

Pierwsze kroki

Wielkopolski informator dla rodziców małych dzieci

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

Samorząd województwa wielkopolskiego

Partner Merytoryczny Fundacja Dzieciaki i Zwierzaki ul. Plac Handlowy 23, 32, 020 Swarzędz.

Publikacja ma charakter informacyjny i nie stanowi wiążącej oferty. Poznań 2021



Szanowni Państwo! Drodzy Rodzice!

Oddaję w Państwa ręce wyjątkową publikację. Kiedy przed laty przychodziły na świat moje dzieci, marzyłam o poradniku, który w jednym miejscu zbierałby wszystkie podstawowe informacje na temat stawiania pierwszych kroków w rodzicielstwie.

Dziś mogę z dumą powiedzieć, że powstał zbiór wskazówek i podpowiedzi, które ułatwią Państwu przejście przez życiową rewolucję, jaką jest pojawienie się na świecie dziecka.

Pracując nad nim w Regionalnym Ośrodku Polityki Społecznej w Poznaniu, dołożyliśmy wszelkich starań, aby przygotować informator możliwie najbardziej kompletnie i fachowo. Zaprośmy do współpracy ekspertki zdrowia psychicznego i fizycznego, które specjalizują się w swoich dziedzinach, prowadzą specjalistyczną praktykę, mają liczne fanki i fanów w mediach społecznościowych, którym służą radą i wsparciem. Słowem, postawiliśmy na

wykwalifikowane praktyczki, które doskonale wiedzą, że wejście w rodzicielstwo to wspaniała przygoda, ale wymaga kompasu, kiedy okazuje się, że potrzebujemy pomocy.

Jak wygląda opieka nad noworodkiem? Jak przebiega karmienie piersią? Czym zajmuje się położna? Jak przebiega wizyta patronażowa pediatry? Jakie witaminy można podawać dzieciom? Jak postępować w czasie infekcji u dzieci? Gdzie się kierować, kiedy okazuje się, że nasze dziecko potrzebuje opieki specjalistycznej? Gdzie szukać pomocy wykwalifikowanej kadry medycznej?

To tylko niektóre z pytań, na które odpowiedzi znajdziecie Państwo w naszym poradniku „Pierwsze kroki. Wielkopolski informator dla rodziców małych dzieci”.

Jestem dla Was, drodzy Rodzice, nie tylko, jako działaczka samorządowa, ale również, jako matka, jako rodzic, który doskonale rozumie, jak wiele jeszcze przed Wami. Z tą matczyną wrażliwością pragnę Was zapewnić, że rodzina jest jedną z najważniejszych wartości nie tylko bliską nam wszystkim, ale i Samorządowi Województwa Wielkopolskiego. Ten przewodnik musiał, więc powstać.

Życzę Wam wytrwałości w odkrywaniu świata na nowo z Waszymi małymi pociechami u boku. Jestem zbudowana, kiedy myślę o tym, że z naszym informatorem kroki stawiane przez Was na tej pełnej przygodzie oraz zwrotów akcji drodze będą mocniejsze i pewniejsze. Wszystkim Wam gorąco kibicuję i bardzo wierzę w to, że wychowacie wspaniałych Wielkopolan, z których wspólnie będziemy dumni.

Paulina Stochniałek, Członek Zarządu Województwa Wielkopolskiego.

FORMALNOŚCI PO URODZENIU DZIECKA

W pierwszych dniach po urodzeniu dziecka należy dopełnić pewnych formalności, aby maluch stał się pełnoprawnym obywatelem. Warto zrobić to dość szybko, bo bez numeru PESEL można mieć problem z zarejestrowaniem wizyty u lekarza. Można umówić wizytę także bez nadanego numeru PESEL, ale stwarza to pewne problemy organizacyjne w niektórych placówkach i często wydłuża czas wizyt.

Rejestracja dziecka w Urzędzie Stanu Cywilnego

To formalność, za którą najczęściej jest odpowiedzialny ojciec dziecka. Szpital w ciągu 3 dni przekazuje kartę narodzin do Urzędu Stanu Cywilnego. Zgłoszenia urodzenia dziecka dokonuje się w ciągu dwudziestu jeden dni od dnia sporządzenia karty urodzenia dziecka lub w terminie trzech dni od dnia sporządzenia karty martwego urodzenia bez konieczności wcześniejszej rezerwacji terminu wizyty w urzędzie. Rejestracji można dokonać w dwojaki sposób osobiście lub online.

Nadanie numeru PESEL

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. Nadanie numeru PESEL następuje z urzędu (to znaczy automatycznie) po sporządzeniu aktu urodzenia przez Urząd Stanu Cywilnego.

Ubezpieczenie zdrowotne

Po urodzeniu dziecka rodzic w ciągu siedmiu dni musi zgłosić jego dane do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, by było uprawnione do korzystania z ubezpieczenia zdrowotnego. Daje to prawo do bezpłatnego dostępu do opieki medycznej.

Uznanie ojcostwa

Ojcostwo można uznać jeszcze przed porodem. Para udaje się do Urzędu Stanu Cywilnego i dokonuje formalności. Wówczas nie muszą się już tym martwić, gdy na świecie pojawi się maluch. Po porodzie ustalenie ojcostwa może nastąpić w dwojaki sposób: w momencie sporządzania aktu urodzenia lub na mocy orzeczenia sądu. W przypadku, gdy para ma ślub, zachodzi domniemanie, że ojcem dziecka jest mąż matki dziecka i nie ma potrzeby dodatkowego uznania ojcostwa.

Becikowe

Gdy urodziło się dziecko, można otrzymać od państwa jednorazową zapomogę z tytułu urodzenia się dziecka, becikowe. Jest to tysiąc złotych, które dostaje się przelewem na konto lub przekazem pocztowym, gdy spełni się warunki do jego otrzymania.

Kiedy można uzyskać becikowe, (stan na 10.2021)?

Kiedy dochód na osobę w rodzinie nie może przekraczać w miesiącu tysiąc dziewięćset dwadzieścia dwa złote netto. Matka dziecka, od co najmniej dziesiątego tygodnia ciąży do porodu była pod opieką medyczną (nie dotyczy: opiekunów prawnych, opiekunów faktycznych, osób, które przysposobiły dziecko). 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 nieznan, 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).

Rodzina 500 plus świadczenie wychowawcze

Rodzina 500 plus to rządowy program pomocy finansowej ze strony państwa dla rodzin wychowujących dzieci. W ramach tego programu rodzinom z dziećmi na utrzymaniu przysługuje świadczenie wychowawcze w wysokości pięćset złotych na dziecko w wieku do ukończenia osiemnastego roku życia bez względu na osiągnięty dochód w rodzinie. Wniosek o ustalenie prawa do świadczenia wychowawczego należy złożyć do gminnego organu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania wnioskodawcy. Chodzi tu o urząd miasta lub gminy, ośrodek pomocy społecznej lub inną jednostkę organizacyjną gminy (na przykład centrum świadczeń). W zależności od miejsca zamieszkania zajmują się tym różne organy. Wniosek ten można złożyć także drogą internetową.

SPECJALIŚCI, KTÓRZY MOGĄ OKAZAĆ SIĘ POMOCNI, GDY NA ŚWIECIE POJAWI SIĘ DZIECKO

W tym rozdziale zostaną przedstawieni specjaliści, którzy mogą okazać się bardzo pomocni po urodzeniu się dziecka. Z porad części z nich być może rodzice korzystali już przed porodem, z części z nich być może nie będą musieli korzystać w ogóle. Jednak lepiej wiedzieć, gdzie można szukać specjalistycznej pomocy, gdy będzie działo się coś niepokojącego.

Fizjoterapeuta uroginekologiczny

Fizjoterapeuta uroginekologiczny zajmuje się wszelkimi nieprawidłowościami mięśni dna miednicy. Jest to stosunkowo nowa specjalizacja, jednak ściśle powiązana z ginekologią. Do tego specjaliści mogą zgłaszać się 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, powrót do formy zarówno po porodzie naturalnym, jak i poprzez cesarskie cięcie, obniżenie narządów rodnych, ocena i terapia blizny po cesarskim cięciu. I wiele innych.

Neurologopeda

Neurologopeda prowadzi diagnozę i terapię wad wymowy, ale poza tym zajmuje się również zaburzeniami komunikacji wynikającej z uszkodzeń lub dysfunkcji ośrodkowego układu nerwowego.

Neurologopeda na podstawie wywiadu z rodzicem oraz badań medycznych dobiera odpowiednie ćwiczenia usprawniające, oraz niezbędne do terapii narzędzia (Na przykład. Wibratory logopedyczne, gryzaki, plastry).

Neurologopeda może okazać się pomocny także w przypadku, gdy dziecko nieprawidłowo ssie czy denerwuje się przy karmieniu.

Ponadto powinno udać się ze swoim dzieckiem do tego specjalisty, gdy:

1. sześciomiesięczne dziecko nie gaworzy;
2. roczne dziecko nie próbuje powtarzać prostych wyrazów, takich jak: baba, tata, mama i tym podobne;
3. dziecko w dowolnym wieku ma problemy z jedzeniem lub piciem.

Fizjoterapeuta pediatryczny

Fizjoterapeuta pediatryczny zajmuje się oceną stanu dziecka na wszelkich etapach rozwoju. Jeśli chce się mieć pewność, że dziecko osiąga odpowiednie umiejętności w określonym czasie lub niepokoją nas jakieś symptomy, warto udać się do fizjoterapeuty specjalizującego się w pracy z dziećmi. Ponadto pokaże on, w jaki sposób prawidłowo nosić oraz przewijać dziecko.

Do fizjoterapeuty należy się udać także, gdy pojawiły się nieprawidłowości przy porodzie, na przykład niedotlenienie, gdy dziecko układa się asymetrycznie, ma nieprawidłowe napięcie mięśniowe. Dobry fizjoterapeuta pediatryczny zaobserwuje nieprawidłowości rozwojowe u

dziecka już w pierwszych tygodniach życia. Wczesna interwencja zwiększa szanse na prawidłowy rozwój w przyszłości.

Osteopata dziecięcy

Osteopata to lekarz medycyny lub fizjoterapeuta, który ukończył dodatkowe studia osteopatyczne. Zajmuje się terapią tkanek miękkich, stawów i nerwów. Patrzy na pacjenta całościowo, czyli holistycznie. W momencie porodu na dziecko oddziałują 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. Osteopata pomoże także w przypadku asymetrii ułożeniowej dziecka czy przy zniekształceniach głowy.

Doula

Doula to osoba, która zajmuje się profesjonalnym wsparciem w czasie ciąży, porodu i w pierwszych dniach po porodzie. Na sali porodowej nie zastępuje ona osoby towarzyszącej, a raczej pomaga, by w jak najlepszy sposób wspierała ona rodzącą. Pomaga oswoić się z sytuacją, poradzić sobie parze z negatywnymi emocjami, z lękiem czy poczuciem bezradności. Dostarcza kobiecie praktycznych wskazówek, by poród odbył się fizjologicznie, możliwie szybko i bezboleśnie. Pozostaje z rodzącą do końca porodu, a także często towarzyszy jej w pierwszych dniach macierzyństwa.

Badania pokazują, że obecność douli przy porodzie skraca jego czas, zmniejsza ryzyko porodu zabiegowego lub poprzez cesarskie cięcie oraz pogłębia więź między rodzącą a partnerem.

Doradca laktacyjny

Doradcą laktacyjnym może być położna, pielęgniarka bądź lekarz, który poszerzył swoje kwalifikacje o doradztwo w zakresie laktacji. Doradca 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. Dziesiąte 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, na przykład z chirurgiem, gdy podejrzewa, że wędzidełko dziecka jest zbyt krótkie i utrudnia mu ssanie.

Listę certyfikowanych doradców laktacyjnych można znaleźć na stronie Centrum Nauki o Laktacji: [Lista doradców laktacyjnych](#)

Magister Justyna Gajęcka. Fundacja Dzieciaki i Zwierzaki

PODSTAWOWE PRAWA DZIECKA W SZPITALU

EUROPEJSKA KARTA PRAW DZIECKA W SZPITALU

1. Dzieci powinny być przyjmowane do szpitala tylko wtedy, kiedy leczenie nie może być prowadzone w domu, pod opieką poradni lub na oddziale dziennym.
2. Powinny mieć prawo do tego, aby cały czas przebywali razem z nimi w szpitalu Rodzice lub Opiekunowie. Nie powinno być żadnych ograniczeń dla osób odwiedzających, bez względu na wiek Dziecka.
3. Rodzicom należy stwarzać warunki pobytu w szpitalu razem z Dzieckiem, należy ich zachęcać i pomagać im w pozostawaniu przy Dziecku. Pobyt Rodziców nie powinien narażać ich na dodatkowe koszty lub utratę zarobków. Aby mogli oni uczestniczyć w opiece nad Dzieckiem, powinni być na bieżąco informowani o sposobie postępowania i zachęceni do aktywnej współpracy.
4. Dzieci i Rodzice powinni mieć prawo do uzyskiwania informacji, a w przypadku Dzieci, w sposób odpowiedni do ich wieku i możliwości pojmowania. Należy starać się o łagodzenie i unikanie zbędnych stresów Fizycznych i emocjonalnych u Dziecka w związku z jego pobytem w szpitalu.
5. Dzieci i ich Rodzice mają prawo współuczestniczyć we wszystkich decyzjach dotyczących leczenia. Każde Dziecko powinno być chronione przed zbędnymi zabiegami diagnostycznymi i leczniczymi.
6. Dzieci powinny przebywać razem z innymi Dziećmi w podobnym wieku. Nie należy umieszczać Dzieci razem z dorosłymi.
7. Dzieci powinny mieć możliwość zabawy, odpoczynku i nauki odpowiedniej do ich wieku i samopoczucia. Ich otoczenie powinno być tak zaprojektowane, urządzone i wyposażone, aby zaspokajało dziecięce potrzeby.

8. Przygotowanie i umiejętności personelu muszą zapewniać zaspokajanie potrzeb fizycznych i psychicznych Dzieci.
9. Zespół opiekujący się Dzieckiem w szpitalu powinien zapewnić mu ciągłość leczenia.
10. Dzieci powinny być traktowane z taktem i wyrozumiałością. Ich prawo do intymności powinno być zawsze szanowane.

Źródło: Ministerstwo Zdrowia.

KARTA PRAW DZIECKA, PACJENTA

1. Dzieckiem, pacjentem jest każda osoba, która nie ukończyła osiemnastu lat.
2. Jeżeli zachorujesz, personel medyczny powinien zrobić wszystko, żeby Cię wyleczyć i zapewnić opiekę podczas leczenia.
3. Kiedy tylko stan Twojego zdrowia się poprawi na tyle, że będziesz mógł wrócić do domu, masz do tego prawo.
4. Ty oraz Twoi rodzice lub opiekunowie macie prawo wiedzieć, w jaki sposób lekarze zamierzają Cię leczyć i jakie to przynosi efekty.
5. Twoi rodzice lub opiekunowie mają prawo do dokumentów, w których lekarze opisują Twoją chorobę i leczenie.
6. Decyzja o leczeniu nie może być podejmowana bez Twojego udziału, jednak dopóki nie skończysz szesnastu lat, podejmą ją za Ciebie rodzice lub opiekunowie, potem także Ty będziesz o tym współdecydował.
7. Nikt bez Twojej zgody nie może rozgłaszać, że jesteś chory, masz prawo, by zachowano to w tajemnicy, którą znasz tylko Ty, personel medyczny oraz Twoi rodzice lub opiekunowie.
8. Nikt nie może Cię bić, zawstydząć, lekceważyć i straszyć. W czasie choroby dorośli powinni szczególnie Cię wspierać i dbać o Twoje dobre samopoczucie.
9. Masz prawo do stałego kontaktu z najbliższymi. Twoi bliscy mają prawo być z Tobą w szpitalu, sanatorium lub uzdrowisku. Tylko w wyjątkowych sytuacjach lekarze decydują, że nie mogą oni z Tobą przebywać.
10. Podczas pobytu w szpitalu, sanatorium, uzdrowisku zawsze możesz do swoich bliskich zadzwonić lub napisać.

11. Szpital, sanatorium lub uzdrowisko to miejsca, w których masz wyzdrowieć, ale masz również prawo do nauki, zabawy i odpoczynku. Wyzdrowiejesz szybciej, nie myśląc ciągle o chorobie.
12. Jeżeli tylko masz taką ochotę, możesz spotkać się z osobą duchowną Twojego wyznania.
13. Masz prawo umieścić cenne przedmioty w depozycie szpitalnym.

Źródło: Karta Praw Dziecka Pacjenta

KOMPENDIUM WIEDZY OD POŁOŻNEJ

Kim jest dla kobiety położna? Jaki jest zakres jej opieki i obowiązków? Czy znam swoją położną? Czy wiem, jaką rolę w moim życiu odgrywa położna? Jakiej pomocy mogę oczekiwać ze strony mojej położnej?

Te i wiele innych pytań zadaje sobie mnóstwo młodych kobiet. Pytania te jednak stawiane są zwykle w sytuacji, gdy kobieta jest już w ciąży lub właśnie dowiedziała się od lekarza prowadzącego ciążę, że powinna wybrać położną, która odwiedzi ją w domu tuż po porodzie.

Zdarzają się również sytuacje, gdzie niestety kobiety szukają położnej dopiero w pierwszych dobach po urodzeniu dziecka. Robią to, kiedy przebywają jeszcze w szpitalu, gdzie bez podania danych położnej mogą mieć trudności z wypisem ze szpitala. Wiele pań nie ma w świadomości faktu, że ustawodawca przewidział opiekę położnej dla każdej kobiety w naszym kraju, od momentu narodzin aż do śmierci.

Zakres opieki ze strony położnej, jak również jej obowiązki, reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia dwudziestego siódmego listopada dwa tysiące dziewiętnastego roku w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej z dwa tysiące dziewiętnastego roku pozycja dwa tysiące trzysta trzydzieści pięć).

Rozdział Pierwszy.

Kim jest i co robi położna?

W naszym społeczeństwie panuje przekonanie, że położna potrzebna jest tylko kobiecie w ciąży i w okresie połogu (sześciu do ośmiu tygodni po porodzie). Jednak położna jest bardzo

ważną osobą dla kobiety w każdym okresie życia. Wiek nie ma tu znaczenia. Ustawodawca przewidział opiekę położnej środowiskowo-rodzinnej na każdym etapie życia kobiety. Co to oznacza? Położna obejmuje swoją opieką każdą kobietę, która poprawnie wypisała do danej położnej deklarację wyboru położnej środowiskowo-rodzinnej.



Do swojej położnej można zwrócić się o pomoc w bardzo szerokim zakresie, począwszy od wizyt patronażowych po narodzinach dziecka, poprzez pomoc w jego pielęgnacji (niezależnie od płci położna opiekuje się każdym dzieckiem do ósmego tygodnia życia), problemy laktacyjne, problemy pielęgnacyjne po wszelkiego rodzaju operacjach ginekologicznych, jak i pomoc w planowaniu rodziny, stosowanie środków antykoncepcyjnych i tym podobne.

Poniżej wypisano z rozporządzenia (Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej z dwa tysiące dziewiętnastego roku pozycja dwa tysiące trzysta trzydzieści pięć) niektóre z zadań położnej podstawowej opieki zdrowotnej, zwanej dalej położną POZ (z całością można się zapoznać na portalu pacjent.gov.pl).

Zadania położnej POZ w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób

1. edukację przedporodową;
2. poradnictwo w zakresie pielęgnacji i prawidłowego żywienia noworodka i niemowlęcia do ósmego tygodnia życia;
3. poradnictwo laktacyjne i promowanie karmienia piersią;

4. edukację i udzielanie porad w zakresie powrotu płodności po porodzie i metod regulacji płodności;
5. profilaktykę chorób ginekologicznych i patologii położniczych.

Zadania położnej POZ w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych

1. planowanie, realizację i ocenę opieki pielęgnacyjnej nad;
2. kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu;
3. noworodkiem i niemowlęciem do ósmego tygodnia życia;
4. kobietą ze schorzeniami ginekologicznymi;
5. przygotowanie i wspieranie rodziny w opiece nad noworodkiem, niemowlęciem i kobietą;
6. przygotowanie kobiety do samoopieki i samopielęgnacji.

Zadania położnej POZ w zakresie świadczeń diagnostycznych

1. monitorowanie rozwoju ciąży fizjologicznej;
2. wykonywanie badania położniczego;
3. ocenę stanu psychicznego kobiety w okresie ciąży i połogu, w tym ryzyka wystąpienia depresji poporodowej;
4. obserwację i ocenę rozwoju psychoruchowego noworodka i niemowlęcia do 8. tygodnia życia oraz adaptacji do środowiska zewnętrznego;
5. ocenę poziomu bilirubiny u noworodka w oparciu o topografię zażółcenia według schematu Kramera oraz pobieranie materiału do testów przesiewowych w kierunku wykrycia chorób metabolicznych.

Zadania położnej POZ w zakresie świadczeń leczniczych

1. przyjmowanie porodu nagłego w warunkach domowych;
2. zabezpieczenie naciętego lub pękniętego krocza;
3. wykonywanie zabiegów leczniczych, w tym między innymi:
4. podawanie leków różnymi drogami i technikami zleconymi przez lekarza, w tym wykonywanie iniekcji domięśniowych, dożylnych, podskórnych i śródskórnych oraz wykonywanie wlewów dożylnych,
5. zdejmowanie szwów,

6. cewnikowanie pęcherza moczowego u kobiet, usuwanie cewnika, płukanie pęcherza moczowego.

Zadania położnej POZ w zakresie świadczeń rehabilitacyjnych

1. ćwiczenia usprawniające w ciąży, porożu i schorzeniach ginekologicznych;
2. wykonywanie drenażu ułożeniowego u kobiety;
3. prowadzenie gimnastyki oddechowej, relaksacyjnej i przygotowującej do porodu oraz w okresie porożu.

Kompetencje położnej POZ

Położna środowiskowa podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) opiekuje się kobietami w każdym wieku. Jest to kompleksowa opieka pielęgnacyjno-położnicza i ginekologiczna. Opiekuje się także noworodkami do drugiego miesiąca życia.

Wizyta położnej POZ może się odbyć:

1. w warunkach ambulatoryjnych (na przykład w przychodni, w gabinecie położnej),
2. w domu pacjentki (na przykład wizyta patronażowa i profilaktyczna).

Położna środowiskowa opiekuje się kobietami w ciąży

Wizyty obejmują:

1. rozpoznanie problemów zdrowotnych,
2. zaplanowanie i realizację świadczeń profilaktycznych,
3. edukację kobiet w ciąży oraz w ciąży wysokiego ryzyka przygotowującą do porodu i rodzicielstwa.

Położna POZ przygotowuje plan edukacji przedporodowej dla kobiet w ciąży, w tym dla kobiet w ciąży wysokiego ryzyka. Jest to integralna część dokumentacji medycznej pacjentki. Obejmuje praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, porożu, karmienia piersią i rodzicielstwa (także w formie świadczeń realizowanych grupowo).

Opieka nad kobietami po operacji

Jeśli kobieta przeszła operację ginekologiczną lub ginekologiczno-onkologiczną, może otrzymać w szpitalu skierowanie do położnej środowiskowej. Zajmie się ona, w domu pacjentki, raną pooperacyjną aż do jej zagojenia.

Cytologia u położnej

Warto dowiedzieć się, czy wybrana położna ma umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na pobieranie wymazu do cytologii. Wówczas to do niej, a niekoniecznie do lekarza, można umówić się na to badanie.

Zmiana położnej

Dane wybranej położnej można znaleźć na Internetowym Koncie Pacjenta. Można zmienić położną POZ bezpłatnie dwa razy w roku kalendarzowym oraz zawsze, gdy zmienia się miejsce zamieszkania. Za każdą następną zmianę w danym roku trzeba zapłacić.

Rozdział Drugi.

Opieka nad noworodkami

Do dwóch miesięcy kalendarzowych życia dziecka położna POZ jest zobowiązana do przeprowadzenia czterech, do sześciu wizyt patronażowych. Badania wykonywane są w obecności opiekunów prawnych lub faktycznych w domu dziecka. Pierwsza wizyta odbywa się nie później niż czterdzieści osiem godzin od zgłoszenia wyjścia ze szpitala przez matkę i dziecko.

Zakres wizyt: Czwarta doba życia dziecka

1. badanie dziecka, z uwzględnieniem oceny stanu ogólnego bezpośrednio po urodzeniu według skali Apgar, jeśli położna prowadziła samodzielnie poród fizjologiczny,
2. pomoc w tworzeniu więzi matki z dzieckiem i w rozpoczęciu karmienia piersią,
3. wykonanie pomiarów masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej dziecka,
4. profilaktyka zakażeń przedniego odcinka oka.

Szósty tydzień życia, (co najmniej cztery wizyty patronażowe)

1. opieka nad noworodkiem lub niemowlęciem, w tym:
2. obserwacja i ocena rozwoju fizycznego w zakresie: adaptacji dziecka do środowiska zewnętrznego, stanu skóry i błon śluzowych, pępka, wydaliny, wydzieliny, rozwoju psychoruchowego, funkcjonowania narządów zmysłów,
3. ocena odruchów noworodka, sposobu oraz technik karmienia,
4. wykrywanie objawów patologicznych,
5. ocena relacji rodziny z noworodkiem,
6. edukacja zdrowotna i udzielanie rodzicom porad w zakresie pielęgnacji noworodka, karmienia piersią, szczepień ochronnych, badań profilaktycznych, opieki medycznej, socjalnej, laktacji, kontroli płodności, samoopieki.

Po zakończeniu wizyt patronażowych położna przekazuje opiekę nad niemowlęciem pielęgniarce podstawowej opieki zdrowotnej.

Rozdział Trzeci.

Kilka słów od praktykującej położnej

Obszar kompetencji położnej jest bardzo szeroki. W mojej praktyce zauważam zmianę w myśleniu kobiet o położnej. Dla nich położna zajmuje wyjątkowe miejsce w początkach bycia mamą. Obecnie prowadzę własny gabinet. Pokrótkce powiem, jak moja praca wygląda w praktyce.

Abym przyjęła pacjentkę pod swoją opiekę, ważne jest, aby pacjentka przede wszystkim wypisała deklarację wyboru położnej środowiskowo-rodzinnej. Można to zrobić w dwojaki sposób. Pierwszy z nich to oczywiście wypisanie deklaracji w gabinecie wybranej przez siebie położnej. Drugi sposób to wypełnienie deklaracji on-line do wybranej przez siebie położnej, wykorzystując portal pacjent.gov.pl. Jednak nie ma się w tym momencie jeszcze gwarancji, że ta deklaracja zostanie zaakceptowana ze strony położnej.

Położna ma prawo odmówić przyjęcia takiej deklaracji. Musi to oczywiście uzasadnić. Oznacza to, że pacjentka nie została po prostu objęta opieką danej położnej. Wybór położnej już na początku ciąży jest bardzo ważny. Pacjentka ma czas, aby poznać swoją położną, a położna pacjentkę.

Do mojego gabinetu przyjmuję panie w ciąży, które znajdują się między piętnastym a dwudziestym pierwszym tygodniem ciąży. Z takim wyprzedzeniem przygotowuję dla nich „Plan edukacji przedporodowej”. Mam na uwadze przede wszystkim dobro pacjentki. Miejsca w gabinecie na edukację grupową bardzo szybko się zapełniają i niestety część pań, które chciałyby skorzystać z opieki, nie zostaje nią objęta – właśnie z powodu braku miejsc. W mojej placówce edukacja zorganizowana jest w formie grupowej lub w wyjątkowych sytuacjach – w formie indywidualnej. Podstawowa edukacja zaczyna się od dwudziestego pierwszego tygodnia ciąży

Zgodnie z rozporządzeniem, spotykamy się:

1. Raz w tygodniu od dwudziestego pierwszego do trzydziestego pierwszego tygodnia ciąży maksymalnie dziesięć wizyt,
2. Dwa razy w tygodniu od trzydziestego drugiego tygodnia ciąży do porodu maksymalnie szesnaście wizyt, gdzie za świadczenie rozumie się spotkanie z położną zarówno indywidualne, jak i grupowe.
3. Tematy edukacyjne zostały tak dobrane, aby przede wszystkim oswoić panie z myślą o porodzie, jak również przygotować je do nowej roli matki. Bardzo wiele zależy tutaj również od oczekiwań ze strony samej pacjentki. W mojej praktyce staram się przede wszystkim wychodzić naprzeciw potrzebom przyszłych mam.

Edukacja trwa do samego porodu. W trakcie takich spotkań omawiamy również przygotowanie torby do szpitala, dostępność szpitali położniczych i procedury medyczne. Omówiona jest procedura przyjęcia do szpitala. Tutaj bardzo ważnym elementem całej edukacji jest plan porodu, który również jest ujęty w „Planie edukacji przedporodowej”.

Czym jest plan porodu?

To dokument opisujący oczekiwania pacjentki wobec personelu medycznego w szpitalu. Plan porodu najlepiej sporządzić i omówić z położną jeszcze przed samym rozwiązaniem. Sam poród charakteryzuje się niejednokrotnie wysoką dynamiką i często trudno jest zapanować nad emocjami pacjentki. Dlatego tak istotne jest wsparcie ze strony osoby towarzyszącej, jeżeli tylko może być na sali porodowej.

W edukacji pacjentek skupiam się też na omówieniu procesu laktacji, który jest moim ulubionym tematem. Staram się tak przygotować moje pacjentki, aby wiedziały, w jaki sposób i jakimi metodami rozkręcić laktację. Kluczowe są tu pierwsze doby po porodzie. W

szpitalu po porodzie pacjentka spędza dwadzieścia cztery do siedemdziesięciu dwóch godzin. W tym czasie dziecko przechodzi szereg badań i pierwsze szczepienia. Pacjentki, zapisując się do mojej placówki, już na wstępie dostają informację, w jaki sposób zgłosić swojej położnej środowiskowej fakt porodu.

Poza aspektami edukacyjnymi stawiam przede wszystkim na bezpośrednią komunikację z pacjentkami. Buduje to zaufanie i niejednokrotnie bliskie relacje. Młodzi rodzice na długo przed porodem mogą przećwiczyć elementy pielęgnacji i kąpieli niemowlaka, jednak życie bardzo często pokazuje, że pomimo ćwiczeń rodzice, czy to z emocji, czy ze stresu, potrzebują wsparcia w czasie pielęgnacji dziecka po jego pojawieniu się na świecie.

Na pierwszej wizycie patronażowej

1. zapoznaję się z wypisem ze szpitala i zakładam dokumentację medyczną,
2. badam macicę i oglądam ewentualną ranę pacjentki, umawiamy się na zdjęcie szwów,
3. badam dziecko, omawiam jego pielęgnację, oglądam kikut pępowiny, ważę dziecko,
4. kontroluję przebieg karmienia dziecka,
5. rozmawiam na temat samopoczucia mamy i nowo tworzącej się rodziny.

Długość trwania takiej wizyty uzależniona jest oczywiście od potrzeb młodych rodziców, jak również małego dziecka. Sama wizyta patronażowa związana jest też z założeniem dokumentacji w formie papierowej.

Magister Karolina Wyrembek-Urban, (Położna z Sercem).

KOMPENDIUM WIEDZY OD PEDIATRY

Rozdział 1. Karmienie piersią

Wszędzie słyszymy, że najlepsze dla naszego dziecka jest karmienie piersią. Oczywiście w tym stwierdzeniu jest wiele prawdy. Ale co dokładnie za tym przemawia? Jakie są realne korzyści z wyboru tego sposobu żywienia niemowlęcia?

Dlaczego karmienie piersią to najlepszy wybór dla mojego dziecka?

1. Naturalnie podnosi odporność dziecka. Mama wraz z mlekiem przekazuje przeciwciała, dzięki czemu niemowlaki łagodniej przechodzą infekcje. Zmniejsza też ryzyko poważnych infekcji u wcześniaków.
2. Uzupełnia zapasy naturalnej flory bakteryjnej. Nie ma konieczności stosowania probiotyków u dzieci karmionych naturalnie.
3. Ssanie piersi jest dla noworodka naturalnym sposobem na uspokojenie.
4. Wpływa pozytywnie na rozwój komórek nerwowych dziecka. Istnieją badania, w których dzieci karmione piersią wykazują się lepszą koncentracją, większą zdolnością uczenia się i mniejszym poziomem agresji. Jest to zapewne związane z bliskim kontaktem z mamą.
5. Prawidłowy model karmienia zapobiega wadom zgryzu, a co za tym idzie – wadom wymowy.
6. Pozwala naturalnie regulować rytm karmień, zapobiegając przekarmianiu.
7. W części badań naukowych postuluje się zmniejszenie ryzyka alergii.

Dlaczego karmienie piersią to najlepszy wybór dla młodej mamy?

1. Stymuluje produkcję hormonu, który jest odpowiedzialny za obkurczanie macicy po porodzie, dzięki czemu mama traci mniej krwi.
2. Pomaga w szybszym tempie spalać tkankę tłuszczową i reguluje stężenie cholesterolu.
3. Zmniejsza ryzyko wystąpienia raka piersi i jajnika oraz osteoporozy w okresie przekwitania.
4. Jest tańszym (darmowym) sposobem karmienia i szybszym do przygotowania, bo bez podgrzewania, mycia i wyparzania butelek.

Skąd pokarm w piersi i dlaczego mało prawdopodobne jest stwierdzenie, że kobieta może mieć go niewystarczającą ilość?

Mleko w piersi kobiety zaczyna powstawać już w trakcie ciąży. W szesnastym i siedemnastym tygodniu rozpoczyna się proces rozrostu dwudziestu gruczołów mlecznych. Następnie zaczyna się produkcja siary, czyli pierwszego mleka, dostępnego dla dziecka tuż po porodzie. Jest ono najbogatsze w składniki odżywcze i substancje immunologicznie czynne, (odpowiadają za odporność).

Siara to gęsta, żółta wydzielina. Jest produkowana przez dwie do trzech dób po porodzie, następnie przez pięć do czternastu dni następuje stabilizacja laktacji. Najpierw pojawia się mleko przejściowe, potem dojrzałe. Stopniowo zwiększa się zawartość tłuszczu i laktozy oraz wzrasta kaloryczność pokarmu. Co ważne, natura doskonale wie, co jest potrzebne dzieciom, na przykład w przypadku produkcji mleka u mamy wcześniaka obserwuje się jego znacznie wyższą kaloryczność, co pomaga noworodkowi dogonić rozwojowo inne maluchy.

Mamy często obawiają się, że ich pokarm jest nie wartościowy, gdyż mleko przy wycieku jest wodniste. Warto, więc wyjaśnić, że w pierwszej fazie faktycznie jest ono wodniste, a w drugiej już gęste i tłuste, dlatego istotne jest, aby noworodek opróżniał piers „do końca”, zanim ewentualnie podamy mu drugą pierś.

Przy inicjacji karmienia najważniejsze jest ssanie noworodka

Najsilniejszy odruch ssania występuje u dzieci od dwudziestu do trzydziestu minut po porodzie, dlatego właśnie wtedy, niezależnie od rodzaju porodu, młoda mama powinna przystawić noworodka. Nie powinna godzić się na karmienie butelką, gdy chce karmi naturalnie, bo wówczas znacznie trudniej będzie jej rozpocząć karmienie piersią.



Warto pamiętać, że pierwsze porcje wypijane przez dziecko są małe, pięć do dziesięciu mililitrów, co w zupełności wystarcza noworodkowi, a dzięki częstemu przystawianiu noworodka do piersi, organizm matki dostaje sygnał do produkcji mleka.

W drugiej dobie noworodek często „wisi na piersi”, co zapewnia stymulację wzmożonej produkcji mleka. Około trzeciej, czwartej doby pojawia się nawet mleczny. Trzeba pozwolić wtedy pić noworodkowi, a dodatkowo można wykonać pod prysznicem masaż, który pozwoli opróżnić nabrzmiąte piersi.

Największe ukojenie przynosi mamie ssanie dziecka. Jeżeli pozwoli się na początku laktacji dokarmiać noworodka mlekiem sztucznym, odruch ssania ze strony noworodka zostanie zaspokojony butelką, a piersi młodej mamy nie uzyskają wystarczającego sygnału, żeby rozpocząć wzmożoną produkcję.

Wiąże się to z ciężką pracą nad karmieniem piersią po powrocie do domu. Dodatkowo podanie dziecku do ssania smoczka nigdy nie zastąpi mu efektu, jaki osiągnęłoby, ssąc pierś. Neurologopedzi alarmują, że smoczek zarówno ten butelkowy, jak i uspokajacz powinno stosować się z umiarem, w wyjątkowych sytuacjach oraz po ustabilizowaniu laktacji. Jednak niestety zdarzają się w życiu sytuacje, w których mama ma mniejszą produkcję pokarmu. Największy wpływ na zahamowanie laktacji u młodej mamy mają silny stres i zmęczenie.

Jak stymulować laktację, żeby mieć więcej pokarmu?

W procesie pobudzania laktacji największe znaczenie ma odruch ssania noworodka, który stymuluje brodawkę i wysyła sygnał do mózgu, że potrzebna jest wzmożona produkcja mleka. Samo dziecko w ten sposób kontroluje laktację. Jeżeli kobieta ma „zbyt mało pokarmu”, maluch chce częściej być przystawiany lub pije z obu piersi w czasie jednego karmienia.

Jeżeli jest leniuszkiem lub z jakichś powodów nie chce samodzielnie pić, to mama może zastąpić ssanie malucha użyciem laktatora pomiędzy karmieniami. Taka stymulacja laktacji może odbywać się pod kontrolą położnej, doradcy laktacyjnego lub pediatry. Odciągnięty pokarm mama może zamrażać lub jeśli obserwowany jest brak przyrostu masy ciała dziecka podawać po właściwym karmieniu piersią.

Kobieta karmiąca powinna wypijać około trzech litrów płynów na dobę. Karmienie powinno być dla mamy przyjemnością, dlatego warto skonsultować trudności, (na przykład bolesne

brodawki czy inne), by znaleźć ich przyczynę i rozwiązać je jak najszybciej. Mama może też zdecydować się dodatkowo na pobudzenie laktacji, wypijając ziołowe napary. Na rynku dostępne są gotowe mieszanki i preparaty. Nie ma wiarygodnych badań, które mówią o ich skuteczności, ale teoretycznie poniżej wymienione zioła mają działanie mlekopędne:

1. melisa zwyczajna,
2. pokrzywa zwyczajna,
3. kminek zwyczajny,
4. biedrzaniec anyż,
5. czarnuszka siewna.

Uwaga, wpływa hamująco na laktację. Tych naparów unikamy przy stymulacji;

1. mięta pieprzowa,
2. szałwia lekarska,
3. pietruszka zwyczajna.

Co może powodować trudności w karmieniu?

Trudności występujące ze strony malucha:

1. Wszelkie infekcje u dziecka powodują niechęć do picia, dlatego należy je wykluczyć po konsultacji z pediatrą, neonatologiem.
2. Nieprawidłowy odruch ssania związany z niewłaściwym napięciem wokół ust bądź zbyt krótkie wędzidełko oraz inne cechy anatomiczne dziecka. Warto wówczas skonsultować się z neurologopedą, który pokieruje dalej, na przykład skieruje do laryngologa w celu podcięcia wędzidełka.
3. Niewłaściwy odruch ssania związany z nieprawidłowym napięciem mięśniowym (zaburzenia całościowe). Warto wówczas skonsultować się z fizjoterapeutą dziecięcym, który ewentualnie skieruje malucha do neurologa, jeżeli stan się pogorszy.
4. Zaburzony schemat przystawiania przez podanie pierwszego karmienia przez smoczek.
5. Niepokój malucha, problemy ze wzdęciami, zaparciami, refluksem żołądkowo-przełykowym.
6. Trudności występujące ze strony mamy:

7. Nieprawidłowe przystawianie do piersi, mama karmiąca powinna przybrać wygodną pozycję, z podparciem łokcia, na którym stabilizuje główkę dziecka. Maluch powinien czuć się pewnie, aby skupić się wyłącznie na piciu, a nie napięciu główki. O korektę takiej pozycji powinna zadbać położna na pierwszej wizycie, a najlepiej położna w szpitalu.
8. Budowa anatomiczna mamy: płaskie, wklęsłe brodawki, duże piersi. Wówczas najlepszym rozwiązaniem jest konsultacja u doradcy laktacyjnego, który nauczy mamę „wyciągać” takie brodawki, zastosuje odpowiednio dobrane kapturki bądź technikę karmienia z innej pozycji w przypadku dużych piersi.

Ważne jest, aby cały proces karmienia nadzorowała jedna zaufana osoba, dokonywała oceny skuteczności oraz wysyłała do specjalistów. Mama i maluch powinni czuć się bezpiecznie.

Przynajmniej raz w miesiącu waga niemowlaka powinna być kontrolowana i nanoszona na siatki centylowe w książeczce zdrowia dziecka. Jeżeli położna/pediatra nie stwierdzają odchyleń, rodzice nie muszą prowadzić regularnych pomiarów masy ciała. Warto pozostawić ocenę przybierania masy ciała specjalistom. Nie warto na własną rękę oceniać przyborów, bo często generuje to niepotrzebny stres u rodziców.

Naszą czujność powinny wzbudzić poniższe sytuacje:

1. Utrata masy ciała powyżej 10% masy urodzeniowej; mniejszy od oczekiwanego przyrost masy ciała; spadki masy w kolejnych dobach po urodzeniu; brak powrotu do urodzeniowej masy ciała po dwóch tygodniach od porodu.
2. Mniej niż sześć mokrych pieluch na 24 godziny od trzeciej doby życia.
3. Cechy odwodnienia stwierdzone w badaniu przez specjalistę.
4. 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 pojawią się takie niepokojące objawy, należy pilnie omówić je ze specjalistą, wówczas konieczna jest kontrola karmień.

Istnieją na to dwa sposoby.

1. Pierwszy nieco mniej dokładny: ubranego niemowlaka ważymy przed karmieniem i tuż po karmieniu (bez przewijania), wówczas różnica mas to średnia ilość przyjętego mleka.

2. Drugi bardziej wiarygodny: odciągnięcie pokarmu przed karmieniem i podanie go przez butelkę. Można połączyć obie metody. Należy jednak pamiętać, że powinny być dokładnie omówione przez specjalistę i prowadzone pod jego nadzorem.

Kiedy zdecydować się na dokarmianie mlekiem sztucznym?



Mleko sztuczne to ostateczność w przypadku bezwzględnych przeciwwskazań do karmienia piersią, czyli galaktozemia, wrodzony niedobór laktazy, zakażenie HIV, HTLV 1, HTLV 2, czynna nieleczona gruźlica, przyjmowanie niektórych leków, ciężki stan ogólny bądź psychiczny mamy, opryszczka na brodawkach, bądź niechęci mamy do karmienia piersią.

W innych wypadkach warto starać się utrzymać wyłącznie karmienie naturalne lub karmienie łączone w razie nieudanych prób zwiększenia laktogenezy. W przypadku stwierdzenia przez pediatrę lub 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 pamiętajmy, że są sytuacje, kiedy jest ono niemożliwe. Wówczas my, mamy, nie powinnyśmy się 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:

1. brak przyrostu masy ciała, zbyt mały przyrost wagi,
2. zaparcia, biegunki,
3. stolce z krwią lub śluzem,

4. kolki, bóle brzuszka,
5. obfite ulewania, wymioty, refluks żołądkowo-przetykowy,
6. wysypki skórne,
7. nasiloną postać atopowego zapalenia skóry.

Do lekarza należy weryfikacja i ocena, czy pacjent kwalifikuje się do podania preparatu mleko zastępczego, tak zwanego hydrolizatu białka. W pierwszym etapie leczenia lekarz będzie starał się utrzymać karmienie piersią i zacząć 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.

Uszkodzone brodawki. Jak sobie radzić?

Skóra brodawek jest wyjątkowo delikatna, często sam dotyk podrażnionych brodawek może przynosić ból. Maluch mający trudności z zasysaniem lub nieprawidłowy ścisk brodawki może doprowadzić do uszkodzeń mechanicznych i krwawienia. Konsekwencją tego jest zastój pokarmu i zapalenie piersi.

Sposoby na złagodzenie nadwrażliwości:

1. miękka, przewiewna bielizna, wietrzenie piersi, bezwzględne zasady higieny, mycie rąk przed każdym karmieniem,
2. smarowanie piersi własnym pokarmem,
3. stosowanie na rany niezakażone lanoliny, dekspantenolu, alantoliny, (nadkażone, ropne wymagają pilnej konsultacji lekarskiej),
4. stosowanie ciepłych okładów lub ciepłego prysznica. W przypadku silniejszych uszkodzeń i dużych trudności z karmieniem wymagana jest konsultacja specjalistyczna (doradcy laktacyjnego lub pediatry, ginekologa). Zaleci on różne metody w zależności od przyczyny uszkodzenia.

Jeżeli uszkodzenie powstaje w następstwie nieprawidłowego zasysania, można zaproponować:

1. podciągnięcie laktatorem mleka z pierwszego wypływu,
2. przygotowanie płaskiej, wklęsłej brodawki, również zalecane jest użycie laktatora,
3. ewentualne użycie nakładek laktacyjnych, tylko pod nadzorem położnej, doradcy laktacyjnego,

4. ciepły okład na pierś przed przystawieniem dziecka.

W przypadku urazów spowodowanych ścisaniem przez dziecko brodawki:

1. korekcja postawy i ustawienia przy piersi,
2. odpowiednie układanie piersi,
3. ćwiczenia korygujące otwarcie ust lub ułożenie języka dziecka,
4. podcięcie wędzidełka w razie jego nieprawidłowości.

Nieprawidłowa technika karmienia może doprowadzić do zastoju mleka w wyniku niepełnego opróżniania piersi, czego konsekwencją może być zastój. W przypadku zastoju zalecane jest jak najczęstsze przystawianie dziecka do piersi. W razie braku poprawy odciąganie pokarmu laktatorem. Gdy wcześniej wymienione metody nie przynoszą efektu, konieczna jest pilna konsultacja z lekarzem.

Jak przechowywać pokarm kobiecy?

1. Temperatura pokojowa , dziewiętnaście do dwudziestu pięciu stopni, to optymalnie 4 godziny, maksymalnie od sześciu do ośmiu godzin,
2. Lodówka 4°C Do 96 godzin
3. Zamrażarka minus 10 stopni 14 dni
4. Zamrażarka minus 20 stopni od trzech do sześciu miesięcy

Rozdział 2. Wizyta patronażowa pediatry

Wizyta patronażowa to pierwsze spotkanie z pediatrą, które powinno odbyć się około trzeciego tygodnia życia dziecka. Podczas tego badania lekarz zbiera wywiad z okresu ciąży i porodu oraz analizuje kartę wypisową ze szpitala. Sprawdza, czy zostały pobrane badania metaboliczne oraz wykonane badanie słuchu u dziecka. Zbiera również wywiad na temat chorób rodziców.

Jest to najlepszy moment, aby omówić kalendarz szczepień malucha i dokładnie go rozplanować. Podczas badania oceniane są przybory masy ciała, długości obwodu głowy i klatki piersiowej.

Warto wtedy przedyskutować również wszystkie wątpliwości zdrowotne rodziców. Pediatra osłuchuje serce i płuca dziecka, ocenia zabarwienie skóry i jej wygląd, sprawdza tętno na największych tętnicach i ocenia okolicę pieluszkową.

U dziewczynek sprawdza, czy nie ma problemu ze wzrostem warg sromowych. Porusza wtedy tematy związane z pielęgnacją okolicy pieluszkowej, aby nie doprowadzić do odparzeń. U chłopców ocenia obecność jąder w mosznie i ujście penisa. Powinna też zostać omówiona pielęgnacja tej okolicy.



Należy pamiętać, że w przypadku dziewczynek z tendencją do zrastania warg sromowych powinno używać się do pielęgnacji tłustych kremów uniemożliwiających stykanie się warg. W przypadku chłopców nie odsuwa się napletka zbyt intensywnie, tylko do pierwszego oporu, i przemywa tę okolicę wodą. Najlepiej na spotkanie z pediatrą przygotować sobie spisane listę pytań, aby o niczym nie zapomnieć.

Rozdział 3. Szczepienia, na czym polegają, jakie wątpliwości mogą generować?

Co to jest kwalifikacja do szczepień?

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

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

Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia, przeciwwskazaniami ogólnymi dla wszystkich rodzajów szczepionek są:

1. ostre stany chorobowe,
2. zaostrzenia przewlekłych stanów, chorobowych
3. 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:

1. szczepienie przeciw WZW, B, (wirusowe zapalenie wątroby typu B),
2. przeciwko DTP (błonica, tężec i krztusiec),
3. przeciw Hib, (haemophilus influenzae typ b) oraz PCV (pneumokoki),
4. IPV (polio),
5. MMR (odra, świnka, różyczka),
6. przeciw rotawirusom, jedyne doustnie.

Szczepienia są realizowane według kalendarza szczepień, a informacja o szczepieniu jest umieszczana zarówno w karcie szczepień przechowywanej w poradni lekarza rodzinnego, jak i w książeczce zdrowia dziecka, która jest w posiadaniu rodziców.

Zalecane są też szczepienia dodatkowe, które warto podać, ale w tym wypadku koszty szczepień pokrywają rodzice dziecka. Aktualnie jedynym szczepieniem zalecanym, którego koszt jest refundowany, jest szczepienie przeciw ospie wietrznej, podawane dzieciom uczęszczającym do żłobka lub klubu malucha (trzeba okazać odpowiednie zaświadczenie, że dziecko chodzi do takiej placówki).

Zalecane są również między innymi. szczepienia przeciw meningokokom różnych grup. Osobne szczepienie na meningokoki A, C, Y 135, W i meningokoki B oraz poszerzone szczepienia na pneumokoki, przeciw ospie wietrznej, po kleszczowym zapaleniu mózgu, HPV i grypie.

Od 2021 roku w Polsce będzie 12 bezpłatnych (obowiązkowych) programów **szczepień ochronnych**.

To szczepienia przeciw:

- gruźlicy
- wirusowemu zapaleniu wątroby typu B
- błonicy
- tężcowi
- krztuścowi
- rotawirusom
- poliomyelitis
- Haemophilus influenzae typu B
- pneumokokom
- odrze
- śwince
- różyczce



Zródło: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych

Co to jest niepożądany odczyn poszczepienny, NOP?

Niepożądany odczyn poszczepienny, czyli (NOP) to zaburzenie stanu zdrowia, które wystąpiło do czterech tygodni od szczepienia. Do NOP zalicza się, zarówno rumień i obrzęk w miejscu wkłucia, jak i gorączkę po szczepieniu oraz nieutulony płacz.

Niepożądane odczyny poszczepienne dzieli się na łagodne, umiarkowane i ciężkie.

Niepożądany odczyn poszczepienny w formie łagodnej występuje dość często w postaci gorączki po szczepieniu. Gorączka zdarza się bardzo często i nie powinna budzić lęku.

Podając szczepienie, uruchamiamy 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 o dawkowanie podczas wizyty szczepiennej swojego pediatrę. Występują też ciężkie postaci odczynów poszczepiennych, na przykład pod postacią nieukojonego płaczu malucha czy nieprawidłowego napięcia mięśniowego.

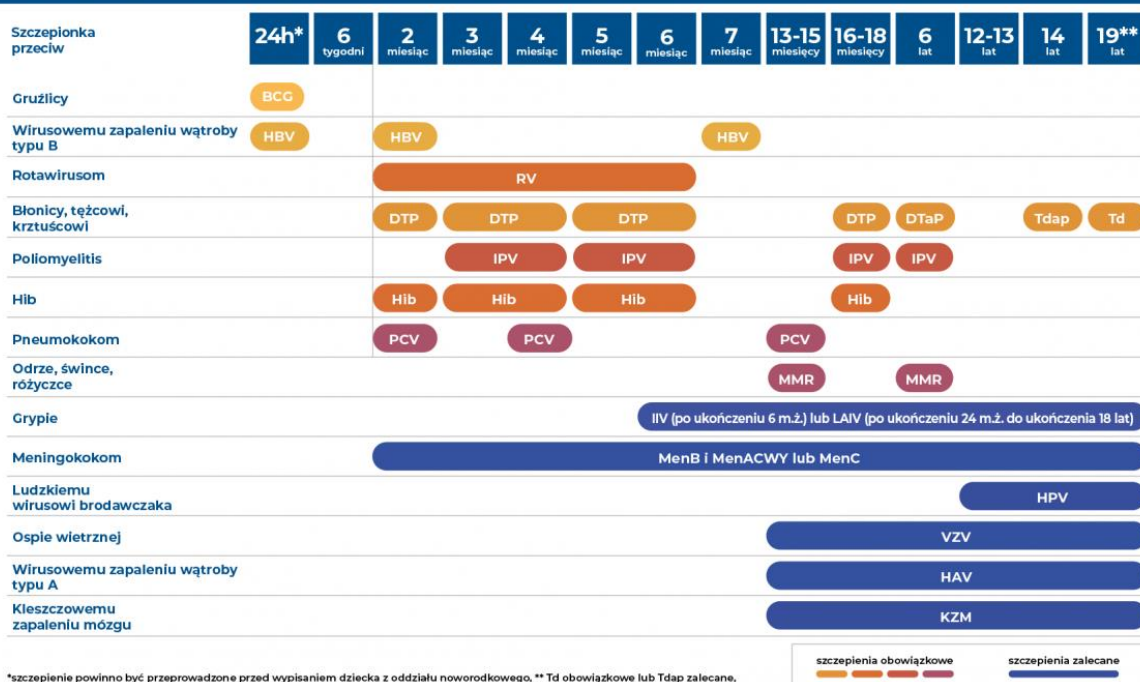
Z takim odczynem jak najszybciej należy zgłosić się do pediatry. Warto pamiętać, że każde działanie medyczne jest obarczone ryzykiem, ale prawidłowa kwalifikacja do szczepienia powinna je zminimalizować.

Czym są schematy szczepień?

Schemat szczepień to system podawania konkretnej szczepionki przeciwko danej chorobie. Schemat składa się ze szczepienia podstawowych dawek szczepionki podawanych w niewielkich odstępach czasowych, najczęściej, co cztery tygodnie, oraz dawek przypominających, podawanych po dłuższym czasie, z reguły po około sześciu miesiącach, na przykład w przypadku szczepienia na pneumokoki podaje się dwie dawki szczepienia podstawowego w odstępie dwóch miesięcy i dawkę przypominającą po sześciu miesiącach, czyli schemat dwa plus jeden..

Szczepienia do trzynastego miesiąca życia

Kalendarz szczepień dziecka powinno się omówić na pierwszej wizycie u pediatry, czyli na wizycie patronażowej. W kalendarzu szczepień mamy dostępnych 12 bezpłatnych i obowiązkowych szczepień dla malucha. 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 dziecko powinno trafić do poradni lekarza rodzinnego w szóstym do ósmego tygodniu życia. 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 obowiązkowych. Wówczas zastępuje się 4 wkłucia 3 wkłuciami w przypadku opcji 5 w 1 lub 2 wkłuciami w przypadku 6 w 1. Szczepionka 5 w 1 zawiera toksoid błonicy, tężcowy i szczepionkę bezkomórkową przeciw krztuścowi, inaktywowaną przeciw polio oraz Hib. Szczepionka 6 w 1 poza powyższymi zawiera dodatkowo szczepionkę przeciw WZW B.



*szczepienie powinno być przeprowadzone przed wypisaniem dziecka z oddziału noworodkowego, ** Td obowiązkowe lub Tdap zalecane.

BCG - szczepionka przeciw gruźlicy, HBV (Hepatitis B Vaccine) - szczepionka przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, DTP - szczepionka przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi, całokomórkowa, RV - szczepionka przeciw rotawirusom, DTaP - szczepionka przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi, bezkomórkowa, Tdap - szczepionka przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi, bezkomórkowa z obniżoną zawartością antygenów błonicy i krztuśca, IPV (Inactivated Polio Vaccine) - szczepionka przeciw poliomyelitis, zabita, Hib - szczepionka przeciw Haemophilus influenzae typu b, MMR - szczepionka przeciw odrze, śwince i różyczce, PCV - skoniugowana szczepionka przeciw pneumokokom, IIV (Inactivated Influenza Vaccine) - szczepionka przeciw grypie (inaktywowana), LAIV (Live Attenuated Influenza Vaccine) - szczepionka przeciw grypie (żywa, donosowa), MenB - szczepionka przeciw meningokokom grupy B, MenACWY - szczepionka przeciw meningokokom grupy A, C, W, Y lub C, HPV - szczepionka przeciw ludzkiemu wirusowi brodawczaka, VZV - szczepionka przeciw ospie wietrznej, HAV (Hepatitis A Vaccine) - szczepionka przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu A, KZM - szczepionka przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu.

Czym różnią się te szczepienia od tradycyjnych szczepień, oprócz mniejszej liczby wkluć? Różnią się składem szczepienia. Tradycyjne szczepionki w ramach refundacji zawierają komórkową komponentę krztuśca. Szczepienia pięć w jednym i sześć w jednym zawierają tak zwane komponentę bezkomórkową. Komórkowa komponenta jest bardziej immunogenna, przez co wywołuje silniejszą obronę organizmu, ale powoduje też większe ryzyko niepożądanych odczynów poszczepiennych.

Poniżej znajduje się schemat pokazujący długość obrony po zaszczepieniu kolejnymi dawkami. Kolejną decyzją, 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 dziewięćdziesiąt serotypów, (rodzajów) tej bakterii. Szczepienie oferowane w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia to szczepionka dziesięć walentna, czyli taka, która w swoim składzie zawiera dziesięć serotypów pneumokoków. Szczepienie odpłatne jest trzynasto walentne i zawiera ono trzynaście serotypów bakterii. W

fazie badań są kolejne szczepionki zawierające więcej szczepów bakterii.



Rozdział 4. Jaką suplementację witaminową należy prowadzić u dzieci?

Suplementacja witaminą D (zalecenia z roku dwa tysiące osiemnastego):

1. noworodki urodzone w trzydziestym trzecim do trzydziestego szóstego tygodnia ciąży: czterysta IU na dobę od pierwszych dni życia, niezależnie od sposobu karmienia,
2. do sześciu miesięcy: czterysta IU na dobę od pierwszych dni życia, niezależnie od sposobu karmienia,
3. od sześciu do dwunastu miesięcy: czterysta, do sześciuset IU/dobę, zależnie od dobowej ilości witaminy D przyjętej z pokarmem,
4. od jednego do dziesięciu lat u dzieci zdrowych, przebywających na słońcu z odkrytymi przedramionami i podudziami przez co najmniej piętnaście minut w godzinach od dziesiątej do piętnastej, bez kremów z filtrem, w okresie od maja do września: suplementacja nie jest konieczna, choć wciąż zalecana i bezpieczna,

5. jeżeli powyższe warunki nie są spełnione, zalecana jest suplementacja w dawce od sześćset do tysiąca IU/dobę, w zależności od masy ciała i podaży witaminy D w diecie, przez cały rok,
6. u zdrowych nastolatków w wieku dziesięć do dziewiętnastu lat przebywających na słońcu z odkrytymi przedramionami i podudziami przez co najmniej piętnaście minut w godzinach od dziesięciu do piętnastu, 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 osiemset do dwóch tysięcy IU na dobę, w zależności od masy ciała i podaży witaminy D w diecie, przez cały rok.

Suplementacja witaminą K (zalecenia z roku 2016)

1. jeden miligram lub pół miligrama dla wcześniaków po urodzeniu, ewentualnie doustnie dwa miligramy po urodzeniu, następnie kolejne dwa miligramy witaminy K powinny zostać podane doustnie w czwartym do szóstego dnia w czwartym do szóstego tygodniu życia lub jeden mg doustnie raz tygodniowo przez trzy miesiące,
2. aktualnie zgodnie z opinią Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego nie stosuje się już suplementacji doustnej witaminą K, ponieważ występuje problem z dostępnością preparatu.

Rozdział 5. Stany infekcyjne u dzieci – postępowanie podstawowe

Postępowanie w gorączce u dzieci

Gorączka jest zwykle początkiem większości infekcji wirusowych i bakteryjnych. Pojawia się nagle i szybko narasta. Dzieci stają się apatyczne, pokładające, a niemowlęta senne lub drażliwe, mają też zmniejszony apetyt. W trakcie narastania temperatury często obserwuje się zimne dłonie i stopy oraz rozpaloną głowę i kark, a 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.

Temperatura ciała może wykazywać wahania. Zakres norm temperatury:

1. mierzona w ustach: 35,5–37,5 stopni,

2. mierzona w odbycie: 36,6–37,9 stopni,
3. mierzona w uchu: 35,8–37,9 stopni,
4. mierzona w dole pachowym: 34,7–37,3 stopni.

O gorączce u dziecka mówimy w przypadku temperatury powyżej 38 stopni, o wysokiej gorączce przy temperaturze powyżej 39 stopnie.

Leczenie

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

W pierwszej kolejności obniża się temperaturę ciała, stosując leki przeciwgorączkowe. Tu do wyboru są preparaty ibuprofenu i paracetamolu. Leki przeciwgorączkowe u dzieci dawkuje się ze względu na masę ciała.

Warto pamiętać, że lek nie podziała, jeśli nie podamy go w odpowiedniej dawce. Najczęściej na preparatach zapisane są przedziały wagowe i dawki leków, ale bardziej dokładną metodą jest dawkowanie leków precyzyjnie na kilogram masy ciała. Paracetamol doustnie 10 do 15 miligrama na kilogram masy ciała na dawkę, (maksymalna dawka jednorazowa to 1000 miligramów) co 4 do 6 godzin (maksymalna dawka dobową 60 miligramów na kilogram masy ciała).

Paracetamol doodbytniczo 20 do 25 miligramów na kilogram masy ciała, na dawkę (maksymalna dawka jednorazowa 1000 miligramów) co 6 do 8 godzin, (maksymalna dawka dobową 60 miligramów na kilogram masy ciała).

Ibuprofen doustnie i doodbytniczo 10 miligramów na kilogram masy ciała, na dawkę co 6 do 8 godzin (maksymalna dawka dobową 40 miligramów na kilogram masy ciała).

Preparaty przeciwgorączkowe najlepiej stosować w postaci bardziej stężonej. Trzeba wówczas podać mniejszą objętość leku. Ibuprofen w formie stężonej występuje pod nazwą handlową z dopiskiem forte. W preparacie forte znajduje się 200 miligramów leku w 5 mililitrach syropu, (w preparacie mniej stężonym 100 miligramów leku w 5 mililitrach).

Paracetamol w formie stężonej występuje w preparacie 100 miligramów leku w 1 mililitrze lub 200 miligramów na 5 mililitrów.

Jeżeli mały pacjent waży 8 kilogramów, powinien otrzymać:

1. ibuprofenu: 8 razy 10 miligramów daje 80 miligramów,
2. paracetamolu doustnego: 8 razy 15 miligramów daje 120 miligramów,
3. paracetamolu doodbytniczego: 8 razy 25 miligramów daje 200 miligramów, to znaczy, że ośmiokilogramowy maluch musi otrzymać 80 miligramów ibuprofenu lub 120 miligramów paracetamolu doustnego.

Aby wyliczyć, ile leku powinien otrzymać maluch, można ułożyć proporcję, jak w poniższych przykładach:

1. Zastanawiając się ile mililitrów ibuprofenu podać dziecku, przygotowujemy równanie na krzyż. Wiedząc, że mamy 200 miligramów ibuprofenu w 5 mililitrach syropu możemy wyliczyć ile mililitrów, powinniśmy podać dziecku. Przyjmuje na potrzeby przykładu, że nasze dziecko ma 8 kilogramów, oznacza to, że powinniśmy podać 80 miligramów ibuprofenu. Tworzymy równanie z jedną niewiadomą. X równa się 80 miligramów razy 5 mililitrów podzielć przez 200 miligramów. Redukujemy jednostki, zostaje nam jednostka mililitr. Licząc dalej mamy 400 mililitrów podzielć przez 200 mililitrów, wychodzi nam zatem wynik 2 mililitry.
2. Podobnie przy zastosowaniu paracetamolu, także wykonujemy działanie matematyczne na krzyż i obliczmy x . Wiedząc, że 1 mililitr syropu, to 100 miligramów paracetamolu, znając wagę naszego dziecka, dla przykładu pozostajemy przy 8 kilogramach, postępujemy dokładnie tak samo jak w pierwszym przypadku. 120 miligramów paracetamolu razy 1 mililitr syropu dzieląc, za pomocą ułamka przez 100 miligramów paracetamolu. Znowu redukujemy powtarzające się jednostki i otrzymujemy 120 podzielone przez 100 mililitrów w postaci ułamka, co daje nam wynik 1,2 mililitra.

Preparaty paracetamolu i ibuprofenu można stosować naprzemiennie w celu intensyfikacji leczenia, wówczas odstęp między nimi powinien wynosić 3 do 4 godzin.

Dodatkowo w warunkach domowych po podaniu leków przeciwgorączkowych można zastosować tradycyjne metody obniżania temperatury:

1. kąpiel w letniej wodzie, (temperatura wody niższa od temp ciała o 1 do 2 stopni) przez około 10 do 15 minut,
2. wilgotne, chłodne okłady na czoło,
3. wilgotne, chłodne okłady na pachwiny, pachy, kark,
4. pojenie chłodnymi płynami,
5. unikanie przegrzewania dziecka, nie należy zbyt grubo ubierać malucha, a pomieszczenie, w którym przebywa, powinno być regularnie wietrzone z utrzymaną stałą temperaturą około 20 stopni.

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, nieukończony płacz dziecka lub jego nasiloną
2. ospałość, senność lub trudność w wybudzeniu powinny wzbudzić czujność. Najczęściej apatia w przypadku dzieci mija po obniżeniu temperatury ciała.
3. Reakcja na leki przeciwgorączkowe, temperatura powinna obniżać się po podaniu leków. Im wyższa temperatura, tym wolniej spada i trzeba zastosować zarówno metody farmakologiczne, (leki przeciwgorączkowe), jak i fizyczne, (na przykład zimne okłady) do jej obniżenia. Jeżeli temperatura nie ulega obniżeniu po podaniu leków przeciwgorączkowych w prawidłowych dawkach, istotna jest konsultacja lekarska.
4. Przyjmowanie płynów w wystarczającej ilości. Jeżeli maluch pije mniej niż zwykle, powinien być oceniony przez lekarza, ponieważ nawet przy błażej infekcji wirusowej groźne dla dziecka będzie samo odwodnienie.
5. Należy zwrócić uwagę na ilość, zapach i wygląd oddawanego przez dziecko moczu. Zmniejszona może towarzyszyć odwodnieniu, brzydki zapach bądź wzmożone zabarwienie może 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, na przykład katar, kaszel.

6. Czujność u rodziców powinny wzbudzić jakiekolwiek zmiany skórne bądź wysypka. Jeżeli na skórze malucha pojawiają się drobne kropeczki lub plamy nieblednące pod wpływem ucisku, należy natychmiast skontaktować się z lekarzem.
7. Niepokój powinien wzbudzić przyspieszony oddech u dziecka, nieuspokajający się po podaniu leków przeciwgorączkowych. Jeżeli dziecko ciężko oddycha, powinno być zbadane przez lekarza.
8. Im młodsze dziecko, tym gorączka jest bardziej niebezpieczna, dlatego rodzice maluchów poniżej szóstego 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, intensywny płacz również mogą zawyżać pomiary temperatury, dlatego w takiej sytuacji trzeba wyeliminować takie czynniki i ponownie zmierzyć temperaturę.
9. Pilnej konsultacji lekarskiej wymaga również gorączka utrzymująca się powyżej trzech dób.

Rozdział 6. Kaszel, na co zwrócić uwagę przed wizytą u lekarza

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

Lekarz może zapytać:

1. jak długo trwa kaszel,
2. czy towarzyszą mu inne objawy, na przykład katar, gorączka, wymioty,
3. jakich porach dnia pojawia się kaszel,
4. czy jest to kaszel napadowy, czy raczej ciągły,
5. czy jest to kaszel suchy, czy mokry

Jak rozróżnić kaszel suchy od mokrego?

Kaszel suchy

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 obturacja w drogach oddechowych, czyli zaciskanie ścian oskrzeli i duszność.

Wykładnikami takiej duszności są:

1. poruszanie skrzydełkami nosa (boczne ścianki nosa dziecka),
2. uruchamianie dodatkowych mięśni oddechowych, czyli kiedy patrzy się na niemowlaka, oddycha brzuchem, jednak w naturalnym oddechu nie pojawia się ciągnięcie mięśni brzucha pod żebra, przy duszności te mięśnie zapadają się,
3. gwizdzący poświst pojawiający się podczas oddychania,
4. siny trójkąt wokół ust,
5. sine opuszki palców,
6. szybki oddech.

każda grupa wiekowa ma właściwe przedziały liczby oddechów na minutę.

Wiek w latach, na liczbę oddechów na minutę

1. Noworodek, 40 do 60
2. Do roku, 24 na 38
3. Od dwóch do trzech lat, 22 do 30
4. Od czterech do sześciu lat, 20 do 24
5. Od siedmiu do dziewięciu lat, 18 do 24
6. Od dziesięciu do czternastu lat, 16 do 22
7. Od czternastu do osiemnastu lat, 14 do 20

W takiej sytuacji dziecko powinno przyjąć pozycję ułatwiającą oddychanie, czyli sadzamy je bądź pionizujemy noworodka, niemowlaka i pilnie kontaktujemy się z lekarzem. Do definicji duszności nie są potrzebne wszystkie powyższe objawy, już przy wystąpieniu jednego z nich powinno się skontaktować z lekarzem.

Szczególnie dramatycznie brzmiącym rodzajem kaszlu suchego jest kaszel krtaniowy, czyli kaszel o charakterze szczekającym, brzmi dosłownie jak szczekanie psa. Pojawia się on na przykład w zespole pseudokrupu i wynika z zapalenia krtani. Szczekający kaszel jest skutkiem

obrzęku krtani, który trzeba szybko zmniejszyć, ponieważ dziecko może mieć trudności w oddychaniu. Kaszel tego typu najczęściej pojawia się w nocy.

Na zmniejszenie obrzęku krtani pomaga chłodne powietrze. Należy ubrać malucha w czapkę i szalik i wyjść na balkon lub otworzyć drzwi lodówki i oddychać zimnym powietrzem. W razie braku efektu lekarz włączy inhalacje preparatem sterydu lub nawet wykona inhalację adrenaliną. W przypadku podejrzenia zapalenia krtani należy działać natychmiastowo, a nie czekać do rana.

Kaszel mokry

Kaszel mokry to kaszel z odpluwaniem wydzieliny u starszych dzieci, u młodszych słychać urywanie wydzieliny. W przypadku tego rodzaju kaszlu nie hamuje się odruchu kaszlu, a wręcz przeciwnie, trzeba starać się go nasilać, aby szybciej pozbyć się mokrej wydzieliny z dróg oddechowych. Dlatego dobrym pomysłem jest włączanie syropów o charakterze wykrztuśnym, rozrzedzających wydzielinę i ułatwiających jej ewakuację.

Objawy sugerujące choroby przewlekłe lub stany ostre wymagające konsultacji lekarskiej:

1. kaszel w okresie noworodkowym,
2. kaszel w trakcie karmienia,
3. przewlekły kaszel,
4. nagły początek kaszlu,
5. współistnienie kaszlu z utratą masy ciała, potami nocnymi,
6. spadek tolerancji wysiłku,
7. napadowy kaszel w trakcie wysiłku,
8. pojawienie się zasinienia wokół ust,
9. gorączka,
10. nasilenie kaszlu.

Chcąc ulżyć pociechom, trzeba rozróżnić, jaki rodzaj kaszlu występuje u dziecka. Nie ma, bowiem 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 wypadku kaszlu suchego.

Mają one kilka niezależnych mechanizmów działania. Te starszej generacji oddziałują na ośrodki w mózgu (pochodne opioidowe), które są odpowiedzialne za wytwarzanie kaszlu. Poprzez miejsce swojego działania mają wiele mechanizmów niepożądanych, mogą na przykład wpływać na ośrodki odpowiedzialne za oddychanie. Dlatego, mimo że można je kupić bez recepty, nigdy nie powinno się ich samodzielnie podawać dziecku.

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, ale nigdy na noc. Im młodsze dziecko, tym rozważniejsza powinna być decyzja o zastosowaniu leku rozrzedzającego oskrzela, najlepiej wyłącznie po konsultacji lekarskiej. Nie każdy maluch ma, bowiem na tyle rozwinięty odruch kaszlowy, by sobie z tą wydzieliną poradzić.

Rozdział 7. Katar, mała rzecz, wielki problem

1. 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 nadprodukcję wydzieliny.
2. Istnieje kilka rodzajów kataru i to od nich zależy postępowanie zmierzające do wyleczenia:
3. katar wodnisty, z reguły na początku infekcji wirusowej główny problem to ciekąca wydzielina i zapchany nos. Na tym etapie stosuje się do leczenia krople z ksylometazoliną i jej pochodnymi (można podawać od trzeciego 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 zbyt długo przesuszyć śluzówkę, dlatego w przypadku dzieci stosuje się je maksymalnie 5 do 7 dni. Na tym etapie infekcji oczyszcza się nosa dziecka solą hiper- toniczną i solą morską, ponieważ mogą one tylko wzmóc produkcję wydzieliny w nosie. Przed odciąganiem wydzieliny stosuje się jedynie sól fizjologiczną;

4. 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 wspomóc się nebulizacją z soli fizjologicznej. Warto pamiętać, że kolor wydzieliny i jej ropny charakter nie jest wskazaniem do podania antybiotyku! Katar jest najczęściej infekcją wirusową i nie wymaga leczenia antybiotykiem, a jedynie neutralizowania jego objawów;
5. 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 zastosowaniu decyduje wyłącznie lekarz;
6. katar w przebiegu zapalenia zatok, gęsty katar, często ściekający po tylnej ścianie gardła, powodujący brzydki zapach z ust chorego. Jeżeli taki katar przedłuża się, wymaga włączenia antybiotyku, o czym decyduje lekarz na podstawie zebranego wywiadu. Dotyczy starszych dzieci, ponieważ rozwój zatok jest długotrwałym procesem i rozpoczyna się dopiero w trzecim roku życia;
7. katar w przebiegu przerostu migdałka gardłowego przerosnięty 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 z nawracającymi zapaleniami uszu i anginami. Warto pamiętać, że nos człowieka 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 to proces karmienia. Jeżeli katar trwa dłużej niż 5 do 7 dni, dołączył do niego kaszel lub gorączka, a co gorsza, pojawiają się trudności z karmieniem piersią, dziecko wymaga oceny przez pediatrę.

Jak radzić sobie z katarzem?

1. Należy dbać o higienę nosa, trzeba go nawilżać, stosując sól fizjologiczną, (ewentualnie przy gęstym katarze hipertoniczną, morską) i odciągać wydzielinę. Do odciągania warto stosować sprzęty o odpowiedniej sile ssącej, zwykle popularna gruszka i frida są zbyt słabe.
2. Zwykle stosuje się wyższe ułożenie dziecka i częściej pionizuje malucha, a do spania wkłada mu się pod materac specjalny klin.
3. Można użyć specjalnych olejków aromatycznych na poduszkę, ale trzeba pamiętać, że mogą one uczulać, dlatego pierwszorazowe użycie najlepiej przeprowadzić w dzień i obserwować reakcje dziecka.
4. W ostateczności włącza się krople zawierające oksymetazolinę, które doprowadzają do skurczu naczyń w błonie śluzowej nosa, przez co zmniejszają obrzęk i ułatwiają oddychanie.
5. Należy jednak pamiętać, że takie krople można stosować samodzielnie maksymalnie tylko 5 dni, a po konsultacji z lekarzem 7 dni, ponieważ można doprowadzić do uszkodzenia błony śluzowej nosa.

Rozdział 8. Jak ocenić stopień odwodnienia u dziecka?

Odwodnienie u dzieci może wystąpić w przebiegu infekcji przewodu pokarmowego, wówczas doprowadzają do niego uporczywe wymioty i biegunka. Jednak trzeba pamiętać, że również gorączka u dziecka oraz niechęćne przyjmowanie płynów przy upałach może doprowadzić do odwodnienia.

Na co powinno się zwrócić uwagę, obserwując dziecko:

1. pragnienie, czy dziecko pije chętnie, czy nie, początkowo przy odwodnieniu pragnienie jest duże, jednak przy ciężkim stopniu odwodnienia dzieci piją niechętnie,
2. ilość oddawanego moczu niemowlęta powinny moczyć minimum 6 pieluch na dobę, trzeba też zwrócić uwagę na zapach moczu oraz jego kolor intensywny sugeruje oddawanie mniejszych ilości moczu lub infekcje w drogach moczowych,
3. powrót włóścikowy ocenia się go, uciskając paznokieć dziecka, jeżeli zblednięcie i powrót zabarwienia trwa dłużej niż dwie, trzy sekundy, jest to niepokojący objaw,
4. elastyczność skóry zmniejsza się w odwodnieniu, zebrany palcami fałd skórny stoi, zamiast samodzielnie powracać do swojego kształtu,
5. gałki oczne ulegają zapadnięciu w głąb,
6. przy ciężkim odwodnieniu stopniowo pojawia się mniej łez,
7. ciemiączko nigdy nie powinno być zapadnięte bądź tętniące,
8. śluzówki jamy ustnej przy odwodnieniu usta robią się suche, białe, spierzchnięte,
9. apatia, dziecko mimo braku gorączki jest ospałe, niechętnie przyjmuje płyny, jest to wskazanie do hospitalizacji,
10. gorączka jako dodatkowy objaw pogarsza stan nawodnienia dziecka, przyspiesza proces odwodnienia,
11. przyspieszona czynność serca niewynikająca ze stresu bądź gorączki,
12. przyspieszony, niespokojny oddech.

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

Podstawowe dobowe zapotrzebowanie na wodę u dziecka oblicza się według poniższego wzoru:

Masa dziecka, Zapotrzebowanie

1. 1 do 10 kilogramów, 100 mililitrów na kilogram
2. 11 do 20 kilogramów, 1000 mililitrów + 50 mililitrów na każdy kg masy ciała powyżej 10 kilogramów
3. Więcej niż 20 kilogramów, 1500 mililitrów + 20 mililitrów na każdy kg masy ciała powyżej 20 kg

Plus 5 do 10 mililitrów na kilogram masy ciała płynów po każdym wymiotach czy oddanym stolcu w przebiegu infekcji przewodu pokarmowego. Wzór dotyczy wszystkich wypitych płynów w ciągu doby przez dziecko (w tym zup, mleka, soków).

W przypadku biegunki u dzieci, poza oceną odwodnienia, powinny zaniepokoić patologiczne domieszki w stolcu krew i śluz, a w przypadku wymiotów fusowate zabarwienie. Takie sytuacje zawsze wymagają konsultacji lekarskiej. Nawadniając dziecko w przebiegu nieżyty żołądkowo-jelitowego, płyny podaje się chłodne, małymi porcjami, po łyczeczce. Wypite łączywie płyny, dziecko szybko zwróci.

Trzeba też unikać nabiału, a w przypadku niemowląt zawsze najpierw obniżyć gorączkę, a dopiero potem przystawić do piersi lub podać mieszanę mleczną. Mleko podane przy gorączce może prowokować wymioty.

lek. Dagmara Smektała-Smakulska (Mobilny Pediatra)

KOMPENDIUM WIEDZY OD PSYCHOLOGA

Narodziny

W filmach narodziny dziecka i rodzicielstwo przedstawiane są, jako najwspanialszy moment życia. Jest tak niewątpliwie, dla większości osób, jednak nie zawsze jest to sytuacja prosta.



Pojawienie się nowego członka rodziny to oczywista zmiana, która wymaga przystosowania się do niej, wypracowania nowych procedur, czyli sposobów radzenia sobie z nowymi sytuacjami.

Wokół pojawienia się dziecka narosło wiele mitów, a jednym z najbardziej szkodliwych jest ten mówiący o bezwzględnej miłości matki do noworodka od pierwszego spotkania. Wiele kobiet odczuwa ogromne wyrzuty sumienia, kiedy to uczucie nie pojawia się od razu. Warto mieć świadomość, że jest to proces, który może potrwać. Matka i dziecko uczą się siebie nawzajem. U części kobiet dopiero w toku bycia razem, na bazie przeżyć emocjonalnych, rodzi się miłość to zupełnie normalne.

Kiedy młoda matka trzyma w ramionach dziecko po porodzie, odczuwa rozmaite intensywne emocje. Badania pokazują, że stres wywołany porodem ma znaczenie nie tylko fizjologiczne, tzn. ułatwia noworodkowi przyście na świat, ale także poprzez jego aktywność sprzyja kontaktowi z matką. Maluch jest gotowy do pierwszego karmienia. Jest ono bardzo ważne ze względu na kontakt zmysłowy: dotyk, zapach, smak.

Dziecko nawiązuje kontakt wzrokowy, a także słyszy głos matki. Przypomina sobie to, czego doświadczało w okresie płodowym. Należy jednak wiedzieć, że relacja pomiędzy matką a dzieckiem buduje się stopniowo, nawet gdy z różnych względów pierwsze spotkanie odbywa się później, nie wpływa to na jej jakość.

Gotowość opiekuńcza

Naukowcy Marshal Klaus i John Kennell w (1976) wprowadzili pojęcie (gotowości opiekuńczej). W swojej pracy na ten temat pisali, że „Jednym z nieporozumień dotyczących teorii wczesnego budowania więzi rodzic, dziecko jest traktowanie określenia „gotowość opiekuńcza” w zbyt dosłowny sposób. Ludzie są istotami o wielkich zdolnościach przystosowawczych i swoją relację z dzieckiem budują na wiele sposobów. To smutne, że wielu rodziców, którzy stracili to pierwsze doświadczenie, uważa, że wszystko zostało stracone”.

Komunikacja z dzieckiem

Na jakość relacji z noworodkiem wpływa uważność i troska rodzica, rozumienie i zaspokajanie jego potrzeb. Głównym sposobem komunikowania się tak małego dziecka z otoczeniem jest płacz, nie można go ignorować.



W społeczeństwie pojawiają się niekiedy nieprawdziwe teorie na temat konieczności „wychowywania” noworodka, co skutkuje pozostawianiem go, aby się wypłakał. W takiej sytuacji maluch nie ma poczucia bezpieczeństwa, doświadcza opuszczenia i to w rzeczywistości, może skutkować niestabilnością przywiązania i stwarzać poważne problemy w okresie dzieciństwa.

Rodzice reagujący na sygnały ze strony dziecka mają szansę, by "dostroić" się do niego i spełniać jego potrzeby. Oprócz karmienia i przewijania noworodek potrzebuje bliskości, noszenia, przytulania i uwagi. Nie noś, bo rozpieścisz, czasami takie instrukcje otrzymują młode stażem matki, to kolejna nieprawda, noszenie, huśtanie, kołysanie pomaga rozwijać

zmysł równowagi dziecka oraz pozwala mu znaleźć ukojenie i spokój. Przytulanie jest ważne także z innego powodu, dotyk koi i uspokaja dziecko, daje mu poczucie bezpieczeństwa.

Bliskość z dzieckiem

Eksperyment Harrego Harlowa, przeprowadzony w latach sześćdziesiątych dwudziestego wieku, jednoznacznie pokazał, jak istotnym elementem jest bliskość, poczucie ciepła i dotyku rodzica. Szokujący dziś eksperyment polegający na oddzieleniu małpek typu rebus od matek pokazał, że mając do wyboru dwie „sztuczne matki”, jedną drucianą z butelką mleka i drugą miękką małpki zdecydowanie wybierały tę drugą. „Wystarczająco dobra matka” to taka, która na większość potrzeb swojego dziecka reaguje adekwatnie.

Nie da się ani teraz, ani później uniknąć błędów, które są elementem procesu uczenia i doskonalenia siebie. Jest to niezbity dowód na to, że małe dzieci potrzebują dotyku i kontaktu fizycznego z matką. Takim momentem codziennego kontaktu jest często karmienie, kąpanie, przytulanie.

Karmienie piersią

Należy jednak podkreślić, że karmienie piersią, które jest istotne i rekomendowane między innymi przez Światową Organizację Zdrowia, nie jest nieodzownym czynnikiem tworzenia relacji z opiekunem. Matki, które z różnych powodów nie mogą karmić piersią, powinny wiedzieć, że nie wpływa to na kontekst emocjonalny lub budowanie więzi tym czynnikiem jest natomiast stabilność relacji.

Zmysły dziecka

Warto wiedzieć, że w momencie narodzin wszystkie zmysły dziecka są funkcjonalne, jednak nie wszystkie działają w pełnym zakresie. W czwartym i piątym miesiącu życia dziecko osiąga zdolność widzenia na poziomie osoby dorosłej. Od początku jednak jego zmysł wzroku jest aktywny, noworodek najlepiej widzi kształty o zdecydowanych, intensywnych kolorystycznie konturach. Warto pobudzać jego zmysł wzroku, pokazując mu na przykład tego typu obrazki. To forma pierwszej zabawy, kontaktu, relacji.

Nie jest, więc prawdą, że niemowlak nic nie wie i nie rozumie. Bardzo ważnym elementem kontaktu wzrokowego jest przyglądanie się twarzy, najczęściej matki. Po urodzeniu dziecko osiąga zdolność skupienia na obiekcie oddalonym około 20 centymetrów, zauważmy, że pochylając się nad maluchem, jesteśmy w takiej właśnie odległości. Patrząc na twarz, dziecko

uczy się stopniowo rozumieć ekspresję emocji, spośród różnych dźwięków najsilniej reaguje na mowę ludzką, której uważnie się przysłuchuje w przyszłości, pomoże mu to w nauce mówienia. To, że niemowlę tak wiele się uczy, może zaskakiwać, badania pokazują, że rozwój mózgu w tym okresie życia jest najbardziej intensywny, (w momencie narodzin mózg stanowi 25% wagi mózgu dorosłego, około trzeciego miesiąca wynosi 40%, a po pół roku osiąga połowę wagi docelowej), pozbawienie, więc dziecka stymulacji w tym okresie, a więc zabawy, dotyku, mówienia, noszenia nie jest dla niego korzystnie nie tylko ze względu na aspekt relacyjny, ale także rozwojowy.

Płacz głównym sposobem komunikacji

Jak już wspomniano, płacz przez kilka pierwszych miesięcy będzie głównym sposobem komunikacji. Co noworodek, a potem niemowlak może w ten sposób komunikować? Psycholog rozwojowy Rudolph Schaer stwierdził występowanie trzech wzorców krzyku: pierwszy sygnalizuje głód, drugi jest związany ze złością, a trzeci jest reakcją na ból.

Matka po pewnym czasie uczy się odróżniać, z jakiego powodu płacze dziecko, tym samym może lepiej zadbać o zaspokajanie jego potrzeb. Natomiast sygnałem zadowolenia będzie pojawiający się po upływie pierwszego miesiąca życia uśmiech społeczny.

Samopoczucie psychiczne matki

Aby rozwój dziecka mógł przebiegać prawidłowo, konieczny jest rozwój bliskiej więzi z wybraną osobą, najczęściej z matką, ale nie tylko. Brak stabilnej opieki, reagowania na płacz dziecka, zaspokajanie tylko potrzeb fizycznych to za mało powoduje poważne skutki dla późniejszego rozwoju dziecka. Młoda matka w momencie porodu musi odnaleźć się w zupełnie nowej sytuacji.

Normalne jest to, że może odczuwać rozmaite emocje od euforii po smutek i przygnębienie. Większość kobiet po pewnym czasie przystosowuje się do nowej sytuacji, zyskując poczucie kompetencji, jako matka i odnajdując się w tej roli. Dobrze jest wiedzieć, że u wielu kobiet około piątego dnia po porodzie nastrój może się obniżyć. Niektóre szacunki podają, że zjawisko to dotyczy około 80% rodzających. Przedłużające się stany złego samopoczucia psychicznego oraz obniżonego nastroju określane są mianem smutku poporodowego lub jego nasilenie sytuuje się od około piątego dnia po porodzie.

Baby blues może trwać około dwóch tygodni, po czym nastrój się stabilizuje. Jeżeli jednak uczucie smutku, przygnębienia, przytłoczenia utrzymuje się znacznie dłużej, należy poszukiwać pomocy u specjalistów, (psychiatra, psychoterapeuta, psycholog), którzy zbadają przyczyny tego, co się dzieje. Młoda matka może zwrócić się do lekarza rodzinnego z prośbą o wystawienie skierowania do psychologa, natomiast do psychiatry może udać się bez skierowania. Nie warto bagatelizować problemu, tym bardziej że jedną z przyczyn obniżonego komfortu może być depresja poporodowa.

Symptomy depresji poporodowej: depresyjny nastrój przez większą część dnia,

1. zmniejszenie zainteresowań i zdolności do przeżywania przyjemności,
2. wyraźny wzrost lub spadek wagi,
3. bezsenność albo nadmierna senność,
4. pogorszenie panowania nad ruchami ciała,
5. wrażenie zmęczenia,
6. poczucie własnej bezwartościowości i winy,
7. spadek sprawności myślenia i koncentracji,
8. powracające myśli o śmierci i samobójstwie. Natomiast wśród elementów charakterystycznych typowo dla depresji poporodowej elementów można wyróżnić (nie wszystkie muszą wystąpić):
9. obojętność i niechęć w stosunku do dziecka,
10. brak okazywania uczuć dziecku,
11. myśli o zrobieniu krzywdy sobie lub dziecku,
12. zamartwianie się,
13. myśli depresyjne, co prowadzi do zaniedbywania potrzeb dziecka, a nawet wrogości w stosunku do niego.

Depresja po porodzie

Nieleczona depresja poporodowa może mieć poważne skutki. W ekstremalnych sytuacjach niesie zagrożenie życia nie tylko matki, ale i dziecka. Wpływa także zdecydowanie, na jakość opieki ze strony matki i na jej relacje z dzieckiem. Nie bez przyczyny uważa się, że w terapii depresji poporodowej jest dwóch pacjentów matka oraz dziecko. Dzięki leczeniu depresji

poporodowej kobieta odzyskuje poczucie sensu życia, akceptację dla nowego etapu i nowej roli, w której się znalazła.

Zachorowanie na depresję nie jest niczyją winą, to choroba, która ma wiele przyczyn. Na pewno jednak w trosce o swoje zdrowie psychiczne po porodzie młoda matka powinna myśleć nie tylko o dziecku, ale również o sobie. Jednym z elementów takiej troski jest delegowanie obowiązków i przyjmowanie pomocy.

Wychowanie dziecka



Niektóre młode matki wpadają w pułapkę przekonania, że wszystko zrobię najlepiej, tylko ja wiem, jak zadbać o dziecko. Odsuwają od dziecka zarówno ojca, jak i dalsze otoczenie. Korzystanie z pomocy w tym okresie jest szczególnie ważne, ponieważ często opieka nad noworodkiem jest dużym wyzwaniem. Jeżeli kobieta jej nie otrzymuje, powinna sygnalizować, że potrzebuje pomocy i ma do niej pełne prawo, szczególnie ze strony ojca dziecka.

Ostatnio modna jest sentencja, że żeby wychować dziecko, potrzeba całej wioski, co podkreśla wspólnotowy charakter całego procesu. W opozycji do tego jednak należy pamiętać, że to rodzice, a nie inne osoby mają decydujący głos w sprawie dziecka, modelu opieki nad nim, a później wychowania. Pojawiające się dobre rady nie powinny odgrywać wiodącej roli to młodzi rodzice są odpowiedzialni, ale też decydują o swoim dziecku teraz i w przyszłości.

Presja otoczenia

Czasami rodzice uważają, że to, jak często dziecko płacze lub jak dobrze śpi, jest dowodem ich kompetencji rodzicielskich. W rzeczywistości w ogóle to od nich nie zależy. Jest to wypadkowa temperamentu niemowlęcia i wielu innych czynników.

Fakty są natomiast takie, że 78% dzieci w wieku sześciu, dwunastu miesięcy budzi się przynajmniej raz w ciągu nocy, a 90% rodziców nie mówi prawdy na temat snu swoich dzieci. Natomiast kwestie związane z odżywianiem powinny być regulowane poprzez karmienie na żądanie.

Warto, więc zachować zdrowy rozsądek i nie utożsamiać tych dwóch czynników z byciem dobrym lub złym rodzicem. Poród to moment dużego wysiłku zarówno fizycznego, jak i psychicznego, dlatego młoda matka przede wszystkim powinna myśleć o sobie i o dziecku. Odwiedziny bliskich warto odłożyć na moment, kiedy odczuwa taką gotowość i chęć. Nie jest to czas na spełnianie oczekiwań innych, ale zdecydowaną troskę o siebie i dziecko. Niektóre kobiety odczuwają w takim momencie presję spełniania wysokich standardów wysprzątanego domu, przyjmowania gości, atrakcyjnego wyglądu itp. Bezlitosne standardy nigdy nie są dobre, ale szczególnie w tym okresie mogą sprawić, że matce po prostu nie wystarczy siły.

Warto pamiętać też, że w psychologii istnieje pojęcie „wystarczająco dobra matka”, czyli taka, która na większość potrzeb swojego dziecka reaguje adekwatnie. Nie da się ani teraz, ani później uniknąć błędów, które są elementem procesu uczenia i doskonalenia siebie.

Emocje

Oczywiście istnieją też osoby, dla których poród i ciąża są wydarzeniem trudnym, niechcianym. Nie warto nie dostrzegać tych emocji, uświadomienie ich sobie może przynieść odpowiedź na pytanie, co dalej. Niekiedy matka może dojść do wniosku, że z różnych względów emocjonalnych, społecznych lub innych mniej jest w stanie sprawować opieki nad dzieckiem. To z pewnością niezwykle trudna decyzja, wymagająca przemyślenia, wsparcia, konsultacji ze specjalistami, jednak w rzadkich sytuacjach czasami najlepsza.

mgr Magdalena Lange Rachwał, (psycholog)

Rodzice biologiczni, którzy mają takie wątpliwości, mogą pojawić się w ośrodku adopcyjnym, (dowolnie wybranym) już na etapie ciąży.

Takie spotkanie pozwoli wspólnie przeanalizować ich sytuację życiową i wybrać rozwiązanie najlepsze dla nich i ich dziecka. Taka rozmowa do niczego nie zobowiązuje, pozwala rozważyć argumenty za i przeciw dostarcza wiedzy prawnej, pomocy psychologicznej, a czasem uruchamia pomoc odpowiednich służb socjalnych na rzecz rodziny.

Adopcja

Jeśli z jakichś powodów rodzina biologiczna nie trafia do nas w tym okresie, zwykle zgłoszenie do ośrodka następuje wprost ze szpitala, w którym na świat przychodzi dziecko. Najczęściej to matka, czasem małżonkowie, deklarują pozostawienie dziecka na oddziale z intencją jego adopcji. Personel szpitala ze zrozumieniem podchodzi do takiej sytuacji i stara się zadbać o komfort rodziców podejmujących taką decyzję. Wtedy też możliwe jest spotkanie z psychologiem ośrodka adopcyjnego.

Zdajemy sobie sprawę, że rodzice czują się zagubieni, bezradni i mają wiele obaw dotyczących przyszłości. Staramy się wspólnie przeanalizować sytuację i zastanowić się nad możliwymi rozwiązaniami. Czasami w natłoku zdarzeń, trudnych okoliczności i braku wsparcia dopiero spojrzenie z zewnątrz daje nadzieję. Wszelkie działania, które podejmujemy w ramach pomocy kobietom ciężarnym czy rodzicom rozważającym oddanie dziecka do adopcji, są przeprowadzane w duchu poszanowania każdej decyzji i z zachowaniem pełnej dyskrecji.

To, co w naszej pracy z matkami, rodzicami jest najważniejsze, to przede wszystkim towarzyszenie im w drodze do ostatecznej decyzji o losach dziecka u ich boku lub w innej rodzinie z pełną akceptacją, zrozumieniem, bez oceny i presji. Wiemy, jaki ciężar ma ta decyzja i wiemy, że będzie miała ona wpływ na całe dalsze życie kobiety, rodziców i dziecka.

Decyzja o przekazaniu dziecka do adopcji

Warto podkreślić, że wiążącą prawnie decyzję o przekazaniu dziecka do adopcji można podjąć dopiero po sześciu tygodniach od urodzenia dziecka, to czas, kiedy sytuacja rodziców może ulec zmianie. Dziecko zwykle trafia ze szpitala do zawodowej rodziny zastępczej pełniącej funkcję pogotowia rodzinnego, gdzie oczekuje na powrót do rodziny pochodzenia, (jeśli jest taka możliwość) lub adopcję. Podpisanie stosownego oświadczenia o wyrażeniu

zgody na przysposobienie bez wskazywania osoby przysposabiającego w sądzie jest równoznaczne z uregulowaniem się sytuacji prawnej i ośrodek adopcyjny może wówczas wskazać rodzinę adopcyjną dla dziecka. Zespół Wielkopolskiego Ośrodka Adopcyjnego

KOMPENDIUM WIEDZY OD FIZJOTERAPEUTY

Fizjoterapeutyczny punkt widzenia

Na przestrzeni lat obserwacja rozwoju dziecka oraz podejście do wspierania rozwoju i pielęgnacji zmieniły się diametralnie. Dostęp do najróżniejszych poradników, magazynów, stron internetowych oraz aplikacji sprawił, że rodzice są świadomi i mają ogromną wiedzę na temat przebiegu ciąży, porodu oraz poszczególnych etapów rozwoju dziecka.

Dla każdego rodzica prawidłowy rozwój niemowlęcia jest najważniejszy. Pierwszymi elementami zmian rozwojowych dziecka, jakie zauważają rodzice, jest wzrastanie dziecka, (w szczególności po zmieniających się rozmiarach ubranek) 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 dziecko uczy się nowych funkcji, pokonując siłę grawitacji, nabierając nowych umiejętności motorycznych. Istotnym elementem prawidłowego rozwoju dziecka jest jego obserwacja. Obserwacja nie tylko rozwoju motorycznego dziecka, ale również sposobu zachowania, rozwoju jego wzroku, mowy, mimiki, skóry, kształtu czaszki.

Czasem rodzice nie zauważają u dzieci pewnych anomalii rozwojowych, na przykład trudności w leżeniu na brzuszku lub trudności w obrotach z pleców na brzuch, tłumacząc, że dziecko ma na to jeszcze czas, pomimo że dane umiejętności powinny być już mu znane. Rozwój dziecka jest cechą indywidualną, mimo to bazuje się na ocenie idealnego rozwoju motorycznego, który jest bardzo ważnym punktem odniesienia. Trzeba pamiętać, że każde dziecko ma swój rytm.

Rolą opiekunów jest jego obserwowanie, aby dziecko nie miało dużego opóźnienia w danych umiejętnościach motorycznych, dlatego jego znajomość stanowi punkt odniesienia. Od pierwszych dni życia dziecka można obserwować rozwój sensomotoryczny i śledzić jego zmiany w następnych tygodniach. Maluszek poznaje świat całym swoim ciałem, dlatego

zwraca się szczególną uwagę na rozwój sensoryczny, uwzględniając zmysły, które informują dziecko, co dzieje się z jego ciałem, czyli zmiany położenia ciała, ruch daną częścią ciała. Dzięki zmysłom maluszek odbiera bodźce z otaczającego go świata, na przykład dotyk, dźwięki, światło, zapach lub smak.

Holistyczna, czyli całościowa obserwacja niemowlęcia daje wachlarz możliwości jego wspierania. Istnieje powiedzenie, że niemowlęta do trzeciego miesiąca życia tylko śpią, jedzą oraz napełniają pieluszkę. Chcielibyśmy zmienić ten punkt widzenia, ponieważ już na wczesnym etapie życia maleństwa jesteśmy w stanie bardzo dużo zaobserwować.

Rozdział 1. Etapy rozwoju dziecka

Dla rodziców najważniejsze jest, aby ich dziecko rozwijało się prawidłowo. Znajomość rozwoju maluszka sprawia, że możemy kontrolować jego poszczególne etapy, wiemy, jakie umiejętności motoryczne powinien zaprezentować oraz czego w niedługim czasie można się spodziewać. W tym rozdziale przedstawione zostaną etapy rozwoju dziecka w pierwszym półroczu życia.

Okres noworodkowy: od narodzin do czwartego tygodnia 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 na brzuszku dziecko nie jest w stanie utrzymać tułowia i głowy w jednej linii, symetrii, lecz będziemy obserwować, że dziecko układa i obciąża głowę i tułów w większym stopniu na jedną stronę, asymetria ułożeniowa. Jego ciało jeszcze nie jest gotowe na symetrię ze względu na krzywizny kręgosłupa oraz wypukłą kość potylicy, czyli główkę.

W tym okresie możemy zaobserwować u dziecka aktywne ssanie, mimowolne wkładanie dłoni do ust, obracanie główki, a wraz z główką zmienia się ustawienie całego ciała, holokineza ruchy masowe. Takie ułożenie dziecka można porównać do litery C. W tym okresie dziecko wykazuje dużo pozycji zgięciowej, podobnie jak w tonie 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 zaobserwować można też prymitywne kopanie.

Kopanie polega na tym, że dziecko równocześnie zgina jedną nogę w stawie kolanowym i biodrowym w kierunku brzuszka, a druga noga wykonuje wyprost. Takie ruchy umożliwiają

dziecku obrót głowy. Dziecko porusza kończynami w sposób chaotyczny, dłonie maluszka są zaciśnięte w pięści, a kciuk schowany. W tym okresie pojawia się anielski uśmiech, jest to uśmiech nieświadomy, ale rozczuli każde serce. Uśmiech ten można najczęściej zobaczyć w trakcie snu dziecka lub napełniania pieluszki. W pierwszych czterech tygodniach życia dziecka przy odpowiednim ułożeniu i zabezpieczeniu pozycji w leżeniu na plecach możemy na chwilę utrzymać kontakt wzrokowy z maluchem. Od samego początku rozpoznaje on głos, zapach, ruch lub bicie serca mamy. W tym czasie można zaobserwować różnorodną mimikę, ponieważ mięśnie mimiczne twarzy u dziecka są znacznie zróżnicowane.

Ważne jest, aby pamiętać, że w tym czasie noworodki nie lubią działania intensywnego światła lub dźwięku. Pierwszy miesiąc życia potrafi nas zaskoczyć i już na tak wczesnym etapie życia noworodka możemy bardzo dużo zaobserwować, nie uwzględniając dodatkowych odruchów bezwarunkowych, które występują, tj. płacz, szukanie, ssanie, połykanie, odruch chwytny dłoni, odruch chwytny stóp oraz najczęściej rozpoznawalny odruch Moro, czyli gwałtowny ruch w odpowiedzi na zaskakujący bodziec.

Półtora miesiąca życia, czyli szósty tydzień życia

W tym okresie dziecko w dalszym czasie utrzymuje asymetryczne ułożenie głowy. Pojawia się długo wyczekiwany uśmiech społeczny i dziecko jest w pełni świadome, że się uśmiecha. Poprawia się w tym czasie orientacja wzrokowa i za pomocą kart kontrastowych możemy zaobserwować śledzenie wzrokiem poruszającej się karty. Po szóstym tygodniu życia wyłania się bardzo interesujący wzorec, który nazywamy szermierzem. Pojawia się on, kiedy dziecko zwróci głowę w bok i pokażemy mu przedmiot, na który dziecko się zapatrzy. Pozycja szermierza u dziecka polega na tym, że ręka i noga od strony twarzy, czyli strony, na którą dziecko patrzy, są wyprostowane, a ręka i noga po drugiej stronie są zgięte. Odruch ten jest o tyle ważny, że w tym momencie 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 rozpoczyna podpieranie się na przedramionach.

Drugi miesiąc życia, czyli ósmy tydzień życia

To czas, gdzie możemy zaobserwować małą zmianę u dziecka, która wskazuje, że jest już starsze niż maluszek 6-tygodniowy. W tym czasie niemowlę potrafi utrzymać głowę w symetrii, czyli głowa i tułów dziecka są w jednej linii na krótką chwilę. Pojawia się kontakt rąk, czyli palce rąk dotykają się blisko ciała, leżąc w okolicy brzuszka dziecka. Zaobserwować

również można u dziecka różnorodność dźwięków uzależnioną od przyczyn oraz reakcje mimiczne w zależności od sytuacji, na przykład dźwięki płynące z otoczenia.

Trzeci miesiąc życia, czyli dwunasty tydzień życia

Jest to jeden z ważniejszych miesięcy dla dziecka, ponieważ w tym czasie maluszek uzyskuje symetrię w leżeniu na plecach i brzuchu. Niemowlę, leżąc na plecach, uzyskuje stabilną pozycję na plecach, obraca głowę 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.

Maluch posiada już również umiejętność wyciągania wyprostowanej ręki w stawie łokciowym w górę, na przykład w kierunku wiszącej zabawki na babygymie. Niemowlę w tym czasie potrafi również prowadzić złączone ręce do ust i widzimy, że jego dłoń jest otwarta. Możemy zaobserwować obniżenie linii stawów barkowych, przez co rodzic zauważa szyję dziecka. W leżeniu na brzuszku dziecko potrafi podierać się symetrycznie po wewnętrznej stronie stawów łokciowych, a dokładniej na przyśrodkowych nad kłykciach kości ramiennej.

Usłyszany dźwięk jest motywacją do obracania głowy, aby znaleźć jego źródło. Młody człowiek uwielbia śledzić poruszających się członków rodziny oraz atrakcyjne zabawki. Głośno informuje o swoim niezadowoleniu czy głodzie.

Czwarty i piąty miesiąc życia, czyli szesnasty i dwudziesty tydzień życia

W czwartym miesiącu w leżeniu na plecach dziecko chętnie wyciąga rękę po zabawkę i prowadzi ją do ust. Chwyć 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 od stóp, paluch paluch. Dziecko w tych miesiącach dobrze komunikuje się z otoczeniem i śmieje się w trakcie zabawy. Protestuje, kiedy zabierze się mu zabawkę i lubi słuchać różnych dźwięków grzechotek.

W leżeniu na brzuchu chwyta zabawkę, która leży blisko rąk. Kiedy dziecko osiągnie wiek cztery i pół miesiąca, rozwija chwyć po zabawkę, przekraczając linię środka ciała, czyli prowadzi prawą rękę do zabawki leżącej po jego lewej stronie. W leżeniu na brzuchu podiera się na jednym łokciu, dzięki czemu wysuwa drugą rękę po podłożu w kierunku zabawki. Równocześnie z wysunięciem ręki chwytającej zabawkę noga po tej samej stronie zgina się w stawie kolanowym i biodrowym.

W piątym miesiącu dziecko osiąga kolejny etap chwytu po zabawkę. Potrafi chwycić przedmiot w linii środkowej ciała. Można też zaobserwować, jak maluszek przekłada zabawki z jednej ręki do drugiej oraz jak manipuluje zabawką w dłoni, aby ją dobrze obejrzeć. W tym czasie można również zaobserwować obroty na boki i po chwili powrót do leżenia na plecach. Dziecko coraz lepiej komunikuje się z otoczeniem, na przykład zaczepia okrzykami radości, rozróżnia ton głosu rodziców, jeszcze lepiej kontroluje wyrażanie siebie przez mimikę, na przykład, kiedy jest mu smutno, robi z ust podkówkę.

Denerwuje się, kiedy mama znika z jego pola widzenia oraz gaworzy, kiedy obudzi się lub jest sam. 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. Nie można zapomnieć, że jest to czas, w którym dziecko poznaje swoje ciało. Chwyta się w obrębie brzucha, genitaliów, ud, kolan i podudzi.

Szósty miesiąc życia, czyli dwudziesty czwarty tydzień życia

W tym czasie dziecko staje się coraz bardziej mobilne i wykazuje 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 brzusek.

Przebywanie na brzuszku jest dla dziecka ulubioną pozycją i maluch chętnie pokazuje podpór na otwartych dłoniach na wyprostowanych rękach. Taka forma podporu nazywana jest wysokim podporem, ponieważ cała klatka piersiowa i brzusek są nad podłogą. Odruch ssania zastąpiony jest odruchem żuwącym, ponieważ pokazują się w tym okresie boczne ruchy żuchwy dziecka i podawanie pokarmu łyżeczką staje się dla rodziców dużo łatwiejsze, ponieważ maluszek nie wypycha językiem jedzenia.

W tym okresie również zauważymy różnice w zachowaniu dziecka. Będzie wykazywać inne zachowanie 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.

Rozdział 2. Niepokojące symptomy

Trudności motoryczne dziecka, na przykład brak obrotu z pleców na brzuch lub nietolerowanie pozycji leżenia na brzuchu, są pierwszymi sygnałami alarmowymi, które niepokoją rodziców. Znajomość i obserwacja rozwoju dziecka pomaga, by w trakcie niepokojących sytuacji udać się na przeprowadzenie oceny motorycznej.

Opóźnienie rozwoju motorycznego

Opóźnienie rozwoju motorycznego również odnosi się do opóźnienia w sferze poznawczej, emocjonalnej oraz społecznej. Niepokojące sygnały, które można zaobserwować u niemowlęcia:

1. brak spontanicznej aktywności rąk,
2. brak spontanicznej aktywności nóg,
3. odginanie główki do tyłu,
4. stałe napinanie nóg: silny wyprost lub krzyżowanie,
5. jednoczesne napinanie w wyproście nóg i rąk,
6. stałe trzymanie głowy na jedną stronę,
7. ulubiona strona, na którą dziecko patrzy,
8. asymetria główki,
9. mniej aktywna jedna strona ciała,
10. szczególnie po drugim miesiącu życia słabe wodzenie wzrokiem za zabawką,
11. stałe ułożenie w literę C,
12. trudności z ubieraniem i rozbieraniem,
13. trudności ze zmianą pieluszki, czyli trudności z odwiedzeniem nóg,
14. nietypowe ustawienie stóp,
15. jedna noga dłuższa od drugiej,
16. nienaturalnie lub nierówne układanie nóg,
17. urazy, na przykład złamanie obojczyka,
18. trudności ze spaniem lub szybkie wybudzanie,
19. trudności ze ssaniem,
20. niepokój: częsty płacz,
21. brak reakcji na sygnały dźwiękowe. Sygnałem alarmowym dla specjalisty mogą być również stwierdzenia, które wypowiadają rodzice.

Kwalifikacja do oceny motorycznej

Poniższe zdania kwalifikują się automatycznie do przeprowadzenia oceny motorycznej dziecka:

1. „Mam, masz silne dziecko”.
2. „Ulubiona strona”.
3. „Nie lubi leżeć na brzuszku”.
4. „Leniuszek”. Szczególną obserwacją obejmuje się dzieci m.in.:
5. po porodzie z wykorzystaniem kleszczy lub vacuum,
6. po przedłużającym się porodzie,
7. z wcześniactwem,
8. z zaburzeniami oddychania,
9. z nieprawidłowym ułożeniem w trakcie porodu,
10. z dużą objętością główki,
11. z dużą masą wagową,
12. ze skomplikowanymi infekcjami w pierwszych dniach życia.

Rozdział 3. Przykładowe techniki pielęgnacji dziecka

Ogromną rolę we wspomaganiu dziecka w prawidłowym rozwoju odgrywa jego obserwacja i aktywizacja rodziców do różnorodnych technik pielęgnacji dziecka w czynnościach dnia codziennego. Wiadomo, że noszenie dziecka, karmienie, zmiana pieluszki lub ubranek to czynności, które rodzice powtarzają wielokrotnie w ciągu doby. Istotne jest, aby w pielęgnacji, na przykład podnoszeniu, stosować różnorodne techniki, aby zapewnić dziecku więcej handlingu. Wszystkie czynności należy wykonywać na tyle wolno, aby zapewnić dziecku poczucie bezpieczeństwa oraz różnorodność bodźców czuciowo-ruchowych. Poniżej przedstawiono przykładowe techniki pielęgnacji. Warto pamiętać, że do każdego dziecka podchodzimy indywidualnie, ponieważ każde dziecko jest inne i będzie nam inaczej wykazywać gotowość mięśniową do poszczególnych pozycji. Rodzicielska intuicja jest najlepszym przewodnikiem w czasie opieki nad niemowlęciem.

Podnoszenie

Istnieją różne techniki podnoszenia niemowlaka. Jedną z nich nazywa się podnoszeniem bocznym. Dziecko ułożone jest w pozycji bocznej, kończynę górną układu się pomiędzy nóżkami dziecka w taki sposób, że przedramię przylega do brzuszka w kierunku stawu

barkowego, na którym dziecko leży. Dłonią obejmowane jest dziecko 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.

Noszenie

Najbardziej popularna i stosowana przez rodziców jest pozycja fasolki lub inaczej kołyski. W pierwszych miesiącach życia niemowlęcia zaleca się szczególnie taką pozycję. Daje ona poczucie bezpieczeństwa, stabilizacji, pewności oraz 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 można ułożyć pod miednicą dziecka lub w obrębie kończyn dolnych. Druga kończyna dolna chwyta dziecko pod obręczą biodrową lub pod kończynami dolnymi.

Odkładanie

Stopniowe odkładanie dziecka z wykorzystaniem pozycji bocznej odkładając od nówek, a kończąc na główce. Dziecko trzymane jest w pozycji fasolki, jedną kończyną górną układamy w taki sposób, aby jego miednica znajdowała się w okolicy dołu łokciowego. Tą samą kończyną górną chwyta dziecko w okolicy obręczy barkowej. Jeżeli rozmiary dziecka pozwalają, można objąć 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.

Zmiana pieluchy oraz ubrania

W ciągu dnia trudno zliczyć ile razy dziecko ma zmienianą pieluchę, ponieważ jest to czynność wykonywana bardzo często. Zmianę pieluchy lub ubrania można wykonywać przez

obroty na boki. Taka forma zmiany pieluchy zaangażuje mięśnie dziecka oraz zapewni dodatkowy czas na wspólną zabawę.

Zwraca się szczególnie uwagę na to, aby unikać podciągania niemowlęcia za nóżki ze względu na bezpieczeństwo stawów biodrowych. Należy prowadzić rękę pod jedną kończyną dolną dziecka w taki sposób, aby noga dziecka swobodnie spoczywała na naszej ręce. Dłonią obejmuje się drugą kończyną dolną za udo jak najbliżej stawu biodrowego. Taka pozycja wyjściowa powinna zabezpieczyć dziecko, aby uniknąć podciągania nóżek dziecka do góry.

Po wykonaniu odpowiedniego chwytu prowadzimy się dziecko do leżenia na boku.

Fizjoterapeuta dziecięcy również przeprowadza zajęcia instruktażowe z pielęgnacji niemowlaka, jeżeli rodzic czuje, że czynności pielęgnacyjne sprawiają mu trudność.

mgr Natalia Gawrych-Okulińska (fizjoterapeuta pediatryczny)

DZIECKO O WYJĄTKOWYCH POTRZEBACH, PROPONOWANA ŚCIEŻKA POSTĘPOWANIA

W dzisiejszych czasach diagnostyka prenatalna jest na tyle rozwinięta, że większość wad można wykryć już na wczesnych etapach ciąży. Jest to o tyle ważne, że daje możliwość przygotowania się do nieco innego macierzyństwa, gdy dziecko jeszcze jest w brzuchu lub, gdy jest to możliwe zoperować niektóre wady jeszcze w czasie ciąży. Jednak część rodziców dowiaduje się o dysfunkcjach swojego dziecka bezpośrednio po porodzie lub dopiero w pierwszych miesiącach życia.

Utrudnia to postępowanie, ponieważ rodzic w pierwszej chwili najczęściej nie może się pogodzić z tą sytuacją. Uważa, że to niemożliwe, że na pewno wkradła się jakaś pomyłka i te wszystkie informacje, które usłyszał, okażą się tylko złym wspomnieniem. Pomyłki w takich przypadkach zdarzają się niezwykle rzadko, a rodzic musi zderzyć się z rzeczywistością, zacząć podejmować odpowiednie decyzje i kolejne kroki. Liczba badań koniecznych do przeprowadzenia, konsultacji specjalistycznych i pobyków w szpitalu może przytłoczyć nawet najsilniejszą osobę. Proponowana w tym rozdziale ścieżka jest tylko szkicem działania. Ma na celu poprowadzić rodzica na tyle, na ile będzie to możliwe.

Jednak warto pamiętać, że każdy przypadek jest indywidualny i każdy rodzic będzie musiał wypracować swoją własną drogę. Najlepszą dla siebie i dla swojego dziecka. Będzie ona

różnić się przede wszystkim ze względu na procedury obowiązujące w poszczególnych placówkach, ale chyba przede wszystkim ze względu na ludzi, których spotka się na swojej drodze. A spotka się wielu dobrych ludzi, którzy chętnie pomogą. Niestety, nie obędzie się też bez służbistów czy ludzi, którzy akurat mieli zły dzień. Istnieje bardzo duże prawdopodobieństwo, że rodzic nie będzie wiedzieć, od czego w ogóle zacząć. To zupełnie normalne.

Każdy potrzebuje osoby, która za rękę poprowadziłaby go od specjalisty do specjalisty. Niestety, nikt za nas tego nie robi. Poniżej znajdziecie Państwo kilka rad od matki, która ma dziecko z niepełnosprawnością. W mojej opinii, najlepsze, co można zrobić na początku, to:

1. Rozmowa z lekarzem rodzinnym bądź z lekarzem prowadzącym w szpitalu (zależy, na jakim etapie dowiadujemy się, że nasze macierzyństwo nie będzie standardowe, a dość wyjątkowe). Warto dowiedzieć się wszystkiego, co tylko przyjdzie nam do głowy. Nie bójmy się pytać. Zadawajmy pytania, które wydają się nawet bardzo głupie. Każda zdobyta wiedza może się przydać w dalszych etapach życia dziecka, w jego rehabilitacji czy leczeniu.
2. Warto poszukać organizacji pozarządowej, która zajmuje się przypadkami takimi lub podobnymi jak przypadek dziecka. Nawet, jeżeli nie trafi się w odpowiednie miejsce za pierwszym razem, istnieje duże prawdopodobieństwo, że w końcu znajdzie się miejsce, w którym otrzyma się kompleksowe wsparcie. Spotka się w końcu rodziców, którzy przetarli już pewne szlaki w drodze o większą sprawność swojego dziecka. Nie będzie się zaczynać od zera. Bardzo ważne jest, by skorzystać najpierw z dwóch pierwszych punktów po to, by umiejętnie skorzystać z kolejnego...
3. Grupy na Facebooku ogrom praktycznej wiedzy, wsparcia, kontaktów do najlepszych specjalistów, informacji o innowacyjnych terapiach czy nawet możliwości leczenia poza granicami kraju. Jest jednak pewien haczyk. Można znaleźć tu również rady niepotwierdzone żadnymi badaniami naukowymi, w skrajnych przypadkach niebezpieczne. Można zderzyć się z ogromną ilością hejtu oraz niezrozumienia.

Dlatego tak ważne są dwa pierwsze punkty. Trzeba zdobyć podstawową wiedzę, by móc oddzielić ziarno od plew. Zawsze lekarz powinien być na pierwszym miejscu. Później można z nim analizować rzeczy, o których czytało się w Internecie. Wiedza na temat form terapii jest bardzo często aktualizowana, modyfikowana, a znaczna większość lekarzy jest

otwarta na dyskusje o badaniach lub terapiach, o których wcześniej nie mieli pojęcia. Najczęściej słuchają z zaciekawieniem, analizują wszelkie za i przeciw.

Warto też pamiętać, że nikt, kto nie jest w naszej skórze, nie będzie w stanie w pełni zrozumieć naszej aktualnej sytuacji. Różni ludzie będą proponować pomoc i okazywać współczucie. Jednak większość z nich będzie wyjątkowo nieumiejętna. Wiele razy można zostać zranionym, nawet przez najbliższych. Nie warto ich winić. Chcą dobrze, tylko nie są w stanie wyobrazić sobie tego, co czujemy. Nie potrafią wyobrazić sobie, jak ciężką pracę wykonuje się ze swoim dzieckiem, jeżdżąc do kolejnych i kolejnych specjalistów, spędzając czas na salach rehabilitacyjnych czy szpitalnych.

Nie warto też tego od nich wymagać, ponieważ oni nigdy nie będą w naszej skórze. Zamiast tego skorzystajmy z pomocy profesjonalisty. Kogoś, kto pomoże znaleźć rozwiązanie, będzie wsparciem i drogowskazem.

mgr Justyna Gajęcka (Fundacja Dzieciaki i Zwierzaki)

SZPITALNE ODDZIAŁY DZIECIĘCE W WIELKOPOLSCE

SZPITAL SPECJALISTYCZNY W PILE IM. STANISŁAWA STASZICA ODDZIAŁ DZIECIĘCY

Telefon: 67 2106442

ul. Rydygiera 1, 64-920 Piła

SZPITAL ŚREDZKI SERCA JEZUSOWEGO SP. Z O.O. ODDZIAŁ DZIECIĘCY

Telefon: 61 2854031 w. 260

ul. Żwirki i Wigury 10, 63-000 Środa Wielkopolska

WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY IM. DR. R. OSTRZYCKIEGO W KONINIE, ODDZIAŁ DZIECIĘCY

Telefon: 63 2404263

ul. Kardynała S. Wyszyńskiego 1, 62-510 Konin

WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY IM. LUDWIKA PERZYNY W KALISZU ODDZIAŁ
CHORÓB DZIECIĘCYCH

Telefon: 62 7651897

ul. Poznańska 79, 62-800 Kalisz

WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W LESZNIE ODDZIAŁ PEDIATRYCZNY

Telefon: 65 5253483

ul. Kiepury 45, 64-100 Leszno

SZPITALNE ODDZIAŁY DZIECIĘCE W WIELKOPOLSCE

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ ODDZIAŁ DZIECIĘCY

Telefon: 63 2805560

ul. Poduchowne 1, 62-700 Turek

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W GOSTYNIU, ODDZIAŁ
DZIECIĘCY

Telefon: 65 3226803

pl. K. Marcinkowskiego 8/9, 63-800 Gostyń

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOŚCIANIE, ODDZIAŁ
DZIECIĘCY

Telefon: 65 5120855

ul. Szpitalna 7, 64-000 Kościan

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W WOLSZTYNIE, ODDZIAŁ
PEDIATRYCZNY

Telefon: 68 3477300

ul. Wschowska 3, 64-200 Wolsztyn

SPECJALISTYCZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ NAD MATKĄ I DZIECKIEM W
POZNANIU, ODDZIAŁ DZIECI STARSZYCH

Telefon: 61 8506011

ul. Krysiewicza 7/8, 61-825 Poznań-Stare Miasto

SPECJALISTYCZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ NAD MATKĄ I DZIECKIEM W
POZNANIU, ODDZIAŁ DZIECI MŁODSZYCH

Telefon: 61 8506260

ul. Nowowiejskiego 56/58, 63-734 Poznań-Stare Miasto

ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ OSTRÓW WIELKOPOLSKI ODDZIAŁ
PEDIATRYCZNY

Telefon: 62 5951315

ul. Limanowskiego 20/22, 63-400 Ostrów Wielkopolski

ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W CZARNKOWIE ODDZIAŁ PEDIATRYCZNY

Telefon: 67 3528124

ul. Kościuszki 94, 64-700 Czarnków

SZPITAL POMNIK CHRZTU POLSKI ODDZIAŁ DZIECIĘCY

Telefon: 61 2228312

ul. św. Jana 9, 62-200 Gniezno

SZPITAL POWIATOWY IM. ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO W ZŁOTOWIE, ODDZIAŁ
DZIECIĘCY

Telefon: 67 2632233 w. 421

ul. Szpitalna 28, 77-400 Złotów

SZPITAL POWIATOWY IM. JANA PAWŁA II W TRZCIANCE ODDZIAŁ DZIECIĘCY

Telefon: 67 3523200

ul. Sikorskiego 9, 64-980 Trzcianka

ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W WĄGROWCU ODDZIAŁ DZIECIĘCY

Telefon: 67 2681543

ul. Kościuszki 74, 62-100 Wągrowiec

SZPITAL KLINICZNY IM. KAROLA JONSCHERA UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM.
KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU ODDZIAŁ PEDIATRYCZNY

Telefon: 61 8491200

ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań-Jeżyce

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IMIENIA DOKTORA
KAZIMIERZA HOŁOGI, PEDIATRIA

Telefon: 61 4427300

ul. Sienkiewicza 3, 64-300 Nowy Tomyśl

SZPITAL POWIATOWY IM. PROF. ROMANA DREWSA ODDZIAŁ DZIECIĘCY

Telefon: 67 2826741

ul. Żeromskiego 29, 64-800 Chodzież

SZPITAL POWIATOWY IM. TADEUSZA MALIŃSKIEGO W ŚREMIE ODDZIAŁ
PEDIATRYCZNY

Telefon: 61 2815493

ul. Chełmońskiego 1, 63-100 Śrem

SZPITAL POWIATOWY WE WRZEŚNI ODDZIAŁ PEDIATRYCZNY

Telefon: 61 4370525

ul. Słowackiego 2, 62-300 Września

SZPITAL POWIATOWY W JAROCINIE ODDZIAŁ DZIECIĘCY

Telefon: 62 3322183

ul. Szpitalna 1, 63-200 Jarocin

SZPITAL POWIATOWY W RAWICZU ODDZIAŁ PEDIATRYCZNY

Telefon: 65 5376385

ul. Gen. Grota Roweckiego 6, 63-900 Rawicz

SZPITAL POWIATOWY W WYRZYSKU SPÓŁKA Z O.O. ODDZIAŁ DZIECIĘCY

Telefon: 67 2109837

ul. 22-go Stycznia 41, 89-300 Wyrzysk

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KĘPNIE SZPITAL KĘPNO,
ODDZIAŁ DZIECIĘCY

Telefon: 62 7827391

ul. Szpitalna 7, 63-600 Kępno

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOLE ODDZIAŁ DZIECIĘCY

Telefon: 63 2626128

ul. Poniatowskiego 25, 62-600 Koło

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KROTOSZYNIE, ODDZIAŁ
DZIECIĘCY

Telefon: 62 5821208

ul. Bolewskiego 4-8, 63-700 Krotoszyn

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MIĘDZYCHODZIE,
ODDZIAŁ PEDIATRYCZNY

Telefon: 95 7482011

ul. Szpitalna 10, 64-400 Międzychód

OSTRZESZOWSKIE CENTRUM ZDROWIA ODDZIAŁ PEDIATRYCZNY

Telefon: 62 5032236

al. Wolności 4, 63-500 Ostrzeszów

CENTRUM MEDYCZNE W PLESZEWIE, ODDZIAŁ DZIECIĘCY Z PODODDZIAŁEM
WCZESNEGO USPRAWNIANIA DZIECI ZE SCHORZENIAMI NEUROLOGICZNYMI

Telefon: 62 7420752

ul. Poznańska 125a, 63-300 Pleszew

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ODDZIAŁ DZIECIĘCY

Telefon: 61 2927150

ul. Sukiennicza 13, 64-500 Szamotuły

PLACÓWKI REHABILITACYJNE I ODDZIAŁY DZIENNEGO POBYTU
ŚWIADCZĄCE USŁUGI W RAMACH NFZ

BONIFRATERSKIE CENTRUM ZDROWIA ODDZIAŁ REHABILITACJI DZIENNEJ DLA DZIECI

Telefon: 65 5719054

os. Marysin 1, 63-820 Piaski

CENTRUM REHABILITACJI DZIECI I MŁODZIEŻY TENREH REHABILITACJA DZIECI Z
ZABURZENIAMI WIEKU ROZWOJOWEGO

Telefon: 513 040 871

ul. Niska 9, 62-200 Gniezno

OŚRODEK DIAGNOSTYKI NEUROROZWOJOWEJ I REHABILITACJI PORADNIA
REHABILITACJI DZIECIECEJ, OŚRODEK DZIENNEGO POBYTU

Telefon: 67 2154682

ul. Rydygiera 23, 64-920 Piła

OŚRODEK REHABILITACYJNY W KOŚCIANIE REHABILITACJA DZIECI Z ZABURZENIAMI
WIEKU ROZWOJOWEGO

Telefon: 65 5121270

ul. Bączkowskiego 11A, 64-000 Kościan

WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY IM. LUDWIKA PERZYNY W KALISZU ODDZIAŁ
REHABILITACJI DZIECIECEJ, DZIENNY POBYT

Telefon: 62 7579183

ul. Toruńska 7, 62-800 Kalisz

PLACÓWKI REHABILITACYJNE I ODDZIAŁY DZIENNEGO POBYTU ŚWIADCZĄCE USŁUGI W RAMACH NFZ

ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ OSTRÓW WIELKOPOLSKI ODDZIAŁ
REHABILITACJI DZIENNEJ DLA DZIECI Z ZABURZENIAMI WIEKU ROZWOJOWEGO

Telefon: 62 5915500

ul. 3-go Maja 35, 63-400 Ostrów Wielkopolski

SZPITAL POWIATOWY W RAWICZU SP. Z O.O.

OŚRODEK REHABILITACJI DZIENNEJ DLA DZIECI

Telefon: 65 5376281

ul. gen. Grota Roweckiego 6, 63-900 Rawicz

SPZOZ CENTRUM REHABILITACJI MEDYCZNEJ I OŚRODEK OSÓB
NIEPEŁNOSPRAWNYCH, OŚRODEK REHABILITACJI DLA DZIECI

Telefon: 65 5454402

ul. Przyjmy Przyjemskiego 22, 63-900 Rawicz

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MSWIA CENTRUM
REHABILITACJI W GÓRZNIE, ODDZIAŁ REHABILITACJI DZIENNEJ

Telefon: 65 5361227

ul. Górzno 63, 64-120 Górzno

PIELĘGNIARSKI OŚRODEK MEDYCYNY ŚRODOWISKOWO RODZINNEJ I SZKOLNEJ
„SALUS”, OŚRODEK REHABILITACJI DZIENNEJ DLA DZIECI

Telefon: 603 681 578

ul. Magazynowa 4, 64-100 Leszno

LOG-MED SYPNIEWSKA ZGOLAK SPÓŁKA JAWNA ODDZIAŁ DZIENNY REHABILITACYJNY
DZIECI Z ZABURZENIAMI WIEKUROZWOJOWEGO

Telefon: 602 603 225

ul. Wrzesińska 28, 62-200 Gniezno

POLSKIE STOWARZYSZENIE NA RZECZ OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ
INTELEKTUALNĄ KOŁO W LESZNIE, OŚRODEK WCZESNEJ INTERWENCJI OŚRODEK
REHABILITACJI DZIENNEJ DLA DZIECI

Telefon: 65 5296474

ul. Starozamkowa 14a, 64-100 Leszno

„PLESZEWSKIE CENTRUM MEDYCZNE W PLESZEWIE” SP. Z O.O. REHABILITACJA DZIECI
Z ZABURZONYM ROZWOJEM PSYCHOMOTORYCZNYM W ODDZIALE REHABILITACJI
DZIENNEJ

Telefon: 62 7420828

ul. Poznańska 125a, 63-300 Pleszew

NIEPUBLICZNY SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „MEDI-REH”
MAŁGORZATA ANDRZEJEWSKA, OŚRODEK REHABILITACJI
DZIENNEJ DLA DZIECI

Telefon: 62 7642266

ul. Władysława Podkowińskiego 2, 62-800 Kalisz

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KROTOSZYNIE, DZIENNY
OŚRODEK DLA DZIECI Z ZABURZONYM ROZWOJEM PSYCHOMOTORYCZNYM

Telefon: 62 5821214

ul. Bolewskiego 4-8, 63-700 Krotoszyn

SPÓŁKA M.A.R. SP. Z O.O. WIELOSPECJALISTYCZNY NIEPUBLICZNY

ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „MAXMED 1”, REHABILITACJA DZIECI Z ZABURZENIAMI
WIEKU ROZWOJOWEGO W OŚRODKU DZIENNYM

Telefon: 63 2436387

ul. Budowlanych 4, 62-510 Konin

GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY SZPITAL KLINICZNY UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU OŚRODEK REHABILITACJI DZIENNEJ
DLA DZIECI

Telefon: 61 8419224

ul. Polna 33, 60-535 Poznań-Jeżyce

NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ DZIENNY OŚRODEK REHABILITACYJNY
„BARTEK”, SALA REHABILITACYJNO-REEDUKACYJNA

Telefon: 61 8771311

os. Piastowskie 42, 61-152 Poznań

POLSKIE STOWARZYSZENIE NA RZECZ OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ
INTELEKTUALNĄ KOŁO W POZNANIU OŚRODEK REHABILITACJI DZIENNEJ

Telefon: 665 333 968

ul. św. Szczepana 7a, 61-465 Poznań-Wilda

NZOZ SPECJALISTYCZNY OŚRODEK SILOE OŚRODEK REHABILITACJI DZIENNEJ DLA
DZIECI

Telefon: 61 8337250

ul. Górna Wilda 99d, 61-576 Poznań-Wilda

OŚRODEK LECZNICZO-REHABILITACYJNY ZAWSZE RAZEM OŚRODEK REHABILITACJI
DZIENNEJ

61 8235841

os. Jana III Sobieskiego 109, 60-688 Poznań-Stare Miasto

PORADNIA ROZWOJOWA DLA DZIECI I MŁODZIEŻY „JASKÓŁKA” REHABILITACJA DLA
DZIECI

Telefon: 61 8658686

ul. Chełmońskiego 2/1, 60-753 Poznań-Grunwald

POZNAŃSKIE CENTRUM REHABILITACJI I ORTOPEDII OŚRODEK DZIENNY OS.
ZWYCIĘSTWA

Telefon: 61 8280980

os. Zwycięstwa 108, 61-653 Poznań-Stare Miasto

POZNAŃSKIE CENTRUM REHABILITACJI I ORTOPEDII OŚRODEK REHABILITACJI
DZIENNEJ DLA DZIECI

Telefon: 61 6636060

ul. Przemysłowa 15/17, 61-579 Poznań-Wilda

Autorzy:

mgr Justyna Gajęcka, (Fundacja Dzieciaki i Zwierzaki) lek.

Dagmara Smektała-Smakulska, (Mobilny Pediatra)

mgr Karolina Wyrembek-Urban, (Położna z Sercem)

mgr Magdalena Lange-Rachwał, (psycholog)

mgr Natalia Gawrych-Okulińska (fizjoterapeuta pediatryczny) Zespół Wielkopolskiego

Ośrodka Adopcyjnego Korekta: Katarzyna Rutkowska

Opracowanie graficzne: Daria Jędryka ISBN 978-83-962406-3-7 Poznań 2021