

Dorota Kochman¹, Anna Szmyt²

¹Adiunkt na Wydziale Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej we Wrocławku

²Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej we Wrocławku, Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej, Poradnia Pediatria w Ciechocinku

Edukacja rodziców niemowląt w kontekście zespołu nagłej śmierci niemowląt

The parents' children education in context of Sudden Infant Death Syndrome

Adres do korespondencji:

dr n. med. Dorota Kochman
Wyższa Szkoła Humanistyczno-
-Ekonomiczna
Wydział Pedagogiki i Nauk
o Zdrowiu
Kierunek Pielęgniarstwo
Pl. Wolności 1
87-800 Wrocławek
tel.: (0 54) 230 42 17
faks: (0 54) 230 42 14
e-mail:
d_kochman@poczta.onet.pl

STRESZCZENIE

Zgodnie z przyjętą definicją, SIDS to nagły zgon niemowlęcia bez uchwytnych zmian patologicznych. Medycyna do dziś nie znalazła odpowiedzi na pytanie, co jest jego przyczyną. Przypuszczalnie SIDS jest niejednorodnym zespołem o różnych przyczynach, które pozostają nieznanne dla współczesnej medycyny. Istnieje kilka teorii, według których SIDS łączy się między innymi z nieprawidłową strukturą snu, nieprawidłowościami w mięśniu sercowym, zaburzeniami strukturalnymi i czynnościowymi mózgu, nieprawidłowościami w układzie oddechowym, nadmiernym wydzielaniem w centralnym układzie nerwowym substancji zwanych endorfinami, które, działając podobnie do morfiny, prowadzą do śmiertelnego zatrucia. Prowadzone na całym świecie badania nie przyniosły jak dotąd jednoznacznego wyjaśnienia przyczyn SIDS. Jako jedną z możliwych wymienia się jednak bezdech niemowląt, czyli nagłe zatrzymanie oddechu. Najsilniejszą i do tej pory jedyną bronią w walce z SIDS jest edukacja oraz systematyczne dostarczanie wszystkim zainteresowanym stronom aktualnych i kompletnych informacji na temat możliwości minimalizowania zagrożenia.

Problemy Pielęgniarstwa 2008; 16 (1, 2): 205-213

Słowa kluczowe: zespół nagłej śmierci niemowląt (SIDS), niemowlę, edukacja

ABSTRACT

According to a well-approved definition, SIDS is a sudden death of an infant without any apparent abnormalities. The cause of this situation has not been discovered by medicine yet. Nevertheless, as it seems, SIDS is a non-homogeneous complex with a whole range of causes which remain unknown to modern medicine. There are a number of theories that associate SIDS with abnormal sleep, abnormalities in the cardiac muscle, structural and functional brain disorders, respiratory system disorders, excessive endorphin secretion in the central nervous system, which leads to fatal poisoning similar to morphine poisoning. Wide-scale, worldwide research has not yet resulted in proposing an unambiguous explanation of the possible causes of SIDS. One of the assumed causes is sleep apnoea, or pauses in breathing during sleep. For the time being, the most efficient, and alas the only, weapon in the battle with SIDS seems to be education and systematic provision of crucial information on minimising the risk to all interested parties.

Nursing Topics 2008; 16 (1, 2): 205-213

Key word: Sudden Infant Death Syndrome (SIDS), infant, education

Wstęp

SIDS jest powszechnie przyjętym w piśmiennictwie medycznym skrótem pochodzącym od angielskiego sformułowania *Sudden Infant Death Syndrome*. Nie jest to dosłowne określenie choroby ani zespołu chorobowego, ale rodzaj naturalnej, nagłej, niespodziewanej śmierci, której przyczyn nie wyjaśniają wyniki badań pośmiertnych ani historia przyżyciowa [1].

Przebieg tragedii „śmierci bez patologii” jest niemal schematyczny: u pozornie zdrowego niemowlęcia, układanego do snu bez cienia podejrzeń, następuje nagła śmierć. Niemowlę zostaje znalezione martwe, a żadne badania autopsyjne nie wyjaśniają przyczyny zgonu. Według definicji, SIDS rozpoznać możemy tylko wtedy, gdy wykluczmy jakąkolwiek przyczynę zgonu na podstawie danych z wywiadu i badania klinicznego.

Definicja i charakterystyka SIDS

Zespół nagłej śmierci niemowląt (SIDS, *Sudden Infant Death Syndrome*), według definicji „z wykluczenia” podanej w 1969 roku w Seattle, to „nagły zgon w pierwszym roku życia, niezajdujący uzasadnienia w przeprowadzonych badaniach pośmiertnych obejmujących patomorfologiczne badanie sądowo-lekarskie oraz analizę danych i okoliczności zgonu” [2].

Obecnie, według ustaleń ekspertów (ze Stanów Zjednoczonych, Europy, Australii i Nowej Zelandii), na spotkaniu, które odbyło się w styczniu 2004 roku w San Diego w USA, definicja SIDS brzmi: „nagły, nieoczekiwany zgon niemowlęcia związany z niepomyślnie przebiegającym epizodem zaburzeń w czasie snu, pozostający bez wyjaśnienia mimo badań pośmiertnych obejmujących pełne badanie sekcyjne oraz analizę okoliczności śmierci i danych z wywiadu” [3].

Zespół nagłej śmierci niemowląt jest, według obu definicji, nagłym, nieoczekiwanym zgonem niemowlęcia, którego przyczyn nie wyjaśnia wywiad chorobowy, okoliczności zgonu ani kompleksowe badania pośmiertne. Jest to zgon małego dziecka, które przez rodziców i lekarzy uważane było za zdrowe.

Staranne badania pośmiertne obejmują pełną autopsję, wizję lokalną i wywiad [4], a podstawą rozpoznania jest ujemny wynik patomorfologicznego badania sądowo-lekarskiego w przypadku nagłego, nieoczekiwanego zgonu niemowlęcia (SUDI, *Sudden Unexpected Death of Infant*) oraz ujemne wyniki pośmiertnych badań mikrobiologicznych [2].

Dramatyczne i trudne do wyjaśnienia zjawisko, jakim jest nagły zgon niemowlęcia w domu, w pierwszej kolejności angażuje lekarza rodzinnego lub pediatrę. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) rozpoczyna procedurę badania pośmiertnego, dokonując

ogłędzin i analizując okoliczności zgonu. Drugim etapem jest obowiązkowe badanie patomorfologiczne.

Wyróżnia się 3 kategorie nagłego zgonu niemowląt:

IA — obejmujące „klasyczne” przypadki SIDS u niemowląt między 21. dniem a 9. miesiącem życia, w pełni udokumentowane wynikami badań pośmiertnych.

IB — zgony niemowląt odpowiadające ogólnej definicji zespołu, ale bez pełnego udokumentowania okoliczności śmierci lub niekompletnie przebadane przez patologa (brak któregoś z obowiązujących badań, np. mikrobiologicznego, toksykologicznego lub obrazowego).

II — przypadki niespełniające niektórych warunków kategorii pierwszej, na przykład poniżej lub powyżej przyjętego zakresu wiekowego lub nieopisane szczegółowo okoliczności śmierci.

SIDS nie jest chorobą czy zespołem chorób, lecz rodzajem naturalnej śmierci. Jest to śmierć niewytłumaczalna i dramatyczna.

Istotną rolę w rozpoznaniu SIDS odgrywa analiza jakości opieki nad dzieckiem w domu oraz rozszerzony zakres standardowych badań pośmiertnych pogłębianych badaniami patomorfologicznymi wspartymi badaniami neuropatologicznymi, mikrobiologicznymi, biochemicznymi, obrazowymi i molekularnymi [5].

Analizując czynniki ryzyka SIDS, zwrócono uwagę między innymi na:

- pozycję niemowlęcia w czasie snu (na brzuszku czy na wznak),
- spanie w łóżeczku samemu czy z kimś dorosłym,
- ekonomiczne warunki rodziny,
- sposób żywienia dziecka (karmienie naturalne czy sztuczne),
- masę ciała matki,
- wiek matki,
- palenie papierosów przez matkę w czasie ciąży,
- ekspozycję na dym tytoniowy w miejscu, gdzie przebywa niemowlę,
- wiek ciążowy dziecka,
- masę urodzeniową,
- zakażenie,
- temperaturę otoczenia [6].

Epidemiologia

Zespół nagłej śmierci niemowląt występuje na całym świecie, a jego częstotliwość w określonych krajach jest trudna do określenia, głównie z powodu niewykonywania badań autopsyjnych w ubogich regionach świata. Może być niesłusznie przypisywany innym przyczynom lub nadużywany jako rozpoznanie w przypadku niewykonania wszystkich badań eliminujących wady lub czynniki infekcyjne. W krajach wysoko rozwinię-

tych, z niskim współczynnikiem zgonów niemowląt, SIDS jest na pierwszym miejscu wśród przyczyn umieralności — ponad 40% zgonów w ponoworodkowej grupie wiekowej.

Badania epidemiologiczne wykazały między innymi, że:

- SIDS występuje najczęściej między 2. a 4. miesiącem życia (rzadziej poniżej 1. miesiąca i powyżej 6. miesiąca),
- częściej dotyczy chłopców,
- częściej dotyczy bliźniaków, zarówno jedno-, jak i dwujajowych,
- występuje zwykle podczas snu nad ranem,
- częściej występuje w zimnym klimacie i w zimnych miesiącach roku, w czasie nasilenia infekcji wirusowych,
- predysponowane są dzieci urodzone przed terminem i/lub z niską masą urodzeniową ciała,
- zgon może być poprzedzony objawami łagodnej infekcji układu oddechowego (sapka, wyciek z nosa) lub przewodu pokarmowego (luźniejszy stolec, wymioty, niechęć do spożywania posiłków).

SIDS częściej zdarza się w środowiskach o niskim statusie społecznym, jednak stwierdza się jego występowanie także wśród dzieci żyjących w dobrych warunkach środowiskowych.

Występuje on w zależności od zróżnicowania geograficznego, z przewagą rozwiniętych krajów zachodniej półkuli (obecnie 0,6–0,7/1000 żywo urodzonych) i zachodniej Europy (0,4/1000), rzadziej na Dalekim Wschodzie. Dane z krajów Europy Środkowej, w tym również z Polski, są niepełne i mogą być zbliżone do danych zachodnioeuropejskich [2].

Współczynnik występowania zespołu nagłej śmierci łóżeczkowej waha się wśród żywych urodzeń około 0,4/1000 [7–9].

Stwierdzono istotne różnice rasowe, na przykład współczynnik występowania SIDS u Indian północnoamerykańskich i ludności murzyńskiej (2,9–5,9/1000) jest dość wysoki, natomiast zdecydowanie niższy wśród rasy żółtej (0,25–0,5/1000) [10].

W latach 90. przeprowadzono dwa globalne badania epidemiologiczne dotyczące SIDS [11]. Pierwsze z nich — Europejska Akcja przeciw Nagłej Śmierci Noworodka (ECAS, *European Concerted Action on Sudden Infant Death*) — było badaniem porównawczym, przeprowadzonym w 17 krajach europejskich, i objęło wnikliwą analizę dokumentacji medycznej wszystkich przypadków odpowiadających SIDS.

Drugi projekt — Międzynarodowe Studium Praktyk Opieki nad Dzieckiem (ICCPS, *International Child Care Practices Study*) — był badaniem nastawionym na prewencję. Jego celem było przyjrzenie się przebiegowi ciąży, porodu, historii położniczej oraz pewnym cechom socjodemograficznym matek badanych dzieci, dzięki czemu można było określić

związek tego wszystkiego z ryzykiem wystąpienia SIDS i wdrożyć kilka zapobiegawczych porad mających na celu modyfikację bądź wyeliminowanie niepożądanych czynników.

Edukacja rodziców

Edukacja zdrowotna jest procesem, w którym człowiek uczy się dbać o zdrowie własne i innych ludzi. To podstawowy warunek skutecznej profilaktyki na wszystkich poziomach. Aby móc zapobiec chorobom i uczestniczyć w ich wykrywaniu i leczeniu, należy mieć wiedzę na ten temat [12].

Podstawą edukacji rodziców w profilaktyce SIDS jest przekazanie szczegółowych informacji na temat zespołu. Zalecenia profilaktyczne przedstawione w poprzednim rozdziale są podstawą świadomego, zdrowego stylu życia oraz tak oczywistych, lecz nie do końca respektowanych zaleceń pielęgnacyjnych. Edukacja jest często sprawą prostą, jeśli dotyczy rodziców, którzy świadomie planują macierzyństwo. Jednak, jak wynika z przedstawionych wyżej czynników ryzyka, SIDS najczęściej dotyczy macierzyństwa „przypadkowego”, charakteryzującego się młodym wiekiem matki, niskim wykształceniem, niskim statusem socjoekonomicznym, samotnym macierzyństwem.

Biorąc pod uwagę czynniki ryzyka, należy rozpocząć edukację od wczesnych lat. Często opisywany czynnik — palenie tytoniu, zgodnie ze statystykami, świadczy o szerokim rozpowszechnieniu wśród ogółu społeczeństwa na całym świecie. Edukacja rodziców niemowląt w aspekcie profilaktyki zespołu nagłej śmierci niemowląt powinna dotyczyć trzech grup: 1) rodzice planujący narodziny dziecka, 2) rodzice oczekujący narodzin dziecka, 3) rodzice narodzonego dziecka.

Celem edukacji dla pierwszej grupy jest prezentacja zdrowego sposobu życia, z naciskiem na eliminację nałogów. Druga grupa powinna przede wszystkim, oprócz wyżej wymienionego celu, zapoznać się z przebiegiem ciąży, właściwą ochroną kobiety ciężarnej, wpływem szkodliwych czynników na rozwój dziecka. Celem edukacji dla grupy trzeciej jest zobrazowanie właściwej pielęgnacji noworodka i niemowlęcia.

Jedynym sposobem zapobiegania skutkom SIDS jest w pełni rozumiana profilaktyka. W przypadku SIDS nie ma leczenia, stąd im więcej informacji edukacyjnych dotrze do rodziców, tym statystyki mają z pewnością szansę na zmniejszenie swoich rozmiarów. W zaleceniach profilaktycznych chodzi głównie o korzystną modyfikację przyzwyczajzeń i kształtowanie zachowań zdrowotnych. Obowiązkiem pracowników ochrony zdrowia jest przekazywanie wiadomości spójnych i jednorodnych. Ze względu na dramatyzm zespołu SIDS, nie należy wśród rodziców wywoływać lęku czy paniki, a koncentrować się na za-

chęcaniu ich do zapewnienia dziecku optymalnych warunków bezpieczeństwa.

Zgodnie z podziałem na czynniki ryzyka wyszczególniona została grupa czynników niepodlegających modyfikacji i tych, które dają się zmodyfikować. Do drugiej grupy należą: pozycja dziecka w czasie snu, biernie palenie przez dziecko, wspólne spanie z rodzicami, sztuczne karmienie, przegrzewanie, nieodpowiedni, zbyt miękki materac, obecność w łóżeczku poduszki, smoczek przywiązany do tasiemki założonej na szyi.

Celem edukacji zdrowotnej jest nabywanie lub poszerzanie wiedzy na temat spraw wiążących się ze zdrowiem i czynników wpływających na wzrost lub spadek jego potencjału, dojrzała postawa wobec zdrowia, motywacja do działań dla zdrowia i dokonywanie zmian w swoim życiu.

Rolą pielęgniarki w zapobieganiu SIDS jest funkcja edukacyjna, polegająca na propagowaniu zachowań prozdrowotnych. Staranna obserwacja dziecka prowadzona przez rodziców i opiekunów, przy współpracy pielęgniarki, pod nadzorem lekarza, jest podstawą efektywnej edukacji [13].

Eliminacja czynników ryzyka SIDS polega na promocji właściwych zachowań zdrowotnych i stylu życia w rodzinach. Dotyczy to głównie zaprzestania palenia przez matkę tytoniu, poprawy jakości opieki przedporodowej, zapobiegania wcześniactwu, prorodzinnej polityki społecznej i skutecznej opieki socjalnej. Niezbędne są starania o rozpowszechnianie właściwych praktyk pielęgnacyjnych dotyczących ubierania niemowląt (raczej lekko) i układania do snu (na wznak z uwzględnieniem rzadkich przeciwwskazań).

Wzmocniony nadzór obejmuje monitorowanie czynności krążeniowo-oddechowej, które stosuje się u niemowląt z epizodami ALTE (*Acute Life-Threatening Event*), z przewlekłą chorobą płuc, z nawracającymi bezdechami. Dziecko zdrowe i rozwijające się prawidłowo nie wymaga monitorowania.

Użycie prostych monitorów (sygnalizatorów dźwięku) czynności oddechowej, często stosowane przez rodziców z własnej inicjatywy, pozwala na poczucie przez nich bezpieczeństwa i zmniejszenie lęku przed SIDS.

Edukacja zgodnie z zaleceniami krajowego konsultanta w dziedzinie neonatologii powinna być realizowana w placówkach medycznych dla rodziców noworodka od chwili planowania macierzyństwa, a potem kontynuowana przy wypisie ze szpitala do domu. Kolejne etapy edukacji w okresie połogowym spoczywają na położnych środowiskowych, a następnie na lekarzach pediatrach, lekarzach rodzinnych i pielęgniarkach środowiskowych.

Jest wiele tematów, o których rodzice powinni wiedzieć:

— Karmienie piersią — obecnie uważane jest za jedyny prawidłowy sposób karmienia noworodków i niemowląt, zapewniający im optymalny stan zdrowia.

Mleko kobiece jest najlepszym pokarmem dla dziecka, zawiera duże stężenie składników wykorzystywanych do intensywnego rozwoju i przyrostu masy mózgu, takich jak laktoza, wielonienasycone kwasy tłuszczowe czy tauryna. Swoista specyficzność mleka kobiecego jest nie do odtworzenia, nie można go zastąpić innym pożywieniem bez negatywnych skutków zdrowotnych.

- Właściwa pozycja ułożeniowa w czasie snu — na wznak, o ile nie ma przeciwwskazań, zapobiega zapadaniu się mięśni górnych dróg oddechowych stanowiących przeszkodę w ich drożności i przeciwdziała ewentualnemu uduszeniu się. Nie zaleca się poduszki i pościeli z pierza.
- Bezwzględny zakaz palenia — biernie palenie przez małeństwo może wpłynąć na jego dalszy rozwój psychofizyczny. Nikotyna odpowiedzialna jest za obniżenie odporności, a jednocześnie powoduje wzrost zakażeń, głównie dróg oddechowych.
- Ubiór dziecka powinien być lekki, noworodka nie należy ściśle zawijać w kocyki czy kołderki, lecz pozostawiać mu swobodę i możliwość bliższego kontaktu emocjonalnego z matką.
- Uodpornienie — wiąże się ono w profilaktyce SIDS z obowiązkiem realizacji przez rodziców kalendarza szczepień, systematycznego stawiania się na wezwania do punktu szczepień.
- Unikanie przegrzewania — utrzymanie temperatury 17–20°C i odpowiedniej wilgotności w pomieszczeniu, w którym przebywa dziecko.
- Lokalizacja łóżeczka dziecka w pokoju rodziców lub jego pobliżu.

Aby zapobiec SIDS, należy wiedzieć, dlatego najistotniejsza jest realizowana krok po kroku edukacja rodziców, jak powinien wyglądać rozwój małeństwa i na czym polega właściwa pielęgnacja i opieka.

1. miesiąc

- 1.–2. doba — czas pobytu w szpitalu — szczepienie przeciw gruźlicy i wirusowemu zapaleniu wątroby WZW typu B. W czasie pobytu w szpitalu robione są badania przesiewowe w kierunku fenylketonurii i hipotyreozy (w razie wykrycia choroby matka zostaje zawiadomiona).
- Od trzeciego tygodnia rozpoczyna się podawanie witaminy D₃ w dawce zalecanej przez lekarza i w zależności od pory roku.
- Karmienie piersią na żądanie — jest w pełni wystarczającą formą karmienia bez konieczności dokarmiania i dopajania. Pokarm matki w pełni zaspokaja głód i pragnienie.
- Po karmieniu należy przytrzymać dziecko w pozycji pionowej, aby ułatwić uwolnienie połkniętego powietrza podczas jedzenia, tzw. odbijanie, co zmniejsza ulewianie się pokarmu.

- Pierwsze wypróżnienie dziecka po urodzeniu, tzw. „smółka”, jest ciemnym, rzadkim stolcem. Kolejne zmieniają barwę na żółtą (musztardową). Ilość stolców i ich konsystencja dla każdego dziecka jest różna. Noworodek karmiony piersią może oddać stolec od jednego do kilkunastu na dobę lub jeden na kilka dni. Po każdym wypróżnieniu należy dziecku umyć pupę i ją natłuścić.
- Pomieszczenie, w którym przebywa dziecko, powinno mieć temperaturę nieprzekraczającą 20°C, jedynie w miejscu, gdzie odbywa się kąpiel, powinna być ona wyższa o kilka stopni.
- Początkowo wskazane są tradycyjne bawełniane pieluszki, które należy gotować, a po wysuszeniu prasować.
- Dziecko wymaga codziennej kąpieli. Woda powinna mieć temperaturę około 37°C, czyli niewiele wyższą od temperatury ciała.
- Najwygodniej kąpać dziecko wieczorem, ze względu na najdłuższy w czasie doby sen po kąpieli.
- Nie należy kąpać dziecka bezpośrednio po jedzeniu lub gdy jest głodne.
- Do czasu odpadnięcia kikutu pępownicy i wygojenia się pępka trzeba chronić go przed zamoczeniem oraz przemywać 70% spirytusem i osłaniać płatkami jałowej gazy.
- Oczy należy przemywać wodą przegotowaną lub solą fizjologiczną — od zewnętrznego kącika do wewnętrznego. Uszy i noski nie wymagają czyszczenia, chyba że pozostająca w nosku wydzielina uniemożliwia ssanie. Wtedy używamy do tego celu watki skręconej w palcach. Po kąpieli natłuszczamy fałdy pachwin, szyi i pach oraz łuszczące się miejsca.
- W czasie przewijania nie należy prostować nóżek oraz unosić dziecka za stopy. Grozi to wywichnięciem stawów biodrowych. Wskazane jest wkładanie dodatkowej pieluszki, tak zwane „szerokie pieluchowanie”, zapewniające prawidłowy rozwój stawów biodrowych.
- Niezbędne jest regularne obcinanie paznokci. Najwygodniej jest wykonywać tę czynność w czasie snu dziecka przy użyciu specjalnych cążek lub nożyczek dla dzieci po wcześniejszym przemyciu ich spirytusem.
- Dobór łóżeczka z uwzględnieniem bezpieczeństwa dla dziecka. Powinno ono być wykonane starannie, bez wystających elementów, wyposażone w twarde i równe materacyki, łatwy do utrzymania w czystości, na przykład z wymiennym, łatwym do wyprania podkładem.
- Podczas ciepłych pór roku z dzieckiem od drugiego tygodnia można wychodzić na spacer. W okresie wiosny, jesieni i zimy wyjście na spacer powinno być poprzedzone kilkudniowym „zahartowaniem”.
- Noworodek w 1. miesiącu życia ma liczne wrodzone odruchy, jak odruch ssania, połykania, chwytania i automatycznego chodu. Ponadto:
 - 1) leżąc na plecach, nie potrafi trzymać główki na środku;
 - 2) leżąc na brzuchu, reaguje skokiem do przodu przy podporze stóp (odruch pełzania);
 - 3) dziecko trzymane pod pachami postawione na stopkach na twardym podłożu prostuje nóżki (odruch podporowy);
 - 4) dziecko dotknięte za rączki zaciska paluszki (odruch chwytny);
 - 5) gdy dziecko dotknie jedną stopą podłoża, prostuje tę nogę, a drugą zgina (odruch automatycznego chodzenia);
 - 6) leżąc na plecach, reaguje na bodźce dźwiękowe lub świetlne gwałtownym rozruceniem rączek, wyprostowaniem paluszków, a następnie powrotem do poprzedniej pozycji (odruch Moro);
 - 7) unoszony do siedzenia nie potrafi utrzymać głowy, która opada do tyłu;
 - 8) silnie reaguje na dotyk, uspokaja się po przytuleniu;
 - 9) przyrasta o około 700 g.

2. miesiąc

- Karmienie piersią całkowicie zaspokaja potrzeby dziecka.
- Witamina D₃ według zalecanej dawki, z uwzględnieniem pory roku.
- Karmienie piersią może być równe z liczbą stolców.
- Codzienne spacerowanie dla wyrobienia właściwej reakcji odpornościowej, zajmujące 2–3 godzin w ciągu dnia, z wyjątkiem, gdy temperatura spada poniżej 10°C.
- Zabezpieczanie skóry dziecka poprzez natłuszczanie buzi lub stosowanie kremów z filtrem w okresie letnim, należy unikać wystawiania ciała niemowlęcia na bezpośrednie działanie słońca.
- Główkę dziecka należy osłaniać czapczką, której grubość dostosowujemy do temperatury otoczenia.
- Utrzymanie właściwego nawilżenia w pokoju dziecka w celu zabezpieczenia przed wysychaniem spojówek i śluzówek, co sprzyja ich podrażnieniu i ułatwia możliwość inwazji zarazków.
- Jeśli dziecko po karmieniu w niewielkiej ilości ulewa pokarm, jest to zjawisko normalne. Niepokój powinny budzić obfite, chlustające wymioty, które wymagają konsultacji lekarskiej.
- Przy wystąpieniu kolek, które objawiają się płaczem, prężeniem całego ciała, ulgę przynieść może delikatny masaż zgodnie z ruchem wskazówek zegara oraz układanie na brzuszku z obserwacją dziecka. Jeśli wystąpią kolki, należy ustalić, czy są one wynikiem nadmiaru połykanego powietrza czy też błędów dietetycznych matki.
- W ramach rozwoju dziecka wskazane jest wyposażenie pokoju w kolorowe, lekkie zabawki nad

łóžeczkiem, które poruszają się i przyciągają uwagę dziecka.

- W 6. tygodniu życia obowiązkowa wizyta u lekarza w celu realizacji szczepień: I DTP (błonica, krztusiec, tężec), II WZW B (żółtaczką typu B), I *Hemophilus influenzae* oraz kontroli wagi, długości i obwodów.

W 2. miesiącu życia dziecko zaczyna opanowywać ruchy mięśni szyi, tułowia i barków, położone na brzuszku lekko unosi głowę, potrafi pozostać w tej pozycji przez ok. 10 sekund.

Kolorowe bodźce stymulują do wodzenia za nimi wzrokiem. Dziecko potrafi się lekko uśmiechać, przygląda się dłużej twarzy mamy. Rzadziej trzeba zmieniać pieluszki, ze względu na zwiększoną pojemność pęcherza moczowego. Pojemność żołądka także się zwiększa, co pozwala na wydłużenie przerw między karmieniami, szczególnie w nocy. Następuje przyrost wagi o około 700 g.

3. miesiąc

- Karmienie piersią dalej wyłącznie na żądanie.
- Kontynuacja podawania witaminy D₃.
- Pojawia się wzmożone ślinienie, co wiąże się z jej zwiększoną produkcją i niedostatecznie sprawnym jej połykaniem.
- Ciemieniucha to tłusta, żółtawa łuska tworząca się czasem na ciemieniowej części głowy. Ma ona tendencję do skupiania się, sprzyja infekcjom, dlatego wymaga bezwzględnego usunięcia. Najlepiej natłuszczać głowę przed kąpielą, potem wymyć i wyczesać szczoteczką. Czynności te należy powtarzać codziennie przez jakiś czas.
- Nie należy stosować usypiania „na siłę”, a raczej obserwować, kiedy dziecko jest zmęczone.

Dziecko w 3. miesiącu życia przybiera średnio na wadze o dalsze 700 g, stopniowo zanikają odruchy noworodkowe: chodu automatycznego, pełzania, obejmowania, odruch chwytny i podpórkowy. Ponadto:

- 1) powstają wyraźne fazy czuwania;
- 2) leżąc na brzuszku, dziecko utrzymuje wysoko głowę i ramiona, a podniesione do siedzenia lepiej utrzymuje głowę w pionie (mocniejsze mięśnie szyi);
- 3) precyzyjniej wykonuje bardziej celowe, skoordynowane ze wzrokiem ruchy rądek. Próbuje dotknąć zawieszanej zabawki, trafia do buzi palcem, krótko utrzymuje w rączce grzechotkę, potrząsa nią. Koordynuje także wzrok ze słuchem, rozgląda się i odwraca głowę w kierunku źródła dźwięku. Dziecko rozwija spostrzegawczość od badania swojego ciała, najczęściej zaczyna od własnych rądek. Rozpoznaje znajome twarze, czasem wydaje radosny dźwięk, energicznie prostuje rączki i nóżki;
- 4) pojawia się „gruchanie”, czasem niewyraźne sylaby. W okresie tym wymagane jest częstsze przebywanie z matką.

4. miesiąc

- Karmienie piersią na żądanie.
- Podawanie witaminy D₃ jak dotychczas.
- Kontynuacja spacerów, najlepiej w porze snu.
- Na przełomie 3. i 4. miesiąca wizyta u lekarza w celu kontynuacji szczepień: II DTP (błonica, krztusiec, tężec), I IPV *poliomyelitis*, II *Hemophilus influenzae* oraz kontroli wagi i pomiarów długości ciała i obwodów. Dziecko w 4. miesiącu życia:

- 1) dziecko w 4. miesiącu życia przybiera na wadze mniej niż w poprzednich miesiącach, około 550 g, położone na brzuszku pewnie i na długo unosi głowę i klatkę piersiową. Próbuje też w tej pozycji unieść rączki, jednocześnie prężąc nóżki, wówczas przy energicznych ruchach buja się na brzuszku jak kołyska (intensywny rozwój mięśni tułowia i kończyn);
- 2) uniesione w górę nie podpira się już nogami, ale podkurcza je;
- 3) ważne jest utrzymanie ustalonych pór karmienia; Przeciętnie dzieci w tym okresie śpią 2–3 razy w ciągu dnia, choć występują indywidualne różnice;
- 4) celowo wyciąga rączkę, a czasami obie, do grzechotki, jednocześnie otwiera buzię, w której ma ostatecznie ulokować grzechotkę;
- 5) chwyta całą dłoń, bez użycia kciuka, nie potrafi trzymać dwóch przedmiotów, gdy zacieka wi je drugi przedmiot, pierwszy automatycznie wypuszcza;
- 6) bada swoje ciało, głównie rączki, nasila się potrzeba powtarzania przypadkowo wykonywanych czynności, np. bańki ze śliny, wydawanie dźwięków. Wydaje radosne okrzyki, głośnym śmiechem odpowiada na zaczepki. Krzykiem potrafi dopominać się obecności najbliższych;
- 7) potrafi ujawnić radość (np. na widok twarzy matki), gniew (np. podczas ubierania), strach (np. przy dźwięku przedmiotu gospodarstwa domowego).

5. miesiąc

- Karmienie piersią na żądanie jest w dalszym ciągu podstawą żywienia.
- Wyjątkowo w 5. miesiącu życia można podać 1 raz zupkę jarzynową, papkę z kleikiem ryżowym bądź kleik ryżowy + jabłko lub sok owocowy, jednak po każdym posiłku należy przystawić do piersi.
- Konieczne codzienne spacery.
- Wzmożone ślinienie ze względu na ząbkowanie.
- Nie wolno pozostawić dziecka bez opieki na niezabezpieczonym łóżku, gdyż nie jest do przewidzenia, kiedy nastąpi pierwszy w życiu przewrót z brzuszka na plecy i odwrotnie.
- Warto w tym okresie stworzyć wygodną przestrzeń do zabawy, na przykład kojec.

- Po 6 tygodniach od poprzedniego szczepienia kolejna wizyta u lekarza i szczepienie: III DTP, II IPV, III *Hemophilus influenzae*. Dziecko w 5. miesiącu życia:

 - 1) położone na plecach dziecko potrafi, dzięki silniejszym mięśniom tułowia, rąk i nóg, wygiąć kręgosłup i zrobić „mostek”, wspierając się na głowie i nogach;
 - 2) obracać się z pleców na boki;
 - 3) współdziałać przy podciąganiu do siedzenia;
 - 4) w pozycji na brzuchu opierać się na dłoniach, czasami ciężar ciała utrzymując na jednej ręce, by drugą sięgnąć po zabawkę;
 - 5) potrafi dalej manipulować tylko jedną zabawką;
 - 6) dłużej utrzymuje uwagę na jednym przedmiocie, delikatnie zaczyna badać twarz matki, włosy, nos, oczy;
 - 7) radośnie reaguje na znajome głosy, czasami reaguje płaczem na widok obcych. Gdy płacze, można je uspokoić, mówiąc do niego, a nie tylko biorąc na ręce i przytulając. W tym okresie duża różnorodność wrażeń i przeżyć w czasie dnia może stać się powodem niespokojnych nocy czy chwiejności w czasie pór karmienia.

6. miesiąc

- Karmienie piersią na żądanie.
- Wprowadzamy zupę jarzynową, a jeśli podajemy ją od 5. miesiąca, można dodać łyżeczkę kleiku ryżowego i około 10 g mięsa. Podajemy soczek i przecier owocowy.
- Codzienne spacerowanie. Dziecko w 6. miesiącu życia:

 - 1) przybiera ok. 0,5 kg. Zazwyczaj podwaja już w tym okresie wagę urodzeniową;
 - 2) u niektórych dzieci pojawiają się pierwsze ząbki;
 - 3) czasami próbują już samodzielnie siedzieć, choć nie potrafią same przejść z pozycji leżenia do siedzenia. Zazwyczaj dziecko potrafi przewracać się z brzucha na plecy i odwrotnie;
 - 4) podtrzymywane pod paszkami, prostuje nogi i dźwiga ciężar własnego ciała;
 - 5) poznaje swoje ciało — ogląda swoje stópki, wkładając je do ust;
 - 6) bez trudu potrafi przekładać małe przedmioty z ręki do ręki;
 - 7) w okresie tym wzrasta wrażliwość słuchu i uwagi (np. budzi się przy niewielkich nawet dźwiękach);
 - 8) potrafi wyraźnie gaworzyć;
 - 9) często pojawia się uśmiech wobec osób dobrze znanych.

Kolejna wizyta u lekarza w celu dokonania pomiaru wagi, długości, obwodów i realizacja szczepień III WZW typu B.

7. miesiąc

- W jadłospisie utrzymujemy 3- lub 4-krotne karmienie piersią, wprowadzając co drugi dzień do uprzednio włączonych posiłków 1/2 żółtka.

- Witamina D₃ do decyzji lekarskiej, gdy dotyczy to pory letniej.
- Przy ząbkowaniu ulgę przynoszą zabawki-gryzaki. Może wystąpić u dziecka rozdrażnienie, brak apetytu, stany podgorączkowe, wolniejsze stolce. Wskazana jest wizyta u lekarza.
- Jeśli ząbki już się pojawiają, należy rozpocząć ich mycie.
- Codzienne spacerowanie z unikaniem kąpiele słonecznych.
- Można wymienić wózek głęboki na spacerowy, gdyż w tym okresie następuje wzrost spostrzegawczości i refleksu, a „spacerówki” znacznie ułatwią możliwość poznania świata. Dziecko w 7. miesiącu życia:

 - 1) próbuje pełzać i podciągać się do przodu, ale zazwyczaj porusza się do tyłu;
 - 2) większość dzieci potrafi samodzielnie siedzieć;
 - 3) podtrzymywane pod paszkami podskakuje i „sprężynuje”;
 - 4) potrafi utrzymać jednocześnie dwa przedmioty w obu rączkach i obracać nimi w precyzyjny sposób;
 - 5) pojawiają się celowe ruchy pracy paluszków, u niektórych dzieci widać próby przeciwstawiania kciuka pozostałym palcom (chwyt nożycowy);
 - 6) dziecko szuka wzrokiem zabawki, która mu wypadła;
 - 7) dużo gaworzy, zmienia głośność i intonację. Reaguje na swoje imię, wesoło reaguje na swoje odbicie w lustrze i bada je z uwagą. Większość dzieci lubi zabawę w „a kuku”, wyciąga rączki, dając do zrozumienia, że chce być wzięte na ręce.

8. miesiąc

- Karmienie piersią i wprowadzanie pokarmów jak w 7. miesiącu życia.
- Podczas spacerów nadal unikamy ostrego słońca.
- Długość i częstotliwość snu w ciągu dnia bardzo indywidualna.
- W czasie zabawy niezbędna wolna przestrzeń, na przykład na podłodze. Ponadto:

 - 1) sprawnie obraca się wokół własnej osi, wyciąga nie tylko rączki, ale całe ciało w kierunku czegoś interesującego. Powinno siedzieć, tracąc przy tym jeszcze równowagę, potrafi podeprzeć się rączką;
 - 2) robi próby przemieszczania się — rączkowanie lub pełzanie;
 - 3) podtrzymywane pod paszkami próbuje stać, ale biodra pozostają zgięte;
 - 4) sprawnie obraca i manipuluje przedmiotami w dłoniach z przewagą chwytu nożycowego bez umiejętności chwytania samymi opuszkami palców;
 - 5) obserwuje otoczenie, koncentruje się na rozmowach;
 - 6) długość i częstotliwość snu indywidualna, najczęściej 2 razy w ciągu dnia;

- 7) najczęstsza zabawa to nieustanne wyrzucanie podawanej zabawki. Próbuje klaskać w dłonie i machać ręką „pa, pa”;
- 8) komunikuje się za pomocą gestów: wyciąga rączki, gdy chce, żeby je wziąć na ręce, odpycha coś, czego nie chce, cmoka, gdy jest głodne. Interesuje się czynnościami dorosłych. Jest nieufne wobec obcych.

9. miesiąc

- Karmienie piersią i kontynuacja wprowadzonych pokarmów jak dotychczas z włączeniem biszkoptu bezglutenowego i całego żółtka co drugi dzień.
- Należy umożliwić raczkowanie, które korzystnie wpływa na rozwój mięśni rąk, brzucha, klatki piersiowej, obręczy biodrowej.
- Sen powinien odbywać się w porze, kiedy dziecko nie jest na spacerze, w trakcie którego nabywa nowych spostrzeżeń i doświadczeń.
- Do zabawy można włączyć zabawki z różnych materiałów dla wyrobienia bodźców dotyku (szorstkie, gładkie, miłe) z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa (nigdy drobne i lakierowane). Dostarczając dziecku książeczki do zabawy, należy wyeliminować te, których kartki mogą łatwo się podrzeć. Dziecko w 9. miesiącu życia:
 - 1) pełza oparte na przedramionach lub raczkuje, samodzielnie siada z leżenia na boku lub podczas raczkowania. Siedzi przynajmniej jedną minutę — plecy wyprostowane, nóżki zgięte, rozrzucone na boki;
 - 2) postawione i trzymane za rączki, stoi zazwyczaj kilka sekund na całych stopach, ale nie utrzymuje równowagi, czasem próbuje stawać przy regale czy łóżeczku;
 - 3) celowo wielokrotnie upuszcza przedmiot, nie śledzi samego spadania, ale szuka potem wzrokiem w odpowiednim miejscu;
 - 4) precyzyjnie chwyta drobne rzeczy (chwyt pensetowy);
 - 5) chce trzymać kubek i manipulować łyżeczką przy jedzeniu;
 - 6) potrafi wyjmować mniejsze przedmioty z większych, na przykład klocek z wiaderka;
 - 7) kojarzy dźwięki z ich znaczeniem, na przykład dźwięk kota, którego potrafi pokazać na obrazku. Wykonuje polecenia „daj”, „chodź tu”. Powtarza sylaby, na przykład „ma-ma”. Okazuje emocjonalną więź ze swoją rodziną.

10.–12. miesiąc

- Utrzymujemy karmienie naturalne oraz wcześniej wprowadzone pokarmy. W 10. miesiącu życia 3–4 razy pokarmy mleczne, obiad dwudaniowy, przecie-ry, soki, kasze, bułki, chleb, sucharki. W 11.–12. miesiącu wprowadzamy dodatkowo całe jajko 3–4 razy w tygodniu oraz twarożek, kefir, jogurt 1–2 razy w tygodniu, kakao do 2 razy w tygodniu.

- Opieka i pielęgnacja w tych miesiącach powinna uwzględnić dynamiczny rozwój psychoruchowy dziecka, stwarzając bezpieczne warunki do dalszego poznawania świata.

- Nie wolno używać chodzika, gdyż dziecko w naturalny sposób powinno uczyć się wstawania, chodzenia, różnorodności podłoża.

- W 12. miesiącu ciężar ciała dziecka zwiększa się co najmniej 3-krotnie w stosunku do masy urodzeniowej.

Edukacja dotycząca opieki i pielęgnacji oraz rozwoju dziecka w poszczególnych miesiącach jest niezbędna do rozpoznawania odmienności, które mogą być powodem zaburzeń w rozwoju lub wskaźnikiem chorób. Wiedza ta jest podstawą do rozpoznania stanów zagrożenia prawidłowego rozwoju dziecka oraz stanów tak dramatycznych, jak SIDS. Wczesna reakcja na niepokojące symptomy umożliwia zapobieganie nieprawidłowościom w rozwoju dziecka i może je uchronić przed nagłym zgonem.

Wnioski

Zespół nagłej śmierci niemowlęcia dotyczy dzieci w pierwszym roku życia, które dotychczas uważane były za zdrowe. Problem dotyczy całego świata, w zależności od poziomu rozwoju krajów waha się między 0,4 a 0,7 na 1000 żywo urodzonych dzieci.

Niniejsza praca ma posłużyć jako wskazówka i rada edukacyjna dla rodziców w aspekcie profilaktyki zespołu nagłej śmierci niemowląt, a zawarta w niej treść ma dotrzeć do społeczeństwa. Kierowana głównie do rodziców, także tych „potencjalnych” (ludzi młodych pozbawionych często refleksji na temat swoich zachowań zdrowotnych i ich wpływu na przyszłe potomstwo), rodziców oczekujących na dziecko (często ulegających modzie na to, co ładne, ale niekoniecznie bezpieczne dla ich pociechy). Świeżo upieczeni rodzice często pod wpływem radości, jaka panuje w ich życiu z powodu narodzin dziecka, usypiają czujność i ignorują możliwość wystąpienia zagrożeń.

Problem istnieje głównie dlatego, że niektóre zachowania rodziców się do tego przyczyniają. Brak wiedzy jest głównym czynnikiem wpływającym na powstanie SIDS, ale wiedza ta może być w pełni uzupełniona. Wystarczy tylko w ramach kontaktu z rodzicami zadawać pytania, udzielać odpowiedzi na zadawane pytania, dotyczące rozwoju, opieki, pielęgnacji nad dzieckiem, aby wychwycić luki, jakie posiadają rodzice lub opiekunowie. Systematycznie prowadzona przez pracowników ochrony zdrowia edukacja wśród rodziców ma szansę na wyeliminowanie wszystkich czynników z grupy podlegających modyfikacji, czyli takich, które są zależne od osoby

sprawującej opiekę nad dzieckiem. Ranga problemu jest na tyle duża, że temat w końcu powinien być rzetelnie omówiony, przeanalizowany, a nie traktowany w kategorii tabu. Omijanie go z pewnością w niczym nie pomoże, a w ramach wspólnych działań może zaowocować jedynie sukcesem, czyli zmniejszeniem liczby zgonów wśród niemowląt oraz realizowaniem właściwej pielęgnacji i opieki nad dzieckiem, gwarantującej jego prawidłowy rozwój psychofizyczny.

SIDS w dalszym ciągu pozostaje zjawiskiem nieoczekiwanym i niewyjaśnionym, jednak jego rzadsze pojawianie się świadczy w dużym stopniu o skuteczności prowadzonych działań edukacyjnych. Wieloletnie badania pozwoliły zidentyfikować wiele czynników ryzyka, które można wyeliminować. Prowadzone akcje „spanie na wznak” przyczyniły się do spadku liczby zgonów, a intensywna edukacja rodziców ma szansę na ograniczenie problemu do minimum.

Piśmiennictwo

1. Sobol-Kluz M. Zespół nagłej śmierci niemowlęcia, *Medycyna ogólna*, 1999; 5: 325–343.
2. Grygalewicz J., Mazurkiewicz H. Zespół nagłego zgonu niemowląt. *Medycyna Lekarza Pediatri*, 2001; 3, 9: 33–35.
3. Grygalewicz J. Wydarzenia jawne zagrażające życiu: ALTE i zespół nagłego zgonu niemowląt: SIDS. Dwa różne objawy tej samej choroby? *Pediatrics po dyplomie*, 2006; 9: 54–61.
4. Farrell P.A., Weiner G.M., Lemons J.A. SIDS, ALTE, bezdech i stosowanie domowych monitorów. *Pediatrics po dyplomie*, 2002; 6: 28–30, 32–34.
5. Grygalewicz J. SIDS: ryzyko jeszcze istnieje. *Pediatrics po dyplomie*, 2004; 6: 10–11, 14–15.
6. Kukwa A., Hatliński G.J., Kornacki W. Ocena zaburzeń oddychania w czasie snu na podstawie analizy sygnału fali pletyzmograficznej. *Sen* 2003; 3, 2: 33–40.
7. Grygalewicz J. prof. dr hab. n. med. Postępowanie przy SIDS. *Lekarz Rodzinny*, 2001; 7–8: 90–91.
8. Grygalewicz J., Starzyńska K. Nagłe, łóżeckowe zgony dzieci w pierwszym roku życia i zespół nagłego zgonu niemowląt (SIDS) w województwie warszawskim. Występowanie czynników ryzyka SIDS. *Pediatrics Polska*, 1997; 9: 793–800.
9. Polańska K., Hanke W. Środowiskowa ekspozycja na dym papierosowy po urodzeniu a stan zdrowia dzieci — przegląd badań epidemiologicznych. *Przegląd Pediatryczny*, 2005; 35, 4: 225–228.
10. Perz S., Kara-Perz H. Dym tytoniowy jako czynnik ryzyka zespołu nagłej śmierci niemowlęcia (SIDS) — ocena wiedzy i postaw kobiet. *Przegląd Lekarski*, 2005; 62, 10: 960–964.
11. Aryayev N., Kukushkin V., Nepomyashcha V. The Significance of Ante- and Perinatal Periods for Formation of Risk of Sudden Infant Death Syndrome. *Ginekologia Polska*, 2001; 72, 12: 931–939.
12. Wojnarowska B. Profilaktyka w pediatrii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998.
13. Kubicka W., Kawalec W. *Pediatrics*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999.

Errata do czasopisma „Problemy Pielęgniarstwa” 2–3/2007

1. Na stronie 80 (lewa kolumna, wiersz 21 od dołu) mylnie podano datę powstania pierwszej świeckiej szkoły pielęgniarek w Londynie — powinien być 1860 rok.
2. Na stronie 85 (prawa kolumna, wiersz 28 od dołu) wśród przewodniczących Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego nie wymieniono Haliny Stefańskiej (1957–1961), Anny Sokołowskiej-Winiarskiej (1961–1966) oraz mylnie podano nazwisko i datę sprawowania urzędu pani Stanisławy Kierzkowskiej (1966–1969).