

Pediatrica społeczna

Danuta Staszewska-Kryślak

Pojęcia pediatrii społecznej:

Pediatricę społeczną nazywamy naukę analizującą wpływ środowiska fizycznego, społecznego, uwarunkowań psychicznych na rozwój dziecka od chwili jego poczęcia aż do uzyskania pełni dojrzałości, zarówno psychicznej jak i fizycznej.

Założenia/Pediatrica społeczna zajmuje się nie tylko oceną występowania społecznie ważnych problemów zdrowotnych, ale również przyczynami ich powstawania, zapobieganiem i dążeniem do ograniczania ich negatywnych skutków wpływających na populację w wieku rozwojowym. Bada również możliwości poprawy warunków życia w danej populacji.

Medycyna społeczna rozpatruje jednostkę ludzką, zdrową czy chorą, jako składową większej grupy, znajdującej się w określonych warunkach środowiska. Zajmuje się ona również oceną występowania określonej patologii o szczególnym społecznym znaczeniu (ze względu na rozmiary występującego zjawiska i jego negatywne skutki, poważnie obciążające społeczeństwo).

Medycyna społeczna populacji wieku rozwojowego obejmuje również: ocenę wzrostu oraz rozwoju fizycznego i psychicznego, problematykę żywienia i szczepień ochronnych, szeroko pojętą higienę środowiskową i warunki życia.

Wśród znaczących polskich pediatrów przełomu XIX i XX wieku nie można pominąć następujących nazwisk i głównego kierunku ich zainteresowań:

- Stanisław Kamieński(1860-1913)- fizjologia rozwoju dziecka,
- Ludwik Anders (1854-1920) - problematyka społeczno-organizacyjna,

Wśród zasłużonych pediatrów okresu międzywojennego, wymienić trzeba również takie nazwisko jak:

- Janusz Korczak (1878-1942) - higiena i pediatrica społeczna,

W zakresie jej zainteresowań znajdują się również działania opieki zdrowotnej na **rzecz zdrowia** matki, płodu, noworodka, niemowlęcia i dziecka starszego.

Współczesna pediatria to nauka nie tylko o rozpoznawaniu i leczeniu chorób występujących u dzieci. Pediatria to nauka zajmująca się dzieckiem w zdrowiu i chorobie, w domu i w szkole. Dziecko musi być traktowane jako zintegrowana jednostka psychofizyczna, ściśle związana ze środowiskiem bytowania a szczególnie z rodziną.



W takim rozumieniu pediatria spełnia nie tylko rolę diagnostyczno-leczniczą, ale w dużym stopniu prewencyjną i korekcyjno-rehabilitacyjną. Profilaktyczna część działalności pediatrii stanowi co najmniej 30% jej wszystkich świadczeń zdrowotnych. Problematyka higieny i żywienia niemowląt, szczepień ochronnych, rozwoju dziecka i promocji zdrowia jest dziś integralną częścią programu pediatrii w realizacji opieki zdrowotnej dzieckiem.



Zły styl życia potęguje zagrożenia, zwłaszcza w środowisku rodziny, odgrywającym podstawową rolę w kształtowaniu się stanu zdrowia dzieci i młodzieży.

Zdrowie jest **stanem**, w którym organizm przystosowuje się do określonego bodźca i zachowuje swoją integralność, **choroba** zaś jest wyrazem nieadekwatnych odczynów i uszkodzeń organizmu.



Opieką zdrowotną nazywamy całokształt działań medycznych mających na celu utrzymanie zdrowia jednostki oraz całego społeczeństwa. Do podstawowych zadań opieki zdrowotnej należy dbałość o zaspokojenie potrzeb zdrowotnych dzieci i młodzieży

Zadaniem opieki zdrowotnej jest pełne zaspokajanie zarówno potrzeb wyrażonych, jak i rzeczywistych. Jest to szczególnie ważne dla rozwijającego się dziecka. Stan zdrowia populacji w wieku rozwojowym uwarunkowany jest przez wiele różnych czynników wpływających pozytywnie lub negatywnie na zdrowie określonej jednostki



Organizacja ochrony zdrowia

W opiece zdrowotnej wyróżnia funkcje główne i pomocnicze.

Do funkcji głównych zalicza się:

1. Umacnianie zdrowia.
2. Swoiste zapobieganie chorobom.
3. Leczenie ograniczające rozwój choroby.
4. Leczenie ograniczające negatywne skutki choroby.
5. Opiekę społeczną i terminalną.

Pomocnicze funkcje ochrony zdrowia obejmują:

1. Szkolenie podyplomowe.
2. Działalność naukowo-badawczą.
3. Działalność oświatowo-zdrowotną.
4. Współpracę międzynarodową w zakresie zdrowia.
5. Zarządzanie ochroną zdrowia

W wyniku przeprowadzonej w 1999 r. reformy opieki zdrowotnej nastąpiły zmiany w jednolitej dotąd organizacji pediatrycznej opieki zdrowotnej. Spadek przyrostu naturalnego, niepełne wykorzystanie łóżek szpitalnych, zmiany w finansowaniu i wzrost kosztów opieki zdrowotnej niekorzystnie wpłynęły na pediatryczną służbę zdrowia, zarówno w jej strukturach organizacyjnych, jak i w działalności.



Główne kierunki reformy opieki zdrowotnej

Od 1999 r. przeprowadzana jest w naszym kraju reforma ochrony zdrowia. Główne kierunki reformy opieki zdrowotnej obejmują:

- poprawę stanu zdrowia społeczeństwa,
- zapewnienie powszechnej dostępności do świadczeń zdrowotnych z dbałością o wysoką jakość udzielanych usług,
- zwiększenie wydajności systemu opieki zdrowotnej,
- zapewnienie stabilności źródeł zasilania finansowego i kontroli nad wydatkami.

Niestety do dziś reforma nie przyniosła spodziewanych efektów

Sprawowaną dotąd przez pediatrów opiekę podstawową w dużym odsetku przypadków przejęli lekarze rodzinni, co zmieniło w istotny sposób charakter tej opieki (ze specjalistycznej na ogólną). W wyniku dokonanych zmian restrukturyzacyjnych zmniejszono ilość Specjalistycznych Zespołów Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem wraz z ich działaniami metodyczno-organizacyjnymi, co ograniczyło działalność specjalistycznej przychodni czy poradni oraz zlikwidowało merytoryczny i metodyczno-organizacyjny nadzór nad sprawowaną pediatryczną opieką zdrowotną.

Zmiany restrukturyzacyjne dotyczyły również szkolnej służby zdrowia. W jej wyniku wiodącą rolę w opiece i profilaktyce nad uczniami i młodzieżą pełni pielęgniarka/ higienistka szkolna. W poszczególnych szpitalach zmniejszono liczbę łóżek pediatrycznych i neonatologicznych, ograniczoną powierzchnię oddziałów, połączono niektóre oddziały, np. pediatryczny z neonatologicznym czy położniczy z noworodkowym, zmieniając przy tym całkowicie dotychczasowe struktury organizacyjne. Kierownictwo połączonych oddziałów powierzano z reguły dotychczasowym ordynatorom oddziałów położniczego i pediatrycznego.



Założenia racjonalnej restrukturyzacji w pediatrycznej ochronie zdrowia:

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

Poziomy referencyjne pediatrycznych świadczeń zdrowotnych:

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

Struktura organizacyjna opieki zdrowotnej nad dzieckiem w Polsce:

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

W ramach organizacji ochrony zdrowia dzieci wyróżnić można działania:

- Profilaktyczne,
- Lecznicze,
- Korekcyjno-rehabilitacyjne.

Pediatryczne świadczenia zdrowotne mogą być realizowane w formie:

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

Opieka ambulatoryjna nad dzieckiem:

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

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

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

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

Hospitalizacja dzieci:

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



W realizacji opieki medycznej w szkole kluczową rolę pełni **pielęgniarka/higienistka szkolna**. Jakość świadczonej opieki w profilaktyce zdrowotnej nad uczniami określają koncepcje zapisów standardów:

- standardy wymagań w zakresie kwalifikacji, zatrudnienia osób sprawujących opiekę (w stosunku do liczby uczniów) i wyposażenia miejsca ich pracy
- standardy postępowanie w tym: nazwa standardu i jego komponenty lub algorytm postępowania (oznacza jakie działania powinny być wykonywane w odniesieniu do ucznia lub środowiska szkolnego)
- wskaźniki i inne kryteria oceny realizacji standardów postępowania (odnoszą się do poszczególnych zadań w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami)

Założenia nowego systemu oparte na **promocji zdrowia** są spójne z koncepcją szkoły promującej zdrowie.

Epidemiologia w medycynie wieku rozwojowego

1. Zachorowalność i umieralność oraz chorobowość wieku rozwojowego (Podstawowe definicje w epidemiologii)
2. Umieralność niemowląt i umieralność okołoporodowa
3. Najczęstsze wady i schorzenia występujące u dzieci i młodzieży

Zdrowie czy zdrowotność społeczeństwa można badać i oceniać pośrednio, głównie drogą metod epidemiologicznych i socjomedycznych. Podstawowe znaczenie mają stosowane od lat **mierniki negatywne**.

Wysokie współczynniki świadczą, że stan zdrowia społeczności kształtuje się niekorzystnie. Analizy prowadzone przez dłuższy okres czasu mogą wskazywać czy stan zdrowotności pogarsza się, pozostaje bez zmian czy też ulega polepszeniu.

W ostatnich latach podjęto próbę wypracowania **pozytywnych mierników zdrowia**, odzwierciedlających stan zdrowia zbiorowości przy uwzględnieniu jakości życia. Zmierzają one do łącznego uchwycenia takich aspektów stanu zdrowia jak:

- Długość życia
- Funkcjonalna sprawność
- Brak obciążenia chorobami
- Możliwość podejmowania naturalnych aktywności
 - Zdolność uczestniczenia w życiu społecznym

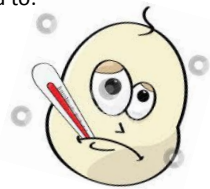
Wyróżnia się trzy grupy mierników zdrowia:

- Negatywne
- Pozytywne
- Narażenia

Mogą być : **osobnicze** (dotyczą jednostki – ta sama osoba może zachorować kilka razy na tę samą chorobę kilka razy/rok) i **zbiorowe** (dotyczą zbiorowości).

Podstawowe negatywne mierniki zdrowia to:

- **zachorowalność (zapadalność)**
- **chorobowość**
- **umieralność**
- **śmiertelność.**



Przez **zachorowalność** rozumie się **liczbę zachorowań na określoną jednostkę chorobową** czy grupę chorób (występowanie określonej patologii) w określonym czasie na 100,1000 lub 10 000 osobników. Termin ten obejmuje to nowe zachorowania w danym czasie.

W pediatrii najczęściej o zachorowalności wnioskuje się na podstawie zgłaszalności do lekarza czy określonej placówki opieki zdrowotnej, otwartej lub zamkniętej. Struktura zachorowalności jest różna w zależności od wieku dzieci. **W okresie noworodkowym** dominują schorzenia okołoporodowe, a u niemowląt – choroby układu oddechowego.

Podstawowe definicje w epidemiologii

Chorobowość i umieralność dziecięca związane są przede wszystkim z określonym wiekiem populacji. W odniesieniu do noworodków to przede wszystkim następstwo patologii okresu perinatalnego i wad rozwojowych. W okresie niemowlęcym przeważają schorzenia układu oddechowego, przede wszystkim zakażenia tego układu, ponadto występuje patologia będąca następstwem bardzo małej urodzeniowej masy ciała i skrajnej niedojrzałości oraz stosowanej w okresie noworodkowym intensywnej terapii. W dalszych okresach życia zaczynają występować coraz częściej urazy, wypadki i zatrucia.

Znajomość zasięgu występowania określonej choroby czy stanu patologicznego jest podstawą do oceny zagrożenia i stosowania właściwego postępowania profilaktyczno-leczniczego.

Umieralność wyrażona jest liczbą zgonów w danym okresie na 1000 osób (zarówno zdrowych, jak i chorych) w tym samym przedziale czasowym.

U dzieci i młodzieży analizy epidemiologiczne, w tym dotyczące umieralności, przeprowadza się w dwóch głównych grupach wiekowych: w pierwszym roku życia (u niemowląt) i w przedziale wieku 1-191at. Wynika to ze specyfiki różnic zgonów w zależności od wieku, w tym także wielkości współczynników umieralności, ich dynamiki, struktury przyczyn itp..

Umieralność niemowląt

Mimo postępu w metodologii badań epidemiologicznych i prowadzenia pozytywnych mierników oceny zdrowia analiza umieralności niemowląt uznawana jest nadal za podstawowy i czuły miernik zdrowia. W pediatrii, dziedzinie o wyjątkowo dużym ładunku oddziaływania prewencyjnego i społecznego, najpopularniejszy jest współczynnik ogólnej umieralności niemowląt. Jest to liczba wszystkich zgonów niemowląt (dzieci w 1 roku życia) do wszystkich urodzeń żywych o masie ciała powyżej 500 g (razy 1000). Jako urodzenie żywe traktuje się noworodka o masie urodzeniowej co najmniej 501g, niezależnie od czasu jego przeżycia.

Powszechnie uważa się, że współczynnik ten jest jednym z głównych mierników warunków bytowania, kultury zdrowotnej ludności, poziomu społeczno- ekonomicznego państwa i ochrony zdrowia. W umieralności niemowląt istnieje kilka prawidłowości i wiele różnego rodzaju zależności. W społeczeństwie ustabilizowanym podstawowa prawidłowością jest spadek bezwzględnej liczby zgonów i zmniejszanie się współczynnika umieralności niemowląt. W umieralności niemowląt dostrzegalna jest również sezonowość.

Najwięcej zgonów występuje w I i II kwartale roku, najmniej w III kwartale. Prawdopodobnie odgrywają tu role różnice klimatyczne i związane z nimi nasilenie infekcji umieralność jest w sposób istotny zależna od wieku niemowlęcia.

Korzystne dla liczebności populacji dzieci są niewątpliwie zmiany w zakresie umieralności. Z roku na rok w Polsce obserwuje się obniżanie się liczby zgonów niemowląt. W 2013 r. współczynnik zgonów niemowląt wyniósł 4,6‰ – co oznacza, że na każde 1000 urodzeń żywych zmarło ok. 5 niemowląt (w połowie lat: 90-tych XX w. 15, a na początku tego wieku - 8). Jednocześnie w 2012 roku współczynnik zgonów niemowląt był dla Polski o 0,8 punktu wyższy niż dla całej populacji 27 państw UE. Najwyższy odsetek zgonów niemowląt w krajach unijnych ma Rumunia (9,0‰), najniższy Słowenia (1,6‰). Przyczyną ponad połowy zgonów niemowląt są choroby i stany okresu okołoporodowego, czyli powstające w trakcie trwania ciąży matki i w okresie pierwszych 6 dni życia noworodka, 1/3 stanowią wady rozwojowe wrodzone, a pozostałe zgony są powodowane chorobami nabytymi w okresie niemowlęcym lub urazami.

Śmiertelność w odróżnieniu od umieralności jest **odsetkiem zgonów na ściśle określonej chorobę**.

Miarą natężenia śmiertelności jest **współczynnik śmiertelności** – stosunek liczby zgonów z powodu danej choroby do liczby chorych na tę chorobę.



Pozytywne mierniki zdrowia:

Do pozytywnych mierników zdrowia jednostki zalicza się wszystkie stwierdzone stany normalne, charakterystyczne dla określonej fazy życia organizmu. Za dodatnie dla zdrowia jednostki uznaje się :

- Wzrost i masę ciała (odpowiednią dla poszczególnych grup wiekowych).
- Prawidłowość odżywiania (odpowiedni stosunek tkanki mięśniowej, kostnej i tłuszczowej).
- Pojemność oddechowa płuc.
- Morfologiczne i biochemiczne parametry krwi.
- Zdolność do określonego wysiłku.
- Stan uzębienia.
- Płodność (rodność) kobiet.
 - Przyrost naturalny.

Najczęstsze problemy zdrowotne populacji szkolnej i potrzeby młodzieży w okresie dojrzewania



Według różnych źródeł do najczęstszych problemów zdrowotnych populacji szkolnej należą:

- **próchnica zębów** (ponad 90%) i choroby przyzębia (ok. 50% w starszych klasach),
- **urazowość** (w ok. 25% ma związek z realizacją obowiązku szkolnego),
- **przewlekłe choroby układu oddechowego** (20 - 25%),
- **zaburzenia emocjonalne i stany nerwiczne** (10-20%),
- **wady refrakcji** (15-20%),
- **zaburzenia układu ruchu i statyki ciała** (10-15%),
- **zaburzenia w rozwoju somatycznym, (zaburzenia wzrastania i dojrzewania)** w tym otyłość i nadwaga (7-14% w wieku 7-17 lat) i niskorostłość (5-7%),
- **nadciśnienie** (5-7%),
 - **wole proste u dziewcząt** (ok. 5%).

Zaburzenia wzrastania:

Zaburzenia wzrastania dotyczą kilkunastu procent dzieci. Dzieci postrzegają swoją odmienność, a nie akceptują jej i niepokoją się o swój wygląd. Niezadowolenie z własnego wyglądu może być przyczyną frustracji, obniżenia własnej wartości oraz zaburzeń funkcjonowania w grupie rówieśniczej.

Niskorostłość: jest problemem medycznym i społecznym. Dotyczy 3% społeczności szkolnej w populacji ogólnej. Najczęstszą na świecie przyczyną niedoboru wzrostu jest niedostateczne dostarczenie organizmowi witamin, białka i soli mineralnych

Do chorób przewlekłych mogących prowadzić do niskiego wzrostu należą: celiakia, choroba Leśniewskiego-Crohna, przewlekła niewydolność nerek, mukowiscydoza, dziewczynki z zespołem Turnera.

Nieprawidłowa szybkość wzrastania po 3 rż. wymaga szczegółowych badań. Niski wzrost spowodowany zaburzeniami endokrynologicznymi przebiega zwykle z nadmiarem masy ciała.

Niski wzrost to wzrost poniżej 3 centyla lub poniżej 2 odchylen standardowych. Prawidłowa szybkość wzrastania to średnio 25cm. W pierwszy roku życia 15cm w drugim 9 cm. w 3rż. W wieku 4 - 10 lat nie mniej niż 5 cm a w wieku 11-13 nie mniej niż 4cm.

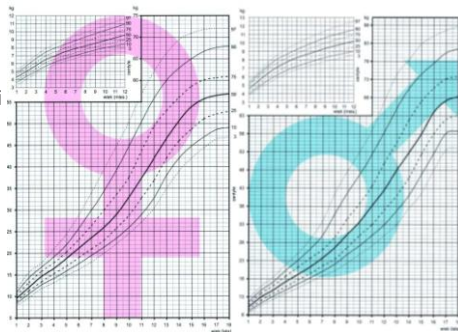
Wzrost nadmierny: przyczyna jest wysoki wzrost konstytucjonalny, wysoki wzrost cechuje też niektóre zespoły genetyczne (zespół Morfana, zespół Sotosa-gigantyzm, zespół Klinefeltera).

Dziecko, którego wzrost przekracza 97 centyl wzrostu na siatkach centylowych dla wieku i płci lub przekracza 2,5 odchylenia standardowego w.g tabeli liczbowych jest uznane za wysokie.



Nadwaga i otyłość: jest to nadmiar masy ciała w stosunku do wzrostu. **Nadwagę** u dzieci i młodzieży definiuje się wówczas, jeżeli wskaźnik masy ciała BMI mieści się pomiędzy 85 a 95 kanałem centylowym określonym w siatce centylowej odp. dla płci i wieku.

Otyłość definiujemy gdy BMI stanowi wartość równą lub większą od 95 centyla.

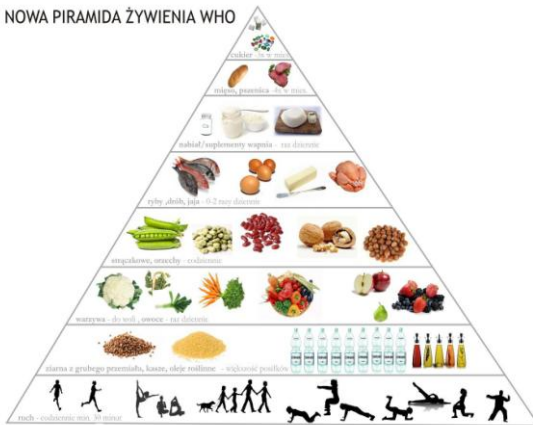


Do oceny masy ciała stosowany jest już wspomniany wskaźnik BMI. Oblicza się go, dzieląc masę ciała wyrażoną w kilogramach przez kwadrat wysokości ciała wyrażony w metrach:

$$\text{BMI} = (\text{masa ciała}) [\text{kg}] : (\text{wzrost})^2 [\text{m}]$$

Wyróżniamy **otyłość prostą** (nadmierna podaż energii z pożywieniem w stosunku do energii wydatkowanej), **otyłość wtórną** towarzyszy zwykle uszkodzeniom ośrodkowego układu nerwowego, zaburzeniom hormonalnym, zespołom genetycznym. Otyłość u dzieci i młodzieży zaczyna się od nadwagi, następstwem jest insulino oporność i upośledzona tolerancja glukozy.

NOWA PIRAMIDA ŻYWIENIA WHO



Alergie:

Alergia jest swoista nabytą zmianą reaktywności organizmu wywołaną przez mechanizm immunologiczny niewłaściwie ukierunkowującą odpowiedź fizjologiczną. **Objawy występujące sezonowo** mogą korelować z ekspozycją na pyłki roślin. Ekspozycja na alergeny kurzu domowego najczęściej występuje pod koniec lata, ponieważ zwiększająca się wilgotność powietrza sprzyja rozmnażaniu roztoczy. Długotrwałe utrzymywanie się objawów alergicznych jest charakterystyczne dla roztoczy kurzu domowego, alergii na sierść psa lub kota itp.



Zależność między wystąpieniem objawów alergicznych a miejscem przebywania ma istotne znaczenie: np. ekspozycja na pyłki na zewnątrz domu jest większa niż wewnątrz. Nasilenie objawów w zatęchłej wilgotnej piwnicy sugeruje uczulenie na grzyby. Zwiększony kaszel nocny może sugerować istnienie alergenu w sypialni. Cofanie się objawów w dni wolne od pracy/ szkoły może sugerować, że źródło alergenu może znajdować się w szkole lub miejscu pracy.



Wysięk fizyczny u dziecka chorującego na astmę występuje jako przyczyna alergii. Kaszel pod wpływem śmiechu, płaczu, ekspozycji na dym papierosowy lub specyficzny zapach także wskazuje na nadwrażliwość oskrzeli. Istotne znaczenie ma charakter objawów np. kaszel – przerywany, nawracający, suchy, lub kaszel z wydzielaniem jasnego przeźroczystego śluzu jest charakterystyczny dla astmy itp.

Dane z badań klinicznych:

- **astma oskrzelowa** 5-10% w populacji w wieku szkolnym
- **alergiczny nieżyt nosa** (katar sienny) 25-29% dzieci w szkołach podstawowych
- **alergie pokarmowe** występują rzadko

Anafilaksja:

Pomimo ogromnego postępu wiedzy **ta gwałtowna, zagrażająca życiu reakcja nadwrażliwości nadal się pojawia, często w sposób całkowicie nieoczekiwany, u osób w każdym wieku, także u tych będących dotychczas w pełni sił i zdrowia.**

Aktualna definicja anafilaksji: **ciężka, zagrażająca życiu, uogólniona lub systemowa reakcja nadwrażliwości.**

Aktualna klasyfikacja ciężkości anafilaksji:

- I stop. – świąd, pokrzywka, uogólniony rumień, obrzęk naczynioruchowy,
- II stopo. - tachykardia (powyżej 20/ min) spadek lub wzrost ciś. tętniczego (powyżej 20 mmHg), arytmia, kurcze mięśniowe, nudności, kichanie i wyciek z nosa, chrypka, duszność **zdecydowanie dominują pokarmy**
- III stop. – pełnoobjawowy wstrząs, skurcz oskrzeli, obrzęk krtani, sinica, wymioty, biegunka,
- IV stop. zatrzymanie krążenia i oddychania.

Najczęściej reakcję anafilaktyczną wywołują pokarmy, leki i jad owadów błonkoskrzydłych, u dzieci. Objawy anafilaksji pojawiają się nagle- od kilku do kilkudziesięciu minut od zadziałania czynnika wywołującego. W przypadku pokarmów reakcja najczęściej po 30 minutach, użądlenia owadów po 15 min

Bardzo ważne jest szybkie zidentyfikowanie czynnika sprawczego (wywołującego) i precyzyjny wywiad chorobowy. Leczenie zależy od objawów – adrenalina (epinefryna), glikokortykoidy, leki objawowe itp. Leki p. histaminowe. Przede wszystkim przy pojawieniu się objawów w/w zadzwonić po pomoc, ułożyć w bezpiecznej pozycji i unieść kończyny dolne.

Nadciśnienie:

Ciśnienie krwi jest zmiennym zjawiskiem hemodynamicznym, na które wpływa wiele czynników, w tym okoliczności i sposób przeprowadzenia pomiaru.

Na wynik pomiaru mogą mieć wpływ chwilowe wahania ciśnienia krwi związane z cyklem oddechowym, emocjami, wysiłkiem fizycznym, spożywaniem posiłku, paleniem tytoniu czy pić alkoholu. Niska temperatura w pokoju, zimny lejek i membrana stetoskopu, podobnie jak przepełnienie pęcherza moczowego mogą istotnie zawyżyć wynik pomiaru.

Ciśnienie należy mierzyć u dziecka wyciszonego, najlepiej rano po dobrze przespanej nocy. Kolejne pomiary u tego samego dziecka zawsze wykonywać w tej samej pozycji.

Pomiar ciśnienia tętniczego należy wykonać 3- krotnie w odstępach 3 minutowych. Ostateczny wynik stanowi średnią arytmetyczną z pomiaru 2 i 3.

Stosowane powszechnie normy ciśnienia tętniczego u dzieci opracowane zostały na podstawie pomiarów metodą sfingomanometryczną.

W trakcie ogólnopolskiego projektu badawczego OLAF opracowano pierwsze normy ciśnienia dla metody oscylometrycznej.

Za prawidłowe uznajemy wartości ciśnienia tętniczego skurczowego i rozkurczowego < 90 centyla, wartości między 90 a 95 centylem opisujemy jako ciśnienie graniczne, bądź stan przednadciśnieniowy. Nadciśnienie tętnicze mamy prawo rozpoznać wtedy, gdy wartości ciśnienia tętniczego i/lub rozkurczowego przekroczą 95 centyl w 3 niezależnych pomiarach, podczas 3 niezależnych wizyt. Jeśli ciśnienie tętnicze przekroczy 99 centyl, mówimy o nadciśnieniu ciężkim.

Cukrzyca:

WHO przyjmuje następującą klasyfikację cukrzycy:

- Cukrzyca typu I (insulinozależna)
- Cukrzyca typu II (insulinoniezależna)
- Inne typy cukrzycy (cukrzyca ciężarnych, polekowa, cukrzyca typu LADA, MODY)

Typowe objawy to: poliuria (częstomocz), polidypsja (nadmierne łaknienie) i utrata masy ciała. Hiperglikemia z glukozurią z ketonuria lub bez ketonurii.



Cukrzyca typu I czyli o podłożu immunologicznym (dawniej młodzieńcza lub insulinozależna). Rozpoznawalna u osób do 29 roku życia, jest to stan przewlekłej hiperglikemii, czyli podwyższonego poziomu cukru we krwi. **Rozwój choroby wiąże się z obecnością przeciwciał przeciwwyspowych, zmniejszoną syntezą insuliny oraz podatnością na rozwój kwasicy ketonowej.** W cukrzycy typu I istotną rolę odgrywają czynniki immunologiczne i środowiskowe.

Cukrzyca typu II (insulinoniezależna lub nieimmunologiczna).

Występuje najcz. u osób powyżej 40 r życia, związana jest z otyłością, opornością na insulinę i niewystępowaniem podatności na rozwój kwasicy ketonowej. W cukrzycy typu II znaczenie czynników genetycznych jest duże ale otyłość zwłaszcza centralna, mała aktywność fizyczna stanowią główne czynniki środowiskowe związane z rozwojem choroby.

U dzieci często obserwowane jest ujawnianie się cukrzycy po przebyciu innych, lekkich schorzeń grypopodobnych. **Stężenie glukozy na czczo ok 200 mg/dl lub 11 mmol/l upoważnia do rozpoznania cukrzycy.** Kryteria rozpoznania cukrzycy obejmują stężenie glukozy na czczo powyżej 126 mg/dl (7 mmol/l) Powyżej 200 stwierdzone przygodnie wraz z objawami choroby lub w 2 godzinie testu obciążenia glukozą. Zaleca się co najmniej jednokrotne potwierdzenie wymienionych nieprawidłowości.

Hipoglikemia – niedocukrzenie (ostre powikłanie cukrzycy) definiuje się jako stężenie glukozy w krwi poniżej 60 mg/dl (3,3mmol/l). U dzieci przedszkolnych powinna niepokoić glikemia poniżej 70 mg/dl.

Objawy hipoglikemii: głód, osłabienie, drżenie, nadmierne pocenie się, senność (o nietypowej porze dnia), ból głowy i zmiany zachowania. W przypadku występowania w/w objawów należy uzupełnić cukry proste.



Rodziny powinny pamiętać o kontroli obecności ciał ketonowych w krwi i w moczu w razie wystąpienia jakiegokolwiek innej dodatkowej choroby (nawet jednorazowych wymiotów) lub stężenia glukozy na czczo przekraczającego 240 mg/dl, czy przygodnej glikemii powyżej 300 mg/dl.

Przewlekłe powikłania cukrzycy: Utrata wzroku i konieczność leczenia nerkozastępczego. W przypadku dzieci ważne są kontrole coroczne dna oczu i wydalania albumin z moczem.

Hiperglikemia – (przecukrzenie) to stan, kiedy poziom cukru we krwi wzrasta ponad poziom prawidłowy.

Objawy hiperglikemii: pragnienie, częste oddawanie moczu, zwiększony apetyt, zmęczenie, senność, zaburzenia widzenia oraz skurcze w nogach. Te objawy są podobne do wczesnych objawów cukrzycy.



Leczenie: większość dzieci choruje na cukrzycę typu I

Najważniejsze składowe leczenia:

- odpowiednie dobranie insuliny i jej dawkowania
- dieta
- aktywność fizyczna
- wsparcie psychologiczne
- monitorowanie glikemii i ketonurii.

Edukacja: diabetologiczna pacjenta i członków rodziny pełni zasadniczą funkcję w leczeniu cukrzycy w warunkach domowych. Pomocne dla rodziny mogą być specjalne książeczki edukacyjne. Osoby opiekujące się dzieckiem chorym muszą mieć umiejętność podawania insuliny, monitorowania stężenia glukozy i radzenia sobie z ostrymi powikłaniami choroby.

Niedoczynność Tarczycy:

Wyróżniamy dwa rodzaje niedoczynności: **wrodzona** i **nabyta**.

Objawy ogólne:

- opóźnienie wzrostu , ograniczenie aktywności fizycznej, zwiększenie masy ciała, zaparcia, suchota skóry, nietolerancja zimna, opóźnienie dojrzewania płciowego
- noworodki z wrodzoną niedoczynnością tarczycy często mają prawidłowy wygląd ale można u nich stwierdzić powiększenie języka , duże ciemiączka, zmniejszenie napięcia mięśniowe ,chrypkę, przepuklinę pępkową, żółtaczkę i opóźnienie w rozwoju.
- w pierwotnej niedoczynności tarczycy stężenie T4, FT4 i wychwyty T3 są obniżone, a stężenie TSH jest podwyższone.

Młodzieńcza niedoczynność zwłaszcza w przypadku występowania wola jest zwykle skutkiem przewlekłego limfocytowego zapalenia tarczycy (choroba Hashimoto).

Typowe objawy choroby Hashimoto :

- tarczyca jest spoista, przesuwalna wobec podłoża, niebolesna ,ogólnie powiększona,
- czynność tarczycy jest na ogół prawidłowa ale może być wzmożona lub osłabiona w zależności od stadium choroby.

Ogólną metodą **leczenia** jest substytucja hormonów tarczycy.



Nadczynność Tarczycy (Choroba Gravers-Basedowa):

Typowe objawy :

- nerwowość, niestabilność emocjonalna , pobudliwość, uczucie zmęczenia , drżenia, kołatanie serca , wzmożony apetyt, wzmożona potliwość, utrata masy ciała, nietolerancja ciepła, wole, wytrzeszcz, tachykardia, wysokie ciśnienie i tętno, nadciśnienie skurczowe, osłabienie, gładka, wilgotna i ciepła skóra,
- stężenie TSH obniżone, stężenie hormonów tarczycy (T3 i T4) podwyższone

Może dojść do przyspieszenia wzrostu i rozwoju. Częściej występuje u dziewcząt. W większości przypadków chorobie może towarzyszyć duże, niespoiste wole. Nad tarczycą może być słyszalny szmer. W nieleczonej nadczynności tarczycy należy unikać wysiłku fizycznego.

Wady postawy:

Postawa ciała jest to sposób utrzymywania poszczególnych jego elementów względem siebie i osi głównej. Zależy od :

- układu kostno- stawowego,
- układu mięśniowego ,
- układu nerwowego

Wystąpienie patologii w zakresie w/w powoduje zaburzenie przestrzenne ciała czyli **wadę postawy**.

Postawa ciała to pojęcie funkcjonalne. Budowa ciała jest elementem strukturalnym.

Postawa jest ściśle uzależniona od budowy ciała. Malejąca aktywność sportowa u dzieci negatywnie wpływa na prawidłowy rozwój narządu ruchu i może zwiększyć częstość występowania wad postawy.

Wpływ aktywności fizycznej jest szczególnie istotny w przypadku wad zależnych od układu mięśniowego. Zaburzenia napięcia mięśniowego, a szczególnie jego asymetria mogą w ciągu kilku miesięcy doprowadzić do powstania przykurczów więzadeł, ścięgien i mięśni, które po kilku latach doprowadzają do trwałych zmian strukturalnych w układzie kostno- stawowym.

Do zaburzeń osi kończyn dolnych należą deformacje w płaszczyźnie czołowej i horyzontalnej.

Zaburzenia osi w płaszczyźnie czołowej:

- Koślawość kolan to odchylenia kątowe, w którym dystalne ramię ustawione jest bocznie do linii pośrodkowej ciała w przypadku kolan deformacja typu X.
- Szpotawość kolan to odchylenie kątowe, w którym dystalne ramię ustawia się przyśrodkowo w kierunku linii pośrodkowej.

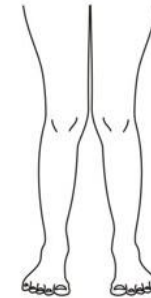


Koślawość może być fizjologiczna lub patologiczna. Wariantem **fizjologicznym** jest symetryczna deformacja w wieku 2 – 7 lat przy prawidłowej postawie i bez towarzyszących dolegliwości np., ból przedniego przedziału kolana. **Patologiczna**, asymetryczna koślawość kolan może wystąpić wskutek urazu (deformacje pourazowe) lub choroby rozrostowej. Obustronna koślawość może wystąpić w przebiegu dysplazji kostnej czy chorób metabolicznych (krzywica, mukopolisacharydoza typ IV.



Fizjologicznie szpotawość kolan ok. 2- 4 r. życia ulega pełnej korekcji i przechodzi w koślawość, która ma swój szczyt ok 4 rż. Około 7 r życia dochodzi do ostatecznego wykształcenia się osi kończyn w płaszczyźnie czołowej.

Za fizjologiczną szpotawość uważa się deformację symetryczną, dotyczącą zarówno kości udowej jak i piszczelowej, występującą do 2 roku życia.



Deformacje stóp.

- Płaskostopie i stopa płasko- kośława:

Płaskostopie polega na zbyt dużym kontakcie powierzchni podeszwy stopy z podłożem spowodowanym redukcją łuku podłużnego. Często towarzyszy mu koślawość piety, rozpoznajemy wtedy deformację płasko- kośławą. Te deformacje stanowią 90% wszystkich deformacji tej okolicy.

Patologią są stopy sztywne w każdym wieku oraz stopy wiotkie z dolegliwościami bólowymi i dysfunkcją stopy lub z przykurczem ścięgna Achillesa. Deformacja sztywna może być spowodowana wzrostem kostnym skokowa, piętową i łódkowatą. Oraz zaburzeniami neurologicznymi.



- Stopa wydrążona :

Charakteryzuje się uniesieniem łuku podłużnego z towarzyszącymi szponiastymi palcami i deformacją szpotawa piety. Patologiczna stopa wydrążona jest zwykle deformacja wtórną . Występuje w przebiegu chorób nerwowo-mięśniowych.

- Przywiedzenie przodostopia:

Charakteryzuje się wypukłością brzegu bocznego stopy. Moze być wiotka lub sztywna.

Może współwystępować z dysplazją bioder

PODSUMOWANIE : Wady postawy wynikają z patologii 3 układów: kostno-stawowego, mięśniowego i nerwowego

Podczas edukacji dziecka w szkole pielęgniarka/higienistka szkolna przeprowadza wielokrotnie testy w kierunku wykrywania nieprawidłowości ostrości widzenia . Testy te są przeprowadzane w klasach: O/1 .KL.III, KL.V , I Gim. I PGim, ostatnia PG.

Do badania ostrości wzroku wykorzystuje się tablice SNELLENA .



Dzisiejsze społeczeństwo bardzo często obarczone jest różnymi wadami refrakcji narządów wzroku, do których należy krótkowzroczność , astygmatyzm. Skutkiem niekorygowanych wad wzroku może być niedowidzenie , czyli trwałe obniżenie ostrości wzroku bez możliwości korekcji jak i możliwości zastosowania szkieł korekcyjnych .

Wady wzroku:

U dzieci, szczególnie w wieku szkolnym, zaburzenia widzenia mają związek z nadmierną pracą wzrokową. W tym okresie życia około 15 proc. uczniów ma krótkowzroczność (decydują o niej genetyka, wady wzroku nie robią się z przemęczenia wzroku), 21 proc. cierpi na nadwzroczność. Około 4 proc. dzieci ma astygmatyzm, a 6 proc. populacji różno wzroczność (dziecko widzi jednym oczkiem inaczej niż drugim).

Wady wzroku u dzieci często są "schowane". Krótkowzroczność bywa rozpoznawana na wyrost lub nierozpoznawana w ogóle, choć dziecko na nią cierpi. Ma to związek z tym, że coraz więcej dzieci jest przemęczonych pracą wzrokową. Oko przemęczonego malucha pokazuje często zawyżoną lub sztuczną krótkowzroczność.

Próchnica zębów u dzieci:

Próchnica zębów jest najczęściej występującym problemem zdrowotnym u dzieci i młodzieży szkolnej.

Próchnica występuje u 92% dzieci 7-letnich i u 98% młodzieży, a zapalenia dziąseł ma ponad 55% w wieku 12 lat, ze zwiększeniem podatności na te schorzenia w okresie dojrzewania. Kolejnym problemem są defekty estetyczne oraz wady morfologiczne i czynnościowe zgryzu, a także urazy zębów i coraz częstsze występowanie u dzieci i młodzieży parafunkcji w narządzie żucia, prowadzących do niszczenia tkanek zębów, dziąseł, kości wyrostka zębodołowego oraz zmian w stawach skroniowo-żuchwowych, z bólami głowy łącznie.

Etiologia próchnicy zębów:

Próchnica jest chorobą wywołaną przez bakterie próchnicotwórcze, które przenoszone są do jamy ustnej małego dziecka już w pierwszych miesiącach życia z najbliższego otoczenia, najczęściej z jamy ustnej matki. Proces próchnicowy zapoczątkowują paciorkowce następnie pałeczka kwasu mlekowego.

Rodzaje profilaktyki choroby próchnicowej zębów i chorób przyzębia. Wyróżnia się trzy rodzaje profilaktyki:

- Zbiorowa-bierna: fluorkowanie wody pitnej lub soli kuchennej
- Grupowa-czynna: nadzorowana w przedszkolach, szkołach
- Indywidualna-czynna:
 - profesjonalna: w gabinetach stomatologicznych, wykonywana głównie przez średni personel pod nadzorem lekarza stomatologa,
 - domowa: wykonywana przez pacjenta po odpowiednim instruktazu.

Zasady zapobiegania próchnicy zębów i chorobom przyzębia

- Higiena jamy ustnej
- Racjonalne odżywianie
- Profilaktyka fluorkowa :
 - Doustna –endogenna-sztuczne fluorkowanie wody pitnej do stężenia optymalnego 0,5-1,0 mg/l
 - Kontaktowa –egzogenna-oparta jest na zdolności szkliwa zęba do wbudowywania jonów fluoru bezpośrednio ze stosowanych preparatów zawierających nieorganiczne lub organiczne związki fluoru (pasty ,nici dentystyczne, płukanki, a także stosowane szczotkowanie zębów w nadzorowanej grupowej profilaktyce fluorkowej)

Nadzorowane grupowe szczotkowania zębów organizowane są **6 razy co 6 tygodni w roku szkolnym, z zastosowaniem na szczotce do zębów roztworu lub żelu fluorkowego, przez około 3 minuty.**

Profesjonalna profilaktyka próchnicy zębów i chorób przyzębia
(edukacja, profesjonalne oczyszczanie ,miejscowe preparaty fluorkowe , lakowanie ,lakierowanie)

Niepełnosprawność:

Uczeń niepełnosprawny w środowisku nauczania i wychowania jest bardziej narażony na zagrożenia niż uczeń w pełni sprawny . Zadaniem pielęgniarki /higienistki pracującej w szkole jest oprócz czynności związanych z realizacją standardów jest również wsparcie ucznia w jego rozwoju. Zasady pracy to działania wynikające z realizacji standardów , bieżącym rozwiązywaniem problemów , ale też na współpracy z grupą specjalistów opiekującym się uczniem z niepełnosprawnością. Osobne lecz bardzo ważne zagadnienie stanowi współpraca z rodzicami :

- określenie poziomu wiedzy na temat rozwoju i zdrowia dziecka
- pomocy w ułożeniu planu regulującego tryb życia dziecka
- uświadomienie znaczenie regularnego podawania leków
 - wyjaśnienie konieczności systematycznej kontroli i obserwacji

Problemy zdrowotne i zaburzenia rozwojowe u dzieci w wieku szkolnym, niepełnosprawnych ruchowo i/lub upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim należy rozpatrywać w trzech kategoriach:

- Problemy zdrowotne występujące w ogólnej populacji dzieci i młodzieży w wieku szkolnym
- Wynikające z, lub będące powikłaniami choroby zasadniczej
- Występujące z większą częstotliwością u dzieci niepełnosprawnych

Edukacja zdrowotna w pracy z uczniem niepełnosprawnym w szkole specjalnej, powinna obejmować zwłaszcza treści dotyczące: samoobserwacji, samo opieki i samo pielęgnacji ucznia niepełnosprawnego i jego rodziny, radzenia sobie w sytuacjach zagrożenia życia lub zdrowia oraz edukacji zdrowotnej rodziny w zakresie opieki nad dzieckiem niepełnosprawnym.

Problemy społeczne populacji wieku rozwojowego

1. Zaburzenia zachowania (moczenie, nadpobudliwość ruchowa, tiki, zaburzenia emocjonalne, anoreksja, bulimia, zaburzenia lekowe)
2. Niedostosowanie społeczne i jego przejawy
3. Próby samobójcze
4. Zespół dziecka maltretowanego
5. Instytucjonalna i pozainstytucjonalna pomoc rodzinie
6. Organizacja i zadania pomocy rodzinie

Z moczeniem mimowolnym występują następujące współobjawy: kłopoty z jedzeniem, ataki drgawek, obgryzanie paznokci, reakcje lękowe, onanizm, mruganie, skargi hipochondryczne, ssanie palca, jękanie się. Moczenie mimowolne może być spowodowane przyczynami somatycznymi, np. chorobą rdzenia, zapaleniem miedniczek nerwowych lub pęcherza, infekcją dróg moczowych lub niedoborem wazopresyny, tj. hormonu powodującego zagęszczanie moczu przez nerki podczas snu.

Przyczyną mimowolnego oddawania moczu może być również niewykształcona umiejętność kontroli wydalania moczu. Trudności z tym mają także dzieci chorowite, słabe, o opóźnionych sprawnościach motorycznych. Inną przyczyną tkwi w złych metodach wychowawczych, wadliwych kontaktach emocjonalnych lub konfliktach rodzinnych.

Zaburzenia zachowania

Moczenie mimowolne:

Zjawisko mimowolnego moczenia się dzieci występuje powyżej piątego roku życia, częściej u chłopców. U większości dzieci moczenie ustępuje samoistnie w szczególnych przypadkach, zaniedbane, może być przyczyną poważnych problemów zdrowotnych i wychowawczych. W przypadku moczenia mimowolnego używa się także sformułowań:

- **Moczenie pierwotne** to brak umiejętności kontrolowanego oddawania moczu, której dziecko nie zdążyło jeszcze opanować
- **Moczenie wtórne** dotyczy mimowolnego oddawania moczu zdarzającego się dzieciom, które opanowały już umiejętność kontrolowanego oddawania moczu, ale z różnych przyczyn ją utraciły.

Zespół nadpobudliwości ruchowej:

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi, czyli ADHD jest zaburzeniem, które rozpoczyna się we wczesnym dzieciństwie. ADHD to zaburzenie o wielorakich przyczynach w których najważniejsze są biologiczne

Rozpoznanie ADHD stawia się najczęściej na podstawie kryteriów diagnostycznych klasyfikacji ICD-10. Aby spełnić kryteria rozpoznania objawy **muszą wystąpić przed 7 rokiem życia dziecka, trwać przez co najmniej 6 miesięcy**, utrudniać codzienne funkcjonowanie i pojawiać się przynajmniej w dwóch różnych środowiskach, w których dziecko funkcjonuje (np. w domu i w szkole).

Objawy ADHD dzieli się na trzy główne grupy:

objawy nadruchliwości:

- dziecko jest pobudzone: ciągle się wierci, porusza rękami, nogami,
- nadmierną ruchliwość obserwuje się w różnych sytuacjach i miejscach, dziecko nie umie dostosować swojego zachowania do okoliczności,
- nie potrafi „wysiedzieć w jednym miejscu”, gdy się tego od niego oczekuje,
- jest nadmiernie ruchliwe lub gadatliwe nawet w sytuacjach, gdy takie zachowanie jest niewłaściwe,
- podczas zabawy często zachowuje się nieadekwatnie głośno, nie umie odpoczywać w ciszy i spokoju.
- U nastolatków objawy nadmiernej aktywności ruchowej często są mniej widoczne niż u dzieci, ponieważ w miarę dorastania łatwiej jest im opanować potrzebę bycia w ruchu. Zamiast tego przeżywają uczucie wewnętrznego niepokoju.



objawy zaburzeń koncentracji uwagi:

- podczas wykonywania obowiązków dziecko nie zwraca uwagi na szczegóły, popełnia błędy wynikające „z niedopatrzenia”,
- nie potrafi skoncentrować się skupia się na czynności, która go interesuje
- wygląda, jakby nie słuchało, co się do niego mówi; często trzeba kilkakrotnie powtórzyć komunikat lub polecenie, żeby dziecko zareagowało,
- ma trudności w postępowaniu według instrukcji, przerywa wykonywanie zadań lub obowiązków i nie kończy ich,
- unika lub z dużą niechęcią podejmuje zadania wymagające długotrwałego wysiłku umysłowego,
- gubi rzeczy – zabawki, przybory szkolne, narzędzia; często nie pamięta, gdzie zostawiło dany przedmiot,
- łatwo rozprasza się pod wpływem bodźców zewnętrznych,
 - często zapomina o codziennych obowiązkach



objawy nadmiernej impulsywności:

- dziecko często odpowiada na pytanie, zanim pytająca osoba skończy je zadawać,
- w sytuacjach grupowych (np. w grach i zabawach) nie umie spokojnie czekać na swoją kolej,
- przerywa innym rozmowę lub czynność, „wtrąca się” w wypowiedzi i aktywności innych,
- jest gadatliwe, mówi to co myśli bez zastanowienia i nie zważając, czy w danej sytuacji tak „wypada”.

Do niedawna uważano, że ADHD częściej występuje u chłopców, jednak w chwili obecnej coraz więcej danych wskazuje, że dziewczęta równie często cierpią na to zaburzenie. W przeciwieństwie do chłopców, u których zwykle na pierwszy plan wysuwają się objawy nadpobudliwości, u dziewcząt częściej dominują zaburzenia koncentracji i mogą przez to zostać nieprawidłowo zdiagnozowane. Przy braku problematycznych, impulsywnych zachowań, ich kłopoty z nauką, wynikające z zaburzeń uwagi, łatwo jest błędnie przypisać słabszym możliwościom intelektualnym.

Leczenie ADHD:

Leczenie ADHD wymaga złożonych metod postępowania, dostosowanych do wieku dziecka, nasilenia objawów i ewentualnego współwystępowania innych zaburzeń.

Podstawowymi elementami postępowania terapeutycznego są:

- psychoedukacja, czyli przekazanie informacji na temat objawów i podstawowych sposobów postępowania z dzieckiem. Optymalnym rozwiązaniem jest zapewnienie psychoedukacji nie tylko rodzicom, ale także innym osobom, które biorą udział w opiece nad dzieckiem (nauczycielom, członkom rodziny);
- interwencje behawioralne, stosowane przez rodziców i nauczycieli. Są to określone sposoby postępowania w sytuacji problematycznych zachowań dziecka, a także metody pomagające mu w zwiększeniu efektywności koncentracji. Opiekunowie dziecka uczą się stosować te metody w ramach treningów rodzicielskich lub indywidualnych spotkań z lekarzem albo psychologiem prowadzącym, a nauczyciele podczas przeznaczonych dla nich warsztatów.

W przypadku dzieci w wieku przedszkolnym psychoedukacja i interwencje behawioralne zwykle okazują się wystarczające.

Dodatkowymi, uzupełniającymi metodami terapeutycznymi są:

- psychoterapia indywidualna dziecka – szczególnie w przypadku towarzyszących zaburzeń emocjonalnych, lękowych, niskiej samooceny,
- terapia rodzinna – zwłaszcza jeśli w rodzinie dochodzi do konfliktów i napięć między jej członkami,
- treningi umiejętności społecznych, treningi radzenia sobie ze złością i agresją – u dzieci, które mają problemy w funkcjonowaniu społecznym, przejawiają zachowania gwałtowne i agresywne,
- ćwiczenia i treningi skierowane na specyficzne trudności z opanowywaniem umiejętności szkolnych, zaburzenia koordynacji ruchowej, zaburzenia koncentracji (np. integracja sensoryczna, biofeedback).

Jakie jest rokowanie?

U około 70% cierpiących na ADHD dzieci objawy utrzymują się w okresie dojrzewania, a u 5–10% również w okresie dorosłości (jeśli ADHD towarzyszą inne zaburzenia psychiczne, to odsetek ten jest większy).

Nieleczone ADHD niesie ze sobą duże ryzyko powikłań zdrowotnych, emocjonalnych i społecznych. W nauce szkolnej dziecko osiąga wyniki poniżej swoich realnych możliwości, często również ma opinię „łobuza” i „źle wychowanego”, może spotkać się z odrzuceniem ze strony grupy rówieśniczej. Skutkiem tego jest niska samoocena i problemy emocjonalne, które narastają w miarę upływu czasu i w okresie dojrzewania nastolatek może doświadczać trudności w funkcjonowaniu społecznym, wchodzić w konflikty z prawem, sięgać po substancje psychoaktywne (alkohol, narkotyki), podejmować inne działania autodestrukcyjne (czyli celowe zachowania przynoszące samemu sobie szkodę).

Dorośle osoby cierpiące na nieleczone ADHD mają ponad to częściej problemy w życiu zawodowym i nierzadko wykonują prace poniżej swoich umiejętności.

Wśród powikłań zdrowotnych należy wymienić: urazy (w wyniku nieprzemyślanych działań, bójek, wypadków), uzależnienia (papierosy, alkohol, narkotyki), skłonność do objadania się, skutkująca otyłością, zaburzenia snu, zaburzenia depresyjne i lękowe, większe ryzyko podejmowania działań autoagresywnych i prób samobójczych.



Ruchy mimowolne (tiki):

Są to jednolite, powtarzane, mimowolne ruchy mięśni lub małych grup mięśniowych. Są to zwykle mięśnie twarzy, szyi lub ramion. Te mimowolne ruchy, zwane tikami motorycznymi, są jak dotąd najbardziej znaną formą tików. Tiki mogą być też nagłymi dźwiękami lub słowami, jeśli dotyczą mięśni mowy. Te nazywane są tikami wokalnymi. Tiki pogarszają się przez stres i nerwowość. Występują częściej u chłopców i mężczyzn niż u dziewcząt i kobiet. Rozwijają się w dzieciństwie i młodości, i szacuje się, że do 10% wszystkich dzieci ma w jakimś momencie tiki.

- **Złożone tiki** motoryczne to połączone ruchy, co oznacza, że więcej grup mięśniowych pracuje razem. Może to być podskakiwanie, klaskanie, dotykanie przedmiotów lub innych osób, przygryzanie języka lub ust, drapanie, wysuwanie języka, lub kompulsywne dziwne pozycje ciała. Złożone tiki wokalne to mniej lub bardziej znaczące słowa, wyrażenia lub zdania, które przerywają tok mówienia. Może to prowadzić do wrażeń jękania.



Objawy tików:

Zazwyczaj tiki nie mają przyczyny i rzadko wymagają leczenia. Jednak, mogą być osłabiające, szczególnie w formie zwanej zespołem Tourette'a, gdzie występują zarówno mimowolne ruchy ciała jak i dźwięki takie jak chrząkanie, kaszel, szept lub prychnanie. Mogą być proste lub złożone.

- **Proste tiki** motoryczne dotyczą bardzo małych grup mięśniowych i są prostymi ruchami takimi jak mruganie, wzdryganie się, grymasy, marszczenie nosa, wydymanie ust, gwałtowne ruchy ramion i głowy. Mogą też wystąpić proste tiki wokalne, do których należą prychnanie, kaszel, gwizdy, nucenie, krzyk, stłumione okrzyki.

Zapobieganie i diagnozowanie tików:

Jeśli występuje tylko kilka prostych tików, które nie są szczególnie kłopotliwe, najlepiej jest odczekać trochę czasu, gdyż w większości przypadków takie tiki same ustępują. Jeśli natomiast pojawiają się problemy towarzyskie, należy skonsultować się z lekarzem, który może zlecić dalsze badania.

Diagnoza zostaje postawiona na podstawie historii medycznej, i przez lekarza obserwującego pojawianie się tików u dziecka. To drugie może być trudne, gdyż tiki mogą zostać powstrzymane podczas konsultacji.

Leczenie tików:

Znaczna większość tików nie wymaga leczenia. Zazwyczaj wystarcza dokładne zebranie informacji o stanie od pacjenta, rodziny i kręgów towarzyskich. Szczególnie dzieci mogą mieć problemy z dokuczaniem, i dlatego dobrym pomysłem może być poinformowanie przedszkola czy szkoły o problemie, żeby zwiększyć zrozumienie sytuacji

Zaburzenia emocjonalne w śród dzieci

Wyróżniamy następujące kryteria zaburzeń emocjonalnych:

- Reakcje o charakterze negatywnym przeważają nad pozytywnymi.
- Niepokój, wstyd, upokorzenie-występuje wtedy, jeżeli dziecko nie ma zaspokojonej potrzeby bezpieczeństwa.
- Obojętność (autyzm) – nie ma reakcji emocjonalnych.
- Brak kontroli swoich reakcji zgodnie ze swoimi uczuciami. Emocje w przeżywaniu pojawiają się pierwsze

Do zaburzeń emocjonalnych należą:

- nadpobudliwość
- zahamowanie
- agresja - która jest powodowana lękiem
 - nerwica.

Mamy 3 rodzaje **nerwic**:

Reakcje narządowo – wegetatywno - somatyczne.

Zalicza się do nich: lęki nocne, moczenie mimowolne , zaburzenia łaknienia, nawykowe wymioty, wzmożone łaknienie.

Najczęściej spotykanym zaburzeniem jest **nadpobudliwość ruchowa**. Dzieci nadpobudliwe ruchowo wyróżniają się określonym zespołem cech zachowania.

Drugą grupą dzieci z zaburzeniami emocjonalnymi są dzieci określane mianem **zahamowanych psychoruchowo**. Są to dzieci lękowe, mające trudności w kontaktach społecznych i obniżoną aktywność.

Trzecią grupą są **dzieci znerwicowane**. Nerwice mają genezę środowiskową. Powstają jako reakcje na sytuacje trudne

Jadłowstręt psychiczny (anoreksja)

– zaburzenia odżywiania polegające na celowej utracie wagi wywołanej i podtrzymywanej przez osobę chorą. Obraz własnego ciała jest zaburzony; występują objawy dysmorfobii. Lęk przybiera postać uporczywej idei nadwartościowej, w związku z czym pacjent wyznacza sobie niski limit wagi. Największe zagrożenie zachorowaniem dotyczy wieku między 14. a 18. rokiem życia. Po raz pierwszy opisał to zaburzenie w XVII wieku Richard Morton.

Jeśli dziecko jest niezadowolone ze swojego wyglądu, obsesyjnie ćwiczy, odchudza się, a do tego jest drażliwe na punkcie diet i jedzenia, możemy przypuszczać, że cierpi na bulimię lub anoreksję.

Głównymi cechami anoreksji jest m.in. usiłowanie kontrolowania własnego świata i radzenia sobie z napotkaną traumą poprzez restrykcje w przyjmowaniu pokarmów. Powodem może być również potrzeba wewnętrznej czystości lub perfekcjonizm. Spotyka się także inne powody, jak chęć bycia lekkim czy pragnienie poniesienia kary lub śmierci. Chorzy często rezygnują ze spożywania mięsa lub przechodzą na wegetarianizm¹. Ilości przyjmowanego pożywienia ulegają znacznemu zmniejszeniu, co prowadzi do spadku masy ciała, często o ponad 15%. Zachowania osób cierpiących na anoreksję różnią się. Anoreksja często przeplata się lub też całkowicie przekształca się w żarłoczność (bulimię), gdzie często występują: prowokowanie wymiotów, zażywanie dużych ilości środków przeczyszczających i moczopędnych oraz wyczerpujące ćwiczenia fizyczne. Obecnie rozpoznaje się tzw. niezidentyfikowany typ anoreksji, której źródłem są media, powodujące nienaturalne postrzeganie ludzkiego ciała i zaniżające samoocenę młodzieży. Ofiarami tego typu są najczęściej dziewczęta i chłopcy w wieku 11–20 lat.

Zmiany fizyczne i psychiczne u osób cierpiących na anoreksję:

- wyniszczenie, w badaniu EKG-bradykardia, niskie ciśnienie krwi, wzdęcia, zaparcia, obrzęki dłoni i stóp, sucha, łuszcząca się skóra, meszek na twarzy i ciele (lanugo)
- znaczna utrata włosów, zimne dłonie nadmierne pocenie się stóp niedokrwistość (anemia) brak miesiączki lub bardzo wydłużone okresy między menstruacjami (kobiety), drażliwość, dezorientacja, zakłopotanie
- nastroje depresyjne (poczucie beznadziejności, niska samoocena)
- izolowanie się od otoczenia, bezsenność
- zachowania obsesyjno-kompulsywne, zwłaszcza w odniesieniu do jedzenia
- krótki oddech, częste bóle głowy, zawroty głowy omdlenia, podkrążone oczy
 - błądliwość skóry

Anoreksję rozpoznajemy gdy utrata masy ciała wynosi 15-25% przez 6 miesięcy. Zmiany endokrynologiczne w AN

- obniżenie stężenia gonadotropin i estrogenów
- wzrost stężenia CRH i kortyzolu
- podwyższenie stężenia hormonu wzrostu
- zmniejszenie stężenia T3 i osłabienie odpowiedzi TSH na TRH
- obniżenie aktywności układu 5-HT

Podstawowym **leczeniem** AN jest leczenie psychoterapeutyczne. Jednakże w sytuacjach znacznego pogorszenia stanu somatycznego związanego z powikłaniem spadków wagi wymagane jest leczenie szpitalne.

W ostrych stanach somatycznych odpowiednie oddziały internistyczne lub OIOM-y, w innych przypadkach - oddziały psychiatryczne. Konieczna jest terapia poznawczo-behawioralna celem zmiany sposobu myślenia pacjentek i rozumienia przez nich przyczyn choroby. Często konieczne są leki przeciwdepresyjne.

Leczenie jest długie, trudne, często nieskuteczne. Poprawę rokowania i uniknięcia powikłań można uzyskać poprzez wczesne rozpoznanie i właściwą profilaktykę.



Bulimia (żarłoczność psychiczna):

– zaburzenie odżywiania charakteryzujące się napadami objadania się, po których występują zachowania kompensacyjne. Do najczęstszych zachowań należą: wywoływanie wymiotów, głodówki, użycie diuretyków, środków przeczyszczających, wykonywanie lewatyw, nadmierne ćwiczenia fizyczne.

Przyczyny bulimii:

- brak samoakceptacji
- konflikty rodzinne
- zaburzenia mechanizmów samoregulacji i samokontroli
- uszkodzenie ośrodka sytości w mózgu
- emocjonalne zaniedbanie dziecka w dzieciństwie
 - brak akceptacji przez grupę rówieśniczą (wiążący się często ze zmianą środowiska)

Wyróżnia **dwa typy** bulimii.

- **Pierwszy** z nich to typ przeczyszczający (purging type) czyli taki, w którym po napadzie żarłoczości następuje prowokowanie wymiotów, używanie środków przeczyszczających, diuretyków, lewatywy.
- **Drugi** to typ nieprzeczyszczający (non-purging type), w którym zamiast przeczyszczania się środkami farmakologicznymi i wymuszania wymiotów, chorzy, w ramach działań kompensacyjnych, stosują ścisłą dietę (często głodówkę), ograniczając ilość spożywanych pokarmów do minimum, bądź też wykonują dużo wyczerpujących ćwiczeń fizycznych (tzw. bulimia sportowa). Na podstawie objawów diagnozuje się chorobę, ale nim rozpocznie się stosowanie jakiegokolwiek terapii, należy wykluczyć schizofrenię oraz uszkodzenie mózgu, które także mogą być przyczynami nadmiernego łaknienia.

O ile leczenie psychoterapeutyczne pozostaje najważniejszym elementem terapii, wykazano jednak przydatność pomocy farmakologicznej głównie przy pomocy fluoksetyny, która u pewnej grupy pacjentów potrafi zredukować częstotliwość napadów objadania się. Wśród podejść psychoterapeutycznych wykazano skuteczność kognitywnej terapii behawioralnej, która polega na nauczaniu pacjentów zwalczania automatycznych myśli i eksperymentach behawioralnych (np. spożywanie posiłku składającego się z "zakazanych środków spożywczych") w połączeniu z lub bez leczenia przeciwdepresyjnego. Pewne pozytywne rezultaty przynosi również psychoterapia interpersonalna i dialektyczna terapia behawioralna.

Niektórzy badacze stwierdzili również pozytywne rezultaty w wyniku leczenia hipnoterapią.

Zaburzenia lękowe:

Lęk jest naturalnym stanem emocjonalnym, który ostrzega przed potencjalnym niebezpieczeństwem i mobilizuje do poradzenia sobie z tą sytuacją. Gdy ktoś na przykład widzi agresywnego psa, zwykle odczuwa lęk i przechodzi na drugą stronę ulicy, przez co unika jego potencjalnego ataku. Jeśli uczeń obawia się sprawdzianu, to poprzedniego dnia poświęca więcej czasu na powtórzenie materiału i dzięki temu dostaje dobrą ocenę. Taki lęk pełni funkcję adaptacyjną – pomaga korzystnie rozwiązać napotykane problemy.

Jakie postacie zaburzeń lękowych spotyka się u dzieci i młodzieży?

▪ **Lęk separacyjny**

Jest prawidłowym zjawiskiem u dzieci do 3. roku życia, a potem stopniowo zanika do 5. roku życia.

Lęk separacyjny rozumiany jako zaburzenie występuje u 3–5% dzieci i nastolatków, częstość występowania maleje wraz z wiekiem i częściej cierpią na niego dziewczęta.

Dziecko odczuwa nadmierny lęk, gdy spodziewa się rozłąki z opiekunem (najczęściej matką), w trakcie okresu rozłąki lub nawet gdy tylko sobie taką rozłąkę wyobraża. Na próby separacji (na przykład wyjście matki do pracy lub jej wyjazd w delegację, gdy dziecko ma wyjść z domu i pójść do szkoły) reaguje oporem, płaczem, czasem zgłasza dolegliwości somatyczne (ból zęba, bóle brzucha), „dzięki” którym ostatecznie nie dochodzi do rozłąki

(dziecko zostaje w domu z matką zamiast iść do szkoły lub matka

▪ Zespół lęku napadowego

dotyka 0,5–5% dzieci i nastolatków. Znacznie częściej występuje w okresie dojrzewania i częściej dotyczy dziewcząt. Zaburzenie charakteryzuje się nawracającymi napadami paniki. Napad paniki to nagły, bardzo silny lęk z towarzyszącymi objawami somatycznymi (duszność, kołatania serca, zawroty głowy) o dużym nasileniu. W trakcie ataku paniki dziecko ma poczucie całkowitej utraty kontroli nad sobą lub że „zaraz umrze”, co jeszcze bardziej wzmacnia jego przerażenie. Napad paniki może pojawić się „znikąd” lub może wywołać go konkretny czynnik (zobacz „fobie swoiste”). Jeśli atak wystąpił bez określonej przyczyny, dziecko zazwyczaj boi się jego nawrotu i ten lęk paradoksalnie może wywołać kolejny napad paniki.

▪ Zaburzenie lękowe uogólnione

Występuje u 3–4,6% dzieci i nastolatków, w dzieciństwie równie często u dziewcząt i u chłopców, w okresie dojrzewania częściej u dziewcząt.

Dziecko nadmiernie zamartwia się mniej lub bardziej spodziewanymi wydarzeniami: „i co to będzie, gdy (dostanę jedynek ze sprawdzianu/ Ania się na mnie pogniewa/ mama zachoruje,/spadnie ulewny deszcz i będzie powódź, itp.)”, wyobraża sobie tylko negatywne scenariusze dla spodziewanych sytuacji. Często szuka pociechy i zapewnień, że jego obawy się nie sprawdzą, ale nie uspokaja się, gdy je usłyszy. Odczuwa lęk o prawie stałym nasileniu (tak zwany lęk wolnopłynący), któremu towarzyszą: niepokój, nerwowość, rozdrażnienie. Dziecko łatwo się męczy, odczuwa zwiększone napięcie mięśniowe (jest „spięte”), ma trudności z koncentracją i problemy ze snem.

▪ Fobie specyficzne

Zaburzenie lękowe w postaci fobii występuje u 2,5–9% dzieci i młodzieży, nieco częściej u dziewcząt.

Lęk dziecka skupia się wokół konkretnego przedmiotu, postaci lub sytuacji. Fobia może dotyczyć: zwierząt, owadów, zjawisk atmosferycznych (wiatr, burza, deszcz), ciemności, hałasów, wysokości, ostrych przedmiotów, zastrzyków, widoku krwi, jazdy pociągami, latania samolotem, i wielu innych czynników. W obecności tych bodźców lub gdy dziecko spodziewa się kontaktu z nimi, odczuwa nieracjonalny i nadmierny strach, który może nawet przyjąć postać napadu paniki. Młodsze dzieci mogą reagować na obiekt fobii płaczem, wybuchem złości, zamieraniem w bezruchu lub przywieraniem do opiekuna. Dziecko stara się tak na co dzień funkcjonować, żeby unikać budzącego lęk czynnika.

▪ Zespół lęku społecznego (fobia społeczna)

Przyjmuje się, że zespół lęku społecznego występuje u 1% dzieci i młodzieży, ale w rzeczywistości odsetek ten może być większy. Do 3. roku życia lęk przed obcymi jest przejawem prawidłowego rozwoju dziecka. Dziecko cierpiące na fobię społeczną przeżywa nasilony lęk w obecności nieznajomych osób. Jako nieznajomych rozumie się tu osoby nie będące członkami rodziny i bliskimi przyjaciółmi dziecka. W tym znaczeniu obcymi osobami są również: nauczyciel w szkole, koledzy z klasy. W sytuacjach społecznych (w szkole, na podwórku wśród innych dzieci) dziecko jest zakłopotane, ciągle zamartwia się jak postrzegają go inni i co sobie o nim pomyślą. Obawia się ośmieszenia i upokorzenia, stale wyobraża sobie siebie w takich właśnie okolicznościach. Podczas rozmowy nie podtrzymuje kontaktu wzrokowego, mówi niewiele i cicho albo w ogóle unika rozmów z innymi, pozostaje „na uboczu”.

▪ **Mutyzm wybiórczy**

Mutyzm wybiórczy obserwuje się u 0,3–0,8% dzieci i nastolatków. Jest to postać fobii społecznej, w której lęk przed ludźmi przejawia się odmową komunikacji słownej (milczeniem), mimo że mowa dziecka i jej rozumienie są prawidłowo rozwinięte. Dziecko nie odzywa się do obcych osób (czyli nie będących członkami rodziny ani bliskimi przyjaciółmi), na ich pytania nie odpowiada wcale lub odpowiada gestami. Podczas rozmowy, czy raczej prób jej nawiązania, dziecko unika kontaktu wzrokowego, nie okazuje emocji mimiką twarzy, gdy się uśmiecha, to zwykle z zaciśniętymi ustami. W sytuacjach społecznych dziecko często również nie podejmuje aktywności ruchowej, w razie potrzeby wykonuje bardzo „oszczędne” ruchy.

Niedostosowanie społeczne - objawy i metody przeciwdziałania

Według definicji MEN niedostosowanie społeczne - to dzieci i młodzież, u których na skutek zaburzeń wewnętrznych lub niekorzystnych warunków środowiskowych występują utrwalone zaburzenia w zachowaniu.

Typowymi objawami niedostosowania społecznego są: nadużywanie alkoholu przez młodzież, uzależnienie lekowe, toksykomania, samobójstwa, prostytutka, ucieczki z domu, wagary, pasożytnictwo społeczne, uczestnictwo w gangach podkulturowych, notoryczne kłamstwa, werbalna agresja (wulgarność), lenistwo szkolne, nieprzestrzeganie przepisów szkoły, zaburzenia koncentracji uwagi, lękliwość, wzmożone konflikty z nauczycielami lub rówieśnikami.

Podsumowanie:

- Zaburzenia lękowe są częstym problemem u dzieci i młodzieży.
- Zaburzenia lękowe negatywnie wpływają na rozwój psychospołeczny i szkolny dziecka, dlatego warto jak najszybciej zasięgnąć porady lekarza psychiatry lub psychologa.
- Podstawową metodą leczenia są oddziaływania psychoterapeutyczne, które w większości przypadków przynoszą dobre efekty.
- Jeśli objawy są bardzo nasilone, stosuje się leki.
- Bardzo ważne jest, aby nie izolować dziecka od środowiska szkolnego i rówieśniczego, ale wspierać je i zachęcać do uczestniczenia w życiu dziecięcej/ młodzieżowej społeczności.

Objawami społecznego niedostosowania łatwymi do obserwacji na poziomie dziecka są:

- **Nieposłuszeństwo** - postawa dziecka wyrażająca się w niespełnianiu poleceń osób dorosłych i przeciwstawianiu się im.
- **Konflikty w kontaktach społecznych** - konflikty ujawniają się najczęściej w okresie dojrzewania (zjawisko psychosomatyczne),
- **Lenistwo** - dziecko nie stara się o własny wygląd i nie dba o ład w swoim otoczeniu - sprawia wrażenie nieporządnego
- **Kłamstwo** - charakterystyczne znamiona kłamstwa u młodzieży zdemoralizowanej i wykolejonej+
- **Zaburzenia koncentracji**. Dziecko z tymi zaburzeniami jest nieuważne, nie potrafi się skupić, odbiega od tematu, nie umie usiedzieć w miejscu.

- **Wykroczenia przeciw mieniu.** Najczęstszym przejawem tego typu zachowań są kradzieże
- **Agresja.** Cecha charakterystyczną jednostek impulsywnych, nieopanowanych, bezczelnych
- **Wagary i ucieczki** - szczególnie łatwe do zauważenia w środowisku szkolnym.
- **Lękliwość** - to zewnętrzny przejaw utraty zaufania.
- **Nadużywanie środków odurzających** (uzależnienia) oraz nałogowe nadużywanie innych środków chemicznych powodujących zmiany w funkcjonowaniu organizmu.



Można wyróżnić następujące przyczyny niedostosowania społecznego:

- **Biologiczne**
- **Środowiskowe:**
 - Środowisko rodzinne:
 - Środowisko szkolne:
 - Środowisko społeczne
- **Przyczyny rozwojowe niedostosowania społecznego**



Rodzaje niedostosowania społecznego:

- Zaburzenia neurotyczne (to zaburzenia zachowania równowagi oraz wrażliwości emocjonalnej)
- Zaburzenia psychopatyczne (to grupa zaburzeń psychicznych, które mają kilka wspólnych cech, z których najbardziej charakterystyczne to omamy i urojenia o różnej treści.
- Zachowania przestępcze (znajdują zastosowanie w określaniu utrwalonych reakcji cechujących się dysocjalnością lub agresywnością.)

Resocjalizacja - proces modyfikacji osobowości jednostki społecznej w celu przystosowania jej do życia w danej zbiorowości, a w węższym rozumieniu w społeczeństwie.



UZAŁĘŻNIENIA

Wyniki badań epidemiologicznych wskazują, że picie alkoholu, palenie papierosów i sięganie po nielegalne środki psychoaktywne jest coraz bardziej powszechne wśród dzieci i młodzieży.

Używanie substancji psychoaktywnych, zwłaszcza przez młodych ludzi jest obecnie poważnym problemem zdrowotnym i społecznym na całym świecie.

Przyjmowanie tych substancji zalicza się do zachowań ryzykownych dla zdrowia, zwanych obecnie problemowymi



Substancje psychoaktywne (SPs) . substancje chemiczne, pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, które działając na ośrodkowy układ nerwowy (o.u.n.) wywołują zmiany w stanie psychicznym i zachowaniu człowieka oraz niektórych funkcji jego organizmu. Do substancji tych należą : tytoń, alkohol, niektóre leki oraz różnorodne substancje określane potocznie jako narkotyki

W odniesieniu do dzieci (uczniów), u których czas używania SPs jest jeszcze krótki należy brać pod uwagę przede wszystkim inne szkody, w tym zwłaszcza :

- bezpośrednie zagrożenia dla zdrowia i bezpieczeństwa, w tym zachowania ryzykowne podejmowane po zażyciu alkoholu i innych substancji .
- Zagrożenia dla prawidłowego rozwoju młodego człowieka,

Uzależnienie - zespół zjawisk fizjologicznych, behawioralnych (związanych z zachowaniem), psychicznych, jakie mogą rozwinąć się w wyniku powtarzającego się przyjmowania SPs:

- **uzależnienie psychiczne** . trudna do przezwyciężenia potrzeba, wewnętrzny przymus zażycia SPs w celu poprawy samopoczucia, usunięcia dyskomfortu psychicznego lub przeżycia nowych wrażeń;
- **uzależnienie fizyczne** . stan patologiczny, związany z włączeniem się SPs (lub produktów jego przemiany) w cykl przemian metabolicznych organizmu. Wiąże się z tym:
 - **rozwój tolerancji** (dostosowania się) organizmu na daną substancję i koniecznością zwiększania jej dawki dla uzyskania tego samego efektu;
 - **zespół abstynencyjny** (.głód narkotyczny.) . zaburzenia, dolegliwości somatyczne i stany psychiczne odczuwane w przypadku wstrzymania lub ograniczenia spożywania danej substancji.

Profilaktyka

Profilaktyka używania substancji psychoaktywnych jest niezwykle trudnym i złożonym zadaniem. Wyróżniamy:

- **Profilaktyka pierwszorzędowa** dotyczących ogółu dzieci, młodzieży uczniów polega :
 - Tworzeniu pozytywnych wzorców (nie palenie)
 - Ograniczenie podawania w gabinecie leków
 - Udział w opracowaniu i realizacji szkolnego programu
 - Wspieranie pracowników szkoły i rodziców,
- **Profilaktyka drugorzędowa**. Celem tych działań jest wczesna identyfikacja przyjmujących często SPs –(zaprosić na rozmowę, zaproponować pomoc, pozyskać zaufanie , nawiązać współpracę z wychowawcą klasy, rodzicem)

- **Profilaktyka trzeciorzędowa**. Obejmuje ona działania w stosunku do uczniów regularnie przyjmujących SPs, uzależnionych, zagrożonych szkodami zdrowotnymi. Uczniowie ci znajdują się zwykle pod opieką poradni leczenia uzależnień lub ośrodka rehabilitacyjnego. Postępowanie w stosunku do tej grupy osób obejmuje także działania dla minimalizacji szkód. Pielęgniarka/higienistka szkolna powinna uzyskać wskazówki co do ewentualnego postępowania w stosunku do danego ucznia po jego powrocie z ośrodka. W przypadku ucznia przyjmującego narkotyki dożylnie; należy go traktować jako potencjalnie zakażonego HIV. Wymaga to zachowania środków ostrożności w celu ochrony osobistej oraz innych osób w szkole (np. w czasie udzielania pierwszej pomocy) oraz taktu i zachowania tajemnicy zawodowej.

Rola lekarza i pielęgniarki

Metoda interwencji składa się z następujących etapów

- **Diagnozy** (podstawowym warunkiem jest właściwe rozpoznanie objawów ,testy laboratoryjne ,zebranie wywiadu)
- **Udzielenie porady**(porada jest kluczowym elementem interwencji, w którym ogromne znaczenie ma nie tylko , ale i forma . Wskazane jest unikanie wypowiedzi oceniających)
- **Motywowanie do zmiany zachowania** .(nawiązanie kontaktu z rodzicami , zawarcie kontraktu dotyczącego zaprzestania przyjmowania substancji –papierosów , alkoholu,- np .do 18 rż)

Rola pielęgniarki/higienistki szkolnej w profilaktyce zagrożeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych

Pielęgniarka/higienistka szkolna, w miarę swoich możliwości, powinna współuczestniczyć w działaniach dotyczących wszystkich **trzech obszarów profilaktyki.**

Zachowania seksualne młodzieży

- ▶ Okres dorastania jest procesem, który ma kluczowe znaczenie dla zdrowia seksualnego i prokreacyjnego człowieka. W tym okresie pojawia się popęd seksualny, co może wiązać się z podejmowaniem przez nastolatki różnych form aktywności seksualnej, w tym stosunków seksualnych. W następstwie takich zachowań pojawia się ryzyko niechcianej ciąży i chorób przenoszonych drogą płciową, w tym zakażenie HIV. Jak wynika z badań ankietowanych inicjację seksualną odbył co szósty 15-latek. W stosunku do 2010 roku nastąpiło zwiększenie częstości inicjacji.

Uczestniczenie w bójkach

- ▶ Uczestniczenie w bójkach jest najczęstszą postacią agresywnych zachowań młodzieży. Większość tego typu zachowań ma charakter jednorazowy, za ryzykowne uważa się często powtarzające się uczestnictwo w bójkach. Skutkiem takich zachowań są urazy. Współuczestniczącym zjawiskiem może być picie alkoholu, używanie substancji psychoaktywnych, podejmowanie ryzykownych zachowań seksualnych, wagarowanie lub porzucenie szkoły. Jest to problem zdrowotny i społeczny. Z przeprowadzonych badań wynika, że co trzeci nastolatek uczestniczył w bójce, a co 10 czynił to często

Przemoc w szkole.

- ▶ Jedną z form przemocy w szkole, którą uwzględniono w badaniach HBSC, jest uczestnictwo w dręczeniu, w roli ofiary lub sprawcy. Co trzeci nastolatek ankietowany w roku szkolnym 2013/2014 był sprawcą lub ofiarą dręczenia w szkole, co dziesiąty zaś miał w tym okresie doświadczenie z przemocą rówieśniczą.

Cyberprzemoc.

- ▶ Cyberprzemoc to intencjonalne, wrogie i powtarzalne zachowanie pojedynczych osób lub grup. Celem jest skrzywdzenie drugiej osoby, większych grup lub zbiorowości poprzez Internet, telefony komórkowe oraz inne urządzenia elektroniczne. Zjawisko to powoduje wśród nastolatków wiele krótkotrwałych jak i długotrwałych szkód zdrowotnych w wymiarze somatycznym, psychicznym, społecznym oraz moralnym. W Polsce szybko zareagowano na zjawisko cyberprzemocy, jednym z przykładów może być program: „Dziecko w Sieci”.
- ▶ Z badań wynika, że co szósty nastolatek ankietowany w 2014 roku doświadczył cyberprzemocy.

Problem samobójstw jest bardzo rzadko poruszany w naszym społeczeństwie. Jest to swego rodzaju temat tabu. Często unikamy go w codziennych rozmowach, uważając, że problem nas nie dotyczy, lub nie istnieje. Zdarza się, że na samą myśl o tym zagadnieniu wyzwała się u nas strach oraz niechęć do wypowiadania się na ten temat. W dzisiejszych czasach jednak musimy spojrzeć prawdzie w oczy i przyznać się do faktu, że problem ten staje się coraz większym utrapieniem społecznym. Z roku na rok rośnie ilość prób samobójczych. Co przerażające liczba ta wzrasta nawet przypadku **dzieci** i młodzieży. Jeśli chodzi o grupę wiekową od pięciu do czternastu lat to samobójstwo jest na 14 miejscu jeśli chodzi o przyczyny śmierci. Natomiast w przypadku młodych w wieku 15 - 24 lat samobójstwo jest już na 3 miejscu wśród przyczyn śmierci. Nieuniknionym jest więc próba zmierzenia się z tym problemem w XXI wieku.

Próba samobójcza a samobójstwo

Na szczęście próby samobójcze najczęściej nie kończą się śmiercią. Są wyrazem bezradności człowieka wobec problemów życiowych, wołaniem o pomoc – często nieświadomym. Czasem mają wstrząsnąć otoczeniem, spowodować zmianę czyjegoś zachowania, przynieść jakieś korzyści (nie wolno jednak zapominać, że tego typu próba samobójcza też może „pechowo” być skuteczna). Czasem desperacja i rzeczywista chęć odebrania sobie życia jest duża, ale wybrany sposób jest, szczęśliwie, mało skuteczny lub pomoc zjawia się wystarczająco wcześnie. Dlatego też próby samobójcze zdarzają się wielokrotnie częściej niż samobójstwa dokonane. Dane szacunkowe wskazują, że w populacji ogólnej jedna śmierć samobójcza przypada na 10-20 osób. **Okazuje się również, że ten stosunek jest mniej korzystny u mężczyzn niż u kobiet (kobiety znacznie częściej podejmują próby samobójcze, mężczyźni za to częściej rzeczywiście odbierają sobie życie).**

Warto zapoznać się z terminami:

Zachowania suicydialne (samobójcze). Są to reakcje i zachowania człowieka pojawiające się w chwili, gdy jednostka pożąda śmierci, a samobójstwo staje się jej celem.

Depresja. Jest to stan emocjonalny, w którym jednostka jest w ciągłym stanie smutku i przygnębienia. Traci ochotę na wszelką aktywność, zarówno psychiczną, jak i fizyczną. Depresja bardzo często staje się przyczyną samobójstw. Co najgorsze i zaskakujące osoby będące w ciężkim stanie depresyjnym nie podejmują prób samobójczych. Dopiero podczas wychodzenia z depresji dochodzi do przypadków targnięcia się na własne życie.

Pojęcie destrukcji. Może tu wystąpić zachowanie destruktywne w kierunku osób i przedmiotów otoczenia, jak i wobec siebie (autodestrukcja). Są to zachowania dążące do usunięcia barier, przeszkód, z którymi jednostka nie może dać sobie rady.

Przyczyny samobójstw nie są wyizolowane od siebie, często na zachowania wpływ ma wiele czynników, które wzajemnie na siebie nachodzą i oddziałują. Jeśli chodzi o młodsze dzieci w wieku od 9 do 13 lat to głównymi czynnikami wpływającymi na zachowania samobójcze są niepowodzenia szkolne oraz rodzące się na tym tle problemy emocjonalne

Oprócz problemów szkolnych i w kontaktach z rówieśnikami na próby samobójcze u dzieci i młodzieży ma wpływ **atmosfera** domowa.

Kolejnym problemem, który jest częstą przyczyną samobójstw to "okres burzy", jaki ma miejsce podczas procesu dojrzewania u młodzieży:

- niskie poczucie wartości
- brak zainteresowania w rodzinie
 - zaniedbania
 - presja społeczna

Zespół dziecka maltretowanego

Krzywdzenie dzieci to zgodnie z definicją” krzywdzenie fizyczne lub psychiczne , wykorzystywanie seksualne lub zaniedbywanie , lub maltretowanie dziecka poniżej 18 roku życia stanowiące zagrożenie dla zdrowia i rozwoju przez osobę, która jest odpowiedzialna za opiekę i troskę o dziecko”

Za **wykorzystywanie seksualne** dziecka, określane przez definicję WHO jako przemoc seksualna uznaje się każde zachowanie osoby dorosłej , silniejszej i (lub) starszej , które prowadzi do seksualnego zaspokojenia kosztem dziecka

Zaniedbywanie dziecka to niezaspokajanie podstawowych potrzeb dziecka, zarówno fizycznych (właściwe odżywianie, ubieranie , ochrona zdrowia, edukacja)jak i psychiczne (poczucie bezpieczeństwa, miłości rodzicielskiej ,troski)

Zapobieganie zachowaniom samobójczym.

Społeczeństwo polskie, w związku ze wzrastającą liczbą samobójstw u młodych ludzi, **winno zainteresować się problemem** samobójstw u dzieci i młodzieży dopuścić do swojej świadomości fakt, iż problem samobójstw wśród dzieci i młodzieży istnieje. Co za tym idzie należy **czuć nad swoim podopiecznym**, a także **rozwijać w sobie empatię**, która pomoże nam zrozumieć dziecko i jego problemy. Ważnym aspektem, na który należy zwrócić uwagę jest to by rodzice **pozwolili dzieciom realizować własne cele**, plany i marzenia. By nie nakładali na nich zbyt dużych wymagań, **nie krytykowali nadmiernie i pozwolili realizować własne pasje**, nie czyniąc z dzieci kontynuatorów własnego życia. Otwierając się na ten problem będziemy bowiem mogli być bardziej czujni, oraz starać się zapobiegać wszelkim zachowaniom samobójczym

Czynniki ryzyka

- ▶ **Rodzic** – młody wiek ,samotne rodzicielstwo , doświadczenia bycia krzywdzonym w dzieciństwie lub życiu dorosłym , niskie kompetencje wychowawcze nadużywanie bądź uzależnienie od środków psychoaktywnych ,choroba psychiczna , niskie wykształcenie
- ▶ **Rodzina** – stosowanie autorytarnego modelu wychowania , stosowanie kar cielesnych ,ubóstwo, izolacja społeczna , osoby niespokrewniine (ojczym/konkubent, macocha/konkubina)

Czynniki ryzyka

- ▶ **Dziecko**– wiek poniżej 4 r.z.
niepełnosprawność fizyczna , przewlekła
choroba , problemy z zachowaniem (ADHD)

Krzywdzenie dzieci przez osoby dorosłe występuje w każdym kraju, bez względu na rodzaj grup społecznych, narodowościowych czy religijnych. Przemoc wobec dzieci jest problemem znanym od wieków, takie traktowanie dzieci było przez długi czas traktowane jako oczywistość, aprobowana nie tylko przez obowiązujące normy kulturowe, ale i prawne. Przyczyny i skutki tego zjawiska stały się przedmiotem badań socjologicznych i medycznych w zasadzie dopiero od końca XIX wieku.

Krzywdzenie dziecka może spowodować jego śmierć, może także być przyczyną trwałego kalectwa fizycznego, upośledzenia umysłowego, zaburzeń psychicznych i emocjonalnych. Objawy te manifestują się trudnościami w relacjach z samym sobą i otoczeniem społecznym.

Objawy ,które mogą świadczyć o przemocy

Fizycznej

- ▶ Siniaki na ciele dziecka w różnym stadium gojenia
- ▶ Otarcia naskórka
- ▶ Ślady po oparzeniach np. papierosem
- ▶ Naderwane małżowiny uszne
- ▶ Powyrywane włosy
- ▶ Wylewy do gałek ocznych
- ▶ Powtarzające się urazy /złamania

Seksualnej

- ▶ Obrażenia części intymnych
- ▶ Choroby przenoszone drogą płciową
- ▶ Komplikacje ginekologiczne
- ▶ Zaburzenia układu pokarmowego , migreny
- ▶ Wycofanie, obwinianie , nieufność
- ▶ Skrywanie tajemnicy

Psychicznej

- ▶ Wycofanie ,nieufność
- ▶ Agresja
- ▶ Tiki nerwowe , jąkanie
- ▶ Moczzenie nocne
- ▶ Lęki
- ▶ Koszmary sennie
- ▶ Zachowania destrukcyjne , np. samookaleczanie ,podejmowanie zachowań związanych z wysokim ryzykiem utraty zdrowia bądź życia
- ▶ Próby samobójcze

Zaniedbania

- ▶ Nieleczenie chorób
- ▶ Niezapewnienie opieki medycznej stosownej do stanu zdrowia
- ▶ Nieszczepienie
- ▶ Odparzenia świadczące o zaniedbaniach higienicznych
- ▶ Brud, wszawica

Zgodnie z definicją światowej Organizacji Zdrowia, ustaloną podczas posiedzenia zarządu .OZ w 1985 roku w Szwajcarii, za: **maltretowanie (krzywdzenie) dziecka uważa się każde zamierzone i nie zamierzone działanie osoby dorosłej, społeczności lub państwa, działanie, które ujemnie wpływa na zdrowie, rozwój fizyczny i psychospołeczny dziecka**

Wyróżnia się następujące formy krzywdzenia dzieci:

- **przemoc fizyczna**-powoduje różne obrażenia ciała (złamania, oparzenia, stłuczenia tkanek, uszkodzenie mózgu aż do śmierci włącznie),
- **maltretowanie psychiczne(emocjonalne)** -stosowanie gróźb, zastraszanie, poniżanie dziecka, aż do emocjonalnego odrzucenia,
- **wykorzystanie seksualne**-obejmuje nie tylko sam akt fizycznego gwałtu, lub zmuszanie do nierządu, dotykanie narządów płciowych, ale również ekshibicjonizm czy obsceniczne rozmowy z dzieckiem,
- **Zaniedbywanie**_w sferze psychicznej i fizycznej, zaniedbywanie potrzeb związanych z poczuciem bezpieczeństwa dziecka, żywieniem, opieką higieną, obciążanie nadmiernym wysiłkiem fizycznym (praca nieletnich)

Pamiętajmy

Dzieci są ofiarami przemocy także wtedy ,gdy nie będąc bezpośrednimi obiektami ataku sprawcy , są świadkami przemocy czy nawet konfliktu między rodzicami np. rodzice traktują dziecko jako „kartę przetargową”

Obowiązkiem osób dorosłych – nauczycieli ,pielęgniarek ,lekarzy – jest bycie czujnym i uważnym , aby w porę wychwycić niepokojące sygnały

Pamiętajmy

- ▶ Procedura „**Niebieskiej Karty**” jest procedurą interwencyjną, której celem jest zatrzymanie przemocy oraz ochrona osób pokrzywdzonych .

Pomoc rodzinie

Pomoc instytucjonalna

- Domy dziecka
- Specjalne ośrodki szkoleniowo-wychowawcze
- Zakłady opieki społecznej
- Młodzieżowe ośrodki wychowawcze
- Pogotowia opiekuńcze

Pomoc poza instytucjonalna

- Rodziny zastępcze
- Adopcja
- Rodzinne domy dziecka
- Wioski dziecięce

Organizacja i zadania placówek pomocy społecznej

POMOC SPOŁECZNA jest instytucją polityki społecznej państwa . Jej **celem** jest umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężenia trudnych sytuacji życiowych (z wykorzystaniem własnych, zasobów i możliwości), których te osoby (rodziny) same nie są w stanie pokonać

Pomoc społeczna jest organizowana przez organy administracji rządowej i samorządowej we współpracy z organizacjami społecznymi i pozarządowymi np.: Kościołem , związkami wyznaniowymi, oraz osobami fizycznymi i prawnymi.

Zadaniem pomocy społecznej jest zapobieganie sytuacjom kryzysowym, przez podejmowania działań ,zmierzających do życiowego usamodzielnienia osób i rodzin oraz ich integracji ze środowiskiem .

Rodzaje placówek pomocy społecznej:

- Domy pomocy społecznej
- Domy samotnej matki
- Ośrodki pomocy społecznej

Placówki te **wykonujące zadania** z zakresu pomocy społecznej w gminie na poziomie obowiązującego standardu, osobom wymagającym całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności usługi: bytowe, opiekuńcze, edukacyjne w zakresie wynikających z indywidualnych potrzeb pomocy społecznej, służącą w utrzymaniu osoby w jej środowisku.

Rolą ośrodków interwencji kryzysowej jest świadczenie specjalistycznych usług, zwłaszcza psychologicznych, prawnych, które są dostępne przez całą dobę – osobom, rodzinom i społecznościom będącym ofiarami przemocy lub znajdującym się w sytuacji kryzysowej – w celu zapobieżenia powstawania lub pogłębiania się dysfunkcji tych grup

POSTAWY RODZICIELSKIE I ICH WPŁYW NA PRAWIDŁOWY ROZWÓJ DZIECKA

M. Ziemska ujmując postawę rodzicielską, jako specyficzne zachowanie się rodzica w stosunku do dziecka. Wyodrębniła ona **postawy właściwe**, czyli „zdrowe” oraz **niewłaściwe** – „chorobotwórcze”

Do właściwych postaw rodzicielskich należą:

- **Akceptacja dziecka**, czyli przyjęcie go takim, jakie ono jest z jego cechami fizycznymi, usposobieniem, z jego umysłowymi możliwościami i łatwością osiągnięć w jednych dziedzinach, a ograniczeniami i trudnościami w innych. Akceptujący rodzice oczywiście lubią swoje dziecko i nie ukrywają przed nim tego uczucia. Starają się poznać jego potrzeby i zaspokoić je w miarę swych możliwości. Dają mu poczucie bezpieczeństwa i zadowolenie z własnego istnienia.

DZIECKO W RODZINIE

1. Postawy rodzicielskie
2. Metody wychowawcze w rodzinie i ich znaczenie dla rozwoju dziecka
3. Diagnoza rodzinna
4. Adopcja i rodziny zastępcze
5. Opieka socjalna i środowiskowa
6. Akty prawne

- **Współdziałanie z dzieckiem**, świadczące o pozytywnym zainteresowaniu zabawą i pracą dziecka, a także angażowaniu go w zajęcia domowe – odpowiednio do jego możliwości rozwojowych. Dziecko bierze czynny udział w życiu rodziny, a współdziałających z nim rodziców cechuje aktywność w nawiązywaniu i utrzymywaniu wzajemnych kontaktów.

- **Dawanie dziecku**, właściwej dla jego wieku **rozumnej swobody**. W miarę dorastania rodzice dają dziecku coraz szerszy zakres swobody i pozwalają na pracę lub zabawę z dala od nich. Mimo, że pozostawiają duży margines swobody, potrafią utrzymać autorytet i kierować dzieckiem w takim zakresie, w jakim jest to pożądane.

- **Uznanie praw dziecka w rodzinie** jako równych, bez przeceniania jego roli. Rodzice ustosunkowują się do przejawów aktywności dziecka w sposób swobodny, nieformalny i nie wścibski czy dyktatorski, mając przy tym, na uwadze poziom rozwoju dziecka. Pozwalają na odpowiedzialność za własne działania. Przejawiają w ten sposób szacunek dla jego indywidualności. Kierując dzieckiem stosują sugestie, wyjaśnienie, tłumaczenie, a nie wymuszanie czy karanie. W takiej atmosferze dziecko wie, czego rodzice oczekują od niego i jaki ma zakres swobody”.



Do grupy niewłaściwych – „chorobotwórczych” postaw rodzicielskich M. Ziemska zalicza:

- **Postawę unikającą** – cechuje ją ubogi stosunek uczuciowy między rodzicami, a dzieckiem lub zupełna obojętność uczuciowa rodziców. Kontakt z dzieckiem jest luźny albo pozornie dobry i maskowany obdarzaniem prezentami, Nadmierną Swobodą, rzekomym liberalizmem. Występują przy tej postawie zaniedbywanie dziecka pod różnymi względami – zarówno jego uczuciowych potrzeb, jak i w zakresie opieki nad nim. Zaznacza się niedbałość i niekonsekwencja we wprowadzeniu i przestrzeganiu wymagań, lekkomyślność czy wręcz obojętność wobec niebezpieczeństw, jakie dziecku mogą zagrozić. Brak przy tej postawie zainteresowania sprawami dziecka i równocześnie angażowania go w zajęcia i sprawy domu rodzinnego.

- **Postawa odtrącająca** – dziecko jest odczuwane jako ciężar, który naraża rodziców na różnego rodzaju niewygody, ogranicza ich swobodę. Rodzice nie lubią dziecka i nie życzą go sobie, żywią wobec niego uczucie rozczarowania, zawodu. Opiekę nad nim uważają za odrażającą lub przekraczającą ich siły. Na postawę odtrącającą składają się takie komponenty, jak nieokazywanie uczuć pozytywnych, a nawet demonstrowanie negatywne, dezaprobata i otwarta krytyka dziecka, podejście dyktatorskie, nie dopuszczające go do głosu i nie wnikające w motywy jego zachowania czy potrzeby, kierowanie dzieckiem przy pomocy nakazów i rozkazów, liczne i represywne żądania, surowe kary, zastraszanie, brutalne postępowanie z dzieckiem. Występują przy tym brak uznania, jakichkolwiek pozytywów dziecka i odrobiny tolerancji dla jego niedociągnięć, braku

zdolności czy wad.

- **Postawę nadmiernie wymagającą** – rodzice nie liczą się z indywidualnymi cechami i możliwościami dziecka. Z góry zakładają dostosowanie się dziecka do wytworzonego przez nich wzoru osobowego. Wyraża się to w stawianiu wygórowanych wymagań, narzucaniu autorytetu, rządzeniu dzieckiem. Inne cechy tej postawy to: nie przyznawanie prawa do samodzielności, ograniczenie swobody i zakresu aktywności przez zakazy, nagany, zmuszanie, stosowanie sztywnych reguł niedopuszczanie do odstępstw od ustalonej taktyki, a także: dążenie do przyspieszenia rozwoju dziecka, przesadne nastawienia na osiągnięcia, duża ilość narzucanych propozycji, krytyczny stosunek z intencją do eliminowania niezgodnego z idealnym wzorem zachowania. Dziecko traktowane jest z pozycji autorytetu bez uznawania jego praw, jako równych w rodzinie i poszanowania jego indywidualności.

- **Postawę nadmiernie chroniącą** – podejście do dziecka jest bezkrytyczne, a ono same uważane jest za wzór doskonałości. Rodzice traktują dzieci zbyt pobłażliwie, z nadmierną opiekuńczością, starają się rozwiązywać za niego wszystkie problemy życiowe, nie dopuszczając go do głosu i do samodzielności. Ulegają dziecku, tolerują wszystkie jego zachcianki i niewłaściwe wyczyny, zaspokajają każdy kaprys i pozwalają panować nad sobą. Inne cechy tej postawy to: izolowanie społeczne dziecka, np. od rówieśników jako „niegodnych” towarzyszy zabawy, nadmierne zabsorbowanie jego zdrowiem, niemal paniczny, nieuzasadniony lęk o jego bezpieczeństwo. Przy tym, zbyt bliskim i wzajemnie uzależniającym kontakcie brak jest darzenia dziecka, rozsądną, właściwą dla jego wieku swobodą”.

Typologia wg. Makarowica

- **typ monarchiczny** - władza rodzicielska znajduje się w "rękach" matki, ale jest to władza życzliwa.
- **typ demokratyczny** - dziecko ma prawo do dużej niezależności, ale w sytuacji trudnej, może liczyć na pomoc matki.
- **typ tyraniczny** (autokratyczny) - matka ma dużą władzę, przez co dziecko nie może spełniać swoich pragnień; matka wykorzystuje dziecko jako narzędzie dzięki, któremu może osiągać własne cele
- **typ anarchiczny** (liberalny) - matka nie przejmuje się sytuacją swojego dziecka, dlatego zezwala mu na dużą niezależność; dziecko nie może liczyć na pomoc w sytuacji trudnej

Wyróżniamy dwie metody wychowania w rodzinie i ich znaczenie dla rozwoju dziecka

- **Metody działania bezpośredniego.** Do omawianej grupy metod należą:

- metody wyjaśniania i przekonywania,
- metody sugestii i perswazji,
- metoda kary i nagrody.

Oczywiste jest, że stosowanie wymienionych metod wymaga ze strony rodziców i wychowawców szczególnie dużego taktu, znajomości potrzeb psychicznych dzieci, wiedzy o świecie, a więc tych cech postępowania, które prowadzą do uzyskiwania w oczach dziecka uznania. Niestety większość rodziców nieumiejętnie wykorzystuje wymienione metody w kontaktach z dziećmi. Nie potrafią odpowiednio dostosować je do wieku i doświadczeń dzieci, wyjaśnić im różnych problemów przez prowadzenie rozmów

- **Metoda działania pośredniego** polegają zaś na celowym organizowaniu warunków i sposobu życia dziecka, aby jego przeżycia, relacje, zachowania i zdobywane doświadczenia przybliżyły wychowanka do tego, co stanowi cele wychowawcze i przyczyniły się do właściwego rozwoju jego osobowości. Do głównych metod w tej grupie należą:

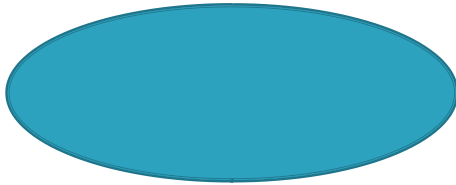
- **metoda organizowania wielostronnej działalności wychowanka.** Znaczącą rolę odgrywa w tej metodzie pobudzenie wychowanka do różnorodnej aktywności dotyczącej spraw ważnych dla jednostki, rodziny, szkoły i środowiska. Większość rodziców planuje zatem stałe obowiązki domowe swoim dzieciom, ustala i przestrzega odpowiednie reguły porządkowe.
- **metoda organizowania środowiska społecznego.**

Najczęściej stosowanymi metodami, w praktyce wychowawczej są metody kary i nagrody.

Diagnoza rodzina

Diagnozę rodziną stawiamy na podstawie:

- Wywiad rodzinny
- Struktura rodzinna
- Sytuacja bytowa rodziny



Wywiad rodzinny

Arkusz diagnozy sytuacji rodziny

ARKUSZ DIAGNOZY SITUACJI RODZINY

Dane rodziny: wypełnienie w sytuacji diagnozy

Imię i nazwisko: _____

1. Sytuacja rodziny

1.1. Sytuacja rodziny - wstępne dane

1.1.1. Wzrost i wiek rodziców

1.1.2. Wzrost i wiek dzieci

1.1.3. Wzrost i wiek wnucząt

1.1.4. Wzrost i wiek dziadków

1.1.5. Wzrost i wiek innych członków rodziny

Imię i nazwisko	Wzrost	Wiek	Stan zdrowia	Wykształcenie	Praca	Wzrost	Wiek	Stan zdrowia	Wykształcenie	Praca

Struktura rodzinny to system modelowych zachowań zachodzących pomiędzy członkami rodziny, a siłami zewnętrznymi, które na nią oddziałują. Zaliczamy do niej:

- formy instytucjonalne tworzące małżeństwo i rządzące nim (uznane formy wyboru partnera, wiek uznany za odpowiedni, inst. formy zawarcia i rozwiązania małżeństwa), o strukturze decyduje liczba partnerów w małżeństwie i pokoleń w rodzinie;
- wzory regulujące współżycie wew. rodziny i wyznaczające hierarchię władzy i autorytetu;
- układ wzajemnie powiązanych ról, układ między rodzicami i dziećmi;
- struktury dziedziczenia majątku, władzy czy nazwiska;
- cykle (fazy) życia małżeńskiego – rodzinnego do momentu pojawienia się dziecka (wg wieku dziecka).

Sytuacja bytowa rodziny



Adopcja dziecka – procedury adopcyjne

Zgodnie z Kodeksem Rodzinnym i Opiekuńczym przysposobić (czyli adoptować) dziecko może każda osoba „mająca pełną zdolność do czynności prawnych, jeżeli jej kwalifikacje osobiste uzasadniają przekonanie, że będzie należycie wywiązywała się z obowiązków przysposabiającego oraz posiada opinię kwalifikacyjną oraz świadectwo ukończenia szkolenia organizowanego przez ośrodek adopcyjny, o którym mowa w przepisach o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, chyba że obowiązek ten jej nie dotyczy”. Adoptować dziecko może małżeństwo bezdzietne, bądź posiadające własne dzieci lub też osoba nie będąca w związku małżeńskim. Ważne, by ten, kto chce adoptować dziecko był pełnoletni, a także, by między przysposabiającym a przysposobionym istniała odpowiednia różnica wieku (nie powinna być większa niż czterdzieści lat).

Procedura adopcyjna jest długa i wymaga od przyszłych rodziców dużej wytrwałości. Muszą oni dostarczyć wiele dokumentów potwierdzających ich wiarygodność i kompetencje jako przyszłych rodziców. Wśród zaświadczeń, jakich wymagają Ośrodki Adopcyjno-Opiekuńcze są m.in. zaświadczenia o zarobkach i zatrudnieniu, zaświadczenia o niekaralności, a także lekarskie o braku zdrowotnych przeciwwskazań do adopcji. Rodzice, którzy chcą przysposobić dziecko są poddawani procedurze przygotowawczej i ocenie ich kwalifikacji – w tym celu przeprowadzany jest wywiad środowiskowy w miejscu zamieszkania rodziny, szkolenie grupowe lub indywidualne, a także badania psychologiczne. Jeżeli te procedury zostaną spełnione, kandydaci mogą rozpocząć starania o dziecko

Adopcja – obowiązki i prawa rodziny adopcyjnej

Adoptować można dziecko, którego rodzice nie żyją, są nieznani, zostali pozbawieni przez sąd władzy rodzicielskiej, lub którego rodzice przed sądem wyrazili zgodę na przysposobienie ich dziecka. Jednak by dziecko w ogóle mogło zostać adoptowane, jego sytuacja musi być jasna - tzn. rodzice muszą być pozbawieni praw rodzicielskich lub powinni się ich zrzec, a w przypadku nieznanych rodziców, sąd musi wyjaśnić ich personalia i sytuację prawną. Adopcja dziecka następuje przez orzeczenie sądu opiekuńczego. Zmieniony zostaje jego akt urodzenia – w miejsce danych rodziców biologicznych wpisane zostają dane rodziców adopcyjnych.

Dziecko nabywa prawa i obowiązki wynikające z pokrewieństwa w stosunku do krewnych nowych rodziców. Ustają zaś prawa i obowiązki przysposobionego wynikające z pokrewieństwa względem jego dotychczasowych krewnych, jak również prawa i obowiązki tych krewnych względem niego. Dziecko adoptowane przyjmuje nazwisko nowych rodziców, nierzadko otrzymuje także nowe imię. Warto wiedzieć, że rodzina adopcyjna nie otrzymuje środków finansowych na utrzymanie adoptowanego dziecka, nie podlega też kontroli żadnej instytucji. Inaczej jest w przypadku rodziny zastępczej.

Rodzina zastępcza – prawa i obowiązki rodziny zastępczej

Rodzina zastępcza zapewnia opiekę i wychowanie dziecku pozbawionemu całkowicie lub częściowo opieki rodzicielskiej, które z powodu przeszkód natury prawnej (rodzice nie zostali pozbawieni władzy rodzicielskiej) nie może być przysposobione. Rodzina zastępcza może być także ustanowiona dla dziecka, które mogłoby zostać adoptowane, bo nie ma przeszkód natury prawnej, ale z różnych przyczyn nie udaje się znaleźć dla niego rodziny adopcyjnej. Polskie prawo wyróżnia rodziny zastępcze – spokrewnione, niezawodowe i zawodowe (w tym zawodowe pełniące funkcję pogotowia rodzinnego). Mogą je tworzyć małżonkowie lub rodziny samotne. Warto pamiętać, że rodzina zastępcza to pomoc tylko czasowa.

Jeśli sąd tak zdecyduje, rodzice zastępczy mają obowiązek umożliwić rodzicom biologicznym kontakt z dzieckiem, a gdy rodzice naturalni odzyskują pełnię praw do opieki, wtedy dziecko wraca do nich. Taka sytuacja nie jest możliwa w przypadku adopcji.

Rodzina zastępcza pozostaje pod stałą kontrolą sądu, a także otrzymuje z opieki społecznej pieniądze na częściowe pokrycie kosztów związanych z utrzymaniem dziecka (może również zrezygnować z przysługującej jej pomocy finansowej). W przypadku zawodowych rodzin zastępczych - podobnie jak w przypadku adopcji - muszą one spełniać szereg wymogów, by uzyskać zgodę na opiekę nad dziećmi. Ważne są między innymi: predyspozycje psychofizyczne kandydatów na rodziców zastępczych, niekaralność za umyślne przestępstwo lub przestępstwo skarbowe, doświadczenie w pracy z dziećmi, a także warunki bytowe i mieszkaniowe.

Wymogi wobec rodzin zastępczych

Pełnienie funkcji rodziny zastępczej może być powierzone małżonkom lub osobie niepozostającej w związku małżeńskim, jeżeli osoby te spełniają następujące warunki:

- dają rękojmię należytego wykonywania zadań rodziny zastępczej;
- mają stałe miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- korzystają z pełni praw cywilnych i obywatelskich;
- nie są lub nie były pozbawione władzy rodzicielskiej, nie są ograniczeni we władzy rodzicielskiej ani też władza rodzicielska nie została im zawieszona;
- wywiązują się z obowiązku łżenia na utrzymanie osoby najbliższej lub innej osoby, gdy ciąży na nich taki obowiązek z mocy prawa lub orzeczenia sądu;
- nie są chore na chorobę uniemożliwiającą właściwą opiekę nad dzieckiem, co zostało stwierdzone zaświadczeniem lekarskim;
- mają odpowiednie warunki mieszkaniowe oraz stałe źródło utrzymania;
- uzyskały pozytywną opinię ośrodka pomocy społecznej właściwego ze względu na miejsce zamieszkania.

Pomoc środowiskowa - jest to pomoc pieniężna i niepieniężna przyznawana osobom mającym problemy z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku.

Pomoc ta obejmuje:

- świadczenia pieniężne
 - zasiłek stały - świadczenie obligatoryjne przysługujące każdej osobie niezdolnej do pracy lub niepełnosprawnej (na podstawie art. 37 ustawy o pomocy społecznej)
 - zasiłek okresowy - świadczenie przysługujące osobom lub rodzinom pozbawionych dochodów lub o dochodach niższych od ustawowego kryterium oraz o zasobach pieniężnych niewystarczających na zapewnienie podstawowych potrzeb życiowych (art. 38)
 - zasiłek celowy - świadczenie otrzymywane na zaspokojenie podstawowych potrzeb bytowych, np. na leki, opał, odzież itp. (art. 39 ustawy o pomocy społecznej)

- # Europejska karta praw d
- ## Europejska Karta Praw Dziecka w Szpitalu
1. Dzieci powinny być przyjmowane do szpitala i być prowadzone w domu, pod opieką rodziców.
 2. Powinni mieć prawo do tego, aby cały czas z rodzicami lub opiekunami. Nis powinni być z oddzielających - bez względu na wiek dzieci.
 3. Rodzicom należy stwarzać warunki pobytu w szpitalu i pomagać im w pozostawaniu przy rodzinie ich na dodatkowe koszty lub utratę z opieki nad dzieckiem, powinni być na bieżąco z zachowaniem do aktywnej współpracy.
 4. Dzieci i rodzice powinni mieć prawo do uczestniczenia, w sposób odpowiedni do ich wieku i się upewnienie i unikanie zbędnych stresów związan z jego pobytom w szpitalu.
 5. Dzieci i ich rodzice mają prawo współuczestniczenia w decyzjach. Każde dziecko powinno zabiegami diagnostycznymi i leczniczymi.
 6. Dzieci powinni przebywać razem z innymi i umieszczać dzieci razem z dorosłymi.
 7. Dzieci powinni mieć możliwość zabawy, odwieks i samopomocy. Ich otoczenie powinno wyposażyć, aby zapobiegało dziecięcej potrawie.
 8. Przygotowanie i umożliwienie personelu medycznemu i psychologicznym dzieci.
 9. Zespół opieki jest nad dzieckiem w szpitalu.
 10. Dzieci powinny być traktowane z takim i powinno być zawsze szanowane.
- Źródło: Ministerstwo Zdrowia

KONWENCJA O PRAWACH

KONIEC 😊

Dziękuję za uwagę

