



Praca zbiorowa pod redakcją  
Dr n. med. Elżbiety Świątkowskiej  
Dr. n. med. Karola Koszady

# **OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD DZIEĆMI Z CHOROZAMI AUTOIMMUNOLOGICZNYMI**

## WYBRANE ZAGADNIENIA

KUTNO 2022

Opieka pielęgniarska nad dziećmi z chorobami autoimmunologicznymi – wybrane zagadnienia

Praca zbiorowa pod redakcją Dr n. med. Elżbiety Świątkowskiej, Dr. n. med. Karola Koszady

Wydawca: Akademia Nauk Stosowanych Gospodarki Krajowej w Kutnie

Redaktor dr hab. Zbigniew Białobłocki

Korekta Aneta Moszczyńska

ISBN 978-83-63484-57-6

Kutno 2022 Wydanie I

Druk i oprawa  
Mazowieckie Centrum Poligrafii  
ul. Ciurlionisa 4, 05-270 Marki

Skład i projekt okładki Łukasz Różyński

Wszystkie prawa zastrzeżone © 2022 Akademia Nauk Stosowanych Gospodarki Krajowej w Kutnie

## SPIS TREŚCI

|  |            |
|--|------------|
| <i>Sylwester Szczesiak, Karol Koszada, Elżbieta Świątkowska</i><br><b>TRUDNOŚCI I PROBLEMY OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD DZIECKIEM URODZONYM PRZEDWCZEŚNIE . . . . .</b>                            | <b>5</b>   |
| <i>Wojciech Michaluk, Karol Koszada, Elżbieta Świątkowska</i><br><b>OPIEKA NAD NOWORODKIEM Z WYŁONIONĄ STOMIĄ Z POWODU NIEDROŻNOŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO . . . . .</b>                           | <b>75</b>  |
| <i>Marzena Pietkiewicz, Elżbieta Świątkowska, Karol Koszada</i><br><b>AKTYWNOŚĆ ŻYCIOWA DZIECKA W CHOROBAH PRZEWLEKŁYCH UKŁADU POKARMOWEGO . . . . .</b>   | <b>159</b> |
| <i>Edyta Pokorska, Elżbieta Świątkowska, Karol Koszada</i><br><b>DZIAŁANIA SPOŁECZNOŚCI TWORZĄCEJ PLACÓWKĘ PRZEDSZKOLNĄ UKIERUNKOWANĄ NA PROMOCJĘ<br/>ZDROWIA WŚRÓD DZIECI 3-6 LAT . . . . .</b> | <b>225</b> |



Sylwester Szczesiak, Karol Koszada, Elżbieta Świątkowska

**TRUDNOŚCI I PROBLEMY OPIEKI  
PIELĘGNIARSKIEJ NAD DZIECKIEM  
URODZONYM PRZEDWCZEŚNIE**



# SPIS TREŚCI

|  |           |
|--|-----------|
| WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW . . . . .  | 9         |
| WSTĘP . . . . .  | 11        |
| <b>1. OMÓWIENIE PROBLEMATYKI WCZEŚNIACTWA W LITERATURZE PRZEDMIOTU . . . . .</b>   | <b>13</b> |
| 1.1. CHARAKTERYSTYKA ROZWOJU PRENATALNEGO . . . . .  | 13        |
| 1.2. KLASYFIKACJA WCZEŚNIACTWA . . . . .   | 15        |
| 1.3. POWIKŁANIA I PROBLEMY W ROZWOJU DZIECKA URODZONEGO PRZEDWCZEŚNIE . . . . .  | 19        |
| 1.4. SPECYFIKA OPIEKI NAD DZIECKIEM WCZEŚNIACZYM W ODDZIALE INTENSYWNEJ TERAPII NOWORODKA. . . . .                           | 23        |
| <b>2. ROZWÓJ NOWORODKA PRZEDWCZEŚNIE URODZONEGO . . . . .</b>  | <b>27</b> |
| 2.1. ODRĘBNOŚCI ANATOMICZNE I FIZJOLOGICZNE WCZEŚNIAKÓW . . . . .  | 27        |
| 2.2. NAJCZĘSTSZE PROBLEMY I CHOROBY TOWARZYSZĄCE W ROZWOJU WCZEŚNIACTWU . . . . .  | 29        |
| 2.2.1. DYSPLAZJA OSKRZELOWO-PŁUCNA . . . . .   | 29        |
| 2.2.2. RETINOPATIA . . . . .   | 30        |
| 2.2.3. KRWAWIENIA WEWNĄTRZCZASZKOWE . . . . .  | 31        |
| 2.2.4. MARTWICZE ZAPALENIE JELIT . . . . .   | 32        |
| 2.2.5. MÓZGOWE PORAŻENIE DZIECIĘCE . . . . .   | 33        |
| 2.3. ŻYWIENIE NOWORODKA PRZEDWCZEŚNIE URODZONEGO . . . . .   | 33        |
| 2.4. PIERWSZE ZABIEGI PIELĘGNACYJNE WYKONYWANE U WCZEŚNIAKÓW. . . . .  | 35        |
| <b>3. ROLA I ZADANIA OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD WCZEŚNIAKIEM LECZONYM W ODDZIALE INTENSYWNEJ TERAPII NOWORODKA . . . . .</b> | <b>37</b> |
| 3.1. PROBLEMY TOWARZYSZĄCE ZABIEGOM PIELĘGNACYJNYM U WCZEŚNIAKÓW . . . . .   | 37        |
| 3.1.1. W ASPEKTCIE CZYNNOŚCI MEDYCZNYCH . . . . .  | 37        |
| 3.1.2. W ASPEKTCIE TERAPEUTYCZNYM . . . . .  | 40        |

|  |           |
|--|-----------|
| 3.1.3. W ASPEKTCIE PIELĘGNACYJNYM . . . . .  | 42        |
| <b>4. METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH . . . . .</b>   | <b>45</b> |
| 4.1. PRZEDMIOT I CEL BADAŃ . . . . .   | 45        |
| 4.2. PROBLEMY I HIPOTEZY BADAWCZE . . . . .  | 45        |
| 4.3. METODY, TECHNIKI I NARZĘDZIA BADAWCZE . . . . .   | 46        |
| 4.4. CHARAKTERYSTYKA BADANYCH OSÓB . . . . .   | 47        |
| <b>5. ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH . . . . .</b>   | <b>50</b> |
| 5.1. PROBLEMY ZDROWOTNE DZIECI URODZONYCH PRZEDWCZEŚNIEW OPINII BADANYCH RESPONDENTÓW . . . . .  | 50        |
| 5.2. PROBLEMY ROZWOJOWE DZIECI URODZONYCH PRZEDWCZEŚNIE W OPINII PIELĘGNIAREK Z OITN. . . . .  | 51        |
| 5.3. NAJCZĘSTSZE ZABIEGI MEDYCZNE WYKONYWANE NA ODDZIALE INTENSYWNEJ TERAPII WCZEŚNIAKA. . . . .                                       | 53        |
| 5.4. IDEA HOLISTYCZNEJ OPIEKI NA ODDZIALE ITN W OPINII PIELĘGNIAREK . . . . .  | 55        |
| 5.5. OCENA TRUDNOŚCI I PROBLEMÓW WYSTĘPUJĄCYCH W SPRAWOWANIU OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ<br>NAD DZIECKIEM URODZONYM PRZEDWCZEŚNIE . . . . . | 56        |
| <b>PODSUMOWANIE BADAŃ . . . . .</b>  | <b>59</b> |
| <b>STRESZCZENIE . . . . .</b>  | <b>60</b> |
| <b>SUMMARY . . . . .</b>   | <b>61</b> |
| <b>PIŚMIENICTWO . . . . .</b>  | <b>62</b> |
| <b>SPIS RYCIN. . . . .</b>   | <b>65</b> |
| <b>SPIS TABEL. . . . .</b>   | <b>65</b> |
| <b>SPIS WYKRESÓW . . . . .</b>   | <b>65</b> |
| <b>ANEKS . . . . .</b>   | <b>67</b> |



## WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW

**BPD** – dysplazja oskrzelowo płucna

**EKG** – elektrokardiografia (badanie w celu diagnostyki chorób serca)

**ICNP** – Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej (*International Classification for Nursing Practice*)

**Infant Flow** – jest urządzeniem do nieinwazyjnego wspomagania oddechu noworodków.

**NEC** – Martwicze zapalenie jelit (*Necrotizing Enterocolitis*)

**NDT** – koncepcja neurorozwojowa (*Neurodevelopmental Treatment*)

**OITN** – oddział intensywnej terapii neonatologicznej

**OM** – ostatnia miesiączka

**OUN** – ośrodkowy układ nerwowy

**ROP** – Retinopathy of prematurity

**SNAP** – (*Score for Neonatal Acute Physiology*) punktowa ocena wydolności oddechowo-krążeniowej, stanu neurologicznego oraz parametrów biochemicznych

**ZZO** – zespół zaburzeń oddychania



## WSTĘP

Dziecko urodzone przedwcześnie jest niezwykle wymagającym pacjentem, a jakość oddziaływań ma decydujące znaczenie dla dalszego jego losu. Dziecko urodzone przed 25 tygodniem życia musi stoczyć ogromną walkę o życie. Z powodu niedojrzałości wielonarządowej zmaga się z niewydolnością m.in. układu oddechowego, krążeniowego. Po ustabilizowaniu wszelkich funkcji życiowych wcześniaki dość często borykają się z licznymi uszkodzeniami wzroku, słuchu, mózgu. Urodzone przed czasem noworodki mają szansę na przeżycie wyłącznie na oddziale intensywnej terapii noworodka. Są dużym wyzwaniem dla całego zespołu medycznego. Przebywanie wcześniaka na oddziale intensywnej terapii musi być tak zorganizowane, aby stworzyć dla niego optymalne warunki dojrzewania i rozwoju – stąd idea zapewnienia holistycznej, kompleksowej opieki nad noworodkiem. Personel medyczny pracujący na oddziale intensywnej terapii noworodka ma za zadanie stymulować prawidłowy rozwój dzieci urodzonych przedwcześnie. Do tych zadań zalicza się również instruktaż i zapewnienie wiedzy rodzicom takich dzieci, aby mogli samodzielnie pełnić funkcję opiekuńczą nad dzieckiem.

Celem niniejszego opracowania będzie przedstawienie problemu wcześniactwa, problemów i powikłań z nim związanych. Praca składać się będzie z dwóch części – część pierwsza – teoretyczna powstała na podstawie analizy literatury. Rozdział pierwszy omawia tematykę wcześniactwa, rozdział kolejny skupia się na problemach i powikłaniach występujących u dzieci urodzonych przedwcześnie, z kolei trzeci rozdział uwzględnia rolę i zadania opieki pielęgniarstwa nad wcześniakiem leczonym w oddziale intensywnej terapii noworodka. Do podstawowych źródeł zebranych materiałów należą publikacje książkowe, artykuły naukowe oraz czasopisma. Posiłkowanie się zawartością Internetu było ostatecznym krokiem zbierania informacji, których nie udało się zlokalizować w dostępnych publikacjach. Ostatnia część pracy ma charakter empiryczny. Po omówieniu metodologii, została

przedstawiona analiza wyników, sformułowanych na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych.

Celem pracy badawczej było przedstawienie rzeczywistej informacji na temat oceny opieki pielęgniarstwa nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie, oraz występujących trudności i problemów. Dzięki zebraniu rzetelnej grupy badawczej i sprawnemu przeprowadzaniu badań za pomocą autorskiego kwestionariusza, udało się odpowiedzieć na sformułowane problemy badawcze. Niewątpliwie dużym udogodnieniem podczas pisania pracy badawczej, był wykonywany zawód oraz staż pracy ratownika medycznego przez pierwszego autora opracowania. Ułatwiło to kontakt z odpowiednimi osobami z personelu medycznego z oddziału intensywnej terapii neonatologicznej, co wpłynęło na jakość prowadzonych badań.

# ROZDZIAŁ 1

## OMÓWIENIE PROBLEMATYKI WCZEŚNIACTWA W LITERATURZE PRZEDMIOTU

### 1.1. CHARAKTERYSTYKA ROZWOJU PRENATALNEGO

W celu dogłębnej analizy samego rozwoju prenatalnego, należy się zastanowić nad samym pojęciem rozwoju, bowiem ma on swoje kluczowe wskaźniki. Poprzez rozwój rozumie się długi proces podczas którego mają miejsce ukierunkowane, właściwie następujące po sobie zmiany. Prowadzą one do stopniowego przechodzenia od stanów niższych do bardziej złożonych<sup>1</sup>.

Współcześnie zakłada się, że rozwój każdej jednostki jest wypadkową sił biologicznych, których podstawą jest genotyp danej jednostki oraz wpływów społecznych, które z kolei generuje osobnicze uczenie się. Ma ono miejsce pod wpływem pewnej określonej stymulacji, płynące z otoczenia, m.in. za sprawą innych ludzi. Co najważniejsze rozwój należy rozpatrywać jako proces zarówno całościowy (holistyczny), a jednocześnie w poszczególnych aspektach: somatycznym, emocjonalnym, intelektualnym, duchowym i społecznym<sup>2</sup>.

Następnym ważnym zagadnieniem w rozumieniu „rozwoju” jest określenie czynników decydujących o procesie rozwojowym. Jedną z najnowszych koncepcji zakłada, iż należą do nich cztery podstawowe czynniki: środowisko, geny, wychowanie i aktywność. Należy szczególnie podkreślić, iż dojrzewanie jest przede wszystkim uwarunkowane wyposażeniem genetycznym. To znaczy, że każdy z nas przychodzi na świat z takim właśnie indywidualnym dziedzicznym wyposażeniem. Do zadań rozwojowych w okresie, który nas interesuje – prenatalnym, jest zdobycie kluczowych umiejętności takich jak:

- osiągnięcia zdolności fizycznej i psychicznej do samodzielnej egzystencji postnatalnej,

<sup>1</sup> D. Becelewska, *Repetitorium z rozwoju człowieka*, Jelenia Góra 2006, s. 6.

<sup>2</sup> A. Brzezińska, *Spoleczna psychologia rozwoju*, Warszawa 2000, s. 13.

- nabycie (w procesie uczenia się) cech psychofizycznych, na bazie których w okresie postnatalnym rozwinię się jego osobowość.

Z wielu przyczyn i w wielu przypadkach donoszenie ciąży jest niemożliwe. Obecnie medycyna daje w takich sytuacjach szansę uratowania dziecka – starając się stworzyć warunki jak najbardziej zbliżone do wewnątrzmacicznych. Jednak gotowość do podjęcia prawidłowej funkcji przez poszczególne narządy wymaga czasu. Dziecko pozbawione kilku, a nawet kilkunastu tygodni życia w macierzym łonie, niejednokrotnie zostaje okupione powikłaniami i trudnościami w dalszym życiu, a nawet może prowadzić do nieodwracalnych zmian w stanie zdrowia dziecka<sup>3</sup>.

W takiej sytuacji problem wcześniactwa staje się nie tylko problemem medycznym, ale i społecznym. Przechodząc do terminologii interesującego zagadnienia: wcześniak to noworodek urodzony z ciąży trwającej krócej niż 37 tygodni lub 259 dni. Mianem porodu przedwczesnego, zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia, określa się ukończenie ciąży między 23 a 37 tygodniem jej trwania<sup>4</sup>. Poród przedwczesny jest zjawiskiem polietiologicznym, stąd coraz częściej w literaturze przedmiotu pojawia się termin zespół porodu przedwczesnego<sup>5</sup>.

Za czynniki ryzyka porodu przedwczesnego podaje się głównie przyczyny społeczne i medyczne. Należą do nich między innymi: czynniki ginekologiczno-położnicze, infekcje, płodowe zahamowanie wzrostu wewnątrzmacicznego (hipotrofia/hipoplazja wewnątrzmaciczna)<sup>6</sup>.

Badaniem noworodka natychmiast po urodzeniu, poddaje się ocenie zdolności adaptacyjnych do życia pozamacicznego. Dokonuje się tego na podstawie skali Apgar. Skala ta, która została stworzona w 1952 roku przez Virginie Apgar – amerykańską anesteziolog, pediatrę, w celu określenia stanu zdrowia noworodka po porodzie. Obecnie skalę stosuje się na całym świecie. Neonatolog lub położna ocenia nowonarodzone dziecko wg pięciu parametrów i punktacji 0-1-2. Ocena ta dotyczy czynności serca, oddechów, napięcia mięśniowe, zabarwienia skóry oraz reakcji na bodźce. Stan dobry dziecka mieści się w granicach 10–8 punktów Apgar, stan średni to 7–4 punkty skali, natomiast stan zły to 3–0 punkty Apgar<sup>7</sup>.

<sup>3</sup> A. Stachura, *Zaburzenia poznawcze u dzieci przedwcześnie urodzonych*, (w:) *Nowa logopedia* pod redakcją H. Pawłowskiej-Jaroń, E. Bielendy-Mazur, A. Siudak, tom 8, Kraków 2019, s. 46.

<sup>4</sup> E. Helwich, *Przyczyny porodów przedwczesnych i podstawowe czynniki ryzyka wynikające z wcześniactwa*, (w:) *Wcześniak*, pod redakcją E. Helwich, Warszawa 2002, s. 12.

<sup>5</sup> B. Leszczyńska-Gorzelać, E. Poniedziałek-Czajkowska, J. Oleszczuk, *Czynniki ryzyka przedwczesnego zakończenia ciąży*, (w:) *Poród przedwczesny* pod redakcją G.H. Bręborowicz, T. Paszkowski, Poznań 2006, s. 27.

<sup>6</sup> E.A. Jasińska, A. Wasiluk, *Wewnątrzmaciczne ograniczenia wzrostania płodu (IUGR) jako problem kliniczny*, „Perinatologia, Neonatologia, Ginekologia”, tom 3, z. 4, s. 255–261.

<sup>7</sup> M. Przepielska-Winiarczyk, W. Kułak, *Skala Apgar obecnie*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, tom 92 (1) 2011, s. 25–29

Poza diagnostyką poporodową dziecka przedwcześnie urodzonego, należy przeprowadzić wstępne prognozowanie dalszego rozwoju noworodka, jak również wdrożyć edukacją rodziców<sup>8</sup>.

W okresie 23 a 37 tygodniem życia płodowego mają miejsce intensywne przemiany histologiczne oraz morfologiczne w mózgu. Ulokowanie takiego dziecka w całkowicie sztucznym środowisku zewnętrznym często jest jedyną możliwością i szansą na jego przeżycie, albowiem dzieci te, nie są przygotowane do życia poza łonem matki. Jednak w nowym, sztucznym środowisku są już narażone na bodźce dźwiękowe, świetlne, są często nakłuwane, intubowane, oraz cewnikowane. Ich ciało przez długi okres spoczywa w sztucznych pozycjach, z dala od wygody i bezpieczeństwa wewnątrzmacicznego (ruchów, rytmu serca matki). Dla przedwcześnie urodzonych noworodków doświadczenia i informacje pochodzące z otoczenia są znacząco odmienne od informacji dziecka prawidłowo wzrastającego w łonie matki<sup>9</sup>.

## 1.2. KLASYFIKACJA WCZEŚNIACTWA

Za każdym razem gdy mowa o wcześniactwie, to rozumie się poród mający miejsce przed 37 tygodniem trwania ciąży, liczonym według daty ostatniej miesiączki (OM), czyli 4 tyg. przed przewidzianym terminem porodu. Definicja wcześniactwa jest zależna nie od masy urodzeniowej, lecz wyłącznie od wieku ciążowego, czyli czasu trwania ciąży, liczonego od pierwszego dnia ostatniej miesiączki (tygodniach braku miesiączki)<sup>10</sup>.

Rozróżniamy trzy stopnie wcześniactwa, ze względu na tydzień urodzenia dziecka:<sup>11</sup>

- wcześniactwo „zwykłe” od 32 tyg. ciąży do 36 tyg. ciąży +6/7 dni,
- wcześniactwo „poważne” od 28 tyg. ciąży do 31 tyg. ciąży + 6/7 dni,
- wcześniactwo „skrajne” od 23–24 tyg. ciąży do 27 ciąży + 6/7 dni.

Przyjęty podział jest umowny, albowiem każdy wcześniak jest inny jak i okoliczności jego narodzin są różne. Zdarza się, że dzieci urodzone później mają większe problemy zdrowotne niż te urodzone dużo wcześniej. Nie ma tu ustalonego schematu ani trybu postępowania<sup>12</sup>.

<sup>8</sup> A. Kowalczykiewicz-Kuta, *Opieka nad wcześniakiem w pierwszych latach życia*, (w:) *Dziecko i jego środowisko. Noworodek przedwcześnie urodzony- trudności i satysfakcje*, pod redakcją I. Pirogowicz, A. Steciwko, wydanie 1, Wrocław 2008, s. 22–33.

<sup>9</sup> Z. Kulakowska, *Wczesne uszkodzenie mózgu*, (w:) *Wcześniak*, pod redakcją E. Helwich, Warszawa 2002, s. 135.

<sup>10</sup> M. Borszewska-Kornacka, i inni, *Niezbędnik rodzica wcześniaka*, pod redakcją M. Sadecka-Makaruk, Fundacja Wcześniaka Rodzicom, wydanie 3, Warszawa 2015, s. 138.

<sup>11</sup> Ibidem.

<sup>12</sup> Konferencja prasowa, *Opieka okołoporodowa. Polska na tle Europy. Umieralność okołoporodowa wczesna (0–6) płodów i noworodków Polska*, Warszawa 2013, <https://imid.med.pl/pl/aktualnosci/konferencja-prasowa-opieka-okoloporodowa-polska-na-tle-europy-889> (dostęp: z dn. 10.09.2021).

W ocenie dojrzałości posługujemy się trzema rodzajami wieku wcześniaka:<sup>13</sup>

- Wiek płodowy czyli okres ciąży w chwili narodzin (w tygodniach czasu trwania ciąży wg daty OM). Jest on stały dla tego samego dziecka.
- Wiek kalendarzowy (postnatalny lub pourodzeniowy) to czas, jaki upłynął od jego narodzin (w dniach, tygodniach lub miesiącach).
- Wiek skorygowany (wiek postmenstruacyjny) to wiek, w którym powinno być dziecko, gdyby urodziło się w planowanym terminie porodu (o czasie). Stanowi on punkt odniesienia dla rozwoju dzieckaw fazie początkowej.

Inny podział dotyczy wagi urodzeniowej:

- Ekstremalnie mała urodzeniowa masa ciała (ELBW) < 1000 g.
- Bardzo mała urodzeniowa masa ciała (VLBW) < 1500 g.
- Mała urodzeniowa masa ciała (LBW) < 2500 g.

Z reguły wcześniaki w miarę upływu czasu doganiają rówieśników przeważnie w odstępstwie czasowym. Należy również wspomnieć, że może być i tak, że przez całe życie będą rozwijały się w dolnej granicy lub jej poniżej. Dla niedojrzałego organizmu dziecka bodźce płynące z otoczenia są нефizjologiczne. Chodzi o dojrzewanie układu oddechowego, nerwowego, pokarmowego, jak i tych dotyczących oznak rozwoju typu: umiejętności jedzenia, ruchowe, strategie zachowania<sup>14</sup>.

Przebieg rozwoju u dziecka donoszonego – napięcie mięśniowe ma swoje specyficzne i rozpoznawalne cechy, odruchy archaiczne są obecne w pełnym wymiarze.

U dziecka przedwcześnie urodzonego bodźce zewnętrzne są bardzo zmodyfikowane przez warunki pozamaciczne. Dziecko doświadcza o kilka tygodni wcześniej, odmiennych bodźców czuciowych, wzrokowych, słuchowych, doświadcza bólu, czynniki te wpływają na genetycznie zaprojektowane parametry dojrzewającego mózgu i modyfikują je w różnym stopniu. Zachowanie neurologiczne wcześniaka jest inne, niż dziecka donoszonego<sup>15</sup>.

W przypadku dziecka przedwcześnie urodzonego jak i dziecka urodzonego o czasie, ważne jest dokładne badanie neurologiczne, w celu:

- rozpoznania etapu rozwoju noworodka (wieku neurologicznego) *jak wygląda? jak reaguje na bodźce? Co potrafi?*

<sup>13</sup> M. Borszewska-Kornacka, i inni, op. cit., s. 138.

<sup>14</sup> Z. Kułakowska, *Badanie neurologiczne noworodka*, (w:) *Wczesne uszkodzenie dojrzewającego mózgu. Od neurofizjologii do rehabilitacji*, Warszawa 2003, s. 34.

<sup>15</sup> E. Helwich, *Przyczyny porodów przedwczesnych i podstawowe czynniki ryzyka wynikające z wcześniactwa*, (w:) *Wcześniak*, op. cit. s. 12.



- rozpoznanie ewentualnych zaburzeń neurologicznych powstałych podczas życia płodowego.

Metodologia badania i oceny neurologicznej noworodka uwzględnia parametry morfologiczne i reakcje na otoczenie. Obejmuje ono:<sup>16</sup>

- morfologię i wygląd ciała: masa ciała, długość ciała, obwód głowy,
- reakcje wzrokowe i słuchowe,
- obserwacja pozycji dziecka,
- jakość reakcji interakcyjnych z matką: doniosłość kontaktu wzrokowego i czuciowego („kangurowanie”, zapach matki) i specyficzność bodźców ruchowych z nimi związanych,
- badanie odruchów i napięcia mięśniowego,
- obserwacja: dysmorfii, dystrofii, mikro lub makrocefalii, fokomelii,
- stan zachowania się oraz stan świadomości oceniany metodą Prechtl’a, to specjalistyczne narzędzie diagnostyczne, przeznaczone typowo dla dzieci przedwcześnie urodzonych do 5 miesiąca życia, które polega na obserwacji motoryki spontanicznej dziecka pozwalając na precyzyjną ocenę poziomu psychomotoryczną. Procedura bywa krótka i nieinwazyjna, całkowicie akceptowalna przez dziecko, jej podstawą stanowi analiza wideo dziecka – jego jakość i rodzaj wykonywanych ruchów.
- wzajemne oddziaływanie noworodka w odniesieniu do osoby badającej według skali Brazelton, który jest testem mierzącym reakcje noworodka na różne bodźce typu dźwięk grzechotki, światło. Wykonuje się go po urodzeniu dziecka w celu określenie stanu emocjonalnego dziecka. Podczas całego procesu ocenia się noworodka w 28 pozycjach i bada jego 18 odruchów, pozwala to na wykrycie nieprawidłowości w jego rozwoju, sprawdza jego mocne i słabe strony.
- obserwacja aktywności ruchowej spontanicznej dziecka według metodą Prechtl’a,
- reakcje w dziedzinie emocjonalnej.

Najważniejszym elementem badania jest obserwacja spontanicznego zachowania dziecka przy minimum bodźców. Oceny powyższych dokonuje się stosując metodę Prechtl`a i Brazelton`a w zależności od czynności ruchowej, stanu czuwania i możliwości kontaktu z otoczeniem już w pierwszych 3 dobach życia. Ocenia się między

<sup>16</sup> K. Kaczorowska-Bray, M. Zielińska-Burek, *Zaburzenia rozwoju psychoruchowego wpływające na rozwój dziecka*, (w:) *Studia z logopedii i neurologopedii*, pod redakcją I. Nowakowskiej-Kempnej, Kraków 2012, s. 55.

innymi poziom niepokoju i jego wpływ na kontakt. Wynik określa się w stanach zachowania:<sup>17</sup>

- Stan 1-Sen głęboki, oczy zamknięte, regularny oddech, bez ruchów.
- Stan 2-Sen płytki, oczy zamknięte, oddech nieregularny, ruchy ssania, przebudzenie łatwe.
- Stan 3-Spokojne czuwanie, oczy otwarte, małe ruchy, zamyślony.
- Stan 4-Czuwanie, oczy otwarte, obecność ruchów, nie płacze, reaguje na bodźce.
- Stan 5-Oczy otwarte lub zamknięte, płacz, niepokój.
- Stan 6-Stany nieprawidłowe (np. śpiączka, drgawki).

Kolejna ocena noworodka dotyczy sfery ssania oraz połykania. Czynności te są uzależnione od nerwów czaszkowych. Czynność połykania pojawia się już w 11 tygodniu życia płodowego. Koordynacja oddychania, ssania, połykania wykształca się stopniowo do 37 tygodnia życia<sup>18</sup>.

Funkcję słuchu kontroluje VIII para nerwów czaszkowych, w układach połączeń z korą i strukturami pnia mózgu. Od 28 tygodnia życia dziecko rozpoznaje głos matki i niskie dźwięki<sup>19</sup>.

Ważną oceną gotowości układu neurologicznego noworodka stanowi analiza ruchów spontanicznych wg Prechtl'a. To właśnie ruchy spontaniczne są najważniejszym przejawem czynności ruchowych. Mogą być obserwowane techniką ultrasonografii od 9 tygodnia życia płodowego. Ta metoda ma 90% wartość prognostyczną. Polega na obserwacji spontanicznej motoryki dziecka podczas godzinowego nagrania kamerą, następane sesje w odstępach 1 do 3 tygodnia od pierwszych dni do 3 miesiąca życia. Trwają około 20 minut, badanie jest wykonywane przez 2 osoby jednocześnie, musi być w cichej atmosferze by nie wywoływać odruchu tzw. Moro (odrzucenie rąk w bok – świadczące o lęku). Badanie neurologiczne noworodka ma na celu ocenę napięcia mięśniowego czynnego oraz biernego oraz odruchów. To bardzo istotne badanie, które pozwala stwierdzić etap dojrzałości noworodka czy wykrycie anomalii stanu neurologicznego.

W badaniu neuromotorycznym ocenia się aktywność spontaniczną w stanie czuwania, przy zachowaniu optymalnych, naturalnych warunków. Analiza dotyczy jakości i ilości ruchów spontanicznych i wywoływanych, ocenę pozycji w której

<sup>17</sup> G. Dytrych, *Analiza rozwoju ruchowego dzieci urodzonych z niską masą urodzeniową usprawnianych metodą Wojty*, „Child Neurology”, nr 35, vol. 18/2009.

<sup>18</sup> Ibidem.

<sup>19</sup> H. Pawłowska-Jaroń, Z. Orłowska-Popek, *Problemy rozwojowe dzieci przedwczesnie urodzonychz perspektywy logopedycznej*, „Logopedica **Lodziensia**”, nr 3, 2019, s. 156.

dziecko wykazuje gotowość do ruchu, wychylenie od pozycji zerowej i powrót do niej, funkcjonowanie wokół osi ciała, reakcje postawy, poziom napięcia, pierwsze obroty główki i tułowia, wpływ podstawowych odruchów na motorykę i pozycję dziecka. Obserwacja ułożenia dziecka świadczy o wzmaganiu się napięcia mięśniowego. Między 24 a 40 tygodniem życia płodowego, zmiany następują w kierunku dogłowym od obwodu, z dołu do góry, od stóp, goleni przez uda, pośladki, tułów do kończyn górnych i szyi. U dzieci donoszonych wyprostowane przez badacza kończyny szybko wracają do pozycji zgiętej, u wcześniaków hipotonicznych zgięcie nie występuje albo jest wolne i słabe. Następną grupą danych opisujących noworodka dojrzałego lub przedwcześnie urodzonego, opisują wygląd skóry podeszwy i sutka, oczu, uszu, genitaliów dają możliwość szybkiej oceny<sup>20</sup>.

### 1.3. POWIKŁANIA I PROBLEMY W ROZWOJU DZIECKA URODZONEGO PRZEDWCZEŚNIE

Stan współczesnej wiedzy medycznej pozwala na utrzymanie przy życiu dzieci urodzonych przedwcześnie już w 24 tygodniu, które ważą zaledwie 500 gramów. Dzieci urodzone w tak wczesnym etapie ciąży wymagają intensywnej opieki lekarskiej aby mieć szansę na prawidłowy rozwój.

Dzieci, które urodziły się między 34 a 36 tygodniem ciąży mogą mieć kłopoty z karmieniem, częściej występuje w tej grupy dzieci żółtaczka oraz infekcje. Istotny problem stanowią neurologiczne powikłania wcześniactwa. Zalicza się do nich głównie niedojrzałość ośrodka oddechowego pnia mózgu. Następstwem czego występują bezdechy, których występowanie zwiększa ciśnienie wewnątrzczaszkowe, narażając dziecko na powikłania: wylewy dokomorowe i późniejsze opóźnienia funkcji rozwojowych. Ośrodki mózgowie dziecka przedwcześnie urodzonego są niedojrzałe, z tego powodu może dochodzić do zaburzeń podstawowych czynności życiowych<sup>21</sup>.

Do typowych trudności z jakimi borykają się wcześniaki należą kłopoty oddechowe związane z niedojrzałością płucną. Płuca, które nie wykształciły się w wyniku przedwczesnego porodu nie są w stanie wytworzyć surfaktantu. Substancja ta wyściela powierzchnię pęcherzyków płucnych i jest niezbędna dla ich dobrego funkcjonowania, a w konsekwencji dla funkcji oddechowej. Brak surfaktantu powoduje zapadanie się pęcherzyków płucnych, co skutkuje niewydolnością oddechową wcześniaków już w pierwszych chwilach po urodzeniu. Niektóre dzieci z tej grupy wymagają podania tej substancji przez rurkę intubacyjną wraz ze sztuczną wentylacją respiratora. Warto wspomnieć, iż w momencie gdy przewiduje się przedwczesny poród, podaje

<sup>20</sup> G. Dytrych, op. cit., s. 35.

<sup>21</sup> J. Gadzinowski, M. Szymankiewicz, *Podstawy neonatologii*, Poznań 2002, s. 102.

się matce w ciągu okresie 10 dni poprzedzających poród sterydy, które mają na celu przyspieszyć rozwój płuc płodu, obniżyć problemy oddechowe<sup>22</sup>.

Niedojrzałość rytmu sercowo-oddechowego to kolejny problem noworodka rodzącego się w 34–36 tygodniu ciąży. Nieprawidłowe zarządzanie oddechem (tzw. bezdechy) mogą przyczyniać się do zmniejszenia ilości tlenu przenoszonego przez krwinki czerwone. W tym celu u dziecka monitoruje się saturację (wysycenie tlenem hemoglobiny w krwinkach czerwonych). Leczenie w przypadku spadku saturacji polega na podaniu dziecku pochodnej kofeiny, która stymuluje ośrodki oddechowe, a czasem na włączeniu wspomagania oddechu przez nos<sup>23</sup>.

Dość często u wcześniaków, ze względu na niedojrzałość systemu kontroli rytmu serca, ma miejsce zwolnienie akcji serca (<100/min.).

Im wcześniej dziecko się urodziło, tym częściej zмага się z niedojrzałością funkcji trawiennych (wchłanianie, motoryka). Dziecko urodzone przed 34–36 tygodniem, musi być karmiony za pomocą sondy ze względu na niedojrzałość ssania, połykania i oddechu. Często ma miejsce cofnięcie pokarmu, będące skutkiem refluksu żołądkowo-przełykowego. Na refluks ten składa się głównie: niedokształcenie dolnego zwieracza przełyku, zmniejszone możliwości żołądka, który łatwo się przepęlnia, przemieszczenie w dół przepony w przypadku trudności oddechowych. Dojrzewanie przebiega wraz z rozwojem, powodując zanik refluksu. Trwa to od kilku tygodni do kilku miesięcy. Często konieczne jest leczenie farmakologiczne, aby uniknąć ewentualnych niepożądanych konsekwencji<sup>24</sup>.

Niedojrzałość wątroby, przejawiająca się żółtaczką, zaczynająca się 2–3 dni u życia i trwa kilka dni, niekiedy tygodni. Przypadłość jest wynikiem niedojrzałości funkcji metabolicznej wątroby oraz eliminacji bilirubiny. Fototerapia to leczenie stosowane w celach eliminacji bilirubiny w oczekiwaniu na spontaniczne dojrzewanie funkcji wątroby.

Kolejna niedojrzałość dotyczy nerek, które rozwijają się stopniowo po przedwczesnym urodzeniu. Konsekwencje dla dziecka są takie, że należy regularnie kontrolować objętość i zawartość moczu (jonogram) w celu określenia zapotrzebowania na sole mineralne (sód, potas) oraz objętość kroplówek lub pokarmu, którego potrzebuje. U bardziej niedojrzałych wcześniaków będzie konieczne wprowadzenie erytropoetyny, hormonu produkowanego przez nerki, niezbędnego do produkcji krwinek czerwonych<sup>25</sup>.

<sup>22</sup> M. Borszewska-Kornacka, i inni, op. cit., s. 18.

<sup>23</sup> H. Pawłowska-Jaroń, Z. Orłowska-Popek, *Problemy rozwojowe dzieci przedwcześnie urodzonychz perspektywy logopedycznej*, „Logopeda Lodziansia”, nr 3, 2019, s. 151.

<sup>24</sup> P. Kwinta, *Rola czynników naczyniowozrostowych w patogenezie odległych powikłań*, Kraków 2009, s. 11–13.

<sup>25</sup> Ibidem, s. 14.

Uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego bywa skutkiem niskiego ciśnienia tętniczego oraz niedotlenienia u dziecka. Z kolei niedotlenienie mózgu powoduje uszkodzenie tkanek. Te z kolei bywają wynikiem zaburzeń psycho-ruchowych a tym także uszkodzeniem wzroku, słuchu, mają wpływ na wodogłowie czy porażenie mózgowie<sup>26</sup>.

Zbyt wczesny poród przyczynia się do niskiej odporności. Układ immunologiczny dziecka nie jest dostatecznie wykształcony w wyniku braku przeciwciał od matki<sup>27</sup>.

Wczesne rozwiązanie powoduje jego niedobory prowadząc do niedokrwistości. Natomiast niewielka ilość tkanki tłuszczowej i niska masa urodzeniowa w połączeniu ze słabymi mięśniami są skutkiem szybkiego wychładzania ciała. wcześniak nie potrafi regulować temperatury, dlatego wymaga właściwego ogrzewania oraz odpowiedniej wilgotności<sup>28</sup>.

Długotrwałe przebywanie w inkubatorze powodują uszkodzenie wzroku oraz słuchu. Te same uszkodzenia mogą również powstać w skutek leczenia. Dlatego przedwczesny poród może być przyczyną retinopatii wcześniaczej. Przebywanie w cieplarni oraz wentylacja przy pomocy respiratora, potencjalne są także przyczyną uszkodzenia wzroku<sup>29</sup>.

Kolejnym zagrożeniem może stać się żółtaczka, co prawda pojawia się u wszystkich dzieci, to u wcześniaków przebiega dłużej powodując potencjalne zagrożenie. Leczenie w skrajnych przypadkach, poza fototerapią, skutkuje transfuzją wymienną<sup>30</sup>.

Należy się również liczyć z tym, iż przedwcześnie urodzone dziecko przychodzi na świat z niewystarczająco wykształconym układem pokarmowym. Dzieci urodzone przed 38 tygodniem ciąży najczęściej karmione są dożylnie. Po 26 tygodniu podaje się wcześniakom pokarm przez sondę. Pokarm może być sztuczną mieszanką lub pochodzić od matki. Noworodkom próbuje się także podawać mleko strzykawką do buzi, w celu pobudzenia odruchu ssania. Wskazane jest podawanie zaraz po urodzeniu, specjalistycznego preparatu z kompozycją żywych szczepów bakterii, w celu wspierania ich mikroflory jelitowej. Ma to wpływ na prawidłowy rozwój całego organizmu chroniąc go przed patogenami<sup>31</sup>.

<sup>26</sup> P. Kwinta, *Postępy w neonatologii w 2016 roku*, „Medycyna Praktyczna Pediatria”, 5/2017 s. 15.

<sup>27</sup> J. Behrendt, J. Bursa, *Ostra niewydolność oddechowa*, (w:) *Wybrane zagadnienia z patologii noworodka*, pod redakcją U. Goduli-Stuglik, Katowice 2003, s. 17.

<sup>28</sup> Tamże, s. 18.

<sup>29</sup> S. Chudziński, A. Kapała, M. Krześlak i inni, *Wykorzystanie case study w pielęgniarstwie*, (w:) *Metoda case study w pielęgniarstwie. Wprowadzenie do zagadnienia*, pod redakcją M. Lesińskiej-Sawickiej, wydanie 1, Warszawa 2009, s. 38.

<sup>30</sup> Ibidem, s. 41.

<sup>31</sup> E. Gulczyńska, *Żywnienie wcześniaka po wypisie ze szpitala – dlaczego nadal wymaga szczególnej uwagi?*, „Standardy Medyczne/Pediatria”, 2013, tom 11, s. 175.

Tabela 1. Ocena rozwoju dziecka przedwcześnie urodzonego

| Zakres            | Przedmiot oceny/możliwe komplikacje  |
|-------------------|--|
|                   | Nie przesądza jednak w sposób jednoznaczny o trwałych i nieodwracalnych następstwach. Ewolucja zmian może przebiegać różnorodnie, a plastyczność mózgu i kompensacja funkcjonalna mogą prowadzić do złagodzenia klinicznych następstw pierwotnych uszkodzeń mózgu, zwłaszcza w sytuacji intensywnego wsparcia terapeutycznego. Jeśli uszkodzenie mózgu jest rozległe, następstwa kliniczne są bardzo poważne i obejmują zaburzenia w sferze ruchowej, poznawczej, emocjonalnej i społecznej. Dochodzi do zaburzeń rozwoju mowy, niekiedy do zaburzeń ostrości widzenia i słuchu [Szczepański, Kamianowska, Grabowska, 2009].   |
| Układ oddechowy   | Najczęstsze komplikacje rozpoznawane u wcześniaków to dysplazja oskrzelowo-płucna, infekcje dróg oddechowych, epizody bezdechu i inne. Prawidłowe oddychanie u wcześniaków jest niezmiernie ważne, ponieważ jeśli zmiany rozwijające się w płucach upośledzą wymianę gazową, dochodzi do kumulacji dwutlenku węgla, co zwiększa przepływ krwi przez mózg noworodka. Ze względu na niedojrzałą architekturę naczyń mózgowia wcześniaka zwiększony przepływ krwi grozi przerwaniem ich ciągłości i wylewem krwi do komór mózgu [por. Helwich, 2002].   |
| Układ pokarmowy   | Refluks żołądkowo-przełykowy stanowi istotne zagrożenie nieprawidłowości w zakresie funkcji prymarnych w przestrzeni orofacialnej.   |
| Zaburzenia słuchu | Ponieważ proces słyszenia rozpoczyna się u człowieka od 24. tygodnia ciąży, a czynny okres rozwoju mowy w szóstym–ósmym miesiącu życia dziecka, stąd konieczne jest rozpoznanie i wdrożenie leczenia niedosłuchu w okresie trzeciego–szóstego miesiąca. Pierwszym etapem opieki audiologicznej jest wykonanie skriningu za pomocą otoemisji akustycznej (OEA) <sup>b</sup> na oddziale noworodkowym. U noworodków, u których występowała niewydolność oddechowa wymagająca wspomagania oddechu, uszkodzenia słuchu zdarzają się częściej niż u noworodków bez problemów oddechowych. Ubytek słuchu dotyczy głównie wysokich częstotliwości i może pogłębiać się stopniowo. Dodatkowo przyczyną częstszych zaburzeń słuchu jest niedojrzałość narządu słuchu i obszarów mózgu, które są odpowiedzialne za odbiór i opracowanie bodźców słuchowych [por. Walas, 2008; Balanda, Skurzak, 2009]. |
| Zaburzenia wzroku | Dzieci urodzone poniżej 32 Hbd <sup>c</sup> narażone są na retinopatię wcześniaczą <sup>d</sup> . Przedwczesny poród powoduje także zaburzenia w prawidłowym rozwoju widzenia, które nie zawsze zostają wyrównane w dalszym życiu. Dlatego też u dzieci tych częściej występuje zez, krótkowzroczność, oczopląs, zaburzenia widzenia obuoocznego oraz brak pełnej ostrości wzroku, mimo że nie stwierdza się u nich zmian anatomicznych w gałce ocznej [por. Helwich, 2002].   |

| Zakres          | Przedmiot oceny/możliwe komplikacje   |
|-----------------|---|
| Rozwój fizyczny | Pomiar masy ciała, długości ciała, odvodu głowy, obwodu klatki piersiowej. Wyniki pomiaru poniżej normy mogą sugerować nieprawidłowości rozwoju.  |
| Żywnienie       | Brak koordynacji ssania i połykania, alternatywne przyjmowanie pokarmu matki (odżywianie dożołądkowe – enteralne); odżywianie pozajelitowe czy inne formy żywienia wcześniaków mogą powodować zaburzenia toru oddechowego, ograniczenia sprawności artykulatorów, nadwrażliwość w okolicy nosa i warg, co z kolei może utrudniać rozwój artykulacji. Dlatego też absolutnym minimum, jakie trzeba zapewnić wcześniakowi w czasie przygotowania do jedzenia, jest stworzenie optymalnych warunków biomechanicznych, takich jak prawidłowa pozycja z możliwie najlepszą kontrolą całego ciała i żuchwy, odpowiednim ustawieniem głowy w czasie jedzenia, zarówno gdy dziecko karmione jest przez sondę, jak i przez smoczek, a w późniejszym okresie również piersią. Można wpływać na wygaszanie nieprawidłowego rozwoju odruchów oralnych i ułatwiać dojrzewanie prawidłowych mechanizmów jedzenia, normalizując napięcie mięśniowe oraz stosując techniki stabilizacji zewnętrznej pracy żuchwy, policzków i języka. |
| Układ nerwowy   | Wczesne uszkodzenie mózgu noworodków urodzonych przedwcześnie (ubytki tkanki mózgowej, martwica tkanki powstająca w następstwie niedrożności jednej z tętnic mózgu, zaburzenia struktury tkanki nerwowej, zaburzenia dotyczące dojrzewania mózgu [Helwich, 2016], krwawienia śródmózgowe, które najczęściej przybierają charakter krwawienia dokomorowego, okołokomorowego i krwawienia do mięszu mózgu [Szymankiewicz, 2006] zaburzenia niedotlenieniowo-niedokrwienne związane z zamartwiczą <sup>e</sup> ) stanowi wysokie ryzyko zaburzeń rozwoju.  |

Źródło: H. Pawłowska-Jaroń, Z. Orłowska-Popek, *Problemy rozwojowe dzieci przedwcześnie urodzonych z perspektywy logopedycznej*, "Logopedica Lodziensis", nr 3, (2019), s. 151.

## 1.4. SPECYFIKA OPIEKI NAD DZIECKIEM WCZEŚNIACZYM W ODDZIALE INTENSYWNEJ TERAPII NOWORODKA

Przedwczesny poród wiąże się niejednokrotnie z pobytem noworodka na oddziale Intensywnej Terapii Noworodka przez okres około 4–5 miesięcy, gdzie poddawane są intensywnej, długotrwałej opiece medycznej i różnych specjalistycznych interwencji. Są one umieszczane w inkubatorach, poddawane tlenoterapii w wymuszonych pozycjach ciała. Powikłania wczesnego porodu, a co się z tym wiąże niska masa urodzeniowa ciała, stanowi duże ryzyko nieprawidłowego rozwoju psychomotorycznego dziecka<sup>32</sup>.

Współczesny rozwój metod diagnostycznych i terapeutycznych, przyczynia się w dużym stopniu do znacznego ograniczenia umieralności okołoporodowej i wpływa na prawidłowy rozwój dzieci przedwcześnie urodzonych<sup>33</sup>.

Istotą intensywnej terapii jest wspomaganie procesów fizjologicznych noworodkach poprzez:<sup>34</sup>

- zapobieganie,
- przewidywanie,
- wczesne wyrównywanie,
- minimalną ingerencję.

Każde stanowisko lecznicze powinno być wyposażone w:<sup>35</sup>

- inkubator w którym panują warunki porównywalne z warunkami życia wewnątrzmacicznego,
- aparat wspomagający oddech (respirator lub CPAP),
- monitor wieloczynnościowy (EKG, RR tętnicze, SaO<sub>2</sub>), zapis elektrokardiograficzny jest podstawowym badaniem układu krążenia,
- pompy strzykawkowe, pompę przepływową, które służą do precyzyjnego podawania leków i płynów,
- zestaw do intubacji,
- oksymetr, pulsometr – obrazuje w sposób ciągły częstość uderzeń serca i wysycenie tlenem barwników krwi tętniczej za pomocą fal,
- worek samorozprężający,
- ssak próżniowy z wymiennym wkładem jednorazowym,

<sup>32</sup> K.M. Borszevska-Kornacka, *Kompendium wiedzy o wcześniaku*, „Standardy Medyczne”, 2013, 10(5), s. 597.

<sup>33</sup> M. Chrzan-Dętko, *Wcześniaki, Rozwój psychoruchowy w pierwszych latach życia*, Gdańsk 2012, s. 17–18.

<sup>34</sup> A.B. Pilewska-Kozak, A. Skurzak, A. Bałanda-Bałdyga, i inni, *Organizacja opieki nad noworodkiem wymagającym intensywnego nadzoru*, (w:) *Opieka nad wcześniakiem*, pod redakcją A.B. Pilewskiej-Kozak, Warszawa 2009, s. 29.

<sup>35</sup> Ibidem.

- sprzęt medyczny jednorazowego użytku niezbędny do pielęgnacji noworodka, w ilości potrzebnej na 12 h., uzupełniany na każdym dyżurze (strzykawki, rurki intubacyjne, cewniki, przylepce, 0,9% roztwór NaCl w ampułkach 5 ml, pieluchy, kompresy).

Do objawów klinicznych pojawiających się bezpośrednio po urodzeniu wcześniaka, który zmagają się z zespołem zaburzeń oddychania (ZZO) to: bezdechy – nieregularne oddechy, wzmożona praca skrzydełek nosa, osłabienie szmeru płuczkowego i oskrzelowego, obrzęk płuc, wzmagająca się sinica oraz hipoksemia, hiperkapnia oraz kwasica mieszana<sup>36</sup>. Aby pomóc takiemu dziecku przedwcześnie urodzonemu z powyższymi objawami, należy:<sup>37</sup>

- zapewnić środowisko ciepłe,
- monitorować podstawowe parametry życiowe (częstość akcji serca, oddechów, ciśnienie tętnicze, saturację),
- uzupełnić niedobór surfaktantu (odbywa się to poprzez zaintubowanie pacjenta i zaaplikowanie dotchawiczo egzogenego surfaktantu do 2 godzin po urodzeniu). Obecnie rekomenduje się jak najkrótsze stosowanie wentylacji mechanicznej ze względu na towarzyszące jej powikłania (między innymi uszkodzenie miąższu płuc i rozwój dysplazji oskrzelowo-płucnej). Należy dążyć do stosowania metod mniej inwazyjnych, które nie uszkadzają płuc.<sup>38</sup>
- zapewniać właściwe utlenowanie przez zastosowanie wentylacji mechanicznej,
- podawać płyny oraz kalorie,
- kontrolować obraz radiologicznych płuc oraz wyrównać stan ogólny pacjenta.

Przebywanie wcześniaka na oddziale intensywnej terapii musi być tak zorganizowane, aby stworzyć dla niego optymalne warunki dojrzewania i rozwoju. Ogromnym źródłem stresu nowo narodzonego dziecka jest hałas, ból, ostre światło. To one w dużym stopniu przyczyniają się do zwiększenia ryzyka powikłań dotyczących zaburzeń natury psychologicznej, rozwoju funkcji słuchu, ruchu, umiejętności jedzenia i innych zaburzeń w tej sferze. Odkrycia te wskazują na potrzebę wdrażania technik ukierunkowanych na opiekę neurorozwojową nad noworodkiem przyjmowanym

<sup>36</sup> P. Krajewski, A. Chudzik, M. Górską, i inni, *Czy dotchawicze podanie surfaktantu bez konieczności intubacji i stosowania wentylacji mechanicznej jest szansą dla noworodków przedwcześnie urodzonych*, Opole 2014, 2(20), s. 26.

<sup>37</sup> S. Chudziński A. Kapała, M. Krześlak i inni, *Wykorzystanie casy studyw pielęgniarstwie*, (w:) *Metoda case study w pielęgniarstwie. Wprowadzenie do zagadnienia*, pod redakcją M. Lesińskiej-Sawickiej, wydanie 1, Warszawa 2009, s. 38.

<sup>38</sup> K. Bober-Olesińska, MK Borszewska-Kornecka, *Europejskie wytyczne leczenia zespołu zaburzeń oddychania-aktualne rekomendacje*, „Standardy Medyczne”, 11/2014, s. 485.



do oddziałów intensywnej terapii. Ma ona na celu projektowanie planów opieki zapewniających nie tylko zaspokajanie potrzeb fizjologicznych noworodka, ale także najlepszy rozwój mózgu<sup>39</sup>.

Poprzez najlepszą opiekę nad noworodkiem rozumie się taką, która kompleksowo wpływa na jego rozwój. W tym celu optymalizuje się zaangażowanie rodziców i ich udział w opiece, co poprawia funkcje układu nerwowego i rozwój mózgu dziecka<sup>40</sup>. Obecnie w wielu oddziałach, tradycyjny model opieki jest zastępowany modelem ukierunkowanym na rodzinę. Rodzice są obecni i aktywni, coraz bardziej mogą się angażować w opiekę nad dzieckiem, poprzez formę kangurowania, stosowania dobrego dotyku, czytania bajek czy śpiewania piosenek<sup>41</sup>.

Udowodniono, że dzieci urodzone przedwcześnie wykazują znacznie lepsze wyniki leczenia, kiedy ograniczany jest stres związany z nadmierną stymulacją sensoryczną w środowisku. Stymulacja sensoryczna jest multimodalna i obejmuje czynniki pochodzące ze środowiska: temperaturę, dotyk, zapach, smak, dźwięk, hałas, a także propriocepcję. Receptory proprioceptywne, ułożone w mięśniach i ścięgnach, dostarczają mózgowi informacji o napięciu mięśniowym. Dlatego, też rutynowe procedury, takie jak ważenie, czy kąpiel, są postrzegane jako stres dla przedwcześnie urodzonego dziecka. Skutecznym zapobieganiem, który może zminimalizować stresogenne objawy wegetatywne, może okazać się prawidłowo zorganizowana praca i opieka<sup>42</sup>. Istotne w tych działaniach okazuje się również prawidłowe pozycjonowanie dziecka, poprzez tzw. tworzenie „gniazda” z miękkimi granicami i utrzymanie pozycji zgięciowej (Rycina 1). Niemowlęta w tej pozycji są spokojniejsze, wymagają mniej leków, śpią dłużej i szybciej zwiększają masę ciała. Dodatkowo układanie dziecka na brzuchu, zmniejsza odczuwanie przez nich bólu i poprawia komfort. Prawidłowe pozycjonowanie umożliwi spontaniczną aktywność dziecka i zapobiega powstawaniu deformacji aparatu ruchu. Z kolei wskazują się zmianę pozycji ciała przy zastosowaniu elementów handlingu z terapii NDT-Bobath umożliwiające rotację dziecka. Czynności, które wykonujemy przy dziecku powinny być wykonywane w sposób wolny i opanowany. Bowiemy inaczej skutkują niepokojem, bólem czy niestabilnością z niepotrzebnym wydatkiem energetycznym, a fizjologicznie może manifestować się to bradykardią, tachykardią, spadkami nasycenia tlenu, bezdechami i trudnościami w śnie<sup>43</sup>.

<sup>39</sup> Ibidem.

<sup>40</sup> J. Gadzinowski, M. Kęsiak, *Definicje, terminologia, zasady organizacji opieki nad noworodkiem*, (w:) *Podstawy Neonatologii*, pod redakcją J. Szczapy, wydanie 2, Warszawa 2015, s. 4.

<sup>41</sup> Ibidem.

<sup>42</sup> Ibidem.

<sup>43</sup> K. Bagnowska, *Czynniki wpływające na skuteczność rehabilitacji metodą NDT-Bobath u dzieci urodzonych przedwcześnie*, „Nowa Pediatria”, 2/2014, s. 64.

Rycina 1. Gniazdkowanie dziecka na oddziale intensywnej terapii



Źródło: W. Ostiak, B. Stoińska, J. Gadzinowska, *Stymulacja ruchowa oraz wczesne usprawnianie wcześniaków w oddziale patologii noworodka*, „Rehabilitacja Medyczna”, 7/2003, s. 46.

Dziecko urodzone przedwcześnie zaczyna być karmione butelką lub piersią, w momencie osiągnięcia przez niego 34 tygodnia wieku postkonceptyjnego. Ocenę gotowości do karmienia smokiem lub piersią można dokonać około 32–34 tygodnia postkonceptyjnego. Jednak na sukces karmienia doustnego wpływają problemy z dojrzewaniem i rozwojem. Karmienie wcześniaka jest problemem złożonym za który odpowiada wykwalifikowany personel (doradca laktacyjny, terapeuta karmienia, neurologopeda). Wcześniak nie od razu koordynuje ssanie, połykanie i oddychanie. Wprowadzenie odpowiednich technik karmienia piersią i dobór smoczka jest podstawą powodzenia i od tego zależy sukces<sup>44</sup>.

<sup>44</sup> E. Winnicka, *Wybór smoczka do karmienia butelką – sztuka czy nauka?*, „Standardy Medyczne”, 2/2012, s. 81.

## ROZDZIAŁ 2

# ROZWÓJ NOWORODKA PRZEDWCZEŚNIE URODZONEGO

### 2.1. ODRĘBNOŚCI ANATOMICZNE I FIZJOLOGICZNE WCZEŚNIAKÓW

Przystosowanie do życia dzieci urodzonych przedwcześnie jest szczególnie utrudnione ze względu na niedojrzałość narządów, układów oraz ośrodkowego układu nerwowego. Diagnozuje się problemy głównie w obszarze termoregulacji, oraz regulacji oddychania, których następstwem są liczne zaburzenia zasadniczych funkcji życiowych<sup>45</sup>.

Skóra wcześniaka jest bardzo delikatna i cienka co powoduje jej częste uszkodzenia. U dziecka przedwcześnie urodzonego dostrzega się również: małą aktywność ruchową, obniżone napięcie mięśniowe, zmieniony kolor skóry wyrazistym czerwonym zabarwieniu, którą pokrywa meszek i mazia płodowa. Z kolei niewielka warstwa rogowaciejąca nabłonka wielowarstwowego płaskiego sprzyja wychłodzeniu i nadmiernej utracie wody z organizmu. Z łatwością dochodzi do wyziębienia lub też przegrzania noworodka. Dlatego zapewnienie właściwych warunków cieplnych jest jednym z fundamentalnych czynników warunkujących jego przeżycie<sup>46</sup>.

W pielęgnacji wcześniaków stosuje się inkubatory z odpowiednią temperaturą oraz wilgotnością (<60%) – parametry te, są indywidualnie regulowanych do każdego wcześniaka. Inkubator taki nie tylko zapewni warunki zbliżone do naturalnych, ale też gwarantuje spokój, który należy zapewnić niedojrzałemu dziecku. Hałas, który panuje na oddziale intensywnej terapii powoduje wzrost ciśnienia wewnątrzczaszkowego, zaburza stan snu i czuwania<sup>47</sup>.

Niedojrzały układ nerwowy wcześniaka i wywala zaburzenia z tym związane:<sup>48</sup>

- niskie napięcie mięśniowe,

<sup>45</sup> A. Matysek, *Specyfika pielęgnacji skóry dziecka przedwcześnie urodzonego* Oddziale Intensywnej Terapii, „Forum-Kwartalnik Pielęgniarki Pediatricznej”, 2010, s. 11.

<sup>46</sup> H. Sawulicka-Oleszczuk, *Noworodek niedojrzały – wcześniak*, (w:) *Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii*, pod redakcją C. Łepeckiej-Klusek, Lublin 2003, s. 289.

<sup>47</sup> A. Bałanda-Bałdyga, *Pielęgnowanie noworodka wymagającego wspomagania oddechu z zastosowaniem Infant Flow*, (w:) *Opieka nad wcześniakiem*, redakcja naukowa A.B. Pilewska-Kozak, Warszawa 2009, s. 106.

<sup>48</sup> Ibidem, s. 108.

- osłabiona aktywność ruchowa (odruchów),
- zaburzone czuwanie i sen,
- bradykardia oraz bezdechy,
- niewłaściwa perystaltyka jelit, przełyku (obniżona),
- krwawienia i zmiany niedokrwienne naczyń.

Poważnym i istotnym problemem jest niedojrzałość układu oddechowego, która objawia się zespołem zaburzeń oddychania i bezdechami. Objawy te obserwuje się już w pierwszych godzinach życia i charakteryzują się przyspieszonym, nieregularnym oddechem z wyraźną zaznaczoną pracą mięśni, stękaniami wydechowym sinicą oraz bezdechem, który jest spowodowany depresją ośrodka oddechowego. Niewydolność oddechową ocenia się w skali Vidyasagara<sup>49</sup>.

Wcześnieiki wymagają wsparcia oddechowego, jest to możliwe za pomocą inwazyjnej wentylacji mechanicznej z zastosowaniem intubacji związanej z zagrożeniem powikłaniami, takimi jak uszkodzenie krtanii tchawicy, zapaleniem płuc. Do nieinwazyjnych technik wentylacji mechanicznej zalicza się i stosuje również nosowe nieinwazyjne wentylacje<sup>50</sup>.

Ze względu na ograniczoną zdolność do zwalczania infekcji związanych produkcją przeciwciał u wcześniaków oraz pozbawieniem odporności biernej (najwięcej przeciwciał przenika od matki do dziecka po 35 tygodniu od poczęcia), ochrona przed zakażeniem odgrywa kluczową rolę<sup>51</sup>.

W przypadku układu nerwowego wcześniaka – diagnozuje się występowanie wielu zaburzeń czynnościowych zarówno ośrodkowego układu nerwowego, jak i innych narządów. Unaczynienie mózgu dziecka powoduje często krwawienia jak i niedokrwienia. Tkanka nerwowa jest szczególnie wrażliwa na hiperkapnię, kwasicę, hipoksję oraz inne zaburzenia metaboliczne. Dodatkowo, wcześniaki źle tolerują zamartwicę okołoporodową, która znacząco wpływa na wzrost ich chorobowości zarówno we wczesnym, jaki późnym okresie po urodzeniu<sup>52</sup>.

Krwawienia wewnątrzczaszkowe należą do z najpoważniejszych powikłań neurologicznych u wcześniaków i dotyczą prawie 50% dzieci z urodzeniową masą ciała <1500 g. Krwawienie wewnątrzczaszkowe dotyczy okołokomorowej strefy rozrodczej mózgu, komór mózgu albo w najcięższych przypadkach obejmuje

<sup>49</sup> M.K. Kornacka, R. Bokiniec, *Noworodek z małą urodzeniową masą ciała*, (w:) *Podstawy neonatologii*, pod redakcją J. Szczapy, Warszawa 2010, s. 72.

<sup>50</sup> M. Rutkowska, *Problemy oddechowe noworodków urodzonych przedwcześnie: po urodzeniu, w okresie noworodkowym i niemowlęcym*, (w:) *Wcześnieik*, pod redakcją E. Helwich, Warszawa 2002, s. 22.

<sup>51</sup> Ibidem.

<sup>52</sup> H. Sawulicka-Oleszczuk, *Klasyfikacja noworodków*, (w:) *Opieka nad noworodkiem*, redakcja naukowa A. Bałanda, Warszawa 2009, s. 26.

tkankę mózgową. Kliniczne objawy krwawienia wewnątrzczaszkowego mogą być bardzo niebezpieczne i obejmują: śpiączkę, uogólnione drgawki, stupor, zaburzenia wentylacji, sztywność i uszkodzenia nerwów czaszkowych. U tych dzieci obserwuje się również okołokomorową leukomalację, która jest spowodowana zawałem niedokrwiennym substancji białej, przylegającej do komór bocznych mózgu. Dzieci w najmłodszym wieku płodowym są szczególnie wrażliwe na rozwinięcie się okołokomorowej leukomalacji, zwłaszcza gdy dołączają się takie objawy jak: posocznica, krwawienie śródczaszkowe, czy drgawki. Wszystkie dzieci z objawami leukomalacji powinny być monitorowane w kierunku następstw neurologicznych, ponieważ dzieci te wykazują zwiększone ryzyko wystąpienia mózgowego porażenia dziecięcego, opóźnienia w rozwoju jak i zaburzenia słuchu oraz widzenia<sup>53</sup>.

## 2.2. NAJCZĘSTSZE PROBLEMY I CHOROBY TOWARZYSZĄCE W ROZWOJU WCZEŚNIACTWU

### 2.2.1. DYSPLAZJA OSKRZELOWO-PŁUCNA

Dysplazję oskrzelowo-płucna (BPD) definiuje się jako chorobę układu oddechowego, u tych dzieci, które przez przynajmniej 3 dni były poddawane wentylacji przy pomocy respiratora. Podstawą choroby są zaburzenia prawidłowego rozwoju pęcherzyków i naczyń płucnych. Poprzez wiele nakładających się czynników: stan zapalny, uraz miąższu płuc następuje zwłóknienie i ich nieprawidłowy proces dojrzewania<sup>54</sup>.

Do podstawowych cech BPD zalicza się objawy ze strony układu oddechowego o różnym nasileniu, należą do nich kaszel i świszczący oddech. W zaawansowanych przypadkach dochodzi do hipoksemii wraz z hiperkapnią. Dochodzi również do wtórnej deformacji klatki piersiowej, a w zaawansowanej przypadłości dostrzega się cechy przerostu prawej komory w zapisie EKG. Wystąpienie hipoksemii u pacjenta w pierwszych tygodniach życia bywa główną przyczyną rozwoju zaburzeń sercowo-naczyniowych. Niewłaściwe leczenie hipoksemii, przyczynia się do pojawienia się bezdechów, co może skutkować nawet nagłą śmiercią niemowlęcia<sup>55</sup>.

<sup>53</sup> Ibidem, s. 27.

<sup>54</sup> E. Głowacka, G. Lis, *Dysplazja oskrzelowo-płucna-wczesne i odległe następstwa w zakresie układu oddechowego*, „Pneumonologia. Alergologia Polska”, 76/2008, s. 438.

<sup>55</sup> Ibidem, s. 439.

## 2.2.2. RETINOPATIA

Retinopatia (ROP) wcześniaków jest wazoproliferacyjną chorobą siatkówki. Jest ona obecnie jedną z najpoważniejszych przyczyn utraty wzroku u dzieci. Patogeneza ROP długo pozostawała nieznana. W latach pięćdziesiątych XX wieku zaobserwowano, występowanie retinopatii po wentylacji wcześniaków wysokimi stężeniami tlenu, który często podawano im pierwszych tygodniach życia. Od tego czasu monitoruje się oraz ogranicza stosowaniu tlenoterapii. Obecnie uważa się, że nie tylko tlen ma wpływ na wystąpienie tej choroby, ale także inne czynniki. Czynnikiem o największym znaczeniu jest niska masa urodzeniowa oraz wczesny wiek ciążowy. Podłożem jest proces rozwoju i dojrzewania naczyń siatkówki<sup>56</sup>.

W przebiegu procesu chorobowego wyróżniono 5 stadiów:<sup>57</sup>

- 1 – linia demarkacyjna pomiędzy unaczynioną, a nieunaczynioną siatkówką,
- 2 – poszerzona, uniesiona ponad poziom siatkówki linia demarkacyjna przybierająca postać wału,
- 3 – proliferacje włóknisto-naczyniowe przebiegające wzdłuż wału i do ciała szklistego,
- 4 – częściowe odwarstwienie siatkówki:
  - 4a – obwodowe,
  - 4b – z zajęciem plamki,
- 5 – całkowite odwarstwienie siatkówki.

Jeżeli uda się wychwycić rozwój retinopatii na poziomie rozpoczynających się proliferacji naczyń i zahamować ten proces, pozwoli to dziecku na zachowanie wzroku i umożliwi prawidłowy rozwój.

Najważniejsze czynniki ryzyka to:<sup>58</sup>

- bardzo mała urodzeniowa masa ciała, poniżej 1250 g,
- wcześniactwo, poniżej 28. tyg. ciąży,
- zakażenia w okresie perinatalnym,
- tlenoterapia,
- wielokrotne przetoczenia krwi.

<sup>56</sup> M.E. Prost, *Zastosowanie resekcji twardówki w leczeniu okresu 4b retinopatii wcześniaków*, „Nowa Pediatria”, 2000, 102(1), s. 13–16.

<sup>57</sup> A. Muszyńska, A. Nadaj, *Retinopatia wcześniacza*, „Nowa Pediatria” 2/2001, s. 32–34.

<sup>58</sup> H. Sawulicka-Oleszuk, A. Bałanda, A. Skurzak, *Stany zagrożenia życia noworodka*, (w:) *Opieka nad noworodkiem*, redakcja naukowa A. Bałanda, Warszawa 2009, s. 151.

### 2.2.3. KRWAWIENIA WEWNĄTRZCZASZKOWE

Uszkodzenia mózgu wcześniaków zwykle jest następstwem zaburzeń perfuzji. Konsekwencją zaburzeń przepływu krwi są: śródczaszkowe (dokomorowe i okołokomorowe) leukomalacje oraz zawał krwotoczny<sup>59</sup>.

Krwawienia śródczaszkowe są statycznie najczęstszą przyczyną uszkodzenia OUN u dzieci przedwcześnie urodzonych z małą masą ciała, które są poddawane intensywnej terapii. To właśnie masa ciała i stopień niedojrzałości wcześniaka są najczęstszymi czynnikami etiologicznymi krwawień. Krwawienia występują u około 80% noworodków urodzonych w 24–26 tygodniu i u około 30–35% noworodków urodzonych w 31–32 tygodniu ciąży. Zasadnicze znaczenie w patomechanizmie krwawień odgrywa niedojrzałość i zaburzenia krążenia mózgowego związane z czynnikami: wewnątrznaczyniowymi (kinetyka i autoregulacja przepływu), naczyniowymi (brak tkanek, kruchość naczyń) oraz pozanaczyniowymi (obniżone ciśnienie śródtkankowe, słabe zabezpieczenie podporowe)<sup>60</sup>.

Na podstawie zmian, które są obserwowane w badaniu ultrasonograficznymi mózgu wyróżnia się cztery stopnie intensywności krwawienia:<sup>61</sup>

- stopień I – krwawienie do strefy rozrodznej (podwysięciłkowe),
- stopień II – krwawienie dokomorowe, w którym do 50% objętości światła komory wypełnia krew,
- stopień III – krwawienie dokomorowe w którym ponad 50% objętości światła komory wypełnia krew, tworząc się skrzepy rozpychają światło komory, zwiększając jej rozmiary,
- stopień IV – krwawienie do miąższu mózgu (okołokomorowe), są następstwem zawału krwotocznego.

Powikłania tych krwawień śledzi się w okresie od wystąpienia krwawienia do 12 tygodnia i mogą świadczyć o wystąpieniu wodogłowia u dziecka<sup>62</sup>.

Leukomalacje okołokomorowe są następstwem zmian niedotlenieniowo-niedokrwiennych. Podobnie jak w krwawieniu śródczaszkowym, również stwierdza się istotną korelację występowania leukomalacji okołokomorowej i wieku płodowego wcześniaków. Jeśli dziecko rodzi się w 27–28 tygodniu ciąży, prawdopodobieństwo zmian sięga 15%. Poród około 30 tygodnia zagraża zmianami w około

<sup>59</sup> A. Bałanda-Bałdyga, *Pielęgowanie noworodka wymagającego wspomagania oddechowego zastosowaniem metody Infant Flow*, (w:) *Opieka nad wcześniakiem*, redakcja naukowa A.B. Pilewska-Kozak, Warszawa 2009, s. 110.

<sup>60</sup> Ibidem, s. 111.

<sup>61</sup> Ibidem.

<sup>62</sup> Ibidem.

10%. U dzieci urodzonych po 32 tygodniu – zmian tego typu praktycznie się nie stwierdza. Ogniska martwicy okołokomorowej istoty białej pojawiają się w 1–3 dniu życia. Po 2–3 tygodniach w badaniu ultrasonograficznym zauważa się formowanie torbielowatych jam, a po 1–3 miesiącach jamy te mogą łączyć się ze światłem komory, zwiększając jej rozmiary. Rozległość uszkodzeń bywa różna. Rozległość stwierdzonych zmian, ich lokalizacja (uszkodzenie szlaku piramidowego) pozwalają na przewidywanie następstw klinicznych<sup>63</sup>.

Z klinicznego punktu widzenia tak wczesne uszkodzenie mózgu może mieć różny obraz – od łagodnych dysfunkcji mózgu przez postacię mózgowego porażenia dziecięcego do ciężkich encefalopatii sprzężonych.

#### 2.2.4. MARTWICZE ZAPALENIE JELIT

Ryzyko martwiczego zapalenia jelit (NEC) wzrasta wraz ze zmniejszaniem się masy urodzeniowej ciała. Może już wystąpić w trzeciej dobie po urodzeniu, ale także w drugim czy czwartym tygodniu życia. Główną przyczyną podaje się niedojrzałość jelit, zakażenie i zmiany niedokrwienno-niedotlenieniowe w obrębie jelit. Choroba charakteryzuje się występowaniem zmian martwiczych ogniskowych lub rozlanych błony śluzowej jelita, które mogą rozszerzać się lub drążyć w głąb ściany jelita. Te z kolei doprowadzają do perforacji jelita cienkiego jak i grubego. Objawy kliniczne nacechowane są dużą zmiennością – od nietolerancji pokarmowej, zalegania treści pokarmowej w żołądku, wzdęcia brzucha do gwałtownie narastających objawów brzusznych wynikających z perforacji jelit. Występuje również zasinienie powłok brzucha, brak perystaltyki jelit połączone z cechami wstrząsu z zaburzeniami oddychania, zaburzeniami krążenia i termoregulacji<sup>64</sup>.

U dziecka należy wykonywać częste pomiary obwodu brzucha, które pośrednio dowodzą zwiększania się lub zmniejszania objętości gazów w jelitach. Po wyleczeniu martwiczego zapalenia jelita nie występują nawroty, ale poważną konsekwencją występującą jako powikłania są skurcze, wymioty, rozdęcie brzucha, zaparcia lub krwawienia<sup>65</sup>.

---

<sup>63</sup> Ibidem.

<sup>64</sup> H. Sawulicka-Oleszuk, A. Bałanda, A. Skurzak, *Stany zagrożenia życia noworodka*, (w:) *Opieka nad noworodkiem*, redakcja naukowa A. Bałanda, Warszawa 2009, s. 147.

<sup>65</sup> A. Bałanda-Bałdyga, A. Skurzak, G.J. Iwanowicz-Palus i inni, *Opieka nad wcześniakiem z wybranymi problemami klinicznymi*, (w:) *Opieka nad wcześniakiem*, redakcja naukowa A.B. Pilewska-Kozak, Warszawa 2020, s. 71



### 2.2.5. MÓZGOWE PORAZENIE DZIECIĘCE

Mózgowe porażenie dziecięce jest rozpoznawane u dzieci urodzonych przedwcześnie jako konsekwencja zmian neurologicznych noworodka. Rozumiane jest jako zaburzenia czynności będącego w rozwoju ośrodkowego układu nerwowego, a zwłaszcza ośrodkowego neuronu ruchowego. Mózgowe porażenie dziecięce (MPD) jest zespołem chorobowym powstałym w wyniku różnorodnych czynników. Jeśli chodzi o dzieci przedwcześnie urodzonei czynniki, które mogą skutkować MPD, to głównie niedotlenienie ośrodkowego układu nerwowego, wylewy śródczaszkowe. Obraz kliniczny MPD jest zależny od stopnia rozwoju i dojrzałości ośrodkowego układu nerwowego, w chwili zadziałania niekorzystnych czynników<sup>66</sup>.

U dzieci z diagnozą mózgowego porażenia dziecięcego stwierdza się różnego rodzaju niedowłady kończyn, napięcia mięśniowe, ruchy mimowolne, zaburzenia zborności ruchów i równowagi. Oprócz powyższych o charakterze ruchowym stwierdza się również niepełnosprawności w sferze umysłowym, a także: padaczkę, uszkodzenia wzroku, słuchu, nieprawidłowości w rozwoju nabywaniu mowy<sup>67</sup>.

Podział mózgowego porażenie dziecięce ze względu na obraz kliniczny:<sup>68</sup>

- porażenie kurczowe połowicze – które najmniej dotyczy dzieci przedwcześnie urodzonych
- obustronne porażenie kurczowe – tak zwana diplegia, obejmujące głównie kończyny dolne,
- obustronne porażenie połowicze w którym kończyny górne są w większym stopniu niedowładne niż dolne. Jest to najcięższa postać MPD,
- postać mózdkowa (ataktyczna), istotną cechą tej postaci porażenia jest stan napięcia mięśniowego,
- postać pozapiramidowa, charakteryzująca się ruchami mimowolnymi, występuje u większości wcześniaków, wskutek uszkodzenia ciążowo-okołoporodowego związanego z niedotlenieniem, zwłaszcza chorobą hemolityczną (cytotoksyczną).

### 2.3. ŻYWIENIE NOWORODKA PRZEDWCZEŚNIE URODZONEGO

Optymalną formą żywienia każdego noworodka jest pokarm naturalny i karmienie piersią. W przypadku dzieci o mniejszej dojrzałości niż 34 tygodni brak koordynacji

<sup>66</sup> R. Michałowicz, *Definicja, obraz kliniczny, podział*, (w:) *Mózgowe porażenie dziecięce*, pod redakcją R. Michałowicza, wydanie 3, Warszawa 2001, s. 25.

<sup>67</sup> Ibidem, s. 26.

<sup>68</sup> Ibidem, s. 27.

ssania i połykania – tradycyjne ssanie bywa często niemożliwe. W takich sytuacjach wykorzystuje się zagłębnik dożołądkowy. Za jego pomocą podaje się odciągnięty pokarm matki lub mieszanę mlekozastępcze, dobrane właściwie do dojrzałości i masy urodzeniowej noworodka<sup>69</sup>.

Celem żywienia wcześniaków o niskiej masie urodzeniowej jest osiągnięcie wzrostu porównywalnego do tego, jaki ma miejsce wewnątrzmacicznie w III trymestrze ciąży. Żywienie ma również na celu dostarczanie składników odżywczych, które będą zapobiegać niedożywieniu, kształtując odporność oraz na ograniczeniu zachorowalności w przyszłości. Noworodki, które urodziły o skrajnie niskiej masie (<1000 g) wymagają stosowania żywienia pozajelitowego od pierwszych dni życia i stopniowej alimentacji doustnej rozpoczynanej tak wcześnie, jak jest to możliwe ze względu na stan ogólny dziecka<sup>70</sup>.

W procesie karmienia dziecka tak wcześnie urodzonego ważna jest ocena jego zapotrzebowania pokarmowego. Ustala się to na podstawie masy ciała, możliwości metabolicznych oraz wieku ciążowego i dojrzałości nerwowo-mięśniowej. Najchętniej stosowaną skalą jest skala Ballard'a. Żywienie wcześniaków jest jednym z zasadniczych elementów leczenia noworodków<sup>71</sup>.

Żywienie drogą dożylną stosowane jest w przypadkach niedojrzałych wcześniaków ze względu na ich zmniejszoną tolerancję na węglowodany i trudności w uzyskaniu dostępowych donaczyniowych. U małych wcześniaków istnieje ryzyko wczesnej hipoglikemii ze względu na niewystarczające, nabyte w życiu płodowym, rezerwy glikogenu. Ważny składnik żywienia pozajelitowego stanowią lipidy. Dla tak niedojrzałego dziecka to źródło kwasów tłuszczowych, energii oraz pomaga w retencji azotu. Rozprowadza się je za pomocą pompy infuzyjnej równomiernie w ciągu całej doby. Noworodki urodzone przedwcześnie mają niski stopień mineralizacji układu kostnego ze względu na niewielkie ustrojowe zapasy wapnia i fosforu oraz duże zapotrzebowanie na te minerały. Stan ten określany jest jako osteopenia wcześniacza, metaboliczna choroba kości lub krzywica wcześniaków. W żywieniu pozajelitowym stosowane są zespoły witamin, które rozpuszczają się w tłuszczach oraz roztworach wodnych<sup>72</sup>.

Zalecanym żywieniem noworodków oraz niemowląt jest pokarm matki składający się z 30% kazeiny oraz 70% białek serwatkowych. Wszystkie zasadnicze

<sup>69</sup> E. Helwich, *Problemy żywienia noworodków urodzonych przedwcześnie*, (w:) *Wcześniejak*, pod redakcją E. Helwich, Warszawa 2002, s. 69.

<sup>70</sup> Ibidem.

<sup>71</sup> T.E. Romer, *Zaburzenia wzrastania i odżywiania*, (w:) *Pediatrya – podręcznik do Państwowego Egzaminu Lekarskiego i egzaminu specjalistycznego*, pod redakcją A. Dobrzańskiego, J. Rzyżka, Wrocław 2005, s. 493.

<sup>72</sup> Ibidem.

składniki pokarmowe typu węglowodany, białka czy tłuszcze są dla noworodka lepiej przyswajalne z mleka matki niż z pokarmu sztucznego. Dodatkowo pokarm matki wpływa na odporność dziecka dzięki działaniu antybakteryjnemu (frakcja wydzielnicza IgA, makrofagi, laktoferyna). W tej sytuacji aby zapewnić optymalny rozwój oraz zapotrzebowanie wcześniaków jest wzbogacanie pokarmu kobiecy w białko, składniki mineralne i witaminy. Źródłem białka bywa mleko krowie lub hydrolizaty białkowe podawane w formie płynnej lub sproszkowanej. Ważną rolę w opiece nad noworodkiem o bardzo małej i ekstremalnie małej masie ciała jest pokrycie ich zapotrzebowania na składniki odżywcze, które są zdecydowanie wyższe niż u dzieci urodzonych o czasie. Właściwe ich uzupełnianie poprzez stosowanie wzbogacacza pokarmu, zapobiega m.in. osteopenii. Na polskim rynku obecnie zarejestrowane są dwa rodzaje preparatów: FM 85 oraz Babilon BMF<sup>73</sup>.

W przypadku ekstremalnie niskiej masy ciała, wykorzystywane są hydrolizaty białkowe, które ułatwiają opróżnianie żołądka. Są one szybciej trawione i zapobiegają alergią pokarmową, jednak nie powinny być stosowane w żywieniu zbyt długo. Objętości pokarmu nie powinny być szybko zwiększane, a do ich oceny tolerancji służy kontrola zalegania żołądkowych przed karmieniem, obserwacja obwodu brzucha, perystaltyki, wzdęć czy bolesności<sup>74</sup>.

## 2.4. PIERWSZE ZABIEGI PIELĘGNIACYJNE WYKONYWANE U WCZEŚNIAKÓW

Brak dojrzałości do samodzielnego życia powoduje, że wcześniaki wymagają specyficznego traktowania. Większość z nich wymaga leczenia i pobytu na oddziale intensywnej terapii przez wiele miesięcy. Z kolei pielęgnacja takiego dziecka opiera się na podobnych zasadach co noworodka urodzonego w prawidłowym terminie. Jednak same zasady muszą być bardziej rygorystycznie przestrzegane ze względu na niedojrzałość ośrodków mózgu. Wcześniak zdecydowanie szybciej ulega oziębieniu jak i przegrzaniu. Ma zaburzoną funkcję ssania, koordynacji polykania, a pojemność żołądka jest zbyt mała. Dodatkowo takie dziecko bywa mało ruchliwe, większość czasu śpi.

Najistotniejsze normy opieki nad wcześniakiem to:<sup>75</sup>

- właściwe odżywianie – początkowo odbywa się to w sposób dożylny za pomocą pompy. Kolejno wcześniaka karmi się matczynym mlekiem matki,

<sup>73</sup> E. Helwich, *Problemy żywienia noworodków urodzonych przedwcześnie*, (w:) *Wcześniak*, op. cit., s. 70.

<sup>74</sup> Ibidem.

<sup>75</sup> E. Szymczyk, *Problemy pielęgnacji noworodków urodzonych przedwcześnie*, (w:) *Wcześniak*, op. cit., s. 99.

przez sondę żołądkową. Następnym krokiem będzie podawanie pokarmu strzykawką, smoczkiem, a potem można przystawić dziecko do piersi,

- higiena ciała – zabiegi wykonywane są w inkubatorze co 3–6 godzin, w zależności od potrzeb. Należą do nich: pielęgnacja pępka, pielęgnacja oliwką i gazikami,
- ochrona przed zakażeniem – należy dbać o sterylność rąk oraz sprzętu stosowanego przy noworodkach. Istnieją również ściśle i określone procedury w kontakcie z dzieckiem (brak biżuterii, odzież ochronna, podwiniete rękawy podczas kontaktu z dzieckiem),
- zapewnienie właściwej pielęgnacji dróg oddechowych – z powodu dużej niedojrzałości, wcześniaki są narażone na wystąpienie niewydolności oddechowej i niedotlenienie, dlatego wielokrotnie konieczne jest zaintubowanie oraz podłączenie do respiratora. Niekiedy u noworodka oddychającego samodzielnie, konieczne staje się wzbogacanie mieszaniny oddechowej w tlen, który musi być precyzyjnie dostosowany do potrzeb,
- obserwacja połączona z dokładnym monitorowaniem znaczących funkcji życiowych – czynności serca, kolor skóry i błon śluzowych, czynność pęcherza moczowego i jelit, napięcie mięśniowe, obwód głowy, masa ciała oraz samo zachowanie noworodka,
- pomoc w wykształceniu więzi uczuciowej dziecko-rodzice – istotną rolę odgrywa kontakt wzrokowy oraz skórny, mama dziecka jest często zachęcana do odciągania pokarmu i przynoszenia go dla dziecka, jak również zaleca się tzw. kangurowanie,
- zapewnienie właściwej temperatury otoczenia – to znaczy umieszczenie do w neutralnej temperaturze otoczenia, jest ona uzależniona od stopnia dojrzałości noworodka oraz sposobu pielęgnacji. W pierwszych godzinach życia może się okazać konieczność utrzymywania w inkubatorze temperatury 37–39° C wraz z wysoką wilgotnością.

## ROZDZIAŁ 3

# ROLA I ZADANIA OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD WCZEŚNIAKIEM LECZONYM W ODDZIALE INTENSYWNEJ TERAPII NOWORODKA

### 3.1. PROBLEMY TOWARZYSZĄCE ZABIEGOM PIELĘGNACYJNYM U WCZEŚNIAKÓW

Dzieci urodzone przedwcześnie wymagają odmiennego traktowania i leczenia na oddziałach intensywnej terapii przez długi okres po urodzeniu. Celem tego rozdziału jest przybliżenie udziału i roli opieki pielęgniarskiej nad wcześniakiem przebywającym na oddziale intensywnej terapii.

Poniżej uwzględniono i scharakteryzowano zadania oraz czynności wykonywane przy noworodku w różnych aspektach, a które w zasadniczy sposób wpływają na dalszą jakość życia dziecka.

Przedwczesne narodziny dziecko stają się wyzwaniem dla wszystkich członków zespołu terapeutycznego. Dziecko urodzone przedwcześnie przejawiające niedojrzałości, po wstępnej ocenie na sali porodowej lub operacyjnej zostaje umieszczony w przygotowanym inkubatorzei przetransponowany na oddział intensywnej opieki neonatologicznej. Głównym celem wczesnej interwencji przy noworodku jest podtrzymywanie podstawowych czynności życiowych i ich ciągle monitorowanie<sup>76</sup>.

#### 3.1.1. W ASPEKcie CZYNNOŚCI MEDYCZNYCH

Pielęgniarki odgrywają ważną rolę zarówno w czynnościach diagnostycznych, terapeutycznym oraz pielęgnacyjnych noworodka. W swojej pracy posługują się zindywidualizowanym procesem opieki, który stanowi podstawę do planowania i dokumentowania sprawowanej opieki. Służy temu między innymi klasyfikacja ICNP. Opiera się ona na terminologii referencyjnej, której głównym zadaniem jest uporządkowanie i ujednoczenie praktyki pielęgniarskiej. Pozwala to na powszechnym

<sup>76</sup> M.K. Kornacka, *Noworodek przedwcześnie urodzony-pierwsze lata życia*, Warszawa 2003, s. 35.

rozumieniu diagnoz i interwencji pielęgniarских poprzez posługiwanie się przepisnymi im kodami. Jest wsparciem dla całej pielęgniarskiej pracy<sup>77</sup>.

Bardzo ważne jest dokładne prowadzenie dokumentacji medycznej, która jest źródłem danych o sytuacji klinicznej, sposobie leczenia i pielęgnowania w czasie hospitalizacji. Podstawą dokumentacji jest historia rozwoju noworodka oraz książeczka zdrowia dziecka. W skład dokumentacji noworodka wchodzi:

- karta żywienia parenteralnego,
- karta terapii i żywienia doustnego,
- karta badań biochemicznych: elektrolity, cukier, gazometria,
- karta badań obrazowych,
- karta konsultacji,
- karta badań mikrobiologicznych,
- karta rozpoznań.

Wszystkie zalecenia lecznicze i diagnostyczne powinny być sygnowane pieczętąką lekarską i podpisem, natomiast potwierdzenie wykonania – podpisem i pieczętąką położnej lub pielęgniarki opiekującej się dzieckiem.

Uzupełnieniem dokumentacji wcześniaka jest karta dobowej obserwacji pielęgnacji noworodka prowadzona przez położną lub pielęgniarkę. W takiej karcie znajdziemy wszystkie parametry życiowe dziecka odnotowane w ciągu doby, są to:<sup>78</sup>

- odczyt zapisu EKG,
- saturacja,
- ciśnienie tętnicze,
- tętno,
- częstość oddechów,
- temperatura ciała,
- zabarwienie powłoki skórnej,
- diureza.

Ponadto położna systematycznie ocenia stan wkluc centralnych i/lub obwodowych. Dokumentuje zmiany, także związane z czynnościami higienicznymi jak pielęgnacja skóry, pępka, jamy ustnej, drzewa oskrzelowego oraz zabiegów wykonywanych u noworodka (zleconych przez lekarza neonatologa). Często spotykana patologia u wcześniaków z niedojrzałymi nerkami wiąże się z kwasicą metaboliczną. Stąd przy

---

<sup>77</sup> D. Kilańska, M. Staszewska, N. Urbanek i inni, *Planowanie opieki według międzynarodowego standardu ICNP w Podstawowej Opiece Zdrowotnej – studium przypadku*, „Problemy Pielęgniarstwa”, 2014, tom 22, nr 4, s. 539.

<sup>78</sup> J. Gadzinowski, D. Vidyasagar, *Neonatologia*, Poznań 2000, s. 86.

narastającej kwasicy metabolicznej obowiązuje dodatkowo monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi i wskaźników stanu zapalnego<sup>79</sup>.

Położna jest odpowiedzialna za przygotowanie sprzętu oraz wnikliwą opiekę nad noworodkiem. Jedną z zasadniczych u noworodków z zespołem zaburzeń oddychania jest metoda leczenia nazywana Infant Flow. Dzięki temu jest możliwe monitorowanie podstawowych parametrów życiowych tj. toru oddychania jego częstości, czynności serca, saturacji, tętna, ciśnienia krwi oraz zabarwienia powłok skórnych. Niezwykle ważnym zabiegiem noworodka podłączonego do aparatu Infant Flow jest usuwanie tworzącej się i zalegającej w drogach oddechowych wydzieliny. Zaleca się wykonywanie toalety górnych dróg oddechowych co 2 godziny<sup>80</sup>.

U dziecka należy również wykonywać częste pomiary obwodu brzucha, które pośrednio dowodzą zwiększenia się lub zmniejszenia objętości gazów w jelitach. Dokonuje się to w celu zapobiegania martwiczego zapalenia jelit, które może wystąpić w 3 dobie po urodzeniu, ale także w 2,3, a nawet w 4 tygodniu życia noworodka przedwcześnie urodzonego. W celu powstrzymania rozwoju choroby oraz wyleczenia infekcji stosowana jest antybiotykoterapia przez 1–2 tygodnie. Rola pielęgniarek w kwestii wnikliwej obserwacji dziecka jest nie do przecenienia. Może zapobiec wielu powikłaniom i zwiększyć szanse na wyleczenie<sup>81</sup>.

Po ukończeniu przez noworodka 3 doby życia, między 4 a 7 dobą, położna lub pielęgniarka powinna pamiętać o pobraniu krwi do badania na fenyloketonurię i niedoczynność tarczycy. Pobiera w tym celu krew z pięty noworodka na bibułę filtracyjną, następnie suszy ją i wysyła do laboratorium w celu dalszych badań<sup>82</sup>.

Do oceny stanu zagrożenia noworodka najpowszechniejsze zastosowanie na oddziale intensywnej terapii noworodka znalazły skale SNAP i CRIB. Skala SNAP (*Score for Neonatal Acute Physiology*) została opracowana przez Richardsona, Graya i McCornick i uwzględnia punktową ocenę wydolności oddechowo-kръżeniowej, stanu neurologicznego oraz parametrów biochemicznych tj. praca serca, ciśnienie krwi, częstość oddechu, temperatura ciała, leukocyty z rozmazem, hematokryt, płytki krwi, mocznik, kreatynina, diureza, stężenie elektrolitów, glikemia, wskaźnik oksygenacji. Skala ta jest bardzo przydatna w przewidywaniu zachorowalności i umieralności noworodków, szczególnie przedwcześnie urodzonych. Wskazano istotną korelację

<sup>79</sup> A. Pilewska, *Obserwacja i pielęgnowanie noworodka niedojrzałego*, (w:) *Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii*, pod redakcją C. Lepeckiej-Klusek, Lublin 2003, s. 99.

<sup>80</sup> A. Bałanda, A. Skurzak, G. Iwanowicz-Palus, *Zadania pielęgniarek i położnej w opiece nad noworodkiem w zakresie wspomagania oddychania za pomocą systemu Infant Flow*, „Pielęgniarstwo XXI wieku” 2006, nr 3, s. 131–134.

<sup>81</sup> W.M. Borkowski, *Opieka pielęgniarska nad noworodkiem*, wydanie 2, Kraków 2007, s. 57.

<sup>82</sup> Ibidem.

między wzrostem punktacji w skali SNAP, a narastaniem ciężkości procesu chorobowego i stanu dziecka<sup>83</sup>.

### 3.1.2. W ASPEKTCIE TERAPEUTYCZNYM

Na oddziale intensywnej terapii poza właściwą pielęgnacją noworodka, dbaniem o jego zdrowie stymuluje się jego rozwój psychofizyczny. Wzorcowy i współczesny model nadzoru nad wcześniakiem sprawowana jest w sposób holistyczny uwzględniający również zespół terapeutyczny. Personel pracujący na oddziale intensywnej terapii noworodka ma za zadanie kształtować właściwy rozwój dzieci. W tym aspekcie uwzględnia się duży udział i rolę rodziców dziecka włączając ich w oddziaływania terapeutyczne. Przyczynia się to do budowania i podtrzymywania więzi rodzicielskiej, jak również zapewnia właściwy poziom edukacji, aby po wyjściu ze szpitala czuli się kompetentni w opiece nad swoim dzieckiem. Początkowo odbywa się to przez stosowanie dotyku, a w zależności od stanu dziecka – rozpoczynając kangurowanie.

Rycina 2. Proces terapii małego dziecka – kangurowanie na OIT



Źródło: <http://www.uck.katowice.pl> (dostęp: 01.05.2021).

Na oddziale intensywnej terapii powyższe zadania realizowane są z udziałem fizjoterapeutów oraz pielęgniarek i skupiają się na takich czynnościach jak:<sup>84</sup>

- karmienie – powinno być konsultowane i decydowane w porozumieniu lekarza neonatologa, położnej, pielęgniarki oraz neurologopedy wraz z fizjoterapeutą

<sup>83</sup> M.K. Borszewska-Kornacka, *Kompendium wiedzy o wcześniaku*, „Standardy Medyczne/Pediatrics”, 2013, s. 611.

<sup>84</sup> J. Świetliński, *Neonatologia i opieka nad noworodkiem*, tom 1, Warszawa 2017, s. 64



peutą lub też doradcy laktacyjnego. Pod uwagę bierze się takie czynniki jak bezpieczeństwo kliniczne dziecka, dojrzałość do karmienia, jakość mechanizmów adaptacyjnych dziecka w trakcie karmienia, stanu dziecka bezpośrednio po karmieniu oraz indywidualnych uwarunkowań klinicznych, środowiskowych noworodka. Obecnie dokumentami systematyzującymi zasady opieki laktacyjnej na OITN są: „Program wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego”<sup>85</sup> oraz „Standardy opieki medycznej nad noworodkiem w Polsce” zalecane przez Polskie Towarzystwo Neonatologiczne,

- pozycjonowanie (noszenie) dziecka – ze względu na niskonapięciowość mięśni, co uniemożliwia im utrzymanie optymalnej pozycji do rozwoju wzorców ruchowych. Podstawą w zapewnieniu komfortu oraz właściwych wzorców neurorozwojowych jest użycie specjalnych rogali w inkubatorze. Dzięki temu zapewniony jest właściwy rozkład napięcia mięśniowego dziecka w trakcie snu i spontanicznej aktywności dziecka, korzystanie wpływa na układ oddechowy oraz minimalizuje ryzyko wystąpienia odleżyn. Właściwe pozycjonowanie dziecka i stosowanie do zasad przez personel medyczny jest skuteczną profilaktyką powstawania nieprawidłowych mechanizmów ruchu i postawy wcześniaków,
- edukacja rodziców m.in. w takich czynnościach jak kąpanie, ubieranie i rozbiieranie dziecka, czynności pielęgnacyjne – Rodzice wcześniaków często pod wpływem silnych i negatywnych emocji są w grupie ryzyka nieprawidłowego funkcjonowania w roli matki lub ojca. Świadomość towarzyszenia stresu jak i strachu u rodziców wcześniaków zobowiązuje personel medyczny OITN do pomocy w odnalezieniu się tej sytuacji.

Niezbędny na oddziale intensywnej terapii jest fizjoterapeuta, który asystuje w rozwoju psychoruchowym pacjenta. Stosuje on szeroką pojętą profilaktykę zaburzeń rozwoju. Wykorzystywane techniki w tym celu są możliwe dzięki właściwej stymulacji tzw. NDT-Bobath. Jest to niezbędny element ułatwiający osiągnięcie przez dziecko niezależności. Poza sferą ruchową ważne są także inne formy stymulacji.<sup>86</sup>

- stymulacja percepcji wzrokowej za pomocą specjalnych kart (czarno-białych),
- stymulacja percepcji słuchowej – preferuje się mówienie do dziecka wysokim głosem bowiem dzieci lepiej słyszą te dźwięki, reagują na nie znacząco,

<sup>85</sup> E. Helwich, *Program wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego*, „Pediatria”, 2014, 11 (1), s. 2–50.

<sup>86</sup> Ibidem.

- stymulacja sfery dotykowej dziecka poprzez różne faktury stwarza poczucie bezpieczeństwa dla dziecka. Najbardziej naturalnym rodzajem stymulacji jest noszenie dziecka tzw. kangurowanie za pomocą specjalnej chusty. Ruch i bliski kontakt z ciałem rodzica powoduje rozluźnienie, a dodatkowo dziecko poznaje światło, nowe dźwięki, widoki i zapachy (Ryc. 2). Kangurowanie jest możliwe nawet u dzieci z małą masą urodzeniową ciała, jak również wentylowanych mechanicznie o stabilnych funkcjach życiowych. Ta metoda wpływa korzystnie na parametry życiowe dziecka: termoregulację, akcje serca oraz oddech. Ma pozytywny wpływ na samoregulację noworodka,
- w zakresie zachowania, w tym reedukację bólu i stresu. Wpływa na poczucie więzi pomiędzy rodzicami a dzieckiem oraz buduje sferę bezpieczeństwa<sup>87</sup>.

Tak zwana interdyscyplinarna praca członków zespołu na oddziale intensywnej terapii noworodka to warunek niezbędny w profesjonalnej opiece nad tak małym i niedojrzałym pacjentem. Łączenie doświadczenia, wiedzy i umiejętności z różnych dziedzin pozwala na pełnienie wysokich standardów pomocy. Każdy z członków zespołu odgrywa ważną rolę dostosowaną do zróżnicowanych potrzeb pacjentów. Praca fizjoterapeutów oraz położnych stanowi integralny element terapii nad wcześniakiem<sup>88</sup>.

### 3.1.3. W ASPEKTCIE PIELEGNACYJNYM

Główną zasadą pracy z noworodkiem na OIT jest przewidywanie występowania problemów, zapobieganie im oraz wczesne wykrywanie i jak najszybsze planowe i celowe leczenie. Należy zatem w tym przypadku podkreślić rolę zespołu opiekującego się dzieckiem, a zwłaszcza pielęgniarek, które odgrywają zasadniczą rolę w terapii małego, niedojrzałego dziecka. Codziennym zadaniem pielęgniarek w całym postępowaniu z wcześniakiem i chorym noworodkiem obowiązuje zasada *przede wszystkim nie szkodzić, później leczyć*<sup>89</sup>. Wiedząc, iż dziecko niedojrzałe jest niezwykle podatne na szkodliwy wpływ otoczenia do którego jeszcze nie przywykło. Stąd też istnieją złote zasady, które systematycznie i skrupulatnie pełnią pielęgniarki na oddziale IT, niwelując w dużym stopniu ryzyko dodatkowych powikłań. Należą do nich.<sup>90</sup>

<sup>87</sup> B. Królak-Olejnik, *Wcześniactwo a karmienie piersią*, (w:) *Karmienie piersią w teorii i praktyce. Podręcznik dla doradców i konsultantów laktacyjnych oraz położnych, pielęgniarek i lekarzy*, pod redakcją M. Nerhing-Gugulskiej, M. Żukowskiej-Rubik, A. Piętkiewicz, Kraków 2017, s. 447.

<sup>88</sup> R. Czajka, *Poród przedwczesny*, (w:) *Ciąża wysokiego ryzyka*, pod redakcją G.H. Bręborowicza, wydanie 3, Poznań 2010, s. 121

<sup>89</sup> J. Świetliński, J. Sobczyk, E. Urbańska, *Intensywna terapia noworodka*, „*Studia Philosophiae Christianae*”, 30/1, s. 142.

<sup>90</sup> D. Fryc, J. Rudnicki, D. Ćwiek, *Rola edukacyjna pielęgniarek i położnych wobec rodziców noworodków przebywających na intensywnej terapii*, Szczecin 2010, s. 133.

- używanie w maksymalnym zakresie sprzętu jednorazowego,
- powszechna czystość i porządek panujący na oddziale,
- reżim sanitarny – system jałowości przeprowadzanych zabiegów inwazyjnych i ich ograniczenie do niezbędnego minimum,
- stała kontrola stanu sanitarno-epidemiologicznego oddziału.

Infekcje są częstym powikłaniem u dziecka urodzonego przedwcześnie, w naturalnym środowisku były otoczone płynem owodniowym hamującym wzrost większości mikroorganizmów. Po tak wczesnym narodzeniu środowisko zmienia się dla niego diametralnie, stając się dla niego zasadniczym zagrożeniem życia. U wcześniaków pozbawionych własnej odporności, infekcje powodują utratę wydolności ważnych dla życia narządów.

Zacząć należy od właściwej pielęgnacji m.in. skóry noworodka, u którego jest ona bardzo cienka. Z łatwością przenikają przez nią substancje chemiczne oraz gazy. Jej odczyn po porodzie obniża się do 5,5–6,0 pH, a brak składników odżywczych w organizmie wcześniaka np. cynku, powoduje samoistne pęknięcia skóry, te z kolei ułatwiają penetrację substancji toksycznych i drobnoustrojów. Brak dojrzałości wpływa na gorsze jej funkcjonowanie jako bariery ochronnej przed drobnoustrojami, czynnikami chemicznymi, fizycznymi oraz mechanicznymi. Profilaktyka powikłań w tej sferze uwzględnia jej znaczącą odmienną budowę anatomiczną, podatność na uszkodzenia oraz jej gorsze funkcjonowanie jako bariery ochronnej<sup>91</sup>.

Już od samego początku należy zwracać uwagę na zabarwienie powłok skórnych, występowanie zmian takich jak: sinica, wybroczyny, temperatura ciała. Należy również zwracać uwagę na stan kikutu pępowinowego, zacisk na pępowinie, jego pielęgnację jałowym gazikiem i 70% alkoholem etylowym.

Ważnym aspektem poddawanym ciągłym obserwacjom jest proces karmienia i dojrzałości ze strony układu nerwowego, koordynacji procesu ssania i połykania.

Obserwacja i ocena dziecka powinna obejmować:<sup>92</sup>

- obecność tkanki tłuszczowej,
- symetrii budowy ciała,
- spontanicznej aktywności dziecka,
- wyrazu twarzy,
- świadomości,
- wielkości ciemienia tylnego, ciemienia przedniego,

<sup>91</sup> B. Bartkiewicz, M. Dudra-Jastrzębska, I. Jazienicka, *Wybrane dermatozy wieku dziecięcego*, „Nowa Pediatria” nr 2, 2006, s. 51.

<sup>92</sup> W. Borkowski, *Opieka pielęgniarska nad noworodkiem*, Kraków 2007, s. 87.

- sposobu oddychania,
- zabarwienia powłok skórnych.

Jednym z zabiegów pielęgnacyjnych u noworodka jest kąpiel, którą wykonuje się jak najpóźniej po porodzie, w celu wchłonięcia się jak największej ilości mazi płodowej w ciało dziecka. Sama kąpiel u wcześniaka odbywa się bardzo podobnie jak u dziecka donoszonego. Temperatura wody powinna wynosić 37°C, natomiast otoczenia 23°C, wskazana jest co 2–3 dni. Pomija się wszelkie środki nadmierne przetłuszczające skórę tzw. emolientów, ale także nadmiernego przesuszania skóry<sup>93</sup>.

Pielęgnacja oraz ciągła obserwacja oczu noworodka po porodzie stanowi codzienny rytuał na OITN. Działanie te pozwalają na zapobieganie zapalenia spojówek czy niedrożność kanalika nosowo-łzowego. Pielęgnacja polega na przemywaniu ich przegotowaną wodą, delikatnie od bocznego kąciaków kierunku nosa – każde oko osobno. Przy ropiejących oczach wykorzystuje się roztwór chlorku sodu (0,9% NaCl).

Podobne czynności wykonuje się z pielęgnacją nosa. Drożny nos stanowi naturalny filtr zatrzymujący zanieczyszczenia znajdujące się w powietrzu oraz ogrzewa i nawilża wdychane powietrze. Niedrożny nos utrudnia karmienie dziecka oraz jego sen, zwiększa ryzyko zakażenia dróg oddechowych. Pielęgnacja polega na przemywaniu 0,9% roztworem chlorku sodu 1–2 krople do każdego przewodu nosowego. Po czym dziecko umieszczane jest na boku lub brzuchu<sup>94</sup>.

Pielęgnacja kikuta pępowinowego stanowi kolejny aspekt w pielęgnacji wcześniaka z racji iż wpływa na zmniejszenie liczby zakażeń. Zaleca się zmianę opatrunku za pomocą gazika jałowego 70% i alkoholu etylowego (roztwór spirytusu).

Rola pielęgniarek na oddziale OITN jest bardzo istotna. Skupia się zarówno na oddziaływaniu terapeutycznym, wykonywaniu czynności diagnostycznych i działaniach pielęgnacyjnych. Ważne aby te działania były dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta zgodnie z przyjętymi procedurami oraz zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki, tym samym przyczyniając się do skrócenia czasu hospitalizacji pacjenta oraz jego poprawy zdrowia.

Natomiast edukując rodziców – przyczyniają się do budowania więzi z ich własnym dzieckiem oraz poprawy jakości życia noworodka po opuszczeniu szpitala<sup>95</sup>.

---

<sup>93</sup> A. Bałanda-Bałdyga, A. Skurzak, G.J. Iwanowicz-Palus i inni, *Opieka nad wcześniakiem z wybranymi problemami klinicznymi*, (w:) *Opieka nad wcześniakiem*, redakcja naukowa A.B. Pilewska-Kozak, Warszawa 2020, s. 68.

<sup>94</sup> J. Gadzinowski, M. Szymankiewicz, *Podstawy neonatologii*, Poznań 2002, s. 146.

<sup>95</sup> H. Sawulica-Oleszczuk, *Noworodek niedojrzały-wcześniak*, (w:) *Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii*, pod redakcją C. Łepeckiej-Klusek, Lublin 2003, s. 289.

## ROZDZIAŁ 4

# METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

### 4.1. PRZEDMIOT I CEL BADAŃ

Przedmiot badań to zjawisko, mieszczące się w problematyce i teorii danej subdyscypliny pedagogicznej. Wyodrębniania się je w celach badawczych. Według T. Pilcha, przedmiot badań zależy od tego, jaki rodzaj badań przeprowadzamy. Przedmiot badań jest zadaniem, które musimy wykonać<sup>96</sup>.

W niniejszej pracy **przedmiotem badań** jest *ocena trudności i problemów występujących w sprawowaniu opieki pielęgniarstwa nad dzieckiem urodzonym przedwcześnie*.

Celem badań było wzbogacenie wiedzy na temat problemów dzieci urodzonych przedwcześnie w opinii położnych pracujących na OITN.

### 4.2. PROBLEMY I HIPOTEZY BADAWCZE

Po określeniu celu badań, kolejnym etapem postępowania badawczego jest sformułowanie problemów badawczych. Według S. Nowaka, „problem badawczy to tyle, co pewne pytanie lub zespół pytań, na które odpowiedzi ma dostarczyć badanie”<sup>97</sup>.

M. Łobocki tłumaczy pojęcie „problem badawczy”, jako „takie pytanie, które w miarę precyzyjnie określa cel zamierzonych badań i jednocześnie ujawnia braki w dotychczasowej wiedzy na interesujący temat”<sup>98</sup>.

**Problem główny** niniejszej pracy brzmi następująco:

Z jakimi problemami i jak oceniają swoją pracę pielęgniarki na oddziale intensywnej opieki noworodka?

Na podstawie analizy literatury oraz w odniesieniu do tematu mojej pracy sformułowano następujące problemy badawcze:

<sup>96</sup> T. Pilch *Zasady badań pedagogicznych*, Warszawa 1995, s. 22.

<sup>97</sup> S. Nowak, *Metodologia badań socjologicznych*, Warszawa 1970, s. 214.

<sup>98</sup> M. Łobocki, *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Kraków 2000, s. 21.

1. Z jakimi problemami zdrowotnymi dzieci urodzonych przedwcześnie spotykają się najczęściej pielęgniarki na OITN?
2. Z jakimi problemami rozwojowymi dzieci urodzonych przedwcześnie spotykają się najczęściej pielęgniarki na OITN?
3. Jakie zabiegi medyczne są najczęściej wykonywane na OIT u wcześniaka?
4. Jak przebiega holistyczna opieka na oddziale ITN w opinii pielęgniarek?

Po sprecyzowaniu pytań badawczych należy przejść do formułowania hipotez. M. Łobocki twierdzi iż „hipotezy robocze są oczekiwanymi przez badacza wynikami planowanych badań”<sup>99</sup>. Jednym z podstawowych warunków sformułowania poprawnej pod względem metodologicznym oraz użytecznej hipotezy jest wstępne rozpoznanie problemu i terenu badań.

Biorąc pod uwagę powyższe stwierdzenia sformułowano następujące hipotezy: Propozycje hipotez badawczych adekwatnie do w problemów w niniejszej pracy to:

1. Zakładam, że najczęstszymi powikłaniami medycznymi występującymi u dzieci urodzonych przedwcześnie są: kłopoty oddechowe związane z niedojrzałością płuc.
2. Zakładam, że najczęstsze problemy rozwojowe dzieci urodzonych przedwcześnie dotyczą jego rozwoju psychoruchowego.
3. Zakładam, że najczęstszymi zabiegami medycznymi wykonywanymi u wcześniaków jest mechaniczna wentylacja.
4. Zakładam, że w opinii pielęgniarek holistyczna opieka na OIT ściśle wiąże się z udzielonym przez nich poradnictwem laktacyjnego.

### 4.3. METODY, TECHNIKI I NARZĘDZIA BADAWCZE

Metoda badań to zespół teoretycznie uzasadnionych zabiegów koncepcyjnych i instrumentalnych. Obejmuje ona całość postępowania badacza, i zmierza do rozwiązania problemu naukowego. Jest to określony powtarzalny sposób rozwiązania problemu z zastosowaniem odpowiedniej techniki badawczej, przy pomocy właściwych dla tej techniki narzędzi<sup>100</sup>.

Na potrzeby niniejszej pracy, jako technikę zastosowano ankietę. Ankieta jest charakterystyczną odmianą wywiadu, która polega na gromadzeniu informacji w ten sposób, iż respondent samodzielnie wypełnia przygotowany uprzednio kwestionariusz. Narzędziami badawczymi, niezbędnymi do napisania tej pracy i stworzenia części

<sup>99</sup> M. Łobocki, op. cit., s. 74.

<sup>100</sup> T. Pilch, T. Bauman, *Zasady badań pedagogicznych*, Warszawa 2001, s. 71–73.

empirycznej będzie kwestionariusz ankiety, który zbudowany jest z 20 pytań typu zamkniętego. Celem było zgromadzenie materiału badawczego od ściśle określonej grupy badawczej. Pytania zostały tak skonstruowane aby ich odpowiedzi tworzyły wynik na wyżej postawione problemy badawcze.

Kwestionariusz ankiety, który powstał w wyniku tworzenia części badawczej jest autorskim zestawem pytań oraz odpowiednich do nich kafeterii odpowiedzi. Został on stworzony za pomocą formularza google: (<https://forms.gle/36SwzH6X1Tk13eDfA>) i rozesłany do określonej grupy respondentów za pomocą specjalnie wygenerowanego linku drogą elektroniczną (z wykorzystaniem komunikatorów typu Messenger lub droga mailową). Wybory respondentów trafiały bezpośrednio na skrzynkę nadawcy tworząc zarówno wynik jednostkowy jak i procentowy dla danej odpowiedzi. Niewątpliwie ta forma badań pozwoliła na dotarcie do licznej grupy respondentów z różnych miejscowości przyczyniając się zarówno do rzetelnie stworzonej grupy badawczej jak i uzyskanych w toku badań odpowiedzi.

#### 4.4. CHARAKTERYSTYKA BADANYCH OSÓB

Odpowiednią grupę respondentów udało się pozyskać dzięki współpracy i znajomości osób pracujących na oddziale Intensywnej Terapii Noworodka między innymi w miejscowości Łodzi oraz Poznania jak i Kaliszu.

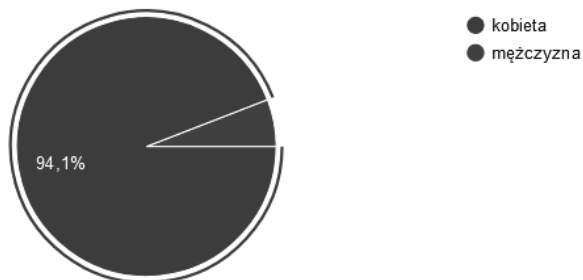
Grupę badawczą stanowiły zarówno kobiety jak i mężczyźni wykonujący zawód pielęgniarki lub pielęgniarza na oddziale Intensywnej Terapii Noworodka. Dokładny opis osób poddanych badaniu dostarczają umieszczone w ankiecie dane metryczkowe. Wyniki pozwoliły określić charakterystykę badanych osób głównie ze względu na wiek, staż pracy oraz miejsce zamieszkania. Ogółem w badaniu wzięło 52 osoby, 48 kobiet, oraz 4 mężczyzn.

W badaniach wzięli udział zarówno mężczyźni jak i kobiety. Liczba mężczyzn to 9 osób, natomiast liczba różniła się znacząco, bowiem 97 osób, nie sposób nie zauważyć dominacji płci damskiej.

Wykres 1. Płeć respondentów

Płeć respondenta

51 odpowiedzi



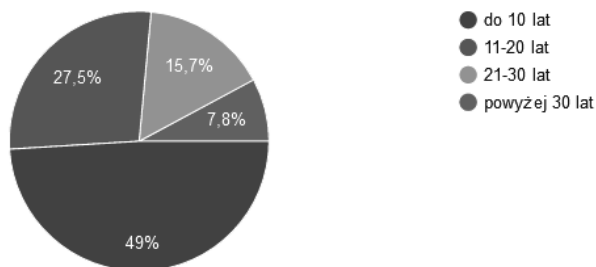
Źródło: opracowanie własne.

Zdecydowaną przewagę respondentów stanowiły kobiety 94,1%(tj. 48 ogółu badanych) pozostałe niespełna 6% (tj. 3 badanych) to mężczyźni.

Wykres 2. Staż pracy respondentów

Staż pracy respondenta

51 odpowiedzi



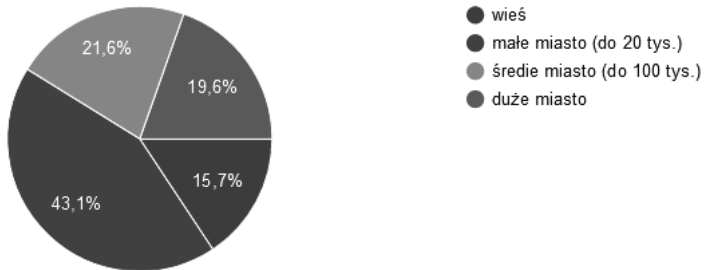
Źródło: opracowanie własne.

Badana grupa pielęgniarek oraz pielęgniarzy pracuje w zawodzie nie więcej niż 10 lat – stanowiąc tym samym 49% ogółu. 27% to osoby pracujące w zawodzie od 11 do 20 lat, 16% stanowiły osoby ze stażem 21–30 lat. Najmniej liczna grupę stanowiły osoby ze stażem pracy powyżej 30 lat(tj. 8% badanych).



**Wykres 3. Miejsce zamieszkania respondentów****Miejsce zamieszkania**

51 odpowiedzi



Źródło: opracowanie własne.

Niespełna połowa respondentów (tj. 43%) zamieszkuje małe miasto, 22% respondentów to mieszkańcy średniego miasta, 20% badanych pochodzi z dużego miasta, pozostałe 16% czyli najmniej liczną grupę stanowiły osoby zamieszkujące tereny wiejskie.

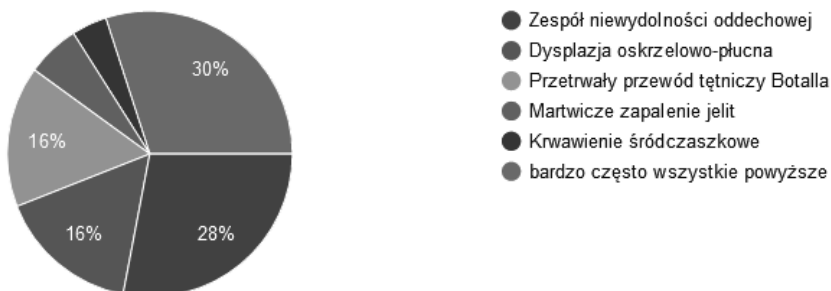
## ROZDZIAŁ 5 ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH

### 5.1. PROBLEMY ZDROWOTNE DZIECI URODZONYCH PRZEDWCZEŚNIEW OPINII BADANYCH RESPONDENTÓW

Na specjalistycznych oddziałach udaje się dziś uratować coraz więcej dzieci niedojrzałych z poważnymi zagrożeniami zdrowia oraz życia. W literaturze medycznej można przeczytać o typowych zdrowotnych powikłaniach jakie ściśle wiążą się z wcześniactwem.

Jednym z poruszanych problemów w niniejszych badaniach dotyczyły właśnie zdrowia dzieci urodzonych przedwcześnie. Badana grupa, która na co dzień walczy o zdrowie wcześniaków udzieliła informacji na temat najczęściej występujących powikłań. Należy do nich bez wątpienia- zespół niewydolności oddechowej – takiej odpowiedzi udzieliło 30% respondentów. Dość spora grupa bo aż 28% badanych uznało, iż dzieci urodzone przedwcześnie zmagają się z wszystkimi wymienionymi problemami tj. dysplazja oskrzelowo-płucna, zespół niewydolności oddechowej, przetrwały przewód tętniczy Botalla, martwicze zapalenie jelit, krwawienie śródczaszkowe. 16% respondentów uważa zespół Botalla za najczęściej występujący problem zdrowotny wcześniaków i tyle samo (16%) odpowiedzi dla dysplazji oskrzelowo-płucnej. Analogicznie w sposób graficzny uzyskane wyniki przedstawia poniższy wykres.

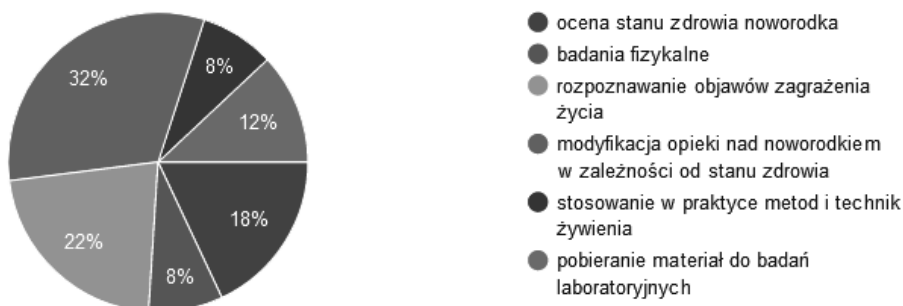
Wykres 4. Najczęstsze problemy zdrowotne wcześniaków OITN w opinii respondentów



Źródło: opracowanie własne.

Za pomocą kolejnych pytań w kwestionariuszu ankiety próbowano ustalić najczęściej wykonywane zadania w opinii personelu OITN. Uzyskane wyniki przedstawiono poniżej za pomocą wykresu.

Wykres 5. Najczęściej wykonywane zadania pielęgniarek pracujących na OITN



Źródło: opracowanie własne.

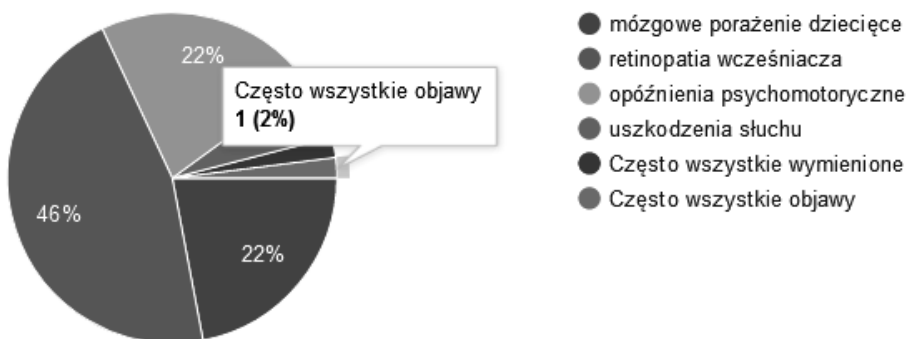
Wśród tych podstawowych zadań wymieniono: modyfikację opieki nad noworodkiem w zależności od stanu zdrowia – 32% ogółu badanych oraz rozpoznawanie objawów zagrożenia życia – 22% ogółu odpowiedzi.

Jednym z najważniejszych problemów współczesnej neonatologii są liczne powikłania często skrajnej niedojrzałości strukturalnej oraz czynnościowej podstawowych układów i narządów noworodka przedwcześnie urodzonego. W toku prowadzonych badań udało się potwierdzić pierwszą hipotezę dotyczącą powikłań, która brzmiała, że najczęstszymi powikłaniami medycznymi występującymi u dzieci urodzonych przedwcześnie są kłopoty oddechowe. W wyniku niedojrzałości tak ważnego narządu jakim są płuca dochodzi w wielu przypadkach do szeregu komplikacji związanych z układem oddechowo-krażeniowym.

## 5.2. PROBLEMY ROZWOJOWE DZIECI URODZONYCH PRZEDWCZEŚNIE W OPINII PIELĘGNIAREK Z OITN

Dzieci urodzone przedwcześnie wymagają odmiennego traktowania i leczenia na oddziałach intensywnej terapii przez długi okres po urodzeniu. Mózgowe porażenie dziecięce jest jednym z najczęściej rozpoznawanym zaburzeniem u dzieci urodzonych przedwcześnie jako konsekwencja zmian neurologicznych noworodka. Problemy wcześniaków, podawane przez badaną grupę przedstawiono poniżej.

**Wykres 6.** Najczęstsze problemy rozwojowe wcześniaków z OITN w opinii respondentów

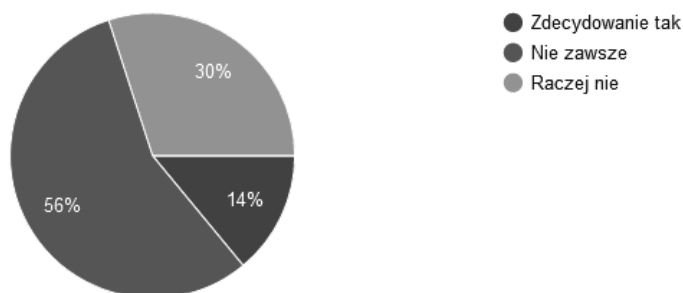


Źródło: opracowanie własne.

Niespełna połowa personelu medycznego biorąca udział w badaniach (46%) wskazała, że do najczęstszych problemów rozwojowych wcześniaków należy retinopatia wcześniacza. W następnej kolejności (22%) występuje wśród tych dzieci mózgowe porażenie dziecięce, oraz opóźnienia psychomotoryczne (również 22%). Do tych najmniej występujących w opinii badanych należy uszkodzenie słuchu (6%), oraz 2% ogółu nadmieniło, iż często wszystkie powyższe wpisane są w problemy dziecka urodzonego przedwcześnie.

Niewątpliwie dobra ocena stanu zdrowia noworodka jak i szybkiej właściwej interwencji personelu medycznego mającej na celu włączenie prawidłowych oddziaływań sprzyja ogólnemu stanowi psychomotorycznemu i kondycji dziecka. Za pomocą kwestionariusza ankiety próbowano ustalić kompetencję personelu w kwestii oceny wystąpienia ewentualnych zaburzeń psychoruchowych u dziecka.

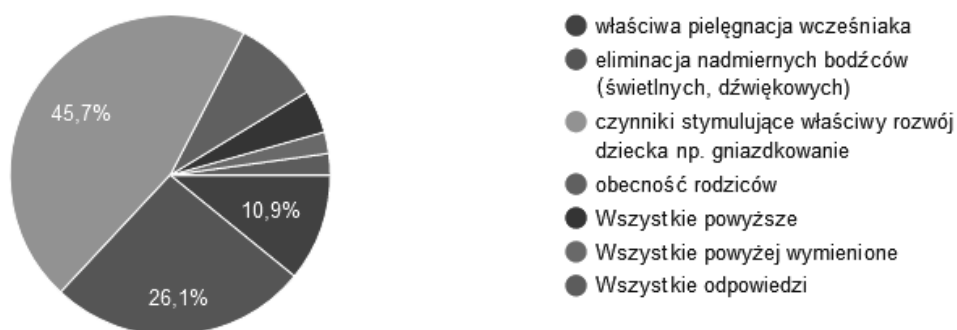
**Wykres 7.** Ocena występowania zaburzeń psychoruchowych u dzieci w opinii własnej pielęgniarek z OITN



Źródło: opracowanie własne.

Zdecydowana większość badanych (56%) nie zawsze potrafi ocenić wystąpienie zaburzeń psychoruchowych u dziecka urodzonego przedwcześnie. 30% respondentów stwierdziło, że raczej nie potrafi, a zaledwie 14% badanych posiada kompetencję do oceny nie tylko zdrowia jak i prawidłowego rozwoju dziecka. Wśród czynności, które sprzyjają psychofizycznemu rozwojowi dziecka w opinii respondentów przedstawiono poniżej.

Wykres 8. Czynności sprzyjające psychofizycznemu rozwojowi wcześniaka w opinii badanych



Źródło: opracowanie własne.

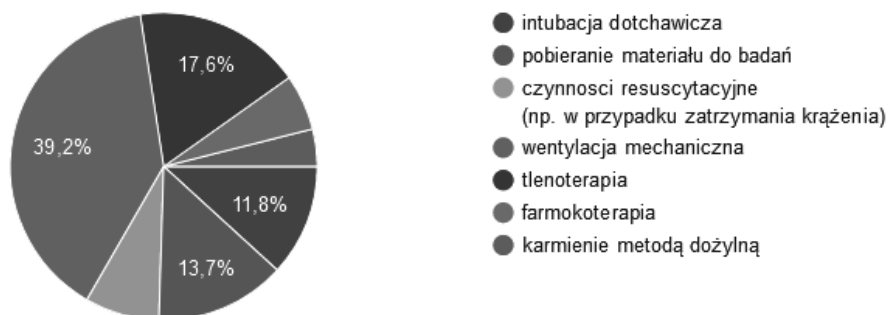
Niespełna połowa wszystkich respondentów (46%) wskazała, że należą do nich czynniki stymulujące właściwy rozwój dziecka np. gniazdkowanie. Dla 26% badanych to eliminacja nadmiernych bodźców świetlnych, dźwiękowych sprzyja ogólnemu dobrostanu dziecka. Zaledwie 10% wymieniło właściwą pielęgnację wcześniaka, jako ten istotny czynniki.

Analiza tego problemu badawczego pozwala na stwierdzenie, że do najczęstszych problemów rozwojowych dzieci urodzonych przedwcześnie należy retinopatia wcześniacza. To właśnie ten rodzaj zaburzeń z którymi spotykają się na OITN badana grupa. W związku z czym, nie udało się potwierdzić postawionej hipotezy, iż tym czynnikiem są opóźnienia psychoruchowe.

### 5.3. NAJCZĘSTSZE ZABIEGI MEDYCZNE WYKONYWANE NA ODDZIALE INTENSYWNEJ TERAPII WCZEŚNIAKA

Kolejny z badanych problemów dotyczył zabiegów medycznych, które są wykonywane na OITN.

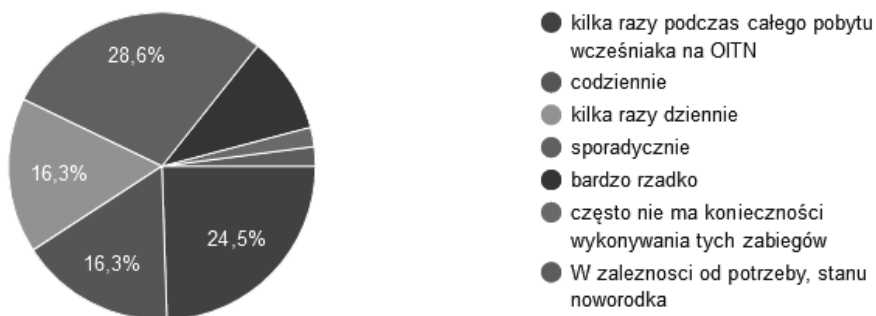
Wykres 9. Najczęściej wykonywane zabiegi na oddziale ITN w opinii respondentów



Źródło: opracowanie własne.

39% badanych stwierdziło, iż najczęściej wśród wcześniaków stosuje się wentylację mechaniczną. 18% uważa, że tlenoterapie, zdecydowana mniejszość (14%) wymienia pobieranie materiału do badań oraz intubację dotchawiczną (11%). W toku badań okazało się, również, że wsazane wyżej zabiegi są wykonywane sporadycznie na oddziale ITN (29%), albo co najwyżej kilka razy podczas całego pobytu wcześniaka na oddziale (24%). W 16% zabiegów w celu ratowania życia dziecka są wykonywane kilka razy dziennie lub codziennie (16%).

Wykres 10. Częstotliwość wykonywanych zabiegów medycznych w opinii pielęgniarek



Źródło: opracowanie własne.

Potwierdzając założenie, iż najczęściej spotykane problemy medyczne wiążą się z kłopotami oddechowymi analogicznie potwierdza się również, iż do najczęstszych

zabiegów medycznych wykonywanych wśród wcześniaków będzie mechaniczna wentylacja. Kolejna hipoteza znalazła swoje potwierdzenie w badaniach.

#### 5.4. IDEA HOLISTYCZNEJ OPIEKI NA ODDZIALE ITN W OPINII PIELĘGNIAREK

Postęp techniki oraz wiedzy medycznej przyczynia się również do zmian względem nastawienia na podejmowanie nowych wyzwań ukierunkowanych na coraz mniejszych pacjentów. Zmienia się także zachowanie i podejście personelu w stosunku do tak niedojrzałych pacjentów. Zwraca się większą uwagę na zapewnienie tak małemu pacjentowi optymalnych warunków hospitalizacji w tym komfortu oraz holistycznego podejścia.

Wykres 11. Idea holistycznej opieki na oddziale ITN w opinii badanych



Źródło: opracowanie własne.

Analizując wynik badania dotyczące wiedzy pielęgniarek na temat holistycznej opieki noworodka, można stwierdzić, że połowa respondentów, wie na czym polega powyższa idea kompleksowej opieki. Wśród odpowiedzi dominowała właśnie edukacja rodziców dzieci przedwcześnie urodzonych- 49%, 14% grupy wskazało na istotną rolę i udział psychologa, wśród mniej istotnych wybrzmiała współpraca lekarzy (10%) oraz współpraca z zespołem pielęgniarskim (10%). W przypadku korelacji rodzice-personel medyczny, w opinii badanych – rodzice chętnie współpracują i powielają rady zespołu (44%) oraz nadmiernie przeżywają stres związany z przedwczesnym porodem (36%).

Wykres 12. Ocena współpracy rodziców z badaną grupą respondentów



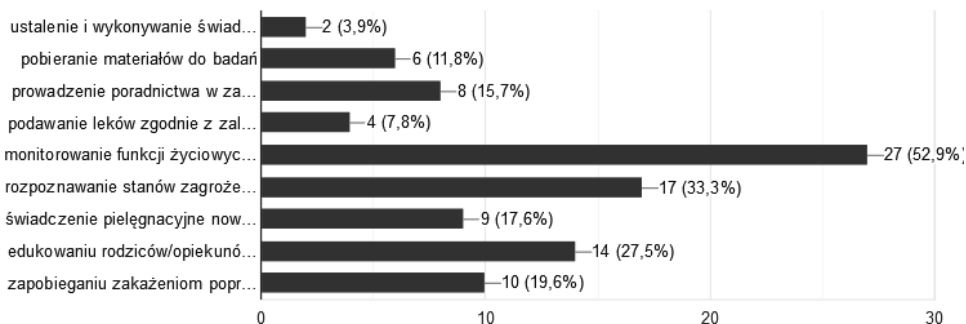
Źródło: opracowanie własne.

Badana grupa posiada wiedzę na temat holistycznej opieki – wyposaża rodziców w umiejętności i kompetencję opieki nad wcześniakiem, jednak zauważa się pewne braki w wiedzy i umiejętności, które dotyczą stymulacji rozwoju psychoruchowego dziecka. Hipoteza badawcza w tym przypadku nie znalazła swojego zastosowania.

## 5.5. OCENA TRUDNOŚCI I PROBLEMÓW WYSTĘPUJĄCYCH W SPRAWOWANIU OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD DZIECKIEM URODZONYM PRZEDWCZEŚNIE

Wcześniak jest niewątpliwie wymagającym pacjentem. Rolę znaczącą odgrywa jego pielęgnacja. Pielęgniarki pracujące na OITN odgrywają istotną rolę w zespole terapeutycznym. Ich praca koncentruje się zarówno na czynnościach pielęgnacyjnych jak i diagnostycznych, terapeutycznych. W jednych z pytań zapytano respondentów o to z jakimi kompetencjami najbardziej kojarzy ci się zawód położnej na oddziale ITN. Uzyskane wyniki przedstawia poniższy wykres.

Wykres 13. Kompetencje położnej w opinii badanych



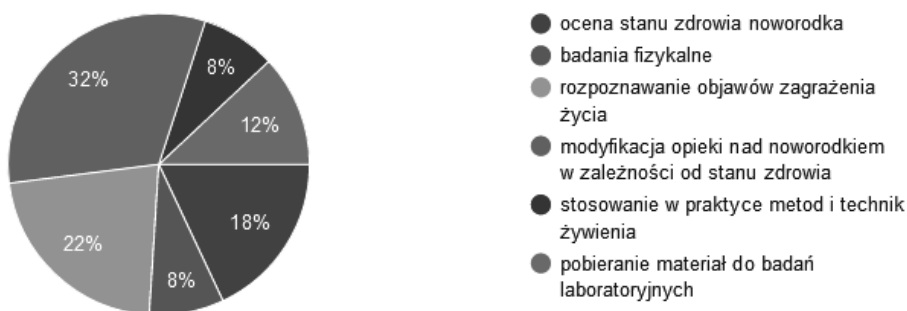
Źródło: opracowanie własne.



Zdecydowanie dominującą kompetencją z którą za pewne wykonują położne dotyczy monitorowania funkcji życiowych (53%). Ważną kompetencją, która pełnią na oddziale jest także rozpoznawanie stanów zagrożenia życia (33%), oraz edukowanie rodziców w sprawach opieki nad dzieckiem przedwcześnie urodzonym (27%). Mniejszym zadaniem z którym się zmagają jest zapobieganie zakażeniom (20%), świadczenia pielęgnacyjne noworodków (18%) oraz prowadzenie poradnictwa laktacyjnego (16%), czy pobieranie materiałów do badań fizykalnych (12%). W najmniejszym stopniu zajmują się ustalaniem i wykonywaniem świadczeń rehabilitacyjnych.

W kolejnej części kwestionariusza ankiety zostały wystosowane pytania dotyczące najczęstszych zadań, z którymi zmagają się pielęgniarki na oddziale ITN. Uzyskane opinie pielęgniarek przedstawia poniższy wykres.

Wykres 14. Najczęściej wykonywane zadania na oddziale ITN w opinii pielęgniarek



Źródło: opracowanie własne.

W opinii badanych najczęściej ich praca wiąże się z modyfikacją opieki nad noworodkiem w zależności od stanu zdrowia (32%), rozpoznawaniem objawów zagrożenia życia (22%), oraz oceną stanu zdrowia noworodka (18%). Najmniej wykonują badania fizykalne (8%) oraz metody i techniki żywienia (8%) oraz pobieranie materiał do badań laboratoryjnych (12%).

Na pytanie o trudności związane z pracą niemalże połowa grupy (47%) wskazuje, iż nie posiada wystarczająco kompetencji do stymulacji rozwoju psychomotorycznego małego dziecka. Rozpoznawanie u noworodka objawów zagrożenia życia dla 20% badanych jest również trudne. 12% grupy wskazała na trudności związane z wykonywaniem wszelkich badań fizykalnych, oraz ocenę stopnia dojrzałości noworodka (14%).

Z kolei w pytaniu dotyczącym o mocne strony w opiece nad wcześniakiem – badana grupa była dość rozbieżna. 29% grupy wskazało na rozpoznawaniu noworodków

objawów zagrożenia życia. 27% badanych czuje się pewnie modyfikując opiekę nad noworodkiem w zależności od stanu zdrowia. 18% badanych najlepiej radzi sobie przy wykonywaniu wszelkich badań fizykalnych, a 16% potrafi dobrze ocenić stopień dojrzałości noworodka. Zaledwie 10% potrafi zadbać o prawidłowy rozwój psychoruchowy dziecka.

Badana grupa większości jednocześnie stwierdziła, iż praca na oddziale ITN jest stresująca (76%) dla odpowiedzi raczej tak oraz zdecydowanie tak. Zaledwie 16% uważa, że praca dla nich nie jest stresująca, a 8% zadeklarowało, że zdecydowanie nie jest obciążona stresem. Praca jaką jest dbanie dobrostan najmłodszych pacjentów w opinii samych badanych wymaga nieustannego podnoszenia kwalifikacji praktycznych i wiedzy (67%). 15% uważa, że raczej nie wymaga, a 17% czasami potrzebuje uzupełnić swoje kwalifikacjei kompetencję.

W kolejnych z pytań proszono respondentów o ocenę umiejętności własnych. 38% badanych wskazało, iż sprawia mu trudność ocena wczesnych uszkodzeń mózgu, dla 23% badanych ta trudność dotyczy oceny ogólnych potrzeb psychofizycznych wcześniaka, a 21% nisko ocenia swoje umiejętności w zakresie oceny rozwoju motorycznego wcześniaka. Dla 17% badanych ocena umiejętności oralnych dziecka bywa problemowa.

## PODSUMOWANIE BADAŃ

1. Zespół niewydolności oddechowej jest najczęściej spotykanym powikłaniem wśród dzieci urodzonych przedwcześnie.
2. Do najczęściej wykonywanych zadań przez pielęgniarki OITN należy modyfikacja opieki nad noworodkiem w zależności od stanu zdrowia.
3. Najczęstszymi problemami rozwojowymi wcześniaków jest retinopatia wcześniacza.
4. Najczęściej wśród wcześniaków stosuje się wentylację mechaniczną.
5. Idea holistycznej opieki na oddziale ITN w opinii badanych wiąże się z edukacją rodziców dzieci przedwcześnie urodzonych. Pielęgniarki wskazują na niskie kompetencje w zakresie sprawowania właściwej stymulacji psychoruchowej dojrzewającego noworodka i jego układu nerwowego (typu prawidłowe wzorce, gniazdkowanie, dotyk).
6. Badana grupa posiada wiedzę na temat holistycznej opieki – wyposaża rodziców w umiejętności i kompetencje opieki nad wcześniakiem, jednak zauważa się pewne braki w wiedzy i umiejętności, które dotyczą stymulacji rozwoju psychoruchowego dziecka.
7. Zdecydowanie dominującą kompetencją z którą za pewne wykonują połączone dotyczy monitorowania funkcji życiowych.
8. Praca na oddziale ITN bywa dość stresująca i wymaga ciągłego doskonalenia zawodowego.
9. W kwestii mocnych stron dot. sprawowaniu opieki nad noworodkiem badana grupa wskazała na rozpoznawanie objawów życia, oraz dalsza modyfikacja leczenia w zależności od stanu zdrowia.
10. Pielęgniarki OITN wskazują na trudności związane z oceną wczesnych uszkodzeń mózgu małych dzieci oraz ich ogólnych potrzeb psychofizycznych.

## STRESZCZENIE

Niegdyś dzieci urodzone przedwcześnie miały znikome szanse na przeżycie. Noworodki, które urodziły się zdecydowanie przed czasem nie są jeszcze przygotowane do samodzielnego funkcjonowania. W chwili obecnej dziecko urodzone przed 25 tygodniem życia dzięki technice oraz doświadczonym zespołom specjalistów ma szanse na przeżycie. Wiąże się to często różnymi niewydolnościami wielonarządowymi oraz późniejszymi problemami w rozwoju psychofizycznym. Wcześniaki borykają się z licznymi uszkodzeniami wzroku, słuchu, mózgu. Szanse na przeżycie mają wyłącznie na OITN wśród zespołu specjalistów m.in. lekarzy i położnych. Przebywanie wcześniaka na oddziale intensywnej terapii musi być tak zorganizowane, aby stworzyć dla niego optymalne warunki dojrzewania i rozwoju – stąd idea zapewnienia holistycznej, kompleksowej opieki nad noworodkiem. Model ten uwzględnia opiekę w aspekcie medycznym jak i terapeutycznym oraz pielęgnacyjnym. Obecnie w wielu oddziałach, tradycyjny model opieki jest zastępowany modelem ukierunkowanym na rodzinę. Rodzice są obecnie aktywni, coraz bardziej mogą się angażować w opiekę nad dzieckiem. Opieka nad wcześniakiem to również wyzwanie, z którym na co dzień zmaga się pielęgniarka.

**Słowa kluczowe:** wcześniactwo, wcześniak, OITN, pielęgniarka, opieka holistyczna, powikłania wcześniacze, zaburzenia rozwoju.

## SUMMARY

In the past, premature babies had little chance of survival. Newborns who were prematurely born were not prepared for independent functioning. Currently, a child born before the 25 week of the due date has a chance of survival thanks to the new technology and experienced teams of specialists. It is often associated with various multi-organ failures and later problems in psychophysical development. Premature babies struggle with numerous eye, hearing and brain damage. The chances of survival are only at the ICU with a team of specialists, incl. doctors and midwives. The intensive care unit must be organized in such a way as to create optimal conditions for growing and development of the premature baby – hence the idea of providing a holistic, comprehensive care for the newborn. This model includes medical, therapeutic and nursing care. Today, in many departments, the traditional model of care is being replaced by a family-centered model. Parents are present and active, they can become more and more involved in taking care of the child. Caring for a premature baby is also a challenge that nurses face on a daily basis.

**Key words:** prematurity, premature baby, ICU, nurse, holistic care, complications of premature babies, developmental disorders.

## PIŚMIENNICTWO

1. Bałanda-Bałdyga A., *Pielęgnowanie noworodka wymagającego wspomaganie oddechu z zastosowaniem Infant Flow*, (w:) *Opieka nad wcześniakiem*, redakcja naukowa A.B. Pilewska-Kozak, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
2. Bałanda-Bałdyga A., Skurzak A., Iwanowicz-Palus G.J. i inni, *Opieka nad wcześniakiem z wybranymi problemami klinicznymi*, (w:) *Opieka nad wcześniakiem*, redakcja naukowa A.B. Pilewska-Kozak, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2020.
3. Behrendt J., Bursa J., *Ostra niewydolność oddechowa*, (w:) *Wybrane zagadnienia z patologii noworodka*, pod redakcją U. Goduli-Stuglik, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice 2003.
4. Borszewska-Kornacka M., i inni, *Niezbędnik rodzica wcześniaka*, pod redakcją M. Sadecka-Makaruk, Wydawca: Fundacja Weześniaka Rodzicom, wydanie 3, Warszawa 2015.
5. Borkowski W.M., *Opieka pielęgniarska nad noworodkiem*, wydanie 2, Medycyna Praktyczna, Kraków 2007.
6. Chudziński S., Kapała A., Krześlak M. i inni, *Wykorzystanie case study w pielęgniarstwie*, (w:) *Metoda case study w pielęgniarstwie. Wprowadzenie do zagadnienia*, pod redakcją Lesińskiej-Sawickiej M., wydanie 1, Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa 2009.
7. Chrzan-Dętko M., *Weześniaki. Rozwój psychoruchowy w pierwszych latach życia*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2012.
8. Czajka R., *Poród przedwczesny*, (w:) *Ciąża wysokiego ryzyka*, pod redakcją G.H. Bręborowicza, Ośrodek Wydawnictw Medycznych, wydanie 3, Poznań 2010.
9. Fryc D., Rudnicki J., Ćwiek D., *Rola edukacyjna pielęgniarek i położnych wobec rodziców noworodków przebywających na intensywnej terapii*, Wydawnictwo Ann. Acad. Med. Stetin, Szczecin 2010.
10. Gadzinowski J., Kęsiak M., *Definicje, terminologia, zasady organizacji opieki nad noworodkiem*, (w:) *Podstawy Neonatologii* pod redakcją J. Szczapy, wydanie 2, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.

11. Gadzinowski J., Szymankiewicz M., *Podstawy neonatologii*, Wydawca Oddział Wielkopolski Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej, Poznań 2002.
12. Gadzinowski J., Vidyasagar D., *Neonatologia*, Ośrodek Wydawnictw Naukowych, Poznań 2000.
13. Głowacka E., Lis G., *Dysplazja oskrzelowo-płucna-wczesne i odległe następstwa w zakresie układu oddechowego*, „Pneumonologia Alergologia Polska”, 76/2008.
14. Helwich A., *Przyczyny porodów przedwczesnych i podstawowe czynniki ryzyka wynikające z wcześniactwa*, (w:) *Wcześniak*, pod redakcją E. Helwich, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.
15. Kaczorowska-Bray K., M. Zielińska-Burek, *Zaburzenia rozwoju psychoruchowego wpływające na rozwój dziecka*, (w:) *Studia z logopedii i neurologopedii*, pod redakcją I. Nowakowskiej-Kempnej, Wydawnictwo WAM, Kraków 2012.
16. Kornacka M.K., Bokinić R., *Noworodek z małą urodzeniową masą ciała*, (w:) *Podstawy neonatologii*, pod redakcją J. Szczapy, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
17. Kornacka M.K., *Noworodek przedwcześnie urodzony-pierwsze lata życia*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003.
18. Kowalczykiewicz-Kuta A., *Opieka nad wcześniakiem w pierwszych latach życia*, (w:) *Dziecko i jego środowisko. Noworodek przedwcześnie urodzony- trudności i satysfakcje*, pod redakcją I. Pirogowicz, A. Steciwko, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, wydanie 1, Wrocław 2008.
19. Krajewski P., Chudzik A., Górski M., i inni, *Czy dotchawicze podanie surfaktantu bez konieczności intubacji i stosowania wentylacji mechanicznej jest szansą dla noworodków przedwcześnie urodzonych*, Instytut Pielęgniarstwa Państwowa Medycyna Wyższa Szkoła Zawodowa, Opole 2014, 2(20).
20. Kułakowska Z., *Badanie neurologiczne noworodka*, (w:) *Wczesne uszkodzenie dojrzewającego mózgu. Od neurofizjologii do rehabilitacji*, Wydawnictwo Folium, Warszawa 2003.
21. Królak-Olejnik B., *Wcześniactwo a karmienie piersią*, (w:) *Karmienie piersią w teorii i praktyce. Podręcznik dla doradców i konsultantów laktacyjnych oraz położnych, pielęgniarek i lekarzy*, pod redakcją M. Nerhing-Gugulskiej, M. Żukowskiej-Rubik, A. Piętkiewicz, Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2017.
22. Kwinta P., *Rola czynników naczyniowzrostowych w patogenezie odległych powikłań*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2009.
23. Leszczyńska-Gorzelać B., Poniedziałek-Czajkowska E., Oleszczuk J., *Czynniki ryzyka przedwczesnego zakończenia ciąży*, (w:) *Poród przedwczesny*, pod redakcją G.H. Bręborowicz, T. Paszkowski, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Poznań 2006.
24. Łobocki M., *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2000.
25. Michałowicz R., *Definicja, obraz kliniczny, podział*, (w:) *Mózgowe porażenie dziecięce*, pod redakcją R. Michałowicza, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, wydanie 3, Warszawa 2001
26. Nowak S., *Metodologia badań socjologicznych*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1970.

27. Pilch T, Bauman T., *Zasady badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2001.
28. Pilewska-Kozak A.B., Skurzak A., Bałanda-Bałdyga A., i inni, *Organizacja opieki nad noworodkiem wymagającym intensywnego nadzoru*, (w:) *Opieka nad wcześniakiem*, pod redakcją A.B. Pilewskiej-Kozak, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
29. Pilewska A., *Obserwacja i pielęgnowanie noworodka niedojrzałego*, (w:) *Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii*, pod redakcją C. Łepeckiej-Klusek, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Lublin 2003.
30. Romer T.E., *Zaburzenia wzrastania i odżywiania*, (w:) *Pediatra – podręcznik do Państwowego Egzaminu Lekarskiego i egzaminu specjalistycznego*, pod redakcją A. Dobrzańskiego, J. Ryżyka, Wydawnictwo Urban Partner, Wrocław 2005.
31. Pilch T. *Zasady badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 1995.
32. Rutkowska M., *Problemy oddechowe noworodków urodzonych przedwcześnie: po urodzeniu, w okresie noworodkowym i niemowlęcym*, (w:) *Wcześniak*, pod redakcją E. Helwich, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.
33. Sawulicka-Oleszczuk H., *Noworodek niedojrzały – wcześniak*, (w:) *Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii* pod redakcją C. Łepeckiej-Klusek, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Lublin 2003.
34. Sawulicka-Oleszczuk H., *Klasyfikacja noworodków*, (w:) *Opieka nad Noworodkiem*, redakcja naukowa A. Bałanda, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
35. Sawulicka-Oleszczuk H., Bałanda A., Skurzak A., *Stany zagrożenia życia noworodka*, (w:) *Opieka nad noworodkiem*, redakcja naukowa A. Bałanda, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
36. Stachura A., *Zaburzenia poznawcze u dzieci przedwcześnie urodzonych*, (w:) *Nowa logopedia* pod redakcją H. Pawłowskiej-Jaroń, E. Bielendy-Mazur, A. Siudak, tom 8, Wydawnictwo Collegium Columbinum, Kraków 2019.
37. Świetliński J., *Neonatologia i opieka nad noworodkiem*, tom 1, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017.

## CZASOPISMA

1. Bartkiewicz B., Dudra-Jastrzębska M., Jazienicka I., *Wybrane dermatozy wieku dziecięcego*, „Nowa Pediatria” nr 2, 2006,.
2. Bagnowska K., *Czynniki wpływające na skuteczność rehabilitacji metodą NDT-Bobath u dzieci urodzonych przedwcześnie*, „Nowa Pediatria”, 2/2014.
3. Borszewska-Kornacka K.M., *Kompendium wiedzy o wcześniaku*, „Standardy Medyczne”, 2013, 10(5).
4. Dytrych G., *Analiza rozwoju ruchowego dzieci urodzonych z niską masą urodzeniową usprawnianych metodą Vojty*, „Child Neurology”, nr 35, vol. 18/2009.



5. Gulczyńska E., *Żywnienie wcześniaka po wypisie ze szpitala – dlaczego nadal wymaga szczególnej uwagi?*, „Standarty Medyczne/Pediatrya”, 2013, tom 11.
6. Helwich E., *Program wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego*, „Pediatrya”, 2014, 11 (1).
7. Jasińska E.A. Wasiluk, *Wewnątrzmaciczne ograniczenia wzrastania płodu (IUGR) jako problem kliniczny*, „Perinatologia, Neonatologia, Ginekologia”, tom 3, z. 4.
8. Kilańska D., Staszewska M., Urbanek N. i inni, *Planowanie opieki według międzynarodowego standardu ICNP w Podstawowej Opiece Zdrowotnej- studium przypadku*, „Problemy Pielęgniarstwa”, 2014, tom 22, nr 4.
9. Kwinta P., *Postępy w neonatologii w 2016 roku*, „Medycyna Praktyczna Pediatrya”, 5/2017.
10. Matysek A., *Specyfika pielęgnacji skóry dziecka przedwcześnie urodzonego w Oddziale Intensywnej Terapii*, „Forum-Kwartalnik Pielęgniarki Pediatrycznej”, 2010.
11. Pawłowska-Jaroń H., Z. Orłowska-Popek, *Problemy rozwojowe dzieci przedwcześnie urodzonych z perspektywy logopedycznej*, „Logopiedica Lodziensia”, nr 3 (2019).
12. Pawłowska Jaroń H., Orłowska-Popek Z., *Problemy rozwojowe dzieci przedwcześnie urodzonych z perspektywy logopedycznej*, „Logopiedica Lodziensia”, nr 3, 2019.
13. Prost M.E., *Zastosowanie resekcji twardówki w leczeniu okresu 4b retinopatii wcześniaków*, „Nowa Pediatrya”, 2000, 102(1).
14. Przepęska-Winiarczyk M, W. Kułak, *Skala Apgar obecnie*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, tom 92 (1) 2011.
15. Świetliński J., Sobczyk J., Urbańska E., *Intensywna terapia noworodka*, „Studia Philosophiae Christianae” 30/1.
16. Winnicka E., *Wybór smoczka do karmienia butelką – sztuka czy nauka?* „Standarty Medyczne”, 2/2012.

## SPIS RYCIN

|  |    |
|--|----|
| Rycina 1. Gniazdkowanie dziecka na oddziale intensywnej terapii. . . . . | 26 |
| Rycina 2. Proces terapii małego dziecka – kangurowanie na OIT. . . . .   | 40 |

## SPIS TABEL

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1. Ocena rozwoju dziecka przedwcześnie urodzonego . . . . . | 22 |
|--|----|

## SPIS WYKRESÓW

|   |    |
|---|----|
| Wykres 1. Płeć respondentów . . . . .   | 48 |
| Wykres 2. Staż pracy respondentów . . . . .   | 48 |
| Wykres 3. Miejsce zamieszkania respondentów . . . . .                                     | 49 |
| Wykres 4. Najczęstsze problemy zdrowotne wcześniaków OITN w opinii respondentów . . . . . | 50 |

|  |    |
|--|----|
| Wykres 5. Najczęściej wykonywane zadania pielęgniarek pracujących na OITN . . . . .                                | 51 |
| Wykres 6. Najczęstsze problemy rozwojowe wcześniaków z OITN w opinii respondentów . . . . .                        | 52 |
| Wykres 7. Ocena występowania zaburzeń psychoruchowych u dzieciaków opinii własnej<br>pielęgniarek z OITN . . . . . | 52 |
| Wykres 8. Czynności sprzyjające psychofizycznemu rozwojowi wcześniaka w opinii badanych . . . . .                  | 53 |
| Wykres 9. Najczęściej wykonywane zabiegi na oddziale ITN w opinii respondentów. . . . .                            | 54 |
| Wykres 10. Częstość wykonywanych zabiegów medycznych w opinii pielęgniarek . . . . .                               | 54 |
| Wykres 11. Idea holistycznej opieki na oddziale ITN w opinii badanych. . . . .                                     | 55 |
| Wykres 12. Ocena współpracy rodziców z badaną grupą respondentów . . . . .   | 56 |
| Wykres 13. Kompetencje położnej w opinii badanych. . . . .   | 56 |
| Wykres 14. Najczęściej wykonywane zadania na oddziale ITN w opinii pielęgniarek. . . . .                           | 57 |

**ANEKS**

## KWESTIONARIUSZ ANKIETY

Metryczka:

1. Płeć
  - a. Kobieta
  - b. Mężczyzna
2. Staż pracy
  - a. Do 10 lat
  - b. 11–20 lat
  - c. 21–30lat
  - d. Powyżej 30 lat
3. Miejsce zamieszkania
  - a. wieś
  - b. małe miasto (do 20 tys. mieszkańców)
  - c. średnie miasto (20–100 tys. mieszkańców)
  - d. duże miasto (100–500 tys. mieszkańców)
  - e. duże miasto (powyżej 500 tys. mieszkańców)

### 1. Z JAKĄ KOMPETENCJĄ NAJBARDZIEJ KOJARZY CI SIĘ ZAWÓD POŁOŻNEJ NA ODDZIALE ITN?

- a. ustalenie i wykonywanie świadczeń rehabilitacyjnych noworodków
- b. pobieranie materiałów do badań
- c. prowadzenie poradnictwa w zakresie żywienia noworodków, laktacji
- d. podawanie leków zgodnie z zaleceniami lekarza
- e. monitorowanie funkcji życiowych, ocena rozwoju fizycznego i psychicznego noworodka
- f. rozpoznawanie stanów zagrożenia życia i podejmowanie działań ratujących życie
- g. świadczenie pielęgnacyjne noworodka
- h. edukowaniu rodziców/opiekunów w zakresie opieki, pielęgnacji i profilaktyki opieki nad wcześniakiem
- i. zapobieganiu zakażeniom poprzez przestrzeganie procedur i implementowanie ich przez zespół

### 2. Z JAKĄ KOMPETENCJĄ NAJMNIEJ KOJARZY CI SIĘ ZAWÓD POŁOŻNEJ NA ODDZIALE ITN

- a. ustalenie i wykonywanie świadczeń rehabilitacyjnych noworodków
- b. pobieranie materiałów do badań
- c. prowadzenie poradnictwa w zakresie żywienia noworodków, laktacji
- d. podawanie leków zgodnie z zaleceniami lekarza

- e. monitorowanie funkcji życiowych, ocena rozwoju fizycznego i psychicznego noworodka
- f. rozpoznawanie stanów zagrożenia życia i podejmowanie działań ratujących życie
- g. świadczenie pielęgnacyjne noworodka
- h. edukowaniu rodziców/opiekunów w zakresie opieki, pielęgnacji i profilaktyki opieki nad wcześniakiem
- i. zapobieganiu zakażeniom poprzez przestrzeganie procedur i implementowanie ich przez zespół

### **3. Z JAKIMI PROBLEMAMI ZDROWOTNYMI NAJCZĘŚCIEJ ZMAGAJĄ SIĘ WCZEŚNIAKI NA ITN W PIERWSZYCH DOBACH ŻYCIA**

- a. Zespół niewydolności oddechowej
- b. Dysplazja oskrzelowo-płucna
- c. Przetrwwały przewód tętniczy Botalla
- d. Martwicze zapalenie jelit
- e. Krwawienie śródczaszkowe
- f. Bardzo często wszystkie powyższe
- g. Inne ...

### **4. Z JAKIMI NAJCZĘŚCIEJ ZADANIAMI ZMAGASZ SIĘ NA ODDZIALE ITN**

- a. ocena stanu zdrowia noworodka
- b. badania fizykalne
- c. rozpoznawanie objawów zagrożenia życia
- d. modyfikacja opieki nad noworodkiem w zależności od stanu zdrowia
- e. stosowanie w praktyce metod i technik żywienia
- f. pobieranie materiału do badań laboratoryjnych

### **5. JAKIMI KOMPETENCJE PSYCHOFIZYCZNE SĄ NIEZBĘDNE W CODZIENNYCH OBOWIĄZKACH PIELĘGNIARKI NEONATOLOGICZNEJ**

- a. komunikacyjność
- b. zdolność kompleksowej obserwacji
- c. podejmowane szybkich i trafnych decyzji,
- d. dobra pamięć, koncentracja i podzielność uwagi,
- e. sumiennie i odpowiedzialnie wykonywanie powierzonych obowiązków
- f. sprawność manualna
- g. odporność na ciągły stres i wysiłek fizyczny

**6. JAKIE CZYNNOŚCI DOT. OPIEKI I PIELĘGNACJI WCZEŚNIAKA STANOWIĄ DLA CIEBIE TRUDNOŚĆ I WYZWANIE**

- a. Ocena stopnia dojrzałości noworodka
- b. Modyfikacja opieki nad noworodkiem w zależności od stanu zdrowia
- c. Wykonywanie wszelkich badań fizykalnych
- d. Rozpoznawanie u noworodka objawów zagrożenie życia
- e. Stymulowanie rozwoju psychomotorycznego noworodka

**7. W JAKICH CZYNNOŚCIACH DOT. OPIEKI I PIELĘGNACJI WCZEŚNIAKA CZUJESZ SIĘ NAJLEPIEJ I PEWNI**

- a. Ocena stopnia dojrzałości noworodka
- b. Modyfikacja opieki nad noworodkiem w zależności od stanu zdrowia
- c. Wykonywanie wszelkich badań fizykalnych
- d. Rozpoznawanie u noworodka objawów zagrożenie życia
- e. Stymulowanie rozwoju psychomotorycznego noworodka

**8. CZY UWAŻASZ, ZE PRACA NA ODDZIALE ITN JEST STRESUJĄCA?**

- a. Raczej tak
- b. Zdecydowanie tak
- c. Raczej nie
- d. Zdecydowanie nie jest
- e. Inna odpowiedz.

**9. CZY PRACA NA OITN WYMAGA OD CIEBIE NIEUSTANNEGO PODNOSZENIA KWALIFIKACJI PRAKTYCZNYCH I WIEDZY (NP. NA STUDIACH, KONFERENCJACH, PRAKTYKACH ITP.)**

- a. zdecydowanie tak
- b. raczej nie
- c. czasami
- d. inna odpowiedz.

**10. Z JAKIMI PROBLEMAMI ROZWOJOWYMI (PSYCHOFIZYCZNYMI) WCZEŚNIAKI SPOTYKASZ SIĘ W PRACY**

- a. Mózgowe Porażenie Dziecięce
- b. retinopatia wcześniacza
- c. opóźnienia psychomotoryczne
- d. uszkodzenia słuchu
- e. inne

**11. CZY POSIADASZ UMIEJĘTNOŚCI OCENY ZABURZEŃ ROZWOJU PSYCHORUCHOWEGO DZIECKA**

- a. zdecydowanie tak
- b. nie zawsze
- c. raczej nie
- d. inne

**12. OCENA JAKICH UMIEJĘTNOŚCI ROZWOJU NOWORODKA SPRAWIA CI NAJWIĘCEJ TRUDNOŚCI**

- a. ocena umiejętności oralnych (np. funkcji ssania, pobierania pokarmu)
- b. ocena ogólnych potrzeb psychofizycznych wcześniaka
- c. ocena rozwoju motorycznego wcześniaka
- d. wczesna ocena uszkodzeń mózgu

**13. JAKIE CZYNNOSCI W TWOJEJ OPINII WYKONYWANE CODZIENNIE SPRZYJAJĄ PSYCHOFIZYCZNEMU ROZWOJOWI WCZEŚNIAKA**

- a. właściwa pielęgnacja wcześniaka
- b. eliminacja nadmiernych bodźców (światlnych, dźwiękowych)
- c. czynniki stymulujące właściwy rozwój dziecka np. gniazdkowanie
- d. obecność rodziców
- e. inne

**14. STYMULACJA WCZEŚNIAKA W TWOJEJ OPINII TO:**

- a. zabiegi mające na celu zapewnienie prawidłowy rozwój psychoruchowy oraz minimalizację negatywnych skutków interwencji
- b. to układanie, przewijanie według wskazań rehabilitanta, dotykanie, głaskanie, karmienie smoczkiem
- c. zabiegi pielęgnacyjne, lekarskie oraz ogólna pielęgnacja noworodka dostosowana do jego rozwoju
- d. prawidłowe układanie w różnych pozycjach
- e. to pobudzanie noworodka do pewnych zachowań na przykład ssania smoczka, oddychania
- f. to wiele czynności wykonywanych w celu poprawy parametrów życiowych dziecka
- g. brak odpowiedzi na zadane pytanie

**15. JAKIE ZABIEGI MEDYCZNE SĄ NAJCZĘŚCIEJ WYKONYWANE NA OIT**

- a. intubacja dotchawicza
- b. pobieranie materiału do badań
- c. czynności resuscytacyjne (np. w przypadku zatrzymania krążenia)
- d. wentylacja mechaniczna
- e. tlenoterapia
- f. farmakoterapia
- g. karmienie metodą dożylną
- h. inne

**16. JAK CZĘSTO WYKONUJE SIĘ WSZELKIE POWYŻSZE ZABIEGI MEDYCZNE W CELU RATOWANIA ŻYCIA WCZEŚNIAKA**

- a. kilka razy podczas całego pobytu wcześniaka na OITN
- b. codziennie
- c. kilka razy dziennie
- d. sporadycznie
- e. bardzo rzadko
- f. .często nie ma konieczności wykonywania tych zabiegów

**17. CZY POWYŻSZE ZABIEGI WYKONYWANE W POTRZEBIE RATOWANIA ŻYCIA WIĄŻĄ SIĘ Z DALSZYMI POWIKŁANAMI ZDROWOTNYMI BĄDŹ ROZWOJOWYMI NOWORODKA**

- a. bardzo często
- b. czasami
- c. sporadycznie
- d. bardzo rzadko
- e. inne

**18. Z JAKIMI DZIAŁANAMI NAJBARDZIEJ KOJARZY CI SIĘ IDEA HOLISTYCZNEJ OPIEKI NAD NOWORODKIEM NA OITN**

- a. edukacja rodziców dzieci przedwcześnie urodzonych
- b. współpraca z psychologiem
- c. współpraca z fizjoterapeutą
- d. współpraca z zespołem lekarskim
- e. współpraca z zespołem pielęgniarskim
- f. dostrzegam brak współpracy zespołu na OITN
- g. inne...



**19. JAKIEJ FORMY WSPARCIA NAJCZĘŚCIEJ POTRZEBUJĄ RODZICE DZIECI PRZEBYWAJĄCYCH NA ODDZIALE ITN**

- a. Poradnictwa laktacyjnego
- b. Psychologa
- c. Rehabilitanta
- d. Pielęgniarki
- e. Lekarza

**20. JAK OPISAŁABYŚ WSPÓŁPRACĘ Z RODZICAMI DZIECI URODZONYCH PRZEDWCZEŚNIE**

- a. bagatelizują problemy
- b. angażują się w opiekę nad dzieckiem na OITN
- c. nadmiernie przeżywają stres związany z przedwczesnym porodem
- d. chętnie współpracują i powielają rady zespołu
- e. nie mam zdania
- f. inne



Wojciech Michaluk, Karol Koszuda, Elżbieta Świątkowska

**OPIEKA NAD NOWORODKIEM  
Z WYŁONIONĄ STOMIĄ  
Z POWODU NIEDROŻNOŚCI PRZEWODU  
POKARMOWEGO**



# SPIS TREŚCI

|   |     |
|---|-----|
| WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW . . . . .   | 79  |
| WSTĘP . . . . .   | 81  |
| 1. WADY ROZWOJOWE UKŁADU POKARMOWEGO NAJCZĘŚCIEJ SPOTYKANE U NOWORODKÓW . . . . .                       | 83  |
| 1.1. CHOROBA HIRSCHSPRUNGA . . . . .  | 84  |
| 1.2. ZAROŚNIĘCIE PRZEŁYKU . . . . .   | 86  |
| 1.3. ZWĘŻENIE ODŹWIERNIKA . . . . .   | 89  |
| 1.4. ZAROŚNIĘCIE JELIT I ODBYTU . . . . .   | 90  |
| 1.5. ZDWOJENIE JELITA GRUBEGO . . . . .   | 91  |
| 2. ROZPOZNAWANIE I POSTĘPOWANIE LECZNICZE W CHOROBAH UKŁADU POKARMOWEGO U NOWORODKÓW . . . . .          | 94  |
| 2.1. STATYSTYKA WAD ROZWOJOWYCH POWODUJĄCYCH WSKAZANIE DO WYŁONIENIA STOMII . . . . .                   | 94  |
| 2.2. ETIOLOGIA I PATOGENEZA CHOROBY HIRSCHSPRUNGA . . . . .   | 96  |
| 2.3. DANE DOTYCZĄCE ROZPOZNAWANIA I DIAGNOZOWANIA CHOROBY. . . . .                                      | 98  |
| 2.4. LECZENIE NIEDROŻNOŚCI JELIT U NOWORODKA. . . . .   | 104 |
| 3. ROLA PIELĘGNIARKI W PROCESIE LECZENIA I OPIEKI NAD NOWORODKIEM Z WYŁONIONĄ STOMIĄ JELITOWĄ . . . . . | 112 |
| 4. METODOLOGIA BADAŃ . . . . .  | 126 |
| 4.1. PRZEDMIOT I CEL BADAŃ . . . . .  | 126 |
| 4.2. PROBLEMY I HIPOTEZY BADAWCZE . . . . .   | 126 |
| 4.3. METODY, TECHNIKI I NARZĘDZIA BADAWCZE . . . . .  | 127 |
| 4.4. CHARAKTERYSTYKA GRUPY BADAWCZEJ . . . . .  | 127 |
| WNIOSKI . . . . .   | 144 |

|                        |     |
|------------------------|-----|
| STRESZCZENIE . . . . . | 146 |
| SUMMARY . . . . .      | 147 |
| PIŚMIENICTWO . . . . . | 148 |
| SPIS RYCIN. . . . .    | 150 |
| SPIS TABEL . . . . .   | 152 |
| ANEKS . . . . .        | 153 |

## WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW

AEG – zespół anoftalmiczno- -przełykowo-genitalny

ETEES (ang. multiple extrathoracic esophageal elongations) – wydłużanie przełyku na zewnątrz klatki piersiowej

CC – cesarskie cięcie

HSCR – Choroba Hirschsprunga

IHPS – infantile hypertrophic pyloric stenosis – wrodzone przerostowe zwężenie odźwiernika

MRI – tomografia rezonansu magnetycznego

NEC – martwicze zapalenie jelit

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

OA – zarośnięcie przełyku, ang. oesophagal atresia

OITD – oddział intensywnej terapii dziecięcej

POZ – podstawowa opieka zdrowotna

RM – rezonans magnetyczny

RTG – zdjęcie rentgenowskie

SBS – (short bowel syndrome) zespół jelita krótkiego

TC – tydzień ciąży

TEF, TOF – przetoka tchawiczo-przełykowa (łac. fistula tracheoesophageal, ang. tracheo – (o)esophageal fistula

TTC7A (Tetratricopeptide Repeat Domain 7A) Domena powtórzeń tetratrykopeptydowych 7A (TTC7A) – białko tworzące gen TTC7A

USG – badanie ultrasonograficzne

VACTERL – V – wady kręgow, A – atrezja odbytu, C – wrodzone wady serca, T – przetoka tchawiczo-oskrzelowa, E – atrezja przełyku, R – wady nerek lub dysplazja kości promieniowej, L – wady kończyn





## WSTĘP

Słowo stomia wywodzi się od greckiego stwierdzenia „stoma” co oznacza otwór – nowe ujście dla treści jelitowej. Wyłonienie stomii jelitowej u noworodków to zabieg chirurgiczny ratujący życie i zdrowie pacjenta. Schorzenie to występuje stosunkowo rzadko i zdecydowanie częściej dotyka płci męskiej.

Pod względem anatomicznym przewód pokarmowy kształtuje się w okresie zarodkowym. Jego funkcje czynnościowe natomiast kształtują się między szesnastym a dwudziestym tygodniem ciąży. Proces całkowitego rozwoju przewodu pokarmowego w fizjologicznych warunkach powinien zakończyć się w około siódmym miesiącu życia płodowego.

We współczesnej medycynie wykryto i zbadano wiele wad przyczyniających się do powstania niedrożności przewodu pokarmowego. Część z nich to anomalia wrodzone i należą do nich: zarośnięcie lub zwężenie odbytu, niedrożność smółkowa, choroba Hirschsprunga czy na przykład martwicze zapalenie jelit. Stomii nie można określić mianem choroby, jest ona jedynie jej skutkiem. Dzięki niej dochodzi do zmiany fizjologicznego funkcjonowania organizmu, przez odbarczenie zespoleń jelitowego i zmniejszenie negatywnych konsekwencji wynikających z choroby prowadzącej do wyłonienia stomii.

Celem pracy będzie przedstawienie chorób prowadzących do wyłonienia stomii oraz sprawdzenie wiedzy i doświadczenia personelu pielęgniarskiego związanego z pracą z pediatrycznym pacjentem stomijnym i jego opiekunami.

W pracy zostaną omówione choroby przewodu pokarmowego, których skutkiem jest wyłonienie stomii i ich częstotliwość występowania. Ponadto po krótko przyjrzymy się rodzajom stomii i sprzętów w niej wykorzystywanych. Wyjaśnione zostaną najczęstsze powikłania, zasady pielęgnacji, zalecenia dietetyczne. Szerzej skupimy się na opiece pielęgniarskiej pediatrycznego pacjenta stomijnego. Zwieńczeniem tej pracy będzie omówienie wyników przeprowadzonych badań ankietowych.



## ROZDZIAŁ 1

# WADY ROZWOJOWE UKŁADU POKARMOWEGO NAJCZĘŚCIEJ SPOTYKANE U NOWORODKÓW

W pierwszym trymestrze ciąży wykształca się i ulega rotacji układ pokarmowy płodu. Następnym etapem rozwoju jest podejmowanie jego funkcjonowania. Począwszy od trzynastego tygodnia ciąży produkowana jest smółka. Stanowi ją połączenie złuszczonych komórek nabłonka jelitowego, wydzieliny komórek gruczołowych wątroby i jelit oraz płynu owodniowego. Podczas kolejnych tygodni ciąży, smółka przesuwa się z jelita cienkiego do odbytnicy. Fizjologicznym stanem jest zapadnięty i niewidoczny w rezonansie magnetycznym (MRI) i badaniu ultrasonograficznym (USG) przełyk<sup>1,2</sup>.

W trzynastym tygodniu ciąży można zaobserwować w badaniu USG płyn w świetle jelita cienkiego. Najczęściej, żeby prawidłowo zbadać układ pokarmowy potrzebny jest rozwój płodu do dwudziestego tygodnia ciąży, wtedy obserwuje się, że pętle jelita są zapadnięte i hiperechogeniczne, a także w większości przypadków widać hypoechogeniczną okrężnicę<sup>3,4</sup>. Dzięki projekcjom MRI można rozróżnić poszczególne części układu pokarmowego. Około dwudziestego czwartego tygodnia ciąży w badaniu USG w dwóch przekrojach: strzałkowym i podłużnym można prawidłowo zobrazować dobrze rozwinięty odbyt płodu<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> D. Bulas, *Prenatal diagnosis of gastrointestinal atresia and obstruction*, 2012, s. 14–21.

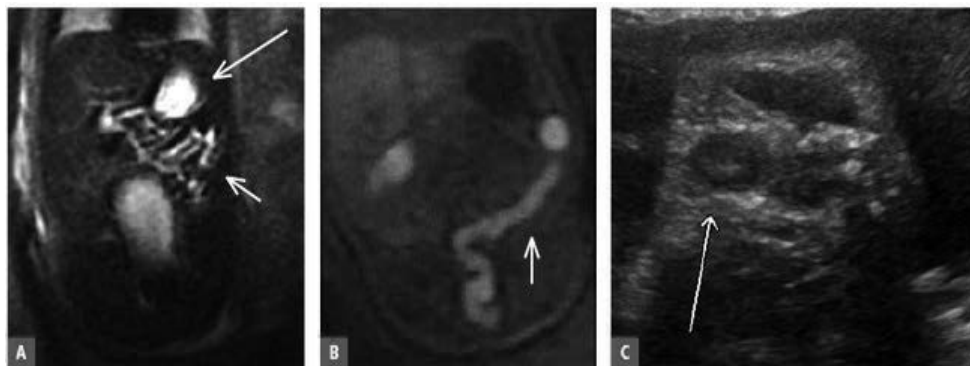
<sup>2</sup> A. Nussbaum-Blask, K. Fagen, *Prenatal imaging of the gastrointestinal tract with postnatal imaging correlation*, „Ultrasound Quarterly”, 2016, nr 32, s. 15–24.

<sup>3</sup> D. Bulas, op. cit., s. 16–21.

<sup>4</sup> C. Veyrac, A. Couture, M. Saguintaah i inni, *MRI of fetal GI tract abnormalities*, „Abdominal Imaging Journal”, 2004, nr 29, s. 411–420.

<sup>5</sup> M.H. Moon, J.Y. Cho, J.H. Kim i inni, *In utero development of the fetal anal sphincter*, „Ultrasound Obstetrics and Gynecology”, 2010, nr 35, s. 556–559.

Rycina 1. Obraz prawidłowych jelit płodu uzyskany w MRI i USG



Źródło: <https://www.mp.pl/ginekologia/techniki-obrazowania/150931,zgodność-wyników-diagnostyki-obrazowej-przewodu-pokarmowego-upłodu-inoworodka> (data dostępu: 30.03.2021).

- A. Zobrazowany w MRI fizjologiczny wygląd żołądka i jelita cienkiego płodu w 31 tygodniu ciąży. Krótsza strzałka wskazuje pętle jelita cienkiego, dłuższa zaś obrazuje płyn w żołądku (technika FIESTA).
- B. Fizjologiczny obraz okrężnicy (31 tc) w MRI w czołowym przekroju, widoczny jasny sygnał smółki.
- C. USG obrazujące poprzeczny przekrój miednicy płodu (31 tc), gdzie strzałka wskazuje na fizjologiczny zwieracz odbytu.

## 1.1. CHOROBA HIRSCHSPRUNGA

W 1886 roku Harald Hirschsprung opublikował dokładny opis obrazu klinicznego choroby, nazwanej później od jego nazwiska chorobą Hirschsprunga. Dotyczył on obserwacji dwóch chłopców, u których w okresie noworodkowym pojawiły się dotkliwe zaparcia, na skutek których doszło do zgonu chłopców w wieku ośmiu i jedenastu miesięcy. Przyczyną choroby Hirschsprung uznał patologiczne poszerzenie części jelita grubego<sup>6</sup>.

Około 1945 roku dowiedziono, że przyczyną choroby było nadmierne obkurczenie obwodowego odcinka jelita z jednoczesny brakiem zwojów nerwowych podśluzówkowych i mięśniówkowych<sup>7</sup>.

<sup>6</sup> M. Zelga, P. Zelga, A. Dziki i inni, *Choroba Hirschsprunga u dzieci i dorosłych – kompendium wiedzy dla chirurga ogólnego*, „Nowa Medycyna”, 2/2017, s. 59–72.

<sup>7</sup> J. Palka, *Choroba Hirschsprunga*, „Medycyna Praktyczna. Chirurgia”, nr 3, 2009, s. 55.

W 1949 roku Swenson i Bill, zostali pionierami w chirurgicznym leczeniu choroby Hirschrunga. Przez te ponad pół wieku medycyna stała się bardziej nowoczesna, lecz założenia określające zasady leczenia określone przez Swensona okazały się niezmiennie. Kluczową kwestią operacji jest chirurgiczne usunięcie patofizjologicznego, bezzwojowego odcinka jelita oraz odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego<sup>8</sup>.

Choroba Hirschrunga (HSCR) najczęściej rozpoczyna się między piątym a dwunastym tygodniem życia płodowego. Jest to wrodzone schorzenie opierające się na braku unerwienia autonomicznego w jelicie grubym w odcinku esiczo-prostniczym. Zaburzenia unerwienia odcinka jelita są związane z brakiem komórek zwojowych w splotach śródściennych jelita, przez co jest ono stale obkurczone blokując perystaltykę. Następstwem tego zjawiska jest zastój treści pokarmowej. Do poszerzenia jelita przeważnie dochodzi nad odcinkiem bezzwojowym. Odcinek ten charakteryzuje się znacznym przerostem włókien nerwowych. Wydzielają one zwiększoną ilość acetylocholinę, co skutkuje nadprodukcją acetylocholinesterazy. Dochodzi do zatrzymania migracji neuroblastów, co jest spowodowane brakiem komórek zwojowych. Pojawiają się one w okolicy, rozwijającego się w około piątym tygodniu życia płodowego, przełyku. Kolejno dochodzi do ich obwodowej migracji wzdłuż przewodu pokarmowego, zakończonej w odbytnicy w około dwunastym tygodniu ciąży<sup>9</sup>.

Istnieją różne postaci HSCR, które różnicowane są długością odcinka bezzwojowego.

1. Postać typowa – jest to najczęstsza postać choroby występująca nawet u 80% przypadków. Dochodzi w niej do bezzwojowości, która obejmuje odbytnicę oraz dolną część esicy, sięgając zazwyczaj około połowy jej długości<sup>10</sup>.
2. Postać długoodcinkowa – występuje u 12–22% chorych. Jej charakterystyczną cechą jest pozbawienie odbytnicy i lewej połowy okrężnicy prawidłowych splotów<sup>11</sup>.
3. Postać ciężka – występuje u 4–13% dzieci. Bezzwojowość w tej postaci obejmuje najczęściej całe jelito grube, w niektórych przypadkach także końcowy odcinek jelita cienkiego.
4. Całkowita aganglioza jelit – najcięższa i najrzadsza postać choroby, w której bezzwojowość obejmuje całe jelito cienkie i grube.
5. Bardzo krótka postać choroby Hirschrunga – trzy centymetrowy odcinek odbytnicy pozbawiony jest komórek zwojowych.

<sup>8</sup> Ibidem, s. 57.

<sup>9</sup> Ibidem, s. 58.

<sup>10</sup> M. Zelga, P. Zelga, A. Dziki i inni, op. cit., s. 61–63.

<sup>11</sup> J. Palka, op. cit., s. 67.

## 1.2. ZAROŚNIĘCIE PRZEŁYKU

Zarośnięcie przełyku zwane atrezią przełyku (inaczej, ang. oesophageal atresia – OA) jest to wada wrodzona. Opiera się na niewykształconym fragmencie przełyku<sup>12</sup>.

Etiologia tej wady nie jest do końca poznana, na jej powstanie wskazuje się wiele czynników. Towarzysząca OA przetoka tchawiczo-przełykowa (łac. *fistula tracheoesophageal*, ang. *tracheo-(o)esophageal fistula* – TEF, TOF) dotyczy około 86% przypadków, wśród których najczęściej – bo w około 84% przypadków, dochodzi do wytworzenia przetoki dystalnej. U 7% pacjentów nie wytwarza się przetoka, a w 4% jest ona obecna bez atrezji przełyku.

W literaturze medycznej istnieją zapisy dotyczące powiązania zarośnięcia przełyku u dzieci z matkami, które w pierwszym trymestrze ciąży przyjmowały metimazol – lek przeciwtarczycowy<sup>13</sup>.

### KLASYFIKACJE OA

Do tej pory utworzono parę klasyfikacji zrośniętego przełyku.

Klasyfikacja zarośnięcia przełyku według Vogta:<sup>14</sup>

- typ I – całkowity brak przełyku (wada występująca bardzo rzadko),
- typ II – zarośnięcie przełyku bez atrezji,
- typ III – zarośnięcie przełyku z przetoką tchawiczo-przełykową:
  - III A z odejściem przetoki od górnej części przełyku,
  - III B z odejściem przetoki od dolnej części przełyku,
  - III C z dwiema przetokami odchodzącymi od obu części przełyku,
- typ IV – przetoka H (TOF bez OA)<sup>15</sup>.

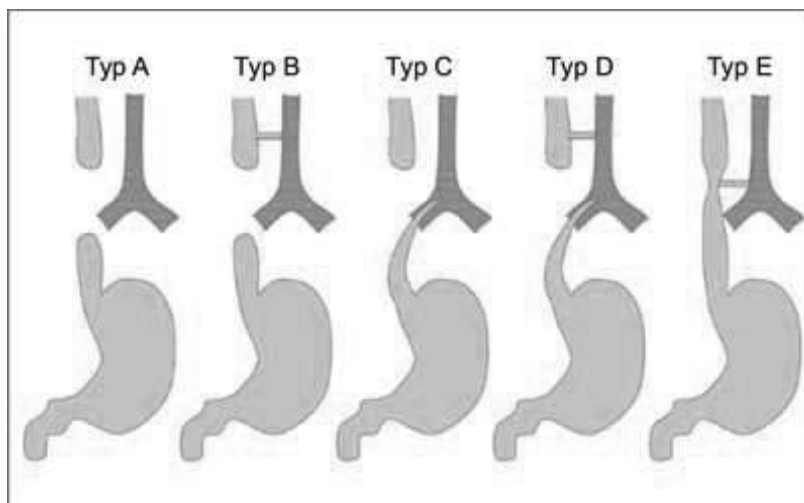
<sup>12</sup> R. Śmigiel, D. Patkowski, *Wrodzone zarośnięcie przełyku. Praktyczny przewodnik*, Wrocław 2012, s. 19.

<sup>13</sup> E.G. Vogt, op. cit., s. 465.

<sup>14</sup> Ibidem, s. 470.

<sup>15</sup> <http://www.czytelniamedyczna.pl/6162,atrezja-przełyku.html> (data dostępu: 16.05.2021).

Rycina 2. Klasyfikacja Grossa



Źródło: <http://img.medscapestatic.com/pi/meds/ckb/83/43783.jpg> (data dostępu: 07.04.2021).

Tabela 1. Klasyfikacja Grossa

| Typ | Opis                            |
|-----|---------------------------------|
| A   | OA bez TEF („czysta” atrezja)   |
| B   | OA z proksymalną TEF            |
| C   | OA z dystalną TEF               |
| D   | OA z dystalną i proksymalną TEF |
| E   | TEF bez OA albo tzw. przetoka H |
| F   | Wrodzona stenozą przełyku       |

Źródło: <http://www.czytelniamedyczna.pl/6162,atrezja-przezyku.html> (data dostępu: 07.04.2021).

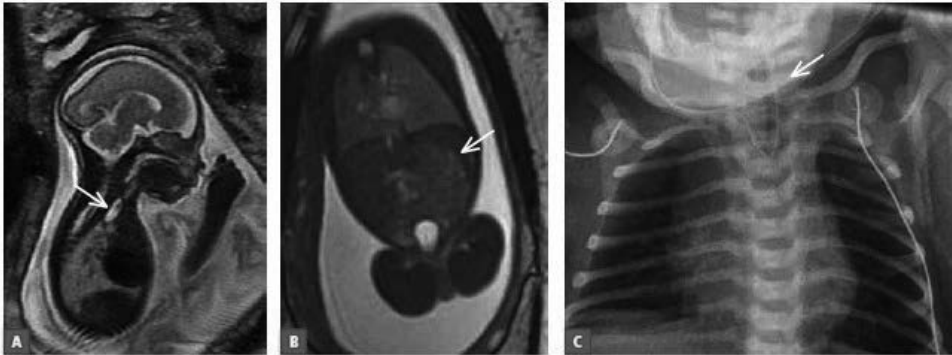
#### Klasyfikacja według Ladda:<sup>16</sup>

- typ A – OA bez przetoki, zwana również czystą OA (10%),
- typ B – OA z proksymalną TEF (< 1%),
- typ C – OA z dystalną TEF (85%),
- typ D – OA z proksymalną i dystalną TEF (< 1%),
- typ E – TEF bez OA, tzw. przetoka H (4%),
- typ F – wrodzona stenozą przełyku (< 1%)<sup>17</sup>.

<sup>16</sup> W.E. Ladd, op. cit., s. 637.

<sup>17</sup> <http://www.czytelniamedyczna.pl/6162,atrezja-przezyku.html> (data dostępu: 20.05.2021).

Rycina 3. Zarośnięcie przełyku



Źródło: <https://www.mp.pl/ginekologia/techniki-obrazowania/150931,zgodnosc-wynikow-diagnostyki-obrazowej-przewodu-pokarmowego-uplod-u-inoworodka> (data dostępu: 04.04.2021).

**A.** Przekrój przez klatkę piersiową płodu w dwudziestym szóstym tygodniu ciąży. Widać jasny sygnał wypełnionej płynem poszerzonej proksymalnej kieszonki przełyku (strzałka). **B.** W przekroju czołowym uzyskanym w technice FIESTA nie uwidoczniło bańki żołądka w nadbrzuszu lewym u tego samego płodu (strzałka). **C.** Sonda nosowo – żołądkowa zwinięta w proksymalnej kieszonce przełykowej (strzałka) na radiogramie wykonanym u innego noworodka.

Rycina 4. USG płodu: przekrój poprzeczny jamy brzusznej – brak echa żołądka



Źródło: B. Mikulska, R. Jaczyńska, D. Mydlak, E. Sawicka, D. Patkowski, T. Maciejewski, *Rola diagnostyki prenatalnej i torakoskopii w leczeniu wrodzonego zarośnięcia przełyku*, „Ginekologia po Dyplomie”, 2020, 03 (data dostępu: 25.05.2021).



Rycina 5. USG płodu: maksymalna kieszonka płynu owodniowego – wielowodzie



Źródło: B. Mikulska, R. Jaczyńska, D. Mydlak, E. Sawicka, D. Patkowski, T. Maciejewski, *Rola diagnostyki prenatalnej i torakoskopii w leczeniu wrodzonego zarośnięcia przełyku*, „Ginekologia po Dyplomie”, 2020, 03 (data dostępu: 25.05.2021).

### 1.3. ZWĘŻENIE ODŹWIERNIKA

Odźwiernik jest końcową częścią żołądka, stanowiącą połączenie z dwunastnicą, która jest kolejną częścią układu pokarmowego. Dzięki niemu treść pokarmowa prawidłowo przepływa. Zbudowany jest z tkanki mięśniowej, dzięki czemu ma zdolności kurczenia się i rozkurczania, co umożliwi przepływ treści pokarmowej i zapobiega cofaniu się jej z dwunastnicy. W przypadku nieprawidłowej budowy odźwiernika dochodzi do trudności z trawieniem oraz z przesuwaniem się treści do jelit. Do jednych z takich dysfunkcji można zaliczyć wrodzone przerostowe zwężenie odźwiernika (IHPS – *infantile hypertrophic pyloric stenosis*), która jest dość częstą przypadłością u niemowląt – zwłaszcza płci męskiej<sup>18</sup>. Jest to jedna z częściej występujących wad wrodzonych, wymagająca szybkiej interwencji chirurgicznej w okresie noworodkowym lub wczesnoniemowlęcym. Dochodzi w niej do przerostu mięśni odźwiernika, które tworzą szeroki i gruby pierścień zaciskający błonę śluzową, co powoduje zwężenie odźwiernika, a w niektórych przypadkach całkowite jego zamknięcie. Proces ten uniemożliwia odżywianie organizmu.

<sup>18</sup> D. Bulas, op. cit., s. 33.

## 1.4. ZAROŚNIĘCIE JELIT I ODBYTU

Zarośnięcie jelit zwane atrezią jelita cienkiego (ang. intestinal atresia) to jedna z najpopularniejszych przyczyn niedrożności przewodu pokarmowego. Biorąc pod uwagę odrębności patogenetyczne i anatomiczne, atrezię dwunastnicy traktuje się indywidualnie<sup>19</sup>.

Wielu lekarzy i naukowców z całego świata przeprowadzało liczne badania, których skutkiem było odkrycie genu wywołującego rozmaite atrezie<sup>20</sup>. W większości przypadków rozpoznanie opierało się w dużej mierze o zdjęcie rtg jamy brzusznej w projekcji tylnoprzodnej, w pozycji pionowej. W obrazie tym można było stwierdzić rozdęte pętle jelitowe wypełnione w górnej części płynami. Ponadto w dolnej części brzucha można było wyodrębnić bezpowietrzną przestrzeń. Zauważono zależność, że im niżej zlokalizowane jest miejsce zarośnięcia, tym więcej jest pętli jelitowych z poziomami płynów. Bezpośrednio po urodzeniu obraz radiologiczny może być niejednoznaczny, co jest związane ze słabą widocznością poziomów płynów (jelita zawierają jeszcze mało gazów)<sup>21</sup>.

Dużym przełomem było odkrycie genu TTC7A, dzięki któremu przygotowano test diagnostyczny, na podstawie którego opracowano prenatalne przesiewowe badania dla rodziców i wskazanie którzy z nich są nosicielami<sup>22</sup>.

W przypadkach, u których dochodzi do pełnego zarośnięcia lub zablokowania światła jelita wada ujawnia się szybko – są to pierwsze godziny, lub maksymalnie dni życia.

### ZAROŚNIĘCIE ODBYTU

Zarośnięcie odbytu – wada rozwojowa najczęściej pojawiająca się u noworodków, polegająca na niewykształceniu się otworu odbytowego, wadliwym jego położeniu lub na ślepym zakończeniu odbytnicy w wyższych jej częściach. Przyczyny tej wady nie są znane, choć podejrzewa się nieprawidłowy rozwój w ósmym tygodniu ciąży. Bardzo rzadko stwierdza się rodzinne występowanie zarośnięcia odbytu.

Głównym objawem jest brak oddawania smółki, prowadzący w następstwie do wzdęć i wymiotów. W niektórych przypadkach dochodzi do współistnienia przetoki między odbytem a układem moczowo-płciowym. Dochodzi wtedy do wydalania

<sup>19</sup> M. Baglaj, *Wrodzone zarośnięcie jelita cienkiego*, [https://pl.wikipedia.org/wiki/Atrezia\\_jelita\\_cienkiego](https://pl.wikipedia.org/wiki/Atrezia_jelita_cienkiego) (data dostępu: 20.04.2021).

<sup>20</sup> A. Lang, *Ratunek dla noworodków*, <https://www.termedia.pl/gastroenterologia/Ratunek-dla-noworodkow,9113.html> (data dostępu: 21.04.2021).

<sup>21</sup> Ibidem.

<sup>22</sup> Ibidem.

przez cewkę lub pochwę zabarwionego na zielono moczu. Zarośnięcie odbytu często współistnieje w zespole Pataua i Downa.

Podział wad odbytu:

- wady wysokie – położenie odbytnicy w jamie brzusznej daleko od skóry dziecka;
- wady niskie – odbytnica znajduje się bezpośrednio pod skórą.

Zarośnięcie odbytu sprawia, że zawartość jelit nie może zostać wydalona. Dochodzi wtedy do jej gromadzenia i poddawana zostaje działaniu bakterii jelitowych. Prowadzi to do groźnych symptomów, wśród których należy wymienić:

- napięcia brzucha,
- bóle brzucha,
- wymioty treścią kałową o charakterystycznej zielonkawej barwie i specyficznym zapachu, gdyż jest to strawiona treść pokarmowa),
- gorączka,
- duszności wywołane uciskiem powiększających się jelit na przeponę,
- zaburzenia perystaltyki,
- niepokój.

Zwykle objawy rozpoznawane są przez neonatologa na oddziale noworodkowym.

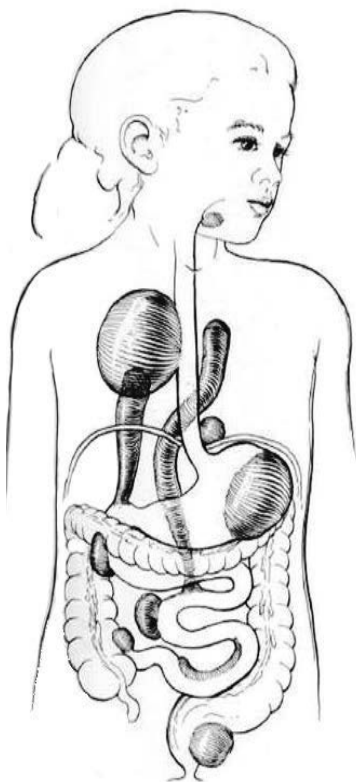
Rokowania w zarośnięciu odbytu są zależne od rodzaju zdiagnozowanej wady oraz od zaburzeń współistniejących. Odbudowa odbytu, która umożliwia utrzymanie stolca, jest uważana za wyleczenie z choroby. Przy „niskich” wadach odbytu jest prawie 100% skuteczność wyleczenia, pod warunkiem, że u pacjenta dodatkowo nie stwierdzono współwystępowania przetoki odbytniczo-moczowej. W przypadku „wysokich” wad, rokowania są indywidualną kwestią. U dzieci z współistniejącą wadą układu moczowego należy profilaktycznie podawać leki zapobiegające zakażeniom układu moczowego. Pacjenci po przebytych operacjach odbytu powinni być pod stałą opieką lekarską, aż do ukończenia 18 roku życia.

## 1.5. ZDWOJENIE JELITA GRUBEGO

Zdwojenie przewodu pokarmowego (lat. duplicatio tractus digestivi, ang. gastrointestinal duplication) Ujawnia się zwykle w wieku niemowlęcym, zwłaszcza w czasie pierwszych trzech miesięcy życia<sup>23</sup>. Zdwojenie może umiejscowić się w obrębie każdej części przewodu pokarmowego, od ust do odbytu.

<sup>23</sup> M. Błaszczyński, *Zdwojenia przewodu pokarmowego u dzieci*, <https://hylos.tet.pl/igm/arttykul/zdwojenia-przewodu-pokarmowego-u-dzieci/> (data dostępu: 30.04.2021).

Rycina 6. Zdwojenie przewodu pokarmowego



Źródło: M. Błaszczyński, Zdwojenia przewodu pokarmowego u dzieci, <https://hylos.tet.pl/igm/artukul/zdwojenia-przewodu-pokarmowego-u-dzieci/> (data dostępu: 30.04.2021).

Badania wskazują, że zdwojenie, w ponad połowie przypadków występuje w jelicie cienkim, z czego w większości w jelicie krętym<sup>24</sup>. Ma ono charakter torbielowaty lub cylindryczny, które wiąże się z przylegającym fragmentem prawidłowego przewodu pokarmowego<sup>25</sup>.

Wyodrębniono wiele teorii wyjaśniających przyczynę i mechanizm powstawania zdwojeń przewodu pokarmowego. W każdej z nich, wspólnym mianownikiem są procesy zachodzące w czasie ciąży. Największą popularnością cieszy się przedstawiona

<sup>24</sup> N. Liaqat, T. Latif, F.A. Khan and others, *Enteric duplication in children: A case series*, „African Journal of Paediatric Surgery”, 2014, nr 11(3), s. 211–214.

<sup>25</sup> M. Barczyński, Zarosnięcie odbytu, <https://www.medonet.pl/choroby-od-a-do-z/choroby-wymagajace-interwencji-chirurgicznej,zarosniec-odbytu-u-noworodka---przyczyny--objawy-i-leczenie,artykul,1579174.html> (data dostępu: 21.04.2021).

przez Bentleya oraz Smitha teoria rozszczepionej struny grzbietowej. *Zgodnie z nią [tą teorią], pierwotna patologia w obrębie struny grzbietowej skutkuje wtórnymi malfformacjami w obrębie kręgów oraz wystąpieniem duplikacji przewodu pokarmowego umieszczonej centralnie w stosunku do cewy pokarmowej*<sup>26</sup>. Wyjaśnia ona równocześnie fakt, że zdwojenie przewodu pokarmowego i rozszczepienie trzonu kręgów, są często chorobami współistniejącymi, zwłaszcza wtedy, gdy duplikacja zlokalizowana jest w obrębie klatki piersiowej.

Pozostałymi teoriami są:

1. Teoria zaburzeń rewakuolizacji – charakteryzuje ją proces wtórnej rekana-lizacji cewy pokarmowej.
2. Teoria uchyłków – opiewa zdwojenia w obrębie jelit.
3. Teoria sekwestracji – dotyczy typu torbielowatego zdwojeń.
4. Teoria angiogenezy – podstawowym problemem są zaburzenia naczyniowe<sup>27</sup>.

<sup>26</sup> Ibidem, s. 1330–1339.

<sup>27</sup> T. Itinteang, A. Withers, P. Laedbitter i wsp., *Pharmacologic therapies for infantile hemangioma; Is there a rational basis?*, „Plastic and Reconstructive Surgery”, 128/2011, s. 499–507.

## ROZDZIAŁ 2

# ROZPOZNAWANIE I POSTĘPOWANIE LECZNICZE W CHOROBAH UKŁADU POKARMOWEGO U NOWORODKÓW

### 2.1. STATYSTYKA WAD ROZWOJOWYCH POWODUJĄCYCH WSKAZANIE DO WYŁONIENIA STOMII

Najczęściej spotykanymi wadami rozwojowymi układu pokarmowego u noworodków są:

- Niedrożność:
  - zarośnięcie przełyku,
  - zarośnięcie dwunastnicy,
  - zarośnięcie jelita czczego,
  - zarośnięcie jelita grubego,
  - smółkowe zapalenie otrzewnej,
  - niedrożność dystalnego odcinka okrężnicy,
  - malformacja odbytowo-odbytnicza (atrezja odbytu),
  - atrezja okrężnicy,
  - choroba Hirschsprunga (HSCR).
- Mukowiscydoza.
- Guzy wątroby.
- Kamica żółciowa u płodu.
- Zmiany torbielowate w jamie brzusznej.
- Defekty powłoki brzusznej.

#### CHOROBA HIRSCHSPRUNGA

Częstotliwość występowania choroby Hirschsprunga wynosi jeden na pięć tysięcy żywo urodzonych noworodków. Rasa azjatycka jest najbardziej protegowana, natomiast ludzi pochodzenia latynoamerykańskiego dotyka najrzadziej. Choroba Hirschsprunga w postaci typowej, częściej występuje u płci męskiej, natomiast w postaci z całkowitą agangliozą jelita grubego przeważa płęć żeńska. W przeważającej

większości, około 90% przypadków, choroba Hirschsprunga ujawnia się w okresie noworodkowym<sup>28</sup>.

### ZAROŚNIĘCIE PRZEŁYKU

Choroba ta występuje w ilości 1:2500 – 1:3500 urodzeń. Obserwuje się, że nieznacznie częściej występuje u męskiej płci. Częstsze występowanie wady zaobserwowano w Finlandii – 4:10 000<sup>29</sup>. Poniżej 1% przypadków obserwuje się rodzinne występowanie wady, natomiast u bliźniąt zarośnięcie przełyku występuje trzy razy częściej. Jak dotąd nie stwierdzono związku między wiekiem matki, a ryzykiem wystąpienia tej wady u płodu<sup>30</sup>.

### ZWĘŻENIE ODŹWIERNIKA

Wada ta jest diagnozowana raz na około 300 do 900 żywych urodzeń i znacznie częściej występuje u białej rasy, lub u noworodków obciążonych genetycznie.

Leczenie u dzieci, podobnie jak u osób dorosłych, jest chirurgiczne. Po wyrównaniu zaburzeń elektrolitowych, u dziecka najczęściej wykonuje się pyloromiotomię metodą Ramstedta-Webera. Do rzadszych przyczyn zwężenia odźwiernika należą przedłużające się stany zapalne w obrębie opuszki dwunastnicy i samego odźwiernika, powikłania pooperacyjne po zabiegach wewnątrznaczyniowych w obrębie dróg żółciowych, dwunastnicy i żołądka, uszkodzenia pourazowe w wyniku połamania ciała obcego oraz nowotwory żołądka, dwunastnicy i trzustki<sup>31</sup>. Wyjątkowo rzadko do zwężenia odźwiernika dochodzi w wyniku uwięźnięcia jelita bądź żołądka w worku przepukliny brzusznej<sup>32</sup>.

### ZAROŚNIĘCIE JELIT

Wrodzone zarośnięcie dwunastnicy jest chorobą rzadką, a częstość jego występowania ocenia się na jeden na dziesięć tysięcy żywo urodzonych dzieci, z czego połowa to wcześniaki.

### ZAROŚNIĘCIE ODBYTU

Częstość występowania określa się na 1 na 5000 noworodków i obserwuje się, że jest minimalnie większa u płci męskiej niż u płci żeńskiej.

<sup>28</sup> *Choroba Hirschsprunga – przyczyny, objawy, diagnostyka, leczenie, powikłania*, <https://www.medme.pl/choroby/choroba-hirschsprunga,73.html> (data dostępu: 01.04.2021).

<sup>29</sup> B. Mikulska, R. Jaczyńska, D. Mydlak i inni, *Rola diagnostyki prenatalnej i torakoskopii w leczeniu wrodzonego zarośnięcia przełyku*, „Ginekologia po Dyplomie”, 2020, nr 03, s. 13.

<sup>30</sup> E.G. Vogt, *Congenital esophageal atresia*, „American Journal of Roentgenology”, 1929, nr 22, s. 460–463.

<sup>31</sup> J. Pietrzyk, op. cit., s. 54

<sup>32</sup> K. Kozera, E. Kołodziejczyk, J. Kierkuś, op. cit., s. 630–634.

## ZDWOJENIE JELITA GRUBEGO

Choroba ta należy do wad wrodzonych występujących u jednego na trzydzieści pięć tysięcy żywo urodzonych dzieci (1:35 000). U 1 na 4500 żywo urodzonych dzieci występuje na całej długości przewodu pokarmowego<sup>33</sup>.

## 2.2. ETIOLOGIA I PATOGENEZA CHOROBY HIRSCHSPRUNGA

Choroba Hirschsprunga jest uwarunkowana genetycznie, co przedstawiają następujące dowody:

- *podwyższone ryzyko wystąpienia choroby u rodzeństwa chorego dziecka w porównaniu z populacją ogólną (rodzinne występowanie choroby Hirschsprunga dotyczy około 4–8% przypadków);*
- *współwystępowanie choroby Hirschsprunga z innymi schorzeniami mającymi podłoże genetyczne. Zaburzenia chromosomalne występują u 12% chorych dzieci – najczęściej jest to zespół Downa<sup>34</sup>.*

Analizując stopień i ryzyko dziedziczenia choroby Hirschsprunga możemy stwierdzić, że jest ono wieloczynnikowe o zróżnicowanej ekspresji. Najczęściej jest ono uzależnione od postaci choroby, płci dziecka oraz płci rodzeństwa, dla którego oblicza się prognozowane ryzyko<sup>35</sup>.

## PRZYCZYNY I MECHANIZMY POWSTAWANIA ZWĘŻENIA ODŹWIERNIKA

IHPS nie są ostatecznie poznane, jednakże zwraca się uwagę na zależność wady z zaburzeniem rozwoju komórek zwojowych w ścianie odźwiernika, ekspresji czynników wzrostu o zwiększonej sile, miejscowych zaburzeniach syntezy tlenu azotu oraz na czynnikach genetycznych<sup>36</sup>.

## ZAROŚNIĘCIE JELIT

Główną przyczyną jest brak zdwojonego udroźnienia (rekanalizacji) światła dwunastnicy w dojrzewaniu płodowym. Wadami współistniejącymi są inne dysfunkcje przewodu pokarmowego – najczęściej zarośnięcie przełyku, wady serca (około 30%) oraz zespół Downa.

<sup>33</sup> A. Raźnikiewicz, A. Stroba-Żelek, T. Fryc i inni, *Trudności diagnostyczno-lecnicze zdwojenia jelita grubego – opis przypadku*, „Medycyna Rodzinna”, 2018, nr 21(2A), s. 23–27.

<sup>34</sup> A. Nussbaum-Blask, *Zgodność wyników diagnostyki obrazowej przewodu pokarmowego u płodu i noworodka*, <https://www.mp.pl/ginekologia/techniki-obrazowania/150931,zgodnosc-wynikow-diagnostyki-obrazowej-przewodu-pokarmowego-uplodu-inoworodka> (data dostępu: 01.04.2021).

<sup>35</sup> M.H. Moon, J.Y. Cho, J.H. Kim i inni, op. cit., s. 558.

<sup>36</sup> D. Bulas, op. cit., s. 34.



W około 20% przypadków u dzieci z chorobą Hirschsprunga dochodzi do występowania innych wad wrodzonych, wśród których najczęstszymi są:

- wady serca,
- rozszczep podniebienia,
- wady twarzoczaszki,
- polidaktylia,
- wady przewodu pokarmowego.

Chorobie Hirschsprunga często towarzyszą choroby, wynikające z zaburzeń migracji neuroblastów, są to:

- nerwiak zarodkowy współczulny,
- rak rdzeniasty tarczycy,
- guz chromochłonny nadnerczy.

### OBJAWY CHOROBY HIRSCHSPRUNGA

Podstawowym objawem, który dotyka aż 90–94% chorych dzieci jest opóźnienie oddania smółki. Fizjologicznie oddawanie smółki następuje w pierwszej dobie życia, czasem dochodzi do tego w kolejnej dobie, co nie jest jeszcze zjawiskiem chorobowym. W przypadku, gdy oddanie smółki się opóźnia należy rozpocząć wykonanie badań diagnostycznych<sup>37</sup>.

U chorych noworodków, już nawet w pierwszej dobie mogą pojawić się objawy niedrożności mechanicznej. Jest to triada objawów: opóźnione przejście smółki (>24 h u noworodka urodzonego o czasie), wzdęcia brzucha i żółciowe wymioty. Rzadszym objawem są biegunki, jako wynik zapalenia jelit, gdyż chroniczna niedrożność sprzyja rozwojowi bakterii. Gdy naprzemiennie pojawiają się zaparcia i biegunki, pojawienie się luźnych stolców jest najczęściej sygnałem rozpoczynającego się zapalenia jelit<sup>38</sup>.

W przypadku, gdy noworodek zaczyna gorączkować, ma duże wzdęcia brzucha, oddaje bardzo brzydko pachnące stolce biegunkowe, może dojść do nagłego, znaczącego pogorszenia stanu zdrowia, a w skrajnych przypadkach nawet do zgonu, ze względu na perforację jelit. Duże znaczenie ma szybka diagnostyka i błyskawiczne podjęcie leczenia, aby uniknąć powyższych konsekwencji<sup>39</sup>.

Objawy choroby są uzależnione od wieku chorego:

- noworodki – niedrożność smółkowa;

<sup>37</sup> J. Daniliszyn, *Wytyczne postępowania w chorobie Hirschsprung'a*, <https://www.termedia.pl/gastroenterologia/Wytyczne-postepowania-w-chorobie-Hirschsprung-a,39488.html> (data dostępu: 06.04.2021).

<sup>38</sup> K. Kozera, E. Kołodziejczyk, J. Kierkuś i inni, *Atrezja przełyku*, „Postępy Nauk Medycznych”, 11/2017, s. 625–628.

<sup>39</sup> J. Pietrzyk, *Wybrane zagadnienia z pediatrii*, tom 3, pod redakcją J.J. Pietrzyka, P. Kwinta, Kraków 2018, s. 35.

- niemowlęta – zaparcia stolca, często na przemian z biegunkami, duży rozdęty brzuch, słaby przyrost masy ciała, częściowa niedrożność jelit;<sup>40</sup>
- dzieci starsze – wzdęcie brzucha, przewlekłe zaparcia stolca, wyniszczenie, słabe brudzenie bielizny przy dużym zaleganiu kału<sup>41</sup>.

Bywają przypadki, że typowe objawy nie występują. Czasem mogą to być jedynie wczesnie pojawiające się zaparcia (zazwyczaj w chwili wprowadzenia do diety pokarmów stałych). Skutkują one silnymi bólami brzucha, wymiotami, zatrzymaniem gazów i stolca. U dzieci w starszym wieku objawami mogą być: brak apetytu, wzdęcia brzucha oraz długotrwałe zaparcia, brak samodzielnego oddawania stolca (jedynie po zastosowaniu wlewów)<sup>42</sup>.

### ZDWOJENIE JELITA GRUBEGO

Przyczyna powstawania nie jest znana. Zdwojenie wykazuje wiele mało charakterystycznych objawów, które występują również w innych wadach przewodu pokarmowego. Rozpoznanie stanowi duże wyzwanie zarówno diagnostyczne, jak i terapeutyczne. Duplikacja ma trójwarstwową budowę ściany, co jest typowe dla przewodu pokarmowego. Sam nabłonek może być jednak ekotopowy, z czym wiążą się również objawy prezentowane przez pacjentów. Typowe jest wspólne unaczynienie zdwojenia oraz towarzyszącego fragmentu przewodu pokarmowego. Fakt ten w istotny sposób wpływa na przebieg leczenia operacyjnego<sup>43</sup>.

## 2.3. DANE DOTYCZĄCE ROZPOZNAWANIA I DIAGNOZOWANIA CHOROBY

### CHOROBA HIRSCHSPRUNGA – ROZPOZNIANIE I BADANIA

Schemat prawidłowego przeprowadzenia badania powinien rozpocząć szczegółowy wywiad, opierający się na szczegółowej relacji rodziców o momencie wystąpienia i opisu objawów, a następnie badanie per rectum. W następstwie wykonywane są badania: radiologiczne, manometryczne oraz mikroskopowe badanie wycinków pełnej lub niepełnej grubości ściany jelita<sup>44</sup>.

---

<sup>40</sup> Ibidem, s. 36.

<sup>41</sup> J. Daniliszyn, op. cit.

<sup>42</sup> K. Kozera, E. Kołodziejczyk, op. cit., s. 630.

<sup>43</sup> C. Romano, S. Oliva, S. Martellosi and others Pediatric gastrointestinal bleeding: perspectives from the Italian Society of Pediatric Gastroenterology, „World Journal of Gastroenterology”, 2017, 23 (8), s. 1328–1337.

<sup>44</sup> Ibidem, s. 632.

## BADANIE PER RECTUM

W HSCR bańka odbytnicy jest zazwyczaj pusta. Zauważalnie jest mocne napięcie zwieracza i bardzo wąską odbytnicę. Podczas badania często dochodzi do wydalenia gazów i treści jelitowej<sup>45</sup>.

## BADANIA RADIOLOGICZNE

W diagnostyce choroby Hirschsprunga wykonuje się zdjęcia rentgenowskie jamy brzusznej w pozycji pionowej (Rycina 7) oraz w pozycji leżącej na plecach. Mogą być na nim widoczne:

- rozdęte pętle jelitowe,
- brak wypełnienia powietrzem obwodowego odcinka jelita grubego.

**Rycina 7.** Radiogram jamy brzusznej w pozycji pionowej – rozdęte pętle jelita z poziomami płynu, brak wypełnienia odbytnicy powietrzem (fot. Marcin Słowiaczek).



Źródło: <https://www.mp.pl/artykuly/45275,choroba-hirschsprunga#1> (data dostępu: 01.04.2021).

W obrazie można zaobserwować pogrubienie ścian, co może świadczyć o martwiczym zapaleniu jelit (NEC) towarzyszącym chorobie Hirschsprunga. Zdiagnozowanie NEC jest niezmiernie ważne, gdyż 10% dzieci chorych na HSCR to wcześniaki lub dzieci o niskiej masie urodzeniowej<sup>46</sup>.

<sup>45</sup> *Choroba Hirschsprunga – przyczyny, objawy, diagnostyka, leczenie, powikłania*, <https://www.medme.pl/choroby/choroba-hirschsprunga,73.html> (data dostępu: 01.04.2021).

<sup>46</sup> <https://www.medme.pl/choroby/choroba-hirschsprunga,73.html> (data dostępu: 4.05.2021).

Zastosowanie wlewu kontrastowego do jelita grubego ma znaczenie w stwierdzeniu choroby Hirschsprunga. Pokazuje też strefę przejściową między bezzwojowym, obkurczonym odcinkiem jelita, a położonym powyżej odcinkiem poszerzonym<sup>47</sup>.

Po upływie od 4 do 48 godzin od podania środka cieniującego wykonuje się zdjęcia rentgenowskie, których celem jest przedstawienie fazy przejściowej i opóźnione opróżnianie się jelita z kontrastu. To badanie jest skuteczniejsze u dzieci starszych, gdyż mają lepiej rozwiniętą strefę przejściową<sup>48</sup>. Przeciwwskazaniem do wykonania tego badania jest zapalenie jelit lub przedziurawienie przewodu pokarmowego<sup>49</sup>.

### BADANIE MANOMETRYCZNE

*Manometria bada obecność odruchu relaksacji (rozkurczu) zwieracza wewnętrznego odbytu w reakcji na wzrost ciśnienia w bańce odbytnicy<sup>50</sup>. Podczas badania dochodzi do wzrostu ciśnienia (napompowanie balonu cewnika umieszczonego w odbytnicy) i wypełnienia odbytnicy, co skutkuje rozkurczem zwieracza wewnętrznego odbytu.*

### BIOPSJA JELITA

Jest to najistotniejsze badanie w diagnostyce choroby Hirschsprunga, wykonywane jest zawsze w warunkach ambulatoryjnych. Wskazaniami do biopsji są wyniki badań klinicznych i występująca triada objawów: opóźnione przejście smółki (>24h u noworodka urodzonego o czasie), wzdęcia brzucha i żółciowe wymioty<sup>51</sup>. Najczęściej wykonuje się biopsję śluzówkowo-podśluzówkową, gdyż ona nie wymaga otwarcia jamy brzusznej. Do badania histologicznego materiał pobierany jest przy użyciu biopsji ssącej. W pobranych wycinkach sprawdza się obecność komórek zwojowych, wystąpienie przerostu włókien nerwowych oraz aktywność enzymu esterazy cholinowej. Brak obecności komórek zwojowych i zwiększona aktywność acetylocholinesterazy potwierdzają rozpoznanie HSCR<sup>52</sup>.

### ATREZJA PRZEŁYKU

Częstość diagnozowania w USG przypadków niedrożności na poziomie przełyku według danych z tego samego badania sięgnęła 25%<sup>53</sup>. Ustalenie *in utero* rozpoznania atrezji przełyku z ewentualną dystalną przetoką tchawiczo-przełykową jest

<sup>47</sup> M. Zelga, P. Zelga, A. Dziki i inni, op. cit., s. 70.

<sup>48</sup> M.H. Moon, J.Y. Cho, J.H. Kim i inni, op. cit., s. 560.

<sup>49</sup> J. Palka, op. cit., s. 69.

<sup>50</sup> Ibidem, s. 70.

<sup>51</sup> J. Daniliszyn, op. cit.

<sup>52</sup> Ibidem, s. 72.

<sup>53</sup> A.K. Saxena, *Esophageal atresia with or without tracheoesophageal fistula. Department of Pediatric Surgery*, Chelsea Children's Hospital, Chelsea and Westminster Healthcare NHS Fdn Trust, Imperial College London 2017, s. 34.

trudne i opiera się na pośrednich objawach uwidacznianych w USG i MRI, takich jak wielowodzie wywołane upośledzeniem przełykania i utrzymujący się mały lub niewidoczny żołądek. W przypadkach atrezji przełyku bez towarzyszącej przetoki dystalnej, czasem uwidacznia się (głównie w MRI) w szyi lub górnym śródpiersiu poszerzoną kieszonkę górnego odcinka przełyku (Rycina 8A–C). Ponieważ w 85% przypadków atrezji przełyku stwierdza się współistniejącą przetokę tchawiczo-przełykową łączącą się z dystalnym odcinkiem przełyku, diagnoza może nie być postawiona prenatalnie, jeśli płyn owodniowy z kieszonki proksymalnej przedostaje się przez przetokę do żołądka. U około połowy pacjentów obserwuje się wady współistniejące, w których najczęściej pojawiają się dysfunkcje układu sercowo-naczyniowego (około 29%). Wśród pozostałych należy wskazać: wady odbytu i odbytnicy (14%), układu moczowo-płciowego (14%), układu pokarmowego (13%), układu kostnego (10%) i wady układu oddechowego (10%).

## ZAROŚNIĘCIE JELIT

Pierwszymi objawami są wymioty podbarwione żółcią oraz wzdęcie górnej części jamy brzusznej. Ponad połowa przypadków z zarośnięciem jest powiązane z wielowodziem brzuszynym.

Do potwierdzenia rozpoznania wykonuje się badanie radiologiczne jamy brzusznej z obrazem dwóch baniek powietrza: w żołądku i w opuszce dwunastnicy. W badaniu tym nie podaje się środka kontrastującego, gdyż mógłby on spowodować zachłyśnięcie.

Jedynym sposobem leczenia jest interwencja chirurgiczna. W przypadku braku wad współistniejących, najczęściej podejmuje się decyzję o pełnej plastyce, dzięki której można całkowicie przywrócić funkcję dwunastnicy. Umożliwia to powrót do normalnego karmienia po 2–3 tygodniach od operacji i wtedy określa się, że pacjent jest całkowicie wyleczony<sup>54</sup>.

## DIAGNOSTYKA ZAROŚNIĘCIA ODBYTU

Zarośnięcie odbytu można stwierdzić na podstawie prenatalnego USG, podczas którego widoczna jest zwiększona ilość płynów w jamie brzusznej lub obecność torbieli, która wskazuje powiększone jelito. Pełna diagnostyka zarośnięcia odbytu wymaga przede wszystkim dokładnego badania fizykalnego noworodka. Ponadto zaleca się wykonanie wielu dodatkowych badań określających rodzaj wady. Są nimi:

- ogólne badanie moczu,
- wykluczenie przetoki odbytniczo – moczowej,

<sup>54</sup> P. Kwinta, *Wrodzone zarośnięcie odbytu*, <https://www.mp.pl/pacjent/pediatrica/choroby/ukladpokarmowy/51035,wrodzone-zarosniecie-odbytu>, (data dostępu: 21.04.2021).

- badanie radiologiczne miednicy, które określa położenie jelit oraz wyklucza wady kręgosłupa,
- usg jamy brzusznej – wyklucza wady układu moczowego,
- usg rdzenia kręgowego – wyklucza wady kręgosłupa.

### DIAGNOSTYKA ZWĘŻENIA ODŹWIERNIKA

Metodą z wyboru w diagnostyce przerostowego zwężenia odźwiernika jest ultrasonografia. W przypadkach wątpliwych przeprowadza się badanie radiologiczne z kontrastem, w przeciwieństwie do zwężenia odźwiernika z innych przyczyn u dorosłych, gdzie stosuje się gastroskopię.

### ZDWOJENIE JELITA GRUBEGO

Rodzaj objawów zależy od wielkości oraz lokalizacji zdwojenia, ale najczęstszymi są: ból i wzdęcie brzucha, zaparcia, niedrożność, nudności, wymioty, dysfagia, dyspepsja, krwawienie z przewodu pokarmowego, zaburzenia oddychania<sup>55</sup>. Pacjentom, u których duplikacja dotyczy odcinka proksymalnego przewodu pokarmowego częściej towarzyszą duszność, dysfagia czy nawet niewydolność krążeniowo-oddechowa. Objawami zdwojenia w obrębie żołądka lub jelita cienkiego są: długotrwałe nudnościami, wymioty, bóle brzucha i wzdęcia, a czasem nawet krwawienia z przewodu pokarmowego czy zaparcia wraz z zaleganiem stolca. Warto zwrócić uwagę na objawy wskazujące na szybko pogarszający się stan pacjenta. Będą nimi: niedrożność lub perforacja przewodu pokarmowego, otrzewnowe objawy, niewydolność oddechowo-krążeniowa czy nawet wstrząs hipowolemiczny<sup>56</sup>.

Istotnym etapem diagnostycznym pacjenta z podejrzeniem zdwojenia przewodu pokarmowego są badania obrazowe obejmujące USG, TK i RM. Pozwalają one prawidłowo zdiagnozować zdwojenie przewodu pokarmowego jedynie w 25% przypadków<sup>57</sup>. Ich rodzaj i zakres ustala się przy współpracy z radiologiem. Proces diagnostyki obrazowej rozpoczyna się zwykle od badania ultrasonograficznego jamy brzusznej, często też wykonuje się badanie rentgenowskie z użyciem środka cieniującego. W przypadku zdwojeń lokalizujących się w obrębie głowy i szyi wskazane jest wykonanie badania tomografii komputerowej, niezbędnego do określenia planowanego dostępu operacyjnego w tym newralgicznym rejonie.

<sup>55</sup> A. Raźnikiewicz, A. Stroba-Żelek., T. Fryc, op. cit., s. 27–29.

<sup>56</sup> M. Błaszczczyński, Zdwojenia przewodu pokarmowego u dzieci, <https://hylostet.pl/igm/artukul/zdwojenia-przewodu-pokarmowego-u-dzieci/> (data dostępu 30.04.2021).

<sup>57</sup> M. Zouari, H. Bouthour, R.B. Abdallah i inni, Alimentary tract duplications in children: report of 16 years' experience, „The African Journal of Paediatric Surgery”, 2014, nr 11(4), s. 330–333.

Rozstrzygającym badaniem potwierdzającym wstępne rozpoznanie zdwojenia może być również endoskopia przewodu pokarmowego<sup>58</sup>.

Większość zdwojeń przewodu pokarmowego wymaga interwencji chirurgicznej. Zakres zabiegu operacyjnego jest uzależniony od rozległości i morfologii zdwojenia oraz topografii położenia wobec innych ważnych struktur anatomicznych. Wyniki chirurgicznego leczenia są dobre<sup>59</sup>.

Biorąc pod uwagę różnorodność w obrębie morfologii tej wady i ilość objawów jakie występują u pacjentów, u każdego noworodka z objawami dysfunkcji przewodu pokarmowego należy brać pod uwagę możliwość wystąpienia zdwojenia. Jest to szczególnie ważne w przypadku wystąpienia ostrego brzucha.

Zdwojenie lokalizujące się w obrębie głowy lub szyi zwykle ujawnia się tuż po urodzeniu i powoduje problemy oddechowe, które często zmuszają do intubacji noworodka. Małe duplikacje operuje się z dostępu przez usta, natomiast większe z cięcia wzdłuż pęczka naczyniowo-nerwowego szyi. Zmianę zawsze należy usunąć w całości.

Zdwojenie dwunastnicy w wielu przypadkach powoduje niedrożność lub ostre zapalenie trzustki. Metoda i przebieg zabiegu chirurgicznego zależą od formy duplikacji oraz jej położenia w stosunku do dwunastnicy i trzustki. Zdwojenia przyległe do głowy trzustki przeważnie nie podlegają całkowitej resekcji<sup>60</sup>.

Duplikacja w obrębie jelita zawsze przebiega równolegle i przyśrodkowo do prawidłowego fragmentu przewodu pokarmowego. W początkowych odcinkach jelita czczego lokalizują się zwykle formy cylindryczne, natomiast formy torbielowate (torbiele enterogenne) dominują w dystalnej części jelita krętego. Zabieg operacyjny polega na wycięciu w bloku zdwojenia i przyległego prawidłowego odcinka jelita. Takie postępowanie wynika ze wspólnego unaczynienia obu struktur. W przypadku duplikacji długoodcinkowych, wycięcie znacznego fragmentu jelita mogłoby doprowadzić do powstania zespołu krótkiego jelita (short bowel syndrome, SBS). W przypadku zaistnienia takiego wariantu omawianej wady wrodzonej, leczenie polega na wypreparowaniu i usunięciu śluzówki zdwojenia<sup>61</sup>.

Zdwojenia jelita grubego najczęściej lokalizują się w obrębie okrężnicy wstępującej i esicy (Rycina 8) Najrzadziej zdwojenie dotyczy odbytnicy. Jego obecność w tej okolicy często wiąże się z niedrożnością odbytu. Często pierwszym objawem duplikacji dystalnej jest wypadanie śluzówki odbytu. Zdwojenia jelita grubego

<sup>58</sup> T. Itinteang, A. Withers, op. cit., s. 508–510.

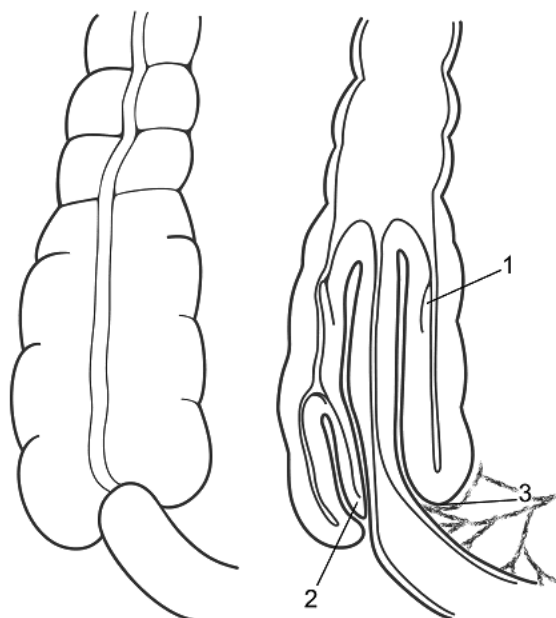
<sup>59</sup> A. Raźnikiewicz, A. Stroba-Żelek, T. Fryc, op. cit., s. 23–25.

<sup>60</sup> T. Itinteang, A. Withers, op. cit., s. 511–515.

<sup>61</sup> C. Romano, S. Oliva, S. Martellosi, op. cit., s. 1328–1337.

mogą łączyć się z pęcherzem lub cewką moczową, dawać przetoki<sup>62</sup>. Postępowanie operacyjne jest analogiczne jak w przypadku duplikacji w obrębie jelita cienkiego. Różnica dotyczy wyłącznie zdwojeń długoodcinkowych, których leczenie polega zwykle na szerokim połączeniu ze sobą światła zdwojenia i jelita grubego.

Rycina 8. Schemat wgłobienia krętniczno-kątniczego



1. Czoło wgłobienia (j. cienkie). 2. Zastawka Bauchina. 3. Naczynia kręzki.

Źródło: <https://forumpediatrii.pl/artukul/typowe-schorzenia-chirurgiczne-u-dzieci-wglobienie-cialo-obce-w-przewodzie-pokarmowym> (data dostępu: 20.04.2021).

W przypadku zdiagnozowania zdwojenia przewodu pokarmowego, zawsze powinno się poszukiwać innych, współtowarzyszących wad wrodzonych, które występują w 50% duplikacji<sup>63</sup>. Dotyczą najczęściej układów: oddechowego, pokarmowego, moczowo-płciowego i kostnego. Należy również zwrócić uwagę na to, że wczesne wdrożenie leczenia zdwojenia skraca proces terapeutyczny i zapobiega powstawaniu powikłań (krwawienia, perforacje, zapalenie otrzewnej). Dlatego też tak ważny, w przypadku

<sup>62</sup> M. Zouari, H. Bouthours, op. cit., s. 340–344.

<sup>63</sup> M. Błaszczyński, op. cit., s. 4.



duplikacji przewodu pokarmowego, jest etap szybkiej i trafnej diagnozy pozwalającej na wdrożenie we właściwym czasie odpowiedniego leczenia chirurgicznego<sup>64</sup>.

## 2.4. LECZENIE NIEDROŻNOŚCI JELIT U NOWORODKA

### ZAROŚNIĘCIE PRZEŁYKU

Leczenie atrezji przełyku to chirurgiczna interwencja mająca na celu odtworzyć jego ciągłość lub zlikwidować przetokę przełykowo-tchawiczą.

Przeciwwskazaniami do zabiegu są:

- obustronna agenezja nerek zwana zespołem Pottera,
- zespół Pataua (trisomia 13).

Wśród powikłań zabiegów można wymienić: nieszczelność zespolenia, zwężenie w miejscu zespolenia, nawrotową przetokę przełykowo-tchawiczą, refluks żołądkowo-przełykowy, zaburzenia motoryki przełyku, tracheomalację.

Metody leczenia

W zarośnięciu przełyku można wyróżnić kilka metod leczenia.

1. Zespolenie koniec do końca. Stosuje się ją kiedy odległość pomiędzy końcami przełyku nie przekracza 3 centymetrów<sup>65</sup>.
2. Technika Livadsa. Jest to ponadśluzówkowe okrężne nacięcie błony mięśniowej, przez co dochodzi do wydłużenia górnego odcinka przełyku.
3. Metoda Scharliego – wydłużenie przełyku kosztem krzywizny mniejszej żołądka<sup>66</sup>.
4. Metoda Rehbeina – zbliżanie końców przełyku za pomocą założonych wcześniej nitki do kikutów przełyku i odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego.
5. ETEEs (ang. multiple extrathoracic esophageal elongations) – wydłużanie przełyku na zewnątrz klatki piersiowej, polega na wytworzeniu przetoki ślinowej przełykowo-tchawiczej, przemieszczeniu jej kilkukrotnie na ścianie klatki piersiowej, co powoduje wydłużenie przełyku w ciągu trzech miesięcy, a następnie zespolenie koniec do końca.
6. Gastric pull up – przesunięcie żołądka do śródpiersia tylnego.
7. Rekonstrukcja przełyku z krzywizny większej żołądka, jelita cienkiego lub jelita grubego<sup>67</sup>.

<sup>64</sup> M. Zouari, H. Bouthours, op. cit., s. 345–347.

<sup>65</sup> K. Kozera, E. Kołodziejczyk, J. Kierkuś i inni, *Atrezja przełyku...* op. cit.

<sup>66</sup> Ibidem.

<sup>67</sup> Ibidem.

**Wczesne powikłania:**

- nieszczelność zespolenia – maksymalnie w czwartej dobie po operacji, dotyczy około 20% przypadków,<sup>68</sup> stosuje się leczenie zachowawcze (antybiotykoterapia),
- zwężenie w miejscu zespolenia – występuje w 50% przypadków,<sup>69</sup> leczeniem jest rozszerzanie przełyku nie wcześniej niż w szóstym tygodniu życia dziecka oraz nie wcześniej niż w czwartym tygodniu po zabiegu,
- nawrotowa przetoka przełykowo-tchawicza – najczęściej kilka tygodni po operacji, dotyczy 3–14%, manifestacją tego powikłania są: zapalenie płuc, kaszel, niewydolność oddechowa.

**Powikłania późne:**

- refluks żołądkowo-przełykowy – występuje prawie u wszystkich dzieci z OA, wszystkie dzieci z wadą powinny do szóstego miesiąca życia przyjmować ranitydynę lub inhibitory pompy protonowej. Leczeniem jest zabieg antyrefluksowy,
- zaburzenia motoryki przełyku – powikłanie daje objawy dysfagii, może dojść do zaburzeń połykania i utkwienia kęsa pokarmowego w przełyku,
- tracheomalacja – rozmiękanie tchawicy, wiąże się z nawracającymi zapaleniami płuc, napadami astmy oskrzelowej.

**ZAROŚNIĘCIE ODBYTU – METODY LECZENIA**

W przypadku, gdy choroba nie jest rozpoznana bezpośrednio po urodzeniu, pierwszym etapem leczenia jest odstawienie stałych pokarmów i podpięcie kroplówki. Kolejno pacjenta transportuje się na oddział chirurgii dziecięcej, gdzie będą podejmowane kolejne kroki leczenia. Jedynym skutecznym leczeniem tej wady jest interwencja chirurgiczna. Można ją podzielić na dwie metody, o wyborze której zawsze decyduje lekarz.

Pierwszą z nich jest odbudowa odbytu w prawidłowym miejscu. Najczęściej metodę tę wykonuje się u noworodków z tzw. niskim rodzajem wady. Kolejną metodą jest kolostomia. Jest to zabieg oparty na wydostaniu z jamy brzusznej jelita grubego, które jest przecinane. Końcowym etapem tej metody jest wszycie w skórę brzucha obu końców wcześniej przeciętego jelita, co tworzy sztuczny odbyt dwulufowy. Kolostomia chroni przed większością powikłań, głównie przed niedrożnością i zapaleniem jelit czy zakażeniem dróg moczowych. Daje ona także możliwość odłożenia

<sup>68</sup> C. Shaw-Smith, op. cit., s. 555.

<sup>69</sup> M. Łosin, op. cit., s. 55.

w czasie właściwej operacji. Zalecana jest także u pacjentów, u których niemożliwe jest przeprowadzenie długo trwającej operacji rekonstrukcji odbytu lub u tych, którym towarzyszą inne wady. Po wykonanym zabiegu dziecku podawane są antybiotyki. Średnio po dwóch tygodniach od zabiegu przeprowadza się poszerzenie odbytu. Wykonuje się to za pomocą rozszerzadła Hegara. W pierwszej kolejności wykonuje to lekarz, następnie edukuje rodziców jak mają powtarzać tę czynność w domu, którą należy powtarzać dwa razy dziennie przez kilkanaście tygodni.

### CHOROBA HIRSCHSPRUNGA – LECZENIE

Jedynym leczeniem choroby Hirschsprunga jest wycięcie nieprawidłowo unerwionego, obkurzonego odcinka jelita i zapewnienie drożności przewodu pokarmowego.

#### Przedoperacyjna opieka w chorobie Hirschsprunga

Przed wykonaniem operacji konieczne jest wykonywanie irygacji odbytnicy solą fizjologiczną. Czasem także wykonuje się przepłukiwanie okrężnicy. Zabieg ten jest konieczny, aby odbarczyć jelito. Jeżeli jednak nie dojdzie do odbarczenia, lub pojawi się zapalenie jelit lub perforacja jelita – konieczne jest wykonanie ileostomii. Przed jej wykonaniem można przeprowadzić biopsję, aby sprawdzić stan komórek zwojowych jelita<sup>70</sup>. Kolejnym badaniem, jakie się wykonuje przed operacją w HSCR jest lewatywa kontrastowa.

Rycina 9. Wlew kontrastowy do jelita grubego (fot. Piotr Softysiak).



Źródło: <https://www.mp.pl/artykuly/45275.choroba-hirschsprunga#1> (data dostępu: 01.04.2021).

<sup>70</sup> J. Pietrzyk, op. cit., s. 37.

Widoczna strefa przejściowa między obkurczonym, bezzwojowym, obwodowym odcinkiem jelita, a poszerzonym jelitem położonym dogłowo od niego.

Wlew kontrastowy jest pomocny w określeniu poziomu ruchów perystaltycznych, które są widoczne podczas zmiany światła w okrężnicy. Lewatywę kontrastową traktuje się, jako uzupełnienie badań przedoperacyjnych, nigdy natomiast nie powinna ona zastąpić histologicznej oceny<sup>71</sup>.

W przypadkach, u których dochodzi do zapalenia jelita, niezbędne jest szybkie wyrównanie zaburzeń płynowych podając kroplówki. Należy także zaprzestać karmienia. Kolejnym etapem jest założenie zgłębnika żołądkowego do przewodu pokarmowego oraz podanie antybiotyków o szerokim spektrum działania. We wcześniejszych latach w chorobie Hirschsprunga stosowano wyłącznie leczenie dwu – lub trzyetapowe. We współczesnej medycynie coraz częściej wykonuje się leczenie jednoetapowe z pominięciem wstępnego etapu polegającego na wyłonieniu przetoki jelitowej, a skupiając się na wytworzeniu zespolenia między prawidłowo unerwionym jelitem a odbytnicą. Wykonuje się to wtedy, gdy dziecko jest w wieku między trzecim, a dwunastym miesiącem życia. W przypadku, kiedy jest zastosowane leczenie dwuetapowe, trzecim etapem jest odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego poprzez zamknięcie przetoki<sup>72</sup>.

Przeciwwskazaniami do wykonania zabiegów jednoetapowych są:

- perforacja przewodu pokarmowego,
- ciężkie zapalenie jelit,
- masywne poszerzenie proksymalnego odcinka jelita,
- całkowita i prawie całkowita bezzwojowość jelita grubego.

W przypadku całkowitej bezzwojowości jelit, która sięga od dwunastnicy do odbytnicy obecnie jedynym możliwym zabiegiem leczniczym jest przeszczep jelita. U chorych z ultrakrótką postacią HSCR stosuje się przecięcie zwieracza wewnętrznego odbytu, wykonywane najczęściej od strony kanału odbytu<sup>73</sup>. (Ryc. 10)

## LAPAROSKOPIA W LECZENIU CHOROBY HIRSCHSPRUNGA

Od 1998 roku wprowadzono metodę laparoskopową z dostępu przezodbytniczego, jako alternatywę do klasycznego usunięcia chirurgicznego jelita bezzwojowego. Dzięki temu zabiegowi uzyskuje się bardzo dobry efekt estetyczny, bez pozostawienia blizny po zabiegowej. Laparoskopię stosuje się w przypadku leczenia techniką klasycznej postaci choroby Hirschsprunga, która dotyczy lewej połowy okrężnicy.

<sup>71</sup> J. Palka, op. cit., s. 71.

<sup>72</sup> Ibidem, s. 73.

<sup>73</sup> K. Kozera, E. Kołodzieleczyk, op. cit., s. 632.

Rycina 10. Jednoetapowa operacja choroby Hirschsprunga z dostępu przezodbytniczego.



A – założenie szwów odciągających



B – poszerzanie odbytu rozszerzadłami Hegara



C – okrężne przecięcie błony śluzowej odbytnicy 5 milimetrów nad linią zębatą.



D – odpreparowywanie błony śluzowej odbytnicy od mankietu mięśniowego



E – wyłoniła przez odbył esica, widoczne miejsce pobrania wycinka surowicówkowo-mięśniówkowego.



F – wykonane zespolenie, dren między sprowadzonym jelitem a mankietem mięśniowym.

Źródło: <https://www.mp.pl/artykuly/45275,choroba-hirschsprunga#1> (data dostępu: 01.04.2021).

Największym jej atutem jest pominięcie wytworzenia przetoki jelitowej oraz zredukowanie powikłań z nią związanych<sup>74</sup>.

Zalety operacji laparoskopowych oraz przezodbytnicznych:

- krótszy pobyt szpitalny,
- szybsze wprowadzenie karmienia drogą doustną,
- brak blizny.

## CHOROBA HIRSCHSPRUNGA – POWIKŁANIA

Powikłania pooperacyjne dzielą się na:

1. Powikłania wczesne, do których zalicza się:
  - powikłania związane ze znieczuleniem ogólnym,
  - uszkodzenie sąsiadujących narządów,
  - krwawienie,
  - zakażenie,
  - rozejście się rany.
2. W przypadku wprowadzenia leczenia etapowego, pojawiają się powikłania charakterystyczne dla przetok jelitowych, a są nimi:
  - rozejście się przetoki,
  - zwężenie lub wypadnięcie przetoki,
  - podskórne wciągnięcie ujęć przetoki,
  - uszkodzenie skóry sąsiadującej z przetoką.
3. Najczęstszym powikłaniem związanym z wykonanym zespoleniem jelitowym stanowi odparzenie skóry wokół odbytu, które ustępuje zwykle w trakcie 2 – 3 miesięcy po operacji, co jest związane z zagęszczeniem oddawanych stolców. Aby zminimalizować to powikłanie, niezwłocznie po operacji należy zacząć profesjonalną pielęgnację specjalnymi preparatami na odparzenia<sup>75</sup>.
4. Powikłania późne:
  - niedrożność przewodu pokarmowego,
  - uporczywe zaparcia,
  - nietrzymanie stolca – może być następstwem: uszkodzenia zwieraczy, braku prawidłowego odczuwania konsystencji stolca oraz jako wtórny objaw długotrwałych zaprac,
  - nietrzymanie moczu – najczęściej spowodowane jest śródoperacyjnym uszkodzeniem nerwów miednicy i występuje u ok. 5–26% dzieci,

---

<sup>74</sup> Ibidem, s. 634.

<sup>75</sup> M.H. Moon, J.Y. Cho, J.H. Kim and others, op. cit., s. 570.

- zapalenie jelit – występuje u aż 17–50% pacjentów w okresie pooperacyjnym. Obserwuje się że częściej dotyka dzieci z zespołem Downa i z długoodcinkową postacią choroby. Jest to najpoważniejsze powikłanie HSCR, niejednokrotnie prowadzące do zgonów pacjentów<sup>76</sup>.

Odległe wyniki leczenia w większości przypadków choroby Hirschsprunga są dobre. Konieczna jest ścisła kontrola pooperacyjna pacjentów, tak aby wcześniej wykrywać oraz leczyć powikłania<sup>77</sup>.

#### Długoterminowa obserwacja

W przypadku dzieci z chorobą Hirschsprunga wymagana jest regularna kontrola do osiągnięcia dorosłości. Podczas pierwszego roku życia kontrole powinny odbywać się co kilka miesięcy, natomiast podczas następnych lat wystarczy regularny kontakt raz lub dwa razy w roku<sup>78</sup>.

---

<sup>76</sup> Ibidem, s. 572.

<sup>77</sup> K. Kozera, E. Kołodzielczyk, op. cit., s. 635.

<sup>78</sup> Ibidem, s. 636.

## ROZDZIAŁ 3

# ROLA PIEŁĘGNIARKI W PROCESIE LECZENIA I OPIEKI NAD NOWORODKIEM Z WYŁONIONĄ STOMIĄ JELITOWĄ

Zabiegi chirurgiczne, których skutkiem jest wytworzenie stałej lub czasowej stomii zaliczają się do najcięższych w skutkach operacji okresu noworodkowego. Następstwem chirurgicznej ingerencji jest utracenie fizjologicznych funkcji wydalniczych. W przypadku, kiedy stomia wylaniana jest na stałe, dochodzi do dodatkowych obciążeń psychicznych, głównie z powodu braku perspektyw odwrócenia skutków operacji i obaw przed dyskomfortem w dalszym życiu. Zdecydowanie łatwiejsze pod kontem psychicznym jest wylonienie stomii czasowej, która daje poczucie że jest sytuacją przejściową między kolejnymi operacjami i w dalszej perspektywie daje możliwości całkowitego wyleczenia.

Bardzo ważne są pierwsze doby po operacji, kiedy to personel medyczny – szczególnie pielęgniarki – starają się ułatwić rodzicom odnalezienie się w nowej, trudnej dla nich sytuacji.

Noworodek, który ma stwierdzoną perforację jelita, jest określany i traktowany jako pacjent z bezpośrednim stanem zagrożenia życia. Zawsze w pierwszej kolejności zostaje on umieszczony na oddziale intensywnej terapii dziecięcej, gdzie jest objęty opieką wyspecjalizowanego zespołu lekarzy i personelu pielęgniarskiego.

Pielęgniarka pracująca w OITD jest zobowiązana do posługiwania się szeregiem umiejętności manualnych połączonych ze specjalistyczną wiedzą. Powinna ją cechować zdolność wnikliwej obserwacji, a także szybkość podejmowania trafnych decyzji<sup>79</sup>.

Podczas pobytu noworodka na OITD ciągle monitoruje się podstawowe parametry życiowe. Konieczne jest założenie sondy żołądkowej aby odbarczyć żołądek i zmniejszyć przepływ treści żołądkowej do jelit. Niejednokrotnie konieczne jest założenia do pęcherza moczowego cewnika Foley'a, w celu kontroli diurezy.

W przypadku dysfunkcji układu oddechowego i rosnącej niewydolności, zespół medyczny ma obowiązek zastosowania wentylacji mechanicznej oraz analgosedacji.

<sup>79</sup> D. Dudek, *Rola pielęgniarki w opiece nad dzieckiem z wylonioną przetoką jelitową*, „Pielęgniarstwo w Anestezjologii i Intensywnej Opiece”, 2016, nr 2(1), s. 19–24.



Przed planowaną operacją personel pielęgniarski ma za zadanie ustabilizować stan ogólny pacjenta, tak aby zakwalifikować go do zabiegu. Ze względu na delikatność noworodka wszystkie czynności pielęgnacyjne powinno się wykonywać w sprawnym tempie zachowując szczególne środki bezpieczeństwa i aseptyki, dzięki czemu możemy zminimalizować ryzyko powstania powikłań. Nie należy zapominać o opiece pielęgniarskiej i wsparciu psychicznym dla rodziców noworodka.

Po kwalifikacji noworodka do operacji chirurgicznej pielęgniarka zobowiązana jest do przygotowania pacjenta do transportu na blok operacyjny. Po zabiegu operacyjnym noworodek zostaje przekazany do oddziału intensywnej terapii, gdzie są nieustannie sprawdzane parametry życiowe w zakresie podstawowym. Stosowana jest wentylacja mechaniczna oraz terapia płynowa i antybiotykoterapia. Zaleca się, aby opieka pooperacyjna obejmowała kontrolę i ocenę wszystkich układów organizmu, a także zabezpieczenie przeciwbólowe po zabiegu<sup>80</sup>.

*Opieka nad każdym pacjentem ze stomią obejmuje trzy okresy:*

1. *przedoperacyjny – diagnozowanie i przygotowywanie do zabiegu operacyjnego;*
2. *śródooperacyjny – prawidłowe wykonanie przetoki jelitowej;*
3. *pooperacyjny – przygotowanie do samoopieki (w przypadku noworodka edukacja i przygotowanie rodziców)<sup>81</sup>.*

Dzięki zastosowaniu w praktyce klinicznej właściwego modelu opieki możemy zmniejszyć lub zminimalizować powikłania, skrócić pobyt w szpitalu, ograniczyć zużycie sprzętu do zabezpieczania stomii oraz znacząco poprawić późniejszą jakość życia dziecka.

Podstawowym działaniem jest codzienna, prawidłowa pielęgnacja przetoki jelitowej u noworodka. Zaczyna ona prawidłowo funkcjonować między trzecim a czwartym dniem po zabiegu. Przez pierwszych kilka dni na ranę pooperacyjną i wylonioną stomię zakłada się opatrunek jałowy. Każdą zmianę opatrunku należy przeprowadzać z zachowaniem zasad aseptyki. Kanał stomii należy regularnie przepłukiwać roztworem soli fizjologicznej, co powoduje rozluźnienie treści kałowej, która bywa zbita przez kilkudniowy brak pracy jelit. Po określonym czasie, wynoszącym na ogół kilka dni, pozostawia się jałowy opatrunek jedynie na ranie pooperacyjnej, a na przetokę zakłada się przezroczysty woreczek stomijny. Szczególnie ważną czynnością jest pielęgnacja przetoki, która bywa narażona na podrażnienia, co związane jest z wydzielaniem się w kale enzymów jelitowych mających właściwości drażniące skórę<sup>82</sup>.

<sup>80</sup> Ibidem, s. 23.

<sup>81</sup> K. Bielecki, M. Kózka, *Model opieki nad pacjentem ze stomią*, „Przewodnik Lekarski”, 2002, nr 5(6), s. 89–91.

<sup>82</sup> D. Dudek, op. cit., s. 24–30.

Przetokę należy dokładnie myć – zwłaszcza przy zmianie sprzętu stomijnego – używając do tego miękkich i nie alergizujących materiałów zanurzonych w roztworze wody z mydłem. Każdorazowo przed założeniem sprzętu stomijnego, należy dokładnie osuszyć skórę wokół wylonionej stomii. Kolejnym istotnym krokiem pielęgnacyjnym jest prawidłowe przygotowanie i założenie worka stomijnego. Początkowo należy w nim wyciąć otwór dopasowany do wielkości przetoki, następnie bezpiecznie zamocować worek do skóry noworodka. Po tak wykonanych czynnościach dokonuje się sprawdzenia czy treść kałowa nie przecieka z worka na skórę pacjenta<sup>83</sup>.

Najistotniejsza w pielęgnacji jest ocena przetoki. W celu uniknięcia powikłań należy regularnie sprawdzać:

- wygląd stomii – powinna być wilgotna i jasnoczerwona. Jest pozbawiona czucia, co związane jest z brakiem zakończeń nerwowych; może nieznacznie krwawić w razie potarcia lub podrażnienia;
- umiejscowienie otworu – najlepiej jeśli do wypływu wydzieliny dochodzi na szczycie komina – wtedy mamy prawie 100% pewność, że nie dojdzie do przecieku. Uzyskanie prawidłowego przylegania worka może być trudne w sytuacji, gdy wydzielina wydostaje się na poziomie skóry;
- umiejscowienie stomii – u niemowląt do zapewnienia prawidłowej pielęgnacji, stomia powinna być umieszczana z dala od pępka, natomiast u dzieci starszych – poniżej linii pasa oraz z dala od fałd pachwiny, nacięć i starych blizn. Jest to szczególnie ważne że nierówna powierzchnia lub ruchy kończyn dolnych i bioder mogą powodować zmniejszone przyleganie sprzętu stomijnego;
- wysokość stomii – może być płaska, wklęsła albo wypukła. Wzorcowa stomia powinna wystawać (1–2 centymetrów) ponad powierzchnię skóry, co powoduje prawidłowe jej uszczelnienie. Dopasowanie sprzętu jest szczególnie trudne w stomii płaskiej lub wklęsłej, co pogarsza ponadto nierówna powierzchnia skóry wokół stomii. Stomia wypadająca jest bardziej narażona na uraz ze strony sprzętu zabezpieczającego lub pieluchy<sup>84</sup>.

U noworodków z przetokami jelitowymi często występują powikłania, które mogą się pojawić bezpośrednio po operacji lub z kilkudniowym opóźnieniem. Dzielą się na ogólnoustrojowe jak i miejscowe, a szczegółowy podział wyróżnia:

1. powikłania chirurgiczne:

- a. obrzęk stomii – jest to łagodne powikłanie, dość często występujące – na ogół

<sup>83</sup> M. Biskupska, M. Konieczna, *Noworodek i jego rodzice w obliczu choroby i śmierci*, „Nowoczesny Lekarz”, 2013, nr 82(2), s. 142–149.

<sup>84</sup> E. Walewska, *Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego*, Warszawa 2010, s. 54–58.

- w pierwszych dniach po operacji i na ogół nie wymaga interwencji lekarskiej. Zadaniem pielęgniarki jest kontrolowanie ukrwienia śluzówki jelita.
- b. martwica stomii – powikłanie ciężkie dotyczące od małego fragmentu jelita, a w niektórych przypadkach nawet całej stomii,
  - c. krwawienie ze stomii – jest to krwista treść kałowa, u niewielu pacjentów dochodzi do masywniejszego krwawienia.
  - d. zakażenie rany z przetoką jelitową,
  - e. wypadanie stomii – jest to częste powikłanie i charakteryzuje się wysuwaniem śluzówki jelita z otworu stomijnego. Zadaniem pielęgniarki jest obserwacja ukrwienia śluzówki, w celu uniknięcia martwicy.
  - f. zwężenie stomii – jest ono następstwem zakażenia i stanu zapalnego. Treść kałowa ma ołówkowy kształt<sup>85</sup>.

Głównym zadaniem pielęgniarskim jest szczegółowa obserwacja, dzięki której powikłania mogą być szybko zdiagnozowane.

1. powikłania dermatologiczne:
  - a. zapalenie skóry spowodowane treścią jelitową – noworodek ma bardzo delikatną skórę, która bardzo szybko się podrażnia pod wpływem kwaśnej treści kałowej. W tym przypadku niezmiernie ważne jest odpowiednie dopasowanie sprzętu i kontrola jego szczelności.
  - b. zapalenie kontaktowe skóry – jest następstwem częstego odklejania worka. Skóra noworodka ma małą warstwę lipidową, dlatego szybko dochodzi do jej zniszczenia i uszkodzenia naskórka. Konieczna jest wtedy wymiana sprzętu<sup>86</sup>.
2. powikłania metaboliczne:
  - a. zaburzenia wodno-elektrolitowe – obowiązkową czynnością pielęgniarki jest prowadzenie bilansu płynów. Jest to szczególnie ważne przy wylonionej ileostomii, gdyż w związku ze skróceniem pasażu jelitowego może dochodzić do dużej utraty płynów i elektrolitów.
  - b. zmiany w wadze, konsystencji, objętości i pH stolca – zespół pielęgniarski ma za zadanie kontrolować ilość, wygląd, częstotliwość i szybkość regulacji wypróżnień. Niemowlęta oraz małe dzieci podczas karmienia bardzo często połykają powietrze, co skutkuje zwiększoną ilością gazów w przewodzie pokarmowym. W takim wypadku należy regularnie, co kilka godzin usuwać powietrze z worka lub każdorazowo używać worków z filtrem<sup>87</sup>.

<sup>85</sup> D. Dudek, op. cit., s. 19–24.

<sup>86</sup> Ibidem, s. 19–24.

<sup>87</sup> D. Fryc J. Rudnicki, D. Ćwiek, *Rola edukacyjna pielęgniarek i położnych wobec rodziców noworodków przebywających na intensywnej terapii*, „Annales Academiae Medicae Stetinensi”, 2010, nr 56(2), s.133–136.

Chcąc maksymalnie przedłużyć żywotność sprzętu stomijnego nie należy stosować żadnych tłustych preparatów na skórę noworodka wokół przetoki, gdyż zmniejszają one przyleganie sprzętu do skóry. Do pielęgnacji istnieją specjalistyczne preparaty, które nie powodują odklejania się worka. Częstotliwość zmiany worka u noworodka warunkuje rodzaj przetoki jelitowej, ale także czas, jaki upłynął od zabiegu oraz od ilości wydalanej treści.

Profilaktyka jest kluczowa w zapobieganiu zaburzeń w procesie ozdrowieńczym. Obejmuje ona:

- wielokierunkową edukację rodziców nad dzieckiem z wyłonioną stomią. Zaczyna się ona już przed zabiegiem, kiedy przekazuje się informacje dotyczące przebiegu zabiegu oraz jego konsekwencji, co powoduje większy spokój u rodziców, przenosząc się na lepsze samopoczucie dziecka. W późniejszym etapie nauka dotyczy zasad prawidłowej pielęgnacji i rozwiązywania problemów związanych z opieką domową.
- odpowiednie zaopatrzenie stomii – kluczowy jest dobór prawidłowego, hipoalergicznego worka stomijnego<sup>88</sup>.

### FUNKCJA EDUKACYJNA PIELĘGNIARKI

Wszystkie operacje dotyczące noworodków i dzieci wywołują bardzo silny stres u ich rodziców. Pacjenci przebywający przewlekle w szpitalu wymagają szczególnej opieki – także, a nawet przede wszystkim psychicznej – której rodzice niejednokrotnie nie potrafią sprostać. Jednym z ważniejszych zadań zespołu pielęgniarstwa jest opieka zarówno nad chorym dzieckiem, jak i nad jego rodzicami. Pielęgniarka powinna aktywizować rodziców do opieki już od pierwszych dni i wspierać ich w tej nowej, stresującej dla nich sytuacji. Bardzo ważne jest jak najszybsze nawiązanie bliskiej więzi emocjonalnej rodzic-dziecko, gdyż w przyszłości skutkuje ono zdecydowanie lepszymi wynikami leczenia<sup>89</sup>.

Zespół pielęgniarstwa powinien pełnić funkcje edukacyjne i wychowawcze, które zobowiązują do przeszkolenia rodziców do sprawowania samodzielnej opieki i pielęgnacji domowej. Szczególnie istotne jest zwrócenie uwagi na:

1. obserwację powłok brzusznych dziecka – regularna ocena stanu napięcia powłok skórnych i stanu skóry wokół stomii, codzienny masaż brzuszka;

<sup>88</sup> Ibidem, s. 133–135.

<sup>89</sup> A. Ławnik, *Rehabilitacja pacjentów ze stomią jelitową*, „Medycyna Ogólna i Nauk o Zdrowiu”, 2015, nr 21(1), s. 84–87.

2. obserwację w kierunku pojawienia się objawów ze strony przewodu pokarmowego: wymioty, bóle brzucha, płaczliwość, podkulanie nóżek, przyspieszony oddech, apatia i przysypianie;
3. regularną toaletę całego ciała, która nie różni się od pielęgnacji zdrowego noworodka – kąpiel całego ciała w wodzie o temperaturze 36–37°C z przyklejonym workiem stomijnym. Jedynym ograniczeniem jest niewskazane stosowanie do kąpieli oleistych produktów;
4. delikatne osuszanie ciała dziecka oraz zdjęcie worka – w przypadku zapewnienia odpowiednich warunków nie jest one dyskomfortem dla dziecka;
5. staranną i systematyczną kontrolę wypróżnień u dziecka – kluczowa jest edukacja w zakresie ilości, konsystencji i zabarwienia prawidłowego stolca. Fizjologiczne stolce pojawiają się po około dwóch tygodniach po operacji<sup>90</sup>.

Rodzice chorego dziecka powinni być poinformowani o możliwości korzystania z porad psychologicznych, które są bardzo pomocna zwłaszcza w pierwszym okresie po zdiagnozowaniu choroby. Ważne w całym procesie zdrowienia jest okazywanie dziecku miłości i empatii, co niejednokrotnie skraca okres rekonwalescencji<sup>91</sup>.

Sporym wyzwaniem dla pielęgniarek jest dotarcie do opiekunów i zrozumienie ich uczuć i podejścia do choroby dziecka. Rodzice pochodzą z różnych grup społecznych, posiadają inne nawyki higieniczne, odmienne wykształcenie i kulturę osobistą, więc współpraca z nimi opiera się na indywidualnym podejściu. Zachęca się opiekunów do wyrażania emocji, obaw i lęków związanych z obecną sytuacją, co przyspiesza akceptację choroby, zmniejsza obawy oraz niepokój. Dobra współpraca na linii rodzic – pielęgniarka przekłada się na poprawę stanu zdrowia dziecka oraz ogranicza negatywny wpływ choroby na jakość życia małego pacjenta i jego rodziców.

Wczesna i trafna diagnoza oraz odpowiednia pielęgnacja (gwarantująca jakość i ciągłość opieki) to kluczowe składowe sprawnego procesu leczenia i powrotu do zdrowia. Kluczowe jest umiejętne włączenie rodziców do procesu leczenia i pielęgnowania dziecka już podczas pobytu dziecka w oddziale intensywnej terapii (OIT). Wiedza, odpowiedzialność i profesjonalizm personelu mają wpływ na końcowy pozytywny wynik terapii<sup>92</sup>.

<sup>90</sup> Ibidem, s. 87.

<sup>91</sup> M. Kołodziejczak, P. Ciesielski, A. Kosim, *Postępowanie terapeutyczne w przypadku powikłań skórnych oraz trudno gojących się ran wokół stomii*, „Nowa Medycyna”, 2013, nr 2, s. 54–57.

<sup>92</sup> W. Szczęsny, M. Siewkowska, S. Dąbrowiecki i inni, *Stomia jelitowa – podział i powikłania*, „Problemy Pielęgniarstwa”, 2013, nr 21(2), s. 260–265.

## SPRZĘT STOMIJNY

Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie zlecenia wystawionego przez lekarza refunduje sprzęt stomijny. Po zakończeniu hospitalizacji po zabiegu wyłonienia stomii, pacjent otrzymuje pierwsze zlecenie, które może być wystawione na trzy kolejne miesiące. Jest ono ważne jest przez trzydzieści dni od daty wystawienia, a sprzęt jest wydawany tylko na te miesiące, które są objęte zleceniem. Uznawane są zlecenia wystawione przez lekarzy specjalistów z chirurgii ogólnej, dziecięcej, onkologicznej, urologicznej, a nawet lekarze Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ)<sup>93</sup>.

Zaopatrzenie w wyroby medyczne określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 grudnia 2013r w sprawie wzoru zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne Dziennik Ustaw 2013 pozycja 1678.

W następstwie otrzymania pierwszego zlecenia należy udać się do oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) w celu jego potwierdzenia i otrzymania do zlecenia części B. Kolejne zlecenia realizowane są na podstawie samej części B i NFZ nie musi ich potwierdzać. Zlecenie można potwierdzić osobiście w punkcie ewidencyjnym w oddziale wojewódzkim NFZ, w jego delegaturze bądź miejscu wytypowanym przez oddział. Istnieje możliwość, że na podstawie pisemnego upoważnienia zlecenie może potwierdzić pełnomocnik, opiekun. Lekarz odnotowuje wystawienie zlecenia w części B, natomiast sklep medyczny potwierdza wydanie sprzętu. Po dokonaniu rejestracji zlecenia i otrzymaniu części B rodzic, może odebrać sprzęt stomijny w sklepie mającym podpisaną umowę z NFZ. Na stronie internetowej NFZ można znaleźć listę sklepów. Część B ważna jest rok czasu. Po jego upływie konieczne jest uzyskanie zlecenia od lekarza, ponowna rejestracja, przedstawienie zrealizowanej części B i odbiór nowej<sup>94</sup>.

## RODZAJE SPRZĘTU STOMIJNEGO

Na rynku medycznym dostępne są trzy rodzaje sprzętu stomijnego: sprzęt jedno – i dwuczęściowy oraz synergiczny. Na system jednoczęściowy składa się worek na wydzielinę i przylepiec, wykonany z substancji mającej właściwości gojące oraz kleju. Zasłonięty jest papierowym zabezpieczeniem z naniesionymi liniami ułatwiającym wycięcie otworu na stomię. Otwór dopasowujemy indywidualnie wykorzystując załączoną w zastawie miarkę. Funkcjonują trzy typy worków stomijnych: otwarte, które można opróżniać, najczęściej stosowane przez

<sup>93</sup> H. Malej, *Rola pielęgniarstwa w opiece nad pacjentem ze stomią*, „Biuletyn Pielęgniarek i Położnych”, 2013, nr 6, s. 11–15.

<sup>94</sup> U. Sobczak, *Pielęgnacja stomii w pytaniach i odpowiedziach*, „Nasza Troska”, 2013, nr 40(1), s. 14–15.

ileostomików, zamknięte wykorzystywane zwykle przez pacjentów z kolostomią oraz worki z kranikiem do zaopatrzenia przetoki moczowej<sup>95</sup>. Cechuje je znaczna wytrzymałość, są szczelne, nie szeleszczą i nie elektryzują się, mogą być beżowe lub przezroczyste. Worki kolostomijne i część ileostomijnych wyposażone są w filtry gazów, które regulują ich przepływ oraz neutralizujące przykre zapachy. Zmianę worków dokonuje się w zależności od potrzeby, raz lub dwa razy na dzień<sup>96</sup>. System jednoczęściowy jest jednorazowy, łatwy w użyciu, lekki, elastyczny. Wykorzystany worek dokleja się wraz z przylepcem i wyrzuca do śmieci<sup>97</sup>. Zalecany jest dla osób z niepowikłaną stomią, oczekujących dyskretnego, komfortowego i pewnego systemu zaopatrzenia przetoki. System dwuczęściowy składa się z płytki ochronnej przyklejanej do skóry wokół stomii i doczepianego worka<sup>98</sup>.

W porównaniu do sprzętu jednorazowego płytka w dwuczęściowym jest grubsza, mniej elastyczna, ale mięknie pod wpływem temperatury ciała. Ochronia skórę dookoła stomii przed drażniącym działaniem treści jelitowych (lub moczu) oraz leczy zmiany skórne i podrażnienia. W jej środkowej części znajduje się plastikowy pierścień, w którym jest fabrycznie wycięty otwór, który powiększa się przy pomocy nożyczek lub modeluje palcami stosownie do rozmiaru stomii. Do tego pierścienia doczepia się worek. Część płytki z przylepcem zabezpieczona jest papierem z miarką<sup>99</sup>. W systemie dwuczęściowym istnieje kilka rodzajów płytek właściwych dla stomii prawidłowej, świeżo wyłonionej i powikłanej. Na worku, podobnie jak na płytce, zamontowany jest plastikowy pierścień. Aby połączyć płytkę z workiem należy docisnąć oba pierścienie do siebie<sup>100</sup>. System ten zawiera: worki otwarte, zamknięte i z kranikiem. Jedynymi workami wyposażonymi w filtr gazów są worki kolostomijne. Mogą być beżowe lub przezroczyste, dedykowane dla pacjentów tuż po operacji. Bezsporną zaletą systemu dwuczęściowego jest wymiana worka bez konieczności odklejania płytki, która pozostaje na skórze przez kilka dni – maksymalnie sześć. Worki zmienia się w miarę potrzeby, raz lub dwa na dzień<sup>101</sup>. Jest on przeznaczony dla chorych, których skóra jest bardzo wrażliwa, skłonna do podrażnień. System synergiczny jest podobny do dwuczęściowego. Składa się z płytki przyklejanej na skórę i doczepianego worka<sup>102</sup>.

<sup>95</sup> U. Sobczak, *Pielęgnacja stomii. Prawidłowe postępowanie chirurgiczne i pielęgnacja*, Poznań 2014, wydanie 1, s. 103–111.

<sup>96</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 maja 2017r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenia DZ.U.2017 poz.1061

<sup>97</sup> Ibidem,

<sup>98</sup> U. Sobczak, *Pielęgnacja stomii. Prawidłowe ... op. cit.*, s. 105–111.

<sup>99</sup> Ibidem, s. 107–111.

<sup>100</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 maja 2017r. ... op. cit.

<sup>101</sup> U. Sobczak, *Pielęgnacja stomii. Prawidłowe ... op. cit.*, s. 105–111.

<sup>102</sup> Ibidem, s. 112

Do akcesoriów stomijnych należą:

- gaziki, chusteczki i pianki do mycia skóry wokół stomii: zmywają resztki przylepca, poprawiają przyleganie sprzętu;
- saszetki żelujące eliminujące nieprzyjemne zapachy, krople i dezodoranty;
- pasty uszczelniająco-gojące: uszczelniają brzegi stomii i działają leczniczo na skórę;
- puder gojący: przyspiesza gojenia zmian skórnych, zwiększa przyczepność sprzętu;
- pierścienie i półpierścienie uszczelniające: zapewniają szczelne dopasowanie sprzętu do ciała;
- worek do irygacji ze stożkiem, rękaw do irygacji;
- nożyczki stomijne do wycinania otworów w płytках/przylepcach.

Akcesoria stomijne wspomagają pacjenta w prawidłowej pielęgnacji stomii i podobnie jak sprzęt stomijny podlegają refundacji<sup>103</sup>.

#### PIELĘGNACJA SKÓRY I ZMIAN ZAPALNYCH.

Pielęgniarka powinna edukować rodziców pacjenta jakie zmiany w ciągu nadchodzących tygodni będą dokonywać się w obrębie śluzówki stomii i przylegającej do niej skóry. Ważne jest, by wiedzieć jaki jest prawidłowy wygląd skóry oraz znać sposoby jej pielęgnacji. Istotna jest edukacja z radzenia sobie w sytuacjach pojawienia się powikłań<sup>104</sup>. Wraz z upływem czasu śluzówka świeżo wyłonionej stomii zmienia się. Bezpośrednio po operacji jest ona obrzęknięta, niejednokrotnie żywo czerwona, przekrwiona, bardzo wilgotna. Obrzęknięte są także powłoki skórne dookoła niej. Kilka tygodni później następuje ostateczne uformowanie się kształtu i wyglądu śluzówki. Odpowiednio wyłoniona, zdrowa stomia jest jasnoróżowa lub różowo-czerwona, nieco wilgotna, okrągła lub lekko owalna, wystaje 1–3 centymetry ponad powierzchnię skóry (1–3 centymetry kolostomia, 2–3 centymetry ileostomia) i w środku śluzówki posiada ujście dla treści pokarmowej<sup>105</sup>. Wokół stomii skóra powinna przypominać pozostałą część brzucha. Niepokojącym objawem jest obecność zaczerwienienia, wysięku, wyprysków, maceracji, owrzodzeń, nadżerek, pęknięć, uczucie pieczenia i swędzenia<sup>106</sup>. W przypadku gdy w codziennej pielęgnacji zaobserwujemy niewielkie zmiany w obrębie

<sup>103</sup> G. Majewska, *Zmiany skórne wokół stomii a jakość życia – warto być „świadomym pacjentem”*, „Nasza Troska”, 2015, nr 47(2), s. 12–16.

<sup>104</sup> D. Wolańska-Buzalska, *Wybrane zaburzenia przewodów pokarmowych*, „Nasza Troska”, 2017, nr 55(3), s. 18–19.

<sup>105</sup> T. Itinteang, A. Withers, P. Laedbitter i wsp.: *Pharmacologic therapies for infantile hemangioma: Is there a rational basis?*, „Plastic and Reconstructive Surgery”, 128/2011, s. 499–505.

<sup>106</sup> Ibidem, s. 507.



skóry dookoła stomii (zaczerwienienie, nadżerki, pęknięcia) należy zastosować sprzęt, którego płytki lub przylepce wykonane są z materiału o właściwościach gojących. Sprzęt synergiczny lub dwuczęściowy pozwala na pozostawienie płytki na dłuższy okres, dzięki czemu proces leczenia i regeneracji skóry jest wydłużony, przez uniknięcie dodatkowego drażnienia skóry. Używanie sprzętu jednoczęściowego jest możliwe, lecz wskazana jest wówczas częstsza wymiana worków by kontrolować proces gojenia się rany. Pomocne w leczeniu zmian skórnych są także akcesoria stomijne, wśród których warto wyróżnić pastę uszczelniająco-gojącą. Pomaga ona w leczeniu zapalenia skóry, uszczelnia skórę wokół śluzówki, zapobiega podciekaniu pod płytkę. Pasta spełnia swoją funkcję, gdy uformujemy wianuszek z niej dookoła stomii i zwilżonym wodą palcem rozprowadzamy na skórze wypełniając nierówności. Kolejnym etapem jest przyklejenie płytki lub worka. Następnym pomocnym środkiem jest pasta gojąca, którą można zastosować w przypadku uszkodzeń skóry wokół kolostomii. Nakłada się ją na umytą, osuszoną skórę i zostawia na 15–20 minut. Ma tłustą konsystencję, dlatego konieczne jest zmycie jej wodą z mydłem lub gazikami do zmywania skóry. Po dokładnym wysuszeniu skóry można założyć nowy sprzęt. Pacjenci z wysiękowym zapaleniem skóry mogą wykorzystać puder gojący, którym posypuje się umytą i osuszoną skórę. Na puder aplikuje się pastę uszczelniająco – gojącą i przykleja się worek stomijny<sup>107</sup>. Zmieniona chorobowo skóra jest bardzo wrażliwa i podatna na kolejne pęknięcia i uszkodzenia, dlatego też warto stosować aerozole i gaziki do zmywania skóry, które ułatwiają oklejanie ze skóry płytki/przylepca<sup>108</sup>. Zmiany w ukrwieniu śluzówki, znaczne zwiększenie jej rozmiaru, rozległe, zaawansowane zmiany skórne, obecność ropnego wysięku wymagają niezwłocznej konsultacji z pielęgniarką stomijną lub lekarzem<sup>109</sup>.

## WYMIANA SPRZĘTU STOMIJNEGO

Niezmiernie ważne jest, aby rodzice/opiekunowie dziecka z wylonioną stomią potrafili samodzielnie, właściwie zmienić sprzęt stomijny. Ważny jest prawidłowy dobór rozmiaru tak, aby odległość między śluzówką stomii a brzegiem otworu wynosiła nie więcej niż 1–2 milimetry. Pomiędzy pierścieniem płytki a dociętym otworem, odległość powinna być większa niż jeden centymetr. Po wycięciu otworu powinno się sprawdzić jego dopasowanie do stomii. Zbyt mały otwór może drażnić śluzówkę stomii, powodować otarcia i krwawienia, natomiast za duży otwór prowadzi do drażnienia skóry przez treść jelitową<sup>110</sup>. Dzięki prawidłowemu przygotowaniu sprzętu stomijnego skóra jest

<sup>107</sup> D. Wolańska-Buzalska, op. cit., s. 18–19.

<sup>108</sup> T. Itinteang, A. Withers, op. cit., s. 499–507.

<sup>109</sup> Ibidem, s. 508.

<sup>110</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 maja 2017 r..., op. cit.

skutecznie zabezpieczona, system poprawnie przylega, wydłuża się okres użytkowania, zwiększony jest komfort noszenia oraz bezpieczeństwo stosowania.

Podstawowe zasady pielęgnacji są takie same we wszystkich rodzajach sprzętów.

1. przygotowanie niezbędnego sprzętu i akcesoriów;
2. opróżnienie worka (dotyczy ileostomii);
3. zaczynając od górnej krawędzi odklejanie płytki/przylepca płynnym ruchem;
4. wyrzucanie zdjętego worka;
5. oczyszczanie śluzówki jelita i skóry wokół stomii przy użyciu wilgotnej, namydlonej gąbki lub specjalnych gazików/chusteczek do pielęgnacji skóry;
6. osuszanie skóry wokół stomii na przykład: miękkim ręcznikiem bawełnianym lub ręcznikiem papierowym;
7. ocena stanu śluzówki i skóry dookoła stomii;
8. zmierzenie średnicy stomii za pomocą miarki, oznaczenie na płytce/przylepcu wielkości i kształtu otworu;
9. wycinanie otworu i sprawdzenie go do stomii;
10. ogrzewanie płytki/przylepca w dłoniach, ściąganie folii ochronnej, przyklejanie do skóry zaczynając od dołu, tak by stomia znalazła się pośrodku wyciętego otworu;
11. sprawdzenie szczelności przylegania do skóry płytki/przylepca;
12. mocowanie worka;
13. porządkowanie miejsca po zakończeniu czynności pielęgnacyjnych oraz mycie rąk<sup>111</sup>.

## IRYGACJA STOMII

Utrata kontroli nad oddawaniem gazów oraz stolca to główne problemy po wyłonieniu stomii. Regularne wykonywanie irygacji mogą w znacznym stopniu zapanować nad tym stanem rzeczy, gdyż jest to zabieg oczyszczający jelito grube |z treści kałowej i gazów przy pomocy kontrolowanego wlewu wodnego do stomii. Dzięki niemu wytwarza się zastępczy odruch wydalania stolca. Irygacja zapobiega niekontrolowanym wypróżnieniom, zmniejsza ilość wydalanych gazów oraz oszczędza ilość zużywanego sprzętu. Może być zabiegiem doraźnym wykonywanym w przypadku zaparc. Wyregulowanie cyklu wypróżnień najczęściej jest osiągnięte w przeciągu czterech tygodni regularnego jego wykonywania<sup>112</sup>. Stany zapalne jelit, krwawienia, biegunki,

<sup>111</sup> M. Kołodziejczak, P. Ciesielski, A. Kosim, *Postępowanie terapeutyczne w przypadku powikłań skórnych oraz trudno gojących się ran wokół stomii*, „Nowa Medycyna”, 2013, nr 3, s. 52–55.

<sup>112</sup> P. Jankowska, M. Kikolska, M. Kwiatkowska, *Pielęgnacja pacjenta ze stomią po leczeniu chirurgicznym nowotworu jelita grubego – studium przypadku w oparciu o ICNP*®, „Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej”, 2017, nr 1, s. 45–52.

znacznych rozmiarów przepukliny okołostomijne, zwężenia lub wciągnięcia stomii są przeciwwskazaniem do wykonywania irygacji. Zabieg ten powinno wykonywać się codziennie o określonej porze przy użyciu irygatora posiadającego regulator przepływu wody i miękką stożkową końcówką. Ważne jest aby przy systematycznym przeprowadzaniu irygacji podawać dziecku probiotyki w formie doustnej, które wpływają korzystnie na utrzymanie prawidłowej flory bakteryjnej w przewodzie pokarmowym. W czasie wykonywania pierwszej irygacji pielęgniarka powinna wyjaśnić na czym polega zabieg, jaki jest jego cel, jak go prawidłowo wykonywać<sup>113</sup>.

### BŁĘDY PIELĘGNACYJNE

„Kluczem” do posiadania zdrowej stomii i powrotu do dotychczasowego życia jest prawidłowa pielęgnacja odbytu brzuszego. Najczęstszymi błędami pielęgnacyjnymi są:

- stosowanie niewłaściwych środków do przemywania skóry, które wysuszają skórę, usuwają jej naturalną ochronną warstwę, a także zwiększają podatność na uszkodzenia (np. spirytus);
- używanie mydeł zapachowych, natłuszczających, które redukują przyczepność sprzętu;
- nieprawidłowe dopasowanie sprzętu stomijnego w postaci źle dobranego rozmiaru płytki i źle wyciętego otworu – zastosowanie złego rodzaju sprzętu na przykład: płytka płaska zamiast wypukłej w stomii wklęsłej;
- niedokładne przyklejanie płytki/przylepca do skóry;
- zbyt częsta zmiana sprzętu stomijnego lub zbyt długi okres noszenia powoduje podrażnienie skóry;
- używanie produktów, zarówno leczniczych jak i kosmetycznych, które nie są dedykowane do pielęgnacji stomii<sup>114</sup>.

### ZALECENIA DIETETYCZNE

Konsekwencją wyłonienia stomii jest znaczne skrócenie przewodu pokarmowego, a co za tym idzie zmniejszenie drogi wchłaniania składników pokarmowych, soli mineralnych i wody. W przypadku noworodków karmienie odbywa się tak jak w przypadku zdrowych dzieci – na żądanie. Jeżeli jest taka możliwość najlepszym rozwiązaniem jest karmienie piersią – po pierwsze zawiera najbardziej bogaty pokarm, a po drugie – tworzy silniejszą więź emocjonalną. Jest to utrudnione kiedy dziecko

<sup>113</sup> K. Cierzniaowska, M. Szewczyk, Z. Banaszkiwicz i inni. *Jakość życia pacjentów z wyłonioną stomią jelitową*, „Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne”, 2013, nr 4, s. 142–147.

<sup>114</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia..., op. cit.

po zakończeniu karmienia przez sondę dalej przebywa na OIT, wtedy zaleca się ściąganie pokarmu przez mamę i podawanie dziecku za pomocą butelki. Istnieje też możliwość karmienia małego pacjenta mlekiem modyfikowanym. Ważne żeby obserwować przyrost masy ciała, normalizację stolca, uregulowanie rytmu wypróżnień<sup>115</sup>. Bezpośrednio po operacji pacjent żywiony jest pozajelitowo.

Częstym problemem pacjentów ze stomią są nadmierne oddawanie gazów i wzdęcia. Gromadzenie się gazów w przewodzie pokarmowym może być wynikiem połknięcia dużych ilości powietrza w czasie zbyt szybkiego jedzenia i płaczu w czasie jego trwania. Do ich eliminacji stosuje się woreczki stomijne z filtrami gazów.

Życie ze stomią w warunkach domowych

Życie ze stomią oznacza zmiany w życiu, ale należy pamiętać że niejednokrotnie jest to zabieg ratujący życie. Adaptacja do nowej sytuacji wymaga czasu, cierpliwości, wyrozumiałości otoczenia, opanowania nowych umiejętności, zwalczania obaw i lęków.

## UBIÓR

Bezpośrednio po zabiegu operacyjnym właściwe jest zakładanie luźniejszej odzieży, która nie krępuje ruchów i nie uciska rany pooperacyjnej. Taką zasadę powinniśmy stosować przez kilka następnych tygodni. Istotne jest żeby była ona wykonana z naturalnych materiałów, gdyż ta ze sztucznych materiałów, nieprzepuszczalnych dla powietrza, powoduje wzmożoną potliwość skóry i problemy z przyczepnością sprzętu stomijnego. Pieluchę należy zakładać pod workiem stomijnym albo też całkowicie nad nim<sup>116</sup>.

Przeprowadzenie studium przypadku chorego noworodka z wyłonioną stomią w trybie pilnym pozwala na wyprowadzenie następujących wniosków:

1. Pielęgniarka w opiece nad pacjentem ze stomią jelitową i jego rodzicami pełni funkcję:
  - opiekuńczą: rozpoznaje zapotrzebowania na opiekę, pomaga w codziennych czynnościach;
  - terapeutyczną: współpracuje z zespołem terapeutycznym;
  - wychowawczą: kształtuje właściwe zachowania zdrowotne;
  - rehabilitacyjną: pomaga w powrocie usprawniania fizycznego i psychicznego;
  - profilaktyczną: rozpoznaje sytuacje zagrażające zdrowiu i życiu oraz zapobiega im promocji zdrowia: propagowanie prozdrowotnych zachowań.

<sup>115</sup> P. Jankowska, M. Kikolska, op. cit., s. 45–52.

<sup>116</sup> A. Grzywacz, J. Hofman, *Stomia powrót do domu. Edukacja chorego i jego rodziny*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej”, 2014, nr 10, s. 10–11.

2. Chory z wyłonioną stomią jelitową wymaga podejścia holistycznego oraz zastosowania indywidualizowanego planu opieki.
3. Istotną procesowi leczenia i adaptacji do nowopowstałych warunków zdrowotnych i życiowych jest współpraca z rodziną ale również zaangażowanie jej w proces pielęgnowania.
4. Właściwie skonstruowany i zrealizowany plan opieki pozwala do powrotu do zdrowia i opanowania umiejętności właściwej opieki.

## ROZDZIAŁ 4

# METODOLOGIA BADAŃ

Metodologia badań jako stwierdzenie pochodzi z połączenia dwóch greckich słów *mèthodos* i *lògos* – czyli metoda i nauka. Zajmuje się czynnościami poznawczymi badań naukowych oraz tzw. wytworami poznawczymi (czyli wynikami i efektami) tych czynności. Metodologia scala badawcze metody oraz fakty ale także rozmaite dane porównywane ze sobą pod względem czynnościowym i ilościowym.

Metodologia to przejrzyste określony, niezmienny, niezawodny system reguł i procedur. Z definicji jest to nauka o logice, badaniach, metodach, procedurach badawczych, postępowaniu i typach wnioskowania stosowanych w określonej dyscyplinie naukowej.

### 4.1. PRZEDMIOT I CEL BADAŃ

Przedmiotem badań będzie opieka nad noworodkiem z wylonioną stomią z powodu niedrożności przewodu pokarmowego.

Celem pracy magisterskiej będzie zbadanie poziomu wiedzy personelu pielęgniarskiego pracującego na oddziałach pediatrycznych na temat przyczyn wylonienia stomii u noworodków, rodzajów stomii, jej pielęgnacji oraz wpływu tej wiedzy na występowanie powikłań pielęgnacyjnych u chorych z wylonioną stomią.

### 4.2. PROBLEMY I HIPOTEZY BADAWCZE

Sformułowano następujące problemy:

1. Czy pielęgniarki z oddziału chirurgicznego mają częstszy kontakt ze stomią u dzieci od pielęgniarek zatrudnionych na innych oddziałach pediatrycznych?
2. U których dzieci wylania się stomię częściej u starszych dzieci czy u noworodków?

### 3. Czy długość stażu pracy personelu pielęgniarskiego ma wpływ na zakres wiedzy na temat stomii?

Przyjęto następujące hipotezy:

#### **HIPOTEZA PIERWSZA:**

H0: Pielęgniarki z oddziału chirurgicznego mają częstszy kontakt ze stomią u dzieci od pielęgniarek zatrudnionych na innych oddziałach pediatrycznych.

H1: Pielęgniarki z innych oddziałów pediatrycznych mają częstszy kontakt ze stomią u dzieci od pielęgniarek z oddziału chirurgicznego.

#### **HIPOTEZA DRUGA:**

H0: Stomię wyłania się częściej u starszych dzieci niż u noworodków.

H2: Stomię wyłania się częściej u noworodków niż u starszych dzieci.

#### **HIPOTEZA TRZECIA:**

H0: Personel pielęgniarski o dłuższym stażu pracy ma większy poziom wiedzy o stomii.

H3: Personel pielęgniarski o krótszym stażu pracy ma większy poziom wiedzy o stomii.

### **4.3. METODY, TECHNIKI I NARZĘDZIA BADAWCZE**

Badanie było przeprowadzane wśród personelu pielęgniarskiego pracującego na oddziałach szpitala dziecięcego w Łodzi. Każda z badanych osób dostała ankietę do wypełnienia. Badanie ankietowe zostało przeprowadzone w okresie od maja do sierpnia 2021 roku.

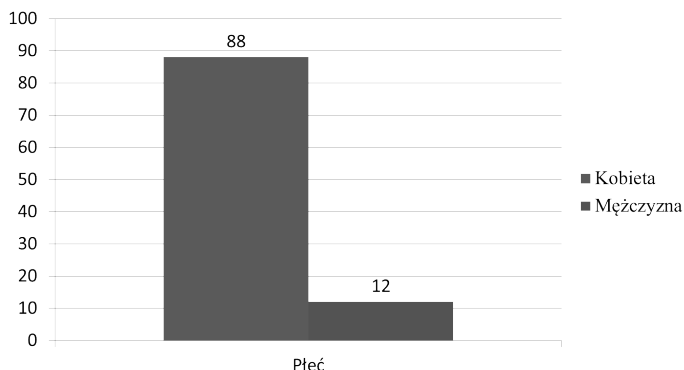
Zastosowano autorską ankietę w kwestionariuszu Google jako metodę badawczą w niniejszej pracy magisterskiej, która została załączona do pracy. Ankieta składała się z 25 pytań zamkniętych jednokrotnego lub wielokrotnego wyboru.

### **4.4. CHARAKTERYSTYKA GRUPY BADAWCZEJ**

W badaniach do niniejszej pracy magisterskiej wzięło udział sto pielęgniarek/pielęgniarzy z różnych oddziałów szpitala dziecięcego. Personel pielęgniarski był w różnym wieku, z różnym stażem pracy, ze zróżnicowanym zawodowym doświadczeniem.

## ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ

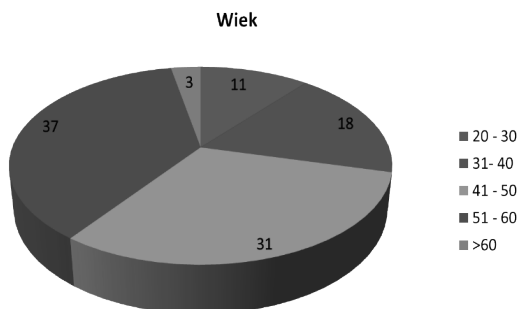
Rycina 11. Diagram słupkowy przedstawiający rozkład procentowy populacji względem płci (n = 100)



Źródło: Opracowanie własne.

W badaniu zdecydowaną większość stanowiły kobiety (88%), w stosunku do mężczyzn (12%).

Rycina 12. Diagram kołowy ilustrujący grupy wiekowe biorące udział w badaniu (n = 100)

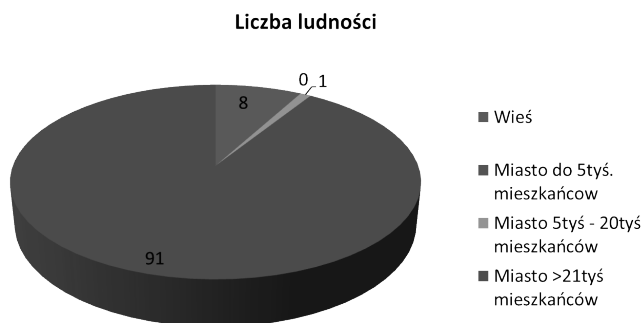


Źródło: opracowanie własne.

W badaniu sprawdzono także wiek ankietowanych i zdecydowaną większość stanowił personel pielęgniarski w wieku między 51–60 rokiem życia (37%). Nieznacznie mniejszą grupę stanowiły osoby w wieku od 41 do 50 lat (31%). Zauważanie najmniejszą grupą na oddziałach pediatrycznych stanowiły osoby najmłodsze w przedziale wiekowym 20 – 30 lat (3%).



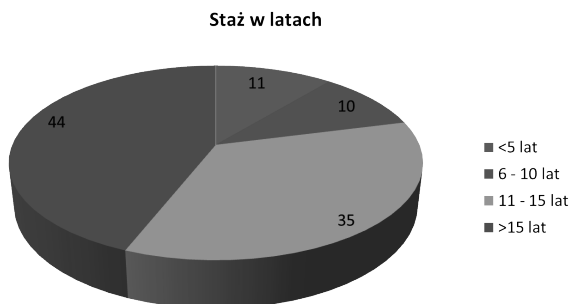
Rycina 13. Diagram kołowy przedstawiający rozkład procentowy populacji względem miejsca zamieszkania (n = 100)



Źródło: opracowanie własne.

Wśród ankietowanych zdecydowana większość osób mieszkała w mieście powyżej 21 tysięcy mieszkańców. Osoby te stanowiły 91%. Wsie zamieszkiwało 8 ankietowanych, a miasta do 20 tysięcy mieszkańców – 1 respondent.

Rycina 14. Diagram kołowy przedstawiający rozkład procentowy populacji względem stażu pracy (n = 100)

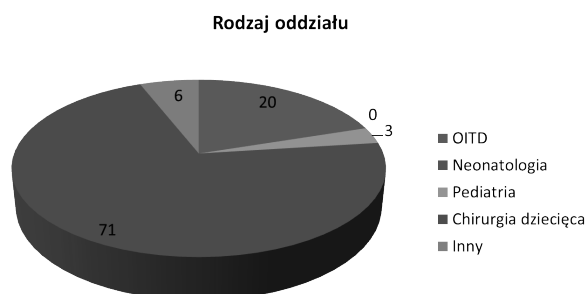


Źródło: opracowanie własne.

W kolejnej części badania ustalono staż pracy personelu pielęgniarskiego. Wykazano, że na oddziałach pediatrycznych zdecydowaną większość stanowią osoby doświadczone w pracy, których staż wynosi więcej niż 15 lat (44%). Tu widać zależność związaną z wiekiem badanych. Drugą pod względem liczebności stanowi grupa pielęgniarek pracujących w zawodzie między 11 a 15 lat. W tym badaniu po raz kolejny najmniejszym odsetkiem są ankietowani z najkrótszym stażem pracy (11%).

Kolejnym, istotnym z punktu widzenia tej pracy, pytaniem, było określenie oddziału szpitala dziecięcego, na którym wykonywana jest praca. Zdecydowaną większość stanowił tu personel pielęgniarski wykonujący swoje czynności zawodowe na chirurgii dziecięcej. Na oddziale neonatologii nie pracowała ani jedna osoba ankietowana. (Ryc.15)

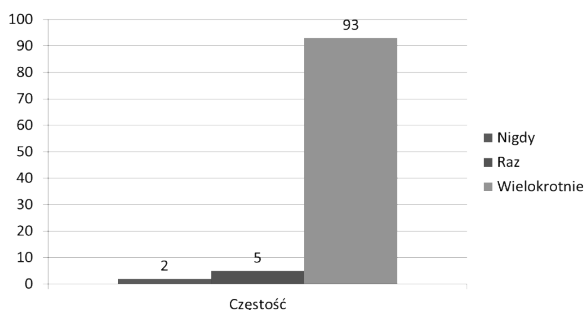
**Rycina 15.** Diagram kołowy przedstawiający rozkład procentowy personelu pielęgniarskiego pod względem deklarowanego miejsca zatrudnienia. (n = 100)



Źródło: opracowanie własne.

W celu określenia poziomu obycia i znajomości opieki nad pacjentem ze stomią kolejną badaną kwestią, było określenie częstotliwości i ilości kontaktów personelu pielęgniarskiego z pacjentem z koniecznością wyłonienia stomii. Tu zdecydowana większość miała wielokrotny kontakt z pacjentem stomijnym (93%), natomiast tylko dwie z badanych osób w swej praktyce zawodowej nigdy nie spotkało się z takim przypadkiem. (Rycina 16)

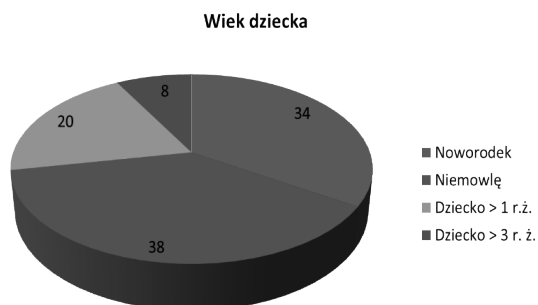
**Rycina 16.** Diagram kolumnowy przedstawiający procentowy rozkład kontaktu pielęgniarek/pielęgniarzy z pacjentem stomijnym. (n = 100)



Źródło: opracowanie własne.

Kolejną składową tego badania było zorientowanie się w kontaktach personelu pielęgniarskiego z pacjentami pediatrycznymi z wylonioną stomią w różnym wieku. Największy odsetek stanowiły niemowlęta (38%), choć niewiele mniejszą grupą były noworodki (34%). Najrzadszymi przypadkami były dzieci powyżej roku życia, gdyż w badaniu wykazano tylko osiem takich kontaktów.

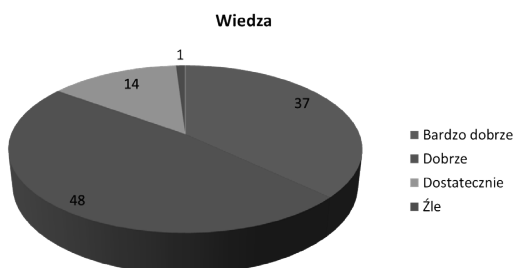
**Rycina 17.** Diagram kołowy przedstawiający procentowy rozkład kontaktu pielęgniarek/pielęgniarzy z pacjentami stomijnymi w zależności od ich wieku. (n = 100)



Źródło: opracowanie własne.

Istotnym elementem powyższych badań było określenie samooceny pielęgniarek/pielęgniarzy dotyczącej wiedzy na temat stomii, zwłaszcza dotyczącej pacjentów pediatrycznych. Bardzo optymistyczne są wyniki, które mówią że prawie połowa ankietowanych określa swoją wiedzę na poziomie dobrym, a ponad jedna trzecia – bardzo dobrze. Zaledwie jedna wśród badanych osób określiła poziom swojej wiedzy na poziomie złym.

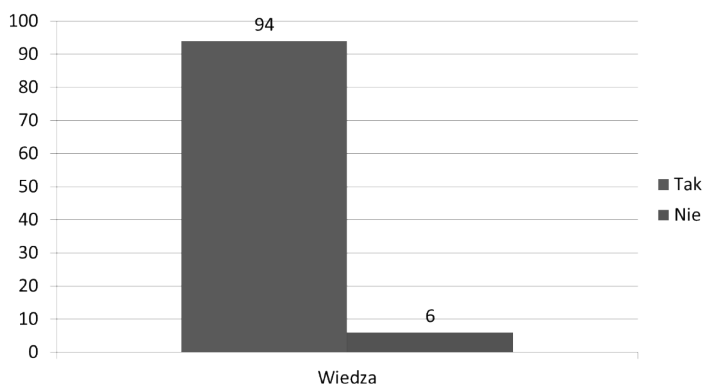
**Rycina 18.** Diagram kołowy przedstawiający procentowy rozkład wiedzy na temat stomii wśród pielęgniarek/pielęgniarzy. (n = 100)



Źródło: opracowanie własne.

Opracowując temat związany ze stomią ważne było zbadanie wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat chorób, które prowadzą do wyłonienia stomii. Na tym etapie istotne było ogólne określenie wiedzy lub jej braku. Wyniki wyszły zdumiewająco, gdyż aż 94% potwierdziło znajomość chorób prowadzących do stomii, a tylko 6% stwierdziła, że nie zna ani jednej.

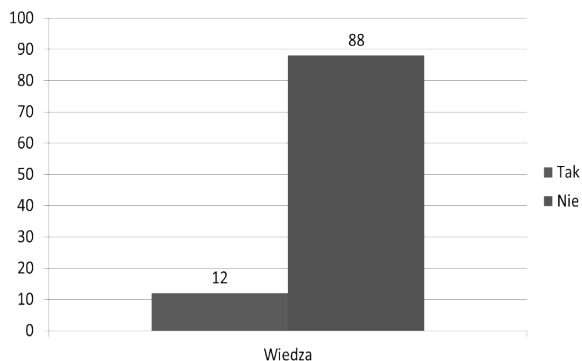
**Rycina 19.** Diagram słupkowy obrazujący poziom wiedzy pielęgniarek/pielęgniarzy na temat chorób prowadzących do wyłonienia stomii. (n = 100)



Źródło: opracowanie własne.

Pozostając w temacie wiedzy, kolejnym etapem badań było zbadanie poziomu wiedzy rodziców/opiekunów na temat choroby dziecka już podczas okresu płodowego. Celem tego pytania było określenie, rozpoznawalności chorób przewodu pokarmowego podczas okresowych badań USG w czasie trwania ciąży. Wyniki tego badania nie są optymistyczne, ze względu na fakt iż 88% badanych podczas wywiadu pielęgniarskiego w szpitalu określiło, że ciąża przebiegała bez komplikacji i nie mieli świadomości choroby dziecka. Może to być związane z wieloma czynnikami – mnogością i różnorodnością chorób układu pokarmowego, miejsca występowania dysfunkcji, ale z innej strony patrząc także różnej jakości sprzęt do badania ultrasonograficznego, wiedzy i doświadczenia lekarza prowadzącego ciążę.

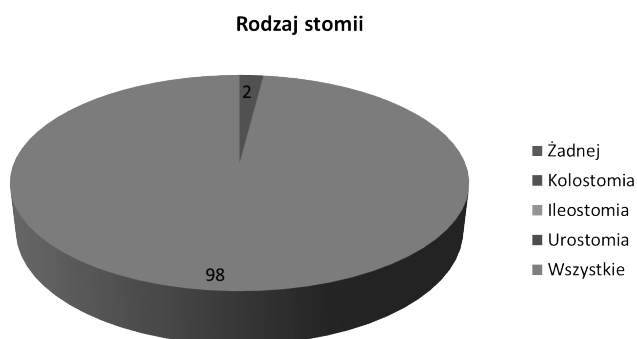
Rycina 20. Diagram kolumnowy przedstawiający wiedzę rodziców o chorobie dziecka w okresie płodowym. (n = 100)



Źródło: opracowanie własne.

Kolejną składową badania dotyczącą wiedzy było szczegółowe pytanie dotyczące rodzajów stomii. Badani mieli do wyboru pięć odpowiedzi, z których pierwsza mówiła o braku znajomości jakiegokolwiek rodzaju stomii. Tej odpowiedzi nie zaznaczyła żadna z badanych osób. Kolejne trzy odpowiedzi określały trzy najpopularniejsze rodzaje stomii: kolostomię, ileostomię i urostomię, natomiast piątą odpowiedzią było określenie wiedzy na temat wszystkich rodzajów. To była najpopularniejsza z odpowiedzi, bo zaznaczyło ją aż 98% ankietowanych, natomiast pozostałe 2 % przypadło na kolostomię. Obrazuje to bardzo dobry poziom wykształcenia personelu pielęgniarskiego.

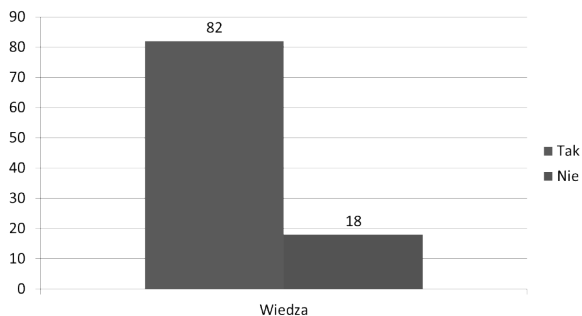
Rycina 21. Diagram kołowy przedstawiający procentowy rozkład znajomości rodzajów stomii. (n = 100)



Źródło: opracowanie własne.

Kolejną składową określającą szeroko rozumianą wiedzę na temat stomii, było zbadanie wśród ankietowanych znajomości sprzętu stomijnego. Wyniki były dobre, bo ponad trzy czwarte badanych określiło pozytywnie swoją znajomość sprzętów, natomiast kilkanaście osób odpowiedziało, że nie zna sprzętów związanych ze stomią. Udowadnia to, że personel pielęgniarski ma większą wiedzę na temat choroby, natomiast z praktycznego punktu widzenia ta wiedza jest nieznacznie mniejsza.

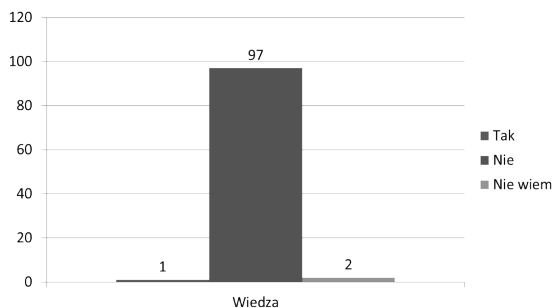
Rycina 22. Diagram kolumnowy przedstawiający procentowy rozkład dotyczący znajomości sprzętu stomijnego. (n = 100)



Źródło: opracowanie własne.

Częstym problemem wśród pielęgniarzy i pielęgniarek wydawać by się mogło będzie rozpoznanie stomii. Ankietowanym zadano pytanie : Czy miałbyś problem z rozpoznaniem stomii? Prawie wszyscy z nich, bo aż 97% badanych stwierdziło, że nie miałyby z tym najmniejszego problemu, jedna – odpowiedziała twierdząco, natomiast dwie osoby badane nie wiedziały jakby się zachowały w takiej sytuacji.

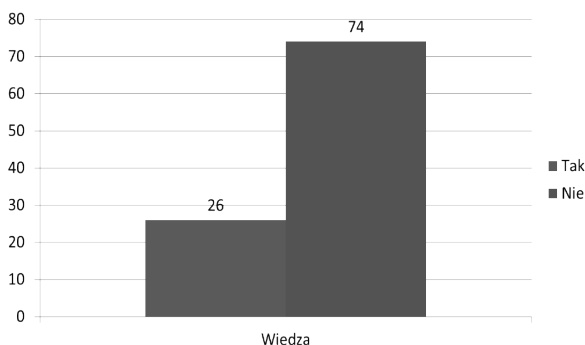
Rycina 23. Diagram kolumnowy przedstawiający procentowy rozkład problemów pielęgniarek/pielęgniarzy z rozpoznaniem stomii. (n = 100)



Źródło: opracowanie własne

Opisując zadania pielęgniarki stomijnej i jej rozległe oraz wielokierunkowe funkcje, w badaniach zapytano personel pielęgniarski o ocenę systemu szkoleń w nuczaniu medycznym. Niestety ankieterowani w zdecydowanej większości stwierdzili, że współczesna edukacja jest niewystarczająca i nie spełnia ich wymagań i oczekiwań.

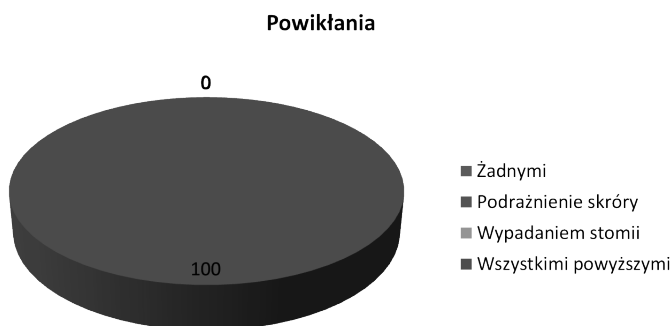
Rycina 24. Diagram kolumnowy przedstawiający procentową ocenę systemu szkoleń personelu pielęgniarskiego. (n = 100)



Źródło: opracowanie własne.

Wyłonienie stomii to zabieg chirurgiczny, który z jednej strony bardzo często jest ratującym życie, ale także niesie za sobą wiele konsekwencji, wśród których należy wspomnieć o powikłaniach. Jest ich wiele, ale najczęściej zdarzają się podrażnienia skóry i wypadanie stomii. Ankieterowani byli pytani czy w swojej karierze zawodowej spotkali się z którymś z nich. Wszyscy z badanych mieli kontakt z tymi powikłaniami.

Rycina 25. Diagram kołowy przedstawiający procentowy rozkład kontaktu pielęgniarek/pielęgniarzy z powikłaniami po wyłonieniu stomii. (n = 100)

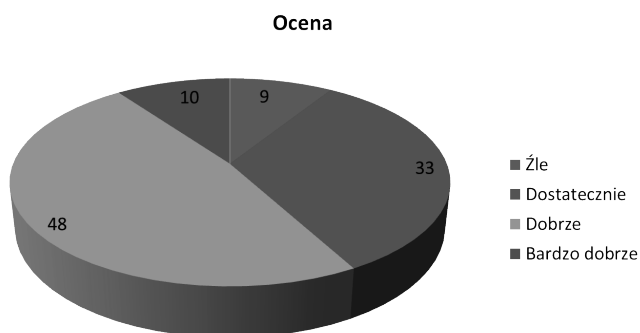


Źródło: opracowanie własne.

W systemie polskiej państwowej opieki medycznej istnieją poradnie stomijne. Nie ma w nich rozgraniczenia ze względu na wiek pacjenta. W miejscach tych można otrzymać pomoc psychologiczną, a także dowiedzieć się o możliwościach dofinansowań do zakupu sprzętu stomijnego. Prowadzone są tam także zajęcia dietetyczne oraz nauka pielęgnacji, samoakceptacji czy odnalezieniu się w „normalnym”, codziennym życiu. Ważnym zadaniem pielęgniarstwa jest informowanie pacjentów o dostępności takich miejsc.

Celem tego badania była ocena dostępu do fachowej opieki stomijnej. Zaledwie dla dziecięciu badanych opieka stomijna jest bardzo dobrze dostępna, prawie połowa stwierdziła, że dostęp do niej jest dobry. Ponad jedna trzecia stwierdziła dostateczny dostęp, natomiast dziewięć z nich oceniła, że dostęp jest na złym poziomie. Ocena systemu wspomagającego chorych wpływa na rolę informacyjną wśród pielęgniarek. Im mniejsza świadomość łatwego dostępu do poradni stomijnych, tym utrudniony komplementarny zakres opieki nad pacjentem stomijnym i jego bliskimi.

Rycina 26. Diagram kołowy przedstawiający ocenę dostępu do fachowej opieki stomijnej. (n = 100)



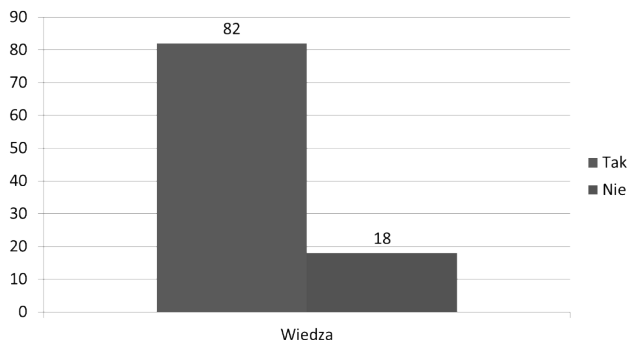
Źródło: opracowanie własne.

Niezwykle ważnym aspektem w pracy pielęgniarki stomijnej jest przygotowanie pacjenta do całego procesu leczenia – rozpoczynając od operacji, okresu rekonwalescencji i rehabilitacji pozabiegowej, skończywszy na powrocie do normalnego funkcjonowania. W przypadku pacjentów małoletnich, tę funkcję w dużej mierze przejmują rodzice/opiekunowie. Rola opiekunów, jest na tyle istotna, że postanowiłem sprawdzić poziom opieki przedoperacyjnej rodziców pacjenta z poziomu pielęgniarstwa. Z perspektywy personelu medycznego opieka jest na wysokim poziomie, gdyż aż 82% badanych stwierdziło, że opiekunowie pacjentów stomijnych znają



zasady opieki i czują się w tym swobodnie. Pozostałe 18% badanych niedostatecznie określiło poziom wiedzy rodziców pacjenta.

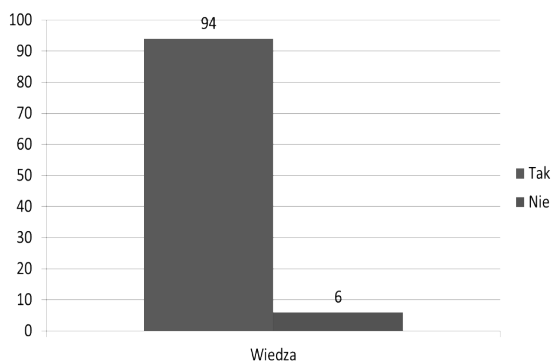
Rycina 27. Diagram kolumnowy przedstawiający ocenę opieki przedoperacyjnej rodziców pacjentów stomijnych. (n = 100)



Źródło: opracowanie własne.

Kolejnym etapem przeprowadzanych badań, było sprawdzenie znajomości zasad pielęgnacji przetok jelitowych. Prawidłowa pielęgnacja jest kluczową kwestią w celu uniknięcia powikłań pozabiegowych – głównie tych skórnych. Pytanie w tym badaniu było specjalnie sformułowane w najprostszy sposób, określający posiadaną wiedzę lub jej brak, aby badani nie musieli zastanawiać się czy znają wszystkie zasady czy tylko ich część. Wyniki przeprowadzonych badań są bardzo optymistyczne, bo aż 94 % badanych pielęgniarek/pielęgniarzy stwierdziło, że zna zasady pielęgnacji przetoki jelitowej. Jedynie 6% badanych takiej wiedzy nie posiadało, co przedstawione jest na rycinie 28.

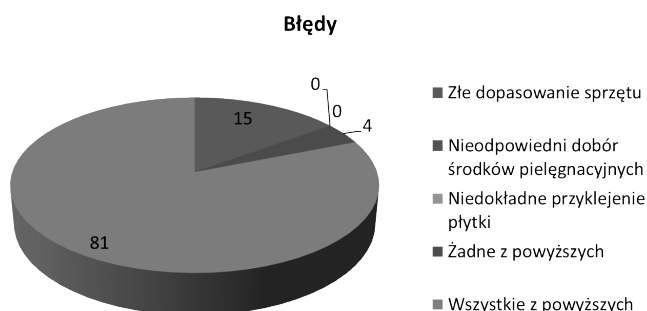
Rycina 28. Diagram kolumnowy przedstawiający znajomość zasad pielęgnacji przetoki jelitowej. (n = 100)



Źródło: opracowanie własne.

Rozpatrując i badając aspekty związane ze stomią, należy szczególną uwagę poświęcić na świadomość personelu pielęgniarskiego odnośnie popełnianych błędów pielęgnacyjnych. Znać zasady to nie zawsze oznacza perfekcyjnie i bezbłędnie wykonywać wszystkie czynności pielęgnacyjne. Czasem czynnik ludzki, gorszy dzień, inne uwarunkowania fizjologiczne i wiele innych czynników, skutkują że błędy są popełniane. Najczęściej występującymi błędami są: złe dopasowanie sprzętu stomijnego, niedokładne doklejenie płytki stomijnej i niewłaściwy dobór środków pielęgnacyjnych. Wśród nich najczęściej występującym błędem jest złe dopasowanie sprzętu stomijnego. Do jego popełniania przyznaje się aż 81% badanych. Badanie wykazało także, że 15% badanych popełnia wszystkie ze wskazanych błędów, natomiast 4% żadnego. Wynikiem badania jest także, że nikt z personelu pielęgniarskiego nie ma problemu z doбором środków pielęgnacyjnych oraz z poprawnym doklejeniem płytki.

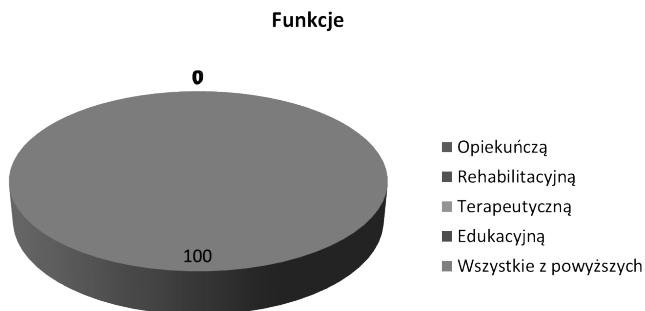
Rycina 29. Diagram kołowy przedstawiający najczęstsze błędy popełniane przy pielęgnacji stomii (n = 100)



Źródło: opracowanie własne.

Już wielokrotnie w tym opracowaniu była podkreślana wielofunkcyjność pielęgniarek stomijnych. Kolejną składową tych badań, miało być przedstawienie świadomości tych ról przez sam personel pielęgniarski. Ankietowani byli pytani czy główną funkcją personelu pielęgniarskiego jest: funkcja opiekuńcza, rehabilitacyjna, terapeutyczna, edukacyjna. Celem tego pytania było zbadanie czy pielęgniarki spełniają, którąś z tych funkcji z większym lub mniejszym zaangażowaniem, czy wszystkie z jednakową siłą. Tutaj jednogłośnie ankietowani odpowiedzieli, że każdy z nich z należytą uwagą pełni każdą z tych funkcji z jednakową siłą oraz dobiera je w zależności od potrzeb.

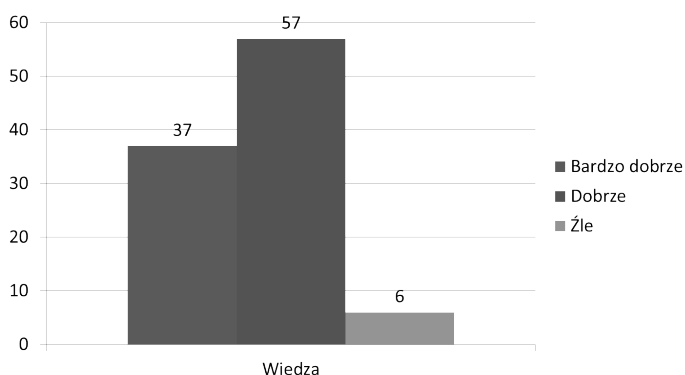
Rycina 30. Diagram kołowy przedstawiający główne funkcje pielęgniarki stomijnej. (n = 100)



Źródło: opracowanie własne.

Zadaniem pielęgniarskim jest edukacja pacjentów, w tym przypadku rodziców/opiekunów pacjentów. Dotyczy ona zarówno zasad wymiany worków stomijnych, pielęgnacji, diety, zasad ubioru oraz ogólnego funkcjonowania w różnych środowiskach. W ankiecie nie zabrakło także pytania związanego z oceną poziomu wiedzy. Prawie jedna trzecia badanych określiła tę wiedzę na poziomie bardzo dobrym, natomiast większość ankietowanych (57%) oceniła poziom wiedzy jako dobry. Nie zabrakło też odpowiedzi przedstawiający niedostateczny/zły poziom wiedzy i w ten sposób odpowiedziało 6% ankietowanych.

Rycina 31. Diagram kolumnowy przedstawiający ocenę poziomu wiedzy rodziców pacjenta na temat stomii. (n = 100)

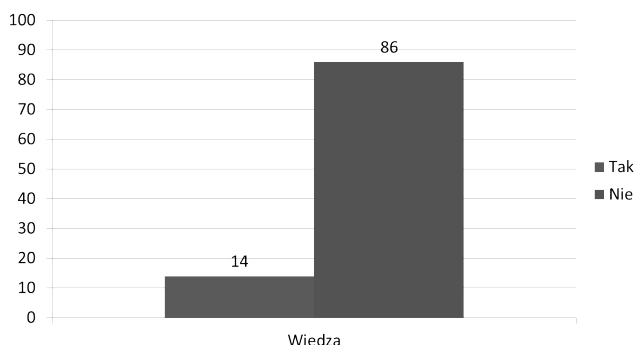


Źródło: opracowanie własne.

W Państwowej Opiece Zdrowotnej istnieją poradnie stomijne. Mają one na celu zrzeszać pacjentów z wylonioną stomią tworząc grupy wsparcia oraz dodatkowo

wspomagać stomików w codziennym życiu. W takich poradniach powinien być zatrudniony psycholog, dietetyk, pielęgniarki. Osoba z wylonioną stomią lub opiekunowie takiego pacjenta powinni dokładnie znać lokalizację takiej poradni, która też winna być w niedalekiej odległości od ich miejsca zamieszkania. Taka jest teoria. Niestety medialne doniesienia o niedostatecznej dostępności opieki, narzekanie pacjentów na tę kwestię w różnych pod względem specjalizacji dziedzinach medycznych z tzw. bezpłatnej opieki medycznej, mają także potwierdzenie w tych badaniach. Ankietowanym zadano pytanie dotyczące świadomości lokalizacji poradni stomijnych. Większość z nich – aż 86 % – odpowiedziało, że nie wie gdzie są takie poradnie, co od razu uświadamia nas, że nigdy nie korzystali z ich pomocy. Niestety te wyniki nie napawają optymizmem i przedstawiają, że Państwowy system opieki w Polsce ma jeszcze wiele kwestii do naprawienia.

**Rycina 32.** Diagram kolumnowy przedstawiający świadomość lokalizacji poradni stomijnych. (n = 100)



Źródło: opracowanie własne.

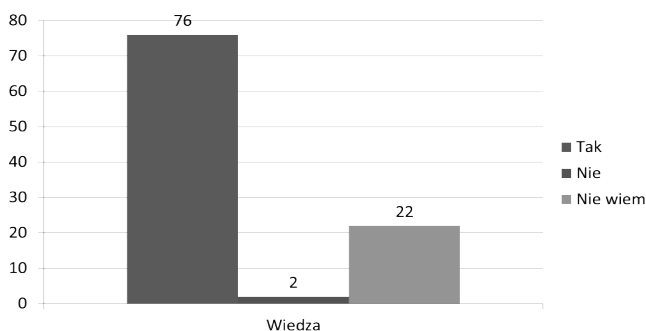
Wylonienie stomii jest dla pacjenta olbrzymim obciążeniem zarówno fizycznym jak i psychicznym. Dyskomfort fizyczny doskwiera szczególnie na początku procesu leczenia. Jest to zrozumiałe, bo sam zabieg chirurgiczny jak i rekonwalescencja po nim związana jest z odczuwaniem bólu. Ten jednak najczęściej z czasem całkowicie mija. Obciążenia psychiczne są zdecydowanie silniejsze i długotrwałe. Rozpoczynają się od momentu diagnozy i ukazują się w postaci strachu, niepewności, niewiedzy dotyczącej przyszłości. Następnie towarzyszą nam przed i podczas zabiegu chirurgicznego, bezpośrednio po nim, podczas rehabilitacji i powrotu do funkcjonowania w środowisku. Stomia jest to bardzo obciążająca choroba, pod względem psychicznym ze względu na widoczne zmiany w naszym ciele, oraz fakt iż jest to dysfunkcja związana z układem wydalniczym. W przypadku pacjentów pediatrycznych te

obciążenia, wątpliwości i lęki przenoszą się szczególnie na rodziców/opiekunów, których zdrowie psychiczne też wtedy jest wystawione na próbę.

Kolejnym etapem badania było zatem sprawdzenie, ilu pacjentów ma świadomość obecności psychologa w szpitalnej aktywnej opiece rodziców małego pacjenta stomijnego. Z własnych obserwacji – jako pracownika medycznego – wiem, że świadomość obecności w większości jest, ale korzystanie z pomocy psychologicznej to już zupełnie inna kwestia. Jest to wielokrotnie związane z tym, że w polskich szpitalach zatrudnionych jest zbyt mało psychologów, w stosunku do ilości pacjentów – co skutkuje, że niejednokrotnie pacjenci nie otrzymują takiej pomocy lub nie jest ona wystarczająca.

Wyniki tego badania potwierdzają moją tezę wskazując, że świadomość obecności psychologa w szpitalu ma aż 76% ankietowanych. 2% z nich nie miało takiej wiedzy, a aż 22% się nad tym nie zastanawiało.

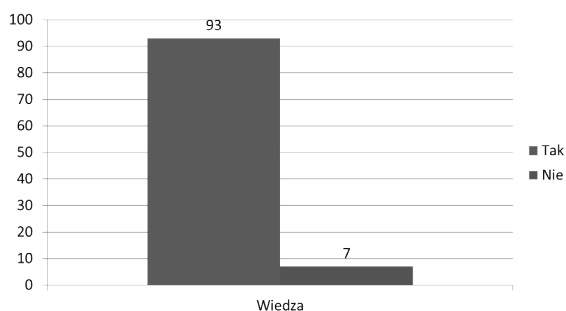
**Rycina 33.** Diagram kolumnowy przedstawiający świadomość obecności psychologa w szpitalnej aktywnej opiece rodziców małego pacjenta stomijnego. (n = 100)



Źródło: opracowanie własne.

Biorąc pod uwagę, że wyłonienie stomii jest związane z dysfunkcją układu pokarmowego, niezwykle istotne w powrocie do zdrowia jest stosowanie odpowiedniej diety. W przypadkach pacjentów pediatrycznych niejednokrotnie za pomocą diety, można doprowadzić do odtworzenia przewodu pokarmowego, co skutkuje zespoleniem stomii i całkowitym powrotem do zdrowia. Pielęgniarka wykorzystując swoją funkcję edukacyjną, powinna przedstawić pacjentowi lub rodzinie pacjenta wszystkie zalecenia dietetyczne.

W tym badaniu pielęgniarki i pielęgniarze zapytani byli o znajomość zaleceń dietetycznych dla chorych z wyłonią stomią. Zdecydowana większość, bo aż 93% badanych odpowiedziała twierdząco na zadane im pytanie, co napawa optymizmem w przekazywaniu tej wiedzy pacjentom stomijnym i ich opiekunom.

**Rycina 34.** Diagram kolumnowy przedstawiający znajomość zaleceń dietetycznych dla pacjentów stomijnych. (n = 100)

Źródło: opracowanie własne.

Odtworzenie/ zespolenie przewodu pokarmowego to swoisty happy and dla pacjentów stomijnych. Najczęściej dochodzi do niego, u pacjentów pediatrycznych, zwłaszcza tych, u których dysfunkcje przewodu pokarmowego prowadzące do wyłonięcia stomii były wykryte zaraz po narodzeniu. Istotne w odtworzeniu jest miejsce patologii układu pokarmowego.

Kończącym etapem badań było przedstawienie jak często w praktyce pielęgniarskiej każdego ankietowanego, było odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego. 93% ankietowanych odpowiedziało, że podczas swojej pracy zawodowej ponad pięć razy wśród ich pacjentów dochodziło do odtworzenia przewodu pokarmowego. Dwa procent badanych odpowiedziało że miało 2 – 5 takich przypadków, ale także 2% ankietowanych nie miało ani jednego odtworzenia przewodu pokarmowego. Jedno zespolenie w swojej praktyce pielęgniarskiej miało 3% odpowiadających.

**Rycina 35.** Diagram kołowy przedstawiający częstotliwość odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego w praktyce pielęgniarskiej każdego ankietowanego. (n = 100)

Źródło: opracowanie własne.

## PODSUMOWANIE

W badaniu wzięło udział stu uczestników – pielęgniarek i pielęgniarzy, z których zdecydowaną większość stanowiły kobiety. Badana populacja, zamieszkiwała najczęściej środowiska miejskie, o zaludnieniu powyżej 21 tysięcy mieszkańców. Średni staż pracy personelu pielęgniarskiego wynosił 10–15 lat. Większość z badanych pracowało na oddziale chirurgii dziecięcej. Największy odsetek pacjentów pediatrycznych, u których wyłaniano stomię to niemowlęta.

W przeprowadzonym badaniu udowodniono następujące hipotezy.

### HIPOTEZA PIERWSZA

H0: Pielęgniarki z oddziału chirurgicznego mają częstszy kontakt ze stomią u dzieci od pielęgniarek zatrudnionych na innych oddziałach pediatrycznych.

### HIPOTEZA DRUGA:

H2: Stomię wyłania się częściej u noworodków niż u starszych dzieci.

### HIPOTEZA TRZECIA:

H0: Personel pielęgniarski o dłuższym stażu pracy ma większy poziom wiedzy o stomii.

## WNIOSKI

Z przeprowadzonych przeze mnie badań ankietowych jednoznacznie wynika, że poziom wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat stomii jest wysoki. Wiedza ta dotyczy zarówno rozpoznania choroby, umiejętności doboru sprzętu, pielęgnacji, znajomości powikłań. Biorąc pod uwagę słabo oceniany w tym badaniu system nauczania i dostępności szkoleń, można wywnioskować że wiedza jest zdobywana indywidualnie i w większości przypadków wynika ona z doświadczeń zawodowych i z częstoci kontaktu z pacjentem stomijnym. Im mniejszy staż zawodowy, lub rzadszy kontakt z pacjentem z wylonioną stomią – tym większe wątpliwości i problemy związane z czynnościami pielęgniarskimi dotyczącymi takich przypadków. Uważam, że to właśnie praktyka zawodowa, zwiększa naszą pewność w wykonywaniu powierzonych nam czynności pielęgniarskich, zmniejsza prawdopodobieństwo popełnienia błędów i daje większe możliwości wykorzystania wiedzy teoretycznej.

Kolejnym negatywnie ocenionym aspektem była świadomość wśród pacjentów dostępności poradni stomijnych. Państwowa opieka zdrowotna pozostawia wiele do życzenia.

Najistotniejszym wnioskiem jaki możemy wyciągnąć jest fakt, iż mamy bardzo dobrze wykształcony i doświadczony personel pielęgniarski, chcący nieustannie pogłębiać swoją wiedzę. Odnosząc się do ryciny 15 można też zaobserwować, że powoli zaczyna być widoczne „odmłodzenie” (wymiana) zespołu pielęgniarskiego, bo w badaniu odpowiadało sporo osób ze stażem poniżej czterdziu lat. Zmieszanie wieloletniego doświadczenia oraz świeżego spojrzenia na niektóre aspekty i na pewno



bardziej nowoczesnej wiedzy, będzie pozwalało osiągnąć jeszcze lepsze wyniki leczenia pediatrycznych pacjentów z wylonioną stomią.

Optymistycznym aspektem tych badań jest także bardzo dobra ocena pielęgniarek i pielęgniarzy dotycząca współpracy na linii pielęgniarka – rodzic. W przypadku pacjentów pediatrycznych rola pielęgniarki w procesie powrotu do zdrowia jest niejako podwójna. Musi ona zarówno opiekować się, rehabilitować, edukować, wspierać małego pacjenta jak i jego opiekunów. Dobra współpraca opiekun – pielęgniarka to – z założenia i z praktyki – sukces leczniczy.

## STRESZCZENIE

Stomia to mechanicznie utworzone nowe ujście dla treści jelitowej. Jej wyłonienie to zabieg chirurgiczny poprawiający zdrowie pacjenta, ale także niejednokrotnie ratujący życie.

Współczesna medycyna zna wiele wad przyczyniających się do powstania niedrożności przewodu pokarmowego. Są to wady wrodzone lub nabyte. Stomia to nie choroba, tylko skutek chorób układu pokarmowego. Zmienia ona fizjologiczne funkcjonowanie organizmu i jest sporym obciążeniem psychicznym.

W przypadku noworodków – których dotyczyła powyższa praca – najczęściej mieliśmy do czynienia ze stomią okresową, dającą możliwość zespojenia i przywrócenia prawidłowego funkcjonowania przewodu pokarmowego po zakończonym procesie leczenia.

Rola pielęgniarki w procesie pielęgnacyjnym stomijnego pacjenta pediatrycznego jest szczególnie ważna. Ma ona za zadanie przygotować do zabiegu, rehabilitować, pielęgnować, ale także wspierać, edukować i współpracować z rodzicami pacjenta. Mamy tu do czynienia z wyjątkowym zjawiskiem, że pomocy pielęgniarskiej potrzebuje kilka osób. Bardzo istotne jest wdrożenie opiekunów w zalecenia pielęgnacyjne, dietetyczne, nauczenie ich jak prawidłowo dobrać sprzęt stomijny i jak go stosować. Ta współpraca jest kluczowa w doprowadzeniu do szybkiego zespojenia.

W przeprowadzonych badaniach wykazano, że personel pielęgniarski ma dobre przygotowanie merytoryczne w temacie stomii, ma także świadomość mnogości funkcji jakie winien wykonywać.

**Słowa kluczowe:** wady wrodzone, stomia, pielęgniarka stomijna, funkcje pielęgniarki, edukacja.

## SUMMARY

A stoma is a mechanically created new estuary for the contents of the intestine. Its emergence is a surgical procedure that improves the patient's health, but also often life-saving.

Modern medicine knows many defects that contribute to the obstruction of the gastrointestinal tract. They are either congenital or acquired defects. A stoma is not a disease, but an effect of digestive system disease. It changes the physiological functioning of the body and is a considerable psychological burden.

In the case of newborns – who were the subject of the above work – most often we dealt with a periodic stoma, which gave the possibility of anastomosis and restoring the proper functioning of the digestive tract after the end of the treatment process.

The role of the nurse in the care of a pediatric ostomy patient is particularly important. Its task is to prepare for surgery, rehabilitate, nurture, but also support and educate and cooperate with the patient's parents. We are dealing here with the unique phenomenon that several people need nursing assistance. It is very important to introduce caregivers to care and dietary recommendations, to teach them how to properly choose the ostomy equipment and how to use it. This collaboration is crucial in achieving rapid anastomosis.

The conducted research has shown that the nursing staff has a good meritorical preparation in the subject of the stoma, and is also aware of the multitude of functions that they should perform.

## PIŚMIENICTWO

1. Bielecki K., Kózka M., *Model opieki nad pacjentem ze stomią*, „Przewodnik Lekarski”, 2002, nr 5(6).
2. Biskupska M., Konieczna M., *Noworodek i jego rodzice w obliczu choroby i śmierci*, „Nowoczesny Lekarz”, 2013, nr 82(2).
3. Bulas D., *Prenatal diagnosis of gastrointestinal atresia and obstruction* (In:) Basow D.S., ed. UpToDate, Waltham, MA: UpToDate, 2012.
4. Dudek D., *Rola pielęgniarki w opiece nad dzieckiem z wylonioną przetoką jelitową*, „Pielęgniarstwo w Anestezjologii i Intensywnej Opiece”, 2016, nr 2(1).
5. Fryc D., Rudnicki J., Ćwiek D., *Rola edukacyjna pielęgniarek i położnych wobec rodziców noworodków przebywających na intensywnej terapii*, „Annales Academiae Medicae Stetinensis”, 2010, nr 56(2).
6. Gross R.E., *The surgery of infancy and childhood*, WB Saunders, Philadelphia 1953.
7. Kołodziejczak M., Ciesielski P., Kosim A., *Postępowanie terapeutyczne w przypadku powikłań skórnych oraz trudno gojących się ran wokół stomii*, „Nowa Medycyna”, 2013, nr 2.
8. Kozera K., Kołodziejczyk E., Kierkuś J. i inni, *Atrezja przełyku*, „Postępy Nauk Medycznych”, 11/2017.
9. Ladd W.E., *The surgical treatment of esophageal atresia and tracheoesophageal fistulas*, „The New England Journal of Medicine”, 1944, nr 230.
10. Liaqat N., Latif T., Khan F.A. i inni, *Enteric duplication in children: A case series*, „African Journal of Paediatric Surgery”, 2014, nr 11(3).
11. Ławnik A., *Rehabilitacja pacjentów ze stomią jelitową*, „Medycyna Ogólna i Nauk o Zdrowiu”, 2015, nr 21(1).
12. Łosin M.M., *Zastosowanie techniki Fokera w leczeniu długoodcinkowej niedrożności przełyku u dzieci*, Praca na stopień doktora nauk medycznych, Klinika Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży, Gdański Uniwersytet Medyczny Gdańsk 2014.
13. Majewska G., *Zmiany skórne wokół stomii a jakość życia – warto być „świadomym pacjentem”*, „Nasza Troska” 2015, nr 47(2).

14. Malej H., *Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem ze stomią*, „Biuletyn Pielęgniarek i Położnych”, 2013, nr 6.
15. Michał B., *Zdwojenia przewodu pokarmowego u dzieci*, „Internetowa Gazeta Medyczna”, nr 42.
16. Mikulska B., Jaczyńska R., Mydlak D., i inni, *Rola diagnostyki prenatalnej i torakoskopii w leczeniu wrodzonego zarośnięcia przełyku*, „Ginekologia po Dyplomie”, 2020, nr 03.
17. Moon M.H., Cho J.Y., Kim J.H., i inni, *In utero development of the fetal anal sphincter*, „Ultrasound Obstet. Gynecol”, 2010, nr 35.
18. Nussbaum Blask A. i Fagen K., *Prenatal imaging of the gastrointestinal tract with postnatal imaging correlation*, „Ultrasound Quarterly”, 2016, nr 32.
19. Palka J., *Choroba Hirschsprunga*, „Medycyna Praktyczna Chirurgia”, nr 3, 2009.
20. Pietrzyk J., *Wybrane zagadnienia z pediatrii*, tom III, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2018.
21. Raźnikiewicz A., Stroba-Żelek A., Fryc T. i inni, *Trudności diagnostyczno-lecznicze zdwojenia jelita grubego – opis przypadku*, „Medycyna Rodzinna”, 2018, nr 21(2A).
22. Rasool N., Safdar C.A., Ahmad A. i inni, *Enteric duplication in children: Clinical presentation and outcome*, „Singapore Med J”, 2013, nr 54.
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 maja 2017r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenia DZ.U.2017 poz.1061.
24. Saxena AK: *Esophageal atresia with or without tracheoesophageal fistula*, Department of Pediatric Surgery, Chelsea Children’s Hospital, Chelsea and Westminster Healthcare NHS Fdn Trust, Imperial College London 2017.
25. Shaw-Smith C: *Oesophageal atresia, tracheo-oesophageal fistula, and the VACTERL association: review of genetics and epidemiology*, „J. Med Genet”, 2006, nr 43(7).
26. Szczęsny W., Siewkowska M., Dąbrowiecki S., i inni, *Stomia jelitowa – podział i powikłania*, „Problemy Pielęgniarstwa”, 2013, nr 21(2).
27. Sobczak U., *Pielęgnacja stomii w pytaniach i odpowiedziach*, „Nasza Troska”, 2013, nr 40(1).
28. Sobczak U., *Pielęgnacja stomii. Prawidłowe postępowanie chirurgiczne i pielęgnacja*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań, 2014, wydanie I.
29. Śmigła R., Patkowski D., *Wrodzone zarośnięcie przełyku*, Praktyczny przewodnik. Akademia Medyczna Piastów Śląskich, Wrocław 2012.
30. Walewska E., *Podstawy Pielęgniarstwa Chirurgicznego*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
31. Wolańska-Buzalska D., *Wybrane zaburzenia przewodu pokarmowego*, „Nasza Troska”, 2017, nr 55(3).
32. Veyrac C., Couture A., Saguintaah M., i inni, *MRI of fetal GI tract abnormalities*, „Abdominal Imaging Journal”, 2004, nr 29.
33. Vogt E.G., *Congenital esophageal atresia*, „Am J Roentgenol”, 1929, nr 22.

34. Zelga M., Zelga P., Dzik A. i inni, *Choroba Hirschsprunga u dzieci i dorosłych – kompendium wiedzy dla chirurga ogólnego*, „Nowa Medycyna”, 2/2017.
35. Zouari M., Bouthour H., Abdallah R.B. i inni, *Alimentary tract duplications in children: report of 16 years' experience*, „Afr J Paediatr Surg”, 2014, nr 11(4).

## NETOGRAFIA

1. Bałąj M., *Wrodzone zarośnięcie jelita cienkiego*, [https://pl.wikipedia.org/wiki/Atrezja\\_jelita\\_cienkiego](https://pl.wikipedia.org/wiki/Atrezja_jelita_cienkiego) (data dostępu: 20.04.2021).
2. Barczyński M., *Zarośnięcie odbytu*, <https://www.medonet.pl/choroby-od-a-do-z/choroby-wymagajace-interwencji-chirurgicznej,zarosniecie-odbytu-u-noworodka---przyczyny--objawy-i-leczenie,artykul,1579174.html> (data dostępu: 21.04.2021).
3. Błaszczński M., *Zdwojenia przewodu pokarmowego u dzieci*, <https://hylostet.pl/igm/artykul/zdwojenia-przewodu-pokarmowego-u-dzieci/> (data dostępu: 30.04.2021).
4. Daniliszyn J., *Wytyczne postępowania w chorobie Hirschsprung'a* <https://www.termedia.pl/gastroenterologia/Wytyczne-postepowania-w-chorobie-Hirschsprung-a,39488.html> (data dostępu 6.04.2021).
5. Kozera K., Kołodziejczyk E., Kierkuś J. i inni, *Atrezja przełyku – Postępy Nauk Medycznych*, <http://www.czytelniamedyczna.pl/6162,atrezja-przezyku.html> (data dostępu 15.04.2021)
6. Kwinta P., *Wrodzone zarośnięcie odbytu*, <https://www.mp.pl/pacjent/pediatrica/choroby/ukladpokarmowy/51035,wrodzone-zarosniecie-odbytu>, (data dostępu 21.04.2021).
7. Lang A., *Ratunek dla noworodków*, <https://www.termedia.pl/gastroenterologia/Ratunek-dla-noworodkow,9113.html> (data dostępu 21.04.2021).
8. Mikulska B., *Rola diagnostyki prenatalnej i torakoskopii w leczeniu wrodzonego zarośnięcia przełyku*, <https://podyplomie.pl/ginekologia/34592,rola-diagnostyki-prenatalnej-i-torakoskopii-w-leczeniu-wrodzonego-zarosniecia-przezyku> (data dostępu 20.04.2021).
9. Nussbaum Blask A., *Zgodność wyników diagnostyki obrazowej przewodu pokarmowego u płodu i noworodka*, <https://www.mp.pl/ginekologia/techniki-obrazowania/150931,zgodnosc-wynikow-diagnostyki-obrazowej-przewodu-pokarmowego-uprodu-inoworodka> (data dostępu 1.04.2021).
10. *Choroba Hirschsprunga – przyczyny, objawy, diagnostyka, leczenie, powikłania*, <https://www.medme.pl/choroby/choroba-hirschsprunga,73.html> (data dostępu 1.04.2021).

## SPIS RYCIN

|   |    |
|---|----|
| Rycina 1. Obraz prawidłowych jelit płodu uzyskany w MRI i USG . . . . .               | 84 |
| Rycina 2. Klasyfikacja Grossa . . . . .   | 87 |
| Rycina 3. Zarośnięcie przełyku. . . . .   | 88 |
| Rycina 4. USG płodu: przekrój poprzeczny jamy brzusznej – brak echa żołądka . . . . . | 88 |
| Rycina 5. USG płodu: maksymalna kieszonka płynu owodniowego – wielowodzie . . . . .   | 89 |

|  |     |
|--|-----|
| Rycina 6. Zdwojenie przewodu pokarmowego .....   | 92  |
| Rycina 7. Radiogram jamy brzusznej w pozycji pionowej – rozdęte pętle jelita z poziomami<br>pływu, brak wypełnienia odbytnicy powietrzem (fot. Marcin Słowiacek) ..... | 99  |
| Rycina 8. Schemat wgłobienia krętniczo-kątniczego .....  | 104 |
| Rycina 9. Wlew kontrastowy do jelita grubego (fot. Piotr Sołtysiak) .....  | 107 |
| Rycina 10. Jednoetapowa operacja choroby Hirschsprunga z dostępu przezodbytniczego. ....   | 109 |
| Rycina 11. Diagram słupkowy przedstawiający rozkład procentowy populacji względem płci (n = 100) ..  | 128 |
| Rycina 12. Diagram kołowy ilustrujący grupy wiekowe biorące udział w badaniu (n = 100) .....   | 128 |
| Rycina 13. Diagram kołowy przedstawiający rozkład procentowy populacji względem<br>miejsca zamieszkania (n = 100) .....  | 129 |
| Rycina 14. Diagram kołowy przedstawiający rozkład procentowy populacji względem<br>stażu pracy (n = 100) .....   | 129 |
| Rycina 15. Diagram kołowy przedstawiający rozkład procentowy personelu<br>pielęgniarskiego pod względem deklarowanego miejsca zatrudnienia. (n = 100) .....            | 130 |
| Rycina 16. Diagram kolumnowy przedstawiający procentowy rozkład kontaktu<br>pielęgniarek/pielęgniarzy z pacjentem stomijnym. (n = 100) .....                           | 130 |
| Rycina 17. Diagram kołowy przedstawiający procentowy rozkład kontaktu pielęgniarek/<br>pielęgniarzy z pacjentami stomijnymi w zależności od ich wieku. (n = 100) ..... | 131 |
| Rycina 18. Diagram kołowy przedstawiający procentowy rozkład wiedzy na temat stomii<br>wśród pielęgniarek/pielęgniarzy. (n = 100) .....                                | 131 |
| Rycina 19. Diagram stożkowy obrazujący poziom wiedzy pielęgniarek/pielęgniarzy<br>na temat chorób prowadzących do wyłonienia stomii. (n = 100) .....                   | 132 |
| Rycina 20. Diagram kolumnowy przedstawiający wiedzę rodziców o chorobie dziecka<br>w okresie płodowym. (n = 100) .....   | 133 |
| Rycina 21. Diagram kołowy przedstawiający procentowy rozkład znajomości rodzajów<br>stomii. (n = 100) .....  | 133 |
| Rycina 22. Diagram kolumnowy przedstawiający procentowy rozkład dotyczący<br>znajomości sprzętu stomijnego. (n = 100) .....  | 134 |
| Rycina 23. Diagram kolumnowy przedstawiający procentowy rozkład problemów<br>pielęgniarek/pielęgniarzy z rozpoznaniem stomii. (n = 100) .....                          | 134 |
| Rycina 24. Diagram kolumnowy przedstawiający procentową ocenę systemu szkoleń<br>personelu pielęgniarskiego. (n = 100) .....   | 135 |
| Rycina 25. Diagram kołowy przedstawiający procentowy rozkład kontaktu pielęgniarek/<br>pielęgniarzy z powikłaniami po wyłonieniu stomii. (n = 100) .....               | 135 |
| Rycina 26. Diagram kołowy przedstawiający ocenę dostępu do fachowej opieki stomijnej. (n = 100) . . .  | 136 |
| Rycina 27. Diagram kolumnowy przedstawiający ocenę opieki przedoperacyjnej rodziców<br>pacjentów stomijnych. (n = 100) .....   | 137 |

|  |     |
|--|-----|
| Rycina 28. Diagram kolumnowy przedstawiający znajomość zasad pielęgnacji przetoki jelitowej. (n = 100) . . . . .   | 137 |
| Rycina 29. Diagram kołowy przedstawiający najczęstsze błędy popełniane przy pielęgnacji stomii (n = 100) . . . . .   | 138 |
| Rycina 30. Diagram kołowy przedstawiający główne funkcje pielęgniarki stomijnej. (n = 100) . . . . .   | 139 |
| Rycina 31. Diagram kolumnowy przedstawiający ocenę poziomu wiedzy rodziców pacjenta na temat stomii. (n = 100) . . . . .   | 139 |
| Rycina 32. Diagram kolumnowy przedstawiający świadomość lokalizacji poradni stomijnych. (n = 100). 140   | 140 |
| Rycina 33. Diagram kolumnowy przedstawiający świadomość obecności psychologa w szpitalnej aktywnej opiece rodziców małego pacjenta stomijnego. (n = 100) . . . . .       | 141 |
| Rycina 34. Diagram kolumnowy przedstawiający znajomość zaleceń dietetycznych dla pacjentów stomijnych. (n = 100). . . . .  | 142 |
| Rycina 35. Diagram kołowy przedstawiający częstotliwość odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego w praktyce pielęgniarskiej każdego ankietowanego. (n = 100) . . . . . | 142 |

## SPIS TABEL

|   |    |
|---|----|
| Tabela 1. Klasyfikacja Grossa . . . . . | 87 |
|---|----|



**ANEKS**

## KWESTIONARIUSZ ANKIETY

1. Płeć
  - Kobieta
  - Mężczyzna
  
2. Wiek:
  - 20 – 30
  - 31 – 40
  - 41 – 50
  - 51 – 60
  - Powyżej 60 lat
  
3. Miejsce zamieszkania:
  - wieś
  - miasto do 5 tys. mieszkańców
  - miasto 5 – 20 tys. mieszkańców
  - miasto od 21 tys. mieszkańców
  
4. Staż pracy pielęgniarki/pielęgniarsza:
  - Do 5 lat
  - 6 – 10 lat
  - 11 – 15 lat
  - Powyżej 15 lat
  
5. Na jakim oddziale Pani/Pan pracuje?
  - OITD
  - Neonatologia
  - Pediatria
  - Chirurgia dziecięca
  - Inny
  
6. Jak często w swojej praktyce zawodowej Pani/Pan opiekowaliście się dzieckiem z wylonioną stomią?
  - Nigdy
  - Raz
  - Wielokrotnie

7. W jakim wieku było dziecko?
  - Noworodek
  - Niemowlę
  - Dziecko powyżej 1 roku życia
  - Dziecko powyżej 3 roku życia
  
8. Jak ocenia Pani/Pan swoją wiedzę na temat stomii?
  - Bardzo dobrze
  - Dobrze
  - Dostatecznie
  - Źle
  
9. Czy wie Pani/Pan jakie choroby mogą prowadzić do wyłonienia stomii?
  - Tak
  - Nie
  
10. Czy rodzice dzieci z wyłonioną stomią wiedzieli w okresie płodowym o chorobie dziecka?
  - Tak
  - Nie
  
11. Jakie zna Pani/Pan rodzaje stomii:
  - a. Żadnej
  - b. Kolostomia
  - c. Ileostomia
  - d. Urostomia
  - e. Wszystkie
  
12. Czy Pani/Pan potrafi wymienić rodzaje sprzętu stomijnego?
  - Tak
  - Nie
  
13. Czy Pani/Pan miałby problem z rozpoznaniem stomii?
  - Tak
  - Nie
  - Nie wiem, bo nigdy nie miałam/miałem do czynienia

14. Czy system szkoleń pielęgniarek w Polsce sprzyja rozwojowi ich wiedzy w zakresie opieki stomijnej?
- Tak
  - Nie
15. Z jakimi powikłaniami po wyłonieniu stomii najczęściej się Pani/Pan spotkali?
- Żadnymi
  - Podrażnieniem skóry
  - Wypadaniem stomii
  - Wszystkimi z powyższych
16. Jak ocenia Pani/Pan dostęp do fachowej opieki stomijnej?
- Źle
  - Dostatecznie
  - Dobrze
  - Bardzo dobrze
17. Czy uważa Pani/Pan że opieka przedoperacyjna dziecka jak i jego rodziców (opiekunów) jest wystarczająca?
- Tak
  - Nie
18. Czy zna Pani/Pan zasady pielęgnacji przetoki jelitowej?
- Tak
  - Nie
19. Jakie są według Pani/Pana najczęstsze błędy popełniane przy pielęgnacji stomii?
- Złe dopasowanie sprzętu
  - Nieodpowiedni dobór środków pielęgnacyjnych
  - Niedokładne przyklepienie płytki
  - Żadne z powyższych
  - Wszystkie z powyższych
20. Jaką funkcję pełni pielęgniarzka w opiece nad pacjentem ze stomią jelitową?
- Opiekuńczą,
  - Rehabilitacyjną

- Terapeutyczną
  - Edukacyjną
  - Wszystkie wymienione
21. Jak ocenia Pani/Pan poziom wiedzy rodziców (opiekunów) dzieci z wyłonią stomią?
- Bardzo dobrze
  - Dobrze
  - Źle
22. Czy wie Pani/Pan gdzie w najbliższej okolicy znajdują się poradnie stomijne:
- Tak
  - Nie
23. Czy w szpitalu w którym Pani/Pan pracuje jest zatrudniony psycholog, który aktywnie współpracuje z rodzicami małych pacjentów?
- Tak
  - Nie
  - Nie wiem
24. Czy zna Pani/Pan zalecenia dietetyczne dla dzieci z wyłonią stomią?
- Tak
  - Nie
25. Ilu pacjentów w Pani/Pana praktyce zawodowej miało zabieg odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego ( likwidacja stomii)?
- Żaden
  - Jeden
  - Mniej niż 5
  - 5 i więcej



Marzena Pietkiewicz, Elżbieta Świątkowska, Karol Koszarda

# **AKTYWNOŚĆ ŻYCIOWA DZIECKA W CHOROBAH PRZEWLEKŁYCH UKŁADU POKARMOWEGO**





# SPIS TREŚCI

|   |            |
|---|------------|
| WSTĘP .....   | 163        |
| <b>1. BUDOWA I FUNKCJE UKŁADU POKARMOWEGO .....</b>                                   | <b>165</b> |
| 1.1. EPIDEMIOLOGIA I ETIOLOGIA SCHORZEŃ UKŁADU POKARMOWEGO U DZIECI .....             | 170        |
| 1.2. NAJCZĘŚCIEJ WYSTĘPUJĄCE CHOROBY UKŁADU TRAWIENNEGO U DZIECI .....                | 172        |
| <b>2. CHOROBA LEŚNIEWSKIEGO-CROHNA .....</b>  | <b>176</b> |
| 2.1. RODZAJ I UMIEJSCOWIENIE ZMIAN CHOROBOWYCH LEŚNIEWSKIEGO-CROHNA .....             | 176        |
| 2.2. OBJAWY I PRZEBIEG CHOROBY LEŚNIEWSKIEGO-CROHNA .....                             | 177        |
| 2.3. ROZPOZNANIE I DIAGNOSTYKA RÓŻNICOWA CHOROBY LEŚNIEWSKIEGO-CROHNA .....           | 177        |
| 2.4. LECZENIE CHOROBY LEŚNIEWSKIEGO-CROHNA .....                                      | 180        |
| <b>3. WRZODZIEJĄCE ZAPALENIE JELITA GRUBEGO .....</b>                                 | <b>183</b> |
| 3.1. OBRAZ KLINICZNY WRZODZIEJĄCEGO ZAPALENIA JELITA GRUBEGO .....                    | 183        |
| 3.2. ROZPOZNANIE WRZODZIEJĄCEGO ZAPALENIA JELITA GRUBEGO .....                        | 184        |
| 3.3. LECZENIE WRZODZIEJĄCEGO ZAPALENIA JELITA GRUBEGO .....                           | 185        |
| <b>4. JAKOŚĆ ŻYCIA DZIECKA W CHOROBYCH PRZEWLEKŁYCH UKŁADU POKARMOWEGO .....</b>      | <b>187</b> |
| 4.1. WPŁYW CHOROBY PRZEWLEKŁYCH UKŁADU POKARMOWEGO NA AKTYWNOŚĆ ŻYCIOWĄ DZIECKA ..... | 187        |
| 4.2. INNE PROBLEMY ZWIĄZANE Z CHOROBY .....   | 188        |
| 4.3. WPŁYW TRYBU ŻYCIA NA ZDROWIE DZIECKA .....                                       | 189        |
| <b>5. METODOLOGIA BADAŃ .....</b>   | <b>191</b> |
| 5.1. PRZEDMIOT I CEL BADAŃ .....  | 191        |
| 5.2. PROBLEMY I HIPOTEZY BADAWCZE .....   | 191        |
| 5.3. METODY, TECHNIKI I NARZĘDZIA BADAŃ .....   | 193        |

|  |            |
|--|------------|
| 5.4. CHARAKTERYSTYKA GRUPY BADAWCZEJ . . . . . | 194        |
| <b>PODSUMOWANIE . . . . .</b>                  | <b>210</b> |
| <b>WNIOSKI. . . . .</b>                        | <b>212</b> |
| <b>STRESZCZENIE . . . . .</b>                  | <b>213</b> |
| <b>SUMMARY . . . . .</b>                       | <b>214</b> |
| <b>PIŚMIENNICTWO. . . . .</b>                  | <b>215</b> |
| <b>SPIS RYCIN. . . . .</b>                     | <b>216</b> |
| <b>SPIS WYKRESÓW . . . . .</b>                 | <b>216</b> |
| <b>ANEKS . . . . .</b>                         | <b>219</b> |

## WSTĘP

Aktywność życiowa dzieci z chorobą przewlekłą układu pokarmowego, obejmuje nieswoiste choroby zapalne jelit, które są reprezentowane przez dwa idiopatyczne, przewlekłe i nawracające schorzenia układu pokarmowego: wrzodziejące zapalenie jelita grubego i chorobę Leśniowskiego-Crohna. Przewlekłe choroby zapalne jelit, to choroby o podłożu autoimmunologicznym cechujące się wieloletnim i naprzemiennym występowaniem okresów remisji i zaostrzeń. Typowe postaci tych schorzeń, mimo szerokiego zainteresowania tymi schorzeniami i znacznego postępu w dziedzinie gastroenterologii, powszechnie uważa się za jednostki nieuleczalne, a ich etiopatogeneza nie jest do końca poznana. Za główne czynniki przyjmuje się obciążenie genetyczne, środowiskowe, immunologiczne.

W Polsce brak jest kompleksowych badań epidemiologicznych, a zatem liczba chorych jest trudna do oszacowania. Przeprowadzone badania zachorowalności wśród dzieci w latach 2003–2004, wykazały ponad 250 nowo rozpoznanych przypadków rocznie. Według danych zebranych przez Krajowego Konsultanta w dziedzinie gastroenterologii zarejestrowanych jest ponad 5 tysięcy osób z czego 1/4 to dzieci i młodzież. Coraz częściej chorują małe dzieci i niemowlęta.

Celem pracy będzie ocena czynników wpływających na aktywność życiową dzieci chorujących na chorobę Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejące zapalenie jelita grubego.

Niniejsza praca oparta będzie na badaniach przeprowadzonych samodzielnie za pomocą kwestionariusza ankiety, wśród dzieci hospitalizowanych w Klinice PUM w Szczecinie w oddziale gastrologii dziecięcej.

W pierwszych rozdziałach zostanie przedstawiona część teoretyczna dotycząca budowy i funkcji układu pokarmowego oraz omówione będą dwie podstawowe jednostki chorobowe: Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejące zapalenie jelita grubego.

W dalszej części pracy przedstawiono problemy dotyczące funkcjonowania dzieci oraz wpływ zapalenia na aktywność życiową w ich codziennym życiu.

W części badawczej pracy zawarte będą metodologiczne koncepcje badań, które zostaną poddane ocenie, a następnie wysunięte wnioski z przeprowadzonych badań.

## ROZDZIAŁ 1

# BUDOWA I FUNKCJE UKŁADU POKARMOWEGO

Układ pokarmowy pełni ważną funkcję w życiu każdego człowieka. Odpowiada za pobieranie i trawienie pożywienia oraz wchłanianie zawartych w nim składników pokarmowych i odżywczych, które są potrzebne do pełnienia wielu funkcji życiowych. Główną rolę jaką pełni układ pokarmowy jest pobieranie pokarmów i wody, następnie trawienie i wchłanianie. Jama ustna jest pierwszym odcinkiem przewodu pokarmowego. W jamie ustnej pokarm jest rozdrabniany, a następnie przekazywany do dalszej części układu pokarmowego, czyli gardła i przełyku. Następnie przemieszczany do żołądka w którym będzie trawiony.

Układ pokarmowy składa się z wielu elementów. W jego skład wchodzi: jama ustna, gardło, przełyk, żołądek, jelito cienkie, jelito grube (jelito ślepe, okrężnica, odbytnica). W skład układu pokarmowego zalicza się gruczoły: wątroba, trzustka, ślinianki<sup>1</sup>.

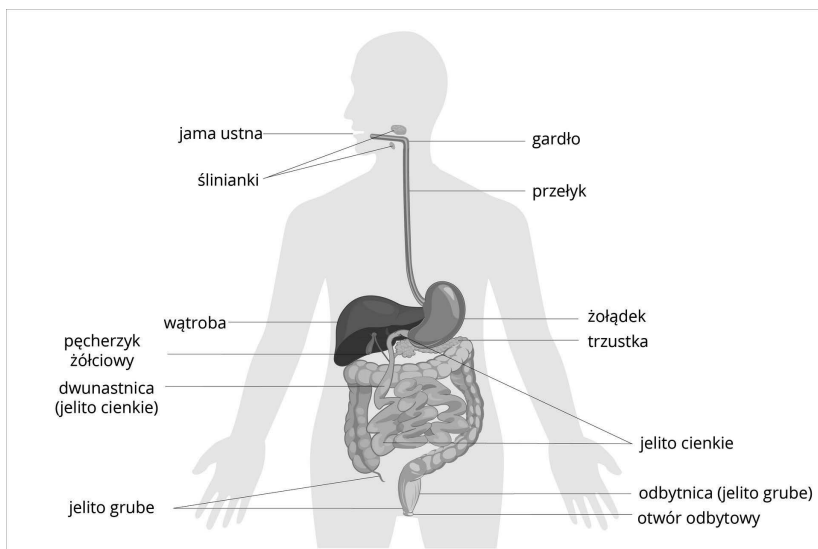
### JAMA USTNA

Jama ustna składa się z przedsionka jamy ustnej właściwej i jest oddzielona łukami zębowymi szczęki i żuchwy. Przedsionek ograniczony jest od przodu wargami: górną i dolną, a od tytułu łukami zębowymi. Do przedsionka jamy ustnej, na wysokości górnych zębów trzonowych, prowadzą przewody wyprowadzające do ślinianek przyusznych. Jama ustna jest początkowym odcinkiem przewodu pokarmowego. W niej następuje wstępna, mechaniczna obróbka pokarmu i przygotowanie do dalszego trawienia. Pokarm zostaje rozdrobniony, miażdżony i mieszany ze śliną, która zawiera enzym trawienny wydzielany przez ślinianki (gruczoły ślinowe)<sup>2</sup>. W ślinie rozpuszczane są cząsteczki pokarmu, dzięki którym wyczuwa się: konsystencję, temperaturę, smak, zapach. Po uformowaniu kęsa pokarmowego zostaje on przesunięty (połknięty) do dalszej części przewodu.

<sup>1</sup> T. Zalewski, Choroby przewodu pokarmowego u dzieci, Warszawa 2001, s. 22.

<sup>2</sup> B. Arabska-Przedpeńska, H. Pawlicka, Morfologia oraz funkcja endodontium i okołowierzchołkowych tkanek zęba, (w:) Współczesna endodoncja w praktyce, pod redakcją B. Arabskiej-Przedpeńskiej, H. Pawlickiej, Łódź 2011, s. 38.

Rycina 1. Anatomia układu pokarmowego



Źródło: <https://static.epodreczniki.pl/portal/f/res-minimized/RcW1vng2V4S8S/3/1DrEQ7qqAuFRPZUV5Y2tkDwCTtNTOMVu.png> (dostęp: 03.02.2021).

## GARDŁO

Gardło – to wspólny odcinek dróg pokarmowych i oddechowych, stanowiący przedłużenie jamy ustnej i nosowej, przechodzący dalej w przełyk i krtani. Gardło zbudowane jest z mięśni poprzecznie prążkowanych pokrytych od zewnątrz tkanką łączną, a od wewnątrz błoną śluzową. Gardło zaczyna się od podstawy czaszki, aż do przejścia w przełyk (szóstego kręgu szyjnego)<sup>3</sup>.

Dzieli się na trzy części:

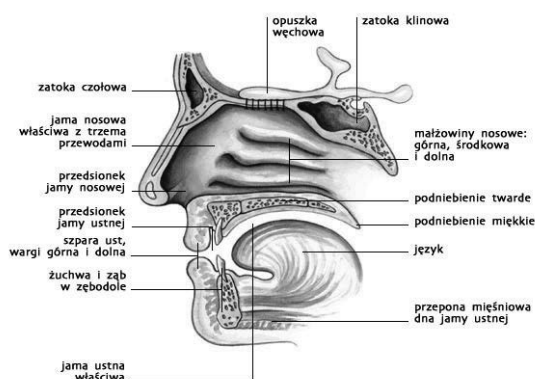
- nosową – wchodzi w skład układu oddechowego,
- gardłową – część wspólna dla obu układów,
- krtaniową – znajdująca się na rozdrożu obu układów.

W części nosowej znajduje się ujście gardłowe trąbki słuchowej łączące gardło z uchem wewnętrznym. W części krtaniowej znajduje się nagłośnia, dzięki której pokarm nie przedostaje się do krtani. Podczas przełykania chrząstka zwana nagłośnią zamyka wejście do krtani i tchawicy, aby zapobiec przedostaniu się pokarmu do dróg oddechowych i zapobiec zadławieniu<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> A. Bochenek, M. Reicher, Anatomia człowieka, tom 2, Warszawa 2010, s. 123–126.

<sup>4</sup> Tamże, s. 114–148.

Rycina 2. Anatomia jamy ustnej



Źródło: <https://mm.pwn.pl/fz/jpg/583/2n/anat57b.jpg> (dostęp: 03.02.2021).

## PRZEŁYK

Przełyk – jest przewodem mięśniowo-błoniastym, łączącym gardło z żołądkiem. Czynność przełyku polega na transporcie pokarmu z gardła do żołądka. Długość przełyku wynosi około 23–26 cm. Ściana przełyku nie posiada zdolności wchłaniania pokarmu ani trawienia. Zbudowana jest z czterech warstw: pierwsza – błona śluzowa, druga – błona podśluzowa, trzecia – błona mięśniowa i czwarta – błona zewnętrzna.

Rozróżniamy część:

- szyjną – około 5 cm,
- piersiową – część najdłuższa,
- brzuszną – część najkrótsza.

Występują trzy fizjologiczne zwężenia przełyku:

- zwężenie górne,
- zwężenie środkowe,
- zwężenie dolne.

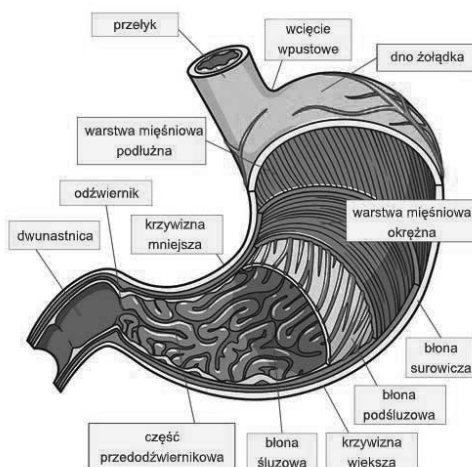
Górny zwieracz przełyku, znajduje się w miejscu przejścia gardła w przełyk. Pomaga w połykaniu i zapobiega cofaniu się pokarmu. Zwężenie środkowe znajduje się na wysokości rozdwojenia tchawicy, gdzie od lewej strony i od tyłu obejmuje go aorta zstępująca, a od przodu lewe oskrzele. Dolny zwieracz przełyku to mięsień znajdujący się niemal na końcu przełyku około 2–3 cm powyżej wpustu żołądka. Zapobiega cofaniu się kwaśnej treści żołądkowej do przełyku. Proces połykania zaczyna się w jamie ustnej od formowania kęsa, a następnie transportuje go do gardła.

Faza gardłowa jest niezależnym odruchem, dochodzi do niej podczas podrażnienia receptorów podniebienia miękkiego, łuków podniebiennych, gardła i języka. Następnie ściany przełyku zwężają się i przesuwiają pokarm do przełyku, podniebienie miękkie unosi się blokując przedostanie się do jamy nosowej. Dzięki nagłośni, która blokuje dojsście do krtani, pokarm nie przedostaje się do układu oddechowego, a posiłek trafia do żołądka<sup>5</sup>. Przełyk nie pełni funkcji trawiennej, jedynie transportuje pożywienie do żołądka za pomocą ruchów perystaltycznych.

## ŻOŁĄDEK

Żołądek ma kształt hakowatego worka, który z lewej strony uwypukla się. Położony jest w jamie brzusznej ponad pępkiem w okolicy lewego podżebrza. Żołądek składa się z trzech przestrzeni: części odźwiernikowej, trzonu i sklepienia. Główną funkcją żołądka jest gromadzenie pożywienia, wchłanianie substancji rozpuszczalnych w tłuszczach i wodzie oraz wstępne trawienie białek. W żołądku dochodzi do przygotowania treści pokarmowej (przyswajalnej papki), która w dalszej części procesu trawienia przekazywana jest do jelit<sup>6</sup>. Żołądek pełni ważną funkcję w układzie pokarmowym dzięki temu, że posiada dwa ujścia umożliwiające cofanie się znajdującej zawartości w żołądku do przełyku. Proces zatrzymania pokarmu pozwala przygotować go do dalszego trawienia.

Rycina 3. Anatomia żołądka



Źródło: <https://www.medianauka.pl/biologia/grafika/inne/budowa-zoladka.jpg> (dostęp: 03.02.2020).

<sup>5</sup> T. Zalewski, Choroby przewodu pokarmowego u dzieci, Warszawa 2001, s. 3.

<sup>6</sup> Tamże, s. 38.



## JELITO CIENKIE

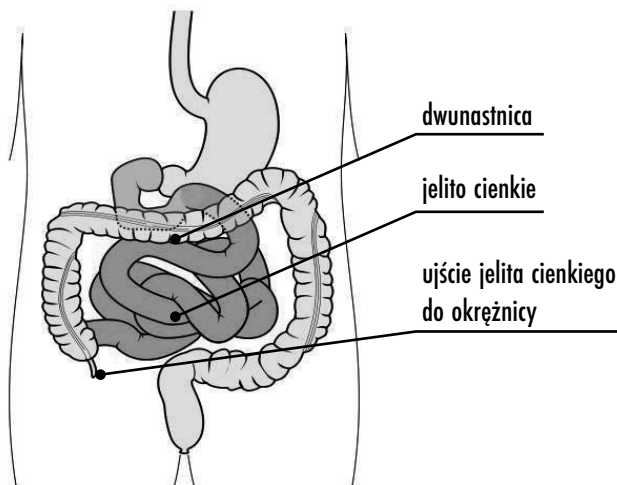
Jelito cienkie to część przewodu pokarmowego, która rozciąga się od żołądka do jelita grubego. Jelito cienkie człowieka osiąga długość od 4–5 m i ciągnie się od odźwiernika do ujścia jelita grubego.

Podzielone jest na trzy odcinki:

- dwunastnicą – ma długość około 25–30 cm,
- jelito czcze o długości około 3 m,
- jelito kręte – położone jest w dolnym odcinku jamy brzusznej i przechodzi do jelita grubego.

Funkcją jelita cienkiego jest produkcja soku trawiennego, który składa się ze stłuszczonych komórek jelita oraz roztworu zawierającego enzymy trawienne. Wydzielanie soku jelitowego, stymulowane jest hormonalnie pod wpływem miazgi pokarmowej. Pełni ważną rolę w trawieniu pokarmu – białka trawione są za pomocą trypsyny, chymotrypsyny, tłuszcze rozkłada – lipaza, a węglowodany – amylaza, dzięki tym procesom składniki pokarmowe ulegają rozłożeniu na części składowe i mogą zostać wchłonięte do krwi, a następnie przetransportowane do komórek<sup>7</sup>.

Rycina 4. Struktura jelita cienkiego



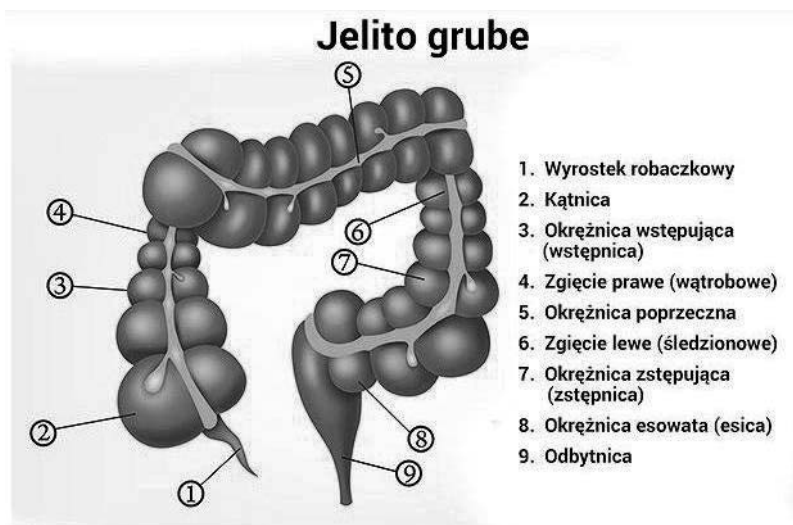
Źródło: [https://eszkola.pl/img/galleries/thumb/home/j\\_cienkie.jpg](https://eszkola.pl/img/galleries/thumb/home/j_cienkie.jpg) (dostęp: 03.02.2021).

<sup>7</sup> Gastroenterologia i Hepatologia Kliniczna, pod redakcją S.J. Konturka, wydanie 5, Warszawa 2006, s. 206–210.

## JELITO GRUBE

W jelicie grubym odbywa się końcowy proces formowania kału. Jego długość wynosi około 130–150 cm. W skład jelita grubego wchodzi: kątnica, wstępnica, odbytnica i odbyt. W jelicie grubym niestrawione resztki pokarmu formułowane są w kał, a następnie wydalane na zewnątrz przez odbyt. Jelito grube jest magazynem tak zwanych pożytecznych bakterii, które wytwarzają krwinki białe, chroniące organizm przed szkodliwymi wirusami i bakteriami<sup>8</sup>. Ponadto zbudowane jest z tkanki limfatycznej i pełni ważną rolę w układzie odpornościowym. Jelito grube otacza dookoła całą jamę brzuszną.

Rycina 5. Struktura jelita grubego



Źródło: <https://www.proktosonomed.lublin.pl/uploaded/Anatomia.jpg> (dostęp: 03.02.2021).

### 1.1. EPIDEMIOLOGIA I ETIOLOGIA SCHORZEŃ UKŁADU POKARMOWEGO U DZIECI

Przewlekłe schorzenia układu pokarmowego obejmują choroby zapalenia jelit, między innymi: chorobę Leśniowskiego-Crochna (ChLC) i wrzodziejące zapalenie jelita grubego (WZJG). Nieswoiste zapalenia jelit, są grupą przewlekłych chorób zapalnych przewodu pokarmowego, w których naprzemiennie występują okresy remisji i zaostrzeń.

<sup>8</sup> Tamże, s. 252–254.

W przypadku choroby Leśniowskiego-Crohna – rozpowszechnienie choroby charakteryzuje zróżnicowanie geograficzne. Najwięcej zachorowań obserwuje się w krajach wysoko rozwiniętych Europy Zachodniej oraz Ameryki Północnej. Najbardziej dynamiczny wzrost zapadalności na tę chorobę odnotowano w Stanach Zjednoczonych w latach 60–70 ubiegłego stulecia, obecnie współczynnik zachorowalności wynosi 3,1–14,6 przypadków na 100 000 osób na rok. Wyższe wartości notuje się w rejonach Ameryki Północnej. W krajach Europy Zachodniej i Północnej zapadalność na chorobę Leśniowskiego-Crohna szacuje się na 11,4 przypadków na 100 000 osób na rok. Według danych brytyjskich liczba zachorowań na choroby zapalne zwiększa się dwukrotnie co 10 lat.

W Polsce epidemiologia choroby nie została dokładnie poznana, ale w ostatnich latach obserwuje się zwiększenie częstości zachorowań, zwłaszcza u dzieci. Największa zapadalność przypada na wiek młodzieńczy oraz między 20 a 40 rokiem życia. Drugi mniejszy szczyt przypada po 60 roku życia. Według krajowego rejestru choroby Leśniowskiego-Crohna w Polsce zarejestrowano 5191 przypadków chorych, 15% chorych pierwszego stopnia. Ryzyko zachorowania wynosi: 8,9% u potomstwa, 8,8% u rodzeństwa i 3,5% u rodziców<sup>9</sup>.

Etiologia choroby nie została dotychczas wyjaśniona. Wśród przyczyn zapadalności na tę chorobę, rozpatruje się wiele czynników i zalicza się do nich:

- czynniki genetyczne – predyspozycje rodzinne, rasowe oraz pokrewieństwo z chorobami z autoagresji,
- czynniki immunologiczne – u chorych występuje wiele odchyłeń immunologicznych między innymi przeciwciała przeciwokrzężnicze i limfocyty cytotoksyczne w odniesieniu do komórek jelitowych. Nie wyjaśniono czy mają charakter pierwotny czy wtórny w stosunku do choroby.

Do innych przyczyn choroby Leśniowskiego-Crohna zalicza się zaburzenia wchłaniania kwasów żółciowych, witaminy B12, witamin rozpuszczalnych w tłuszczach, cholesterolu oraz lipidów, a także:

- czynniki pokarmowe – małe spożycie błonnika w diecie, picie mleka krowiego, wczesne zaprzestanie karmienia piersią oraz spożywanie cukru,
- zakażenia – na powstanie choroby mogą mieć wpływ zakażenia grzybami, proteoglikanami bakteryjnymi, mykobakterią, patogenami E Coli oraz wirusy ospy i odry.

<sup>9</sup> A. Wilanowska, G. Rydzewska, Epidemiologia i przebieg kliniczny choroby Leśniowskiego-Crohna, (w:) Choroba Leśniowskiego-Crohna – 100 lat diagnostyki i terapii, pod redakcją G. Rydzewskiej, E. Małeckiej-Panas, wydanie 1, Poznań 2008, s. 23–24.

Wrzodziejące zapalenie jelita grubego – choroba najczęściej występuje w krajach wysokorozwiniętych, na terenach Europy, Ameryki Północnej, rzadziej wśród mieszkańców Azji i Afryki. Podobnie jak w chorobie Leśniowskiego-Crohna zapadalność częściej stwierdza się w populacji rasy białej oraz u Żydów. Na wrzodziejące zapalenie jelita grubego chorują częściej ludzie młodzi w wieku 20–40 lat. W 20% rozpoznaje się chorobę przed 20 rokiem życia, a w 4% u małych dzieci do 5 roku życia. Częstość występowania choroby to 10/100 000 przypadków, co daje około 700 zachorowań rocznie. Etiologia choroby nie jest do końca znana. Przypuszczalnie za zachorowania odpowiedzialne są czynniki środowiskowe, immunologiczne i genetyczne.

## 1.2. NAJCZĘŚCIEJ WYSTĘPUJĄCE CHOROBY UKŁADU TRAWIENNEGO U DZIECI

Choroby te mogą dotyczyć każdego odcinka przewodu pokarmowego, począwszy od jamy ustnej do odbytu. Dzieci najczęściej chorują na zapalenie jamy ustnej, przełyku, żołądka, jelit, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, chorobę Leśniowskiego-Crohna, chorobę trzewną, alergie, zaparcia. Do schorzeń układu pokarmowego u dzieci zalicza się: kamicę żółciową, ostre i przewlekłe zapalenie trzustki oraz zapalenie woreczka żółciowego. Układ pokarmowy może być też zaatakowany przez pasożyty ludzkie jak: glistę ludzką lamblie, owsiki, tasiemca, włośnicę.

### ZESPÓŁ JELITA NADWRAŻLIWEGO

Zalicza się do chorób czynnościowych jelit, które zaburzają czynności środkowego lub dolnego odcinka pokarmowego. U dzieci występuje jako ból czynnościowy brzucha, migrena brzuszna, aerofagia, biegunka czynnościowa, oraz zaburzenia defekacji. Najczęściej objawy chorobowe występowały u dzieci ze wzmożoną pobudliwością nerwową i nasilały się pod wpływem czynników stresogennych<sup>10</sup>. Częstość występowania choroby określana jest na 10–20% w populacji młodocianych i dorosłych. U dzieci choroba jest rozpoznawana rzadziej, występuje najczęściej między 16–30 rokiem życia.

### CHOROBA REFLUKSOWA PRZEŁYKU

Zespół objawów klinicznych i zmian morfologicznych błony śluzowej przełyku, powstaje w następstwie patologicznego cofania się treści żołądkowej do przełyku. Dochodzi wtedy do zapalenia przełyku, zmian zapalnych krtani, oskrzeli, płuc, zapalenia ucha środkowego, upośledzenie i niedożywienie.

<sup>10</sup> W. Bartnik, Choroby jelita grubego, (w:) Gastroenterologia i hepatologia kliniczna, pod redakcją S.J. Konturka, wydanie 5, Warszawa 2006, s. 356–359.

U niemowląt choroba objawia się poprzez:

- ulewania i nawracające wymioty,
- zmniejszenie przyrostu masy ciała,
- drażliwość,
- krwiste wymioty,
- bezdechy,
- świszczący oddech, świst krtaniowy.

U starszych dzieci występuje często zgaga lub ból w klatce piersiowej, kwaśne odbijania, trudności w połykaniu, ból w nadbrzuszu, chrypka. W przebiegu nie leczonej choroby może dojść do wielu powikłań, które mogą być zagrożeniem dla życia. Zalicza się do nich: zwężenie przełyku, wrzód, krwawienie z owrzodzenia, krwawienie z wrzodu.

#### CHOROBA WRZODOWA ŻOŁĄDKA I DWUNASTNICY

Zespół objawów klinicznych występujących w przebiegu przewlekłego, pierwotnego owrzodzenia żołądka lub dwunastnicy, powstałego na wskutek nadtrawienia błony śluzowej przewodu pokarmowego.

Wrzód trawienny jest ubytkiem żołądkowo-jelitowej błony śluzowej wywołanej przez HCl i pepsynę, może rozwinąć się nagle np.: pod wpływem stresu, po oparzeniu, po rozległych urazach. Wrzód jest najczęściej wynikiem bakteryjnego zapalenia błony śluzowej wywołany przez bakterię spiralną *Helicobacter pylori* oraz w wyniku uszkodzenia pod wpływem działania niesteroidowych leków przeciwzapalnych lub bez uchwytnej przyczyny tzw. „idiopatycznych” wrzodów. Wrzód żołądka i dwunastnicy jest ostro odgraniczonym ubytkiem błony śluzowej, drażący poprzez nią do błony podśluzowej i błony mięśniowej. Może penetrować do naczyń i powodować krwotoki, a następnie perforację żołądka lub dwunastnicy<sup>11</sup>. Wstępnym etapem choroby wrzodowej są nadżerki (powierzchnowe ubytki błony śluzowej). U dzieci owrzodzenia trawienne występują częściej w obrębie błony śluzowej dwunastnicy. Wrzody dwunastnicy występują u około 80% dzieci, zlokalizowane są w tylnej części opuszki. Choroba objawia się bólem o piekącym charakterze, dyskomfort w nadbrzuszu (tzw. bóle głodowe, w nocy lub wcześniej rano) lub 1–3 godzin po posiłkach. Wrzody mogą być powierzchowne lub głębokie o różnej wielkości. Najważniejszym badaniem diagnostycznym jest gastroscopia i pobranie wycinków histopatologicznych w celu potwierdzenia choroby.

<sup>11</sup> W. Łaszewicz, Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, (w:) Wielka interna. Gastroenterologia, tom 7, część 2, pod redakcją A. Dąbrowskiego, Warszawa 2011, s. 100–109.

## **CELIAKIA (CHOROBA TRZEWNA)**

Choroba o podłożu immunologicznym, spowodowana glutenem, występująca u osób z predyspozycją genetyczną. Charakteryzuje się obecnością objawów klinicznych zależnych od glutenu, przeciwciał swoistych dla celiaki, antygenów zgodności tkanekowej HLA -DQ2 lub DQ8 oraz zanikiem kosmków błony śluzowej jelita cienkiego. Gluten to substancje białkowe znajdujące się w nasionach: pszenicy, żyta, jęczmienia. Choroba objawia się: przewlekłymi lub narastającymi biegunkami, bólami brzucha, zaparciami, brakiem apetytu. W leczeniu celiaki jest ważne przestrzeganie diety bezglutenowej, przyjmowanie preparatów żelaza, kwasu foliowego oraz wapnia i witaminy B<sub>12</sub>.

## **PRZEWLEKŁE ZAPALENIE TRZUSTKI**

Jest to przewlekły proces zapalny powodujący postępujące i nieodwracalne uszkodzenie miększu gruczołu (części wewnętrznej i wydzielniczej) oraz zastępowanie go tkanką włóknistą. Przewlekłe zapalenie trzustki jest chorobą wieloczynnikową. Przyczyną jej wystąpienia mogą być czynniki środowiskowe, genetyczne i metaboliczne<sup>12</sup>.

## **BIEGUNKA**

Najczęściej wywołują ją zakażenia wirusowe. Biegunka u dziecka występuje wtedy, gdy kilka razy w ciągu dnia dziecko oddaje wodnisty stolec o kwaśnym zapachu. W kale może się pojawić niestrawiony pokarm, śluz i krew. Biegunce często towarzyszą: bóle brzucha, brak apetytu, gorączka, złe samopoczucie. Biegunka u dziecka może mieć postać:

- ostra – trwa do 14 dni (biegunka ostra),
- przewlekła – trwa ponad 14 dni (biegunka przewlekła).

Przyczyną wystąpienia biegunki u dziecka może być: infekcja wirusowa, infekcja bakteryjna – biegunka ostra, zatrucie pokarmowe, antybiotykoterapia<sup>13</sup>.

Biegunka jest jedną z najczęstszych chorób u dzieci. Rotawirusy odpowiedzialne są za 35–50% zakażeń przewodu pokarmowego. Przewlekła biegunka utrzymująca się dłuższy czas jest szczególnie niebezpieczna dla niemowląt, może prowadzić do odwodnienia lub utraty życia. Bardzo ważna jest profilaktyka w utrzymaniu dobrej kondycji przewodu pokarmowego. Należy dbać o odpowiednią dietę, ruch i przyjmowanie odpowiedniej ilości płynów.

---

<sup>12</sup> Tamże, s. 142–147.

<sup>13</sup> F. Iwańczak, Gastroenterologia dziecięca, Wybrane Zagadnienia, Warszawa 2003, s. 262–277.

## **NIESWOISTE ZAPALENIE JELIT**

Choroba obejmuje dwa idiopatyczne, przewlekłe i nawracające schorzenia zapalne przewodu pokarmowego: wrzodziejące zapalenie jelita grubego i chorobę Leśniowskiego-Crochna<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> J. Ryżko, Nieswoiste zapalenia jelit u dzieci, „Standardy Medyczne”, 2002, s. 71–78.

## ROZDZIAŁ 2

# CHOROBA LEŚNIEWSKIEGO-CROHNA

Choroba Leśniowskiego-Crohna obok wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, zaliczana jest do grupy nieswoistych chorób zapalnych jelit. Istotą zmian w przewodzie pokarmowym jest przewlekły, pełnościenny i odcinkowy proces zapalny dotyczący każdego odcinka od jamy ustnej do odbytu. Nazwa tej choroby pochodzi od nazwiska dwóch lekarzy prof. Antoniego Leśniowskiego z Warszawy oraz dr. Burrilla Bernarda Crohna z Nowego Yorku, którzy po raz pierwszy opisali tę chorobę na początku XX wieku.

Polski chirurg A. Leśniowski w 1904 roku przedstawił objawy oraz wyniki leczenia chirurgicznego zapalenia końcowego odcinka jelita cienkiego, z widocznym guzem zapalnym i przetoką okrężnicy wstępującej. W 1932 roku Crohn, Ginzburg i Oppenheimer opisali ją jako nową jednostkę chorobową. Od tego czasu nazwa choroby łączy się z nazwiskiem Crohna bez względu na lokalizację zmian chorobowych<sup>15</sup>.

### 2.1. RODZAJ I UMIEJSCOWIENIE ZMIAN CHOROBOWYCH LEŚNIEWSKIEGO-CROHNA

Zmiany chorobowe najczęściej umiejscowione są w końcowym odcinku jelita krętego, co stanowi 40%-50% wszystkich zachorowań. W 35-40% zajęte jest jelito cienkie i w 20% zmiany chorobowe dotyczą samego jelita grubego. Bardzo rzadko choroba dotyczy początkowego odcinka jelita cienkiego, wyrostka robaczkowego oraz górnego odcinka przewodu pokarmowego (jama ustna, przełyk). Choroba charakteryzuje się zmianami odcinkowymi w obszarze jelita cienkiego i grubego oddzielonymi od siebie fragmentami zdrowych tkanek.

Przebieg i objawy choroby Leśniowskiego-Crohna zależne są od umiejscowienia, zaawansowania i rozległości zmian chorobowych. W początkowej fazie

<sup>15</sup> W. Latos, A. Gadowska-Cicha, K. Niepsuj, A. Sieroń, Choroba Leśniowskiego-Crohna w górnym odcinku przewodu pokarmowego, „Wiadomości lekarskie”, 2005, tom 58, nr 3-4, s. 222-226.



choroby na błonie śluzowej jelit pojawiają się niewielkie owrzodzenia. W bardziej zaawansowanym stadium choroby błona śluzowa jest nieregularnie obrzęknięta, a na jej powierzchni pojawiają się głębokie owrzodzenia o różnorodnym kształcie.

## 2.2. OBJAWY I PRZEBIEG CHOROBY LEŚNIEWSKIEGO-CROHNA

Przebieg i objawy zależne są od wielu czynników takich jak stopnia zaawansowania i rozległości zmian chorobowych. Zwykle rozpoczyna się niecharakterystycznymi objawami, gorączką, wymiotami, utratą masy ciała, brakiem łaknienia, niedokrwistością, ogólnym zmęczeniem. W większości przypadków występuje ból brzucha o różnej lokalizacji. U 1/3 przypadków zlokalizowany jest w prawym dole biodrowym.

U pacjentów często występuje biegunka, smoliste stolce, nudności, wymioty, uczucie sytości po jedzeniu, niepełne wypróżnienia. Charakterystyczne dla tej choroby są zmiany okołoodbytnicze, takie jak zacerwienia, blizny, ropnie, zwężenia, przetoki i szczeliny.

Choroba Leśniowskiego-Crohna może spowodować wiele powikłań ze strony układu pokarmowego i innych narządów oraz powikłania ogólnoustrojowe. Do powikłań pozajelitowych zaliczamy zmiany w jamie ustnej, zmiany skórne oraz naczyniowe, bóle mięśniowe, choroby dróg żółciowych i nerek. U dzieci często obserwuje się opóźnienie procesu dojrzewania<sup>16</sup>.

Głównym objawem mogącym wskazywać na chorobę Leśniowskiego-Crohna jest przewlekła biegunka, w większości przypadków bez domieszki krwi. W zaostrzeniu choroby dochodzi do oddawania nawet 20 stolców na dobę.

## 2.3. ROZPOZNANIE I DIAGNOSTYKA RÓŻNICOWA CHOROBY LEŚNIEWSKIEGO-CROHNA

Przyczyna choroby Leśniowskiego-Crohna nie jest znana, zaliczana jest do chorób o podłożu autimmunologicznym. Chorobę Leśniowskiego-Crohna odróżnia od wrzodziejącego zapalenia jelit to, że może ona występować w każdym odcinku przewodu pokarmowego. Najczęściej występuje w okolicy krętniczko-kątniczej końcowego odcinka jelita.

Chorobę rozpoznaje się na podstawie obrazu klinicznego, endoskopowego, radiologicznego i histopatologicznego.

<sup>16</sup> Przewlekłe nieswoiste choroby zapalne jelit. Choroba Leśniowskiego-Crohna. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego, redakcja wydania 1 polskiego E. Małecka-Panas, M. Słomka, Wrocław 2012, s. 75–76.

## BADANIA RADIOLOGICZNE

Do podstawowych badań zalicza się: zdjęcie, pasaż jelita cienkiego, wlew kontrastowy i enterokliza.

Zdjęcie przeglądowe jest łatwe w wykonaniu i daje szybki wynik co pozwala na rozpoczęcie diagnostyki w dolegliwościach bólowych brzucha. Kolejnym badaniem rentgenowskim jest enterokliza, pozwala na ocenę jelita cienkiego. Badanie wykonuje się w znieczuleniu miejscowym. Przez sondę jest podawany środek kontrastowy do dwunastnicy. Badanie pozwala ocenić zmiany jelita cienkiego, a następnie zdiagnozować stan zapalny oraz tworzące się przetoki.

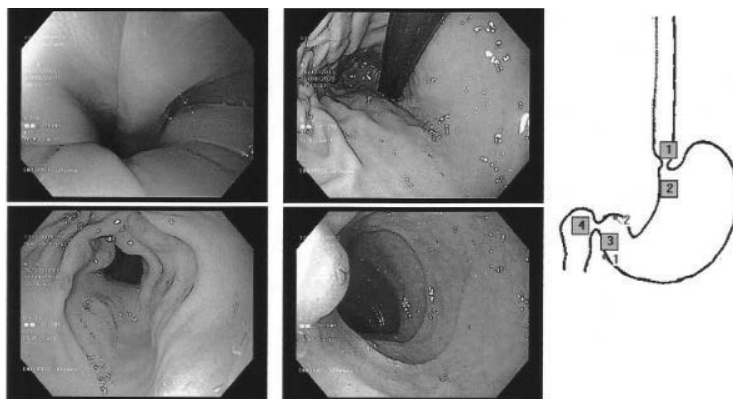
W pracowni rentgenowskiej można wykonać kontrastowy wlew doodbytniczy, stosowany przed zabiegiem operacyjnym. Obecnie jest wykonywany rzadko. Przed badaniem pacjent otrzymuje środki przeczyszczające, następnie podawany jest kontrast w postaci wlewki. Badanie to pozwala ocenić zmiany w jelicie grubym.

## BADANIE ENDOSKOPOWE

Ma na celu określenie nasilenia, lokalizacji i odległości zmian chorobowych. Umożliwia pobranie wycinka do badania histopatologicznego.

Gastroskopia (gastrofiberoskopia) – badanie górnego odcinka przewodu pokarmowego, od przełyku do dwunastnicy.

Rycina 6. Choroba Crohna – gastroskopia



Źródło: Zdjęcie z Pracowni Endoskopii Dziecięcej Szpitala Klinicznego w Szczecinie.

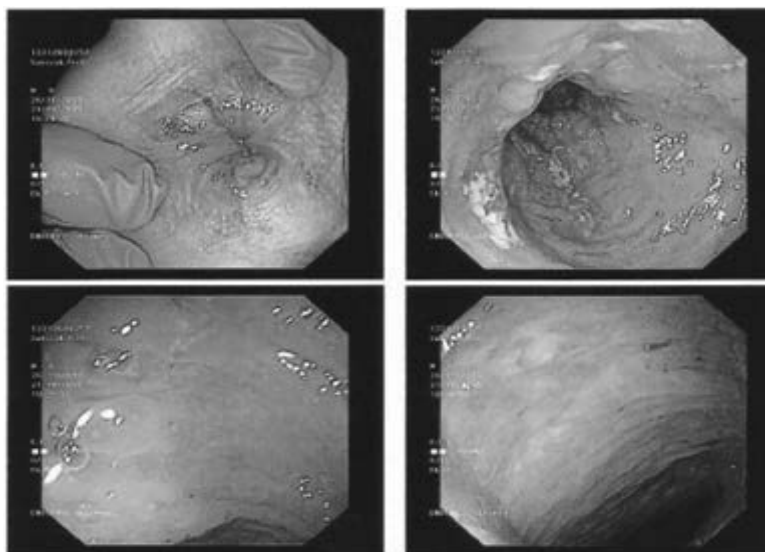
## BADANIE KOLONOSKOPOWE

Kolonoskopia – badanie dolnego odcinka przewodu pokarmowego – ocena jelita grubego. Pobierane są wycinki do badania histopatologicznego.

Rektoskopia – może ujawnić nieregularne zwężenie światła odbytnicy, wysepkowe zajęcie błony śluzowej z pominięciem odcinków zdrowych i obecność owrzodzeń<sup>17</sup>.

Endoskopia kapsułkowa – wykorzystywana jest do badania jelita cienkiego. Kapsułka ma zamontowaną kamerę dzięki której obraz przesyłany jest do zewnętrznego odbiornika, baterię, źródło światła i nadajnik. Dzięki endoskopii kapsułkowej można zaobserwować zmiany, które nie były widoczne w innych badaniach diagnostycznych. Badanie za pomocą kapsułki uniemożliwia pobranie wycinków do badania histopatologicznego, a zatem nie można zobrazować pogrubień ścian jelita, ropni oraz przetok.

Rycina 7. Choroba Crohna – kolonoskopia



Źródło: Zdjęcie z Pracowni Endoskopii Dziecięcej Szpitala Klinicznego w Szczecinie.

### BADANIE HISTOPATOLOGICZNE

Badania mikroskopowe pobranych wycinków potwierdzają zmiany chorobowe oraz wykluczają obecność innych chorób, mających inny przebieg kliniczny.

### BADANIA OBRAZOWE

Ultrasonografia – pozwala na ocenę narządów oraz ocenę ropni w jamie brzusznej. Tomografia komputerowa – określa zmiany zlokalizowane w obrębie jelita, węzłów chłonnych i poszczególnych narządów jamy brzusznej. W badaniu stosowany jest

<sup>17</sup> J. Gil, S. Wojtuń, Diagnostyka obrazowa w nieswoistych zapaleniach jelit, „Standardy Medyczne”, 2004, s. 585–592.

środek kontrastowy w postaci dożylniej lub doustnej. Metoda ta pozwala określić proces zapalny oraz uwidacznia przetoki i zwężenia<sup>18</sup>.

### REZONANS MAGNETYCZNY

Pozwala na dokładniejszą i szerszą ocenę uwidocznienia zmian chorobowych w jelitach. Za pomocą rezonansu magnetycznego można zaobserwować pogrubienie ściany jelita, jej zwłóknienia, pojawienia się owrzodzeń oraz powiększenie węzłów chłonnych.

### BADANIA LABORATORYJNE

Do podstawowych badań zaliczamy:

- odczyn Biernackiego (OB) jest podwyższony,
- poziom białka C-reaktywnego, który jest podwyższony,
- białko: następuje spadek stężenia albumin,
- badanie w kierunku przeciwciał (ANCA), przeciwciała przeciw cytoplazmie neutrofilów, badanie pozwala rozpoznać chorobę,
- morfologia – wzrost liczby leukocytów, spadek liczby erytrocytów i hematokrytu,
- elektrolity – biegunka powoduje spadek stężenia jonów,
- badanie kału na obecność tłuszczu – wynik pozytywny świadczy o upośledzeniu wchłaniania,
- badanie kału na krew utajoną – potwierdza krwawienie z przewodu pokarmowego<sup>19</sup>.

## 2.4. LECZENIE CHOROBY LEŚNIEWSKIEGO-CROHNA

Głównym celem leczenia jest uzyskanie remisji klinicznej, endoskopowej, zapobieganie zaostrzeniom choroby, zapewnienie prawidłowego wzrastania i dojrzewania.

Leczenie choroby Leśniowskiego-Crohna należy podzielić na trzy etapy:

### LECZENIE DIETETYCZNE

Nie ma związku przyczynowego między sposobem odżywiania, a procesem zapalnym w jelitach, w związku z tym nie istnieją sposoby leczenia dietetycznego choroby. Niemniej obowiązują pewne zasady żywienia, które nie przyczyniają się do zaostrzenia

---

<sup>18</sup> A. Szczeklik, P. Gajewski, Interna Szczeklika, wydanie 11, Kraków 2020, s. 1075.

<sup>19</sup> E. Małecka-Panas, M. Słomka, Przewlekłe nieswoiste choroby zapalne jelit. Choroba Leśniowskiego-Crohna. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego, redakcja wydania 1 polskiego, Wrocław 2012, s. 174.

objawów chorobowych. Niedożywienie u dzieci z nieswoistym zapaleniem jelit to jeden z głównych problemów. Objawia się zaburzeniami wzrostu oraz niedoborem składników odżywczych dostarczanych organizmowi. Główną zasadą jest spożywanie pokarmów nie nasilających lub nie wywołujących dolegliwości bólowych.

Do pokarmów nasilających objawy bólowe zaliczamy: mleko i jego przetwory, banany, kukurydza, pszenica, drożdże, pomidory, jajka. W okresach zaostrzenia choroby należy unikać potraw bogato resztkowych (chleb razowy, nasiona roślin strączkowych, warzywa).

Posiłki powinny być urozmaicone, czyli zawierać niezbędne składniki odżywcze, witaminy i minerały. Należy zwrócić szczególną uwagę na niedobory kwasu foliowego i żelaza.

Wskazaniem do żywienia pozajelitowego jest ciężkie niedożywienie oraz czas przedoperacyjny celem wyrównania niedoborów. Całkowite żywienie dojelitowe odbywa się za pomocą zgłębnika nosowo-ustno-żołądkowo-dojelitowego z zastosowaniem diet, polimerycznych, półelementarnych i elementarnych. W skład których wchodzi: minerały, witaminy, peptydy, polisacharydy, pierwiastki śladowe i może być stosowany zarówno jako uzupełnienie diety w okresach remisji czy jako odżywianie w czasie zaostrzenia choroby. Pokarm w tej formie jest dobrze tolerowany przez pacjentów.

Żywienie doustne jest najkorzystniejsze – drogą naturalną. Dzieci powinny otrzymywać posiłki zbliżone do diety normalnej (lekkostrawnej) z uwzględnieniem upodobań dziecka. Dieta powinna pokrywać pełne zapotrzebowanie energetyczne dostosowane do stopnia niedożywienia dziecka. Posiłki należy przyjmować częściej, ale w mniejszych ilościach<sup>20</sup>.

## LECZENIE FARMAKOLOGICZNE

Celem leczenia farmakologicznego jest zlikwidowanie, wygojenie lub złagodzenie zmian chorobowych błony śluzowej jelita.

Po uzyskaniu remisji leczenie polega na zapobieganiu powikłań choroby i jej nawrotom. W łagodnej fazie choroby stosuje się aminosalicylany (Mesalazyna, Sulfalazyna) i glikokortkosteroidy (Metylprednizon i Prednizon).

Kortykosteroidy podaje się chorym w formie czopków lub wlewek doodbytniczo, dożylnie lub doustnie. W przypadku ciężkiej postaci choroby pacjentów leczy się w warunkach szpitalnych. Stosuje się u nich leczenie dożylnie steroidami kory nadnerczy i leczenie biologiczne. U wielu pacjentów konieczne jest zastosowanie leczenia pozajelitowego.

U chorych opornych na leczenie sterydami stosuje się leki o działaniu immunosupresyjnym. Do tej grupy leków zalicza się: Azotioprynę oraz Cyklosporynę,

<sup>20</sup> Tamże, s. 181–185.

będącą peptydem pochodzenia grzybowego. Leki immunosupresyjne, „wyciszając” mechanizmy obronne zmniejszają stan zapalny. Są one skuteczne w ciężkim przebiegu choroby Leśniowskiego-Crohna, ale stosując ten sposób leczenia należy pamiętać o działaniach ubocznych, którymi może być cukrzyca, neurotoksyczność, nadciśnienie tętnicze oraz zakażenia oportunistyczne. Taka terapia stosowana jest głównie w celu opóźnienia leczenia chirurgicznego.

Leki biologiczne – są to leki nowej generacji (Infliximab, Adalimumab). Terapia oparta na wykorzystaniu monoklonalnych przeciwciał przeciw cytokinom prozapalnym oraz rekombinowanych cytokin o działaniu przeciwzapalnym<sup>21</sup>.

## LECZENIE CHIRURGICZNE

Wielu pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna wymaga na pewnym etapie choroby interwencji chirurgicznej, często wielokrotnej. Leczenie chirurgiczne wykonuje się w trybie nagłym pilnym i planowym.

Leczenie chirurgiczne nagłe np.:

- całkowita niedrożność,
- perforacja każdego odcinka przewodu pokarmowego,
- ostry krwotok.

Leczenie chirurgiczne pilne np.:

- przetoka wewnętrzna,
- rozległe głębokie stany zapalne.

Leczenie chirurgiczne planowe np.:

- brak poprawy lub pogorszenie stany zdrowia,
- zmniejszenie drożności jelit,
- nawracające krwawienia z przewodu pokarmowego<sup>22</sup>.

Najczęściej zabiegi chirurgiczne w chorobie Leśniowskiego-Crohna, bo aż 35–54% wykonuje się z powodu niedrożności jelita cienkiego. Zabieg operacyjny nie chroni pacjentów przed nawrotami choroby, ale ma na celu poprawić jakość życia i osiągnąć jak najdłuższą remisję u pacjenta<sup>23</sup>.

---

<sup>21</sup> M. Mossakowska, P. Albrecht, Poradnik dla młodzieży i rodziców dzieci chorych na wrzodziejące zapalenie jelita grubego lub chorobę Leśniowskiego-Crohna, konsultacja medyczna P. Albrecht, wydanie 4 poprawione, Warszawa 2016, s. 49–50.

<sup>22</sup> Tamże, s. 55.

<sup>23</sup> Tamże, s. 57.

## ROZDZIAŁ 3

# WRZODZIEJĄCE ZAPALENIE JELITA GRUBEGO

Wrzodziejące zapalenie jelit to rozlany i przewlekły proces zapalenia błony podśluzowej jelita grubego i błony śluzowej odbytnicy. Toczący się proces prowadzi do przekrwienia, obrzęku, krwawień i zakażeń<sup>24</sup>. We wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego zawsze zajęta jest odbytnica, esica i odbytnica w 40–50% i całe jelito cienkie w 20%. U dzieci rzadko zajęte jest jelito kręte, najczęściej proces chorobowy dotyczy całego jelita grubego, rzadziej umiejscawia się w odcinka dystalnym<sup>25</sup>.

Wrzodziejące zapalenie jelita grubego to choroba autoimmunologiczna. Układ odpornościowy rozpoznaje własne komórki jako obce i zaczyna je niszczyć. Wrzodziejące zapalenie jelit dotyczy błony śluzowej jelita grubego. Jest to choroba ludzi młodych. Najwięcej zachorowań występuje u ludzi w wieku 20–40 lat, 15–20% chorych to młodzież szkolna i dzieci.

### 3.1. OBRAZ KLINICZNY WRZODZIEJĄCEGO ZAPALENIA JELITA GRUBEGO

W wyniku aktywnego procesu zapalnego błony śluzowej dochodzi do zaburzeń wchłaniania elektrolitów i wody w jelicie grubym. Objawia się to biegunką z domieszką śluzu i krwi. Chory odczuwa parcie na stolec i ból brzucha o charakterze kurczowym. Inne objawy to: zmęczenie, utrata łaknienia, niedokrwistość, osłabienie, obrzęki, gorączka, wymioty, utrata wagi. Choroba toczy się powoli, a intensywność objawów zależna jest od rozległości oraz zmian zapalnych jelita,<sup>26</sup> występuje obniżona odporność, gorączka, obrzęki, wymioty, nagłe parcie na stolec oraz chudnięcie, które towarzyszy głównie ciężkiemu rzutowi choroby<sup>27</sup>. U 60% dzieci chorujących

<sup>24</sup> W. Bartnik, Choroby jelita grubego, (w:) Gastroenterologia i Hepatologia Kliniczna, pod redakcją S.J. Konturka, wydanie 5 zmienione i unowocześnione, Warszawa 2006, s. 364–367.

<sup>25</sup> E. Małecka-Panas, M. Słomka, Przewlekłe nieswoiste zapalenie jelit, Choroba Leśniowskiego-Crohna. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego, Wrocław 2006, s. 187–188.

<sup>26</sup> M. Pawlik, G. Rydzewska, Wrzodziejące zapalenie jelita grubego, (w:) Wielka interna. Gastroenterologia, tom 7, cz. 2, pod redakcją A. Dąbrowskiego, Warszawa 2011, s. 294.

<sup>27</sup> W. Bartnik, Choroby jelita grubego, (w:) Gastroenterologia i Hepatologia Kliniczna, pod redakcją S.J. Konturka, wydanie 5 zmienione i unowocześnione, Warszawa 2006, s. 364–367.

na wrzodziejące zapalenie jelit występuje obniżenia odporności. Dłużej trwający proces chorobowy doprowadza do opóźnionego wzrastania, dojrzewania płciowego i braku miesiączki<sup>28</sup>. Wrzodziejące zapalenie jelit może doprowadzić do wystąpienia objawów pozajelitowych:

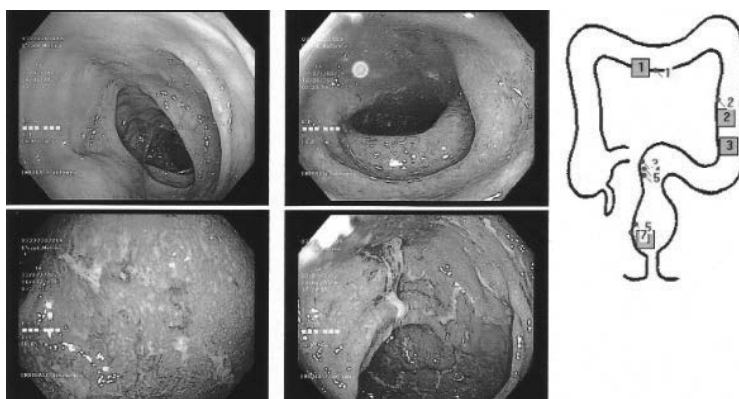
- zapalenia skóry,
- błony śluzowej jamy ustnej,
- naczyń,
- stawów,
- zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa,
- rumień guzowaty.

Rzadkie powikłania u dzieci to zapalenie dróg żółciowych i wątroby oraz powikłania naczyniowe spowodowane nadkrzepliwością<sup>29</sup>.

### 3.2. ROZPOZNANIE WRZODZIEJĄCEGO ZAPALENIA JELITA GRUBEGO

Do rozpoznania wrzodziejącego zapalenia jelit stosuje się badanie przedmiotowe i podmiotowe, endoskopie jelita grubego, badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej i badanie radiologiczne. Jednym z ważniejszych badań jest kolonoskopia. Polega ona na wprowadzeniu przez odbytnicę endoskopu, ocenie zmian chorobowych w jelicie grubym: pobranie wycinków do badań histopatologicznych.

Rycina 8. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego – kolonoskopia



Źródło: Zdjęcie z Pracowni Endoskopii Dziecięcej Szpitala Klinicznego w Szczecinie.

<sup>28</sup> F. Iwańczak, Gastroenterologia Dziecięca. Wybrane Zagadnienia, wydanie 1, Warszawa 2003, s. 175.

<sup>29</sup> Tamże, s. 175.



Opis kliniczny kolonoskopii wykonanej u czternastoletniego dziecka. W odbytnicy, esicy i zstępnicy zmiany zapalne pod postacią zatarcia rysunku naczyńniowego, obrzęku i przekrwienia błony śluzowej.

### 3.3. LECZENIE WRZODZIEJĄCEGO ZAPALENIA JELITA GRUBEGO

Leczenie wrzodziejącego zapalenia jelita grubego ma na celu poprawienie jakości życia dziecka, doprowadzenie do remisji, zapobieganie powikłaniom i nawrotom choroby.

- Leczenie zachowawcze-farmakologiczne:

W postaci łagodnej i ciężkiej choroby stosuje się Sulfalazynę, Mesalazynę. Leki te występują w postaci tabletek dojelitowych, czopków i wlewk doodbytniczych. W przypadku postaci ciężkiej choroby wrzodziejącego zapalenia jelit wdraża się u dzieci kortykosteroidy w formie doustnej lub dożylniej. Gdy terapia sterydami nie przynosi efektu podaje się dzieciom Cyklosporynę lub Takrolimus.

Jeżeli pomimo stosowania wyżej wymienionych terapii farmakologicznych leczenie nie przynosi efektu u dzieci można zastosować leczenie biologiczne (np. Infliksymab)<sup>30</sup>. Leczenie to daje bardzo dobre efekty, dochodzi do 70–88% remisji.

- Żywnienie nie jest aż tak istotne jak w przypadku choroby Leśniowskiego-Crohna. Dziecko powinno spożywać wysokokaloryczne posiłki zawierające dużo witamin i białka. Powinno unikać produktów wzdymających i ostrych przypraw.
- Leczenie zachowawcze u większości pacjentów jest wystarczające i wywołuje poprawę u 80% chorych, jednak część chorych wymaga interwencji chirurgicznej, pomimo zastosowania leczenia farmakologicznego. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego może być całkowicie wyleczone poprzez zastosowanie kolektomii (całkowite usunięcie jelita grubego). Wskazaniem do zabiegu jest rozpoznanie choroby nowotworowej jelita grubego, masywny krwotok jelitowy i perforacja jelita<sup>31</sup>.

Najczęściej wykonywaną operacją jest usunięcie jelita grubego wraz z odbytnicą i wytworzeniem zbiornika jelitowego. Usunięcie zmienionego zapalnie jelita

<sup>30</sup> A. Szczeklik, P. Gajewski, Interna Szczeklika, wydanie 11, Kraków 2020, s. 1077.

<sup>31</sup> W. Bartnik, Choroby jelita grubego, (w:) Gastroenterologia i Hepatologia Kliniczna, pod redakcją S.J. Konturka, wydanie 5 zmienione i unowocześnione, Warszawa 2006, s. 383- 385.

powoduje trwałe wyleczenie, mimo to znacznie obniża się jakość życia chorego. Pacjenci poddani zabiegowi kolektomii w 91,6% akceptują nową sytuację, średnia ilość oddawanych stolców znacznie zmniejsza się oraz dolegliwości bólowe są mniej odczuwalne.

## ROZDZIAŁ 4

# JAKOŚĆ ŻYCIA DZIECKA W CHOROBAH PRZEWLEKŁYCH UKŁADU POKARMOWEGO

Jakość życia określa się jako dobre życie oraz zadowolenie z niego i dobrostan w zdrowiu. W medycynie proces leczenia nie polega tylko na utrzymaniu zdrowia, zależy on od zaspokojenia podstawowych potrzeb, dobrego samopoczucia, poczucia bezpieczeństwa. Wszystkie te wartości życia mogą ulec zmianie w czasie wystąpienia choroby.

Młodzież może postrzegać chorobę przewlekłą jako coś uciążliwego i niemożliwego do zaakceptowania. Znaczący wpływ na samopoczucie dziecka ma wiele czynników: subiektywne odczucia, stan emocjonalny, nastrój, czynniki środowiskowe.

Zachorowanie na chorobę przewlekłą powoduje u chorych spadek motywacji do utrzymania sprawności oraz adaptację choroby. Zaakceptować chorobę to przystosować się do ograniczeń i zaakceptować niepełnosprawność (brak samowystarczalności, poczucie zależności od innych osób, obniżonego poczucia własnej wartości).

Charakter i rodzaj zmian w rozwoju i zachowaniu dziecka może zależeć od długości choroby, jej przebiegu, zastosowanych metod, środowiska, zaburzeń biopsychospołecznych oraz instytucji opiekującej się pacjentem<sup>32</sup>.

Ważną rolę w poprawie jakości życia dziecka odgrywają całe rodziny, a nie tylko osoby chorujące. Wsparcie bliskich ułatwia akceptację choroby i pomaga w prowadzeniu normalnego życia. Dobre samopoczucie, funkcjonowanie społeczne i fizyczne młodego człowieka poprawia jakość życia i skutecznie wpływa na kontrolę przebiegu choroby.

### 4.1. WPŁYW CHORÓB PRZEWLEKŁYCH UKŁADU POKARMOWEGO NA AKTYWNOŚĆ ŻYCIOWĄ DZIECKA

W pracy dokonano oceny jakości życia w przebiegu chorób przewlekłych przewodu pokarmowego: wrzodziejącego zapalenia jelita grubego i Leśniowskiego-Crohna.

<sup>32</sup> J. Andrzejewska, D. Talarska, M. Michalak, K. Linke, Jakość życia osób z chorobą Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, 2009, 4(5), s. 251–255.

Nieswoiste choroby zapalne jelit raz rozpoznane towarzyszą pacjentom przez całe życie. Z uwagi na swój przewlekły charakter przebiegają z okresami remisji i zaostrzeń. Tym samym utrudniają dzieciom codzienne funkcjonowanie i pogorszenie jakości życia. Przewlekła choroba naraża dziecko na dyskomfort psychiczny, ból, cierpienie, regres sił i sprawności fizycznej, stres wywołany hospitalizacją i badaniami medycznymi.

Zachorowanie na chorobę przewlekłą powoduje u dzieci spadek motywacji do utrzymania sprawności oraz adaptacji do choroby. Holistyczne podejście pozwala na szybsze rozpoznanie różnych objawów chorobowych oraz rozwiązanie problemów osobistych.

Najczęstszymi trudnościami sygnalizowanymi przez dzieci oraz rodziców mających wpływ na jakość życia są:

- lęk przed odrzuceniem przez rówieśników z powodu częstych zachorowań,
- restrykcje, które w znacznym stopniu uniemożliwiają uczestnictwo w życiu towarzyskim,
- frustracje wynikające z ograniczeń dietetycznych zwłaszcza w przypadku małych dzieci, gdzie trudno jest wytłumaczyć maluchowi, że nie może zjeść tego na co ma ochotę,
- zmieniający się wygląd dziecka spowodowany jest przyjmowaniem leków sterydowych, który charakteryzuje się przyrostem masy ciała, zmieniającym owalem twarzy, nadmierne owłosienie zwłaszcza, u dziewczynek dla których wygląd w wieku dorastania ma istotne znaczenie,
- odrzucenie przez rówieśników będące wynikiem nie uczestniczenia we wspólnych spotkaniach, organizowanych wycieczkach szkolnych. Rodzice w tym przypadku odgrywają istotną rolę, ponieważ muszą wytłumaczyć swoim dzieciom, że z tą chorobą można funkcjonować tylko należy regularnie przyjmować leki i stosować odpowiednią dietę,
- uprzedzenie do uczestnictwa w zajęciach sportowych w wyniku, których dziecko jest bardziej zmęczone. Zadaniem rodzica jest wytłumaczenie dziecku, jaki wpływ na jego zdrowie i samopoczucie ma uprawianie sportu. W ten sposób zapobiega się osteoporozie i osteopenii.

Poprzez pryzmat zakazów i uprzedzeń dzieci są krytycznie nastawione co do swojej choroby.

## 4.2. INNE PROBLEMY ZWIĄZANE Z CHOROBA

Choroba przewlekła będzie towarzyszyć choremu dziecku przez całe życie, przez to będzie narażony na wiele problemów, choć nie zawsze związanych z samą chorobą.

Wyodrębnienie subiektywnych aspektów zdrowia, takich jak: spełnienia w życiu codziennym, poczucie zadowolenia przyczyniło się do stworzenia terminu „aktywność życiowa”, która pozwala na ocenę całościową jednostki<sup>33</sup>.

Jest to grupa chorób wpływająca wieloczynnikowo na wiele sfer życia. Choroba Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejące zapalenie jelita grubego negatywnie rzutują na funkcjonowanie biopsychospołeczne ograniczając jakość życia chorych dzieci. Znacznie wpływają na wykonywanie czynności życia codziennego, wypełniania ról społecznych prowadząc do przewlekłej niesprawności psychospołecznej i fizycznej. 33 Choroby przewlekłe znacznie wpływają na proces wzrastania, często obserwuje się niedowagę z powodu nieprzestrzegania diety w wyniku czego dochodzi do zatrzymania miesiączki.

W życiu codziennym dzieci skarżą się na zaburzenia snu spowodowane dolegliwościami bólowymi, które znacząco obniżają poziom życia. Przewlekły przebieg choroby utrudnia dziecku funkcjonowanie w szkole, w kontaktach z rówieśnikami oraz w rodzinie. Dużą rolę odgrywają w tym przypadku rodzice, to oni muszą zadbać o to, aby dziecko umiało odnaleźć się w nowej sytuacji, musi wiedzieć, że z tym schorzeniem może żyć podobnie jak jego zdrowi rówieśnicy. Rodzice powinni poinformować o chorobie dziecka nauczycieli, dzięki temu dziecko będzie mogło liczyć na pomoc z ich strony.

#### 4.3. WPŁYW TRYBU ŻYCIA NA ZDROWIE DZIECKA

Dużym wsparciem dla dzieci chorujących na choroby przewlekłe są rodzice i ich opiekunowie. Dzięki podnoszeniu wiedzy na temat choroby i możliwości terapeutycznych mogą lepiej wspierać dziecko, zachęcać do podejmowania aktywności i nie rezygnowania z kontaktów społecznych mimo występujących okresowo utrudnień oraz aktywnie uczestniczyć w procesie leczenia<sup>34</sup>.

W przypadku choroby Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, duże znaczenie ma utrzymanie dobrego stanu zdrowia poprzez przestrzeganie diety oraz właściwie prowadzony tryb życia, czyli uczestnictwo w zajęciach sportowych dostosowanych do możliwości dziecka i jego stanu zdrowia. Należy zapewnić dziecku prawidłowy sposób odżywiania i wypoczynku. Nieswoiste choroby zapalne jelit w okresach zaostrzeń mogą znacznie ograniczać codzienną aktywność i wymagać

<sup>33</sup> M. Sierakowska, E. Krajewska-Kułak, J. Lewko, Problemy jakości życia w chorobach przewlekłych, Białystok 2005, s. 16–2.

<sup>34</sup> M. Niemczyk, Życie w cieniu NZJ. Poradnik dla rodziców dzieci i młodzieży chorej na nieswoiste zapalenia jelita, Warszawa 2016, s. 10–18.

zmiany stylu życia. Zalecenia dietetyczne powinny być opracowane dla każdego dziecka indywidualnie w zależności od charakteru objawów i aktywności choroby.

Dzięki dobrej terapii i konsekwentnie przestrzeganej diecie, dzieci mimo ograniczeń związanych z przewlekłą chorobą mogą się prawidłowo rozwijać, uprawiać sport, uczęszczać do szkoły i być aktywne w grupie rówieśników.

W czasie zaostrzeń zdarzają się nieobecności w szkole, wówczas choroba może ograniczać aktywność dziecka, dlatego też nauczyciel powinien być poinformowany o problemach zdrowotnych dziecka.

Dotyczy to: nieobecności na zajęciach (spowodowane pobytem w szpitalu, dodatkowymi badaniami – możliwości korzystania z indywidualnego nauczania),

1. nieograniczonego dostępu do toalety,
2. możliwości korzystania z wydłużonego czasu trwania egzaminów i sprawdzianów,
3. konieczności zażywania leków w czasie pobytu w szkole,
4. możliwości regularnego przyjmowania posiłków,
5. dostosowanie aktywności na lekcjach wychowania fizycznego do obecnego stanu zdrowia dziecka.

Dzieci z nieswoistymi chorobami jelit, powinny być aktywne na tyle na ile pozwala im stan zdrowia. Aktywność fizyczna sprzyja rozładowaniu stresu, budowaniu masy mięśniowej i kostnej, zapobiegając osteopenii i osteoporozie<sup>35</sup>.

W zależności od stopnia dojrzałości dziecko będzie potrzebowało wsparcia i pomocy. Im wcześniej będzie informowane o chorobie i będzie uczestniczyło w procesie leczenia tym łatwiej zrozumie jak należy postępować aby uzyskać niezależność i żyć podobnie jak jego zdrowi rówieśnicy.

---

<sup>35</sup> M. Mossakowska, dz. cyt., s. 75–80.

## ROZDZIAŁ 5 METODOLOGIA BADAŃ

Metodologia badań jest nauką o zasadach i metodach postępowania badawczego. Badanie to element ogółu czynności naukowych procesu poznawczego polegającego na zbieraniu i analizie danych zmierzających do uzyskania odpowiedzi na pytanie, którego celem jest rozstrzygnięcie prawdziwości postawionej hipotezy<sup>36</sup>. Zatem metodologia to nauka o poprawnych sposobach postępowania w czasie trwania procesu badawczego.

### 5.1. PRZEDMIOT I CEL BADAŃ

Przedmiotem badań określamy pojęcie w odniesieniu do obiektów, zdarzeń, procesów czy zjawisk, którym one podlegają i w odniesieniu do którego formułujemy pytanie badawcze<sup>37</sup>. Mając określony przedmiot badań należy wyznaczyć cel i zakres planowania przedsięwzięć badawczych. Cel badań to bliższe określenie tego, do czego zmierza badacz.

Celem moich badań była ocena wpływu chorób przewlekłych układu pokarmowego- Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejącego zapalenia jelita grubego na aktywność życiową dzieci hospitalizowanych w oddziale Gastroenterologii Dziecięcej.

### 5.2. PROBLEMY I HIPOTEZY BADAWCZE

Problemy badawcze to pytania, na które szukamy odpowiedzi na drodze badań naukowych, czyli poprzez własny wysiłek, nie zaś na oczekiwanie gotowej odpowiedzi od innego człowieka<sup>38</sup>.

<sup>36</sup> S. Nowak, Metodologia badań społecznych, Warszawa 2008, s. 13–14.

<sup>37</sup> A.W. Maszke, Metodologiczne podstawy badań pedagogicznych, Rzeszów 2004, s. 189.

<sup>38</sup> J. Pieter, Ogólna metodologia pracy naukowej, Wrocław 1967, s. 67.

Jeśli chcemy, aby przebieg badań był prawidłowy, musi on spełniać kilka warunków:

1. sformułowane problemy muszą wyczerpywać zakres naszej niewiedzy, zawarty w tematyce badań,
2. konieczne jest zawarcie w nich wszystkich generalnych zależności między zmiennymi,
3. trzecim warunkiem poprawności problemu badawczego jest jego rozstrzygalność empiryczna i wartość praktyczna<sup>39</sup>.

T. Pilch określa problem badawczy jako pytanie o naturę badanego zjawiska oraz rodzaj związków pomiędzy zdarzeniami oraz cechami procesów i zjawisk<sup>40</sup>.

Z powyższych definicji wynika, że problem, to pytanie na które uzyskanie odpowiedzi i rozwiązanie problemu jest możliwe w wyniku poszukiwań badawczych.

#### **PROBLEMEM GŁÓWNYM PRZEDSTAWIONEJ PRACY JEST:**

W jakim stopniu przewlekłe choroby układu pokarmowego wpływają na aktywność życiową dziecka?

#### **PROBLEMY SZCZEGÓŁOWE**

Jak często dziecko jest hospitalizowane z powodu zaostrzeń objawów chorobowych?

Czy przewlekłe choroby układu pokarmowego wpływają na funkcjonowanie dziecka w środowisku szkolnym i rówieśniczym?

1. Czy przyjmowanie leków i przestrzeganie diety ma wpływ na jakość życia dziecka w chorobach przewlekłych układu pokarmowego?
2. W jakim stopniu występujące dolegliwości bólowe, ich częstość i nasilenie ze strony układu pokarmowego ogranicza dziecko w czynnościach życiowych?
3. Czy choroba wpływa negatywnie na rozwój psychiczny i fizyczny dziecka?

Z pytań zawartych w pracy badawczej oraz problemu badawczego wysuwają się następujące hipotezy badawcze.

Hipoteza – jest to przypuszczenie naukowe, które pozwoli wyjaśnić znaczenie jakiegoś zjawiska. Hipotezy są przewidywanymi odpowiedziami, na problemy badawcze, które uzyskuje się na podstawie przeprowadzonych badań, własnej wiedzy i w oparciu o literaturę.

---

<sup>39</sup> T. Pilch, *Zasady badań pedagogicznych*, Warszawa 1995, s. 24–25.

<sup>40</sup> Tamże, s. 43.



## HIPOTEZA GŁÓWNA

Choroby przewlekłe układu pokarmowego w znacznym stopniu wpływają na aktywność życiową dziecka.

## HIPOTEZY SZCZEGÓŁOWE

- Dzieci są często hospitalizowane z powodu zaostrzeń objawów chorobowych.
- Przewlekłe choroby układu pokarmowego utrudniają funkcjonowanie dziecka w środowisku szkolnym i rówieśniczym.
- Ograniczenia dietetyczne oraz regularne przyjmowanie leków w znacznym stopniu ogranicza aktywność życiową dziecka.
- Aktywność dzieci w znacznym stopniu zależy od zaawansowania i czasu trwania objawów chorobowych. Ból negatywnie wpływa na samopoczucie dziecka i ogranicza jego aktywność życiową,
- Choroba negatywnie wpływa na rozwój psychiczny i fizyczny dziecka.

## 5.3. METODY, TECHNIKI I NARZĘDZIA BADAŃ

Przystępując do badania należy wybrać odpowiednią technikę badawczą, która spełniałaby planowe zadania badawcze oraz narzędzia jakimi posłużyłam się w niniejszej pracy.

Przez metodę badawczą – rozumieć będziemy *zespół teoretycznie uzasadnionych zabiegów koncepcyjnych i instrumentalnych obejmujących najogólniej całość postępowania badacza zmierzającego do rozwiązania określonego problemu naukowego*<sup>41</sup>.

Metody badań łączą się ściśle z przysługującymi im technikami:

Techniki badań – to czynności praktyczne, regulowane starannie wypracowanymi dyrektywami, pozwalające na uzyskanie optymalnie sprawdzalnych informacji, opinii i faktów<sup>42</sup>.

Narzędzie badawcze – to przedmiot służący do realizacji wybranej techniki badań.

W niniejszej pracy posłużyłam się jedną z najpopularniejszych metod badań społecznych, jaką jest sondaż diagnostyczny.

Metoda sondażu diagnostycznego najczęściej znajduje swoje zastosowanie w badaniach za pomocą wywiadu, rozmowy i ankiety. Ankieta jest metodą zdobywania informacji poprzez pytanie wybranych osób

<sup>41</sup> A. Kamiński, *Metoda, technika, procedura badawcza w pedagogice empirycznej*, (w:) *Metodologia pedagogiki społecznej*, praca zbiorowa pod redakcją naukową R. Wroczyńskiego, T. Pilcha, Wrocław 1976, s. 37.

<sup>42</sup> H. Lenartowicz, *Metodologia badań w pielęgniarstwie, podręcznik dla studiów medycznych*, Warszawa 2011, s. 97.

za pośrednictwem drukowanej listy pytań zwanej kwestionariuszem. M. Łobocki dodaje, że stanowi ona zbiór pytań otwartych, jest techniką wypytywania w formie pisemnej, umożliwia gromadzenie materiału badawczego w sposób pośredni<sup>43</sup>. Pytania mogą być otwarte pozwalające osobom badanym na całkowitą swobodę wypowiedzi. Ankieta może zawierać pytania zamknięte, które przewidują gotowe odpowiedzi, przemyślane uprzednio przez badającego. Pośrednią formą między pytaniami otwartymi i zamkniętymi są pytania półotwarte. Pozwalają one na ściśle określone odpowiedzi z możliwością wyboru swobodnej odpowiedzi przez osobę badaną. Osoby badane dokonują jedynie wyboru z spośród sugerowanych im odpowiedzi.

Do oceny aktywności życiowej dzieci w schorzeniach przewlekłych układu pokarmowego, użyto narzędzia badawczego, samodzielnie skonstruowanego kwestionariusza ankiety, który zawierał pytania zamknięte. Badanie przeprowadzono wśród dzieci rodziców i opiekunów prawnych. Zastosowana przeze mnie ankieta zawiera 30 pytań. Pierwsze 5 pytań pozwoliło mi na zapoznanie się z grupą badawczą. Na pozostałe pytania uzyskałam odpowiedź dotyczącą jakości życia dzieci w chorobie Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Pytania były przeprowadzone w sposób anonimowy i dobrowolny. Sformułowane w sposób zrozumiały i czytelny, tak aby ankietowany nie miał problemu ze zrozumieniem i udzieleniem prawidłowych odpowiedzi.

#### 5.4. CHARAKTERYSTYKA GRUPY BADAWCZEJ

Badania były przeprowadzone w czasie leczenia dzieci wśród rodziców oraz prawnych opiekunów na reprezentowanej grupie 100 osób. Zgodę na wykonanie badań otrzymałam od Kierownika Kliniki Pediatrii Hemato-Onkologii i Gastroenterologii Dziecięcej w Szczecinie.

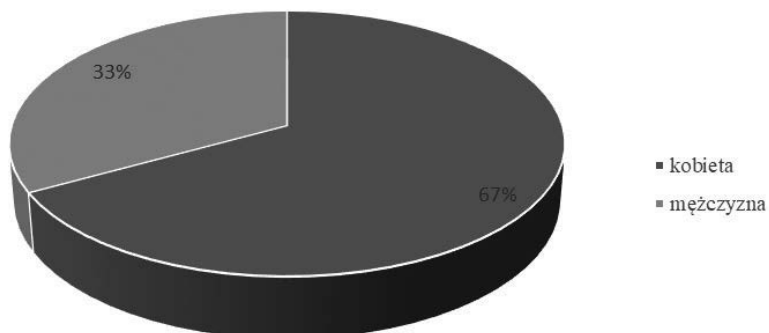
Badania były przeprowadzone z zachowaniem anonimowości respondentów, którzy po wypełnieniu ankiety odkładali ją do specjalnie przygotowanej teczki. W badaniu uczestniczyło 67 kobiet i 33 mężczyzn.

---

<sup>43</sup> M. Łobocki, *Metody badań pedagogicznych*, Warszawa 1987, s. 270.

## OMÓWIENIE WYNIKÓW BADAŃ

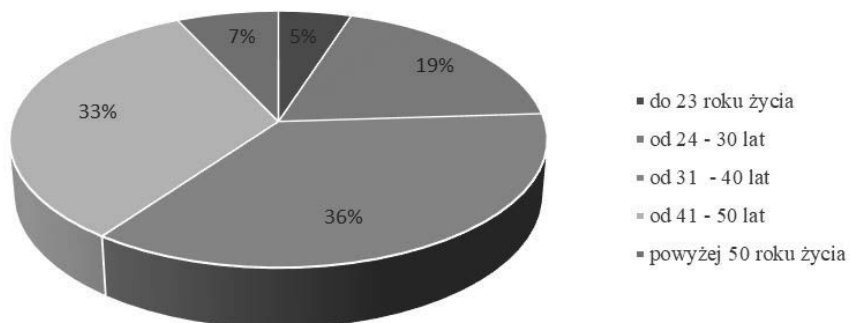
Wykres 1. Schemat płci rodzica



Źródło: Wykonane przez autora pracy.

Pytanie dotyczyło płci rodzica chorego dziecka. W badaniu wzięło udział 67% kobiet i 33% mężczyzn.

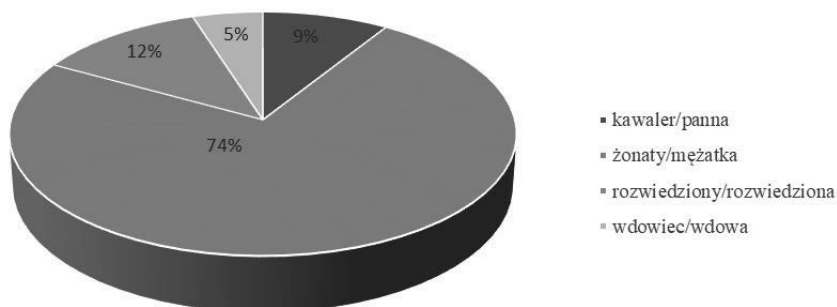
Wykres 2. Schemat wieku rodzica (opiekuna)



Źródło: Wykonane przez autora pracy.

Kolejne pytanie dotyczyło wieku rodzica bądź opiekuna prawnego badanego dziecka. W 36% byli to rodzice w przedziale wiekowym od 31 do 40 lat, 33% to rodzice w przedziale wiekowym od 41 do 50 lat. W grupie wiekowej od 24 do 30 lat stanowili rodzice 19%, powyżej 50 roku życia było 7% badanych rodziców i najmniejszą grupą ankietowanych rodziców do 23 roku życia, to zaledwie 5%.

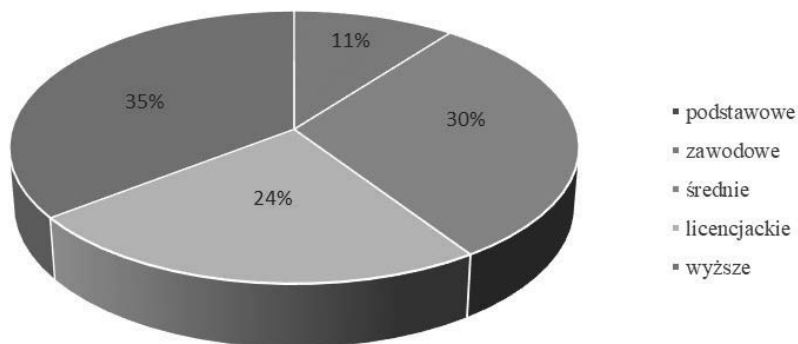
Wykres 3. Stan cywilny



Źródło: Wykonane przez autora pracy.

Wśród ankietowanych rodziców większa część pozostawała w stałych związkach małżeńskich (74%) z tego wynika że dzieci posiadają pełne rodziny. 12% to rodziny rozwiedzione 9%- to matki lub ojcowie sami wychowujący dzieci i 5% to rodzice owdowiali.

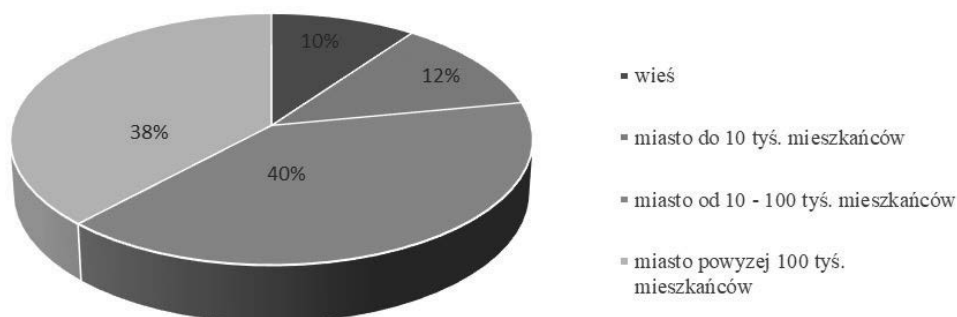
Wykres 4. Stopień wykształcenia rodziców/opiekunów.



Źródło: Wykonane przez autora pracy.

Pod względem wykształcenia z badań wynika, że podobnie rodziców dzieci chorych na nieswoiste zapalenie jelit. Wykształcenie wyższe posiadało 35% rodziców, 30% badanych rodziców było z wykształceniem średnim, 24% licencjackie, 11% zawodowe, z wykształceniem podstawowym 0%.

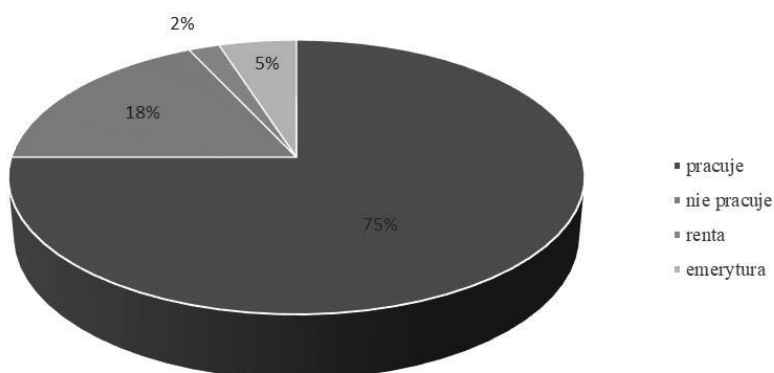
Wykres 5. Lokalizacja zamieszkania.



Źródło: Wykonane przez autora pracy.

Lokalizacja zamieszkania chorych dzieci było znacznie zróżnicowane. Rodzice odpowiedzieli, że 40% z nich mieszka w miastach od 10–100 tys. mieszkańców, 38% zamieszkuje w miastach powyżej 100 tys. mieszkańców, 12% zamieszkuje mniejsze miasteczka, czyli do 10 tys., a najmniejszą grupę stanowili respondenci mieszkający na wsi bo tylko 10%.

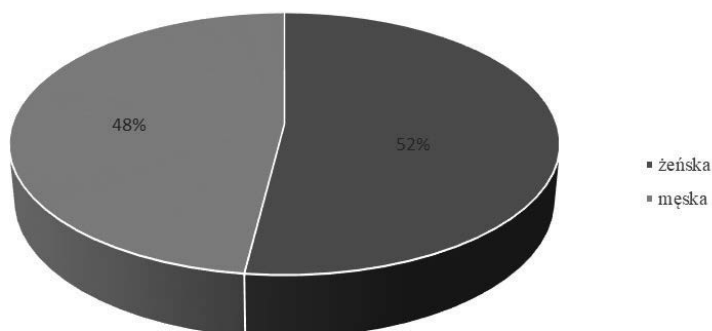
Wykres 6. Źródło utrzymania respondentów.



Źródło: Wykonane przez autora pracy.

Badanie ankietowanych rodziców pozwoliło mi ocenić źródło utrzymania aż 75% rodziców jest zatrudnionych. Dość znaczna ilość rodziców nie pracuje, bo aż 18%, 5% rodziców korzysta ze świadczeń emerytalnych i 2% pobiera rentę.

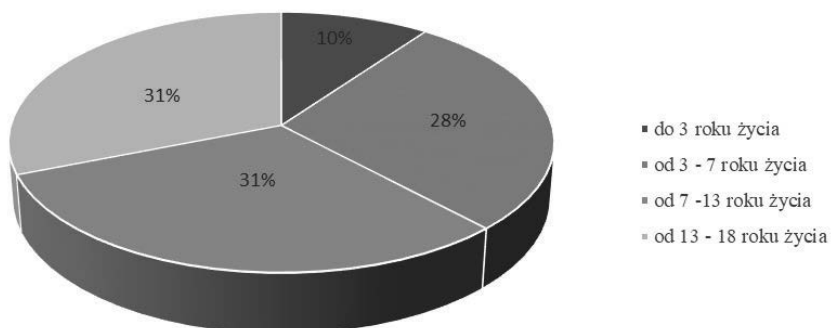
Wykres 7. Schemat płci badanego dziecka.



Źródło: Wykonane przez autora pracy.

Wśród badanych dzieci 52% ogółu to były dziewczynki, a 47% chłopców. Z przeprowadzonego badania wynika, że podobnie na te choroby zapadają dzieci bez względu na płeć.

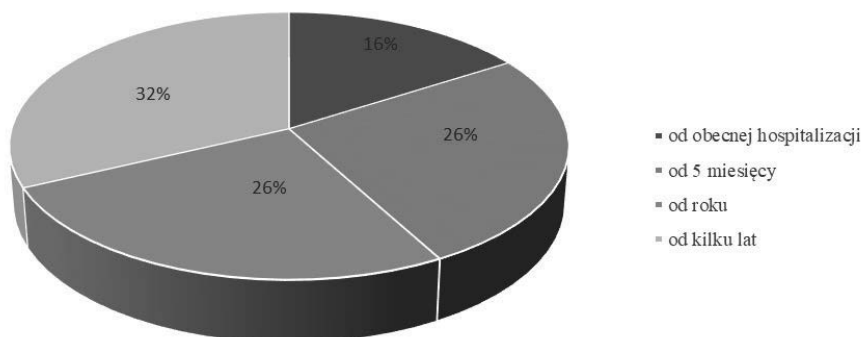
Wykres 8. Wiek badanego dziecka.



Źródło: Wykonane przez autora pracy

Wiek uczestniczących dzieci w badaniu był zróżnicowany. Dzieci w dwóch grupach wiekowych, czyli od 7–13 i od 13–18 roku życia stanowiły po 31% i podobnie w grupie dzieci od 3–7 roku-28%. Najmniejszy odsetek stanowiły małe dzieci do 3 roku życia tylko 10%. Z tego wynika, że częściej chorują starsze dzieci i młodzież.

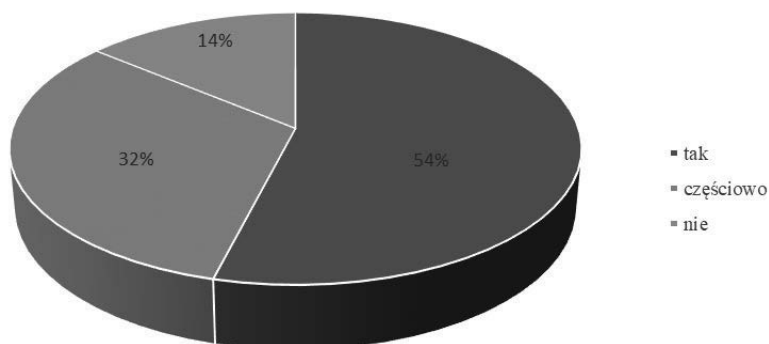
Wykres 9. Faza zachorowania dziecka.



Źródło: Wykonane przez autora pracy.

Na kolejne pytanie rodzice odpowiadali od kiedy dziecko choruje. W 32% odpowiedzieli, że od kilku lat dziecko zmaga się z dolegliwościami bólowymi ze strony układu pokarmowego, aż 26% dzieci choruje od roku i niewiele mniej bo 26% choruje od 5 miesięcy. Niektóre dzieci jak wynika z badań od dłuższego czasu zmagają się z dolegliwościami, tylko 16% dzieci przebywało po raz pierwszy w szpitalu.

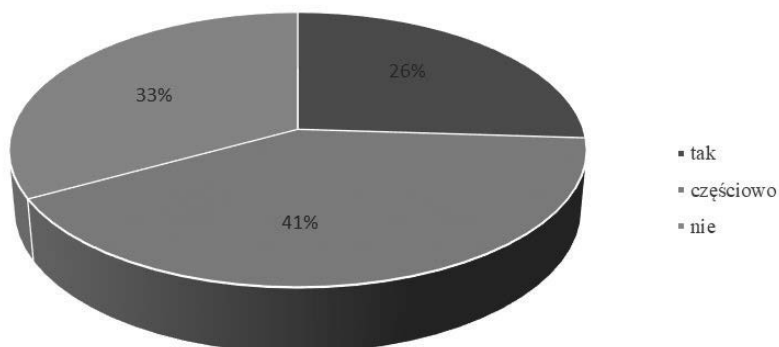
Wykres 10. Poziom wiedzy rodziców dotyczący stanu zdrowia dziecka.



Źródło: Wykonane przez autora pracy.

Zdecydowanie rodzice posiadają wiedzę dotyczącą stanu zdrowia dziecka, aż 54% rodziców odpowiedziało twierdząco, natomiast 32% posiada częściową świadomość i niewiele bo 14% respondentów nie jest świadoma co do stanu zdrowia swojego dziecka.

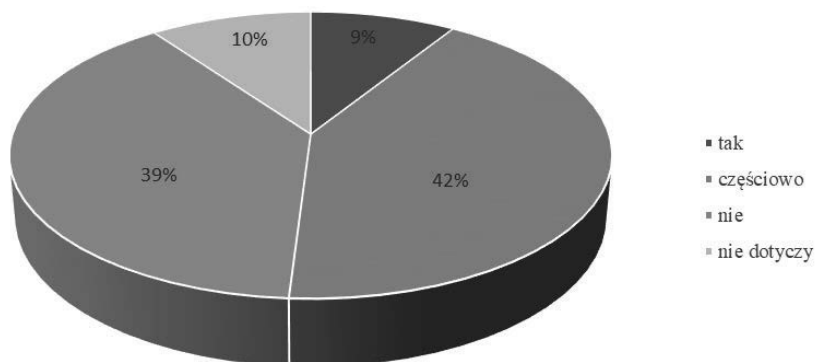
Wykres 11. Orientacja nauczycieli dotycząca stanu zdrowia dziecka.



Źródło: Wykonane przez autora pracy.

Następne pytanie dotyczyło świadomości nauczycieli co do stanu zdrowia dziecka. W 41% nauczyciele są częściowo zorientowani co do stanu zdrowia podopiecznego, a 33% z nich nie posiada wiedzy i tylko 26% nauczycieli jest zorientowana co do stanu zdrowia dziecka.

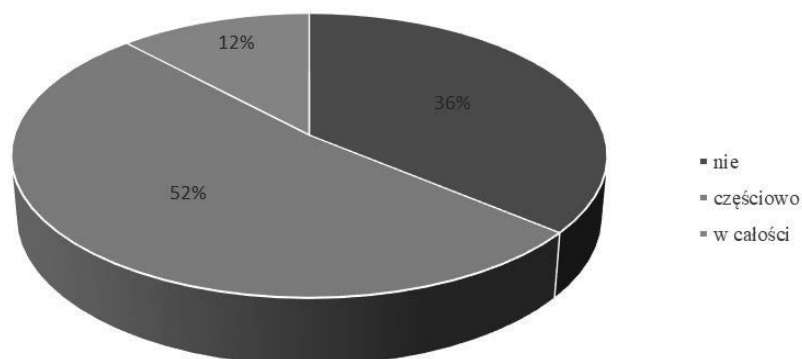
Wykres 12. Zorientowanie rówieśników co do stanu zdrowia dziecka.



Źródło: Wykonane przez autora pracy.

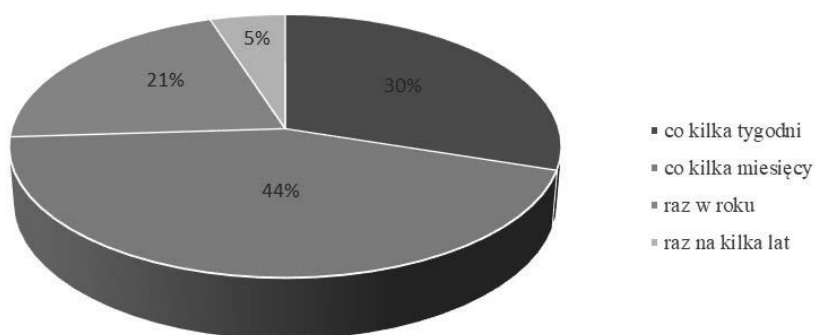
Z przeprowadzonych badań wynika, że 42% kolegów/koleżanek częściowo orientuje się co do stanu zdrowia dziecka, 39% z nich nie posiada wiedzy na temat choroby dziecka, 10% nie dotyczy dziecka i tylko 9% kolegów jest zorientowana co do choroby dziecka.



**Wykres 13.** Możliwości finansowe pokrycia kosztów leczenia dziecka przez rodziców.

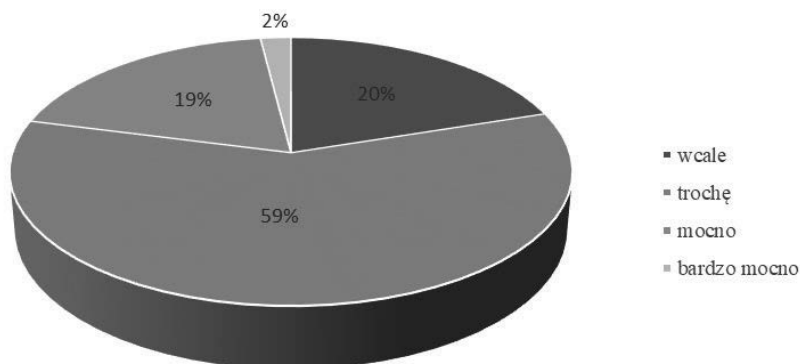
Źródło: Wykonane przez autora pracy.

Ponad połowa badanych rodziców zgodnie odpowiedziała, że częściowo jest w stanie ponieść koszty leczenia dziecka, 36% odpowiedziało, że możliwości finansowe nie pozwalają im na leczenie chorych dzieci. 12% ankietowanych posiada możliwości finansowe i są w stanie pokryć koszty leczenia.

**Wykres 14.** Jak często dziecko jest hospitalizowane z powodu choroby?

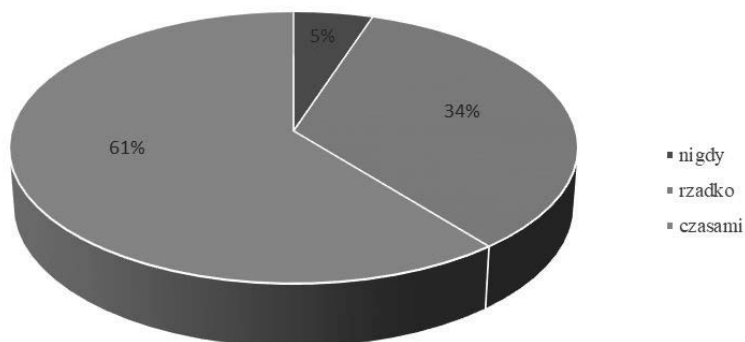
Źródło: Wykonane przez autora pracy.

Respondenci odpowiadali, że co kilka miesięcy dziecko jest hospitalizowane z powodu nasilenia objawów chorobowych i tak odpowiedziało 44%, co kilka tygodni leczą się 30% dzieci, raz w roku 21% i co kilka lat, odpowiedziało 5% rodziców badanych dzieci.

**Wykres 15.** Poziom bólu jako czynnik ograniczający dziecko w codziennych czynnościach.

Źródło: Wykonane przez autora pracy.

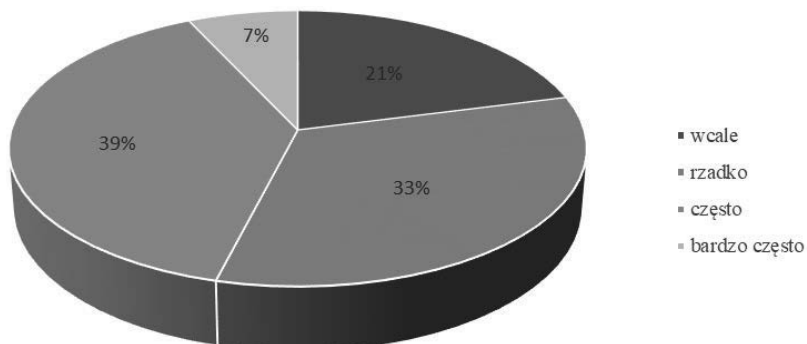
Zdecydowana większość rodziców uważa, że ból w niewielkim stopniu ogranicza dziecko w czynnościach i tak odpowiadało 59%, 20% rodziców udzieliła odpowiedzi, że wcale, natomiast 19% ból ogranicza mocno, tylko 2% rodziców twierdzi, że ból bardzo mocno wpływa na funkcjonowanie dziecka.

**Wykres 16.** Częstotliwość odczuwanych dolegliwości bólowych przez dziecko związanych z chorobą.

Źródło: Wykonane przez autora pracy.

Z przeprowadzonych badań ankietowych wynika, że 61% dzieci odczuwa czasami dolegliwości bólowe, w 34% rzadko i tylko 5% dzieci nie odczuwa nigdy bólu z powodu choroby.

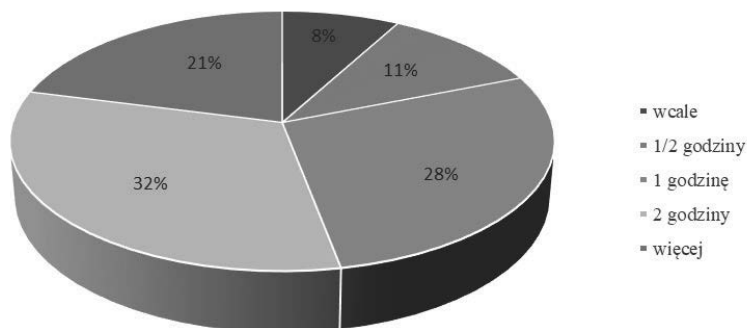
Wykres 17. Wpływ choroby dziecka na kontakty z rówieśnikami.



Źródło: Wykonane przez autora pracy.

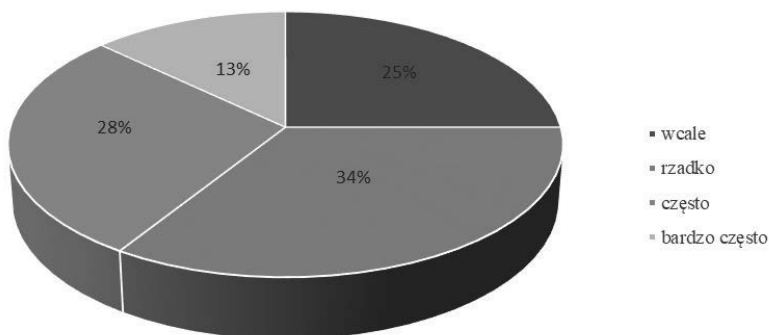
Z kolejnego pytania ankietowego wynika, że choroba ogranicza często kontakt z rówieśnikami (39%), rzadko odpowiedziało 33% ankietowanych rodziców, wcale nie ogranicza kontaktu odpowiedziało 21% i 7% rodziców odpowiedziało, że bardzo często spotkania z kolegami/koleżankami są ograniczone z powodu dolegliwości bólowych.

Wykres 18. Czas spędzony przez chore dzieci na dworze.



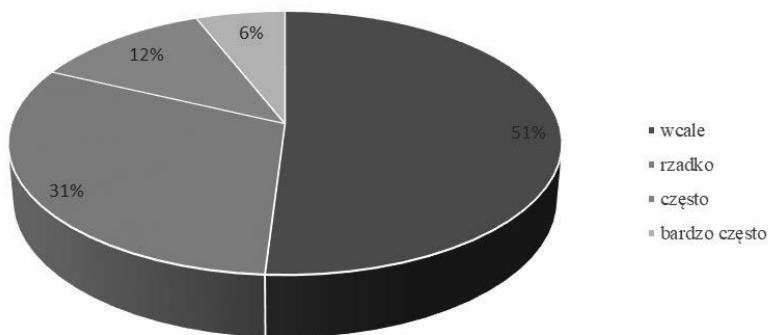
Źródło: Wykonane przez autora pracy.

Pytanie dotyczące przebywania na dworze. 32% rodziców odpowiedziało, że dzieci spędzają na świeżym powietrzu 2 godziny, 1 godzinę deklarowało 28% rodziców, 21% ankietowanych rodziców odpowiedziało, że więcej niż 2 godziny, 1/2 godziny odpowiedziało 11% rodziców. Z przeprowadzonych badań wynika, że 8% dzieci wcale nie przebywa na dworze.

**Wykres 19.** Uczestnictwo dzieci w zajęciach wychowania fizycznego.

Źródło: Wykonane przez autora pracy.

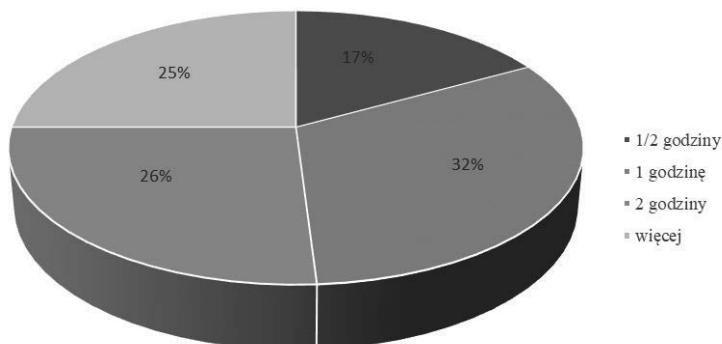
Z uzyskanych odpowiedzi na kolejne pytanie wynika, że z powodu chorób przewlekłych przewodu pokarmowego dzieci rzadko uczestniczą w zajęciach wychowania fizycznego (34%), 28% odpowiedziało, że często bierze udział w zajęciach, 25% dzieci wcale nie chce ćwiczyć na lekcjach wychowania fizycznego, tylko 13% rodziców twierdzi, że dziecko bardzo często bierze udział w tego typu zajęciach.

**Wykres 20.** Uczestnictwo dzieci w sportowych zajęciach poza szkolnych.

Źródło: Wykonane przez autora pracy.

Ankietowani rodzice twierdzą że 51% dzieci wcale nie bierze udziału w dodatkowych zajęciach sportowych, 31% dzieci rzadko uczestniczy w tego typu zajęciach, 12% chętnie uprawia sport poza szkołą natomiast 6% rodziców odpowiedziało, że dzieci bardzo często biorą udział w zajęciach poza szkolnych.

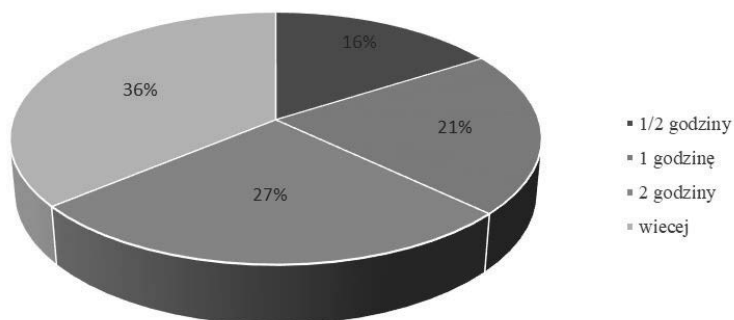
Wykres 21. Czas przeznaczony przez dzieci na naukę w domu.



Źródło: Wykonane przez autora pracy.

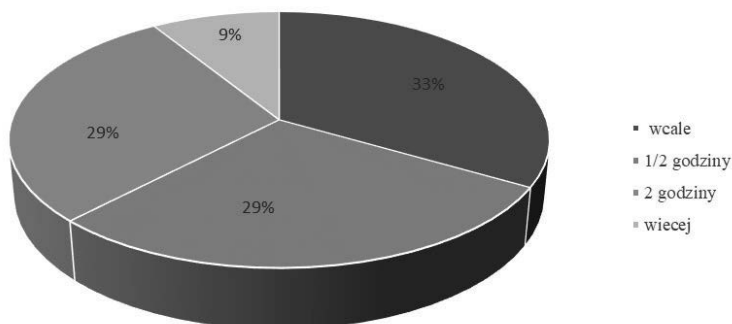
Kolejne pytanie dotyczyło poświęconego czasu na naukę-32% rodziców odpowiedziało, że dzieci poświęcają 1 godzinę na naukę nieco mniej bo, aż 26% odpowiedziało że 2 godziny, 25% – więcej niż 2 godziny i 17% dzieci czy się ½ godziny. Z badań wynika że dzieci chętnie się uczą i pogłębiają wiedzę.

Wykres 22. Czas poświęcony na korzystanie z komputera przez badane dzieci.



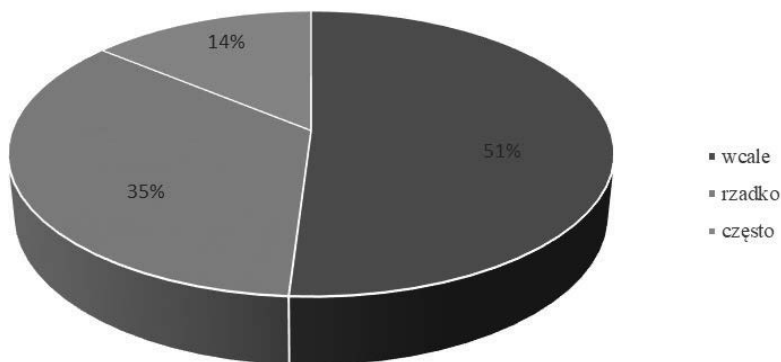
Źródło: Wykonane przez autora pracy.

Z badań wynika, że dziecko korzysta z komputera w 36% jedną godzinę, następnie 27% to dzieci, które spędzają czas przed komputerem 2 godziny, 21% swój wolny czas spędza więcej niż 2 godziny przed komputerem i tylko 16% ankietowanych rodziców odpowiedziało, że ich dziecko korzysta z komputera przez ½ godziny.

**Wykres 23.** Czas poświęcony przez dziecko na codzienne czytanie książek.

Źródło: Wykonane przez autora pracy.

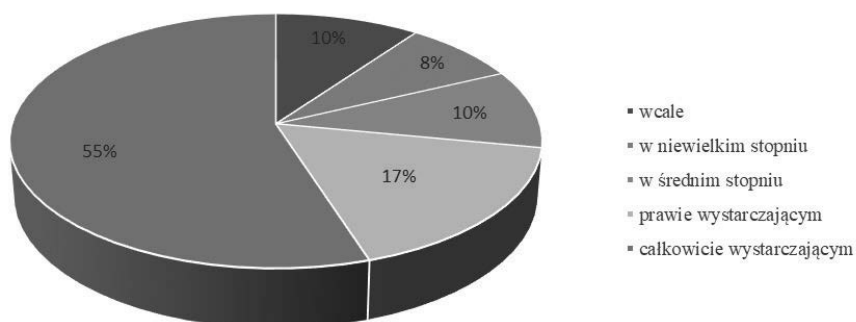
.Z przeprowadzonych badań wynika, że 33% dzieci wcale nie czyta książek, ale pocieszający jest fakt, że 29% chorych dzieci poświęca 2 godziny dziennie na czytanie lub 1/2 godziny tak samo odpowiedzieli respondenci, czyli też 29% jedynie 9% dzieci poświęca na czytanie książek znacznie więcej czasu niż 2 godziny.

**Wykres 24.** Uczestnictwo dziecka w pozalekcyjnych zajęciach oraz kółkach zainteresowań.

Źródło: Wykonane przez autora pracy.

Większość rodziców twierdzi, że dzieci wcale nie uczestniczą w tego rodzaju zajęciach, 35% dzieci rzadko interesuje się dodatkowymi zajęciami i tylko 14% rodziców odpowiedziało, że dziecko często korzysta z tego typu kół zainteresowań.

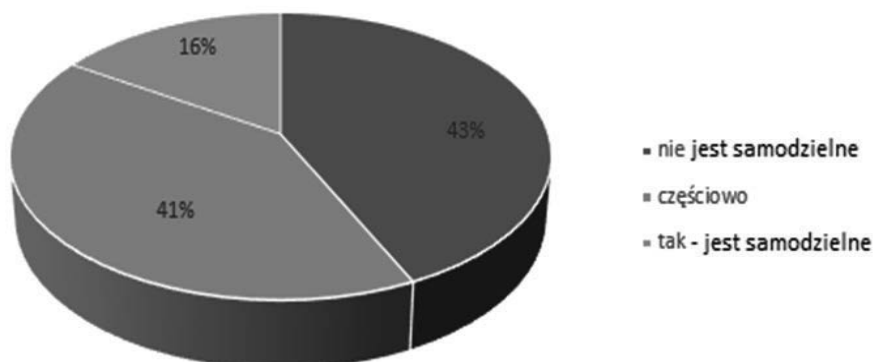
Wykres 25. Samodzielność dziecka w przestrzeganiu higieny.



Źródło: Wykonane przez autora pracy.

Rodzice odpowiedzieli, że w 55% dzieci sobie radzą całkowicie wystarczająco, w prawie wystarczającym stopniu odpowiedziało (17%), w średnim stopniu lub wcale uzyskano odpowiedzi takie same (10%) dzieci jest samodzielnych i tylko 8% dzieci radzi sobie w niewielkim stopniu w zakresie przestrzegania higieny osobistej.

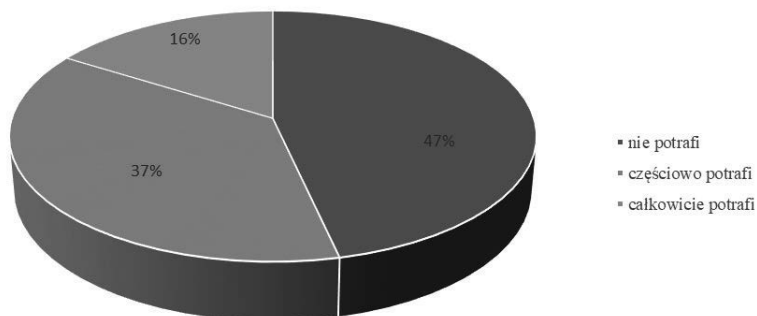
Wykres 26. Samodzielność dziecka w odniesieniu do przyjmowanych leków.



Źródło: Wykonane przez autora pracy.

Prawie połowa rodziców-45% odpowiedziało ,że dzieci nie są samodzielne w przyjmowaniu leków lub tylko częściowo tak twierdzi 41% respondentów, Z otrzymanych odpowiedzi wynika, że odpowiedzialność przyjmowania leków spoczywa na rodzicach. Jedynie 16% dzieci chętnie stosuje się do zaleceń.

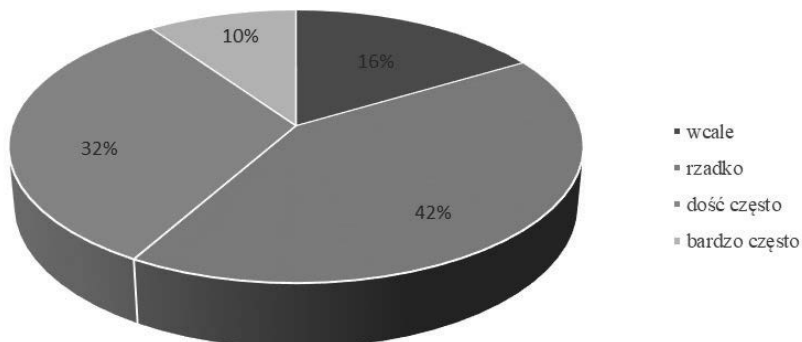
Wykres 27. Samodzielność dziecka w przestrzeganiu diety.



Źródło: Wykonane przez autora pracy.

Na pytanie czy dziecko jest samodzielne w przestrzeganiu diety. Rodzice odpowiedzieli, że dzieci nie są samodzielne i wręcz mają z tego powodu ogromny problem-tak odpowiedziało 47% ankietowanych rodziców, częściowo potrafi przestrzegać diety- 37% i całkowicie radzi sobie z przestrzeganiem diety- 16% dzieci.

Wykres 28. Częstotliwość opuszczanych zajęć lekcyjnych z powodu choroby.

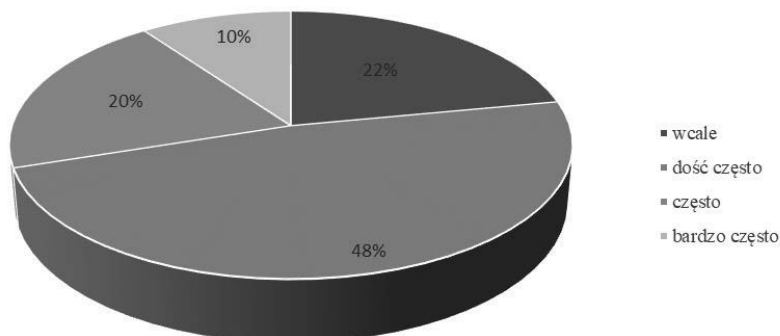


Źródło: Wykonane przez autora pracy.

Z przeprowadzonych badań wynika, że 42% dzieci rzadko opuszcza zajęcia lekcyjne, 32% dość często, 16% dzieci wcale nie opuszcza zajęć i 10% ankietowanych rodziców twierdzi, że ich dzieci bardzo często nie uczestniczą w zajęciach lekcyjnych z powodu złego samopoczucia lub częstych wizyt w szpitalu.



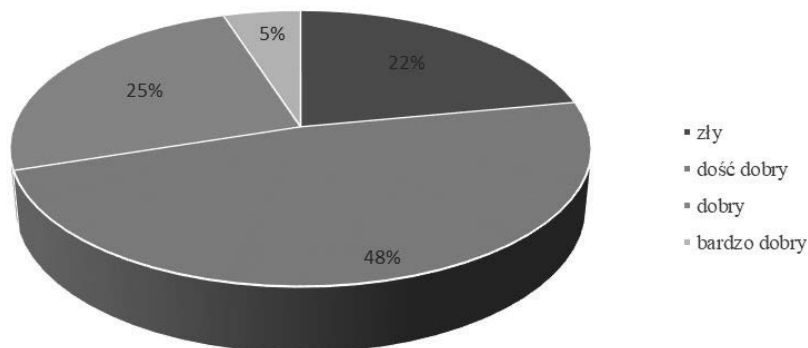
Wykres 29. Ocena stanu zmęczenia badanych dzieci przez rodziców.



Źródło: Wykonane przez autora pracy.

Prawie połowa ankietowanych rodziców 48%, oceniła swoje dzieci, że są dość zmęczone w przebiegu objawów chorobowych, 22% dzieci wcale nie są zmęczone, 20% rodziców odpowiedziało, że często się męczą i 10% ankietowanych rodziców ocenia zmęczenie dzieci na bardzo częste.

Wykres 30. Ocena stanu zdrowia dzieci przez rodziców/opiekunów.



Źródło: Wykonane przez autora pracy.

Na pytanie jak oceniają państwo obecny stan zdrowia dziecka. Rodzice odpowiadali w 48% – dość dobrze, 25% dzieci czuje się dobrze, 22% ankietowanych rodziców odpowiedziało, że ich dziecko czuje się źle z powodu objawów chorobowych i tylko 5% dzieci zdaniem rodziców czuje się bardzo dobrze.

## PODSUMOWANIE

Nieswoiste zapalenia jelit to przewlekłe choroby zapalne przewodu pokarmowego, charakteryzujące się okresami zaostrzeń i remisji o niewyjaśnionej etiologii. Zalicza się do nich: wrzodziejące zapalenie jelita grubego i chorobę Leśniowskiego-Crohna. Obie te jednostki, jako przewlekłe schorzenia wpływają znacząco i wieloczynnikowo na każdą z domen życia ludzkiego. Współistniejące powikłania pozajelitowe znacząco obniżają jakość życia dotkniętych nią osób oraz mogą prowadzić do niepełnosprawności. Miarą kontroli leczenia i skuteczności prowadzonych działań rehabilitacyjnych i leczniczych powinna być utrzymana sprawność w czynnościach dnia codziennego, czyli poprawę samopoczucia i jakości życia młodych pacjentów.

Celem pracy była ocena aktywności życiowej dziecka w przebiegu przewlekłych chorób układu pokarmowego. Tego typu schorzenia wymagają zmiany stylu życia, pewnych ograniczeń związanych z codzienną aktywnością, samodyscypliny, przestrzegania diety, oraz regularnego stosowania leków. Z badań własnych przeprowadzonych wśród rodziców i opiekunów prawnych dzieci hospitalizowanych z powodu choroby uzyskałam odpowiedzi na pytania dotyczące aktywności życiowej dzieci chorujących na nieswoiste choroby zapalne jelit.

Cel badawczy w pełni został zrealizowany poprzez uzyskane odpowiedzi, które otrzymałam od respondentów.

Z badań własnych oceniających częstość hospitalizacji dzieci z powodu zaostrzeń choroby wynika, że 44% dzieci jest hospitalizowanych co kilka miesięcy, a 30% co kilka tygodni. Z tego wynika, że dzieci często są poddawane leczeniu z powodu dolegliwości bólowych lub wykonanych badań diagnostycznych i laboratoryjnych. W przebiegu wykonywanych działań medycznych młody człowiek uzyskuje lepsze funkcjonowanie i poprawę jakości życia. Wysłunięte wnioski pozwalają na potwierdzenie pierwszej postawionej hipotezy badawczej, że dzieci są często hospitalizowane w wyniku zaostrzeń chorobowych..

Choroby przewlekłe układu trawiennego są dla dzieci bardzo dużym utrudnieniem i w znacznym stopniu obniżają ich jakość życia. Dzieci z tymi schorzeniami izolują się od życia rówieśników i nie wtajemniczają ich w stan swojego zdrowia. Również nauczyciele często nie są zorientowani o chorobie dziecka. Z badań własnych wynika, że 44% nauczycieli częściowo zorientowanych jest co do stanu zdrowia dziecka, 33% nie wie, że dziecko choruje, a tylko 23% nauczycieli wie o chorobie dziecka. Chore dzieci kępują się swojej choroby dlatego nie wtajemniczają w nią rówieśników. Z ankiety wynika, że 39% grupy rówieśniczej nie jest zorientowana co do stanu zdrowia kolegów i koleżanek. Na podstawie tych rozważań potwierdza się hipoteza dotycząca funkcjonowania dzieci w środowisku rówieśniczym. Chore dzieci muszą systematycznie przyjmować leki i przestrzegać diety. Z badań wynika, że 47% dzieci nie potrafi zaspokoić wyżej wymienionej potrzeby samodzielnie. Powodem tego jest między innymi to, że na te choroby częściej zapadają małe dzieci, a co za tym idzie są mało samodzielne. Powyższe przemyślenia potwierdzają kolejną hipotezę odnośnie stosowania leków i kontrolowania diety, narzucone ograniczenia często utrudniają im funkcjonowanie w normalnym życiu.

Z powodu stanu zdrowia 55% dzieci nie uczestniczy w lekcjach w-f i zajęciach pozaszkolnych. Przewlekłe choroby układu pokarmowego przyczyniają się do wycofania społecznego, uniemożliwiają kontakt z rówieśnikami i prowadzenie życia jak ich zdrowi koledzy i koleżanki. W związku z tym 36% ankietowanych dzieci bardzo dużo czasu spędza przed komputerem. Choroba Leśniowskiego-Crohna oraz wrzodziejące zapalenie jelita grubego znacząco wpływają na wszystkie dziedziny życia. Ograniczają funkcjonowanie społeczne, emocjonalne i w przypadku dzieci uczestnictwo w zajęciach szkolnych, co w konsekwencji prowadzi do niskiej samooceny pacjentów oraz braku satysfakcji z życia.

Wyniki własne potwierdziły, że na jakość życia dzieci ma wpływ wiele czynników: faza choroby, występowanie objawów klinicznych, dolegliwości bólowych oraz dostosowanie się do leczenia (stosowanie diety, systematyczne przyjmowanie leków), a to w dużej mierze pozwoli na lepsze samopoczucie i funkcjonowanie na różnych płaszczyznach życia młodego człowieka.

## WNIOSKI

1. Dzieci z przewlekłymi chorobami układu pokarmowego są często hospitalizowane.
2. Ból oraz częsta nieobecność w szkole wpływają negatywnie na życie społeczne dziecka.
3. Z powodu konieczności systematycznego przyjmowania leków i przestrzegania diety jakość życia chorego dziecka jest znacznie obniżona.
4. Aktywność życiowa chorych dzieci jest zależna od czasu trwania, zaawansowania i objawów choroby.
5. Choroby przewlekłe przewodu pokarmowego i związane z nimi liczne ograniczenia (dieta, leczenie, ograniczenie aktywności fizycznej) w dużej mierze negatywnie wpływają na stan emocjonalny, psychiczny i fizyczny dziecka.

## STRESZCZENIE

Tematyką niniejszej pracy była ocena aktywności życiowej dzieci w przebiegu przewlekłych chorób układu pokarmowego, ze szczególnym uwzględnieniem choroby Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejącego zapalenia jelita grubego.

W materiale teoretycznym opisano budowę i funkcje układu pokarmowego, następnie przedstawiono epidemiologię i etiologię schorzeń oraz najczęściej występujące choroby układu pokarmowego. W dalszej części pracy ukazano pokrótce zagadnienia dotyczące choroby Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Przedstawiono rodzaj, umiejscowienie zmian, objawy, przebieg oraz rozpoznanie i leczenie nieswoistych chorób zapalnych. Następnie omówiono ocenę jakości życia dzieci w przebiegu przewlekłych chorób układu pokarmowego oraz wpływu trybu życia na zdrowie dziecka.

Badania własne przeprowadzono na grupie reprezentatywnej 100 osób, wśród rodziców/opiekunów chorych dzieci przebywających w Klinice Hemato-Onkologii i Gastroenterologii Dziecięcej w Szczecinie.

W pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, zastosowano kwestionariusz ankiety samodzielnie sporządzony, składający się z 30 pytań. Badanie przeprowadzono za zgodą Kierownika Kliniki PUM.

Na podstawie uzyskanych odpowiedzi od respondentów wysunięto wnioski dotyczące aktywności życiowej dzieci. Wykazano, że częste hospitalizacje znacznie obniżają jakość życia, absencja szkolna i dolegliwości bólowe ograniczają funkcjonowanie dziecka w życiu codziennym oraz liczne ograniczenia związane z chorobą w znacznym stopniu negatywnie wpływają na stan emocjonalny, fizyczny i psychiczny dziecka.

**Słowa kluczowe:** aktywność życiowa dziecka, choroby przewlekłe, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, choroba Leśniowskiego-Crohna.

## SUMMARY

The aim of this study was to assess the children's life activity with chronic gastrointestinal diseases with particular emphasis on Crohn's disease and ulcerative colitis.

The theoretical material describes the structure and functions of the gastrointestinal system. Next I have presented the epidemiology and etiology of diseases and the most common gastrointestinal diseases. The following parts of the position are presented issues concerning Crohn's disease and ulcerative colitis are briefly, the type, localization of lesions, symptoms, course, diagnosis and treatment of inflammatory diseases. Then we discussed the assessment of the quality of children's life in the course of chronic gastrointestinal diseases and the influence of lifestyle on child health.

The study was conducted on a representative group of 100 persons, including parents/guardians of sick children hospitalized in the Department of Paediatric Haemato-Oncology and Gastroenterology in Szczecin.

In this study was used the diagnostic survey method, applied a self-administered questionnaire consisting of 30 questions. The study was conducted with the permission of the Head of the Department of Pomeranian Medical University.

Based on the responses from the respondents, the following conclusions were drawn about the children's life activities. It has been shown that frequent hospitalizations significantly reduce the quality of life, school absenteeism and pain complaints limit the child's functioning in everyday life and numerous limitations associated with the disease significantly affect the child's emotional, physical and psychological state.

**Key words:** child's life activity, chronic diseases, ulcerative colitis, Crohn's disease.

## PIŚMIENNICTWO

1. Albrecht P.: *Gastrologia Dziecięca*, Wydawnictwo „Czelej”, Lublin 2014.
2. Andrzejewska J., Talarska D.: *Jakość życia w nieswoistych zapaleniach jelit*, „Przegląd Gastrologiczny”, 2009.
3. Arabska-Przedpeńska B., Pawlicka H.: *Współczesna endodoncja w praktyce*, Bestom DentoOnet pl., Łódź 2011.
4. Bartnik W.: *Choroba Leśniowskiego-Crohna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
5. Bąk E., Soszka A., Stelmaszuk T., Dyrła P., Gil J.: *Ocena jakości życia pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna*, „Nowa Medycyna”, 2015, 22(2).
6. Bochenek M., Reicher M.: *Anatomia człowieka*, tom 2, PZWL, Warszawa 2010.
7. Bochenek A.: *Leczenie biologiczne w niespecyficznych chorobach jelita*, Towarzystwo „J-elita”, 2009.
8. Ciepuch G., Gniadek A., Śręba S.: *Jakość życia młodzieży z chorobą Leśniowskiego-Crohna*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, tom 21, nr 4, Kraków 2015.
9. Dobrzańska A., Ryżko J.: *Pediatrics*, Urban & Partner, Wrocław 2014.
10. Gil J., Wojtuń S.: *Diagnostyka obrazowa w nieswoistych*, „Przegląd Gastroenterologiczny”, 2004.
11. Iwańczak F.: *Gastrologia dziecięca*, Wydawnictwo Medyczne „Borgis”, Warszawa 2003.
12. Kamiński A.: *Studia pedagogiczne*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 1976.
13. Kontura J.: *Gastroenterologia i Hepatologia Kliniczna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
14. Latos W., Gadowska-Cicha A., Niepsuj K., Sieroń A.: *Choroba Leśniowskiego-Crohna w górnym odcinku przewodu pokarmowego*. „Wiadomości Lekarskie” 2005.
15. Lenartowicz H.: *Zasady badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1991.
16. Łobocki M.: *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, Oficyna wydawnicza „Impuls”, Kraków 1997.
17. Małecka-Panas E., Słomka M.: *Przewlekłe nieswoiste choroby zapalne jelit. Choroba Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego*, MedPharm Polska, Wrocław 2012.
18. Maszke A. W.: *Metodologia badań pedagogicznych*, Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów 2004.

19. Mossakowska M.: *Poradnik dla młodzieży i rodziców chorych dzieci na wrzodziejace zapalenie jelita grubego (colitis ulcerosa) lub chorobę Leśniowskiego-Crohna*, Towarzystwo „J-elita”, Warszawa 2016.
20. Niemczyk M.: *Życie w cieniu NZJ*, Towarzystwo „J-elita”, Warszawa 2016.
21. Nowak S.: *Metodologia badań społecznych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
22. Pilch T.: *Zasady badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 1995.
23. Pieter J.: *Ogólna metodologia pracy naukowej*, Zakład Narodowy Imienia Ossolińskich, Wrocław 1967.
24. Rampton D.S., Shanahan, *Nieswoiste choroby zapalne jelit*, ARW DK MEDIA POLAND, Warszawa 2018.
25. Rydzewska G., Małecka-Panas E.: *Choroba Leśniowskiego-Crohna 100 – lat diagnostyki i terapii*, Wydawnictwo Medyczne TerMedia, Poznań 2008.
26. Rydzewska G., Wilanowska A.: *Epidemiologia i przebieg kliniczny choroby Leśniowskiego-Crohna*, „Przegląd Gastrologiczny”, Poznań 2006.
27. Ryżko J.: *Nieswoiste zapalenie jelit*, „Przegląd Pediatryczny”, 29(4), 1999.
28. Sierakowska M., Krajewska-Kułak E., Lewko J.: *Problemy jakości życia w chorobach przewlekłych*, Akademia Medyczna, Białystok 2005. *Wielka interna. Gastroenterologia*, pod redakcją A. Dąbrowskiego, tom 7, cz. 2, Wydawca Medical Tribune Polska, Warszawa 2011.
29. Wroczyński R., Pilch.: *Metodologia badań w pielęgniarstwie*, Warszawa 1976.
30. Zalewski T. *Choroby przewodu pokarmowego u dzieci*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001.

## SPIS RYCIN

|  |     |
|--|-----|
| Rycina 1. Anatomia układu pokarmowego . . . . .                          | 166 |
| Rycina 2. Anatomia jamy ustnej . . . . .                                 | 167 |
| Rycina 3. Anatomia żołądka . . . . .                                     | 168 |
| Rycina 4. Struktura jelita cienkiego . . . . .                           | 169 |
| Rycina 5. Struktura jelita grubego . . . . .                             | 170 |
| Rycina 6. Choroba Crohna – gastroskopia . . . . .                        | 178 |
| Rycina 7. Choroba Crohna – kolonoskopia . . . . .                        | 179 |
| Rycina 8. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego – kolonoskopia . . . . . | 184 |

## SPIS WYKRESÓW

|   |     |
|---|-----|
| Wykres 1. Schemat płci rodzica . . . . .                    | 195 |
| Wykres 2. Schemat wieku rodzica (opiekuna). . . . .         | 195 |
| Wykres 3. Stan cywilny . . . . .                            | 196 |
| Wykres 4. Stopień wykształcenia rodziców/opiekunów. . . . . | 196 |



|  |     |
|--|-----|
| Wykres 5. Lokalizacja zamieszkania. . . . .  | 197 |
| Wykres 6. Źródło utrzymania respondentów. . . . .  | 197 |
| Wykres 7. Schemat płci badanego dziecka. . . . .   | 198 |
| Wykres 8. Wiek badanego dziecka.. . . . .  | 198 |
| Wykres 9. Faza zachorowania dziecka. . . . .   | 199 |
| Wykres 10. Poziom wiedzy rodziców dotyczący stanu zdrowia dziecka.. . . . .                            | 199 |
| Wykres 11. Orientacja nauczycieli dotycząca stanu zdrowia dziecka. . . . .                             | 200 |
| Wykres 12. Zorientowanie rówieśników co do stanu zdrowia dziecka. . . . .                              | 200 |
| Wykres 13. Możliwości finansowe pokrycia kosztów leczenia dziecka przez rodziców. . . . .              | 201 |
| Wykres 14. Jak często dziecko jest hospitalizowane z powodu choroby?. . . . .                          | 201 |
| Wykres 15. Poziom bólu jako czynnik ograniczający dziecko w codziennych czynnościach. . . . .          | 202 |
| Wykres 16. Częstotliwość odczuwanych dolegliwości bólowych przez dziecko związanych z chorobą. . . . . | 202 |
| Wykres 17. Wpływ choroby dziecka na kontakty z rówieśnikami.. . . . .                                  | 203 |
| Wykres 18. Czas spędzony przez chore dzieci na dworze. . . . .   | 203 |
| Wykres 19. Uczestnictwo dzieci w zajęciach wychowania fizycznego. . . . .                              | 204 |
| Wykres 20. Uczestnictwo dzieci w sportowych zajęciach poza szkolnych. . . . .                          | 204 |
| Wykres 21. Czas przeznaczony przez dzieci na naukę w domu.. . . . .                                    | 205 |
| Wykres 22. Czas poświęcony na korzystanie z komputera przez badane dzieci. . . . .                     | 205 |
| Wykres 23. Czas poświęcony przez dziecko na codzienne czytanie książek.. . . . .                       | 206 |
| Wykres 24. Uczestnictwo dziecka w pozalekcyjnych zajęciach oraz kółkach zainteresowań. . . . .         | 206 |
| Wykres 25. Samodzielność dziecka w przestrzeganiu higieny. . . . .                                     | 207 |
| Wykres 26. Samodzielność dziecka w odniesieniu do przyjmowanych leków. . . . .                         | 207 |
| Wykres 27. Samodzielność dziecka w przestrzeganiu diety. . . . .                                       | 208 |
| Wykres 28. Częstotliwość opuszczanych zajęć lekcyjnych z powodu choroby. . . . .                       | 208 |
| Wykres 29. Ocena stanu zmęczenia badanych dzieci przez rodziców. . . . .                               | 209 |
| Wykres 30. Ocena stanu zdrowia dzieci przez rodziców/opiekunów.. . . . .                               | 209 |



**ANEKS**

## KWESTIONARIUSZ ANKIETY

### 1. Płeć rodzica

- a. kobieta
- b. mężczyzna

### 2. Wiek rodzica (opiekuna)

- a. do 23 roku życia
- b. od 24–30 lat
- c. od 31–40 lat
- d. od 41–50 lat
- e. powyżej 50 roku życia

### 3. Stan cywilny

- a. kawaler/panna
- b. żonaty/mężatka
- c. c)rozwódziona/rozwódziona
- d. wdowiec/wdowa

### 4. Wykształcenie rodzica/opiekuna

- a. podstawowe
- b. zawodowe
- c. średnie
- d. licencjackie
- e. wyższe

### 5. Miejsce zamieszkania

- a. wieś
- b. miasto do 10 tyś. mieszkańców
- c. miasto od 10–100 tyś. mieszkańców
- d. miasto powyżej 100 tyś. mieszkańców

### 6. Źródło utrzymania

- a. pracuje
- b. nie pracuje
- c. renta
- d. emerytura

**7. Płeć dziecka chorego**

- a. żeńska
- b. męska

**8. Wiek dziecka**

- a. do 3 roku życia
- b. od 3–7 roku życia
- c. od 7–13 roku życia
- d. od 13–18 roku życia

**9. Od kiedy dziecko choruje?**

- a. od obecnej hospitalizacji
- b. od 5 miesięcy
- c. od roku
- d. od kilku lat

**10. Czy rodzina jest świadoma co do stanu zdrowia dziecka?**

- a. tak
- b. częściowo
- c. nie

**11. Czy nauczyciele są zorientowani co do stanu zdrowia dziecka?**

- a. tak
- b. częściowo
- c. nie

**12. Czy koledzy/koleżanki są zorientowani co do stanu zdrowia dziecka?**

- a. tak
- b. częściowo
- c. nie
- d. nie dotyczy

**13. Czy jesteście państwo w stanie pokryć koszty leczenia dziecka?**

- a. nie
- b. częściowo
- c. w całości

**14. Jak często dziecko jest hospitalizowane?**

- a. co kilka tygodni
- b. co kilka miesięcy
- c. raz w roku
- d. raz na kilka lat

**15. W jakim stopniu ból ogranicza dziecko w codziennych czynnościach?**

- a. wcale
- b. trochę
- c. mocno
- d. bardzo mocno

**16. Jak często dziecko odczuwa dolegliwości bólowe związane z chorobą?**

- a. nigdy
- b. rzadko
- c. czasami
- d. bardzo często

**17. Jak często choroba ogranicza kontakt z rówieśnikami?**

- a. wcale
- b. rzadko
- c. często
- d. bardzo często

**18. Ile czasu w ciągu dnia dziecko przebywa na dworze?**

- a. wcale
- b. 1/2 godziny
- c. 1 godzinę
- d. 2 godziny
- e. więcej

**19. Czy dziecko uczestniczy w zajęciach wychowania fizycznego?**

- a. wcale
- b. rzadko
- c. często
- d. bardzo często

**20. Czy dziecko uczestniczy w zajęciach sportowych poza szkołą?**

- a. wcale
- b. rzadko
- c. często
- d. bardzo często

**21. Ile czasu w ciągu dnia dziecko poświęca na naukę w domu?**

- a. 1/2 godziny
- b. 1 godzinę
- c. 2 godziny
- d. więcej

**22. Jak długo w ciągu dnia dziecko spędza przed komputerem?**

- a. 1/2 godziny
- b. 1 godzinę
- c. 2 godziny
- d. więcej

**23. Ile czasu dziecko poświęca na czytanie książek?**

- a. wcale
- b. 1/2 godziny
- c. 2 godziny
- d. więcej

**24. Czy dziecko bierze udział w zajęciach pozalekcyjnych, kółkach zainteresowań?**

- a. wcale
- b. rzadko
- c. często

**25. W jakim stopniu dziecko jest samodzielne w przestrzeganiu higieny?**

- a. wcale
- b. w niewielkim stopniu
- c. w średnim stopniu
- d. prawie wystarczającym
- e. całkowicie wystarczającym

**26. W jakim stopniu dziecko jest samodzielne w przyjmowaniu leków?**

- a. nie jest samodzielne
- b. częściowo
- c. tak- jest samodzielne

**27. Czy dziecko potrafi przestrzegać diety?**

- a. nie potrafi
- b. częściowo potrafi
- c. całkowicie potrafi

**28. Jak często dziecko opuszcza zajęcia lekcyjne z powodu choroby?**

- a. wcale
- b. rzadko
- c. dość często
- d. bardzo często

**29. Jak często dziecko jest zmęczone?**

- a. wcale
- b. dość często
- c. często
- d. bardzo często

**30. Jak oceniają państwo obecny stan zdrowia dziecka?**

- a. zły
- b. dość dobry
- c. dobry
- d. bardzo dobry

Dziękuję za wypełnienie ankiety



Edyta Pokorska, Elżbieta Świątkowska, Karol Koszada

**DZIAŁANIA SPOŁECZNOŚCI TWORZĄCEJ  
PLACÓWKĘ PRZEDSZKOLNĄ  
UKIERUNKOWANĄ NA PROMOCJĘ ZDROWIA  
WŚRÓD DZIECI 3-6 LAT**



# SPIS TREŚCI

|   |            |
|---|------------|
| WSTĘP . . . . .   | 231        |
| <b>1. ZNACZENIE PROMOCJI ZDROWIA I EDUKACJI ZDROWOTNEJ DLA ZRÓWNOWAŻONEGO ROZWOJU<br/>DZIECKA W WIEKU PRZEDSZKOLNYM . . . . .</b> | <b>233</b> |
| 1.1. EDUKACJA ZDROWOTNA W PODSTAWIE PROGRAMOWEJ PRZEDSZKOLA. . . . .  | 241        |
| 1.2. PROPONOWANY PROGRAM ZAJĘĆ PROMUJĄCYCH ZDROWIE . . . . .  | 244        |
| <b>2. DEFINICJA, MODEL I STANDARDY PRZEDSZKOLA PROMUJĄCEGO ZDROWIE . . . . .</b>  | <b>251</b> |
| 2.1. WARUNKI I ORGANIZACJA PRZEDSZKOLA PROMUJĄCEGO ZDROWIE. . . . .   | 252        |
| 2.2. CHARAKTERYSTYKA SPOŁECZNOŚCI TWORZĄCEJ PRZEDSZKOLE. . . . .  | 254        |
| 2.2.1. UCZESTNICTWO I ZAANGAŻOWANIE SPOŁECZNOŚCI PRZEDSZKOLA . . . . .  | 256        |
| 2.2.2. WSPARCIE KOORDYNATORA I ZESPOŁU DS. PROMOCJI ZDROWIA . . . . .   | 257        |
| 2.2.3. WSPÓŁPRACA Z INNYMI PLACÓWKAMI OŚWIATOWO-WYCHOWAWCZYMI W NAJBLIŻSZYM OTOCZENIU. . . . .                                    | 259        |
| <b>3. ETAPY TWORZENIA PRZEDSZKOLA PROMUJĄCEGO ZDROWIE . . . . .</b>   | <b>260</b> |
| 3.1. ETAP PIERWSZY – DIAGNOZA . . . . .   | 263        |
| 3.2. ETAP DRUGI – PLANOWANIE DZIAŁAŃ I ICH EWALUACJI . . . . .  | 264        |
| 3.3. ETAP TRZECI – DZIAŁANIA – REALIZACJA PLANU . . . . .   | 265        |
| 3.4. ETAP CZWARTY – EWALUACJA WYNIKÓW DZIAŁAŃ . . . . .   | 266        |
| <b>4. AUTOEWALUACJA DZIAŁAŃ W PRZEDSZKOLU PROMUJĄCYM ZDROWIE. . . . .</b>   | <b>268</b> |
| <b>5. METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH . . . . .</b>  | <b>270</b> |
| 5.1. PRZEDMIOT I CEL BADAŃ . . . . .  | 270        |
| 5.2. PROBLEMY I HIPOTEZY BADAWCZE . . . . .   | 271        |
| 5.3. METODY, TECHNIKI I NARZĘDZIA BADAWCZE . . . . .  | 273        |

|  |            |
|--|------------|
| 5.4. ORGANIZACJA I PRZEBIEG BADAŃ . . . . .      | 276        |
| 5.5. CHARAKTERYSTYKA BADANEJ POPULACJI . . . . . | 278        |
| <b>ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ . . . . .</b>           | <b>285</b> |
| <b>PODSUMOWANIE I WNIOSKI . . . . .</b>          | <b>315</b> |
| <b>STRESZCZENIE . . . . .</b>                    | <b>318</b> |
| <b>SUMMARY . . . . .</b>                         | <b>319</b> |
| <b>PIŚMIENICTWO . . . . .</b>                    | <b>320</b> |
| <b>SPIS RYCIN . . . . .</b>                      | <b>324</b> |
| <b>SPIS TABEL . . . . .</b>                      | <b>324</b> |
| <b>SPIS WYKRESÓW . . . . .</b>                   | <b>325</b> |
| <b>ANEKSY . . . . .</b>                          | <b>327</b> |

*Nie zadawajcie dzieciom gwałtu nauczania, tylko niech się bawią,  
Dziecko doskonale bawi się, ale ta zabawa jest dla niego prawdziwą nauką,  
Bo uczy się „niechcący”, a zapamiętuje „na zawsze”.*

**Platon**



## WSTĘP

Współczesna rzeczywistość, poza wielkim postępem naukowo-technicznym, przynosi wiele zagrożeń spowodowanych zmianami klimatycznymi i związanymi z tym anomaliami w przyrodzie, występowaniem chorób cywilizacyjnych o niejasnej etiologii, a także zagrożenia społeczne związane z kryzysem wychowania i wartości<sup>1</sup>. W czasie, kiedy epidemia koronawirusa dotknęła całą populację, temat zdrowia i jego promocji stał się ważny nie tylko dla środowiska medycznego, ale dla każdego z nas.

Wychowanie przedszkolne to pierwszy etap kształcenia, którego głównym zadaniem jest wspieranie rodziny w sprawowaniu opieki wychowawczej i stymulowanie wszechstronnego rozwoju. Już na tym etapie, ważnym zadaniem nauczycieli i wychowawców, jest wychowanie zdrowotne dziecka. Zgodnie z zaleceniami Ministerstwa Edukacji Narodowej obejmuje ono zasady bezpieczeństwa oraz kształtowanie nawyków i przyzwyczajzeń sprzyjających zdrowiu w zakresie higieny, żywienia i sprawności fizycznej. Powszechna jest opinia, że edukacja zdrowotna to najbardziej opłacalna inwestycja w dziecko<sup>2</sup>.

Środowiskiem, w którym działania prozdrowotne nie są traktowane jako dodatkowe zadanie, ale jako podstawa działalności edukacyjno-wychowawczej, satysfakcjonującej całą społeczność, są placówki ukierunkowane na promocję zdrowia. Do sieci tych placówek, obok Szkół Promujących Zdrowie (SPZ), dołączyły Przedszkola Promujące Zdrowie (PPZ), gdzie dąży się do powiązania działań w zakresie promocji zdrowia z podstawowymi celami i zadaniami przedszkola.

Celem niniejszego opracowania będzie zbadanie, czy społeczność tworząca Przedszkole nr 4 „Słoneczko” w Łowiczu podejmuje i realizuje działania prozdrowotne, zgodnie z koncepcją i standardami Przedszkola Promującego Zdrowie.

<sup>1</sup> E.D. Białek, *Wychowanie do zdrowia w rodzinie, szkole i świecie: zintegrowane (holistyczne) podejście do człowieka i zdrowia*, Warszawa 2012, s. 6.

<sup>2</sup> B. Wolny, J. Liba, E. Juško, *Wprowadzenie*, (w:) *Edukacja zdrowotna – przedszkole – szkoła*, redakcja naukowa B. Wolny, J. Liba, E. Juško, Lublin 2016, s. 7–8.

Praca zawierać będzie część teoretyczną i badawczą. Na część teoretyczną składać się będą cztery rozdziały, z których pierwszy poświęcony będzie zagadnieniom związanym z edukacją zdrowotną i promocją zdrowia oraz ich wpływem na zrównoważony rozwój dziecka w wieku przedszkolnym. Głównym zamierzeniem jest wykazanie, iż zachowania prozdrowotne i antyzdrowotne, choć mogą zmieniać się w różnych okresach życia, kształtowane są przede wszystkim w dzieciństwie.

W kolejnych podrozdziałach zostanie przedstawione miejsce edukacji zdrowotnej w podstawie programowej przedszkola oraz w jakich obszarach, bezpośrednio lub pośrednio związanych ze zdrowiem, realizowana jest edukacja zdrowotna. Tu również zaprezentowane będą najważniejsze programy zajęć promujących zdrowie – ogólnopolskie i lokalne – opracowane przez fundacje i organizacje ukierunkowane na promocję zdrowia.

Rozdział drugi poświęcony będzie prezentacji definicji, modelu i standardów Przedszkola Promującego Zdrowie. Wymienione zostaną warunki, jakie musi spełniać placówka, aby mogła ubiegać się o certyfikat przynależności do sieci szkół i przedszkoli promujących zdrowie. W rozdziale tym zaprezentowana będzie społeczność tworząca przedszkole i cechy charakteryzujące poszczególnych członków tej społeczności.

Rozdział trzeci to prezentacja etapów tworzenia przedszkola promującego zdrowie, od diagnozy, po ewaluację zaplanowanych działań.

Kolejny, rozdział czwarty, dotyczyć będzie autoewaluacji działań prozdrowotnych realizowanych w przedszkolu. Zaprezentowane będą w nim narzędzia wykorzystywane do zbadania, czy placówka osiąga cele określone w polskiej koncepcji Przedszkola Promującego Zdrowie.

Rozpoczynając część badawczą rozdział piąty – zawierać będzie metodologię badań własnych. Oprócz przedmiotu i celu badań, zaprezentowane będą w nim problemy i hipotezy badawcze oraz przedstawione metody i techniki, które posłużyły do ich weryfikacji. W rozdziale tym zostanie opisane miejsce, w którym przeprowadzono badania oraz cechy charakteryzujące badaną populację.

Kolejny etap obejmować będzie analizę badań własnych, które posłużyły do potwierdzenia lub odrzucenia założonych wcześniej hipotez.

W końcowym etapie pracy nastąpi podsumowanie wyników przeprowadzonych badań. Dokonana będzie weryfikacja założonych hipotez oraz zaprezentowane zostaną, wynikające z analizy ankiet i dokumentów przedszkola, wnioski.



## ROZDZIAŁ 1

# ZNACZENIE PROMOCJI ZDROWIA I EDUKACJI ZDROWOTNEJ DLA ZRÓWNOWAŻONEGO ROZWOJU DZIECKA W WIEKU PRZEDSZKOLNYM

Prawidłowy rozwój, zdrowie fizyczne, psychiczne i społeczne dziecka, stanowią o potencjale zdrowotnym i ekonomicznym społeczeństwa. Ważne jest, aby treści o charakterze prozdrowotnym, przekazywać dzieciom od najmłodszych lat.

Zachowania prozdrowotne i antyzdrowotne mogą się zmieniać w różnych okresach życia człowieka, ale kształtowane są przede wszystkim w dzieciństwie i młodości. Przedszkole jest pierwszym instytucjonalnym środowiskiem wychowania także w zakresie zdrowia, a szkolna edukacja zdrowotna to najbardziej opłacalna inwestycja w dziecko – zdrowy uczeń dzisiaj to zdrowy dorosły jutro<sup>3</sup>.

W edukacji zdrowotnej kluczowym pojęciem jest zdrowie, funkcjonuje ono zarówno w języku potocznym, jak i na gruncie nauk humanistycznych oraz biologiczno-medycznych. Ewolucja w myśleniu o zdrowiu i jego uwarunkowaniach, przebiegała od modelu biomedycznego po holistyczne, systemowe ujęcie. Po dominacji orientacji patogenetycznej i modelu biomedycznego, gdzie zdrowie definiowano jako brak choroby, w 1946 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ogłosiła definicję, która określa, że zdrowie to: *stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub kalectwa i niepełnosprawności*<sup>4</sup>.

Całościowe (holistyczne) podejście do zdrowia, jak również istnienie powiązań między człowiekiem i środowiskiem, znajdujemy w opracowanej we wczesnych latach osiemdziesiątych przez Departament Zdrowia Publicznego Kanady, Mandali Zdrowia<sup>5</sup>. Według tej koncepcji, którą nazywa się społeczno-ekologicznym modelem zdrowia, istnieje wiele zależności między środowiskiem fizycznym, społecznym

<sup>3</sup> W. Wrona-Wolny, *Przedszkole jako pierwsze środowisko instytucjonalne do realizacji edukacji zdrowotnej dla wszystkich dzieci*, (w:) *Edukacja zdrowotna – przedszkole – szkoła*, dz. cyt., s. 53.

<sup>4</sup> *Edukacja zdrowotna w szkole. Promocja zdrowia dzieci i młodzieży w Europie*, pod redakcją B. Woynarowskiej, Warszawa 1995, s. 9.

<sup>5</sup> K. Borzucka-Sitkiewicz, *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. Przewodnik dla edukatorów zdrowia*, Kraków 2006, s. 11.

i kulturowym a zdrowiem. Wyjaśnianie tych zależności tworzy teoretyczne podstawy dla promocji zdrowia<sup>6</sup>.

Idea **promocji zdrowia** wyodrębniła się na podstawie akceptacji holistycznego ujęcia zdrowia oraz wzrostu zainteresowania zdrowiem pozytywnym i poprawą jakości życia. W idei tej istotne jest traktowanie zdrowia nie jako stanu statycznego, ale jako dynamicznej zdolności człowieka do osiągnięcia pełni swych możliwości fizycznych, psychicznych i społecznych. W tym rozumieniu zdrowie nie jest celem samym w sobie, lecz środkiem do osiągnięcia lepszej jakości życia<sup>7</sup>. Odpowiedzialność za zdrowie z opieki medycznej przeniesiono na wszystkie instytucje życia społecznego oraz na każdego człowieka, w myśl zasady: „Nasze zdrowie w naszych rękach”<sup>8</sup>.

W *Karcie Ottawskiej*, dokumencie wypracowanym w 1986 roku przez uczestników I Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia w Ottawie,<sup>9</sup> znajdujemy definicję promocji zdrowia, w której wyraźnie akcentuje się aktywność człowieka i grup społecznych na rzecz ochrony zdrowia. Opiera się ona na założeniach, że warunkiem skuteczności podejmowanych działań jest uczestnictwo i współdziałanie ludzi – dzięki czemu zaczynają traktować swoje zdrowie jako najwyższą wartość, uczą się dbać o nie, wzmacniać i zwiększać jego potencjał<sup>10</sup>.

Szersze znaczenie promocji zdrowia obejmuje: codzienny styl i tryb życia jednostki ludzkiej, publiczny udział w stwarzaniu warunków sprzyjających zdrowiu własnemu i innym, zapewnienie możliwości eliminowania czynników ograniczających lub uniemożliwiających prowadzenie zdrowego stylu życia, zbiór ogólnych zasad działalności człowieka, współdziałanie z innymi, zwłaszcza w najbliższym środowisku, zintegrowane działanie na różnych płaszczyznach, szczególnie tych mających wpływ na zdrowie<sup>11</sup>.

Promocja zdrowia jest terminem nadrzędnym w stosunku do pojęcia edukacji zdrowotnej, ponieważ edukacja zdrowotna uwzględnia m.in.: organizowanie warunków do nabycia i modyfikowania przez człowieka podstawowych i zasadniczych wiadomości o zdrowiu i czynnikach je determinujących, zapewnienie warunków przyczyniających się do kształtowania postaw wobec zdrowia własnego i innych, a zwłaszcza do kształcenia umiejętności wyborów czynników prozdrowotnych,

<sup>6</sup> A. Gawęł, *Współczesna koncepcja zdrowia – odniesienia edukacyjne*, (w:) *Zdrowie w edukacji elementarnej. Wprowadzenie do konstruowania programów autorskich*, redakcja naukowa D. Skulicz, Kraków 2004, s. 13.

<sup>7</sup> Z. Słońska, H. Misiuna, *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*, Warszawa 1993, s. 34.

<sup>8</sup> B. Woynarowska, *Podstawy teoretyczne i strategię edukacji zdrowotnej w szkole*, „Lider”, 1999, nr 1, s. 16.

<sup>9</sup> Tamże, s. 17.

<sup>10</sup> K. Żuchelkowska, K. Wojciechowska, *Promocja zdrowia w edukacji dzieci przedszkolnych*, Bydgoszcz 2000, s. 18.

<sup>11</sup> Z. Słońska, *Wychowanie dla zdrowia*, (w:) *Promocja zdrowia*, redakcja J.B. Karski, Z. Słońska, B.W. Wasilewski, Warszawa 1994, s. 328.

odpowiedzialności za zdrowie własne i innych, zwłaszcza członków własnej rodziny, sąsiadów, rówieśników<sup>12</sup>.

Edukacja zdrowotna, będąca istotnym narzędziem promocji zdrowia, pomaga jednostce poznać i zrozumieć siebie i swoje otoczenie, w tym czynniki wpływające pozytywnie i negatywnie na stan zdrowia. Nie polega ona wyłącznie na przekazywaniu wiedzy, istotne staje się wykorzystanie tej wiedzy w sposób odpowiedzialny i efektywny. Dlatego też edukacja do zdrowia, będąca elementem kształtowania pełnej osobowości, wiąże się z wytwarzaniem odpowiednich nawyków, sprawności, postaw, przekonań, zainteresowań, które sprzyjają zdrowiu<sup>13</sup>. Jest więc procesem, w którym ludzie uczą się dbać o zdrowie własne i społeczności, w której żyją<sup>14</sup>. Podczas gdy promocja zdrowia to działania ukierunkowane na poszczególne systemy społeczne, edukacja zdrowotna jest zorientowana przede wszystkim na jednostki<sup>15</sup>.

Proces edukacji zdrowotnej powinien trwać przez całe życie. Zmianie powinien ulegać jej program uwarunkowany okresem rozwojowym i jego potrzebami, stanem zdrowia, doświadczaniem choroby, zagrożeniami w środowisku wychowania, nauczania czy w środowisku pracy. Umiejętnie zaplanowany i przeprowadzony proces edukacyjny ma służyć pomnażaniu potencjału zdrowia, dokonywaniu wyborów służących zdrowiu, w przypadku choroby jej akceptację<sup>16</sup>.

Krystyna Żuchelkowska charakteryzuje edukację zdrowotną jako planowy, umyślny, długoterminowy proces, który ma na celu kształtowanie u dzieci wiedzy o zdrowiu, jak zmniejszać zachowania, które mają negatywny wpływ na zdrowie, a także jak doskonalić potencjał zdrowotny<sup>17</sup>.

K. Dudkiewicz podkreśla potrzebę eksponowania wychowania zdrowotnego w systemie edukacji, za czym przemawiają gwałtownie rosnące różnego typu zagrożenia dla zdrowia i życia człowieka, oraz konieczność wyposażenia młodego pokolenia w wiedzę i umiejętności zapewniające skuteczne działania na rzecz zdrowia własnego i publicznego<sup>18</sup>.

<sup>12</sup> E. Frątczak, J. Frątczak, *Edukacja zdrowotna dzieci przedszkolnych*, Toruń 1996, s. 18.

<sup>13</sup> M. Demel, *Wychowanie zdrowotne. Geneza i perspektywy*, (w:) *Wychowanie zdrowotne w szkole*, redakcja

<sup>14</sup> Demel, A. Liedke, R. Trzeźniowski, Warszawa 1974, s. 16.

<sup>15</sup> T. Williams, *Szkolne wychowanie zdrowotne w Europie*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne”, 1989, nr 7–8, s. 159.

<sup>16</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna w szkole*, (w:) *Zdrowie i szkoła*, pod redakcją B. Woynarowskiej, Warszawa 2000, s. 423.

<sup>17</sup> E. Syrek, *Promocja zdrowia poprzez edukację zdrowotną w systemie kształcenia ogólnego dzieci i młodzieży-współczesna potrzeba i konieczność*, (w:) *Zdrowie – kultura zdrowotna – edukacja. Perspektywa społeczna i humanistyczna*, redakcja T. Lisicki, Gdańsk 2009, s. 17.

<sup>18</sup> K. Żuchelkowska, *Edukacja zdrowotna w przedszkolu*, Bydgoszcz 2013, s. 21.

<sup>19</sup> K. Dudkiewicz, *Kształcenie podyplomowe dla potrzeb szkolnej edukacji zdrowotnej*, (w:) *Kształcenie podyplomowe nauczycieli czynnych zawodowo*, redakcja M. Mnich, A. Budniak, G. Paprotna, Mysłówice 2004, s. 249.

Według E. Mazurkiewicza, wychowanie zdrowotne polega na kształtowaniu nawyków służących konserwacji i doskonaleniu zdrowia, na rozwijaniu pozytywnego zainteresowania zdrowiem opartego na rzetelnej wiedzy, na formowaniu postawy umożliwiającej skuteczną profilaktykę, ratownictwo, leczenie, pielęgnację, rehabilitację oraz stosowanie zasad higieny w życiu jednostki i zbiorowości<sup>19</sup>.

Zatem edukacja zdrowotna to nie tylko kształcenie człowieka w zakresie tego, co powinien czynić, aby nie zachorować, lecz także jak powinien postępować, aby wzmocnić zdrowie własne i innych. Wychowanie zdrowotne jest więc integralną częścią składową kształtowania pełnej osobowości, a jego jakość decyduje o budowie zdrowego partnerstwa w rodzinie, społeczności, jak też zdrowego społeczeństwa oraz globu<sup>20</sup>.

Edukację zdrowotną w dzieciństwie należy rozpatrywać w kontekście dynamicznych zmian we wszystkich sferach rozwoju i środowiskach, w których ten rozwój się dokonuje. Za podstawę tych rozważań przyjęto ekologiczny model rozwoju Uriego Bronfenbrennera, zgodnie z którym dziecko jest bezpośrednim uczestnikiem interakcji w kilku systemach społecznych. Najbliższy dziecku system środowiskowy – mikrosystem to np. rodzina, przedszkole, szkoła, grupa rówieśnicza i relacje, które dziecko nawiązuje w tych miejscach. Najdalszy – makrosystem – to kultura, w jakiej żyje dziecko, związane z nią postawy, ideologie i system prawny<sup>21</sup>.

**Zrównoważony rozwój** dziecka kojarzy nam się zwykle z równowagą i dopasowaniem między jego rozwojem fizycznym, emocjonalnym, społecznym i intelektualnym, czasami nawet z płynnością tego rozwoju, a nawet z brakiem problemów rozwojowych<sup>22</sup>.

Zrównoważony to harmonijny, naturalny proces rozwoju, powiązany ze wszystkimi sferami człowieka: zmysłami, ciałem, emocjami, intelektem, intuicją, duchowością, wolą, wartościami, prowadzący w konsekwencji do zbudowania zdrowej osobowości dziecka, dorosłego, rodziny, społeczności, społeczeństwa i środowiska<sup>23</sup>.

Rzeczywiście rozwój dziecka od jego urodzenia do uzyskania pełnej dojrzałości psychofizycznej, przebiega w sposób ciągły i obejmuje kilka okresów. Każdy z nich, pomimo indywidualnie zróżnicowanego tempa i rytmu rozwoju, wynikających z różnic genetycznych oraz wpływów środowiskowych, charakteryzuje się pewnymi cechami

<sup>19</sup> M. Demel, *Wychowanie zdrowotne...*, dz. cyt., s. 16.

<sup>20</sup> E.D. Białek, *Wychowanie dziecka: w kierunku zdrowia i harmonii w sobie i świecie*, Warszawa 2014, s. 6.

<sup>21</sup> B. Woynarwska, A. Małkowska-Szkatnik, *Okres dzieciństwa i dorastania w kontekście potrzeb realizacji edukacji zdrowotnej*, (w:) *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne. Metodyka. Praktyka*, dz. cyt., s. 251.

<sup>22</sup> E.D. Białek, *Wychowanie dziecka...*, dz. cyt., s. 125.

<sup>23</sup> Tamże, s. 6.

wspólnymi dla danego wieku dziecka i podobnymi prawidłowościami w rozwoju psychicznym i fizycznym<sup>24</sup>.

Wiek przedszkolny, trwający od 3 do 6 roku życia, nazywany jest okresem wczesnego dzieciństwa. Okres ten charakteryzuje poziom rozwoju motorycznego i sensorycznego, umożliwiając dziecku poruszanie się w najbliższym otoczeniu i docieranie do interesujących go obiektów<sup>25</sup>. W wieku przedszkolnym dobrą szkołą społecznego uczenia się są zabawy, dzięki którym dziecko poznaje role społeczne, nawiązuje interakcje z rówieśnikami, uczy się reguł zachowań i ich przestrzegania<sup>26</sup>.

W okresie przedszkolnym zarówno rozwój fizyczny, jak i psychiczny jest szczególnie intensywny. Szybko rosną kości i mięśnie, wzrasta siła mięśniowa i sprawność neuromotoryczna. Zdecydowanie szybsze w porównaniu z okresem szkolnym czy młodzieńczym jest tempo rozwoju układu nerwowego i narządów zmysłów. Warunkuje ono dynamiczny rozwój procesów poznawczych, kształtowanie się sprawności ruchowej, uczuć, mowy, myślenia, spostrzegania, orientacji. Wzrasta zależność używania i rozumienia mowy<sup>27</sup>.

W kształtowaniu się procesów psychicznych, świadomości i sprawności ruchowej udział swój mają cechy wrodzone, czynniki dziedziczne, wpływy środowiska, własna aktywność dziecka i oddziaływanie wychowawcze<sup>28</sup>.

W okresie przedszkolnym zwiększa się zakres kontaktów społecznych dziecka. Wzrasta zapotrzebowanie na przebywanie w grupie oraz potrzeba zabawy z rówieśnikami<sup>29</sup>. To właśnie zabawa jest dobrą szkołą społecznego uczenia się reguł zachowania i ich przestrzegania.

Dziecko w wieku przedszkolnym ma bogaty słownik, tworzy neologizmy. Bogactwo słownika dziecka umożliwia porozumiewanie się z dorosłymi w sprawach codziennych. Rozumie emocje własne i innych osób. Rozwija się jego osobowość, wyznaczona nie tylko przez cechy temperamentu. Na tym etapie ustala się tożsamość płciowa. Dziecko jest zdolne do samokontroli, co przejawia się w powstrzymaniu od natychmiastowego działania i ujawniania emocji, planowaniu podejmowanych działań, dostosowywania do poleceń, próśb oraz norm kulturowych. Rozwija się obraz własnej osoby, w którym pojawia się samoocena, czyli zespół sądów o własnej wartości<sup>30</sup>.

<sup>24</sup> B. Kołodziejczyk, M. Konieczna, *Zadania elementarnej edukacji zdrowotnej*, (w:) *Zdrowie w edukacji elementarnej: Wprowadzenie do konstruowania programów autorskich*, redakcja D. Skulicz, Kraków 2004, s. 74.

<sup>25</sup> M. Kielar-Turska, *Średnie dzieciństwo. Wiek przedszkolny*, (w:) *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*, redakcja naukowa B. Harwas-Napierała, J. Trempała, Warszawa 2005, s. 83.

<sup>26</sup> Tamże, s. 122.

<sup>27</sup> M. Przetacznikowa, *Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży*, Warszawa 1997, s. 416.

<sup>28</sup> Tamże, s. 106–107.

<sup>29</sup> B. Kołodziejczyk, M. Konieczna, dz. cyt., s. 75.

<sup>30</sup> M. Kielar-Turska, dz. cyt., s. 122.

Tak intensywny rozwój, niesie za sobą liczne zagrożenia zdrowia dzieci w wieku przedszkolnym. Dlatego konieczne jest systematyczne podejmowanie edukacji zdrowotnej dziecka i jego rodziny oraz promowanie zachowań zdrowotnych<sup>31</sup>.

Bardzo ważne jest, aby edukacja zdrowotna była łącznikiem pomiędzy wiedzą i doświadczeniami dziecka wyniesionymi z domu, a kompetencjami, jakie powinno osiągnąć kiedy wkroczy w dorosłe życie. Podstawą do osiągnięcia tego celu jest ścisła współpraca przedszkola z rodziną i najbliższym otoczeniem dziecka, z nich bowiem czerpie liczne przykłady postaw i zachowań<sup>32</sup>.

Rodzina jest dla dziecka miejscem gromadzenia pierwszych doświadczeń, zdobywania podstawowej wiedzy o świecie, normach moralno-społecznych. Jest także środowiskiem stwarzającym najlepsze warunki do przekazywania wartości istotnych dla rozwoju człowieka i społeczeństwa<sup>33</sup>. Aby jednak rodzina mogła skutecznie realizować podstawowe założenia edukacji zdrowotnej, bardzo ważne jest przygotowanie jej do tej roli. Tym bardziej, że to dorośli powinni inicjować działania na rzecz zdrowia dziecka, bowiem człowiek na tym etapie rozwoju uznaje głównie swój punkt widzenia, który nie zawsze bywa zbieżny z tym, widzianym oczyma rodziców czy opiekunów, a tym samym racjonalny i rzeczowy<sup>34</sup>.

Prawidłowości rozwoju poznawczego, emocjonalnego, społecznego oraz rozwoju osobowości dziecka zostały uwzględnione w koncepcji etapów (szczebli) edukacji zdrowotnej przez Macieja Demela. Biorąc pod uwagę aktywność dziecka i jego świadome zaangażowanie w sprawy zdrowia, autor ten wyróżnił i opisał cztery etapy wychowania zdrowotnego<sup>35</sup>. Są nimi:

- heteroedukacja,
- etap pośredni,
- autoedukacja,
- heteroedukacja odwrócona.

Etapy te pokrywają się częściowo z fazami rozwoju dziecka, ale nie mają ostrych granic. Niektóre elementy z etapów późniejszych pojawiają się wcześniej, co wynika ze złożoności i szerokiego zakresu tematycznego wychowania zdrowotnego<sup>36</sup>.

Etap heteroedukacji obejmuje okres wczesnego dzieciństwa, który łączy się z wiekiem przedszkolnym. Na tym etapie przeważają zabiegi typu pielęgnacji,

<sup>31</sup> W. Wrona-Wolny, dz. cyt., s. 54.

<sup>32</sup> Tamże.

<sup>33</sup> L. Szymczyk, *Rodzina jako wartość w wychowaniu dzieci w wieku przedszkolnym*, (w:) *Rodzina. Wartości. Przemiany*, redakcja M.E. Ruszel, Stalowa Wola-Rzeszów, 2010, s. 71.

<sup>34</sup> B. Woynarowska, A. Małkowska-Szkućnik, dz. cyt. s. 256.

<sup>35</sup> M. Demel, *Wychowanie zdrowotne...*, dz. cyt., s. 15.

<sup>36</sup> Tamże.

opieki i profilaktyki. Dziecko występuje w roli reagującego przedmiotu oddziaływań opiekunów. Formy zachowania się dziecka są wynikiem wykonywania poleceń oraz naśladowania osób z nim przebywających, które programują i organizują działania także w zakresie edukacji zdrowotnej. Dziecko nabywa wiele dobrych, ale też złych przyzwyczajeń zdrowotnych<sup>37</sup>.

Edukacja zdrowotna dzieci w wieku przedszkolnym, powinna wspierać także proces ich socjalizacji, która jest częścią ogólnego procesu socjalizacji i składają się na nią trzy podstawowe elementy:<sup>38</sup>

- Dzieci uczą się i praktykują różne zachowania związane ze zdrowiem w kontekście codziennego życia, w czasie posiłków, zabiegów higienicznych, zabawy, snu, w czasie wolnym, w czasie udzielania pomocy w gospodarstwie domowym, podczas pobytu w przedszkolu, w kontaktach z członkami rodziny, nauczycielami, rówieśnikami.
- Dzieci są aktywnymi uczestnikami własnej socjalizacji zdrowotnej, która jest dynamicznym procesem. Dzieci nie tylko naśladowają lub odtwarzają zachowania dorosłych, lecz także, zgodnie ze swymi możliwościami poznawczymi, adaptują i rekonstruują znaczenie różnych zdarzeń i zachowań w codziennym życiu.
- Istnieją dwustronne interakcje między głównymi „aktorami” procesu socjalizacji: dzieci nie tylko otrzymują informacje, wskazówki, różne formy opieki (np. w chorobie), lecz także podejmują różne działania na rzecz innych. Są więc z jednej strony odbiorcami (jak się je zwykle postrzega), a z drugiej inicjatorami działań na rzecz zdrowia w rodzinie<sup>39</sup>.

W edukacji zdrowotnej dzieci w wieku przedszkolnym, należy uwzględnić także różne typy uczenia się i odpowiednio do nich dobierać metody edukacji zdrowotnej z uwzględnieniem charakteru nowej wiedzy:<sup>40</sup>

- wiedzę deklaratywną – wiedzę typu „że” – dotyczy ona faktów w pamięci długotrwałej (włączanie nowych informacji do istniejącej struktury wiedzy, np.: wiem, że aby być zdrowym, należy kilka razy dziennie jeść owoce i warzywa);
- wiedzę proceduralną – wiedzę typu „jak” – dotyczy ona umiejętności (nabywania umiejętności przez długotrwały trening i powtarzanie czynności, np. umiem pływać, umiem przygotować sałatkę owocową).

<sup>37</sup> M. Demel, *Pedagogika zdrowia*, Warszawa 1980, s. 173.

<sup>38</sup> B. Woynarowska, A. Małkowska-Szkutnik, dz. cyt., s. 251.

<sup>39</sup> Tamże, s. 252.

<sup>40</sup> Tamże, s. 257.

W procesie edukacji zdrowotnej istotne jest łączenie tych dwóch rodzajów wiedzy. Przekazywanie nowych informacji powinno być połączone z uczeniem się umiejętności. Wiedza powinna być konsekwentnie poszerzana z zachowaniem zasady przyczynowości, np. przekazujemy dziecku informację, że właściwe odżywianie prowadzi do lepszego funkcjonowania mózgu i całego organizmu<sup>41</sup>.

Nie sposób przecenić pozytywnego wpływu aktywności ruchowej na rozwój dziecka w wieku przedszkolnym. Nabyte w tym okresie umiejętności ruchowe, takie jak jazda na rowerze, nartach, łyżwach czy pływanie, pozostają na całe życie. Właściwie prowadzone ćwiczenia nie tylko rozwijają i doskonalą cechy motoryczne u dziecka, ale kształtują także charakter. Uczą samodzielności, wytrwałości, pokonywania trudności i zespołowego działania<sup>42</sup>. Zajęcia sportowe w gronie rodziny, to także wzmacnianie więzi uczuciowej, autorytetu rodzicielskiego, a przede wszystkim podnoszenie potencjału zdrowia<sup>43</sup>.

Ważnym elementem zdrowia, a tym samym edukacji zdrowotnej jest zdrowie psychiczne, które obejmuje obszary: intelektualne, emocjonalne, wartości moralne. Rozwój społeczny oraz emocjonalny w tym okresie to procesy wzajemnie ze sobą powiązane. W wieku przedszkolnym mogą pojawiać się u dzieci zaburzenia psychosomatyczne. Mogą się one objawiać występowaniem lęków nocnych, jąkania, tików, moczenia mimowolnego, psychogennych bólów głowy i brzucha. Edukacja zdrowotna i właściwa opieka na tym etapie rozwoju, mają za cel wyposażenie dziecka w kompetencje umożliwiające efektywną i dającą satysfakcję adaptację w środowisku – zarówno w danym momencie życia, jak i w przyszłości<sup>44</sup>.

Wiek przedszkolny, jak wykazano wyżej, jest okresem decydującym w znacznej mierze o nawykach, także w zakresie zachowań zdrowotnych jednostki i wpływa na kształt jej przyszłego stylu życia<sup>45</sup>. Od najmłodszych lat należy więc rozwijać oraz promować różnorodne formy aktywności prozdrowotnych. Dlatego tak ważna staje się edukacja zdrowotna realizowana w ramach procesu dydaktyczno – wychowawczego.

Nie sposób nie zgodzić się z Maciejem Demelem, iż edukację zdrowotną trzeba przekształcić z nauki o zdrowiu w naukę zdrowia,<sup>46</sup> a przedszkole jest odpowiednim miejscem do jej inicjowania.

<sup>41</sup> Tamże.

<sup>42</sup> B. Kołodziejczyk, M. Konieczna, dz. cyt., s. 75.

<sup>43</sup> Tamże, s. 76.

<sup>44</sup> M. Czub, *Diagnoza funkcjonowania społeczno-emocjonalnego dziecka w wieku od 1,5 do 5,5 lat*, Warszawa 2014, s. 10.

<sup>45</sup> B. Kołodziejczyk, M. Konieczna, dz. cyt. s. 77.

<sup>46</sup> M. Demel, *Pedagogika...*, dz. cyt., s. 6, 69.



## 1.1. EDUKACJA ZDROWOTNA W PODSTAWIE PROGRAMOWEJ PRZEDSZKOLA

Najważniejszym środowiskiem, w którym można optymalizować rozwój psychiczny i społeczny dziecka w wieku od 3 do 6 lat, są różne formy wychowania przedszkolnego. W programach tego wychowania jest miejsce na stymulowanie rozwoju wszystkich ważnych funkcji dziecka: motorycznych, recepcyjno-poznawczych i aktywności twórczej (zajęcia muzyczne, plastyczne, ruchowe), a także sprzyjające rozwojowi emocjonalnemu i społecznemu oraz ogólnej dojrzałości szkolnej<sup>47</sup>.

M. Demel dokonał charakterystyki środowiska przedszkolnego podkreślając, iż przedszkole jest drugim domem dziecka<sup>48</sup>. Dziecko żyje w nim pełnią dziecięcego życia, wchodzi w kręgi społeczne, zdobywa wszechstronną wiedzę o świecie, bawi się, spożywa posiłki oraz śpi. Przedszkole stanowi komplet sytuacji wychowawczo-zdrowotnej, wszystko odbywa się w scenerii zorganizowanej z pełną świadomością pedagogicznego wpływu: rzeczy, osób i organizacji zajęć. Przedszkole jest wzorem ładu, czystości, estetyki, dobrych manier, a to wszystko służy interesom zdrowia, rozwoju i wychowania. Autor zwraca uwagę, iż dziecko jest uformowane przez ład przedszkolny, uzbrojone w wielki zasób nawyków i postaw zdrowotnych<sup>49</sup>.

Według Barbary Woynarowskiej,<sup>50</sup> najważniejsze korzyści zdrowotne, jakie uzyskuje dziecko z uczęszczania do przedszkola to:

- edukacja zdrowotna dziecka i rodziców (zarówno bezpośrednia, jak i pośrednia);
- fachowa opieka;
- określone warunki fizyczne (środowisko fizyczne przedszkola) ułatwiające realizację potrzeby bezpieczeństwa;
- regularność posiłków (szczególnie ważne dla dzieci z rodzin ubogich, z różnymi formami wykluczenia społecznego);
- monitorowanie rozwoju psychofizycznego i możliwości porównania z rówieśnikami;
- wczesne wykrywanie deficytów (np. zaburzenia mowy, nadpobudliwość psychoruchowa) i ich wyrównywanie;
- wszechstronny rozwój dziecka (m.in. poprzez poznanie polisensoryczne);

<sup>47</sup> E. Wilczek-Rużyczka, *Psychologiczne aspekty promocji zdrowia na różnych etapach życia człowieka*, (w:) *Promocja zdrowia dla studentów studiów licencjackich kierunku pielęgniarstwo i położnictwo, Teoretyczne podstawy promocji zdrowia*, tom 1, redakcja naukowa A. Andruszkiewicz, M. Banaszkiewicz, Lublin 2008, s. 46.

<sup>48</sup> M. Demel, *Pedagogika ...*, dz. cyt., s. 164.

<sup>49</sup> Tamże, s. 166.

<sup>50</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna w przedszkolu*, (w:) *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne. Metodyka. Praktyka*, dz. cyt., s. 216.

- hartowanie i dotlenianie organizmu (przebywanie na wolnym powietrzu, spacer, kontakt z przyrodą);
- nauka poprzez naśladowanie, interakcje, „odgrywanie ról”, co umożliwia grupę rówieśniczą;
- planowość działań (regularność).

Przedszkole jest więc idealnym środowiskiem dla dziecka, by rozpocząć i systematycznie wdrażać podstawy wychowania zdrowotnego. Nauczyciel wychowania przedszkolnego staje się nie tylko opiekunem dziecka, ale stawia swoje pierwsze kroki jako edukator zdrowia. Proces wychowania zdrowotnego w przedszkolu jest szeregiem działań wychowawczych charakteryzujących się planowością, ciągłością, tj. systematycznością, które mają na celu wraz z rozwojem osobowości dziecka wyposażyć je w elementarną wiedzę o zdrowiu. Wyposażenie dziecka w tego typu wiedzę i podstawowe umiejętności odbywa się w sposób naturalny, a więc w powiązaniu z czynnościami dnia codziennego, takimi jak: zabawa, posiłek, wypoczynek i czynności higieniczne<sup>51</sup>.

Ramy dla działalności przedszkola w zakresie edukacji zdrowotnej tworzy podstawa programowa wychowania przedszkolnego w Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej, z dnia 14 lutego 2017 roku,<sup>52</sup> w której określono zakres wiedzy i umiejętności, jakimi powinno wykazać się dziecko kończące edukację przedszkolną, w tym także treści dotyczące zdrowia, dbałości o zdrowie i umiejętności życiowych.

Może to być realizowane u dzieci poprzez:

- promocję zdrowego stylu życia (ruch, wypoczynek, dietę itp.);
- przekazywanie wiedzy oraz umiejętności potrzebnych do rozumienia otaczającego świata i siebie samego oraz rozpoznawania własnych możliwości i ograniczeń;
- nabywanie umiejętności komunikowania interpersonalnego w grupie rówieśniczej;
- przygotowanie do skutecznych sposobów rozwiązywania problemów w grupie rówieśniczej (bywa również, że nie zawsze skutecznych, wówczas należy znaleźć rozwiązanie alternatywne);
- wspomaganie dzieci w adaptacji do szkoły<sup>53</sup>.

<sup>51</sup> D. Lizak, *Wychowanie przedszkolne prologiem do edukacji zdrowotnej*, „Hejnal Oświatowy”, 2015, nr 1, s. 9–12.

<sup>52</sup> Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. 2017, poz. 356).

<sup>53</sup> Podstawa programowa z 14 lutego 2017 r., załącznik nr 1.

Wśród 12 celów edukacji przedszkolnej,<sup>54</sup> ważne miejsce zajmują cele nawiązujące do edukacji zdrowotnej. W zaleceniach dotyczących warunków i sposobów ich realizacji, zapisano m.in.: *W wielu obszarach wychowania przedszkolnego występują treści edukacji zdrowotnej. Ze względu na dobro dzieci, należy zadbać o kształtowanie ich świadomości zdrowotnej oraz nawyków dbania o własne zdrowie w codziennych sytuacjach w przedszkolu i w domu, współpracując w tym zakresie z rodzicami*<sup>55</sup>.

Gdy we wcześniejszych podstawach programowych (z 1999 roku), edukacja zdrowotna dzieci w przedszkolu skupiała się przede wszystkim na zagadnieniach związanych z kształtowaniem nawyków higieniczno-kulturalnych, z bezpieczeństwem oraz czynną postawą w zapobieganiu chorobom, podstawa programowa z 2017 roku – w zakresie edukacji zdrowotnej – zmierza do realizacji celów, które odwołują się do holistycznej koncepcji zdrowia. Poza „troską o zdrowie dzieci i ich sprawność fizyczną” nacisk kładzie się na kształtowanie „odporności emocjonalnej”, „rozwijanie umiejętności społecznych”, „budowanie dziecięcej wiedzy” oraz systemu wartości<sup>56</sup>.

Nowym podejściem jest także postrzeganie edukacji zdrowotnej w kontekście promocji zdrowia,<sup>57</sup> która w przedszkolu ma trzy aspekty. Pierwszy to aspekt ogólny, obejmujący przekazywanie dzieciom wiedzy o zdrowiu, sposobach jego ochrony i powiększaniu jego potencjału. Drugi aspekt związany jest z kształtowaniem zachowań prozdrowotnych dzieci. Z kolei trzeci aspekt dotyczy klimatu na rzecz rozwijania pozytywnych postaw wobec zdrowia i traktowania go jako jednej z najważniejszych wartości w życiu.

Niezwykle ważne, ze względu na charakterystykę rozwojową wieku przedszkolnego, ale też standardy edukacji zdrowotnej, jest wykorzystywanie w pracy metod aktywizujących. Według S. Lipiny aktywność podejmowana w sposób świadomy jest tu niezwykle cenna ze względu na charakterystyczną w tym okresie potrzebę ruchu, działania, impulsywność, tendencję do stawiania pytań i twórczego odtwarzania otaczającego świata<sup>58</sup>. Stąd też podstawowe umiejętności psychologiczne, jak i te związane z troską o ciało nabywane są w formie zabaw i w powiązaniu z codziennym życiem przedszkolaków. Po okresie dominacji naśladownictwa jako metody uczenia się, zauważalny jest postęp w zakresie zdolności manualnych i percepcyjnych. Pozwala to na wykorzystanie w pracy rysunku, a także techniki „narysuj i napisz”<sup>59</sup>.

<sup>54</sup> Tamże.

<sup>55</sup> Tamże.

<sup>56</sup> Tamże.

<sup>57</sup> K. Żuchelkowska, dz. cyt., s. 36.

<sup>58</sup> S. Lipina, *Wyzwalanie aktywności umysłowej dzieci a formy pracy w przedszkolu*, „Warunki i formy aktywności dzieci w wieku przedszkolnym”, Olsztyn 1989, s. 82.

<sup>59</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna w przedszkolu*, dz. cyt., s. 220.

Aby zrealizować cele przedszkolnej edukacji zdrowotnej niezbędne jest wypełnienie innych jeszcze wymogów metodologicznych i organizacyjnych, a mianowicie: „opieka, wychowanie i nauczanie w przedszkolu powinno odbywać się w warunkach akceptacji, bezpieczeństwa, z uwzględnieniem idei podmiotowości, która jest standardem w edukacji zdrowotnej. Traktowanie dziecka (i jego rodziców) jako niepowtarzalnej osobowości, dostrzeganie jego potrzeb, możliwości i ograniczeń, ma swoje odzwierciedlenie w stosowanych metodach pracy i w szeroko rozumianej organizacji procesu dydaktyczno-wychowawczego”<sup>60</sup>.

W zakresie edukacji zdrowotnej realizowanej w przedszkolu, znacząca jest rola współpracy ze środowiskiem rodzinnym dziecka. To rodzina jest pierwszym, podstawowym i niezastąpionym miejscem wychowania, w którym dziecko uczy się różnych zachowań poprzez obserwację i naśladowanie osób dla niego ważnych<sup>61</sup>. Również Demel podkreślał, iż rodzice są pierwszymi nauczycielami swoich dzieci w kształtowaniu zachowań i postaw wobec zdrowia. Tylko zdrowa rodzina, bez patologii, przekazuje właściwe wzory zachowań i zapewnia sprzyjające warunki do promowania zdrowego stylu życia<sup>62</sup>.

Zachowania sprzyjające zdrowiu, realizowane przez dziecko w czasie etapu przedszkolnego, są podbudową do dalszych, korzystnych zachowań, jakie będą kształtowane w trakcie edukacji wczesnoszkolnej oraz w klasach starszych. Edukacja dla zdrowia szczególnie efektywnie realizowana jest w placówkach należących do sieci przedszkoli, a następnie szkół promujących zdrowie. W Polsce od połowy lat 90. XX wieku, wiele przedszkoli jest zainteresowanych tworzeniem przedszkola promującego zdrowie (PPZ) i coraz więcej z nich przystępuje do sieci placówek ukierunkowanych na promocję zdrowia.

## 1.2. PROPONOWANY PROGRAM ZAJĘĆ PROMUJĄCYCH ZDROWIE

Przedszkola czynnie uczestniczą w wielu ogólnopolskich programach i akcjach, mających na celu rozwijanie dziecięcej wrażliwości i zainteresowań, promowanie zachowań prozdrowotnych i postaw proekologicznych oraz szacunku do istot żywych.

Dostępne są ogólnopolskie programy edukacyjne dotyczące wybranych zagadnień związanych z promocją zachowań prozdrowotnych. Istnieje także wiele lokalnych programów edukacyjnych, opracowanych przez różne organizacje i udostępnianych placówkom przedszkolnym do realizacji. Nauczyciele wychowania przedszkolnego,

<sup>60</sup> L. Gapik, E. Kasperek, *Edukacja promująca zdrowie-podstawy teoretyczne*, „Studia Edukacyjne”, 1998, nr 4, s. 69–85.

<sup>61</sup> U. Dudzik, E. Pawlińska, „Młodzi dla starszych” – na etapie edukacji wczesnoszkolnej, „Hejnał Oświatowy”, 2012, nr 9, s. 22–23.

<sup>62</sup> M. Demel, *Pedagogika...*, dz. cyt., s. 140.

sami chętnie opracowują autorskie programy prozdrowotne i realizują je w swoich placówkach. Programy te są wynikiem integracji wiedzy z zakresu edukacji zdrowotnej z praktyką dydaktyczno-wychowawczą<sup>63</sup>.

Poniżej przedstawiono najważniejsze i najchętniej wykorzystywane przez wychowawców programy zawierające treści przedszkolnej edukacji zdrowotnej:

Rycina 1. Drogowe ABC



Źródło: [www.drogoweABC.pl/](http://www.drogoweABC.pl/) (dostęp: 15.03.2021).

„Drogowe ABC” propaguje wartości i wzorce związane z odpowiedzialnym i bezpiecznym poruszaniem się w ruchu drogowym: przechodzenie przez jezdnię, jazda na rowerze, czy hulajnodze<sup>64</sup>.

Rycina 2. Bezpieczny Patrol



Źródło: <https://pck.pl/kampanie/bezpieczny-patrol/> (dostęp: 15.03.2021).

<sup>63</sup> Tamże.

<sup>64</sup> [www.drogoweABC.pl/](http://www.drogoweABC.pl/) (dostęp: 15.03.2021).

Polski Czerwony Krzyż wraz z partnerami stworzył program edukacyjny „Bezpieczny Patrol”, którego głównym celem jest edukacja przedszkolaków w kwestii szeroko rozumianego bezpieczeństwa, ekologii i recyklingu<sup>65</sup>.

Rycina 3. Czyste Powietrze Wokół Nas



Źródło: <http://www.mz.gov.pl/> (dostęp: 15.03.2021).

„Czyste powietrze wokół nas” to program przedszkolnej edukacji antytytoniowej. Razem z sympatycznym smokiem Dinkiem, przedszkolaki uczą się rozróżniać rodzaje dymu, określać ich wpływ na zdrowie i środowisko, w którym żyją. Uczą się również o szkodliwości palenia papierosów i wdychania dymu tytoniowego<sup>66</sup>.

Rycina 4. Akademia Zdrowego Przedszkolaka



Źródło: <http://zdrowyprzedszkolak.pl/> (dostęp: 15.03.2021).

„Akademia Zdrowego Przedszkolaka” to cykl akcji prozdrowotnych, w skład którego wchodzi trzy zagadnienia: Piramida Żywienia Przedszkolaka, Bezpieczny Przedszkolak, Przedszkolak Pełen Zdrowia. Zajęcia w ramach programu mają na celu

<sup>65</sup> <https://pck.pl/kampanie/bezpieczny-patrol/> (dostęp: 15.03.2021).

<sup>66</sup> <http://www.mz.gov.pl/> (dostęp: 15.03.2021).

utrwalenie wśród rodziców, dzieci oraz personelu przedszkolnego wiedzy o tym, jak zdrowo się odżywiać, jak dbać o bezpieczeństwo dzieci w domu i poza nim, jak zapobiegać chorobom oraz minimalizować ich skutki, a także jak dbać o odporność dzieci w okresie wzmożonej zapadalności na grypę i przeziębienia<sup>67</sup>.

Rycina 5. Kubusiowi Przyjaciele Natury



Źródło: <http://przyjacielenatury.pl/> (dostęp: 15.03.2021).

Program „**Kubusiowi Przyjaciele Natury**” to największy ogólnopolski program edukacyjny na temat ekologii dla przedszkoli i klas 1–3 szkół podstawowych. Celem programu jest zachęcanie dzieci do dbania o środowisko, dary natury oraz ruchu i aktywnego życia w zgodzie z naturą<sup>68</sup>.

Rycina 6. Akademia Aquafresh



Źródło: <http://www.akademia-aquafresh.pl/> (dostęp: 15.03.2021).

Ogólnopolski Program Edukacji Zdrowotnej dla Przedszkolaków – „**Akademia Aquafresh**”, poprzez zabawę uczy dzieci zasad higieny jamy ustnej. Wspólnie

<sup>67</sup> <http://zdrowyprzedszkolak.pl/> (dostęp: 15.03.2021).

<sup>68</sup> <http://przyjacielenatury.pl/> (dostęp: 15.03.2021).

z Pastusiem, przedszkolaki uczą się, jak prawidłowo pielęgnować swoje zęby oraz jamę ustną, aby były zawsze zdrowe<sup>69</sup>.

Rycina 7. Mamo, tato, wolę wodę!



Źródło: <http://www.pijewode.pl/> (dostęp: 15.03.2021).

Nadrzędnym celem programu edukacyjnego „**Mamo, Tato, wolę wodę!**” jest wykształcenie u dzieci właściwych nawyków żywieniowych, ze szczególnym uwzględnieniem roli wody w codziennej diecie<sup>70</sup>.

„**Przyjaciele Zippiego**” to jeden z ważniejszych programów edukacji przedszkolnej. Jego celem jest promocja zdrowia emocjonalnego małych dzieci, poprzez kształtowanie i rozwijanie umiejętności psychospołecznych oraz uczenie radzenia sobie z trudnościami i wykorzystywanie nabytych umiejętności w codziennym życiu<sup>71</sup>.

Rycina 8. Przyjaciele Zippiego



Źródło: <http://www.pozytywnaeducacja.pl/> (dostęp: 15.03.2021).

<sup>69</sup> <http://www.akademia-aquafresh.pl/> (dostęp: 15.03.2021).

<sup>70</sup> <http://www.pijewode.pl/> (dostęp: 15.03.2021).

<sup>71</sup> <http://www.pozytywnaeducacja.pl/> (dostęp: 15.03.2021).



Program „Przyjaciele Zippiego” powstał we współpracy psychologów z Uniwersytetów w Kanadzie, Norwegii i Wielkiej Brytanii. Właścicielem programu jest angielska fundacja „Partnerstwo dla Dzieci” – „Partnership for Children” (PFC). Fundacja powołana została na podstawie doświadczeń organizacji o nazwie *Befrienders International*, zajmującej się przeciwdziałaniem samobójstwom. Psychologowie z Fundacji prowadzili dostępny na całym świecie telefon zaufania, aby pomagać osobom zdesperowanym lub zamierzającym popełnić samobójstwo. Wielu dzwoniących mówiło to samo zdanie: *Nie wiem, co zrobić, nie widzę żadnego wyjścia*.

Przedstawiciele *Befrienders International* doszli do wniosku, że jeśli małe dzieci nauczyłyby się rozwiązywać konflikty i radzić sobie z trudnościami w codziennym życiu, to byłyby lepiej przygotowane do radzenia sobie z kryzysami w okresie dorastania i dorosłości. W wyniku tych refleksji powstał program o nazwie *Reaching Young Europe*. Uczył on sześć- i siedmiolatkę umiejętności radzenia sobie w życiu<sup>72</sup>.

Rezultaty okazały się tak dobre, że zdecydowano się powołać nową instytucję, aby rozszerzyć pracę z dziećmi i młodzieżą. Partnership for Children rozpoczęło działalność w 2002 roku. Program *Reaching Young Europe* został wzbogacony o nowe elementy, zmieniono jego nazwę i jest wdrażany jako program *Zippy's Friends* – „Przyjaciele Zippiego”<sup>73</sup>.

Program był gruntownie badany i ewaluowany w Danii oraz na Litwie. W trakcie sześcioletniego okresu testowania i udoskonalania powstała jego obecna wersja. Aktualnie jest realizowany w wielu krajach na całym świecie. Partnerami PFC, wdrażającymi program w poszczególnych krajach, są zazwyczaj organizacje pozarządowe oraz instytucje zajmujące się kształceniem nauczycieli. Od 1 stycznia 2010 roku wyłącznym licencjonowanym partnerem PFC w Polsce jest Centrum Pozytywnej Edukacji (CPE)<sup>74</sup>. Program jest oferowany na terenie całego kraju przez placówki doskonalenia nauczycieli, które zawarły z Centrum Pozytywnej Edukacji porozumienie na wdrażanie programu. Nauczyciele są przygotowywani do realizacji programu przez trenerów, reprezentujących ośrodki doskonalenia nauczycieli w całej Polsce. Szkolenie dla nauczycieli trwa 12 godzin dydaktycznych. Przeszkoleni nauczyciele otrzymują pakiet materiałów ze scenariuszami do realizacji zajęć<sup>75</sup>.

„Przyjaciele Zippiego” to międzynarodowy program promocji zdrowia psychicznego u małych dzieci w wieku 5–7 lat. Jest więc realizowany w starszych grupach przedszkolnych i w ramach edukacji wczesnoszkolnej. Uczy różnych sposobów

<sup>72</sup> H. Pac, *Przyjaciele Zippiego – program promocji zdrowia psychicznego polecany przez WHO i WFMH*, „Kwartalnik Pedagogiczny”, R. 53, (2008), nr 2, s. 148.

<sup>73</sup> Tamże, s. 149.

<sup>74</sup> <http://www.pozytywnaedukacja.pl/> (dostęp: 16.03.2021).

<sup>75</sup> Tamże.

radzenia sobie z trudnościami i wykorzystywania nabytych umiejętności w codziennym życiu oraz doskonalenia relacji dzieci z innymi ludźmi. Nie koncentruje się on na dzieciach z konkretnymi problemami czy trudnościami, ale promuje zdrowie emocjonalne wszystkich małych dzieci.

Wiek 5–7 lat, to okres rozwojowy, któremu towarzyszy wiele zmian, ogromne tempo uczenia się i nabywania nowych kompetencji. Jest to również etap przekraczania progu szkolnego. Program „Przyjaciele Zippiego” uczy dzieci, jak radzić sobie ze zmianami i wyzwaniem, jak rozwiązywać konflikty i dobrze funkcjonować w grupie. Jest to jedyny program, w którym z małymi dziećmi rozmawia się na temat śmierci i uczuć, jakie towarzyszą nam w sytuacji utraty kogoś bliskiego<sup>76</sup>.

W trakcie 24 spotkań realizowanych w oparciu o bardzo starannie opracowane materiały, nauczyciele i wychowawcy, nie mówią dzieciom, co mają robić, ani: *To rozwiązanie jest dobre, a tamto złe*. Natomiast zachęcają dzieci do analizowania sytuacji życiowych i zastanawiania się nad możliwościami postępowania w tych sytuacjach. Program pokazuje także, jak ważna jest rozmowa z innymi, kiedy odczuwamy smutek lub złość i jak ważne jest słuchanie innych, kiedy oni przeżywają trudne chwile. W trakcie zajęć pojawia się wiele okazji do zabawy, ćwiczeń i rozmów o sprawach ważnych na tym etapie życia, o przyjaźni, o zmianach jakie zachodzą w nas i wokół nas, o sukcesach i porażkach oraz sposobach radzenia sobie z trudnościami.

W zajęciach programu „Przyjaciele Zippiego” uczestniczyło już tysiące dzieci w tysiącach przedszkoli w całej Polsce. W wielu placówkach, przeszkoleni wcześniej nauczyciele, doceniając wartość programu i widząc jego efekty, realizują zajęcia z kolejnymi grupami dzieci. Program jest również bardzo dobrze oceniany przez rodziców, którzy mają okazję zaobserwować przemiany swojego dziecka, ale też pochylać się nad jego problemami<sup>77</sup>.

---

<sup>76</sup> K. Stępnik, *Przyjaciele Zippiego. Program promocji zdrowia psychicznego dla małych dzieci*, „Remedium”, 2008, nr 6, s. 8–9.

<sup>77</sup> H. Pac, *Przyjaciele Zippiego...*, dz. cyt., s. 155.

## ROZDZIAŁ 2

# DEFINICJA, MODEL I STANDARDY PRZEDSZKOLA PROMUJĄCEGO ZDROWIE

Rycina 9. Logo PPZ



Źródło: <https://www.ore.edu.pl/2018/02/przedszkole-promujace-zdrowie> (dostęp: 15.04.2021).

Opracowując definicję, model i standardy Przedszkola Promującego Zdrowie (PPZ), brano pod uwagę:

- koncepcję promocji zdrowia,
- przyjęte w sieci *Szkoły dla Zdrowia w Europie* wartości i filary Szkoły Promującej Zdrowie (SzPZ), zmodyfikowane i dostosowane do PPZ,
- definicję, model i standardy SzPZ w Polsce,
- specyfikę przedszkola jako siedliska (warunki i organizacja życia i pracy w przedszkolu oraz cechy i potrzeby jego społeczności)<sup>78</sup>.

<sup>78</sup> M. Woynarowska-Soldan, B. Woynarowska, *Przedszkole Promujące Zdrowie. Poradnik dla przedszkoli i osób wspierających ich działania w zakresie promocji zdrowia*, wydanie 1, Warszawa 2017, s. 19.

Aby zachować dotychczasowe doświadczenia związane z przynależnością przedszkoli do wojewódzkich czy rejonowych sieci SzPZ, definicja, model i standardy PPZ, nawiązują do definicji, modelu i standardów szkoły promującej zdrowie.

Model PPZ uwzględnia trzy poziomy: <sup>79</sup> warunki dla tworzenia PPZ, główne obszary jego działań oraz oczekiwane efekty.

Aby przedszkole uzyskało certyfikat przynależności do sieci przedszkoli promujących zdrowie, musi spełnić wymagane standardy.

Organizacja placówki przedszkolnej i jej struktura powinny sprzyjać realizacji działań na rzecz wzmocnienia zdrowia całej społeczności, a więc dzieci, nauczycieli, pracowników niepedagogicznych i rodziców. Wszyscy oni powinni mieć równy i długofalowy dostęp do edukacji zdrowotnej.

Kluczową wartością w PPZ jest włączanie do współpracy całą społeczność tworzącą przedszkole. Zaangażowanie w pracę na rzecz placówki nauczycieli, pracowników niepedagogicznych i rodziców, rozwija w społeczności tworzącej przedszkole poczucie współtworzenia, co przekłada się na zwiększenie skuteczności podejmowanych działań na rzecz zdrowia. Dzieci także zachęcane są do aktywnego uczestnictwa w zakresie planowania i realizacji działań prozdrowotnych.

Przedszkola należące do sieci placówek promujących zdrowie angażują się także w życie społeczności lokalnej, zachęcając do uczestnictwa w działaniach promujących zdrowy styl życia.

Tworzenie placówki przedszkolnej, zgodnie z ideą PPZ wspiera osiąganie przez przedszkole jego celów edukacyjnych i społecznych. Zdrowe dzieci lepiej się rozwijają i uczą, zdrowi pracownicy lepiej pracują i mają większą satysfakcję z pracy.

## 2.1. WARUNKI I ORGANIZACJA PRZEDSZKOLA PROMUJĄCEGO ZDROWIE

Warunki i organizacja życia, edukacji i pracy w placówce przedszkolnej sprzyjają podejmowaniu działań w zakresie promocji zdrowia, gdyż:

- Większość przedszkoli posiada korzystne dla zdrowia warunki środowiska fizycznego. Zadbane, estetyczne i kolorowe pomieszczenia tworzą przyjemną, ciepłą atmosferę, stanowiąc dobre wzorce dla dzieci i ich rodziców.
- Liczba dzieci i pracowników w przedszkolu zwykle nie jest duża, co sprzyja tworzeniu „rodzinnej atmosfery”. W przedszkolu nie ma sytuacji wymagających rywalizacji, współzawodnictwa, co stwarza większe możliwości kształtowania umiejętności współpracy.

<sup>79</sup> Tamże.

- Powiązanie w przedszkolu działalności opiekuńczej, wychowawczej i dydaktycznej sprzyja realizacji edukacji zdrowotnej. Dzieci zdobywają informacje i umiejętności dbania o zdrowie i bezpieczeństwo (na miarę swoich możliwości) w sposób naturalny, spontaniczny, w powiązaniu z zabawą, posiłkami, zabiegami higienicznymi, wypoczynkiem itd.
- Pracownicy przedszkola mają częsty, prawie codzienny kontakt z rodzicami lub innymi członkami rodzin dzieci, mogą współpracować z nimi, zachęcać do kontynuowania w domu zachowań prozdrowotnych, które dzieci praktykują w przedszkolu, oferować rodzicom specjalne programy edukacyjne i zachęcać do wspólnych działań<sup>80</sup>.

W przedszkolu, zgodnie z obecnie obowiązującymi przepisami, nie pracuje pielęgniarka. Pracownicy nie mogą zatem korzystać z jej pomocy w sprawach zdrowia dzieci oraz warunków higieniczno-sanitarnych środowiska.

Tworzenie i rozwój PPZ nie są działaniami akcyjnymi, ale długofalowym procesem zmian, których wprowadzenie wymaga zaangażowania i uczestnictwa jak największej liczby nauczycieli, innych pracowników przedszkola i rodziców. Wiodącą rolę w tworzeniu tego typu placówki odgrywa koordynator ds. promocji zdrowia i powołany przez niego zespół promocji zdrowia. To na nich spoczywa obowiązek zapoznania uczestników projektu, jakim jest tworzenie placówki ukierunkowanej na promocję zdrowia z koncepcją promocji zdrowia oraz typowymi dla niej podejściami.

W promocji zdrowia wykorzystuje się bowiem specyficzne podejścia. Szczególnie istotnymi wśród nich są:

- Podejście siedliskowe – zakłada ono, że zdrowie jest tworzone i doświadczane przez ludzi w siedliskach ich codziennego życia, czyli w miejscach, w których uczą się, pracują, bawią, odpoczywają. Siedlisko jest systemem społecznym (całością), który zmienia się, aby poprawić i doskonalić zdrowie.
- Podejście od „ludzi do problemu” – zakłada ono, że ludzie (społeczność) w danym siedlisku sami identyfikują własne problemy zdrowotne po to, aby je rozwiązać (usunąć, zredukować).
- Tworzenie sieci siedlisk/organizacji realizujących programy promocji zdrowia w celu wymiany informacji i doświadczeń, współpracy bez rywalizacji oraz podejmowania wspólnych działań.

<sup>80</sup> B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna w przedszkolu*, dz. cyt., s. 217.

Warunkiem skuteczności podejmowanych działań jest ich długotrwałość i systemowe podejście do planowania i ewaluacji<sup>81</sup>.

Poznanie i zrozumienie koncepcji PPZ wymaga organizacji szkoleń, zwłaszcza warsztatów, udostępnienia pracownikom i rodzicom informacji i materiałów (np. na stronie internetowej przedszkola, tablicy informacyjnej). To również powinien być proces ciągły, gdyż skład społeczności przedszkola ulega zmianom, co roku przychodzą do niego nowe dzieci i ich rodzice, zmieniają się też nauczyciele i inni pracownicy<sup>82</sup>.

## 2.2. CHARAKTERYSTYKA SPOŁECZNOŚCI TWORZĄCEJ PRZEDSZKOLE

Przedszkola, podobnie jak szkoły koncentrują się dotychczas głównie na zdrowiu dzieci. W promocji zdrowia należy jednak brać pod uwagę zdrowie wszystkich członków społeczności przedszkola. Każda z jego grup ma specyficzne cechy i potrzeby w zakresie ochrony i promocji zdrowia, różny status i możliwości uczestniczenia w tych działaniach<sup>83</sup>.

### DZIECI – WYCHOWANKOWIE PRZEDSZKOLA

Dzieci przebywają w przedszkolu zwykle przez co najmniej 3 lata, przez około 5–8 godzin dziennie, prawie przez cały rok (w organizacji przedszkola nie są przewidziane ferie zimowe i letnie). W działaniach w zakresie ochrony i promocji zdrowia oraz edukacji zdrowotnej w przedszkolu należy wziąć pod uwagę właściwości rozwoju jego wychowanków<sup>84</sup>.

Ze względu na młody wiek, wychowankowie przedszkola mają ograniczone możliwości i zdolność do współdecydowania, inicjowania działań, samodzielnego wykonywania wielu zadań. Mimo to powinni być oni włączani do działań zaprogramowanych i organizowanych przez dorosłych jako ich aktywni uczestnicy<sup>85</sup>.

W kształtowaniu u dzieci zachowań sprzyjających zdrowiu ważną rolę odgrywa nie tylko nauczyciel, który występuje jako wzorzec zachowań, ale również środowisko przedszkolne wspierające działania prozdrowotne oraz specjaliści zajmujący się problematyką związaną ze zdrowiem, którzy są zapraszani do przedszkola.

<sup>81</sup> <https://www.ore.edu.pl/2018/02/przedszkole-promujace-zdrowie/> (dostęp: 15.04.2021).

<sup>82</sup> M. Woynarowska-Soldan, B. Woynarowska, dz. cyt., s. 21.

<sup>83</sup> B. Woynarowska, A. Kapuścińska, *Przedszkole promujące zdrowie. Propozycja koncepcji i standardów*, „Wychowanie w Przedszkolu”, 2012, nr 8, s. 6.

<sup>84</sup> Tamże, s. 7.

<sup>85</sup> Tamże, s. 8.

Przystąpienie placówki przedszkolnej do programu PPZ rozszerza i wzbogaca ofertę edukacyjną skierowaną do wychowanków. Uczestnictwo dzieci w procesie wychowawczo – dydaktycznym przedszkola sprzyjać będzie podejmowaniu przez dzieci działań oraz osiąganiu praktycznych umiejętności w zakresie ochrony zdrowia i profilaktyki zdrowotnej.

## PRACOWNICY PRZEDSZKOLA

Pracownicy przedszkola stanowią zróżnicowaną grupę, do której należą:<sup>86</sup>

1. Pracownicy pedagogiczni:
  - nauczyciele (głównie kobiety),
  - inni pracownicy pedagogiczni, zwykle niepełnozatrudnieni – psycholog, logopeda, instruktor gimnastyki korekcyjnej, rytmiki, nauczyciel języka obcego, religii i innych zajęć dodatkowych, jakie proponuje w swej ofercie placówka.
2. Pracownicy niepedagogiczni:
  - osoby pełniące rolę pomocy nauczycieli,
  - pracownicy administracyjno-ekonomiczni,
  - pracownicy kuchni i stołówki,
  - pracownicy obsługi (woźne, dozorca).

Pracownicy przedszkola różnią się pod względem statusu społeczno-ekonomicznego – poziomu wykształcenia i zarobków. Zdecydowana większość nauczycieli i innych pracowników pedagogicznych ma wykształcenie wyższe. Nie ma danych dotyczących wykształcenia pozostałych pracowników przedszkoli, ale należy sądzić, że duży ich odsetek ma wykształcenie średnie lub zawodowe<sup>87</sup>.

Pracownicy pedagogiczni uczestniczą w różnych formach doskonalenia zawodowego, pracownikom niepedagogicznym nie oferuje się, poza szkoleniami bhp, innych form szkolenia. Zróżnicowanie statusu społeczno-ekonomicznego pracowników przedszkola może powodować różnice w ich stanie zdrowia, stylu życia, dbałości o zdrowie, a także w możliwościach zrozumienia koncepcji promocji zdrowia i PPZ.

## RODZICE, BABCIE I DZIADKOWIE

Większość rodziców dzieci w wieku przedszkolnym to osoby w okresie wczesnej dorosłości (wiek od 20–23 do 35–40 lat) i we wczesnej fazie rozwoju zawodowego. Uczęszczanie dziecka do przedszkola umożliwia im pracę zawodową. Po trudach

<sup>86</sup> Tamże, s. 18.

<sup>87</sup> B. Woynarowska, A. Kapuścińska, dz. cyt., s. 8.

opieki nad dzieckiem we wczesnym dzieciństwie czują się oni w tym okresie bardziej swobodnie<sup>88</sup>.

Dynamiczny rozwój dziecka w wieku przedszkolnym, jego nowe osiągnięcia rozwojowe powodują, że większość rodziców tych dzieci jest zafascynowana rodzicielstwem, „bycie rodzicem” uważa za najbardziej satysfakcjonujący obszar swojego życia, a na dalszych pozycjach wymienia pracę, małżeństwo, odpoczynek, obowiązki domowe<sup>89</sup>.

Czynnikiem, który sprzyja partnerstwu i współpracy między pracownikami przedszkola a rodzicami jego wychowanków, jest codzienna obecność rodziców w przedszkolu. W podstawie programowej wychowania przedszkolnego (z 2017 roku), w części *Zalecenia i sposoby realizacji*, zwrócono uwagę na potrzebę współpracy z rodzicami w zakresie realizacji programu wychowania przedszkolnego. Jednym z ważniejszych jego elementów jest edukacja zdrowotna. Znaczna część rodziców nie jest jednak przygotowana do pełnienia roli edukatorów zdrowia i praktykowania w domu tego, czego dziecko nauczyło się w przedszkolu. Placówka może zaoferować im wsparcie w tym zakresie. Przedszkole może także korzystać z pomocy niektórych rodziców (np. lekarzy, pielęgniarek, psychologów, dietetyków i innych specjalistów z zakresu nauk o zdrowiu) w realizacji zadań związanych z edukacją zdrowotną dzieci i pracowników.

Zdarza się, że rodziców zastępują i wspierają w opiece nad wnukami dziadkowie, którzy mają częstszy kontakt z pracownikami przedszkola, pośrednicząc między nauczycielami a rodzicami. Ważne jest, aby wszystkie osoby sprawujące opiekę nad dzieckiem, tworzyły „wspólny front” także w odniesieniu do zdrowia (np. kwestie związane z utrzymaniem higieny, żywieniem, aktywnością fizyczną). Istotne wydaje się podnoszenie kompetencji w zakresie rozwoju dziecka, rozpoznawania jego potrzeb i ich zaspokajania.

## 2.2.1. UCZESTNICTWO I ZAANGAŻOWANIE SPOŁECZNOŚCI PRZEDSZKOLA

Przedszkole promujące zdrowie tworzy społeczność przedszkola sama dla siebie. W procesie tym powinni uczestniczyć w miarę możliwości wszyscy nauczyciele, pozostali pracownicy oraz jak największa grupa rodziców. Ich udział i zaangażowanie są niezbędne w diagnozowaniu problemów społeczności przedszkola i jego środowiska, wyborze priorytetów, planowaniu i realizacji działań oraz ocenie efektów. Dzięki

<sup>88</sup> Tamże, s. 17.

<sup>89</sup> M. Kielar-Turska, dz. cyt., s. 220.



uczestnictwu i zaangażowaniu będą się oni czuli autorami, „współwłaścicielami” wprowadzanych zmian. Zmiany te dotyczą jednostek oraz przedszkola jako instytucji i siedliska. Jest to proces długotrwały, gdyż efektów zmian, w tym zachowań zdrowotnych ludzi, można oczekiwać po kilku latach systematycznych działań<sup>90</sup>.

Kluczowe znaczenie dla tworzenia PPZ ma uczestnictwo dyrektora przedszkola i jego zastępcy (w przypadku, gdy jest on powołany), który ma największy wpływ na kierunki i organizację pracy przedszkola, jego program wychowawczy i dydaktyczny. Dyrektor przedszkola odgrywa też kluczową rolę w motywowaniu jego pracowników do udziału w działaniach w zakresie promocji zdrowia i tworzeniu warunków do ich podejmowania. Bez zaangażowania i wsparcia ze strony dyrektora placówki, nie ma szans na tworzenie PPZ.

## 2.2.2. WSPARCIE KOORDYNATORA I ZESPOŁU DS. PROMOCJI ZDROWIA

Prace nad tworzeniem PPZ są organizowane przez koordynatora ds. promocji zdrowia i zespół promocji zdrowia. Koordynator, którego powołuje dyrektor przedszkola, pełni rolę lidera (przewodnika, przywódcy) i „agenta” (promotora, rzecznika) zmian, inicjuje i ułatwia ich dokonywanie, stwarza warunki do pracy przynoszącej sukcesy<sup>91</sup>. Koordynator powinien dokładnie znać i zrozumieć koncepcję PPZ, a wiedzę z zakresu wdrażania działań prozdrowotnych w przedszkolu, pogłębiać, uczestnicząc w różnorodnych formach szkoleń. Powinien mieć możliwość zapoznania się z doświadczeniami przedszkoli, które wcześniej przystąpiły do sieci placówek promujących zdrowie.

Ważne, aby osoba, która pełni funkcję koordynatora ds. promocji zdrowia posiadała przekonanie o słuszności koncepcji PPZ i była zmotywowana do jej wdrażania i propagowania w przedszkolu i poza nim (także w społeczności lokalnej). Pożądaną dla koordynatora ds. promocji zdrowia cechą, jest partnerski stosunek do współpracowników, umiejętność współdziałania oraz wspieranie innych w działaniu i stwarzanie poczucia bezpieczeństwa<sup>92</sup>.

Działania koordynatora wspiera zespół promocji zdrowia. W jego skład powinni wchodzić dobrowolnie zgłaszający się: nauczyciele, (jedna lub dwie osoby), pracownik administracyjny, pracownik kuchni lub obsługi oraz przedstawiciel rodziców. Liczba członków zespołu może być różna i zmieniać się. Ważne jest, aby w zespole

<sup>90</sup> M. Sokołowska, *Czynniki warunkujące skuteczność edukacji zdrowotnej*, „Remedium”, 2004, nr 7–8, s. 16.

<sup>91</sup> M. Woynarowska-Soldan, B. Woynarowska, dz. cyt., s. 22.

<sup>92</sup> Tamże, s. 23.

były osoby aktywnie pracujące, otwarte na nowości, zaangażowane, twórcze i przyjazne sobie, obdarzające się zaufaniem, negocjujące i współdziałające w osiąganiu wspólnie ustalonego celu. Ważne, aby wszyscy członkowie zespołu dokładnie poznali i zrozumieli koncepcję PPZ<sup>93</sup>.

Do najważniejszych zadań i organizacji pracy zespołu promocji zdrowia w przedszkolu należą:

1. Wspieranie pracy koordynatora i aktywny udział w:
  - przeprowadzaniu diagnozy, planowaniu działań, ich realizacji i ewaluacji wyników,
  - organizacji szkoleń w zakresie promocji zdrowia,
  - prowadzeniu dokumentacji działań w zakresie promocji zdrowia i pracy zespołu.
2. Zespołowe podejmowanie decyzji.
3. Ustalenie reguł pracy zespołu i zakresu zadań poszczególnych członków.
4. Rozwijanie umiejętności osobistych i społecznych członków zespołu.
5. Organizacja spotkań zespołu:
  - cykliczność spotkań, z zapowiedzianym wcześniej tematem,
  - zaplanowanie spotkań podsumowujących różne etapy pracy,
  - spotkania otwarte – „każdy mile widziany”,
  - praca metodą warsztatową, z aktywnym zaangażowaniem wszystkich uczestników<sup>94</sup>.

Wszystkie ważniejsze działania przedszkola w zakresie promocji zdrowia powinny być dokumentowane. Dokumentacja jest niezbędna przy autoewaluacji, zwłaszcza w przypadku gdy przedszkole podejmuje starania o nadanie *Krajowego Certyfikatu Przedszkole Promujące Zdrowie*. Prowadzenie dokumentacji należy do zadań koordynatora, który może dokumentować to, co zrobiono i osiągnięto w formie papierowej lub cyfrowej:

- teczki, segregatory z wynikami diagnozy, planami działań w kolejnych latach, raportami z ewaluacji wyników,
- zeszyt z informacjami o spotkaniach zespołu, ważniejszych decyzjach itd.,
- kroniki, albumy ze zdjęciami, filmy, prezentacje multimedialne,
- plakaty ze spotkań i warsztatów,
- wycinki prasowe.

<sup>93</sup> Tamże.

<sup>94</sup> N. Ogińska-Bulik, *Psychologiczne zasoby sprzyjające zdrowiu*, (w:) *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*, dz. cyt., s. 48.

W prowadzeniu dokumentacji pracy przedszkola w zakresie promocji zdrowia koordynatora powinni wspierać wybrani członkowie zespołu promocji zdrowia<sup>95</sup>.

### **2.2.3. WSPÓŁPRACA Z INNYMI PLACÓWKAMI OŚWIATOWO-WYCHOWAWCZYMI W NAJBLIŻSZYM OTOCZENIU**

Jedną z ważniejszych cech działań w zakresie promocji zdrowia jest tworzenie sieci. Korzystne jest zatem podejmowanie współpracy i wymiana doświadczeń z przedszkolami w najbliższym otoczeniu, które podjęły lub zamierzają podjąć podobne działania. Można zatem organizować spotkania pracowników przedszkoli, wspólne warsztaty, podejmować wspólne inicjatywy i realizować projekty.

Równie ważne jest poszukiwanie różnorodnych form współpracy ze szkołami w najbliższym sąsiedztwie. Przejście z przedszkola do szkoły stanowi dla znacznego odsetka dzieci trudną sytuację „progową”. PPZ powinno ułatwiać dzieciom płynne przejście do szkoły i zmniejszać stresy z tym związane.

W ramach współpracy ze społecznością lokalną, PPZ może korzystać z pomocy różnych specjalistów (np. pracowników ochrony zdrowia, zdrowia publicznego, poradni psychologiczno – pedagogicznych) w realizacji działań w zakresie edukacji zdrowotnej dzieci, pracowników i rodziców. Pracownicy przedszkola mogą zapraszać przedstawicieli władz lokalnych, samorządu i instytucji na organizowane w przedszkolu spotkania, warsztaty oraz imprezy promujące zdrowe zachowania<sup>96</sup>.

<sup>95</sup> M. Woynarowska-Soldan, B. Woynarowska, dz. cyt., s. 49.

<sup>96</sup> Tamże, s. 25.

## ROZDZIAŁ 3

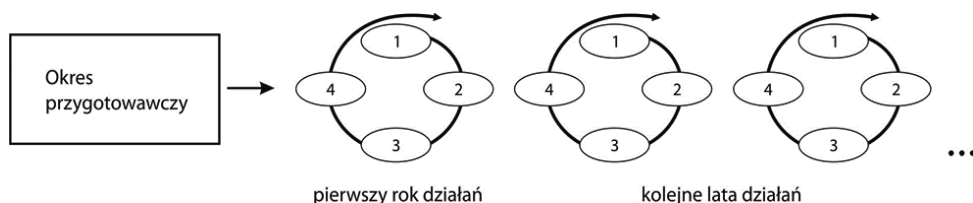
# ETAPY TWORZENIA PRZEDSZKOLA PROMUJĄCEGO ZDROWIE

Tworzenie i rozwój PPZ jest długotrwałym procesem. Rozpoczyna się od przygotowania do podjęcia działań, w kolejnych latach realizowane są cykle działań składające się z czterech etapów:

1. Diagnoza – w pierwszym roku diagnoza stanu wyjściowego, w kolejnych latach diagnoza uaktualniona.
2. Planowanie działań i ich ewaluacji.
3. Działania – realizacja planu.
4. Ewaluacja wyników działań zaplanowanych na rok szkolny.

Przyjęcie zasady, że cykl ten powtarza się w każdym roku szkolnym, wynika z faktu, że przedszkole pracuje w takim rytmie. Na początku roku szkolnego społeczność przedszkola mobilizuje się do rozwiązywania problemów, które uzna za priorytetowe i rozpoczyna kolejny cykl (od diagnozy do ewaluacji wyników)<sup>97</sup>.

Rycina 10. Model tworzenia PPZ w pierwszym roku i w kolejnych latach



Oznaczenia: 1. Diagnoza stanu wyjściowego lub uaktualniona. 2. Planowanie działań i ich ewaluacji.  
3. Działania – realizacja planu. 4. Ewaluacja wyników działań.

Źródło: <https://www.ore.edu.pl/2018/02/przedszkole-promujace-zdrowie> (dostęp: 15.04.2021).

Tworzenie PPZ rozpoczyna się od przygotowania członków społeczności przedszkola do wspólnych działań w zakresie promocji zdrowia. Na czas trwania tego

<sup>97</sup> <https://www.ore.edu.pl/2018/02/przedszkole-promujace-zdrowie/> (dostęp: 15.04.2021).

okresu mają wpływ potrzeby i możliwości danego przedszkola, jest więc różny dla poszczególnych placówek przedszkolnych.

W tym czasie należy podjąć następujące kroki:

### KROK PIERWSZY – WYŁONIENIE INICJATORA I POWSTANIE GRUPY INICJATYWNEJ

Osoba, która zainteresowała się koncepcją PPZ i poszerzyła wiedzę na temat promowania zdrowia w przedszkolu, skupia wokół siebie ludzi, którzy myślą podobnie. Tak powstaje grupa inicjatywna, która stanowi „załążek” zespołu promocji zdrowia w placówce. Zadaniem tej grupy będzie popularyzowanie koncepcji PPZ oraz pozyskanie do współpracy jak największej liczby osób<sup>98</sup>.

### KROK DRUGI – WSTĘPNA INFORMACJA O INICJATYWIE I REFLEKSJA NAD ZNACZENIEM ZDROWIA I DOBREGO SAMOPOCZUCIA W PRZEDSZKOLU

Na posiedzeniu rady pedagogicznej i na spotkaniu pracowników niepedagogicznych grupa inicjatywna informuje o inicjatywie i zachęca do wspólnej refleksji i dyskusji nad znaczeniem zdrowia i dobrego samopoczucia w pracy w przedszkolu. Do poznania opinii na ten temat może być wykorzystany arkusz „Co wpływa na moje samopoczucie w pracy w przedszkolu”, który wypełnią pracownicy placówki (rycina 11).

Rycina 11. Wzór arkusza dla pracowników „Co wpływa na moje samopoczucie w pracy w przedszkolu?”

Arkusz

**CO WPŁYWA NA MOJE SAMOPOCZUCIE W PRACY W PRZEDSZKOLU?**

Chcemy dowiedzieć się, co wpływa dobrze, a co źle na Twoje samopoczucie w pracy w przedszkolu. Zastanów się nad tym i wypełnij ten arkusz. Jest on anonimowy. Zależy nam na Twoich szczerych i pełnych odpowiedziach. Dzięki nim możemy spróbować zmienić coś w przedszkolu na lepsze.

**NA MOJE SAMOPOCZUCIE W PRACY W PRZEDSZKOLU WPŁYWA:**

|                 |             |
|-----------------|-------------|
| <b>DOBRCZE:</b> | <b>ŹLE:</b> |
|-----------------|-------------|

Osoba wypełniająca arkusz (podkreśl): *nauczyciel, inny pracownik przedszkola*

Źródło: <https://www.ore.edu.pl/2018/02/przedszkole-promujace-zdrowie> (dostęp: 15.04.2021).

<sup>98</sup> M. Woynarowska-Soldan, B. Woynarowska, dz. cyt., s. 27.

Jeśli w wyniku tej refleksji i dyskusji, a także analizy zapisów w arkuszu, okaże się, że większość pracowników przedszkola byłaby chętna do podjęcia działań na rzecz zdrowia, podobną dyskusję należy podjąć z rodzicami przedszkolaków. Najpierw na spotkaniu rady rodziców, a następnie na zebraniach z rodzicami. Poznanie opinii rodziców ułatwi wypełnienie arkusza dla nich przeznaczonego<sup>99</sup> (rycina 12).

Rycina 12. Wzór arkusza „Co wpływa na samopoczucie moje i mojego dziecka w przedszkolu?”

Arkusz

**CO WPŁYWA NA SAMOPOCZUCIE MOJE I MOJEGO DZIECKA W PRZEDSZKOLU?**

Chcemy dowiedzieć się, co wpływa dobrze, a co źle na samopoczucie Pani/Pana i Państwa dziecka w przedszkolu. Prosimy o zastanowienie się nad tym i wypełnienie tego anonimowego arkusza. Zależy nam na szczerych i pełnych odpowiedziach. Dzięki nim możemy spróbować zmienić coś w przedszkolu na lepsze.

|   |  |
|---|--|
| <p><b>NA MOJE SAMOPOCZUCIE W PRZEDSZKOLU MOJEGO DZIECKA WPŁYWA:</b></p> <p><b>DOBRZE:</b></p><br><br><p><b>ŹLE:</b></p> | <p><b>NA SAMOPOCZUCIE MOJEGO DZIECKA W PRZEDSZKOLU WPŁYWA:</b></p> <p><b>DOBRZE:</b></p><br><br><p><b>ŹLE:</b></p> |
|---|--|

Źródło: <https://www.ore.edu.pl/2018/02/przedszkole-promujace-zdrowie> (dostęp: 15.04.2021).

Analiza odpowiedzi pracowników i rodziców dzieci na zamieszczone w arkuszach pytanie, pozwoli na wstępne rozpoznanie mocnych i słabych stron przedszkola oraz problemów, które należy rozwiązać w przyszłości, podczas tworzenia PPZ<sup>100</sup>.

### KROK TRZECI – WYJAŚNIENIE PODSTAWOWYCH ZAŁOŻEŃ KONCEPCJI PRZEDSZKOLA PROMUJĄCEGO ZDROWIE

Jeśli, zarówno pracownicy, jak i rodzice wyrażą gotowość do podjęcia działań na rzecz zdrowia, inicjatorzy podejmują działania w celu wyjaśnienia koncepcji PPZ, uświadamiając im, że:

- wszystkie wspólne działania mają służyć poprawie samopoczucia wszystkich osób,
- ważny jest udział każdej osoby,

<sup>99</sup> Tamże, s. 27.

<sup>100</sup> Tamże, s. 28.

- każdy będzie miał wpływ na realizację działań, będzie pytany o zdanie, może wyrażać opinie, zgłaszać pomysły do realizacji itd.

#### KROK CZWARTY – PODJĘCIE DECYZJI O TWORZENIU PPZ I JEJ UPOWSZECHNIENIE

Zakończeniem okresu przygotowawczego jest decyzja o gotowości do tworzenia PPZ zaakceptowana przez dyrektora przedszkola, pracowników i radę rodziców.

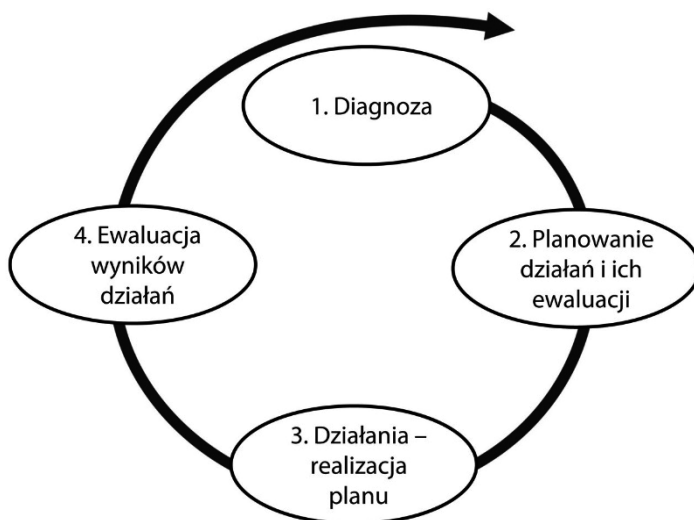
Po zapadnięciu takiej decyzji należy:

- powołać koordynatora i zespół promocji zdrowia w przedszkolu,
- zapewnić możliwości przepływu informacji na temat PPZ ( np. tablica informacyjna, strona internetowa),
- pozyskać sojuszników w społeczności lokalnej,
- poinformować organ prowadzący przedszkole<sup>101</sup>.

### 3.1. ETAP PIERWSZY – DIAGNOZA

W każdym roku szkolnym pracownicy przedszkola i rodzice podejmują działania w czteroetapowym cyklu (rycina 13).

Rycina 13. Cykl tworzenia PPZ w jednym roku szkolnym



Źródło: <https://www.ore.edu.pl/2018/02/przedszkole-promujace-zdrowie> (dostęp: 20.04.2021).

<sup>101</sup> Tamże, s. 29.

Diagnoza ma na celu wskazanie rzeczywistych problemów (potrzeb) społeczności przedszkola oraz uzyskanie konkretnych i obiektywnych danych, które będzie można wykorzystać w ewaluacji wyników po zakończeniu działań lub ich etapu, aby sprawdzić, co i w jakim stopniu się zmieniło. Efektem diagnozy jest lista problemów wymagających rozwiązania. Lista ta stanowi punkt wyjścia do wyboru problemu priorytetowego, tzn. takiego, który dana społeczność uzna za ważny, pilny i możliwy do rozwiązania oraz nad którym zdecyduje się pracować (podejmować działania w tym kierunku)<sup>102</sup>.

W zależności od czasu, w którym przeprowadzono diagnozę, wyróżnia się dwa jej rodzaje:

1. Diagnoza stanu wyjściowego przeprowadzona na początku tworzenia PPZ. Dzięki niej uzyskuje się dane na temat funkcjonowania przedszkola w odniesieniu do zdrowia społeczności, która je tworzy.
2. Diagnoza uaktualniona przeprowadzana na początku drugiego i kolejnych lat przed budowaniem planu pracy na dany rok. Jej celem jest zbadanie i opisanie aktualnej sytuacji dotyczącej danego problemu priorytetowego.

Diagnoza jest przeprowadzana przez koordynatora i zespół promocji zdrowia<sup>103</sup>.

### 3.2. ETAP DRUGI – PLANOWANIE DZIAŁAŃ I ICH EWALUACJI

Warunkiem skuteczności podejmowanych w PPZ działań jest właściwe planowanie. Dotyczy ono rozwiązywania kolejnych konkretnych problemów, nawet wtedy, gdy wydają się niewielkie. Jest to zgodne z przyjętą w promocji zdrowia strategią „małych kroków”<sup>104</sup>.

Proces planowania rozpoczyna się od fazy wstępnej, którą poprzedza diagnoza stanu wyjściowego lub diagnoza uaktualniona. Celem tej fazy jest wybór problemu priorytetowego, ustalenie przyczyn jego istnienia oraz rozwiązań zmierzających do usunięcia tych przyczyn (rycina 14). Jest to punkt wyjścia do budowania planu działań.

Ważnym krokiem do budowania planu działań jest wybór problemu priorytetowego, który będzie rozwiązywany (usuwany, ograniczany) w pierwszej kolejności w danym roku szkolnym. Społeczność przedszkola, wybierając najpilniejszy obszar wymagający działań naprawczych, bierze pod uwagę częstotliwość występowania

<sup>102</sup> M. Woynarowska-Soldan, *Sprawdź, jak dbasz o swoje zdrowie*, „Dyrektor Szkoły”, 2013, nr 8, s. 36–38.

<sup>103</sup> M. Woynarowska-Soldan, B. Woynarowska, dz. cyt., s. 30.

<sup>104</sup> Tamże, s. 31.

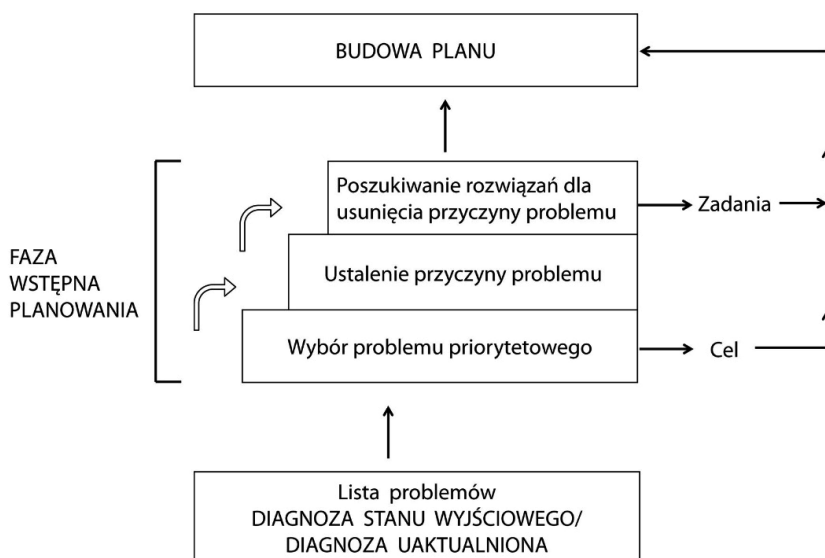


danego zjawiska, jego znaczenie dla zdrowia dzieci, pracowników i rodziców. Nie bez znaczenia jest dostępność środków i inne okoliczności, które mogą ułatwić rozwiązanie danego problemu<sup>105</sup>.

Drugim krokiem w budowaniu planu działań jest ustalenie przyczyn zaistniałej niekorzystnej sytuacji – „dlaczego tak jest”. Stanowi to punkt wyjścia do kroku trzeciego, czyli poszukiwania rozwiązań dla usunięcia tej przyczyny – „co należy zrobić”.

To z kolei stanowi punkt wyjścia do ustalenia zadań w planie działań, który obejmuje zarówno działania, jak też ich ewaluację, czyli sprawdzenie, jak przebiegała realizacja zadań i czy osiągnięto zamierzony cel<sup>106</sup>.

Rycina 14. Schemat fazy wstępnej planowania i jej związek z diagnozą stanu wyjściowego oraz budowa planu działań



Źródło: <https://www.ore.edu.pl/2018/02/przedszkole-promujace-zdrowie> (dostęp: 20.04.2021).

### 3.3. ETAP TRZECI – DZIAŁANIA – REALIZACJA PLANU

W trakcie etapu trzeciego, który trwa zwykle kilka miesięcy w roku, społeczność przedszkola wdraża zaplanowane działania. Na tym etapie wskazana jest współpraca wszystkich uczestników działań, którzy pod kierunkiem zespołu koordynującego rozwiązują problemy i dokonują korzystnych zmian. Monitorowanie tego etapu

<sup>105</sup> Tamże, s. 33.

<sup>106</sup> Tamże, s. 36.

pokazuje wysiłki przedstawicieli społeczności przedszkola, ich zaangażowanie, kreatywność i sprawność w realizacji zaplanowanych przedsięwzięć.

Systematycznej obserwacji, w trakcie realizacji działań prozdrowotnych w PPZ, podlegają np.:

- przebieg realizacji zadań, trudności i sposoby ich przewycięzania,
- uczestnictwo w działaniach różnych grup społeczności przedszkola, ich aktywność, opinie o działaniach, korzyściach,
- nowe inicjatywy i pomysły, formy komunikowania się i współpracy,
- pozyskiwanie i wykorzystanie środków,
- satysfakcja z koordynowania działań i uczestnictwa w działaniach.

Ewaluacji procesu dokonuje koordynator i zespół promocji zdrowia we współpracy z osobami odpowiedzialnymi za realizację poszczególnych zadań<sup>107</sup>.

### 3.4. ETAP CZWARTY – EWALUACJA WYNIKÓW DZIAŁAŃ

Ewaluacja wyników (efektów) polega na ocenie skuteczności działań dokonywanych w PPZ. Proces ten pomaga ustalić, czy osiągnięto zaplanowane cele i jakie są efekty zrealizowanych zadań<sup>108</sup>.

Rycina 15. Ewaluacja efektów działań

|   | Cechy ewaluacji wyników działań  |
|---|--|
| Cel   | Zbadanie stopnia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• realizacji zaplanowanych zadań,</li> <li>• osiągnięcia zaplanowanego celu.</li> </ul>   |
| Pytania, jakie stawiają sobie ewaluatorzy wyników | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jakie są efekty realizacji zadań w stosunku do przyjętego kryterium sukcesu?</li> <li>• Czy osiągnięto cel i w jakim stopniu w stosunku do przyjętego kryterium sukcesu?</li> <li>• Czy działania powinny być kontynuowane?</li> <li>• Co należy zmodyfikować?</li> </ul> |
| Kiedy dokonuje się ewaluacji wyników?             | Po zakończeniu działań w danym roku szkolnym.  |

Źródło: <https://www.ore.edu.pl/2018/02/przedszkole-promujace-zdrowie> (dostęp: 20.04.2021).

Podstawą do dokonania ewaluacji wyników są zapisy zawarte w planie działań. Dokonuje jej koordynator i zespół promocji zdrowia. Po zebraniu danych przygotowują

<sup>107</sup> Tamże, s. 37.

<sup>108</sup> Tamże, s. 38.

oni raport z ewaluacji wyników działań w danym roku szkolnym (rycina 16). Powinien on być zaprezentowany społeczności przedszkola<sup>109</sup>.

Rycina nr 16. Wzór raportu z ewaluacji wyników działań

| RAPORT Z EWALUACJI WYNIKÓW DZIAŁAŃ PRZEDSZKOLA w roku szkolnym ..... |                   |   |  |
|--|-------------------|---|--|
| <b>1. Ewaluacja celu</b>   |                   |   |  |
| Cel zaplanowany:   |                   |   |  |
| Kryterium sukcesu:   |                   |   |  |
| Jak sprawdzono, czy osiągnięto cel?                                  |                   |   |  |
| W jakim stopniu osiągnięto kryterium sukcesu (czyli osiągnięto cel)? |                   |   |  |
| Jeśli nie udało się osiągnąć kryterium sukcesu, to dlaczego?         |                   |   |  |
| <b>2. Ewaluacja zadań</b>  |                   |   |  |
| Nazwa zadania  | Kryterium sukcesu | W jakim stopniu osiągnięto kryterium sukcesu? | Czego nie udało się zrobić i dlaczego? |
|  |                   |   |  |
|  |                   |   |  |
| <b>Wnioski (podsumowanie i interpretacja wyników ewaluacji):</b>     |                   |   |  |
| 1. Korzyści z naszych działań:                                       |                   |   |  |
| 2. Trudności w realizacji naszych działań:                           |                   |   |  |

Źródło: <https://www.ore.edu.pl/2018/02/przedszkole-promujace-zdrowie/> (dostęp:20.04.2021).

<sup>109</sup> Tamże.

## ROZDZIAŁ 4

# AUTOEWALUACJA DZIAŁAŃ W PRZEDSZKOLU PROMUJĄCYM ZDROWIE

Autoewaluacja polega na celowym i systematycznym zbieraniu informacji o przebiegu i wynikach pracy, w celu planowania działań naprawczych. Często określana jako „badanie w działaniu” (*Action Research*,) jest powszechnie stosowana w systemie edukacji. Jest to forma pomagająca w zmianie dotychczasowej praktyki, w której nauczyciele oraz rodzice są jednocześnie badaczami i organizatorami zmiany<sup>110</sup>.

W 2017 roku opracowano narzędzia do autoewaluacji działań w przedszkolach promujących zdrowie. Badanie to ma wykazać, w jakim stopniu placówka osiąga cele określone w koncepcji Przedszkola Promującego Zdrowie. Ankiety przeznaczone dla nauczycieli i pracowników niepedagogicznych oraz rodziców zawierają pytania dotyczące wszystkich standardów PPZ i efektów zrealizowanych działań. Wyniki badań ankietowych nanoszone są na arkusze zbiorcze, zaopatrzone w instrukcję ich wypełniania.

Uzyskane w wyniku autoewaluacji dane są wykorzystywane przy wyborze kolejnych problemów priorytetowych, czyli obszarów wymagających działań naprawczych w zakresie osiągania standardów placówki przedszkolnej należącej do sieci przedszkoli promujących zdrowie. Dotyczy to przede wszystkim działań przedszkola w odniesieniu do zdrowia całej przedszkolnej społeczności.

Pracami związanymi z autoewaluacją kieruje koordynator i zespół promocji zdrowia powołany w przedszkolu. Do obowiązków zespołu należy organizacja zbierania danych i wypełniania dokumentacji: wybór terminu, miejsca i osób wykonujących poszczególne zadania<sup>111</sup>.

Poza badaniami ankietowymi, w autoewaluacji wykorzystuje się, jako metody badawcze: obserwację bezpośrednią, analizę dokumentów, wywiady z wybranymi osobami oraz badanie dzieci 5-i / 6-letnich techniką „Narysuj i opowiedz”<sup>112</sup>.

<sup>110</sup> A. Czerepaniak-Walczak, *Badanie w działaniu*, (w:) *Podstawy metodologii badań w pedagogice*, redakcja naukowa S. Pałka, Gdańsk 2010, s. 321.

<sup>111</sup> *Narzędzia do autoewaluacji działań w PPZ*, <https://www.ore.edu.pl/2018/02/przedszkole-promujace-zdrowie/> (dostęp: 20.04.2021).

<sup>112</sup> Tamże.

Autoewaluacja rozpoczyna się od zapoznania członków zespołu ewaluacyjnego z procedurą, narzędziami i instrukcjami do ich stosowania. Kolejnym etapem jest poinformowanie o przebiegu badania wszystkich pracowników i rodziców oraz pozyskanie ich do współpracy.

Po przeprowadzeniu badań ankietowych, dokonaniu na ich podstawie oceny poszczególnych wskaźników w arkuszach zbiorczych, sporządzany jest raport końcowy. Ostatnim etapem autoewaluacji jest przekazanie społeczności przedszkola informacji o wynikach przeprowadzonego badania.

Niezbędne jest, aby dyrektor placówki zapoznał się z zasadami i narzędziami do autoewaluacji oraz udzielał wsparcia zespołowi ewaluacyjnemu na wszystkich etapach zbierania informacji o przebiegu i wynikach pracy przedszkola w ramach standardów PPZ<sup>113</sup>.

---

<sup>113</sup> M. Woynarowska-Soldan, B. Woynarowska, dz. cyt., s. 54.

## ROZDZIAŁ 5

# METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

Każda praca badawcza opiera się na określonych zasadach metodologicznych. Polegają one przede wszystkim na umiejętności wypracowania teoretycznych zasad badań, ich przeprowadzenia, dokonania analizy zebranych materiałów empirycznych oraz sformułowania wynikających z nich wniosków.

Metodologia jest nauką o zasadach i sposobach postępowania badawczego zalecanych i stosowanych w badaniach naukowych. Przez zasady rozumie się pewne decyzje, mające na celu ułatwienie przeprowadzenia badań. Natomiast sposobami nazywa się procedury gromadzenia i opracowania interesujących badacza wyników<sup>114</sup>.

Albert Wojciech Maszke wyraża pogląd, iż *metodologia jako nauka zajmuje się zarówno procesem poznania naukowego, jak i rezultatami tego procesu, czyli wiedzą, tj. nauką w obu jej znaczeniach*<sup>115</sup>.

### 5.1. PRZEDMIOT I CEL BADAŃ

Rozpoczynając proces badawczy należy na wstępie określić przedmiot i cel planowanych badań. Za przedmiot badań A.W. Maszke uważa *wszelkie obiekty, rzeczy oraz zjawiska i procesy, którym one podlegają i w odniesieniu do których formułujemy pytania badawcze*<sup>116</sup>. Zdaniem Janusza Sztumskiego przedmiot badań obejmuje *rozmaite twory życia społecznego, zarówno materialne (np. różne zbiorowości społeczne), jak również idealne (...). Przedmiotem badań jest wszystko to, co składa się na ten złożony byt, nazywany skrótowo rzeczywistością społeczną. Do najistotniejszych jej składników zaliczamy: zbiorowości i zbiory społeczne, instytucje społeczne oraz procesy i zjawiska społeczne*<sup>117</sup>.

Przedmiotem przeprowadzonych badań były działania podejmowane przez społeczność tworzącą Przedszkole nr 4 „Słoneczko” w Łowiczu, placówkę należącą do Sieci Przedszkoli Promujących Zdrowie – ukierunkowaną na promocję zdrowia.

<sup>114</sup> M. Łobocki, *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Kraków 2005, s. 13.

<sup>115</sup> A.W. Maszke, *Metodologiczne podstawy badań pedagogicznych*, Rzeszów 2004, s. 18.

<sup>116</sup> Tamże, s. 44.

<sup>117</sup> J. Sztumski, *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, Katowice 2010, s. 20.

Każde badanie służy realizacji określonego celu. Według Tadeusza Pilcha *zasadniczym celem poznania naukowego jest zdobycie wiedzy maksymalnie ścisłej, maksymalnie pewnej, maksymalnie ogólnej, maksymalnie prostej, o maksymalnej zawartości informacji*<sup>118</sup>.

Biorąc pod uwagę wszystkie przytoczone ujęcia celu badawczego, można stwierdzić, że jest to przewidywalny, pożądany stan rzeczy, jaki powinien być osiągnięty po przeprowadzeniu badań i zweryfikowaniu ich efektów. Cel badań powinien być jasno sprecyzowany i zrozumiały. Powinien cechować się także konkretnością i realnością. Przeprowadzone badania będą miały na celu uzyskanie materiału empirycznego, pozwalającego ocenić realizację działań prozdrowotnych – podejmowanych przez społeczność Przedszkola „Słoneczko”, zgodnie z ideą placówki ukierunkowanej na promocję zdrowia.

Określenie przedmiotu i celu badań pozwoliło przystąpić do kolejnych etapów gromadzenia materiału empirycznego.

## 5.2. PROBLEMY I HIPOTEZY BADAWCZE

Sformułowanie problemów badawczych i hipotez jest niezbędnym warunkiem podejmowania badań naukowych. Zarówno problemy badawcze, jak i hipotezy podporządkowane są głównemu celowi badań i pozwalają precyzyjnie określić zakres planowanych przedsięwzięć badawczych. Określa się tyle problemów, ile jest koniecznych dla wyczerpania tematu pracy.

Zdaniem Stefana Nowaka *problem badawczy to tyle, co pewne pytanie lub zespół pytań, na które odpowiedzi ma dostarczyć badanie*<sup>119</sup>. H. Lenartowicz i M. Kózka podają, iż *problemem badawczym jest trudność/sprawa, która może być rozpatrywana w metodologicznie poprawnym procesie poznawczym. Formuła problemu zwykle ma postać zdania pytającego, które odzwierciedla naszą niewiedzę, a tym samym precyzuje zakres poszukiwań badawczych*<sup>120</sup>.

Jeżeli chcemy, aby postawione problemy ułatwiły nam wyznaczenie zakresu naszych działań to, według W. Zaczyńskiego, powinny być: *jasne, wyraźne i realne*<sup>121</sup>, a Jerzy M. Brzeziński dodaje, iż *poprawnie sformułowany problem w dużej mierze przesądza o sukcesie badawczym*<sup>122</sup>.

<sup>118</sup> T. Bauman, T. Pilch, *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*, Warszawa 2001, s. 23.

<sup>119</sup> S. Nowak, *Metodologia badań społecznych. Zagadnienia ogólne*, Warszawa 2008, s. 214.

<sup>120</sup> H. Lenartowicz, M. Kózka, *Metodologia badań w pielęgniarstwie. Podręcznik dla studiów medycznych*, Warszawa 2010, s. 89.

<sup>121</sup> W. Zaczyński, *Praca badawcza nauczyciela*, Warszawa 2000, s. 53.

<sup>122</sup> J.W. Brzeziński, *Metodologia badań psychologicznych*, Warszawa 1996, s. 217.

Zdaniem T. Pilcha *problemy badawcze pośrednio stanowią podstawę do typologii zmiennych zależnych i niezależnych, a także wskaźników do zmiennych. Od problemów także zależy, jakie techniki i narzędzia dobieramy aby je rozwiązać*<sup>123</sup>.

Przyjęcie ww. definicji i uwzględnienie warunków zapewniających poprawne sformułowanie problemów badawczych, takich jak:

- „sformułowane problemy muszą wyczerpywać zakres naszej niewiedzy, zawarty w temacie badań”,
- „konieczność zawarcia w nich wszystkich generalnych zależności między zmiennymi”,
- „rozstrzygalność empiryczna oraz wartość praktyczna”<sup>124</sup>.

Pozwoliło na ustalenie głównego problemu podjętych badań, który zawiera się w pytaniu: Czy społeczność Przedszkola nr 4 „Słoneczko” w Łowiczu – nauczyciele, pracownicy niepedagogiczni, dzieci i rodzice, podejmują i realizują działania prozdrowotne, zgodnie z ideą Przedszkola Promującego Zdrowie?

Ze względu na ogólny charakter postawionego problemu i konieczność uściślenia zakresu działań badawczych, określono problemy szczegółowe, mające na celu jak najszersze rozpatrzenie badanego problemu:

1. Czy społeczność tworząca przedszkole „Słoneczko” zapoznano z koncepcją i zasadami przedszkola promującego zdrowie?
2. Czy nauczyciele prowadzą edukację zdrowotną dzieci, dążąc do podniesienia jej jakości i skuteczności, poprzez podnoszenie własnych kompetencji i stosowanie aktywnych form nauczania?
3. Czy społeczność Przedszkola nr 4 „Słoneczko” realizuje działania sprzyjające zdrowiu?
4. Czy podejmowane w Przedszkolu „Słoneczko” działania kształtują u dzieci i ich rodzin wiedzę, umiejętności i zachowania sprzyjające zdrowiu?
5. Czy klimat społeczny przedszkola sprzyja dobremu samopoczuciu i zdrowiu dzieci, pracowników i rodziców?
6. Czy Przedszkole „Słoneczko” współpracuje z rodzinami i innymi placówkami oświatowo – wychowawczymi podczas realizacji działań prozdrowotnych?

Problemy badawcze stanowią podstawę tworzenia hipotez. Zdaniem T. Pilcha, *problem badawczy, czy raczej zespół problemów badawczych, wyznacza dalszy proces myślowy w fazie koncepcji. Stanowią podstawę tworzenia hipotez, bo często*

<sup>123</sup> T. Pilch, *Zasady badań pedagogicznych*, Warszawa 1995, s. 25.

<sup>124</sup> Tamże, s. 24–25.



*zabieg budowania hipotez polega na zmianie gramatycznej formy problemu ze zdania pytającego na twierdzące lub przeczące*<sup>125</sup>.

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, sformułowano hipotezy, będące odpowiedzią na postawione wcześniej problemy badawcze w taki sposób, aby odnosiły się do relacji między badanymi zmiennymi, dały się sprawdzić lub odrzucić za pomocą przeprowadzonych badań oraz by były jasno i jednoznacznie sformułowane.

W hipotezie głównej założono, że: społeczność tworząca Przedszkole nr 4 „Słoneczko” w Łowiczu podejmuje i realizuje działania prozdrowotne, zgodnie z koncepcją i standardami Przedszkola Promującego Zdrowie.

Wysunięto hipotezy szczegółowe, będące przypuszczalnymi odpowiedziami na pytania zawarte w szczegółowych problemach badawczych.

Założono, iż:

1. Społeczność tworząca Przedszkole nr 4 „Słoneczko” zna koncepcję i zasady przedszkola promującego zdrowie.
2. Nauczyciele prowadzą edukację zdrowotną dzieci i dążą do podniesienia jej jakości i skuteczności poprzez wzrost własnych kompetencji i stosowanie aktywnych form i metod nauczania.
3. W przedszkolu podejmowane są działania prozdrowotne z udziałem całej społeczności.
4. Działania prozdrowotne kształtują w społeczności przedszkola wiedzę, umiejętności i zachowania sprzyjające zdrowiu oraz umożliwiają ich praktykowanie poza przedszkolem.
5. Klimat społeczny przedszkola sprzyja dobremu samopoczuciu i zdrowiu dzieci, pracowników i rodziców.
6. Przedszkole „Słoneczko” buduje partnerstwo z rodzinami i innymi placówkami oświatowo – wychowawczymi podczas realizacji działań prozdrowotnych.

Powyższe twierdzenia zostaną poddane weryfikacji na podstawie przeprowadzonych badań.

### 5.3. METODY, TECHNIKI I NARZĘDZIA BADAWCZE

Punktem wyjścia prezentowanych badań, dotyczących realizacji działań społeczności tworzącej placówkę przedszkolną ukierunkowaną na promocję zdrowia wśród dzieci 3–6 lat, są badania ilościowe. W najogólniejszym rozumieniu polegają na ilościowym opisie i analizie faktów, zjawisk i procesów. Przedstawiają je w formie różnych

<sup>125</sup> Tamże.

zestawień i obliczeń z uwzględnieniem statystyki opisowej<sup>126</sup>. Badania ilościowe pozwalają na generalizację wyników badania na całą badaną populację będącą przedmiotem badania i stosowane są zawsze wtedy, kiedy głównym celem realizowanego projektu badawczego jest uzyskanie informacji na temat wielkości i częstotliwości badanego zjawiska<sup>127</sup>.

Warunkiem trafności i rzetelności badań ilościowych jest dokładna charakterystyka zmiennych, które Earl Babbie definiuje jako logicznie powiązane zestawy wartości (atrybutów)<sup>128</sup>. Charakterystyka taka pozwala lepiej zrozumieć i wyjaśnić badane zjawiska i procesy, a przede wszystkim dokonać w miarę obiektywnego ich pomiaru<sup>129</sup>. Do identyfikacji zmiennych służą wskaźniki, czyli dające się zaobserwować elementy, które stanowią odzwierciedlenie danej zmiennej. Są nimi mierzalne cechy lub właściwości badanych faktów czy zjawisk lub czynniki mające na nie wpływ albo skutki, jakie pociągają one za sobą<sup>130</sup>.

Zmiennymi w prezentowanych badaniach są działania podejmowane przez społeczność przedszkola ukierunkowane na promocję zdrowia, a wskaźnikami są: znajomość koncepcji i zasad przedszkola promującego zdrowie, jakość i częstotliwość zajęć z edukacji zdrowotnej, rodzaje stosowanych metod i form kształcenia, deklarowane przez respondentów sposoby podnoszenia własnych kwalifikacji, nabywanie i podnoszenie umiejętności związanych ze zdrowym stylem życia, stosowanie w praktyce zachowań sprzyjających zdrowiu, warunki fizyczne przedszkola, klimat społeczny panujący w placówce.

Kolejnym etapem przygotowującym do przeprowadzenia ilościowych badań empirycznych jest wybór metod, technik i narzędzi badawczych.

Przytaczając za S. Nowakiem: *metody badawcze to przede wszystkim typowe i powtarzalne sposoby zbierania, opracowywania, analizy i interpretacji danych empirycznych, służących do uzyskania maksymalnie uzasadnionych odpowiedzi na stawiane w nich pytania*<sup>131</sup>.

Według T. Pilcha: *metoda badawcza jest pojęciem najszerzym i nadrzędnym w stosunku do techniki i narzędzia badawczego. Technika jest pojęciem podrzędnym do metody i nadrzędnym w stosunku do narzędzia. To ostatnie zaś ma zakres najwęższy i jest pojęciem podrzędnym zarówno wobec pojęcia metody, jak i techniki badawczej*<sup>132</sup>.

<sup>126</sup> M. Łobocki, *Metody...*, dz. cyt., s. 55.

<sup>127</sup> W. Dutkiewicz, *Podstawy metodologii badań do pracy magisterskiej i licencjackiej*, Kielce 2001, s. 50.

<sup>128</sup> E. Babbie, *Podstawy badań społecznych*, Warszawa 2008, s. 554.

<sup>129</sup> M. Łobocki, *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, Kraków 2006, s. 141.

<sup>130</sup> Tamże, s. 146.

<sup>131</sup> S. Nowak, dz. cyt., s. 22.

<sup>132</sup> T. Bauman, T. Pilch, dz. cyt., s. 71.

Za najbardziej odpowiednią dla potrzeb zaplanowanych badań empirycznych uznano metodę monografii pedagogicznej. W badaniach pedagogicznych monografia odnosi się najczęściej do badań instytucji wychowawczo-oświatowych lub zjawisk edukacyjnych zlokalizowanych instytucjonalnie. Metoda ta pozwala dokonać diagnozy, a także opracować koncepcje ewentualnych ulepszeń<sup>133</sup>.

Metoda monograficzna może być realizowana za pomocą wielu technik. Najczęściej badacze posługują się analizą dokumentacji, obserwacją uczestniczącą, ankietą lub wywiadem. Zaleca się łączenie kilku technik, traktując je jako formę uzupełniania wiedzy. Według T. Pilcha *wnikliwy badacz nie poprzestaje na jednej technice, lecz dąży do zdobycia pełnego obrazu badanego obiektu czy zjawiska, posługując się różnorodnymi, uzupełniającymi się technikami*<sup>134</sup>.

W ramach wybranej metody badawczej, jako technikę zbierania materiału empirycznego wykorzystano ankietę z narzędziem badawczym w postaci kwestionariusza ankiety (aneks nr 1, aneks nr 2, aneks nr 3). T. Pilch definiuje ankietę jako *technikę gromadzenia informacji polegającą na wypełnianiu najczęściej samodzielnie przez badanego specjalnych kwestionariuszy na ogół o wysokim stopniu standaryzacji w obecności lub bez obecności ankietera*<sup>135</sup>.

W przeprowadzonych badaniach wykorzystano trzy autorskie kwestionariusze. Dwa dotyczące działań z zakresu promocji zdrowia podejmowanych w Przedszkolu „Słoneczko”, skierowano do nauczycieli i pracowników niepedagogicznych zatrudnionych w placówce. Trzeci kwestionariusz przeznaczono dla rodziców dzieci uczęszczających do Przedszkola „Słoneczko”. Pytania w nim zawarte dotyczyły opinii odnośnie organizacji i realizacji działań przedszkola, zgodnych z koncepcją i ideą przedszkola promującego zdrowie.

Jako technikę, pozwalającą na uzupełnienie wiedzy uzyskanej w wyniku badań ilościowych, zastosowano analizę dokumentów. Technika ta polega na uporządkowaniu i interpretacji zawartych w nich treści pod kątem problemu badawczego<sup>136</sup>. Zdaniem W. Zaczyńskiego *dokumentem jest każda rzecz mogąca stanowić źródło informacji, na podstawie której można wydawać uzasadnione sądy o przedmiotach, ludziach i procesach*<sup>137</sup>. Dokumenty objęte analizą mogą, ze względu na ich formę, przybierać postać dokumentów pisanych, cyfrowych lub obrazowo – dźwiękowych. Ze względu na pochodzenie dokumentów dzieli się je na dokumenty zastane (przypadkowe), które

<sup>133</sup> Tamże, s. 75.

<sup>134</sup> Tamże, s. 77.

<sup>135</sup> T. Pilch, dz. cyt., s. 86.

<sup>136</sup> M. Łobocki, *Wprowadzenie...*, dz. cyt., s. 256.

<sup>137</sup> W. Zaczyński, dz. cyt., s. 138.

powstały niezależnie od intencji badacza i intencjonalnie tworzone (systematyczne), powstałe z jego inspiracji<sup>138</sup>.

Na potrzebę przeprowadzonych badań, analizie zostały poddane dokumenty wewnętrzne przedszkola, takie jak: statut, koncepcja pracy przedszkola, ramowy rozkład dnia, plany pracy poszczególnych grup, dokumentacja zespołu promocji zdrowia (plany pracy i sprawozdania z ich realizacji) oraz raport z autoewaluacji przeprowadzonej w przedszkolu w roku szkolnym 2020/2021. Analizie poddano także wyniki badań dzieci przeprowadzone techniką „Narysuj i opowiedz”, będące elementem badania klimatu społecznego w przedszkolu. Analizowano również materiały zamieszczone na stronie internetowej Przedszkola „Słoneczko” oraz na tablicy informacyjnej w siedzibie placówki.

Technika analizy treściowej, którą się posłużono, pozwoliła na dokonanie interpretacji zawartych w dokumentach treści i sformułowanie wniosków: na ile działalność prozdrowotna społeczności tworzącej Przedszkole „Słoneczko” znajduje odbicie w dokumentacji przedszkola, czy podejmowane działania są poddawane diagnozie, a następnie ewaluacji, czy Przedszkole nr 4 „Słoneczko” w Łowiczu spełnia standardy Przedszkola Promującego Zdrowie.

Wyniki badań ilościowych zostały opracowane statystycznie i przedstawione za pomocą tabel i wykresów. Na tej podstawie dokonano interpretacji jakościowej, która umożliwiła wyciągnięcie wniosków i podsumowanie badanych problemów.

#### 5.4. ORGANIZACJA I PRZEBIEG BADAŃ

Na potrzeby tej pracy i prezentowanych w niej badań – zarówno ilościowych, jak i jakościowych – dokonano celowego doboru, zarówno terenu badań, jak też badanych osób. Według E. Babbie dobór celowy powstaje *na podstawie własnej wiedzy o badanej populacji oraz celach badań*<sup>139</sup>.

Badania przeprowadzono na terenie Przedszkola nr 4 „Słoneczko” w Łowiczu w maju i czerwcu 2021 roku.

Przedszkole nr 4 „Słoneczko” funkcjonuje od 1 września 1978 roku w Łowiczu przy ulicy gen. Władysława Sikorskiego nr 2. Od początku istnienia do 1992 roku było przedszkolem ćwiczeń, gdzie odbywały się zajęcia dla studentów Studium Nauczycielskiego w Łowiczu. W roku szkolnym 2020/2021 do pięciu oddziałów przedszkolnych uczęszczało sto dwadzieścia sześcioro dzieci, którym placówka oferuje 10,5 – godzinną opiekę, łącznie z trzema posiłkami.

<sup>138</sup> Tamże, s. 161.

<sup>139</sup> E. Babbie, *Badania społeczne w praktyce*, Warszawa 2006, s. 210.

Dzięki termomodernizacji i licznym remontom, przedszkole uzyskało nowoczesny wizerunek, a zajęcia odbywają się w przestronnych, jasnych i dobrze wyposażonych salach, z których każda posiada sprzęt audiowizualny. W 2016 roku placówka wzbogaciła się o pracownię komputerową oraz specjalistyczny gabinet psychologa i logopedy. Wygospodarowano także salę przeznaczoną na prowadzenie zajęć plastycznych i teatralno-muzycznych. Przedszkole posiada duży i bardzo dobrze wyposażony plac, na którym znajdują się drewniane zestawy do zabaw zaopatrzone w certyfikaty bezpieczeństwa.

Dzięki dofinansowaniu z Wojewódzkiego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej w Łodzi, na terenie Przedszkola utworzono punkt dydaktyczny dla przedszkolaków. Dzięki odpowiedniej aranżacji terenu, powstała przestrzeń sprzyjająca nauce, zabawie oraz odpoczynkowi dzieci. W Ogródku utworzono stanowiska odwzorowujące naturalne ekosystemy, które stanowią bazę dydaktyczną i są doskonałą pomocą do realizowania zajęć na temat środowiska przyrodniczego<sup>140</sup>. Zamieszczony w ogródku dydaktycznym „Kodeks Młodego Ekologa” informuje o zasadach użytkowania ogrodu, a dbanie o znajdującą się w nim roślinność uczy przedszkolaki samodzielności i odpowiedzialności.

W 2012 roku w przedszkolu zainicjowano działania dla tworzenia przedszkola promującego zdrowie. W wyniku tej aktywności, w lipcu 2013 roku placówka otrzymała Akces przynależności do Skierniewickiej Regionalnej Sieci Szkół/Placówek Promujących Zdrowie w zakresie wdrażania i upowszechniania idei szkół/placówek promujących zdrowie<sup>141</sup>. Po kolejnych trzech latach działań na rzecz promocji zdrowia, w listopadzie 2016 roku, Przedszkole nr 4 „Słoneczko” przyjęto do Sieci Przedszkoli i Szkół Promujących Zdrowie Województwa Łódzkiego<sup>142</sup>. W listopadzie 2019 roku, jako placówka podejmująca systemowe działania na rzecz poprawy zdrowia całej społeczności, Przedszkole „Słoneczko” otrzymało certyfikat przynależności do Krajowej Sieci Przedszkoli i Szkół Promujących Zdrowie oraz Europejskiego Programu Szkoły dla zdrowia w Europie<sup>143</sup>.

Wszystkie, podejmowane w Przedszkolu inicjatywy z zakresu działań na rzecz promocji zdrowia, realizowane były przy wsparciu i akceptacji koordynatora Skierniewickiej Sieci Szkół/Placówek Promujących Zdrowie oraz zaangażowaniu działającego w Przedszkolu zespołu ds. promocji zdrowia.

Gwarancją przeprowadzenia trafnych i rzetelnych badań jest dobór odpowiedniej grupy badawczej. *Przez dobór grupy badawczej rozumie się wyselekcjonowanie dla*

<sup>140</sup> <https://p4.lowicz.szkolnastrona.pl/> (dostęp: 15.05.2021).

<sup>141</sup> Załącznik, nr 4.

<sup>142</sup> Załącznik, nr 5.

<sup>143</sup> Załącznik, nr 6.

celów badawczych pewnej liczby osób wchodzących w skład ściśle określonej zbiorowości, którą badacz jest szczególnie zainteresowany<sup>144</sup>. Gdy badania przeprowadzane są na nielicznej próbie badawczej, w drodze celowego doboru próby, sam badacz decyduje kto zostanie zakwalifikowany do badanych osób.

W tym przypadku, badaniami objęto społeczność tworzącą Przedszkole nr 4 „Słoneczko” w Łowiczu. Stanowią ją nauczyciele, pracownicy niepedagogiczni, rodzice dzieci uczęszczających do przedszkola oraz dzieci.

Kwestionariusze ankiet przekazano osobiście pracownikom pedagogicznym i pracownikom nie będącym nauczycielami w ilości jednego egzemplarza. Z uwagi na wyjątkową sytuację, związaną z trwającą epidemią koronawirusa, kwestionariusze ankiet skierowanych do rodziców, przesłano za pomocą poczty elektronicznej. Kwestionariusz ankiety dla nauczycieli składał się z 12 pytań i metryczki (aneks nr 1). Pracownicy niepedagogiczni odpowiadali na pytań 7 i również wypełniali metryczkę (aneks nr 2). Kwestionariusz ankiety przesłanej do rodziców składał się z 9 pytań, a informacje dotyczące respondentów uzyskano na podstawie dołączonej metryczki (aneks nr 3).

W przypadku pytań zamkniętych dołączono tzw. kafeterię, czyli zestaw wszystkich możliwych odpowiedzi<sup>145</sup>. W pytaniach półotwartych, respondenci mieli możliwość dopisania odpowiedzi poza zamieszczoną kafeterią. Wszystkie, uczestniczące w badaniach osoby, zostały poinformowane o celu przeprowadzanych badań, o ich dobrowolności oraz o tym, że udział w badaniach jest anonimowy.

Analizę dokumentacji przedszkola oraz prac plastycznych wykonanych przez dzieci przeprowadzono w czerwcu 2021 roku w siedzibie placówki.

## 5.5. CHARAKTERYSTYKA BADANEJ POPULACJI

Przedszkole posiada wysoko wykwalifikowaną kadrę pedagogiczną, która realizuje programy wynikające z podstawy programowej wychowania przedszkolnego. W placówce jest zatrudniony logopeda i psycholog. Dla wszystkich dzieci prowadzone są nieodpłatnie zajęcia gimnastyczne, język angielski oraz zajęcia z religii, a w ramach zajęć dodatkowych dzieci biorą udział w comiesięcznych audycjach muzycznych i teatrykach.

Dane charakteryzujące badaną populację uzyskano z metryczek dołączonych do kwestionariuszy ankiet. Nauczyciele określali w nich swoją płeć, wykształcenie, staż pracy oraz stopień awansu zawodowego. Wszyscy zatrudnieni w przedszkolu

<sup>144</sup> M. Łobocki, *Wprowadzenie...*, dz. cyt., s. 169.

<sup>145</sup> W. Zaczyński, dz. cyt., s. 86.

pracownicy pedagogiczni to kobiety, co potwierdza tezę o sfeminizowaniu tej profesji. Wszystkie 14 (100%) nauczycielek posiada wykształcenie wyższe z przygotowaniem pedagogicznym.

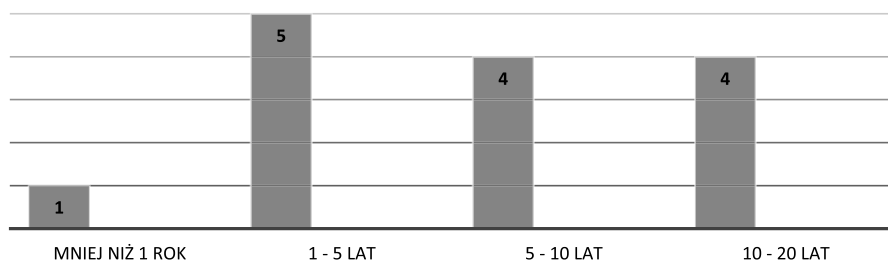
Tabela nr 1 i wykres nr 1 prezentują długość stażu pracy uczestniczących w badaniach nauczycieli.

**Tabela 1.** Staż pracy badanych nauczycieli (N=14).

| ≤ 1 rok |     | 1 – 5 lat |      | 5 – 10 lat |      | 10 – 20 lat |      |
|---------|-----|-----------|------|------------|------|-------------|------|
| N       | %   | N         | %    | N          | %    | N           | %    |
| 1       | 7,1 | 5         | 35,7 | 4          | 28,6 | 4           | 28,6 |

Źródło: Badania własne

**Wykres 1.** Staż pracy badanych nauczycieli (N=14).



Źródło: Badania własne

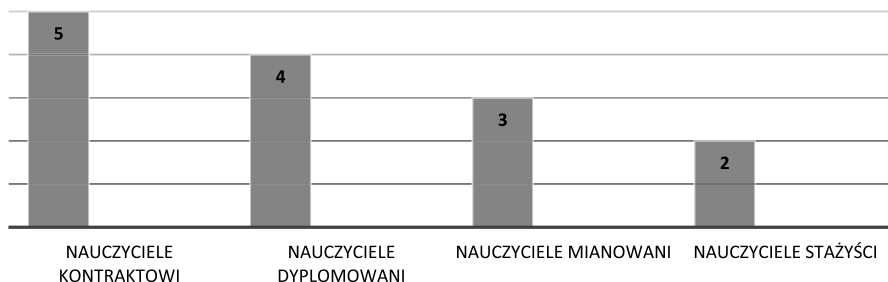
Jak wynika z uzyskanych informacji, kadra pedagogiczna przedszkola to młode kobiety, których staż pracy nie przekracza w większości przypadków 10 lat, a tylko 4 nauczycielki (28,6%) pracują w zawodzie ponad 10 lat.

Tabela nr 2 i wykres nr 2 różnicują nauczycieli pod względem stopnia awansu zawodowego.

**Tabela 2.** Stopień awansu zawodowego badanych nauczycieli (N=14)

| Nauczyciele dyplomowani |      | Nauczyciele mianowani |      | Nauczyciele kontraktowi |      | Nauczyciele stażyści |      |
|-------------------------|------|-----------------------|------|-------------------------|------|----------------------|------|
| N                       | %    | N                     | %    | N                       | %    | N                    | %    |
| 4                       | 28,6 | 3                     | 21,4 | 5                       | 35,7 | 2                    | 14,3 |

Źródło: Badania własne

**Wykres 2.** Stopień awansu zawodowego badanych nauczycieli (N=14)

Źródło: Badania własne

Większość nauczycieli zatrudnionych w przedszkolu, to nauczyciele kontraktowi 5 (35,7%), nieco mniej jest nauczycieli dyplomowanych 4 (28,6%), 3 nauczycieli posiada stopień awansu nauczyciela mianowanego (21,4%), najmniej wśród zatrudnionych w przedszkolu nauczyciele to stażyści – 2 (14,3%).

Wszyscy zatrudnieni nauczyciele pełnią rolę wychowawców grup. Czterech nauczycieli, poza funkcją wychowawcy grupy, prowadzi jednocześnie dodatkowe zajęcia dla wszystkich dzieci. Są to nauczycielki języka angielskiego, programowania, terapii pedagogicznej i logopeda. Dwie z pań, dodatkowo opiekują się Kołem Młodego Ekologa, a jedna z nauczycielek, będąca nauczycielem mianowanym, naucza religii.

Kolejną grupą pracowników przedszkola, która została objęta badaniami ankietowymi byli pracownicy niepedagogiczni, stanowiący personel administracyjno-obslugowy. Są zatrudnieni w charakterze intendenta, kucharza, pomocy kuchennej, woźnej i pracowników gospodarczych. W przypadku tej grupy badanych pytano o płeć i poziom wykształcenia. W tej grupie również przeważają kobiety, co pokazuje tabela nr 3 i wykres nr 3.

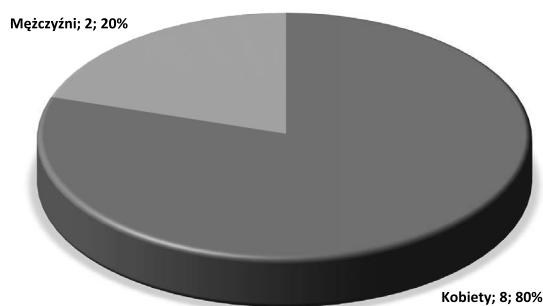
**Tabela 3.** Płeć pracowników niepedagogicznych (N=10).

| Płeć      | Liczba | %    |
|-----------|--------|------|
| Kobieta   | 8      | 80,0 |
| Mężczyzna | 2      | 20,0 |

Źródło: Badania własne



**Wykres 3.** Płeć pracowników niepedagogicznych (N=10).



Źródło: Badania własne

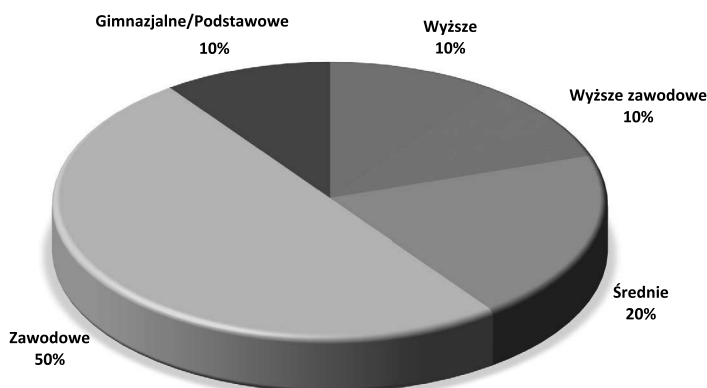
Tabela nr 4 i wykres nr 4, obrazują poziom wykształcenia pracowników administracji i obsługi, zatrudnionych w Przedszkolu „Słoneczko”.

**Tabela 4.** Poziom wykształcenia pracowników niepedagogicznych (N=10).

| Wykształcenie          | Liczba | %  |
|------------------------|--------|----|
| Wyższe                 | 1      | 10 |
| Wyższe zawodowe        | 1      | 10 |
| Średnie                | 2      | 20 |
| Zawodowe               | 5      | 50 |
| Gimnazjalne/Podstawowe | 1      | 10 |

Źródło: Badania własne

**Wykres 4.** Poziom wykształcenia pracowników niepedagogicznych (N=10).



Źródło: Badania własne

Połowa w tej grupie badanych posiada wykształcenie zawodowe – 5 osób, dwóch respondentów ukończyło szkoły średnie. Natomiast dwóch pracowników spośród personelu administracyjnego legitymuje się wykształceniem wyższym – 1 osoba wyższym zawodowym (licencjat) oraz 1 osoba wyższym magisterskim.

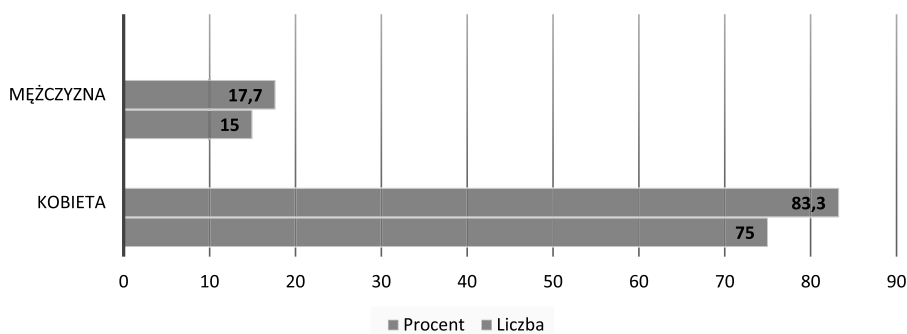
Kolejną grupę respondentów stanowili rodzice dzieci uczęszczających do Przedszkola „Słoneczko” w Łowiczu. Drogą elektroniczną przekazano na ich adresy e-mailowe 100 kwestionariuszy ankiet, otrzymano tą samą drogą 90 wypełnionych kwestionariuszy. Dane dotyczące tej grupy – tworzącej społeczność przedszkola – zaczerpnięto z metryczek, które wypełnili respondenci.

Tabela 5. Płeć rodziców objętych badaniami (N=90).

| Płeć      | Liczba | Procent |
|-----------|--------|---------|
| Kobieta   | 75     | 83,3    |
| Mężczyzna | 15     | 16,7    |

Źródło: Badania własne

Wykres 5. Płeć rodziców objętych badaniami (N=90).



Źródło: Badania własne

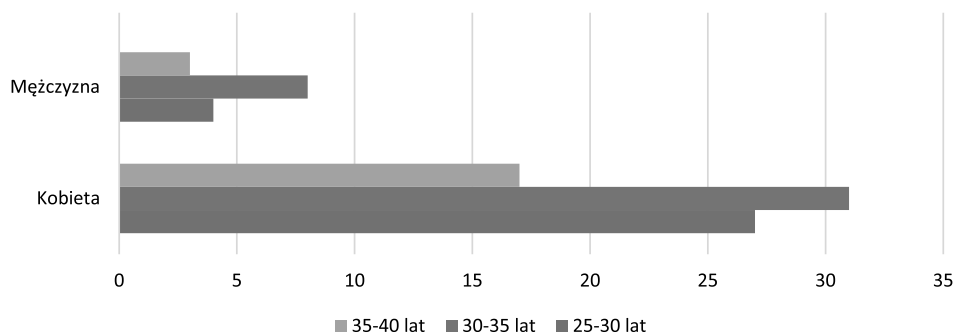
Wśród rodziców przedszkolaków, którzy wzięli udział w badaniu, zdecydowaną większość – 75 osób, co stanowi 83,3% badanych, stanowiły kobiety. Tylko 15 panów zdecydowało się wypełnić ankietę.

Tabela i wykres nr 6 przedstawia wiek uczestniczących w badaniach rodziców dzieci z Przedszkola „Słoneczko”.

**Tabela 6.** Wiek rodziców, którzy wzięli udział w badaniach (N=90).

| Płeć      | 25-30 lat |      | 30-35 lat |      | 35-40 lat |      |
|-----------|-----------|------|-----------|------|-----------|------|
|           | Liczba    | %    | Liczba    | %    | Liczba    | %    |
| Kobieta   | 27        | 36   | 31        | 41,3 | 17        | 22,7 |
| Mężczyzna | 4         | 26,7 | 8         | 53,3 | 3         | 20   |

Źródło: Badania własne

**Wykres 6.** Wiek rodziców, którzy wzięli udział w badaniu (N=90).

Źródło: Badania własne

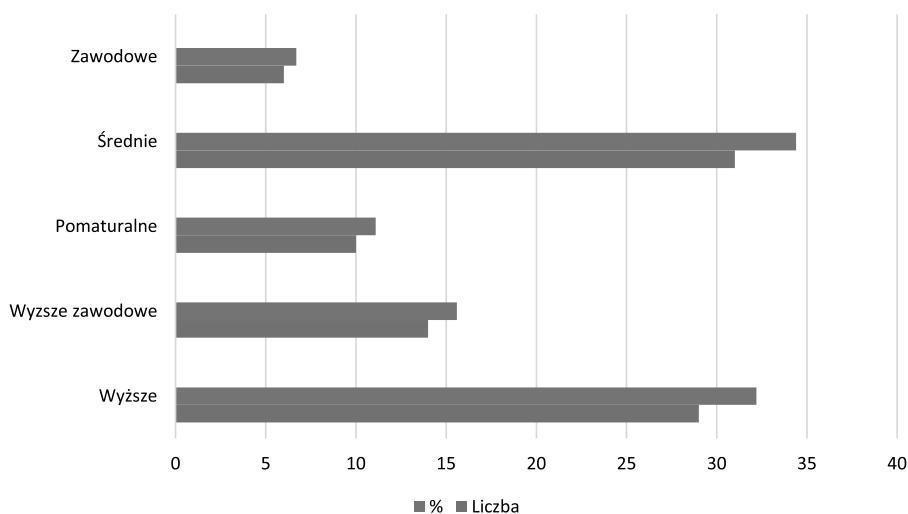
Jak wynika z informacji zawartych w wypełnionych metryczkach, największą grupę rodziców stanowią osoby w wieku do 35 lat i to zarówno wśród respondentów mężczyzn, jak i kobiet. W tej grupie najmniej było respondentów w wieku od 35 do 40 lat, także wśród przedstawicieli obu płci.

W badaniach ankietowych uwzględniono także stopień wykształcenia rodziców przedszkolaków.

**Tabela 7.** Wykształcenie rodziców, którzy uczestniczyli w badaniach (N=90).

| Wykształcenie   | Liczba | %    |
|-----------------|--------|------|
| Wyższe          | 29     | 32,2 |
| Wyższe zawodowe | 14     | 15,6 |
| Pomaturalne     | 10     | 11,1 |
| Średnie         | 31     | 34,4 |
| Zawodowe        | 6      | 6,7  |

Źródło: Badania własne

**Wykres 7.** Wykształcenie rodziców, którzy uczestniczyli w badaniach (N=90).

Źródło: Badania własne

Rodzice, którzy wzięli udział w badaniach najczęściej posiadali wykształcenie wyższe, w tym wyższe magisterskie 29 osób (32,2%), wyższe zawodowe – 14 osób (15,6%). Drugą pod względem liczebności grupą, były osoby z wykształceniem średnim – 31 respondentów, co stanowi 34,4% badanych. Szkoły pomaturalne ukończyło 10 respondentów (11,1%). Najmniej liczną grupą były osoby z wykształceniem zawodowym – 6 (6,7%).

W ramach badania techniką „Narysuj i opowiedz”, analizie poddano rysunki dzieci z grupy 5-latków (41 osób) oraz z grupy najstarszej – dzieci 6-letnie (39 osób).

## ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ

Nadrzędnym celem, jaki stawia przed sobą placówka przedszkolna ukierunkowana na promocję zdrowia, jest kształtowanie stylu życia i środowiska (fizycznego i społecznego) sprzyjającego zdrowiu. Znaczącą rolę odgrywają w realizacji tego celu nauczyciele poprzez realizację programu edukacji zdrowotnej, dbanie o etos zdrowia w przedszkolu, a także wywierając wpływ na prozdrowotny styl życia środowiska rodzinnego wychowanków<sup>146</sup>.

Postawione respondentom pytania miały dać odpowiedź czy, w jakim zakresie i jakimi metodami realizowane są w Przedszkolu nr 4 „Słoneczko” w Łowiczu, działania w ramach programu przedszkola promującego zdrowie. Czy wyposażają one dzieci i ich rodziny w wiedzę i umiejętności, niezbędne do podejmowania wyborów dla poprawy własnego zdrowia, czy środowisko społeczne i fizyczne przedszkola sprzyja realizacji działań prozdrowotnych oraz czy przedszkole współpracuje w realizacji działań promujących zdrowie z innymi placówkami oświatowo-wychowawczymi.

### **POZIOM ZNAJOMOŚCI I AKCEPTACJI KONCEPCJI I ZASAD PRZEDSZKOLA PROMUJĄCEGO ZDROWIE W OPINII NAUCZYCIELI, PRACOWNIKÓW NIEPEDAGOGICZNYCH I RODZICÓW**

Podstawą tworzenia placówki ukierunkowanej na promocję zdrowia, w tym wypadku przedszkola promującego zdrowie, jest koncepcja promocji zdrowia i wykorzystywane w niej specyficzne podejścia. Poznanie i zrozumienie tej koncepcji jest niezbędne dla wdrażania i rozwoju PPZ.

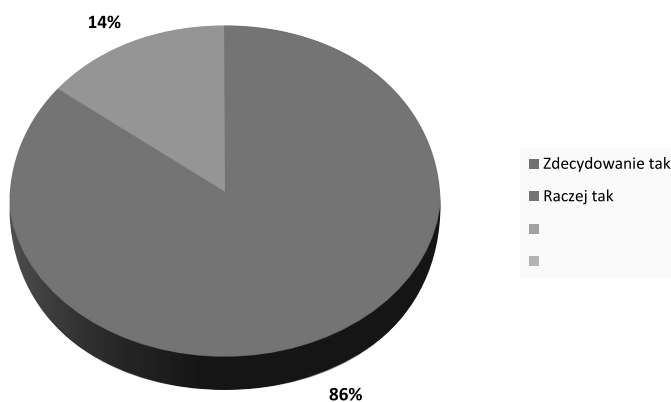
Idea placówek oświatowych ukierunkowanych na promocję zdrowia, zakłada uczestnictwo w działaniach prozdrowotnych wszystkich członków tworzącej ją społeczności. Pytania o znajomość i stopień akceptacji koncepcji przedszkola promującego zdrowie skierowano do nauczycieli, pracowników niepedagogicznych i rodziców.

<sup>146</sup> <http://www.cmppp.edu.pl/> (dostęp: 15.06.2021).

**Tabela 8.** Poziom wiedzy nauczycieli na temat koncepcji i zasad tworzenia przedszkola promującego zdrowie (N=14)

| Wyszczególnienie                       | Liczba | %    |
|--|--------|------|
| Zdecydowanie tak                       | 12     | 85,7 |
| Raczej tak                             | 2      | 14,3 |
| Trudno powiedzieć (nie jestem pewny/a) | 0      | 0,0  |
| Raczej nie                             | 0      | 0,0  |
| Zdecydowanie nie                       | 0      | 0,0  |

Źródło: badania własne

**Wykres 8.** Poziom wiedzy nauczycieli na temat koncepcji i zasad tworzenia przedszkola promującego zdrowie (N=14)

Źródło: badania własne

Zdecydowana większość nauczycieli – 12, co stanowi 85,7% respondentów, deklarowało, że otrzymało wystarczająco dużo informacji o koncepcji i zasadach tworzenia placówki przedszkolnej ukierunkowanej na promocję zdrowia. Tylko 2 nauczycieli udzieliło odpowiedzi „raczej tak”. Stosując pytanie półotwarte zapytano nauczycieli, czy mają możliwość wzbogacania swojej wiedzy na temat organizacji przedszkola promującego zdrowie, uczestnicząc w szkoleniach dotyczących tej tematyki.

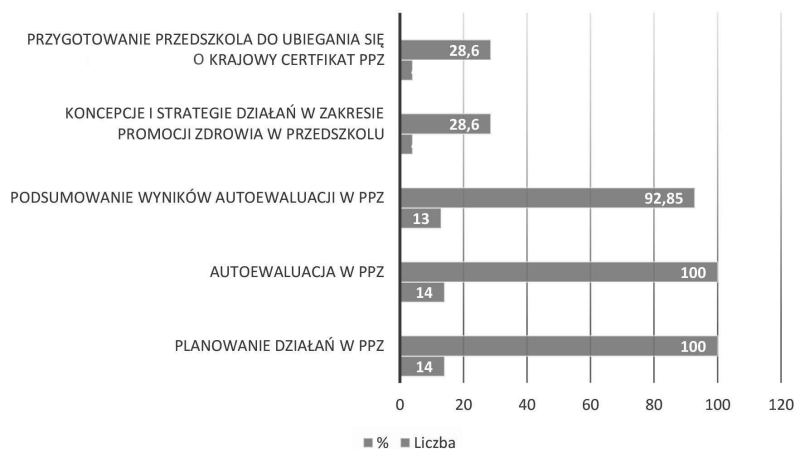
**Tabela 9.** Uczestnictwo nauczycieli w szkoleniach dot. koncepcji i zasad PPZ (N=14).

| Wyszczególnienie | Liczba | %   |
|------------------|--------|-----|
| Tak              | 14     | 100 |
| Nie              | 0      | 0,0 |

Źródło: Badania własne

Wszyscy nauczyciele zatrudnieni w przedszkolu uczestniczyli w ostatnich dwóch latach w szkoleniach na temat koncepcji i zasad tworzenia przedszkola promującego zdrowie. Jako przykład respondenci podawali szkolenia organizowane dla rady pedagogicznej na temat „Planowanie działań w PPZ” oraz „Autoewaluacja w PPZ”. 13 nauczycieli brało udział w seminarium oraz szkoleniu „Podsumowanie wyników autoewaluacji w przedszkolu promującym zdrowie”. Dyrektor przedszkola i członkowie zespołu promocji zdrowia uczestniczyli w szkoleniach na temat: „Koncepcja i strategię działań w zakresie promocji zdrowia w przedszkolu” i „Przygotowanie przedszkola do ubiegania się o Krajowy Certyfikat PPZ”.

Wykres 9. Uczestnictwo nauczycieli w szkoleniach dot. koncepcji i zasad PPZ (N=14)



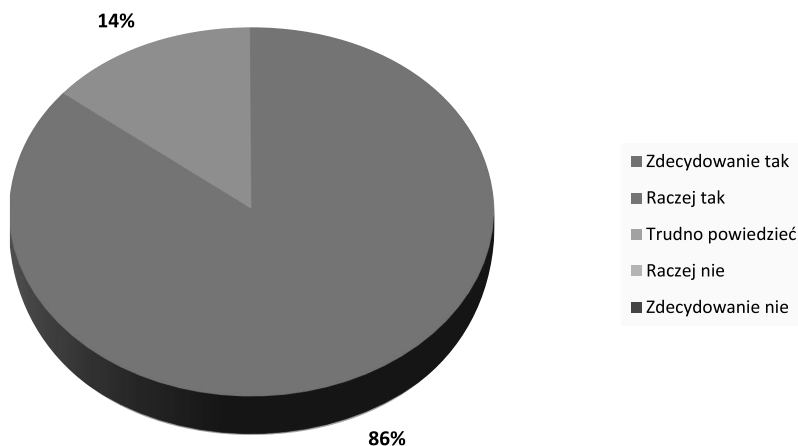
Źródło: Badania własne

Zasadnym wydało się zbadanie, na ile nauczyciele mają świadomość swojej roli i zadań w tworzeniu przedszkola promującego zdrowie.

Tabela 10. Świadomość roli i zadań w tworzeniu przedszkola promującego zdrowie w opinii badanych nauczycieli (N=14).

| Wyszczególnienie                       | Liczba | %    |
|--|--------|------|
| Zdecydowanie tak                       | 12     | 85,7 |
| Raczej tak                             | 2      | 14,3 |
| Trudno powiedzieć (nie jestem pewny/a) | 0      | 0,0  |
| Raczej nie                             | 0      | 0,0  |
| Zdecydowanie nie                       | 0      | 0,0  |

Źródło: Badania własne

**Wykres 10.** Świadomość roli i zadań w tworzeniu przedszkola promującego zdrowie w opinii badanych nauczycieli (N=14).

Źródło: Badania własne

Zdecydowana większość grona pedagogicznego zna swoją rolę i zdania, stawiane przed nauczycielami w tworzeniu placówki przedszkolnej ukierunkowanej na promocję zdrowia (85,7%). Dwie osoby spośród kadry pedagogicznej, co stanowi 14,3%, wybrało odpowiedź „raczej tak”, określając świadomość swojej roli i zadań, jakie mają pełnić w tworzeniu przedszkola promującego zdrowie.

Jednym z warunków niezbędnych dla tworzenia przedszkola promującego zdrowie, zgodnych z koncepcją placówek ukierunkowanych na promocję zdrowia, jest priorytetowe traktowanie zagadnień związanych ze zdrowiem i dobrym samopoczuciem całej społeczności. Zapytano więc nauczycieli, czy w placówce, w której są zatrudnieni zdrowie i dobre samopoczucie mają właściwą rangę.

**Tabela 11.** Ranga zdrowia i dobrego samopoczucia w przedszkolu w opinii badanych nauczycieli (N=14).

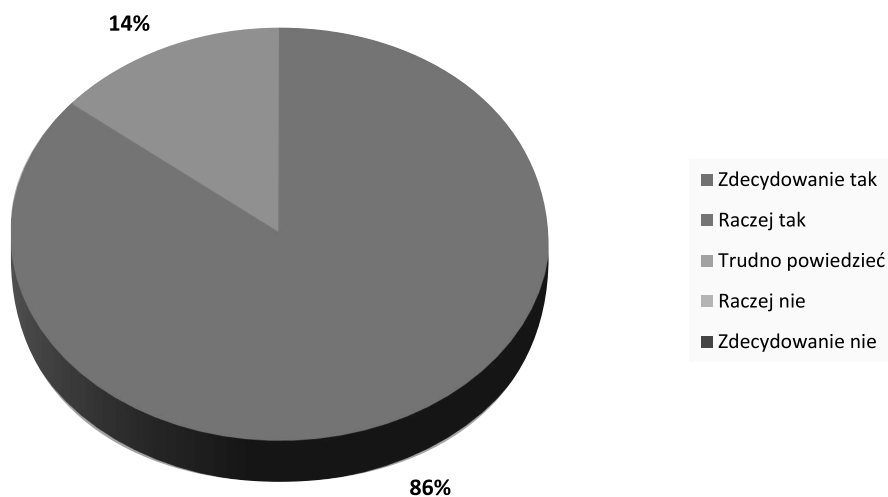
| Wyszczególnienie                       | Liczba | %    |
|--|--------|------|
| Zdecydowanie tak                       | 12     | 85,7 |
| Raczej tak                             | 2      | 14,3 |
| Trudno powiedzieć (nie jestem pewny/a) | 0      | 0,0  |
| Raczej nie                             | 0      | 0,0  |
| Zdecydowanie nie                       | 0      | 0,0  |

Źródło: Badania własne



W opinii większości grona pedagogicznego (85,7%) w placówce problematyka związana ze zdrowiem i dobrym samopoczuciem całej społeczności ma właściwą dla tego typu placówek rangę. Takie podejście przekłada się na, korzystne dla tworzenia placówki ukierunkowanej na promocję zdrowia, warunki.

Wykres 11. Ranga zdrowia i dobrego samopoczucia w przedszkolu w opinii badanych nauczycieli (N=14).



Źródło: Badania własne

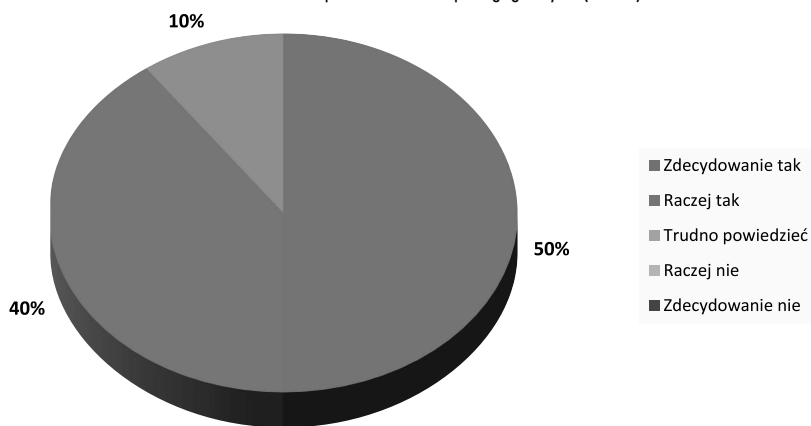
Spółeczność Przedszkola „Słoneczko” tworzą także pracownicy nie będący nauczycielami. W skierowanej do nich ankiecie starano się ustalić, czy wyjaśniono tej grupie zatrudnionych, co to znaczy, że pracują w placówce należącej do sieci przedszkoli promujących zdrowie.

Tabela 12. Poziom informacji uzyskanych na temat idei przedszkola promującego zdrowie w ocenie pracowników niepedagogicznych (N=10)

| Wyszczególnienie                       | Liczba | %   |
|--|--------|-----|
| Zdecydowanie tak                       | 5      | 50  |
| Raczej tak                             | 4      | 40  |
| Trudno powiedzieć (nie jestem pewny/a) | 1      | 10  |
| Raczej nie                             | 0      | 0,0 |
| Zdecydowanie nie                       | 0      | 0,0 |

Źródło: Badania własne

**Wykres 12.** Poziom informacji uzyskanych na temat idei przedszkola promującego zdrowie w ocenie pracowników niepedagogicznych (N=10)



Źródło: Badania własne

Połowa zatrudnionych w przedszkolu pracowników nie będących nauczycielami potwierdziła, iż zostali poinformowani, że pracują w placówce ukierunkowanej na promocję zdrowia. Tylko jedna osoba nie jest pewna, co do tego, że otrzymane informacje wyczerpują wiedzę na ten temat.

Starano się ustalić, czy ta grupa społeczności przedszkola, ma możliwość pogłębiania na bieżąco wiedzy na temat idei PPZ. Odpowiadając na to pytanie, respondenci mieli możliwość podania przykładów.

**Tabela 13.** Możliwość pogłębiania wiedzy na temat idei PPZ w opinii pracowników niepedagogicznych (N=10).

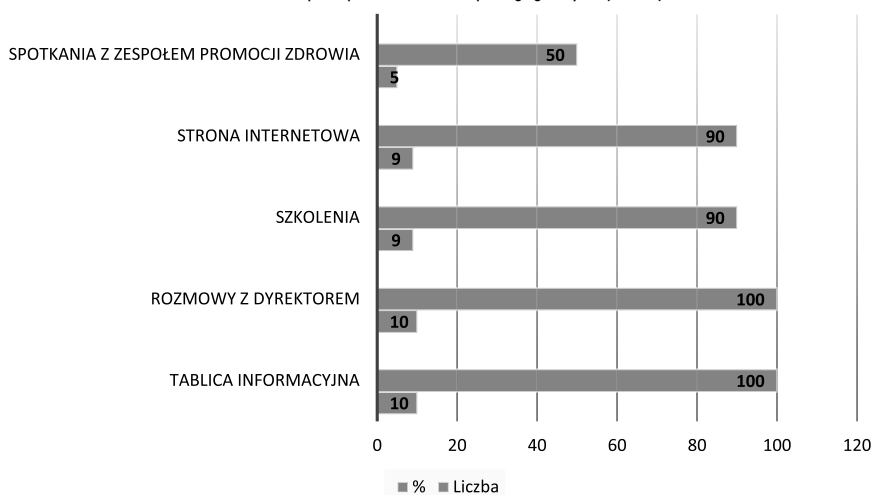
| Wyszczególnienie                       | Liczba | %   |
|--|--------|-----|
| Zdecydowanie tak                       | 5      | 50  |
| Raczej tak                             | 4      | 40  |
| Trudno powiedzieć (nie jestem pewny/a) | 1      | 10  |
| Raczej nie                             | 0      | 0,0 |
| Zdecydowanie nie                       | 0      | 0,0 |

Źródło: Badania własne

Odpowiedzi na to pytanie rozłożyły się identycznie, jak w przypadku pytania pierwszego. Połowa pracowników, zdecydowanie potwierdza, iż placówka na bieżąco zapewnia im możliwość poszerzania wiedzy o przedszkolu ukierunkowanym na promocję zdrowia.

Jako przykłady podawano uczestnictwo w organizowanych w przedszkolu szkoleniach, informacje systematycznie zamieszczane na tablicy informacyjnej, zakładka poświęcona promocji zdrowia na stronie internetowej przedszkola, spotkania informacyjne dla społeczności przedszkola organizowane przez zespół promocji zdrowia oraz rozmowy z dyrektorem.

Wykres 13. Źródła informacji umożliwiające pogłębianie wiedzy na temat idei PPZ w opinii pracowników niepedagogicznych (N=10).



Źródło: Badania własne

Wszyscy pracownicy nie będący nauczycielami pogłębiają i uaktualniają swoją wiedzę na temat idei PPZ w trakcie rozmów z dyrektorem placówki, a także uzyskują ją czytając informacje zamieszczane na bieżąco na tablicy informacyjnej dostępnej dla wszystkich w placówce. Zdecydowana większość (90%) ankietowanych, deklaruje uczestnictwo w szkoleniach organizowanych w placówce i w trakcie tych spotkań pogłębia swoją wiedzę. Dla tej grupy (9 osób) źródłem informacji na temat idei przedszkola promującego zdrowie jest zakładka na stronie internetowej przedszkola. Połowa respondentów wzbogaca wiedzę na temat PPZ w trakcie spotkań informacyjnych z zespołem promocji zdrowia, który jest powołany w placówce.

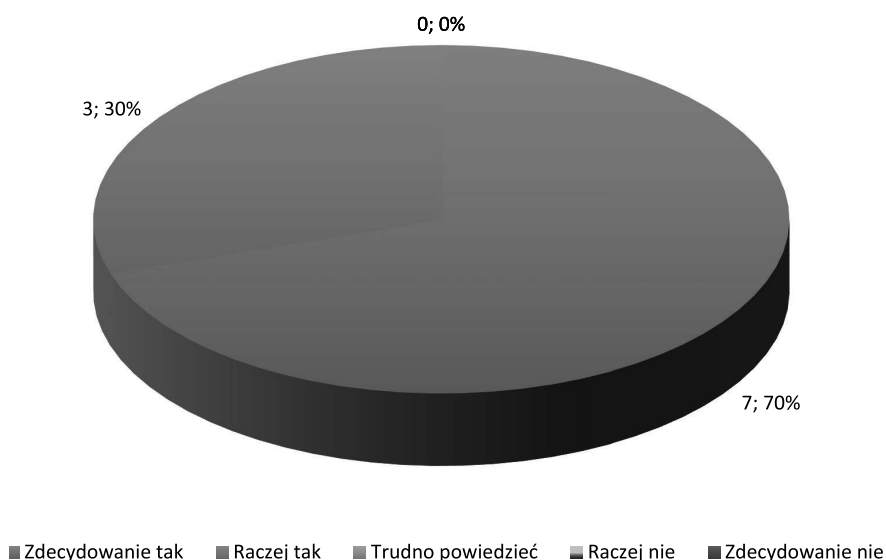
Zgodnie z ideą placówek ukierunkowanych na promocję zdrowia, zdrowie i dobre samopoczucie powinno stanowić priorytet dla całej społeczności. Starano się to zweryfikować w trakcie badań i ustalić, czy w odczuciu pracowników niepedagogicznych, w placówce, w której są zatrudnieni, przywiązuje się wagę do problematyki związanej ze zdrowiem i dobrym samopoczuciem całej społeczności.

Tabela 14. Ranga zdrowia i dobrego samopoczucia w przedszkolu w opinii pracowników niepedagogicznych (N=10).

| Wyszczególnienie                       | Liczba | %   |
|--|--------|-----|
| Zdecydowanie tak                       | 7      |     |
| Raczej tak                             | 3      |     |
| Trudno powiedzieć (nie jestem pewny/a) | 0      | 0,0 |
| Raczej nie                             | 0      | 0,0 |
| Zdecydowanie nie                       | 0      | 0,0 |

Źródło: Badania własne

Wykres 14. Ranga zdrowia i dobrego samopoczucia w przedszkolu w opinii pracowników niepedagogicznych (N=10).



Źródło: Badania własne

W opinii zdecydowanej większości pracowników (70%) nie będących nauczycielami, zdrowie i dobre samopoczucie jest sprawą, którą w przedszkolu traktuje się priorytetowo.

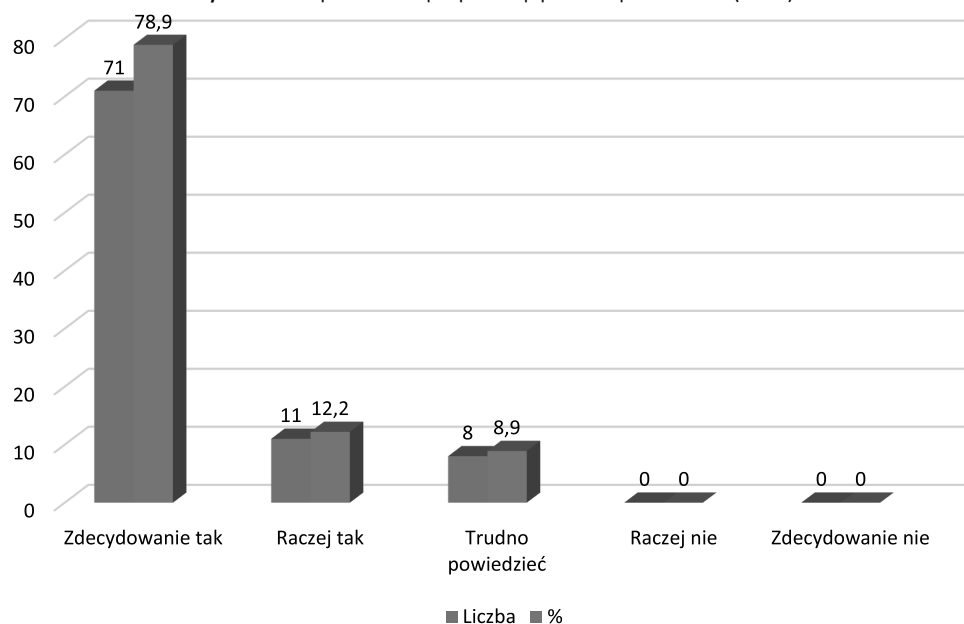
Kolejną grupą, tworzącą społeczność Przedszkola „Słoneczko”, stanowią rodzice dzieci uczęszczających do przedszkola. Wykorzystując, jako technikę badawczą, ankietę i zawarte w kwestionariuszu pytania, starano się zbadać na ile rodzice posiadają wiedzę na temat specyficznego charakteru placówki, do której uczęszczają ich dzieci. Czy otrzymali wystarczająco dużo informacji na temat koncepcji i zasad tworzenia przedszkola promującego zdrowie.

Tabela 15. Znajomość i akceptacja koncepcji PPZ w opinii rodziców (N=90).

| Wyszczególnienie                          | Liczba | %     |
|---|--------|-------|
| Zdecydowanie tak                          | 71     | 78,90 |
| Raczej tak                                | 11     | 12,2  |
| Trudno powiedzieć<br>(nie jestem pewny/a) | 8      | 8,90  |
| Raczej nie                                | 0      | 0,0   |
| Zdecydowanie nie                          | 0      | 0,0   |

Źródło: Badania własne

Wykres 15. Znajomość i akceptacja koncepcji PPZ w opinii rodziców (N=90).



Źródło: Badania własne

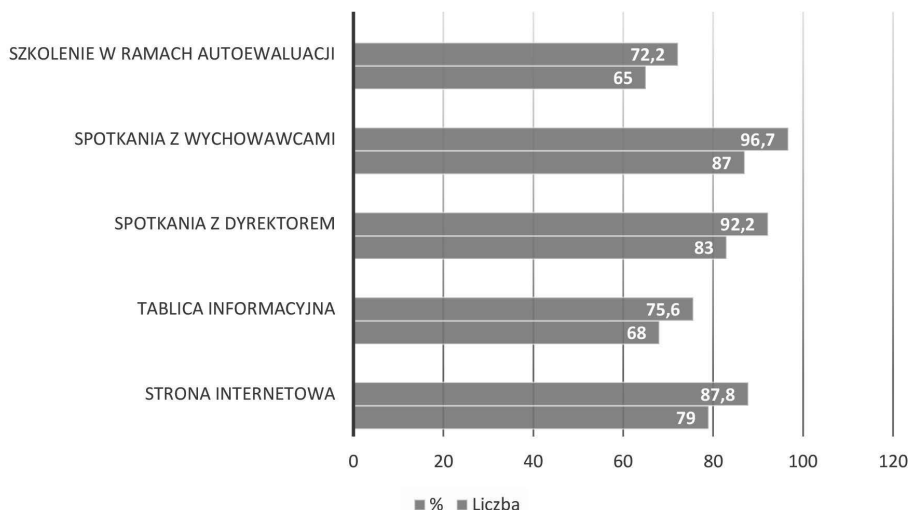
Zdecydowana większość rodziców, bo aż 78,9% uczestniczących w badaniach, wykazuje wysoki poziom wiedzy i akceptacji koncepcji przedszkola promującego zdrowie. Zasadnym wydało się zbadać czy posiadają wiedzę, jaki powinien być ich udział w rozwoju PPZ i skąd czerpią informacje na ten temat.

**Tabela 16.** Poziom wiedzy na temat własnej roli w rozwoju PPZ w opinii rodziców (N=90).

| Wyszczególnienie                          | Liczba | %    |
|---|--------|------|
| Zdecydowanie tak                          | 68     | 75,6 |
| Raczej tak                                | 19     | 21,1 |
| Trudno powiedzieć<br>(nie jestem pewny/a) | 3      | 3,3  |
| Raczej nie                                | 0      | 0,0  |
| Zdecydowanie nie                          | 0      | 0,0  |

Źródło: Badania własne

Analiza udzielonych odpowiedzi, potwierdza, że większość badanych rodziców ma świadomość swojej roli w rozwoju placówki ukierunkowanej na promocję zdrowia. Jak wynika z podanych przykładów, wiedzę tę uzyskali w trakcie spotkań z dyrektorem placówki oraz z wychowawcami poszczególnych grup, ze strony internetowej przedszkola, z tablicy informacyjnej z materiałami o programie PPZ umieszczonej na terenie placówki. Większość rodziców uczestniczyła także w szkoleniu poświęconemu autoewaluacji w związku z ubieganiem się placówki o Krajowy Certyfikat Przedszkola Promującego Zdrowie.

**Wykres 16.** Źródła wiedzy na temat roli w rozwoju PPZ w opinii rodziców (N=90).

Źródło: Badania własne

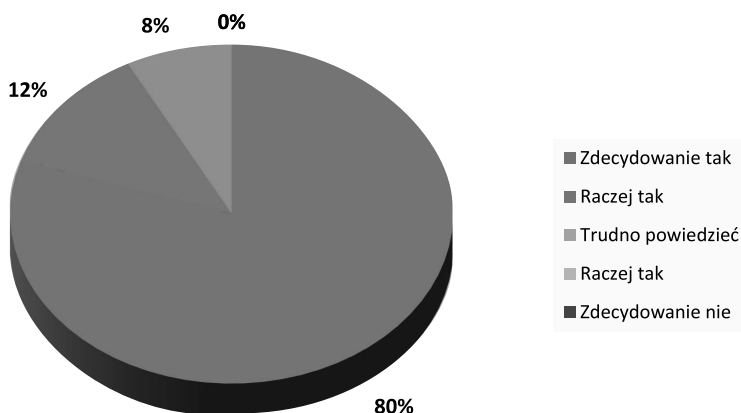
W badaniach poświęconych znajomości koncepcji i zasad przedszkola promującego zdrowie, istotne jest zagadnienie podejścia do zdrowia całej społeczności tworzącej placówkę. Pytanie o warunki, jakie stwarza przedszkole w tym zakresie, zadano również rodzicom.

Tabela 17. Ranga zdrowia i dobrego samopoczucia w przedszkolu w opinii rodziców (N=90).

| Wyszczególnienie                          | Liczba | %    |
|---|--------|------|
| Zdecydowanie tak                          | 72     | 80   |
| Raczej tak                                | 11     | 12,2 |
| Trudno powiedzieć<br>(nie jestem pewny/a) | 7      | 7,8  |
| Raczej nie                                | 0      | 0,0  |
| Zdecydowanie nie                          | 0      | 0,0  |

Źródło: Badania własne

Wykres 17. Ranga zdrowia i dobrego samopoczucia w przedszkolu w opinii rodziców (N=90).



Źródło: Badania własne

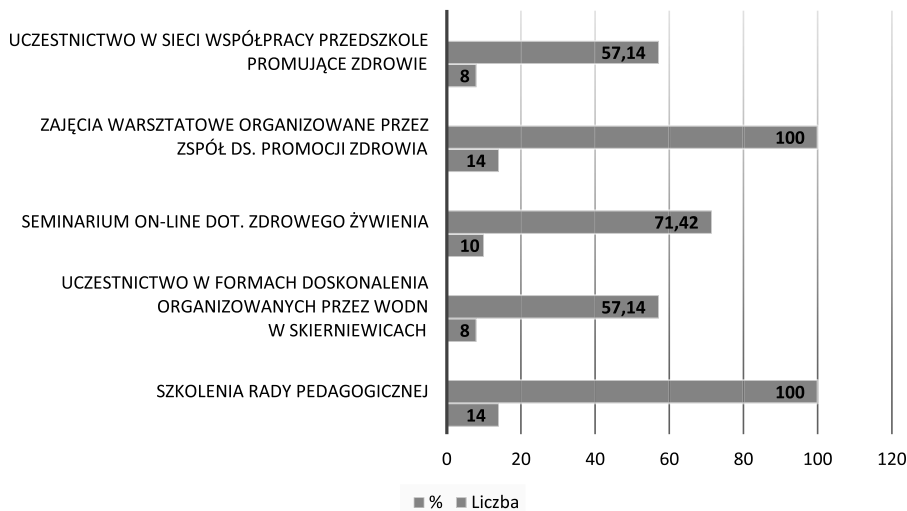
Na podstawie analizy wewnętrznych dokumentów placówki ustalono, że w *Koncepcji pracy przedszkola* istnieje zapis potwierdzający, iż przedszkole realizuje program przedszkola promującego zdrowie. Z zapisów w dokumencie wynika, że promocja zdrowia dzieci i pracowników, traktowana jest w placówce priorytetowo. Tezę tę potwierdzają zapisy w Raporcie z autoewaluacji, przeprowadzonej w „Słoneczku” w roku szkolnym 2019/2020. Opinie uczestniczących w badaniu przedstawicieli społeczności przedszkola dowodzą, iż powszechne jest poczucie, że zdrowie i dobre samopoczucie jest ważną sprawą w przedszkolu.

## SPOSOBY I METODY REALIZOWANIA TREŚCI EDUKACJI ZDROWOTNEJ ORAZ PODNOSZENIE JEJ JAKOŚCI I SKUTECZNOŚCI

Realizowanie treści edukacji zdrowotnej jest nieodłącznym elementem promocji zdrowia i jednym ze standardów placówek należących do sieci szkół i przedszkoli promujących zdrowie. Przedstawiciele społeczności przedszkola, aby działać na rzecz zdrowia własnego i innych, muszą zostać wyposażeni w odpowiednie kompetencje. Dobrze realizowana edukacja zdrowotna to szansa, że dzieci po opuszczeniu przedszkola, a następnie uczniowie i absolwenci szkoły będą w przyszłości lepiej rozumieli, umieli i chcieli dbać o zdrowie swoje i innych ludzi oraz o swoje środowisko<sup>147</sup>.

Pytania mające na celu zbadanie w jaki sposób i przy zastosowaniu jakich metod realizowana jest w Przedszkolu „Słoneczko” edukacja zdrowotna, skierowano do nauczycieli.

**Wykres 18.** Sposoby podnoszenia kompetencji w zakresie edukacji zdrowotnej wśród nauczycieli uczestniczących w badaniu (N=14).



Źródło: Badania własne

Nauczyciele systematycznie podnoszą swoje kwalifikacje z zakresu edukacji zdrowotnej. Organizowanie szkoleniowych rad pedagogicznych, w których uczestniczy całe grono pedagogiczne, ma na celu zwiększenie kompetencji pracowników

<sup>147</sup> M. Sokołowska, I. Lutze, *Standard trzeci, (w:) Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole*, redakcja naukowa B. Woynarowska, Zeszyt 10–11, Warszawa 2006, s. 83.



w zakresie dbałości o zdrowie oraz do prowadzenia edukacji zdrowotnej. W roku szkolnym 2020/2021 większość nauczycieli (10) uczestniczyła w seminarium „O zdrowie dbamy i zdrowo się odżywiamy”, które prowadziła pani dr inż. Agnieszka Wiosetek-Reske. Działający w przedszkolu zespół do spraw promocji zdrowia cyklicznie organizuje warsztaty i udziela instruktażu w zakresie zachowań prozdrowotnych. W szkoleniach tych, w minionym roku szkolnym, uczestniczyli wszyscy pracownicy pedagogiczni (14 osób). Ośmiu nauczycieli podnosiło swoje kwalifikacje, biorąc udział w różnorodnych formach doskonalenia, organizowanych przez Wojewódzki Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli (WODN) w Skierniewicach. Takie samo grono pedagogów (8) należy do sieci współpracy nauczycieli, której koordynatorem jest pani Marzenna Piwowar-Zrazek, konsultant do spraw promocji zdrowia i bezpieczeństwa w WODN w Skierniewicach.

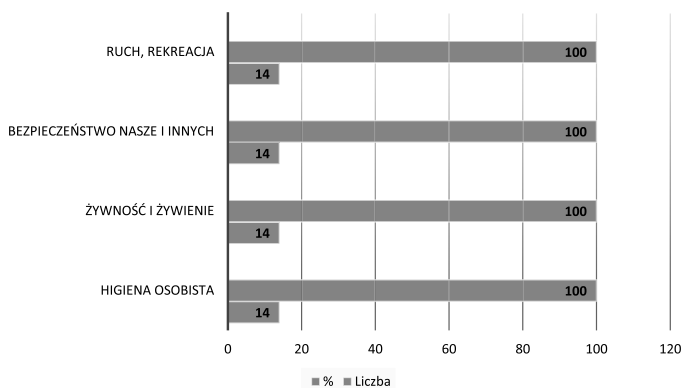
Na podstawie analizy dokumentów i obserwacji ustalono, że w placówce znajduje się biblioteczka zawierająca publikacje i materiały dotyczące różnych aspektów dbałości o zdrowie, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Zgromadzony księgozbiór stanowi bogate źródło wiedzy dla wszystkich zainteresowanych tematyką szeroko pojętego zdrowia, zarówno pracowników, jak też rodziców.

Wiedzę zdobytą podczas szkoleń i warsztatów, nauczyciele wykorzystują realizując cele w zakresie kształcenia zdrowotnego swoich podopiecznych i realizując treści edukacji zdrowotnej zapisane w podstawie programowej wychowania przedszkolnego.

Na podstawie analizy *Programu Wychowania Przedszkolnego* ustalono, że w zakresie kształcenia zdrowotnego, placówka kładzie nacisk na kształtowanie u dzieci postaw prozdrowotnych, poprzez:

- umożliwianie praktykowania zachowań związanych ze zdrowym odżywianiem,
- uwrażliwianie dzieci na potrzebę dbania o higienę osobistą i otoczenia,
- zachęcanie do zwiększonej aktywności fizycznej,
- umożliwienie dzieciom praktykowania zachowań zwiększających ich bezpieczeństwo.

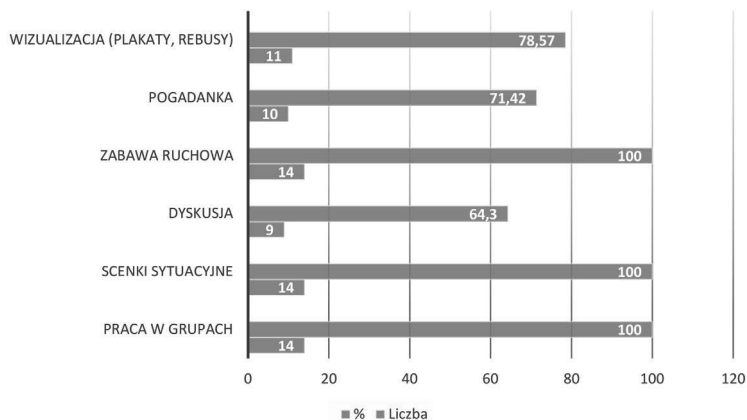
Zapytano nauczycieli, jakie treści edukacji zdrowotnej realizują, aby osiągnąć cele założone w *Programie Wychowania Przedszkolnego*.

**Wykres 19.** Treści edukacji zdrowotnej realizowane przez badanych nauczycieli (N=14).

Źródło: Badania własne

Wszyscy nauczyciel, zatrudnieni w Przedszkolu „Słoneczko”, realizują treści edukacji zdrowotnej w ramach czterech obszarów, zawartych w podstawie programowej wychowania przedszkolnego: higiena osobista i otoczenia, edukacja żywieniowa, edukacja do zwiększania aktywności fizycznej, bezpieczeństwo na drodze i placu zabaw.

Edukacja zdrowotna realizowana w przedszkolu powinna być dostosowana do możliwości psychofizycznych dzieci. Ważne jest, aby treści z zakresu edukacji zdrowotnej były przekazywane przedszkolakom w sposób zrozumiały i budzący ciekawość. Zbadano, jakie metody stosują nauczyciele podczas realizacji tematów o zdrowiu.

**Wykres 20.** Metody stosowane przez nauczycieli podczas zajęć z edukacji zdrowotnej (N=14).

Źródło: Badania własne

Większość badanych nauczycieli deklarowała, że realizując treści edukacji zdrowotnej, stosuje aktywizujące metody nauczania. Stara się angażować wszystkie dzieci, motywując je do podejmowania dyskusji i przedstawiania swoich pomysłów. Bardzo często zajęcia te polegają na wykorzystaniu przekazanej przez nauczycieli wiedzy w praktyce.

Urozmaiceniu zajęć z edukacji zdrowotnej sprzyja wykorzystywanie różnorodnych form przekazu i nowoczesnych środków dydaktycznych, takich jak tablica multimedialna, projektor, prezentacje multimedialne. Atrakcyjne są dla dzieci zajęcia, podczas których wykorzystywane są tradycyjne przybory sportowe, takie jak piłki, woreczki, obręcze, szarfy. Nauczyciele, aby uatrakcyjnić zabawę, wykorzystują także przybory nietypowe: plastikowe butelki, gazety, apaszki, balony, chustę animacyjną.

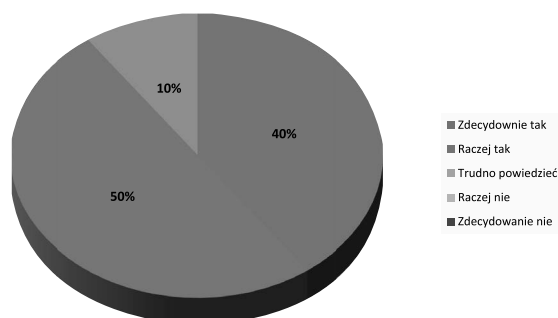
Pytanie dotyczące znajomości programu edukacji zdrowotnej realizowanego w Przedszkolu nr 4 „Słoneczko” w Łowiczu, zadano innym przedstawicielom społeczności przedszkola – pracownikom nie będącym nauczycielami.

Tabela 18. Stopień znajomości programu edukacji zdrowotnej realizowanej w przedszkolu w opinii pracowników nie będących nauczycielami (N=10).

| Wyszczególnienie                       | Liczba | %   |
|--|--------|-----|
| Zdecydowanie tak                       | 4      | 40  |
| Raczej tak                             | 5      | 50  |
| Trudno powiedzieć (nie jestem pewny/a) | 1      | 10  |
| Raczej nie                             | 0      | 0,0 |
| Zdecydowanie nie                       | 0      | 0,0 |

Źródło: Badania własne

Wykres 21. Stopień znajomości programu edukacji zdrowotnej realizowanej w przedszkolu w opinii pracowników nie będących nauczycielami (N=10).

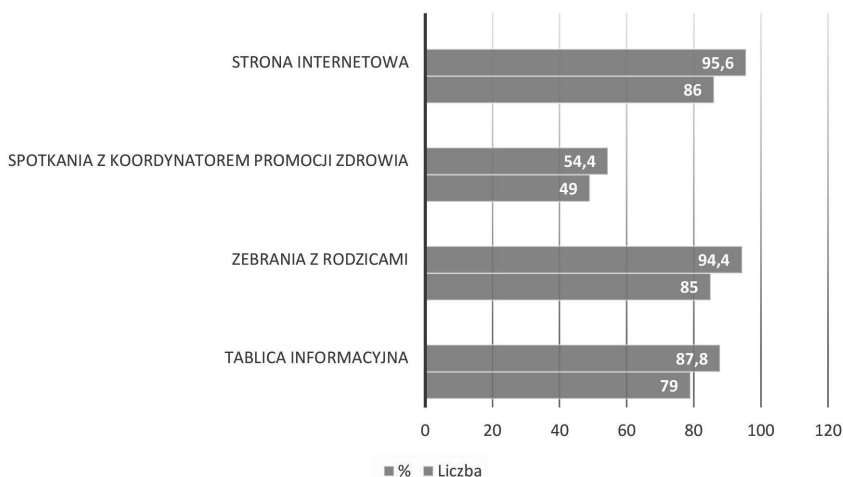


Źródło: Badania własne

Z odpowiedzi respondentów nie będących nauczycielami wynika, że w większości są poinformowani o realizacji edukacji zdrowotnej w placówce. 40% ankietowanych deklaruje, że zostało zapoznanych z programem edukacji zdrowotnej przedszkola, raczej tak odpowiedziała połowa badanych. Tylko jedna osoba nie jest pewna, czy przedstawiono jej program zajęć z edukacji zdrowotnej, który jest realizowany w przedszkolu. Można więc przyjąć, iż pracownicy niepedagogiczni mają wiedzę na temat realizowanych w przedszkolu zajęć z edukacji zdrowotnej.

Ważną część społeczności przedszkola stanowią rodzice dzieci uczęszczających do placówki. Do tej grupy respondentów skierowano pytanie dotyczące programu edukacji zdrowotnej i jego realizacji. Starano się zbadać, czy przedszkole współpracuje z rodzicami w zakresie edukacji zdrowotnej realizowanej w grupie, do której uczęszcza ich dziecko.

Wykres 22. Sposoby informowania rodziców o treściach edukacji zdrowotnej realizowanej w przedszkolu „Słoneczko” (N=90).



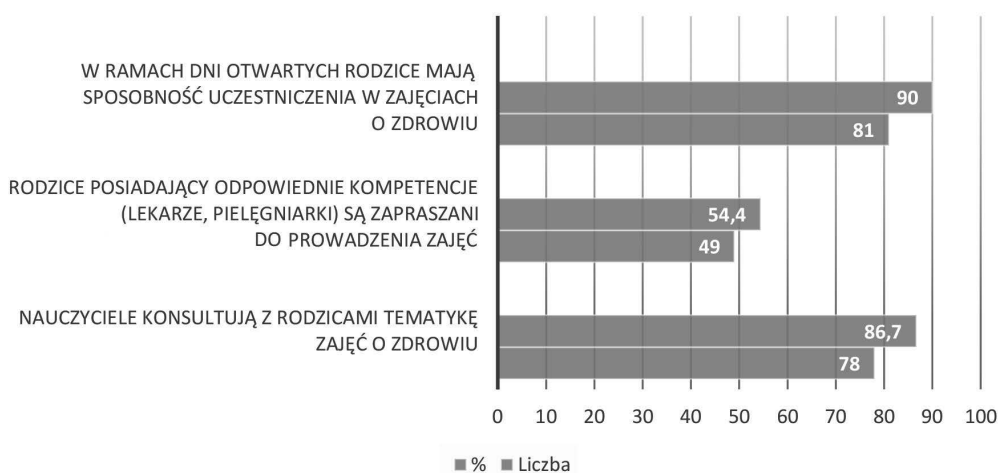
Źródło: Badania własne

Zdecydowana większość uczestniczących w badaniu rodziców, czerpie informacje dotyczące tematyki zajęć z zakresu edukacji zdrowotnej ze strony internetowej przedszkola (95,6%). Nieco mniej rodziców deklaruje, że źródłem wiedzy na temat realizacji zajęć dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa, są informacje przekazywane przez wychowawców grup podczas zebrania z rodzicami. Wykorzystywanym powszechnie

przez rodziców źródłem informacji, jest tablica zamieszczona w holu przedszkola (87,8%). Najmniej pytanym podało, jako źródło wiedzy na temat realizacji tematyki zdrowotnej, spotkania z koordynatorem promocji zdrowia w przedszkolu – 54,4% ankietowanych.

Starano się ustalić, jakie formy przybiera współpraca pracowników przedszkola z rodzicami, w zakresie edukacji zdrowotnej ich dzieci.

**Wykres 23.** Formy współpracy z rodzicami w zakresie realizacji edukacji zdrowotnej (N=90).



Źródło: Badania własne

Z badań wynika, że treści edukacji zdrowotnej uwzględnione w planach poszczególnych grup są dobierane na podstawie konsultacji z rodzicami. Większość respondentów (86,7%) deklaruje, że ma wpływ na tematykę zajęć o zdrowiu swojego dziecka. Aż 90% ankietowanych rodziców uczestniczy w zajęciach o zdrowiu w ramach dni otwartych, cyklicznie organizowanych w przedszkolu. 49 osób (54,4%) jako formę współpracy w ramach realizacji treści dotyczących zdrowia, podaje możliwość prowadzenia zajęć z edukacji zdrowotnej przez rodziców reprezentujących zawody medyczne: lekarzy, pielęgniarki, dietetyków.

Na podstawie analizy *protokołów z posiedzeń rady pedagogicznej* oraz *raportu z autoewaluacji* ustalono, że przebieg realizacji edukacji zdrowotnej w przedszkolu jest omawiany i poddawany ewaluacji co najmniej jeden raz w roku szkolnym.

## RODZAJE DZIAŁAŃ PROZDROWOTNYCH PODEJMOWANYCH PRZEZ SPOŁECZNOŚĆ STANOWIĄCĄ PRZEDSZKOLE NR 4 „SŁONECZKO” W ŁOWICZU

Ważne jest, aby idea przedszkola promującego zdrowie, nie była górnolotnym hasłem, lecz by wcielano ją w życie, a każdy przedstawiciel społeczności przedszkola brał udział w planowaniu, realizacji i ewaluacji podejmowanych działań prozdrowotnych. Ich realizacja przynosi bowiem wymierne korzyści dla całej społeczności przedszkola.

Na podstawie analizy dokumentów wewnętrznych przedszkola, ustalono, że na początku roku szkolnego 2020/2021 (wrzesień 2020 roku) zespół do spraw promocji zdrowia przygotował i przeprowadził diagnozę potrzeb przedszkola w zakresie świadomości zdrowotnej całej społeczności. Pozwoliło to na ustalenie rzeczywistych potrzeb i wyłonienie problemu, któremu podporządkowano poszczególne przedsięwzięcia. Aby były one skuteczne, zaplanowano ich realizację i przygotowano harmonogram działań prozdrowotnych, włączając w nie całą społeczność przedszkola.

Aby zbadać, czy społeczność Przedszkola nr 4 „Słoneczko” w Łowiczu bierze udział w planowaniu, realizacji i ewaluacji działań prozdrowotnych, kolejne pytania ankiety skierowano do przedstawicieli tej społeczności – nauczycieli.

Tabela 19. Uczestnictwo w planowaniu działań prozdrowotnych w opinii badanych nauczycieli (N=14).

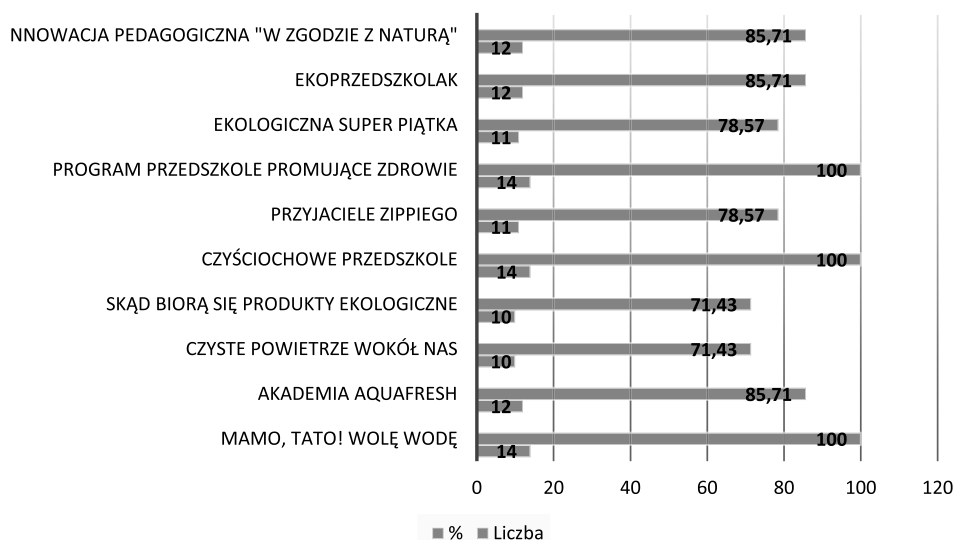
| Wyszczególnienie  | Tak    |     | Nie    |     |
|---|--------|-----|--------|-----|
|   | Liczba | %   | Liczba | %   |
| Czy zapoznano Panią z wynikami diagnozy potrzeb społeczności przedszkola w zakresie świadomości zdrowotnej?         | 14     | 100 | 0      | 0,0 |
| Czy uczestniczyła Pani w bieżącym roku szkolnym w planowaniu działań (w tym projektów) w zakresie promocji zdrowia? | 14     | 100 | 0      | 0,0 |

Źródło: Badania własne

Wszyscy, zatrudnieni w placówce nauczyciele potwierdzili, że w przedszkolu przeprowadzono diagnozę potrzeb społeczności w zakresie promocji zdrowia i zapoznali się z jej wynikami. Na podstawie obserwacji, badań ankietowych i rozmów z rodzicami, zespół do spraw promocji zdrowia, ustalił problem priorytetowy do rozwiązania w roku szkolnym 2020/2021. Okazało się, że rzeczywistą potrzebą jest wzmocnienie działań w zakresie zdrowego odżywiania dzieci i stwarzanie im warunków do praktykowania w codziennym życiu zachowań prozdrowotnych.

Wszyscy, uczestniczący w badaniu nauczyciele, potwierdzili swoje uczestnictwo w planowaniu działań i projektów promujących zdrowie, jakie realizowane były w przedszkolu w roku szkolnym 2020/2021. Kolejne pytanie miało na celu zbadanie znajomości projektów i programów prozdrowotnych realizowanych w przedszkolu w bieżącym roku szkolnym w ramach założeń PPZ.

**Wykres 24.** Programy i projekty prozdrowotne realizowane w przedszkolu w roku szkolnym 2020/2021 (N=14).

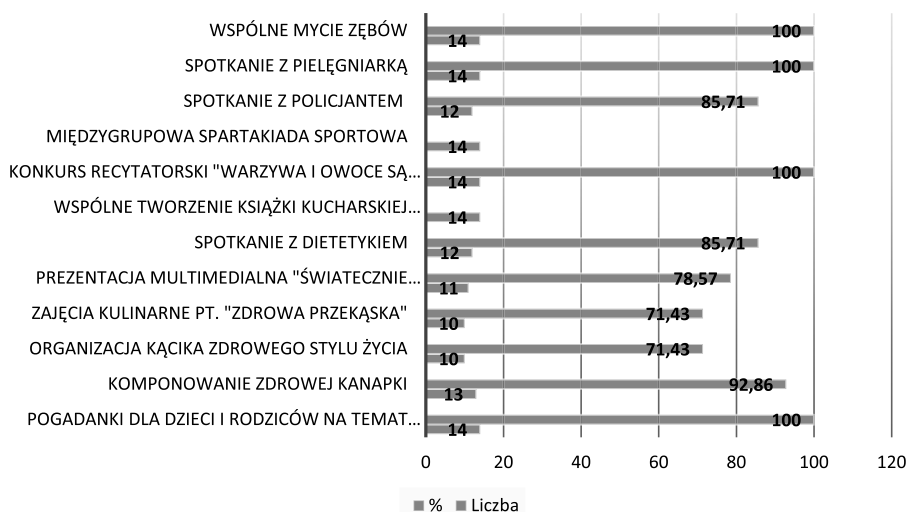


Źródło: Badania własne

Wszyscy ankietowani, a więc 14 nauczycieli (100%), potwierdzili, że w bieżącym roku szkolnym realizowali w przedszkolu program Przedszkole Promujące Zdrowie oraz dwa ogólnopolskie programy prozdrowotne „Mamo, tato! Wołę wodę” i „Czyściochowe przedszkole”. Nieco mniej, 12 nauczycieli (85,71%) realizowało ogólnopolski program „Akademia Aquafresh”. Taka sama liczba nauczycieli prowadziła zajęcia w ramach programów ekologicznych: „Ekoprzedszkolak” i „W zgodzie z naturą”. Ten ostatni to innowacja pedagogiczna opracowana przez grupę pracowników pedagogicznych, zatrudnionych w „Słoneczku”. 11 osób (78,57%) spośród ankietowanych nauczycieli, realizowało w bieżącym roku szkolnym międzynarodowy program promocji zdrowia psychicznego dla dzieci „Przyjaciele Zippiego” oraz program ekologiczny pod nazwą „Ekologiczna super piątka”. Nieco mniej, 10 respondentów (71,43%), realizowało zajęcia w ramach programów dotyczących szeroko pojętej edukacji ekologicznej, w tym zajęcia dotyczące prawidłowej segregacji odpadów.

Kolejne pytanie dotyczyło realizacji działań sprzyjających zdrowiu podejmowanych przez społeczność stanowiącą Przedszkole nr 4 „Słoneczko” w Łowiczu.

Wykres 25. Działania prozdrowotne realizowane przez społeczność Przedszkola „Słoneczko” w Łowiczu w opinii badanych nauczycieli (N=14)w



Źródło: Badania własne

Społeczność przedszkolna podejmowała w bieżącym roku szkolnym wspólne działania z zakresu zmiany zachowań żywieniowych. Wszyscy ankietowani nauczyciele prowadzili pogadanki dla dzieci i rodziców na temat odżywiania zgodnego z Piramidą Żywieniową. Przez cały rok szkolny, w poniedziałki i środy, podczas podwieczorku dzieci miały możliwość komponowania własnej zdrowej kanapki. Zajęcia te realizowało 13 badanych nauczycieli (92,86%). Przez cały rok szkolny prowadzone były kąciki zdrowego stylu życia, gdzie nauczyciele (10 osób) propagowali zasady zdrowego odżywiania.

W listopadzie 2020 roku we wszystkich grupach wiekowych zorganizowano zajęcia kulinarne w ramach Europejskiego Dnia Zdrowego Jedzenia i Gotowania pt. „Zdrowa przekąska”. W trakcie tych zajęć dzieci własnoręcznie przygotowywały koreczki owocowo – warzywne oraz soki owocowe. Zajęcia te realizowało 10 nauczycieli, co stanowi 71,43% badanych.

W grudniu 2020 roku całej społeczności przedszkola przedstawiono prezentację multimedialną Pani dr inż. Agnieszki Wioetek – Reske zatytułowaną „Świątecznie



zdrowo i kolorowo”, w trakcie której dzieci poznały rodzime i egzotyczne owoce oraz ich właściwości zdrowotne.

Jako przykład działań prozdrowotnych 12 (85,71%) nauczycieli wymieniło spotkanie z panią dietetyk, która przekonywała przedszkolaki do zdrowego stylu życia.

Chcąc włączyć rodziców do działań prozdrowotnych, zachęcono ich do przesyłania przepisów kulinarnych na zdrowe potrawy. W efekcie tych działań powstała książka kucharska „Mniam, mniam przedszkolak gotuje sam”, której autorami stała się cała przedszkola społeczność. W tym projekcie uczestniczyli wszyscy ankietowani nauczyciele.

W lutym 2021 roku odbył się Międzygrupowy Konkurs na sałatkę warzywną „Zdrowo jemy i rośniemy”. Dzieci ze wszystkich grup przedszkolnych wspólnie z nauczycielami przygotowywały pełne zdrowia sałatki. Duże wsparcie w tym przedsięwzięciu wykazały panie pracujące w kuchni.

W marcu 2021 roku odbył się przedszkolny konkurs recytatorski pod hasłem „Warzywa i owoce są smaczne i zdrowe”. Dzieci recytowały wiersze promujące zdrowy styl odżywiania, a tematykę wiersza podkreślał nawiązujący do niej strój. W tym projekcie również brali udział wszyscy nauczyciele i dzieci ze wszystkich oddziałów przedszkolnych. Kibicowali im rodzice.

W ramach działań mających na celu zachęcanie do podejmowania aktywności fizycznej, zorganizowano międzygrupową spartakiadę sportową, w której przygotowaniu uczestniczyli wszyscy nauczyciele ze swoimi podopiecznymi.

Ważnym elementem edukacji w PPZ jest umożliwienie dzieciom praktykowania zachowań zwiększających ich bezpieczeństwo. Działaniem przedszkola w tym zakresie było zorganizowanie spotkania z policjantem, który przekazywał dzieciom zasady bezpiecznego poruszania się po drodze. Uczestnictwo w realizacji tego przedsięwzięcia deklarowało 12 nauczycieli, co stanowi 85,71% ankietowanych.

W trakcie spotkania z pielęgniarką dzieci mogły poszerzyć swoją wiedzę na temat wybranych narządów człowieka, a także dowiedzieć się co to są zarazki i jak z nimi skutecznie walczyć, poczynając od przestrzegania podstawowych zasad higieny. W realizacji tego działania uczestniczyli wszyscy ankietowani nauczyciele. Podobnie, w organizacji spotkania ze stomatologiem, w trakcie którego dzieci uczyły się prawidłowego szczotkowania zębów, poznały preparaty i przyrządy pomagające w utrzymaniu czystości jamy ustnej.

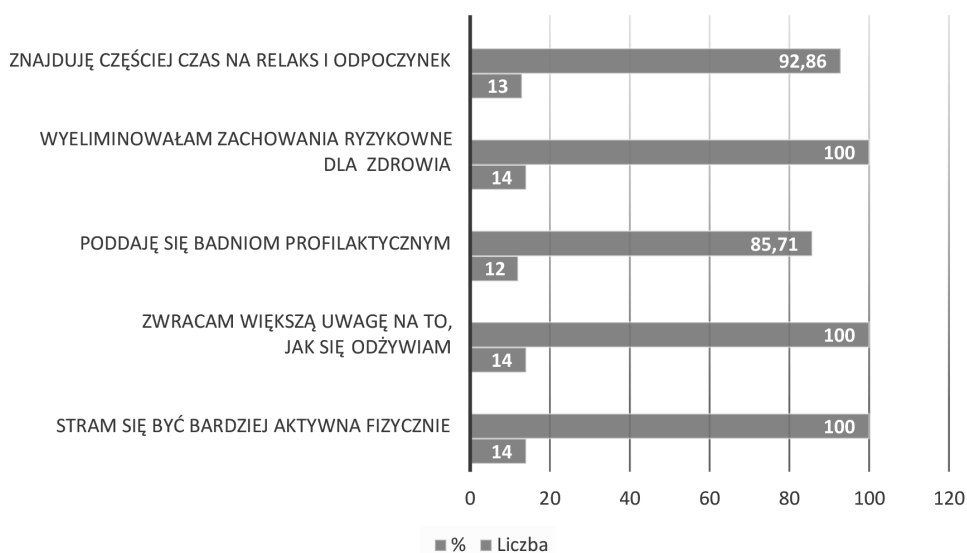
W czerwcu 2021 roku dokonano ewaluacji realizowanych w przedszkolu działań prozdrowotnych. Analiza sprawozdania z przeprowadzonego badania pozwoliła stwierdzić, że zarówno pracownicy przedszkola, jak też rodzice wykazali się dużą wiedzą na temat zachowań sprzyjających zdrowiu ich dzieci i własnemu.

## WPŁYW DZIAŁAŃ PROZDROWOTNYCH NA KSZTAŁTOWANIE W SPOŁECZNOŚCI PRZEDSZKOLA ZACHOWAŃ SPRZYJAJĄCYCH ZDROWIU ORAZ UMOŻLIWIANIA ICH PRAKTYKOWANIA POZA PRZEDSZKOLEM

Edukacja zdrowotna to nie tylko przekazywanie wiedzy, lecz także kształtowanie postaw i zachowań, które mogą wpłynąć na styl życia. Placówki ukierunkowane na promocję zdrowia powinny pomóc członkom swojej społeczności w dokonywaniu właściwych wyborów w sprawach zdrowia.

Pytania, pozwalające na zbadanie wpływu działań prozdrowotnych realizowanych w Przedszkolu „Słoneczko” na zachowania sprzyjające zdrowiu, postawiono w ankiecie skierowanej do nauczycieli, pracowników niepedagogicznych i rodziców.

**Wykres 26.** Podejmowanie na co dzień działań, które sprzyjają zdrowiu i dobremu samopoczuciu w opinii nauczycieli (N=14).



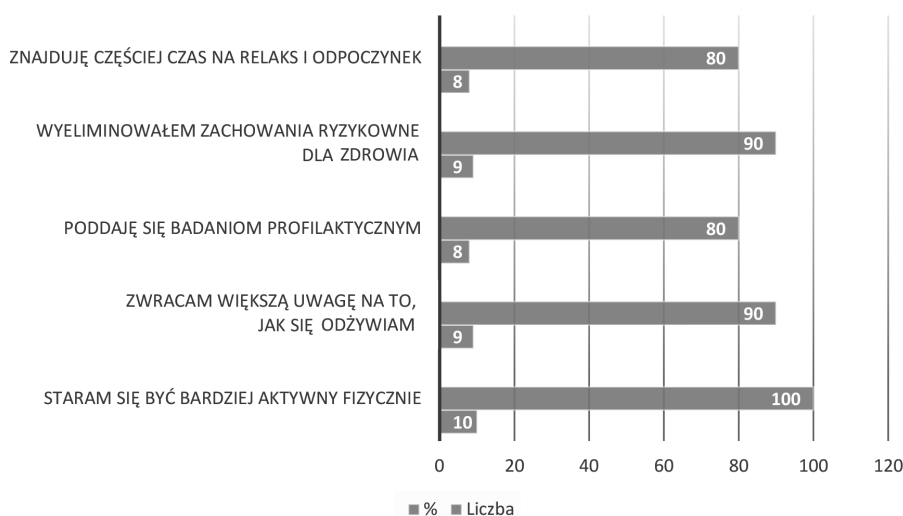
Źródło: Badania własne

Wszyscy ankietowani nauczyciele, potwierdzili że na co dzień starają się stosować zasady zdrowego stylu życia, z którymi zapoznają się realizując działania prozdrowotne, zgodne z ideą placówki promującej zdrowie. Kobiety, bo one stanowią grono pedagogiczne przedszkola, wskazywały (100%) przede wszystkim na podejmowanie aktywności fizycznej, stosowanie zdrowych nawyków związanych z żywieniem oraz wyeliminowanie zachowań ryzykownych dla zdrowia

(np. zrezygnowanie z tzw. używek). Nieco mniej, bo 13 respondentów, co stanowi 92,86% badanych wskazało, że częściej odpoczywają i starają się relaksować. Najmniej – 12 badanych nauczycieli (85,71%) – poddaje się systematycznie badaniom profilaktycznym.

Z pytaniem o podejmowanie na co dzień działań sprzyjających zdrowiu i dobremu samopoczuciu, zwrócono się do pracowników nie będących nauczycielami.

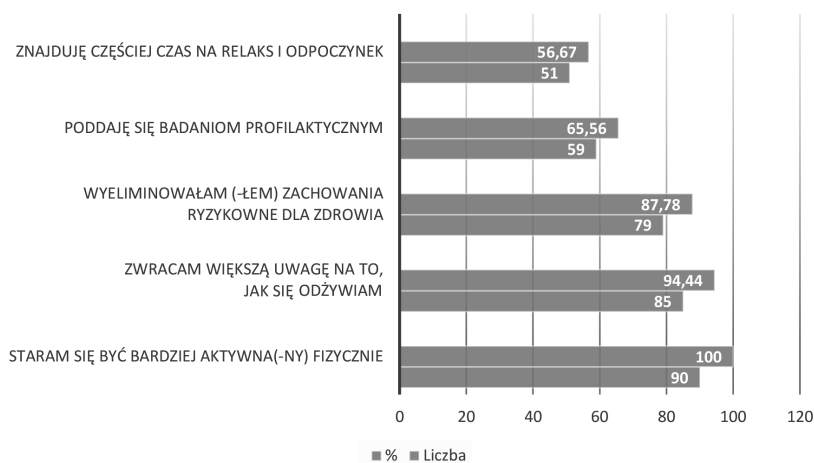
**Wykres 27.** Podejmowanie na co dzień działań, które sprzyjają zdrowiu i dobremu samopoczuciu w opinii pracowników nie będących nauczycielami (N=10).



Źródło: Badania własne

Podobnie, jak w poprzedniej grupie respondentów, na zwiększenie aktywności fizycznej wskazywali wszyscy ankietowani pracownicy nie będący nauczycielami (10). Zdrowe wybory żywieniowe i wyeliminowanie zachowań ryzykownych dla zdrowia pojawiły się w odpowiedziach 9 ankietowanych (90%), wśród których przeważały kobiety (8 – 80%). Tylko kobiety uczestniczące w badaniu, jako działania sprzyjające zdrowiu, wskazały poddawanie się badaniom profilaktycznym i znajdowanie czasu na relaks i odpoczynek (8 – 80%).

O zmiany w podejściu do własnego zdrowia, na które miały wpływ działania prozdrowotne realizowane w przedszkolu, do którego uczęszcza dziecko, spytano rodziców.

**Wykres 28.** Podejmowanie na co dzień działań, które sprzyjają zdrowiu i dobremu samopoczuciu w opinii rodziców (N=90).

Źródło: Badania własne

Podobnie, jak w przypadku nauczycieli i pracowników niepedagogicznych, wszyscy respondenci podali jako przykład zwiększoną aktywność fizyczną – 90 osób, w tym 75 kobiet i 15 mężczyzn. Zasady zdrowego odżywiania wprowadziło pod wpływem działań promujących zdrowie w przedszkolu, 94,44% ankietowanych. W tym przypadku również przeważały kobiety, ponieważ tylko 10 mężczyzn wskazało tę odpowiedź. Spośród 90 ankietowanych rodziców, 79 osób, co stanowi 87,78% badanych, wyeliminowało zachowania ryzykowne dla zdrowia. W tym przypadku tylko 4 mężczyzn odpowiedziało twierdząco, co stanowi niewielki procent ankietowanych – 4,4%. Spośród tej grupy respondentów 59 osób, a więc 65,56% badanych poddaje się badaniom profilaktycznym. W tym gronie nie znalazł się żaden mężczyzna. Jeszcze mniejsze grono rodziców odpowiedziało twierdząco na pytanie o sposób spędzania wolnego czasu, a więc znajdowanie czasu na odpoczynek i relaks – 51 osób, co stanowi 56,67% ankietowanych.

### WPLYW KLIMATU SPOŁECZNEGO PRZEDSZKOLA NA DOBRE SAMOPOCZUCIE I ZDROWIE DZIECI, PRACOWNIKÓW I RODZICÓW

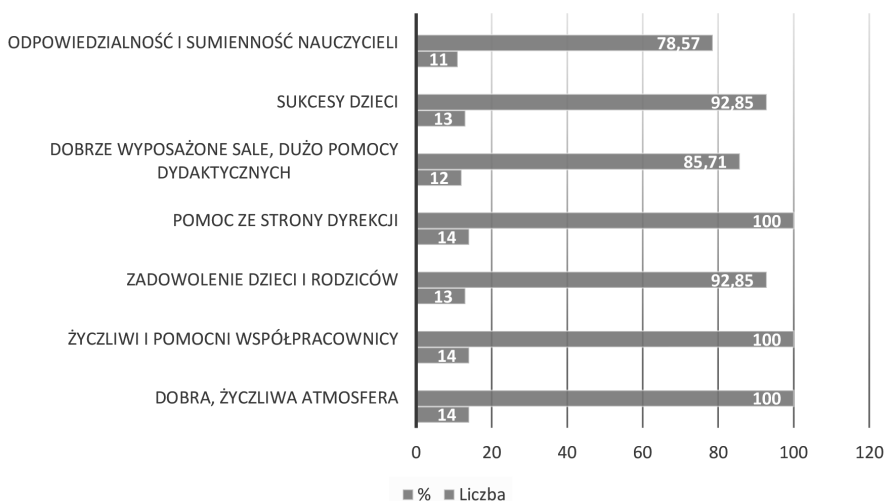
Jednym z głównych obszarów strategii promocji zdrowia, określonych w Karcie Ottawskiej, jest podejście siedliskowe, polegające na tworzeniu środowisk sprzyjających zdrowiu<sup>148</sup>. Misją placówki ukierunkowanej na promocję zdrowia jest

<sup>148</sup> J. Fetlińska, *Rozwój promocji zdrowia*, (w:) *Promocja zdrowia dla studentów studiów licencjackich kierunku pielęgniarstwo i położnictwo*, tom 1, *Teoretyczne podstawy promocji zdrowia*, redakcja naukowa A. Andruszkiewicz, M. Banaszekiewicz, Lublin 2008, s. 89.

tworzenie klimatu sprzyjającego realizacji działań prozdrowotnych oraz prowadzeniu edukacji zdrowotnej na wysokim poziomie.

Kolejnym problemem badawczym, który starano się zweryfikować w trakcie badań, było ustalenie, jakie czynniki wpływają na dobre samopoczucie społeczności przedszkolnej i przyczyniają się do tworzenia klimatu społecznego sprzyjającego podejmowaniu działań na rzecz zdrowia w Przedszkolu nr 4 „Słoneczko” w Łowiczu.

Wykres 29. Czynniki wpływające na samopoczucie w przedszkolu w opinii nauczycieli (N=14).

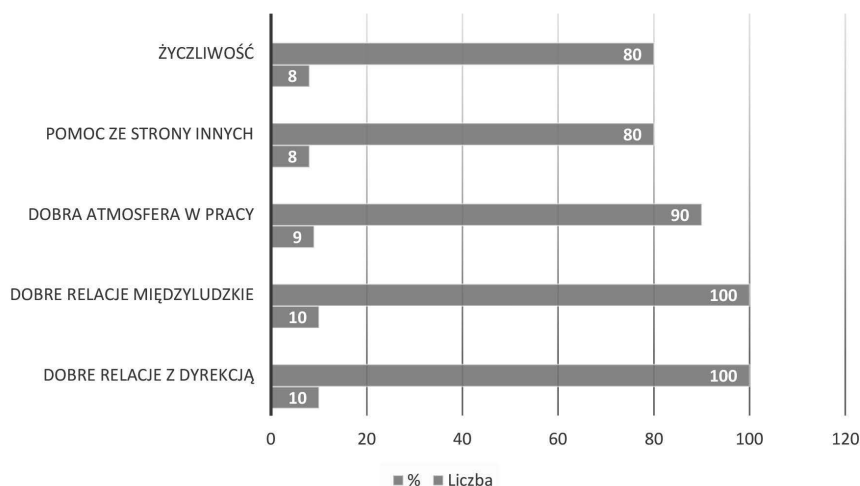


Źródło: Badania własne

Do uczestniczących w badaniu nauczycieli skierowano w pytaniu otwartym prośbę o podanie czynników, które ich zdaniem wpływają na dobre samopoczucie całej przedszkolnej społeczności. Najczęściej (wszyscy ankietowani, a więc 14 osób – 100%) wymieniali dobrą, życzliwą atmosferę, życzliwość i pomoc, jaką otrzymują ze strony współpracowników oraz pomoc, jaką otrzymują realizując działania dydaktyczne i wychowawcze ze strony dyrekcji przedszkola. Nieco mniej, 13 osób, co stanowi 92,85% ankietowanych, wymieniło zadowolenie dzieci i rodziców oraz sukcesy odnoszone przez podopiecznych. Dla 12 badanych nauczycieli (85,71%), czynnikiem wpływającym na dobre samopoczucie i klimat społeczny panujący w placówce, jest stan wyposażenia sal i różnorodność pomocy dydaktycznych. Najmniej – 11 nauczycieli, co stanowi 78,57% ankietowanych – wymieniło, jako czynnik warunkujący dobre samopoczucie społeczności przedszkola, odpowiedzialność i sumienność nauczycieli.

Z podobnym pytaniem zwrócono się w ankiecie przeznaczony dla pracowników przedszkola nie będących nauczycielami.

**Wykres 30.** Czynniki wpływające na samopoczucie w przedszkolu w opinii pracowników niepedagogicznych (N=10).



Źródło: Badania własne

Dla tej grupy badanych najczęściej przywoływanym czynnikiem, mającym wpływ na samopoczucie społeczności przedszkola były dobre relacje z dyrekcją i współpracownikami. Takie przykłady podali wszyscy respondenci nie będący nauczycielami. Dla 9 spośród badanych (90%), w tym dla 1 mężczyzny (10%), na samopoczucie w placówce pozytywnie wpływa panująca w niej dobra atmosfera. Życzliwość oraz pomoc ze strony innych wymieniło 8 respondentów (80%), w tym same kobiety.

Najwięcej przykładów czynników wpływających na samopoczucie i klimat społeczny panujący w Przedszkolu „Słoneczko”, przytoczyli w wypełnianych ankietach rodzice, których dzieci uczęszczają do przedszkola.

Respondenci odpowiadali następująco (N=90):

- życzliwość osób pracujących w przedszkolu, nie tylko nauczycieli, ale również obsługi (90 osób),
- miła, przyjacielska atmosfera (90 osób),
- życzliwy, uśmiechnięty personel (90 osób),
- dobra komunikacja z nauczycielami (87 osób),
- na bieżąco otrzymywane informacje o dziecku (81 osób),

- świadomość, że dziecko czuje się w przedszkolu bezpiecznie (81 osób),
- czyste, kolorowe, zadbane pomieszczenia (79 osób),
- dużo zieleni na placu zabaw (78 osób),
- prezentowanie prac wykonanych przez dzieci (78 osób),
- zapraszanie na imprezy organizowane w przedszkolu (78 osób),
- wspólne rozwiązywanie problemów zaistniałych z dzieckiem (76 osób),
- organizowanie dodatkowych zajęć (75 osób),
- opieka specjalistów: logopedy, psychologa (74 osoby).

Ocenę klimatu społecznego w przedszkolu w opinii dzieci, zweryfikowano na podstawie analizy wyników badania przeprowadzonego przez nauczycieli za pomocą techniki „Narysuj i opowiedz”, w ramach autoewaluacji. Celem badania było ustalenie, jak dzieci postrzegają to, co dzieje się w przedszkolu, a przede wszystkim, co najbardziej im się tu podoba.

W grupie przedszkolaków w wieku 5 lat, zbadano 41 dzieci. Najczęściej pojawiały się następujące stwierdzenia (N=41):

- zabawa z koleżankami i kolegami (40 osób),
- uwielbiam się tu bawić (39 osób),
- spacer (39 osób),
- dzieci lubią pić wodę (35 osób),
- dzieci lubią same robić kanapki z warzywami (36 osób),
- dzieci lubią plac zabaw (35 osób),
- dzieci lubią jeść owoce (33 osoby),
- dzieci lubią swoje panie (32 osoby),
- dzieci lubią występy grupowe ( 32 osoby),
- dzieci lubią kącki tematyczne (29 osób),
- dzieciom podoba się wystrój sal (29 osób),
- dzieci lubią wycieczki (29 osób),
- dzieci lubią bale i uroczystości (28 osób).

W grupie przedszkolaków w wieku 6 lat, w badaniu techniką „Narysuj i opowiedz” brało udział 39 dzieci. Najczęściej pojawiające się odpowiedzi, to (N=39):

- lubię swoją panią (38 osób),
- lubię bawić się z koleżankami i kolegami (37 osób),
- lubię bale i uroczystości w przedszkolu (31 osób),
- lubię uczyć się liter (29 osób),
- lubię robić samodzielnie kanapki z warzywami (27 osób),

- lubię bawić się na placu zabaw (27 osób),
- lubię zabawy konstrukcyjne (25 osób),
- lubię chodzić na spacer i wycieczki (24 osoby),
- lubię spotkania z policjantem (21 osób).

## ZAKRES I FORMY WSPÓŁDZIAŁANIA Z RODZINAMI I INNYMI PLACÓWKAMI OŚWIATOWO – WYCHOWAWCZYMI PODCZAS REALIZACJI DZIAŁAŃ PROZDROWOTNYCH

Podejście siedliskowe, które leży u podstaw strategii placówek ukierunkowanych na promocję zdrowia, zakłada otwarcie się przedszkola na społeczność lokalną<sup>149</sup>. Przedszkole, podejmując działania na rzecz zdrowia, stara się pozyskać władze, organizacje i znaczące osoby w najbliższym środowisku oraz korzysta z jego zasobów.

Najważniejszymi partnerami w promowaniu zdrowego stylu życia, są dla przedszkola rodzice. Zdarza się, że współpraca z przedszkolem rozszerza się na innych członków rodzin, najczęściej są to dziadkowie. Jak wykazano wcześniej, rodzice są informowani o idei i zasadach PPZ, mają świadomość rangi zdrowia i dobrego samopoczucia w przedszkolu, biorą udział w szkoleniach na tematy związane ze zdrowiem oraz aktywnie uczestniczą w działaniach prozdrowotnych całej społeczności Przedszkola nr 4 „Słoneczko”.

Zapytano rodziców uczestniczących w badaniach, jak oceniają współpracę z przedszkolem w zakresie promocji zdrowia?

Tabela 20. Ocena współpracy z przedszkolem w zakresie promocji zdrowia w opinii rodziców uczestniczących w badaniach (N=90).

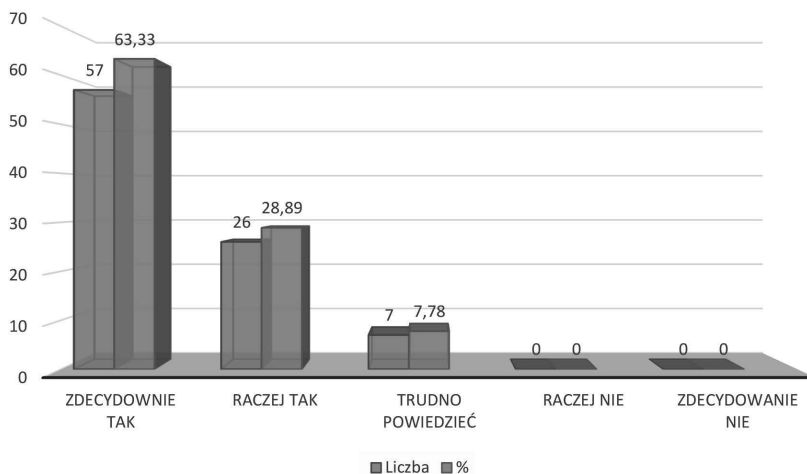
| Wyszczególnienie                       | Liczba | %     |
|--|--------|-------|
| Zdecydowanie tak                       | 57     | 63,33 |
| Raczej tak                             | 26     | 28,89 |
| Trudno powiedzieć (nie jestem pewny/a) | 7      | 7,78  |
| Raczej nie                             | 0      | 0,0   |
| Zdecydowanie nie                       | 0      | 0,0   |

Źródło: badania własne.

<sup>149</sup> B. Woynarowska, M. Sokołowska, *Koncepcja, strategia i model tworzenia szkoły promującej zdrowie*, (w) *Szkola Promująca Zdrowie: doświadczenia dziesięciu lat. Poradnik dla koordynatorów i zespołów promocji zdrowia szkolnych, lokalnych i wojewódzkich*, redakcja B. Woynarowska, M. Sokołowska, Warszawa 2000, s. 24.



**Wykres 31.** Ocena współpracy z przedszkolem w zakresie promocji zdrowia w opinii rodziców uczestniczących w badaniu (N=90).



Źródło: Badania własne

Większość uczestniczących w badaniu rodziców – 57, co stanowi 63,33% deklaroowało, że współpracują z przedszkolem w zakresie promocji zdrowia. W tej grupie przeważały kobiety (49), co wynika z faktu, że wśród respondentów było zdecydowanie więcej pań. Odpowiedzi raczej tak udzieliło 26 (28,89%) ankietowanych, a pewności, co do tego że współpracują z przedszkolem w działaniach prozdrowotnych, nie ma 7 respondentów, co stanowi 7,78% badanych. W tej grupie przeważali mężczyźni – 6 panów wybrało odpowiedź – trudno powiedzieć.

Analiza dokumentów – Planu pracy zespołu promocji zdrowia, planów pracy w zakresie edukacji zdrowotnej, kroniki imprez przedszkolnych oraz Sprawozdania z działań zespołu promocji zdrowia – pozwoliła ustalić, z jakimi placówkami oświatowo – wychowawczymi i w jakim zakresie, Przedszkole „Słoneczko” podjęło współpracę w ramach działań promujących zdrowy styl życia.

Współpraca ta, ze względu na czas pandemii, ograniczała się do placówek przedszkolnych. We wspólnych przedsięwzięciach, uczestniczyły łowickie przedszkola należące do sieci placówek promujących zdrowie:

- Przedszkole nr 3 „Pszczółka Maja”,
- Przedszkole nr 5 „Jaś i Małgosia”,
- Przedszkole nr 7 „Wiosenka”,
- Przedszkole Integracyjne nr 10 „Pod Świerkami”.

**Tabela 21.** przedstawia formy współpracy Przedszkola „Słoneczko” z placówkami oświatowo – wychowawczymi w Łowiczu.

| Tytuł                                    | Forma  | Przedszkole odpowiedzialne |
|--|--|----------------------------|
| „O zdrowie dbamy i zdrowo się odżywiamy” | Konkurs plastyczny, połączony z konkursem piosenki | Przedszkole nr 7           |
| „Przedszkolny Master Chef „              | Turniej kulinarny                                  | Przedszkole nr 10          |
| „Pani dietetyk wie lepiej...”            | Warsztaty  | Przedszkole nr 4           |
| „Co wiem o zdrowiu?”                     | Quiz   | Przedszkole nr 5           |
| „Tor przeszkód na wesoło”                | Rozgrywki sportowe                                 | Przedszkole nr 3           |
| Olimpiada sportowa                       | Rozgrywki sportowe                                 | Przedszkole nr 5           |
| „Autochodzik”                            | Konkurs o bezpieczeństwie                          | Przedszkole nr 7           |

Źródło: Plan współpracy przedszkoli promujących zdrowie w roku szkolnym 2020/2021

## PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Przedmiotem podjętych badań empirycznych oraz analizy dokumentacji, były działania prozdrowotne podejmowane przez społeczność Przedszkola nr 4 „Słoneczko” w Łowiczu – nauczycieli, pracowników niepedagogicznych, dzieci i rodziców – zgodnie z ideą placówki ukierunkowanej na promocję zdrowia.

Przedszkole „Słoneczko” od 2012 roku podejmowało działania dla tworzenia przedszkola promującego zdrowie, otrzymując kolejno: akces przynależności do Skierniewickiej Regionalnej Sieci Szkół/Placówek Promujących Zdrowie (2013 rok), Certyfikat przynależności do Sieci Przedszkoli i Szkół Promujących Zdrowie Województwa Łódzkiego (2016 rok) oraz, w 2019 roku, certyfikat przynależności do Krajowej Sieci Przedszkoli i Szkół Promujących Zdrowie oraz Europejskiego Programu Szkoły dla Zdrowia w Europie.

Analiza wyników badań ankietowych i dokumentów wewnętrznych przedszkola pozwoliła na weryfikację przyjętych hipotez badawczych:

### **Społeczność tworząca Przedszkole nr 4 „Słoneczko” w Łowiczu zna koncepcję i zasady przedszkola promującego zdrowie**

Przedszkole nr 4 „Słoneczko” wpisało promocję zdrowia do koncepcji rozwoju placówki. Pracuje zgodnie z modelem przedszkola promującego zdrowie, dla którego istotne jest całościowe podejście do promocji zdrowia. Nauczyciele, pracownicy niepedagogiczni i rodzice w bardzo wysokim stopniu znają swoją rolę i zadania w tworzeniu Przedszkola Promującego Zdrowie. Cała społeczność przedszkola wykazuje wysoki stopień akceptacji koncepcji PPZ.

### **Nauczyciele prowadzą edukację zdrowotną dzieci i dążą do podniesienia jej jakości i skuteczności poprzez wzrost własnych kompetencji i stosowanie aktywnych form i metod nauczania**

Rada pedagogiczna traktuje edukację zdrowotną jako ważne zadanie przedszkola. Kadra, również niepedagogiczna, systematycznie uczestniczy w różnych formach

doskonalenia zawodowego, poszerzając wiedzę, doskonalili umiejętności z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Biblioteczka przedszkolna gromadzi wartościowe materiały z zakresu edukacji zdrowotnej. Nauczyciele stosują zróżnicowane metody i formy nauczania, aby zaktywizować dzieci. Podejmowane w czasie zajęć tematy, są konsultowane z rodzicami, którym stwarza się możliwość uczestniczenia w zajęciach.

W „Słoneczku” realizowane są programy i projekty edukacyjne propagujące zdrowy styl życia, wykraczające poza treści zawarte w Podstawie programowej wychowania przedszkolnego. Wśród nich są programy ogólnopolskie, np. program antynikotynowy „Czyste powietrze wokół nas”, czy „Przyjaciele Zippiego”, a także autorskie programy nauczycieli zatrudnionych w przedszkolu.

### **W PRZEDSZKOLU PODEJMOWANE SĄ DZIAŁANIA PROZDROWOTNE Z UDZIAŁEM CAŁEJ SPOŁECZNOŚCI**

Placówka realizuje wiele przedsięwzięć prozdrowotnych, w których chętnie uczestniczą dzieci, ich rodzice, dziadkowie, nauczyciele oraz pracownicy administracji i obsługi. Do najważniejszych należą wykłady i dyskusje o tematyce zdrowotnej, zajęcia kulinarne, spotkania z przedstawicielami zawodów medycznych, zajęcia sportowe, konkursy, a nawet wspólne tworzenie książki kucharskiej.

W trosce o zdrowie społeczności przedszkolnej wprowadzono w placówce innowację pedagogiczną „W zgodzie z naturą”, w ramach której zbudowano ogródek owocowo – warzywno – ziołowy. W okresie wiosenno – jesiennym, wyhodowane warzywa, dzieci spożywają podczas przygotowywanych przez siebie posiłków.

Spotkania z pielęgniarką i stomatologiem mają na celu wpajanie nawyków związanych z higieną osobistą. W czasie wizyt przedstawicieli policji, dzieci uczą się unikania zachowań ryzykownych i poznają zasady bezpieczeństwa na drodze i placu zabaw.

### **DZIAŁANIA PROZDROWOTNE KSZTAŁTUJĄ W SPOŁECZNOŚCI PRZEDSZKOLA WIEDZĘ, UMIEJĘTNOŚCI I ZACHOWANIA SPRZYJAJĄCE ZDROWIU ORAZ UMOŻLIWIAJĄ ICH PRAKTYKOWANIE POZA PRZEDSZKOLEM**

Większość ankietowanych potwierdziła, że działania prozdrowotne, w których uczestniczą w przedszkolu, rozwinęły w nich poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie i wpłynęły na zmianę zachowań związanych ze zdrowiem. Najczęściej wskazywali na zmianę nawyków żywieniowych, zwiększoną aktywność fizyczną, rezygnację ze stosowania niezdrowych używek i znajdowanie czasu na odpoczynek i relaks.

## KLIMAT SPOŁECZNY PRZEDSZKOLA SPRZYJA DOBREMU SAMOPOCZUCIU I ZDROWIU DZIECI, PRACOWNIKÓW I RODZICÓW

Przedszkole tworzy klimat społeczny sprzyjający zdrowiu i dobremu samopoczuciu całej społeczności przedszkolnej, co w zdecydowany sposób przekłada się na jakość pracy. Życzliwa i przyjazna atmosfera, na którą wskazywała większość ankietowanych pozytywnie wpływa na zdrowie psychiczne dzieci, które badane techniką „Narysuj i opowiedz” pozytywnie wypowiadały się na temat nauczycielek, kolegów i tego co najbardziej lubią w przedszkolu.

Należy podkreślić, że przedszkole na bieżąco jest wyposażane w sprzęt oraz pomoce dydaktyczne niezbędne do pełnej realizacji programów, w tym promocji zdrowia.

## PRZEDSZKOLE „SŁONECZKO” BUDUJE PARTNERSTWO Z RODZINAMI I INNYMI PLACÓWKAMI OŚWIATOWO – WYCHOWAWCZYMI PODCZAS REALIZACJI DZIAŁAŃ PROZDROWOTNYCH

Placówka ściśle współpracuje z rodzicami dzieci, organizując dla nich szkolenia z zakresu edukacji zdrowotnej oraz zachęcając do uczestnictwa w przedsięwzięciach promujących zdrowy styl życia. Przedszkole chętnie dzieli się wiedzą i doświadczeniem z innymi placówkami promującymi zdrowie. W ramach porozumienia o współpracy, podpisanego przez placówkę z innymi przedszkolami, prezentowane są dobre praktyki, organizowane konkursy, olimpiady sportowe oraz zajęcia kulinarne.

Na podstawie badań ankietowych i analizy dokumentacji przedszkola uzyskano materiał, który pozwolił potwierdzić założenia zawarte w hipotezie głównej. W Przedszkolu nr 4 „Słoneczko” w Łowiczu nauczyciele, pracownicy niepedagogiczni, dzieci i rodzice, stanowiący społeczność przedszkolną, realizują działania prozdrowotne zgodnie z koncepcją i standardami Przedszkola Promującego Zdrowie.

Jako przedszkole promujące zdrowie, placówka aktywnie uczestniczy w szerzeniu idei PPZ oraz zdrowego stylu życia wśród najmłodszych członków społeczności – przedszkolaków. A o ważności nabywania wiedzy i co za tym idzie zdrowych nawyków na tym etapie życia, niech zaświadczy credo Roberta Fulghuma: *Wszystkiego, co naprawdę trzeba wiedzieć o tym jak żyć, co robić i jak postępować, nauczyłem się w przedszkolu. Mądrość nie znajdowała się na szczycie wiedzy zdobytej w szkole średniej, ale w piaskownicy*<sup>150</sup>.

<sup>150</sup> R. Fulghum, *Wszystkiego, co naprawdę muszę wiedzieć, dowiedziałem się w przedszkolu. Niezwykłe rozważania o zwykłych sprawach*, Warszawa 2020.

## STRESZCZENIE

Tematem pracy jest działalność placówki przedszkolnej ukierunkowanej na promocję zdrowia wśród dzieci w wieku 3–6 lat oraz wpływ działań prozdrowotnych – w tym edukacji zdrowotnej – na zrównoważony rozwój dziecka w wieku przedszkolnym.

Badania, którymi objęto społeczność tworzącą Przedszkole nr 4 „Słoneczko” w Łowiczu – nauczycieli, pracowników niepedagogicznych, dzieci i rodziców, miały wykazać, czy podejmują oni działania sprzyjające zdrowiu, zgodne z koncepcją i standardami Przedszkola Promującego Zdrowie.

Diagnozę przeprowadzono w maju i czerwcu 2021 roku, wśród nauczycieli, pracowników niepedagogicznych i rodziców dzieci uczęszczających do przedszkola. Zastosowano metodę monografii pedagogicznej, wykorzystując – jako narzędzia badawcze – kwestionariusze ankiet własnego autorstwa oraz analizę wewnętrznych dokumentów przedszkola i badań dzieci przeprowadzonych techniką „Narysuj i opowiedz”.

Analiza materiału empirycznego oraz wnioski z autoewaluacji działań prozdrowotnych, realizowanych w placówce, pozwoliły potwierdzić założoną hipotezę główną: społeczność tworząca Przedszkole nr 4 „Słoneczko” w Łowiczu podejmuje i realizuje działania prozdrowotne, zgodnie z koncepcją i standardami Przedszkola Promującego Zdrowie.

**Słowa kluczowe:** zrównoważony rozwój, zdrowie, promocja zdrowia, edukacja zdrowotna, przedszkole promujące zdrowie, zachowania zdrowotne, ewaluacja, autoewaluacja.

## SUMMARY

The subject of the study is the activity of a kindergarten aimed at health promotion among children aged 3–6 years, and the influence of pro-health activities – including health education – on the balanced development of a child of preschool age.

The research was conducted among community members of Kindergarten no 4 „Słoneczko” in Łowicz – teachers, non-pedagogical staff, children and parents, was supposed to show whether they undertake activities that are conducive to health, in accordance with the concept and standards of Health Promotion at Kindergarten.

The diagnosis was conducted in May and June 2021, among teachers, non-pedagogical staff and parents of children attending the kindergarten. The method of pedagogical monograph was applied, using as research tools questionnaires of own authorship as well as the analysis of internal documents of the kindergarten and surveys of children conducted with the „Draw and tell” technique.

The analysis of empirical material and conclusions from self-evaluation of pro-health activities performed in the kindergarten, allowed to confirm the main hypothesis: community forming Kindergarten No 4 „Słoneczko” in Łowicz undertakes and implements pro-health activities in accordance with the concept and standards of Health Promotion at Kindergarten.

**Key words:** sustainable development, health, health promotion, health education, kindergarten promotes health, health behaviours, evaluation, self-evaluation.

## PIŚMIENICTWO

1. Babbie E., *Badania społeczne w praktyce*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2006.
2. Babbie E., *Podstawy badań społecznych*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2008.
3. Bauman T., Pilch T., *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*, ŻAK Wydawnictwo Akademickie, Warszawa 2010.
4. Białek E.D., *Wychowanie do zdrowia w rodzinie, szkole i świecie: zintegrowane (holistyczne) podejście do człowieka i zdrowia*, Instytut Psychosyntezy, Warszawa 2012.
5. Białek E. D., *Wychowanie dziecka: w kierunku zdrowia i harmonii w sobie i świecie*, Instytut Psychosyntezy, Warszawa 2014.
6. Borzucka-Sitkiewicz K., *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. Przewodnik dla edukatorów zdrowia*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2006.
7. Brzeziński J.W., *Metodologia badań psychologicznych*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1996.
8. Czerepaniak-Walczak A., *Badanie w działaniu*, (w:) *Podstawy metodologii badań w pedagogice*, redakcja naukowa S. Pałka, GWP Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2010.
9. Czub M., *Diagnoza funkcjonowania społeczno-emocjonalnego dziecka w wieku od 1,5 do 5,5 lat*, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2014.
10. Demel M., *Pedagogika zdrowia*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1980.
11. Demel M., *Wychowanie zdrowotne. Geneza i perspektywy*, (w:) *Wychowanie zdrowotne w szkole*, redakcja M. Demel, A. Liedke, R. Trzeźniowski, „Sport i Turystyka”, Warszawa 1974.
12. Dudkiewicz K., *Kształcenie podyplomowe dla potrzeb szkolnej edukacji zdrowotnej*, (w:) *Kształcenie podyplomowe nauczycieli czynnych zawodowo*, redakcja M. Mnich, A. Budniak, G. Paprotna, Wydawnictwo Górnośląskiej Wyższej Szkoły Pedagogicznej im. Kardynała Augusta Hłonda, Mysłowice 2004.
13. Dudzik U., Pawlińska E., „*Młodzi dla starszych*” – na etapie edukacji wczesnoszkolnej, „Hejnal Oświatowy” 2012, nr 9.
14. Dutkiewicz W., *Podstawy metodologii badań: do pracy magisterskiej i licencjackiej*, Wydawnictwo Stachurski, Kielce 2001.



15. *Edukacja zdrowotna w szkole. Promocja zdrowia dzieci i młodzieży w Europie*, (w:) *Edukacja zdrowotna w szkole : poradnik dla osób prowadzących kształcenie i doskonalenie nauczycieli oraz innych osób pracujących z dziećmi i młodzieżą*, Polski Zespół ds. Projektu Szkoła Promująca Zdrowie, Warszawa 1995.
16. Fetlińska J., *Rozwój promocji zdrowia*, (w) *Promocja zdrowia dla studentów studiów licencjackich kierunku pielęgniarstwo i położnictwo*, t. 1, *Teoretyczne podstawy promocji zdrowia*, redakcja naukowa A. Andruszkiewicz, M. Banaszekiewicz, Wydawnictwo CZELEJ, Lublin 2008.
17. Frątczak E., Frątczak J., *Edukacja zdrowotna dzieci przedszkolnych*, Wydawnictwo Turpress, Toruń 1996.
18. Fulghum R., *Wszystkiego, co naprawdę muszę wiedzieć, nauczyłem się w przedszkolu. Niezwykłe rozważania o zwykłych sprawach*, Wydawnictwo Mamina, Warszawa 2020.
19. Gapik L., Kasperk E., *Edukacja promująca zdrowie-podstawy teoretyczne*, „Studia Edukacyjne” 1998, nr 4.
20. Gawęł A., *Współczesna koncepcja zdrowia – odniesienia edukacyjne*, (w:) *Zdrowie w edukacji elementarnej. Wprowadzenie do konstruowania programów autorskich*, redakcja naukowa D. Skulicz, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2004.
21. <https://p4.lowicz.szkołnastrona.pl/> (dostęp: 15.05.2021).
22. <https://pck.pl/kampanie/bezpieczny-patrol/> (dostęp: 15.03.2021).
23. <http://przyjacielenatury.pl/> (dostęp: 15.03.2021).
24. <http://www.akademia-aquafresh.pl/> (dostęp: 15.03.2021).
25. <http://www.cmppp.edu.pl/> (dostęp: 15.06.2021).
26. <http://www.drogoweABC.pl/> (dostęp: 15.03.2021).
27. <http://www.mz.gov.pl/> (dostęp: 15.03.2021).
28. <https://www.ore.edu.pl/2018/02/przedszkole-promujace-zdrowie/> (dostęp: 15.04.2021).
29. <http://www.pijewode.pl/> (dostęp: 15.03.2021).
30. <http://www.pozytywnaeducacja.pl/> (dostęp: 16.03.2021).
31. <http://zdrowyprzedszkolak.pl/> (dostęp: 15.03.2021).
32. Kielar-Turska M., Średnie dzieciństwo. Wiek przedszkolny, (w:) *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*, redakcja naukowa B. Harwas-Napierała, J. Trempała, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2005.
33. Kołodziejczyk B., Konieczna M., *Zadania elementarnej edukacji zdrowotnej*, (w:) *Zdrowie w edukacji elementarnej: wprowadzenie do konstruowania programów autorskich*, redakcja D. Skulicz, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2004.
34. Lenartowicz H., Kózka M., *Metodologia badań w pielęgniarstwie. Podręcznik dla studiów medycznych*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
35. Lipina S., *Wyzwalanie aktywności umysłowej dzieci a formy pracy w przedszkolu*, (w:) *Warunki i formy aktywności dzieci w wieku przedszkolnym*, Wydawnictwo WSP w Olsztynie, Olsztyn 1989.

36. Lizak D., *Wychowanie przedszkolne prologiem do edukacji zdrowotnej*, „Hejnał Oświatowy” 2015, nr 1.
37. Łobocki M., *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2005.
38. Łobocki M., *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, Impuls, Kraków 2006.
39. Maszke A.W., *Metodologiczne podstawy badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2004.
40. *Narzędzia do autoewaluacji działań w PPZ*, <https://www.ore.edu.pl/2018/02/przedszkole-promujace-zdrowie/> (dostęp: 20.04.2021).
41. Nowak S., *Metodologia badań społecznych. Zagadnienia ogólne*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2008.
42. Ogińska-Bulik N., *Psychologiczne zasoby sprzyjające zdrowiu*, (w:) *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*, redakcja naukowa, B. Woynarowska, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2017.
43. Pac H., *Przyjaciele Zippiego – program promocji zdrowia psychicznego polecany przez WHO i WFMH*, „Kwartalnik Pedagogiczny”, R. 53 2008, nr 2.
44. Pilch T., *Zasady badań pedagogicznych*, „Żak”, Warszawa 1995.
45. Przetacznikowa M., *Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1997.
46. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. 2017, poz. 356).
47. Słońska Z., *Wychowanie dla zdrowia*, (w:) *Promocja zdrowia*, redakcja J.B. Karski, Z. Słońska, B.W. Wasilewski, Wydawnictwo San Media, Warszawa 1994.
48. Słońska Z., Misiuna H., *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*, Agencja Promocja Lider, Warszawa 1993.
49. Sokołowska M., *Czynniki warunkujące skuteczność edukacji zdrowotnej*, „Remedium”, 2004, nr 7–8.
50. Sokołowska M., Lutze I., *Standard trzeci*, (w:) *Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole*, redakcja naukowa B. Woynarowska, Zeszyt 10–11, Wydawca Centrum Medyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa 2006.
51. Stępnia K., „Przyjaciele Zippiego”. *Program promocji zdrowia psychicznego dla małych dzieci*, „Remedium”, 2008, nr 6.
52. Syrek E., *Promocja zdrowia poprzez edukację zdrowotną w systemie kształcenia ogólnego dzieci i młodzieży – współczesna potrzeba i konieczność*, (w:) *Zdrowie – Kultura Zdrowotna – Edukacja. Perspektywa społeczna i humanistyczna*, redakcja T. Lisicki, tom 3, Wydawnictwo Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu, Gdańsk 2009.
53. Sztumski J., *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, „Śląsk” Wydawnictwo Naukowe, Katowice 2010.
54. Szymczyk L., *Rodzina jako wartość w wychowaniu dzieci w wieku przedszkolnym*, (w:) *Rodzina. Wartości. Przemiany*, redakcja M. E. Ruszel, Wydawnictwo Fundacja Uniwersytecka w Stalowej Woli, Stalowa Wola-Rzeszów 2010.

55. Wilczek-Rużyczka E., *Psychologiczne aspekty promocji zdrowia na różnych etapach życia człowieka*, (w:) *Promocja zdrowia dla studentów studiów licencjackich kierunku pielęgniarstwo i położnictwo*, t. 1, *Teoretyczne podstawy promocji zdrowia*, redakcja naukowa A. Andruszkiewicz, M. Banaszekiewicz, Wydawnictwo CZELEJ, Lublin 2008.
56. Williams T., *Szkolne wychowanie zdrowotne w Europie*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne”, 1989, nr 7–8.
57. Wolny B., Liba J., Juško E. (redakcja naukowa), *Edukacja zdrowotna – przedszkole – szkoła*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2016.
58. Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna w przedszkolu*, (w:) *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne. Metodyka. Praktyka*, redakcja naukowa B. Woynarowska, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2017.
59. B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna w szkole*, (w:) *Zdrowie i szkoła*, pod redakcją B. Woynarowskiej, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.
60. Woynarowska B., *Podstawy teoretyczne i strategie edukacji zdrowotnej w szkole*, „Lider” 1999, nr 1.
61. Woynarowska B., Kapuścińska A., *Przedszkole promujące zdrowie. Propozycja koncepcji i standardów*, „Wychowanie w Przedszkolu”, 2012, nr 8.
62. Woynarowska B., Małkowska-Szcutnik A., *Okres dzieciństwa i dorastania w kontekście potrzeb realizacji edukacji zdrowotnej*, (w:) *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne. Metodyka. Praktyka*, redakcja naukowa B. Woynarowska, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2017.
63. Woynarowska B., Sokołowska M., *Koncepcja, strategie i model tworzenia szkoły promującej zdrowie*, (w:) *Szkoła promująca zdrowie: doświadczenia dziesięciu lat. Poradnik dla koordynatora i zespołów promocji zdrowia szkolnych, lokalnych i wojewódzkich*, redakcja B. Woynarowska, M. Sokołowska, Wydawnictwo KOWEZ, Warszawa 2000.
64. Woynarowska-Sołdan M., *Sprawdź, jak dbasz o swoje zdrowie*, „Dyrektor Szkoły” 2013, nr 8.
65. Woynarowska-Sołdan M., Woynarowska B., *Przedszkole Promujące Zdrowie. Poradnik dla przedszkoli i osób wspierających ich działania w zakresie promocji zdrowia*, wydanie 1, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2017.
66. Wrona-Wolny W., *Przedszkole jako pierwsze środowisko instytucjonalne do realizacji edukacji zdrowotnej dla wszystkich dzieci*, (w:) *Edukacja zdrowotna – przedszkole – szkoła*, redakcja naukowa B. Wolny, J. Liba, E. Juško, Wydawnictwo KUL, Lublin 2016.
67. Zaczyński W., *Praca badawcza nauczyciela*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2000.
68. Żuchelkowska K., *Edukacja zdrowotna w przedszkolu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2013.
69. Żuchelkowska K., Wojciechowska K., *Promocja zdrowia w edukacji dzieci przedszkolnych*, Wydawnictwo Margrafen, Bydgoszcz 2000.

**SPIS RYCIN**

|  |     |
|--|-----|
| Rycina 1. Drogowe ABC .....  | 245 |
| Rycina 2. Bezpieczny Patrol .....  | 245 |
| Rycina 3. Czyste Powietrze Wokół Nas .....   | 246 |
| Rycina 4. Akademia Zdrowego Przedszkolaka .....  | 246 |
| Rycina 5. Kubusiowi Przyjaciele Natury .....   | 247 |
| Rycina 6. Akademia Aquafresh .....   | 247 |
| Rycina 7. Mamo, tato, wołę wodę! .....   | 248 |
| Rycina 8. Przyjaciele Zippiego .....   | 248 |
| Rycina 9. Logo PPZ .....   | 251 |
| Rycina 10. Model tworzenia PPZ w pierwszym roku i w kolejnych latach .....   | 260 |
| Rycina 11. Wzór arkusza dla pracowników „Co wpływa na moje samopoczucie w pracy w przedszkolu?” .....                  | 261 |
| Rycina 12. Wzór arkusza „Co wpływa na samopoczucie moje i mojego dziecka w przedszkolu?” .....                         | 262 |
| Rycina 13. Cykl tworzenia PPZ w jednym roku szkolnym .....   | 263 |
| Rycina 14. Schemat fazy wstępnej planowania i jej związek z diagnozą stanu wyjściowego oraz budowa planu działań ..... | 265 |
| Rycina 15. Ewaluacja efektów działań .....   | 266 |
| Rycina 16. Wzór raportu z ewaluacji wyników działań .....  | 267 |

**SPIS TABEL**

|   |     |
|---|-----|
| Tabela 1. Staż pracy badanych nauczycieli (N=14) .....  | 279 |
| Tabela 2. Stopień awansu zawodowego badanych nauczycieli (N=14) .....   | 279 |
| Tabela 3. Płeć pracowników niepedagogicznych (N=10) .....   | 280 |
| Tabela 4. Poziom wykształcenia pracowników niepedagogicznych (N=10) .....   | 281 |
| Tabela 5. Płeć rodziców objętych badaniami (N=90) .....   | 282 |
| Tabela 6. Wiek rodziców, którzy wzięli udział w badaniach (N=90) .....  | 283 |
| Tabela 7. Wykształcenie rodziców, którzy uczestniczyli w badaniach (N=90) .....   | 283 |
| Tabela 8. Poziom wiedzy nauczycieli na temat koncepcji i zasad tworzenia przedszkola promującego zdrowie (N=14) .....                     | 286 |
| Tabela 9. Uczestnictwo nauczycieli w szkoleniach dot. koncepcji i zasad PPZ (N=14) .....  | 286 |
| Tabela 10. Świadomość roli i zadań w tworzeniu przedszkola promującego zdrowie w opinii badanych nauczycieli (N=14) .....                 | 287 |
| Tabela 11. Ranga zdrowia i dobrego samopoczucia w przedszkolu w opinii badanych nauczycieli (N=14) .....                                  | 288 |
| Tabela 12. Poziom informacji uzyskanych na temat idei przedszkola promującego zdrowie w ocenie pracowników niepedagogicznych (N=10) ..... | 289 |

|  |     |
|--|-----|
| <b>Tabela 13.</b> Możliwość pogłębiania wiedzy na temat idei PPZ w opinii pracowników niepedagogicznych (N=10). . . . .                                      | 290 |
| <b>Tabela 14.</b> Ranga zdrowia i dobrego samopoczucia w przedszkolu w opinii pracowników niepedagogicznych (N=10). . . . .                                  | 292 |
| <b>Tabela 15.</b> Znajomość i akceptacja koncepcji PPZ w opinii rodziców (N=90). . . . .   | 293 |
| <b>Tabela 16.</b> Poziom wiedzy na temat własnej roli w rozwoju PPZ w opinii rodziców (N=90). . . . .  | 294 |
| <b>Tabela 18.</b> Stopień znajomości programu edukacji zdrowotnej realizowanej w przedszkolu w opinii pracowników nie będących nauczycielami (N=10). . . . . | 299 |
| <b>Tabela 17.</b> Ranga zdrowia i dobrego samopoczucia w przedszkolu w opinii rodziców (N=90).. . . . .  | 295 |
| <b>Tabela 19.</b> Uczestnictwo w planowaniu działań prozdrowotnych w opinii badanych nauczycieli (N=14). . . . .   | 302 |
| <b>Tabela 20.</b> Ocena współpracy z przedszkolem w zakresie promocji zdrowia w opinii rodziców uczestniczących w badaniach (N=90). . . . .                  | 312 |
| <b>Tabela 21.</b> przedstawia formy współpracy Przedszkola „Słoneczko” z placówkami oświatowo – wychowawczymi w Łowiczu. . . . .                             | 314 |

## SPIS WYKRESÓW

|  |     |
|--|-----|
| <b>Wykres 1.</b> Staż pracy badanych nauczycieli (N=14). . . . .   | 279 |
| <b>Wykres 2.</b> Stopień awansu zawodowego badanych nauczycieli (N=14). . . . .  | 280 |
| <b>Wykres 3.</b> Płeć pracowników niepedagogicznych (N=10). . . . .  | 281 |
| <b>Wykres 4.</b> Poziom wykształcenia pracowników niepedagogicznych (N=10). . . . .  | 281 |
| <b>Wykres 5.</b> Płeć rodziców objętych badaniami (N=90). . . . .  | 282 |
| <b>Wykres 6.</b> Wiek rodziców, którzy wzięli udział w badaniu (N=90). . . . .   | 283 |
| <b>Wykres 7.</b> Wykształcenie rodziców, którzy uczestniczyli w badaniach (N=90). . . . .  | 284 |
| <b>Wykres 8.</b> Poziom wiedzy nauczycieli na temat koncepcji i zasad tworzenia przedszkola promującego zdrowie (N=14). . . . .                      | 286 |
| <b>Wykres 9.</b> Uczestnictwo nauczycieli w szkoleniach dot. koncepcji i zasad PPZ (N=14). . . . .   | 287 |
| <b>Wykres 10.</b> Świadomość roli i zadań w tworzeniu przedszkola promującego zdrowie w opinii badanych nauczycieli (N=14).. . . . .                 | 288 |
| <b>Wykres 11.</b> Ranga zdrowia i dobrego samopoczucia w przedszkolu w opinii badanych nauczycieli (N=14). . . . .                                   | 289 |
| <b>Wykres 12.</b> Poziom informacji uzyskanych na temat idei przedszkola promującego zdrowie w ocenie pracowników niepedagogicznych (N=10) . . . . . | 290 |
| <b>Wykres 13.</b> Źródła informacji umożliwiające pogłębianie wiedzy na temat idei PPZ w opinii pracowników niepedagogicznych (N=10). . . . .        | 291 |
| <b>Wykres 14.</b> Ranga zdrowia i dobrego samopoczucia w przedszkolu w opinii pracowników niepedagogicznych (N=10). . . . .                          | 292 |
| <b>Wykres 15.</b> Znajomość i akceptacja koncepcji PPZ w opinii rodziców (N=90).. . . . .  | 293 |

|  |     |
|--|-----|
| Wykres 16. Źródła wiedzy na temat roli w rozwoju PPZ w opinii rodziców (N=90).....   | 294 |
| Wykres 17. Ranga zdrowia i dobrego samopoczucia w przedszkolu w opinii rodziców (N=90). . . . .  | 295 |
| Wykres 18. Sposoby podnoszenia kompetencji w zakresie edukacji zdrowotnej wśród nauczycieli uczestniczących w badaniu (N=14).. . . . .                       | 296 |
| Wykres 19. Treści edukacji zdrowotnej realizowane przez badanych nauczycieli (N=14). . . . .   | 298 |
| Wykres 20. Metody stosowane przez nauczycieli podczas zajęć z edukacji zdrowotnej (N=14). . . . .  | 298 |
| Wykres 21. Stopień znajomości programu edukacji zdrowotnej realizowanej w przedszkolu w opinii pracowników nie będących nauczycielami (N=10). . . . .        | 299 |
| Wykres 22. Sposoby informowania rodziców o treściach edukacji zdrowotnej realizowanej w przedszkolu „Słoneczko” (N=90). . . . .                              | 300 |
| Wykres 23. Formy współpracy z rodzicami w zakresie realizacji edukacji zdrowotnej (N=90). . . . .  | 301 |
| Wykres 24. Programy i projekty prozdrowotne realizowane w przedszkolu w roku szkolnym 2020/2021 (N=14). . . . .  | 303 |
| Wykres 25. Działania prozdrowotne realizowane przez społeczność Przedszkola „Słoneczko” w Łowiczu w opinii badanych nauczycieli (N=14)w . . . . .            | 304 |
| Wykres 26. Podejmowanie na co dzień działań, które sprzyjają zdrowiu i dobremu samopoczuciu w opinii nauczycieli (N=14). . . . .                             | 306 |
| Wykres 27. Podejmowanie na co dzień działań, które sprzyjają zdrowiu i dobremu samopoczuciu w opinii pracowników nie będących nauczycielami (N=10).. . . . . | 307 |
| Wykres 28. Podejmowanie na co dzień działań, które sprzyjają zdrowiu i dobremu samopoczuciu w opinii rodziców (N=90). . . . .                                | 308 |
| Wykres 29. Czynniki wpływające na samopoczucie w przedszkolu w opinii nauczycieli (N=14).. . . . .   | 309 |
| Wykres 30. Czynniki wpływające na samopoczucie w przedszkolu w opinii pracowników niepedagogicznych (N=10). . . . .  | 310 |
| Wykres 31. Ocena współpracy z przedszkolem w zakresie promocji zdrowia w opinii rodziców uczestniczących w badaniu (N=90). . . . .                           | 313 |

**ANEKSY**

## ZAŁĄCZNIK NR 1

### KWESTIONARIUSZ ANKIETY DLA NAUCZYCIELI

Niniejsza ankieta jest anonimowa i pozwala na zebranie informacji na temat realizacji działań promujących zdrowie, podejmowanych przez społeczność Przedszkola nr 4 „Słoneczko” w Łowiczu. Bardzo proszę o udzielenie rzetelnych i szczerych odpowiedzi. Zebrane dane będą wykorzystane wyłącznie do celów naukowych.

1. Czy uzyskał/-a Pan/Pani wystarczająco dużo informacji o koncepcji i zasadach tworzenia przedszkola promującego zdrowie? (proszę podkreślić właściwą odpowiedź)

zdecydowanie tak, raczej tak, trudno powiedzieć (nie jestem pewny/-a), raczej nie, zdecydowanie nie

2. Czy w ostatnim roku szkolnym uczestniczył/-a Pan/Pani w szkoleniach na temat koncepcji i zasad PPZ?

(proszę podać przykłady)

Tak Nie

.....  
.....  
.....

3. Czy wie Pan/Pani jaka jest Pańska rola i zadania w tworzeniu przedszkola promującego zdrowie? (proszę podkreślić właściwą odpowiedź)

zdecydowanie tak, raczej tak, trudno powiedzieć (nie jestem pewny/-a), raczej nie, zdecydowanie nie

4. Czy ma Pan/Pani poczucie, że zdrowie i dobre samopoczucie jest ważną sprawą w przedszkolu? (proszę podkreślić właściwą odpowiedź)

zdecydowanie tak, raczej tak, trudno powiedzieć (nie jestem pewny/-a), raczej nie, zdecydowanie nie



5. W jaki sposób podnosi Pan/Pani swoje kompetencje w zakresie edukacji zdrowotnej uczniów? (proszę podać przykłady)

.....  
.....  
.....

6. Jakie treści edukacji zdrowotnej uwzględnił/-a Pan/Pani w planie pracy dla swojej grupy przedszkolnej w roku szkolnym 2020/2021? (proszę je wymienić)

.....  
.....  
.....

7. Jakie metody stosuje Pan/Pani podczas realizacji edukacji zdrowotnej dzieci? (proszę je wymienić)

.....  
.....  
.....

8. Czy uczestniczył/- a Pan/Pani w bieżącym roku szkolnym w planowaniu działań (w tym projektów) w zakresie promocji zdrowia?

(proszę podkreślić właściwą odpowiedź)

TAK NIE

9. Jakie programy i projekty prozdrowotne były realizowane w Państwa placówce w bieżącym roku szkolnym w ramach założeń PPZ? (proszę je wymienić)

.....  
.....  
.....

10. Proszę podać przykłady działań prozdrowotnych realizowanych przez społeczność przedszkola, w których brał/-a Pan/Pani udział

.....  
.....  
.....

11. Czy na co dzień podejmuje Pan/Pani działania, które sprzyjają zdrowiu i dobremu samopoczuciu? (proszę podać przykłady)

.....  
.....  
.....

12. Co, według Pana/Pani, wpływa na dobre samopoczucie i zdrowie społeczności przedszkola. Proszę je wymienić

.....  
.....  
.....

**METRYCZKA:**

1. Płeć
  - a. kobieta
  - b. męczyzna
2. Poziom wykształcenia
  - a. wyższe
  - b. wyższe zawodowe
  - c. średnie
3. Staż pracy .....
4. Stopień awansu zawodowego
  - nauczyciel stażysta
  - nauczyciel kontraktowy
  - nauczyciel mianowany
  - nauczyciel dyplomowany

Dziękuję za poświęcony czas i wypełnienie ankiety!

## ZAŁĄCZNIK NR 2

### KWESTIONARIUSZ ANKIETY DLA PRACOWNIKÓW NIEPEDAGOGICZNYCH

Niniejsza ankieta jest anonimowa i pozwala na zebranie informacji na temat realizacji działań promujących zdrowie, podejmowanych przez społeczność Przedszkola nr 4 „Słoneczko” w Łowiczu. Bardzo proszę o udzielenie rzetelnych i szczerych odpowiedzi. Zebrane dane będą wykorzystane wyłącznie do celów naukowych.

1. Czy wyjaśniono Panu/Pani, co to znaczy, że przedszkole, w którym Pan/Pani jest zatrudniony/-a, jest przedszkolem promującym zdrowie? (proszę podkreślić właściwą odpowiedź)

zdecydowanie tak, raczej tak, trudno powiedzieć (nie jestem pewny/-a), raczej nie, zdecydowanie nie

2. Czy przedszkole stwarza Panu/Pani możliwość pogłębiania wiedzy na temat idei PPZ? (proszę podkreślić właściwą odpowiedź)

zdecydowanie tak, raczej tak, trudno powiedzieć (nie jestem pewny/-a), raczej nie, zdecydowanie nie

3. Proszę podać przykłady, z jakich źródeł czerpie Pan/Pani wiedzę na temat idei PPZ

.....  
 .....  
 .....

4. Czy ma Pan/Pani poczucie, że zdrowie i dobre samopoczucie jest ważną sprawą w przedszkolu? (proszę podkreślić właściwą odpowiedź)

zdecydowanie tak, raczej tak, trudno powiedzieć (nie jestem pewny/-a), raczej nie, zdecydowanie nie

5. Czy zapoznano Pana/Panią z programem edukacji zdrowotnej realizowanej w przedszkolu? (proszę podkreślić właściwą odpowiedź)

zdecydowanie tak, raczej tak, trudno powiedzieć (nie jestem pewny/-a), raczej nie, zdecydowanie nie

6. Czy na co dzień podejmuje Pan/Pani działania, które sprzyjają zdrowiu i dobremu samopoczuciu? (proszę podać przykłady)

.....  
.....  
.....

7. Co zdaniem Pana/Pani sprzyja dobrej atmosferze w pracy w przedszkolu? (proszę podać przykład)

.....  
.....  
.....

#### METRYCZKA

1. Płeć
  - a. kobieta
  - b. mężczyzna
2. Poziom wykształcenia
  - a. wyższe
  - b. wyższe zawodowe
  - c. średnie
  - d. zawodowe
  - e. gimnazjalne/podstawowe

Dziękuję za poświęcony czas i wypełnienie ankiety!

### ZAŁĄCZNIK NR 3

#### KWESTIONARIUSZ ANKIETY DLA RODZICÓW

Niniejsza ankieta jest anonimowa i pozwala na zebranie informacji na temat realizacji działań promujących zdrowie, podejmowanych przez społeczność Przedszkola nr 4 „Słoneczko” w Łowiczu. Bardzo proszę o udzielenie rzetelnych i szczerych odpowiedzi. Zebrane dane będą wykorzystane wyłącznie do celów naukowych.

1. Czy zapoznano Pana/Panią z koncepcją i zasadami PPZ? (proszę podkreślić właściwą odpowiedź)

zdecydowanie tak, raczej tak, trudno powiedzieć (nie jestem pewny/-a),  
raczej nie, zdecydowanie nie

2. Czy wie Pan/Pani jaka jest Pańska rola i zadania w tworzeniu przedszkola promującego zdrowie? (proszę podkreślić właściwą odpowiedź)

zdecydowanie tak, raczej tak, trudno powiedzieć (nie jestem pewny/-a), raczej  
nie, zdecydowanie nie

3. Proszę podać, z jakich źródeł czerpał/-a Pan/Pani wiedzę na temat swojej roli w rozwoju PPZ.

.....  
.....  
.....

4. Czy uważa Pan/Pani, że zdrowie i dobre samopoczucie jest ważną sprawą w przedszkolu Państwa dziecka? (proszę podkreślić właściwą odpowiedź)

zdecydowanie tak, raczej tak, trudno powiedzieć (nie jestem pewny/-a), raczej  
nie, zdecydowanie nie

5. W jaki sposób jest Pan/Pani informowan-y/- a o treściach edukacji zdrowotnej realizowanej w Przedszkolu „Słoneczko”. Proszę podać przykłady.

.....  
.....  
.....

6. Proszę podać, jakie formy przyjmuje współpraca z przedszkolem w zakresie realizacji edukacji zdrowotnej

.....  
.....  
.....

7. Czy na co dzień podejmuje Pan/Pani działania, które sprzyjają zdrowiu i dobremu samopoczuciu, zarówno Pana/Pani, jak też innych członków rodziny? (proszę podać przykłady)

TAK NIE

.....  
.....  
.....

8. Co Pana/Pani zdaniem wpływa na atmosferę w przedszkolu Państwa dziecka? (proszę podać przykład)

.....  
.....  
.....

9. Jak ocenia Pan/Pani współpracę z przedszkolem w zakresie promowania zachowań prozdrowotnych (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź)


zdecydowanie tak, raczej tak, trudno powiedzieć (nie jestem pewny/-a), raczej nie, zdecydowanie nie

**METRYCZKA:**

1. Płeć
  - a. a) kobieta
  - b. b) mężczyzna
2. Wiek .....
3. Poziom wykształcenia
  - a. wyższe
  - b. wyższe zawodowe
  - c. pomaturalne
  - d. średnie
  - e. zawodowe

Dziękuję za poświęcony czas i wypełnienie ankiety!

ZAŁĄCZNIK NR 4



*Przedszkole nr 4 w Łowiczu*

**UZYSKUJE AKCES PRZYNALEŻNOŚCI**

**DO**

**SKIERNIEWICKIEJ REGIONALNEJ SIECI SZKÓŁ**

**PROMUJĄCYCH ZDROWIE**

**W ZAKRESIE WDRAŻANIA I UPOWSZECHNIANIA IDEI**

**SZKÓŁ/PLACÓWEK PROMUJĄCYCH ZDROWIE**

Kuratorium Oświaty w Łodzi  
Delegatura w Skierniewicach  
96-100 Skierniewice  
ul. Jagiellońska 29  
tel (0-46) 833-44-82; fax (0-46) 833-45-61

WOJEWÓDZKI OŚRODEK DOSKONALENIA  
NAUCZYCIELI W SKIERNIEWICACH  
96-100 Skierniewice  
Al. Niepodległości 4  
tel./fax (0-46) 833-40-74; 832-56-43

KURATORIUM OŚWIATY w ŁODZI  
DELEGATURA w SKIERNIEWICACH

KOORDYNATOR SKIERNIEWICKIEJ  
REGIONALNEJ SIECI SZKÓŁ  
PROMUJĄCYCH ZDROWIE

WOJEWÓDZKI OŚRODEK  
DOSKONALENIA NAUCZYCIELI  
w SKIERNIEWICACH

*[Signature]*  
mgr Mirosława Nowacka

*[Signature]*  
mgr Marzenna Piwovar-Zrzepak

*[Signature]*  
dr Teresa Janicka-Panek

**SKIERNIEWICE 05 lipca 2013 rok**



ZAŁĄCZNIK NR 5



ZAŁĄCZNIK NR 6



MINISTER EDUKACJI NARODOWEJ

PRZEDSZKOLE PROMUJĄCE ZDROWIE

KRAJOWY CERTYFIKAT

Przedszkole nr 4  
„Słoneczko”  
w Łowiczu

Placówka należy do Krajowej Sieci Przedszkoli i Szkół  
Promujących Zdrowie oraz Europejskiego Programu  
Szkoly dla Zdrowia w Europie.

Podjmuje systemowe działania na rzecz poprawy zdrowia  
całej społeczności szkolnej.

Certyfikat jest przyznawany na 5 lat.

*D. Piontkowski* *Barbara Woynarowska*

Dariusz Piontkowski  
Minister Edukacji Narodowej

prof. dr hab. Barbara Woynarowska  
Przewodniczący Kapituły Krajowego  
Certyfikatu Przedszkole i Szkoła  
Promujących Zdrowie



Warszawa, 27 listopada 2019 r.