



Państwowa Medyczna
Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
Urząd Marszałkowski
Województwa Opolskiego



Pielęgnacyjne i kliniczne aspekty opieki nad chorymi

Wybrane zagadnienia T. 5

pod redakcją
Andrzeja Steciwko, Marioli Wojtał, Danuty Żurawickiej

WYDAWNICTWO
Continuo



Państwowa Medyczna
Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
Urząd Marszałkowski
Województwa Opolskiego



Pielęgnacyjne i kliniczne aspekty opieki nad chorymi

Wybrane zagadnienia T. 5

pod redakcją
Andrzeja Steciwko, Marioli Wojtal, Danuty Żurawickiej

WYDAWNICTWO
Continuo
Wrocław 2012

Recenzenci:

Dr n. med. Donata Kurpas

Dr n. med. Wojciech Guzikowski

Publikacja współfinansowana
przez Samorząd Województwa Opolskiego

© Copyright by Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2012

ISBN 978-83-62182-27-5

Przygotowanie okładki: Wojciech Kuźma

Redaktor Wydawnictwa: Jan Kuźma

Skład i łamanie: Wojciech Kuźma

WYDAWNICTWO
Continuo

ul. Lelewela 4, pok. 325, 53-505 Wrocław

tel./fax (71) 791-20-30

e-mail: wydawnictwo@continuo.pl

www.continuo.pl

Wydrukowano we Wrocławskiej Drukarni Naukowej PAN
im. S. Kulczyńskiego Sp. z o.o.

Spis treści

Wprowadzenie Andrzej Steciwko, Mariola Wojtał, Danuta Żurawicka	5
Wiedza kobiet na temat suplementacji kwasu foliowego Danuta Żurawicka, Małgorzata Zimnowoda, Iwona Łuczak	7
Wpływ wiedzy o zakażeniach wywołanych przez HPV na zachowania zdrowotne i seksualne kobiet Karolina Perlitius	16
Położna w opiece okołoporodowej w aspekcie standardu opieki okołoporodowej Ewa Janiuk	29
Wpływ alkoholu na rozwój dzieci Alina Kowalczykiewicz-Kuta	39
Aktualne metody leczenia Zespołu Zaburzeń Oddychania u dzieci urodzonych przedwcześnie z bardzo niską masą urodzeniową, poniżej 1500 g Edyta Burdzy, Marian Gryboś	51
Wpływ oraz zapobieganie zakażeniom okołoporodowym paciorkowcami z grupy B na zachorowalność noworodków Ewa Gutkowska, Marian Gryboś	59
Wybrane zagadnienia z patologii porodu: dystocja barkowa i makrosomia płodu Wojciech Guzikowski	70
Aborcja w opinii studentów Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu Ewa Radwańska, Aneta Soll, Dominika Lerch	79
Postawy studentów Instytutu Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu wobec eutanazji Maria Gajda, Anna Klimczyk	85
Wpływ przemocy w rodzinie na agresję dzieci i młodzieży. Przeciwdziałanie krzywdzeniu dziecka w rodzinie Ewa Tarnowska, Lucyna Sochocka, Mariola Wojtał	92

Wpływ zawału serca na styl życia i samopoczucie chorych Marzanna Paciorek, Lucyna Sochocka	101
Metody terapii ran przewlekłych u chorych objętych opieką pielęgniarską w ramach praktyki indywidualnej Ewa Wojton, Lucyna Sochocka	109
Pacjent umierający w aspekcie holistycznej opieki pielęgniarskiej Monika Sleziona, Dominik Krzyżanowski	120
Zarządzanie jakością na bloku operacyjnym - rola pielęgniarki Sławomira Szymańska, Małgorzata Werner	130
Wiedza pacjentów na temat obturacyjnego bezdechu sennego - analiza badań własnych Marta Gawlik, Donata Kurpas	139
Bezpieczny transport poszkodowanego w karetce - pozycje transportowe Michał Buczma, Ryszard Kwieciński	145
Wpływ zapinania pasów samochodowych na bezpieczeństwo podróżujących - analiza badań własnych Malwina Kupczyk, Ines Lukasczyk, Jakub Zalewski	152
Wiedza studentów pielęgniarstwa PMWSZ w Opolu dotycząca zasad udzielania pierwszej pomocy w przypadku nagłego zatrzymania krążenia Malwina Kupczyk, Ines Lukasczyk, Jakub Zalewski	160

Wprowadzenie

Sentencja *Salus aegroti suprema lex* z języka łacińskiego oznacza „Zdrowie chorego najwyższym prawem”. To aksjomat medycyny już od czasów Hipokratesa. Jego kodeksowa zasada: *primum non nocere* – po pierwsze nie szkodzić, do dzisiaj jest podstawowym kanonem medycyny. Ale już w starożytnej szkole medycznej na greckiej wyspie Kos nabierała treści związanych nie tylko z leczeniem, ale też z opieką nad potrzebującymi.

Niemal pół tysiąca lat temu przed naszą erą ojciec współczesnej medycyny uczył, że chory potrzebuje nie tylko medykamentów. Medycyna to nie tylko leczenie następstw chorobowych, ale też nauczanie o tym, jak unikać chorób, jak minimalizować ich negatywne skutki, jak najefektywniej pomagać cierpiącym. Hipokrates nie dysponował taką wiedzą specjalistyczną, instrumentarium naukowo-badawczym, jakim dysponujemy dzisiaj – ale wiedział jedno: chory to nie tylko konkretny przypadek medyczny. To osoba, której cierpieniu nie tylko trzeba ulżyć, to także człowiek wymagający wsparcia psychicznego.

Starożytna szkoła medycyny uczyła zapobiegania chorobom, mówiła o ewentualnych konsekwencjach – dzisiaj zwanych powikłaniami. Uczyła, że imperatywem każdego kto chce nieść pomoc jest takie podejście do potrzebujących, według którego pacjent to nie tylko numer statystyczny w dokumentacji medycznej.

Dzisiejszy stan medycyny pozwala nam zaopiekować się człowiekiem jeszcze w stadium życia płodowego. Więcej: możemy nie tylko zaproponować odpowiednio wysoki standard opieki w okresie ciąży czy okołoporodowej samemu noworodkowi, ale też zapewnić maksymalny komfort życia matce. Współczesna nauka i praktyka medyczna doskonale radzą sobie nawet w sytuacjach krytycznych, gdy w grę wchodzi patologia ciąży czy choroby noworodków.

Nie inaczej jest w przypadku leczenia i opieki nad chorymi, których dotknęły choroby cywilizacyjne czy choćby następstwa nieszczęśliwych wypadków. Zawał mięśnia sercowego, obturacyjna choroba płuc dzisiaj już nie oznaczają gwałtownego spadku aktywności, kalectwa czy wręcz wegetacji. Rzecz jasna tylko wówczas, gdy ratunek przychodzi nie dość, że w porę, to jeszcze w odpowiedniej jakości, a podczas leczenia i rehabilitacji chory otoczony jest właściwą opieką.

Jaki to rodzaj opieki? Na czym powinna się skupiać w okresie przed- i poporodowym? Czym musi się charakteryzować po wypadkach i po nagłych zachorowaniach? To niektóre z podstawowych pytań stojących dzisiaj przed medycyną – tym samym przed studentami szkół medycznych. A że nauki medyczne wciąż oferują nam nowe możliwości, ich permanentne katalogowanie jest niezbędne.

Dlatego oddajemy w Państwa ręce kolejny piąty już tom cyklu wydawniczego, z nadzieją, że pomoże odnaleźć odpowiedzi na nurtujące nas pytania, które rodzą

się wraz z postępem medycyny. Ale też uzmysławia, że na wiele z nich nie mamy jeszcze kompletnych, satysfakcjonujących odpowiedzi.

Redaktorzy:

Andrzej Steciwko, Mariola Wojtal, Danuta Żurawicka

Wiedza kobiet na temat suplementacji kwasu foliowego

Danuta Żurawicka, Małgorzata Zimnowoda, Iwona Łuczak

Instytut Położnictwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu

Wstęp

Największym darem i szczęściem dla rodziców jest zdrowe dziecko. Dlatego też rodzice powinni zrobić wszystko, aby zapewnić dzieciom, także tym nienarodzonym jak najlepsze warunki do poczęcia i rozwoju. Bezpośrednim czynnikiem dobrego samopoczucia i stanu zdrowia jest prawidłowy sposób odżywiania. Tylko systematyczne dostarczanie właściwych składników odżywczych pozwoli na zdrowy rozwój człowieka.

Niedobory folianów mogą stanowić niebezpieczeństwo dla rozwoju i zdrowia człowieka. Najczęściej to one są dostarczane w nieodpowiedniej ilości do organizmu ludzkiego. Foliiany – to grupa związków heterocyklicznych, pochodnych pterydyny, zaliczanych do rozpuszczalnych w wodzie witamin grupy B. Są one niezbędne do wzrostu komórek i ich reprodukcji. Ich niedobór wpływa na powstawanie wad ośrodkowego układu nerwowego, a także na niedorozwój łożyska, samoistne poronienia, powstawanie różnych wad wrodzonych u noworodków, zmniejszenie urodzeniowej masy ciała dziecka. Niedobór folianów w codziennej diecie prowadzi także do niedokrwistości magaloblastycznej. Może także wpływać na wzrost ryzyka rozwoju chorób sercowo-naczyniowych (np. udar mózgu, choroba niedokrwienna serca, choroba zakrzepowo-zatorowa), chorób neurodegeneracyjnych (np. parkinsonizm, choroba Alzheimera), zaburzeń psychicznych o charakterze depresyjnym, a także niektórych typów nowotworów (np. rak jelita grubego, piersi, szyjki macicy, płuc, trzustki) [1, 2].

Foliiany występują w produktach spożywczych zarówno pochodzenia zwierzęcego, jak i roślinnego. Bogatym ich źródłem są surowe i mrożone ciemnozielone warzywa liściaste (sałata, szpinak, kapusta, brokuły, szparagi, kalafiory, brukselka), a także: pomidory, buraki, orzechy, słonecznik, produkty zbożowe (pełne ziarna zbóż), otręby, nasiona roślin strączkowych (bób, zielony groszek), drożdże, żółtka jaj oraz wątroba. Źródłem folianów są także owoce cytrusowe i soki [3].

Literatura donosi, że w wielu krajach, nawet rozwiniętych gospodarczo kobiety w ciąży na ogół nie pobierają z pożywienia wystarczających ilości folianów. Cięża jest związana z ujemnym bilansem folianów w organizmie, tzn. zmniejszoną ich zawartością w surowicy, erytrocytach i zwiększonym wydalaniem. Kobiety w ciąży są szczególnie wrażliwe na ich niedobory. Zapotrzebowanie na foliany w tym okresie zwiększa się 2–4-krotnie [2].

W latach 80. XX wieku wykazano, że podawanie kobietom kwasu foliowego w okresie przedkoncepcyjnym i w pierwszych tygodniach ciąży zmniejsza ryzyko występowania wad ośrodkowego układu nerwowego (OUN). Badania te dały początek tworzeniu się programów profilaktycznych na całym świecie, których celem jest upowszechnianie spożycia kwasu foliowego przez wszystkie kobiety w okresie rozrodczym [3].

Problem upowszechnienia spożycia kwasu foliowego znalazł swój wyraz w Narodowym Programie Zdrowia 1996–2005 w ramach drugiego celu operacyjnego: „Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności”, gdzie zadanie nr 8 brzmi: „Upowszechnić podawanie kwasu foliowego kobietom w wieku rozrodczym w celu zapobiegania wadom wrodzonym cewy nerwowej u noworodków” [4].

W 1997 r. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej powołał zespół ekspertów zajmujący się zapobieganiem wadom wrodzonym cewy nerwowej. Zespół ten w tym samym roku przedstawił swoje stanowisko i zalecenia. Program Pierwotnej Profilaktyki Wad Cewy Nerwowej ma za zadanie: popularyzację wśród wszystkich grup społeczeństwa wiedzy na temat kwasu foliowego oraz jego związku z wadami cewy nerwowej u dzieci, zmianę postaw i kształtowanie właściwych zachowań dotyczących kwasu foliowego [5, 6]. Głównymi adresatami programu są kobiety w wieku rozrodczym i młodzież ucząca się w szkoła ponadgimnazjalnych. Jednym z głównych zaleceń Zespołu Ekspertów jest: codzienne przyjmowanie dawki 0,4 mg kwasu foliowego przez wszystkie kobiety w wieku rozrodczym w Polsce, które mogą zajść w ciążę w celu zapobiegnięcia wystąpieniu u ich potomstwa wad cewy nerwowej oraz natychmiastowe wszczęcie kampanii we wszystkich środkach masowego przekazu. Ponadto uwzględniono do wszystkich programów edukacyjnych o zdrowiu informacji o roli kwasu foliowego w powstawaniu wad wrodzonych cewy nerwowej oraz możliwości zapobiegania im przez jego suplementację [4]. Zalecenia ogólnopolskiego programu są również realizowane przez lokalne stacje sanitarno-epidemiologiczne i uwzględniają programy profilaktyczne z tego zakresu.

Cel pracy

Celem pracy jest zaprezentowanie stanu świadomości kobiet w wieku rozrodczym, w zakresie suplementacji kwasu foliowego.

Material i metoda badawcza

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego posługując się techniką ankiety. W tym celu skonstruowano kwestionariusze ankiety skierowane głównie do kobiet i młodzieży będących w wieku rozrodczym. Narzędzie badawcze składało się z wyjaśnienia celu przeprowadzonych badań oraz części właściwej (11 pytań) i metryczki (6 pytań). Badania wykonano w okresie od czerwca do grudnia 2011 r. Zwrot wypełnionych kwestionariuszy ankiety był potwierdzeniem zgody na udział w badaniu.

Grupa badana

Badaniami ankietowymi objęto ogółem 500 kobiet w wieku rozrodczym. Wśród respondentek wyróżniono dwie grupy badawcze.

Grupa I to kobiety, które nigdy nie rodziły dzieci i stanowią ją studentki (250, tj. 100%) uczelni wyższych (szczegółowy rozkład liczbowy i procentowy przedstawia tabela 1). Ze szczegółowej analizy danych wynika, że zdecydowana większość ankietowanych tej grupy była w przedziale wiekowym 18–25 lat (242, tj. 96,80%). Bliżko 3/5 respondentek to osoby z wykształceniem średnim oraz mieszkające w mieście. Olbrzymi procent tworzyli badani stanu wolnego (230, tj. 92,00%), a tylko 12 (4,8%) osób jako odpowiedź podało życie w związku małżeńskim (tab. 1).

Tabela 1. Udział liczbowy i procentowy miejsca realizacji badań ankietowych w poszczególnych grupach

Grupa I	Miejsce nauki	L	%
	Uniwersytet Opolski	54	21,60%
	Politechnika Opolska	50	20,00%
	PMWSZ w Opolu	46	18,40%
	Inne	100	40,00%
	Razem	250	100,00%
Grupa II	Miejsce pobytu	L	%
	SSZOZ nad Matką i Dzieckiem w Opolu	150	60,00%
	ZOZ Strzelińskie Centrum Medyczne	100	40,00%
	Razem	250	100,00%

Źródło: opracowanie własne.

Drugą grupę badawczą stanowiły kobiety będące w ciąży lub/i posiadające potomstwo (250, tj. 100%). Kobiety te były pacjentkami dwóch szpitali (szczegóło-

wy udział liczbowy i procentowy przedstawia tab. 1). 133 kobiety (53,20%) były ciężarne, w tym 16 respondentek (12,03%) to kobiety w I trymestrze ciąży, 18 badanych (13,53%) – w II trymestrze ciąży, a blisko 3/4 tej grupy – to kobiety w III trymestrze ciąży (99, tj. 74,44%). Ze względu na miejsce zamieszkania większą grupę stanowiły kobiety zamieszkujące w mieście (142, tj. 56,80%), a pozostała grupa badanych to osoby pochodzące ze wsi (108, tj. 43,20%). Z analizy danych wynika, że spora grupa kobiet była w przedziale wiekowym 26–30 lat (107, tj. 42,80%). Znacznie mniejszą część reprezentowały kobiety w wieku 18–25 lat (72, tj. 28,80%) oraz 31 lat i powyżej (71, tj. 28,40%). U respondentek przeważało wykształcenie wyższe (112, tj. 44,80%) oraz średnie (101, tj. 44,40%). Pozostałe to osoby z wykształceniem podstawowym (21, tj. 8,04%) i zawodowym (16, tj. 6,40%). Prawie 4/5 ankietowanych stanowiły kobiety zamężne (192, tj. 76, 80%).

Wyniki badań i ich omówienie

Z analizy wynika, że zarówno w grupie kobiet badanych, które nigdy nie rodziły dzieci (242, tj. 96,8%), jak i w grupie kobiet będących w ciąży lub/i posiadających potomstwo (244, tj. 97,6%) prawie wszystkie respondentki spotkały się z pojęciem kwasu foliowego. Badane grupy różniły się istotnie pod względem źródła wiedzy o kwasie foliowym. Znaczna większość kobiet z grupy I (czyli kobiety, które nigdy nie rodziły dzieci) uzyskała informację o kwasie foliowym ze szkoły (138, tj. 41,95%) oraz ze środków masowego przekazu (124, tj. 37,69%). Tylko 41 (12,46%) kobiet taką wiedzę otrzymało od pracowników placówek medycznych. W drugiej grupie badanych (czyli kobiet będących w ciąży lub/i posiadających potomstwo) tylko blisko co piąta respondentka (56, tj. 17,72%) wiedzę o kwasie foliowym uzyskała w placówce szkolnej, średnio co trzecia badana (96, tj. 30,38%) ze środków masowego przekazu oraz od pracowników służby zdrowia (108, tj. 34,18%) (tab. 2).

Tabela 2. Rozkład liczbowy i procentowy źródła wiedzy na temat kwasu foliowego

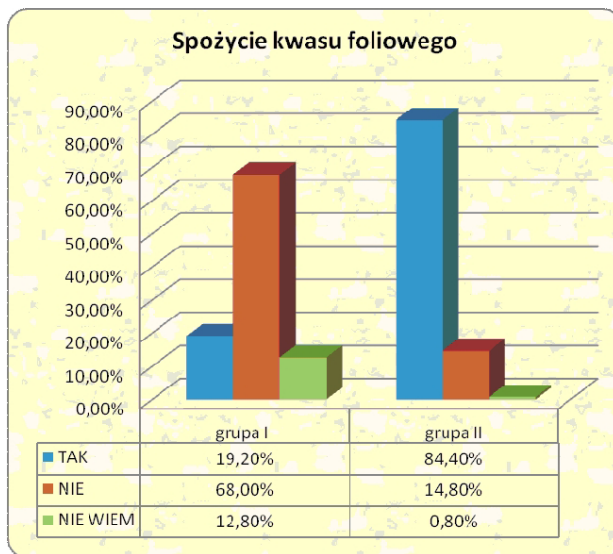
Źródła wiedzy	Grupa I		Grupa II	
	L	%	L	%
Szkoła	138	41,95%	56	17,72%
Środki masowego przekazu	124	37,69%	96	30,38%
Poradnie planowania rodziny	6	1,82%	42	13,29%
Placówki medyczne	41	12,46%	108	34,18%
Inne	14	4,26%	10	3,16%
Brak odpowiedzi	6	1,82%	4	1,27%
Razem	329	100,00%	316	100,00%

Źródło: opracowanie własne.

Kobiety z obu grup znalazły źródła kwasu foliowego w diecie. Najczęściej wskazywano na rośliny liściaste i zielone jarzyny (odpowiednio: grupa I – 153 (57,95%) ankietowanych i grupa II – 184 (70,50%) badanych). Niewielki procent respondentek z obu grup zaznaczało istnienie kwasu foliowego w produktach zbożowych i owocach cytrusowych.

Zarówno w grupie I (146, tj. 58,4%), jak i w grupie II (171, tj. 68,4%) ponad połowa respondentów zauważa korzyści z przyjmowania kwasu foliowego w okresie przedkoncepcyjnym oraz w I trymestrze ciąży. Niedobory tego związku mają według ankietowanych wpływ na wady wrodzone układu nerwowego płodu (odpowiednio: grupa I – 59,2% i grupa II – 64,8%).

Z przeprowadzonych badań wynika, że niewielka część ankietowanych kobiet niebędących w ciąży (48, tj. 19,2%) stosowała suplementację kwasem foliowym. Natomiast w grupie kobiet będących w ciąży lub/i posiadających potomstwo kwas foliowy przyjmowało 211 (84,4%) kobiet. Wśród kobiet deklarujących spożywanie kwasu foliowego blisko połowa (105, tj. 49,76%) dokonywała suplementacji w okresie przedkoncepcyjnym oraz w I trymestrze ciąży, a 1/3 respondentek (70, tj. 33,18%) z tej grupy przyjmowała kwas foliowy tylko w I trymestrze ciąży (ryc. 1).



Rycina 1. Rozkład procentowy suplementacji kwasem foliowym w poszczególnych grupach badanych

Źródło: opracowanie własne.

Rozpowszechnianie wiedzy na temat kwasu foliowego zdaniem kobiet niebędących w ciąży jest niewystarczająca (162, tj. 64,8%). I odpowiednio w drugiej grupie co czwarta respondentka ma podobne zdanie w tej kwestii (66, tj. 26,4%).

Dyskusja

Właściwa suplementacja wielowitaminowo-mineralna kobiet w okresie przed-koncepcyjnym i w czasie ciąży jest istotnym elementem zapewniającym prawidłowy rozwój ciąży i płodu. Zaleca się spożycie 0,4 mg kwasu foliowego na dzień. Dawka ta jest dziesięciokrotnie większa dla kobiet, które urodziły w przeszłości dziecko z wadą cewy nerwowej. W trakcie ciąży, oprócz folianów pochodzących z diety, kobiety powinny przyjmować 0,4 mg kwasu foliowego pochodzącego z suplementów lub produktów wzbogaconych. Suplementację powinno się prowadzić przez 1–3 miesiące przed ciążą oraz do 12. tygodnia ciąży [7–9]. Jednoznacznie o wielkiej skuteczności kwasu foliowego przyjmowanego przed ciążą oraz w pierwszych miesiącach jej trwania świadczą liczne doniesienia światowe. W krajach, które wprowadziły zażywanie kwasu foliowego w okresie okołokoncepcyjnym, uzyskano znacznie zmniejszenie liczby wad cewy nerwowej. I tak po wprowadzeniu zaleceń dotyczących suplementacji kwasem foliowym stwierdzono w latach 90. ubiegłego wieku w Wielkiej Brytanii i Irlandii znaczne obniżenie się wskaźnika występowania wad cewy nerwowej. Podobne efekty zauważono w Polsce w województwie lubelskim. Po wprowadzeniu odpowiednich zaleceń zmniejszyła się częstość występowania wad cewy nerwowej z 13,2 na 10 000 urodzeń w 1992 r. do 6,2 na 10 000 urodzeń w 2000 r. [10, 11].

Nadal aktualne badania potwierdzają, że stosowanie suplementacji kwasem foliowym w okresie przedkoncepcyjnym jest niezadowolające. Przed wprowadzeniem Programu Pierwotnej Profilaktyki Wad Cewy Nerwowej tylko 15% kobiet zażywało suplementy diety zawierające kwas foliowy, a co dziesiąta – przed ciążą. W badaniach z 2001 r. już 42% ciężarnych przyjmowało preparaty witaminowe, w 2003 r. – 64%, w latach 2005–2007 aż 86%. Suplementowanie w czasie planowania potomstwa deklarowało odpowiednio: 7 i 31% kobiet. W ankiecie Wyki i wsp. tylko 8% kobiet w wieku rozrodczym (20–25 lat) przyjmowało kwas foliowy codziennie [12]. Z badań z 2005 r. przeprowadzonych w Opolu wynika, że 30% kobiet przyjmowało kwas foliowy przed ciążą [13]. Nasze badania wykazały, że 105 (49,76%) respondentek grupy II (czyli kobiet będących w ciąży lub/i posiadających potomstwo) spożywało kwas foliowy przed ciążą i w I trymestrze ciąży. Warto jednak zwrócić uwagę na fakt, że w tej samej grupie aż 1/3 (70, tj. 33,18%) respondentek spożywało kwas foliowy tylko w okresie ciąży. Brak suplementacji w okresie przedkoncepcyjnym prawdopodobnie był związany z tym, że ich ciążę nie były planowane. Zatem nadal należy zwiększać akcje profilaktyczne dotyczące suplementacji kwasem foliowym wśród młodych kobiet.

Badanie wykazało, że prawie wszystkie respondentki obu grup spotkały się z pojęciem kwasu foliowego. Głównym źródłem informacji o kwasie foliowym wśród badanych z grupy nie posiadającej potomstwa była szkoła i środki masowego prze-

kazu. Zaś w drugiej grupie kobiet – pracownicy służby zdrowia wiodą prym w przekazywaniu informacji o kwasie foliowym. Jednakże wynik ten nie jest zadowalający, ponieważ tylko 108 (34,18%) ankietowanych wskazuje jako źródło wiedzy pracownika służby zdrowia.

Wyżej wymienione źródła wiedzy o kwasie foliowym były ujęte w Polskim Programie Profilaktyki Wad Cewy Nerwowej. Jednym z głównych założeń było rozpoczęcie szerokiej kampanii we wszystkich środkach masowego przekazu, która miała na celu zachęcenie kobiet w wieku rozrodczym do przyjmowania preparatów witaminowych zawierających kwas foliowy. Konieczne też było wprowadzenie do wszystkich programów edukacyjnych o zdrowiu informacji o roli kwasu foliowego w powstawaniu wad wrodzonych cewy nerwowej oraz o możliwości zapobiegania im [4]. W naszych badaniach rola kadry medycznej jest duża w grupie kobiet posiadających potomstwo, ale i tak nie jest to wynik satysfakcjonujący. Natomiast znikomy udział pracowników służby zdrowia odnotowano w grupie osób nieposiadających dzieci. W innych krajach i regionach, takich jak: Hiszpania, Teksas, Chile kobiety wiedzę w tym zakresie uzyskują przede wszystkim od położnych i lekarzy [9].

Zauważono, że poziom wiedzy dotyczącej zawartości kwasu foliowego w produktach spożywczych jest zadowalający. Najczęściej wskazywano na zielone warzywa liściaste (odpowiednio gr. I – 153, tj. 57,95% oraz gr. II – 184, tj. 70,50%). Podobne wyniki uzyskała w swoich badaniach E. Ehmke vel Emczyńska i wsp. [14].

Z analizy uzyskanego materiału wynika, że niezależnie od zauważanych przez respondentów korzyści z przyjmowania kwasu foliowego w okresie przedkoncepcyjnym oraz w I trymestrze ciąży tylko niewielka część ankietowanych kobiet niebędących w ciąży (48, tj. 19,2%) stosowała suplementację kwasem foliowym w okresie rozrodczym. W Norwegii nie cała połowa respondentek przyjmowała suplementy z kwasem foliowym w czasie ciąży, podczas gdy 12% – przed nią. Tak samo w Danii, Szwajcarii i Niemczech niewiele kobiet myśli o suplementacji kwasem foliowym przed zapłodnieniem [14].

Liczne badania epidemiologiczne prowadzone w różnych krajach wykazały, że podawanie kobietom kwasu foliowego w okresie przedkoncepcyjnym i w pierwszych tygodniach ciąży znacznie zmniejsza ryzyko wystąpienia wad cewy nerwowej u noworodków [1, 10]. Ponad połowa ankietowanych w obu grupach łączy niedobór kwasu foliowego w organizmie kobiety w okresie okołokoncepcyjnym z występowaniem wad wrodzonych układu nerwowego. Zaznaczyć należy, że niedobory kwasu foliowego oprócz wad cewy nerwowej są również związane ze zwiększoną częstością poronień samoistnych, porodów przedwczesnych, stanu przedrzucawkowego, hipotrofii, przedwczesnego oddzielania się łożyska, niższej masy urodzeniowej niemowląt oraz niedokrwistości [15]. Zatem skuteczność akcji uświadamiających jest wciąż za mała.

Wnioski

1. Celowe wydaje się prowadzenie badań dotyczących suplementacji kwasu foliowego.
2. Kobiety w wieku rozrodczym coraz częściej interesują się swoim zdrowiem. Należy jednak zwiększyć rolę pracowników służby zdrowia w przekazywaniu wiedzy dotyczącej roli kwasu foliowego.
3. Działania w kierunku edukacji zdrowotnej kobiet w okresie okołokoncepcyjnym są niezadowolające.
4. Nadal należy zwiększać i promować akcje profilaktyczne dotyczące suplementacji kwasem foliowym.
5. Stosowanie kwasu foliowego przez kobiety w okresie okołokoncepcyjnym jest wciąż niewystarczające.

Bibliografia

1. Wiśniewska K, Wysocki J. *Kwas foliowy i jego znaczenie w pierwotnej profilaktyce wrodzonych wad rozwojowych*. Dostępny URL: http://www.rejestrwad.pl/kwas_foliowy.php [dostęp z dn. 27.12.2011].
2. Ziemiański Ś, Wartanowicz M. Kwas foliowy – niezbędny mikroskładnik pożywienia. *Medipress Ginekologia-Położnictwo* 1999; 5, 1: 4.
3. Czeczot H. Kwas foliowy w fizjologii i patologii. *Post Hig Med Dośw* 2008. Dostępny na URL: <http://www.phmd.pl/fulltxt.php?ICID=867080>. [dostęp z dn. 27.12.2011].
4. Brzeziński ZJ, Helwich E. *Jak zapobiegać wrodzonym wadom cewy nerwowej. Program Pierwotnej Profilaktyki Wad Cewy Nerwowej*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka; 2000: 43–44.
5. Tłałka E, Zadarko-Domaradzka M, Sobolewski M. Wiedza i postawy kobiet w zakresie suplementacji diety kwasem foliowym na tle Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Wad Cewy Nerwowej – wyniki badań pilotażowych. *Przeegl Med Uniw Rzesz* 2008; 2: 161–165.
6. Brzeziński ZJ, red. *Zapobieganie wrodzonym wadom cewy nerwowej. Program Pierwotnej Profilaktyki Wad Cewy Nerwowej*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka; 1998: 89–90.
7. Komisja Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologów: Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie opieki przedporodowej w ciąży o prawidłowym przebiegu. *Ginekol Pol* 2005; 76, 7: 517–527.
8. Jarosz M, Bułhak-Jachymczyk B. *Normy żywienia człowieka. Podstawy prewencji otyłości i chorób niezakaźnych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008: 210–214.
9. Chmurzyńska A, Malinowska A, Idaszak K. Schematy suplementacji diety kwasem foliowym u kobiet w wieku reprodukcyjnym. *Żyw Człow Metabolizm* 2009; 36, 1: 32–70.
10. Walencka Z, Baumert M, Wiśniewska K, Paprotny M. Suplementacja kwasem foliowym diety kobiet rodzących dzieci z wadą układu nerwowego w regionie śląskim w latach 2001–2003. *Post Neonatol* 2010; 2: 28–32.

11. Sawulicka-Oleszczuk H, Kostuch M. Wpływ pierwotnej profilaktyki kwasem foliowym na częstość wad cewy nerwowej w województwie lubelskim. *Ginekol Pol* 2003; 74: 533–537.
12. Wyka J, Mikołajczyk J. Podaż kwasu foliowego w racjach pokarmowych wrocławianek w wieku 20–25 lat oraz ocena wiedzy o jego znaczeniu dla zdrowia. *Rocznik PZH* 2007; 58, 4: 633–640.
13. Pirogowicz I, Żurawicka D. *Profilaktyka wad cewy nerwowej – badania własne*. Międzynarodowa Konferencja Naukowa: „Przygotowanie psychofizyczne kobiety do porodu”. Opole 2005: 21–25.
14. Ehmke vel Emczyński E, Kunakowicz H. Ocena wiedzy kobiet w wieku rozrodczym dotyczącej kwasu foliowego. *Żyw Człow Metabolizm* 2010; 37, 1: 27–35
15. Cieślik E, Gębusia A. Skutki niedostatecznej podaży kwasu foliowego ze szczególnym uwzględnieniem znaczenia dla kobiet w wieku rozrodczym. *Hygeia Public Health* 2011; 46(4): 431–436.

Adres do korespondencji:

Mgr Danuta Żurawicka

Mgr Małgorzata Zimnowoda

Mgr Iwona Łuczak

Instytut Położnictwa PMWSZ w Opolu

ul. Katowicka 68

45-060 Opole

Tel.: 77 44-23-540

E-mail: dzurawicka@o2.pl

E-mail: mzimnowoda@o2.pl

E-mail: i.luczak@wp.pl

Wpływ wiedzy o zakażeniach wywołanych przez HPV na zachowania zdrowotne i seksualne kobiet

Karolina Perlitius

Oddział Patologii Ciąży z Blokiem Porodowym Samodzielnego Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Opolu

Wstęp

Wirus brodawczaka ludzkiego (HPV – *Human Papilloma Virus*) należy do rodzaju *Papillomavirus* z rodziny *Papillomaviridae* [1]. DNA wirusa brodawczaka ludzkiego zostało wykryte w 1965 r. Natomiast w 1975 r. profesor Harald zur Hausen doszedł do wniosku, że wirus HPV jest przyczyną powstawania raka szyjki macicy. Ta teoria potwierdziła się na początku lat 80. XX wieku. Zur Hausen udowodnił, iż DNA wirusa HPV integruje się z DNA komórek człowieka, powodując w końcowym efekcie powstanie komórek nowotworowych [2, 3]. W 1996 r. WHO oficjalnie uznała typy wirusa HPV 16 i 18 za czynniki onkogenne dla człowieka. Dotychczas wykryto ponad 200 typów tego wirusa, a 85 z nich zostało dokładnie poznanych [3]. Wirusy HPV są oznaczane numerami, które wskazują na kolejność ich identyfikacji [1].

Infekcja wirusem brodawczaka ludzkiego jest najczęstszą chorobą przenoszoną drogą płciową. Niepokojącym zjawiskiem jest fakt, iż w ostatnich latach zaobserwowano stały wzrost liczby zakażeń wywołanych przez HPV [4]. Najczęściej do infekcji dochodzi podczas pierwszych stosunków płciowych [5]. Szacuje się, że ponad 50% aktywnych seksualnie kobiet i mężczyzn będzie zakażona wirusem HPV w którymś momencie swojego życia [5, 6].

Wirus brodawczaka ludzkiego wykazuje szczególny tropizm do komórek nabłonka skóry i błon śluzowych człowieka [3]. Około 40 typów HPV jest związanych z infekcjami w obrębie narządów płciowych oraz skóry okolicy krocza mężczyzn i kobiet [5]. Aktualnie stosowany jest podział wirusów HPV na 3 grupy:

- o wysokim potencjale onkogennym (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 69),
- prawdopodobnie onkogenne (26, 53, 66, 73, 82),

- o niskim potencjale onkogennym (6, 11, 34, 40, 42, 43, 44, 53, 54, 55, 57, 61, 64, 67, 70, 72, 81, 89) [7, 8].

Infekcja wirusem brodawczaka ludzkiego jest rezultatem kontaktu bezpośredniego błon śluzowych ze skórą, skóry ze skórą lub błon śluzowych z błonami śluzowymi [9]. Jednak aby mogło dojść do infekcji HPV, niezbędne są tzw. wrota zakażenia. W przypadku wirusa brodawczaka ludzkiego są to urazy skóry lub błony śluzowej (mikro- i makrouszkodzenia), które odsłaniają warstwę podstawną nabłonka, w obrębie którego może dojść do zakażenia [4]. Najczęściej do infekcji dochodzi w czasie kontaktów seksualnych (genitalno–genitalnych, analno–genitalnych, oralno–genitalnych i manualno–genitalnych). Bardzo łatwo można zakazić się przez kontakt ze skórą okolic narządów płciowych. Dlatego infekcja HPV jest możliwa nawet u dziewcząt, które odbywały stosunki bez penetracji. Stosowanie prezerwatyw zmniejsza ryzyko zakażenia, lecz nie daje pełnego zabezpieczenia [9]. Zakażenie HPV najczęściej występuje u osób młodych między 18. a 30. r.ż., lecz każda osoba aktywna seksualnie jest narażona na tę infekcję [10].

Wirus HPV występuje również u dzieci. Do przeniesienia infekcji może dojść w czasie porodu naturalnego, przez łożysko jeszcze w czasie trwania ciąży oraz w czasie pielęgnacji dziecka przez osobę zakażoną. Do infekcji mogą prowadzić także różne formy molestowania seksualnego. Następstwem zakażeń HPV u dzieci są: kłykciny lub brodawczaki krtani, kłykciny kończyste odbytu (wywoływane przez HPV 6 oraz 11) oraz kłykciny typu skórniego w okolicach odbytu (wywołane przez HPV 2) [6].

Do głównych czynników ryzyka rozwoju infekcji HPV zaliczamy:

- **młody wiek** [9];
- **wczesne rozpoczęcie współżycia seksualnego** – w okresie dojrzewania płciowego kobiet strefa przekształceń między nabłonkami znajduje się na tarczy szyjki macicy. Obszar ten wówczas charakteryzuje się dużą aktywnością metaplastyczną. Czynniki te sprawiają, iż sfera przekształceń staje się bardziej podatna na zakażenia HPV [3];
- **dużą liczbę partnerów seksualnych** – wraz ze wzrostem liczby partnerów płciowych zwiększa się ryzyko zakażenia wirusem HPV [3, 9];
- **współżycie z osobą, która miała liczne kontakty seksualne z innymi partnerami** – w tej sytuacji istnieje duże ryzyko, iż taki partner jest zakażony wirusem HPV i może przenieść tą infekcję na obecnego partnera [3];
- **współżycie z mężczyznami nieobrzezаныmi** – obrzezani mężczyźni mogą lepiej zadbać o higienę intymną oraz są mniej narażeni na zakażenia przenoszone drogą płciową. W rejonach, gdzie wykonuje się taki zabieg, obserwujemy u kobiet rzadsze występowanie wirusa HPV oraz raka szyjki macicy [3];
- **dużą liczbę porodów** – nie ma jednoznacznej teorii, dlaczego duża liczba porodów wpływa na większe ryzyko rozwoju infekcji HPV, ale istnienie tej zależności potwierdzają wyniki wielu badań [9];

- **palenie tytoniu** – szkodliwe substancje zawarte w wyrobach tytoniowych zwiększają ryzyko zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego przez tworzenie mutacji w DNA komórek nabłonka szyjki macicy oraz miejscowe działanie immunosupresyjne. Zarówno palenie czynne i bierne jest szkodliwe [3, 9];
- **stosowanie leków immunosupresyjnych** – które obniżają odporność organizmu, zmniejszają aktywność układu immunologicznego, co ułatwia infekcje wirusem HPV [4];
- **osłabienie układu immunologicznego, ciąża** – specyficzną sytuacją, w której dochodzi do osłabienia układu odpornościowego, jest ciąża. Kobiety w tym stanie są bardziej narażone na zakażenia HPV. Może również dojść do aktywacji wirusa, który do tej pory był w fazie utajonej [4];
- **zakażenie wirusem HIV (ludzki wirus niedoboru odporności)** – namnażający się w organizmie wirus HIV upośledza działanie układu odpornościowego, zwiększając podatność kobiet na infekcje wirusem HPV [9];
- **niski status socjoekonomiczny** [9].

Czynniki, które prawdopodobnie zwiększają ryzyko zakażenia wirusem HPV:

- **wieloletnie stosowanie antykoncepcji hormonalnej** – środki antykoncepcyjne zawierające progesteron lub jego pochodne zwiększają ryzyko zakażenia wirusem HPV, ponieważ region kontrolny LCR w genomie HPV posiada sekwencje DNA analogiczne do receptora glukokortykoidowego, który jest pobudzany przez hormony sterydowe [3];
- **dieta uboga w antyoksydanty** (prowitamina A, karotenoidy, witamina C) – gdy organizm otrzymuje zbyt małą ilość przeciwutleniaczy, nie jest w stanie zneutralizować wolnych rodników, które uszkadzają DNA komórek i prowadzą do mutacji [9];
- **współistnienie innych zakażeń przenoszonych drogą płciową** – infekcji HPV najczęściej towarzyszą inne zakażenia w obrębie pochwy i szyjki macicy, które powodują wydzielanie wolnych rodników, co powoduje uszkodzenie DNA komórek [3].

Ze względu na to, czy obecne są objawy czy nie, zakażenie HPV możemy podzielić na postać kliniczną, subkliniczną oraz utajoną. Natomiast biorąc pod uwagę czas trwania, infekcje HPV dzielimy na przejściowe (przemijające), gdy ustępują do 6 miesięcy, oraz przetrwałe, kiedy wykryjemy wirusa HPV w co najmniej dwóch kolejnych badaniach wykonanych w odstępie 6 miesięcy [7, 8].

Istnieje kilka badań, za pomocą których możemy wykryć wykładniki infekcji wirusem HPV [11]. Łatwo dostępnym i ważnym badaniem wykorzystywanym w diagnostyce jawnego i subklinicznego zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego jest cytologia. Najbardziej charakterystycznymi cechami infekcji w badaniu cytologicznym jest obecność koilocytów i dyskeratocytów. Kolejnym wykonywanym badaniem jest kolposkopia, która umożliwia ujawnienie subklinicznej infekcji HPV w obrębie szyjki macicy. Pozwala ona na wykrycie specyficznych wykładników za-

każenia, takich jak: wtórne zmniejszenie przejrzystości nabłonka (wykonanej po próbie octowej), wtórne punkcikowanie zwykłe, wtórne poletkowanie zwykłe (mozaika zwykła), zbielenie nabłonka dookoła otwartych ujść zewnętrznych gruczołów [8]. Inną stosowaną metodą jest badanie histopatologiczne (polega na ocenie pod mikroskopem materiału komórkowego lub tkankowego). Stosuje się je głównie do diagnostyki różnicowej zmian wywołanych przez wirusa HPV [6].

Jedyną metodą, za pomocą której jednoznacznie możemy potwierdzić występowanie zakażenia wirusem HPV przebiegającego w postaci subklinicznej lub utajonej, są badania wirusologiczne. Stało się to możliwe dopiero wtedy, gdy w diagnostyce zastosowano metody wykorzystywane w biologii molekularnej. Badania wirusologiczne wykrywające DNA HPV dzielimy na dwa rodzaje:

- pierwsza grupa to metody oparte na technice hybrydyzacji kwasów nukleinowych (fluorescencyjna hybrydyzacja *in situ*, Southern blot, Dot blot) [8],
- druga grupa wykorzystuje technikę łańcuchowej reakcji polimerazy (polymerase chain reaction – PCR) [11].

Wirus brodawczaka ludzkiego jest najczęściej kojarzony jedynie z rakiem szyjki macicy. Tymczasem zakres zmian chorobowych spowodowanych przez infekcję HPV jest bardzo szeroki. Wirus ten jest odpowiedzialny za powstawanie łagodnych zmian nabłonkowych, stanów przednowotworowych i nowotworów złośliwych różnych okolic ciała u obu płci. Zmiany, jakie wywołuje wirus HPV, można podzielić na trzy grupy:

1. **Zmiany skórne:**

- brodawki zwykłe, brodawki stóp, brodawki płaskie/młodościanych,
- *Epidermodysplasia verruciformis* (EV) [11].

2. **Zmiany umiejscowione na błonach śluzowych** (nieobejmujące narządów płciowych):

- nawracająca brodawczakowatość krtani i dróg oddechowych (RRP),
- choroba Hecka,
- rak głowy i szyi [11].

3. **Zmiany obejmujące narządy płciowe i okolice odbytu:**

- kłykciny (kończyste prącia, kończyste odbytu, kończyste sromu, szyjki macicy, olbrzymie Buschkego-Löwensteina),
- *Bowenoid papulosis* (BP),
- choroba Bowena,
- erytroplazja Queyrata,
- śródnabłonkowa neoplazja szyjki macicy (CIN),
- rak szyjki macicy, rak sromu, rak pochwy, rak odbytu, rak prącia [6, 7].

Najskuteczniejszym sposobem ochrony przed HPV jest całkowita abstynencja seksualna. Jednak jest to bardzo radykalne rozwiązanie i trudne do zrealizowania. Aby zapobiegać infekcjom HPV, należy starać się wyeliminować negatywne zachowania zdrowotne i seksualne oraz unikać czynników, które sprzyjają zakażeniu: wczesnego rozpoczęcia współżycia seksualnego, dużej liczby partnerów seksualnych,

współżycia z partnerem, który miał wielu partnerów seksualnych, współżycia z partnerem zakażonym HPV, palenia tytoniu, wieloletniego stosowania antykoncepcji hormonalnej, diety ubogiej w antyoksydanty, braku higieny lub niedostatecznej higieny intymnej [3].

Szczepionki przeciw HPV są uznane za najefektywniejszą metodę pierwotnej profilaktyki zakażeń wywołanych tym wirusem. Aktualnie na polskim rynku są dostępne dwie szczepionki profilaktyczne: **Silgard** i **Cervarix**. Szczepienia przeciw wirusowi HPV są rekomendowane przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne (PTG) i Polskie Towarzystwo Profilaktyki Zakażeń HPV (PTPZ–HPV). Wprowadzenie powszechnego szczepienia będzie przełomem w walce z rakiem szyjki macicy oraz innymi schorzeniami wywołanymi przez typy wirusa HPV, które są zawarte w szczepionkach. Obecnie niektóre władze samorządowe finansują szczepienia dziewczynek w wieku 12–13 lat [12].

Cel badania

Celem badań było sprawdzenie poziomu wiedzy kobiet na temat zakażeń wywołanych wirusem brodawczaka ludzkiego oraz poznanie ich zachowań zdrowotnych i seksualnych. W związku z tym przeprowadzono badania ankietowe. Po uzyskaniu wyników będzie możliwe zbadanie, czy posiadanie wiedzy o zakażeniach HPV ma wpływ na zmianę zachowań zdrowotnych i seksualnych kobiet.

Material i metody

Material badawczy uzyskano za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety. Zawierał on pytania dotyczące wiedzy na temat zakażeń wirusem HPV (11 pytań) oraz zachowań zdrowotnych i seksualnych (11 pytań). Dodatkowo znajdowały się 4 pytania metryczkowe (wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania i stan cywilny). Kwestionariusz ankiety był anonimowy.

Badania przeprowadzono wśród 150 losowo wybranych kobiet w wieku od 17 do 58 lat. Średnia wieku wyniosła 31,3 lat. Największą grupę stanowiły kobiety w przedziale wiekowym 20–29 lat. Mieszkanki wsi i miast stanowiły po 50% ankietowanych. W badanej grupie najwięcej respondentek posiadało wykształcenie średnie (43%).

Wyniki

Pierwsza część pytań zawartych w ankiecie dotyczyła posiadanych wiadomości o wirusie HPV. Głównym źródłem wiedzy na temat wirusa brodawczaka ludzkiego dla ankietowanych był Internet oraz prasa (44%). Z telewizji bądź radia informacje uzyskało 28% kobiet. Mniej popularnym źródłem wiadomości o HPV okazał

się personel medyczny (lekarze, położne – 13%). Dwadzieścia cztery spośród 150 ankietowanych kobiet (16%) podało, iż nigdy wcześniej nie słyszało o wirusie brodawczaka ludzkiego.

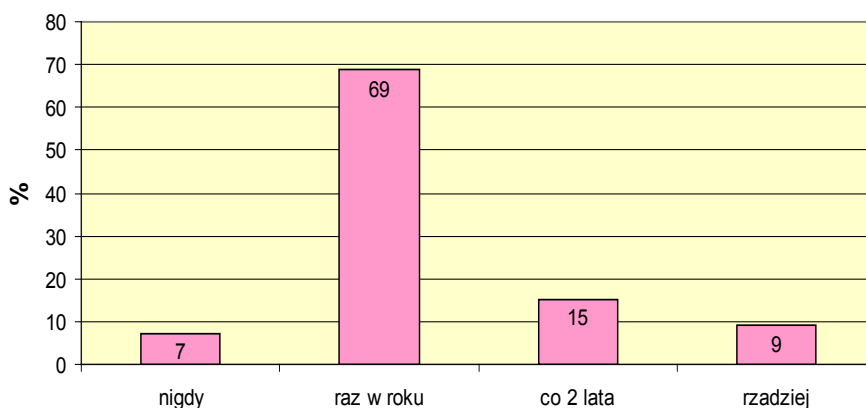
Najwięcej kobiet uważa, że infekcja HPV przenosi się tylko przez stosunek płciowy (28%) lub przez krew i kontakty seksualne (24%). Tylko 15% ankietowanych wskazało, iż przyczyną zakażeń wirusem HPV jest stosunek płciowy, kontakty analne i oralne, kontakt z zainfekowaną skórą narządów płciowych oraz że matka może zarazić dziecko w czasie porodu naturalnego.

Zdecydowana większość kobiet (83%) podała, że następstwem zakażenia wirusem HPV może być rak szyjki macicy. Tylko 9% ankietowanych wskazało, iż wirus brodawczaka ludzkiego wywołuje również zmiany dysplastyczne szyjki macicy oraz kłykciny kończyste.

Większość respondentek uznała, iż wirus HPV jest głównym czynnikiem rozwoju raka szyjki macicy (76%) oraz że wszystkie kobiety aktywne seksualnie są narażone na zakażenie wirusem HPV (88%). Ponad połowa respondentek (66%) miała rację odpowiadając, iż w początkowej fazie infekcji HPV nie występują żadne objawy.

Bardzo wysoki odsetek ankietowanych (82%) odpowiedziało prawidłowo na pytanie na czym polega badanie cytologiczne. Natomiast niewiele kobiet wie, ile jest typów wirusa brodawczaka ludzkiego (16%) oraz że nie ma leku zwalczającego zakażenie HPV (28%).

Respondentki poproszono, aby oceniły poziom swojej wiedzy na temat wirusa brodawczaka ludzkiego. Żadna z kobiet nie określiła swojej wiedzy bardzo dobrze. Tylko 11% ankietowanych odpowiedziało, że dobrze ocenia swój poziom wiedzy o HPV. Przeciętnie określiła swoje wiadomości prawie połowa respondentek (48%).



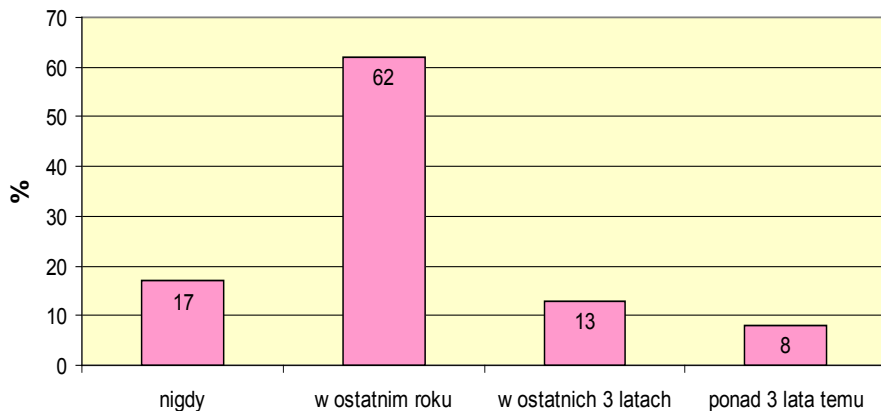
Rycina 1. Częstość wizyt u lekarza ginekologa wśród ankietowanych kobiet

Źródło: Opracowanie własne.

Natomiast 41% kobiet ocenia swój poziom wiedzy na temat wirusa brodawczaka ludzkiego źle lub bardzo źle. Prawie wszystkie ankietowane (95%) chciały się dowiedzieć więcej na temat tego wirusa. Tylko 5% respondentek nie chce uzyskać dodatkowych informacji na temat HPV.

Druga część pytań zawartych w ankiecie dotyczyła zachowań zdrowotnych oraz seksualnych mających wpływ na częstość zakażeń wirusem HPV. Sto trzy respondentki (69%) zadeklarowały, że chodzą na wizyty do lekarza ginekologa co najmniej raz w roku. Dziesięć ankietowanych (7%) przyznało, że nigdy nie były u takiego specjalisty (ryc. 1).

Podobnie jest z częstością wykonywania badania cytologicznego. Zdecydowana większość respondentek (62%) podała, że miały pobrany wymaz w ostatnim roku. Dziewiętnaście ankietowanych (13%) deklaruje, że robiły cytologie w ostatnich 3 latach. Jednak aż 25 kobiet (17%) nigdy w życiu nie miało wykonanego badania cytologicznego (ryc. 2).



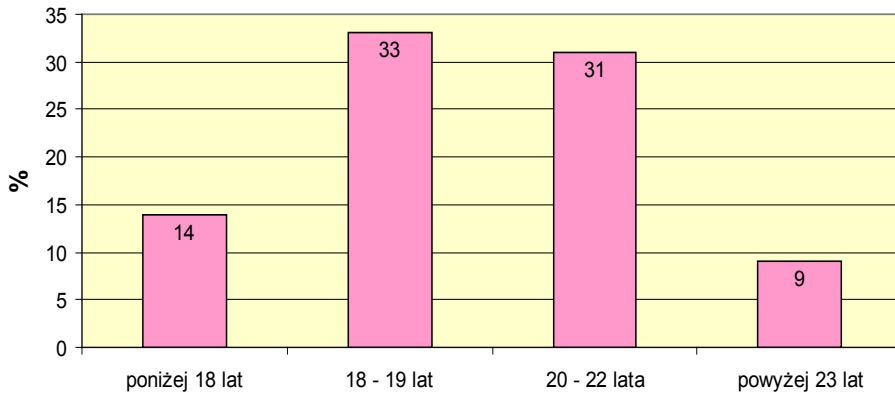
Rycina 2. Częstość wykonywania badania cytologicznego w grupie ankietowanych kobiet

Źródło: Opracowanie własne.

Tylko 7 respondentek (5%) miało wykonywany test na obecność wirusa brodawczaka ludzkiego, a zaledwie 3 kobiety (2%) zostały zaszczepione przeciw HPV. Większość ankietowanych (92%), gdyby miało okazję bezpłatnie zaszczepić się przeciw HPV, skorzystałoby z takiej możliwości.

Wśród ankietowanych 135 kobiet (90%) współżyje płciowo. Natomiast 15 respondentek (10%) nie rozpoczęło jeszcze współżycia seksualnego. Średnia wieku inicjacji seksualnej w badanej grupie kobiet wyniosła 19,4 lat. Cztery ankietowane rozpoczęły współżycie seksualne w wieku 15 lat. Był to najniższy wiek inicjacji seksualnej w analizowanej grupie. Dwadzieścia jeden kobiet (14%) rozpoczęło współżycie płciowe przed 18. rokiem życia. Najwięcej ankietowanych (33%) przeżyło swoją ini-

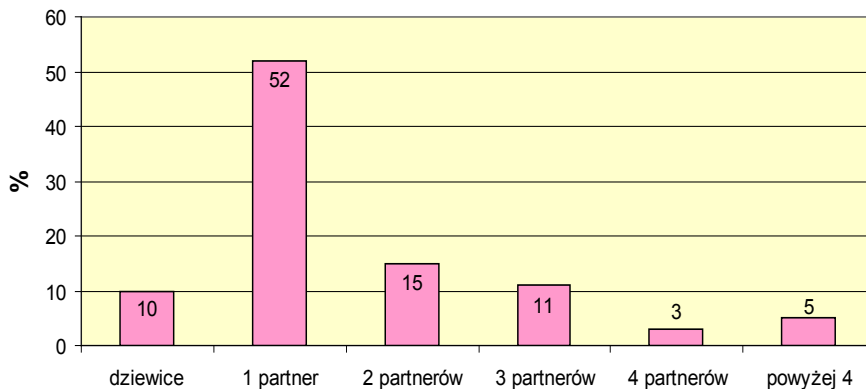
cją seksualną w wieku 18 lub 19 lat. Następnie 46 respondentek (31%) rozpoczęło współżycie seksualne mając od 20 do 22 lat. Tylko 9% kobiet przeszło inicjację seksualną po 22. roku życia. Cztery ankietowane (3%) nie odpowiedziały na to pytanie (ryc. 3).



Rycina 3. Wiek inicjacji seksualnej w analizowanej grupie kobiet

Źródło: Opracowanie własne.

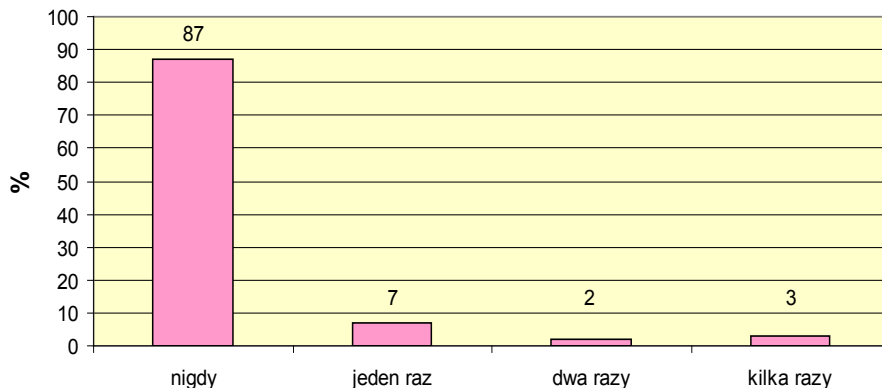
Połowa kobiet biorących udział w badaniach (52%) współżyła dotąd tylko z jednym partnerem seksualnym. Dwadzieścia trzy kobiety (15%) miały dwóch partnerów, a 17 ankietowanych (11%) – trzech. Pięć respondentek (3%) podało, że współżyło z czterema partnerami. Z kolei 7 kobiet (5%) miało powyżej czterech partnerów seksualnych. Sześć respondentek (4%) nie odpowiedziało na to pytanie. Średnia liczba partnerów seksualnych w badanej grupie kobiet wyniosła 1,8 (ryc. 4).



Rycina 4. Liczba partnerów seksualnych w analizowanej grupie kobiet

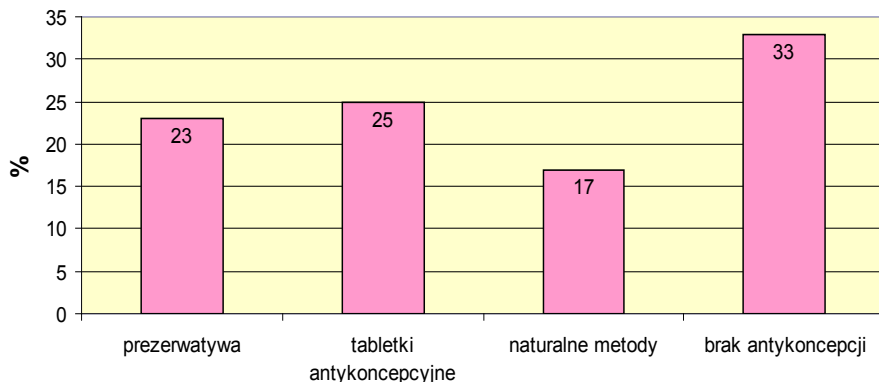
Źródło: Opracowanie własne.

Zdecydowana większość kobiet (87%) twierdzi, że nigdy nie miały przygodnego stosunku płciowego. Jedenaście respondentek (7%) podało, że raz odbyły stosunek seksualny z przypadkowym partnerem. Trzy ankietowane (2%) deklarują, iż dwukrotnie miały przygodne kontakty seksualne. Natomiast 5 kobiet (3%) odbyło kilka razy stosunek płciowy z przypadkowym partnerem. Dwie ankietowane nie odpowiedziały na to pytanie (ryc. 5).



Rycina 5. Liczba przygodnych stosunków płciowych w analizowanej grupie kobiet
Źródło: Opracowanie własne.

Większość kobiet nie pali papierosów (78%). Pozostałe ankietowane (22%) palą okazjonalnie lub nałogowo. Najpopularniejszą metodą antykoncepcji wśród respondentek okazały się tabletki antykoncepcyjne (25%) oraz prezerwatywy (23%). Nieznacznie mniej ankietowanych stosuje naturalne metody antykoncepcji (17%). Aż 33% kobiet nie stosuje żadnych środków antykoncepcyjnych (ryc. 6).



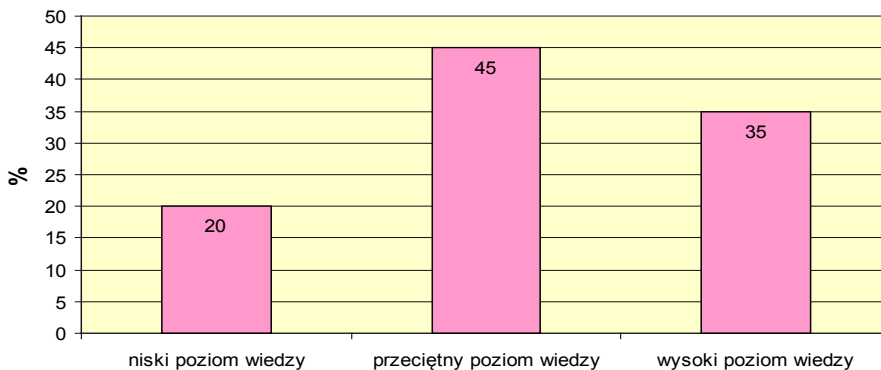
Rycina 6. Wykaz metod antykoncepcji stosowanych w ankietowanej grupie kobiet
Źródło: Opracowanie własne.

Dyskusja

Obecnie wiele kampanii społecznych zajmuje się profilaktyką raka szyjki macicy. Głównym celem tych programów jest zachęcanie kobiet, aby regularnie wykonywały badanie cytologiczne. Niestety niemal wszystkie z tych kampanii poświęcają zbyt mało uwagi przyczynie powstawania raka szyjki macicy, czyli infekcji HPV. Pierwszą akcją dotyczącą głównie wirusa brodawczaka ludzkiego jest „Chronię życie przed rakiem szyjki macicy”, która jest prowadzona od 2006 r. Kampania ma na celu rozpowszechnienie wiedzy o wirusie HPV i raku szyjki macicy. Akcja kładzie również nacisk na promocję szczepień ochronnych przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego oraz wczesne wykrywanie zmian z nim związanych.

Z uwagi na fakt, iż dotychczas przeprowadzono niewiele badań, które określiłyby poziom wiedzy społeczeństwa na temat wirusa HPV i zakażeń z nim związanych, trudno jest porównać wyniki przeprowadzonych badań ankietowych.

Za pomocą punktów przyznawanych za prawidłową odpowiedź na pytania dotyczące wiedzy o zakażeniach wirusem brodawczaka ludzkiego możliwa była obiektywna ocena informacji, jakie posiadają ankietowane. Tym sposobem wyłoniono trzy grupy kobiet: o niskim, przeciętnym i wysokim poziomie wiedzy w zakresie zakażeń wywołanych wirusem HPV. Okazało się, że 30 kobiet (20%) wykazało się niskim poziomem wiadomości o zakażeniach wirusem HPV. Prawie połowa respondentek (45%) posiada przeciętne informacje na ten temat. Natomiast 52 kobiety (35%) wykazały, iż ich wiedza o wirusie HPV jest na wysokim poziomie (ryc. 7).



Rycina 7. Poziom wiedzy na temat zakażeń wirusem HPV w grupie ankietowanych kobiet

Źródło: Opracowanie własne.

Ankietowane kobiety wiedzę na temat HPV głównie czerpały ze środków masowego przekazu. Natomiast jedynie 13% respondentek podało, iż informacje zaczerpnęły od lekarza lub położnej. Z badań wynika, że aż 95% ankietowanych chce po-

głębić swoją wiedzę i uzyskać więcej informacji na temat zakażeń wywołanych przez HPV. Istotne jest to, iż kobiety same widzą potrzebę zdobywania nowych informacji w tym zakresie. Niepokojącym faktem jest, iż 16% kobiet nigdy nie słyszało o wirusie brodawczaka ludzkiego.

Ankietowane kobiety zostały zapytane o zachowania zdrowotne mające wpływ na częstość zakażeń wirusem HPV. Wśród respondentek 69% deklaruje, że chodzi do lekarza ginekologa co najmniej raz w roku. W tym przypadku poziom wiedzy kobiet o zakażeniach HPV nie miał wpływu na częstsze wizyty kontrolne. Tymczasem według badań przeprowadzonych przez innego autora tylko 40% kobiet chodzi z taką częstością do poradni ginekologicznej [10].

Z danych uzyskanych na podstawie ankiet 62% respondentek miało wykonane badanie cytologiczne w ciągu ostatniego roku. Z kolei aż 80% kobiet uczestniczących w Ogólnopolskim Programie Profilaktyki Raka Szyjki Macicy zadeklarowało, że zgłasza się na cytologię raz w roku [13]. Wiedza ankietowanych nie miała żadnego wpływu na częstość wykonywania badania cytologicznego.

Tylko 5% respondentek miało wykonywany test na obecność wirusa brodawczaka ludzkiego. Podobne wyniki uzyskał inny autor, który wykazał, że 6% kobiet wykonało test na obecność wirusa HPV [10].

Większość ankietowanych (92%), gdyby mogło bezpłatnie się zaszczepić przeciw HPV, skorzystałoby z takiej możliwości. W badaniach przeprowadzonych przez innych autorów tylko 65% kobiet wyraziło gotowość poddania się takiemu szczepieniu [10].

W badanej grupie 90% kobiet współżyje płciowo. Średni wiek inicjacji seksualnej wyniósł 19,4 lat. Natomiast według przeprowadzonego w 2005 r. przez firmę Durex Światowego Raportu postaw i zachowań seksualnych wiek ten w Polsce wynosił 17,7 lat [14]. Aż 73% ankietowanych kobiet deklaruje, że rozpoczęło współżycie płciowe po 17. roku życia. Tymczasem według raportu firmy Durex tylko 48% kobiet w Polsce przeżyło inicjację seksualną mając więcej niż 17 lat [14]. Z badań ankietowych wynika, iż stopień wiedzy na temat wirusa brodawczaka ludzkiego miał znaczący wpływ na wiek rozpoczęcia współżycia seksualnego. Wśród kobiet z niskim poziomem wiedzy na temat HPV aż 28% ankietowanych przeszło inicjację seksualną w młodym wieku (poniżej 18. r.ż.). Natomiast w grupie kobiet posiadających wysoki poziom wiedzy tylko 13% respondentek rozpoczęło współżycie płciowe przed ukończeniem 18. r.ż.

Średnia liczba partnerów seksualnych w badanej grupie kobiet wyniosła 1,8. Połowa respondentek (52%) miała dotąd tylko jednego partnera. Tylko 5% ankietowanych podało, iż współżyło z więcej niż 4 mężczyznami. Okazało się, iż najwięcej kobiet wykazujących niski poziom wiedzy o wirusie HPV miało najwięcej partnerów seksualnych (powyżej 4 partnerów). Natomiast z badań firmy Durex wynika, że aż 18% Polek współżyło z ponad 5 mężczyznami [14].

Większość ankietowanych (87%) podała, że nie miały nigdy przygodnych stosunków płciowych. Jednak 12% ankietowanych potwierdziło, że takie zdarzenie mia-

ło miejsce. Największy odsetek kobiet, które miały „partnera na jedną noc”, to respondenci posiadające niski poziom wiedzy na temat zakażeń wywołanych przez wirusa HPV. Według firmy Durex, aż 25% kobiet miało przygodne stosunki płciowe [14].

Najpopularniejszymi metodami antykoncepcji w badanej grupie kobiet są tabletki hormonalne (25%) oraz prezerwatywy (23%). Najwięcej respondentek używających prezerwatyw to ankietowane, które wykazały się wysokim poziomem wiedzy o zakażeniach wirusem brodawczaka ludzkiego.

Większość kobiet (78%) obecnie nie pali papierosów. W innych badaniach uzyskano podobne rezultaty, według których 72% kobiet nie pali tytoniu [10]. Jak się okazało wiedza na temat HPV nie ma w związku z liczbą kobiet niepalących.

Z badań wynika, iż posiadanie wiedzy z zakresu zakażeń wirusem HPV przynosi pozytywne efekty tylko w stosunku do niektórych zachowań seksualnych. Kobiety, które mają dużą wiedzę, później przeszły inicjację seksualną, miały mniej partnerów płciowych, mniej przygodnych stosunków seksualnych oraz częściej używały prezerwatyw. Niestety poziom wiedzy z zakresu zakażeń HPV nie miał wpływu na liczbę kobiet niepalących, częstość wizyt u lekarza ginekologa oraz częstość wykonywania badania cytologicznego. Powodem tego może być niska świadomość wpływu stylu życia (zachowań zdrowotnych i seksualnych) na częstość infekcji wywołanych wirusem brodawczaka ludzkiego.

Przeprowadzone badania wykazały, że wiedza kobiet o zakażeniach HPV jest bardzo zróżnicowana, a 16% ankietowanych w ogóle nie słyszało o tym wirusie. Dlatego konieczne jest rozpowszechnianie informacji na temat konsekwencji infekcji wywoływanych przez wirusa brodawczaka ludzkiego. Natomiast kampanie promujące wiedzę powinny być kierowane do całego społeczeństwa, a nie tylko do kobiet, ponieważ wirus HPV powoduje zmiany chorobowe u obu płci.

Wnioski

1. Wirus brodawczaka ludzkiego jest najbardziej rozpowszechnionym zakażeniem przenoszonym drogą płciową.
2. Zakażenie wirusem HPV może wywoływać wiele schorzeń różnych okolic ciała zarówno u kobiet, jak i mężczyzn.
3. Większość ankietowanych kobiet posiada jedynie podstawową wiedzę na temat zakażeń wirusem HPV.
4. Posiadanie wiedzy o zakażeniach wywołanych przez wirusa brodawczaka ludzkiego ma pozytywny wpływ tylko na niektóre zachowania seksualne kobiet.
5. Należy prowadzić edukację całego społeczeństwa w zakresie rozpowszechnienia wiedzy na temat zakażeń wywołanych przez wirusa brodawczaka ludzkiego.

Bibliografia

1. Szkaradkiewicz A. Drobnoustroje i ontogeneza. *Wspólcz Onkol* 2003; 2: 96–101.
2. Karowicz-Bilińska A. Zakażenie HPV a związek z rakiem szyjki macicy – Nagroda Nobla w zakresie medycyny w roku 2008. *Przeegl Pediatr* 2008; 4: 269–272.
3. Olejek A. HPV jako czynnik etiologiczny raka szyjki macicy. *Ginekol Pol* 2008; 2: 126–132.
4. Kędzia W, Pawlaczyk M, Niemiec KT, Słomko Z, Drwes K. Zakażenia. W: Słomko Z, red. *Ginekologia*. T. 2. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008: 1022–1025.
5. Hirlne L. Zakażenia wirusami HPV – problem medyczny i społeczny. *Gin Prakt* 2009; 4: 8–12.
6. Obalek S, Majewski S. Zakażenia narządów płciowych wywołane wirusem brodawek. W: Mroczkowski TF, red. *Choroby przenoszone drogą płciową*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2006: 209–233.
7. Nowakowski A, Kotarski J. Kliniczne postaci zakażeń HPV. *Ginekol Pol* 2007; 9: 709–714.
8. Basta A. Rola infekcji wirusowych w etiopatogenezie raka szyjki macicy. W: Markowska J, red. *Ginekologia onkologiczna*. T. 1. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2006: 530–544.
9. Wronkowski Z, Brużewicz Sz. Rak szyjki macicy – informacje podstawowe. W: Wronkowski Z, Brużewicz S, red. *Rak szyjki macicy*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008: 15–34.
10. Nowicki A, Borowa I, Maruszak M. Zachowania zdrowotne kobiet w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania stanów przedrakowych i raka szyjki macicy. *Ginekol Pol* 2008; 12: 840–849.
11. Mikołajczyk K, Żaba R. Zakażenia HPV jako problem kliniczny. *Przew Lek* 2005; 5: 38–47.
12. Majewski S. Implementacja szczepień przeciwko HPV w praktyce lekarza rodzinnego. *Przew Lek* 2009; 1: 231–233.
13. Piskorz M, Zielińska A, Józefiak A, Tarka A, Kędzia W, Opala T. Wiedza na temat profilaktyki raka szyjki macicy kobiet uczestniczących w Ogólnopolskim Programie Profilaktyki Raka Szyjki Macicy. *Przeegl Ginek Położ* 2005; 3: 141–143.
14. Światowy Raport postaw i zachowań seksualnych 2005 – opracowanie firmy Durex. [cyt. 11.05.2010]. Dostępny na URL: http://www.durex.pl/gss_2005.html.

Adres do korespondencji:

Mgr Karolina Perlitius

Samodzielny Specjalistyczny ZOZ nad Matką i Dzieckiem

ul. Reymonta 8

45-066 Opole

Tel.: 608 420-450

E-mail: karolinaperlitius@wp.pl

Położna w opiece okołoporodowej w aspekcie standardu opieki okołoporodowej

Ewa Janiuk

NZOZ „Zdrowa Rodzina” w Opolu

Na przestrzeni lat zwiększyły się możliwości zarówno diagnostyczne, jak i terapeutyczne interwencji medycznych, zarówno w opiece okołoporodowej, jak i w opiece nad noworodkiem. Zmieniło się też postrzeganie procesów zdefiniowanych jako naturalne, w tym przebiegu ciąży, porodu i okresu poporodowego. Określenia bliskoznaczne używane w literaturze medycznej często są różnie rozumiane w zależności od poziomu wiedzy, doświadczeń i przekonań osób, które ich używają. Określenia takie, jak: „poród naturalny”, „poród normalny”, „poród fizjologiczny”, „poród siłami natury” lub też „drogami rodnymi”, wykorzystywane są jako synonimy, pomimo to, że nie zawsze są zgodne z rzeczywistością. Stąd niezwykle ważne jest dokładne zdefiniowanie poszczególnych procesów, by uporządkować przez to nawet wyniki badań naukowych. Przykładowo WHO w 1997 r. zdefiniowała poród normalny (Raport – *Opieka w czasie porodu normalnego*): „Poród normalny zaczyna się w sposób spontaniczny; niskie ryzyko występuje na początku i utrzymuje się do końca porodu. Dziecko rodzi się spontanicznie w ułożeniu główkowym, pomiędzy 37. a 42. tygodniem ciąży. Po porodzie matka i dziecko są w dobrym stanie zdrowia” [1]. Europejska Sieć Stowarzyszeń na Rzecz Narodzin (ENCA) o porodzie naturalnym pisze: „Jest to poród, który rozpoczyna się samoistnie, urodzenie dziecka i łożyska odbywa się w czasie specyficznym dla każdej kobiety i dzięki jej wysiłkowi, a dziecko po urodzeniu pozostaje przy matce. Interwencje medyczne, takie jak sztuczne przebicie pęcherza płodowego, wywoływanie lub przyspieszanie porodu, znieczulenie i nacięcie krocza nie powinny być stosowane rutynowo, ani traktowane jako składowa porodu normalnego. Ponieważ każda interwencja może potencjalnie zaburzyć przebieg porodu, decyzja o jej zastosowaniu nie może być podejmowana pochopnie” [2]. Podobnie brzmiące zapisy znalazły się w nowym rozporządzeniu MZ: „Poród fizjologiczny – spontaniczny poród niskiego ryzyka od momentu rozpoczęcia i utrzymujący taki stopień ryzyka przez cały czas trwania porodu, w wyniku którego noworodek rodzi się z położenia główkowego, pomiędzy ukończonym 37. a 42. tygodniem ciąży, i po którym matka i noworodek są w dobrym stanie”. „Standardy postępowania oraz procedury medyczne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu

opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem, zwane dalej «standardami», określają poszczególne elementy opieki medycznej sprawowanej w zakładach opieki zdrowotnej, mającej na celu uzyskanie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnego minimum interwencji medycznych, w szczególności: amniotomii, stymulacji czynności skurczowej, podawania opioidów, nacięcia krocza, cięcia cesarskiego, z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa zdrowotnego, w ramach których opieka opiera się na praktykach o udowodnionej skuteczności» [3]. W standardzie opieki okołoporodowej zostało zebranych wiele spośród wymienionych zasad sprawowania opieki okołoporodowej w przebiegu ciąży, porodu i położu fizjologicznego. W dokumencie zawarte zostały zapisy prawa obowiązującego w Polsce, dotyczące osoby sprawującej opiekę nad ciężarną, rodzącą, położnicą i noworodkiem – odpowiedzialnych za prowadzenie porodu o fizjologicznym przebiegu. Może być to lekarz specjalista położnictwa i ginekologii, lekarz w trakcie specjalizacji z położnictwa i ginekologii, lekarz ze specjalizacją I stopnia w zakresie położnictwa i ginekologii lub położna. Zarówno więc ciążę, jak i poród fizjologiczny może prowadzić położna lub lekarz z odpowiednimi kwalifikacjami [4]. Niezależnie więc, czy jest to położna, czy lekarz, osobie sprawującej opiekę nad rodzącą przypisane są jednakowe zadania:

- 1) ocena stanu rodzącej kobiety, ocena stanu płodu oraz stanu noworodka, wykrywanie i eliminowanie czynników ryzyka, rozwiązywanie problemów oraz wczesne wykrywanie patologii;
- 2) prowadzenie porodu wraz z koniecznymi zabiegami według wskazań medycznych;
- 3) opieka nad noworodkiem po urodzeniu;
- 4) zapewnienie opieki realizowanej przez specjalistów, jeżeli ujawnią się czynniki ryzyka lub pojawią powikłania uzasadniające takie działanie;
- 5) wsparcie rodzącej oraz jej osoby bliskiej w trakcie porodu oraz w okresie położu.

W przypadku wystąpienia objawów patologicznych, gdy osobą sprawującą opiekę jest położna, ma ona obowiązek niezwłocznie przekazać rodzącą pod opiekę lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii. W tym przypadku poród, jako wymagający wsparcia medycznego, choć drogami rodnymi, nie jest zakwalifikowany jako naturalny.

W dokumentacji medycznej musi być odnotowany dokładny czas przekazania rodzącej pod opiekę lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz dane dotyczące stanu ogólnego rodzącej i dotychczasowego przebiegu. Adnotacja ta powinna być podpisana zarówno przez położną, która tę opiekę zdaje, jak i przez lekarza przyjmującego. Od tego momentu lekarz przejmuje odpowiedzialność za dalsze prowadzenie porodu patologicznego, a położna jest osobą asystującą przy porodzie prowadzonym przez lekarza.

Określony został zakres zalecanych świadczeń profilaktycznych i działań w za-

kresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży wraz z okresami ich przeprowadzania, w tym terminy badań oraz świadczenia profilaktyczne wykonywane przez lekarza lub położną. Nie oznacza to ograniczenia możliwości wykonania dodatkowych świadczeń zdrowotnych o charakterze profilaktycznym lub diagnostycznym, jeżeli stan zdrowia ciężarnej lub wyniki wcześniej przeprowadzonych badań wskazują na możliwość wystąpienia powikłań lub patologii ciąży, porodu i położu.

Podczas każdej wizyty powinna być przeprowadzona identyfikacja czynników ryzyka powikłań przedporodowych i śródporodowych, zwłaszcza wymienionych w rozporządzeniu. Gdy występują czynniki ryzyka zmuszające do interwencji medycznych, ciężarna lub rodząca kierowana jest przez osobę sprawującą opiekę do oddziału położniczego o odpowiednim do jej stanu zdrowia poziomie referencyjnym zapewniającym opiekę perinatalną.

W dokumencie znacząco akcentowany jest świadomy wybór kobiety dotyczący opieki okołoporodowej. Nakazuje on także omówienie z ciężarną zidentyfikowanych czynników ryzyka tak, aby mogła ona podjąć świadomą decyzję dotyczącą miejsca porodu. Adnotacja zarówno o wynikach identyfikacji czynników ryzyka, jak i podjętych działaniach oraz zaleceniach musi być odnotowana w dokumentacji medycznej.

Wszelkie ustalenia dotyczące planu opieki muszą być dokonane w porozumieniu z ciężarną, z zaznaczeniem respektowania jej prawa do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji związanych z porodem, obejmujących zakres podejmowanych działań i stosowanych procedur medycznych. Dotyczy to także prawa wyboru miejsca porodu w warunkach szpitalnych lub pozaszpitalnych, w których czuje się bezpiecznie i w których udzielane są świadczenia zdrowotne. Wspomniany plan opieki okołoporodowej, mimo prawie rocznego funkcjonowania obowiązku sporządzania go, stanowi nadal nowość w polskich realiach opieki medycznej. Jest to dokument, który to zobowiązana jest ustalić osoba sprawująca opiekę wraz z ciężarną.

Plan porodu obejmuje wszystkie elementy postępowania medycznego podczas porodu i miejsce porodu z zaznaczeniem, że może być modyfikowany odpowiednio do sytuacji zdrowotnej ciężarnej w trakcie opieki. Plan ten musi być sporządzony w formie pisemnej i stanowi integralną część dokumentacji medycznej, a jego kopia musi być przekazana ciężarnej. Nadal niewielka liczba ciężarnych posiada wspomniany plan opieki. Z doświadczeń własnych zaobserwowany stan wynika z niewiedzy osób prowadzących ciążę lub niezrozumienia potrzeby jego sporządzania. Nieporównywalnie większe zainteresowanie jego utworzeniem wykazują same ciężarne, niejednokrotnie samodzielnie przygotowując się do jego stworzenia lub zwracając się z prośbą w tym zakresie do położnych [5]. W sondzie przeprowadzonej na stronie internetowej Fundacji „Rodzić po Ludzku” odpowiadając na pytanie „czy wiesz co to jest Plan Porodu, jak go opracować i jaka jest jego rola?” odpowiedzi udzieliło 1167 internautów. Uzyskane odpowiedzi brzmiały: „Tak, otrzymałam informację o Planie Porodu od lekarza/położnej prowadzącego ciążę” – 7,3%; „Tak, dowiedziałam się o Planie Porodu ze stron internetowych” – 28,9%; „Tak, o Planie

Porodu dowiedziałam się w szkole rodzenia” – 13,1%” oraz „Nie wiem, co to jest, nie zetknęłam się dotąd z informacją o Planie Porodu” – 50,7% [6]. Wskazuje to na brak realizacji zapisów prawa w tym zakresie.

Kolejnym problemem jest akcentowany w standardzie świadomy wybór podopiecznych, który możliwy jest jedynie w zestawieniu z szeroko rozumianą działalnością edukacyjną, zaakcentowaną w przepisach zapisem o obowiązku kierowania przez osobę sprawującą opiekę w okresie między 21. a 26. tygodniem ciąży do położnej podstawowej opieki zdrowotnej w celu objęcia ciężarnej opieką. Edukacja przedporodowa ciężarnych prowadzona przez położną opiera się na procesie pielęgnowania, gdzie w zindywidualizowany sposób zostaje zdiagnozowany poziom wiedzy i potrzeb danej ciężarnej. Przygotowany zostaje plan edukacji przedporodowej i realizowany jest do czasu porodu. Spotkania edukacyjne pełnią rolę psychoprophylaktyki przedporodowej przygotowując do porodu i macierzyństwa, promując zachowania prozdrowotne w ciąży, zapobiegając przez to patologiom położniczym. Dzięki takim spotkaniom edukacyjnym możliwe jest zminimalizowanie lub zniwelowanie dyskomfortu związanego z tak często spotykanym lękiem i obawami w okresie okołoporodowym. Niestety na tym polu także obserwowany jest brak wiedzy osób prowadzących ciążę i nie wywiązywanie się z obowiązku kierowania do położnej.

Na przykładzie NZOZ „Zdrowa Rodzina” w Opolu od kwietnia 2011 r. do kwietnia 2012 r. położne rodzinne objęły opieką po porodzie 2246 rodzin. W tym samym czasie udział w spotkaniach edukacyjnych wzięło 568 ciężarnych, z czego w czterech powiatach niespełna czterdzieści zostało skierowanych do położnej POZ przez lekarzy ginekologów prowadzących ciążę (w tym z jednej poradni dla kobiet kierowane były przez pracującą tam położną) [7]. Na edukację przedporodową ciężarne trafiają głównie w wyniku własnego zainteresowania – głównie poszukiwań informacji w Internecie, z polecenia wcześniejszych podopiecznych położnych lub w konsekwencji kampanii informacyjnych prowadzonych przez położne rodzinne. Oznacza to, że edukacją przedporodową objęte są przede wszystkim najbardziej dociekliwe i odpowiedzialne ciężarne, natomiast kobiety wymagające wzmożonej opieki i wsparcia nadal pozostają pozbawione tychże świadczeń. Zapisy o kierowaniu do położnej POZ na spotkania edukacji przedporodowej ciężarnych mają zagwarantować możliwość spotkań ciężarnej raz w tygodniu do 31. tygodnia ciąży i nawet 2 razy w tygodniu do czasu porodu. Rozwiązanie to ma na celu objęcie opieką edukacyjną i utrzymanie ciągłości tej opieki w czasie całego okresu okołoporodowego. Poród jest procesem fizjologicznym, nie podlegającym naszej woli, więc wszystko to, co do tej pory w życiu oddziaływało na rodzącą, ma także odzwierciedlenie w postawie wobec ciąży i porodu [8]. Uwrażliwianie na potrzeby mającego narodzić się dziecka i udzielane wsparcie ma minimalizować niepożądane zachowania matek, w skrajnych przypadkach doprowadzające nawet do agresji wobec dziecka i dzieciobójstwa. Mają więc na celu nie tylko optymalizację przebiegu okresu okołoporodowego, ale i działania prewencyjne w środowiskach patologicznych. Od czasu wprowadzenia standardu w życie, zaledwie raz została skierowana do położnej POZ

przez lekarza prowadzącego ciężarną w trudnej sytuacji życiowej, ewidentnie wymagająca pomocy. Częściej kierowane są w ramach współpracy z instytucjami pozarządowymi, pracującymi na rzecz rodzin [7].

Samo nastawienie do ciąży i porodu, a także poczucie bezpieczeństwa i wsparcie mają olbrzymi wpływ nie tylko na sam przebieg okresu okołoporodowego, ale i rozwój więzi oraz późniejsze relacje matki z dzieckiem [9]. „Kobiety, które podczas porodu cierpiały – te upokorzone i zgnębione bólem oraz zaskoczone gwałtownością procesu fizjologicznego, któremu podlegały – nie są jedynymi pokrzywdzonymi. Przez całe życie niosą pamięć tego faktu, a przez swój stosunek do aktu rodzenia krzywdzą młodsze pokolenie i to nie tylko własne córki i synów, ale też wielu obcych ludzi, z którymi przychodzi im stykać się” [10]. W rozporządzeniu w sposób szczególny akcentowane są prawa pacjenta – kobiety rodzącej. W formie nakazowej jest wskazane zachęcanie rodzącej do korzystania ze wsparcia wybranej przez nią osoby bliskiej, zachęcanie rodzącej do aktywności fizycznej i pomaganie jej w przyjmowaniu optymalnych dla niej pozycji podczas całego porodu i poinformowaniu o możliwościach łagodzenia bólu porodowego. Przepis jednocześnie nakazuje przedstawienie rodzącej pełnej informacji o niefarmakologicznych i farmakologicznych metodach łagodzenia bólów porodowych oraz wspieranie rodzącej w jej własnym wyborze tych metod oraz respektowanie jej decyzji w tym zakresie, ze szczególnym uwzględnieniem akceptacji poruszania się podczas I okresu porodu oraz przyjmowanie takich pozycji, w tym pozycji wertykalnych, które są dla niej wygodne i przynoszą jej ulgę.

Dokument określa postępowanie i dokumentowanie przebiegu porodu. Istnieją bardzo dokładne wytyczne, jakie czynności muszą być wykonane i jakie informacje podczas przyjęcia opieki nad rodzącą należy uwzględnić w dokumentacji. Pośród nich wymienione zostały zapisy umożliwiające zapewnienie komfortu rodzącej, jak np. dokonywanie oceny postępu porodu na podstawie badania położniczego wewnętrznego – nie częściej niż co 2 godziny, a w uzasadnionych przypadkach odpowiednio częściej przy zastrzeżeniu, że monitorowanie stanu płodu za pomocą kardiografu należy prowadzić jedynie w medycznie uzasadnionych przypadkach, prowadzenie psychoprofilaktyki położniczej oraz łagodzenia dolegliwości występujących u rodzącej, pomoc w wyborze sposobu prowadzenia porodu oraz zachęcanie do stosowania różnych udogodnień i form aktywności, zachęcanie do wyrażania swoich potrzeb związanych z porodem. Także w II okresie porodu należy zachęcać rodzącą do przyjmowania pozycji, którą uznaje za najwygodniejszą, poinformować rodzącą, że w II okresie porodu powinna kierować się własną potrzebą parcia. Jest to nieczęsto stosowany w praktyce położniczej sposób prowadzenia porodu w Polsce, gdzie przeważa parcie kierowane (manewr Valsalvy) pomimo tego, że nie jest zalecany w przebiegu porodu prawidłowo przebiegającego [11].

Określono także czynności, jakie muszą być wykonane i jakie informacje podczas II okresu porodu należy uwzględnić w dokumentacji, w tym między innymi współpraca z rodzącą, umożliwiająca przyjęcie dogodnej dla niej pozycji oraz spo-

sobu parcia przyczyniającego się do postępu porodu, ze szczególnym uwzględnieniem pozycji wertykalnych, ochrony krocza (nacięcie krocza należy stosować tylko w medycznie uzasadnionych przypadkach), a także położenia noworodka bezpośrednio na brzuchu matki, jeśli stan ogólny noworodka i matki na to pozwalają.

Równie czytelne są wytyczne dotyczące postępowania w III okresie porodu, gdzie warto jest zwrócić uwagę na możliwość spokojnego wyczekiwania na urodzenie się łożyska. Czas trwania III okresu porodu nie powinien przekroczyć 1 godziny. Aktywne wydalenie łożyska powinno mieć miejsce po jego oddzieleniu się. Niezalecane jest wykonywanie ucisku na dno macicy, masowanie macicy (poza przypadkami krwotoku) oraz pociąganie za pępowinę.

Dokładnie wyszczególnione są działania w zakresie opieki nad noworodkiem, nakazujące bezpośrednio po urodzeniu umożliwienie dziecku nieprzerwanego kontaktu z matką „skóra do skóry”, trwającego co najmniej dwie godziny po porodzie. Przerwanie kontaktu „skóra do skóry” możliwe jest jedynie w sytuacji wystąpienia zagrożenia życia lub zdrowia matki lub noworodka i musi być odnotowane w dokumentacji medycznej. Pod kontrolą personelu i przy jego wsparciu czas ten ma być wykorzystany na rozpoznanie i właściwe wykorzystanie gotowości matki i dziecka do wczesnego karmienia piersią. Ważnym zastrzeżeniem jest to, by wstępna ocena stanu noworodka na podstawie skali Apgar dokonana była na brzuchu matki, jeżeli nie występują przeciwwskazania zdrowotne.

Sprawowanie opieki pielęgniacyjnej nad położnicą i zdrowym noworodkiem powinno być zorganizowane przez tę samą osobę, jako przeciwdziałanie częstym praktykom, gdzie matką zajmuje się personel oddziału położniczego, a dzieckiem personel oddziału noworodkowego. Po pierwszym kontakcie z matką noworodek jest oceniany, jeżeli to możliwe w obecności matki, natomiast wykonanie poszerzonego badania klinicznego może być wykonane w okresie pierwszych 12 godzin życia przez lekarza neonatologa lub lekarza pediatrę (w obecności matki).

Rozporządzenie reguluje także zasady opieki nad dzieckiem w późniejszym czasie okresu noworodkowego. Nakazuje zakładom opieki zdrowotnej sprawującym opiekę nad kobietą w czasie porodu przekazanie w dniu wypisu zgłoszenia o porodzie położnej rodzinnej, wskazanej przez przedstawicieli ustawowych noworodka. Położna ta ma obowiązek wykonać nie mniej niż 4 wizyty (pierwsza wizyta odbywa się nie później niż w ciągu 48 godzin od otrzymania przez położną zgłoszenia urodzenia dziecka). W przypadku wystąpienia problemów zdrowotnych, których rozwiązanie wykracza poza zakres kompetencji położnej, przekazuje ona położnicy informacje o potrzebie interwencji. Po osiągnięciu przez dziecko 2. miesiący życia położna przekazuje opiekę nad nim pielęgniarce podstawowej opieki zdrowotnej.

Po ukazaniu się standardu, najczęściej dyskutowanym, głównie w mediach, tematem był zapis wskazujący na możliwość wyboru domu jako miejsca porodu. Porody domowe tak naprawdę nigdy nie przestały istnieć pomimo tego, że w latach 50. ubiegłego stulecia w naszym kraju zaczęto dążyć do przeniesienia porodów do placówek medycznych. Przez wiele lat przygotowanie zawodowe lekarzy i położnych

zdobywane w szkole, jak i w pracy, nie uwzględniały możliwości wyboru domu jako miejsca narodzin. Kobietom i ich rodzinom przekazywane są jedynie pozytywne porodu szpitalnego. Większość wypowiedzi medyków jest w bardzo podobnym tonie, jak np. „Nie polecałbym porodu poza szpitalem” [12]. Nawet jeżeli w mediach ukazuje się artykuł wskazujący na bezpieczeństwo i znacznie mniejszą liczbę ingerencji medycznych podczas porodu domowego, w porównaniu z porodami w placówkach medycznych, opatrzone jest tytułem podającym ten fakt pod wątpliwość – „Poród w domu może być bezpieczny” Wskazuje na to użycie słowa „może” [13].

Większość pracowników medycznych wypowiada się w podobny sposób, lecz część rodziców niezmiennie odczuwa wewnętrzną potrzebę przeżycia narodzin ich dziecka we własnym środowisku naturalnym – w domu. Jedna z ciężarnych, której w Anglii już podczas pierwszej ciąży proponowano poród domowy, po powrocie do Polski poszukiwała miejsca, gdzie mogłaby urodzić w porównywalnych do angielskich warunkach: „(...) minimum interwencji, a jak najwięcej spokoju i poszanowania intymności. Podczas całego porodu nie widziałam lekarza, towarzyszyła mi tylko jedna położna, no i oczywiście mąż” [14]. Brak możliwości znalezienia porównywalnych warunków w okolicznych szpitalach był powodem wyboru domu jako miejsca narodzin. „Interwencje stały się częścią rytuału nowoczesnego położnictwa. Znaczna liczba położników uległa «intoksykacji» przez nowoczesną technikę i zatraciła świadomość, że istnieje normalna ciąża i normalne rodzenie. Studenci nie widzą już naturalnego porodu w domu, stąd przestają rozumieć i doceniać ważność środowiska rodzinnego w przeżywaniu porodu. Zaznacza się w położnictwie pewna tendencja do usprawiedliwiania lekarza, który interweniuje w normalny przebieg ciąży i porodu; jego kolega natomiast będzie odpowiadał za beczynność, jeśli dziecko urodzi się martwe. Jest to rodzaj premii za interwencję i równocześnie sposób osobistego ubezpieczenia się lekarza, choćby następstwa tej interwencji nie miałyby być szkodliwe dla matki i dziecka” [15]. Poród zmedykalizowany stał się pewnego rodzaju normą. Gdy jest mowa o aktywności podczas porodu, jest ona inaczej rozumiana przez personel i część świadomych rodziców. Jedną z najsilniej akcentowanych przez nich potrzeb jest poszanowanie dla indywidualnych różnic czasu trwania porodu, jego przebiegu i potrzeb. Gdy personel medyczny ma decydujący głos w gestii prowadzenia porodu, to także na niego przeniesiona jest odpowiedzialność za podejmowane decyzje. Rodzice, którzy chcą być odpowiedzialni za zdrowie i rozwój własnego dziecka, nie akceptują takiej sytuacji. „Jest ogromna różnica pomiędzy idealną pacjentką a idealną matką. Idealna pacjentka jest posłuszna, podporządkowana, a jej relacja z personelem medycznym opiera się na całkowitym zaufaniu. Idealna matka jest silna, mądra, odważna, potrafi podejmować samodzielne decyzje w zakresie opieki nad swoim dzieckiem. Wie, co jest dla niego dobre. Chce i potrafi być za nie odpowiedzialna. Nie da się w ciągu kilku minut po porodzie przeobrazić z idealnej pacjentki w idealną matkę” [14].

Michel Odent akcentuje potrzeby intymności i poczucia bezpieczeństwa oraz pełnej akceptacji intuicyjnych zachowań, będących odpowiedzią na potrzeby rodzą-

cej kobiety. Bezpieczeństwo, intymność, spokój, wspierająca postawa osób towarzyszących i personelu medycznego stwarzają rodzącej kobiecie możliwość najbardziej naturalnego, aktywnego przeżycia porodu [15]. Pomimo dużego wysiłku i bólu poród może stać się źródłem satysfakcji. Podczas takiego porodu kobieta może wykrzesać olbrzymi potencjał energii, istnienia, którego mogła nawet nie być świadoma [16].

Wnikliwa analiza problemów akcentowanych przez trafiających do mnie podopiecznych wpłynęła na podjęcie przeze mnie decyzji o wykorzystaniu swoich kompetencji w przyjmowaniu porodów domowych. Z perspektywy czasu, określam to jako bardzo długi proces dojrzewania zawodowego, a nie jednostkowe wydarzenie [14]. Przyczynę powrotu do porodów w domu w literaturze medycznej upatruje się w rozczarowaniu opieką szpitalną, potrzebą aktywności rodziców podczas porodu, potrzebą emocjonalnego wsparcia i utrzymania stałego kontaktu z noworodkiem [17]. Doświadczenia z pracy własnej potwierdzają tę opinię. Aktualnie możliwość realizacji wielu z tych postulatów doczekała się usankcjonowania prawnego w zapisach Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23.09.2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.U. z 2010 r. nr 187, poz. 1259). Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem jest wynikiem długotrwałych prac zespołu powołanego do jego przygotowania. Aktywny udział w jego tworzeniu mieli pracownicy Ministerstwa Zdrowia, przedstawiciele zawodów o specjalności ginekologiczno-położniczej i neonatologicznej, zawodu położnej, konsultanci poszczególnych dziedzin medycyny, towarzystw naukowych oraz samorządów zawodowych. Pracowali także przedstawiciele Narodowego Funduszu Zdrowia i organizacji konsumenckich. Dokument jest efektem kompromisu między często skrajnie różnymi poglądami poszczególnych członków zespołu w sprawie poszczególnych elementów opieki okołoporodowej. Przygotowany został, by jako narzędzie prawne usprawnić organizację opieki okołoporodowej. Jako akt prawny obliguje nas do przestrzegania jego zapisów.

W okresie ciąży młode matki zawsze dręczy wiele pytań i wątpliwości. Większość kobiet odczuwa strach przed samym porodem, a potem przed nowymi obowiązkami i macierzyństwem.

Wiedza o ciąży, porodzie i położu była przed wiekami integralną częścią edukacji, którą młode kobiety zdobywały w domu rodzinnym. Córki, wnuczki czy siostry były przygotowywane do macierzyństwa przez krewne będące już matkami. Zdobywanie wiedzy odbywało się naturalnie i było elementem procesu dojrzewania i uczenia się w życiu społecznym. Ważną rolę pełniły wtedy rodziny wielopokoleniowe, gdyż porody odbywały się w domach. Również dla ludzi współcześnie żyjących okres oczekiwania na dziecko, a następnie na poród i położ są czasem szczególnym.

Dziś jednak dzieci rodzą się w szpitalach, które dla wielu z nas są miejscem wrogim, nieznanym, kojarzącym się z cierpieniem, chorobą i samotnością [1].

Bibliografia

1. WHO 1997. *Care in normal birth: report of the technical working group*. WHO/FHR/MSM/96.24
2. ENCA (Europejska Sieć Stowarzyszeń na Rzecz Narodzin) powstała w 1993 roku, jednoczy organizacje z 17 państw. Jej celem jest wymiana informacji i doświadczeń, wspieranie kampanii w poszczególnych krajach, współpraca z Parlamentem Europejskim. [online] [cyt. 5.03.2012]. Dostępny na URL: <http://www.rodzicpoludzku.pl/>
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem. Dz.U. nr 187 poz. 1259.
4. Iwanowicz-Palus G. *Położna w systemie opieki zdrowotnej nad kobietą ciężarną*. W: Bień A, red. *Opieka nad kobietą ciężarną*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009: 31.
5. [online] [cyt. 5.03.2012]. Dostępny na <http://babiniec-cafe.pl/viewtopic.php?t=24627>; http://forum.gazeta.pl/forum/w,585,124021717,,do_dziewczyn_ktore_rodzily_plan_porodu.html?v=2; <http://www.dobramama.pl/pokaz/178017/undefined>.
6. Sonda [online] [cyt. 5.03.2012]. Dostępny na URL: <http://www.rodzicpoludzku.pl/>
7. Dokumentacja medyczna położnej NZOZ „Zdrowa Rodzina”.
8. Janiuk E. *Matka jako aktywny uczestnik porodu*. W: Lichtenberg-Kokoszka E, Janiuk E, Dzierżanowski J, red. *Optymalizacja porodu – zagadnienie interdyscyplinarne*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2008: 45.
9. Makara-Studzińska M, Iwanowicz-Palus G, Prażmowska B. *Profilaktyka zaburzeń emocjonalnych okresu okołoporodowego*. W: Makara Studzińska M, Iwanowicz-Palus G, red. *Psychologia w położnictwie i ginekologii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009: 218–221.
10. Kitzinger S. *Szkola rodzenia*. Warszawa: Wydawnictwo Wojciech Pogodoński; 1996: 21.
11. Charlrs C. *Poród*. W: Champman V, Charlrs C, red. *Prowadzenie porodu*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011: 25.
12. Dębski R. Nie polecałbym porodu poza szpitalem – mówi prof. Dębski. Życie Warszawy. [online]. [dostęp: 1.10.2010]. Dostępny w Internecie: <http://www.zyciewarszawy.pl/arttykul/440255.html>.
13. „może” – za „Słownikiem języka polskiego” partykuła nadająca wypowiedzi odcień przypuszczenia, wahania, osłabienia kategoryczności (...), partykuła używana wówczas, gdy mówiący nie chce udzielić jednoznacznej odpowiedzi.
14. Janiuk E, Lichtenberg-Kokoszka E. *Domowe Narodziny. Fanaberia szaleńców czy powrót do normalności*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2010: 9–172.
15. Odent M. *Odrodzone narodziny. Czym poród może i powinien być?* Warszawa: Niezależna Oficyna Wydawnicza; 1997: 175.
16. Agrawal P. *Odkrywam macierzyństwo*. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum; 2006: 219.

17. Guzikowski W. *Optymalizacja porodu*. W: Lichtenberg-Kokoszka E, Janiuk E, Dzierżanowski J, red. *Optymalizacja porodu – zagadnienie interdyscyplinarne*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2008: 19.

Adres do korespondencji:

Ewa Janiuk

NZOX „Zdrowa Rodzina”

ul. Krapkowicka 10A

45-715 Opole

Tel.: 606 790-535

E-mail: zdrowarodzina@op.pl

Wpływ alkoholu na rozwój dzieci

Alina Kowalczykiewicz-Kuta

Instytut Położnictwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu
Instytut Kosmetologii Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu
Szpital Ginekologiczno-Położniczy i Noworodków w Opolu

*„Każda forma uzależnienia jest szkodliwa
– niezależnie od tego,
czy narkotykiem jest alkohol, morfina czy idea”.*

Carl Gustav Jung

Wstęp

Zacytowane słowa pochodzą od wybitnego szwajcarskiego psychiatry i psychologa i są po raz kolejny związane z przedstawianą przeze mnie publikacją, która jest kontynuacją tematyki dotyczącej wpływu różnych uzależnień na stan zdrowia człowieka. Palenie tytoniu, spożywanie leków o działaniu narkotycznym, jak i spożywanie alkoholu są czynnikami o bardzo znacznej szkodliwości dla organizmu dorosłego, a tym bardziej dla organizmu rosnącego i rozwijającego się dziecka. Picie alkoholu szkodzi – to stwierdzenie było i jest wypowiedane wielokrotnie. Jednak liczba dzieci pijących alkohol skłania do poszukiwania wciąż nowych, namacalnych dowodów, które dałyby odpowiedź, jak najlepiej zapobiegać nadużyciom alkoholowym w tej populacji ludzi. Według terminologii międzynarodowej, toksyczne działanie alkoholu, najczęściej etanolu, jest oznakowane jako T51.0. Alkohol etylowy jest związkiem organicznym o charakterystycznym zapachu i smaku. Z przewodu pokarmowego wchłania się bardzo szybko. W ciągu 15 minut wchłania się do krwi około połowa przyjętej dawki. Metabolizm substancji zachodzi w wątrobie, a około 10% wydalane jest w stanie niezmiennym. Po spożyciu etanolu, w zależności od niewielkiej do nadmiernej ilości, występuje wiele niepożądanych działań, mających określone konsekwencje zdrowotne dla dziecka.

Skala problemu

Rosnąca liczba przypadków hospitalizacji dzieci w stanie upojenia alkoholowego jest trudnym problemem medycznym i społecznym. Okres dorastania jest etapem

przejściowym między dzieciństwem a dorosłością. Charakteryzuje się zmianami rozwojowymi uwarunkowanymi wzajemną interakcją czynników biologicznych, psychicznych, rodzinnych oraz środowiskowych. Podobnie jak w większości krajów europejskich, dekady powojennego wzrostu gospodarczego przyniosły znaczący wzrost konsumpcji alkoholu. W Polsce spożycie alkoholu zwiększyło się z 3 l czystego alkoholu *per capita* w 1950 r. do 9,3 l alkoholu *per capita* w 2007 r. [1]. Również używanie różnych substancji psychoaktywnych, w tym spożywanie alkoholu, przez osoby w coraz młodszym wieku stało się od kilku lat poważnym problemem z tendencją wzrostową na całym świecie i w Polsce [2–4]. Badania ankietowe wykazały, że w grupie 15-latków inicjacja picia alkoholu przypada na 12.–13. rok życia, a pierwsze upojenie alkoholowe na 13.–14. rok życia [4]. W Polsce wzrost konsumpcji alkoholu wśród młodzieży ilustrują badania przeprowadzane od lat dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia (ESPAD – *European School Survey Project on Alcohol and other Drugs*; HBSC – *Health Behaviour in School-aged Children*) oraz badania regionalne, np. mokatowskie prowadzone od 1984 r. co 4 lata. Pokazują one wzrost wśród piętnastolatków picia wódki (z 8,5% w 1984 r. do 21% w 2004 r.) i picia piwa (z 14% w 1984 r. do 40% w 2004 r.). Badania Mazur i Woynarowskiej dotyczące wskaźników picia i nadużywania alkoholu przez polską młodzież pokazują, że w 2010 r. 81% młodzieży kończącej gimnazjum piło już w życiu alkohol, 47% upiło się jeden raz w życiu, a 12% piło piwo, wino lub wódkę w każdym tygodniu. W okresie 2002–2010 istotnie zmniejszył się odsetek młodzieży, która ma za sobą epizod upojenia alkoholowego oraz przesunął się wiek inicjacji alkoholowej z 12. roku życia na 15 lat. Jednak nadal chłopcy częściej niż dziewczęta upijają się, natomiast grupą ryzyka jest populacja dziewcząt z rodzin ubogich, u której wykazano wzrostowe trendy w picu alkoholu [5]. Odnotowano, że ważną rolę w rozpoczęciu picia alkoholu w czasie dorastania człowieka odgrywa grupa rówieśnicza. „Środowisko” rozumiane jako różne formy spędzania wolnego czasu, różne zainteresowania, wytyczne norm postępowania mają bezpośredni wpływ na pojawienie się zachowań nieprawidłowych, w tym spożywania alkoholu [6].

Etiologia uzależnienia od alkoholu u dzieci i młodzieży

Zdrowie psychiczne, któremu w ostatnich latach badacze poświęcają coraz więcej uwagi, stanowi warunek sprawnego funkcjonowania, uzyskiwania satysfakcjonujących osiągnięć i rozwoju osobowości. Coraz częściej przeciwstawia się je stresowi, czyli zakłóceniu równowagi między zasobami jednostki a wymogami otoczenia. Zakłócenie to może przyczynić się do powstania dyskomfortu psychicznego, na który ma pomóc między innymi alkohol. Wyniki wielu badań potwierdzają, że uzależnieni mają **neurobiologiczne podłoże** – dochodzi u nich do zmian strukturalnych i funkcjonalnych w obrębie określonych struktur układu nerwowego. Objawy uzależnienia od alkoholu u młodzieży i dorosłych pozostają w centrum zainteresowań

neuropsychiatrii. Istnieje co najmniej pięć pętli łączących jądra podkorowe z korą mózgu: ruchowa, okołoruchowa, grzbietowo-boczna przedczołowa, oczodołowo-czołowa boczna i limbiczna. Dwoma głównymi strukturami pętli są: prążkowie i kora mózgu. U alkoholików, którzy mają uszkodzone jądra podkorowe, występują zaburzenia motoryczne, inni, którzy mają uszkodzenia pętli korowo-podkorowych, prezentują zaburzenia emocjonalne i/lub motywacyjne (depresja, lęk, apatia). Na podstawie wielu badań stwierdzono, że na taką etiologię zaburzeń psychicznych związanych z ekspozycją na alkohol wpływają **czynniki genetyczne i środowiskowe**.

Wiadomo, że alkohol, tak jak narkotyki, różne leki, promieniowanie rentgenowskie, jest czynnikiem teratogennym odgrywającym ważną rolę w patogenezie zaburzeń rozwojowych płodu, a w konsekwencji – noworodka i dziecka w przyszłości. Jednym z tych zaburzeń jest upośledzenie umysłowe, a poprawnie używany obecnie termin **niepełnosprawność intelektualna** (definicja – wartość IQ poniżej dwóch odchyłeń standardowych w danej skali pomiaru) [7].

Szacuje się, że na etiologię uzależnienia od alkoholu (ZZA, zespół zależności alkoholowej) w 40–60% ma wpływ **genetyka** [8]. Proces uzależnienia od alkoholu dotyczy wielu aspektów neuroprzekaznictwa oraz procesów zachodzących wewnątrz komórek nerwowych. Są to neurotransmisje w układzie glutaminianergicznym, dopaminergicznym, GABA-ergicznym i opioidowym. W badaniach genetyki molekularnej wyodrębniono grupę genów kandydujących, czyli prawdopodobnie odpowiedzialnych za rozwój uzależnienia. Są to enzymy odpowiedzialne za metabolizm amin biogennych, geny związane z procesami neurorozwojowymi i neurodegeneracyjnymi ośrodkowego układu nerwowego oraz geny kodujące receptory i transportery wspomnianych neuroprzekazników w mózgu. Jednak trudność tych badań w znalezieniu genów typowych dla uzależnienia od alkoholu polega między innymi na tym, że istnieje niejednorodność fenotypowa i genotypowa ZZA. Aktualnie badania nad uzależnieniem od alkoholu opierają się na kilku typologiach, m.in. Cloningera (typ 1 i 2), Schuckita (pierwotny i wtórny alkoholizm), Lescha (typ 1–4), Scholza (diagnoza objawowa) [9]. W trudnym indywidualnym leczeniu uzależnienia od alkoholu przydatna jest typologia Lescha [10]. Wyróżniono 4 podtypy tej typologii. Do typu IV zalicza się osoby z dodatnim wywiadem w kierunku czynników wpływających szkodliwie na rozwój mózgu – są to prenatalny wpływ alkoholu spożywanego przez matkę, urazy okołoporodowe, choroby ośrodkowego układu nerwowego poniżej 14. roku życia, urazy głowy powyżej 14. roku życia, zaburzenia zachowania w dzieciństwie, padaczka, polineuropatie, ciężkie zaburzenia funkcjonalne [11]. Tak więc szukanie markerów genetycznych przez tworzenie typologii poszczególnych podtypów ZZA pozwoli w przyszłości poprawić i uskutecznić postępowanie terapeutyczne u dorosłych oraz młodych dorosłych uzależnionych od alkoholu. Podobna sytuacja występuje w przypadku uzależnienia od nikotyny. Jest to substancja, która tak jak alkohol moduluje wspomniane wyżej układy neuroprzekaznikowe, w tym stymuluje zlokalizowane w układzie mezolimbicznym, acetylocholinergiczne receptory nikotynowe (nAChR). Ich aktywacja powoduje uwalnianie dopaminy, co

prowadzi do odczucia przyjemności. Określone geny i białka przez nie kodowane mogą stać się podstawą wyboru drogi terapeutycznej dla leczenia uzależnienia od alkoholu i/lub nikotyny [12].

Konsekwencje zaburzeń rozwojowych młodzieży, poza podłożem genetycznym w spożywaniu alkoholu przez matkę w ciąży (FAS, płodowy zespół alkoholowy, *fetal alcohol syndrome*), wiążą się równie mocno z **wplywem otoczenia na dziecko**. Sytuacją, która może doprowadzić do uzależnienia, jest brak u nastolatka szeroko rozumianego „szczęścia”. Wiele danych wskazuje na osoby młode, u których występują zaburzenia nastroju, są w depresji, doświadczają frustracji ważnych potrzeb życiowych, przeżywają wydarzenia życiowe. Poszukują wówczas ulgi w picie alkoholu i oderwania od smutnej rzeczywistości. Potwierdzono, że deficyty zasobów szczęścia zwiększają zaangażowanie w picie alkoholu [13]. W populacji młodzieży szkolnej dobrze poznano i opisano przypadki spożywania i nadużywania alkoholu. Istnieją również prace pokazujące sposób picia alkoholu wśród młodzieży z **niepełnosprawnością ruchową**. Problem rozwijającej się młodzieży z dysfunkcją ruchu różnego rodzaju i o różnym nasileniu jest silnym bodźcem utrudniającym prawidłowe funkcjonowanie psychospołeczne i wpływającym na picie alkoholu również w tej grupie w okresie adolescencji [14].

W czasie rozwoju (zwłaszcza umysłowego) w okresie dorastania, pod wpływem nadużywania alkoholu przez nastolatków, oddziaływanie nałogu może utrzymywać się przez całe życie. Między innymi mogą wystąpić u dziecka **napady padaczkowe**. Wczesny napad objawowy (określany również jako napad prowokowany, odczynowy lub związany z sytuacją) występuje w czasie działania niekorzystnego czynnika układowego lub w bliskim związku czasowym z udokumentowanym niekorzystnym czynnikiem działającym na mózg [15]. Taką definicję opracowano na potrzeby badań epidemiologicznych. W uaktualnionej Klasyfikacji Padaczek i Zespołów Padaczkowych (ILAE, *International League Against Epilepsy*), wczesne napady objawowe sklasyfikowano jako „napady związane z sytuacją”, zaliczając do tej samej kategorii także napady nie mające wyraźnej przyczyny. ILAE zdefiniowała niedawno padaczkę jako „chorobę cechującą się trwałą skłonnością do występowania napadów padaczkowych oraz neurobiologicznymi, kognitywnymi, psychologicznymi i społecznymi następstwami tego stanu” – definicja ta wymaga wystąpienia co najmniej jednego napadu padaczkowego [15]. W sytuacji spożywania alkoholu mogą zaistnieć różne problemy kliniczne. Napad padaczkowy występujący w przypadku ostrego zatrucia alkoholem (po spożyciu bardzo dużej ilości alkoholu) jest spowodowany prawdopodobnie narażeniem na alkohol [16, 17]. Przesłankami wczesnych napadów objawowych związanych z odstawieniem alkoholu są: przewlekłe nadużywanie alkoholu w wywiadzie, niedawne zmniejszenie spożycia nadużywanego alkoholu oraz uogólniony napad toniczno-kloniczny z innymi objawami odstawienia, takimi jak: drżenie, pocenie się i tachykardia. Napad musi wystąpić w ciągu 7–48 godzin po ostatnim spożyciu alkoholu. Jeżeli pacjent spożywał ostatnio alkohol w nadmiarze, ale w wywiadzie brak danych o przewlekłym nadużywaniu alkoholu, związek napa-

du z odstawieniem alkoholu należy ustalić na podstawie oceny klinicznej. Wczesne napady objawowe mogą również wystąpić po odstawieniu barbituranów lub pochodnych benzodiazepiny.

Wśród wielu elementów wywiadu rozwojowego u dzieci z **zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi**, czyli ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) należy również uwzględnić wczesny okres rozwoju tego dziecka jeszcze w okresie przedurodzeniowym. Zespół ADHD jest zaburzeniem heterogennym zależnym od działania wielu genów i dużym polimorfizmie funkcjonalnym. Sposób odżywiania się matki w czasie ciąży, stosowane przez nią leki i używki, między innymi alkohol, mogą mieć wpływ na wystąpienie płodowego zespołu alkoholowego (FAS), przejawiającego się w wieku szkolnym zespołem hiperkinetycznym [18]. Profesjonalne leczenie dziecka z ADHD poza oddziaływaniami nefarmakologicznymi (psychoedukacja dziecka, rodziców, nauczycieli, terapia behawioralna, dostosowanie wymogów edukacyjnych do możliwości dziecka) obejmuje również działania farmakologiczne. Stosowanie leków psychotropowych jest najbardziej skuteczną formą leczenia, która przez kontrolę objawów ADHD poprawia funkcjonowanie dziecka. W miarę dorastania u pacjenta z ADHD pojawia się również inny problem. U dzieci tych występuje **zwiększone ryzyko nadużywania substancji psychoaktywnych**. W jednym badaniu stwierdzono, że ryzyko rozwoju zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych w ciągu całego życia było dwukrotnie większe u osób z ADHD w porównaniu z osobami bez takiego rozpoznania [19]. W badaniach prospektywnych dzieci z ADHD stwierdzono większe nasilenie picia alkoholu i używania innych substancji psychoaktywnych w okresie dorastania z możliwością dodatkowych powikłań, takich jak choroba dwubiegunowa [20]. Jeżeli problem ADHD pojawia się u nastolatka po raz pierwszy bez wcześniejszych rozpoznań, wówczas używanie substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu, może powodować nieuwagę i zaburzenia poznawcze, co komplikuje proces diagnozy.

Alkohol jest często spożywany **w celu ułatwienia snu**. Do korzystnych efektów działania alkoholu należą skrócenie latencji snu, wydłużenie czasu trwania snu wolnofalowego oraz skrócenie fazy snu REM w pierwszej części cyklu snu [21]. W miarę zmniejszania się stężenia alkoholu w krwi dochodzi do fragmentacji snu. Alkohol sprzyja również chrapaniu i nasila bezdechę w czasie snu. Spożycie alkoholu może być zatem przyczyną poważnych zaburzeń snu i nie powinno się go stosować jako środek nasenny.

Zaburzenia odżywiania się są w populacji dziecięcej poważnym problemem medycznym, często przewlekłym, potencjalnie zagrażającym życiu. Możliwości wystąpienia powikłań somatycznych u adolescentów ze znaczną niedowagą lub wykazujących nasilone zachowania przeczyszczające są częstym zagadnieniem w praktyce lekarza pediatry czy internisty. W ciągu ostatniej dekady dokonano znaczącego postępu w wyjaśnieniu wzorów współchorobowości u pacjentów z zaburzeniami odżywiania się. Z tego względu u pacjentów z zaburzeniami odżywiania się w okresie

adolescencji przeanalizowano wpływ alkoholu i nadużywania innych substancji psychoaktywnych na stan zdrowia młodocianych. Ryzyko współistnienia tych dwóch chorób jest mniejsze niż w przypadku zaburzeń lękowych lub zaburzeń nastroju. U chorych na jadłowstręt psychiczny (AN, *anorexia nervosa*) istotne jest określenie podtypu zaburzenia, ponieważ wydaje się, że w przypadku podtypu restrykcyjnego nie ma zwiększonego ryzyka nadużywania substancji psychoaktywnych. Potwierdzono to w niedawno przeprowadzonym badaniu, dotyczącym cech osobowości oraz współwystępowania zaburzeń, którego autorzy wykazali, że obsesyjny (perfekcjonistyczny) typ osobowości chroni przed nadużywaniem substancji psychoaktywnych [22]. Niestety w niewielu badaniach obejmujących młodzież zajmowano się nadużywaniem substancji. Wśród nastolatków leczonych z powodu AN, około 8% nadużywało substancji psychoaktywnych [23]. Występowanie tego zaburzenia było 18 razy większe wśród osób chorych na AN o typie bulimiczno-przeczyszczającym w porównaniu z osobami, u których rozpoznano typ restrykcyjny. W badaniu obejmującym adolescentów chorujących na bulimię (BN, *bulimia nervosa*) prawie 2/3 uczestników przynajmniej raz spożywało alkohol. Spośród nich 40% nastolatków przyznało, że sięga po alkohol więcej niż raz w miesiącu, a 4% – w ciągu 2–4 dni w tygodniu [24]. Około 1/3 badanych przynajmniej raz przyjęła narkotyki. Należy jednak zauważyć, że obydwie te badania przeprowadzono w populacjach klinicznych. Niektórzy badacze zakładali, że impulsywność cechująca zarówno osoby cierpiące na BN, jak i nadużywające substancji psychoaktywnych może być wspólną przyczyną obu tych zaburzeń. Impulsywność występująca w przebiegu BN może również przyczyniać się do podejmowania innych „zachowań o dużym ryzyku”, poza nadużywaniem alkoholu, takich jak: kradzieże sklepowe, samookaleczenia i próby samobójcze [25]. Objawy impulsywności w wieku dziecięcym najtrafniej pozwalały przewidzieć rozwój zaburzeń odżywiania się w okresie adolescencji, a co jest z tym związane – zwiększone ryzyko nadużywania używek, m.in. alkoholu.

W ostatnich latach w związku z postępowaniem w diagnostyce genetycznej nastąpiły zmiany w ocenie etiologii **niedosłuchu u dzieci**. Morzaria i wsp. przeprowadzili metaanalizę prac opublikowanych w latach 1966–2002, poświęconych etiologii obustronnego niedosłuchu (< 40 dB) u dzieci do 18. roku życia. Istotnie rzadziej określa się przyczynę niedosłuchu jako nieznaną, aczkolwiek jest to wciąż znaczny odsetek (37,7%). Rzadziej przyczyną niedosłuchu jest również różyczka (1,28% vs 5,77%). Częściej rozpoznawany jest niedosłuch genetycznie uwarunkowany, tzw. izolowany (bez innych wad genetycznych) – 29,2%. W zakresie innych przyczyn niedosłuchu nie wykazano istotnych zmian. Nadal wśród przyczyn prenatalnych, takich jak: cytomegalia, alkohol i leki, czynniki te stanowią 12% utraty słuchu o typie przewodzeniowym lub czucio-nerwowym [26].

Istnieją również badania dotyczące zaburzeń psychicznych lub emocjonalnych, stosowanie narkotyków i (lub) spożywania alkoholu **przez nastolatki z rozwiedzionych rodzin**. W psychologii rozwojowej oraz psychiatrii dzieci i młodzieży od kilkadziesiąt lat postuluje się konieczność oceny stanu zdrowia dziecka w kontekście

jego sytuacji rodzinnej. Najczęściej odpowiedzią dziecka na rozpad małżeństwa rodziców jest depresja, która wyraża się objawami adekwatnymi do fazy jego rozwoju. We wczesnym wieku szkolnym reakcja dziecka wyraża się zmiennym nastrojem, najczęściej negatywnym. U dzieci w wieku dorastania obserwuje się natomiast wyraźną depresję. Często w chaotyczny sposób próbują one rozwiązywać swoje problemy uczuciowe środkami psychoaktywnymi (w tym alkoholem) i seksem. Należałoby poradzić rodzicom zwrócenie się do instytucji zajmujących się psychoterapią dzieci i rodzin (poradni psychologicznych, psychoterapeutycznych lub terapii rodzin). Badania pokazują, że długofalowa ocena skuteczności metod przeciwdziałania u dzieci negatywnym następstwom rozwodu jest wiarygodna. Znacznie rzadziej obserwuje się zaburzenia psychiczne i nadużywanie alkoholu w rodzinach objętych programami terapii grupowych (zwłaszcza dla matek i dzieci) [27].

Wielu badaczy w dziedzinie uzależnień od środków psychoaktywnych uważa za czynnik ryzyka rozwoju uzależnienia od alkoholu – **palenie tytoniu**. Nastolatki, które zaczynają regularnie palić papierosy, są trzykrotnie bardziej narażone na rozpoczęcie picia alkoholu i rozwój uzależnienia od tych dwóch substancji [28].

Wpływ nadużycia alkoholu na rozwijający się i rosnący organizm dziecka

Konsekwencje zdrowotne związane z upojeniem alkoholowym można podzielić na **bliskie i odległe**.

Objawy zatrucia alkoholem

Dziecko pod wpływem alkoholu prezentuje różnie nasilone objawy zatrucia w zależności od stężenia alkoholu w krwi oraz indywidualnej reakcji jego młodego organizmu. Bardzo często dziecko w stanie upojenia alkoholowego wymaga hospitalizacji. Do ostrych i bezpośrednich objawów zatrucia alkoholem etylowym należą:

- charakterystyczna woń alkoholu z ust,
- objawy neurologiczne:
 - » pobudzenie: euforia, zaburzenia koordynacji ruchowej, utrata samokontroli,
 - » senność: zaburzenia świadomości, obniżenie napięcia mięśniowego,
 - » zamroczenie: utrata świadomości,
 - » asfiksja: śpiączka, osłabienie lub zanik odruchów, sinica,
- hipotermia,
- hipoglikemia,
- tachykardia,
- spadek ciśnienia tętniczego krwi,
- zaburzenia widzenia, rozszerzenie źrenic.

Znaczne upojenie alkoholowe dziecka może skutkować utratą sprawności ruchowej – większe ryzyko bezpośredniego urazu – i ostrym nieżytem żołądka, w ciężkich przypadkach krwotocznym zapaleniem żołądka. Jednak najbardziej wyraźny ślad

upojenie alkoholowe pozostawia na ośrodkowym układzie nerwowym – objawy różnicują się od zaburzeń świadomości, aż do całkowitej jej utraty z następowymi zanikami pamięci. Gdy pijany nastolatek trafia do szpitala, pierwsza pomoc obejmuje ocenę parametrów życiowych, ocenę stanu świadomości, ochronę przed urazami i wychłodzeniem organizmu, ułożenie dziecka w pozycji bezpiecznej oraz zapewnienie drożności dróg oddechowych. Należy zawsze rozważyć zatrucie innymi toksycznymi środkami (leki, narkotyki). Jest to bardzo ważne, gdyż zatrucie etanolem towarzyszące lub nie zatruciu innymi substancjami chemicznymi może być dla młodego organizmu nieprzewidywalne. Etanol szczególnie w połączeniu z benzodiazepinami jest odpowiedzialny za większą liczbę zgonów niż jakikolwiek inny lek [29]. Dalsze postępowanie z dzieckiem po wyrównaniu zaburzeń wodno-elektrolitowych obejmuje ocenę ryzyka uzależnienia, czyli czy był to jednorazowy incydent, czy miał miejsce już wcześniejszy kontakt z alkoholem. Rozmowa psychologiczna, także z rodzicami jest nieodzownym elementem wpływającym na dalsze postępowania nastolatka.

Odległy wpływ spożywania alkoholu

Istnieje wiele prac wskazujących na odległy destrukcyjny wpływ alkoholu na organizm dziecka. Alkohol uszkadza różne narządy, ale najbardziej ogranicza szansę na prawidłowy rozwój dziecka. Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane przez używanie alkoholu obejmują (narastająco) [30]:

- ostre zatrucie,
- szkodliwe używanie,
- uzależnienie,
- zespół abstynencyjny,
- zespół abstynencyjny z majaczeniem,
- zaburzenia psychotyczne,
- zespół amnestyczny,
- późno ujawniające się zaburzenia psychotyczne.

Objawy te mogą się na siebie nakładać i stanowić kontynuację następujących po sobie zaburzeń funkcji poznawczych, aż do ich utrwalenia. Ocena pracy mózgu – głównego narządu poddanego uszkodzeniu przez alkohol – jest możliwa przez nowoczesne techniki neuroobrazowania oraz za pomocą metod neuropsychologicznych. Już po 5–10 minutach po wypiciu niewielkiej ilości alkoholu można stwierdzić jego obecność w krwi. Maksymalne stężenie alkoholu w krwi występuje w okresie 20 minut do 3 godzin po spożyciu. Kolejne dodatkowe porcje powodują kumulowanie się jego poziomu w krwi. Po wypiciu 1–2 drinków stężenie alkoholu w krwi wynosi 20–30 mg/dl. Już przy takim stężeniu mogą pojawiać się zmiany w pracy ośrodkowego układu nerwowego u człowieka. Przykłady wpływu alkoholu na funkcjonowanie poznawcze u dorosłych przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Wpływ ilości spożywanego alkoholu na funkcje poznawcze

Częstość spożywania alkoholu	Ilość spożywanego alkoholu (g) lub stężenie alkoholu w krwi (%)	Upośledzenie funkcji poznawczej
Jednorazowa intoksykacja	0,02–0,03%	podzielność i trwałość uwagi
	0,05–0,01%	podzielność uwagi
	0,04–0,08%	zaburzenia koordynacji, myślenia i pamięci
	0,2–0,3%	zaburzenie koordynacji, poruszania się, motywacji, myślenia, emocji
Picie towarzyskie	60–70 g alkoholu od 5–7 razy w tygodniu	zauważalne upośledzenie funkcji poznawczych
	120 g	zaburzenie porównywalne do osób uzależnionych od alkoholu
Uzależnienie od alkoholu/z. amnestyczny (z. Wernickego-Korsakowa)	120 g i więcej	zaburzenia percepcyjno-motoryczne, zaburzenia pamięci i uczenia się, zaburzenia funkcji wzrokowo-przestrzennych, zaburzenia funkcji wykonawczych

Neuropatologia mózgu osoby uzależnionej od alkoholu obejmuje [31]:

- zanik kory mózgu – w obrębie płatów czołowych, czasem płatów ciemieniowych,
- zmniejszenie objętości mózgu – zanik istoty białej w obrębie półkul mózgu i ciała modzelowatego,
- poszerzenie komór mózgu (bocznych i komory trzeciej) – wtórnie do zaniku istoty białej,
- zanik robaka mózdzku.

Objawy neurologiczno-psychiatryczne u osób uzależnionych od alkoholu pod postacią głównie zaburzenia funkcji poznawczych nie zawsze w sposób prosty można skorelować z uszkodzeniem strukturalnym i czynnościowym mózgu. Jednak większość badań pozwala sądzić, że uszkodzenia te dotyczą wspomnianych wcześniej rozległych sieci neuronalnych, łączących między sobą struktury mózgu (np. neurony kory czołowej z jądrami podstawy, czy z mózdzkiem) [32]. W populacji dziecięcej osobnicy z **rodzin niealkoholowych** z różnych powodów mają zaburzenia biopsychospołecznego funkcjonowania, stąd ich „sięgnięcie” po alkohol. W rodzinach z problemem alkoholowym proces dorastania dzieci jest szczególnie narażony na działanie czynników negatywnych (podatność na stres w związku z alkoholizmem rodzinnym z okresu prenatalnego oraz bieżące zdarzenia stresowe). Dzieci te w porównaniu z dziećmi z rodzin niealkoholowych mają więcej zaburzeń rozwojowych. Są to: zaburzenia zachowania, ADHD, impulsywność, depresja, niepokój. Jednocześnie **dorastające dzieci leżącego się rodzica alkoholika** mają zwiększoną szansę na pozytywne zmiany rozwojowe [33].

Alkohol jako silny środek odurzający, wpływający na stan świadomości, spożywany w nadmiernych ilościach może doprowadzić do **uszkodzenia wielu narządów wewnętrznych**. Alkoholizm powoduje spichrzanie tłuszczów w wątrobie, hiperlipemię oraz marskość wątroby, ponadto prowadzi do uszkodzenia trzustki, układu krwiotwórczego i układu krążenia. W populacji dziecięcej zmiany narządowe spowodowane przewlekłym spożywaniem etanolu są bardzo rzadkie (alkoholowe stłuszczenie wątroby). Natomiast wiek rozpoczęcia picia alkoholu w nadmiarze, osobnicza podatność oraz czas systematycznego spożywania uwidaczniają się w stanie zdrowia osobnika w wieku dorosłym.

Zakończenie

Reasumując ekspozycja na alkohol w życiu płodowym i/lub ekspozycja w wieku dorastania przynoszą różnorodne problemy zdrowotne, które w sumie osłabiają potencjał rozwojowy dziecka. Prewencja i wczesna interwencja w przypadku spożywania alkoholu przez dzieci i/lub młodzież może być skuteczniejsza niż działania późniejsze. Farmakoterapia, oddziaływania psychoterapeutyczne oraz psychospołeczne mogą wspomagać się nawzajem i prowadzić do wyzdrowienia. Ale po co na tę chorobę w ogóle zachorować...?

Bibliografia

1. Moskalewicz J, Wieczorek Ł. Dostępność, konsumpcja alkoholu i konsekwencje picia – trzy dekady doświadczeń. *Alkoholizm i Narkomania* 2009; 22(4): 305–337.
2. Lamper T, Thamm M. Consumption of tobacco, alcohol and drugs among adolescents in Germany. Results of German health interview and examination survey for children and adolescents. *KiGGS, Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2007; 50: 600–608.
3. Mazur J, Woynarowska B. Współwystępowanie palenia tytoniu i picia alkoholu w zespole zachorowań ryzykownych u młodzieży szkolnej, tendencje zmian w latach 1990–2002. *Alkoholizm i Narkomania* 2004; 17(1–2): 29–43.
4. Juczyński Z, Chodkiewicz J, Pisarski A, Juczyński A. *Od próbowania do zażywania środków psychoaktywnych. Badania dzieci i młodzieży ze środowiska wielkomiejskiego*. W: Ogińska-Bulik N, red. *Zachowania ryzykowne dzieci i młodzieży*. Łódź: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej; 2006: 9–23.
5. Mazur J, Woynarowska B. Picie alkoholu przez 15-letnią młodzież w Polsce w latach 2002–2010. Zmiany w ogólnej populacji oraz według płci i zamożności rodziny. *Alkoholizm i Narkomania* 2011; 24(4): 275–296.
6. Stępień E. Rówieśniczy kontekst używania środków odurzających od dorastania do wczesnej dorosłości. *Alkoholizm i Narkomania* 2001; 14(4): 553–564.
7. Shevall MI, Sawaman KF. Global developmental delay and mental retardation. W: Swaiman KF. *Pediatr Neurology* 1999: 150–167.

8. Merikangas KR, Swendsen ID. Genetic epidemiology of psychiatric disorders. *Epidemiol Review* 1997; 1: 144–155.
9. Pombo S, Lesch OM. The alcoholic phenotypes among different multi dimension typologies: similarities and their classification procedures. *Alcohol and Alcoholism* 2009; 1: 46–54.
10. Lesch OM, Dietzel M, Musalek M. The course of alcoholism. Long-term prognosis in different types. *Forensic Sci International* 1988; 36: 121–138.
11. Samochowiec J, Kucharska-Mazur J, Grzywacz A, Pelka-Wysiecka J, et al. Genetics of Lesch's typology. Progress in neuro-psychopharmacology and biologica. *Psychiatria* 2008; 2: 423–427.
12. Wnorowska A, Mika K, Podgórska A, Wojnar M. Biologiczne mechanizmy współwystępowania uzależnienia od alkoholu i nikotyny. *Alkoholizm i Narkomania* 2011; 24(3): 215–233.
13. Poprawa R. Zasoby szczęścia a motywacja do picia i ryzyko problemów alkoholowych wśród studentów. *Alkoholizm i Narkomania* 2010; 23(1): 27–49.
14. Hintze B. Wzory picia alkoholu wśród młodzieży z niepełnosprawnością ruchową. *Alkoholizm i Narkomania* 2011; 24: 299–315.
15. Commission on Classification Terminology of the International League Against Epilepsy. A revised proposal for the classification of epilepsy and Epileptic syndromes. *Epilepsy* 1989; 30: 389–399.
16. Hillbom M, Pieninkeroinen I, Leone M. Seizures in alcohol dependent patients: epidemiology, pathophysiology and management. *CNS Drugs* 2003; 17: 1013–1030.
17. Brathen G, Ben-Menachem E, Brodtkorb E, et al. The EFNS Task Force on Diagnosis and Treatment of Alcohol-Related Seizures: EFNS guideline on the diagnosis and management of alcohol-related seizures: report of an EFNS taskforce. *Eur J Neurol* 2005; 12: 575–581.
18. Wolańczyk T. ADHD – diagnoza różnicowa w gabinecie lekarza pediatrii. *Klin Pediatr* 2008; 16(5): 5121–5125.
19. Biederman J, Wilens T, Mick E, et al. Psycho active substances in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *Am J Psychiatry* 1995; 52: 1652–1658.
20. Biederman J, Wilens T, Mick E, et al. Is ADHD a risk factor for psychoactive substance use disorders? Findings from a four-year prospective follow-up study. *Jam Acad Child Adolescent Psychiatry* 1997; 36: 21–29.
21. Obermeyer WH, Benca RM. Effects of drugs on sleep. *Otolaryngol Clin North Am* 1999; 32: 289–302.
22. Thompson-Brenner H, Eddy KT, Franko DL, et al. Personality pathology and substance abuse in eating disorders: a longitudinal study. *Int J Eat Disord* 2008; 41: 203–208.
23. Salbach-Andrae H, Lenz K, Simmendinger N, et al. Psychiatric comorbidities among female adolescents with anorexia nervosa. *Child Psychiatry Hum Dev* 2008; 39: 261–272.
24. Fischer S, le Grange D. Comorbidity and high-risk behaviors in treatment-seeking adolescents with bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2007; 40: 751–753.
25. Stein D, Lilienfeld LR, Wildmann PC, et al. Attempted suicide and self-injury. In patients diagnosed with eating disorders. *Compr Psychiatry* 2004; 45: 447–451.
26. Morzaria S, Westerberg BD, Kozak FK. Systematic review of the etiology bilateral sensor neural hearing loss in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2004; 68: 1193–1198.

27. Wolchik SA, Sandler IN, Millsap RE, Plummer BP, Greene SM, Anderson ER, Dawson-McClure SR, Hipke K, Haine RA. Six-year follow-up of preventive interventions for children of divorce: randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288: 1874–1881.
28. Edwards R. The problem of tobacco smoking. *Br Med J* 2004; 328: 217–219.
29. Jarosz M, Dzieniszewski J. *Interakcje leków z żywnością i alkoholem*. Warszawa: Wydawnictwo Borgis; 2004: 43–50.
30. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków, Warszawa: Uniwersytet Wydawnictwo Medyczne „Vesalius” Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
31. Wartolowska K, Papierz W. *Obraz neuropatologiczny zaburzeń neurologicznych w przebiegu przewlekłego alkoholizmu*. W: Liberski PP, Papierz W, red. *Neuropatologia Mosakowskiego*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2004: 843–851.
32. Zahr NM, Pitel AL, Chanraud S, Sullivan EV. Contributions of studies on alcohol use disorders to understanding cerebellar function. *Neuropsychol Review* 2010; 20: 280–289.
33. Grzegorzewska I. Realizacja zadań rozwojowych przez dorastające dzieci alkoholików. *Alkoholizm i Narkomania* 2011; 24(3): 175–187.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Alina Kowalczykiewicz-Kuta

Oddział Patologii Noworodków i Wcześnieaków

Szpital Ginekologiczno-Położniczy i Noworodków w Opolu

ul. Reymonta 8

45-066 Opole

Tel.: 606 374-988

E-mail: alakuta1@poczta.onet.pl

Aktualne metody leczenia Zespołu Zaburzeń Oddychania u dzieci urodzonych przedwcześnie z bardzo niską masą urodzeniową, poniżej 1500 g

Edyta Burdzy¹, Marian Gryboś²

¹ Oddział Patologii Noworodków i Wcześnieaków Samodzielnego Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Opolu

² Instytut Położnictwa Państwowej Medycynej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu

Wstęp

W ostatnich latach jesteśmy świadkami ogromnego postępu wiedzy medycznej w zakresie reorganizacji opieki nad noworodkiem urodzonym przed czasem. Postęp, jaki dokonuje się w zakresie możliwości leczenia dzieci najmłodszych, w tym dzieci urodzonych z bardzo niską masą ciała – poniżej 1500 g, napawa optymizmem oraz nadzieją na to, że również w naszym kraju będziemy w stanie zmniejszyć nie tylko umieralność okołoporodową, ale także dzięki właściwej opiece poprawić jakość życia przyszłych pokoleń. Wraz z rozwojem teoretycznej i praktycznej neonatologii coraz wyraźniej zanikają bariery ograniczające leczenie noworodków o niskiej masie ciała, co ma istotne znaczenie wobec bardzo wysokiego wskaźnika urodzeń dzieci o niskiej masie ciała. Niezależnie od wielokierunkowych działań profilaktycznych personel neonatologiczny – w tym lekarze, pielęgniarki, położne, rehabilitanci – musi sięgać do poważnych źródeł informacji, ułatwiających wykorzystanie nowych metod terapii [1].

Wcześnieactwo – definicja

Zgodnie z definicją WHO, za noworodka przedwcześnie urodzonego uważa się dziecko urodzone po ukończeniu 22., a przed skończeniem 37. tygodnia ciąży [1, 2].

Przyczyny wcześnieactwa

Poród przedwczesny jest wynikiem wielu mechanizmów, z których nie wszystkie są w pełni zrozumiałe. Jest następstwem kombinacji kilkadziesiątu czynników społecznych i medycznych (tab. 1).

Tabela 1. Społeczne i medyczne czynniki wcześniactwa [2]

Czynniki społeczne	Czynniki medyczne
<ul style="list-style-type: none"> • Wiek poniżej 16 lub powyżej 35 lat • Czas pracy powyżej 40 godz. tygodniowo • Ciężka praca fizyczna podczas ciąży • Praca w warunkach szkodliwych • Niski poziom wykształcenia • Niski status socjoekonomiczny • Brak pracy i/lub ubezpieczenia zdrowotnego • Brak lub niepełna opieka prenatalna • Ograniczony dostęp do oświaty zdrowotnej • Brak wsparcia rodziny i/lub męża • Krótki odstęp od ostatniej ciąży • Rasa czarna (USA) • Niedożywienie ciężarnej • Niski indeks masy ciała (BMI < 19,8) • Mały przyrost masy ciała w trakcie ciąży • Używki (papierosy, alkohol, narkotyki) 	<ul style="list-style-type: none"> • Poprzedni poród zakończony przed terminem • Niewydolność cieśniowo-szyjkowa • Występujące zakażenie dróg rodnych • Przedwczesne odpływanie płynu owodniowego • Cięża mnoga • Nieprawidłowe umiejscowienie łożyska • Inna patologia łożyska (np. krwiak pozałożyskowy) • Krwawienia z dróg rodnych • Wady macicy • Infekcje u matki (np. TORCH) • Inne choroby matki jak cukrzyca, nadciśnienie, wada serca, ciężka anemia • Przewlekłe podawanie steroidów w ciąży

Wśród medycznych przyczyn porodów przedwczesnych na pierwszy plan wysuwa się 5 dużych grup:

- infekcja wewnątrzmaciczna i/lub przedwczesne odpływanie płynu owodniowego,
- niewydolność szyjki macicy,
- ciążę mnogie,
- zaburzenia wewnątrzmacicznego rozwoju płodu,
- nieprawidłowości łożyska i krwawienia z dróg rodnych.

W około 20% przypadków porodów przedwczesnych nie udaje się wykryć ich przyczyn. Należy jednak podejrzewać, że czynnikiem wyjściowym była subkliniczna infekcja wewnątrzmaciczna.

Oddzielną grupę stanowią „jatrogenne” porody przedwczesne, w których przedwczesne zakończenie ciąży zostało spowodowane chorobą ciężarnej lub objawami zagrożenia życia płodu [2].

Profilaktyka wcześniactwa

Istotne znaczenie w profilaktyce porodu przedwczesnego mają:

- wyczerpujące wyjaśnianie oraz porada dotycząca korzystnych dla zdrowia i przebiegu ciąży zachowań zdrowotnych;
- korekcja nieprawidłowości, szkodliwych nawyków: palenie papierosów, spożywanie alkoholu i używanie narkotyków;
- u kobiet ze złą sytuacją społeczno-ekonomiczną – wsparcie socjalne.

Przedporodowe zastosowanie glikokortykosteroidów wpływa korzystnie na stan noworodka, zwłaszcza wcześniaków < 34. tygodnia ciąży. Ogranicza występowanie wielu powikłań, tj. krwawienia do mózgu, a w szczególności przyspiesza wytwarzanie surfaktantu przez pneumocyty II rzędu [2].

Zewnętrzne cechy morfotyczne wcześniaka

- cienka, prawie przezroczysta skóra,
- rozległy meszek płodowy,
- brak lub słabo rozwinięta tkanka podskórna,
- obrzęki (im większa niedojrzałość, tym bardziej nasilone),
- brak wyraźnych gruczołów piersiowych i brodawek sutkowych,
- miękka chrząstka małżowiny usznej lub jej brak [1].

Zespół Zaburzeń Oddychania

Zespół Zaburzeń Oddychania (ZZO) nie jest ściśle określoną jednostką chorobową, lecz zespołem objawów, które stwierdza się najczęściej u noworodków przedwcześnie urodzonych z niedoborem surfaktantu w płucach [2].

Zespół Zaburzeń Oddychania noworodka stanowi postać ostrej niewydolności oddechowej, występującej w tym okresie życia i określa stan, w którym noworodek nie może utrzymać prawidłowej wentylacji minutowej płuc, co doprowadza do niedotlenienia, hiperkapni (nadmiar dwutlenku węgla) oraz kwasicy oddechowej, a następnie metabolicznej.

Bardziej ogólna definicja podaje, że ZZO jest pojęciem szerokim, oznaczającym stan, do którego może dojść z różnych przyczyn i na drodze złożonych mechanizmów patogenetycznych. Określenie RDS (*respiratory distress syndrome*) stanowi angielski odpowiednik omawianego stanu i bywa używane zamiennie z ZZO, również w polskojęzycznym piśmiennictwie. Pojęcie „zespołu błon szklistych” – HMD (*hyaline membrane disease*) stosowane było również jako synonim ZZO, ale ponieważ według współczesnych poglądów tzw. błony szkliste stanowią jedynie jeden z elementów patogenetycznych tego zespołu, obecnie określenie to pojawia się raczej w znaczeniu patomorfologicznym [3].

ZZO stanowi najczęstszą i najcięższą postać niewydolności oddychania u noworodków. Częstość występowania jest odwrotnie proporcjonalna do wieku ciążowego i masy ciała. Do 28. tygodnia ciąży występuje u 50–60% wcześniaków, między 28. a 32. tygodniem ciąży – u 20–30%, między 32. a 36. tygodniem ciąży jest stwierdzany u około 15% noworodków. Rzadko jest rozpoznawany u noworodków donoszonych [3].

Patogeneza

Podjęcie prawidłowego oddychania u noworodka zależy od:

- zmian zachodzących w ośrodkowym układzie nerwowym,

- prawidłowego upowietrzenia płuc,
- absorpcji płynu z dróg oddechowych,
- zmian zachodzących w krążeniu płucnym.

Zaburzenie któregokolwiek z powyższych mechanizmów może doprowadzić do powstania ZZO u noworodka. Tak więc pierwotny niedobór czynnika powierzchniowo czynnego, od którego zależy prawidłowe upowietrzenie płuc, stanowi istotną, ale nie jedyną z możliwych przyczyn powstania tego zespołu [3].

Przyczyny zaburzeń oddychania

Zaburzenia oddychania są najczęściej spotykanym zespołem objawów w okresie noworodkowym. Przyczyny zaburzeń nie zawsze są zlokalizowane w obrębie układu oddechowego, stwierdza się je również w chorobach ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, zaburzeniach krążenia, metabolicznych i hematologicznych. Ze względu na pierwotną przyczynę zaburzeń można je podzielić na pochodzenia płucnego i pozapłucnego [2].

Obraz kliniczny

Objawy kliniczne mogą pojawiać się bezpośrednio po urodzeniu i są to:

- zaburzenia oddychania,
- zaburzenia krążenia,
- niestabilna ciepłota ciała z tendencją do hipotermii,
- obrzęk płuc oraz tułowia i kończyn.

Wykładniki laboratoryjne:

- hipoksemia,
- hiperkapnia,
- kwasica mieszana.

Wykładniki radiologiczne, zależne od stopnia nasilenia niedodmy, dzieli się na 4 stopnie:

- I – siateczkowo-ziarnisty rysunek płuc,
- II – nasiloną niedodmą z bronchogramem,
- III – zatarcie granic serca i przepony ze wzmożonym rysunkiem naczyniowym,
- IV – uogólniona niedodma, „białe płuca”, z brakiem możliwości oceny granic serca i przepony [2].

Metody leczenia Zespołu Zaburzeń Oddychania

Leczenie noworodka z RDS powinno być rozpoczęte najszybciej jak jest to możliwe i jeżeli stopień zaburzeń oddychania jest ciężki, najlepiej w wysoko wyspecjalizowanym ośrodku neonatologicznym, wyposażonym w niezbędny sprzęt leczeni-

czy i aparaturę, dlatego w przypadku zagrażającego porodu przedwczesnego bardzo istotnym elementem jest transport *in utero* do tego typu ośrodków.

Leczenie musi być kompleksowe i wprowadza się je bezpośrednio po ujawnieniu objawów i ustaleniu rozpoznania. Najistotniejszymi elementami są:

- zabezpieczenie prawidłowego utlenowania organizmu przez zapewnienie skutecznej wentylacji płucnej,
- podanie surfaktantu egzogenego,
- wyrównanie stanu ogólnego dziecka.

Surfaktant

Od wielu lat w przypadku stwierdzenia ciężkiego stopnia zaburzeń oddychania istnieje możliwość podawania surfaktantu jako leku. Podaje się go do dróg oddechowych przez rurkę intubacyjną umieszczoną w tchawicy, dzięki temu szybciej dochodzi do otwarcia pęcherzyków płucnych i ich stabilizacji. Po podaniu surfaktantu tym sposobem można noworodka odłączyć od respiratora w ciągu kilku dni. Zasadniczym składnikiem surfaktantu są lipidy, stanowiące około 90% jego składu, oraz białka, na które przypada pozostałe 10% [3].

Tlenoterapia

Tlenoterapia jest często stosowana w stanach zagrożenia życia przebiegających z hipoksemią. Celem leczniczym jest utrzymanie w krwi tętniczej prężności tlenu w granicach 50–70 mm Hg przy możliwie najniższym stężeniu w mieszaninie oddechowej i najkrótszym czasie stosowania. Tlen należy stosować ogrzany (34–37°C) oraz nawilżony (wilgotność względna 90–100%) pod ciągłą kontrolą analizatora stężenia tlenu w inkubatorze. Konieczna jest również okresowa gazometryczna kontrola prężności tlenu w krwi oraz ciągła utlenowana droga oksymetrii pulsacyjnej.

CPAP

Podstawę leczenia niewydolności oddechowej u noworodka stanowi zastosowanie dodatniego ciśnienia w drogach oddechowych w czasie wydechu. Ciśnienie to wywiera rozprężające działanie w pęcherzykach płucnych oraz drogach oddechowych i zapobiega ich zapadaniu w czasie wydechu. Jest to szczególnie ważne u wcześniaków, u których pęcherzyki płucne są niewykształcone lub małe, ciśnienie śród-płucne w czasie wydechu pozostaje zbliżone do zera i często stwierdza się niedobór surfaktantu stabilizującego układ oddechowy.

CPAP reguluje oraz zmniejsza częstość oddechów, znosi stękanie wydechowe i wciąganie klatki piersiowej oraz poprawia utlenowanie. Gdy okazuje się on niewystarczający, prowadzi się wentylację nieinwazyjną w trybie synchronizowanego przerywanego dodatniego ciśnienia w drogach oddechowych (SiPAP). Taką możliwość daje respirator Infant Flow, a wybór odpowiedniego trybu oddechowego zapewnia

jak najlepszy stan noworodka. Wykorzystuje fizjologiczny tor oddychania noworodka przez nos, znacznie zmniejsza lub całkowicie eliminuje konieczność intubacji i stosowania wentylacji mechanicznej [5].

Sposób prowadzenia wentylacji CPAP:

- n-CPAP-nosowe ciągle dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych z wykorzystaniem generatora Infant Flow, można też ręcznie podać westchnienie;
- n-CPAP+Apnea – z monitorowaniem oddechów spontanicznych i alarmem bezdechów;
- BiPhasic – naprzemienne wytwarzanie w układzie oddechowym dwóch poziomów ciśnienia dodatniego, których wartość reguluje się niezależnie;
- BiPhasic+Apnea – to tryb BiPhasic + monitorowanie częstości oddechowej i alarmem bezdechów;
- BiPhasic triggered – naprzemienne wytwarzanie w układzie oddechowym dwóch różnych poziomów ciśnienia dodatniego, których wartość reguluje się niezależnie, a zmiana poziomu ciśnienia jest wyzwana synchronicznie ze spontanicznym wysiłkiem oddechowym pacjenta;
- Mechanical breath – używany do pobudzenia noworodka w trybie n-CPAP [5].

Mechaniczne wspomaganie wentylacji

U noworodka z brakiem spontanicznej czynności oddechowej lub niepoddających się leczeniu CPAP konieczne jest zastosowanie mechanicznego wspomaganie oddychania po uprzednio wykonanej intubacji. Głównym wskazaniem do wspomaganie wentylacji mechanicznie są poważne zaburzenia w równowadze kwasowo-zasadowej, wskazujące na ciężką kwasicę, hipoksemię oraz hiperkapnię. Do innych wskazań należą:

- nawracające bezdechy,
- hipowentylacja pochodzenia ośrodkowego,
- niewydolność krążenia pochodzenia sercowego,
- ciężki stan po urodzeniu związany z przedłużonym bezdechem,
- zwiększenie wysiłku oddechowego.

Ustalenie parametrów wentylacji mechanicznej określane jest indywidualnie w zależności od sytuacji klinicznej noworodka.

Rodzaje wentylacji mechanicznej:

- oddech kontrolowany (IMV), w którym częstość oddechów zależy od pracy respiratora bez uwzględniania spontanicznych oddechów noworodka;
- przerywana wentylacja obowiązująca – polega na połączeniu oddechów spontanicznych noworodka z mechaniczną przerywaną wentylacją o możliwie najmniejszych częstotliwościach, przy zachowaniu ciągłym przepływu gazów w obwodzie oddechowym (IPPV + IMV). Istotną zaletą tej metody jest możliwość stopniowego zmniejszania liczby oddechów wymuszanych do niezbędnego minimum, w zależności od stopnia nasilenia niewydolności oddechowej [2].

Wentylacja wysokimi częstotliwościami – HVO

Wentylacja oscylacyjna charakteryzuje się stosowaniem wysokiej częstości oddechu od 400 do 3000 cykli na minutę. Źródłem oscylacji są: tłok, przepona lub wirująca zastawka kulowa, które wywołują ciągły wibracyjny ruch gazów oddechowych o małej objętości poniżej objętości anatomicznej przestrzeni martwej (od 1 do 3 ml/kg m.c.). Wdech i wydech są aktywne. Główną zaletą kliniczną jest możliwość zapewnienia wymiany gazowej przy niskich ciśnieniach wdechowych oraz niskim HiO_2 , PaO_2 regulowane jest wysokością średniego ciśnienia wdechowego, a PaCO_2 – amplitudą wentylacji i częstością oddechów.

Metoda ta znalazła szczególne zastosowanie w ciężkich postaciach niewydolności oddechowej, w których wentylacja konwencjonalna jest nieskuteczna lub niewskazana, jak: odma opłucnowa, przepuklina przeponowa, przetrwałe nadciśnienie płucne.

Utlenowanie pozaustrojowe (*extracorporeal membrane oxygenation* – ECMO)

Jest to metoda leczenia ciężkiej hipoksemii, polegająca na zapewnieniu utlenowania krwi poza organizmem noworodka. W metodzie tej stosuje się wymiennik tlenowy, przez który następuje wymiana gazowa. Leczenie ECMO znalazło zastosowanie w niepoddających się leczeniu konwencjonalnemu odwracalnych ciężkich stanach niewydolności oddechowo-krażeniowej z hipokseміą, jak: ciężki zespół zaburzeń oddychania, zespół aspiracji smółki, przetrwałe nadciśnienie płucne, sepsa [4].

Ogólne zasady pielęgnacji noworodków urodzonych przedwcześnie [1]

Najważniejsze zasady opieki nad wcześniakiem to:

- obserwacja połączona z dokładnym monitorowaniem podstawowych funkcji życiowych,
- zapewnienie odpowiedniej temperatury otoczenia,
- zapewnienie prawidłowej pielęgnacji dróg oddechowych,
- właściwe odżywianie,
- minimalizacja stresu,
- higiena ciała,
- ochrona przed zakażeniami,
- pomoc w wykształceniu więzi uczuciowej rodzice – dziecko.

Wnioski

1. W celu zmniejszenia występowania ZZO u noworodka przedwcześnie urodzonego należy zastosować prenatalną profilaktykę sterydową.
2. W przypadku wystąpienia ciężkiego stopnia zaburzeń oddychania do dróg oddechowych należy podać surfaktant w celu otwarcia pęcherzyków płucnych i ich stabilizacji.
3. Utrzymanie otwartych pęcherzyków płucnych za pomocą odpowiedniego typu wsparcia oddechowego.
4. Największe problemy w uzyskaniu skutecznej wentylacji mechanicznej obserwuje się u noworodków:
 - skrajnie niedojrzałych (o masie poniżej 1000 g),
 - z przetrwałym nadciśnieniem płucnym,
 - z przewlekłą chorobą płuc.
5. Do sprawowania prawidłowej opieki nad noworodkiem z bardzo niską masą urodzeniową konieczna jest duża wiedza, dobrze wykwalifikowana kadra medyczna i holistyczne spojrzenie na małego pacjenta.

Bibliografia

1. Pilewska-Kozak A. *Opieka nad wcześniakiem*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009: 13–240.
2. Szczapa J. *Podstawy neonatologii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008: 1–160.
3. Walas W. *Surfaktant*. Opole 1996: 8–18.
4. Szczapa J, Twardowska I. *Postępy w neonatologii*. Poznań: Wydawnictwo T. Mataczyński; 1994: 130–204.
5. Gajewska E. *Wentylacja nieinwazyjna u noworodków*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011: 107–171.

Adres do korespondencji :

Edyta Burdzy

Samodzielny Specjalistyczny ZOZ nad Matką i Dzieckiem

ul. Reymonta 8

45-066 Opole

Tel.: 660 289-426

E-mail: edyta2708@onet.eu

Wpływ oraz zapobieganie zakażeniom okołoporodowym paciorkowcami z grupy B na zachorowalność noworodków

Ewa Gutkowska¹, Marian Gryboś²

¹ Oddział Patologii Noworodków i Wcześnieaków Samodzielnego Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Opolu

² Instytut Położnictwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu

Wstęp

Celem pracy było przedstawienie problemu, jakim jest kolonizacja dróg rodnych kobiet ciężarnych paciorkowcem z grupy B, potocznie nazywanym GBS (*Group B Streptococcus*) i wpływ, jaki ma ten fakt na stan zdrowia noworodka. Często brak wiedzy, mała świadomość matek i profesjonalistów uniemożliwia wczesne przeciwdziałanie wystąpieniu ciężkiego zakażenia u noworodków. Narastanie u polskich kobiet w ciąży przypadków kolonizacji przez *Streptococcus agalactiae* spowodowało konieczność wprowadzenia zaleceń dotyczących badań na nosicielstwo paciorkowcem z grupy B. Przedstawiono ujednoczone metody prawidłowego pobierania materiału biologicznego od ciężarnych do badań mikrobiologicznych, sposób ich przeprowadzania i zasady antybiotykowej okołoporodowej profilaktyki [1]. Zwrócono również szczególną uwagę na zachorowalność noworodków oraz ich stan po porodzie w tych przypadkach, w których badanie matek w kierunku infekcji GBS wykazywało wynik dodatni.

Rosnąca świadomość zagrożeń wynikających z tego faktu powoduje, że potrafimy szybciej i skuteczniej im przeciwdziałać. Drogi rodne kobiety i układ moczowy to największy rezerwuuar bakterii w organizmie kobiety. Podstawową florę pochwy stanowią pałeczki kwasu mlekowego *Lactobacillus*. Zatem wiele czynników endogennych, jak również egzogennych, zmienia kolonizację pochwy, powodując wzrost normalnej flory i pojawienie się innej, potencjalnie groźnej zarówno dla matki, jak i dla płodu.

Do czynników endogennych należą: hormony, ciąża, schorzenia ogólnoustrojowe, obniżenie zawartości glikogenu w wydzielinie pochwowej. Oddziałują one na wzrost organizmów obecnych w pochwie w normalnych warunkach.

Czynniki egzogenne to: nawyki higieniczne, współzycie płciowe i jego intensywność, a także rodzaj stosowanych środków antykoncepcyjnych. Ich rola jest niezwykle ważna w kształtowaniu różnorodności form patogenów innych niż te, które stanowią normalną florę pochwy.

Szczególne miejsce w zakażeniach wewnątrzmacicznych zajmuje zakażenie wywołane przez *Streptococcus* typu B. Jest to jeden z najczęstszych patogenów znajdujących w szyjce macicy. W Polsce jeszcze 5 lat temu ta bakteria była rzadkim czynnikiem etiologicznym zakażeń wewnątrzmacicznych. W ostatnich latach oddziały położnicze sygnalizują niepokojący wzrost zakażeń GBS, zarówno jako przyczynę sprawczą porodu przedwczesnego, jak i zakażeń noworodków, u których wywołuje zapalenie płuc, opon mózgowo-rdzeniowych, a nawet posocznice.

Co to jest paciorkowiec?

Paciorkowce to rodzaj kulistych lub owalnych bakterii Gram-dodatnich. Ich podziały zachodzą wzdłuż jednej linii osi i dlatego rosną w łańcuchu lub parach, lub w postaci czworaków, tworząc szare, śluzowe, deskowate kolonie, posiadające otoczkę polisacharydową. Charakteryzują się odmiennymi właściwościami hodowlanymi oraz znaczną chorobotwórczością. Rozwijają się w warunkach tlenowych lub względnie beztlenowych [2, 3].

Paciorkowiec grupy B (**GBS** – *Group B Streptococcus*) został wyizolowany w 1887 r. przez Nocard, który opisał je jako *Streptococcus agalactiae* – czynnik etiologiczny zapalenia wymion u krów. W 1930 r. Lancefield wprowadził serologiczną klasyfikację paciorkowców, uwzględniając polisacharydowy skład ściany komórkowej. Dokładniejsze różnicowanie GBS przeprowadza się na podstawie obecności charakterystycznych dla poszczególnych typów polisacharydów otoczkowych oraz antygenów białkowych. Aktualnie wyróżnia się następujące serotypy: Ia, Ib, Ia/c, II, III, IV, V, VI, VII, VIII [4, 5]. W latach 70. XX wieku Bergey uwzględniając budowę antygenową oraz różne właściwości fizjologiczno-biochemiczne paciorkowców podzielił je na określone gatunki i 7 grup o nieustalonej przynależności [9]. Ze względu na właściwości hemolityczne (typ hemolizy) wyróżniono również:

- paciorkowce α -hemolizujące (*Streptococcus* z grupy *orale* i *pneumoniae*),
- paciorkowce β -hemolizujące (*Streptococcus pyogenes* i *agalactiae*),
- paciorkowce γ -hemolizujące niezdolne do hemolizy (*Streptococcus* grupy D) [6].

Wszystkie powyższe rodzaje drobnoustrojów są chorobotwórcze dla noworodków. Największe znaczenie patogenetyczne ma serotyp III, który jest główną przyczyną posocznicy i wczesnej postaci zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych oraz 90% późnych zakażeń noworodków [7, 8].

Epidemiologia i patogenezza zakażeń

Paciorkowce z grupy B należą do pospolitej flory jelita cienkiego i grubego

i narządów moczowo-płciowych u mężczyzn i kobiet, a niekiedy też gardła. Nie są przenoszone drogą płciową. Nosicielstwo dotyczy 5–35% kobiet ciężarnych, stąd łatwość zakażenia noworodków, które także mogą być nosicielami (do 40% badanych) [9].

Kolonizacja kobiet ciężarnych nie ma związku z wiekiem ciążowym i może mieć charakter przejściowy (przemijający) – 20%, przewlekły – 30%, okresowy (przerwany) – 15%, nieokreślony – 5%. Mimo że w większości przypadków infekcja tym patogenem ma przebieg bezobjawowy, to niestety może być przyczyną poważnych następstw w przebiegu ciąży [10]. Badający odkryli, że najczęściej przypadków nosicielstwa GBS występuje w grupie kobiet o niskim statusie socjoekonomicznym, kobiet rasy czarnej oraz w wieku poniżej 20 lat.

Od kiedy pod koniec XX wieku wdrożono profilaktykę, częstość występowania zakażeń GBS zmalała o 50%. Odporność w zakażeniach paciorkowcem grupy B jest związana z obecnością typowych swoistych przeciwciał w klasie IgG. Transport większości przeciwciał od matki do płodu odbywa się przez łożysko. Przed 32. tygodniem ciąży ich poziom u płodu nie przekracza 50% wartości spotykanych u matki. Ich stężenia są porównywalne dopiero u donoszonych noworodków. Tak więc nawet dostatecznie wysoki poziom przeciwciał u matki nie chroni noworodka przedwcześnie urodzonego przed zakażeniem paciorkowcami grupy B [11, 12]. Częstość zakażeń noworodkowych zależy od występowania zapalenia błon płodowych u matek oraz przedwczesnego pęknięcia błon płodowych (> 18 h) i przedłużania się porodu. Masywna kolonizacja matki lub dziecka zwiększa ryzyko zachorowania, ale zakażenie może wystąpić także u dziecka matki skolonizowanej w niewielkim stopniu. Do zakażenia dochodzi drogą wstępującą już wewnątrz macicy lub w trakcie porodu, podczas przechodzenia płodu przez kanał rodny. U matki i dziecka stwierdza się identyczny serotyp bakterii.

Kolonizacja GBS u kobiet ciężarnych nie jest chorobą

Zdecydowana większość kobiet nie wie o fakcie obecności tych bakterii w swoim organizmie. Bakterie te zasiedlają drogi rodne kobiety. Przedostają się z pochwy do macicy i zagrażają bezpieczeństwu płodu. Może wówczas dojść do uszkodzenia, zapalenia lub pęknięcia pęcherza płodowego i w następstwie spowodować poród przedwczesny. W Polsce według badań przeprowadzonych w latach 2004–2005 w województwach mazowieckim wystąpiło 331 przypadków na 2018 badanych, co stanowi 16,4%, małopolskim – 61 na 401 badanych (15,2%), śląskim – 23 na 701 badanych (3,2%) stwierdzono rozbieżność wyników, która może być skutkiem nieco innych zasad pobierania materiałów od pacjentek oraz odmiennych procedur mikrobiologicznych. Dlatego PTG ustaliło jednolite postępowanie w wykrywaniu i postępowaniu w nosicielstwie paciorkowców grupy B u kobiet ciężarnych (tab. 1).

Tabela 1. Zasady pobierania próbek i wykonywania badań mikrobiologicznych w kierunku GBS oraz testów wrażliwości na klindamycynę i erytromycynę [13]

Zasady pobierania próbek na posiew GBS u kobiet w 35.–37. tygodniu ciąży
<ul style="list-style-type: none"> • Pobrać wymaz z dolnej części pochwy (przedśonek pochwy), a następnie z odbytnicy (tzn. po pokonaniu oporu zwieracza odbytu), wykorzystując tę samą lub dwie różne wymazówki. Próbkę może być pobrana w warunkach ambulatoryjnych przez lekarza lub samą kobietę po odpowiednim poinstruowaniu. Nie zaleca się pobierania próbek z szyjki macicy; nie należy również stosować wziernika pochwowego.
<ul style="list-style-type: none"> • Umieścić wymazówkę na niewzbogaconym podłożu transportowym. Powszechnie dostępne są właściwe podłoża transportowe (np. podłoże Amiesa lub Stuarta nie zawierają węgla aktywnego). W przypadku pobrania dwóch próbek z pochwy i odbytnicy, obie wymazówki można umieścić w tym samym pojemniku z podłożem. Podłoże transportowe powinno zapewnić utrzymanie żywotności GBS do 4 dni w temperaturze pokojowej.
<ul style="list-style-type: none"> • W opisie próbki należy zaznaczyć, że jest ona przeznaczona do hodowli GBS. Jeżeli oczekuje się przeprowadzenia testów wrażliwości u kobiety z nadwrażliwością na penicylinę, informację taką trzeba umieścić na opisie próbki, a w przypadku wyizolowania GBS, należy zalecić ocenę wrażliwości paciorkowca na klindamycynę i erytromycynę.

Profilaktyka GBS w okresie ciąży i porodu

Paciorkowce grupy B kolonizują dolny odcinek przewodu pokarmowego oraz drogi moczowo-płciowe kobiet. Kolonizacja kobiet ciężarnych nie ma związku z wiekiem ciążowym i może mieć charakter: przejściowy (przemijający) – 20%, przewlekły – 36%, okresowy (przerywany) – 15%, nieokreślony – 5% [14]. Mimo że większość przypadków ma przebieg bezobjawowy, może być przyczyną poważnych następstw w przebiegu ciąży obejmujących: poród przedwczesny, przedwczesne pęknięcie błon płodowych, zakażenia wewnątrzrodniowe, zakażenia układu moczowego, późne poronienia [8].

W wytycznych zalecono stosowanie jednej z dwóch metod prewencji:

- pierwsza – opiera się na ocenie ryzyka,
- druga – wykorzystująca mikrobiologiczne badania przesiewowe.

Lekarze stosujący pierwszą z metod kwalifikują do śródporodowej chemioprofilaktyki kobiety, u których stwierdzają jeden z następujących czynników ryzyka wczesnej postaci choroby: poród przed 37. tygodniem ciąży, temperatura ciała w czasie porodu $\geq 38^{\circ}\text{C}$ lub czas, jaki upłynął od pęknięcia błon płodowych, wynoszący ≥ 18 godzin. W przypadku drugiej metody zaleca się wykonywanie badań mikrobiologicznych pochwy i odbytnicy u wszystkich ciężarnych kobiet pomiędzy 35. a 37. tygodniem ciąży. Dodatni wynik badania stanowi wskazanie do podawania antybiotyków w czasie porodu. Również stwierdzenie GBS w moczu (niezależnie od stosowanej metody) w czasie ciąży albo faktu urodzenia wcześniej dziecka, u którego rozwinęła się wczesna postać choroby, jest wskazaniem do profi-

laktyki antybiotykowej w czasie porodu. W razie braku badania przesiewowego lub też wystąpienia ZPP (zagrożenie porodem przedwczesnym) albo pęknięcia błon płodowych przed 37. tygodniem ciąży u kobiet, u których istnieje rzeczywiste ryzyko porodu przedwczesnego (ocenione przez lekarza), w oczekiwaniu na wynik posiewu należy stosować profilaktykę antybiotykową. U kobiet, u których nie wykonano dotąd badania przesiewowego, pobiera się próbkę z pochwy i odbytnicy do hodowli, jeżeli pozwala na to czas. Nie powinno się natomiast stosować chemioprophylaktyki zakażenia GBS, jeżeli wynik badania wykonanego w ciągu ostatnich 4 tygodni jest ujemny lub gdy lekarz ocenia, że nie ma bezpośredniego zagrożenia porodem przedwczesnym. Antybiotyki u kobiet należy stosować profilaktycznie tylko w uzasadnionych przypadkach (duże ryzyko porodu przedwczesnego), gdyż wyniki ostatnio przeprowadzonych badań wykazały, że leki te mogą spowodować u noworodka takie powikłania, jak martwicze zapalenie jelit czy konieczność leczenia tlenem, nie przynosząc korzyści w leczeniu ZPP lub pęknięcia błon płodowych [15, 16].

Tabela 2. Zalecany sposób śródporodowego stosowania antybiotyków według PTG [17]

Penicylina – 5 mln j. <i>i.v.</i> (dawka początkowa), a następnie 2,5 mln j. <i>i.v.</i> co 4 h do zakończenia porodu	zalecany antybiotyk
Ampicylina – 2 g <i>i.v.</i> (dawka początkowa), a następnie 1 g <i>i.v.</i> co 4 h do zakończenia porodu	alternatywa
	nadwrażliwość na penicylinę
Cefazolina – 2 g <i>i.v.</i> (dawka początkowa), a następnie 1 g <i>i.v.</i> co 8 h do zakończenia porodu	małe ryzyko anafilaksji
	duże ryzyko anafilaksji
Klindamycyna – w dawce 900 mg <i>i.v.</i> co 8 h do zakończenia porodu lub erytromycyna w dawce 500 mg <i>i.v.</i> co 6 h do zakończenia porodu	izolaty wrażliwe na klindamycynę lub erytromycynę
Wankomycyna – w dawce 1 g <i>i.v.</i> co 12 h do zakończenia porodu	izolaty niewrażliwe na klindamycynę lub erytromycynę albo wrażliwość nieokreślona

Zakażenia GBS u noworodków może wystąpić na drodze: pionowej transmisji w trakcie porodu, wewnątrzmacicznie, drogą wstępującą przez pochwę, drogą krwionośną – przy istniejącym zakażeniu u matki, przez kontakt z personelem medycznym (ok. 17%). Do zakażenia noworodka najczęściej dochodzi podczas porodu, na skutek przeniesienia bakterii od matki nosicielki na noworodka, a ryzyko transmisji sięga 70% [14]. Aspiracja zakażonego płynu owodniowego przez płód może spowodować wewnątrzmaciczne obumarcie płodu, zapalenie płuc oraz posocznicę w okresie noworodkowym u około 69–76% noworodków z ciąż skolonizowanych paciorkowcem. Ryzyko zakażenia noworodka zwiększa się wtedy, gdy od pęknięcia błon płodowych minęło więcej niż 18 godzin, a już po 2 godzinach po pęknięciu

błon płodowych można stwierdzić obecność paciorkowca w płynie owodniowym u większości skolonizowanych kobiet. Inne czynniki sprzyjające rozwojowi zakażenia paciorkowcowego u noworodków to: wcześniactwo i niska masa urodzeniowa noworodka, niedotlenienie okołoporodowe, wzrost temperatury ciała podczas porodu, stwierdzenie w wywiadzie zakażenia paciorkowcem z grupy B u noworodka w poprzedniej ciąży, bakteriuria spowodowana GBS, niskie miano przeciwciał swoistych dla danego serotypu, młody wiek matki (poniżej 20 lat), choroby metaboliczne u matki (np. cukrzyca). Paciorkowce z grupy B kolonizują najczęściej: ucho zewnętrzne, nos, pępek oraz odbyt noworodka. U większości noworodków jest to bezobjawowa kolonizacja błon śluzowych i dotyczy około 6–26% noworodków [18].

Najczęstsze postaci kliniczne zakażeń

Zapalenie płuc

Stanowi jedną z najczęstszych postaci infekcji w okresie noworodkowym (35–55%). Zapalenie płuc często wiąże się z zakażeniem wewnątrzmacicznym i może być spowodowane aspiracją zakażonych wód płodowych. Czynnikiem infekcyjnym może także przeniknąć przez łożysko do krążenia płodowego i rozwinąć się w płucach.

Objawy kliniczne – u noworodka obserwuje się zaburzenia oddychania (ZZO), tzn. tachypnoe, postękiwanie wydechowe, poruszanie skrzydełkami nosa, wciąganie międzyżebry, bezdechy i sinice, czasami również przetrwałe krążenie płodowe lub ostrą niewydolność oddechową.

Rozpoznanie – można stwierdzić na podstawie zdjęcia rentgenowskiego. W obrazie radiologicznym płuc można stwierdzić zmiany o charakterze nacieków, niedodmy, zagęszczeń typowych dla zapalenia śródmiąższowego. Proces zapalny może objąć jeden lub więcej płatów.

Leczenie – polega na podaniu odpowiedniego antybiotyku, tlenoterapii, wsparcia oddechowego typu n-CPAP lub wentylacji mechanicznej, leczenia wspomagającego w zależności od powikłań.

Rokowanie – jest zwykle dobre [19].

Zakażenie uogólnione – posocznica

Określa stan kliniczny, którego przyczyną jest ogólnoustrojowa reakcja zapalna organizmu, powstająca w wyniku zakażenia bakteryjnego, przede wszystkim pod wpływem uwalniania toksyn bakteryjnych i produktów rozpadu bakterii.

Objawy kliniczne – w celu oceny ciężkości stanu klinicznego noworodka wyodrębniamy dwie postaci tej jednostki chorobowej:

– **sepsa bez zaburzeń perfuzji**. Objawy i procent ich występowania: hipertermia – 51%, żółtaczką – 35%, hepatomegalia – 33%, zaburzenia oddychania – 33%,

utrata łaknienia – 28%, śpiączka – 25%, wymioty – 25%, sinica – 24%, bezdech – 22%, wzdęcie brzucha – 17%, pobudzenie – 16%, hipotermia – 15%, biegunka – 11% [17];

– **sepsa z zaburzeniami perfuzji**, tj. zaburzony przepływ krwi nie tylko na obwodzie (skóra, tkanka podskórna), ale także w ważnych narządach organizmu, takich jak: nerki, wątroba czy mózg. Występują objawy jak wyżej i dodatkowymi objawami klinicznymi mogą być: objawy uszkodzenia funkcji OUN, cechy niewydolności mięśnia sercowego, niewydolność oddechowa, niewydolność nerek manifestująca się oligurią czy anurią, uszkodzenie wątroby i towarzysząca temu skaza krwotoczna.

Rozpoznanie – w celu rozpoznania posocznicy, oprócz badania fizykalnego u noworodka, należy wykonać przede wszystkim trzykrotne skontrolowanie CRP w odstępach 12-godzinnych oraz badania laboratoryjne: morfologię krwi, podwyższenie stężenia PCT (prokalcytoniny), podwyższenie stężenia białka CRP w surowicy, stosunek form „młodych” do całkowitej liczby neutrofilów, trombocytopenię, narastającą kwasicę metaboliczną ($\text{pH} < 7,2$), podwyższone wartości transaminaz, czas protrombinowy. By mieć pełniejszy obraz diagnozy, wykonujemy punkcję łądźwiową oraz posiew krwi w celu rozpoznania bakterii i wykonania antybiogramu.

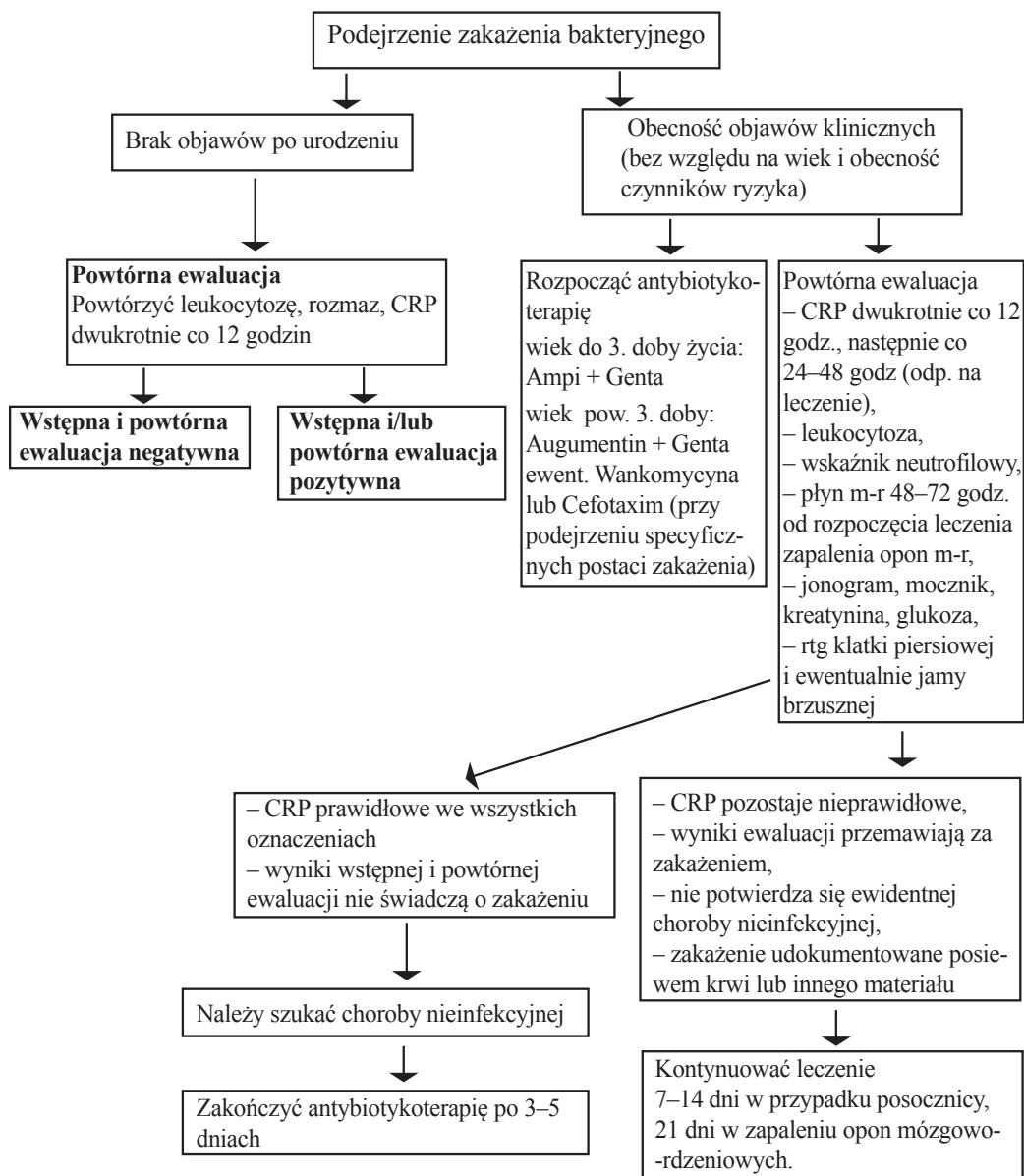
Leczenie – zaraz po ukończeniu diagnostyki należy rozpocząć leczenie antybiotykiem z grupy penicylin o szerokim spektrum działania, leczymy aż do wyniku antybiogramu. Ważne jest, by wyrównać zaburzenia kwasowo-zasadowe, wodno-elektrolitowe, poziomu glukozy w krwi i poziomu hemoglobiny. W razie potrzeby zastosować terapię oddechową (tlenoterapię, CPAP, wentylację mechaniczną) [20].

Rokowanie – posocznica u noworodków często przebiega pod postacią wstrząsu septycznego, wskaźnik umieralności wśród noworodków wynosi 4–6%, natomiast w populacji wcześniaków jest pięciokrotnie wyższy i szacowany jest na około 20%.

Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych

Zwykle występuje w przebiegu sepsy bakteryjnej i aż w 75% przypadków stanowi jej powikłanie. W zależności od natężenia procesów patologicznych zachodzących w ośrodkowym układzie nerwowym wyróżniamy ostre (pod postacią zapalenia pąjęczynówki, wyściółki komór bocznych mózgu bądź naczyńówki) oraz przewlekłe (prowadzą do martwicy neuronów kory i okołokomorowej leukomalacji) zmiany zapalne. W dalszych etapach rozwoju choroby dochodzi do powstania zakrzepów i zatorów oraz następowego niedokrwienia mózgu czy zawałów tkanki mózgowej. Zaburzenia krążenia w naczyniach mózgowych prowadzą do powstania obrzęku mózgu, a czasem nawet do jego wgłębienia [21].

Objawy kliniczne – w postaci ostrej pojawiają się w pierwszych 48 godzinach życia noworodka, przebieg choroby jest piorunujący. W postaci późnej przeważają objawy neurologiczne, takie jak: drgawki, sztywność, okresowe porażenie połowiczne czy zaburzenia ruchów gałek ocznych, zwykle obecne jest napięte i tętniące ciemiączko. Objawy zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych u noworodków i procent



Rycina 1. Schemat postępowania diagnostyczno-leczniczego w przypadkach podejrzenia zakażenia u noworodka [23]

ich występowania: hipertermia – 61%, śpiączka – 50%, utrata łaknienia lub wymioty – 49%, zaburzenia oddychania – 47%, drgawki – 40%, pobudzenie – 32%, żółtaczk-

ka – 28%, napięte ciemiączka – 28%, biegunka – 17%, sztywność karku – 15%, bezdech – 7% [22].

Rozpoznanie – podstawowym badaniem pozwalającym ustalić rozpoznanie jest ocena biochemiczna i bakteriologiczna płynu mózgowo-rdzeniowego. Punkcję lędźwiową należy zawsze wykonać przed podażą antybiotyków i w okresie stabilizacji stanu klinicznego. Podstawowym badaniem nieinwazyjnym jest ultrasonograficzna ocena mózgu.

Leczenie – podstawą leczenia jest właściwa antybiotykoterapia zgodna z antybiogramem.

Rokowanie – jest zawsze poważne, zarówno jeżeli chodzi o życie, jak i dalszy rozwój dziecka. U 12–30% dzieci, które przebyły w okresie noworodkowym zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, rozwija się ślepotą korową, spastyczność lub uogólnione opóźnienie umysłowe. Łagodniejsze powikłania obejmują głuchotę, deficyty ruchowe i niewielkie upośledzenie umysłowe [23].

Leczenie – schemat postępowania diagnostyczno-leczniczego w przypadkach podejrzenia zakażenia u noworodka przedstawia rycina 1.

Podsumowanie

W pracy przedstawiono standardy opieki medycznej. Stosowanie się do rekomendacji PTG pozwala na zmniejszenie częstości zachorowań matek i noworodków, umieralności okołoporodowej, obniżenia odsetka porodów przedwczesnych i urodzeń noworodków z infekcjami wewnątrzmacicznymi. Niezwykle istotną sprawą jest podjęcie odpowiednio wcześniej postępowania profilaktycznego, a zatem w chwili, gdy badanie bakteriologiczne wykaże obecność paciorkowca grupy B w drogach rodnych kobiety. Choć tylko około 10% porodów są to porody przed 37. tygodniem trwania ciąży, to właśnie te noworodki są najbardziej narażone na zakażenia paciorkowcem z grupy B. Dlatego tak ważna jest profilaktyka okołoporodowa. Najlepszym sposobem na ochronę kobiet i noworodków byłoby szczepienie ciężarnych. Od kilkunastu lat prowadzone są badania nad szczepionką, należy mieć nadzieję, że wkrótce będzie dostępna do powszechnego stosowania.

Zdrowie kształtuje się od wczesnego okresu rozwoju osobniczego, tak więc od prawidłowo przebiegającej ciąży i porodu zależny jest rozwój fizyczny i intelektualny dziecka i człowieka dorosłego. W trosce o zdrowie i jakość życia społecznego PTG modyfikuje model opieki przedporodowej uwzględniając istniejące obecnie realia organizacyjne i ekonomiczne polskiej służby zdrowia oraz aktualne osiągnięcia wiedzy medycznej.

Bibliografia

1. Szczapa J. Zakażenia okołoporodowe paciorkowcem *Streptococcus agalactiae*. W: *Postępy neonatologii*. Warszawa: Wydawnictwo Twoje Zdrowie Sp. z o.o.; 2009: 1(15): 9–15.
2. Heczko P. *Mikrobiologia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2007: 112–115.
3. Zaremba M, Borowski J. *Mikrobiologia lekarska*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2001: 48–52.
4. Szewczyk-Eligia M. *Diagnostyka bakteriologiczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2007: 27–30.
5. Szumała-Kąkol A, Drews K. Zakażenia ciężarnych. W: Bręborowicz GH, red. *Ciąża wysokiego ryzyka*. Poznań: Wydawnictwo OWN; 2000: 711–715.
6. Fleischer M, Bober-Gheek B. *Podstawy pielęgniarstwa epidemiologicznego*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2002: 51–54.
7. Gotoff S. Zakażenia paciorkowcem grupy B u noworodków. *Pediatr po Dyplomie* 2003; 7(4): 30–37.
8. Słomko Z, Drews K, Niemiec T. *Profilaktyka w położnictwie, ginekologii i neonatologii*. Poznań: PTG; 2005: 613–645.
9. Kubicka K, Kawalec W. *Pediatrics*. T. 2. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010: 614.
10. Pytia S. Zakażenia bakteryjne u noworodków. W: Gadzinowski J, Vidyasagar D, red. *Neonatologia*. Poznań: Wydawnictwo OWN; 2000: 473–477.
11. Słomko Z, Drews K. *Zakażenia perinatalne*. T. I. Warszawa: Wydawnictwo PTMP; 2001: 319–341.
12. Bręborowicz G. *Położnictwo*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2005: 352–355.
13. Szczapa J. Wpływ kolonizacji szyjki macicy paciorkowcem B-hemolizującym na zachorowalność noworodków w Klinice Neonatologii AM w Warszawie. W: *Postępy neonatologii*. Warszawa: Wydawnictwo Twoje Zdrowie Sp. z o.o.; 2004; 1(6): 55–59.
14. Słomko Z, Drews K, red. *Zakażenia perinatalne*. Poznań: Polskie Towarzystwo Medycyny Perinatalnej; 2001: 41–50.
15. Lumbaga P, Philips A. Okołoporodowe zakażenia paciorkowcami grupy B: przeszłość, teraźniejszość i przyszłość. *Pediatr po Dyplomie* 2004; 8(1): 53–55.
16. Opala T. *Ginekologia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2003: 396–410.
17. Szczapa J, Wojsyk-Banaszak I. *Wybrane problemy zakażeń okresu noworodkowego*. Kraków: Wydawnictwo PTZS; 2005: 29–35.
18. Kufel K, Kornacka M. Zakażenia paciorkowcami grupy B u noworodków. *Klin Pediatr* 2007; 15(1): 8–12.
19. Dworkin P. *Pediatrics*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2000: 187–190.
20. Świetliński J, Maruniak-Chudek I. *Forum Intensywnej Terapii Noworodka*. Bielsko-Biała: Ośrodek Wydawniczy Augustyna; 2000: 87–94.
21. Szczapa J. *Podstawy neonatologii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008: 283–286.

22. Zarębski Z, Lauterbach R, Rytlewski K, Tomaszczyk J. *Problemy współczesnej perinatologii*. Kraków: Wydawca Studio PIN; 2001: 87–96.
23. Dzierżanowska D. *Antybiotykoterapia praktyczna*. Bielsko-Biała: Alfa-Medical Press; 2001: 152–154.

Adres do korespondencji:

Gutkowska Ewa

Samodzielny Specjalistyczny ZOZ nad Matką i Dzieckiem w Opolu

ul. Wojska Polskiego 9/60

45-862 Opole

Tel.: 785 690-919

E-mail: gabi350@interia.pl

Wybrane zagadnienia z patologii porodu: dystocja barkowa i makrosomia płodu

Wojciech Guzikowski

Instytut Położnictwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu,
Szpital Ginekologiczno-Położniczy i Noworodków im. dr. S. Mossora w Opolu

Dystocja barkowa

Dystocja barkowa jest nagłą sytuacją położniczą, z dramatycznym przebiegiem i poważnymi komplikacjami u noworodka, a także powikłaniami położniczymi u rodzącej. Dlatego bardzo ważne jest, aby personel sali porodowej znał dokładnie to zagadnienie nie tylko pod względem teoretycznym, ale przede wszystkim praktycznym.

Dystocja barkowa jest zaburzeniem mechanicznym w przebiegu porodu, po urodzeniu się główki płodu. Nie jest częstym powikłaniem porodu drogami natury, jednak następstwa dystocji barkowej mogą okazać się dla płodu tragiczne w skutkach. Do dystocji barkowej w czasie porodu dochodzi wtedy, gdy w II okresie porodu barki nie mogą się zrotować do wymiaru poprzecznego wchodu (zgodnie z mechanizmem porodowym) i w związku z tym nie może dojść do ich adaptacji do kształtu wchodu miednicy; dochodzi do rotacji główki przy jednoczesnym zablokowaniu barków trwającym ponad 1 minutę [1]. W ciężkich przypadkach oba barki pozostają poza płaszczyzną wchodu miednicy. Podbródek może być ciasno zaklinowany w krocze matki, a główka może wyglądać, jakby próbowała zawrócić do pochwy, sytuacja opisywana jest także jako „wciąganie główki płodu w krocze” (tzw. objaw żółwia – *turtle sign*) [2].

Nieznajomość tej patologii, nierozpoznanie tego stanu i w konsekwencji odruchowe i agresywne pociąganie za główkę przez położną lub położnika powoduje uszkodzenie płodu, w szczególności skutkuje urazem splotu ramiennego w postaci oderwania korzeni nerwowych splotu ramiennego z trwałym porażeniem lub okresową utratą funkcji, gdy mamy do czynienia z naciągnięciem i obrzękiem splotu bez przerwania nerwów. **Należy unikać ciągnięcia za główkę i ucisku na dno macicy** (zabieg Kristellera) [3, 4].

Częstość występowania dystocji w ostatnich 20 latach zwiększyła się pięcio-

krotnie; w literaturze podaje się częstość występowania w 0,2 do 3% porodów drogą pochwową [5–7].

Bywają, choć rzadko, przypadki naśladujące dystocję barkową, a związane z nieprawidłową budową płodu, zwiększeniem objętości tułowia (wodobrzusze, przepuklina oponowo-rdzeniowa – *meningocele*, guzy w obrębie jamy brzusznej, znaczne powiększenie pęcherza moczowego). Przypadki te powinny być wcześniej zdiagnozowane badaniem ultrasonograficznym i zakwalifikowane do optymalnego sposobu rozwiązania.

Przewidywane możliwości wystąpienia dystocji barkowej – czynniki ryzyka

Znaczenie masy płodu – makrosomia płodu

W piśmiennictwie dominuje powszechny pogląd, że najczęstszą i niepodważalną przyczyną dystocji barkowej jest makrosomia płodu; przy masie ciała płodu między 4000–4500 g ryzyko wystąpienia dystocji barkowej wynosi około 10%, ponad 4500 g ryzyko wynosi 20–30%, a przy masie płodu 5000 g sięga 40%. Znaczne prawdopodobieństwo wystąpienia dystocji barkowej istnieje w przypadku triady czynników: makrosomia płodu powyżej 4000 g, cukrzyca ciążowa (GDM – *gestational diabetes mellitus*), znaczna nadwaga rodzącej. Makrosomia płodu jest definiowana w piśmiennictwie różnie: jako masa urodzeniowa przekraczająca 4000 g, 4200 g lub 4500 g. Według dostępnych publikacji dominuje jednak definicja makrosomii, gdy masa ciała noworodka wynosi ponad 4000 g. Wprowadzono również skalę stopniowania makrosomii; stopień pierwszy to noworodki o masie 4000–4499 g, stopień drugi – 4500–4999 g i stopień trzeci – powyżej 5000 g [8].

Część autorów za makrosomię uznaje urodzeniową masę ciała przekraczającą 90. centyl dla danego wieku ciążowego i określonej populacji, określając ją jako LGA (*large for gestational age*). Częstość występowania makrosomii w populacji ogólnej waha się od 6 do 14,5%, w zależności od autorów [9].

Znanymi z piśmiennictwa czynnikami ryzyka makrosomii płodu są: cukrzyca matki, otyłość rodzącej, poród po terminie, wcześniejszy poród noworodka z makrosomią, wielorództwo, ciężarne w starszym wieku, płody płci męskiej. Otyłość matki przed ciążą jest niezależnym czynnikiem ryzyka makrosomii [10, 11].

Ciąża po terminie: 20% płodów osiagających 42. tydzień ciąży waży ponad 4000 g, 3% powyżej 4500 g, co daje ponad trzykrotnie większą częstość makrosomii niż przed ukończeniem 42. tygodnia [12]. Ryzyko dla płodu związane z makrosomią to przede wszystkim: uraz okołoporodowy, niska punktacja według skali V. Apgar, poporodowa hipoglikemia, przedłużona żółtaczka [13]. Natomiast dla matki makrosomia płodu – jeśli nie wykona się elektywnego cięcia cesarskiego – zwiększa ryzyko wydłużenia porodu, porodu zabiegowego drogą pochwową, bądź ukończenia ciąży cięciem cesarskim w trybie pilnym. Poród zabiegowy niesie ze sobą

zwiększone ryzyko uszkodzenia dróg moczowo-płciowych i odbytnicy, wystąpienia krwotoku poporodowego [14].

Rozpoznawanie makrosomii

Wśród metod identyfikacji płodów makrosomicznych możemy wyróżnić następujące: 1) ultrasonograficzne, 2) kliniczne, 3) matczyne. Pomiar ultrasonograficzny BPD (*biparietal diameter* – wymiar dwuciemieniowy główki), FL (*femur length* – długość kości udowej), HC (*head circumference* – obwód główki) i AC (*abdominal circumference* – obwód brzuszka) pozwalają przewidywać masę płodu. Podawane w piśmiennictwie dane wskazują na duży rozrzut szans rozpoznania w USG makrosomii płodu. Prawdopodobieństwo identyfikacji płodu o masie ciała powyżej 4000 g wynosi od 17 do 79% w ciąży niepowikłanej około 7 dni przed terminem porodu. Pietrzak i wsp. [15] w swojej pracy oceniali różne wzory na obliczanie masy płodu. Stwierdzili, że charakteryzowały się niskim błędem. Żadna metoda nie była obciążona średnim procentowym błędem wyższym od 9%. W badanej przez autorów populacji najniższe błędy generowały formuły Hadlocka i Combsa.

Niektóre dane pochodzące z piśmiennictwa mówią o wysokiej czułości (rzędu 93%) oceny AC jako metody w przewidywaniu masy noworodka powyżej 4000 g [16]. Stwierdzono znamiennej statystycznie korelację między ilością płynu owodniowego w połowie III trymestru ciąży i urodzeniową masą noworodka. Szacowana masa płodu w USG przekraczająca 71. centyl i jednocześnie AFI (*amniotic fluid index*) wyższe lub równe 60. centylowi są silnymi predyktorami makrosomii [17].

Pomiary wysokości dna macicy (chwyty Leopolda) z uwzględnieniem wywiadu położniczego są przydatne w szacowaniu masy płodu. Również przydatny może być pomiar odległości między dnem macicy a spojeniem łonowym (tabela opracowana przez Calverta i wsp.) [18]. Stanowisko elektywnego wykonywania cięcia cesarskiego przy masie płodu ocenianej badaniem USG powyżej 4500 g, a przy GDM przy masie powyżej 4200 g zawarte jest w ustaleniach ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego – Tychy 2007.

Aktualnie sugeruje się, aby poważnie rozważać kwalifikacje do rozwiązania cięciem cesarskim ciążę o masie płodu powyżej 4000 g, jednakże poważnym problemem jest stopień dokładności najczęstszej metody pozwalającej przewidzieć masę płodu, czyli badania ultrasonograficznego, a zależny od takich czynników jak: jakość aparatury, doświadczenie wykonującego, położenie oraz ułożenie płodu, ocena w trakcie porodu [19].

Wiek rodzących

W literaturze podaje się, że wraz z zaawansowaniem wieku matki i liczbą przebytych ciąż masa urodzeniowa płodu jest większa [20]. Na symptomy wystąpienia dystocji barkowej w postaci **przedłużania się porodu**, zwłaszcza II okresu zwracają

uwagę liczni autorzy [21–23]. Bardzo ważnym w przewidywaniu dystocji barkowej jest fakt **wystąpienie dystocji barkowej w poprzedniej ciąży** (ryzyko do 20%).

Inne czynniki

Inne czynniki to: urodzenie poprzednio dziecka z makrosomią, otyłość matki, wysoka waga urodzeniowa matki, niski wzrost, miednica ogólnie zwężona, zbyt szybkie aktywne parcie u wieloródek (bez uwzględnienia całkowitej rotacji główki). Zwraca się uwagę na możliwy wpływ na wystąpienie dystocji barkowej znieczulenia zewnątrzoponowego i stymulacji oksytocyną (nasilenie skurczów macicy – szybki postęp porodu).

Część przypadków dystocji barkowej zdarza się w porodach, w których nie stwierdza się żadnego z klasycznych czynników ryzyka [24]. Opisywane w literaturze czynniki ryzyka to: wrodzone i nabyte wady anatomiczne macicy powodujące nadmierne ciśnienie wewnątrzmaciczne działające na spłot nerwowy, nieprawidłowy rozwój spłotu płodu, obecność żebra szyjnego u płodu, położenie poprzeczne, słabe napięcie mięśniowe płodu, nadmierna czynność skurczowa macicy [25]. W sytuacji, gdy uszkodzeniu spłotu ramiennego (BPP) mogą sprzyjać inne czynniki, a nie tylko dystocja barkowa, problemem staje się stopień odpowiedzialności odbierającego poród.

W doniesieniu Jennett i wsp. [26] na 38 przypadków *brachial plexus paralysis* (BPP) odnotowano 22 przypadki bez dystocji barkowej (43%). Graham i wsp. [27] stwierdzają w swojej pracy, że tylko 53% przypadków BPP dotyczyło jednocześnie dystocji barkowej, a Gherman i wsp. [28] cytują 6 przypadków trwałego BPP po niepowikłanym cięciu cesarskim.

Ale Gurewitsch i wsp. [29] uważają, że nie ma wystarczających dowodów na poparcie innych teorii wskazujących, że trwałe uszkodzenie jest związane z innymi czynnikami niż nadmierna trakcja.

Porażenie spłotu ramiennego wystąpić może jako porażenie typu Erba (porażenie korzeni od C5 do C6), porażenie Klumpkego (uszkodzenie objęte C8 i Th1). Samoistne wyleczenie następuje zwykle po 4 do 6 tygodniach, jeżeli nerw nie został całkowicie przerwany lub oderwany. W przypadku, gdy nie zaobserwuje się poprawy w zakresie funkcjonowania spłotu ramiennego w okresie 12 tygodni, trzeba zasięgnąć opinii neurochirurga [30].

Inne powikłania porodu z dystocją barkową

Niedotlenienie płodu. Poważnym zagrożeniem jest ucisk sznura pępowinowego znajdującego się między ciałem płodu a miednicą kostną. Nie ma jednoznacznych danych dotyczących bezpiecznego interwału czasowego pozwalającego uniknąć kwasicy płodu związanej z wystąpieniem dystocji, podkreśla się, że sprawne wyjście z dramatycznej sytuacji zawiera się w czasie 2–6 minut. Rekomendacje PTG [31] wskazują, że ze względu na obniżanie się wartości pH barki płodu powinny

być uwolnione w ciągu maksymalnie 4–5 minut od urodzenia się główki, gdyż postępujące niedotlenienie i kwasica u płodu mogą doprowadzić do uszkodzenia OUN (*Rekomendacje PTG* – [31]).

Według Breeze [32] pH płodu obniża się o blisko 0,14/minutę w trakcie porodu tułowia płodu, a według Gross [33] o 0,04/minutę. Kolejne możliwe urazy i powikłania wynikające z dystocji barkowej to: złamanie obojczyka, złamanie kości ramiennej czy w końcu zgon płodu. Możliwe następstwa dla rodzącej to: krwotok poporodowy, uszkodzenia pochwy i krocza, pęknięcie macicy, rozejście się spojenia łonowego [28].

Czynniki prewencyjne stosowane na sali porodowej (dystocja barkowa)

Obowiązuje dokładna ocena położnicza na początku porodu (ocena kanału rodnego, ocena kliniczna i ultrasonograficzna masy płodu – bardziej precyzyjne badanie USG przed porodem, rozszerzenie wskazań do cięcia cesarskiego, gdy spodziewana masa płodu wynosi powyżej 4500 g, a u ciężarnych z GDM, gdy masa płodu wynosi 4200 g i więcej). Powszechnie znany jest na sali porodowej algorytm postępowania po rozpoznaniu dystocji barkowej noszący nazwę HELPERR („wszyscy na pomoc”). Nazwa jest akronimem, nazw poszczególnych działań:

- H – *all for help* – wszyscy na pomoc,
- E – *episiotomy* – rozległe nacięcie krocza,
- L – *legs* – manewr McRoberts’a,
- P – *suprapubic pressure* – ucisk nadłonowy,
- E – *enter maneuvers* – manewry wewnętrzne,
- R – *remove the posterior arm* – uwolnienie tylnego barku,
- R – *roll the patient* – pozycja kolankowo-łokciowa [2].

Bardzo ważna jest umiejętność postępowania personelu medycznego według jasno sformułowanego protokołu postępowania w nagłych przypadkach:

1. Szybkie zorganizowanie zespołu: doświadczony położnik i położna, anestezyjolog, neonatolog.
2. Zaprzeszania parcia przez rodzącą!
3. Zaprzeszanie pociągania za główkę i ucisku na dno macicy!
4. Wykonanie znacznego nacięcia krocza.
5. Zastosowanie ułożenia rodzącej w pozycji McRobertsa: przesunięcie pośladków na brzeg łóżka. Parokrotne wyprostowanie i uniesienie z maksymalną siłą kończyn dolnych kobiety aż na brzuch sprawia, że zmienia się kąt nachylenia miednicy w stosunku do kręgosłupa, dzięki temu zyskuje się 1,5–2 cm. Skuteczność i powodzenie porodu O’Leary [34] ocenia na 90%.
6. Równoczesny ucisk nadłonowy doprowadza do zrotowania barków do wymiaru skośnego, znany jako manewr Mazantiego i opisany w 1969 r. w *Obstetrics*

& *Gynecology*.

7. Praktyka postępowania w przypadku wystąpienia dystocji barkowej polecana w angielskich i niemieckich źródłach i z powodzeniem stosowana tzw. metoda Gaskin. **Manewr Gaskin jest pierwszą procedurą położniczą, którą nazwano imieniem położnej.** Polega na zmianie pozycji rodzącej na kolankowo-łokciową. Ina May Gaskin jest założycielką w 1971 r. Centrum Położniczego w Tennessee w USA, autorką książek i wydawcą przez 22 lata kwartalnika *Poród*.

8. Rękoczyn Wooda (1943). Rotacja wykonywana jest drogą pochwową. Operator uciska tylny bark w stronę klatki piersiowej płodu, co powoduje przemieszczenie przedniego barku pod spojenie łonowe. Ten manewr powinien być wspomagany właściwym uciskiem nadłonowym.

9. Rodzenie tylnego barku. Jeżeli zabieg Wooda zakończy się niepowodzeniem, należy wprowadzić rękę do zagłębienia krzyżowego. Jeżeli grzbiet płodu znajduje się po prawej stronie matki, operator powinien użyć prawej ręki do zidentyfikowania prawej kości ramiennej płodu. Następnie idąc wzdłuż niej, powinien odnaleźć łokieć płodu, zgąć staw łokciowy przyginając przedramię do ramienia, zgięta ręka płodu powinna zostać poprowadzona wzdłuż klatki piersiowej płodu. Należy następnie uchwycić za rękę płodu i doprowadzić do jej urodzenia. Bark pozostaje w zagłębieniu krzyżowym. Do porodu całego dziecka dochodzimy korzystając z urodzonej uprzednio rączki płodu, używając jej jako narzędzia do wyciągnięcia tylnego barku; powoduje to, że bark przedni wchodzi w obręb miednicy mniejszej.

10. Złamanie lub przecięcie obojczyka nie jest obecnie uważane za skuteczne postępowanie, a jest bardzo ryzykowne, ze względu na leżące tuż pod obojczykiem naczynia podobojczykowe.

11. Technika Zavanelly'ego („desperackie rozwiązanie”) – odprowadzenie główki płodu do macicy przez odwrócenie mechanizmu porodowego i wykonanie cięcia cesarskiego. Po raz pierwszy zabieg wykonał William Zavanelly w 1977 r. w Kalifornii, a został opisany przez Sandberga. Celem rozkurczenia macicy podaje się dożylnie Partusisten (Fenoterol). Zabieg jest bardzo niebezpieczny dla płodu ze względu na kompresję główki.

12. Dla porządku należy zaliczyć ostatni możliwy wariant rozwiązania – przecięcie spojenia łonowego.

Zakończenie

Dystocja barkowa jest sytuacją, która nawet bardzo doświadczonym położnikom sprawia wiele kłopotu. Dlatego najważniejsze wydaje się być niedopuszczenie do pojawienia się tego groźnego powikłania. Przedporodowe i śródporodowe czynniki ryzyka cechują się małą zdolnością prognozowania dystocji barkowej, należy jednakże dążyć do zminimalizowania ryzyka dystocji barkowej i weryfikacji wyboru porodu drogami natury płodów z ewidentną makrosomią.

Cele te można osiągnąć przez wprowadzenie szeroko pojętej diagnostyki przedporodowej – dokładnego badania wewnętrznego i położniczego ciężarnej, ultrasonograficznej oceny masy płodu, z dokładną biometrią płodu. W przypadkach podejrzenia niewspółmierności płodowo-miedniczej oraz jednoczesnego występowania kilku czynników ryzyka przedporodowego lub śródporodowego należy rozważyć zakończenie ciąży drogą elektywnego cięcia cesarskiego. Właściwe zaplanowanie sposobu rozwiązania porodu płodu z dużą masą urodzeniową, z uwzględnieniem takich czynników, jak: wiek i masa ciała rodzącej, rodność, GDM, pozwala w znacznym stopniu zmniejszyć ryzyko wystąpienia powikłań. Systematyczne przeprowadzanie szkoleń i treningów na fantomie położniczym personelu medycznego sali porodowej powinno być stałym punktem programów szkoleniowych w oddziałach położniczych.

Uszkodzenia płodu, spowodowane dystocją barkową lub porodem płodu makrosomicznego, są częstym źródłem sporów, ponieważ dla rodziców dziecka i ich prawników niezrozumiałe jest to, że mechaniczne problemy w prowadzeniu porodu są trudne do przewidzenia, a co za tym idzie – do uniknięcia. Źródła roszczeń są różne; od niewielkiego stopnia porażenia splotu ramiennego, do ciężkiego uszkodzenia mózgu dziecka spowodowanego niedotlenieniem.

Istnieją czynniki ryzyka dystocji barkowej, które można przewidzieć (makrosomia), niemniej w części przypadków nie stwierdza się żadnego z klasycznych czynników ryzyka.

Trudne do przewidzenia niekiedy ryzyko wystąpienia dystocji barkowej i wynikające z tego powikłania porodu niebezpieczeństwa dla zdrowia zarówno noworodka, jak i rodzącej zmuszają personel sali porodowej do zapewnienia fachowej opieki położniczej, aby odpowiedzialność za przebieg porodu nie była kwestionowana w zakresie odpowiedzialności za powikłania niemożliwe do przewidzenia.

W Szpitalu Ginekologiczno-Położniczym i Noworodków im. Dr. Sergiusza Mossora w Opolu w latach 2002–2004 (okres 3-letni) w 11 porodach na 7731 doszło do wystąpienia dystocji barkowej (0,14%). Nie stwierdzono makrosomii płodu (masa płodu > 4500 g) ani innych klasycznych czynników ryzyka wystąpienia dystocji barkowej. W 10 przypadkach stwierdzono częściowe porażenie splotu ramiennego typu Erba, w 1 przypadku złamanie obojczyka.

Bibliografia

1. Abrams B, Selvin S. Maternal weight gain pattern and birth weight. *Obstet Gynecol* 1995; 86(1): 163–169.
2. Poręba R. Algorytm prewencji i postępowania w dystocji barkowej. *Gin Pol Medical Project* 2007; 4: 19–28.
3. James CE. Shoulder dystocia. *Current Obst Gyn* 1991; 1: 117–118.
4. Baskett TF, Allen AC. Perinatal implications of shoulder dystocia. *Obstet Gynecol* 1995; 86: 14–17.
5. James CE. Shoulder dystocia. *Current Obst Gyn* 1991; 1: 117–118.

6. Ghermann RB, et al. Shoulder dystocia: the unpreventable obstetric emergency with empiric management guideline. *J Obstet Gynecol* 2006; 195(3): 675–682.
7. Bahar AM. Risk factors and fetal outcome in cases of shoulder dystocia compared with normal deliveries of a similar birthweight. *Br J Obstet Gynaecol* 1996; 103(9): 868–872.
8. Boulet SL, Alexander GR, Salihu HM, et al. Macrosomic births in the united states: determinants, outcomes, and proposed grades of risk. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188(5): 1372–1378.
9. Sukran PJ, Hsieh CC, Johanson ALV, et al. Reasons for increasing trends in large for gestational age births. *Obstet Gynecol* 2004; 104: 720–726.
10. Stotland NE, Caughey AB, Bred EM, Escobar GJ. Risk factors and obstetric complications associated with macrosomia. *Int J Gynaecol Obstet* 2004; 87(3): 220–226.
11. Goodall PT, Ahn JT, Chapa JB, Hibbard JU. Obesity as a risk factor for failed trial of labor in patients with previous cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 1423–1426.
12. Jolly MC, et al. Risks factors for macrosomia and its clinical consequences: a study of 350,311 pregnancies. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 111: 9–14.
13. Zhang X, Decker A, Platt RW, Kramer MS. How big is big? The perinatal consequences of fetal macrosomia. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 198: 517.
14. Magann EF, Evans S, Hutchinson M, et al. Postpartum hemorrhage after cesarean delivery: an analysis of risk factors. *Southern Med J* 2005; 98: 681–685.
15. Pietrzak Z, i wsp. Dokładność ultrasonograficznych formuł w szacowaniu masy płodu. Seria 258 przypadków. *Klin Perinat Ginekol* 2007; 43(3): 68–70.
16. Jazayeri A, Heffron JA, Phillips R, et al. Macrosomia prediction using ultrasound fetal abdominal circumference of 35 centimeters or more. *Obstet Gynecol* 1999; 93(4): 523–526.
17. Hackmon R, et al. Combined analysis with amniotic fluid index and estimated fetal weight for prediction of severe macrosomia at birth. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 196: 333–334.
18. Calvert JP, et al. Antenatal screening by measurement of symphysis-fundus height. *Br Med J Clin Res* 1982; 285(6345): 846–849.
19. Langer O, Berkus MD, Huff RW, Samueloff A. Shoulder dystocia: Should the fetus weighing = 4000 grams be delivered by cesarean section? *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165: 831–837.
20. Klebanoff MA. Mothers birth weight as a predictor of macrosomia. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 531: 253–258.
21. Acker DB. Risk factors for shoulder dystocia. *Obstet Gynecol* 1985; 66: 762–767.
22. Acker DB, Sachs BP, Friedman EA. Risk factors for shoulder dystocia. *Obstet Gynecol* 1985; 66: 762–768.
23. Benedetti TJ. Shoulder dystocia: a complication of fetal macrosomia and prolonged second stage of labor with midpelvic delivery. *Obstet Gynaecol* 1978; 52: 526–531.
24. Gross TL. Shoulder dystocia: a fetal physician risk. *Am J Obst Gynecol* 1987; 156: 334–336.
25. Benjamin K, et al. Injuries to the brachial plexus: mechanisms of injury and identification of risk factors. *Adv Neonatal Care* 2005; 5: 181–189, 240–251.
26. Jennett RJ, Tarby TJ, Kreinick CJ. Brachial plexus palsy: an old problem revisited. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166(6): 1673–1676.

27. Graham EM. A retrospective analysis of Erb's palsy cases. *J Matern Fetal Med* 1997; 6: 1–5.
28. Gherman RB, et al. The McRobert's maneuver for the alleviation of shoulder dystocia: how successful is it? *Am J Obstet Gynecol* 1997 176(3): 656–661.
29. Gurewitsch ED, et al. After shoulder dystocia: managing the subsequent pregnancy and delivery. *Semin Perinatol* 2007; 31: 185–195.
30. Laurent J P. Neurosurgical correction of upper brachial plexus birth injuries. *J Neurosurg* 1993; 79(2): 197–203.
31. Rekomendacje PTG. *Ginekologia po Dyplomie*. Wydanie specjalne, wrzesień 2006: 75–78.
32. Breeze AC, Lees CC. Managing shoulder dystocia. *Lancet* 2004; 18, 364: 2160–2161.
33. Gross TL. Shoulder dystocia: *A fetal physician risk*. *Am J Obst Gynecol* 1987; 156: 334–336.
34. O'Leary J. Shoulder dystocia – an ounce of prevention. *Contemp Gynecol* 1986; 27: 235–238.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Wojciech Guzikowski
Instytut Położnictwa PMWSZ w Opolu
ul. Katowicka 68
45-060 Opole
Tel.: 77 44-23-540
E-mail: habibi48@op.pl

Aborcja w opinii studentów Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu

Ewa Radwańska, Aneta Soll, Dominika Lerch

Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu

Wstęp

Aborcja pochodzi od łacińskich słów *abortus* lub *abortio*, co oznacza poronienie, wywołanie poronienia. Termin ten stosuje się w przypadku zamierzonego, przedwczesnego zakończenia ciąży w wyniku interwencji zewnętrznej, np. działań lekarskich, w efekcie czego dochodzi do śmierci zarodka lub płodu. Pod względem etycznym aborcję rozpatruje się w szerszym znaczeniu – jest to zabicie nienarodzonego człowieka w czasie życia płodowego [1].

Metodą wczesnej aborcji jest metoda farmakologiczna. Polega na podaniu ciężarnej kobiecie odpowiednich środków doustnie lub dopochwowo. W aborcji farmakologicznej zwykle używa się: mifepristonu lub metotreksatu. Powodują one zakończenie wzrostu nabłonka gruczołowego macicy. Skutkiem tego jest degeneracja błony tego narządu i wydalenie jej pozostałości oraz obumarłego płodu. Metodę tę uzupełnia się zwykle podaniem prostaglandyny, która ma za zadanie wywołać skurcze macicy i spowodować większą efektywność zabiegu. Obserwuje się w tym czasie krwawienie z dróg rodnych. Jest ono porównywane do krwawienia miesięczkowego lub poronnego. Aborcja farmakologiczna tylko do około 9. tygodnia ciąży przynosi efekt usunięcia płodu bez konieczności interwencji chirurgicznej.

Inną metodą usunięcia ciąży jest łyżeczowanie. WHO odradza stosowania jej w szczególnie sposób, ze względu na duże ryzyko powikłań, jakie może wywołać.

Metoda próżniowa polega na odessaniu zawartości macicy za pomocą specjalnego urządzenia. Wywoływane podciśnienie powoduje odrywanie kolejnych członów płodu, które po kolei są wydobywane na zewnątrz.

Jeszcze inną metodą (późną) jest sztuczne przedwczesne wywołanie akcji porodowej przez podanie oksytocyny albo prostaglandyn. Powoduje to, podobnie jak w metodzie farmakologicznej, skurcze macicy i wydostanie się płodu, który ze względu na swój wiek nie jest w stanie przeżyć. Wykonuje się też swego rodzaju cesarskie

cięcia poprzedzone uśmierceniem płodu, co daje podobny efekt jak opisano powyżej.

Kolejną z późnych metod aborcji (mającej zastosowanie nawet w 24. tygodniu ciąży) jest wstrzyknięcie do worka owodniowego roztworu soli, która ma zabić płód. Metoda ta często jednak zawodzi i w efekcie rodzi się dziecko zdolne do przeżycia, ale wymagające odpowiedniej opieki [2, 4].

Po przeprowadzonej aborcji mogą wystąpić 2 rodzaje zaburzeń:

- PAD – *post abortion distress* (rozpacz),
- PAS – *post abortion syndrom* – syndrom poaborcyjny.

PAD jest zespołem charakteryzującym się ostrymi reakcjami trwającymi od 3 do 6 miesięcy po przeprowadzonym zabiegu. Są zaburzeniami przystosowania i pełnienia funkcji społecznych. Wyróżnia się następujące zachowania charakteryzujące ten zespół:

- fizyczny i psychiczny ból po aborcji,
- poczucie ogromnej straty (jako rodzica, utrata sensu życia),
- przeżywanie licznych konfliktów (interpersonalnych, obawy przed zbliżeniem, ciążą).

Zespół PAD występuje u około 15% kobiet po aborcji, ale objawy są zauważalne aż u 30%. Do roku trwa świadomie przeżywana rozpacz.

PAS jest rodzajem zaburzenia chronicznego, którego podłożem są wyparte reakcje emocjonalne oraz ból fizyczny i psychiczny [5, 6].

Duża część kobiet nie przeżywa żałoby, co ma swoje odbicie w późniejszym funkcjonowaniu kobiety. W wyniku przeprowadzonych badań dowiedziono, że:

- 100% kobiet doświadczało smutku, poczucia straty,
- 92% przeżywało poczucie winy,
- 81% wciąż myśli o utraconym dziecku,
- 73% cierpiało na depresję,
- 69% przeżywa niechęć do współżycia seksualnego,
- 65% miało tendencje samobójcze,
- 61% zaczęło nadużywać alkoholu,
- 31% podejmowało próby samobójcze [7].

Aborcja jest negatywnym przeżyciem nie tylko dla matek. Również dzieci, u których w rodzinie dokonano aborcji bardzo cierpią i skutkuje to poważnymi problemami emocjonalnymi. Również u dzieci ocalonych, które przeżyły aborcję występuje ogromne poczucie winy, lęk, pesymizm, zaburzenie tożsamości własnej osoby. Nie mały wpływ na psychikę i samopoczucie ma aborcja u personelu medycznego wykonującego zabieg. Dowiedziono, że personel medyczny dokonujący aborcji również może być narażony na zespół poaborcyjny [3, 5, 6].

Cel pracy

Celem pracy było zebranie opinii studentów na temat aborcji i jej wpływu na zdrowie psychofizyczne kobiety.

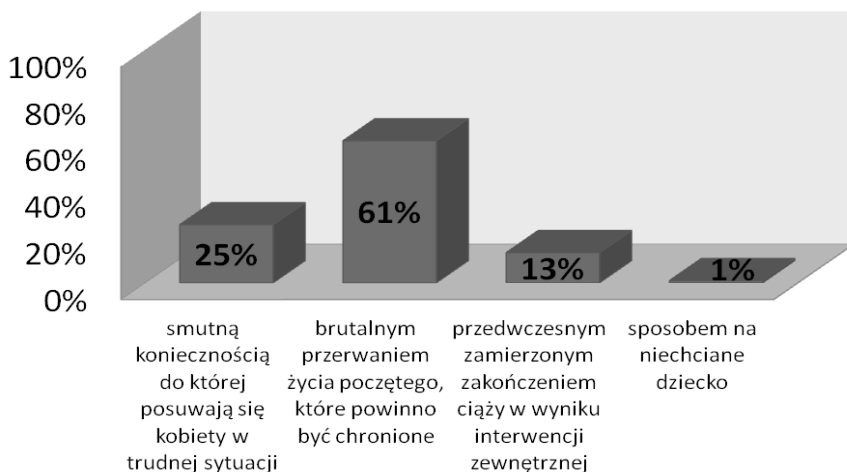
Material i metoda

Badania wykonano na podstawie ankiet przeprowadzonych w miesiącu październiku 2011 r. W ankiecie wzięło udział 100 osób, studentów Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu. Ankieta składała się z 13 pytań, w tym pięć z nich było pytaniami wielokrotnego wyboru, pozostałe osiem – jednokrotnego. Trzy pierwsze pytania stanowiły tzw. metryczkę i pozwoliły ustalić procentowy udział respondentów pod względem płci, przedziału wiekowego i miejsca zamieszkania. Kolejne pytania badały stosunek do aborcji oraz nowo poczętego życia i świadomość w zakresie skutków, jakie niesie ze sobą.

Wśród ankietowanych najliczniejszą grupę stanowiły kobiety 94% (94), a jedynie 6% (6) badanych to mężczyźni. 49% badanych to mieszkańcy miasta, a 51% ankietowanych mieszka na wsi. 58% ankietowanych było w wieku do 20 lat, 29% mieściło się w przedziale od 21 do 25 lat, a 11% – powyżej 25 lat.

Wyniki

Na pytanie: „Czym jest dla Pani/a aborcja?”, najwięcej ankietowanych, bo aż 61%, odpowiedziało, że brutalnym przerwaniem życia poczętego, które powinno być chronione. 25% ankietowanych twierdziło, że smutną koniecznością, do której posuwają się kobiety w trudnej sytuacji, 13% odpowiedziało, że przedwczesnym zamierzonym zakończeniem ciąży w wyniku interwencji zewnętrznej, a 1% ankietowanych odpowiedziało, że sposobem na niechciane dziecko (ryc. 1).



Rycina 1. Opinia ankietowanych na temat aborcji

Kolejnym pytaniem, na jakie odpowiadali respondenci było: „Czy według Pani/a każde poczęte istnienie ludzkie ma prawo żyć?”. Aż 80% ankietowanych odpowiedziało, że tak, bo życie jest największą wartością, 19% respondentów, że nie każde, gdyż rodzice mają prawo decydować, czy chcą, aby rodziło im się dziecko genetycznie obciążone chorobami i niepełnosprawnością, a 1% ankietowanych ma inną opinię na ten temat.

Na pytanie, dlaczego przerywanie ciąży ankietowani uważają za niedopuszczalne, 56% odpowiedziało, że życie jest dla nich cudem w każdej postaci, 43% – ponieważ aborcja jest niebezpieczna dla zdrowia matek i wywołuje ujemne skutki w psychice rodziców, 38% – ponieważ kocha dzieci i chciałoby je chronić, 37% uważa, że człowiek nie powinien ingerować tak drastycznie w prawa natury, a 35% nie dopuszcza przerywania ciąży z powodu wiary i stanowiska Kościoła.

Na pytanie, w jakich okolicznościach prawne rozwiązania dotyczące aborcji powinny dopuszczać ją w szczególnych wypadkach, 55% ankietowanych odpowiedziało, że wówczas, gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia i zdrowia matki, 46% uważa, że gdy ciąża jest wynikiem przemocy, 32% – gdy badania wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia dziecka, a 28% nie ma zdania na ten temat.

Aż 78% ankietowanych uważa, że nowo poczęte życie jest istotą ludzką od samego początku, 20%, że jest zarodkiem życia, które dopiero przekształci się w istotę ludzką, a 2% nie ma zdania na ten temat.

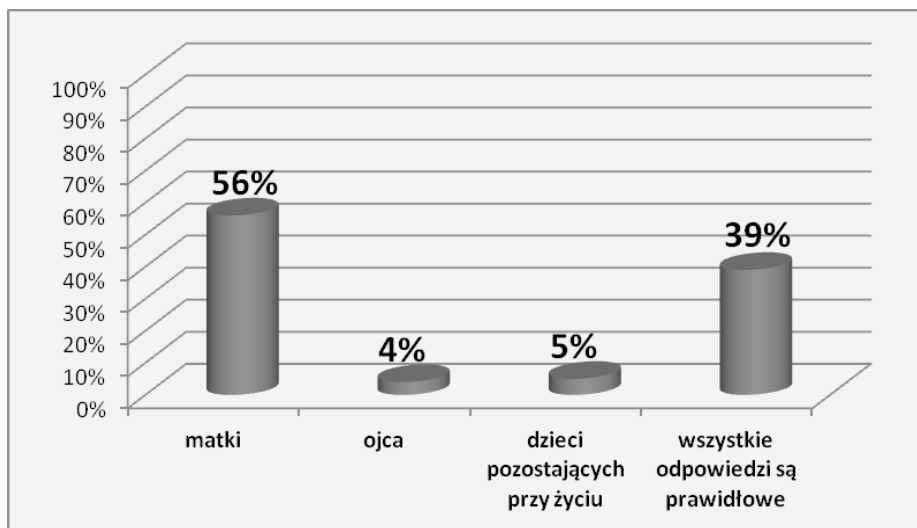
Według 73% respondentów człowiek posiada godność już od chwili poczęcia, 17% ankietowanych, że od urodzenia, 8% uważa, że od 3. tygodnia ciąży, gdy zaczyna mu bić serce, a 2% uważa, że poczęte dziecko musi sobie zasłużyć na godność.

Na kolejne pytanie 51% ankietowanych odpowiedziało, że każda kobieta powinna chronić życie, które jest w jej łonie, 47% ankietowanych odpowiedziało, że powinna stosować antykoncepcję, jeśli nie chce mieć dziecka oraz że powinna urodzić nawet wtedy, jeżeli nie chce lub nie może mieć dziecka, aby oddać je do adopcji, gdyż wiele rodzin bezdzietnych marzy o dziecku. 32% ankietowanych uważa, że powinna dwa razy zastanowić się zanim zadecyduje o aborcji, 30% respondentów, że ma obowiązek przyjąć dziecko, które się już poczęło i wziąć za nie odpowiedzialność, a 10% uważa, że ma prawo decydować, czy przyjąć dziecko, które się poczęło.

Ankietowanych pytano także o czynniki, które mogą negatywnie wpływać na rozwój człowieka. 26% badanych uważa, że mają na to wpływ używki: alkohol, papierosy, narkotyki, 17% – nieodpowiedni styl życia, 12% – negatywne przeżycia matki, a 2% – środki antykoncepcyjne. Najwięcej, bo 74%, uważa, że wszystkie wymienione czynniki są szkodliwe.

Kolejne pytanie dotyczyło zespołu poaborcyjnego: 56% respondentów uważało, że dotyczy on przede wszystkim matki, 5% – dzieci pozostających przy życiu, 4% – ojca, a 39% – uważa, że dotyczy wszystkich wymienionych (ryc. 2).

W ostatnim pytaniu ankietowani wypowiadali się na temat odbywania zajęć z przygotowania do życia w rodzinie: 89% ankietowanych uczestniczyło w takich zajęciach, a 11% nie.



Rycina 2. Procentowy rozkład ankietowanych, którzy odpowiedzieli na pytanie, kogo dotyczy zespół poaborcyjny

Wnioski

1. Ponad połowa ankietowanych ma negatywny stosunek do aborcji, uważając, że jest ona brutalnym przerywaniem poczętego życia, które powinno być chronione.
2. 80% ankietowanych jest zdania, że poczęte istnienie ludzkie ma prawo żyć bez względu na to, czy jest ono obciążone wadą genetyczną, czy nie.
3. 78% ankietowanych sądzi, że nowo poczęte życie jest istotą ludzką od samego początku, natomiast 73% – iż posiada ono swą godność już w chwili poczęcia.
4. Połowa ankietowanych (51%) jest zdania, że kobieta powinna chronić poczęte dziecko.
5. Ankietowani doskonale znają czynniki, które szkodzą nienarodzonemu dziecku.
6. Ponad połowa (56%) ankietowanych jest świadoma, że zespół poaborcyjny dotyczy matek.
7. Prawie wszyscy ankietowani (89%) uczestniczyli w zajęciach przystosowania do życia w rodzinie.

Bibliografia

1. Barton-Smoczyńska I. *O dziecku, które odwróciło się na pięcie*. Łomianki 2006.
2. Kis J. *Aborcja*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1993.
3. Szymańska M. *Bioetyka początków życia*. Białystok: Akademia Medyczna; 2004.
4. Sternadel Z. *Ciążę niepożądaną i co dalej?* Warszawa: PZWL; 1979.
5. Chazan B, Simona W, red. *Aborcja. Przyczyny, następstwa, terapia*. Wrocław: Wydawnictwo Wektory; 2009.
6. Pilecka B. *Kryzys psychologiczny*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1998.
7. Zięba A. *Syndrom postaborcyjny*. [cyt.: 19.03.2012]. Dostępny na url <http://blog.pro-life.pl/opracowania/syndrom-postaborcyjny/>.

Adres do korespondencji:

mgr Ewa Radwańska

Instytut Pielęgniarstwa PMWSZ w Opolu

ul. Katowicka 68

45-060 Opole

Tel: 77 44-23-509

E-mail: eradwanska@onet.eu

Postawy studentów Instytutu Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu wobec eutanazji

Maria Gajda, Anna Klimczyk

Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu

*Liczyś się, ponieważ jesteś tym, kim jesteś.
Liczyś się do ostatniej chwili swojego życia.
Zrobimy wszystko co w naszej mocy,
nie tylko pomagając ci spokojnie umrzeć,
ale także żyć aż do śmierci.*

C. Sanders – twórczyni ruchu hospicyjnego

Wstęp

Życie ludzkie jest podstawowym i najcenniejszym dobrem człowieka i ma charakter fundamentalny wobec wszystkich pozostałych dóbr ziemskich. Obowiązujące dziś teorie pielęgniarstwa mają swe zakorzenienie w nurcie filozoficznym, jakim jest personalizm, co stanowi naukową podstawę działań pielęgniarki. Troska o życie drugiego człowieka od chwili poczęcia aż do naturalnej śmierci jest szczególnym rodzajem służby życiu i naczelną dewizą pielęgniarstwa. Ochrona życia to również przeciwstawianie się wszelkim przejawom jego dyskryminacji. Szacunek do życia ludzkiego wynika z godności człowieka [1].

Nieprzestrzeganie zasady moralnej szacunku do życia ludzkiego doprowadza do zabójstwa wroga, umierającego, niesprawnego, nieurodzonego. Nie wszyscy jednak przestrzegają podstawowych zasad etycznych, które są niezmiennie. I chociaż w różnych rejonach świata natrafia się na wyraźny opór, naciski proeutanazyjne ciągle się nasilają i podejmuje się próby prawnej ich legalizacji. Eutanazja jest dopuszczalna w Holandii i Belgii. Termin „eutanazja” wywodzi się z języka greckiego i dosłownie znaczy dobra śmierć: *eu* (dobrze), *thanatos* (śmierć). W starożytności eutanazja oznaczała łagodną, pozbawioną cierpienia śmierć. W dzisiejszym znaczeniu słowo „eutanazja” oznacza powodowane współczuciem zabójstwo człowieka, który cierpi z po-

wodu nieuleczalnej choroby [2]. Art. 30. Kodeksu Etyki Lekarskiej brzmi: „Lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Lekarz winien do końca łagodzić cierpienia chorego w stanach terminalnych i utrzymywać w miarę możliwości jakość kończącego się życia. Art. 31. Kodeksu Etyki Lekarskiej mówi, że: „lekarz pod żadnym pozorem nie może stosować eutanazji” [3]. Jan Paweł II w Encyklice „Evangelium Vitae” pisze, iż rezygnacja ze środków nadzwyczajnych i przesadnych nie jest równoznaczną z samobójstwem lub eutanazją; wyraża raczej akceptację ludzkiej kondycji w obliczu śmierci [4].

Podobne zapisy prawne dotyczą pracy pielęgniarek i położnych. Od 1996 r. obowiązuje nowy Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej. Każda absolwentka, pielęgniarka i położna uroczyście przysięga, iż będzie służyć życiu i zdrowiu każdego człowieka [1]. Od kilku lat w kształceniu pielęgniarek wprowadzono obowiązkowy przedmiot: opieka paliatywno-hospicyjna. Od 1998 r. w Polsce opieka paliatywna jest specjalnością pielęgniarek. Dobra opieka paliatywno-hospicyjna jest najskuteczniejszym sposobem zapobiegania eutanazji.

Cel pracy

Celem pracy było określenie postaw studentów Instytutu Pielęgniarstwa PMWSZ wobec eutanazji.

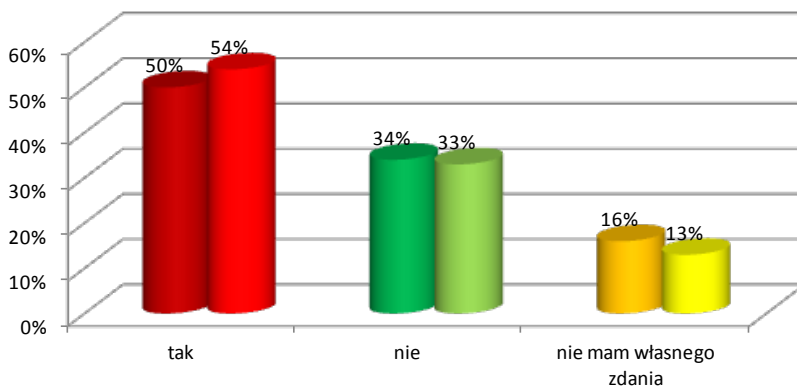
Material i metoda

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, do którego wykorzystano ankietę opracowaną dla potrzeb pracy. Kwestionariusz składał się z 8 pytań o charakterze zamkniętym i otwartym, na które studenci odpowiadali anonimowo. Badania przeprowadzono w miesiącach: październik–listopad 2011 r. i styczeń 2012 r. Grupę badawczą stanowiło 200 studentów PMWSZ w Opolu. Badania przeprowadzono w dwóch grupach studentów: I grupa – 100 studentów studiów stacjonarnych Instytutu Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu, w przedziale wiekowym 20–25 lat, II grupa – 100 studentów studiów niestacjonarnych pomostowych Instytutu Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu, pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących aktualnie w zawodzie, w przedziale wiekowym 25–55 lat.

Wyniki badań

Według artykułu 150. Kodeksu Karnego eutanazja oznacza zabicie człowieka na

jego żądanie i pod wpływem współczucia. Czyn taki jest zagrożony karą pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat. Z zapisem tym zgadza się 104 (52%) ankietowanych studentów: 50% z I grupy i 54% z II grupy badanych. Zapis ten nie pokrywa się z poglądami 67 osób (33%) niemal identycznie w obu grupach: I – 34% i II – 33%. Zbliżona jest także liczba studentów niemających własnego zdania w obu badanych grupach: w I – 16% i w II – 13%, co stanowi razem 15,5% ankietowanych (ryc. 1).



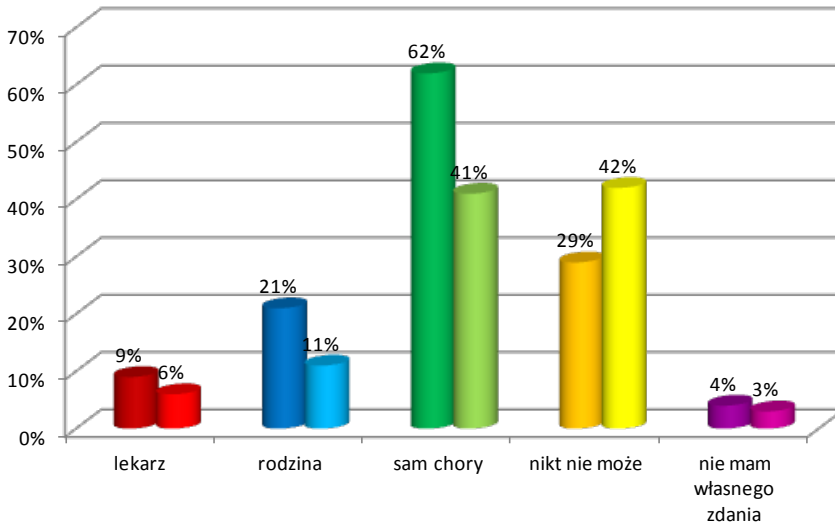
Rycina 1. Poglądy badanych wobec art. 150 Kodeksu Karnego dotyczącego eutanazji: Czy zgadza się Pan/i z zapisem Kodeksu Karnego?

Zdecydowaną postawę przeciwników eutanazji deklaruje 87 (43,5%) badanych studentów: 38% z I grupy i 49% z II grupy. Eutanazję popiera 17 osób (8,5%): 7% studentów studiów stacjonarnych i 10% pomostowych, a w niektórych sytuacjach, np. śmierć mózgu, wyczerpanie możliwości terapeutycznych, zaawansowana choroba nowotworowa: 75 osób (37,5%), w tym 44% z I i 31% z II grupy badanych. 20% ankietowanych: 11% z grupy I i 9% z grupy II nie określiło swojej postawy wobec eutanazji.

Wśród badanych studentów 103 osoby (51,5%) uważały, że o poddaniu się eutanazji może decydować sam chory. Pogląd taki wyraziło 62% badanych z I grupy i 41% z II grupy badanych studentów. 32 osoby (16%) uważały, że o poddaniu chorego eutanazji może decydować rodzina: 21% badanych z I grupy i 11% z II grupy. Zdaniem 15 osób (7,5%), w tym 9% z grupy I i 6% z grupy II, decyzję taką może podjąć lekarz, natomiast 71 osób (35,5%): 29% z I grupy i 42% z II grupy, uważało, że nikt nie może podejmować takiej decyzji. 7% respondentów z obu badanych grup nie ma własnego zdania (ryc. 2).

Zaniechanie uporczywej terapii wobec człowieka umierającego polega na rezygnacji z działań sztucznie podtrzymujących życie i stosowaniu nadzwyczajnych środków, co chroni chorego przed dodatkowym cierpieniem. Z tym zapisem Kodeksu Etyki Lekarskiej zgadza się 134 (67%) badanych studentów: 60% z I grupy

i 74% z II grupy, natomiast nie zgadza się 27 osób (13,5%), w tym 12% studentów stacjonarnych i 15% pomostowych. Jeszcze więcej, bo 39 osób (18%), 28% z I grupy i 11% z II grupy, nie ma zdania na ten temat.



Rycina 2. Kto może decydować o poddaniu chorego eutanazji? Kto Pani/a z daniem może decydować o poddaniu chorego eutanazji?

129 osób (64,5%) spośród badanych: 67% z grupy I i 62% z grupy II, uważa, że osoby starsze powinny być przez lekarzy traktowane tak samo jak młodszy i sprawniejsi pacjenci. Powinni się też leczyć, jeżeli jest szansa na życie niezależnie od wieku: uważa tak 101 (50,5%) respondentów – 62% studentów stacjonarnych i 39% pomostowych. Ale także 79 osób (39,5%) z badanych: 48% z I grupy i 31% z II grupy uważa, że osoby starsze mają prawo do bezpłatnej opieki medycznej. 49 ankietowanych studentów (24,5%) uważa, że nie ma nic złego w umieszczeniu ludzi starych, którymi nie może zająć się rodzina, w Domach Starości. Pogląd taki wyraziło 28% badanych z grupy I i 21% z grupy II, natomiast 12% ankietowanych uważa, że osoby starsze mają prawo prosić o eutanazję i same zdecydować o swojej śmierci.

Na pytanie, czy ktokolwiek ma prawo decydować o śmierci osoby niepełnosprawnej, zdecydowana większość respondentów 153 osoby (76,5%): 71% studentów stacjonarnych i 82% pomostowych, odpowiedziało, że nikt nie ma takiego prawa; 30 osób (15%) nie ma zdania na ten temat, w tym 18% z grupy I i 12% z grupy II, natomiast 17 studentów (8,5%): 11% z I grupy i 6% z II grupy badanych, jest zdania, że inne osoby mogą decydować o śmierci tych osób.

Studenci pytani o swoje zaangażowanie religijne w większości uważają je za zaangażowanie umiarkowane: 72 osoby (36%) – 38% z I grupy i 34% z II grupy

badanych. 64 osoby (32%) deklarują zaangażowanie religijne jako silne, w tym 24% z I grupy i 40% z grupy II, natomiast głębokie i bardzo silne deklaruje 25 osób (12,5%), w tym 16% badanych studentów stacjonarnych i 9% zaocznych. Swoje zaangażowanie religijne za słabe uważają 23 osoby (11,5%), prawie identycznie 11% i 12% w obu badanych grupach. 13 osób (6,5%) spośród badanych określa się jako niereligijnych (11% z I grupy i 2% z grupy II).

Jan Paweł II był wielkim obrońcą cywilizacji życia, a przeciwnikiem cywilizacji śmierci. Powiedział m.in.: „Każde życie, nawet najmniej znaczące dla ludzi, ma wieczną wartość przed oczami Boga”. Zdecydowana większość badanych studentów – 172 osoby (86%) – po 86% z obu grup – zgadza się z tym poglądem. 26 osób (13%) – 12% z I grupy i 14 z II grupy – nie ma zdania na ten temat i nie potrafi określić swojej postawy wobec zacytowanego poglądu, natomiast 2% studentów studiów stacjonarnych nie zgadza się z poglądem Jana Pawła II.

Dyskusja

Eutanazja jest pytaniem dzisiejszego człowieka o sens cierpienia i śmierci. Na te pytania nie może odpowiadać medycyna, bo są one pytaniami filozoficznymi i religijnymi. Eutanazję usprawiedliwia się nie tylko rzekomym współczuciem dla cierpiącego pacjenta, ale także utylitaryzmem, który życie ludzkie postrzega jako wartość, jeżeli jest ono użyteczne dla społeczeństwa. Człowiek stary, niepełnosprawny, nieuleczalnie chory, który nie potrafi pracować, jest ciężarem dla społeczeństwa, jest bezwartościowy. Prof. Viktor E. Frankl, światowej sławy austriacki filozof, neurolog i psychiatra, głosił, iż godność osoby człowieka nie zmniejsza się i pozostaje nienaruszona mimo utraty wartości użytkowej. Godność osoby stoi ponad wartością użytkową (materialną). Mylenie ludzkiej godności ze zwykłą przydatnością jest wynikiem nieprawidłowej interpretacji pojęć, której źródłem jest z kolei współczesny nihilizm wpajany wielu z nas w salach uniwersyteckich i na kozetkach psychoanalityków. Tego rodzaju indoktrynacja może się odbywać nawet podczas treningów terapeutycznych. Z nihilizmu wynika, że wszystko jest pozbawione sensu. Prof. V. Frankl, twórca logoterapii (przywracanie utraconego sensu życia lub jego odnajdywanie), przez trzy lata był więźniem niemieckich obozów koncentracyjnych. Powiedział, iż „sens życia można odnaleźć nawet w beznadziejnej sytuacji, której nie można zmienić, np. nieuleczalne choroby, nieoperacyjny nowotwór... Stajemy wtedy przed wyzwaniem: zmień samego siebie, zaakceptuj sytuację bez wyjścia. Przyjmując z odwagą wezwanie, jakim jest cierpienie, człowiek jest w stanie do ostatniej chwili dostrzegać w swoim życiu sens i zachowywać tę umiejętność aż do końca” [5].

Jan Paweł II powiedział m.in. „jesteśmy wezwani, aby kochać i szanować życie każdego człowieka oraz dążyć z odwagą do tego, by w naszej epoce, w której mnożą się zbyt liczne oznaki śmierci, zapanowała wreszcie nowa kultura życia, owoc kultury prawdy i miłości” [6]. R. Fenigsen, polski kardiolog pracujący w szpitalu holen-

derskim, powiedział: „Zwolennicy eutanazji utrzymują, że jej wyższość nad śmiercią naturalną polega na oszczędzeniu cierpień umierającemu, ale jeśli cierpienie jest naszym wrogiem, to należy zwalczać cierpienie, nie życie” [7]. Poglądy, że można lub nie zabić człowieka wynikają z naszego systemu wartości. Niepokojące jest to, że myślenie proeutanazyjne przejawiają także nasi studenci: Jan Paweł II mówił, że „Miarą cywilizacji – miarą uniwersalną, ponadczasową, obejmującą wszystkie kultury, jest jej stosunek do życia. Cywilizacja, która odrzuca bezbronnych, zasługuje na miano barbarzyńskiej. Dzisiaj świat stał się areną bitwy o życie. Trwa walka między cywilizacją życia a cywilizacją śmierci, trwa walka o prawdę o człowieku” [6]. Godność przejawia się w naszych wyborach i czy będziemy obrońcami cywilizacji życia czy śmierci decydujemy my sami.

Wnioski

1. Niepokojącym faktem jest, że 7% studentów studiów stacjonarnych i 10% studiów pomostowych popiera eutanazję, a 44% z pierwszej grupy badanych i 31% z drugiej grupy popiera ją w niektórych sytuacjach (cyt.: choroby nieuleczalne uniemożliwiające godne życie, wyczerpanie możliwości terapeutycznych, na życzenie cierpiącego itp.).
2. Występują pewne sprzeczności w wypowiedziach studentów, np. 86% studentów (tyle samo z I i II grupy badanych) identyfikuje się z poglądami Jana Pawła II dotyczącymi obrony każdego życia, a 62% studentów studiów stacjonarnych i 42% studiów pomostowych uważa, iż chory sam może decydować o swojej śmierci.
3. Ankietowani studenci w większości są za zaniechaniem uporczywej terapii wobec chorego u kresu życia, natomiast 28% z I grupy i 11% z II grupy nie ma swojego zdania na ten temat.
4. Studenci, którzy deklarują postawę religijną, nie przyjmują w całości obowiązującego dekalogu – „nie zabijaj”.
5. Większość ankietowanych studentów uważa, że osoby starsze mają takie samo prawo do opieki medycznej jak młodzi, jednak 12% z nich podaje, że mają też prawo prosić o eutanazję i sami zdecydować o własnej śmierci.

Bibliografia

1. Wrońska I. Mariański J. *Etyka w pracy pielęgniarki – podręcznik dla studentów pielęgnarskich studiów licencjackich*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2002: 166–167, 229.
2. Encyklopedia PWN.
3. Kodeks Etyki Lekarskiej art. 30 i 31.

4. Encyklika „*Evangelium vitae*” Ojca Świętego Jana Pawła II do biskupów, do kapłanów i diakonów, do zakonników i zakonnice, do katolików świeckich oraz do wszystkich ludzi dobrej woli o wartości i nienaruszalności życia ludzkiego. Kraków 1995, nr 65.
5. Frankl V. *Człowiek w poszukiwaniu sensu*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca; 2011: 169–171.
6. Teksty Karola Wojtyły, Jana Pawła II: *Narodziny i śmierć*. Warszawa: New Media Concept; 2008: 42
7. Fenigsen R. *Eutanazja śmierć z wyboru*. Poznań: Wydawnictwo w Drodze; 2002: 42–132.

Adres do korespondencji:

Mgr Maria Gajda

Instytut Pielęgniarstwa PMWSZ w Opolu

ul. Katowicka 68

45-060 Opole

Tel.: 77 44-23-509

E-mail: mariagaida@op.pl

Mgr Anna Klimczyk

Instytut Pielęgniarstwa PMWSZ w Opolu

ul. Katowicka 68

45-060 Opole

Tel.: 77 44-23-509

E-mail: annazaleszczuk-klimczyk@wp.pl

Wpływ przemocy w rodzinie na agresję dzieci i młodzieży. Przeciwdziałanie krzywdzeniu dziecka w rodzinie.

Ewa Tarnowska¹, Lucyna Sochocka², Mariola Wojtał²

¹ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Centrum” w Opolu

² Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu

Wstęp

Stosowanie przemocy wobec dziecka w szkole ma swoją historię. Dzieci były bite w szkołach średniowiecznych, jezuickich i innowierczych. Przed rokiem 1690 wszystkie traktaty dotyczące wychowania dzieci zalecały stosowanie surowych kar cielesnych jako jedyne go środka korygowania zachowań dziecka. Wszelkie przejawy nieposłuszeństwa dzieci traktowane były jako dowód zbyt rzadko stosowanej chłosty. Dopiero przełom XIX i XX wieku przyniósł zasadniczą zmianę w tym względzie, głoszone hasła pajdocentryzmu, dziecko znalazło się w centrum, wokół którego budowano systemy nauczania i wychowania [1].

Společne i kulturowe uwarunkowania przemocy

Dotychczasowe badania nad przemocą pozwalają wskazać, na co najmniej kilka jej uwarunkowań.

1. Bezkarność sprawców przemocy i przestępstw

Okolo 60% czynów przestępczych jest niewykrywalna. Sytuacja taka rodzi przekonanie, że przemoc, przestępstwo jest opłacalne, ryzyko poniesienia konsekwencji jest niewielkie. Prawodawstwo polskie, w opinii społecznej, jest niedoskonałe, chroni przestępcę, a nie ofiarę.

2. Obserwacja przemocy w życiu społeczno-politycznym

Prawie wszystkie dziedziny życia społeczno-politycznego zalewa przemoc. Dysponowanie bezwzględna siłą pozwala na osiągnięcie korzyści, uzyskane tą drogą dobra wywołują nadużycie zaufania społecznego. Ujawnienie przestępczości finansowej i gospodarczej jest niezmiernie trudne, a ludzie dokonujący tych przestępstw nie mają poczucia winy, ponieważ ich zdaniem prawo, które łamią, jest złe.

3. Obserwacja przemocy w najbliższym otoczeniu

W ostatnich latach prawie każdy z nas doznał różnych form przemocy. Na co

dzień obserwujemy przypadki czynów agresywnych, napadów z bronią, bójek ulicznych, gwałtów. Obserwacja i doznawanie przemocy niejednokrotnie rodzi przemoc.

4. Informacje o przemocy w środkach masowego przekazu

Telewizja bombarduje nas nieustannie obrazami przemocy z całego świata. Audycje ukazujące agresję wpływają na kształtowanie poczucia zagrożenia i zasięg stosowania przemocy. Dzieci oglądające agresywne audycje nie są w stanie poprawnie ich ocenić, wyciągnąć właściwych wniosków, odróżnić prawdy od fikcji. Uczą się, że właśnie tak agresywnie należy postępować.

5. Spostrzeganie rozchwiania ładu społecznego

Normy prawne, obyczajowe, moralne i zwyczajowe w rzeczywistości zawodzą. Wielu ludzi zadaje sobie pytanie: czym należy kierować się w życiu? Dzieci niejednokrotnie widzą, że osoby dorosłe, co innego mówią, a zupełnie inaczej postępują.

6. Młodzież pozostawiona samym sobie

Brak opieki, niestabilność emocjonalna, zaburzone kontakty w rodzinie, niezaspokajanie potrzeb niższego rzędu skłaniają młodych ludzi do ich zaspokajania poza rodziną. Patologiczna rodzina nie wspiera dziecka, a właśnie wsparcia, akceptacji, życzliwości oczekuje ono od niej. Chłód emocjonalny i błędy wychowawcze sprawiają, że dzieci wyrastają na agresywnych ludzi, pozbawionych norm i wartości społecznych.

7. Niewłaściwe postawy rodzicielskie

Postawa odrzucająca, unikająca, zbyt wymagająca, nadmiernie chroniąca wywołuje u dziecka poczucie odrzucenia. Niewłaściwe postawy rodzicielskie wywołują u dziecka frustrację, a ta nieuchronnie wiedzie do agresji. Stosowanie przez rodziców kar fizycznych wytwarza u dziecka przekonanie, że jeśli ktoś jest dla niego ważny, to może ono w stosunku do tej osoby użyć przemocy. Często taki agresywny model postępowania przenoszony jest na inne obszary życia młodego człowieka.

8. Rozproszenie odpowiedzialności, jednomyślność opinii większości

Ofiara przemocy ma większe szanse na uzyskanie pomocy, gdy widzi ją jedna osoba, niż wtedy, gdy widzi ją tłum. W tłumie każdy uznaje, iż odpowiedzialność za los ofiary spada na kogoś innego. Często zgadzamy się na przemoc, gdy oczekuje tego od nas otoczenie, a odrzucenie przez to otoczenie jest dla nas bolesne. Ofiara przemocy często milczy przez wiele lat, gdyż wstydy się swojej sytuacji, boi się odrzucenia społecznego, nie wierzy, że ktoś może jej pomóc [2].

Przyczynami zaburzonych relacji dziecka w szkole w kontaktach z innymi kolegami mogą być: niewłaściwy ubiór, zaniedbanie w rodzinie, zamknięcie w sobie, zarozumiałość, lekceważenie innych. Często obserwuje się agresję innych uczniów skierowaną na dziecko wyróżniające się w inny sposób: jękające się, niedowidzące, mające drobną budowę ciała, biednie lub zbyt dobrze ubrane, otrzymujące bardzo dobre lub bardzo złe oceny. Psychologowie odkryli, że wszelka odmienność budzi w nas opór, obawy, niechęć. To, czy dziecko stanie się ofiarą przemocy, zależy w dużej mierze od przyzwolenia społecznego do prześladowań i stopnia bezsilności samej ofiary [3].

W okresie dorastania pojawia się tendencja do demonstrowania dorosłości: palenie papierosów, doświadczenia seksualne, picie alkoholu, przyjmowanie narkotyków. Uczniowie, którzy nie chcą poddać się presji, są przezywani, szykanowani,

zmuszani do palenia papierosów i picia alkoholu.

Przyczyny brutalnych zachowań tkwią również wewnątrz szkoły: zbyt duża liczba dzieci w klasach, przewaga funkcji dydaktycznej nad wychowawczą, słaby kontakt nauczyciela z uczniami, przeładowany program nauczania, niezadawalający stan wiedzy nauczycieli w zakresie współczesnych zagrożeń, brak reakcji na objawy przemocy.

Wielu badaczy uważa, że przyczyn przemocy w szkole należy szukać poza nią. Przemoc nie wywodzi się ze szkoły, a raczej jej dosięga. Przyczyn tendencji młodych do stosowania przemocy jest wiele. Nastąpiła zmiana w relacji rodzic–dziecko: rodzice stali się dla dziecka kumplami dążącymi do obdarowania swych dzieci prawami typowymi dla dorosłych. Rodzice pozwalają dzieciom szybciej dorosnąć, mimo że psychika dziecka jest w fazie wielkiej strukturyzacji. Ciągła pogoń rodziców za środkami utrzymania ogranicza kontakty rodziców z dziećmi [4].

Skutki przemocy doznawanej przez dzieci

Konsekwencjami przemocy fizycznej są: uszkodzenie skóry, obrażenia narządów wewnętrznych, mnogie złamania stwierdzone w obrazie rentgenowskim, zgon jako rezultat pobicia. Obok wymienionych objawów somatycznych specyficznych wyróżnia się objawy somatyczne niespecyficzne: nietrzymanie moczu i kału, drżenie, wymioty, uporczywe bóle i zawroty głowy, bóle żołądka, potliwość, brak reakcji na ból. Bezpośrednimi konsekwencjami przemocy fizycznej są zaburzenia psychiczne i behawioralne: brak lub zachwianie potrzeby bezpieczeństwa, brak przynależności uczuciowej do najbliższych osób, obniżona samoocena, brak akceptacji siebie, poczucie bezsensu, trudności w nawiązywaniu kontaktów z otoczeniem, poczucie krzywdy i winy, depresja, lęki, bierność, zaburzenia pamięci i uwagi, trudności w kontrolowaniu emocji, lękliwość, ucieczka w świat fantazji, zachowania agresywne lub autodestrukcyjne [5].

W przypadku przemocy emocjonalnej dochodzi do takich zaburzeń somatycznych, jak: biegunka, wymioty, uporczywe bóle głowy, zaburzenia oddawania moczu i kału, bóle żołądka. Konsekwencją doznawanej emocjonalnej przemocy są również zaburzenia poznawcze, emocjonalne, behawioralne, takie jak: trudności w kontrolowaniu emocji, zaburzenia koncentracji uwagi, stany depresyjne, myśli samobójcze, próby samobójcze, poczucie bezsensu, nerwice, zachowania agresywne, ucieczki z domu, uzależnienie od alkoholu i narkotyków.

W zachowaniu dziecka doznającego seksualnej przemocy można zaobserwować takie objawy, jak: niezdolność do koncentracji uwagi, napady gniewu, lęki, zaburzenia snu i łaknienia, zamknięcie w sobie, poczucie winy, obniżenie nastroju, depresje, wycofanie się z kontaktów z rówieśnikami, próby samobójcze.

Zaniedbywanie polega głównie na niezaspokajaniu potrzeb dziecka. Skutki zaniedbania można zauważyć już we wczesnym okresie życia dziecka. Dziecko – ofiara zaniedbania wykazuje słabe zdolności motoryczne, opóźniony rozwój mowy, postępujący brak uwagi, pasywność w zachowaniu. W szkole można zauważyć, że uspołecznienie dzieci zaniedbanych jest mniejsze. Opóźniony rozwój mowy pro-

wadzi do słabej komunikacji z innymi, a tym samym do ograniczania kontaktów z rówieśnikami i przebywania w grupie dzieci podobnych do siebie. Dzieci, ofiary przemocy, doświadczają przejmującego poczucia wstydu, inności i krzywdy, co w konsekwencji doprowadza do obniżenia ich samooceny i braku akceptacji własnej osoby. Dzieci starsze często podejmują próby wczesnego usamodzielnienia się, co wiąże się z ucieczkami z domu, aktywnym życiem seksualnym czy kontaktami z grupami przestępczymi [6].

Przemoc wobec dziecka ma swoje konsekwencje w życiu dorosłym. Ludzie, którzy doświadczyli przemocy, mają negatywne oczekiwania w stosunku do innych ludzi, są nieufni, uciekają w świat narkomanii, alkoholizmu, przestępczości. Często występują u nich: lęki, zespoły depresyjne, psychozy, labilność emocjonalna, stosowanie przemocy wobec własnych dzieci i swoich najbliższych [2].

Przemoc w rodzinie jako źródło zachowań agresywnych dzieci i młodzieży

Podłoża zachowań agresywnych wśród dzieci i młodzieży należy szukać w występowaniu przemocy w rodzinie. Człowiek przyswaja sobie reakcje agresywne przez:

- uwarunkowanie sprawcze, czyli uczenie się przez wzmocnienia i kary,
- modelowanie, czyli uczenie się przez obserwowanie osób (w tym przypadku rodziców – modeli) stosujących różne formy przemocy.

Przez obserwację rodziców lub innych dorosłych dzieci przyswajają sobie różne formy agresywnych reakcji, a następnie powielają zachowania wyniesione z domu rodzinnego. Obserwacja przemocy przyczynia się do emocjonalnego poruszenia dziecka i sprawia, że dziecko samo zaczyna odczuwać złość. Przyswojone w ten sposób negatywne zachowania stają się dominującym stylem zachowania dziecka, później młodzieńca, a następnie są kontynuowane i wzmacniane w życiu dorosłym. Przemoc jest zachowaniem wyuczonym przez obserwację, naśladowanie, a także bezpośrednie doświadczenie zachowań agresywnych w rodzinie. Dziecko może wybrać sobie sposób zachowania w danej sytuacji spośród takich, jakie widziało w środowisku rodzinnym, niejednokrotnie wybierając wzorce negatywne [7].

Z badań przeprowadzonych przez A. Kwitok wśród młodzieży przebywającej w Młodzieżowych Ośrodkach Wychowawczych [8] wynika, iż głównym źródłem przemocy wobec młodych ludzi jest dom rodzinny – aż 88,15% młodzieży doświadczyło przemocy w rodzinie. W środowisku rodzinnym badana młodzież najczęściej doświadczała przemocy fizycznej – 77,64%; zaniedbywania emocjonalnego (nieokazywanie uczuć, unikanie kontaktów) – 69,74%; przemocy psychicznej (ośmieszanie, wyszydzanie, upokarzanie) – 67,10%; ograniczania lub zabraniającego kontaktu z rówieśnikami – 55,26%; straszenia, szantażowania – 43,42% oraz zaniedbania fizycznego (pozostawienie bez pożywienia) – 53,95%. Istnieje związek między agresywnością młodzieży a doświadczaniem przez nią przemocy fizycznej, psychicznej, zaniedbywania emocjonalnego oraz fizycznego w środowisku rodzinnym. Aż 77,64% badanej młodzieży doświadczającej przemocy fizycznej w środowisku ro-

dzinnym przejawiało agresję fizyczną wobec swoich kolegów. Wśród 86,84% badanych dominowała gotowość stosowania przemocy według dewizy: „oko za oko, ząb za ząb”. 67,10% młodzieży, która była ośmieszana, upokarzana przez rodziców, stosowało agresję werbalną, taką jak: dokuczanie, przezywanie, wyśmiewanie oraz groźby. 69,74% badanych doznających zaniedbania emocjonalnego w rodzinie przejawiało skłonność do organizowania się w paczki, gangi i do kłamstwa, natomiast 55,26% badanej młodzieży doświadczającej zaniedbania fizycznego w domu rodzinnym miało tendencję do dokonywania kradzieży i wymuszania pieniędzy wśród kolegów [8].

Przemoc ma charakter nadużycia relacji rodzic-dziecko i pokazuje dziecku, że bliskość nie daje poczucia bezpieczeństwa, lecz poczucie zagrożenia. Interakcja, której doświadczało w takiej rodzinie, przekazała mu wzór relacji, której się wyuczyło, a która jest zagrażająca. Doświadczanie przemocy uczy także, że w kontaktach z ludźmi można pełnić tylko dwie role: sprawcy albo ofiary. Sprawca jest silny, zagrażający i w percepcji dziecka nie jest krzywdzony. Ofiara jest słaba, poniżana, bezsilna i to ona doznaje przykrych emocji. Dzieci nie umieją relacjonować swoich doświadczeń, nie potrafią wskazywać doświadczeń urazowych jako tych, które wpłynęły na zmianę ich zachowania. Natrętne myśli i wspomnienia dotyczące sytuacji przemocy w rodzinie dzieci często odwzorowują w zabawie. Powtarzanie przemocy to odwzorowanie relacji sprawcy i ofiary. Dzieci często „pokazują” w relacji z innymi dziećmi czego doświadczały, a wtedy właśnie dorośli, nie rozumiejąc stanu dziecka, wyznaczają im kary za stosowanie przemocy wobec innych [9].

Rozpoznawanie i przeciwdziałanie krzywdzeniu dziecka w rodzinie

Dzieci wychowujące się w rodzinach dotkniętych przemocą, problemem alkoholowym lub innymi formami patologii doświadczają krzywdy. Miejscami, w których w sposób szczególny ujawniają się przejawy krzywdzenia dziecka, są przedszkola i szkoły. Pracownicy placówek oświatowych mają bezpośredni kontakt z dziećmi i ich rodzicami; są pierwszymi obserwatorami stanu podopiecznych, a w rozmowie mogą uzyskać informacje świadczące wprost o krzywdzeniu dziecka. Zdarza się, że dziecko zwierza się nauczycielce, pedagogowi szkolnemu lub innej osobie i opowiada o tym, że w domu dochodzi do awantur, że jest bite czy upokarzane. Niekiedy źródłem podobnych informacji jest matka, która decyduje się pokonać strach, wstyd i ujawnia problem przemocy w rodzinie [10].

Czasem pierwszą osobą, która może zaobserwować u dziecka objawy sugerujące jego krzywdzenie, jest pielęgniarka pracująca w szkole. To ona najczęściej udziela pomocy dziecku – ofierze przemocy fizycznej; do niej mogą zwracać się uczniowie z dolegliwościami mogącymi sugerować, że dziecko doznało przemocy. Lekarz pediatra i pielęgniarka kontaktujący się z dzieckiem powinni być nastawieni na wykrywanie objawów, na podstawie których można podejrzewać krzywdzenie dziecka. Zespół dziecka krzywdzonego często nie jest rozpoznawany, ponieważ osoby pracujące z dzieckiem nie są przygotowane do jego rozpoznawania. Bardzo często urazy,

jakich doznało dziecko w wyniku maltretowania, klasyfikowane są w odniesieniu do dominującego charakteru urazu, a nie – jako całość zjawiska maltretowania [11]. Postępowanie pielęgniarki powinno być zindywidualizowane, bardzo ważna jest odpowiednia dokumentacja, która umożliwi wstępną identyfikację dziecka krzywdzonego i postawienie diagnozy. Podejrzenia krzywdzenia dziecka należy uwiarygodnić na podstawie rozmowy z dzieckiem, rodzicami, wychowawcą klasy, innymi uczniami. W każdym przypadku niezbędny jest takt i ostrożność; należy pamiętać, aby nie wysuwać zbyt pochopnych wniosków, jednak najważniejszym celem tych działań powinno stać się chronienie dziecka przed dalszymi aktami przemocy. Pielęgniarka powinna posiadać wiedzę w zakresie problemów nie tylko klinicznych, ale także etycznych i prawnych, aby móc zaplanować opiekę nad takimi uczniami.

Dziecko sygnalizuje nam, że jest krzywdzone przez [10]:

- swoje wypowiedzi,
- wygląd lub zachowanie,
- problemy medyczne: obrażenia fizyczne i/lub choroby,
- zaburzenia emocjonalne lub zaburzenia zachowania.

Wypowiedzi dziecka

Aby prawidłowo odczytać wypowiedzi dziecka, potrzeba wiele wrażliwości, uwagi i empatii ze strony dorosłego. Nasze zainteresowanie powinny wzbudzić następujące wypowiedzi – sygnały przekazywane przez dziecko krzywdzone:

- dziecko mówi nam, że ma jakąś tajemnicę,
- chciałoby nam o czymś ważnym powiedzieć, ale waha się,
- obawia się wracać do domu, lubi przebywać poza domem,
- nie lubi przebywać w jakimś miejscu,
- nie lubi jakiejś osoby.

Wygląd dziecka

Zaniedbywanie oraz krzywdzenie fizyczne dziecka odbija się bardzo często na jego wyglądzie. Powinniśmy zwrócić uwagę na nieodpowiednie ubranie, brak higieny, niedożywienie, sińce pod oczami, zasypianie dziecka na lekcji.

Problemy medyczne (choroby, obrażenia fizyczne)

Niepokojącym sygnałem mogą być częste absencje dziecka w szkole spowodowane chorobą, zwłaszcza jeśli przynosi ono do szkoły usprawiedliwienia podpisywane przez rodziców, a nie przez lekarza. Powinno też zwrócić naszą uwagę, jeżeli dziecko często mdleje, skarży się na bóle brzucha, bóle głowy lub wiemy, że choruje na jedną z chorób psychosomatycznych. Niepokojące jest również, jeśli doznaje różnych urazów, zwłaszcza w krótkich odstępach czasu.

Zaburzenia zachowania i zaburzenia emocjonalne

Skutki krzywdzenia dziecka w rodzinie często ujawniają się w jego relacjach z otoczeniem – w szkole i grupie rówieśniczej – przyjmując formę zaburzeń zachowania i emocji. Zaburzenia te mogą być skutkiem wszystkich rodzajów krzywdzenia dziecka. Należą do nich: lęki, fobie, zaburzenia snu, depresja, tiki, jąkanie, mocze-

nie nocne, zanieczyszczanie się kałem i moczem, nadpobudliwość psychoruchowa, wycofanie z kontaktów społecznych, zahamowanie, wagarowanie, ucieczki z domu, sięganie po substancje psychoaktywne, alkohol, narkotyki, zachowania autodestrukcyjne (samookaleczenia, próby samobójcze), zaburzenia jedzenia (anoreksja, bulimia), zachowania agresywne, zachowania antysocjalne, wchodzenie w kolizję z prawem. Nasz niepokój powinna budzić nieadekwatnie niska samoocena dziecka. Niektóre dzieci próbują radzić sobie z niskim poczuciem własnej wartości przez perfekcjonizm i kompulsywne dążenie do osiągania sukcesów, co może się przejawiać w nadmiernej rywalizacji lub w nieadekwatnych reakcjach emocjonalnych w sytuacji doznania porażki. Dziecko może wówczas zareagować agresją.

Zaburzone zachowania dziecka to następujące zachowania:

- nieadekwatne do sytuacji – reakcja agresji na naszą życzliwość,
- sztywne – dziecko wielokrotnie powtarza ten sam wzorzec zachowania, co sprzyja powstawaniu stereotypu społecznego i przypisaniu mu „etykietki” chuligana, prowokatora, nieśmiałego itp.,
- szkodliwe dla dziecka i innych osób – powoduje zniszczenia, zagrożenie, wycofanie się z relacji z innymi osobami.

W postępowaniu, które ma zatrzymać stosowanie przemocy wobec dziecka w rodzinie, wyróżniamy kilka etapów:

- 1) rozpoznanie sygnałów, które mogą wskazywać na krzywdzenie dziecka,
- 2) sprawdzanie sygnałów przez zbieranie dodatkowych informacji,
- 3) analiza zebranych informacji – diagnoza problemu krzywdzenia dziecka,
- 4) zaplanowanie i przeprowadzenie interwencji w przypadku potwierdzenia krzywdzenia dziecka.

W przypadku dostrzeżenia sygnałów przez szkołę lub przedszkole należy je zweryfikować zbierając informacje od pracowników placówki: wychowawcy i nauczycieli, pedagoga szkolnego, nauczyciela wychowania fizycznego, pielęgniarki szkolnej, higienistki. Analiza dokumentacji da informacje o nieobecnościach na zajęciach, uzyskanych ocenach i zachowaniu dziecka. Kolejnym krokiem może być nawiązanie kontaktu z pracownikami innych służb i instytucji zajmujących się danym dzieckiem i jego rodziną. W sprawach związanych z krzywdzeniem dziecka dyrektor szkoły najczęściej kontaktuje się z pracownikiem socjalnym, dzielnicowym i kuratorem sądowym, którzy w ramach swoich zadań zajmują się daną rodziną. Ponadto w potwierdzeniu naszych przypuszczeń o krzywdzeniu dziecka w rodzinie mogą pomóc rozmowy z rodzeństwem lub innymi członkami rodziny, sąsiadami, znajomymi, rówieśnikami. Po zebraniu wszystkich dostępnych informacji konieczna jest ich analiza w celu postawienia diagnozy problemu krzywdzenia dziecka i zaplanowania wsparcia. W rodzinie krzywdzącej dziecko działają silne mechanizmy zaprzeczania, co sprawia, że nie widzi ona problemu i odrzuca pomoc. Celem interwencji jest przełamanie mechanizmów obronnych, pokazanie rodzinie prawdy o jej sytuacji i stworzenie warunków do skorzystania ze specjalistycznej pomocy. Mając na uwadze ochronę i bezpieczeństwo dziecka, niezwykle ważne jest znalezienie rodzica lub bliskiego członka rodziny nie krzywdzącego dziecka i pozyskanie go do współ-

pracy jako „sojusznika” w celu powstrzymania sprawcy przemocy, objęcia siebie i dziecka ochroną i skorzystania z pomocy. W interwencji dążymy także do powstrzymania destrukcyjnych działań rodzica krzywdzącego i motywujemy do skorzystania z pomocy specjalistycznej na rzecz dobra i bezpieczeństwa dziecka. Jeżeli rodzice zadeklarują gotowość zmiany i/lub skorzystania z pomocy, można zawrzeć z nimi kontrakt, w którym konkretnie ustalimy, co zostanie zrobione, kto to robi i do kiedy. Należy umówić się na następne spotkanie w celu sprawdzenia realizacji kontraktu. Jeżeli rodzic nie przyjdzie na spotkanie i/lub nie wywiąże się z umowy, a sygnały o krzywdzeniu dziecka nadal się pojawiają, trzeba dążyć do rozwiązania problemów przez podjęcie działań prawnych polegających na zawiadomieniu policji i sądu rodzinnego. Jeżeli zamierzamy zgłosić sprawę do innej instytucji (sąd, policja, prokuratura itp.), warto poinformować o tym rodziców, bo tzw. działanie poza plecami może zniszczyć możliwość współpracy. Działania interwencyjne mają zmotywować rodzinę do skorzystania z różnych form specjalistycznej pomocy: prawnej, psychologicznej, medycznej, socjalnej. Ważnym działaniem jest objęcie dziecka pomocą na terenie szkoły w realizowaniu przez nie zadań szkolnych i budowaniu pozytywnych relacji z dorosłymi i rówieśnikami. Pomoc specjalistyczna – socjoterapia, psychoterapia pomoże dziecku odbudować prawidłowe relacje w kontaktach społecznych i skorygować zaburzone zachowania, będące skutkiem doznawanej przemocy [10, 12].

Program zapobiegania rozwojowi zespołu dziecka krzywdzonego zaproponowany przez Zespół Ekspertów Krajowego Zespołu Medycznego w dziedzinie Medycyny Szkolnej zaleca zapoznanie się z materiałami szkoleniowymi dotyczącymi objawów i form krzywdzenia dziecka, identyfikacji grup ryzyka, metod postępowania. Pielęgniarkom szkolnym i lekarzom pediatrom zaleca się udział w szkoleniach oraz współpracę z Ogólnopolskim Porozumieniem Osób, Organizacji i Instytucji dla Ochrony Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia”.

W zakresie ochrony dziecka przed przemocą i podejmowania działań w przypadku jej zaistnienia pielęgniarka szkolna zobowiązana jest do współpracy z lekarzem, pielęgniarką środowiskową, pedagogiem i psychologiem szkolnym, lokalnym ośrodkiem pomocy społecznej, terenowym oddziałem Komitetu Ochrony Praw Dziecka oraz innymi rządowymi i pozarządowymi organizacjami zajmującymi się pomocą ofiarom przemocy [13].

Podsumowanie

Szkoła to nie tylko budynek, to przede wszystkim społeczność pedagogów i uczniów, powinni oni tworzyć wspólnotę dającą gwarancję wszechstronnego rozwoju w atmosferze zaufania, poszanowania godności, życzliwości.

Aby dzieci były w szkole bezpieczne, muszą – nim rozpoczną naukę szkolną – doświadczyć miłości i akceptacji rodziców, bo to opiekunowie dziecka przekazują mu wiedzę o świecie, to oni mówią, co jest dobre, a co złe. Kształtują w dziecku zdolność do empatii, uwrażliwiają na dobro, uczą życia w godności oraz szacunku dla drugiego człowieka. Od rodziców również dzieci uczą się rozwiązywać trudne

sytuacje, rozładowywać napięcia, wyrażać emocje, zwłaszcza złość i gniew. Szkoła powinna wspierać rodziców w działaniach na rzecz rozwoju dziecka, jak również pomagać dziecku i rodzinie w stworzeniu bezpiecznego, przyjaznego i stymulującego rozwój środowiska.

Bibliografia

1. Mik C. *Wprowadzenie do Prawa Międzynarodowego praw człowieka*. W: *Szkoła Praw Człowieka. Teksty wykładów*. Warszawa: Helsińska Fundacja Praw Człowieka; 1996.
2. Kmiecik-Baran K. *Młodzież i przemoc. Mechanizmy socjologiczno-pedagogiczne*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne; 1999.
3. Kirwil L. *Agresja w szkole. Spojrzenie wieloaspektowe*. Warszawa: Wyższa Szkoła Pedagogiczna; 2004.
4. Sikorski W. Czy przemoc rodzi się w szkole? *Nowa Szkoła* 1998; 10: 6–8.
5. Pabiś M, Ślusarska B. Objawy krzywdzenia dzieci w opinii badanych pielęgniarek. *Pielęgniarstwo XXI Wieku* 2007; 18(1): 45–49.
6. Sochocka L, Trnka J, Wojtyłko A. *Aspekty pomocy medycznej udzielanej ofiarom przemocy*. W: Steciwko A, Wojtal M, Żurawicka D, red. *Pielęgnacyjne i kliniczne aspekty opieki nad chorymi. Wybrane zagadnienia*. T. 3. Wrocław: Wydawnictwo Continuo; 2010: 120–121.
7. Borzucka-Sitkiewicz K. *Środowiskowe uwarunkowania agresywnych zachowań młodzieży (jako wyznacznik oddziaływań profilaktycznych i interwencyjnych)*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego; 2010.
8. Kwitok A. *Przemoc w rodzinie jako źródło zachowań agresywnych młodzieży*. Katowice: Uniwersytet Śląski, Wydział Nauk społecznych 2007. Dostęp z dnia 23.05.2012 [http://www.sbc.org.pl/dlibra/docmetadata?id=11925&from=&dirids=1&ver_id=&lp=1&QI=] Śląska Biblioteka Cyfrowa.
9. Fenik K. *Sytuacja psychologiczna i emocjonalna dziecka krzywdzonego. Konsekwencje przemocy doświadczanej w dzieciństwie*. W: Zmarzlik J, red. *Przemoc w rodzinie wobec dziecka. Procedury interwencyjne w szkole*. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji; 2011: 21–22.
10. Karasowska A, Rymaszewska G. *Rozpoznawanie krzywdzenia dziecka*. W: Zmarzlik J, red. *Przemoc w rodzinie wobec dziecka. Procedury interwencyjne w szkole*. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji; 2011: 24–35.
11. Neuman E. Obowiązek zgłaszania przemocy wobec dziecka. *Dziecko Krzywdzone Teoria, badania, praktyka* 2007; 4(19).
12. Karasowska A, Rymaszewska G. *Jak rozmawiać z dzieckiem i rodzicami o krzywdzeniu?* W: Zmarzlik J, red. *Przemoc w rodzinie wobec dziecka. Procedury interwencyjne w szkole*. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji; 2011: 51–53.
13. Woynarowska B. *Zdrowie i szkoła*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2000.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Lucyna Sochocka

Instytut Pielęgniarstwa PMWSZ w Opolu

ul. Katowicka 68, 45-060 Opole

Tel. 77 44 23 539; e-mail: l-sochocka@wp.pl

Wpływ zawału serca na styl życia i samopoczucie chorych

Marzanna Paciorek¹, Lucyna Sochocka²

¹ Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej Szpitala Specjalistycznego MSWiA w Głuchołazach

² Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu

*Jeśli nie jesteś gotów do zmiany swego życia,
nie możesz oczekiwać pomocy.*

Hipokrates

Wstęp

Choroby układu krążenia to najważniejszy problem zdrowotny współczesnego społeczeństwa.

Rozwój cywilizacji przyczynia się zdecydowanie do wzrostu liczby zachorowań na: chorobę niedokrwienną, chorobę nadciśnieniową, zaburzenia rytmu, choroby naczyń, miażdżycę, zawał serca, ostry zespół wieńcowy i wiele innych. Statystyki Szpitala MSWiA w Głuchołazach z ostatnich trzech lat są dowodem na to, że liczba chorych kardiologicznych, którym szpital świadczy usługi medyczne, wciąż wzrasta (2008 r. – 1164 chorych, 2009 r. – 1196 chorych, 2010 r. – 1209 chorych).

Problem jest tym poważniejszy, iż często dotyczy ludzi młodych i w sile wieku (40–60 lat), tzn. w okresie pełnej aktywności zawodowej. Choroba przyczynia się do obniżenia frekwencji w pracy, powoduje wzrost kosztów związanych z okresem choroby. Z punktu widzenia chorego jest to czas ograniczonej aktywności i okresowego wykluczenia z normalnego życia.

Zawał serca, a później przewlekły okres i wynikające z niego ograniczenia wpływają na jakość życia pacjentów. Chorzy odczuwają ogólne niezadowolenie, poczucie niższej wartości, wycofują się z aktywności zawodowej i społecznej.

Jeśli jakość życia rozumiemy jako uwarunkowaną stanem zdrowia zdolność chorego do funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego, to w sytuacji chorych z chorobami układu krążenia jest ona niska. Tylko holistyczne ujęcie chorego w procesie rehabilitacji jest szansą na zmianę sytuacji i poprawę jakości jego życia.

W zależności od postaci zawału, obszaru martwicy mięśnia sercowego, jego ogólnej kondycji, jak również od czasu, jakim dysponujemy, by wdrożyć właściwe leczenie, może mieć formę nieinwazyjną (farmakoterapię) lub inwazyjną (leczenie chirurgiczne). Nowoczesne metody leczenia pacjentów przyczyniają się do zmniejszenia śmiertelności w ostrej fazie zawału. Szczególną rolę przypisuje się procedurom inwazyjnym, które stały się standardem postępowania w OZW (ostrych zespołach wieńcowych). Pierwotna angioplastyka wieńcowa, przez szybką reokluzyję zamkniętej tętnicy wieńcowej, zmniejsza stopień martwicy mięśnia sercowego, a co jest z tym związane – zwiększa szanse pacjenta na to, że po zawale wróci do pełnej sprawności fizycznej [1].

Po pierwszej fazie – rozpoznaniu uszkodzenia organizmu, drugiej fazie – właściwym leczeniu, niezbędną jest trzecia faza – rehabilitacja medyczna. W odniesieniu do pacjentów po przebytych zawałach serca mówimy o kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej, na którą składają się:

- trening fizyczny,
- oddziaływania psychologiczne i socjologiczne,
- edukacja promująca zdrowie.

Zadaniem kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej jest umożliwienie choremu, niezależnie od jego przeszłości kardiologicznej i obecnego stanu zdrowia, odzyskania jak najwyższej sprawności psychofizycznej przez aktywację układu ruchowego, oddziaływanie na stan psychiczny, a także wyeliminowanie bądź zahamowanie rozwoju czynników ryzyka. Ważne jest, by rehabilitacja kardiologiczna była prowadzona w sposób długotrwały i systematyczny [2].

Cele rehabilitacji kardiologicznej:

- 1) przeciwdziałanie skutkom unieruchomienia,
- 2) zdobycie wiedzy o czynnikach ryzyka choroby niedokrwiennej serca i zasadach wtórnej prewencji,
- 3) poprawienie wydolności fizycznej i korekcja czynników ryzyka,
- 4) poprawienie stanu psychicznego,
- 5) ocenianie stopnia ryzyka wystąpienia powikłań,
- 6) nauczenie pacjenta dozwolonych mu form i intensywności wysiłku fizycznego w pracy zawodowej i w czasie wolnym [3].

Profesor Aleksandrowicz powiedział: „Życie po zawale nie kończy się, zmienia tylko swoją jakość z uwagi na pozytywne zmiany, których możemy w nim dokonać”. Mimo znacznego postępu w edukacji społecznej na temat chorób cywilizacyjnych i prozdrowotnego stylu życia (promocja zdrowia i profilaktyka), mity i fałszywe wyobrażenia związane z chorobami układu krążenia nadal towarzyszą wielu chorym i członkom ich rodzin (np. przebycie zawału serca często kojarzone jest z koniecznością rezygnacji z normalnego trybu życia i przyjęcia roli „inwalidy sercowego”) [4].

Cel pracy

Celem pracy była ocena stylu życia oraz samopoczucia pacjentów po przebytych zawałach serca. Problemem badawczym było uzyskanie odpowiedzi na pytanie: jaka jest satysfakcja z życia pacjentów po przebytych zawałach mięśnia sercowego, którzy pomyślnie przeszli rehabilitację w warunkach szpitalnych?

Problemami szczegółowymi w badaniu były:

- w jakim stopniu wykształcenie oraz charakter wykonywanej pracy mają wpływ na poczucie choroby i zdrowia po zawałach?
- jakie czynniki mają wpływ na poczucie bezpieczeństwa w chwili zagrożenia życia?
- jakie czynniki gwarantują pacjentom po zawałach powrót do stanu sprzed choroby?
- w jakich sferach życia, po zakończonym procesie rehabilitacji, pacjenci odczuwają poprawę?
- jaka jest świadomość pacjentów na temat zasad dalszego postępowania po zawałach oraz sposobów zapobiegania powikłaniom z nim związanym?

Materiał i metoda badań

W badaniach zastosowano kwestionariusz ankiety składający się z 30 pytań przygotowanych przez autorów na potrzeby pracy. Zebrane za pomocą tych pytań dane pozwoliły scharakteryzować badaną grupę, a także uzyskać informacje na temat ogólnej wiedzy badanych o przebytej chorobie, jak i stosunku do niej i samopoczucia po przebytej chorobie.

Badania przeprowadzono w okresie od stycznia do marca 2011 r. w Specjalistycznym Szpitalu MSWiA w Głuchołazach, który jest nowoczesną, działającą od 1987 r., 262-lóżkową placówką.

W badaniu wzięło udział 50 pacjentów z oddziału I i II Rehabilitacji Kardiologicznej. Każdy pacjent, który wyraził zgodę na udział w badaniu, został poinformowany o jego celu, anonimowości ankiety oraz sposobie jej wypełnienia.

Wyniki badań

Większość badanych stanowili mężczyźni – 34 osoby, co stanowiło 68% ogółu badanych; kobiety stanowiły 32% (16 osób).

Największa grupa ankietowanych w liczbie 18 była w wieku 50–59 lat, co stanowiło 36% badanych. Następną grupą było 13 pacjentów w wieku 60–69 lat, czyli 26% ankietowanych. Kolejną grupą to chorzy z przedziału wiekowego 40–49 lat

(7 osób – 14%). Niewiele mniej liczyła grupa 70–79-latków, która w badanej strukturze obejmowała 12%. Ostatnią grupą, najstarszą wiekowo, tworzyli pacjenci w wieku 80–89 lat (6 osób – 12% badanej populacji).

Większość badanych stanowili mieszkańcy miasta – 37 osób (74%), osoby mieszkające na wsi – 13 stanowiły 26% ankietowanych.

Największą grupę respondentów stanowiły osoby z wykształceniem zawodowym (40%), ankietowani z wykształceniem średnim to 36% badanych. Na kolejnym miejscu uplasowali się badani z wyższym wykształceniem – 14%. Najmniejszą grupę badanych stanowili ankietowani z wykształceniem podstawowym – 10%.

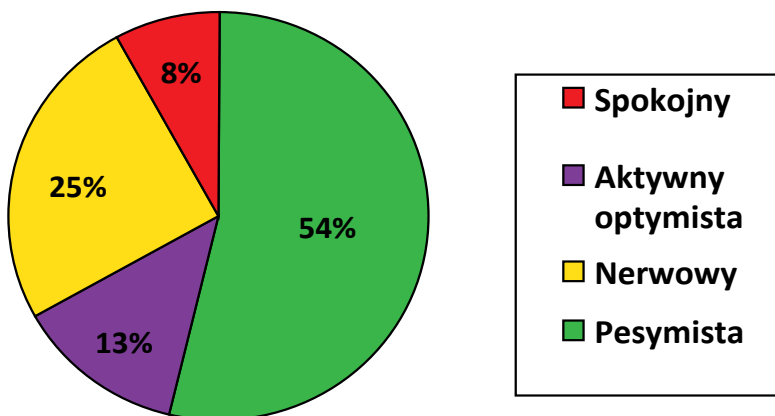
Kolejne pytania tej części ankiety dotyczyły statusu zawodowego, sytuacji rodzinnej oraz warunków materialnych respondentów.

Wśród ankietowanych największą grupę – 22 osoby, tj. 44% ankietowanych, stanowili ludzie aktywni zawodowo, a drugą identyczną w liczbie badanych stanowili emeryci.

Analizując dane dotyczące sytuacji rodzinnej, 84% ankietowanych pozostaje w związku małżeńskim (42 osoby). Pozostałe dwie grupy, stanowiące po 8% respondentów, to chorzy stanu wolnego i wdowcy.

Na pytanie o warunki materialne większość badanych (29 osób) określiła je jako dobre, co stanowi 58% w strukturze badanej grupy. 17 osób stwierdziło, że ich warunki materialne są wystarczające (34%), 3 pacjentów określiło swoje warunki materialne jako bardzo dobre (6%). Osób w bardzo trudnej sytuacji materialnej w badanej populacji nie stwierdzono.

Analiza następnych punktów ankiety dotyczyła usposobienia pacjentów (ryc. 1), sposobów relaksu, stosowania diety, aktualnego stanu zdrowia, walki z nałogiem palenia papierosów.



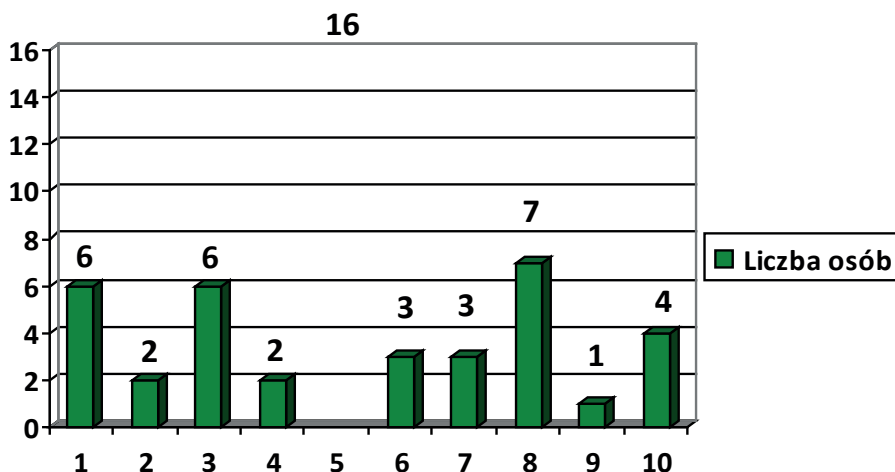
Rycina 1. Usposobienie pacjentów

Preferowaną formą relaksu ankietowanych pacjentów jest praca w ogródku – 35%, a tylko 9 osób, tj. 15% badanych, stwierdziła, iż najlepszą formą relaksu jest oglądanie telewizji. Z analizy danych pacjentów po przebytych incydencie sercowo-naczyniowym wynika, że 50% ankietowanych to osoby niepalące, 44% stanowią pacjenci, którzy po przebyciu choroby rzucili palenie papierosów. Tylko 6% ankietowanych to osoby palące.

Ankietowani pacjenci pytani o rodzaje schorzeń występujących u członków ich rodzin udzielili następujących odpowiedzi: najczęściej wymienianymi chorobami były schorzenia układu krążenia (72% odpowiedzi), choroby nowotworowe (26% odpowiedzi) oraz cukrzyca (12% odpowiedzi).

Kolejne pytanie w ankiecie dotyczyło określenia na ile, w 10-stopniowej skali, badani oceniają swój lęk przed wystąpieniem ponownego zawału mięśnia sercowego. Najwięcej, bo 16 osób (32%), swój lęk określa na 5 punktów. Poniżej granicy 5 punktów było 16 pacjentów, wśród których 6 nie obawia się wcale, 8 – trochę bardziej i 2 – zbliża się do punktu 5.

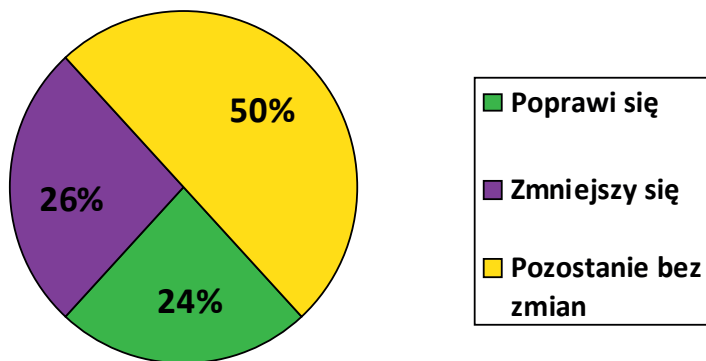
Za natężeniem lęku na poziomie powyżej 5 punktów opowiedziało się 18 ankietowanych: 6 pacjentów zaznaczyło swój lęk przed wystąpieniem zawału w przedziale 6–7, 8 badanych określa swoje obawy na poziomie 8–9; 4 respondentów podało najwyższy poziom lęku, tj. 10 (ryc. 2).



Rycina 2. Skala lęku przed wystąpieniem ponownego zawału

Ścisły związek z poprzednim pytaniem ma kolejne o występowanie objawów pochorobowych. Z uzyskanych danych wynika, że u 66% badanych nie występują żadne objawy pochorobowe; 24% respondentów odczuwa stały, nieuzasadniony niepokój. Skrajne reakcje na przebytą chorobę wskazało u siebie 10% ankietowanych, były to: fobie, lęki i napady nieuzasadnionej paniki.

Połowa badanych pacjentów (50%) uważa, że stan realizacji ich planów życiowych po powrocie do domu nie zmieni się; 1/4 ankietowanych twierdzi, że znacznie zmniejszy się ich możliwość realizacji planów życiowych. Grupa 24% respondentów to optymiści, którzy skłonni są twierdzić, że ich życie poprawi się (ryc. 3).



Rycina 3. Możliwość realizacji planów życiowych po powrocie do domu w ocenie respondentów

Wyniki wskazują również, że większość pacjentów (66%) jest w stanie funkcjonować samodzielnie po przebyciu zawale serca. 32% ankietowanych uważa, że może funkcjonować samodzielnie, ale z pewnymi ograniczeniami. Tylko 1 osoba stwierdziła, że nie jest w stanie żyć samodzielnie, co stanowi 2% ogółu badanych.

78% badanych stwierdziło, że ich życie towarzyskie nie zmieniło się w porównaniu ze stanem sprzed choroby. Dla 14% respondentów zmieniło się na gorsze, 4 osoby, tj. 8%, uważa, że poziom życia towarzyskiego wyraźnie się poprawił.

Wyniki wskazują, że ponad połowa ankietowanych (52%) deklaruje gotowość powrotu do pracy na starych zasadach, czyli w pełnym wymiarze godzin. 30% badanych osób nie wraca do pracy, a 18% ankietowanych chce wrócić do pracy, ale w niepełnym wymiarze.

Dla zdecydowanej większości badanych stała kontrola jest nie tylko konieczna (48%), ale i dająca poczucie bezpieczeństwa (46%). Tylko 6 osób spośród badanych (12%) uznało stałą kontrolę zdrowia za uciążliwą. Nikt jednak nie uznał, że jest ona niepotrzebna.

Kolejne pytanie ankiety brzmiało: czy odbycie turnusu rehabilitacyjnego po przebyciu zawale poprawiło Pani/Pana samopoczucie i kondycję fizyczną? Zestawienie wyników przedstawia tabela 1.

U 46% badanych pobyt na turnusie rehabilitacyjnym wiąże się z wymiernymi, pozytywnymi korzyściami dla poprawy samopoczucia i kondycji fizycznej, 46% również uważa, że poprawa samopoczucia nastąpiła, ale w niewielkim stopniu. Pozostałe 10% stwierdziło, że pobyt na turnusie rehabilitacyjnym nie zmienił ich samopoczucia, ani nie poprawił kondycji fizycznej.

Tabela 1. Wpływ pobytu na turnusie rehabilitacyjnym na samopoczucie i kondycję fizyczną

	Liczba osób	%
Tak	23	46
Tak, w pewnym stopniu	23	46
Nie	4	4
Razem	50	100

Na przydatność wiedzy zdobytej w szpitalu dla zapewnienia poczucia bezpieczeństwa wskazuje 90% badanych. Tylko 10% pacjentów stwierdziło, że uzyskana wiedza nie zapewnia im poczucia bezpieczeństwa.

Wnioski

Na poprawę samopoczucia pacjentów po zawale serca składają się następujące aspekty: powrót do aktywności fizycznej, zawodowej, towarzyskiej, rodzinnej, a także seksualnej. W pewnych przypadkach aktywność życiowa po zawale może być o wiele lepsza niż przed zawałem serca.

1. Przebycie zawału serca nie musi przekreślać dotychczasowych planów, wymaga jednak przemyślenia i modyfikacji sposobu ich realizacji.
2. Analiza wyników ankiety potwierdziła, że większość pacjentów pozytywnie ocenia swoje życie po zawale. Zdaje sobie sprawę ze swojego stanu zdrowia i wie, jaki styl życia należy prowadzić. Choroba nie zmieniła też ich planów życiowych po powrocie do domu ze szpitala. Deklarowali również powrót do pracy w pełnym wymiarze godzin twierdząc, że mogą funkcjonować samodzielnie. Ich życie towarzyskie w większości nie zmieniło się. Podobnie jest z aktywnością seksualną.
3. Pacjenci, mając do wyboru różne formy relaksu, wybierali te, które sprzyjają poprawie zdrowia.
4. Wyniki ankiety wykazały również, że blisko 80% badanych ocenia swoją wiedzę na temat choroby jako wysoką, a stałą kontrolę swojego stanu zdrowia uważa za konieczną, wręcz dającą poczucie bezpieczeństwa. Zdecydowana większość pacjentów zdaje sobie sprawę z obciążenia genetycznego, wiedząc, że w ich rodzinie wystąpiły choroby układu krążenia. Oprócz tego wiele z badanych osób jest przekonanych o skuteczności stosowania odpowiedniej diety.
5. Optymistyczne spojrzenie na świat pomaga w odpowiednim podejściu do życia po zawale mięśnia sercowego. Przyjazna i szybka reakcja otoczenia daje ankietowanym poczucie bezpieczeństwa.
6. Możliwość udziału w turnusie rehabilitacyjnym po przebytych zawale poprawiała nie tylko stan kondycji fizycznej, ale i samopoczucie w sferze psychicznej.

Wobec powyższego można stwierdzić, że sposób postępowania oraz sukces leczenia rehabilitacyjnego po przebytych zawałach jest ściśle związany z poziomem świadomości zdrowotnej chorych.

Najważniejszą rolę w profilaktyce nawrotów choroby odgrywa samodyscyplina pacjenta, trwała zmiana trybu życia, całkowite i bezwzględne wyeliminowanie czynników ryzyka mogących doprowadzić do kolejnego zawału, a także przeprowadzane okresowo badania kontrolne.

Podsumowanie

Choroby układu krążenia są wszechobecne i pewnie pozostaną jednymi z głównych problemów zdrowotnych społeczeństw na świecie. Dzieje się tak za przyczyną czynników ryzyka, jakie niesie ze sobą życie. Sytuacja ta wymusiła niejako dynamiczny postęp w farmakologii i metodach kardiologii inwazyjnej. Dzięki temu postępowi wzrosły znacznie szanse skutecznej terapii i zmniejszenia liczby zgonów z powodu chorób układu krążenia. Po właściwej terapii ratującej życie ogromne znaczenie ma jak najwcześniejsze wdrożenie rehabilitacji obejmującej sferę psychiczną, fizyczną i społeczną każdego chorego. Jest ona bowiem realną szansą na powrót do zdrowia i poprawę jakości życia. Swoje znaczenie ma również szeroko rozumiana edukacja promująca prozdrowotne formy zachowań, bo tylko takie postępowanie jest w stanie zahamować niekorzystne tendencje epidemiologiczne w kwestii chorób serca i układu krążenia.

Bibliografia

1. Chmielewski M, Janiszewski M, Wrzostek K, Mancarz A. *Ostre zespoły wieńcowe*. Warszawa: Wydawnictwo Medical Education; 2010: 7, 12, 36.
2. Szczeklik A. *Choroby wewnętrzne*. T. I. Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna; 2005: 160–162.
3. Bochenek A, Buszman P. *Kardiologia interwencyjna, zabiegi przezskórne pozawieńcowe*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2008: 200.
4. Szczeklik A, Tendera M. *Kardiologia*. T. II. Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna; 2010: 1061–1095.

Adres do korespondencji:

Marzanna Paciorek

ul. Grunwaldzka 44

48-200 Prudnik

Tel.: 607 814-124

E-mail: marzanna_paciorek@o2.pl

Metody terapii ran przewlekłych u chorych objętych opieką pielęgniarską w ramach praktyki indywidualnej

Ewa Wojton¹, Lucyna Sochocka²

¹ Indywidualna Praktyka Pielęgniarki POZ Kędzierzyn-Koźle

² Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu

Wstęp

Rany trudno gojące się stanowią jeden z największych problemów klinicznych nie tylko chorych leżących w szpitalu czy osób starszych przebywających w domach, hospicjach, ale także młodszych zgłaszających się po porady do ambulatorium. Obecnie za trudno gojące rany uważa się te, które nie zagoiły się w ciągu 8 tygodni i występują ubytki tkankowe. Leczenie trudno gojących się ran stanowi ogromny problem terapeutyczny i finansowy, ponieważ wymaga wdrożenia drogich opatrunków, a w niektórych przypadkach również stosowania dodatkowego sprzętu.

Rola pielęgniarki środowiskowej w leczeniu ran przewlekłych w warunkach domowych

Pielęgniarka rodzinna w obecnym systemie ochrony zdrowia w Polsce to pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej, która realizuje zadania z zakresu:

- promocji zdrowia,
- profilaktyki chorób,
- udzielania świadczeń pielęgnacyjnych, diagnostycznych, leczniczych oraz rehabilitacyjnych.

Obecnie pielęgniarstwo rodzinne ukierunkowane jest na promocję zdrowia i profilaktykę chorób oraz diagnozowanie problemów zdrowotnych i podejmowanie interwencji pielęgniarskich, a także realizację zabiegów leczniczych i terapeutycznych. Wzrasta liczba pacjentów po 65. roku życia, gdyż wiąże się to z wydłużeniem długości życia. W związku z tym stale rośnie zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarki rodzinnej. Pojawiają się często choroby, a wraz z nimi niesamodzielność i niezaradność. Częstym problemem są rany trudno gojące się: odleżyny, owrzodzenie pod-

udzi, stopa cukrzycowa i zakażenia ran pooperacyjnych. Opieka i prowadzenie ran spada na pielęgniarkę środowiskową. Tu bardzo ważna jest współpraca z lekarzem pierwszego kontaktu i specjalistą, np. chirurgiem, dermatologiem. W trosce o bezpieczeństwo pacjenta, gdzie leczenie ran odbywa się w warunkach domowych, pielęgniarka musi ciągle aktualizować swoją wiedzę, a także podnosić swoje kwalifikacje, korzystać z nowych technologii medycznych i znać produkty dostępne na rynku. Obecnie łatwiej prowadzi się leczenie ran, gdy ma się coraz to nowsze rozwiązania oraz metody dające satysfakcję nie tylko pacjentom, ale także pielęgniarkom, gdyż przy zastosowaniu nowoczesnych opatrunków efekty leczenia ran przewlekłych są szybkie. Zmiana opatrunków raz na kilka dni jest bezbolesna, co ma korzystny wpływ na samopoczucie pacjenta.

Postęp w dziedzinie leczenia ran jest ogromny. Jeżeli raz wypróbuje się nowoczesne opatrunki w pracy z pacjentem i przekona się rodzinę chorego o korzyściach płynących z zastosowania tego typu opatrunków, to leczenie będzie bardziej efektywne. Dobra pielęgniarka rodzinna to pielęgniarka pomocna w problemach, jakie niesie życie oraz skuteczna w działaniach. Duży wybór nowoczesnych opatrunków daje duże możliwości działania przez umiejętne wykorzystanie ich w leczeniu ran. Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej ma do spełnienia w swojej pracy bardzo ważną rolę nie tylko w udzielaniu świadczeń diagnostycznych i leczniczych, ale także w edukacji chorych i ich rodzin, ponieważ bez wiedzy i edukacji niemożliwe jest osiągnięcie zamierzonych celów.

Ocena rany

Wybór metody leczenia rany przewlekłej poprzedzony jest oceną rany pod względem wielkości, głębokości, stanu brzegów rany, rodzaju wysięku, objawów zakażenia oraz innych parametrów niezbędnych dla dobrania odpowiedniego leczenia i prognozowania szybkości gojenia [1]. W prowadzonej praktyce bardzo przydatny jest przedstawiony poniżej system oceny rany za pomocą metody kolorami.

Rany czarne – kolor czarny nadaje tym ranom sucha i twarda martwica, która zajmuje całą powierzchnię rany lub jej część. Rany te stanowią podłoże rozwoju bakterii, nie pozwalają na obkurczanie się i naskórkowanie [2]. Ranę należy nawilżać przez stosowanie opatrunków uwalniających do rany wodę i utrzymujących wilgotne środowisko sprzyjające gojeniu. W wielu przypadkach, aby oczyścić ranę i usunąć martwicę, potrzebna jest interwencja chirurgiczna [1].

Rany żółte – kolorem żółtym oznaczone są rany, w których w wyniku martwicy rozplątnej dochodzi do nagromadzenia się tkanek martwiczych [1]. Niewskazane jest wysuszenie tej warstwy, lecz utrzymanie wilgotnego środowiska, co pozwoli na łatwe i bezbolesne jej oddzielenie się. Tego typu rany wydzielają duże ilości wysięku i zagrożone są rozwojem infekcji [2].

Rany czerwone – tu następuje etap naprawy, czyli ziarninowania. Na tym etapie z istniejących naczyń włosowatych rozrastają się nowe naczynia wytwarzane przez

fibroblasty. Ziarnina ta jest bardzo delikatna, żywo-czerwona, dobrze unaczyniona, a przy urazie mocno krwawi [3]. Ważnym zadaniem jest utrzymanie wilgotnego środowiska, które zapewnia idealne warunki gojenia rany.



Fotografia 1. Rana czarna – martwica

Źródło: fotografia własna wykonana w dniu 23.03.2011 r.



Fotografia 2. Rana żółta – martwica rozplywna

Źródło: fotografia własna wykonana w dniu 23.03.2011 r.



Fotografia 3. Rana czerwona – ziarninowanie. Owrzodzenie podudzia lewego
Źródło: fotografia własna wykonana w dniu 11.04.2011 r.

Rany różowe – jest to ostatni etap gojenia rany. Występuje naskórkowanie. Rana jest wypełniona ziarniną. Komórki naskórka wędrują z brzegów rany, z głęboko położonych mieszków włosowych, z gruczołów potnych i nachodząc na ziarninę, tworzą warstwę naskórka. W tej fazie bardzo ważne jest pobudzanie i ochrona migrującego naskórka.



Fotografia 4. Rana różowa – naskórkowanie
Źródło: fotografia własna wykonana w dniu 30.03.2011 r.

Zespół stopy cukrzycowej – terapia larwami

Wczesne rozpoznanie i intensywne leczenie zakażeń stopy u chorych na cukrzycę jest warunkiem uratowania kończyny dolnej przed amputacją. Chorzy z neuropatią cukrzycową nie odczuwają bólu, przez co nie zauważają rany na stopie i nie zabezpieczają jej odpowiednim opatrunkiem, co sprzyja rozwojowi zakażenia [4]. Niedostateczne opanowanie zakażenia rany w stopie cukrzycowej może być przyczyną jej nawrotu. Podstawową zasadą leczenia ran jest usunięcie tkanek martwiczych, co zapobiega szerzeniu się zakażenia i umożliwia gojenie się rany. Jedną z metod oczyszczania ran w przebiegu stopy cukrzycowej jest **biochirurgia** – oczyszczanie za pomocą larw much. Żywe larwy much usuwają martwicę, co przyspiesza proces gojenia. Obecnie stosuje się w medycynie larwy muchy gatunku *Lucilia sericata*, które żywią się wyłącznie martwymi tkankami i nie naruszają przy tym żywych tkanek [5, 6]. Pozytywne efekty stosowania larw na ranach przewlekłych niegojących się znane są od stuleci. Po raz pierwszy terapia larwami została wprowadzona w 1931 r. w USA i była tam często stosowana w ponad 300 szpitalach do połowy lat 40. XX w. Stosowanie terapii larwami zaniechano wraz z nadejściem ery antybiotyków. Wrócono do niej ponownie w latach 90. XX w. w USA, Izraelu, Wielkiej Brytanii, Niemczech, Tajlandii, Ukrainie, Szwecji i Szwajcarii. W terapii larwalnej stosowane są sterylne larwy pospolitej muchy zielonej. Larwy odżywiają się za pomocą wydzielanych enzymów proteolitycznych, które rozpuszczają martwicę, usuwają bakterie z rany aktywnie je pochłaniając. Bakterie te giną w przewodzie pokarmowym larw. Wydzieliny larw zawierają substancję o działaniu antybakteryjnym, zmieniają środowisko rany z kwaśnego na zasadowe, co poprawia gojenie się ran [7]. Ograniczeniem terapii larwalnej jest dostęp do odpowiedniego materiału biologicznego. Terapię tę można stosować u pacjentów leczonych w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych. Jest to prosty, wydajny, dobrze tolerowany i tani sposób leczenia ran trudno gojących się, które nie odpowiadają na konwencjonalne metody leczenia i interwencję chirurgiczną [8].

W Polsce obecnie metodą leczenia ran za pomocą larw zajmuje się kilku lekarzy. Dumą napawa fakt, iż prowadzona jest właśnie w Zespole Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu. Wielu polskich pacjentów wyjeżdża na prywatne leczenie za granicę lub też próbuje we własnym zakresie sprowadzać larwy do kraju. Sprowadzanie opatrunków biologicznych z zagranicy jest drogie i bardzo trudne, ze względu na niską przeżywalność materiału.

Opatrunek biologiczny

Założenie opatrunku z larwami

Chory zgłaszający się na leczenie z wykorzystaniem larw zostaje poinformowany o tej metodzie leczenia i wyraża na nią pisemną zgodę. W dniu otrzymania

materiału pacjent zgłasza się do poradni chirurgicznej. Rana zostaje przepłukana jałowym roztworem 0,9% NaCl. Brzegi rany zostają natłuszczone grubą warstwą wazeliny, co zabezpiecza skórę przed maceracją i uszkodzeniem mechanicznym.



Fotografia 5. Owrzodzenie ze zmianami martwiczymi przed założeniem opatrunku biologicznego

Źródło: fotografia własna wykonana w dniu 16.03.2011 r.



Fotografia 6. Trzecia doba – zdjęcie opatrunku biologicznego

Źródło: fotografia własna wykonana w dniu 19.03.2011 r.

Pole powierzchni rany oblicza się wykorzystując odpowiedni program komputerowy. Według wszelkich zaleceń na ranę należy nałożyć 10 larw na 1 cm². Zawartość pojemnika ze sterylnymi larwami zostaje przelana na jałowy gazik i bezpośrednio przyłożony na ranę. Następnie wykonany zostaje opatrunek składający się z dwóch warstw. Pierwszą wewnętrzną warstwę stanowi metrowa jałowa gaza i bandaż, które zostają utrzymane na ranie przez 3 doby. Drugą zewnętrzną warstwę to także jałowa gaza i bandaż, którą pacjent zmienia w zależności od wysięku dwa, a nawet trzy razy dziennie. Po 3 dobach chory zgłasza się do poradni chirurgicznej celem usunięcia opatrunku przez spłukanie larw z rany jałowym roztworem 0,9% NaCl [9].



Fotografia 7. Owrzodzenie po oczyszczeniu przez larwy i spłukaniu roztworem 0,9%NaCl

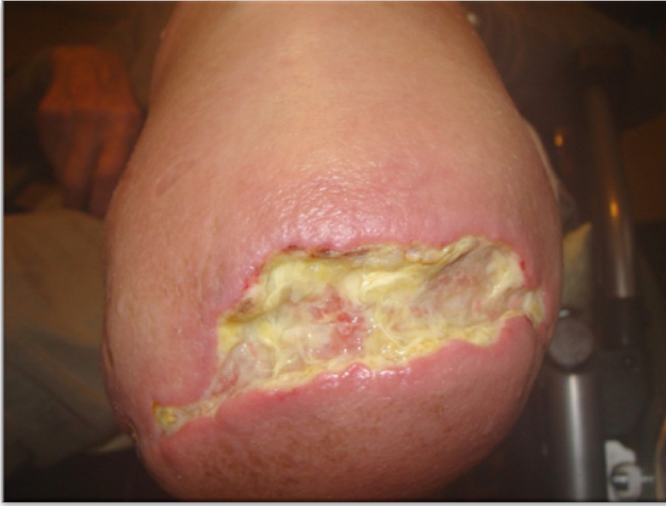
Źródło: fotografia własna wykonana w dniu 19.03.2011 r.

Analiza przypadku leczenia rany przewlekłej w warunkach domowych

Mężczyzna lat 85 po amputacji kończyny dolnej lewej na wysokości podudzia. Amputację wykonano z powodu owrzodzenia przodostopia na tle miażdżycy tętnic kończyn dolnych. U chorego występuje również nadciśnienie tętnicze i przewlekła obturacyjna choroba płuc. Trzy tygodnie po zabiegu doszło do zakażenia rany i rozejścia jej brzegów.

Ocena rany

Rana zanieczyszczona, dno pokryte martwicą w postaci żółtego rozplywnego włókniaka. Brzegi rany nierówne, wyraźnie zaznaczone. Skóra wokół rany obrzęknięta, wysuszona i ulega maceracji.



Fotografia 8. Rana po amputacji – rozejście brzegów rany, zakażenie rany
Źródło: fotografia własna wykonana w dniu 12.01.2011 r.

Diagnoza pielęgniarska

- Rozejście brzegów rany po zabiegu operacyjnym.
- Rana zakażona.
- Brak tendencji do gojenia – zaawansowane zmiany w układzie tętniczym.
- Apatia chorego – zaprzestanie rehabilitacji.

Cel opieki

- Eliminacja zakażenia.
- Oczyszczenie łożyska rany.
- Uaktywnienie procesu gojenia rany.
- Edukacja chorego na temat poprawy jakości życia poprzez ogólną rehabilitację.

Opieka pielęgniarska

Pobrano z rany materiał do badania mikrobiologicznego, z którego wyhodowano *Staphylococcus aureus* ++++. Zgodnie z antybiogramem i zaleceniem lekarza zastosowano ogólnoustrojowo antybiotykoterapię celowaną.

Przez 7 dni raz dziennie zmieniano opatrunki z Inadine¹. Do przemywania rany używano Octeniseptu. Skórę wokół rany natłuszczano wazeliną. Prowadzono z chorym rehabilitację usprawniającą.

¹ Inadine – opatrunek nieprzywierający, do stosowania miejscowego, nasycony maścią zawierający 10% jodopowidonu (PVP-I). Wskazany do leczenia ran, ma działanie antyseptyczne, które ułatwia zwalczanie zakażeń bakteriami, pierwotniakami i grzybami.

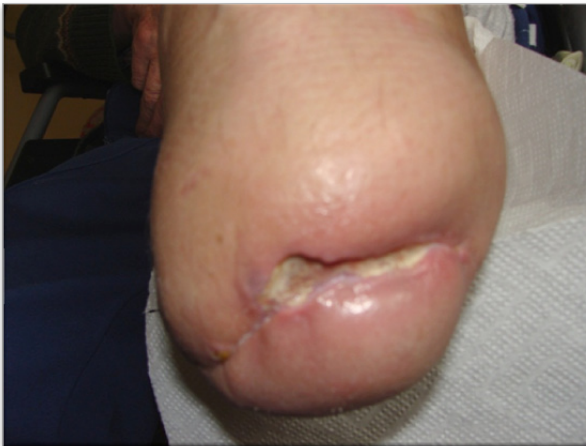
Przebieg procesu gojenia

Po tygodniu stosowania Inadine rana uległa znacznemu oczyszczeniu i zastosowano opatrunki z Sorbalgonu², które zmieniano raz dziennie. Po 5 tygodniach stosowania opatrunków uzyskano zmniejszenie powierzchni rany. Brzegi zbliżyły się do siebie, łożysko rany w 75% stanowiła ziarnina. Skóra wokół bez odczynu zapalnego, obrzęku i złuszczonego się naskórka. Nadal kontynuowano rehabilitację ogólną.



Fotografia 9. Rana po amputacji – w piątym tygodniu leczenia

Źródło: fotografia własna wykonana w dniu 16.02.2011 r.



Fotografia 10. Rana po amputacji – w dziewiątym tygodniu leczenia

Źródło: fotografia własna wykonana w dniu 11.03.2011 r.

² Sorbalgon – opatrunek, składa się z włókien alginianu wapnia. Dopasowuje się do kształtu rany, szczelnie ją wypełnia i chroni przed wysuszeniem, przez co zapewnia utrzymanie wilgotnego środowiska w ranie i stwarza korzystne warunki naturalnego gojenia się rany.

Przez następne 4 tygodnie nadal stosowano opatrunki Sorbalgon. Zmiana opatrunków odbywała się co drugi dzień. Powierzchnia rany uległa znacznemu obkurczeniu, dno płytsze, wysięk z rany minimalny. Chory przygotowywany jest do protezy podudzia. Do rehabilitacji ogólnej chorego wdrożono hartowanie kikuta.

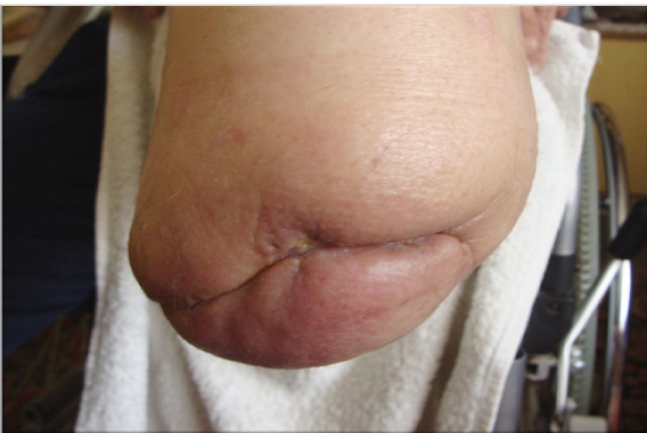
Na fotografii 11 widoczna rana zagojona jest w 90%, łożysko rany bardzo płytkie, skóra bez stanu zapalnego, widać odrastające owłosienie na skórze. Nadal stosowano opatrunki z Sorbalgonu, ranę przemywano Octeniseptem, a skórę wokół natłuszczano.



Fotografia 11. Rana po amputacji zagojona w 90%

Źródło: fotografia własna wykonana w dniu 04.04.2011 r.

Fotografia 12 przedstawia ranę zagojoną. Nadal prowadzona jest rehabilitacja ogólna chorego i hartowanie kikuta.



Fotografia 12. Rana zagojona

Źródło: fotografia własna wykonana w dniu 28.04.2011 r.

Podsumowanie

Opieka nad pacjentem z raną przewlekłą, tj. odleżyną, owrzodzeniem podudzia czy stopą cukrzycową, wymaga niezwykle zaangażowania i troski. Leczenie takich ran jest procesem długofalowym. Sama znajomość nowoczesnych opatrunków i prawidłowe ich stosowanie nie daje nam pełnej gwarancji wyleczenia, jest tylko jednym z elementów całego procesu leczenia. Bardzo ważna jest znajomość etapów gojenia się ran i czynników, które determinują ich powstanie oraz mają wpływ na przebieg leczenia. Wraz z zastosowaniem nowoczesnych opatrunków bardzo ważna jest profilaktyka, poprawa ogólnego stanu zdrowia oraz edukacja pacjenta i jego rodziny. Zastosowanie terapii larwami jest skuteczną metodą oczyszczania ran z tkanek martwiczych, zwłaszcza w zespole stopy cukrzycowej. Ma to duży wpływ na obniżenie liczby wykonywanych amputacji kończyn dolnych, co z kolei wpływa na sprawność ruchową pacjenta. Prowadzenie dokumentacji z podjętych działań w procesie leczenia daje nam możliwość pełnego monitorowania i efektywnego wygojenia rany przewlekłej.

Bibliografia

1. Krasowski G, Kruk M. *Leczenie odleżyn i ran przewlekłych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008.
2. Rosińczuk-Tondersy J, Uchmanowicz I, Arendarczyk M. *Profilaktyka i leczenie odleżyn*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo; 2009.
3. Wilmowska-Pietruszyńska A. *Medi-Forum Opieki Długoterminowej*. Wydanie specjalne. Toruń 2010.
4. Burakowska-Korzon A. Infekcje stóp u chorych na cukrzycę – trudny problem diagnostyczny i terapeutyczny. *Zakażenia* 2008; 6: 78–83.
5. Oszkiniś G, Gabriel M, Pukacki F, Majewski W. *Leczenie ran trudno gojących się*. Warszawa: Wydawnictwo Blackohorse; 2006.
6. Simka M. Biochirurgiczne oczyszczanie ran za pomocą larw *Lucilia sericata*. *Leczenie Ran* 2005; 2: 55–58.
7. Nigan Y, Bexfield A, Thomas S, Ratcliffe NA. *Maggot Therapy: the science and implication for CAM. Part I – history and bacterial resistance*. eCAM 2006; 3: 223–227.
8. Nigan Y, Bexfield A, Thomas S, Ratcliffe NA. *Maggot Therapy: the science and implication for CAM, Part II – Maggot combat infection*. eCAM 2006; 3: 303–308.
9. Szczepanowski Z, Sosada K. Efekty biochirurgicznego oczyszczania ran u pacjenta z wieloletnią cukrzycą – opis przypadku. *Kardiometabolologia* 2011; 5, 1: 14–20.

Adres do korespondencji:

Ewa Wojton

ul. Sadowa 4/2 m.6

47-230 Kędzierzyn-Koźle

Tel.: 607 484-348

E-mail: ewawojton@poczta.fm

Pacjent umierający w aspekcie holistycznej opieki pielęgniarstwa

Monika Sleziona¹, Dominik Krzyżanowski²

¹ Studentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej we Wrocławiu

² Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu

Wstęp

Kompleksowość opieki nad pacjentem umierającym wymaga holistycznego (całościowego) spojrzenia na jego potrzeby oraz indywidualnego podejścia do każdego chorego. Aby zapewnić choremu możliwie najlepszą jakość życia i umierania, zespół medyczny powinien na początku rozpoznać i uzmysłwić sobie przeżywane przez niego cierpienia, uwzględniając nie tylko aspekty medyczne. Wobec tego istotną staje się również znajomość psychologicznych etapów umierania, umiejętność komunikacji z umierającym, a także odpowiednia postawa personelu pielęgniarstwa, oparta na szacunku, zrozumieniu i empatii [1].

Potrzeby pacjenta umierającego

Ze względu na wielowymiarowy charakter cierpienia u osób w stanie terminalnym ich potrzeby należy oceniać zarówno w zakresie somatycznym, jak i emocjonalnym, socjalnym i duchowym.

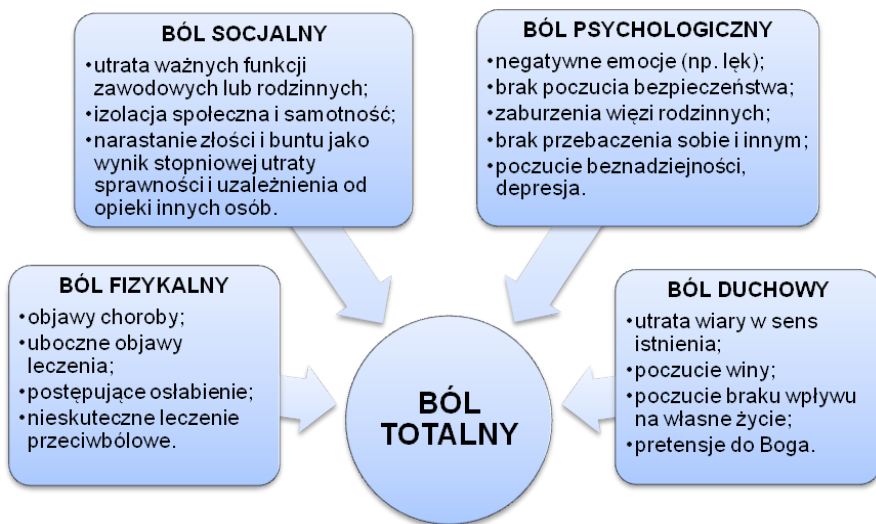
W zakresie potrzeb fizycznych (biologicznych, somatycznych) problem dla tych pacjentów mogą stanowić: nudności, ból, osłabienie, odwodnienie, zaburzenia snu, duszność, zaparcia i inne zaburzenia somatyczne. Najczęściej występuje kilka objawów jednocześnie, które mogą się nawzajem potęgować, a łagodzenie jednego symptomu może powodować działania niepożądane w postaci nasilenia drugiego [2, 3].

W obliczu postępującego ograniczenia sprawności, zależności od innych osób czy złego wyglądu chorzy terminalnie często mają obniżone poczucie własnej wartości i godności, co świadczy z kolei o trudnościach natury emocjonalnej (psychologicznej). W ramach potrzeb psychologicznych nierzadko pojawia się również brak poczucia bezpieczeństwa oraz wynikające z tego faktu negatywne emocje, takie jak lęk czy agresja [4].

Poza tym pacjenci w stanie terminalnym często doświadczają problemów o podłożu społecznym (spowodowanych pogarszającym się stanem zdrowia), do których należy najczęściej utrata pozycji społecznej, rodzinnej czy zawodowej, jak również poczucie nieużyteczności [3]. Z tego względu mają oni szczególną potrzebę doznania bliskości, akceptacji, sympatii oraz życzliwej obecności i miłości ze strony otoczenia, zwłaszcza w chwili śmierci [4, 5].

Wśród potrzeb duchowych pacjenta umierającego szczególnie istotna staje się świadomość sensu życia, dotycząca zwłaszcza znaczenia choroby i cierpienia. Ważną rolę odgrywa tutaj także potrzeba „czystego sumienia”, czyli poczucia zgodności swojego postępowania z własnym systemem wartości, co wiąże się również z kwestiami religijnymi. Ponadto w ramach sfery duchowej ważne jest zaspokojenie potrzeby wolności, ponieważ choroba często ogranicza samodzielne podejmowanie decyzji i realizację podjętych planów, powodując tym samym obniżenie życiowej satysfakcji pacjenta.

W przypadku braku zaspokojenia potrzeb na każdej z czterech wyżej wymienionych płaszczyzn pacjent doznaje bólu totalnego, zwanego inaczej bólem wszechogarniającym (ryc. 1). Rozpoznanie owego stanu następuje wtedy, gdy u chorego dominuje utrata sensu życia, brak nadziei i wiary w jakąkolwiek pomoc oraz poczucie nieskończoności doznawanych cierpień [3, 6, 7].

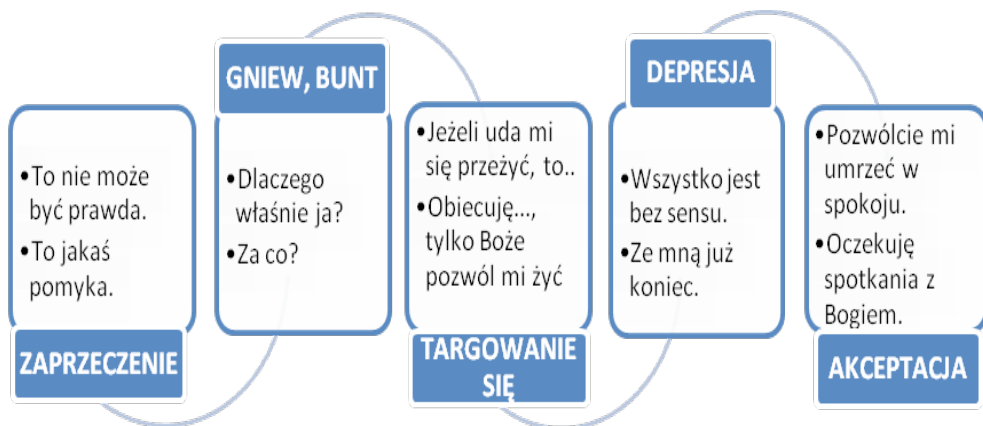


Rycina 1. Elementy bólu totalnego według Cicely Saunders [3, 4, 6, 7]

Fazy umierania

Tonatolog Elizabeth Kübler-Ross wyróżniła u chorych terminalnie kilka etapów emocjonalno-poznawczych, które przedstawiają zmiany i procesy psychiczne zwią-

zane z nadchodzącą śmiercią (ryc. 2). Ze względu na odrębność i indywidualność każdego człowieka fazy te mogą się ze sobą łączyć, następować w innej kolejności lub wielokrotnie powracać [8, 9].



Rycina 2. Fazy umierania według Elisabeth Kübler-Ross [5, 10, 11]

W chwili uzyskania wiadomości o niepomyślnym rokowaniu pierwszą reakcją pacjenta może być przejściowy stan szoku, a następnie – reakcja zaprzeczenia. Chory nie dopuszcza do siebie myśli, że czeka go względnie bliska śmierć, a izolując się, stara się unikać sytuacji mogących potwierdzić niekorzystną diagnozę. Faza ta pełni rolę zaadaptowania pacjenta do nowej, trudnej sytuacji [5, 10, 11].

Gdy nie można dłużej zaprzeczać rzeczywistości, następuje etap gniewu i buntu, przejawiający się złością, zazdrością, rozżaleniem. Śmierć będąca głównym wrogiem chorego jest poza jego zasięgiem, dlatego agresja zostaje przeniesiona na najbliższe otoczenie. Obiektem gniewu mogą być członkowie rodziny, przyjaciele, personel medyczny, Bóg, przeznaczenie, a także sam pacjent [5, 8, 10, 11].

Trzecią fazę stanowi targowanie się z losem. Jest to próba wynegocjowania dla siebie zdrowia, zmniejszenia cierpienia, przedłużenia życia, przez zawieranie różnych układów z otoczeniem. Pacjent składa obietnice i zobowiązania Bogu, rodzinie, lekarzowi, ponieważ wierzy w istnienie rzeczy, którymi można przekupić siłę wyższą i które są w stanie odsunąć go od perspektywy śmierci [9–11].

Kolejnym etapem jest depresja, charakteryzująca się utratą nadziei, rezygnacją, obniżonym nastrojem pacjenta – chory pogrążony jest w głębokim smutku, przeżywa żal, pustkę, ma poczucie bezsensu i zniechęcenia [5, 9]. Ze względu na przyczynę tego stanu można wyodrębnić dwa rodzaje depresji: reaktywną i przygotowawczą. Depresja reaktywna jest wynikiem doświadczenia przez pacjenta poczucia wielkiej straty (np. deformacja ciała, niesprawność, ciągłe hospitalizacje), natomiast depresja przygotowawcza dotyczy strat przyszłych – pacjent zaczyna myśleć o tym, co go czeka oraz martwi się o losy swoich bliskich [8, 10].

Pogodzenie się z faktem śmierci stanowi ostatni etap, w którym pacjent akceptuje nieuchronność własnej śmierci, a nawet traktuje ją jako najlepsze rozwiązanie swojej sytuacji. Chory wycisza się, jest coraz mniej aktywny, dużo śpi, zmniejsza się jego zainteresowanie otoczeniem. Do osiągnięcia akceptacji śmierci może przyczynić się stopniowe pogarszanie stanu fizycznego (chory traci siły do walki z chorobą), ale także poczucie spełnionego życia lub wiara w życie po śmierci [9–11].

Pielęgniarka jako członek zespołu opieki paliatywnej

Z powodu wielu aspektów opieki nad pacjentami umierającymi bardzo ważną rolę w zaspokajaniu potrzeb pacjenta odgrywa zespołowość. Opiera się ona głównie na harmonijnej współpracy członków zespołu, który powinien składać się z lekarza, pielęgniarki, rehabilitanta, pracownika socjalnego, psychologa, kapłana, wolontariusza. Nieodłącznym elementem zasady zespołowości w opiece paliatywnej jest również współpraca z rodziną pacjenta, polegająca między innymi na odpowiednim instruktazu bliskich chorego, dotycząca jego pielęgnowania oraz leczenia, wsparcia psychologiczno-duchowego oraz na pomocy w zakresie świadczeń socjalnych [12–14].

Ze względu na częsty kontakt członków zespołu opieki paliatywnej z cierpieniem i śmiercią pacjentów narażeni są oni na stres oraz obciążenie psychiczne, związane nie tylko z bliskością śmierci, ale także z oczekiwaniami chorych i ich bliskich oraz z wymaganiami wobec siebie [1]. Z badań przeprowadzonych przez autorów w 2011 r. wśród personelu pielęgniarskiego opolskich placówek ochrony zdrowia wynika, że prawie wszyscy respondenci w obliczu umierania i śmierci pacjentów odczuwają pewne negatywne emocje/uczucia – najczęściej smutek, współczucie, bezradność, bezsilność, przygnębienie i żal [21]. Świadczy to o konieczności posiadania przez pielęgniarki pewnych predyspozycji psychicznych, związanych nie tylko z cechami osobowości, takimi jak: wrażliwość, wyrozumiałość, cierpliwość, empatia, itp., ale również z tzw. odpornością psychiczną oraz umiejętnością radzenia sobie z lękiem i innymi trudnościami natury emocjonalnej. Istotna jest również świadomość nieodwracalnego i ostatecznego charakteru śmierci oraz jej akceptacja [14, 15].

Postępowanie pielęgniarskie w zakresie potrzeb chorego terminalnie

W postępowaniu pielęgniarskim niezbędne jest przestrzeganie zasad przyjętych w ramach opiekowania się umierającymi, wśród których podstawową zasadę stanowi poszanowanie godności i prywatności pacjenta oraz wykazywanie postawy szacunku i zrozumienia względem niego. Wiąże się z tym przestrzeganie praw chorego oraz działanie zgodne z obowiązującą etyką. Pozostałe zasady opieki nad chorymi termi-

nalnie dotyczą konkretnego postępowania na płaszczyźnie każdego rodzaju potrzeb pacjenta, jednak zasadniczą rolę w każdym aspekcie opieki pełni wnikliwa obserwacja, która uwzględnia zachowanie, sygnały niewerbalne, a także indywidualizm każdego pacjenta [16].

Potrzeby biologiczne pacjenta umierającego wymagają od pielęgniarki systematycznej oceny jego stanu oraz uwzględnienia wielu problemów klinicznych, takich jak np.: ból, rzęzenie przedśmiertne, kacheksja, anoreksja, majaczenie, duszności. Ze względu na nasilanie się objawów w krótkim czasie należy zdecydowanie, ale jednocześnie precyzyjnie i rzetelnie wdrażać postępowanie pielęgniarskie. Zasady opieki pielęgniarskiej w zakresie potrzeb somatycznych obejmują m.in. profesjonalne i delikatne wykonywanie czynności pielęgnacyjnych tak, aby nie były one przyczyną dodatkowego bólu i cierpienia dla pacjenta (należy również unikać nadmiernie częstego wykonywania tych czynności). Istotne jest przy tym także informowanie chorego o wszystkich zamierzonych wobec niego działaniach terapeutycznych. Poza tym, w celu polepszenia komfortu fizycznego pacjenta należy zapewnić mu ochronę przed zbytnim hałasem, a także odpowiedni mikroklimat i właściwe oświetlenie na sali (najbardziej preferowane jest przyćmione światło) [15, 16].

Jedną z najpowszechniejszych dolegliwości w okresie umierania jest ból, który najczęściej występuje w formie przewlekłej [14]. Może być wynikiem choroby podstawowej, prowadzonego leczenia lub chorób towarzyszących. Istotna w tej kwestii jest świadomość personelu medycznego, iż odczuwanie bólu przez pacjenta zależy dodatkowo od czynników takich, jak: zmęczenie, bezsenność, lęk, depresja, nudności [13]. Świadomość ta pozwala na wdrożenie prawidłowego postępowania pielęgniarskiego, eliminując lub zmniejszając owe czynniki. Ponadto w profesjonalnym działaniu pielęgniarskim przeprowadzanie bolesnych zabiegów pielęgnacyjnych należy zaplanować na okres maksymalnego działania leków przeciwbólowych lub po prewencyjnym podaniu dodatkowej dawki analgetyku. Należy również ściśle przestrzegać godzin podawania leków przeciwbólowych, zgodnie z indywidualnym schematem pacjenta [2, 13].

U większości umierających występuje również tzw. rzęzenie przedśmiertne, objawiające się głośnym, charczącym oddychaniem wskutek zalegania wydzieliny w tchawicy, oskrzelach głównych oraz w obrębie głośni. Najczęściej ma ono miejsce u pacjentów nieprzytomnych, a także u chorych z zaburzeniami połykania, rakiem płuca i zapaleniem płuc [17]. W postępowaniu pielęgniarskim ważne jest ułożenie pacjenta w pozycji wysokiej lub półwysokiej albo w pozycji bocznej bezpiecznej, ponieważ poprawia to drenaż wydzieliny i zmniejsza rzęzenie. Należy również w szczególności zadbać o pielęgnację jamy ustnej, a u chorych nieprzytomnych dodatkowo odessać wydzielinę z jamy ustnej i gardła. W ramach postępowania farmakologicznego pielęgniarka podaje na zlecenie lekarza leki antycholinergiczne, które zmniejszają produkcję wydzielin (przede wszystkim śliny). Istotnym elementem w świetle opieki holistycznej jest także edukacja i wsparcie psychologiczne rodziny pacjenta, polegające na wy tłumaczeniu przyczyn powstawania charczącego oddechu, istoty

objawu oraz tego, że zalegająca wydzielina nie jest źródłem cierpienia chorego i nie prowadzi do uduszenia czy zadławienia [3, 6, 8, 17].

Kolejnymi problemami pacjenta umierającego w zakresie potrzeb biologicznych są anoreksja (jadłowstręt) i kacheksja (wyniszczenie). Anoreksja oznacza obniżenie lub brak apetytu, co prowadzi do zmniejszenia ilości spożywanych pokarmów. Dotyczy prawie 80% chorych w ostatnim roku choroby nowotworowej – pacjenci tracą chęć do jedzenia oraz w mniejszym stopniu do picia. Wśród czynników powodujących jadłowstręt można wyróżnić m.in.: ból, zmęczenie, uporczywe leczenie, zaparcia, obawę wymiotów, depresję, zbyt obfite posiłki. Kacheksja natomiast jest złożonym zaburzeniem metabolicznym, związanym z postępującym spadkiem masy ciała (powyżej 10% w ciągu 6 miesięcy), połączonym z utratą tkanki tłuszczowej i mięśniowej, bez zachowania zdolności adaptacyjnych ustroju. Ponadto u pacjentów z wyniszczeniem nowotworowym, poza utratą masy ciała i brakiem łaknienia, obserwuje się: osłabienie, senność, szybką męczliwość, błądliwość, obrzęki oraz obniżenie odporności. W konsekwencji często prowadzi to do zaburzeń życia psychosocjalnego, do poczucia uzależnienia od innych oraz do depresji [13, 14, 18]. Postępowanie pielęgniarstwa w anoreksji i kacheksji obejmuje m.in.: odpowiednie podawanie posiłków, małymi porcjami, ale często; w przyjemnym otoczeniu; utrzymywanie odpowiedniej temperatury posiłków; zadbanie o estetykę ich podania. Poza tym należy zadbać o higienę jamy ustnej pacjenta przed i po jedzeniu, a między posiłkami podawać płyn lub zwilżać jamę ustną. Niezbędne jest też zapewnienie pomocy podczas spożywania posiłków (adekwatnie do możliwości pacjenta), a w razie potrzeby karmienie za pomocą zgłębnika żołądkowego lub prowadzenie żywienia pozajelitowego, zgodnie ze zleceniem lekarskim [13, 18].

U 75% pacjentów w terminalnej fazie choroby oraz do 80–90% chorych w okresie bezpośrednio poprzedzającym śmierć występuje majaczenie (delirium). Jest to zespół zaburzeń świadomości powstających na podłożu organicznym, o ostrym przebiegu, z globalnym upośledzeniem czynności poznawczych [19]. Do objawów zalicza się trudności w koncentracji, przerzutność uwagi wobec bodźców zewnętrznych, upośledzenie pamięci, zaburzenia toku i treści myślenia, zaburzenia spostrzegania, dezorientację, odwrócony cykl snu i czuwania [8, 14]. Powyższym objawom może towarzyszyć podwyższona lub obniżona aktywność psychoruchowa. Chory może przejawiać głośnie i agresywne zachowania lub przeciwnie – może być apatyczny, senny, niechętny do jakiegokolwiek aktywności fizycznej [3, 13]. Pielęgniarka powinna zapewnić takiemu pacjentowi poczucie bezpieczeństwa, spokój, umiarkowane oświetlenie, obecność drugiej osoby. W celu łagodzenia lęków, podejrzeń oraz błędnych interpretacji chorego zobowiązana jest do uprzedzania go o podejmowanych wobec niego czynnościach. Należy również przygotować pod względem psychicznym rodzinę pacjenta na występowanie zmian związanych ze stanem świadomości i nastrojem chorego [6, 8, 13].

W przypadku potrzeb psychicznych i duchowych duże znaczenie dla personelu medycznego w podejmowaniu określonych zachowań i interwencji terapeutycznych

mają świadomość i interpretacja zmieniającego się stanu psychicznego pacjentów terminalnych. Jednak podstawową kwestię na każdym emocjonalno-poznawczym etapie umierania stanowi podmiotowe traktowanie pacjentów, podkreślające ich prawa i godność. Ważne jest również zapewnienie pomocy pacjentowi w przypadku nierozwiązanego konfliktu czy odczuwania poczucia winy, np. przez umożliwienie spotkania z rodziną lub kapłanem. Przyczynia się to bowiem do dobrego przygotowania się do śmierci, które może się dokonać właśnie przez spowiedź, rozmowę czy uporządkowanie spraw z bliskimi i z samym sobą [9, 12].

Rola pielęgniarki w komunikacji z pacjentem umierającym

Jednym z podstawowych elementów opieki paliatywnej jest dobra komunikacja z pacjentem, która może pomóc choremu w złagodzeniu lęku, uśmierzaniu cierpienia i w doświadczeniu spokojnej, godnej śmierci [5]. Zależy ona m.in. od stadium choroby oraz rodzaju osobowości pacjenta, ale także od umiejętności pielęgniarki w zakresie komunikowania się oraz od jej postawy wobec drugiego człowieka i wobec śmierci [16, 20].

Często komunikacja pielęgniarek z umierającym wiąże się z trudnościami, na co wskazują wyniki wcześniej wspomnianego badania, gdzie dla 33% ankietowanych rozmowy z umierającym (zwłaszcza na temat śmierci) stanowią główny problem w opiece nad tymi pacjentami. Ponadto (zgodnie z przeprowadzonym badaniem) 36% pielęgniarek czasem czuje się niezręcznie i bezradnie w kontakcie z umierającym, a 11% boi się ewentualnych pytań, prośb czy spojrzeń ze strony pacjenta [21].

Podjęcie rozmowy z umierającym wymaga zatem od personelu medycznego nie tylko okazania szacunku, zrozumienia, cierpliwości, ale także opanowania własnego stresu i lęku oraz spojrzenia na śmierć w sposób akceptujący jej nieuchronność (wiąże się z tym również akceptacja własnego odejścia). O tym, czego będzie dotyczyć rozmowa, decyduje sam pacjent, jednak znając jego problemy, należy próbować podejmować rozmowę na wszystkie ważne dla chorego zagadnienia, aby tym samym załagodzić jego cierpienie duchowe, samotność i ból. Rozmowy o śmierci należy prowadzić w sposób łagodny, przyjazny, oparty na prawdzie, zapewniając choremu wsparcie i poczucie bezpieczeństwa. W chwilach zwątpienia i depresji pacjenta pielęgniarka powinna umieć podkreślić wartość jego życia oraz udzielić mu informacji, które zmniejszyłyby jego lęk. W przypadku krzyku, płaczu czy złości chorego trzeba zwrócić uwagę na przyczynę takich zachowań i pozwolić pacjentowi na wypowiedzenie i „wyrzucenie” z siebie przeżywanego bólu. Na pytania typu: *Dlaczego mnie to spotkało?* lub *Jak długo będę jeszcze żyć?* nie należy szukać odpowiedzi, ponieważ nikt nie jest w stanie właściwie na nie odpowiedzieć. Wśród pielęgniarek spotyka się jednak postawy, w których daje się choremu nadzieję, nawet gdy przeczy to rzeczywistości (28% respondentów biorących udział w badaniu). Tymczasem nie

należy zapewniać pacjenta, że „wszystko będzie dobrze”, gdyż brak szczerości sprawi, iż chory będzie się czuł niezrozumiany, samotny i zaniepokojony [11, 20].

Niezbędnym warunkiem osiągnięcia porozumienia między pielęgniarką a pacjentem jest tzw. aktywne słuchanie, które polega na umiejętności słuchania i rozumienia przekazów innych osób oraz na zrozumiałym wyrażaniu swoich przekonań. W celu realizacji tych umiejętności należy przestrzegać pewnych zasad, wśród których wymienia się m.in.:

- utrzymywanie kontaktu wzrokowego,
- przytakiwanie głową (wyrażenie zainteresowania rozmową),
- akceptowanie pacjenta,
- skoncentrowanie się na przekazie pacjenta,
- zrozumienie i okazywanie szacunku wobec uzewnętrzniania emocji chorego,
- dopytanie pacjenta, gdy nie zrozumiemy czegoś z jego przekazu,
- nieprzerywanie wypowiedzi chorego,
- nieoceniać,
- niezmiennianie tematu,
- parafrazowanie (w celu pokazania pacjentowi, że jest rozumiany) [11].

Istotną formą porozumiewania się jest również komunikacja niewerbalna, która odgrywa ważną rolę, zwłaszcza w przypadku pogorszenia stanu ogólnego pacjenta i związanych z tym trudności w nawiązaniu kontaktu. W postępowaniu pielęgniarstwie duże znaczenie ma umiejętność wnikliwej obserwacji, dzięki której sygnały niewerbalne, takie jak mimika twarzy czy znikome gesty ciała, pozwalają na dostrzeżenie wszystkich potrzeb chorego. Komunikatem niewerbalnym ze strony opiekunów może być dotyk (np. dotknięcie dłoni lub ramienia chorego), który wyraża współodczuwanie i może przynieść pacjentowi ulgę w cierpieniu. Jednak jedną z najcenniejszych form komunikacji, szczególnie ważną w fazie agonalnej, jest po prostu czyjaś obecność oraz czuwanie przy chorym [11, 16].

Pomoc rodzinie pacjenta umierającego

Bardzo ważne zadanie opieki paliatywnej stanowi także wszechstronna pomoc bliskim umierającego, obejmująca zarówno wsparcie fizyczne, jak i emocjonalne. Kontakt między chorym, rodziną i opiekującym się personelem medycznym powinien być oparty na szczerości i zaufaniu, ponieważ wtedy wspólnie przeżyty czas nie tylko pomoże umierającemu, ale również przyczyni się do spokojniejszego przeżywania żałoby osobie najbliższej. Rodzinie pacjenta należy umożliwić wyrażanie swoich emocji, obaw czy problemów oraz uzyskanie prawdziwych i rzetelnych informacji. Rolą pielęgniarki jest ułatwienie kontaktu rodziny z chorym, jej edukacja, włączanie do opieki i przygotowanie na odejście bliskiej osoby. Istotne w tym względzie jest uświadomienie krewnych chorego, że pacjent umierający potrzebuje stałej obecności i poczucia bliskości [11, 15].

Podsumowanie

Umieranie i śmierć pacjentów wiąże się nie tylko z aspektami medycznymi, ale stanowi również istotną kwestię w dziedzinie psychologii, duchowości i etyki. Głównym zamierzeniem działań terapeutycznych powinna więc być poprawa jakości życia chorego, osiągana m.in. przez wczesne rozpoznawanie potrzeb fizycznych, psychosocjalnych i duchowych pacjenta. Nieoceniona w tym względzie jest rola pielęgniarki, która sprawując opiekę nad umierającym, ma znaczący wpływ na zapewnienie mu godnego umierania. Jej profesjonalna postawa, zdolność współodczuwania, odpowiednie przygotowanie, dojrzałość osobowości, jak również pragnienie zaspokojenia wszystkich potrzeb chorego prowadzą do zmniejszenia cierpienia pacjenta i przyczyniają się do jego spokojnego odejścia. Ponadto opieka nad umierającym w ujęciu holistycznym sprzyja pozytywnym przemianom osobowościowym i duchowym, ukazaniu sensu życia, nadaniu nowego znaczenia wyższym wartościom oraz umocnieniu wiary, co pomaga w przygotowaniu do rozstania z życiem [1, 12].

Bibliografia

1. Gregorasz E. *Towarzystwo śmierci. Umieranie pacjenta w przeżyciu pracowników hospicjum*. W: Krzyżanowski D, Fal AM, Steciwko A, Sochocka L, red. *Życie godnie do końca*. T. 2. Opole: Wydawnictwo WCM; 2010: 51, 57.
2. Krajnik M. Jak umierają chorzy na raka płuca? *Pol Med Paliat* 2004; 3(3): 287–294.
3. Buczkowski K, Krajnik M. Postępowanie lekarza rodzinnego wobec chorych na raka w ostatnich dniach życia. *Pol Med Paliat* 2003; 2(4): 241–246.
4. DeWalden-Gałuszko K. *Problemy psychiczne, duchowe i etyczne*. W: de Walden-Gałuszko K, Kaptacz A, red. *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2005: 194–196, 201, 216–219.
5. Mączka G. *Człowiek umierający – psychologiczne aspekty opieki paliatywnej*. W: Bętkowska-Korpała B, Gierowski JK, red. *Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2007: 242–245.
6. Krajnik M. *Umieranie*. W: Buczkowski K, Krajnik M, red. *Opieka paliatywna*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009: 79–87, 90–91.
7. Krzyżanowski D. *Pacjent odczuwający ból przewlekły – część II*. [cyt. 26.03.2011]. Dostępny na URL: <http://www.hospicjumbonifratrow.pl/download/Bol2.pdf>.
8. Krzyżanowski D, Śniechowska-Krzyżanowska E, Fal AM. *Pielęgnowanie osoby umierającej*. W: Krakowiak P, Krzyżanowski D, Modlińska A, red. *Przewlekłe choroby w domu – poradnik dla rodzin i opiekunów*. Gdańsk: Biblioteka Fundacji Hospicyjnej; 2010: 190–198.
9. Skuza B, Jakubowska-Winecka A. *Psychologiczne problemy związane z terminalną fazą choroby*. W: Jakubowska-Winecka A, Włodarczyk D, red. *Psychologia w praktyce medycznej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2007: 158–161, 163–164.

10. Kübler-Ross E. *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Poznań: Media Rodzina; 1998: 55–59, 66–68, 95–100, 123–125.
11. Jankowiak B. *Komunikowanie z pacjentem umierającym*. W: Kwiatkowska A, Krajewska-Kułak E, Panek W, red. *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2003: 239–247.
12. Czollek R, Krzyżanowski D. *Opieka duchowa nad pacjentem umierającym i jego rodziną*. W: Steciwko A, Wojtal M, Żurawicka D, red. *Pielęgniarstwo i kliniczne aspekty opieki nad chorymi*. T. 3. Wrocław: Wydawnictwo Continuo; 2010: 127–142.
13. Piekarski J. *Opieka pielęgniarstwa w onkologii*. W: Jeziorski A, red. *Onkologia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2005: 206–216, 219, 241–244.
14. DeWalden-Gałuszko K. *Opieka paliatywna nad pacjentami w starszym wieku*. W: Kędziora-Kornatowska K, Muszaliak M, red. *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2007: 301–305, 310–314.
15. Kaptacz I. *Pielęgnowanie pacjenta w okresie umierania i agonii*. W: deWalden-Gałuszko K, Kaptacz A, red. *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2005: 165–171.
16. Stachowska M, Sikora B. *Opieka nad osobą umierającą w domu i w zakładzie opieki zdrowotnej*. W: Talarska D, Wieczorowska-Tobis K, Szwałkiewicz E, red. *Opieka nad osobami przewlekle chorymi, w wieku podeszłym i niesamodzielnymi*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009: 287–293.
17. Jagielska A, Jagielski D, Krajnik M. *Postępowanie pielęgniarstwa w opiece paliatywnej – wybrane aspekty*. W: Nowicki A, red. *Pielęgniarstwo onkologiczne*. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne; 2009: 260–265.
18. Krzyżanowski D. *Objawy ze strony układu pokarmowego pacjentów objętych opieką paliatywną* [cyt. 06.04.2011]. Dostępny na URL: <http://www.hospicjumbonifratrow.pl/download/Opieka8.pdf>.
19. Bączyk E, Łuczak J. *Ostry stan splątania (delirium) w terminalnej fazie choroby nowotworowej* [cyt. 29.04.2011]. Dostępny na URL: <http://www.nowamedycyna.pl/snm.php?ktory=211>.
20. Dobrowolska B. *Świadomość śmierci i jej znaczenie w pracy pielęgniarek z człowiekiem umierającym*. W: Koper A, Wrońska I, red. *Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą nowotworową*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2003: 121–122.
21. Sleziona M, Krzyżanowski D. *Postawy pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjenta* *Pielęg Zdr Pub* 2011; 1, 3: 217–223

Adres do korespondencji:

Monika Sleziona

ul. Kośmiderska 1

42-772 Pawonków

Tel.: 664 035-142

E-mail: monika.sleziona@gmail.com

Zarządzanie jakością na bloku operacyjnym – rola pielęgniarki

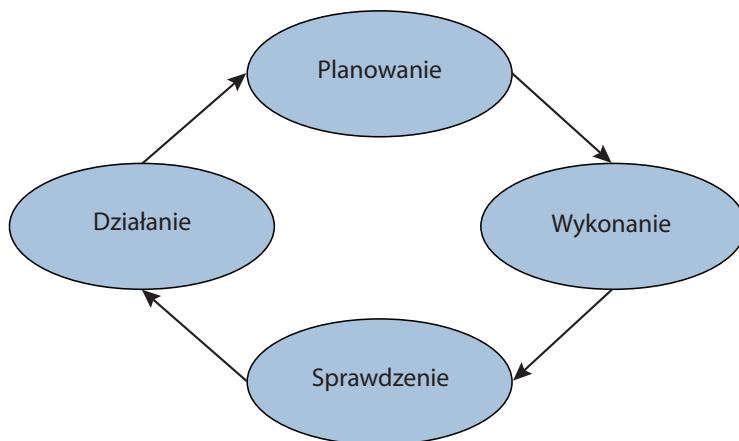
Sławomira Szymańska, Małgorzata Werner

Blok Operacyjny Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu

Wstęp

Zagadnieniem jakości zajmowano się już od zamierzchłych czasów. Najstarszy dokument mówiący o jakości usług medycznych to Kodeks Hammurabiego (1792–1750 r. p.n.e.). Aktualna ponadczasowo przysięga Hipokratesa *primum non nocere* (przede wszystkim nie szkodzić) jest także wyrazem starań o właściwy charakter opieki zdrowotnej. Prekursorką jakości w pielęgniarstwie była Florencja Nightingale. Tworzyła ona nie tylko podstawy pielęgniarstwa jako zawodu, ale także podkreślała rolę jakości świadczonej opieki [1, s. 24–25]. Zbierała dane oraz prowadziła statystykę wraz z Williamem Farr – wiodącym statystykiem brytyjskim. Badania te dowiodły, że śmiertelność wśród żołnierzy wiąże się ściśle z warunkami, w jakich byli leczeni (przeludnione, wieloosobowe sale) oraz szerzącymi się chorobami zakaźnymi. W tym samym czasie wiedeński lekarz Ignaz Semmelweis przez swoje badania przyczynił się do wprowadzenia w praktyce szpitalnej m.in. przepisów dotyczących mycia rąk [2, s. 36–37]. Podstawą myślenia w zarządzaniu przez jakość jest przekonanie o możliwości wykonywania pracy w sposób bezbłędny – „dobrze za pierwszym razem”. W latach 30. XX w. w USA zaczęli publikować swoje prace Amerykanie E.W. Deming, P.B. Crosby, J.M. Juran – uznani obecnie za klasyków koncepcji zarządzania [3, s. 306].

Do dnia dzisiejszego stosowany jest sposób stopniowego podnoszenia poziomu jakości zawarty w cyklu Deminga lub Stewarta (ryc. 1). Pokazuje, że działanie trzeba najpierw zaplanować, potem wykonać, a następnie poddać szczegółowej kontroli. Jeżeli to, co robimy jest zgodne z założeniami, działamy ze zdwojoną siłą. Juran w swojej koncepcji skupiał się na szkoleniu menadżerów oraz podwładnych. Crosby dążył do zminimalizowania błędów i defektów – zasłynął z idei „zero defects”. W obszarach dotyczących życia i zdrowia jakość usług medycznych nabiera szczególnego znaczenia. Przemiany dotyczące opieki zdrowotnej toczone się w Polsce końca XX wieku spowodowały znaczne przewartościowanie myślenia na ten te-



Rycina 1. Cykl Deminga
Opracowanie własne.

mat (ryc. 2). Dostrzeżono, że jakość usług zdrowotnych to nie tylko korzyść dla pacjenta, zwanego klientem bezpośrednim, zewnętrznym, który oczekuje profesjonalnego traktowania (w myśl wprowadzonej reformy może wybrać placówkę, w której



Rycina 2. Kierunki zmian w myśleniu o jakości
Opracowanie własne na podstawie [3, s. 314].

poziom świadczonych usług będzie satysfakcjonujący), to także zadowolenie klienta pośredniego, wewnętrznego, stanowiącego najważniejszą część w organizacji [4, s. 18–22]. Bowiem pracownik odpowiednio motywowany podnosi kwalifikacje i dzięki temu świadczona opieka może być na najwyższym poziomie. W wyniku poprawy jakości następuje eliminowanie marnotrawstwa oraz naprawianie błędów „dobrze za pierwszym razem”. Natomiast dyrektor (menadżer) zakładu opieki zdrowotnej może liczyć na obniżenie kosztów działalności [2, s. 12–13].

Wiele placówek medycznych podejmuje trud uzyskania akredytacji i certyfikatu jakości ISO potwierdzającego najwyższy poziom jakości świadczonych usług medycznych zgodnych z obowiązującymi standardami.

Cel pracy

Celem pracy jest pokazanie, jak ważnym miejscem w szpitalu jest blok operacyjny, w którym najważniejszą osobą jest pacjent. Działania wszystkich członków zespołu skupiają się na wykonaniu zadań, zgodnie z opracowanymi standardami, dostosowanymi do warunków panujących w danym ośrodku (specyfika przeprowadzanych zabiegów, wyposażenie w aparaturę medyczną). Ma to wpływ na minimalizację wystąpienia powikłań, a tym samym na zmniejszenie kosztów związanych z pobytem pacjenta w szpitalu. Wpływa również na satysfakcję personelu z profesjonalnie wykonanej pracy.

Blok operacyjny – miejsce strategiczne szpitala

Blok operacyjny powinien być tak zaprojektowany, aby układ pomieszczeń pozwalał na zachowanie stref: brudnej, czystej i jałowej. Podział ten jest niezbędny do zachowania zasad, które służą zapobieganiu zakażeniom szpitalnym. Pomieszczenia bloku: służy personelu, służy pacjenta, sala wybudzeń, sale operacyjne wraz z pokojami przygotowania pacjenta oraz umywalniami, magazyn sprzętu jałowego, pomieszczenia do magazynowania środków dezynfekcyjnych i higienicznych, magazyn sprzętu jednorazowego, pokój oddziałowej (kierownika), pokoje socjalne, kuchnia, łazienki, brudownik.

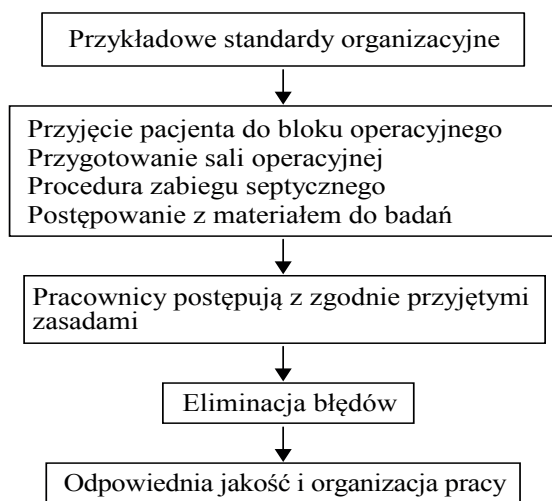
Organizacja pracy to podstawa dobrej jakości opieki oraz bezpieczeństwa pacjenta. Kluczową rolę odgrywa tu kadra kierownicza: kierownik bloku operacyjnego, pielęgniarka oddziałowa, w przypadku bloków wieloprofilowych – również pielęgniarki koordynujące. Do ich zadań należy dobór liczby personelu, właściwy podział pracy, zapewnienie niezbędnego sprzętu oraz dostępności do usług medycznych – nie tylko w przypadku zabiegów planowych, ale także w trybie nagłym. Pozostałych pracowników można podzielić na dwie grupy: personel stały: pielęgniarki operacyjne, pielęgniarki anestezyjologiczne, lekarze anestezyjodzy, personel porządkowy; perso-

nel zmienny: lekarze chirurdzy wszystkich specjalności, stażyści studenci, uczestnicy kursów [5, s. 61]. Na jakość efektu końcowego wpływa praca całego zespołu. Każdy jego członek ma przydzielone zadanie. Bezpieczeństwo wykonanej operacji jest efektem współpracy i wysokiego poziomu kompetencji [5, s. 5].

Dobór kadry pielęgniarskiej

W bloku operacyjnym powinien być zatrudniony odpowiednio dobrany personel. Szkoły pielęgniarskie nie przygotowują do pracy na tak specyficznym oddziale. Wiedza i umiejętności nabyte w szkole nie są wystarczające do podjęcia samodzielnej pracy. Okres adaptacji nowego pracownika jest znacznie wydłużony. Szkolenie polega na zapoznaniu się ze specyfiką pracy na poszczególnych salach oraz przyswajaniu wiedzy przekazywanej przez doświadczone pielęgniarki. Bardzo pomocne w procesie szkolenia są opracowane standardy postępowania. Standardy to nieodłączny element jakości, to wzorzec, do którego można porównać wykonywane działania [3, s. 324]. Wprowadzenie takich wzorców powoduje ujednoczenie sposobu realizacji opieki, pozwala na ocenę i ewentualną korektę działań.

Rola standardów to m.in. edukacja personelu, pomoc we wprowadzaniu nowych technik operacji (sposób przygotowania do zabiegu), eliminacja błędów, usprawnienie pracy i większa wydajność (ryc. 3). Zadowolenie z dobrze wykonanej pracy stanowi mobilizację do opracowywania nowych standardów. Dobrze funkcjonujący i zintegrowany zespół wpływa na poprawę jakości usług medycznych [5, s. 80].



Rycina 3. Przykłady standardów organizacyjnych w bloku operacyjnym
Opracowanie własne na podstawie [5, s. 90].

Jakość w aspekcie pacjenta – klienta zewnętrznego

Personel wchodzi do bloku operacyjnego przez służbę. Dezynfekuje ręce, przebiera się w czyste ubrania operacyjne i zdezynfekowane obuwie, zakłada czapki [5, s. 25]. Sala operacyjna jest zawsze w gotowości. Znajduje się w niej stół operacyjny, aparat do przeprowadzenia znieczulenia wraz z kardiomonitorem, kapnografem, wózek anestezjologiczny wyposażony w sprzęt jednorazowego użytku (strzykawki, igły iniekcyjne, koreczki, próbówki do pobierania krwi do badań laboratoryjnych), leki, rurki intubacyjne, rurki ustno-gardłowe, laryngoskop, także cewniki do odsysania drzewa oskrzelowego oraz aparaty do przetoczeń. Jeśli sytuacja tego wymaga, należy zabezpieczyć dodatkowe wyposażenie, np. zestaw do trudnej intubacji. Niezbędna aparatura medyczna to: diatermia, ssak elektryczny lub próżniowy, a w razie konieczności mikroskop, „tor wizyjny”, aparat RTG, USG, nawigacja komputerowa itd.

Rola pielęgniarki w zarządzaniu jakością na bloku operacyjnym

Zespół pielęgniarski konsultuje się z lekarzem anestezjologiem oraz chirurgiem w sprawie stanu pacjenta, rodzaju planowanego zabiegu, sposobu znieczulenia i konieczności zastosowania okołoperacyjnej profilaktyki antybiotykowej. Do zadań pielęgniarki anestezjologicznej należy ocena sprawności aparatury, gazów medycznych, defibrylatora, założenie karty znieczulenia, przygotowanie pakietu z lekami, asystowanie przy intubacji, opieka nad pacjentem znieczulonym i bezpośrednio po wybudzeniu, przekazanie pacjenta na odcinek pooperacyjny lub do oddziału, uprzątnięcie i uzupełnienie zużytego sprzętu oraz pozostawienie sali w gotowości. Według przyjętych standardów, na sali operacyjnej pracują dwie pielęgniarki operacyjne, instrumentariuszka i tzw. pomagająca. Do ich zadań należy przygotowanie sali do zabiegu operacyjnego, zabezpieczenie odpowiedniej aparatury medycznej i sprawdzenie jej działania, środków do dezynfekcji pola operacyjnego, płynów do płukania jam ciała. Znajomość rodzajów zabiegów wykonywanych w danym ośrodku jest przydatna we właściwym przygotowaniu zestawów narzędzi chirurgicznych, bielizny operacyjnej, materiału opatrunkowego, materiału szewnego, zestawów do drenowania ran. Duża wiedza i doświadczenie pozwalają na przewidywanie rozwoju wydarzeń i zgromadzenie właściwego sprzętu.

Instrumentariuszka po umyciu chirurgicznym i dezynfekcji rąk zakłada jałowy fartuch operacyjny i rękawice. W odpowiedni sposób okłada stół Mayo jałowymi serwetami i układa narzędzia chirurgiczne. Liczy materiał opatrunkowy, odbiera jałowy sprzęt i materiał szewny potrzebny do zabiegu. Pomaga w jałowym ubraniu zespołu, instrumentuje do zabiegu. W trakcie operacji czuwa nad jałowością pola

operacyjnego i przestrzeganiem zasad aseptyki i antyseptyki. Monitoruje stan narzędzi, materiału opatrunkowego oraz igieł. Pomaga w zabezpieczeniu rany operacyjnej jałowym opatrunkiem. Po zabiegu operacyjnym postępowanie z narzędziami chirurgicznymi zależy od standardów przyjętych w danym ośrodku. Odnotowuje zgodność narzędzi i materiału opatrunkowego w dokumentacji.

Zadaniem pielęgniarki pomagającej jest otwieranie kontenerów lub pakietów z narzędziami i bielizną operacyjną, zgrzewek z jałowym sprzętem jednorazowym, pomoc w ubraniu zespołu operacyjnego, asystowanie przy myciu pola operacyjnego, podłączenie aparatury medycznej, prowadzenie dokumentacji medycznej (rejestr zabiegów operacyjnych, karta dezynfekcji sprzętu na sali operacyjnej, karta identyfikacji sprzętu jałowego, okołoperacyjna karta kontrolna) [5, s. 302–303], przygotowanie pojemników do badań histopatologicznych i mikrobiologicznych. W przypadku pobrania materiału konieczne jest szczegółowe opisanie preparatu, by uniknąć pomyłki. Preparat utrwala formaliną.

Po zakończonym zabiegu salę operacyjną należy uporządkować, uzupełnić zużyty sprzęt, jeżeli wystąpiły jakieś zdarzenia niepożądane, zgłosić kierownictwu bloku operacyjnego celem usunięcia usterek.

Oto niektóre z cech, którymi powinna się wyróżniać pielęgniarka operacyjna: umiejętność współpracy w zespole, komunikatywność, łatwość wypełniania poleceń, łagodna osobowość, uprzejmość i spokój, odporność na stres, zdolności manualne, umiejętność koncentracji.

Przyjęcie pacjenta do bloku operacyjnego

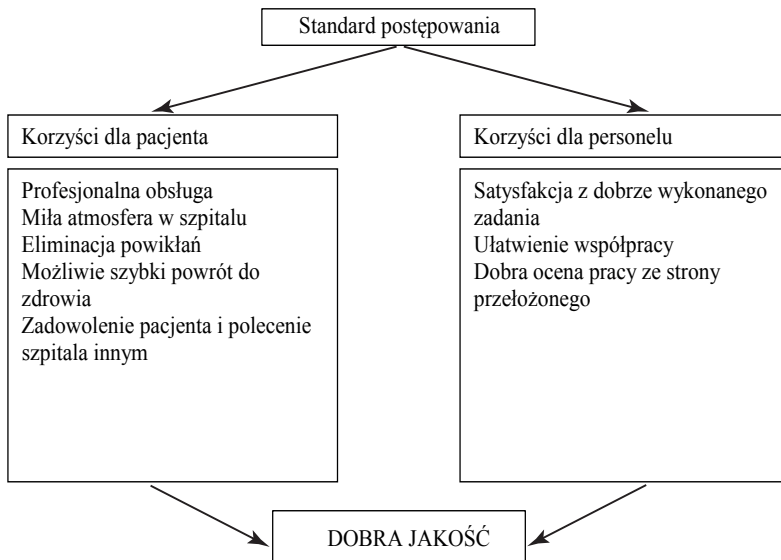
Pacjent w sali operacyjnej jest najważniejszy. Wszyscy członkowie zespołu skupiają się na właściwym wykonaniu przydzielonych zadań. Pielęgniarka oddziału, która przywozi pacjenta, musi dostarczyć dokumentację medyczną (historia choroby, w której znajduje się świadoma zgoda na zabieg operacyjny, ankieta anestezyjologiczna, karta premedykacji i zgoda na znieczulenie, komplet wyników badań) oraz przekazać wszystkie istotne informacje o stanie zdrowia chorego.

Pielęgniarka anestezyjologiczna przyjmując pacjenta powinna przedstawić się, aby chory wiedział, kto będzie sprawował nad nim opiekę. Ma obowiązek informować chorego o wszystkich wykonywanych czynnościach, gdyż zmniejsza to uczucie lęku i daje poczucie bezpieczeństwa [6]. Pamiętajmy o przestrzeganiu praw pacjenta dotyczących intymności, gdyż będzie wiele sytuacji, w których może dojść do jej naruszenia [7]. Kolejnym etapem jest przewiezienie na salę operacyjną. Jeśli stan chorego oraz jego sprawność na to pozwala, możemy poprosić o samodzielne przesunięcie się na stół operacyjny, asekurując go. Musimy zadbać o wygodę i komfort, ciągle mając na uwadze bezpieczeństwo. Można zastosować różne udogodnienia, materace żelowe, materace grzewcze, szczególnie wtedy, gdy wiemy, że zabieg będzie trwał długo [5, s. 259]. Podłączamy monitorowanie akcji serca, ciśnienia tętni-

czego, pulsoksymetr. Zakładamy wkłucie obwodowe, a w razie konieczności cewnik do pęcherza moczowego, sondę do żołądka. Podajemy leki i wprowadzamy pacjenta w stan uśpienia. Pamiętajmy, że w tym stanie chory nie kontroluje tego, co się z nim dzieje, liczy na nasz profesjonalizm i opiekę.

Jakość w aspekcie pracownika – klienta wewnętrznego

Jakość świadczonych usług zależy od pojedynczego pracownika. Dlatego musi on odczuwać, że jest najważniejszym ogniwem systemu. Bardzo ważną rolę spełnia motywacja ekonomiczna. Pracownik musi mieć poczucie, że za swoje zaangażowanie będzie właściwie i sprawiedliwie wynagradzany. Skutecznym narzędziem motywowania są również premie oraz nagrody przyznawane za wyjątkowe osiągnięcia. Do świadczeń ekonomicznych należy również dbałość o stan zdrowia personelu (wykonywanie badań profilaktycznych i zapewnienie środków ochrony indywidualnej). Do motywacji pozaekonomicznej zaliczamy: umożliwienie podnoszenia kwalifikacji i umiejętności przez uczestniczenie w szkoleniach, kursach kwalifikacyjnych i specjalistycznych. Inne niematerialne formy to: dobre warunki i organizacja pracy, możliwość awansowania, dbałość o pracownika, zapewnienie bezpieczeństwa [1, s. 68; 2, s. 69-70; 16]. Dobra motywacja to gwarancja dobrze wykonanego zadania, a tym samym satysfakcja dla pacjenta i personelu (ryc. 4).



Rycina 4. Wpływ standardów na jakość
Opracowanie własne na podstawie [5, s. 88].

Podsumowanie

Podsumowaniem tematu niech będą słowa, które zawarł J. Bank w swojej książce *Zarządzanie przez jakość*:

Pacjenci:

- Są najważniejszymi osobami w każdej działalności.
- Nie są zależni od nas. To my jesteśmy zależni od nich.
- Nie zakłócają naszej pracy. Są jej celem.
- Robią nam uprzejmość, kiedy przychodzą. My nie robimy im uprzejmości obsługując ich. Są częścią naszej organizacji, a nie osobami z zewnątrz.
- Nie są tylko częścią statystyki. Są ludźmi z krwi i kości, którzy czują i reagują tak, jak my.
- Przychodzą do nas ze swymi potrzebami i życzeniami, a naszym zadaniem jest je zaspokajać.
- Zaslужują na tyle uprzejmości i uwagi, ile tylko możemy im poświęcić.
- Są istotą każdego interesu. Bez nich nie byłoby nas.
- Nigdy o tym nie zapominaj!

Bibliografia

1. Krot K. *Jakość i marketing usług medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska; 2008.
2. Opolski K, Dykowska G, Moździonek M. *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych*. Warszawa: Wydawnictwo CeDeWu; 2010.
3. Piątek A. *Zarządzanie jakością*. Ksykiewicz-Dorota A, red. *Zarządzanie w pielęgniarstwie*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2005.
4. Maciąg A, Kuszewski K, Topczewska-Tylińska K. *Rola procesów, standardów i procedur w kształtowaniu jakości świadczeń zdrowotnych*. Bielsko-Biała: Wydawnictwo Alfa-medica Press; 2007.
5. Ciuruś M. *Pielęgniarstwo operacyjne*. Warszawa: Wydawnictwo MakMed 2007.
6. Szreter T. Organizacja bloku operacyjnego. *Ogólnopolski Przegląd Medyczny* 2009; 6: 16–22.
7. Wroński K, Cywiński J, Depta A, Bocian R, Dziki A. Prawo w medycynie. Przestrzeganie prawa pacjenta do intymności podczas udzielania świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny. *Kardiochirurgia i Torakochirurgia* 2009; 6(1): 77–81.
8. Rogala-Pawelczyk G. *Funkcje kierownicze*. Ksykiewicz-Dorota A, red. *Zarządzanie w pielęgniarstwie*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2005: 77–80.

Adres do korespondencji:

Sławomira Szymańska

Blok Operacyjny Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu

Aleja Witosa 26

45-418 Opole

Tel.: 692 342-874

E-mail: sszymanska64@o2.pl

Małgorzata Werner

Blok Operacyjny Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu

Aleja Witosa 26

45-418 Opole

Tel.: 698 886-446

E-mail: gonia6711@op.pl

Wiedza pacjentów na temat obturacyjnego bezdechu sennego – analiza badań własnych

Marta Gawlik^{1,2}, Donata Kurpas^{3,4}

¹ Studentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej we Wrocławiu

² NZOZ „Samarytanin” w Opolu

³ Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu

⁴ Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

Wstęp

Żyjemy w dobie kryzysu snu. Człowiek XXI wieku, nierzadko pracoholik, kieruje się przekonaniem, że czas poświęcony na sen jest czasem bezpowrotnie straconej doby. Ludzie często bagatelizują higienę i znaczenie snu.

O zjawisku chrapania będziemy zawsze mówili w kontekście snu. Jest to zjawisko akustyczne, powstające podczas snu w wyniku wibracji miękkich części w obszarze gardła środkowego, przy niecałkowitym zamknięciu górnych dróg oddechowych [1].

Bezdech senny definiuje się jako zanik przepływu powietrza przez drogi oddechowe w skutek zapadnięcia się światła górnych dróg oddechowych, który trwa dłużej aniżeli 10 s. i powtarza się co najmniej 30 razy w ciągu nocy. Również 10 bezdechów w czasie 1 godziny snu uważa się już za stan chorobowy [2]. Od 2005 r. bezdechy senne są określane jako zespół chorobowy i mają swoje miejsce w Międzynarodowej Klasyfikacji Snu – ICSD 2.

Epidemiologia

Bezdech senny może wystąpić w każdym okresie życia, od wieku noworodkowego (Zespół Nagłej Śmierci Noworodków, znany pod nazwą „Śmierć Łóžeczkowa”) aż do późnej starości. Ocenia się, że regularnie każdej nocy chrapie 15–50% mężczyzn w wieku średnim oraz dwukrotnie mniej kobiet. W Polsce regularnie chrapie około 48% mężczyzn oraz 35% kobiet [3].

Badania przeprowadzone nad chrapaniem wskazują na dodatnią korelację między wiekiem badanych a częstością występowania bezdechów sennych. Częstość je-

go występowania rośnie wraz z wiekiem. Wiek 40–60 lat to okres najczęstszego występowania bezdechów sennych, zwłaszcza u mężczyzn.

Czynniki ryzyka

Otyłość i płęć męska są głównymi czynnikami ryzyka predysponującymi do wystąpienia bezdechu sennego. Badania wykazały, że zmniejszenie masy ciała wpływało na ograniczenie tendencji zapadania się górnych dróg oddechowych podczas snu. Wyniki wielu prac udowodniły, że obwód szyi > 43 cm u płci męskiej w większym stopniu predysponuje do wystąpienia bezdechu aniżeli wskaźnik BMI, który jest również głównym czynnikiem ryzyka jego wystąpienia [4]. Kolejnym czynnikiem jest spożywanie alkoholu przed snem. Alkohol zmniejsza napięcie górnych dróg oddechowych, w tym języka. Staje się on wiotki i opada ku tyłowi. Zwęża światło gardła, a miękkie gardło środkowe, otoczone ścianą mięśni traci swą sztywność i zapada się. Mężczyźni zasypiający w stanie upojenia alkoholowego zaczynają chrapać zaraz po zaśnięciu. Bez alkoholu chrapanie nasila się stopniowo. Alkohol ponadto działając na poziomie ośrodkowego układu nerwowego osłabia obronny mechanizm budzenia się. Czynnikiem nasilającym chrapanie jest zażywanie leków nasennych i środków uspokajających, co powoduje dodatkowe rozluźnienie mięśni, infekcje górnych dróg oddechowych [5].

Objawy

Objawy bezdechu sennego są często niezauważalne i nie zwracają naszej uwagi, zakłócając funkcjonowanie organizmu podczas dnia w pracy, jak również podczas nocy, przerywając ciągłość snu. Bezdech senny charakteryzują objawy dzienne i nocne. Są one wynikiem deprywacji snu, powtarzającej się hipoksemii i w konsekwencji licznych powikłań sercowo-naczyniowych. Pierwszym typowym, nocnym objawem jest głośne, nieregularne chrapanie. Charakter chrapania u chorych na OBS jest charakterystyczny – okres względnej ciszy odpowiada bezdechowi, a głośne i eksplozywne dźwięki pojawiają się w chwili wybudzenia i przywrócenia wentylacji. Dźwięki te mogą osiągnąć głośność nawet do 65 Db. Kolejnymi nocnymi objawami jest nadmierna potliwość oraz wzmożona aktywność ruchowa podczas snu (machanie nogami). Nykturia, po wykluczeniu innych przyczyn, może również świadczyć o dużym nasileniu bezdechów sennych. Specyficznym objawem, który może wystąpić jako pierwszy, jest trudność z zasypianiem.

Objawy dzienne mogą być bardzo uciążliwe i przeszkadzać w normalnym funkcjonowaniu: zmęczenie po wybudzeniu, suchość w jamie ustnej lub chwilowy ból gardła. Większość chorych budzi się z porannymi bólami głowy, które stopniowo ustępują w ciągu dnia. Zastępują je jednak problemy z koncentracją i utrzymaniem

uwagi, które są wynikiem nadmiernego zmęczenia i senności w ciągu dnia. Powodują one rozdrażnienie, upośledzają pamięć świeżą, jak również zdolność do planowania i przewidywania zdarzeń. Chorzy ci często zasypiają podczas wykonywania czynności monottonnych, jak oglądanie TV lub nawet prowadzenie pojazdów mechanicznych [6, 7].

Cel badania

Celem przeprowadzonego badania było określenie nasilenia objawów dziennych związanych z chrapaniem i zaburzeniami oddychania podczas snu, jak również ocenie poziomu wiedzy na temat tego schorzenia

Metody

Badanie było przeprowadzone metodą ankiety anonimowej. Głównymi kryteriami doboru pacjentów był: wiek powyżej 18 lat, dolegliwość chrapania w wywiadzie. Badania zostały przeprowadzone wśród pacjentów następujących placówek ochrony zdrowia:

- Klinika Leczenia Chrapania i Bezdechu Sennego w Zabrze,
- Pracownia Polisomnografii Oddziału Pulmunologicznego w Kup,
- Pracownia Polisomnografii Oddziału Pulmunologicznego Szpitala Wojewódzkiego w Opolu,
- NZOZ „Medicus” w Opolu.

Wyniki

Badaniem objęto 70 pacjentów: 47 respondentów stanowili mężczyźni, 23 kobiety. Średnia wieku obu grup wynosiła 48 lat.

Częste (1 raz/tydzień) niewyspanie rankiem po przebudzeniu zgłasza większa część ankietowanych, bo aż 41% (29). Na drugim miejscu 33% (23) ankietowanych budzi się zmęczonych rzadziej (tylko 1/2 razy/tydzień). Codzienne niewyspanie zgłasza natomiast 13% (9) ankietowanych.

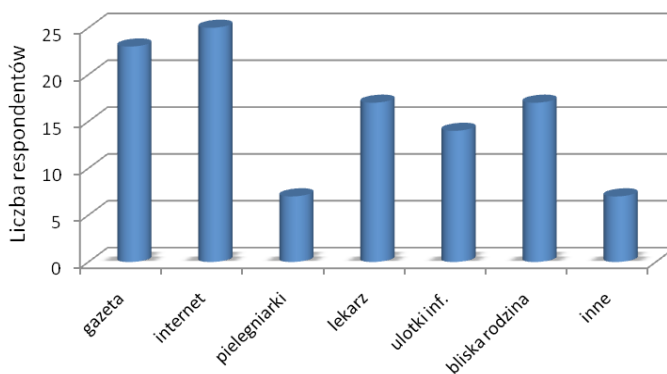
Na postawione pytanie o możliwość zaśnięcia przed TV, w środkach transportu publicznego (np. pociąg, autobus) lub innych nużących sytuacjach najwięcej ankietowanych 37% (26 osób) odpowiedziało, że zdarza się im to często (przynajmniej 1 raz/tydzień). Z częstotliwością 1/2 razy/tydzień zdarza się to 17 pytanym osobom (24%). W równej liczbie osób ankietowani odpowiedzieli, że zdarza się im to zarówno bardzo rzadko (1 raz/miesiąc), jak i zawsze, nieomalże przy każdej wykonywanej nużącej czynności. Tylko (12%) 8 osób stwierdziło, że nigdy nie przytrafiło im się zaśnięcie w nużącej sytuacji.

Częste (przynajmniej 1 raz/tydzień) występowanie bólu głowy podczas dnia zgłasza 31% (22) ankietowanych, u 24% ankietowanych ból występuje bardzo rzadko i u 23% rzadko. Codzienny przewlekły ból głowy wystąpił tylko u 2% pacjentów; 20% ankietowanych wskazało odpowiedź – nigdy.

Najczęściej udzielanymi odpowiedziami na pytanie o źródło wiedzy o swoim chrapaniu i obturacyjnym bezdechu sennym zdecydowana większość, bo aż 46 respondentów, odpowiedziało, że jest nim współmałżonek. 16 osób dowiedziało się o swojej dolegliwości od innych współdomowników (dzieci, rodzeństwa). Natomiast najmniejszą grupę stanowią osoby, które informacje te otrzymały od osób trzecich, dowiadując się na obozach integracyjnych, wyjazdach biznesowych lub podczas pobytu w sanatorium, gdzie dzielili pokój z inną osobą (ryc. 1).



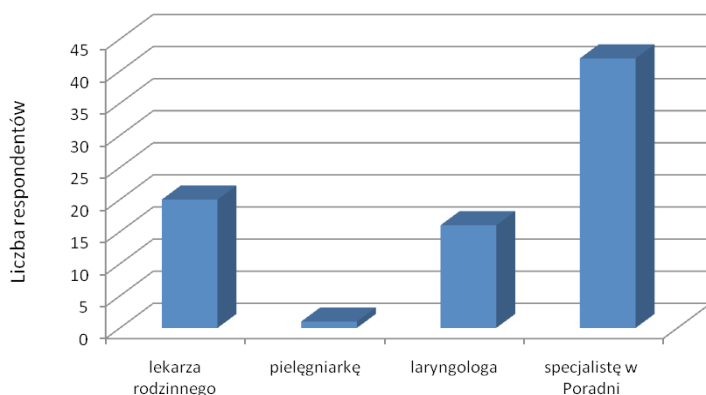
Rycina 1. Źródło wiedzy pacjentów o chrapaniu i bezdechu sennym



Rycina 2. Opinia pacjentów na temat źródła informacji o problemie chrapania i bezdechu sennego

W kolejnym pytaniu o źródło informacji o problemie chrapania i bezdechu sennego dla największej liczby ankietowanych tym źródłem jest Internet. Na drugim miejscu jest prasa. Lekarz i inni członkowie rodziny znajdują się na trzecim miejscu. Mniej istotnym źródłem informacji według ankietowanych są niestety pielęgniarki. Inne źródła, z których pacjenci dowiadawali się o tym, że chrapanie i bezdech senny mogą mieć negatywny wpływ na zdrowie, były m.in. programy TV i oddziały szpitalne, na których przebywali pacjenci (ryc. 2).

Na pytanie, kogo pacjent poprosiłby o pomoc w podjęciu się leczenia dolegliwości chrapania i bezdechu sennego, najwięcej ankietowanych zwróciłoby się do specjalisty w Poradni Leczenia Chrapania i Bezdechu Sennego (53% respondentów). Na drugim miejscu 26% pacjentów poprosiłoby o pomoc swojego lekarza rodzinnego, 20% pacjentów zwróciłoby się do laryngologa, tylko 1 osoba spytałaby się o możliwość leczenia pielęgniarkę (ryc. 3).



Rycina 3. Kogo pacjent poprosiłby o pomoc?

Wnioski

W pierwszej kolejności należy objąć tą profilaktyką OBS mężczyzn, u których, według danych epidemiologicznych, obturacyjny bezdech senny występuje częściej. Dużą rolę mogą odegrać lekarze pierwszego kontaktu, jak również pielęgniarki środowiskowe, które mają niemal codzienny kontakt z pacjentami, w ich środowisku domowym, przez rozmowy i uświadamianie pacjentów, jakie ryzyko zdrowotne niesie nieprawidłowy styl życia.

Jeśli w wywiadzie istnieje podejrzenie ryzyka wystąpienia OBS, lub pacjent skarży się na jakiegokolwiek objawy dzienne lub nocne, należy niezwłocznie skierować go do odpowiedniego ośrodka w celu diagnostycznym, w kierunku obecności bezdechów sennych podczas snu. Świadomy wybór metody leczenia oraz edukacja

na temat OBS pozwolą ustrzec pacjentów przed powikłaniami, jakie niesie ze sobą obturacyjny bezdech senny.

Bibliografia

1. Pirsing W. *Schnarchen*. Stuttgart: Hipokrates Verlag; 1988.
2. Banaszewski J. Zaburzenia oddychania w czasie snu. *Przew Lek* 2002; 5(10): 120–123.
3. Jędrzejczak M. Obturacyjny bezdech senny – choroba groźna – nadal mało znana. *Czas Aptek* 2009; 10(190): 25–33.
4. Pływaczewski R, Bieleń P. Wpływ obwodu szyi i wskaźnika masy ciała na zaawansowanie OBS u mężczyzn. *Pneumonol Alergol Pol* 2008; 76: 313.
5. Przybyłowski T. Zaburzenia oddychania w czasie snu – rozpoznawanie i sposoby leczenia. *Terapia* 2000; 8(3): 17–21.
6. Repetowski M, Filewski A. Zaburzenia oddychania podczas snu. *Przew Wojsk-Med* 2001; 43(1): 61–67.
7. Kloch-Badełek M, Czarnecka D. Obturacyjny Bezdech Senny a choroby układu krążenia. *Przew Lek* 2004; 4: 12–18

Adres do korespondencji:

Marta Gawlik

NZOZ „Samarytanin”

ul. K. Pużaka 11

45-272 Opole

Tel.: 781 957-268

E-mail: martulagawlik@gmail.com

Bezpieczny transport poszkodowanego w karetkce – pozycje transportowe

Michał Buczma^{1,2}, Ryszard Kwieciński³

¹NZOZ Hospicjum „Samarytanin” w Opolu

²Opolskie Centrum Ratownictwa Medycznego

³Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu

Wstęp

Pacjenci z objawami zagrożenia życia, którzy są transportowani do szpitala, muszą być przewożeni w pozycji adekwatnej do ich stanu zdrowia. Ułożenie pacjenta ma na celu złagodzić objawy zagrażające życiu lub zdrowiu. Wiele układów organizmu, a w zasadzie ich funkcjonowanie, jest uzależnione od pozycji transportowania pacjenta. Pozycja, w której transportowany jest pacjent, może wpłynąć na układ oddechowy przez np. zmniejszenie czynnościowej pojemności zalegających przez ucisk trzewi na przeponę w obszarze jamy brzusznej. Ciśnienie w drogach oddechowych oraz podatność płuc ma istotne znaczenie na parametry sztucznej wentylacji, a siła ciężkości odgrywa główną rolę w przepływie krwi w płucach. Pozycja, w jakiej przewożony jest pacjent, może mieć odzwierciedlenie w układzie krążenia. Nieodpowiednia pozycja oddziałuje na perfuzję narządów takich, jak: serce, mózg oraz nerki, które są najważniejszymi narządami, zabezpieczenie ośrodkowego układu nerwowego – przez odpowiednią pozycję. Pojawia się również ryzyko zachłyśnięcia. Ryzyko może być zwiększone przez zastosowanie nieodpowiedniej pozycji. Dzięki odpowiedniemu ułożeniu można zredukować ryzyko regurgitacji czy epizodu wymiotów. Bardzo ważne jest, by wybierając jakąkolwiek pozycję w celu przetransportowania pacjenta do szpitala, nie zapominać o bezpieczeństwie pacjenta. Należy dokładnie zabezpieczyć osobę transportowaną pasami bezpieczeństwa [1]. Poniżej zostało przedstawionych kilka podstawowych pozycji, w których odbywają się transporty pacjentów do szpitala i które można zastosować w karetkce.

Pozycja siedząca

Pacjenci mogą być transportowani w pozycji siedzącej. Wynika to z ich stanu fizycznego, który zgodnie z zasadami medycyny potencjalnie nie zagraża ich zdrowiu, jeżeli nie stwierdza się zagrożenia życia czy też jakichkolwiek nieprawidłowości

w układzie krążenia i układzie oddechowym. Osobę dorosłą w bezpiecznym kontakcie można transportować w pozycji siedzącej na miejscu, które jest przeznaczone dla załogi ambulansu (fot. 1). Ze względu na wygodę pacjenta dla bezpieczeństwa ratownik medyczny powinien osobiście zapiąć pasy bezpieczeństwa pacjentowi transportowanemu [1].



Fotografia 1. Transport pacjenta na miejscu dla personelu medycznego
Materiał własny.



Fotografia 2. Transport pacjenta na krześle kardiologicznym
Materiał własny.

Pozycja siedząca ze spuszczoneymi nogami

Transport na krzeselku stosuje się w ostrym zespole wieńcowym i w innych niewydolnościach krążenia (fot. 2). Pozycja siedząca ze spuszczoneymi nogami znacznie ułatwia oddech spontaniczny. Także w przypadku obrzęku płuc taka pozycja korzystnie wpływa na układ oddechowy i układ krążenia. Pozycję siedzącą, ale z wyprostowanymi nogami możemy zastosować przy ciężkich dusznościach, np. astmie, oraz przy przerwaniu ciągłości tkanek na obszarze klatki piersiowej, jeśli nie dysponujemy krzeselkiem kardiologicznym lub wolnym miejscem siedzącym [1].

Pozycja z uniesionym tułowiem

Pozycja z uniesionym tułowiem (fot. 3) jest najczęściej stosowaną u pacjentów ze zdiagnozowanym obrzękiem płuc, dusznością czy zaburzeniami świadomości oraz niewydolnością krążenia. Pozycja ta pomaga się zrelaksować i rozluźnić mięśnie brzucha. Taka pozycja jest często wykorzystywana także u pacjentów, u których istnieje podejrzenie podwyższonego ciśnienia śródczaszkowego. Jakakolwiek zmiana pozycji źle rokuje dla pacjenta, ponieważ zmienia się ciśnienie, które niekorzystnie wzrasta. Przyjęło się, że u pacjenta z urazami czaszkowo-mózgowymi kąt, o jaki powinien być uniesiony tułów, wynosi około 30° [1].



Fotografia 3. Pozycja pacjenta na noszach z uniesioną głową o kąt 30°
Materiał własny.

Pozycja boczna ustalona

Od około 50 lat pod różnymi nazwami: boczna, śpiączkowa, bezpieczna kryje się dobrze znana należąca do jednej z bezpiecznych pozycji, pozycja boczna ustalona. To najpopularniejsza i najbardziej powszechna forma ułożenia pacjenta. Stosowana nie tylko u pacjentów, którzy są nieprzytomni, nie zaintubowani, oddychający w sposób spontaniczny, z zachowanym krążeniem, ale także w przypadku porażenia prądem, zatruciach oraz u kobiet w ciąży. Dzięki ułożeniu w pozycji bocznej ustalonej ratowany ma zabezpieczone górne drogi oddechowe przed zapadającym się językiem na tylną ścianę gardła, przed aspiracją treści żołądkowej do płuc. Każda substancja znajdująca się w jamie ustnej ratowanego będzie miała drogę ewakuacji na zewnątrz jamy ustnej. U pacjentów, u których istnieje podejrzenie zatrucia drogą pokarmową, lub u pacjentów w stanie upojenia alkoholowego stosuje się pozycję bocznią ustaloną na lewym boku. Stwierdzono bowiem, iż w takiej pozycji najwolniej wchłaniają się trucizny z przewodu pokarmowego. U kobiety ciężarnej stosowana jest pozycja boczna ustalona na lewym boku. Taka pozycja jest wskazana, gdyż ucisk na żyłę główną dolną jest zminimalizowany. Zapobiega to występowaniu zespołu aortalno-żylnego. Pozostawiając ratowanego w takiej pozycji na dłuższy czas, należy pamiętać, by zmieniać pozycje na drugi bok co około 30 minut i stale kontrolować krążenie obwodowe [1–4].



Fotografia 4. Pozycja boczna na noszach
Materiał własny.

Pozycja Trendelenburga

Pozycja stosowana już od około 200 lat. W ratownictwie medycznym określana jest mianem pozycji przeciwwstrząsowej. Jest to pozycja, w której kończyny dolne znajdują się ponad poziomem miednicy, tym samym głowa z tułowiem znajduje się też poniżej poziomu miednicy (fot. 5). Gdy dochodzi do zmniejszenia objętości krwi krążącej lub kiedy łożysko naczyniowe ulega poszerzeniu, stosujemy właśnie tę pozycję. Dzięki takiemu ułożeniu z kończyn dolnych spływa więcej krwi do serca, tym samym poprawiając efektywność jego pracy. Ma to zasadnicze znaczenie w zapewnieniu ukrwienia na czas transportu najważniejszych dla życia narządów, jakimi są: mózg, serce i nerki. Kończyny dolne schodzą na drugi plan. Należy pamiętać, że taka pozycja stosowana jest doraźnie i niewskazana jest przy obrzęku mózgu, płuc. Może niekorzystnie wpłynąć na układ oddechowy [1, 5].

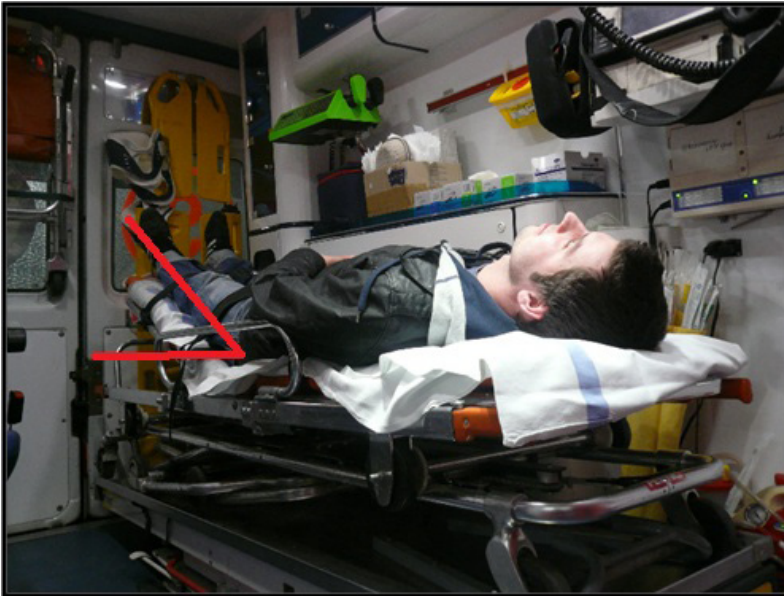


Fotografia 5. Pozycja Trendelenburga
Materiał własny.

Pozycja z uniesionymi nogami

W czasie transportu możliwa jest pozycja z uniesionymi kończynami dolnymi poszkodowanego (fot. 6). Kończyny dolne są zgięte w stawach biodrowych o kąt 45–90°. Przypomina pozycję siedzenia na krześle leżąc na plecach. Zmniejsza ona

objawy bólowe pochodzenia brzuszego, jak również stosowana jest do zapobiegania dalszemu rozwojowi hipowolemii [1].



Fotografia 6. Pozycja z uniesionymi nogami
Materiał własny.

Podsumowanie

Należy pamiętać, iż dla zdrowia i życia pacjenta ogromne znaczenie ma pozycja, w jakiej będzie on transportowany. Zawsze trzeba zadbać o bezpieczeństwo chorego przez zapięcie pasów oraz zapewnić bezpośredni dostęp do poszkodowanego podczas transportu.

Bibliografia

1. Styka L. *Ewakuacja i transport poszkodowanego*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Górnicki; 2010.
2. Baskett PJF, Bingham B, Camm AJ. *ABC resuscytacji*. Wyd. 2. Jakubaszko J, red. wyd. pol. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Górnicki; 2006; 2.
3. Baskett PJF, Bingham B, Camm AJ. *ABC resuscytacji*. Wyd. 1. Jakubaszko J, red. wyd. pol. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Górnicki; 2006; 3.
4. Sokołowska-Kozub T, Trybus-Gałuszka H, Krawczyk P. *Pierwsza pomoc i resuscytacja krążeniowo-oddechowa. Podręcznik dla studentów*. Andreas J, red. Kraków: Polska Rada Resuscytacji; 2006.

5. Campbell JE. *Basic trauma life support dla paramedyków i ratowników medycznych*.
Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna; 2006: 2.

Adres do korespondencji:

Michał Buczma

ul. Sieradzka 7/501

45-411 Opole

Tel.: 695 432-243

E-mail: buszma@wp.pl

Wpływ zapinania pasów samochodowych na bezpieczeństwo podróżujących – analiza badań własnych

Malwina Kupczyk, Ines Lukasczyk, Jakub Zalewski

Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu

Wstęp

Zapinanie pasów bezpieczeństwa postrzegane jest przez wielu kierowców i pasażerów jako nieprzyjemny obowiązek. Natomiast zapięte pasy samochodowe zwiększają bezpieczeństwo podróżujących oraz zmniejszają skutki, jakie niesie za sobą nieszczęśliwy wypadek. Czynniki, które wpływają na obrażenia w czasie wypadków komunikacyjnych, to:

- mechanizm wypadku,
- siła oraz kierunek zderzenia,
- obecność oraz właściwe użycie pasów bezpieczeństwa,
- obecność i zadziałanie poduszek powietrznych [1].

Wielokrotnie przekonującym argumentem dla większości kierujących pojazdami oraz pasażerów są skutki, jakie powstają w wyniku zderzenia czołowego, boczno, uderzenia z tyłu i podczas dachowania w przypadku nie zapiętych pasów. Podczas zderzenia się samochodów lub samochodu z nieruchomą przeszkodą, mimo zatrzymania, osoby przebywające w środku w dalszym ciągu kontynuują ruch do przodu. Dotyczy to także ich narządów. W momencie zderzenia czołowego, jeśli kierowca nie ma zapiętych pasów bezpieczeństwa, może uderzyć klatką piersiową o kierownicę, głową o szybę, a kolanami o deskę rozdzielczą. W przypadku zapiętych pasów – głowa jest doginana do przodu, kolana zaś uderzają o deskę rozdzielczą. Pasy zmniejszają ryzyko śmierci pasażera siedzącego z przodu do około 45%. Ślady świadczące o uderzeniu w szybę to pionowe otarcia naskórka, rany cięte twarzy, nosa oraz czoła. Rany powstające u kierowców najczęściej usytuowane są na lewej stronie twarzy, jak i ręki. U pasażerów analogicznie na prawej stronie. W sytuacji uderzenia o górne ograniczenia szyby istnieje ryzyko złamania podstawy czaszki oraz kręgow szyjnych. Charakterystyczne dla osób kierujących pojazdem są obrażenia okolicy

kciuka [1–3]. Do takich obrażeń można zaliczyć: upośledzenie funkcji graniczące z następstwem utraty kciuka, złamania paliczków, zwichnięcia w stawach kciuka itp. [4].

W zależności od tego czy jesteśmy kierowcą czy pasażerem, uderzamy klatką piersiową o kierownicę lub deskę rozdzielczą. Typowe obrażenia po takim uderzeniu to:

- poprzeczne złamanie mostka,
- złamanie żeber i przebicie płuc,
- tamponada serca (a także zaburzenia jego rytmu),
- rozerwanie wątroby i śledziony,
- uszkodzenie centralnego układu nerwowego,
- złamanie kręgosłupa szyjnego,
- odma opłucnowa,
- przerwanie ciągłości aorty,
- złamania kości udowej, pęknięcie rzepki,
- podbiegnięcia krwawe.

Kierowca jak i pasażer bez zapiętych pasów bezpieczeństwa podczas zderzenia bocznego może spowodować wybite szyby głową i uderzenie nią w drugi pojazd.

Obrażeniami, jakie powstają u kierowców podczas zderzenia bocznego, są:

- złamanie kręgosłupa szyjnego,
- uszkodzenie centralnego układu nerwowego,
- złamanie żeber, obojczyka, kości ramiennej,
- obrażenia narządów klatki piersiowej i jamy brzusznej,
- złamania miednicy i kończyn dolnych,
- pęknięcie lewej nerki.

W tego typu wypadkach częściej ofiary śmiertelne znajdują się w samochodach uderzanych niż uderzających – tu dodatkową ochronę daje silnik. Jeśli samochód w trakcie wypadku „dachuje”, to wtedy niezbędne są zapięte pasy bezpieczeństwa. Przytrzymają nas w jednym miejscu oraz zapobiegną wypadnięciu z pojazdu.

Największe szanse przeżycia wypadku mamy wówczas, gdy drugi uczestnik uderza w nas od tyłu. Broni nas wówczas bagażnik i tylne siedzenie. Przy takim rodzaju zderzenia pasażerowie poruszają się ku tyłowi pojazdu i mogą wypaść przez tylną szybę.

Urazy, jakie mogą powstać w przypadku zderzenia z tyłu w sytuacji nie zapiętych pasów bezpieczeństwa, to:

- uszkodzenia kręgosłupa szyjnego,
- uszkodzenia więzadeł i mięśni szyi.

Skutkiem dachowania samochodu mogą być wszystkie wymienione wyżej obrażenia [1–3].

Podstawowym warunkiem bezpiecznej jazdy dziećmi samochodem jest stosowanie fotelików samochodowych. Używanie ich ma sens tylko wtedy, gdy są prawidłowo zamontowane i dopasowane do wieku dziecka. Według art. 39 ust. 3 Prawa o Ruchu Drogowym w pojeździe samochodowym wyposażonym w pasy bezpieczeństwa dziecko

w wieku do 12 lat, nieprzekraczające 150 cm wzrostu, przewozi się w foteliku ochronnym lub innym urządzeniu do przewożenia dzieci, odpowiadającym wadze i wzrostowi dziecka oraz właściwym warunkom technicznym [5].

Właściwe zapięcie pasów bezpieczeństwa u dzieci jest następujące:

- pas pionowy powinien opierać się na ramieniu dziecka, nie na szyi,
- nie wolno układać pasa pod rączką dziecka lub za jego plecami.

Kobiety w ciąży powinny umiejętnie zapinać pasy bezpieczeństwa, tzn. tak, aby pas nie uciskał brzucha, tylko był na linii bioder, chyba że istnieją przeciwwskazania lekarskie. Kobieta powinna zapinać pas bezpieczeństwa tak, żeby biodrowa część pasa spoczywała na biodrach, poniżej wypukłości brzucha – nigdy na samym brzuchu. Natomiast barkowa część pasa powinna być ułożona ukośnie, między pierśiami. Prawidłowo założony pas powinien ściśle przylegać do ciała na całej swojej długości – niedopuszczalne są jakiegokolwiek skręcenia – zapewniając jednocześnie maksymalny komfort i nie uciskając pasażera [6].

Cel pracy

Celem pracy było wskazanie procentowe liczby kierowców deklarujących zapięcie pasów bezpieczeństwa oraz rzeczywistej liczby kierowców, która tą czynność wykonuje po wejściu do pojazdu. Podobny cel postawiono w odniesieniu do pasażerów. Istotnym elementem badania była ocena świadomości dotyczącej roli, jaką odgrywają zapięte pasy bezpieczeństwa podczas wypadku samochodowego.

Material i metoda

W badaniu wzięło udział 100 osób w różnym przedziale wiekowym. Wśród badanych 32% stanowili mężczyźni, natomiast kobiety 68%. 50% ankietowanych było mieszkańcami miasta, a druga połowa mieszkała na wsi. Respondenci w zdecydowanej większości (80%) byli posiadaczami dokumentu uprawniającego do prowadzenia pojazdów, 20% osób nie posiadało prawa jazdy. Spośród grupy badanej 16% ukończyło studia wyższe, 46% miało wykształcenie średnie, 22% – wykształcenie zawodowe, 4% posiadało wykształcenie gimnazjalne, a 12% – podstawowe (tab. 1).

Tabela 1. Wykształcenie ankietowanych

	Wyższe	Średnie	Zawodowe	Gimnazjalne	Podstawowe
Kobiety	6	19	3	2	4
Mężczyźni	2	4	8	0	2
Ogółem	8	23	11	2	6
	16%	46%	22%	4%	12%

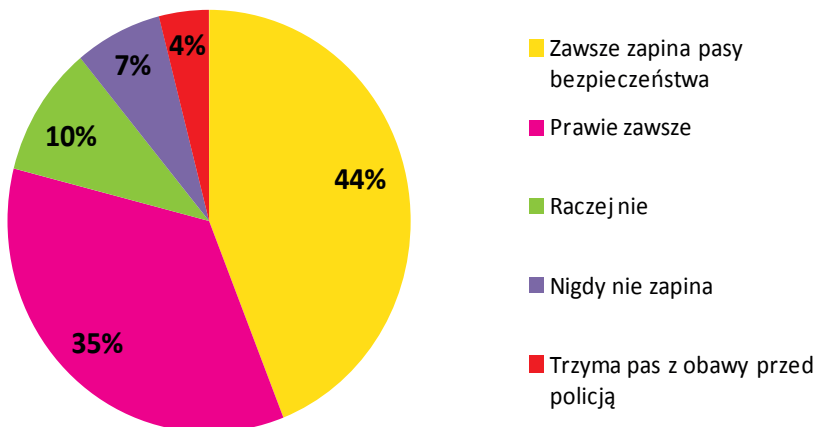
Dodatkowo, zarówno na wsi, jak i w mieście, została przeprowadzona ankieta „na żywo”, która trwała 15 minut. Akcja odbyła się w godzinach szczytu, a mianowicie od godziny 16.00 do 16.15. Podczas tych 15 minut na wsi przejechało 35 samochodów, w nich 30 kierowców, którzy mieli zapięte pasy bezpieczeństwa. W 27 samochodach byli pasażerowie, z czego tylko 70% z nich miało zapięte pasy bezpieczeństwa. Sytuacja w mieście była o tyle zróżnicowana, że w tym samym czasie przejechały 94 samochody. Wśród tej grupy badanych 93% kierowców oraz 72% pasażerów miało zapięte pasy bezpieczeństwa (tab. 2).

Tabela 2. Zapinanie pasów bezpieczeństwa przez kierowców i pasażerów

	Kierowcy		Pasażerowie	
	zapinają pasy bezpieczeństwa	nie zapinają pasów bezpieczeństwa	zapinają pasy bezpieczeństwa	nie zapinają pasów bezpieczeństwa
Wieś	30 osób	5 osób	19 osób	8 osób
Miasto	88 osób	6 osób	41 osób	16 osób

Wyniki

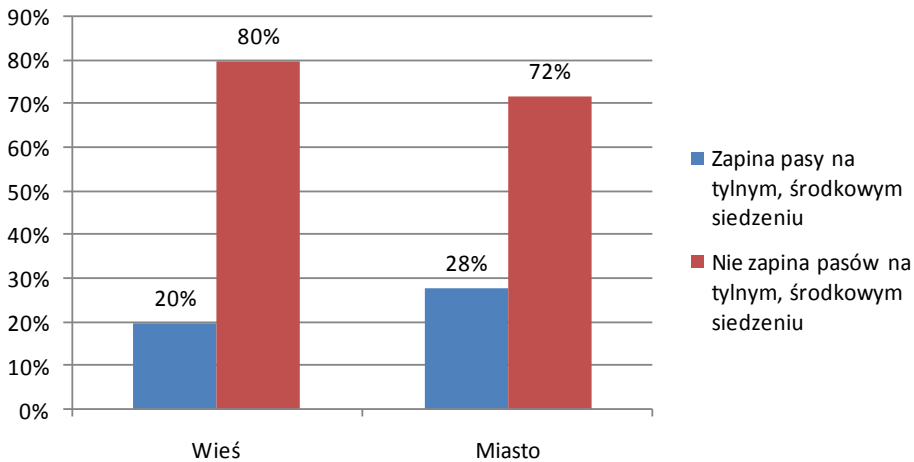
Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że 44% ankietowanych zawsze zapina pasy bezpieczeństwa, 35% prawie zawsze, 10% raczej nie, 7% nigdy nie zapina pasów, a 4% trzyma pas z obawy przed policją (ryc. 1). W tej grupie 52% stanowią kierowcy, którzy zawsze zapinają pasy bezpieczeństwa, 32% – kierowcy, którzy zaznaczyli odpowiedź „raczej tak”, 8% – kierowcy nigdy nie zapinający pasów i 8% – kierowcy, którzy raczej nie zapinają pasów.



Rycina 1. Zapinanie pasów bezpieczeństwa w opinii ankietowanych

Odmienne kształtuje się ranking procentowy pasażerów, gdyż tylko 36% zawsze zapina pasy bezpieczeństwa, 38% zadeklarowało odpowiedź „raczej tak”, 12% – raczej nie, 8% trzyma pas z obawy przed policją i 6% nigdy nie zapina.

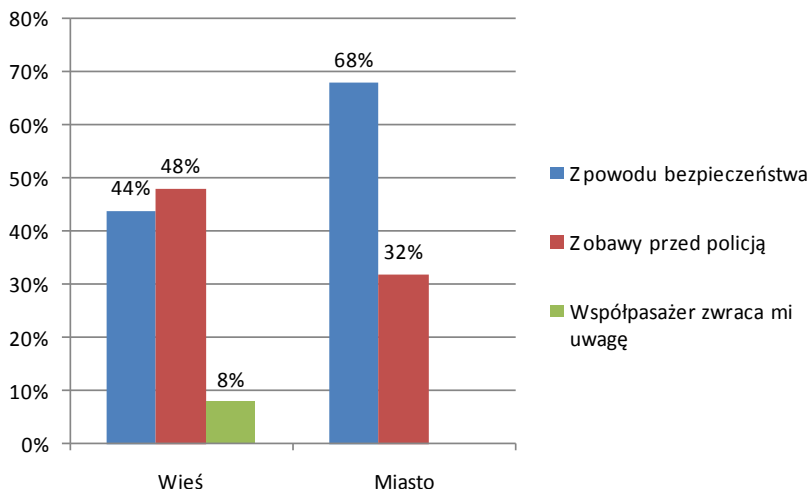
Wyniki badań wykazały, że osoby młode (do 25. r.ż.) rzadko zapinają pasy bezpieczeństwa – tylko 44% ankietowanych. Niepokoi fakt dotyczący opinii ankietowanych na temat zapinania pasów bezpieczeństwa na tylnym środkowym siedzeniu. Mieszkańcy wsi w 36% uważają tę czynność za zbędną, a jedynie w 64% – za potrzebną. W mieście 32% osób uważa to za zbędne, a 68% – za ważne i potrzebne. Niepokojące są wyniki dotyczące pytania, czy ankietowani zapinają pasy bezpieczeństwa na tylnym środkowym siedzeniu. W małych miejscowościach jedynie 20% osób zapina pasy na tylnym środkowym siedzeniu, a 80% – nie. W mieście 28% ankietowanych zapina pasy na tym miejscu, a 72% – niestety nie (ryc. 2).



Rycina 2. Zapinanie pasów bezpieczeństwa na tylnym środkowym siedzeniu

Ankietowanych zapytano także, czy zapinanie pasów bezpieczeństwa na krótkich trasach jest zbędne. Aż 32% osób uważa tę czynność za zbędną. Respondentom zadano również pytanie, czy zapięte pasy bezpieczeństwa mogą podczas wypadku uniemożliwić wydostanie się z płonącego samochodu. Kobiety w 71% odparły, że tak, natomiast mężczyźni udzielili analogicznej odpowiedzi w 69%.

Kolejnym analizowanym zagadnieniem było pytanie dotyczące powodów zapinania pasów samochodowych. Z racji bezpieczeństwa zapina pasy 44% ankietowanych mieszkających na wsi i 68% mieszkających w mieście. Duża liczba ankietowanych opowiedziała się za zapinaniem pasów z obawy przed policją, bo aż 48% na wsi i 32% w mieście. Jedynie 8% respondentów wskazało jako powód zapinania pasów – zwrócenie uwagi przez współpasażera; były to kobiety mieszkające na wsi (ryc. 3).



Rycina 3. Powody zapinania pasów bezpieczeństwa

Ankieta zawierała również pytanie dotyczące zwracania uwagi przez kierowców i pasażerów na prawidłowe zapięcie pasów bezpieczeństwa (skręcony, wyprostowany). Kobiety w 71% odparły, że prawidłowe ułożenie pasa ma zdecydowany wpływ na stopień bezpieczeństwa oraz skuteczność działania pasów bezpieczeństwa, a 29% kobiet nie zwracała na to uwagi. Mężczyźni natomiast stwierdzili w 69%, że dobre zapięcie pasów odgrywa istotną rolę w zapewnieniu bezpieczeństwa, a dla 31% było to obojętne.

Pytano również o fakt, czy kiedykolwiek osoba wypełniająca ankietę została przeszkolona lub poinstruowana, jak prawidłowo zapinać pasy bezpieczeństwa. Wyniki były bardzo niekorzystne. Niemalże wszyscy ankietowani jednogłośnie stwierdzili, że nikt z nich nie został przeszkolony, albo przynajmniej poinstruowany w zakresie prawidłowego zapinania pasów. 80% ankietowanych posiadało prawo jazdy, a jedynie 18% zostało poinstruowanych o prawidłowym zapinaniu pasów. Jedynym miejscem, wskazanym przez ankietowanych, w którym można byłoby zaczerpnąć informacji, jak prawidłowo zapinać pasy, jest kurs prawa jazdy. Niestety osoby kierujące samochodem na co dzień (76%) nie zwracają uwagi na to, jak zapięty jest pas, mimo że jego prawidłowe zapięcie jest tak istotne dla bezpieczeństwa.

Dyskusja

Polska znajduje się na drugim miejscu w rankingu europejskim dotyczącym liczby pasażerów jeżdżących bez zapiętych pasów bezpieczeństwa (łączna liczba

pasażerów 28 616). Najgorsza sytuacja jest w Niemczech, gdzie 41 616 osób jeździ bez pasów. Najlepsze wyniki – 284 posiada Cypr. W Polsce jeździ bez pasów 28 023 dorosłych pasażerów, a 593 dzieci [7].

Wśród wybranych krajów świata Polska sytuuje się na szóstym miejscu w liczbie wypadków samochodowych. W dużej mierze powodem dużej liczby wypadków śmiertelnych jest niezapięcie pasów bezpieczeństwa, zarówno przez kierowców, jak i pasażerów w różnym przedziale wiekowym. Najwięcej wypadków jest w Niemczech, a najmniej w Danii [8].

Na przestrzeni ostatnich 5 lat w województwie opolskim wystąpiła tendencja spadkowa w odniesieniu do liczby wypadków, rannych oraz zabitych [5].

Niezapięcie pasów bezpieczeństwa jest dużym problemem społecznym. Wiele osób ignoruje fakt zapinania pasów, nie mając świadomości lub wiedzy na temat ich wpływu na bezpieczeństwo w sytuacji wystąpienia zagrożenia. Zapięte pasy samochodowe mają istotny wpływ na łagodzenie skutków wypadków drogowych, mogą przyczynić się do uratowania zdrowia i życia wielu osób [9].

Pomimo kampanii „Ostatni wyskok” organizowanej przez Krajową Radę Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego (2005 r.) możemy na podstawie naszych wyników postawić tezę, iż nie osiągnięto zamierzonego celu. „Ostatni wyskok” był ogólnopolską kampanią edukacyjną, której celem było zwiększenie liczby osób regularnie zapinających pasy bezpieczeństwa podczas podróży samochodem. Organizowano także inne kampanie, które miały ten sam cel. Wszystkie takie kampanie są prowadzone pod wspólnym logotypem „Włącz myślenie” [10].

Porównując wyniki przeprowadzonych przez nas badań do wyników pracy studentów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, opublikowanej w 2006 r., dane dotyczące zapinania pasów bezpieczeństwa nie zmieniły się znacząco na przestrzeni tych kilku lat. W wynikach z 2006 r. 55% kierowców zawsze zapinało pasy bezpieczeństwa, a w badaniach przeprowadzonych przez nas w 2011 r. – 52% kierowców zadeklarowało, że zawsze zapina pasy. Badania zgodnie potwierdzają fakt, iż młodzi kierowcy rzadko zapinają pasy bezpieczeństwa [11].

Wnioski

1. Istotnym problemem jest zbyt niska świadomość społeczna dotycząca wpływu zapinania pasów samochodowych na bezpieczeństwo podróżujących.
2. Należy już od najmłodszych lat, tzn. od poziomu nauczania przedszkolnego i wczesnoszkolnego, rozpowszechniać i promować wiedzę dotyczącą wpływu zapiętych pasów samochodowych na bezpieczeństwo.
3. Aż 82% ankietowanych nie zostało poinstruowanych, jak prawidłowo zapinać pasy bezpieczeństwa, co świadczy o zaniedbaniach na etapie nauki jazdy. Szkoły nauki jazdy powinny przeprowadzać instruktaże w zakresie prawidłowego sposobu zapinania pasów.

4. W bardzo niekorzystnym świetle stawia ankietowanych fakt niezapinania pasów na tylnym środkowym siedzeniu samochodu – aż 79% kobiet i 69% mężczyzn nie zapina pasów.
5. Osoby kierujące samochodem na co dzień (76%) nie zwracają uwagi na to, jak jest zapięty pas bezpieczeństwa. Skręcone pasy czy nieprawidłowo ułożone źle działają lub w ogóle nie spełniają swojej funkcji.
6. Z przeprowadzonej ankiety „na żywo” wynika, że pasażerowie są mniej zdyscyplinowani niż kierowcy, ponieważ 29% pasażerów nie zapina pasów bezpieczeństwa, a jedynie 9% kierowców.
7. Kierowcy najczęściej regularnie zapinają pasy bezpieczeństwa, gdy wyjeżdżają w dłuższą trasę oraz kiedy istnieje ryzyko kontroli drogowej.

Bibliografia

1. Jakliński A, Kobiela SJ, Jaegermann K, i wsp. *Medycyna sądowa*. Warszawa: PZWL; 1983: 211–218.
2. Zawadzki A, i wsp. *Medycyna ratunkowa i katastrof*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2007: 45–62.
3. Fibak J. *Chirurgia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2004.
4. Tabela norm uszczerbku na zdrowiu Interrisk S.A. Vienna Insurance Group.
5. Trend w liczbie wypadków i ofiar [cyt. 9.02.2011]. Dostępny na URL: <http://www.gddkia.gov.pl>.
6. Bezpieczni w pasach [cyt. 9.02.2011]. Dostępny na URL: <http://www.bezpieczniwpasach.pl>.
7. Zapinanie pasów bezpieczeństwa w krajach europejskich [cyt. 10.02.2011]. Dostępny na URL: <http://www.autocentrum.pl>.
8. Instytut Transportu Samochodowego – Centrum Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego. Dostępny na URL: <http://www.krbrd.gov.pl>.
9. Abu-Zidan FM, Abbas AK, Hefny AF, Eid HO, Grivna M. *Effects of seat belt usage on injury pattern and outcome of vehicle occupants after road traffic collisions*. Dostępny na URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22187131>.
10. Kampanie Włącz myślenie [cyt. 09.02.2011]. Dostępny na URL: <http://www.krbrd.gov.pl>.
11. Bujanowska M, Tuła M, Olczyk K. *Wpływ pasów bezpieczeństwa na częstość występowania ciężkich obrażeń i zgonów u ofiar wypadków komunikacyjnych*. Łódź 2006.

Adres do korespondencji:

Jakub Zalewski

Instytut Pielęgniarstwa PMWSZ w Opolu

ul: Katowicka 68

45-060 Opole

Tel.: 506 126-459

E-mail: j_zalewski@interia.pl

Wiedza studentów pielęgniarstwa PMWSZ w Opolu dotycząca zasad udzielania pierwszej pomocy w przypadku nagłego zatrzymania krążenia

Malwina Kupczyk, Ines Lukasczyk, Jakub Zalewski

Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu

Wstęp

Nagłe zatrzymanie krążenia (NZK; nagła śmierć sercowa) to „gwałtowne (chwilowe lub ostateczne) ustanie hemodynamicznej skutecznej czynności serca i oddychania. Oznacza to, że zostaje zatrzymany ruch krwi w łożysku naczyniowym krążenia dużego i małego, choć może być zachowana czynność bioelektryczna serca (migotanie komór, rozkojarzenie elektromechaniczne)” [1].

Najczęstszymi przyczynami nagłego zatrzymania krążenia są:

- zawał mięśnia sercowego,
- ostra hipowolemia,
- zaburzenia rytmu serca,
- zaburzenie elektrolitowe,
- powikłania wstrząsu,
- hipotermia,
- utrzymujący się bezdech,
- porażenie prądem elektrycznym.

NZK spowodowane wyżej wymienionymi przyczynami zazwyczaj występuje wraz z zatrzymaniem oddychania [1].

Nagłe zatrzymanie krążenia i chęć niesienia pomocy poszkodowanym towarzyszy ludzkości od zarania dziejów. Zatrzymanie akcji serca wywoływało u ludzi lęk, wskazując nieuchronnie na moment śmierci. Przez wiele wieków ludzkość nie potrafiła przeciwdziałać skutkom zatrzymania pracy serca i skutecznie pomagać ludziom, których życie było zagrożone. Jednakże postęp w zakresie medycyny zaowocował również powstaniem i efektywnym rozwojem medycyny ratunkowej.

Polska i Europejska Rada Resuscytacji rekomenduje „łańcuch przeżycia” w celu sprawnego i skutecznego ratowania życia poszkodowanego.

Obejmuje on następujące ogniw:

1. **Wczesna reakcja** – w tym ogniwie najistotniejsze jest wezwanie specjalistycznej pomocy przez naocznych świadków zdarzenia. Szybkie wezwanie pomocy (telefony alarmowe 999 lub 112) zwiększa szanse poszkodowanego na przeżycie. Istotnym elementem tego ogniw jest wczesne rozpoznanie zagrożenia życia poszkodowanego w celu podjęcia odpowiednich działań ratowniczych.

2. **Wczesna resuscytacja** – RKO (resuscytacja krążeniowo-oddechowa) jest najważniejszym ogniwem mającym bezpośredni wpływ na rokowanie i przeżycie poszkodowanego. Wcześniej rozpoczęta RKO zwiększa przeżycie do 49–75% [2].

3. **Wczesna defibrylacja** – defibrylacja wykonana w ciągu pierwszych 5 minut od czasu NZK zwiększa o 50% szanse na uratowanie poszkodowanego. Z każdą kolejną minutą szanse te maleją. Zgodnie z wytycznymi ILCOR, Europejska Rada Resuscytacji upowszechnia używanie defibrylatorów typu AED (*automated external defibrillator*) – automatycznych defibrylatorów zewnętrznych, zwłaszcza w miejscach, gdzie znajdują się duże skupiska ludzi. Program Powszechnego Dostępu do Defibrylacji umożliwia udzielenie pierwszej pomocy z użyciem defibrylatora w razie NZK w czasie nie dłuższym niż 3 minuty. Zaleca się ich umieszczenie tam, gdzie co najmniej raz na dwa lata możliwe jest użycie AED przez świadka NZK [2–4].

4. **Wczesna opieka medyczna** – jest ostatnim ogniwem „łańcucha przeżycia”. Oznacza ona pomoc wykwalifikowanego personelu medycznego [3, 4].

Cel pracy

Celem pracy była ocena stanu wiedzy studentów I roku pielęgniarstwa studiów stacjonarnych oraz studiów niestacjonarnych pomostowych Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu na temat zasad udzielania pierwszej pomocy. Badanie przeprowadzone zostało przed rozpoczęciem realizacji zajęć z przedmiotu ratownictwo medyczne.

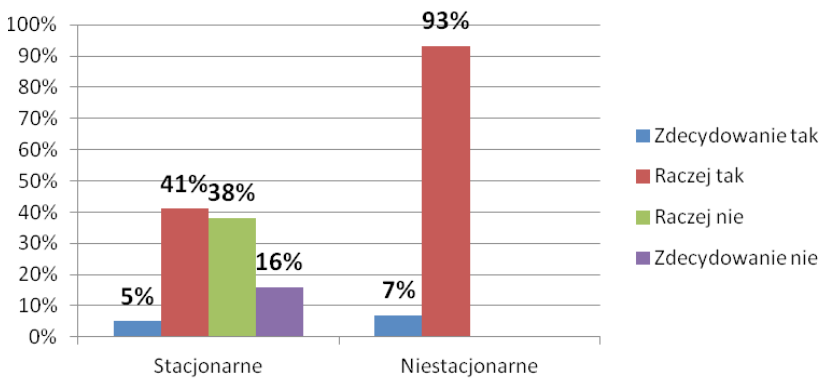
Materiał i metoda

W badaniu wzięli udział studenci pielęgniarstwa studiów stacjonarnych: 48 osób (z czego 96% to kobiety, a pozostałe 4% to mężczyźni) oraz 27 studentek studiów niestacjonarnych pomostowych (aktywne zawodowo pielęgniarki).

Ankieta składała się z dwóch części, które kolejno zawierały: 5 pytań wstępnych dotyczących subiektywnych odczuć ankietowanych, związanych z udzielaniem pierwszej pomocy oraz 10 zamkniętych pytań dotyczących wiedzy z zakresu pierwszej pomocy, w których student wybierał jedną prawidłową jego zdaniem odpowiedź.

Wyniki

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że tylko 5% ankietowanych rozpoczynających studia stacjonarne w PMWSZ w Opolu jest zdecydowanie pewna swojej wiedzy dotyczącej zasad udzielania pierwszej pomocy, 41% badanych udzieliło odpowiedzi – raczej tak, kolejne 30% uważa, że raczej nie posiada wystarczającej wiedzy, aby udzielić pierwszej pomocy osobie poszkodowanej, a 16% ankietowanych to osoby zdecydowanie przekonane o swojej niewiedzy w tym zakresie. 93% respondentów studiów niestacjonarnych uważa, że „raczej” posiada wystarczający poziom wiedzy, aby pomóc poszkodowanemu. Tylko 7% jest tego zdecydowanie pewna (ryc. 1).



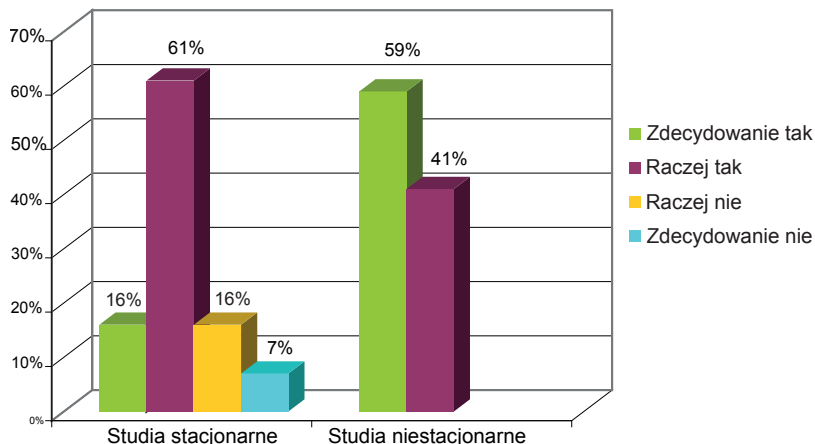
Rycina 1. Samoocena dotycząca wiedzy na temat udzielenia pierwszej pomocy

W parze z wiedzą idzie jej zastosowanie, dlatego 16% badanych po ukończeniu szkoły średniej jest w stanie udzielić odpowiedniej pierwszej pomocy. 61% studentów pomimo niepewności, co do swojego stanu wiedzy, podjęłoby czynności ratownicze, 16% ankietowanych miałyby poważny dylemat, czy przystąpić do jakichkolwiek działań. Niestety są i tacy – 7%, którzy na pewno nie udzieliliby pierwszej pomocy (ryc. 2).

Gdyby studentki studiów niestacjonarnych były świadkiem nagłego zatrzymania krążenia, to w 59% zdecydowanie potrafiłaby udzielić pierwszej pomocy. Z kolei pozostała część (41%) próbowałaby podjąć czynności ratownicze. Jest to bardzo satysfakcjonujący wynik, ponieważ teoretycznie nikt z poszkodowanych nie zostałby bez pomocy (ryc. 2).

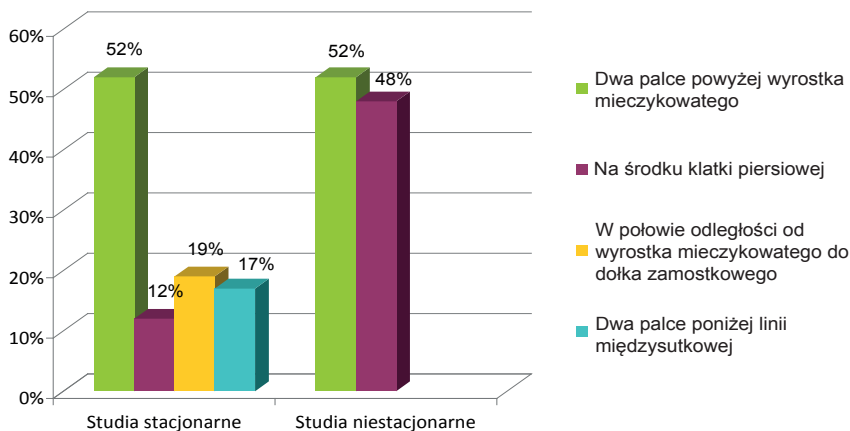
Zarówno studenci studiów stacjonarnych, jak i niestacjonarnych chcą poszerzyć swoją wiedzę, aby w razie konieczności być odpowiednio przygotowanym i prawidłowo udzielić pierwszej pomocy.

W pytaniu dotyczącym prawidłowego stosunku uciśnięć klatki piersiowej do



Rycina 2. Czy udzielił(a)byś pierwszej pomocy?

liczby wykonywanych oddechów u osoby dorosłej, 96% studentów rozpoczynających naukę w trybie stacjonarnym udzieliło poprawnej odpowiedzi. Pomimo doświadczenia zawodowego nie wszystkie pielęgniarki wiedziały, jak wygląda prawidłowy stosunek uciśnięć klatki piersiowej do liczby wykonywanych oddechów u osoby dorosłej – 89% odpowiedziało prawidłowo, wskazując odpowiedź 30:2.

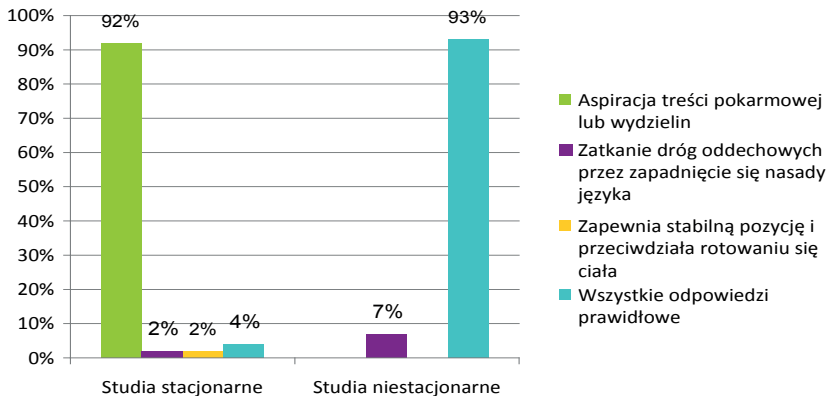


Rycina 3. Miejsce ucisku klatki piersiowej

Odpowiedzi respondentów stacjonarnych były zróżnicowane w przypadku pytania dotyczącego miejsca ucisku klatki piersiowej u dorosłego podczas zatrzymania krążenia. Na powyższe pytanie 88% ankietowanych udzieliło złej odpowiedzi, ponieważ wybrali warianty: dwa palce powyżej wyrostka mieczykowatego, w połowie

odległości od wyrostka mieczykowatego do dołka zamostkowego, dwa palce poniżej linii międzysutkowej. Z kolei studentki studiów niestacjonarnych zaznaczyły prawidłową odpowiedź jedynie w 48%, co świadczy o tym, że ponad połowa ankietowanych studentów studiów niestacjonarnych nie wie, gdzie należy prawidłowo uciskać klatkę piersiową (ryc. 3).

Analizie poddano pytanie obejmujące wiadomości o pozycji bocznej bezpiecznej. Respondenci studiów stacjonarnych w 92% uważają, że zabezpiecza ona poszkodowanego tylko przed aspiracją treści pokarmowej lub wydzielin, 2% studentów zaznaczyło wariant „b” – czyli zatkaniem dróg oddechowych z powodu zapadnięcia się języka; 2% wskazało na wariant „c” – zapewnienie stabilnej pozycji przeciwdziałającej ewentualnemu rotowaniu się ciała poszkodowanego. Jedynie 4% respondentów wiedziało, że wszystkie odpowiedzi są prawidłowe. W przypadku studiów niestacjonarnych 93% ankietowanych odpowiedziało poprawnie na pytanie dotyczące zalet pozycji bocznej bezpiecznej (ryc. 4).



Rycina 4. Przed czym zabezpiecza pozycja bezpieczna?

Kolejne pytanie dotyczyło sposobów oceny, czy poszkodowany prawidłowo oddycha. Aż 90% studentów rozpoczynających naukę w zawodzie wiedziało, że należy przyłożyć ucho oraz policzek nad nos i usta poszkodowanego z jednoczesną obserwacją klatki piersiowej; 2% oceniłoby oddech na podstawie obserwacji zabarwienia skóry, 4% – przez przyłożenie lusterka w okolicę ust poszkodowanego, kolejne 4% – przez przyłożenie ucha i ręki na klatce piersiowej. Natomiast 15% studentów niestacjonarnych sprawdziłoby, czy poszkodowany oddycha wykorzystując przyłożenie lusterka w pobliżu jego ust, 4% przyłożyłoby ucho i rękę do klatki piersiowej poszkodowanego. Pozostali ankietowani (81%) odpowiedzieli prawidłowo.

Respondenci określali również prawidłową głębokość uciskania klatki piersiowej u osoby dorosłej. Wyniki były zróżnicowane, zestawienie przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Ocena głębokości ucisku klatki piersiowej u dorosłego poszkodowanego

Głębokość ucisku mostka	Studenci studiów stacjonarnych	Studenci studiów niestacjonarnych
2–3 cm	6%	41%
5–6 cm	65%	29%
Okolo 7 cm	8%	7%
2/3 w poprzecznym wymiarze klatki piersiowej	21%	23%

Kolejne pytanie sprawdzało, czy studenci wiedzą, jak postępować z osobą nieprzytomną, która oddycha prawidłowo. Najczęściej wybieranymi odpowiedziami przez studentów rozpoczynających naukę były: uniesienie nóg do góry (48%) oraz zastosowanie pozycji bezpiecznej (44%), a następnie: pozostawienie w pozycji zastanej i obserwowanie chorego (4%), niedotykanie chorego, aby nie spowodować dodatkowych obrażeń (4%). Aż 92% studentów niestacjonarnych zastosowałoby pozycję boczną bezpieczną, 4% uniosło nogi do góry, pozostałe 4% – nie dotykałoby poszkodowanego, aby nie spowodować dodatkowych obrażeń.

W przypadku podejrzenia urazu kręgosłupa w odcinku szyjnym drożność dróg oddechowych można uzyskać zdaniem 10% studentów stacjonarnych przez odchylenie głowy do tyłu (manewr czoło–zuchwa); 48% ankietowanych udroźniłoby drogi oddechowe przez usunięcie ciała obcego z jamy ustnej, 21% – przez wykonanie rękoczynu Esmarcha, 2% – przez ułożenie poszkodowanego w pozycji bezpiecznej, 19% ankietowanych nie udzieliło odpowiedzi.

Studenci studiów niestacjonarnych w przypadku podejrzenia urazu kręgosłupa w odcinku szyjnym zapewniliby drożność dróg oddechowych następującymi działaniami: wykonaniem rękoczynu Esmarcha – 52%, usunięciem ciała obcego z jamy ustnej – 34%, odchyleniem głowy do tyłu – 7% i ułożeniem poszkodowanego w pozycji bocznej bezpiecznej – 7%.

Nagle zatrzymanie krążenia rozpoznajemy wtedy, gdy poszkodowany jest nieprzytomny i nie oddycha. Prawidłowej odpowiedzi na pytanie dotyczące rozpoznania nagłego zatrzymania krążenia udzieliło jedynie 27% studentów studiów stacjonarnych. Pozostali studenci wybrali następujące podstawy rozpoznania NZK: brak tętna na tętnicy promieniowej – 57%, wystąpienie nagłego zasinienia powłok skórnych – 2%, natomiast 6% wskazało na brak prawidłowej odpowiedzi wśród wskazanych wariantów, 8% – nie udzieliło odpowiedzi. W przypadku respondentów studiów niestacjonarnych aż 93% udzieliło niepoprawnej odpowiedzi, tylko 7% wskazało jako podstawę rozpoznania NZK – nieprzytomność i brak oddechu u poszkodowanego.

Ankieta zawierała również pytanie: „Do jakiego momentu należy wykonywać podstawowe czynności resuscytacyjne?”. Wszystkie warianty prawidłowych odpowiedzi wskazali studenci studiów niestacjonarnych (100%): powrót oddechu u poszkodowanego, przyjazd zespołu ratownictwa medycznego, wyczerpanie sił ratownika. Wśród studentów studiów stacjonarnych rozkład procentowy odpowiedzi

wyglądał następująco: powrót oddechu u poszkodowanego – 10%, przyjazd zespołu ratownictwa medycznego – 17%, wyczerpią się siły ratownika – 0%; wszystkie warianty odpowiedzi wybrało 73% studentów.

Dyskusja

W pracy M. Siwek pt. *Badanie wiedzy i znajomości standardów postępowania w zakresie udzielania pierwszej pomocy w przypadku nagłego zatrzymania krążenia i oddychania wśród studentów II roku stacjonarnych studiów licencjackich – specjalność pielęgniarstwo w PWSZ w Tarnowie* [5]. 9% studentów oceniło swoje umiejętności udzielania pierwszej pomocy w sytuacji nagłego zatrzymania krążenia i oddychania jako „zdecydowanie wystarczające”. W naszej pracy 16% respondentów jest pewnych swojej wiedzy. Podobny jest wynik dotyczący odpowiedzi „raczej tak”, ponieważ 38% studentów PWSZ w Tarnowie zadeklarowało taką odpowiedź i 41% studentów z Opola. Natomiast 22% ankietowanych w badaniach M. Siwek nie posiada umiejętności udzielania pierwszej pomocy i zapewne nie podjęłaby się tego, co odpowiada 7% ankietowanych w badaniach w PMWSZ w Opolu.

90% studentów studiów stacjonarnych w Opolu wiedziało, jak prawidłowo ocenić, czy poszkodowany oddycha, a 76% studentów w Tarnowie udzieliło poprawnej odpowiedzi. W obydwu grupach badawczych były osoby, które uważają, że oddech sprawdza się za pomocą lusterka przyłożonego do ust poszkodowanego – 16% (PWSZ w Tarnowie) i 2% (PMWSZ w Opolu).

W pytaniu dotyczącym zalet pozycji bezpiecznej wystąpił identyczny stosunek procentowy; 92% studentów PMWSZ w Opolu i 92% studentów z PWSZ w Tarnowie wiedziało, że chroni ona przed aspiracją treści pokarmowej, zatknięciem dróg oddechowych z powodu zapadnięcia się nasady języka i przed ewentualną rotacją ciała [5].

Niniejszą pracę porównano także z badaniami przeprowadzonymi przez zespół: A. Chicheł, M. Grabicki, K. Mazur, D. Szmydt [6], z których wynika, że poziom wiedzy studentów systemu stacjonarnego przed rozpoczęciem zajęć z ratownictwa medycznego, jak i uczniów szkół średnich jest zróżnicowany i niewystarczający. Optymistyczny jest fakt, że uczniowie obu grup badawczych chcieliby poszerzyć swoją wiedzę dotyczącą zasad udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej.

Z badań przeprowadzonych w Poznaniu, a prezentowanych w pracy pt. *Personel medyczny szpitala pediatrycznego nie ma wystarczającej wiedzy dotyczącej prowadzenia bezprzryrdowej resuscytacji krążeniowo-oddechowej* [6] wynika, iż lekarze i pielęgniarki z dużym doświadczeniem zawodowym i stażem pracy udzielali nieprawidłowych odpowiedzi na pytania dotyczące miejsca i częstości prowadzeniu ucisków klatki piersiowej. Według wyników ankiety przeprowadzonej przez nas w Opolu, studenci studiów niestacjonarnych – pracujące pielęgniarki – miały problem z określeniem miejsca ucisku klatki piersiowej u poszkodowanego; tylko 12% studentów określiło je prawidłowo. Wiedza pracującego personelu medycznego z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej nie jest zadowalająca [7].

Wnioski

1. Studenci mają niewystarczający poziom wiedzy dotyczący stosowania pozycji bezpiecznej; nie znają wszystkich pozytywnych aspektów jej stosowania.
2. Znacząca większość studentów studiów stacjonarnych (88%) nie zna prawidłowego miejsca ucisku klatki piersiowej przy wykonywaniu masażu serca.
3. Wśród studentów nadal panuje przekonanie o słuszności używania lusterka do oceny oddechu u osoby nieprzytomnej.
4. Brak wiedzy studentów studiów niestacjonarnych (82%) dotyczącej głębokości uciskania klatki piersiowej u dorosłego.
5. Należy kłaść większy nacisk na prowadzenie szkoleń i ćwiczeń z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej w zakładach pracy.
6. Należy zwrócić większą uwagę podczas szkoleń na motywację do podejmowania czynności ratujących życie, gdyż zbyt niski poziom wiedzy skutkuje obawami i niechęcią do niesienia pomocy.
7. Poziom wiedzy młodzieży na temat zasad udzielania pierwszej pomocy jest niewystarczający. Istnieje konieczność zintensyfikowania działań edukacyjnych w tym zakresie na poszczególnych etapach nauczania w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych.

Bibliografia

1. Ostaszewski W, Pszczółowski K. *Resuscytacja krążeniowo-oddechowa*. Warszawa: Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych; 2002: 11–21.
2. Podstawowe zabiegi resuscytacyjne u osób dorosłych oraz zastosowanie automatycznych defibrylatorów zewnętrznych AED. Dostępny na URL: <http://www.prc.krakow.pl/2010/02> [cyt. 22.03.2012].
3. Sych M. *Resuscytacja: teoria i praktyka ożywiona*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1995.
4. Youngson R.C. *Słownik encyklopedyczny; Medycyna*. RTW; 1997.
5. Siwek M. *Badanie wiedzy i znajomości standardów postępowania w zakresie udzielania pierwszej pomocy w przypadku nagłego zatrzymania krążenia i oddychania wśród studentów II roku dziennych studiów licencjackich – specjalność pielęgniarstwo w PWSZ w Tarnowie*. [serial online] [cyt. 16.03.2012]. Dostępny na URL: www.neurocentrum.pl/biblioteka/styl_zycia/tom3/siwek2.doc.
6. Chicheł A, Grabicki M, Mazur K, Szmydt D. Opinia i wiedza uczniów szkół średnich Poznania na temat umiejętności w zakresie pierwszej pomocy. *Now Lek* 2001; 70(Supl.): 365–373.
7. Grześkowiak M, Bartkowska-Śniatkowska A, Rosada–Kurasińska J, Puklińska K. Personel medyczny szpitala pediatrycznego nie ma wystarczającej wiedzy dotyczącej prowadzenia bezprzyrządowej resuscytacji krążeniowo-oddechowej. *Anestezjol Intensywna Terapia* 2009; XLI, 3: 155–158.

Adres do korespondencji:

Malwina Kupczyk

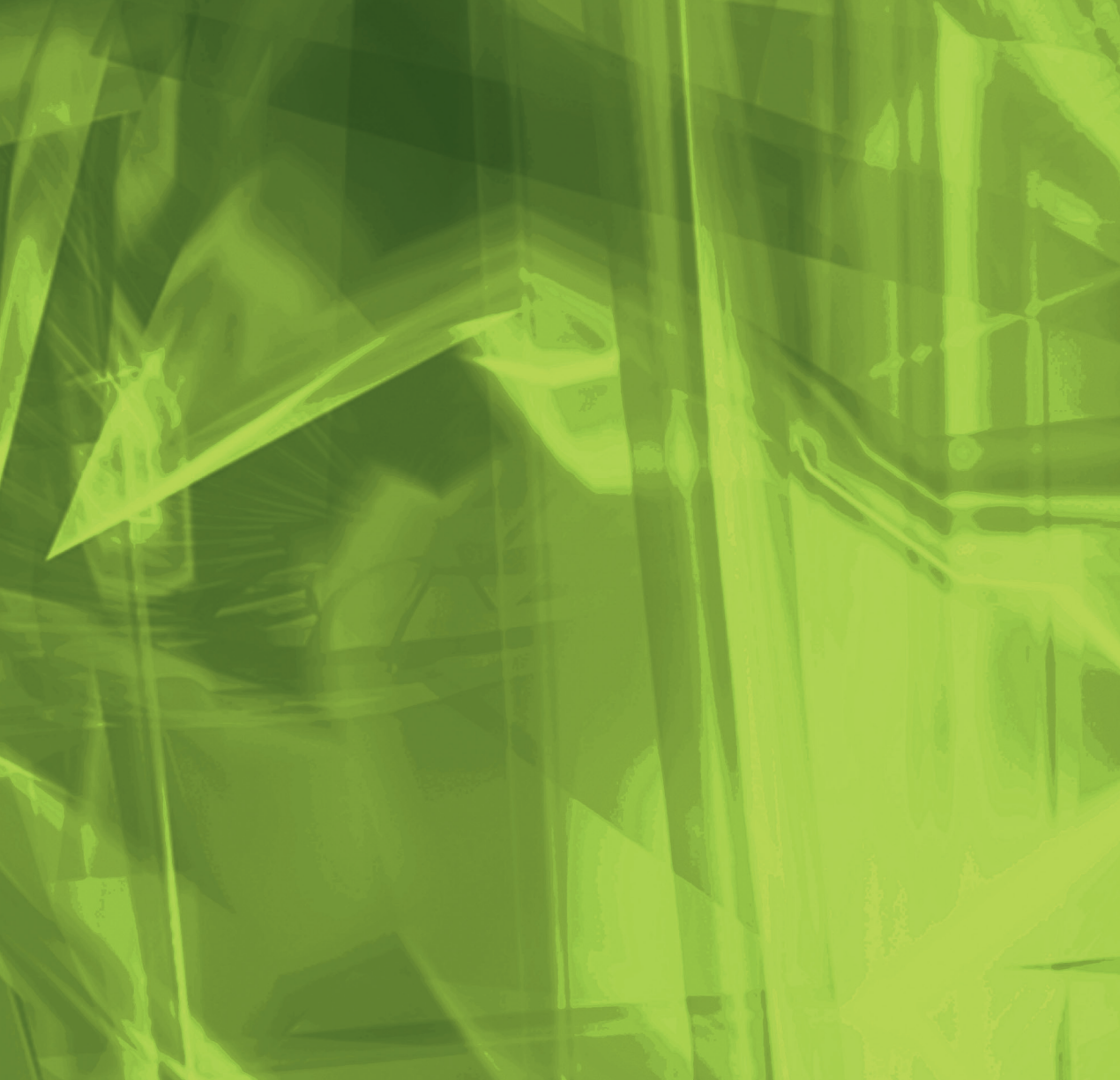
Studentka Instytutu Pielęgniarstwa PMWSZ w Opolu

ul. Katowicka 68

45-060 Opole

Tel.: 668 829-019

E-mail: malwina_kupczyk@interia.pl



ISBN 978-83-62182-27-5