

Dobre praktyki

e-miesięcznik położnej Jeannette Kalyty

Nr 3/2017

Chwila codzienności

Pytania
o szczepienia

Uśmiech - inwestycja
na przyszłość

KONKURS!!!

Do wygrania zestaw kosmetyków

**Czy cięcie cesarskie to
poród przyszłości ?**

Banki mleka

∞Edukacja ∞Inspiracja ∞Kreatywność

Drogie koleżanki i koledzy



Uczymy się przez całe życie. Wybieramy studia, kursy, szkolenia, chcemy rozwijać swoje pasje. Zwiększamy kompetencje o kolejne uprawnienia, aby kobiety od położnej mogły otrzymać jak najwięcej. Wachlarz naszych usług obfituje w co raz mniej spokrewnione ze sobą obszary.

Ludzie od których się uczymy, kształtują naszą osobowość, ukierunkowują nasze cele, ale nie rzadko odwracają skupione myśli od istoty zagadnienia...

Maria Dąbrowska powiedziała, że marzenia zawsze się spełniają, ale nie tak i nie wtedy, kiedy tego pragniemy. Tym samym potwierdziła tezę, którą znamy z doświadczeń. Nasza droga zawodowa to zakręty, postoje, biegi przez płotki i rejs po nieznanym oceanie przeplatana odpoczynkiem w kwiecistym ogrodzie.

Wyposażone w pokłady różnej wiedzy szukamy w głowach odpowiedzi na potrzeby kobiet koncentrując się na możliwości udzielenia szybkiej i jednoznacznej porady.

Zdarza się, że nie zastanawiamy się jak nasza postawa merytoryczna wpływa na świadomość ogółu odbiorców. Zobrazowaniem tego są publiczne wypowiedzi na forach internetowych, gdzie pod treściami udostępnianymi ze stron innych państw rozkwitają dyskusje nad postrzeganiem prezentowanych praktyk. Ostatnim topowym nagraniem są „delikatne cesarki”, gdzie dziecko po wydobyciu główki, samodzielnie przeciska się resztą ciała przez otwarte powłoki brzuszne.

Położne w Internecie dzielą się między sobą tym, co aktualnie je zajmuje. Temat cięcia cesarskiego od zawsze wzbudza kontrowersje pomiędzy dyskutującymi. Prezentowana wiedza medyczna o jego przebiegu i znajomość konsekwencji dla matki i dziecka na które się powołujemy, nie zawsze świadczy o znajomości badań naukowych. Tam, gdzie powstaje deficyt wiarygodnych źródeł do głosu dochodzą przekonania, często oparte wyłącznie o wyobrażenia...

Istotą naszego zawodu nie jest walka pomiędzy kolejnym rozporządzeniem i wcześniejszym aktem prawnym, a dbanie o utrzymanie dobrych praktyk w ocenie granicy pomiędzy fizjologią i patologią.

Jeannette Kalyta

Pharmacaris

EMOTOPIC



NOWOŚĆ
DOSTĘPNE W APTECE

EMOLIENTOWA PIELĘGNACJA SKÓRY SUCHEJ I WRAŻLIWEJ OD 1. DNIA ŻYCIA

OPARTA NA NATURALNYCH OLEJACH O MEDYCZNEJ SKUTECZNOŚCI

EMOTOPIC to nowoczesne emolienty przeznaczone do pielęgnacji skóry suchej, wrażliwej, skłonnej do podrażnień, a także dla skóry z atopowym zapaleniem (AZS).

Wchodzące w skład serii **naturalne oleje o medycznej skuteczności** – **olej canola i olej konopny** – wzmacniają płaszcz hydrolipidowy naskórka, zapewniając prawidłowe funkcjonowanie struktury skóry u niemowląt od 1. dnia życia i dzieci. Emolienty **EMOTOPIC** pielęgnują oraz chronią skórę zapobiegając suchości i podrażnieniom. Formuły hipoalergiczne zapewniają wysokie bezpieczeństwo i tolerancję.

Rekomendowane przez Polskie Towarzystwo Pediatryczne od 1. dnia życia.

**SKUTECZNOŚĆ I BEZPIECZEŃSTWO POTWIERDZONE
W BADANIACH DERMATOLOGICZNYCH I KLINICZNYCH
POD NADZOREM DERMATOLOGÓW DZIECIĘCYCH.**

www.emotopic.pl



W tym numerze:

**Czy cięcie cesarskie to
poród przyszłości**

- Część I Matka *Jeannette Kalyta 5*

Część II Dziecko *Jeannette Kalyta 8*

Banki Mleka *Fundacja Bank Mleka Kobiecego 12*

Pytania o szczepienia *Aleksandra Maciążka 16*

Chwila codzienności (3) *Jolanta Kulińska 19*

Uśmiech- inwestycja na przyszłość *Emilia Jaśniewska 20*

**Cięcie cesarskie
oczami instrumentariuszki** *Ewa Łukasik 24*

Bezpośredni kontakt do redakcji:

tel. 797 581 762

Jeannette Kalyta
jk@jeannettekalyta.pl

Emilia Jaśniewska
ej@jeannettekalyta.pl

ul. Grupy AK Północ 2/33
00-713 Warszawa



Zdjęcie na okładce

Steve Henderson, 1957

Czy cięcie cesarskie to poród przyszłości?

Część I - Matka

Jeannette Kalyta

W Polsce, prawie 50 procent ciąż kończy się cesarskim cięciem i liczba ta stale rośnie. Położne od lat z niepokojem przyglądają się temu zjawisku. Dlaczego tak się dzieje, skoro według zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia, tylko 15 procent porodów powinno się zakończyć w ten sposób? Ze statystyk WHO wynika, że właśnie u tej niewielkiej grupy kobiet stwierdza się wskazania medyczne do operacyjnego ukończenia ciąży. Rzeczywistość wygląda zdecydowanie inaczej. Czego możemy się spodziewać, gdy w dyskusjach matek, cięcie sprowadza się do zabiegu kosmetycznego i licytacji dotyczącej czasu jego trwania (co jest miarą sprawności operatora) oraz długości blizny (oczywiście im krótsza tym większy powód do dumy)? Na forach internetowych, wątki „Cesarka - jak załatwić” cieszą się nieślabnącą popularnością. Czy jest to efekt mitów, że cięcie to prosty i lepszy zabieg dla dziecka, który kobietę chroni przed bólem?

To prawda, że kobiety, bardziej niż kiedykolwiek boją się bólu w trakcie porodu drogami natury. Takie mamy czasy, nawet najmniejszy ból zagłuszany jest tabletką przeciwbólową. Na popularność „cesarki na życzenie” wpływa również brak wiedzy. Część matek jest przekonana, że w porównaniu z porodem fizjologicznym operacja niesie za sobą same plusy: mniejsze ryzyko powikłań, krótszy okres rekonwalescencji, lepszy stan dziecka, które nie

musi się przeciskać przez kanał rodny.

Jak widać to dość złożony problem. Dzisiaj coraz więcej kobiet rodzi kolejne dziecko po uprzednio wykonanym zabiegu cesarskiego cięcia, jednak powinny wyrazić zgodę, jeśli chcą rodzić drogami natury, rośnie też odsetek ciąż wysokiego ryzyka. Na świat przychodzi coraz więcej dzieci, które jeszcze kilka lat temu nie miałyby szans na przeżycie, i one też najczęściej rodzą się przez cesarskie cięcie. Stale rośnie liczba ciąż będących wynikiem zapłodnienia in vitro, które bywają często traktowane jako ciążę podwyższonego ryzyka i kończą się na bloku operacyjnym. Kobiety o wyglądzie modelek, z bardzo wąskimi biodrami, a takich jest coraz więcej, również trafiają na stół operacyjny. Do stale rosnącej liczby cięć cesarskich, przyczyniają się także media. „Marysia zmarła przez brak cesarki”, „Tragedia na porodówce”, „Nieludzkie porody” to tylko niektóre tytuły, które wstrząsają opinią publiczną, a z personelu czynią krwawych oprawców. Prawie każde niepowodzenie położnicze jest nagłaśniane i rozpatrywane w kategoriach winy lekarzy, położnych i zaniedbań medycznych. Powstaje coraz więcej kancelarii prawnych, które specjalizują się w prawie medycznym a prokuratura ma pełne ręce roboty. Choć wy-

jaśnienie przyczyn tragedii może potrwać kilka miesięcy a nawet lat, to opisy ludzkich dramatów na forach internetowych i w prasie przemawiają do wyobraźni. Co z tego, że przyczyna śmierci dziecka lub matki była inna niż początkowo zakładano, o tym media niestety nie informują już tak szybko.

Nikt nie interesuje się dramatem oskarżonych lekarzy i położnych. Są pozostawieni sami sobie, bez pomocy psychologicznej i wsparcia.



Jeżeli nie ma decyzji o zawieszeniu w obowiązkach służbowych, najczęściej pracują nadal, z olbrzymim poczuciem winy i niepewnością o swoje dalsze losy. Dlatego, lekarze w obawie przed oskarżeniem, wolą niejednokrotnie zakończyć poród cięciem cesarskim, nawet jeżeli nie ma ku temu bezwzględnych wskazań. Bywa, że pracują pod presją mediów, boją się odpowiedzialności prawnej, unikają werbalnych ataków oraz dantejskich scen w wykonaniu mężów i partnerów rodzącej.

Opinia publiczna żyje w przekonaniu o fatalnym poziomie naszego polskiego położnictwa. Mało kto wie, że wskaźnik umieralności okołoporodowej wynosi jedynie 6 promili (we Francji dwa razy tyle) a ponad 99,5 procent porodów kończy się urodzeniem żywego dziecka (wliczając porody wcześniaków). Czasy PRL-u dawno już minęły, ale w ludzkiej świadomości na długo pozostanie obraz polskiego szpitala tamtych czasów. I choć oddziały położnicze zmieniły się nie do poznania, razem z warunkami zmieniły się oczekiwania i wymagania naszych pacjentek. „Poród miałam koszmarny: męczyłam się prawie 20 godz.,

nie chcieli mi zrobić cesarki i musiałam dziecko rodzić naturalnie”; „Rodziłam 3 lata temu ponad 30 godz. i nie chcieli zrobić ani cesarki, ani dać mi znieczulenia” – wspominają kobiety. Inne z kolei opowiadają o uszkodzeniach okołoporodowych, z którymi urodziły się ich dzieci i o zlekceważeniu przez lekarzy przeciwwskazań do porodu fizjologicznego. Ze statystyk wynika, że patologie związane z porodem dotyczą ok. 6%, bez względu na drogę porodu, lecz suche statystyki nie przekonują ciężarnych.

Cięcie cesarskie na życzenie stanowi nowy problem ostatnich kilkunastu lat. Nieustannie trwa dyskusja, czy można wykonać je w sytuacji, gdy nie ma wskazań medycznych, a ewentualne wykonanie zabiegu podyktowane jest wyłącznie życzeniem rodzącej. Dzisiaj, głównym powodem do podejmowania takiej decyzji jest tokofobia (lęk przed porodem). Kobiety czują wstyd pokazując zaświadczenie od psychiatry, ale jest on zdecydowanie mniejszy niż lęk przed bólem porodowym. Gdyby jedynie chodziło o lęk, można by go zredukować poprzez odpowiednią psychoterapię ciężarnej oraz szeroko zakrojoną akcję edukacyjną społeczeństwa.

Aby zmniejszyć odsetek cesarskich cięć, trzeba przede wszystkim zmienić nastawienie opinii publicznej do porodu, a nie jest to takie łatwe. Należy uświadomić społeczeństwu, że urodzenie zdrowego dziecka nie zależy jedynie od personelu medycznego i systemu opieki, ale także tego czy kobieta jest zdrowa, w jakim żyje środowisku, jak przygotowała się do ciąży, ile wie na temat porodu, i jak duży bagaż doświadczeń okołoporodowych niosą kobiety z jej rodu. Nie każdy poród kończy się 100 procentowym sukcesem. Tak trudno zaakceptować bezlitosne statystyki. W dzisiejszych czasach, posiadanie dziecka bywa traktowane jak kolejny projekt, zaplanowany od początku do końca.

Pary przygotowują się do ciąży i angażują

się w jej przebieg, nie dziwnym się więc, że chcą mieć pewność co do jej pomyślnego zakończenia w konkretnym czasie. Taką pewność daje zaplanowane cięcie cesarskie.

Kobiety kierują się pozorną wygodą i skupiają się na poszukiwaniu szpitala, w którym za stosowną opłatę, lekarz nie będzie zadawał zbędnych pytań o przesłanki jej decyzji. Cóż, tak naprawdę jest to niezgodne z zasadami sztuki lekarskiej i nie powinno mieć miejsca, ale wydaje się, że szpitale prywatne są wyjęte spod prawa.

W szpitalu państwowym nie pójdzie tak łatwo. Ciężarna musi przedstawić zaświadczenie o przeciwwskazaniu do porodu drogami natury. Te od okulisty wyszły już z mody, nawet wywołują wśród personelu lekki uśmieszek. Należy podeprzeć się mocną opinią od psychiatry, hematologa, kardiologa bądź ortopedy. Jeszcze istnieje jedna szansa, „na położną”.

Wystarczy znać odpowiednią osobę, która załatwi kontakt z właściwym lekarzem. Ten natomiast, wynagradza położną procentem za każdą doprowadzoną pacjentkę. Smutne, że położne, strażniczki fizjologii nie mają innego pomysłu na siebie.

Ciężarne, załatwiając sobie zaświadczenie

o wskazaniach do cesarskiego cięcia zawsze mają obawy, że szpital może je zakwestionować. W praktyce do takich przypadków dochodzi niezwykle rzadko. Położnicy przyznają, że nawet jeżeli podejrzewają „fałszywe zaświadczenie”, wolą ciąć, niż ryzykować sprawę w sądzie. Z danych Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej wynika bowiem, że w ciągu ostatnich lat najwięcej toczących się spraw dotyczy właśnie niewykonania cięcia cesarskiego lub wykonania go zbyt późno.

Równocześnie lekarze alarmują, że rosnąca liczba operacji powoduje, że zwiększa się liczba powikłań w kolejnych ciążach, np. nieprawidłowości związanych ze złym zagnieżdżaniem się łożyska w bliźnie po cesarskim cięciu. Poza tym cięcie cesarskie zwiększa ryzyko wystąpienia ciąży pozamacicznej oraz łożyska przodującego albo przyrośniętego w kolejnej ciąży.

W trakcie kolejnego porodu lub jeszcze w ciąży macica w miejscu blizny po poprzednim cięciu może się rozejść i wówczas jest to wskazanie do natychmiastowego ukończenia ciąży operacyjnie.

Gdy u kobiet, które w młodości kilkakrotnie przeszły cesarskie cięcia i jest konieczna do wykonania operacja brzuszna, operator może napotkać utrudniające zabieg zrosty, które stanowią realne zagrożenie dla zdrowia a nawet życia pacjentek. Fizjoterapeuci i osteopaci coraz częściej mają do czynienia z kobietami po cięciach cesarskich, które przez bliznę i zrosty głębszych warstwach brzucha mają problem ze stawami biodrowymi. Zwiększająca się nieustannie liczba cięć cesarskich jest zatrważająca. Być może nic ani nikt nie jest w stanie powstrzymać tej lawiny, lecz położne nie



powinny stać z założonymi rękami. Nie jest potrzebna postawa agresji czy tworzenie grup negujących cięcie elektywne.

Biegu historii nie da się zatrzymać a ziarno merytorycznej wiedzy obroni się samo, jeżeli trafi na właściwą glebę. ♥

Część II- Dziecko

„Kobieta ma prawo wyboru, ale dziecko ma prawo do zdrowia. Cięcie cesarskie jest tą cudowną metodą, która pozwala ratować życie i zdrowie rodzącego się dziecka. Jednakże nadużywanie tej metody porodu niezgodnej z naturą i fizjologią człowieka może powodować pewne komplikacje, które w sposób istotny wpływają na stan naszego zdrowia w ciągu całego życia.”

prof. R. Lauterbach

Cóż można dodać do słów neonatologa?

Wystarczy wyobrazić sobie kobietę, która przychodzi do szpitala o umówionej godzinie, świadomie kładzie się na stół operacyjny, po czym niczego nie spodziewając się dziecko, zostaje nagle wyjęte z jej brzucha. To codzienność naszych oddziałów położniczych. Noworodek jest pozbawiony koktajlu hormonów, które fizjologicznie wydzielają się podczas porodu (oksytocyny, endorfin, adrenaliny), które przygotowałyby go do przejścia z jednego świata do drugiego. A przecież natura zdecydowała inaczej, przede wszystkim dziecko daje sygnał, że jest już gotowe, uwalniając z płuc białko będące składnikiem surfaktantu (mieszaniny lipidów i białek), która cienką warstwę wyściela pęcherzyki płucne. Rola surfaktantu polega na zmniejszeniu napięcia powierzchniowego w pęcherzykach, co ułatwia oddychanie powietrzem. Poród



jest inicjowany przez dziecko wtedy, gdy osiągnie odpowiednią dojrzałość by przetrwać poza organizmem mamy. Tyle ma do powiedzenia natura, życie wygląda inaczej. Cięcie cesarskie od lat nie jest traktowane jedynie jako „wyjście awaryjne” w trudnej sytuacji położniczej, a lista wskazań medycznych zdaje się wydłużać.

Kobiety XXI wieku coraz częściej odmawiają porodu drogami natury uważając fizjologię za odzierający je z godności proceder. Nie mają zamiaru mierzyć się z bólem przez kilka, nie daj boże kilkanaście godzin, więc decydują się na cięcie i nie chcą słuchać żadnych argumentów.

Cóż, zawsze warto poznać drugą stronę medalu i choć przez chwilę skupić się na dziecku. Na przełomie wieków wśród amerykańskich celebrytek panowała moda, by cięcie cesarskie odbywało się w 36 tygodniu ciąży (w sumie im wcześniej tym lepiej). Po co? Po to, by nie przytyć kilka kolejnych kilogramów, nie rozciągać

skóry niepotrzebnymi obręczkami i sprawnie wrócić do formy oraz dawnej nienaganej figury. Dziwne, że nikt nie przejmował się wcześniakiem z zaburzeniami oddychania, który kilka tygodni spędzał w inkubatorze borykając się z wszystkimi wcześniaczymi problemami zdrowotnymi. Nierzadko zdarza się, że cięcie cesarskie wykonywane jest w trakcie porodu przy regularnej czynności skurczowej macicy. Dziecko jest wówczas w dużo lepszej sytuacji niż przy cięciu elektywnym. Hormony porodowe, które krążą we krwi dziecka ułatwiają mu adaptację w tych pierwszych trudnych chwilach.

Jak mówi najnowsza wiedza, dziecko wydobywane z macicy, zwłaszcza gdy się tego nie spodziewa (bez czynności skurczowej), przeżywa olbrzymi stres, który jest w stanie zmienić mu immunologię.

Poród wpływa na ekspresję genów, a dokładnie na metylację DNA. U dzieci urodzonych przez cesarskie cięcie, już na poziomie komórkowym, obniża się poziom leukocytów i innych czynników mających wpływ na układ odpornościowy. Dlatego dzieci te mają słabszą reakcję układu immunologicznego w przypadku infekcji. Duńscy naukowcy odkryli, że organizmy dzieci urodzonych drogami natury, wykształciły dzięki hormonom porodowym więcej komórek odpowiadających za lepsze funkcjonowanie **systemu odpornościowego**. Naukowcy zauważyli także, że to, w jaki sposób się rodzimy, ma wpływ na funkcjonowanie naszego **systemu immunologicznego** zarówno w dzieciństwie, jak i determinuje nasze zdrowie w przyszłości. Niezwykle znaczenie przypisuje się pierwszej kolonizacji przewodu pokarmowego na co ma wpływ droga porodu.

Flora bakteryjna w przewodzie

pokarmowym u dzieci urodzonych przez cięcie cesarskie jest inna aniżeli u tych, które przysły na świat drogami natury. Olbrzymie znaczenie mają bakterie umiejscowione w kanale rodnym matki, z którymi styka się dziecko w trakcie porodu. Dzięki temu kontaktowi układ odpornościowy noworodka, ma okazję nauczyć się odróżniać własne, nieszkodliwe komórki od tych potencjalnie groźnych, pochodzących z zewnątrz, na które dostanie zapewne gotowe przeciwciała w mleku matki. Kształtowanie **flory bakteryjnej w przewodzie pokarmowym** dziecka, ma wpływ na pracę wielu narządów i układów.

Dlatego dzieci, które przysły na świat drogami natury, są silniejsze, gdyż ich układ odpornościowy jest lepiej rozwinięty. Są mniej narażone na alergię, astmę czy cukrzycę typu 1 niż te, które urodziły się przez cesarskie cięcie.

Doskonale o tym wiedzą kobiety planujące „cięcie cesarskie na życzenie”. Otóż ostatnimi czasy panuje moda na „gaziki”. Chodzi o to, by kobieta na kilka godzin przed cięciem cesarskim założyła sobie głęboko do pochwy gazik na nitce. Przed operacją musi go wyjąć i wręczyć w estetycznym woreczku lekarzowi. Najczęściej ofiarą pada neonatolog, który winien wytrzeć gazikiem jamę ustną dziecka. Na pierwszy rzut oka jest w tym jakaś logika, ale nie należy zapominać, że inaczej reaguje na drobnoustroje dziecko, któremu poród postawił na baczność układ immunologiczny a zupełnie inaczej bezbronny, zestresowany noworodek wyjęty przed chwilą z macicy. Patogeny skolonizowane w pochwie matki mogą spowodować u niego poważne zakażenie.

W czasie porodu fizjologicznego dziecko przez cały czas dostosowuje się do zmieniających się warunków w macicy i kanale rodnym, co zdecydowanie ułatwia adaptację organizmu po urodzeniu, w tym pierwszy oddech czy samoistne

oczyszczenie dróg oddechowych. W czasie cięcia cesarskiego te mechanizmy są całkowicie pominięte, co ma wpływ na częste powikłania u dziecka. Noworodki z cięć cesarskich częściej wymagają specjalistycznej pomocy z powodu zaburzeń oddychania. Zwykle są one przejściowe, ale też mogą być przyczyną dalszych poważniejszych konsekwencji. Kolejnym, na szczęście sporadycznym powikłaniem są uszkodzenia skóry noworodka w czasie otwierania macicy, lecz regeneracja tego nacięcia jest niebywale szybka i nigdy nie pozostawia trwałej blizny.

Trwają badania nad odległymi skutkami cięcia cesarskiego i wpływem na dalszy rozwój dziecka. Dzisiaj już wiemy, że dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej, nadwrażliwe – to głównie te urodzone przez cesarskie cięcie. Ponadto, w późniejszym rozwoju, dzieci te częściej niż rówieśnicy, wykazują nieprawidłowości z zakresu propriocepcji (zmysłu orientacji ułożenia części swojego ciała), trudności z określeniem części ciała. Czasem wręcz nieświadomość pozycji swojego ciała, brak obustronnej koordynacji, częste potykanie się, problem z naśladowaniem ruchu, trudność z kontrolą siły nacisku oraz zaburzenia równowagi.

Niepewność grawitacyjna powoduje, że dziecko unika wspinania się, zabaw na huśtawce, nagłej zmiany pozycji, boi się wysokości, długo uczy się wchodzenia i schodzenia po schodach. Ma nadwrażliwość na dotyk, nie toleruje przytulania, dotykania twarzy, głowy, szyi czy barków. Niechętnie daje sobie uczesać

włosy czy obciąć paznokcie. Unika gier zespołowych, nie lubi zabaw plasteliną, piaskiem, farbami. Ma niską tolerancję na nowe posiłki o nieznanym kształcie nie lubi chodzić boso po trawie czy piasku.

Rodzice dziecka z cesarskiego cięcia powinni wiedzieć jak pokierować wychowaniem i edukacją dziecka, by zniwelować wszystkie te deficyty. A do wiedzy merytorycznej wystarczy dodać najprostszy składnik, miłość mamy i taty.

Problemy psychiczne i emocjonalne po porodzie zdarzają się częściej u kobiet po cięciach cesarskich. Operacja trwa krótko, a zaraz po niej dziecko pokazywane jest mamie na chwilę i najczęściej zabierane do oddziału noworodków. Niewiele szpitali respektuje prawo matki do pozostania z dzieckiem na sali operacyjnej i pooperacyjnej, inne odmawiają z powodu braku personelu lub starych utrwalonych procedur. Taki poród utrudnia tworzenie więzi matki z dzieckiem ze względu na brak bezpośredniego kontaktu w pierwszych kilku godzinach najważniejszych dla obojga. Kobietom niekiedy trudno oswoić się z tym, że ciąża już się zakończyła. Bez hormonów porodowych, trudniej wystartować z laktacją,

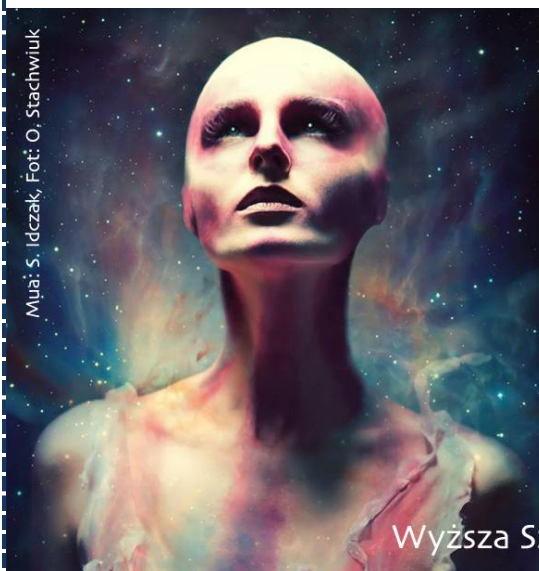
czasami trzeba na nią poczekać nawet dwie, trzy doby. Poza tym samopoczucie kobiet po cięciu cesarskim przez pierwsze kilkanaście godzin jest znacznie gorsze niż tych po porodzie drogami natury. Jeżeli mają dziecko przy sobie, potrzebują pomocy w pielęgnacji i



#NaDobryPoczątek

przystawianiu go do piersi. Ból rany pooperacyjnej i słaba mobilność w pierwszych dobach powoduje, że sporo matek poddaje się i rezygnuje z karmienia piersią. Jak widać cięcie cesarskie, wyjście pozornie łatwe i wygodne dla matki, wcale nie jest ani łatwe, ani bezpieczne dla malucha, oczywiście wykluczając sytuacje ścisłych przeciwwskazań do porodu drogami natury. Warto by położne dołożyły starań, aby kobiety nie traciły wiary w to,

że są w stanie urodzić i wykarmić swoje dziecko. A ciężarne częściej powinny szukać wsparcia w szkołach rodzenia i przychodniach. Położna jest merytorycznie przygotowana do tego by rozwiewać wszelkie wątpliwości. Oprócz fachowej wiedzy jest towarzyszką każdej kobiety w wędrówce poprzez wszystkie etapy kobiecości, bez względu na decyzje jakie podejmuje jej podopieczna.♥



6 pytań o Bank Mleka

1. Co to jest bank mleka kobiecego?

Dla kogo przeznaczone jest mleko z banku mleka? Banki mleka to profesjonalne laboratoria zajmujące się pozyskiwaniem mleka kobiecego, przechowywaniem go i - po zbadaniu - dostarczaniem potrzebującym dzieciom, które z przyczyn losowych nie mogą być karmione przez własne mamy. Banki mleka powinny być nieodłącznym elementem systemu opieki nad matką i dzieckiem, szczególnie jeśli noworodek wymaga długotrwałego leczenia lub z innych powodów karmienie piersią przez biologiczną matkę jest utrudnione. Działalność banków mleka trzeba traktować jako stwarzanie równych szans wszystkim dzieciom w dostępie do najlepszego, naturalnego pokarmu. Gromadzenie mleka w banku gwarantuje prawidłowe zagospodarowanie jego nadwyżek z korzyścią dla potrzebujących dzieci, wśród których większość stanowią wcześniaki i noworodki chore. Pozostaje to w zgodzie ze wskazaniami AAP (ang. American Academy of Pediatrics, 2005) oraz wspólną Rezolucją WHO i UNICEF, zgodnie z którą: „Mleko kobiece pochodzące z profesjonalnego banku mleka jest drugim po mleku własnej matki pokarmem z wyboru do stosowania u noworodków i niemowląt” (WHO & UNICEF Joint Statement, 1980)

2. Dlaczego tak ważne jest, aby wcześniak był karmiony pokarmem naturalnym?

Mleko kobiece podawane choremu, szczególnie przedwcześnie urodzonemu dziecku powinno być traktowane jak lek. Zawiera ono tysiące aktywnych składników, które mają wartość pozażywniową, są unikalne i nie można ich wyprodukować podczas procesu technologicznego. Mleko kobiece jest także idealnie dopasowane do potrzeb żywieniowych noworodka, zawiera wyłącznie gatunkowo specyficzne białka i jest dla niego najlepiej przyswajalnym pożywieniem.

3. Skąd pomysł reaktywacji banków mleka w Polsce?

Pomysł odtworzenia w Polsce dawnych laktariów był oddolną inicjatywą karmiących matek przekonanych o wartości kobiecego mleka. Pomysłodawcą była Pani Magdalena Podczaska, obecnie mama pięciorga dzieci. Po urodzeniu pierwszego dziecka Pani Magda, pokonując pierwsze trudności w karmieniu piersią małej Ani, miała nadmiar pokarmu. Ponieważ wiedziała, jak trudno o pierwsze krople mleka po niespodziewanym porodzie (Ania urodziła się miesiąc przed terminem), próbowała oddać pokarm dzieciom, które są pozbawione mleka mamy. Jednak żaden szpital ani dom dziecka nie mógł przyjąć tego pokarmu bez gwarancji, że został odciążony i był przechowywany we właściwych warunkach, że jest przebadany i bezpieczny dla nie-

spokrewnionego dziecka. Wspólnie z przyjaciółką Aleksandrą Wesołowską, wtedy doktorantką studiów medycznych, dziś prezesem Fundacji Bank Mleka Kobiecego, założyły Stowarzyszenie na Rzecz Banku Mleka Kobiecego, którego celem było umożliwienie bezpiecznego dzielenia się pokarmem.

4. Gdzie funkcjonują banki mleka w Polsce? Jak nawiązać z nimi współpracę?

Pierwszy bank mleka w Polsce został otwarty 28 marca 2012 r. na mocy umowy partnerskiej zawartej między Fundacją Bank Mleka Kobiecego, a Samodzielnym Publicznym Szpitalem Klinicznym im. prof. W. Orłowskiego w Warszawie. W ramach pilotażowego programu „Mamy mleko dla wcześniaka” realizowanego w SPSK im. Orłowskiego, bezpieczny pokarm kobiecy mogą otrzymywać najmłodszy, urodzeni przedwcześnie pacjenci tego szpitala, których mamy nie mogą samodzielnie karmić. W tym banku mleka także dawczyni pokarmu są pacjentkami szpitala.

W maju 2013 r. otwarto w Toruniu pierwszy w Polsce regionalny bank mleka kobiecego. Placówka sfinansowana z funduszy Samorządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego z powodzeniem funkcjonuje w Wojewódzkim Szpitalu Zespólnym im. L. Rydygiera w Toruniu współpracując z matkami-dawczyniami pokarmu z różnych części województwa i zapewnia dostęp do przebadanego pokarmu dla pacjentów szpitali z całego regionu. W styczniu 2014 r. otwarto drugą regionalną placówkę banku mleka kobiecego pod patronatem Fundacji Bank Mleka Kobiecego – w warszawskim Szpitalu Specjalistycznym im. Świętej Rodziny. W chwili obecnej – ze względu na swoją lokalizację - jest to placówka prowadząca już szkolenia dla personelu szpitali z południowej Polski przygotowujących się do otwarcia własnych banków mleka kobiecego. Również tutaj swoją siedzibę ma Pracownia Badań nad Mlekiem Kobiecym i Laktacją Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Doświadczenia dwóch regionalnych banków mleka kobiecego w Polsce wykazują uzyskanie znaczącej poprawy zdrowia dzieci przy stosunkowo niedużych nakładach finansowych i są dowodem, że w Polsce powinno powstawać więcej banków mleka. Parterami finansowymi do otwarcia takich placówek mogą być z powodzeniem samorządy regionalne, można także starać się o dofinansowanie z funduszy unijnych. Fundacja Bank Mleka Kobiecego sprawuje patronat nad mającymi wkrótce rozpocząć działalność placówkami banku mleka kobiecego w Opolu i Krakowie, trwają przygotowania do rozpoczęcia współpracy z ośrodkami w Łodzi, Wrocławiu i Gdańsku. Od połowy 2012 r. istnieje też bank mleka w Rudzie Śląskiej, ale nie jest on objęty patronatem Fundacji Bank Mleka Kobiecego. Coraz większa liczba banków mleka w Polsce może polepszyć wyniki zdrowotności populacji dzieci w kolejnych województwach naszego kraju. Jednak skuteczność działalności sieci banków mleka i możliwość uzyskania realnych danych dotyczących wyników ich pracy wymaga koordynacji i współpracy z instytucjami rządowymi i pozarządowymi oraz władzami lokalnymi. Największy sens ma regionalizacja tych placówek oraz powiązanie ich z instytucjami prowadzącymi badania naukowe, co daje możliwość weryfikacji osiągniętych wyników klinicznych.



5. Jak to wygląda na świecie? Czy banki mleka są czymś powszechnym?

Pierwszy bank mleka kobiecego w Europie powstał w Wiedniu w 1909 r. Otwarty 10 lat później bank mleka w Bostonie stał się modelową placówką dla powstających później w Chicago, Nowym Jorku i Los Angeles. W 1939 r. powstał pierwszy bank mleka w Wielkiej Brytanii. W 1943 r. powstały pierwsze wytyczne regulujące działalność banków mleka, opracowane przez Amerykańskie Towarzystwo Pediatryczne. Odkrycie wirusa HIV w 1980 r. i związane z tym ryzyko przenoszenia choroby przez mleko kobiece znacznie ograniczyło praktykę dzielenia się naturalnym pokarmem i do czasu rozwinięcia technik pasteryzacji pokarmu kobiecego uniemożliwiło rozwój banków mleka. Pięć lat później powstało jednak Stowarzyszenie Banków Mleka Ameryki Północnej, które opracowało wytyczne regulujące działalność banków mleka, a w 1997 r. powstało Stowarzyszenie Banków Mleka w Wielkiej Brytanii, które skupia dziś ponad 17 placówek. Rozwój technik przetwarzania mleka kobiecego i standardów epidemiologicznych eliminuje ryzyko zakażenia poprzez pasteryzowane mleko kobiece oraz umożliwia stosowanie w profesjonalnych bankach systemu monitorowania bezpieczeństwa żywności (ang. HACCP). We Francji funkcjonuje 19 laktariów spełniających zadania banków mleka kobiecego, w Niemczech jest 10 takich instytucji, we Włoszech 24, w Norwegii 13, w Szwecji 25, w Szwajcarii 6, w Grecji działają 2 banki, w Hiszpanii jest tylko jedna 25 taka placówka. Brakuje danych na temat licznych banków mleka istniejących w Finlandii i Danii.

Banki mleka nie funkcjonują na Słowacji, w Portugalii i Holandii, brakuje danych dotyczących takiej działalności w Rosji. W Polsce ostatnie laktarium działało na użytek Centrum Matki Polki w Łodzi i zostało zamknięte w latach 90. XX w. Europejskie Stowarzyszenie Banków Mleka (ang. EMBA) ma w swoim rejestrze ponad 160 placówek, z których kilka jest w fazie organizacji. Fundacja Bank Mleka Kobięcego jest członkiem EMBA i z jego ramienia koordynatorem standaryzacji tych placówek w Polsce.

6. Dlaczego instytucja banku mleka powinna pośredniczyć w dzieleniu się pokarmem?

Karmienie dziecka mlekiem innej kobiety wiąże się z pewnym ryzykiem. Jego wyeliminowanie nie jest możliwe bez badań pokarmu oraz kontroli statusu serologicznego dawczyń. Mleko z banku mleka jest badane pod kątem czystości mikrobiologicznej i pasteryzowane. Potencjalne dawczynie mleka udzielają wywiadu epidemiologicznego na temat przebytych chorób i trybu życia oraz są kierowane na badania krwi. Nieformalne dzielenia się mlekiem kobiecym ułatwia Internet. Oferty kupna/sprzedaży można znaleźć w serwisach ogłoszeniowych i na forach społecznościowych. Europejskie Stowarzyszenie Banków Mleka (ang. EMBA) stoi na stanowisku, że wszelkie formy pośredniczenia między dawczyniami a biorcami, które uwzględniają odpłatność dawczyniom za pozyskane mleko, są nieetyczne i powinny zostać zabronione. Nieformalne dzielenie się mlekiem stanowi zagrożenie dla rosnącego wsparcia banków mleka na całym świecie i podważa zaufanie do tych profesjonalnych instytucji, co w rezultacie może doprowadzić do zwiększenia udziału sztucznych mieszanek w żywieniu niemowląt.

Źródło: bankmleka.pl



Octedin mini 0+ Chroni i pielęgnuje, a z bakteriami się nie szczypie!



- ▶ CHRONI I OCZYSZCZA SKÓRĘ
- ▶ PIELĘGNOJE I REGENERUJE NASKÓREK
- ▶ ŁAGODZI PODRAŻNIENIA

WYCIĄG Z ALOESU
I PANTENOL pielęgnują
i regenerują naskórek,
a także kują oraz łagodzą
podrażnienia.

PANTENOL dodatkowo
chroni i utrzymuje
odpowiedni stopień
nawilżenia skóry.

OKTENIDYNA
wykazuje działanie
antybakteryjne,
co pomaga zachować
czystość.



Dostępne opakowanie: 20 ml
Status: środek higieniczno-kosmetyczny
Producent: Phytopharm Kłęka S.A.

OCT/04/2017/6

ogłoszenie Octedin_mini_205x260.indd 1

27.04.2017 09:21

Jak to jest z tymi szczepieniami? Powodują autyzm? Są przebadane? Zawierają rtęć? Dużo pytań, prawda?

Aleksandra Maciazka

Szukając na nie odpowiedzi w internecie, natknijemy się na wiele wersji, teorii, spisków. Trzeba być bardzo ostrożnym, żeby nie dać się zmanipulować i oszukać.

Kiedy sama usłyszałam te pytania od znajomych i chciałam znaleźć odpowiedzi, nie byłam usatysfakcjonowana tym, co było w Internecie. Co tu zrobić? Zorganizować konferen

cję! Kto lepiej odpowie mi na moje wątpliwości jak nie sama „śmietanka wakcynologiczna”? Dodatkowo skorzystają na tym inni studenci! Plan idealny.

Pomysł okazał się być trafiony! Kiedy na auli zobaczyłam ponad 350 osób, trudno mi było powstrzymać łzy. Nie sądziłam, że w tym roku odbędzie się II edycja!

Ruchy antyszczepionkowe utrzymują, że walczą o prawo do wolności. Wakcynolodzy nazywają ich proepidemikami.



W danych stowarzyszenia antyszczepionkowego można przeczytać, że ponad 60% rodziców którzy zrezygnowali ze szczepień zrobili to przez personel medyczny. Nie dlatego, że ktoś im zabronił się szczepić, ale dlatego, że nie zostali dobrze poinformowani. „Jak można dobrze poinformować pacjenta na krótkiej wizycie?”- pytamy. Jest to wyzwanie, ale mu simy zrobić wszystko co w naszej mocy, aby pacjenci dostawali jasny, spójny przekaz-> lepiej zapobiegać niż chorować!

Oto kilka pytań studentów z konferencji (odpowiedzi udzielali nasi wykładowcy):

Czy warto szczepić się na grypę co roku?-> warto szczepić się na grypę corocznie, gdyż skład szczepionki zmienia się i jest dostosowany do krążącego w danym roku wirusa.

Czy szczepić na ospę osoby dorosłe, które nie przebyły choroby?-> jak najbardziej. Na początku najlepiej zbadać poziom przeciwciał.

Czy dzieci zaraz po szczepieniu na odrę są zakaźne dla innych, bo w ich organizmie krążą wirusy?-> nie, gdyż w szczepionce znajduje się atenuowany wirus, czyli nie groźny dla zdrowych osób. Może być groźny dla osób ze znacznym obniżeniem odporności.

Czy szczepionki płatne są bezpieczniejsze od tych refundowanych?-> nie, wszystkie szczepionki przechodzą takie same etapy badań klinicznych oraz procedury bezpieczeństwa i rejestracji.

Czy przed szczepieniem można stosować miejscowe środki znieczulające skórę? -> jak najbardziej, zaleca się stosowania takich środków u dzieci. Można zastosować kremy znieczulające, ochładzać miejsce wstrzyknięcia oraz stosować końcówki wibrujące zmniejszające odczucie bólu.

Jakie szczepienia zaleca się kobietom w ciąży? Można szczepić na grypę? -> aktualnie w Polsce nie zaleca się szczepić w pierwszym trymestrze.

W późniejszych okresach ciąży tylko gdy korzyści przeważają nad ryzykiem. Można rozważyć szczepienie przeciwko grypie w sezonie epidemicznym.

Czy szczepienia powodują autyzm?-> nie ma dowodów klinicznych wskazujących na związek autyzmu ze szczepieniami.

Czy ruchy antyszczepionkowe przyniosły jakieś

korzyści? Na pewno rozpoczęły ważną dyskusję oraz pokazały, że na autorytet lekarze, położne, pielęgniarki muszą sobie w dzisiejszych czasach zasłużyć. Pacjenci chcą nam ufać, ale musimy im dać taką możliwość, a pierwszym stopniem do zaufania jest informacja. ♥



Aleksandra Maciążka- studentka 4 roku kierunku lekarskiego na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. Pomysłodawca i koordynatorka Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej „Szczep (się) świadomie- od immunologii do praktyki”. Wiceprezydent ds. marketingu IFMSA-Poland Oddział Warszawa.

Konkurs!!!

Do wygrania zestawu emolientów EMOTOPIC!

Odpowiedz na pytanie:

Na jakich naturalnych olejach jest oparta nowa marka emolientów EMOTOPIC?

Pięć osób, które odpowiedzą najszybciej i poprawnie na zadane pytanie nagrodzimy zestawami EMOTOPIC.

Na odpowiedzi czekamy pod adresem e-mail dranel@dranel.pl



CHWILA CODZIENNOŚCI (3)

Jolanta Kulińska

„Życie trwa wyłącznie w tej chwili”
Nhat Hanh

Straciliśmy umiejętność życia w teraźniejszości. Przebywamy w stu miejscach poza tym w którym rzeczywiście żyjemy. Przecież to kim jesteśmy, wynika z decyzji podjętych w przeszłości, a nasze przyszłe cele zależą od działań, które podejmujemy tu i teraz. To co my uważamy za przeszłość, to tylko zachowany w umyśle ślad minionej Teraźniejszości, raz po raz wskrzeszamy mnóstwo takich śladów. Przyszłość natomiast to wyimaginowana projekcja zależna od tu i teraz. Księżyc świeci światłem odbitym od słońca, tak jak przeszłość i przyszłość są jedynie odbiciem mocy Teraźniejszości.

Nasz umysł można porównać do labiryntu w którym tysiące kluczających ścieżek przesłania nam cel. Uwaga jest nicią, która prowadzi do wyjścia.

Kiedy kroisz chleb, niesiesz gorącą herbatę, stąpasz po cienkim lodzie czy oglądasz ciekawy spektakl, jesteś skupiona na tym co robisz. Spróbuj być uważna w każdej chwili swojego życia, przy każdej czynności, skieruj umysł na „tu i teraz”. Kiedy jesz posiłek skup się na tym co jesz, na smaku, kolorze, zapachu. Kiedy odpoczywasz w wygodnym fotelu, spacerujesz po parku, wykonujesz na dyżurze zaplanowaną pracę, skup się tylko na tym.

Obserwując wszystko świadomie z uwagą, możesz dostrzec ulotność zdarzeń. Być może

zauważysz, że fakty zaprzatające twój umysł, zupełnie na to nie zasługują. Dostrzeżesz rzeczywistość taką jaka jest naprawdę, a nie jej złudną kreację. Rozprysną się krzywe zwierciadła. Skupienie to oszczędność twojej energii, mniejsze zmęczenie, precyzja w działaniu i większa efektywność. Pozwoli ci także odtrącić natrętne myśli, które czepiają się niczym mały gałęzi, przesłaniając jasność postrzegania.

Żyjąc uważnie poznajesz siebie, zauważasz, że jesteś częścią całości i odkrywasz, że w życiu nie ma przypadkowych zdarzeń. To jedynie zetknięcie wzajemnie przyciągających się wykreowanych pól energii, na które masz bezpośredni wpływ. Warto zdawać sobie sprawę, że jakość naszych myśli ma olbrzymie znaczenie. To konkretna pozytywna lub negatywna energia, tworząca określone pola energetyczne. Jeśli złościsz się, złorzeczysz, kreujesz negatywne emocje, ponosisz konsekwencje swojego działania. Przede wszystkim tracisz energię, jesteś słabsza, zdekoncentrowana, szybko się męczysz,.

A więc warto być uważną, świadomą rzeczywistości, prawdy, bez domniemań, nadinterpretacji, co czyni życie prostym miłym i radosnym.

Jak nie teraz, to kiedy?

Uśmiech – inwestycja na przyszłość

Emilia Jaśniewska

Każda z nas może zadbać o swoją urodę bez korzystania ze specjalistycznych zabiegów w gabinetach medycyny estetycznej. Jak? Po prostu częściej się uśmiechaj! Prawda, że proste? Za to korzyści są nieocenione. Najważniejsza to skuteczne zapobieganie przedwczesnemu opadaniu kącików ust, oraz spowolnienie tego procesu w późniejszych latach. Osoby o pogodnym usposobieniu, które częściej się uśmiechają w naturalny sposób ćwiczą mięsień wokół ust, tak zwany mięsień obniżający. Nie bez powodu stara prawda mówi, że „śmiej się zdrowie”. Śmiech to masaż, który napina i ujędrnia naszą skórę. Jeśli weźmiemy pod uwagę, że mamy naturalną skłonność do odzwierciedlania mimiki twarzy innych ludzi, to przy okazji zadamy również o

nasze koleżanki. Kiedy się uśmiechamy wydzielają się endorfiny, nasza skóra staje się bardziej ukrwiona, dotlenia się, a my wyglądamy atrakcyjniej. Policzone, że w ciągu minuty śmiechu spalamy około dwunastu kcal, czyli trzy minuty radości pozwalają na redukcję wartości kalorycznej kostki czekolady. Ostatnio wyodrębniono dziedzinę naukową, która nazywa się gelatologia od greckiego słowa gelos, czyli uśmiech. Nieznana jest dotychczas lokalizacja ośrodka uśmiechu w naszym mózgu, ale naukowcy podejrzewają, że mieści się on w prawej półkuli. Rzymski filozof Seneka powiedział, że makijaż podkreśla urodę kobiety, ale to uśmiech czyni ją piękną, korzystajmy zatem z tej życiowej mądrości.



Rola snu dla rozwoju dziecka

Sen przynosi wiele istotnych korzyści poznawczych, społecznych, emocjonalnych i behawioralnych

Sen pełni istotną rolę w dojrzewaniu mózgu dziecka, procesie nauki i rozwoju pamięci¹ pomagając utrwalić istniejące wspomnienia i tworzyć nowe.²⁻⁴ Dzieci, które lepiej śpią są bardziej otwarte na nowe doświadczenia i łatwiej się adaptują do nowych warunków.⁶

Problemy ze snem są powszechne

Sen dziecka jest kwestią indywidualną, zwłaszcza w ciągu pierwszych trzech lat życia dziecka.⁷ Trudności z zasypianiem i budzenie się w nocy to najczęstsze problemy związane ze snem w okresie niemowlęcym.⁷

Badania wskazują, że w okresie niemowlęcym i wczesnego dzieciństwa do rozwiązania problemów ze snem skuteczne są metody behawioralne (niefarmakologiczne).⁸

Rytuały pomagają dzieciom uczyć się

Rytuały pozytywnie wpływają na rozwój mózgu dziecka. Ponadto wykazują korelację z większym poczuciem kompetencji rodzicielskich oraz poprawą zachowań dziecka.

Cykl snu i budzenia jest regulowany przez rytm światła i ciemności, obydwa wymagają czasu, by się rozwinąć, co powoduje nieregularny tryb snu u noworodków. Rytm zaczyna się rozwijać w okolicy szóstego tygodnia życia, a w wieku od trzech do sześciu miesięcy u większości niemowląt można zaobserwować regularną naprzemienność snu i budzenia się.¹⁰

Stały rytuał na dobranoc ułatwia dziecku samoregulację snu.¹¹ Sprawia, że dziecko jest zrelaksowane, spokojne i czuje się bezpiecznie podczas zasypiania, a jakość jego snu jest ogólnie lepsza. Im bardziej ustabilizowany jest rytm dnia, tym lepszy jest sen dziecka.¹²



Proste strategie wspomagające rodziców podczas usypiania dziecka.

Rekomendowany rytuał na dobranoc obejmuje: ciepłą kąpiel, delikatny masaż oraz uspokajające i relaksujące czynności, takie jak kołysanka lub czytanie książki.¹³ W badaniu klinicznym potwierdzono, że 3-stopniowy rytuał przed snem pomaga dzieciom zasnąć szybciej i spać dłużej.¹²

Rytuał obejmujący stymulację multisensoryczną w postaci ciepłej kąpieli, po której następuje masaż to prosty sposób na poprawę jakości snu u małych dzieci i wydłużenie jego czasu.¹³ Konsekwentne rytuał przed snem przekłada się na lepszą jakość snu. Im wcześniej wprowadzi się rytuał zasypiania, tym lepiej.¹²

1. Dang-Vu Thien, Thanh, et al., „A role for sleep in brain plasticity”, *Developmental Neurorehabilitation* 9.2 (2006): 98–118. 2. Stickgold R. (2005) Sleep-dependent memory consolidation, *Nature*, 437, 1272–1278. 3. Friedrich M, et al., „Generalization of word meanings during infant sleep”, *Nature communications* 6 (2015) 4. Seehagen S, et al., „Timely sleep facilitates declarative memory consolidation in infants”, *Proceedings of the National Academy of Sciences* 112.5 (2015): 1625–1629. 5. 5. Curcio G., Ferrara M. and De Gennaro L., „Sleep loss, learning capacity and academic performance”, *Sleep medicine reviews* 10.5 (2006): 323–337. 6. Spruyt K., Aitken R.J., So K, et al. Relationship between sleep/wake patterns, temperament and overall development in term infants over the first year of life, *Early Human Development*, 2008, 84: 289–296. 7. Mindell J.A. et al., „Cross-cultural differences in infant and toddler sleep”, *Sleep medicine* 11.3 (2010): 274–280. 8. Morgenthaler T, Kramer M, Alessi C, et al. Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: an update. *An American Academy of Sleep*, 2006;29:1415-19. 9. Fiese B.H., Tomcho T.J., Douglas M., Josephs K., Poltrone S., Baker T. A review of 50 years of research on naturally occurring family routines and rituals: cause for celebration? *J Fam Psychol*, 2002;16: 381–90. 10. Sheldon S.H., *Principles and Practices of Pediatric Sleep Medicine*, 2nd Ed., Ch 3, 2014; 19–21. 11. Staples A.D., Bates J.E. and Petersen I.T., „X. Bedtime Routines in Early Childhood: Prevalence, Consistency, and Associations with Nighttime Sleep”, *Monographs of the Society for Research in Child Development* 80.1 (2015): 141–159. 12. Mindell J.A. et al., „Bedtime Routines for Young Children: A Dose-Dependent Association with Sleep Outcomes”, *Sleep* 38.5 (2014): 717–722. 13. Mindell J.A. et al. A nightly bedtime routine: impact on sleep problems in young children and maternal mood, *Sleep* 2009; 32: 599–606. MAT/3684/03/2017

Trzy kroki do zdrowego snu

Niemowlęta i małe dzieci większość czasu spędzają śpiąc, co sugeruje, że sen jest niezbędny dla rozwoju. Niemniej, w ciągu trzech pierwszych lat życia, problemy ze snem są powszechne.¹⁻² Konsekwentny, wyciszający rytuał przed snem pomaga niemowlętom szybciej zasnąć i lepiej przesywać całą noc.

JOHNSON'S® RYTUAŁ NA DOBRANOC

Stworzenie wieczornego rytuału to jedna z najważniejszych rzeczy, jakie rodzic może zrobić, by pomóc dziecku dobrze przesywać noc. Aby wesprzeć rodziców w wykształcaniu u dzieci prawidłowych nawyków sennych firma JOHNSON'S® opracowała 3-stopniowy rytuał na dobranoc z zastosowaniem produktów z linii JOHNSON'S® BEDTIME™, którego skuteczność potwierdziły badania kliniczne.

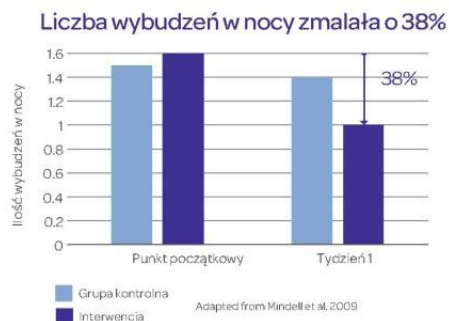
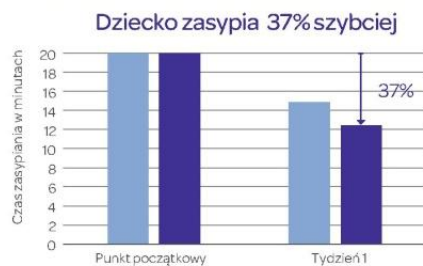
Prosty rytuał o sprawdzonej skuteczności³⁻⁴

Do stworzenia prostego, trzystopniowego Rytuału JOHNSON'S® BEDTIME™ marka zaangażowała do współpracy czołowych pediatrów oraz ekspertów od snu dziecka.

Podczas trwającej trzy tygodnie obserwacji, 405 matek dzieci w wieku od 7. do 36. miesięcy, postępowało zgodnie z rekomendowanym rytuałem, obejmującym kąpiel, masaż oraz uspokajające aktywności, takie jak kołysanki i czytanie bajeczek.

Po tygodniu stosowania Rytuału JOHNSON'S® BEDTIME™ dzieci spały średnio do godziny dłużej, a czas ich nocnego czuwania skrócił się o 32 proc.

Lepszy sen dziecka wzmacnia kompetencje matki w opiece nad nim oraz redukuje jej stres.⁴ Po zastosowaniu rytuału na dobranoc JOHNSON'S® dwa razy więcej matek przyznało, że dziecko spało dobrze, Mamy były mniej zmęczone i mniej spięte oraz zdobyły większe zaufanie do swoich możliwości wpływania na sen dziecka.



1. El-Sheikh, Mona., Sadeh, Avi. "1. SLEEP AND DEVELOPMENT: INTRODUCTION TO THE MONOGRAPH", Monographs of the Society for Research in Child Development, 2015, pp 1-14. 2. Mindell JA, et al., A nightly bedtime routine: impact on sleep problems in young children and maternal mood. Sleep 2009;32:599-606. 3. Mindell J, Johnson C, Sadeh A, Teloński LS, Kulkarni N, Gunn E. Efficacy Of An Internet-Based Intervention For Infant And Toddler Sleep Disturbances. Sleep. 2011;34(4):451-458. 6. Mindell JA; Du Mond CE; Sadeh A; Teloński LS; Kulkarni N; Gunn E. Long-term efficacy of an internet-based intervention for infant and toddlers sleep disturbances: one year follow-up. J Clin Sleep Med 2011;7(5):507-511. MAT/3478/02/2017

Cesarskie cięcie oczami instrumentariuszki

Ewa Łukasik

Jakimi informacjami wymieniają się przyszłe i świeżo upieczone mamy, przestrzegając każdą kolejną ciężarną przed dantejskim przebiegiem porodu naturalnego?

Otóż, według nich - „cięcie przebiega szybko i sprawnie. Na wysokości klatki piersiowej umocowany jest parawan, zza którego nic nie widać. Lekarz rozcina macicę, wyjmuje dziecko, zszywa macicę i już. Znieczulenie nie boli. Blizna jest niska i po kilku miesiącach od zabiegu pozostaje tylko jasna kreska. Poród jest komfortowy, estetyczny i banalnie prosty”.

Czy aby na pewno tak jest?

Idea cięcia cesarskiego pochodzi najprawdopodobniej ze starożytnego Rzymu, gdzie prawo zakazywało grzebania ciężarnej kobiety, nie wyciągnąwszy wcześniej płodu z jej łona. Bez stosownych farmaceutyków i sterylizacji narzędzi przeżycie tego typu operacji graniczyło z cudem. Rozwój położnictwa, antybiotykoterapii, krwiolecznictwa, anestezjologii, dostępność nowoczesnej aparatury i znajomość technik medycznych sprawiły, że cięcie przestało być tak bardzo ryzykowne zarówno dla zdrowia matki, jak i dla dziecka.

Pomimo to, jak wynika ze statystyk, najwięcej poważnych powikłań w położnictwie (do zgonu matki włącznie) jest właśnie po cesarskich cięciach.

Operacja przeprowadzana jest najczęściej w trybie nagłym z powodu spadku czynności serca płodu, pęknięcia macicy, wypadnięcia pępowiny czy braku postępu porodu. Poprzez otwarcie macicy drogą laparotomii można również ukończyć ciążę w przypadku nieprawidłowo zbudowanej miednicy, w nieprawi

dłowych położeniach płodu, w ciąży wielopłodowej, w przypadku łożyska przodu lub występowania chorób układowych u matki (tj. choroby serca, nerek, neurologiczne bądź ortopedyczne). Lista wskazań medycznych jest długa. Krótkie przypomnienie.

Zabieg polega na poprzecznym nacięciu skóry tuż nad spojeniem łonowym, przecięciu tkanki podskórnej, powięzi powierzchownej, nacięciu rozciągniętego zewnętrznego, rozdzieleniu obydwu więzadeł mięśni prostych brzucha, uniesieniu i rozdzieleniu otrzewnej, drobnym nacięciu dolnej części macicy, odessaniu wód płodowych i wyjęciu dziecka, wyciągnięciu macicy przez powłoki brzuszne, usunięciu łożyska, kontroli jamy macicy, jajników, jamy Douglasa oraz kątnicy, przemieszczeniu macicy z powrotem do jamy brzusznej i warstwowym zszywaniu powłok brzusznych.

Tylko tyle i aż tyle.

Cięcie cesarskie to poważna operacja, a rekonwalescencja trwa dużo dłużej niż powrót do pełni sił po porodzie naturalnym. Może dojść do nieprzewidzianych krwotoków, infekcji, do uszkodzenia pęcherza moczowego z koniecznością jego wszycia, do uszkodzenia moczowodów, jelit. Rzadkim, lecz bardzo groźnym powikłaniem jest zator płynem owodniowym. Przedłuża się czas powrotu do pełnej formy. Dolegliwości w miejscu blizny towarzyszą młodej mamie nawet przez kilka miesięcy. W jamie macicy mogą pojawić się zrosty, które utrudniają ponowne zajście w ciążę. Nawet niewielkie urazy śródbłonna, spowodowane dotykaniem przez operatora a także pękaniem narządów jamy brzusznej

w trakcie zabiegu, stają się również przyczyną powstawania zrostów.

Czym są blizny oraz zrosty?

Blizna to zmiana skórna, będąca najczęściej następstwem uszkodzenia skóry właściwej i zastąpieniem ubytku przez tkankę łączną włóknistą. Skóra, poza wczesnym etapem życia płodowego, goi się zawsze z wytworzeniem blizny. Proces ten zazwyczaj przebiega prawidłowo, a powstające zmiany, określane jako zanikowe, nie wymagają leczenia. Tworzące się rzadziej, grube i twarde zmiany, określane jako przerostowe, przez długi czas pozostają czerwone i uniesione ponad poziom zdrowej skóry. Tworzenie blizny to część naturalnego procesu gojenia się rany, w którym uszkodzona skóra właściwa zostaje zastąpiona nową, dobrze unaczynioną tkanką ziarninującą, z licznymi włóknami kolagenu.

Zrosty to patologiczne, łącznotkankowe twory, wyrastające z błon surowiczych i ograniczające ruchomość narządów. Organy wewnętrzne

i wewnętrzna ściana jamy brzusznej pokryte są cienką błoną - otrzewną. Czynności wykonywane w trakcie zabiegu operacyjnego (tj. przecięcie chirurgiczne tkanek, usunięcie fragmentu lub całego organu, a nawet podrażnienie otrzewnej) mogą prowadzić do sklejenia się tkanek i narządów, które fizjologicznie nie są ze sobą połączone. Jest to niekorzystny efekt, ponieważ powoduje występowanie różnych dodatkowych dolegliwości, ból przewlekły i nawracający oraz zaburzenia aparatów wewnętrznych. Zrosty w przebiegu pooperacyjnym mogą prowadzić do poważnych powikłań w postaci:

- dysfunkcji przewodu pokarmowego związanej ze zwężeniem jelita, co powoduje problemy trawienne (uczucie ciężkości, bóle brzucha, wzdęcia, biegunki lub zaparcia),
- niepłodności (jeżeli zrosty zlokalizowane są

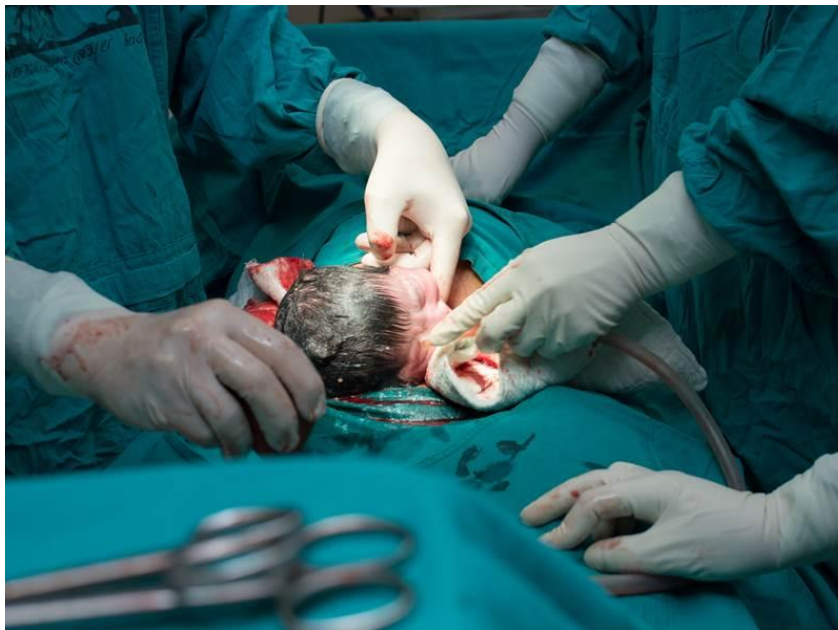
wewnątrz narządu rodnego),

- niedrożności jelita cienkiego

- jest to najpoważniejsze powikłanie. Niedrożność mecha

niczna wymaga zwykle leczenia operacyjnego.

Niestety, zrosty mają tendencję do ponownego tworzenia się i chorzy mogą być operowani wielokrotnie.



Ślad po cesarskim cięciu to najczęściej pozioma kreska długości ok. 15. centymetrów i szerokości ok. 3. milimetrów. Czerwona bezpośrednio po porodzie, jaśnieje z upływem czasu, lecz nigdy nie zanika. Blizna świeża, do 12. miesięcy od zabiegu nie jest uformowana, a w jej obrębie zachodzą dynamiczne procesy przebudowy z udziałem włókien elastycznych i kolagenowych oraz naczyń krwionośnych. Dla prawidłowego procesu gojenia się rany, konieczna jest jej odpowiednia pielęgnacja. Zaleca się utrzymanie jałowego opatrunku przez okres około 48. godzin - w tym czasie kończy się proces epitelializacji, czyli tworzenia naskórka. Idealny opatrunek powinien być wysoce chłonny, nieprzylegający i mieć właściwości antybakteryjne. Jeżeli okolicę tę chronimy przed dodatkowymi urazami, zapewniamy przewiewną odzież, która nie będzie drażnić ani uciskać powierzchni operowanej

(wysokie, bawełniane majtki, których gumka nie uraża obolałego miejsca), przez okres 3. miesiący powstrzymamy się od podnoszenia ciężkich przedmiotów (szwy zdążą się wchłonać), nie napinamy mięśni brzucha podczas kaszlu i kichania, wówczas naturalne procesy naprawcze organizmu doprowadzą do wytworzenia blizny estetycznej z wyglądu.

Decyzję o cesarskim cięciu powinien podjąć lekarz prowadzący ciążę, kierując się opinią specjalistów, np. ortopedy czy neurologa. Niechaj ta forma rozwiązania pozostanie wyjściem awaryjnym w trudnych sytuacjach położniczych. W trosce o własne zdrowie i komfort życia codziennego cięciom na życzenie powiedzmy stanowczo NIE!



Ewa Łukasik, specjalista pielęgniarstwa operacyjnego z 20-letnim stażem pracy. Kosmetyczka. Mama 8-letniej Hani. Miłośniczka zwierząt (w szczególności kotów - właścicielka pięciu zwierzaków), podróży i dobrej książki.



Fundacja Podkarpackie
Hospicjum
dla **Dzieci**

www.hospicjum-podkarpackie.pl

Następny numer już 30 maja!



 **AKADEMIA**
Jeannette Kalyta

