Pierwsze kroki

Wielkopolski informator dla rodziców małych dzieci



ROPS Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Poznaniu

WIELKOPOLSKA

JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA SAMORZĄDU WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Poznaniu
Fundacja Dzieciaki i Zwierzaki

Pierwsze kroki

Wielkopolski informator dla rodziców małych dzieci

Wydanie uaktualnione i poszerzone

Wersję elektroniczną publikacji
możesz pobrać tu:

WYDAWCA

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Poznaniu
ul. F. Nowowiejskiego 11, 61-731 Poznań

PARTNER MERYTORYCZNY



Fundacja Dzieciaki i Zwierzaki
ul. Zamkowa 18, 62-020 Swarzędz

Publikacja ma charakter informacyjny i nie stanowi prawnie wiążącej oferty.

Poznań 2024

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Poznaniu | WIELKOPOLSKA | JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA SAMORZĄDU WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO



Szanowni Rodzice,

narodziny dziecka to niezwykle ważny moment w życiu Waszej rodziny, który przynosi wiele radości, ale także nowych wyzwań. Wiem, że każda chwila spędzona z maluchem jest cenna i pełna emocji, ale uruchamia też wiele pytań i czasem trudno znaleźć odpowiedzi, które rozwieją wątpliwości. Szczególnie dla rodziców stawiających pierwsze kroki w nowej roli może to być czas niepewności. Zrozumienie potrzeb Waszego noworodka, prawidłowa opieka oraz wsparcie w pierwszych miesiącach życia dziecka to kluczowe aspekty, które decydują o jego zdrowiu i rozwoju.

Z myślą o rodzicach, którzy rozpoczynają tę wyjątkową podróż, przygotowaliśmy niniejszy informator. Staraliśmy się zgromadzić w nim najważniejsze wiadomości, które mogą pomóc Wam w codziennym życiu i w zapewnieniu Waszym dzieciom najlepszej opieki. Znajdziecie tu porady specjalistek i specjalistów dzielących się swoją wiedzą i doświadczeniem. Zgromadziliśmy je w jednym miejscu, aby ułatwić Wam radzenie sobie z wyzwaniami, jakie niesie wychowanie małego człowieka.

Dodatkowo przedstawiamy Wam innowacje społeczne, które mają na celu wsparcie rozwoju najmłodszych dzieci. Wierzymy, że dzięki tym propozycjom radzenie sobie z trudnościami podczas pielęgnacji Waszych maluchów stanie się mniej skomplikowane. Mamy nadzieję, że przygotowane wskazówki oraz informacje o dostępnych formach wsparcia będą cennym źródłem wiedzy i pomogą w budowaniu bezpiecznego i pełnego miłości środowiska dla Waszego dziecka.

Życzymy owocnej lektury i wszystkiego najlepszego w Waszej rodzicielskiej podróży!

Katarzyna Kretkowska
Członkini Zarządu Województwa Wielkopolskiego

Spis treści

6 Formalności związane z urodzeniem dziecka

12 Kompendium wiedzy od położnej
Karolina Wyrembek-Urban

17 Dziecko w zdrowiu i chorobie
lek. Dagmara Smektała-Smakulska

40 Fizjoterapeutyczny punkt widzenia
Natalia Gawrych-Okulińska

52 Wspólny rejs do bezpiecznej przystani, czyli świadome budowanie relacji rodzic-dziecko
Adam Stepnowski-Said

62 **Kompendium wiedzy od neurologopedy**
Katarzyna Sójka

72 **Dziecko o wyjątkowych potrzebach**
Justyna Gajęcka

76 **Warto wiedzieć – innowacje, które ułatwiają życie**



FORMALNOŚCI
związane z urodzeniem dziecka

Po narodzinach dziecka niezbędne jest dopełnienie kilku ważnych formalności, by zapewnić mu pełne prawa obywatelskie, dostęp do świadczeń socjalnych oraz opiekę zdrowotną. Choć może się wydawać, że to dużo „papierkowej roboty", te kroki są kluczowe, by w przyszłości uniknąć problemów prawnych. Zaniedbanie ich może prowadzić do komplikacji, które wpłyną na dalsze życie dziecka.

UZNANIE OJCOSTWA

Uznanie ojcostwa to czynność, którą można i warto wykonać jeszcze przed urodzeniem dziecka. Dotyczy mężczyzn, którzy nie są mężami matki dziecka. Zgodnie z prawem, jeżeli dziecko urodziło się w czasie trwania małżeństwa albo przed upływem trzystu dni od jego ustania lub unieważnienia, domniemywa się, że pochodzi ono od męża matki.

Uznanie następuje, gdy mężczyzna, od którego dziecko pochodzi, oświadczy przed kierownikiem Urzędu Stanu Cywilnego, że jest ojcem dziecka, a matka dziecka potwierdzi w tym samym czasie albo w ciągu trzech miesięcy od dnia oświadczenia mężczyzny, że jest on ojcem dziecka.

Po porodzie ustalenie ojcostwa może nastąpić w dwojaki sposób: w momencie sporządzania aktu urodzenia lub na mocy orzeczenia sądu.

źródło: gov.pl

REJESTRACJA DZIECKA W URZĘDZIE STANU CYWILNEGO

Pierwszym krokiem po urodzeniu dziecka jest zarejestrowanie jego narodzin. Można to zrobić **osobiście lub online w ciągu 21 dni** od wystawienia karty urodzenia. Kartę wypełnia lekarz lub położna, a następnie przekazuje ją do Urzędu Stanu Cywilnego (właściwego dla miejsca urodzenia dziecka, a nie zamieszkania czy zameldowania rodziców) w ciągu 3 dni od porodu.

Kto może zarejestrować (zgłosić narodzone) dziecko w urzędzie:

- Jeżeli rodzice są małżeństwem, zgłoszenia może dokonać samodzielnie każdy z nich.
- W przypadku par, które nie są małżeństwem, urodzenie zgłasza:
  - oboje rodziców, jeśli przed urodzeniem się dziecka ojciec dziecka nie złożył oświadczenia o uznaniu ojcostwa lub złożył je, ale matka dziecka jeszcze go nie potwierdziła,
  - jeden z rodziców, jeśli przed urodzeniem dziecka ojciec dziecka złożył stosowne oświadczenie i matka dziecka je potwierdziła.

Zgłoszenia urodzenia można również dokonać przez pełnomocnika.

Do internetowego zgłoszenia urodzenia wymagane jest założenie profilu zaufanego lub e-dowodu. Adres, pod którym można dokonać rejestracji, to: https://www.gov.pl/web/gov/zglos-urodzenie-dziecka.

Jeżeli rodzice nie dopełnią formalności po urodzeniu dziecka w obowiązującym terminie 21 dni, kierownik Urzędu Stanu Cywilnego, do którego wpłynęła karta urodzenia, nada dziecku imię wybrane przez siebie i je zarejestruje.

Na podstawie zgłoszenia urodzenia oraz karty urodzenia Urząd Stanu Cywilnego sporządza akt urodzenia, a rodzice (rodzic) otrzymują:

- jeden bezpłatny **odpis skrócony aktu urodzenia**,
- powiadomienie o **nadaniu numeru PESEL** (jeśli dziecko otrzymało numer PESEL),
- zaświadczenie o **zameldowaniu dziecka** (jeśli dziecko zostało zameldowane).

Numer PESEL to jedenastocyfrowy symbol numeryczny, pozwalający na łatwą identyfikację osoby, która go posiada. PESEL zawiera datę urodzenia, numer porządkowy, oznaczenie płci oraz liczbę kontrolną.

źródło: gov.pl

ZGŁOSZENIE DZIECKA DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Każde dziecko z polskim obywatelstwem ma prawo do bezpłatnego leczenia, jednak musi zostać wcześniej zgłoszone do ubezpieczenia. Zgłoszenia takiego można dokonać w **ciągu 7 dni od nadania nowo narodzonemu dziecku numeru PESEL** w następujący sposób:

- jeśli jeden z rodziców lub oboje pracują, wystarczy, że jedno z nich poinformuje o chęci ubezpieczenia dziecka swojego pracodawcę. Wtedy pracodawca jest odpowiedzialny za złożenie odpowiedniego wniosku do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
- jeśli rodzic zgłaszający dziecko prowadzi działalność gospodarczą, osobiście składa wniosek do ZUS,
- rodzice zarejestrowani w Powiatowym Urzędzie Pracy jako osoby bezrobotne zgłaszają dziecko do ubezpieczenia w PUP.

Jeżeli rodzice nie mają prawa do ubezpieczenia zdrowotnego, obowiązek zgłoszenia przechodzi na dziadków dziecka.

źródło: pacjent.gov.pl



ZAPISANIE DZIECKA DO PRZYCHODNI

Po uzyskaniu numeru PESEL dziecka, warto zapisać je od razu do wybranej przychodni. To umożliwi objęcie noworodka opieką pediatryczną, a także uzyskanie skierowania na badanie USG bioder, które powinno być wykonane w pierwszych tygodniach życia dziecka.

UZYSKANIE ŚWIADCZEŃ

Becikowe

Prawo do becikowego (jak potocznie nazywa się tę jednorazową zapomogę) przysługuje osobom, których **dochód w przeliczeniu na osobę w rodzinie nie przekracza kwoty 1922,00 zł** (stan prawny na wrzesień 2024 r.).

O becikowe mogą wnioskować rodzice dziecka (lub jeden rodzic albo opiekun) w terminie 12 miesięcy od dnia jego narodzin. Do wniosku należy dołączyć zaświadczenie lekarskie lub zaświadczenie wystawione przez położną o objęciu matki dziecka opieką medyczną nie później niż od 10. tygodnia ciąży.



Jeśli samotnie wychowuje się dziecko, można otrzymać becikowe tylko wtedy, gdy zostały ustalone alimenty od drugiego rodzica (wyjątki: drugi rodzic nie żyje, ojciec dziecka jest nieznany, sąd oddalił powództwo o ustalenie alimentów od drugiego rodzica, sąd zobowiązał tylko jednego z rodziców do utrzymania dziecka, rodzice – zgodnie z orzeczeniem sądu – sprawują nad dzieckiem opiekę naprzemienną).

Wniosek o becikowe należy złożyć w urzędzie gminy, urzędzie miasta lub online za pośrednictwem portalu Emp@tia.

Wysokość becikowego w 2024 roku wynosi 1000 zł na każde z urodzonych dzieci.

źródło: gov.pl

Rodzina 800 plus

Świadczenie wychowawcze, niezależne od dochodu, w wysokości 800 zł miesięcznie wypłacane jest na każde dziecko do ukończenia 18. roku życia. Jeśli wniosek zostanie złożony w ciągu 3 miesięcy od narodzin, pieniądze będą wypłacane za każdy miesiąc od urodzenia. Jeżeli wniosek zostanie złożony później – pieniądze będą wypłacane od miesiąca wpłynięcia wniosku. Wniosek należy złożyć do ZUS wyłącznie przez internet za pośrednictwem:

- platformy PUE ZUS lub aplikacji mobilnej mZUS,
- portalu informacyjno-usługowego Emp@tia na stronie empatia.mpips.gov.pl,
- bankowości elektronicznej.

źródło: gov.pl

Świadczenie rodzicielskie tzw. „kosiniakowe”

Świadczenie to przysługuje osobom sprawującym opiekę nad dzieckiem, które z powodu swojej sytuacji zawodowej nie mogą skorzystać z zasiłku macierzyńskiego lub uposażenia macierzyńskiego. Dotyczy osób bezrobotnych, studentów czy pracujących na umowę o dzieło.

W pierwszej kolejności tzw. kosiniakowe wypłacane jest matkom (w niektórych przypadkach, kiedy nie może korzystać z niego matka, również ojcom). Wynosi 1000 zł miesięcznie, nie jest zależne od dochodu i jest wypłacane przez 52 tygodnie (w przypadku urodzenia jednego dziecka, jeśli urodzi się więcej dzieci – wydłuża się okres wypłaty świadczenia). Wniosek składa się w urzędzie miasta, gminy lub ośrodku pomocy społecznej. Aby świadczenie było przyznane od pierwszego dnia urodzenia, trzeba złożyć wniosek w ciągu 3 miesięcy.

źródło: gov.pl



Program Aktywny Rodzic

To nowe świadczenia pieniężne dla rodzin. Program ma ułatwić rodzicom pogodzenie zadań związanych z rodzicielstwem i aktywizacją zawodową.

Świadczenia:

- „Aktywni rodzice w pracy" – kierowane do aktywnych zawodowo rodziców dziecka w wieku od 12. do 35. miesiąca życia. Świadczenie „Aktywni rodzice w pracy" będzie przysługiwać w wysokości 1500 zł miesięcznie przez okres 24 miesięcy. W przypadku dzieci legitymujących się orzeczeniem o niepełnosprawności powyższe świadczenie będzie przysługiwało w podwyższonej wysokości 1900 zł miesięcznie;
- „Aktywnie w żłobku" – zastąpi obecnie funkcjonujące i zdecydowanie mniej korzystne dofinansowanie obniżenia opłaty za pobyt dziecka w żłobku, klubie dziecięcym lub u dziennego opiekuna. Świadczenie „Aktywnie w żłobku" będzie kierowane do rodziców dzieci uczęszczających do instytucji opieki nad dziećmi do lat 3, tj. żłobka, klubu dziecięcego albo dziennego opiekuna, i będzie przysługiwało w wysokości do 1500 zł miesięcznie na dziecko lub do 1900 zł miesięcznie na dziecko z niepełnosprawnością, jednak nie więcej niż wysokość opłaty, jaką rodzic ponosi za pobyt dziecka w instytucji opieki. To świadczenie nie będzie wypłacane bezpośrednio wnioskującemu rodzicowi, ale powędruje do żłobka/klubu dziecięcego/opiekuna dziennego, który obniży rodzicowi opłatę za pobyt dziecka w tej instytucji;
- „Aktywnie w domu" – zastąpi dotychczas funkcjonujący rodzinny kapitał opiekuńczy. „Aktywnie w domu" będzie przysługiwało na każde dziecko w rodzinie w wieku od 12. do 35. miesiąca życia i będzie wypłacane w wysokości 500 zł miesięcznie przez 24 miesiące. Jest to wsparcie kierowane do tych rodziców dzieci, którzy nie będą uprawnieni lub z własnej woli nie zdecydują się na skorzystanie ze świadczenia „Aktywni rodzice w pracy" lub „Aktywnie



w żłobku", gdyż w szczególności pozostaną nieaktywni zawodowo lub ich dziecko nie uczęszcza do instytucji opieki.

Realizacją tych świadczeń, czyli prowadzeniem postępowania w sprawie przyznania świadczenia i jego wypłatą, zajmuje się Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Wnioski można składać tylko elektronicznie.

źródło: gov.pl, zus.pl

DODATKOWE UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

Warto sprawdzić swoje polisy ubezpieczeniowe, ponieważ często przewidują one wypłatę jednorazowego świadczenia z tytułu urodzenia dziecka. Wysokość wypłaty oraz warunki jej otrzymania zależą od zapisów konkretnej polisy.

Dopełnienie formalności po urodzeniu dziecka jest niezbędnym elementem, który gwarantuje mu pełne prawa, opiekę zdrowotną i wsparcie socjalne. Choć może to wydawać się żmudnym procesem, każde z tych działań ma kluczowe znaczenie dla przyszłości malucha. Warto pamiętać, by formalności te załatwić w odpowiednich terminach, co pozwoli uniknąć niepotrzebnych komplikacji i zapewni spokojny start w życie nowemu członkowi rodziny.



KOMPENDIUM WIEDZY
od położnej

Autorka: **Karolina Wyrembek-Urban**

Narodziny dziecka to moment wyjątkowy i pełen wielu nowych wyzwań. W artykule doświadczona położna przybliża pierwsze dni życia noworodka oraz praktyczne aspekty opieki nad nim. Dowiecie się, jak zadbać o malucha, jego potrzeby, zdrowie i komfort, a także jak radzić sobie z najczęstszymi wątpliwościami, które mogą pojawić się na początku tej pięknej drogi.

Jako położna środowiskowa i doradczyni laktacyjna wspieram przyszłych rodziców w ich podróży do rodzicielstwa. Prowadzę szkołę rodzenia, gdzie na początku naszej współpracy spotykamy się z przyszłymi rodzicami. To czas, aby się poznać, zbudować zaufanie i przygotować do nadchodzącego wyzwania zgodnie z najnowszymi standardami i wytycznymi. Na zajęciach w szkole rodzenia uczymy technik karmienia piersią, pielęgnacji noworodka oraz oferujemy różne kursy, takie jak zajęcia dla par przygotowujące do porodu, kursy z ratownikiem medycznym dotyczące pierwszej pomocy, a także ćwiczenia dla kobiet w ciąży i jogę. Pracujemy w zespole z fizjoterapeutką uroginekologiczną, trenerką medyczną i neurologopedką.

Po porodzie odwiedzam młodych rodziców w ich domach, oferując wsparcie podczas wizyt patronażowych. Oto kluczowe wskazówki, które pomogą rodzicom przejść przez okres połogu, z uwzględnieniem dbałości o zdrowie fizyczne i emocjonalne.

WYBÓR POŁOŻNEJ

Niezwykle ważne jest wcześniejsze planowanie. Już w okolicach 21. tygodnia ciąży warto zdecydować, która położna będzie prowadzić edukację porodową i wspierać was w okresie połogu podczas wizyt patronażowych. Wczesne ustalenie tych kwestii ma kluczowe znaczenie dla waszego komfortu i bezpieczeństwa na początku rodzicielstwa. Dobrze wybrana położna pomoże wam poczuć się pewniej w nowej roli i zminimalizuje stres związany z porodem i opieką nad noworodkiem.

PIERWSZE KROKI W KARMIENIU PIERSIĄ

Czas

Rozpocznij karmienie piersią wkrótce po urodzeniu dziecka, najlepiej w ciągu 2 pierwszych godzin. Wczesne przystawienie dziecka do piersi wspiera nawiązywanie silnej więzi między wami oraz stymuluje produkcję mleka, co jest kluczowe dla zdrowego rozwoju noworodka.

Prawidłowa technika

Upewnij się, że dziecko jest prawidłowo przystawione do piersi – brodawka i większa część otoczki powinny znajdować się w buzi dziecka. Dziecko powinno być ułożone brzuszkiem do brzucha mamy, co sprzyja lepszemu ssaniu. Na początku karmienie może wywoływać dyskomfort, ale nie powinno być bolesne.

Liczba karmień

Karm dziecko 8–12 razy dziennie, zgodnie z jego potrzebami. Najlepiej przystawiać dziecko do piersi przy pierwszych oznakach głodu. Jeśli maluszek się budzi, najpierw przystaw go do piersi, a po karmieniu przewiń i znowu przystaw, jeśli dziecko nadal szuka jedzenia. Płacz jest późnym objawem głodu, więc staraj się karmić przy wczesnych sygnałach.

Karmienie w nocy

Przerwy między karmieniami nie powinny przekraczać 4 godzin, aby utrzymać odpowiednią produkcję mleka i uniknąć problemów z laktacją.

Dostosowanie rytmu karmienia

W pierwszej dobie życia dziecko może być mniej aktywne. Warto zachęcać maluszka do ssania piersi, nawet jeśli jest mniej chętny, ponieważ stymuluje to produkcję mleka i poprawia przyrost wagi.

Karm dziecko tak długo, jak tego potrzebuje – przynajmniej 10–15 minut z jednej piersi. Po zakończeniu karmienia jedną piersią, proponuj drugą. To pomoże zapewnić, że maluszek otrzyma odpowiednią ilość mleka i pomoże utrzymać równowagę produkcji mleka.

Odciąganie pokarmu

Odciągaj pokarm tylko wtedy, gdy jest to konieczne, np. aby złagodzić napięcie otoczki piersi. Unikaj nadmiernego odciągania, które może prowadzić do problemów z laktacją. Używaj laktatora, gdy dziecko potrzebuje dokarmienia, i staraj się naśladować rytm ssania dziecka, aby pobudzić produkcję mleka.

Unikaj niekorzystnych praktyk, takich jak dopajanie dziecka herbatkami lub glukozą, ponieważ mleko matki zawiera odpowiednią ilość wody i składników odżywczych.

Staraj się unikać stosowania smoczków do uspokajania dziecka (przez pierwsze doby), ponieważ mogą zmniejszać częstotliwość ssania piersi, co może wpływać na produkcję mleka.

Wyjątkowe sytuacje

Dokarmiaj dziecko tylko w sytuacjach rzeczywistego niedoboru pokarmu. Staraj się jak najszybciej wycofać z dokarmiania, aby nie zakłócać procesu laktacji i unikać problemów związanych z nadmiernym karmieniem dodatkowym mlekiem.

Nawał pokarmu to naturalny proces, który zazwyczaj występuje 2–5 dni po porodzie. Charakteryzuje się pełnymi, ciężkimi i bolesnymi piersiami, które mogą być ciepłe w dotyku. Jest to część normalnego procesu adaptacji organizmu do karmienia.

Jak radzić sobie z nawałem pokarmu

- Częste karmienie – regularne przystawianie dziecka do piersi stymuluje prawidłowe opróżnianie gruczołów mlekowych i może pomóc w złagodzeniu objawów nawału.
- Odpoczynek i komfort – staraj się odpoczywać, aby złagodzić ból i dyskomfort związany z nawałem. Wykorzystuj czas na relaks i regenerację.
- Masowanie piersi – delikatne masowanie piersi przed karmieniem i stosowanie zimnych okładów po karmieniu mogą pomóc w złagodzeniu bólu i zmniejszeniu obrzęku.

PIELĘGNACJA BRODAWEK PIERSIOWYCH

Pielęgnacja brodawek piersiowych jest kluczowym elementem komfortowego karmienia piersią.



Lanolina

Jeśli odczuwasz tkliwość brodawek, warto zastosować lanolinę – specjalny krem do pielęgnacji brodawek, który łagodzi podrażnienia i przyspiesza regenerację. Lanolina jest bezpieczna dla matki i dziecka, a jej stosowanie może znacznie zwiększyć komfort karmienia.

Kompresy

Stosowanie ciepłych kompresów przed karmieniem może pomóc w rozluźnieniu napiętych tkanek i poprawia krążenia krwi w okolicy brodawek. Po karmieniu warto zastosować zimne okłady, które mogą złagodzić ból i obrzęk.

Smarowanie brodawek własnym pokarmem

Po każdym karmieniu można smarować brodawki niewielką ilością własnego pokarmu. Mleko matki ma właściwości nawilżające i może wspierać proces gojenia się ewentualnych podrażnień.



Poprawa techniki karmienia

Jeśli brodawki są poranione lub bolesne, ważne jest, aby sprawdzić technikę karmienia. Upewnij się, że dziecko jest prawidłowo przystawione do piersi – brodawka i większa część otoczki powinny być w buzi dziecka. Jeśli masz wątpliwości, skontaktuj się z położną lub doradcą laktacyjnym (Certyfikowany Doradca Laktacyjny – CDL), którzy mogą pomóc w poprawieniu techniki karmienia.

Muszle laktacyjne

Muszle laktacyjne mogą pomóc w ochronie brodawek przed podrażnieniami oraz w zbieraniu mleka, które może wydobywać się między karmieniami. Ich zadaniem jest również utrzymanie odpowiedniej higieny brodawek.

Kapturki silikonowe

Kapturki silikonowe mogą być szybkim rozwiązaniem, gdy brodawki są bolesne lub poranione. Choć chronią brodawkę i mogą pomóc w uniknięciu dalszych podrażnień, pamiętaj, że mogą nie rozwijać laktacji w takim samym stopniu jak karmienie bezpośrednie. Dziecko może również mieć trudności z przystawieniem się do brodawki przez silikonowy kapturek, co może wpłynąć na skuteczność karmienia.

Warto pamiętać, że każdy człowiek jest inny, więc jeśli masz jakiekolwiek wątpliwości lub problemy z laktacją, nie wahaj się skontaktować z położną lub doradcą laktacyjnym. Regularne wsparcie i monitorowanie techniki karmienia mogą znacząco poprawić komfort i skuteczność karmienia piersią.

POŁÓG – JAK SIĘ PRZYGOTOWAĆ I CO WARTO WIEDZIEĆ?

Połóg to okres po porodzie, trwający zazwyczaj 6–8 tygodni, w którym organizm kobiety przechodzi proces powrotu do stanu sprzed ciąży. W tym czasie zachodzą intensywne zmiany fizjologiczne i emocjonalne, które mogą być bardzo wymagające – zarówno fizycznie, jak i psychicznie.

JAK WYGLĄDA POŁÓG?

Krwawienie

Początkowo krwawienie jest obfite i żywoczerwone, z czasem zmienia kolor na brunatny i przechodzi do żółtawego. Krwawienie zazwyczaj ustępuje przed upływem 4–6 tygodni, ale może różnić się w zależności od indywidualnych okoliczności.

Skurcze macicy

Mogą przypominać bóle menstruacyjne i mogą nasilać się podczas karmienia piersią. Skurcze pomagają macicy wrócić do jej pierwotnego rozmiaru.

Ból i dyskomfort rany

Jeśli miałaś nacięcie krocza lub cesarskie cięcie, możesz doświadczać bólu i dyskomfortu. Warto monitorować go i zgłaszać wszelkie niepokojące objawy.

KIEDY ZGŁOSIĆ SIĘ DO SZPITALA PO PORODZIE

Gorączka powyżej 38°C

Utrzymująca się wysoka temperatura, mimo stosowania leków przeciwgorączkowych, może być oznaką infekcji.

Zatrzymanie odchodów poporodowych

Brak zmiany koloru odchodów lub całkowity zanik odchodów może wymagać konsultacji z lekarzem.

Silny ból rany krocza

Bardzo silny ból, opuchlizna, zaczerwienienie lub ropna wydzielina z miejsca nacięcia mogą świadczyć o infekcji lub innych komplikacjach.

Problemy z oddawaniem moczu

Trudności w oddawaniu moczu, ból lub brak możliwości opróżnienia pęcherza mogą wymagać interwencji medycznej.

ZMIANY EMOCJONALNE W POŁOGU

Baby blues

Wiele kobiet doświadcza tzw. *baby blues* w ciągu kilku dni po porodzie. Objawia się on huśtawką emocjonalną, smutkiem, drażliwością i zmęczeniem. Zwykle ustępuje samoistnie w ciągu kilku dni do dwóch tygodni, ale ważne jest, aby mieć w tym okresie wsparcie emocjonalne.

Depresja poporodowa

Jest poważniejszym stanem charakteryzującym się przewlekłym uczuciem smutku, beznadziei, utratą zainteresowania codziennymi czynnościami, trudnościami w nawiązywaniu więzi z dzieckiem oraz zaburzeniami snu i apetytu. Wymaga profesjonalnej interwencji i wsparcia.

Edynburska Skala Depresji Poporodowej

To narzędzie oceny ryzyka depresji poporodowej, które składa się z 10 pytań dotyczących nastroju i emocji w okresie poporodowym. Jeśli zauważasz objawy *baby blues*, które nie ustępują, lub dostrzegasz oznaki depresji poporodowej, skonsultuj się z lekarzem lub położną.

Mamo, pamiętaj! Dbanie o zdrowie psychiczne jest równie ważne jak troska o zdrowie fizyczne po porodzie. Nie wahaj się prosić o pomoc i korzystać ze wsparcia partnera, rodziny czy przyjaciół. Dobre samopoczucie rodziców jest kluczowe dla szczęśliwego i zdrowego początku życia dziecka.

Karolina Wyrembek-Urban
położna i doradczyni laktacyjna,
Położna z sercem



DZIECKO
w zdrowiu i chorobie

Autorka: **lek. Dagmara Smektała-Smakulska**

Pierwszy rok życia dziecka to czas pełen regularnych wizyt u pediatry. W tym kluczowym okresie młodzi rodzice mogą czuć się przytłoczeni liczbą informacji dotyczących zdrowia ich malucha. W artykule lekarz pediatra podpowie, na co warto zwrócić uwagę podczas wizyt patronażowych, jak zaplanować kalendarz szczepień oraz dlaczego suplementacja witaminowa ma tak istotne znaczenie w rozwoju dziecka.

WIZYTA PATRONAŻOWA

Wizyta patronażowa to pierwsze spotkanie z pediatrą, które odbywa się ok. 3. tygodnia życia dziecka. Podczas takiego badania lekarz zbiera wywiad z okresu ciąży i porodu oraz analizuje kartę wypisową ze szpitala. Sprawdza też, czy zostały pobrane badania metaboliczne oraz czy wykonane było badanie słuchu u dziecka w szpitalu po urodzeniu (tzw. niebieska wklejka w książeczce). Zbiera również wywiad na temat chorób rodziców. Jest to najlepszy moment, aby omówić kalendarz szczepień malucha i dokładnie go zaplanować. Podczas badania oceniane są przybory masy ciała, długości obwodu główki i klatki piersiowej, omawia się również wszystkie wątpliwości zdrowotne, które zgłaszają rodzice.

Ocena przyrostów masy ciała

Od 3. doby życia dziecko powinno być karmione minimum 8 razy na dobę, w odstępach nie dłuższych niż 3 godziny w dzień i 4 godziny w nocy. Warto jednak pamiętać, że nie każde dziecko to przykładowy egzemplarz książkowy, więc odmienności od takiego schematu karmienia nie powinny martwić, warto je jednak skonsultować ze specjalistą.

Maluch powinien moczyć pieluszki oraz może (ale nie musi!) oddawać stolec po każdym karmieniu (normą w przypadku karmienia piersią są stolce nawet co 5 dni). Ważne, aby oddał smółkę w 1.–2. dobie życia.

Fizjologicznie noworodek w 1.–2. dobie traci maksymalnie 10% masy urodzeniowej i dopiero od 3.–4. doby zaczyna prawidłowo przybierać na wadze. W pierwszym okresie przybiera dość szybko. Pomiarów masy ciała na początku dokonuje regularnie położna (zawsze na tej samej wadze i całkowicie rozebranego malucha), następnie pediatra podczas patronażu i przy okazji każdej wizyty szczepiennej. Wszystkie pomiary powinny być odnotowane w książeczce zdrowia dziecka i na siatkach centylowych.

Jeżeli położna/pediatra nie stwierdzają odchyleń, rodzice nie muszą prowadzić regularnych pomiarów masy ciała.

Rodzicu, pozostaw ocenę przybierania masy ciała specjalistom. Nie warto na własną rękę oceniać przyborów. To często generuje tylko niepotrzebny stres u rodziców.



Maluch powinien przybierać na wadze według poniższego schematu:

Wiek w miesiącach	Przyrost masy ciała na dobę w gramach
0–3 miesiące	26–31 gramów/dobę
3–6 miesięcy	17–18 gramów/dobę
6–9 miesięcy	12–13 gramów/dobę
9–12 miesięcy	9 gramów/dobę

Czujność rodziców powinny wzbudzić poniższe sytuacje:

1. Utrata masy ciała powyżej 10% masy urodzeniowej.
2. Mniejszy od oczekiwanego przyrost masy ciała.
3. Spadki masy w kolejnych dobach po urodzeniu.



4. Brak powrotu do urodzeniowej masy ciała po 2 tygodniach od porodu.
5. Mniej niż 6 mokrych pieluch na 24 godziny od 3. doby życia.
6. Cechy odwodnienia w badaniu przez specjalistę.

Obecność nieprawidłowych objawów, takich jak: nasilona żółtaczka, apatia, brak chęci do ssania, wymioty, bolesność brzucha, gorączka, zaburzenia napięcia mięśniowego, drgawki, zaburzenia oddechowe, bezdechy, zaburzenia rytmu serca.

Kiedy zdecydować się na dokarmianie mlekiem sztucznym

Mleko sztuczne to ostateczność w przypadku bezwzględnych przeciwwskazań do karmienia piersią (tj. galaktozemia, wrodzony niedobór laktazy, zakażenie HIV, HTLV-1 (wirus T-limfotropowy), HTLV-2, czynna nieleczona gruźlica, przyjmowanie niektórych leków, ciężki stan ogólny bądź psychiczny mamy, opryszczka na brodawkach) bądź braku pokarmu lub niechęci mamy do karmienia piersią. W innych wypadkach powinniśmy starać się utrzymać wyłączne karmienie naturalne lub karmienie łączone – w razie nieudanych prób zwiększenia laktogenezy.

W przypadku stwierdzenia przez pediatrę/alergologa dziecięcego alergii na białka mleka krowiego, również decydujemy się na preparaty mleka sztucznego, jednak zawsze są to preparaty ordynowane na receptę. Warto walczyć o karmienie piersią, ale trzeba pamiętać, że są sytuacje, kiedy jest ono niemożliwe. Mamy nie powinny się wówczas obwiniać, tylko cieszyć wspólnymi chwilami z maleństwem.

Kiedy zdecydować się na specjalistyczne preparaty apteczne

O włączeniu takiego leczenia decyduje pediatra/alergolog. Przede wszystkim dziecko musi mieć objawy alergii pokarmowej, np.:

- brak przyrostu masy ciała, zbyt mały przyrost wagi,
- zaparcia/biegunki,
- stolce z krwią i/lub śluzem,
- kolki, bóle brzuszka,
- obfite ulewania, wymioty, refluks żołądkowo-przełykowy,
- wysypki skórne,
- nasilona postać atopowego zapalenia skóry.

Do lekarza należy weryfikacja i ocena, czy pacjent kwalifikuje się do podania preparatu mlekozastępczego, tzw. hydrolizatu białka.

W pierwszym etapie leczenia lekarz będzie starał się utrzymać karmienie piersią i zacznie od diety u kobiety karmiącej. Zaproponuje eliminację białka mleka krowiego i wyłączenie z diety takich produktów, jak mleko, zredukowanie ilości spożywanych serów i masła oraz wołowiny i cielęciny.

Badanie przez lekarza

Maluszek do badania będzie rozebrany w całości, lekarz go obejrzy, oceni pępek, zajrzy pod pieluchę. Będzie pytał o swobodne ułożenie malucha, chęć do karmienia.

Pediatra osłuchuje serce i płuca dziecka, ocenia zabarwienie skóry i jej wygląd, symetrię oczu, zagląda do jamy ustnej, sprawdza tętno na największych tętnicach i ocenia okolicę pieluszkową:

- u dziewczynek sprawdza, czy nie ma problemu ze zrostem warg sromowych – omawia pielęgnację okolicy pieluszkowej, aby do niego nie doprowadzić,
- u chłopców ocenia obecność jąder w moszni i ujście penisa – powinna zostać omówiona pielęgnacja tej okolicy.

U dziewczynek z tendencją do zrastania warg sromowych powinno się używać do pielęgnacji tłustych kremów uniemożliwiających stykanie się warg. W przypadku chłopców nie ściąga się napletka zbyt intensywnie, tylko do pierwszego oporu i przemywa tę okolicę wodą.

Najlepiej na spotkanie z pediatrą przygotować spisaną listę pytań, aby o niczym nie zapomnieć oraz zaplanować rozmowę o wyborze kalendarza szczepień dla dziecka.



SZCZEPIENIA – NA CZYM POLEGAJĄ, JAKIE MOGĄ GENEROWAĆ WĄTPLIWOŚCI

Co to jest kwalifikacja do szczepień

Przed każdym podaniem szczepień ochronnych następuje rozmowa z pediatrą, który na podstawie wywiadu i badania pacjenta kwalifikuje do szczepień ochronnych. Podczas tej rozmowy powinno się omówić wszelkie wątpliwości dotyczące szczepienia dziecka, obawy dotyczące szczepień oraz potencjalne przeciwwskazania.

Jeżeli w rodzinie pacjenta, bądź u samego dziecka, wystąpiły niepożądane odczyny poszczepienne lub silne alergie, rodzice mają obowiązek poinformować o tym lekarza kwalifikującego do szczepień, a najlepiej omówić takie wątpliwości już podczas wizyty patronażowej.

Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) przeciwwskazaniami ogólnymi dla wszystkich rodzajów szczepionek są:

- ostre stany chorobowe,
- zaostrzenia przewlekłych stanów chorobowych,
- ciężki niepożądany odczyn poszczepienny w wywiadzie.

Czym różnią się szczepienia obowiązkowe od zalecanych

Obowiązkowe szczepienia to takie, które są refundowane przez Ministerstwo Zdrowia i nie pobiera się za nie opłat. Obowiązkowe szczepienia to szczepienia przeciw: **WZW B** (wirusowe zapalenie wątroby typu B), **DTP** (przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi), **Hib** (*Haemophilus influenzae* typ b) oraz **PCV** (przeciw pneumokokom), **IPV** (przeciw polio),





MMR (przeciw odrze, śwince, różyczce, rotawirusom – jedyne doustne). Szczepienia są realizowane wg tzw. kalendarza szczepień, a informacja o szczepieniu jest umieszczana zarówno w karcie szczepień przechowywanej w Poradni Lekarza Rodzinnego – już niedługo w elektronicznej karcie szczepień – oraz w Książeczce Zdrowia Dziecka, która jest w posiadaniu rodziców.

Zalecane szczepienia to szczepienia dodatkowe, które warto podać, ale koszty szczepień pokrywają rodzice dziecka. Aktualnym szczepieniem zalecanym, którego koszt jest refundowany, jest szczepienie przeciw ospie wietrznej, podawane dzieciom uczęszczającym do żłobka lub klubu malucha – trzeba okazać odpowiednie zaświadczenie oraz szczepienia przeciw grypie i wirusowi SARS-CoV-2, a także HPV dla młodzieży.

Zalecane są też m.in. szczepienia przeciw meningokokom różnych grup – osobne szczepienie na meningokoki A, C, Y–135, W i meningokoki B oraz poszerzone szczepienia przeciw pneumokokom, szczepienie przeciw ospie wietrznej, odkleszczowemu zapaleniu mózgu, HPV, grypie i wirusowi SARS-CoV-2.

Co to jest niepożądany odczyn poszczepienny, tzw. NOP

To zaburzenie stanu zdrowia, które wystąpiło do 4 tygodni od szczepienia. Do NOP zalicza się np. rumień i obrzęk w miejscu wkłucia, gorączkę po szczepieniu oraz nieutulony płacz.

Niepożądane odczyny poszczepienne dzielimy na łagodne, umiarkowane i ciężkie. Niepożądany odczyn poszczepienny w formie łagodnej występuje dość często w postaci gorączki po szczepieniu. Gorączka po szczepieniu zdarza się bardzo często i nie powinna budzić lęku – podając szczepienie, uruchamia się układ immunologiczny do produkcji przeciwciał. Organizm dziecka działa jak rozgrzany silnik samochodu na pełnych obrotach, produkując ochronę i zapamiętując fragmenty bakterii i wirusów, aby zbudować ochronę przy potencjalnym ponownym kontakcie z danym wirusem lub bakterią. W przypadku takiej gorączki można jak najbardziej podać leki przeciwgorączkowe (warto zapytać swojego pediatrę o dawkowanie podczas wizyty szczepiennej).

Mogą też wystąpić ciężkie postacie odczynów poszczepiennych, np. w postaci nieukojonego płaczu malucha lub nieprawidłowego napięcia mięśniowego. Z takim odczynem jak najszybciej należy zgłosić się do pediatry.

Warto pamiętać, że każde działanie medyczne jest obarczone ryzykiem, ale prawidłowa kwalifikacja do szczepienia powinna je zminimalizować.



Schematy szczepień

Schematy szczepień to system podawania konkretnej szczepionki przeciwko danej chorobie. Schemat składa się ze szczepienia podstawowego – podawanych w niewielkich odstępach dawek szczepionki, najczęściej co 4–6 tygodni, oraz tzw. dawek przypominających, podawanych po dłuższym odstępie czasu, z reguły po ok. 6 miesiącach, np. w przypadku szczepienia na pneumokoki podaje się 2 dawki szczepienia podstawowego w odstępie 2 miesięcy i dawkę przypominającą po 6 miesiącach, czyli schemat 2 + 1.

Szczepienia do 13. miesiąca życia

Kalendarz szczepień dziecka rodzice powinni omówić na pierwszej wizycie u pediatry – wizycie patronażowej.

W kalendarzu szczepień jest dostępnych 12 bezpłatnych, obowiązkowych szczepień dla malucha. Zamieszczony w tabeli schemat szczepień można zrealizować w trzech rozkładach:

- refundowanym,
- 5 w 1,
- 6 w 1.

Dokładny rozkład szczepień Rodzice powinni omówić, dostosować do indywidualnych potrzeb i preferencji podczas wizyty u swojego lekarza rodzinnego. Zapoznać się z nimi można na stronie Ministerstwa Zdrowia.

Pierwsze szczepienia u noworodka odbywają się w ciągu 24 godzin od urodzenia – jest to **szczepienie przeciwko gruźlicy i WZW B (wirusowe zapalenie wątroby typu B)**. Są to jedyne szczepienia podawane w szpitalu. Podanie tych szczepień zostanie naniesione na kartę szczepień dziecka, która zostanie wysłana do wybranej przez rodziców Poradni Lekarza Rodzinnego.

Na kolejną wizytę szczepienną rodzice powinni trafić do Poradni Lekarza Rodzinnego w 6.–8. tygodniu życia dziecka. Wówczas mogą zostać podane szczepienia obowiązkowe i zalecane. Do obowiązkowych należy WZW B, DTP, Hib, PCV oraz rotawirusy.

Na tym etapie szczepień rodzice podejmują decyzję o szczepieniu preparatami 5 w 1 lub 6 w 1, które są odpłatną alternatywą dla szczepień

KALENDARZ SZCZEPIEŃ DZIECI

SZCZEPIONKA PRZECIW	24h*	6 tygodni	2 miesiąc	3 miesiąc	4 miesiąc
Gruźlicy	BCG				
Wirusowemu zapaleniu wątroby typu B	HBV		HBV		
Rotawirusom			RV	RV	RV
Błonicy, tężcowi, krztuścowi			DTP	DTP	DTP
Poliomyelitis				IPV	IPV
Hib			Hib	Hib	Hib
Pneumokokom			PCV		PCV
Odrze, śwince, różyczce					
Ludzkiemu wirusowi brodawczaka					
COVID-19					
Meningokokom					
Grypie					
Ospie wietrznej					
Wirusowemu zapaleniu wątroby typu A					
Kleszczowemu zapaleniu mózgu					

*szczepienie powinno być przeprowadzone przed wypisaniem dziecka z oddziału noworodkowego
**Td obowiązkowe lub Tdap zalecane
***szczepienie bezpłatne w grupie 12-13 lat, w pozostałych grupach płatne lub częściowo refundowane

BCG – szczepionka przeciw gruźlicy,
HBV (Hepatitis B Vaccine) – szczepionka przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B,
RV – szczepionka przeciwko rotawirusom,
DTP – szczepionka przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi, całokomórkowa,
DTaP – szczepionka przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi, bezkomórkowa,
Tdap – szczepionka przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi, bezkomórkowa z obniżoną zawartością antygenów błonicy i krztuśca,
Td – szczepionka przypominająca przeciw błonicy i tężcowi,
IPV (Inactivated Polio Vaccine) – szczepionka przeciw poliomyelitis, zabita,
Hib – szczepionka przeciw Haemophilus influenzae typu b,
PCV – skoniugowana szczepionka przeciw pneumokokom,

I MŁODZIEŻY NA 2024 ROK

5 miesiąc	6 miesiąc	7 miesiąc	13-15 miesięcy	16-18 miesięcy	6 lat	12-13 lat	14 lat	19 lat**
	HBV							
DTP				DTP	DTaP		Tdap	Td
IPV				IPV	IPV			
Hib				Hib				
			PCV					
			MMR		MMR			
						HPV***		
		COVID-19						
MenB i MenACWY lub MenC								
	IIV (po ukończeniu 6 m.ż.) lub LAIV (po ukończeniu 24 m.ż. do ukończenia 18 lat)							
			VZV					
			HAV					
			KZM					

szczepienia obowiązkowe | szczepienia zalecane | szczepienia zalecane, bezpłatne

MMR – szczepionka przeciw odrze, śwince i różyczce,
HPV – szczepionka przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego,
COVID-19 – szczepionka przeciw COVID-19,
MenB – szczepionka przeciw meningokokom grupy B,
MenACWY – szczepionka przeciw meningokokom grupy A, C, W, Y,
MenC – szczepionka przeciw meningokokom grupy, IIV (Inactivated Influenza Vaccine) – szczepionka przeciw grypie (inaktywowana),
LAIV (Live Attenuated Influenza Vaccine) – szczepionka przeciw grypie (żywa, donosowa),
VZV – szczepionka przeciw ospie wietrznej,
HAV (Hepatitis A Vaccine) – szczepionka przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu A,
KZM – szczepionka przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu.

obowiązkowych, wówczas zastępuje się 4 wkłucia 3 wkłuciami w przypadku 5 w 1 lub 2 wkłuciami w przypadku 6 w 1.

Szczepionka 5 w 1 zawiera toksoid błoniczy, tężcowy i szczepionkę bezkomórkową przeciw krztuścowi, inaktywowaną przeciw polio oraz Hib.

Szczepionka 6 w 1 poza powyższymi zawiera dodatkowo szczepionkę przeciw WZW B.

Czym różnią się te szczepienia od tradycyjnych szczepień, oprócz mniejszej liczby wkłuć? Odpowiedź brzmi: składem szczepienia. Tradycyjne szczepionki w ramach refundacji zawierają komórkową komponentę krztuśca, szczepienia 5 w 1 i 6 w 1 zawierają tzw. komponentę bezkomórkową. Komórkowa komponenta jest bardziej immunogenna, przez co wywołuje silniejszą obronę organizmu, ale powoduje też większe ryzyko niepożądanych odczynów poszczepiennych.



Poniżej schemat pokazujący długość obrony po zaszczepieniu kolejnymi dawkami.

Kolejną decyzję, jaką rodzice muszą podjąć na pierwszej wizycie szczepiennej w Poradni





Lekarza Rodzinnego, jest wybór szczepienia, które chroni malucha przed inwazyjną chorobą pneumokokową. Do tej pory zidentyfikowano około 90 serotypów (rodzajów) tej bakterii.

Szczepienie oferowane w ramach NFZ to szczepionka 10-walentna, czyli taka, która w swoim składzie zawiera 10 serotypów pneumokoków, szczepienie odpłatne to szczepionka 13-walentna – zawiera 13 serotypów bakterii. Od niedawna jest też dostępna na rynku szczepionka 20-walentna.

Szczepienie przeciw rotawirusom

Na rynku farmaceutycznym są obecnie dostępne dwie szczepionki przeciw rotawirusom. Są to jedyne szczepienia, które powinno się podać dzieciom przed ukończeniem pewnego wieku. Rejestracja produktu wyklucza podanie po ukończeniu konkretnego wieku dziecka.

Pierwsza szczepionka to szczepienie podane w schemacie 3-dawkowym. Zaleca się, aby szczepienia ukończyć do 22. tygodnia życia. Dawki podaje się w odstępie 4-tygodniowym (najlepiej 6. tydzień życia, 11. tydzień życia i 16. tydzień życia). W wyjątkowych sytuacjach ostatnią dawkę można podać do 32. tygodnia życia dziecka. Szczepionka zawiera kilka szczepów:

- rotawirus typu* G1 nie mniej niż 2,2 × 106 IU1,2,
- rotawirus typu* G2 nie mniej niż 2,8 × 106 IU1,2,
- rotawirus typu* G3 nie mniej niż 2,2 × 106 IU1,2,
- rotawirus typu* G4 nie mniej niż 2,0 × 106 IU1,2,
- rotawirus typu* P1A[8] nie mniej niż 2,3 × 106 IU1,2.

Od roku 2021 ta szczepionka jest podawana maluchom w ramach szczepienia obowiązkowego.

Druga szczepionka to szczepienie podawane w schemacie 2-dawkowym, które zaleca się ukończyć do 16. tygodnia życia, w wyjątkowych sytuacjach szczepienie jest dopuszczalne do 24. tygodnia życia dziecka. Zawiera jeden szczep żywy, atenuowany rotawirusa ludzkiego.

Szczepienie przeciw odrze, śwince, różyczce

To szczepienie jest obowiązkowe od 13. miesiąca życia. Jest jednym z nielicznych, które charakteryzuje się opóźnionym wystąpieniem gorączki nawet 6–12 dni po szczepieniu.

Szczepienie przeciw meningokokom

Szczepionka, a właściwie szczepionki, należące do grupy szczepień zalecanych. Meningokoki to bakterie, które wywołują tzw. inwazyjną chorobę meningokokową. Dzieli się je na 12 serogroup (rodzajów, typów), dostępnych w formie szczepień jest aktualnie 6 serotypów (A, B, C, W, Y).

Na rynku szczepionki zarejestrowane do podania u dzieci na pierwszej wizycie szczepiennej w POZ to szczepienie przeciw meningokokom B, szczepienie przeciw meningokokom A, C, W, Y oraz przeciw meningokokom C.

Schematy szczepień obejmują podanie od 2–3 dawek szczepienia podstawowego oraz 1 dawki szczepienia przypominającego.

Szczepienie przeciw grypie

Zalecane jest od ukończenia 6. miesiąca życia. Skład szczepienia jest co roku zmieniany, zgodnie z rekomendacjami WHO, na podstawie analizy, który szczep wywoływał najwięcej zakażeń podczas poprzedniego sezonu epidemiologicznego. Schemat szczepienia wygląda tak, że przy pierwszorazowym podaniu dzieci do 9. roku życia szczepi się 2 razy w odstępie 4-tygodniowym, a potem 1 raz w roku.

Szczepienie przeciw ospie

Szczepienie zalecane od 9. miesiąca życia dla dzieci przebywających m.in. w żłobkach, klubach malucha, refundowane przez Ministerstwo Zdrowia. Szczepienie można również podać do 72 godzin od kontaktu w celu zahamowania rozwoju choroby.

Na temat szczepień obowiązkowych i zalecanych rodzice powinni rozmawiać z pediatrą, tak aby już w pierwszych tygodniach życia dziecka przygotować pełen kalendarz szczepień malucha do 13. miesiąca życia.



SUPLEMENTACJA WITAMINOWA DZIECI

Aktualnie na rynku suplementów dostępnych jest mnóstwo preparatów podnoszących odporność u dzieci (tak mówią reklamy, choć nie do końca jest to poparte faktami medycznymi). Warto pamiętać, aby takie preparaty stosować zgodnie z rozsądkiem, bo mogą zawierać duże ilości cukrów. Najzdrowszym substytutem mieszanek witaminowych jest zrównoważona dieta. Jeśli jednak konieczna jest suplementacja, warto sięgać w takiej sytuacji po produkty zarejestrowane jako leki, a nie suplementy diety. Konieczność suplementacji trzeba też omówić z pediatrą.

Poniżej przedstawiono spis preparatów, które w oparciu o badania naukowe powinny być podawane dzieciom.

Suplementacja witaminą D zalecenia z 2023 r.

Przez cały rok – dzieci w tym wieku nie powinny być eksponowane na słońce:

- Noworodki urodzone w 33.–36. tygodniu ciąży 400 IU/d od pierwszych dni życia, niezależnie od sposobu karmienia,
- 0–6 miesięcy: 400 IU/dobę od pierwszych dni życia, niezależnie od sposobu karmienia,



- 6–12 miesięcy: 400–600 IU/dobę zależnie od dobowej ilości witaminy D przyjętej z pokarmem,
- 1 rok–3 lata: 600 IU/dobę zależnie od dobowej ilości witaminy D przyjętej z pokarmem.

Przy ekspozycji na słońce:

- 4–10 lat – u dzieci zdrowych, przebywających na słońcu z odkrytymi przedramionami i podudziami przez co najmniej 15 minut w godzinach 10:00–15:00 bez kremów z filtrem, w okresie od maja do września, suplementacja nie jest konieczna, choć wciąż zalecana i bezpieczna. Jeżeli powyższe warunki nie są spełnione, zalecana jest suplementacja w dawce 600–1000 IU/dobę, w zależności od masy ciała i podaży witaminy D w diecie przez cały rok;
- u zdrowych nastolatków w wieku 10–19 lat przebywających na słońcu z odkrytymi przedramionami i podudziami przez co najmniej 15 minut w godzinach od 10:00 do 15:00 bez kremów z filtrem, w okresie od maja do września, suplementacja nie jest konieczna, choć wciąż zalecana i bezpieczna. Jeżeli powyższe warunki nie są spełnione, zalecana jest suplementacja w dawce 1000–2000 IU/dobę, w zależności od masy ciała i podaży witaminy D w diecie, przez cały rok (źródło: Wytyczne dotyczące profilaktyki i leczenia niedoboru witaminy D – aktualizacja z 2023 r. w Polsce).

Warto schemat postępowania omówić z pediatrą, jeśli maluch należy do poniższych grup ryzyka niedoboru witaminy D.

Wiek	Maksymalna dawka IU/dobę (µg/dobę)
0–12 miesięcy	1000 (25)
1–10 lat	2000 (50)
11–18 lat	4000 (100)
≥ 19 lat przy prawidłowej masie ciała	4000 (100)
kobiety w ciąży i w trakcie laktacji	4000 (100)
≥ 19 lat przy nadwadze i otyłości	10 000 (250)

Tabela. Grupy ryzyka niedoboru witaminy D

Grupa ryzyka	Przykłady chorób/stanów/cech stylu życia
Choroby układu mięśniowo-szkieletowego	Krzywica, osteoporoza, osteopenia, bóle mięśni, miopatie, miodystrofie, niskoenergetyczne złamania kości, częste upadki, zniekształcenia kostne
Choroby endokrynologiczne/ metaboliczne	Cukrzyca typu I i II, zespół metaboliczny, otyłość, nadwaga, nadczynność i niedoczynność przytarczyc, hipokalcemia, kalciuria, fosfatemia, hiperfosfatemia, fosfaturia, dyslipidemie
Fizjologicznie zwiększone zapotrzebowanie	Dzieciństwo, okres pokwitania, ciąża, karmienie piersią
Zespół złego wchłaniania	Niewydolność zewnątrzwydzielnicza trzustki, nieswoiste zapalenia jelit, mukowiscydoza, celiakia, stan po operacji bariatrycznej
Choroby wątroby i dróg żółciowych	Niewydolność wątroby, przewlekła choroba nerek, zespół nerczycowy
Choroby układu oddechowego	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP)
Choroby zakaźne	Gruźlica, nawracające infekcje dróg oddechowych
Ogólnoukładowe choroby tkanki łącznej	Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS), toczeń rumieniowaty układowy, zapalenie skórno-mięśniowe, fibromialgia
Choroby skóry	Atopowe zapalenie skóry (AZS), łuszczyca
Choroby układu nerwowego	Stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, demencja, mózgowe porażenie dziecięce, autyzm
Osoby starsze i osoby przebywające krótko na słońcu	Wiek >70 lat, używanie kremów z filtrem UV, elementy kulturowe (np. zakrywanie ciała), rzadkie przebywanie na świeżym powietrzu, zanieczyszczenie powietrza, strefy zamknięte, bariery skórne
Charakterystyka żywieniowa	Weganizm, wegetarianizm, niska podaż mleka i produktów mlecznych, dieta niskotłuszczowa, mała ilość witaminy D w pożywieniu
Długotrwałe używanie leków	Leki przeciwpadaczkowe, glikokortykosteroidy, leki przeciwgrzybicze, inhibitory proteazy HIV, inne
Nowotwory złośliwe	Rak jelita grubego, nowotwory układu limfatycznego i krwiotwórczego, rak piersi, rak jajnika, rak prostaty
Choroby autoimmunologiczne	Sarkoidoza, histiocytoza, kokcydioidomikoza, berylioza
Choroby psychiczne	Schizofrenia, anoreksja
Choroby układu sercowo-naczyniowego	Nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, niewydolność serca
Inne	Zespół przewlekłego zmęczenia, leczenie szpitalne (oddziały intensywnej terapii), oczekiwanie na przeszczepienie narządu lub bycie biorcą narządu

źródło: Wytyczne dotyczące profilaktyki i leczenia niedoboru witaminy D – aktualizacja z 2023 r. w Polsce

Suplementacja witaminą K [stanowisko Amerykańskiej Akademii Pediatrii (AAP) z 2023 r.]

W celu zapobiegania chorobie krwotocznej noworodków zaleca się domięśniowe podanie 1 mg witaminy K w ciągu 6 godz. od urodzenia wszystkim noworodkom z masą ciała > 1500 g, dzieciom o masie poniżej 1500 g należy podać dawkę domięśniową 0,3–0,5 mg/kg m.c. z uwagi na szczególne narażenie na krwawienia. Wytyczne AAP rekomendują podanie domięśniowe z uwagi na lepszą skuteczność w badaniach nad podaniem doustnym.

Suplementacja żelazem (stanowisko ESPARGAN z 2013 r. i AAP z 2010 r.)

Wśród dzieci są grupy ryzyka, u których suplementacja żelazem jest obowiązkowa ze względu na duże ryzyko utraty lub niewystarczające zapasy tego pierwiastka. Żelazo jest niezbędne do funkcjonowania młodego organizmu, tworzenia składników krwi, budowania układu nerwowego i odpornościowego oraz wzrostu dzieci.

Ryzyko wczesnego niedoboru żelaza z powodu niedostatecznych zapasów występuje u:

- wcześniaków,
- niemowląt o niskiej masie urodzeniowej,
- dzieci z ciąż mnogich,
- dzieci, które miały małe stężenie hemoglobiny od pierwszych dni życia, w tym dzieci, które miały okołoporodowo dużą utratę krwi – krwawienie, częste pobieranie krwi do badań, krwawienia u mamy lub zespół przetoczenia między płodami,
- dzieci matek z niedokrwistością w czasie ciąży, cukrzycą, chorobami przewlekłymi, stanem przedrzucawkowym.

Warto pamiętać, że niedobory żelaza mogą wynikać też z powodu zbyt małego spożycia np.:

- niedoborowa dieta eliminacyjna u dzieci, często w alergiach pokarmowych,
- karmienie wyłącznie piersią po 6. miesiącu życia lub zbyt powolne włączanie do diety pokarmów zawierających żelazo – mięsa wieprzowe, wołowe, soja, fasola,
- u starszych dzieci zaburzenia odżywiania się, u młodszych wybiórczość pokarmowa.

Z powodu trudności we wchłanianiu:

- częste biegunki,
- celiakia,
- zapalenia błony śluzowej żołądka,
- wady w budowie jelit.

Z uwagi na zwiększone zapotrzebowanie pierwiastka:

- nawracające zakażenia układu oddechowego i pokarmowego,
- szybkie wzrastanie,
- skłonność do krwawień,
- spadek łaknienia w przebiegu nawracających infekcji bądź zaburzeń natury psychologicznej.

Dawki suplementacyjne zależą od masy ciała – u dzieci > 2000 g masy urodzeniowej 1–2 mg żelaza/kg masy ciała; u dzieci z mniejszą masą urodzeniową < 2000 g nawet 2–3 mg żelaza na kg masy ciała.

DZIECKO W CHOROBIE

W tej części artykułu zostaną omówione podstawowe stany infekcyjne u dzieci oraz zalecane postępowanie w sytuacji ich wystąpienia. Należy pamiętać, że poniższe porady nie zastąpią wizyty u lekarza, a są jedynie wskazówką, jak postępować, zanim trafi się do gabinetu lekarskiego.

Postępowanie w gorączce u dzieci

Gorączka zapoczątkowuje zwykle większość infekcji wirusowych i bakteryjnych, pojawia się nagle i szybko narasta. Dziecko staje się apatyczne, pokładające, a niemowlęta senne lub drażliwe, ze zmniejszonym apetytem. W trakcie narastania temperatury często obserwuje się zimne dłonie i stopy oraz rozpaloną głowę i kark, czynność serca i oddech są przyspieszone. Objawy te ulegają normalizacji przy obniżaniu temperatury.

Temperaturę ciała zawsze powinno się mierzyć w ujednolicony sposób – tym samym urządzeniem i w tym samym miejscu.

Warto pamiętać, że temperatura ciała wykazuje wahania. Zakres norm:

- temperatura mierzona w ustach: 35,5–37,50°C,
- temperatura mierzona w odbycie: 36,6–37,9°C,
- temperatura mierzona w uchu: ucho – błona bębenkowa: 35,8–37,9°C,
- temperatura mierzona w dole pachowym: 34,7–37,30°C.

O gorączce u dziecka mówi się w przypadku temperatury powyżej 38°C, o wysokiej gorączce przy temperaturze powyżej 39°C.

Leczenie

O ile stan podgorączkowy u dziecka często działa korzystnie, pobudzając układ odpornościowy, o tyle już sama gorączka osłabia organizm, dlatego należy ją obniżać (w pewnych sytuacjach u dzieci stosuje się również leki przeciwgorączkowe w przypadku stanu podgorączkowego, np. drgawki gorączkowe w przeszłości).

W pierwszej kolejności obniża się temperaturę ciała, stosując leki przeciwgorączkowe. Do wyboru są tu preparaty ibuprofenu i paracetamolu.

Leki przeciwgorączkowe u dzieci dawkuje się ze względu na masę ciała.

Najczęściej na preparatach zapisane są przedziały wagowe i dawki leków, ale bardziej dokładną metodą jest dawkowanie leków precyzyjnie na kilogram masy ciała.

Trzeba bezwzględnie pamiętać, że lek nie zadziała, jeśli nie poda się go w odpowiedniej dawce.

Paracetamol doustnie
10–15 mg/kg m.c./kg na dawkę
(maksymalna dawka jednorazowa 1000 mg)
co 4–6 godzin
(maksymalna dawka dobowa 60 mg/kg m.c.)

Paracetamol doodbytniczo
20–25 mg/kg na dawkę
(maksymalna dawka jednorazowa 1000 mg)
co 6–8 godzin
(maksymalna dawka dobowa 60 mg/kg m.c.)

Ibuprofen doustnie i doodbytniczo
10 mg/kg m.c. na dawkę co 6–8 godzin
(maksymalna dawka dobowa 40 mg/kg m.c.)
dawka jednorazowa – na 1 podanie
dawka dobowa – na całą dobę

Preparaty przeciwgorączkowe lepiej stosować w postaci bardziej stężonej – trzeba podać wówczas mniejszą objętość leku.

Ibuprofen w formie stężonej występuje w pod nazwą handlową z dopiskiem forte.

W preparacie forte jest 200 mg leku 5 ml syropu (w preparacie mniej stężonym jest 100 mg leku w 5 ml).

Paracetamol w formie stężonej występuje w preparacie 100 mg leku w 1 ml lub 200 mg na 5 ml.

Jeżeli np. mały pacjent waży 8 kg, to powinien otrzymać:
- ibuprofenu 8×10 mg = 80 mg
- paracetamolu doustnego 8×15 mg = 120 mg
- paracetamolu doodbytniczego 8×25 mg = 200 mg.

To znaczy, że 8-kilogramowy maluch musi otrzymać 80 mg ibuprofenu lub 120 mg paracetamolu doustnego – układamy proporcję:

$$\frac{200 \text{ mg ibuprofenu}}{80 \text{ mg ibuprofenu}} = \frac{5 \text{ ml syropu}}{x}$$

$$x = \frac{200 \cancel{\text{ mg}} \atop \cancel{\text{ibuprofenu}} \times \frac{5 \text{ ml}}{\text{syropu}}}{200 \cancel{\text{ mg}} \atop \cancel{\text{ibuprofenu}}} = \frac{400}{200} \text{ ml} = 2 \text{ ml}$$

$$\frac{200 \text{ mg paracetamolu}}{120 \text{ mg paracetamolu}} = \frac{1 \text{ ml syropu}}{x}$$

$$x = \frac{120 \cancel{\text{ mg}} \atop \cancel{\text{paracetamolu}} \times \frac{1 \text{ ml}}{\text{syropu}}}{100 \cancel{\text{ mg}} \atop \cancel{\text{paracetamolu}}} = \frac{120}{100} \text{ ml} = 1{,}2 \text{ ml}$$

Preparaty paracetamolu i ibuprofenu można stosować naprzemiennie w celu intensyfikacji leczenia, wówczas odstęp między preparatami to 3–4 godziny.

Dodatkowo w warunkach domowych po podaniu leków przeciwgorączkowych można zastosować tradycyjne metody obniżania temperatury:
- kąpiel w letniej wodzie (temperatura wody niższa od temperatury ciała o 1–2°C) przez ok. 10–15 minut,
- wilgotne, chłodne okłady na czoło,
- wilgotne, chłodne okłady na pachwiny, pachy, kark,



- pojenie chłodnymi płynami,
- unikanie przegrzewania dziecka, dziecka nie należy zbyt grubo ubierać, a pomieszczenie, w którym przebywa pacjent, powinno być regularnie wietrzone z utrzymaną stałą temperaturą ok. 20°C.

Niepokojące objawy przy podwyższonej temperaturze

W przypadku podwyższonej temperatury u dziecka należy zwrócić uwagę na niepokojące objawy.

1. Każde dziecko z podwyższoną temperaturą ciała może być drażliwe, ale utrzymująca się drażliwość lub nieukojony płacz dziecka albo jego nasilona ospałość, senność lub trudność w wybudzeniu powinny wzbudzić czujność. Najczęściej apatia w przypadku dzieci mija po obniżeniu temperatury ciała.
2. Reakcja na leki przeciwgorączkowe – temperatura powinna obniżać się po podaniu leków, im wyższa temperatura, tym wolniej spada i trzeba do jej obniżenia zastosować zarówno metody farmakologiczne (leki przeciwgorączkowe), jak i fizykalne (np. zimne okłady). Jeżeli temperatura nie ulega obniżeniu po podaniu leków przeciwgorączkowych w prawidłowych dawkach, istotna jest konsultacja lekarska.
3. Odpowiednia podaż płynów. Czy dziecko przyjmuje płyny w wystarczającej ilości? Jeżeli maluch pije w tym stanie mniej niż zwykle, powinien być oceniony przez lekarza, bo nawet przy błahej infekcji wirusowej groźne dla dziecka będzie samo odwodnienie.
4. Należy zwrócić uwagę na ilość, zapach i wygląd oddawanego przez dziecko moczu. Zmniejszona ilość może towarzyszyć odwodnieniu, brzydki zapach bądź wzmożone zabarwienie mogą sugerować zakażenie w układzie moczowym. Szczególnie powinno się zwrócić uwagę na mocz w przypadku braku innych objawów infekcji u dziecka, będących możliwą potencjalną przyczyną gorączki, np. katar, kaszel.
5. Czujność u rodziców powinny wzbudzić jakiekolwiek zmiany skórne bądź wysypka. Jeżeli na skórze malucha pojawiają się drobne kropeczki bądź plamy niebledniące pod wpływem ucisku, trzeba NATYCHMIAST skontaktować się z lekarzem.

6. Niepokój powinien wzbudzić przyspieszony oddech u dziecka, nieuspokajający się po podaniu leków przeciwgorączkowych. Jeżeli dziecko „ciężko oddycha", powinno być zbadane przez lekarza.
7. Gorączka jest tym bardziej niebezpieczna, im młodsze dziecko, dlatego rodzice maluchów < 6. miesiąca życia zawsze w trybie natychmiastowym powinni zgłosić się do lekarza w razie pojawienia się wysokiej temperatury. Warto pamiętać, że zbyt ciepłe ubranie, energiczna zabawa czy intensywny płacz również mogą zawyżać pomiary. W takiej sytuacji należy wyeliminować wspomniane czynniki i ponownie zmierzyć temperaturę.
8. Pilnej konsultacji lekarskiej wymaga również gorączka utrzymująca się powyżej 3 dób.

KASZEL – NA CO ZWRÓCIĆ UWAGĘ PRZED WIZYTĄ U LEKARZA

Kaszel u dziecka może występować w przebiegu infekcji dróg oddechowych oraz z innych przyczyn, np. zakrztuszenie ciałem obcym (np. klockiem), alergia, refluks żołądkowo-przełykowy bądź astma oskrzelowa. Zadaniem lekarza jest znaleźć jego przyczynę, a rodzica: być czujnym obserwatorem i starać się skrupulatnie opisać podczas wizyty lekarskiej:

- jak długo trwa kaszel,
- czy towarzyszą mu inne objawy, np. katar, gorączka, wymioty,
- o jakich porach dnia pojawia się kaszel,
- czy ma charakter napadowy, czy raczej ciągły,
- czy jest suchy, czy mokry.

Jak odróżnić kaszel suchy od mokrego?

Kaszel suchy to kaszel „duszący", męczący, napadowy, nie słychać, by „urywała" się wydzielina. W przypadku tego rodzaju kaszlu można zastosować nawilżanie dróg oddechowych inhalacją z soli fizjologicznej bądź doraźnie zastosować leki hamujące kaszel, a następnie pilnie skontaktować się z lekarzem.

Jednak zawsze trzeba być czujnym i obserwować, czy nie występuje tzw. obturacja w drogach oddechowych, czyli „zaciskanie" ścian oskrzeli i duszność.

Wykładnikami takiej duszności są:

- szybki oddech – każda grupa wiekowa ma właściwe przedziały liczby oddechów na minutę:

Wiek w latach	Liczba oddechów/minutę
0–1	24–38 (noworodek: 40–60)
2–3	22–30
4–6	20–24
7–9	18–24
10–14	16–22
14–18	14–20

- poruszanie skrzydełkami nosa – boczne ścianki nosa dziecka,
- uruchamianie tzw. dodatkowych mięśni oddechowych, czyli kiedy patrzy się na niemowlaka, widać, że oddycha brzuchem, jednak w naturalnym oddechu nie pojawia się ciągnięcie mięśni brzucha pod żebra, przy duszności te mięśnie zapadają się,
- gwiżdżący poświst podczas oddychania,
- siny trójkąt wokół ust,
- sine opuszki palców.

W takiej sytuacji dziecko powinno przyjąć pozycję ułatwiającą oddychanie, czyli sadza się je bądź pionizuje i pilnie kontaktuje się z lekarzem. Aby stwierdzić duszność, nie jest potrzebne wystąpienie wszystkich powyższych objawów, już przy jednym z nich konieczny jest kontakt z lekarzem.

Szczególnie dramatycznie brzmiącym rodzajem kaszlu suchego jest – podrodzaj kaszlu krtaniowego – kaszel o charakterze szczekającym. Brzmi dosłownie jak szczekanie psa (zespół pseudokrupu) i wynika z zapalenia krtani. Szczekający charakter jest wynikiem obrzęku krtani, który trzeba szybko zmniejszyć, ponieważ dziecko może mieć trudności w oddychaniu. Kaszel tego typu najczęściej pojawia się w nocy. Aby zmniejszyć obrzęk krtani, można zastosować chłodne powietrze – ubiera się malucha w czapkę i szalik i wychodzi na balkon lub otwiera drzwi lodówki. W razie braku efektu lekarz włączy inhalację preparatem sterydu lub nawet wykona inhalację adrenaliną. W przypadku podejrzenia zapalenia krtani trzeba działać natychmiastowo, nie czekać do rana.

Kaszel mokry to kaszel z odpluwaniem wydzieliny u starszych dzieci, u młodszych słychać „urywanie wydzieliny". Tutaj nie hamuje się odruchu kaszlu, a wręcz przeciwnie – trzeba starać się go nasilać, aby szybciej pozbyć się mokrej wydzieliny z dróg oddechowych, dlatego włącza się syropy o charakterze wykrztuśnym – rozrzedzające wydzielinę i ułatwiające jej ewakuację.



Objawy alarmujące, które sugerują choroby przewlekłe bądź ostre i wymagają konsultacji lekarskiej:

- kaszel w okresie noworodkowym,
- kaszel w trakcie karmienia,
- przewlekły kaszel,
- nagły początek kaszlu,
- współistnienie kaszlu z utratą masy ciała, potami nocnymi,
- spadek tolerancji wysiłku,
- napadowy kaszel w trakcie wysiłku,
- pojawienie się zasinienia wokół ust,
- gorączka,
- nasilenie kaszlu.

Przede wszystkim chcąc ulżyć dziecku, trzeba rozróżnić, jaki rodzaj kaszlu u niego występuje. Nie ma syropów, które dobrze działają na oba rodzaje kaszlu. W przypadku kaszlu mokrego nie powinno się hamować odruchu kaszlowego, ponieważ cała wydzielina zalegająca w drogach oddechowych w nich pozostaje.

Leki przeciwkaszlowe stosuje się tylko w przypadku kaszlu suchego. Mają one kilka niezależnych mechanizmów działania – te starszej generacji



działają na ośrodek w mózgu (tzw. pochodne opioidowe), który jest odpowiedzialny za „wytwarzanie kaszlu". Przez miejsce swojego działania mają wiele mechanizmów niepożądanych, mogą np. wpływać na ośrodki odpowiedzialne za oddychanie, dlatego mimo że można je kupić bez recepty, nigdy nie powinno się ich samodzielnie włączać u dziecka.

Nowsze leki przeciwkaszlowe działają bezpośrednio na receptory kaszlu w oskrzelach, dzięki czemu mają większy profil bezpieczeństwa.

Leki wykrztuśne doustne, czyli rozrzedzające wydzielinę w drogach oddechowych, stosuje się, aby można było łatwiej oczyścić drogi oddechowe. W przypadku stosowania leków wykrztuśnych dziecko będzie kaszlało więcej, ponieważ zwiększa się produkcja wydzieliny w drogach oddechowych, dlatego syropy te można podawać do godzin popołudniowych, a nigdy na noc. Im młodsze dziecko, tym rozważniejsza powinna być decyzja – najlepiej wyłącznie po konsultacji lekarskiej – o zastosowaniu leku rozrzedzającego oskrzela, ponieważ nie każdy maluch ma na tyle rozwinięty odruch kaszlowy, by sobie z tą wydzieliną poradzić.

KATAR – MAŁA RZECZ, WIELKI PROBLEM

Katar, niby błaha sprawa, jednak każdy rodzic wie, jak bardzo może utrudnić życie. Katar w fachowym języku oznacza nieżyt nosa. Ma on dwie przyczyny: obrzęk błony śluzowej w nosie i nadprodukcja wydzieliny.

Wyróżnia się kilka rodzajów kataru i to od identyfikacji każdego zależy dalsze postępowanie:

- **katar wodnisty**, z reguły na początku infekcji wirusowej – wówczas głównym problem jest ciekająca wydzielina i zapchany nos. Na tym etapie stosuje się do leczenia krople z ksylometazoliną i jej pochodnymi (można podawać od 3. miesiąca życia – po uprzedniej konsultacji lekarskiej), aby zmniejszyć obrzęk w nosie. Substancje te powodują skurcz śluzówki i przez to udrażniają nos, jednak stosowane zbyt długo mogą uszkodzić naczynia i zbytnio przesuszyć śluzówkę, dlatego w przypadku dzieci stosuje się je maksymalnie 5–7 dni. Na tym etapie infekcji nie stosuje się do oczyszczania nosa dziecka soli hipertonicznych i soli morskiej, bo tylko wzmaga się produkcję wydzieliny w nosie. Przed odciąganiem wydzieliny stosuje się jedynie sól fizjologiczną;

- **katar gęsty**, z reguły w późniejszym etapie infekcji – biała lub żółta wydzielina, którą trudno odciągnąć z nosa. Na tym etapie infekcji stosuje się preparaty na bazie soli hipertonicznych, aby zwiększyć produkcję wydzieliny i rozrzedzić ją, dzięki czemu łatwiej ją odciągnąć. U starszych niemowląt i dzieci można się wspomóc nebulizacją z soli fizjologicznej;
- **katar sienny, alergiczny**, z reguły wodnisty, powiązany ze świądem nosa, kichaniem, często towarzyszy mu łzawienie oczu, kaszel. Do leczenia tego typu kataru po konsultacji z lekarzem włącza się preparaty przeciwalergiczne. Tych leków nie podaje się samodzielnie, a o ich włączeniu decyduje wyłącznie lekarz;
- **katar w przebiegu zapalenia zatok** – to gęsty katar, często ściekający po tylnej ścianie gardła, powodujący brzydki zapach z ust chorego. Jeżeli taki katar się przedłuża, wymaga włączenia antybiotyku, o czym decyduje lekarz na podstawie zebranego wywiadu. Dotyczy starszych dzieci, ponieważ rozwój zatok to długotrwały proces i rozpoczyna się dopiero w 3. roku życia;
- **katar w przebiegu przerostu migdałka gardłowego** – przerośnięty migdałek utrudnia wentylację i doprowadza do przedłużającego się kataru trwającego miesiącami. Dodatkowo dziecko ma często problem z chrapaniem w nocy, śpi z otwartą buzią i ma mowę nosową. Boryka się też z nawracającymi zapaleniami uszu i anginami.

Warto pamiętać, że kolor wydzieliny i jej ropny charakter wcale nie jest wskazaniem do podania antybiotyku! Katar jest najczęściej infekcją wirusową i nie wymaga leczenia antybiotykiem, a jedynie neutralizowania jego objawów.

Nos z tyłu jest połączony z gardłem. Do gardła prowadzą też specjalne kanały z uszu, dlatego zapchany nos w konsekwencji może doprowadzić do zapalenia uszu oraz suchego kaszlu, w wyniku ściekania wydzieliny po tylnej ścianie gardła. U młodszych dzieci karmionych piersią znacznie utrudnia karmienia. Z katarem można często poradzić sobie, podając leki doraźne (o tym niżej), ale jeżeli katar trwa dłużej niż 5–7 dni, dołączyły do niego kaszel lub gorączka, a co gorsza – pojawiają się trudności z karmieniem piersią – dziecko wymaga oceny przez pediatrę.

Jak radzić sobie z katarem?

Dbać o higienę nosa – nawilżać, stosując sól fizjologiczną (ewentualnie przy gęstym katarze hipertoniczną/morską) i odciągać wydzielinę. Do odciągania starać się stosować sprzęt o odpowiedniej sile ssącej, zwykle popularna gruszka i aspiratory są zbyt słabe.

Stosować wyższe ułożenie, częściej pionizować malucha, a do spania wkładać pod materac specjalny klin.

Można użyć specjalnych olejków aromatycznych na poduszkę, ale trzeba pamiętać, że mogą one uczulać, dlatego pierwszorazowe użycie przeprowadza się w dzień i obserwuje reakcję dziecka.

W ostateczności włączać krople zawierające oksymetazolinę, które doprowadzają do skurczu naczyń w błonie śluzowej nosa, przez co zmniejszają obrzęk i ułatwiają oddychanie. Jednak takie krople można stosować tylko maksymalnie 5 dni, samodzielnie, po konsultacji z lekarzem 7 dni, ponieważ można doprowadzić do uszkodzenia błony śluzowej nosa.

Jak ocenić stopień odwodnienia u dziecka?

Odwodnienie u dzieci może wystąpić w przebiegu infekcji przewodu pokarmowego, wówczas doprowadzają do niego uporczywe wymioty i biegunka. Ale również gorączka u dziecka oraz niechętne przyjmowanie płynów przy upałach mogą doprowadzić do odwodnienia.

Na co powinno się zwrócić uwagę, obserwując dziecko:

- pragnienie – to czy dziecko pije chętnie, czy nie, początkowo przy odwodnieniu pragnienie jest duże, jednak przy ciężkim stopniu odwodnienia dziecko pije niechętnie,
- ilość oddawanego moczu – niemowlęta powinny moczyć minimum 6 pieluch na dobę, ważny jest też zapach moczu oraz kolor – intensywny sugeruje oddawanie mniejszych ilości moczu lub infekcje w drogach moczowych,
- powrót włośniczkowy – ocenia się, uciskając paznokieć dziecka: jeżeli zblednięcie i powrót zabarwienia trwa dłużej niż 2–3 s, jest to niepokojący objaw,
- elastyczność skóry zmniejsza się w odwodnieniu – jeśli zebrany palcami fałd skórny „stoi", zamiast samodzielnie wracać do swojego kształtu,
- gałki oczne ulegają zapadnięciu w głąb,
- przy ciężkim odwodnieniu stopniowo pojawia się mniej łez,
- ciemiączko – nigdy nie powinno być zapadnięte bądź tętniące,
- śluzówki jamy ustnej – przy odwodnieniu robią się suche, białe, usta są spierzchnięte,
- apatia – dziecko mimo braku gorączki jest ospałe, niechętnie przyjmuje płyny, jest to wskazanie do hospitalizacji,
- gorączka jako dodatkowy objaw – pogarsza stan nawodnienia dziecka, przyspiesza proces odwodnienia,
- przyspieszona czynność serca niewynikająca ze stresu bądź gorączki,
- przyspieszony, niespokojny oddech.

Jeżeli zaobserwowany zostanie któryś z powyższych objawów, powinno się pilnie skontaktować z lekarzem w celu fachowej oceny odwodnienia dziecka.

Podstawowe dobowe zapotrzebowanie na wodę dziecka oblicza się wg poniższego wzoru:

Masa dziecka	Zapotrzebowanie
1–10 kg	100 ml/kg
11–20 kg	1000 ml + 50 ml na każdy kg masy ciała powyżej 10 kg
20 kg	1500 ml + 20 ml na każdy kg masy ciała powyżej 20 kg

Plus 5–10 ml/kg masy ciała płynów po każdych wymiotach czy oddanym stolcu w przebiegu infekcji przewodu pokarmowego.

Wzór dotyczy wszystkich wypitych płynów, w tym zup, mleka, soków.

W przypadku biegunki u dzieci poza oceną odwodnienia powinny zaniepokoić tzw. patologiczne domieszki w stolcu – krew i śluz, a w przypadku wymiotów – fusowate zabarwienie. Takie sytuacje zawsze wymagają konsultacji lekarskiej.

Nawadniając dziecko w przebiegu nieżytu żołądkowo-jelitowego, płyny podaje się chłodne, małymi porcjami, po łyżeczce – wypite łapczywie dziecko szybko zwróci. Należy też unikać nabiału, a w przypadku niemowląt, zawsze najpierw obniża się gorączkę, a dopiero potem przystawia do piersi lub podaje mieszankę mleczną. Mleko podane przy gorączce może prowokować wymioty.



FIZJOTERAPEUTYCZNY punkt widzenia

Autorka: **Natalia Gawrych-Okulińska**

Na przestrzeni lat wnioski dotyczące rozwoju dziecka oraz podejście do jego wspierania, a także wybór najlepszych sposobów pielęgnacji zmieniły się diametralnie. Dostęp do najróżniejszych poradników, magazynów, stron internetowych oraz aplikacji sprawił, że rodzice są bardziej świadomi i mają ogromną wiedzę na temat przebiegu ciąży, porodu oraz poszczególnych etapów rozwoju dziecka.

Dla każdego rodzica prawidłowy rozwój niemowlęcia jest najważniejszy. Najbardziej oczywistym elementem zmian rozwojowych, jaki rodzice zauważają, jest rośnięcie dziecka (w szczególności po zmieniających się rozmiarach ubrań, z których dzieci szybko wyrastają) oraz przybieranie na wadze. Obserwacja niemowlęcia w pierwszym roku życia jest bardzo ważna, ponieważ dziecko rozwija się w bardzo szybkim tempie. Z każdym następnym tygodniem życia uczy się nowych rzeczy i zaczyna być coraz sprawniejsze motorycznie.

Obserwacja powinna dotyczyć nie tylko rozwoju motorycznego dziecka, ale również sposobu zachowania, rozwoju wzroku, mowy, mimiki, kształtu czaszki, barwy skóry, co doskonale można realizować podczas codziennej pielęgnacji. Bardzo istotnym elementem prawidłowego rozwoju dziecka jest też rozwijanie wspólnej więzi.

Proces rozwojowy dziecka jest cechą indywidualną. Musimy pamiętać, że każde dziecko ma swój rytm. Naszą rolą jest jego obserwowanie i sprawdzanie, czy dziecko nie ma opóźnienia w umiejętnościach motorycznych oczekiwanych w danym okresie rozwoju. Warto zaznaczyć, że dziecko również nie powinno znacznie wyprzedzać swoich umiejętności ruchowych. Rodzice często nie zauważają u dzieci pewnych anomalii rozwojowych, np. trudności w leżeniu na brzuszku lub w obrotach z pleców na brzuch, tłumacząc sobie, że „dziecko ma na to jeszcze czas", pomimo że te umiejętności są już w zakresie jego możliwości. Dlatego znajomość etapów rozwoju dziecka jest niezwykle ważna.

Od pierwszych dni życia dziecka możemy obserwować rozwój sensomotoryczny i śledzić jego zmiany w kolejnych tygodniach. Maluszek poznaje świat całym swoim ciałem, dlatego zwraca się szczególną uwagę na rozwój sensoryczny, uwzględniając zmysły, które informują go, co dzieje się z jego ciałem, czyli zmiany położenia ciała, ruch daną częścią ciała. Dzięki zmysłom dziecko odbiera bodźce z otaczającego go świata, np. dotyk, dźwięki, światło, zapach lub smak. Holistyczna (całościowa) obserwacja niemowlęcia daje wachlarz możliwości jego wspierania.

Istnieje powiedzenie, że niemowlęta do trzeciego miesiąca życia tylko śpią, jedzą i napełniają pieluszkę. Warto zmienić ten punkt widzenia, ponieważ już na wczesnym etapie życia maleństwa można bardzo dużo zaobserwować.

ETAPY ROZWOJU DZIECKA

Dla rodziców najważniejsze jest, aby rozwój ich dziecka przebiegał prawidłowo. Znajomość etapów rozwijania się dziecka sprawia, że można kontrolować jego poszczególne fazy, wiadomo, jakie umiejętności motoryczne dziecko powinno mieć oraz czego w niedługim czasie można się spodziewać. W niniejszym rozdziale przedstawione zostaną etapy rozwoju dziecka w pierwszym półroczu życia.

Okres noworodkowy – 0.–4. tydzień życia

W pierwszym miesiącu życia niemowlę nie potrafi pokonywać działania siły grawitacji, a jego ruchy odbywają się w sposób chaotyczny. W leżeniu na plecach lub brzuszku dziecko nie jest w stanie utrzymać tułowia i głowy w jednej linii, tzw. symetrii, lecz układa i obciąża głowę i tułów w większym stopniu na jedną stronę, to tzw. asymetria ułożeniowa, ponieważ jego ciało jeszcze nie jest na to gotowe ze względu na krzywizny kręgosłupa oraz wypukłą kość potylicy, czyli główkę.

W tym okresie można zaobserwować u dziecka aktywne ssanie, mimowolne wkładanie dłoni do ust, obracanie główki, a wraz z główką zmienia się ustawienia całego ciała, tzw. holokineza – ruchy masowe. Takie ułożenie można porównać do kształtu litery C. W tym okresie dziecko układa się w pozycji zgięciowej, podobnie jak w łonie mamy. Wyraźnie można to zaobserwować w leżeniu na brzuszku, kiedy ciężar ciała dziecka spoczywa na klatce piersiowej, policzku oraz na nadgarstkach. W tej pozycji ręce i nogi są ustawione blisko

ciała i mocno zgięte. W tym okresie charakterystyczne jest również prymitywne kopanie. Polega ono na tym, że dziecko równocześnie jedną nogę zgina w stawie kolanowym i biodrowym w kierunku brzuszka, a druga noga wykonuje wyprost. Takie ruchy umożliwiają mu obrót głowy. Dziecko porusza kończynami w sposób nieskoordynowany, dłonie maluszka są zaciśnięte w piąstki – kciuk schowany. W tym okresie możemy zaobserwować „anielski uśmiech" – jest to uśmiech nieświadomy, ale rozczuli każde serce. Uśmiech ten pojawia się najczęściej w trakcie snu lub napełniania pieluszki.

W pierwszych 4 tygodniach życia dziecka przy odpowiednim ułożeniu i zabezpieczeniu pozycji w leżeniu na plecach można na chwilę utrzymać kontakt wzrokowy z dzieckiem. Od samego początku rozpoznaje ono głos, zapach, ruch lub bicie serca mamy. W tym czasie dziecko prezentuje już rozmaitą mimikę, ponieważ mięśnie mimiczne twarzy u dziecka są znacznie zróżnicowane. Ważne jest, aby pamiętać, że noworodki nie lubią działania intensywnego światła lub dźwięku.

Pierwszy miesiąc życia dziecka potrafi zaskoczyć rodziców i już na tak wczesnym etapie można bardzo dużo obserwować, nie uwzględniając dodatkowych odruchów bezwarunkowych, które także występują, np. płacz, szukanie, ssanie, połykanie, odruch chwytny dłoni, odruch chwytny stóp oraz najczęściej rozpoznawany odruch Moro (odruch obejmowania).



1,5 miesiąca życia, czyli 6. tydzień życia

W tym okresie dziecko w dalszym ciągu utrzymuje asymetryczne ułożenie głowy. Pojawia się długo wyczekiwany uśmiech społeczny i dziecko jest w pełni świadome, że się uśmiecha. Poprawia się jego orientacja wzrokowa i za pomocą kart kontrastowych można zaobserwować śledzenie wzrokiem poruszającej się karty.

Po 6. tygodniu życia występuje bardzo interesujący wzorzec nazywany szermierzem. Pojawia się on, kiedy dziecko odwraca głowę w bok i pokaże mu się przedmiot, na który spoglądało. Pozycja szermierza u dziecka polega na tym, że ręka i noga od strony twarzy, czyli strona, na którą dziecko patrzy, są wyprostowane, a ręka i noga po drugiej stronie – są zgięte. Odruch ten jest ważny, ponieważ dziecko zauważa swoją rękę, co ma wpływ na rozwój koordynacji oko-ręka.



Nie można zapomnieć o pozycji w leżeniu na brzuszku, ponieważ w tej pozycji dziecko zaczyna podpierać się na przedramionach.

2. miesiąc życia, czyli 8. tydzień życia

Jest to czas, w którym możemy dostrzec małą zmianę u dziecka. Zmiana ta wskazuje, że jest to już starsze dziecko niż 6-tygodniowy maluszek. Niemowlę potrafi utrzymać głowę w symetrii, czyli głowa i tułów są – na krótką chwilę – w jednej linii. Pojawia się kontakt rąk, czyli palce rąk dotykają się blisko ciała, leżąc w okolicy brzucha dziecka. Zaobserwować można również różnorodność dźwięków, które wydaje i powiązać je z przyczynami ich wydawania oraz reakcje mimiczne w zależności od sytuacji, np. na dźwięki płynące z otoczenia.

3. miesiąc życia, czyli 12. tydzień życia

To jeden z ważniejszych miesięcy dla dziecka, ponieważ w tym czasie maluszek uzyskuje symetrię w leżeniu na plecach i brzuchu. Niemowlę, będąc na plecach, uzyskuje stabilną pozycję leżącą, obraca głową bez zmiany ustawienia całego ciała, podąża wzrokiem za zabawką, nie zmieniając ułożenia głowy. Łączy ręce w linii środkowej ciała z równoczesnym uniesieniem i zgięciem kończyn dolnych w stawach biodrowych i kolanowych nad podłożem. Zdobyło również umiejętność wyciągania

wyprostowanej ręki w stawie łokciowym w górę, np. w kierunku wiszącej zabawki. Dziecko w tym czasie potrafi również prowadzić złączone ręce do ust i widać, że jego dłoń jest otwarta. Można zaobserwować obniżenie linii stawów barkowych, przez co rodzic zauważa szyję dziecka. W leżeniu na brzuszku maluch potrafi podpierać się symetrycznie po wewnętrznej stronie stawów łokciowych, a dokładniej na przyśrodkowych nadkłykciach kości ramiennej. Usłyszany dźwięk jest motywacją do obracania głowy, aby znaleźć jego źródło. Dziecko uwielbia śledzić poruszających się członków rodziny oraz atrakcyjne zabawki. Głośno informuje o swoim niezadowoleniu czy głodzie.



4. i 5. miesiąc życia, czyli 16. i 20. tydzień życia

W 4. miesiącu w leżeniu na plecach dziecko chętnie wyciąga rękę po zabawkę i prowadzi ją do ust. Chwyt po zabawkę przebiega bocznie, ponieważ dziecko jeszcze nie potrafi chwycić zabawki w linii środkowej ciała. W tym czasie dziecko, trzymając się za ręce, równocześnie łączy ze sobą pierwsze palce stóp, tzw. paluch-paluch.

Dziecko w tym wieku dobrze komunikuje się z otoczeniem i śmieje się w trakcie zabawy, protestuje, gdy zabierze się mu zabawkę, a także lubi słuchać dźwięków różnych grzechotek. W leżeniu na brzuchu chwyci zabawkę, która leży blisko rąk.

Gdy dziecko osiągnie wiek 4,5 miesiąca, rozwija się chwyt po zabawkę przekraczający linię środka ciała, czyli poprowadzi prawą rękę do zabawki, która jest po jego lewej stronie. W leżeniu na brzuchu podpiera się na jednym łokciu, dzięki czemu wysuwa drugą rękę po podłożu w kierunku zabawki. Równocześnie z wysunięciem ręki chwytającej zabawkę zgina się po tej samej stronie noga w stawie kolanowym i biodrowym.

W 5. miesiącu dziecko osiąga kolejny etap chwytu po zabawkę. Potrafi chwycić zabawkę w linii środkowej ciała. Można zaobserwować, jak maluszek przekłada zabawki z jednej ręki do drugiej oraz jak manipuluje zabawką w dłoni, aby ją dobrze obejrzeć. W tym czasie charakterystyczne są też obroty na boki i po chwili powrót do leżenia na plecach.

Dziecko coraz lepiej komunikuje się z otoczeniem, np. zaczepia, wydaje okrzyk radości, rozróżnia ton głosu rodziców, jeszcze lepiej kontroluje wyrażanie siebie przez mimikę, np. kiedy jest mu smutno, robi usta w podkówkę. Denerwuje się, gdy mama znika z pola widzenia oraz gaworzy, gdy się obudzi lub jest samo. Skupia wzrok na ustach rodziców w trakcie mówienia, a głos rodziców działa na nie uspokajająco w trakcie płaczu.

W tym miesiącu pojawia się również charakterystyczne pływanie. W czasie leżenia na brzuszku dziecko podnosi nad podłożem ręce i nogi, a w następnym etapie wraca do podporu. W tym



okresie dziecko poznaje swoje ciało. Chwyta się w obrębie brzucha, genitaliów, ud, kolan i podudzi.

6. miesiąc życia, czyli 24. tydzień życia

W tym czasie dziecko staje się coraz bardziej mobilne i ma coraz więcej umiejętności. Chętnie sięga po atrakcyjne zabawki lub przedmioty i się nimi bawi. Położenie dziecka na plecach i próby zmiany pieluszki stają się nie lada wyzwaniem, ponieważ maluszek odkrył obroty z pleców na brzuszek. Przebywanie na brzuszku jest dla dziecka ulubioną pozycją i chętnie pokazuje podpór na otwartych dłoniach na wyprostowanych rękach. Taka forma podporu nazywana jest wysokim podporem, ponieważ cała klatka piersiowa i brzuszek są nad podłogą.

Odruch ssania zastąpiony jest odruchem żującym. W tym okresie uruchamiają się boczne ruchy żuchwy dziecka i podawanie pokarmu z łyżeczki staje się dla rodziców dużo łatwiejsze, gdyż maluszek nie wypycha językiem jedzenia. To też czas, gdy widoczne są różnice w zachowaniu dziecka. Będzie ono inaczej się zachowywać przy rodzicach lub bliskich mu członkach rodziny, a inaczej, gdy pojawi się w domu osoba, której nie zna. Domaga się większej uwagi od strony rodziców oraz próbuje naśladować mimikę rodziców w obrębie ust (w trakcie rozmowy).

SYMPTOMY, KTÓRE POWINNY ZANIEPOKOIĆ

Trudności motoryczne dziecka, np. brak obrotu z pleców na brzuch lub nietolerowanie pozycji leżenia na brzuchu, są pierwszymi sygnałami alarmowymi, które powinny niepokoić rodziców.

Dlatego tak istotne są znajomość rozwoju dziecka i obserwacja malucha, ponieważ można odpowiednio zareagować w czasie niepokojących sytuacji i udać się np. na przeprowadzenie oceny motorycznej dziecka.

Opóźnienie rozwoju motorycznego ma wpływ na opóźnienia w sferze poznawczej, emocjonalnej oraz społecznej – nie można tego zaniedbać.

Niepokojące sygnały, które można obserwować u niemowlęcia:

- brak spontanicznej aktywności rąk,
- brak spontanicznej aktywności nóg,
- odginanie główki do tyłu,
- stałe napinanie nogi: silny wyprost lub krzyżowanie,
- jednoczesne napinanie w wyproście nóg i rąk,
- stałe trzymanie głowy na jedną stronę,
- ulubiona strona, na którą dziecko patrzy,
- asymetria główki,
- mniej aktywna jedna strona ciała,
- szczególnie po 2. miesiącu życia: słabe wodzenie wzrokiem za twarzą rodzica,
- stałe ułożenie w kształcie litery C,
- trudności z ubieraniem i rozbieraniem,
- trudności ze zmianą pieluszki, czyli z odwiedzeniem nóg,
- nietypowe ustawienie stóp,
- jedna noga dłuższa od drugiej,
- nienaturalnie lub nierówno układane nogi,
- urazy, np. złamanie obojczyka,
- trudności ze spaniem lub szybkie wybudzanie,
- trudności ze ssaniem,
- dziecko niespokojne: często płacze,
- niereagowanie na sygnały dźwiękowe,
- niemożność nawiązania kontaktu wzrokowego,
- w czasie noszenia uczucie prężenia się dziecka do tyłu, tzw. odginanie.

Sygnałem alarmowym dla fizjoterapeuty mogą być słowa, którymi rodzice opisują swoje dzieci, np.:

- „Mam silne dziecko".
- „Ulubiona strona".
- „Nie lubi leżeć na brzuszku".
- „Leniuszek".

Te stwierdzenia kwalifikują dziecko automatycznie do przeprowadzenia oceny motorycznej.

Szczególną uwagą należy otoczyć i baczniej obserwować m.in. dzieci:

- urodzone z wykorzystaniem kleszczy lub vacuum,
- z przedłużającego się porodu,
- z wcześniactwem,
- z zaburzeniami oddychania,
- nieprawidłowo ułożonymi w trakcie porodu,
- z dużą objętością główki,
- z dużą masą porodową,
- ze skomplikowanymi infekcjami w pierwszych dniach życia.

PRZYKŁADOWE TECHNIKI PIELĘGNACJI DZIECKA

Ogromną rolę we wspomaganiu dziecka w prawidłowym rozwoju odgrywa jego obserwacja i aktywizacja rodziców do różnorodnych technik pielęgnacji w czynnościach dnia codziennego.

Wiadomo, że noszenie dziecka, karmienie, zmiana pieluszki lub ubranek, są to aktywności, które rodzice powtarzają wielokrotnie w ciągu doby. Istotne jest, aby w pielęgnacji, np. podnoszeniu, stosować różnorodne techniki w celu zapewnienia dziecku większej ilości tzw. handlingu. Wszystkie czynności warto wykonywać w kontakcie wzrokowym, powoli, aby zapewnić dziecku poczucie bezpieczeństwa. Nie można też zapomnieć o najważniejszym: aby cały czas mówić do

maluszka. Poniżej przedstawiono na fotografiach i opisano przykładowe techniki pielęgnacji. Warto pamiętać, że każde dziecko wymaga indywidualnego podejścia, ponieważ każde dziecko jest inne i będzie inaczej wykazywać gotowość mięśniową do poszczególnych pozycji.

Rodzicielska intuicja jest najlepszym przewodnikiem w zakresie opieki nad niemowlęciem.

Podnoszenie

Różne są techniki podnoszenia niemowlaka. Najpopularniejszą jest podnoszenie przodem do rodzica oraz boczne. Najważniejsze w każdym podnoszeniu dziecka jest, aby wykonywać tę czynność po nawiązaniu kontaktu wzrokowego i cały czas mówiąc do dziecka.

Podnoszenie boczne

Dziecko powinno być ułożone w pozycji bocznej, kończynę górną układa się pomiędzy nóżkami dziecka w taki sposób, że przedramię przylega do brzuszka w kierunku stawu barkowego, na którym dziecko leży. Dziecko obejmowane jest dłonią w okolicy dołu pachowego, drugą kończyną górną stabilizowana jest główka i tułów dziecka. Dziecko podnoszone jest bokiem do podłoża i pod niewielkim skosem. Następnym krokiem jest ułożenie główki dziecka w okolicy dołu łokciowego w taki sposób, aby przedramię mogło otoczyć dziecko na całej jego długości.

Innym sposobem podniesienia maleństwa jest wsunięcie ręki pod głowę, a drugiej ręki w okolicy odcinka lędźwiowego (dolna część pleców) i miednicy. Maluszek jest takich rozmiarów, że bez problemu obejmie się większość ciała dziecka dłońmi.

Droga Mamo! Drogi Tato!

Jeśli stresujesz się koniecznością podnoszenia swojego maleństwa – zaufaj sobie! Zrób to tak, jak podpowiada ci serce.









Noszenie

Najbardziej popularną i stosowaną przez rodziców pozycją jest tzw. pozycja fasolki lub inaczej kołyska. W pierwszych miesiącach życia niemowlęcia zaleca się szczególne taką właśnie pozycję. Daje ona poczucie bezpieczeństwa, stabilizacji, pewności i nie ogranicza swobodnych ruchów w stawach kończyn górnych i dolnych.

Główkę dziecka układa się w okolicy dołu łokciowego lub powyżej stawu łokciowego, a przedramię otacza dziecko na całej jego długości w taki sposób, że ręka przechodzi pod stawem barkowym dziecka i obejmuje tułów, a dłoń ułożyć można pod miednicą dziecka lub w obrębie kończyn dolnych. Druga kończyna dolna chwyta dziecko pod obręczą biodrową lub pod kończynami dolnymi.

Drugą najpopularniejszą techniką noszenia jest noszenie niemowlaka z twarzą zwróconą do rodzica – budowanie bliskości. Trudno oprzeć się, aby nie przytulić się do maluszka, kiedy leży na klatce piersiowej i podarować mu ogromu buziaków.

Odkładanie

Stopniowe odkładanie dziecka z wykorzystaniem pozycji bocznej: odkładanie od nóżek, kończąc na główce.

Dziecko trzymane jest w pozycji „fasolki", jedną kończynę górną układa się w taki sposób, aby jego miednica znajdowała się w okolicy dołu łokciowego. Tą samą kończyną górną chwyta się dziecko w okolicy obręczy barkowej. Jeżeli rozmiary dziecka pozwalają, można objąć palcami jego główkę.





Po objęciu dziecka całym przedramieniem, następnym krokiem jest ustawienie ręki wraz z dzieckiem delikatnie do góry w stronę przeciwległego barku. Pozycja ta umożliwi uwolnienie drugiej kończyny górnej i ustawienie dłoni pod główką dziecka, a przedramieniem dodatkowo można stabilizować jego tułów. Kolejnym krokiem jest odłożenie dziecka na podłoże z utrzymaniem pozycji bocznej, kontrolując jego ciało i zapewniając pełną stabilizację. Ważne jest to, aby przy końcowej fazie obracania dziecka z boku na plecy wykonywać ruchy spokojnie i delikatnie. Cały czas trzeba mówić do dziecka i jeżeli maluszek nie śpi, odkładając go, warto nawiązać z nim kontakt wzrokowy.

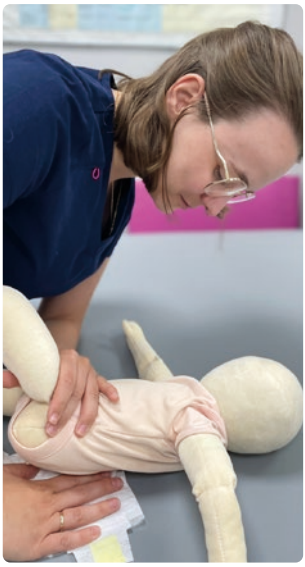
Inną techniką odkładania dziecka jest podobna do tej związanej z podnoszeniem: wsunięcie ręki pod głowę, a drugiej ręki w okolicy odcinka lędźwiowego (dolna część pleców) i miednicy. Ta technika idealnie sprawdza się w momencie, kiedy maluszek leży na klatce piersiowej rodzica.

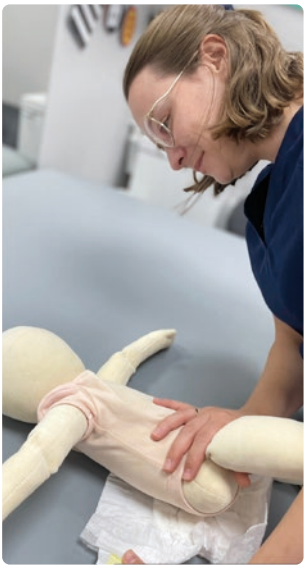
Stopniowo, powolnymi ruchami odłóż maluszka do łóżeczka/przewijaka lub inne miejsce.

Zmiana pieluchy oraz ubrania

W ciągu dnia trudno zliczyć, ile razy dziecko ma zmienianą pieluchę. Zmianę pieluchy lub ubrania można wykonywać przez obroty na boki i być cały czas z maluszkiem w kontakcie wzrokowym. Taka forma czynności higienicznych angażuje mięśnie dziecka oraz zapewnia dodatkowy czas na wspólne przebywanie. Zwraca się szczególnie uwagę, aby unikać podciągania niemowlęcia za nóżki ze względu na bezpieczeństwo stawów biodrowych. Trzeba prowadzić rękę pod jedną kończyną dolną dziecka w taki sposób, aby noga dziecka swobodnie spoczywała na ręce osoby dorosłej. Dłonią obejmuje się drugą kończynę







dolną za udo, jak najbliżej stawu biodrowego. Taka pozycja wyjściowa powinna zabezpieczyć dziecko przed podciąganiem nóżek do góry.

Inną techniką zmiany pieluszki jest objęcie nóżki blisko stawu biodrowego i delikatne poprowadzenie maluszka w kierunku leżenia na boku. Warto pamiętać, że przy tym sposobie ważne jest, aby czynność wykonać na dwie strony ciała dziecka, będąc z maluszkiem twarzą w twarz.

Ważną rzeczą podczas zmiany pieluchy jest pamiętanie, aby nie była ona zbyt ciasno zapięta. Lżej zapięta pieluszka ułatwia maluchowi podnoszenie nóg i wspomaga pracę brzucha (brzuch jest rozluźniony).

Jeśli rodzic czuje, że czynności pielęgnacyjne sprawiają mu trudność, warto udać się do fizjoterapeuty dziecięcego. Taki specjalista także przeprowadza zajęcia instruktażowe z pielęgnacji niemowlaka.

Najważniejsza jest intuicja rodzicielska – zaufaj sobie!



DZIECKO O WYJĄTKOWYCH POTRZEBACH

Dziecko o wyjątkowych potrzebach to dziecko obciążone niedotlenieniem okołoporodowym, krwawieniem śródczaszkowym, wadami rozwojowymi oraz chorobami genetycznymi i neurologicznymi. Takie dziecko już od samego początku życia kierowane jest do specjalistów, a w tym do fizjoterapeutów. Każdy fizjoterapeuta po zapoznaniu się z dzieckiem dobiera indywidualny plan działania, wykorzystując jedną z metod rehabilitacji neurorozwojowych.

Warto pamiętać, że każde dziecko jest inne i u każdego dziecka przebieg takiej samej jednostki chorobowej będzie przebiegał odmiennie.

Metody i koncepcje neurofizjologiczne opierają się na wiedzy anatomicznej i wiedzy dotyczącej fizjologii układu nerwowego. We wczesnym wspomaganiu małego dziecka stosuje się różne techniki terapeutyczne. Pomimo różnorodności tych metod celem każdego terapeuty jest osiągnięcie określonych umiejętności psychomotorycznych dziecka w odpowiednim czasie. U dziecka z zagrożeniem niepełnosprawnością wspieranie rozwoju nie powinno ograniczać się wyłącznie do możliwości gabinetowych, ale szczególnie zwraca się uwagę na kontynuowanie terapii w domu.

Dziecko o wyjątkowych potrzebach może mieć różne trudności związane z kontrolą swojego ciała, rozwojem sensomotorycznym oraz poznawaniem świata. Celem terapeuty będzie nauczenie rodzica odpowiednich ćwiczeń wspierających rozwój dziecka oraz dedykowanych technik prawidłowej pielęgnacji stosowanych u dziecka na co dzień.





WSPÓLNY REJS DO BEZPIECZNEJ PRZYSTANI,
czyli świadome budowanie relacji rodzic-dziecko

Autor: **Adam Stepnowski-Said**

Dziecko przychodzi na świat z naturalną gotowością, potrzebą i zdolnością do tworzenia więzi z rodzicami. Wystarczy po prostu obecność rodziców i zaspokajanie przez nich potrzeb dziecka, by zaczęło odczuwać bliskość, przynależność i więź. To takie proste.

Choć to prawda, doskonale wiadomo, że budowanie więzi między rodzicami a dzieckiem to proces subtelny i pełen niuansów, jak w złożonej symfonii, gdzie każdy dźwięk, choć z pozoru niewielki, tworzy harmonię. Intuicja podpowiada, że ta relacja rozwija się jak ogród – jego rozkwit zależy od pielęgnacji, warunków i zaangażowania opiekuna.

No dobrze, myślisz sobie, Rodzicu, wszystko fajnie brzmi, ale moje dziecko ma 50 cm, waży 3 kg, leży w łóżeczku i owszem – czasem się uśmiecha, czasem płacze, czasem przestaje, ale żeby od razu miało złożone potrzeby psychologiczne, których zaspokajanie miałoby wpływać na całą resztę jego życia? Ono na razie je, śpi, puszcza bąki i zużywa pampersy. Więc o co chodzi?

To ważne pytania, a odpowiedź na nie kieruje nas w stronę więzi – a konkretnie: przywiązania – zagadnienia, które od lat fascynuje filozofów, biologów, psychiatrów, psychologów i neuropsychologów, skłaniając ich do badań i głębokich rozważań.

CZYM JEST WIĘŹ – RELACJA – PRZYWIĄZANIE?

Przywiązanie to podstawowy mechanizm, który kształtuje relację między dzieckiem a jego opiekunem od pierwszych chwil życia. Angielski psycholog John Bowlby ok. 80 lat temu opisał przywiązanie jako „instynktowną, biologicznie uwarunkowaną więź emocjonalną, której celem jest zapewnienie dziecku bezpieczeństwa". Każde nowonarodzone dziecko ma wrodzoną potrzebę bliskości i kontaktu, co wyraża za pomocą takich zachowań, jak płacz, uśmiech czy przywieranie do ciała opiekuna. Jednak aby ta więź mogła się prawidłowo rozwinąć, nie wystarczą same instynkty dziecka – konieczna jest odpowiedź ze strony opiekuna, który reaguje na te sygnały i tworzy z dzieckiem relację opartą na miłości i trosce.

Bowlby i osoby kontynuujące jego myśl wykazały, że w wyniku tych interakcji między dzieckiem a opiekunem może powstać tzw. **bezpieczne przywiązanie**, które jest kluczowe dla zdrowego rozwoju emocjonalnego. Dzieci, które mają bezpieczny styl przywiązania, przenoszą to poczucie stabilności na przyszłe relacje, co pomaga im budować zaufanie i pozytywne nastawienie wobec siebie i innych. Styl przywiązania wpływa na to, jak dziecko postrzega świat, jak radzi sobie z emocjami i jakie tworzy więzi w dorosłości.

Przywiązanie nie jest jednak jedynie emocjonalnym fundamentem – jego siłę najlepiej widać w trudnych momentach, kiedy relacja z opiekunem zostaje zagrożona. Dziecko, które odczuwa rozłąkę z bliską osobą, przeżywa silny lęk, smutek i gniew. Te uczucia, choć bolesne, świadczą o głębi więzi, która nie zanika łatwo nawet w obliczu negatywnych doświadczeń. Co więcej, przywiązanie ma niezwykłą odporność na trudności – utrzymuje się nawet wtedy, gdy dziecko doświadcza zaniedbania czy krzywdy. Dlatego obecność stałego, reagującego opiekuna, który zapewnia dziecku poczucie bezpieczeństwa, ma tak fundamentalne znaczenie w jego życiu.

*Osoby, które w dzieciństwie miały **bezpieczną więź** z rodzicami, potrafią w dorosłym życiu lepiej budować relacje, cieszyć się bliskością z innymi, rozwiązywać konflikty, prosić o pomoc, ufać bliskim i mieć większą pewność, że napotkane problemy można rozwiązać.*

[źródło: *Raising a Secure Child*, Hoffman, Cooper, Powell, 2017 (tłumaczenie własne)]

BEZPIECZNE PRZYWIĄZANIE – JAK POWSTAJE?

Jeśli już jesteś rodzicem małego dziecka albo wkrótce nim będziesz i zamiast odpocząć czy zająć się maluchem, nadal czytasz ten tekst, to jedno jest pewne – zaciekawiło cię zjawisko bezpiecznego przywiązania i chcesz dowiedzieć się, jak stworzyć taką więź ze swoim dzieckiem. Mam dla ciebie dobrą wiadomość! Budowanie tej więzi nie zaczyna się w momencie narodzin – ten proces trwa już od dłuższego czasu. Nowoczesne badania neurobiologiczne pokazują, że noworodek, dzięki wcześniejszemu kontaktowi z wodami płodowymi, już po narodzinach rozpoznaje zapach swojej mamy oraz potrafi odróżnić smak jej mleka. Co więcej, dzięki rozwojowi słuchu w trzecim trymestrze maluch zna już jej głos i reaguje na rytm jej serca, który jest dla niego unikatowy. To zapewne tylko część niezwykłych rzeczy, które dzieją się w tej relacji od samego początku – a nawet wcześniej!



Istnieje teoria, według której muzyka o rytmie zbliżonym do bicia serca matki – około 60 uderzeń na minutę – może pomóc naszemu układowi nerwowemu się wyciszyć. Przywołuje ona ukryte w głębokiej pamięci wspomnienia z okresu płodowego, kiedy to wszystkie nasze potrzeby były zaspokojone, a serce matki kołysało się nad nami, wybijając ten kojący rytm. Spróbuj znaleźć i posłuchać takiej muzyki. Nawet jeśli nie zadziała magicznie na twojego maluszka, może przyniesie ulgę twoim zmęczonym nerwom i pomoże stawić czoła trudom początków rodzicielstwa.

Z drugiej strony, matki również od pierwszych dni życia dziecka potrafią intuicyjnie rozpoznawać różne rodzaje płaczu swojego malucha i odczytywać jego potrzeby. Naukowcy odkryli, że dźwięk płaczu dziecka aktywuje w mózgu matki obszary odpowiedzialne za instynktowne działanie: podnoszenie, przytulanie i mówienie do dziecka. To piękny dowód na to, że zarówno dzieci, jak i rodzice są biologicznie i ewolucyjnie przygotowani do wspólnego budowania więzi.

Nie chodzi tu tylko o to, że bliskość fizyczna między matką a dzieckiem tworzy trwałą więź – dzieci przywiązują się także do ojców, dziadków czy innych opiekunów, którzy dają im poczucie bezpieczeństwa i miłości. Jest coś magicznego w tym, jak noworodek, zaraz po przyjściu na świat, szuka bliskości rodziców. Nie wystarczy mu obecność dowolnej osoby dorosłej – maluch potrzebuje tej wyjątkowej więzi, która daje mu nie tylko



przetrwanie, ale i poczucie bycia kochanym. Co ciekawe, choć dzieci początkowo ledwo widzą twarze swoich opiekunów, to już wtedy potrafią wyczuć ich miłość i oddanie. Dziecko intuicyjnie czuje dobrą wolę rodzica, nawet jeśli sam rodzic dopiero uczy się, jak pomóc maluchowi zrozumieć świat.

Jeśli chcesz budować więź z niemowlakiem na co dzień, dbaj o kontakt twarzą w twarz podczas zabawy i opieki. Baw się mimiką – odzwierciedlaj jego miny, proponuj własne zabawne wygibasy twarzą. Mów do dziecka ciepło i czule. Choć jeszcze nie rozumie słów, słyszy twój głos, jego barwę i melodię. Pozwalaj sobie na wygłupy i śmieszność. Wolno ci! Jesteś w końcu Rodzicem!

PODSTAWOWE POTRZEBY EMOCJONALNE MAŁEGO DZIECKA. BEZPIECZNA BAZA – BEZPIECZNA PRZYSTAŃ

Każdy świeżo upieczony rodzic doskonale zdaje sobie sprawę, że noworodek to mała istota pełna fizjologicznych potrzeb, które domagają się uwagi i natychmiastowego działania.

Co natomiast z psychiką naszego niemowlaka? Czy taki malec ma jakieś potrzeby emocjonalne? A jeśli tak, to jakiej reakcji oczekuje od rodzica?

Bezpieczna baza – jesteś nią ty, rodzic, to najbardziej fundamentalna potrzeba twojego dziecka. Gdyby niemowlę było w stanie wyrazić tę potrzebę słowami, mogłoby powiedzieć: „Bądź moją bezpieczną bazą, daj mi tyle wsparcia, obecności i wiary w moje możliwości, że będę mogła/mógł wyruszyć w świat, bawić się, eksplorować i odkrywać".

Kiedy dziecko opuszcza bezpieczną bazę, często zerka przez ramię, upewniając się, czy patrzysz, czy je widzisz, czy wspierasz je zachęcającym uśmiechem i ciepłym spojrzeniem. Kluczowe dla waszej relacji jest uchwycenie tego czasem ulotnego, szybkiego spojrzenia, które kryje pytania: „Czy mogę to dotknąć? Czy mogę się tym pobawić? Czy mogę na to wejść?".

Staraj się unikać sytuacji, w których wpatrujesz się w telefon, gdy dziecko szuka cię swoimi oczyma. Te chwile są cenne i budują więź między wami. Może być tak, że eksploracja i oddalanie się twojego dziecka wywołuje u ciebie napięcie i stres, a zaglądanie w telefon to twój sposób poradzenia sobie, to naturalna reakcja, pozwól sobie to poczuć, będąc jednocześnie obecnym dla dziecka.

Bezpieczna przystań – to również ty, Rodzicu jesteś kimś, do kogo dziecko zawsze potrzebuje wracać, szukając poczucia akceptacji, zrozumienia i ukojenia. Dziecko nie tylko potrzebuje eksplorować świat, ale przede wszystkim chce mieć pewność, że w każdym momencie może wrócić do ciebie – swojej bezpiecznej przystani – by poczuć się przyjęte, bez względu na to, co napotkało na swojej drodze. To jakby dziecko mówiło: „Czy mogę wrócić, kiedy coś pójdzie nie tak? Czy nadal będziesz mnie kochać, gdy wrócę płacząc, bojąc się? Czy pomożesz mi zrozumieć i uporządkować moje uczucia, kiedy będą dla mnie niezrozumiałe i przytłaczające?".

Twoje ciepło, otwartość i bezwarunkowa akceptacja to fundamenty tej bezpiecznej przystani. Kiedy dziecko czuje, że zawsze zostanie przyjęte z miłością i zrozumieniem, buduje w sobie przekonanie, że jego emocje, przeżycia i trudności mają miejsce, gdzie mogą znaleźć ukojenie. Dla dziecka istotne jest nie tylko to, że wraca do kogoś, kto je zrozumie, ale także to, że jego radości i sukcesy będą przyjęte z taką samą uwagą i wsparciem jak smutki i bóle.

Twoja rola w tym procesie to nie tylko obecność, ale umiejętność bycia gotowym na każdą emocję – od smutku, przez złość i strach, po radość. Bycie bezpieczną przystanią to przyjmowanie dziecka takim, jakie jest, z całym jego światem, bez oceniania czy wytykania błędów. To zapewnienie, że niezależnie od okoliczności, zawsze jest miejsce, do którego może wrócić – **do ciebie**.

Czasami nie będziesz do końca wiedzieć i rozumieć, co spowodowało dyskomfort, płacz czy wybuch u twojego maleństwa – i to jest w porządku. W tych momentach skup się najpierw na swoich uczuciach, myślach i reakcjach, wsłuchaj się w swój oddech, rozpoznaj własne wystraszone, wściekłe lub katastroficzne myśli i pozwól im wyparować powoli z twojego umysłu. Jeżeli twoje ciało i umysł będą wystarczająco spokojne, ten stan zacznie się udzielać również twojemu dziecku.

Przykład: **bezpieczna baza – bezpieczna przystań**

Wyobraź sobie rodzica siedzącego na ławce w parku, tuż obok placu zabaw, który z czułym uśmiechem patrzy, jak dziecko biegnie w stronę zjeżdżalni. Maluch odwraca się na chwilę, spoglądając w stronę mamy czy taty, by upewnić się, że **bezpieczna baza** jest tuż obok.

Bezpieczna przystań to moment, kiedy po dłuższej zabawie dziecko podbiega do rodzica „zameldować się" na krótkie, ale pełne ciepła przytulenie albo gdy po upadku i drobnej ranie szuka ukojenia w ramionach mamy czy taty. To ktoś, do kogo zawsze można wrócić – osoba, której ufamy, że nas dostrzeże, ochroni, otoczy troską i wesprze w każdej chwili.





Te same procesy zachodzą od pierwszego dnia życia dziecka, choć nie zawsze są tak łatwo zauważalne, jak w naszym modelowym przykładzie z placem zabaw. W pierwszych tygodniach i miesiącach życia dziecko odnajduje swoją bezpieczną przystań poprzez przytulanie się, przywieranie, słuchanie ciepłego głosu rodzica oraz kontakt twarzą w twarz. Koi się również podczas karmienia, noszenia na rękach czy bujania. Jako rodzice z pewnością potraficie dostrzec wiele innych chwil, kiedy to się dzieje.

A co z drugą częścią cyklu budowania przywiązania? W jaki sposób niemowlę zaspokaja potrzebę opuszczania bezpiecznej bazy i eksplorowania? Badacze uważają, że dzieje się to za pomocą zmysłów. Dziecko, które czuje się bezpiecznie, zyskuje odwagę i ciekawość pozwalającą mu skierować uwagę na bodźce zewnętrzne. Gdy jest noworodkiem, a jego wzrok dopiero się kształtuje, może rozglądać się, szukając barwnych, jasnych plam czy źródeł światła. Kiedy bodźce staną się zbyt intensywne, maluch może odszukać wzrokiem znajomy, kojący kształt twarzy mamy lub zamknąć oczy, skupiając się na ciepłym dotyku opiekuna.

Podobnie rzecz ma się z innymi zmysłami – niemowlę może z zaciekawieniem nasłuchiwać dźwięków z otoczenia, a potem, zmęczone szumem i natłokiem bodźców, wracać do uspokajającego

brzmienia głosu taty, którego być może słyszało już przez brzuch mamy w ostatnich tygodniach ciąży.

Warto pamiętać, że u małych dzieci cykle eksploracji i kojenia, podróże od bazy do przystani i z powrotem są niezwykle szybkie i dynamiczne. Dziecko patrzy na lampę, potem na ciebie; ssie pierś, przerywa na moment, bo usłyszało szczeknięcie psa, a zaraz wraca do ciebie. Bawi się maskotką, nagle cię zauważa, macha nią w powietrzu, czekając na twój zachwyt, po czym z powrotem zanurza się w zabawie. To dlatego czasem czujecie się wyczerpani, będąc w stałym kontakcie z maluchem – wasze mózgi ledwo nadążają za tym galopem emocji, aktywności i interakcji.

Potrzeby związane z przywiązaniem są obecne nie tylko w relacji rodzic-dziecko, ale także w związkach partnerskich i romantycznych. Jeśli wspólnie wychowujecie dziecko, zwróćcie uwagę na to, kiedy jesteście dla siebie nawzajem bezpieczną bazą lub przystanią, np. dodając sobie odwagi w obliczu nowych wyzwań albo pocieszając się w trudnych momentach. Ta świadomość pomoże wam dostrzegać te same zjawiska w relacji z waszym maleństwem.

JAK WSPIERAĆ DZIECKO, A CZEGO UNIKAĆ?

Rolą rodzica, który chce wspierać rozwój bezpiecznego przywiązania, jest towarzyszenie dziecku na każdym etapie jego emocjonalnej podróży. Warto być obecnym zarówno w chwilach radości, jak i wtedy, gdy maluch przeżywa trudniejsze uczucia. Wydaje się to proste, kiedy dziecko jest uśmiechnięte i pełne energii, ale bywa wyzwaniem, gdy pojawiają się smutek, złość czy lęk.

W takich momentach wielu z nas odczuwa naturalną chęć, by odwrócić uwagę dziecka, rozśmieszyć je czy pocieszyć, bagatelizując trudne emocje. Czasami staramy się wręcz przekonać dziecko, że nie czuje tego, co przeżywa, albo – w najgorszym przypadku – zaprzeczamy jego uczuciom. To zrozumiałe, bo jako rodzice często dziedziczymy schematy unikania niewygodnych emocji, przekazywane przez pokolenia.

Psychologowie zauważają, że nie zawsze mamy kontrolę nad tym, co pojawia się w naszych myślach czy reakcjach emocjonalnych – te zjawiska bywają spontaniczne i niezależne od naszej woli. Tutaj kluczowa jest nasza intencja i świadoma decyzja o tym, co zrobimy, jak zareagujemy, to ona w dużej mierze kształtuje więź, którą tworzymy z dzieckiem.



TOWARZYSZENIE DZIECKU W EMOCJACH

Towarzyszenie dziecku to coś, co prawdopodobnie już robisz, bo przychodzi tak naturalnie, jak podanie mu jedzenia, gdy jest głodne. Przykładem tego może być sytuacja, kiedy rodzic w pełni uczestniczy w zabawie z dzieckiem. Przez większość czasu nie narzuca mu swoich pomysłów, nie zerka ciągle na telefon ani nie ignoruje zmieniającego się nastroju dziecka. Najważniejsze jednak, że nie próbuje zaprzeczać emocjom dziecka, nie zbywa go ani nie gani za jego uczucia, nawet drobnym przewróceniem oczami czy westchnieniem – maluchy to zauważają, bo są niezwykle bystre.

[źródło: Raising a Secure Child, Hoffman, Cooper, Powell, 2017 (tłumaczenie własne)]

Towarzyszenie dziecku w emocjach to coś, co wydaje się jednocześnie naturalne i trudne – szczególnie wtedy, gdy maluch przeżywa nieprzyjemne emocje. Oczywiście nie ma możliwości, by być zawsze obecnym na każde zawołanie – to niemożliwe i niepotrzebne. Ważne jest jednak, aby starać się towarzyszyć dziecku w emocjach jak najczęściej, zarówno w chwilach pełnych radości, jak i w momentach smutku, złości czy lęku. To buduje poczucie bezpieczeństwa i daje dziecku pewność, że w trudnych chwilach nie zostanie samo. Dzięki temu uczy się, że każda emocja, nawet ta nieprzyjemna, jest częścią życia, z którą można sobie poradzić, szczególnie gdy ma się wsparcie bliskiej osoby.

Wspólne przeżywanie emocji to także budowanie empatii – niezwykle ważnej umiejętności, która będzie towarzyszyć dziecku przez całe życie. Kiedy jako rodzice jesteśmy w pełni obecni i akceptujemy to, co dziecko czuje, uczymy je rozumienia uczuć – zarówno własnych, jak i innych.



Dzieci, które doświadczają takiego wsparcia, rosną w poczuciu, że emocje nie muszą ich przerażać, a dzięki temu potrafią lepiej je regulować.

To właśnie w takich chwilach buduje się prawdziwa więź. Dziecko, które czuje, że może na nas liczyć – tak w dobrych, jak i w trudnych momentach – rozwija się w atmosferze zaufania i bliskości. Towarzyszenie dziecku w emocjach, podobnie jak bezpieczna baza, tworzy fundament, który będzie wspierał dziecko przez całe życie.

Towarzysząc dziecku w różnych emocjach, zauważysz, że niektóre z nich przyjmujesz z łatwością, a inne są dla ciebie większym wyzwaniem. W tych trudniejszych chwilach pamiętaj, że emocje to tylko emocje – mają swój początek i koniec. Ta świadomość pomoże ci być przy dziecku nawet wtedy, gdy jest naprawdę ciężko. Możesz też spróbować odzyskać wpływ na swój umysł poprzez ciało. Powolne, wydłużone wydechy, napinanie i rozluźnianie mięśni czy zrobienie kilku kroków to proste gesty, które mogą mieć ogromny wpływ na twoją emocjonalną regulację.

NIE DA SIĘ ROZPIEŚCIĆ NIEMOWLĘCIA!

Obawa rodziców (często zaszczepiona przez dziadków) przed „rozpieszczeniem" niemowlęcia to temat, który wzbudza wiele emocji i bywa źródłem niepokoju. Niejednokrotnie młodzi rodzice mają wątpliwości, czy mogą podnosić i przytulać maleństwo za każdym razem, kiedy woła ich ono płaczem. Być może warto posłuchać starych, mrocznych porad o tym, że dziecko powinno się wypłakiwać w samotności? Badania pokazują jednak, że dzieci, które mają poczucie bezpieczeństwa i czują się ważne dla swoich opiekunów, stają się mniej wymagające i lepiej radzą sobie z emocjami. Nie oznacza to, że dziecko jest rozpieszczone – wręcz przeciwnie.

W pierwszym roku życia maluchy potrzebują niezliczonych powtórzeń cykli ukojenia i cieszenia się, które każdego dnia stanowią dla nich przekaz wyrażony w działaniach, a nie w słowach. Gdyby je wypowiedziano, te słowa mogłyby zabrzmieć tak: „Jesteś dla mnie ważny, a twoje potrzeby mają znaczenie". Dzięki temu dzieci uczą się, że każde ich uczucie może być z kimś współdzielone, że nie muszą przeżywać żadnej emocji w samotności.

Kiedy ten fundament zostanie położony, drugi rok życia i kolejne lata przynoszą zrozumienie, że wszystkie uczucia nadal mają znaczenie i zostaną zauważone we właściwym momencie. Gdy dzieci to zrozumieją, nie wydarzy się nic złego, jeżeli od czasu do czasu przekierujemy ich uwagę w chwilach, gdy codzienne obowiązki wymagają naszego skupienia. Zobaczysz, że kiedy zaszczepisz to zaufanie w swoim dziecku, stanie się ono bardziej skłonne do współpracy.

Badania pokazują, że im większa jest synchronizacja emocjonalna między niemowlęciem a opiekunem w pierwszym roku życia, tym bardziej dziecko jest gotowe do spełniania próśb rodziców i cierpliwszego oczekiwania na odpowiedź na swoje potrzeby w wieku dwóch lat.

Być może teraz myślisz sobie: „Zaraz, zaraz, przecież osobiście znam dzieci, które są rozpieszczone, więc o co tu chodzi?". Spieszę z wyjaśnieniem – do tego „rozpuszczenia" nie doszło w pierwszym roku życia dziecka, ale później. Rozpieszczanie nie wynika z zaspokajania potrzeb malucha, lecz z braku wyraźnych i jasnych granic, które rodzice i opiekunowie powinni wyznaczać w sposób życzliwy, ale stanowczy. Jednak to temat na zupełnie inny artykuł.

WYSTARCZAJĄCO DOBRY RODZIC TO TY!

Według badań amerykańskiego psychologa Eda Tronicka, bycie **wystarczająco dobrym rodzicem** nie oznacza bycia perfekcyjnym. Każdy rodzic popełnia błędy – i to często. W swoich eksperymentach Tronick pokazuje, że w codziennym kontakcie z dzieckiem nawet 50–70% interakcji może nie być idealnych, a u dziecka nadal może wytworzyć się bezpieczny styl przywiązania. To, co naprawdę się liczy, to powrót rodzica do relacji z dzieckiem po tych przerwach w uwadze. Istotne są chwile, w których na nowo nawiązujemy kontakt, odbudowujemy bliskość i pokazujemy, że jesteśmy obecni.

Dziecko nie potrzebuje od nas perfekcji. Bycie perfekcyjnym lub idealnym powinno na stałe zostać wykreślone ze słownika każdego rodzica! Dziecko potrzebuje świadomości, że nawet jeśli coś pójdzie nie tak, jesteśmy obok, gotowi do naprawienia relacji. Właśnie te momenty powrotu uczą malucha, że każda więź, nawet ta najważniejsza, przechodzi przez trudne chwile, a mimo to pozostaje silna. To proces naprawy – powrotu do obecności – wzmacnia poczucie bezpieczeństwa małego człowieka i zdolność do budowania zdrowych relacji w przyszłości.

Jeżeli nasza intencja jest nastawiona w 100% na to, aby towarzyszyć dziecku, wspierać je i rozumieć, to okazuje się, że w rzeczywistości wystarczy, kiedy udaje nam się to jedynie w 30% przypadków. To daje dziecku wystarczająco dużo bliskości, by czuło się kochane i bezpieczne.

Adam Stepnowski-Said
psycholog, psychoterapeuta, facylitator metody „Circle of Security® Parenting Training™" („Krąg Poczucia Bezpieczeństwa"), prowadzi prywatny gabinet oraz pracuje w ZERO-PIĘĆ. Fundacji na rzecz zdrowia psychicznego małych dzieci

Odwołania do wiedzy naukowej oraz cytaty w tłumaczeniu własnym zaczerpnięto z książki: *Raising* a *Secure Child: How Circle of Security Parenting Can Help You Nurture Your Child's Attachment, Emotional Resilience, and Freedom* to *Explore* by Kent Hoffman (Author), Glen Cooper (Author), Bert Powell (Author), Daniel J. Siegel (Foreword), Christine M. Benton (Contributor), 2017.



KOMPENDIUM WIEDZY
od neurologopedy

Autorka: **Katarzyna Sójka**

Rozwój mowy każdego człowieka rozpoczyna się już przed jego narodzeniem. Warto wiedzieć, że zanim dziecko zacznie mówić, musi zadziać się w jego mózgu wiele procesów. W tym artykule neurologopeda wyjaśni, co wpływa na rozwój mowy i jak powinien on przebiegać, a także wskaże, na co zwrócić szczególną uwagę, obserwując malucha pod kątem rozwijania się jego umiejętności porozumiewania się. Znajdziecie tu wskazówki, które pomogą wspierać rozwój dziecka w zakresie mówienia, jedzenia oraz profilaktyki wad zgryzu.

ROZWÓJ MOWY I KOMUNIKACJI DZIECKA OD URODZENIA

Rozwój mowy dziecka zaczyna się już w okresie prenatalnym, a trwa do ok. 7. roku życia. Okres od 3. do 9. miesiąca życia płodowego nazywany jest **okresem przygotowawczym**. W tym czasie wykształcają się narządy mowy, a dziecko zdobywa i kształtuje umiejętności ssania, połykania i oddychania. Już w życiu płodowym dziecko rozróżnia cechy prozodyczne mowy, czyli tempo i intonację.

Pierwszy rok życia dziecka zwany jest **okresem melodii**. Dziecko już od początku ćwiczy swój głos, na początku poprzez krzyk, płacz, mlaskanie, piski, mruczenie, śmiech oraz inne nieokreślone dźwięki, w późniejszym okresie również przez wokalizacje.

W 2.–3. miesiącu życia pojawia się głużenie. Okres ten charakteryzuje się wydawaniem niezamierzonych, długich, melodyjnych, dźwięków,

początkowo samogłoskowych, a z czasem spółgłoskowych. Dźwięki te występują w chwilach dobrego samopoczucia i są połączone ze wzmożoną ruchliwością dziecka.

Kolejnym etapem rozwoju mowy jest gaworzenie, które pojawia się ok. 6. miesiąca życia. Gaworzenie to świadome powtarzanie przez dziecko dźwięków przypominających sylaby. Jest to etap, podczas którego dziecko świadomie naśladuje dźwięki, które słyszy.

Ważne umiejętności z punktu widzenia rozwoju mowy osiągane do 12. miesiąca życia to m.in. umiejętność naśladowania (naśladowanie dźwięków mowy, odgłosów), nawiązywanie kontaktu wzrokowego, gest wskazywania palcem (9. miesiąc), reagowanie na imię (od 6.–7. miesiąca), wspólne pole uwagi (podążanie wzrokiem za tym, na co patrzy druga osoba), prowadzenie dialogu z dorosłym (naprzemienne gaworzenie), używanie gestów („pa, pa", „brawo", kręcenie głową na „nie" i inne), rozumienie prostych poleceń (typu „daj misia").

Czas między 1. a 2. rokiem życia to okres, gdy gaworzenie przekształca się w pierwsze wyrazy – pojawia się **okres wyrazu**. To też czas onomatopei (wyrażeń dźwiękonaśladowczych) – dziecko chętnie naśladuje dźwięki wydawane przez zwierzęta, ludzi, przedmioty, pojazdy. Okres wypowiedzi jednowyrazowych trwa do 1,5 roku, po czym następuje okres wypowiedzi dwuwyrazowych. Wraz ze wzrostem liczby słów, wzrasta rozumienie dziecka. Dziecko do 2. roku życia zdecydowanie więcej rozumie, niż mówi.

Słownik dziecka składa się wówczas z samych rzeczowników oraz czasowników, będą w nim też onomatopeje. Dziecko słyszy całe słowa, zdania, jednak nie może jeszcze tego zapamiętać, dlatego często wypowiada fragmenty słów. Dziecko posługuje się prostymi zdaniami (najczęściej dwuwyrazowymi), głównie twierdzącymi.

Dziecko 2,5-letnie powinno wymawiać:

- wszystkie samogłoski (A, O, U, E, I, Y),
- spółgłoski wargowe (P, M, B),
- spółgłoski wargowo-zębowe (F, W),
- spółgłoski środkowojęzykowe (Ś, Ź, Ć, DŹ),
- spółgłoski tylnojęzykowe (K, G, H),
- spółgłoski przedniojęzykowo-zębowe (T, D, N),
- spółgłoskę przedniojęzykowo-dziąsłową (L).

Jest to czas niedojrzałości motorycznej narządów artykulacyjnych, dlatego też w mowie są liczne nieprawidłowości. Mowę dziecka charakteryzują: palatelizacje, czyli zmiękczenia głosek, opuszczanie głosek, opuszczanie sylab, upraszczanie głosek, omijanie głosek/sylab, substytucje, czyli zamienianie jednych głosek innymi. Na przełomie 2. i 3. roku życia charakterystyczne jest tworzenie przez dziecko neologizmów, czyli na podstawie jednego wyrazu tworzą inny (ten etap trwa do 5. roku życia).

Trzeci rok życia to **okres zdania**. Do końca 3. roku życia dziecko opanowuje budowanie zdań pojedynczych rozwiniętych oraz złożonych (liczba słów w zdaniu u dziecka 2-letniego to 2–4, a u dziecka 3-letniego to 3–6 słów). Dziecko już powtarza coraz trudniejsze słowa i zdania, potrafi powtórzyć krótki wierszyk czy rymowankę oraz zaśpiewać prostą piosenkę. Pod koniec 2. roku życia pojawiają się w mowie przyimki („na", „z", „do", „w") oraz przymiotniki.

Słownictwo dziecka 3-letniego obejmuje głównie wyrazy związane z najbliższym otoczeniem i zaspokajaniem swoich podstawowych potrzeb.

W wieku 3 do 7 lat następuje **okres swoistej mowy dziecięcej**. W wieku przedszkolnym dziecko doskonali swoje umiejętności językowe, które wykształciło w ciągu swoich pierwszych 3 lat życia. W 3. roku życia pojawia się głoska [L]. W 4. roku życia występują już głoski [S, Z, C, DZ]. W 5. roku życia pojawiają się głoski [SZ, Ż, CZ, DŻ]. **Głoska [R] wymawiana jest prawidłowo przez 80% dzieci w wieku 5 lat, wcześniej zamieniana jest na głoskę [J] lub [L].**

W wieku 6 lat, gdy dziecko rozpoczyna swoją przygodę edukacyjną, mowa powinna być na tyle ukształtowana, aby dziecko mogło swobodnie się porozumiewać z innymi dziećmi oraz dorosłymi. Sześciolatek powinien swobodnie prowadzić rozmowę, prawidłowo wymawiać wszystkie głoski, rozumieć i budować zdania złożone oraz odmieniać wyrazy.

ISTOTNE TRUDNOŚCI ROZWOJOWE NARZĄDÓW ZMYSŁÓW MAJĄCE WPŁYW NA MOWĘ I KOMUNIKACJĘ – ZMYSŁ SŁUCHU

Dziecko po urodzeniu objęte jest przesiewowymi badaniami słuchu, które wykonywane są standardowo do 3. doby życia. Badanie otoemisji akustycznej, bo o nim mowa, polega na umieszczeniu w przewodzie słuchowym zewnętrznym sondy pomiarowej. Badanie jest zupełnie nieinwazyjne oraz bezbolesne dla dziecka.

Warto wiedzieć, że jeśli wynik badania przesiewowego jest nieprawidłowy, to wcale nie musi oznaczać, że dziecko nie słyszy, że ma wadę słuchu. Powodów takiego stanu może być kilka: badanie mogło być przeprowadzone w pomieszczeniu, do



którego dochodziły hałasy, płyn owodniowy może zatykać kanał słuchowy, dziecko może mieć zapalenie ucha środkowego, dziecko może być przeziębione. Takie badanie należy powtórzyć, gdy dziecko będzie całkowicie zdrowe.

Kiedy udać się na badanie słuchu z dzieckiem? Gdy dziecko:

- ma prawidłowy wynik przesiewowego badania słuchu, a rodzice obserwują brak reakcji na dźwięki lub też opóźnioną reakcję na dźwięki,
- przewlekle choruje, ma stany zapalne uszu, przeziębienia,
- ma alergię wziewną, refluks,
- nie rozwija mowy, ma opóźniony rozwój mowy,
- słucha bardzo głośno telewizora, jest głośne podczas rozmów i zabaw,
- nie reaguje na dźwięki,
- mówi niewyraźnie, ma wadę wymowy,
- nie rozumie, co się do niego mówi,
- ma kłopoty z nauką.



Jaki wpływ na mowę ma nieprawidłowe słyszenie? Dziecko, które ma lekki niedosłuch – nie będzie słyszeć cichych dźwięków, będzie mieć trudności z rozumieniem w hałasie, będzie mieć dość duże opóźnienie rozwoju mowy. Dziecko ze średnim niedosłuchem słyszy i rozumie mowę tylko w korzystnych warunkach akustycznych. Dziecko z głębokim niedosłuchem nie słyszy nawet bardzo głośnych dźwięków.

Warto wiedzieć, że wiele przyczyn niedosłuchów jesteśmy w stanie usunąć lub wyleczyć. Są to tzw. niedosłuchy przewodzeniowe spowodowane przez przerośnięte migdały, katar, alergie, płyn w uszach, perforacje błony bębenkowej, przewlekłe zapalenia uszu, niedrożność przewodu słuchowego przez gromadzoną woskowinę. Natomiast niedosłuchy typu odbiorczego (jest to sytuacja, gdy uszkodzone są komórki słuchowe w uchu wewnętrznym, ślimaku, nastąpił uraz akustyczny, były brane leki ototoksyczne) często należy aparatować (aparat słuchowy), a przy głębokich niedosłuchach wszczepia się implanty ślimakowe, dzięki którym dziecko słyszy. Profilaktyka w przypadku słuchu to dbanie o regularną czystość uszu, unikanie nadmiernego hałasu, unikanie leków o działaniu ototoksycznym, dbanie o odporność całego organizmu, kontrolne wizyty u otolaryngologa, przeprowadzanie badań słuchu w przypadku wątpliwości co do słyszenia oraz po dużej liczbie infekcji uszu.

Ważne! Dzieci, które nie słyszą, głużą (2.–3. miesiąc życia), ale już nie gaworzą (5.–6. miesiąc życia).

JEDZENIE – OD CZEGO ZACZĄĆ?

Dziecko już ok. 3. miesiąca życia zaczyna trafiać do buzi przedmiotem trzymanym w dłoni. To początek bardzo intensywnego etapu rozwoju zwanego *mouthing*. Umiejętności, takie jak wkładanie do buzi paluszków, piąstek, przedmiotów, gryzaków, doskonale przygotowują jamę ustną do następnego kroku w rozwoju – wkładania do

buzi jedzenia. Poprzez branie do ust zabawek/gryzaków dziecko zdobywa informacje o różnych fakturach, konsystencjach, rozmiarach, smaku czy wadze. Dziecko naturalnie poszerza swoją świadomość sensoryczną oraz świadomość o swoim ciele i ruchu ciała w przestrzeni.

Okres krytyczny w rozwoju *mouthing* to pierwsze dwa lata życia, wówczas należy dostarczać dziecku jak najwięcej doświadczeń sensorycznych w obrębie jamy ustnej po to, by podczas etapu rozszerzania diety dziecko akceptowało różne struktury, faktury, nowości, by jedzenie było przyjemnością. Nie bójmy się więc rączek w buzi, które są drogą do rozwoju i zdobywania nowych umiejętności. Aby dziecko chciało i umiało jeść, musi dobrze czuć swoje ciało. Jeśli jest nadwrażliwe dotykowo, nie będzie brało niczego do rąk, wówczas napotkamy duże trudności z braniem jedzenia do ust.

Nauka jedzenia to branie do rąk różnych produktów, zgniatanie, rozsmarowywanie, rzucanie, brudzenie się. Początki często mają formę zabawy i niekoniecznie kończą się jedzeniem. Ale to właśnie te doświadczenia budują podstawę dobrej relacji z jedzeniem.

ROZSZERZANIE DIETY DZIECKA

Rodzice często pytają, kiedy najlepiej zacząć rozszerzać dietę dziecka. Według zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia, do 6. miesiąca życia niemowlę powinno pić tylko mleko. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci również informują, że należy dążyć do tego, by do 6. miesiąca życia jedynym pokarmem dziecka było wyłącznie mleko. Tak więc swoją przygodę z jedzeniem dziecko powinno zacząć po 6. miesiącu życia.

Oznaki gotowości dziecka do rozszerzania diety:

- zainteresowanie jedzeniem – dziecko patrzy z zainteresowaniem, jak inni jedzą, wyciąga rączki do jedzenia, otwiera buzię, gdy widzi łyżeczkę,
- dziecko ma stabilny siad – nie oznacza to, że dziecko samodzielnie siedzi, ale posadzone siedzi stabilnie,
- zanika odruch wypychania rzeczy z buzi,
- odruch wymiotny – wycofuje się w tył gardła,
- dziecko jest w stanie coś chwycić i włożyć do buzi – chwyta rękami przedmioty i trafia ręką do buzi,
- gotowość do nauki żucia, gryzienia i połykania – wkłada do buzi zabawki i próbuje je podgryzać.

Jak pomóc dziecku:

- stwórzcie możliwość samodzielnego jedzenia, również rączkami,
- zadbajcie o dobrą atmosferę przy stole,
- jedzcie wspólnie posiłki,
- zadbajcie o ekspozycję jedzenia – po to, by dziecko oswoiło się z jego wyglądem i widokiem nowych produktów. Dobrym pomysłem jest zasada szwedzkiego stołu, na którym są różne dania, produkty, których dziecko nie musi jeść, ale widzi, jak inni je jedzą, smakują,

- unikajcie przeszkadzaczy – bajki, telewizja, telefon, zabawki muszą poczekać na swój czas,
- im większe zaangażowanie dzieci we wspólny posiłek, tym większa szansa na spróbowanie i skosztowanie nowego jedzenia, dlatego starajcie się wspólnie przygotowywać posiłek, dzieci mniejsze niech będą obserwatorami tego procesu,
- główny mechanizm uczenia się małych dzieci to uczenie się przez naśladowanie – dotyczy to również zachowań jedzeniowych, tak więc wspólnie zaplanujcie menu, przygotujcie posiłek i nakryjcie do stołu,
- uwzględnijcie pozycję dziecka przy stole – sprawdźcie, czy jest wygodna, dostosowana do wzrostu dziecka, czy zapewnia podparcie dla stóp, czy blat krzesełka lub stołu jest na odpowiedniej wysokości itp.,
- akcesoria do karmienia – powinny być dostosowane do dziecka (ich wielkość i kształt), pomocne są talerze z przegródkami; nie należy jednak przesadzać z wymyślnymi akcesoriami. Warto dawać dziecku te same sztućce, naczynia, którymi posługują się domownicy. Neurologopedzi zachęcają do wczesnego używania otwartych kubków.

Ważne zasady dotyczące responsywnego jedzenia:

- **To rodzic decyduje, co, gdzie i kiedy dziecko zje, a dziecko decyduje, ile i czy zje.** A zatem to do ciebie należy ustalenie pór posiłków. Dobrze, jeśli posiłki są podawane o w miarę stałych porach, dzięki czemu pomagamy dziecku w samoregulacji i stymulujemy apetyt.
- **Nie stosuj presji!** Presja niesie ze sobą szereg konsekwencji na lata. Wśród nich wymienia się niechęć osób dorosłych do jedzenia pokarmów, do których byli zmuszani w dzieciństwie.
- **Nie stosuj nagród!**
- **Nie przemycaj jedzenia.** Ukrywanie jedzenia, które dziecko uznaje za obrzydliwe, w lubianym przez nie posiłku, może doprowadzić do skrajnej reakcji odmowy ze strony dziecka.
- **Nie zakładaj z góry, że nie lubi.** Nigdy nie zakładaj, że twoje dziecko nie zje, nie posmakuje, nie zainteresuje się jakimś pokarmem.

WADY ZGRYZU

U podstaw rozwoju twarzoczaszki stoją m.in. doświadczenia zmysłowe. Są one związane z aktywnością jamy ustnej. Oddychanie, połykanie i ssanie są funkcjami wrodzonymi, natomiast żucie i mowa to funkcje, których dziecko musi się nauczyć.

Każde dziecko ma szansę na prawidłowy wzrost i rozwój, jednak musi być spełnionych szereg warunków niezbędnych do rozwoju łuków zębowych oraz wzorca wzrostu twarzoczaszki. Aby twarz dziecka wyglądała i rosła prawidłowo, dziecko musi:

- mieć drożne drogi oddechowe – migdałki odpowiedniej wielkości oraz bez cech chorobowych, drożny nos (higiena nosa – bardzo ważna zwłaszcza u małych dzieci),
- mieć zamknięte usta w spoczynku (czyli wtedy, gdy nie mówi, gdy śpi),
- mieć język szeroki, uniesiony i przyklejony do podniebienia, czubek języka przylegający do wałka dziąsłowego, a boki przylegające do wewnętrznej strony zębów,
- mieć prawidłowy wzorzec połykania (prawidłowe połykanie: usta złączone, zrelaksowane, zęby złączone, język podnosi się do podniebienia i przesuwa w tył gardła; podczas przełykania język jest niewidoczny; podczas połykania na twarzy brak widocznych napięć; podczas połykania brak widocznych współruchów głowy),
- oddychać nosem (wdech i wydech),
- jeść twarde pokarmy,

- przeżuwać pokarmy (ważne, aby po ugryzieniu przeżuwać pokarm, a potem dopiero połykać),
- mieć prawidłową postawę ciała,
- mieć dobre warunki anatomiczne jamy ustnej (usta, zęby, dziąsła, podniebienie twarde i miękkie, policzki, stawy skroniowo-żuchwowe).

Dziecko, które oddycha torem ustnym, prezentuje następujące objawy:

- nie domyka ust (nawykowo otwarta buzia),
- występuje u niego wzmożone ślinienie,
- ma niesymetryczne wargi, z reguły warga górna jest krótsza,
- ma wygląd zmęczonej twarzy, podkrążone oczy,
- chrapie, może cierpieć na bezdech senny,
- wierci się w nocy, ma płytki sen,
- jest ciągle zmęczone,
- przewlekle choruje, w tym na astmę, alergie, ma chore zatoki (prawidłowe oddychanie nosem upowietrznia zatoki oboczne nosa i prowokuje do wzrostu poprzecznego szczęki).

Wszystkie wymienione wyżej trudności prowadzić mogą do niedostatecznego rozwoju szczęki i żuchwy, powodując tym samym powstanie wad zgryzu. Przyczynami wad zgryzu mogą być również nieprawidłowości powstałe już w okresie okołoporodowym – asymetrie ułożeniowe w łonie matki, trudny poród, brak karmienia piersią lub krótki okres karmienia piersią, nieprawidłowa pozycja dziecka podczas karmienia, snu.

Pamiętajmy, że profilaktyka jest niezmiernie ważna! Głowa dziecka do ok. 6. roku życia osiąga 90% swojej ostatecznej wielkości. Dbajmy o to, aby dziecko miało zawsze czysty nos, w miarę szybko uczmy wydmuchiwania nosa. Dbajmy o prawidłową postawę ciała podczas jedzenia, zabawy, uczenia się, a nawet spania (ułożenie stóp, miednicy, ramion, obręczy barkowej, szyi, ustawienie głowy – to wszystko ma wpływ na pracę narządów



mowy). Pamiętajmy o prawidłowej diecie bogatej w produkty twarde oraz o produktach bogatych w składniki odżywcze. Unikajmy cukrów prostych, które są przyczyną wczesnej próchnicy zębów mlecznych (zęby mleczne leczymy!). Wczesna utrata zębów może prowadzić do trudności w nabywaniu czy doskonaleniu umiejętności żucia i gryzienia. Profilaktyka to również wczesne wizyty u stomatologa – oswajanie w sytuacji, gdy dziecko nie doświadczyło jeszcze bólu oraz wizyty u ortodonty już z zębami mlecznymi.

KIEDY WYRZUCIĆ SMOCZEK

Są niemowlęta, które bardzo potrzebują zewnętrznej regulacji w postaci ssania nieodżywczego – smoczka. Jednak smoczek jest często powodem trudności dziecka z uzyskaniem prawidłowej pozycji języka, dobrego połykania, powstawania wad wymowy i wad zgryzu, dlatego jak najwcześniej należy z niego zrezygnować. Najlepiej zrobić to ok. 6. miesiąca życia dziecka, który następuje etap wygaszania odruchu ssania. Dla wielu dzieci rezygnowanie ze smoczka przed 1. rokiem życia jest trudne lub wręcz niemożliwe. Kolejną próbę warto podjąć przed drugimi urodzinami. Nie ma



konkretnych ram czasowych, w jakim czasie dziecko powinno przestać korzystać ze smoczka, natomiast trzeba pamiętać o negatywnych konsekwencjach ssania tego uspokajacza. Neurologopedzi nie mówią stanowczego „nie" dla smoczka, ponieważ zdarzają się sytuacje, w których dziecko powinno dostać smoczek, a są to: dziecko przedwcześnie urodzone bez odruchu ssania, dziecko z trudnościami w ssaniu, dziecko z trudnościami w samoregulacji. Ssanie smoczka zmniejsza płacz dziecka, niepokój podczas zabiegów medycznych, u dzieci przedwcześnie urodzonych podnosi saturację, polepsza wchłanianie składników odżywczych czy pomaga w opróżnianiu żołądka u dzieci karmionych sondą.

CO ZROBIĆ, JEŚLI DZIECKO SSIE KCIUK

Dzieci zwykle zaczynają ssać kciuk w wieku 2–3 miesięcy. Ssanie kciuka może być odpowiedzią na zaspokojenie potrzeb dziecka, na powstrzymanie nadmiernego stresu. Są to sygnały ostrzegawcze, na które powinien zareagować rodzic. Dziecko umiejętność ssania kciuka kształtuje już od 17. tygodnia życia płodowego, więc jest to coś, co zna i co daje mu poczucie bezpieczeństwa. Należy przyjrzeć się dziecku, w jakich sytuacjach ssie kciuk, jakie potrzeby zaspokaja. Być może ma problemy z samoregulacją i w ten sposób coś sobie kompensuje.

Warto wiedzieć, że ssanie kciuka może prowadzić do powstania poważnych wad zgryzu, w tym zgryzu otwartego, deformacji podniebienia twardego i deformacji palca.

Strategie pomagające w sytuacji ssania kciuka u niemowlęcia:

- częste przystawianie do piersi lub butelki,
- dawanie smoczka uspokajacza,
- wyprzedzanie sytuacji, w których dziecko zwykle ssie kciuk,

- bliskość rodzica, dotyk, przytulenie, otulanie, masaż – praca z ciałem,
- jeśli dziecko ssie kciuk w nocy – rozwiązaniem mogą być skarpetki/rękawiczki; uwaga – rodzic wówczas jest przy dziecku, dziecko śpi z rodzicami,
- odwracanie uwagi,
- stymulacja orofacjalna (masaż dziąseł, policzków, stymulowanie dna jamy ustnej, podniebienia),
- dbałość o prawidłowy rozwój funkcji pokarmowych,
- mycie zębów,
- gryzaki.

Strategie pomagające w sytuacji ssania kciuka u dziecka w wieku przedszkolnym:

- znalezienie czynnika wywoławczego, tzw. trigera,
- dziecko musi być świadome i samo tego chcieć, wówczas można stosować nagradzanie, motywowanie, wzmacnianie (karty wzmocnień),
- odwracanie uwagi, modelowanie sytuacji, w których dziecko najdłużej nie ssie kciuka (np. o, widzę, że obejrzałeś bajkę bez paluszka w buzi),
- dieta sensoryczna (masaże, mycie zębów – szczoteczka soniczna),
- gryzaki i inne zabawki,
- znalezienie zastępnika (np. idź przytul się do misia),
- przypominanie – komunikaty typu: jeśli chcesz ssać kciuk, to przyjdź do mnie (pogłaszczę, przytulę), a nie napominanie,
- przypominacze: gorzki paluch, dr Thumb (silikonowa nakładka na kciuk), nakładki na łokieć, skarpetki na dłonie, bandaż, plasterek, tapy.

Warto pamiętać, że czymś innym jest ssanie kciuka czy innego palca przez niemowlaka, a czymś innym przez przedszkolaka. Konsekwencje w obu przypadkach będą inne.

WĘDZIDEŁKO JĘZYKA – CZY TRZEBA JE PODCINAĆ?

Wędzidełko języka to fałd tkankowy pomiędzy dolną powierzchnią języka i dnem jamy ustnej.

Jego budowa jest bardzo różna, czasem jest cienkie i przezroczyste, a czasem grube. Krótkie wędzidełko języka (ankyloglosja) u niemowląt może dawać następujące objawy:

- trudności ze ssaniem, pobieraniem pokarmu,
- ulewanie pokarmu kącikami ust spowodowane brakiem uszczelnienia,
- ulewanie, krztuszenie się,
- nieprawidłowa pozycja języka – język płaski,
- objawy gastryczne – aerofagia,
- spadek masy ciała,
- niepokój ruchowy podczas karmienia,
- pęcherzyk na górnej wardze,
- dodatkowe odgłosy podczas picia (klikanie, kląskanie),
- u matki: bolesne karmienie, poranione brodawki, stany zapalne, brak uczucia opróżnionej piersi.

Nie wszystkie niemowlęta z krótkim wędzidełkiem będą prezentować trudności w karmieniu.

Krótkie wędzidełko u starszych dzieci będzie wpływać na:

- powstanie wad zgryzu,
- asymetrie w ciele, w tym wady postawy,
- wady wymowy – seplenienie międzyzębowe, seplenienie boczne, lambdacyzm (nieprawidłowa wymowa głoski L), rotacyzm (brak głoski R lub nieprawidłowa wymowa).

Kwalifikacji do zabiegu podcięcia wędzidełka (frenulotomii/frenulektomii) dokonuje neurologopeda oraz lekarz (laryngolog, stomatolog, ortodonta, chirurg), w przypadku niemowlęcia również położna, doradca laktacyjny. Neurologopeda ocenia, jak dziecko:

- młodsze: ssie, je, żuje, gryzie, połyka, oddycha (czy oddycha buzią, czy nosem), jaką ma pozycję ciała podczas jedzenia/karmienia (zwłaszcza ustawienie głowy oraz ustawienie ciała w osi),
- starsze: mówi (ocena jakościowa, ilościowa); ocenie podlegają też pozostałe warunki anatomiczne (zgryz, stawy skroniowo-żuchwowe, budowa podniebienia), obserwuje się też, czy występują inne nieprawidłowości i parafunkcje.

Ostateczną decyzję o zabiegu podejmuje zawsze lekarz.

Warto pamiętać, że nie należy podcinać wędzidełka bez wcześniejszego przygotowania, czyli zastosowania odpowiednich zabiegów na ciało – masaży, stymulacji na zewnątrz oraz wewnątrz jamy ustnej. Wskazana jest wizyta u fizjoterapeuty lub osteopaty, aby rozluźnił napięte mięśnie. Po zabiegu konieczne są masaże, ćwiczenia, bierna i czynna stymulacja powstałej rany w celu zapobiegania powstaniu blizny oraz uzyskania dobrej mobilności języka. Wszelkie zalecenia rodzic powinien otrzymać od specjalisty.

Bibliografia:

1. Kotlińska A., Wpływ czynników okołoporodowych na inicjację i kontynuowanie karmienia piersią. W: Baj-Lieder M., Ulman-Bogusławska R. (red.), Trudności w karmieniu niemowląt i małych dzieci, czyli jedzenie to nie bułka z masłem. Warszawa 2021.
2. Bekus-Richane M., Jak zachęcić 2-latka do mówienia. Logopedyczny poradnik dla rodziców. Kraków 2015.
3. Baj-Lieder M., Ulman-Bogusławka R., O rozwoju Mouthing. Warszawa 2020.
4. Durán von Arx J., Ośko M., Leczenie ortodontyczne wg filozofii MFS. Podejście przyczynowe do problemów wzrostu i rozwoju twarzoczaszki – stymuloterapia. Katowice 2024.
5. Banaszkiewicz A., Aktywizacja mowy w pierwszych latach życia. W: Kaczorowska-Bray K., Milewski S. (red.), Wczesna interwencja logopedyczna. Gdańsk 2016.

Katarzyna Sójka

neurologopeda, pedagog specjalny, surdopedagog, terapeuta pedagogiczny, właścicielka i terapeutka Centrum Terapii Dzieci i Młodzieży Dziupla w Kórniku



DZIECKO
o wyjątkowych potrzebach

Autorka: **Justyna Gajęcka**

Obecnie diagnostyka prenatalna jest tak zaawansowana, że wiele wad rozwojowych wykrywa się już na wczesnym etapie ciąży. Daje to rodzicom czas, by odpowiednio przygotować się do opieki nad dzieckiem o wyjątkowych potrzebach. W niektórych przypadkach możliwe jest także podjęcie leczenia jeszcze przed narodzinami.

Niemniej jednak nie wszyscy rodzice mają taką możliwość. Czasami problemy zdrowotne dziecka wychodzą na jaw dopiero po jego narodzinach lub w pierwszych miesiącach życia. Taka sytuacja bywa szczególnie trudna emocjonalnie. Wiele osób w pierwszym odruchu nie może pogodzić się z diagnozą, licząc, że to jedynie błąd. Niestety, takie przypadki są rzadkością, a rodzice muszą szybko stawić czoła rzeczywistości i podejmować istotne decyzje. Liczba koniecznych badań, konsultacji ze specjalistami i wizyt w szpitalu może przytłoczyć nawet najsilniejsze i najbardziej odporne psychicznie osoby.

Przedstawione w artykule kroki to jedynie propozycje, które mogą pomóc rozpocząć działania. Każdy przypadek jest wyjątkowy i wymaga indywidualnego podejścia dopasowanego do twojej sytuacji i potrzeb twojego dziecka. To, co działa w jednym przypadku, nie musi być skuteczne w innym. Procedury medyczne różnią się w zależności od placówki, ale równie ważni są ludzie, których rodzice spotkają na swojej drodze. Znajdziecie bowiem osoby, które będą ogromnym wsparciem, ale niestety mogą się pojawić i takie, które utrudnią wam życie. Bądźcie silni i starajcie się podejmować decyzje w oparciu o sprawdzone informacje.

To całkowicie normalne, że na początku możecie czuć się zagubieni i nie wiedzieć, od czego zacząć. Gdy sama dowiedziałam się o problemach zdrowotnych swojego dziecka, bardzo pragnęłam, aby ktoś poprowadził mnie za rękę. Jednak musicie pamiętać, że nikt nie zna waszej sytuacji lepiej niż wy sami i nikt nie zrobi tego lepiej od was.

Na początek warto rozważyć kilka kroków:

1. Porozmawiajcie z lekarzem – niezależnie od etapu, na którym dowiadujecie się, że wasze dziecko wymaga szczególnej opieki, nie wahajcie się zadawać pytań. Zapytajcie o wszystko, co przychodzi wam do głowy, nawet jeśli wydaje się to prozaiczne. Każda informacja może okazać się kluczowa dla dalszego rozwoju dziecka, jego rehabilitacji i leczenia.
2. Znajdźcie organizację pozarządową – poszukajcie fundacji lub stowarzyszenia, które oferuje wsparcie dla rodziców w podobnej sytuacji. Nawet jeśli na początku nie traficie na odpowiednią, pracownicy tych organizacji z pewnością wskażą właściwe miejsce. Spotkacie tam rodziców, którzy przeszli już przez to, co was czeka, i chętnie podzielą się swoimi doświadczeniami. To pomoże wam uniknąć błędów oraz zaoszczędzi czas i nerwy.
3. Poszukajcie grup wsparcia na Facebooku – to doskonałe źródło praktycznej wiedzy, kontaktów do specjalistów oraz informacji o nowoczesnych terapiach, a także możliwościach leczenia. Pamiętajcie jednak, by korzystać z tych informacji ostrożnie. Możecie natknąć się na porady, które nie mają naukowego potwierdzenia, a czasami nawet mogą być niebezpieczne. Dlatego tak ważne jest, aby wcześniej zdobyć podstawową wiedzę i umieć oddzielić rzetelne informacje od tych szkodliwych.

Pamiętajcie, że nikt, kto nie przeżywa tego samego co wy, nie będzie w stanie w pełni zrozumieć waszej sytuacji. Spotkacie różne osoby, które będą chciały pomóc, ale nie zawsze będą wiedziały, jak to zrobić w sposób, który będzie dla was komfortowy. Czasami ich dobre intencje mogą prowadzić do niezręcznych sytuacji lub niezamierzonego zranienia.

Dlatego tak istotne jest, aby nie bać się sięgać po profesjonalną pomoc. Psycholog czy terapeuta to osoby, które mają odpowiednie narzędzia i doświadczenie, by wspierać was w tej trudnej drodze. Mogą pomóc zrozumieć emocje, znaleźć siłę do działania oraz dać wsparcie w momentach kryzysowych. Dzięki nim będziecie mogli lepiej poradzić sobie z wyzwaniami, które napotkacie oraz nauczyć się, jak dbać o siebie w procesie opieki nad swoim dzieckiem. Nie jesteście sami – skorzystanie z pomocy specjalisty to ważny krok ku lepszemu zrozumieniu siebie i sytuacji, w której się znaleźliście.

Nowa rzeczywistość przynosi wiele radości, ale także stawia przed rodzicami różnorodne wyzwania. Czasami mogą pojawić się sygnały, które wskazują, że wasze dziecko może potrzebować dodatkowego wsparcia. W takich chwilach warto zasięgnąć porady specjalistów, aby rozwiać swoje wątpliwości.

Poniżej przedstawiono opisy zakresów działalności kilku specjalistów, którzy mogą okazać się pomocni na początku rodzicielskiej drogi.

Fizjoterapeuta dziecięcy – pomoże, jeśli zauważa się opóźnienia w rozwoju ruchowym dziecka. Specjalista dobierze odpowiednie ćwiczenia wspomagające rozwój motoryczny, ale także zaprezentuje, jak prawidłowo nosić dziecko czy je przewijać, by jednocześnie nie zaszkodzić maluchowi.

Osteopata – lekarz lub fizjoterapeuta, który ukończył dodatkowe studia osteopatyczne. Zajmuje się terapią tkanek miękkich, stawów i nerwów. Patrzy na pacjenta całościowo (holistycznie). W momencie porodu na dziecko działają ogromne siły. Rolą osteopaty dziecięcego jest wyrównanie napięcia mięśniowego związanego z porodem i złagodzenie negatywnych skutków porodu (o ile się pojawiły).

Badanie osteopatyczne oraz terapia są bezbolesne.

Do osteopaty warto się udać, gdy dziecko jest płaczliwe, ma zaparcia, kolki czy refluks. Pomoże także w przypadku asymetrii ułożeniowej dziecka czy przy zniekształceniach głowy.

Fizjoterapeuta uroginekologiczny – zajmuje się wszelkimi nieprawidłowościami mięśni dna miednicy. Jest to stosunkowo nowa specjalizacja, jednak ściśle powiązana z ginekologią. Do tego specjalisty mogą się zgłaszać osoby w każdym wieku, zarówno kobiety, jak i mężczyźni. Fizjoterapeuta uroginekologiczny pomaga w takich problemach, jak:

- rozejście mięśni prostych brzucha,
- nietrzymanie moczu,
- bolesne stosunki po porodzie,



- przygotowanie kobiety do porodu,
- rozejście spojenia łonowego,
- obniżenie narządów rodnych,
- ocena i terapia blizny po cesarskim cięciu
- i wiele innych.

Fizjoterapeuta uroginekologiczny pomaga wrócić do formy zarówno po porodzie naturalnym, jak i poprzez cesarskie cięcie.

Neurologopeda – konsultacja z neurologopedą może okazać się niezwykle pomocna już w pierwszych dniach życia dziecka. Ocenia on funkcje motoryczne jamy ustnej, w tym napięcie mięśniowe, ruchy języka, warg i policzków, oraz analizuje zdolność dziecka do ssania, połykania i oddychania w czasie karmienia. Jeśli zaobserwuje się problemy z karmieniem bądź dziecko zostało zdiagnozowane neurologicznie – warto skonsultować dziecko z tym specjalistą.



Doradca laktacyjny – może to być położna, pielęgniarka bądź lekarz, który poszerzył swoje kwalifikacje o doradztwo w zakresie laktacji. Pomaga zadbać o prawidłowy przebieg laktacji oraz w problemach związanych z karmieniem piersią. Mamy często rezygnują z naturalnego karmienia właśnie z powodu nawarstwiających się problemów z karmieniem lub pojawiającym się bólem. Spotkanie z doradcą to zebranie wywiadu z rodzicem, badanie dziecka, obserwowanie, w jaki sposób dziecko jest przystawiane do piersi, jak ssie. Doradca szuka problemu i stawia diagnozę. Czasem proponuje dalsze konsultacje, np. z chirurgiem, gdy podejrzewa, że wędzidełko dziecka jest zbyt krótkie i utrudnia mu to ssanie. Nie czekajcie, nie słuchajcie rad, że problem rozwiąże się sam: „Mnie też bolało, ale dałam radę!". Wiele osób żałuje, że tak późno skonsultowały się z doradcą, ponieważ często wystarczy jedna wizyta i wszystkie problemy przemijają.

Listę certyfikowanych doradców laktacyjnych możecie znaleźć na stronie Centrum Nauki o Laktacji: https://cnol.kobiety.med.pl/pl/doradcy-cdl/lista-doradcow/.

Terapeuta integracji sensorycznej – jeżeli dziecko ma problemy z reagowaniem na bodźce (dotyk, dźwięki, światło), unika niektórych materiałów, jest nadwrażliwe lub przeciwnie – niewrażliwe na otoczenie, specjalista od integracji sensorycznej pomoże w wyregulowaniu tych trudności.

Podróż rodzicielska w przypadku dziecka o wyjątkowych potrzebach może być pełna wyzwań, ale także niesie ze sobą ogromne możliwości rozwoju i wzmacniania więzi. Kluczowe jest, aby nie bać się sięgać po pomoc i korzystać z dostępnych zasobów. Specjaliści są w stanie dostarczyć cennych wskazówek i wsparcia, które pomogą w codziennych zmaganiach oraz w zapewnieniu dziecku jak najlepszej opieki.

Pamiętajcie, że każdy krok, który podejmujecie, jest krokiem w stronę lepszej przyszłości. Nie jesteście sami w tej drodze, a wsparcie innych rodziców i profesjonalistów może okazać się nieocenione.

Justyna Gajęcka



WARTO WIEDZIEĆ – innowacje, które ułatwiają życie

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Poznaniu od kilku lat systematycznie wspiera powstawanie i rozwój mikroinnowacji społecznych, czyli nowych form pracy, narzędzi i metod. Wszystkie te innowacje po sprawdzeniu, czy i jak działają, stają się dostępne dla wszystkich, tzn. każdy zainteresowany może z nich bezpłatnie korzystać.

CZY JAKO RODZIC ZNAJDĘ W ROPS COŚ DLA SIEBIE?

Wśród tych rozwiązań znajdują się także inspiracje i konkretne propozycje dla rodziców zarówno małych, jak i starszych dzieci, zwłaszcza dotyczące wyzwań rozwojowych czy edukacyjnych. Ze względu na charakterystykę tej publikacji zdecydowaliśmy się zaprezentować kilka wybranych rozwiązań, które mogą być potrzebne rodzicom małych dzieci.

Pod opisami znajdują się kody QR, które kierują do bazy innowacji dostępnej na stronie www.innowacje.rops.poznan.pl. Tam zamieszczono więcej szczegółów na temat każdego z opisanych rozwiązań. Baza ta zawiera informacje o wszystkich nowych metodach i narzędziach, które są wspierane przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Poznaniu. Znajdują się tam również informacje o rozwiązaniach dla nieco starszych dzieci. Warto o tym pamiętać i także tam szukać informacji i narzędzi odpowiadających na konkretne zapotrzebowanie.

Na potrzeby niniejszej publikacji do pokazania wybranych zostało kilka propozycji.

STWORZENIE RÓWNYCH SZANS DO ROZWOJU NARZĄDU ŻUCIA I RÓWNOWAGI CIAŁA



W przygotowanych przez specjalistów materiałach znajdziecie film oraz niezbędnik, w którym zamieszczono potrzebne informacje pomocne w stawianiu rodzicielskich pierwszych kroków. Z tych materiałów dowiecie się m.in., jak odpowiednio karmić malucha, jak zachować się w przypadku zadławienia. Jeżeli zaobserwujecie coś niepokojącego, w niezbędniku znajdziecie bazę teleadresową z kontaktami do poradni specjalistycznych. Warto pamiętać, że problemy z jedzeniem dotyczą około ¼ dzieci – dzięki innowacji można zareagować na nie szybko i skutecznie!

Innowatorzy opracowali także algorytm, dzięki któremu specjaliści zdobędą wiedzę, dokąd skierować rodziców z dzieckiem po pomoc. To może być również przydatna lektura dla ciebie!

Wczesna diagnostyka dzieci z niepełnosprawnością narządu żucia, zwłaszcza jeśli pojawiają się wyzwania związane z jedzeniem i komunikacją, to ważny krok do zapewniania dzieciom jak najwyższej jakości życia w kolejnych latach. W postawieniu odpowiedniej diagnozy i podjęciu działań najważniejszy jest czas – dzięki zdobytej wiedzy i kontakcie z odpowiednim specjalistą można pomóc swojemu dziecku szybciej.

Przy odpowiedniej współpracy fizjoterapeuty, lekarza i wprowadzeniu zmiany w sposobie karmienia dziecko może uniknąć karmienia sondą.

Dzięki sprawnemu i efektywnemu działaniu szybciej nauczycie się komunikować ze swoim dzieckiem. Specjaliści pomogą wam w znalezieniu takiej formy komunikacji, która jest komfortowa i osiągalna dla malucha.

Zapraszamy do skorzystania z innowacji, która będzie przydatna w zdobywaniu wiedzy i pomoże zwrócić uwagę na ważne elementy w rozwoju malucha. Zapoznanie się z materiałami uzmysłowi także, o co zapytać np. podczas wizyty u lekarza.

Więcej informacji można znaleźć tutaj:



GŁUCHA MAMA NIE JEST SAMA

Informacja w Polskim Języku Migowym (PJM) tutaj:



GŁUCHA MAMA NIE JEST SAMA

W internecie można znaleźć mnóstwo materiałów dotyczących ciąży, porodu i połogu – wiedza w nich zawarta bywa sprzeczna, a odszukanie rzetelnych materiałów nie zawsze jest proste. Natomiast **informacji, które przygotowano w PJM – nie ma wcale**.

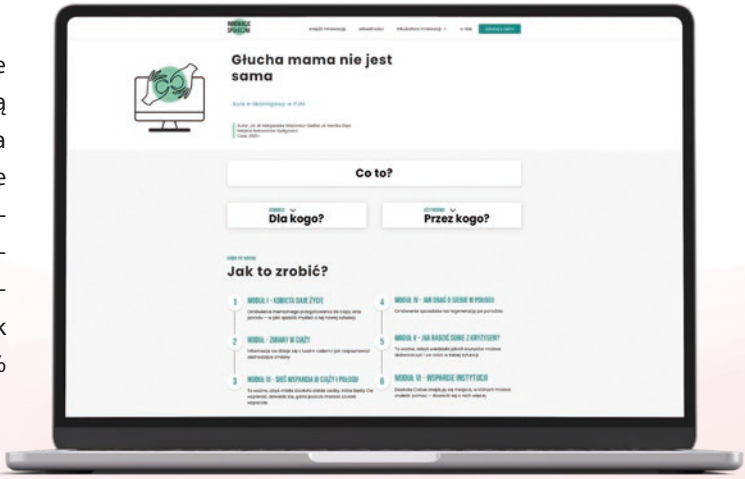
Dlatego powstała innowacja, która będzie wsparciem w przygotowaniach do przyjścia na świat maluszka – dedykowana Głuchym Mamom.

Innowatorzy przygotowali kurs e-learningowy w PJM, w którym omówiono kwestie psychologiczne związane z okresem ciąży, porodu oraz połogu. Uczestniczki dowiedzą się m.in., jak poprosić i przyjmować wsparcie od osób bliskich, jak zapewnić dziecku atmosferę bezpieczeństwa oraz jak zaakceptować zmiany, które zaszły w ciele. Dodatkowo na samym końcu kursu znajduje się słownik w PJM. Są tam wytłumaczone trudniejsze słowa i pojęcia użyte w kursie.

Dobre zdrowie fizyczne i psychiczne pomagają w poradzeniu sobie z nową sytuacją i zmianą, której doświadcza mama, dlatego tak ważne jest zadbanie o nią w każdym wymiarze. Ból i zmęczenie to zupełnie normalny stan po porodzie – nic dziwnego też, jeżeli po porodzie kobieta odczuwa smutek. Tak zwany *baby blues* dotyka ok. 50–80% matek, natomiast znacznie poważniejsza depresja poporodowa już ok. 10–20%. Często mama może odczuwać też lęk lub doświadczać zmian nastrojów – z tym wszystkim można sobie poradzić, w kursie znajdują się informacje, jak to zrobić. Warto pamiętać, że samopoczucie mamy jest tak samo ważne, jak jej zdrowie.

Wystarczy, że wypełnisz formularz, a darmowy kurs zostanie przesłany na twój adres mailowy:

Przeczytaj o innowacji na naszej stronie:



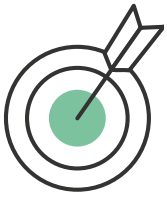
A KIEDY MALUCHY PODROSNĄ...



Zabawki terapeutyczne 3D

Zabawki terapeutyczne 3D to projekty 11 zabawek dla dzieci, które urodziły się przedwcześnie i ich wiek rozwojowy jest obniżony. Dzięki innowacji wcześniaki mogą bawić się i rozwijać, trzymając w rękach zabawkę dostosowaną do ich szczególnych potrzeb. Zabawki można wydrukować w każdej drukarni z usługami druku 3D, a kiedy maluch z nich wyrośnie – oddać je do recyklingu. Do większej rączki dziecka można dostosować i wydrukować nowy zestaw dinozaurów, misiów itp. – projekty dostępne są na naszej stronie.

Jeżeli rodzice mają obawy, że nie będą wiedzieć, jak odpowiednio korzystać z zabawek, niech się nie martwią – dzieci świetnie dają sobie radę, a ponadto w publikacji znajduje się też wiele przykładowych propozycji zabaw z maluchem.



Uważne dziecko

Dostęp do telefonów, komputerów, internetu niekorzystnie wpływa na koncentrację i pamięć. Szczególnie podatne na takie konsekwencje są dzieci. Jak piszą twórczynie innowacji: „Uwagę można porównać do światła reflektora, który oświetla tylko wybrany w danym momencie najważniejszy wycinek otaczającej rzeczywistości". To ważne, aby dziecko otrzymało wsparcie w rozwoju funkcji uwagi.

Badania wskazują, że nieuwaga u niektórych dzieci mija wraz z dojrzewaniem układu nerwowego, zwłaszcza gdy dziecko otrzyma wsparcie. Pomóż swojemu dziecku w trenowaniu procesów uwagowych (koncentracji, przerzucania uwagi, odporności na rozproszenia). Dzięki przygotowanemu zestawowi ćwiczeń, możesz w atmosferze zabawy i przy wykorzystaniu przedmiotów codziennego użytku skutecznie wspomóc rozwój dziecka.

Więcej innowacji znajdziesz na naszej stronie:

Masz pytania do konkretnego rozwiązania, chcesz zgłosić swój pomysł na innowację, poszukujesz nowego rozwiązania – zapraszamy do kontaktu z zespołem Działu Innowacji Społecznych:
tel. 695 211 217

Dział Innowacji Społecznych,
Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Poznaniu
ul. Mielżyńskiego 14, Okrąglak (6. piętro)
61-725 Poznań
tel. 695 214 378

Autorzy:
Karolina Wyrembek-Urban
lek. Dagmara Smektała-Smakulska
Natalia Gawrych-Okulińska
Adam Stepnowski-Said
Katarzyna Sójka
Justyna Gajęcka

Redakcja i korekta:
Katarzyna Rutkowska

Opracowanie graficzne:
Tomasz Rutkowski

ISBN 978-83-962406-8-2

Zdjęcia:

Freepik.com: okładka, s. 10, 42, 55 @senivpetro, s. 6 @wayhomestudio, s. 8 @wirestock, s. 12 @shurkin_son, s. 14, 64 @freepic.diller, s. 17, 62 @Drazen Zigic, s. 18, 20, 36, 44, 52, 57, 72, 74, 76 @freepik, s. 22 @dusanpetkovic, s. 26 @jcomp, s. 28 @kegfire5, s. 34 @Dragana_Gordic, s. 40 @fxquadro, s. 50 @krakenimages.com, s. 57 grafiki wygenerowane przez AI, s. 58 @lookstudio, s. 68 @teksomolika.

Poznań 2024

