



RODZICU, NIE JESTEŚ SAM!

PO PIERWSZE: DZIECKO

Poradnik Mamy i Taty

**PO PIERWSZE:
DZIECKO
Poradnik Mamy i Taty**

WYDAWCA

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
ul. Józefińska 14
30-529 Kraków
telefon: 12 616 54 27
faks: 12 616 54 28

REDAKCJA MERYTORYCZNA

Małgorzata Dróżdż

OPRACOWANIE GRAFICZNE

Sławomir Mirski

DRUK

Drukmar
Rzemieślnicza 10
32-080 Zabierzów
telefon: 12 285 23 14

©Kraków, listopad 2018 r.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego; Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój, Oś priorytetowa IV Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa, Działanie 4.3. Współpraca ponadnarodowa na podstawie umowy o dofinansowanie projektu podpisanej z Centrum Projektów Europejskich

Słowo wstępne

Szanowni Państwo!

Drogie Mamy, Drodzy Ojcowie!

Narodziny dziecka rozpoczynają nowy rozdział w Waszym życiu. Niezależnie od tego, czy dopiero przygotowujecie się do tego, aby zostać mamą i tatą, czy też macie już doświadczenia w pełnieniu tych ról, przed Wami piękne, ale i trudne zadanie. Na świat przychodzi mały człowiek, oprócz szczęścia i radości pojawiają się pytania, niepokoje i troski. W różnych sferach Waszego życia zachodzą zmiany, spotykacie się z całkiem nowymi sytuacjami, których „załatwienie” wydaje się czasem bardzo skomplikowane. Życie z dzieckiem przynosi wiele sytuacji, które są wyzwaniem dla rodziców – czasami wystarczy rada innej matki czy też wskazówka babci. Bywa też, że potrzebujemy profesjonalnych doradców, bo jakkolwiek na to nie spojrzeć, okres rodzicielstwa nie zawsze jest pasmem niekończących się sukcesów i upływa beztrudnie. W rzeczywistości cały czas uczymy się jak być rodzicami i nic dziwnego, że odczuwamy obawy wynikające z poczucia odpowiedzialności za dziecko, lęku o jego przyszłość. Czasem mamy też wrażenie, że się nie sprawdzamy, że powinniśmy zrobić „coś”, by stać się lepszymi rodzicami. Wszak dzieciństwo jest skrzynią pełną wspomnień, w której mogą kryć się zarówno rzeczy przykre, jak i magiczne. Każde kolejne zdobyte w dzieciństwie doświadczenie daje podstawę do kształtowania samego siebie w przyszłości oraz bazę do dalszego rozwoju. Dzieci mają po prostu „prawo do dzieciństwa” – bogatego w przeżycia i dobre historie, z przestrzenią do zabawy, budowania relacji, rozwijania ciekawości i uczenia się świata. Dzieciństwo jest też wstępem do dorosłości, co oznacza, że dorastanie jest nieuniknione, ale tu i teraz, dzieciństwo powinno być wartościowym przeżyciem i doświadczeniem. Takie podejście pozwala nam, rodzicom, kłaść fundamenty dobrego wychowania – pełnego satysfakcjonujących zdarzeń, zaspokajania potrzeb i respektowania praw dzieci.

Oddaję w Wasze ręce Poradnik Mamy i Taty, z którego dowiedzą się Państwo o sposobach wspierania rozwoju małego dziecka, blaskach i cieniach rodzicielstwa. Mam nadzieję, że będzie on dla Was źródłem cennych informacji i wskazówek. W Poradniku głos zabrali specjaliści pracujący w obszarze pomocy społecznej, służby zdrowia, terapii rodzin, pedagodzy, psycholog i prawnik. Życzę Wam, aby ten nowy rozdział życia był jak najbardziej ekscytujący i dostarczył Wam najwspanialszych przeżyć.

Małgorzata Dróżdż

Spis treści

Maja Zagajewska , Będziemy mieć dziecko! Marzenia, lęki i rzeczywistość	7
Barbara Zmorek , Dieta mamy w ciąży oraz w okresie karmienia piersią	15
Sylwia Niemiec , Terapeuta integracji sensorycznej radzi: Jak stymulować zmysły małego dziecka?	23
Hanna Czajka , Choroby zakaźne i szczepienia.....	29
Irena Łanka-Fryt , Porady dla taty czyli kilka słów o ojcostwie	37
Izabela Krasiejko , Czego może nas nauczyć asystent? Wzmocnienie kompetencji rodzicielskich przez usługę asystenta rodziny.....	43
Elżbieta Lubińska-Kościółek , Pedagog specjalny radzi: Jak wspierać myślenie małego dziecka?	49
Anna Szpytma , Rodzic idzie do sądu	55
Tamara Cierpiałowska , Logopeda radzi: Jak rozwijać rozumienie mowy i mówienie u małego dziecka?	63
Marcel Mazur , Diagnostyka alergologiczna	71

Psycholog kliniczny, certyfikowany psychoterapeuta francuski, prezes Fundacji Promyk, która otworzyła w Krakowie Zielony Domek – placówkę udzielającą wsparcia psychologicznego rodzicom i dzieciom do lat trzech. Członek zespołu terapeutów ZD, prowadzi w Krakowie prywatny gabinet psychoterapii.

Będziemy mieć dziecko! Marzenia, lęki i rzeczywistość

Są kobiety, które w ciąży pięknieją. Chodzą wyprostowane, często się uśmiechają. Ubierają się kokieteryjnie – w sukienki przypominające krojem dziecięce sukieneczki; odcięty karczek, falbanki, szeroka spódnica. Inne wolą obcisłe ubrania podkreślające rosnącą krągłość ich brzucha, z którego są wyraźnie dumne. To o nich można powiedzieć, że są „w stanie błogosławionym”, ich twarze jaśnieją.

Ale są także kobiety, które w ciąży brzydną, na ich twarzach pojawiają się plamy, noszą byle jakie, luźne ubrania kryjące kształty, ich uroda znika. Puchną im nogi, chodzą powoli, ciężko, ze spuszczonej oczami; byle nie przyciągać cudzego wzroku. Wstydzą się siebie, ciała, które staje się obce, rośnie, bo w brzuchu rośnie dziecko. Z lękiem patrzą na wagę, na której może przybyć nawet 30 kg!

Ciąża to nie zawsze radosne oczekiwanie na dziecko, żywy dowód intymnej miłości między rodzicami, ich zdrowia i tężyzny fizycznej, powód do dumy. Ciąża przypadkowa, niechciana, albo ciąża zagrożona z powodu organicznych wad płodu, to dramat, lęk i ból psychiczny przy podejmowaniu decyzji o dalszych losach poczętego dziecka i jego rodziców.

Dziewięć miesięcy oczekiwania na dziecko pozwala na przygotowanie dla niego odpowiednich warunków do życia, ale też na umoszczenie mu bezpiecznego gniazda psychicznego w szerszej rodzinie, która będzie razem z przyszłymi rodzicami oczekiwać na przyjęcie nowego członka. W sposób naturalny uwaga przyszłych rodziców kieruje się wtedy na starsze pokolenia; na ich rodziców, dziadków, a także na rodzeństwo, kuzynów – w poszukiwaniu więzi rodzinnych, poczucia przynależności do grupy rodzinnej i akceptacji – dla nich i dla dziecka. W tej „podróży w przeszłość”, rodzinną, ale i w przeszłość każdego z przyszłych rodziców, może dojść do konfrontacji z przegasytymi konfliktami, z zapomnianymi traumami i przemilczeniami wstydliwych sekretów. Powracają wspomnienia, a z nimi przeżycia, te dobre i te złe; u obojga przyszłych rodziców mogą wystąpić silne, niezrozumiałe dla nich emocje: strach, złość, albo smutek, z którymi nie

umieją sobie poradzić, a które w rzeczywistości są echem z ich dzieciństwa. U kobiet w ciąży mogą wystąpić zachowania infantylne, przysłowiowe „zachcianki” (na ogół związane z jedzeniem), dla których żądają zrozumienia i natychmiastowej realizacji, nawet o 12 w nocy. Przyszła matka może być emocjonalnie rozchwybotana, drażliwa, chwilami niezdolna dla otoczenia – jak malutkie dziecko. Ale ta regresja, czyli powrót do reakcji psychicznych i zachowań z wczesnego dzieciństwa, ułatwi później kobiecie, która urodziła, empatyczne zrozumienie potrzeb i pragnień jej niemowlęcia. Otoczenie kobiety w ciąży, jej partner, rodzice, przyjaciele stają przed wyzwaniem; powinni być cierpliwi i tolerancyjni, otaczać kobietę szacunkiem i czułością, a najlepiej jeszcze podziwem, że zdarzył się jej ten cud: nosi w sobie nowe życie.

Przyszłych rodziców, przede wszystkim kobiety w ciąży – i te, o których powiemy, że są w stanie błogosławionym i te, które przeżywają ciążę jak karę, dręczy pytanie: „czy moje dziecko będzie normalne?” W napięciu czekają na poród, starając się „myśleć pozytywnie”, że będzie to wreszcie wyzwolenie z 9-miesięcznych trudów ciąży i radosne spotkanie ze zdrowym, normalnym dzieckiem. Jak wiemy, zdarzają się dramaty; wtedy niezbędne wydaje się profesjonalne wsparcie psychologiczne. Niestety rodzice nie zawsze go szukają, a nawet – jeśli oddział położniczy oferuje im pomoc psychologa – nie zawsze ją akceptują. Wolą ukryć swoją rozpacz, schować się przed spojrzeniami innych i „wylizywać swoje rany” w domu. Nie wiedzą, że nie wyrażając swojego bólu, kryjąc się z nim – przedłużają jego trwanie.

Poród, szczególnie ten pierwszy, jest często przeżywany jak szok, zaskoczenie, że to *aż tak* boli. Szkoły rodzenia, uczące technik relaksacji, czy odpowiedniego oddychania w czasie porodu, podtrzymują kojące wyobrażenie banalności tego procesu – „to nic takiego, trzeba tylko zastosować odpowiednią technikę”. Ale chociaż wszyscy byliśmy noszeni w brzuchu matki, a potem urodziliśmy się, poród nigdy nie jest wydarzeniem banalnym; dla rodzącej kobiety jest to najważniejsze, najintensywniejsze doświadczenie w jej życiu.

Pacjentka : „Myślałam, że ten ból jest zbyt silny, że coś jest „nie tak”! Wpadłam w panikę, że przy następnym skurczu umrę”.

Nic dziwnego, że kobiety, które słyszą takie opowieści od innych kobiet, starają się urodzić przez „cesarkę”; liczba tych zabiegów wciąż rośnie, ale „oficjalnym” wskazaniem do przeprowadzenia cesarskiego cięcia rzadko jest po prostu lęk kobiety przed bólem porodowym. Z opowieści matek wiemy, że czasem od bólu gorsze było dla nich przeżycie całkowitej bezradności, bezsilność. A także wstyd, że fizjologia ich ciała (np. kobiecie może się zdarzyć defekacja podczas parcia, o czym rzadko się je uprzedza), a także intymność ich uczuć, ich „zwierzęce” krzyki, słowa, których potem żałują, są dostępne dla personelu medycznego, dla osób obcych, często widzianych

pierwszy raz w życiu. Rodzące kobiety są nagie, fizycznie i psychicznie. Nagie i bezbronne. Rodząca kobieta czuje się przezroczysta; owoc jej ciała, skrywana w jej wnętrzu tajemnica, radosna, albo bolesna, zostaje „wydana na świat”. Na pastwę fachowych, oceniających spojrzeń, na dotyk obcych rąk.

Pomimo szerokiej akcji Gazety Wyborczej pt. „Rodzić po ludzku” wciąż zdarzają się porody nie- ludzkie, weterynaryjne, narodziny kolejnego ssaka, kiedy personel medyczny, pielęgniarki, lekarze, zapewne z przepracowania, a może znieczuleni przez rutynę, zapominają o elementarnym szacunku dla rodzącej kobiety, nie starają się być ani serdeczni, ani taktowni, bezceremonialnie dotykają intymnych miejsc jej ciała, zwracają się do niej na ty, mówią o niej między sobą bez empatii, czasem wulgarnie.

„Ta upasiona krowa”. Takie rzeczy mówiły dwie położne, które podważyły decyzję lekarza, że tniemy (po 20 godz. akcji porodowej, przyp. MZ) i załadowawszy mi nogi w strzemiona, nie zważając na protesty, jęły wyciskać, wyciągać, pokrzykując przy tym i lżąc.”

Fragment pochodzi z książki Natalii Fiedorczuk „Jak pokochać centra handlowe” (Paszport Polityki 2017). Autorka opisała w niej „od wewnątrz” doświadczenie depresji poporodowej, którą zapoczątkował traumatyczny poród.



Uwaga! Ojcowie rodzącego się dziecka, partnerzy lub przyjaciółki, wy, którzy będziecie asystować rodzącej przy tym zwykłym i najbardziej niezwykłym zjawisku natury jakim jest poród – bądźcie dla niej mocnym wsparciem, a jeśli trzeba jej OCHRONĄ. Nie czas na waszą słabość! Czy ochroniarz może sobie pozwolić na omdlenie?

Poród „siłami natury” jest związany z ogromnym wysiłkiem fizycznym, porównywalnym do przebiegnięcia maratonu; kobieta, która urodziła jest wyczerpana, nie ma na nic siły, nawet na zachwyt nad noworodkiem i przeżywanie radości, chociaż czuje, że otoczenie chciałoby od niej usłyszeć:

„Moje dziecko jest cudowne! Jestem taka szczęśliwa!”

Doświadczenie całkowitej zależności od personelu medycznego, biernie poddanie się zabiegom medycznym, przy których nikt jej nie pyta o zdanie, wywołuje u rodzącej podświadomą regresję do stanu bezsilnego noworodka, którym kiedyś była. Wtedy w sali poporodowej, tak naprawdę, pojawia się nie jedno, a dwa niemowlęta; kobieta,

która właśnie urodziła, *ale jeszcze nie narodziła się jako matka* i jej dziecko. To dziecko, zwłaszcza jeśli „urodzono je za nią” (np. przez „cesarkę”), może być podświadomie przeżywane przez położnicę jak młodszy brat, albo siostra. A wtedy – jak to bywa między rodzeństwem – mogą dojść do świadomości (ale nie do głosu! Kobieta dobrze wie, że wobec otoczenia nie może tu sobie pozwolić na głośną ekspresję!); w takiej sytuacji mogą się więc pojawić wrogie uczucia do dziecka, zazdrość... Szczególnie, jeśli jej otoczenie, ktokolwiek to jest, skupia uwagę wyłącznie na noworodku, pożera go oczami, szuka podobieństw... „ma oczy jak twoja siostra!”, albo jeszcze gorzej: „to wykapany ojciec!” Nikt nie słyszy niemego krzyku położnicy: a ja? A JA?



Uwaga! Otoczenie nowej matki! Jeśli udało się wam zachować cierpliwość przy spełnianiu szalonych zachcianek ciężarnej, jeśli codziennie powtarzaliście jej, że jest piękna, że w ciąży rozkwita (tylko trochę uciekając spojrzeniem od jej spuchniętej twarzy i monstrialnego ciała), jeśli masowaliście jej plecy, wkładaliście jej buty (to tylko pod koniec ciąży) i zdejmowaliście jej buty, bez słowa skargi, z uśmiechem, to można wam pogratulować; powiększacie zastępy Aniołów. Ale teraz jest czas kolejnej próby: żeby kobieta mogła się narodzić jako matka, musi usłyszeć, i to wielokrotnie, że w czasie porodu spisała się na medal (cokolwiek to znaczy i jakkolwiek odbył się poród), że teraz jest jeszcze piękniejsza oraz – i to najważniejsze – że dziecko jest cudowne, bo bardzo podobne do NIEJ!

Łagodne poporodowe obniżenie nastroju, popularnie nazywane „baby bluesem” mija po paru dniach, najdalej po kilku tygodniach, kiedy nowej matce udaje się zapanować nad chaosem swoich uczuć, a potem w domu, nad chaosem w czynnościach pielęgnacyjnych przy noworodku. W powrocie do równowagi psychicznej znów ważną rolę odgrywa wtedy otoczenie. Kobieta, która urodziła potrzebuje wsparcia psychicznego, ale także materialnej pomocy przy wykonywaniu męczących, całkowicie dla niej nowych zadań.



Wśród pieluch, karmienia, przewijania, wyczerpana położnica przechodzi wielką transformację: przepoczwarza się ze stanu „dziecko swojej matki” do stanu „matka swojego dziecka”. Żeby jej w tym pomóc, a czasem żeby wręcz jej to umożliwić, otoczenie musi być dla niej MACIERZYŃSKIE. I to hojnie, w nadmiarze, bez oszczędzania (siebie).

Żeby stać się matką, kobieta, która urodziła, niczego nie potrzebuje bardziej, niż macierzyńskiej troski O NIĄ. Szczególnie, jeśli nie miała „wystarczająco dobrej matki”, nie zaznała macierzyńskiej miłości, nie została nią napełniona. Z pustego i Salomon nie naleje...

Statystyki występowania u kobiet depresji poporodowej wahają się między 10 a 20%, jednak ocenia się, że w społeczeństwach zachodnich co najmniej połowa wszystkich matek cierpi na łagodne formy zaburzeń emocjonalnych do czasu ukończenia przez dziecko dwóch lat. Prawdopodobnie *każda* kobieta po porodzie, choćby tylko z tytułu rozstania z dzieckiem, które przebywało w jej ciele przez dziewięć miesięcy, przeżywa depresję, na ogół łagodną, ustępującą bez leczenia. Wystąpienie „prawdziwej”, długotrwałej depresji poporodowej dezorganizuje życie całej rodziny. Francuski psychoanalityk André Green napisał, że matka w depresji, to dla dziecka *matka martwa* – nie jest w stanie dać dziecku miłości, nawet zainteresowania. Dręczy ją poczucie winy i wrogość do siebie, do dziecka, do całego świata. Przy głębokiej depresji poporodowej istnieje realne zagrożenie życia – i dla kobiety i dla jej dziecka. W skrajnych przypadkach może dojść do samobójstwa matki i do targnięcia się na życie dziecka. Konieczna jest wtedy szybka pomoc psychiatryczna, ZANIM dojdzie do nieszczęścia.

„...dziecko jest już na świecie, zegarek wskazuje 7.40, a ja płaczę, płaczę coraz głośniejsze. Kawalki biszkoptów w ustach zlepiają się w słodką, obrzydliwą masę. Tak obrzydliwą jak moje rozstępy, jak pokaźne uda, jak ogromny biust, jak pełne biodra, przypominające zwały białej bezy. /.../ Szesnastego marca 2013, o godzinie 9.47 mówię mężowi, mówię mu spokojnym, pewnym głosem, że nadeszła pora, żeby poszukał innej kobiety, w tym innej matki naszego syna”.
(Natalia Fiedorczuk „Jak pokochać centra handlowe”).

Dr Françoise Dolto, francuska pediatra i psychoanalityczka, niepodważalny we Francji autorytet jeśli chodzi o rozwój fizyczny i psychiczny dzieci, twierdziła, że rodziny dziecka powodują u obojga rodziców, ale przede wszystkim u rodzącej – nawrót wspomnień związanych z okolicznościami towarzyszącymi ich własnemu przyjściu na świat. Chodzi tu o wspomnienia z okresu rozwojowego, w którym fizjologia i psychologia nie są jeszcze wyodrębnione – są to więc wspomnienia w formie odczuć fizycznych i związanych z nimi uczuć.

Na pierwszej konsultacji dowiedziałam się od młodej kobiety, że od dwóch lat leczy się farmakologicznie na depresję, która zaczęła się zaraz po urodzeniu córki. Mąż i obie babcie opiekują się dzieckiem, bo ona nie jest w stanie. Jej odpowiedź na banalne pytanie – w jaki sposób zaczęła się pani depresja? – zaskoczyła mnie.

„Czułam straszny ból, szczypanie na całej skórze. No wie pani, jakbym za długo siedziała pod lampą do opalania”.

Zapytałam, jak było z jej przyjściem na świat? W 7 miesiącu ciąży jej matka dostała krwotoku, ledwie uratowano je obie dzięki cesarskiemu cięciu, potem była 10 dni w inkubatorze. Miała żółtaczkę, była naświetlana lampą... Duże ilości bilirubiny (barwnik żółciowy), które odkładają się w skórze, mogą powodować jej podrażnienie i świąd. A skóra wcześniaka jest cieniutka, delikatna, wrażliwa. Być może poród, długi i bez znieczulenia, uaktywnił w ciele kobiety fizyczne odczucia, związane z jej przyjściem na świat (szczypanie na całej skórze), połączony z psychicznym bólem bycia oddzieloną, a nawet – bycia porzuconą przez matkę w inkubatorze. 30 lat temu, w śląskim szpitalu, gdzie urodziła się moja pacjentka nie było mowy o „rodzeniu po ludzku”, ani o zaleceniu kontaktu „skóra do skóry” między matką i noworodkiem. Obecnie, na niektórych oddziałach położniczych, noworodek pozostaje na brzuchu matki nawet podczas jej poporodowych zabiegów pielęgnacyjnych. Rzadko, ale jednak zdarza się czasem, że w ciągu pierwszych 30 minut po porodzie u noworodka wystąpi atawistyczny odruch „szperania” i jak każdy ssak dopełźnie samodzielnie do sutka matki.

Etolodzy – naukowcy badający zachowania zwierząt twierdzą, że u ssaka można laboratoryjnie wywołać depresję: wystarczy oddzielić zwierzęce niemowlę od matki, żeby w jego organizmie podniósł się poziom kortyzolu – hormonu stresu i depresji. Tak samo reaguje mały człowiek. Fizyczne rozłączenie matki z jej nowonarodzonym dzieckiem może mieć negatywne konsekwencje dla tworzącej się wtedy biologiczno-psychicznej więzi z dzieckiem. Badania wykazały bowiem, że to właśnie *fizyczny kontakt* między matką i noworodkiem, natychmiast po porodzie wywołuje w organizmie matki dodatkowy, gwałtowny „rzut” oksytocyny (która wywoływała skurcze macicy), czyli hormonu popularnie nazywanego „hormonem miłości”. Matka wpada wtedy w rodzaj transu; jej dziecko jest najwspanialsze na świecie, nic nie jest od niego ważniejsze; pogodnie znosi brak snu, niekończące się karmienie, przewijanie, bo dla takiego cudu, jakim jest jej dziecko – warto!

D.W. Winnicott, pediatra i sławny psychoanalityk dziecięcy powiedział, że samo niemowlę nie istnieje – istnieje *niemowlę-i-matka*. Matka i noworodek stanowią przez pierwsze tygodnie ściśle połączoną diadę, są jak jeden organizm, np. ślina ssącego pierś noworodka, poprzez skórę sutka, dostarcza do organizmu matki informacje o biochemicznych zapotrzebowaniach jej dziecka. I ciało matki, ta skomplikowana, tajemna fabryka, rozpoczyna produkcję odpowiednio zmodyfikowanego mleka!

Nowocześni ojcowie nie chcą abdykować z roli rodzica, biorą urlopy tacie-rzyńskie, dzielą z matką wszystkie trudy opieki nad dzieckiem. Zdarza się, że są w tym zręczniejsi od matek. Płaczące dziecko, rozpoznając głos ojca, znany jeszcze z okresu ciąży, czasem szybciej się uspokaja w jego ramionach. Tylko karmić piersią ojcowie jeszcze nie potrafią.

Jedynym sposobem komunikowania się niemowlęcia z otoczeniem jest płacz, który dla niewprawnego ucha brzmi zawsze tak samo. Kobieta, której otoczenie

matkowało „wystarczająco dobrze” podczas ciąży, porodu i połogu, i która *czuje się kochana* przez ważne dla niej osoby, spokojnie podejmie rolę matki, z ufnością dla swoich macierzyńskich kompetencji. To ona WIE wszystko o potrzebach jej nowonarodzonego dziecka; czy płacze, bo jest głodne, czy przestraszyło się czegoś, czy jest mu za gorąco, czy za zimno. Wie lepiej, niż ktokolwiek inny, lepiej niż lekarz, niż pielęgniarka, lepiej niż jej własna matka. No i dużo lepiej niż jej teściowa.

Niemowlę nigdy nie płacze bez powodu, „dla kaprysu”. Najczęściej, u zdrowego dziecka jest to domaganie się fizycznego kontaktu z rodzicem, bo kontakt ten jest mu witalnie potrzebny. U niemowlęcia, które nie jest wystarczająco dotykane, przytulane, całowane, noszone może wystąpić tendencja do reakcji depresyjnych, takich jak obniżenie aktywności i zaciekawienia otoczeniem, smutek, a w końcu zubożenie. Niedoświadczeni rodzice mogą nawet być zadowoleni, że ich dziecko zrobiło się takie spokojne, odłożone do łóżeczka nie płacze, jest „grzeczne”, „jakby go nie było”. Nareszcie mogą się wyspać!



Uwaga Rodzice! Niemowlę, które nie płacze, nie domaga się niczego krzykiem, jest przez dłuższy czas ciche, „jakby go nie było”, powinno budzić niepokój otoczenia. Wskazana jest wtedy konsultacja ze specjalistą.

W końcu lat siedemdziesiątych ubiegłego stulecia, w stolicy Kolumbii – Bogocie, w Instytucie Położniczym, na słabo wyposażonym w inkubatory oddziale neonatologii, wśród wcześniaków panowała bardzo wysoka śmiertelność. Dr Edgar Rey wpadł na pomysł, żeby włożyć takie przedwcześnie urodzone maleństwo na pierś matki, pod koszulę, w kontakcie skóra do skóry. Okazało się, że temperatura ciała matki regulowała i utrzymywała na odpowiednim poziomie temperaturę ciała jej dziecka i że w takich warunkach rozwijało się ono prawidłowo, osiągając szybko wagę noworodka po donoszonej ciąży. Taki system opieki i pomocy dla wcześniaków nazwany „kangurowaniem” rozprzestrzenił się w różnych krajach, jest także stosowany na niektórych oddziałach położniczych w Polsce, np. w miejskim szpitalu w Rudzie Śląskiej czy w Tychach powstało Międzynarodowe Towarzystwo Kangurowania – (KMC), a od 2003 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) propaguje tę metodę już nie tylko dla wcześniaków, ale także dla noworodków urodzonych po donoszonej ciąży. Wśród pozytywnych efektów zaobserwowanych przy stosowaniu kangurowania, oprócz polepszenia parametrów fizjologicznych noworodka, podkreśla się zacieśnienie więzi między matką i dzieckiem i obniżenie częstotliwości występowania depresji poporodowej. Fizyczny kontakt, czułe przytulanie są równie potrzebne matce, co jej dziecku, chroniąc oboje przed depresją.



Uwaga Nowe Mamy! Coraz bardziej popularne „chustowanie”, czyli noszenie niemowlęcia na piersi w misternie zawiązanej chuście, jest dla was wysoce korzystne. Nie tylko dlatego, że uwalnia wasze obie ręce do pracy; do dźwigania zakupów, gotowania, sprzątania, prania i prasowania, czyli pozwala się wam spełnić w roli perfekcyjnej Pani Domu, Wróżki Domowego Ogniska. Noszenie noworodka na piersi, najlepiej w kontakcie skóra do skóry, podtrzymuje u obojga piękne złudzenie: że wasze ciała jeszcze się na dobre nie rozdzieliły.

Noworodek ukryty przed światem w chuście, w tym nowym brzuchu, słyszy znajomy rytm serca matki, czuje jej zapach, jest kołysany, a czasem, jeśli np. jego matka ma fantazję i lubi sobie potańczyć, jest mocno potrząsany przez jej ruchy – jak w brzuchu. A matka, czując bliskość fizyczną i pogłębiającą się więź psychiczną ze swoim dzieckiem, jednocześnie uczy się (stopniowo!) – rozstawać z ciałkiem swojego maleństwa, z jego zapachem. W tym rozstawaniu bardzo pomaga jej rosnący ciężar dziecka. I ból kręgosłupa. Aż wreszcie się zbuntuje, odłoży chustę: „jak długo można!”

GDZIE NALEŻY SIĘ UDAĆ, ABY UZYSKAĆ POMOC?



W Krakowie funkcjonuje wiele miejsc, w których wykwalifikowani specjaliści udzielają wsparcia psychologicznego i psychiatrycznego dorosłym i dzieciom. Jest wśród nich placówka o nazwie „Zielony Domek”, która jest miejscem spotkań, zabawy i odpoczynku dla rodziców i dzieci do lat trzech. Do „Zielonego Domku” można przyjść razem z dzieckiem bez umawiania się, bezpłatnie i anonimowo. Od poniedziałku do piątku przyjmie Was serdecznie i wysłucha, codziennie inna, trzyosobowa ekipa psychologów, terapeutów i pracowników socjalnych.

**„Zielony Domek” znajduje się przy ul. św. Marka 21a w Krakowie,
tel. 537-957-333, www.fundacja-promyk.org
e-mail: fundacja@zielonydomek-krakow.pl**

Dietetyk z wieloletnim doświadczeniem, w Szpitalu Położniczo-Ginekologicznym Ujastek od 4 lat dba o dietę pacjentek oddziału patologii ciąży, mam karmiących, wymagających szczególnego żywienia i pacjentek z cukrzycą ciążową. Zaangażowana w działalność Banku Mleka Kobięcego działającym przy szpitalu. Jest zwolennikiem zdrowej polskiej diety zgodnej z wytycznymi WHO.

Dieta mamy w ciąży oraz w okresie karmienia piersią

Informacje na temat sposobu żywienia młodej mamy docierają do nas z różnych stron: mediów, publikacji naukowych, osób wdrażających eksperymentalne metody odżywiania, a także relacji innych mam. Mnogość wiadomości powoduje dezinformację. Warto wówczas pamiętać, że miarodajnym źródłem w tym zakresie jest Złota Karta Prawidłowego Żywienia opracowana przez Radę Promocji Zdrowego Żywienia we współpracy z Medycznymi Towarzystwami Lekarskimi, Narodowym Instytutem Kardiologii, Narodowym Programem Profilaktyki Cholesterolowej i niektórymi fundacjami promującymi zdrowie. Karta zawiera zbiór wskazówek niezbędnych w codziennej realizacji zasad zdrowego odżywiania. Pacjentki przebywające w szpitalu, jeszcze przed porodem, podczas indywidualnych spotkań z dietetykiem poruszają temat prawidłowej diety mamy karmiącej naturalnie. Ich dezorientacja wskazuje na fakt, iż w kwestii żywienia powstało wiele mitów. Z tego powodu warto wyjaśnić najistotniejsze kwestie. Najczęściej zadawane pytania dotyczą podstaw żywienia, np.: „ile należy jeść posiłków w ciągu dnia?”, „jaka winna być ich jakość?”, „jakie produkty eliminować?”. Postaram się rozwiązać wątpliwości w tym zakresie.

Podstawowe aspekty diety

Po porodzie kobieta powinna zjadać co najmniej 3 posiłki umiarkowanej wielkości, w tym koniecznie śniadanie. Każdy posiłek powinien zawierać produkty zbożowe, takie jak: pieczywo ciemne, płatki owsiane lub kukurydziane, kasze, makaron lub ciemny makaron razowy, ryż lub ryż nieoczyszczony, ziemniaki. Bardzo ważne jest spożywanie warzyw i owoców (mogą być mrożone), które należy dodawać do każdego posiłku, a także mogą stanowić przekąskę między posiłkami. Niezbędne jest również dostarczanie organizmowi białka w postaci co najmniej dwóch pełnych szklanek mleka (najlepiej chudego) lub tyle samo kefiru i jogurtu.

Należy pamiętać o odpowiednim nawadnianiu organizmu. Dzielne zapotrzebowanie organizmu dorosłego na wodę wynosi 1,5-2 litrów. Woda powinna być dobrej jakości, odpowiednio zmineralizowana ale nie lecznicza. Ponadto, raz dziennie, do wyboru, należy spożyć porcję ryb, drobiu, grochu, fasoli lub mięsa czerwonego. Staramy się ograniczać tłuszcze do jednej łyżki stołowej oleju lub oliwy, nie więcej niż do dwóch łyżeczek margaryny miękkiej (bez izomerów trans kwasów tłuszczowych) oraz soli i cukru.



W okresie ciąży oraz podczas karmienia po urodzeniu dziecka nie ma potrzeby zmieniać całkowicie sposobu odżywiania ani też zwiększać ilości posiłków, w myśl zasady „jemy za dwoje”. Nie wprowadzamy ostrego reżimu, ale odżywiamy się rozsądnie i zdrowo.

Żywnienie w ciąży – co to właściwie oznacza?

Zasady żywienia w ciąży są proste i wbrew pozorom dieta w ciąży nie musi być uciążliwa. Kobieta w II i III trymestrze ciąży oraz w okresie karmienia piersią, która nie stosuje żadnej diety wymuszonej jej stanem zdrowia może kontynuować dotychczas stosowany sposób odżywiania. Trzeba jednak pamiętać, że odpowiednie żywienie ma znaczący wpływ na prawidłowy rozwój dziecka i jego przyszłe zdrowie. Zwiększa się zapotrzebowanie energetyczne o 300 kcal w okresie ciąży oraz 500 kcal w okresie karmienia piersią w stosunku do normy. Posiłki należy spożywać regularnie, a odstępy między nimi nie powinny być dłuższe niż trzy godziny. Najlepiej jest spożywać cztery do pięciu mniejszych porcji dziennie.



Każda mama dostosowuje dietę do potrzeb własnych i swojego dziecka. Ważna jest obserwacja reakcji dziecka po posiłku. Jeżeli po karmieniu pojawia się wysypka, kolka, niepokój to oznaka, że mama powinna unikać spożywanego wcześniej pokarmu.

CUKRY

Nie eliminujemy w całości cukrów prostych i złożonych, ponieważ zawierają węglowodany niezbędne do prawidłowego rozwoju płodu. Wiele kobiet w okresie ciąży obserwuje wzrost zapotrzebowania na słodkie lub owoce. Często jest

to sygnał, który wysyła nam organizm i nie możemy go ignorować. Należy pamiętać o zachowaniu zdrowego rozsądku i nie zastępować posiłków słodkimi przekąskami.

MIĘSO

W dowolnych ilościach można spożywać mięso, a nawet należy je dołączyć do codziennej diety. Jest to najcenniejsze źródło naturalnego żelaza, na które zapotrzebowanie w ciąży wzrasta prawie dwukrotnie. Celowo nie rozróżniam rodzaju mięsa, ponieważ każde jest w tym okresie wartościowe. Ze względu na ryzyko zakażenia toksoplazmozą, listeriozą lub bytującymi w mięsie i rybach pasożytami, lekarze zalecają zupełne zrezygnowanie z potraw z surowego mięsa. Z tego samego powodu niewskazane są także pasztety i wędliny typu metka. Jedzenie wątróbki jeszcze kilka lat temu zalecano jako bardzo dobre źródło żelaza, jednak obecnie uważa się, że spożywanie jej, zwłaszcza w większych ilościach, nie jest w ciąży wskazane, bo zawiera ona duże ilości witaminy A, która zwiększa ryzyko występowania u dziecka wad rozwojowych.

RYBY

Ostatnio można usłyszeć, że jedzenie ryb wcale nie jest takie zdrowe, bo zawierają one dużo rtęci, dioksyn i innych trucizn. Jednak w diecie kobiety ciężarnej ryby są bardzo ważne, bo dostarczają cennego białka, witamin, a zwłaszcza nienasyconych kwasów tłuszczowych omega-3, które odgrywają istotną rolę w rozwoju mózgu dziecka i prawdopodobnie zmniejszają ryzyko alergii. Ryby są też źródłem witaminy A, selenu i fosforu. Zawierają także jod, który jest składnikiem stosunkowo rzadko występującym w produktach spożywczych. Najbardziej polecane są tłuste ryby morskie, trzeba jednak wybierać odpowiednie gatunki. Najlepsze są śledzie, które nie kumulują metali ciężkich, najbardziej ryzykowny zaś tuńczyk. Należy uważać też na łososia, dostępne u nas łososi bałtyckie i norweskie zawierają sporo metali ciężkich (w przeciwieństwie do łososi oceanicznych), więc lepiej ich nie jeść, a jeśli masz taką zachciankę, zjedz najwyżej 100 g tygodniowo. Ryby wędzone zawierają pochodne dymu, które działają rakotwórczo, należy zatem ich unikać. Podobnie jak w przypadku surowego mięsa, w okresie ciąży należy zrezygnować z potraw z surowych ryb, takich jak tatar, sushi, owoce morza.

TŁUSZCZE

Zamieniamy tłuszcze zwierzęce na roślinne. Choć można sobie od czasu do czasu pozwolić na odrobinę masła do kanapki, to zdecydowanie trzeba zrezygnować ze smalcu, który sprzyja otyłości, miażdżycy oraz chorobie wieńcowej. Natomiast oleje roślinne zawierają wiele witamin (D, E, K, A) oraz nienasycone kwasy tłuszczowe omega-6, potrzebne do prawidłowego rozwoju płodu. Powinnaś je spożywać w ilości dwóch łyżek stołowych dziennie. Szczególnie polecane są oliwa z oliwek i oleje: sojowy, słonecznikowy, rzepakowy.

OWOCE I WARZYWA

Podczas ciąży znacząco, bo nawet o 50–100 % zwiększa się zapotrzebowanie na witaminy i składniki mineralne, niezbędne do prawidłowego rozwoju płodu (chodzi zwłaszcza o witaminę C, karotenoidy, foliany). Dlatego kobieta w II i III trymestrze ciąży powinna zjadać codziennie ok. 500 g warzyw i 400 g owoców. Ważne jest również aby nie jeść ciągle tych samych gatunków. Warto sięgać po różne rodzaje sezonowych lokalnych owoców i warzyw. Warzywa zawierają dużo błonnika i witamin, dlatego często można przeczytać, że najlepiej jeść je na surowo. To prawda, ale pod warunkiem, że nie wywołuje to dolegliwości ze strony układu pokarmowego. Surowe warzywa są bowiem ciężkostrawne, a więc w ciąży, gdy proces trawienia jest spowolniony, ich jedzenie może przysparzać kłopotów. Gdy tak się dzieje, zamiast jeść je na surowo – lepiej gotować na parze.

BIAŁKO

Nie jest prawdą, że mleka trzeba unikać, bo zwiększa u dziecka ryzyko alergii. Mleko należy wykluczyć z diety tylko wtedy, gdy kobieta ciężarna rzeczywiście go nie toleruje. W każdej innej sytuacji mleko i przetwory mleczne powinny być żelaznym punktem codziennego menu, bo dostarczają pełnowartościowego białka, najlepiej wchłanianego wapnia oraz witaminy D. Mleko można oczywiście zastąpić kefirem, jogurtem czy żółtym serem (białym już trudniej, bo zawiera mało wapnia), pamiętając, że zapotrzebowanie na wapń w ciąży wynosi aż 1200 mg dziennie. Zrezygnuj natomiast z picia surowego mleka i wytwarzanych z niego serów. Zarówno surowe, nieprzetworzone mleko, jak i wytwarzane z niego sery (np. oryginalne oscypki, niebieskie sery pleśniowe, ser koryciński) mogą być siedliskiem bakterii *Listeria monocytogenes*, które są groźne dla ciąży. Do zakażenia dochodzi wprawdzie niezwykle rzadko, ale lepiej dmuchać na zimne. Warto jednak zwrócić uwagę na dwie rzeczy: po upieczeniu lub ugotowaniu sery te są już bezpieczne, a poza tym miękkie sery typu brie czy camembert są wytwarzane z mleka poddanego procesowi pasteryzacji lub mikrofiltracji, więc ich jedzenie niczym nie grozi. Zwłaszcza mikrofiltracja jest korzystna – oczyszcza mleko z bakterii, ale nie niszczy zawartych w nim witamin.

NAPOJE

Zapotrzebowanie na płyny nie wzrasta w stosunku do okresu sprzed ciąży. Każdy człowiek potrzebuje ich 2-2,5 litra dziennie. Przyszła mama nie musi ich wypijać więcej, chyba że po prostu odczuwa taką potrzebę albo mocno się poci. Pamiętajmy jednak, że płyny to nie tylko woda ale również herbaty ziołowe, soki, zupy. W czasie ciąży można pić wodę gazowaną, ale trzeba pamiętać o tym, że zawarty w niej dwutlenek węgla może powodować wzdęcia i zgagę. Jeśli jednak na Ciebie tak nie wpływa, nie musisz rezygnować z wody z bąbelkami. Kawa nie jest w ciąży zakazana, niekoniecznie trzeba z niej zupełnie zrezygnować. Można ją pić, ale w niewielkich ilo-

ściach. Według specjalistów, bezpieczne jest wypijanie w ciąży dwóch filiżanek kawy dziennie. Bezwzględnie natomiast należy unikać słodkich napojów gazowanych.

SÓL

Do niedawna obowiązywały inne zalecenia, ale obecnie, zdaniem specjalistów, nie ma uzasadnienia ograniczanie podaży soli w diecie zdrowej kobiety ciężarnej. Dopiero gdy pojawia się nadciśnienie tętnicze i obrzęki, trzeba zmniejszyć spożycie produktów słonych.

Kluczowe znaczenie w okrasie karmienia piersią mają pierwsze dwa tygodnie po porodzie. Szczególną uwagę należy wówczas zwrócić na eliminację pokarmów z grupy ciężkostrawnych, wzdymających np. cebulowe, strączkowe, kalafiorowate, kapustne. Na ten czas zrezygnować należy z jedzenia cytrusów oraz potraw mocno przyprawionych. Niewskazane są produkty bogate w konserwanty, produkty z puszek, produkty sztucznie barwione lub aromatyzowane. Bezwzględnie należy unikać mocnej herbaty, mocnej kawy oraz napojów alkoholowych.

Po tym okresie warto wprowadzać do diety kolejne produkty, ale nie w sposób rygorystyczny, najbezpieczniej w niewielkich ilościach, obserwując reakcję dziecka. Pełnowartościowe białko, które zawarte jest w chudym mięsie, drobiu, rybach oraz jajkach można spożywać codziennie w rozsądnych ilościach. Niezbędne stają się węglowodany złożone o dużej zawartości włókien roślinnych: warzywa i owoce, ryż brązowy, płatki zbożowe, grube kasze. Posiłki należy wzbogacać w zdrowe tłuszcze np. oliwa z oliwek, olej lniany i inne oleje dobrej jakości. W okresie po porodzie oraz w czasie połogu należy do diety dołączyć większą ilość produktów zawierających dużą ilość żelaza takich jak chude mięso, wędliny, ryby, warzywa strączkowe. Jest to niezbędne w celu prawidłowej regeneracji organizmu po okresie ciąży oraz porodu. Wskazane jest również zwiększenie ilości mleka lub produktów mlecznych w celu zabezpieczenia zapotrzebowania na wapń. 1200 mg, które potrzebuje organizm w okresie karmienia piersią odpowiada 5 szklankom mleka lub napojów mlecznych lub 3 szklankom mleka, 2 plasterkom sera żółtego i 50 g twarogu. W celu urozmaicenia posiłków zaleca się jogurty naturalne, owocowe, kefiry i maślanki. Warto do diety dołączyć produkty zbożowe, warzywa i owoce w postaci gotowanej oraz surówek i soków. W okresie jesienno-zimowym warto przyjmować również tran.

Zalecenia żywieniowe w okresie poszpitalnym po zabiegach operacyjnych

W przypadku kobiet, których poród został rozwiązany przez zabieg cesarskiego cięcia, pacjentki często pytają, dlaczego po zabiegu nie mogą nic zjeść. Ze względu na opróżnienie jelit przed cesarskim cięciem, po zabiegu należy w pierwszej kolej-

ności uzupełnić płyny. Wykonywane jest to w warunkach szpitalnych. Dlatego pacjentki pierwszy lekkostrawny posiłek przyjmują kilka godzin po zabiegu. Decyzję o diecie podejmuje lekarz. W pierwszej dobie najczęściej podawane są suchary, w drugiej kolejności wywar warzywny, często w postaci lekkostrawnej zupy.

W okresie 2 do 4 tygodni po porodzie rozwiązanym przez zabieg cesarskiego cięcia należy stosować dietę lekkostrawną, zależną od zaleceń lekarskich. Powinna ona zawierać produkty niskotłuszczowe (bez tłuszczu zwierzęcego) oraz z dużą zawartością białka. Należy bezwzględnie unikać pokarmów ciężkostrawnych, wzdymających, długo zalegających w przewodzie pokarmowym, potraw i produktów tłustych, smażonych, pieczonych w tradycyjny sposób oraz ostro przyprawionych. Dieta wysokobiałkowa przyspiesza gojenie ran pooperacyjnych, zmniejsza ryzyko infekcji i zabezpiecza mięśnie przed utratą masy ciała. Dieta nie powinna też zawierać cukru. Należy jeść często małe porcje, pamiętać o dokładnym pogryzieniu każdego kęsa, płyny przyjmować wolno między posiłkami, pół godziny przed oraz około godziny po posiłku, unikać napojów gazowanych. W diecie tej należy zmniejszyć ilość błonnika pokarmowego albo uczynić go mniej drażniącym dla przewodu pokarmowego poprzez odpowiednio dobrane warzywa i owoce (delikatne i dojrzałe), podawanie soków owocowych oraz przecierów warzywnych, zastosowanie tylko oczyszczonych produktów zbożowych.

Najbezpieczniej w diecie lekkostrawnej jest przygotowywać posiłki przez gotowanie w wodzie lub na parze, duszenie bez obsmażania na tłuszczu (dopuszcza się obsmażać produkty ale bez tłuszczu na odpowiednich patelniach), piec w rękawie foliowym, w pergaminie, w naczyniach ceramicznych, na ruszcie, opiekaczu elektrycznym lub w piekarniku. Wykluczone jest smażenie i pieczenie w wysokim tłuszczu. Można podawać jaja na parze z użyciem niewielkiej ilości masła. Dozwolone tłuszcze to wysokiej jakości oleje, świeże masło, miękkie margaryny.

Dieta dla pacjentek z cukrzycą

Dla pacjentek ze stwierdzoną cukrzycą ciążową dieta jest pierwszym i podstawowym elementem leczenia. Musi dostarczać odpowiednią ilość składników pokarmowych i odżywczych, zwracając szczególną uwagę na przyrost masy ciała oraz uzyskanie normoglikemii (prawidłowe stężenie glukozy we krwi). Dieta staje się lekarstwem, dlatego wszystkie zalecane produkty przyszła mama powinna spożywać w ściśle określonych ilościach. Nie można dopuszczać do głodu, ale nie oznacza to, że można jeść wszystko. Zapotrzebowanie energetyczne jest ściśle zależne od aktywności fizycznej i wieku – przyjmuje się 35 kcal/kg.

Podobnie jak w zaleceniach prawidłowego żywienia osób zdrowych zaleca się spożywać dziennie 3 posiłki podstawowe. Ważne jest również spożywanie 3-5 małych

posiłków w postaci przekąsek. Istotny jest posiłek spożywany między godziną 22 a 22.30, który zabezpiecza przed hipoglikemią nocną. Przerwy między posiłkami nie powinny być dłuższe jak 2-3 godzin, dopuszcza się przesunięcie czasowe w spożyciu posiłków do około 0,5 godziny.

Głównym składnikiem diety cukrzycowej w okresie ciąży są węglowodany. Mają największy udział procentowy w diecie, są głównym źródłem energii i mają największy wpływ na wartość glikemii. W okresie leczenia dietą cukrzycową bezwzględnie należy kontrolować obecność acetonu w moczu przy pomocy pasków testowych. Poziom acetonu świadczy o stanie organizmu matki, a zaburzenia jego poziomu są szkodliwe dla płodu. Najprostszym rozwiązaniem jest spożywanie dodatkowej kolacji, która zawiera białe pieczywo i mleko. Duże znaczenia ma ilość spożywanych posiłków, ponieważ każdy produkt przed spożyciem powinien być zważony. Szczególnie jest to ważne w przypadku pieczywa, produktów zbożowych i owoców.

BIAŁKO

Białka w postaci mleka i produktów mlecznych nie wolno spożywać w godzinach porannych, ponieważ powodują gwałtownie podnoszenie cukru we krwi. Bezpieczniej jest wybierać produkty sfermentowane takie jak jogurty naturalne, kefiry, maślanki naturalne.

CUKIER

Bezwzględnie należy wyeliminować z diety węglowodany proste takie jak cukier, słodczyce, przetwory owocowe, dżem, miód i konfitury. Słodziki i słodczyce dla kobiet z cukrzycą w ciąży są zabronione.

WARZYWA I OWOCE

Ziemniaki puree, pieczone i smażone, marchew gotowana rozdrobniona, buraczki zasmażane, kukurydza, groszek konserwowy zawierają dużą ilość węglowodanów i mają wysoki indeks glikemiczny – to powoduje znaczny i długotrwały wzrost glikemii. Do gotowanej jarzyny i do potraw mącznych należy spożywać surówkę, w ten sposób można obniżyć wchłanianie cukru do krwi. Warzywa o niskim indeksie glikemicznym można jeść w dowolnych ilościach, poleca się dołożyć do posiłku np. brokuły, kalafior, boćwinę, kapustę kiszoną, kapustę pekińską, ogórka kiszzonego, ogórka świeżego, paprykę zieloną i żółtą, pomidora, rzodkiewkę, pora, sałatę zieloną, sałatę lodową, cebulę, szpinak, cukinię, cykorię. Owoce natomiast zawierają cukier prosty – fruktozę, dlatego należy spożywać je w ograniczonych ilościach. Najwięcej cukru zawierają: banany, winogrona, śliwki i bardzo dojrzałe owoce.

NAPOJE

Soki bez cukru też mają wpływ na wyższy poziom glikemii – można je rozcieńczać wodą. Kobiety z cukrzycą w ciąży nie powinny pić mocnych naparów i używać cukru.

Można pić czarną herbatę lub z dodatkiem cytryny, raz dziennie zieloną herbatę, wodę mineralną niegazowaną. Maksymalnie jedną filiżankę czarnej kawy. Kawa zbożowa nie jest polecana, ponieważ zawiera sól jęczmienny, co powoduje wzrost poziomu cukru.

MIĘSO, RYBY

Zaleca się filet z kurczaka, filet z indyka, nóżki bez skóry, cielęcinę, wołowinę, polędwicę, ryby morskie i słodkowodne (100 – 150 g). Mięso spożywamy w postaci gotowanej, duszonej bez zagęszczania, rzadziej pieczone i grillowane, unikać smażonych w panierce. Warto jeść wędliny chude, drobiowe, szynkę wieprzową, wołową, polędwicę, mięso pieczone w rękawie oraz pasty z mięsa. Ograniczamy mięso wieprzowe (schab, od szynki), unikamy też tłustej wieprzowiny, gęsi, kaczk, gotowych mięs mielonych, podrobów. Z diety należy wyeliminować tłuste wędliny, salceson, mielonki, boczek, konserwy mięsne, kaszanki.

TŁUSZCZE

Do smarowania pieczywa używaj masła, margaryn miękkich, olei do sałatek i do potraw, a do smażenia oleju rzepakowego lub oliwy z oliwek do krótkiego smażenia.

Dieta przyszłej mamy i kobiety karmiącej piersią jest tematem, który budzi wiele sprzecznych emocji. Wzrost masy ciała w okresie ciąży jest nieunikniony, ale jest również wskaźnikiem rozwoju dziecka. W okresie ciąży oraz karmienia piersią w twoim organizmie zachodzi wiele zmian. Wiele tych procesów zachodzi naturalnie i są konieczne. Dlatego warto ten szczególny w życiu czas poświęcić na lepsze poznanie samej siebie, a później na nawiązanie więzi z dzieckiem. Higieniczny i zdrowy tryb życia dotyczy też żywienia, co nie znaczy że ma stać się centralnym punktem każdego dnia. Warto również poświęcić czas na odpoczynek, relaks i budowanie relacji z najbliższymi.

GDZIE NALEŻY SIĘ UDAĆ, ABY UZYSKAĆ POMOC?



W Krakowie funkcjonują poradnie dietetyczne, w których można zasięgnąć opinii wykwalifikowanego dietetyka. Podstawowych informacji dotyczących żywienia m.in. w okresie karmienia piersią udzieli Wam również doradca laktacyjny lub położna.

Pedagog specjalny (specjalność oligofrenopedagogika), terapeuta wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka, terapeuta integracji sensorycznej. Nauczyciel-terapeuta w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym w Krakowie, asystent w Instytucie Pedagogiki Specjalnej Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie, doktorantka na Wydziale Pedagogicznym UP. Autorka kilkunastu publikacji naukowych dotyczących problematyki diagnozy i terapii osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Terapeuta integracji sensorycznej radzi: Jak stymulować zmysły małego dziecka?

Drogi Rodzicu!

Każdy z nas odbiera świat za pomocą zmysłów. Zmysły Twojego dziecka rozwijają się już w życiu płodowym, ale po przyjściu na świat Maluch nie potrafi się nimi od razu posługiwać. Wszystkie ze zmysłów czyli dotyk, równowaga, czucie głębokie, wzrok, słuch, smak i węch współdziałają ze sobą i są bardzo istotne dla rozwoju Twojego dziecka. Jego układ nerwowy odbiera informacje, które płyną ze zmysłów, przetwarza je, interpretuje i wykorzystuje w codziennym życiu. Proces ten nazywamy integracją sensoryczną (SI) i to dzięki niemu Twoje dziecko poznaje otoczenie, własne ciało, nabywa wiadomości o świecie, w którym żyje i zdobywa nowe umiejętności. Doznania zmysłowe są najlepszym pokarmem dla mózgu.

Rodzicu, powinieneś wiedzieć i zapamiętać, że o prawidłowy rozwój integracji sensorycznej u Twojego dziecka trzeba dbać od najwcześniejszego okresu jego życia. Rozwój integracji sensorycznej odbywa się w każdej chwili i każdego dnia, wtedy gdy opieka nad dzieckiem i wspomaganie go są odpowiednie. Najlepszymi formami rozwijającymi integrację sensoryczną są czynności codzienne, wykonywane z dzieckiem prawidłowo, bez pośpiechu i w przyjaznej atmosferze. Mogą być one również czynnościami terapeutycznymi. Niewłaściwa opieka nad dzieckiem może sprzyjać powstawaniu lub pogłębianiu zaburzeń, a co za tym idzie problemów w rozwoju psychoruchowym, uczeniu się i zachowaniu.

Zaburzeń integracji sensorycznej u dzieci nie wolno lekceważyć, bo problemy nie znikną same, a z czasem nawet mogą się nasilać, będąc przyczyną opóźnień w rozwoju mowy, koordynacji ruchowej, a później – umiejętności czytania, jakości pisania, koncentracji uwagi czy wreszcie właściwej komunikacji społecznej. W konse-

kwencji dziecko może mieć problemy z samodzielnością, nauką, kontaktem z rówieśnikami czy kłopoty emocjonalne.



Co powinno zaniepokoić? Jest kilka sygnałów alarmowych, których nie należy zlekceważyć, bo mogą one świadczyć o problemach w zakresie integracji sensorycznej niemowlaka. Są to m. in.: częsty płacz bez wyraźnej przyczyny, zaburzony rytm snu i czuwania, częste rozdrażnienie.

Oczywiście, takie zachowanie Twojego dziecka może być spowodowane np. częstymi kolkami, ząbkowaniem lub innymi dolegliwościami i mieć charakter przejściowy (należy wtedy zasięgnąć opinii lekarza pediatry). Natomiast, gdy obserwujesz, że zachowania te występują coraz częściej i nie mają wyraźnej przyczyny – niech zapali Ci się „czerwona lampka”.



Inne niepokojące zachowania to obniżona aktywność, bierność, a także wzmożona aktywność, impulsywność.

Powyżej wymienione zachowania mogą świadczyć o tzw. zaburzeniach samoregulacji, które można określić jako trudności dziecka w regulowaniu emocji i zachowań w odpowiedzi na stymulację zmysłów, czyli doznania dotykowe, ruchowe, wzrokowe, słuchowe, smakowe i węchowe.

W obrębie zaburzeń samoregulacji wyróżnia się trzy typy trudności: nadwrażliwość, obniżoną wrażliwość, poszukiwanie stymulacji sensorycznej.

Nadwrażliwość na bodźce – dla tych dzieci bodźce są zbyt intensywne, odpychające, za „mocne” i będą reagować na nie lękiem bądź w sposób negatywny i buntowniczy.

Zachowania, które powinny zaniepokoić:

- dziecko reaguje lękiem (płacz, drżenie) lub irytacją, buntem, agresją (odpychanie, prężenie ciała, bicie, zaciskanie pięści, itp.) na różne bodźce; dziecko przejawiające nadwrażliwość nie lubi kąpieli, przebierania pieluchy bądź zmiany ubrań, masażu, przytulania, noszenia, kołysania, zmian pozycji ciała, hałasu, kolorowych, grających zabawek, niektórych smaków, konsystencji i zapachów czy zmian w otoczeniu,

- problemem dla niego jest jedzenie, zasypianie, niechętnie rozwija i ćwiczy nowe umiejętności ruchowe.

Obniżona wrażliwość na bodźce – dla dzieci o tym typie trudności, bodźce są zbyt słabe, więc potrzebują one silniejszej i mocniejszej stymulacji, aby ich układ nerwowy je „zauważył”. Dzieci sprawiają wrażenie bardzo spokojnych, nie reagujących na otoczenie lub bardzo mało nim zainteresowanych.

Zachowania, które powinny zaniepokoić:

- dziecko wydaje się niezainteresowane otoczeniem, nie zwraca uwagi na pokazywane mu zabawki,
- lubi intensywne bodźce: głośne dźwięki, ostre kolory, kołysanie, wirowanie, podskoki, itp.
- nie reaguje za każdym razem na ból, np. jak się przewróci (chyba, że ból jest bardzo intensywny).

Poszukiwanie stymulacji sensorycznej – dzieci o tym profilu są bardzo aktywne, poszukujące bodźców najczęściej o dużej intensywności, częstotliwości i czasie trwania stymulacji.

Zachowania, które powinny zaniepokoić:

- dziecko jest w nieustannym ruchu, lubi być ciągle noszone, kołysane, kręczone w kółko,
- często zachowuje się impulsywnie,
- lubi być mocno przytulane,
- często wywołuje głośne dźwięki,
- wpatruje się w migające, świecące przedmioty,
- próbuje zjadać niejadalne przedmioty.



Rodzicu, jeśli zauważysz te zachowania u swojego dziecka, a w szczególności jeśli nie ustępują one przez dłuższy czas, jeżeli kilka z nich występuje jednocześnie – zgłoś się do terapeuty integracji sensorycznej! Terapeuta dokona diagnozy i ustali dla Twojego Malucha odpowiednią „dietę sensoryczną”, czyli zalecenia dotyczące codziennej pielęgnacji i zabawy.

Jak na co dzień możesz stymulować rozwój integracji sensorycznej swojego dziecka?

Jak wspomniano na początku, najlepszymi formami rozwijającymi integrację sensoryczną są czynności codzienne, wykonywane z dzieckiem prawidłowo, bez pośpiechu i w przyjaznej atmosferze. Pamiętaj o kilku prostych, ale za to bardzo ważnych – z punktu widzenia integracji sensorycznej – wskazówkach:

Dotyk, ruch i czucie głębokie są pierwszymi „nauczycielami” Twojego dziecka, dlatego:

- nie ograniczaj wrażliwości stóp i pozwalaj dziecku chodzić bosą, gdyż ciągłe noszenie skarpet i butów uniemożliwia różnicowanie podłoża i sprzyja nadwrażliwości dotykowej stóp,
- proponuj mu zabawki i przedmioty o różnej fakturze (miękkie, twarde, szorstkie, gładkie, ciepłe, zimne, itp.) – świetnie sprawdzą się do tego przedmioty codziennego użytku,
- podczas ubierania i rozbierania zachęcaj dziecko do dotykania, brania do rąk, poznawania dotykiem różnorodności tkanin, z których są uszyte ubrania,
- podczas ubierania i rozbierania zwracaj uwagę, aby Twoje dziecko ćwiczyło ruchy ciała, takie jak: zginanie i prostowanie łokci, unoszenie i opuszczanie ramion, zginanie i prostowanie tułowia, unoszenie i opuszczanie stóp,
- pokazuj, dotykaj i nazywaj poszczególne części ciała swojego dziecka oraz zachęcaj go, aby robiło to na sobie, na Tobie lub zabawkach,
- zachęcaj dziecko do aktywności ruchowej w różnych pozycjach: na brzuchu, plecach, kolanach, czworakach, itp.; zapewnij mu do tego różnorodne podłoże (dywan, podłogę, poduszki, trawę, itp.),
- bawcie się w pokonywanie torów przeszkód,
- proponuj Twojemu dziecku kołysanie, turlanie się, czołganie, pełzanie, maszerowanie, podskakiwanie, chodzenie na palcach i piętach, skakanie na piłce, obroty na krześle obrotowym, bieganie, itp.,
- spędzaj z nim dużo czasu na placu zabaw i zachęcaj do korzystania ze sprzętów takich jak: huśtawki, karuzele, zjeżdżalnie, drabinki, itp.

Trudności w karmieniu są często zapowiedzią przyszłych problemów z prawidłowym mówieniem, dlatego pamiętaj:

- jedzenie to czynność wspierająca rozwój integracji sensorycznej, więc proponuj swojemu dziecku potrawy o różnym smaku i konsystencji oraz pozwól mu na samodzielność podczas posiłku (jedzenie rękami, sztućcami),
- dawaj dziecku pokarmy, które przyczynią się do rozwoju umiejętności żucia i stopniowo zmieniaj konsystencję podawanych pokarmów na bardziej gęste i twarde,
- zwracaj uwagę na otaczające Was zapachy i pomagaj dziecku je poznawać.

Słuchanie jest bardzo ważną umiejętnością w całym życiu człowieka, a odpowiedni „trening słuchowy” przygotowuje dziecko nie tylko do nauki, ale również do odpowiedniego zachowania w codziennych sytuacjach życiowych:

- daj dziecku możliwość eksperymentowania i wydobywania dźwięków (np. granie na garnkach, miskach, instrumentach, itp.),
- słuchajcie różnych dźwięków: głośnych, cichych, wysokich, niskich, różnych rodzajów muzyki,
- nazywaj dźwięki usłyszane podczas spacerów.

Wzrok pomaga nam zdobywać orientację w przestrzeni, poruszać się, wykonywać czynności dnia codziennego i zdobywać wiedzę podczas kolejnych etapów edukacji, a na rozwój wzroku największy wpływ ma doświadczenie:

- pokazuj małemu dziecku kontrastowe (czarno-białe) obrazki,
- maluj usta na czerwono i mów do niemowlaka,
- poruszaj powoli przedmiotami w różnych kierunkach, aby dziecko mogło śledzić je wzrokiem,
- pokazuj dziecku przedmioty, które znajdują się blisko i daleko,
- ograniczaj czas spędzany przed telewizorem i komputerem – poczytajcie razem książeczkę lub wyjdźcie na plac zabaw.

GDZIE NALEŻY SIĘ UDAĆ, ABY UZYSKAĆ POMOC?



Jeżeli niepokoi Cię rozwój Twojego dziecka lub chcesz dowiedzieć się więcej o integracji sensorycznej (SI) zgłoś się do:

- **Specjalistycznej Poradni Wczesnej Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, ul. Półkole 11 w Krakowie, tel. 12 412 15 66, www.owpp.pl, e-mail: owpp@poczta.onet.pl**
- **Maltańskiego Ośrodka Wczesnej Interwencji, al. Kasztanowa 4a w Krakowie, tel. 12 424 14 40, www.centrummaltanskie.eu, e-mail: pomoc@maltanskiecentrum.pl**

Lekarz praktyk z doświadczeniem pracy w rejonowej poradni pediatrycznej i w oddziałach chorób zakaźnych i infekcyjnych dzieci w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II, gdzie w 1995 r. stworzyła konsultacyjną poradnię pediatryczną ds. szczepień oraz centrum szczepień. Od lipca 2007 r. kieruje Poradnią Chorób Zakaźnych w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym im. św. Ludwika w Krakowie. Od ponad 20 lat prowadzi ośrodek prowadzący międzynarodowe badania kliniczne szczepionek. Jest autorem szeregu prac naukowych, poradników i podręczników dla lekarzy i pielęgniarek oraz autorem i koordynatorem zdrowotnych programów profilaktycznych z zakresu szczepień finansowanych z budżetów Gminy Miejskiej Kraków oraz Województwa Małopolskiego.

Choroby zakaźne i szczepienia

Choroby, którym zapobiegamy poprzez szczepienia, dzięki prowadzonej od prawie 100 lat profilaktyce w wielu wypadkach występują bardzo rzadko. Dlatego trudno jest rodzicom zrozumieć dlaczego nadal konieczne jest uodparnianie kolejnych pokoleń dzieci przeciwko tym zakażeniom. Warto zatem wiedzieć, że:

- niektóre choroby takie jak ospa wietrzna, krztusiec, zakażenia pneumokokowe i rotawirusowe są obarczone wysokim ryzykiem zachorowania, stąd szczepienia przeciw nim są dla dziecka bardzo ważne,
- jeśli w wyniku realizacji szczepień obniżyła się liczba zachorowań na takie choroby jak odra, świnka, różyczka i na tej podstawie przestaniemy szczepić dzieci, to choroby te powracają i jak dawniej są przyczyną powikłań i zgonów z ich powodu,
- niektóre choroby nie występują już na terenie Europy, ale mogą być przywleczone z innych części świata, np. zakażenia poliomyelitis z Indii, czy błonica z Rosji,
- tężec dzięki szczepieniom występuje bardzo rzadko, ale powszechne szczepienia nie zapewniają ochrony nieszczepionemu dziecku, gdyż do zakażenia bakterią występującą w glebie dochodzi wskutek zranienia.

Jeśli do tego dodać, że stosowane obecnie szczepionki są bezpieczne a niepożądane odczyny poszczepienne występują rzadko i szybko ustępują, ograniczając się na ogół do gorączki i objawów miejscowych (zaczerwienienie, ból, obrzęk w miejscu podania leku), to warto skorzystać z dobrodziejstwa profilaktyki. Zawsze bowiem lepiej jest zapobiegać chorobom, niż je leczyć.



Po urodzeniu, jeszcze podczas pobytu w szpitalu, każdy noworodek powinien zostać zaszczepiony przeciw gruźlicy oraz wirusowemu zapaleniu wątroby typu B.

Gruźlica jest chorobą zakaźną wywołaną przez bakterię *Mycobacterium tuberculosis*, która przenosi się głównie drogą kropelkową od osób z aktywną postacią choroby (prątkujących). Corocznie na całym świecie odnotowujemy ok. 9 milionów nowych zachorowań i blisko 2 miliony zgonów z powodu gruźlicy¹. Zapadalność na gruźlicę w Polsce wynosi 16,7 przypadków na 100 tys. ludności. Najbardziej popularną postacią tej choroby jest gruźlica płuc. Bakteria może jednak zaatakować praktycznie każdy narząd lub wiele z nich jednocześnie (postać rozsiana). W naszym kraju chorują na gruźlicę przede wszystkim osoby starsze, które z chorobą zetknęły się w młodości, a zachorowania mają związek ze spadkiem odporności w podeszłym wieku. Po raz ostatni w Polsce trzy zgony z powodu gruźlicy u dzieci poniżej 14. roku życia odnotowano w 2011 roku. W połowie lat 50-tych XX wieku śmiertelność była bardzo wysoka. W roku 1950 r. z powodu gruźlicy zmarło ponad 3 tys. dzieci w wieku poniżej 14. roku życia².

Należy jednak pamiętać, że za naszą wschodnią granicą sytuacja epidemiologiczna gruźlicy kształtuje się znacznie mniej korzystnie. Wg danych World Health Organization (WHO) przytaczanych w raporcie ECDC z roku 2017 liczba zachorowań na gruźlicę w Rosji wynosi rocznie 115 tysięcy, na Ukrainie 41 tysięcy, a w należącej do Unii Europejskiej Rumunii 16 000. Najwyższa zapadalność na tę chorobę jest odnotowywana w Mołdawii 152/100 000, Gruzji 99/100 000 i na Ukrainie 91/100 000 mieszkańców. Zapadalność na gruźlicę na Białorusi wg danych ECDC za rok 2015 wynosiła 44/100 000 a wskaźniki śmiertelności z powodu gruźlicy w Rosji i na Ukrainie wynoszą po 11/100 000 mieszkańców³.

Podanie szczepionki BCG (*Bacillus Calmette-Guérin*) zapobiega zachorowaniom na ciężkie i potencjalnie śmiertelne postaci gruźlicy u małych dzieci. Powinno ono odbyć się jak najwcześniej po urodzeniu, najpóźniej przed wypisem dziecka z oddziału noworodkowego. Szczepionka BCG jest skuteczna w zapobieganiu gruźliczemu zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych oraz gruźlicy prosówkowej u małych dzieci.

1 Kling, Nau, Ross, et al.: *Vaccines, Drug Development, and Immune Therapies AnnalsATS Volume 11 Supplement 4* | August 2014.

2 *Choroby zakaźne i ich zwalczanie na ziemiach polskich w XX wieku* red. J. Kostrzewski, W. Magdzik, D. Naruszewicz-Lesiuk – Warszawa Wydawnictwo Lekarskie PZWL Wydanie I, 2001.

3 *European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2017. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control, 2017.*

Zakażenie **wirusem zapalenia wątroby typu B (HBV)** może prowadzić do stałego nosicielstwa tego wirusa i być przyczyną przewlekłego zapalenia wątroby, marskości wątroby i pierwotnego raka wątroby. Matka-nosicielka wirusa HBV może nim zakażać swoje dziecko. Najczęściej do zakażenia dochodzi wskutek bezpośredniego kontaktu z wirusem występującym we wszystkich wydzielinach i płynach ustrojowych (ślinie, krwi, śluzie) lub po wprowadzeniu wirusa do organizmu podczas zabiegów medycznych i niemedyceńskich (fryzjer, kosmetyczka, tatuaż). Do infekcji może dojść także podczas kontaktów seksualnych z zakażoną osobą.

Rejestracja zachorowań na WZW B jest prowadzona od 1979 roku. W latach 1977-1985 odnotowywano rocznie przeciętnie 15 785 zachorowań, przy zapadalności 43,6/100 000. W kolejnych latach odnotowano niewielki spadek zachorowań do 14,7 tysięcy rocznie, przy zapadalności 40,3/100 000. Zapadalność na WZW B w Polsce była wówczas najwyższa w Europie. Po 1985 roku nastąpiła poprawa tych wskaźników, związana z poprawą sterylizacji sprzętu medycznego. Znaczący spadek odnotowywany od 1993 roku wynikał z wdrożenia programu szczepień przeciw WZW B w grupach ryzyka, a od 1996 r. szczepienia obowiązkowe objęły wszystkie noworodki i niemowlęta w naszym kraju. Dzieci szczepione są w schemacie dwóch dawek podawanych w odstępie 1-2 miesięcy i trzeciej dawki podawanej po 6 miesiącach od dawki pierwszej. Dane epidemiologiczne, dotyczące liczby zachorowań na ostre wirusowe zapalenie wątroby typu B, utrzymują się na przestrzeni ostatnich lat na zbliżonym poziomie ok. 50 nowych zachorowań rocznie. W grupie kobiet w wieku rozrodczym ostre WZW B w roku 2016 rozpoznano u 6 kobiet w wieku 30-44 lat, natomiast w grupie Polek w wieku poniżej 30 lat nie odnotowano żadnego przypadku tej choroby⁴. Stan taki jak już wspomniano zawdzięczamy wprowadzonym w 1996 r. obowiązkowym szczepieniom wszystkich noworodków przeciw zakażeniom HBV.



Po ukończeniu 6 tygodni dziecko podlega szczepieniom przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi (DTP) oraz przeciw Poliomyelitis, a także przeciw zakażeniom bakteryjnym wywoływanym przez *Haemophilus Influenzae* typ b (Hib) oraz przez *Streptococcus Pneumoniae* (pneumokoki). Szczególnie groźne dla niemowląt w tym wieku są zakażenia na krztusiec (koklusz), ponieważ noworodki i niemowlęta w pierwszych miesiącach życia nie mają odporności przeciw tej bakterii, a przebieg choroby w tej grupie wiekowej jest szczególnie ciężki.

4 Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny – Zakład Epidemiologii, Główny Inspektorat Sanitarny – Departament Zapobiegania oraz Zwalczania Zakażeń i Chorób Zakaźnych u Ludzi: Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2016 roku – Warszawa 2017.

Krztusiec jest wywołany przez bakterię *Bordetella pertussis*, która występuje na całym świecie. W przebiegu choroby wyróżniamy trzy fazy – nieżytową, napadowego kaszlu i zdrowienia. Ciężkie postaci krztuśca występują u najmłodszych niemowląt w 1. półroczu życia, w tej grupie chorujących przebieg może być nietypowy, z zaburzeniami krążenia, bezdechem, ale bez typowego, napadowego kaszlu. W grupie niemowląt występują częściej powikłania w postaci zapaleń płuc, drgawek, padaczki, bezdechów i zgonów. Ponad 2/3 niemowląt chorujących na koklusz wymaga leczenia szpitalnego.

Wprowadzenie w połowie XX wieku szczepień przeciw krztuścowi (w Polsce od roku 1960) spowodowało spadek liczby zachorowań, ale od 1990 roku obserwuje się jednak wzrost zapadalności na krztusiec, w tym wśród szczepionych dzieci w wieku ponad 5 lat, wśród nastolatków i dorosłych. Stanowią oni źródło zakażenia dla nieudopornionych niemowląt, dla których choroba jest szczególnym zagrożeniem⁵.

Ostatni znaczący wzrost zachorowań w Polsce wystąpił w roku 2016, kiedy zanotowano 6 856 zachorowań⁶. Prawdopodobnymi przyczynami wzrostu liczby zachorowań na krztusiec są: zanikanie odporności poszczepiennej, jak również odporności po przechorowaniu krztuśca, podatność niemowląt na zachorowania na krztusiec, lepsze metody diagnostyki krztuśca, sprawniejszy nadzór epidemiologiczny, krążenie zmodyfikowanych szczepów bakterii, mniejsza skuteczność stosowanych w Polsce szczepionek czy wreszcie spadek odsetka szczepionych dzieci spowodowany wzrostem liczby odmów ze strony rodziców⁷.

Poza krztuścem od lat prowadzone są szczepienia przeciw **błonicy i tężcowi**, co w znacznym stopniu wyeliminowało występowanie tych chorób. Przed wprowadzeniem powszechnych szczepień były one przyczynami licznych zgonów. Na błonicę najczęściej chorowały dzieci poniżej 5. roku życia. Do zakażenia dochodzi drogą kropelkową. Wyróżniamy błonicę nosa, gardła, krtani i tchawicy (krup), spojówek i skóry. Powikłania błonicy wiążą się z występowaniem wytwarzanej przez tę chorobę toksyny, uszkadzającej m.in. mięsień sercowy, co może prowadzić do nieydolności krążenia.

Tężec jest wywołany przez bakterię beztlenową (*Clostridium Tetani*), występującą w przewodach pokarmowych zwierząt i w glebie. Szczególnie sprzyjające warunki do rozwoju zakażenia powstają w ranach głębokich, klutych, ale także w wyniku oparzeń lub odmrożeń. Tężec jest chorobą, w której stan uodpornienia

5 Choroby zakaźne i ich zwalczanie na ziemiach polskich w XX wieku red. J. Kostrzewski, W. Magdziak, D. Naruszewicz -Lesiuk – Warszawa Wydawnictwo Lekarskie PZWL Wydanie I, 2001.

6 Raport epidemiologiczny PZH IZP w Warszawie (Epimeld) za rok 2018.

7 Jakinovich A, Sood SK, *Pertussis: still a cause of death, seven decades into vaccination, Current Opinion in Pediatrics*, 2014; 26: 597–604 tłumaczenie polskie i komentarze – *Medycyna Praktyczna – Pediatria/Szczepienia* 20.04.2015

zależy od indywidualnej odporności, stąd podanie szczepienia podstawowego (3 dawki + czwarta dawka po roku, a następnie 3 dawek przypominających) zabezpiecza przed krztuścem na kilkadziesiąt lat. W rezultacie masowych szczepień nastąpiły zmiany w odporności poszczególnych grup wiekowych i aktualnie problem tej choroby dotyczy przede wszystkim ludzi w podeszłym wieku.

Od 10 lat prowadzone są **szczepienia przeciw zakażeniom *Haemophilus Infl.* typ b**. Jest to bakteria wywołująca zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych oraz zapalenie nędogłówni. Dzięki szczepieniom choroba, która występowała u dzieci do ukończenia 5 lat została prawie całkowicie wyeliminowana.

Od dwóch lat prowadzone są w Polsce obowiązkowe szczepienia **przeciw zakażeniom pneumokokowym**. Najgroźniejszymi chorobami wywoływanymi przez pneumokoki są inwazyjna choroba pneumokokowa (ICHP), bakteryjne zapalenie płuc (przy zakażeniu drogą krwi), zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych lub posocznica pneumokokowa. Choroby nieinwazyjne występujące najczęściej to: zapalenie ucha środkowego, zapalenie płuc (przy zakażeniu z górnych dróg oddechowych) zapalenie zatok, zakażenie tkanki podskórnej. W przebiegu tych chorób może dojść do groźnych powikłań a nawet do zagrożenia życia. Po przebytych zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych może wystąpić głuchota, opóźnienie rozwoju psychoruchowego lub padaczka.

Wczesne rozpoczęcie szczepienia przeciw pneumokokom ma duże znaczenie w zapobieganiu kolonizacji bakterii *Streptococcus pneumoniae* w jamie nosowo-gardłowej. Odgrywa to dużą rolę w uzyskaniu efektu populacyjnego poprzez ograniczenie liczby nosicieli tej bakterii wśród dzieci i przenoszenia bakterii chorobotwórczych na osoby w starszym wieku. Osoby w wieku powyżej 65 lat są najbardziej narażone na ciężki przebieg choroby pneumokokowej i u osób w tej grupie wiekowej notujemy największe współczynniki śmiertelności z powodu zakażeń pneumokokowych. Innym argumentem, przemawiającym za wczesnym rozpoczęciem szczepień przeciw pneumokokom, jest podwyższone ryzyko zachorowań w grupie dzieci do 5 lat, a zwłaszcza w drugim półroczu 1. roku życia oraz w pierwszym półroczu 2. roku życia – to jest w wieku 6-18 miesięcy.

Najcięższe są choroby inwazyjne, przebiegają pod postacią posocznicy lub zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Choroba może rozwijać się w okresie kilku dni, a nawet kilku godzin. Problemem jest wielolekooporność wielu serotypów pneumokoków na antybiotyki, wtedy pomimo prawidłowego rozpoznania i wdrożonego leczenia nie uzyskujemy spodziewanych efektów. W szczepieniu przeciw zakażeniom pneumokokowym stosujemy w pierwszym roku życia dziecka schemat dwudawkowy, a następnie podajemy третią dawkę w wieku 12-15 miesięcy.

Poliomyelitis jest chorobą wirusową, która w latach 50-60 XX wieku była przyczyną kalectwa i zgonów dzieci oraz młodych dorosłych. Dzięki szczepieniom

nastąpiła prawie całkowita eliminacja tej choroby w większości krajów świata, za wyjątkiem Afganistanu, Pakistanu i Indii. Stąd nadal zachodzi potrzeba wykonywania szczepień.



W drugim roku życia (13-15 miesięcy) powinno zostać wykonane szczepienie przeciw odrze śwince różyczce (MMR). Szczególne znaczenia ma profilaktyka odry z uwagi na przypadki ciężkiego jej przebiegu oraz brak leku przeciw temu wirusowi.

Odra jest ostrą chorobą wirusową. Zakaźność odry jest bardzo duża. Chory jest zakaźny dla otoczenia na 3–5 dni przed wysypką i przez pierwsze 3 dni wysypki. Do zakażenia dochodzi drogą kropelkową, a źródłem zakażenia jest człowiek. Okres wylęgania wynosi 9–11 dni, a w przebiegu klinicznym odry wyróżnia się na okres nieżytowy, wysypkowy i okres zdrowienia. Okres nieżytowy trwa 3–4 dni i obejmuje: wysoką gorączkę, kaszel suchy, męczący, zapalenie gardła, katar, zapalenie spojówek ze światłowstrętem. Po 3–4 dniach okresu nieżytego pojawiają się na błonie śluzowej jamy ustnej białe plamki otoczone czerwoną obwódką (plamki Koplika), które znikają po wystąpieniu wysypki. Powikłaniami odry są zapalenie ucha środkowego (7-9%), zapalenie płuc (1-6%), biegunka (8%), zapalenie mózgu (1/1000–2000 przypadków) albo podostre stwardniające zapalenie mózgu (SSPE 1/100000). Najwięcej zgonów oraz najwyższa umieralność występuje wśród dzieci w wieku do 12. miesiąca życia⁸.

Prowadzone od lat szczepienia przeciw wirusowi odry spowodowały znaczący spadek liczby zachorowań w krajach realizujących profilaktykę czynną. W 1975 roku w Polsce szczepienie przeciw odrze wprowadzono do Programu Szczepień Ochronnych dla dzieci w wieku 13-15 miesięcy. Po wprowadzeniu profilaktyki, odsetek zaszczepionych dzieci stale wzrastał od 50% podlegających obowiązkowi szczepień do 79% w roku 1988. Od wprowadzenia szczepień obowiązkowych zapadalność na odrę stopniowo malała, choć w roku 1984 oraz w roku 1990 wystąpiły w Polsce dwie duże epidemie odry z zapadalnością 148/100 000. Zachorowania odnotowywano przede wszystkim w grupie nastolatków, stąd dla uniknięcia kolejnych epidemii wprowadzono drugą dawkę szczepień przeciw odrze w 7. roku życia⁹. W danych epidemiolo-

8 Simone B, Carrillo-Santistev P, Lopalco PL. Healthcare workers' role in keeping MMR vaccination uptake high in Europe: a review of evidence. *Euro Surveill.* 2012;17(26):pii=20206. Available online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20206>

9 Choroby zakaźne i ich zwalczanie na ziemiach polskich w XX wieku red. J. Kostrzewski, W. Magdzik, D. Naruszewicz-Lesiuk – Warszawa Wydawnictwo Lekarskie PZWL Wydanie I, 2001.

gicznych odry liczba zachorowań ulega okresowym wahaniom. Dla przykładu w roku 2016 odnotowano w Polsce 133 przypadki odry (zapadalność 0,35/100 000), podczas gdy rok wcześniej w 2015 roku zachorowań na odrę było w Polsce tylko 48 (zapadalność 0,12/100 000).

Choć sytuacja epidemiologiczna w Polsce jest dość stabilna (123 zachorowania w 2018 roku), to jednak w niektórych państwach Europy odnotowujemy epidemie tej choroby. Spośród wszystkich zachorowań 88% przypadków dotyczyło osób wcześniej nieszczepionych przeciw tej chorobie. We Francji w 2018 odnotowano 2702 zachorowań na odrę, co stanowiło kilkukrotny wzrost w stosunku do zachorowań z lat ubiegłych. Najczęściej chorowały dzieci w 1. roku życia. Najbardziej niepokojący dla nas jest wybuch epidemii odry na Ukrainie. W 2018 roku stwierdzono na Ukrainie 32 489 zachorowań na odrę, w tym 14 zgonów.

Sytuacja w Polsce (biorąc pod uwagę epidemie u naszych sąsiadów) może być znacznie gorsza, jeśli wyszczepialność przeciw odrze spadnie poniżej 95%, co niestety ma miejsce w kilku województwach. Ponieważ do uzyskania pełnej odporności konieczne jest podanie dwóch dawek szczepionki MMR, aby przyspieszyć lepszy efekt uodpornienia, w naszym Programie Szczepień Ochronnych na rok 2019 przesunięto termin podania drugiej dawki z dziesiątego na szósty rok życia.

Omówione choroby i ich profilaktyka należą do tzw. obowiązkowego Programu Szczepień, finansowanego przez państwo. Oprócz tego zakresu minimalnego, można rozszerzyć zakres profilaktyki o szczepienia zalecane, niefinansowane przez państwo. Należą do nich szczepienia przeciw zakażeniom rotawirusowym, meningokokowym, ospie wietrznej, grypie, wirusowi brodawczaka ludzkiego. Szczepienia te w wielu krajach Europy są powszechne, co pozwala na uzyskanie poprawy sytuacji epidemiologicznej w tych krajach. W naszym kraju, dzięki samorządowym programom zdrowotnym profilaktyki chorób zakaźnych, możliwe jest nieodpłatne zrealizowanie szczepień przeciw tym chorobom. Programy takie realizuje także samorząd Gminy Miejskiej Kraków oraz Województwa Małopolskiego.

GDZIE NALEŻY SIĘ UDAĆ, ABY UZYSKAĆ POMOC?



Wszystkie poradnie NZOZ prowadzą działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej – szczepienia ochronne wykonuje pielęgniarka po kwalifikacji poprzedzonej badaniem lekarskim. Lekarz pediatra poinformuje Cię o kalendarzu szczepień i wyjaśni nurtujące Cię kwestie.

Od 21 lat pracuje w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Krakowie. Z wykształcenia oligofrenopedagog, ukończyła kurs systemowej terapii rodzin. Przez wiele lat zajmowała się prowadzeniem pracy socjalnej w obszarze trudności opiekuńczo – wychowawczych, pracowała z osobami doświadczającymi przemocy i ich rodzinami. Obecnie zajmuje się koordynacją i wsparciem merytorycznym asystentów rodziny, pracowników realizujących zadania w obszarze pracy socjalnej. Współprowadzi grupę wsparcia dla kobiet doświadczających przemocy w rodzinie.

Porady dla taty czyli kilka słów o ojcostwie

Udział rodziców w procesie opieki, wychowania dziecka, role matki i ojca, nie przestają być ważnym, zawsze aktualnym tematem. Myślę, że każdy, komu została dana szansa zaistnienia w roli rodzica, chce być w tym jak najlepszy. Poszukując odpowiedzi na pytanie, jak być dobrym rodzicem, przede wszystkim odwołujemy się do własnych doświadczeń. Sięgamy też do zasobów wiedzy z różnych dziedzin, przywołujemy teorie i wyniki badań naukowych. Zdarza się, że do refleksji skłaniają nas wątki literackie czy też losy filmowych bohaterów, których twórcy wyposażają w bagaż nierzadko dramatycznych przeżyć rodzinnych, będących kanwą do opowiadania diametralnie różnych historii. W takiej właśnie filmowej opowieści, moją uwagę zwrócił dialog pomiędzy dwoma obcymi sobie mężczyznami. Na pytanie o to, jak to jest być ojcem, starszy z nich odparł: „Fantastycznie... to najlepsze doświadczenie ...tyko za późno to zrozumiałem...”. Niewątpliwie ojcostwo stanowi wyzwanie, swoisty sprawdzian z odpowiedzialności. Łatwo utracić przy tym radość, satysfakcję z przeżywania tego niepowtarzalnego, jedyne w swoim rodzaju doświadczenia. W rodzicielstwo wpisany jest trud, ale myślę, że to przede wszystkim trud uczenia się, zdobywania nowych umiejętności, dążenia do tego, aby jak najlepiej odnaleźć się w tej wyjątkowo ważnej roli. Nikt z nas nie jest bowiem „odgórnie” wyposażony w mechanizm „dobrej matki” czy „dobrego ojca”.

Spróbujmy zastanowić się nad tym, co charakteryzuje „wzorowego” tatę. Jaka jest jego rola i jak powinien postępować, aby zasłużyć na to miano? Na to pytanie nie ma wyczerpującej odpowiedzi. Tak jak gruntownym przeobrażeniom uległo postrzeganie matki jako opiekunki domowego ogniska, skoncentrowanej wyłącznie na sprawach domu i opiece nad dziećmi, tak też zmienił się obraz ojca, na którego barkach spoczywać miała całkowita odpowiedzialność za byt rodziny. Dominujący jeszcze do niedawna patriarchalny wzór autorytarnego ojca nie został zastąpiony jakimś konkretnym, „jedynie słusznym” modelem, natomiast coraz więcej mężczyzn

poszukuje własnej drogi do dobrego ojcostwa. Nie chcą ograniczać się do roli dostarczyciela środków utrzymania, pragną być obecni w życiu swojego dziecka, budować bliską i trwałą więź.

Pozwólmy sobie na małą niedyskrecję i wnuknijmy w myśli Ludwika, który za trzy miesiące zostanie tatą. Przez ostatnie pół roku Ludwik w każdej wolnej chwili dosłownie „przekopuje” Internet w poszukiwaniu wzorów i instrukcji. Nie traci nadziei, że w końcu znajdzie receptę jak zostać wspaniałym tatą. Ma już wydrukowane 100 porad, 1000 pomysłów i za sobą lekturę kilku poważnych dzieł traktujących o rodzinie oraz nieco mniej poważnych poradników. Niektóre złote myśli zna na pamięć i jest regularnym czytelnikiem ojcowskich blogów. Coraz więcej rozmyśla o własnym dzieciństwie, o relacji z tatą. Dla zupełnie małego Ludwika ojciec był postacią dość enigmatyczną, ale niepozbawioną pewnego tajemniczego uroku. Gdy wieczorami wchodził do pokoju syna, przynosił ze sobą jakby powiew jakiegoś innego świata, trochę groźnego, ale pociągającego. W miarę jak Ludwik rósł, wzrastała w nim chęć stania się podobnym do ojca. Podziwiał go. Nikt tak świetnie nie sklejał modeli samolotów, nikt nie potrafił zbudować równie doskonałych budowli z klocków czy z piasku. Ojciec umiał wszystko naprawić, a każde jego słowo, wszystkie decyzje sprawiały na Ludwiku wrażenie absolutnej prawdy i znajomości rzeczy. Trudne było jednak to, że szybko się niecierpliwił i zwykle nie doceniał wysiłków syna. Ludwik do dziś pamięta, jak wiele pracy włożył w samodzielną naprawę roweru, której efekty ojciec zdeprecjonował jednym spojrzeniem i zabrał się do poprawiania. Miał również bardzo sprecyzowaną wizję tego, co syn powinien robić, a czego nie, jakie zdolności, pasje należy rozwijać, a z których trzeba zrezygnować. Jego zdanie miało w domu moc decyzji, bo odkąd syn podrósł, mama Ludwika zawsze zgadzała się ze stanowiskiem męża. Tłumaczyła, że ojciec stara się kształtować charakter syna, że powinien brać z taty przykład. Ludwik wychowany był zgodnie z dominującymi do niedawna poglądami, które uznawały rolę ojca za chronologicznie późniejszą od roli matki. Niemowlę, małe dziecko rozwijało się niejako w świecie mamy, w którym tata czasami gościł. Potem stawał się wzorem autorytetem, sędzią. Ojciec Ludwika stawiał synowi wymagania będące w jego przekonaniu ścieżką kształtującą zachowania, cechy charakteryzujące mężczyznę. Ludwik starał się zdobyć uznanie ojca i próbował zainteresować się „męskimi” zajęciami. Nie przynosiło to jednak efektów satysfakcjonujących tatę. Wiele razy słyszał, że jest ślamazarny, ma „dwie lewe ręce” i „powinien wziąć się za siebie, przestać być mięczakiem”. Miał wrażenie, że ojciec nie tyle nie jest zadowolony z syna, co martwi się o niego, że postrzega Ludwika jako nieporadnego i przez to narażonego na życiową porażkę. W jego wizji ojcostwa, podstawowym obowiązkiem było zahartować syna, uczynić go odpornym i silnym, odnoszącym sukcesy, „prawdziwym mężczyzną”. Ludwik sądzi teraz, że „ojcowanie” było dla jego taty równie

trudne, jak dla Ludwika sprostanie jego oczekiwaniom. W rezultacie znał na pamięć konstrukcję silników samochodowych, choć motoryzacja nie interesowała go w ogóle i nigdy, po nieudanej próbie naprawy roweru, nie odważył się spróbować samodzielnie czegośkolwiek naprawiać. W teorii był jednak świetny. Trenował kilka dyscyplin sportowych i udawał, że to lubi. Uczył się pilnie matematyki i deklarował, że chce zostać inżynierem, budować drogi i mosty... Agatę poznał, gdy z wielkim wysiłkiem próbował zostać budowniczym. To dzięki niej zdecydował się zmienić kierunek studiów i poświęcić zawsze kochanej, lecz „nieekonomicznej i za co rodzinę utrzymasz” historii. O dziwo, jego decyzja dobrze wpłynęła na relacje z ojcem, które stały się bardziej swobodne. Dla swojego dziecka, Ludwik chciałby być ojcem bardziej dostępnym, akceptującym, a przede wszystkim pogodnym, czerpiącym radość z przeżywania rodzicielstwa. Myśli o tym, że czeka go wyjątkowa rola przewodnika, nauczyciela i ucznia jednocześnie. Chce swojemu dziecku pokazać pasjonującą historię świata, której poznawanie jest zarówno pracą, jak i hobby Ludwika. Zamierza zarazem być otwarty na jego indywidualność. Ludwik uważa, że tata powinien szanować autonomię dziecka i wspierać go w rozwijaniu zainteresowań, niezależnie od tego czy on sam będzie je podzielać, uznawać za ważne, przydatne. Być opiekuńczy i cierpliwy, no i przede wszystkim obecny w życiu swojego dziecka od samego początku...

Hm, powiecie, nic zaskakującego, to teraz modny trend, ale czy rzeczywiście potrzebny? Przecież bezspornie to mama jest najważniejsza w pierwszych miesiącach życia dziecka. Niewątpliwie, ale czy to oznacza, że rola taty w tym okresie życia małego człowieka jest marginalna i bez większego znaczenia? Na pewno nie.



Zaangażowanie taty od pierwszych dni życia dziecka w naturalny sposób zbliża ich do siebie, buduje silną więź ojca z dzieckiem i procentuje „na przyszłość”. Nie bój się okazywać emocji!

Co w takim razie konkretnie powinien robić tata? Czy obligatoryjnie ma korzystać z urlopu „tacierzyńskiego” i zostawać z dzieckiem w domu? I tu nie ma gotowych recept, jedynych słusznych rozwiązań. Pamiętając o tym, że udział ojca w opiece nad niemowlęciem i wzajemne uzupełnianie się mamy i taty pomagają przystosować się do nowych zadań, ról, musimy znaleźć własną drogę, która będzie najlepsza, najbardziej optymalna dla naszej rodziny. Dość powszechny jest pogląd, że bycie rodzicem nierozdzielnie wiąże się z dokonaniem wyboru pomiędzy „domem” a karierą zawodową. Niewątpliwie ich pogodzenie wymaga dużego wysiłku, ale aktywne uczestniczenie w życiu dziecka wcale nie musi wiązać się z rezygnacją z osiągania sukcesów w pracy.

Jak to możliwe? Przecież dziecku trzeba poświęcać bardzo dużo energii, uwagi, a przede wszystkim czasu. Pozwólcie, że znowu namówię Was do małej niedyskrecji i przyjrzenia się rodzinie Natalii oraz Jacka, lekarce i architektowi, rodzicom parki siedmioletnich bystrzaków. Piotruś i Pawełek urodzili się, gdy rodzice jeszcze studiowali. Było krucho zarówno z pieniędzmi, jak i z pomocą dziadków, nie mówiąc już o mieszkaniu. Dziś Natalia i Jacek śmieją się, że ich synkowie mają za sobą dwie magisterki, a oni sami doktorat z dzielenia się obowiązkami. Nie ukrywają, że było trudno, nie obyło się bez pewnych wyrzeczeń, że zdarzały im się, jak to określa Natalia, „totalne porażki organizacyjne”. Zakładali na przykład, że uda się nie zmieniać niczego w toku studiów, ale ...najpierw były kłopoty materialne, potem Piotruś w żłobku złapał ospę wietrzną, jak wyzdrowiał to zachorował Pawełek, potem... Zmiany były konieczne, musieli podejmować szereg ważnych i trudnych decyzji, ale dziś mówią o sobie, że spełniają się zarówno w rodzicielstwie, jak i realizują swoje plany zawodowe. Ich sekret tkwi przede wszystkim w tym, że obydwoje czują się tak samo odpowiedzialni jako rodzice, dzielą między sobą wszystkie obowiązki. Dostrzegają przy tym potrzeby „drugiej strony” i nie oczekują, że któreś z nich zostanie bezwarunkowo zmuszone do rezygnacji z marzeń, planów, aspiracji. Natalia i Jacek uważają, że możliwe jest pogodzenie aktywności na różnych polach, pod warunkiem, że małżonkowie będą się wzajemnie wspierać i wspólnie planować, funkcjonować w związku na „równych prawach”. Wspólnie ustalają też zasady wychowania synów, także te pozornie łatwe, błahe, jak na przykład kwestia jedzenia słodczy - „Sam jestem łasuchem i pamiętam do dziś jaką frajdę sprawiało mi odnalezienie ulubionej czekoladki w worku z drugim śniadaniem i jak ciepło myślałem wówczas o mamie... Brrrrrr, wyobraźcie sobie dzieciństwo w wizji Natalii, czyli bez cukierków, lodów, rurek z kremem, nie mówiąc o lizakach, coli i oranżadzie!” – Jacek nie ukrywa, że w niektórych sprawach mają z żoną diametralnie inne poglądy i „dogadanie” się nie jest łatwe. W kwestii słodczy znaleźli satysfakcjonujące obie strony rozwiązanie, ale jednocześnie zdecydowali się powiedzieć synom o tym, że mają odmienne opinie na ten temat. Zdaniem Jacka to ważne, aby wyjaśniać dzieciom czym jest kompromis, pokazywać, że korzystając z prawa do własnego zdania, można jednocześnie dążyć do porozumienia. No i nie można zapominać o bliskości.



Trudno przecenić znaczenie wsparcia taty, jego akceptacji, towarzyszenia w poznawaniu świata i dorastaniu. To właśnie bliskość w relacji z ojcem, dając dzieciom poczucie oparcia, bezpieczeństwa motywuje je do podejmowania wysiłku, radzenia sobie z porażkami i trudnościami.

Istotne są zatem wszystkie wspólnie spędzone chwile – spacery, rozmowy, czytanie książek czy oglądanie filmu. A czasem, jak mówi Jacek, trzeba po prostu razem posiedzieć w ciszy... Ojcowie są mistrzami dobrej zabawy i jednocześnie nauczycielami samodzielności. Rozwijają w dzieciach poczucie własnej wartości, pewności siebie. Poza tym Jacek uważa, że w ojcostwie trzeba być kreatywnym i dlatego codzienne czynności domowe, odrabianie lekcji, stara się przyprawić szczyptą zabawy. Uważa, że dzięki temu dzieci chętniej i sprawniej radzą sobie z opanowaniem nowych umiejętności.

Podsumowując uwagi Jacka, dochodzimy do wniosku, że dobry tata przede wszystkim angażuje się bezpośrednio w życie rodziny i ma czas dla dziecka. Nie chodzi tu jednak tylko o jego ilościowy wymiar. Czas spędzony z dzieckiem jest dla niego cenny, interesujący, ciekawy, nie stanowi jedynie obowiązku. No dobrze, ale przecież każdemu z nas zdarzy się, że bawiąc się z dzieckiem, rozmawiając czy spacerując, błądzimy myślami gdzieś indziej. W pewien sposób udajemy, że jesteśmy obecni, gdyż nasza uwaga skupia się na zupełnie innych sprawach. Trudno zatem mówić, że jesteśmy w stanie odpowiadać na potrzeby dziecka. Jeszcze trudniej to zrobić w poczuciu, że aktywny udział ojca w życiu dziecka jest równoznaczny z rezygnacją z osiągania innych celów, sukcesów na różnych polach. Jeśli masz takie przekonanie, tak czujesz, a chciałbyś to zmienić, pomyśl o Jacku i wielu innych ojcach, którym udaje się efektywnie pogodzić bycie tatą z rozwojem kariery zawodowej, a nawet z dbaniem o formę i realizacją swoich pasji. Tak, naprawdę są tacy i chętnie dzielą się swoimi doświadczeniami nie tylko w „blogosferze”, ale także podczas różnego typu zajęć, warsztatów, treningów. Pokazują, że się da, choć często trzeba dokonać solidnej reorganizacji dotychczasowego sposobu funkcjonowania. Brzmi może groźnie, ale w rzeczywistości każdy z nas ma w swojej codzienności sporo „pożeraczy” cennego czasu, który mogliśmy inaczej zagospodarować. Wymaga to jednak innego spojrzenia na samego siebie w roli ojca, wyznaczenia nowych priorytetów. Nie jest to łatwym zadaniem, a więc czasem trzeba sięgnąć po wsparcie, bo choć nie otrzymamy „gotowca” to pomysły innych mogą być inspirujące i pomagać w odnalezieniu własnych rozwiązań. Warto ich poszukiwać, aby nacieszyć się tą wyjątkową relacją, jedynym w swoim rodzaju przeżyciem wspólnego poznawania z dzieckiem świata, bo przecież ... nie ma jak tata!

GDZIE NALEŻY SIĘ UDAĆ, ABY UZYSKAĆ POMOC?



W Krakowie funkcjonują Ośrodki Poradnictwa i Terapii Rodzin, w których specjaliści starają się odpowiedzieć na nurtujące rodziców pytania. Wiele organizacji pozarządowych realizuje projekty dedykowane ojcom. Tatusiowie mogą również uczestniczyć w „szkołach dla rodziców” lub cyklicznych warsztatach. Powstają też specjalne „ojcowskie kluby”, w których można dzielić się doświadczeniem, wymieniać poglądy, wspierać się wzajemnie.

Profesor w Zakładzie Psychoprofilaktyki Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego im. J. Długosza w Częstochowie, supervisor i doradca metodyczny asystentów rodziny, konsultant podejścia skoncentrowanego na rozwiązaniach, autorka wielu publikacji naukowych, w tym rekomendacji metodycznych i organizacyjnych w zakresie asystentury rodziny. Prowadzi doradztwo bezpośrednie dla asystentów rodziny z całej Polski. Popularyzuje asystenturę rodziny w środkach masowego przekazu. Współpracuje z wieloma ośrodkami pomocy społecznej, regionalnymi ośrodkami polityki społecznej, organizacjami pozarządowymi.

Czego może nas nauczyć asystent? Wzmocnienie kompetencji rodzicielskich przez usługę asystenta rodziny

Czasem zdarza się, że z różnych powodów rodzice nie radzą sobie w pełni z opieką i wychowaniem dzieci. Przyczyny tych trudności mogą wynikać z poważnej choroby rodziców czy braku pracy, niepełnosprawności dziecka, niekorzystnych warunków materialnych i mieszkaniowych rodziny, niewłaściwego wpływu kolegów i koleżanek dorastających dzieci.

Jeśli rodzic odczuwa, że ma trudności z opieką lub wychowaniem dziecka, może wówczas skorzystać ze wsparcia asystenta rodziny. Bywa też tak, że rodzic nie dostrzega problemów, ale zauważają je sąsiedzi lub pracownicy przedszkola, szkoły, przychodni czy pracownik socjalny. Informują oni o tym rodzinę, ośrodek pomocy społecznej lub sąd. Wówczas propozycję skorzystania z usługi asystenta składa rodzinie pracownik socjalny.

Odbiorcami wsparcia asystenta rodziny są więc rodziny z dziećmi, które przeżywają trudności opiekuńcze i/lub wychowawcze, a także od niedawna kobiety w ciąży, w szczególności powikłanej oraz rodzice dzieci poważnie chorych. Rola asystenta polega na aktywnym wspieraniu rodziny wychowującej potomstwo, w której występują problemy trudne do samodzielnego pokonania. Działania podejmowane z rodziną i na jej rzecz powinny polegać na rozpoznaniu potrzeb rodziny i jej oczekiwań, a także opierać się na zasadach aktywnej współpracy asystenta z rodziną. Asystent rodziny motywuje rodziców do współdziałania, ukazuje negatywne konsekwencje ich zachowań oraz wspiera i rozwija te, które są właściwe i przynoszą efekty. Asystenci rodziny starają się wspierać rodziców w podejmowaniu różnorodnych

aktywności na rzecz dzieci i poprawy funkcjonowania całego systemu rodzinnego. Wspólnym celem tych działań jest dążenie, aby rodzice stali się coraz lepszą matką i coraz lepszym ojcem, nauczyli się być razem i tworzyć rodzinę. Co oznacza „bycie dobrym rodzicem”? Co możemy przez to rozumieć? Obrazuje to poniższy schemat:

DOBRY RODZICE = BEZPIECZNY DOM + SZCZĘŚLIWE ORAZ ZDROWE DZIECI



Asystent rodziny pomaga odnaleźć to, co w członkach rodziny dobre, docenia i wzmacnia to, co już potrafią. Wspólnie z rodziną konstruuje kierunek zmian prowadzących do poprawy sytuacji, pomaga zrealizować te zamierzenia, które zostały ustalone z rodziną, wskazuje i wyjaśnia, jakie są oczekiwania innych służb społecznych od rodziny, z czego one wynikają i dlaczego są tak ważne. Urealnia możliwość podjęcia określonych działań, wspomaga rodzinę w tworzeniu planu zadań do realizacji, omawia sposoby ich wykonania, prowadzi treningi, np. gospodarowania budżetem domowym, towarzyszy w trakcie wykonywania zadań, np. załatwiania spraw w instytucjach oraz wspomaga w sytuacji pojawienia się trudności.



Istotnym etapem w pracy asystenta rodziny jest formułowanie diagnozy, która stanowi punkt wyjścia do konstruowania dalszych działań na rzecz i przy współudziale rodziny. To rodzaj zdiagnozowanych trudności będzie determinował i wyznaczał kierunki pracy z rodziną. Inne potrzeby mają rodziny wychowujące niemowlę, jeszcze inne te, które wychowują nastolatków, inne mają ci, którzy samotnie wychowują dziecko lub zmagają się z uzależnieniami, poszukiwaniem pracy lub trudnymi warunkami bytowymi.

W zależności więc od rodzaju rozpoznanych potrzeb i wieku dziecka, asystent może dać wskazówki rodzinie w obszarach pielęgnacji niemowlęcia, pokazać, jak wychowywać starsze dzieci, by z jednej strony okazywać im miłość, a z drugiej strony tak mówić, aby słuchały rodziców i wykonywały ich polecenia, pomagać w codziennej organizacji dnia, wskazywać sposoby wspólnego spędzania czasu wolnego. Asystent informuje również rodzinę o zasadach działalności urzędów oraz placówek wsparcia, wyjaśnia, jak wypełniać dokumentację oraz realizować sprawy urzędowe, wspiera w kontaktach z pracownikami szkoły, przedszkola, sądu, poradni, przychodni, policji, urzędów i innych instytucji, edukuje dorosłych członków rodziny w zakresie przysługujących im praw. Jeśli zachodzi taka konieczność pomaga w umawianiu wizyt, docieraniu na nie, a także towarzyszy w załatwianiu spraw i wyjaśnia niezrozumiałe dla rodzica zagadnienia.



Asystent rodziny da wskazówki, w jaki sposób tworzyć szczęśliwą rodzinę oraz co i w jaki sposób rodzice mogą dać swoim dzieciom, by były zdrowe i radosne.

Asystent rodziny zaprasza do współpracy reprezentantów wszystkich zainteresowanych służb i instytucji w celu pomocy rodzinie. Angażuje całą szeroko pojętą rodzinę i służby społeczne w podejmowanie czynności związanych z realizacją zadań zawartych w planie pracy. Czasem w tym celu odbywają się tzw. zespoły multiprofesjonalne, czyli spotkania rodziny i asystenta z grupą różnych specjalistów, np. pracownikiem socjalnym, pedagogiem szkolnym, pracownikiem fundacji pomagającej rodzinom.

W przypadku zagrożonej ciąży lub poważnej choroby dziecka asystent rodziny koordynuje różnorodne usługi w zakresie poradnictwa specjalistycznego, umożliwiając przezwyciężenie trudności w pielęgnacji i wychowaniu dziecka, rehabilitację

społeczną i zawodową, a także ułatwiając dostęp do wsparcia psychologicznego oraz pomocy prawnej w szczególności w zakresie praw rodzicielskich i uprawnień pracowniczych. Asystent rodziny sporządza dla rodziców spis instytucji z zakresu ochrony zdrowia, pomocy społecznej i oświaty, które służą wsparciem w takiej sytuacji. Jeśli rodzina przeżywa kryzys emocjonalny spowodowany poważną chorobą dziecka, może wówczas samodzielnie zrealizować niektóre sprawy w imieniu rodziców, na podstawie złożonego przez nich upoważnienia.

Asystent pracuje z rodziną przez pewien czas, najczęściej do momentu, aż obie strony uznają, że rodzina jest w stanie w przyszłości samodzielnie pokonywać trudności życiowe, zwłaszcza dotyczące opieki i wychowania dzieci. Usługa realizowana jest w głównej mierze poprzez bezpośrednie kontakty, zarówno z całą rodziną, jak i też spotkania indywidualne, z każdym członkiem rodziny. Kontakty mają miejsce na gruncie bezpiecznym i komfortowym dla rodziny: w ich mieszkaniach, jak też innym, uzgodnionym pomiędzy rodziną a asystentem miejscu. Asystent rodziny umawia się na wizyty. Pracuje, dopasowując się do rytmu życia rodziny, wyznaczonego przez czas odprowadzania dzieci do przedszkola, przychodzenia dzieci ze szkoły itp. W sytuacjach tego wymagających, wspomaga uregulowanie tego rytmu. Wizyty asystenta są dostosowane do potrzeb rodziny i mogą mieć różne natężenie – w przypadku, gdy asystent towarzyszy rodzinie w załatwianiu spraw urzędowych czy zdrowotnych, takie spotkanie mogą trwać dłużej niż te, podczas których asystent rozmawia z członkami rodziny, bądź prowadzi treningi.

Asystent informuje członków rodziny wymagających wsparcia o celu pomocy, planowanym jej zakresie i spodziewanych efektach, a także o koniecznym udziale osoby w przezwyciężaniu jej trudnej sytuacji rodzinnej. Wszystkie etapy pracy z rodziną zakładają zgodę rodziny oraz jej czynny udział w podejmowanych działaniach. Asystent rodziny bywa dyrektywny i stawia wymagania wówczas, gdy określone zachowanie danego członka rodziny szkodzi dzieciom, jemu samemu lub innym osobom. Wówczas, gdy bezpośrednio zagrożone jest zdrowie bądź życie dzieci lub innych będących pod opieką rodzica osób, podejmuje działania zaradcze. Asystent również chroni dzieci przed niebezpiecznymi zachowaniami dorosłych, więc jeśli zdarzą się sytuacje zagrażające bezpieczeństwu dzieci to ze względu na zasady pracy oraz z racji moralnego obowiązku, musi podjąć działania zaradcze. Asystent współpracuje bowiem z rodziną w kierunku realizacji jej celów zgodnych z obowiązującym prawem. W sytuacji uzyskania informacji o planowaniu lub popełnieniu przestępstwa przez któregoś z członków rodziny (w tym np. krzywdzenia dziecka) musi powiadomić odpowiednie instytucje i służby.

Co istotne, asystent rodziny kieruje się etyką zawodu oraz postępuje zgodnie z aksjologicznymi zasadami i wartościami. Oznacza to, że szanuje wolność i samostanowienie rodziców. Nie zmusza i nie naciska, ale proponuje i zachęca. Nie wyręcza, lecz

wspiera i wspomaga. Nie decyduje za osobę, z którą pracuje, lecz wydobywa ważne dla niej powody wprowadzenia zmiany i za jej zgodą udziela informacji pomocnych w podjęciu decyzji, a także ułatwia skorzystanie z innych źródeł informacji.



Asystowanie to także pomoc o charakterze wartościującym poprzez zapewnienie drugiej osobie poczucia akceptacji i bezpieczeństwa, przywrócenie wiary we własne możliwości, udzielania pomocy w odzyskaniu poczucia kontroli nad własnym życiem i budowania autorytetu w oczach dzieci.

Asystentura rodziny zasadza się na przekonaniu, że w każdym człowieku tkwi ogromna wartość, a jedynie różnego rodzaju niepowodzenia życiowe doprowadziły do jego zagłuszenia. Z tego powodu człowiek zatracił przekonanie, że jednak coś w życiu potrafi osiągnąć, że coś więcej potrafi uczynić. Istotne jest umożliwienie drugiemu człowiekowi nabrania szacunku do samego siebie i znalezienia sposobu na swoją życiową niezależność. Tu niezmiernie ważne jest to, że człowiek, który zagubił się w życiu, który popadł w jakąś niemoc czy apatię, potrzebuje bodźca wyzwalającego, nabrania pewności siebie i zmiany postrzegania swojej osoby.

Asystent rodziny stara się realizować jedynie cele realne, czyli pomaga tylko w tym, co możliwe jest do osiągnięcia. Jeśli rodzina chętnie współpracuje i realizuje wspólnie ustalone działania to będzie widać efekty tej pracy w postaci zdrowych i szczęśliwych dzieci, miłej atmosfery w domu i poprawy sytuacji całej rodziny.

GDZIE NALEŻY SIĘ UDAĆ, ABY UZYSKAĆ POMOC?



Organizacją asystentury rodzinnej w Krakowie zajmuje się Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej. Rodziny mogą również spotkać się z pracownikiem socjalnym i porozmawiać na temat przeżywanych trudności.

Doktor nauk humanistycznych w zakresie pedagogiki, adiunkt w Instytucie Pedagogiki Specjalnej Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie, terapeuta wczesnego wspomagania rozwoju dziecka, specjalista z zakresu terapii pedagogicznej.

Pedagog specjalny radzi: Jak wspierać myślenie małego dziecka?

Drogi Rodzicu!

Pierwsze trzy lata życia dziecka to okres niezwykle dynamicznych przemian zachodzących zarówno w jego rozwoju fizycznym, społeczno-emocjonalnym, jak i poznawczym. Z miesiąca na miesiąc Twoje dziecko będzie zwiększało zakres swoich umiejętności i powoli z bezradnej, całkowicie uzależnionej od najbliższych istoty, przerodzi się w poznającego z zapałem otoczenie małego człowieka. Zapewne pragniesz, aby wyrosło na niezależną i mądrą osobę. Czy uświadamiasz sobie jednak, że najcenniejszą rzeczą jaką możesz mu teraz zaoferować jest wspólnie spędzany czas?



Środowisko rodzinne stanowi podstawowy i najważniejszy kontekst dla rozwoju. Jeśli Twoje dziecko znajdzie w nim oparcie i wytworzy z najbliższymi więź opartą o zaufanie, to ze spokojem i pewnością otworzy się także na otaczający go świat.

W pierwszych miesiącach wspólnego bycia razem musi się wytworzyć pomiędzy Wami rodzaj wzajemnego dopasowania. Dziecko rodzi się z różnymi wzorcami reakcji, które od samego początku umożliwiają mu wejście w kontakt z otoczeniem (np. odruch ssania, czy szukania związane są z zaspokajaniem potrzeb pokarmowych). Stopniowo staje się też zdolne do prezentowania tych samych reakcji w zupełnie innych sytuacjach związanych z poznawaniem (na przykład ssie nie tylko smoczek, ale także swoją rączkę, czy ramię mamy).



Pamiętaj, że rytm dnia wyznaczony karmieniem, rytuałami związanymi z pielęgnacją i zasypianiem sprawia, że Twoje dziecko może przewidywać zdarzenia i czuje się bezpieczne.

Uważność na płynące od niego sygnały, sprzyja odczytywaniu ich z coraz większą dokładnością. Szybko zorientujesz się, że inaczej płacze, gdy jest głodne, inaczej zaś, gdy odczuwa zmęczenie. Pamiętaj również, że Twoja twarz wielokrotnie w ciągu dnia i nocy pochylająca się nad dzieckiem, jest najważniejszym elementem jego świata, na którym maluch już pod koniec pierwszego miesiąca życia z wielkim zainteresowaniem zatrzyma swój wzrok, a w drugim miesiącu życia na jej widok zareaguje uśmiechem. Ten repertuar najprostszych wydawałoby się zachowań jest w istocie swoistym instrumentarium służącym przywoływaniu do siebie dorosłych i skupianiu na sobie ich uwagi. Ilekroć uda mu się wywołać oczekiwaną reakcję z Twojej strony będzie w nim wzrastało poczucie własnej skuteczności w działaniu.



Do około 24 miesiąca życia dziecko poznaje świat przede wszystkim dzięki bezpośredniemu działaniu na przedmiotach, bez udziału myślenia w formie dostępnej dorosłemu, dlatego też okres ten nazywany jest sensoryczno – motorycznym.

Już w czwartym miesiącu życia malec potrafi chwycić podaną mu zabawkę i bada ją uważnie wzrokiem. Dziecko odkrywa kolejne własności przedmiotów, ich fakturę, kształt, a także i przeznaczenie powtarzając wielokrotnie te same czynności. Z zapalem wielkiego odkrywcy uderza więc zabawkami, zrzuca je na ziemię, turla i potrzasa, obserwując jednocześnie efekty swoich działań.



Do 12 miesiąca życia niemal każda rzecz, którą weźmie do ręki jest również wkładana do ust. Jest to dodatkowy, bardzo wrażliwy i ważny dla dziecka kanał informacji na temat przedmiotów, dlatego nie należy mu tego rodzaju poznania zabraniać, pamiętając jednak oczywiście o bezpieczeństwie malucha.

Dziecko, którego rozwój przebiega prawidłowo, pomiędzy 8 a 10 miesiącem życia doskonalą sposób siadania, raczkowania i wstawania – funkcje sprzyjające samodzielności poznawczej. Może teraz swobodnie przemieszczać się nie tylko po to, by podążyć za mamą, ale również, aby sięgnąć po nowy, interesujący przedmiot. W tym okresie zaczyna dostrzegać szczegóły zabawek i wskazywać palcem elementy otoczenia wzbudzające jego zainteresowanie. Rozwój lokomocji, zwłaszcza moment, gdy około 12 miesiąca życia zaczyna stawiać pierwsze kroki, jest zazwyczaj dla rodziców okresem trudnym. Dziecko nie przewiduje jeszcze konsekwencji swoich działań, a jednocześnie wydaje się, że z niespożytą wręcz energią, pragnie wziąć w posiadanie cały świat. Przygotuj się więc i na to, że do rąk Twojego malucha trafi wówczas wszystko, co wzbudzi jego zainteresowanie, każda nowa rzecz będzie godna uwagi.



Spontaniczne angażowanie się w aktywność jest ważnym wskaźnikiem postępów w rozwoju Twojego dziecka.

Pomiędzy 15 a 38 miesiącem życia dziecko podejmuje wiele aktywności, umożliwiających ujmowanie relacji pomiędzy różnymi przedmiotami. Należą do nich między innymi pojawiające się kolejno: próby wyjmowania przedmiotów z pojemników o małym otworze np. butelek poprzez ich odwracanie, dopasowywanie kształtów do otworów, budowanie szeregów z klocków, sortowanie według wielkości i koloru, układanie prostych elementów według wzoru, a także bazgranie. By rozwijać się w sposób prawidłowy dziecko nie potrzebuje zatem ogromnej ilości wyszukanych zabawek, lecz przedmiotów, które pozwolą mu doskonalic nowe umiejętności związane z manipulacją i percepcją. Przekonasz się, że możliwość przesypywania makronu do różnych pojemników, czy odkładania małych łyżeczek do kuchennej szuflady może okazać się w przypadku dwulotka o wiele bardziej atrakcyjnym zajęciem niż samodzielna zabawa wieloma droginami lub lalkami.



Działanie na przedmiotach wspólnie z rodzicem, nazywanie ich (mowa jest w sposób szczególny zespolona z myśleniem), a nawet porządkowanie, które sprawia, że zaczynają one tworzyć pewien zbiór obiektów mający swoje określone miejsce i przeznaczenie, pomoże zrozumieć Twojemu dziecku, że rzecz, która znika z pola jego widzenia nadal istnieje, że świat przedmiotów i ludzi związany jest z pewną stałością i niezmiennością.

W relacjach z dorosłym dziecko ma także bezcenną wręcz sposobność uczenia się poprzez naśladownictwo, którego istotną cechą jest możliwość naśladowania wielu czynności, leżących zwykle jeszcze dość daleko poza granicami jego własnych możliwości.



Pamiętaj, że dziecko, ucząc się naśladować pod kierunkiem dorosłego, potrafi zrobić znacznie więcej samodzielnie i działa ze zrozumieniem.

Wspólne aktywności z wykorzystaniem zabawek, książeczek i przedmiotów codziennego użytku stanowią fundament dla nowych form myślenia i rozwiązywania problemów bez odwoływania się do bezpośredniego działania na obiektach. Około drugiego roku życia rozpoczyna się nowy okres w rozwoju poznawczym dziecka nazywany przedoperacyjnym. Pomiędzy 2 a 4 rokiem życia dziecko staje się zdolne do odtwarzania obrazów przedmiotów i czynności w umyśle. I choć jego myślenie pozostaje mocno zespolone z konkretnym przedmiotem, a dziecko jest przekonane, że wszyscy spostrzegają świat dokładnie tak, jak ono, potrafi już wyobrazić sobie czynność bez jej wykonywania.



W zabawach dziecka pojawia się nowa jakość – symbol „czyli coś, co zastępuje coś innego”. Dziecko, które potrafi odegrać sytuację „na niby” z użyciem rekwizytów zastępujących realne przedmioty, rozumie także, że inne osoby mogą udawać.

Trzylatek z pewnością zaskoczy Cię swoją wielką determinacją w dążeniu do samodzielnego wykonywania różnych codziennych czynności. Dziecko w tym wieku nie tylko mówi o sobie „ja”, rozpoznaje swoje zabawki i ubrania, ale również ma poczucie sprawstwa, wie, że potrafi samodzielnie wykonywać wiele rzeczy, dokonuje swoich pierwszych wyborów i dostrzega związek między własnym działaniem a jego skutkami. Wspieranie dziecka w jego samodzielności będzie teraz najważniejszym Twoim zadaniem. Pamiętaj, aby malucha nie wyręczać, lecz angażować w proste domowe czynności, dostarczając okazji do doskonalenia posiadanych umiejętności i odkrywania nowych.



Samodzielność w codziennym funkcjonowaniu jest pierwszym krokiem do jego samodzielności poznawczej, otwierając jednocześnie drogę do niezależności w dorosłym życiu.

Co powinno Cię zaniepokoić w rozwoju dziecka do 12 miesiąca życia?

Dziecko do 3 miesiąca życia:

- nie przygląda się ludzkiej twarzy,
- nie podąża wzrokiem za zabawką i nie obserwuje otoczenia,
- nie uspokaja się na widok bliskiej osoby i broni się przed przytulaniem,
- nie płacze lub nie wydaje innych dźwięków oprócz krzyku.

Dziecko do 6 miesiąca życia:

- nie interesuje się przedmiotami znajdującymi się na stole,
- nie ogląda przedmiotów podczas manipulowania nimi,
- nie chwyta przedmiotów pod kontrolą wzroku,
- nie interesuje się swoim odbiciem w lustrze,
- nie spogląda za przedmiotem, który spadł ze stołu.

Dziecko do 9 miesiąca życia:

- nie śledzi upadających zabawek,
- nie manipuluje przedmiotami,
- nie chwyta przedmiotów za pomocą palców,
- nie bawi się dwoma przedmiotami jednocześnie,
- nie naśladuje prostych czynności dorosłego,
- nie wskazuje palcem.

Dziecko do 12 miesiąca życia:

- nie dotyka palcem szczegółów zabawek,
- nie wskazuje osób, przedmiotów, obrazków,
- nie naśladuje gestów „pa-pa”, „kosi-kosi”, „nie”, „tak”,
- nie interesuje się obrazkami w książeczkach dla dzieci,
- nie wkłada małych przedmiotów do dużych,
- nie naśladuje czynności dorosłego,
- nie wypowiada kilku słów, np. mama, tata.

GDZIE NALEŻY SIĘ UDAĆ, ABY UZYSKAĆ POMOC?



Pierwszą osobą, która powinna rozwiązać Twoje ewentualne niepokoje lub pokierować Cię do odpowiedniego specjalisty jest zawsze lekarz pierwszego kontaktu. Warto także zadbać w pierwszych miesiącach życia dziecka o wizytę u neurologa, który może zalecić dodatkowe badania (na przykład EEG) w sytuacji, gdy stwierdzi nieprawidłowości. Rodzic ma także możliwość skorzystania z bezpłatnych usług poradni psychologiczno-pedagogicznej, w której zespół specjalistów z wykorzystaniem odpowiednich standaryzowanych testów dokona oceny psychoruchowego rozwoju dziecka.

Absolwentka Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Jagiellońskiego. Radca prawny, od 2009 r. wpisana na listę radców prawnych prowadzoną przez Okręgową Izbę Radców Prawnych w Krakowie. Specjalizuje się w prawie rodzinnym i opiekuńczym, zabezpieczeniu społecznym, systemie opieki zdrowotnej oraz prawie cywilnym. Od 2013 r. zatrudniona w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Krakowie na stanowisku urzędniczym. W pracy zawodowej na co dzień zajmuje się udzielaniem konsultacji prawnych komórkom organizacyjnym MOPS, opracowywaniem projektów aktów prawa miejscowego oraz przygotowywaniem procedur i instrukcji w zakresie organizacji pracy i zadań realizowanych przez Ośrodek. Prowadzi szkolenia wewnętrzne związane z zagadnieniami z zakresu pomocy społecznej i prawa administracyjnego.

Rodzic idzie do sądu

Z faktem bycia rodzicem wiąże się wiele obowiązków i uprawnień określonych w przepisach prawa. Wynikają one nie tylko z przysługującej władzy rodzicielskiej, ale też z samej więzi pomiędzy rodzicami a dziećmi. Niejednokrotnie, z uwagi na różne okoliczności wynikające nie tylko z sytuacji życiowych, które mogą być postrzegane jako trudne, ale i z konieczności spełniania określonych wymogów wskazanych w przepisach prawa, kwestie związane z rodzicielstwem czy władzą rodzicielską muszą być rozstrzygane przez sąd. Poniżej przedstawiono najczęstsze sytuacje wymagające takiej ingerencji, z którymi rodzice mogą się spotkać w praktyce.

Wyrażenie przez sąd zgody na dokonanie czynności przekraczającej zakres zwykłego zarządu majątkiem małoletniego dziecka

Zgodnie z przepisami Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego rodzice, którym przysługuje władza rodzicielska są uprawnieni i zobowiązani do zarządu majątkiem dziecka. Niejednokrotnie może dochodzić do sytuacji gdy to niepełnoletnie dziecko, a nie jego rodzice stają się z uwagi na spadkobranie (np. wskutek dziedziczenia na podstawie testamentu) czy umowę darowizny (dokonaną np. przez dziadków na rzecz wnuków) właścicielami nieruchomości lub innego składnika majątkowego. W takich sytuacjach należy pamiętać, że chociaż określone prawa przysługują dziecku, gdyż posiada ono zdolność prawną i może być podmiotem praw i obowiązków, to do czasu osiągnięcia pełnoletności (czyli ukończenia 18 lat) nie dysponuje ono pełną zdolnością do czynności prawnych i pozostaje pod władzą rodzicielską, a wówczas do dokonywania

czynności przekraczających zakres zwykłego zarządu takim majątkiem, wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego.

Przepisy prawa nie wskazują wprost na katalog czynności zwykłego zarządu i czynności przekraczających zwykły zarząd – rozróżnienie to dokonywane jest zgodnie z zasadami doświadczenia życiowego, uwzględniając wartość przedmiotu dokonywanej czynności, konsekwencje w sferze majątku małoletniego dziecka i biorąc pod uwagę jego dobro i ochronę jego interesów. Przykładowo, do czynności przekraczających zakres zwykłego zarządu należy zaliczyć: odrzucenie spadku, przyjęcie spadku wprost (a zatem bez ograniczenia odpowiedzialności za długi), zrzeczenie się dziedziczenia, zbywanie (w tym sprzedaż, darowizna) i obciążanie nieruchomości (np. poprzez ustanowienie hipoteki), zniesienie współwłasności, czy też zrzeczenie się roszczeń odszkodowawczych przysługujących dziecku.

Jak wspomniano, rodzice nie mogą bez zezwolenia sądu opiekuńczego dokonywać czynności przekraczających zakres zwykłego zarządu majątkiem dziecka ale też bez takiej zgody nie mogą zezwalać na dokonywanie przez dziecko takiego rodzaju czynności. Należy bowiem w tym miejscu zaznaczyć, że dziecko pomiędzy 13 a 18 rokiem życia, choć nie jest jeszcze pełnoletnie, posiada już ograniczoną zdolność do czynności prawnych. W konsekwencji może co do zasady rozporządzać swoim zarobkiem czy też rozporządzać przedmiotami majątkowymi oddanymi mu przez rodziców do swobodnego użytku, lecz poza tymi sytuacjami nie może samodzielnie dokonywać czynności przez które zaciąga zobowiązanie lub rozporządza swoim prawem. Do ważności takich czynności wymagana będzie zgoda rodziców, a jeżeli równocześnie czynność ta przekracza zwykły zarząd majątkiem dziecka (np. wspomniane wyżej zbycie nieruchomości) to wymagane będzie uzyskanie także zgody sądu opiekuńczego.



Należy pamiętać, że czynność która przekracza zwykły zarząd, dokonana bez wymaganej zgody sądu opiekuńczego jest nieważna, jako sprzeczna z prawem (zgodę taką należy uzyskać zatem przed dokonaniem czynności). Zgoda ta musi być wyrażona przez sąd opiekuńczy, nie może jej przykładowo zastąpić zgoda sądu orzekającego w sprawie z zakresu prawa spadkowego.

O wyrażenie zgody należy zwrócić się do sądu opiekuńczego (sąd rodzinny), składając odpowiedni wniosek, opisując rodzaj czynności której zgoda ma dotyczyć i przedstawiając przyczyny uzasadniające jej dokonanie. Wniosek w sprawie może złożyć każdy z rodziców, a w toku postępowania sąd wysłuchuje także tego rodzica, który bezpośrednio z wnioskiem nie wystąpił. Opłata od wniosku jest stała i wynosi

40 zł. Właściwy w sprawach tego rodzaju, jest sąd rejonowy (wydział rodzinny i nieletnich) miejsca zamieszkania osoby której sprawa ma dotyczyć, a zatem dziecka (w tym miejscu należy pamiętać, że miejscem zamieszkania dziecka pozostającego pod władzą rodzicielską jest miejsce zamieszkania rodziców albo tego z rodziców, któremu wyłącznie przysługuje władza rodzicielska lub któremu zostało powierzone wykonywanie władzy rodzicielskiej, a jeżeli władza rodzicielska przysługuje na równi obojgu rodzicom mającym osobne miejsce zamieszkania, miejsce zamieszkania dziecka jest u tego z rodziców, u którego dziecko stale przebywa (art. 26 Kodeksu cywilnego). Sprawa toczy się w trybie postępowania nieprocesowego. Uznając wyrażenie zgody za zasadne, sąd wydaje odpowiednie postanowienie, które staje się skuteczne dopiero z chwilą uprawomocnienia się. Postanowienie sądu wyrażające zgodę na dokonanie określonej czynności nie rodzi oczywiście obowiązku jej dokonania i rodzice mogą odstąpić od tego zamiaru.

W toku postępowania sąd bada, czy dana czynność należy do kategorii czynności przekraczających zakres zwykłego zarządu i czy jej dokonanie jest celowe. Dlatego też, należy podkreślić, że w razie gdy rodzice mają wątpliwości czy określona czynność jest czynnością przekraczającą zwykły zarząd (mając na uwadze wspomniany wyżej brak określonego katalogu takich czynności i skutek braku zgody sądu w postaci nieważności czynności) najlepiej zwrócić się po profesjonalną poradę prawną lub wystąpić od razu z wnioskiem do sądu który dokona weryfikacji w toku postępowania.

W ramach czynności przekraczających zwykły zarząd majątkiem dziecka, szczególną uwagę należałoby zwrócić na złożenie w imieniu dziecka oświadczenia o przyjęciu lub odrzuceniu spadku. Oświadczenie to bowiem, należy złożyć w terminie sześciu miesięcy od dnia dowiedzenia się o powołaniu do spadku, a z uwagi na procedurę uzyskiwania zgody sądu na dokonanie takiej czynności, termin ten, może być trudny do dochowania. Zgodnie z przyjętym orzecnictwem sądowym, złożenie wniosku do sądu opiekuńczego o zezwolenie na odrzucenie (bądź przyjęcie) spadku w imieniu małoletniego powoduje, na czas trwania tego postępowania, zawieszenie biegu owego sześciomiesięcznego terminu. Istotne jest zatem by przed upływem terminu do złożenia oświadczenia o przyjęciu bądź odrzuceniu spadku, zdążyć wystąpić do sądu opiekuńczego z odpowiednim wnioskiem.

Sprawy dotyczące kontaktów z dzieckiem

Niezależnie od praw i obowiązków jakie wynikają z władzy rodzicielskiej (a zatem nawet w razie ograniczenia bądź pozbawienia władzy rodzicielskiej), rodzice mają także prawo i obowiązek utrzymywania kontaktów z dzieckiem. Zgodnie z przepisami Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego kontakty z dzieckiem obejmują w szczególności przebywanie z dzieckiem (odwiedziny, spotkania, zabieranie dziecka poza

miejsce jego stałego pobytu) i bezpośrednie porozumiewanie się, utrzymywanie korespondencji, korzystanie z innych środków porozumiewania się na odległość, w tym ze środków komunikacji elektronicznej.



W przypadku orzeczenia przez sąd rozvodu bądź separacji rodziców, o kontaktach z dzieckiem sąd orzeka z urzędu. Jeżeli jednak rodzice dziecka żyją w rozłączeniu, a dziecko przebywa stale u jednego z rodziców którzy nie mogą dojść do porozumienia co do sposobu wykonywania kontaktów z dzieckiem, wówczas konieczne może okazać się wystąpienie na drogę sądową (art. 113 K.r.i.o.).

Wniosek w sprawie należy złożyć w sądzie rejonowym (sądzie rodzinnym) właściwym ze względu na miejsce zamieszkania osoby, której postępowanie dotyczy – czyli dziecka. Opłata od wniosku wynosi 40 zł. Postępowanie toczy się w trybie nieprocesowym i kończy postanowieniem, w którym sąd określi sposób wykonywania kontaktów z dzieckiem, oczywiście w razie gdy rodzice dojdą w trakcie postępowania do porozumienia sprawa może zakończyć się także w drodze ugody sądowej.

W przypadku rodziców którym obojgu przysługuje władza rodzicielska lecz żyją oni w rozłączeniu, może dojść także do konieczności sądowego określenia sposobu wykonywania tej władzy i równocześnie, także do określenia zasad kontaktów z dzieckiem (art. 107 K.r.i.o.) Wówczas sąd pozostawia władzę rodzicielską obojgu rodzicom, jeżeli przedstawili zgodne z dobrem dziecka pisemne porozumienie o sposobie wykonywania władzy rodzicielskiej i utrzymywaniu kontaktów z dzieckiem. Jeżeli rodzice nie dojdą w tym zakresie do porozumienia, sąd rozstrzyga o sposobie wspólnego wykonywania władzy rodzicielskiej i utrzymywaniu kontaktów z dzieckiem, może jednakże powierzyć wykonywanie władzy rodzicielskiej jednemu z rodziców, ograniczając władzę rodzicielską drugiego do określonych obowiązków i uprawnień w stosunku do osoby dziecka, jeżeli przemawia za tym dobro dziecka. Tryb składania wniosku do sądu w tej sprawie jest analogiczny jak opisany powyżej w przypadku wniosku o uregulowanie kontaktów.

W tym miejscu można zwrócić uwagę na pojęcie opieki naprzemiennej wprowadzone w treści przepisów ustawy z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci, której orzeczenie przez sąd w przypadku rodziców rozwiedzionych lub żyjących w separacji, lub żyjących w rozłączeniu ma znaczenie z punktu widzenia zasad przyznawania świadczenia 500 +, w tym jego podziału pomiędzy oboje rodziców. Zgodnie z przepisami tej ustawy, dziecko znajduje się

pod opieką naprzemienną obojga rodziców rozwiedzionych lub żyjących w separacji, lub żyjących w rozłączeniu jeżeli opieka ta sprawowana jest w porównywalnych i powtarzających się okresach. Przepisy Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego nie definiują pojęcia opieki naprzemiennej. Orzecznictwo sądowe mając na uwadze brzmienie przepisów tak Kodeksu jak i uregulowań w sprawie świadczenia 500 + w większości przyjmuje, że w praktyce, jeżeli w wyroku rozwodowym, orzekającym separację, bądź wydanym w oparciu o wspomniany wyżej art. 107 K.r.i.o. nie zawarto wprost sformułowania o sprawowaniu przez rodziców opieki naprzemiennej, to jeżeli z orzeczenia takiego wynika, że oboje rodzice posiadają władzę rodzicielską i oboje mogą zajmować się dzieckiem (w tym nawet jeżeli mieszka ono stale u jednego rodzica) i w drodze porozumienia ustalać sposób wykonywania opieki, w tym kontaktów z dzieckiem, to należy przyjąć, iż możemy mieć do czynienia ze sprawowaniem opieki naprzemiennej.

W konsekwencji należałoby przyjąć, że organy przyznające świadczenie 500 + nie powinny wymagać w takiej sytuacji załączenia przez ubiegającego się o pomoc orzeczenia sądu, w którym wprost wskazano na „opiekę naprzemienną”, lecz na podstawie treści orzeczenia z którego opieka taka w praktyce wynika i innych dodatkowych środków dowodowych ustalać sprawowanie opieki naprzemiennej.

Porozumienie w istotnych sprawach dotyczących dziecka

Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom, każde z nich jest obowiązane i uprawnione do jej wykonywania. W istotnych sprawach dotyczących dziecka, rodzice powinni podejmować decyzję wspólnie, jeżeli jednak brak jest pomiędzy nimi porozumienia, konieczna może się okazać ingerencja sądu opiekuńczego (art. 97 K.r.i.o.). Przepisy Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego nie wskazują katalogu istotnych spraw dziecka, oceny czy dana czynność prawna bądź faktyczna będzie miała taki charakter, w praktyce zależy w dużej mierze od konkretnej sytuacji. Jednakże biorąc pod uwagę obiektywną doniosłość pewnych spraw, w ślad za orzecznictwem sądowym można wskazać, że będą to np. zmiana imienia lub nazwiska dziecka, wyjazd za granicę, wybór sposobu leczenia, zmiana szkoły, zmiana miejsca pobytu czy wydanie paszportu.

Zatem w przypadku braku porozumienia między rodzicami, każde z nich może wystąpić do sądu o wydanie odpowiedniego rozstrzygnięcia. Sądem właściwym w sprawie jest sąd rejonowy (sąd opiekuńczy) miejsca zamieszkania dziecka. Opłata od wniosku w sprawie wynosi 40 zł. Postępowanie toczy się w trybie nieprocesowym. W toku postępowania sąd będzie nakłaniał rodziców do wypracowania wspólnego stanowiska, a w razie jego braku wyda odpowiednie postanowienie rozstrzygające sprawę.

Sprawy sądowe związane z obowiązkiem alimentacyjnym rodziców względem dzieci

Zgodnie z przepisami Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, rodzice zobowiązani są do świadczeń alimentacyjnych względem dziecka, które nie jest jeszcze w stanie utrzymać się samodzielnie. Obowiązek ten, polega na dostarczaniu środków utrzymania, a w miarę potrzeby także środków wychowania, a jego zakres uzależniony jest zarówno od uzasadnionych potrzeb dziecka jak i od zarobkowych i majątkowych możliwości rodziców (w tym miejscu warto przypomnieć, że wykonywanie obowiązku alimentacyjnego względem dziecka, które jeszcze nie może utrzymać się samodzielnie może polegać nie tylko na pokrywaniu kosztów ale także na osobistych staraniach o jego wychowanie).



Obowiązkowi alimentacyjnemu względem dzieci podlegają oboje rodzice niezależnie od tego czy są małżonkami czy też żyją w związku nieformalnym, jak również niezależnie od faktycznego wspólnego zamieszkiwania z dzieckiem.

Poza sytuacjami, w których sąd z urzędu orzeka o obowiązku ponoszenia kosztów utrzymania i wychowania dziecka, a zatem np. w przypadku rozwodu czy separacji, orzeczenie takie może nastąpić także w innych wypadkach, w szczególności w sytuacji gdy pomiędzy rodzicami żyjącymi wspólnie lecz w związkach nieformalnych bądź żyjącymi osobno, z różnych względów nie dochodzi do ustalenia wysokości ponoszonych kosztów utrzymania dziecka na drodze wspólnych uzgodnień i zachodzi potrzeba uregulowania tej kwestii na drodze sądowej, bądź też gdy zwrócenie się do sądu przez rodziców jest konieczne np. z uwagi na wymogi określone przepisami prawa, np. ustawy z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci, bądź ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych.

W tym miejscu należy zwrócić uwagę, że pierwsza z wymienionych ustaw, dotycząca tzw. świadczenia 500 + przewiduje, że świadczenie wychowawcze na dane dziecko nie przysługuje, jeżeli osobie samotnie wychowującej dziecko (a przez osobę samotnie wychowującą dziecko ustawa ta rozumie pannę, kawalera, wdowę, wdowca, osobę pozostającą w separacji orzeczonej prawomocnym wyrokiem sądu, osobę rozwiedzioną, chyba że wychowuje wspólnie co najmniej jedno dziecko z jego rodzicem), nie zostało ustalone, na rzecz tego dziecka od jego rodzica, świadczenie alimentacyjne na podstawie tytułu wykonawczego pochodzącego lub zatwierdzonego przez sąd. Nie dotyczy to jednakże sytuacji, gdy w szczególności drugi z rodziców nie żyje, ojciec dziecka jest nieznany, albo gdy dziecko zgodnie z orzeczeniem sądu jest pod

opieką naprzemienną obojga rodziców sprawowaną w porównywalnych i powtarzających się okresach (katalog tych wyjątków wskazuje art. 8 ust. 2 ustawy o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci). Należy podkreślić, że zgodnie ze wspomnianymi przepisami, konieczność ustalenia alimentów jest niezależna od tego czy rodzic ubiega się o świadczenie na pierwsze, czy też na kolejne dziecko (a zatem niezależnie od osiąganego dochodu). Analogiczne przepisy dotyczące konieczności wykazania się przez osobę samotnie wychowującą dziecko tytułem wykonawczym pochodzącym lub zatwierdzonym przez sąd przewiduje wspomniana ustawa o świadczeniach rodzinnych (art. 7).

Przez tytuł wykonawczy pochodzący lub zatwierdzony przez sąd, który należy załączyć do wniosku o przyznanie świadczenia należy rozumieć (zgodnie z informacjami w sprawie realizacji programu 500 + podawanymi przez Ministerstwo Rodziny Pracy i Polityki Społecznej): odpis postanowienia sądu o zabezpieczeniu powództwa o alimenty, odpis protokołu zawierającego treść ugody sądowej lub ugody zawartej przed mediatorem bądź umowę o alimenty w formie aktu notarialnego, w której dłużnik poddaje się egzekucji, ale tylko wtedy, gdy sąd – po spełnieniu warunków przewidzianych w Kodeksie postępowania cywilnego – nadał takiej umowie klauzulę wykonalności.

Zwrócenie się do sądu, niezależnie od przyczyn które skłaniają do tego rodzica, może zatem polegać bądź na wystąpieniu z pozwem o alimenty, z wnioskiem o zawezwanie do próby ugodowej bądź na złożeniu wniosku do sądu o zatwierdzenie ugody zawartej przed mediatorem bądź wniosku o zatwierdzenie umowy zawartej przed notariuszem.

Wszczęcie postępowania sądowego o alimenty zasadne jest w sytuacji, w której nie ma zgody co do tego czy obowiązek alimentacyjny istnieje oraz co do wysokości ewentualnych alimentów. Aby wszcząć postępowanie należy złożyć pozew w sądzie rejonowym (wydział rodzinny) właściwym z uwagi na miejsce zamieszkania osoby uprawnionej do alimentów (dziecka) bądź właściwym z uwagi na miejsce zamieszkania drugiego rodzica od którego chcemy dochodzić alimentów. W uzasadnieniu pozwu należy odnieść się do okoliczności mających wpływ na kształtowanie się obowiązku alimentacyjnego, a zatem w szczególności należy przedstawić potrzeby dziecka, koszty jego utrzymania, oraz sytuację dochodową i możliwości zarobkowe rodziców. Postępowanie w sprawie toczy się w trybie procesu. Rodzic który składa pozew w sprawie o ustalenie alimentów zwolniony jest od kosztów sądowych, w szczególności złożenie pozwu nie podlega opłacie (jeżeli jednak powództwo zostanie oddalone, rodzic dochodzący zasądzenia alimentów może zostać obciążony obowiązkiem uiszczenia kosztów sądowych).

Do sądu można także wystąpić z wnioskiem o zawezwanie do próby ugodowej w trybie postępowania pojednawczego. Wniosek taki składa się do sądu rejonowego

właściwego ze względu na miejsce zamieszkania rodzica wobec którego z wnioskiem występujemy. Postępowanie takie może zakończyć się zawarciem ugody przed sądem. Opłata od wniosku w przypadku roszczeń o wartości do 10 000 zł wynosi 40 zł, a ponad tą kwotę 300 zł. Oczywiście w toku postępowania sądowego o ustalenie alimentów, opisanego powyżej, rodzice również mogą dojść do porozumienia i postępowanie takie może zakończyć się także ugodą sądową.

W razie zawarcia przez rodziców umowy dotyczącej alimentów w formie aktu notarialnego, celem nadania jej klauzuli wykonalności przez sąd należy wystąpić z odpowiednim wnioskiem do sądu rejonowego. Właściwy w sprawie jest sąd właściwości ogólnej dłużnika czyli w praktyce sąd miejsca zamieszkania rodzica zobowiązanego do uiszczania alimentów zgodnie z treścią umowy. Wniosek podlega opłacie w wysokości 50 zł.

W razie gdy rodzice zdecydują się na zawarcie ugody w sprawie dotyczącej alimentów przed mediatorem, to aby ugoda taka mogła uzyskać moc prawną ugody sądowej, należy wystąpić z wnioskiem o zatwierdzenie jej przez sąd. Wniosek taki może złożyć każda ze stron ugody, w przypadku ugody dotyczącej alimentów sąd zatwierdza ją poprzez nadanie jej klauzuli wykonalności. Właściwym w sprawie jest sąd który byłby właściwy do rozpoznania sprawy o alimenty. Wniosek o zatwierdzenie ugody zawartej przed mediatorem w wyniku prowadzenia mediacji na podstawie umowy o mediację nie podlega opłatom.

GDZIE NALEŻY SIĘ UDAĆ, ABY UZYSKAĆ POMOC?



Na terenie Krakowa funkcjonuje 31 punktów, w których mieszkańcy mogą skorzystać z nieodpłatnej pomocy prawnej. Udzielenie pomocy prawnej polega m.in. na poinformowaniu osoby uprawnionej o obowiązującym stanie prawnym, o przysługujących jej uprawnieniach lub o spoczywających na niej obowiązkach, wskazaniu osobie uprawnionej sposobu rozwiązania jej problemu prawnego, udzieleniu pomocy w sporządzeniu projektu pisma w powyższych sprawach, z wyłączeniem pism procesowych w toczącym się postępowaniu przygotowawczym lub sądowym i pism w toczącym się postępowaniu sądowo-administracyjnym.

Doktor nauk humanistycznych, pedagog specjalny, neurologopeda, terapeuta integracji sensorycznej. Pracuje jako adiunkt w Instytucie Pedagogiki Specjalnej Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie oraz jako neurologopeda w Specjalistycznej Poradni Diagnostyki i Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży z Wadą Słuchu PZG w Krakowie. Zainteresowania naukowe to m.in.: stymulacja i terapia logopedyczna, wspomaganie rozwoju umiejętności komunikacyjnych dzieci, w tym – dzieci o zaburzonym rozwoju. Autorka i współautorka kilku monografii naukowych oraz licznych artykułów i rozdziałów w książkach i czasopiśmie.

Logopeda radzi: Jak rozwijać rozumienie mowy i mówienie u małego dziecka?

Drogi Rodzicu!

Z pewnością dobro Twojego dziecka jest dla Ciebie bardzo ważne. Chcesz, aby prawidłowo się rozwijało, aby dobrze radziło sobie w przedszkolu i szkole, a w przyszłości aby zdobyło atrakcyjny zawód i pracę, która da mu satysfakcję. Chcesz, by od okresu dzieciństwa, przez całe życie, miało dobre relacje z innymi ludźmi i aby było szczęśliwe.

Wszystko to jest w mniejszym lub większym stopniu zależne od tego, jakie będą jego umiejętności komunikacyjne, czyli jak dobrze będzie rozumiało to, co mówią do niego inni ludzie (także to, co ma formę pisaną – a więc gdy jest małe: bajki, wierszyki, później: teksty w podręcznikach, książkach, gazetach, internecie) oraz to w jaki sposób ono samo będzie tworzyło własne wypowiedzi ustne i pisemne – czyli jak wyrażnie będzie mówiło, jak bogate będzie miało słownictwo, czy nie będzie popełniało błędów, czy będzie potrafiło dostosować swą wypowiedź do innych osób, do sytuacji, ogólnie – czy będzie komunikatywne.

Komunikacja to bardzo ważny aspekt życia człowieka, dlatego tak ważne jest, aby już od wczesnego dzieciństwa pomagać dziecku w rozumieniu mowy i mówieniu. Nie jest to trudne i jako Rodzic na pewno świetnie poradzisz sobie z tym zadaniem, o ile będziesz wiedział na co trzeba zwrócić uwagę. Powinieneś także orientować się na czym polega tzw. prawidłowy rozwój mowy i od jakich zależy on czynników. To właśnie przedstawię Ci w tym rozdziale.

Komunikacja językowa czyli porozumiewanie się oparte na mowie ustnej to dwa związane ze sobą procesy. Pierwszym z nich jest **rozumienie**. Aby możliwe było rozumienie mowy musi nastąpić jej **odbiór** (tu bardzo ważną rolę odgrywa słuch), a następnie **analiza** tego, co usłyszeliśmy, odbywająca się w korze mózgowej. Drugi proces to **mówienie**, które rozpoczyna się od myślowego tworzenia wypowiedzi (**cerebracji**), a następnie – dzięki współpracy aparatu oddechowego, fonacyjnego i artykulacyjnego – samodzielne **nadawanie** komunikatu werbalnego czyli **mówienie**.

Odbiór i rozumienie nazywa się **mową bierną**, a cerebrację i nadawanie – **mową czynną**. Mowa bierna poprzedza i warunkuje mowę czynną – najpierw trzeba rozumieć mowę, a dopiero potem można ją samodzielnie tworzyć.

Jeśli słuch dziecka działa prawidłowo to pierwsze tzw. doświadczenia akustyczne ma ono zanim jeszcze się narodzi. Już 24 tygodniowy płód odbiera dźwięki. Słyszy on np. pracę serca swojej mamy, jej głos, ale także inne dźwięki z otoczenia np. głos taty, muzykę czy przelatujący głośno samolot. Oczywiście początkowo nie rozumie tych dźwięków – nie wie co oznaczają, ale są one bardzo ważne, bo rozwijają słuch i wpływają na prawidłowy rozwój emocjonalny dziecka.



Gdy jesteś w ciąży:

- otaczaj dziecko dźwiękami przyjemnymi i spokojnymi, a unikaj dźwięków niepokojących, np. krzyku,
- wysypiaj się i dobrze się odżywiaj, pamiętaj o nieforsownym ruchu na świeżym powietrzu,
- absolutnie nie próbuj nawet alkoholu ani innych substancji odurzających, nie pal, leki zażywaj tylko po konsultacji z lekarzem, bo to wpływa negatywnie m.in. na rozwijający się aparat odbiorczy i nadawczy mowy.

Kiedy dziecko się rodzi znacznie poszerzają się jego doświadczenia akustyczne (odbiera coraz więcej, coraz bardziej różnorodnych dźwięków). Przez pierwsze pół roku swego życia dziecko skupia się głównie na odbiorze dźwięków z otoczenia. Samo co prawda także wytwarza dźwięki np. **placz** czy tzw. **głuzenie** (nazywane też gruchaniem, bo przypomina dźwięki wydawane przez gołębie), ale nie mają one charakteru intencjonalnych komunikatów – dziecko wydaje je nieświadomie. Pierwsze dźwięki, które dziecko wytwarza celowo to **gaworzenie**. Pojawia się ono ok. 6-8 miesiąca życia dziecka i polega na wypowiedzaniu niektórych sylab np. BA, PA, TA, MA, DA i tym podobnych. Jeśli dziecko 7- miesięczne podwoi sylabę TA i powie TATA nie oznacza

to jeszcze, że świadomie nazywa swojego tatę. Używa sylab, bo podoba mu się ich brzmienie; w ten sposób bawi się dźwiękami. Pierwszy rok życia dziecka nazywany jest **okresem melodii**. Bardzo ważne jest to, że ok. 9 m-ca życia pojawia się u dziecka gest wskazywania palcem. W ten sposób dziecko uczy się tworzyć tzw. wspólne pole uwagi z inną osobą – dziecko zaczyna interesować się tym, czym zajmuje się w danej chwili dorosły, a potem samo próbuje kierować uwagę dorosłego na to, co je zaciekawia.



W pierwszym roku życia dziecka:

- Jeśli to możliwe karm dziecko piersią, bo oprócz tego, że jest to dla niego najzdrowsze, to także najlepszy trening dla jego warg i języka, a więc ćwiczenie przygotowujące do mówienia. Oczywiście pamiętaj, że w mleku kobiecym znajdują się wszystkie substancje, z którymi będziesz miała kontakt. Nie wolno więc spożywać w okresie karmienia alkoholu ani narkotyków, nie wolno palić ani przebywać w towarzystwie palaczy, ale także nie wolno przyjmować leków bez konsultacji z lekarzem.
- W pierwszym półroczu życia dziecka nuć mu kołysanki, patrz na dziecko i uśmiechaj się do niego, delikatnie kołysz swoje dziecko i dużo je przytulaj.
- Smoczek (cumelek) stosuj tylko w ostateczności i tylko do uspokojenia / uśpienia dziecka, kiedy dziecko zaśnie delikatnie wyjmij go z buzi swojego maluszka.
- Gdy Twoje dziecko ma 5-8 miesięcy śpiewaj mu piosenki które znasz, ale zamiast słów używaj sylab MA, PA, TA, BA, LA. Na przykład: śpiewaj na melodię piosenki „Wlazł kotek na płotek” same sylaby MA albo na melodię „Jedzie pociąg z daleka” sylaby TA. Możesz dowolnie wybierać piosenki, które lubisz.
- Jeśli dziecko podczas gaworzenia wytworzy jakiś wyraz znaczący (np. powtarzając sylaby MA „powie „MAMA” zareaguj na to – wskaż na siebie, uśmiechnij się i powtórz to słowo kilka razy, gdyż w ten sposób dziecko uczy się znaczenia.
- Jeśli gest wskazywania palcem nie pojawia się u Twojego dziecka samoczynnie w 8-10 miesiącu to należy w zabawach z dzieckiem używać go wielokrotnie i bardzo wyraźnie, zachęcając w ten sposób dziecko do używania tego gestu. Pytaj: GDZIE AUTO? GDZIE LALA? Albo GDZIE KOT MIAU? GDZIE PIESEK HAU HAU? a następnie

pokazuj palcem wskazującym odpowiednie zabawki czy obrazki w książeczce dla dzieci i mów: TU. Kiedy dziecko zechce samo coś pokazać okaż mu radość: uśmiechnij się do niego, powiedz BRAWO! i delikatnie klaszcz w ręce.

- Zadbaj, aby w pomieszczeniu, w którym przebywa Twoje malutkie dziecko nie było telewizora; także nie udostępniaj mu bajek na tablecie, smartfonie ani komputerze przed ukończeniem przez nie 2 roku życia.

Świadome używanie **pierwszych słów** pojawia się ok. 12. miesiąca życia. Wtedy zaczyna się tzw. **okres wyrazu**, który trwa przez ok. rok. Dziecko, widząc tatę, mówi TATA, a chcąc by podać mu lalę – mówi LALA. Jeśli mowa rozwija się prawidłowo roczne dziecko czynnie używa 3-5 słów. W tym czasie bardzo wiele już rozumie. Proszone np. by pokazało gdzie ma OKO / NOS / UCHO robi to chętnie, zwłaszcza gdy pięknie je za to pochwalimy i pokażemy mu jak bardzo się z tego cieszymy.

Od tego czasu rozwój mowy postępuje bardzo szybko. Często zamiast słów dziecko w tym czasie używa tzw. onomatopei czyli wyrazów dźwiękonaśladowczych, np. HAU HAU to *pies*, a BACH to *przewróciłem się lub...jajko na miękko*:). Pod koniec 2. roku życia dziecko wypowiada ze zrozumieniem ok. 300 słów. Wiele z nich ma postać bardzo uproszczoną; dziecko nie używa jeszcze odpowiednich form gramatycznych.



W drugim roku życia dziecka:

- Chwal dziecko i okazuj mu radość z postępów w rozwoju, bo to najważniejszy mechanizm stymulujący jego rozwój.
- Pamiętaj, że to co je Twoje dziecko ma związek z późniejszą wymową. Urozmaicaj dietę dziecka zgodnie z zaleceniami lekarza. Nie stosuj zbyt długo pokarmów o konsystencji półpłynnej i papkowatej. Niech dziecko ma okazję poznania różnych konsystencji pokarmu i różnych smaków. Niech stosownie do wieku uczy się odgryzać i przeżuwać – to bardzo dobre ćwiczenia dla jego warg, języka i żuchwy.
- Koniecznie pamiętaj o codziennym myciu ząbków i rób to delikatnie, ale dokładnie.
- Mów do dziecka wyraźnie (bez tzw. spieszczania) miłym głosem o tym, co dzieje się wokół niego, np. przygotowując posiłek mów: MAMA DA ZUPKĘ! MAMA NALEWA DO MISECZKI. O! ŁYŻKA! MAMA

MIESZA ZUPKĘ! UWAGA! GORĄCE! MAMA DMUCHA (podmucha na rączkę dziecka, aby zrozumiało co to znaczy). MAMA DAJE ZUPKĘ. ALE DOBRA ZUPKA (powiedz imię swojego dziecka) JE. PYCHA! MNIAM, MNIAM.

- W podobny sposób zachowuj się, gdy kąpiesz dziecko, gdy je ubierasz, gdy jesteś z nim na spacerze. Mów bardzo prostymi zdaniami o tym, co dziecko widzi i czego doświadcza.
- Absolutnie nie wyśmiewaj dziecinnej wymowy swojego dziecka – tę radę stosuj zawsze, niezależnie od wieku dziecka. To normalne, że wszystkie małe dzieci mówią inaczej niż dorośli. Ciesz się z tego, że Twoje dziecko komunikuje się z Tobą. Okazuj mu radość. Jeśli coś powie niewyraźnie to staraj się to zrozumieć i odpowiednio zareagować. Np. podczas spaceru widząc pieska Twoje dziecko mówi PE AU AU. Poparz na to, o czym mówi dziecko. Dodatkowo powiedz powoli: TAK. TO PIESEK. MÓWI HAU HAU -SZCZEKA. I jeśli jest taka możliwość dodaj jakąś informację na temat tego, co komunikuje Ci dziecko, np. ALE MACHA OGONKIEM. CIESZY SIĘ.
- W dalszym ciągu nie udostępniaj dziecku tableta ani smartfonu. Nawet jeśli Twój znajomi pozwalają na to swoim dzieciom twierdząc, że ich dzieci oglądają „bajki edukacyjne” Ty miej świadomość, że dziecko jest jeszcze na to za małe i że zdecydowanie bardziej mu to szkodzi niż pomaga. Gabinety logopedyczne pełne są tzw. „tabletowych dzieci”, które są wręcz uzależnione od tych urządzeń i potrzebują terapii, bo mają poważne trudności w rozwoju, właśnie dlatego, że za wcześnie pozwolono im korzystać z nowoczesnych technologii.

Pod koniec 2. roku życia dziecko zaczyna łączyć wyrazy tworząc **pierwsze zdania**, np. MATI AM (co oznacza: *Mateuszek chce jeść*). Czas między 2. i 3. urodzinami to **okres zdania**. Znacznie poszerza się zasób słów rozumianych, ale i używanych czynnie przez dziecko: 3-latek używa już ok. 1000 słów i buduje z nich coraz bardziej rozwinięte zdania. Stopniowo rozwijają się jego umiejętności w zakresie fleksji (fleksja – odmiana rzeczowników, czasowników, przymiotników i innych części mowy) i składni (składnia – łączenie wyrazów w dłuższe struktury – równoważniki i zdania). Dziecko mówi także coraz bardziej wyraźnie, chociaż jego wymowa znacznie jeszcze różni się od wymowy dorosłych – wielu głosek nie wypowiada lub zastępuje je łatwiejszymi, np. zamiast *krowa* powie KOWA lub KLOWA lub TLOWA. Około 3 r.ż. pojawia się tzw. okres pytań: dziecko pyta Cię o wiele spraw, często zadaje te same pytania wielokrotnie.



W trzecim roku życia:

- Wykorzystuj wszystkie naturalne sytuacje do rozwijania mowy Twojego dziecka. Gdy dziecko czegoś doświadcza – nazywaj to, tłumacz dziecku używając w miarę prostego języka.
- Nie denerwuj się, kiedy Twoje 3-letnie dziecko zadaje Ci po raz któryś to samo pytanie; cierpliwie udzielaj mu odpowiedzi 😊
- Każdego dnia przed snem czytaj mu przez minimum 15 minut.
- Rozmawiaj ze swoim dzieckiem, śpiewajcie wspólnie piosenki, uczcie się razem prostych wierszyków czy wyliczanek.
- Wymyślaj dla dziecka proste zabawy:
 - oddechowe – kup aparat do baniek mydlanych, wiatraczek albo kolorowe piórka i dmuchajcie na nie na spacerze lub w domu,
 - usprawniające aparat artykulacyjny (tj. wargi, język, żuchwę, podniebienie) – opowiedz dziecku historyjkę, np. o koniku, który powoli jechał pod górę i powoli stukał kopytkami (*wolno kląskajcie językiem*), potem parskął, bo był zadowolony (*wibrujcie wargami, tak jak parszający koń*), potem pan woźnica cmokał na konika (*cmokajcie kilka razy*), potem konik jechał szybko z górki i szybko stukał kopytkami (*szybko kląskajcie językiem*), potem znowu parskął... wymyślajcie różne wersje tej historyjki, albo twórzcie inne historyjki i w ten sposób ćwiczcie buzię dziecka, bo to polepszy jego wymowę,
 - słuchowe – zgromadź przedmioty wydające dźwięki, np. dwa drewniane klocki, kilka monet, butelkę z niewielką ilością wody, starą gazetę itp. Niech dziecko zakryje oczy lub odwróci się, a Ty: stukaj o siebie klockami, tocz monety po stole, potrząsaj butelką z wodą, drzyj gazetę. Niech dziecko rozpoznaje, co to za dźwięk. Zamieńcie się rolami – teraz niech dziecko wytwarza dźwięki, a Ty mów co słyszysz. To naprawdę fajna zabawa!
- Jeśli pozwalasz już dziecku oglądać bajki w telewizji, na komputerze lub tablecie, pamiętaj:
 - jednorazowo nie dłużej 15 minut i łącznie nie dłużej niż pół godziny dziennie,
 - nie przed samym snem,
 - oglądaj razem z dzieckiem, a potem porozmawiajcie o tym, co widzieliście,
 - wybieraj bajki, w których nie ma przemocy.

GDZIE NALEŻY SIĘ UDAĆ, ABY UZYSKAĆ POMOC?



Jeśli cokolwiek w rozwoju mowy Twojego dziecka niepokoi Cię – skontaktuj się z logopedą. Poproś lekarza pierwszego kontaktu o skierowanie do poradni logopedycznej i skorzystaj z bezpłatnych usług na przykład w Specjalistycznej Poradni Diagnostyki i Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży z Wadą Słuchu PZG w Krakowie.

Doktor nauk medycznych, specjalista alergolog, absolwent Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie. Należy do Towarzystwa Internistów Polskich, Polskiego Towarzystwa Alergologicznego oraz Europejskiej Akademii Alergologii i Immunologii Klinicznej (EAACI).

Diagnostyka alergologiczna

Alergia jest słowem pochodzącym z języka greckiego i oznacza „odmienną reakcję”. Jest to zatem nadmierna, nieprawidłowa reakcja układu odpornościowego organizmu na występujące w środowisku substancje zwane alergenami, które u osób zdrowych nie wywołują żadnych oznak uczulenia. Alergeny są zazwyczaj białkami wchodzącymi w skład komórek roślin lub zwierząt albo fragmentami substancji, takich jak niektóre leki czy lateks.

Większość ludzi ma co najmniej jedną reakcję alergiczną w ciągu swojego życia. Występowanie alergii stale się zwiększa. Obecnie na choroby alergiczne cierpi połowa Polaków, rośnie liczba chorych na astmę (w Polsce może chorować nawet 4 mln osób). Zwiększa się też liczba substancji wywołujących alergię, liczba znanych alergenów to już kilkadziesiąt tysięcy substancji.

W powstawaniu i rozwoju alergii i chorób alergicznych rolę odgrywa:

- tło genetyczne – od 40% do 80% alergików dziedziczy tzw. atopię czyli genetyczną predyspozycję do rozwoju nadwrażliwości na powszechnie występujące alergeny wziewne z udziałem IgE, inaczej skłonność do reagowania w sposób alergiczny. Jeżeli oboje rodzice mają alergię, dziecko najprawdopodobniej będzie alergikiem (prawdopodobieństwo ponad 60%),
- styl życia – nadmierna czystość eliminuje kontakt z czynnikami, które powstrzymywały przed rozwojem alergii, co tłumaczy rosnącą liczbę alergii w krajach rozwiniętych (tzw. teoria higieniczna alergii),
- czynniki środowiskowe – zanieczyszczenie środowiska, a zwłaszcza powietrza (dym papierosowy, spaliny i pyły), tworzywa sztuczne, pokarmy otrzymywane z wykorzystaniem czynników chemicznych. Ponadto zmiany klimatyczne wywołują zmiany w sezonie pylenia roślin, co nasila objawy u osób uczulonych na pyłki.



Wyróżnia się kilka typów reakcji alergicznych. Z klinicznego punktu widzenia najistotniejsze są alergia typu I (natychmiastowa, zależna od przeciwciał klasy IgE) – w tym mechanizmie na ogół dochodzi do rozwoju objawów po ekspozycji na alergeny wziewne i pokarmowe oraz typu IV (późna) – odpowiada za kontaktowe zapalenie skóry.

Najczęściej występujące alergeny inhalacyjne (dostające się do organizmu drogą wziewną) to:

- roztocza kurzu,
- pyłki roślin,
- sierści zwierząt,
- zarodniki grzybów pleśniowych.

Objawy alergii najczęściej dotyczą:

- nosa – świąd, kichanie, katar czyli objawy tzw. alergicznego nieżytu, czyli inaczej zapalenia śluzówki nosa,
- oczu – świąd, łzawienie, pieczenie to objawy tzw. alergicznego zapalenia spojówek,
- skóry – świąd, bąble to objawy pokrzywki, a suchość, szorstkość skóry, rumień, grudki na skórze to objawy wyprysku atopowego, inaczej atopowego zapalenia skóry lub alergicznego kontaktowego zapalenia skóry,
- dróg oddechowych – kaszel, świszczący oddech, duszność czyli objawy astmy,
- przewodu pokarmowego – nudności, bóle brzucha, biegunki, utrata masy ciała.

Te same alergeny mogą wywoływać różne objawy chorobowe. Objawy alergii mogą przypominać przeziębienie, podrażnienie skóry, zatrucia pokarmowe czy infekcyjny nieżyt nosa. Dlatego w każdym przypadku konieczna jest konsultacja alergologa, który za pomocą odpowiednich badań może ustalić charakter i przyczynę alergii.

Alergiczne reakcje ogólnoustrojowe są rzadkie i dotyczą zazwyczaj uczuleń na jady owadów błonkoskrzydłych (pszczoły, osy, szerszenie) ale mogą mieć miejsce po podaniu uczulającego pokarmu lub leku. Mają zazwyczaj charakter anafilaksji i mogą prowadzić do niewydolności oddechowej i krążeniowej. Przy braku odpowiedniej pomocy mogą zakończyć się zgonem.

Na ogół spotykane objawy najczęstszych rodzajów alergii to:

- alergia na roztocza objawiająca się uczuciem zatkania nosa po obudzeniu, spływaniem wydzieliny po tylnej ścianie gardła, zmianami wypryskowymi skóry,
- alergia na pyłki roślin powodująca napadowe kichanie, świąd nosa, katar surowiczy, łzawienie oczu, niekiedy zmiany wypryskowe na skórze,
- alergia na sierść zwierząt charakteryzująca się zaczerwienieniem i łzawieniem oczu, niekiedy występuje również katar i kichanie. Objawy mogą też pojawić się w reakcji na złuszczone naskórek, ślinę czy mocz zwierzęcia, dlatego występują nawet bez bezpośredniego kontaktu ze zwierzęciem, a np. z osobą, która ma zwierzę w swoim domu i przenosi alergen na ubraniu,
- alergia na pleśnie objawiająca się świszczącym oddechem, dusznościami, katarem, zatkaniem nosa,
- alergię pokarmową objawiającą się atopowym zapaleniem skóry, pokrzywką, nudnościami, bólami brzucha, biegunkami.



W przypadku nieleczenia (nie podjęcia odczulania) alergii wziewnej u dzieci, która już doprowadziła do objawów nieżyty nosa może dojść do rozwoju astmy (tzw. marsz alergiczny).

Choroby alergiczne

- **Alergiczny nieżyt nosa (ANN)**, czyli alergiczne zapalenie błony śluzowej nosa jest najczęstszą przewlekłą chorobą u dzieci. W jej rozwoju biorą udział przeciwciała klasy IgE dla pospolitych wziewnych alergenów środowiskowych (roztocza, pyłki, sierści, pleśnie). Może dotyczyć nawet ponad 50% dzieci, a badania wskazują, że częstość występowania ANN zwiększa się na całym świecie. U osób z ANN może rozwinąć się astma.
- **Alergiczne zapalenie spojówek** to choroba, która najczęściej ma takie samo podłoże jak astma alergiczna i alergiczny nieżyt nosa. Towarzyszy ok. 90% przypadków ANN.
- **Astma** jest przewlekłą (tzn. trwającą całe życie) chorobą zapalną dróg oddechowych. Objawami astmy mogą być świszczący oddech, duszność, uczucie ściskania w klatce piersiowej i kaszel, o zmiennej częstości i nasileniu oraz utrudnienie wydechu o zmiennym nasileniu, które często ustępują albo spontanicznie albo pod wpływem leczenia. Ograniczenie przepływu powietrza jest spowodowane przez: skurcz mięśni gładkich i obrzęk błony śluzowej oskrzeli, tworzenie czopów śluzowych, a z biegiem czasu także przez przebudowę ścian oskrzeli. Niekontrolowana astma może prowadzić nawet do śmierci.

Choroba może znacząco zakłócać zwykłą aktywność, istotnie wpływając na jakość życia. Atopia jest najczęściej wykrywanym czynnikiem predysponującym do rozwoju astmy, zwłaszcza u dzieci. Aktualnie najbardziej skutecznymi lekami przeciwzapalnymi stosowanymi w leczeniu przewlekłej astmy są wziewne kortykosteroidy.

- **Atopowe zapalenie skóry** jest najczęstszą przewlekłą zapalną chorobą. Atopowe zapalenie skóry jest często pierwszą chorobą z kręgu atopii, dlatego obserwuje się je u niemowląt. U większości dzieci ustępuje z wiekiem.
- **Alergie pokarmowe** czyli reakcje nadwrażliwości na pokarm, o udowodnionym mechanizmie immunologicznym, dotyczą 6% dzieci oraz 2-4% dorosłych. 220-250 milionów ludzi na całym świecie może mieć alergię pokarmową. Alergia pokarmowa istotnie wpływa na jakość życia (zwłaszcza dzieci). Na szczęście u części dzieci alergię pokarmową mijają wraz z wiekiem. Praktycznie każdy pokarm może powodować reakcję alergiczną. Objawy alergii pokarmowej mogą dotyczyć skóry (wysypka, świąd, pokrzywka), przewodu pokarmowego (nudności, wymioty, biegunka) czy układu oddechowego (duszności, kaszel, obrzęk krtani). Najbardziej skrajną odpowiedzią organizmu na alergen jest wstrząs anafilaktyczny, który może prowadzić do śmierci.



Pokarmy, które najczęściej wywołują niewłaściwą reakcję organizmu, decyzją Unii Europejskiej, muszą być wymieniane na opakowaniach produktów, jeśli są ich składnikami. Określenie „może zawierać” oznacza, że dany produkt mógł zostać „zanieczyszczony” alergenami w trakcie produkcji, np. orzechami.

- **Pokrzywka i obrzęk naczynioruchowy** – pokrzywka jest grupą chorób charakteryzującą się występowaniem bąbli (płaskich uniesień skóry utrzymujących się około 24 godzin) i/lub obrzękiem naczynioruchowym (obrzęk głębszych warstw skóry i błon śluzowych). Występują trzy główne typy: a) bąble pojawiające się spontanicznie w przebiegu ostrej lub przewlekłej pokrzywki, b) bąble i obrzęk naczynioruchowy wywoływane przez konkretne czynniki, szczególnie w pokrzywkach fizykalnych i c) inne zaburzenia pokrzywkowe, takie jak pokrzywka indukowana wysiłkiem. Pokrzywka jest częstym schorzeniem, a wskaźnik ogólnej częstości występowania w ciągu całego życia wynosi ponad 20%.
- **Alergia na leki** – niepożądane reakcje lekowe występują u prawie 1/10 światowej populacji i u prawie 20% wszystkich chorych hospitalizowanych. Ponad

10% niepożądanych reakcji lekowych stanowią nieprzewidywalne reakcje nadwrażliwości. Reakcje nadwrażliwości na leki dotyczą najczęściej antybiotyków, takich jak penicyliny, cefalosporyny i sulfonamidy oraz kwasu acetylosalicylowego i innych niesteroidowych leków przeciwzapalnych. Nadwrażliwość na leki może mieć ciężki przebieg, a nawet stanowić zagrożenie życia.

- **Alergia na jad owadów** błonkoskrzydłych stanowi problem u osób, u których występują uogólnione reakcje alergiczne (anafilaksja). Łagodne reakcje systemowe mogą ograniczać się jedynie do skóry jako nagły rumień twarzy, pokrzywka i obrzęk naczynioruchowy. Cięższe reakcje systemowe mogą wywoływać skurcz oskrzeli, obrzęk krtani i obniżenie ciśnienia tętniczego. Alergia na jad owadów błonkoskrzydłych może być przyczyną śmierci. Alergia ta może być skutecznie leczona immunoterapią.



Umiarkowany, kontrolowany wysiłek fizyczny jest korzystny dla chorujących na choroby alergiczne i powinien stanowić część terapii. Ciężki wysiłek fizyczny może wywołać lub nasilić wiele objawów alergicznych, takich jak skurcz oskrzeli, nieżyt nosa, pokrzywka-obrzęk naczynioruchowy i anafilaksja. Wszyscy uprawiający sport, jeśli mają objawy w trakcie wysiłku, powinni się zgłosić na badanie alergologiczne.

Wywiad lekarski pozwala uzyskać informacje na temat dotychczasowych objawów sugerujących tło alergiczne dolegliwości, ewentualnych innych chorób towarzyszących oraz występowania chorób alergicznych w rodzinie. Następnie pacjent kierowany jest na dalsze badania diagnostyczne.

Testy skórne są wstępną i najpopularniejszą metodą rozpoznania alergii. Wskazaniem do wykonania testów punktowych jest uzasadnione podejrzenie, że tłem dolegliwości jest alergia IgE-zależna. Przeprowadza je się poprzez nałożenie na skórę osoby badanej roztworu zawierającego odpowiednie alergeny (inhalacyjne bądź pokarmowe). Po nakłuciu skóry pacjenta roztwór wchodzi w reakcję z tkankami organizmu. Efekt w postaci bąbla pozwala podejrzewać alergię. Wyniki odczytuje się po 20 minutach. Istnienie bąbla o średnicy średnicy co najmniej 3 mm oznacza uczulenie na dany alergen. Testy skórne wykonuje się przy badaniu uczuleń na alergeny wziewne i pokarmowe. Są uznawane za bezpieczne i łatwe w wykonaniu.

Badanie krwi na obecność przeciwciał IgE specyficznych dla określonych alergenów jest innym badaniem pozwalającym na wykrycie alergii. Zwykle występuje

związek między objawami chorobowymi, dodatnimi wynikami testów skórnych i obecnością specyficznych dla danego alergenów przeciwciał IgE we krwi. Do badania nie trzeba być na czczo i nie ma konieczności odstawiania leków przeciwalergiczych, jak w przypadku testów skórnych.

Testy płatkowe to metoda pozwalająca na identyfikację substancji wywołujących kontaktowe zapalenie skóry. Badanie polega na przyłożeniu do pleców komórek testowych zawierających roztwory alergenów. Wyniki odczytuje się na ogół po 48 i 72 godzinach.

Pikflometria polega na wydychaniu strumienia powietrza w specjalny ustnik podłączony do aparatu mierzącego. Badanie pozwala ocenić tzw. szczytowy przepływ wydechowy.

Badanie spirometryczne (spirometria) polega ono na wykonywaniu pomiarów prędkości i objętości wdychanego i wydychanego powietrza w drogach oddechowych. W chorobach przebiegających ze zwężeniem oskrzeli, np. astmie, dochodzi zazwyczaj do zmniejszenia ilości powietrza wydychanego z maksymalnym natężeniem w ciągu pierwszej sekundy wydechu (FEV1). Po podaniu leków rozszerzających oskrzela w tzw. próbie rozkurczowej wartość ta ulega poprawie.

Diety eliminacyjne stosuje się w przypadku podejrzenia alergii pokarmowej w celu wykrycia substancji uczulającej. Polegają one na wykluczaniu z diety po kolei potraw podejrzanych o wywoływanie alergii. Brak reakcji alergicznej po usunięciu z diety danego pokarmu i ich wystąpienie po ponownym wprowadzeniu podejrzanego pokarmu świadczy o alergicznym wpływie tego pokarmu na chorego. U małych dzieci szczególnie częste jest uczulenie na białko mleka krowiego. U dorosłych w populacji europejskiej na pierwsze miejsce wysuwa się orzech laskowy.

Leczenie chorób alergicznych

Choroby alergiczne znacząco zmniejszają jakość życia. Dlatego by zapobiec dokuczliwym objawom stosuje się postępowanie profilaktyczne (usunięcie alergenów ze swojego otoczenia lub diety oraz jego unikanie na co dzień) i terapeutyczne (stosowanie leków mających na celu zmniejszenie dolegliwości reakcji alergicznych oraz immunoterapia swoista – odczulanie). Odczulanie polega na podawaniu przez 3-5 lat wzrastającej dawki alergenów tak, aby wytworzyć dla niego tolerancję.

U dzieci, których rodzice, dziadkowie lub rodzeństwo cierpią na chorobę alergiczną konieczne jest wykluczenie ekspozycji na dym tytoniowy, dzieci te powinny być karmione wyłącznie piersią do 4-6 miesięcy życia, należy też ograniczyć ekspozycję na alergeny, według zaleceń alergologa.

Niepodjęcie leczenia lub nieprzestrzeganie zaleceń alergologa może doprowadzić do nasilenia choroby alergicznej i konieczności przyjmowania leków w więk-

szych niż zazwyczaj dawkach, konieczne też mogą być dodatkowe wizyty, a nawet pobyt w szpitalu. U dzieci może dojść do zahamowania wzrostu i rozwoju. W szczególnych przypadkach brak leczenia może doprowadzić do zgonu.

GDZIE NALEŻY SIĘ UDAĆ, ABY UZYSKAĆ POMOC?



Podstawowych informacji dotyczących alergii i reakcji alergicznych uzyskasz od pediatry lub lekarza pierwszego kontaktu, który w razie potrzeby skieruje Cię do poradni alergologicznej.



Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej

30-529 Kraków
ul. Józefińska 14
tel: 12 616 54 27
faks: 12 616 54 28
www.krakow.pl



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego; Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój, Oś priorytetowa IV Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa, Działanie 4.3. Współpraca ponadnarodowa na podstawie umowy o dofinansowanie projektu podpisanej z Centrum Projektów Europejskich

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

