



**Wyższa Szkoła
Medyczna
w Legnicy**



**Wybrane zagadnienia
z pediatrii i opieki nad
dzieckiem niepełnosprawnym**

Redaktor naukowy - Edyta Kędra

Wybrane zagadnienia z pediatrii i opieki nad dzieckiem niepełnosprawnym

Pod redakcją naukową:
dr n. med Edyty Kędry

Współpraca:
mgr Czesław Kowalak

Materiały pokonferencyjne
Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy

© Copyright by Edyta Kędra
© Copyright by Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

Wydanie I, Legnica 2011
All rights reserved

Książka, ani żaden jej fragment, nie może być przedrukowywana bez pisemnej zgody Wydawcy. W sprawach zezwoleń na przedruk należy zwracać się do Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy

ISBN 978-83-62543-64-9

Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy
ul. Powstańców Śląskich 3, 59-220 Legnica
tel. 076 854 99 35
e-mail: dziekanat@wsmlegnica.pl

Spis treści

Wstęp.....	5
dr n. med. Edyta Kędra, dr n. med. Jolanta Pietras	
Wybrane zagadnienia przemocy wobec dzieci w środowisku rodzinnym	9
dr n. ekon. Bożena Chudak, dr n. med. Andrzej Permoda	
Profilaktyka wad postawy i kształtowanie zachowań prozdrowotnych, poprzez realizację programów terapeutycznych wśród dzieci, szansą na ich prawidłowy rozwój i życie bez bólu.....	15
mgr Aleksandra Bartkiewicz, mgr Joanna Kuka	
Udzielanie pierwszej pomocy przedmedycznej u dzieci. Wybrane sytuacje	31
dr n. med. Jarosław Czeszejko-Sochacki	
Rozpoznanie i leczenie astmy przewlekłej u dzieci do 5. roku życia.....	41
dr n. med. Maria Borczykowska-Rzepka	
Potrzeba wspierania matek dzieci z dystrofią mięśniową Duchenne'a – w świetle badań empirycznych nad poczuciem ich życiowej satysfakcji.....	51
dr Celina Witkowska	
Problemy emocjonalne dzieci niepełnosprawnych umysłowo przebywających w placówkach zamkniętych – raport z badań	69
mgr Krystyna Wiercińska	
Dziecko z trudnościami w rozwoju w praktyce szkolnej.....	77
Anna Gręda	
Dogoterapia jako metoda pracy z dziećmi niepełnosprawnymi w Polsce	89
Sylwia Kazan, Martyna Mazurczak, Tomasz Olechnowicz, Marcin Wieczorek	
Problem alkoholowy wśród młodzieży – próba oceny	99

Wstęp

W Państwa ręce oddajemy opracowanie odnoszące się do zagadnień z zakresu pediatrii i opieki nad dzieckiem niepełnosprawnym. Stanowi ono pokłosie przemyśleń poszczególnych autorów, którzy reprezentują różne dyscypliny naukowe i różne środowiska, co dodatkowo wpływa na wartość niniejszego opracowania.

Jednym z poruszanych tematów jest problem przemocy wobec dzieci z jakim można się spotkać w środowisku domowym. Może ona przybierać różne formy i dotyczy dzieci w różnym wieku. Aktualne doniesienia medialne, artykuły w prasie i Internecie niejednokrotnie oburzają opinię publiczną, ale nadal jest to „problem czterech ścian”. Ludzie boją się interweniować, nie wierzą w skuteczność podejmowanych działań. Dlatego zasadnym wydaje się ciągle uświadamianie społeczeństwa, głośne mówienie o problemie i zachęcanie do działania. Bo tak naprawdę w tym przypadku najbardziej cierpi dziecko.

Kolejnym ważnym aspektem jest profilaktyka wad postawy i zasadność kształtowania zachowań prozdrowotnych w oparciu o realizowane programy terapeutyczne skierowane do dzieci, które w swoich założeniach mają zwiększyć szansę tej grupy wiekowej na jej prawidłowy rozwój i życie bez bólu. Częstość występowania nieprawidłowości w postawie ciała u dzieci w wieku rozwojowym przyrasta już w takim tempie, że znaczne gremia naukowe zaczynają mówić o tym „zjawisku” jak o epidemii. Czyż byśmy mieli rzeczywiście do czynienia z epidemią wad postawy? Fakty są takie, że szereg czynników – zarówno fizjologicznych, środowiskowych jak i morfologicznych – wywołuje w organizmie reakcję łańcuchową co doprowadza do powstania i utrwalania się wad, co w następnej kolejności może stać się przyczyną rozwoju wielu przewlekłych schorzeń, którym towarzyszą uciążliwe zespoły bólowe a w wieku dorosłym mogą stać się one przyczyną częstych absencji w pracy, a niekiedy również niepełnosprawności.

W przeciągu ostatniego stulecia opracowano i wdrożono szereg metod postępowania korekcyjnego. Jak dotąd nie wymyślono jednak żadnego innego sposobu skutecznej naprawy wadliwej postawy na drodze innej niż indywidualnie dobrane i regularnie wykonywane ćwiczenia ruchowe, przy wykorzystaniu nowoczesnych metod fizjoterapeutycznych.

Wzrastający z roku na rok procent dzieci z wadami postawy stanowi już niewątpliwie poważny problem społeczny, a w Polsce również socjo-ekonomiczny.

Zważywszy na skalę problemu wad postawy i jego złożoność niezbędnym jest jak najszybsze upowszechnianie dobrych praktyk działania w postaci kompleksowo oddziałujących, powszechnych programów zdrowotnych pozwalających na skuteczne przeciwdziałanie temu zjawisku. Tym samym pozwoli to na znaczne zmniejszenie obciążenia finansowego systemu opieki zdrowotnej poprzez istotne zmniejszenie kosztochłonnych interwencji farmakologicznych i zabiegowych.

Aby móc zapewnić dziecku prawidłowy rozwój psychomotoryczny należy zadbać o jego zdrowie, w szerokim tego słowa znaczeniu oraz o jego bezpieczeństwo. Dziecko na każdym etapie swojego rozwoju ciekawe jest otaczającego go świata, dzięki czemu poznaje i uczy się nowych zachowań. Niestety, ciekawości niezmiennie towarzyszą nagle, nieszczęśliwe sytuacje, tj.: urazy, zadławienia i oparzenia. Udzielenie skutecznej pierwszej pomocy daje szansę, by uniknąć skutków wypadku i wyjść bezpiecznie z sytuacji zagrażającej zdrowiu lub życiu. W tym celu należy uznać wagę posiadania umiejętności udzielania pierwszej pomocy, ponieważ dalszy, szczęśliwy rozwój dziecka zależy jest właśnie od tej, wbrew pozorom, nieskomplikowanej procedury.

Zanieczyszczenie środowiska, sterylne warunki wychowania, coraz częściej pojawiające się alergie to jedne z głównych czynników przyczyniających się do rozwoju astmy oskrzelowej u dzieci. Jak można przeczytać w doniesieniu większość przypadków astmy, sięgających około 80%, ma swój początek przed 5. r. ż. Co prawda w tej grupie wiekowej pediatrii często diagnozują świsty, ale nie muszą być one związane z późniejszym rozwojem astmy. Ponadto ograniczenia w przeprowadzaniu badań diagnostycznych, szczególnie badań czynnościowych płuc, sprawiają, że rozpoznanie astmy jest trudnym zadaniem także dla specjalistów, problemem jest także ustalenie optymalnej terapii.

Narodziny dziecka niepełnosprawnego lub rozpoznanie u niego poważnej, zagrażającej życiu i jakości tego życia choroby, są wydarzeniami traumatycznymi, najczęściej zupełnie nieoczekiwanymi. Stres doświadczany w takiej sytuacji przez całą rodzinę i poszczególnych jej członków ma charakter przewlekły i narastający, co czyni jej położenie szczególnie trudnym.

Przykładem rzadkiego schorzenia, występującego z częstością 3/100000 żywo narodzonych noworodków płci męskiej jest dystrofia Duchenne'a. Jest to schorzenie rodzinno-dziedziczne o charakterze postępującym i dotyczy głównie mięśni szkieletowych (Michałowicz, 1983). Chorują tylko chłopcy a nosicielkami genu chorobowego są matki. Mimo braku wczesnej diagnozy i wczesnego rozpoznania choroby (a jest to czynnik niezwykle istotny dla dobrostanu psychicznego matek), chłopcy z dystrofią Duchenne'a są chorzy od urodzenia. Postawienie tak dramatycznej, zarówno dla dziecka, jak i jego rodziny diagnozy, dokonuje się najczęściej w momencie rozpoczęcia nauki samodzielnego chodzenia. Rodzice, a szczególnie matki, jako najwnikliwsze obserwatorki postępów rozwojowych dziecka na długo przed ostatecznym rozpoznaniem odczuwają lęk i niepokój związany z występowaniem niepotwierdzonych i wieloznacznych objawów takich jak: mniejsza sprawność motoryczna, „niezgrabność”, częste upadki, trudności z bieganiem, wstawaniem itp. Zdiagnozowanie u dziecka postępującej dystrofii mięśniowej będącej dla rodziny swoistym odpowiednikiem utraty osoby najbliższej, jest sytuacją nie tylko trudną lecz wręcz traumatyczną. Dlatego też autorka

zwraca uwagę na znaczenie odpowiedniego wsparcia matek opiekujących się dziećmi z tym schorzeniem, które może znacząco wpływać na podniesienie ich satysfakcji życiowej.

Mówiąc o niepełnosprawności należy pamiętać o dwóch jej postaciach: niepełnosprawności fizycznej i umysłowej. Obie postaci niepełnosprawności nadal, pomimo XXI wieku i wydaje się większej świadomości społeczeństwa, nie są akceptowane w grupie tzw. „zdrowej” części społeczeństwa. Autorka kolejnego doniesienia skupia się na dzieciach ze stwierdzoną niepełnosprawnością umysłową, które na co dzień znajdują się w placówce zamkniętej.

Upośledzenie umysłowe jest dysfunkcją organizmu człowieka, polegającą na opóźnionym rozwoju intelektualnym osoby dotkniętej tą niepełnosprawnością, a także na tym, że rozwój intelektualny jednostki, jaki następuje w procesach uczenia się, wyraża się inną jakością jego rozwoju. Wśród osób upośledzonych umysłowo w różnym stopniu występują różnice, często bardzo istotne w zakresie poszczególnych procesów orientacyjno-poznawczych, intelektualnych, emocjonalno-motywacyjnych i poziomu funkcjonowania społecznego. Duże zróżnicowanie występuje także między poszczególnymi stopniami upośledzenia u osób w takim samym wieku i o takim samym ilorazie inteligencji ogólnej oraz ilorazie dojrzałości społecznej.

Dzieci z upośledzeniem umysłowym jeszcze bardziej niż jednostki o prawidłowym rozwoju intelektualnym potrzebują wszechstronnej aktywności. Braki i ograniczenia wynikające z ich choroby powinny być równoważone bogatym dopływem wrażeń zmysłowych. Z racji swej odrębności dzieci te na ogół są mniej akceptowane w grupach rówieśniczych, jak również i niestety w całym społeczeństwie.

„Znoszenie barier” i „integracja” robi w Polsce zawrotną karierę, ale warto zastanowić się, co to znaczy w praktyce. Postawy prointegracyjne, tolerancja i zrozumienie problemów życiowych osób niepełnosprawnych wzrastają wraz z wykształceniem, a także z częstotliwością i bliskością kontaktów osobistych z nimi. Pozwalają one niepełnosprawnym na optymalny rozwój w ich naturalnym środowisku społecznym, w warunkach umożliwiających zaspokojenie ich różnorodnych potrzeb, przygotowują osoby niepełnosprawne do pracy zawodowej, pełnienia ról społecznych i samodzielnego podejmowania decyzji.

Obecnie obserwuje się silną tendencję zmierzającą ku temu, by wszystkie dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych, w tym również dzieci upośledzone umysłowo w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcić w szkołach ogólnodostępnych. Integracja szkolna to problem, który od lat przyciąga uwagę zarówno teoretyków, badaczy, jak i praktyków. Wśród specjalistów trwa nieustanny spór, dający się sprowadzić do szukania odpowiedzi na pytanie: czy wprowadzać System Kształcenia Integracyjnego? Szkoła specjalna, integracyjna czy ogólnodostępna? Nie ma jednak jednoznacznej odpowiedzi. Uczniowie niepełnosprawni, to bardzo specyficzna i niejednorodna grupa. Każdy z nich ma inne predyspozycje psychofizyczne, wymaga bardzo indywidualnego podejścia i specjalnych metod pracy.

Niezmiernie doniosłą rolę w rozwoju osoby niepełnosprawnej odgrywa odpowiednia rehabilitacja. W dobie współczesnych czasów terapeuci poszukują coraz to nowszych metod i programów terapeutycznych, które przyniosłyby niewymierny wpływ na poprawę ich rozwoju psychoruchowego. Jedną z nowatorskich form wspomagających

rehabilitację dzieci z wieloma dysfunkcjami rozwojowymi jest dogoterapia, która przez kontakt z psem łączy zarówno zabawę, naukę, jak i rewalidację. I właśnie ta forma rehabilitacji prezentowana jest przez autorkę kolejnego doniesienia, która w sposób czytelny prezentuje podstawowe zasady obowiązujące zarówno psa-terapeutę jak i jego opiekuna. Doniesienie to stanowi niewielką część pracy licencjackiej autorki, która w całości poświęcona była dogoterapii i jej znaczeniu w rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych.

Istotnym problemem z jakim boryka się współczesne społeczeństwo w odniesieniu do osób młodych jest występujący w tej grupie wiekowej problem alkoholowy. Wiele się na ten temat mówi i pisze, statystyki biją na alarm, iż jest to zjawisko systematycznie narastające w czasie i obejmujące coraz większą populację dzieci i młodzieży. Autorzy tego doniesienia, będący studentami kierunku Ratownictwa Medycznego, w ramach przedmiotu „promocja zdrowia” podjęli się próby zdiagnozowania skali omawianego problemu w wybranej grupie młodzieży. Zaprezentowane wyniki badań nie do końca potwierdzają doniesienia teoretyczne z zakresu spożywania alkoholu przez młodocianych. Faktycznie wiek inicjacji alkoholowej wskazuje na dość wczesny kontakt z tym środkiem odurzającym, ale z drugiej strony znaczny odsetek osób, które w badaniu zadeklarowało się jako abstynenci pozwala sądzić, że ma się do czynienia z młodzieżą, dla której alkohol nie jest środkiem potrzebnym do życia i do zaistnienia w grupie rówieśniczej. I jest to pozytywne zjawisko, które pozwala sądzić, że jest to problem, z którym można sobie poradzić, ale bardzo dużo zależy od samej postawy młodych ludzi.

Różnorodność prezentowanych zagadnień i tak nie wyczerpuje całości tematyki, nie mniej jednak wydaje się, że porusza istotne kwestie w omawianej dziedzinie.

Wybrane zagadnienia przemocy wobec dzieci w środowisku rodzinnym

dr n. med. Edyta Kędra, dr n. med. Jolanta Pietras
Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

*Dziecko może nauczyć dorosłych trzech rzeczy:
cieszyć się bez powodu, być ciągle czymś zajęтым
i domagać się – ze wszystkich sił – tego, czego pragnie.*

Paulo Coelho „Pięta Góra”

Przemoc w rodzinie to bardzo złożony problem. Jest ona ściśle powiązana z agresją, świadomą lub nie. Może być także wynikiem chęci wychowywania w karności i przestrzeganiu prawa, jak również krzywdzeniu najbliższych. Nieważne, z jakiej strony spojrzysz na to niepokojące zjawisko, skutki tego procederu są z reguły tragiczne i trudne, a niekiedy niemożliwe do odwrócenia.

Sposób postrzegania zjawiska przemocy jest nierozzerwalnie złączony z procesem demokratyzacji życia, którego fundamentalnym przejawem jest prawo do nietykalności osobistej. Opiera się ono na założeniu, że przemocą jest każdy akt godzący w osobistą godność jednostki, związany ze zmuszaniem jednostki do zachowań niezgodnych z jej własną wolą [1]. W przemocy cierpienie, szkodzenie, zadanie bólu psychicznego jest najczęściej sposobem osiągnięcia celu, jakim jest np. wymuszenie pożądanego zachowania. Nie musi ona być destruktywna, może kierować się wzniosłymi pobudkami. W agresji szkodzenie, cierpienie jest zawsze jednym z głównych celów. Znęcanie się emocjonalne i psychiczne to najczęściej stałe upokarzanie, zwracanie uwagi, odrzucanie, terroryzowanie, straszenie, izolacja od rówieśników i członków rodziny, przekupstwo, obojętność. Ta forma krzywdzenia jest najczęściej fragmentem innego zespołu krzywdzonych dzieci.

Krzywdzenie dzieci jest smutną prawdą współczesnego świata. Problem, o którym jeszcze kilkanaście lat temu niewiele mówiono, istniał i prawdopodobnie istniał będzie nadal. Zadaniem osób dorosłych, którzy zawodowo zajmują się pomaganiem dzieciom, wspieraniem ich prawidłowego rozwoju, zapewnieniem im bezpieczeństwa itp., jest wczesne i prawidłowe rozpoznawanie sygnałów świadczących o tym, że dzieje się dziecku krzywda.

Jedną z form przemocy w środowisku rodzinnym jest przemoc seksualna wobec dzieci. Istnieje wiele terminów określających wykorzystywanie seksualne dzieci, jednak nie zawsze są one zgodne. Często spotyka się terminy zamiennie, tj.: molestowanie seksualne, nadużycie seksualne, pedofilia, czy też krzywdzenie seksualne [2].

Termin „wykorzystanie seksualne” zwraca przede wszystkim uwagę na to, iż dorosła osoba lub inne dziecko używa swojej przewagi nad dzieckiem w sytuacji zależności

od siebie, dla osiągnięcia własnej korzyści. Przemoc seksualna obejmuje kazirodztwo, uwiedzenie, gwałt, wykorzystanie dzieci dla celów komercyjnych. Według WHO „wykorzystanie seksualne dziecka to włączenie dziecka w aktywność seksualną, której nie jest w stanie w pełni zrozumieć i udzielić na nią świadomej zgody, i/lub na którą nie jest dojrzałe rozwojowo i nie może zgodzić się w ważny prawnie sposób, i/lub która jest niezgodna z normami prawnymi lub obyczajowymi danego społeczeństwa. Z wykorzystaniem seksualnym mamy do czynienia, gdy taka aktywność wystąpi pomiędzy dorosłym a dzieckiem lub dzieckiem a innym dzieckiem, jeśli te osoby ze względu na wiek, bądź stopień rozwoju, pozostają w relacji opieki, zależności, władzy. Celem takiej aktywności jest zaspokojenie potrzeb innej osoby” [2, 3].

Fundacja Dzieci Niczyje w odniesieniu do wykorzystania seksualnego dzieci uważa, że jest to „(...) każde zachowanie osoby dorosłej, które prowadzi do seksualnego zaspokojenia kosztem dziecka. Będą to zachowania ekshibicjonistyczne, uwodzenie, świadome czynienie z dziecka świadka aktów płciowych, zachęcanie do rozbierania się czy oglądania pornografii” [1].

Najpopularniejszą definicją wykorzystywania seksualnego dziecka jest definicja Glasera i Frosta. Autorzy podają, że „(...) dzieckiem seksualnie wykorzystywanym uznać można każdą jednostkę w wieku bezwzględnej ochrony, jeżeli osoba dojrzała seksualnie, czy to przez świadome działanie, czy też przez zaniedbanie swoich społecznych obowiązków lub obowiązków wynikających ze specyficznej odpowiedzialności za dziecko, dopuszcza do zaangażowania dziecka w jakąkolwiek aktywność natury seksualnej, której intencją jest seksualne zaspokojenie osoby dorosłej” [2, 3].

Różnorodność kategorii przemocy seksualnej stosowanej wobec dziecka, jaka istnieje w literaturze, jest pochodną faktu, iż za wykorzystanie seksualne uznawana jest jakąkolwiek aktywność o charakterze seksualnym lub aktywność niezgodna z normami prawnymi, jak również obyczajowymi, funkcjonującymi w danym społeczeństwie [1, 3].

Pedofilia to termin medyczny określający seksualny popęd osoby powyżej wieku dziecięcego skierowany na dziecko. Mówiąc o pedofilii musi zostać spełnione kilka kryteriów, z których należy wymienić m.in.: trwałość wzorca zachowania sprawcy oraz istniejącą różnicę wieku pomiędzy pedofilem, a dzieckiem. Najczęściej jednak pojęcie to jest stosowane wobec sprawców seksualnego wykorzystywania dziecka. Regulacje prawne tego zjawiska są najczęściej odzwierciedleniem postaw społecznych oraz punktem odniesienia dla oceny nadużyć seksualnych wobec dzieci. W Polsce odpowiednie przepisy znajdują się w art. 200 Kodeksu Karnego, zgodnie z którym bezwzględnej ochronie przed wszelkimi formami nadużycia seksualnego podlega osoba małoletnia przed ukończeniem 15 r. z.:

„par. 1. Kto obcuje płciowo z małoletnim poniżej lat 15 lub dopuszcza się wobec takiej osoby innej czynności seksualnej lub doprowadza ją do poddania się takim czynnościom albo do ich wykonania, podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12.

Par.2. Tej samej karze podlega, kto w celu zaspokojenia seksualnego prezentuje małoletniemu poniżej lat 15 wykonanie czynności seksualnej.” [4].

Podstawą rozstrzygnięć prawnych jest branie pod uwagę ustaleń opisanych w systemach diagnostycznych WHO – ICD oraz Amerykańskiego Towarzystwa Pediatrycznego – DSM. Zgodnie z opisem w ICD – 10 (E65. 4) pedofilia należy do zaburzeń

preferencji seksualnych i można o niej mówić, jeśli zostaną spełnione następujące kryteria: osoba doświadcza powtarzającego się nasilonego popędu i wyobrażeń seksualnych dotyczących dzieci w wieku przed pokwitaniem, realizuje ten popęd i odczuwa z tego powodu wyraźne cierpienie, preferencja ta występuje co najmniej 6 miesięcy a osoba ma co najmniej 16 lat i jest co najmniej 15 lat starsza od dziecka lub dziecko jest w wieku przed pokwitaniem [2].

Sfera seksualnego funkcjonowania człowieka, jak mało która poddana jest społecznym manipulacjom i decyduje o niej co najmniej kilka istotnych czynników: charakter kultury danej społeczności, rozkład populacji – stosunek kobiet do mężczyzn, otwartość społeczności na inne grupy oraz rozwój procesów demokratyzacyjnych i emancypacja grup mniejszościowych wymuszająca respektowanie ich specyficznych potrzeb.

Normy, których naruszanie jest tak powszechnie i surowo potępiane są jednymi z najczęściej łamanych. Badania pokazują, że co najmniej ¼ dorosłych kobiet i co dziesiąty mężczyzna byli wykorzystywani seksualnie przed 16 r.ż. Z tego około 30 – 35% w związkach kazirodczych [5]. W Polsce statystyki sądowe ukazują zaledwie ułamek rzeczywistej skali zjawiska. Lew – Starowicz w swoich badaniach przeprowadzonych w 1992 roku stwierdził, że 24,9% dziewcząt i 22,3% chłopców zostało poddanych oddziaływaniu pornografii, 9% dziewcząt i 2% chłopców pobudzaniu narządów płciowych oraz 5,4% dziewcząt i 1,9% chłopców różnym czynom lubieżnym [6].

Jednak tendencji tych nie oddają statystyki kryminalne. Szacuje się, że zaledwie jeden na sto, czasami nawet mniej, przypadków wykorzystania seksualnego dziecka zostaje ujawnionych. Wskazuje się na następujące czynniki warunkujące tę sytuację: poczucie winy dziecka (szczególnie jeśli zostało przez sprawcę odpowiednio wystraszone lub odczuwało w wyniku kontaktu jakąś przyjemność), poczucie wstydu, nieczystości, grzeszności z powodu naruszenia sfery intymności, lęk przed utratą bliskich (zwłaszcza jeśli sprawcą jest osoba z rodziny), brak wiedzy o możliwości uzyskania pomocy i o osobach, do których dziecko może się zwrócić oraz bezradność, brak wiary w to, że ktoś może mu pomóc [7].

Wykorzystywanie seksualne dzieci ma kilka cech charakterystycznych, o których warto pamiętać: dzieci najczęściej wykorzystywane są przez osoby znajome, z ich bliskiego otoczenia, im młodsze dziecko, tym większe prawdopodobieństwo, że sprawcą wykorzystywania jest osoba z najbliższego kręgu, im bliższe rodzinne więzy łączą dziecko i sprawcę, tym większe prawdopodobieństwo, że wykorzystanie się powtórzy wielokrotnie, a dziecko będzie starało się zachować je w tajemnicy. Dzieci najczęściej wykorzystywane są nie przez gwałt, a przez uwiedzenie, szantaż, przekupstwo, dziewczynki wykorzystywane są dwukrotnie częściej niż chłopcy, chłopcy wykorzystywani są częściej przez mężczyzn. Wiekem największego ryzyka wykorzystania w przypadku dziewcząt jest 10-15 lat, w przypadku chłopców 3 – 12 lat. Ponadto najbardziej na wykorzystywanie narażone są dzieci nie lubiane w rodzinie lub dzieci, które dzieli duży psychologiczny dystans z opiekunami [1, 3, 5].

Efektom przemocy wobec dziecka jest także zespół dziecka maltretowanego (BSC). Stanowi on zespół obrażeń fizycznych, w tym licznych powstałych u dziecka w wyniku zamierzonego lub niezamierzonego działania osoby dorosłej. Często stosowane jest również określenie: zespół dziecka bitego lub zespół Silvermana. Pojęcie zespołu dziecka maltretowanego zostało sprecyzowane w Stanach Zjednoczonych na zjeździe

lekarzy „Symposium Amerykańskiej Akademii Pediatrii” w Los Angeles w 1961 roku przez Kempa i Caffego. Pełna nazwa tego zespołu brzmi „The Battered Child Syndrom” (BCS) i oznacza stan kliniczny występujący u małego dziecka, które doznało poważnego fizycznego obrażenia i jest częstą przyczyną uszkodzeń ciała czy śmierci [8]. Najnowsza definicja Battered Children, Child Abuse and Neglect (zespołu dziecka maltretowanego, nadużywanego, zaniedbywanego) ma bardzo szeroki zakres i brzmi, jak następuje: „Za maltretowanie dziecka uważa się każde zamierzone lub nie zamierzone działania osoby dorosłej, społeczeństwa lub państwa, działanie, które ujemnie wpływa na zdrowie, rozwój fizyczny i psychospołeczny dziecka, nim się ono zacznie, jest możliwe tylko w pewnym zakresie działania” [8, 9]. Skutki maltretowania są dla ofiary niszczące i zgubne dla rodziny. Dlatego tak ważne jest, aby przypadkom maltretowania dzieci zapobiegać, zamiast zwalczać jego skutki

W Polsce zespół dziecka maltretowanego został zdefiniowany po raz pierwszy na symposium naukowym w 1981 roku, zorganizowanym przez Sekcję Dziecięcej Chirurgii Urazowej Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych. W następstwie wyładowania fizycznego osoby dorosłej dochodzi do obrażeń, tj.: wylewy krwawe zewnętrzne, krwotoki wewnętrzne do narządów lub jam ciała (czaszki, opłucnej, jamy brzusznej), złamania kości długich lub czaszki. Obrażenia te najczęściej prowadzą do trwałego kalectwa lub nawet zgonu dziecka [8].

Od stycznia 1997 r. obowiązuje Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, gdzie w rozdziale XIX na str. 69 istnieje zapis: „Inne i nieokreślone skutki działania czynników zewnętrznych” (T66 - T78), a pod nr T74 – Zespoły Maltretowania, do których zalicza się między innymi: zespół bitemo dziecka, zespół dziecka potrząsanego, zespoły nadopiekuńczości – zespół Munchausena „per procuram”, nadużycia seksualne, maltretowanie dzieci przez dzieci [9].

Zespół dziecka maltretowanego jako jednostka chorobowa bywa często nierozpoznawany i niewłaściwie prowadzony przez lekarzy. Naraża to dziecko nie tylko na dalsze powikłania, ale także na dalsze ataki agresji ze strony rodziców. Za przyczynę tego zjawiska jednogłośnie uznaje się świadomy akt agresji ze strony rodziców, sprawujących opiekę nad dzieckiem. Występuje w różnych środowiskach, a w szczególności w środowiskach patologicznych. Zespół ten może wystąpić w każdym wieku, głównie dotyczy dzieci poniżej 3 roku życia [8, 10, 11].

Objawy kliniczne BSC są bardzo różnorodne. Często chirurdzy w swej praktyce lekarskiej spotykają przypadki, w których następstwa urazów są nikłe i w związku z tym jednostka chorobowa nie zostaje prawidłowo zdiagnozowana. Oddziały chirurgii dziecięcej rejestrują również przypadki wyraźnego uszkodzenia tkanek miękkich, kośćca i centralnego układu nerwowego, którym towarzyszy opóźniony rozwój fizyczny, niedożywienie i brak higieny [5, 7, 8].

Zespół dziecka bitemo to przemoc fizyczna przejawiająca się w nieprzypadkowym biciu, potrząsaniu, oparzeniu, zadziergnięciu, topieniu, duszeniu, czy też działaniu mającym doprowadzić do zranienia [5, 7, 8].

Zespół dziecka potrząsanego dotyczy przede wszystkim dzieci małych, noworodków i niemowląt. Rodzice potrząsający czy szarpiący dziecko są zazwyczaj bardzo młodzi, zajęci nauką lub też bez zajęcia. Zespół ten występuje w rodzinach wielodzietnych, wśród dzieci z różnych ojców, u matki przeważają objawy psychicznego niezrówno-

ważenia, a ojciec nadużywa alkoholu. Zdarza się, że rodzic nie mogąc znieść ciągłego krzyku niemowlęcia, potrząsa nim, trzymając go za kończyny lub całym jego ciałem, aby się uspokoiło, nie zdając sobie sprawy z tego, jakich obrażeń doznaje dziecko. Dla zespołu potrząsanego dziecka charakterystyczne są następujące objawy: wiek dzieci – niemowlęcy oraz lokalizacja złamań – przynasady kości długich, mnogość uszkodzeń w różnym okresie gojenia, cofania się objawów klinicznych i radiologicznych [7, 8]. Uraz wywołany potrząśaniem, rozciąganiem i wyginaniem powoduje gwałtowne odzielenie okostnej od trzonów i oderwanie przyczepów ścięgniętych w okolicy stawów, uszkodzenie nasad i przynasad. Przy potrząśaniu za kończyny niemowlęcia lub całym jego ciałem dojść może do wylewów śródczaszkowych i uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Stan miejscowy i obraz radiologiczny przedstawia różnorodne objawy: ubytek przynasad, fragmentacje kości, ogniska zwapnienia, zgrubienia okostnej, nawarstwienia okostnej (w późniejszym okresie od urazu), odwarstwienie okostnej przez wylew krwi (we wczesnym okresie od urazu). Pełny obraz przedstawia wylewy podoponowe, obrzęk mózgu, krwotoczną retinopatię, uszkodzenia nasad kości długich [5, 7, 8].

Często jednak zdarza się, że żaden z tych objawów nie jest wychwycony. Nieznaczne objawy, tj.: senność, brak apetytu, wymioty, często przypisywane są niegroźnej infekcji i nie wiąże się ich z doznanymi przez niemowlę urazami. Mięśnie szyi niemowlęcia są bardzo słabe. W trakcie gwałtownego potrząśania główka rzucana jest na wszystkie strony. Prowadzi to do przerwania małych, bardzo delikatnych żył na powierzchni mózgu, uchodzących do zatoki strzałkowej górnej opony twardej. Powoduje to krwawienie do przestrzeni podoponowej, zwykle obustronne. Prawie zawsze występuje krwawienie do gałki ocznej lub siatkówki i ciała szklistego [8]. W dalszym okresie rozwojowym u dziecka stwierdza się opóźnienie umysłowe i trwałe uszkodzenie mózgu. Konsekwencje neurologiczne są cięższe, niż we wszystkich innych typach urazów czaszki [5, 7, 8].

Zespół Munchausena per procura jest szczególną formą maltretowania dziecka, w której wywiad i choroby dziecka są całkowicie wymyślone lub sprowokowane, najczęściej przez matkę mającą zwykle zawód medyczny. Dziecko przechodzi wielokrotne badania ambulatoryjne i szpitalne, liczne hospitalizacje i zbędne, a nawet wręcz szkodliwe leczenie. Zespół ten dotyczy przede wszystkim dzieci poniżej 4 r. ż., które nie potrafią określić rzeczywistej sytuacji. Sygnały, które mogą ułatwić rozpoznanie tego zespołu to m.in.: obserwacja przewlekłej choroby o tak skomplikowanym przebiegu, że doświadczeni lekarze mają problem z postawieniem diagnozy, lekarze są bardziej zmartwieni stanem dziecka niż matka, objawy choroby zawsze występują w obecności matki, która odmawia rozstania się z dzieckiem, matka często jest zaprzyjaźniona z personelem medycznym [1, 7, 8, 10].

Akty krzywdzenia i okrucieństwa wobec dzieci, dotyczące zarówno sfery psychicznej, jak i fizycznej dziecka, są stosunkowo powszechną częścią codziennego życia w Polsce. Problemem ściśle związanym ze zjawiskiem maltretowania dzieci, wpływającym na istniejące wobec niego reakcje społeczne oraz rozmiary, jest przedmiotowe traktowanie dziecka i niejednokrotnie redukowanie celów wychowawczych do posłuszeństwa wobec dorosłych.

W Polsce w praktyce nie istnieje możliwość wczesnego wykrywania faktów pobicia. Są one najczęściej wykrywane wówczas, gdy zdarzy się tragedia. Fakt ten pociąga za

sobą niemożność kompensacji i wczesnej terapii, która wprowadzona byłaby wtedy, gdy silna ręka ojca lub cięty język matki, nie wyrządziły jeszcze głębokich ran na ciele i w psychice dziecka. Na całym świecie jednym z podstawowych sposobów walki ze zjawiskiem przemocy w rodzinie oraz jego profilaktyki jest oddziaływanie na świadomość społeczną.

Wykorzystywanie seksualne dzieci jest zjawiskiem powszechnie spotykanym nie tylko w Polsce, ale także we wszystkich rejonach świata. Jest to zjawisko nasilające się z każdym rokiem i obejmuje coraz młodsze ofiary. Umiejętność szybkiego rozpoznawania i odpowiedniego reagowania na tego typu negatywne zachowania i działania, może pomóc. Powinno się o tym pamiętać, zwłaszcza w czasach, kiedy tak dużo i głośno mówi się o przemocy i jej obliczach. Natomiast, aby móc mówić o zespole dziecka maltretowanego, rozpoznawać je, leczyć, a przede wszystkim mu zapobiegać, należy w pierwszej kolejności uświadomić sobie, że problem ten istnieje w każdym społeczeństwie. Ankieta przeprowadzona w USA ujawniła, że aż 97% ankietowanych zna problem i potrafi go rozpoznać, natomiast ta sama ankieta przeprowadzona w Polsce to mniej niż 50% odpowiedzi świadczących o znajomości zagadnienia zespołu dziecka maltretowanego [7]. W polskim ustawodawstwie każdy obywatel ma obowiązek społeczny powiadomienia prokuratury lub policji o fakcie krzywdzenia dzieci, natomiast lekarz – pełniący funkcję publiczną – ma obowiązek prawny.

PIŚMIENNICTWO:

- [1] Dymek – Balcerek K., Patologia zachowań społecznych – rzeczywistość przełomu wieków XX I XXI – rodzina dysfunkcyjna – przemoc, Wydawnictwo Politechniki Radomskiej, Radom, 2000
- [2] Sajkowska M., Wykorzystywanie seksualne dzieci – teoria, badania, praktyka, Fundacja Dzieci Niczyje, Warszawa, 2004
- [3] Glaser D., Frost S., Dziecko seksualnie wykorzystywane, PZWL, Warszawa, 1995
- [4] Flisek A., Kodeks karny z wprowadzeniem, C-h-Beck, Warszawa, 2011
- [5] Finkelhor D., Hotaling G.T., Lewis I.A., Smith Ch., Sexual abuse in national survey of adult of men and women, Child Abuse and Neglect, t.14, 1990
- [6] Lew – Starowicz Z., Przemoc seksualna, Jacek Santorski & Co., Warszawa, 1992.
- [7] Pospiszyl I., Przemoc w rodzinie, WSiP, Warszawa, 2000
- [8] Marzec-Holka K., Nie będziesz bił dziecka swego, WSP, Bydgoszcz 1996
- [9] Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 1996
- [10] Mazur J., Przemoc w rodzinie. Teoria i rzeczywistość, Wydawnictwo ŻAK Wydawnictwo Akademickie, Warszawa 2006 r.
- [11] Brańska Zofia, Karanie i nagradzanie dzieci w rodzinie miejskiej, WSP, Warszawa 2007 r.

Profilaktyka wad postawy i kształtowanie zachowań prozdrowotnych, poprzez realizację programów terapeutycznych wśród dzieci, szansą na ich prawidłowy rozwój i życie bez bólu

dr n. ekon. Bożena Chudak¹, dr n. med. Andrzej Permoda²

¹dyrektor Zespołu Rehabilitacji „Promyk” SP ZOZ w Zielonej Górze, wykładowca w Lubuskiej Wyższej Szkole Zdrowia Publicznego w Zielonej Górze, specjalista w dziedzinie zdrowia publicznego na mocy powierzenia obowiązków przez Ministra Zdrowia
² specjalista w dziedzinie fizjoterapii, Adiunkt Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu w Gdańsku, autor koncepcji Programu Profilaktyki, Diagnostyki i Terapii Wad Postawy „Prosto do Zdrowia”.

Wstęp

W ostatnich latach w Polsce obserwuje się znaczny wzrost występowania nieprawidłowości w postawie ciała u dzieci w wieku rozwojowym. Są one najczęściej spowodowane wadliwym trybem życia oraz złymi nawykami ruchowymi. Czynniki te wywołują w organizmie reakcję łańcuchową co doprowadza do utrwalania się wad, a w następnej kolejności może stać się przyczyną zaburzeń wzrostu kostnego, rozwoju chorób krążka międzykręgowego, znacznej asymetrii napięć mięśniowych i wielu innych. Zbyt późne wykrywanie odchyłań od normy bądź lekceważenie nawet niewielkich zaburzeń w postawie ciała, staje się również jedną z przyczyn występowania większej liczby wad postawy.

Obserwując różnorodność problemów związanych z wadami postawy lub postawami wadliwymi a także zmienność osobniczą w dynamice i kierunku ich progresji, można pokusić się o porównanie wady z reakcjami zachodzącymi po wkłuciu się drzazgi w palec. Jest to wrażenie powszechnie znane i nie stanowi ono większego problemu jeśli szybko i skutecznie tę drzazgę po prostu usunie się z palca. Trochę pokrwawi, trochę poboli i się wygoi. Tak jest też z postawami wadliwymi dzieci. We wczesnym okresie, przed akceleracją wzrostu można także skutecznie problem rozwiązać. Jednak gdy wada narasta wraz z narastaniem kostnym, niezauważona, to dziecko urośnie krzywo i tego już nikt nie zmieni... Najgorsze jest to, że tak naprawdę dopiero po wielu latach (po 30 roku życia), ten z pozoru niewinny problem zaczyna pacjentowi istotnie dokuczać. Dla społeczeństwa staje się on problemem socjo-ekonomicznym (zwolnienia chorobowe, koszty leków, wcześniejsze renty, itp.).

Wczesne wykrycie patologicznych zmian w obrębie postawy ciała, a zwłaszcza wczesne rozpoznanie skoliozy w grupie dzieci i młodzieży w okresie wzrostu, stwarza możliwość skutecznej profilaktyki i terapii wad postawy. Nawet całkiem z pozoru „niewin-

ne” zaburzenia symetrii ciała u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym mogą prowadzić do powstania poważnych, utrwalonych wad postawy.

Cechy charakteryzujące postawę prawidłową

Postawę ciała można opisać jako sposób trzymania się osobnika w pozycji stojącej, którego zewnętrznymi przejawami jest przestrzenny, wzajemny układ poszczególnych segmentów ciała oraz sylwetka ciała. Ten sposób trzymania się powinien być postrzegany jako układ dynamiczny, utrzymujący odpowiedni zrównoważony stan ciała wbrew sile grawitacji i niekorzystnym warunkom równowagi chwiejnej.

Biorąc pod uwagę indywidualność i zmienność postawy można stwierdzić, iż „postawa prawidłowa” jest w pewnym sensie pojęciem umownym a funkcjonujące w tym względzie normy stanowią zaledwie przybliżone wzorce, ułatwiające poruszanie się w tym złożonym zagadnieniu. Odstępując zatem od opisu sylwetek ciała mieszczących się niejako w normie warto nadmienić, iż powinna ona:

- zapewnić zrównoważenie i stabilność ciała (dzięki prawidłowej budowie układu kostno-stawowego i mięśniowego odpowiedniemu umiejscowieniu środków ciężkości oraz zrównoważeniu poszczególnych segmentów),
- zapewnić ekonomię wydatku energetycznego (w wyniku wykształcenia prawidłowego nawyku, dzięki sprawnie działającemu mechanizmowi regulującemu oraz właściwemu napięciu mięśni – głównie antygravitacyjnych),
- zapewnić dogodną pozycję wyjściową dla ruchów (poprzez odpowiedni zakres ruchomości wszystkich stawów, optymalne napięcie torebek stawowych i dobrą koordynację działania różnych grup mięśniowych),
- nie zaburzać czynności narządów wewnętrznych (oddychania, krążenia, trawienia, wydalania, itd.),
- zapewnić dużą wydolność statyczno-dynamiczną,
- spełniać wymogi estetyczne i psychologiczne.

Według K. Milanowskiej istnieją pewne cechy ogólne, które przyjmuje się za zasadnicze wyznaczniki postawy uważanej za prawidłową. Podstawowym (choć nie jedynym) kryterium prawidłowości jest symetria względem długiej osi ciała. Pion spuszczonej ze środka guzowatości potylicznej zewnętrznej powinien rzutować na wyrostki kolczaste kręgosłupa (oś kręgosłupa musi pokrywać się z rzutem pionu), przebiegać przez szparę międzypoślądkową i padać na środek tzw. czworoboku podparcia. Ustawienie analogicznych odcinków (punktów) ciała znajdujących się po lewej i po prawej stronie tej osi, musi być przy tym symetryczne. Oznacza to, że muszą być one jednakowo od niej oddalone (odsunięte bądź odchylone) oraz znajdować się na identycznej wysokości. W takiej sytuacji głowa ustawiona jest symetrycznie nad tułowiem, tułów nad miednicą, a ta nad czworobokiem podparcia.

Dobra postawa zależy od:

- prawidłowego ukształtowania układu kostno-więzadłowego.
- dobrze rozwiniętego i wydolnego układu mięśniowego.
- sprawnie działającego układu nerwowego.

Do cech charakteryzujących prawidłową postawę należą:

- proste ustawienie głowy,

Profilaktyka wad postawy i kształtowanie zachowań prozdrowotnych, poprzez realizację programów terapeutycznych wśród dzieci...

- fizjologiczne wygięcia kręgosłupa w płaszczyźnie strzałkowej oraz prosty kręgosłup w płaszczyźnie czołowej,
- dobrze wysklepiona klatka piersiowa: przednia ściana klatki piersiowej jest częścią ciała najdalej wysuniętą ku przodowi,
- dobrze podparta miednica na głowach kości udowych, proste kończyny dolne i prawidłowo wysklepione stopy.

Ocena postawy ciała

Wykrycie podstawowych nieprawidłowości postawy ciała nie jest rzeczą trudną i z pewnością każdy rodzic jest w stanie dostrzec poważne odchylenia od wzorca postawy prawidłowej u swojego dziecka. Należy jedynie wiedzieć, w jaki sposób patrzeć.

Ocenę postawy ciała powinno się przeprowadzać w dobrze oświetlonym, ciepłym pomieszczeniu, najlepiej na tle jednolitej powierzchni. Dziecko powinno być rozebrane do bielizny, należy też zwrócić uwagę, aby jego stopy ułożone były na jednej linii.

Oceny postawy dokonuje się oglądając dziecko z przodu, z tyłu i z boku. Patrząc z przodu należy sprawdzić, czy:

- nasada nosa, środek ust, szczyt bródki, mostek, pępek oraz spojenie łonowe znajdują się na jednej linii,
- barki są na jednym poziomie,
- klatka piersiowa jest symetryczna,
- miednica nie jest przesunięta w bok lub ustawiona skośnie,
- kończyny dolne są prawidłowo ustawione (bez koślawości lub szpotawości i przeprostu w stawie kolanowym),
- stopy są dobrze wysklepione.

Pomocna jest ocena symetrii trójkątów talii (tj. przestrzeni zamykającej się pomiędzy swobodnie zwisającym ramieniem, bocznym brzegiem klatki piersiowej i biodra). Asymetria trójkątów talii może wynikać z niewłaściwego ustawienia miednicy, może też towarzyszyć skoliozie.

Patrząc z tyłu ocenia się:

- symetrię ułożenia barków oraz łopatek,
- przebieg linii wyrostków kolczystych (mają one stanowić linię prostą, której przedłużeniem jest szpara międzypośladkowa),
- symetrię ustawienia miednicy i trójkątów talii,
- ustawienie stóp (oś piąty z osią podudzia wyznaczaną przez ścięgno Achillesa ma stanowić linię prostą).

Patrząc z boku sprawdza się:

- ustawienie głowy i barków (nie powinny być zanadto wysunięte do przodu),
- ustawienie łopatek (nie powinny odstawać od linii pleców),
- głębokość kifozy piersiowej i lordozy lędźwiowej (mają tworzyć łagodnie zarysowane łuki),
- wysklepienie klatki piersiowej,
- wypuklenie brzucha.

W przypadku zaobserwowania jakichkolwiek nieprawidłowości w postawie dziecka należy zwrócić się do lekarza lub fizjoterapeuty. Rodzic ma prawo mieć wątpliwości i pytać.

Należy pamiętać, że postawa ciała zmienia się wraz z wiekiem. Dzieci do 2-3 roku życia mogą mieć szpotawe kolana, podobnie jak koślawość kolan jest charakterystyczna dla dzieci przedszkolnych (3-6 lat). Jeżeli jednak odstęp pomiędzy kolanami lub kostkami przyśrodkowymi w pozycji stojącej jest większy niż 5 cm diagnozuje się wadę bez względu na wiek.

Małe dzieci mają fizjologicznie obniżone wysklepienie stóp, ale brak wyraźnie ukształtowanych łuków wysklepiających stopę u 6-latka wskazuje na płaskostopie i jest wskazaniem do ćwiczeń korekcyjnych. W przeciwieństwie do tego, koślawość stóp (odchylenie osi kości piętowej na zewnątrz, obciążanie przyśrodkowego brzegu pięty) jest wadą w każdym wieku i wymaga korekcji. Wszystkie dzieci do 6-7 roku życia powinny nosić obuwie z wysokim, sztywnym zapiętkiem, utrzymującym piętę w prawidłowym ustawieniu.

W życiu dziecka są dwa okresy, w których jest ono szczególnie narażone na rozwój wady postawy. Pierwszy z nich przypada na czas rozpoczęcia nauki szkolnej, kiedy dziecko zostaje przymuszone do wielogodzinnego przebywania w pozycji siedzącej. Nie ma ważniejszego ćwiczenia dla 6-latków, niż nauka prawidłowego siedzenia.

Drugi okres krytyczny to czas dojrzewania (10-13 lat u dziewczynek i 13-14 lat u chłopców). Dochodzi wtedy zwykle do pogorszenia jakości postawy wynikającej z przyspieszonego wzrostu, zmiany proporcji ciała, pozornego przesunięcia ogólnego środka ciężkości ciała, a czasami także niechęci do wysiłku fizycznego. W okresie tym należy częściej dokonywać oceny postawy ciała i zachęcać dziecko do uprawiania sportu lub rekreacyjnej aktywności fizycznej. W tym okresie nigdy nie można powiedzieć, że dziecko ma za dużo ruchu. Niestety przeważnie ma go niewiele.

Najczęściej występujące rodzaje wad postawy:

- plecy okrągłe – wada ta charakteryzuje się pogłębieniem fizjologicznej kifozy piersiowej, co przejawia się nadmiernym zaokrągleniem górnej części pleców. Hiperkifozie często towarzyszy wysunięcie głowy i barków ku przodowi oraz zmniejszone wysklepienie klatki piersiowej.
- plecy wklęsłe – jest to wada polegająca na pogłębieniu fizjologicznej lordozy lędźwiowej. Sylwetka dziecka widziana z boku charakteryzuje się nadmiernym uwypukleniem brzucha i pośladków oraz zbyt mocnym wygięciem dolnego odcinka kręgosłupa ku przodowi.
- plecy okrągło-wklęsłe – wada polegająca na pogłębieniu zarówno kifozy piersiowej, jak i lordozy lędźwiowej. W sylwetce dziecka obserwuje się nadmierne zaokrąglenie płaców w odcinku piersiowym oraz zwiększone pogłębione wygięcie kręgosłupa w odcinku lędźwiowym do przodu. Wadzie towarzyszy wysunięcie głowy i barków w przód, nadmierne uwypuklenie brzucha i pośladków.
- plecy płaskie – wada kręgosłupa charakteryzująca się spłyceniem lub zniesieniem krzywizn fizjologicznych. U dziecka obserwuje się zmniejszenie prawidłowego wygięcia odcinka piersiowego kręgosłupa w tył i/lub lędźwiowego w przód. Łopatki często odstawiają od linii pleców. Wada ta zmniejsza odporność kręgosłupa na obciążenia, upośledza jego funkcję amortyzacyjną i zwiększa ryzyko powstania skoliozy.
- skolioza – najpoważniejsza z wad postawy, zmienia ustawienie kręgosłupa we wszystkich trzech płaszczyznach. Duże skoliozy mogą zaburzać funkcjonowa-

nie narządów wewnętrznych. Dla skoliozy najbardziej charakterystyczne jest wygięcie boczne kręgosłupa oraz garb żebrowy (wyniosłość na plecach po stronie wypukłości łuku). Skoliozie towarzyszy często asymetria ustawienia barków i łopatek oraz miednicy.

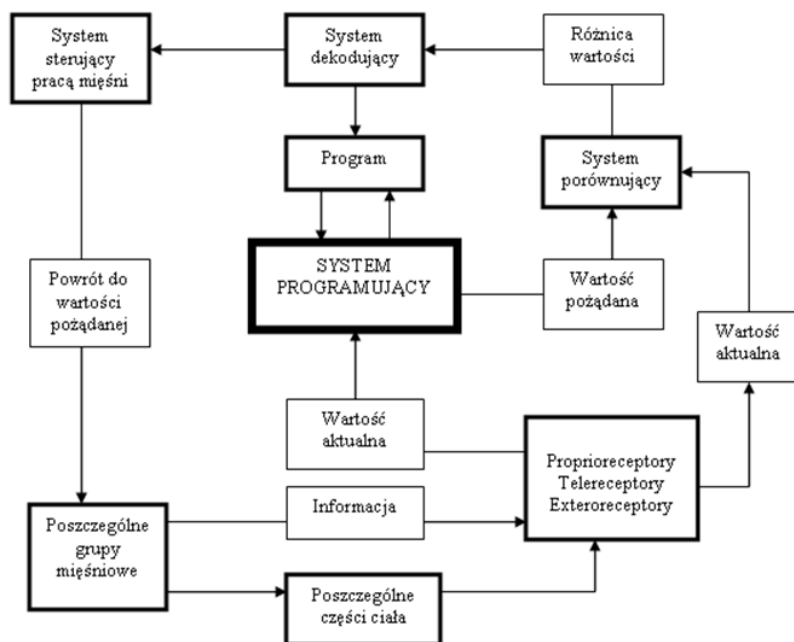
- płaskostopie – wada stóp polegająca na obniżeniu fizjologicznych łuków wyścielejących stopę. Płaskostopie obniża wydolność stopy. Wadzie tej często towarzyszy nieprawidłowe ustawienie kości piętowej. Płaskostopie może współwystępować z wadą kolan.
- kolana koślawe – wada kończyn dolnych uwidaczniająca się w pozycji stojącej. Dziecko stojąc ze złączonymi kolanami (kolana nieściśnięte, nie zachodzące na siebie) nie jest w stanie złączyć stóp. Odstęp pomiędzy kostkami większy niż 5 cm świadczy o wadzie.
- kolana szpotawe – wada kończyn dolnych uwidaczniająca się w pozycji stojącej. Dziecko stojąc ze złączonymi stopami nie może złączyć kolan. Odstęp pomiędzy kolanami większy niż 5 cm świadczy o szpotawości kolan. W wadzie tej często obserwuje się pałakowate wygięcie trzonów kości uda i podudzia na zewnątrz.

Przyczyny wad postawy

Prowadzone przez ośrodki akademickie badania przyczyn tego zjawiska, a także obserwacje i doświadczenia autorów niniejszego doniesienia ukazują szereg czynników wywołujących zaburzenia rozwoju biologicznego dzieci. Wspomniane czynniki można w najprostszym sposobie podzielić na:

- fizjologiczne – w tej sferze czynników ma się do czynienia z tzw. nawykami. Najczęściej dotyczy to nawyku nieprawidłowej postawy. Jest to na tyle mocno utrwalone w organizmie młodego człowieka, że nie odczuwa on tego faktu. Nie czuje, że ma wadę postawy. Często uświadomienie mu tego, pokazanie jego wady, wywołuje bardzo spontaniczne reakcje, szczególnie u dziewczynek. W tej kategorii czynników fizjologicznych mieszczą się także wady wzroku, a także wady słuchu – jakże często wywołujące wadę postawy, szczególnie wtedy, gdy są zbyt późno rozpoznane. Także takie czynniki jak stres czy trema, wysoki poziom lęku, szczególnie tego uogólnionego, to także istotne czynniki mogące mieć znaczny wpływ na powstanie i rozwój wady postawy.
- środowiskowe – zaliczyć tu należy zastraszająco niską aktywność ruchową, przy jednoczesnym nadmiernym obciążeniu dzieci pracą (nauką) szczególnie w pozycji siedzącej. W czynniki środowiskowe wpisują się także zupełnie nieergonomiczne meble, zarówno w szkole jak i w domu, a także złe oświetlenie. Do tej grupy zaliczyć należy również noszenie za ciężkich teczek z książkami, jednak nie należy przeceniać tego czynnika mimo, że jest on często przywoływany przez media, chyba raczej jako temat „dyżurny”.
- morfologiczne – należą do tych zmian wszelkie odstępstwa od symetrii i norm statycznych, osłabienie mięśni (szczególnie asymetryczne, gdy jedna część z nich jest zbyt wiotka, a ta po stronie przeciwnej zbyt napięta). Wraz ze wzrostem dziecka w tej asymetrii będzie ono uwidaczniało coraz większą wadę. Na

początku takie zmiany sygnalizowane są przez organizm tylko jako tzw. czynnościowa zmiana stanu tkanek. Jednak gdy nie podejmiemy żadnych działań naprawczych, dochodzi do zmian morfologicznych. W układzie kostnym mówi się zgodnie z prawem Wolfa i Delpecha – „kości uciśnięte rosną krzywo”. A jak już tak krzywo urosną to żadna próba ich korekcji właściwie nic nie daje. Należy więc najoptymalniej stawiać rozpoznanie w fazie czynnościowej zmiany, co jest jednak dość trudne i wymaga doświadczenia. Oczywiście jest, że taka kultywowana asymetria może doprowadzić nawet do poważnej wady postawy.



Ryc.1. Utrwalenie patologicznego ustawienia miednicy jako objaw fizjologicznej kompensacji (źródło: Nowotny J., Saulicz E. Niektóre zaburzenia statyki ciała i ich korekcja, AWF, Katowice 1998).

Może lepiej by było, gdyby rozwijający się organizm noworodka, wyposażony przez naturę w „garnitur” genetyczny warunkujący także postawę, nie podlegał wpływom warunków środowiskowych pełniących niejako funkcję informacji pozagenowej. Niestety, ten „garnitur” genetyczny nie determinuje wzrostu osobniczego. A to właśnie zestaw warunków środowiskowych w jakich wychowuje się i dorasta noworodek jest istotnym czynnikiem wpływającym na osobniczą zdolność utrzymywania postawy pionowej i przeciwstawiania się sile ciężenia. Noworodek nie jest wyposażony w mechanizmy pozwalające na przeciwdziałanie tym siłom.

Dopiero w procesie rozwoju osobniczego człowiek nabywa – i to stopniowo – umiejętności umożliwiające utrzymywanie właściwego układu ciała. Celowi temu służy szereg odruchów o charakterze reakcji wyprostnych i nastawczych. Ciało człowieka nie może znajdować się ciągle w stałej pozycji (np. stojącej) i statycznie przeciwdziałać siłom

grawitacji. Odbywa się to tak naprawdę w ciągłym ruchu, a właściwie w mikroruchach w stanie tzw. równowagi chwiejnej. Układ ten nazywany jest układem nadążnym lub serwomechanizmem. Polega to na tym, że przestrzennie usytuowane, różne segmenty ciała ludzkiego dążą do optymalnego, zrównoważonego stanu, ale nigdy nie osiągają go na dłuższy czas. Wyrazem takiego zachowania organizmu są tzw. wychwiania. Jest to jakby korygowanie nieustannych odchyień od pożądanego układu ciała. Wychwiania mają swoją częstotliwość i obliczane są na kilka do kilkunastu Hz. Wychwiania wymagają natychmiastowej korekty, a korekta na poszczególne wychwianie jest zawsze niestety zbyt obszerna. Dochodzi wówczas do swego rodzaju przesterowania, w wyniku którego uruchamia się nowa korekta w przeciwnym kierunku. Jeżeli w opisanej sytuacji czynniki środowiska zewnętrznego nie będą wpływały negatywnie na tworzący się wzorzec, będzie się obserwować prawidłowy rozwój i zrównoważoną postawę. Jeśli jednak zadziałają różnorodne, często nieuchwytny czynniki, to na każdym etapie rozwoju może zacząć tworzyć się wada postawy.

Na początku są one raczej nieuchwytny, co stanowi istotną trudność diagnostyczną a od diagnosty wymaga dużej znajomości problemu i doświadczenia. Dziecko w czasie rozwoju takiej wady, która tak naprawdę rośnie razem z nim, coraz częściej przyjmuje i utrzymuje pozycje odmiennie od prawidłowych. Tym działaniom sprzyjają istotne okoliczności środowiskowe: niewłaściwe ławki szkolne, noszenie za ciężkich tornistrów a szczególnie noszenie w niedbałych, niewłaściwych pozycjach, ale najbardziej sprzyja temu ograniczenie ilościowe a także jakościowe aktywności ruchowej.

Okres ten przypada najczęściej na początek wieku szkolnego co łączy się z naturalnym okresem akceleracji wzrostu. W tym czasie dziecko ze znacznej aktywności ruchowej musi zasiąść spokojnie w ławce szkolnej i przebywać w niej wiele godzin. Dochodzą do tego godziny spędzone przy odrabianiu lekcji. Czynniki te znacząco predysponują do rozwoju wady postawy.

Tak jak już wspomniano, jeżeli nie doszło wcześniej do zaburzenia wzorca - matrycy prawidłowej postawy, dziecko dorasta zdrowo. Jeśli jednak ta matryca została wcześniej zaburzona to w tej sytuacji tworzy się „nowa matryca” do której analogowana jest nowa sytuacja posturalna i wada zaczyna być traktowana jak norma (!). Dla takiego dziecka to ta niewłaściwa postawa staje się tą „właściwą”, a próba jej zmiany taktowana jest przez organizm jako niechciana interwencja. Powyższe uświadamia, z jak olbrzymim problemem ma się do czynienia. Zwracanie dziecku uwagi na niewłaściwą pozycję: „prostuj się”, „siedź prosto”, „nie garb się” jest w tej sytuacji zupełnie nieskuteczne.

Terapia wad postawy

W ciągu poprzedniego stulecia opracowano i wdrożono szereg metod postępowania korekcyjnego. Wiele z nich, jako zamknięta całość, straciło już na swej aktualności, choć ich elementy nadal są stosowane i często niezastąpione. Jak dotąd nie dopracowano się jednak jednej, w pełni skutecznej metody korygowania nieprawidłowości postawy ciała. Dotyczy to szczególnie bocznych skrzywień kręgosłupa, zwłaszcza idiopatycznych.

W terapii dzieci z wadami postawy wykorzystywane są m.in. techniki z metody PNF (ang. Proprioceptive neuromuscular facilitation), ćwiczenia oparte o tzw. sprzężenie zwrotne (ang. Biofeedback), ponadto w ćwiczeniach u dzieci z wadami postawy

wykorzystywane są techniki mobilizacji, techniki energizacji mięśni, trening kontroli sensomotorycznej – czuciowo-ruchowej. W terapii należy uwzględnić dysfunkcje ze strony systemu powięziowego oraz dysfunkcje w obrębie układu nerwowego, które mogą towarzyszyć wadom postawy.

Aktualnie w terapii skolioz powyżej 22 stopni stosuje się już także w Polsce (ośrodek w Zgorzlecu i Gdańsku) metodę FED. Jest to metoda opracowana przez profesora Sastre. Badania prowadzone przez wiele lat w Barcelonie pokazały, że praca tą metodą może prowadzić do niemal całkowitej korekcji skoliozy. W terapii stosuje się specjalnie zaprojektowane do tego celu urządzenie „FED system” potocznie zwane klatką Sastre. Terapia na tym urządzeniu rozciąga i modeluje kręgosłup powodując trwałe zmiany w układzie kostno-mięśniowym. Dzięki tej metodzie można ograniczyć tak znaczną w chwili obecnej liczbę zabiegów operacyjnych wykonywanych dzieciom ze skoliozą.

Celem postępowania korekcyjnego nie jest właściwie uzyskanie jakichś pojedynczych (lokalnych) rezultatów, lecz raczej doprowadzenie do sytuacji, w której skorygowana na miarę możliwości postawa będzie w efekcie utrzymywana ciągle, i to w sposób automatyczny. Problematyka ćwiczeń korekcyjnych, czy szerzej rozumianego postępowania korekcyjnego, była już przedmiotem licznych opracowań. Opisano w nich wiele metod takiego postępowania i rozmaitych ćwiczeń stanowiących dziś bogaty arsenał środków, spośród których zwykle wybiera się najkorzystniejsze dla danego przypadku.

Jak dotąd nie wymyślono więc żadnego innego sposobu naprawy wadliwej postawy na drodze innej niż indywidualnie dobrane i regularnie wykonywane ćwiczenia ruchowe. W tej sytuacji jednak na ćwiczenia te należy spojrzeć z innej perspektywy. Ćwiczenia nie powinny polegać na biernym sprowadzaniu układu ciała do wymaganego wzorca. To jest nieskuteczne. Organizm będzie zawsze automatycznie sprowadzał go do istniejącej matrycy tj. tego niewłaściwego wzorca.

Wskazany, wręcz konieczny, jest wprowadzenie systemu reedukacji posturalnej z feedbackiem. Oczywiście jest, że jeżeli zaistniały już przykurcze mięśni to należy je najpierw rozciągnąć, pozwalniać napięcia powięziowe i mięśniowe a mięśnie osłabione wzmocnić.

Pierwszorzędną jednak sprawą jest poprawność wykonywania wszelkich ćwiczeń korekcyjnych, by w wyniku wielu powtórzeń ponownie wytworzył się wzorzec prawidłowej postawy. Nie jest to jednak takie proste, gdyż jak wcześniej zostało zaznaczone postawa skorygowana jest dla dziecka czymś nienaturalnym. Cały system sterowania postawą dziecka przyzwyczał się do tego wadliwego układu. Tak więc korekcja postawy ciała oparta o własne (proprioceptywne) doznania dziecka będzie nieskuteczna. Dla wspomnianej reedukacji posturalnej w celu zmiany wadliwego wzorca należy zastosować ćwiczenia oparte o zastępcze sterowanie zwrotne – biofeedback. Istota tych ćwiczeń polega na tym, że bieżąca informacja o przebiegu ruchu jest dostarczana do ośrodkowego układu nerwowego odmienną niż normalnie drogą. Normalne drogi informacji proprioceptywnej w tym systemie są zastąpione zastępczymi drogami eksteroreceptorów.

Jednak prowadzone badania obiektywne z wykorzystaniem znakomitej aparatury zalecanej przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Propriocepcji i Postawy (ISPP) jakim jest urządzenie Delos Professional, ukazało jeszcze bardziej złożony obraz rzeczonoego problemu wad u dzieci. Ta „puszka Pandory” to stwierdzony obraz zaburzeń szeroko rozumianej kontroli postawy, wynikającej tak z zaburzeń jej prawidłowego rozwoju

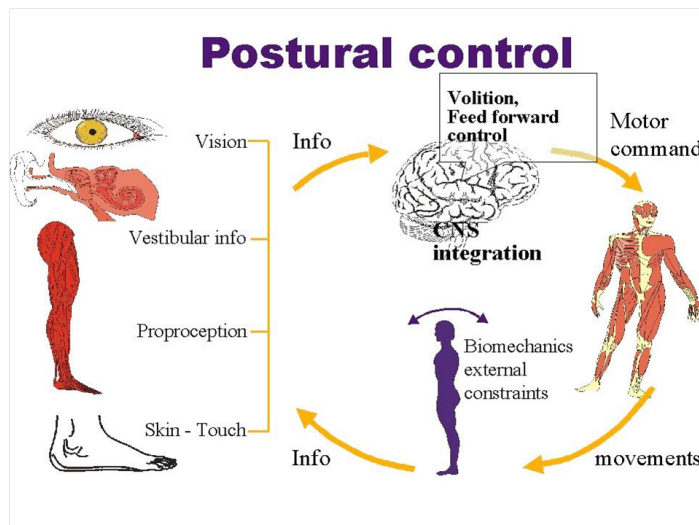
Profilaktyka wad postawy i kształtowanie zachowań prozdrowotnych, poprzez realizację programów terapeutycznych wśród dzieci...

w układzie przedsionkowym, jak i zaburzenia wynikłe z wpływu niezintegrowanych odruchów niemowlęcych na rozwój postawy.



Fot. 1. Badanie obiektywne kontroli postawy (źródło: Archiwum Zespołu „Promyk”)

Wyniki te ukazały zmiany w układzie nerwowym, a poprzez to w układzie mięśniowym jako wyraz odchyżeń w funkcjonowaniu układu ruchu. Niewątpliwym sprawcą większości z tych problemów jest istotny deficyt ruchu, szczególnie tego spontanicznego powtarzanego tysiące razy w okresie jego rozwoju. Wiadomym jest, że aktywność ruchowa w tym wieku obejmuje utrzymanie równowagi, lokomocję jak i ruchy dowolne. A związane z nimi procesy nabywania reakcji ruchowej są także źródłem informacji na temat stanu układu ruchowego.



Ryc. 2. System kontroli postawy (źródło: www.control.lth.se)

Na tym tle stwierdza się zaburzenia równowagi jak i stabilności. Równowaga wyrażona jest jako stan pionowej orientacji ciała, osiągnięte dzięki zrównoważeniu działających na ciało sił i ich momentów. Natomiast stabilność określana jest jako zdolność do aktywnego przywracania typowej pozycji ciała w przestrzeni utraconej w wyniku działania sił destabilizujących wynikających z własnej aktywności ruchowej i sił zewnętrznych. Zarówno wewnętrzne, jak i zewnętrzne układy odniesienia pozwalają na monitorowanie odchyłeń od stanu równowagi. Wzrok oraz system przedsionkowy są układami lokalnymi monitorującymi położenie głowy w przestrzeni. W przeciwieństwie do nich proprioceptory tworzą sieć czujników obejmujących swym zasięgiem całe ciało. Właśnie źle, lub w dalece niewystarczający sposób wykształcona sieć tych czujników na linii staw skokowy – głowa i głowa – staw skokowy, wydaje się być sprawcą tak znacznych zaburzeń kontroli równowagi ciała i stabilności postawy, w tym także lokomocji. Badania wykazują pojawienie się przewagi narządu wzroku jako raczej programowanie ruchowe, a nie spontaniczne, odruchowe utrzymywanie kontroli postawy i stabilności a przecież dla tego systemu przypisana jest tylko pomocnicza rola w tym procesie.

Możliwości efektywnego oddziaływania profilaktyczno – terapeutycznego na przykładzie Programu „Prosto do Zdrowia”

Wady postawy dotyczą w Polsce ok. 70% dzieci w wieku szkolnym. Dla przykładu badania 10.000 dzieci w Zielonej Górze wykazują, że aż u 77% występują wady postawy, w rejonie Łodzi jest to 71,8%, a na obszarze Warszawy liczby dochodzą nawet do 90% i co najgorsze, odsetek dzieci z wadami postawy z każdym rokiem się zwiększa.

Przyczyn zwiększania się ilości wad postawy należy doszukiwać się przede wszystkim w szybkim rozwoju współczesnej cywilizacji, co przynosi ze sobą przeobrażenia w środowisku dziecka. Do kolejnych przyczyn występowania tak dużej ilości wad postawy należy zaliczyć również niski poziom diagnostyki, profilaktyki i korekcji wad postawy w szkołach, rodzinach, a nawet placówkach opieki zdrowotnej, co powoduje zbyt późne wykrywanie wad. Procedury finansowane przez polski NFZ do końca 2010 roku wykazywały zupełny brak ofert związanych z tematem profilaktyki, diagnostyki i leczenia wad postawy. Dopiero począwszy od roku 2011 pojawiły się pierwsze kontrakty na świadczenia zdrowotne w Poradniach Wad Postawy, jednak zarówno dostępność do nich jak i zakres świadczeń finansowanych w ramach tychże poradni przez NFZ jest nadal wysoce niezadowolająca i nieodpowiadająca zarówno rozpoznanym potrzebom zdrowotnym wśród dzieci, jak i możliwościom diagnostyczno – terapeutycznym wynikającym ze współczesnej wiedzy medycznej.

Fakt rozbieżności między potrzebami zdrowotnymi naszego społeczeństwa, jego kondycji zdrowotnej i wydolnością finansową systemu opieki zdrowotnej wymaga wprowadzania udowodnionych i skutecznych narzędzi zdrowia publicznego w postaci efektywnych programów zdrowotnych do działań na rzecz zdrowia Polaków.

Przykładem dobrej praktyki, której oddziaływaniem należałoby objąć wszystkie dzieci, może być Program Profilaktyki, Diagnostyki i Terapii Wad Postawy „Prosto do

Profilaktyka wad postawy i kształtowanie zachowań prozdrowotnych, poprzez realizację programów terapeutycznych wśród dzieci...

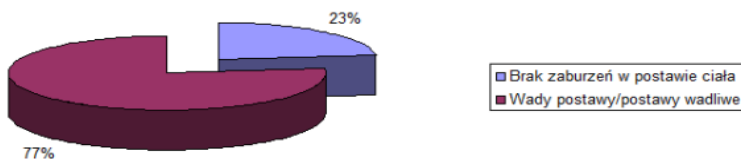
Zdrowia”, którego upowszechnienie dowiodłoby poczucia odpowiedzialności za przyszłą kondycję zdrowotną młodych obywateli, a tym samym stanowiłoby wyraz odpowiedzialności za przyszłą wydolność wytwórczą naszego społeczeństwa i jego zdolność do efektywnego funkcjonowania m.in. na rynku pracy.

Rzeczony Autorski Program realizowany był od stycznia 2009 roku do maja 2011 roku przez Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej „Promyk” SP ZOZ w Zielonej Górze, dzięki pozyskanym funduszom zewnętrznym (z Norweskich Mechanizmów Finansowych i Budżetu Miasta Zielona Góra). Program „Prosto do Zdrowia” miał charakter promocyjno – profilaktyczny oraz edukacyjno – terapeutyczny i obejmował swym zasięgiem wszystkie dzieci uczęszczające do szkół podstawowych zlokalizowanych na terenie Miasta i Gminy Wiejskiej Zielona Góra.

Realizację Programu wspierała prowadzona w różnych formach kampania informacyjna w mediach, kładąca nacisk na propagowanie poprawnej postawy i prozdrowotnych nawyków związanych z codziennym stylem życia dzieci i młodzieży. W ramach cyklicznych audycji radiowych, młodzi słuchacze oraz ich rodzice poznawali możliwości oceny swojej postawy ciała, byli zachęceni do podejmowania różnych form aktywności ruchowej wspierających ich rozwój, wzmacniających prawidłowe wzorce ruchowe. Słuchacze uczestniczyli także w konkursach związanych z tematyką wad postawy, a także mieli okazję posłuchać interesujących reportaży związanych z Programem i jego tematyką lub poczytać artykuły z zakresu profilaktyki wad postawy i najnowszych metod zwalczania tego problemu.

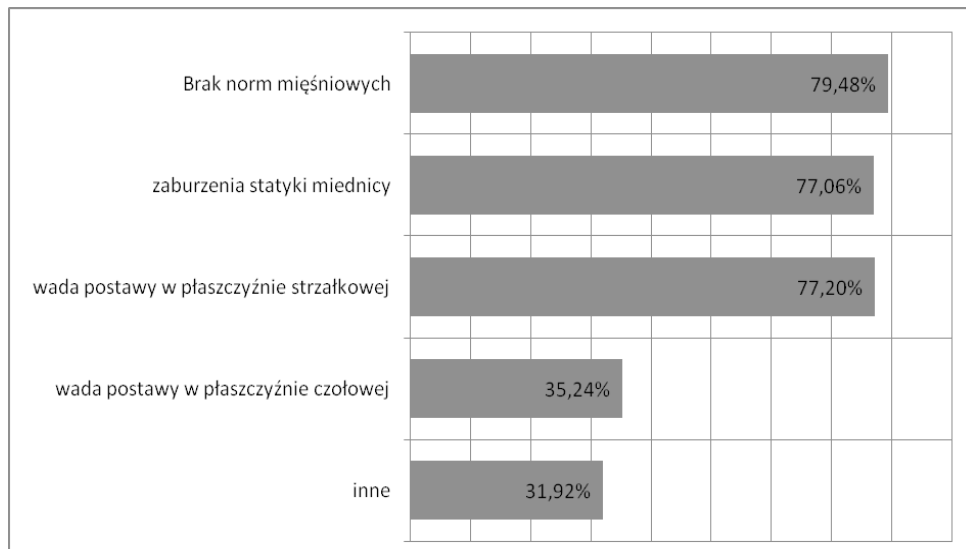
W ramach realizacji Projektu „Prosto do Zdrowia” poddano badaniom przesiewowym (diagnostyce czynnościowej) 7781 dzieci i młodzieży ze szkół podstawowych na terenie miasta Zielonej Góry i Gminy Zielona Góra. Każda badana osoba została poddana wzrokowej ocenie sylwetki w trzech płaszczyznach oraz czterem testom diagnostycznym. Pierwszym testem był test palce-podłoga, który badał przykurcz grupy mięśni kulszowo-goleniowych. Następnym wykonywanym testem był test Adamsa, który pozwala wykryć asymetrię kręgosłupa w płaszczyźnie poprzecznej i czołowej na podstawie występowania garbu żebrowego w odcinku piersiowym kręgosłupa bądź wału lędźwiowego w odcinku lędźwiowym kręgosłupa. Kolejnym testem był test statyki miednicy wykrywający asymetrię miednicy. Ostatnim testem był test Bertranda, który potwierdzał występowanie asymetrii kręgosłupa w płaszczyźnie poprzecznej i czołowej. Występowanie nieprawidłowości w poszczególnych płaszczyznach zostało uznane za wynik dodatni, wynik ujemny oznaczał, iż dana płaszczyzna nie odbiega od normy. Wyniki uzyskane z badań zostały zapisane w indywidualnej dla każdego dziecka karcie badań, a następnie wszystkie wyniki zostały pogrupowane w tabeli i przeanalizowane.

Uzyskane wyniki wskazują, iż problem wad postawy dotyczy aż 77,00% populacji dzieci z terenu objętego Programem.



Wykres 1. Skala występowania problemu wad postawy wśród dzieci objętych Programem „Prosto do Zdrowia” (źródło: badania własne, 2009-2011).

Wśród zaobserwowanych nieprawidłowości dominują zaburzenia statyki miednicy (77,06%) oraz wady postawy w płaszczyźnie strzałkowej (77,20%). Zatrważająca jest także skala braków norm długości mięśni kończyn dolnych u dzieci. Prawie 80,00% dzieci nie potrafiło wykonać poprawnie testu palce – podłoga. Swoistym „rekordem” jest przypadek chłopca, który uzyskał wynik minus 42cm (!).



Wykres 2. Rodzaje wad i zaburzeń postawy oraz częstość ich występowania (źródło: badania własne, 2009-2011)

Istotnym problemem jest także fakt, że spośród dzieci mających wady postawy, tylko niewielki odsetek, tj. 8,9%, dotknięty był tylko jedną wadą. Zmartwienie budzi fakt, że większość dzieci miała tych wad kilka, w tym aż u 31,30% stwierdzono występowanie cztery z nich.

Spśród dzieci poddanych badaniom przesiewowym, 3500 dzieci zostało objęte badaniem kontroli postawy w systemie diagnostyki obiektywnej przy użyciu aparatu Delos Professional.

Dzieci wymagające specjalistycznych konsultacji lekarskich bądź diagnostyki obrazowej, zostały w ramach Programu objęte opieką ortopedy, radiologa i/lub neurologa dziecięcego.

Dzieci z rozpoznanymi wadami postawy korzystały z indywidualnej, systematycznej terapii połączonej z edukacją ich rodziców i/lub opiekunów. Celem tej edukacji było przedstawienie rodzicom potrzeby współuczestniczenia w procesie terapeutycznym i nabycia wiedzy oraz umiejętności pozwalających na kontynuowanie terapii w środowisku domowym. W ramach programu zrealizowano 10 000 wizyt połączonych z indywidualną rehabilitacją dziecka.

Także w ramach Programu „Prosto do Zdrowia” nauczyciele wychowania fizycznego, prowadzący zajęcia z korekcji wad postawy, nauczania początkowego oraz pielęgniarce świadczące usługi w szkołach podstawowych na terenie Zielonej Góry oraz Gminy Wiejskiej Zielona Góra korzystały z wykładów i warsztatów szkoleniowo-unifikują-

Profilaktyka wad postawy i kształtowanie zachowań prozdrowotnych, poprzez realizację programów terapeutycznych wśród dzieci...

cych, realizowanych w 3 blokach tematycznych. Cieszyły się one dużym powodzeniem, gdyż dały uczestnikom możliwość zapoznania się z najnowszymi metodami w leczeniu wad postawy i skolioz. Było to także doskonałe forum do wzajemnej dyskusji w celu wypracowania wspólnej platformy działania.

Realizacja Projektu pozwoliła także na zakup specjalistycznego sprzętu diagnostyczno-rehabilitacyjnego, a także utworzenie na terenie Zespołu Rehabilitacji „Promyk” prozdrowotnego placu zabaw dla dzieci. W ramach powyższego programu dokonano również znakomitego opracowania broszury informacyjnej dla rodziców i opiekunów. Jest to prosta ale bardzo czytelna forma przekazu ważnych, niezbędnych informacji o rozpoznawaniu problemu, terapii i co najważniejsze – profilaktyce. Rzeczoną broszurę informacyjno-szkoleniową z załączonym filmem edukacyjnym (także opracowanie własne), skierowano do wszystkich objętych programem dzieci i ich rodziców.

Dzieci objęte terapią indywidualną otrzymały także materiały instruktażowe uwzględniające ich indywidualne potrzeby terapeutyczne celem kontynuowania ćwiczeń w warunkach domowych.

Bieżącą wiedzę na tematy związane z problematyką wad postawy dzieciom i rodzicom udostępniał utworzony przez Autorów Programu Portal Internetowy „Prosto do Zdrowia”.

Uzyskane obiektywne rezultaty kliniczne Programu „Prosto do Zdrowia” jak i subiektywna ocena skuteczności i zapotrzebowania na tego rodzaju programy, wyrażona przez uczestników Programu, jednoznacznie wskazują na konieczność zwiększania dostępności do tego rodzaju oddziaływań diagnostyczno – terapeutycznych i edukacyjnych wśród naszego społeczeństwa.

Zważywszy na skalę problemu wad postawy i jego złożoność niezbędnym jest upowszechnianie tego rodzaju dobrych praktyk działania, pozwalających na skuteczne przeciwdziałanie zjawisku wad postawy i tym samym znaczne zmniejszenie obciążenia finansowego systemu opieki zdrowotnej poprzez istotne zmniejszenie kosztochłonnych interwencji farmakologicznych i zabiegowych.

Niestety, realizacja programów profilaktycznych w Polsce napotyka na wiele trudności. Wśród czynników wpływających niekorzystnie na prawidłową realizację profilaktyki, należy zwrócić uwagę na te, które występują stale: brak zainteresowania profilaktyką decydentów ds. zdrowia i nierzadko towarzyszący temu brak odwagi politycznej do zmiany alokacji środków przeznaczonych na opiekę zdrowotną w kierunku wzmacniającego obszar profilaktyki, permanentnie niskie środki finansowe przeznaczone na kompleksowe oddziaływania profilaktyczno – diagnostyczno - terapeutyczne, a także zdrowotne style życia młodych ludzi.

Tymczasem wiadomym jest, iż zapobieganie zjawiskom szkodliwym i szkodzącym zdrowiu jest znacznie bardziej skuteczne i ekonomiczne niż zwalczanie ich negatywnych skutków.

Tak więc tworzenie i realizacja dobrej jakości programów zdrowotnych wdrażanych do praktyki samorządowej na poziomie lokalnym oraz regionalnym powinna stać się głównym celem strategii wzmacniających kapitał ludzki i jego możliwości efektywnego funkcjonowania na każdym etapie rozwoju naszego społeczeństwa.

Nie mniej ważną rolę w profilaktyce odgrywa wpływ szeroko pojętego środowiska. Stąd działania odnoszące się do potęgowania zdrowia i zapobiegania określonym

problemom zdrowotnym muszą być podejmowane w wielu obszarach, a mianowicie nie tylko na poziomie kompetencji i efektywnej współpracy różnych resortów (nie tylko zdrowia!), na poziomie odpowiedzialności samorządów terytorialnych, ale także przy nieustannym wzmacnianiu świadomości społeczeństwa na temat ich wpływu na zdrowie własne i najbliższego otoczenia: w rodzinie, szkole, środowisku rówieśniczym, miejscu zamieszkania itp.

Skuteczność kliniczną i efektywność ekonomiczną Program Profilaktyki, Diagnostyki i Terapii Wad Postawy „Prosto do Zdrowia” zawdzięcza przede wszystkim poprawności metodologicznej na poziomie preparacji, organizacji i realizacji Programu, kompleksowości oddziaływania oraz odpowiedniemu doborowi metod diagnostyczno – terapeutycznych pracy, jak i wysokich kompetencji osób realizujących Program.

Powyższe atrybuty Programu „Prosto do Zdrowia” w połączeniu z niezwykle racjonalnym zaplanowaniem i wykorzystaniem środków finansowych przeznaczonych na jego realizację, oraz dokonaniem jego rzetelnej ewaluacji ekonomicznej zarówno na etapie jego przygotowania, realizacji jak i zakończenia, upoważnia do wskazania koncepcji „Prosto do Zdrowia” jako rozwiązania wartego nie tylko kontynuacji na poziomie regionalnym, ale i upowszechniania rzeczonoego rozwiązania na terenie całego kraju.

Niewątpliwie wyczerpanie tego ogromnego tematu zajęłoby jeszcze wiele tomów, zwłaszcza gdyby pokusić się o prezentację licznych teorii, jakich jest on przedmiotem. Z konieczności praca ogranicza się do tego, co wydaje się najważniejsze, czyli do bieżącej obserwacji rozwoju oraz do zmian postawy pod wpływem wielu czynników, wpływających na jej kształtowanie. Wszystko to wynika z nieustannego i złożonego rozwoju istoty ludzkiej.

PIŚMIENNICTWO:

1. Białek M., Skoliozy – ciągle rosnący problem naszego społeczeństwa. Praktyczna fizjoterapia&rehabilitacja Nr.18/ 2011.
2. Białek M., Mhango A., Complex Diagnostic and Therapy of Spinal curvatures and Scoliosis According to FITS Concept, on Dysfunctions of The Locomotor System. University of Medical Sciences, 1/2010.
3. Białek M., Michalak A., Kucza A., Skuteczne metody leczenia skolioz. Medycyna Manualna, nr 1-2, 2003.
4. Kaczmarek J., Raczkowski J., Krajewski T., Rapacka E., Analiza częstości występowania wad postawy u dzieci i młodzieży wybranej dzielnicy aglomeracji łódzkiej. Kwartalnik ortopedyczny 1, 32, 2001.
5. Kasperczyk T., Neurofizjologiczne podstawy kształtowania nawyku prawidłowej postawy ciała. Postępy Rehabilitacji, 1, 3-4, 1987.
6. Kasperczyk T., Wady postawy ciała. Kasper, Kraków 2004.
7. Kinel E., Fizjoterapia w wadach postawy. w: Profilaktyka wad postawy i kształtowanie zachowań prozdrowotnych wśród dzieci. Materiały szkoleniowe, Poznań 2011.
8. Kotynia A., Klimont L., Permoda A., Krajka P., Zaburzenia w rozwoju postawy ciała i integracji odruchów u dzieci urodzonych przedwcześnie. Medycyna Manualna,nr.1-4, 2008.

Profilaktyka wad postawy i kształtowanie zachowań prozdrowotnych, poprzez realizację programów terapeutycznych wśród dzieci...

9. Kutzner- Kozińska M., Olszewska E., Popiel M., Trzcińska D., Proces korygowania wad postawy. AWF, Warszawa 2008.
10. Nowotny J., Feedback w reedukacji posturalnej. Fizjoterapia Polska, nr 1, 2001.
11. Nowotny J., Podstawy fizjoterapii. Podstawy teoretyczne i wybrane aspekty praktyczne. Kasper, Kraków 2004.
12. Nowotny J., Podstawy kliniczne fizjoterapii w dysfunkcji narządu ruchu. Medipage, Warszawa 2006.
13. Nowotny J., Saulicz E., Niektóre zaburzenia statyki ciała i ich korekcja. AWF, Katowice 1998.
14. Olszewska M., Permoda A., Jasięga J., Metody badania czynnościowego narządu ruchu w diagnostyce patologicznego ustawienia miednicy. Kwartalnik Medycyna Manualna, nr 1-4 /2007.
15. Permoda A., Permoda A., Chudak B., Problem występowania nieprawidłowości postawy u dzieci i młodzieży w rejonie Zielonej Góry i okolic. Praca oryginalna. Zdrowie Publiczne, 120(4), 2010, str. 361-364.
16. Sastre S.F., Metody leczenia skolioz, kifoz i lordoz. Markmed Rehabilitacja, Ostrowiec Św. 2008.
17. Ślusarz K., Permoda A., Skoliozy w osteopatii. Kwartalnik Medycyna Manualna, 1-4/2009.

Udzielanie pierwszej pomocy przedmedycznej u dzieci. Wybrane sytuacje.

mgr Aleksandra Bartkiewicz, mgr Joanna Kuka
Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

Największym darem, jaki można dać dziecku jest zdrowie. Dzięki niemu możliwy jest prawidłowy rozwój psychomotoryczny. Niestety, ciekawości – naturalnej cesze charakteryzującej zdrowy rozwój dziecka, pozwalającej na poznawanie otaczającego je świata – niezmiennie towarzyszą nagłe, nieszczęśliwe sytuacje, tj.: urazy, zadławienia i oparzenia. Udzielenie skutecznej pierwszej pomocy daje szansę, by uniknąć skutków wypadku i wyjść bezpiecznie z sytuacji zagrażającej zdrowiu lub życiu. W tym celu należy uznać wagę posiadania umiejętności udzielania pierwszej pomocy, ponieważ dalszy, szczęśliwy rozwój dziecka zależy właśnie od tej, wbrew pozorom, nieskomplikowanej procedury.

Europejska Rada Resuscytacji (ERC – European Resuscitation Council) wydała w październiku 2010 roku nowe wytyczne, które podsumowują dotychczasowy – międzynarodowy dorobek naukowy, dotyczący procedury postępowania przy udzielaniu podstawowej i zaawansowanej pierwszej pomocy, a więc kierowanej do wszystkich osób, niezależnie od stopnia ich wykształcenia i kwalifikacji. Wiedza na temat resuscytacji wciąż się rozwija, dlatego wytyczne te muszą być stale kontrolowane i uaktualniane na podstawie przeprowadzonych badań naukowych (co 5 lat) [1]. Efektem dokonywanych zmian ma być opracowanie najlepszego sposobu postępowania w odniesieniu do tych działań [2].

Wytyczne ERC z 2010 r. opisują szczegółowo zasady postępowania m. in. w zakresie:

- podstawowych i zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych u dorosłych [3, 4] i dzieci [5],
- zastosowania automatycznych defibrylatorów zewnętrznych [3],
- elektroterapii [6],
- resuscytacji noworodków bezpośrednio po porodzie [7],
- zatrzymania krążenia i prowadzenia postępowania w sytuacjach szczególnych: np. przy zaburzeniach elektrolitowych, hipo- i hipertermii, astmie, anafilaksji, urazach, cięży, porażeniu prądem [8].

Zabiegi resuscytacyjne u dzieci. Ze względu na niższą częstość występowania krytycznych zagrożeń życia, zwłaszcza zatrzymania krążenia oraz urazów u dzieci niż u dorosłych oraz z tego powodu, że większość stanów nagłych u najmłodszych jest początkowo zaopatrywana przez najbliższe im osoby (np. rodziców), które nie specjalizują się w resuscytacji dzieci, celem aktualizacji wytycznych resuscytacji 2010 jest m.in. dążenie do uproszczenia i ułatwienia procedury postępowania z pacjentami pediatrycznymi, po to, by opiekun dziecka mógł bez problemu opanować zasady pomocy i bezzwłocznie podjąć w razie potrzeby działania ratujące zdrowie lub życie [5]. Podano również terminologię dotyczącą rozróżnienia najmłodszych pacjentów ze względu na ich wiek, co ma ułatwić decyzję o wyborze postępowania w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia:

- **świeżorodek** – noworodek tuż po porodzie,
- **noworodek** – dziecko do 4. tygodnia życia,
- **niemowlę** – dziecko poniżej 1. roku życia,
- **dziecko** odnosi się do dzieci między 1. rokiem życia, a początkiem okresu pokwitania,
- **nastolatek** – osoba w okresie pokwitania (wobec nastolatków można używać algorytmów stosowanych u osób dorosłych) [9].

Górną granicę wieku różnicującą dziecko z osobą dorosłą ustalono na rozpoczęcie okresu pokwitania. Jeśli ratownik zastanawia się, w jakim przedziale mieści się osoba poszkodowana, może wybrać albo schemat postępowania wobec dorosłego, albo wobec dziecka, ponieważ ze względu na etiologię zatrzymania krążenia „model pediatryczny obowiązuje aż do wczesnego okresu dojrzałości” [9].

Rozróżnienie niemowlęcia od starszego dziecka jest z kolei niezwykle ważne i musi zostać precyzyjnie rozstrzygnięte (co nie jest trudne), ponieważ w obu tych przypadkach obowiązywać będą istotne różnice zarówno w rozpoznaniu (inne miejsce badania tętna), jak i w postępowaniu resuscytacyjnym (inne techniki uciśnięć i wentylacji).

Drożność dróg oddechowych i wydolność oddechową ocenia się przybliżając swoją głowę do ust poszkodowanego dziecka w taki sposób, by pozycja ta umożliwiła jednoczesną obserwację klatki piersiowej, wyczuwanie ewentualnego ruchu powietrza wydychanego na swoim policzku i nasłuchiwanie szmeru oddechu [10].

Ustalono, że rozpoznanie zatrzymania krążenia niekoniecznie musi odbywać się przy zastosowaniu badania tętna u dzieci czy niemowląt, gdyż czas przeznaczony na wszelkie czynności mające na celu ocenę oznak krążenia, a w konsekwencji dalszy wybór postępowania, jest bardzo krótki i wynosi zaledwie do 10 sekund. Badanie tętna, nawet przez personel medyczny, jest dość trudnym zadaniem, dlatego powinno się koncentrować w tym czasie na poszukiwaniu innych oznak życia, takich jak miarowy oddech, kaszel, każdy ruch. Jeśli ratownik jest osobą doświadczoną, może oczywiście dodatkowo sprawdzić tętno na tętnicy szyjnej (u dzieci), ramiennej (u niemowląt) lub udowej (zarówno u dzieci jak i niemowląt).

Jeśli dziecko nie wykazuje powyższych oznak życia, ratownik przedmedyczny powinien natychmiast zawołać po pomoc i rozpocząć **resuscytację krążeniowo-oddechową (RKO)**. Prawidłowe postępowanie polega na zastosowaniu sekwencji ABC (A – airway/drogi oddechowe, B – breath/wentylacja, C – circulation/przywracanie krążenia) [11].

W zależności od tego, czy na miejscu zdarzenia znajduje się jeden ratownik czy więcej, stosunek uciśnień klatki piersiowej do wentylacji (compression ventilation – CV) stosowany w resuscytacji dzieci wynosi 30 uciśnień do 2 oddechów ratowniczych (dla jednego ratownika, który przeszedł szkolenie BLS – udzielania podstawowych zabiegów resuscytacyjnych dorosłym) lub 15:2 (dla ratowników z obowiązkiem udzielenia pomocy), ponieważ skuteczność tej metody została potwierdzona w badaniach na zwierzętach oraz na manekinach [9]. Stosunek CV jako element nowych wytycznych ma na celu usprawnić i maksymalnie przyspieszyć działania zmierzające do przywrócenia krążenia, dlatego, gdy na miejscu zdarzenia obecna jest tylko jedna osoba z obowiązkiem udzielenia pomocy, może ona również wykonywać RKO w stosunku 30:2 jeśli napotyka trudności w naprzemiennym wykonywaniu wentylacji i uciśnień. Istnieją jednak sytuacje, kiedy ratownik nie jest w stanie lub nie chce prowadzić wentylacji; wówczas konieczne jest wykonywanie przynajmniej uciśnień klatki piersiowej.

Uciskanie klatki piersiowej ze względu na różnice w wielkości klatki piersiowej u niemowlęcia i u dziecka będzie się między sobą różnić:

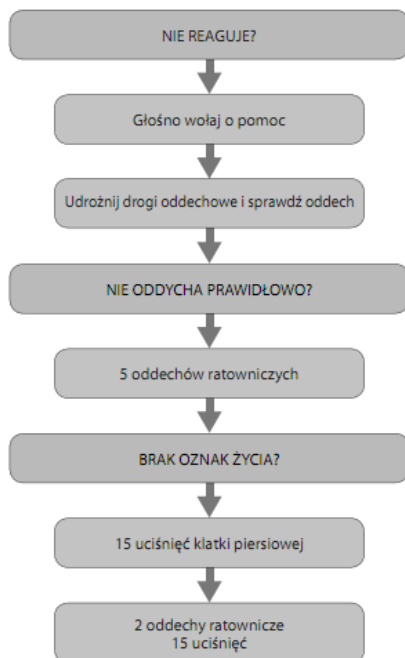
- u niemowląt delikatną klatkę piersiową powinno uciskać się opuszkami dwóch palców (jeśli resuscytacji podejmuje się jeden ratownik) lub poprzez objęcie jej dwoma kciukami i dłonią (dotyczy sytuacji, gdzie obecnych jest minimum dwóch ratowników). Głębokość uciśnień: ok. 4 cm;
- u dzieci: uciśnięcia za pomocą jednej ręki lub dwóch. Głębokość uciśnień: ok. 5 cm. Po dokonaniu uciśnięcia, klatka piersiowa powinna poddać się całkowitej relaksacji. Częstotliwość uciśnień wynosi co najmniej 100-120/min.

Technika wykonywania oddechów ratowniczych również różni się u niemowlęcia i dziecka:

- oddechy ratownicze **u dziecka powyżej 1. roku życia**: przy odchylonej głowie i uniesionej bródce należy zacisnąć miękkie części nosa kciukiem i wskaźnikiem, rozchylić usta dziecka, następnie nabrać powietrze, objąć szczelnie swoimi ustami usta dziecka, upewniając się, że nie ma przecieku powietrza;
- oddechy ratownicze **u niemowląt**: głowę umieść należy w pozycji neutralnej (kiedy niemowlę leży na plecach, głowa jest zazwyczaj przygięta i może wymagać niewielkiego odchylenia [9]) i unieść bródkę, następnie nabiera się powietrze, obejmuje szczelnie swoimi ustami usta i nos dziecka upewniając się, że nie ma przecieku powietrza. W obu przypadkach powietrze wdmuchiwane jest powoli, spokojnie przez ok. 1-1,5 sekundy, w ilości wystarczającej do widocznego uniesienia się klatki piersiowej. Konieczna jest obserwacja klatki piersiowej.

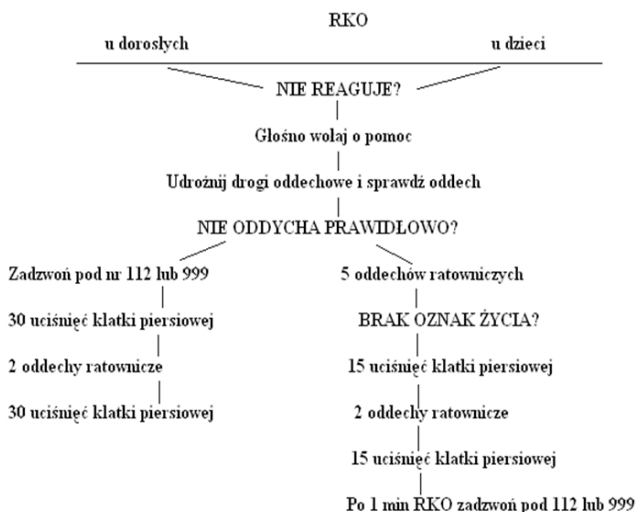
Podstawowe zabiegi resuscytacyjne u dzieci. Osoby, które zostały przeszkolone w zakresie BLS dla osób dorosłych, ale którzy nie są objęci obowiązkiem udzielania pomocy, mogą postępować z pacjentami pediatrycznymi jak w przypadku osób dorosłych. Będzie miało to dużą i znaczącą wartość, niż gdyby tej pomocy nie udzielili zupełnie. Warto tu nadmienić, że osoby, które mając kontakt z dziećmi są za nie odpowiedzialne, choćby z racji społecznej czy zawodowej roli, w jakiej się znajdują (rodzice, nauczyciele, pielęgniarki szkolne, ratownicy wodni), powinny być przynajmniej uświadamiane, że najistotniejsza modyfikacja BLS dla osób dorosłych polega na wykonaniu 5 początkowych oddechów ratowniczych, a dopiero w następnej kolejności na prowadzeniu RKO (ze względu na zdecydowaną większość występowania przyczyn oddechowych

w zatrzymaniu krążenia u dzieci). Czynności te trwają przez około 1 minutę, po czym ratownik musi udać się lub zadzwonić po pomoc. Postępowanie wobec najmłodszych kształtuje się tak, jak przedstawiono na poniższych schematach.



Po 1 min. RKO dzwoń pod 112 lub 999!

Ryc. 1. Algorytm podstawowych zabiegów resuscytacyjnych u dzieci dla osób z obowiązkiem interwencji [9].



Ryc. 2. Schemat podstawowych zabiegów resuscytacyjnych wobec dorosłych oraz wobec dzieci-podobieństwa i różnice (opracowanie własne, 2011).

Szczegółowy algorytm podstawowych zabiegów resuscytacyjnych u dzieci dla osób z obowiązkiem interwencji.

1. Zabezpieczenie miejsca zdarzenia (bezpieczeństwo ratownika i dziecka).

2. Sprawdzenie reakcji dziecka:

- należy delikatnie potrząsnąć dzieckiem i zapytać głośno: „słyszysz mnie? co się stało?”

3A. Jeśli dziecko odpowiada lub porusza się:

- należy zostawić dziecko w zastanej pozycji, jeśli jest ona dla niego bezpieczna,
- należy dokonać oceny jego stanu i wezwać pomoc, jeśli zaistnieje taka potrzeba (należy powtarzać regularnie ocenę stanu ogólnego dziecka).

3B. Jeśli dziecko nie reaguje:

- należy głośno wzywać pomoc lub poprosić, by zrobiła to inna osoba,
- ostrożnie odwrócić dziecko na plecy,
- udroźnić drogi oddechowe dziecka przez odchylenie głowy dziecka w tył (poprzez umieszczenie ręki na czole) i uniesienie bródki (opuszkami palców). Jeżeli następuje podejrzenie urazu odcinka szyjnego kręgosłupa, udroźnienie dróg oddechowych następuje poprzez wysunięcie żuchwy.

4. Za pomocą wzroku, słuchu i dotyku dokonać oceny występowania prawidłowych oddechów poprzez przysunięcie swojej twarzy blisko twarzy dziecka w taki sposób, by móc zaobserwować jednocześnie ruchy jego klatki piersiowej, nasłuchiwać szmerów oddechowych i wyczuwać ruch powietrza na policzku (pamiętając o stałym utrzymaniu drożności dróg oddechowych). Czynności te nie mogą trwać dłużej niż 10 sekund, zanim podejmie się decyzję o przystąpieniu do kolejnych etapów RKO. W pierwszych kilku minutach po zatrzymaniu krążenia dziecko może nabierać kilka wolnych, nieregularnych oddechów (gasping). Jeśli istnieją jakiegokolwiek wątpliwości, czy dziecko oddycha prawidłowo, należy postępować tak, jakby oddech był nieprawidłowy [9].

5A. Jeśli dziecko oddycha prawidłowo:

- należy ułożyć dziecko w pozycji bezpiecznej,
- udać się po pomoc lub niech uczyni to druga osoba, jeśli jest obecna, lub zadzwonić na 112 ewentualnie 999,
- sprawdzać czy oddech nadal występuje.

5B. Jeśli dziecko nie oddycha lub oddycha nieprawidłowo:

- pod kontrolą wzroku usunąć widoczne ciała obce mogące powodować niedrożność dróg oddechowych,
- wykonać 5 pierwszych oddechów ratowniczych.



Ryc. 3. Wentylacja usta–usta u dziecka [9]



Ryc. 4. Wentylacja usta–usta–nos – niemowlę [9]

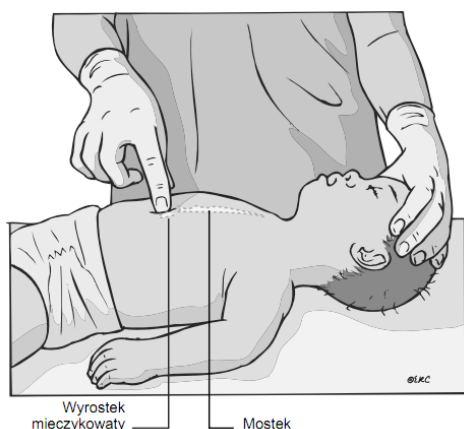
6. Ocena oznak krążenia dziecka. W ciągu 10 sekund należy stwierdzić występowanie oznak krążenia lub ich brak – poszukuje się jakiegokolwiek ruchu, kaszlu lub prawidłowego oddechu (należy nie mylić z oddechami agonalnymi, które są rzadkie i nieregularne). Badanie tętna u dziecka powyżej 1 roku życia odbywa się na tętnicy szyjnej, natomiast u niemowlęcia na tętnicy ramiennej, czyli wewnętrznej stronie ramienia lub na tętnicy udowej zarówno u niemowląt, jak i u dzieci [9].

7A. Jeżeli posiada się pewność, że w ciągu 10 sekund stwierdzono obecność oznak krążenia:

- jeśli to konieczne, należy kontynuować oddechy ratownicze aż do chwili powrotu spontanicznego oddechu,
- jeśli dziecko nadal jest nieprzytomne, należy je ułożyć w pozycji bezpiecznej,
- powtarzać regularnie ocenę stanu ogólnego dziecka [9].

7B. Jeśli brak oznak krążenia, chyba że ma się pewność, że można wyczuć wyraźne tętno o częstotliwości większej niż 60/min w ciągu 10 sekund:

- należy rozpocząć od uciskania klatki piersiowej,
- następnie należy połączyć uciskanie klatki piersiowej z oddechami ratowniczymi [9].



Ryc. 5. Uciśnięcia klatki piersiowej – niemowlę [9]



Ryc. 6. Uciśnięcia klatki piersiowej jedną ręką – dziecko [9]



Ryc. 7. Uciśnięcia klatki piersiowej dwiema rękami – dziecko [9]

8. Nie należy przerywać resuscytacji do czasu:

- powrotu oznak życia u dziecka (zacznie się budzić, poruszać, otworzy oczy oraz zacznie prawidłowo oddychać lub będzie miało dobrze wyczuwalne tętno z częstością powyżej 60 uderzeń/minutę),
- momentu przybycia wykwalifikowanej pomocy, która przejmie akcję ratowniczą,
- wyczerpania własnych sił [9].

Pozycja bezpieczna. Dziecko z drożnymi drogami oddechowymi i spontanicznym oddechem należy ułożyć na boku w pozycji bezpiecznej. Możliwe jest ułożenie dziecka w kilku istniejących wariantach tej pozycji, wszystkie te warianty mają na celu zapobieganie niedrożności dróg oddechowych i zmniejszenie możliwości zachłyśnięcia się śliną bądź wymiocinami. Ważne jest aby postępować z poniższymi wytycznymi:

- w miarę możliwości należy ułożyć dziecko w pozycji zbliżonej do bocznej, starając się aby usta pozostały otwarte, to umożliwi swobodny przepływ powietrza i swobodne wydostanie się treści płynnych jak ślina, treść pokarmowa z jamy ustnej,
- aby dziecko było bezpieczne, pozycja ta musi być stabilna. Noworodki oraz niemowlęta wymagają podparcia, mogą do tego służyć zwinięte pieluszki, obecnie na rynku dostępne są specjalne stabilizatory, które umieszcza się wzdłuż pleców dziecka, co zapobiega obróceniu się noworodka, niemowlęcia na plecy lub na brzuch,
- należy dziecko tak ułożyć, aby nie doszło do dodatkowego ucisku na klatkę piersiową, gdyż może to znacznie utrudnić oddychanie,
- podczas obracania dziecka z jednej strony na drugą należy stabilizować ręcznie odcinek szyjny kręgosłupa, aby nie doszło do jego uszkodzenia,
- należy odwracać pacjenta w regularnych odstępach czasu (tzn. co 20-30 min) zmieniając strony, na których pacjent jest ułożony, co zapobiega przewlekłemu uciskowi na wystające punkty ciała,
- pozycja bezpieczna stosowana u dorosłych jest również odpowiednia dla dzieci [9].

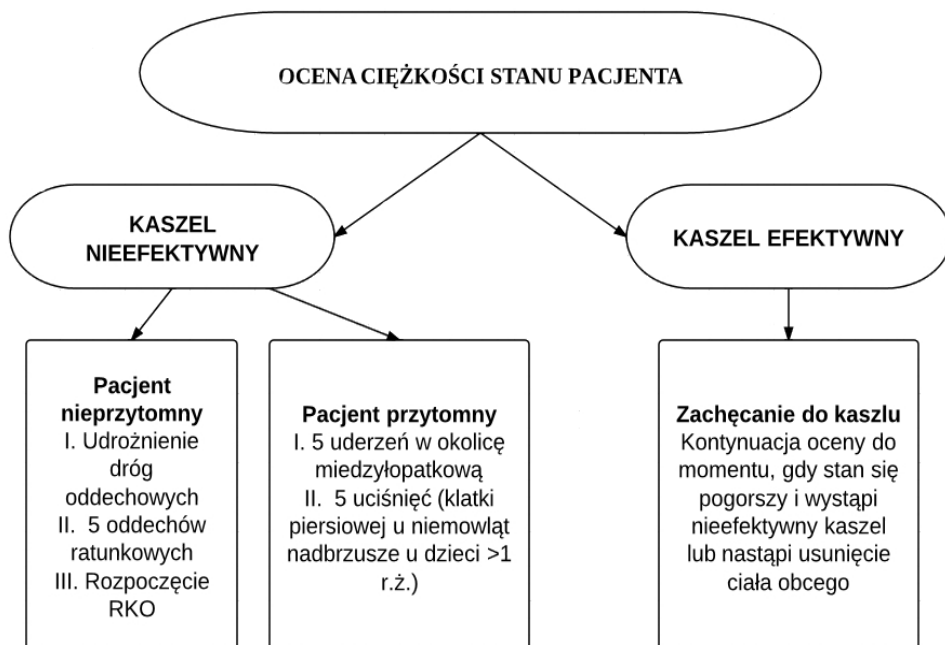


Ryc. 8. Pozycja bezpieczna [9]

Niedrożność dróg oddechowych spowodowana ciałem obcym. W momencie gdy ciało obce dostanie się do dróg oddechowych, dziecko bezwarunkowo reaguje kaszlem, próbując je usunąć. Kaszel jest najbardziej efektywnym i bezpiecznym sposobem usunięcia ciała obcego niż jakikolwiek z rękoczynów. Może jednak dojść do sytuacji, że kaszel jest nieefektywny, co świadczyć może o całkowitym zatkanie dróg oddechowych, co może doprowadzić do uduszenia. Należy wówczas wdrożyć jak najszybciej rękoczyny mające na celu usunięcie ciała obcego. Najczęściej do zadławienia u niemowląt i dzieci dochodzi podczas zabawy lub podczas posiłków w obecności opiekunów. A zatem interwencje przez te osoby są podejmowane wtedy, kiedy dziecko jest jeszcze przytomne.

Uderzenia w okolicę międzyłopatkową u niemowląt:

- dziecko należy ułożyć głową w dół, układając na brzuchu na tzw. „pszczołkę”, aby wykorzystać siłę grawitacji do usunięcia ciała obcego,
- ratownik siedząc układa dziecko bezpiecznie na swoim kolanie,
- podpierając głowę niemowlęcia należy starać się ułożyć kciuk jednej dłoni na kącik żuchwy z jednej strony, po drugiej stronie w tym samym miejscu żuchwy jeden lub dwa palce tej samej ręki,
- nie należy uciskać na tkanki miękkie pod żuchwą, gdyż może to nasilić niedrożność dróg oddechowych,



Ryc. 9. Algorytm postępowania w przypadku niedrożności dróg oddechowych spowodowanej ciałem obcym u dzieci [9]

- następnie wykonuje się do 5 uderzeń w plecy nadgarstkiem jednej ręki w okolicę międzyłopatkową – ma to na celu usunięcie niedrożności, ale nie jest konieczne wykonanie wszystkich 5 uderzeń.

Uderzenia w okolicę międzyłopatkową u dzieci powyżej 1. roku życia:

- jeżeli dziecko jest ułożone głową w dół wówczas uderzenia w okolicę międzyłopatkową są bardziej efektywne,
- w poprzek kolana można ułożyć małe dzieci podobnie jak niemowlęta,
- jeżeli nie ma możliwości utrzymania dziecka na kolanie, należy wówczas dziecko pochylić do przodu i wykonać od tyłu uderzenia w okolicę międzyłopatkową.

Uciśnięcia nadbrzusza u dzieci powyżej 1. r. ż.:

- należy stanąć bądź uklęknąć za dzieckiem, objąć jego tułów, należy umieścić swoje ramiona pod ramionami dziecka,
- należy zaciśniętą pięść ułożyć pomiędzy pępkiem a wyrostkiem mieczykowatym,
- następnie należy ją chwycić drugą ręką i mocno pociągnąć ręce do siebie i ku górze,
- należy powtórzyć tę czynność do 5 razy, chyba że ciało obce zostanie szybciej wydobyte,
- należy się upewnić, czy nie uciska się wyrostka mieczykowatego lub dolnych żeber, gdyż może to spowodować uraz jamy brzusznej.

PIŚMIENNICTWO:

1. Nolan J.P., Neumar R.W., Adrie C i in., Post-cardiac arrest syndrome: epidemiology, pathophysiology, treatment and prognostication. A Scientific Statement from the International Liaison Committee on Resuscitation; 10.1016/j.Resuscitation.2010.08.002.
2. Anders J. (red.), Wytyczne resuscytacji 2010, ERC, PRC, Rozdział 1: Podsumowanie Komitetu Wykonawczego ERC, s. 5.
3. Koster R.W., Baubin M.A., Caballero A. i in., European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 2. Adult basic life support and use of automated external defibrillators. Resuscitations 2010; 81:1277-92.
4. Deakin C.D., Nolan J.P., Soar J. i in., European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 4. Adult advanced life support. Resuscitations 2010; 81:1305-52.
5. Biarent D., Bingham R., Eich C. i in., European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 6: Pediatric life support. Resuscitations 2010; 81:1364-87.
6. Deakin C.D., Nolan J.P., Sunde K., Koster R.W., European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 3: Electrical therapies: automated external defibrillators, defibrillation, cardioversion and pacing. Resuscitations 2010; 81:1293-304.
7. Wyllie J., Richmond S., European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 7: Resuscitation of babies at birth. Resuscitations 2010; 81:1388-98.
8. Soar J., Perkins G.D., Abbas G. i in., European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 8: Cardiac arrest in special circumstances: electrolyte abnormalities, poisoning, drowning, accidental hypothermia, hyperthermia, asthma, anaphylaxis, cardiac surgery, trauma, pregnancy, electrocution. Resuscitations 2010; 81:1399-431.
9. Anders J. (red.), Wytyczne resuscytacji 2010, ERC, PRC, Rozdział 6: Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne u dzieci, s. 181-189.
10. Jakubaszko J. (red.), Medycyna ratunkowa, Wydawnictwo Urban & Partner, Wrocław 2003, rozdział I: Resuscytacja, s. 4.
11. Jakubaszko J. (red.), ABC resuscytacji, Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2006, s. 50-52.

Rozpoznanie i leczenie astmy przewlekłej u dzieci do 5. roku życia

dr n. med. Jarosław Czeszejko-Sochacki

Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy
Poradnia Alergologiczna

Większość przypadków astmy, nawet do 80%, ma swój początek przed 5. r. ż., ale w tej grupie wiekowej świsty występują często i nie muszą być związane z późniejszym rozwojem astmy. Do tego dołączają się ograniczenia w przeprowadzaniu badań diagnostycznych, szczególnie badań czynnościowych płuc. Wszystko to sprawia, że rozpoznanie astmy jest trudnym zadaniem nawet dla specjalistów. Nie łatwiej jest wcale z ustaleniem optymalnej terapii.

Dlatego też eksperci The Global Initiative for Asthma (GINA) wyodrębnili grupę wiekową dzieci do 5. r. ż. ze względu na szczególne trudności diagnostyczne i terapeutyczne. W przypadku tej grupy wiekowej badania kliniczne są rzadko prowadzone, stąd dane dotyczące skuteczności i bezpieczeństwa leków i urządzeń do ich podawania są ograniczone. Zalecenia co do leczenia często opierają się na opinii ekspertów i są ekstrapolacją z badań na dzieciach starszych.

W 2009 roku pojawiło się sporo istotnych zmian w wytycznych GINA dotyczących rozpoznawania, leczenia i prewencji astmy u małych dzieci. Po raz pierwszy też ukazały się one w postaci osobnego wydania. Poniżej zostaną omówione tylko najważniejsze zmiany w stosunku do Raportu z 2008 roku.

Czynniki etiologiczne i prewencja. W badaniach epidemiologicznych zidentyfikowano liczne potencjalne czynniki ryzyka rozwoju astmy u dzieci, w tym uczulenie na alergenzy wziewne, dietę kobiety ciężarnej/karmiącej, zanieczyszczenia powietrza (w tym dym tytoniowy), drobnoustroje i ich produkty czy czynniki psychospołeczne. Dla większości z nich brakuje jednak dowodów na skuteczność prewencyjną działań eliminacyjnych.

Ekspertci GINA podkreślają, że uczulenie na alergenzy wziewne, szczególnie całoroczne, jest czynnikiem ryzyka rozwoju astmy. Im wcześniej w życiu dochodzi do alergizacji, tym większe ryzyko rozwoju astmy, szczególnie jeśli jest to związane z częstymi infekcjami dolnych dróg oddechowych. Znanymi alergenami, które mają znaczenie w rozwoju astmy, są roztocza kurzu domowego, alergenzy zwierzęce, alergenzy karaluchów i pleśni. Nie ma jednak dowodów na efektywność działań zmierzających do

zmniejszenia ekspozycji na roztocza [4], w tym stosowania środków przeciwoztoczowych zarówno na występowanie astmy, jak i w leczeniu astmy. Podobnie jest w przypadku alergenów zwierzęcych, nie ma jednoznacznych dowodów wskazujących na związek między uczuleniem a ekspozycją domową, nie ma więc podstaw ani do zalecania, ani zakazywania posiadania zwierząt w domu dopóki nie ma dowodów na uczulenie na nie dziecka. Udało się natomiast wykazać związek między ekspozycją a uczuleniem i uczuleniem a rozwojem astmy w przypadku alergenów karaluchów i pleśni z rodzaju *Alternaria*.

W przypadku diety kobiet ciężarnych i karmiących nie ma podstaw do zalecania jakichkolwiek ograniczeń w celu prewencji rozwoju alergii i astmy u dzieci. Udowodniono, że karmienie naturalne zmniejsza częstość świstów wczesnodziecięcych związanych z infekcjami dróg oddechowych, ale brakuje jednoznacznych danych potwierdzających jego ochronne działanie przed rozwojem przewlekłej astmy.

Z zanieczyszczeń powietrza podkreśla się negatywny wpływ dymu tytoniowego. Palenie w ciąży i wczesna ekspozycja dzieci na dym tytoniowy stanowi ryzyko rozwoju świstów i upośledza rozwój płuc. Z innych zanieczyszczeń, na które narażone są dzieci wymienia się spalanie biomasy w domach (jako czynnik ryzyka rozwoju astmy, jej ciężkości i czynnik ryzyka powysiłkowego skurczu oskrzeli) oraz spaliny samochodowe (jako czynnik ryzyka świstów do 3. r. ż.).

Z czynników infekcyjnych wymienia się wirusy: rinowirusy, RSV i MPV oraz wirus Boca jako przyczynę świstów wczesnodziecięcych. Wśród czynników protekcyjnych wymienia się ekspozycję na endotoksynę lipo-polisacharydową obecną w środowisku wiejskim, gdzie prowadzona jest hodowla trzody chlewnej. Wczesny z nią kontakt dzieci ze specyficznym polimorfizmem genetycznym zmniejsza ryzyko rozwoju alergii i astmy.

Podnoszona jest też profilaktyczna rola probiotyków – o ile wykazano ich korzystny wpływ na prewencję atopowego zapalenia skóry, to nie udowodniono ochronnej roli w rozwoju astmy. Dyskutowana jest również rola antybiotyków i choć ich wpływ na rozwój alergii i astmy nie jest jednoznaczny, to eksperci zalecają unikanie stosowania antybiotyków o szerokim spektrum u małych dzieci, jeśli nie ma ewidentnych wskazań. Podkreśla się też rolę czynników psychospołecznych, szczególnie przewlekłego stresu u kobiety spodziewającej się dziecka, zwłaszcza jeżeli utrzymuje się on po porodzie oraz sytuacji stresowych w rodzinie małego dziecka, wskazując na ich dodatnią korelację z rozwojem astmy.

Z nowych potencjalnych czynników ryzyka rozwoju astmy u dzieci wymienia się narodziny dziecka przez cesarskie cięcie, szczególnie w rodzinie z dodatnim wywiadem w kierunku alergii oraz stosowanie paracetamolu przez kobietę ciężarną i u niemowląt.

Rozpoznanie astmy. U dzieci do 5. – 6. roku życia zdiagnozowanie astmy to duże wyzwanie. Wynika to z faktu, że ani charakter objawów, ani ich nasilenie nie determinują rozpoznania. Nie dysponuje się również obiektywnymi badaniami, które mogłyby wesprzeć rozpoznanie astmy. W rozpoznaniu różnicowym należy uwzględnić wiele innych schorzeń.

Wywiad, według wszystkich zaleceń, jest najważniejszym narzędziem. Należy w nim uwzględnić: jak często występują objawy (kaszel lub świsty), czy pojawiły się nagle, czy wystąpiły wśród objawów pełnego zdrowia, w jakiej porze dnia, kiedy się nasilają, czy

ustępują samoistnie, jak długo trwają, jaki mają charakter (np. kaszel suchy, produktywny). Odchylenia w badaniu przedmiotowym nawet jeśli są stwierdzone, to nie mają dużej swoistości. Dostępne badania dodatkowe, które można wykonać u tak małych dzieci, nie mają wielkiego znaczenia. Dlatego też większość opracowań dotyczących postępowania w astmie wczesnodziecięcej opiera się na obserwacjach klinicznych. W 2008 roku przedstawiono 3 najważniejsze raporty dotyczące astmy dziecięcej: PTA, PRACTALL, GINA.

Astma wczesnodziecięca wg PRACTALL. W wytycznych PRACTALL podkreślono, że najważniejsze w ocenie przebiegu astmy, jej leczenia i określenia stopnia ciężkości są objawy kliniczne, a wśród nich najważniejszy – świst. Wyróżniono 4 typy świstów:

- świst przemijający – występuje u dzieci do 3. r. ż. i ustępuje po 3. r. ż.,
- świst nieatopowy – głównie związany z infekcjami wirusowymi i mający tendencję do ustępowania w późniejszym dzieciństwie,
- świst o charakterze przetrwałym, charakterystyczny w przewlekłej astmie, który występuje:
 - o u dzieci z klinicznymi objawami atopii (wyprysk, alergiczny nieżyt nosa, spojówek, alergii pokarmowej) oraz obecnością granulocytów kwasochłonnych we krwi i/lub podwyższonym poziomem całkowitego IgE,
 - o u dzieci z wykrywanymi we krwi specyficznymi IgE (sIgE) przeciwko pokarmom w niemowlęctwie i wczesnym dzieciństwie, a później przeciwko alergenom wziewnym,
 - o u dzieci z obecnością specyficznych IgE przeciwko alergenom wziewnym całorocznym, szczególnie jeśli są one narażone na ekspozycję na dany alergen (np. pies),
 - o u dzieci rodziców z rozpoznaną astmą oskrzelową;
- świst okresowy o ciężkim przebiegu, który jest związany dodatkowo z:
 - o z okresem infekcji dróg oddechowych,
 - o atopią u dziecka.

W ocenie ciężkości astmy u małych dzieci (0-2 lat) największy nacisk położono na stałość objawów, tj. **obecność świstów przez większość dni w ciągu tygodnia przez ostatnie 3 miesiące**. Natomiast jeśli świsty występują nawracająco, o ich ciężkości decyduje stopień intensywności leczenia (glikokortykosteroidy [GKS] doustne lub hospitalizacja).

U dzieci w wieku przedszkolnym (3. – 5. r.ż.) „kluczem” do określenia stopnia ciężkości objawów jest również, jak u dzieci młodszych, ich stałość. Ważnym pytaniem skierowanym do rodziców jest: czy objawy pojawiają się między epizodami pogorszeń. Jeśli odpowiedź jest negatywna (czyli objawy nie występują u dziecka) – wówczas zamiast „świstów” można rozpoznać astmę indukowaną infekcjami wirusowymi (jeśli zaostrzenie występuje w czasie zakażeń dróg oddechowych) lub astmę indukowaną wysiłkiem (jeśli pogorszenie ujawnia się po wysiłku). Jeśli odpowiedź jest pozytywna (czyli dziecko ma objawy kaszlu i/lub duszności i/lub świstów) – wówczas rozpoznaje się astmę alergiczną przy dodatnich testach skórnych lub sIgE, lub astmę nieokreśloną (ale nie niealergiczną), jeśli wyniki badań w kierunku obecności sIgE są ujemne. Nazwa „astma nieokreślona” jest istotna, ponieważ w tej grupie są dzieci, u których mogą

wystąpić cechy atopii lub też dzieci, ekspozowane na czynniki drażniące (jak np. bierne wdychanie dymu tytoniowego).

W rekomendacjach PRACTALL w grupie dzieci przedszkolnych zaleca się zamiast terminu „świst” stosowanie terminu „astma indukowana infekcją wirusową”. U dzieci do 5. r. ż. rozpoznanie astmy opiera się głównie na ocenie klinicznej oraz odpowiedzi na leczenie. Niestety są to metody, które pozwalają na rozpoznanie retrospektywne, czyli po pewnym czasie trwania choroby.

Astma wczesnodziecięca wg PTA. Uaktualnione Wytyczne Polskiego Towarzystwa Alergologicznego i Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc, które zostały opublikowane jesienią 2008 roku, zalecają rozpoznanie astmy u dzieci w grupie wiekowej do 6. r. ż. na podstawie oceny objawów podmiotowych i przedmiotowych. Oczywiście, jak w innych opracowaniach, wiąże się to z faktem braku możliwości potwierdzenia diagnozy za pomocą obiektywnych badań dodatkowych (badań czynnościowych układu oddechowego). Eksperti proponują zastosowanie indeksu przewidywania wystąpienia astmy API (*Asthma Predictive Index*) wprowadzonego przez zespół Martineza w 2000 roku, w którym wyróżniono kryteria większe i mniejsze. Nieznacznie różnią się one od kryteriów zastosowanych w wytycznych GINA 2008.

Kryteria większe wg Martineza to:

- obecność astmy u rodziców zdiagnozowana przez lekarza,
- obecność atopowego zapalenia skóry u dziecka w wieku 2-3 lata zdiagnozowana przez lekarza.

Do kryteriów mniejszych występujących u dziecka zaliczono:

- alergiczny nieżyt nosa zdiagnozowany przez lekarza,
- występowanie obturacji oskrzeli (świstów) niezależnie od infekcji,
- eozynofilia powyżej 4%.

Kryteria te identyfikują ryzyko rozwoju astmy u dzieci z nawracającymi świstami. Astmę wczesnodziecięcą wg polskich wytycznych można rozpoznać, gdy stwierdzi się wszystkie poniższe kryteria:

- występowanie nawracających obturacji oskrzeli,
- przebyte jednego ciężkiego epizodu obturacji wymagającego hospitalizacji,
- obecność jednego z kryteriów większych lub dwóch kryteriów mniejszych z zaletęń Martineza (API).

Polscy eksperci zaproponowali podział dzieci z tzw. nawracającymi zapaleniami oskrzeli z obturacją na trzy grupy:

- dzieci chore na astmę – objawy obturacji są niezależne od infekcji, wykluczono inne rozpoznania, obserwuje się poprawę po zastosowaniu leków przeciwastmatycznych (lek rozszerzający oskrzela lub przeciwzapalny – krótkoterminowo albo 4-6 tygodni), wykazano atopię osobniczą lub rodzinną,
- dzieci z przemijającą obturacją oskrzeli – objawy obturacji wywołane są zawsze zakażeniem wirusowym, nie stwierdza się atopii, wykluczono inne rozpoznania. W grupie tej świsty ustępują do 3. r. ż., szczególnie u dzieci urodzonych przedwcześnie lub narażonych prenatalnie na dym tytoniowy. Uwaga, u niektórych dzieci objawy mogą utrzymywać się do 12. r. ż.,
- dzieci z nawrotową lub przemijającą obturacją wywołaną innymi poważnymi przyczynami – tę grupę wyróżniają objawy pojawiające się bardzo wcześnie,

przebieg z podwyższoną temperaturą, obecność objawów sugerujących występowanie innych chorób, brak odpowiedzi na próbę leczenia przeciwastmatycznego.

Infekcje dróg oddechowych u dzieci do 5. r. ż. to codzienność w praktyce pediatrów i alergologów. Są one główną przyczyną kaszlu i świstów. Z badań klinicznych wiadomo, że rinowirusy (RV) są odpowiedzialne za większość zaostrzeń astmy, a wirus syncytium nabłonka oddechowego (RSV) za ciężkie objawy ze strony układu oddechowego u niemowląt, prowadzące do przetrwania astmy. A zatem istnienie nakładających się na siebie przyczyn i skutków utrudnia prawidłowe rozpoznanie i leczenie.

Powstało pytanie: czy astma indukowana wirusami ma takie same patomechanizmy jak astma indukowana alergenem? Czy jest wstępem do astmy trwającej całe życie? Wciąż nie ma jednoznacznej odpowiedzi na te pytania. Aktualnie doniesienia skupiają się na częstości i rodzaju zakażeń, aby udowodnić związek między tymi dwoma stanami.

Pappas i wsp. przeanalizowali dane uzyskane w pierwszych 6 latach życia od 742 dzieci. Wykazano, że u 40% dzieci występowały świsty. Rinowirusy i RSV były głównymi przyczynami świstów u dzieci małych. Dowiedziono, że odsetek dzieci, u których nie zidentyfikowano żadnego wirusa w okresie występowania świstów, był zależny od wieku. W grupie do ukończenia 1. r. ż. stwierdzono taką sytuację u 9% dzieci ze świstami, a w grupie 5-6 latków już u 22%. Świsty obserwowano głównie w miesiącach zimowych. Udowodniono, że liczba chorób związanych ze świstami spada wraz z wiekiem, ale u dzieci, u których rozpoznano astmę częstość obturacji rosła w 2.-3. r. ż.

Dotychczas wielokrotnie wykazywano, że infekcja RSV we wczesnym dzieciństwie ma związek z ryzykiem wystąpienia astmy, ale dopiero ostatnie lata potwierdziły, że nie tylko. Leihg i wsp. wykazali, że infekcja ludzkim RV nasila wytwarzanie w nabłonku dróg oddechowych czynników wzrostu, odpowiedzialnych za remodeling w drogach oddechowych. Ponadto w 2008 roku Jackson i wsp. udowodnili, że prawie 90% dzieci, które miały obturację w przebiegu zakażenia RV w 3. r. ż. chorowało na astmę w 6. r. ż. Ryzyko rosło, jeśli w pierwszym roku życia wykazano nadwrażliwość na alergeny wziewne. Ponadto udowodnili oni, że z 259 analizowanych dzieci, 90% w wieku do 3. r.ż. miało obturację, w czasie infekcji RSV, RV lub oboma wirusami jednocześnie. Istotne w codziennej praktyce jest to, że były to dzieci leczone ambulatoryjnie, niewymagające hospitalizacji.

Badania oceniające patomechanizm astmy u dzieci przedszkolnych są rzadko prowadzone. W jednej z niewielu takich prac Saglani i wsp. oceniali grubość błony podstawnej oraz stan zapalenia błony śluzowej uzyskanej w biopsjach u dzieci w wieku 3-5 lat z obecnymi świstami lub bez nich. Dzieci podzielono na 3 grupy: dzieci z potwierdzoną obturacją (wideoankieta), z obturacją w wywiadzie oraz grupę kontrolną. Wykazano, że grubość błony śluzowej była podobna we wszystkich 3 grupach, ale zapalenie eozynofilowe występowało statystycznie częściej w grupie z potwierdzoną obturacją ($p < 0,05$). Tak więc naciek zapalny, który jest charakterystyczny dla astmy dorosłych i dzieci w wieku szkolnym, występuje również u dzieci przedszkolnych, ale jeszcze bez cech remodelingu. Tak więc może jest to najbardziej optymalny moment do rozpoczęcia leczenia.

Eksperti GINA proponują nowy podział świstów za ERS na:

- świsty epizodyczne – świsty okresowe, często związane z klinicznymi objawami przeziębienia, bez obecności objawów pomiędzy epizodami świstów,

- świsty wieloprzyczynowe – jak wyżej, ale objawy występują również między infekcjami, w czasie snu, wysiłku, śmiania się, płaczu.

Drugi podział przywołany w GINA wg Martineza i wsp. oparty na badaniu kohortowym przeprowadzonym w Stanach Zjednoczonych przypomina klasyfikację stosowaną we wcześniejszych wersjach wytycznych GINA. Dzieli on świsty na trzy grupy:

- świsty przemijające – objawy pojawiają się i ustępują do 3 r. ż.,
- świsty przewlekłe – objawy pojawiają się przed 3. r. ż. i utrzymują po 6. r. ż.,
- świsty z późnym początkiem – objawy pojawiają się po 3. r. ż.

W rewizji z 2009 roku, w celu wczesnego wykrycia astmy u dzieci do 5. r. ż., eksperci GINA proponują stosowanie Wskaźnika Przewidywania Astmy (*Asthma Predictive Index*).

Kryteriami rozpoznania astmy wg API są:

- wystąpienie co najmniej 4 epizodów świstów, w tym co najmniej 1 zdiagnozowany przez lekarza,
- spełnienie co najmniej 1 dużego lub 2 małych z poniższych kryteriów:
 - o **kryteria duże:** rozpoznana astma u rodziców, rozpoznane AZS przez lekarza, stwierdzona atopia na co najmniej 1 wziewny alergen,
 - o **kryteria małe:** stwierdzona atopia na alergeny mleka, jajka, orzecha ziemnego; świsty niezwiązane z infekcją, eozynofila > 4%.

Wykazano, że dodatni wskaźnik API u dziecka powoduje od 4 do 10 razy większe ryzyko występowania astmy między 6. a 13. rokiem życia, podczas gdy 95% dzieci z ujemnym wskaźnikiem API jest wolnych od objawów choroby. W podejmowaniu decyzji terapeutycznych przydatne wg ekspertów GINA mogą być:

- próba terapeutyczna z krótko działającymi mimetykami lub wGKS przez 8-12 tygodni,
- testy potwierdzające atopię (sIgE w surowicy, SPT są mniej dostępne w tej grupie wiekowej),
- rtg płuc w celu wykluczenia innych przyczyn dolegliwości.

Leczenie. Choroby przebiegające ze świstami u dzieci w wieku przedszkolnym są powszechne, a co się z tym wiąże terapia ich jest istotnym problemem dla lekarzy praktyków. Wielokrotnie pediatrzy, alergolodzy i pulmonolodzy zadają sobie pytanie: „Jak najlepiej leczyć epizody świstów u małych dzieci?”

Jak już wykazano w pracy Saglaniego i wsp. moment włączenia leczenia u dzieci z podejrzeniem astmy jest istotny. Zjawiska zapalne są bowiem obecne już u małych dzieci, nawet u tych bez ewidentnych objawów astmy, jeszcze zanim lekarz postawi rozpoznanie. A zatem rozpoczęcie leczenia przeciwzapalnego może być istotnym elementem w prewencji remodelingu.

Zgodnie z obowiązującymi wytycznymi (PRACTALL, GINA, PTA) mamy do dyspozycji 2 grupy leków przeciwzapalnych: wziewne i systemowe glikokortykosteroidy (wGKS i GKS) oraz inhibitory receptorów leukotrienowych (LTRA). Udowodniono, że przewlekłe podawanie wziewnych glikokortykosteroidów nie wpływa na częstość występowania astmy w przyszłości, może jednak ich stosowanie w czasie infekcji będzie wpływało na przebieg zapalenia i zapobiegnie procesowi remodelingu.

Jednym z pierwszych doniesień na ten temat jest badanie przeprowadzone przez Bacharier i wsp. W grupie 283 dzieci w wieku 12-59 miesięcy w okresie 12 miesięcy

w czasie infekcji dróg oddechowych stosowano przez 7 dni budezonid w nebulizacji, montelukast lub placebo (tj. albuterol i leczenie konwencjonalne). Niestety, nie uzyskano poprawy mierzonej jako „dni wolne od objawów” w obu grupach leczonych aktywnie, leczenie to nie wpłynęło na liczbę zaostrzeń wymagających zastosowania doustnych GKS. Natomiast uzyskano zmniejszenie ciężkości zaostrzeń w obu grupach leczonych aktywnie. Ponadto stwierdzono, że w pierwszych 48 godzinach choroby leczenie aktywne wpływało korzystnie na przebieg choroby. W grupie otrzymującej montelukast uzyskano redukcję nasilenia świstów, trudności w oddychaniu oraz ograniczenie aktywności dzieci. W grupie leczonej budezonidem osiągnięto zmniejszenie trudności w oddychaniu i ograniczenie aktywności. Najlepszy efekt uzyskano w grupie dzieci, które spełniały kryteria rozpoznania astmy. W badaniu tym zastosowano zmodyfikowany indeks API wg zespołu Szefflera z 2004. Dzieci, które miały rozpoznaną astmę oraz w ostatnim roku przed badaniem otrzymywały doustne GKS, odniosły największe korzyści z leczenia wGKS lub LTRA. Pacjenci z ujemnym indeksem API nie uzyskali poprawy podczas leczenia wGKS lub montelukastem w porównaniu z grupą otrzymującą (3-mimetyki).

Liczne doniesienia dowodziły wyższości terapii wGKS nad placebo u dzieci chorujących na astmę pod względem: kontroli objawów, liczby zaostrzeń czy hospitalizacji, również w grupie do 5. – 6. roku życia. Tak więc rola wGKS w leczeniu astmy oskrzelowej pozostaje niepodważalna. W tej najmłodszej grupie wiekowej największy problem stanowi sposób podania wGKS, ponieważ jakość nebulizacji wpływa na jakość leczenia.

W grupie dzieci przedszkolnych efektywność tego leczenia zależy od edukacji rodziców, dlatego stanowi ona tak ważny element terapii. Rekomendowany przez PTA 2008 wybór techniki inhalacyjnej zależy od wieku:

- do 4. r. ż. – zaleca się stosowanie komory inhalacyjnej nieelektrostatycznej, niskoobjętościowej z maską twarzową (zalecane wykonanie od 5 do 10 oddechów) lub nebulizacja inhalatorem pneumatycznym (dyszowym) przez maskę twarzową,
- po 4. r. ż do 6./7. r. ż. – zalecane jest stosowanie komory inhalacyjnej nieelektrostatycznej, o dowolnej objętości (nisko- lub wysokoobjętościowa) (zalecane wykonanie 5-10 oddechów) lub nebulizacja inhalatorem pneumatycznym (dyszowym) przez ustnik.

Jak dotąd nie wykazano, który rodzaj nebulizacji przy stosowaniu wGKS jest korzystniejszy dla tak małych dzieci (15). Jedyne badanie porównawcze przeprowadzone było z podawaniem albuterolu przez komorę inhalacyjną w porównaniu z inhalacją przez nebulizator.

Kontrowersyjne stanowisko dotyczące leczenia wGKS przedstawili Bush i Price. Wskazali oni na fakt, że u dzieci przedszkolnych są niewielkie dowody na eozynofilowe zapalenie dróg oddechowych, a korzyści ze stosowania wGKS mizerne. Ponadto wGKS nie modyfikują przebiegu naturalnego choroby, a przy potencjalnych objawach ubocznych stosowanie ich powinno być rozważne. Postulują oni, aby przewlekłe stosowanie wGKS u dzieci do 2. roku życia było zalecane i kontrolowane przez specjalistów. Oczywiście w warunkach polskich przy dłuższym oczekiwaniu na wizytę u specjalistów mogłoby to spowodować opóźnienie leczenia.

Nadzieję na zmniejszenie dawek stosowanych wGKS przy zachowaniu, a nawet poprawie kontroli astmy w ostatnich latach przyniosły preparaty antyleukotrienowe (LTRA), a wśród nich najlepiej przebadany montelukast. Początkowo badania koncentrowały się na efekcie współdziałania LTRA z wGKS w celu osiągnięcia kontroli astmy. W wielu badaniach wykazano skuteczność stosowania montelukastu jako leku dodanego w leczeniu astmy we wszystkich grupach wiekowych. Ostatnio stwierdzono, że LTRA mogą być stosowane alternatywnie do wGKS jako lek pierwszego rzutu na drugim stopniu intensywności leczenia wg GINA 2006. Fakt, że lek ten działa przeciwwzapalnie również u dzieci przedszkolnych potwierdzili Straub i wsp. Wykazali oni istotne statystycznie zmniejszenie wartości FEV_{0i5}, FeNO oraz nasilenie objawów u dzieci otrzymujących placebo w porównaniu z grupą leczoną montelukastem. Badane dzieci były w wieku od 10. do 26. miesiąca życia. Według zalecenia PTA 2008 i zgodnie z rejestracją leku w Polsce możemy podawać leki z tej grupy dzieciom od 2. r. ż. Sytuacja ta powinna ulec zmianie w roku 2009, ponieważ europejska i polska rejestracja dla leku Singulair (montelukast sodu, MSD) obejmuje także grupę wiekową dzieci od 6. miesiąca życia.

W raporcie PRACTALL 2008 eksperci wskazują na skuteczność w monoterapii tych preparatów w astmie łagodnej oraz w astmie wywołanej wysiłkiem. Szczególnie zalecane są te preparaty pacjentom, którzy nie mogą lub nie chcą przyjmować wGKS. Są to leki często wybierane przez pediatrów z powodu wygodniejszej formy przyjmowania, szczególnie dla dzieci poniżej 5. roku życia. Istotna dla lekarzy praktyków jest udowodniona skuteczność stosowania LTRA w obturacji wywołanej wirusami w celu zmniejszenia częstości zaostrzeń u dzieci w wieku 2-5 lat. Wniosek ten postawiono na podstawie badania Bisgaard i wsp. Robertson i wsp. wykazali, że krótkotrwałe podawanie montelukastu u dzieci przedszkolnych przy wystąpieniu pierwszych objawów astmy może spowodować zmniejszenie nasilenia objawów, liczby dni opuszczonych w przedszkolu oraz nieobecności rodziców w pracy. Wyniki skuteczności i bezpieczeństwa przedstawiono również u dzieci między 6. miesiącem a 2. rokiem życia. Spowodowało to dopuszczenie montelukastu do stosowania u dzieci już od 6. m. ż. w krajach „starej” Unii Europejskiej oraz USA.

W 2008 roku przedstawiono również dane o bezpieczeństwie i skuteczności leczenia montelukastem u niemowląt od 1. do 3. miesiąca życia z zapaleniem oskrzelików. Natomiast Knorr i wsp. udowodnili, że farmakokinetyka montelukastu w wieku od 3. do 6. miesięcy życia jest taka sama, jak u dzieci między 6. a 24. m. ż., potwierdzając tym samym bezpieczeństwo stosowania montelukastu.

Możliwość wyboru leku stawia przed nami pytanie, który lek jest skuteczniejszy i bezpieczniejszy. W badaniu Szefflera i wsp. wykazano, że stosowanie montelukastu w porównaniu z wGKS jest korzystniejsze u dzieci młodszych i krócej chorujących. Być może wiąże się to z lepszą współpracą i lepszym efektem w astmie zależnej od infekcji (która dominuje w tej grupie wiekowej). Wpływ korzystnego podawania montelukastu na objawy ze strony układu oddechowego u dzieci z infekcją RSV wykazał Bisgaard i wsp. Leczenie przewlekłe wGKS jest uciążliwe dla dziecka i rodziny (konieczność nebulizacji lub inhalacji pMDI), co powoduje samowolne odstawienie leków. Dotychczas nie potwierdzono długotrwałego pozytywnego efektu krótkiego, okresowego podawania wGKS czy montelukastu.

Nie ma jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, która grupa leków (wGKS czy LTRA) jest korzystniejsza dla konkretnego dziecka. U dzieci młodszych i przedszkolnych, z częstym infekcjami wirusowymi dróg oddechowych LTRA wydają się być skuteczniejsze, a co się z tym wiąże wydają się lepszą opcją. Jednak nadrzędnym celem terapii jest uzyskanie kontroli objawów.

W okresie pogorszenia przebiegu choroby intensyfikuje się leczenie zgodnie ze schematami. Wytyczne PTA 2008 w leczeniu astmy < 6. r.ż. zalecają: edukację i zmniejszenie narażenia na czynniki prowokujące i stosowanie krótko działających 32-mimetyków (SABA) na każdym stopniu leczenia astmy.

- stopień 1. – podawanie SABA,
- stopień 2. – niska dawka wGKS lub LTRA (> 2. r. ż.),
- stopień 3. – średnia dawka wGKS,
- stopień 4. – średnia lub wysoka dawka wGKS z dodaniem LTRA lub długo działających p2-mimetyków i (LABA) (> 4. r. ż.),
- stopień 5. – leczenie jak w stopniu 4., dodanie doustnych GKS.

W rekomendacjach PRACTALL 2008 dla dzieci w wieku do 2. r. ż. dodano:

- rozpoczęcie leczenia, jeśli wystąpiły więcej niż 3 epizody odwracalnych obturacji oskrzelowych w ostatnich 6 miesiącach;
- jeśli rozpoznanie nie jest pewne, należałoby zastosować SABA (inhalacyjnie lub doustnie),
- włączenie LTRA jako leku kontrolującego astmę, jeśli świsty są zależne od infekcji wirusowych (na dłuższy lub krótszy okres czasu),
- włączenie wGKS (nebulizacje lub inhalacje) jako leku kontrolującego astmę, jeśli występują ciężkie zaostrzenia wymagające doustnych GKS,
- jeśli potwierdzona została atopia, wGKS mogą być wprowadzone jako lek pierwszego rzutu,
- doustne zastosowanie GKS (np. prednizon 1-2 mg/kg) przez 3-5 dni w okresie zaostrzenia,

Do zaleceń postępowania u dzieci w wieku 3-5 lat dodano:

- zastosowanie niskich dawek wGKS (budezonid 100-200 ug \times 2 lub flutikazon 50-125 ug \times 2 przez MDI),
- stosowanie SABA (salbutamol 0,1 mg/dawkę lub terbutalina 0,25 mg/dawkę) 1 lub 2 dawki co 4 godziny, jeśli jest to potrzebne,
- LTRA mogą być zastosowane w monoterapii w łagodnej astmie,
- jeśli nie osiąga się pełnej kontroli za pomocą wGKS, należy dodać montelukast w dawce 4 mg,
- jeśli nadal nie osiąga się kontroli, należy dodać LABA (okresowo i odpowiednio do wieku), należy zwiększyć dawkę wGKS, dodać teofilinę.

W leczeniu świstów i kaszlu istotne jest zidentyfikowanie, które dzieci wymagają przewlekłego leczenia. Wskaźnik API (lub API zmodyfikowany) jest przydatnym narzędziem. U dzieci, u których wystąpiły świsty w pierwszych 3 latach życia i które spełniają kryteria API, prawdopodobieństwo rozwoju astmy w 6. r.ż. wynosi 93,9%, a w 13. r.ż. - 86,5%. Istotne jest to, że wykorzystując ten wskaźnik można przewidzieć pozytywną odpowiedź na leczenie wGKS lub LTRA.

Leczenie zaostrzeń astmy w tej grupie wiekowej nie zostało omówione osobno w żadnych rekomendacjach, więc obowiązują zalecenia ogólne. Jako próbę zastosowania LTRA w nowym wskazaniu przeprowadzono badanie z montelukastem, stosowanym w zaostrzeniach astmy u dzieci. Harmanci i wsp. stwierdzili skuteczność montelukastu w zaostrzeniach, ale konieczne są dalsze badania potwierdzające te pierwsze obserwacje.

PIŚMIENNICTWO:

1. Marks G.B., Mihrshahi S., Kemp A.S. i WSP.: Prevention of asthma during the first 5 years of life: A randomized controlled trial. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2006, 118: 53-61.
2. Martinez F.D., Wright A.L., Taussig L.M. i wsp.: Asthma and wheezing in the first six years of life. *The Group Health Medical Associates. N. Engl. J. Med.* 1995, 332: 133-8.
3. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Alergologicznego (PTA) i Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc (PTCP) dotyczące postępowania w astmie oskrzelowej. Raport panelu ekspertów PTA i PTCP w sprawie postępowania w astmie oskrzelowej, wydanie II. Red. K. Kruszewski, Warszawa 2008.
4. Bacharier L.B., Bonnier A., Carlsen K.-H. I wsp.: Diagnosis and treatment of asthma in childhood: a PRACTALL consensus raport. *Allergy* 2008, 63: 5-34.
5. Bush A: Diagnosis asthma in children under five. *Pirm. Care Respir. J.* 2007, 16: 7-15
6. Bisgaard H., Gillies J., Groenewald M.: The effect of inhaled fluticasone propionate in the treatment of young asthmatic children: A do-se comparison study. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 1999,160:126-31.
7. Bisgaard H., Allen D., Milanowski J. i wsp.: Twelve-month safety and efficacy of inhaled fluticasone propionate in children aged 1 to 3 years with recurrent wheezing. *Pediatrics* 2004,113: e87-94.
8. Akdis CA, Akdis M., Bieber T. i wsp.: Diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children and adults: European Academy of Allergology and Clinical Immunology/American Academy of Allergy, Asthma and Immunology/ PRACTALL Consensus Report. *Allergy* 2006, 8: 969-87.
9. Kupryś-Lipińska I, Elgalal A, Kuna P.: The underdiagnosis and undertreatment of asthma in general population of the Lodź Province (Poland). *Pneumonol, Alergol, Poi.* 2010,1:21-7.

Potrzeba wspierania matek dzieci z dystrofią mięśniową Duchenne'a – w świetle badań empirycznych nad poczuciem ich życiowej satysfakcji

dr n. med. Maria Borczykowska-Rzepka

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Kraków

Zarówno literatura przedmiotu (Kamińska-Reyman, 2004), jak i obserwacje z codziennej praktyki klinicznej dostarczają wielu dowodów na to, iż narodziny dziecka z niepełnosprawnością lub rozpoznanie u niego poważnej, zagrażającej życiu i jakości tego życia choroby, są wydarzeniami traumatycznymi, najczęściej zupełnie nieoczekiwanymi. Stres doświadczany w takiej sytuacji przez całą rodzinę i poszczególnych jej członków ma charakter przewlekły i narastający, co czyni jej położenie szczególnie trudnym. Podkreślenie zmian w funkcjonowaniu wszystkich członków rodziny znajduje się uzasadnienie w świetle licznych teorii zakładających, że rodzina to coś więcej niż niewielka grupa złożona z osób, pomiędzy którymi istnieją określone więzi, która wypełnia pewne role i zajmuje ograniczone i ściśle określone terytorium w naszej przestrzeni społecznej (Świętochowski, 2000, s.72). Teoria systemowa bowiem, jak podkreśla cytowany już Świętochowski (2000), definiuje rodzinę jako układ całościowy, który stworzony jest przez określoną liczbę osób połączonych splotem specyficznych, wzajemnych relacji w taki sposób, że zmiana jednego elementu systemu prowadzi do istotnych zmian całości układu. Tak ujęta rodzina staje w obliczu różnorodnych wydarzeń, z których jedne są normatywne, charakterystyczne dla cyklu życia rodzinnego, a inne – losowe – jak na przykład postawienie u dziecka diagnozy ciężkiego, przewlekłego schorzenia, które autorka niniejszego doniesienia za Pecyną (2000) definiuje jako: trwające długi czas (dłuższy niż trzy miesiące), przebiegające w sposób ciągły lub z nawrotami, zaburzające nie tylko funkcjonowanie somatyczne, ale również aktywność człowieka na wielu jego poziomach. Zdaniem wielu autorów (Drożdżowicz, 1999, Czabała, 1999), jak podkreślała autorka niniejszego doniesienia w jednej z wcześniejszych swoich prac (Rzepka, 2007), zmiana i przekształcanie się są niezbędnym warunkiem rozwoju systemu rodzinnego. Jednakże adekwatne przystosowanie się do nowych wymagań wymusza zachowanie równowagi między zachodzącym w jego obrębie procesem morfostazy i morfogenezy (Rzepka, 2007, s.277). Jak podkreśla de Barbaro (1999), adekwatne i przystosowawcze reagowanie na zmiany, szczególnie te o charakterze krytycznych wydarzeń życiowych – do których z pewnością można zaliczyć diagnozę dystrofii mię-

śniowej postępującej Duchenne'a – wymaga od rodziny zarówno zdolności do zmian wzajemnych relacji członków tego układu, jak i umiejętności pozostawiania wciąż tą samą rodziną. Jest to tym trudniejsze, iż poszczególni członkowie tego systemu muszą poradzić sobie z przejściem charakterystycznych etapów (szoku, kryzysu emocjonalnego, pozornego przystosowania się i konstruktywnego przystosowania się) adaptacji do nowej, życiowej sytuacji, które mogą przebiegać w różnym czasie i z różnym natężeniem (Woynarowska, 2000). Umiejętność reorganizacji życia rodziny w sytuacji ciężkiej choroby dziecka i pojawiających się problemów w wypełnianiu przez nią, zarówno podstawowych funkcji (Nawrot, 1990), jak i kształtowaniu właściwych postaw rodzicielskich wobec chorego dziecka – uwarunkowana jest różnorodnymi czynnikami, z których na szczególną uwagę zdaniem autorki zasługuje wsparcie społeczne (Rzepka, 2007; Borczykowska-Rzepka, Joško, Kasperczyk, 2010). Z uwagi na fakt, iż ramy tego pojęcia określane są raczej przez obserwację istniejącej rzeczywistości niż odniesienie do konkretnej teorii psychologicznej, spotykane w literaturze przedmiotu (Pommersbach, 1988; Sarason, 1982; za Sęk, 1986) definicje, są w przeważającej mierze definicjami operacyjnymi, związanymi z kierunkiem prowadzonych badań. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na próbę integracji wiedzy na temat wsparcia, której podjęła się Sęk (1986, s. 793), a w której podkreśla, iż wsparcie to rodzaj interakcji społecznej charakteryzującej się tym, że zostaje podjęta przez jedną lub obie strony interakcji, w sytuacji problemowej lub trudnej. W toku tejże interakcji dochodzi do wymiany informacji, wymiany emocjonalnej, wymiany instrumentów działania itd. W innej swej publikacji cytowana już Sęk (1997) stwierdza, iż wsparcie jest po prostu pomocą dostępną w sytuacji trudnej.

Nie ulega wątpliwości, że zdiagnozowanie u dziecka postępującej dystrofii mięśniowej będącej dla rodziny swoistym odpowiednikiem utraty osoby najbliższej, jest sytuacją nie tylko trudną lecz wręcz traumatyczną. Zatem proces przystosowywania się do nowych zagrażających wyzwań i radzenie sobie z ogromnym natężeniem emocji negatywnych, przebiega u rodziców, a szczególnie matek, zgodnie z fazami wyodrębnionymi, przez Bristol (1994) w swej koncepcji żałoby, począwszy od fazy szoku, poprzez świadomość straty po próby przezwyciężenia tejże straty. Natomiast Olshansky (1966) podkreśla w swej koncepcji chronicznego smutku, iż rodzice w sytuacji dramatycznej diagnozy doświadczają głównie smutku i przemożnego przygnębienia. Niezależnie jednak od koncepcji teoretycznej, analizującej fazę radzenia sobie z zaistniałą sytuacją przez rodzinę i jej poszczególnych członków autorzy dobitnie podkreślają, iż proces adaptacji do tak zagrażającego wydarzenia, jakim jest diagnoza postępującej niepełnosprawności czy choroby terminalnej dziecka – nie jest możliwy bez niezbędnej pomocy i wsparcia, ułatwiającego opiekę nad dzieckiem i radzenie sobie z ciężarem negatywnych emocji i stresem rodzicielskim. Nie wdając się w szersze rozważanie teoretyczne na temat mechanizmów wsparcia, warto jedynie przypomnieć, iż korzystny wpływ wsparcia na procesy radzenia sobie z sytuacją trudną można wyjaśnić, jak podkreśla Sęk (1997, s. 15), chociażby poprzez hipotezę buforową głoszącą, iż w sytuacji silnego stresu, istnienie i spostrzeganie wsparcia społecznego działa jak bufor wobec zagrożenia patologią, obniżając występujące napięcie i umożliwiają przezwyciężenie trudności lub kryzysu. Warto w tym miejscu podkreślić, w kontekście dalszych rozważań autorki, iż ważne są powiązanie efektu buforowego wsparcia z określonymi właściwościami jed-

nostki (choćby z poczuciem zlokalizowania kontroli) na co zwracają uwagę Sandler i Lakey (1981, za Sęk, 1986, s. 798), stwierdzający, iż efekt buforowy zachodzi jedynie w stosunku do większości osób „wewnątrzsterownych”. Nie można zatem mówić o prostej zależności między wielkością i rodzajem otrzymywanego wsparcia a pełnioną przez nie funkcją u danej jednostki. Jednocześnie należy podkreślić, że wsparcie społeczne nie jest panaceum na wszystkie aspekty sytuacji kryzysowej i paradoksalnie może oddziaływać niekorzystnie poprzez wzbudzanie nierealistycznych nadziei lub podtrzymywanie nieprzystosowawczych zachowań utrudniając zarówno choremu jak i rodzinie, na co zwracają uwagę Silver i Wortman (1994) skuteczną adaptację do nowych warunków życiowych. Zatem podstawą udzielenia właściwego wsparcia jest jego trafność i dostępność, rozumiana w ujęciu jakościowym jako uogólnione zdolności jednostki do wykorzystania dostępnych osobowych i środowiskowych zasobów pozwalających, w zasadzie niezależnie od fizycznego i społecznego kontekstu, najefektywniej dla dobrostanu i jakości życia jednostki postrzegać interpretować i radzić sobie w sytuacji stresu, które to właściwości i umiejętności są szczególnie istotne w przypadku postępującej choroby dziecka.

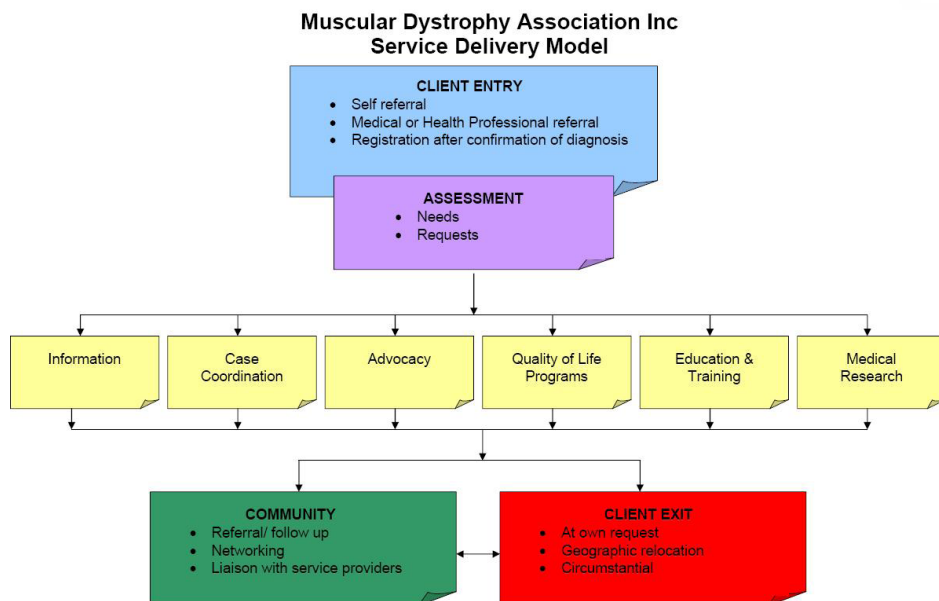
Z pewnością do takich schorzeń należą wszelkie postacie dystrofii mięśniowej, a szczególnie dystrofia Duchenne'a. Jak podkreślają chociażby Warlow (1996) czy Ryniewicz (1997), dystrofia ta stanowi schorzenie rzadkie, występujące z częstością 3/100000 żywo narodzonych noworodków płci męskiej. Należy ona do rodzinno-dziedzicznych schorzeń o charakterze postępującym i dotyczy głównie mięśni szkieletowych (Michałowicz, 1983). Schorzenie to dziedziczy się w sposób recesywny, sprzężony z płcią, co oznacza, jak podaje cytowana już Ryniewicz (1997), iż chorują tylko chłopcy a nosicielkami genu chorobowego są matki. Mimo braku wczesnej diagnozy i wczesnego rozpoznania choroby (a jest to czynnik niezwykle istotny dla dobrostanu psychicznego matek), chłopcy z dystrofią Duchenne'a są chorzy od urodzenia. Postawienie tak dramatycznej, zarówno dla dziecka, jak i jego rodziny diagnozy, dokonuje się najczęściej w momencie rozpoczęcia nauki samodzielnego chodzenia. Rodzice, a szczególnie matki, jako najwnikliwsze obserwatorki postępów rozwojowych dziecka na długo przed ostatecznym rozpoznaniem odczuwają lęk i niepokój związany z występowaniem niepotwierdzonych i wieloznacznych objawów takich jak: mniejsza sprawność motoryczna, „niezgrabność”, częste upadki, trudności z bieganiem, wstawaniem itp. Nastrój matki i jej emocje wahają się między syndromem Kassandry a syndromem Pollyanny. Można zakładać, iż na długo przed ostateczną diagnozą u matki dziecka pojawiają się mechanizmy obronne takie jak: wyparcie, zaprzeczanie, racjonalizacja i inne. Potęguje się napięcie emocjonalne i lęk o losy dziecka; rośnie natężenie stresu rodzicielskiego. Im później postawiona diagnoza, tym wyraźniej wykreowany obraz zdrowego dziecka, tym silniejszy z nim związek i tym silniejszy szok i kryzys emocjonalny po usłyszeniu diagnozy, która, jak podaje literatura naukowa (Pisula 1999, 2007) podawana jest często w sposób dalece odbiegający od potrzeb i oczekiwań rodziców. Rozpoznanie dystrofii niesie ze sobą obraz dziecka z pogłębiającą się niepełnosprawnością ruchową, unieruchomionego w wózku najczęściej między 10 a 14 r. ż, z towarzyszącym w 40-60% lekkim upośledzeniem umysłowym, z rozwijającą się niewydolnością krążeniowo-oddechową, licznymi deformacjami i przykurczami. Pokróćce scharakteryzowany obraz schorzenia dobitnie pokazuje ogrom problemów i trudności,

z którymi przez wiele lat będą zmuszone borykać się zarówno dzieci, jak i ich matki, pełniące najczęściej funkcję najbliższej opiekunki i osoby wspierającej cierpiące dziecko. Dodatkowym obciążeniem dla rodziców jest stadialność doświadczania swej niepełnosprawności przez chore dzieci: od stadium doznawania niepełnosprawności, przez stadia uświadamiania sobie niepełnosprawności, i funkcjonowanie z niepełnosprawnością, do stadium prób przystosowania się (Obuchowska 1991). Stadium tym towarzyszą zmiany zachodzące w płaszczyźnie osobowościowej dziecka, jego sytuacji psychologicznej i społecznej – potęgując dodatkowo zagubienie i rozpacz członków rodziny dziecka. Zgodnie z literaturą przedmiotu (Juvonen, Leskinen, 1994) można stwierdzić, iż matki dzieci z niepełnosprawnością ruchową a szczególnie matki dzieci z niepełnosprawnością ruchową postępującą, szczególnie ciężko przechodzą poszczególne fazy kryzysu i cechują się stosunkowo silnym natężeniem stresu, ze względu na jej widoczność i związane z nią problemy zdrowotne, a także trudności w uruchomieniu adaptacyjnego, przynajmniej okresowo, obronnego mechanizmu zaprzeczania (Eker, Tüzün, 2004). Z badań cytowanych już Juvonena i Leskinena (1994) a także Pisuli (1998), na które wielokrotnie powoływała się już autorka w innych swoich doniesieniach (Rzepka, 2007, Borczykowska-Rzepka, Joško, Kasperczyk, 2010) wynika, iż rodzice, a szczególnie matki dzieci z dysfunkcjami fizycznymi, częściej niż rodzice dzieci wyłącznie z upośledzeniem umysłowym obwiniają siebie za istniejące zaburzenia w rozwoju dziecka. Poczucie winy matek tych dzieci wiąże się często z etiologią omawianych zaburzeń, nadającą duże znaczenie czynnikom związanym ze środowiskiem i stylem życia czy uwarunkowaniami genetycznymi. Dodatkowym czynnikiem obciążającym omawiane matki jest świadomość konieczności sprawowania opieki i świadczenia pomocy w czynnościach dnia codziennego w nieokreślonym przedziale czasowym, a także liczne problemy występujące w sferze funkcjonowania emocjonalno – społecznego ich dzieci nasilające się wraz z wiekiem. Badania cytowanych autorek (Dębska, 2006; Parchomiuk, Byra, 2006) pokazują, iż w tej grupie dzieci i młodzieży występuje najniższy poziom jakości życia. Jednostki z problemami ruchowymi silnie odczuwają potrzebę niezależności w decydowaniu i działaniu, a także integracji ze środowiskiem. Ostasz (2005) natomiast, podkreśla, iż właśnie u osób z uszkodzonym narządem ruchu i postępującą niepełnosprawnością ruchową proces adaptacji psychospołecznej jest wyraźnie zagrożony. Narastające trudności w komunikowaniu się, brak możliwości swobodnego poruszania się, ograniczone zaspokajanie potrzeb psychicznych, a także nadmierna uległość i zależność, mogą prowadzić do tłumionej wrogości bądź apatii zaburzając prawidłowy rozwój osobowości tych jednostek, co znacznie utrudnia sprawowanie nad nimi opieki i wpływa na poziom jakości życia ich opiekunów (matek, terapeutów i nauczycieli) (Dębska, 2006).

W świetle powyższych badań wydaje się, iż matki dzieci z dystrofią mięśniową typu Duchenne’a w szczególności sposoby narażone są na doznawanie silnego stresu rodzicielskiego i powstania znaczących problemów w zakresie ich dobrostanu psychicznego, który jest niezwykle istotnym czynnikiem kształtującym zarówno wczesne postawy wobec dziecka jak i wpływającym na dobrostan psychiczny samego dziecka. Jak podkreślają chociażby Rola (1995) czy Pisula (1998), depresja matki może stanowić istotny czynnik depresji jej dziecka. Zaburzenie relacji na przykład depresyjnej matki z dzieckiem można zobrazować poprzez łańcuch: depresja matki i odczuwanie braku wsparcia → brak

adekwatnych reakcji matki na zachowanie dziecka → coraz większa liczba zaburzonych zachowań dziecka → pogarszanie się dobrostanu psychicznego matki, poczucie bezradności, brak poczucia sensu życia, lęk → brak sił w inwestowanie w relacje z innymi osobami i osadzanie się w sieci wsparcia → ciągły brak wsparcia → nasilanie się depresji. Możliwość powstania takiego łańcucha przyczynowo-skutkowego wydaje się szczególnie realne w odniesieniu do dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym czy dystrofią mięśniową gdyż, jak podkreślano już uprzednio, właśnie one charakteryzować się mogą znaczącymi trudnościami w relacjach interpersonalnych oraz problemami osobowościowymi uwarunkowanymi w dużej mierze samym schorzeniem (Parchomiuk, Byra, 2006; Dębska, 2006) Troskę o dobrostan psychiczny rodzin dzieci z dystrofią mięśniową (szczególnie Duchenne'a) obrazują liczne modele wsparcia chorych na dystrofię i ich rodzin, funkcjonujące zarówno w świecie, jak i na gruncie rodzimym (Kowalska 2010, Przychodzki, Borczykowska-Rzepka, Borczykowski, 2010) uwzględniające aspekty postępowania diagnostycznego, terapeutycznego, edukacyjnego, prawnego i wiele innych. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na obszerny, liczący kilkadziesiąt stron australijski przewodnik dla rodziców dzieci z chorobą Duchenne'a, Beckera i innymi postaciami dystrofii „A Guide for Parents”, opracowany przez specjalistów związanych z Muscular Dystrophy Association w Australii i dostępny po części na stronie internetowej tegoż Stowarzyszenia. Zanim przybliżona zostanie działalność wymienionego wyżej Stowarzyszenia i innych pokrewnych organizacji wspierających osoby z dystrofią mięśniową i ich rodziny – kilka słów o praktyce medycznej w tym zakresie. Wydaje się, iż odbiega ona nieco od naszego rodzimego modelu (w zakresie kompleksowości). Pierwsze ogniwo stanowi kontakt z lekarzem rodzinnym, który w zależności od pewności, co do diagnozy, kieruje dziecko bądź bezpośrednio do specjalisty neuropediatry (odpowiednik neurologa dziecięcego), bądź do pediatry ogólnego, który w dalszej kolejności kieruje do neuropediatry. Postawienie diagnozy dystrofii mięśniowej Duchenne'a lub Beckera wiąże się ze skierowaniem do Specjalistycznego Szpitala Klinicznego lub przychodni klinicznej w celu wykonania niezbędnych badań potwierdzających lub wykluczających podejrzewane schorzenie. Szpitale kliniczne, w ramach swojej działalności oferuje pacjentowi nie tylko profesjonalną diagnozę medyczną – ustalaną na podstawie wszelkich niezbędnych badań z wykorzystaniem najnowszej aparatury medycznej, ale także pełną diagnozę i terapię paramedyczną z zakresu fizjoterapii (z nauką jazdy na wózkach włącznie), terapii logopedycznej i psychologicznej oraz terapii zajęciowej (z włączeniem poradnictwa z zakresu przystosowania mieszkania i zakupu niezbędnych urządzeń wspierających funkcjonowanie pacjenta w czasie postępującej degradacji zdrowotnej). Ocenie standardu i funkcjonalności mieszkania służy specjalnie skonstruowana ankieta „Home Safety Checklist”, którą wypełnia rodzina przed opuszczeniem szpitala przez dziecko. Zawiera ona pytania o bezpieczeństwo pomieszczeń, posiadane udogodnienia typu: prąd, gaz, bieżąca woda, specyficzne pod kątem schorzenia wyposażenie łazienki, kuchni itd. Uwagę zwraca niezwykle dbałość o dobrostan psychiczny zarówno małych pacjentów, jak i ich rodzin, a więc ten element, który jest, jak podkreślała wielokrotnie Borczykowska-Rzepka (2007, 2010), tak istotny dla holistycznie pojmowanego zdrowia jednostki. Dostępna jest specjalistyczna, ale jednocześnie przystępnie opracowana, wiedza medyczna dotycząca przyczyn schorzenia (szczególnie uwarunkowań genetycznych), faz rozwoju choroby i zmian zachodzących w funkcjonowaniu psychofizycznym

jednostki. Dużą rolę przywiązuje się w nim do informowania o konieczności przeprowadzania badań genetycznych potencjalnych matek w przypadku najmniejszych podejrzeń, co do możliwości bycia nosicielką uszkodzonego genu, gdyż często objawy u kobiety – związane z nosicielstwem genu chorobowego – są niezwykle dyskretne i dotyczą niewielkich problemów w obszarze ramion i bioder. Podkreśla się również wagę dokładnych badań diagnostycznych włącznie z prenatalnymi. Informacje dotyczą także wszelkich prowadzonych badań naukowych, mających na celu zatrzymanie postępów choroby. Szczególną uwagę zwraca się na: Gene Replacement Therapy (terapię wymiany genowej), PTC 124 oraz Exon Skipping Technology (technologia pomijania zmienionej części genu). Niezwykle cenne są również wszystkie informacje (wraz z dostępnym przeszkoleniem) dotyczące efektywnych sposobów wspomagania oddychania na przykład: oddychanie językowo-gardłowe (glossopharyngeal breathing GPB) oraz tzw. „Frog Breathing” (żabie oddychanie). Edukuje się również rodziców w zakresie prowadzenia rozmowy z chorymi dziećmi np. na temat nieuchronności śmierci, w sposób dostosowany do ich możliwości rozumienia zjawiska związanych z etapem fazy rozwoju. Wydaje się, iż celowym i ciekawym zabiegiem będzie przedstawienie w tym miejscu australijskiego modelu opieki nad dzieckiem z dystrofią Duchenne’a i jego rodziną analizowanego szerzej w innym doniesieniu (Przychodźki, Borczykowska-Rzepka, Borczykowski, 2010), jako egzemplifikację działań opiekuńczych, edukacyjnych, oraz medycznych wdrażanych, w stosunku do chorych dzieci i ich opiekunów.



źródło: <http://www.mda.org.au>

Niezależnie jednak od różnic w światowych, a także rodzimych modelach opieki i wspierania chorujących na dystrofię i ich rodzin lub opiekunów – wszystkie podkre-

śląją rolę dobrostanu psychicznego opiekunów osób z dystrofią mięśniową i zapobiegania zespołowi wypalenia.

Jednym z powszechnie używanych wskaźników dobrostanu psychicznego jest satysfakcja z życia jednostki. Należy podkreślić, że współczesna wiedza na temat satysfakcji z życia nie umożliwia stosowania tylko jednej, powszechnie używanej definicji zjawiska, jednakże większość badaczy umiejscawia ją w warstwie ogólnego dobrostanu psychicznego jednostki i utożsamia wyłącznie z poznawczą oceną całości życia (Diener, 2000; Skrzypińska, 2003), bądź wymaga, jak Bradburn (1969), potraktowania oceny poznawczej łącznie z bilansem emocjonalnym, który winien być dodatni.

Na użytek niniejszej pracy wybrano tę definicję satysfakcji z życia, która określa ją jako poznawczy element subiektywnego dobrostanu psychicznego, będący ogólną oceną całości własnego życia, w sposób niezależny od aktualnie przeżywanych emocji (Diener, 2000, Juczyński, 2001, Skrzypińska, 2003).

Ocena satysfakcji z życia to wynik porównania własnej sytuacji z ustalonymi przez siebie standardami. Jeżeli wynik porównania jest zadowalający, to jego skutkiem jest określony stopień odczucia satysfakcji z własnych osiągnięć i warunków (Juczyński, 2001, s. 12-29). Wybór satysfakcji z życia, jako czynnika poznawczego, wiąże się z faktem większej jej stabilności w czasie, w porównaniu z elementami emocjonalnymi (Czapiński, 1992). Tak ujęta satysfakcja z życia, jak za Pavotem i Dienerem podkreśla Juczyński (2001) jest jednym z trzech podstawowych elementów (wskaźników) ogólnego dobrostanu psychicznego, ściśle związanego ze zdrowiem psychicznym. Do badania poziomu satysfakcji z życia wykorzystano Skalę Satysfakcji z Życia (SWLS) Dienera, Emmons, Larsona i Griffina w opracowaniu Juczyńskiego (2001).

Pomiędzy badaczami zajmującymi się subiektywnym dobrostanem psychicznym toczy się teoretyczny spór o jego wyznaczniki, zwłaszcza o rolę determinantów zewnętrznych, obiektywnych (okoliczności życiowych) i wewnętrznych (predyspozycji psychicznych), (Diener, Diener, Diener, 1995). Warto podkreślić, iż obecnie odchodzi się od poszukiwania niezależnych od siebie, obiektywnych warunków szczęścia, ze względu na ich statystycznie niewielkie znaczenie dla dobrostanu jednostki (Czapiński, 1992; 2001). Badacze szacują wpływ czynników demograficznych i socjoekonomicznych, na nie większy, niż dwadzieścia procent, jednakże w krytycznych sytuacjach, wpływ obiektywnych czynników (zwłaszcza o charakterze niekorzystnym) na subiektywny dobrostan, a tym samym na poziom satysfakcji z życia, może być znaczący i wiązać się z tak zwaną pozytywno-negatywną asymetrią w procesach wartościowania (Peters, Czapiński, 1990).

Nie ulega wątpliwości, iż matki dzieci z postępującą niepełnosprawnością ruchową, uwarunkowaną dystrofią mięśniową postępującą Duchenne'a walczące z ograniczeniami ruchowymi dziecka, jego narastającą bezradnością, walczące o każdy oddech najbliższej osoby – znajdują się właśnie w takiej sytuacji. Zatem w tym przypadku analiza związku czynników socjoekonomicznych, zaliczanych do czynników obiektywnych z życiową satysfakcją matek wydaje się warta uwagi.

Przed przystąpieniem do krótkiej analizy czynników istotnie związanych ze stopniem odczuwania życiowej satysfakcji matek dzieci z dystrofią mięśniową Duchenne'a (wskazujących jednocześnie obszary wsparcia) autorka chciałaby skupić się na analizie oceny poznawczej własnego życia dokonanej przez badane matki. W tym miejscu na-

leżałoby podkreślić, iż ze względu na liczebnie małą grupę badawczą (38 osób) – ocena ma jedynie charakter orientacyjny, chociaż w dużej mierze pokrywa się z wynikami uzyskanymi w grupie stu ośmiu matek dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym przebadanymi przez autorkę (Joško, Kasperczyk, 2010; Borczykowska-Rzepka, Joško, Kasperczyk, 2011). Oceniane w pracy poczucie satysfakcji z życia (p. s. z ż.) matek dzieci z dystrofią mięśniową Duchenne’a może stanowić pośrednią odpowiedź na pytanie o poradzenie sobie przez nie ze stresem krytycznego wydarzenia, w postaci ponownego przystosowania się do zmieniających się warunków życiowych.

Niski stopień poczucia satysfakcji z życia w badanej grupie matek uzyskało prawie 44% badanych, przeciętny około 30%, a wysoki – świadczący o dobrym poradzeniu sobie ze stresem i osiągnięciu ponownej adaptacji do zmienionej sytuacji życiowej prawie 26% badanych. Liczba matek z przeciętnym p. s. z ż. i wysokim p. s. z ż. jest zbliżona, niemniej wysoki stopień p. s. z ż. jest najmniej licznie reprezentowany wśród badanych matek.

W świetle przeprowadzonych przez Juczyńskiego (2001) badań normalizacyjnych na grupie 295 kobiet w wieku od 20 do 55 lat, wśród których 32,8% uplasowało się w obszarze niskiego p. s. z ż., a 33,4% w obszarze wysokiego p. s. z ż. rozbieżność wyników, na niekorzyść badanych w niniejszej pracy matek w obszarze niskiego p. s. z ż., jest wyraźnie widoczna. Zgodnie z rozważaniami Czapińskiego (2001, 1994), każda jednostka ma swój własny „atraktor” szczęścia, poziom uwarunkowany genetycznie, do którego (nawet w najtrudniejszych sytuacjach kryzysowych) dąży. Po pewnym okresie czasu, poziom życiowe satysfakcji powinien zatem wrócić do stanu wyjściowego a nawet się podnieść.

Bywają jednak tak silne traumatyczne wydarzenia życiowe, iż obniżają na stałe poziom szczęścia jednostki i zmieniają genetycznie jej dany „atraktor” szczęścia (Fujita, Diener, 2005). Brak pozytywnej poznawczej oceny wartości życia w dłuższym przedziale czasowym świadczy o naruszeniu najgłębszej warstwy subiektywnego dobrostanu psychicznego, utracie poczucia sensu życia a nawet pragnienia życia.

Wspomniani już proces radzenia sobie z krytycznym wydarzeniem i jego wynik w postaci zachowania subiektywnego dobrostanu psychicznego i zdrowia somatycznego, zależy od różnorodnych zasobów osobistych oraz społecznych jednostki, oraz umiejętności ich wykorzystania (Antonovsky, 1995; Sęk, Pasikowski, 2001). Istotnym wydaje się zatem przesłedzenie, jak kształtuje się poziom wybranych zasobów warunkujących zmaganie się z tak krytycznym wydarzeniem życiowym w badanej grupie matek i które z nich wydają się najsilniej związane z ich stopniem poczucia satysfakcji z życia. Z szerokiego spectrum czynników wybranych przez autorkę, poniżej zostaną przeanalizowane te, które należą do grupy tzw. czynników obiektywnych i wykazujących istotny związek ($p < 0,05$) z p. s. z ż., co może potwierdzać spostrzeżenia Petersa i Czapińskiego (1990) o wyjątkowych sytuacjach, w których te elementy odgrywają istotną rolę w poznawczej ocenie życia.

Jednym z takich zasobów jest sytuacja materialna matki, będąca elementem statusu socjoekonomicznego. Najczęściej dokonuje się obiektywnej oceny statusu materialnego jednostki (dochód na członka rodziny) i zalicza się ją w piśmiennictwie naukowym do charakterystyki środowiskowej respondentów, jednakże w przypadku tak krytycznego zdarzenia jak zdiagnozowanie u dziecka na przykład mózgowego porażenia dzie-

cięcego czy dystrofii Duchenne'a związanego ze świadomością ogromnych nakładów finansowych związanych z długofalowym leczeniem i rehabilitacją, istotniejszą wydaje się być subiektywna ocena finansowego położenia materialnego przez matki i subiektywna ocena obniżenia się bądź nie, własnego standardu życiowego (Czapiński, 1992; Czapiński, 2001).

Poczucie wysokiego statusu materialnego niewątpliwie obniża poczucie lęku o przyszłość dziecka, zapobiega poczuciu bezradności finansowej w obliczu nowych możliwości korzystania z leczenia i rehabilitacji czy pozwala na zatrudnienie opiekunki. Zawsze jednak może zaistnieć czynnik osobisty lub środowiskowy (złe relacje z mężem, rodziną, utrata przyjaciół, nadmierne tłumienie emocji), który niezależnie od wysokości dochodu wydatnie obniży stopień p. s. z ż. W badanej grupie najniższy odsetek stanowiły matki oceniające swoją sytuację materialną jako bardzo złą, (6,66% badanych). Niewielki również procent matek (9,90%), oceniło swą sytuację finansową jako bardzo dobrą. Najliczniejszą grupę stanowiły matki postrzegające swoje położenie materialne jako przeciętne, to znaczy takie, w którym wystarcza na swobodne zaspokojenie wszystkich podstawowych potrzeb.

Analiza związku postrzeganej sytuacji finansowej ze stopniem p. s. z ż. wykazała, iż bardzo złej kondycji finansowej towarzyszy niski stopień p. s. z ż. matki i taka zależność nie dziwi w świetle lęku o przyszłość dziecka i możliwości jego leczenia. Warto natomiast zwrócić uwagę na fakt, iż w grupie badanych oceniających sytuację materialną jako bardzo dobrą, satysfakcja życiowa u ponad 12% kształtowała się na poziomie niskim. Poza tym, ocena swej sytuacji materialnej w kategorii przeciętnej nie wiąże się u większości badanych z przeciętnym poziomem życiowej satysfakcji, lecz z niskim. Dopiero na drugim miejscu przeciętna sytuacja finansowa skutkuje przeciętnym p. s. z ż. Jest to zgodne z wynikami badań, które dowodzą, iż nie zawsze można mówić o bezpośrednim związku przyczynowo – skutkowym między sferą finansową a poczuciem szczęścia (Argyle, 2005; Czapiński, 2000). Zgodnie z teorią pozytywno – negatywnej asymetrii, gwałtowny spadek dochodów poprzez utratę pracy lub dodatkowe obciążenia finansowe (choćby z racji choroby dziecka) wywołuje wyraźny czasowy spadek dobrostanu psychicznego. Natomiast wzrost dochodów ponad przeciętny poziom, zabezpieczający podstawowe potrzeby, nie zwiększa istotnie poczucia szczęścia.

Związek ten również w prezentowanych badaniach okazał się istotny ($p=0,004$) i potwierdził, iż w sytuacji tak krytycznej, jak zdiagnozowanie dystrofii mięśniowej wymagającej specjalistycznego leczenia, rehabilitacji i długofalowej opieki – ocena własnej sytuacji materialnej i wynikające stąd poczucie bezpieczeństwa, a także możliwość podjęcia najlepszych działań zaradczych, odgrywa niezwykle istotną rolę w kształtowaniu poznawczej oceny własnego życia u matek.

Analizując wyniki badań na gruncie problematyki niepełnosprawności, nie można stwierdzić jednoznacznego związku między wyższym poziomem wykształcenia a większą akceptacją dziecka i lepszym radzeniem sobie ze stresem (Pisula, 1998). Natomiast w badaniach sondażowych na dużych populacjach prowadzonych przez Czapińskiego (1992) czy Argyle'a (2005) wykazano istotny związek tego czynnika z poczuciem szczęścia jednostek. Również badania autorki potwierdzają statystycznie znamiennej zależność pomiędzy wykształceniem a satysfakcją z życia badanych matek ($p<0,04$).

Wśród matek z wykształceniem podstawowym prawie 67% charakteryzowało się niskim poczuciem satysfakcji z życia. Fakt ten nie budzi zdziwienia z uwagi na powiązanie wykształcenia z możliwościami zarobkowymi, umiejętnością poszukiwania wsparcia oraz docierania do istotnych informacji, dotyczących na przykład schorzenia dziecka i kontaktu ze specjalistami. Natomiast ciekawszym wydaje się fakt, iż wśród matek z wyższym wykształceniem ponad 20% charakteryzowało się niską satysfakcją z życia i tylko 30% wysoką.

Wydaje się, iż wyższy poziom intelektualny i większy zakres posiadanej wiedzy w przypadku postępujących zaburzeń ruchowych oraz ich konsekwencji ogólnozdrowotnych utrudnia akceptację tej sytuacji i generuje wysoki poziom lęku. Powoduje również, iż matki te charakteryzują się większą świadomością zagrożenia zdrowia i życia dziecka, co wydatnie obniża ich poczucie życiowej satysfakcji.

Uzyskane wyniki mogą ten tok interpretacji potwierdzać, gdyż nieco niższe wykształcenie (szczególnie średnie), idzie w parze z największą liczbą matek z wysokim stopniem p. s. z ż. Wydaje się, iż ten poziom wykształcenia i uzyskane kwalifikacje umożliwiają z jednej strony uzyskanie zatrudnienia i wchodzenie w różne relacje interpersonalne dostarczające wsparcia, a z drugiej, nie kreują u rodziców nierealnych oczekiwań dotyczących dziecka.

Kolejny analizowany czynnik to aktywność zawodowa matek. Problem związku aktywności zawodowej i poczucia szczęścia w szczególności dotyczy matek dzieci z niepełnosprawnością ruchową, gdyż właśnie one z racji ogromu obowiązków opiekuńczych i rehabilitacyjnych najczęściej rezygnują z pracy, co wiąże się często z pogorszeniem sytuacji materialnej ich rodzin i dłuższą nieobecnością w domu zapracowanego ojca (Będkowska-Heine, 2003; Dąbrowska, 2005).

Mimo, że badania autorki nie wykazały (odmiennie od innych badaczy) istotności związku tego czynnika z p. s. z ż. warto przytoczyć poniżej uzyskane wyniki.

W badanej grupie matek większość nie pracowała zawodowo a 23,31% było zatrudnionych na pełnym etacie. Trzecią pod względem liczebności grupę stanowiły matki pracujące w wymiarze ½ etatu.

Zgodnie z wynikami badań naukowych aktywność zawodowa pozwala na uzyskanie dystansu wobec problemów zdrowotnych dziecka i stwarza szansę widzenia siebie jako jednostki odnoszącej sukces w innych – poza macierzyńską – rolach (Będkowska-Heine, 2003; Dąbrowska, 2005). Można by zatem oczekiwać, iż w grupie osób pracujących w pełnym wymiarze godzin nie pojawią się osoby z niskim stopniem p. s. z ż. Wyniki prezentowanych badań w mojej pracy wskazują jednak, iż w tej grupie 14,20% matek charakteryzowało się niskim p. s. z ż. A jedynie 29,4% osiągnęło wysoką satysfakcję życiową.

Prawie taki sam procent badanych osiągających wysoką satysfakcję życiową, nie pracuje zawodowo. Jednocześnie jednak liczba matek nie pracujących zawodowo a osiągających niski p. s. z ż. – jest największą w badanej populacji.

Jak pokazują wyniki, pełne zatrudnienie, mimo z pewnością licznych kontaktów towarzyskich, nie gwarantuje wysokiego poziomu satysfakcji z życia. Być może i tu działa prawo pozytywno – negatywnej asymetrii stanowiące, iż utrata dobra cenionego (możliwość zatrudnienia i „złapania oddechu” od obowiązków związanych z niepełnosprawnością dziecka) zdecydowanie obniża stopień p. s. z ż, natomiast przekroczenie

pewnego limitu czasu spędzanego poza domem i nadmiar obowiązków nie dodają szczęścia, podobnie, jak ma to miejsce z przyrostem dochodów w rodzinie (Pisula, 1998). Rozważania Pisuli (2007) potwierdzają ten tok interpretacji i podkreślają, iż najkorzystniejsza dla matek dzieci z niepełnosprawnością jest praca na etacie cząstkowym.

Kolejnym czynnikiem analizowanym przez autorkę w kontekście jego związku ze stopniem p. s. z ż. był wiek matek. Badania naukowe dowodzą, iż wiek życia wpływa na ogólny dobrostan psychiczny w niewielkim stopniu i w interakcji z wieloma innymi czynnikami, jednakże kierunek jego wpływu na życiową satysfakcję jest jednoznaczny w odróżnieniu od zmiennych socjoekonomicznych (Argyle, 2005; Czapiński, 1994). Potwierdzeniem tych poglądów mogą być wyniki uzyskane w mojej pracy, które nie wykazują istotnego bezpośredniego związku wieku ze stopniem poczucia satysfakcji z życia u badanych, natomiast wykazują znamienne statystycznie powiązanie wieku z wykształceniem matek ($p=0,004$), który to czynnik istotnie wpływa na ich poczucie życiowej satysfakcji. W badanej grupie, w której nieco ponad 60% to matki powyżej 28 roku życia a prawie 40% matki poniżej 28 roku życia, nie stwierdzono istotnej zależności między wiekiem a stopniem poczucia życiowej satysfakcji. Należy jednak podkreślić, iż wśród matek po 28 roku życia, zdecydowanie więcej charakteryzuje się wysokim stopniem satysfakcji z życia.

Jak podaje Pisula (1998), Flynt i Wood badali matki dzieci upośledzonych umysłowo w dwóch grupach wiekowych – do 40 roku życia i po 40 roku życia. Matki starsze wykazywały zdecydowanie niższy poziom stresu, przy podobnych strategiach radzenia sobie. Młodszym matkom brakowało adekwatnych i wystarczających zasobów ułatwiających zmaganie się z trudami opieki i wychowania dziecka niepełnosprawnego (Dąbrowska, 2005). Stwierdzono także, że im człowiek starszy, tym nieco niższe aspiracje i stąd mniejsza rozbieżność między celami a osiągnięciami i wyższy poziom poznawczej oceny dokonań życiowych (Argyle, 2005).

Podsumowując wyniki dotyczące analizy wybranych obiektywnych czynników socjoekonomicznych i ich bezpośrednich związków z poziomem satysfakcji z życia badanych matek można stwierdzić, iż pokrywają się one z danymi z piśmiennictwa, ale jedynie w zakresie dochodów i wykształcenia. Nie pokrywają się natomiast w zakresie aktywności zawodowej (podobne wyniki uzyskała autorka niniejszego doniesienia w grupie stu przebadanych matek dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym). Wyraźny związek oceny statusu materialnego z p. s. z ż. przez badane matki podkreśla zarówno ważną rolę zabezpieczenia materialnego w przypadku dziecka z niepełnosprawnością ruchową, jak i może potwierdzać zjawisko „uziemiaenia polskiej duszy”.

Kolejnym ważnym spostrzeżeniem jest to, że bardzo zła sytuacja materialna, wykształcenie podstawowe warunkują zawsze niski poziom satysfakcji z życia, natomiast bardzo dobra sytuacja materialna, wykształcenie wyższe i praca na pełnym etacie mogą warunkować zarówno niski, jak i wysoki stopień poczucia satysfakcji z życia.

Analiza czynników ułatwiających sprawowanie opieki nad dzieckiem z dystrofią mięśniową Duchenne'a a jednocześnie umożliwiających zachowanie dobrostanu psychicznego i legitymowanie się wysokim lub przeciętnym stopniem odczuwanej życiowej satysfakcji winna zwrócić uwagę na kolejne czynniki obiektywne o charakterze środowiskowym, mogące z dużym uproszczeniem stanowić elementy wsparcia spo-

łecznego. Spośród szerokiego ich spectrum autorka zwróciła w swej analizie uwagę na takie jak: struktura rodziny, sprawowanie opieki nad dzieckiem, zasób posiadanych informacji (związanych ze stanem zdrowia dziecka i postępowaniem terapeutycznym), forma rehabilitacji dziecka.

Przyjmując duży stopień ogólności, wszystkie wymienione czynniki środowiskowe potraktować można jako specyficzne rodzaje wsparcia społecznego, zarówno strukturalnego (sieć społeczna), jak i po części – wynikającego zeń – wsparcia funkcjonalnego (efekt buforowy) (Sęk, 1998; Sęk, 2005). Wspomniany już efekt buforowy, wykorzystujący zasoby jednostek, związany jest przede wszystkim z obniżaniem u nich poziomu stresu i chronieniem ich dobrostanu psychicznego. Istotna jest również znajomość optymalnego zakresu wsparcia. Jeżeli wsparcia jest zbyt dużo – osoba czuje się kontrolowana, jeśli zbyt mało – odrzucona, izolowana i osamotniona.

Badania wykazały również, iż satysfakcjonujące wsparcie wywiera bezpośredni wpływ na ponowną adaptację i dobrostan psychiczny rodziców dzieci z m. p. dz, autystycznych czy z zespołem Downa i może być większy, niż wpływ niepełnosprawności na poziom stresu rodzicielskiego (Pisula, 1998). Jak podaje cytowana już Pisula (1998) badania Lavigneur, Tremblay i Saucier wykazują, iż w radzeniu sobie ze stresem wychowywania dziecka niepełnosprawnego największą rolę u matek odgrywa wsparcie ze strony współmałżonka, zaś Akkok (za Pisula, 2008) podkreśla, iż niezwykle ważne są relacje z członkami dalszej rodziny, szczególnie z dziadkami, gdyż w takiej sytuacji mogą oni pełnić rolę wspierającą lub być źródłem dodatkowego stresu. Z analizowanych w pracy czynników środowiskowych – zarówno zasób informacji, którym dysponują badane matki jak i struktura sprawowania opieki nad dzieckiem umownie traktowane jako wsparcie informacyjne i instrumentalno-emocjonalne, nie wykazały istotnego związku ze stopniem poczucia satysfakcji z życia badanych matek. Udzielane przez personel informacje, dotyczące zdrowia dziecka oraz zaleceń rehabilitacyjno-terapeutycznych dla prawie 78% badanych matek okazały się wystarczające, a dla 22% – nie były wystarczające. Tak wysoki odsetek matek, traktujący uzyskane informacje jako wystarczające, może budzić zastrzeżenia co do jego wiarygodności jednakże w badaniach Cunninghama i wsp., jak podaje wielokrotnie cytowana już Pisula (1998) prawie 100% badanych wyrażało satysfakcję ze sposobu i zakresu otrzymanych informacji o upośledzeniu dziecka. Znacząca liczba matek, akceptujących zakres informacji udzielanych przez personel, wiąże się bądź to z lękiem przed ujawnianiem swych faktycznych oczekiwań wobec osób informujących albo z preferowaniem unikowych strategii radzenia sobie ze stresem. Warto podkreślić, iż „konsumenci” (badane matki) mają z reguły trudności z przyjmowaniem nadmiaru informacji ze względu na ograniczoną pojemność informacyjną, stąd niejednokrotnie ich wiedza jest pobieżna i w późniejszych wyborach mogą kierować się mało istotnymi przesłankami (Cunningham, Denk, Sinclair, 2001).

W badaniach autorki nie wykryto istotnej statystycznie zależności między tym czynnikiem, a poznawczą oceną życia przez matki. W grupie matek usatysfakcjonowanych informacjami niski stopień poczucia satysfakcji z życia reprezentuje 37,4% badanych a przeciętny i wysoki po 20,37%. Paradoksalnie – w znacznie mniejszej liczbie grupie matek nieusatysfakcjonowanych informacjami, liczebność osób z wysokim p. s. z ż. była w zasadzie porównywalna z liczbą matek z niskim stopniem poczucia satysfakcji

z życia. Uzyskane wyniki sugerują, iż ocena zakresu informacji może być nie do końca wiarygodna i wynikać z tych samych pobudek, jakie kierują rodzicami, oceniającymi na przykład nauczycieli w przypadku bezpośredniego kontaktu, lub ze stosowania obronnych mechanizmów osobowości nastawionych na ochronę własnych emocji.

Istotnego statystycznie związku z poczuciem satysfakcji z życia nie przyniosła także analiza takiego czynnika, jak sprawowanie opieki nad dzieckiem, traktowanej umownie w kategoriach wsparcia instrumentalno – emocjonalnego. Największą procentowo liczbę (53,70%), stanowiły matki sprawujące w większości samodzielnie opiekę nad chorym dzieckiem. W grupie tej 43,10% badanych charakteryzowało się niskim poczuciem satysfakcji z życia. Związek ten nie budzi zdziwienia, gdyż zmęczenie codziennymi obowiązkami, zmaganie się bez wsparcia z nowym wyzwaniem wychowawczym a być może pełnienie ról zarówno matki jak i ojca może wywołać obniżenie nastroju, bezsenność, depresję, rozdrażnienie jak i inne zaburzenia subiektywnego dobrostanu psychicznego (Będkowska-Heine, 2003; Dąbrowska, 2005). Warto natomiast zwrócić uwagę na wysoki odsetek matek samodzielnie zmagających się z opieką nad dzieckiem a charakteryzujących się wysokim poczuciem satysfakcji z życia (24,14%). Można przyjąć, iż zasoby osobiste tych matek bądź inne zasoby środowiskowe (na przykład forma rehabilitacji) są tak wysokie i tak elastycznie wykorzystywane przez jednostkę w strategiach radzenia sobie ze stresem, iż równoważą niedogodności wynikające z obciążeń opiekuńczych. Potwierdzać to mogą badania uzyskane przez autorkę dotyczące stopnia poczucia satysfakcji z życia matek pełniących opiekę nad dzieckiem wspólnie z mężem. W świetle badań naukowych powinny być one najszcześniejsze, gdyż teoretycznie najważniejsze jest wsparcie współmałżonka, stanowiące najsilniejsze wsparcie emocjonalne (Pisula, 1998). Jednakże to w tej grupie najwięcej matek osiągnęło niski stopień poczucia satysfakcji z życia (44,44%). Wydaje się, że w świetle tak krytycznego zdarzenia, istotna dla dobrostanu jednostki jest nie tyle formalna pomoc męża (łącząca się ze strukturą rodziny), ile motywacja do udzielania pomocy, relacje małżeńskie i autentyczna więź między rodzicami dziecka z ciężką, postępującą chorobą. Liczebność matek z niskim stopniem p. s. z ż. i wysokim stopniem p. s. z ż. w grupie korzystających z pomocy osób trzecich (przyjaciół, dziadków, opiekunek), jest porównywalna.

Nie wystąpił również istotny statystycznie związek między strukturą rodziny a p. s. z ż. badanych matek. Wśród badanych dominowała pełna struktura rodziny (73,16%), niepełną rodzinę posiadało 12,96% a 13,88% żyło w rodzinie wielopokoleniowej. Wśród matek z pełną strukturą rodziny przeważała niska satysfakcja z życia, a stopień przeciętny i wysoki osiągnęła porównywalna liczba matek (odpowiednio 22,22% oraz 23,15%). Zatem pełna struktura rodziny gwarantuje zarówno wysoką i przeciętną ocenę wartości życia, jak i paradoksalnie, niską. Uzyskane wyniki sugerują, iż dla szczęścia kobiety nie zawsze najistotniejsza jest pełna struktura rodziny, a w przypadku tak krytycznego zdarzenia jak nieuleczalna choroba dziecka większą rolę odgrywa autentyczna satysfakcja małżeńska i więź między małżonkami (Plopa, 2005; Rzepka, 2007). Pełna rodzina z zaburzonymi relacjami partnerskimi, bardziej obniża dobrostan psychiczny kobiety niż konieczność samodzielnego sprawowania opieki nad dzieckiem. Niewątpliwie w grę wchodzi również czynnik natury socjoekonomicznej. Analiza uzyskanych przez autorkę wyników sugeruje, że u badanych matek mogło zaistnieć silne działanie innych zasobów, moderujących bezpośredni związek pomiędzy

wyżej analizowanymi czynnikami (o charakterze wsparcia informacyjno-instrumentalno-emocjonalnego) a ich satysfakcją z życia.

Tym czynnikiem może być wsparcie strukturalno-funkcjonalne w postaci formy rehabilitacji. Gama zabiegów obejmujących pacjentów Ośrodka Leczniczo-Rehabilitacyjnego, w którym autorka przeprowadzała badania w Punkcie Wczesnej Interwencji (Wcz. In.) i Placówce pobytu Dziennego (P. Dz.) jest podobna, jednak formy pracy leczniczo-rehabilitacyjnej różnią się od siebie i nie jest dla matki obojętne, czy może zostawić dziecko na 8 godzin dziennie pod opieką specjalistów (P. Dz.), czy musi każdorazowo, w wyznaczonym terminie stawiać się z dzieckiem na kilkugodzinne, kompleksowe ćwiczenia w Punkcie Wczesnej Interwencji. Koncepcja wczesnej interwencji, ukierunkowanej na zaspokajanie fizycznych i psychospołecznych potrzeb dzieci i uczenie tych umiejętności rodziców jest w praktyce wsparciem funkcjonalnym, oraz wsparciem strukturalnym (sieć wsparcia). Im częstszy zatem pobyt dziecka w Ośrodku Rehabilitacyjnym tym większa możliwość stworzenia sieci pomocowej i nawiązania autentycznych więzi z personelem i innymi matkami (grupa samopomocy).

Począwszy od 2 roku życia (przy uwzględnieniu stanu neurologicznego i poziomu rozwoju psychoruchowego) matka może korzystać bądź to z Pobytu Dziennego bądź z Wczesnej Interwencji (od okresu niemowlęcego). W badanej populacji prawie 56% matek stanowiły matki dzieci z Wcz. In., zaś 44% matki dzieci z P. Dz. Wśród matek dzieci z Wcz. In. najwięcej charakteryzowało się niskim stopniem p. s. z ż., zaś nieco mniejsza procentowo grupa przeciętnym stopniem p. s. z ż. Matek cieszących się wysokim p. s. z ż. było 16,67%. Warto zauważyć, iż wśród matek z P. Dz. największą grupą (42%) charakteryzowała się wysokim stopniem p. s. z ż. Wydaje się iż określona forma rehabilitacji chroni dobrostan psychiczny jednostki (efekt buforowy), pozwalając utrzymać go na wysokim poziomie i różnicuje istotne grupy pod względem stopnia poczucia życiowej satysfakcji ($p=0,01$).

Pokrótce przedstawione wstępne wyniki badań w zakresie stopnia poczucia życiowej satysfakcji z życia i związku wybranych czynników obiektywnych z poczuciem tejże satysfakcji matek dzieci z dystrofią mięśniową Duchenne'a, a także wyniki uzyskane przez autorkę w niepublikowanych badaniach dotyczących związku poczucia satysfakcji z życia z zasobami intrapersonalnymi jednostki (poczuciem własnej skuteczności, optymizmem, samokontrolą emocji, stylem radzenia sobie ze stresem) dobitnie wskazują na potrzebę prowadzenia dalszych badań umożliwiających wyciągnięcie praktycznych wniosków w zakresie opracowania modelu szeroko pojętego wsparcia (emocjonalnego, informacyjnego, rzeczowego) dla matek dzieci z dystrofią oraz innymi formami niepełnosprawności ruchowej tak, by mogły, nawet w tak dramatycznej sytuacji cieszyć się dobrą jakością życia i zabezpieczyć je zarówno przed utratą różnorodnych zasobów osobistych, co może powodować różnorodne problemy natury zdrowotnej, jak i umożliwić ich rozwój w celu podnoszenia poziomu życiowej satysfakcji.

Jednak najistotniejszą jak wydaje się konsekwencją działań wspierających (oprócz wspierania samooceny matek, ułatwiania funkcjonowania w różnych rolach społecznych, doświadczania bliskości emocjonalnej itp.), jest tak zwane umacnianie rodziny a szczególnie matek, które zdaniem Pisuli (2007) winno oznaczać zapewnienie wpływu na podejmowane decyzje dotyczące edukacji, rehabilitacji, terapii dziecka i zawierać cztery podstawowe elementy, które w oczach profesjonalistów czynią z rodziców part-

nerów: zdolność rodziców do ochrony interesów dziecka, ich wiedzę, kompetencje i poczucie własnej skuteczności.

Z przeprowadzonych badań mogą płynąć następujące wstępne wnioski:

1. Istnieje potrzeba monitorowania w dłuższym przedziale czasowym, kierunku zmian zachodzących w stopniu poczucia satysfakcji z życia badanych matek oraz okresowej oceny ich zasobów, w celu przeciwdziałania zespołowi wypalenia, bezradności lub innym problemom związanym z dobrostanem psychicznym.
2. Wprowadzenie w miarę możliwości w placówkach leczniczo – rehabilitacyjnych dla dzieci terapii rodzin, gdyż jak wynika z przeprowadzonych badań, nawet pełna struktura rodziny i pomoc męża w opiece nad dzieckiem nie zapobiega obniżeniu satysfakcji z życia matek. Ważniejszą rolę wydaje się tu odgrywać jakość więzi małżeńskiej.

PIŚMIENNICTWO:

1. Antonovsky A., Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Fundacja IPN, Warszawa 1995.
2. Argyle M., Przyczyny i korelaty szczęścia [w:] Czapiński J. (red.), Psychologia pozytywna, Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka. PWN, Warszawa 2005, str. 165-234.
3. Będkowska - Heine V., Tworzenie roli matki dziecka niepełnosprawnego. [w:] Mihilewicz S. (red.), Wybrane zagadnienia psychopatologii rozwoju dzieci, młodzieży i dorosłych. Oficyna Wydawnictwa „Impuls”, Kraków 2003, str.77-92.
4. Borczykowska - Rzepka M, Joško J, Kasperczyk J., Forma rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, jako czynnik istotnie związany z poziomem satysfakcji z życia ich matek. [w:] Kędra E., Chudak B. (red.), Tradycja i współczesne nurty w opiece, wychowaniu i resocjalizacji. Opieka i wychowanie. Net projekt Artur Królak, Głogów 2010.
5. Borczykowska- Rzepka M., Poziom satysfakcji z życia matek dzieci z dystrofią mięśniową postępującą Duchenne'a i jego wybrane uwarunkowania. Materiały z Symposium Naukowego poświęconego dystrofii na III Ogólnopolskim Zjeździe Chorych na Dystrofię, Tarnowskie Góry 2010.
6. Borczykowska- Rzepka M, Joško J, Kasperczyk J., Poczucie satysfakcji z życia matek dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym ważnym obszarem oddziaływań psychopedagogicznych. [w:] Jodłowska B, Flanczewska-Wolny M. (red.), Wychowanie, mądrość, kultura. Problemy współczesnego wychowania w perspektywie sokratejskiej, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Gliwice 2011.
7. Bradburn N.M., The Structure of psychological well-being, Aldine, Chicago 1969.
8. Buffaloe R., Jak kobiety przezwyciężają stres i sytuacje kryzysowe Nigdy nie wolno poddać się zwątpieniu, z każdej sytuacji można znaleźć wyjście, Astrum, Wrocław 2000.
9. Cunningham P.J, Denk C., Sinclair M., Do consumers know how their plan works? Health Affairs 2001, s.50-94.

10. Czabała J., Rodzina a zaburzenia psychiczne (konceptje i studia nad percepcją interpersonalną, IPN, Kraków 1998.
11. Czapiński J., Niekliniczne wskaźniki zdrowia psychicznego Polaków. Identyfikacja społecznych grup podwyższonego ryzyka, [w:] Czabała J. (red.), Zdrowie psychiczne. Zagrożenia i promocja, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2000, str. 231-323.
12. Czapiński J., Psychologia szczęścia. Przegląd badań i zarys teorii cebulowej. Akademos, Warszawa 1992.
13. Czapiński J., Szczęście- złudzenie czy konieczność? Cebulowa teoria szczęścia w świetle nowych danych empirycznych. [w:] Kofta M., Szutrowa T. (red.), Złudzenia, które pozwalają żyć. Szkice ze społecznej psychologii osobowości. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, str. 266-306.
14. Czapiński J. Uziemienie polskiej duszy. Kultura i społeczeństwo, 38(3), 1994, str. 18-37.
15. Dąbrowska M., Zjawisko wypalenia wśród matek dzieci niepełnosprawnych, Oficyna wydawnicza „Impuls”, Kraków 2005, str.29-45.
16. Dębska U., Poczucie jakości życia osób niepełnosprawnych i ich opiekunów, Doniesienia z badań. [w:] Palak Z. (red.), Jakość życia osób niepełnosprawnych i nieprzystosowanych społecznie. Wydawnictwo Uniwersytetu M.C Skłodowskiej, Lublin 2006, str. 109-123.
17. Diener E., Diener M., Diener C., Factors predicting the subjective well – being of nations, Journal of Personality and Social Psychology, (69), 1995, str. 851-864.
18. Diener E., Subjective well – being. The science of happiness and proposal for a national index. American Psychologist, (55), 2000, str. 34-43.
19. Drożdżowicz L., Ogólna terapia systemów. [w:] de Barbaro B. (red.), Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny. Wydawnictwo UJ, Kraków 1999.
20. Dykciak W., Problemy funkcjonowania rodziny z osoba niepełnosprawną w relacjach wewnętrznych i zewnętrznych. [w:] Janiszewska-Nieścioruk Z. (red.), Sfery życia osób z niepełnosprawnością intelektualną. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2005, str.29-49.
21. Eker Z., Tüzün E.M., An evaluation of quality of life of mothers of children with cerebral palsy Dis, Reh., 26 (23), 2004, str. 1354-9.
22. Fujita F., Diener E., Life satisfaction set point: stability and change, Journal of Personality and Social Psychology, 88 (1), 2005, str. 158-164.
23. Haring M.J, Stock W.A., Okun M.A., A research synthesis of gender and social classes a correlates of subjective well-being. Human Relations, 37, 2004, str. 645-657.
24. Juczyński Z., Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001, str. 12-29.
25. Juvonen J., Leskinen M., The function of onset and responsibility perceptions in fathers' and mother's adjustment to their child's developmental disability, Journal of Social Behavior and Personality, (9), 1994, str. 349-368.

26. Kofta M., Wprowadzenie. Czy złudzenia pomagają czy też przeszkadzają nam radzić sobie z wyzwaniem. [w:] Kofta M., Szutrowa T., (red.). Złudzenia, które pozwalają żyć. Szkice ze społecznej psychologii osobowości. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001, str. 11-27.
27. Kowalska G., Model wsparcia chorych na dystrofię i ich rodzin. Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji Zawodowej i Ustawicznej, Warszawa 2010.
28. Lis – Turlejska M., Psychologiczne następstwa skrajnie stresowych przeżyć. *Nowiny Psychologiczne*, (21), 1999, str. 65-76.
29. Minczakiewicz E.M., Poczucie jakości życia niepełnosprawnych jako czynnik determinujący rozwój jednostki i postępy w rehabilitacji społeczno-zawodowej. [w:] Rottermund J. (red.), *Wielowymiarowość procesu rehabilitacji*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2007, str.15-28.
30. Ostasz J., Postawy rodzicielskie a zachowania przystosowawcze dzieci z zespołem mózgowego porażenia dziecięcego. [w:] Raftermund J., Klinik A. (red.), *Wybrane uwarunkowanie rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2005, str.167-180.
31. Parchomiuk M, Byra S., Rodzaj niepełnosprawności a poczucie jedności życia [w:] Palka Z., (red.), *Jakość życia osób niepełnosprawnych i nieprzystosowanych społecznie*. Wydawnictwo Uniwersytetu M.C Skłodowskiej, Lublin 2006, str.25-33.
32. Pecyna M.B., *Dziecko i jego choroba*, PZWL, Warszawa 2000.
33. Peters G., Czapiński J., Positive – negative asymmetry In evaluations: The distinction between affective and informational negativity effects. [In:] Stroebe W., Huston M., ed. *European Review of Social Psychology*. Wiley, vol. 1, London 1990, str. 33-60.
34. Pisula E., *Psychologiczne problemy rodzin dzieci z zaburzeniami rozwoju*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1999.
35. Pommersbach J., Wsparcie społeczne a choroba. *Przegląd Psychologiczny*, t.31, nr 2, 1998.
36. Poprawa R., Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. [w:] Dolińska – Zygmont G. (red.), *Podstawy psychologii zdrowia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001, str.103-141.
37. Przychodzki R., Borczykowska-Rzepka M., Borczykowski J. Wybrane aspekty wspierania rodziny pacjenta z dystrofią mięśniową w Australii – na przykładzie dystrofii Duchenne'a i Beckera. Materiały z Sympozjum Naukowego poświęconego dystrofii na III Ogólnopolskim Zjeździe Chorych na Dystrofię. Tarnowskie Góry 2010.
38. Rola J., Depresja matki jako czynnik ryzyka dla depresji reaktywnej dziecka z upośledzeniem umysłowym. [w:] Rola J., Pisula E. (red.), *Dziecko z upośledzeniem umysłowym w rodzinie*, Wydawnictwo WSPS, Warszawa 1995.
39. Rzepka M., Satysfakcja z życia a sposób postrzegania funkcjonowania systemu rodzinnego przez matki dzieci niepełnosprawnych – na przykładzie matek dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. [w:] Flanczewska – Wolny M. (red.), *Jakość życia w niepełnosprawności. Mity a rzeczywistość*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Gliwice – Kraków 2007, str.275-285.

40. Ryniewicz B., Choroby nerwowo-mięśniowe. [w:] Łosiowski Z. (red.), Dziecko niepełnosprawne ruchowo, cz.1. Wybrane zaburzenia neurorozwojowe i zespoły neurologiczne. Wydawnictwo WSiP, Warszawa 1997.
41. Sęk H., Pasikowski T. (red.), Zdrowie, stres, zasoby. Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2001.
42. Skrzypińska K., Pogląd na świat a poczucie sensu i zadowolenia z życia. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2003.
43. Synder M., Dziecko z mózgowym porażeniem dziecięcym. Przewodnik dla rodziców i opiekunów. Wydawnictwo Święty Paweł, Częstochowa 2002.
44. Świętochowski W., Psychologiczna sytuacja dzieci w rodzinach schizofrenicznych. [w:] Kordacki J. (red.), Sprawy dzieci w polskich reformach społecznych, Łódź, 2000
45. Twardowski A., Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych. [w:] Obuchowska I. (red.), Dziecko niepełnosprawne w rodzinie, Wydawnictwo WSiP, Warszawa 1999, str.18-54.

Problemy emocjonalne dzieci niepełnosprawnych umysłowo przebywających w placówkach zamkniętych – raport z badań

dr Celina Witkowska

Uniwersytet Łódzki, Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

Zagadnienie upośledzenia umysłowego istnieje zarówno w literaturze, jak również w obowiązującej praktyce orzecznictwa psychologicznego oraz medycznego. Pojęcie to jest bardzo szerokie. Trudno jest określić jednoznacznie co to jest i na czym polega. Definicji tego terminu jest niemało i są one różnorodne w zależności od podejścia do problemu i dopasowania odpowiednich kryteriów oceniających.

Obecnie w Polsce używa się nazewnictwa „niepełnosprawność intelektualna”. Termin ten powstał w wyniku humanizacji stosunku społeczeństwa do osób z tą niepełnosprawnością. Sformułowanie to jest stosunkowo nowe, a nomenklatura z nim związana nie jest jeszcze w pełni uporządkowana.

Upośledzenie umysłowe jeszcze do połowy XX w. traktowane było za chorobę, za zjawisko, które jest stałe i niezmiennie w znaczeniu kliniczno-pedagogicznym. Za jego przyczynę badacze uważali zaburzenia w rozwoju osobniczym centralnego układu nerwowego.

Klasycznym opisem tego toku myślenia jest definicja C. F. Bandy, który pisze, że „umysłowo upośledzona osoba, to osoba niezdolna do kierowania sobą i swoimi sprawami, niezdolna do nauczania się tego, wymaga nadzoru, kontroli opieki dla ochrony własnej i dla ochrony społeczeństwa” [1].

Tymczasem dopiero w 1915 roku podjęto pierwszą z prób określenia pojęcia, jakim jest upośledzenie umysłowe. Była to definicja Emila Kraepelina – niemieckiego lekarza psychiatry. Wprowadził on do nauk pojęcie „oligofrenii”, którą definiuje jako „grupę złożoną pod względem etiologii, obrazu klinicznego i zmian morfologicznych anomalii rozwojowych, która posiada wspólną postawę patogenetyczną, a mianowicie totalne opóźnienie rozwoju psychicznego” [2]. Wszystkim osobom z niedorozwojem umysłowym dał wspólną nazwę – oligofrenia (grec. oligos – mało, phren – umysł, myśl).

Maria Grzegorzewska wykazała potrzebę podziału terminu oligofrenia. Wyróżniła dwa pojęcia odnoszące się do upośledzenia umysłowego – oligofrenia i otepienie. „Te dwa terminy należy wyraźnie rozgraniczyć. Oligofrenią bowiem nazywamy niedorozwój umysłowy od urodzenia dziecka lub najwcześniejszego dzieciństwa; występuje tu

zawsze wstrzymanie rozwoju mózgu i wyższych czynności nerwowych, podczas gdy otępienie występuje później jako osłabienie, rozpad procesów korowych, uszkodzenie czynności umysłowych dotychczas pełnowartościowych” [3].

Podobnie jak z jednoznacznym zdefiniowaniem upośledzenia umysłowego jest kłopot, tak samo w przypadku klasyfikacji tego zjawiska występuje problem. Istnieją różne kryteria, wpływające na różnorodność klasyfikacji. Janina Doroszevska w „Pedagogice specjalnej” wymienia między innymi:

1. **Kryteria etiologiczne** – uszkodzenia wrodzone (zaburzenia, dewiacje, w tym dziedziczne) lub nabyte w ciągu życia.
2. **Kryteria czasu trwania sytuacji dewiacyjnej**, a więc mających charakter prognostyczny – trwałe (takie jak brak słuchu, czy wzroku itp.) lub okresowe (jak np. schorzenie somatyczne, zaburzenie emocjonalne itp.).
3. **Kryterium neuropsychologiczne** uwzględniające patomechanizmy bio-psycho-społeczne (w związku z tym problem stałej lub okresowej opieki pedagogiki specjalnej nad tymi jednostkami).
4. **Kryterium medyczne** – wyodrębnianie syndromów, jednostek, i zespołów patologicznych, określenie stopnia ciężkości stanu danych dewiacji, budowanie prognozy.
5. **Kryteria biopsychologiczne** według zakresu wpływów upośledzenia na osobowość jednostki i jej poszczególnych funkcji.
6. **Kryterium pedagogiczne** (dawniej nazywane pojęciem wyuczalności lub wychowalności bądź ich braku – teraz zarzucone, zastąpione pojęciem etapowych kryteriów planowanych osiągnięć).
7. **Kryterium społeczne** (potrzeby różnego stopnia i rodzaju opieki, zarówno w życiu codziennym jak i pracy), szczególnie ważne dla społecznego i administracyjnego systemu służb społecznych.

Obecnie według klasyfikacji DSM-III-R, wyróżnia się cztery grupy upośledzenia umysłowego: lekki, umiarkowany, znaczny, głęboki. Odzwierciedlają one poszczególne stopnie obniżenia sprawności intelektualnej. Badanie ilorazu inteligencji jest niezwykle pomocne w rozróżnieniu tych stopni.

STOPIEŃ UPOŚLEDZENIA	ILORAZ INTELIGENCJI
Lekki	50-55 do ok.70
Umiarkowany	35-40 do 50-55
Znaczny	20-25 do 35-40
Głęboki	poniżej 20 lub 25

Tab. 1. Klasyfikacja upośledzenia umysłowego według klasyfikacji DSM-III-R [2].

Badania jakie zostały przeprowadzone w Domu Pomocy Społecznej dla Dzieci Niepełnosprawnych Intelektualnie w Legnicy, dotyczyły grupy 19-stu osób, w tym z niepełnosprawnością umiarkowaną, znaczną oraz głęboką. Wśród badanych było 10-ciu

chłopców oraz 9 dziewczynek. Czas badań obejmował okres 10-ciu miesięcy. Posłużono się badaniem dokumentów, wywiadami z personelem oraz obserwacją uczestniczącą.

Zanim zostanie przedstawiona analiza zgromadzonych danych, należałoby w dużym zarysie dokonać charakterystyki poszczególnych niepełnosprawności.

Upośledzenia umysłowe w stopniu umiarkowanym i znacznym charakteryzują się dość poważnymi uszkodzeniami, występującymi w centralnym układzie nerwowym. Mowa u tych jednostek jest agramatyczna, bardzo często bywa też bełkotliwa i niewyraźna, a słownictwo ubogie. Ich zachowanie cechuje charakterystyczna sugestywność. W myśleniu obecne są ogromne utrudnienia związane z przyswajaniem pojęć abstrakcyjnych, jak również w rozumieniu powiązań i stosunków logicznych. Upośledzeni intelektualnie w stopniu umiarkowanym i znacznym w swym rozwoju poznawczym najczęściej pozostają nieodwracalnie na poziomie przedoperacyjnym. Osoby te spostrzegają wolniej od swoich rówieśników, dostrzegają znacznie mniej elementów oraz błędnie ujmują pewne związki, powiązania oraz stosunki między przedmiotami. Spowolnienie, wąski zakres, trudności różnicowania dotyczą nie tylko wzroku, lecz również innych zmysłów, w tym szczególnie słuchu i kinestezji. „Wpływa to na obniżenie rozwoju wyższych procesów psychicznych. Wyraźnie zróżnicowany jest poziom potrzeb poznawczych tych dzieci. Zakres pamięci jest wąski, a trwałości wierność znikoma.” [2]

Rozwój dzieci głębiej upośledzonych umysłowo przebiega z dużym opóźnieniem względem normalnego rozwoju. „Na wiek 4-5 lat przypadają początki samodzielnego chodzenia oraz wypowiedzania pierwszych słów. Dzieci te nie przejawiają inicjatywy i samodzielności. Z trudem przyswajają sobie podstawowe czynności.” [2]. Istotną sprawą dla ich adaptacji społecznej jest wdrażanie do wykonywania prostych prac porządkowych oraz przygotowanie do kontaktu z otoczeniem poprzez poszerzenie ich zasobu słownictwa. Są to podstawowe umiejętności, z jakimi mogą wejść do środowiska osób o prawidłowym rozwoju ogólnym.

Poszczególne stopnie upośledzenia umysłowego cechują odmienne ograniczenia w rozwoju oraz funkcjonowaniu dotkniętych nimi jednostek. Skrótową charakterystykę tych podstawowych ograniczeń przedstawia poniższa tabela.

SFERA FUNKCJONOWANIA	STOPIEŃ UPOŚLEDZENIA UMYSŁOWEGO		
	UMIARKOWANY	ZNACZNY	GŁĘBOKI
CZYNNOŚCI ORIENTACYJNO-POZNAWCZE	<p>Spostrzeganie niedokładne, wolne, dominuje uwaga mimowolna, słaba koncentracja uwagi, wąski jej zakres. Myślenie konkretno-obrazowe. Brak zdolności dokonywania operacji logicznych. Trudności w tworzeniu pojęć abstrakcyjnych. Mowa z częstymi wadami, ubogie słownictwo.</p>	<p>Spostrzeganie niedokładne, bardzo wolne. Uwaga mimowolna, skupiona jedynie na silnych bodźcach, słaba trwałość uwagi, pamięć krótkotrwała, bardzo ograniczona. Mowa: zdania proste, dwuwyrazowe, częste wady. Inteligencja sensoryczno-motoryczna.</p>	<p>Duże zróżnicowanie: od braku percepcji, uwagi mimowolnej i pamięci do częściowego ich występowania. Mowa: nieartykułowane dźwięki (osoby te na ogół nie mówią i nie rozumieją mowy). Czasem pojedyncze proste wyrazy. Rozumienie prostych słów i poleceń.</p>
PROCESY EMOCJONALNO-MOTYWACYJNE	<p>Widoczne potrzeby psychiczne, intuicyjne uczucia moralne, słaba kontrola nad popędami.</p>	<p>Widoczne potrzeby psychiczne. Częste zaburzenia zachowania, intuicyjne uczucia moralne, oznaki przywiązania do osób, rzeczy.</p>	<p>Proste emocje zadowolenia i niezadowolenia, czasem wyrażenie emocji gestami – uśmiech, przywiązywanie się do osób. Częste wahania nastroju.</p>
ROZWÓJ SPOŁECZNY	<p>Widoczne potrzeby kontaktów społecznych. Osoby te na ogół są samodzielne w samoobsłudze, mogą wykonywać proste prace domowe i zarobkowe. Rozumieją proste sytuacje społeczne, na ogół potrafią wyrazić swoje potrzeby, porozumiewać się i współpracować z innymi.</p>	<p>Osoby często samodzielne w załatwianiu potrzeb fizjologicznych, poruszaniu się w bliskiej okolicy. Rozumieją proste sytuacje, wykonują proste prace domowe i zarobkowe. Potrafią porozumiewać się w prostych sprawach.</p>	<p>Prawie całkowity brak czynności regulacyjnych (życie chwilą bieżącą); osoby te nie potrafią samodzielnie dbać o bezpieczeństwo. Mogą nauczyć się prostych nawyków, wymagają stałej opieki.</p>

Tab. 2. Charakterystyka podstawowych ograniczeń i możliwości w zależności od stopnia upośledzenia umysłowego [2].

Z przedstawionej powyżej tabeli można wysnuć wniosek, iż dzieci z upośledzeniem umysłowym jeszcze bardziej niż jednostki o prawidłowym rozwoju intelektualnym potrzebują wszechstronnej aktywności. Braki i ograniczenia wynikające z ich choroby muszą być równoważone bogatym dopływem wrażeń zmysłowych.

Z racji swej odrębności dzieci te na ogół są mniej akceptowane w grupach rówieśniczych, jak również i niestety w całym społeczeństwie. Wszelkie definicje, klasyfikacje oraz charakterystyka poszczególnych stopni upośledzenia nie powinny oddzielać niepełnosprawnych od społeczeństwa lub pozbawiać ich możliwości uczestniczenia w życiu społecznym. Powinny natomiast wskazywać ich indywidualne problemy. Upośledzenie odnosi się bowiem do relacji danej osoby z jej otoczeniem. Jednym z ważniejszych narzędzi poznania powinny być czynniki empatii emocjonalnej, które co prawda są dość trudne do badań, ale w zauważalny sposób wzmagają w bardzo wielu przypadkach prawidłowe reakcje u osób z upośledzeniem intelektualnym.

Niestety nie zawsze jest możliwe wychowywanie takiej jednostki w domu rodzinnym. Część rodzin, zmuszona jest zatem do oddania swego niepełnosprawnego dziecka do Domu Pomocy Społecznej. Dodać przy tym należy, iż są i takie rodziny, które nie są zainteresowane wychowywaniem dziecka, które okazało się niepełnosprawne intelektualnie. Bez konsekwencji psychicznych, umieszczają takie jednostki w opisywanych placówkach.

Oczywiście instytucje tego typu, mają za zadanie pełnić funkcję opiekuńczo-wychowawczą wobec swych podopiecznych. Jednak z przeprowadzonych badań jednoznacznie wynika, iż nie w pełni się to im udaje. Jednym z podstawowych problemów, jakie w przekonaniu autorki można uznać za priorytetowy, jest problematyka choroby sieroczej.

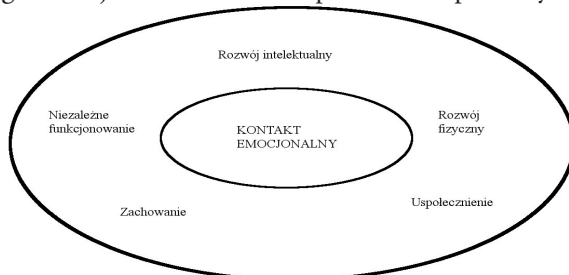
Literatura przedmiotu jednoznacznie wskazuje na fakt, iż tylko w rodzinach, w których rodzice kierują się rozsądną miłością do dziecka, ma ono zapewnione warunki do zaspokojenia swych potrzeb rozwojowych, a dzieci z takich środowisk są radosne, ufne, z poczuciem swej wartości. Zagrożeniem dla rozwoju emocjonalnego dziecka jest całkowity lub częściowy brak kontaktu z rodzicami.

Po okresach wstrząsu i kryzysu emocjonalnego rodzice z reguły podejmują próby przywrócenia równowagi psychicznej. Szczególnego znaczenia nabiera funkcja opiekuńcza.

Pomoc, którą powinno dziecko otrzymać, polega na:

1. Poświęceniu mu czasu – współdziałaniu z nim w bawieniu się i ćwiczeniach.
2. Zapewnieniu dziecku możliwości poznawania otoczenia.
3. Ułatwieniu kontaktów z innymi dziećmi [4].

W rozwoju i wychowaniu dzieci niepełnosprawnych umysłowo najważniejsze jest zaspokajanie jego potrzeb psychicznych. Rehabilitacja i stymulacja obejmuje sferę ruchową, intelektualną i społeczną. Najważniejsze dziedziny, których rozwój przyczynia się do lepszego funkcjonowania dziecka przedstawia poniższy wykres.



Rys. 1. Podstawowe sfery rozwoju i funkcjonowania społecznego dziecka [4].

Z powyższego rysunku wynika zatem, iż szczególnie ważne jest zaspakajanie podstawowych potrzeb psychicznych dziecka, przy czym w odniesieniu do jego upośledzonego rozwoju, należy uwzględnić dodatkowo następujące potrzeby: potrzebę świadomości, że rodzice są z niego zadowoleni, potrzebę przyjaźni i akceptacji, potrzebę zabawy, potrzebę opieki, kontroli i dyscypliny, potrzebę niezależności, potrzebę pogodzenia się z upośledzeniem, potrzebę rozmowy z dzieckiem o jego upośledzeniu [4].

Podstawową zasadą, która ukierunkowuje rewalidację dziecka niepełnosprawnego intelektualnie w rodzinie powinna być przede wszystkim postawa akceptacji. W wychowaniu dziecka upośledzonego jedną z najważniejszych rzeczy jest realistyczne podejście zarówno rodziców, jak i najbliższych członków rodziny do jego możliwości. Wymagania stawiane ponad siły dziecka w żaden sposób nie sprzyjają rozwojowi, a wręcz przeciwnie, mogą wywoływać u niego poczucie niższości i małowartościowości. Należy do wszystkiego podchodzić naturalnie z odpowiednią dawką optymizmu. Funkcjonowanie dziecka upośledzonego w rodzinie zmienia się kategorycznie, jeśli rodzice i rodzeństwo podchodzi do dziecka w sposób empatyczny. Kiedy dostrzegają, rozumieją i właściwie reagują na emocje dziecka. Niezwykle ważna jest rola rodziców dla funkcjonowania społecznego dziecka. Istotne są postawy, jakie okazują oni swoim potomkom. W kontaktach z dzieckiem rodzina powinna cieszyć się z najdrobniejszych postępów w rozwoju dziecka, powinna rozwijać jego umiejętności na miarę jego możliwości. Jeśli jednak brakuje tej miłości, występuje u dziecka zespół zaburzeń i opóźnień w rozwoju fizycznym, ruchowym i psychicznym spowodowany długotrwałą rozłąką z osobami bliskimi. Mamy tu do czynienia ze zjawiskiem **klasycznej choroby sieroczej**. Jest ona chorobą braku lub niedostatecznej miłości. Do charakterystycznych objawów choroby sieroczej mogą być: trudności w nawiązywaniu kontaktu, apatia „lepkosć uczuciowa”, zwolnione tempo rozwoju fizycznego i umysłowego, obniżenie lub wzmożenie napięcia mięśniowego, niechęć do jedzenia, obniżona odporność na infekcje, zaburzenia żołądkowe-jelitowe/wymioty, płacz, protesty, krzyk, regresja, zachowania stereotypowe (kiwanie się, bujanie się, kręcenie głową, bezmyślne stukanie zabawkami, rzucanie przedmiotami, przewlekłe stany apatyczno-depresyjne).

Z badań przeprowadzonych w w/w placówce wynika, iż ok. 42% pensjonariuszy cierpi na chorobę sierocą. Przy czym nie pojawiła się zasadnicza różnica pomiędzy płcią i preferencją w tym zakresie. Jak wynika z zebranego materiału od personelu (rozmowa kierowana), są to dzieci nie odwiedzane przez rodziców lub odwiedzane sporadycznie głównie w trakcie świąt. Tylko troje z badanej populacji zabierana jest do domu. Są to z reguły okresy świąteczne 1-2 dniowe. Na uwagę zasługuje również fakt, iż rodzice nie zabierają swego potomstwa w okresie wakacyjnym, w trakcie swych urlopów. Istotnym elementem mojej wypowiedzi jest także informacja, o nieaktywności zawodowej aż 61% opiekunów, w tym głównie matek. Zadziwiającym również jest fakt, że częstotliwość odwiedzania syna/córki w opisywanej placówce, od samego początku umieszczenia dziecka była taka sama. Świadczy to o braku więzi emocjonalnej pomiędzy rodzicami a ich dzieckiem.

Zatem głównym predykatorem choroby sieroczej u badanych jednostek, są sami rodzice. Cechuje ich niezwykle chłód emocjonalny wobec niepełnosprawnej jednostki. Na konsekwencje nie należało długo czekać, u większości dzieci wystąpiły następujące następstwa: brak integracji w całokształcie zachowań dziecka, zmniejszenie aktywności

Problemy emocjonalne dzieci niepełnosprawnych umysłowo przebywających w placówkach zamkniętych...

i zainteresowania otoczeniem, bezradność wobec nowych sytuacji społecznych lub stawianie przesadnego oporu, brak wyróżniających objawów przywiązania w stosunku do opiekunów, nadmierne zainteresowanie obcymi.

Niestety możliwość kompensacji w tym zakresie jest bardzo ograniczona. Tym bardziej, iż rodzice jak widać z ich postępowania, nie są zainteresowani zmianą postawy rodzicielskiej. Zaburzenia chociaż są odwracalne, to i tak nie znikają całkowicie. Wobec takich poczynań, personel placówki, stara się za wszelką cenę zniwelować powstałe deficyty u dzieci. Ich główne działania skupiają się głównie na:

1. Stadium osvajania – życzliwa i pełna miłość bez narzucania się dziecku. Bycie z dzieckiem, towarzyszenie, akceptacja, pozorna bierność.
2. Stadium nawiązywania porozumienia – dziecko po okresie spokoju zaczyna objawiać niepokój, agresję, następuje aktywizacja przeżytych w przeszłości stanów frustracji.
3. Stadium normalności – dziecko zaczyna „czuć” i dochodzi do równowagi emocjonalnej, przywiązuje się do opiekunów.

Pomimo usilnych starań ze strony kadry opiekuńczo-wychowawczej należy nadmienić, iż dzieci rozłączone z rodzicami lub innymi najbliższymi osobami, mające subiektywne poczucie osamotnienia wzmożone utratą domu i koniecznością przebywania w danej placówce opiekuńczej, to rzeczywiste sieroty społeczne. Żadna instytucja opiekuńcza czy rewalidacyjna, nawet najlepiej zorganizowana, nie jest w stanie zastąpić dziecku domu i rodziny. Dlatego główny problem stanowią tutaj sami rodzice, którzy doprowadzają do takich, a nie innych zachowań swych własnych dzieci. Nieprawidłowość ta nie dotyczy jednak tylko jednostek niepełnosprawnych intelektualnie. Odnosi się to również do pozostałych placówek typu domy dziecka. Jest to w ocenie autorki bardzo poważny problem społeczny. Rodzice powierzając opiece instytucjonalnej swoje dzieci, niejako „pozbywają się” ciężaru wychowania czując się tym samym zwolnieni z obowiązku jakichkolwiek form współpracy z własnym dzieckiem.

PIŚMIENNICTWO:

1. Mauersberg S., Dzieje szkolnictwa i pedagogiki specjalnej, PWN, Warszawa 1990.
2. Wyczesany J., Pedagogika upośledzonych umysłowo, Impuls, Kraków 2007.
3. Lipkowski O., Pedagogika specjalna, za: Grzegorzewska M., Pedagogika specjalna, PIPS, Warszawa 1964.
4. Dykcik W., Pedagogika specjalna, UAM, Poznań 2007.

Dziecko z trudnościami w rozwoju w praktyce szkolnej

mgr Krystyna Wiercińska

pedagog specjalny, Zespół Placówek Specjalnych w Legnicy

*„Każdy człowiek zdrowy, głuchy, niewidomy, słabo widzący,
nieostosowany społecznie, inwalida ruchu ma prawo do:
opieki, wychowania, pobierania nauki i życia w społeczeństwie”.*

***Preambuła Międzynarodowej
Konwencji Praw Człowieka***

Dla rodziców może być niepokojące, gdy dowiadują się, że ich dziecko ma ogólne trudności w uczeniu się. To może być trudne dla nich i innych członków rodziny.

Niepełnosprawność określana jest jako długotrwały stan, w którym występują pewne ograniczenia w prawidłowym funkcjonowaniu człowieka. Ograniczenia te spowodowane są obniżeniem sprawności funkcji fizycznych lub psychicznych. Jest to także uszkodzenie, czyli utrata lub wada psychiczna, fizjologiczna, anatomiczna struktury organizmu. Utrata ta może być całkowita, częściowa, trwała lub okresowa, wrodzona lub nabyta, ustabilizowana lub progresywna – tak określa dysfunkcje psychofizyczne najbardziej dostępne obecnie źródło informacji, jakim jest Wikipedia.

W teorii i praktyce niepełnosprawność powinno się analizować jako zjawisko wielopłaszczyznowe, ze szczególnym uwzględnieniem kontekstu psychologicznego, socjologicznego i antropologicznego; takie pojęcie przyczyniło się do interdyscyplinarnych studiów nad niepełnosprawnością. Przez to dział pedagogiki – pedagogika specjalna – jest interdyscyplinarną nauką. Podmiotem tej interdyscyplinarnej wiedzy jest dziecko/uczeń, nauczyciel i rodzic.

Triada: dziecko – rodzic – nauczyciel w procesie nauczania są nierozzerwalni. Jednak pierwszymi przy dziecku/uczniu są rodzice/opiekunowie prawni. To, w jaki sposób dziecko niepełnosprawne zostanie przyjęte do rodziny, i to jak diagnoza o niepełnosprawności wpłynie na kondycję tej rodziny, zależy od wielu czynników, z których najważniejsze to:

- jakość relacji w rodzinie przed pojawieniem się dziecka niepełnosprawnego, a przede wszystkim jakość więzi między małżonkami (bliskość, zaufanie, wspólne wartości, umiejętność dobrego komunikowania się),
- samo dziecko niepełnosprawne: rodzaj i stopień jego niepełnosprawności, wiek, w którym niepełnosprawność się pojawia, postępy lub ich brak w usprawnianiu dziecka,
- sytuacja finansowa oraz status społeczny rodziny,
- wykształcenie rodziców oraz ich wcześniejszy kontakt z niepełnosprawnością,

- obecność innych dzieci w rodzinie,
- reakcja dalszej rodziny oraz najbliższego otoczenia (przyjaciele i znajomi, sąsiedzi) na niepełnosprawność dziecka,
- wsparcie bezpośrednio po pojawieniu się niepełnosprawności dziecka, uzyskane zarówno od profesjonalistów, jak i środowiska społecznego.

Rodzice/opiekunowie prawni dziecka, które kwalifikuje się do grupy dzieci określanej najczęściej terminem „niepełnosprawne”, mają prawo – w odniesieniu do dziecka – do:

- wczesnej, wielospecjalistycznej diagnozy stanu dziecka w wieku od urodzenia do 7 roku życia, którego rozwój psychoruchowy przebiega nieprawidłowo w wielu sferach jednocześnie (lekarze i pielęgniarki odgrywają ważną rolę w rozpoznawaniu powolnego i nieprawidłowego rozwoju w latach przed szkołą),
- wczesnej, wielospecjalistycznej, kompleksowej (skoordynowanej) terapii uwzględniającej potrzeby dziecka,
- systematycznej oceny rozwoju i postępów dziecka oraz koordynowania i rozwijania programu jego terapii,
- wsparcia psychologicznego oraz podnoszenia kompetencji opiekunów –rehabilitacyjno-wychowawczych rodziców (częsta jest równoległa edukacja rodziców – o niepełnosprawności ich dziecka).

W tym czasie pomoc rodzinie może przybierać formy:

- wsparcia psychicznego, w szczególnych przypadkach – specjalistycznej pomocy psychoterapeutycznej lub psychiatrycznej,
- podnoszenia kompetencji w różnych formach (instruktaż, warsztaty, seminaria, proponowana literatura, itp.),
- wypożyczenia sprzętu, zabawek edukacyjnych, pomocy rehabilitacyjnych, książek,
- krótkoterminowej opieki zastępczej, pomocy socjalnej,
- informacji i poradnictwa, w tym rodzinnego, życiowego i prawnego,
- dowożenia do ośrodka, przychodni, centrum rehabilitacji itp.,
- grup wsparcia dla rodzin znajdujących się w podobnej sytuacji (stowarzyszenia rodziców, organizacje pozarządowe statutowo wspierające osoby niepełnosprawne i ich rodziny).

Pojawienie się w rodzinie niepełnosprawnego dziecka jest niewątpliwie jednym z najtrudniejszych momentów życia rodzinnego. Problemem bardzo często jest sposób, w jaki rodzicom zostaje przekazana informacja o stanie dziecka – założenie, iż w związku ze swoim stanem fizycznym ma ono mniejszą wartość (odruchowe i stereotypowe myślenie rodzinne i społeczne).

Ponadto pojawiają się negatywne emocje wywołane zderzeniem marzeń rodziców z rzeczywistością, a także pytania o przyczyny choroby i w związku z tym częste postawy obwiniania się o zaistnienie problemu (!). „Najczęściej emocje są tak silne, że dezorganizacji ulegają relacje między członkami rodziny i naturalny przebieg codziennego życia. (...) te ostatnie przeżycia można nazwać kryzysem psychicznym.” Według K. Mrugalskiej elementami tegoż kryzysu są: „(...) poczucie nieustannego lęku o zdrowie i rozwój dziecka, stan zagubienia wynikający z niedostatku informacji, poczucie osamotnienia, wstyd i brak akceptacji społecznej. Dzieci o specjalnych potrzebach oraz ich rodzice wymagają, i zasługują, na wyjątkowe doświadczenie edukacyjne. Mają pra-

wo do nauki, której program został opracowany przez pełnych zapału i poświęcenia profesjonalistów dostrzegających możliwości i stawiających czoło wyzwaniom, które pojawiają się przy wprowadzaniu zmian. Niemniej doprowadzenie do „pozytywnych zmian” nie jest zadaniem łatwym. Podjęcie się takiego działania wymaga poświęcenia, zrozumienia, jak funkcjonują szkoły i ich złożone systemy, zrozumienia różnorodności podejść potrzebnych dzieciom niepełnosprawnym (...). [1].

Osoby niepełnosprawne pozostają w rodzinach swoich rodziców dłużej od ich pełnosprawnych rówieśników, a ich usamodzielnianie i wchodzenie w dorosłość jest uwarunkowane m. in. wsparciem środowiskowym dostępnym w lokalnej społeczności.

Przepisy prawa nie definiują pojęcia „uczeń niepełnosprawny”, ale wskazują dla jakich uczniów tworzyć szkoły specjalne (przez niektórych określane jako segregacyjne) lub oddziały specjalne w szkołach ogólnodostępnych. Dzieci takie posiadają orzeczenie o niepełnosprawności i potrzebie kształcenia specjalnego.

Gdy dziecko jest pełnosprawne wybór jest z reguły prosty – szkoła rejonowa, szkoła społeczna, szkoła prywatna. Jednak rodzic dziecka niepełnosprawnego musi dodatkowo zdecydować czy będzie to nauczanie w integracji, czy może szkoła specjalna, czy ośrodek szkolno-wychowawczy lub niepubliczny ośrodek rewalidacyjno-wychowawczy, bądź rehabilitacyjno-edukacyjno-wychowawczy, a może nauczanie indywidualne, bo i ono jest niekiedy proponowane rodzicom od samego początku drogi edukacyjnej ich dziecka.

Problem wyboru szkoły dla większości rodzin to bardzo poważna decyzja. Coraz więcej rodziców pragnie, aby ich niepełnosprawne dziecko uczyło się w klasach integracyjnych w swoich szkołach rejonowych, szczególnie, jeśli dziecko jest sprawne intelektualnie. Z reguły jednak rodzice nie mają wystarczających kompetencji do podjęcia decyzji, która byłaby w jak najlepszym interesie ich dziecka. Decyzję tę powinni wypracować wspólnie ze specjalistami prowadzącymi ich dziecko, czy to w ośrodku, w którym realizują program wczesnej interwencji, czy też w przedszkolu, do którego uczęszcza dziecko oraz z poradnią psychologiczno-pedagogiczną, która będzie wydawała orzeczenie o potrzebie kształcenia w integracji lub w placówce, która spełni specyficzne potrzeby ich dziecka/ucznia.

Na podstawie badań stwierdza się, że w ogólnej populacji dzieci jest 15-20% uczniów szkół podstawowych, u których występują trudności w nauce spowodowane wycinkowymi dysfunkcjami oraz ograniczeniem rozwoju. Niewykrycie możliwie jak najwcześniej i niewyrównanie w porę zaburzeń, i trudności w nauce sprawia, że pogłębiają się one coraz bardziej. Wszystkie dzieci z trudnościami w nauce, niezależnie od przyczyn, powinny być objęte opieką i pomocą specjalistyczną.

A szkoła może być szczególnie wyzwaniem i szansą, dla rodziców i dzieci, które w praktyce szkolnej, ale też w relacjach społecznych, określane są jako uczniowie ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, uczniowie dysfunkcyjni, opóźnieni w rozwoju, zaburzeni w rozwoju, uczniowie z trudnościami w rozwoju, inwalidzi, upośledzeni, odchyleni od normy w sprawności fizycznej i psychicznej, kalekie (dziś już nie używane), uczniowie niepełnosprawni (psychicznie bądź fizycznie).

Wybierając jednak szkołę, rodzice powinni kierować się nie własnymi ambicjami, a dobrem dziecka. Zapewniając mu nauczanie w przyjaznym środowisku, zgodnie z jego możliwościami określonymi w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego.

Wymaga to od danej szkoły stosowania wobec uczniów niepełnosprawnych specjalnej organizacji nauki i metod pracy, m.in.:

- zatrudnienia specjalistów (przede wszystkim psychologów, logopedów, terapeutów),
- kierunkowego przygotowania kadry pedagogicznej (oligofrenopedagogika, surdopedagogika, tyflopädagogika – w zależności od typu szkoły lub potrzeb uczniów),
- dostosowania sprzętów i pomieszczeń szkolnych do niepełnosprawności uczniów,
- zapewnienia wyposażenia w pomoce dydaktyczne uwzględniające potrzeby specjalne uczniów,
- dostosowania programów nauczania do indywidualnych możliwości niepełnosprawnego ucznia,
- indywidualizowania procesu edukacyjnego, polegającego na wykorzystywaniu w procesie edukacyjnym potencjału dziecka oraz bazowaniu na jego zainteresowaniach i zdolnościach,
- stosowania specjalnych metod pracy, dostosowanych do psychofizycznych możliwości ucznia,
- organizowania zajęć w rewalidacji indywidualnej wynikających z orzeczenia,
- zorganizowania grupy wsparcia dla rodziców uczniów niepełnosprawnych.

Szkoły specjalne spełniają powyższe zadania. Natomiast szkoły ogólnodostępne stają coraz częściej przed koniecznością stworzenia niezbędnych warunków edukacyjnych uczniom niepełnosprawnym, których rodzice wybrali taką formę /miejsce kształcenia. Kształcenie uczniów niepełnosprawnych może odbywać się w szkołach specjalnych, w oddziałach specjalnych i integracyjnych zorganizowanych w szkole ogólnodostępnej oraz w szkołach integracyjnych (wszystkie oddziały integracyjne). Liczba uczniów niepełnosprawnych w oddziale szkoły specjalnej oraz w oddziale specjalnym w szkole ogólnodostępnej jest zróżnicowana i wynosi:

- dla uczniów niesłyszących i słabo słyszących – od 6 do 8,
- dla uczniów niewidomych i słabo widzących – od 8 do 10,
- dla uczniów z zaburzeniami psychicznymi – od 6 do 8,
- dla uczniów z niepełnosprawnością ruchową – od 8 do 12,
- dla uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim – od 10 do 16,
- dla uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym lub znacznym – od 6 do 8,
- dla uczniów z autyzmem i niepełnosprawnościami sprzężonymi – od 2 do 4,
- dla uczniów niedostosowanych społecznie, zagrożonych niedostosowaniem społecznym, zagrożonych uzależnieniem lub z zaburzeniami zachowania – od 10 do 16.

Podaną wyżej liczbę uczniów w oddziale szkolnym można zmniejszyć o 2 osoby, jeżeli co najmniej u jednego ucznia poradnia psychologiczno-pedagogiczna stwierdzi wystąpienie niepełnosprawności sprzężonych. W uzasadnionych przypadkach, za zgodą organu prowadzącego, liczba uczniów w oddziale może być niższa od przedstawionej wyżej (rozporządzenie MEN z dnia 21 maja 2001r. w sprawie ramowych statutów publicznego przedszkola oraz publicznych szkół – Dz. U. Nr 61, poz. 624 z późniejszymi

zmianami). Inaczej przedstawia się liczba uczniów w oddziale integracyjnym, który może być utworzony w szkole ogólnodostępnej. Oddział taki powinien liczyć od 15 do 20 uczniów – w tym od 3 do 5 niepełnosprawnych.

Z wieloletnich doświadczeń szkół prowadzących kształcenie integracyjne wynika, że nauczanie uczniów niepełnosprawnych w jednej szkole z uczniami pełnosprawnymi należy organizować po uprzednim stworzeniu odpowiednich warunków, tzn.: po uzyskaniu decyzji rady pedagogicznej, zgody rodziców dzieci uczęszczających do danej szkoły oraz zgody organu prowadzącego placówkę. Jednocześnie nie można zapomnieć o tym, że integracja jest długim i skomplikowanym procesem, w którym bardzo ważną rolę odgrywają również pełnosprawni uczniowie poprzez okazywanie tolerancji i pomocy niepełnosprawnej koleżance i koledze. W związku z tym, należy zadbać także o zgodę samorządu uczniowskiego.

Statut szkoły ogólnodostępnej (Dz.U. Nr 61 z 2001r., poz.624 z późn. zmianami) powinien określać organizację oddziałów integracyjnych i specjalnych. – jeżeli szkoła takie oddziały prowadzi. W szkołach integracyjnych i w szkołach ogólnodostępnych z oddziałami integracyjnymi zatrudnia się dodatkowo nauczycieli posiadających specjalne przygotowanie pedagogiczne oraz specjalistów prowadzących zajęcia rewalidacyjne. Integracyjne nauczanie jest efektywne tylko wówczas, jeżeli proces edukacyjny prowadzony jest przez dwóch nauczycieli równoległe, i dodatkowo wspomagany jest działalnością innych specjalistów.

Do innych aktów prawnych dotyczących kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi należą:

- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej zmieniające rozporządzenie w sprawie ramowego statutu publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym publicznej poradni specjalistycznej (Dz. U. Nr 228, poz. 1492).
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz. U. Nr 228, poz. 1488).
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. Nr 228, poz. 1487).
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w specjalnych przedszkolach, szkołach i oddziałach oraz w ośrodkach (Dz. U. Nr 228, poz. 1489).
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w przedszkolach, szkołach i oddziałach ogólnodostępnych lub integracyjnych (Dz. U. Nr 228, poz. 1490).

W przepisach Ministerstwa uwzględniono też, że:

- w szkole podstawowej, w tym dla dzieci niepełnosprawnych (za wyjątkiem uczniów z upośledzeniem umiarkowanym i znacznym) obowiązuje taka sama podstawa programowa kształcenia ogólnego (Załącznik nr 2 do rozporządzenia MENiS z dnia 13 stycznia 2005 r.) – Dz. U. Nr 19, poz.165,

- każde dziecko z niepełnosprawnością ma prawo do nauki art. 70 Konstytucji RP i art. 1 pkt 1 Ustawy o systemie oświaty z dn. 7 września 1991 r. (Dz. U. z 1996 r. nr 67, poz. 329 z późniejszymi zmianami), każde dziecko z niepełnosprawnością ma prawo do pobierania nauki we wszystkich typach szkół, zgodnie z indywidualnymi predyspozycjami, potrzebami rozwojowymi oraz edukacyjnymi – art. 1 pkt 5 Ustawy o systemie oświaty z 7 września 1991 r. (Dz. U. z 1996 r. nr 67, poz. 329 z późniejszymi zmianami).
- Z myślą o dzieciach z głębokim upośledzeniem umysłowym i dzieciach ze sprzężonymi niepełnosprawnościami, stworzone zostały podstawy prawne i organizacyjne umożliwiające organizowanie ośrodków rewalidacyjno-wychowawczych (ORW). Ośrodek rewalidacyjno-wychowawczy jest to placówka dziennego pobytu dla wymienionej grupy dzieci funkcjonująca od 8 do 10 godzin dziennie. Ośrodek prowadzi działalność przez cały rok szkolny, z wyjątkiem sobót i dni ustawowo wolnych od pracy.

Zadaniem ośrodka jest, m.in. zapewnienie wychowankom udziału w zajęciach: rewalidacyjno-wychowawczych, prowadzonych indywidualnie lub w zespołach, specjalistycznych dostosowanych do potrzeb wychowanków, w szczególności w zakresie terapii psychologicznej i rewalidacji, w tym ruchowej, oraz wspomaganie rodziców (prawnych opiekunów) w szczególności umożliwienie podjęcia pracy zawodowej przez zapewnienie opieki ich dzieciom.

Wymienione ośrodki zobowiązane są także do wspomagania rodziców (prawnych opiekunów) w pełnieniu funkcji wychowawczych i edukacyjnych, w szczególności przez organizowanie konsultacji, zajęć psychoedukacyjnych, warsztatów umiejętności i grup wsparcia.

Natomiast dla uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym i znacznym w szkole podstawowej ustalono odrębną podstawę programową kształcenia ogólnego (Załącznik nr 3 do rozporządzenia MENiS z dnia 13 stycznia 2005 r.).

Zgodnie z § 2 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 18 stycznia 2005 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w specjalnych przedszkolach, szkołach i oddziałach oraz w ośrodkach (Dz. U. Nr 19, poz. 166) organizuje się przedszkola specjalne, oddziały specjalne w przedszkolach ogólnodostępnych, szkoły specjalne oraz oddziały specjalne w szkołach ogólnodostępnych, przeznaczone dla dzieci i młodzieży: niesłyszących, słabo słyszących, niewidomych, słabo widzących, z niepełnosprawnością ruchową, z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim, z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym lub znacznym, z autyzmem, ze sprzężonymi niepełnosprawnościami, z chorobami przewlekłymi, z zaburzeniami psychicznymi, niedostosowanych społecznie, zagrożonych niedostosowaniem społecznym, zagrożonych uzależnieniem, z zaburzeniami zachowania.

Wraz z postępem wiedzy, szczególnie medycznej i z zakresu psychologii, zaczęto rozumieć, że problem tych młodych ludzi nie ma nic wspólnego z lenistwem czy lekceważeniem nauki. Wprawdzie do końca nie umiano wyjaśnić, co sprawia, że niektóre dzieci popełniają tyle błędów w czytaniu i pisaniu, wiedzano jednak, że istnieją takie miejsca w mózgu każdego człowieka, które „zawiadują” nauką czytania i pisania. Muszą być one odpowiednio dojrzałe, aby literki i głoski łatwo wpadały w „oko” i w „ucho”.

Zdarza się z różnych przyczyn, że praca tych ośrodków ulega zaburzeniu i wówczas pojawiają się następujące problemy:

- dziecko niby widzi, a nie widzi,
- dziecko jest inteligentne, a nie może nauczyć się czytać i pisać,
- dziecko uczy się, a posądzane jest o lenistwo,
- dziecko umie, lecz... nie umie,
- dziecko dobrze radzi sobie z przedmiotami szkolnymi poza językiem polskim,
- dziecko jest dobrym uczniem z określonego przedmiotu, a nie jest w stanie wykonać niektórych zadań,
- dziecko zna zasady ortografii, a robi błędy ortograficzne,
- dziecko przepisuje teksty ze wzoru z błędami,
- dziecko jest twórcze, a nie potrafi wykonać zadań odtwórczych,
- dziecko dobrze widzi, a rysuje i pisze zwierydlanie,
- dziecko nie ma wad słuchu i wymowy, lecz przekręca słowa lub nie potrafi ich sobie przypomnieć,
- dziecko komunikuje się ustnie w języku obcym, lecz ma trudności z opanowaniem pisma,
- dziecko potrafi pierwsze linijki tekstu przepisać ładnie, a pozostałe prawie nieczytelnie.

Uczniowie niepełnosprawni, to bardzo specyficzna i niejednorodna grupa. Każdy z nich ma inne predyspozycje psychofizyczne, wymaga bardzo indywidualnego podejścia i specjalnych metod pracy. W celu wyrównania szans edukacyjnych i rozwojowych u dzieci, prowadzone są zajęcia, które mają na celu: wyrównywanie braków w wiadomościach i umiejętnościach szkolnych, rozbudzanie zainteresowań, wyrabianie własnej motywacji do pracy, przyzwyczajanie do samodzielnego odrabiania lekcji, naukę korzystania ze słowników, encyklopedii, komputera, map itp., zapobieganie powstawaniu zaburzeń emocjonalnych, ułatwienie dziecku umiejętności czytania, pisania i liczenia poprzez ćwiczenia koncentracji uwagi, rozwijanie spostrzegawczości, usprawnianie koordynacji wzrokowej, rozwijanie percepcji słuchowej, kształtowanie umiejętności samokontroli, dostosowanie wymagań do możliwości dziecka, poznanie potrzeb; stworzenie atmosfery bezpieczeństwa i życzliwości, wprowadzanie atrakcyjnych form i metod pracy.

Istnieje szereg różnorodnych form reakcji na potrzeby ucznia z trudnościami rozwojowymi. Powinny się one sprowadzać do: okazywania dziecku zainteresowania, bazowania na czynnościach prostych, znanych i lubianych przez ucznia, prowadzenia zajęć w oparciu o pracę na konkretach, uczeniu teorii w powiązaniu z praktyką, szukania porozumienia z dzieckiem wszystkimi kanałami komunikacji, stosowania pozytywnego wzmocnienia, stopniowania wymagania w stosunku do ucznia. Należy także systematycznie kontrolować wykonywane przez ucznia czynności, nie eliminować ucznia z zajęć, nie stawiać żadnych warunków uczestnictwa, dostosować swoje działania do możliwości i zainteresowań ucznia, przekazywać krótkie i precyzyjne kontakty/komunikaty słowne, pozwalać na wielozmysłowe poznawanie przedmiotów/problemów, pamiętać, że agresja nie jest zachowaniem wynikającym z upośledzenia umysłowego, a każdy przejaw agresji traktować jako sygnał, wołanie o pomoc. Starać się nie wprowadzać rywalizacji w grupie (dziecko powinno czuć się bezpieczne), nie blokować i nie

ograniczać ucznia, korzystać z potencjału danej cechy osobowości, wzmacniać pozytywne zachowania, dać dziecku prawo do wyrażania swoich uczuć, zapewnić uczniowi opiekę i pomoc specjalistyczną, stosować zasadę indywidualizacji, dostosować tempo nauki do indywidualnych możliwości ucznia. Ważna jest także kompensacja zaburzonych funkcji funkcjami niezaburzonymi, korekta negatywnej samooceny, poznanie ograniczeń i możliwości ucznia, współpraca z rodzicami/opiekunami ucznia, integracja ucznia niepełnosprawnego z zespołem klasowym. Niezbędnym jest przygotowanie merytoryczne i metodyczne nauczyciela, poznanie środowiska rodzinnego ucznia oraz prowadzenie możliwie szerokiej/dokładnej dokumentacji. „(...) podstawowym celem jest przekonanie rodziców i nauczycieli, że jest istotna różnica między „dzieckiem niepełnosprawnym” a „dzieckiem z niepełnosprawnością”. Dziecko staje się w sensie psychologicznym niepełnosprawne, gdy jest tak traktowane, gdy „defekt”, „brak”, „zaburzenie” są na pierwszym planie w jego kontaktach z otoczeniem, z ludźmi bliskimi.” [2]. Na dziecko o specjalnych potrzebach edukacyjno - wychowawczych należy spojrzeć jak na osobę, która ma swoiste potrzeby i problemy, a nie jak na jednostkę z zespołem deficytów. Rozpoznaje się cztery główne dziedziny specjalnych potrzeb edukacyjnych: komunikacja i kontakty międzyludzkie, procesy myślowe i przyswajanie informacji, zachowania, emocje i rozwój społeczny, rozwój zmysłów i/ lub rozwój fizyczny. Maria Grzegorzewska uważa, że pedagog specjalny musi być człowiekiem zniewalającym swoją postawą do działania i wysiłku, nie może on być zbyt pewny siebie i nie może pracować w odosobnieniu od innych. Powinien pamiętać, że osobowość nie jest darem, ale dziełem samokształcenia i samowychowania, a aby być dobrym pedagogiem trzeba tego przede wszystkim „gorąco chcieć” [3].

Pedagog specjalny nie może podejmować jakichkolwiek działań bez wiary w ich skuteczność. Musi on więc cechować się radością życia i optymizmem pedagogicznym. Pedagog nie pracuje tylko z dzieckiem w izolacji. Zasadnicze znaczenie ma współdziałanie ze środowiskiem wychowawczym. Jest to teren trudny. Dziecko upośledzone nie spełnia marzeń rodziców, rodzice ponadto mają ograniczone możliwości zarobkowe. Często współpraca i terapia rodziny to zadanie bardzo trudne i odpowiedzialne.

Dojrzałość emocjonalna jest ważnym wyznacznikiem osobowości nauczyciela szkoły specjalnej/integracyjnej, a ostatnio ogólnodostępnej. Tylko nauczyciel/pedagog specjalny o rozwiniętej samoświadomości może pozwolić sobie na autentyczną otwartość – konstruktywną i rozwojową. W tym przejawiać się powinna dojrzałość emocjonalna nauczyciela. Naturalność i prostota to cechy, które pozwalają na nawiązanie przyjaznych relacji nauczycieli z uczniami i ich rodzinami. Maria Grzegorzewska wielokrotnie wyrażała pogląd, że w stosunku do dziecka upośledzonego wartości charakteru pedagoga są ważniejsze aniżeli wiedza i walory intelektu. Pozytywne cechy osobowości pedagoga mają niewątpliwie wartości instrumentalne, ale dobre efekty uzyskują pedagodzy o bardzo różnych, wartościowych cechach charakteru. Nie można zatem ustalić hierarchii wartości cech osobowości, przejawiają się bowiem różnie w obrazie kompleksowym osobowości i w działaniu w różnych sytuacjach wychowawczych.

W pracy pedagoga specjalnego (ale też każdego nauczyciela!) bardzo ważna jest odpowiedzialność rozpatrywana w trzech aspektach: odpowiedzialność wobec społeczeństwa, wobec dziecka i samego siebie. Poczucie odpowiedzialności skłania do stałego doskonalenia warsztatu pracy, do ulepszania metod, do twórczego poszukiwania środków

i sposobów. Najczęściej wykorzystywaną formą pracy z dziećmi niepełnosprawnymi umysłowo jest terapia pedagogiczna.

Terapia pedagogiczna, zwana dawniej reedukacją lub zajęciami korekcyjno-kompensacyjnymi, to specjalistyczne działania mające na celu niesienie pomocy dzieciom ujawniającym różnego rodzaju nieprawidłowości rozwoju i zachowania. Zaburzenia te koryguje się poprzez odpowiednie oddziaływania specjalistyczne o charakterze psychologiczno - pedagogicznym, profilaktycznym i medycznym. Jest to szczególnie ważne na początku kariery szkolnej dziecka.

Dogoterapia/animaloterapia to, „(...) naturalna metoda wzmacniająca rehabilitację ruchową i psychoterapię. Głównym motywatorem jest prawidłowo ułożony i odpowiednio przygotowany pies prowadzony przez wyszkolonego przewodnika. (...) Zajęcia dogoterapii dzielą się na indywidualne, gdzie przewodnik z psem terapeutą ściśle współpracuje ze specjalistą i grupowe, w których wykorzystuje się elementy arteterapii, muzykoterapii, czy terapii zajęciowej, a cele zajęć mają charakter ogólnorozwojowy lub/i edukacyjny.” [4].

Do zadań nauczyciela ze specjalnym przygotowaniem pedagogicznym (oligofrenopedagogika, surdopedagogika, tyflop pedagogika,...) należą m.in.: zadania edukacyjne, integrujące, wychowawcze.

Zadania edukacyjne – związane są ze zdobywaniem wiedzy przez ucznia niepełnosprawnego, z jego pracą na zajęciach lekcyjnych i rewalidacyjnych i sprowadzają się do:

- dokonania diagnozy „roboczej” tak, by proces diagnostyczny dał początek sformułowaniu oddziaływań rewalidacyjnych. Pedagog specjalny powinien realizować i czuwać nad realizacją przez ucznia niepełnosprawnego kolejnych zadań, kolejnych elementów opracowanego dla niego programu edukacyjno – terapeutycznego,
- udzielania pomocy uczniom z niepełnosprawnościami tak, by nie zaniżać wymagań edukacyjnych oraz kryteriów oceniania. Zgodnie z zasadami pedagogiki specjalnej należy dostosować wymagania edukacyjne do możliwości i potrzeb dziecka. Każdy uczeń ma prawo pracować na swoim indywidualnym, najwyższym poziomie. Należy wykorzystywać w pracy specjalne metody i specjalnie dostosowane pomoce dydaktyczne,
- opracowania, wraz z nauczycielem „przedmiotowcem” strategii lekcji tak, by nauczanie wszystkich uczniów było skuteczne i uwieńczone sukcesami. Należy szczególnie zwracać uwagę na uatrakcyjnianie zajęć poprzez: nadawanie sensu wspólnej nauce, stosowanie ekspresyjnych metod nauczania (ruch, muzyka, drama...), wykorzystywanie elementów nauczania otwartego, organizowanie pracy uczniom w małych grupach zadaniowych, wykorzystywanie metody projektów w łączeniu treści międzyprzedmiotowych.

Zadania integrujące związane są z integracją dzieci, rodziców i nauczycieli szkoły. Sprowadzają się do:

- czuwania i wspierania integracji pomiędzy uczniami jednej klasy, a także całej szkoły tak, by uniknąć tzw. integracji pozornej. Szczególnie dotyczy to wszystkich przerw i zajęć pozalekcyjnych, spotkań dzieci w szkolnej świetlicy, udziału w szkolnych imprezach i uroczystościach,

- czuwania i budowania integracji pomiędzy rodzicami dzieci pełnosprawnych i niepełnosprawnych. Sprzyjają temu tzw. lekcje otwarte, wspólne wycieczki, spotkania z rodzicami,
- budowania integracji pomiędzy nim samym a nauczycielem „przedmiotowcem”. Należy opracować formy współpracy na lekcjach (może być nawet na piśmie), umieć dobrze wzajemnie komunikować się, stwarzać sobie możliwości i mieć poczucie własnej realizacji i satysfakcji zawodowej.

Zadania wychowawcze związane są z pełnieniem funkcji wychowawczej i pomocniczej względem rodziców uczniów niepełnosprawnych i wszystkich uczniów klasy integracyjnej. Polegają na:

- wspieraniu rodziców dzieci niepełnosprawnych poprzez kształtowanie prawidłowej postawy rodzicielskiej wobec własnego dziecka, informowaniu na bieżąco o pracy ucznia na zajęciach, udzielaniu codziennego instruktażu dotyczącego odrabiania pracy domowej, udzielaniu porad związanych z koniecznością skorzystania z dodatkowej pomocy innych specjalistów czy instytucji społecznych (i wskazywanie ich),
- byciu wychowawcą całej klasy integracyjnej. Wychowywanie stanowi działalność każdego nauczyciela i każdy nauczyciel w ramach swojego przedmiotu przekazuje, w różnorodny sposób, najważniejsze wartości zgodne ze szkolnym programem wychowawczym. Potrzebny jest taki pedagog „łącznik”, który koordynowałby tematykę wychowawczą realizowaną przez innych nauczycieli i prowadził „integrujące” godziny wychowawcze.

Ale integrację spotykają w praktyce przeszkody o charakterze naturalnym, społecznym i w wymiarze indywidualnym. Niewłaściwe postawy mogą mieć różne przyczyny, leżące po stronie osoby niepełnosprawnej lub jej otoczenia. Należą do nich m.in.: lęk przed odmiennością, obawy przed niesamodzielnością i uzależnieniem, brak wiedzy i osobistych doświadczeń w kontaktach z niepełnosprawnymi, nieumiejętność zachowania się w towarzystwie osób niepełnosprawnych, rozpowszechnianie i funkcjonowanie krzywdzących stereotypów i uprzedzeń, obiegowe określenia przypisujące cechy osobiste niepełnosprawnym, niewłaściwe przedstawianie trudności i szans życiowych niepełnosprawnym, błędne uproszczenia i oczekiwania.

Instytucje wyznaczone do zajmowania się niepełnosprawnymi też mają uproszczony wizerunek (stereotyp) swojego klienta, który postrzegany jest jako „przypadek nadający się do rehabilitacji” lub „uprawniony do pomocy społecznej”.

„Znoszenie barier” i „integracja” robi w Polsce zawrotną karierę, ale warto zastanowić się, co to znaczy w praktyce. Szczególną wagę ma w tym przypadku rozpoznanie, co jest deklaracją, czy i do jakiego stopnia społeczeństwo jest otwarte na problemy ludzi niepełnosprawnych, jakie cechy i doświadczenia osobiste ludzi są najlepszą gwarancją ich tolerancji. Osoby niepełnosprawne ograniczają swoje aspiracje, ambicje i zamierzenia oraz pozostają poza nurtem aktywności społecznej, co także nie wpływa pozytywnie na podejmowane działania integracyjne. Poza tym w społeczeństwie polskim nie ma wyraźnie ukształtowanej tradycji i wzorów środowiskowej pomocy niepełnosprawnym.

Postawy prointegracyjne, tolerancja i zrozumienie problemów życiowych osób niepełnosprawnych wzrastają wraz z wykształceniem, a także z częstotliwością i bliskością kontaktów osobistych z nimi. Pozwalają one niepełnosprawnym na optymalny rozwój

w ich naturalnym środowisku społecznym, w warunkach umożliwiających zaspokojenie ich różnorodnych potrzeb, przygotowują osoby niepełnosprawne do pracy zawodowej, pełnienia ról społecznych i samodzielnego podejmowania decyzji. Ale w życiu i procesie wzrastania nawet najbardziej troskliwy rodzic nie zastąpi przyjaźni i akceptacji ze strony rówieśników, a z tym dzieci niepełnosprawne mają olbrzymie problemy. W integracji (nauczaniu integracyjnym) często bywa, że to koledzy ucznia niepełnosprawnego mogą być terapeutami.

System integracyjny jest korzystniejszy dla znacznie wyższego procentu dzieci niepełnosprawnych, niż sądzono, gdyż ucząc się wśród pełnosprawnych rówieśników przystosowują się oni do późniejszego funkcjonowania w odmiennych warunkach. Z kolei uczniowie pełnosprawni uczą się tolerancji w stosunku do odmienności. Szkoła, klasa podejmująca się integracji powinna sprostać kilku podstawowym warunkom, do których należą: odpowiednia liczba osób w klasie, prowadzenie zajęć przez odpowiednio przygotowanych nauczycieli. Ponadto nauczyciel klas początkowych oraz pedagog specjalny, wspomagający uczniów z trudnościami w szkole, powinni być wspomagani przez logopedę, rehabilitanta, psychologa, pedagoga, reedukatora – uczniom specjalnym należy zapewnić ich właściwą opiekę.

Integracja szkolna to problem, który od lat przyciąga uwagę zarówno teoretyków, badaczy, jak i praktyków. Wśród specjalistów trwa nieustanny spór, dający się sprowadzić do szukania odpowiedzi na pytanie: czy wprowadzać System Kształcenia Integracyjnego? Szkoła specjalna, integracyjna czy ogólnodostępna? Nie ma jednak jednoznacznej odpowiedzi. Niech odpowiedzią będzie społeczne przesłanie: kształcenie segregacyjne tam, gdzie to jest konieczne, integracyjne w przypadku, gdzie jest to możliwe.

Uczniowie niepełnosprawni, to bardzo specyficzna i niejednorodna grupa. Każdy z nich ma inne predyspozycje psychofizyczne, wymaga bardzo indywidualnego podejścia i specjalnych metod pracy. „Dzieci o specjalnych potrzebach oraz ich rodzice wymagają, i zasługują, na wyjątkowe doświadczenie edukacyjne. Mają prawo do nauki, której program został opracowany przez pełnych zapału i poświęcenia profesjonalistów dostrzegających możliwości i stawiających czoło wyzwaniom, które pojawiają się przy wprowadzaniu zmian. Niemniej doprowadzenie do „pozytywnych zmian” nie jest zadaniem łatwym. Podjęcie się takiego działania wymaga poświęcenia, zrozumienia, jak funkcjonują szkoły i ich złożone systemy, zrozumienia różnorodności podejść potrzebnych dzieciom niepełnosprawnym (...)” [5].

Obserwuje się obecnie silną tendencję ku temu, by wszystkie dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych, w tym również dzieci upośledzone umysłowo w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcić w szkołach ogólnodostępnych. Konwencja Praw Dziecka, ratyfikowana przez Polskę w 1991 r., dała prawo rodzicom dzieci niepełnosprawnych do decydowania o miejscu edukacji ich dziecka, a art. 1, ust. 5 ustawy o systemie oświaty zapewnił możliwość pobierania nauki we wszystkich typach szkół wszystkim dzieciom, zgodnie z indywidualnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi oraz predyspozycjami.

Poniżej zamieszczony został list ministra edukacji narodowej Katarzyny Hall do dyrektorów i nauczycieli przedszkoli i gimnazjów w związku z organizacją udzielania uczniom pomocy psychologiczno-pedagogicznej na podstawie nowych przepisów (11 kwietnia 2011 r.): *Co planujemy dla ucznia z orzeczeniem o potrzebie kształcenia*

specjalnego? Dla uczniów z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego (ze względu na niepełnosprawność, niedostosowanie społeczne lub zagrożenie niedostosowaniem społecznym) należy przygotować indywidualny program edukacyjno-terapeutyczny (IPET). Programy takie, nazywane dotychczas indywidualnymi programami edukacyjnymi, były opracowywane dla uczniów oddziałów specjalnych i integracyjnych (programy te powinny być odpowiednio dostosowane i kontynuowane). Teraz takie same zasady zaczną obowiązywać wobec uczniów z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego uczęszczających do oddziałów ogólnodostępnych - dla nich także trzeba przygotować takie programy.

Jeśli uczeń z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego znajduje się w oddziale, w którym dotychczas nie planowaliśmy dla niego odpowiedniej pomocy, wówczas do współpracy z zespołem nauczycieli prowadzących zajęcia z uczniem warto zaprosić specjalistę z opiekującą się szkołą poradni psychologiczno-pedagogicznej. Pomoże on zrealizować to nowe zadanie i będzie mógł włączyć się w planowanie i organizowanie pomocy uczniowi. W takim wypadku nauczycielom absolutnie niezbędna będzie pomoc odpowiednich specjalistów.

(...) Życzę Państwu powodzenia w realizacji nowych zadań i satysfakcji z efektów pomocy udzielanej uczniom.

Katarzyna Hall – minister edukacji narodowej.

„Sytuacja życiowa ludzi niepełnosprawnych jest wypadkową wielu czynników. Poza parametrami zdrowotnymi, funkcjonalnymi, psychicznymi, decyduje o niej wiele cech mikro- i makrospołecznych. Są to zarówno cechy położenia społecznego i sytuacja rodzinna osoby niepełnosprawnej, jak i sytuacja ekonomiczna kraju, obowiązujące regulacje prawne, kierunek polityki społecznej” [6].

Ale powyższe w praktyce pedagogicznej zależy od wrażliwości, odpowiedzialności i kompetencji pedagoga.

PIŚMIENNICTWO:

1. Teutsch Smith D. (red.), *Pedagogika Specjalna*, t. I., PWN, Warszawa 2008, s.19.
2. Popielecki M., Zeman I. Kryzys psychiczny rodziców w związku z pojawieniem się w rodzinie dziecka niepełnosprawnego, *Szkoła Specjalna* nr 1 /2000, s.15-19.
3. Grzegorzewska M., *Listy do młodego nauczyciela*. t. III, PZWS, Warszawa 1961.
4. Baczyńska A., Baczyński B., *Poradnik dla pedagogów, terapeutów, rodziców*, Szklary Górne 2011 s.53.
5. Brzezińska A. I. (red.), *Droga do samodzielności. Jak wspomagać rozwój dzieci i młodzieży z ograniczeniami sprawności*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2009, s.9.
6. Głodkowska J., *Poznanie ucznia szkoły specjalnej*, WSiP, Warszawa 1999, s.75.

Dogoterapia jako metoda pracy z dziećmi niepełnosprawnymi w Polsce

Anna Gręda

studentka kierunku pielęgniarstwo – studia II st. Wyższej Szkoły Medycznej
w Legnicy

Powszechnie wiadomo jak niezmiernie doniosłą rolę w rozwoju osoby niepełnosprawnej odgrywa odpowiednia rehabilitacja. W dobie naszych czasów terapeuci poszukują coraz to nowszych metod i programów terapeutycznych, które przyniosłyby niewymierny wpływ na poprawę ich rozwoju psychoruchowego. Jedną z nowatorskich form wspomagających rehabilitację dzieci z wieloma dysfunkcjami rozwojowymi jest dogoterapia, która przez kontakt z psem łączy zarówno zabawę, naukę, jak i rewalidację.

Kolejnym nurtującym zagadnieniem jest pozycja dziecka niepełnosprawnego w społeczeństwie. Zgodnie z Konwencją Praw Dziecka przyjętą przez ONZ, powinno mieć ono zapewnioną godność, niezależność i aktywne uczestnictwo w życiu społecznym. Tymczasem dzieci niepełnosprawne często traktowane są bezpodmiotowo, społeczeństwo zaś koncentruje się na ich brakach i kalectwie, a nie na tym co w rzeczywistości potrafią. Czasy obecne, „nowoczesne” kojarzą się z pośpiechem, pogonią za pieniędzem i wartościami materialnymi. W sercach dzieci, a zwłaszcza niepełnosprawnych, niesamodzielnych, niejednokrotnie gości samotność i odrzucenie. Rodzice są zbyt zajęci, aby nawiązać bliski, emocjonalny kontakt ze swoim niepełnosprawnym dzieckiem. Można zadać sobie pytanie: co właściwie łączy dogoterapię z niepełnosprawnością? Odpowiedź jest oczywista. Kontakt z psem może zdziałać „cuda”. Pies to istota, która nie ocenia, a akceptuje, nie krytykuje i nie stawia warunków. Wreszcie nie oczekuje, tylko daje. Kocha bezwarunkowo i w sposób spontaniczny wyraża swoje uczucia. Pies w życiu dziecka pełni rolę opiekuna, bohatera, nauczyciela i terapeuty. A zadaniem dorosłych jest jedynie stworzenie odpowiednich warunków do rozwoju, w zależności od potrzeb, możliwości i zainteresowań dziecka.

Podjęcie istoty terapii kontaktowej z udziałem psa to tylko namiastka, choć w pewnym sensie i zachęta do propagowania idei wspomagania rozwoju w szczególności dziecka niepełnosprawnego.

Krótki rys historyczny dogoterapii. Warto nadmienić, iż prekursorem dogoterapii był pochodzący ze Stanów Zjednoczonych Boris Levinson. Specjalizował się głównie w terapii psychoanalitycznej dzieci z autyzmem. O wykorzystaniu psów do terapii

zaważył przypadek, dotyczący „chłopca, który przez kilka miesięcy nigdy nie odezwał się podczas sesji terapeutycznych, zaczął rozmawiać z jego psem” [1]. Wydarzenie to skłoniło Levinsona do dalszych obserwacji i badań, czego wynikiem stał się w roku 1964 opublikowany artykuł „Pet Therapy”, w którym zwrot „terapia z udziałem zwierząt” - funkcjonuje po dziś dzień [1].

W Polsce terapia z udziałem psa stanowi dziedzinę jeszcze bardzo młodą, ale prężnie rozwijającą się. Dotyczy późnych lat osiemdziesiątych XX wieku. Jest wynikiem pracy Marii Czerwińskiej nad filmem „Widzę” – z udziałem niewidomych dzieci, gdzie zajmowała się tresowaniem zwierząt grających w filmie [2].

Pojęcie dogoterapia, jej cele i założenia. Dogoterapia i kynoterapia – to równoznaczne terminy, które określają pracę z psem i wskazują ten sam cel. W Polsce dogoterapia – to termin autorstwa wcześniej wspomnianej Marii Czerwińskiej, założycielki Fundacji Przyjaźni Ludzi i Zwierząt „CZE-NE-KA”. Po raz pierwszy użyty został na konferencji prasowej w Warszawie w 1996 roku, z okazji Targów Zoologicznych i Światowego Dnia Zwierząt.

Według Czerwińskiej to „(...) leczenie przez kontakt z psem – łagodnym, przyjaźliwym, wiernym, oddanym, miękkim i puszystym” [2]. Natomiast oficjalnie przyjęta definicja dogoterapii przez fundację Przyjaciół brzmi: „(...) jest to terapia kontaktowa z udziałem psa, polegająca na wieloprofilowym usprawnianiu dzieci i dorosłych. Jest rodzajem pracy uzupełniającym szeroko rozumianą rehabilitację i nie może pozostać jedyną formą terapii. Stanowi uzupełnienie całości oddziaływań terapeutycznych, w szczególności u dzieci z wyzwaniami rozwojowymi. U zdrowych jest elementem i uzupełnieniem oddziaływań edukacyjnych” [1].

Inną definicję proponuje Polskie Towarzystwo Kynoterapeutyczne, które mówi, że: „(...) kynoterapia jest to metoda wzmacniająca efektywność rozwoju osobowości, edukacji i rehabilitacji, w której motywatorem jest odpowiednio wyselekcjonowany i wyszkolony pies, prowadzona przez wykwalifikowanego kynoterapeutę” [3].

Dogoterapia stanowi specyficzny segment, który wspomaga tradycyjną rehabilitację. W zajęciach z udziałem psa mogą uczestniczyć dzieci z wieloma dysfunkcjami rozwojowymi. Grupę tę tworzą osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, umiarkowanym i znacznym, z niepełnosprawnością ruchową, osoby z cechami autystycznymi, z zespołem Downa, z mózgowym porażeniem dziecięcym, padaczką i wodogłowie. Programy terapii przewidują również zajęcia dla osób po przebytych chorobach, urazach, dla osób z uszkodzeniem wzroku i słuchu, a także dla starszych, samotnych, cierpiących na schizofrenię i niedostosowanych społecznie [4].

Zasadniczym założeniem dogoterapii jest realizacja programu dobranego do indywidualnych potrzeb, możliwości i cech osobowościowych uczestnika. Prowadzi to do osiągnięcia celów terapeutycznych, które ze względu na zakres oddziaływania podzielono na: psychiczne, fizyczne, edukacyjne i motywacyjne.

Cele psychiczne to: stymulacja rozwoju umysłowego, poprawa poziomu funkcjonowania emocjonalno-uczuciowego (dotyczy umiejętności ujawniania i odreagowania negatywnych emocji i kształtowania pozytywnych wrażeń), poszerzenie zdolności w komunikacji werbalnej w grupie, korygowanie wad wymowy, rozwój koncentracji uwagi, stymulowanie zmysłów (wzroku, słuchu, dotyku), zwiększenie poczucia własnej wartości i pewności siebie, obniżenie napięcia, poziomu lęku i stresu, zmniejszenie

poczucia osamotnienia, poprawa samopoczucia, kształtowanie charakteru i odpowiedzialności, ułatwienie akceptacji kalectwa i choroby [4].

Cele fizyczne to: poprawa i stymulowanie sprawności motorycznej i koordynacji ruchowej, obniżenie wzmózonego napięcia mięśniowego, doskonalenie zdolności utrzymania równowagi, wyzwalanie spontanicznej aktywności w zabawie z psem, rozwijanie orientacji przestrzennej i umiejętności poruszania się, naśladowanie ruchu i czynności wykonywanych przez psa, poprzez obserwację jego zachowań (chodzenie, leżenie, siadanie).

Cele motywacyjne to: nawiązanie naturalnej więzi z otoczeniem, integracja grupy i środowiska rodzinnego z uczestnikami zajęć, zwiększenie motywacji w wykonywaniu ćwiczeń rehabilitacyjnych, nawiązanie i pogłębianie kontaktu z psem, przełamanie bariery lęku, nauka relaksacji w obecności psa, stwarzanie okazji do zabawy [5].

Cele edukacyjne to: poprawa pamięci krótko- i długotrwałej, wzbogacanie słownictwa, poznawanie i odróżnianie pojęć, typu: wielkość, kolor, kształt; rozwijanie mowy, nazywanie własnych emocji [1].

Ogólnie ujmując dogoterapia zwalcza deficyty fizyczne, rozwija intelekt, wzmacnia psychikę i wpływa na rozwój określonych postaw społecznych. Pies w kontakcie z dzieckiem stanowi silny motywator psychiczny, a sesje terapeutyczne wyzwalają całą kaskadę pozytywnych reakcji i zachowań, bez względu na stopień niepełnosprawności. Pokonywanie barier, ograniczeń, redukcja poziomu agresji, zniesienie uczucia strachu i niepewności to często jedyny i „(...) wielki krok naprzód w nawiązaniu kontaktu dziecka ze światem” [4].

Człowiek w roli terapeuty. Jednym z elementów warunkujących proces dogoterapii jest psychiczna oraz fizyczna charakterystyka osób w niej uczestniczących. Decydujące znaczenie odgrywa przygotowanie zawodowe dogoterapeuty. Zarówno człowiek, jak i pies powinni tworzyć współpracujący zespół, a kompetencje przewodnika psa – dobrze jeśli stanowią nieodłączną część jego osobowości, umiejętności interpersonalnych oraz wiedzy i aktywności w procesie terapeutycznym.

Na cechy osobowości dogoterapeuty składają się: aktywność, entuzjazm, orientacja na ludzi, odporność psychiczna, empatia i obiektywizm, silna osobowość, ciepło i dobroć. Natomiast umiejętności interpersonalne decydują o sposobie zachowania się wobec innych. To właśnie otwartość, zaufanie, akceptacja i skuteczne komunikowanie się znacząco wpływa na całość procesu terapeutycznego [4]. Zaś dobry terapeuta to taki, który potrafi radość, zainteresowanie między człowiekiem, a zwierzęciem, czy choćby chęć wspólnej zabawy – przełożyć na konkretne rezultaty fizyczne, społeczne i psychologiczne [1].

Na terenie kraju działają fundacje, które organizują szkolenia i warsztaty w zakresie przybliżenia i przygotowania wszystkich zainteresowanych do profesjonalnej pracy z psem. Według Polskiego Towarzystwa Kynoterapeutycznego, które prowadzi Rejestr Certyfikowanych Kynoterapeutów, tytuł terapeuty tej dziedziny uzyskać może osoba posiadająca średnie wykształcenie, uprawnienia pedagogiczne i ukończony dwusemestralny specjalistyczny kurs kynoterapii. Po sprostaniu tym wymaganiom może samodzielnie prowadzić zajęcia, a na podstawie zlecenia lekarskiego układać metodykę i programy zajęć. Ma prawo także nadzorować pracę wolontariuszy i dokonywać selekcji odnośnie psów terapeutycznych. Z kolei specjalista – kynoterapeuta, np. lekarz,

fizjoterapeuta, oprócz wcześniej wymienionych uprawnień, uzupełnionych również specjalistycznym kursem, ma możliwość diagnozowania i udzielania zaleceń terapeutycznych w zakresie swojej specjalności [4].

Z kolei Fundacja Przyjaciel to jedna z licznych, która propaguje przygotowanie wolontariuszy. Każdy chętny, aby stać się wolontariuszem, powinien mieć ukończone 18 lat, posiadać wykształcenie uprawniające do pracy z osobami niepełnosprawnymi (bądź studiować w tym kierunku), złożyć deklarację regularnego uczestnictwa w przynajmniej jednej placówce, objętej opieką fundacji. Grono wolontariuszy tworzą osoby, które nie posiadają wymaganego wykształcenia, ale mają psa spełniającego warunki stawiane przez daną fundację i podstawową wiedzę o dogoterapii. Wówczas nie prowadzą samodzielnie zajęć, lecz pełnią rolę przewodnika psa [6].

Praca z chorym dzieckiem i ze zwierzęciem to bardzo odpowiedzialne zadanie. Szczególnie od terapeuty wymaga olbrzymich umiejętności i wiedzy na temat rozwoju człowieka, zaburzeń rozwojowych, jak również na temat zachowań psa. Istotne jest, by przed podjęciem decyzji dotyczącej pracy z psem zastanowić się nad własnymi umiejętnościami i predyspozycjami, gdyż „(...) tylko człowiek odczuwający radość z obcowania z ludźmi, dobrze przygotowany merytorycznie, będący „Napoleonem” dla swojego psa, może w sposób właściwy prowadzić terapię” [4].

Przygotowanie psa do pracy terapeutycznej. Proces, bo tak trzeba nazwać czas od momentu pozyskania zwierzęcia, wyszkolenia i w końcowym etapie dopuszczenia do pracy jest długi, żmudny i pracochłonny. Wymaga poza wiedzą także ogromnego doświadczenia. Pies nie może być wybierany metodą prób i błędów, a „kynoterapeuta pracując z osobami wymagającymi rehabilitacji musi być pewny doskonałości swego narzędzia” [7].

Zaleca się, by psy terapeutyczne pochodziły spośród psów rasowych, posiadających metrykę i rodowód. Najlepiej pozyskane z hodowli, z których już wcześniej sprawdziły się psy w pracy kynoterapeutycznej. „Wybór psa rasowego posiada tę zaletę, że łatwiej jest przewidywać jego zachowania, wnioskując na podstawie ogólnej charakterystyki rasy” [4]. Poza możliwością sprawdzenia przodków szczenięcia, istnieje także gwarancja zdrowia fizycznego i psychicznego rodziców, ze względu na przeprowadzane obowiązkowo testy psychologiczne. Innym aspektem jest fakt, iż odwiedzając daną hodowlę zaobserwować można warunki w jakich żyją młode, ich kondycję zdrowotną, czy choćby kontakt z hodowcą [8].

Nie można jednoznacznie określić i wskazać jednej, idealnej rasy, która w sposób szczególny nadaje się do terapii kontaktowej. W przypadku psów nierasowych, a posiadających cechy i predyspozycje do pracy terapeutycznej, mogą zostać dopuszczone do egzaminu Pies Terapeutyczny, po uprzednim półrocznym szkoleniu specjalistycznym. Egzamin powtarzane są co roku, a świadectwem potwierdzającym zdobycie kwalifikacji jest uzyskanie certyfikatu i legitymacji. Najbardziej preferowane są psy rasy: labrador retriever, golden retriever, nowofundland, siberian husky, alaskan malamute, owczarek szkocki, berneński pies pasterski, border colli i bokser [9].

Wybierając psa do pracy w roli terapeuty należy szczególną uwagę zwrócić na jego cechy charakteru. Najważniejsze to: spokój i posłuszeństwo, ogromna inteligencja i łatwość uczenia się, uległość, odporność na stres, cierpliwość i tolerancja. Przyszły pies – terapeuta nie powinien przejawiać agresji i dominacji, symptomów lęku i nad-

pobudliwości. Oprócz odpowiednich cech osobniczych, powinien posiadać także predyspozycje fizyczne, typu: ujmujący wygląd, temperament, wielkość, a nawet jego umaszczenie [4].

Pracę w roli terapeuty podjąć może tylko pies zupełnie zdrowy, systematycznie obserwowany, z aktualnymi szczepieniami ochronnymi i zaświadczeniem weterynaryjnym o dobrym stanie zdrowia. Dodatkowo zachowane powinny być zasady higieny: czysta i wyczesana sierść, regularne kąpiele, czyszczone uszy i przycinane paznokcie. Sprostanie wymienionym wymaganiom ważne jest ze względu na bezpieczeństwo podopiecznego. Działania te wpływają przede wszystkim na poprawę komfortu psychicznego pacjenta w bliskim kontakcie z psem [1].

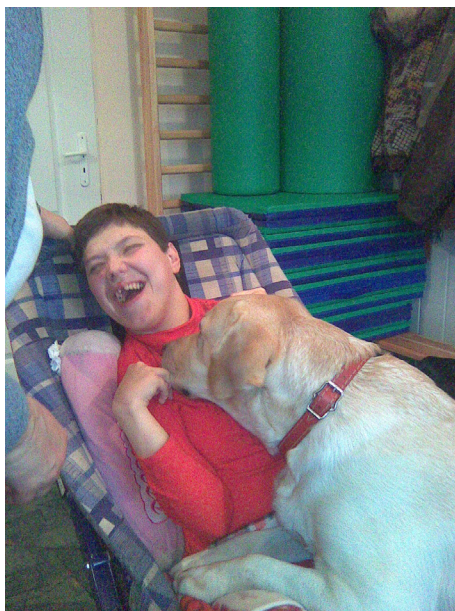
Terapeutyczne formy pracy z psem. W terapii wyodrębniono trzy zasadnicze grupy ćwiczeń, które wpływają na pogłębienie więzi psychicznej i rozwój dzieci niepełnosprawnych. W roku 1996 Międzynarodowa Organizacja Delta Society opracowała definicje dotyczące rodzaju i form pracy ze zwierzętami, stanowiące fundament, na którym opiera się także dogoterapia. Są to:

- AAA – Animal Assisted Activity – zajęcia z udziałem zwierząt. Spotkania te charakteryzuje pełna spontaniczność i brak opracowanego wcześniej scenariusza. Polegają na nawiązaniu bliskiego kontaktu uczuciowego między podopiecznym, psem i terapeutą. Organizowane są w formie zabawy. Stanowią rodzaj pracy grupowej, prowadzonej w ośrodkach leczniczych, hospicjach, domach opieki społecznej, a nawet domach prywatnych. Forma AAA nie nakłada obowiązku prowadzenia dzienników terapeutycznych [1].
- AAT – Animal Assisted Therapy – terapia z udziałem zwierząt, w której odpowiednio przygotowany i wyszkolony pies tworzy integralną część w procesie leczenia. Ćwiczenia odbywają się w oparciu o przygotowany wcześniej program terapeutyczny, prowadzony przez wykwalifikowanego terapeutę (lekarz prowadzący, logopeda, rehabilitant, psycholog). Metody i cele terapii dostosowane są do indywidualnych potrzeb i możliwości każdego podopiecznego. Stopniowo zwiększa się trudność wykonywanych ćwiczeń, a wyniki osiągnięć są mierzone i dokumentowane [1]. Pozwala to na sprawdzenie ich skuteczności i umożliwia dobór nowych technik [3].
- AAE – Animal Assisted Education – dotyczy edukacji z udziałem zwierząt. Jest to dodatkowa forma, której zamierzeniem jest usprawnianie sfery intelektualnej i funkcji poznawczych oraz organizowanie procesu uczenia się. Sesje terapeutyczne prowadzone są indywidualnie oraz w grupie, kierowane pod opieką profesjonalisty, np. pedagoga. Proces podlega ocenie i udokumentowaniu. Scenariusz zajęć obejmuje realizację programu nauczania, gdzie pies pełni rolę „pomocy naukowej” [7].

Wymiar pracy z psem na przykładzie scenariusza zajęć. Poniżej jako przykład przedstawiono element scenariusza zajęć, w którym uczestniczy dziewczynka chora na Mózgowe Porażenie Dziecięce, doświadczony i wykwalifikowany kynoterapeuta oraz odpowiednio przygotowany do pracy terapeutycznej pies rasy labrador retriever.

1. „**Przywitanie**” się dziecka z psem. Na komendę terapeuty pies ostrożnie wskakuje przednimi łapami na kolana. Dziewczynka dotyka nosa, języka, grzbietu

psa, a terapeuta opisuje doznania jakie wynikają ze stymulacji: nos jest mokry i zimny, a sierść miękka i przyjemna.



Fot. 1. Przywitanie (materiały własne, 2010 r.) Fot. 2. Przywitanie (materiały własne, 2010 r.)

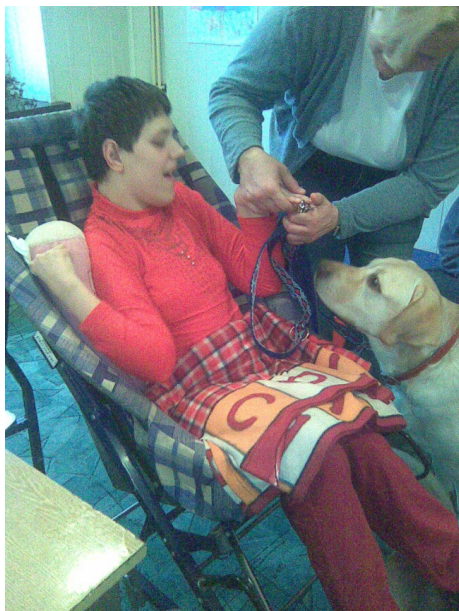
- 2. Ćwiczenie stymulacji funkcji poznawczych z kształtowaniem orientacji przestrzennej.** Polega na poznawaniu własnego ciała i ciała psa oraz zdolności poruszania się w otoczeniu. Terapeuta wymienia poszczególne części ciała i głośno je nazywa: „to jest ucho Iwonki, to jest łapa psa...”. Dziewczynka jednocześnie wskazuje wymieniane części ciała.



Fot. 3. To jest ucho, to jest łapa (materiały własne 2010 r.) Fot. 4. To jest ucho, to jest łapa (materiały własne 2010 r.)

- 3. Ćwiczenie przypinania i odpinania smyczy i ćwiczenie chwytu pęsetowego – przekładanie „z ręki do ręki” kostek dla psa wpływa na rozwój koordynacji**

wzrokowo-ruchowej oraz na usprawnianie zdolności manualnych w zakresie motoryki małej, tzw. posługiwanie się ręką.



Fot. 5. Przypinanie i odpinanie smyczy (materiały własne 2010 r.)



Fot. 6. Przypinanie i odpinanie smyczy (materiały własne 2010 r.)



Fot. 7. Z ręki do ręki – ćwiczenie chwytu pęsetowego (materiały własne 2010 r.)



Fot. 8. W nagrodę smakołyk dla psa (materiały własne 2010 r.)

- 4. Ćwiczenia relaksacyjne wzbogacają każdy scenariusz zajęć.** Mają na celu zapewnienie bliskiego kontaktu z psem. Podczas leżenia dogoterapeuta poprzez rozmowę wprowadza elementy poznawcze i komunikacyjne oraz kształtuje myślenie przyczynowo-skutkowe u dziecka.



Fot. 9. Przez tunel do celu... (materiały własne 2010 r.)



Fot. 10. Przez tunel do celu... (materiały własne 2010 r.)



Fot. 11. Leżenie przy psie i głaskanie go (materiały własne 2010 r.)



Fot. 12. Leżenie przy psie i głaskanie go (materiały własne 2010 r.)

Dla dziecka niepełnosprawnego najważniejsza jest wczesna i intensywna aktywizacja ruchowa. Ćwiczenia z psem spełniają swą rolę w rozwijaniu umiejętności w zakresie motoryki małej (zdolności manipulacyjne i posługiwanie się ręką, ćwiczenie chwytu pęsetowego), motoryki dużej (zręczność ruchowa całego ciała, rozwój sprawności i koordynacji ruchowej), percepcji (odbiór informacji z otoczenia za pomocą zmysłów) i funkcji poznawczych (proces myślenia: uwaga, pamięć, koncentracja). Ćwiczenia wspomagające rozwój dziecka prowadzą do poznania własnego ciała, pozwalają zdobyć pewność siebie, przełamać nieśmiałość. Niejednokrotnie niwelują strach i lęk. Regularne ich utrwalanie i powtarzanie jest niezmiernie ważne dla rozwoju i osiągnięcia pewnej samodzielności dziecka. Opanowanie umiejętności manualnych służy do pomocy w wykonywaniu wielu czynności dnia codziennego. Poza tym rozwój psychiczny, fizyczny i umysłowy jest równie ważny jak rozwój emocjonalny [10].

Zakończenie. We współczesnej literaturze odnajduje się wciąż niewiele doniesień poświęconych teorii dogoterapii. Sama dziedzina zarówno w Polsce, jak i na świecie jest jeszcze na etapie rozwoju. Dogoterapia nie tworzy odrębnej metody rehabilitacyjnej, nie może jej też zastąpić, ale z pewnością może ją wspomagać. Szczególnie w przypadku dzieci z dysfunkcjami rozwojowymi – tradycyjna rehabilitacja i ćwiczenia dodatkowo mogą być urozmaicone i wzbogacone elementami zabawy z psem, odpowiednio dobranymi do stanu dziecka. Usprawnianie za pomocą dogoterapii to przede wszystkim zapewnienie dziecku kontaktu z psem. Głaskanie, przytulanie, karmienie, czesanie to czynności, które nie tylko zapewniają nawiązanie nici porozumienia i więzi psychicznej, ale stanowią także rodzaj ćwiczeń, pod wpływem których dochodzi do zmniejszenia napięcia mięśniowego, a dobrze przygotowany do swojej roli pies potrafi choćby

językiem otworzyć zaciśniętą, spastyczną dłoń dziecka. Całkowite wyleczenie osoby niepełnosprawnej jest niestety niemożliwe. Kontakt z psem ma zapewnić poczucie bezpieczeństwa i akceptacji, a poprzez uczestnictwo w zajęciach wyzwalać nowe doznania i aktywność twórczą, motywować i wydłużać czas pracy. W obecności psa dzieci chętniej ćwiczą i często, choć zupełnie nieświadomie samodzielnie wstają, rozprostowują dłonie, wypowiadają pierwsze słowo. Świadczy to o ogromnej mobilizacji do wysiłku i jeszcze większej radości z odniesionego sukcesu. Poprzez terapię z psem dzieci potrafią opanować czynności, które wcześniej wydawały się niemożliwe, a wręcz niewykonalne.

Bezsprzecznie dogoterapia jest skuteczną metodą uzupełniającą właściwą rehabilitację. Dziś jest wiadomo, że terapia przy udziale zwierząt wywiera nie tylko socjalizujący, ale także leczniczy wpływ na zdrowie człowieka. Zatem chylmy czoła Levinsonowi, Czerwińskiej i wszystkim tym osobom, które są w stanie poświęcić część siebie w rozwój osoby słabszej, chorej, niepełnosprawnej. To właśnie uśmiech dziecka i jego poczucie sukcesu jest prawdziwą radością i najwyższą wartością.

PIŚMIENNICTWO:

1. Bartkiewicz W., Zawadka M., Pies terapeuta i przyjaciel rodziny, Fundacja Pomocy Osobom Niepełnosprawnym PRZYJACIEL, Warszawa 2008 r.,
2. Czerwińska M. (red.), Dogoterapia, Klub „CZE-NE-KA” nr 8, Warszawa 1999 r.,
3. <http://www.kynoterapia.eu/standardy.html>, stan na dzień: 06.09.2010
4. Pawlik – Popielarska B., Terapia z udziałem psa, Via Medica, Gdańsk 2005 r.,
5. Pisula E., Danielewicz D. (red.), Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2008 r.,
6. Bartkiewicz W., Czy zwierzęta potrafią leczyć?, Fundacja Pomocy Osobom Niepełnosprawnym PRZYJACIEL, Warszawa 2008 r.,
7. Wojciechowska H., Masgutowa – Hawryluk S., Kynoterapia w integracji odruchów, MINK, Warszawa – Bydgoszcz 2006 r.,
8. Włodarczyk – Dudka M. (red.), Terapia psychopedagogiczna z udziałem psa, Wydawnictwo Drwęca, Ostróda 2006 r.,
9. Krupiński J., Pagacz M., Dogoterapia, Światło i Cienie nr 3, 2003 r.,
10. Kamyk – Wawryszczuk A., Dogoterapia w procesie rozwoju fizycznego dzieci głuchoniewidomych, Wychowanie na co dzień nr 2(171), 2007 r.,

Problem alkoholowy wśród młodzieży – próba oceny

Sylwia Kazan, Martyna Mazurczak, Tomasz Olechnowicz, Marcin Wieczorek
studenci I roku Ratownictwa Medycznego Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy

Spożywanie alkoholu jest obecnie powszechnym wzorcem zachowania wśród wszystkich grup społecznych, zwłaszcza tych o charakterze patologicznym. Konsekwencje picia alkoholu są szkodliwe nie tylko dla jednostek, ale także ze społecznego punktu widzenia. Alkohol najczęściej traktowany jest jako źródło przyjemnych doznań, ale potrafi też manipulować umysłem i uczuciami człowieka.

Dla młodego, rozwijającego się organizmu nawet niewielkie dawki alkoholu mogą być groźne. Organizm w trakcie procesu rozwojowego ma bardzo małą tolerancję na alkohol, w związku z tym zwiększa się prawdopodobieństwo rozwoju niekontrolowanych zmian w zachowaniu po spożyciu alkoholu. Zmiany te mogą mieć charakter zmian wpływających na prawidłowe funkcjonowanie organizmu, ale mogą także stwarzać realne zagrożenie dla życia lub bezpieczeństwa innych [1].

Alkohol to jeden z najmocniejszych i najpowszechniej stosowanych środków psychotropowych. Istnieje sześć podstawowych napojów alkoholowych: piwa, jabłeczniki, wina stołowe, wina wzbogacone, likiery i alkohole destylowane. Różnią się one pod względem całościowego składu chemicznego, choć podstawowym ich składnikiem jest alkohol etylowy i wszystkie one mają podobne działanie fizjologiczne na organizm ludzki. Bez względu na rodzaj spożywanego alkoholu, skutki jego działania zależą przede wszystkim od przyjętej ilości, a nie od substancji nadających mu odpowiednie zabarwienie czy smak, ani też od innych składników [1].

W opinii antropologów alkohol towarzyszy człowiekowi praktycznie od zarania dziejów, pozwalając na zaspokojenie potrzeb fizjologicznych (redukcja bólu, zmęczenia), psychologicznych (redukcja lęku, odprężenie, odhamowanie) i społecznych (ułatwianie kontaktów, elementy obrzędów i praktyk religijnych), a z czasem również ekonomicznych i politycznych [2].

Bez względu na powody spożywania alkoholu zawsze pozostaje on środkiem odurzającym - jednym z najsilniej uzależniających i destrukcyjnych środków odurzających stosowanych tak powszechnie i na tak dużą skalę. Działa na system nerwowy jako środek znieczulający, a w bardzo wysokich dawkach stanowi truciznę, która może pozbawić

życia. Zatrucie alkoholem prowadzi do zahamowania czynności układu oddechowego, a tym samym do śmierci. W mniejszych ilościach działa jako środek tłumiący, choć często błędnie traktowany jest jako środek pobudzający, gdyż niejednokrotnie ludzie stają się po nim bardziej rozmowni, hałaśliwi i podnieceni. Zachowanie takie spowodowane jest oddziaływaniem alkoholu na układ nerwowy, w wyniku czego ulegają likwidacji wszelkie zahamowania. Świadome doświadczanie tych efektów jest dla większości osób przyjemne i są one jednym z głównych powodów sięgania po alkohol.

Wszelkie dane empiryczne prezentowane w licznych opracowaniach pokazują, że zdecydowana większość osób (nawet do 98% populacji) przed ukończeniem 20 r. ż. ma już za sobą doświadczenia związane z piciem alkoholu [3]. Dane te wskazują, że ze statystycznego punktu widzenia pierwsze kontakty z alkoholem traktować można jako swoiste normatywne doświadczenia pojawiające się w okresie poprzedzającym dorosłość. Jeżeli chodzi o wiek inicjacji, a więc wiek pierwszego spożycia alkoholu poza środowiskiem rodzinnym, został on określony na 10 r. ż. [3].

Konsumpcja alkoholu przez polską młodzież kształtuje się na średnim poziomie w porównaniu z resztą Europy. Około 57% nastolatków przyznaje się do regularnego spożywania alkoholu, 21,7% 15-latków upiło się w ciągu 30 dni poprzedzających badanie, a tylko 7% określiło się jako abstynenci [4].

Spożywanie alkoholu przez osoby niepełnoletnie upośledza czynności poznawcze, tj.: koncentrację uwagi, zapamiętywanie, uczenie się, rozwój, kontrolę emocjonalną, powoduje podejmowanie zachowań ryzykownych, groźnych dla życia i zdrowia, zakłóca proces rozwojowy. Może także spowodować spowolnienie wzrostu i zaburzenia hormonalne. W całym Regionie Europejskim co czwarty zgon w grupie wiekowej 15-29 lat spowodowany jest nadużywaniem alkoholu [4].

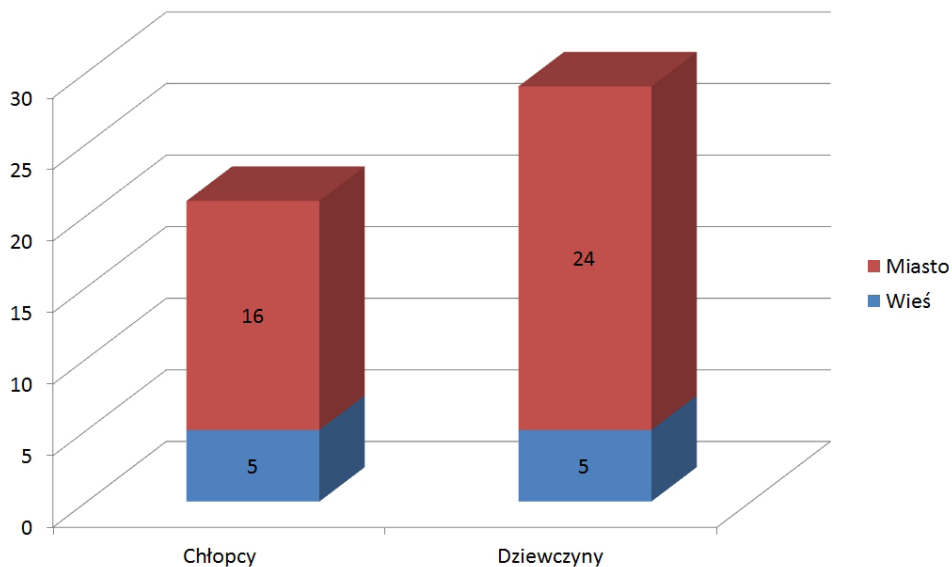
Badania ESPAD (Europejski Program Badań Ankiетowych w Szkołach nt Używania Alkoholu i Narkotyków), przeprowadzone w roku 2007 wykazały, że na pytanie o ocenę dostępności substancji psychoaktywnych młodzi ludzie wskazywali, że spośród tych substancji napoje alkoholowe są najłatwiejsze do zdobycia. Najczęstszą przyczyną sięgania przez dzieci i młodzież po alkohol jest chęć rozładowania napięć i stresów, namowa kolegów i forma manifestowania dorosłości [4]. Dla coraz większej grupy młodych ludzi ucieczka w alkohol jest również pochodną braku lub niedostrzegania innej alternatywy, sposobem spędzania wolnego czasu. Staje się normą postępowania – normą pozwalającą na akceptację otoczenia, na niewyróżnianie się z niego.

Uzależnienie od alkoholu powodowane jest w głównej mierze, zwłaszcza w grupach młodzieżowych, postawami zbytnej obojętności i tolerancyjności oraz postawą niezdrowej ambicji, które dominują we współczesnym społeczeństwie. W obecnej dobie przyczyn nałogu alkoholowego szukać należy w środowisku rodzinnym i szkolnym. Często bowiem w tych środowiskach ma miejsce naśladownictwo lub identyfikacja z osobami, które są zwolennikami określonych postaw wobec alkoholizmu. Należy zatem zwrócić szczególną uwagę na postawy grup młodzieżowych wobec alkoholizmu. Nie można też pominąć uwarunkowań społecznych, wpływających na postawę człowieka.

Celem przeprowadzonych badań przez czteroosobową grupę studentów kierunku Ratownictwo Medyczne, była ocena problemu spożywania alkoholu w wybranej grupie młodzieży. Badania przeprowadzone zostały w 50-osobowej grupie uczniów dwóch szkół gimnazjalnych za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety.

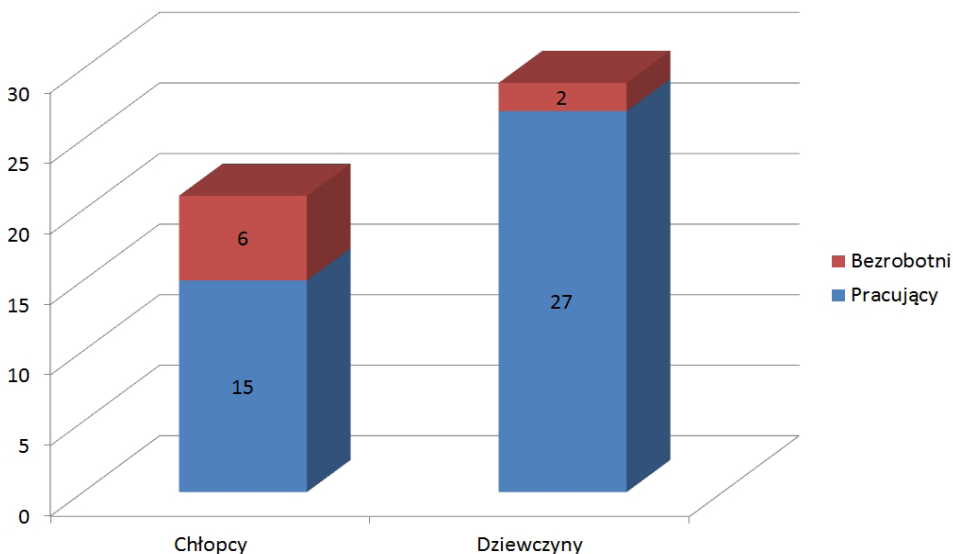
Problem alkoholowy wśród młodzieży – próba oceny

27-osobową grupę 14-latków reprezentowało 89% dziewcząt i 11% chłopców, natomiast 23-osobową grupę 15-latków 85% chłopców i 15% dziewcząt. Pod względem miejsca zamieszkania 40 osób zamieszkiwało w mieście, natomiast 10 na terenach wiejskich.



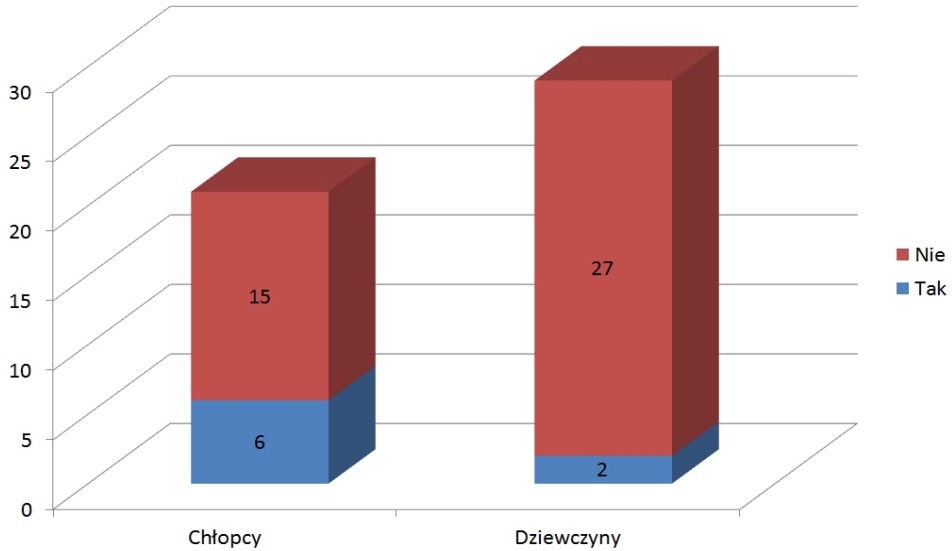
Wyk. 1. Populacja badawcza według miejsca zamieszkania (badania własne, 2011).

Badając sytuację społeczno – ekonomiczną rodzin ankietowanych nastolatków stwierdzono, że w 42 przypadkach rodzice ankietowanych byli aktywni zawodowo, natomiast w 8 przypadkach posiadali status bezrobotnych.



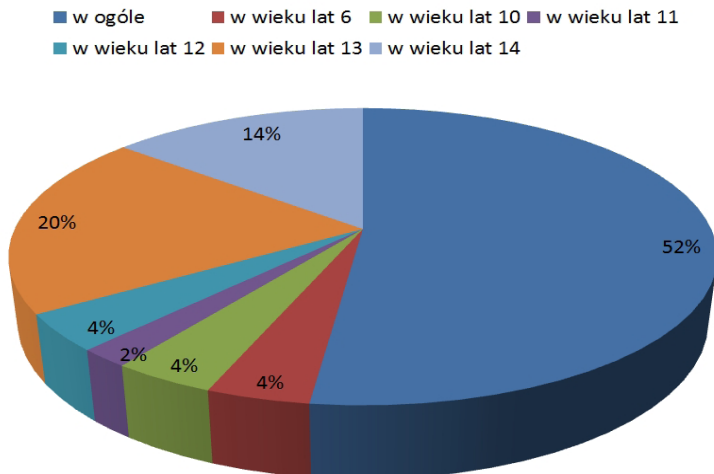
Wyk. 2. Aktywność zawodowa rodziców respondentów (badania własne, 2011).

Kolejne pytanie autorskiego kwestionariusza ankiety dotyczyło stwierdzenia, czy w rodzinach osób ankietowanych istnieje problem alkoholowy. Tylko w odniesieniu do 8 osób stwierdzono, że taki problem istnieje, w odniesieniu do pozostałych 42 osób nie stwierdzono istnienia problemu alkoholowego w rodzinie.



Wyk. 3. Problem alkoholowy w rodzinach ankietowanych (badania własne, 2011).

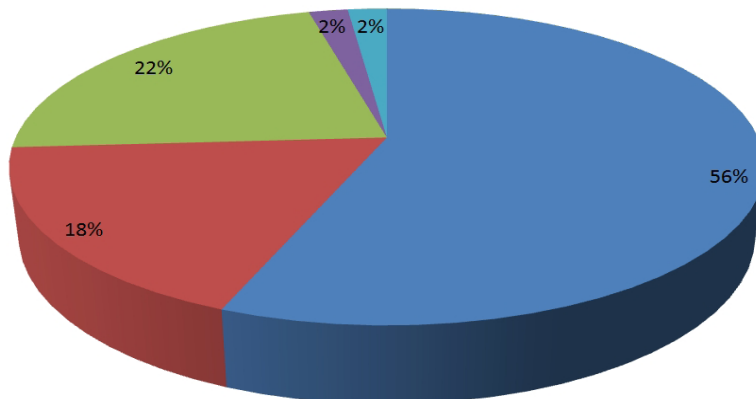
Określając na podstawie badań ankietowych wiek pierwszego sięgnięcia po alkohol okazało się, że w ankietowanej grupie 52% ankietowanych nie spożywa alkoholu pod żadną postacią, natomiast najczęściej podawanym wiekiem inicjacji alkoholowej był 13 r. ż. (20% ankietowanych).



Wyk. 4. Wiek inicjacji alkoholowej respondentów (badania własne, 2011).

Określając częstotliwość sięgania po alkohol przez ankietowanych stwierdzono, że w przypadku 24% ankietowanych ma to miejsce raz w tygodniu, natomiast w przypadku kolejnych 18% rzadko (sporadycznie).

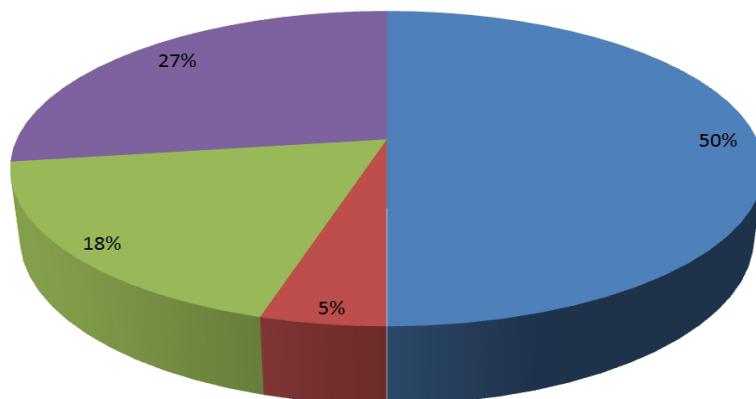
■ w ogóle ■ sporadycznie ■ raz w tygodniu ■ codziennie ■ raz w miesiącu



Wyk. 5. Częstotliwość spożywania alkoholu przez ankietowanych (badania własne, 2011).

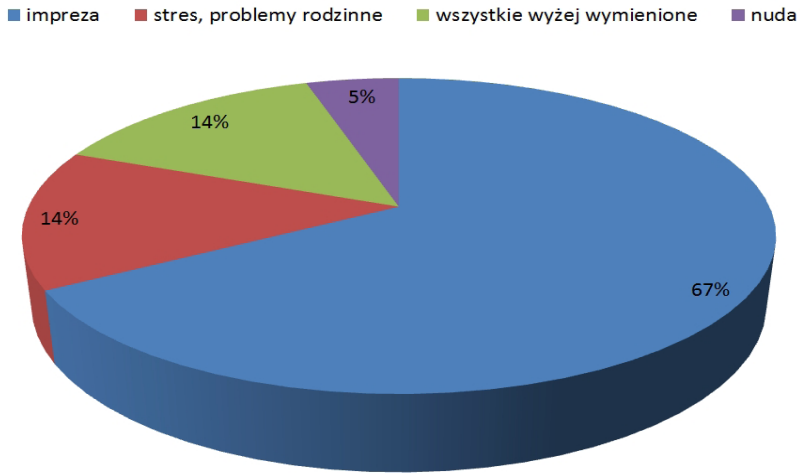
Wśród preferowanych przez ankietowanych alkoholi na pierwszym miejscu pojawia się piwo (50%) oraz wszystkie wymienione alkohole (piwo, wino, wódka) – 27%.

■ piwo ■ wino ■ wódka ■ wszystkie wymienione



Wyk. 6. Preferowane postacie spożywanego przez ankietowanych alkoholu (badania własne, 2011).

Najczęściej po alkohol ankietowani sięgali w czasie imprez (67% osób) oraz w sytuacjach stresowych i w przypadku problemów rodzinnych (14%).



Wyk. 7. Okoliczności sięgania po alkohol przez ankietowanych (badania własne, 2011).

Na podstawie analizy otrzymanych wyników badań postanowiono wykazać, jak ma się do siebie aktywność zawodowa rodziców do spożywania przez respondentów alkoholu. Okazało się, że w grupie badanych przeważają respondenci, którzy nie spożywają alkoholu bez względu na aktywność zawodową ich rodziców (56%).



Wyk. 8. Aktywność zawodowa rodziców a spożywanie alkoholu przez respondentów (badania własne, 2011).

Na podstawie przeprowadzonych badań można wyciągnąć następujące wnioski:

1. W rodzinach badanych uczniów w przeważającej mierze nie występuje problem alkoholowy.
2. Wiek inicjacji alkoholowej w badanej populacji to 13 r. ż.

3. Osoby spożywające alkohol sięgają po niego albo raz w tygodniu, albo sporadycznie.
4. Najbardziej popularnym alkoholem w badanej grupie jest piwo.
5. Po alkohol ankietowani sięgają najczęściej w trakcie różnego rodzaju imprez.
6. Aktywność zawodowa rodziców nie ma wpływu na to, czy respondenci sięgają po alkohol czy nie.

Zaprezentowane wyniki badań własnych nie do końca potwierdzają doniesienia teoretyczne z zakresu spożywania alkoholu przez młodocianych. Faktycznie wiek inicjacji alkoholowej wskazuje na dość wczesny kontakt z tym środkiem odurzającym, ale z drugiej strony znaczny odsetek osób, które w badaniu zadeklarowało się jako abstynenci pozwala sądzić, że ma się do czynienia z młodzieżą, dla której alkohol nie jest środkiem potrzebnym do życia i do zaistnienia w grupie rówieśniczej.

PIŚMIENNICTWO:

1. Woronowicz B., Alkoholizm jest chorobą, PARPA, Warszawa 1998
2. Woźniak – Krakowian A., Alkoholizm i samobójstwa, Problemy alkoholizmu, nr 6, 1997
3. Stępień E., Wojcieszek K., Alkohol a polska młodzież, Raport 1994, PARPA, Warszawa 1995.
4. Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2011.