wskaźnik zatrudnienia pielęgniarek na 1000 mieszkańców [7]. Dane z raportu NRPiP dotyczące liczby zarejestrowanych i zatrudnionych pielęgniarek wskazują także na duże zainteresowanie wykonywa-

Tabela 12. Prestiż zawodu a miejsce podjęcia pracy

			Jeżeli zamierza Pani/Pan podjąć pracę w zawodzie, w którym się kształci, to proszę podać kraj, w którym chciałaby/-by Pani/Pan podjąć pracę:		Wynik testu
			w Polsce	w innym kraju	
Które z wymienionych czynników Pani/Pana zdaniem, najbardziej decydują o wyborze zatrudnienia za granicą?	Nie wskazano na większy prestiż zawodu	N	96	77	$\chi^2 = 7,557$ $df = 1$ $p = 0,006$
		%	83,5%	67,0%	
	Wskazano na większy prestiż zawodu	N	19	38	
		%	16,5%	33,0%	
Ogółem		N	115	115	
		%	100,0%	100,0%	

p – istotność; χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody

niem zawodu pielęgniarskiego poza granicami kraju. Migracja zarobkowa pielęgniarek nie jest szczegółowo monitorowana z uwagi na brak jednolitych narzędzi. Jest ona objawem systemowych problemów pielęgniarstwa i może skutkować zagrożeniem zabezpieczenia świadczeń pielęgniarskich dla społeczeństwa polskiego [7,8].

Z przeprowadzonych badań wynika, że 91,3% respondentów potwierdza chęć pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarskiego. Podobne wyniki przedstawia w swoim badaniu Ławska i wsp. [9]. Optymizmem napawa fakt, że zdecydowana większość badanych (86,5%) deklaruje chęć podjęcia pracy zawodowej w Polsce, a tylko 13,5% za granicą. W badaniach Szostka i wsp. zamiar wyjazdu za granicę zadeklarowało 53% badanych [5]. Podobny wynik przedstawiła w swoich badaniach Wyrozębska [10].

Uzyskane wyniki i analiza badań innych autorów potwierdzają, że czynnikiem decydującym o wyborze zatrudnienia za granicą są wysokie zarobki i większy prestiż zawodu pielęgniarki [5,11].

Jako kierunek migracji największej liczby respondentów Szostek wskazuje kraje skandynawskie, Wielką Brytanię i Niemcy [5]. Wyniki naszych badań są podobne, ale jako główny kierunek wyjazdów badani wskazali Wielką Brytanię. Bariera ję-

zykowa nie stanowi obecnie problemu w migracji. Warto zwrócić uwagę na opinię respondentów o możliwości ograniczenia migracji, wynikającą z podniesienia wynagrodzenia za wykonywaną pracę i poprawy warunków pracy. Analiza piśmiennictwa potwierdza tę opinię [5,12].

Wnioski

1. Należy promować zawód pielęgniarstwa/pięlegniarstwa, by zwiększyć liczbę chętnych do kształcenia na kierunku pielęgniarstwo i liczbę absolwentów podejmujących pracę w zawodzie w Polsce. W szkołach średnich powinny być prowadzone kampanie informacyjne zachęcające maturzystów do podjęcia kształcenia na kierunku pielęgniarstwo. Niezbędne jest także zwiększenie liczby miejsc na obecnie prowadzonych studiach pielęgniarstwach.
2. Należy utrzymać kształcenie pielęgniarek na poziomie akademickim, które daje solidne podstawy do realizacji funkcji zawodowych oraz dalszych możliwości rozwoju. Wpływa także na podniesienie prestiżu zawodu.
3. Priorytetem staje się podjęcie działań systemowych polegających na opracowaniu i wdrożeniu skutecznych mechanizmów legislacyjnych, finansowych i organizacyjnych w celu zahamowania narastającego deficytu kadry pielęgniarstwa, m.in. poprzez zmniejszenie migracji zarobkowej absolwentów tego kierunku.

Bibliografia

1. Bogdaj A, Kwiatkowski S. *Szkoła a rynek pracy*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2006:
2. Jeruszka U. *Człowiek i zawód*. Warszawa: Wybrane zagadnienia z pedagogiki pracy. Instytut Pracy i Spraw Socjalnych; 2010:
3. Dziubek M, Motyka M. Motywy wyboru zawodu pielęgniarstwa ich uwarunkowania-badania studentów kierunku pielęgniarstwa Collegium Medicum Uniwersytetu Medycznego. *Probl Piel* 2013; 21 (3): 281-289.
4. Binkowska-Bury M, Merć M, Boratyn-Dubil L. Poczucie koherencji a motywy wyboru zawodu pielęgniarstwa i położnictwa. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego* 2006; 1: 34-40.
5. Szostak L, Leńczuk-Gruba A, Kobos E, Imiela J. Plany zawodowe studentów pielęgniarstwa związane z migracją. *Pielęg Pol* 2017; 3 (65): 481-483.
6. Wstępna analiza zasobów kadrowych pielęgniarek i położnych w Polsce do roku 2020. Warszawa: Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych [online]. Dostępny na URL: <http://ww.izbapiel.org.pl/attachments/article/1782/Wstepna.ocena.zasobow.kadrowych.pdf> [cyt. 26.02.2018].
7. Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarstwa i położnych w roku 2017. Warszawa: Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych [online]. Dostępny na URL: http://nipip.pl/wp-content/uploads/2017/03/Raport_druk_2017.pdf [cyt. 26.02.2018].

8. Zając P, Szpakowski R. Pielęgniarstwo – zawód deficytowy? *Pol Prz Nauk Zdr* 2014; 1 (38): 64–68.
9. Ławska W, Dębska G, Zięba M, Łyżnicka M. Przygotowanie zawodowe i plany absolwentów kierunku pielęgniarstwo w Podhalańskiej Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Nowym Targu. *Probl Piel* 2010; 18 (2): 163–168.
10. Wyrozębska A, Wyrozębski P. *Biała emigracja*. Warszawa: Szkoła Główna Handlowa. Oficyna Wydawnicza; 2014: 21–26, 56–63, 80–134.
11. Wdowicz M, Charzyńska-Gula M. Plany zawodowe studentów pielęgniarstwa. *Pielęg XXI w* 2010; 3–4: 17–20.
12. Wyrozębska A. Przyczyny emigracji zarobkowej pracowników ochrony zdrowia na przykładzie studentów Warszawskiego Uniwersytet Medycznego. *Med Dydak Wychow* 2011; 43 (1): 40–47.

Adres do korespondencji:

mgr Mariola Wojtal
Wydział Nauk Medycznych
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
ul. Katowicka 68, 45-060 Opole
tel. 77 44 23 540
e-mail: wojtalm@wsm.opole.pl



Bepanthen® Baby

OCHRONA PRZECIW ODPARZENIOM PIELUSZKOWYM



REGENERACJA:
Prowitamina B5 wspiera procesy regeneracyjne



OCHRONA SUTKÓW:
Wsparcie regeneracji podrażnionych brodawek sutkowych w czasie karmienia



BARIERA OCHRONNA:
Lanolina tworzy na skórze oddychającą barierę ochronną



BRAK ANTYSEPTYKÓW:
Nie zawiera tlenku cynku, który może zaburzać naturalną mikroflorę skóry**

* Badanie ankietowe przeprowadzone przez przedstawicieli firmy Bayer wśród położnych podczas wizyt edukacyjnych od stycznia do grudnia 2015 roku na próbie 697 położnych, przy rekomendacji 91,8%.

** Padmavathy et al.; Sci. Technol. Adv. Mater. 9 (2008) 035004.



ISBN 978-83-941154-6-3
978-83-949688-2-3