

DZIECKO ZDROWE

Opieka profilaktyczno-lecznicza nad dzieckiem

Mgr D. Staszewska-Kryślak

1

1. Pojęcie profilaktyki pierwszego (swoistej i nieswoistej), drugiego i trzeciego rzędu w pediatrii

- a. profilaktyka nieswoista w pediatrii:
 - -aktywność fizyczna,
 - -hartowanie organizmu,
 - -stwarzanie warunków do rozwoju psychospołecznego dziecka,
 - -edukacja zdrowotna dzieci, młodzieży i rodziców;
- b. profilaktyka swoista w pediatrii:
 - -profilaktyka zakażeń przedniego odcinka oka u noworodka,
 - -zapobieganie urazom, wypadkom i zatruciom,
 - -zmniejszenie ryzyka SIDS,
 - -zapobieganie krzywicy,
 - -zapobieganie zaburzeniom spowodowanym niedoborem jodu,
 - -zapobieganie wadom cewy nerwowej,
 - -zapobieganie próchnicy zębów i chorobom przyzębia,
 - -zapobieganie przedwczesnemu rozwojowi miażdżycy,
 - -zapobieganie używaniu przez młodzież środków uzależniających,
 - -zapobieganie otyłości.

2

- **Zdrowie**- efekt trosk o siebie i innych to dyscyplina, która łączy elementy nauk medycznych i pedagogicznych.
W Polsce jej podstawę stanowią wychowanie fizyczne i higiena szkolna.
Zdrowia jest to stan dobra fizycznego, psychicznego i społecznego samopoczucia, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności

3

Czynniki wpływające na zdrowie

- Styl życia i zachowania zdrowotne
 - Środowisko fizyczne i społeczne
 - Czynniki genetyczne
 - Służba zdrowia
- W porównaniu z innymi krajami młodzież szkolna w Polsce gorzej przestrzega swojego zdrowia. Lekarz, dentysta i pielęgniarka szkolna lub higienistka są odpowiedzialni za zdrowie i rozwój fizyczny dzieci, dbają o stan higieniczno-sanitarny.
- W odniesieniu do dzieci odpowiedzialność spoczywa na rodzicach. Zachowania zdrowotne można określić jako postępowanie i działania, które pośrednio lub bezpośrednio wpływają na zdrowie i samopoczucie człowieka: są to:
- Zachowanie sprzyjające zdrowiu (aktywność fizyczna, racjonalne żywienie, utrzymanie czystości ciała i otoczenia, zapewnienie bezpieczeństwa, utrzymanie właściwych relacji między ludźmi, radzenie sobie ze stresem).
 - Zachowanie szkodliwe dla zdrowia (antyzdrowotne, negatywne) palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu i innych środków uzależniających.
- Zachowania zdrowotne kształtują się przede wszystkim w okresie wzrastania i rozwoju dziecka.

4

Czynniki wpływające na kształtowanie się stylu życia i zachowań zdrowotnych

1. Czynniki związane ze środowiskiem fizycznym
2. Czynniki kulturowe
3. Wpływ grup ludzi- odgrywa rodzina szczególnie matka
4. Czynniki osobiste

5

- Profilaktyka to działania, których celem zapobieganie chorobom i innym zaburzeniom.

Wyróżnia się profilaktykę:
pierwotną
wtórną
profilaktykę trzeciorzędową.

6

Profilaktyka pierwotna

Obejmuje ona działania

- **Swoiste** – zapobieganie
 - chorobom zakaźnym- szczepienia
 - próchnicy zębów
 - krzywicy
 - nowotworom skóry
 - niedoczynności tarczycy
 - niedokrwistości
- **Nieswoiste** - nie ukierunkowane na konkretną chorobę
 - zwiększenie odporności organizmu ogólnej kondycji i sprawności
 - opóźnienie procesów starzenia się poprzez hartowanie, styl życia i zachowania
 - eliminowanie zagrożeń dla zdrowia
 - stworzenie dziecku warunków
 - wyposażenie człowieka w wiedzę

7

Profilaktyka wtórna

1. Testy przesiewowe
2. badania krwi i stawów biodrowych, wzroku, słuchu, układu ruch.
3. Profilaktyczne badania lekarskie

8

Profilaktyka trzeciorzędowa

1. Dotyczy ludzi przewlekle chorych i niepełnosprawnych. Ma na celu zapobieganie niepomyślnym następstwom chorób..
2. Zapobieganie rozwojowi wtórnego kalectwa społecznego.
3. Pomoc dziecku w utrzymaniu dobrej kondycji i samopoczucia.

9

Edukacja zdrowotna

- Edukacja zdrowotna jest podstawowym prawem każdego dziecka. Celem edukacji jest spowodowanie, aby uczeń nie tylko posiadał określoną wiedzę i umiejętności ale aby chciał i umiał z nich korzystać.
- 1 próchnica zębów
- 2. palenie tytoniu
- 3. otyłość

10

Zespołu nagłej śmierci łóżeczkowej, ang. *Sudden Infant Death Syndrome – SIDS*

- **Śmierć łóżeczkowa najczęściej występuje między 2. a 3. miesiącem życia dziecka.**
- Ryzyko wystąpienia śmierci łóżeczkowej jest większe (grupa ryzyka), gdy:
 - ciąża była powikłana chorobą matki (zakażenie, niedokrwistość, krwawienie)
 - dziecko urodziło się przedwcześnie (wcześniak) lub z małą urodzeniową masą ciała.

11

c.d - zasady

- a. Nie układaj swojego malucha do snu w pozycji na brzuchu. Zaobserwowano, że pozycja na brzuchu podczas snu niemowlęcia zwiększa ryzyko SIDS.
- b. Nie korzystaj z używanych materacyków do łóżeczka dziecka
- c. Nie przegrzewaj swojego dziecka - nie ubieraj go zbyt grubo i nie utrzymuj wysokiej temperatury w pokoju, w którym śpi.
- d. Nie śpij z małym dzieckiem w jednym łóżku. Do snu układaj dziecko w jego własnym łóżeczku.
- d. Nie pal tytoniu w ciąży i po urodzeniu dziecka ani nie pozwól nikomu palić w Waszym domu!
- e. Kiedy dziecko ukończy 6. tydzień życia, możesz mu podczas zasypiania podać smoczek-gryzak (zobacz: [Higiena jamy ustnej](#)).
- f. Nie używaj urządzeń do monitorowania oddechu Twojego zdrowego dziecka.

12

2. Żywnienie dzieci i młodzieży

- a. żywienie noworodków i niemowląt:
- karmienie naturalne: korzyści dla dziecka i matki, dieta matki karmiącej,
 - model żywienia niemowląt karmionych naturalnie,
 - model żywienia niemowląt karmionych sztucznie,
 - wymagania jakościowe stawiane produktom dla małych dzieci;
- b. normy i zasady racjonalnego żywienia dzieci:
- wpływ żywienia na zdrowie i rozwój dziecka,
 - normy żywieniowe w poszczególnych okresach rozwoju dziecka,
 - zasady racjonalnego żywienia dzieci i młodzieży (tzw. 4 U),
 - żywienie dzieci w wieku poniemowlęcym,
 - żywienie dzieci w wieku przedszkolnym,
 - żywienie dzieci w wieku szkolnym (piramida zdrowia);
- c. wymogi sanitarno-higieniczne dotyczące przechowywania żywności;
- d. zasady żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży.

13

3. Szczepienia ochronne u dzieci i młodzieży

- a. uodpornienie bierne i czynne, szczepienia obowiązkowe, w grupach ryzyka, zalecane i inne rodzaje szczepień;
- b. kalendarz szczepień:
- aktualny Kalendarz Szczepień Ochronnych w Polsce ogłoszony w formie Komunikatu Głównego
 - Inspektora Sanitarnego w Dzienniku Urzędowym Ministerstwa Zdrowia,
 - indywidualny kalendarz szczepień;
- c. ogólna charakterystyka szczepionek, surowic odpornościowych i immunoglobulin:
- podział szczepionek,
 - rodzaje, działanie i zastosowanie surowic odpornościowych,
 - rodzaje i zastosowanie immunoglobulin;
- d. odczyny i powikłania poszczepienne:
- odczyny miejscowe i uogólnione po szczepieniach, postępowanie,
 - powikłania poszczepienne, postępowanie,
 - niepożądane odczyny poszczepienne, których zgłaszanie jest zalecane przez WHO;
- e. zasady podawania, przechowywania i transportu szczepionek:

14

Szczepienia c.d

- wyposażenie gabinetu,
 - segregacja szczepionek w lodówce,
 - transport szczepionek w termotorbach;
- f. organizacja szczepień ochronnych w Polsce, ustawodawstwo:
- szczepienia obowiązkowe dzieci i młodzieży wg wieku, szczepienia zalecane, szczepienia osób narażonych na zakażenie w sposób szczególny,
 - wyposażenie gabinetu/punktu szczepień,
 - kwalifikacje kadry wykonującej szczepienie,
 - dokumentacja prowadzenia szczepień ochronnych w Polsce,
 - instytucje nadzorujące prowadzenie szczepień ochronnych,
 - aktualne uregulowania prawne w zakresie prowadzenia szczepień

15

4. Opieka nad noworodkiem zdrowym

- a. organizacja oddziałów położniczo-noworodkowych:
- system matka-dziecko, rooming-in,
 - wymogi dla Szpitala Przyjaznego Dziecku (inicjatywa WHO i UNICEF);
- b. ocena stanu noworodka po porodzie, fizjologia okresu noworodkowego:
- ocena stanu ogólnego noworodka z zastosowaniem skal,
 - zmiany adaptacyjne występujące w okresie noworodkowym,
 - odruchy noworodka,
 - testy przesiewowe,
 - szczepienia ochronne okresu noworodkowego;
- c. pielęgnowanie noworodka;
- d. edukacja rodziców w zakresie opieki nad zdrowym noworodkiem.

16

5. Rozwój dziecka

- a. pojęcia podstawowe (wzrastanie, dojrzewanie, różnicowanie, norma rozwojowa, akceleracja rozwoju);
- b. czynniki rozwoju: czynniki endogenne (genetyczne, paragenetyczne, hormony) i egzogenne (środowiskowe);
- c. etapy rozwoju dziecka;
- d. norma rozwojowa;
- e. metody oceny rozwoju fizycznego i psychomotorycznego: i psychicznego;
- f. metody wspomagania rozwoju dziecka;
- g. potrzeby dziecka zdrowego;
- h. skutki niezaspokożenia potrzeby bezpieczeństwa u dziecka

17

6. Opieka profilaktyczna nad dziećmi i młodzieżą

- a. opieka profilaktyczna w POZ (wizyty patronażowe z instruktą pielęgnowania i żywienia noworodka, niemowlęcia, testy przesiewowe u dzieci od 0 do 5. roku życia);
- b. zakres testów przesiewowych u dzieci i młodzieży szkolnej do wykrywania zaburzeń rozwoju fizycznego,
- narządu ruchu, wzroku, słuchu, podwyższonego ciśnienia krwi;
- c. zadania pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania

18

7. Wychowanie zdrowotne dzieci i młodzieży

- a. pojęcie zdrowia i zachowań prozdrowotnych w pediatrii oraz skutki niedostatków zachowań prozdrowotnych dla zdrowia dzieci i młodzieży:
- czynniki warunkujące zdrowie,
 - obszary niedostatków w zakresie zachowań zdrowotnych: nieracjonalne żywienie, mała aktywność fizyczna, niedostatki w zakresie higieny, niska odporność organizmu, używanie substancji psychoaktywnych, ryzykowne zachowania seksualne,
 - zagrożenia zdrowotne wynikające z niedostatków w zakresie zachowań prozdrowotnych: miażdżyca, nadwaga i otyłość, cukrzyca typu 1, wady i czynnościowe zaburzenia narządu ruchu, próchnica i choroby przyzębia, zatrucia, wypadki, uzależnienia, choroby zakaźne;
- b. zachowania zdrowotne dzieci i młodzieży szkolnej w Polsce i na świecie:
- zachowania prozdrowotne w zakresie zdrowia fizycznego, psychicznego
 - i społecznego,
 - dane statystyczne, epidemiologiczne oraz demograficzne Ministerstwa Zdrowia,
 - Instytutu Matki i Dziecka, Państwowego Zakładu Higieny i Głównego Urzędu Statystycznego
 - nad stanem zdrowia fizycznego dzieci 6-, 10-, 14-, 18-letnich;
- c. zasady wychowania zdrowotnego stosowane w pracy z dziećmi i młodzieżą:

19

Cd .

- osobowościowe uwarunkowania wychowania zdrowotnego dzieci i młodzieży: postawy, motyw, poziom wiedzy, przekonania, przyzwyczajenia, nawyki,
- etapy wychowania zdrowotnego w poszczególnych okresach rozwojowych,
- zasady edukacji zdrowotnej;
- d. program wychowania zdrowotnego w szkole oraz metody i formy oddziaływań edukacyjnych:
- cel wychowania zdrowotnego,
- tematyka edukacji prozdrowotnej w szkole zgodna z Narodowym Programem Zdrowia,
- oddziaływanie grupowe w wychowaniu zdrowotnym (nauczyciele, rodzice , dzieci/młodzież);
- e. wybrane zagadnienia z dydaktyki w odniesieniu do dzieci i młodzieży:
- program dydaktyczny,
- cele kształcenia,
- metody i środki audiowizualne,
- ewaluacja procesu dydaktycznego.

20

Do podstawowych zadań otwartej pediatrycznej opieki zdrowotnej należy:

- 1. patronaż domowy położnej (w pierwszych 6 tygodniach życia), względnie pielęgniarce środowiskowej, pediatrycznej,
- 2. pierwsza lekarska wizyta patronażowa (profilaktyczna) w domu noworodka,
- 3. lekarskie wizyty domowe u najmłodszych chorych dzieci,
- 4. udzielanie świadczeń zdrowotnych (w Poradni D i D1) w stosunku do Zdrowego i chorego dziecka oraz kontrola jego rozwoju,
- 5. szczepienia ochronne,
- 6. promocja zdrowia i propagowanie karmienia piersią,
- 7. prowadzenie profilaktyki wybranej patologii okresu niemowlęcego:
- Przeciw anemii, krzywicy, zaburzeniom w odżywianiu, chorobom zakaźnym
- 8 .prowadzenie czynnego poradnictwa na zasadach dyspensaryzacji

21

System (działania),w pediatrycznej opiece zdrowotnej :

1. Badania przesiewowe.
 2. Bilans zdrowia.
 3. Czynne poradnictwo na zasadach dyspensaryzacji.
- System ten pozwala na:
1. Ustalenie potrzeb zdrowotnych każdego dziecka.
 2. Podjęcie wczesnych działań profilaktyczno-leczniczych u tych dzieci, u których wykazano odchylenia od normy.
 3. Uzyskanie informacji epidemiologicznych o różnych stanach patologicznych w populacji wieku rozwojowego.
 4. Wczesne wykrywanie i leczenie stanów chorobowych, co jest podstawowym elementem ukierunkowanego profilaktycznego działania medycyny społecznej i wypróbowaną metodą wczesnej wykrywalności określonej patologii.

22

BADANIA PRZESIEWOWE

Polegają one na zastosowaniu odpowiednich testów, za pomocą których wykazuje się (lub nie) określoną (badaną) cechę u danego osobnika. Wynik badania może być rzeczywiście dodatni lub rzeczywiście ujemny, względnie fałszywie dodatni lub fałszywie ujemny. W tych ostatnich sytuacjach konieczne jest powtórzenie badania.

Test przesiewowy to wstępna identyfikacja nie rozpoznanych dotychczas chorób lub zaburzeń, stwierdzona w wyniku zastosowania szybkiej metody badania

.

23

W okresie noworodkowym stosuje się (przykładowo) następujące testy:

ocenę stanu ogólnego dziecka w skali Apgar, test na fenylketonurię, hipotyreozę czy mukowiscydozę; badania w kierunku wykrycia dysplazji stawów biodrowych, ocenę stanu neurologicznego, pomiary antropometryczne;

w późniejszym okresie ocenę wzroku, słuchu, jeszcze później ocenę wieku zębowego, mowy, postawy ciała, wieku płciowego, pomiar ciśnienia krwi

.

Zadaniem testów przesiewowych jest :

-dokonanie selekcji pozwalającej na dalsze postępowanie diagnostyczne dotyczące badanego.

-Potwierdzenie u podejrzanego osobnika(dodatni test przesiewowy) danej patologii włącza go do odpowiedniej grupy dyspensaryjnej

i skutkuje objęciem go czynnym poradnictwem i aktywnie ukierunkowaną działalnością profilaktyczno-leczniczą.

24

PORADNICTWO CZYNNE

Jest to metoda pediatrycznej opieki zdrowotnej, polegająca na aktywnym oddziaływaniu na prawidłowy rozwój dziecka i zapobieganiu patologicznym odchyleniom.

Głównymi problemami są tu:

- stosowanie prawidłowych metod karmienia – promocja karmienia piersią,
- stosowanie właściwych metod pielęgnacyjnych,
- terminowe przeprowadzanie szczepień ochronnych zgodnie z kalendarzem szczepień,
- objęcie pełną opieką profilaktyczno-lecniczą wybranych grup dzieci obciążonych najczęstszymi i najcięższymi patologiami, wymagających szczególnej opieki. Szacuje się, iż dzieci te stanowią 15-20% populacji wieku rozwojowego

25

BADANIA BILANSOWE

Obejmują one noworodki, dzieci i młodzież w wieku: 0, 2, 4, 6, 10, 13/14 i 18 lat.

W indywidualnym bilansie zdrowia i rozwoju uwzględnia się:

- wywiad lekarski dotyczący zdrowia badanego, jego rodziny i szeroko pojętego środowiska,
- analizę dokumentacji medycznej,
- wyniki testów przesiewowych,
- ocenę przeprowadzonych badań (klinicznego, fizykalnego, pomocniczych i specjalistycznych)

Podsumowaniem badania jest wniosek bilansowy, który obejmuje:

- ocenę rozwoju psychofizycznego,
- stwierdzoną patologię: wady, zaburzenia, choroby,
- kwalifikację do określonej grupy dyspenseryjnej,
- zalecenia i formy opieki, orzecznictwo na rzecz badanego, opieki zdrowotnej, szkoły, sportu, wychowania fizycznego i in.

Wyniki badania bilansowego powinny być odnotowane we właściwej dokumentacji medycznej. Wykazana u danego dziecka patologia kwalifikuje je do określonej grupy dyspenseryjnej.

26

GRUPY DYSPANSERYJNE

W populacji wieku rozwojowego obowiązują następujące grupy dyspenseryjne:

- zagrożenie okołoporodowe,
- wady wrodzone,
- przewlekłe zaburzenia odżywiania i stany niedoborowe,
- zaburzenia w rozwoju fizycznym i psychicznym,
- zaburzenia wzroku,
- patologia otolaryngologiczna,
- przewlekłe schorzenia układu oddechowego,
- choroby układu krążenia, choroba reumatyczna i tkanki łącznej,
- choroby układu moczowego,
- patologia narządu ruchu,
- pozostałe przewlekłe patologie wymagające czynnej opieki.

27

ETAPY OPIEKI CZYNNEJ

- proces rozpoznawania,
- proces zaprogramowania i realizacji działań profilaktyczno-lecniczo-rehabilitacyjnych,
- proces utrwalania uzyskanych efektów.

28

Poradnictwo czynne

Istotą czynnego poradnictwa jest aktywny stosunek pielęgniarki szkolnej oraz lekarza do problemów zdrowotnych ucznia, tzn. systematyczna, zaplanowana kontrola jego stanu zdrowia oraz udzielanie uczniom i ich rodzicom (opiekunom) odpowiednich porad i zaleceń. Czynne poradnictwo stanowi istotny element profilaktyki trzeciorzędowej (III fazy), której celem jest zapobieganie dalszym, niepożądanym skutkom chorób i niepełnosprawności.

Obejmuje ono następujące działania:

- Pomoc w radzeniu sobie z chorobą i zaakceptowaniu swego stanu;
- Pomoc w utrzymaniu dobrej kondycji fizycznej i samopoczucia, rozwijaniu funkcji kompensujących niepełnosprawność, kształtowanie umiejętności samooceny swego zdrowia, samopielęgnacji, rozwijanie zainteresowań i uzdolnień ułatwiających wybór zawodu i zwiększających szanse na aktywne i samodzielne życie społeczne;
- Przeciwstawianie izolacji społecznej, zepchnięcia na „margines”, prowadzącego do wtórnego kalektwa społecznego;
- Przywrócenie (np. rehabilitacja ruchowa) lub zastąpienie (proteza) uszkodzonych funkcji.

29

Podstawowe zadania pediatrycznej specjalistycznej opieki zdrowotnej

- udzielania wysoko specjalistycznych świadczeń profilaktyczno-lecniczych i rehabilitacyjnych w otwartej i zamkniętej opiece zdrowotnej,
- współdziałania w opiece zdrowotnej zamkniętej i otwartego lecznictwa pediatrycznego,
- działalności przeciwepidemicznej, naukowo-badawczej, metodyczno-organizacyjnej oraz w zakresie oświaty zdrowotnej.
Do neonatalnej opieki zdrowotnej należy realizacja zadań wynikających ze stopnia sprawowanej opieki, zawartych w programie Poprawy Opieki Perinatalnej (33). W ośrodkach II poziomu (wojewódzkich) do zadań opieki neonatologicznej należą:
 - świadczenia wysoko specjalistycznej opieki profilaktyczno-lecniczej i rehabilitacyjnej,
 - opieka specjalistyczna Poradni Patologii Noworodka,
 - transport noworodków karetką „N” „na siebie”, tzn. usytuowany na II lub III poziomie transport „N” przywozi do siebie noworodka z niższego poziomu, np. ze szpitala powiatowego do wojewódzkiego..

30

Struktura organizacyjna opieki zdrowotnej nad dzieckiem w Polsce:

Opiekę zdrowotną nad dziećmi pełnią publiczne i coraz powszechniejsze w opiece ambulatoryjnej **niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej stopnia podstawowego**, czyli prywatne placówki ochrony zdrowia.

W ramach organizacji ochrony zdrowia dzieci wyróżnić można działania:

- Profilaktyczne,
- Lecznicze,
- Korekcyjno-rehabilitacyjne.

Pediatryczne świadczenia zdrowotne mogą być realizowane w formie:

- **Ambulatoryjnej** (świadczenia podstawowe i specjalistyczne),
- **Szpitalnej** (stacjonarnej),
 - **Sanatoryjnej.**

31

Założenia racjonalnej restrukturyzacji w pediatrycznej ochronie zdrowia:

- **Opieka krótkoterminowa** (szpital dzienny),
- **Intensywna opieka** (stany ostre),
- **Opieka długoterminowa** (stany przewlekłe),
- **Opieka terminalna.**

Poziomy referencyjne pediatrycznych świadczeń zdrowotnych:

- **I - podstawowy** (lekarz pierwszego kontaktu). W zakresie POZ powinny mieścić się świadczenia profilaktyczne, diagnostyczno-lecznicze i rehabilitacyjne z dziedziny medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii.
- **II - Specjalistyczny** (poziom szpitala wojewódzkiego i poradnictwa specjalistycznego),
- **III - Wysoko specjalistyczny** (poziom kliniczny).

32

Opieka ambulatoryjna nad dzieckiem:

Podstawową jednostkę organizacyjną stanowi **poradnia D (dla dzieci zdrowych) i D₁ (dla dzieci chorych)**, obie prowadzone przez **tego samego lekarza** i funkcjonalnie ze sobą związane.

Głównym zadaniem poradni D jest **ochrona zdrowia wszystkich niemowląt** włączonych w rejon działania poradni oraz **profilaktyka chorób zakaźnych**.

Udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym leczniczych w stanach ostrych i przewlekłych, zarówno w poradni, jak i w domu chorego dziecka.

Prowadzenie poradnictwa czynnego (wczesna wykrywalność wad i zaburzeń rozwojowych na podstawie przeprowadzania testów przesiewowych oraz postępowanie poprzęsiewowe) w stosunku do dzieci z chorobami przewlekłymi.

33

Hospitalizacja dzieci:

W stanach wymagających hospitalizacji dzieci są leczone **na oddziałach dziecięcych szpitali ZOZ**, świadczących usługi na poziomie I stopnia referencyjności oraz w szpitalach wojewódzkich (**II poziom**) i w klinikach (**III poziom**), które zapewniają świadczenia diagnostyczno-lecznicze od podstawowych do wysoko specjalistycznych.

34

