

JAK DOBRZE, ŻE JESTEŚMY RAZEM



PORADNIK DLA RODZICÓW WCZEŚNIAKA

prof. dr hab. n. med. **Ewa Gulczyńska**
dr n. med. **Izabella Michałowska-Wieczorek**
mgr **Wioletta Cedrowska-Adamus**
mgr **Anna Raczyńska**
mgr **Beata Rochmińska**



Polskie Towarzystwo
Pielęgniarek i Położnych
Neonatologicznych



pod patronatem honorowym
dr hab. n. med. Ewy Gulczyńskiej, prof. ICZMP

JAK DOBRZE,
ŻE JESTEŚMY RAZEM

prof. dr hab. n. med. **Ewa Gulczyńska**
dr n. med. **Izabella Michałowska - Wieczorek**
mgr **Wioletta Cedrowska - Adamus**
mgr **Anna Raczyńska**
mgr **Beata Rochmińska**

PORADNIK
DLA RODZICÓW WCZEŚNIAKA

AUTORZY

Dr hab. n. med. Ewa Gulczyńska, prof. ICZMP

Kierownik Kliniki Neonatologii ICZMP

Konsultant wojewódzki w dziedzinie neonatologii

Członek Zarządu Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego

Ukończyła Łódzką Akademię Medyczną. Początkowo zatrudniona w Specjalistycznym ZOZ Matki i Dziecka w Łodzi, a od 1988 w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki. Specjalista pediatrii i neonatologii. Jest Kierownikiem Kliniki Neonatologii Centrum Zdrowia Matki Polki (23 stanowiska intensywnej terapii neonatologicznej, 34 opieki pośredniej). Kieruje zespołem 27 lekarzy neonatologów i rezydentów. Jest Lekarzem Naczelnym ds. Położnictwa ICZMP.

Tytuł doktora nauk medycznych uzyskała w oparciu o wyniki grantu KBN „Optymalizacja dawkowania wankomycyny u noworodków urodzonych przedwcześnie – farmakokinetyka wankomycyny”. Pracę habilitacyjną „Badania nad immunologicznymi i biochemicznymi efektami przedurodzeniowej terapii siarczanem magnezu na neurologiczne i kliniczne wyniki noworodków urodzonych < 34 tyg. ciąży” ukończyła w 2007 roku.

Wiedzę uzupełniała w trakcie staży zagranicznych w Maternity Hospital w Liverpoolu, Columbia University w Nowym Jorku, Children Hospital of Alabama US oraz podczas zagranicznych szkoleń podyplomowych – IPOKRaTES Foundation Clinical Seminar (Stockholm, Verona, Siena, Mainz, Warszawa, Leuven).

Pełni funkcję konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie neonatologii. Wśród zainteresowań naukowych należy wymienić zastosowanie hipotermii leczniczej w encefalopatii niedotlenieniowo-niedokrwiennej noworodka, monitorowanie funkcji mózgu, neuroprotekcję, farmakokinetykę i terapię monitorowaną, opiekę nad noworodkiem o ekstremalnie małej masie ciała, nowoczesne techniki wentylacji, terapię surfaktantem egzogennym, terapię żywieniową. Jest pionierem metody hipotermii leczniczej w Polsce stosowanej w niedotlenieniu okołoporodowym. Prowadzi prace naukowe w oparciu o granty KBN, NCN, organizuje współpracę wielośrodkową oraz międzynarodową. Celem dalszej poprawy jakości opieki nad wcześniakami urodzonymi z masą ciała poniżej 1500 g, od kilku lat współpracuje z międzynarodową bazą Vermont Oxford Network.

Jest także adiunktem Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Prowadzi działalność naukowo-dydaktyczną na wydziałach polsko- i angielskojęzycznych Uniwersytetu Me-

dycznego w Łodzi oraz w ramach koła naukowego studentów. Jest opiekunem programów specjalizacyjnych w neonatologii oraz opiekunem prac doktorskich.

Jest patronem merytorycznym cyklu szkoleń ogólnopolskich prowadzonych przez Zespół Kliniki Neonatologii „Opieka wspierająca rozwój noworodka” oraz modułu zaawansowanego Opieki Wspierającej Rozwój Noworodka. W Klinice Neonatologii ICZMP prowadzone są także zajęcia w ramach „Szkoły Rodziców Wcześnieńskich”.

I Dr n. med. Izabella Michałowska-Wieczorek

Psycholog, absolwentka Uniwersytetu Łódzkiego. Pracę doktorską obroniła na Wydziale Wojskowo-Lekarskim Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Adiunkt w Katedrze Psychologii – Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi. Od wielu lat prowadzi wykłady z podstaw psychologii, interwencji kryzysowej i wsparcia w kryzysie, pomocy psychologicznej w chorobie, psychologii rozwojowej i wychowawczej, psychologicznych aspektów chorób, psychologii klinicznej i metodologii badań psychologicznych. Ukończyła Terapię Rodzin w Polskim Instytucie Eriksonowskim, szereg kursów i szkoleń m.in. z zakresu terapii małżeństw i par w nurcie behawioralno-poznawczym, interwencji kryzysowej, pomocy psychologicznej rodzicom w okresie okołoporodowym, pracy z rodzicami po stracie dziecka w okresie okołoporodowym, zdrowia psychicznego małych dzieci. Pracuje w Klinice Neonatologii oraz Klinice Intensywnej Terapii i Wad Wrodzonych Noworodków i Niemowląt Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi. Obejmuje opieką psychologiczną rodziców dzieci przedwcześnie urodzonych i rodziców dzieci z wadami wrodzonymi.

I Mgr Wioletta Cedrowska-Adamus

Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego. Absolwentka Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oraz Wyższej Szkoły Bankowej w Poznaniu (studia podyplomowe „Zarządzanie w opiece zdrowotnej”). Uczestniczka staży zagranicznych i szkoleń dotyczących opieki nad chorym noworodkiem, m.in. Louisville, USA – Medical University Hospital NICU, Rotterdam, Holandia – Sophia Children's Hospital – obserwacja i praktyka Newborn Individualized Developmental Care; Wielka Brytania, Imperial College London – kurs: Foundation Toolkit for Developmental Care. Inicjatorka i koordynatorka wprowadzania elementów opieki wspierającej rozwój noworodka ukierunkowanej na rodzinę do praktyki klinicznej. Współautor standardu „Wspieranie rozwoju noworodka leczonego w oddziale intensywnej terapii”. Współzałożycielka i członek zarządu Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek i Położnych Neonatologicznych. Pracuje w Klinice Neonatologii Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi.

I Mgr Anna Raczyńska

Neurologopeda, oligofrenopedagog, terapeuta wczesnej interwencji, terapeuta NDT-Bobath. Absolwentka Uniwersytetu Łódzkiego oraz Uniwersytetu SWPS w Warszawie. W swojej pracy terapeutycznej wykorzystuje wiedzę i umiejętności zdobywane i doskonalone na licznych kursach i szkoleniach dotyczących m.in. zaburzeń karmienia, terapii dysfagii, metod diagnozy, terapii i wspierania rozwoju małego dziecka, manualnej terapii dysfunkcji w obszarze ustno-twarzowym. Posiada m.in. certyfikaty: Trust Course on Prechtl's Assessment of General Movements; CRAFTA® Basic, CRAFTA® Advanced, ETT-HNO Elastic Therapeutic Taping In Head, Neck and Orofacial disorders, Manual Dysphagia Therapy, SOFFI: Supporting Oral Feeding In Fragile Infants. Stypendysta Fundacji NUTRICIA: staż oraz szkolenie w zakresie zaburzeń karmienia w Klinice Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie. Specjalizuje się w terapii noworodków, niemowląt oraz dzieci z zaburzeniami karmienia, mowy i komunikacji, wadami wrodzonymi, niepełnosprawnościami sprzężonymi. Pracuje w Klinice Neonatologii Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi.

I Mgr Beata Rochmińska

Fizjoterapeuta, absolwentka Akademii Wychowania Fizycznego w Katowicach. Ukończyła kurs trenerski z zakresu oceny zachowań noworodków i niemowląt wg Skali Brazeltona (NBAS). Terapeuta Szkoły Terapii Neurorozwojowej NDT-Bobath – ukończone kursy na wszystkich poziomach, poszerzone o liczne warsztaty i szkolenia, szczególnie dotyczące terapii niemowląt z zaburzeniami rozwoju oraz szeroko pojętej opieki rozwojowej nad dziećmi przedwcześnie urodzonymi. Pracuje w Klinice Neonatologii Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi. Obejmuje opieką rozwojową i prowadzi terapię z dziećmi przedwcześnie urodzonymi oraz z dziećmi z wadami wrodzonymi. Oprócz pracy terapeutycznej prowadzi wykłady na specjalizacji z pielęgniarstwa neonatologicznego w zakresie fizjoterapii pediatrycznej. Współautor standardu „Wspieranie rozwoju noworodka leczonego w oddziale intensywnej terapii”.

Inspiracją do napisania Poradnika dla Rodziców wcześniaków „Jak dobrze, że jesteśmy razem” jest ogólnopolski, autor-ski projekt szkoleń dla pracowników oddziałów neonatologicznych: „Opieka wspierająca rozwój noworodka w oddziale szpitalnym”, stworzony i realizowany przez autorów niniejszego Poradnika we współpracy z firmą NUTRICIA. Dziękujemy!



SPIS TREŚCI

1. Wcześnieśnik – najważniejsze informacje	14
2. Oddział neonatologiczny	16
a. Przyjęcie dziecka do oddziału neonatologicznego.....	16
b. Oddział intensywnej, pośredniej i ciągłej opieki neonatologicznej.....	17
c. Kto jest kim w oddziale neonatologicznym – do kogo mogę się zwrócić o pomoc?	17
d. Urządzenia w oddziale intensywnej opieki noworodka.....	21
e. Zasady odwiedzin w oddziale intensywnej terapii noworodka	23
f. Zasady pozyskiwania i przechowywania pokarmu mamy	25
3. Rola rodziców w opiece nad wcześniakiem, etapy wdrażania w opiekę	28
4. Głos rodziców jako ważny element tworzenia więzi i komunikacji	29
5. Pozytywny dotyk – jak dotykać wcześniaka	31
6. Kangurowanie – powrót do natury	34
a. Zalety kangurowania.....	34
b. Przygotowanie do sesji kangurowania	35
c. Pozycja dziecka podczas kangurowania	35

7. Pozycjonowanie – jak prawidłowo układać wcześniaka	37
a. Tworzymy idealne „gniazdko”	38
b. Dlaczego prawidłowe pozycjonowanie jest ważne	38
c. Cele pozycjonowania wcześniaków	39
d. Ważny moment: podróż z inkubatora do łóżeczka	44
8. Aktywna pielęgnacja	
– wspieranie rozwoju wcześniaka przez pielęgnację	44
9. Obserwacja zachowań noworodka	52
a. Rola zmysłów: ochrona przed nadmierną stymulacją	55
10. Pielęgnacja skóry wcześniaka.....	58
a. Kąpiel	59
b. Pielęgnacja kikuta pępowiny	60
11. Obserwacja gotowości noworodka przedwcześnie	
urodzonego do karmienia doustnego	61
12. Pierwsze zmiany w życiu dziecka	
– karmienie po wyjściu z inkubatora.....	64
13. Karmienie doustne.....	65
a. Przygotowanie do karmienia doustnego	65
b. Karmienie naturalne – jak się do niego przygotować?.....	69
c. Pozycje do karmienia naturalnego	72
d. Pozycje do dokarmiania.....	74

e. Pozycje do karmienia butelką.....	75
f. Czynniki mogące negatywnie wpływać na wprowadzanie karmienia doustnego	77
14. Gotowość noworodka do wypisu ze szpitala.....	79
a. Przygotowanie pokoju dziecka	82
b. Kształtowanie odporności – szczepienia	84
c. Kształtowanie odporności – hartowanie	86
d. Żywienie: karmienie mieszane i sztuczne.....	86
e. Żywienie: rozszerzanie diety	90
f. Zapobieganie zespołowi nagłej śmierci łóżeczkowej (SIDS).....	94
g. Pierwsza pomoc w sytuacjach nagłych	94
15. Pomoc psychologiczna	96
a. Sytuacja emocjonalna rodziców wcześniaka.....	96
b. Pierwszy kontakt z dzieckiem	96
c. Rozmowa z lekarzem prowadzącym	97
d. Relacje partnerskie – wzajemne wsparcie.....	97
e. Mama wychodzi do domu.....	98
f. Dziecko opuszcza inkubator.....	99
g. Przygotowanie psychiczne rodziców do przejęcia opieki nad noworodkiem po wypisie.....	99
h. Stan emocjonalny rodziców wcześniaków	100

SZANOWNI RODZICE,

Do Państwa Rodziny dołączyło właśnie maleństwo, któremu trochę bardziej niż innym dzieciom spieszyło się na świat. Maluch nie jest co prawda gościem niespodziewanym, ale mamy świadomość, jak dużo zamieszania i niepokoju wprowadziło w Państwa życie to „za wczesne” przyjście na świat. Chcąc pomóc Wam i Waszemu dziecku odnaleźć się w tej nowej, nietatwej dla Was wszystkich sytuacji, przygotowaliśmy tę publikację.

Poszczególne części niniejszego poradnika ułożone są tak, by podążać za dojrzewaniem Waszego dziecka od momentu narodzin aż do wypisu ze szpitala. Jesteśmy przekonani, że treści zawarte w poradniku mogą okazać się przydatne dla Państwa zarówno podczas hospitalizacji, jak i w pierwszych tygodniach po wypisie. Pomogą też w poruszaniu się w labiryncie pytań i niepewności. Poradnik został przygotowany na podstawie pytań najczęściej zadawanych przez Rodziców specjalistom, autorom poradnika: neonatologowi, pielęgniarce neonatologicznej, fizjoterapeucie, neurologopedzie oraz psychologowi. Mamy nadzieję, że dzięki tej publikacji będzie Państwu łatwiej odnaleźć się w trudnej rzeczywistości oddziału intensywnej terapii noworodka czy patologii noworodka oraz przygotować się do przejęcia opieki nad dzieckiem w domu. Wiemy, jak dużo stoi przed Wami wyzwań i trosk związanych z opieką nad noworodkiem urodzonym przedwcześnie. Jednocześnie ważna jest kontynuacja opieki po wypisie, kiedy zostajecie z dzieckiem w domu sami, chociaż nadal otoczeni opieką konsultujących specjalistów. Także wówczas wskazówki „co dalej” mogą okazać się cenne. Oddając ten poradnik w Państwa ręce mamy nadzieję, że będzie dla Was pomocą i wsparciem. Ponieważ wszyscy chcemy jak najlepiej dla Waszego maleństwa, wierzymy, że uważna i troskliwa, ale także mądra i świadoma opieka zapewni mu lepszy start w przyszłość, pełną radości i szczęścia.

Życzymy powodzenia i sukcesów w opiece nad dzieckiem, a także ogromnej satysfakcji z postępów dziecka w trakcie opieki neurorozwojowej w kolejnych miesiącach.

dr hab. n. med. Ewa Gulczyńska
specjalista neonatolog, pediatra, prof. Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki”
Kierownik Kliniki Neonatologii Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi

1. WCZEŚNIAK – NAJWAŻNIEJSZE INFORMACJE

Prawidłowa ciąża trwa zwykle około 40 tygodni. Czas trwania ciąży **wyliczany jest według daty ostatniej miesiączki lub daty zapłodnienia** (wtedy czas trwania ciąży wynosi ok. 38 tygodni). Bardzo dobrą i wiarygodną ocenę czasu trwania ciąży daje wczesne ultrasonograficzne badanie położnicze (USG) wykonane w pierwszym trymestrze ciąży. Wiarygodną ocenę mamy również w przypadku zapłodnienia pozaustrojowego, znamy wówczas dokładną datę zapłodnienia i datę transferu (po 3-5 dniach) zarodka. Wczesniactwo definiuje się określając wyłącznie czas trwania ciąży.

Noworodek urodzony przedwcześnie to dziecko urodzone przed 37. tygodniem ciąży.

Porody przedwczesne to problem ogólnoswiatowy. Występują zarówno w krajach rozwijających się, jak i w krajach rozwiniętych. **Wg Światowej Organizacji Zdrowia 1 na 10 noworodków na świecie rodzi się jako wcześniak.** W ten sposób każdego roku przedwcześnie rodzi się około 15 milionów dzieci. W Polsce wskaźnik wczesniactwa jest niższy i wynosi 6-7% w różnych regionach kraju.

Większość porodów przedwczesnych występuje samoistnie, ale niektóre z nich spowodowane są wcześniejszą indukcją porodu lub cięciem cesarskim, zarówno z powodów medycznych, jak i niemedycznych.

Istnieje **wiele czynników**, stanowiących zagrożenie wystąpienia porodu przedwczesnego, np. **poród przedwczesny w poprzedniej ciąży, ciążę wielopłodową (takie jak bliźnięta, trojaczki itd.), zakażenia okołoporodowe.** Niektóre przewlekłe schorzenia matki, takie jak **wysokie ciśnienie krwi, cukrzyca i infekcje sprzyjają porodom przedwczesnym.** Także ciąża w okresie dojrzewania u małych dziewczyn jest ważnym czynnikiem ryzyka porodu przedwczesnego. Nie ma testu, który pozwoli dokładnie przewidzieć, które dziecko może urodzić się przedwcześnie. Nie są w pełni poznane też wszystkie przyczyny urodzeń przedwczesnych.

Styl życia kobiety w ciąży także może prowadzić do wystąpienia porodu przedwczesnego. **Kobiety, które palą papierosy, piją alkohol lub przyjmują narkotyki,** są bardziej narażone na poród przed planowanym terminem. Kolejnym czynnikiem ryzyka może być **silny stres**, niezależnie od jego przyczyny.

Wyniki leczenia wcześniaków są coraz lepsze. Globalnie jednak około miliona wcześniaków umiera każdego roku. W Polsce prawdziwym wyzwaniem jest opieka

nad dziećmi o masie ciała < 1000 g. Jest to grupa dzieci obarczonych występowaniem powikłań charakterystycznych dla wcześniaków. Tak niedojrzałe porody powinny mieć miejsce w najlepszych ośrodkach perinatalnych z dobrymi oddziałami intensywnej terapii noworodka, z dostępem do nowoczesnej aparatury medycznej i wielu podspecjalizacji pediatrycznych. Dzieci, które przeżyją, mogą przez całe życie doświadczać problemów fizycznych, neurologicznych lub trudności w nauce, często determinując losy całej rodziny.

Wcześnieiki od pierwszych minut życia wymagają szczególnej opieki. Dzieci te nie są w pełni przygotowane do życia poza łonem matki.

Mają problemy z utrzymaniem prawidłowej temperatury ciała i mogą potrzebować częstszego niż noworodki donoszone karmienia, a nawet karmienia dożywlnego. Ponieważ ich organizmy nie są jeszcze w pełni rozwinięte, mogą mieć problemy z oddychaniem i mogą również chorować z powodu innych powikłań, w tym infekcji.



2. ODDZIAŁ NEONATOLOGICZNY

A. PRZYJĘCIE DZIECKA DO ODDZIAŁU NEONATOLOGICZNEGO

Przedwczesny poród sprawia, że **Wasze dziecko będzie wymagało nieco innego postępowania niż** w przypadku noworodka donoszonego.

Tuż po urodzeniu zajmie się nim **zespół lekarzy i pielęgniarek/położnych**, którzy mają duże doświadczenie w pracy z takimi maluchami. Na początku nowo narodzone dziecko musi być umieszczone pod promiennikiem ciepła na stanowisku noworodkowym. Tam lekarz oceni, jak maluch oddycha i jeśli będzie potrzeba, zastosuje wsparcie oddechowe. Może też założyć dostęp dożylny i podać niezbędne leki.

Po ustabilizowaniu stanu ogólnego dziecka pielęgniarka zważy je i zmierzy. Najczęściej **wtedy noworodek zostanie przedstawiony rodzicom**, jeśli nie stało się to wcześniej.

Do oddziału neonatologicznego wcześniaki przewożone są w inkubatorach transportowych. Dają one możliwość wparcia oddechowego, terapii tlenem i zapobiegają wychłodzeniu dziecka.

B. ODDZIAŁ INTENSYWNEJ, POŚREDNIEJ I CIĄGŁEJ OPIEKI NEONATOLOGICZNEJ

Oddział INTENSYWNEJ Opieki Neonatologicznej

To tu najczęściej trafiają **wcześnieiki, które wymagają pomocy** w oddychaniu lub intensywnego nadzoru.

Oddział Opieki CIĄGŁEJ

Jeśli maluch oddycha już samodzielnie, waży ok. 1500 gramów i zaczyna być żywiony doustnie, prawdopodobnie będzie przeniesiony do tej części szpitala. Pamiętaj, że **to krok w dobrym kierunku** – domu.

Oddział Opieki POŚREDNIEJ

Nie każdy wcześniak wymaga leczenia w oddziale intensywnej terapii. **Jeśli urodził się po 30 tygodniu trwania ciąży, waży ok. 1500 gramów i oddycha samodzielnie**, trafi prawdopodobnie tutaj.

W różnych szpitalach nazwy poszczególnych oddziałów neonatologicznych mogą się nieco różnić.

C. KTO JEST KIM W ODDZIALE NEONATOLOGICZNYM – DO KOGO MOGĘ SIĘ ZWRÓCIĆ O POMOC?



ORDYNATOR/KIEROWNIK ODDZIAŁU

Jest to **lekarz o dużym doświadczeniu zawodowym, posiadający specjalizację z neonatologii**. Zarządza całym oddziałem. Sprawuje nadzór nad pracą lekarzy i personelu zatrudnionego w oddziale neonatologicznym. **Jest osobą decyzyjną oraz mediatorem w kwestiach spornych dotyczących leczenia noworodka** jeśli np. oczekiwania rodziców nie są zgodne z zaproponowanym leczeniem. **Każdy rodzic noworodka hospitalizowanego w oddziale neonatologicznym ma możliwość zasięgnięcia opinii ordynatora/kierownika oddziału neonatologii w kwestii leczenia dziecka.** Najczęściej prowadzi on też działalność naukowo-badawczą oraz dydaktyczną. Sprawuje również merytoryczną opiekę nad innymi pracownikami naukowymi zatrudnionymi w oddziale. Dzięki swojej wiedzy i doświadczeniu często współuczestniczy w tworzeniu wytycznych i standardów w zakresie opieki nad noworodkiem urodzonym przedwcześnie.



LEKARZ PROWADZĄCY

Jest to lekarz, który **jest przydzielony do leczenia danego pacjenta**. Celem jego pracy jest **monitorowanie i koordynowanie przebiegu leczenia oraz hospitalizacji w oddziale neonatologicznym**. Jest osobą, która **przeprowadza badanie fizykalne**.

Samodzielnie i/lub w porozumieniu z ordynatorem/kierownikiem oddziału zleca badania i na podstawie oceny stanu klinicznego dziecka oraz wyników badań decyduje o dalszym postępowaniu i leczeniu. Zleca również konsultacje specjalistyczne, jeśli zachodzi taka potrzeba. Lekarz prowadzący **udziela rodzicom informacji na temat stanu zdrowia ich dziecka. Jest osobą decyzyjną** w kwestii ustalania daty wypisu ze szpitala, przygotowuje dokumentację wypisową. Ustala wstępne wizyty w zakresie opieki ambulatoryjnej oraz wydaje zalecenia dotyczące postępowania żywieniowego w pierwszych tygodniach po wypisie.



PIELĘGNIARKA/POŁOŻNA NEONATOLOGICZNA

Chociaż zawody pielęgniarki i położnej znacznie się różnią, istnieje jedna dziedzina, w której zakres zadań i kompetencji osób pracujących jest bardzo podobny – to pielęgniarstwo neonatologiczne. Zadaniem pielęgniarki lub położnej w oddziale intensywnej terapii

jest **całościowa opieka nad chorym, przedwcześnie urodzonym noworodkiem**. Polega ona na pielęgnowaniu (zapewnienie komfortu, prawidłowego środowiska termicznego, karmieniu, przebieganiu, kąpaniu), obserwacji dziecka (zaburzenia skóry, sposobu oddychania, zachowania, pomiar masy ciała), pomiarze parametrów życiowych (akcji serca, ciśnienia krwi, saturacji, temperatury), pomiarze ilości i oceny wydalanego moczu, stolca. Obserwacje są odnotowywane w dokumentacji medycznej, a wszelkie niepokojące objawy lub odchylenia od normy są zgłaszane lekarzowi. Pielęgniarki/położne współpracując z lekarzem neonatologiem wykonują też szereg zabiegów, które nie są zbyt przyjemne dla maluchów, ale są konieczne dla ratowania ich zdrowia czy życia, np. zakładają zgłębnik (sondę) do żołądka, pobierają próbki krwi, zakładają dostępy dożylnie – wenflony, odsysają zalegającą w nosku lub rurce intubacyjnej wydzielinę, wykonują szczepienia ochronne. Do ich obowiązków należy także wykonywanie zaleceń lekarskich takich, jak podawanie leków czy przetaczanie krwi oraz nadzór nad prawidłowym działaniem aparatury medycznej (inkubatora, respiratora itp.). Pielęgniarki i położne **we współpracy z innymi członkami zespołu (neurologopedą, fizjoterapeutą, doradcą laktacyjnym) uczą rodziców pielęgnacji, karmienia i obserwacji dziecka**. Dzięki temu, że długo przebywają z Waszym dzieckiem, mogą stawać w obronie jego praw takich jak np. prawo do odpoczynku, ochrony przed bólem czy dyskomfortem. Mają też prawo i obowiązek informować rodzinę pacjenta o zasadach i celu swoich działań.



DORADCA LAKTACYJNY

Promuje i wspiera karmienie naturalne na każdym etapie opieki nad ciężarną i noworodkiem. Pomaga w doborze akcesoriów wspierających laktację i karmienie naturalne (np. dobór odpowiedniego laktatora, rozmiaru lejka do laktatora czy osłonki na brodawkę).

Pomaga prawidłowo przystawić dziecko do piersi z uwzględnieniem optymalnej dla matki i dziecka pozycji. Doradca laktacyjny **pomoże w przypadku wystąpienia problemów w obrębie piersi**, oceni zmiany i wskaże odpowiednie postępowanie (np. w przypadku otarcia brodawki, podejrzeniu ropnia piersi). Porada doradcy laktacyjnego wskazana jest również w przypadku, kiedy matka ma jakiegokolwiek wątpliwości lub pytania dotyczące m.in. **sposobu odciągania i przechowywania pokarmu**, stymulacji laktacji, prawidłowego przystawienia dziecka do piersi czy oceny efektywności karmienia piersią. Doradca laktacyjny udzieli informacji, czy możliwe jest karmienie pokarmem matki w przypadku występowania u matki dziecka chorób i/lub przyjmowania przez nią leków.



NEUROLOGOPEDA

Głównym obszarem pracy neurologopedy w oddziale neonatologicznym są zagadnienia związane z karmieniem. Zajmuje się **wsparciem funkcji karmienia u noworodka, pokazuje jak przygotować zewnętrzną i wewnętrzną stronę jamy ustnej dziecka**

(nazywaną sferą orofacjalną) do wprowadzania karmienia doustnego. Pomaga dobrać optymalny sposób stymulacji oraz rodzaj technik wspomagania karmienia doustnego na danym etapie rozwoju noworodka. Neurologopeda zajmuje się także **doborem akcesoriów do karmienia i dokarmiania** (smoczki, butelki). Samodzielnie lub w porozumieniu z innymi członkami zespołu (np. fizjoterapeutą, doradcą laktacyjnym, pielęgniarką/położną) dobiera pozycję do karmienia. Zadaniem neurologopedy jest również **wspieranie karmienia naturalnego lub karmienia mlekiem matki**, jeśli na danym etapie karmienie piersią jest z jakiegokolwiek powodu niemożliwe lub niewystarczające. Neurologopeda **pomaga też przezwyciężać trudności w karmieniu noworodków ze specjalnymi potrzebami** np. z rozszczepem wargi/lub podniebienia lub innymi wadami wrodzonymi w obrębie twarzoczaszki. Zadaniem neurologopedy w oddziale neonatologicznym jest też edukowanie w zakresie profilaktyki logopedycznej, czyli podejmowanie działań zapobiegających m.in. występowaniu wad zgryzu, wad wymowy oraz działań wspierających prawidłowy rozwój w zakresie komunikacji.



FIZJOTERAPEUTA

Zajmuje się **wspieraniem prawidłowego rozwoju dziecka w warunkach oddziału intensywnej terapii**. Dobiera indywidualnie **rozwojowe pozycje ułożeniowe, modyfikuje je podążając za potrzebami pacjenta**. Doradza rodzicom w doborze dodatkowych akcesoriów związanych z pozycjonowaniem, np. poduszek korekcyjnych. Udziela wsparcia rodzicom i dziecku podczas kangurowania, dobierając pozycję odpowiednią dla dziecka i rodzica. **Aktywizuje i wspiera rodziców w zakresie podejmowania samodzielnych działań w zakresie opieki i pielęgnacji dziecka**. Edukuje i instruuje rodziców, jak aktywnie pielęgnować dziecko, tzn. jak aranżować otoczenie, dobierać odpowiedni rozmiar ubrań, jak bezpiecznie dotykać dziecka. Dobiera sposoby podnoszenia i noszenia dziecka dostosowane do jego stanu klinicznego i możliwości rodziców. Jeżeli stan dziecka tego wymaga, fizjoterapeuta **podejmuje działania z zakresu terapii neurorozwojowej**.



PSYCHOLOG

Udziela rodzicom wsparcia, pomaga w adaptacji do sytuacji. Często rodzice boją się rozmowy z psychologiem, bo boją się rozmowy o trudnych emocjach, takich jak np. poczucie silnego lęku, który mogą odczuwać. Obawiają się, że taka rozmowa może być dla nich trudna. Najważniejsza w kontakcie z psychologiem jest gotowość do rozmowy. Ale pomoc psychologiczna rodzicom wcześniaków to nie tylko rozmowa, to często **towarzystwo w przeżywaniu trudnych emocji, zagubieniu, poczuciu bezradności, a także pomoc w nawiązaniu nagle przerwanych relacji z dzieckiem**. Pomoc psychologiczna to także towarzyszenie w najpiękniejszych emocjach, rodzącej się więzi czy budzącej się miłości do dziecka. Elementem pomocy psychologicznej jest również **pomoc w odnalezieniu się w rzeczywistości funkcjonowania Oddziału Neonatologicznego** oraz pomoc w kontaktach i nawiązaniu dobrej relacji z personelem medycznym zajmującym się dzieckiem. Czasem jest to trudne ze względu na stan emocjonalny rodziców i towarzyszące temu stanowi uczucia. Bardzo istotnym elementem pracy psychologa jest **wspieranie interakcji rodzic-dziecko** jako ważnego elementu opieki rozwojowej. Pamiętajcie, że rozmowa z psychologiem to taki czas, kiedy możecie odreagować emocje, takie jak żal czy towarzyszące Wam nierzadko poczucie winy. Możecie podzielić się tym, co Was złości i lękiem o to, czy sobie poradzicie. Psycholog podczas spotkania pomaga w radzeniu sobie z tymi trudnymi emocjami.



PRACOWNIK SOCJALNY

Pomaga i wspiera pacjenta oraz jego rodzinę w rozwiązywaniu problemów socjalno-bytowych. Rodzice będący w trudnej sytuacji życiowej lub bytowej **mogą zwrócić się o pomoc w rozwiązywaniu tych problemów**. Pracownik socjalny w ramach swoich kompetencji zbiera i analizuje dane dotyczące pacjenta i jego rodziny, określa możliwości dotyczące wydolności opiekuńczej rodziców, ustala zakres pomocy, jakiej będzie potrzebował pacjent opuszczający szpital. Jeżeli rodzina jest w trudnej sytuacji życiowej i nie jest w stanie jej pokonać, wykorzystując własne zasoby i możliwości, pracownik socjalny **może reprezentować pacjenta i rodzinę na zewnątrz szpitala**, pomagając w rozwiązywaniu spraw socjalno-bytowych. Jeżeli sytuacja prawna dziecka jest nieuregulowana, pracownik socjalny zajmuje się procedurami związanymi z zapewnieniem dziecku odpowiedniej opieki łącznie z umieszczeniem dziecka w placówce specjalistycznej opieki zdrowotnej lub w placówce opiekuńczo-wychowawczej, jeśli zachodzi taka potrzeba.



KSIĄDZ

Udziela wsparcia duchowego, na życzenie rodziców **może udzielić dziecku sakramentu chrztu**. Ksiądz **może towarzyszyć rodzicom w szczególnie trudnych dla nich momentach** (np. pogorszenie stanu zdrowia dziecka), wspierać ich swoją obecnością lub wspólną modlitwą. **Często w szpitalu znajduje się kaplica**, w której rodzice mogą się pomodlić lub spotkać z księdzem. W części szpitali możliwe jest zorganizowanie spotkania z duchownym wyznawanej przez rodziców religii, jeśli rodzice są wyznania innego niż rzymskokatolickie.

D. URZĄDZENIA W ODDZIALE INTENSYWNEJ TERAPII NOWORODKA

Rodzice odwiedzający po raz pierwszy oddział szpitalny są często zaniepokojeni dużą ilością sprzętu, który otacza ich dziecko. Urządzenia te są wyposażone w świetlne lub dźwiękowe sygnały alarmowe. Na szczęście **aktywność większości z nich nie oznacza nic groźnego**. W razie wątpliwości zapytaj pielęgniarkę lub lekarza o ich przyczynę.

POMPA INFUZYJNA

Malutkie dziecko wymaga podawania leków w ściśle określonych dawkach w określonym czasie, zazwyczaj poprzez różnego rodzaju dostępy dożylne (wenflony, cewniki). Pomagają w tym pompy strzykawkowe, które bardzo precyzyjnie podają podłączone leki lub mieszaniny żywieniowe. Dźwięki alarmowe zazwyczaj przypominają pielęgniarkom, że skończył się przetaczany lek i należy wymienić strzykawkę.

INKUBATOR

Noworodki urodzone przedwcześnie lub chore mają zazwyczaj duże trudności w utrzymaniu prawidłowej temperatury ciała. Aby im to umożliwić, umieszczamy je w inkubatorach. Są to urządzenia, które zapewniają w swym wnętrzu stałą temperaturę i (co równie ważne) wilgotność. Pozwalają też na łatwiejszą obserwację dziecka. Gdy maluch dojrzewa na tyle, by radzić sobie z regulacją temperatury ciała, inkubator przestaje być potrzebny.

MONITOR

Dzieci, które są leczone w oddziałach intensywnej terapii, wymagają monitorowania czynności serca (tętna), ciśnienia krwi, saturacji (wysycenia krwi tlenem), czasem dwutlenku węgla lub częstotliwości oddychania. Służą do tego monitory z podłączonymi różnego rodzaju czujnikami czy kabelkami. Są one zazwyczaj założone na rękę lub nóżkę dziecka. Niektóre mogą być przytwierdzone do jego klatki piersiowej lub brzuszka. Na początku budzą pewien lęk u rodziców, nie wahajcie się więc pytać, jak dotykać swoje dziecko, by niczego nie odczepić. Z czasem tych kabelków będzie mniej a pocieszające jest to, że ich obecność nie jest inwazyjna i nie boli. Dźwięki alarmowe mogą świadczyć o przekroczeniu ustalonych zakresów monitorowanych parametrów, ale bardzo często związane są z tym, że Wasz maluszek po prostu nieco się wierci.

RESPIRATOR

Jeżeli Wasze dziecko nie jest jeszcze gotowe, by samodzielnie oddychać, pomaga mu właśnie to mechaniczne urządzenie. Współczesne respiratory są skonstruowane w ten sposób by koordynować aktywność oddechową pacjenta i urządzenia, wpierać oddechy, które są zbyt słabe lub wykonywać za malucha część oddechów. Dziecko jest podłączone do respiratora poprzez małą, miękką rurkę intubacyjną wprowadzoną do dróg oddechowych (tchawicy) przez usta lub nos. Rurka ta przechodzi pomiędzy strunami głosowymi dlatego nie możemy usłyszeć ewentualnego płaczu malucha. Z czasem, gdy Twoje dziecko będzie radziło sobie lepiej z oddychaniem, lekarze będą stopniowo zmniejszać ustawienia respiratora (liczbę oddechów, stężenie tlenu i ciśnienie mieszaniny oddechowej) tak, by przygotować je do odłączenia od respiratora (ekstubacji).

URZĄDZENIE DO WSPOMAGANIA ODDYCHANIA (CPAP)

Jeśli Twoje dziecko nie wymaga pomocy respiratora, ale potrzebuje jeszcze wsparcia oddychania lekarze decydują o zastosowaniu, CPAP czyli ciągłego dodatniego ciśnienia w drogach oddechowych. Ciśnienie to sprawia, że pęcherzyki płucne nie zamykają się do końca – nie „sklejają się” – co pozwala na zmniejszenie wysiłku oddechowego i redukcję liczby przerw w oddychaniu (bezdechów). CPAP stosowany jest za pomocą różnego typu urządzeń poprzez założenie do noska dziecka jednej rurki, maseczki lub dwóch krótkich kaniul nosowych. Ten rodzaj wsparcia określamy mianem nieinwazyjnego, ponieważ pacjent nie wymaga intubacji (wprowadzenia rurki do tchawicy). Pielęgniarki czasami wyjmują kaniule z noska w celu oczyszczenia go z zalegającej tam wydzieliny i przy tej okazji obserwują, czy maluch wymaga jeszcze stosowania CPAP.

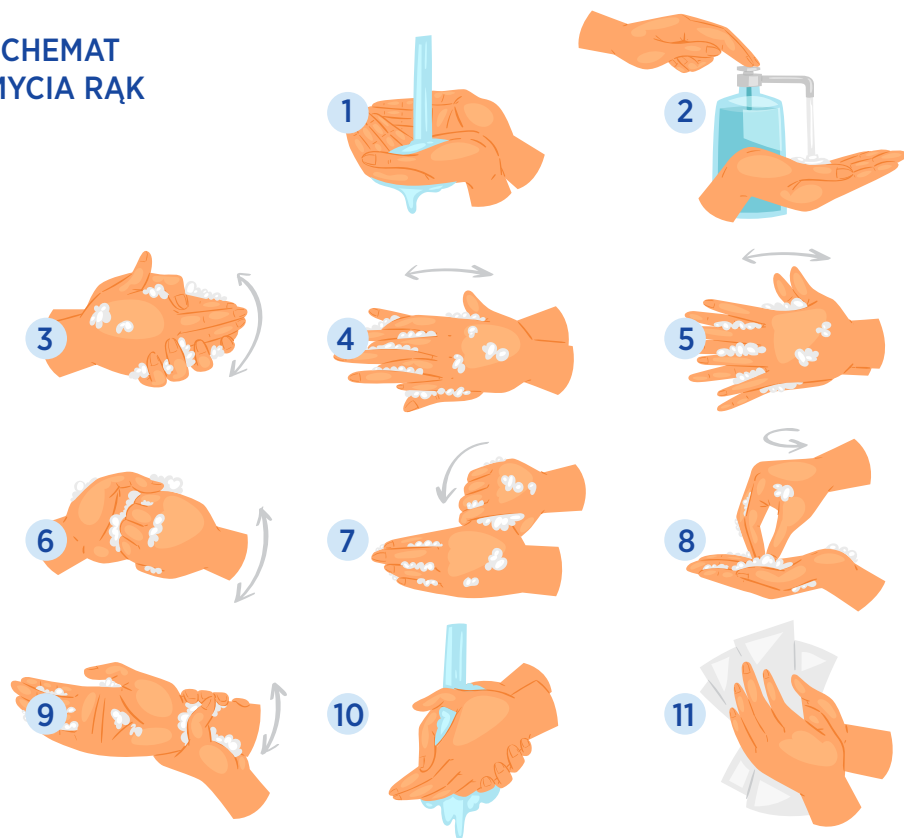
SONDA ŻOŁĄDKOWA

Dzieci, które są zbyt słabe lub chore, by ssać, mają zazwyczaj zakładany zgłębnik do żołądka służący do karmienia mlekiem. Jest to miękka rurka wprowadzana przez nos lub usta dziecka, oklejona tak, by mogła być pozostawiona przez kilka kolejnych karmień.

E. ZASADY ODWIEDZIN W ODDZIALE INTENSYWNEJ TERAPII NOWORODKA

Rodzice przychodzący do dziecka zobowiązani są do **mycia i dezynfekcji rąk przed wejściem do sal noworodków i po zakończeniu odwiedzin**. Ręce dezynfekujemy też zawsze po zmianie pieluszki u dziecka lub gdy chcemy dotknąć przedmiotów używanych przez inne osoby np. stanowiska do przewijania. **Dłonie powinny być bez ozdób** (pierścionków, zegarka, tipsów itp.), **paznokcie czyste, krótko obcięte. Ubranie rodzica powinno być czyste, rękawy podwinięte tak, by umożliwiły dokładne umycie rąk.**

SCHEMAT MYCIA RĄK



Noworodki leczone w oddziałach szpitalnych **mogą być odwiedzane zazwyczaj wyłącznie przez rodziców**. Część regulaminów uwzględnia jednak możliwość przebywania w oddziale również innych, wskazanych przez rodziców osób. Wiemy, że opieka sprawowana przez rodzinę jest prawem dziecka i nie może być reglamentowana. Należy jednak pamiętać, iż w oddziałach intensywnej terapii bywają momenty dużego natężenia pracy i pielęgniarki czy lekarze nie będą mogli poświęcić Wam zbyt wiele czasu (np. w czasie przyjęcia nowego pacjenta czy zakładania dostępu dożylnego). Poczekajcie wtedy cierpliwie lub spytajcie, kiedy będziecie mogli wrócić do dziecka.

Odwiedzający mogą przebywać tylko w sali u swojego dziecka, nie mogą przemieszczać się pomiędzy salami. W czasie odwiedzin pamiętajmy, że ze względu na ochronę przed zakażeniami wolno nam dotykać tylko swoje dziecko i przedmioty do nas należące.

Osoby z objawami infekcji, ze względu na bezpieczeństwo swoich dzieci powinny odroczyć wizytę do czasu ich ustąpienia.

W salach dzieci odwiedzający **nie mogą rozmawiać przez telefon komórkowy**, w tym celu należy opuścić pomieszczenie. **Należy też pamiętać o dokładnej dezynfekcji dłoni przed ponownym wejściem na salę.**

Opiekunowie przebywający ze swoim dzieckiem zazwyczaj nie mogą obsługiwać żadnego sprzętu medycznego, wszystkie czynności z tym związane wykonuje personel.

F. ZASADY POZYSKIWANIA I PRZECHOWYWANIA POKARMU MAMY

Pierwsze podanie mleka mamy (siary) powinno nastąpić **tuż po narodzinach dziecka**, najlepiej jeszcze w sali porodowej. Dlatego też jej pozyskanie musi nastąpić w krótkim czasie po porodzie (najpóźniej do 6 godzin).

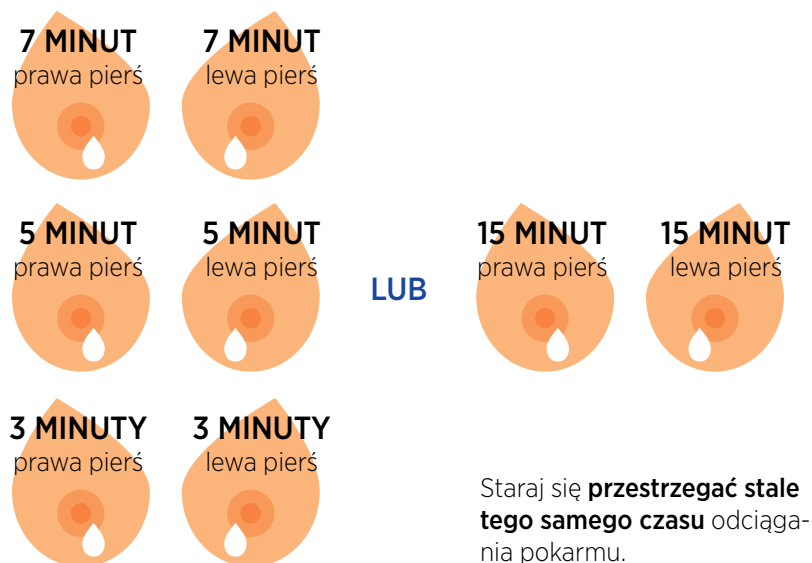
W uzasadnionych przypadkach doświadczona położna lub konsultant laktacyjny może pomóc przyszłej mamie **jeszcze przed porodem**. Siara powinna zostać odciągnięta metodą ręczną do małych pojemników lub strzykawek i zostać podana dziecku bezpośrednio po jej uzyskaniu. Jeśli nie jest to możliwe, należy przechowywać ją w lodówce w temp. 3 do 5°C przez 24 godziny lub zamrozić. Porcje siary podajemy w kolejności jej pozyskania. Każdy pojemnik z mlekiem mamy musi być oznakowany niezmywalnym markerem imieniem i nazwiskiem matki oraz datą i godziną odciągnięcia.

POZYSKIWANIE POKARMU:

1. Przed odcąganiem pokarmu należy **dokładnie umyć ręce i paznokcie** używając ciepłej, bieżącej wody oraz mydła. Zalecenia ekspertów zakładają, że nie ma potrzeby mycia (lub dezynfekcji!) piersi przed każdym odcąganiem – wystarczy codzienna kąpiel.
2. **Nie ma potrzeby wylewania pierwszej porcji** odciągniętego pokarmu.
3. **Miejsce**, w którym odciągasz pokarm, powinno być **czyste i wyposażone w umywalkę**. Optymalnie, jeśli będzie to możliwe, odcągaj pokarm przy łóżeczku lub inkubatorze swojego dziecka.
4. Jeśli pokarmu nie ma zbyt wiele, **można mieszać ze sobą porcje odciągnięte w ciągu 12 godzin**, jeżeli zostały one uprzednio schłodzone do tej samej temperatury. **Nie należy dolewać świeżo odciągniętego (ciepłego) mleka do pokarmu, który został już wcześniej schłodzony.**

5. Do transportu pokarmu należy używać **odpowiednich toreb chłodzących**.
6. **Raz rozmrożone mleko nie może być ponownie zamrażane.**

SCHEMAT ODCIĄGANIA POKARMU LAKTATOREM:



Siarę odciągaj ręcznie, w kolejnych dniach używaj laktatora. Dobór odpowiedniego nie zawsze jest łatwy – zapytaj położną lub konsultanta laktacyjnego o poradę. Jeśli dziecko rodzi się przed 30 tygodniem ciąży, zazwyczaj zalecane jest używanie laktatora elektrycznego.

Powtarzaj odciąganie **co 2-3 godz. w dzień i co 3-4 godz. w nocy**, łącznie przynajmniej 8 razy w ciągu doby. Pamiętaj, że na wypływ pokarmu oddziałują pozytywne emocje, myślenie o dziecku, jego widok, zapach (również zapach ubranek malucha).

Jeśli odciągasz mleko dla wcześniaka, używaj akcesoriów jednorazowych. Jeśli nie masz takiej możliwości, dezynfekuj akcesoria wielorazowego użycia zawsze przed każdym zastosowaniem.

DEZYNFEKCJA AKCESORIÓW DO ODCIĄGANIA POKARMU:

1. Rozłóż laktator i pojemniki do przechowywania pokarmu po każdym zastosowaniu.
2. Umyj je ciepłą, bieżącą wodą z płynem do mycia naczyń, lub w zmywarce w temp. zgodnej z zaleceniami producenta (optymalnie 60°C).
3. Dokładnie wypłucz.
4. Zalej na kilka minut wrzątkiem.
5. Osusz i przechowuj w czystych (wyparzonych), suchych, szczelnie zamkniętych pojemnikach.

Pojemnik do przechowywania pokarmu powinien być do tego celu przeznaczony przez producenta. **Przechowuj pokarm we wnętrzu lodówki (nie na drzwiach).** Skontroluj temperaturę lodówki i dostosuj ją do zaleceń.

Mleko mamy możemy wykorzystywać nie tylko do żywienia noworodka, ale też do pielęgnacji jamy ustnej wcześniaka.

CZAS PRZECHOWYWANIA MLEKA DLA WCZEŚNIAKÓW I DZIECI CHORYCH

- w temperaturze pokojowej: 1 godzinę
- w torbie chłodniczej: tylko do transportu
- w lodówce (3-5°C) blisko tylnej ściany: 24-48 godzin
- w zamrażalniku: 1 tydzień
- w zamrażarce (od -18 do -20°C): 3 miesiące

3. ROLA RODZICÓW W OPIECE NAD WCZEŚNIAKIEM, ETAPY WDRAŻANIA W OPIEKĘ

Zupełnie naturalnym jest, że **początkowo rodzice obawiają się dotykać swoje dziecko**. W czasie pierwszych wizyt w oddziale obserwują malucha. Następnie zaczynają poznawać dziecko i sami inicjują z nim kontakt.

Każda mama i każdy tata dochodzi do tego momentu **we właściwym dla siebie czasie**. Następnie, zachęceni, zaczynają brać udział w czynnościach pielęgnacyjnych: zmianie pieluszki, przebieraniu, karmieniu. W czasie przygotowywania malucha do wypisu rodzice stają się odpowiedzialni za całość opieki nad dzieckiem, **ważne, by mieli zaufanie do swoich kompetencji**. Nie obawiaj się wykonywać czynności pielęgnacyjnych w swoim tempie. **Jedną z najważniejszych wartości, którą wnosisz do oddziału jest to, że nigdzie się nie śpieszysz i możesz poświęcić swój czas na bycie z dzieckiem. Zaufaj swojej intuicji.**



4. GŁOS RODZICÓW JAKO WAŻNY ELEMENT TWORZENIA WIĘZI I KOMUNIKACJI

Zmysł słuchu u dziecka zaczyna rozwijać się jeszcze w życiu płodowym. Zatem wszystkie noworodki urodzone przedwcześnie przebywające w oddziale neonatologicznym **odbierają bodźce dźwiękowe**.



Wyjątkiem od tej reguły mogą być rzadkie sytuacje w których narząd słuchu lub słuch dziecka nie wykształciły się prawidłowo. Sam przedwczesny poród nie oznacza, że dziecko będzie miało zaburzenia słuchu. Program badań przesiewowych słuchu realizowany we wszystkich szpitalach w Polsce umożliwia wykrycie nieprawidłowości w tym zakresie jeszcze przed opuszczeniem przez dziecko szpitala.

Noworodki mają wykonywane **badanie nazywane otoemisją akustyczną, które wykrywa nieprawidłowości w zakresie czynności ślimaka** (ucho wewnętrzne). Jest to nieinwazyjne badanie polegające na wsunięciu do zewnętrznego przewodu słuchowego niewielkiej sondy pomiarowej połączonej z urządzeniem. Nieprawidłowy wynik badania wymaga dalszej diagnostyki, wynik jest wklejany w postaci żółtej naklejki do książeczki zdrowia dziecka. Wszystkie dzieci, u których wynik

jest prawidłowy, otrzymują tzw. „niebieski certyfikat”. Należy pamiętać, że pomimo prawidłowego wyniku badania (otoemisji akustycznej) należy w przyszłości przestrzegać zleconych kontroli w poradni audiologicznej oraz zwracać uwagę na reakcje na bodźce dźwiękowe oraz na rozwój mowy u dziecka, gdyż nieprawidłowości w tym zakresie mogą wynikać z problemów ze słuchem.

Płód dojrzewający w brzuchu mamy **uczy się różnicowania dźwięków**. Wody płodowe wytłumiają część dźwięków dochodzących z otoczenia. Płód odbiera dźwięki bicia serca, szmery płucne, kaszel, odgłosy trawienia. Badania pokazują, że płód reaguje na różne rodzaje dźwięków, natomiast **głos matki jest spośród nich najważniejszy i najlepiej słyszalny w okresie życia płodowego**.

Większość mam mówi do swoich dzieci, kiedy znajdują się one jeszcze w brzuchu. Przedwczesny poród nie odbiera możliwości prowadzenia tych „rozmów”, maluszek nadal bardzo potrzebuje matczynego głosu, który będzie jednym z nielicznych znanych mu dźwięków.

Bywa, że rodzice na początku czują się zawstydzeni obecnością personelu i innych rodziców, a sam przedwczesny poród jest dla nich bardzo trudnym doświadczeniem i zdarza się, że pierwsze wizyty u dziecka przebiegają w milczeniu. Często personel zachęca do „rozmawiania” z noworodkiem, czytania książeczek i śpiewania. To bardzo naturalne i mile widziane zachowania. **Rodzice często obserwują, że dziecko uspakaja się słysząc ich głos.** Należy pamiętać, że do czasu porodu płód słyszał głos matki w wielu codziennych sytuacjach, a noworodek na oddziale szpitalnym słyszy głos matki rzadziej. Dlatego tak ważne jest, aby mówić do dziecka kiedy tylko jesteście razem.

Głos matki jest też bardzo ważny w rozwoju komunikacji. Matka spędza zazwyczaj najwięcej czasu z dzieckiem, zatem noworodki najszybciej różnicują jej głos spośród innych ludzkich głosów. **Aktywna „rozmowa” z dzieckiem może wspomagać rozwój komunikacji u dziecka.** Na początku noworodki komunikują się głównie z wykorzystaniem płaczu i pojedynczych dźwięków – tzw. dźwięków nieartukułowanych. W kolejnych miesiącach niemowlęta głużą, następnie gaworzą aby wreszcie naśladować również dźwięki i sylaby. Wypuszczając powietrze z buzi tworzą nowe dźwięki zwierając w trakcie wargi lub układając język pomiędzy dźwiękami. Niemowlęta zwracają głowę i ciało w kierunku źródła dźwięku, reagują na głos mamy. Z czasem uczą się odpowiadać na mowę matki „swoimi” dźwiękami lub „zaczeplają” mamę, aby z nimi „porozmawiała”, wykorzystując do tego również ciągi sylabowe, piski i kwilenie. Następnie naśladowują też melodię wyrazów i wypowiadają pierwsze słowa. Jeśli w innym pomieszczeniu coś upada lub zastuka wywołuje to reakcję u dziecka. Często zbyt głośne, nagłe lub nieprzyjemne dźwięki powodują u dziecka płacz.

Brak reakcji na dźwięki, brak gaworzenia, opóźnienie w rozwoju mowy mogą wymagać pogłębienia diagnostyki narządu słuchu. Brak postępu w rozwoju mowy jest również powodem, dla którego warto skonsultować się z logopedą.

Noworodki urodzone przedwcześnie mogą mieć problemy ze słuchem, co nie oznacza, że muszą one wystąpić. Rodzice dzieci, które urodziły się z bardzo małą masą urodzeniową ciała (VLBW) < 1500 g lub niższą, a także z niską punktacją Apgar lub u których występował znacznie podwyższony poziom bilirubiny (hiperbilirubinemia) muszą pamiętać, że ich dziecko znajduje się w grupie ryzyka wystąpienia niedosłuchu. Również długotrwała wentylacja mechaniczna oraz przyjmowanie leków ototoksycznych mogą wpływać na problemy ze słuchem. Leki ototoksyczne to takie, które ze względu na swój skład mogą uszkadzać słuch u dziecka.

Wspólne „rozmowy” z noworodkiem, nawet jeśli na początku odbywają się przez ścianki lub uchylone drzwiczki inkubatora, pomagają uwrażliwić rodziców na reakcje dziecka na dźwięk ich głosu. Często rodzice obserwują pierwsze reakcje na ich głos na urządzeniach pomiarowych. Pod wpływem głosu rodziców zmieniają się u noworodków takie parametry jak poziom saturacji, czynność serca czy liczba oddechów na minutę. Wspólne obserwowanie reakcji dziecka jest dla rodziców wzruszającym doświadczeniem, pomaga w budowaniu więzi między rodzicami a dzieckiem. Ponadto czasami zdarza się, że ze względu na zły stan zdrowia dziecka rodzice nie mogą lub boją się go dotykać i uczestniczyć w jego pielęgnacji. To bardzo ważny czas, aby być blisko siebie. Obecność rodziców i kierowanie słów do dziecka są dla niego bardzo ważne i choć nie jest to bezpośredni kontakt, maluszek czuje, że rodzice są tuż obok. Dla wielu rodziców jest to bardzo cenne, że mogą robić coś dobrego dla swojego dziecka. Dzięki temu nie czują się bezsilni, tylko ważni i potrzebni swojemu maleństwu.

5. POZYTYWNY DOTYK – JAK DOTYKAĆ WCZEŚNIAKA

Widok maleńkiego dziecka w inkubatorze, twarz częściowo zasłonięta przez urządzenia wspierające oddech, obecność licznych kabli i wkluc mogą utrudniać rodzicom nawiązanie kontaktu i podjęcie opieki rodzicielskiej. Po niezwykle trudnych pierwszych chwilach, gdy rodzice oswoją się z sytuacją oraz zapoznają ze specyfiką oddziału **powinni być jak najszybciej angażowani w szeroko pojętą opiekę i pielęgnację dziecka.** Z badań naukowych wynika, iż częste przebywanie rodziców w oddziale oraz szybkie podejmowanie opieki rodzicielskiej ma istotny wpływ na rozwój dziecka i relacje w rodzinie. W oparciu o tę wiedzę, w wielu od-

działach intensywnej opieki rodzice mogą przebywać z dzieckiem w sposób niemal nieograniczony.

Pierwszym krokiem do nauki pielęgnacji wcześniaka jest dotyk.

Dotyk mamy i taty **ma niezwykłą moc**, gdyż w przeciwieństwie do „dotyku medycznego” związanego często z niezbędnymi dla życia i zdrowia dziecka procedurami, jest dotykiem pozytywnym, pełnym ciepła i miłości. **Dzieci potrafią odróżnić moment**, gdy dotyka ich personel i gdy dotyka je mama. Rodzicielski dotyk uspokaja, wycisza po zabiegach, daje poczucie bezpieczeństwa.

Lecz zanim rodzice po raz pierwszy włożą ręce do inkubatora zazwyczaj pojawiają się pytania: jak bezpiecznie dotykać maleństwo? Gdzie położyć ręce, aby nie zrobić dziecku krzywdy?

Dotyk powinien być **delikatny, ale pewny i stabilny**. Nie pocieramy skóry dziecka i nie głaszczemy jednym palcem. Maluchowi może się to nie podobać, będzie się wiercił i mogą pojawić się drżenia kończyn.

Położmy **ciepłe dłonie na główce i na nóżkach malca, tak aby poczuł ich ciężar**. Przecież w brzuszku u mamy był ścisany przez ściany macicy i sam mógł na nie naciskać nóżkami i główką. W ten prosty sposób **dostarczamy dziecku prawidłowych doznań sensorycznych**, tak ważnych dla prawidłowego rozwoju.

PAMIĘTAJMY:

- skóra wcześniaka jest cienka i delikatna
- niedojrzałość układu nerwowego sprawia, że bodźce czuciowe są inaczej odbierane i przetwarzane
- najbardziej wrażliwymi na dotyk obszarami na ciele dziecka są okolice twarzy a w szczególności usta
- dotykamy malucha zdezynfekowanymi i ciepłymi dłońmi

Jeżeli rodzice boją się dotykać dziecka i czują się niepewnie, **zawsze mogą poprosić osobę opiekującą się maluchem, aby pomogła im ułożyć prawidłowo dłonie i „pokierowała” nimi**.



Gdy mama włoży swój palec do dłoni dziecka, maluch uruchamiając odruch chwytny mocno zaciśnie paluszki na jej palcu – **dla rodzica to cudowny moment**.

Czasami rodzice niepokoją się, że dziecko „nie lubi” ich dotyku, wzdryga się, pręży. Wówczas można porozmawiać o tym z personelem, wspólnie poobserwować dziecko i wybrać najlepiej tolerowany przez malca sposób kontaktu dotykowego.

Zachowania wcześniaków w odpowiedzi na dotyk mogą być różne. Wynikają one z niedojrzałości układu nerwowego, bolesnych doświadczeń związanych z zabiegami lub trudności z przyjmowaniem nowych, nieznanych bodźców. Reakcjami pozytywnymi w odpowiedzi na dotyk rodzica będą: **otworzenie oczu, delikatne przeciąganie się, spokojny ruch oraz uśmiech**.

Warto jak najwcześniej dotykać dziecko, już w inkubatorze otulać ciepłymi, czułymi dłońmi, obserwować zachowania malucha i dopasowywać się do jego potrzeb. Mama lub tata „kangurując w inkubatorze” mogą jednocześnie mówić do malca, śpiewać – na pewno będzie to dla niego bardzo przyjemne.

6. KANGUROWANIE – POWRÓT DO NATURY

Kangurowanie, czyli **kontakt skóra do skóry** (Kangaroo Mother Care – KMC, skin to skin contact) to system postępowania z dzieckiem polegający na umożliwianiu **wczesnego, bezpośredniego kontaktu skóra do skóry matki (rodziców) i dziecka** poprzez układanie dziecka na ciele rodziców po urodzeniu, w trakcie hospitalizacji i po jej zakończeniu.

A. ZALETY KANGUROWANIA

Kangurowanie **ma pozytywny wpływ na proces laktacji i możliwość karmienia naturalnego**. Ułatwia wczesne karmienie piersią i redukuje konieczność stosowania alternatywnych technik karmienia. Wydłuża okres karmienia piersią, jak również wpływa na zwiększenie ilości wytwarzanego przez matkę pokarmu.

Do zalet kangurowania w oddziale szpitalnym należy zaliczyć m.in. **możliwość odczuwania przez wcześniaka ciepła i zapachu matki**, dających spokój i poczucie bezpieczeństwa.

Kangurowanie **redukuje poziom stresu zarówno u dziecka, jak i u rodziców**, osłabia efekty zbyt wczesnej separacji. **Pomaga w dojrzewaniu** prawidłowych strategii adaptacyjnych i autoregulacyjnych dziecka. **Ma działanie neuroprotektoryjne**. **Wpływa na organizację okresów czuwania i snu** – regulację snu, zasypiania, czasu i stosunku poszczególnych faz na korzyść snu głębokiego.

Warto kangurować dziecko najszybciej, jak to możliwe i najdłużej, jak to możliwe!

Z badań wynika, że **rodzice, którzy kangurowali regularnie** dziecko urodzone przedwcześnie **są bardziej delikatni** w pielęgnacji malucha, **prawidłowo odczytują sygnały** płynące od dziecka i podążają za jego potrzebami. **Czują się kompetentni**, zmniejsza się u nich poziom stresu oraz ryzyko wystąpienia depresji.

B. PRZYGOTOWANIE DO SESJI KANGUROWANIA

Zanim przystąpimy do kangurowania dziecka należy się do tego odpowiednio przygotować. **Personel powinien udzielić informacji o zasadach** kontaktu skóra do skóry, gdy rodzice wyrażą chęć do podjęcia takich działań oraz aktywnie zachęcać rodziców do kangurowania, jeśli tylko stan zdrowia dziecka na to pozwala.

GLÓWNE ZASADY

- rodzic powinien być zdrowy, aby nie stanowić potencjalnego źródła zakażenia
- skóra na klatce piersiowej rodzica powinna być czysta, bez zmian i uszkodzeń
- ubiór w postaci rozpinanej koszuli lub bluzki, którą możemy otulić malucha – najlepiej, gdy ubranie będzie specjalnie przygotowane do tego celu i założone przed kangurowaniem
- pozycja rodzica powinna być odpowiednio dobrana, wygodna – kangurowanie powinno trwać około 90 minut więc warto, aby rodzic i dziecko czuli się jak najbardziej komfortowo
- podczas sesji kangurowania rodzic zgłasza każdą wątpliwość lub dyskomfort, gdyż tak bliski kontakt, zwłaszcza z bardzo niedojrzałym dzieckiem, zawsze jest dużym przeżyciem

C. POZYCJA DZIECKA PODCZAS KANGUROWANIA

Kangurowanie wcześniaków **staje się standardem postępowania** zarówno podczas pobytu dziecka w szpitalu, jak i po wypisie do domu.

Zanim położymy malucha na piersiach mamy czy taty **warto zastanowić się jaka pozycja będzie dla niego bezpieczna, komfortowa i sprzyjająca rozwojowi**. Należy wziąć pod uwagę stan kliniczny, poziom dojrzałości oraz wielkość dziecka. Dzieci urodzone przedwcześnie mają niskie napięcie mięśniowe, większe zakresy ruchów w stawach i nie kontrolują swojej postawy. Dlatego bez odpowiedniego zabezpieczenia i dbałości o jakość zastosowanej pozycji możemy, zamiast sprzyjać rozwojowi, raczej go zaburzać.

Fotel do kangurowania powinien być odpowiednio wyprofilowany, tak aby płynnie ustawiać kąt nachylenia w stosunku do podłoża. Najlepiej, gdy rodzic jest na fotelu nachylonym do podłoża pod kątem ok. 30-40 stopni.

Główka dziecka powinna spoczywać na piersi mamy lub taty, a klatka piersiowa pomiędzy piersiami. Maluch słucha bicia serca rodzica, rytm ten go uspakaja i usypia. Ręce dziecka powinny być delikatnie zgięte a dłonie znajdować się przy jego ustach. Nogi zgięte w stawach biodrowych i kolanowych, a stopy zbliżone do siebie, ułożone pod pośladkami.

Unikamy nadmiernego odgięcia głowy dziecka, gdyż może to doprowadzić do wystąpienia zaburzeń oddychania i promować nieprawidłowy wzorzec postawy. Równie ważna jest dbałość o prawidłowe ustawienie kończyn dolnych, zapobiegamy nadmiernemu odwiedzeniu w stawach biodrowych i przodopochyleniu miednicy. Pamiętajmy, aby nie naciskać na brzuch i na miednicę, a raczej ją podtrzymywać tworząc ze swojej dłoni rodzaj „półeczki”, na której maluch bezpiecznie się opiera.

Pozycja do kangurowania nie powinna ograniczać dziecka w jego spontanicznej aktywności. Rodzic może wspierać i ułatwiać ruch np. gdy maluch ma ochotę obrócić głowę aby spojrzeć na mamę lub tatę. Okrycie dziecka i rodzica powinno być dosyć ciasne, tak aby malec dobrze czuł ciało opiekuna, czerpał z niego ciepło, odczuwał lekkie kołysanie spowodowane ruchami oddechowymi. Wszystkie te odczucia dostarczają dojrzewającemu dziecku wielu ważnych informacji i korzystnie wpływają na jego rozwój.



ODLEGŁE KORZYŚCI KANGUROWANIA WCZEŚNIAKA:

- długotrwała laktacja – dzieci są dłużej karmione naturalnie lub pokarmem matki
- zmniejszenie ryzyka wystąpienia depresji poporodowej u matek
- opieka rodzicielska bardziej uważna i czuła
- pozytywne efekty w grupach dzieci kangurowanych w zakresie relacji z rodzicami, umiejętności poznawczych, ruchowych i strategii zachowania

7. POZYCJONOWANIE – JAK PRAWIDŁOWO UKŁADAĆ WCZEŚNIAKA

Dziecko urodzone przedwcześnie zdecydowanie różni się od dziecka donoszonego. Różnice te wynikają z niedojrzałości wieloukładowej.

Rodzice często opisując wcześniaka mówią, że jest drobny, słaby, ma wiotkie mięśnie i często leży w pozycji „żabki”. Gdy próbuje się ruszać, jego ruchy są nieskoordynowane i drżące. Główka często układa się odgięciowo. Wszystkie te zachowania wynikają z działania siły grawitacji na niedojrzałe ciało dziecka. Dlatego **bardzo ważnym elementem opieki nad wcześniakiem jest prawidłowe, dobrane adekwatnie do wieku i stanu klinicznego pozycjonowanie malucha** już od pierwszych chwil jego życia.

Pozycjonowanie lub inaczej techniki pozycjonowania wspierającego to **sposoby układania dziecka, które mają na celu wspieranie rozwoju wcześniaka, zabezpieczenie go przed negatywnymi skutkami przedwczesnych narodzin i pobytu w oddziale neonatologicznym a jednocześnie są pomocne do przeprowadzania niezbędnych procedur medycznych.**

Zamiast terminu pozycjonowanie rodzice mogą usłyszeć od personelu, że maluch będzie układany w „gniazdku” lub w „macicze”.

Do pozycjonowania dzieci używa się zazwyczaj pieluszek, ręczników, wałków wykonanych z materiałów bezpiecznych dla noworodków i niemowląt. W niektórych oddziałach są też specjalne rogate wypełnione granulatem poliureta-

nowym. Może tak się zdarzyć, że rodzice mają możliwość przyniesienia własnego, kolorowego ręcznika, w którym będzie układany maluch. Powinien być z bawełny i należy go wyprać w środku przeznaczonym do prania bielizny dla niemowląt.

A. TWORZYM IDEALNE „GNIAZDKO” DLA WCZEŚNIAKA

Rolujemy ręcznik lub koc tak, aby miał odpowiednią długość i szerokość, a następnie **w odpowiedni sposób otaczamy nim dziecko**. Ściana „gniazdka” powinna być odpowiednio wysoka, aby malec mógł ukryć się wewnątrz, oprzeć odpowiednio stopy, plecy i głowę. Aby lepiej ustabilizować pozycję dziecka, **możemy dodatkowo okryć „gniazdo” pieluchą i wówczas malec jest prawie zupełnie ukryty wewnątrz**. Nie bójmy się, że dziecka nie widać, na pewno jest monitorowane i pilnie obserwowane przez personel. Im młodsze i bardziej niedojrzałe dziecko, tym więcej wymaga dbałości i ostrożności w doborze pozycji. Gdy malec rośnie, zmienia się jego stan kliniczny i personel opiekujący się dzieckiem odpowiednio modyfikuje sposoby pozycjonowania.

B. DLACZEGO PRAWIDŁOWE POZYCJONOWANIE JEST WAŻNE

Środowisko wewnątrzmaciczne jest miejscem idealnym dla dojrzewania i rozwoju dziecka.

Płód zanurzony w ciepłych wodach płodowych, pod sercem matki, otoczony macicą może bezpiecznie wzrastać, poruszać się czy zmieniać pozycję. Dojrzewa w fizjologicznej pozycji zgięciowej, zwanej często embrionalną. Napierając głową, nogami czy rękoma na ścianę macicy dziecko zbiera różnorodne, prawidłowe doświadczenia sensomotoryczne, napina i rozluźnia mięśnie stymulując je do pracy, napiera na stawy pobudzając kości do wzrostu. Rosnący mózg i dojrzewający układ nerwowy odbiera bodźce, analizuje je i przetwarza. Rozwijają się wszystkie układy niezbędne do życia. Im więcej maluch pracuje w brzuchu mamy, kopie, pręży się, obraca, tym mocniejsze będą jego mięśnie, elastyczne ścięgna i więzadła oraz mocne kości.

Największy przyrost masy ciała i rozwój zachodzi w trzecim trymestrze ciąży. Gdy poród następuje **ok. 40 tygodnia, maluch jest dojrzały, w pełni wyposażony w mechanizmy pozwalające funkcjonować poza łonem mamy.**

Gdy poród następuje przedwcześnie dziecko jest niedojrzałe, nieprzygotowane do życia poza łonem mamy i narażone na działanie siły grawitacji, którą trudno jest mu pokonać. Dlatego **od lat 70. XX wieku**, obserwując dzieci przedwcześnie urodzone, ich rozwój i zachowania oraz analizując problemy rozwojowe, **wpro-**

wadzono pierwsze zasady dotyczące pozycjonowania wspierającego rozwój. Wraz z postępowaniem medycyny i rozwojem neonatologii coraz więcej wiemy o uwarunkowaniach rozwoju, dlatego techniki i sposoby pozycjonowania są wciąż modyfikowane i dopasowywane do indywidualnych potrzeb dzieci.

C. CELE POZYCJONOWANIA WCZEŚNIAKÓW

Jak już zostało wspomniane, pozycjonowanie wcześniaków jest bardzo istotnym elementem pielęgnacji. Oto **najważniejsze cele pozycjonowania noworodków** urodzonych przedwcześnie:

- Wspieranie realizacji procedur medycznych (np. wentylacji, gdy dziecko jest zaintubowane i ma kłopoty z oddychaniem)
- Zapewnienie dziecku warunków do prawidłowego dojrzewania wszystkich układów ciała
- Zapewnienie dziecku komfortu, poczucia bezpieczeństwa i ograniczenie lęku, bólu
- Prawidłowe, adekwatne do wieku ułożenie ciała, pomoc w kontroli postawy, kształtowaniu stawów, krzywizn kręgosłupa i głowy
- Umożliwienie dziecku realizacji spontanicznej aktywności – naśladowanie naturalnych ograniczeń przestrzeni sprawia, że maluch może pchać i kopać w ścianę „gniazdka” wzmacniając mięśnie, pobudzając prawidłowo receptory w stawach, organizować zachowanie i rozwijać mechanizmy autoregulacji
- Zapobieganie powstawaniu i utrwalaniu nieprawidłowych wzorców postawy (np. asymetrii), nieprawidłowych wzorców ruchu (np. pozycja odgięciowa)
- Ograniczenie do minimum możliwości powstania deformacji i zniekształceń (np. asymetria głowy)
- Zapewnienie dziecku komfortowych warunków podczas snu, w trakcie czuwania oraz w trakcie aktywności
- Wspieranie dojrzewania funkcji związanych z przyjmowaniem pokarmów – dłonie powinny być zawsze układane w pobliżu twarzy, aby maluch mógł wkładać rączki do ust, ssać paluszki
- Układanie malucha w estetycznym, kolorowym gniazdku i dbałość o pozycję ciała wpływa pozytywnie na odczucia rodziców oraz angażuje ich w opiekę nad noworodkiem

Prawidłowo prowadzone pozycjonowanie wspierające **wpływa nie tylko na funkcje oddechowe dziecka, rozwój neuromotoryczny czy kształtowanie się układu kostno-stawowego**. Badacze dowodzą, że **wpływa również na termoregulację, gęstość kości oraz jakość skóry dziecka**. Układanie w „gniazdku” **chroni malucha przed hałasem, światłem czyli nadmiernym wpływem środowiska** oddziały intensywnej terapii.

NAJCZĘŚCIEJ STOSOWANE POZYCJONOWANIE WSPIERAJĄCE

Dziecko przedwcześnie urodzone po porodzie umieszczane jest w inkubatorze. W zależności od poziomu dojrzałości dziecka i stanu klinicznego personel opiekujący się dzieckiem dobiera odpowiednią pozycję dla malucha. Jeżeli dziecko wymaga wsparcia oddechowego, jest zaintubowane lub ma założoną drogę pępowinową, najczęściej na początku leży na plecach. Przygotowując odpowiednie „gniazdko” bierzemy pod uwagę wielkość dziecka. Ściany „gniazdka” otaczają dziecko, dając stabilizację dla jego ciała i zarazem wspierają działania personelu, aby jak najlepiej i najszybciej zapewnić maluchowi niezbędną pomoc.

W POZYCJI NA PLECACH głowa dziecka jest w linii środkowej ciała, nie może być odgięta ani skrzyżowana do boku. Ręce są blisko tułowia, mogą być na klatce piersiowej lub przy buzi dziecka. Tułów prosty, nogi zabezpieczone przed nadmiernym odwiedzeniem, stopy podparte na ścianie „gniazdka”.

Ograniczenie działania „dopychającego” siły grawitacji na ciało przez odpowiednie podparcie sprawia, że maluch może się poruszać, kopać w prawidłowym fizjologicznym zakresie. Dbłość o symetryczne ułożenie głowy zapobiega ewentualnym deformacjom.

Pozycją stosowaną najczęściej, uznawaną przez wielu specjalistów za najlepszą dla dzieci urodzonych przedwcześnie jest **POZYCJA NA BOKU**, ponieważ jest najbardziej zbliżona do pozycji „embrionalnej”.

Maluch układany jest tak, aby w pozycji bocznej ucho, bark i biodro były w jednej linii. Unikamy nadmiernego zgięcia ciała, pozwalamy maluchowi zademonstrować, ile zgięcia potrzebuje. Zbyt duże zgięcie ciała może spowodować nadmierne przygięcie głowy do tułowia i wtórnie spowodować problemy oddechowe.

Tułów dziecka oparty jest o ścianę „gniazdka” zapewniając odpowiednią stabilizację dla całego ciała. Głowa ułożona w linii środkowej, symetrycznie, a rączki zbliżone w okolicę twarzy szukają drogi do ust. To idealny układ, aby przygotowywać się do ssania i zarazem „policzyć” palce! Dziecko może również badać otoczenie chwytając brzegi „gniazdka” lub dotykać drugiej rączki. To bardzo ważne doświadczenie.



Nogi dziecka są zgięte a stopy oparte o ścianę „gniazdka”. Mogą pchać ściankę, tym samym wzmacniając mięśnie i kształtując stawy. Gdy maluch jest bardzo niedojrzały, należy włożyć pomiędzy kolana złożoną pieluszkę, aby zabezpieczyć stawy biodrowe przed nadmiernym przywiedzeniem. Jeżeli maluszek jest drobny, może całkowicie zanurzyć się w „gniazdku”, gdy dodatkowo całość okryjemy delikatnie pieluchą.



Bardzo ważną pozycją dla dzieci urodzonych przedwcześnie ze względu na korzyści w zakresie oddychania i trawienia jest **POZYCJA LEŻENIA NA BRZUCHU**.

Gdy dziecko jest bardzo niedojrzałe, nie może bez zabezpieczenia leżeć płasko na podłożu. Siła grawitacji, która działa na ciało sprawia, że maluch leży w pozycji „żaby” często z odgiętą głową. Ta pozycja jest bardzo niekorzystna, może wpływać na nieprawidłowy rozwój stawów biodrowych oraz powodować deformacje w obrębie kończyn i głowy. Dlatego maluch powinien być zawsze ułożony na złożonej odpowiednio pielusze, szerokością dostosowaną do rozmiarów dziecka. Na tak przygotowanym podłożu układamy delikatnie dziecko. Głowa zwrócona jest do boku, oparta na policzku, należy uważać, aby nie była nadmiernie skręcona. Ręce ułożone są po bokach, przy twarzy dziecka. Nogi zabezpieczone przed nadmiernym odwiedzeniem, ułożone po bokach tułowia, stopy pod pośladkami. Rodzice często określają tę pozycję pieszczotliwie jako „żółwik”. Silny malec na pewno spróbuje odwrócić głowę poszukując drugiej ręki. Będzie wtedy pchał w podłoże przedramionami, napinając mięśnie pleców i szyi. Jest to ciężka, ale bardzo korzystna i ważna dla rozwoju praca. Maluch ułożony na pielusze otulany jest „gniazdkiem”, aby zabezpieczyć go przed zsunieniem się, dać mu poczucie bezpieczeństwa i komfortu. Badacze twierdzą, że w pozycji na brzuchu maluchy lepiej i dłużej śpią, rzadziej miewają bezdechy i refluks.



Każda z przedstawionych pozycji jest ważna, a **personel opiekujący się dzieckiem dobiera sposób ułożenia dziecka odpowiednio do jego potrzeb. Rodzice mogą aktywnie włączyć się w te działania, powoli poznając zasady** pozycjonowania. Bywa, że maluch ma swoją ulubioną pozycję, a w innej wierci się, jest niespokojny a nawet płacze. Należy się zastanowić, dlaczego odczuwa dyskomfort i ewentualnie zmienić pozycję. Zawsze należy to robić z dużą delikatnością i wyczuciem. Nigdy nie odwracamy dziecka gwałtownie i szybko. Może to wywołać u niego duży stres lub nawet bezdech. Aby obrócić malca, wykorzystujemy do tego ściany „gniazdka”, otulając nimi dziecko i powoli, delikatnie obracamy. Nie unosimy dziecka nad podłoże. Uspokajamy dotykiem po wszystkich manewrach. Zmieniamy pozycję dziecka podczas rutynowej pielęgnacji, gdy np. przyszedł czas na zmianę pieluszki czy karmienie. Obserwujemy zachowanie dziecka, monitorujemy zmiany zachodzące w rozwoju i zawsze dostosowujemy się w swych działaniach do dziecka.

D. WAŻNY MOMENT: PODRÓŻ Z INKUBATORA DO ŁÓŻECZKA

To ważny dzień, gdy dziecko dostaje do dyspozycji łóżeczko, w którym jest **dużo miejsca i można się ruszać do woli**. Rodzice zaczynają wykonywać coraz więcej czynności przy dziecku i zazwyczaj czują się w swojej roli coraz pewniej.

Wraz ze wzrostem i dojrzewaniem dziecka pozwalamy maluchowi na **coraz większą aktywność własną**. „Gniazdko”, które było pierwszym domkiem dla malucha nie otula już go tak ściśle, gdyż silny malec potrafi się z niego sam uwolnić. Nadal podpieramy plecy w leżeniu na boku, szczególnie po karmieniu, ale też pozwalamy dziecku leżeć na brzuszku bez podparcia pod tułowiem. Jeżeli potrafi już kontrolować postawę, nie leży w pozycji „żaby” i płynnie obraca głowę z boku na bok to dla nas sygnał, że prawidłowo dojrzewa i nadal należy go obserwować, wspierać, a nie niepotrzebnie krępować. Zdarza się, że maluch ku radości rodziców potrafi obrócić się z boku na plecy i smacznie spać z rączkami ułożonymi do góry.

Nie zaleca się stosowania ciasnych „otulaczy” lub innych akcesoriów, które mogłyby krępować nadmiernie dziecko, a tym samym **ograniczać bądź zaburzać jego naturalny rozwój**. Najlepszym „otulaczem” dla dzieci są pełne miłości i ciepła ramiona rodziców.

8. AKTYWNA PIELEGNACJA – WSPIERANIE ROZWOJU WCZEŚNIAKA PRZEZ PIELEGNACJĘ

Wieloletnie badania i obserwacje dowodzą, że **jakość pielęgnacji** dziecka urodzonego przedwcześnie **stanowi istotne wsparcie dla jego rozwoju psychoruchowego i emocjonalnego**.

Aktywna pielęgnacja **to taki sposób obsługi dziecka, który zaspokoi szerokie potrzeby dziecka** związane z higieną i jednocześnie **dostarczy dziecku wielu prawidłowych doświadczeń sensomotorycznych** wszechstronnie wspierających jego rozwój.

Bardzo istotne jest dopasowanie działań pielęgnacyjnych do indywidualnych potrzeb dziecka.

ZASADY AKTYWNEJ PIELEGNACJI:

- organizacja środowiska zewnętrznego, czyli gdzie będziemy malucha pielęgnować
- pozytywny dotyk – ciepłe dłonie
- prawidłowo dobrana pozycja ciała – dbamy o symetrię
- odpowiedni chwyt – delikatny ale pewny
- delikatny i przemyślany ruch – zawsze w zakresie tolerowanym przez dziecko

PIELEGNACJA W INKUBATORZE – PIERWSZE RODZICIELSKIE WYZWANIE

Gdy rodzice poczuć się pewnie w kontakcie z dzieckiem, oswoją się z dotykiem malucha, kangurują je, wówczas chętniej podejmują działania pielęgnacyjne już w inkubatorze, **np. zmieniają pieluchę**. To pierwsze, ale ważne wydarzenie i wyzwanie dla rodziców.

Osoba opiekująca się dzieckiem pokaże, jak wykonać tę czynność i na co zwrócić uwagę. Bardzo dbamy o staranność działań oraz o otoczenie dziecka. **Maluch również musi być gotowy na to spotkanie**. Wcześniej przygotowujemy niezbędne akcesoria i staramy się, aby nasze dłonie były ciepłe. Nie wybudzamy gwałtownie dziecka ze snu, **oczekujemy na moment, gdy maluch będzie w fazie aktywności lub wybudzamy go w wyznaczonej porze karmienia, jeśli jeszcze dziecko nie budzi się samo**.

Bardzo ważna jest pozycja dziecka i odpowiednio dobrany chwyt uzależniony od stanu klinicznego oraz jego wieku i masy. Dziecko powinno być ułożone symetrycznie na plecach. Dbamy o prawidłowe ułożenie kończyn dolnych, delikatnie wsuwamy dłoń pod kolana i wykorzystując ruch zgięcia w stawach biodrowych unosimy biodra, aby wsunąć pieluchę. Kolana powinny być odpowiednio odwiezione, aby stawy biodrowe były ustawione prawidłowo.

W trakcie pielęgnacji nie wolno chwytać nóżek dziecka, przywozić ich i pociągać ku górze!

Istotny jest również **rozmiar pieluchy**, nie może być zbyt duża, ponieważ biodra będą w niej ułożone zbyt szeroko, nieprawidłowo. Bardzo dbamy o stawy biodrowe, ponieważ są niedojrzałe, dopiero się kształtują i łatwo mogą ulec deformacjom dojrzewając w niefizjologicznych warunkach.

Podczas wszystkich działań pielęgnacyjnych prowadzonych w inkubatorze należy postępować bardzo ostrożnie. Obserwujemy reakcje malucha i modyfikujemy nasze działania, gdy zaobserwujemy np. niepokój, niezadowolenie lub płacz. Rodzice są najlepszymi opiekunami dziecka i gdy pojawiają się takie zachowania, potrafią uspokoić malucha, idealnie dostroić swoje działania do jego potrzeb.

PIELĘGNACJA W ŁÓŻECZKU I NA PRZEWIJAKU

Przełożenie dziecka z inkubatora do łóżeczka to dla rodziców ważne wydarzenie. To **znak, że malec rośnie, dojrzewa i coraz lepiej radzi sobie z otaczającą go rzeczywistością**. W tym okresie rodzice mają jeszcze większą możliwość obserwacji dziecka, asystowania i wspierania go w rozwoju.

Malec przebywa w łóżeczku, nadal jest odpowiednio pozycjonowany, staje się silniejszy i potrafi regulować swój rytm snu i czuwania. Rodzice obserwują, jak się budzi, przeciąga, otwiera oczy i patrzy na nich. Wiedzą, jak dotykać dziecko, co ono lubi, a co je zbyt mocno przeciąża i drażni. I to jest dobry moment, aby poszerzyć swoje umiejętności z zakresu pielęgnacji dziecka i przygotowywać się do wyjścia do domu.

Większość rodziców na początku preferuje pielęgnowanie dziecka w łóżeczku. Natomiast jest to miejsce, które nie daje możliwości wprowadzenia wszystkich elementów aktywnej pielęgnacji ze względu na ograniczenie przestrzeni. Dlatego **warto skorzystać z przewijaka**, gdzie maluch będzie mógł zademonstrować wszystkie swoje możliwości. Rodzice zaś będą mogli obserwować dziecko i będą mieli dużo miejsca, aby wprowadzać elementy aktywnej pielęgnacji. Pierwszy krok to przeniesienie malucha z łóżeczka na przewijak.

Uniesienie nad podłogę i ruch w przestrzeni może wywołać u wcześniaka nieprzyjemne i nieprawidłowe reakcje. Dlatego **należy robić to ostrożnie, spokojnie, bez gwałtownych ruchów**. Maluch powinien być podparty przez dłonie i przedramiona rodzica, które stworzą rodzaj „rynny” i otulą w całości jego ciało.



Gdy ułożymy prawidłowo malucha na naszych rękach, delikatnie, nie spiesząc się przenosimy dziecko na przewijak. Przewijak powinien być odpowiedniej wielkości i należy go wcześniej przykryć kocykiem lub miękką pieluchą. Nie kładziemy malucha na zimnym, nieprzyjaznym podłożu. Odkładając dziecko na przewijak zaczynamy od położenia miednicy, tułowia, a następnie główki dziecka.

Pamiętajmy, że podczas pielęgnacji dziecka, w tym przenoszenia czy podnoszenia i odkładania **warto angażować do pracy całe swoje ciało, nie tylko ręce**. Damy maluchowi dużo **więcej wsparcia i poczucia bezpieczeństwa**, a dla rodzica będzie to mniej męczące i stresujące.

Gdy położymy dziecko na przewijaku, **poobserwujmy przez chwilę jak się tam czuje**. Czy ta większa przestrzeń go nie przeraża, czy jest spokojny i ciekawie się rozgląda. **Jeśli**

widzimy, że czuje się niepewnie, zrolujmy kocyk na którym leży, aby tę przestrzeń ograniczyć. Warto zbliżyć swoją twarz do dziecka, powiedzieć gdzie jest i co będziemy robić. Zazwyczaj dzieci zastygają w bezruchu i chętnie słuchają, co rodzic mówi.

Kiedy mamy już przygotowane ubranka i pieluszkę, a malec jest nadal aktywny, jest to czas na zmianę odzieży i przewijanie. Ubranka powinny być odpowiednio dobrane, aby nie były zbyt ciasne i swym rozmiarem „pomagały” nam w pracy. Rodzice już mają pewne doświadczenia, ponieważ pracowali z maluchem, gdy był w inkubatorze, teraz poszerzamy te umiejętności.

Nadal zwracamy uwagę na postawę dziecka. Powinna być symetryczna, główka będzie zazwyczaj zwrócona do boku. Delikatnie rozpinamy guziczki lub napy ubranka. Układamy swoje dłonie na miednicy dziecka stabilizując całą obręcz biodrową i nogi. Drugą dłoń kładziemy na tułowi, obejmując bark. Delikatnie obracamy malucha na bok, śledząc jak reaguje na ruch i jak radzi sobie z kontrolą głowy. Gdyby główka odgięła się, a malec nie potrafił jeszcze sam jej skorygować, delikatnym ruchem gładzenia możemy nadać jej właściwy kierunek.



Następnie możemy zdjąć ubranie z jednej strony i przełożywszy ręce obrócić dziecko na drugi bok. Powoli zdejmujemy ubranko z drugiej strony. Chwalimy malucha, że jest dzielny i świetnie sobie poradził. **Warto wykorzystać pielęgnację do nawiązywania kontaktu z dzieckiem,** pokazywać mu, gdzie ma rączki i nóżki. **Pomagamy maluchowi poznawać jego ciało i otoczenie.**

Ruch obrotu do boku możemy również wykorzystać podczas zmiany pieluchy. Gdy malec był w inkubatorze, stosowaliśmy głównie chwyt pod kolana: wykorzystując ruch zgięcia w biodrach miednica była unoszona do góry, aby swobodnie wsunąć pieluchę. Gdy malec leży na przewijaku i mamy więcej miejsca, możemy delikatnie obrócić dziecko na bok i sprawdzić czy pośladki i plecy są czyste.



Bardzo istotnym elementem aktywnej pielęgnacji jest **prowadzenie ruchu dziecka zamiennie raz prawą, raz lewą ręką.** Na początku może wydawać się to trudne, ale po treningu tej umiejętności na pewno stanie się to nawykiem. **Dla dziecka jest to bardzo ważna informacja,** że ma prawą i lewą stronę ciała. Ruchy te **pozwalają również zapobiec nieprawidłowym nawykom** takim jak asymetria.

Duże obawy towarzyszą rodzicom przy obracaniu malucha na brzuch. Jest to bardzo ważna pozycja dla prawidłowego rozwoju dziecka i nie należy jej unikać. Zastosujmy podobny chwyt jak przy obrocie na bok, wykonajmy ruch w większym zakresie powoli, delikatnie wykorzystując rotację ciała – i już malec leży na brzuszku. Należy zwrócić uwagę na ułożenie rąk i głowy podczas obrotu.

Gdy malec leży na brzuchu spójrzmy jak układa rączki, czy próbuje ich szukać i wkładać paluszki do buzi. A może umie obrócić głowę, gdy słyszy interesujący dźwięk? Pamiętajmy o prawidłowym ułożeniu nóżek i miednicy, unikamy pozycji „żaby”. Jeżeli dziecko nie czuje się pewne w tej pozycji, obserwujemy niepokój, lepiej wróćmy powoli do pozycji leżenia na plecach. Pozycja leżenia na brzuchu na początku może sprawiać dziecku kłopot, gdyż nie jest dla niego zbyt interesująca. Maluch nie potrafi jeszcze kontrolować głowy, aby śledzić otoczenie ani bawić się rączkami. Dlatego we wczesnym okresie leżenie na brzuchu należy traktować jako pozycję przejściową podczas pielęgnacji i uważać, aby nie była dla dziecka zbyt męcząca.

Podczas zmiany pieluchy czy ubrania **nie unosimy dziecka nad podłoże, unikamy chwytu za kark i pod miednicę**, by nie wywołać niepokoju i utraty poczucia bezpieczeństwa. **Uważamy również aby zbyt szybko nie wprowadzać pozycji wyprostnych i nie prowokować malucha do nadmiernego odgięcia.**

JAK BEZPIECZNIE I PRAWIDŁOWO PODNOSIĆ WCZEŚNIAKA I NOSIĆ NA RĘKACH?

Sposobów jest kilka i każdy rodzic ma możliwość, aby spośród nich wybrać sposób komfortowy dla siebie i bezpieczny dla dziecka.

Wcześnieiki są bardzo wrażliwe na wszelkie ruchy w przestrzeni, dlatego potrzebują dużo wsparcia ze strony rodzica podczas podnoszenia. Gdy dziecko jest drobne, możemy położyć je bokiem na naszej dłoni i przedramieniu, ostrożnie unieść nad podłoże, a następnie przenieść na drugą rękę, która wraz z tułowiem utworzy rodzaj „gniazda” i otuli dziecko.



Jeżeli rodzic nie czuje się jeszcze pewnie, aby dziecko podnieść, bez owijania **można malucha otulić delikatnie pieluchą** co sprawi, że obie strony poczują się pewniej. Gdy nosimy dziecko na rękach, zwróćmy uwagę na układ głowy, tułowia i kończyn. Zadbajmy o symetrię ułożenia, pozwólmy maluchowi swobodnie się rozglądać i spontanicznie się ruszać.

Rodzice pielęgnując dziecko poznają je coraz lepiej. Z radością obserwują postępy maluszka, a sami doświadczając tych spotkań każdego dnia nabierają większej wprawy i pewności. W sposób naturalny, spontaniczny przekazują mu istotne dla rozwoju pozytywne informacje wielozmysłowe, dotyk, ruch, wspierają dziecko w procesach adaptacyjnych i samokontroli.

Wszystkie czynności pielęgnacyjne dostosowane indywidualnie do stanu i możliwości dziecka, wplecione do życia codziennego **stanowią bazę dla prawidłowego rozwoju dziecka.**



9. OBSERWACJA ZACHOWAŃ NOWORODKA

Z teorii rozwoju wiemy, że **każdy człowiek (organizm) dąży do utrzymania równowagi wewnętrznej**. Każdy noworodek posiada pewne kompetencje pozwalające na utrzymanie tej równowagi.

Możliwość autoregulacji związana jest ze stopniem dojrzałości dziecka, jego **stanem zdrowia** oraz **dostosowaniem otoczenia**, zarówno środowiska jak i działań opiekunów, do jego indywidualnych potrzeb. **Noworodek, nawet najśłabszy, od początku aktywnie organizuje swój rozwój uczestnicząc w ten sposób w interakcji z otoczeniem.**

Aby wspomóc możliwości regulacyjne dziecka opiekunowie powinni bacznie obserwować zachowanie i wygląd malucha tak, aby w swoich działaniach ułatwiać dziecku utrzymanie dobrostanu. Obserwacja musi być bardzo szeroka, ponieważ najmłodsze dzieci nie mogą komunikować nam swoich potrzeb w sposób werbalny. Ich językiem jest mowa ciała. Jest to język, którego rodzice będąc często z dzieckiem i korzystając ze wsparcia personelu medycznego szybko się uczą. Analizowanie zachowań dziecka jest potrzebne, aby określić, czy sposób naszego postępowania jest adekwatny do potrzeb dziecka i jego stopnia tolerancji, czy może musimy je zmodyfikować. Patrzymy na zachowanie malucha przed zabiegami pielęgnacyjnymi (np. zmianą pieluszki, karmieniem, kąpielą), w czasie i po zabiegach.

DO PODSTAWOWYCH ELEMENTÓW OBSERWACJI NALEŻY:

- **sposób oddychania** (czy jest właściwy dla danego dziecka, czy płytszy lub z większym wysiłkiem?)
- **zabarwienie skóry** (zaróżowiona czy bardziej blada lub szara?)
- **napięcie mięśniowe** (prawidłowe, osłabione czy też wzmożone?)
- obserwacja faz i stopnia głębokości **snu**

Objawy stresu/niepokoju	Zachowania sygnalizujące dobrostan/samoregulację
drżenia	
bezdechy, oddech nieregularny	oddech spokojny, właściwy dla danego dziecka
zmiany zabarwienia skóry: skóra marmurkowa, blada, sina, szara	prawidłowe zabarwienie skóry
krztuszenie się, dławienie	
częstsze ulewanie	prawidłowe trawienie
czkawka	
kichanie	
ziewanie	
obniżone lub wzmożone napięcie mięśniowe	prawidłowe napięcie mięśniowe, pozycja ciała
twarz bez wyrazu	
odwracanie się	
prostowanie kończyn, rozczapieranie palców, zasłanianie twarzy	zsynchronizowane ruchy kończyn (np. ruch ręki w kierunku ust)
	chwytywanie
	odruch szukania, ssanie
prężenie tułowia, odgięcie łukowato do tyłu	prawidłowe napięcie mięśniowe, pozycja ciała
grymas twarzy	
brak głębokiego snu	długie okresy głębokiego snu
	aktywne, spokojne czuwanie
częste budzenie się	łagodne przechodzenie ze stanu snu do czuwania
płacz, kwilenie	żywotny, rytmiczny płacz
dziecko jest trudne do uspokojenia	dziecko jest łatwe do uspokojenia; możliwe samouspokojenie
	próby fiksowania wzroku na obiekcie/twarzy opiekuna

A. ROLA ZMYŚŁÓW: OCHRONA PRZED NADMIERNĄ STYMULACJĄ

ROZWÓJ ODPOWIEDZI NA BODŹCE DŹWIĘKOWE U PŁODU

Rozwój słuchu u płodu warunkowany jest między innymi przez sprzyjające środowisko wewnątrzmaciczne. Płyn owodniowy, mięsień macicy, tkanki brzucha matki działają jak swoisty filtr rozpraszający i obniżający poziom dźwięku (około 20-35 dB) docierającego do płodu z otoczenia zewnętrznego.

Dotyczy to szczególnie dźwięków o wysokiej częstotliwości. Kształtowanie narządu słuchu rozpoczyna się w 3-6 tygodniu życia płodu. Około 25. tygodnia struktury ucha wewnętrznego, środkowego oraz zewnętrznego są gotowe do odbierania bodźców akustycznych. Jest to również okres szybkiego rozwoju centralnego układu nerwowego, w tym obszarów mózgu odpowiedzialnych za percepcję dźwięków niskich częstotliwości.

Takich dźwięków płód doświadcza stale, ich źródłem są: układ krążenia, układ pokarmowy i oddechowy matki, jej głos. Próg słyszalności pomiędzy 27. a 28. tygodniem ciąży wynosi 40 dB i stopniowo obniża się do 13,5 dB tuż po narodzinach.

Środowisko wewnątrzmaciczne charakteryzuje się ciągłością i rytmicznością bodźców akustycznych. Badania obrazowe pokazują odpowiedź ruchową płodu na zewnętrzną stymulację słuchową od 26.-27. tygodnia ciąży: zwiększoną ruchliwość, przyspieszenie czynności serca, mruganie oczami. W 28.-32. tygodniu płód reaguje odmiennie na głos matki niż na inne odgłosy, a w 34.-35. tygodniu obserwuje się ignorowanie dźwięków znajomych, które wcześniej powodowały pobudzenie.

ŹRÓDŁA HAŁASU W ODDZIALE NOWORODKOWYM

W niedługim czasie po urodzeniu **zanika ochronna funkcja zalegającego w przewodach słuchowych płynu owodniowego**. Zmienia się również sposób odbierania dźwięków – noworodki nie potrafią regulować ilości docierającego do nich hałasu.

Oddziały intensywnej opieki neonatologicznej (OION) cechują się obecnością dużej ilości wysokospecjalistycznego sprzętu emitującego różnego rodzaju odgłosy. Część z nich związana jest z pracą urządzeń – przepływem gazów medycznych, działaniem wiatraków itp., inne z alarmami sygnalizującym zmiany. Do tego często dołączają brzmienia generowane przez pracowników i odwiedzających OION: rozmów czy nawoływań.

Z drugiej strony w oddziale szpitalnym niezbędna jest prawidłowa komunikacja w zespole terapeutycznym, bezpieczeństwo kliniczne noworodka oraz właściwy poziom stymulacji rozwijającego się dziecka.



CO MOGĄ ZROBIĆ RODZICE?

- Nie używaj urządzeń generujących hałas w otoczeniu noworodka (dzwonki telefonów, oglądanie filmów, słuchanie muzyki).
- Starannie, powoli zamykaj okienka inkubatora.
- Unikaj stawiania przedmiotów na inkubatorze, pukania dłońią (palcami) w pokrywę.
- W wielu oddziałach stosowane są pokrowce na inkubatory, układanie wcześniaków w gniazdkach wykonanych z miękkich, otulających materiałów wyciszających dźwięki. W niektórych oddziałach możliwe jest, by rodzice sami je przynosili. Zapytaj personel oddziału o panujące zwyczaje.
- Nie rozmawiaj głośno w sali noworodka, bezgłośnie domykalaj drzwi czy szuflady, unikaj darcia papieru, używaj obuwia z miękkimi podeszwami.
- Pamiętaj też, że hałas w oddziale szpitalnym może powodować dekoncentrację i rozdrażnienie przebywających tu osób.
- Wskazane jest ciche mówienie do dziecka, śpiewanie piosenek, czytanie (nie tylko bajek).

ROZWÓJ NARZĄDU WZROKU U PŁODU

Proces rozwoju wzroku rozpoczyna się około 22. dnia życia płodowego, kończy pod koniec drugiego roku życia.

Wcześniaki, przebywając w oddziale intensywnej terapii, narażone są na nadmierne działanie światła zarówno naturalnego oraz sztucznego (oświetlenie sali, fototerapia).

Stałe jasne światło może zakłócać rytm dobowy dziecka i powodować dyskomfort. W jasnym świetle maluchy mają też trudność z otwieraniem oczu i rozglądaniem się (podobnie jak osoby dorosłe wychodzące z ciemnego pomieszczenia na jasno oświetloną przestrzeń). Noworodki urodzone przed 30. tygodniem ciąży nie potrafią odruchowo zwężać źrenicy w odpowiedzi na intensywny bodziec świetlny.



CO MOGĄ ZROBIĆ RODZICE?

- W czasie przebywania z dzieckiem odsłaniaj przykrycie inkubatora tak, by intensywne oświetlenie nie docierało do twarzy (oczu) dziecka.
- Unikaj robienia zdjęć z lampą błyskową.
- Po 34. tygodniu wieku korygowanego stopniowo zwiększaj stymulację wzrokową w zależności od stopnia tolerancji z zachowaniem cykliczności dzień/noc.

POZYTYWNA STYMULACJA ZMYŚŁÓW WĘCHU I SMAKU

Zmysł smaku rozwija się jako jeden z pierwszych w okresie życia płodowego (12.-14. tydzień).

Jak pokazują badania, noworodki preferują zapach swojej mamy. W oddziale szpitalnym maluchy często eksponowane są na zapach środków dezynfekcyjnych czy myjących, a są to zazwyczaj zapachy chemiczne, niezbyt przyjemne.



CO MOGĄ ZROBIĆ RODZICE?

- Unikaj stosowania ostrych perfum czy dezodorantów. Pamiętaj, że to co jest atrakcyjne dla Ciebie nie zawsze jest takie dla innych osób a zwłaszcza, dla Twojego dziecka.
- Pozwól dziecku na odczuwanie Twojego zapachu (kontakt „skóra do skóry”), smaku mleka matki (również w trakcie karmienia przez zgłębnik).
- Zapytaj, czy możesz przynieść z domu pieluszkę, którą wcześniej przytulałaś/łeś (maluchy zazwyczaj bardzo je lubią i spokojniej śpią wtulone w nią).

NIEFARMAKOLOGICZNE METODY ŁAGODZENIA BÓLU I DYSKOMFORTU

Postępowanie terapeutyczne wobec małych dzieci związane jest czasem z dyskomfortem lub nawet bólem. Jeżeli obserwujemy, że ból jest dotkliwy, Twój ma-

luszek dostanie bezpieczne, ale skuteczne leki przeciwbólowe. Jeśli nie są one potrzebne, stosujemy niefarmakologiczne metody łagodzenia objawów bólu. **Rodzice często mogą pomagać** lub sami (po uzgodnieniu z lekarzem lub pielęgniarką) stosować niektóre z nich:

- Ułożenie w gniazdku
- Otulanie dziecka miękką pieluszką
- Otulanie całymi, ciepłymi dłońmi
- Bujanie
- Śpiewanie
- Kangurowanie
- Zaproponowanie ssania nieodżywczego (np. smoczka)
- Podanie glukozy do ust
- Podanie mleka mamy na słuzówkę jamy ustnej

OCHRONA SNU

Hospitalizowane noworodki często doświadczają przerywania i złej jakości snu.

- Pamiętaj, by nie zakłócać snu dziecka bez istotnego powodu.
- Dostosuj czas wykonywania czynności pielęgnacyjnych i karmienia do indywidualnego rytmu snu i czuwania.
- Wspomagaj ustalanie rytmu dobowego.

10. PIELĘGNACJA SKÓRY WCZEŚNIAKA

Utrzymanie integralności skóry przedwcześnie urodzonego dziecka jest **jednym z najważniejszych zadań w opiece** i stanowi często duże wyzwanie.

Skóra pełni wiele ważnych funkcji: jest narządem czucia, stanowi barierę przed infekcjami, uczestniczy w regulacji ciepłoty ciała, wydala wodę i elektrolity.

Mimo, że u wcześniaków skóra odbiega swoją budową i funkcją od skóry noworodków donoszonych, ekspozycja na powietrze przyspiesza jej dojrzewanie. W pierwszym okresie po urodzeniu skóra jest bardzo delikatna, podatna na uszkodzenia, charakteryzuje się też większą przenikalnością dla różnych substancji, w tym stosowanych w kosmetykach. Współczesny przekaz medialny wskazuje na bezwzględną potrzebę stosowania środków pielęgnacyjnych, również do zdrowej

skóry małego dziecka. Rodzice spotykają się również z chaosem informacyjnym ze strony pracowników ochrony zdrowia. W pielęgnacji najczęściej kierują się tradycją i nawykami rodzinnymi. Tymczasem **dobór środków do pielęgnacji skóry najmłodszych dzieci powinien być poprzedzony namysłem i skonsultowany z neonatologiem**. Pamiętaj, że środki myjące, balsamy, nawilżane chusteczki nie powinny być rutynowo stosowane, szczególnie u noworodków urodzonych przedwcześnie.

A. KĄPIEL

Początkowo, gdy Wasz synek lub córeczka przebywa **w inkubatorze, kąpiel/mycie odbywa się w jego wnętrzu**. Do wykonania jej przydają się miękkie (niczym nienasączone) chusteczki lub waciki i miseczki na wodę. W niektórych oddziałach będziecie mogli przynieść takie przedmioty dla swojego dziecka.

Dziecko przebywające w łóżeczku może być kąpane w wanience. **Długość kąpieli zależy będzie od stopnia jej tolerancji przez malucha**. Rutynową kąpiel wykonujemy 2-3 razy w tygodniu. Temperatura wody powinna być zbliżona do ciepłoty ciała (37°C), a powietrza w granicach 21-22°C. W czasie kąpieli **unikamy gwałtownego pocierania skóry**, myjemy ją poprzez zanurzenie.

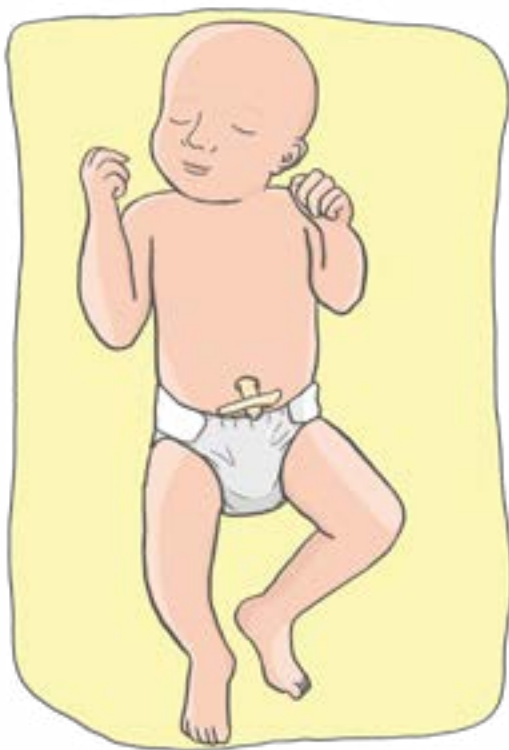
Do waniénki nalewamy tyle wody by jej poziom sięgnął linii bioder malucha. Po zakończeniu kąpieli niemowlę należy bezzwłocznie osuszyć i ubrać. Środki myjące do kąpieli **nie powinny mieć zapachu ani zmieniać pH skóry**. Pamiętaj, że kąpiel to nie tylko zabieg higieniczny – to przede wszystkim czas na przyjemność dla rodziców i dla dziecka.



B. PIELĘGNACJA KIKUTA PĘPOWINY

Kikut pępowiny jest najbardziej podatną na zakażenie częścią ciała noworodka. Postępowanie:

- należy **umożliwić naturalne wyschnięcie** (podobnie jak strupa na kolanie u kilkulatek),
- **raz na dobę oczyścić** kikut zwilżonym w wodzie czystym gazikiem,
- po umyciu kikut należy **delikatnie, dotykowo osuszyć**,
- w pielęgnacji nie stosuj alkoholu ani barwników odkażających (jodyna, fiolet goryczki),
- należy zapewnić **dostęp powietrza do gojącego się pępka** – pieluszkę zapi-
naj poniżej jego poziomu,
- nie obawiaj się przypadkowego zamoczenia kikut pępowiny podczas kąpieli – nie jest to niebezpieczne,
- kikut **powinien odpaść do 15 doby życia**.



11. GOTOWOŚĆ DO KARMIENTA DOUSTNEGO U NOWORODKA URODZONEGO PRZEDWCZEŚNIE

Gotowość do bezpiecznego, efektywnego karmienia doustnego **jest indywidualna u każdego noworodka** urodzonego przedwcześnie.

Wpływ na możliwość wprowadzenia karmienia doustnego ma **wiele czynników związanych ze stanem klinicznym dziecka** oraz **z jego wiekiem w momencie urodzenia**. Okres prenatalny jest czasem nie tylko kształtowania się organów i wzrastania, ale też doskonalenia funkcji motorycznych. Dotyczy to zarówno ruchów całego ciała, jak również bardziej wyspecjalizowanych ruchów (np. dłoni lub warg i języka). Wody płodowe sprzyjają nabywaniu funkcji związanych z przyjmowaniem pokarmu. Płód połyka wody płodowe, nabywa umiejętność wypierania ich z jamy ustnej. Siła wyporu wód płodowych oraz ciśnienie we wnętrzu macicy ułatwiają unoszenie żuchwy i języka co sprzyja inicjowaniu odruchu ssania. Również siła wyporu umożliwia niewykształconym w pełni mięśniom unosić kończyny w okolice jamy ustnej, dzięki czemu możliwe staje się ssanie palców lub piąstek. Płód aktywizuje i doskonali w ten sposób również mięśnie w obrębie twarzy i jamy ustnej odpowiedzialne za funkcję jedzenia.

Jeśli noworodek przyszedł na świat **przed 32. tygodniem ciąży**, to jego odruch ssania i połykania oraz rozwój koordynacji ssania-oddychania-połykania był w trakcie doskonalenia, zatem po urodzeniu dziecko **najczęściej nie będzie jeszcze gotowe do podjęcia karmienia doustnego**. Ponadto często występujące zaburzenia oddychania lub konieczność stosowania wsparcia oddechowego w dużej mierze wpływają na brak możliwości karmienia doustnego, ponieważ oddychanie stanowi jeden z najważniejszych elementów karmienia.

W literaturze podkreśla się, że z uwagi na brak pełnej dojrzałości wymienionych wyżej funkcji związanych z przyjmowaniem pokarmu **wprowadzanie prób karmienia doustnego przed osiągnięciem przez dziecko 32. tygodnia wieku korygowanego nie zawsze jest bezpieczne**.

Jest wiele sposobów wspomagania karmienia doustnego, które mogą być w tym okresie wprowadzane w sposób bezpieczny i tolerowany przez dziecko. Mają one również swoje ograniczenia, dlatego zwłaszcza u noworodków urodzonych z ekstremalnie małą urodzeniową masą ciała (ELBW < 1000 g) należy uzyskać zgodę lekarza prowadzącego na

podejmowanie zaproponowanych działań i powinny one odbywać się w asyście personelu po uprzednim instruktażu (np. neurologopedy, pielęgniarki, położnej czy doradcy laktacyjnego).

Należy pamiętać o tym, że nie wszystkie działania możemy wprowadzić od razu po urodzeniu, może się też okazać, że będziemy musieli ich okresowo zaprzestać. Są pewne sytuacje, kiedy stymulacja nie jest wskazana, np. w przebiegu ciężkich infekcji czy tuż po urodzeniu u bardzo niedojrzałych noworodków, które w pierwszych dobach często walczą o życie. W takiej sytuacji najważniejsze jest, aby organizm mobilizował się do walki.

Przygotowanie do karmienia doustnego obejmuje **przygotowanie w różnych obszarach**.

Bardzo ważna jest **sensoryczna gotowość do karmienia**. Obejmuje ona tolerancję bodźców dotykowych w obrębie ciała oraz zewnętrznych okolicach jamy ustnej, a także samym wnętrzu jamy ustnej. Kolejnym aspektem jest **gotowość motoryczna**, czyli tolerancja zmiany pozycji, podnoszenia, przenoszenia z inkubatora/łóżeczka na kolana rodzica. Najważniejszym elementem jest jednak **dojrzałość noworodka**, na którą poza wiekiem dziecka składają się takie elementy, jak dojrzałość odruchowych reakcji uczestniczących w procesie karmienia (m.in. odruchowa reakcja ssania, połykania), umiejętność utrzymania aktywności, radzenie sobie z utrzymaniem ciepła (termoregulacja), umiejętność adaptacji do zmian, przetwarzania bodźców oraz radzenia sobie z nadmiarem wrażeń zmysłowych (zdolność autoregulacji).



Noworodki urodzone **między 32. a 34 tygodniem ciąży** też zazwyczaj nie są jeszcze gotowe do karmienia doustnego, zwłaszcza że okres tuż po urodzeniu jest dla nich trudny. Muszą nauczyć się oddychać, walczyć z siłą grawitacji i radzić sobie z bodźcami płynącymi z otoczenia, które nie są już wytłumione tak jak w brzuchu mamy. Z tego powodu wprowadzanie karmienia doustnego w tej grupie wcześniaków, pomimo ich większej dojrzałości, wymaga dużej ostrożności. Wcześniaki urodzone **w 34. -36. tygodniu ciąży** również w pierwszych dobach po urodzeniu **najczęściej są karmione lub dokarmiane przez zgłębnik, a pełne karmienie doustne jest wprowadzane stopniowo**. U noworodków urodzonych **po ukończeniu 36. tygodnia ciąży** najszybciej udaje się wprowadzić pełne karmienie doustne, choć może się zdarzyć, że w pierwszych dobach będą one wymagały dokarmiania przez zgłębnik.

Większość wcześniaków osiąga umiejętność pełnego karmienia doustnego około 34.-36. tygodnia wieku korygowanego, choć niektóre z nich znacznie później, około 40.-42. tygodnia wieku korygowanego. Jest to umiejętność osiągnięta we właściwym dla danego dziecka czasie.

Należy pamiętać, że **wiele czynności wykonywanych rutynowo u noworodków przygotowuje je do karmienia doustnego**.

Zmiana pozycji w inkubatorze, pozycjonowanie sprzyjające autostymulacji zewnętrznej i wewnętrznej okolicy ust, kangurowanie, delikatne odklejanie plastrów mocujących sondę to tylko niektóre z nich. Najważniejsze jest zachowanie cierpliwości i obserwowanie reakcji maluszka, tak aby przygotowanie do karmienia było dla niego pozytywnym doświadczeniem.

Stymulacja, której celem jest przygotowanie do karmienia doustnego, **powinna odbywać się wtedy gdy noworodek jest aktywny**. Dobry moment to ten po zmianie pieluszki, ponieważ po pielęgnacji zazwyczaj następuje karmienie. Poza tym zmiana pieluszki często wywołuje większą aktywność, choć u niedojrzałych wcześniaków okresy aktywności nie trwają zbyt długo. Dlatego ważne jest aby dostosować nasze działania do możliwości percepcyjnych dziecka. Jeśli w trakcie pielęgnacji noworodek robi się senny i mało aktywny, warto rozważyć wprowadzenie stymulacji np. podczas kolejnej pory karmienia.

Noworodki urodzone przedwcześnie nie zawsze są gotowe na stymulację poprzez wprowadzanie np. smoczka do wnętrza jamy ustnej. **Warto oswoić dziecko z dotykiem w okolicy ust**, zanim będziemy chcieli stymulować odruch ssania wewnątrz jamy ustnej. Dobrze pamiętać również o tym, że **niedojrzałość skóry** u wcześniaków dotyczy całego ciała, w tym **również okolicy ust, która jest bardzo delikatna i wrażliwa na bodźce**. Błona śluzowa znajdująca się wewnątrz jamy ustnej też jest bardzo delikatna i możliwe jest spowodowanie mikrouszkodzeń poprzez zbyt wczesne i zbyt częste podawanie smoczka uspokajacza. Dobłą praktyką

jest nawilżenie smoczka mlekiem matki, zanim będziemy dotkać nim okolice ust lub stymulować wewnątrz jamy ustnej. Dzięki temu bodziec dotykowy (smoczek) będzie lepiej akceptowany i będzie dodatkowo stymulował węch i smak u dziecka.

Dzięki **łączeniu bodźców dotykowych, smakowych i węchowych** w trakcie stymulacji przygotowującej do karmienia doustnego Wasze **dziecko będzie lepiej przygotowane do podjęcia karmienia doustnego**. Dotyk, smak i węch w naturalny sposób uczestniczą w karmieniu. Przygotowując dziecko do karmienia doustnego należy pamiętać, aby Wasze działania były jak najbardziej zbliżone do warunków fizjologicznych.

Decyzję o podjęciu prób karmienia doustnego podejmuje personel oddziału neonatologicznego na podstawie oceny tzw. gotowości do podjęcia karmienia doustnego. Składają się na nią różne czynniki, których ocena pomaga w ustaleniu optymalnego momentu wprowadzania prób karmienia doustnego u Waszego maluszka. Osobami współdecydującymi o wprowadzaniu karmienia doustnego są: lekarz prowadzący, pielęgniarka, położna, neurologopeda, doradca laktacyjny i fizjoterapeuta.

Personel oddziału udzieli rodzicom informacji, wskazówek oraz instruktażu stymulacji mającej na celu przygotowanie do karmienia doustnego.

12. PIERWSZE ZMIANY W ŻYCIU DZIECKA – KARMIENTE PO WYJŚCIU Z INKUBATORA

Przeniesienie dziecka z inkubatora do łóżeczka ułatwia rodzicom uczestnictwo w codziennych czynnościach związanych z opieką nad maluszkiem. **Łatwiejszy dostęp do dziecka pozwala na aktywną pielęgnację oraz przygotowanie do samodzielnego karmienia.**

Nie zawsze na tym etapie noworodki karmione są już wyłącznie doustnie, najczęściej są dokarmiane lub karmione przez zgłębnik (sondę żołądkową). Rodzice mogą stosować techniki wspomagające karmienie doustne lub w asyście personelu oddziału neonatologicznego karmić swoje dziecko.

Obecność personelu (neurologopedy, fizjoterapeuty, doradcy laktacyjnego, pielęgniarki/położnej) **w trakcie nauki karmienia wcześniaka jest dla rodziców bardzo ważna**. Wspólna obserwacja, dobór optymalnej pozycji, akcesoriów do karmienia oraz pomoc i asystowanie w trakcie karmienia pomagają rodzicom jeszcze lepiej poznać swoje dziecko i jego potrzeby.

Pierwsze próby karmienia najczęściej są wprowadzane przy udziale personelu, którego obecność wpływa na poczucie bezpieczeństwa u rodziców. Rodzice chętnie uczestniczą w tych próbach, gdyż poprzez wspólną obserwację mogą dowiedzieć się, na co zwracać uwagę, aby karmienie było bezpieczne i komfortowe dla nich i dla dziecka. Jeśli mama lub tata nie są gotowi, aby aktywnie włączyć się do karmienia, powinni opowiedzieć o swoich obawach.

Nie zawsze od razu rodzice są gotowi aby zacząć karmić dziecko po współuczestniczeniu w karmieniu poprzez obserwację lub po pierwszych próbach dostawienia do piersi. W takiej sytuacji **rodzice mogą włączać się w karmienie stopniowo** np.: wspólnie trzymając butelkę wraz z osobą która karmi noworodka albo brać dziecko do odbicia i kangurowania po zakończeniu karmienia.

Jeśli mama karmi dziecko piersią, pewne czynności może również wykonywać personel, np. podać maluszka albo wspólnie z mamą przystawiać go do piersi. Pierwsze wspólne karmienie jest dużym wydarzeniem w życiu każdej rodziny, w której urodził się wcześniak. Wspólnym celem personelu oddziału neonatologicznego oraz rodziców jest zapewnienie jak najlepszych wspomnień z tego momentu.

13. KARMIENTE DOUSTNE

A. PRZYGOTOWANIE DO KARMIENTA DOUSTNEGO

Noworodki urodzone przedwcześnie w zależności od stopnia dojrzałości są karmione różnymi drogami i sposobami. U najmniejszych wcześniaków pokarm podawany jest drogą dożylną z wykorzystaniem specjalnie przeznaczonego do tego celu pokarmu (karmienie parenteralne) oraz przez zgłębnik (sondę) w stopniowo zwiększanych ilościach pokarmem matki, pokarmem z banku mleka lub ewentualnie mieszanką. Karmienie przez zgłębnik to inaczej **karmienie enteralne dożołądkowe**, zaś podawanie małej objętości pokarmu (do kilku mililitrów na porcję) nazywane jest **karmieniem troficznym**. Podawanie niewielkich ilości pokarmu do żołądka wymaga obserwacji. Jeśli jest to tylko możliwe i układ pokarmowy noworodka radzi sobie z trawieniem, ilość pokarmu podawana enteralnie jest zwiększana. Następu-

je stopniowe odstawianie **karmienia parenteralnego połączone z jednoczesnym zwiększaniem karmienia enteralnego**, aż w końcu noworodek zaczyna przyjmować pokarm wyłącznie enteralnie. Na tym etapie, jeśli wcześniak osiągnął wiek co najmniej 32. tygodni życia wieku korygowanego, możliwe jest wprowadzanie pojedynczych prób karmienia doustnego.

Osiągnięcie przez noworodka 32. tygodnia wieku korygowanego nie jest wyłącznym czynnikiem decydującym o podejmowaniu prób karmienia doustnego.

Może się zdarzyć, że ze względów zdrowotnych u noworodka karmionego już wyłącznie enteralnie zostanie ponownie włączone karmienie parenteralne. Karmienie troficzne może być zwiększane bardzo powoli lub decyzją lekarza objętość pokarmu podawana enteralnie zostaje zmniejszona, a żywienie parenteralne zwiększone.

Rodzice muszą uzbroić się w cierpliwość, zwłaszcza że decyzje dotyczące sposobu karmienia i ilości pokarmu na danym etapie podejmuje personel. Najważniejsze, aby Wasz maluszek dobrze radził sobie z trawieniem i przybierał na wadze.

Badania pokazują, że ze względu na małą dojrzałość noworodków urodzonych przedwcześnie i często występujące u nich problemy oddechowe czy zaburzenia sensoryczne (nadwrażliwość), wprowadzanie karmienia w 32. tygodniu wieku korygowanego często powoduje spadki saturacji w trakcie i po karmieniu. Świadcza



one o tym, że karmienie wywołuje stres u dziecka oraz że nie potrafi ono jeszcze koordynować ssania, oddychania i połykania. Ponadto spadki saturacji po karmieniu najczęściej występują wtedy, gdy karmienie wiąże się ze zbyt dużym wysiłkiem dla wcześniaka. Badacze odkryli również zależność pomiędzy wiekiem urodzeniowym wcześniaków a momentem wprowadzenia pełnego karmienia doustnego. U najmniejszych wcześniaków następuje on najpóźniej. Wobec tego należy pamiętać, że noworodki urodzone z ekstremalnie małą urodzeniową masą ciała (ELBW) < 1000 g oraz z bardzo małą urodzeniową masą ciała (VLBW) < 1500 g są grupą w której należy rozważyć opóźnienie momentu wprowadzania prób karmienia doustnego, ponieważ większość z nich nie będzie gotowa do ich podjęcia w 32. tygodniu wieku korygowanego.

Jeśli chodzi o **gotowość do podjęcia prób karmienia doustnego**, to poza dojrzałością wynikającą z wieku noworodka, **wpływa na nią wiele czynników**, spośród których najważniejsze z nich to:

- **stan kliniczny dziecka,**
- **gotowość sensoryczna noworodka:** zarówno obszaru ustno-twarzowego jak i całego ciała,
- **dojrzałość noworodka** pozwalająca na dłuższe okresy utrzymania aktywności,
- **stan funkcjonalny mięśni oraz struktur uczestniczących w karmieniu** (np. żuchwy, policzków, języka),
- **dojrzałość odruchowych reakcji z obszaru ustno-twarzowego**, współuczestniczących w funkcji karmienia, w stopniu wystarczającym do zainicjowania karmienia w taki sposób, aby noworodek był aktywnym uczestnikiem tego procesu (np. odruchu szukania, ssania, połykania itd.).

Aby podejmować próby karmienia doustnego **stan noworodka musi być stabilny**, bardzo ważne jest bowiem, aby wprowadzanie karmienia doustnego odbywało się z zachowaniem bezpieczeństwa. Istotne znaczenie ma to, czy **dziecko oddycha samodzielnie**, czy jest stosowane wsparcie oddechowe a jeśli tak, to jaki jest jego rodzaj. Ważne jest też, czy noworodek miewa bezdechy lub spadki saturacji i jak sobie radzi z wyrównywaniem oddechu.

Gotowość sensoryczna jest również bardzo ważna. Karmienie nie powinno być negatywnym doświadczeniem dla noworodka. Jeśli dziecko jest nadwrażliwe w okolicy ust lub źle reaguje na dotyk w obrębie ciała, zanim podejmiemy próby karmienia **dobrze jest owoić dziecko z dotykiem i przyzwyczaić je do bodźców**. Jeśli noworodek reaguje nerwowo, wierci się, zaciska wargi, spada mu saturacja lub zaczyna ziewać i zasypia, mogą to być objawy stresu i nadwrażliwości na bodźce, zwłaszcza jeśli nie możemy znaleźć innej przyczyny takiego zachowania (np. dziecko jest zmęczone po pielęgnacji, bardzo głodne). Warto stopniowo przyzwyczajać maluszka do dotyku i stymulacji.

Nie zaleca się karmienia poprzez próby wkładania „na siłę” smoczka do ust noworodka. Należy pamiętać, że tego typu działania mogą mieć swoje odległe negatywne konsekwencje w karmieniu dziecka.

Utrzymanie aktywności jest potrzebne do aktywnego jedzenia i kształtowania u dziecka świadomości uczestnictwa w tym procesie. Noworodki urodzone przedwcześnie nie zawsze muszą mieć otwarte oczy w trakcie jedzenia, aby być aktywne. Najczęstszymi oznakami spadku aktywności są: mniejsza ruchliwość; obniżenie napięcia mięśniowego, zaprzestanie ssania. Usta dziecka mogą być uchylone i nie reagować na bodźce (np. próby stymulacji odruchu ssania). **Aktywność wcześniaka zmienia się w trakcie całej doby** i może się zdarzyć, że w porze następnego karmienia będzie dużo lepsza. Jeśli widzimy, że aktywność po zmianie pieluszki albo rozpoczęciu karmienia szybko spada, najpewniej nie jest to najlepszy moment na wprowadzanie lub kontynuowanie karmienia. W takich przypadkach wskazane jest nakarmienie lub dokarmienie sondą. Może następny dzień przynieść poprawę? Warto uzbroić się w cierpliwość, przecież chodzi o najważniejsze dobro – dobro dziecka.

Jeśli chodzi o dojrzałość odruchowych reakcji uczestniczących w procesie karmienia, dojrzałość noworodka w tym zakresie znacząco wpływa na przebieg karmienia i jego bezpieczeństwo. Dzięki odruchowi szukania i otwierania warg możliwe jest zainicjowanie karmienia i wprowadzenie smoczka lub brodawki do wnętrza jamy ustnej. Odruch zaciskania warg umożliwia szczelne objęcie smoczka lub brodawki i wytworzenie ujemnego ciśnienia we wnętrzu jamy ustnej tak, aby przy aktywizującym się odruchu ssania możliwe było pozyskanie pokarmu i bezpieczny jego transfer w głąb jamy ustnej. To tylko niektóre odruchowe reakcje uczestniczące w procesie karmienia, ale to między innymi dzięki nim personel ocenia dojrzałość noworodka do podjęcia karmienia.

Pierwsze próby karmienia najczęściej odbywają się z wykorzystaniem smoczka, choć bardzo często już podczas kangurowania zdarza się, że noworodek próbuje lizać lub chwytać brodawkę. Karmienie z wykorzystaniem smoczka traktowane jest jako etap przejściowy i najszybciej, jak to tylko jest możliwe, noworodek jest również karmiony piersią. Częstą praktyką na tym etapie jest podawanie maluszkowi na początku piersi, a później dokarmianie z wykorzystaniem butelki.

Karmienie naturalne lub z wykorzystaniem pokarmu matki jest najważniejszym sposobem karmienia noworodków.

Spośród czynników podlegających ocenie w trakcie sesji karmienia są też m.in. praca języka, warg, policzków, żuchwy oraz koordynacja ssania-oddychania-polykania. Ocenia się też sam sposób oddychania, męczliwość i obserwuje, czy nie występują

spadki saturacji i/lub bezdechy. Ilość zjedzonego przez dziecko pokarmu jest ważna, ale jakość karmienia również ma bardzo duże znaczenie.

Po pierwszych udanych próbach, karmienie doustne jest wprowadzane stopniowo. W zależności od stopnia dojrzałości oraz innych czynników **wprowadzenie wyłącznego karmienia doustnego może trwać od kilku dni do kilku tygodni.**

B. KARMIEŃIE NATURALNE – JAK SIĘ DO NIEGO PRZYGOTOWAĆ?

Karmienie naturalne w oddziałach neonatologicznych **jest szczególnie ważne ze względu na prozdrowotne właściwości mleka matki** dla wcześniaka. Nawet jeśli z jakiegokolwiek powodu matka nie może karmić noworodka piersią, powinna przy wsparciu personelu dołożyć wszelkich starań, aby **utrzymać laktację.**



Choć noworodki urodzone przedwcześnie są znacznie mniejsze od donoszonych noworodków, bardzo dobrze radzą sobie w większości pozycji do karmienia piersią stosowanych u donoszonych noworodków. W celu poprawy komfortu matki i dziecka wskazane jest rozważenie wykorzystania dodatkowych elementów, takich jak rogal/poduszka do karmienia, dodatkowy gruby ręcznik lub koc. Podpórka pod nogi też może być potrzebna. Warto przygotować sobie dodatkowe pieluszki tetrowe lub flanelowe. Mogą się przydać do otulenia dziecka lub okrycia go tuż po karmieniu.

Podczas pierwszych prób karmienia piersią **dobrze jest pamiętać o tym, że celem karmienia na tym etapie nie jest nakarmienie dziecka**. Najważniejsze jest **wspólne „dopasowanie”** się i dobór odpowiedniej pozycji uwzględniającej komfort matki i dziecka oraz ułatwiającej efektywne próby zassania piersi przez dziecko. Dobrze dobrana pozycja powinna umożliwiać mamie podtrzymanie piersi i stymulację okolic jamy ustnej maluszka. Ułatwia to inicjowanie odruchu szukania i otwierania ust, dzięki czemu możliwe jest uchwycenie brodawki i wprowadzenie jej głęboko do jamy ustnej dziecka. Rodzice muszą pamiętać, że **nie należy się zniechęcać do dalszych prób karmienia piersią**, nawet jeśli dziecko w trakcie zasnęło lub wystąpiły inne trudności, np. problem z szerokim otwarciem ust lub uchwyceniem brodawki.

Personel dokłada wszelkich starań, aby wspomagać karmienie naturalne, jednak **determinacja ze strony rodziców też jest ważna**.

Nawet jeśli nie uda się wprowadzić karmienia naturalnego w oddziale neonatologicznym, **będzie to łatwiejsze po wypisie, jeśli matka nauczy się prawidłowo przystawiać dziecko do piersi już w szpitalu**. Już same próby często wpływają na zwiększenie ilości mleka u matki oraz ułatwiają odciążenie pokarmu. Warto przystawiać też maluszka do piersi, z której wypływ pokarmu jest trudniejszy albo w której dochodzi do zastoju pokarmu – **czasami dzięki nawet pojedynczym próbom zassania dziecko „odblokuje” pierś i pomoże mamie**.

Jeśli mama kangurowała swojego maluszka, to czasami pierwsze próby szukania, liźnięcia, chwytania brodawki lub ssania piersi stały się naturalnym elementem samego kangurowania. Pierwsze próby karmienia piersią u kangurujących mam czasami są inicjowane spontanicznie przez maluszka. Jeśli tak się stanie, warto pozwolić dziecku zostać na chwilę przy piersi. Kangurująca mama najczęściej zna już swoje dziecko i jeśli cokolwiek ją zaniepokoi, w każdej chwili może delikatnie rozszczelnić wargi maluszka palcem i wysunąć brodawkę z jego buzi. Wcześniaki czasami są tak zajęte ssaniem piersi, że „zapominają” podczas ssania i połykania pokarmu oddychać. Może to powodować spadki saturacji lub doprowadzić do bezdechu. Choć w trakcie ssania piersi spadki saturacji u wcześniaków występują znacznie rzadziej niż w przypadku karmienia z wykorzystaniem butelki ze smoczkiem, trzeba

pamiętać, że też mogą wystąpić. Jeśli mama ma jakiegokolwiek wątpliwości, czy jej dziecko jest gotowe na dłuższe momenty zassania piersi, czuwający nad Wami personel udzieli wskazówek właściwych na danym etapie wprowadzania karmienia.

Jeśli Wasze dziecko jest już na tyle dojrzałe, aby podejmować próby karmienia doustnego, personel może towarzyszyć mamie i dziecku w trakcie sesji karmienia. W oddziałach neonatologicznych najczęściej w trakcie przystawiania do piersi pomaga pielęgniarka lub położna. Pomocą służą również doradca laktacyjny, neurologopedka i fizjoterapeuta. Wasz lekarz prowadzący, ordynator lub kierownik oddziału neonatologicznego chętnie poinformuje Was o korzyściach karmienia naturalnego dla matki i dziecka.

Podczas prób karmienia piersią cały personel trzyma za Was kciuki i chętnie służy pomocą – karmienie naturalne to nasz wspólny cel!

Dobrze jest wcześniej przygotować się do sesji karmienia naturalnego. Poza akcesoriami przydatnymi do tego rodzaju karmienia (rogal do karmienia, gruby ręcznik lub koc, dodatkowe pieluszki, podpórka pod nogi dla mamy) warto, aby mama ubrała się w rozpinaną bluzkę i biustonosz do karmienia. Jeśli jednak okazja do karmienia piersią pojawiła się spontanicznie, a mama nie ma odpowiedniego stroju, nie jest to aż tak ważne. Ważniejsze jest karmienie naturalne – zawsze można ściągnąć bluzkę przez głowę, rozpiąć biustonosz i w razie potrzeby osłonić ciało np. flanelową pieluszką. Gdy mama czuje, że będzie to dla niej zbyt duży dyskomfort, może poinformować, że nie jest gotowa i umówić się na sesję karmienia w innym terminie – wtedy na pewno przyjdzie przygotowana. Jednak jeśli Twoje maleństwo jest już coraz bliższe podjęcia prób przystawiania do piersi, może warto rozważyć przygotowanie się „na wszelki wypadek”?

W oddziałach neonatologicznych najczęściej karmienie naturalne odbywa się w fotelach służących również do kangurowania lub na krzesłach. Ze względów bezpieczeństwa oraz z uwagi na większy komfort karmiących mam preferowane są fotele. Jeśli mama chce karmić siedząc na krześle, wskazane jest, aby miało ono podłokietniki. Większość oddziałów neonatologicznych w Polsce nie posiada miejsc leżących dla mam, które zostały wypisane ze szpitala, zatem karmienie w pozycji leżącej należy do rzadkości.

NAJWAŻNIEJSZE WSKAZÓWKI DLA MAM:

- **Usiądź wygodnie**, nogi i plecy powinny mieć stabilny podpór – zanim weźmiesz maluszka na ręce wypróbuj miejsce, gdzie będziesz karmić,

usiąść i sprawdź, czy nie należy czegoś poprawić, np. podłożyć podpórki pod nogi.

- **Miej wszystko, czego potrzebujesz, w zasięgu ręki** – dodatkowy ręcznik lub pieluszka mogą być niezbędne – lepiej aby były w pobliżu.
- **Spróbuj się rozluźnić** – choć moment przystawiania do piersi jest bardzo emocjonujący, Twoje napięte mięśnie nie pozwolą Ci się odprężyć, mogą też utrudnić personelowi „prowadzenie” Twoich rąk, jeśli zajdzie taka potrzeba.
- **Nie bój się mówić o swoich odczuciach** – jeśli wybrana przez Ciebie lub zaproponowana przez personel pozycja jest z jakiegokolwiek powodu niewygodna, zawsze łatwiej zmienić pozycję niż borykać się z bólem pleców!
- **Bądź cierpliwa** – pierwsze próby karmienia piersią wcześniaków nie zawsze są efektywne, najczęściej nie trwają też długo – kilka, kilkanaście minut.
- **Bądź dla siebie dobra** – jeśli Twój maluszek zasnął w trakcie przystawiania do piersi albo ma problem z uchwyceniem brodawki nie jest to powód aby uważać, że coś źle zrobiłaś!
- **Nie poddawaj się zbyt szybko** – nauka karmienia piersią u wcześniaków trwa dłużej niż u donoszonych noworodków.
- **Doceniaj siebie i nagradzaj**, nawet jeśli nie wszystko poszło tak jak sobie zaplanowałaś – już samo podjęcie próby karmienia piersią jest powodem, by docenić własne starania.
- **Korzystaj z profesjonalnej pomocy** – personel oddziału neonatologicznego na codzień pracuje z Tobą i Twoim dzieckiem, nam też zależy abyś karmiła naturalnie – proś o pomoc, jeśli tylko jej potrzebujesz.

C. POZYCJE DO KARMIENTA NATURALNEGO

Pozycja do karmienia naturalnego wcześniaków powinna być przede wszystkim **wygodna dla matki i dziecka**. Bardzo ważne jest też **bezpieczeństwo**.

Ze względu na mniejszą masę ciała oraz obniżone napięcie mięśniowe **należy tak dobrać pozycję, aby dziecko mogło być w niej ułożone z zachowaniem właściwej postawy**. Ważna jest kontrola głowy, ponieważ u wcześniaków wymaga ona stabilnego podtrzymania. Istotne jest też ułożenie jej w przedłużeniu ciała bez nad-

miernego przywodzenia jej w kierunku klatki piersiowej dziecka lub odwiedzenia do tyłu. Staramy się też unikać zginania jej w kierunku ramienia maluszka. Brzuszek dziecka jest odwrócony w stronę mamy – **kontakt z jej ciałem daje poczucie bezpieczeństwa i ogrzewa ciało dziecka**. Jeśli aktywność dziecka na to pozwala, przystawiamy maluszka **do obu piersi**.

W każdym oddziale neonatologicznym są różne możliwości, jeśli chodzi o karmienie naturalne. Personel oddziału może zaproponować Ci inną pozycję do karmienia naturalnego niż opisane w niniejszym poradniku.

Poniżej znajdują się opisy najczęściej stosowanych pozycji do karmienia piersią w pozycji siedzącej:

POZYCJA KRZYŻOWA – mama siedzi, a dziecko jest zwrócone brzuszkiem w stronę jej ciała – podobnie jak w pozycji klasycznej. Mama układa maluszka w taki sposób, aby podtrzymywać głowę dziecka ręką znajdującą się po przeciwnej stronie ciała niż pierś, którą będzie karmiła (prawa pierś + lewa ręka, lewa pierś + prawa ręka). Głowa maluszka spoczywa w zagłębieniu dłoni zgiętej ręki, zaś reszta ręki otula ciało dziecka od strony pleców. Drugą ręką mama podtrzymuje pierś lub ciało dziecka. Pozycja krzyżowa jest łatwiejsza dla noworodków urodzonych przedwcześnie niż pozycja klasyczna. Mama ma lepszą kontrolę zarówno głowy dziecka, jak i piersi.



POZYCJA SPOD PACHY – mama siedzi, a dziecko jest zwrócone brzuszkiem do boku jej ciała. Mama układa dziecko w taki sposób, aby głowa była podtrzymywana ręką znajdującą się od strony tego boku jej ciała, po której jest dziecko. Karmi piersią znajdującą się po stronie ciała, gdzie jest dziecko (prawy bok + prawa pierś + prawa ręka, lewy bok + lewa pierś + lewa ręka). Druga ręka podtrzymuje pierś lub główkę dziecka. Pozycja wygodna dla mam i dla noworodków urodzonych przedwcześnie. Zapewnia dobrą kontrolę. Pozycja ta polecana jest dla kobiet o dużych piersiach. Wymaga bezpiecznego miejsca do karmienia z osłoniętymi bokami (w szpitalu fotel, w domu fotel lub np. sofa).



POZYCJA KLASYCZNA – mama siedzi, a dziecko jest zwrócone brzuszkiem w stronę jej ciała. Mama układa dziecko tak, aby podtrzymywać głowę dziecka ręką znajdującą się po tej samej stronie ciała co piers, którą będzie karmiła (prawa piers + prawa ręka, lewa piers + lewa ręka). Głowa maluszka spoczywa w zagłębieniu łokcia zgiętej ręki, która otula i podtrzymuje ciało dziecka od strony pleców. Drugą dłonią mama podtrzymuje piers lub ciało dziecka. Dla noworodków urodzonych przedwcześnie jest to dość trudna pozycja. Mama może mieć problem z właściwą kontrolą główki i ciała dziecka.



D. POZYCJE DO DOKARMIANIA

Początki karmienia piersią noworodków urodzonych przedwcześnie nie zawsze są efektywne. **Bardzo często zachodzi potrzeba dokarmienia dziecka butelką lub sondą.** Zaproponowane poniżej pozycje do dokarmiania sprawdzą się zwłaszcza u wcześniaków, które źle reagują na zmianę pozycji, a karmienie piersią dopiero jest u nich wprowadzane i próby te nie trwają długo. Ułatwią też dokarmienie tym matkom, które jeszcze niepewnie czują się w trakcie trzymania dziecka na rękach. Umożliwiają płynne przejście z karmienia piersią do karmienia z wykorzystaniem butelki przy wykonaniu niewielkich modyfikacji pozycji do karmienia naturalnego. Nie z każdej pozycji do karmienia naturalnego jest tak samo łatwo dokarmić dziecko butelką. Pozycje spod pachy oraz krzyżowa umożliwiają w miarę łatwe dokarmienie maluszka butelką. W pozycji klasycznej też jest to możliwe, ale wymaga większej wprawy.

Dobrze przygotować sobie butelkę z mlekiem po tej stronie ciała, która nie trzyma główki dziecka, aby można było swobodnie po nią sięgnąć. Jeśli nie ma takiej możliwości, mama powinna poprosić personel o podanie butelki mleka w odpowiednim momencie, aby odstawienie maluszka od piersi i podanie mu butelki z pokarmem było jak najbardziej komfortowe dla mamy i dla dziecka.

Jeśli karmienie piersią trwało krótko, a porcja mleka w butelce nie jest duża (20-30 ml), możemy ułożyć dziecko do odbicia na koniec karmienia. Jeśli karmienie piersią trwało dłużej, a porcja mleka jest dość duża (40-50 ml lub więcej), **należy rozważyć ułożenie do odbicia w około połowie porcji** przygotowanej w butelce. W połowie karmienia można rozważyć ułożenie do odbicia w przypadku wcześniaków mających tendencję do ulewania lub u mniej dojrzałych noworodków – w ten sposób ograniczymy ryzyko ulania na koniec karmienia.

POZYCJA SPOD PACHY – jako pozycja wyjściowa do dokarmiania sprawdza się bardzo dobrze. Wystarczy przesunąć dziecko bliżej osi ciała mamy lub odsunąć nieco od piersi. Przesunięcie bliżej osi ciała mamy jest polecane tym mamom, które mają duży biust. Trzeba pamiętać o dobrym, stabilnym wsparciu ciała dziecka. Jeśli maluszek spoczywa na rogalu, można przesunąć dziecko wraz z rogalem. Następnie podajemy dziecku butelkę ze smoczkami.



POZYCJA KRZYŻOWA – w tej pozycji jako wyjściowej do dokarmienia, należy lekko odsunąć ciało dziecka od piersi. Należy pamiętać, że odsuwamy całe ciało, a nie tylko odchylamy głowę dziecka. Jeśli mama ma możliwość podparcia ręki, którą karmi, będzie jej zdecydowanie wygodniej. Zginając rękę w łokciu i w nadgarstku podajemy dziecku butelkę ze smoczkami.



POZYCJA KLASYCZNA – z tej pozycji nieco trudniej kontynuować karmienie butelką. Zdecydowanie łatwiej będzie tym mamom, które mają mniejszy biust, dzięki czemu pomiędzy ich ciałem a głową dziecka jest więcej miejsca na butelkę. Chcąc dokarmić dziecko butelką po karmieniu piersią w pozycji klasycznej, należy nieco odsunąć przedramię wraz z maluszkami, tak aby było możliwe podanie drugą ręką butelki. Ograniczeniem tej pozycji jest trudność w karmieniu wcześniaków, które zjadają więcej niż 50 ml na porcję. Większe butelki zazwyczaj są zbyt szerokie i długie, aby w tej pozycji pod prawidłowym kątem mogły być umieszczone w buzi dziecka.



E. POZYCJE DO KARMIEŃIA BUTELKĄ

Pierwsze próby karmienia noworodków urodzonych przedwcześnie często odbywają się z wykorzystaniem butelki ze smoczkami. Traktowane jest to **jako etap przejściowy** i jeśli to tylko możliwe, wprowadzane są próby karmienia piersią. Jeśli jednak z jakichkolwiek względów matka nie może karmić piersią, dzieci są karmione pokarmem matki, pokarmem z banku mleka lub mieszanką przez butelkę ze smoczkami.

Warto przygotować do karmienia butelką noworodka już w łóżeczku lub na przewijaku, otulając go delikatnie pieluszką, aby ułatwić mu utrzymanie prawidłowo-

wego ułożenia ciała w danej pozycji. Otulenie jest też wskazane u wcześniaków, które mają jeszcze problemy z utrzymaniem temperatury ciała i się wychładzają. Dodatkową zaletą jest wspieranie prawidłowej, symetrycznej pracy w obrębie kończyn górnych i zapewnienie doznań sensorycznych w obszarze wnętrza dłoni (podczas chwytania przez dziecko butelki lub palców rodzica). **Otulenie nie może krępować ruchów dziecka ani utrudniać mu swobodnego oddychania.** Funkcją otulania jest wspieranie ruchów dziecka, poprawa kontroli posturalnej i ułatwienie uzyskania symetrii ciała u dziecka podczas karmienia.

Pozycje do karmienia z wykorzystaniem butelki:

POZYCJA KLASYCZNA I – mama lub tata dziecka siedzą z nogami ułożonymi blisko siebie. Dziecko jest ułożone prostopadle (bokiem) na kolanach rodzica. Biodra maluszka spoczywają w zagłębieniu ud rodzica. Jedną ręką rodzic podtrzymuje główkę i górną część pleców dziecka. Druga ręka trzyma butelkę. Dłonie dziecka znajdują się w okolicy butelki. Dzięki dobrej kontroli ciała dziecka pozycja ta sprawdza się u wcześniaków, które wymagają większej kontroli ciała.



POZYCJA KLASYCZNA II – mama lub tata dziecka siedzą. Dziecko jest ułożone prostopadle (bokiem) na kolanach rodzica. Jedną ręką rodzic podtrzymuje dziecko. Głowa maluszka spoczywa w zagłębieniu łokcia ręki podtrzymującej dziecko. Druga ręka trzyma butelkę. Dłonie dziecka znajdują się w okolicy butelki. Ta pozycja sprawdza się u starszych wcześniaków, które są większe i bardziej aktywne.



POZYCJA BOCZNA I – mama lub tata siedzą z nogami ułożonymi blisko siebie. Dziecko jest ułożone na boku, wzdłuż ud rodzica (równolegle). Jedną dłoń rodzica podtrzymuje główkę dziecka. Druga ręka trzyma butelkę. Dłonie dziecka znajdują się w okolicy butelki. Pozycja boczna jest dobrą pozycją na pierwsze próby karmienia. Rodzic ma dobrą kontrolę nad przebiegiem karmienia.



POZYCJA BOCZNA II – mama lub tata siedzą z nogami ułożonymi blisko siebie. Dziecko jest ułożone na boku. Plecki dziecka są zwrócone w stronę brzucha mamy lub taty. Jedna ręka podtrzymuje główkę. Druga ręka trzyma butelkę. Ten wariant sprawdza się u większych wcześniaków, dla których pozycja boczna jest wygodna, jednak są na tyle duże, że nie mieszczą się już na kolanach rodziców ułożone wzdłuż ud taty lub mamy.



POZYCJA NA KOLANACH – mama lub tata siedzą z nogami ułożonymi blisko siebie. Dziecko spoczywa wzdłuż ud rodzica (równolegle) oparte plecami o nogi (uda), twarzą zwrócone w stronę rodzica. Jedna ręka podtrzymuje główkę i górną część pleców. Druga ręka trzyma butelkę. Jest to dość trudna pozycja, ponieważ wymaga dobrej kontroli ze strony rodzica. Zdarza się, że głowa malca jest zbyt mocno przygięta do klatki piersiowej lub odchylona do tyłu albo przechylona do boku.



Pamiętaj, że na pewnym etapie rozwoju Twojego dziecka personel może zaproponować zmianę Waszej dotychczasowej pozycji. Jest wiele czynników, które mogą mieć na to wpływ. Jednym z nich jest konieczność zapewnienia kontaktu wzrokowego w trakcie karmienia u noworodków urodzonych przedwcześnie, które osiągnęły wiek 38-40 tygodni wieku skorygowanego. Ma to znaczenie dla rozwoju prawidłowego kontaktu wzrokowego między matką i dzieckiem oraz rozwoju funkcji wzrokowych u Waszego dziecka. Jeśli z jakiegokolwiek powodu Wasza ulubiona lub zalecona z przyczyn zdrowotnych (np. asymetria u dziecka, problemy oddechowe) pozycja nie sprzyja rozwojowi kontaktu wzrokowego, należy ją zmienić lub częściej stymulować dziecko do patrzenia na twarz rodzica w trakcie innych czynności, np. podczas pielęgnacji. Pozycje sprzyjające kontaktowi wzrokowemu to te, w których dziecko może swobodnie spoglądać na twarz rodzica (pozycja klasyczna, pozycja na kolanach).

F. CZYNNIKI MOGĄCE NEGATYWNIE WPŁYWAĆ NA WPROWADZANIE KARMIEŃIA DOUSTNEGO

Czasami wprowadzenie pełnego karmienia doustnego może się wydłużyć. Jest **wiele czynników**, które mogą mieć na to wpływ. Bywa, że rodzice niepotrzebnie obwiniają się, że robią coś „nie tak”, gdy u ich dziecka proces ten trwa dłużej, niż u innych dzieci.

Należy pamiętać, że rzeczywistych przyczyn problemów w trakcie wprowadzania karmienia doustnego może być bardzo dużo – na większość z nich rodzice nie mają żadnego wpływu. **Poniżej wymienione zostały przykładowe czynniki**, które mogą negatywnie wpływać na wprowadzanie karmienia doustnego:

- Brak wystarczającej dojrzałości u noworodka
- Wady anatomiczne, wady wrodzone
- Zaburzenia oddychania, dysplazja oskrzelowo-płucna, spadki saturacji, stosowanie tlenoterapii biernej (np. maski z tlenem)
- Choroby genetyczne, metaboliczne, kardiologiczne, gastroenterologiczne, neurologiczne
- Niedokrwistość (anemia)
- Infekcja
- Stan po ekstubacji (do kilku dni po usunięciu rurki intubacyjnej)
- Stosowanie u noworodka leków: przeciwdrgawkowych, przeciwbólowych, znieczulających
- Nadmierny stres u dziecka (spowodowany np. dużą zmiennością bodźców w otoczeniu, nadmiernym hałasem, brakiem komfortu termicznego)
- Nadwrażliwość w obrębie ciała oraz w okolicy jamy ustnej
- Czynniki ze strony matki lub ojca, np. schorzenia w obrębie narządu ruchu utrudniające wygodne karmienia dziecka, dolegliwości bólowe, stres

Należy pamiętać, że **większość wymienionych powyżej czynników jest tymczasowa lub możliwa do wyeliminowania**. Oczywiście, jeśli u Twojego dziecka występują czynniki mogące utrudniać wprowadzenie pełnego karmienia doustnego nie oznacza to, że dziecko nie będzie w przyszłości karmione doustnie. Najczęściej w takich przypadkach potrzebne jest więcej czasu na wprowadzenie pełnego karmienia doustnego.

Większość problemów z wprowadzaniem karmienia doustnego jest przemijająca. Odpowiednia stymulacja, dobór pozycji do karmienia oraz akcesoriów do karmienia mogą znacząco ułatwić wprowadzenie pełnego karmienia doustnego.

Nie wszystkie noworodki są w stanie osiągnąć umiejętność pełnego karmienia doustnego. Jeśli u Waszego dziecka zdiagnozowano problemy, które znacząco wpływają na bezpieczeństwo karmienia doustnego lub gdy nie jest możliwe podawanie pełnych porcji doustnie, personel może zaproponować zastosowanie karmienia lub dokarmiania przez zgłębnik (sondę) jako najlepszą strategię na danym etapie. Nie oznacza to, że w przyszłości nie będzie możliwe pełne karmienie doustne – czasami jest to rozwiązanie na najbliższe tygodnie. Tylko w bardzo rzadkich, uzasadnionych medycznie przypadkach

alternatywne sposoby karmienia długoterminowego (zgłębnik długoterminowy, PEG – przezskórna gastrostomia endoskopowa, karmienie pozajelitowe) będą najlepszym i jedynym bezpiecznym sposobem karmienia dziecka zapewniającym mu prawidłowe odżywienie i nawodnienie, które jest niezbędne dla prawidłowego rozwoju. Jeśli Twoje dziecko ma wskazania do karmienia/dokarmiania enteralnego (dożołądkowego) lub parenteralnego (dojelitowego), personel szpitala (m. in. lekarz prowadzący, neurologopeda, pielęgniarka, położna) udzieli wyczerpujących informacji dotyczących strategii postępowania terapeutycznego.



14. GOTOWOŚĆ NOWORODKA DO WYPISU ZE SZPITALA

Noworodek urodzony przed czasem należy do grupy dzieci podwyższonego ryzyka. Większość jego problemów zdrowotnych rozwiązywana jest w oddziale noworodkowym, jednak **spora grupa wcześniaków wymaga kontynuacji opieki wielodyscyplinarnej po wypisie**. Dlatego decyzja o wypisie z oddziału w trudniejszych sytuacjach **musi być wypracowana wspólnie**.

Postępy intensywnej opieki neonatologicznej umożliwiają przeżycie dzieci o coraz mniejszej dojrzałości płodowej, stąd narasta też złożoność opieki poszpitalnej. Jednocześnie mamy do czynienia ze zmianami statusu ekonomicznego społeczeństwa oraz opieki socjalnej. **Opinia o gotowości noworodka do wypisu zależy nie tylko od lekarzy**, ważna jest też ocena zespołu pielęgniarskiego, neurologopedy,

fizjoterapeuty, psychologa oraz innych specjalistów biorących udział w procesie diagnostyczno-terapeutycznym (np. kardiologów czy chirurgów). Ponadto **decydujące jest poczucie kompetencji u Rodziców oraz ich gotowość do przejęcia opieki nad noworodkiem w domu**. Podejmując decyzję o wypisaniu do domu, zwracamy uwagę, czy jest to dziecko z często spotykanymi problemami wcześniactwa, które łatwo rozwiązywane będą przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, czy może wymaga wsparcia dodatkowych technologii medycznych (np. masek bezdechów, pulsoksymetr, koncentrator tlenu) lub należy do grupy ryzyka z przyczyn rodzinnych. Wyjątkowo rzadko do domu wypisywane są dzieci z nieodwracalnym procesem chorobowym.

DLA NOWORODKA PRZYGOTOWYWANEGO DO WYPISU WAŻNE SĄ:

- systematyczny przyrost masy ciała (informacja ta ważniejsza jest nawet od ustalonego punktu masy ciała)
- zakończone leczenie bezdechów wcześniaków
- stabilność funkcji fizjologicznych uczestniczących w karmieniu: koordynacja ssania, oddychania i połykania
- utrzymanie prawidłowej ciepłoty ciała podczas pielęgnacji w łóżeczku w temperaturze pokojowej
- ukończona niezbędna immunizacja
- ocena słuchu i badanie wzroku
- ocena hematologiczna
- ocena stanu odżywienia, ustalenie specjalnych zaleceń dotyczących karmienia, zwłaszcza w bezpośrednim okresie (2-3 miesiące) po wypisie

Ważna też jest **edukacja rodziców** podczas pobytu w oddziale, aktywny program **włączenia rodziców w opiekę nad dzieckiem i przygotowanie do opieki poszpitalnej**. W niektórych oddziałach prowadzone są zajęcia w ramach „**Szkoły Rodziców Wcześniaka**”.

Dzień wypisu do domu **może być momentem radosnym, jednak bardzo często wiąże się z dużym niepokojem** („czy poradzimy sobie bez pomocy personelu medycznego?”). Niektórzy rodzice mogą obawiać się utraty poczucia bezpieczeństwa. Należy jednak pamiętać, że **pobyt w szpitalu powinien być skrócony do niezbędnego minimum, a optymalnym dla dziecka jest środowisko domowe i stały kontakt z rodzicami**. Nieuzasadnione wydłużanie hospitalizacji może wiązać się z niepotrzebnymi komplikacjami.

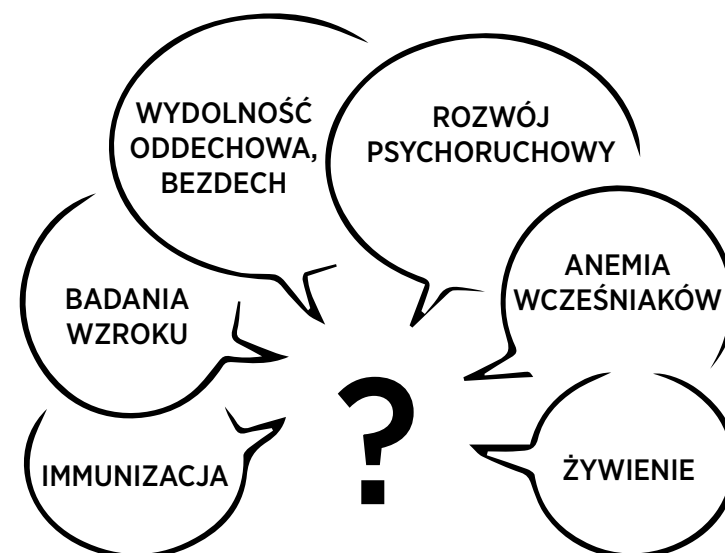
Czasami niezbędna jest ocena warunków domowych, kontakt z lekarzem i pielęgniarką opieki podstawowej. W opiece poszpitalnej ważna jest także ocena przyrostu masy ciała. W tym celu w przypadku najmniejszych wcześniaków do dokumentacji dziecka wydawanej do domu dołączane są tzw. siatki centylowe, na których nanoszone były w oddziale przyrosty masy ciała w kolejnych tygodniach życia dziecka. Warto kontynuować monitorowanie wzrastania dziecka, zwłaszcza w kluczowych 2-3 miesiącach po wypisaniu dziecka do domu.

UMIEJĘTNOŚCI WARUNKUJĄCE WYPIS DZIECKA:

- ubrany noworodek utrzymuje temperaturę w otwartym łóżeczku
- koordynacja ssania, połykania i oddychania
- akceptowane tempo przyrostu masy ciała

Zazwyczaj jest to ok 35.-36. tygodnia wieku postkonceptyjnego.

W opiece poszpitalnej **niektóre szpitale III stopnia oferują model opieki nazwanej „Dziecięcą opieką koordynowaną”**. Założenia programu, próby łączenia wizyt u różnych specjalistów i okresowe podsumowanie rozwoju dziecka są bardzo dobrymi rozwiązaniami, niemniej ich realizacja jest trudna przy obecnym funkcjonowaniu służby zdrowia, stąd mała popularność tego typu rozwiązań.



Rycina 1. Opieka nad noworodkiem o bardzo małej masie ciała.

A. PRZYGOTOWANIE POKOJU DZIECKA

Gdy rodzice oczekują na dziecko, przygotowują dom, pokój dla dziecka oraz kupują różne niezbędne akcesoria. Zazwyczaj mają na to ok. 9 miesięcy. Inaczej dzieje się, gdy dziecko przychodzi na świat zbyt wcześnie.

Pierwszym domem dla wcześniaka najczęściej jest inkubator, a rodzice zamiast radośnie biegać po sklepach i cieszyć się z przygotowań, spędzają ten czas w szpitalu. Ale **maluch rośnie, dojrzewa i rodzice dostają sygnał od personelu**, że pomimo trudnych początków **zbliża się dzień, gdy będą mogli zabrać dziecko do domu**.

JAK PRZYGOTOWAĆ POKOIK DLA DZIECKA?

Pokoik powinien być **odświeżony**, a jeśli czasu jest wystarczająco dużo, warto pomalować ściany farbą ekologiczną, przyjazną dla niemowląt. Ważna jest **prawidłowa wentylacja i temperatura w pomieszczeniu**.

Niezbędnym elementem wyposażenia pokoiku jest **łóżeczko z odpowiednio dobranym materacem**. Materac powinien być dostatecznie twardy i odpowiednio wysoki. Jeśli będzie potrzebny **monitor oddechu** warto też sprawdzić, czy materac będzie do niego dostosowany. Pościel oraz bieliznę pościelową, ewentualnie kocyk oraz pieluchy z materiału należy **wyprać w środkach przeznaczonych do prania bielizny niemowlęcej**. Staramy się nie nadużywać środków chemicznych, unikamy płynów do płukania.

Często rodzicom podobają się różne dodatki do łóżeczka, takie jak kolorowe baldachimy czy falbaniaste ochraniacze, szczególnie gdy właścicielką łóżeczka ma zostać dziewczynka. I tu warto się zastanowić, gdyż nadmiar takich elementów może ograniczać możliwość dobrej obserwacji dziecka, która jest bardzo ważna szczególnie w pierwszym okresie po powrocie do domu.

Warto przygotować **ubranka dla malucha w odpowiednim rozmiarze**. Powinny być **wykonane z materiałów atestowanych, przyjaznych dla skóry wcześniaka, najlepiej z naturalnych tkanin**. Należy je wcześniej uprać i poukładać w uprzednio odświeżonej szafie, a wcześniej usunąć z ubranek metki i ich pozostałości, aby nie drażniły wrażliwej skóry dziecka. Pamiętajmy, że dzieci szybko rosną i nie należy kupować zbyt wielu ubrań w tym samym rozmiarze.

Jeżeli maluch jest dokarmiany butelką lub karmiony wyłącznie sztucznie, trzeba przygotować odpowiednie akcesoria do karmienia. Są to bardzo ważne kwe-

stie. Jeżeli mamy własne preferencje dotyczące wyboru akcesoriów, należy je wypróbować przed wypisem dziecka ze szpitala, by uniknąć niespodzianek i niepotrzebnego stresu, związanego z karmieniem maluszka.

Jeśli mama karmi naturalnie, warto przygotować odpowiednie, wygodne miejsce do tego celu i poduszkę do karmienia. Przydadzą się też dodatkowe poduszki, które mama będzie mogła podłożyć sobie pod plecy lub pod głowę dla większego komfortu karmienia.

Kosmetyki do pielęgnacji ciała i kąpieli powinny być bardzo delikatne, kupione po konsultacji z osobami opiekującymi się dzieckiem w szpitalu. Pamiętajmy, że dziecko nie może przebywać w warunkach sterylnych, gdyż może to zaburzyć prawidłowe kształtowanie się jego układu odpornościowego. Dlatego unikajmy stosowania w domu środków do dezynfekcji rąk stosowanych w szpitalu, wystarczy dokładne umycie rąk mydłem.

Bardzo ważnym elementem wyposażenia pokoju jest **przewijak bądź miejsce przeznaczone do przewijania dziecka**. Powinno być wystarczająco duże, aby opiekun mógł swobodnie wykonywać czynności pielęgnacyjne a dziecko miało komfortowe warunki podczas zmiany ubrania czy pieluchy. Dobrze jest mieć wszystko pod ręką w trakcie pielęgnacji maluszka. Miejsce do przewijania powinno być zaaranżowane tak, aby znalazło się tam miejsce na niezbędne przedmioty.

Oprócz elementów obowiązkowych wyposażenia pokoju **każda rodzina ma inne potrzeby i rytuały** związane z urządzeniem miejsca dla dziecka. Pokoik powinien być przyjemny, ciepły w odbiorze, więc nie może w nim zabraknąć ozdób i zabawek dla malucha.

Ponieważ zmysł wzroku u noworodka i niemowlęcia jest w trakcie rozwoju, **dobrze jest rozejrzeć się po pokoiku dla dziecka z perspektywy łóżeczka**. Czy nad łóżeczkiem nie wisi obrazek o intensywnych barwach? Albo czy okno nie znajduje się za głową dziecka?

Zarówno **intensywne, kontrastowe obrazki i zabawki, jak i intensywne źródła światła** mogą powodować, że dziecko będzie chętnie zwracało się w ich stronę. Jeśli stale będzie zwracało główkę w jednym kierunku, może dojść do tzw. asymetrii.



Oznacza to, że pewne grupy mięśni będą silniejsze, przez co dziecko może np. układać główkę w jedną stronę, zacząć się obracać tylko w jednym kierunku. Asymetria może wpływać na jakość rozwoju przyszłych funkcji motorycznych u dziecka oraz powodować wady postawy. Dobrze jest zadbać o przyszłość Waszego maluszka już na etapie urządzania pokoju.

B. KSZTAŁTOWANIE ODPORNOŚCI – SZCZEPNIENIA

Szczepienia noworodków urodzonych przedwcześnie są szczególnie ważne. Dzieci te są bardzo podatne na zakażenia i związane z tym hospitalizacje.

W tej grupie stwierdzono wyższe ryzyko choroby pneumokokowej, krztuśca, grypy lub biegunki rotawirusowej. Poza ryzykiem dotyczącym większej częstości zachorowań, istnieje ryzyko ich cięższego przebiegu. W badaniach wykazano, że odpowiedź poszczepienna u wcześniaków jest podobna do odpowiedzi wytwarzanej przez noworodki donoszone.

IMMUNOPROFILAKTYKA U NOWORODKÓW URODZONYCH PRZEDWCZEŚNIE:

- wcześniaki szczepimy w tym samym czasie co noworodki urodzone o czasie
- ze względu na charakterystyczną dla wcześniaków małą masę mięśniową należy dążyć do ograniczenia liczby wstrzyknięć i stosowania szczepionek wysokoskojarzonych

Jeżeli nie stwierdza się przeciwwskazań, szczepienia u wcześniaków należy rozpocząć zgodnie z wiekiem metrykalnym, bez względu na masę urodzeniową i masę ciała w dniu szczepienia (z wyjątkiem szczepienia BCG – przeciwko gruźlicy). O momencie szczepienia decyduje stan kliniczny dziecka.



Ze względu na charakterystyczną dla wcześniaków małą masę mięśniową należy dążyć do ograniczenia liczby wstrzyknięć i stosowania szczepionek wysokoskojarzonych. Ułatwia to terminową realizację programu szczepień oraz umożliwia dodatkowe podanie szczepionek zalecanych. Odczyny poszczepienne nie występują częściej niż u dzieci urodzonych o czasie. Do najczęściej obserwowanych należą: bezdech, bradykardia (zbyt wolna czynność serca) i spadki saturacji. W przypadku małych wcześniaków, które pozostają kilka tygodni w szpitalu, korzystne jest wykonanie kolejnego (skojarzonego) szczepienia jeszcze przed wypisem, co umożliwia monitorowanie parametrów życiowych po szczepieniu.

STRATEGIA SZCZEPIEŃ KOKONOWYCH

Tym razem **staramy się ochronić dziecko stosując profilaktykę u siebie** – osoby otaczające dziecko posiadają wysoką odporność i nie przenoszą zakażenia. Szczepieniom kokonowym zazwyczaj poddawani są rodzice, starsze rodzeństwo, pozostali domownicy.

Szczepienia takie **zazwyczaj dotyczą grypy i krztuśca**. Strategia „szczepień kokonowych” służy przerwaniu transmisji zakażenia przez stworzenie wokół noworodka, podatnego na zachorowanie, bariery ochronnej w postaci otoczenia złożonego z osób czynnie uodpornionych.

Krztusiec jest chorobą o bardzo wysokiej zaraźliwości, ryzyko ciężkiego przebiegu, a nawet zgonu, jest największe w pierwszych 6 miesiącach życia. Źródłem zakażenia bardzo często jest matka dziecka. Dlatego amerykański Komitet Doradczy ds. Szczepień Ochronnych ACIP (Advisory Committee on Immunization Practices) zaleca szczepienia dTpa (szczepionka m.in. przeciwko krztuścowi) u kobiet ciężarnych między 27. a 34. tygodniem ciąży. Zalecenia te dotyczą każdej ciąży, niezależnie od przeprowadzonych wcześniejszych szczepień dTpa. Wzrost produkcji przeciwciał matczynych i ich transmisja w dużych ilościach przez łożysko do krwioobiegu płodu zapewnia ochronę noworodka i niemowlęcia w pierwszych miesiącach życia.

RODZICE!

Zapytajcie neonatologa o szczepienia kokonowe i możliwości profilaktyki zakażeń RS (Respiratory Syncytial Virus), który jest główną przyczyną zakażeń układu oddechowego u małych dzieci.

PROFILAKTYKA ZAKAŻEŃ

Oprócz szczepień obowiązkowych lub zalecanych oraz szerszej dostępności profilaktyki zakażeń RS bardzo ważne są także Państwa zachowania prozdrowotne.

1. Absolutny **zakaz palenia tytoniu przy dzieciach**.
2. Utrzymywanie **prawidłowej temperatury** w pomieszczeniach 20-21°C.
3. Odpowiednie do temperatury pomieszczenia **ubranie i okrycie noworodka** (unikanie przegrzewania!).
4. **Ochrona przed transmisją zakażeń** – pamiętajmy, że grupą ryzyka jest też starsze rodzeństwo przynoszące infekcje z przedszkola lub żłobka.
5. **Odroczenie wizyt** zainfekowanych członków rodziny lub przyjaciół.

C. KSZTAŁTOWANIE ODPORNOŚCI – HARTOWANIE

Pierwsze dni po przybyciu do domu to czas na spokojną adaptację do nowych warunków. Hartowanie **rozpoczynamy po kilku dniach**.

Na początek wynosimy malucha **z jego pokoju do innego pomieszczenia** i dokładnie wietrzymy pokój dziecka. Jeśli temperatura pomieszczenia spadnie o 2-3 stopnie, możemy dziecko otulić dodatkowym kocykiem i założyć lekką czapkę.

W kolejnych dniach **rozpoczynamy** tzw. „**werandowanie**”. Dziecko ubieramy o jedną warstwę cieplej niż zazwyczaj i uchylamy okno. Staramy unikać ustawiania łóżeczka w miejscu przeciągu. Jeżeli dziecko dobrze toleruje zmianę temperatury otoczenia i waży ok. 2500 g, możemy zacząć pierwsze spacery. Na zewnątrz **nie wychodzimy, jeżeli temperatura jest niższa niż -10°C** i wieje silny wiatr. Pamiętaj też, że **noworodka nie wolno ekspozować na bezpośrednie działanie promieni słonecznych**. Jeśli chcesz sprawdzić, czy Twojemu dziecku jest ciepło – wsuń dłoń pod ubranko w okolicy karku. Policzki lub dłonie malucha mogą być lekko chłodne, natomiast kark lub brzuszek muszą być ciepłe.

D. ŻYWIENIE WCZEŚNIAKA PO WYPISIE: KARMIEŃIE MIESZANE I SZTUCZNE

Jak ważne jest żywienie we wczesnym okresie życia, świadczy stosowane pojęcie „**programowania żywieniowego**”. Żywienie niedojrzałych wcześniaków to nie tylko proste zaspokojenie ich tymczasowych potrzeb, ale interwencja w układ biologiczny, o znaczących długoterminowych efektach zdrowotnych.

Jeśli mama rzeczywiście chce optymalnego karmienia swojego dziecka, które daje wieloletnie korzystne efekty zdrowotne i społeczne, powinna wybierać **karmienie naturalne**. Optymalny skład mleka kobiecego, jego wartości odżywcze, składniki immunologiczne i przeciwbakteryjne, hormony, enzymy i czynniki wzrostowe przygotowane są specjalnie dla noworodka ludzkiego.

Tak jak w przypadku noworodków donoszonych, również w żywieniu wcześniaków standardem powinno być karmienie naturalne.

Jednak mleko kobiece nawet przy wyłącznym karmieniu enteralnym często nie zabezpiecza dziennego zapotrzebowania dzieci urodzonych z bardzo małą masą ciała (<1500 gramów) na mikro- i makroelementy. Ta grupa noworodków ma bardzo duże zapotrzebowanie energetyczne i stosunkowo szybkie tempo wzrastania, a z drugiej strony objętość pokarmu, która może być bezpiecznie spożywana przez dziecko, jest ograniczona. W tej sytuacji **konieczne jest podawanie wzmacniaczy pokarmu kobiecego i innych suplementów**. Matki wcześniaków leczonych przez wiele tygodni w intensywnej terapii narażone są nie tylko na ryzyko opóźnionej laktacji, ale mają także problemy z uzyskaniem wystarczającej objętości mleka i często zależne są od długotrwałej (przez tygodnie/miesiące) konieczności ściągania mleka. Obecnie coraz więcej oddziałów noworodkowych korzysta także z banków mleka kobiecego.



Karmienie mieszane to karmienie dziecka piersią uzupełniane karmieniem butelką. Dziecko może być karmione butelką z wykorzystaniem odciągniętego pokarmu lub mieszanką. Karmienie sztuczne to karmienie butelką z wykorzystaniem mieszanki (mleko modyfikowane).

Obecnie w Polsce mamy 16 banków mleka kobiecego. Dużą w tym zasługą Ministerstwa Zdrowia, które w 2018 roku zrealizowało program „Odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt przez utworzenie sieci banków mleka kobiecego” i dobrego finansowania przez NFZ karmienia mlekiem kobiecym w oddziałach noworodkowych. Takie rozwiązania konieczne są w przypadku niewystarczającej laktacji lub w przypadku wyjątkowo rzadkich przeciwwskazań do karmienia swojego dziecka. **Mleko dawczyń jest zawsze badane i odpowiednio przygotowane i, o ile jest tylko dostępne, zawsze ma pierwszeństwo przed mlekiem modyfikowanym.** Mówiąc wprost: mleko modyfikowane jest ostatnim wyborem dla dziecka i pomimo niewątpliwych wysiłków koncernów żywieniowych to nadal produkt który daleko odbiega od złotego standardu mleka kobiecego.

MAMO!

Wiemy, że chcesz zrobić wszystko jak najlepiej dla swojego dziecka. Wybrałaś już najlepszego położnika lub położną, najlepszy szpital położniczy, myślisz o najlepszym łóżeczku czy wózku. **Teraz czas na kolejny, a może najważniejszy trafny wybór: to karmienie naturalne!**

WZMACNIACZE POKARMU KOBIECEGO

Wiadomo, że niedojrzałe noworodki karmione wyłącznie mlekiem matki wykazują wolniejsze tempo przyrostu oraz niedobory żywieniowe, takie jak: hiponatremia (niskie stężenie sodu), hipoproteinemia (niskie stężenie białka), osteopenia (zmniejszenie gęstości mineralnej kości), niedobory minerałów ważnych dla układu kostnego Ca, P, Zn (czyli wapnia, fosforu i cynku). W tej sytuacji konieczne jest podawanie wzmocniaczy i innych suplementów. Trudno jednoznacznie określić optymalny czas stosowania tzw. wzmocniaczy pokarmu kobiecego. **Ekspertki zalecają stosowanie suplementacji pokarmu kobiecego u noworodków o zbyt małej masie ciała w stosunku do wieku płodowego co najmniej do 40. tygodnia, a nawet do 52. tygodnia wieku korygowanego.**

MIESZANKI „PO WYPISIE” (POST-DISCHARGE)

Pomimo niepodważalnych zalet karmienia naturalnego nadal dla wielu wcześniaków głównym źródłem składników odżywczych są **mleka modyfikowane**. Przy dużej różnorodności preparatów produkowanych na bazie mleka krowiego, można podzielić je na **3 grupy w zależności od zawartości składników odżywczych**:

MLEKA DLA NOWORODKÓW DONOSZONYCH

– ich skład opracowany jest **na podstawie składu mleka kobiecego**, zawartość białka, Ca i P nie jest wystarczająca, aby sprostać zapotrzebowaniu na składniki odżywcze stabilnych i szybko rosnących wcześniaków.

MLEKA MODYFIKOWANE PRZYGOTOWANE DLA WCZEŚNIAKÓW

o wysokiej zawartości białka, dużej podaży kalorii, wzbogacone w witaminy, sole mineralne i pierwiastki śladowe, **aby umożliwić wzrastanie zgodnie z oczekiwanym rozwojem wewnątrzmacicznym**. Mleka te zazwyczaj **dostępne i stosowane są w oddziałach noworodkowych do dnia wypisu**.

MLEKA MODYFIKOWANE „PO WYPISIE”

– są to **mleka wzbogacone dla wcześniaków do stosowania po wypisie ze szpitala**, nazywane inaczej mlekami **post discharge (PDF)**. Mają **skład pośredni pomiędzy mlekami modyfikowanymi dla wcześniaków i mlekami początkowymi**, ich skład opracowany został celowo do żywienia niedojrzałych wcześniaków wypisywanych z oddziałów. W porównaniu do mlek przeznaczonych dla wcześniaków zawierają one mniejsze stężenia składników odżywczych, nadal są jednak **bardziej kaloryczne, a także bogatsze w białko, witaminy, sole mineralne i pierwiastki śladowe w stosunku do mlek początkowych**.

Badania epidemiologiczne wskazują, że mała **masa ciała** stwierdzana przy urodzeniu i utrzymująca się nadal także w 1. roku życia związana jest z wyższym wskaźnikiem cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, chorób układu krążenia oraz udarów w późniejszym okresie życia. Stąd ten aspekt żywieniowej opieki nad wcześniakami jest tak ważny. **Należy unikać nie tylko sytuacji prowadzących do niedożywienia, ale także „nadmiernego wczesnego żywienia”**, które początkowo skutkuje szybkimi przyrostami masy ciała, natomiast w obserwacjach długofalowych odpowiada za zwiększoną częstość występowania schorzeń cywilizacyjnych. Każda sytuacja jest jednak inna i stąd potrzeba indywidualnego dostosowania zaleceń.

E. ŻYWIENIE: ROZSZERZANIE DIETY

Przy próbie ustalenia terminów kolejnych modyfikacji karmienia, należy posługiwać się pojęciem wieku korygowanego, który lepiej koresponduje z rozwojem noworodka urodzonego przedwcześnie, niż wiek dziecka liczony od daty urodzenia.

Wiek korygowany = wiek chronologiczny (pourodzeniowy) pomniejszony o liczbę tygodni przed 40 tygodniem płodowym, o którą wcześniej dziecko przyszło na świat.

Wprowadzenie pokarmów uzupełniających do diety niemowlęcia konieczne jest dla zapewnienia prawidłowej podaży substancji odżywczych. Może być także niezbędnym dodatkiem w sytuacjach, kiedy dziecko nie jest w stanie spożywać wystarczająco dużych objętości mleka dla spełnienia swoich potrzeb żywieniowych. Produkty te wprowadzane są celem uzupełnienia składników odżywczych pobieranych początkowo wyłącznie z pokarmem matki.

Biorąc jednak pod uwagę potrzeby żywieniowe niemowląt urodzonych o czasie, ich zdolności rozwojowe oraz aktualne przesłanki naukowe w 2008 roku wydano rekomendacje (ESPEGHAN – The European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition), zgodnie z którymi pokarmy uzupełniające należy wprowadzać nie wcześniej niż przed 17. tygodniem życia, a jednocześnie nie później niż w 26. tygodniu. Zalecenia te są zgodne z zaleceniami polskimi. Takie stanowisko jest jednak stale kwestionowane przez ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), zalecających wyłącznie karmienie piersią do 6. miesiąca życia. Często zalecenia te są także odnoszone do grupy wcześniaków, uwzględniając ich wiek korygowany.

W rzeczywistości **brak jest jednak jakichkolwiek rekomendacji towarzystw naukowych** dotyczących wprowadzania pokarmów uzupełniających u dzieci urodzonych przedwcześnie. Niestety, to ważne zagadnienie zazwyczaj pozostawione jest wyłącznie rodzicom bez uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych noworodków urodzonych przedwcześnie.

Często nie względy medyczne i potrzeby żywieniowe dziecka, a raczej tradycyjny **sposób żywienia splatający się z marketingiem determinują sposób odżywiania dziecka.**

Jedyne opublikowane zalecenia dotyczące wcześniaków, wydane w Wielkiej Brytanii, jako wskazówka do rozpoczęcia podawania pokarmów uzupełniających kierują się nie wiekiem korygowanym dziecka, a jedynie uzyskaniem granicznej masy ciała (ok. 5 kg). Często termin modyfikacji żywienia wyznaczają sami rodzice, oceniając gotowość dziecka do przyjmowania pokarmów stałych.

WARTO ZAPAMIĘTAĆ:

Nie ma podstaw do odraczania czasu wprowadzania pokarmów uzupełniających u wcześniaków do uzyskania wieku korygowanego równoważnego z okresem wprowadzania tych pokarmów u dzieci donoszonych.

- Opierając się na wynikach dotychczasowych, nielicznych badań, wydaje się, że **u najbardziej niedojrzałych wcześniaków korzystne może być wcześniejsze wprowadzanie pokarmów uzupełniających** tj. po ukończeniu 3.-4. miesiąca życia (lub 13.-17. tygodni) wieku korygowanego. Preferowane powinny być pokarmy o wyższej kaloryczności i zawartości białka.
- **Kolejne pokarmy uzupełniające należy wprowadzać bardzo powoli.** Zbyt szybkie różnicowanie diety może zwiększać ryzyko alergii.

Wcześniakom urodzonym po 34. tygodniu życia płodowego, które ukończyły 4 miesiące, **można indywidualnie wprowadzać pokarmy inne niż mleczne.** I znowu szczególną grupą wydaje się być grupa noworodków urodzonych z masą ciała < 1000 g. Dzieci te wymagają wnikliwego monitorowania żywienia, jak również skrupulatnej analizy parametrów rozwoju fizycznego do końca 1. roku życia. Również do końca 1. roku życia wymagają zwiększonej podaży białka.



Jeśli dziecko karmione jest odciągany pokarmem z piersi lub mlekiem modyfikowanym, **można wprowadzić kaszkę ryżową lub kukurydzianą**. Wybór kaszki ryżowej lub kukurydzianej powinien być podyktowany częstością i jakością oddawanych stolców. Kaszki ryżowej nie należy wprowadzać przy tendencji do zaparc.

Jeśli przyrosty masy ciała dziecka nie budzą zastrzeżeń, kolejno **można wprowadzić również zupę jarzynową**. Wprowadzenie jarzyn ze względu na zawarty w nich błonnik (**początkowo dynia i ziemniak**) może być korzystne jeśli dziecko ma tendencję do oddawania stolców twardych i zbitych, jeśli stolce oddawane są co 2-3 dni oraz w sytuacji, gdy bez uchwytnej, istotnej przyczyny w stolcach obserwuje się domieszkę śluzu (preferowana jest wówczas **marchew** w zupie). Pierwsza zupa jarzynowa powinna zawierać: marchewkę, ziemniaka, dynię. **Kolejne jarzyny wprowadza się co 2-3 dni oddzielnie**, po upewnieniu się, że tolerancja uprzednio wprowadzonych jest dobra. Można kolejno wprowadzić: kalafior, brokuły, groszek, cukinię, burak czerwony (może działać rozluźniająco na stolec), awokado. Brukselkę, kalarepę, fasolę szparagową wprowadza się na końcu u starszych niemowląt. Należy założyć, że bazę zupy jarzynowej stanowi marchewka, ziemniak i dynia, a inne jarzyny to „dodatki smakowe”. **Jeśli niemowlę dobrze toleruje zupę jarzynową, stopniowo można dodać gluten** (5 g) w postaci kaszy manny.

Po miesiącu od wprowadzenia zupy jarzynowej **można wprowadzić mięso**. Zalecane jest mięso drobiowe, najlepiej z indyka (i najlepiej pierś). Może być również podawane mięso z królika lub jagnięcina. Tolerancja mięsa jest zwykle bardzo dobra, a część niemowląt chętniej zjada zupy z mięsem. Można rozpocząć też podawanie dziecku ½ żółtka.

Po kolejnych 1-2 miesiącach dietę można poszerzyć o chude mięso wołowe i wieprzowe. Od 6. miesiąca życia można wprowadzić do zupy również mięso ryb. Podaje się je 2 razy w tygodniu. Najlepiej podawać **ryby słodkowodne** – karpia, pstrąga, węgorza, zwłaszcza w rodzinach obciążonych alergią pokarmową i dzieciom z atopowym zapaleniem skóry. Zalecane **ryby tłuste** to łosoś i makrela atlantycka, a **ryby chude** to dorsz, morszczuk, mintaj, sola. Nie zaleca się podawania mięsa ryb drapieżnych (kumulują m.in. metale ciężkie): okonia, makreli królewskiej, miecznika czy rekina.

Przeciery owocowe (jabłko, gruszka, dojrzałe banany, brzoskwinie, morele) u starszych wcześniaków można wprowadzać podobnie jak u dzieci donoszonych, już w początkowym okresie stosowania pokarmów uzupełniających. U skrajnie niedojrzałych wcześniaków, u których proces wzrastania jest niezadawalający, przeciery owocowe należy wprowadzać dopiero pod koniec pierwszego roku życia, tylko wtedy, gdy niemowlę ma prawidłowe przyrosty masy ciała i dobrze zjada wszystkie posiłki. **Owoce nie mogą być podawane zamiast posiłku zasadniczego**. Należy unikać podawania dużej ilości owoców między posiłkami, ponieważ może to wpłynąć niekorzystnie na przyjmowanie posiłków podstawowych.

RYZIKO ZWIĄZANE Z WCZEŚNIEJSZYM WPROWADZANIEM POKARMÓW UZUPEŁNIAJĄCYCH

RYZIKO CHORÓB ALERGICZNYCH

Wśród dzieci urodzonych w terminie, u których wcześniej wprowadzano pokarmy uzupełniające, wykazano **wzrost ryzyka chorób alergicznych**. Zjawisko to nasila się wśród dzieci urodzonych przez matki z dodatnim wywiadem w kierunku chorób atopowych. Stąd niektórzy autorzy zdecydowanie zalecają tej grupie pacjentek kontynuację karmienia naturalnego swojego dziecka powyżej 15. tygodnia życia oraz wprowadzenie pokarmów stałych po 4. miesiącu wieku chronologicznego. Jednocześnie zalecane są ograniczenia dotyczące różnorodności wprowadzanych pokarmów co najmniej do 6. miesiąca. Ryzyko chorób alergicznych narasta kilkakrotnie, **jeśli jedno z rodziców dziecka miało zmiany atopowe lub jeśli pokarmy uzupełniające wprowadzane są bardzo wcześnie** (przed 10. tygodniem wieku korygowanego) oraz u dzieci płci męskiej.

POKARMY STAŁE

Tradycyjnie przyjmuje się, że po 6. miesiącu wieku korygowanego rozwój psychoruchowy niemowlęcia umożliwia **przyjmowanie pokarmów stałych**. Podstawowym warunkiem dla rozpoczęcia podażi pokarmów stałych również w przypadku wcześniaków jest **dobra kontrola głowy**. Ten „kamień milowy” w rozwoju niemowlęcia może być opóźniony u noworodków o urodzeniowej masie < 1500 g. Jeśli niemowlę ma słabą kontrolę głowy wynikającą z opóźnienia rozwoju np. o podłożu neurologicznym, należy rozważyć indywidualny dobór pozycji we współpracy z fizjoterapeutą i/lub neurologopedą. W przypadku trudności z rozszerzaniem diety o nowe smaki lub konsystencje, wprowadzaniem łyzeczki lub pokarmów stałych lub innych trudności w karmieniu niemowlęcia, należy zasięgnąć porady neurologopedy specjalizującego się w zaburzeniach karmienia u niemowląt i małych dzieci. Może być również konieczne skonsultowanie dziecka z pediatrą, gastroenterologiem, fizjoterapeutą, dietetykiem lub psychologiem w celu poszerzenia diagnostyki o ewentualne przyczyny takiego stanu.

Zazwyczaj do 6. miesiąca wieku korygowanego dziecko jest gotowe do rozpoczęcia przyjmowania pokarmów stałych, o ile:

- potrafi siadać z niewielką pomocą,
- osiąga wystarczająco dobrą kontrolę głowy,
- otwiera usta w chwili podawania pokarmu,
- potrafi jeść z łyżeczki,
- potrafi odwrócić głowę, gdy chce odmówić jedzenia.

Wprowadzanie pokarmów uzupełniających i stałych u noworodków urodzonych przedwcześnie jest ważnym zagadnieniem wymagającym jednak dalszych badań.

F. ZAPOBIEGANIE ZESPOŁOWI NAGŁEJ ŚMIERCI ŁÓŻECZKOWEJ

Wielu rodziców wcześniaków obawia się nagłej śmierci dziecka w czasie snu (ang. Sudden Infant Death Syndrome – SIDS). Choć wcześniaki są w grupie nieco zwiększonego ryzyka wystąpienia tego problemu, **jego prawdopodobieństwo jest naprawdę niewielkie**. Istnieje też **szereg zaleceń**, które minimalizują to niebezpieczeństwo. W 1992 roku Amerykańska Akademia Pediatrii zaleciła, by dzieci były **układane do snu na plecach**. Jest to zgodne z aktualnymi wskazaniami polskich pediatrów. Układanie na brzuchu lub boku jest prawidłowe, ale tylko w czasie, gdy możesz na malucha często spoglądać. Łóżeczko dziecka powinno być wyposażone w odpowiedni, **niezbyt miękki (najlepiej nieużywany) materac**, przykryty mocno naciągniętym prześcieradłem. Małe dzieci **nie mogą mieć w łóżeczku poduszek, zabawek ani pieluszek**. **Nie należy też przegrzewać** dziecka (do czego mogą mieć skłonność rodzice wcześniaka). Najlepiej na noc ubierać je w jednoczęściowy, lekki śpiworek zamiast przykrywać kołderką lub kocykiem. **Optymalna temperatura pokoju**, w którym śpi dziecko to ok. 20°C. Zaleca się, by łóżeczko do 6 miesiąca życia dziecka **stało w pokoju rodziców**. Staraj się odkładać do niego malucha na czas nocnego snu. Szczególnie **ryzykowne jest spanie z niemowlęciem**, jeśli mama jest bardzo zmęczona, brała leki lub piła alkohol. **Karmienie piersią minimalizuje ryzyko SIDS**, zapewne dlatego, że maluchy karmione naturalnie częściej się budzą. Zauważono też, że **podobnie działa podawanie smoczka „uspokajacza”** dzieciom karmionym sztucznie. Chroń swoje dziecko przed działaniem dymu tytoniowego. **Nie należy palić papierosów** w całym domu, w którym mieszka Wasze dziecko – dym zawiera toksyczne substancje, które wnikają w tkaniny i meble i mogą szkodliwie oddziaływać na rozwijający się organizm.

G. PIERWSZA POMOC W SYTUACJACH NAGŁYCH

Celem opracowania niniejszego poradnika jest umacnianie poczucia kompetencji rodziców. Stąd potrzeba przekazania Państwu kilku wskazówek, jak zachować się w sytuacjach nagłych. Z pewnością część rodziców omawiała te zagadnienia podczas zajęć w Szkole Rodziców Wcześniaka, ale być może nie wszyscy. Poza tym warto wszystko sobie przypomnieć w wolnej, spokojnej chwili.

Personel oddziału noworodkowego ocenił wcześniej Państwa dziecko jako gotowe do wyjścia do domu. Stan jego zdrowia nie budzi już zastrzeżeń i szczególnego niepokoju.

Jednak zawsze, podobnie jak w grupie noworodków donoszonych, mogą pojawić się sytuacje nagłe. **Nie tracimy wtedy głowy. Wiemy co robić, spokojnie, jest to zaledwie kilka, prostych czynności:**

1. Jeśli dziecko nie oddycha, **sprawdzamy odruchy** czy dziecko reaguje **delikatnie klepiąc np. w stopy**.
2. Jeśli dziecko nie reaguje i nie oddycha, **prosimy drugą osobę o wykonanie telefonu alarmowego 112**, a my **rozpoczynamy resuscytację**.
3. Odchylamy główkę lekko ku tyłowi (pozycja wachania/węszenia), jeszcze raz sprawdzając czy dziecko oddycha – **udrażniamy drogi oddechowe**.
4. Obejmujemy naszymi ustami jednocześnie usta i nos noworodka podając **2 wdechy**, sprawdzamy, czy unosi się klatka piersiowa.
5. Następnie wykonujemy dość szybko **30 uciśnień mostka** (np. liczymy raz – i – dwa – i – trzy – i, uciskając mostek na 1, 2, 3, a puszczając na „i”). Klatkę piersiową uciskamy na głębokość ok. 1/3 wymiaru poprzecznego, ręce odrywamy od klatki piersiowej tylko na czas podania oddechów.
6. **5-krotnie powtarzamy taki cykl (2 oddechy + 30 uciśnień)** i jeśli jesteśmy sami dopiero wówczas wykonujemy telefon alarmowy, wracając natychmiast do resuscytacji krążeniowo-oddechowej.
7. **Kontynuujemy resuscytację**.

Zapytaj swojego lekarza, jak układać dłonie na klatce piersiowej noworodka i jak głęboko powinno się uciskać klatkę piersiową.

KIEDY ZGŁOSIĆ SIĘ DO LEKARZA?

Gdy dziecko:

- ma temperaturę $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- wymiotuje
- jest letargiczne lub nadmiernie pobudzone
- ma biegunkę dłużej niż 24 godziny
- ma wzdęty, deskowaty brzuszec
- jest odwodnione – suche usta, ciemny, żółty mocz, mikcje raz na 6-8 godzin, zapadnięte ciemiączko (poproś pielęgniarkę lub lekarza jeszcze w czasie pobytu dziecka w szpitalu aby pokazali Ci jak to rozpoznać)
- występuje krew w stolcu lub wymiotowanej treści
- ma drgawki
- odmawia ssania pokarmu dłużej niż 6 godzin
- ma silnie zażółconą skórę (białka oczu)

15. POMOC PSYCHOLOGICZNA

A. SYTUACJA EMOCJONALNA RODZICÓW WCZEŚNIAKA

Czas oczekiwania, kiedy na świat ma przyjść dziecko, wywołuje zazwyczaj wiele pozytywnych emocji – wyczekiwania, radości, nadziei, szczęścia. Natomiast chwila, gdy dziecko rodzi się zbyt wcześnie, jest dla rodziców ogromnym zaskoczeniem. Nawet w sytuacji, kiedy rodzice spodziewają się, że poród może odbyć się przedwcześnie, to i tak prawie nigdy nie są na to emocjonalnie przygotowani. Bywa tak również wtedy, gdy ciąża nie przebiegała prawidłowo. **Zazwyczaj rodzice są zaskoczeni i przerażeni nową sytuacją.** Wielu rodziców doświadcza w tym okresie poczucia straty. Jest to strata oczekiwanego wspaniałego emocjonalnego związku z porodem czy pierwszym kontaktem z nowo narodzonym dzieckiem, wyobrażeń o tym, jak ta chwila powinna wyglądać. Rodzice czują się osamotnieni i zagubieni wśród wielu medycznych informacji, które otrzymują. Wtedy najbardziej brakuje im obecności bliskich i poczucia jedności. **Rodzice często obawiają się pierwszego spotkania z dzieckiem** w oddziale intensywnej terapii, boją się, że widok dziecka podłączonego do aparatury medycznej będzie dla nich bardzo trudnym przeżyciem. Czasem obawiają się też, że „pokochają” je, gdy rokowania są jeszcze niepewne i wtedy **ewentualna utrata będzie to dla nich jeszcze trudniejsza.** To normalne uczucia. Czasem **rodzice mają poczucie, że sytuacja ich przerasta**, że nie dadzą rady. Często **pierwszy kontakt z dzieckiem sprawia, że ta siła się pojawia.** To dziecko, takie małe i bezbronne, jednak chcące żyć, daje rodzicom siłę. Mówią: „ono daje radę, a my nie damy?”. Bardzo często rodzice wcześniaków mówią z dumą o swoim dziecku „mały wojownik”.

B. PIERWSZY KONTAKT Z DZIECKIEM

Czasem rodzice **mają problem z pierwszym kontaktem z dzieckiem.** Obawiają się, że widok małego i tak niedojrzałego maluszka, otoczonego przecież licznymi kablami i specjalistycznym sprzętem medycznym, może okazać się dla nich zbyt trudny. Ale jest **to niezwykle ważny moment** dla budowania wzajemnych relacji z dzieckiem, warto się więc przygotować na to spotkanie. Jeżeli wcześniej nie mieliście kontaktu z oddziałem neonatologii, **warto zobaczyć zdjęcia lub filmy** z takiego oddziału, żeby przygotować się na to, czego możecie się spodziewać. Czasem mamy, których cięższe są zagrożone porodem przedwczesnym, odwiedzają wcześniej oddział neonatologii, gdzie po urodzeniu będzie przebywało ich dziecko. Jest to niezwykle wzruszający, ale i ważny moment, gdyż po porodzie mama jest lepiej przygotowana do widoku otoczenia, w którym pierwszy raz zobaczy swojego maluszka. Tata w tym okresie odgrywa bardzo ważną rolę – często to on pierwszy ma kontakt z oddziałem neonatologii, jest łącznikiem między mamą a dzieckiem, a także lekarzem prowadzącym, pielęgniarką czy położną i pozostałym personelem oddziału. Tata robi zdjęcia i przekazuje мамie informacje o stanie zdrowia dziecka.

To on, znając potrzeby swojej partnerki, przekazuje je w taki sposób, aby było to dla niej najodpowiedniejsze. Obecność taty jest w tym okresie ważna także ze względu na zapewnienie мамie wsparcia i opieki.

C. ROZMOWA Z LEKARZEM PROWADZĄCYM

Kontakt z lekarzem Waszego dziecka **może być początkowo trudny, głównie ze względu na trudne, ambiwalentne emocje** pojawiające się w tym okresie. Napięcie emocjonalne, którego doświadczacie utrudnia koncentrację i prowadzi do tzw. myślenia tunelowego. Może to sprawić, że z rozmowy z lekarzem nie będziecie pamiętać większości szczegółów, czasem bardzo istotnych. Dlatego ważne jest, abyście w trakcie takiej rozmowy byli **obecni oboje.** Dobrze jest też do takiej rozmowy się wcześniej przygotować. Można **zapisać na kartce**, jakie pytanie chcielibyście zadać lekarzowi opiekującemu się Waszym maluszkiem. Ważny jest też moment samej rozmowy – lekarz powinien mieć na taką rozmowę czas. Rodzice muszą pamiętać, że oddział neonatologii to również oddział intensywnej opieki medycznej, gdzie lekarz bardziej niż na innych oddziałach jest zaangażowany w opiekę nad pacjentami – warto więc zapytać lekarza, kiedy na taką rozmowę będzie **najodpowiedniejszy moment i kiedy będzie mógł poświęcić na nią czas.** Warto też zapisać sobie najważniejsze informacje i w kolejnej rozmowie wrócić do niezrozumianych zwrotów czy określeń. **Nie należy się obawiać pytać o rzeczy, których nie rozumielście.** Rodzice często boją się oceny ze strony lekarza czy pozostałego personelu medycznego. Nie obawiajcie się – każda osoba pracująca w oddziale neonatologii wie, jaki stres i zagubienie towarzyszy Wam podczas takiej rozmowy czy odwiedzin dziecka. Stan ten nie będzie trwał długo, bardzo silne emocje pojawiają się zazwyczaj na początku, czyli w okresie akomodacji do nowych warunków.

D. RELACJE PARTNERSKIE – WZAJEMNE WSPARCIE

W relacji partnerskiej ważne jest rozumienie indywidualnych potrzeb każdego z rodziców. Pamiętajcie, że **każdy z Was ma prawo do odmiennych uczuć i odmiennego sposobu ich wyrażania i przeżywania.** Ważne jest, żeby akceptować uczucia partnera i okazywać mu dużo wsparcia. Właśnie tego w tej chwili potrzebujecie najbardziej. Z badań wynika, że rodzice wcześniaków różnią się nasileniem odczuwanego stresu i stosowanymi strategiami radzenia sobie z nim. Dlatego też warto podążać za potrzebami partnera i nie wymagać od niego takiego samego przeżywania trudnych emocji co my. Czasem mama może mieć poczucie, że tata za mało przejmuje się stanem zdrowia dziecka, a tata mieć poczucie, że mama reaguje zbyt emocjonalnie, ale pamiętajcie, że każde z Was reaguje po prostu inaczej.

Pamiętajmy, że **Wasza wspólna walka o życie i zdrowie dziecka**, może być jedną z trudniejszych chwil jakie pojawią się w Waszym życiu i to, jak teraz sobie poradzicie, jak będziecie dla siebie bliscy i wspierający, będziecie pamiętać przez całe życie.

Ważne, aby być wtedy ze sobą razem, mieć poczucie jedności, akceptacji uczuć i zachowań, być też wrażliwym na indywidualne potrzeby partnera.



E. MAMA WYCHODZI DO DOMU

Mama wypisywana jest do domu po kilku dniach, **dziecko zostaje w szpitalu znacznie dłużej**. Nie wszystkie oddziały neonatologiczne dysponują miejscami dla rodziców (ale w każdym szpitalu rodzice znajdą informacje o internatach dla rodziców lub hotelach współpracujących ze szpitalem). To **szczególnie trudny moment dla mamy maluszka**. Mama ma poczucie, że jej więź z dzieckiem zostaje zaburzona i znów rodzic musi znaleźć sposób na dopasowanie się do nowej rzeczywistości. Często płacze lub odczuwa złość, że musi być jeszcze bardziej rozdzielona ze swoim dzieckiem. Nie bardzo wie, jak odnajdzie się w nowej sytuacji, jak sobie poradzi, również z trudnymi emocjami, takimi jak smutek czy żal.

Bardzo ważna jest w tym momencie **rola rodziny i partnera** będących źródłem wsparcia dla mamy. Rodzina może pomóc w codziennych czynnościach, jak goto-

wanie, sprzątanie, pomoc przy starszym rodzeństwie – jest to nieocenione. Mama może nie mieć nastroju, a często i siły, na zajmowanie się sprawami życia codziennego. Mama wcześniaka często ma poczucie, że nie ona jest teraz najważniejsza i trudno jej zadbać o swoje potrzeby. **Ważne jest, by mama zrozumiała, że dbając o siebie, o swoją dobrą kondycję fizyczną i psychiczną, łatwiej nawiąże więź z dzieckiem i lepiej zadba o jego potrzeby**. Ważna jest też pomoc partnera i rodziny, przede wszystkim uważność na potrzeby mamy w tym okresie.

F. DZIECKO OPUSZCZA INKUBATOR

Od tego momentu **rodzic ma możliwość innego rodzaju kontaktu z dzieckiem**. Jest to kolejny etap w dochodzeniu dziecka do zdrowia, a dla rodzica powód do radości. Jednak czasem zdarza się, że rodzice oprócz radości czują też niepokój. Dzieje się tak dlatego, że rodzice zdążyli już przyzwyczaić się do opieki nad dzieckiem przebywającym w inkubatorze. Każda zmiana, nawet ta najlepsza dla dziecka, może być dla rodzica źródłem lęku. Czasem rodzice utożsamiają inkubator z bezpiecznym azylem chroniącym ich dziecko. Boją się, że maluszek może sobie nie poradzić i że od tej chwili jest bardziej narażony na czynniki zewnętrzne (np. infekcje). Wydaje się Wam, że dziecko będzie musiało sobie radzić samo. Ale to kolejny ważny i rozwojowy etap w życiu Waszego dziecka. Niezwykle istotną rolę personelu medycznego jest odpowiednie przygotowanie rodzica na tę zmianę, a rolą rodzica dopytanie o to, co Was niepokoi. Oczywiście rodzice muszą się do tej zmiany przyzwyczaić i to naturalne, że boją się, czy ich dziecko sobie poradzi. Od tego momentu zmienia się też rola rodzica, będzie mieć teraz znacznie łatwiejszy dostęp do opieki nad dzieckiem.

G. PRZYGOTOWANIE PSYCHICZNE RODZICÓW DO PRZEJĘCIA OPIEKI NAD NOWORODKIEM PO WYPISIE

To szczególny **długo wyczekiwany moment w życiu rodziny**. Jedno z najmilszych, ale też trudnych wyzwań, jakie stoją przed rodzicami maluszków urodzonych zbyt wcześnie. Dla niektórych rodziców może to być moment szczególnie trudny. Z jednej strony to ogromna radość, z drugiej strony lęk o to, czy sobie poradzimy? Czy dziecko już na pewno jest w tak dobrej kondycji zdrowotnej? Czy na pewno nie musimy się martwić? Pojawiają się też pytania: na co muszę zwrócić szczególną uwagę? Do kogo się zwrócić, gdy coś nas zaniepokoi? Co robić w sytuacjach nagłych?

Rodzice martwią się, że ich jeszcze niedawno takie kruche i delikatne dziecko, do tej pory monitorowane i otoczone opieką wielu specjalistów, teraz będzie pod opieką tylko ich – rodziców. Pojawiają się wątpliwości o poczucie kompetencji.

Nie martwcie się – **o możliwości wypisu dziecka do domu zostaniecie odpo-**

wiednio wcześniej poinformowani przez lekarza prowadzącego, zajmującego się dzieckiem w oddziale.

Żeby zminimalizować silny lęk związany z wyjściem dziecka do domu, należy się do tej sytuacji wcześniej dobrze przygotować. Klika dni przed wyjściem do domu mamy jeszcze czas na intensywniejsze i bardziej samodzielne zaangażowanie się w opiekę nad dzieckiem.

Pamiętajcie, że **im wcześniej zaangażujecie się w opiekę nad dzieckiem**, kiedy jeszcze przebywa w oddziale, **tym lepiej będziecie sobie radzić później** i tym mniejszy będziecie odczuwać lęk i obawy, czy na pewno sobie poradzicie. Nauczycie się obserwacji maluszka i adekwatnego reagowania na jego potrzeby. To sprawi, że chwila wyjścia do domu będzie dla Was tylko pełnią szczęścia i radości.

Pamiętajcie też, że oczywiście **rodzic ma prawo poczuć się niepewnie**, jest to spowodowane wcześniejszą walką o życie i zdrowie dziecka. Jednak takie wcześniejsze zaangażowanie daje możliwość na rozwianie wszelkich wątpliwości dotyczących opieki nad dzieckiem, otrzymania **odpowiedzi zwrotnych na wszystkie nurtujące Was pytania**. Możecie również w razie konieczności zakupić lub wypożyczyć odpowiedni sprzęt, ułatwiający Wam przynajmniej na początku ocenę parametrów życiowych dziecka, monitorowania oddechu – to sprawi, że poczujecie się pewniej i bezpieczniej. Ale pamiętajmy też, że nie w każdym przypadku taki sprzęt będzie Wam potrzebny. Warto wcześniej zapytać o to lekarza opiekującego się Waszym dzieckiem.

Warto też wcześniej skontaktować się z lekarzem rodzinnym i zapytać, na jaką formę kontaktu w razie potrzeby, czy pojawiających się wątpliwości będzie mogli liczyć (np. kontakt telefoniczny). Jeżeli uznacie, że kontakt z **Waszym lekarzem rodzinnym lub pediatrą** jest niewystarczający, warto poszukać informacji, gdzie i jak możecie się skontaktować z innym lekarzem pediatrą lub neonatologiem w sytuacjach nagłych. W pierwszych tygodniach po powrocie do domu Wasz maluszek będzie też pod opieką **położnej środowiskowej**, która będzie dla Was wsparciem i odpowie na każde nurtujące Was pytanie, pomoże także w sprawach związanych z pielęgnacją czy karmieniem Waszego maluszka.

H. STAN EMOCJONALNY RODZICÓW WCZEŚNIAKÓW

RADZENIE SOBIE ZE STRESEM

Z badań wynika, że rodzice dzieci urodzonych przedwcześnie częściej w radze-

niu sobie z trudną sytuacją stosują **style skoncentrowane na emocjach, czyli mniej korzystne**. Styl taki charakteryzuje się przeżywaniem głębokich emocji związanych z zaistniałą sytuacją. Innym **korzystniejszym stylem radzenia sobie ze stresem jest styl skoncentrowany na rozwiązaniu problemu**, czyli styl zadaniowy. Skupiacie się wówczas nie na tym, co czujecie, ale głównie na tym, co możecie w danej sytuacji zrobić.

Pamiętajcie, że **każdy z nas radzi sobie ze stresem inaczej**. Każdy z nas posiada zasoby osobiste, z których w sytuacjach trudnych korzysta. Dobrze jest odwołać się do wcześniejszych doświadczeń. Pomyśleć o jakiejś szczególnie trudnej sytuacji, której doświadczyliście w życiu i o tym, jak sobie wtedy poradziście. Jest duże prawdopodobieństwo, że teraz pomimo odmiennej sytuacji te same zasoby pozwolą Wam przetrwać szczególnie trudne chwile i poradzić sobie z nimi.



TRUDNE EMOCJE

Repertuar emocji mogących się pojawić jest ogromny. Po porodzie mama może odczuwać poczucie pustki. To poczucie jest spowodowane nienaturalną sytuacją rozdzielenia z dzieckiem. Trudne emocje mogące się pojawiać to strach, poczucie winy, niedowierzanie, zaskoczenie, złość, smutek, bezsilność, bezradność, niepewność co do przyszłości, czasem tej bardzo odległej, ale też nadzieja. Emocje te mogą się pojawić na każdym etapie opieki nad wcześniakiem i są bardzo naturalne. Ważne jest, jak sobie z nimi poradzimy.

Często rozmowa o tych trudnych odczuciach jest bardzo pomocna, często pojawia się wtedy płacz i poczucie niesprawiedliwości. Opowiedzenie o uczuciach i odreagowanie emocji jest ważnym elementem procesu adaptacji. Bardzo pomocne w tym procesie jest wsparcie partnera, rodziny czy psychologa. **Oboje z rodziców przeżywają trudne chwile**, oboje bardzo martwią się o swojego maluszka.

Ważne jest żebyście **troszczyli się o siebie wzajemnie**. Pamiętajcie, że **nie ma lepszego lub gorszego przeżywania trudnych emocji, każdy ma swój indywidualny styl**. Dlatego też nie możemy oczekiwać, że nasz partner zachowa się w identyczny sposób jak my. Ale możemy oczekiwać od niego, że zrozumie nasze uczucia, nie będzie ich bagatelizować i pomoże nam się z nimi uporać.

POCZUCIE WINY

Często rodzice **za wszelką cenę chcą wyjaśnić, jaka była przyczyna porodu przedwczesnego**, czy można było temu zapobiec, czy na pewno. Wy rodzice, zrobiliście wszystko, żeby do przedwczesnego porodu nie dopuścić, np. czy wybraliście właściwego lekarza lub czy lekarz właściwie prowadził ciążę. Czasem rodzic odreagowując emocje, przeżywa każdą chwilę z przed porodu raz jeszcze, chcąc się upewnić, że nie zrobił czegoś, co mogło się przyczynić do tej sytuacji.

WSPARCIE

Ogromnie ważna jest **otwartość na przyjmowanie pomocy od innych**. Wsparcie rodziny, przyjaciół jest o tym, czego nie zauważamy, ale jest nam ono bardzo potrzebne. Pamiętajcie, że rodzina często bardzo chce Wam pomóc, tylko często nie wie jak to zrobić. Pamiętajcie, żeby **jasno mówić o własnych potrzebach i oczekiwaniach**. Bardzo ważne w tym okresie jest poproszenie o wsparcie. **Wasi bliscy bardzo chętnie Wam pomogą, ale potrzebują wskazówek**, czego w tym trudnym czasie najbardziej potrzebujecie.

Nieocenionym źródłem wsparcia są **inni rodzice wcześniaków**. Rodzice bardzo chętnie **dzielą się swoimi doświadczeniami z innymi rodzicami** dzieci przebywających na tym samym oddziale. Wymianie informacji i doświadczeń sprzyja wspólnie spędzony czas np. w pokoju dla rodziców. Tam rodzice nawiązują przyjaźnie, wspierając się i troszcząc się o siebie wzajemnie.

Bardzo szczególnym miejscem dla rodziców może być też **internetowa grupa wsparcia, np. wcześniak.pl, kochajmniepoprosto czy inne podobne strony internetowe przeznaczone dla rodziców dzieci urodzonych za wcześnie**. Można tam podzielić się swoimi radościami, smutkami, obawami. Można podzielić się

własnymi emocjami oraz zobaczyć, w jaki sposób radzą sobie inni rodzice i jakie formy radzenia sobie z powodzeniem stosują. Oczywiście nie ma jednej uniwersalnej, najlepszej metody, bo każdy z nas jest inny. Ale zawsze warto zobaczyć, czy może inny sprawdzony sposób radzenia sobie nie byłby i w Waszym przypadku pomocny. Jest to też nieocenione źródło informacji, skarbnica wiedzy na temat życia codziennego z wcześniakiem, praktycznych informacji o tym, gdzie uzyskać pomoc w leczeniu czy rehabilitacji dziecka. Rodzice dzielą się własnymi doświadczeniami, dając innym rodzicom siłę. Przynależność do takich grup wsparcia da Wam poczucie, że nie jesteście sami.

KONTAKTY Z PRZYJACIÓŁMI

W rozmowach z rodzicami często pojawia się pytanie „ale po co, oni nas nie rozumieją, mamy teraz tak różne problemy”, „nie chcemy obarczać znajomych swoimi problemami” jednak ale w kontaktach z przyjaciółmi nie musicie rozmawiać o szpitalu czy lęku. W takich relacjach **na chwilę możecie odreagować i porozmawiać o czymś innym**. Ważne jest żeby to **zrobić bez poczucia winy**. Nie wszystkim rodzicom są takie spotkania potrzebne, ale tym którzy z kontaktów towarzyskich czerpali dużą satysfakcję – na pewno. Często może być tak, że znajomi czy przyjaciele nie wiedzą, jak się w tej sytuacji zachować, co powiedzieć, jak Wam pomóc. Warto zadzwonić do przyjaciół i chwilę z nimi porozmawiać – to może być pierwszy krok do powrotu do „normalności” poza szpitalnej.

Pamiętaj, że **personel szpitala również może stanowić dla Was nieocenione źródło wsparcia, z którego zawsze warto skorzystać**.

CO MOŻE ZANIEPOKOIĆ W ZACHOWANIU MAMY?

Po porodzie w organizmie mamy pojawia się **wiele zmian hormonalnych**. Pod ich wpływem zachowanie mamy może być bardziej chwiejne niż dotychczas. Natomiast długo trwająca zmiana zachowania mamy powinna nas jednak interesować.

Jeżeli nie jesteście pewni, czy zachowanie mamy mieści się w normie i czujecie się tym zaniepokojeni, skonsultujcie się z lekarzem lub pielęgniarką środowiskową. Możecie skorzystać z ogólnodostępnych narzędzi pomagających w **diagnozowaniu objawów depresji**. Narzędziem najczęściej stosowanym w tym celu, które możecie dla własnej informacji wstępnie zastosować, jest **skala depresji poporodowej** – Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) dostępna na stronie internetowej: **depresja-poporodowa.pl**. Pamiętajmy, że zdiagnozowanie depresji poporodowej **zawsze należy jednak do lekarza psychiatry**. Kiedy powinniśmy zgłosić się do lekarza? **Jeżeli niepokojące objawy trwają dłużej niż 2 tygodnie**. Objawy, które powinny nas zaniepokoić, są związane z różnymi sferami życia mamy.

W SFERZE FUNKCJONOWANIA EMOCJONALNEGO

objawami mogącymi się pojawić są:

- nadmierna płaczliwość
- smutek
- utrata radości życia
- trudności z odczuwaniem przyjemności
- długotrwałe przygnębienie
- drażliwość

W SFERZE FUNKCJONOWANIA FIZYCZNEGO

objawami mogącymi się pojawić są:

- utrata apetytu lub wzrost apetytu
- nadmierne zmęczenie
- senność
- trudności z zasypianiem i snem
- częste budzenie się

Przy depresji poporodowej, której matka zaprzecza, **mogą pojawić się charakterystyczne objawy somatyczne takie jak bóle serca, brzucha, migreny** – są to często objawy tzw. depresji maskowanej.

W SFERZE MOTYWACYJNEJ najczęstsze objawy to:

- spowolnienie motoryczne
- poczucie braku sensu życia
- apatia
- niechęć do działania

W SFERZE POZNAWCZEJ najczęstszymi objawami są:

- poczucie bezradności i beznadziei
- poczucie nieradzenia sobie
- braku kompetencji do zajmowania się dzieckiem
- obniżona samoocena
- brak pozytywnych oczekiwań co do przyszłości
- myśli samobójcze lub chęć zrobienia dziecku krzywdy – te dwa objawy wymagają natychmiastowej konsultacji psychiatrycznej

Depresja poporodowa często **bywa mylona z tzw. syndromem baby blues**, nie jest to jednak to samo. Baby blues często nazywane jest przygnębieniem poporodowym – to okresowa zmiana samopoczucia kobiety pod wpływem reakcji hormonalnej po porodzie. Poporodowa burza hormonalna wiąże się z labilnością emocjonalną, nas- trój kobiety po porodzie może być skrajnie zmienny, od radości do przygnębienia, mama może być w tym okresie o wiele bardziej płaczliwa. Oczywiście syndrom ten może również wystąpić u mam wcześniaków. Charakterystycznymi objawami baby blues mogą być: płaczliwość, utrata zainteresowania dzieckiem, zmęczenie, złe samopoczucie, labilność emocjonalna, czasem pobudzenie, wzmożona aktywność i lęk przed poradeniem sobie z nową sytuacją.

Zjawisko to możemy podzielić na fazy w zależności od momentu wystąpienia obja- wów: **PIERWSZA FAZA** występuje do trzech dni po porodzie. W tym czasie mama czu- je się zmęczona, smutna, rozdrażniona, może nie być w dostatecznym stopniu zainte- resowania opieką nad dzieckiem. **DRUGA FAZA** może wystąpić nieco później, czasem między trzecim a dziesiątym dniem po porodzie. Jest to okres w którym mama przeży- wa jeszcze skrajne emocje, ale zaczyna coraz chętniej opiekować się maluszkiem. **Baby blues mija samoistnie i nie wymaga leczenia farmakologicznego.**

Jeżeli mama miała wcześniej kontakt z psychiatrą, warto umówić ją na wizy- tę konsultacyjną u specjalisty, ponieważ urodzenie dziecka przedwcześnie za- wsze wiąże się dużym stresem i może być to sytuacja, w której mama w związku z wcześniejszymi doświadczeniami może sobie znacząco gorzej radzić. Pamiętaj- my, że **depresja poporodowa zawsze wymaga konsultacji u specjalisty**. U ro- dziców wcześniaków w obrazie klinicznym depresji poporodowej mogą też pojawić się napady lęku i paniki, mogące być objawem syndromu poporodowego stresu pourazowego PTSD. Z badań wynika, że część mam doświadcza charaktery- stycznych objawów PTSD. Jeżeli te objawy się pojawiają warto, a nawet należy umówić się na wizytę u psychologa.

FARMAKOTERAPIA I PSYCHOTERAPIA W LECZENIU DEPRESJI POPORODOWEJ

Rodzice podchodzą bardzo sceptycznie do farmakoterapii w okresie połogowym. Przede wszystkim obawiają się, że przyjmowanie leków pozbawi mamę możli- wości naturalnego karmienia swojego dziecka. Bywa to często przyczyną unikania lub odwrócenia kontaktu z lekarzem psychiatrą, pomimo zauważenia niepokoją- cych objawów. W rzeczywistości **przyjmowanie leków nie oznacza rezygnacji z karmienia naturalnego**. Ważnym jest oczywiście umiejętne dopasowanie rodzaju i dawki leku do objawów. Niskie dawki odpowiednio dobranych leków antydepre- syjnych mogą być bezpieczne dla dziecka, a korzyści dla mamy bardzo znaczące. Mama, która ma nasilenie objawów depresji, nie będzie potrafiła nawiązać praw- dowych relacji z dzieckiem.

W leczeniu depresji poporodowej warto skorzystać z psychoterapii, która ma na celu nie tylko uporanie się z kryzysem, ale też pomoże w odnalezieniu się w nowej roli – mamy. Pozwoli poprawić relacje z partnerem, jeżeli tego wymagają, pomoże również w nawiązaniu prawidłowych relacji z dzieckiem. Czasem najodpowiedniejszym sposobem na powrót do zdrowia będzie **połączenie farmakoterapii z psychoterapią**.

SPECYFICZNE PROBLEMY RODZICÓW Z WIĘCEJ NIŻ JEDNYM DZIECKIEM

Gdy spodziewacie się więcej niż jednego dziecka, istnieje ogromne prawdopodobieństwo, że Wasze dzieci urodzą się przedwcześnie. Warto się więc na taką ewentualność przygotować. Jest to niewątpliwie specyficzna i trudna sytuacja, nie tylko pod względem logistycznym, ale również emocjonalnym i fizycznym. Gdy mama nosi pod sercem więcej niż jedno dziecko, zawsze jest to cięża podwyższonego ryzyka.

Nie zawsze po urodzeniu Wasze dzieci będą razem w sali, czasem jedno z dzieci znajduje się w oddziale opieki pośredniej, a drugie w części opieki intensywnej. Czasem jedno z dzieci może zostać z mamą na Oddziale Położniczym, a drugie w Oddziale Neonatologii, wówczas trudno jest pogodzić ze sobą opiekę nad dwójką maluchów. Oprócz wyczerpania fizycznego, **mama może mieć większe poczucie nieradzenia sobie z nową sytuacją**. Potrzebna będzie **pomoc i wsparcie partnera i opracowanie logistycznego planu działania**. Należy pamiętać, że rozkładanie czasu poświęcanego każdemu dziecku jest **ważne dla rodziców i dla każdego maleństwa**. Jeżeli wspólnie z partnerem odwiedzacie dzieci, **warto, aby każde z nich spędziło czas i z mamą, i z tatą osobno, pamiętajcie też jednak o czasie spędzanym wspólnie z obojgiem rodziców**. Choć organizacyjnie jest to sytuacja o wiele trudniejsza i bardziej czasochłonna, warto o nią zadbać.

Pamiętajcie, że **nie wszystkie Wasze dzieci muszą opuścić oddział w jednym czasie**. Warto wtedy przemyśleć logistycznie przygotowanie się na taką ewentualność: zorganizować opiekę nad jednym dzieckiem i zajmować się równocześnie tym, które przebywa jeszcze w oddziale szpitalnym. Czasem rodzice sprzeciwiają się zabraniu jednego z dzieci do domu i pozostawieniu drugiego, ponieważ organizacyjnie jest to sytuacja o wiele trudniejsza, jest dla nich także trudna emocjonalnie. Rodzice, opiekując się troskliwie dzieckiem w domu, mogą mieć poczucie tęsknoty, żalu czy winy w stosunku do dziecka pozostającego w szpitalu. Dobrze jest wtedy pomyśleć, co możemy zrobić, żeby ten czas był dla Was łatwiejszy. Warto zastanowić się nad tym wcześniej i również na taką ewentualność się przygotować.

SAMOTNE RODZICIELSTWO

Może się tak zdarzyć, że mama nie może liczyć na wsparcie partnera. Powody tej sytuacji mogą być bardzo różne. Wtedy poczucie osamotnienia czy lęku może być znacznie nasilone.

Szczególnie ważne jest, by mama otwarcie mówiła, że potrzebuje więcej wsparcia. Była **gotowa i otwarta na przyjęcie pomocy ze strony innych. Nie obawiała się oceny swojej sytuacji**. Takie sytuacje się zdarzają, a personel oddziału jest na nie dobrze przygotowany.

CO MOŻNA ZROBIĆ DLA SIEBIE?

Mama powinna **zadbać o siebie bez poczucia winy**. Często mamy mówią: „Ale jak mam to zrobić? Przecież moje dziecko walczy o życie, jest w szpitalu, samo, a ja mam zadbać o siebie?”. Jednak mama musi zadbać o swoje **podstawowe potrzeby**, przede wszystkim sen i jedzenie, aby móc dobrze zaopiekować się swoim maluszkiem. Zadbać o **relacje z partnerem**, który jest największym źródłem wsparcia nie tylko emocjonalnego, ale również fizycznego. Zawsze razem łatwiej poradzić sobie z trudnościami.

To, jak poradzicie sobie w tej sytuacji, będzie to Waszym zasobem na przyszłość, a Wasze relacje będą o wiele silniejsze. Być może tym, co będziecie pamiętać z tych trudnych chwil najbardziej, będzie to, że mogliście na siebie liczyć.

Pamiętajmy, że **stan psychiczny rodziców może wpłynąć na jakość kontaktów z dzieckiem**, które są kluczowe nie tylko dla jego rozwoju psychicznego. Jest też ważnym elementem w budowaniu poczucia kompetencji rodzicielskich i zmniejszeniu negatywnych skutków wcześniactwa.

Ważna jest też **umiejętność i gotowość do korzystania z dostępnych Wam źródeł wsparcia**. Kontakt z psychologiem w trakcie pobytu dziecka w szpitalu pomoże nie tylko zadbać o lepszą kondycję psychiczną, może także złagodzić poczucie osamotnienia, ułatwić odnalezienie się w codzienności przebywania na oddziale neonatologicznym, pomóc w dobrym kontakcie z dzieckiem i nawiązaniu więzi.



prof. dr hab. n. med. **Ewa Gulczyńska**
dr n. med. **Izabella Michałowska-Wieczorek**
mgr **Wioletta Cedrowska-Adamus**
mgr **Beata Rochmińska**
mgr **Anna Raczyńska**