

# MAM(y) wcześniaka

LISTOPAD 2013 (2)



## > Droga Mamo, Drogi Tato!

Trzymacie w ręku drugi numer gazety „MAM(Y) WCZEŚNIAKA”, którą przygotowaliśmy z myślą o rodzicach, których dzieci przyszły na świat przed planowanym terminem i właśnie przebywają na oddziale neonatologicznym.

Wiemy, że to dla Was i całej Waszej rodziny olbrzymi stres. Właśnie dlatego zebraliśmy grupę specjalistów i poprosiliśmy ich, aby wyjaśnili co się dzieje z Waszym dzieckiem i co czeka Was w przyszłości.

Mamy nadzieję, że treści zawarte poniżej będą dla Was interesujące i pozwolą pomóc Wam w opiece i rozwoju Waszego dziecka.

Zapewne już wiecie od lekarzy opiekujących się Waszym dzieckiem, że poród przedwczesny niesie za sobą wiele powikłań, na które narażone jest dziecko. Nie martwcie się na zapas! Wasze dziecko jest w dobrych rękach, a dzisiejsza medycyna może zdziałać bardzo wiele. Urodzenie dziecka przedwcześnie, nie musi oznaczać przyszłych zaburzeń jego rozwoju, widzenia, mowy czy zachowania. Aby do nich nie

dopuścić wymagane są zwiększone wysiłki, najpierw lekarzy neonatologów i pediatrów, a później Wasze – rodzicielskie. Jeżeli nawet w pierwszych miesiącach, a nawet 2-3 latach życia, postępy w rozwoju wcześniaka wydają się niewielkie, to ponad 80% z nich „nadrabia” opóźnienia rozwojowe, chociaż, niestety, nie zawsze i nie w pełni.

Z pewnością macie jeszcze wiele wątpliwości, obaw, czy sobie poradzicie i pytań związanych z opieką nad Waszym dzieckiem. Na część z nich postaramy się odpowiedzieć w przygotowanych przez nas artykułach.

Na następnych stronach znajdziecie informacje, o tym jak karmić wcześniaka i dlaczego mleko matki jest tak ważne w prawidłowym żywieniu Waszego dziecka, jak je nosić po opuszczeniu przez Was szpitala i co daje dziecku Wasz dotyk.

Postaramy się odpowiedzieć na pytanie dlaczego w ogóle rodzą się wcześniaki i czy można temu zapobiec, a także co zrobić, aby uchronić je przed groźnymi wirusami.

Przedstawimy również Szkołę Rodziców Wcześniaków, jako doskonałe miejsce do wymiany doświadczeń tych, którzy znaleźli się w podobnej do Waszej sytuacji.

Pamiętajcie – historia zna wielu wybitnych wcześniaków – Winston Churchill, Albert Einstein, Napoleon Bonaparte, Stevie Wonder, Mark Twain, Stanisław Wyspiański, Pablo Picasso, Karol Darwin, Izaak Newton to tylko niektóre z nazwisk.

Wasze dziecko też ma szansę na bycie w przyszłości kimś wyjątkowym i tego życzymy Wam z całego serca.

*Dużo siły i zdrowia dla Waszej Rodziny!  
Miłej lektury!*



*prof. dr hab. n. med.  
Maria Katarzyna Borszewska-Kornacka  
Koalicja dla wcześniaka,  
redakcja „Mam(y) wcześniaka”  
www.koalicjadlawczesniaka.pl*

## > Szkoła Rodziców Wcześniaków – pomocna dłoń w trudnych chwilach

**Drodzy Rodzice,**

Wasze Dziecko urodziło się za wcześnie i pewnie w tym momencie przebywa w Oddziale Neonatologicznym, bądź w Oddziale Intensywnej Opieki Noworodka. Wy sami, pewnie coraz więcej wiecie na temat opieki nad Waszym Maleństwem po wyjściu ze szpitala, ale takiej specjalistycznej wiedzy nigdy za wiele. W niektórych szpitalach w Polsce działają szkoły dla rodziców wcześniaków, lub odbywają się warsztaty, podczas których specjaliści mówią o specyficznych potrzebach wcześniaków, uczą, jak opiekować się dzieckiem i jak je

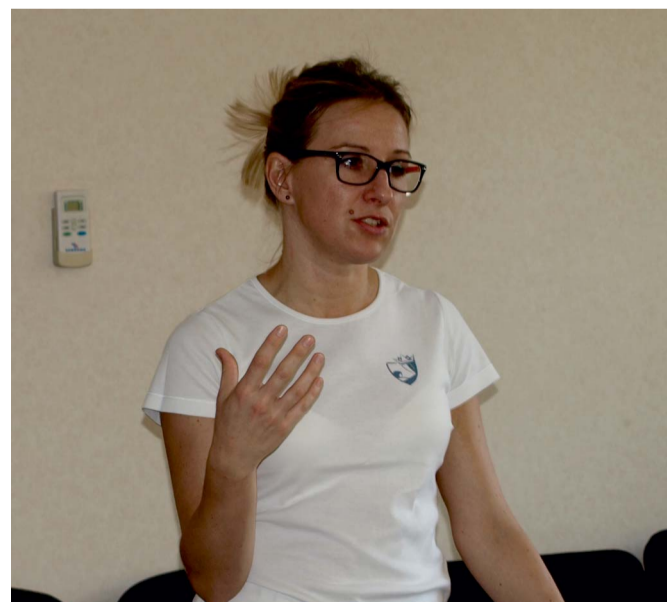
rehabilitować. Takie spotkanie, to również doskonała okazja do wymiany doświadczeń z innymi rodzicami wcześniaków, przebywających w szpitalu.

W Warszawie Szkoła Rodziców Wcześniaków funkcjonuje w Szpitalu im. Ks. Anny Mazowieckiej na Karowej. Zajęcia przeznaczone są dla rodziców, których dziecko urodziło się w tym właśnie szpitalu, mają charakter otwartej grupy. Cykl spotkań przewidziany jest na sześć tygodni, co daje możliwość poznania różnych osób na co dzień zajmujących się dziećmi. Na zajęciach jest mowa o potrzebach najmłodszych

dzieci, o ich karmieniu i pielęgnacji. Fizjoterapeuta uczy o rozwoju wcześniaka, a lekarz neonatolog o pierwszej pomocy w nagłych wypadkach.

Drodzy Rodzice! Zapytajcie lekarzy bądź pielęgniarki, czy w szpitalu, w którym urodziło się wasze dziecko też funkcjonuje Szkoła Rodziców Wcześniaków. To bardzo ważna inicjatywa, która powinna być obecna w każdym szpitalu, w którym rodzą się wcześniaki.

A.M.



> **OCENA WCZEŚNIAKA PO URODZENIU**



Cechy	0	1	2	Minuty po urodzeniu						
				1	2	3	5	10	15	
Czynność serca	brak	poniżej 100/min.	ponad 100/min.							
Oddech	brak	stały płacz oddech pow.	głośny płacz oddech praw.							
Napięcie mięśni	brak	lekkie zginanie kończyn	ruchy czynne, k.k. zgięte							
Odruchy na drażnienie	brak	odruchy obecne	krzyczy							
Zabarwienie skóry	blade/sine	zasinione kończyny	różowe							
RESUSCYTACJA			SUMA							



Pierwszy płacz czy krzyk Waszego dziecka to najczęściej oznaka zdrowia i zwykle świadczy o prawidłowym przebiegu okresu noworodkowego tj. pierwszych 4 tygodni życia. Przed wielu laty stworzono prostą niezwykle przydatną skalę do oceny stanu noworodków w pierwszych minutach życia.

Jest rok 1949 kiedy to pani profesor anestezjologii Virginia Apgar zapytana przez jednego ze swych studentów – jak ocenić stan noworodka bezpośrednio po porodzie? – zapisuje na stołkówkowej serwetce 5 punktów. Dwa lata później ogłoszona a w 1953 roku opublikowana zostaje Skala Apgar.

Skala ta opisuje: czynność serca, oddech, napięcie mięśni, odruchy na drażnienie, oraz zabarwienie skóry. Słowem pięć cech nowonarodzonego dziecka, które w sposób doskonale szybki i prosty informuje lekarza czy potrzebna jest mu jakakolwiek fachowa pomoc w jego pierwszych minutach życia.

Każdy parametr wyceniony jest na dwa punkty. Jeśli dziecko prawidłowo samo oddycha, jego serce szybko i mocno bije, płacze, rusza kończynami a jego skóra niedługo po porodzie staje się różowa – dostaje maksymalna ilość punktów – 10.

Jeśli jednak coś sprawia mu większa trudność – dostaje odpowiednio słabszą punktację.

Ocena stanu pourodzeniowego noworodka jest w Polsce, jak i wielu innych krajach, oparta wciąż właśnie na punktacji według Skali Apgar. Skala ta odzwierciedla stan płodu i wpływ czynników działających w czasie porodu oraz dobrze koreluje z wewnątrzmacicznymi wykładnikami jego dobrostanu.

**„ Rodzice nie wiercie „ślepo” w tę pierwszą punktację stale stosowaną bo innej jak dotychczas nikt nie stworzył. U wcześniaka nikt nie podejmuje decyzji co do włączenia potrzebnych noworodkowi procedur leczniczych jedynie na podstawie punktacji jaką otrzymał wg skali Apgar. ”**

Niestety skala ta jest stosunkowo mało przydatna dla noworodków urodzonych przedwcześnie i w ostatnich latach pojawia się coraz więcej wątpliwości co do obiektywności Skali Apgar. Trudności sprawa przede wszystkim ocena zwykle żywo czerwonej ale bardzo niedojrzałej skóry noworodka, osłabione zwykle reakcje na bodźce czy obniżone napięcie mięśniowe. Dlatego kochani Rodzice nie wiercie „ślepo” w tę pierwszą punktację stale stosowaną bo innej jak dotychczas

nikt nie stworzył. U wcześniaka nikt nie podejmuje decyzji co do włączenia potrzebnych noworodkowi procedur leczniczych jedynie na podstawie punktacji jaką otrzymał wg skali Apgar. Nie zawsze mało punktów w pierwszej minucie życia przekłada się bezpośrednio na ciężki stan wcześniaka w pierwszych dniach czy tygodniach życia. I niestety odwrotnie. Niekiedy dobry czy średni stan noworodka bezpośrednio po urodzeniu może w krótkim czasie ulec pogorszeniu. Wcześniak to trudny pacjent, którego stan może zmieniać się w ciągu kilku minut stąd stała jego obserwacja jest tak ważna i decyduje o wynikach leczenia. W obserwacji tej pomagają bardzo monitory podstawowych czynności życiowych jak; czynność serca, oddechu, ciśnienie krwi, zawartość tlenu we krwi tzw. saturacja. Ostatnie lata sprawiły, że dzięki wielkiemu rozwojowi medycyny możemy ratować zupełnie maleńkie – przedwcześnie urodzone dzieci. Tych pani Virginia Apgar nie uwzględniła w swojej skali, takie dzieci w latach pięćdziesiątych ubiegłego stulecia nie przeżywały.

*mgr Agnieszka Góralaska,  
prof. dr hab. n. med.  
Maria Katarzyna Borszewska-Kornacka  
Klinika Neonatologii  
i Intensywnej Terapii Noworodka  
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego*

> **Dlaczego urodziłam wcześniaka?**

Takie pytanie zadają sobie często mamy dzieci, które zbyt wcześnie opuściły optymalne, ciepłe, bogate w najlepsze produkty odżywcze środowisko wewnątrzmaciczne. Czy można było tego uniknąć co zrobiłam źle. Na takie pytania już jest za późno. Mała, żywo czerwona, bardzo niedojrzała, delikatna istotka leży w inkubatorze otoczona monitorami i aparatami pomagającymi jej oddychać i po prostu żyć. Teraz Twój dotyk mamu i Twój pokarm nawet parę kropli uzupełni konieczne leczenie i działanie nowoczesnej aparatury. Będzie dobrze, ale droga długa, 3-4 miesiące oczekiwania i codziennych pytań. Jak oddycha – czy już samo bez respiratora, jak brzuszek, czy przyswaja mój pokarm, czy dzisiaj ma o 10 g więcej. O już dobrze, już go przytulam, kanguruję, sama karmię, dzisiaj Synagis, jutro szczepienia i wypis. Wydaje się może że to koniec kłopotów a to dopiero teraz wszystko się zaczyna. Tam stały nadzór, pulsoksymetr wskazujący czynność serca i ilość tlenu w organizmie a tu ciągłe nadstuchiwanie jak oddycha, czemu mało płacze, chyba gorzej ssie, czy nie zapomniałam o dzisiejszej kontroli u okulisty. Ale co za radość uśmiecha się, wyciąga do mnie rączki, gaworzy. Kontrolne badanie ultrasonograficzne główki wykazało poprawę – to takie ważne. Fizjoterapeuci są zadowoleni, mój synek robi postępy, ma lepsze napięcie mięśniowe, podnosi się do siadu, manipuluje coraz lepiej rączkami. I tak wiele, wiele tygodni i miesięcy.

Planując zwolnienie noworodka przedwcześnie urodzonego czasem po 3-4 miesięcznym pobycie w oddziale noworodkowym powinno się poznać środowisko rodzinne, w które trafi dziecko po wypisie ze szpitala. Podczas całej hospitalizacji dziecka uwaga personelu lekarsko-pielęgniarsko-fizjoterapeutycznego powinna być skupiona nie tylko na ratowaniu życia dziecka, jego leczeniu i pielęgnacji ale także na analizie aktywnego uczestniczenia rodziców w wymienionych elementach terapii. Zaangażowanie rodziców w opiece nad dzieckiem przebywającym w szpitalu, efektywność i sposób kangurowania ich aktywność współpracy z konsultantką laktacyjną a także częstość i długość wizyt u swojego dziecka to ważny element w ocenie rodziny, Rodziców dziecka należy zapoznać początkowo z planem leczenia ich dziecka a w kolejnych dniach czy tygodniach należy prowadzić działania edukacyjne przygotowujące ich do niekiedy bardzo trudnej opieki nad wcześniakiem w domu. Aby zrealizować ten cel w Klinice Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Szpitalu Klinicznym im. Ks. Anny Mazowieckiej przy ul. Karowej 2 od wielu miesięcy działa **Szkoła Rodziców Wcześniaków**. Co wśród neonatologów, fizjoterapeutów, psychologów, konsultantów laktacyjnych przygotowują rodziców do opieki nad ich dzieckiem po wypisie do domu. Wskazują na najważniejsze „powypisowe” problemy zdrowot-

ne, uczą podstaw resuscytacji, podkreślają znaczenie dotrzymywania terminów niezbędnych konsultacji: okulistycznych, audiologicznych, neurologicznych i terminowego wykonywania szczepień. Mamy nadzieję, że te spotkania pomogą nieco naszym rodzicom w opiece nad ich dzieckiem. Dzienny Oddział Rehabilitacji zlokalizowany w Szpitalu Klinicznym im. Ks. Anny Mazowieckiej organizuje dla wcześniaków turnusy, na których fizjoterapeuci uczą rodziców jak stymulować rozwój ich dzieci.



*Szkoła Rodziców Wcześniaków*



Podstawą planowania kompleksowej opieki nad wcześniakiem są oceny dokonywane przez specjalistów na różnych etapach jego życia.

Pierwszą z nich jest ocena przy wypisie ze szpitala. Wykazuje ona najczęstsze patologie, które mają największy wpływ na rozwój dziecka, takie jak dysplazja oskrzelowo-płucna, przewlekła choroba płuc, retinopatia wcześniacza, martwicze zapalenie jelit, krwawienia około-dokomorowe oraz leukomalacje okołokomorowe. Wszystkie te dzieci wymagają intensywnej stymulacji rozwoju, wczesnej opieki rozwojowej, szczegółowej oceny rozwoju w kluczowych momentach rozwojowych i stałego i systematycznego śledzenia postępów rozwojowych przez lekarzy rodzinnych i prawidłowo przygotowanych do tej roli rodziców. Zakłada, że interakcje pomiędzy opiekunami a dzieckiem mają największy wpływ na jego rozwój poznawczy i społeczny, a te dotyczące wcześniaków różnią się od tych, które widać u dziecka urodzonego o czasie. Dziecko urodzone przedwcześnie co najmniej do 18 miesiąca powinno być oceniane według wieku skorygowanego, obliczanego ze wzoru: wiek metrykalny – brakujące tygodnie do terminu porodu. Postępując tym wzorem i generalną zasadą, że: noworodek nie jest małym niemowlakiem a ten urodzony przedwcześnie znacznie różni się od tego urodzonego o czasie

łatwiej można ocenić prawidłowy lub nieprawidłowy rozwój dziecka. Z uwagi na duże ryzyko wystąpienia zaburzeń psychoruchowych, w systemie kompleksowej opieki nad wcześniakiem szczególnie ważną wydaje się rola psychologa, którego zadaniem jest wczesne, systematyczne i wieloprofilowe usprawnianie psychoruchowe dziecka.

Dzieci urodzone przedwcześnie, a szczególnie te z ekstremalnie lub bardzo małą urodzeniową masą ciała, są grupą ryzyka, jeśli chodzi o częstość występowania dysharmonii i deficytów w zakresie różnych funkcji poznawczych i motorycznych oraz zespołu nadpobudliwości psychoruchowej. Wskazuje to na potrzebę wczesnego rozpoznania trudności rozwojowych i równie wczesnego włączenia działań profilaktycznych oraz terapeutycznych.

**Te edukacyjne działania powinny, w formie tak ustnej jak i pisemnej, znaleźć swoje odbicie w epikryzie – karcie informacyjnej leczenia szpitalnego – wypisywanego dziecka i w załączniku „zalecenia”.**

W niektórych oddziałach neonatologicznych prowadzone są szkoły czy kursy przekazujące niezbędną wiedzę rodzicom wcześniaków.

#### W dniu wypisu dziecka rodzice powinni otrzymać:

1. Wykaz specjalistycznych jednostek medycznych wraz z datami umówionych pierwszych konsultacji: okulistycznych, neurologicznych, audiologicznych i innych.
2. Zapewnienie opieki socjalnej (gdy konieczna).
3. Dokładne zalecenia dotyczące żywienia dziecka, podawania leków i witamin.
4. Informacje o obowiązkowych i zalecanych szczepieniach (karta uodpornienia powinna zostać wysłana do odpowiedniej poradni lekarza rodzinnego).
5. Instrukcje (plansze, ilustrowane broszury) obejmujące zasady resuscytacji.
6. Awaryjne numery telefonów pomocne w stanach zagrożenia życia.
7. Instrukcje dotyczące zasad pielęgnacji dziecka.
8. Instrukcje dotyczące urządzenia pokoju (miejsca) dla dziecka, zasad układania go w czasie snu i czuwania, rodzaju zalecanych nosidełek, fotelików i wózków.

prof. dr hab. n. med. Maria Katarzyna Borszewska-Kornacka  
Kierownik Kliniki Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka  
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

## ➤ Rozpoczął się sezon zakażeń wirusem RS – warto zabezpieczyć przed nim dziecko

**Wirus RS, czyli syncytialny wirus nabłonka oddechowego występuje w Polsce sezonowo od października do kwietnia. To najczęstsza przyczyna zakażeń układu oddechowego. Może być bardzo groźny dla wcześniaków urodzonych między 22. a 37. tygodniem ciąży. Zakażenie może wystąpić już w pierwszych tygodniach życia maleństwa, ze względu na niedojrzały układ oddechowy i odpornościowy. Może doprowadzić do zapalenia płuc i ciężkiego zapalenia oskrzelików.**

Dzieci urodzone przed terminem nie mają w pełni dojrzałych pęcherzyków płucnych. Ich narażenie na zakażenia dolnych dróg oddechowych jest 10-krotnie wyższe niż dzieci urodzonych o czasie. Wirus RS może powodować ciężkie zakażenia dolnych dróg oddechowych, a także dodatkowe inne powikłania jak: odma opłucnowa, zapalenie ucha środkowego, zakażenia szpitalne związane z długim przebywaniem dziecka na oddziale neonatologicznym. Może to być bardzo groźne dla dziecka.



**Profilaktykę mogą otrzymać wszystkie dzieci urodzone poniżej 28. tygodnia ciąży i wszystkie niemowlęta z dysplazją oskrzelowo-płucną.**



Do tej pory nie opracowano skutecznej szczepionki przeciwko wirusowi RS, ale istnieje możliwość profilaktyki poprzez tzw. immunizację bierną. Dostępna dla dzieci najbardziej narażonych na zakażenia wirusem RS. Profilaktykę mogą otrzymać **wszystkie dzieci** urodzone poniżej 28. tygodnia ciąży i **wszystkie niemowlęta** z dysplazją oskrzelowo-płucną. Należy ją rozpocząć przed ukończeniem 1. roku życia dziecka. Za każdym razem do programu kwalifikuje lekarz neonatolog, bądź pediatra. Lekarz poinformuje również o możliwości profilaktyki rodziców dzieci, nie kwalifikujących się do obecnego programu, a u których istnieje potrzeba zabezpieczenia przed wirusem RS. Rodzice tych dzieci mogą zdecydować się na immunizację ze środków prywatnych lub szukać pomocy np. w fun-

dacji, zakładzie pracy, czy samorządzie, które często pomagają w zdobywaniu środków finansowych na ten cel.

Bez względu na to, czy dziecko urodziło się przed terminem i czy jest w grupie ryzyka powinno być chronione przed groźnymi wirusami w okresie ich wzmożonego występowania. Ważna jest wtedy odpowiednia higiena, która może zapobiec zakażeniom nie tylko wirusem RS. Rodzice niemowląt do 6. miesiąca życia powinni pamiętać o dokładnym myciu rąk ciepłą wodą lub o ich przemywaniu środkami dezynfekcyjnymi przed każdym kontaktem z dzieckiem. W okresie nasilonych zachorowań powinni unikać miejsc, w których możliwy jest

kontakt z zakażonymi osobami. Najlepiej, jeśli to możliwe, nie posyłać niemowlęcia urodzonego przedwcześnie do żłobka, ani do innych miejsc dużych skupisk ludzi. Należy również całkowicie wyeliminować obecność dymu papierosowego. Jest on bardzo dobrze znanym czynnikiem szkodliwym, mającym niekorzystny wpływ na zdrowie dziecka.

prof. dr hab. n. med.  
Maria Katarzyna Borszewska-Kornacka  
Klinika Neonatologii  
i Intensywnej Terapii Noworodka  
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego



► **Lista ośrodków realizujących program „Profilaktyka zakażeń wirusem RS”**



**WOJEWÓDZTWO DOLNOŚLĄSKIE:**

- 1 Dolnośląskie Centrum Pediatriczne im. J. Korczaka  
ul. Kasprowicza 64/66, WROCŁAW
- 2 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy  
ul. Iwaskiewicza 5, LEGNICA



**WOJEWÓDZTWO KUJAWSKO-POMORSKIE**

- 1 Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr Jana Bizuela w Bydgoszczy  
ul. Ujejskiego 75, BYDGOSZCZ



**WOJEWÓDZTWO LUBELSKIE**

- 1 Dziecięcy Szpital Kliniczny im. prof. A. Gębali w Lublinie  
ul. Chodźki 2, LUBLIN



**WOJEWÓDZTWO LUBUSKIE**

- 1 Wojewódzki Szpital SPZOZ w Zielonej Górze  
ul. Zyty 26, ZIELONA GÓRA
- 2 Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim  
ul. Dekerta 1, GORZÓW WIELKOPOLSKI



**WOJEWÓDZTWO ŁÓDZKIE**

- 1 Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki  
ul. Rzgowska 281/289, ŁÓDŹ
- 2 Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 4 im. Marii Konopnickiej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi  
ul. Sporna 36/50, ŁÓDŹ



**WOJEWÓDZTWO MAŁOPOLSKIE**

- 1 Szpital Uniwersytecki w Krakowie  
ul. Kopernika 23, KRAKÓW
- 2 Uniwersytecki Szpital Dziecięcy  
ul. Wielicka 265, KRAKÓW



**WOJEWÓDZTWO MAZOWIECKIE**

- 1 Instytut Matki i Dziecka  
ul. Kasprzaka 17A, WARSZAWA
- 2 Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus  
ul. Lindleya 4, WARSZAWA
- 3 Szpital Kliniczny im. Ks. Anny Mazowieckiej  
ul. Karowa 2, WARSZAWA



**WOJEWÓDZTWO OPOLSKIE**

- 1 Samodzielny Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem  
ul. Reymonta 8, OPOLE



**WOJEWÓDZTWO PODKARPACKIE**

- 1 Szpital Wojewódzki nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie  
ul. Lwowska 60, RZESZÓW



**WOJEWÓDZTWO PODLASKIE**

- 1 Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku  
ul. M. Skłodowskiej-Curie 24A, BIAŁYSTOK



**WOJEWÓDZTWO POMORSKIE**

- 1 Szpital Specjalistyczny Św. Wojciecha  
ul. Jana Pawła II 50, GDAŃSK



**WOJEWÓDZTWO ŚLĄSKIE**

- 1 Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. Jana Pawła II  
ul. Medyków 16, KATOWICE
- 2 Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. prof. Stanisława Szyszko SUM w Katowicach  
ul. 3-go Maja 13-15, ZABRZE



**WOJEWÓDZTWO ŚWIĘTOKRZYSKIE**

- 1 Świętokrzyskie Centrum Matki i Noworodka – Szpital Specjalistyczny w Kielcach  
ul. Prosta 30, KIELCE



**WOJEWÓDZTWO WARMIŃSKO-MAZURSKIE**

- 1 Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu  
ul. Królewiecka 146, ELBLĄG
- 2 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny  
ul. Żołnierska 18, OLSZTYN



**WOJEWÓDZTWO WIELKOPOLSKIE**

- 1 Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
ul. Polna 33, POZNAŃ



**WOJEWÓDZTWO ZACHODNIOPOMORSKIE**

- 1 Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 2 PAM  
ul. Powstańców Wielkopolskich 72, SZCZECIN
- 2 Specjalistyczny SPZOZ nad Matką i Dzieckiem  
ul. Mączna 4, SZCZECIN
- 3 Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Koszalinie  
ul. Chatubińskiego 7, KOSZALIN

## > **Karmienie dzieci urodzonych przedwcześnie pokarmem kobiecym jest możliwe!**

**Drodzy Rodzice – laktacją sterują głównie dwa hormony – prolaktyna, która odpowiedzialna jest za produkcję pokarmu i oksytocyna, odpowiedzialna między innymi za jego wypływ. Oba hormony są w dużej mierze zależne od nas. Wytwarzanie pokarmu działa na zasadzie popytu i podaży. Jeśli dajemy sygnał do organizmu, że potrzebny jest pokarm, to organizm będzie produkował go coraz więcej. Poziom oksytocyny będzie zależny również od nastroju i samopoczucia mamy. Zatem zdenerwowanie, ból czy zmartwienie utrudniają produkcję, a w szczególności wypływ mleka.**

Mamo – rozpocznij stymulację laktacji jak najwcześniej po porodzie, nawet jeśli jesteś po cięciu cesarskim. Pierwszą siarę najlepiej **odciągnij ręką** do niewielkiego jałowego pojemniczka lub strzykawki. Kilka kropli Twojego mleka może być podane do buzi dziecka już w krótkim czasie po porodzie, nawet jeśli dziecko odżywiane jest pozajelitowo.



### **SIARA**

**jest to bardzo wartościowy pokarm, jest gęsta i ma zazwyczaj żółtą barwę. Jej wydzielanie trwa 4-5 dni. W siarze jest bardzo duże stężenie immunoglobulin oraz leukocytów, które dają dziecku ochronę immunologiczną.**



Najpierw zawsze umyj ręce wodą z mydłem, utóż kciuk oraz drugi i trzeci palec w kształcie litery C około 3 cm od brodawki piersiowej, następnie przyciśnij lekko całą pierś do ściany klatki piersiowej.



Bez przemieszczania palców, zbliż kciuk i palec wskazujący do siebie, lekko obracając i przemieszczając palce do przodu tak, by spowodować wypływ pokarmu, a następnie zwolnij ucisk, uciskaj otoczkę rytmicznie, ruchem wygarniającym, nie przesuważając palców po skórze, zmieniaj ułożenie palców wokół brodawki.



W czasie odciągania nie wolno forsownie masować i ugniatać piersi.



### **Nawet parę kropli pokarmu mamy jest niezwykle istotne dla wcześniaka**

Dla uzyskania optymalnej laktacji zalecane jest odciąganie pokarmu ręcznie lub przy pomocy laktatora w rytmie karmień dziecka przez pierwsze 10-14 dni, potem będzie to zależne od tego ile jest odciągane pokarmu i jakie jest zapotrzebowanie dziecka. Dobrze jest w tej sprawie skonsultować się z doradcą laktacyjnym.

***Pokarm najlepiej odciągać minimum 8 razy na dobę (co 3 godziny od rozpoczęcia odciągania) przez pół godziny – po 15 minut z każdej piersi.***

W pierwszych dniach po porodzie zaleca się odciąganie naprzemiennie: 7 min z jednej piersi, 7 min z drugiej piersi; 5 min z pierwszej piersi, 5 min z drugiej; 3 min z pierwszej, 3 min z drugiej.

***Bezpośrednio po odciągnięciu pokarmu pojemniczek należy dokładnie zamknąć, podpisać (imię i nazwisko mamy dziecka, data i godzina odciągnięcia pokarmu) i przekazać do oddziału gdzie znajduje się dziecko lub wstawić do lodówki.***

Pozostawione w temperaturze pokojowej może być podane dziecku tylko w ciągu godziny, mleko przechowywane w lodówce nadaje się do podania w ciągu 48 godzin.

***Pokarm przechowujemy tylko w butelkach lub pojemniczkach szczelnie zamykanych, przeznaczonych do przechowywania żywności.***

Nadmiar pokarmu możesz zamrozić. Zamrażamy małe porcje zostawiając nieco wolnej przestrzeni w pojemniku.

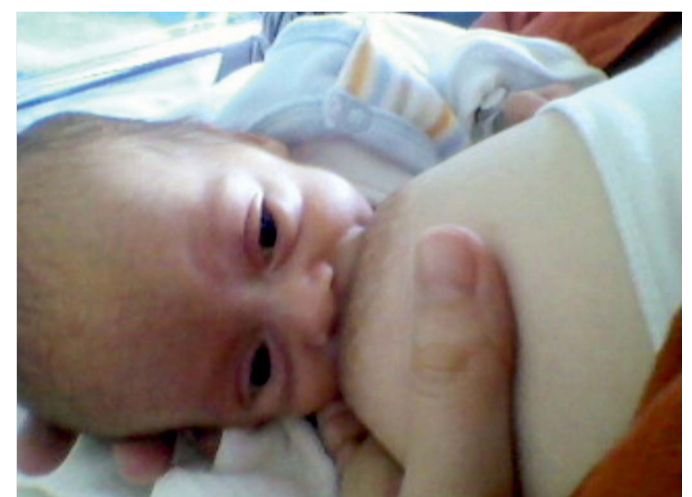
***Mleko świeże i schłodzone w lodówce transportujemy (np. z domu do szpitala) w torbie chłodniczej z wkładami chłodzącymi.***

#### **SKUTECZNE ODCIĄGANIE UŁATWIA:**

- ciepły okład na piersi lub prysznic na kilka minut przed odciąganiem,
- delikatny masaż w kierunku brodawki, delikatne wstrząsanie piersi,
- delikatne rolowanie brodawki,
- wygodna pozycja,
- miejsce zapewniające intymność, dobry nastrój, relaks,
- myślenie o dziecku, patrzenie na zdjęcie lub jakiś przedmiot, który je przypomina,
- **jeśli to możliwe – odciąganie pokarmu w obecności dziecka lub po wizycie u niego.**

Nie należy spodziewać się od razu obfitych ilości mleka. Na początku będą to tylko krople, które mogą pojawić się dopiero w kolejnym cyklu odciągania, ale nie rezygnuj z pracy. Mechaniczna stymulacja powoduje wzrost ilości hormonów odpowiedzialnych za produkcję i wypływ pokarmu. Później, podczas trwania laktacji, mogą pojawić się okresy wzrostu i obniżenia ilości odciągane mleka. Tak się zdarza. W razie wątpliwości możesz zgłosić się do Doradcy Laktacyjnego lub Poradni Laktacyjnej.

### **Nawet po kilku tygodniach karmienia dziecka butelką dobrze jest podjąć próbę karmienia piersią**



Fotografie do artykułu wykonana Agnieszka Muszyńska

Agnieszka Muszyńska  
Położna, doradca laktacyjny

## ➤ **Wreszcie w domu! Noszenie wcześniaka w chuście wiązanej**

**„Metoda kangura” czyli możliwie częsty i długi kontakt skóra do skóry pomiędzy dzieckiem a opiekunem powoli staje się standardem opieki nad wcześniakiem na większości polskich oddziałów neonatologicznych.**

Naturalną kontynuacją kangurowania, najczęściej już po wypisie do domu, jest noszenie noworodka w chuście wiązanej. Chusta zapewni dziecku poczucie bezpieczeństwa, bliskość oraz dostarczy pozytywnej stymulacji wielozmysłowej. Rodzicowi zaś uwolni ręce i da szansę włączenia noworodka w życie rodziny. Bliskość dziecka pozwala na lepsze jego poznanie i szybsze rozpoznawanie sygnałów niewerbalnych komunikujących głód, dyskomfort, zmęczenie, potrzebę dotyku itd. To z kolei prowadzi do skuteczniejszego zaspokajania tych potrzeb, wprowadzając w życie rodziny więcej spokoju i opanowania.

Należy zwrócić uwagę, iż zarówno chustę, jak i wiązanie powinien dobrać odpowiednio wyszkolony doradca, który dopasuje je do konkretnego dziecka, jego etapu rozwojowego oraz możliwości. Należy unikać nauki wiązania wyłącznie na podstawie instrukcji producentów chust, czy też filmików zamieszczonych w internecie.

Noszenie wcześniaka w chuście wiązanej jest świetnym sposobem pobudzania i ćwiczenia propriocepcji. Czucie głębokie pozwala na orientację w przestrzeni, daje informację o ułożeniu poszczególnych części ciała względem siebie, o ustawieniu głowy itd. Wszystko to jest niezbędne do prawidłowego rozwoju ruchowego. Stymulacja czucia głębokiego w przypadku wcześniaka jest niezbędna, gdyż jego życie wewnątrzmaciczne i związane z nim aktywne doświadczanie ruchu jest skrócone nawet o kilkanaście tygodni.



*Noworodek przedwcześnie urodzony w chuście kółkowej.*

Również stymulacja dotykowa, której noworodek doznaje podczas noszenia w chuście wiązanej jest niezwykle ważna, gdyż każdy człowiek od pierwszych dni życia w ten sposób doświadcza świata. Pozytywne przeżycia dotykowe równoważą te negatywne, często kojarzone przez dziecko z bólem i wynikające z inwazyjnych zabiegów medycznych.

Pomimo tych i wielu innych oczywistych zalet noszenia rodzice często mają dylemat, czy noszenie dziecka w chuście, a szczególnie wcześniaka jest bezpieczne. W internecie znajdziemy na ten temat wiele, często sprzecznych informacji.

Już sam wybór chusty jest nie lada wyzwaniem, łatwo pogubić się wśród mnogości ofert i argumentów przemawiających za tą czy inną marką.

Jestem zdania, że noszenie noworodków przedwcześnie urodzonych jest bezpieczne jeśli zadbamy o kilka istotnych szczegółów.



*Wcześniak w chuście wiązanej w wiązaniu „kangurek”.*

Aby nosić potrzebujemy chusty wiązanej, czyli pasa materiału o długości 3,6-4,6 m, tkanego splotem skośno-krzyżowym. Wbrew temu co pisze wielu producentów chusta dla wcześniaka powinna być tkana solidnie, czyli być dosyć gruba i szorstka w dotyku. Niestety faktem jest, że w przypadku chust ich cena jest zwykle odzwierciedleniem jakości. Odradzam stosowanie chust elastycznych, które bardzo często są polecane do noszenia wcześniaków.

**„ ...stymulacja dotykowa, której noworodek doznaje podczas noszenia w chuście wiązanej jest niezwykle ważna, gdyż każdy człowiek od pierwszych dni życia w ten sposób doświadcza świata ”**

Godne uwagi są również chusty kółkowe szyte z materiału skośno-krzyżowego.

Kolejnym krokiem jest znalezienie doradcy noszenia, który ma doświadczenie z chustowaniem noworodków przedwcześnie urodzonych. Wspólnie z tym fachowcem rodzic indywidualnie (wykluczone są warsztaty grupowe) uczy się wybranego wiązania aż do jego pełnego opanowania. Jeśli dziecko jest pod opieką specjalisty (fizjoterapeuta, neurolog itd.) to decyzja o noszeniu dziecka w chuście powinna zostać z nim skonsultowana. Zwracam uwagę na fakt, że konsultujemy nie sam fakt chęci noszenia, ale dany, konkretny sposób noszenia, którego nauczyliśmy się na konsultacjach.

Często rodzice czują się sfrustrowani, bo doradca noszenia pokazał im jak nosić, oni sobie tę wiedzę przyswoili, po czym pytają terapeutę czy mogą nosić i uzyskują odpowiedź negatywną. Większość terapeutów oraz lekarzy nie zna wszystkich możliwości jakie daje chusta, ponieważ nie pracują z nią na co

dzień i nie stosują jej jako narzędzia terapeutycznego. Tylko jeśli pokażemy im konkretne rozwiązanie będą mieli szansę odnieść się do niego profesjonalnie i wiarygodnie dając kolejne cenne wskazówki, które ew. pozwolą zmodyfikować sposób noszenia dziecka. Może się zdarzyć, że z uwagi na deficyty występujące u dziecka lub u rodzica noszenie w chuście nie będzie możliwe. Taka decyzja powinna być zawsze podejmowana indywidualnie przez zespół opiekujący się dzieckiem. Czasem okazuje się, że pozycja dziecka w chuście nie jest dla jego rozwoju motorycznego idealna, ale mimo to zespół decyduje o tym, aby było ono noszone, ponieważ inne korzyści są w danym momencie ważniejsze (więź, poczucie bezpieczeństwa, łagodzenie lęków, redukcja stresu, bólu itd.).

Nie przeceniajmy zarówno pozytywnego, jak i negatywnego znaczenia noszenia w rozwoju dziecka. Chusta jest jednym z wielu narzędzi stosowanych przez rodziców w życiu codziennym. Należy go używać z głową i rozwagą.

Prawidłowe noszenie jest również jednym z wielu elementów pielęgnacji, tak samo ważnym jak prawidłowe podnoszenie, przewijanie, kąpanie czy odwracanie dziecka. W ciągu dnia powinien być czas na noszenie, przytulanie, ale i na zabawę na podłodze. Jeśli będziecie się Państwo trzymać tych zasad to chusta stanie się Waszym przyjacielem, ułatwi Wam wiele sytuacji codziennych, a przede wszystkim da możliwość przeżycia niezapomnianych chwil tak upragnionej przez Was bliskości czego Wam z całego serca życzę.



*Wcześniak noszony przez pielęgniarkę podczas pobytu szpitalnego. Klinika Neonatologii w Dreźnie, Niemcy.*

*Anna Nogajska  
Trener Szkoły Noszenia ClauWi®,  
studentka ostatniego roku fizjoterapii*

*Autorka licznych artykułów na temat noszenia dzieci w chustach i kangurowania.*

*Prowadzi wykłady o noszeniu i kangurowaniu na konferencjach naukowych.*

*Propagatorka tzw. minimalnej pielęgnacji noworodka przedwcześnie urodzonego.*

## ➤ **Wcześnieak potrzebuje ciepła**

**Dla rodziców wcześniejsze zakończenie ciąży jest nie tylko zaskoczeniem, ale i ogromnym wyzwaniem. Rodzice przerażeni nową sytuacją nie do końca rozumieją, co się dzieje z ich dzieckiem. Konieczność leczenia na oddziale intensywnej terapii nasila jeszcze ich lęk o jego życie. Stosowane przez personel medyczny skomplikowanych procedur nie zawsze jest zrozumiałe. Dlatego zadaniem, zarówno lekarzy jak i pielęgniarek, jest tłumaczenie wykonywanych czynności. Ale to nie zawsze wystarcza i nie zmniejsza to niepokoju rodziców. Często na początku boją się nawet dotknąć swoje maleństwo.**

Pierwszym szokiem może być procedura wykonywana na sali porodowej zaraz po urodzeniu dziecka i przecięciu pępowiny. Noworodki o masie ciała poniżej 1500 gramów są umieszczane w plastikowych workach. Związane jest to z zagrożeniem szybkiej utraty ciepła przez nowonarodzone dziecko. Wychłodzenie zaraz po urodzeniu zaburza prawidłową adaptację oraz obniża skuteczność postępowania leczniczego. Plastikowy worek uniemożliwia masywną utratę ciepła poprzez parowanie, ale również ogranicza pierwszy kontakt dziecka z matką. Mama powinna jednak wiedzieć, że takie postępowanie za-

pewnia komfort cieplny jej dziecku, a przez to zwiększa szansę na powodzenie stosowanego leczenia. Niedojrzałość, brak lub słabo rozwinięta tkanka podskórna uniemożliwiają prawidłową termoregulację, co wymaga od nas specjalnego postępowania. Naszym zadaniem jest „wyręczenie” dziecka w regulacji temperatury ciała. Dlatego jak najszybciej po urodzeniu umieszczamy go pod promiennikiem ciepła, transportujemy na oddział w inkubatorze. Najmniejsze dzieci przez kilka tygodni muszą przebywać w cieplarkach. Czas potrzebny do rozwinięcia odpowiedniej ilości tkanki podskórnej i osiągnięcia dojrzałości ośrodka termoregulacji w mózgu noworodek musi spędzić w inkubatorze. Te nowoczesne urządzenia nie tylko zapewniają odpowiednią temperaturę i wilgotność, ale również po otwarciu drzwiczek przez określony czas utrzymują nastawione parametry. Jest to ważne nie tylko dla personelu przy wykonywaniu czynności pielęgnacyjnych i procedur leczniczych, ale także dla rodziców. Konieczność przebywania noworodka w cieplarce utrudnia bezpośredni kontakt rodziców z dzieckiem, ale go nie uniemożliwia. Jak najszybsze nawiązanie więzi z własnym dzieckiem ma korzystny wpływ na jego dalszy rozwój. Pierwszy kontakt z dzieckiem jest

zawsze ogromnym przeżyciem. Już w czasie pierwszej wizyty u dziecka mama powinna dotknąć swojego dziecka. Naszym zadaniem jest poinformowanie rodziców, jak powinni się przygotować na to „spotkanie”. Najważniejsze jest dokładne umycie rąk według instrukcji, która znajdują się przy każdej umywalce. Mama powinna mieć krótkie paznokcie, aby bezpiecznie wykonywać czynności pielęgnacyjne. Trzeba też poprosić o zdjęcie biżuterii i zegarków. Kolejnym etapem jest kangurowanie. W czasie kangurowania rodzice „zastępują” inkubator i sami dbają o ciepłotę ciała swojego dziecka.

Jak najwcześniejsze włączanie rodziców w bezpośrednią opiekę nad nawet najbardziej niedojrzałym dzieckiem jest korzystne dla obu stron. Dlatego zadaniem personelu medycznego jest zachęcanie do kontaktów z dzieckiem i nadzorowanie nad jego prawidłowym przebiegiem.

dr Justyna Tołłoczko  
Klinika Neonatologii  
i Intensywnej Terapii Noworodka  
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

## ➤ **Jak zadbać o właściwą podaż niezbędnych składników odżywczych u niemowląt urodzonych przedwcześnie?**

**Wcześnieaki to szczególna grupa niemowląt, które wymagają więcej troski i uwagi niż ich „terminowi” koledzy. Szczególny aspekt opieki nad niemowlęciem urodzonym przedwcześnie stanowi jego prawidłowe odżywianie, w tym także dodatkowa podaż niezbędnych dla zdrowia składników odżywczych.**

Jak wszystkie niemowlęta, wcześniaki powinny otrzymywać kwasy DHA oraz witaminy D i K, dodatkowo wcześniaki powinny otrzymywać profilaktyczne dawki żelaza, aż do ukończenia 1. roku życia.

**DHA (kwas dokozaheksaenowy), to co najlepsze z Omega-3,** jest niezbędny do prawidłowego rozwoju centralnego układu nerwowego dziecka, w szczególności mózgu i wzroku. Dodatkowo właściwa podaż DHA wpływa na zmniejszenie ryzyka astmy i alergii, poprawia ostrość widzenia oraz wspomaga odporność organizmu, zmniejszając ryzyko infekcji. Jest to szczególnie istotne u dzieci urodzonych przedwcześnie, ze względu na niedojrzałość ich układu nerwowego oraz odpornościowego.

Zgodnie z zaleceniami niemowlęta karmione piersią powinny otrzymywać DHA z mlekiem matki. Aby zapewnić właściwą porcję DHA dla niemowlęcia **matka karmiąca powinna przyjmować minimum 200 mg DHA/ dobę lub 400-600 mg DHA w przypadku małego spożycia ryb w diecie. Po zakończeniu karmienia piersią lub w sytuacji kiedy mama nie może karmić, zalecana się podawanie minimum 100 mg DHA bezpośrednio dziecku.**

### **Tylko czysty DHA!**

Według najnowszych norm żywienia niemowlęta i dzieci do 2. roku życia powinny dodatkowo otrzymywać jedynie DHA z pośród kwasów z grupy Omega-3. Mieszanina kwasów Omega-3 (DHA+EPA, zawarta np. w olejach rybich, tranach) jest zalecana dopiero powyżej 2. roku życia.

### **Tylko wysokiej jakości DHA!**

Niemowlęta urodzone przedwcześnie to szczególnie wrażliwa grupa pacjentów, którzy wymagają zapewnienia najwyższej jakości, bezpiecznej formy DHA. Tradycyjne źródła DHA (ryby morskie i ich pochodne) mogą kumulować substancje szkodli-

we, związane z zanieczyszczeniem zbiorników morskich, takie jak dioksyny, rtęć metylowana, polichlorowane bifenyle (PCB). Unikalną formą DHA, opracowaną specjalnie dla wrażliwych grup konsumentów: kobiet w ciąży, matek karmiących, niemowląt i dzieci jest wolna od ryzyka zanieczyszczeń forma DHA z alg *Schizochytrium sp.*

„ **Ważną kwestią dla mam wcześniaków planujących dalsze potomstwo jest fakt, że podaż 600-1000 mg DHA w okresie ciąży wpływa na zmniejszenie ryzyka przedwczesnego porodu.** ”

**Witamina D** potrzebna jest dzieciom do prawidłowego wzrostu i rozwoju kości. Zgodnie z obowiązującymi zaleceniami niemowlęta karmione piersią powinny otrzymywać witaminę D od pierwszych dni życia, w celu profilaktyki krzywicy. Niemowlętom urodzonym przedwcześnie należy podawać **400-800 j.m. witaminy D na dobę do 40. tygodnia wieku korygowanego dziecka a następnie kontynuować podawanie 400 j.m. witaminy D na dobę.**



**Witamina K** odgrywa istotną rolę w prawidłowym procesie krzepnięcia krwi. Witaminę K podaje się niemowlętom w celu profilaktyki tzw. krwawienia z niedoboru witaminy K. Wszystkie niemowlęta karmione piersią powinny otrzymywać **25 µg witaminy K dziennie**, z preparatów farmaceutycznych, **od 8. doby życia do ukończenia 3. miesiąca życia.**

**Żelazo** jest ważnym składnikiem krwi, wspiera prawidłowy przebieg procesów wzrostowych oraz rozwój układu nerwowego: funkcjonowanie pamięci, zdolności nauki i koncentracji. Wcześnieaki to szczególna grupa dzieci narażonych na niedobory żelaza. W ostatnim trymestrze ciąży niemowlęta gromadzą zapasy żelaza, które mają pokryć zapotrzebowanie na żelazo do momentu wprowadzenia diecie dziecka pokarmów uzupełniających tj. 4-6 miesiąc życia. Niemowlęta urodzone przedwcześnie nie zdążyły zgromadzić odpowiednich zapasów żelaza i zgodnie z zaleceniami powinny otrzymywać **2 mg żelaza/kg masy ciała/dobę** w formie preparatów farmaceutycznych aż do ukończenia 12 miesiąca życia. Ponieważ wiele związków żelaza może powodować skutki uboczne ważne jest wybranie delikatnego i skutecznego preparatu, przeznaczonego do długotrwałego stosowania. Na polskim rynku dostępne są preparaty, które zawierają opatentowane formy żelaza przeznaczone specjalnie dla niemowląt i dzieci. Dzięki temu są delikatne dla przewodu pokarmowego i nie powodują skutków ubocznych. Dodatkowo wybierajmy te, które nie zawierają alkoholu oraz konserwantów i mogą być stosowane nawet u niemowląt urodzonych przedwcześnie.

**Przyjmowanie preparatów żelaza należy zawsze prowadzić pod nadzorem lekarza.**

W przypadku niemowląt karmionych mieszankami mlecznymi konieczność oraz dawki dodatkowej podaży DHA, witaminy D i K oraz żelaza, należy uzgodnić z lekarzem.

prof. dr hab. n. med.  
Maria Katarzyna Borszewska-Kornacka  
Klinika Neonatologii  
i Intensywnej Terapii Noworodka  
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

> **6 latki w szkole**

**Od 2011 roku wszystkie pięciolatki objęte są obowiązkiem przedszkolnym.**

Zgodnie z podstawą programową Ministerstwa Edukacji Narodowej od 2014 roku wszystkie sześciolatnie dzieci rozpoczynają naukę w I klasie szkoły podstawowej.

Wielu rodziców zastanawia się czy moje dziecko będzie na to gotowe? Terminem **gotowość szkolna**, dojrzałość szkolna określamy zdolność dziecka do podjęcia nauki w szkole. Jest to pewien etap rozwoju dziecka. W tym czasie dziecko powinno posiadać pewien zakres kompetencji, które można opisać jako:

- odpowiednie umiejętności i wiadomości społeczne,
- zdrowie i sprawność ruchową,
- dbałość o bezpieczeństwo własne i innych,
- czynności samoobsługowe, nawyki higieniczne oraz utrzymywanie ładu i porządku,
- poziom rozwoju czynności intelektualnych potrzebnych do rozumienia otoczenia i do nauki szkolnej,
- rozwój mowy,
- gotowość do nauki czytania i pisania,
- edukacja matematyczna,
- rozumienie istoty zjawisk atmosferycznych i znajomość świata roślin i zwierząt,
- wychowanie przez sztukę i rozwijanie zainteresowań technicznych.

Naturalnym jest, że dzieci różnią się swoim tempem rozwoju nawet w obrębie szerokiej normy rozwojowej. Dlatego też zgodnie z reformą każde 5 letnie dziecko musi być poddane ocenie gotowości szkolnej przed rozpoczęciem nauki w szkole. Wiek metrykalny nie jest arbitralnym wyznacznikiem czasu rozpoczęcia edukacji szkolnej. Założeniem reformy MEN jest by gotowość szkolna oceniana była na podstawie obserwacji nauczyciela wychowania przedszkolnego danego dziecka. Obserwacja ta rozpoczyna się w okresie jesienno-zimowym, następnie w pierwszym kwartale nowego roku przeprowadzana jest diagnoza przy pomocy zadań testowych. W sytuacji, gdy okaże się, że dziecko nie spełnia kryteriów dojrzałości szkolnej, po uzgodnieniu z rodzicami wdrażany jest program zajęć dydaktyczno wyrównawczych i ponowna ocena gotowości szkolnej odbywa się pod koniec roku szkolnego.

Dzieci, które urodziły się przedwcześnie mogą rozwijać się w tym samym tempie co ich rówieśnicy, jednocześnie niekiedy ich choroby z okresu noworodkowego mogą mieć swoje konsekwencje w zaburzonym rozwoju, ponadto należy pamiętać, że niekiedy są biologicznie młodsze nawet o kilka miesięcy, więc gdyby urodziły się o czasie to zaczynałyby naukę w szkole z dziećmi o rok młodszymi.

Należy mieć na uwadze, że to czy dziecko jest gotowe do tego by rozpocząć naukę w szkole ma duży wpływ na dalsze sukcesy edukacyjne. A każde dziecko chce być dobrym uczniem. Z rozwagą więc należy podejmować decyzję o rozpoczęciu edukacji w szkole.

Jaka jest rola rodziców we wspomaganiu rozwoju własnych dzieci i ich dojrzałości do rozpoczęcia edukacji w szkole? Każde dziecko ma własne indywidualne tempo rozwoju, jednocześnie **każdy rodzic może rozwój swojego dziecka wspomagać** między innymi poprzez czas spędzony z nim i szereg zajęć oraz aktywności takich jak:

- **wspólne czytanie książek,**
- **spędzanie wspólnego czasu na zabawach i przytulaniu,**
- **tworzenie dokładnego rozkładu dnia i jego przestrzeganie (czas posiłku, czas drzemki, czas kładzenia się do łóżka),**
- **czas na rozmowę z dzieckiem,**
- **wspomaganie ciekawości świata u dziecka poprzez zachęcanie go do stawiania pytań,**
- **promowanie zabaw, które rozwijają umiejętność rozwiązywania problemów, rozwijają wyobraźnię,**
- **dbanie o właściwe zachowanie dziecka i wdrażanie kultury osobistej.**

Na sam koniec: **ważne jest nastawienie dziecka do szkoły.** Również i tutaj nastawienie rodzica odgrywa dużą rolę. Jeśli przedstawimy szkołę jako miejsce rozwoju, zdobywania wiedzy o świecie i nowych umiejętności to zaowocuje to w przyszłości lepszym stosunkiem dziecka do szkoły i wyzwań z tym miejscem związanych.

*Karolina Lipska-Karpińska  
Klinika Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka,  
Szpital im. Ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie*



**CELE KOALICJI DLA WCZEŚNIAKA**

- 👉 Stworzenie programu kompleksowej opieki nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie, pozwalającego na zwiększenie dostępności do nowoczesnej, wielospecjalistycznej opieki zaraz po narodzinach oraz po wyjściu ze szpitala.
- 👉 Uświadomienie społeczeństwu, że problemy dzieci przedwcześnie urodzonych i ich rodziców są ważne i możliwe do rozwiązania.
- 👉 Podjęcie działań edukacyjnych, dedykowanych rodzicom, w zakresie prawidłowej stymulacji rozwoju i rehabilitacji dzieci.
- 👉 Zapobieganie rozwojowi zakażeń, w tym przede wszystkim układu oddechowego.
- 👉 Promocja prawidłowego modelu żywienia dzieci przedwcześnie urodzonych – mleko matki jako lek stymulujący prawidłowy rozwój psychoruchowy.

Każdy może poprzez działania Koalicji dla wcześniaka wpisać się do Księgi Poparcia na stronie [www.koalicjadlawczesniaka.pl](http://www.koalicjadlawczesniaka.pl). Każdy głos jest bardzo ważny! W ten sposób pokażemy, że los dzieci urodzonych przed terminem leży na sercu nie tylko lekarzom i rodzicom wcześniaków. A to z pewnością przyczyni się do wprowadzenia zmian i polepszy sytuację tej grupy dzieci w Polsce.

Zachęcamy również do odwiedzenia naszego profilu na FB



**Koalicja dla wcześniaka**

Koalicja powstała w marcu 2012 roku z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego we współpracy z Krajowym Konsultantem ds. neonatologii, Krajowym Funduszem na Rzecz Dzieci i Fundacją Watch Health Care (WHC). Do Koalicjantów dołączyli: Fundacja „Zero-Pięć”, Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, Stowarzyszenie „Parasol dla życia”, Szkoła Matek i Ojców „Razem Łatwiej” oraz ExpertPR.



**Czekamy na Wasze listy i opinie. Najciekawsze historie opublikujemy w kolejnych numerach gazety.**

Projekt edukacyjny z darowizny firmy **abbvie**.

**Redakcja „Mam(y) wcześniaka”:** Prof. Maria Katarzyna Borszewska-Kornacka, Elżbieta Brzozowska, Adriana Misiewicz.  
**Biuro Koalicji dla wcześniaka:** ul. Turkusowa 38, 05-077 Warszawa, [biuro@koalicjadlawczesniaka.pl](mailto:biuro@koalicjadlawczesniaka.pl), [www.koalicjadlawczesniaka.pl](http://www.koalicjadlawczesniaka.pl)  
**Skład i druk:** Sebastian Janek – Red Hat Art Design Maria Modrzejewska, [sebastian@kumkum.pl](mailto:sebastian@kumkum.pl)