



Luty / 2018

KONKURS

e-miesięcznik



www.UNIWERSYTETZDROWIA.PL

# BRE PRAKTYKI

## Słuchanie a potrzeby

Magdalena Lemanek

## Nadwaga i otyłość kobiet ciążarnych ...

Martyna Mączka

Anna Sass

Barbara Kowolik

Nowy standard postępowania  
diagnostyczno-terapeutycznego  
u kobiet w ciąży chorych na raka  
Fundacja Rak'n'Roll

Pharmacaris

# EMOTOPIC



UNIKALNY NA RYNKU PREPARAT O **3** ZASTOSOWANIACH

1.



**EMULSJA DO KĄPIELI**  
do ciała  
od 1. dnia życia

2.



**PREPARAT MYJĄCY**  
do ciała  
od 6. miesiąca życia

3.



**PREPARAT DO**  
**NATŁUSZCZANIA** ciała  
od 6. miesiąca życia

## PREPARAT 3w1 INTENSYWNIE NATŁUSZCZAJĄCY do ciała

- Skutecznie wspomaga leczenie takich chorób jak: AZS, łuszczyca, różne postaci kontaktowych zapaleń skóry.
- Wysoce skoncentrowana formuła lipidowa i emolientowa wzmacnia naturalne funkcje barierowe skóry.
- Receptura na bazie naturalnych olei koi i łagodzi uporczywe dolegliwości.
- Zapewnia skuteczną ochronę przed czynnikami zewnętrznymi i nasileniem się objawów podrażnień skóry.
- Rekomendowany dla dzieci i dorosłych bez ograniczeń wiekowych.

Rekomendowane przez  
Polskie Towarzystwo Pediatryczne od 1. dnia życia.

[www.emotopic.pl](http://www.emotopic.pl)



# Słuchanie a potrzeby

Magdalena Lemanek



Co słycać?  
A co słyszysz?  
Co słyszysz  
całym sobą?

<https://pixabay.com/en/man-sculpture-art-wonders-talk-1483479/>

W grudniowym numerze zastanawialiśmy się nad słuchaniem od poziomu ignorancji wobec osoby, która do nas mówi, do empatycznego słuchania całym sobą.

Dziś zapraszam do pochylenia się nad potrzebami osób, które do nas mówią, ale i tym samym nad naszą potrzebą bycia wysłuchanym. Zaczniemy jednak od samoanalizy umiejętności słuchania.

Zastanów się i zaznacz swój aktualny poziom umiejętności. Zero oznacza zupełny jej brak, natomiast 5 to poziom najwyższy, czyli - robię tak zawsze.

1. Gdy chcę kogoś wysłuchać, staram się nie myśleć w tym samym czasie o swoich problemach.	0 1 2 3 4 5
2. Nawet gdy mój rozmówca podaje zbyt dużo szczegółów, staram się go słuchać i nie wyłączam się z rozmowy.	0 1 2 3 4 5
3. Czasem w rozmowie następuje cisza. Czuję się z nią komfortowo.	0 1 2 3 4 5
4. Nawet jeśli ktoś ma problem ze sformułowaniem zdania, nie kończę go za niego.	0 1 2 3 4 5

5. Gdy z kimś rozmawiam, poświęcam mu całą uwagę i nie wykonuję w tym czasie innych czynności.	0 1 2 3 4 5
6. Słucham uważnie nawet wtedy, gdy nie zgadzam się z tym, co mówi mój rozmówca.	0 1 2 3 4 5
7. W czasie rozmowy wsłuchuję się w to, co ważne dla mojego rozmówcy i potrafię nazwać jego emocje, potrzeby czy wartości.	0 1 2 3 4 5

Przy którym pytaniu masz najwięcej punktów? To są twoje mocne strony w słuchaniu twoich rozmówców. Na które zebrałeś najmniej punktów? Dlaczego tak się dzieje? To obszary do rozwoju.

Ważne jest to, że każdy z nas, niezależnie od poziomu umiejętności słuchania drugiego człowieka, może zrobić w tej dziedzinie znaczne postępy.

Przyjrzyjmy się po kolei twierdzeniom z samoanalizy.

- 1. Gdy chcę kogoś wysłuchać, staram się nie myśleć w tym samym czasie o swoich problemach.** Trudne, gdy sami też mamy swoją historię prawie na języku, ale czyż nie pełnej uwagi potrzebujemy, gdy sami się komuś zwierzamy? Ba! Nie chodzi tylko o zwierzanie się. Zwykle tematy dnia codziennego też się tu wliczają. Poświęcenie pełnej uwagi tu i teraz dla tej osoby i twoja pełna obecność pomogą najbardziej. Pamiętaj: nie licytujemy się, kto ma gorzej czy lepiej. Tu i teraz dla tej osoby. Jeśli potrzebujemy też się podzielić swoim tematem, zrobimy to dopiero, gdy skończycie omawiać historię twojego rozmówcy.
- 2. Nawet gdy mój rozmówca podaje zbyt dużo szczegółów, staram się go słuchać i nie wyłączam się z rozmowy.** Każdy z nas ma inną osobowość, wiedzę, nawyki i historię całego życia. Pamiętam, jak moja koleżanka, w pierwszych dniach po zapoznaniu swojego przyszłego męża, zapytała go: „Nie przeraziłeś się, że tak dużo mówię?”. Sam jest osobą mówiącą niewiele. Odpowiedział jej: „Bałem się pierwszych randek, bo nie wiedziałem, o czym rozmawiać. Ale potem pomyślałem: dobrze jest, ona nawija tak, że ja nie muszę już nic mówić.” Brzmi humorystycznie, ale Piotr do dziś umie słuchać. Takie słuchanie zupełnie różnej od nas osoby może być trudne, ale gdy nastawiamy się, aby zrozumieć i nie obawiamy się, że mamy mieć gotową odpowiedź, to damy radę.
- 3. Czasem w rozmowie następuje cisza. Czuję się z nią komfortowo.** Wiemy, że osoba, która chce być wysłuchana, nie oczekuje, że rozwiążemy jej problemy. Cisza w trudnej rozmowie, której towarzyszy kontakt wzrokowy, empatyczne spojrzenie, pochylenie ciała w kierunku rozmówcy czy potakiwanie głową lub dotyk są wystarczającym łącznikiem z rozmówcą. Na szkoleniach z porozumiewania się proponuję ćwiczenie dot. ciszy. Proszę, aby dobrać się parami, usiąść naprzeciw siebie i przez 5 minut patrzeć na siebie. Dla niektórych to ćwiczenie jest bardzo trudne, dla jeszcze innych nie stanowi problemu. Jednak większość nie czuje się komfortowo. Zajrzyj w oczy drugiej osoby nienachalnie, spokojnie. Zobacz, co się dzieje z twoich oddechem, z twoim ciałem. Co wyraża wzrok drugiej osoby? Co wyrażają ruchy jej ciała? Z czego wynikają? Po ćwiczeniu można podzielić się swoimi obserwacjami z drugą osobą. Jeśli będziesz się śmiać z początku, to staraj

się mimo wszystko uspokoić. Śmiech w tym momencie jest po prostu oznaką trudności w wykonaniu tego ćwiczenia. Zapewniam cię, że nie byłam kiedyś dobra w milczeniu w trudnych rozmowach. A ty?

- 4. Nawet jeśli ktoś ma problem ze sformułowaniem zdania, nie kończę go za niego.** Mam znajomą, która często razem z rozmówcą powtarza ostatnie sylaby wypowiedzi. Stara się tego unikać, ale jest jej trudno – jak to z nawykami. Pamiętam, jak jeszcze w podstawówce pomagałam koledze z klasy, który się jąkał. To pomaganie było przeszkadzaniem, ale wtedy o tym nie wiedziałam. Co gorsza, nauczyciele robili to samo. Dajmy ludziom się wypowiedzieć. Jeśli kończymy za nich, nie oznacza to, że ich rozumiemy, ale że nie dajemy im przestrzeni na wyrażenie siebie. Jeśli zamiast skupić się na uważnym słuchaniu, zgadujemy, co powiedzą, to już ich prawdziwie nie słuchamy.
  
- 5. Gdy z kimś rozmawiam, poświęcam mu całą uwagę i nie wykonuję w tym czasie innych czynności.** „Mamo, mogę przeczytać ci moje wypracowanie?” – pyta Szymon. Mama odpowiada: „Jasne” i ... odwraca się tyłem sprzątając szafkę w kuchni. To przykład, jak nie należy postępować. No dobrze, ale jest tyle obowiązków w domu i praca, itd. Racja. Wówczas trzeba powiedzieć, że z chęcią wysłuchasz, ale jeszcze potrzebujesz 10 minut, żeby skończyć sprzątać szafkę. Jeżeli chcesz od razu wysłuchać, to odłóż na bok sprzątanie i pokaż, że słuchasz. Nic cenniejszego niż nasz czas i uwaga nie możesz w tym momencie okazać dziecku. Nie zmuszaj się też do słuchania, jeśli coś ci uniemożliwia bycie w pełni z daną osobą. Podziel się tym. „Boli mnie głowa, a chciałabym z uwagą posłuchać ciebie. Potrzebuję parę minut poleżeć. Dam ci znać, jak już odpocznę, OK?”. Dajmy w ten sposób sygnał, że ważne jest dla nas to, co chce powiedzieć druga osoba – tym samym ona też czuje się dla nas ważna.
  
- 6. Słucham uważnie nawet wtedy, gdy nie zgadzam się z tym, co mówi mój rozmówca.** Jeśli od samego początku rozmowy zauważamy, że nasze zdanie jest inne i koncentrujemy się na tym, to już nie słuchamy. Staraj się najpierw zrozumieć, potem być zrozumianym. Popatrz na drugą osobę oczami wnikliwego badacza, który nie ocenia, a stara się wyciągnąć wnioski. Dlaczego ten ktoś tak właśnie myśli? Co powoduje, że akurat to jest dla niego ważne? Z czego to wynika? Zadaj parę pytań, a możesz się zdziwić. Możesz odkryć, że to, co myślałeś do tej pory, to były twoje założenia. Każdy z nas może te same wydarzenia inaczej interpretować. Ponadto mamy inne przekonania, co innego jest dla nas ważne.
  
- 7. W czasie rozmowy wsłuchuję się w to, co ważne dla mojego rozmówcy i potrafię nazwać jego emocje, potrzeby czy wartości.** Czy po wysłuchaniu rozmówcy wiem, co jest dla niego naprawdę ważne? Spróbuj takiego ćwiczenia: po rozmowie, w której ktoś opowiada ci ważną dla niego historię, zastanów się czego poza faktami z tej opowieści dowiedziałeś się o tej osobie? Dlaczego to jest dla niej ważne?

Podsumowując: słuchanie, to umiejętność, którą możemy ćwiczyć. Pierwszy krok to świadomość, od czego chcemy zacząć - który obszar poprawić. Największe efekty przynosi skupienie się zawsze na jednym elemencie, który chcemy ćwiczyć. Dopiero po opanowaniu jednego, przechodzimy do następnego.

W samoanalizie słuchania wyraźnie skupiamy się na naszym rozmówcy. Słuchamy także jego potrzeb. Staramy się być dobrym słuchaczem. A jak uczynić, aby inni nas słuchali? Zmiany na lepsze zaczynamy od siebie – to na pewno. Jednak chcemy, aby nasz rozmówca wysłuchał nas tak, jak my potrafimy go słuchać (zakładam, że już jesteśmy na całkiem zaawansowanym poziomie 😊 i potrafimy słuchać innych).

Potrzeba nam umiejętności wyrażania swoich potrzeb. W tej konkretnej sytuacji, uszanowania tak samo czyjeś potrzeby do bycia wysłuchanym, jak i tego, aby nas ktoś wysłuchał. Nie nauczymy całego świata empatycznego słuchania, ale możemy zrobić chociaż coś.

Parę tygodni temu byłam na spotkaniu towarzyskim w gronie osób, które zawodowo zajmują się słuchaniem. Byli tam przemili ludzie: badacze prowadzący rozmowy z pacjentami i psycholodzy. Rozmowy były na przeróżne tematy, ale prawie każda była przerywana przez inną osobę, przez wtrącanie innych wątków. Nie mogłam w to uwierzyć. Potem pomyślałam: a może oni nie są wysłuchani? Mój znajomy mówi mi, że w jego jednopiętrowym domu ktoś zaczyna opowiadać coś drugiej osobie, a ta schodzi na dół i jakoby dalej słucha. Dajmy sobie prawo, aby po prostu przerwać rozmowę i zwrócić uwagę osobie, która jakoby słucha. Nie starajmy się krzyczeć za nią, żeby na pewno usłyszała ciąg dalszy naszej opowieści. Dobrze, ale jak to zrobić?



Dajmy sobie prawo do bycia wysłuchanym. Jak to zrobić?

<https://pixabay.com/en/stairs-carpet-antique-elegant-2279865/>

Trzeba nauczyć się całkiem prostej metody, następnie zacząć ją ćwiczyć w codziennym życiu, aż stanie się nawykiem. Zaczniemy ćwiczenia w domu, w codziennych sytuacjach, potem ćwiczymy w pracy, itd.

Pozwólcie, że najpierw wprowadzenie do tematu, a potem przykłady. By móc wyrażać siebie, potrzebujemy dać sobie takie same prawa, jakie dajemy innym. Tak oto wkraczamy na pole, które nazywa się asertywność. Komunikacja asertywna to otwarte wyrażanie siebie: bezpośrednie i stanowcze wyrażanie wobec innej osoby swoich myśli, uczuć i przekonań, bez lekceważenia uczuć i poglądów swoich rozmówców.



Asertywność to umiejętność wyrażania siebie bez naruszania praw innych osób.

<https://pixabay.com/en/discussion-restaurant-business-2822066/>

Trzeba być asertywnym, aby wyrażać swoje zdanie, bo trzeba zadbać w tym zarówno o siebie, jak i innych. Wszystko po to, aby nie być ani agresywnym, ani uległym. Jeśli pozwalamy innym na to, aby sprawili, że my czujemy się gorzej, to znaczy, że nie dbamy o siebie. Nie szanujemy siebie tak, jak być może szanujemy innych. To postawa uległa. Jeśli natomiast chcemy na kogoś wymusić to, do czego dążymy, zachowujemy się agresywnie. Tak, wiadomo przecież, że agresja nie musi oznaczać rękoczynów.

W wyrażaniu siebie w sposób asertywny pomaga pamiętanie o tym, aby używać komunikatu JA. Nie używać natomiast komunikatu TY.

Co to oznacza?

Komunikaty typu JA – akcentują nadawcę, jego stan emocji, sytuacji lub zachowań.

Pozwalają na wyrażanie siebie w relacji z inną osobą, pozytywne lub negatywne.

Przykłady:

- 1) **Jest mi bardzo miło, gdy wpadasz mnie odwiedzić.**
- 2) **Czuję się nieswojo, gdy zadajesz mi takie pytania.**

Komunikat **JA** to zdanie, które opisuje co się dzieje ze mną, gdy **TY**.....

Komunikat **JA** składa się z dwóch elementów:

- 1) opisu wydarzeń, faktów
- 2) opisu reakcji nadawcy na nie

Przejawem komunikatu TY (którego nie używajmy!) jest etykietowanie i ocenianie: Np. **Ty się wiesz wiesznie spóźniasz!**

Po tym wprowadzeniu zapewne czujesz różnicę w sposobie wyrażania tego, co czujemy wobec rozmówcy. W takim razie podaję teraz prosty przepis na podzielenie się z drugą osobą informacją zwrotną.

Model FUKO

F – fakty, konkretne zachowanie

U – ustosunkowanie się – emocje, postawy, opinie

K – konsekwencje czyli opis efektów takiego zachowania

O - czyli oczekiwania czyli to co ma być zachowaniem pożądanym

Przykład: Marku, od dwóch dni przychodzisz do pracy o godzinę później. Irytuje mnie to, bo opóźnia to naszą pracę. Chciałbym, abyś od jutra przychodził punktualnie.

**Przykład dot. słuchania:** Jolu, wyszłaś, kiedy zaczęłam ci opowiadać ci moją historię. Irytuje mnie to, bo potrzebuję ci coś opowiedzieć. Chciałabym prosić cię, abyś usiadła ze mną i mnie wysłuchała.

Jak zawsze ważne są intencje. Jeśli szanujemy drugą osobę i szanujemy siebie, to powiemy to w taki sposób, że nawet przy trudnej rozmowie zachowamy duże szanse na porozumienie. A jak to z szacunkiem do siebie jest? To już oddzielny temat.



Magdalena Lemanek  
trener komunikacji interpersonalnej

**SenseCase**

[www.sensecase.pl](http://www.sensecase.pl)



mgr pol. Martyna Mączka<sup>1</sup>  
dr n. o kult. fiz. Anna Sass<sup>2</sup>  
mgr pol. Barbara Kowolik<sup>1</sup>

# Nadwaga i otyłość kobiet ciężarnych jako problem społeczny i medyczny – przegląd piśmiennictwa

Overweight and obesity in pregnant women as a social  
and medical problem – the research review

- <sup>1</sup> Katedra Zdrowia Kobiety, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
- <sup>2</sup> Zakład Specjalnej Edukacji Fizycznej, Katedra Teorii i Metodyki Wychowania Fizycznego, Akademia Wychowania Fizycznego im. Jerzego Kukuczki w Katowicach

## Streszczenie

Dane epidemiologiczne wskazują, że otyłość jest problemem społecznym dotykającym kobiety i mężczyzn w każdym wieku. W ostatnich kilkudziesięciu latach zaobserwowano ponad dwukrotne zwiększenie częstości występowania otyłości wśród kobiet. Szacuje się, że w Polsce 10–15% kobiet w wieku reprodukcyjnym ma nadmierną masę ciała i że nawet 20% kobiet ciężarnych jest otyłych. W pracy przedstawiono wyniki aktualnych badań (dostępnych w bazie informacji naukowej EBSCO) dotyczących problemu nadmiernej masy ciała u kobiet ciężarnych. Działania prewencyjne i minimalizowanie zjawiska nadmiernej masy ciała kobiet ciężarnych zależą od interdyscyplinarnego podejścia ekspertów z poszczególnych dziedzin. Wyniki badań wskazują na istotne różnice w redukcji nadmiernej masy ciała w przypadku podejmowania działań z zakresu dietetyki. Konsultacje żywieniowe, przestrzeganie diety, cykliczne spotkania z dietetykiem w połączeniu z aktywnością fizyczną skutkowały korzystniejszymi zmianami w prewencji nadmiernej masy ciała niż sama aktywność fizyczna. Niezbędne jest opracowanie standardu postępowania z kobietą ciężarną, u której występuje nadmierna masa ciała, obejmującego edukację zdrowotną, konsultacje żywieniowe oraz aktywność fizyczną. Efektem takiego standardu będzie lepsza prewencja otyłości u kobiet ciężarnych oraz stworzenie systemu wielowymiarowej opieki nad nimi.

*Słowa kluczowe:* nadwaga w okresie ciąży, otyłość ciężarnych, przyrost masy ciała w okresie ciąży

## Summary

Epidemiological data indicates that obesity constitutes a social problem and affects people of every age and sex. In the last decades a double increase in the incidence of obesity was noted in women. It is estimated that 10–15% of women in Poland at the reproductive age have excessive body weight, and up to 20% of pregnant women are obese. The review paper presents the results of current research (available in the EBSCO database of scientific information) in terms of the problem of excessive weight gain among pregnant women. Prevention as well as interventions to minimize the phenomenon of excessive body weight depend on multidisciplinary approach of experts in different fields. The results indicate that significant differences in the reduction of excessive body weight occurs in the case of activities in dietetics areas. Nutrition consultation, control of the diet, systematic meetings with a nutritionist in combination with physical activity resulted in favorable changes in the prevention of excessive weight more than physical activity, alone. It is essential to work out some standards of conduct for pregnant women with excessive body mass that should encompass health education, eating consultation and physical activity. The effect of such standards can prevent obesity in pregnant women by multidimensional care.

*Key words:* overweight in pregnancy, maternal obesity, weight gain in pregnancy

## Wstęp

Dane epidemiologiczne wskazują, że otyłość jest problemem społecznym, dotykającym kobiety i mężczyzn w każdym wieku. Już ponad 10 lat temu zaobserwowano ponad dwukrotne zwiększenie częstości występowania otyłości wśród kobiet [1]. W USA u 54,2% dorosłych osób stwierdza się otyłość brzuszna, a w latach 2000–2012 zaobserwowano około 8-procentowy wzrost trendu otyłości. Patologiczne zwiększenie masy ciała jest problemem globalnym, obecnie w Euro-

pie blisko 50% populacji to osoby z nadwagą lub z otyłością [2, 3]. Szacuje się, że w Polsce 46% kobiet w wieku reprodukcyjnym ma nadmierną masę ciała, a co siódma kobieta jest otyła. Co gorsze, problem dotyka populacji kobiet w ciąży, ponieważ w przebiegu blisko 1/3 ciąż następują komplikacje na skutek otyłości [4, 5].

Wyniki badań jednoznacznie wskazują, że zjawisko nadmiernej masy ciała w populacji kobiet nie powinno być bagatelizowane. Co więcej, porody kobiet z nadwagą i otyłością znamienne częściej rozwiązywane są cięciem cesarskim [6].

Niestety rekomendowany przyrost masy ciała kobiet w okresie ciąży dla poszczególnych kategorii wskaźnika masy ciała (BMI – *body mass index*) – niedowaga, prawidłowa masa ciała, nadwaga – nie jest osiągnięty zgodnie z zaleceniami [7]. Dla kobiety o prawidłowej masie ciała za normę przyjęto przyrost masy ciała w okresie ciąży wynoszący około 10–12 kg. Jednak blisko połowa kobiet zwiększa swoją masę ciała o 12–18 kg, a prawie 1/3 o ponad 18 kg [8].

Badania potwierdzają, że BMI wzrasta u kobiet wraz z wiekiem, tym samym przyrost masy ciała będzie większy u kobiet później decydujących się na zajście w ciążę. Wskaźnik BMI jest znaczący nie tylko dla matki, lecz także dla noworodka, bowiem im wyższy BMI matki przed ciążą, tym masa ciała noworodka jest większa [9]. Właściwe odżywianie i styl życia kobiety ciężarnej oddziałują na fizjologiczny przebieg ciąży, porodu i pologu, a także na przyszły stan zdrowia matki i dziecka. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), propagując zdrowy styl życia, podkreśla, że prawidłowe odżywianie matki wpływa bezpośrednio na obniżenie ryzyka wystąpienia chorób cywilizacyjnych u potomstwa [10]. Nadmierny przyrost masy ciała u matki w okresie ciąży oraz nadwaga czy otyłość przed ciążą wywiera wielowymiarowy niekorzystny wpływ na przebieg ciąży i porodu oraz na płód i sprawia, że ciężarna taka będzie traktowana jako pacjentka z grupy wysokiego ryzyka położniczego [11].

W pracy przedstawiono wyniki badań na temat problemu nadmiernej masy ciała u kobiet ciężarnych dostępnych w bazie informacji naukowej EBSCO (<https://www.ebscohost.com/>).

### Przyrost masy ciała w okresie ciąży

Przyrost masy ciała w okresie ciąży jest zjawiskiem fizjologicznym, a jednocześnie miernikiem prawidłowego odżywiania i stylu życia kobiety. Na wzrost masy ciała przyszłej matki wpływają: rozwój płodu (średnio około 3500 g), zwiększenie objętości macicy (około 1000 g), masa łożyska (około 800 g), objętość płynu owodniowego (około 500 g), zwiększenie objętości osocza (około 3000 g) oraz zwiększenie objętości piersi i ilości gromadzonej wody [12]. Przy ocenie oraz prognozowaniu prawidłowego przyrostu masy ciała w okresie ciąży istotne jest odniesienie się do masy ciała sprzed ciąży. Prawidłowy przyrost masy ciała regulują rekomendacje amerykańskiego Instytutu Medycyny (*Institute of Medicine and National Research Council of The National Academies*) oraz Amerykańskiego Towarzystwa Położników i Ginekologów (*American College of Obstetricians and Gynecologists*). Rekomendacje szczegółowo oceniają przyrost wagi na podstawie wyjściowej masy ciała (tab. 1).

**Tabela 1. Prawidłowy przyrost masy ciała w okresie ciąży według rekomendacji amerykańskiego Instytutu Medycyny i Amerykańskiego Towarzystwa Położników i Ginekologów**

Masa ciała przed ciążą	BMI (kg/m <sup>2</sup> ) przed ciążą	Zalecany przyrost masy ciała (kg) w okresie ciąży
Niedowaga	BMI < 18,5	12,5–18 kg
Norma	BMI 18,5–24,99	11,4–15,9 kg
Nadwaga	BMI 25,0–29,99	6,8–11,4 kg
Otyłość	BMI > 30,0	< 6,8 kg

Jak wynika z tabeli 1, im większa masa ciała przed ciążą, tym mniejszy przyrost masy ciała według zaleceń. Natomiast rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego z zakresu opieki przedporodowej w ciąży nie określają dokładnie BMI kobiety przed zajściem w ciążę, ale zalecają odpowiedni przyrost masy ciała w poszczególnych trymestrach ciąży (tab. 2).

**Tabela 2. Zalecany przyrost masy ciała w ciąży według rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego**

Masa ciała przed ciążą	Przyrost masy ciała		
	przez cały okres trwania ciąży	w I trymestrze ciąży	w II i III trymestrze ciąży
Prawidłowa	11,5–16 kg	~ 1,6 kg	~ 0,4 kg/tydzień
Niedowaga	12,5–18 kg	~ 2,3 kg	~ 0,5 kg/tydzień
Nadwaga	7–11,9 kg	~ 1,1 kg	~ 0,3 kg/tydzień

Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego są zbliżone do zaleceń amerykańskich, nie uwzględniają jednak dużej otyłości [13–15]. Tymczasem nie wszystkie rekomendacje zagraniczne są ujednoczone. W Wielkiej Brytanii nie podaje się norm przyrostu masy ciała dla kobiet ciężarnych, w uzasadnieniu podając brak korzyści płynących z ich wprowadzenia oraz możliwość zaniepokojenia kobiet. W Chile rekomenduje się zwiększenie masy ciała w okresie ciąży o 20% w stosunku do prawidłowej masy ciała wyliczonej dla wzrostu kobiety. Natomiast żadne z Towarzystw nie zaleca redukcji masy ciała w okresie ciąży, przed planowanym zajściem w ciążę zaleca się jedynie unormowanie masy ciała [16–19].

Amerykańskie Towarzystwo Położników i Ginekologów uznało, że w przypadku matek otyłych, u których odnotowano mniejszy niż zalecany przyrost masy ciała, nie jest uzasadnione zachęcanie do zwiększania masy ciała, pod warunkiem prawidłowego wzrastania płodu. Brak dowodów popartych badaniami naukowymi, że przyrost masy ciała zgodny z wytycznymi będzie poprawiał dobrostan matki i dziecka. Badania autorów polskich i zagranicznych potwierdzają, że wskaźnik przyrostu masy ciała u ciężarnych jest dużo wyższy niż ten przyjęty w normach. Zarówno otyłość przed ciążą, jak i nadmierny przyrost masy ciała w okresie ciąży powodują obciążenie ciężarnej i płodu licznymi powikłaniami [14, 20].

### Powikłania związane z nadmierną masą ciała w okresie ciąży i podczas porodu

Prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań w okresie ciąży i w trakcie porodu zwiększa się proporcjonalnie do wzrostu wartości BMI [10]. W piśmiennictwie wskazuje się, że nadmierną masę ciała i otyłość częściej obserwuje się wśród ciężarnych w wieku starszym oraz wieloródek. Stąd wniosek, że otyłość zwiększa się wraz z wiekiem i liczbą przeżytych porodów [21]. Co więcej, masa ciała kobiet mających nadwagę w momencie zajścia w ciążę jest większa w porównaniu z kobietami o prawidłowej masie ciała średnio o 15 kg, a masa ciała kobiet otyłych w momencie zajścia w ciążę o prawie 30 kg [22]. Zakres powikłań jest szeroki i można je podzielić na: matczyne (ciążowe, okołoporodowe i poporodowe) oraz płodowe i noworodkowe. Zdecydowanie częściej u kobiet otyłych występują poronienia,

zarówno wczesne, jak i późne. Najczęstszymi komplikacjami ciążyowymi u matki są nadciśnienie, cukrzyca oraz obrzęki. U kobiet z nadciśnieniem istnieje realne wysokie ryzyko wystąpienia stanu przedrzucawkowego i rzucawki lub ograniczenia wzrostu płodu. Cukrzyca indukowana ciążą przyczynia się do makrosomii płodu, która wpływa bezpośrednio na powikłania okołoporodowe u noworodka – dystocję barkową i niższą punktację w skali Apgar oraz u rodzącej – urazy krocza, większą utratę krwi i przedłużający się poród. Ciężarne, u których wartość BMI przekracza wartość 30 kg/m<sup>2</sup>, rodzą 18 razy częściej noworodki z makrosomią. Zgony wewnątrzmaciczne płodu dotyczą 2,5 razy częściej kobiet otyłych i z nadwagą niż ciężarnych z prawidłową masą ciała. Zatem zagadnieniem równie istotnym jest oddziaływanie otyłości matki na rozwój płodu [23–25]. „Perinatal Mortality Report” z 2005 roku wykazał, że 30% matek, których potomstwo zmarło po porodzie lub zostało martwo urodzonych, charakteryzowało się otyłością. Co więcej, nadwaga i otyłość kobiet ciężarnych oraz związane z tym nieprawidłowe odżywianie bezpośrednio przyczyniają się do rozwoju otyłości w dorosłym życiu potomstwa. Nawet jeśli u kobiet otyłych ciąża przebiega prawidłowo, to w opiece okołoporodowej kobiety te wciąż pozostają dużym wyzwaniem dla zespołu terapeutycznego [26].

Diagnostyka okołoporodowa, w tym badanie ultrasonograficzne i kardiologiczne, jest znacznie utrudniona ze względu na obecność nadmiernej ilości tkanki tłuszczowej w okolicy brzucha kobiety ciężarnej. Równocześnie występują trudności w oszacowaniu masy płodu i nadzorze jego tętna oraz w ocenie czynności skurczowej macicy. Pacjentki otyłe z trudem przyjmują korzystne dla przebiegu porodu pozycje i częściej wymagają porodów indukowanych. Tak więc otyłość jest czynnikiem sprzyjającym zabiegowemu ukończeniu porodu. Nadmierna masa ciała kobiety ciężarnej może skutkować spowolnionym gojeniem powłok brzusznych. Mogą także wystąpić poważne problemy z wykonaniem znieczulenia porodu oraz znieczulenia podczas operacji cięcia cesarskiego u kobiet z nadwagą lub otyłych. Problemy te często wiążą się z patologicznymi zmianami w obrębie kręgosłupa wskutek nadmiernej masy ciała rodzącej, tym samym częściej dokonuje się znieczulenia ogólnego u rodzącej otyłej kobiety. Podczas drugiego etapu porodu u otyłych rodzących częściej dochodzi do obrażeń krocza i trudności w jego gojeniu. Typowe dla okresu ciąży są wahania hormonalne, które mogą pogarszać samopoczucie kobiet. Częstym zjawiskiem u kobiet w ciąży jest depresja, która jest efektem zmian hormonalnych zachodzących od I trymestru ciąży. Jednak wśród kobiet z nadwagą i otyłością występowanie zaburzeń emocjonalnych, w tym depresji, obserwuje się częściej [3, 26, 27]. Przyczyn zjawiska nadmiernej masy ciała kobiet w okresie ciąży, a także przed ciążą, należy upatrywać w siedzącym trybie życia przed zajściem w ciążę i w okresie ciąży, nieprawidłowej diecie oraz w braku edukacji w tym zakresie [11].

### **Działania mające na celu prewencję nadmiernej masy ciała u kobiet w ciąży**

*American College of Sports Medicine* oraz *Center for Disease Control and Prevention* zalecają umiarkowany wysiłek fizyczny 7 dni w tygodniu o minimalnym czasie trwania 30 minut dziennie. Zalecenia te dotyczą również kobiet w ciąży. Poda się, że nie ma związku podejmowania aktywności fizycznej w ciąży z niekorzystnymi wynikami położniczymi i noworod-

kowymi [13, 28]. Badania jednoznacznie potwierdzają bezpieczeństwo aktywności fizycznej podejmowanej w okresie ciąży zarówno dla matki, jak i dziecka oraz fakt, że rozpoczęcie i kontynuacja takiej aktywności są korzystne dla zdrowia. Zdrowa kobieta w ciąży i po porodzie powinna poświęcić optymalnie 150 minut w ciągu tygodnia na aktywność fizyczną tlenową o umiarkowanej intensywności [28–30]. Wśród kobiet ciężarnych regularnie uczęszczających na gimnastykę obserwuje się wyższy odsetek ciąż przebiegających prawidłowo w porównaniu z ciężarnymi niećwiczącymi [31]. Rekomendowaną i łatwą metodą rejestrowania aktywności fizycznej jest kontrola dziennej liczby kroków za pomocą krokomierza. Dla celów zdrowotnych zaleca się, aby utrzymywać dzienną liczbę kroków na poziomie 10 tysięcy [32]. Pomimo licznych rekomendacji i udowodnionych korzyści nadal odnotowuje się niezadowolający odsetek ciężarnych podejmujących aktywność fizyczną. Większość kobiet od momentu zajścia w ciążę redukuje aktywność fizyczną, tym samym obniżając własną sprawność [33]. W licznych analizach pojawiają się rozbieżności między deklarowaną aktywnością fizyczną a aktywnością fizyczną rzeczywiście podejmowaną przez kobiety ciężarne. Niewiele jest badań uwzględniających codzienne czynności kobiet ciężarnych w kategoriach form aktywności ruchowej, gdyż poza kwestionariuszami ankiet mało jest innych obiektywnych narzędzi oceny [34].

Odnosząc się do diety, należy zwrócić uwagę na zapotrzebowanie kaloryczne w poszczególnych trymestrach ciąży. Istotny jest fakt, że zapotrzebowanie kaloryczne kobiety ciężarnej niewiele zwiększa się w porównaniu z okresem przed ciążą. W I trymestrze ciąży zapotrzebowanie energetyczne wzrasta o 150 kcal na dzień, a w II i III trymestrze o 350 kcal. Ponadto należy zadbać o kaloryczne zbilansowanie diety oraz o regularne dostarczanie organizmowi właściwych ilości pokarmu [12]. Z przeprowadzonej przez brytyjskich badaczy metaanalizy wynika, że prozdrowotny styl życia jest sposobem walki z nadmiernym przyrostem masy ciała u kobiet w ciąży. Badanie ujawniło, które spośród działań z zakresu diety i aktywności fizycznej mają istotne znaczenie w redukcji nadmiernej masy ciała, przeciwdziałaniu cukrzycy ciążowej i cięciom cesarskich oraz osiągnięciu właściwej urodzeniowej masy ciała noworodka. Zauważono znaczne różnice w redukcji nadmiernej masy ciała w przypadku podjęcia działań z zakresu diety. Konsultacje żywieniowe, przestrzeganie diety, cykliczne spotkania z dietetykiem w połączeniu z aktywnością fizyczną skutkowały korzystniejszymi zmianami w prewencji nadmiernej masy ciała niż sama aktywność fizyczna. Ponadto wpływ na istotność różnic miał tydzień ciąży, w którym przeprowadzono badania. Odnotowano, że wczesna edukacja żywieniowa, od I trymestru ciąży (od 10. tygodnia), była znacząca dla prewencji nadmiernej masy ciała [35].

Podsumowując, należy podkreślić, że zarówno działania prewencyjne, jak i minimalizowanie zjawiska nadmiernej masy ciała kobiet ciężarnych zależą od interdyscyplinarnego podejścia ekspertów z poszczególnych dziedzin. Kobiety ciężarne powinny być edukowane w zakresie żywienia i prowadzenia aktywnego trybu życia. Szkoła rodzenia z założenia powinna spełniać i realizować powyższe zadania. Program szkół rodzenia składa się z części teoretycznej i z nieobligatoryjnej części praktycznej, podczas której ciężarne realizują program ćwiczeń. Zatem rolą szkoły rodzenia jest nie tylko informowanie, lecz także propagowanie pozytywnych zachowań prozdrowotnych wśród kobiet ciężarnych. Jednak samo uczestnictwo

w szkole rodzenia wydaje się niewystarczające. Ponadto kobiety na ogół nie uczęszczają na zajęcia szkoły rodzenia od I trymestru ciąży – zwykle zapisują się do szkoły w późniejszym okresie ciąży. W związku z tym należałoby docierać do kobiet we wczesnym okresie ciąży, a nawet stwarzać możliwości edukacji i poradnictwa na etapie planowania ciąży. Ponadto program edukacyjny zapobiegający problemowi otyłości w ciąży powinien obejmować szczególnie kobiety z nieprawidłową masą ciała przed ciążą. Szerokie działania z zakresu poradnictwa dietetycznego, podejmowana regularnie aktywność fizyczna oraz stała kontrola przyrostu masy ciała pozwolą ograniczyć otyłość u ciężarnych i towarzyszące jej powikłania.

## Wnioski

1. Aktywność fizyczna nie jest wystarczającym sposobem redukcji nadmiernej masy ciała u kobiet w ciąży.
2. Edukacja dietetyczna wydaje się skuteczna w redukcji masy ciała u kobiet w ciąży.
3. Należy stworzyć programy optymalizujące aktywność fizyczną kobiet w ciąży. Edukacja dietetyczna (konsultacje z dietetykiem) powinna być realizowana w ramach szkoły rodzenia.

## Piśmiennictwo

1. Heffner LJ: Advanced maternal age – how old is too old? *N Engl J Med* 2004; 351(19): 1927-1929.
2. Lewis KH, Basu S: Epidemiology of obesity in the United States. [In:] Ahima RS (ed.): *Metabolic syndrome*. Springer, 2016: 13-31.
3. Gallus S, Lugo A, Murisic B et al.: Overweight and obesity in 16 European countries. *Eur J Nutr* 2015; 54(5): 679-689.
4. Fitzsimons KJ, Modder J: Setting maternity care standards for women with obesity in pregnancy. *Semin Fetal Neonatal Med* 2010; 15: 100-107.
5. Główny Urząd Statystyczny. Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) z 2014 r. Warszawa, 1 grudnia 2015 r.
6. Kazimierzczak J et al.: Znaczenie masy ciała matek dla przebiegu porodu oraz adaptacji okopłodowej noworodków. *Perinatol Neonatol Ginekol* 2009; 2(4): 266-273.
7. Hyżyk A, Sokalska N: Ocena zmian masy ciała u kobiet w ciąży. *Nowiny Lek* 2011; 80(3): 174-177.
8. Jasik M, Niebisz A, Kosior DA et al.: Wskaźnik masy ciała przed ciążą u kobiet chorych na cukrzycę ciężarnych i masa urodzeniowa noworodków. *Diabetol Dośw Klin* 2005; 5(5): 359-363.
9. Bebelska KP, Emczyńska E, Gajzerska E: Otyłość jako czynnik zaburzający procesy rozrodcze. *Nowiny Lek* 2011; 80(6): 499-507.
10. World Health Organization. *Global recommendations on physical activity for health*. 2010.
11. Sass A, Zwierzchowska A, Mączka M: Świadomość zachowań prozdrowotnych kobiet ciężarnych na przykładzie aktywności fizycznej a uczestnictwo w szkole rodzenia – badania pilotażowe. *Eukrasia* 2013; 18: 153-161.
12. Ówiek D, Augustyniuk K, Branecka-Woźniak D: *Szkola rodzenia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 24-25.
13. American College of Sports Medicine. *ACSM's guidelines for exercise testing and prescriptions*. 6th ed. Lippincott, Williams and Wilkins, Philadelphia 2000.
14. ACOG Committee Opinion number 267, 2002. *Exercise during pregnancy and the postpartum period*. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 171-173.

15. Rekomendacje Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie opieki przedporodowej w ciąży o prawidłowym przebiegu. *Ginekol Dypl* 2006; 8(wydanie specjalne): 59-66.
16. Park S, Sappenfield WM, Bish C et al.: Assessment of the Institute of Medicine recommendations for weight gain during pregnancy: Florida, 2004-2007. *Matern Child Health J* 2011; 15(3): 289-301.
17. Bondar LM, Siega-Riz AM, Herring A et al.: Severe obesity, gestational weight gain and adverse birth outcomes. *Am J Clin Nutr* 2010; 91: 1642-1648.
18. Frederick IO, Williams MA, Sales AE et al.: Pre-pregnancy body mass index, gestational weight gain and other maternal characteristic in relation to infant birth weight. *Matern Child Health J*. 2008; 12(5): 557-567.
19. Mumford SL, Siega-Riz AM, Herring A et al.: Dietary restraint and gestational weight gain. *J Am Diet Assoc* 2008; 108: 1646-1653.
20. Fitzsimons KJ, Modder J: Setting maternity care standards for women with obesity in pregnancy. *Semin Fetal Neonatal Med* 2010; 15: 100-107.
21. Callaway LK, Prins JB, Chang AM et al.: The prevalence and impact of overweight and obesity in an Australian obstetric population. *MJA* 2006; 2(184): 56-59.
22. Kanady WM, Leszczyńska-Gorzela B, Mierzyński R et al.: *Kliniczne aspekty otyłości w ciąży*. [W:] Słomko Z, Bręborowicz GH, Gadzinowski J. (red.): *Kliniczna perinatologia i ginekologia*. Ośrodek Wydawnictw Naukowych, Poznań 2002: 145-151.
23. De Jersey SJ, Lynda J et al.: Weight gain and nutritional intake in obese pregnant women: Some clues for intervention. *Nutr Diet* 2011; 68: 53-59.
24. Kiel DW, Dodson E, Artal R et al.: Gestational weight gain and pregnancy outcomes in obese women: how much is enough? *Obstet Gynecol* 2007; 110: 752-758.
25. Blomberg M: Maternal and neonatal outcomes among obese with weight gain below the new Institute of Medicine recommendations. *Obstet Gynecol* 2011; 17: 752-758.
26. Wuntakal R, Hollingworth T: *Konsekwencje otyłości dla ciąży*. *Położ Ginekol Med Rozrodu* 2010; 4(2): 129-137.
27. Jarvie E, Ramsay JE: *Obstetric management of obesity in pregnancy*. *Semin Fetal Neonatal Med* 2010; 15: 83-88.
28. Center for Disease Control and Prevention. *CDC 24/7: Saving lives. Protecting people*. <http://www.cdc.gov/physicalactivity/everyone/guidelines/pregnancy.html>.
29. Kozłowska J: Komentarz do artykułu pt. Ćwiczenia fizyczne u kobiet w ciąży. Aktualne stanowisko Royal College of Obstetrician and Gynaecologists. *Med Prakt Ginekol Położ* 2007; 5: 13-18.
30. Brantsaeter AL, Owe KM, Haugen M: Validation of self-reported recreational exercise in pregnant women in the Norwegian Mother and Child Cohort study. *Scand J Med Sci Sports* 2009; 1-8.
31. Brodziński W: Wydatek energetyczny rodzących w porodach fizjologicznych. *Ginekol Pol* 2008; 4: 401-407.
32. Tudor-Locke C, Bassett DR: How many steps/day are enough? Preliminary pedometer indices for public health. *Sports Med* 2008; 34(1): 1-8.
33. Downs DS et al.: Baby steps: pedometer-determined and self-reported leisure-time exercise behaviors of pregnant women. *JPAH* 2009; 6: 63-72.
34. Wójtowicz K, Krekora M, Krekora K et al.: Wpływ aktywności fizycznej ciężarnych na przebieg porodu. *Kwart Ortop* 2011; 2: 188-196.
35. Oteng-Ntim E et al.: Lifestyle interventions for overweight and obese pregnant women to improve pregnancy outcome: systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine* 2012; 10(47): 1-15.

*Adres do korespondencji:  
mgr pol. Martyna Mączka  
e-mail: martyna.kubicka@poczta.fm*

*Data wplynięcia pracy: 2016-08-31  
Data akceptacji do druku: 2016-10-21*

## Nowy standard postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u kobiet w ciąży chorych na raka



Rośnie liczba kobiet, u których nowotwór zostaje zdiagnozowany w trakcie ciąży lub do roku po jej rozwiązaniu, rak'n'rollowych Boskich Matek. Aby zadbać o kobiety w tym szczególnym dla nich okresie Fundacja Rak'n'Roll wyszła z inicjatywą opracowania standardów postępowania w przypadku ciężarnych, u których zostaje rozpoznana choroba onkologiczna. Opracowane przez zespół ekspertów standardy właśnie zostały opublikowane.

Każdego roku w Polsce u około 250-500 kobiet nowotwór jest diagnozowany w trakcie ciąży lub do roku po jej rozwiązaniu. Niestety lekarze obserwują stały wzrost liczebności tej grupy. Dzieje się tak z powodu wzrostu zachorowań na choroby onkologiczne, późnego macierzyństwa oraz występowania nowotworów w coraz wcześniejszym wieku.

Fundacja Rak'n'Roll od początku istnienia prowadzi aktywne działania na rzecz poprawy sytuacji młodych kobiet, u których w ciąży zostaje zdiagnozowany nowotwór. „Od 2015 roku prowadzimy Program kompleksowej opieki dla kobiet w ciąży chorych na raka „Boskie Matki”, z którego skorzystało do tej pory ponad 100 kobiet. W ramach Programu podopieczne otrzymują bezpłatną pomoc onkologiczną, ginekologiczno-położniczą, psychologiczną, dietetyczną, rehabilitacyjną i urodową” mówi Marta Ozimek-Kędzior, członek zarządu Fundacji, koordynatorka programu. „Pomoc kobietom w ciąży chorym na raka jest programem misyjnym Fundacji, spełnieniem marzenia naszej założycielki - Magdy Prokopowicz, która po własnych doświadczeniach, walce o możliwość leczenia onkologicznego i zachowania ciąży, postanowiła głośno mówić o tym, że „z rakiem można żyć, a nawet życie dawać” - dodaje Ozimek-Kędzior.

Pomimo prowadzonych działań informacyjnych kobiety w takiej sytuacji nadal często stawiane są przed dramatycznym wyborem: życie moje czy dziecka? Na szczęście tak nie musi być. Zarówno badania naukowe, jak i doświadczenie specjalistów (polscy lekarze są światowymi pionierami w tej dziedzinie!) pokazuje, że w ciąży można leczyć się onkologicznie i urodzić zdrowe dziecko.



Więcej informacji udzielą:

Program Boskie Matki: Marta Ozimek-Kędzior, [marta.ok@raknroll.pl](mailto:marta.ok@raknroll.pl), tel. 601341015

Fundacja Rak'n'Roll: Olga Myślińska, [olga@raknroll.pl](mailto:olga@raknroll.pl), tel. 501046615

Boskie Matki mówią, że czują się samotne, niezrozumiane, zagubione. Stają przed dramatycznymi wyborami i część pytań zostaje z nimi na długo, czasem na zawsze. *To jedno z najtrudniejszych doświadczeń życiowych, kiedy radość z macierzyństwa przeplata się ze lękiem o życie i zdrowie, własne i dziecka. Potrzebujemy wiedzieć, że społeczeństwo nas rozumie, akceptuje, wspiera, nie ocenia* – mówi Monika Dąbrowska, Boska Matka, członek zarządu Fundacji Rak'n'Roll.

Aby dodatkowo zadbać o kobiety w tym szczególnym dla nich okresie Fundacja Rak'n'Roll wysłała z inicjatywą opracowania standardów postępowania w przypadku ciężarnych, u których zostaje rozpoznana choroba onkologiczna. Pod przewodnictwem prof. Mirosława Wielgoś, Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Kierownika I Katedry i Kliniki Położnictwa i Ginekologii, Konsultanta Krajowego w dziedzinie Perinatologii, Prezesa Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników oraz prof. Macieja Krzakowskiego, Konsultanta Krajowego w dziedzinie Onkologii, 25 ekspertów w dziedzinie onkologii, ginekologii i położnictwa przez 1,5 roku pracowało nad **"Standardami postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u kobiet w ciąży chorych onkologicznie"**. Właśnie opublikowano ostatnią część dokumentu, tym samym zaczyna on obowiązywać.

*„Oczekujemy, że Standardy upowszechnią wiedzę na temat prowadzenia ciąży z równoległym leczeniem onkologicznym, wskażą konkretne wyspecjalizowane ośrodki, w których leczone mogą być „Boskie Matki” oraz zwrócą uwagę na, uśpioną w przypadku ciężarnych, czujność onkologiczną”* mówi prof. Mirosław Wielgoś.

Dlatego Fundacja Rak'n'Roll wraz z Ekspertami zwraca się z apelem zarówno do środowiska medycznego, jak i bezpośrednio do kobiet, o zachowanie czujności onkologicznej w trakcie ciąży, korzystanie z badań diagnostycznych oraz stosowanie właściwych terapii umożliwiających zachowanie ciąży. *Ciąża nie chroni przed zachorowaniem na nowotwór, choć wielu z nas wydaje się, że to czas szczególnej ochrony dla kobiety* - mówi prof. dr hab. n. med. Mirosław Wielgoś. *Sytuację dodatkowo utrudnia fakt, iż objawy choroby często są wręcz identyczne z objawami ciąży. Nawet tak charakterystyczny symptom jak wyczuwalne guzki w piersi są składane na karb ciąży, tymczasem może to być rak piersi. Dlatego, jeśli są jakiegokolwiek podejrzenia, należy przeprowadzić badania diagnostyczne. Tym bardziej, że większość z nich jest bezpieczna i dla matki, i dla dziecka* - podkreśla prof. Wielgoś.

Ciąża to często jedyny czas w życiu kobiety, gdy dostęp do badań jest ułatwiony a ich częstotliwość pozwala na dokładne monitorowanie zdrowia matki i dziecka. *Apeluję do moich Kolegów, abyśmy byli czujni i dobrze wykorzystywali tę możliwość. Im wcześniej zdiagnozowana choroba, tym większe szanse na wyleczenie.*



Więcej informacji udzielą:

Program Boskie Matki: Marta Ozimek-Kędzior, [marta.ok@raknroll.pl](mailto:marta.ok@raknroll.pl), tel. 601341015

Fundacja Rak'n'Roll: Olga Myślińska, [olga@raknroll.pl](mailto:olga@raknroll.pl), tel. 501046615

*Dlatego proszę nie zwlekać – mówi prof. Wielgoś. Kolejna ważna rzecz to leczenie. Dzięki rozwojowi medycyny praktycznie każdy rodzaj leczenia onkologicznego można stosować w ciąży, i chemioterapię, i chirurgię, czasami nawet radioterapię. Powtórzę za onkologami - ciąża nie zmienia rokowań dotyczących choroby.*

*Jednak chciałbym jednoznacznie podkreślić, że to są wymagające pacjentki i prowadzenia ich mogą podjąć się tylko doświadczeni lekarze i wyspecjalizowane ośrodki. Jednak jest to możliwe, ba, w tej chwili jest to standard w opiece nad kobietą ciężarną - podkreśla.*

**Opieka oferowana w ramach Programu jest bezpłatna. Fundacja Rak'n'Roll na bieżąco zbiera fundusze na jego funkcjonowanie. Każdy może wesprzeć Program wpłacając środki na fundacyjne konto „Boskie Matki” nr : 57 1140 2017 0000 4902 1308 7103.**



**Dzięki Wam  
pomagamy**

**wygrywać życie!**

910 013,38 zł z 1% podatku

**Dziękujemy!**



Więcej informacji udzielą:

Program Boskie Matki: Marta Ozimek-Kędzior, [marta.ok@raknroll.pl](mailto:marta.ok@raknroll.pl), tel. 601341015

Fundacja Rak'n'Roll: Olga Myślińska, [olga@raknroll.pl](mailto:olga@raknroll.pl), tel. 501046615

## **Autorzy "Standardów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u kobiet w ciąży chorych onkologicznie"**

Przewodniczący zespołu ekspertów:

**Prof. dr hab. n. med. Mirosław Wielgoś**, Prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników, Konsultant Krajowy w Dziedzinie Perinatologii, I Katedra i Klinika Położnictwa i Ginekologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

**Prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski**, Konsultant Krajowy w Dziedzinie Onkologii, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

### **Zespół ekspertów (w kolejności alfabetycznej):**

- dr hab. n. med. Dorota Bomba-Opoń
- prof. dr hab. n. med. Krzysztof Czajkowski
- prof. dr hab. n. med. Romuald Dębski
- prof. dr hab. n. med. Jacek Fijuth
- lek. med. Jerzy Giermek
- dr n. med. Agnieszka Jagiełło-Grusfeld
- dr n. med. Izabela Kopeć
- dr n. med. Hanna Koseła-Paterczyk
- dr n. med. Bogusław Lindner
- lek. med. Dorota Nowakowska
- prof. dr hab. n. med. Zbigniew Nowecki
- lek. med. Włodzimierz Osiadacz
- prof. dr hab. n. med. Grzegorz Panek
- lek. med. Szymon Piątek
- dr hab. n. med. prof. UJK Wojciech Rokita
- dr n. med. Maryna Rubach
- prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski
- dr n. med. Jakub Rzepka
- dr n. med. Jacek Sieńko
- lek. med. Anna Skrzypczyk-Ostaszewicz
- dr hab. n. med. Rafał Stec
- dr n. med. Joanna Tajer
- dr n. med. Justyna Teliga-Czajkowska
- lek. med. Elżbieta Wojciechowska - Lampka



Więcej informacji udzielą:

Program Boskie Matki: Marta Ozimek-Kędzior, [marta.ok@raknroll.pl](mailto:marta.ok@raknroll.pl), tel. 601341015  
Fundacja Rak'n'Roll: Olga Myślińska, [olga@raknroll.pl](mailto:olga@raknroll.pl), tel. 501046615





KONFERENCJA

# POŁOŻNA W ŚWIECIE NAUKI I PRAKTYKI

23-24 MARCA 2018 r.

**Warszawa**, Golden Floor Tower, ul. Chłodna 51, 32 piętro



## UWAGA!

Odpowiedz na pytanie!

*Co to jest zatoka  
brzeżna w łożysku?*

Pierwsze trzy osoby,  
które prawidłowo odpowiedzą  
na pytanie nagrodzimy  
**bezpłatnym zaproszeniem  
na konferencję!**\*

Dla pozostałych osób, które do nas napiszą  
proponujemy zakup wejściówek  
w promocyjnej cenie **149 zł** netto.

\*Czekamy na zgłoszenia [katarzyna.fidelus@pwn.pl](mailto:katarzyna.fidelus@pwn.pl)



[www.institutpwn.pl/polozna](http://www.institutpwn.pl/polozna)

HONOROWY  
PATRON KONFERENCJI:



ORGANIZATOR:

 **PWN**  
INSTYTUT

 **PZWL**

# Bioaron®

## BABY

### DHA i witamina D

noworodki  
i niemowlęta  
0-6 m.ż.



1 kapsułka zawiera:

100 mg DHA oraz 400 j.m. witaminy D

Źródło DHA - olej z alg *Schizochytrium sp.*

Produkty **Bioaron Baby** uzupełniają dietę najmłodszych dzieci o składniki niezbędne do ich prawidłowego rozwoju – **witaminę D i kwasy Omega-3**. Są idealnie dopasowane do wymagań każdej grupy wiekowej, według najnowszych rekomendacji ekspertów

Phyto  
Pharm

niemowlęta  
6-24 m.ż.



1 kapsułka zawiera:

100 mg DHA oraz 600 j.m. witaminy D

dzieci  
i młodzież  
2-18 lat



1 kapsułka zawiera:

125 mg DHA, 15 mg EPA  
oraz 800 j.m. witaminy D

## Wspieramy zdrowy rozwój dzieci

Wyprodukowano w warunkach GMP.