

WYŻSZA SZKOŁA MEDYCZNA LZDZ w LEGNICY

**ACTA SCHOLAE SUPERIORIS
MEDICINAE LEGNICENSIS**

Nr 3/2008

Seria: Prace dyplomowe (3)

PRACA ZBIOROWA

**Aspekty pracy pielęgniarki
w opiece nad dziećmi**

LEGNICA 2008

Zespół redakcyjny serii:

dr Jolanta Bielawska
mgr Małgorzata Modl
mgr Danuta Wałęga-Szych
doc. dr Adam Klar
doc. dr Ryszard Pękała
mgr Aleksander Pękała

Redaktor tomu:

dr Jolanta Bielawska

SPIS TREŚCI

Słowo wstępne.....	5
Anna Szymula, <i>Jakość życia dzieci z astmą oskrzelową.</i> (Promotor: doc. dr nauk med. Jarosław Czeszejko-Sochacki)	7
Monika Kumaczek, <i>Rola i zadania pielęgniarki w procesie adaptacji dziecka do hospitalizacji.</i> (Promotor: mgr piel. Małgorzata Modl).....	15
Renata Modelska, <i>Rozwiązywanie problemów pielęgnacyjnych występujących u dzieci z wadami postawy na przykładzie Szpitala Uzdrawiskowego dla Dzieci w Cieplicach.</i> (Promotor: mgr piel. Małgorzata Modl).....	23
Dorota Anna Zajdel, <i>Opieka nad dziećmi niepełnosprawnymi intelektualnie w Domu Pomocy Społecznej w Legnicy.</i> (Promotor: dr nauk med. Jolanta Bielawska)	27
Jolanta Grzebyk, <i>Zmęczenie pracą czy wypalenie zawodowe na podstawie pracy pielęgniarek z oddziału pediatrycznego.</i> (Promotor: doc. dr nauk med. Jarosław Czeszejko-Sochacki)	37
Natalia Kaszuba, <i>Niedosluch przewodzeniowy u dzieci jako problem diagnostyczny i terapeutyczny.</i> (Promotor: mgr piel. Danuta Wałęga-Szych).....	43
Krystyna Górnisiewicz, <i>Zatrucia u dzieci hospitalizowanych w Oddziale Dziecięcym Szpitala Wojewódzkiego w Jeleniej Górze na przestrzeni lat 2005-2007.</i> (Promotor: doc. dr nauk med. Jarosław Czeszejko-Sochacki)	51
Irena Telega, <i>Alergia pokarmowa w okresie wczesnego dzieciństwa. Rola pielęgniarki w postępowaniu terapeutycznym i profilaktycznym.</i> (Promotor: prof. dr hab. nauk med. Józef Prandota)	63
Gabriela Dmytrzyk-Daniłów, <i>Świadomość zdrowotna rodziców dzieci w przedziale wiekowym 0-5 lat na temat możliwości uzupełniania obowiązkowego programu szczepień swojego dziecka. Rola pielęgniarki w realizacji szczepień zalecanych.</i> (Promotor: prof. dr hab. nauk med. Wojciech Mędrała)	69

Ewa Juraszek, <i>Nieswoiste zapalenia jelit u dzieci (praca kazuistyczna).</i> (Promotor: doc. dr nauk med. Jarosław Czeszejko-Sochacki)	89
Agnieszka Skonka, <i>Rola pielęgniarstwa w promowaniu zachowań prozdrowotnych u dzieci w wieku przedszkolnym.</i> (Promotor: doc. dr nauk med. Jarosław Czeszejko-Sochacki)	93
Renata Małecka, <i>Autyzm – inny świat. Rola rodziców w opiece i pielęgnacji oraz efektywność działań terapeutycznych i rehabilitacyjnych podejmowanych wobec dzieci z autyzmem.</i> (Promotor: dr nauk med. Jolanta Bielawska)	103
Ewa Bryłkowska, <i>Realizacja programu „10 kroków do udanego karmienia piersią” przez personel oddziału noworodkowego w opinii położnic.</i> (Promotor: dr nauk med. Jolanta Pietras).....	107
Joanna Wierzbęta, <i>Pielęgnacja i edukacja jako ważne aspekty w opiece nad dzieckiem z padaczką.</i> (Promotor: doc. dr nauk med. Jarosław Czeszejko-Sochacki)	113
Jolanta Czaplińska, <i>Wczesna diagnostyka i rehabilitacja dziecka z uszkodzeniem mózgu na przykładzie mózgowego porażenia dziecięcego.</i> (Promotor: doc. dr nauk med. Jarosław Czeszejko-Sochacki)	119

Słowo wstępne

Zmiany zachodzące w systemie ochrony zdrowia wpływają korzystnie na rozwój pielęgniarstwa. Obserwowane we współczesnym świecie presje i naciski aby świadczenia medyczne były na najwyższym poziomie efektywności i cechowała je skuteczność, dostępność powodują również okazywane zainteresowania powyższą problematyką przez pacjentów. Wymagana wiedza specjalistyczna od pielęgniarki na każdym stanowisku pracy wpływa korzystnie na podnoszenie przez nie kwalifikacji zawodowych. Kształcenie pielęgniarek na studiach pomostowych służy osiągnięciu europejskiego poziomu wykształcenia polskich pielęgniarek i uznania ich kwalifikacji zawodowych w krajach Unii Europejskiej. Studentki aktualizują posiadaną wiedzę medyczną we wszystkich dziedzinach pielęgniarstwa, a zwłaszcza w tych zgodnych z programem kształcenia. Potrzeba własnego rozwoju wpływa korzystnie na rozwój wykonywanego zawodu.

Liderzy pielęgniarstwa dostrzegają konieczność wykorzystywania badań empirycznych w swojej praktyce. Prace publikowane w tym zeszycie w większości wynikały z potrzeby doskonalenia własnej pracy, praktycznej aktywności na rzecz środowiska co bezpośrednio lub pośrednio wpływa na jakość opieki pielęgniarskiej.

Wieloaspektowość opieki nad dzieckiem wynika ze zróżnicowania zadań pielęgniarki ze względu na wiek (0-18 lat), jak również z występującej jednostki klinicznej.

Opieka nad dzieckiem, a szczególnie, nad małym i chorym wiąże się często z koniecznością leczenia stacjonarnego. Większość chorób, szczególnie przewlekłych zmusza do pobytu w placówkach ochrony zdrowia, w których są wykonywane zabiegi, badania przy użyciu aparatów i urządzeń medycznych budzących wśród dzieci strach, przerażenie i niepokój. W latach dziewięćdziesiątych otwarto drzwi szpitali dziecięcych dla rodziców i osób odwiedzających. Obecnie tylko 50% dzieci jest odwiedzanych przez rodziców lub przebywa razem z nimi w szpitalu. Aby zmienić tę sytuację, zarówno rodzice jak i cały personel medyczny powinni wyjść naprzeciw potrzebom dzieci i zachęcać osoby bliskie dziecku do przebywania razem z nim w szpitalu.

Edukacja zdrowotna jest nierozłącznym elementem wszystkich świadczeń zdrowotnych udzielanych przez pielęgniarkę. Nie ulega wątpliwości, że dzieciństwo i młodość to fazy życia, w których działania edukacyjne przynoszą najlepsze rezultaty. Prowadzenie edukacji w przedszkolu jest zadaniem wymagającym przygotowania merytorycznego, zastosowania odpowiednich i atrakcyjnych form, środków i metod.

Praca pielęgniarki z dzieckiem z zaburzeniami rozwoju, z porażeniem mózgowym, padaczką, autyzmem, jest ważna i niezastąpiona. W holistycznym podejściu do rehabilitacji i pielęgnacji dziecka bardzo ważna jest sfera zarówno psychofizyczna jak i uchwowa. Dzieci z niepełnosprawnością spotykamy w różnych miejscach, oprócz szpitala w środkach wychowawczych, gdzie trafiają dzieci, którym rodzice nie mogą lub nie chcą zapewnić prawidłowych warunków rozwoju. Często to właśnie pielęgniarka inicjuje, planuje i organizuje dzień dziecku. Musi wykazywać się niezwykłą cierpliwością i wyrozumiałością, odnosić się do dzieci z sercem i sympatią, a przy tym być stanowczą.

Pielęgniarka w środowisku zamieszkania powinna podejmować działania na rzecz wsparcia rodziny. Jest to wsparcie psychiczne, mające na celu łagodzenie stresu spowodowanego chorobą dziecka, podnoszenie motywacji do rehabilitacji.

Wsparcie opiekuńczo-wychowawcze polega na pomocy w pełnieniu opieki nad dzieckiem. Czasem istnieje także konieczność wsparcia socjalnego. Zadaniem pielęgniarki polega na pomocy rodzicom w dotarciu do odpowiednich instytucji, które udzielią takiego wsparcia. Codzienna opieka nad dzieckiem z upośledzeniem psychoruchowym jest bardzo wyczerpująca fizycznie i psychicznie.

Praca pielęgniarek często powoduje u nich zmęczenie i wywołuje stres. Zawód pielęgniarki zaliczanych jest do grupy wysokiego ryzyka wystąpienia wypalenia zawodowego. Wpływ na jego pojawienie się ma między innymi: praca zmianowa, nieregularny tryb życia, praca fizyczna przy zabiegach i kontakcie z pacjentem stwarzająca ryzyko zarażenia się, ogromna odpowiedzialność oraz świadomość skutków własnych błędów, złe warunki lokalowe, zbyt mała obsada pielęgniarska w stosunku do pacjentów, niskie zarobki niewspółmierne do wymagań zawodu i wysiłku wkładanego w jego wykonanie, niski status zawodowy, zła współpraca zespołu terapeutycznego oraz z pacjentem i jego rodziną, brak uznania. Wyniki badań w tej dziedzinie wskazują na duże możliwości personelu zarządzającego w rozładowaniu stresu, gdyż pielęgniarki pediatryczne są szczególnie narażone na jego występowanie.

Niniejszy tom jest trzecim z kolei wyborem prac licencjackich, które zostały napisane w ramach realizacji projektu nr Z/2.02/II/2.1/2/06 „Studia pomostowe dla dolnośląskich pielęgniarek” – zgodnie z priorytetem 2 – Wzmocnienie rozwoju zasobów ludzkich w regionach, oraz Działaniem 2.1 – Rozwój umiejętności powiązany z potrzebami regionalnego rynku pracy i możliwości kształcenia ustawicznego w regionie.

Tom ten zawiera piętnaście wybranych prac licencjackich, które można przypisać do kilku szczegółowych obszarów tematycznych. I tak:

Wieloaspektowości opieki nad dzieckiem dotyczą prace p. Ewy Bryłkowskiej, p. Gabrieli Dmytrzyk-Daniłow, p. Krystyny Górnisiewicz. Problemom opieki nad dzieckiem w warunkach szpitalnych poświęcone są prace p. Ewy Juraszek i p. Moniki Kumaczek. Szeroko rozumianą promocją prozdrowotną zajmuje się p. Agnieszka Skonka. Różnorodnym aspektem pracy pielęgniarki z dzieckiem z zaburzeniami rozwoju, z niepełnosprawnością udzieliły swoją uwagę p. Renata Małecka, p. Natalia Kaszuba, p. Renata Modelska, p. Jolanta Czaplńska oraz p. Dorota Anna Zajdel. Rolę pielęgniarki w środowisku zamieszkania małego pacjenta omawia p. Joanna Wierzbęta. Chorobom alergicznym u dzieci swoje prace poświęciły p. Anna Szymula i p. Irena Telega. Zagadnieniom zmęczenia i stresu pielęgniarki pediatrycznej swoją pracę poświęciła p. Jolanta Grzebyk.

Z uwagi na ograniczoną wielkość tomu oraz z chęcią przedstawienia jak największej liczby autorów, publikowane tutaj są jedynie fragmenty prac. Z tego też względu pominięto spisy treści oraz wykazy bibliograficzne, pominięto też odnośniki.

Anna Szymula

Jakość życia dzieci z astmą oskrzelową

(Promotor: doc. dr nauk med. Jarosław Czeszejko-Sochacki)

Wstęp

W krajach rozwiniętych astma oskrzelowa jest obecnie najczęściej występującą przewlekłą chorobą układu oddechowego u dzieci. Charakterystyczne objawy takie jak np. kaszel, świszczący oddech, uczucie duszności i ucisku w klatce piersiowej, będące wynikiem przewlekłego procesu zapalnego w drogach oddechowych i nadreaktywności oskrzeli, w znacznym stopniu wpływają na obniżenie aktywności fizycznej, stanu emocjonalnego, zwiększenie absencji w szkole oraz na gorsze wyniki w nauce osiągnięte przez dzieci chore.

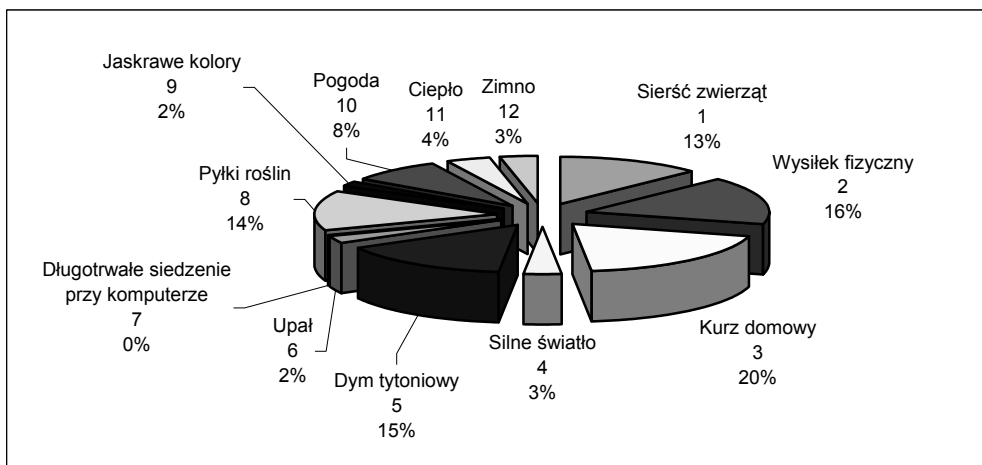
Cel i założenia pracy

Badanie przeprowadzono w Centrum Pulmonologii w Karpaczu i objęto nim trzydzieścioro dzieci chorych na astmę oskrzelową w wieku od 13 do 18 lat. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego przy użyciu techniki ankiety i analizy dokumentacji medycznej. Ankieta przeznaczona jest do samodzielnego wypełnienia przez dzieci. Zawiera pytania dotyczące znajomości objawów choroby, czynników wywołujących objawy chorobowe, częstość występowania dolegliwości nocnych duszności, wpływu objawów chorobowych na realizowanie codziennych obowiązków przez dziecko, częstość stosowania leków rozszerzających oskrzela, wysiłku fizycznego, subiektywnej oceny kontroli nad astmą.

Analiza systematyczna ankiety

Pierwsze pytanie ankiety dotyczy czynników, które zdaniem pacjenta mogą wywołać atak astmy oskrzelowej. Badani mieli możliwość wyboru więcej, niż jednej odpowiedzi, poprzez zaznaczanie „tak” lub „nie” w rubryce przypisanej danemu czynnikowi wywołującemu. Uzyskane wyniki przedstawione zostały na rys. 9.

Rys. 9. Czynniki wywołujące atak astmy oskrzelowej.

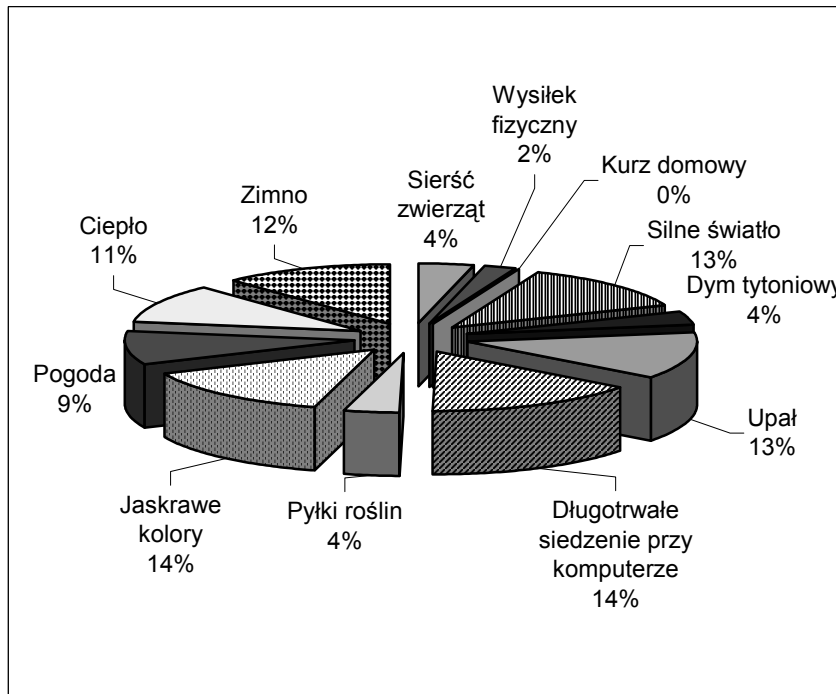


Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

20% ankieterów uważa, że jest to kurz domowy, 16% wysiłek fizyczny, 15% dym tytoniowy, 14% pyłki roślin, 13% sierść zwierząt, 8% pogoda, 4% ciepło, po 3% zimno i silne światło, 2% jaskrawe kolory i upał.

Analiza uzyskanych wyników pozwoliła również na wyodrębnienie czynników, które nie wpływają na występowanie ataku astmy.

Rys. 10. Czynniki, które nie wpływają na występowanie ataku astmy.



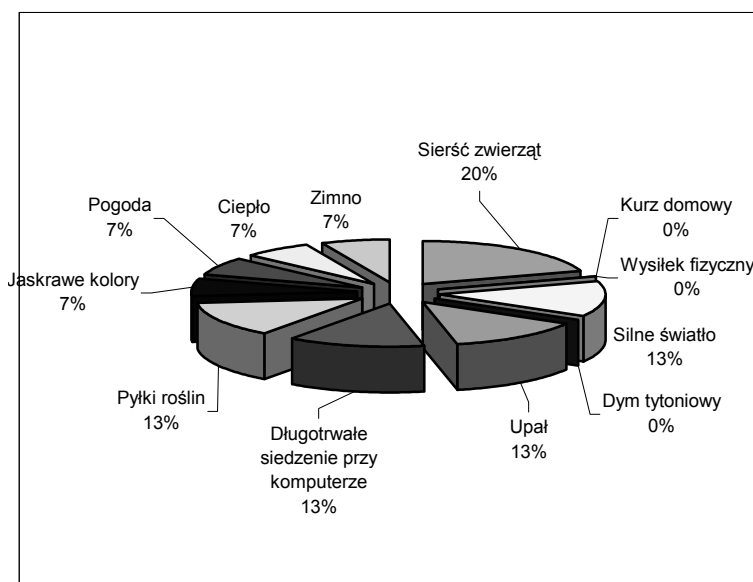
Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

14% ankietowanych uważa, że są to jaskrawe kolory i długie siedzenie przy komputerze, 13%, że to upał i silne światło, 12% jest zdania, że jest to zimno, 11% ciepło, 9% pogoda, 4% pyłki roślin i sierść zwierząt, a 2% uważa, że jest to dym papierosowy nie wywołują objawów astmy.

Wpływ niektórych czynników na wywoływanie ataków astmy pozostawał dla części uczestników badania niejasny – nie potrafili oni odpowiedzieć czy wpływa on istotnie na ich samopoczucie, czy też nie. Uzyskane odpowiedzi sklasyfikowane zostały na rys. 11.

Rysunek przedstawia zestawienie procentowe czynników, które jak twierdzą ankietowani nie wiedzą czy wywołują objawy astmy oskrzelowej czy też nie. 20% ankietowanych nie wie czy sierść zwierząt wywołuje objawy astmy, 13% nie wie czy jest to upał, długotrwałe siedzenie przy komputerze, czy pyłki roślin i 7% nie wie czy to są jaskrawe kolory, pogoda, ciepło, zimno.

Rys. 11. Czynniki o nieustalonym wpływie na występowanie ataków astmy.

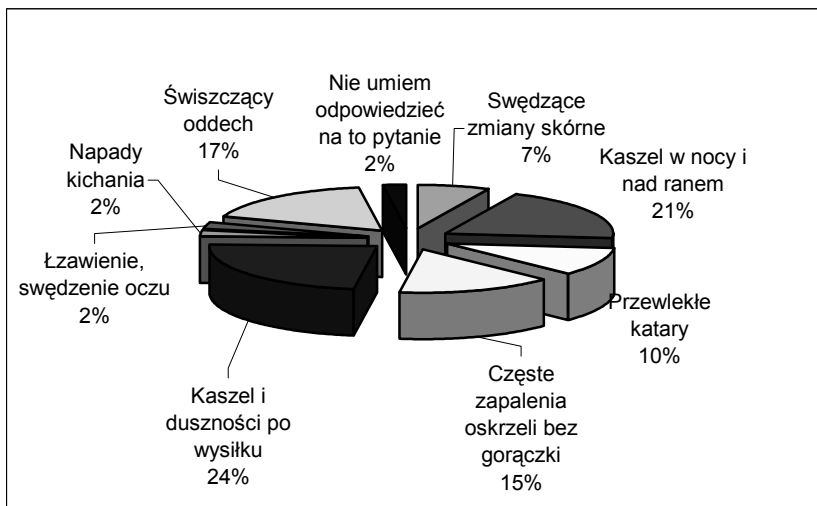


Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

W dalszej części ankietowani zostali zapytani o to, które z objawów świadczą o tym, że chorują oni na astmę oskrzelową – zaznaczano cztery najważniejsze objawy.

Kaszel i duszność po wysiłku według 24% ankietowanych dzieci jest typowym objawem charakterystycznym dla astmy, co piąte dziecko twierdzi, że jest to kaszel w nocy i nad ranem, 17% wskazuje na świszczący oddech, 15% częste zapalenia oskrzeli bez gorączki, 10% przewlekłe katary, 7% swędzące zmiany skórne i po 2% napady kichania, łzawienie, swędzenie oczu oraz 2% ankietowanych nie umiało odpowiedzieć na to pytanie. Schemat graficzny uzyskanych odpowiedzi przedstawiono na rys. 12.

Rys. 12. Najważniejsze objawy astmy oskrzelowej.

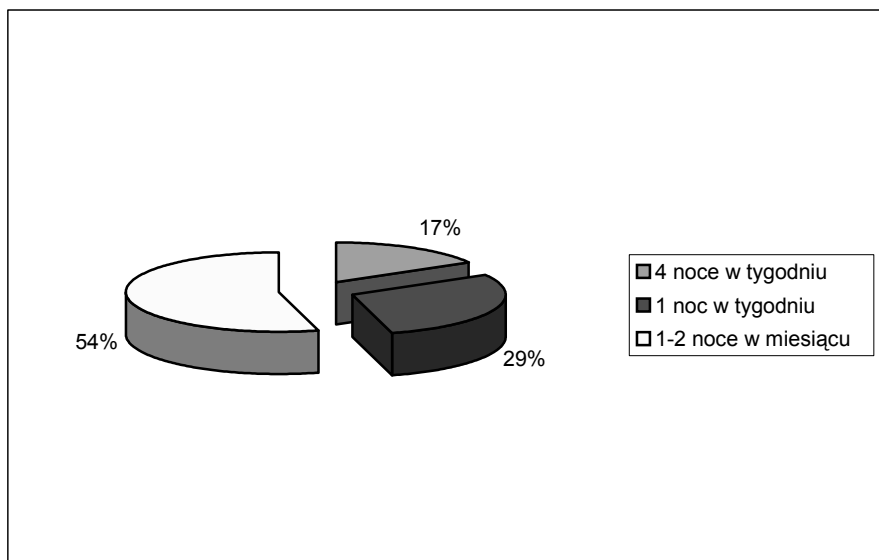


Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

W przypadku tego pytania, znajomość zagadnień dotyczących astmy przez dzieci zdaje się być znacząca. Prawdopodobnie wynika to z doświadczeń życiowych małych pacjentów.

Dzieci zostały również zapytane, czy z powodu dolegliwości astmatycznych budzą się w nocy (rys. 13).

Rys. 13. Jak często budzisz się w nocy z powodu dolegliwości astmatycznych?

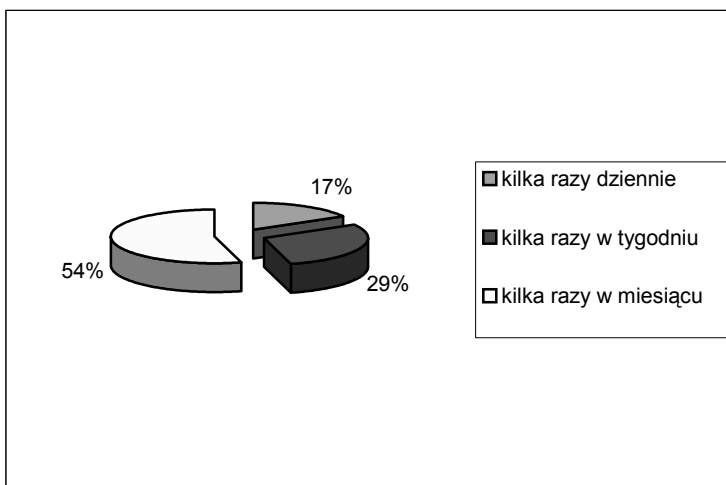


Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Odpowiedź na to pytanie, niestety nie daje optymistycznych wyników, ponieważ każde dziecko budzi się w nocy z powodu ataków kaszlu oraz duszności. Różna jest tylko częstotliwość nieprzespanych nocy. Na pytanie czy budzisz się z powodu dolegliwości astmatycznych w nocy, 54% ankietowanych dzieci budzi się 1-2 noce w miesiącu, 29% budzi się co najmniej 1 noc w tygodniu, a 17% ma zakłócony sen aż 4 noce w tygodniu. Jednakże ilość nieprzespanych przez dzieci nocy budzi niepokój, bowiem dostępne obecnie leki winny znacznie złagodzić dolegliwości i zmniejszyć liczbę nocnych ataków choroby. Być może przyczyną tak wysokiego odsetka dzieci budzących się w nocy jest również okoliczność, iż badanie zostało przeprowadzone w sanatorium, a regułą jest, iż na leczenie sanatoryjne kierowane są dzieci, których choroba jest w istotnym stopniu zaawansowana.

Leki rozszerzające oskrzela to dla małych pacjentów istotny element terapii – pozwalają one bowiem na skuteczne i stosunkowo szybkie przerwanie ataku duszności. Celem leczenia farmakologicznego jest likwidacja nocnych napadów duszności i zmniejszenie częstości dziennych objawów skurczu oskrzeli. W związku z tym ankietowani zostali poproszeni o udzielenie odpowiedzi na pytanie dotyczące częstotliwości używania przez nich leku zwężającego oskrzela (z grupy leków krótko działających). Uzyskane wyniki w sposób graficzny przedstawiono na rys. 14.

Rys. 14. Częstotliwość używania leków rozszerzających oskrzela.

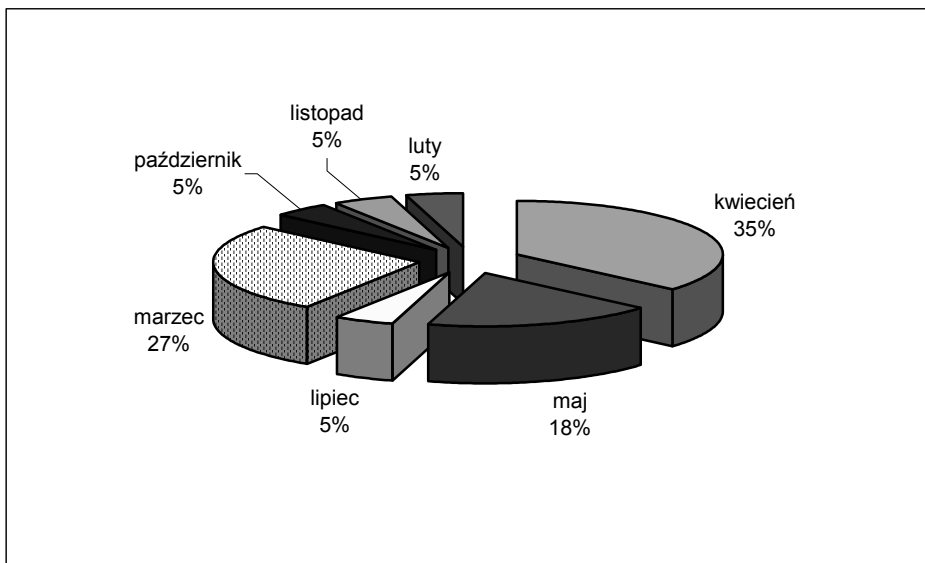


Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Również odpowiedź na to pytanie potwierdza, że większość z uczestników ankiety cierpi na zaawansowaną postać astmy, ponieważ co drugie dziecko używa leku rozszerzającego oskrzela kilka razy w miesiącu (54%), niemal co trzecie dziecko (29%) ma atak duszności kilka razy w tygodniu, zaś 17% dzieci korzysta z niego kilka razy dziennie.

W związku z faktem, iż jedną z przyczyn wywołujących ataki astmy są alergeny, badani zostali zapytani o to, w którym miesiącu pojawiają się u nich zwykle objawy chorobowe (duszność, suchy kaszel, świszczący oddech)? Klasyfikacja odpowiedzi została zawarta na rys. 15.

Rys. 15. Miesiące, w których występuje nasilenie choroby.

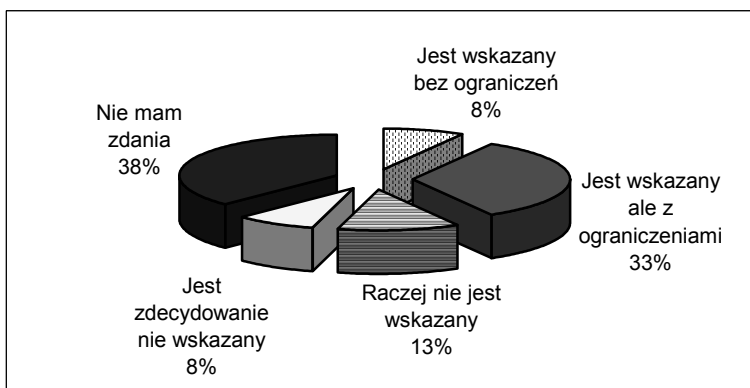


Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Według ankietowanych porą roku, kiedy objawy choroby zaczynają się nasilać jest wiosna – wtedy występują objawy chorobowe u 80% badanych. Miesiącem, w którym duszność, suchy kaszel i świszczący oddech osiągają swoje apogeum jest kwiecień. Objawy chorobowe odczuwa wtedy aż 35% dzieci. Nieco lepiej sytuacja wygląda w maju, kiedy astmę zaczyna odczuwać 18% chorych, zaś w kolejnych miesiącach objawy astmy występują u 5% badanych pensjonariuszy.

Kwestią wciąż frapująca wielu rodziców dzieci z astmą oskrzelową, jest wysiłek fizyczny. Większość z nich obawiając się nadmiernego zmęczenia i wywołania w ten sposób ataku astmy, stara się nie dopuścić by dziecko brało czynny udział w szkolnych lekcjach wychowania fizycznego a także ogranicza aktywność ruchową pociech również poza szkołą. Jednak obecny stan wiedzy o chorobie eliminuje te obawy. Dlatego też w ankiecie postawiono pytanie: czy Twoim zdaniem wysiłek fizyczny jest wskazany dla dziecka chorego na astmą oskrzelową?

Rys. 16. Wskazania do uprawiania sportu dla dziecka chorego na astmą oskrzelową.



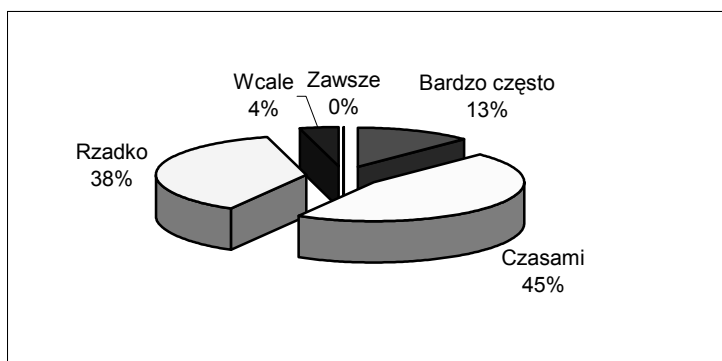
Źródło: opracowanie własne.

Na pytanie czy Twoim zdaniem wysiłek fizyczny jest wskazany dla dziecka chorego na astmą oskrzelową, 38% ankietowanych nie miało zdania na ten temat, 33% uważa, że wysiłek fizyczny jest wskazany ale z ograniczeniami, 13% twierdzi, że raczej nie jest wskazany i po 8% ankietowanych odpowiedziało, że jest wskazany bez ograniczeń i że jest zdecydowanie nie wskazany.

Odpowiedzi te sugerują, iż dzieciom brakuje odpowiedniej wiedzy w tym zakresie, choć co trzecie dziecko jest świadome pewnych ograniczeń (33%). Uzyskane odpowiedzi przedstawiono na rys. 16.

Właściwie kontrolowana choroba pozwala na normalne prowadzenie codziennego życia, nie powoduje zwiększonej absencji w szkole ani nie ogranicza wykonywania zwykłych czynności.

Rys. 17. Częstotliwość występowania ograniczeń w życiu codziennym spowodowanych astmą.

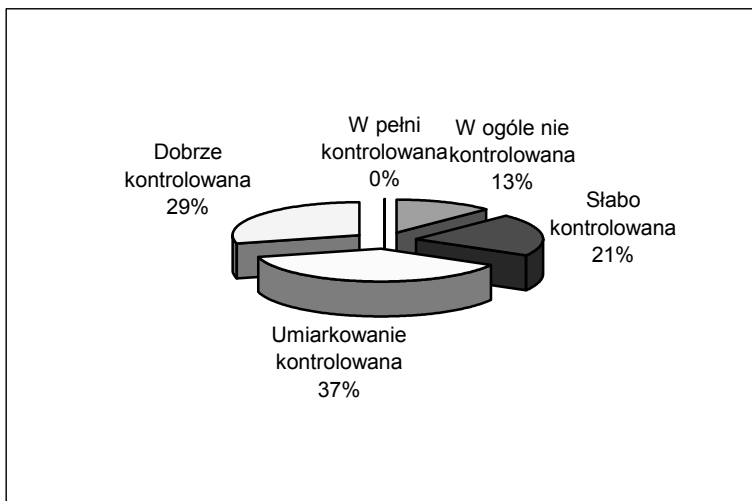


Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Na pytanie, jak często astma powstrzymuje Cię od wykonywania zwykłych czynności w domu i szkole 45% ankietowanych dzieci odpowiada, że tylko czasami, 38% twierdzi, że rzadko choroba absorbuje ich od zwykłych zajęć, 13% stwierdziło, że bardzo często z powodu ataków astmy nie może wykonywać podstawowych czynności. Natomiast 4% ankietowanych odpowiedziało, że astma wcale nie powstrzymuje ich od wykonywania zwykłych czynności.

Jak już wspomniano, celem leczenia astmy oskrzelowej jest uzyskanie ograniczenie i wyeliminowanie występowania ataków choroby. Im więcej chorzy wiedzą o chorobie i możliwości ograniczenia narażenia na czynniki powodujące zaostrzenie i utrzymywanie się objawów choroby, tym mniej prawdopodobne, że choroba będzie wpływała na życie chorego w negatywny sposób. Możliwość ograniczenia ekspozycji wpływa zatem na kontrolowanie astmy przez chorego. Kwestie związane z tą kontrolą były przedmiotem kolejnego pytania.

Rys. 18. Poziom kontrolowania astmy.



Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Zgodnie z danymi przedstawionymi na powyższym rysunku, 37% ankietowanych ocenia swoją kontrolę nad chorobą na umiarkowanie kontrolowaną, 29% na dobrze kontrolowaną, 21% na słabo kontrolowaną a 13% w ogóle nie kontroluje swojej choroby.

Wyniki badań

1. Badania pokazały, że połowa ankietowanych skarży się na duszność nocną kilka razy w miesiącu, co trzecie dziecko budzi się w nocy co najmniej raz w tygodniu, a co szóste ma zakłócony sen aż 4 razy w tygodniu.
2. Co drugie dziecko chore na astmę używa leku rozszerzającego oskrzela (krótko działających b-agonistów np. Salbutamol, Berotek, Ventolin), kilka razy w miesiącu, co trzecie dziecko potrzebuje go stosować kilka razy w tygodniu a co szóste korzysta z niego kilka razy dziennie.
3. Podstawowe objawy astmy (duszność, suchy kaszel, świszczący oddech) pojawiają się najczęściej wiosną, ankietowani wskazują tu na kwiecień i marzec.
4. Badania jednoznacznie przedstawiają, iż najczęstszymi objawami astmy u dzieci to kaszel i duszność po wysiłku oraz kaszel w nocy i nad ranem.
5. Pojęcie wysiłku fizycznego u większości dzieci budzi mieszane uczucia. Wskazują na powstrzymywanie się od wysiłku fizycznego, warto również podkreślić, że prawie połowa ankietowanych nie miała zdania na ten temat.
6. Dzieci oceniają, że umiarkowanie i dobrze kontrolują swoją chorobę.
7. Potrafią rozpoznać i znają czynniki odpowiedzialne za wywołanie objawów astmy.

Monika Kumaczek

Rola i zadania pielęgniarki w procesie adaptacji dziecka do hospitalizacji

(Promotor: mgr piel. Małgorzata Modl)

Środowisko szpitalne ubezwłasnowolnia dziecko, pozbawiając je wszelkich ról i pozycji społecznych, jakie dotąd pełniło i czyniąc je pacjentem podporządkowanym decyzjom personelu medycznego. Samopoczucie chorego dziecka, które weszło w rolę pacjenta szpitala, jest całkowicie zależne od całokształtu stosunków psychospołecznych istniejących w społeczności szpitala. Choremu dziecku trudno jest zrozumieć, dlaczego szpital skazuje go na lęk, ból, cierpienie i samotność. Aby zaradzić tej sytuacji, rodzice, jak i cały personel medyczny powinni wyjść dziecku naprzeciw i pomóc w przystosowaniu się do warunków szpitalnych.

Przedmiotowe traktowanie dziecka w szpitalu, koncentracja tylko na jego chorobie i stosowanych zabiegach wywołuje u niego stan przygnębienia i niepokoju. Zdarza się także niekiedy brutalne przełamanie oporu dziecka przerażonego przykrym zabiegiem lub ujawniającego różne zaburzenia wegetatywne na tle złej adaptacji do szpitala, jak brak apetytu, zaburzenia snu, ataki płaczu lub agresji. Pobyt w szpitalu kojarzy się dziecku z odrzuceniem, karą, brakiem akceptacji i zrozumienia.

Oddziały dziecięce powinny być wyposażone w zabawki oraz pomoce do różnych zajęć, odpowiednie do wieku dziecka i jego możliwości wysiłkowych związanych z chorobą i stosowanym leczeniem. Dziecko powinno mieć w szpitalu zabawkę, grę, którą najbardziej lubi, która jest jego własnością. Tak niewiele trzeba, aby dostarczyć dziecku odrobinę radości i złagodzić skutki hospitalizacji. Dziecko powinno mieć zaufanie do personelu medycznego, czuć, że jest lubiane i rozumiane, wierzyć, że pielęgniarka uczyni wszystko, aby zmniejszyć jego cierpienie, lęk i samotność.

Płacz, który jest najczęstszą reakcją na lęk u dziecka, nie można powstrzymać, ale nie można też pozostać bezczynnym. Wskazane są wtedy wszystkie gesty emocjonalnego wsparcia, to jest: przytulanie, głaskanie, branie dziecka na ręce. Zdarza się, że takie zachowanie może spowodować nasilenie płaczu u dziecka, ale należy je potraktować jako oczyszczające, a w efekcie uspokajające przeżycie.

Pamiętać należy, że chore dziecko, jeśli jest właściwie prowadzone pod względem opieki psychicznej, gdy czuje się kochane, akceptowane, doznaje rozładowania przeżywanego smutku i złagodzenia cierpienia, to sam proces adaptacji do środowiska szpitalnego może przebiegać szybciej i mniej boleśnie.

Cel pracy

Określenie, jakie występują trudności adaptacyjne u dzieci hospitalizowanych oraz od jakich czynników proces ten jest uzależniony.

Określenie, w jaki sposób personel pielęgniarski ma znaczący wpływ na przebieg adaptacji dziecka w szpitalu

Metoda i grupy badane

Centralnym punktem badań psychologicznych, na których opierają się obserwacje przytaczane w tej pracy stają się dziś nie procesy psychiczne jako zjawiska danych w introspekcji, ale zachowanie się, z którego dopiero wysnuwa się pośrednie wnioski o życiu psychicznym. Ocena zachowania u dzieci do 6 roku, hospitalizowanych z powodu chorób układu oddechowego jedno- lub wielokrotnie, w porównaniu z ankietą prowadzoną u pielęgniarek prowadzących opiekę i uczestniczących w procesie terapeutycznym pozwoliło na wysunięcie wniosków zawartych w postulowanym programie działań.

Do metod zdobywania wiedzy o wychowanku lub grupie wykorzystano obserwację. Natomiast do oceny roli pielęgniarki w procesie adaptacji dziecka do hospitalizacji wykorzystano ankietę.

Badania przeprowadzono w jednym z oddziałów dziecięcych w województwie dolnośląskim.

Badaniu poddano sześćdziesięcioro dzieci:

1. dwadzieścioro dzieci w wieku niemowlęcym,
2. dwadzieścioro dzieci w wieku poniemowlęcym,
3. dwadzieścioro dzieci w wieku przedszkolnym.

Przeprowadzając badania nad trudnościami w procesie adaptacji do nowych warunków, określono kilka kryteriów badawczych.

W badaniach brano pod uwagę: wiek dziecka, kolejność pobytu dziecka w badanej placówce, odwiedziny dzieci przez rodziców, jakie trudności adaptacyjne były najczęściej dostrzegane u dzieci odwiedzanych i nie odwiedzanych przez rodziców oraz czas trwania trudności adaptacyjnych.

Ocenę trudności adaptacyjnych dokonano na podstawie przeprowadzonych obserwacji zachowań wybranych dzieci do badań w danych grupach wiekowych w aspekcie wyżej wymienionych kryteriów.

W badaniach nad rolą i zadaniami pielęgniarki w procesie adaptacji dziecka do hospitalizacji uczestniczyły 24 pielęgniarki.

Charakterystyka grupy pielęgniarek.

W grupie 24 badanych pielęgniarek najwięcej, bo 15 było w przedziale wiekowym 36-40 lat, 4 osoby były w przedziale wiekowym 31-35 lat, 3 osoby w wieku 41-45 lat i 2 powyżej 46 lat.

Spośród wypełniających ankietę 20 osób (83,3%) zadeklarowało wykształcenie średnie, 3 osoby (12,5%) – wykształcenie wyższe licencjackie, 1 osoba (4,2%) podała, że posiada specjalizację z pielęgniarstwa pediatrycznego.

Powszechnie uważa się, że pielęgniarka z 5-letnim stażem pracy jest osobą z dużym doświadczeniem zawodowym. 8 respondentek podało, że pracuje na oddziale pediatrycznym 16 lat i więcej (33,3%), jedna osoba około 4-6 lat, 4 pielęgniarki przepracowały w zawodzie już 7-9 lat, oraz tyle samo 10-15 lat. Ankietowanych z krótszym doświadczeniem zawodowym niż 5 lat było 7: mniej niż jeden rok przepracowało 5 osób, i dwie około 1-3 lata.

Wyniki

Tabela 4. Przejawy trudności adaptacyjnych wśród dzieci hospitalizowanych

Odpowiedź	Ogółem		Wiek niemowlęcy		Wiek poniemowlęcy		Wiek przedszkolny	
	Bada-nych N=60	%	Bada-nych N=20	%	Bada-nych N=20	%	Bada-nych N=20	%
Brak przejawów trudności adaptacyjnych	11	18,3%	6	30%	2	10%	3	15%
Występowanie przejawów trudności adaptacyjnych	49	81,7%	14	70%	18	90%	17	85%

Z analizy przedstawionych wyników badań zawartych w tabeli nr 4 wynika, że tylko 18,3 % badanych dzieci nie wykazało przejawów trudności adaptacyjnych, natomiast 81,7 % dzieci takie trudności wykazała. Różnice występowały w poszczególnych grupach wiekowych, ponieważ u 25% dzieci w wieku przedszkolnym będących po raz kolejny w szpitalu nie obserwowano przejawów trudności adaptacyjnych.

Ocenione trudności adaptacyjne dzieci w tej obserwacji związane były z licznymi objawami psychosomatycznymi ujętymi w tabeli 5.

Tabela 5. Najczęstsze przejawy trudności adaptacyjnych u badanych dzieci

Odpowiedź	Ogółem		Wiek niemowlęcy		Wiek poniemowlęcy		Wiek przedszkolny	
	Bada-nych N=60	%	Bada-nych N=20	%	Bada-nych N=20	%	Bada-nych N=20	%
Apatia	49	81,6	14	70	18	90	17	85
Brak apetytu	41	68,3	8	40	18	90	15	75
Zwiększona płaczliwość	34	56,6	14	70	12	60	8	40
Obojętność	26	43,3	2	10	13	65	11	55
Niepokój	49	81,6	14	70	18	90	17	85
Moczenie nocne	8	13,3	-	0	7	35	1	5
Niechęć do zabawy	32	53,3	11	55	16	80	5	25
Lęk	37	61,6	9	45	18	90	10	50
Bierność	18	30,0	-	0	13	65	5	25
Bezsensowność	28	46,6	12	60	12	60	4	20
Pogorszenie stanu zdrowia	20	33,3	11	55	7	35	2	10
Agresja	7	11,6	-	0	4	20	3	15
Histeryczny płacz	26	43,3	14	70	10	50	2	10

Z analizy zebranych wyników badań przedstawionych w tabeli 5 wynika, że najczęściej występującym przejawem trudności adaptacyjnych do hospitalizacji jest apatia i niepokój, które występują u 81,6% badanych dzieci, w tym w grupie niemowlęcej stanowią 70%, u dzieci w wieku poniemowlęcym aż 90% oraz w wieku przedszkolnym 85%. Przypuszczam, że trudności te spowodowane były bezsilnością dzieci wobec zaistniałej sytuacji, po fazie protestu nastąpiła faza rozpacz, dla której charakterystyczna jest apatia i bierność.

Najczęściej obserwowanym objawem niedostosowania w grupie poniemowlęcej jest również brak apetytu, niepokój i lęk, objawy te stanowią 90%.

Wpływ personelu pielęgniarskiego na proces adaptacji dziecka do szpitala na przykładzie badań własnych.

Prawidłowy udział personelu pielęgniarskiego w procesie opiekuńczo-pielęgnacyjno-terapeutycznym opierać się powinien na wiedzy i doświadczeniu zespołu. Dla określenia roli pielęgniarek w procesie adaptacji, przystosowania się dzieci małych do warunków leczenia stacjonarnego zadano grupie badanej wiele pytań:

1. Czy pielęgniarki uważają, że pobyt rodzica przy dziecku wpływa pozytywnie na przebieg hospitalizacji?
2. Czy pielęgniarki edukują rodziców o konieczności pobytu razem z dzieckiem w szpitalu?
3. Czy pielęgniarki uważają, że rodzic powinien być obecny w trakcie wykonywania zabiegów inwazyjnych u dziecka?
4. Czy zabiegi inwazyjne powinny być wykonane w dniu przyjęcia dziecka?
5. Czy pielęgniarki nawiązują z dzieckiem w trakcie przyjęcia kontakt emocjonalny?
6. Czy pielęgniarki używają odpowiednich określeń dla wieku dziecka, przy wykonywaniu zabiegów?
7. Czy pielęgniarki używają zabawek w celu wytłumaczenia przebiegu zabiegu wykonywanego u dziecka?
8. Czy pielęgniarki respektują sugestie dziecka?
9. Czy pielęgniarki kontynuują domowe rytuały dziecka?
10. Czy pielęgniarki przy przyjęciu zapoznają dziecko z personelem i innymi dziećmi?
11. Czy pielęgniarki stosują różnego rodzaju formy emocjonalnego wsparcia tj. głaskanie, przytulanie?
12. Czy pielęgniarki pozwalają przynieść dziecku do szpitala jego ulubioną zabawkę?
13. Czy podczas dyżuru pielęgniarki opiekują się w miarę możliwości poszczególnym dzieckiem?
14. Czy pielęgniarki stosują różne formy aktywności psychoruchowej u dzieci tj. organizowanie różnego rodzaju zabaw, czytanie bajek?
15. Czy pielęgniarki uważają, że mają znaczący wpływ na przebieg procesu adaptacji dziecka do szpitala?
16. Czy pielęgniarki znają objawy trudności adaptacyjnych u dzieci hospitalizowanych?

Interpretacja odpowiedzi na zadane pytania nasuwa następujące wnioski:

- Zdecydowana większość personelu pielęgniarskiego 83,3%, uważa, że rodzice mają decydujący wpływ na zmniejszenie przejawów trudności adaptacyjnych u dziecka, mimo

tego ponad połowa personelu (58,4%) nie namawia rodziców na pozostanie z dzieckiem w szpitalu. Również zdecydowana większość pielęgniarek (83,4%) jest przeciwna, aby zabiegi inwazyjne były wykonywane u dziecka w obecności rodzica. Natomiast jeśli chodzi o wykonywanie zabiegów inwazyjnych w dniu przyjęcia dziecka w oddział, 75% ankietowanych jest przeciwna.

- Kontakt emocjonalny z dzieckiem w dniu przyjęcia potrafi nawiązać 63,5% pielęgniarek, natomiast wszystkie pielęgniarki uważają, że używają odpowiednich określeń dla wieku dziecka do wytłumaczenia przebiegu zabiegu, jednak tylko 41,6% używa do tego celu różnego rodzaju zabawek, pluszaków.
- 100% badanych pielęgniarek nagradza dzieci za odwagę po wykonaniu zabiegu, ale tylko 58,3% pielęgniarek uważa, że respektuje sugestie dziecka. Na kontynuację domowych rytuałów zezwala dziecku 75% respondentek.
- Nie wszystkie pielęgniarki w dniu przyjęcia zapoznają dziecko z personelem i innymi dziećmi, co stanowi 8,3% odpowiedzi, natomiast w ten sposób przyjmuje dziecko 62,5% pielęgniarek, a „czasami” – 29,2% pielęgniarek.
- Wszystkie pielęgniarki stosują różnego rodzaju formy emocjonalnego wsparcia oraz pozwalają przynieść dziecku do szpitala ulubioną zabawkę.
- 83,4% badanych pielęgniarek potrafi zorganizować w ten sposób pracę, że umożliwia im to opiekę nad poszczególnym dzieckiem. Niestety 75% respondentek tylko czasami stosuje różnego rodzaju formy aktywności psychoruchowej u dzieci.
- Wszystkie pielęgniarki uważają, że mają duży wpływ na przebieg procesu adaptacji dziecka do szpitala, jednocześnie uważając, że pobyt dziecka w szpitalu powinien trwać jak najkrócej.
- Część pielęgniarek prawdopodobnie nie zna objawów trudności adaptacyjnych u dziecka, ponieważ nie udzieliły żadnych odpowiedzi.
- Najczęściej wymienianym przejawem trudności adaptacyjnych jest apatia 64,7%, tęsknota 62,5% odpowiedzi, następnie brak apetytu 58,8%, agresja to odpowiedź 52,9% pielęgniarek, moczenie nocne i strach wymieniane były przez 47% respondentek, płacz i bezsenność stanowiły odpowiedź u 41,2% pielęgniarek. Obojętność jako przejaw trudności wymieniło 35,3%, natomiast zamknięcie się w sobie i lęk stanowiła 11,7% odpowiedzi, brak rodziców, jako przejaw trudności został wymieniony przez jedną pielęgniarkę, co stanowi 5,8%.

Podsumowując badania nad rolą i zadaniami pielęgniarki w procesie adaptacji dziecka do hospitalizacji należy stwierdzić, że istnieje wiele czynników mających wpływ na jego przebieg.

Rolą i zadaniem pielęgniarki jest nie tylko pielęgnowanie, wykonywanie zabiegów, ale także, a może przede wszystkim, niwelowanie negatywnych przeżyć dziecka w szpitalu. Naszym zadaniem jako pielęgniarek jest edukowanie rodziców, namawianie ich na odwiedziny, zachęcanie do pozostania z dzieckiem.

Złożenie obserwacji dotyczących występowania zaburzeń psychosomatycznych podczas adaptacji dziecka do warunków hospitalizacji jak i odpowiedzi personelu pielęgniarskiego umożliwiają stworzenie programu działań wspomagających proces adaptacji dziecka do szpitala.

Jednym z najważniejszych zadań należących do szpitala jest przywrócenie dziecku choremu pełnego powrotu do zdrowia.

Warunkiem uzyskania przez dziecko zdrowia jest nie tylko leczenie i pielęgnacja, ale przede wszystkim stworzenie bezpieczeństwa psychicznego i fizycznego. Oczywiście, zapewnienie pełnego poczucia bezpieczeństwa dziecku choremu leżącemu w szpitalu jest niemożliwe. Natomiast możliwe jest tworzenie warunków, w których zmniejsza się poczucie zagrożenia i słabną towarzyszące mu negatywne emocje. W towarzyszeniu tych warunków bezdyskusyjna jest ogromna rola zespołu leczącego i personelu szpitalnego oraz rodziców.

W procesie leczenia dziecka niezmiernie ważne jest umiejętne łagodzenie jego lęków. Przydatne w terapii lęku u dziecka będą wszelkie oddziaływania psychoemocjonalne.

Izolacja dziecka od osób najbliższych narusza jego sferę emocjonalną. Tęsknota za najbliższymi osobami, poczucie osamotnienia, lęk przed opuszczeniem, mogą wywołać symptomy choroby sieroczej.

Z analizy badań, które przeprowadziłam w grupie dzieci do szóstego roku życia wynika, że większość dzieci miała trudności z przystosowaniem się do szpitala, które objawiało się różnie w zależności od wieku dziecka: płaczem, agresją, apatią, biernością, bezsilnością, brakiem apetytu, wykazywały symptomy hospitalizmu, co w przyszłości może doprowadzić do zaburzeń w sferze psychicznej.

W związku z tym, mając na uwadze dobre samopoczucie dziecka, a w tym samym zmniejszenie skutków hospitalizacji, opracowałam program działań wspomagających proces adaptacji dzieci do szpitala.

Program ten opracowałam na podstawie swoich długoletnich doświadczeń pracy z dziećmi chorymi. Celem tego programu jest poprawa psychicznego samopoczucia dziecka, edukacja rodziców (opiekunów dziecka) oraz personelu pielęgniarskiego. Opracowując program brałam pod uwagę wiek i potrzeby dziecka do szóstego roku życia, ponieważ taką grupę wiekową objęłam badaniami.

Założenia programu wspomagającego proces adaptacji dzieci do szpitala

Celem opracowanego przeze mnie programu działań wspomagających adaptację dziecka do szpitala jest niwelowanie symptomów hospitalizmu, zapewnienie dzieciom poczucia bezpieczeństwa, pomoc w przystosowaniu się do nowego środowiska.

Pierwszym założeniem stworzonego planu będzie edukacja rodziców dzieci, ponieważ badania wykazały, że aż 55% badanych dzieci nie była w ogóle odwiedzana, dlatego też uświadamianie rodziców o skutkach hospitalizacji jest sprawą nadrzędną, ponieważ rodzice odgrywają największą rolę w procesie leczenia i adaptacji.

Opracowany w tym celu program obejmuje następujące zadania wypływające z przeprowadzonych badań:

1. Edukacja rodziny dziecka.
2. Edukacja personelu pielęgniarskiego.
3. Indywidualne zapewnienie potrzeb dziecka w szpitalu.
4. Rozładowanie napięcia emocjonalnego poprzez stymulację aktywności psychoruchowej dziecka.

Do zadań tych dobrano odpowiednie formy i środki realizacyjne przedstawione poniżej.

Lp.	Zadania	Formy	Środki realizacji
1.	Edukacja rodzi-ny dziecka	Proponowany apel do rodziców dziecka wywieszony w Izbie Przyjęć oraz wręczany przez personel rodzicom przy przyjęciu dziecka.	1. Środki wizualne: plakat i ulotki 2. Pouczenie rodziców jak przygotować dziecko do pobytu w szpitalu: <ul style="list-style-type: none"> • Nie straszcie swojego dziecka lekarzem, zastrzykiem, szpitalem; • Wyjaśnijcie swojemu dziecku, na czym polega jego choroba; • Mówcie swojemu dziecku o bólu, zabiegach; • Zachowajcie spokój własny. 3. Zalecenia dla osób odwiedzających dziecko w czasie pobytu dziecka w szpitalu: <ul style="list-style-type: none"> • odwiedzajcie dziecko jak najczęściej – ono potrzebuje waszej miłości i wsparcia, dajcie mu poczucie bezpieczeństwa i otoczcie opieką; • odwracajcie jego uwagę od choroby i cierpienia – bawcie się z dzieckiem, rozmawiajcie o miłych rzeczach, w razie możliwości wychodźcie z nim na spacer, zajmijcie się nim; • pomóżcie także innym dzieciom – liczcie się z ich stanem zdrowia, nie róbcie sensacji z cierpienia; • stosujcie się do regulaminu szpitalnego i wskazówek pracowników służby zdrowia np. dotyczące żywienia dziecka, podawania leków, czasu snu po zabiegach; • nie podważajcie zaufania dziecka do personelu medycznego. 4. Po powrocie dziecka ze szpitala: <ul style="list-style-type: none"> • pozwólcie dziecku rozładować przykre emocje – znieście jego rozdrażnienie, starajcie się je rozweselić; • unikajcie pozostawiania dziecka samemu sobie; • traktujcie dziecko zwyczajnie, jak dawniej, nie uzalajcie się nadmiernie nad nim; • zadbajcie o to by nie straciło kontaktu z rówieśnikami.
2.	1. Zapewnienie potrzeb dziecku w szpitalu. 2. Dostarczenie wiedzy dla personelu pielęgniarskiego na temat reakcji dziecka na hospitalizację w zależności od jego wieku.	Organizowanie szkoleń dla personelu pielęgniarskiego w zakresie: <ol style="list-style-type: none"> 1. Reakcji dziecka na hospitalizację oraz objawów trudności adaptacyjnych. 2. Konieczności obecności przebywania opiekunów i rodziców w trakcie zabiegów medycznych 3. Postępowania pedagogicznego z dziećmi przebywającymi w Centrum poprzez: <ul style="list-style-type: none"> • formy i sposoby organizowania czasu wolnego dzieciom; • sposoby łagodzenia lęku u dzieci; 	Personel pielęgniarski musi dbać o zapewnienie dziecku wszystkich potrzeb fizjologicznych przez: <ul style="list-style-type: none"> • odpowiednie odżywianie – pielęgniarki muszą pamiętać, aby nie zmuszać na siłę dziecka do spożywania posiłków, których dziecko nie lubi; • czynności higieniczne – dbanie przez pielęgniarki, aby dziecko było czyste co zapewnia mu komfort psychiczny, należy zadbać by dziecko wysadzone było na „czasa”, personel nie może zawstydząć dziecka jeśli nie uda mu się w porę zawołać za potrzebą – to powoduje dodatkowy lęk u dziecka. Zapewnienie potrzeby bezpieczeństwa poprzez: <ul style="list-style-type: none"> • personel powinien zadbać o to by dzieci przynosiły ze sobą do szpitala swoje ulubione zabawki, pozwoli to dzieciom złagodzić rozłąkę z domem; • personel ma obowiązek do zachęcania i nakłaniania rodziców do odwiedzin – obecność bliskich znacznie złagodzi skutki hospitalizacji; • pielęgniarka na dyżurze w miarę możliwości powinna się opiekować poszczególnym dzieckiem – dotyczy to szczególnie dzieci w okresie niemowlęcym; • personel powinien okazywać dziecku jak najwięcej pozytywnych uczuć poprzez: częsty dotyk, przytulanie, noszenie na rękach, prowadzenie rozmów – działania takie powodują poczucie u dziecka bezpieczeństwa oraz częściową rekompensatę rozłąki z matką;

		<ul style="list-style-type: none"> w jaki sposób można zapewnić dziecku jego potrzeby. 	<ul style="list-style-type: none"> pielęgniarka ma obowiązek wyjaśnienia dziecku planowych zabiegów; konieczności pobytu w szpitalu; dziecko nie może być przez personel traktowane przedmiotowo, należy okazać dziecku zainteresowanie oraz dbać o jego dobre samopoczucie; personel musi zadbać, aby pierwsze wrażenie z pobytu w szpitalu nie kojarzyło się dziecku z bólem, poczuciem osamotnienia: należy zadbać by pobyt rodziców w dniu przyjęcia był jak najdłuższy, jeżeli jest to możliwe nie powinno się wykonywać bolesnych zabiegów u dziecka w dniu przyjęcia; personel musi okazywać cierpliwość i sympatię każdemu dziecku; pielęgniarka powinna odpowiednio wprowadzić dziecko w oddział poprzez: zapoznanie z topografią oddziału; zapoznanie z personelem; pracującym na oddziale; zapoznanie z dziećmi; przebywającymi na oddziale.
3.	Podtrzymywanie aktywności psychofizycznej dziecka	Rozładowanie napięcia emocjonalnego poprzez stymulację aktywności psychoruchowej dziecka.	<p>1. Zapełnienie i organizowanie przez personel czasu wolnego dziecku poprzez:</p> <ul style="list-style-type: none"> spacery na świeżym powietrzu; Organizowanie zabaw typu: „Gąski, gąski do domu”, „Chowanego”, „Berka”, zabawy z piłką, budowę z piasku – dla dzieci starszych; dla młodszych dzieci zabawy typu „A ku ku”, „Idzie rak”, „Jest – nie ma”- zabawy te pomogą dzieciom w wieku poniemowlęcym zrozumieć, że to czego teraz nie widzi, zaraz się pojawi (zapobiegają lękom separacyjnym); dla dzieci w okresie przedszkolnym należy organizować różnego rodzaju zabawy tematyczne np. zabawa w szpital – zabawa taka pomoże odreagować dziecku stres, angażuje wyobraźnię dziecka, zabawy konstrukcyjne np. budowanie z klocków; pielęgniarka powinna czytać dziecku bajki – umożliwi to oderwanie się dziecka od rzeczywistości w świat fantazji; personel powinien zadbać by na oddziale było wideo i możliwość oglądania przez dzieci bajek; należy razem z dziećmi wykonywać różnego rodzaju zajęcia plastyczne tj. rysunek, lepienie z plasteliny, kolorowanie malowanek itp.; nawiązanie kontaktu z Teatrem Animacji celem zorganizowania przedstawień.

Mam nadzieję, że przygotowany przeze mnie program pomoże dzieciom w przystosowaniu się do nowego środowiska szpitalnego oraz znacznie złagodzi skutki hospitalizacji.

Wnioski końcowe

Dzięki badaniom zdobyłam informacje pozwalające wysunąć następujące wnioski:

1. Powinno się uświadomić rodziców o skutkach hospitalizacji.
2. Odwiedziny w szpitalu przez rodziców są niezbędne.
3. Zapewnienie potrzeby bezpieczeństwa to podstawa w łagodzeniu skutków hospitalizacji.
4. Dzieci powinny być przygotowane przez rodziców do pobytu w szpitalu.
5. Organizowanie czasu wolnego dziecka znacznie przyczynia się do rozładowania napięcia emocjonalnego.
6. Postawa pielęgniarek ma decydujący wpływ na przebieg procesu adaptacji do szpitala.

Renata Modelska

Rozwiązywanie problemów pielęgnacyjnych występujących u dzieci z wadami postawy na przykładzie Szpitala Uzdrawiskowego dla Dzieci w Cieplicach

(Promotor: mgr piel. Małgorzata Modl)

Wady postawy dzieci i młodzieży stanowią w czasach współczesnych istotny problem medyczny i społeczny. Współczesne tempo życia, gwałtowne zmiany środowiska przyczyniają się do powstawania niekorzystnych zmian w postawie ciała. Ważną rolę w prawidłowym rozwoju układu szkieletowego dzieci odgrywają czynniki środowiskowe, żywieniowe i aktywność fizyczna.

Zapobieganie wadom postawy sprowadza się przede wszystkim do troski o ogólne zdrowie fizyczne i psychiczne, od wczesnego dzieciństwa aż do późnej starości. Od pierwszych chwil życia mamy istotny wpływ na kształtowanie jego prawidłowej postawy. Należy pamiętać o konieczności układania dziecka na brzuchu: unoszenie głowy powoduje wzmocnienie mięśni szyi i karku oraz kształtowanie lordozy szyjnej.

Rodzice powinni powstrzymać się przed przedwczesnym sadzaniem niemowlaka (kilumiesięczne dziecko nie ma jeszcze dostatecznie silnych mięśni stabilizujących kręgosłup). Jak najdłużej powinien trwać okres raczkowania dziecka. Nie należy zmuszać dziecka do stania i chodzenia, należy pozwolić na dostatecznie silny rozwój kości i mięśni, utrzymujących pionową postawę.

Dziecko musi mieć od wczesnego dzieciństwa zapewnioną swobodę ruchów. Ubiór dziecka należy dobierać odpowiednio do wzrostu i temperatury otoczenia, nie powinien kępować ruchów dziecka.

W profilaktyce wad postawy ważnym czynnikiem jest prawidłowe odżywianie dziecka już od urodzenia, należy zapewnić dziecku odpowiednią ilość białka, witamin oraz mikroelementów. Białko jest podstawowym budulcem organizmu ludzkiego. Kości składają się z białka wzmocnionego składnikami mineralnymi. Dziecko potrzebuje pełnowartościowego białka do wzrostu poszczególnych narządów ciała. Sole mineralne różnego rodzaju mają zasadnicze znaczenie dla budowy i funkcjonowania całego ustroju. Twardość kości i uzębienia zależy od wapna i fosforu. Witamina D jest potrzebna w dużych ilościach do prawidłowego wzrostu, zwłaszcza kośćca i uzębienia. Dzięki niej wapno i fosfor, znajdujące się w treści pokarmowej jelit, przedostają się do krwi i zostają rozproszony do rozrastającego się kośćca. Z tego właśnie powodu witamina D powinna być dodatkowo uwzględniana w diecie dziecka, szczególnie w okresie gwałtownego wzrostu ciała w wieku niemowlęcym. Niedobór witaminy D spowodowany

zaburzeniem gospodarki mineralnej prowadzi do krzywicy. Zapotrzebowanie na substraty odżywcze jest szczególnie wzmożone w okresie skoków wzrostowych. Taki gwałtowny skok wzrostowy dziecko przechodzi pomiędzy 10. a 13. rokiem życia. Dobowe zapotrzebowanie kaloryczne w tym okresie jest zwiększone, organizm gromadzi zapasy potrzebne do pokrycia zwiększonego zapotrzebowania w okresie skoku pokwitaniowego. W okresie dojrzewania dla właściwego wzrostu kości i mięśni konieczna jest adekwatna podaż białka, mleka i witamin. Wzrastanie jest wysiłkiem dla organizmu; ważne jest dostarczenie w tym okresie organizmowi odpowiedniej ilości pożywienia.

Nadwaga ma duży wpływ na powstawanie wad postawy u dzieci. Najczęściej u tych dzieci powstają wady stóp (płaskostopie), koślawość kolan, nadmierna lordoza na skutek przeciążenia statycznego. Przyczyny otyłości to z reguły zły model żywienia, fast foody, nadmiar słodczy, a jednocześnie mała aktywność fizyczna. Ponad 90% otyłych dzieci ma nadwagę.

W każdym wieku dziecka należy zmniejszać do minimum okresy siedzącego trybu życia, nie zaniedbywać zajęć wychowania fizycznego w szkole. Dobór ruchu musi być taki, by z jednej strony równoważył swym oddziaływaniem ogólnym siedzący tryb życia, a z drugiej wyrównywał indywidualne niedobory ruchowe, zależnie od potrzeb. Szczególnie cenne są te formy aktywności ruchowej, które człowiek może kultywować przez całe życie. Należą do nich pływanie, narciarstwo, łyżwiarstwo, turystyka, jeździectwo, żeglarstwo, tenis i inne gry sportowe. Opanowanie umiejętności związanych z daną formą aktywności ruchowej, wdrożenie się od dzieciństwa do systematycznego uprawiania danej dyscypliny, zasmakowanie w przyjemnościach, jakie ona daje, stwarza podwaliny zachowania zdrowia. W każdym wieku dostępną formą aktywności jest gimnastyka.

Ważnym elementem profilaktycznym jest ochrona dziecka przed chorobami przewlekłymi. Dotyczy to szczególnie krzywicy. Następstwem przebytej krzywicy są wady klatki piersiowej: klatka piersiowa szewsko-lejkowata lub klatka piersiowa kurza, z bruzdą Harrisona i różańcem krzywicznym, oraz wady kończyn dolnych.

Należy od najmłodszych lat kontrolować wzrok i słuch u dziecka. Służą do tego badania przesiewowe przeprowadzane przez pielęgniarkę w przedszkolu i szkole. Niewyrównane wady wzroku również powodują powstawanie wad postawy. Dzieci krótkowzroczne nadmiernie schylają głowę do blatu, co powoduje garbienie się i utrwała wysunięcie głowy do przodu. Tak samo widzenie jednooczne, zez, powodują ustawianie głowy adekwatnie do pola widzenia, pociągając za sobą skrzywienie górnego odcinka kręgosłupa.

W profilaktyce wad postawy dużą rolę odgrywa odpowiednio długi sen, który powinien trwać 10-11 godzin na dobę. Dziecko musi mieć własne łóżko o twardym, nieuginającym się materacu, małą poduszczkę o takiej grubości, aby wypełniała przestrzeń między barkiem a uchem (w pozycji leżenia na boku). Zaleca się, aby dziecko spało na wznak.

Ważnym miejscem profilaktyki wad postawy jest szkoła. Dla dzieci w wieku szkolnym szczególne znaczenie ma tornister, który powinien mieć symetrycznie rozstawione szelki, a zawartość rozłożoną równomiernie. Część przylegająca do pleców powinna być usztywniona. Tornister powinien być tak zapakowany, aby jego zawartość nie mogła się przesuwac i nie była zbyt ciężka.

Wiele wad postawy ciała związanych jest z nawykiem nieprawidłowego siedzenia w ławce szkolnej. Powinna ona być odpowiedniej wysokości i tak skonstruowana, żeby wywierać

wpływ na wypracowanie przez dziecko nawyku utrzymania prawidłowej postawy siedzącej. Dziecko włożone w ławkę szkolną, często nie odpowiadającą wymiarami jego wzrostowi, nie zawsze dysponuje potrzebną mu ilością miejsca. W tej siedzącej, często niewygodnej pozycji, pozostaje przez kilka godzin, zajęte jednocześnie absorbującą je pracą umysłową. Jednostronność owego siedzącego trybu życia w połączeniu z objawami znużenia, które wywołuje wysiłek umysłowy, powoduje typową nawykową wadliwą postawę ciała.

Ważnym elementem programu zapobiegającego wadom postawy są ćwiczenia śródlekcyjne, choć nie należą do popularnych. Ich istotą jest zmiana warunków pracy mięśni ze statycznej na dynamiczną, a także uzyskanie odprężenia i rozluźnienia nadmiernie napiętych tkanek.

Podczas odrabiania lekcji w domu rodzice powinni również dbać o prawidłową postawę dziecka. Dziecko powinno mieć na takiej wysokości krzesło i biurko, aby w czasie siedzenia miało kolana ugięte pod kątem prostym, stopy oparte na podłodze, a łokcie na biurku, też ugięte pod kątem prostym. Zasadą obowiązującą w domu jest zmienność pozycji. Ważne jest również oświetlenie: powinno padać z lewej strony na zeszyt lub książkę (u leworęcznych po prawej). Lekcje ustne dziecko może przygotowywać w pozycji leżącej na brzuchu z książką umieszczoną niżej za tapczanem.

W okresie dojrzewania warto przeciwdziałać tendencji dziewczynek do garbienia się, wynikających z chęci ukrycia powiększających się gruczołów piersiowych. Należy zachęcać dziewczynki do utrzymania aktywności fizycznej poprzez regularne ćwiczenia fizyczne i uprawianie sportu. Ćwiczenia dla dziewcząt służą ładnej sylwetce i zgrabnemu poruszaniu się. W okresie dojrzewania w związku z szybkim postępem przemian fizycznych nastolatka musi ponownie wykształcić poczucie zaufania do własnego ciała i swojego wyglądu zewnętrznego.

Konieczne są częste kontrole i badania przesiewowe dzieci i młodzieży w wieku szkolnym w celu oceny prawidłowości rozwoju postawy. Profilaktyczne badania dzieci w wieku szkolnym mają na celu ocenę stanu zdrowia i rozwoju. Poprzedzone są one serią badań przesiewowych wykonywanych według opracowanej metodyki. Testy przesiewowe wykonuje pielęgniarka w przedszkolu, szkole lub poradni. Powinny być one odnotowane w dokumentacji dziecka.

Badania przesiewowe dotyczące wad postawy u dzieci mają na celu wczesne wykrycie u dzieci zaburzeń narządu ruchu takich, jak:

- boczne skrzywienie kręgosłupa,
- nadmierna kifoza piersiowa,
- zniekształcenia statyczne kończyn dolnych.

Wykonywanie testów przesiewowych przyczynia się do wczesnego wykrycia i wyleczenia zaburzeń narządu ruchu w okresie, gdy można jeszcze odwrócić proces chorobowy lub zahamować tempo rozwoju.

Badania przesiewowe metodą Mory czy ISIS mogą być przeprowadzone już u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym. Są to nowoczesne techniki badania postawy ciała.

Metoda Mory polega na wykorzystaniu załamania światła między ekranem z siatką a jego cieniem, który pada na badanego stojącego za ekranem. Wygląd linii topograficznych zależy od kształtu oświetlanej powierzchni i jej odległości od ekranu. Badanie umożliwia rozpoznanie boczno skrzywienia kręgosłupa. Podczas wykonywania badania u dziecka ze skoliozą występuje charakterystyczna różnica między liniami konturowymi dwóch połówek ciała. Z asymetrii pomiędzy dwoma połowami ciała można zbadać i obliczyć za pomocą odpowiedniego

wzoru wysokość garbu żebrowego. Badanie ma swoje wady. Trudno jest powtórzyć pomiar u tego samego dziecka, gdyż minimalny ruch, niewielkie różnice w postawie zmieniają obraz badania.

Oksfordzki system ISIS (*Integrated Shape Imaging System*) to metoda optyczna badania bocznych skrzywień kręgosłupa, która dokonuje pomiaru powierzchni grzbietu na podstawie załamywania się zaprojektowanej powierzchni światła za pomocą obrotowego lustra, którego ruch jest kontrolowany przez komputer. Przed wykonaniem badania należy za pomocą odpowiedniego markera oznaczyć wyrostki kolczyste kręgow i zaznaczyć kolce górne tylne kości biodrowej. Za pomocą badania określa się skrzywienie kręgosłupa, wielkość garbu żebrowego. Można wykonać badanie profilowe kręgosłupa, oznaczając jego krzywizny. Badanie jest dokładne i powtarzalne.

Obie techniki optyczne są bezpieczne i nieszkodliwe dla dziecka, pozwalają na prowadzenie dobrej dokumentacji chorego.

Wynik badania profilaktycznego kwalifikuje dziecko do rodzaju dalszej opieki. Należy wówczas podjąć odpowiednie działania opiekuńcze nad dzieckiem i jego środowiskiem. W wypadku stwierdzenia nieprawidłowości lub problemu zdrowotnego dziecko objęte jest opieką specjalistyczną lub czynnym poradnictwem.

W wyniku przeprowadzonych badań dziecko powinno otrzymać pomoc w sterowaniu własnym rozwojem i zawsze być aktywnym uczestnikiem procesu kształtowania swojej postawy, świadomym ryzyka narastania i utrwalania obecnych nieprawidłowości. W przypadku stwierdzenia wad postawy konieczne jest prowadzenie postępowania korekcyjnego, stosowanie środków wyrównawczych. Możliwości wyrównawcze, całkowitej lub znacznej korekcji, istnieją do czasu ukończenia wzrostu.

Edukacja rodziców to ważny element w zakresie profilaktyki wad postawy. Dużą rolę spełnia pielęgniarka szkolna, która powinna ściśle współpracować z lekarzem, nauczycielem, a szczególnie z rodzicami w zakresie profilaktyki i trybu życia dzieci. Istotnym elementem tej edukacji jest uświadomienie rodzicom jak ważne jest zapewnienie dziecku właściwych warunków pracy szkolnej i wypoczynku po lekcjach.

Szczególną opieką pielęgniarka powinna otoczyć dzieci z rozpoznaną wadą postawy; opieka ta powinna objąć również rodziny takich dzieci. Zadania edukacyjne w tym zakresie powinny dotyczyć nie tylko upowszechniania wiedzy na temat ćwiczeń korekcyjnych, ale również powinny doprowadzić do ścisłego włączenia rodziców w proces leczenia wad postawy. Rodzice powinni kontrolować sposób wykonywania ćwiczeń, jak również powinni sprawować nadzór nad ich systematycznością.

Dorota Anna Zajdel

Opieka nad dziećmi niepełnosprawnymi intelektualnie w Domu Pomocy Społecznej w Legnicy

(Promotor: dr nauk med. Jolanta Bielawska)

Głównym celem wszystkich działań w społecznym podejściu do osoby niepełnosprawnej intelektualnie jest jej usamodzielnienie w możliwie najwyższym stopniu, zapewnienie niezbędnej pomocy i wsparcia. Rewalidacja i rehabilitacja są sposobami do osiągnięcia tego celu. Podkreślenia wymaga znaczenie wsparcia, jakiego należy udzielać każdej osobie z niepełnosprawnością intelektualną, aby miała ona szansę pełnego rozwoju i uczestnictwa w życiu społecznym.

Dzieci niepełnosprawne intelektualnie, przebywające w Domu Pomocy Społecznej dla Dzieci w Legnicy mają zapewnioną profesjonalną opiekę medyczną oraz wszechstronną rehabilitację. Działające w naszym ośrodku zespoły medyczno-rehabilitacyjny i opiekuńczo-terapeutyczny opracowują indywidualne plany usprawnienia psychoruchowego i aktywizacji. Ogromny nacisk kładzie się na rozwój psychoruchowy podopiecznych.

Prezentacja Domu Pomocy Społecznej dla Dzieci w Legnicy

Dom Pomocy Społecznej dla Dzieci w Legnicy zapewnia 41 przebywającym w nim mieszkańcom całodobową opiekę oraz możliwość zaspokajania indywidualnych potrzeb.

Wśród mieszanek upośledzenie umysłowe sprzężone jest z nieprawidłowością ruchową (porażenia, niedowłady, ruchy mimowolne, zaburzenia równowagi, napięcia mięśniowe), zaburzeniem mowy, wzroku, słuchu, epilepsją. Wśród dzieci 95% to osoby z porażeniem mózgowym, pozostałe zaś z zespołem Downa, autystyczne i z wodogłowie. W związku ze swoim stanem wymagają całodobowej, intensywnej opieki personelu medyczno-opiekuńczego.

Ze względu na specyfikę i rodzaj niepełnosprawności, mieszkanki w ośrodku podzielone są na trzy oddziały (grupy).

GRUPA I. Składa się z 15 mieszanek. Są to osoby z głębokim stopniem upośledzenia umysłowego, porażeniem spastycznym czterokończynowym. Podopieczne wymagają największej opieki pielęgnacyjno-opiekuńczej i rehabilitacyjnej. Nie są w stanie sygnalizować i samodzielnie zaspokajać żadnych swoich potrzeb, ani samodzielnie się przemieszczać.

GRUPA II obejmuje 13 mieszanek. Są to osoby ze znacznym i głębokim stopniem upośledzenia umysłowego. Mieszkanki te są w stanie w niewielkim stopniu sygnalizować i zaspokajać swoje potrzeby. Większość z nich przemieszcza się przy pomocy osób drugih.

GRUPA III liczy 13 mieszanek. Są to osoby ze znacznym, umiarkowanym i lekkim stopniem upośledzenia umysłowego. Mieszkanki te są w stanie w znacznej mierze sygnalizować

i zaspokajać swoje potrzeby. W tej grupie przebywają osoby z najbardziej sprawnym aparatem ruchowym – samodzielnie chodzą, biegają, uczestniczą w zabawach i zajęciach ruchowych.

W ośrodku pracują pielęgniarki, opiekunki i pokojowe. Zatrudniony jest także personel specjalistyczny: masażysta, dwóch fizjoterapeutów oraz trzy terapeutki zajęciowe.

W związku z tym, że w Domu Pomocy Społecznej dla Dzieci w Legnicy przebywają dzieci z upośledzeniem psychofizycznym, powołany został zespół medyczno-rehabilitacyjny oraz opiekuńczo-wychowawczy. Co trzy miesiące zbiera się zespół złożony z Kierownika do Spraw Medycznych (pielęgniarka), terapeutów zajęciowych, fizjoterapeutów i pedagoga, który tworzy indywidualny plan dla każdej z mieszkanek (plan ten dotyczy pomocy w uzyskaniu jak największej samodzielności) lub dokonuje korekty już istniejącego planu.

Model opieki świadczonej w ośrodku

Model opieki świadczonej w ośrodku opiera się na założeniach teorii pielęgniarstwa według Dorothei Orem. Teoria ta określana jest jako teoria samoopieki, choć zasadniczo obejmuje ona trzy komponenty: teorię samoopieki, teorię deficytu samoopieki i teorię systemów pielęgnowania.

System częściowo kompensacyjny polega na asystowaniu podopiecznemu w tych czynnościach samopielęgnacyjnych, do których realizacji nie jest w pełni zdolny. Należy umiejętnie stosować różne metody pomagania, które powinny być dobierane indywidualnie w zależności od rodzaju deficytu i możliwości podopiecznego.

System wspierająco-edukacyjny stosowany jest u osób, które są potencjalnie zdolne do zapewnienia sobie samoopieki, ale nie mają wystarczającej wiedzy bądź motywacji lub wymagają pomocy w podejmowaniu decyzji. Dominującą metodą w tym systemie jest oczywiście udzielanie wsparcia i edukacja podopiecznego.

W Domu Pomocy Społecznej dla Dzieci system całkowicie kompensacyjny stosowany jest w opiece nad dziećmi umieszczonymi w GRUPIE I, to jest osobami z największym upośledzeniem umysłowym i fizycznym. System częściowo kompensacyjny realizowany jest w GRUPIE II. Natomiast w GRUPIE III, gdzie przebywają mieszkanki z najniższym stopniem niepełnosprawności, zastosowanie ma system wspierająco-edukacyjny. Mieszkankami umieszczonymi w GRUPIE I opiekują się tylko pielęgniarki, podopiecznymi z GRUPY II i III oprócz pielęgniarek zajmują się także opiekunki.

Metody rehabilitacji mieszkanek ośrodka

Upośledzenie umysłowe nie zwalnia od obowiązku usprawniania dziecka, wręcz przeciwnie, o ile nie ma przeciwwskazań lekarskich, zobowiązuje do bardzo rzetelnej i systematycznej pracy. Świat osoby z niepełnosprawnością intelektualną musi być światem bezpiecznym, bogatym w doznania, zwłaszcza miłości, kolorowym, pełnym urozmaiconych, pozytywnych bodźców i doświadczeń. Dlatego też dziecko z upośledzeniem umysłowym, nie poruszające się samodzielnie, musi być przenoszone, przewożone do wszystkich możliwych miejsc, gdzie toczy się normalne życie. Zaprzeczeniem tego jest istnienie tzw. kategorii „dzieci leżących”, skazanych na to, że ich całe życie dzieje się na łóżku. Czasami osoby te nigdy niczego nie widziały oprócz sufitu nad głową i nie doznały niczego więcej niż zaspokojenie podstawowych

potrzeb fizjologicznych. Pozbawione kontaktu społecznego, miłości i stymulacji rozwoju, straciły najbardziej ludzką szansę: szansę sensu życia.

Edukacja i usprawnianie dzieci z upośledzeniem umysłowym zakłada, że sprawność ruchowa, rozwój umysłowy dziecka, jego dojrzałość społeczna ulegają poprawie w wyniku oddziaływań stymulujących, korekcyjnych, kompensacyjnych. Edukację należy poprzedzić kompleksowym planem usprawniania dzieci, który powinien zawierać: określenie deficytów funkcjonalnych, ustalenie programu postępowania i nauczania, metody zaspokajania potrzeb psychicznych, organizowanie zajęć usprawniających zaburzone funkcje poznawcze, uczenie nabywania podstawowych umiejętności samoobsługi, aktywizację dzieci poprzez terapię zajęciową, ich relaksację i opiekę pielęgnacyjną. W praktyce przekłada się to na kształcenie motoryki, rozwijanie narządów zmysłu, wprowadzanie dzieci w system zorganizowanej zabawy, naukę radzenia sobie w różnych sytuacjach społecznych, samoobsługi, wyrabianie nawyków higieniczno-porządkowych. Usprawnianie w zakresie poznawczym polega na zapoznaniu dzieci z najbliższym środowiskiem, systematycznym wzbogacaniu pojęć, kształtowaniu właściwego stosunku emocjonalnego do otoczenia, oraz rozwijaniu i doskonaleniu umiejętności niezbędnych dziecku w przystosowaniu się do środowiska.

Dla każdego dziecka należy dobrać indywidualne techniki i metody wspomagające w zależności od jego potrzeb, umiejętności, upodobania i możliwości, traktujące rozwój psychofizyczny integralnie i całościowo. Należy jednak kontrolować czy stosowane techniki i metody mają rzeczywisty wpływ na harmonijny rozwój dziecka.

Nauka samoobsługi jako jedna z metod aktywizacji mieszkank

Praca z mieszkankami, które przebywają w Domu Pomocy Społecznej dla Dzieci w Legnicy wymaga bardzo dużego zaangażowania ze strony całego personelu. Mieszkanki pozostawione same sobie, nigdy nie wykorzystają we właściwy sposób potencjału umysłowego, który posiadają. Wymagają one aktywizacji we wszystkich obszarach. Strategią, która w tym wypadku może okazać się najbardziej skuteczna jest ta, którą proponuje terapia behawioralna. Aby przystąpić do wyzwania jakiegokolwiek formy aktywności należy wyjść od doboru nagród. Nagrodami mogą być: małe cząstki jedzenia, małe łyki płynów, pocałunki, przytulanie, aprobata, pochwała lub czynności, które dziecko lubi wykonywać (skakanie, kołysanie się oraz słuchanie muzyki). Nagrody stosowane są bezpośrednio po pożądanym zachowaniu. Muszą sprawiać dziecku dużo przyjemności, a jednocześnie trwać zaledwie kilka sekund np. kilka łyków soku (jeśli dziecko lubi pić), polizanie lizaka (a nie cały lizak). Nagrody muszą więc być częste, a jednocześnie krótkie, wtedy spełniają swoją rolę. Oprócz nagrody bardzo ważny element stanowi kara. Karę stosujemy wtedy, gdy nagroda nie jest skuteczna, a prezentowane przez dziecko zachowanie zagraża jemu, bądź komuś innemu. Karę może stanowić: pozbawienie nagrody, ostry zakaz „nie”, coś, czego dziecko nie lubi, np.: izolacja, czy zamknięcie dziecka w oddzielnym, ale bezpiecznym pomieszczeniu. Kara jest skuteczna wtedy, gdy następuje po każdym zachowaniu, które chcemy wyeliminować i trwa krótko. Na przykład, jeśli założymy, że przy każdym wybuchu agresji dziecko będzie izolowane, to izolacja powinna trwać do momentu, aż dziecko uspokoi się, nie dłużej jednak niż 5-10 minut. Izolacje dłuższe nie są skuteczne, gdyż dziecko przestaje je kojarzyć z przyczyną. To czy kara jest skuteczna widoczne jest natychmiast po pierwszych próbach. Jeśli nie przynosi efektu przy konsekwentnym stoso-

waniu należy ją natychmiast zmienić. Dopiero po ustaleniu systemu nagród i kar możemy przystąpić do nauczania dziecka.

Ważnym etapem nauczania jest nauczanie naśladowania prostych ruchów, na przykład: unoszenia rąk, klaskania, dotykanie poszczególnych wskazanych części ciała. Postępujemy według następującej kolejności: wydajemy polecenie „zrób tak”, pokazujemy ruch np. podnosimy rękę do góry. Podpowiadamy, czyli unosimy rękę dziecka, jeśli je utrzyma, nagradzamy. Czynności powtarzamy. Jeśli uda nam się wypracować u dziecka upośledzonego umysłowo umiejętność naśladowania, możemy osiągnąć wiele dalszych sukcesów w uczeniu go, bowiem dzieci upośledzone uczą się głównie poprzez naśladownictwo.

Każde zachowanie docelowe, którego chcemy nauczyć, musimy rozłożyć na wiele prostych czynności. Na przykład korzystanie z toalety dzielimy na: zdejmowanie spodni, siadanie na sedesie, wypróżnianie się, użycie papieru toaletowego, podciągnięcie spodni. Każdej z tych czynności uczymy oddzielnie w podanej kolejności. Nauka polega na: wydaniu polecenia (używamy prostych, jednoznacznych określeń), udzieleniu podpowiedzi, nagrodzeniu wysiłku. Podpowiedź stosujemy w ten sposób, że pomagamy dziecku wykonać daną czynność, ale nie wyręczamy go. Kiedy chcemy osiągnąć efekt kojarzenia sedesu z wypróżnianiem się, podajemy wcześniej dziecku dużo płynów tak, by po tym jak usiądzie na sedes miało potrzebę oddania moczu. W trakcie tego treningu dziecko nie powinno nosić pieluch. W podobny sposób możemy uczyć każdego innego zachowania z zakresu samoobsługi. Zdejmowanie i zakładanie ubrań również dzielimy na wiele etapów. Naukę rozpoczynamy od rozbierania, gdyż jest ono łatwiejsze i pozwoli dziecku szybciej osiągnąć sukces. Cały czas pamiętamy o nagrodach.

Komunikacja interpersonalna jako jedna z dróg wspomaganie rozwoju

Pracownicy Domu Pomocy Społecznej dla Dzieci muszą znać mieszkanek, wiedzieć jak się nimi opiekować, znać różne metody aktywizacji, odczytywać sygnały komunikowania się. Aby była możliwa terapia między opiekunem a mieszkańcem powinien istnieć pozytywny kontakt emocjonalny. Ważnym elementem pracy jest zapewnienie mieszkankom poczucia bezpieczeństwa, które realizuje się poprzez serdeczne traktowanie, stałe zainteresowanie i ciepły kontakt.

Dzieci upośledzone bardzo długo mogą nie dostrzegać innych osób i nie wykazywać żadnych zachowań społecznych. Takie dzieci często zajmują się tylko sobą w sposób mało przez nas akceptowany, np. uszkadzają się, onanizują, brudzą fekaliami. Dziecko, które dostrzega kogoś innego, nawiązuje kontakt społeczny. Nawiązanie kontaktu z dzieckiem, które kojarzy tylko poszczególne wrażenia i niewiele rozumie, odbywa się poprzez kanały komunikowania się, takie jak: oddech, sygnały płynące z ciała, wyraz oczu, postawa, układ ciała, gestykulacja, odgłosy nieartykułowane, dotyk, gesty, płacz, uśmiech, śmiech, napięcie mięśni. Program wspomaganie rozwoju dzieci upośledzonych powinien zawierać etapy pracy nad optymalnym komunikowaniem się. Są to: etap odczytywania sygnałów specyficznych dla każdego dziecka, kształtowania poczucia celowości komunikowania się, poszukiwanie najlepszego sposobu komunikowania się dziecka z otoczeniem, prowadzenie indywidualnego słownika i rozszerzenie go o nowe pojęcia. Komunikacja dziecka upośledzonego umysłowo z personelem ośrodka może przebiegać za pomocą dowolnie wybranych sposobów. Może to być komunikacja wizualna: czyli pismo, wszelkie formy graficzne (symbole, obrazki) lub komunikacja związana z motoryką (gestykulacją) ciała i mimiką. Komunikacja dotykowa, w której przytulamy, głaszczemy

i kołyszymy dziecko, daje mu poczucie bliskości, bezpieczeństwa i aprobaty. Komunikacja interpersonalna może się odbywać również poprzez doznania termiczne, smakowe i zapachowe. Szczególną rolę w tego typach komunikacji odgrywają czynności dnia codziennego podczas zabiegów pielęgnacyjnych, ubierania, w których okazujemy szacunek dla ciała osoby upośledzonej umysłowo.

Rozwój dobrej komunikacji wymaga wrażliwości i dobrego dostosowania się personelu do dziecka upośledzonego umysłowo. Uzależnione jest to od wzajemnego dostrzegania i odpowiadania na reakcje i sygnały. Należy rozważyć, jak wiele różnych sytuacji przewidujemy do nawiązania relacji z dzieckiem, jak często będziemy je powtarzać, jak długo będą one trwały, również w jaki sposób nowe doświadczenie możemy połączyć z codziennymi rytuałami. Połączenie kontaktu i opieki, powiązanie ich ze szczególnym miejscem jest ważne dla utrwalenia więzi stworzenia emocjonalnych podstaw do otwartej komunikacji i uczestnictwa dziecka w nich. Jednak jeśli chcemy aby dziecko upośledzone umysłowo rozpoznawało sytuację i uczestniczyło w proponowanych zajęciach musimy być pewni, że rozróżnia ono poszczególne aktywności, które mu proponujemy. Osiągniemy to poprzez jasne określenie granic czasowych, które pomogą zidentyfikować dziecku kolejność zdarzeń i czynności. Należy też utrzymywać równowagę pomiędzy powtarzalnością i zmiennością oddziaływań. Czynności systematycznie powtórzone i zrutynizowane umożliwiają rozpoznanie sytuacji, zapewniają poczucie bezpieczeństwa i kontroli nad otoczeniem.

Ton głosu personelu jest bardzo ważny w komunikacji interpersonalnej i utrzymywaniu uwagi dziecka upośledzonego umysłowo. Ton głosu może przyczynić się do stworzenia atmosfery bezpieczeństwa, w której łatwiej jest o zainteresowanie dziecka tym co ma zrobić, łatwiej je uspokoić lub pobudzić, stworzyć atmosferę oczekiwania lub wznowić artykulację i ruchy ciała dziecka. Bardzo istotnym elementem jest ekspresja twarzy. Należy „przykuwać wzrok” dziecka, inicjować kontakt wzrokowy. Wyraz naszej twarzy powinien być wyraźny i jednoznaczny nie zaś obojętny czy fałszywy. Ważne jest używanie zróżnicowania i kontrastów w mimice po to, aby adekwatnie uzyskać w dziecku nasze emocje i ciepło. Nie bez znaczenia w komunikacji jest pozycja naszego ciała, jego ruchy oraz nasze ręce, choć często nie jesteśmy tego świadomi. Ręce nasze są podstawowym źródłem w komunikacji. Sposób w jaki dotykamy dziecko powinien być przekonujący i precyzyjny, a nie mechaniczny lub bezmyślny. Podając dziecku dłonie powinniśmy przekazywać pozytywne nastawienie i poczucie bezpieczeństwa, które obniżają potrzebę obrony i pozwalają na większą otwartość. Jeśli jest zbyt delikatny możemy uzyskać przeciwny efekt, wywołać zamieszanie u dziecka, a w rezultacie lęk i napięcie. Reasumując, dotyk jest więc bardzo istotnym elementem w komunikacji interpersonalnej z dzieckiem niepełnosprawnym intelektualnie.

Terapia zajęciowa jako nauka przez zabawę

Terapia zajęciowa jest działaniem wielokierunkowym opartym na wykorzystaniu tkwiącego w każdym człowieku potencjału rozwojowego mającego źródło w naturalnych siłach witalnych organizmu, niezależnie od stopnia niepełnosprawności.

Terapia zajęciowa daje każdej mieszkance Domu Pomocy Społecznej dla Dzieci szansę wyrażenia siebie w dostępnej i indywidualnej formie, określonej jej wewnętrznymi i zewnętrznymi predyspozycjami. Pozwala na wybór takiej formy twórczości, która odpowiada indywidualnym

uzdolnieniom i możliwościom. Głównym zadaniem terapii zajęciowej jest usprawnienie psychiczne i fizyczne mieszkanek ośrodka.

Terapia zajęciowa prowadzona w Domu Pomocy Społecznej dla Dzieci w Legnicy dostosowana jest do możliwości psychoruchowych mieszkanek, polega na pracy i zabawie. Im głębiej dziecko jest upośledzone umysłowo tym bardziej indywidualny program terapii zajęciowej, powinien być rozkładany na etapy, a następnie szczegółowo analizowany i modyfikowany w zależności od potrzeb. Rozważne przechodzenie ze szczebla na szczebel może doprowadzić do momentu osiągnięcia przez dziecko zamierzonego przez nas poziomu. Naczelnym zadaniem terapii zajęciowej jest wykształcenie samodzielności dziecka w życiu codziennym, a więc nauka samodzielnego spełniania czynności samoobsługowych, samodzielnego spożywania posiłków, ubierania się, mycia, czesania i spełniania czynności higienicznych. Przy tego rodzaju terapii wykorzystuje się konkretne zajęcia w połączeniu z różnymi technikami, takimi jak: zajęcia plastyczne, manualno-twórcze i kulinarne. W ramach terapii zajęciowej organizowane są wycieczki do miasta, parku, lasu, do teatru, kina, muzeum itp. Odpowiednio dobrana terapia zajęciowa działa na podopieczne uspokajająco i relaksująco.

Muzykoterapia

Muzykoterapia stanowi jedną z technik artterapii i jest swoistym czynnikiem terapeutycznym oddziałującym na człowieka za pomocą muzyki. Muzykoterapia spełnia funkcje uzupełniające i wspierające kompleksowe usprawnianie. Realizowana jest indywidualnie bądź grupowo. Najczęściej używa się muzyki do uspokojenia dziecka, gdy doszło do wybuchu gwałtownych emocji, kiedy dziecko jest agresywne. Muzyka daje możliwość rozładowania wewnętrznych napięć, redukuje trudności, ułatwia współpracę, nawiązywanie kontaktów oraz podwyższa umiejętność koncentracji. Nawet osoby z głębokim upośledzeniem potrafią rozpoznać muzykę, którą lubią.

Muzyka w sposób dynamiczny zmienia słuchacza, przekazuje napięcia, pobudza do działania, do skupienia uwagi, skłania do wzruszeń. Muzyka, w odróżnieniu od innych rodzajów sztuki, trafia do człowieka bez konieczności przeprowadzania analizy intelektualnej jej treści. Potwierdza to obserwacja dzieci z głębokim upośledzeniem, które w sposób wyraźny, często bardzo żywo reagują na muzykę, bardzo chętnie uczestniczą w zajęciach muzyczno-terapeutycznych. Zajęcia muzyczne są dostępne dla osób z ograniczeniami ruchowymi i umysłowymi, uniemożliwiającymi aktywne uczestnictwo w innego rodzaju zajęciach. Dzieje się tak dlatego, że nie wymagają one takich umiejętności, jak sprawne manipulowanie przedmiotami, zdolność przemieszczania się itp. Atrakcyjność i przystępność zajęć z wykorzystaniem muzyki sprawia, że są one w naszej placówce bardzo popularne i lubiane. Form zajęć muzycznych może być bardzo wiele. Możemy dobierać różne rodzaje muzyki, łączyć je z innymi elementami zajęć. Należy jednak postępować ostrożnie i uważnie obserwować zachowanie się dzieci i elastycznie reagować na ich zachowania.

Muzyka oraz aktywność przez nią wywołana jest formą zajęć lubianą przez dzieci niepełnosprawne. Pozwala doświadczyć doznań, które w sposób pozaintelektualny docierają do serca i duszy. Zachęca do podejmowania działań, których bez muzyki osoba niepełnosprawna nigdy nie odważyłaby się przejawiać. Zajęcia te zaspokajają potrzebę zabawy, a niekiedy dają możliwość „wyżycia się”, wyładowania w pozytywny sposób negatywnych emocji. W czasie zajęć

muzycznych realizowane są również inne cele rewalidacyjno-wychowawcze, począwszy od poznawania różnych części swojego ciała, przez kształtowanie poczucia własnego JA, do nauki współdziałania w grupie, zauważania innych uczestników zabaw i komunikowania się z nimi.

Kinezyterapia i fizykoterapia

Kinezyterapia jest to leczenie różnymi metodami aktywności fizycznej o odpowiednio dobranym obciążeniu. Jej celem jest przywrócenie sprawności w jak największym stopniu, dając tym samym podstawy dla rozwoju biologicznego i społecznego jednostki. Wyrównywanie zaburzeń psychoruchowych w kinezyterapii osiąga się przez stopniowe eliminowanie przetrwałych patologicznych odruchów właściwych dla danego etapu rozwojowego. Usprawnienie jest tu zgodne z naturalną sekwencją rozwoju ruchowego dziecka. Zajęcia z kinezyterapii wpływają korzystnie na cały organizm, oddziałując na odpowiednie sfery rozwoju, które stanowią: sfera ruchowa (kontrola postawy i lokomocja), adaptacja do otoczenia (koordynacja wzrokowo-ruchowo-czuciowo-słuchowa) oraz sfera intelektualna i emocjonalna (osobowość, kontakty i rozwój mowy). Zajęcia z kinezyterapii prowadzi się indywidualnie lub grupowo, w formie zabaw ułatwiających osiągnięcie maksymalnej współpracy dziecka z opiekunem. Obejmują one dzieci dobrane pod względem wiekowym i poziomem psychoruchowym. W kinezyterapii zmierza się do tego, by dziecko osiągnęło możliwie jak największą samodzielność w dziedzinie życia codziennego. W zależności od zakresu zamierzonych działań kinezyterapię dzielimy na miejscową i ogólną.

Celem kinezyterapii miejscowej jest utrzymanie lub przywrócenie pełnego zakresu ruchu w stawach, pełnej siły mięśniowej, a w rezultacie uzyskanie podstawy dla sprawności podopiecznej w zakresie samoobsługi i lokomocji. Tam, gdzie trwałe zmiany patologiczne uniemożliwiają przywrócenie sprawności, kinezyterapia miejscowa zmierza do maksymalnej mobilizacji mechanizmów kompensacji. W skład kinezyterapii miejscowej wchodzi następujące rodzaje ćwiczeń:

1. Ćwiczenia bierne – stosowane są tam, gdzie występuje brak dowolnej czynności mięśni, w porażeniach spastycznych, w złej trofice tkanek. Wprowadzenie ćwiczeń biernych ma na celu utrzymanie naturalnej długości i elastyczności mięśni, ułatwienie krążenia krwi i chłonki, dostarczenie bodźców od obwodu do ośrodkowego układu nerwowego, ułatwiają one również zachowanie czucia i pamięci ruchowej. Stanowią istotny element w profilaktyce odleżyn, przykurczów i obrzęków zastoinowych.

2. Ćwiczenia czynno-bierne (wspomagane) – stosujemy przy tylko częściowo porażonych lub niedowładnych mięśniach, umożliwiają wzmacnianie mięśni w warunkach współdziałania z terapeutą. Ćwiczenia te powinny być poprzedzone zabiegami fizykalnymi: stymulacją przy niedowładach wiotkich, rozluźnieniem i rozgrzaniem przy rozluźnieniach spastycznych czy ograniczeniach ruchów w stawach.

3. Ćwiczenia czynne w odciążeniu – stosowane są w usprawnianiu osób z chorobą zwyrodnieniową stawów oraz w osłabieniu siły mięśniowej. Ćwiczenia te umożliwiają aktywizację podopiecznego w warunkach wyłączenia siły ciężenia i odciążenia osiowego stawów. Uzyskuje się to przez umieszczenie podopiecznego w specjalnym urządzeniu (UGUL – Uniwersalny Gabinet Usprawniania Leczniczego) składającym się z metalowych, stabilnych ram (ze ścianami sufitową i bocznymi), umożliwiających podwieszenie kończyn lub całego ciała.

4. Ćwiczenia czynne wolne – pozwalają na przejście do ćwiczeń z oporem. Ich celem jest utrzymanie prawidłowego ruchu w stawach, zwiększenie siły mięśniowej, doskonalenie koordynacji ruchowej.

5. Ćwiczenia czynne oporowe – wskazane są w przypadkach, kiedy występują duże zaniki mięśniowej siły i masy.

Kinezyterapia ogólna obejmuje wszystkie ćwiczenia ruchowe ogólnie usprawniające.

W Domu Pomocy Społecznej dla Dzieci ten rodzaj kinezyterapii realizowany jest w postaci zajęć ogólnokondycyjnych na sali gimnastycznej oraz w postaci grupowej gimnastyki porannej.

Fizykoterapia jest działem lecznictwa, w którym wykorzystuje się czynniki fizyczne zarówno występujące w przyrodzie, jak i wytworzone przez różnego typu urządzenia techniczne. Zabiegi z fizykoterapii przygotowują odpowiednie części ciała do ćwiczeń czynnych lub biernych. Fizykoterapia sprzyja powrotowi do swych funkcji grup mięśni porażonych, wzmacnia te, które nie są objęte porażeniem, zapobiega przykurczom oraz zmniejsza spastyczność. W zakres fizykoterapii wchodzi m.in. elektroterapia, parafinoterapia, hydroterapia, masaż i inne.

W Domu Pomocy Społecznej dla Dzieci w Legnicy stosowane są takie metody fizykoterapii, jak: masaż, hydroterapia (kąpiel perełkowa i hydromasaż) oraz parafinoterapia.

Masaż dokonywany dłońmi masażyisty jest uważany za najważniejszy i nazywany jest masażem klasycznym. Wykonywane są także masaże specjalne, które przynoszą dobre efekty w przewlekłych schorzeniach narządu ruchu. Każdy rodzaj masażu oprócz walorów terapeutycznych, odpręża i uspokaja.

Innym rodzajem masażu stosowanego w placówce jest masaż wodny. Odbywa się on w specjalnej wannie. Wannę napełnia się wodą do takiego poziomu, aby części ciała poddane masażowi były zanurzone. Zwykle podopieczna pozostaje w pozycji siedzącej. Dysze, przez które wtryskiwane są strumienie wody, nakierowane są na różne okolice ciała osoby korzystającej z hydromasażu.

Kąpiel perełkowa jest kolejnym rodzajem masażu ogólnego, wykonywanego w kąpieli wodnej przez strumienie powietrza wpuszczanego przez liczne drobne otwory w specjalnej macie, która może być rozkładana w każdej wannie w ośrodku. Powietrze pod ciśnieniem, unosząc się szybko do góry, powoduje ruch wody, jakby „gotowanie się”, co daje efekt przyjemnego masażu. Kąpiel perełkowa ma działanie relaksujące, uspokajające i jest bardzo lubiana przez podopieczne.

Snoezelen

Słowo „snoezelen” jest połączeniem dwóch prostych słów „snuffelen – węszyć” i „doezelen – drzemać”. Ostatnie słowo wskazuje, że chodzi o aktywności uspokajające. Definicje i cele Snoezelen wiążą się ściśle z problemami i możliwościami osób najbardziej upośledzonych. Dla ludzi ciężko upośledzonych, którzy w niewielkim stopniu są w stanie korzystać z różnych form aktywności i nie mogą uczęszczać do szkoły czy też pracy, lecz większą część każdego dnia spędzają w grupach mieszkalnych, Snoezelen jest szczególną ofertą wykorzystywania czasu wolnego. Snoezelen jest otoczeniem, które w przeciwieństwie do codzienności nie oddziałuje kompleksowo na zmysły, lecz w którym można się koncentrować jedynie na postrzeganiu poszczególnymi zmysłami np. tylko na dotykaniu. Snoezelen pozwala także ludziom upośledzo-

nym „kiedys gdzieś wyjść”. Przychodzą oni do innych pomieszczeń, gdzie mogą zbierać doświadczenia całkowicie innego rodzaju niż jest to możliwe w grupach mieszkalnych. Pomieszczenia te, również w naszym ośrodku, wyposażone są: w zakresie dotykowym – w materace, sakwy, „suchy basen” pełen małych, kolorowych piłeczek; w zakresie wizualnym – w lampę ultrafioletową, projektor i żelowe przezroczca, kulę obrotową, podświetlane kolumny oraz kolorową podłogę; w zakresie dźwiękowym – w instalację nagłaśniającą i sprzęt muzyczny: odtwarzacz CD oraz „dźwiękogrę”.

Atmosferę Sali Doświadczenia Świata tworzą przede wszystkim światło i tło dźwiękowe. Cel Snoezelen powinien służyć odprężeniu mieszkańców i pomóc im w pozbyciu się negatywnych emocji.

Stworzenie w naszym ośrodku Sali Doświadczenia Świata jest słusznym krokiem. Inwestycja ta jest nową ofertą dla podopiecznych i sprawia im wiele radości.

Metoda ruchu rozwijającego Weroniki Sherborne

Metoda ruchu rozwijającego opracowana przez Weronikę Sherborne jest metodą niewerbalną, uaktywniającą język ciała i ruchu. Główna idea tej metody zawarta jest w tezie, że świadomość własnego ciała, świadomość przestrzeni i działania w niej, a także umiejętność dzielenia jej z innymi ludźmi, prowadząca do nawiązywania z nimi bliskiego kontaktu, służy rozwojowi dziecka.

Metoda ta wyróżnia kilka kategorii ruchu. Największe zastosowanie ma grupa ćwiczeń pozwalających dzieciom poznać swoje ciało. W proponowanych ćwiczeniach dziecko może być bierne, aktywną stroną jest tu dorosły. Ważnym powodem dużego znaczenia tej grupy ćwiczeń jest fakt, że wykonuje się je na podłodze. Bliski kontakt ciała dziecka z podłożem daje mu poczucie bezpieczeństwa.

Drugą kategorią ruchu wyróżnioną przez W. Sherborne jest ruch kształtujący związek dziecka z otoczeniem fizycznym. Ćwiczenia z tej grupy mają na celu rozszerzenie umiejętności poznawania najbliższego otoczenia na większym terenie, na którym dziecko może zetknąć się z różnymi przedmiotami, np. meblami lub innymi ludźmi.

Trzecią kategorię stanowią ruchy prowadzące do wytworzenia związku z drugim człowiekiem. Ta grupa ćwiczeń opiera się na założeniu, iż kontakt dziecka z dorosłym powinien być dla dziecka satysfakcjonujący, sprawiający mu przyjemność i radość. Osoby ćwiczące z dzieckiem czuwają nad jego komfortem psychicznym i w razie pojawienia się lęku lub proteście ze strony dziecka powinny zaprzestać wykonywania ćwiczeń.

Metoda W. Sherborne – w odróżnieniu od innych metod rehabilitacji ruchowej – koncentruje się przede wszystkim na kontakcie dziecka niepełnosprawnego z innymi osobami, komunikacji pozawerbalnej oraz aspekcie terapeutycznym, którego podstawą jest ruch. Stosując tę metodę, rozwijamy u dzieci: poczucie bezpieczeństwa, pewność siebie w poruszaniu się w przestrzeni, zaufanie do innych, spontaniczność i aktywność, świadomość własnego ciała, umiejętność nawiązywania kontaktów oraz umiejętność rozróżniania kierunków i tempa ruchów ciała.

W Domu Pomocy Społecznej dla Dzieci prowadzone zajęcia metodą W. Sherborne. Oprócz terapeutów zajęciowych, w ćwiczeniach z dziećmi biorą udział także opiekunki i pielęgniarki

(które ukończyły szkolenie specjalistyczne w 1994 roku, dotyczące tej metody, prowadzone przez dr. Zbigniewa Tarkowskiego).

Metoda Christophera Knilla

Podobnie jak metoda ruchu rozwijającego W. Sherborne, również ta opracowana przez Christophera Knilla może być kluczem do każdego dziecka, bez względu na jego możliwości i stan psychofizyczny. Jej zastosowanie możliwe jest zarówno w trakcie terapii indywidualnej, jak i przy nawiązywaniu kontaktu z dzieckiem. Dochodzi tu do kształtowania orientacji w schemacie ciała i rozwijania poczucia tożsamości. Dodatkowym plusem tej metody jest uzyskany przez wprowadzenie określonej muzyki efekt orientacji w czasie oraz przewidywania kolejnych czynności. Specjalnie skomponowana muzyka jest nieodłącznym elementem terapii metodą Knilla. Stanowi ona podstawę dla przeprowadzenia sesji kontaktów. W pierwszej części muzyka jest relaksująca, stanowi „sygnalizującą melodię”, która stopniowo pobudza oczekiwania i pomaga przygotować dziecko do dalszego ciągu sesji. W drugiej części muzyka staje się bardziej rytmiczna. Trzecia część jest jeszcze bardziej intensywna ruchowo i rytmicznie. W czwartej części muzyka jest łżejsza i bardziej melodyjna. Piąta część sesji zawiera muzykę wprowadzającą (uspokajającą i medytacyjną), która służy relaksacji, daje czas na refleksje.

C. Knill mocno podkreśla zasady odczytywania stanów i uczuć dziecka, poszanowania jego woli oraz adekwatnego, elastycznego reagowania na nie.

Metoda ta jest wyjątkowo pomocna w trakcie zajęć terapii indywidualnej, zwłaszcza w pracy z dziećmi autystycznymi, agresywnymi, autoagresywnymi i ma ogromne zastosowanie w naszym ośrodku.

Jolanta Grzebyk

Zmęczenie pracą czy wypalenie zawodowe na podstawie pracy pielęgniarek z oddziału pediatrycznego

(Promotor: doc. dr nauk med. Jarosław Czeszejko-Sochacki)

Zawód pielęgniarki jest realizowany w najbliższym i ciągłym kontakcie z ludźmi, wymaga więc umiejętności współdziałania oraz gotowości do niesienia pomocy tym, którzy jej potrzebują. Pielęgniarstwo to zawód opiekuńczy i bardzo odpowiedzialny, wymagający wrażliwości na ludzkie cierpienie oraz gotowości do niesienia pomocy drugiemu człowiekowi.

Taki rodzaj pracy powoduje specyficzne obciążenia, których konsekwencją może być zmęczenie pracą, stres, a w następstwie wypalenie zawodowe.

Przeprowadzone badania miały na celu uzyskanie wiedzy na temat tego, czy pielęgniarki są świadome wypalenia zawodowego i czy obserwują u siebie jego objawy, czy też miewają tylko przejściowe objawy zmęczenia pracą? Czy potrafimy radzić sobie z trudnościami i obciążeniami wynikającymi z charakteru naszej pracy zawodowej?

Specyfika pracy oddziału pediatrycznego

Zmęczenie i stres są nierozłączne w pracy pielęgniarek. Wpływ na ich pojawienie się mają: praca zmianowa, nieregularny tryb życia, kontakt z brudem, wydzielinami, odchodami, praca fizyczna przy zabiegach i kontakcie z pacjentem stwarzająca ryzyko zarażenia się, ogromna odpowiedzialność oraz świadomość skutków własnych błędów, brak warunków do leczenia (leków, aparatury, sprzętu), złe warunki lokalowe, bariery architektoniczne, zbyt mała obsada pielęgniarska w stosunku do pacjentów. Także niskie zarobki niewspółmierne do wymagań zawodu i wysiłku wkładanego w jego wykonanie (nie wystarczająca na utrzymanie rodziny pensja pielęgniarska również należy do czynników uciążliwych), niski status zawodowy, nie zawsze dobra współpraca zespołu terapeutycznego oraz z pacjentem i jego rodziną, brak uznania i zadowolenia z pracy pielęgniarek.

Wypalenie zawodowe dotyka osoby, których oczekiwania wobec siebie i efektów wykonywanej przez nich pracy są bardzo wysokie. Osoby te wkładają w swoją pracę dużo wysiłku i zaangażowania, a rezultat nie jest zadowalający. W związku z tym tacy ludzie są zawiedzeni, że nie dali z siebie wszystkiego. Są rozczarowani. Mają poczucie, że zawiedli. W efekcie prowadzi to do wyczerpania energii i głębokiej frustracji, czyli do stanu wypalenia zawodowego. Od początku prowadzonych badań nad zjawiskiem wypalenia zawodów pielęgniarki zaliczany był do grupy zawodów wysokiego ryzyka.

Można zaobserwować pewne sygnały ostrzegawcze, które mogą wskazywać na zjawisko wypalenia zawodowego:

- niechęć towarzysząca wychodzeniu do pracy;
- ciągły brak chęci do pracy;
- izolowanie się od świata;
- odbieranie życia jako ciężkiego i ponurego;
- wzrastająca ilość negatywnych wzajemnych przeniesień w kontaktach z pacjentami;
- poirytowanie, negacja, drażliwość i brak cierpliwości w domu;
- częste choroby bez rozpoznawalnych przyczyn;
- myśli o ucieczce oraz samobójstwie.

Analiza statystyczna wykazała zróżnicowany poziom wypalenia zawodowego pielęgniarek zatrudnionych w różnych oddziałach szpitalnych. I tak, do grupy o wysokim poziomie wypalenia należą pielęgniarki pediatryczne, onkologiczne i psychiatryczne. W przypadku oddziałów pediatrycznych choroba, kalectwo oraz śmierć dziecka – osoby bezradnej i dopiero wchodzącej w życie – wywołują większe przygnębienie i smutek od tych samych procesów u człowieka dorosłego.

Badania własne – materiał i metody

Badaniem zostały objęte wszystkie pielęgniarki zatrudnione w Wojewódzkim Szpitalu w Jeleniej Górze pracujące na Oddziale Pediatrii. Metodą badawczą, jaką zastosowałam w swojej pracy jest ankieta powstała w oparciu o objawy wskazujące na zmęczenie oraz wypalenie zawodowe. Ankieta była anonimowa i zawierała 20 pytań.

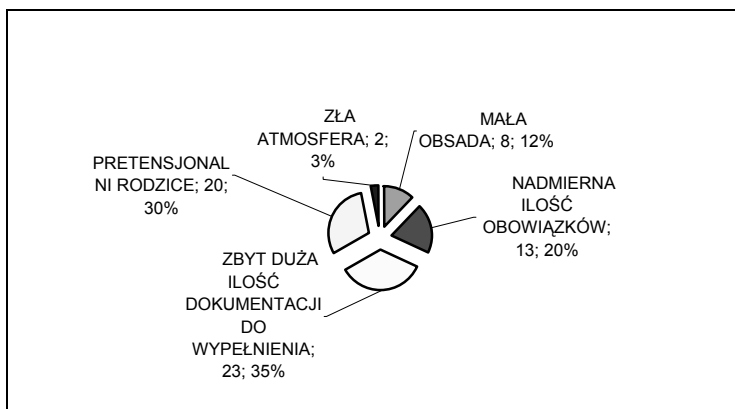
Drugą metodą uważaną chyba za najbardziej wszechstronną technikę gromadzenia materiałów, którą zastosowałam, była obserwacja

Wyniki ankiety

Wśród badanych 45% jest w wieku 41-50 lat, 42% w wieku 31-40 lat, a 20-30 lat ma 13% pielęgniarek. Są to osoby z długoletnim stażem zawodowym, bo aż 41% pielęgniarek w zawodzie pracuje w przedziale 21-30 lat, 38% ma 11-20 letni staż pracy, a 21 % to osoby pracujące w zawodzie od 5 do 10 lat.

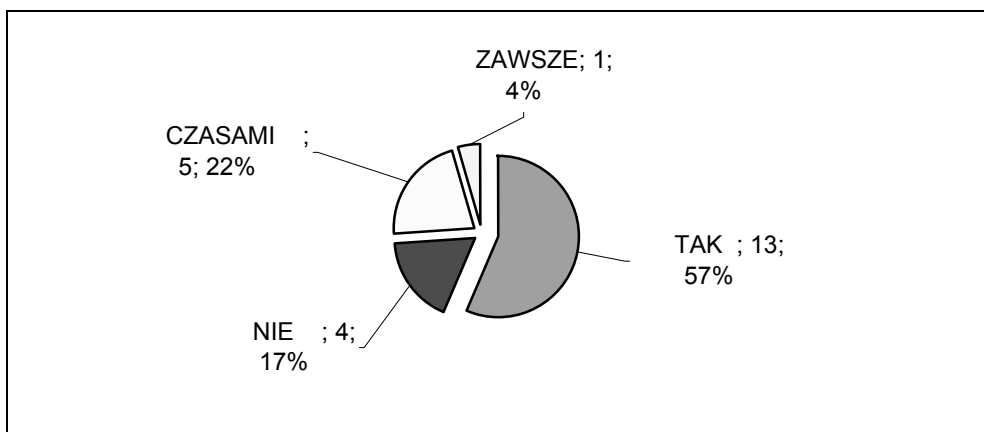
Dla połowy osób badanych jest to pierwsze miejsce pracy. Większość, bo aż 92% kobiet pracuje w systemie zmianowym, tzn. 12 godz. 100% ankietowanych odpowiedziało, że lubi swoją pracę.

Rys. 6. Co utrudnia Ci wykonywanie pracy.



Jako zbyt duża ilość dokumentacji do wypełnienia zaznaczyło 35% ankietowanych, natomiast 30% trudności w pracy sprawiają pretensjonalni rodzice. 20% pielęgniarek wskazało nadmierną liczbę obowiązków, a 12% jako utrudnienia małą obsadę personelu, a tylko 3% ocenia, że zła atmosfera jest przyczyną trudności w pracy. Dla 8% ankietowanych dyżury nocne nie stanowią obciążenia, 29% odpowiedziało, że czasami, a dla 63% kobiet dyżury te stanowią obciążenie.

Rys. 9. Czy zmęczenie mija po okresie odpoczynku.



U 57% respondentek zmęczenie mija po okresie odpoczynku, 22% czasami czuje się po odpoczynku nadal zmęczona, 17% zaznaczyło, że zmęczenie nie mija po odpoczynku, a tylko u 4% kobiet zawsze po odpoczynku mija zmęczenie.

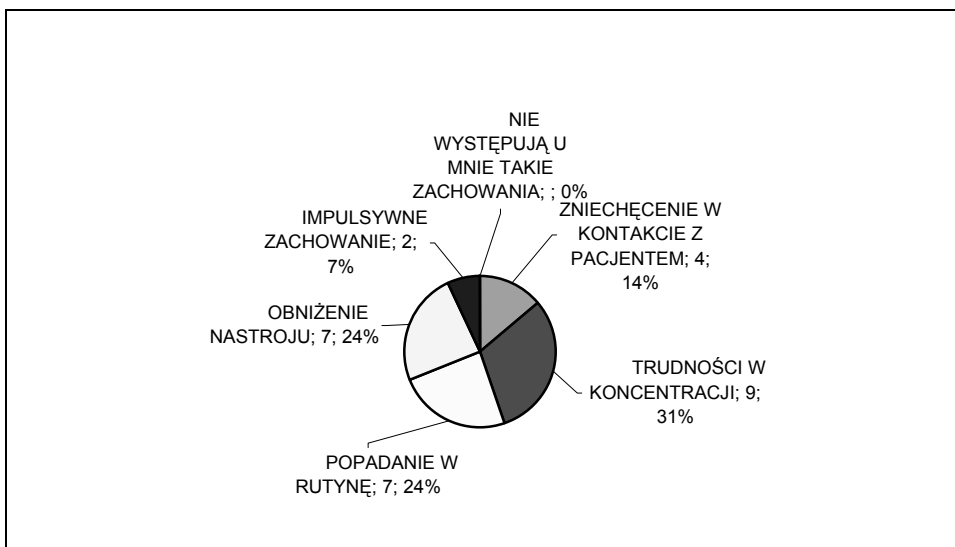
Czasami przychodząc do pracy już czuje się zmęczona grupa 54% pielęgniarek, takiego zmęczenia nie odczuwa 33%, natomiast 13% przychodząc do pracy już czuje się zmęczonymi.

Rys. 11. Który z objawów obserwujesz u siebie.



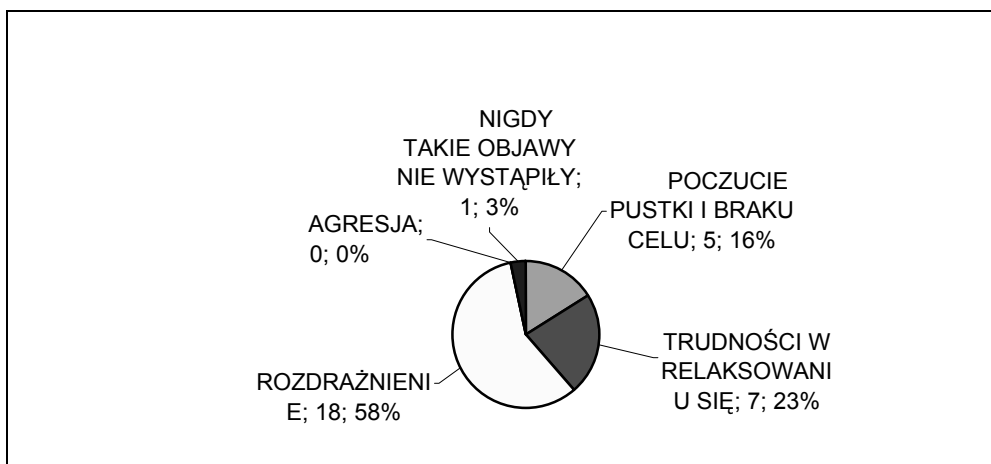
Z objawów, które obserwują u siebie pielęgniarki najczęściej oceniło: 21% nasilony stres, 20% zaburzenia snu, 19% przewlekłe zmęczenie, 18% miewa częste bóle głowy, 14% cierpi na zaburzenia pokarmowe, tylko 8% ankietowanych nie wymienia żadnego z objawów.

Rys. 12. Czy w czasie wykonywanej pracy występują.



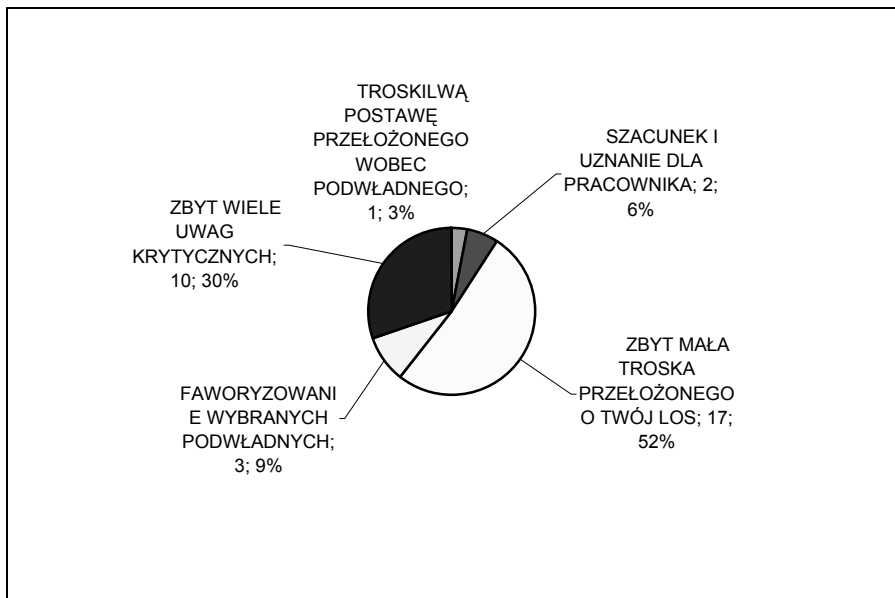
Z objawów, które występują w czasie wykonywania pracy 31% zaznaczyło trudności w koncentracji, po 24% popadanie w rutynę i obniżenie nastroju, 14% zniechęconych jest w kontakcie z pacjentem, 7% swoje zachowanie ocenia jako impulsywne, natomiast nie znalazła się żadna osoba, u której nie wystąpiłyby takie zachowania.

Rys. 13. Czy zdarzają się u Ciebie.



Wśród pytaných osób 58% odpowiedziało, że zdarza się, aby były rozdrażnione, 23% wskazuje na trudności w relaksowaniu się, 16% obserwuje u siebie poczucie pustki i braku celu, 3% nigdy takich objawów u siebie nie zaobserwowało, natomiast nikt nie obserwuje u siebie objawów agresji.

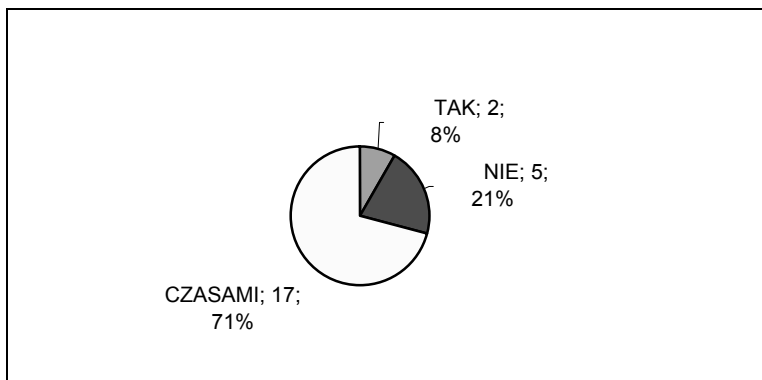
Rys. 14. W stosunkach ze zwierzchnikiem obserwujesz.



52% ankieterów uważa troskę przełożonego za zbyt małą, 30% uznaje, że zwierzchnik wysuwa zbyt wiele uwag krytycznych w stosunku do podwładnych, 9% obserwuje faworyzowanie wybranych podwładnych, 6% w stosunkach ze zwierzchnikami dostrzega szacunek i uznanie dla pracownika, 3% ankieterów ocenia troskliwą postawę wobec podwładnego.

Współpraca z koleżankami jest w 96% opisywana na zasadzie partnerskiej, jedynie 4% wskazało na brak takiej współpracy.

Rys. 16. Czy w kontaktach ze współpracownikami zdarzają się Tobie sytuacje stresujące, konfliktowe.



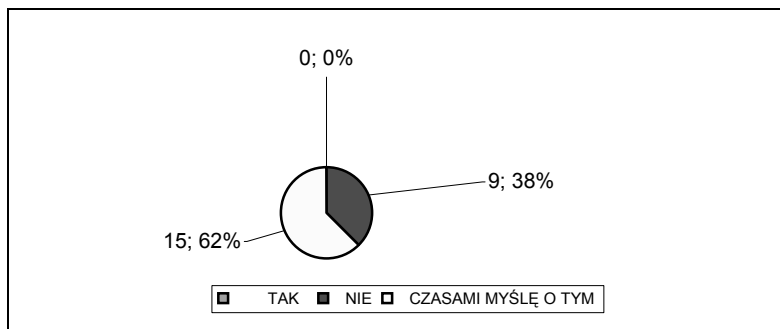
71% pielęgniarek oceniło, że w kontaktach ze współpracownikami czasami zdarzają się sytuacje stresujące, konfliktowe, u 21% do takich sytuacji nie dochodzi, 8% odpowiedziało zdecydowanie tak.

62% osób ankieterów odpowiedziało, że obserwuje u siebie stopniowo malejącą satysfakcję z pracy, 38% takich objawów nie dostrzega.

Wśród całej liczby zatrudnionych pielęgniarek 62% podnosi swoje kwalifikacje, 38% pozostała przy średnim wykształceniu.

Tylko 4% ankietowanych wykazało zadowolenie z wynagrodzenia, natomiast 96% z wynagrodzenia jest niezadowolonych.

Rys. 20. Czy chciałabyś zmienić pracę.



Nikt nie odpowiedział twierdząco na pytanie o chęć zmiany pracy, natomiast 62% czasami myśli o tym, a 38% nie chce zmienić pracy.

Wyniki przeprowadzonej ankiety

Przeprowadzone przeze mnie badania wykazały, że praca w godzinach nocnych dla większości personelu pielęgniarskiego stanowi obciążenie. Dyżury wywołują uczucie zmęczenia, które nie zawsze mija po okresie odpoczynku. Ponad połowa badanych kobiet przychodząc do pracy już czuje się zmęczona. Wszystkie panie wykazały utrudnienia występujące w naszej pracy ze wskazaniem na: zbyt dużą ilość dokumentacji do wypełnienia, pretensjonalnych rodziców, nadmiar obowiązków i małą obsadę. Wśród objawów, które obserwujemy u siebie najczęściej, występują: nasilony stres, przewlekłe zmęczenie, zaburzenia snu oraz częste bóle głowy. Znaczna część pielęgniarek wykazała rozdrażnienie, trudności w koncentracji i relaksowaniu się, a co za tym idzie popadanie w rutynę, zniechęcenie w kontakcie z pacjentem oraz poczucie pustki i braku celu. W stosunkach ze zwierzchnikiem wskazujemy zbyt małą troskę przełożonego o nasz los i zbyt wiele uwag krytycznych. Współpracę z koleżankami oceniamy jako dobrą, na zasadzie partnerskiej, jednak znacząca część przyznaje, że czasami dochodzi do sytuacji stresowych i konfliktowych. Optymistyczny jest wynik badania, który dotyczy podnoszenia naszych kwalifikacji zawodowych oraz doszkalania się. Wynika z tego, że jesteśmy grupą zawodową, która dba o swoje kompetencje zawodowe podnosząc swoją wiedzę i umiejętności, co pozwala na lepszą pracę z pacjentem.

Mimo iż wszystkie wykazałyśmy, że lubimy swoją pracę, to jednak ponad połowa ankietowanych odczuwa stopniowo malejącą satysfakcję z pracy i coraz częściej myśli o zmianie pracy. Prawie wszystkie ankietowane potwierdzają niezadowolenie z wynagrodzenia.

Natalia Kaszuba

Niedosłuch przewodzeniowy u dzieci jako problem diagnostyczny i terapeutyczny

(Promotor: mgr piel. Danuta Wałęga-Szych)

Wstęp

Niedosłuch przewodzeniowy jest zjawiskiem nabytym, rzadziej uwarunkowanym genetycznie. Większość poddaje się leczeniu zachowawczemu, chirurgicznemu lub protetycznemu. Ten typ niedosłuchu dominuje u dzieci z upośledzeniem słuchu.

Funkcjonowanie dziecka z niedosłuchem w środowisku szkolnym i pozaszkolnym

Rodzice, rodzeństwo, rówieśnicy w szkole, przedszkolu, towarzysze zabaw, krewni i inni stanowią środowisko, które czynnie lub biernie, świadomie lub nieświadomie wpływa na stosunek dziecka do postępowania terapeutycznego i rehabilitacji niedosłuchu przewodzeniowego.

Dziecko niedosłyszające funkcjonując w środowisku wykorzystuje posiadany słuch, dopomagając sobie równocześnie wzrokiem. W okresie szkolnym i przedszkolnym pozostaje pod opieką poradni pedagogiczno-psychologicznej. Regularnie prowadzone zajęcia z logopedą mają na celu głównie niwelowanie wad artykulacji i wspomaganie rozwoju mowy. W powodzeniu szkolnym dziecka z niedosłuchem mniej decyduje wielkość ubytku słuchu, znacznie bardziej natomiast opanowanie mowy, stan dojrzałości społecznej i emocjonalnej, łatwość nawiązywania kontaktów społecznych, zainteresowania dziecka, takie cechy osobowości jak umiejętność skupienia uwagi, wytrwałość, motywacja do pracy i odporność na niepowodzenia.

Najbardziej korzystną formą kształcenia dla dzieci niedosłyszających jest szkoła masowa. Aby dziecko mogło z powodzeniem pobierać naukę w szkole powszechnej, zarówno rodzice jak i nauczyciele muszą zdawać sobie sprawę z jego trudności i braków, i dążyć systematycznie do ich wyrównania. Rodzice powinni utrzymywać bliski kontakt ze szkołą oraz z poradnią psychologiczno-pedagogiczną. Pomagając dziecku w nauce powinni umiejętnie zachęcać je do samodzielnego pokonywania trudności, korzystając z dostępnych pomocy książkowych i rozszerzania tą drogą pożytecznych zainteresowań. Zaangażowanie rodziców w naukę szkolną polega na uzupełnianiu braków, powtarzaniu przerobionego materiału, pobudzaniu ambicji poprzez stworzenie rozsądnego systemu pochwał, utrwalaniu przyswojonych wiadomości.

Szczególne zadanie ma nauczyciel klasy, której uczniem jest dziecko niedosłyszające. W swoim działaniu wychowawczo-dydaktycznym powinien uwzględnić specyfikę sytuacji dziecka, jego trudności i sposoby, jakimi można takiemu uczniowi dopomóc. Nie chodzi o to, aby sto-

sować wobec dziecka taryfę ulgową, ale by je zachęcić i maksymalnie zaktywizować. W wielu przypadkach nauczyciel może pomóc dziecku, np.:

- podczas dyktowania, tłumaczenia istotnych treści stać w pobliżu dziecka z twarzą dobrze oświetloną;
- sprawdzać czy dziecko dobrze zrozumiało treść zadania, ewentualnie podać mu ją na piśmie lub polecić jednemu z dzieci napisać treść zadania na tablicy;
- na wniosek poradni psychologiczno-pedagogicznej, mogą być przyznane godziny na indywidualne zajęcia z dzieckiem o charakterze korekcyjno-kompensacyjnym;
- zapewnić dziecku niedosłyszącemu korzystne miejsce i warunki oświetlenia.

Zakłada się, aby w klasie masowej stosunek uczniów z uszkodzonym słuchem do normalnie słyszących wynosił 1:8.

Samopoczucie dziecka z wadą słuchu w kolektywie klasowym zależy od ukierunkowania klasy przez nauczyciela. Noszenie aparatu słuchowego budzi sensację wśród zdrowych dzieci, dlatego otoczenie dziecka powinno być poinformowane o przyczynie używania aparatu słuchowego. W przypadku niedosłuchu typu przewodzeniowego, w aparat słuchowy są zaopatrzone dzieci, u których zostały wyczerpane inne metody leczenia (chirurgiczne i farmakologiczne).

Ujemne strony kształcenia dziecka niedosłyszącego w szkole masowej, to:

- zbyt duża liczebność klas, nie pozwalająca nauczycielowi na indywidualne podejście do dziecka;
- niekorzystne, z reguły, warunki akustyczne sal lekcyjnych oraz hałas, który panuje w szkole pogarszają sytuację dziecka;
- zbyt wysokie wymagania związane z realizacją programu szkolnego;
- brak dostatecznego doświadczenia pedagogicznego u nauczycieli.

Przy kwalifikowaniu dzieci z niedosłuchem do szkoły powszechnej ponosi się, w pewnych przypadkach, ryzyko przeciążenia psychiki dziecka, gdyż uczniowie ci muszą włożyć niewspółmiernie więcej pracy w naukę szkolną, aniżeli ich rówieśnicy słyszący. Decyzja co do wyboru szkoły podejmowana bywa przez zespół Wojewódzkiej Poradni Pedagogiczno-Psychologicznej i zależy od:

- poziomu dojrzałości szkolnej dziecka;
- stanu słuchu (wynik audiogramu i/lub audiogramu z aparatami słuchowymi);
- stanu rozwoju językowego dziecka;
- oceny psychologa co do poziomu intelektualnego i dojrzałości społeczno-emocjonalnej;
- oceny postępów dziecka przez specjalistę poradni audiologicznej, logopedycznej i otolaryngologicznej;
- życzenia i sugestii rodziców, ich możliwości zapewnienia opieki dziecku w trakcie nauki szkolnej.

Nie zawsze decyzja poradni jest zgodna z życzeniami i aspiracjami rodziców. Możliwe bywa wówczas warunkowe przyjęcie dziecka do określonej szkoły na okres próbny, za zgodą kierownictwa szkoły i nauczycielki prowadzącej klasę.

Pomimo starań dziecko niedosłyszące może mieć niepowodzenia w nauce w szkole masowej na skutek:

- niedostatecznego opanowania mowy w okresie przedszkolnym i trudności w rozumieniu przekazywanych treści;
- zniechęcenia dziecka do nauki z powodu braku stymulującego wpływu rodziców i nauczycieli;
- błędów wychowawczych rodziców, utrudniających adaptację dziecka niedosłyszącego w środowisku szkolnym.

Edukacja rodziny sprawującej opiekę nad dzieckiem w kierunku prewencji zaburzeń słuchu

Prawie 50% zaburzeń słuchu w wieku dziecięcym można było uniknąć przez odpowiednie skuteczne postępowanie profilaktyczne i prewencyjne. Częstość występowania uszkodzeń słuchu u dzieci zwiększa się z wiekiem i to trzykrotnie szybciej u chłopców niż u dziewcząt. Niedosłuch zdarza się 12 razy częściej niż głuchota. W niedosłuchach przeważają zaburzenia typu przewodnictwa (uszkodzenia ucha zewnętrznego i środkowego) nad zaburzeniami typu odbiorczego (uszkodzenie ucha wewnętrznego i drogi słuchowej), przy czym przewaga niedosłuchów typu przewodnictwa nad niedosłuchami typu odbiorczego maleje z wiekiem.

Profilaktyka odnosi się przede wszystkim do postępowania zapobiegawczo-medycznego i to szczególnie w obrębie specjalności zajmujących się zaburzeniami słuchu: otorynolaryngologiczna chirurgia głowy i szyi, foniatria, audiologia, otolaryngologia dziecięca. Natomiast prewencja dotyczy wytworzenia w zachowaniach ludzkich prozdrowotnych zasad i higienicznych postaw (oświata zdrowotna), które poprzez uświadamianie niebezpieczeństw grożących narządowi słuchu powinny obejmować uświadczenie jak najszerszych kręgów społeczeństwa nie tylko o negatywnych konsekwencjach pogarszania lub utraty słuchu, ale również o możliwościach racjonalnego leczenia i rehabilitacji osób z uszkodzonym słuchem. Tak profilaktyka, jak i prewencja, w wielu przypadkach zaburzeń słuchu, których można uniknąć, zastępuje leczenie i rehabilitację. W wielu krajach zagadnienia profilaktyki i prewencji słuchu są ujęte w programach szkolenia przeddyplomowego dla studentów medycyny i szkolenia podyplomowego z zakresu otorynolaryngologicznej chirurgii głowy i szyi i specjalności pochodnych.

Stwierdzono, że 7-miesięczny płód reaguje już na dźwięki otoczenia i one modelują narząd słuchu i ośrodki mowy przygotowując je do przyszłej, bardziej trudnej czynności rozumienia mowy. Już od 25 tygodnia życia płodu zarejestrowano obecność odpowiedzi słuchowych potencjałów wywołanych pnia mózgu. Jest to dowód na to, że już w wieku płodowym rodzice, a głównie matka, powinna dbać o prawidłowy rozwój słuchu płodu. Kobieta w ciąży musi unikać czynników wywołujących wady uszu i niedosłuch, czyli tzw. czynników teratogennych. Należą do nich:

- czynniki fizyczne: naświetlanie promieniami jonizującymi, zmiany temperatury, stany niedotlenienia płodu, zmiany ciśnienia płynu owodniowego;
- niedobory substancji odżywczych: witamin z grupy B, A, D, E, mikroelementów;

- inhibitory wzrostu i antymetabolity histaminy: iperyt, ametoptyryna, azeseryna, antymetabolity histaminy;
- kontakt z osobami chorymi na: różyczkę, świnkę, grypę, ospę wietrzną, półpasiec, cytomegalie, kiłę, toksoplazmozę;
- nie wyrównane zaburzenia endokrynologiczne (sterydoterapia, cukrzyca, choroby tarczycy);
- hałas i wibracja;
- ototoksyczne leki i związki chemiczne: aminoglikozydy, chinina, salicylany, thalidomit, błękit trypanu, sulfonamidy, sole talu, ołowiu, jodu i selenu, formaldehyd, eseryna, konserwanty, etanol, nikotyna, marihuana.

Szczególną opieką rodziców oraz poradni otorynolaryngologicznej i audiologicznej obejmuje się wszystkie dzieci z czynnikami ryzyka uszkodzenia słuchu, do których zalicza się:

- wadę słuchu w rodzinie;
- wadę wrodzoną głowy lub szyi;
- zakażenia z grupy TORCH¹ u matki w czasie ciąży lub u noworodka;
- wcześniactwo poniżej 33 tygodnia ciąży;
- masa urodzeniowa poniżej 1500g;
- punktacja w skali Apgar poniżej 4 w 1 minucie;
- punktacja w skali Apgar poniżej 6 w 5 minucie;
- pobyt w inkubatorze powyżej 10 dni;
- żółtaczkę wymagającą transfuzji wymiennej;
- zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, posocznice i inne ciężkie zakażenia;
- intensywną terapię powyżej 7 dni;
- sztuczną wentylację powyżej 5 dni;
- stosowanie u noworodków leków ototoksycznych;
- rozpoznany lub podejrzewany zespół wad wrodzonych skojarzonych z niedosłuchem;
- krwawienia prowadzące do znacznej anemizacji u płodu lub noworodka.

Na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego, badania behawioralnego, otoemisji akustycznej oraz potencjałów wywołanych z pnia mózgu następuje ocena stanu słuchu dziecka. Każda matka, której dziecko przeszło stany chorobowe z grupy ryzyka, winna być powiadomiona o konieczności oceny słuchu i zaopatrzona w odpowiednie skierowanie dla dziecka. Badanie to należy przeprowadzić między 3 a 6 miesiącem życia, ponieważ niemowlęta zaliczające się do zagrożonej grupy zwykle wykazują nieco opóźniony proces dojrzewania narządu słuchu i dróg słuchowych, co może budzić fałszywy alarm. Badania najlepiej wykonać w 6 miesiącu życia. Dzieci z czynnikami ryzyka, z niepotwierdzonym uszkodzeniem słuchu, pozostają pod kontrolą ośrodka audiologicznego do 3 roku życia.

¹ TORCH – zespół chorób wirusowych: **T**oxoplasmosis – toksoplazmoza, **O**ther – inne (np. wirus grypy, odry, wirusy Cocksackie, wirus B19), **R**ubella – różyczka, **C**ytomegalia – cytomegalia, **H**erpes – wirus opryszczki.

W naszym społeczeństwie zgłaszanie do badań słuchu małych dzieci z podejrzeniem niedosłuchu następuje stosunkowo późno. Zwykle podejrzenia, że ze słuchem u dziecka nie wszystko jest w porządku, rodzą się około 2 roku życia, z chwilą, gdy nie pojawia się mowa. Około 3 roku życia matka szuka potwierdzenia lekarskiego swych podejrzeń i porady. Jest to termin bardzo spóźniony. Dlatego każde odchylenie od ścisłego terminarza pojawiania się poszczególnych etapów rozwoju mowy, u potencjalnie zdrowego dziecka, powinno być sygnałem alarmowym nakazującym badanie słuchu i poziomu rozwoju umysłowego. Ponadto każde niemowlę powinno być starannie obserwowane w kierunku prawidłowego słyszenia.

Najczęstszą przyczyną niedosłuchu przewodzeniowego jest nieprawidłowa wentylacja ucha środkowego, na skutek zaburzeń drożności trąbki słuchowej w przebiegu chorób górnych dróg oddechowych. Wczesne rozpoczęcie leczenia zaburzeń funkcji trąbki poprawia rokowania. Rodzice powinni być poinformowani, że prawidłowe odżywianie z ograniczeniem węglowodanów i higieniczny tryb życia, zmniejszają podatność na stany zapalne dróg oddechowych, w tym także trąbki Eustachiusza. Po każdej chorobie odcinka układu oddechowego powinno być wykonane badanie słuchu, które pozwala na wykrycie niedosłuchu we wczesnych fazach zaburzeń drożności trąbki słuchowej, kiedy brak jeszcze wyraźniejszych objawów subiektywnych i otoskopowych. Zalecany, prostym i bardzo szybkim w wykonaniu badaniem, które nie wymaga współpracy badanego i ma tu duże zastosowanie jest tympanometria.

Rodzice dzieci, u których występują zaburzenia artykulacji i pamięci słuchowej oraz zaburzenia czytania i pisanie ze słuchu, powinni zwrócić uwagę czy nie łączy się to z nawracającymi stanami zapalnymi górnych dróg oddechowych i uszu, alergiami z miejscem uchwytu w obrębie dróg oddechowych, pokarmowych i skóry. Może to sugerować zaburzenia słuchu i niezbędną kontrolę laryngologiczną przed wdrożeniem postępowania pedagogiczno-psychologicznego. Również zmiana zachowania dziecka po przebytych chorobach infekcyjnych może sugerować przejściowy niedosłuch przewodzeniowy, wymagający interwencji specjalisty.

Często dzieci w trakcie zabawy wkładają do przewodu słuchowego zewnętrznego różne drobne rzeczy, np. koraliki, drobne części zabawek, kamyki, pestki, kawałki patyków itp. Może to spowodować uszkodzenie skóry przewodu i/lub błony bębenkowej. Rodzice powinni wiedzieć, że niewłaściwe wyjmowanie ciała obcego jest bardzo niebezpieczne i powinno być wykonywane przez laryngologa, gdyż posiada on odpowiednie doświadczenie i instrumentarium. Małe dziecko w żadnym wypadku nie powinno bawić się zabawkami, które posiadają drobne części mieszczące się w uchu lub nosie. Rodzice nie mogą sami podejmować się wyciągania ciała obcego z ucha, natomiast niezbędny jest pilny kontakt z lekarzem specjalistą.

U niemowląt i dzieci w różnym wieku istnieje możliwość uszkodzenia słuchu przez hałas. Powstały niedosłuch ma wówczas charakter odbiorczy, a wywołać go mogą powszechnie stosowane głośne zabawki (pistolety, grające pojazdy mechaniczne), głośno słuchana muzyka (walkmany, MP3), hałas w szkołach i hałas miejski. Dlatego ważna jest profilaktyka uszkodzeń słuchu polegająca między innymi na doborze odpowiednich zabawek i unikaniu hałasu w czasie wolnym. Kłopoty ze słuchem ma co trzeci Polak i aż co szósty uczeń. Skutki długotrwałego działania hałasu ujawniają się powoli. Można nie zauważyć, że słyszy się gorzej niż kiedyś.

Wnioski

Analizując zebrany materiał nasuwają się następujące wnioski:

1. Każdy ubytek słuchu w wieku dziecięcym wpływa, w zależności od głębokości, charakteru i czasu jego powstania, w sposób negatywny na rozwój wielu czynności psychicznych, intelektualnych, zachowania, poznawczych; powodując znaczne upośledzenie pozycji dziecka niedosłyszącego w świecie słyszących. Dlatego nawet niewielkie upośledzenie słuchu powinno być jak najwcześniej uchwycone, rozpoznane i odpowiednio leczone oraz rehabilitowane.

2. Niedosłuch typu przewodzeniowego rokuje pomyślnie, jeżeli chodzi o poprawę słyszenia, wymaga jednak wczesnego wykrycia, systematycznego leczenia zachowawczego wspieranego leczeniem operacyjnym. Duża odpowiedzialność ciąży tutaj na rodzicach. To oni, jako osoby będące z dziećmi na co dzień, mogą zaobserwować pierwsze dyskretne objawy niedosłuchu i rozpocząć diagnozowanie. Do rodziców należy podjęcie decyzji co do leczenia operacyjnego i systematyczności prowadzenia leczenia zachowawczego.

3. Zdiagnozowanie niedosłuchu u dzieci nie należy do zadań łatwych z powodu trudności w nawiązaniu współpracy z małym dzieckiem, przeprowadzane testy audiologiczne muszą być powtarzane i potwierdzane badaniami obiektywnymi. Na osobie badającej ciąży duża odpowiedzialność, ponieważ wynik przeprowadzonych badań ma znaczący wpływ na podjęte postępowanie terapeutyczne. Również dostępność takich badań jak: oto emisja akustyczna, potencjały słuchowe wywołane z pnia mózgu (BERA), jest ograniczona.

4. W wykrywaniu niedosłuchu znaczącą rolę mają powszechne badania przesiewowe jako element działań profilaktycznych. Ośrodki podstawowej opieki zdrowotnej są zobowiązane przeprowadzać kontrolne badania behawioralne u dzieci 2-6, 9 i 12 miesięcznych, 2, 4, 5 i 6 letnich. Pozwala to w wielu przypadkach wdrożyć wczesne postępowania terapeutyczne wykrytego niedosłuchu przewodzeniowego.

5. Istotne znaczenie w leczeniu tego typu zaburzeń słuchu mają zabiegi chirurgiczne. Zadaniem lekarza otolaryngologa jest udzielenie rodzicom dokładnej informacji o charakterze schorzenia, celu operacji, czasie trwania i rodzaju zabiegu operacyjnego, a także o postępowaniu pooperacyjnym i ewentualnym ryzyku związanym z zabiegiem. Aktywne uczestniczenie rodziny i dziecka w podjęciu decyzji o zabiegu daje wysokie prawdopodobieństwo skuteczności leczenia i prawidłowej opieki pooperacyjnej.

6. Dziecko, u którego wystąpił niedosłuch typu przewodzeniowego, z prawidłowym rozwojem intelektualnym i dojrzałością społeczno-emocjonalną, powinno uczęszczać do normalnej publicznej szkoły. Wymaga to wprawdzie szczególnego wysiłku ze strony rodziców, wsparcia logopedy i współpracy nauczycieli, ale jest najkorzystniejsze w procesie rehabilitacji.

Zakończenie

Narząd słuchu składa się z ucha zewnętrznego, środkowego i wewnętrznego oraz nerwów słuchowych, ośrodków podkorowych i pól słuchowych w korze mózgowej. Ucho środkowe jest połączone z częścią nosową gardła trąbka słuchową (Eustachiusza), która u dzieci jest dwukrotnie krótsza i szersza. W skład drogi powietrznej przewodzenia dźwięku wchodzi: małżowina uszna, przewod słuchowy zewnętrzny, błona bębenkowa i łańcuch kosteczek. Fala dźwiękowa

może dotrzeć do receptora w ślimaku drogą powietrzną lub kostną – przez drgania kości czaszki.

W niedosłuchu przewodzeniowym upośledzona jest funkcja drogi powietrznej, dźwięk odbierany jest drogą kostną. Powodem zaburzeń mogą być choroby przewodu słuchowego zewnętrznego i ucha środkowego. Najczęstsza przyczyna to wysiękowe zapalenie ucha. Objawy niedosłuchu są dyskretne i ciężkie do uchwycenia. Diagnozę potwierdzają testy audiometryczne (badania behawioralne: audiometria nieuwarunkowana i uwarunkowana, audiometria zabawowa, badanie mową, audiometria mowy, audiometria tonalna) i obiektywne badania słuchu (tympanometria, oto emisja akustyczna, potencjały wywołane z pnia mózgu). Cechą charakterystyczną niedosłuchu typu przewodzeniowego jest obserwowana na wykresie audiometrii tonalnej rezerwa ślimakowa minimum 15dB i próg przewodnictwa w zakresie normy. Najlepszą metodą wczesnego wykrywania, leczenia i zapobiegania następstwom niedosłuchu u dzieci są powszechne badania przesiewowe słuchu. Największe znaczenie ma wykonanie tympanometrii.

Dla przeprowadzenia badań słuchu wymagane są odpowiednie warunki lokalowe i doświadczony personel, umiejący nawiązać dobry kontakt z dzieckiem i rodzicami. Rodzaj badania należy dostosować do wieku i poziomu rozwoju psychoruchowego dziecka, włączyć do współpracy rodziców. Postępowanie terapeutyczne zależy od przyczyny powstania niedosłuchu przewodzeniowego. Najlepsze efekty daje leczenie operacyjne, zarówno poprawiające słuch, jak i chorób powodujących powstawanie omawianego zaburzenia (np. operacyjne usunięcie przerośniętego migdałka gardłowego). Istotne jest leczenie zachowawcze, szczególnie we wczesnej fazie OMS. Systematyczne wykonywanie zabiegu Politzera, próby Valsalvy i Toynbeego w połączeniu z kontrolą stanu otolaryngologicznego pozwalają uzyskać dobre wyniki terapeutyczne bez leczenia chirurgicznego.

Opieką rehabilitacyjną powinny być objęte dzieci z niedosłuchem niepoddającym się leczeniu, obustronnym, z utrudnieniem rozwoju mowy, odbierania i rozumienia mowy na drodze słuchowej. Zastosowanie aparatów na przewodnictwo kostne ma uzasadnienie przy niedorozwoju ucha zewnętrznego i/lub środkowego oraz długotrwałym OMS z powodu rozszczepienia podniebienia i niektórych innych zaburzeń rozwoju twarzoczaszki. Najnowszym aparatem jest system BAHA. Rehabilitacja, oprócz opieki audiologicznej, powinna objąć również dziecko opieką logopedyczną i foniatryczną.

Niedosłuch przewodzeniowy nie współistniejący z innymi zaburzeniami ogólnorozwojowymi nie dyskwalifikuje dziecka z możliwości uczęszczania do normalnej publicznej szkoły. Szczególne zadanie spoczywa wówczas na nauczycielach i rodzicach, by wspierali go i pomagali wyrównać deficyt słuchu przez przyznanie dodatkowych godzin korekcyjno-kompensacyjnych, wsparcie logopedy, utrwalanie wiadomości w domu itp. Profilaktyka i prewencja zaburzeń słuchu w przypadkach, gdy można ich uniknąć, zastępuje leczenie i rehabilitację.

Kobiety będące w ciąży powinny unikać czynników, które mogą spowodować wady uszu i niedosłuch. Pod opieką poradni otorynolaryngologicznej i audiologicznej powinny być wszystkie dzieci z czynnikami ryzyka uszkodzenia słuchu do 6 miesiąca życia, kiedy to wymagane jest kontrolne badanie słuchu. W przypadku, gdy wynik badania nie potwierdza niedosłu-

chu, ośrodek audiologiczny zobligowany jest jeszcze do sprawowania kontroli do 3 roku życia dziecka.

Obserwacja dziecka po infekcjach górnych dróg oddechowych oraz kontrolne badanie słuchu, są najlepszą metodą prewencji niedosłuchu przewodzeniowego w OMS. Rodzice, których dzieci mają zaburzenia mowy, problemy z czytaniem i pisaniem, przed udaniem się do poradni pedagogiczno-psychologicznej powinni skorzystać z konsultacji otorynolaryngologicznej.

Wszelkie ciała obce w uchu powinny być usuwane przez specjalistę, gdyż niefachowe manipulacje mogą doprowadzić do stanu zapalnego, uszkodzenia skóry przewodu słuchowego i/lub błony bębenkowej.

Hałas jest jednym z czynników wywołujących niedosłuch, ale o charakterze odbiorczym – uszkodzenie obejmuje ucho wewnętrzne, nerw słuchowy lub ślimakowo-przedśionkowy, albo szlak słuchowy w ośrodkowym układzie nerwowym. Występuje u dzieci rzadko – około 1% dzieci w wieku szkolnym.

Krystyna Górnisiewicz

Zatrucia u dzieci hospitalizowanych w Oddziale Dziecięcym Szpitala Wojewódzkiego w Jeleniej Górze na przestrzeni lat 2005-2007

(Promotor: doc. dr nauk med. Jarosław Czeszejko-Sochacki)

Wstęp

Zatrucia u dzieci i młodzieży już od kilku lat stały się poważnym problemem pediatrycznym. Narastająca liczba występujących przypadków spowodowana jest zbyt dużą dostępnością środków chemicznych i farmaceutycznych. Szybki rozwój pozwolił na korzystanie ze zdobyczy cywilizacji, ale też wywołał niekorzystne zjawiska, które w większym stopniu wpływają na ich występowanie. Wzrost tempa życia spowodował obciążenia psychiczne nie tylko u dorosłych w dążeniu do osiągnięcia coraz to wyższego komfortu życia, ale też u dzieci.

Częstość występowania zatruc u dzieci na przykładzie oddziału dziecięcego w Szpitalu Wojewódzkim na przestrzeni lat 2005-2007.

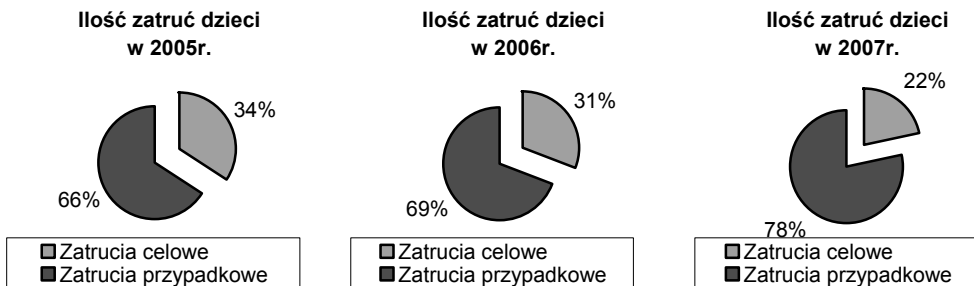
Analizie poddano dokumentację medyczną pacjentów hospitalizowanych w okresie od 1 stycznia 2005 r. do 31 grudnia 2007 r. w oddziale pediatrycznym w Szpitalu Wojewódzkim. Wiek dzieci poddawanych leczeniu wahał się od pierwszego miesiąca życia do 16 lat. Badania wykazały, że ilość zatruc występujących u dzieci w porównaniu do roku 2005 ma tendencję spadkową. Jednak rok 2006 i 2007 wykazał podobną ilość zatruc, mimo że zmieniły się przyczyny wywołujące zatrucia².

Wykres 1. Ilość przyjętych przypadków zatruc u dzieci, w stosunku do wszystkich przyjęć w Oddziale Pediatrycznym na przestrzeni poszczególnych lat.

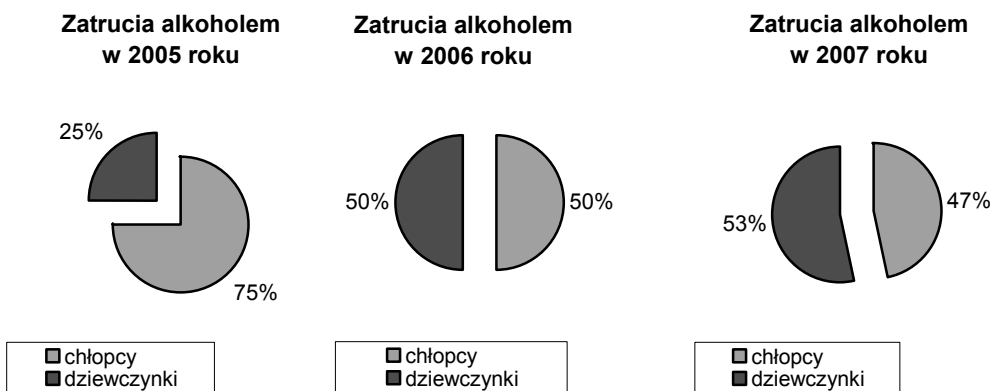


¹ Wszystkie wykresy zawarte w pracy stanowią opracowanie własne na podstawie dokumentacji medycznej oddziału dziecięcego Szpitala Wojewódzkiego w Jeleniej Górze.

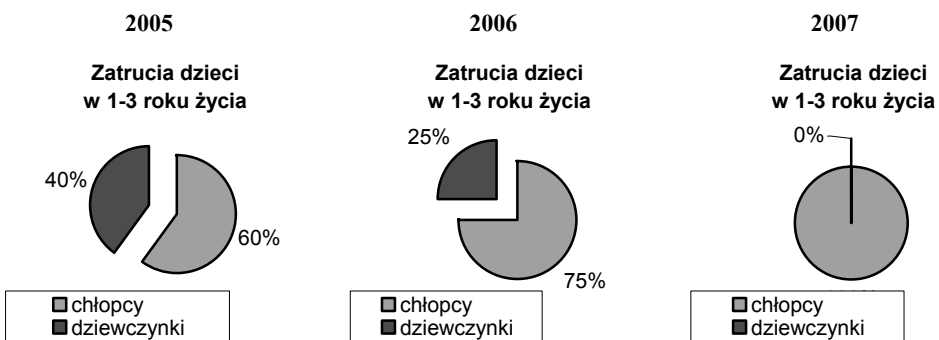
Wykres 2. Ilość zatruc celowych i przypadkowych dzieci na przestrzeni poszczególnych lat.

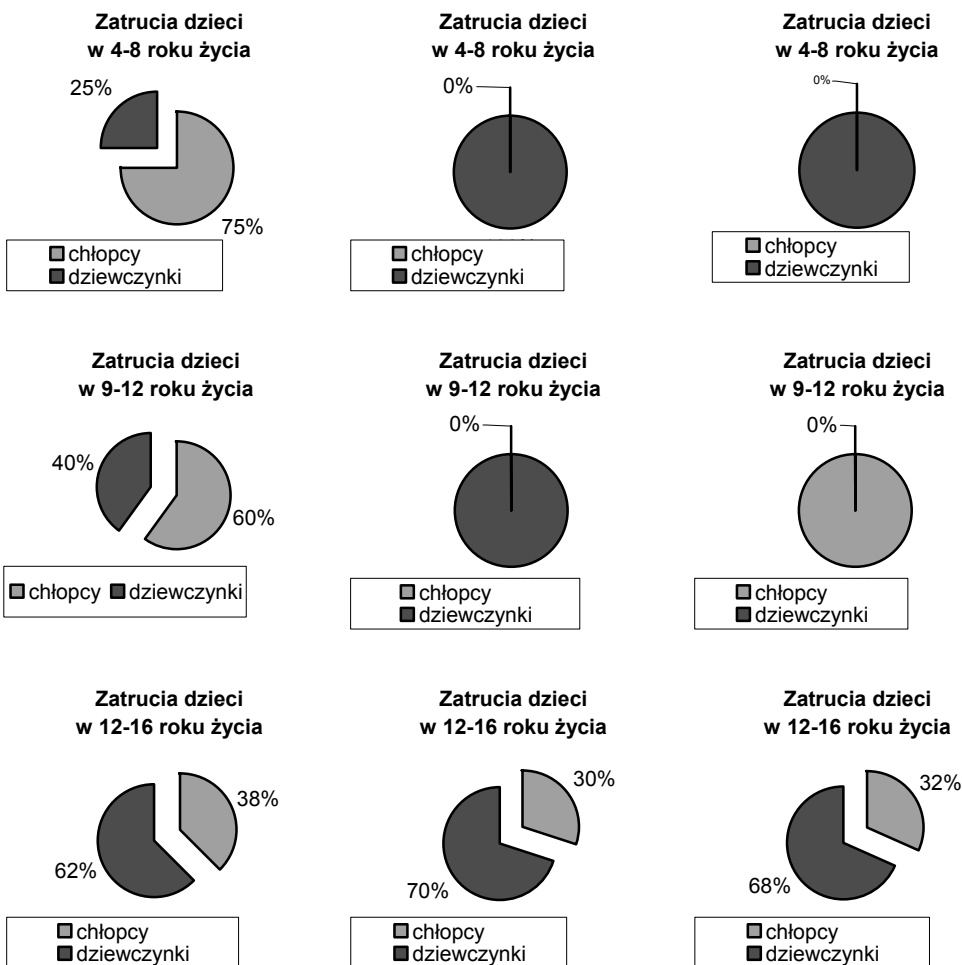


Wykres 4. Podział zatruc alkoholem ze względu na płeć.

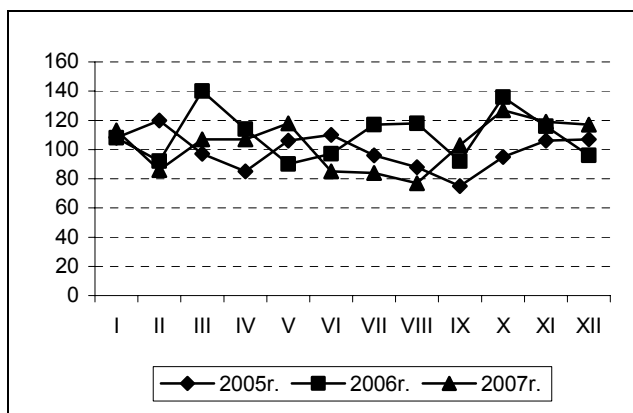


Wykres 5. Podział zatruc ze względu na wiek pacjentów w poszczególnych latach.

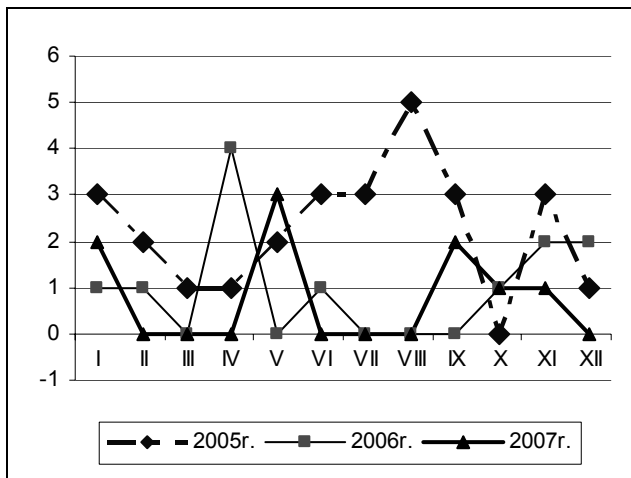




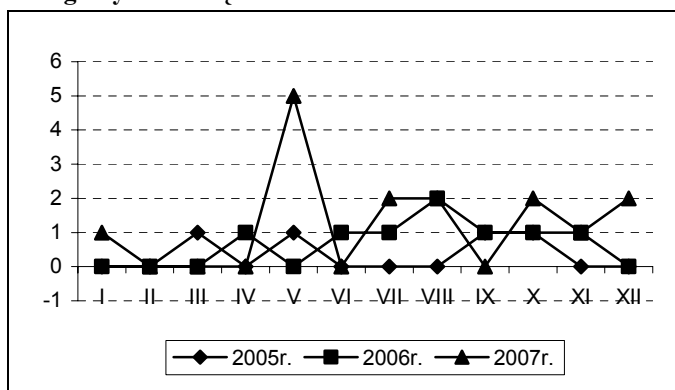
Wykres 6. Ilość przyjętych dzieci w Oddziale Pediatrycznym na przestrzeni lat 2005-2007 w poszczególnych miesiącach.



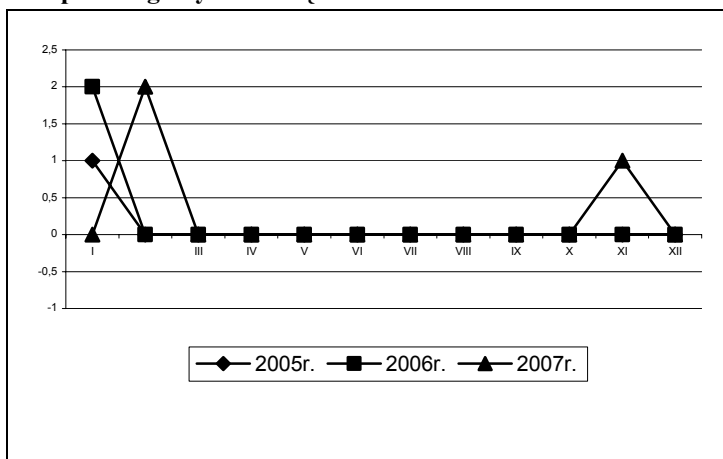
Wykres 7. Ilość zatruc lekami w Oddziale Pediatrycznym na przestrzeni lat 2005-2007 w poszczególnych miesiącach.



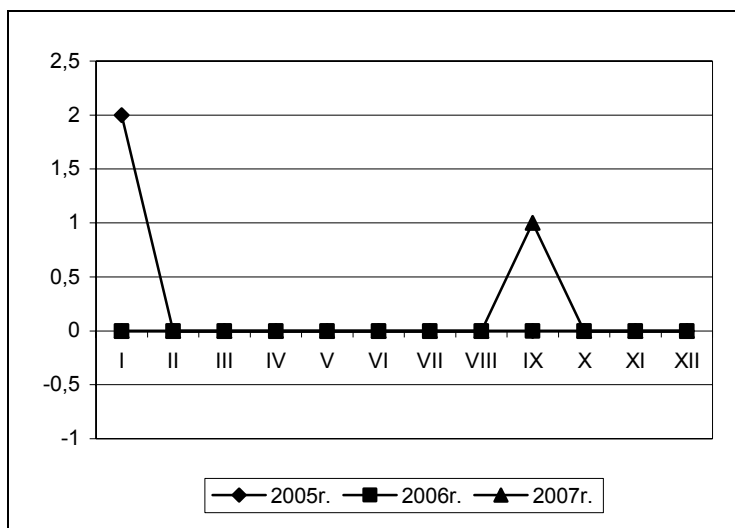
Wykres 8. Ilość zatruc alkoholem w Oddziale Pediatrycznym na przestrzeni lat 2005-2007 w poszczególnych miesiącach.



Wykres 9. Ilość zatruc tlenkiem węgla w Oddziale Pediatrycznym na przestrzeni lat 2005-2007 w poszczególnych miesiącach.



Wykres 10. Ilość zatruczeń grzybami w Oddziale Pediatrycznym na przestrzeni lat 2005-2007 w poszczególnych miesiącach.



Metoda badań

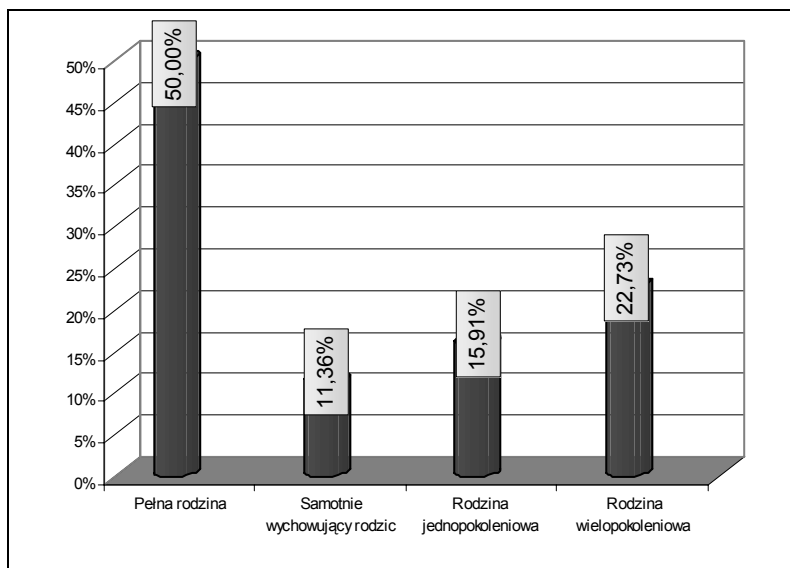
W badaniu zastosowano metodę ankietową o kafeterii zamkniętej. Badaniem objęto 40 rodziców dzieci w wieku przedszkolnym (do siedmiu lat) oraz rodziców dzieci, które uległy zatruciu przypadkowemu lub celowemu. Ankieta była anonimowa. Pytano o: strukturę rodziny, występowanie problemów zdrowotnych w rodzinie, przyjmowanie leków przez członków rodziny, miejsce przechowywania leków oraz środków chemicznych (Kret, Cillit, Domestos itp.), stosowanie opakowań zastępczych dla środków chemicznych (przelewanie do innych butelek, opakowań). Rodziców pytano również o określenie osobowości swojego dziecka, czy samo przyjmuje leki, czy wymaga specjalnej opieki. Zadano też pytanie dotyczące oznakowania na środkach chemicznych, że są trujące, sposobu likwidacji przeterminowanych leków w domu, sprawdzanie daty ważności leków znajdujących się w domowej apteczce oraz o ocenę posiadanej wiedzy na temat „Pierwsza pomoc przy zatruciach”.

Wyniki badań

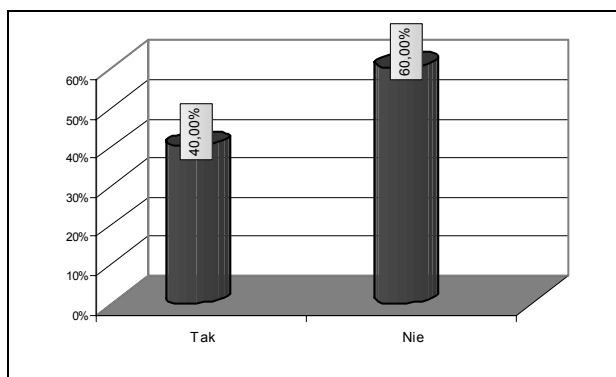
W grupie badanej 80% stanowiły kobiety. Najwięcej osób było w przedziale wiekowym 26-35 lat (45%) oraz 36-45 lat (25%). Oprócz rodziców (85%) badaniem objęto dziadków (10%) i opiekunów prawnych (5%). Zdecydowana większość, bo 60% ankietowanych mieszkała w mieście o liczbie mieszkańców 20-100tys, na wsi 22,5%. Respondenci mieli wykształcenie średnie – 40%, wyższe – 35%, zawodowe – 20% i podstawowe – 5%. Ocenili swoją sytuację ekonomiczną jako dobrą 60%, nie najlepszą 25%, bardzo dobrą 10% i złą 5%. Dla 72% źródłem dochodów jest praca zawodowa, a dla 12% renta, pozostali ankietowani w równym stopniu (7,5%) utrzymują się z zasiłku dla bezrobotnych i innych źródeł. Osoby uczestniczące w ba-

daniu w 65% uważają swoje warunki bytowe (mieszaniowe) za dobre, w 17,5 % za bardzo dobre i w takim samym procencie za nie najlepsze.

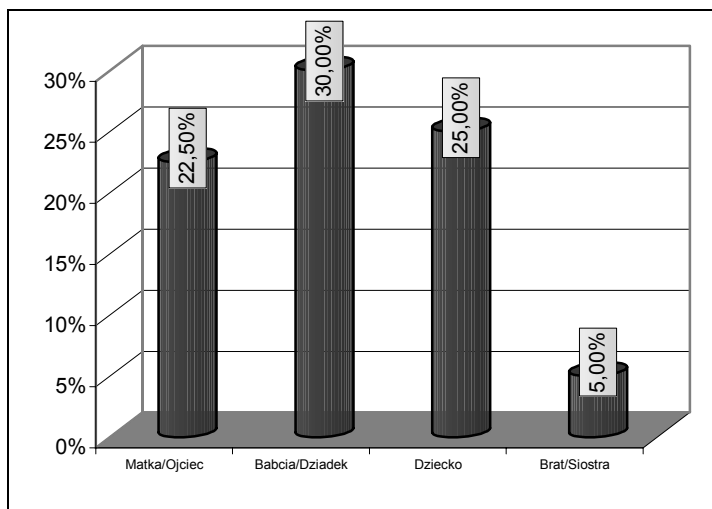
Ad. 9. Jaka jest struktura rodziny (zamieszkująca razem?)



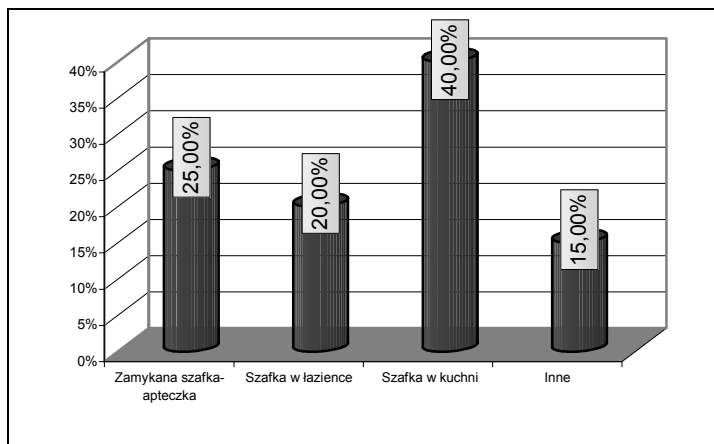
Ad. 10. Problemy zdrowotne w rodzinie



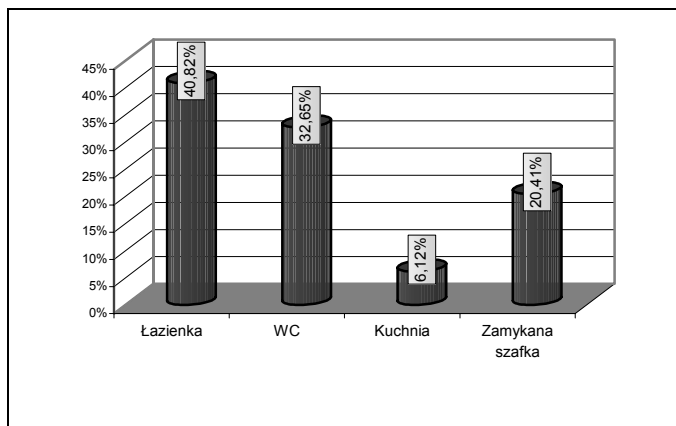
Ad. 11. Kto przyjmuje leki w rodzinie?



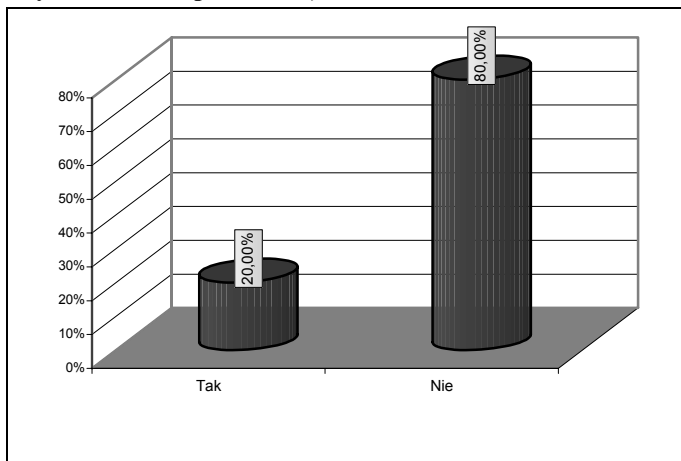
Ad.12. Miejsce przechowywania leków.



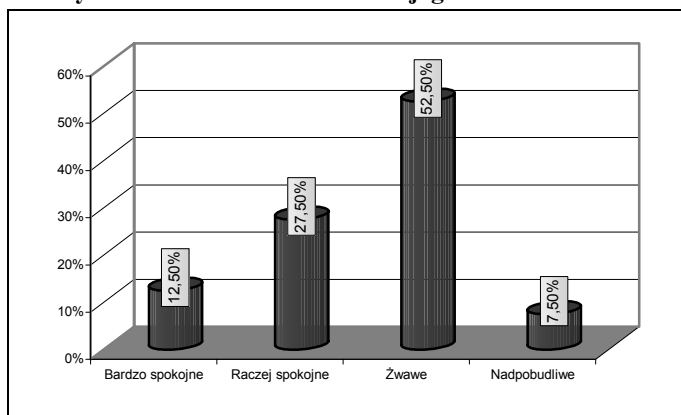
Ad. 13. Miejsce przechowywania środków chemicznych (Kret, Cilit, Domestos, itp.).



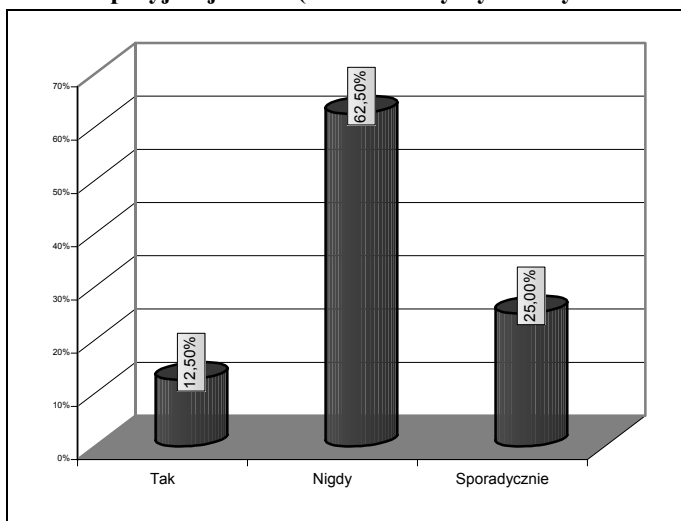
Ad. 14. Czy stosują Państwo opakowania zastępcze dla środków chemicznych (przelewanie do innych butelek, opakowań?).



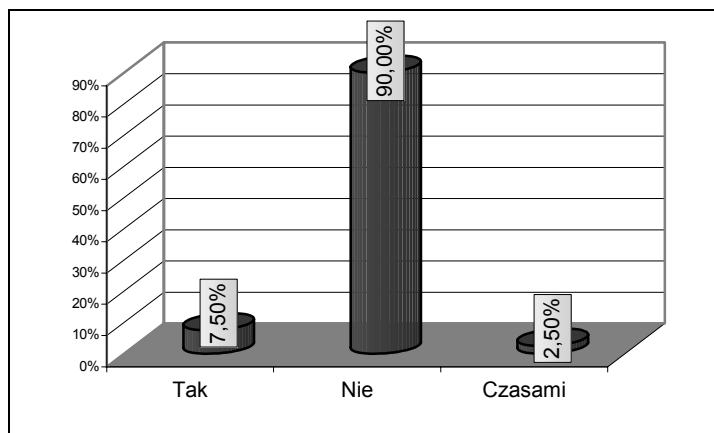
Ad. 15. Jak określilibyście Państwo osobowość swojego dziecka?



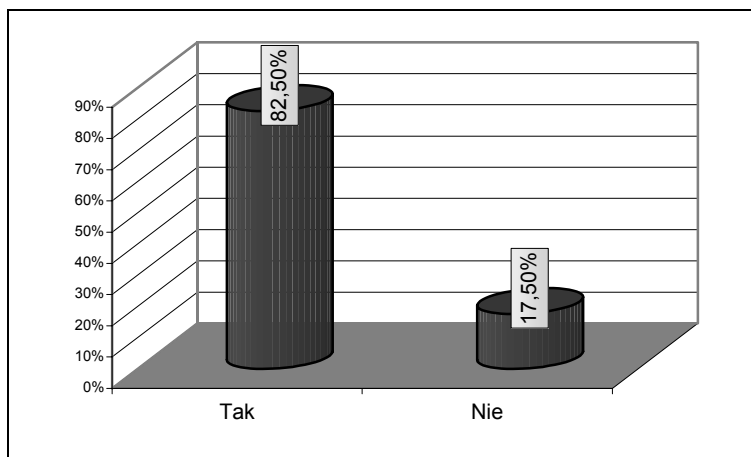
Ad. 16. Czy dziecko same przyjmuje leki? (Ankieta dotyczyła małych dzieci do lat 7).



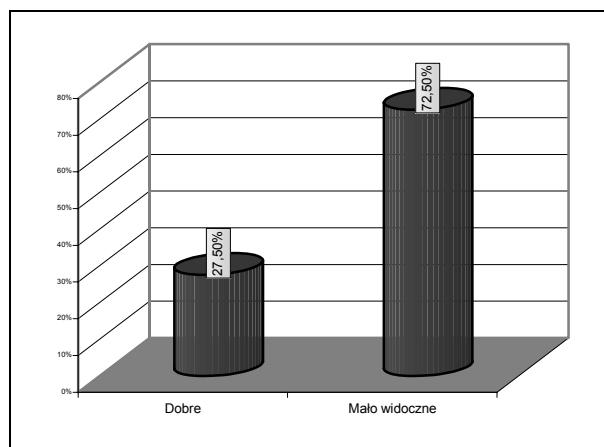
Ad. 17. Czy dziecko wymaga specjalnej opieki?



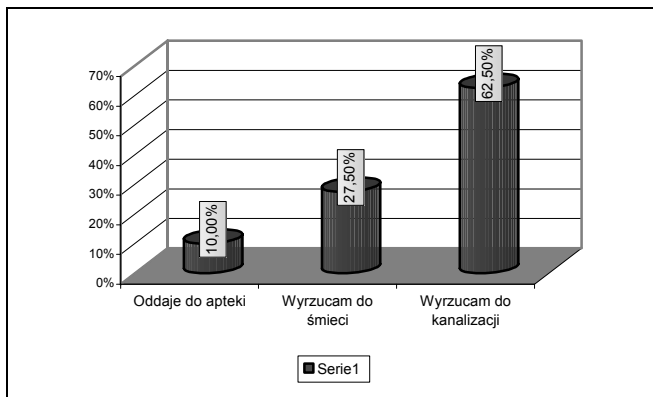
Ad. 18. Czy dziecko jest samodzielne?



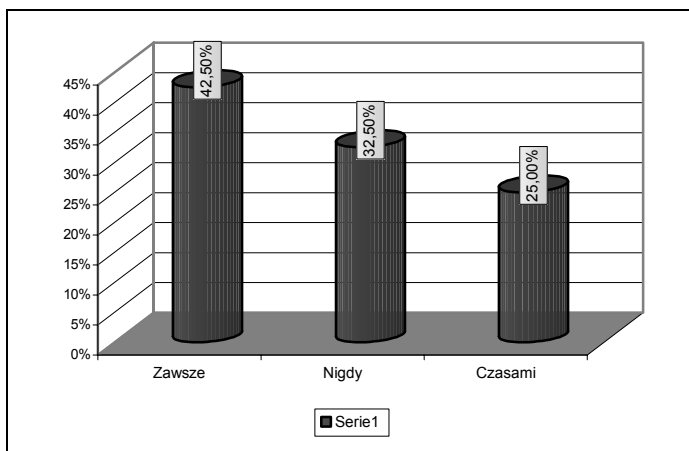
Ad. 19. Czy uważacie państwo, że oznakowanie na środkach chemicznych (trujących) jest dobre, mało widoczne, złe.



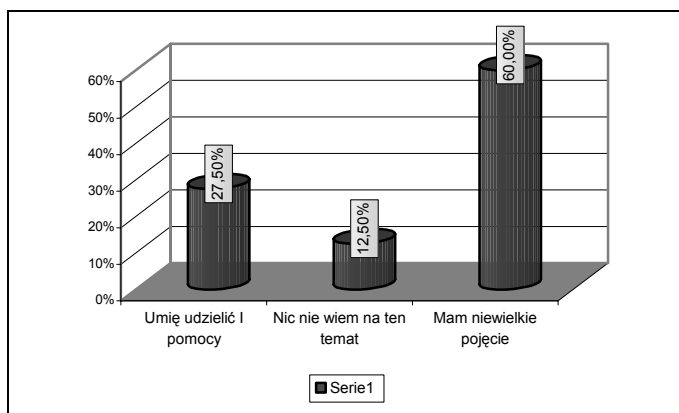
Ad. 20. W jaki sposób likwiduje się w domu przeterminowane leki.



Ad. 21. Czy sprawdzane są daty ważności leków znajdujących się w domowej apteczce.



Ad. 22. Jak ocenia Pani / Pan swoją wiedzę na temat „I pomocy przy zatruciach”.



Wnioski

Przeprowadzone badania empiryczne wykazały, że rodzice i opiekunowie nie są szczerzy w wypełnianiu i odpowiadaniu na zadane pytania, nawet wtedy, gdy są to odpowiedzi anonimowe. Wśród odpowiedzi dało się zauważyć w obrębie jednej ankiety sprzeczności takie, jak:

- dziecko jest nadpobudliwe, ale nie wymaga opieki;
- dziecko jest spokojne, wymaga specjalnej opieki;
- problemy zdrowotne – nie, a leki przyjmuje babcia.

Najczęściej wśród dzieci zatrutych leżących w naszym oddziale, rodzice przechowują leki w miejscach ogólnie dostępnych: na lodówce, w szufladzie szafki nocnej lub w kuchni, w niezamykanej szafce kuchennej, plastikowym pudełku, środki chemiczne natomiast – na podłodze w łazience lub WC i w szafkach nie zamykanych, na poziomie dostępnym dla dzieci.

Jednak, gdy przeglądałam wypełnione ankiety dzieci, które uległy zatruciu i były przyjęte do naszego oddziału, rodzice i opiekunowie podają sprzeczne odpowiedzi ze stanem faktycznym, który był spisany w trakcie zbierania wywiadu przy przyjęciu. Mając poczucie winy, pragną zatuszować i wybielić się w oczach personelu medycznego i znajomych z niedostatecznej opieki, jaką sprawowali nad swoimi dziećmi. Właśnie takie postępowanie opisał Sam Rosenberg, pokazując, że badany podświadomie boi się ukazać swoje zachowanie, które może świadczyć o jego złym przystosowaniu lub o jego niedojrzałości. Do większości zatruc przypadkowych doszło w rodzinach, gdzie rodzice należą do grupy osób w wieku 26-35 lat, wykształconych, pracujących zawodowo i mieszkających w mieście. Wydawałoby się, że są to czynniki zwiększające świadomość ludzką i podnoszące intelekt. Jednak czynniki, takie jak przepracowanie, gonitwa z czasem, nadmiar obowiązków domowych, sprawiają, że w dzisiejszych czasach bardzo mało uwagi poświęca się dzieciom. Rodzice są zadowoleni z faktu, że dziecko jest samodzielne, zajmuje się sobą i nie muszą poświęcać mu czasu. Nie zwracają wtedy uwagi, co dziecko robi i czym się bawi. Wypracowanie takiego modelu życia, w którym już od najmłodszych lat wymagana jest nadmierna samodzielność dziecka, nieadekwatna do jego wieku, może prowadzić do zbyt dużego obciążenia psychicznego, które objawi się przypadkowym, a może i celowym, zatruciem w późniejszym wieku. Rodzice często zaniedbują obowiązki, co odzwierciedla się nawet w takich prostych czynnościach jak sprawdzanie ważności leków w domowych apteczkach. Są one komasowane w zbyt dużych ilościach, przechowywane są często, chociaż nieznany jest ich sposób działania i bez pewności, czy będą jeszcze potrzebne. Statystyka zatruc, na przykładzie naszego jeleniogórskiego oddziału pediatrycznego, wykazała, że wzrasta liczba zatruc przypadkowych u małych dzieci (zwłaszcza chłopców), którzy wymagają szczególnej opieki, zwłaszcza w swoim okresie poznawczym. Z wiekiem na większe narażenie zatruciami są narażone dziewczynki od 4-8 roku życia i powyżej 12 lat. One to, mając problemy wieku dorastania, częściej sięgają po alkohol i leki. Już od kilku lat zauważany jest wzrost procentowy takich przypadków. Dlatego rodzice powinni wykazywać duże zainteresowanie swoimi dziećmi, aby mogli się stać ich przyjaciółmi, powiernikami w trudnych sytuacjach i psychologami, którzy mogą i umieją pomóc w zaistniałych kłopotach. W ankietach wykazano, że prawie 72,5 % ankietowanych prawie nic, lub niewiele wie o udzielaniu pierwszej pomocy. Dotyczy to nie tylko pierwszej pomocy w zatruciach, ale także w innych przypadkach. Nie umiając udzielić pierwszej pomocy, musimy mieć świadomość, że w jakimś momencie życia możemy nie umieć pomóc naszym najbliższym, a to może doprowadzić do tragedii.

Irena Telega

Alergia pokarmowa w okresie wczesnego dzieciństwa. Rola pielęgniarstwa w postępowaniu terapeutycznym i profilaktycznym

(Promotor: prof. dr hab. nauk med. Józef Prandota)

Wstęp

Alergia pokarmowa stanowi istotny i narastający problem kliniczny, zwłaszcza u niemowląt i małych dzieci. Jest formą niepożądaną reakcji pokarmowej organizmu, w której dolegliwości kliniczne są wyzwolone i kształtowane przez mechanizmy immunologiczne. Mogą one przebiegać z udziałem wszystkich typów nadwrażliwości według Gella i Coombsa. Najczęściej jednak związane są z I typem reakcji alergicznej zależnej od IgE. U niemowląt i małych dzieci duży wpływ na wyzwolenie nadwrażliwości na pokarmy odgrywa fizjologiczne „dojrzewanie” układu pokarmowego i immunologicznego. Rozwój alergii pokarmowej zależy też od czynników genetycznych, środowiskowych, a także od stopnia ekspozycji na dany pokarm. Wykazano częste występowanie tego zjawiska w populacjach o wysokim standardzie życia i odżywiających się pokarmami wysoko przetworzonymi.

Profilaktyka alergii pokarmowej

W przypadku alergii pokarmowej profilaktyka należy do najważniejszych działań i jest nieodłącznym elementem kompleksowego leczenia. Skuteczne działania profilaktyczne mogą nie tylko utrwalić efekt prawidłowo prowadzonej diety eliminacyjnej, lecz także ustrzec dziecko przed rozwojem i progresją choroby.

Metody postępowania zapobiegawczego

Alergia pokarmowa uznana jest za pierwszy przejaw choroby atopowej, która najczęściej pojawia się w pierwszych latach życia. Działania profilaktyczne są ukierunkowane głównie na dzieci z tzw. grup ryzyka (obciążenie rodzinne). Najistotniejszym elementem profilaktyki alergii pokarmowej jest utrzymywanie karmienia naturalnego piersią. Wśród dzieci z grup ryzyka karmionych sztucznie dieta w pierwszym półroczu życia powinna być oparta na preparatach o zmniejszonej alergenowości.

Prewencja pierwotna i wtórna alergii pokarmowej

Istota działań profilaktycznych w alergii pokarmowej sprowadza się do przywrócenia właściwej reakcji układu immunologicznego. Obejmuje ona:

- prewencję pierwotną – dotyczy ona działań w stosunku do osób z predyspozycją atopową, które nie zetknęły się jeszcze z określonym alergenem. Jej działanie ma na celu zapobieganie powstaniu uczulenia,
- prewencję wtórną – obejmującą osoby już uczulone. Jej działanie polega na zapobieganiu występowania objawów alergicznych u osób uczulonych (np. z dodatnim testem skórnym, odpowiednią klasą przeciwciał IgE przeciw alergenom pokarmowym, kontaktowym, wziewnym),
- prewencję trzeciorzędową – polegającą na zmniejszeniu lub eliminowaniu objawów alergicznych u osoby, która je aktualnie demonstruje.
- Wśród przedsięwzięć profilaktyki pierwotnej alergii można wymienić:
 - działania edukacyjne propagujące wiedzę o czynnikach ryzyka chorób alergicznych,
 - opracowanie algorytmu badań służących określeniu ryzyka rozwoju alergii pokarmowej,
 - opracowanie zaleceń żywieniowych dla kobiet w okresie ciąży i laktacji z preferencją żywienia ubogo-alergenowego,
 - opracowanie indywidualnych zaleceń żywieniowych dla dzieci z „grupy ryzyka”.

Wśród przedsięwzięć profilaktyki wtórnej alergii pokarmowej można wymienić:

- opracowanie indywidualnych zaleceń dietetycznych – dieta eliminacyjna,
- zalecenia co do postępowania w przypadku nadwrażliwości pokarmowej z nagłymi ciężkimi dla życia objawami.

Analizując powyższe zalecenia główny nacisk położyć należy na profilaktykę pierwotną okresu niemowlęcego, ze względu na dalszy „marsz alergiczny” u rozwijającego się dziecka. Prawidłowe postępowanie może prowadzić do wyzdrowienia (60-80%), lecz niekiedy pierwotna alergja mleka krowiego doprowadza do wtórnego uczulenia na jaja, mięso lub owoce cytrusowe.

Rola diety w profilaktyce alergii

W okresie prenatalnym (prewencja uczulenia wewnątrzmacicznego) dieta eliminacyjna w ostatnim trymestrze ciąży, stosowana jako postępowanie prewencyjne, nie jest powszechnie akceptowana. Część badaczy ma odmienne poglądy (np. Falh-Magnusson, Chandra), inni formułują bardziej ostrożne opinie twierdząc, że dieta ciężarnej wydaje się nie chronić przed chorobami alergicznymi. Co więcej, jest przeciwwskazana ze względu na ryzyko urodzenia dziecka z niższą masą urodzeniową ciała, co jest konsekwencją zmniejszonej podaży białka u ciężarnych, które na ogół nie akceptują substytutów mleka. Trwają badania nad zasadnością wprowadzenia ograniczeń dietetycznych od drugiego trymestru ciąży w oparciu o informacje na temat rozwoju alergii u płodu.

Z polskich badań wynika, że w rodzinach obciążonych atopią należy podjąć próbę realizacji tego ważnego etapu prewencji pierwotnej. Do profilaktycznego postępowania dietetycznego kobiety ciężarne należy kwalifikować za ich dobrowolną zgodą, w oparciu o dobrze udokumentowane wskazania i stosowne badania laboratoryjne. Taki sposób postępowania nie powoduje niedoborów białkowo-kalorycznych u płodu i noworodka i może zapobiegać ujawnieniu się choroby alergicznej u jej potomstwa. Za słusznością powyższej wczesnej profilaktyki przema-

wia obecność swoistych IgE pochodzenia płodowego we krwi noworodka, gdyż przeciwciała te nie mają możliwości przenikania przez barierę łożyskową jako przeciwciała matczyne.

Optymalnym pokarmem dla noworodków i niemowląt jest pokarm matki. U dzieci obciążonych rodzinnie alergią, najlepszym sposobem postępowania jest edukacja matki i okresowe wyeliminowanie silnych alergenów z diety matki karmiącej (mleko, masło, sery, czekolada, owoce cytrusowe, jaja, orzechy, ryby, skorupiaki, cielęcina i wołowina). Za słuszością tego typu działań prewencyjnych przemawiają wyniki analizy przeprowadzonej przez Kamer, chociaż opinie na ten temat nie są w pełni zgodne. Eliminacja silnych alergenów pokarmowych z diety matek karmiących wydaje się być zasadna w przypadku udokumentowanego związku między ich spożywaniem, a występowaniem objawów choroby u dziecka. Na ogół eliminacja dotyczy pojedynczych alergenów pokarmowych, które powinny być zastąpione innym pokarmem o porównywalnej wartości odżywczej. Nie należy zapomnieć o zwiększeniu ilości mięsa pochodzącego od innych zwierząt, niż bydło, w diecie matki.

Jako optymalny czas trwania wyłącznego karmienia piersią bez wprowadzania innych pokarmów przyjęto okres 4-6 miesięcy. Uważa się, że alergja pokarmowa występuje o wiele rzadziej u dzieci matek karmiących piersią.

Na korzystny efekt karmienia piersią wpływa wiele czynników, a do najistotniejszych w prewencji alergii pokarmowej należą:

- optymalna zawartość składników pokarmowych,
- minimalna zawartość alergenów,
- obecność sekrecyjnej IgA, która ma zdolność wiązania antygenów pokarmowych w świetle jelita przyczyniając się do rozwoju „tolerancji pokarmowej”,
- obecność nieswoistych czynników ochronnych, takich jak: makrofagi (fagocytyjące utworzone kompleksy), laktoferyna i lizozym.

U niemowląt należących do grup ryzyka wystąpienia alergii, karmionych naturalnie, wymagających dokarmiania, oraz u dzieci, które nie mogą być karmione naturalnie, wielotygodniowe, profilaktyczne stosowanie hydrolizatów białek w porównaniu z podawaniem standardowego mleka dla niemowląt, zmniejsza ryzyko wystąpienia choroby alergicznej i objawów alergii na białka mleka krowiego w pierwszych latach życia. Wieloośrodkowa ocena przeprowadzona w Niemczech (G.I.N.I.S. 2000-2001) wykazała wyższość hydrolizatów kazeiny nad hydrolizatami serwatki w profilaktyce alergii skórnej u niemowląt z grupy zwiększonego ryzyka. Przy nietolerancji smakowej bądź zapachowej zalecane są mieszanki o nieznacznym stopniu hydrolizy białek (np. NAN H.A, Bebiko H.A).

Aktualne dane z piśmiennictwa międzynarodowego wskazują na brak efektu profilaktycznego przy stosowaniu mieszanek opartych na bazie soi przy możliwości rozwijania alergii na białka soi nawet do 14%. Mleka innych gatunków zwierząt (kozy, osły, kobyły) nie są zalecane, gdyż są obecnie lepsze sposoby postępowania, a niemowlęta mogą na nie również rozwijać alergię. Mogą one także prowadzić do objawów niedoborowych (np. anemia Jasksch-Hauema przy karmieniu wyłącznie mlekiem kozim).

Niektóre zalecenia dietetyczne wynikają ze znajomości częstości występowania i nasilenia alergii na określone produkty żywnościowe. W pierwszym roku życia w oparciu o te spostrzeżenia, zaleca się unikanie spożywania ryb, cytrusów, orzechów, czekolady. U dzieci z grup ryzy-

ka, opóźnia się do 10-12 miesiąca życia podanie jaj, zwłaszcza białka jaja. Zwyczajowe unikanie przypraw, konserwantów, barwników i innych dodatków do żywności wynika z objawów nietolerancji obserwowanych po ich spożyciu, nie zawsze o podłożu alergicznym. Pewne dane sugerują korzyść z prawidłowej podaży nienasyconych kwasów tłuszczowych i ograniczenia podaży soli kuchennej. Reaktywność oskrzeli u dzieci chorych na astmę wydaje się mieć związek z zawartością antyoksydantów w diecie. Dla ułatwienia wykrycia nadwrażliwości na określony pokarm zaleca się stopniowe poszerzanie jadłospisu tj. wprowadzanie nowych pokarmów pojedynczo stwarzając możliwość weryfikacji ich tolerancji.

Stosowanie prebiotyków i probiotyków

Nowe kierunki profilaktyki to stosowanie prebiotyków i probiotyków.

Prebiotyki są to nie podlegające trawieniu składniki żywności, które selektywnie stymulują wzrost i/lub zwiększenie aktywności jednego lub ograniczonej liczby szczepów bakterii w jelicie grubym. Dzięki tym działaniom wywierają one korzystny efekt zdrowotny i dlatego cieszą się ogromnym zainteresowaniem. Istotną rolę w dojrzewaniu układu immunologicznego odgrywa fizjologiczna flora jelitowa. W pokarmie kobiecym występują oligosacharydy prebiotyczne stymulujące wzrost bakterii jelitowych z rodzajów *Bifidobacterium* i *Lactobacillus*. Na tej podstawie opracowano mieszankę prebiotyków, którą można wzbogacać preparaty mleka dla niemowląt karmionych sztucznie. Udowodniono, że wzbogacenie hydrolizatu serwatkowego o znacznym stopniu hydrolizy o oligosacharydy prebiotyczne zmniejsza częstość występowania atopowego zapalenia skóry w pierwszych 6 miesiącach życia u dzieci z grupy zwiększonego ryzyka rozwoju chorób alergicznych.

Probiotyki są to żywe, niepatogenne bakterie, które kolonizując przewód pokarmowy człowieka, modyfikują jego mikroflorę i korzystnie oddziałują na organizm gospodarza. U niemowląt żywionych sztucznie dodanie probiotyków do produktów żywnościowych, najczęściej jogurtów i innych produktów mlecznych, zmniejsza występowanie chorób infekcyjnych poprzez modyfikację mikroflory jelitowej. Probiotyki stosuje się głównie w leczeniu biegunek (wirusowej, poantybiotykowej). W piśmiennictwie jest jednak mało danych na temat bezpieczeństwa i skuteczności długotrwałego podawania małym dzieciom pożywienia zawierającego probiotyki.

Alergia na pokarmy a wprowadzanie pokarmów uzupełniających do diety niemowląt

Należy pamiętać, aby w czasie rozszerzania diety unikać mleka krowiego i jego przetworów w pierwotnej profilaktyce chorób alergicznych u niemowląt z grupy ryzyka. Czas wprowadzania pokarmów uzupełniających zależy od okresu utrzymywania karmienia piersią i reakcji niepożądanych. Uzasadniając czas wprowadzania posiłków uzupełniających do diety dziecka, należy rozważyć aspekt immunologiczno-alergologiczny, tak aby rodzaj pokarmu dostosować do stadium rozwoju układu odpornościowego, minimalizując ryzyko uczulenia dziecka poprzez unikanie znanych alergenów pokarmowych.

American College of Allergy, Asthma and Immunology w stanowisku opublikowanym w 2006 roku dotyczącym alergii na pokarmy, proponuje następujące zalecenia dotyczące karmienia niemowląt:

1. Zaleca się karmienie wyłącznie piersią przez pierwszych 6 miesięcy życia dziecka, ponieważ zapobiega to wystąpieniu objawów alergii jeszcze przez długi czas po zakończeniu karmienia.

2. Wprowadzenie pokarmów uzupełniających w okresie 4 pierwszych miesięcy życia zwiększa ryzyko chorób alergicznych do 10 roku życia (aktualne zalecenia WHO). Pokarmy uzupełniające można wprowadzać od 6 miesiąca życia.

3. Unikanie ekspozycji na mleko krowie jest istotnym sposobem zapobiegania alergii na ten pokarm. Równie korzystne jest opóźnienie wprowadzenia pokarmów uzupełniających.

4. Do pokarmów stwarzających ryzyko alergii należą mleko krowie, jaja, orzechy, ryby i owoce morza. Ważnymi klinicznie alergenami mogą stać się inne pokarmy, jeśli zostaną wprowadzone zbyt wcześnie. Rozsądne jest wprowadzanie pokarmów pojedynczo i stopniowo.

5. Nie należy podawać dziecku pokarmów mieszanych, zawierających różne alergeny pokarmowe, dopóki nie stwierdzi się, że dziecko toleruje każdy ze składników.

6. Jeśli wykazano klinicznie, że obróbka pokarmu zmniejsza jego alergenicność, preferowane jest podawanie tego pokarmu w postaci ugotowanej i homogenizowanej, a nie surowej (np. wołowina, kiwi).

Znaczenie eliminacji alergenów środowiskowych i czynników nieswoistych

W ostatnich latach pojawiły się doniesienia sugerujące, że częstość uczuleń na alergeny, zwłaszcza na sierść kota, jest niższa u dzieci, które miały wczesny bezpośredni kontakt z tym zwierzęciem. Ekspozycja na inne zwierzęta wydaje się mieć mniejsze znaczenie. Nie określono, jakie powinno być stężenie alergenów, aby uzyskać efekt ochronny. U chorych już uczulonych eliminacja ich jest jednak bezwzględnie konieczna.

Dużą ostrożność należy zachować zastępując pewne alergeny innymi, np. zmianę pościeli zawierającej pierze pościelami syntetycznymi, okazały się one bowiem lepszym podłożem dla namnażania i wzrostu roztoczy, a także uwalniają lotne związki organiczne, które wzmagają przepuszczalność błon śluzowych. Metodą aktualnie zalecaną dla zmniejszenia ekspozycji na roztocza obecne w pościeli jest stosowanie pokrowców z tkanin barierowych. Są to tkaniny, których gęstość splotu gwarantuje szczelność uniemożliwiającą przenikanie roztoczy i pochodzących od nich alergenów.

Działania prewencyjne obejmują także ograniczenie narażenia na czynniki nieswoiste: dym tytoniowy, drażniące substancje chemiczne, aerozole. Konieczna jest właściwa wentylacja pomieszczeń. Upowszechniona w ostatnich latach technika uszczelniania budynków zmierzająca do ograniczenia utraty energii spowodowała wzrost wilgotności powietrza i stężenia pleśni. Dlatego też konieczne jest zapewnienie odpowiedniej wymiany powietrza.

Przez wiele lat ważnym elementem profilaktyki była ochrona przed zakażeniami. Aktualnie ocena wpływu infekcji na rozwój alergii jest przedmiotem wnikliwych badań. Teoria higieniczna rozwoju alergii zmieniła dotychczasowe spojrzenie na ten problem. Ostateczny wpływ zakażenia – ochronny lub szkodliwy (na rozwój alergii) zależy od rodzaju drobnoustroju. Zakażenie wirusami RS, rinowirusami lub wirusem grypy są nadal kojarzone z rozwojem lub zaostrzeniami alergii i prewencja tych zakażeń stanowi element profilaktyki rozwoju alergii.

Gabriela Dmytrzyk-Daniłow

Świadomość zdrowotna rodziców dzieci w przedziale wiekowym 0-5 lat na temat możliwości uzupełniania obowiązkowego programu szczepień swojego dziecka. Rola pielęgniarki w realizacji szczepień zalecanych

(Promotor: prof. dr hab. nauk med. Wojciech Mędrała)

Wstęp

Praca powstała w oparciu o dostępną literaturę z zakresu immunologii, epidemiologii i wakcynologii.

Na wstępie pracy przedstawiłam krótki rys historyczny szczepień w Polsce, oraz zasady uodparniania populacji, jak również ogólne informacje o szczepionkach i szczepieniach ochronnych.

Skutki chorób zakaźnych oraz ogromna potrzeba profilaktyki poprzez promowanie i realizację szczepień ochronnych zainspirowały mnie do zbadania poziomu wiedzy rodziców dzieci z najmłodszej grupy wiekowej (od 0 do 5 lat) na temat możliwości rozszerzania obowiązkowego kalendarza szczepień szczepionkami zalecanymi. Chciałabym wskazać na ogromną rolę pielęgniarki, jako osoby obdarzonej publicznym zaufaniem, w profilaktyce chorób zakaźnych.

W otrzymanych ankietach około jednej czwartej z nich było wypełnione przez rodziców, którzy już nie mają dzieci w interesującym nas wieku 0-5 lat, a jedynie dzieci starsze. Uznałam, że byłoby co najmniej niewłaściwe pominięcie tych ankiet. Uwzględnienie ich pozwoliło mi, dodatkowo, na określenie zmian świadomości rodziców na temat możliwości uzupełniania obowiązkowego programu szczepień swojego dziecka, które to zmiany mogły zajść w ciągu ostatnich kilku lat. Porównałam stan świadomości grupy rodziców, którzy aktualnie mają dziecko w grupie wiekowej 0-5 lat ze stanem świadomości grupy rodziców, którzy mają dzieci starsze. Był to sformułowany później cel szczegółowy IV.

W pracy posłużyłam się metodą sondażu diagnostycznego. Technika, którą w tej metodzie wykorzystam, była ankieta, a narzędziem badawczym – kwestionariusz tej ankiety. Do osiągnięcia celu głównego oraz celów szczegółowych pracy została wykorzystana ankieta autorska, przeprowadzona jednocześnie w kilku przychodniach na obszarze całego województwa dolnośląskiego.

Szczepienia przyczyniły się do zmniejszenia przerażających danych dotyczących występowania i śmiertelności z powodu chorób zakaźnych. Wprowadza się nowe, coraz to bardziej udoskonalone szczepionki, co czyni tę metodę bardziej skuteczną i bezpieczną. Z roku 1963

pochodzi pierwszy, najwcześniejszy dostępny kalendarz szczepień. Kalendarze i programy szczepień na przestrzeni wielu lat ulegały zmianom i weryfikacji z powodu: sytuacji epidemiologicznej, zmiany poglądów na temat uodparniania, sytuacji ekonomicznej i demograficznej kraju, organizacji zakładów ochrony zdrowia.

Cel i założenia pracy

Cel główny pracy dotyczy określenia stopnia świadomości zdrowotnej rodziców dzieci w przedziale wiekowym 0-5 lat na temat możliwości uzupełniania obowiązkowego programu szczepień swojego dziecka za pomocą szczepień zalecanych (płatnych) oraz wskazania rzeczywistej roli pielęgniarki w realizacji szczepień zalecanych. Cel ten można przedstawić jako próbę odpowiedzi na trzy powiązane ze sobą grupy zagadnień, które można potraktować jako **cele szczegółowe**:

Cel szczegółowy nr 1: ustalenie stopnia świadomości rodziców na temat szczepień zalecanych i korzyści wynikających z ich stosowania. Chodzi tutaj o określenie stopnia wiedzy rodziców na temat szczepień zalecanych, jakie mają motywacje do korzystania ze szczepień zalecanych oraz jakie podają powody rezygnacji ze szczepień zalecanych.

Cel szczegółowy nr 2: ustalenie czynników wpływających na poziom świadomości rodziców. Zostaną tutaj zbadane takie czynniki, jak płeć, wiek, poziom wykształcenia, status majątkowy, liczba posiadanych dzieci.

Cel szczegółowy nr 3: ustalenie roli pielęgniarki w podnoszeniu świadomości w zakresie szczepień zalecanych oraz w realizacji programu szczepień zalecanych.

Zakładamy, że istotna większość rodziców ma pewną świadomość zagrożeń płynących ze strony chorób zakaźnych oraz możliwości niwelowania tych zagrożeń poprzez szczepienia dodatkowe i zalecane. Zakładamy przy tym, że stopień tej wiedzy jest różny w różnych środowiskach społecznych i zależy od pewnych czynników. Zakładamy również, że większość rodziców świadomych tych zagrożeń realizuje w miarę możliwości program szczepień zalecanych. Interesują nas przyczyny, dla których spora grupa rodziców rezygnuje z możliwości ochrony dzieci poprzez szczepienia zalecane.

Jest rzeczą oczywistą, że istnieje wiele źródeł informacji na temat szczepień zalecanych różniących się między sobą dostępnością i wiarygodnością dla różnych grup rodziców. Wśród nich pielęgniarka zajmuje miejsce szczególne, jako rzetelne źródło informacji. Jednocześnie często poprzez kontakt osobisty z dzieckiem i rodzicem jest postrzegana przez rodziców jako osoba najbardziej wiarygodna w zakresie źródła wiedzy o szczepieniach.

MATERIAŁ I METODY BADAŃ

Metoda i technika badawcza

W pracy posłużę się metodą sondażu diagnostycznego. Technika, którą w tej metodzie wykorzystam, będzie ankieta, a narzędziem badawczym – kwestionariusz tej ankiety.

Zakres i obszar badań

Badaniem ankietowym objęto przychodnie rozmieszczone na obszarze całego województwa dolnośląskiego. Są to przychodnie następujące: NZOZ-y oraz SPZOZy w Bogatyni, Zgorzelcu,

Zawidowie, Bolesławcu, Lwówku Śląskim, Wałbrzychu, WOZ Trójca, WOZ Czerwona Woda, WOZ Ruszów.

Badania ankietowe przeprowadzono w okresie od września do grudnia 2007 roku.

WYNIKI BADAŃ

Wyniki badań dla grupy rodziców posiadających przynajmniej jedno dziecko w wieku od 0 do 5 lat

Wyniki części ogólnej

W grupie 105 badanych rodziców były 83 kobiety, 19 mężczyzn, trzy osoby nie określiły płci. Najwięcej osób, bo 57, było w przedziale wiekowym 25-34 lata, 22 osoby były osobami młodymi w wieku 24 lat. Natomiast 35 lat i więcej miało 24 respondentów. Spośród wypełniających ankietę 12 osób (11%) zadeklarowało wykształcenie podstawowe, 66 osób (63%) – wykształcenie średnie (lub zawodowe), 25 osób (24%) – wykształcenie wyższe, 2 osoby (2%) nie podało informacji o swoim wykształceniu. Swoją status majątkowy jako „dobrze sytuowani” uznało 20 osób (19%), jako „średnio sytuowani” – 57 osób (54%), jako „słabo sytuowani” – 25 osób (24%), 3 osoby (3%) nie podało informacji o statusie majątkowym.

Badając dzietność rodzin stwierdziłam że: jedno dziecko ma 50 osób (48% ankietowanych), dwoje dzieci posiada 40 osób (38%), troje i więcej dzieci – 14 osób (13%), jedna osoba (1%) nie podała liczby posiadanych dzieci, jednak na podstawie odpowiedzi udzielonych przez nią na inne pytania w sposób jednoznaczny można wywnioskować, iż osoba ta posiada dzieci albo w każdym razie jest zaangażowana w sprawy związane ze szczepieniami dzieci (może tutaj chodzić o dzieci kogoś z najbliższej rodziny tej osoby).

Wyniki części szczegółowej

Z otrzymanych ankiet wynika, że 83 osoby (79%) zastosowały szczepionki zalecane u swojego (ich) dziecka (dzieci), 22 respondentów (21%) nigdy nie zastosowało u swojego (ich) dziecka (dzieci) szczepionek zalecanych.

Podczas pierwszej wizyty w poradni informacje na temat kalendarza szczepień oraz możliwości zastosowania szczepień zalecanych otrzymało 100 respondentów (95%), takie informacje dla pozostałych 5 osób (5%) nie zostały przekazane.

Tabela 7. Uzyskanie informacji na temat zakresu i kosztów realizacji szczepień zalecanych.

Wariant odpowiedzi	ilość	%
TAK	90	86
NIE	12	11
Nie udzielono odpowiedzi	1	1
Nie wiem	1	1
Nie pełne	1	1
Razem	105	100

Z tabeli 7 wynika, że pełne informacje na temat zakresu i kosztów realizacji szczepień zalecanych otrzymało 90 ankietowanych rodziców (86%), 12 ankietowanych rodziców (11%), takich informacji nie otrzymało, 1 rodzic (1%) otrzymał niepełne informacje. Jedna osoba (1%) nie podała odpowiedzi na powyższe pytanie, również 1 z rodziców (1%) nie wiedział czy informacje, które otrzymał były pełnymi informacjami.

Tabela 8. Czy pielęgniarka ułatwiła dostęp do szczepień zalecanych?

Wariant odpowiedzi	ilość	%
TAK	90	86
NIE	14	13
TAK i NIE	1	1
RAZEM	105	100

W odpowiedzi na pytanie, czy pielęgniarka ułatwiła dostęp do szczepień zalecanych (tabela 8) 90 osób (86 ankietowanych), wskazało odpowiedź „tak”, 14 osób (13% ankietowanych) odpowiedziało „nie”, niejednoznacznej odpowiedzi „tak i nie” udzieliła 1 osoba (1% ankietowanych).

Tabela 9. Kiedy uzyskali państwo informacje na temat szczepień zalecanych?

Wariant odpowiedzi	ilość	%
W okresie ciąży (A)	30	29
W oddziale noworodkowym (B)	41	39
Podczas wizyty w poradni (C)	64	61
Korzystając z informacji prasowych (D)	26	25
Korzystając z informacji TV (E)	15	14
Korzystając z Internetu (F)	24	23
W rozmowie z osobami trzecimi (G)	32	30
Nie posiadam informacji (H)	3	3
Inne niż wymienione (I)	9	9

Najwięcej respondentów uzyskało informacje na temat szczepień zalecanych (tabela 9): podczas wizyty w poradni 64 osoby (61%), podczas pobytu w oddziale noworodkowym 41 osób (39%), 32 osoby (30%) w rozmowie z osobami trzecimi, w okresie ciąży tematem szczepień interesowało się 30 osób (29%), korzystając z informacji prasowych 26 osób (25%), z informacji TV 15 respondentów (14%), 9 osób (9%) wskazało na inne źródła niż zawarte w pytaniu, 3 osoby (3%) nie posiadało informacji na temat szczepień zalecanych.

Tabela 10. W jakiej formie została udzielona Państwu informacja na temat szczepień zalecanych?

Wariant odpowiedzi	Ilość	%
Rozmowa z pielęgniarką	83	79
Rozmowa z lekarzem	54	51
Materiały dydaktyczne	48	46
Pogadanki	17	16
Nie udzielono mi informacji	5	5

W odpowiedzi na pytanie o formę udzielenia informacji na temat szczepień zalecanych (tabela 10) 83 osoby (79%) wskazało, jako formę udzielenia takiej informacji wskazało rozmowę z pielęgniarką, 54 osoby (51%) rozmowę z lekarzem materiały dydaktyczne otrzymało 48 osób (46%), w pogadankach uczestniczyło 17 osób (16%), 5 osobom (5%) nie udzielono informacji na temat szczepień zalecanych.

Jak wskazują dane zawarte w tabeli 11, spośród 105 respondentów 80 osób (76%) podało, że osoba udzielająca informacji na temat szczepień zalecanych dokonała tego z własnej inicjatywy, 17 osób (16%) uzyskało informacje w odpowiedzi na zadane pytanie, 3 respondentów (3%) wskazało na dwie wcześniejsze odpowiedzi, 5 osób (5%) nie zaznaczyło żadnej odpowiedzi.

Tabela 11. Inicjator udzielenia informacji o szczepieniach zalecanych.

Wariant odpowiedzi	Ilość	%
Z własnej inicjatywy (A)	80	76
W odpowiedzi na zadane pytanie? (B)	17	16
A i B	3	3
Nie zaznaczono żadnej odpowiedzi	5	5
Razem	105	100

W sytuacji, gdy respondenci mogli zastosować szczepionkę bezpłatnie u swojego (ich) dziecka (dzieci), 73 osoby (70%) skorzystało ze szczepień płatnych zalecanych. 31 osób (29%), takiej decyzji nie podjęło, 1 osoba (1%) nie udzieliła żadnej odpowiedzi (tabela 12).

Tabela 12. Czy korzystaliście Państwo z odpłatnych szczepień zalecanych w sytuacji, gdy mogliście zastosować szczepionkę bezpłatnie?

Wariant odpowiedzi	Ilość	%
TAK	73	70
NIE	31	29
Nie zaznaczono żadnej odpowiedzi	1	1

Spośród 105 osób wypełniających ankietę 63 osoby (60%) zakupiło szczepionkę zalecaną dodatkowo przeciwko chorobie nie objętej szczepieniem obowiązkowym, 57 osób (54%) zdecydowało się zamiennie w ramach kalendarza obowiązkowego na szczepionkę szeroko skojarzoną, 5 osób (5%) nie znało odpowiedzi na to pytanie, natomiast 20 osób (19%) nie korzystało ze szczepień zalecanych (tabela 13).

Tabela 13. W jakim celu zdecydowaliście się Państwo na zastosowanie szczepionki zalecanej?

Wariant odpowiedzi	Ilość	%
Zamiennie w ramach kalendarza obowiązkowego na szczepionkę szeroko skojarzoną (5 w 1 lub 6 w 1) (A)	57	54
Dodatkowo przeciwko chorobie nieobjętej szczepieniem obowiązkowym (B)	63	60
Nie znam odpowiedzi na to pytanie (C)	5	5
Nie korzystałam z zalecanych szczepień (D)	20	19

Tabela 14. Co spowodowało zmianę decyzji i zakup szczepionki zalecanej?

Wariant odpowiedzi	Ilość	%
Pełna informacja na temat możliwości zastosowania szerokiej profilaktyki udzielona przez pielęgniarkę (A)	48	46
Świadomość zagrożeń, oraz możliwość zapewnienia ochrony przed nimi (B)	60	57
Komfort szczepienia (C)	46	44
Lepszy profil bezpieczeństwa (D)	27	26
Za namową osób trzecich (E)	9	8

Świadomość zagrożeń, oraz możliwość zapewnienia ochrony przed nimi, jako powód zmiany decyzji i zakup szczepionki zalecanej podało 60 respondentów (57%), pełną informację na temat możliwości zastosowania szerokiej profilaktyki udzieloną przez pielęgniarkę wskazało 48 respondentów (46%), komfort szczepienia 46 osób (44) respondentów, na lepszy profil bezpieczeństwa wskazało 27 osób (26%), za namową osób trzecich 9 osób (8%) ankietowanych (tabela 14).

Przyczynę finansową, jako główny powód nie korzystania ze szczepień zalecanych podało 33 osoby (31%), strach przed niepożądanymi powikłaniami poszczepiennymi 19 osób (18%), pod wpływem osób trzecich ze szczepień zrezygnowało 9 osób (9%), natomiast brak informacji u 8 osób (8%), był powodem rezygnacji ze szczepień zalecanych (tabela 15).

Tabela 15. Jaka była przyczyna, dla której nie skorzystaliście Państwo ze szczepień zalecanych?

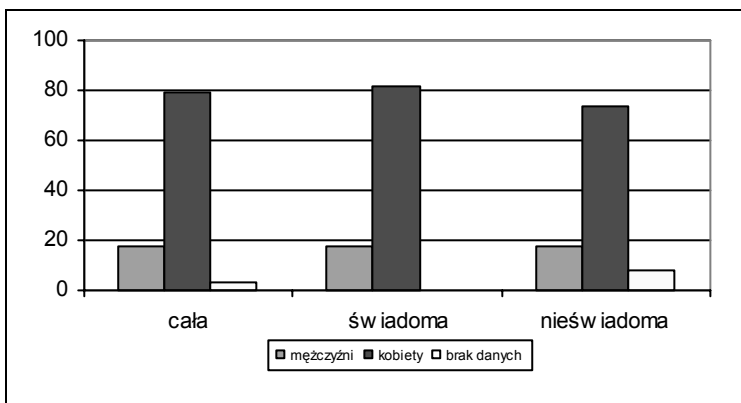
Wariant odpowiedzi	Ilość	%
Brak informacji (A)	8	8
Przyczyna finansowa (B)	33	31
Strach przed niepożądanymi powikłaniami poszczepiennymi (C)	19	18
Pod wpływem osób trzecich (D)	9	9

CEL SZCZEGÓŁOWY I: Podział omawianej populacji na grupę świadomą i nieświadomą (tabela 16 i wykres 1).

Tabela 16. Podział omawianej populacji na grupę świadomą i nieświadomą.

GRUPA	ŚWIADOMA	NIEŚWIADOMA	CAŁA
Ilość ankiet	67	38	105
Udział procentowy	64%	36%	100%

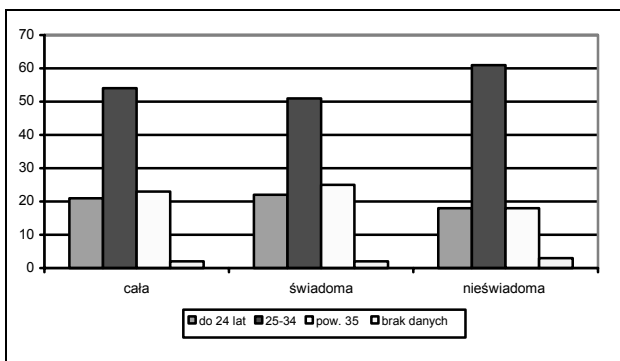
Wykres 1. Podział omawianej populacji z uwagi na płeć.



CEL SZCZEGÓŁOWY II

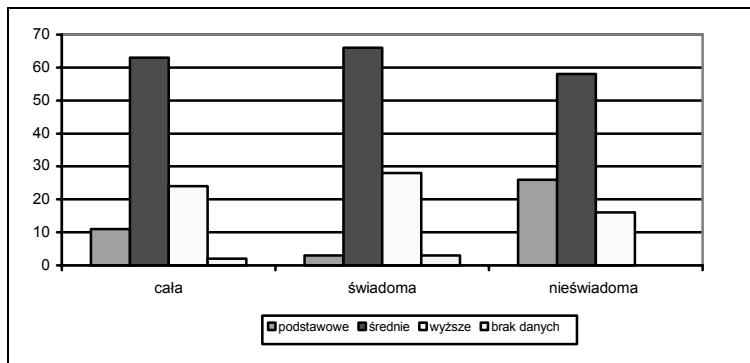
Podjmując próbę ustalenia czynników wpływających na poziom świadomości rodziców zostały zbadane takie czynniki, jak: płeć, wiek, poziom wykształcenia, status majątkowy, liczba posiadanych dzieci.

Wykres 2. Podział omawianej populacji z uwagi na wiek.

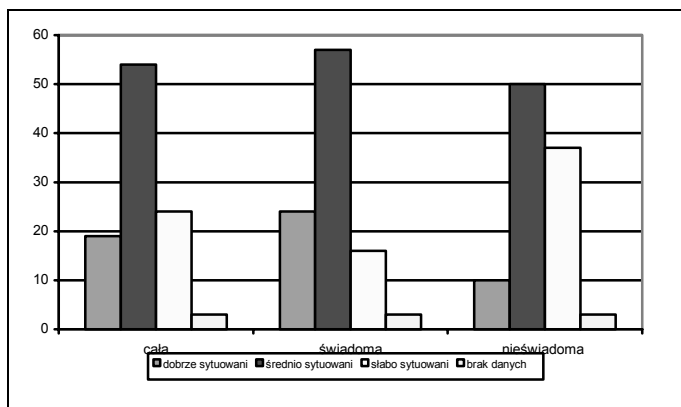


Podział omawianej populacji ze względu na wykształcenie przedstawia wykres 3.

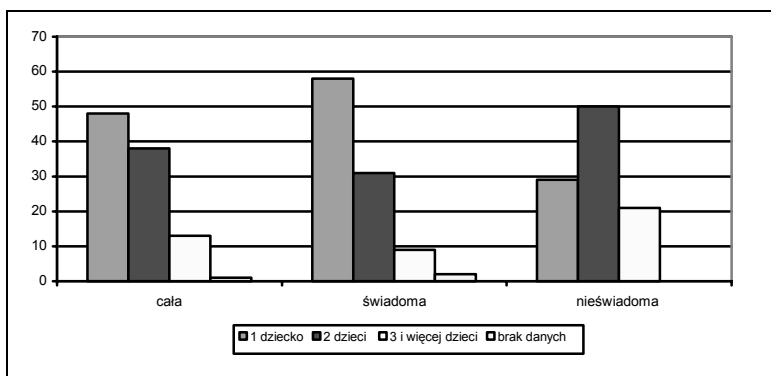
Wykres 3. Podział omawianej populacji ze względu na wykształcenie.



Wykres 4. Podział omawianej populacji ze względu na status majątkowy.



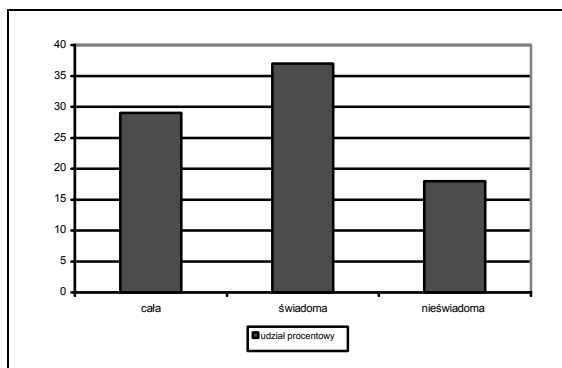
Wykres 5. Podział omawianej grupy ze względu na ilość posiadanych dzieci.



CEL SZCZEGÓŁOWY III

Podjmując próbę statystycznej oceny roli pielęgniarki w podnoszeniu świadomości rodziców w zakresie szczepień zalecanych, ustalono kryteria, według, których poddano analizie grupę badawczą (wykres 6).

Wykres 6. Udział pielęgniarki w podnoszeniu świadomości w zakresie szczepień zalecanych



Wyniki badań dla grupy rodziców nieposiadających dzieci w wieku od 0 do 5 lat, a posiadających dzieci starsze

Wyniki części ogólnej

W grupie rodziców nieposiadających dziecka w wieku od 0 do 5 lat była 1 osoba w wieku do 24 lat, 12 osób w przedziale wiekowym 25-34 lata i 13 osób określiło, że ma 35 lat i więcej. W tej grupie były 23 kobiety oraz 3 mężczyzn. Spośród 26 osób wypełniających ankietę 1 osoba (4%) zadeklarowała wykształcenie podstawowe, 13 osób (50%) – wykształcenie średnie (lub zawodowe), 11 osób (42%) – wykształcenie wyższe, 1 osoba (4%) nie podała informacji o swoim wykształceniu. Swoją sytuację majątkową jako „dobrze sytuowani” uznało 6 osób (23%), jako „średnio sytuowani” – 18 osób (69%), jako „słabo sytuowani” – 2 osoby (8%). Jedno dziecko ma 9 osób (35% ankietowanych), dwoje dzieci posiada 14 osób (54%), troje i więcej dzieci – 3 osób (11%).\

Wyniki części szczegółowej

Poniżej przedstawiono prezentację wyników części szczegółowej ankiety (dotyczą grupy rodziców nieposiadających dziecka w wieku od 0 do 5 lat) – tabele 27-37.

Tabela 27. Czy kiedykolwiek stosowano szczepienia zalecane?

Wariant odpowiedzi	ilość	%
TAK	20	77
NIE	6	23
RAZEM	26	100

Podczas pierwszej wizyty w poradni informacje na temat kalendarza szczepień oraz możliwości zastosowania szczepień zalecanych otrzymało 23 respondentów (88%), takie informacje dla pozostałych 3 osób (12%) nie zostały przekazane.

Tabela 28. Informacja podczas pierwszej wizyty na temat szczepień ochronnych, kalendarza szczepień i możliwości szczepień zalecanych

Wariant odpowiedzi	ilość	%
TAK	23	88
NIE	3	12
RAZEM	26	100

Pełne informacje na temat zakresu i kosztów realizacji szczepień zalecanych otrzymało 22 ankietowanych rodziców (85%), 4 ankietowanych rodziców (15%), takich informacji nie otrzymało.

Tabela 29. Pełna informacja na temat zakresu i kosztów realizacji szczepień zalecanych

Wariant odpowiedzi	ilość	%
TAK	22	85
NIE	4	15
Razem	26	100

W odpowiedzi na pytanie, czy pielęgniarka ułatwiła dostęp do szczepień zalecanych, 24 osoby (92% ankietowanych), wskazało odpowiedź „tak”, 2 osoby (8% ankietowanych) odpowiedziało „nie”.

Tabela 30. Czy pielęgniarka ułatwiła dostęp do szczepień zalecanych?

Wariant odpowiedzi	ilość	%
TAK	24	92
NIE	2	8
RAZEM	26	100

Najwięcej respondentów uzyskało informacje na temat szczepień zalecanych, podczas wizyty w poradni aż 21 osób (81%), podczas pobytu w oddziale noworodkowym 11 osób (42%), korzystając z informacji prasowych 11 osób (42%), w okresie ciąży tematem szczepień interesowało się 9 osób (35%), 6 osób (23%) w rozmowie z osobami trzecimi, z informacji TV skorzystał 1 respondent (4%), 3 osoby (3%) nie posiadało informacji na temat szczepień zalecanych.

Tabela 31. Kiedy uzyskali Państwo informacje na temat szczepień zalecanych?

Wariant odpowiedzi	ilość	%
W okresie ciąży (A)	9	35
W oddziale noworodkowym (B)	11	42
Podczas wizyty w poradni (C)	21	81
Korzystając z informacji prasowych (D)	11	42
Korzystając z informacji TV (E)	1	4
Korzystając z Internetu (F)	5	19
W rozmowie z osobami trzecimi (G)	6	23
Nie posiadam informacji (H)	3	12
Inne niż wymienione (I)	0	0

20 osób (77%) wskazało, jako formę udzielenia informacji na temat szczepień zalecanych rozmowę z pielęgniarką, 16 osób (62%) rozmowę z lekarzem, 9 osób (35%) otrzymało materiały dydaktyczne, 3 osoby (12%) uczestniczyło w pogadankach, 1 osobie (4%) nie udzielono informacji na temat szczepień zalecanych.

Tabela 32. W jakiej formie została udzielona Państwu informacja na temat szczepień zalecanych?

Wariant odpowiedzi	Ilość	%
Rozmowa z pielęgniarką (A)	20	77
Rozmowa z lekarzem (B)	16	62
Materiały dydaktyczne (C)	9	35
Pogadanki (D)	3	12
Nie udzielono mi informacji (E)	1	4

Jak wskazują dane zawarte w powyższym zestawieniu, spośród 105 respondentów 19 osób (73%) podało, że osoba udzielająca informacji na temat szczepień zalecanych, dokonała tego z własnej inicjatywy, 3 osoby (11.5%) uzyskało informacje w odpowiedzi na zadane pytanie, 3 respondentów (11.5%) wskazało na dwie wcześniejsze odpowiedzi, 1 osoba (4%) nie zaznaczyła żadnej odpowiedzi.

Tabela 33. Inicjator udzielenia informacji o szczepieniach zalecanych

Wariant odpowiedzi	Ilość	%
Z własnej inicjatywy (A)	19	73,0
W odpowiedzi na zadane pytanie? (B)	3	11,5
Odpowiedź A i B	3	11,5
Nie zaznaczono żadnej odpowiedzi	1	4,0
RAZEM	26	100,0

W sytuacji, gdy respondenci mogli zastosować szczepionkę bezpłatnie u swojego (ich) dziecka (ci), 17 osób (65%) skorzystało ze szczepień płatnych zalecanych. 9 osób (35%) takiej decyzji nie podjęło.

Tabela 34. Czy korzystaliście Państwo z odpłatnych szczepień zalecanych w sytuacji, gdy mogliście zastosować szczepionkę bezpłatnie?

Wariant odpowiedzi	Ilość	%
TAK	17	65
NIE	9	35
RAZEM	26	100

Spółród 26 osób wypełniających ankietę, 13 osób (50%) zakupiło szczepionkę zalecaną dodatkowo przeciwko chorobie nie objętej szczepieniem obowiązkowym, 10 osób (38%) zdecydowało się zamiennie w ramach kalendarza obowiązkowego na szczepionkę szeroko skojarzoną, 1 osoba (4%) nie знаła odpowiedzi na to pytanie, natomiast 3 osoby (11.5%) nie korzystało ze szczepień zalecanych.

Tabela 35. W jakim celu zdecydowaliście się Państwo na zastosowanie szczepionki zalecanej?

Wariant odpowiedzi	Ilość	%
Zamiennie w ramach kalendarza obowiązkowego na szczepionkę szeroko skojarzoną (5 w 1 lub 6 w 1) (A)	10	38,0
Dodatkowo przeciwko chorobie nieobjętej szczepieniem obowiązkowym (B)	13	50,0
Nie znam odpowiedzi na to pytanie (C)	1	4,0
Nie korzystałam z zalecanych szczepień (D)	3	11,5

Świadomość zagrożeń oraz możliwość zapewnienia ochrony przed nimi, jako powód zmiany decyzji i zakup szczepionki zalecanej podało 13 respondentów (50%), pełną informację na

temat możliwości zastosowania szerokiej profilaktyki udzieloną przez pielęgniarkę wskazało również 13 respondentów (50%), komfort szczepienia 5 osób (19) respondentów, na lepszy profil bezpieczeństwa wskazało 7 osób (27%), za namową osób trzecich 1 osoba (4%) ankietowanych.

Tabela 36. Co spowodowało zmianę decyzji i zakup szczepionki zalecanej?

Wariant odpowiedzi	Ilość	%
Pełna informacja na temat możliwości zastosowania szerokiej profilaktyki udzielona przez pielęgniarkę (A)	13	50
Świadomość zagrożeń, oraz możliwość zapewnienia ochrony przed nimi (B)	13	50
Komfort szczepienia (C)	5	19
Lepszy profil bezpieczeństwa (D)	7	27
Za namową osób trzecich (E)	1	4

Przyczynę finansową jako główny powód nie korzystania ze szczepień zalecanych podało 10 osób (38%), strach przed niepożądanymi powikłaniami poszczepiennymi 2 osoby (8%), pod wpływem osób trzecich ze szczepień nikt nie zrezygnował, natomiast brak informacji u 4 osób (15%) była powodem rezygnacji ze szczepień zalecanych.

Tabela 37. Jaka była przyczyna, dla której nie skorzystaliście Państwo ze szczepień zalecanych?

Wariant odpowiedzi	Ilość	%
Brak informacji (A)	4	15
Przyczyna finansowa (B)	10	38
Strach przed niepożądanymi powikłaniami poszczepiennymi (C)	2	8
Pod wpływem osób trzecich (D)	0	0

CEL SZCZEGÓŁOWY I

Podział omawianej populacji na grupę świadomą i nieświadomą.

Klasyfikację rodziców nieposiadających dzieci w wieku od 0 do 5 lat, w zależności od stopnia świadomości na temat szczepień zalecanych, na grupę świadomą i nieświadomą przedstawia tabela 38.

Tabela 38. Podział omawianej populacji na grupę świadomą i nieświadomą.

GRUPA	ŚWIADOMA	NIEŚWIADOMA	CAŁA
Ilość ankiet	16	10	26
Udział procentowy	62%	38%	100%

CEL SZCZEGÓŁOWY II

Podejmując próbę ustalenia czynników wpływających na poziom świadomości rodziców zostały zbadane takie czynniki, jak: płeć, wiek, poziom wykształcenia, status majątkowy, liczba posiadanych dzieci.

Tabela 39. Podział omawianej populacji z uwagi na płeć.

GRUPA	ŚWIADOMA	NIEŚWIADOMA	CAŁA
Kobiety	81%	100%	88%
Mężczyźni	19%	0%	12%

Wykres 7. Podział omawianej populacji z uwagi na płeć.

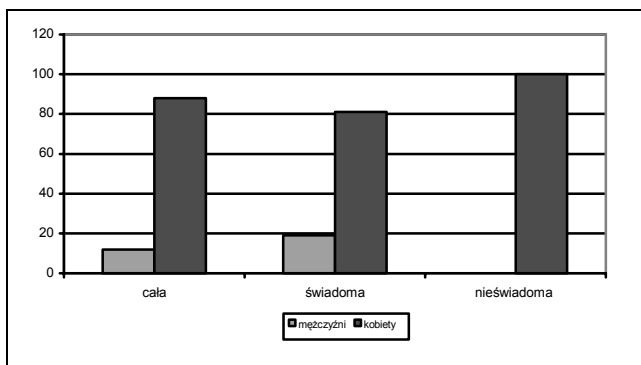


Tabela 40. Podział omawianej populacji z uwagi na wiek.

GRUPA	ŚWIADOMA	NIEŚWIADOMA	CAŁA
Do 24 lat	0%	10%	4%
25-34	56%	30%	46%
Pow. 35 lat	44%	60%	50%

Wykres 8 Podział omawianej populacji z uwagi na wiek.

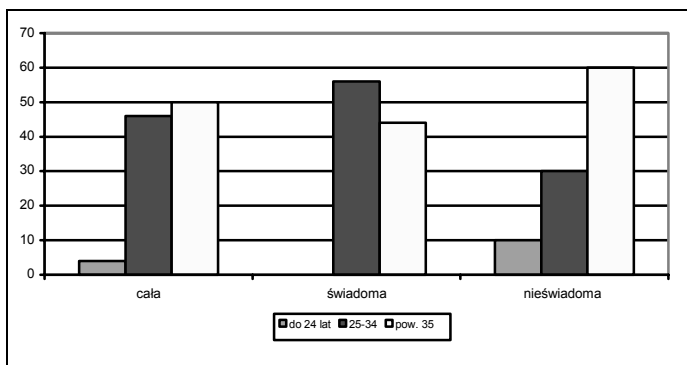


Tabela 41. Podział omawianej populacji ze względu na wykształcenie.

GRUPA	ŚWIADOMA	NIEŚWIADOMA	CAŁA
Podstawowe	6%	0%	4%
Średnie	44%	60%	50%
Wyższe	50%	30%	42%
Brak danych	0%	10%	4%

Wykres 9. Podział omawianej populacji ze względu na wykształcenie.

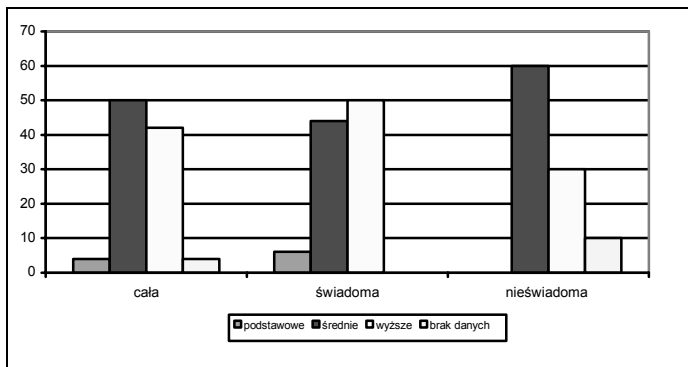


Tabela 42. Podział omawianej populacji ze względu na status majątkowy.

GRUPA	ŚWIADOMA	NIEŚWIADOMA	CAŁA
Dobrze sytuowani	12%	40%	23%
Średnio sytuowani	81%	50%	69%
Słabo sytuowani	7%	10%	8%

Wykres 10. Podział omawianej populacji ze względu na status majątkowy.

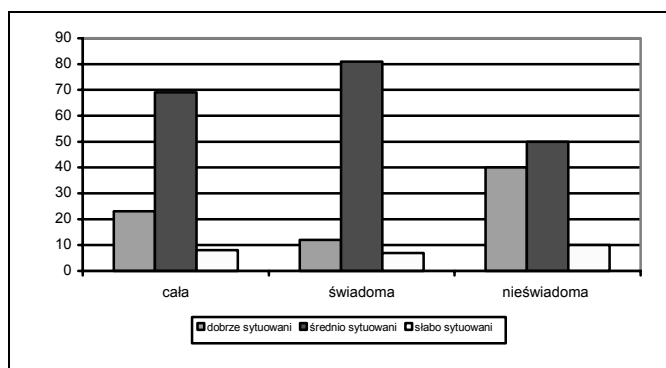
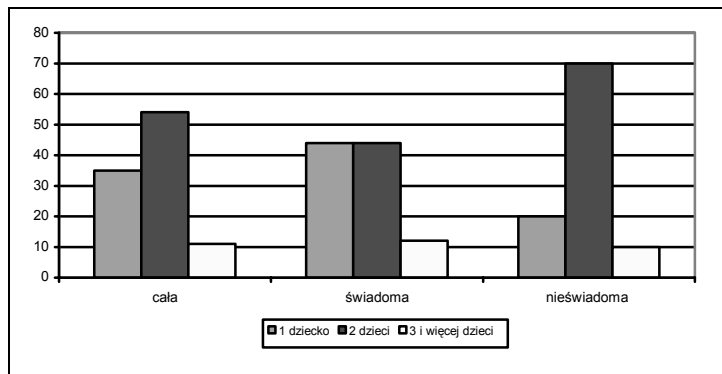


Tabela 43. Podział badanej zbiorowości ze względu na ilość posiadanych dzieci.

GRUPA	ŚWIADOMA	NIEŚWIADOMA	CAŁA
1	44%	20%	35%
2	44%	70%	54%
3 i więcej	12%	10%	11%

Wykres 11. Podział badanej zbiorowości ze względu na ilość posiadanych dzieci.



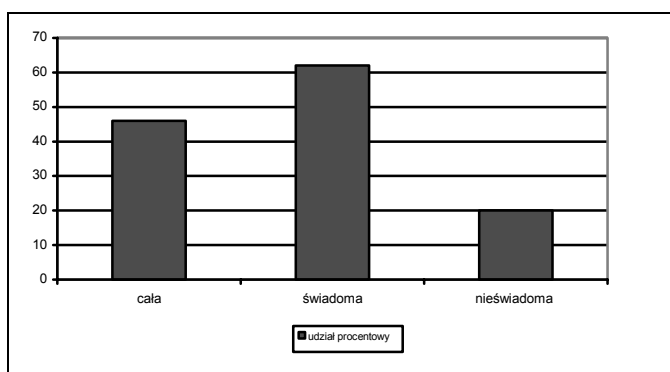
CEL SZCZEGÓŁOWY III

Podjmując próbę statystycznej oceny roli pielęgniarki w podnoszeniu świadomości rodziców w zakresie szczepień zalecanych, ustalono kryteria, według, których poddano analizie grupę badawczą.

Tabela 44. Rola pielęgniarki w podnoszeniu świadomości w zakresie szczepień zalecanych.

GRUPA	Ilość ankiet łącznie	Ilość ankiet z istotną rolą pielęgniarki	Udział procentowy
Świadoma	16	10	62%
Nieświadoma	10	2	20%
Cała	26	12	46%

Wykres 12. Rola pielęgniarki w podnoszeniu świadomości w zakresie szczepień zalecanych.



Analiza porównawcza obu grup rodziców

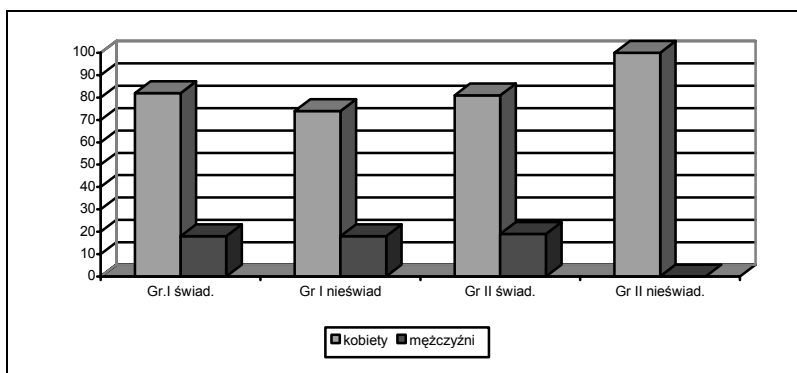
Grupa I rodzice posiadający przynajmniej 1 dziecko w wieku 0-5 lat

Grupa II rodzice nieposiadający dziecka w wieku poniżej 5 roku życia.

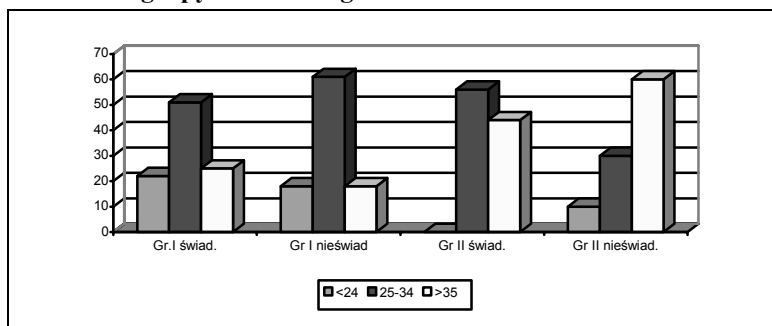
Tabela 45. Analiza porównawcza obu grup rodziców (wszystkie dane w procentach)

	Grupa I						Grupa II					
	Świadomi 64			nieświadomi 36			świadomi 62			nieświadomi 38		
Płeć (kobieta, Mężczyzna)	82	18		74	18		81	19		100	0	
Wiek <24/25-34/>35	22	51	25	18	61	18	0	56	44%	10	30	60
Wykształcenie Podstawowe średnie wyższe.	3	66	28	26	58	16	6	44	50%	0	60	30
Status majątkowy do-brze/średnio/słabo sytuowani	24	57	16	10	50	37	12	81	7%	40	50	10
Ilość dzieci 1/ 2/ 3 i więcej	58	31	9	29	50	21	44	44	12%	20	70	10
Rola pielęgniarstwa Istotna/nie istotna	37	63		13	87		62	38		20	80	

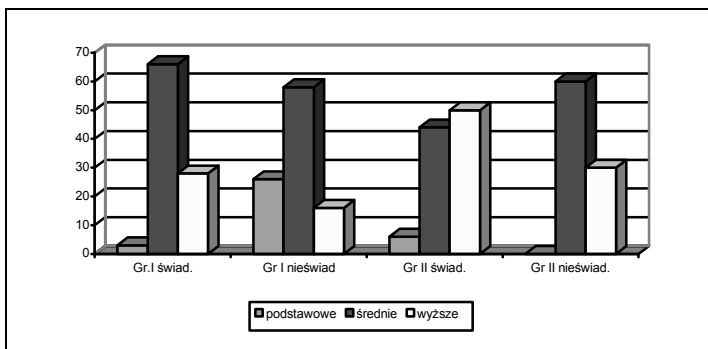
Wykres 13. Porównanie grupy I i II z uwagi na płeć.



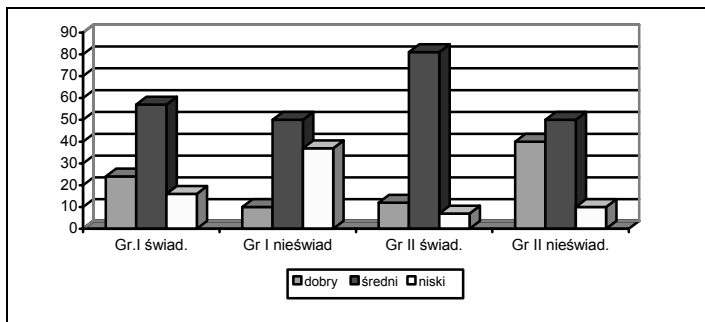
Wykres 14. Porównanie grupy I i II z uwagi na wiek.



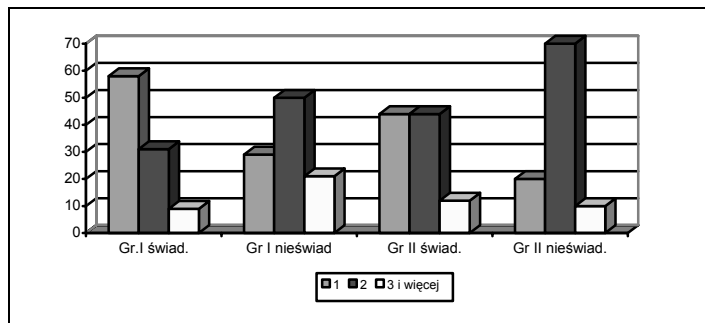
Wykres 15. Porównanie grupy I i II z uwagi na wykształcenie.



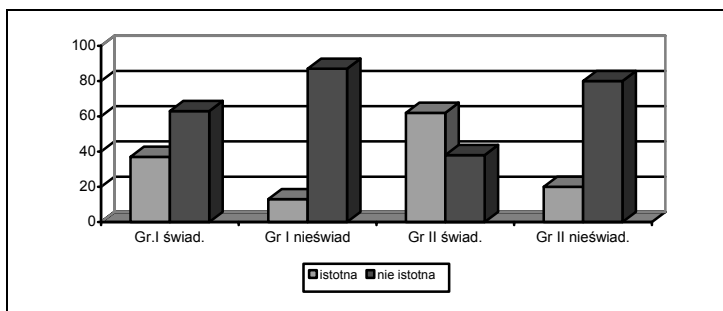
Wykres 16. Porównanie grupy I i II z uwagi na status majątkowy.



Wykres 17. Porównanie grupy I i II z uwagi na ilość posiadanych dzieci.



Wykres 18. Porównanie grupy I i II z uwagi rolę pielęgniarki w podnoszeniu świadomości w zakresie szczepień zalecanych.



OMÓWIENIE

Ze względu na szeroki zasięg ankiety i korzystanie z pomocy wielu placówek służby zdrowia, w których prowadzi się szczepienia dzieci, nie było możliwe precyzyjne zaadresowanie ankiety tylko do rodziców posiadających dzieci w interesującym nas przedziale wiekowym 0-5 lat.

Na podstawie otrzymanego materiału, weryfikując odpowiedzi na pytanie nr 6 z części ogólnej otrzymaliśmy dwie grupy wiekowe rodziców:

Grupa I rodzice posiadający przynajmniej 1 dziecko w wieku 0-5 lat.

Grupa II rodzice nieposiadający dziecka w wieku poniżej 5 roku życia.

Każda z tych grup analizowana była oddzielnie.

CEL SZCZEGÓŁOWY I

Zgodnie z założeniem pracy w każdej z wyżej wymienionych grup respondentów wyłoniono: rodzica świadomego i nieświadomego. Spośród 105 osób z I grupy rodziców wypełniających ankietę 67 osób (64%) stanowiło grupę świadomych rodziców, 38 osób (36%) grupę rodziców nieświadomych (tabela 16). Natomiast spośród 26 osób z II grupy rodziców wypełniających ankietę, 16 osób (62%) stanowiło grupę świadomych rodziców, 10 osób (38%) grupę rodziców nieświadomych (tabela 38).

CEL SZCZEGÓŁOWY II

Zadaniem tej części pracy było podjęcie próby ustalenia czynników wpływających na poziom świadomości rodziców.

Podział omawianej populacji ze względu na płeć w I grupie ukazał identyczny udział mężczyzn (18%) w grupie świadomej, nieświadomej, jak również całej populacji. Udział kobiet w obu grupach jest zbliżony tj. w grupie świadomej stanowi (82%), w grupie nieświadomej (74%), w całej populacji (79%). Płeć nie miała wpływu na poziom świadomości. Natomiast w grupie II rodziców dane są niewiarygodne i trudne do analizy ze względu na małą liczbę ankiet w tym przedziale wiekowym. Świadome kobiety stanowiły grupę (81%), nieświadome stanowiły grupę 100%. Świadomi mężczyźni stanowili grupę (19%), nieświadomych mężczyzn w tej grupie wiekowej nie było (tabela 17 i 39).

Podział omawianej populacji z uwagi na wiek w I grupie rodziców wskazuje na słabą korelację z poziomem świadomości rodziców na temat szczepień zalecanych. W grupie rodziców do 24 lat różnice są zbliżone, grupa świadoma (22%), nieświadoma (18%), w całej populacji młodzi rodzice stanowili (21%). Największe różnice w poziomie świadomości przedstawia grupa rodziców powyżej 35 roku życia. W tej grupie świadomych stanowiło (25%) respondentów, nieświadomych (18%), w całej populacji (23%) respondentów. W grupie świadomej nie podało danych na temat wieku 2% ankietowanych, w grupie nieświadomej (3%), w całej populacji (2%) ankietowanych (tabela 18). Podział omawianej populacji z uwagi na wiek, w II grupie rodziców, pokazuje, że najbardziej świadomy, to rodzic w przedziale wiekowym 25-34 lat (56%), w całej populacji stanowi ta grupa wiekowa (46%), najmniej świadomy, to rodzic w przedziale wiekowym powyżej 35 roku życia (60%), w całej populacji ta grupa wiekowa stanowi (50%) (tabela 40).

Rodzice z wykształceniem średnim w I grupie, nie wykazują zróżnicowania w świadomości na temat szczepień zalecanych. W grupie świadomych ze średnim wykształceniem było (66%) rodziców, w grupie nieświadomej (58%), w całej populacji (63%). Największe zróżnicowanie stanowi grupa z podstawowym wykształceniem. W grupie świadomej było (3%) rodziców, natomiast w grupie nieświadomej aż (26%) ankietowanych. W całej populacji rodzice z podstawowym wykształceniem stanowili (11%). Rodzice z wyższym wykształceniem w grupie świadomej stanowili 28%, nieświadomej (16%), w całej populacji (24%), (tabela 19). W II grupie rodziców, istnieje korelacja między wykształceniem a świadomością rodziców. Największe zróżnicowanie stanowi podgrupa nieświadomych ze średnim wykształceniem w porównaniu z wyższym wy-

kształceniem. Stosunek stanowi 2:1, a w świadomej podgrupie zbliża się w przybliżeniu 1:1 z przewagą o (6%) z wyższym wykształceniem (tabela 41).

Status majątkowy koreluje ze stopniem świadomości rodziców na temat szczepień zalecanych. W I grupie badawczej najbardziej jest to zaznaczone w podgrupie świadomej dobrze sytuowanej, w porównaniu z podgrupą nieświadomą dobrze sytuowaną. Stosunek wynosi 2:1. Świadomi dobrze sytuowani stanowią (24%), nieświadomi dobrze sytuowani stanowią (10%), w całej populacji (19%). Najmniejsze zróżnicowanie pod względem świadomości wykazuje podgrupa średnio sytuowana. Podgrupa świadoma (57%), nieświadoma (50%), w całej populacji podgrupa ta stanowi (24%). Słabo sytuowani stanowią tylko (6%) świadomych rodziców, natomiast nieświadomych dwukrotnie więcej (37%) w całej populacji (24%), (tabela 20). W II grupie badawczej dobrze sytuowani są mniej świadomi, co może być wytłumaczone większym zaangażowaniem w pracę. Podgrupa świadoma dobrze sytuowana (12%), jest mniejsza o połowę w stosunku do tej podgrupy w całej populacji (23%) i ponad trzy razy mniejsza niż w populacji nieświadomej tej podgrupy (40%). Rodzice słabo sytuowani stanowią porównywalny procentowy udział w populacji świadomej (7%) i nieświadomej (10%), w stosunku do całej populacji (8%). Rodzice słabo sytuowani nie wykazują zróżnicowania pod względem świadomości. Natomiast wyraźna różnica jest w grupie średnio sytuowanej, udział rodziców w podgrupie świadomej (81%) jest znacznie większy, niż udział rodziców w podgrupie nieświadomej (50%), w całej populacji rodzice średnio sytuowani w II grupie badawczej stanowią (69%), (tabela 42).

Podział omawianej grupy ze względu na ilość posiadanych dzieci w I grupie badawczej, pokazują że najbardziej świadomi są rodzice z jednym dzieckiem (58%). Okres ostatnich 7 lat jest okresem intensywnego rozwoju wakcynologii oraz rozkwitu szczepień zalecanych w Polsce. Spadek świadomości wśród rodziców z 2 dziećmi (31%) i z 3-ma i więcej dziećmi (9%), można przypuszczalnie wytłumaczyć tym, że rodzice ci pierwsze dziecko posiadali przed okresem rozkwitu szczepień w Polsce. Nie szczepiąc pierwszego dziecka szczepionkami zalecanymi, uważają że nie muszą szczepić kolejnych dzieci (tabela 21). W II grupie badawczej największa różnica w podgrupie świadomej i nieświadomej zauważalna jest wśród rodziców posiadających jedno dziecko. Świadomych rodziców jest 2 razy więcej (44%) w stosunku do rodziców nieświadomych (20%). W grupie rodziców z dwójką dzieci jest znacznie więcej nieświadomych (70%) niż rodziców świadomych (44%). Ilość dzieci koreluje z wiekiem i świadomością rodziców (tabela 42).

CEL SZCZEGÓŁOWY III

Zadaniem tej części pracy była próba statystycznej oceny roli pielęgniarki w podnoszeniu świadomości rodziców w zakresie szczepień zalecanych.

Udział pielęgniarki w podnoszeniu świadomości rodziców na temat szczepień zalecanych jest znaczący, zarówno w pierwszej, jak i drugiej grupie badawczej. W podgrupie świadomej I grupy badawczej (37%) respondentów wskazało na istotną rolę pielęgniarki, w podgrupie nieświadomej (18%) respondentów, w całej badanej populacji (29%) osób ankietowanych uważa, że pielęgniarka odgrywa znaczącą rolę, jako wiarygodne źródło informacji na temat szczepień zalecanych (tabela 22). W II grupie badawczej (62%) ankietowanych w podgrupie świadomych wskazało na istotną rolę pielęgniarki, natomiast tylko (20%) w podgrupie nieświadomej, w całej populacji (46%) respondentów uznało pielęgniarkę, jako osobę istotną w podnoszeniu świadomości na temat szczepień zalecanych (tabela 43).

CEL SZCZEGÓŁOWY IV

W końcowej części rozdziału 4 porównano dwie grupy rodziców oznaczone w tabeli 45, jako grupa I i grupa II. Respondenci w obydwu grupach uzyskali wyniki porównywalne względem płci, grupa I ma niższą średnią wieku, co jest zrozumiałe z uwagi na wiek dzieci. W grupie drugiej jest istotnie więcej osób z wyższym wykształceniem, co można by wytłumaczyć wyższą średnią wieku, natomiast w grupie I jest więcej osób słabo sytuowanych, ilość osób średnio

i dobrze sytuowanych jest porównywalna w obu grupach. Najwięcej osób mających tylko jedno dziecko zawiera grupa I, co wynika z zastosowanego schematu, według którego wyłoniono omawiane grupy. Z uwagi na to, że powyższe populacje znacząco różnią się od siebie pod względem omawianych w pracy cech wydaje się zasadne dokonać zestawienia ich w ramach omawianych celów. Udział procentowy grup rodziców świadomych do nieświadomych oraz do całych populacji jest porównywalny w obu omawianych grupach (tabela 45). Na szczególną uwagę zwraca natomiast fakt, że w grupie I wśród rodziców świadomych stosunek osób, którzy uznali pielęgniarkę za istotną przy przekazywaniu informacji do osób, dla których była ona nieistotna, jest odwrotny niż w grupie II. W obydwu grupach w podgrupach świadomych obserwujemy istotny wzrost udziału procentowego ankiet, w których pielęgniarka odegrała ważną rolę w podniesieniu świadomości w stosunku do całych populacji. Powyższe może wynikać z faktu, że grupa I ma niższą średnią wieku w stosunku do grupy II, co może powodować, że osoby młodsze chętniej i częściej korzystają z innych źródeł informacji (Internet, materiały drukowane, poradniki, czasopisma, ulotki). Z drugiej strony osoby z grupy II starsze, częściej posiadające więcej niż jedno dziecko (dłużej związane z Poradnią D, a więc i z pielęgniarką), bardziej są skłonne zaufać w przekaz ustny ze strony personelu medycznego.

WNIOSKI

1. Poziom świadomości w obydwu grupach badawczych jest wysoki, przekroczył 60 %.
 2. Płeć nie ma wpływu na stopień świadomości.
 3. Wiek ma wpływ na poziom świadomości. Najbardziej świadomą grupą wiekową w I grupie badawczej są rodzice powyżej 35 roku życia, natomiast w II grupie badawczej, rodzice w przedziale wiekowym 25-34 lat.
 4. Wykształcenie ma wpływ na poziom świadomości rodziców. Wyraźnie to widać w I grupie badawczej, gdzie w grupie świadomej z podstawowym wykształceniem jest znacznie mniej rodziców, niż w grupie nieświadomej. W II grupie badawczej najbardziej świadomi są rodzice z wyższym wykształceniem, natomiast najmniej świadomi są rodzice ze średnim wykształceniem.
 5. Najbardziej świadomą dla obu grup jest podgrupa średniozamożna, w grupie rodziców II, najmniej świadoma jest podgrupa dobrze sytuowana.
 6. Ilość posiadanych dzieci, ma wpływ na poziom świadomości rodziców. W I grupie badawczej najmniej świadomi są rodzice z trójką dzieci, najbardziej świadomy rodzic w tej grupie, posiada jedno dziecko. W II grupie rodzic najbardziej świadomy posiada jedno dziecko powyżej 5 roku życia. Natomiast w tej grupie najmniej świadomy jest rodzic z dwójką dzieci.
 7. Rola pielęgniarki jest istotna w podnoszeniu świadomości na temat szczepień zalecanych dla I i II grupy badawczej.
 8. Większą rolę w przekazywaniu informacji odgrywa pielęgniarka w grupie II osób starszych.
 9. Młodzi rodzice więcej informacji czerpią z innych źródeł, niż z przekazu słownego pielęgniarki.
- Pogłębiona przeze mnie wiedza oraz wnioski płynące z przeanalizowanych wyników badań umożliwiły mi ustalenie zakresu wiedzy, czyli świadomości prozdrowotnej rodziców na temat szczepień zalecanych oraz umożliwiły mi poznanie czynników mających bezpośredni wpływ na realizację szczepień zalecanych.

Ewa Juraszek

Nieswoiste zapalenia jelit u dzieci (praca kazuistyczna)

(Promotor: doc. dr nauk med. Jarosław Czeszejko-Sochacki)

Nieswoiste zapalenie jelit jest procesem zapalnym związanym z dolegliwościami odnoszącymi się do stolców z domieszką śluzu podbarwionych krwią, uporczywych bólów brzucha a czasami gorączką. Zaliczane są do chorób autoimmunologicznych.

Współczesne koncepcje etiopatologiczne tych chorób uwzględniają współdziałanie czynników środowiskowych, genetycznych, dietetycznych a także flory bakteryjnej przewodu pokarmowego, różnego rodzaju infekcji wirusowych i bakteryjnych. Jedynie tło immunologiczne chorób nie budzi wątpliwości. Choroba ta występuje na całym świecie, częściej jednak dotyka rasy białej, a w szczególności ludzi młodych. Występuje również u dzieci.

Do nieswoistych zapaleń jelit należą:

- choroba Leśniowskiego-Crohna
- wrzodziejące zapalenie jelita grubego.

Dane kliniczne i doświadczone sugerują nieco odmienne szlaki procesu zapalnego. Pomimo różnic w obrazie klinicznym obie choroby łączy wiele cech wspólnych, jak:

- farmakoterapia,
- leczenie dietą,
- leczenie chirurgiczne,
- postępowanie terapeutyczne.

Choroba Leśniowskiego-Crohna jest pełnościennym, przeważnie ziarniakowatym zapaleniem i może dotyczyć każdego odcinka przewodu pokarmowego. Najbardziej charakterystycznymi cechami tej choroby są zmiany odcinkowe w jelicie cienkim lub grubym, które są przedzielone zdrowymi fragmentami, tzw. zmiany przeskokowe. W późniejszym okresie błona śluzowa ma wygląd „brukowany”.

Objawy zależą od umiejscowienia i rozległości zmian oraz stopnia zaawansowania choroby, a jednym z najczęściej występujących jest ból brzucha w okolicy pępka, podbrzusza lub prawego dołu biodrowego. Pojawiają się stany podgorączkowe, rzadziej jednak biegunka. Obserwuje się też nasilone objawy niedożywienia. Celem leczenia jest opanowanie ostrych rzutów, zapobieganie nawrotom lub podjęcie w odpowiednie chwili decyzji o operacji.

Wrzodziejące zapalenie jelita grubego jest nieswoistym procesem zapalnym błony śluzowej odbytnicy lub odbytnicy i okrężnicy o niewyjaśnionej etiologii i prowadzi do powstania owrzodzeń.

Główną rolę patogenetyczną przypisuje się cytokinom. Od zwiększonej liczby cytokin zależy przebieg odpowiedzi immunologicznej. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego uważa się za

chorobę wieloczynnikową. Zaczyna się ona podstępnie i nagle, z okresami zaostrzeń i remisji. Jednym z pierwszych i najczęściej występujących objawów są stolce z domieszką śluzu, podbarwione krwią, bóle brzucha, spadek masy ciała. W celu potwierdzenia lub wykluczenia choroby obowiązkowym badaniem jest wziernikowanie za pomocą fiberosigmoidoskopu oraz pobranie wycinka do badania histopatologicznego. Leczenie ma na celu ograniczenie zapalenia błony śluzowej jelita grubego, występowania nawrotów, uwolnienie pacjenta od subiektywnych odczuć, ustąpienia objawów ogólnych i zmian miejscowych, zapewnienie prawidłowego rozwoju fizycznego i dojrzewania płciowego, zapobieganie dysplazji i rozwojowi nowotworu jelita.

Mimo wyraźnego spadku zgonów z powodu wrzodziejącego zapalenia jelita grubego chorobę tą uważa się nadal za bardzo poważną i trudną, a w szczególności u dzieci.

Takim przykładem jest dziewczynka w wieku 10 lat opisywana w mojej pracy. Jak istotną rolę w leczeniu obrywa szybka i prawidłowa diagnostyka przekonali się rodzice opisywanego dziecka. Początek tej choroby był niejasny, a pierwszym objawem była biegunka z domieszką śluzu (6-8 razy na dzień przez kilka dni), wystąpiła też gorączka. Ze względu, iż w tym okresie panował wirus grypy, nikt nie przypuszczał, że jest to początek wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Pomimo dużej ilości wykonanych badań nie znaleziono przyczyny choroby, dlatego pacjentkę skierowano na oddział dziecięcy celem dalszej diagnostyki.

Jedynym niepokojącym wynikiem badania było OB.: 47/100. Z rozpoznaniem *Gastritis Hyperacida* dziecko zostało wypisane do domu, z zaleceniem zażywania leków zmniejszających nadkwaśność oraz wykonania kontrolnego badania USG i testu na Lamblię. Po kilku dniach pobytu w domu nastąpił nawrót choroby z silnymi bólami brzucha, biegunką z domieszką śluzu, podbarwionego krwią. Pomimo podawania leków p/bólowych ból się utrzymywał. Po konsultacji z pediatrą dziecko w trybie pilnym zostało skierowane do Kliniki Gastroenterologii Dziecięcej. Na podstawie przeprowadzonych badań wstępnie rozpoznano:

- niespecyficzne zmiany jelita grubego,
- stan po zapaleniu trzustki w przebiegu najprawdopodobniej infekcji wirusowej,
- stan zapalny błony śluzowej żołądka,
- dolichosigmę (wydłużenie esicy).

Dziecko wypisano do domu z zaleceniami:

- ograniczenie podaży mleka,
- dieta trzustkowa,
- oszczędny tryb życia, ograniczenie stresów,
- zażywanie zaleconych leków (Ranigast, Kreon, Lakcid, Hylah N),

Do pełnej diagnozy brakowało wyników badań histopatologicznych (otrzymano telegraficznie po 3 tygodniach).

Na podstawie całości obrazu chorobowego tj. badań laboratoryjnych i histopatologicznych rozpoznano wrzodziejące zapalenie jelita grubego i zastosowano leczenie farmakologiczne (Sulfasalazynę EN, Metronidazol, Kwas foliowy, Ceolat, Lakcid, Kreon, Vibivit, Nasivin, Calcium sirup) oraz dietetyczne (lekkostrawna, ubogoresztkowa, bogatobiałkowa, bogatoenergetyczna). Poniżej wyniki badań.

Wzrost -140 cm (15-35 centyl)	Masa ciała -29,9kg (15-35 centyl)
RR : 90/55mmHg	
WYNIKI BADAŃ DODATKOWYCH:	
OB : 30/h, 22/h; CRP : poniżej 6mg/l, serumukoid : 123mg/l	
Morfologia krwi obwodowej : Erytrocyty- 4220000, Ht -38,9%; Hb -11,9g%; leukocyty-4340;retkuloocyty: 6% rozmaz leukocytów segmenty-28%, limfocyty -64%, monocyty -5%; kwasochłonne - 3%	
Układ hemostatyczny : czas krw. 1'05", czas krzep. 5' 30", płytki: 255000/mm	
bilirubina całkow.: 0,46mg%, AspAT -28u/l; ALAT -1 lu/l; Fosfataza zasadowa - 659u/l; GGTP : 8IU/L. Białko całkow.: 7,2g%, 7,0g%, albuminy : 4,4g%, 4,5g%, globuliny : 2,8g%, 2,5g%	
Mocznik -22,1 3mg%; kreatynina -0,67mg%; glukoza : 82mg%	
Elektrolity w surowicy : Na-141mEq/l, 144mEq/l; K -4,03mEq/l, 3,99mEq/l; Ca całkow.: 10,4mg%, Mg : 2,31mg%, fosfor nieorganiczny : 4,3mg%, żelazo : 79ug/dl, cholesterol : 179mg%, 189mg%, trójglicerydy : 137mg%, lipidy : 684mg%	
Amylaza w surow. -94 lu/l, Amylaza w moczu : 282,8u/l	
Badanie ogólne moczu : j. żółty, klarowny, kwaśny, c. wł.-1012-1033, białko-opał, cukier-nb, urobilinogen-w/n, osad bez składników patologicznych.	
Posiew moczu : poniżej 100 kom./1ml, Dobowa zbiórka moczu : 1600ml	
Wydalanie kwasu moczowego z moczem : 20mg/kgmc, wydalanie kwasu szczawowego : 48mg/d	
Badanie parazytologiczne kału i wymaz w kierunku owsicy : ujemne	
USG jamy brzusznej : Trzustka jednorodna, hypoechogenna, bez zmian ogniskowych, niepowiększona. Przewód Wirsunga niewidoczny, śledziona, obie nerki, wątroba, pęch. żół., drogi żół. Bez zmian. Pęcherz moczowy prawidłowy. Grubość ściany w zakresie kątnicy 0,3cm, w zakresie jelita krętego również 0,3cm	
Badanie histopatologiczne (jelito grube) z dn. 23.12.99: I Colitis chronica medii gradus, II Colitis chronica levis. Colitis chronica medii gradus et ulcerosa	
Konsultacja okulistyczna : V: OP cc własna - 0.8 i OL cc własna- 0.9. T: OP-13.0 OL- 14.0; przedni odcinek oka bez zmian, dno oka obustronnie prawidłowe.	
Leczenie : Sulfasalazyna, Metronidazol, Kwas foliowy, Ceolat, Lakkid, Kreon, Vibovit, Nasivin, Calcium simp dieta lekkostrawna, ubogocieczkowa, bogatobiałkowa z ograniczeniem mleka słodkiego	

Przeciwwskazano szczepień drogą doustną. Zalecono systematyczne wykonywanie badań oraz kontrolę w poradni gastroenterologicznej, a także na oddziale. Wiązało się to z możliwością kontroli stanu zdrowia, wczesnego wykrywania chorób współistniejących oraz modyfikacji leczenia. Systematyczne kontrole pozwoliły wykryć u dziecka osteopenię oraz zastosować odpowiednie leczenie (Vigantoletten, Falvit, Calcium Gluconikum)

Każda sugestia ze strony lekarzy, psychologów dotycząca zarówno diety jak i postępowania z dzieckiem była analizowana i wdrażana w życie (wdrożono preparat wspomagający Nutri Drink). Zapewniło to prawidłowy rozwój fizyczny dziecka i dojrzewania płciowego. Trzyletni okres leczenia przebiegał bez żadnych nawrotów, zaostrzeń, co doprowadziło do całkowitego odstawienia leków. Zalecono kontrolne badania co 12 miesięcy (sigmoidoskopia, densytometria).

Obecnie pacjentka jest już osobą dorosłą a okres remisji trwa 6 lat.

Pisząc tę pracę chciałam pokazać, że ścisła współpraca pomiędzy dzieckiem, rodzicami, lekarzem, środowiskiem oraz konsekwencja i systematyczność, a także duża wiedza na temat postępowania w tej jednostce chorobowej daje dobre rezultaty. Najważniejszą jednak rzeczą jest szybka diagnostyka i zastosowanie prawidłowego leczenia.

Rola pielęgniarki w promowaniu zachowań prozdrowotnych u dzieci w wieku przedszkolnym

(Promotor: doc. dr nauk med. Jarosław Czeszejko-Sochacki)

Wstęp

Od najmłodszych lat rodzice inwestują w naukę języków obcych, naukę gry na instrumencie, zapoznają dzieci z obsługą komputera, obniża się wiek obowiązkowej nauki pisania i czytania. Wszystko to jest niezaprzeczalnie potrzebne, ale czy wiedza o utrzymywaniu swojego organizmu w dobrej kondycji psychofizycznej jest mniej ważna?

Sposoby wyrabiania nawyków prozdrowotnych u dzieci

Cukierek to czy tabletką?

Wśród wszystkich zatruc u dzieci trafiających do szpitala, zatrucia lekami są na pierwszym miejscu. Najczęściej z powodu niedopilnowania małego dziecka. Opiekę często sprawują osoby starsze, niejednokrotnie stosujące farmakoterapię. Wygląd słodczy jest niejednokrotnie zbliżony do tabletek czy pastylek. Pozostawione bez opakowania są nie do rozróżnienia nie tylko dla dzieci, ale i dla samych dorosłych. Sposoby i cele edukacji:

- uświadomienie dzieciom, że słodczy są czasami podobne do leków i dlatego łatwo może dojść do tragedii. Pokazanie dzieciom wzorów tabletek i słodczy podobnych do siebie; zapytanie kto jest je w stanie rozróżnić, czy to pastylka-cukierek, czy pastylka do leczenia. Najlepszym rozwiązaniem będzie jak dzieci nie będą same brały słodczy;
- pokazanie dzieciom na fantomie, jakie organy człowieka są niszczone przez zatrucie lekami;
- pokazanie na zdjęciu lub filmie człowieka leczonego w szpitalu;
- pouczenie, że nie należy grzebać po cudzych szafkach;
- uświadomienie, że apteczka z lekami jest tylko dla dorosłych;
- rozdanie dzieciom ulotek, do przekazania rodzicom, mających w treści prośbę o zwrócenie uwagi, gdzie trzymają leki w domu.

My świętujemy, a nasz organizm ciężko pracuje w święta, zwłaszcza układ pokarmowy

W tradycji spędzania świąt w Polsce nieodłącznym elementem staje się suto zastawiony stół. Dla naszego układu pokarmowego to uczta, ale i wyzwanie do ciężkiej pracy. Sposób i cel edukacji:

- pokazanie dzieciom, jak wygląda układ trawienny człowieka;

- wytłumaczenie, co się dzieje z pokarmem trafiającym do naszego organizmu, jakie to „przeobrażenia” zachodzą w środku naszego ciała, że zjadamy kotleta i rosną nam mięśnie, itp.,
- uświadomienie, że wszystkim, którzy za dużo pracują jest ciężko, naszemu organizmowi również, gdy za dużo zjemy;
- jak możemy pomóc naszemu ustrojowi zdrowo „przeżyć” święta: np. zaproponowanie dzieciom, aby namówiły rodziców do zabaw na świeżym powietrzu, spacerów, ograniczenie ilości spożycia pokarmów głównie cukrów, dokładne umycie zębów.

Dlaczego nie należy wygłupiać się przy jedzeniu?

W przedszkolu, które jest dużym skupiskiem dzieci, niełatwo jest utrzymać dyscyplinę podczas spożywania posiłków. Dzieci popisują się przy jedzeniu, wygłupiają, co może doprowadzić do zachłyśnięcia się pokarmem. Sposób i cel edukacji:

- pokazanie dzieciom, że w gardle człowieka jest specyficzne skrzyżowanie dróg: drogi pokarmowej i oddechowej;
- uświadomienie dzieciom, że aby nie doszło do wypadku na skrzyżowaniu tych dróg, należy zachować odpowiednie zasady, których muszą przestrzegać nie tylko dzieci, ale i dorośli, gdyż ich gardło jest zbudowane tak samo;
- ustalenie razem z dziećmi, jakie to zasady powinny obowiązywać przy jedzeniu: spokojne siedzenie przy stoliku, nie szturchamy kolegów przy jedzeniu, dokładnie gryziemy pokarm, nie połykamy dużych kęsów (wytłumaczenie dzieciom do czego służy ślina, nie tylko do płucia i żucia gumi), zjadamy cały podany posiłek;
- nie biegamy i nie skaczemy, gdy mamy w buzi cukierka, słodycze;
- przypomnienie o umyciu rąk przed jedzeniem;
- nauka dzieci wierszyka, celem lepszego zapamiętania poznanych treści: „Dziecko dobrze wychowane grzecznie zjada obiad, kolację, śniadanie”.

Zwierzęta to nie tylko przyjaciele umiłający nam życie; to stworzenia żywe, które również chorują

Opiekowanie się zwierzęciem uczy dziecka odpowiedzialności za nie, ale i stwarza możliwość zachorowania.

Sposób i cel edukacji:

- poinformowanie dzieci, co to są choroby odzwierzęce (toksoplazmoza, wścieklizna, ptasia grypa, choroba szalonych krów, borelioza);
- uświadomienie dzieciom, że pasożyty to problem nie tylko dla ludzi, ale i zwierząt. Pokazanie ilustracji owsika, glisty ludzkiej, tasiemca, kleszcza);
- wytłumaczenie dzieciom, dlaczego osoby mające alergię na psa czy kota nie mogą trzymać takich zwierząt w domu;
- wytłumaczenie, jak to się dzieje, że pasożyty zwierząt dostają się do naszego organizmu;
- pokazanie na fantomie człowieka narządów, w których pasożyty czynią spustoszenia;
- zasygnalizowanie problemu kupowania zwierząt na bazarach, targach, od przypadkowych ludzi: poinformowanie o istnieniu chorób tropikalnych, poruszenie problemu kłusownictwa wśród zwierząt;

- po co są tworzone schroniska dla zwierząt, zoo;
- ostrzeżenie przed głośkaniem psów, lisów, zwierząt nieoswojonych; zasygnalizowanie problemu wścieklizny wśród zwierząt;
- zachowanie odpowiedniej higieny osobistej i otoczenia przy kontakcie ze zwierzętami: mycie rąk i krótkie paznokcie, sprzątanie klatek i odchodów zwierząt;
- ustalenie razem z dziećmi prawidłowych zasad postępowania ze zwierzętami: kupowanie zwierząt zdrowych, zbadanych przez weterynarza w miejscach do tego przeznaczonych (sklep-mikrozoo); nie kupujemy zwierząt nieznanego pochodzenia; zachowujemy odpowiednią higienę swoją i otoczenia; kupno zwierzęcia to bardzo odpowiedzialna decyzja; zwierzę to żywe stworzenie i musimy się nim właściwie opiekować, absolutnie nie dotykamy i nie głośzczemy nieznanym zwierzętom.

Dlaczego szczepimy dzieci

W mediach dzieci słyszą o szczepieniach, same też są im poddawane. Lżej będzie przyjąć bolesne ukłucie igłą, gdy małe dziecko dowie się, że uchroni go to przed wieloma ukłuciami, gdyby zachorował. Opowiedzenie dzieciom, że do organizmu dostarczamy tym sposobem „żołnierzy” do walki z chorobą, pozwala na uzyskanie u dziecka akceptacji na niezbyt przyjemny zabieg. Sposób i cel edukacji:

- wytłumaczenie dzieciom, co to są szczepionki, oraz że nie wszystkie podaje się przez strzykawkę z igłą, niektóre się pije jak słodki syropek;
- uświadomienie dzieciom na jak wiele chorób szczepionki uodparniają nasz organizm (ospa, krztusiec, żółtaczkę, grypa, poliomyelitis itd.);
- poinformowanie dzieci, co to są szczepienia podstawowe i że każdy musi je otrzymać;
- przypomnienie o tym, że już otrzymali kilka szczepionek i dzięki temu nie chorują na te choroby (BCG, WZW/B, DiPerTe, Polio); pokazanie wpisów do książeczek zdrowia dziecka;
- opowiedzenie dzieciom bajki o chłopcu, który był zaszczepiony na tężec i o chłopcu, który takiego szczepienia nie otrzymał;
- poinformowanie dzieci, że nie tylko szczepi się ludzi, również zwierzęta (kurczaki, psy, koty, lisy, bydło, konie);
- podkreślenie jak ważne są szczepienia dla wszystkich na całym świecie; poinformowanie o sytuacji dzieci w krajach biednych, gdzie nie stosuje się szczepień z powodu braku pieniędzy;
- nauczenie dzieci wierszyka: „Kto chce dzielnych „żołnierzy” w organizmie mieć, ten szczepienia musi chcieć”.

Największy narząd naszego organizmu – skóra. Dzieci też potrafią o skórę dbać

Sposób i cel edukacji:

- pokazanie dzieciom jak zbudowana jest skóra człowieka;
- nie tylko węże i jaszczurki zmieniają skórę, ludzie także – wytłumaczenie roli naskórka;
- oddychamy również przez skórę, dlatego higiena skóry jest bardzo ważna;

- uświadomienie dzieciom jak przed wieloma złymi czynnikami chroni nas nieuszkodzona skóra: ciepło, zimno, zarazki;
- poinformowanie dzieci o mnóstwie „czujników” umiejscowionych w skórze, aby nas informować o warunkach środowiska (receptory);
- po co skóra wydziela pot (zwrócenie uwagi na higienę skóry);
- wytłumaczenie dzieciom, jak skóra uczestniczy w budowaniu kośćca (rola witaminy D i słońca);
- nie wszyscy ludzie mają taki sam kolor skóry i skąd to się bierze;
- jak dbamy o skórę w zależności od pory roku i warunków na dworze (prośba, aby dzieci namalowały człowieka ubranego w lecie i w zimie; pokazanie różnic w ubiorze i dyskusja dlaczego tak postępujemy);
- dbanie o skórę w lecie: odpowiedni ubiór, konieczna czapeczka w upalne dni, stosowanie filtrów przeciwsłonecznych dla dzieci z odpowiednim faktorem, częste mycie się ze względu na szybki rozwój patologicznej flory bakteryjnej, głównie na rękach; picie dużej ilości płynów, głównie wody, ze względu na wzmożone parowanie wody przez skórę w upalne dni;
- dbanie o skórę w zimie: odpowiedni ciepły ubiór; stosowanie kremów na zimę na nos i buzię;
- prawidłowe odżywianie pomaga naszej skórze utrzymać dobrą formę (marchewka, masło, ryby, tran);
- wytłumaczenie, dlaczego skórę należy utrzymywać w czystości i jakie kosmetyki są dla skóry dzieci najlepsze: woda plus mydło dla dzieci.

Gdy zdrowy kręgosłup mamy prosto się trzymamy

Prawie wszyscy dorośli Polacy skarżą się na bóle kręgosłupa. Wystarczy poobserwować społeczeństwo jak dba o kręgosłup, jak przestrzega się przepisów BHP w pracy dotyczących podnoszenia ciężarów, jak nieprawidłowo dźwigamy rzeczy, jak ciężkie są tornistry uczniów, jak niebezpieczne są skoki do wody na główkę przy płyce. Należy wykonać bardzo ciężką pracę, aby nauczyć dzieci chociażby tylko prawidłowego podnoszenia rzeczy z podłogi. Najlepiej zacząć od najmłodszych obywateli, póki nie nabrali jeszcze złych nawyków. Sposób i cel edukacji:

- pokazanie dzieciom kości kręgosłupa na ludzkim fantomie (wspólne liczenie kości);
- wytłumaczenie jaką rolę spełnia kręgosłup;
- pokazanie dzieciom jak należy prawidłowo siedzieć przy stole (odpowiednie krzeselka i stoliki dla dzieci);
- zademonstrowanie jak prawidłowo podnosić przedmioty z ziemi;
- poproszenie każdego dziecka, aby poprawnie wykonało podnoszenie przedmiotów z podłogi i pokazało tę umiejętność rodzicom w domu;
- pokazanie dzieciom ilustracji osób chorych, które mają schorzenia kręgosłupa;
- zaproszenie do przedszkola osoby, która niefortunnie skoczyła na główkę do płytkiej wody, aby opowiedziała swoją historię wypadku (za jego zgodą);
- zapoznanie dzieci ze znakiem zakazu „skoki do wody zabronione”;

- ustalenie razem z dziećmi jak należy postępować, aby kręgosłup był zdrowy i służył nam jak najdłużej;
- zademonstrowanie dzieciom zestawu ćwiczeń korzystnie wpływających na kręgosłup: koci grzbiet, kołyska, pływamy żabką na dywanie, chodzenie z książką na głowie;
- zachęcanie dzieci do chodzenia na basen i pływania, co ma korzystny wpływ nie tylko na kręgosłup, ale na hartowanie całego organizmu;
- zwrócenie uwagi na prawidłowe obuwie.

Wietrzmy nie tylko swoje mieszkania, ale również wietrzmy swoje płuca

Sposób i cel edukacji:

- umiejscowienie układu oddechowego w organizmie człowieka i wytłumaczenie funkcji poszczególnych jego elementów: nos, tchawica, oskrzela, płuca;
- pokazanie dzieciom jak prawidłowo należy oddychać (zwrócenie uwagi na oddychanie nosem, nie ustami, co jest szczególnie ważne w zimie);
- uświadomienie dzieciom, jak ważne jest przebywanie na świeżym powietrzu, spacer, zabawy na terenach z dużą ilością zieleni, gdzie jest powietrze bogate w tlen potrzebny nam do życia;
- zademonstrowanie kilku ćwiczeń oddechowych: dmuchanie wiatraczka, dmuchanie przez słomkę do wody, dmuchanie stateczków w misce z wodą, nadmuchiwanie balonów, wykonywanie głębokich oddechów: wciąganie powietrza nosem, a wypuszczanie buzią;
- zakrywanie ust i nosa ręką przy kichaniu i kaszlu;
- nauka wierszyka pt. „Zasłaniaj buzię”: Kiedy bierze Cię ziewanie, kaszel albo też kichanie, Zasłoń usta rączką swoją, przecież obok inni stoją !;
- stosowanie jednorazowych chusteczek w przypadku kataru;
- poinformowanie dzieci o celowości wietrzenia pomieszczeń, w których przebywamy;
- przestroga przed paleniem papierosów i przebywaniem w pomieszczeniach, gdzie jest dym papierosowy: poinformowanie o szkodliwości palenia papierosów, pokazanie dzieciom jak wyglądają płuca palacza papierosów, rozdanie dzieciom ulotek i znaków zakazu palenia papierosów, aby umieściły w domu w tych miejscach, w których chcą, aby nie palono papierosów.

Kto o zęby dba – ładny uśmiech ma

Próchnica zębów to problem niemal każdego Polaka. Spożywa się pokarmy słodkie często i w znacznych ilościach. Problem prawidłowego zgryzu też jest nie mniej ważny. Nabycie nawyku dbania o stan swojego uzębienia, to inwestycja na całe życie rozpatrywana w kwestiach nie tylko medycznych, ale i finansowych. Sposób i cel edukacji:

- pokazanie na powiększonej, sztucznej szczęce ilości ludzkich zębów (wspólne liczenie zębów z dziećmi);
- pokazanie różnicy między zębami i wyjaśnienie, dlaczego tak wyglądają i do czego służą poszczególne rodzaje zębów;

- wytłumaczenie co to są zęby mleczne, stałe, mądrości;
- wyjaśnienie, dlaczego zdrowi dorośli mają więcej zębów;
- pokazanie, jak zbudowany jest ząb;
- uświadomienie dzieciom, że zęby też się odżywiają i ważne jest, co jemy (podział pokarmów na zdrowe dla zębów i szkodliwe dla zębów); szczególne zwrócenie uwagi na spożywanie słodyczy;
- spożywanie twardych pokarmów (jabłko, skórki od chleba, marchewka) jest dla młodej rosnącej szczęki bardzo ważne, wyrabiając mięśnie i utwardzając kości żuchwy, która jest potrzebna również do mówienia;
- nazwanie lekarzy dbających o stan naszego uzębienia: dentysta – stomatolog, ortodonta, paradontolog;
- namawianie dzieci do kontrolnych wizyt u dentystów, przynajmniej dwa razy w roku;
- pokazanie prawidłowej techniki mycia zębów: prawidłowy dobór szczoteczki dla dziecka, przypomnienie o zmianie szczoteczki w momencie gdy jej włosie jest zniszczone (pokazanie dobrej i złej szczoteczki); odpowiednia dla dzieci pasta do zębów, stosowanie nitki dentystycznej, czas szczotkowania zębów minimalnie 2 minuty, ruchy okrężne, poziome i pionowe przy szczotkowaniu, mycie zębów przynajmniej 2 razy dziennie, a idealnie byłoby, żeby myć zęby po każdym zjedzeniu słodkich pokarmów;
- rozdanie dzieciom ulotek o prawidłowym myciu zębów;
- nauka wierszyka pt. „Myj zęby”: Żeby zęby były mocne, mleko pij i jedz owoce. Żeby piękny uśmiech był – po jedzeniu ząbki myj;
- oglądanie przez dzieci filmu edukacyjnego o zębach;
- przyglądnięcie się jak dzieci myją zęby i indywidualne pokazanie jak należy prawidłowo wykonywać tę czynność.

Zatrucia pokarmowe latem

Czas letniego wypoczynku i ciepłej, słonecznej pogody sprzyja szybszemu psuciu się żywności. Niejednokrotnie nikt podczas wspaniałej zabawy nie zwraca sobie głowy myciem rąk, zanim weźmie do nich coś do zjedzenia. Są jednak sposoby, jak poradzić sobie z utrzymaniem higieny rąk i uniknąć tym samym przykrych następstw „brudnych rąk”. Sposoby i cele edukacji:

- pokazanie dzieciom doświadczenia: jak wygląda banan, który w ciepły słoneczny dzień leżał na słońcu, a jak wygląda, gdy był w lodówce; co się dzieje z lodem pozostawionym w ciepłym miejscu;
- wytłumaczenie dlaczego w czasie lata żywność przechowujemy w chłodnych i ciemnych miejscach;
- zainscenizowanie sytuacji jak dziecko kupuje loda, ciastko, soczek: zwrócenie uwagi, że lody na patyku są do zjedzenia bardziej higieniczne, niż lody w wafelku, ponieważ wafelek dotykamy rączką, którą trzymaliśmy pieniądze, chyba że loda zjemy a wafelek wyrzucimy do kosza, albo sprzedawca poda nam loda w wafelku zawiniętego w papierek; zwrócenie uwagi, aby kupując bułkę, była zapakowana w papier, przez który później trzymamy bułkę; zwrócenie uwagi, czy po bułkach nie chodziły muchy (od takiego

- sprzedawcy nie kupujemy); pszczoły mogą chodzić; przy kupowaniu soku zwracamy uwagę, aby opakowanie było całe; nie kupujemy soków otwartych i uszkodzonych;
- pokazanie dzieciom jednorazowych chusteczek higienicznych służących do umycia rąk, które można wykorzystać podczas letnich wypraw;
 - przypomnienie o konieczności dokładnego mycia warzyw i owoców;
 - absolutnie nie próbujemy naśladować króliczka czy zajączka próbując zjeść różne napotkane roślinki (pokazanie roślin trujących);
 - wytłumaczenie, dlaczego nie należy pić wody z kranu, tylko wodę przegotowaną lub butelkowaną;
 - poinformowanie o konieczności dokładnego mycia rąk po przyjściu z podwórka, bezwzględnie przed jedzeniem.

Po co wycieramy kurze, sprzątam, odkurzamy

Dzieci uczą się przez naśladowanie dorosłych. Widząc jak w domu robi się porządek, mogą śmiało przy tym pomagać w miarę swoich możliwości. Sposób i cel edukacji:

- kurz – jako siedlisko roztoczy, obumarłych komórek skóry, bakterii, pasożytów, sierści psa i kota; (pokazanie zdjęcia roztocza i wytłumaczenie, czym się żywi);
- zasygnalizowanie problemu alergii na kurz;
- dzieci spędzają mnóstwo czasu na podłodze bawiąc się i dobrze byłoby, aby była czysta;
- pokazanie razem z dziećmi sposobów walki z kurzem: odkurzanie, trzepanie chodników i dywanów, wycieranie kurzu wilgotną szmatką, dokładne wycieranie na wycieracze butów z błota przed wejściem do domu, wietrzenie pomieszczeń, w których przebywamy.

My się zimy nie boimy, bo ciepło się nosimy

Zimna pora roku, wbrew pozorom, jest korzystna dla naszego organizmu – hartujemy się. Należy poprawnie w stosunku do pogody ubierać się. Sposób i cel edukacji:

- pokazanie na fantomie człowieka systemu naczyń krwionośnych rozprzewadzających nagraną w wątrobie krew po najdalsze zakątki naszego organizmu;
- wytłumaczenie, dlaczego marzną nam najszybciej dystalne części ciała (palce u rąk i nóg, uszy, nos);
- poinformowanie, że przez głowę tracimy najwięcej ciepła, dlatego czapka w zimie jest niezbędna;
- zasygnalizowanie problemu odmrożeń, np. u osób wspinających się w górach po śniegu; zakazanie dzieciom lizania językiem ust na mrozie;
- z pomocą dzieci ubieramy ochotnika chcącego w zimie wyjść na podwórko (zwrócenie uwagi na jego prawidłowy strój);
- zapewnienie dzieci, że podczas zimowych zabaw i spacerów na świeżym powietrzu hartujemy swój organizm; namawianie dzieci do zabaw na podwórku;
- pokazanie jak zabezpieczamy skórę twarzy kremem na zimę;
- co robimy, gdy zmarzniemy: ściągamy całe mokre ubranie i dajemy do suszenia, ogrzewamy się ciepłym kocem, ciepłe skarpety na nogi, prosimy rodziców o ciepłe mleko lub herbatę z sokiem malinowym.

Co robimy, gdy się przewrócimy

Dzieci przewracają się ciągle. Zapewnienie bezpiecznego otoczenia i miejsca jakim jest przedszkole należy do wszystkich jego pracowników. Wskazane jest, aby dzieci wiedziały, co robi się z rozbitym kolaniem czy guzem. Sposób i cel edukacji:

- pokazanie budowy skóry i jak zabezpiecza nas przed zarazkami;
- wytłumaczenie co się dzieje, gdy ciągłość skóry zostaje przzerwana;
- spytanie się dzieci i poproszenie o pokazanie na sobie, gdzie najczęściej przytrafiają im się urazy (głowa, kolana nos, ręce);
- pokazanie jak udziela się pierwszą pomoc w takich wypadkach (zastosowanie wody utlenionej, jałowych kompresów, gazy, plastrów, bandaży);
- poinformowanie o konieczności wizyty u lekarza w przypadkach poważniejszych, szczególnie gdy występuje uraz głowy lub gdy ranę trzeba zaopatrzyć chirurgicznie (poinformowanie o stosowaniu środków znieczulających przez lekarzy);
- skompletowanie razem z dziećmi apteczki pierwszej pomocy;
- poruszenie problemu bezpieczeństwa w przedszkolu, jak powinny prawidłowo zachowywać się dzieci;
- ustalenie razem z dziećmi zasad bezpiecznego zachowania się przedszkolaków: nie bijemy się, nie szturchamy, nie popychamy, nie biegamy w salach zabaw, biegi urządzamy tylko na placu przedszkolnym przy aprobacie pani wychowawczynie, o każdym wypadku szybko powiadamy panią wychowawczynię lub pielęgniarkę;
- obserwowanie zachowania dzieci podczas pobytu w przedszkolu i indywidualne rozmowy z dziećmi na temat bezpieczeństwa.

Kto ręce dobrze myje, ten zdrowszy dłużej żyje

Obserwując dzieci w przedszkolu niejednokrotnie można to nazwać płukaniem rąk, a nie myciem. Jest to czynność tak elementarna w życiu człowieka, że należy jej uczyć od najmłodszych lat życia dziecka. Sposób i cel edukacji:

- poinformowanie dzieci, że jest to czynność tak ważna, że z prawidłowego mycia rąk pielęgniarki mają sprawdzian;
- pokazanie na ilustracjach, jakie zarazki chorobotwórcze gromadzą się na brudnych dłoniach;
- zasygnalizowanie, że są „choroby brudnych rąk”: żółtaczka pokarmowa, pasożyty układu pokarmowego (glista ludzka, owsiki);
- ustalenie razem z dziećmi, kiedy bezwzględnie należy umyć ręce i dlaczego: po korzystaniu z toalety, przed jedzeniem; w sytuacji, gdy zasłaniamy ręką buzię przy kaszlu i kichaniu w sytuacji, gdy jesteśmy chorzy, aby podając rękę nie przekazać drugiej osobie zarazków;
- przypominanie co kilka minut okrzyku: „O tym wie człowiek mały i duży, że mycie rąk wszystkim służy”;
- pokazanie jak prawidłowo myje się ręce, używając ciepłej wody z mydłem, dokładne osuszenie rąk ręcznikiem lub pod suszarką do rąk;
- zwrócenie uwagi o celowości posiadania krótkich paznokci, szczególnie gdy się jest dzieckiem;

- poruszenie problemu obgryzania paznokci;
- nauka wiersza pt. „Mij ręce przed jedzeniem”: „Żeby zdrowia było więcej, przed jedzeniem umyj ręce. Zadbaj także o paznokcie, tam brud wciska się najmocniej”;
- obserwowanie jak dzieci myją ręce i indywidualne pouczenie o prawidłowym wykonywaniu tej czynności;
- rozdanie dzieciom naklejek przypominających o myciu rąk, z prośbą o umieszczenie naklejki w łazience.

Zbliżają się wakacje – niech będą bezpieczne

Okres wakacji to czas zwiększonej ilości rozrywek i zabaw. Co należy uczynić, aby nie spały dzieci przykre niespodzianki. Będą niejako sprawdzianem umiejętności i wiadomości, jakie dzieci poznały w przedszkolu i w domu. Sposób i cel edukacji:

- rozmowa z dziećmi, gdzie spędzają wakacje (w górach, nad morzem, na wsi, nad jeziorem, w miejscu zamieszkania);
- poinformowanie, że we wszystkich tych miejscach spędzania wolnego czasu należy przestrzegać zasad bezpieczeństwa;
- wytłumaczenie jak należy zachowywać się w górach: wygodne buty z usztywnioną kostką sprawią, że nie poślizgniemy się i nie skręcimy sobie nogi, pokazanie dzieciom jak wygląda prawidłowo spakowany plecak (butelka z wodą do picia, kanapka, kurtka przeciwdeszczowa, karteczka nazwiskiem, adresem i numerem telefonu do rodziców); pilnujemy się opiekunów, aby się nie zgubić; poruszamy się tylko po wyznaczonych szlakach;
- wytłumaczenie jak zachowywać się prawidłowo nad morzem i nad jeziorem: nad wodę idziemy tylko pod opieką dorosłej osoby, zabezpieczenie głowy czapką przed upałem, zabezpieczenie skóry kremem z filtrem przeciwsłonecznym, nie przebywamy na słońcu w największy upał, a między godziną 11.00-13.00 należy schronić się w cieniu; należy pić dużo płynów, najlepiej wody, kąpiel tylko pod opieką osób dorosłych, w miejscach do tego wyznaczonych, najlepiej tam, gdzie jest ratownik; zapoznanie dzieci z flagą czarną i białą (wyjaśnienie jej symboliki); korzystanie z pompowanych zabawek, tylko pod nadzorem dorosłej osoby, uświadomienie dzieciom, że zabawka może pęknąć lub może być przedziurawiona; przestroga przed skokami do wody na główkę; pokazanie znaku zakazu kąpieli i znaku zakazu skoków do wody;
- jakie są zasady podczas jazdy rowerem: obowiązkowo powinien być na głowie kask, a na kolana i łokcie dobrze byłoby nałożyć ochraniacze, jazda tylko pod opieką dorosłych osób w miejscach do tego przeznaczonych; nie wygłupiamy się na rowerkach, możemy zrobić krzywdę sobie i innym.

Narkotyki, papierosy, alkohol – nałogi i uzależnienia

Coraz bardziej obniża się wiek dzieci mających kontakt z używkami. Dilerzy nie wahają się proponować narkotyków dzieciom na podwórku, zapewniając je, że to tylko specjalny cukierek. Dzieci widzą też inne, trochę starsze dzieci z podwórka, że palą papierosy i piją alkohol, poważnie piwo. Zdarza się, że dzieci piją pozostawione przez dorosłych na stole resztki alkoholu. Zatrucia dzieci alkoholem zajmują drugie miejsce (po zatruciu lekami) wśród przyczyn zatruc

u dzieci. Przeprowadzenie bardzo wczesnie edukacji i przekonanie ich, że narkotyki, papierosy i alkohol to preparaty bardzo szkodliwe, niebezpieczne, a nawet śmiertelne, być może uchroni je przed złymi doświadczeniami. Im wcześniej wpoimy dzieciom, poczynając od sześciolatków i siedmiolatków, wiedzę o szkodliwości używek, pokażemy ludzi zniszczonych nałogami, tym większe szanse o powodzenie w walce z uzależnieniami. Sposób i cele edukacji:

- zainscenizowanie pokazu jak wygląda zadbany, czysty człowiek, a następnie pokazanie jak wygląda człowiek pijany, poobijany, pokazanie jak wygląda zaniedbany narkoman;
- rozmowa z dziećmi, czy widziały tak wyglądające osoby i jak chciałyby wyglądać: czy ładnie i czysto, czy być brudnym, zaniedbanym? Być może drastyczne jest pojawienie się wśród dzieci osoby brudnej i zaniedbanej, ale problem nałogów jest również okrutny i drastyczny;
- poinformowanie, że to narkotyki i alkohol spowodowały, że człowiek z bogatego królewicza może zamienić się w biednego żebraka;
- pokazanie dzieciom różnorodnych postaci narkotyków: proszek, tabletki, naklejki, ampułki, strzykawki z igłą;
- wytłumaczenie, na czym polega istota uzależnienia – zaburzenie pracy mózgu, przez co osoby uzależnione nie myślą prawidłowo i nic się dla nich nie liczy oprócz zaspakajania swojego nałogu; pokazanie na ilustracji jak wyglądają płuca nałogowego palacza;
- przestrzeżenie dzieci przed częstowaniem się jakimikolwiek rzeczami od osób nieznanym;
- poinformowanie rodziców, jeżeli będą nas zaczepiały obce osoby;
- nauka odmawiania nawet najlepszemu koledze, jeżeli będzie nas chciał namówić tylko na spróbowanie alkoholu czy papierosa;
- ostentacyjne podeptanie na ziemi papierosów, narkotyków i wyrzucenie do kosza, bo tam jest ich miejsce;
- obejrzenie filmu edukacyjnego dla dzieci pt. „Tajemnica zaginionej skarbonki”.

Podsumowanie

Poprzez zabawę, tłumaczenie, pokazywanie, oglądanie, malowanie, informowanie, rozmawianie i własną postawę można dzieciom przekazać różnorodne, pożądane społecznie i zdrowotnie treści. W założeniach programowych w nauczaniu przedszkolnym są tematy z wychowania zdrowotnego (mycie owoców i warzyw, mycie zębów i rąk, ruch na świeżym powietrzu). W porównaniu z ilością nauki o przyrodzie, z ilością godzin języka obcego, z ilością godzin przeznaczonych na rytmikę, z ilością godzin na naukę czytania i pisanie, czas na naukę o zdrowym sposobie życia jest stosunkowo niewielki. Solidna, zaangażowana w pracę przedszkola pielęgniarka jest uzupełnieniem treści programowych dotyczących zdrowia, a jednocześnie propagatorem zachowań prozdrowotnych. Dopilnowuje wykonywania prawidłowo czynności higienicznych utrwalając w dzieciach pożądane nawyki zdrowego postępowania. W krajach wysoko rozwiniętych analizy ekonomiczne pokazały, że każdy dolar przeznaczony na profilaktykę to 4 dolary zaoszczędzone na leczenie. W sytuacji ekonomicznej Polski, rola prozdrowotnej modyfikacji stylu życia jest wręcz niezbędna. Promowanie zdrowia w przedszkolach, to dopiero początek długotrwałego procesu kontynuowanego na wielu płaszczyznach życia codziennego.

Renata Małecka

Autyzm – inny świat. Rola rodziców w opiece i pielęgnacji oraz efektywność działań terapeutycznych i rehabilitacyjnych podejmowanych wobec dzieci z autyzmem

(Promotor: dr nauk med. Jolanta Bielawska)

Wstęp

Autyzm uznawany jest za zaburzenie rozwojowe, którego rozległość i głębokość przejawia się w różnych sferach funkcjonowania dziecka. Jest diagnozowany po trzecim roku życia, lecz objawy zespołu rozbudowują się i utrwalają dużo wcześniej. Pierwsze objawy autyzmu rozwijały się u dzieci już przed dwunastym miesiącem życia. Początkowym objawem zaburzającym relacje dziecka z otoczeniem jest brak odpowiedzi noworodka na sygnały, które przekazuje mu matka. Noworodek nie dąży do fizycznego kontaktu z matką, broni się przed nim, stawia opór, nie reaguje na jej dotyk czy pieszczoty.

Równocześnie zauważamy brak reakcji dziecka na głos matki i jej widok, dziecko odrzuca również kontakt wzrokowy. Współistniejącymi objawami pojawiającymi się we wczesnym okresie rozwoju są także zaburzenia snu i łaknienia. Sen bywa niespokojny, przerywany krzykiem oraz pobudzeniem ruchowym. Podczas karmienia noworodki zachowują się tak, jakby nie były nigdy głodne. Karmienie wydłuża się natomiast dziecko nie wykazuje zainteresowania tą czynnością. Po dwunastym miesiącu życia charakterystycznym objawem rozwijającego się autyzmu jest unikanie oraz wycofywanie się z kontaktów społecznych tak z matką jak i z innymi osobami z otoczenia.

Wychowując dziecko, które w oczach wielu ludzi jest „inne” nie jest prostym zadaniem, a drogą, którą mają do pokonania rodzice jest kręta i pełna niespodzianek. Otoczenie go miłością i wsparciem oraz pomoc w sytuacjach, z którymi sobie nie radzi nasze dziecko, powoduje wytworzenie głębszych więzi oraz nawiązanie relacji, które umacniają pozycję rodzica jako osoby bliskiej, przy której dziecko czuje się bezpiecznie. My, rodzice jako ludzie dojrzały, jesteśmy w stanie radzić sobie z własnymi emocjami oraz szukać rozwiązań, pojawiających się w naszym życiu problemów – nasze dziecko ma tylko nas. Rodzice oczekują od personelu pracującego z dzieckiem rzetelnych i wyczerpujących informacji dotyczących zachowania ich dziecka, a także postawienia diagnozy, która ukierunkuje dalsze postępowanie z dzieckiem. Oczekują również wsparcia, otuchy, zrozumienia, akceptacji, życzliwego podejścia oraz cierpliwego wysłuchania tego co sami chcieliby przekazać, dlatego rola pielęgniarki w tym aspek-

cie bywa nieoceniona. Psycholodzy i terapeuci stanowią podporę dla rodziców, którzy często sami potrzebują pomocy i pokierowania nimi.

Dziecko autystyczne, a funkcjonowanie rodziców

Wychowanie dziecka autystycznego jest procesem trudnym, a bezsilność wobec jego dziwacznych zachowań powoduje kwestionowanie własnych kompetencji rodzicielskich. Rodzice wybierają takie formy relacji z dzieckiem, które są możliwe do zrealizowania dla nich i nie są związane z dodatkowym stresem. Największe znaczenie przywiązują do czynności pielęgnacyjnych, zabaw z dzieckiem i kontroli jego kontaktów z innymi dziećmi. Stopniowo cała aktywność rodziny zostaje podporządkowana tylko dziecku. Czas, który mu poświęcają, uniemożliwia im podtrzymywanie kontaktów towarzyskich. Długoletnie zaburzenia w rozwoju dziecka prowadzą do poważnych zakłóceń w funkcjonowaniu całej rodziny. Problemy, które pojawiają się z wychowaniem autystycznego dziecka osłabiają emocjonalny związek między rodzicami, dzieckiem jak i ze zdrowym rodzeństwem.

Wszelkie zakłócenia w funkcjonowaniu systemu rodzinnego mogą w sposób oczywisty wpływać na ograniczenie możliwości rodziny do usprawniania i przystosowania społecznego autystycznego dziecka.

Dziecko staje się źródłem chronicznego stresu. Obawy, które towarzyszą rodzicom to sytuacja finansowa oraz czy wystarczy im sił, by zajmować się dzieckiem w przyszłości. Lęk o egzystencję dziecka jest silnie przeżywany przez obydwój rodziców i dodatkowo obciąża ich psychicznie. Brak odciążenia rodziców, aby mogli zregenerować swoje siły, przyczynia się do nasilenia tych obaw.

Najbardziej stresogenne dla rodziców są trudności dziecka z werbalizacją oraz nieharmonijność w rozwoju funkcji psychoruchowych. Rodziców niepokoją także zaburzenia społeczne i niezwykle reakcje w sferze odbioru wrażeń zmysłowych u tych dzieci.

Rodzice dzieci autystycznych mają duże problemy ze stawianiem dziecku jasnych granic, określeniem co wolno, a czego nie wolno. Rodzicom trudno jest ocenić, które zachowania dziecka wynikają z samego autyzmu, a które są efektem nie respektowania przez dziecko określonych zasad. Ponieważ rozwój jest nieprawidłowy, niejednokrotnie rodzice czują się zmuszeni do wykonania wielu czynności za dziecko.

Niekiedy rodzice stają bezsilni przed faktem nieskuteczności ich wysiłków mających na celu kształtowanie u dziecka podstawowych nawyków i umiejętności, które w sposób naturalny przyswajają sobie jego zdrowi rówieśnicy.

Komunikowanie się rodziców z profesjonalistami w sprawach dotyczących pomocy dziecku oraz ich udział w procesie diagnozy

Kontakt z psychologiem i psychiatrą zbierającymi wywiad na temat przebiegu dotychczasowego rozwoju i jego zaburzeń, może stanowić okazję do rozładowania nagromadzonych u rodziców napięć emocjonalnych i niepokojów. Jeżeli uda się doprowadzić do szczerzej i swobodnej wymiany informacji, będzie on miał poza wartościami poznawczymi również znaczenie terapeutyczne.

Rodzice, którym trudno uporać się z poczuciem winy wobec dziecka oraz poczuciem niższości i wstydem przed innymi ludźmi, często osamotnieni nie są w stanie zapewnić dziecku warunków, które sprzyjają jego rozwojowi oraz poczucia bezpieczeństwa i wiary we własne możliwości. Gdy pozycja rodziców w zespole specjalistów stanie się w pełni partnerska łatwiej im będzie zaakceptować fakt, że to co dzieje się w ich rodzinie – wzajemne relacje, traktowanie dzieci oraz komunikowanie się jest przedmiotem zainteresowania specjalistów. Oferowana pomoc polega na wyposażeniu rodziny w kompetencje, które umożliwiają jej kierowanie własnym losem i losem niepełnosprawnego dziecka.

Dla specjalisty ważne jest znalezienie rozwiązania problemów satysfakcjonujących rodzinę. Wyszukanie i zmobilizowanie istniejących zasobów oraz środków ułatwiających radzenie sobie z problemami, a nie ocenianie czy i kto w rodzinie ponosi winę za to, że problemy te istnieją.

Profesjonaliści udzielający wsparcia rodzinom powinni mieć pewność, że podjęte przez nich działania pozostają w zgodzie z planami rodziny i jej wcześniejszymi próbami rozwiązania problemów. Rodzice uczestniczą w procesie diagnozy w dwojaki sposób: jako źródło informacji na temat rozwoju i zachowania dziecka; jako obserwatorzy, którzy w trakcie badania mogą pomóc w zrozumieniu specyfiki zachowania się dziecka.

Rodzice jako współterapeuci dziecka autystycznego

Dotychczas nie wypracowano właściwego systemu gwarantującego kompleksową opiekę nad dzieckiem z autyzmem i jego rodziną. Potrzebna jest codzienna i systematyczna praca z dzieckiem, która w sposób dostosowany do jego możliwości i potrzeb zapewni mu zdobywanie doświadczeń wspierających jego rozwój, a także utrwalanie umiejętności. Wykazano, że odpowiednio przygotowani rodzice, dobrze sobie radzą z obserwacją dziecka i świetnie sprawdzają się w roli jego nauczycieli. Łączenie swojej rodzicielskiej roli z byciem terapeutą – nauczycielem może wpływać także niekorzystnie na relacje w rodzinie (terapię bardzo czasochłonną, wywołującą ból lub z zastosowaniem przymusu wobec dziecka). Rodzice jak i zarówno specjaliści pracujący z dziećmi z autyzmem, są często konfrontowani z sytuacjami, w których nie mogą sięgnąć po gotowe wzorce i rozwiązania. Poszukiwanie właściwych rozwiązań jest o wiele bardziej skuteczne, jeśli i rodzice i profesjonaliści będą podążali w tym samym kierunku.

Podsumowanie

Zjawisko autyzmu wciąż kryje w sobie wiele nie odkrytych, nie opisanych i nie zrozumiałych aspektów. Z tego chociażby powodu powinniśmy nieustannie zachowywać otwartość na zdolności i możliwości naszego dziecka, dając mu po prostu szanse na zaskoczenie nas raczej tym, co potrafi, niż tym, czego nie umie. Obserwując dokonujący się postęp w zakresie nauk o zachowaniu i rozwoju, możemy zauważyć, że straciły swą aktualność niektóre prawdy, dotąd uznawane za niezienne, a plastyczność rozwijającego się układu nerwowego zaskakuje ciągle swą dynamiką. Zarówno rodzina jak i szkoła poddane są w ostatnich dziesiątkach lat gruntownym przemianom, które nie pozostają bez wpływu na sytuację dzieci niepełnosprawnych. Trudno zatem o jednoznaczne wskazówki i zalecenia, dla tych wszystkich, którzy pragną dzieciom pomóc, starając się stworzyć odpowiadające ich potrzebom środowisko. Na pewno wiadomo, że

dwa z nich (rodzina i szkoła) muszą być źródłem doświadczeń mobilizujących do podejmowania zadań i wysiłków przygotowujących dzieci do samodzielnego życia. Do niedawna społeczeństwo mogło dzieciom autystycznym oferować jedynie niewiele więcej niż segregacyjne podejście wychowawcze, nawiązujące do tradycji odrzucania ich jako jednostek nie spełniających standardów, przeciętności. Tym czasem coraz częstsze są przypadki osiągnięcia przez osoby dotknięte autyzmem podstawowej samowystarczalności, zachęcające do tworzenia dobrze przygotowanych programów oddziaływań wychowawczych i terapeutycznych wdrażanych w najwcześniejszym okresie życia, z czym łączy się także konieczność wczesnej diagnozy i wielospecjalistycznej opieki. Aby zadania z tym związane mogły być skutecznie wypełniane trzeba zapewnić współdziałanie ze sobą kilku resortów i doprowadzić do upowszechnienia w społeczeństwie wiedzy o autyzmie. Pomoc dziecku stanowi istotny czynnik w zapewnieniu rodzinie niezbędnych warunków do prawidłowego jej funkcjonowania.

Czas zerwać z obciążającymi rodziców oskarżeniami, wskutek których byli oni przez długie lata pomijani, a ich doświadczenia, chęć współpracy i zaangażowanie po prostu ignorowano. Nie można pomóc dziecku o zaburzonym rozwoju nie uwzględniając w tym procesie jego rodziców. To oni są często kluczem powodzenia interwencji podejmowanej wobec dziecka autystycznego. Będąc za nie odpowiedzialnymi i opiekując się nim nierzadko przez większość jego życia, mają pełne prawo do tego, by ich zamierzenia, możliwości i oczekiwania były traktowane jako bardzo ważne przy planowaniu postępowania wobec ich dziecka. Nie uwzględnienie przeżyć i doświadczeń rodziców, które zmieniają się wraz z upływem lat, grozi całkowitym rozminięciem się zamierzeń i działań specjalistów z tym, co dzieje się w rodzinie. Nikłe są szanse na to, że dziecko będzie szczęśliwe mając nieszczęśliwych, załkzionych i sfrustrowanych rodziców. Stworzenie rodzicom okazji do uczestnictwa we wspieraniu rozwoju swojego dziecka wpływa na ich poczucie kontroli nad swoim życiem, daje poczucie sprawstwa – ważne dla wszystkich, a w konsekwencji zwiększa poczucie bezpieczeństwa. Dzięki wczesnie podjętym działaniom dzieci z autyzmem mają duże szanse na to, by w przyszłości osiągnąć jakość życia niedostępną jeszcze niedawno osobom z tym zaburzeniem.

Ewa Bryłkowska

Realizacja programu „10 kroków do udanego karmienia piersią” przez personel oddziału noworodkowego w opinii położnic

(Promotor: dr nauk. med. Jolanta Pietras)

Karmienie piersią stanowi istotny zdrowotnie element cyklu rozrodczego kobiety. Laktacja oddziałuje na bezpośrednie i odległe korzyści zdrowia kobiety i wpływa pozytywnie na funkcje macierzyńskie. Mleko kobiece jest gatunkowo swoistym, aktywnym biologicznie pokarmem, który zapewnia prawidłowy rozwój psychofizyczny dziecka i zmniejsza ryzyko wielu chorób, nie tylko w okresie niemowlęcym, ale także w późniejszych etapach życia.

Promowanie karmienia piersią wśród pacjentek Oddziału Noworodkowego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu i realizacja wytycznych zawartych w programie „10 kroków do udanego karmienia piersią” w opinii położnic stało się celem moich badań.

Cele szczegółowe:

1. Ocena personelu pod kątem przygotowania merytorycznego i praktycznego w kwestii realizacji programu.
2. Określenie satysfakcji położnic pod kątem uzyskiwania informacji na temat karmienia piersią.
3. Ustalenie opinii położnic w kwestii uzyskiwania przez nie pomocy praktycznej, ułatwiającej i wspomagającej karmienie piersią.

Metoda i materiał

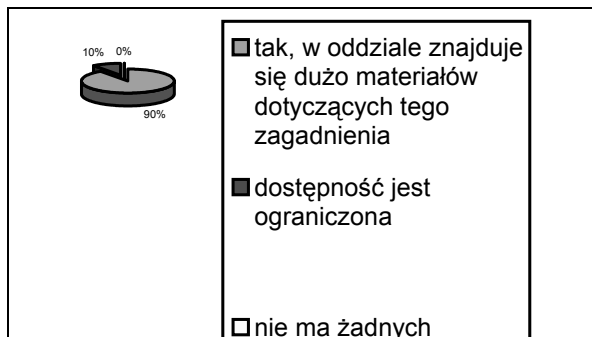
Badania zostały przeprowadzone za pomocą anonimowej ankiety (15 pytań) w okresie od 2 do 30 stycznia 2008 roku. Objęto nimi 50 dobranych losowo kobiet – pacjentek oddziału położniczo-noworodkowego.

Wiek respondentek wahał się w granicach od 18 do 47 lat. Średnia wiekowa wynosiła 25 lat. Pierworódki stanowiły 38% ankietowanych, natomiast wieloródki 62% ankietowanych. Były to głównie osoby z wykształceniem średnim 48%. Przede wszystkim mieszkanki miast 60%, w większości o dobrym statusie materialnym 92%. Zdecydowana większość badanych kobiet to osoby zamężne 88%.

Spśród ogólnej liczby badanych kobiet większość (84%) miało przystawione dziecko do piersi, 16% badanych nie miało przystawionego dziecka do piersi w ciągu dwóch godzin po porodzie.

Wykres 8 przedstawia odpowiedź na pytanie czy w oddziale noworodkowym sporządzone są na piśmie i dostępne zasady postępowania, sprzyjające karmieniu piersią.

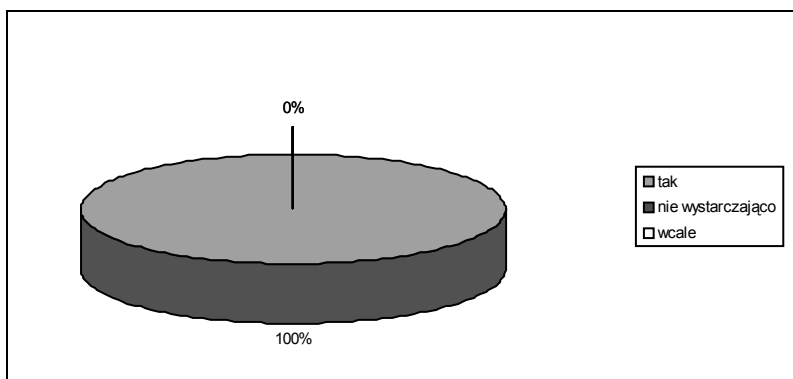
Wykres 8. Dostępność do zasad postępowania, sprzyjających karmieniu piersią.



Większość ankietowanych kobiet 90% uważa, że w oddziale znajduje się dużo materiałów dotyczących zasad postępowania sprzyjających karmieniu piersią. Tylko 10% ankietowanych respondentek uważa, że dostępność do tych materiałów jest ograniczona.

Dane dotyczące informowania karmiących o korzyściach wynikających z karmienia piersią przedstawia wykres 9.

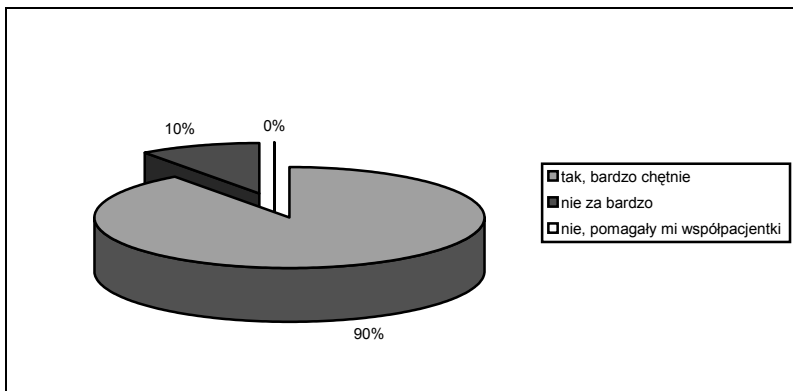
Wykres 9. Informowanie o korzyściach wynikających z karmienia naturalnego.



Wszystkie ankietowane kobiety 100% zostały poinformowane przez pielęgniarkę o korzyściach wynikających z karmienia naturalnego.

Wykres 10 przedstawia odpowiedź na pytanie czy pielęgniarka pomagała położnicy w rozpoczęciu karmienia piersią.

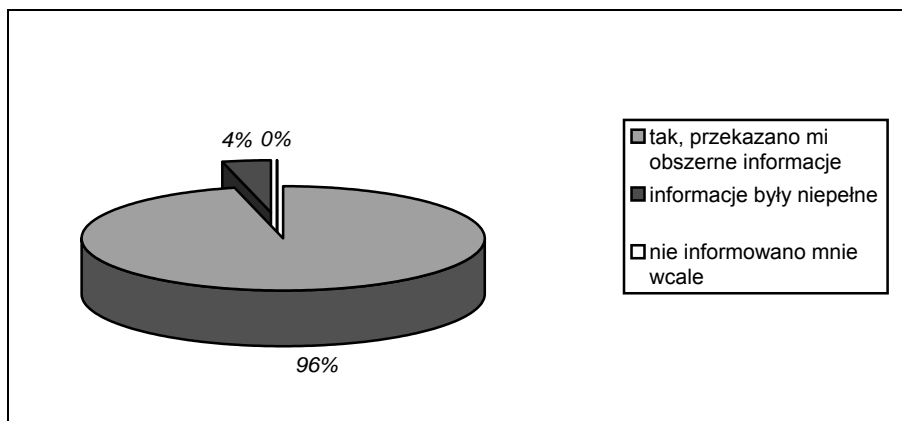
Wykres 10. Pomoc pielęgniarki położnicy w rozpoczęciu karmienia piersią.



Z powyższego wynika, że spośród ogólnej liczby badanej populacji 90% respondentek uważa, że pielęgniarki bardzo chętnie pomagały w rozpoczęciu karmienia piersią.

Dane dotyczące informowania położnic przez pielęgniarki, na czym polega wyłącznie karmienie piersią przedstawia wykres 11.

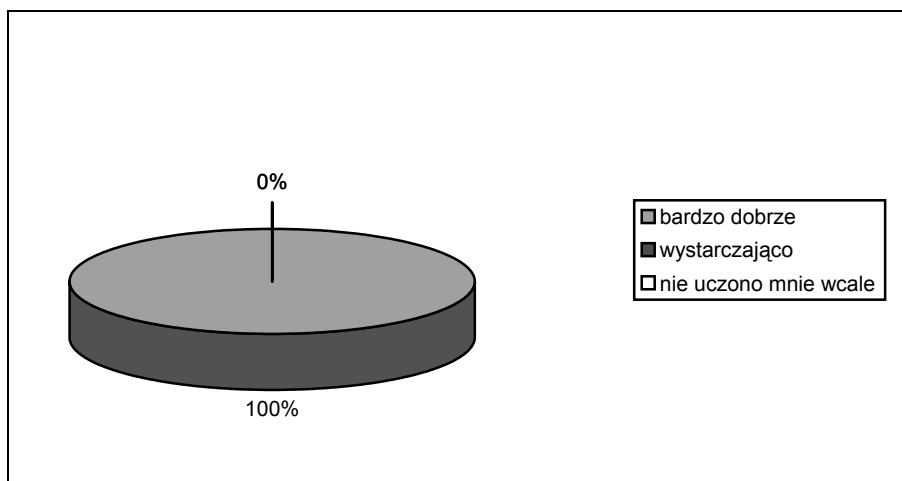
Wykres 11. Przekazywanie informacji położnicom o wyłącznym karmieniu piersią.



W badanej populacji większość respondentek, bo aż 96%, stwierdziło, że przekazane informacje na temat wyłącznego karmienia piersią były obszerne i wystarczające.

Udział pielęgniarki we wskazaniu właściwej techniki karmienia piersią przedstawia wykres 12.

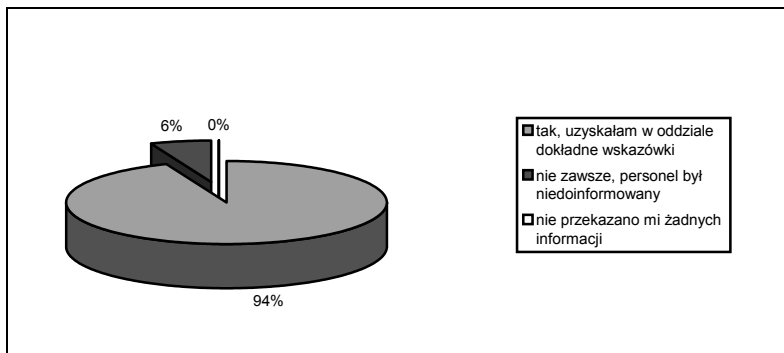
Wykres 12. Udział i pomoc pielęgniarki w instruktażu właściwej techniki karmienia piersią.



Wszystkie kobiety zostały poinformowane przez pielęgniarkę w zakresie właściwej techniki karmienia piersią. Również 100% respondentek zostało zachęconych do karmienia na żądanie.

Dane dotyczące informowania karmiących o możliwości uzyskania pomocy w razie wystąpienia problemów z laktacją przedstawia wykres 14.

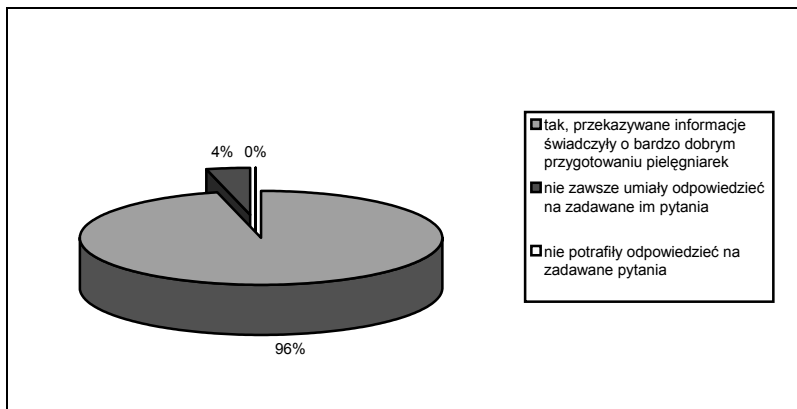
Wykres 14. Informowanie karmiących przez personel o źródłach pomocy.



W badanej populacji większość kobiet, bo aż 94% stanowiły osoby, którym udzielono informacji gdzie mogą uzyskać pomoc w razie problemów z laktacją.

Wykres 15 przedstawia odpowiedź na pytanie, czy pielęgniarki są dobrze przygotowane do przekazywania praktycznej i teoretycznej wiedzy na temat karmienia piersią.

Wykres 15. Subiektywna ocena pielęgniarek przez położnice.



Z przeprowadzonej ankiety wynika, że 96% ankietowanych położnic uważa, że personel oddziału położniczo-noworodkowego jest bardzo dobrze przygotowany do przekazywania praktycznej i teoretycznej wiedzy na temat karmienia piersią. Natomiast 4 % ankietowanych kobiet uważa, że nie posiadają rzetelnej wiedzy o karmieniu naturalnym.

Wnioski

Na podstawie wyników przeprowadzonych badań ankietowych sformułowano wnioski:

1. W badanej grupie wykazano wpływ odpowiedniej opieki, udzielania porad i informacji na pozytywną ocenę pielęgniarek oddziału noworodkowego przez pacjentki.
2. Zdecydowana większość położnic była usatysfakcjonowana uzyskanymi od personelu informacjami dotyczącymi zalet karmienia piersią, 96% respondentek otrzymało dokładne informacje na temat karmienia piersią.
3. Pielęgniarki bardzo chętnie pomagały w rozpoczęciu karmienia piersią. 90 % respondentek oceniło je pod tym względem pozytywnie, natomiast 10% ankietowanych kobiet uważało, że personel nie angażował się wystarczająco.
4. Problemem zasygnalizowanym w ankiecie jest fakt, że 16% badanych położnic nie miało przystawionego dziecka do piersi w ciągu dwóch godzin po porodzie.
5. Z przeprowadzonych badań wynika, że 100% respondentek było zadowolonych z udzielanych praktycznych wskazówek dotyczących techniki karmienia piersią oraz z ułatwiania karmienia na żądanie.

Joanna Wierzbęta

Pielęgnacja i edukacja jako ważne aspekty w opiece nad dzieckiem z padaczką

(Promotor: doc. dr nauk med. Jarosław Czeszejko-Sochacki)

Oprócz rodziców istotnym elementem jest troska samego dziecka o własne zdrowie oraz dobre samopoczucie. Już od najmłodszych lat należy dziecko przygotowywać do dbania o siebie pod kątem padaczki i życia z nią. Już w wieku przedszkolnym dziecko powoli zacznie samo zapamiętywać odpowiednie czynności, z którymi spotyka się na co dzień, a które związane są z jego zdrowiem i próbą ograniczania napadów padaczkowych.

Sposób przeprowadzania badania, zbierania informacji, cele i założenia badania

W badaniu posłużono się ankietą oraz ogólnym wywiadem i rozmową z rodzicami dzieci chorych na padaczkę.

Informacje zbierane podczas wywiadów i dokonywane notatki pozwoliły na uzyskanie obrazu ogólnej sytuacji tych rodzin w codziennym życiu oraz ich dzieci.

Badaniami objęto grupę trzydziestu rodzin dzieci hospitalizowanych w Specjalistycznym Szpitalu im. Dr. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu na oddziale Neurologii Dziecięcej oraz w Poradni Neurologicznej w tym samym szpitalu, w Niepublicznym ZOZ Przychodni Rejonowej „Śródmieście-Biały Kamień” w Wałbrzychu w Poradni Dziecięcej.

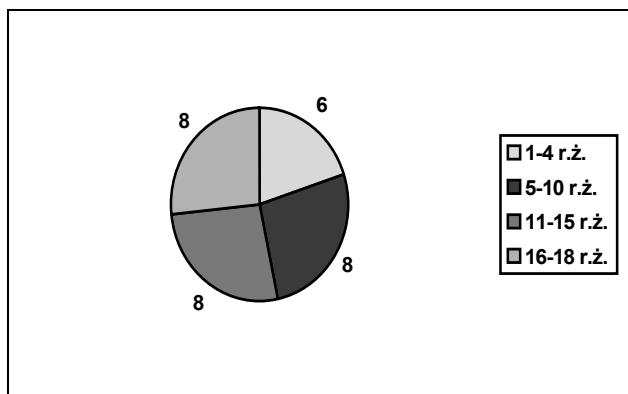
Głównym celem i założeniem tego badania było określenie przyczyn powstawania padaczki, pierwszych i kolejnych objawów, reakcji rodziny na pojawienie się padaczki w ich życiu, dostosowania tego stanu rzeczy do ich aktualnego życia, jakie zostały wprowadzone zmiany na co dzień, jak przedstawia się normalny dzień w życiu chorego dziecka i jego rodziny. Jednocześnie zostały poruszone kwestie pielęgnacji oraz edukacji rodziny względem chorego dziecka, a także reakcje i działania samego dziecka względem własnego stanu zdrowia, dbania o dobre samopoczucie i akceptację ze strony najbliższego otoczenia.

Przedstawienie wyników badań

W badaniu uczestniczyło więcej chłopców (16) niż dziewcząt (14), jednakże różnica ta jest nieznaczna. Widać wyraźnie, iż płeć nie ma większego wpływu na intensywność pojawienia się padaczki, choć niektórzy naukowcy twierdzą, iż bardziej narażeni są mimo wszystko przedstawiciele płci męskiej.

Badani pacjenci znajdowali się w wieku od jednego roku do lat osiemnastu. Liczba badanych w zależności od wieku plasowała się w granicach: 1-4 r. ż., 5-10 r. ż., 11-15 r. ż., 16-18 r. ż. i wynosiła mniej więcej podobną wartość, co przedstawia wykres 1.

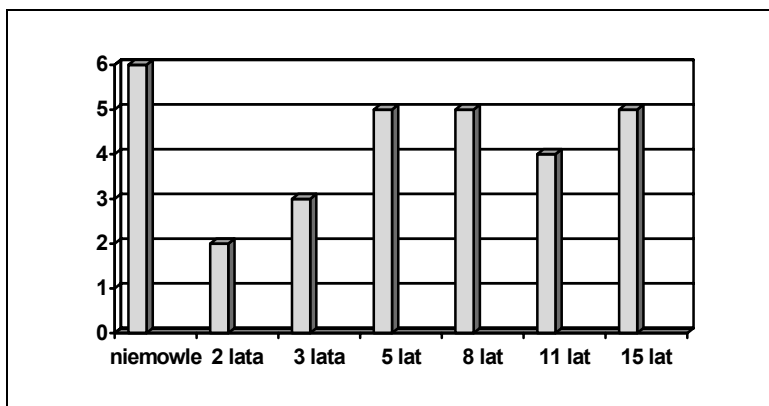
Wykres 1. Wiek ankietowanych pacjentów



Ankietowani pacjenci chorzy na padaczkę ocenili swój stan zdrowia jako bardzo dobry (18 osób) bądź dobry (12 osób). Nikt z badanych nie zadeklarował złego czy też bardzo złego stanu zdrowia. Jest to jednoznaczny dowód, że padaczka nie wpływa ujemnie na ogólną sytuację zdrowotną chorego i dzięki temu przy odpowiednich działaniach zapobiegających lub zmniejszających występowanie napadów padaczkowych istnieje możliwość normalnego funkcjonowania w środowisku.

W grupie badanej pierwsze ataki padaczki pojawiły się w wieku niemowlęcym. Deklaruje tak aż sześciu z trzydziestu ankietowanych. Jednakowe wyniki (po pięć osób) określiły, że pierwsze objawy pojawiły się w wieku lat pięciu, ośmiu oraz piętnastu. Pozostałe wyniki (w wieku lat dwóch, trzech oraz jedenastu) zadeklarowało tylko kilka osób.

Wykres 2. Wiek, w którym pojawiły się pierwsze ataki padaczki.



Głównymi objawami, które pojawiają się u dzieci chorych na padaczkę są (w kolejności od najczęstszych do najrzadszych):

- utrata świadomości (30 osób);
- gałki oczne skierowane w jeden punkt (28 osób);
- drgawki (22 osoby);
- sztywność, wzmożone napięcie mięśniowe (21 osób);
- sinica (20 osób);
- wyprężenia ciała w lewą lub prawą stronę (10 osób);

- bezdech (5 osób);
- wiotkość (1 osoba);
- ból głowy, senność (1 osoba).

Można z tego wnioskować, iż istnieją pewne objawy, które są charakterystyczne dla padaczki i występują praktycznie przy każdym napadzie padaczkowym i to u każdego chorego na padaczkę. Jednocześnie występuje cały szereg objawów, które mogą stanowić kwestię indywidualną pacjenta i występować niezwykle rzadko. Świadczy to o charakterze padaczki, jej indywidualności, a czasami nawet nieprzewidywalności.

Najczęstszym występującym rodzajem padaczki jest padaczka napadów uogólnionych toniczno-klonicznych, którą zadeklarowała grupa dwudziestu osób. Pozostałe typy to między innymi: padaczka napadów nieświadomości (8 osób), padaczka napadów uogólnionych przysennych (1 osoba) oraz padaczka z napadami o złożonej morfologii (1 osoba).

Chorzy, badani w tej ankiecie stanowią grupę, w której napady padaczkowe najczęściej pojawiają się co około pół roku (deklaruje 15 osób). Po pięć osób zadeklarowało występowanie napadów codziennie bądź raz w miesiącu. Trzy osoby określiły pojawianie się ich raz na tydzień, a dwie osoby – raz na rok. Częściowo pokrywa się to z rodzajem padaczki, która występuje u danej grupy badanych, ale także odnosi się do stylu ich życia, atmosfery i wsparcia rodzinnego, opieki medycznej i domowej, którą ta grupa posiada.

U zdecydowanej większości ankietowanych napady padaczkowe pojawiają się w dzień, co świadczy wyraźnie o tendencji padaczki do objawiania się właśnie o tej porze doby. Wynika z tego, iż padaczki przysenne, z wyraźnymi napadami w nocy pojawiają się sporadycznie. Jednocześnie ma to wpływ na reakcje otoczenia i ich akceptację bądź odrzucenie dziecka chorego na padaczkę, gdyż nierzadko są oni świadkami napadów padaczkowych, co może wywoływać strach.

Kolejne pytanie z ankiety dotyczyło badań, które zostały przeprowadzone na ankietowanych. U wszystkich wykonano zostało EEG oraz tomografia głowy. Z kolei u pięciu badanych dla głębszego zbadania pacjenta, wykluczenia innych schorzeń, potwierdzenia padaczki, a także zbadania ewentualnych dodatkowych przyczyn wystąpienia tego schorzenia wykonano zostało również MRI głowy.

U wszystkich pacjentów zastosowane zostało leczenie farmakologiczne, które nie wymaga bezpośredniej ingerencji osób trzecich w organizm chorego, a jednocześnie pozwala mu przebywać w domu i normalnie żyć. Po pięć osób zadeklarowało ponadto leczenie dożylnie bądź doodbytnicze (w warunkach szpitalnych w celu przerwania napadu padaczkowego). Tylko u dwóch pacjentów zastosowano leczenie domięśniowe (również w tym samym celu).

Zdecydowana większość ankietowanych (25 osób) stwierdziła, iż stosuje z licznych leków przeciwpadaczkowych głównie Depakine chrono. Dziesięć osób zadeklarowało Sabril oraz Trileptal, a pięć Depakine chronosphere w saşetkach. Pozostali ankietowani wymienili Depakine w syropie, Topamax, Orfiril, Gabitril oraz Lamotrix.

Wśród wyników ankiety na pytanie o stałą i bezpośrednią opiekę nad chorym padały głównie odpowiedzi, że pełnią ją rodzice (30 osób, czyli wszyscy), pracownicy ochrony zdrowia (wszyscy) bądź pracownik rehabilitacji niepełnosprawnych (4 osoby).

Rodziny dzieci chorych na padaczkę określili, iż intensywną opiekę ich dzieci otrzymują z poradni neurologicznej w postaci stałej kontroli (wszyscy), a także na oddziale neurologii dziecięcej w formie okresowej hospitalizacji (25 osób).

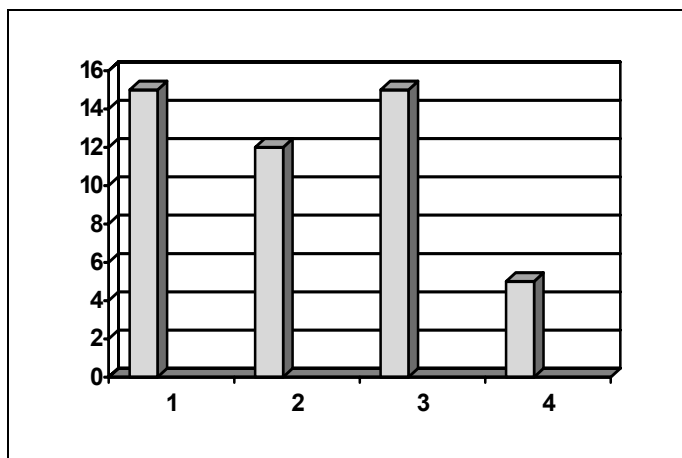
Kolejne pytanie dotyczyło czynników, które powodują nasilenie występowania napadów padaczkowych. Ankietowani w tym punkcie wymienili między innymi (w kolejności od najważniejszych do najmniej istotnych):

- stres (20 osób);
- zbyt długie oglądanie telewizji (10 osób);
- gry komputerowe (10 osób);
- zmęczenie (10 osób);
- infekcje (10 osób);
- zmiana pogody (7 osób);
- gorączka (7 osób);
- rehabilitacja (3 osoby);
- sen (2 osoby).

Niestety wynik kolejnego pytania jest niepokojący. Okazuje się, że w większości przypadków (20 osób) w ogóle nie ma edukacji na temat padaczki ze strony opiekunów, nauczycieli i osób społecznie zajmujących się chorym. Z kolei po pięć osób zadeklarowało, iż edukacja dotyczy tematu zdrowego stylu życia z padaczką oraz samej choroby i jej przebiegu.

Następne pytanie z ankiety dotyczyło sposobu, w jaki młody pacjent sam dba o swoją edukację w kwestii dbania o własne zdrowie i dobre samopoczucie. Większość odpowiedzi stwierdziła, że jest za mały na samodzielną edukację (1), ale pozostałe wymieniały między innymi korzystanie z Internetu, czytanie poradników (2) czy też korzystanie z rad rodziców (3). Kilka odpowiedzi dotyczyło mózgowego porażenia dziecięcego, w którym dziecko nie jest świadome swojej choroby (4). Przedstawia to wykres 3.

Wykres 3. Jak młody pacjent sam stara się edukować w kwestii dbania o własne zdrowie i dobre samopoczucie.



Z kolei edukacja rodziców dziecka chorego na padaczkę według ankietowanych przedstawia się w taki sposób, iż wiedza ta pochodzi przede wszystkim z poradników dla rodziców dzieci chorych na padaczkę (25 osób), od personelu medycznego – lekarzy i pielęgniarek (20 osób), z Internetu (15 osób) bądź też z rozmów z innymi rodzicami dzieci chorych na padaczkę (7 osób).

Jeśli chodzi o kwestię osobistej pielęgnacji zdrowia przez chorego należy to rozgraniczyć na dzieci małe oraz starsze. W pierwszym przypadku to rodzice pielęgnują swoje dzieci i pełnią pełny nadzór nad ich pielęgnacją. W przypadku dzieci starszych starają się one przede wszystkim systematycznie i regularnie przyjmować leki, nie przemęczać się, prowadzić uregulowany tryb życia oraz nie oglądać za długo telewizji. Dzięki temu stają się one bardziej samodzielne, odpowiedzialne, a jednocześnie przygotowują się do dbania o własne zdrowie i dobre samopoczucie we własnym zakresie, odciążając tym samym swoich rodziców.

Ze strony rodziców pielęgnacja ta u wszystkich w głównej mierze wygląda tak, jak u zdrowego dziecka. Z drugiej strony rodzice pilnują, aby dziecko przyjmowało regularnie leki, nie przemęczało się, wysypiało, nie oglądało zbyt długo telewizji, nie przesiadywało zbyt długo przy monitorze komputera itp. (18 osób).

Zdaniem wszystkich ankietowanych osób jest możliwe normalne życie z padaczką. Nie stwarza to ich zdaniem większych trudności w normalnym funkcjonowaniu, jeśli przestrzega się tych kilku podstawowych zasad, które zostały już wymienione wcześniej. Niejednokrotnie nikt nawet nie domyśla się, że jego kolega czy koleżanka choruje na padaczkę.

Normalny dzień w życiu chorego na padaczkę, bo tak właśnie brzmi ostatnie pytanie z przeprowadzonej ankiety, nie różni się zdaniem ankietowanych praktycznie niczym od dnia zdrowego dziecka. Dziecko takie chodzi do szkoły, odrabia lekcje, stara się prowadzić spokojny tryb życia, bawi się z rodzicami oraz rodzeństwem, a także uczestniczy w zajęciach pozalekcyjnych oraz kółkach zainteresowań.

Jak widać z powyższych wyników życie dziecka chorego na padaczkę i jego rodziny przebiega prawie zupełnie normalnie. Prawie, ponieważ mimo wszystko przynosi trochę więcej obaw o samo zdrowie dziecka i intensywność jego napadów padaczkowych.

Przeprowadzona ankieta oraz wywiady wśród rodziców, jak również samych dzieci chorych na padaczkę dostarczyły informacji, że życie ich praktycznie niewiele różni się od życia rodzin ze zdrowymi dziećmi.

Jolanta Czaplńska

Wczesna diagnostyka i rehabilitacja dziecka z uszkodzeniem mózgu na przykładzie mózgowego porażenia dziecięcego

(Promotor: Doc. dr nauk med. Jarosław Czeszejko-Sochacki)

Wstęp

Zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego stwierdza się u około 7% populacji dzieci (według WHO). W Polsce co roku przychodzi na świat około 10 tys. dzieci niepełnosprawnych, co stanowi ponad 2% ogółu urodzonych dzieci. Mózgowe Porażenie Dziecięce (MPD) zakłóca prawidłowy rozwój dziecka, utrudnia jego normalne funkcjonowanie w społeczeństwie i znacznie ogranicza samodzielność dziecka. Pielęgnacją tych dzieci i ich usprawnianiem obciążeni są przede wszystkim rodzice, bo tylko oni dzięki swojej miłości i akceptacji są w stanie zapewnić dziecku potrzebę bezpieczeństwa oraz sprawić, że stosowane metody lecznicze dadzą pożądane rezultaty.

Na wyniki rehabilitacji wpływ ma wczesna interwencja oraz ogromne znaczenie wszechstronnej oceny stanu zdrowia dziecka zagrożonego niepełnosprawnością. Głównym zadaniem wczesnej interwencji jest stymulowanie dziecka do prawidłowego rozwoju, a jej jak najszybsze podjęcie może zapobiec lub zredukować skutki wszelkich nieprawidłowości w rozwoju dziecka. Bardzo ważnym elementem w podejmowaniu pomocy dziecku jest traktowanie go jako części rodziny, indywidualne podejście do interwencji oraz do każdej rodziny, a także partnerska współpraca lekarzy, pielęgniarek i terapeutów z rodzicami.

Udział pielęgniarki w procesie diagnostyczno-rehabilitacyjnym dziecka z porażeniem mózgowym

Dzieci z MPD chorują od wczesnego dzieciństwa, wymagają szczególnej opieki i pomocy, ponieważ są narażone na wiele obciążeń związanych ze swoim stanem zdrowia, do których należą: złe samopoczucie, zaburzenia funkcji organizmu, doznawanie bólu i cierpienia, lęk, ograniczona aktywność psychoruchowa, ograniczone kontakty społeczne.

Przez całe swoje życie niepełnosprawne dziecko spotyka na swej drodze różnych specjalistów, których zadaniem jest udzielenie wszechstronnej pomocy dziecku i jego rodzinie. Wśród wielu osób personelu medycznego jest pielęgniarka, która sprawuje opiekę nad dzieckiem z MPD w różnych sytuacjach i różnych okresach jego życia. Po raz pierwszy dziecko „spotyka” na swej drodze życiowej pielęgniarkę na oddziale neonatologicznym. Uczestniczy ona w działaniach diagnostycznych, opiekuńczych, terapeutycznych i profilaktycznych. Znając możliwość wystąpienia zagrożeń w okresie ciąży i porodu, a także możliwość wystąpienia przedłużonego

okresu adaptacyjnego, pielęgniarka neonatologiczna ma za zadanie prowadzenie wnikliwej obserwacji noworodka: rytm snu, problemy z karmieniem, napięcie mięśniowe podczas zabiegów pielęgnacyjnych, tendencję do odginania się, apatię lub nadmierną pobudliwość dziecka. Zaobserwowane niepokojące zmiany i zachowania noworodka pielęgniarka zgłasza lekarzowi, a następnie przygotowuje dziecko i asystuje podczas badań diagnostycznych (USG głowy, tomografia komputerowa, badanie słuchu, wzroku, EEG). W trakcie diagnozowania dziecka pielęgniarka nie może zapominać o jego rodzicach, którzy mogą czuć się zagubieni i przerażeni stresującą sytuacją. Należy z nimi rozmawiać, wyjaśniać problemy oraz pomagać i uczyć czynności pielęgnacyjnych, a więc uczyć matkę i wspierać ją podczas karmienia piersią, ubierania i przewijania noworodka, co może przysparzać kłopotów wynikających ze wzmożonego napięcia mięśniowego. Niemowlę z uszkodzeniem OUN jest bardzo wyculone i nadwrażliwe na bodźce zewnętrzne: gwałtowne ruchy, hałas. Pielęgniarka powinna uświadamiać rodzicom wszystkie te problemy oraz uczyć takich metod postępowania, aby dostarczać dziecku jak najmniej negatywnych bodźców. Rodzice muszą zdawać sobie sprawę z tego, że każda czynność pielęgnacyjna – karmienie, ubieranie – powinna być okazją do prostych zabiegów korygujących nieprawidłowe ustawienia kończyn i usprawniających dziecko. Poza tym pielęgniarka powinna nauczyć rodziców jak trzymać i nosić dziecko, biorąc pod uwagę jego zaburzenia, możliwości oraz wiek.

Podczas wykonywania czynności pielęgnacyjnych należy pamiętać, aby pomagać rodzicom w zaakceptowaniu choroby dziecka, ponieważ tylko wtedy działania terapeutyczne będą miały pozytywne rezultaty. Okazywana przez nich miłość pozwoli w przyszłości uwierzyć dziecku we własne siły i możliwości. Pielęgniarka powinna również uświadamiać rodziców w sprawie konieczności systematycznych kontroli w poradni neurologicznej oraz zakładzie rehabilitacji, a także pomóc nawiązać kontakt z innymi rodzicami dzieci z niepełnosprawnością.

Dziecko z MPD, które trafia na oddział szpitalny, musi być traktowane podobnie jak pozostali mali pacjenci. Należy pamiętać, aby nie izolować dziecka z niepełnosprawnością, a wręcz odwrotnie, trzeba zachęcać samo dziecko i rodziców do kontaktów z innymi dziećmi, do uczestnictwa we wspólnych zajęciach. Duże znaczenie ma troskliwe zajmowanie się dzieckiem i poświęcanie mu swojej uwagi (branie na ręce, przytulanie). Nie można zapomnieć o tym, że rodzice mają prawo do stałego kontaktu z dzieckiem, do informacji na temat stanu jego zdrowia.

Pielęgnacja i terapia dzieci z upośledzeniem psychoruchowym wymaga od pielęgniarki wiedzy i dużego zaangażowania. Pielęgniarka, przejmując częściowo obowiązki rodziców, podczas pobytu dziecka na oddziale, musi uzyskać jak najwięcej informacji o sposobach pielęgnacji i opieki w domu, o specyficznych potrzebach dziecka. Bardzo ważne jest skontaktowanie się z fizjoterapeutą, który udzieli stosownych wskazówek dotyczących odpowiedniej pozycji ciała dziecka podczas leżenia, siedzenia, stania, noszenia.

Dzieci z niepełnosprawnością spotykają pielęgniarki w różnych miejscach w ciągu swego życia i zawsze pełnią one ważną rolę w ich procesie leczniczo-rehabilitacyjnym. Oprócz szpitala pielęgniarka ma kontakt z dzieckiem z MPD w ośrodkach wychowawczych, gdzie trafiają dzieci, którym rodzice nie mogą lub nie chcą zapewnić prawidłowych warunków rozwoju. Pielęgniarka będąc częścią zespołu leczącego ma bardzo ważne zadanie do spełnienia. Właściwie prowadzona opieka pielęgniarska, stały kontakt z dzieckiem, obserwacja jego zachowań

i ocena dziecka pozwalają często osiągnąć nieprawdopodobne efekty terapeutyczne. Pielęgniarka w ośrodku wychowawczym inicjuje, planuje i organizuje dzień dziecka. Musi wykazywać się niezwykłą cierpliwością i wyrozumiałością, odnosić się do dzieci z sercem i sympatią, a przy tym być stanowczą. Codzienna opieka nad dzieckiem z upośledzeniem psychoruchowym jest bardzo wyczerpująca fizycznie i psychicznie. Bardzo ważna jest więc współpraca pielęgniarki z zespołem terapeutycznym, umiejętność wspólnego rozwiązywania problemów, otwartość w komunikacji oraz umiejętność słuchania i otwartość na sugestie.

Często personel medyczny, w tym również pielęgniarki, uczestniczący w procesie leczenia i usprawniania dzieci z MPD, narażają dziecko na wiele stresujących przeżyć, które zaburzają równowagę emocjonalną. Wielu z takich sytuacji można uniknąć. Pielęgniarka będąca osobą, która całą dobę zajmuje się dzieckiem, pomaga w opiece nad nim, wykonuje różnego rodzaju zabiegi pielęgnacyjno-terapeutyczne musi uwzględnić w swoich działaniach stan psychiczny i emocjonalny dziecka. Z dzieckiem i jego opiekunami należy rozmawiać o problemach, sposobach leczenia, o konieczności wykonywania zabiegów. Dziecko z niepełnosprawnością i jego rodzice muszą mieć zaufanie do personelu, muszą czuć, że są rozumiani przez te osoby i wiedzieć, że uzyskają wsparcie w każdej trudnej dla nich sytuacji. Pielęgniarka powinna umieć psychicznie przygotować małych pacjentów i ich rodziców do różnych czynności, zabiegów podejmowanych w procesie leczenia i usprawniania. Należy pamiętać, aby nie lekceważyć lęków dziecka i opiekunów, rozmawiać z nimi, nie ograniczać czasu odwiedzin, a także wypełniać i w miarę możliwości uatrakcyjnić pobyt dziecka na oddziale szpitalnym czy w zakładzie rehabilitacyjnym.

Jak już wspominałam, niezwykle ważne w procesie leczenia i usprawniania dziecka jest współdziałanie zespołu leczącego i rodziców chorego dziecka. Rodzina wyróżnia się szczególną więzią biologiczną i emocjonalną, dzięki której jej członkowie, a zwłaszcza dzieci, czują się bezpiecznie. Pielęgniarka powinna zdawać sobie sprawę, przejmując część obowiązków od rodziców, że ich udział w prowadzonych działaniach jest niezbędny i musi być w pełni świadomy. Jak pisze I. Obuchowska, „to rodzice realizują zalecenia lekarzy, oni wywierają wpływ na stan psychiczny dziecka, wzmacniają je własną siłą bądź osłabiają swoją bezradnością i obawą”.

Rodzice nie powinni pozostawać sami ze swoimi problemami. Muszą mieć możliwość uzyskania wszelkich porad i pomocy. Czasami istnieje potrzeba szczególnej pomocy pielęgniarskiej, wówczas organizuje ją pielęgniarka środowiskowa. Są to wizyty lekarza rodzinnego, pracownika opieki społecznej. Pielęgniarka i lekarz odwiedzają dziecko w domu. Podczas takich wizyt pielęgniarka uczy i pomaga rodzicom w usprawnianiu dziecka, edukuje rodziców w zakresie rehabilitacji i zapobiega negatywnym skutkom psychicznym choroby dziecka. Ważne jest nawiązanie kontaktu z chorym dzieckiem poprzez branie na ręce, przytulanie, mówienie do niego. Edukując rodziców należy zwracać szczególną uwagę na zapobieganie ujemnym skutkom psychicznym. Rodzice muszą pamiętać o tym, aby obdarzać dziecko uwagą, zapewnić możliwość aktywnego spędzania czasu, nie chronić go nadmiernie, nie wyręczać, chwalić za każdy najdrobniejszy sukces.

Wszelkie działania pielęgniarki w opiece nad dzieckiem z niepełnosprawnością powinny opierać się na prawidłowym komunikowaniu się. Zdolność komunikowania się w zawodzie pielęgniarki jest niezbędną umiejętnością. Podczas wykonywania każdego zabiegu pojawia się

konieczność nawiązania kontaktu. Komunikowanie może odbywać się za pomocą słów lub przy pomocy sygnałów pozawerbalnych. Ogromne znaczenie, wśród sygnałów pozawerbalnych, w komunikowaniu się z dzieckiem niepełnosprawnym ma dotyk. Za jego pośrednictwem przekazywane są uczucia, wsparcie fizyczne i psychiczne. Dotyk w tym przypadku ma także oddziaływanie terapeutyczne. Powinien on być delikatny, ograniczać nieprzyjemne doznania, a przynosić odprężenie i uśmiech dziecka. Poprzez dotyk pielęgniarka może poprawić nastrój małego pacjenta oraz wzmocnić jego poczucie bezpieczeństwa. Dotyk wzmacniając więzy międzyludzkie daje często nieoczekiwane efekty terapeutyczne. Dotyk w opiece nad dziećmi z MPD może być również formą rehabilitacji. Jest on wykorzystywany w niemal wszystkich metodach usprawniania dzieci, np. w metodzie Vojty, Bobath, w hipoterapii jest wykorzystywany wzajemny dotyk i kontakt dziecka z koniem.

Rola pielęgniarki w procesie terapeutycznym dziecka z porażeniem mózgowym jest ważna i niezastąpiona. Pielęgniarka musi pamiętać, że w holistycznym podejściu do rehabilitacji i pielęgnacji dziecka bardzo ważna jest sfera zarówno psychofizyczna, jak i duchowa. Pielęgniarka włącza się aktywnie w działania diagnostyczne (obserwacja dziecka, udział w badaniach, zbieranie informacji o dziecku i jego rodzinie), opiekuńcze (profesjonalna opieka nad dzieckiem, pomoc rodzicom), terapeutyczne (przygotowanie dziecka do konsultacji, podawanie leków), rehabilitacyjne, profilaktyczne oraz wychowawcze wobec dziecka i jego rodziców (kształtowanie u rodziców poczucia odpowiedzialności za rozwój dziecka, uczenie zasad postępowania z niepełnosprawnym dzieckiem). Pielęgniarka w swojej pracy powinna podejmować działania na rzecz wsparcia rodziny. Jest to wsparcie psychiczne, mające na celu łagodzenie stresu spowodowanego chorobą dziecka, podnoszenie motywacji do rehabilitacji. Wsparcie opiekuńczo-wychowawcze polega na pomocy w pełnieniu opieki nad dzieckiem. Czasem istnieje także konieczność wsparcia socjalnego, które udzielane jest przez instytucje państwowe, fundacje i stowarzyszenia. Polega ono na otrzymaniu takich świadczeń jak: zasiłek pielęgnacyjny i rodzinny. Zadanie pielęgniarki w tych działaniach polega na pomocy rodzicom w dotarciu do odpowiednich instytucji, które udzielą takiego wsparcia.