

DZIECKO ZDROWE W ŚRODOWISKU DOMOWYM I SZKOLNYM
WYBRANE PROBLEMY ZDROWOTNE

Mirosława Kram

Bydgoszcz 2014 rok

CHARAKTERYSTYKA DZIECKA ZDROWEGO

Zdrowie nie jest stanem stałym, ale dynamicznym procesem. Nie ma jednoznacznych jego określeń. Stale aktualna definicja zdrowia: „Zdrowie to nie tylko brak choroby czy ułomności, ale także dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny”, ujawnia także inne obszary warunkujące pełnię zdrowia. Są nimi profilaktyka zdrowia i promocja zdrowia.

CZYNNIKI ROZWÓJU DZIECKA

Rozwój osobniczy (ontogenetyczny) obejmuje procesy zachodzące w organizmie w ciągu całego życia i są to kolejno następujące po sobie, ukierunkowane i nieodwracalne zmiany, które prowadzą do osiągnięcia dojrzałości biologicznej oraz zdolności do reprodukcji. Zmiany te dotyczą zarówno cech morfologicznych, jak i też fizjologicznych i psychicznych.

Przebieg rozwoju dziecka jest regulowany przez trzy grupy czynników: genetyczne tzw. determinanty, czynniki paragenetyczne, tzw. stymulatory oraz czynniki środowiskowe tzw. modyfikatory.

Determinanty genetyczne są zespołem genów dziedziczonych po rodzicach. Zespół informacji genetycznej, zwany genotypem zawarty w chromosomach, jest przekazywany potomstwu w połowie przez ojca, w połowie przez matkę. Ukierunkowanie i natężenie procesów metabolicznych, działanie poszczególnych gruczołów dokrewnych, przebieg różnicowania się, dojrzewania tkanek i narządów odbywa się na drodze uwarunkowania genetycznego.

Czynniki paragenetyczne to wpływ genotypu matki, jej organizmu na rozwijający się płód. Biologiczny wpływ matki na dziecko w czasie jego rozwoju wewnątrzmacicznego może być uwarunkowany jej stanem zdrowia, trybem życia, sposobem odżywiania się, przyjmowaniem leków i używkami oraz innymi czynnikami.

Zespół czynników środowiskowych obejmują czynniki biogeograficzne oraz czynniki społeczno- ekonomiczne. Wśród tych ostatnich odgrywają rolę w szczególności: warunki mieszkaniowe, poziom kultury rodziców, sposób odżywiania się, warunki higieniczne, zapewnienie opieki zdrowotnej, atmosfera domu rodzinnego i tryb życia rodziny.

Poszczególne etapy rozwoju dziecka mogą przebiegać harmonijnie jedynie przy zachowaniu sprawnego działania układu hormonalnego, który jest ściśle związany z czynnością ośrodkowego układu nerwowego.

Okres noworodkowy to okres przystosowania się organizmu do życia pozamacicznego. Noworodek jest nieporadny ruchowo, ma uogólnione reakcje ruchowe, ma wrodzone odruchy bezwarunkowe (instynktowne), np. ssania, połykania, kichania.

Okres niemowlęcy jest fazą intensywnego rozwoju. W kolejnych miesiącach życia zauważalne są typowe przejawy rozwoju zwane kamieniami milowymi: w I kwartale życia – dziecko unosi główkę i trzyma ją, uśmiecha się, gaworzy, w II kwartale – siedzi przez dłuższą chwilę, poznaje najbliższych, w III kwartale – zaczyna pełzać (raczkować), reagować na swoje, imię, siedzi samodzielnie, sylabizuje, w IV kwartale zaczyna wstawać, wymawiać słowa „mama, tata”. Roczne dziecko z reguły: samodzielnie stoi, chodzi trzymane za rękę, rozumie coraz więcej słów, dobrze zna najbliższe osoby.

Okres wczesnego dzieciństwa jest okresem zwolnienia tempa wzrastania. Okres ten służy opanowaniu i doskonaleniu umiejętności lokomocyjnych, a także porozumiewania się oraz kontroli oddawania moczu i stolca.

Okres szkolny to okres kształtowania się i doskonalenia sprawności ruchowej, wzrostu odporności organizmu oraz dojrzewania intelektualnego i społecznego.

Okres młodzieńczy (adolescencji) stanowi zakończenie procesów wzrastania i kostnienia. Postępuje dojrzewanie psychiczne oraz emocjonalne.

METODY ZBIERANIA INFORMACJI O DZIECKU

Podstawowymi metodami zbierania informacji o stanie zdrowotnym dziecka są: obserwacja, wywiad/rozmowa z rodzicami, rozmowa z dzieckiem, przeprowadzenie pomiarów parametrów życiowych oraz analiza dokumentacji medycznej.

W stosunku do dziecka, u którego ze względu na wiek i poziom rozwoju psychicznego czy stan zdrowia, istnieją obiektywne trudności w komunikowaniu się – obserwacja stanowi metodę priorytetową. Bardzo wiele można wnioskować obserwując zachowanie dziecka.

Zachowanie z punktu widzenia psychologii są to wszelkie czynności jednostki mogące być obserwowalne przez inne osoby. Czynność natomiast jest ukierunkowaną aktywnością jednostki wobec otaczającego świata i skierowaną na osiągnięcie celu.

Podstawowymi zasadami podejścia do dziecka są: „zatrzymanie się” - jak przy przechodzeniu przez ulicę, „słuchanie” – jak się ono wypowiada, „patrzenie” na dziecko - czy wygląda ono prawidłowo, czy widać jakieś nieprawidłowości, zastanowienie się co jest niepokojącego w dziecku i używanie w obserwacji wszystkich zmysłów - wzroku, słuchu, dotyku, powonienia.

Obserwacja polega na uważnym spostrzeganiu wyglądu i zachowania dziecka. Może być ona wykorzystana w celu uzupełnienia posiadanych danych lub potwierdzeniem tego co już się wie. Obserwując dziecko należy zwrócić uwagę na: wygląd ogólny, tj.: budowę ciała, (szczególnie na nieprawidłowości w odniesieniu do symetrii ciała) stan higieniczny skóry, ubiór, sposób poruszania się, zachowanie się dziecka (i jego rodziny) emocje - ekspresja twarzy, napięcie mięśniowe, intensywność głosu, tempo ruchów, ułożenie ciała, odżywienie. Obserwacja jest uważnym przyglądaniem się dziecku, ale bez wywoływania u niego poczucia bycia inwigilowanym.

Wywiad jest to planowa rozmowa z matką/ojcem, rodzicami ukierunkowana na uzyskanie możliwie jak największego zakresu informacji o dziecku i jego problemach zdrowotnych. Przeprowadzenie wywiadu musi spełniać określone wymagania, tj. zachowanie zasady intymności, tj. w osobnym pomieszczeniu, bez obecności innych osób, stawianie pytań typu otwartego, czyli zaczynające się od partykuły: co, jak („Co dziecko robiło przed zachorowaniem, Jak dziecko radzi sobie w szkole?” itp.); ale także i zamkniętego: „Czy jest to pierwszy czy kolejny pobyt dziecka w szpitalu?”. W wywiadzie unikać należy słownictwa ściśle zawodowego np. „Czy dziecko miało podawane leki drogą nebulizacji?”. Każde pytanie powinno dotyczyć jednego zagadnienia. Pytania kłopotliwe, np. dotyczące osobistych, intymnych spraw, należy zadawać w końcowej części wywiadu. Uzyskane informacje należy odnotować zawsze w dokumentacji pacjenta danej placówki.

Pomiar to stosowanie określonych sposobów i metod, z wykorzystaniem skal, tablic lub przyrządów, mających na celu określenie badanych przedmiotów poprzez przyporządkowanie im określonej wartości liczbowej, np.: pomiar temperatury ciała, pomiar masy ciała, wysokości, skala VAS (natężenia bólu), skala wsparcia społecznego, kwestionariusz ankiety, Karta edukacji dziecka z cukrzycą itp. Pomiaru dokonywane u dziecka służą do ilościowego i jakościowego mierzenia danej cechy i wnioskowaniu o wartości badanej cechy.

Analiza dokumentacji Polega na ilościowej i jakościowej analizie dokumentów dziecka: książeczki zdrowia dziecka, wypisów ze szpitala, karty konsultacji w poradni specjalistycznej, karty historii choroby, karty konsultacji lekarskiej, wyników badań laboratoryjnych.

OCENA STANU OGÓLNEGO

Na podstawie pierwszego kontaktu z dzieckiem, jego wyglądu, zachowania, dokonuje się wstępnej oceny dziecka. W każdej sytuacji należy okazać rodzicom i dziecku przyjazne nastawienie do zgłaszanych problemów. Niemal każda matka posiada intuicję. Może nie wiedzieć, jaka jest istota zaburzenia, ale może być przekonana, że ono istnieje. Jeśli matka mówi: „Wydaje mi się, że moje dziecko nie słyszy”, to na lekarzu spoczywa obowiązek potwierdzenia lub wykluczenia schorzenia lub/i pokierowania matki do specjalistów.

„Stan ogólny” jest to subiektywne wrażenie, jakie na badającym sprawia dziecko.

Na wstępną ocenę tego stanu składają się następujące cechy: świadomość (przytomność), wygląd twarzy (pogodny, cierpiący), zabarwienie skóry, ułożenie ciała (dowolne, przymusowe), zaburzenia chodu, stopień odżywienia (wychudzenie, otyłość), nawodnienia, inne cechy szczególne, np. drgawki, zlewne poty.

Zdrowe dziecko ma żywe spojrzenie, jest uśmiechnięte i pogodne oraz zainteresowane otoczeniem. Swoje ciało układa dowolnie w zakresie typowym dla wieku. Ma czystą skórę o barwie blado- różowej, ciepłą w dotyku, sprężystą i elastyczną. Jego oczy są lśniące. Dziecko zdrowe oddycha przez nos z zamkniętymi ustami. Jest zadowolone, ruchliwe, bawi się. Ma apetyt. Wydala regularnie stolec i mocz. Dobrze sypia. Nawiązuje dobre relacje społeczne z osobami z najbliższego otoczenia i w miarę życia z innymi osobami. Rozwija się zgodnie z ustalonymi normami.

OPIEKA ZDROWOTNA

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia (Dz. U. nr 130), w Polsce dzieci i młodzież do lat 18 objęte są profilaktyczną opieką zdrowotną. Jej wyrazem są powszechne profilaktyczne badania lekarskie, tzw. **bilanse zdrowia**. Wykonywane są one w celu indywidualnej oceny stanu zdrowia, oceny rozwoju i gotowości szkolnej dzieci, kwalifikacji do zajęć wychowania fizycznego, sportu szkolnego oraz ustalania ograniczeń dotyczących wyboru nauki i zawodu. Dzieci do 16 roku życia badane są w obecności matki lub ojca. (Zwyczajowo przyjmuje się, że badanie nastolatki w obecności rodzica np. osłuchiwanie klatki piersiowej przeprowadza się za parawanem) Obecność rodziców umożliwia zebranie wywiadu, a następnie przekazanie informacji o wyniku badania i zaleceń.

Każde badanie bilansowe składa się z wywiadu, analizy dokumentacji, ze szczególnym uwzględnieniem realizacji szczepień ochronnych obowiązkowych i zalecanych, badania

podmiotowego oraz pomiarów antropometrycznych – pomiaru masy ciała i wysokości ciała z jednoczesnym naniesieniem wyników na siatki centylowe. Badanie bilansowe kończy wniosek i udzielenie zaleceń dotyczących dalszej profilaktyki i promocji zdrowia, np. instruktaż karmienia piersią i pielęgnowania noworodka, promocji zachowań zdrowotnych, zapewnienie dziecku mieszkania wolnego od dymu tytoniowego.

Bilanse przeprowadzane są w okresie niemowlęcym – po ukończeniu każdego kwartału życia oraz w 2, 4, 6, 10, 13, 16 i 18 roku życia. w rejonowej poradni dla dzieci zdrowych.

Bilans oceniany jest jako prawidłowy „P”, jeśli nie stwierdzono odchyień od normy. W przypadku stwierdzenia nieznacznych zaburzeń nie wymagających jednak dalszej diagnostyki czy leczenia a jedynie obserwacji.

Wniosek bilansowy przedstawia się jako -„0” (obserwacja).

Nieprawidłowość wymagająca leczenia lub/i rehabilitacji oceniany jest jako bilans nieprawidłowy - „N” i wymaga dalszej specjalistycznej opieki lekarskiej.

Wniosek bilansowy oraz zalecenia lekarz pediatra zapisuje w książeczce i karcie zdrowia dziecka.

Bilans zerowy „0” jest pierwszym badaniem. Wykonywany jest w oddziale noworodkowym.

Bilans dwulatka. Lekarz pediatra przeprowadza je po ukończeniu 24 miesięcy, w pobliżu daty urodzenia, przyjmując 3 miesięczną tolerancję. Celem profilaktycznego badania dwulatka jest ocena dotychczasowej działalności profilaktycznej, tj.: realizacja szczepień ochronnych, profilaktyka niedokrwistości i krzywicy Następnie dokonuje się oceny rozwoju fizycznego - pomiaru masy ciała i wysokości ciała; słuchu – czy dziecko poszukuje źródła dźwięku, wzroku – czy widzi zabawki, postawy ciała – oceny kifozy piersiowej, lordozy lędźwiowej, fizjologicznego płaskostopia oraz stopnia rozwoju psychomotorycznego. Ten ostatni uzyskuje się na podstawie uzyskanych od opiekuna odpowiedzi na zadawane pytania: „Czy dziecko potrafi wspiąć się na krzesło? Czy potrafi bawić się klockami? Czy potrafi pokazać dwie części ciała na sobie? (oko, ucho) Czy łączy dwa słowa w zdaniu, np. mama daje?, Czy zgłasza potrzeby fizjologiczne? Czy nabiera pokarm i prowadzi je do ust?”. Czy rozpoznaje bliskie sobie osoby? Czy bawi się obok innych dzieci?

Bilans czterolatka Wykonuje się po ukończeniu 4 lat, także z 3 miesięczną tolerancją. Celem nadrzędnym bilansu w tym wieku jest wykluczenie wrodzonych wad, np. szczególną uwagę zwraca się na obecność jąder w mosznie. Słuch ocenia się wydając polecenie szeptem z odległości 3 m; ostrość wzroku za pomocą rysunków np. dwóch kół różniących się wielkością. Ocenia się także rozwój fizyczny i psychomotoryczny - obserwując zachowanie

się dziecka w gabinecie i odpowiedzi od opiekuna: „ Czy sprawnie chodzi i biega?, Czy potrafi skakać na jednej nodze?, Czy potrafi samo odpinać guziki?, Czy próbuje rysować, Czy buduje z klocków, np. most, Czy zadaje pytania: po co, dlaczego?, Czy je samodzielnie?, Czy ubiera się samodzielnie?” Dzieci, u których stwierdza się nieprawidłowości w rozwoju psychomotorycznym lub z wywiadu wynika, że istnieją kłopoty wychowawcze lub inne objawy niepokojące rodziców lub lekarza, dziecko należy kierować na badanie psychologiczne.

Bilans sześciolatka. Ma na celu ocenę gotowości szkolnej, tj. dojrzałość fizyczną i motoryczną. Oceny motoryki dużej dokonuje się na podstawie odpowiedzi na pytania: „Czy często potyka się lub przewraca”, „Czy porusza się niezręcznie?” „Czy ma trudności z utrzymaniem równowagi?”. Oceny motoryki małej dokonuje się na podstawie odpowiedzi na następujące zagadnienia i połączeniu z obserwacją: jak posługuje się kredką, nożyczkami?, mowy – czy rozumie to co się do niego mówi?, czy ma trudności w wykonywaniu poleceń?, czy mowa dziecka jest często trudna do zrozumienia? Dokonuje się również przesiewowego badania słuchu i wzroku. Ocenia się dojrzałość immunologiczną (odpornościową), psychospołeczną i intelektualną. Zdrowotna gotowość szkolna dziecka jest pełna, gdy nie stwierdza się nieprawidłowości w stanie zdrowia i rozwoju.

Bilans dziesięciolatka. Przeprowadza się w wieku 10 lat. Ocenia się poziom rozwoju i stan zdrowia dziecka, przystosowanie do szkoły, (wyniki w nauce) i środowiska (kontakty z rówieśnikami i dorosłymi). Przeprowadza się testy przesiewowe w kierunku skoliozy, ostrości wzroku, widzenia barwnego. W badaniu fizykalnym zwraca się uwagę na cechy dojrzewania płciowego. U dziewcząt: 10-12 r.ż. ocenia się - rozwój piersi, początek wzrostowego skoku pokwitaniowego, sylwetkę ciała. U chłopców: 11-13 r.ż.- pierwszy zwiastun dojrzewania to powiększenie jąder, początek owłosienia łonowego, wzrostowy skok pokwitaniowy.

Bilans trzynastolatka. Przeprowadza się w wieku 13 lat, w I semestrze 1 klasy gimnazjum. Ocenia się przebieg dojrzewania płciowego: u dziewcząt 12-14 r.ż - dalszy rozwój piersi, i owłosienia łonowego, początek owłosienia pachowego, pierwszą miesiączkę, początek sylwetki kobiecej; u chłopców: 13- 15 r.ż.- dalszy rozwój narządów płciowych, owłosienia łonowego, początek owłosienia pachowego, mutację głosu, trądzik. Ocenia się również stan zdrowia i rozwoju psychospołecznego w aspekcie wyboru i kierunku kształcenia w przyszłej szkole ponadgimnazjalnej (dotyczy także uczniów przewlekle chorych i niepełnosprawnych). Przeprowadza się testy w kierunku skoliozy, ostrości wzroku i widzenia barw, słuchu, podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi.

Bilans szesnastolatka. Przeprowadza się w wieku 16 lat, w I semestrze 1 klasy szkoły ponadgimnazjalnej. Ocenia się stopień dojrzewania płciowego: u dziewcząt 14-16 lat – dalszy rozwój piersi, owłosienie ostateczne, regularne miesiączki, sylwetka typowo kobieca; u chłopców: 15- 17 lat – zakończenie rozwoju narządów płciowych, owłosienia pachowego i łonowego, początek owłosienia męskiego, głos męski. Ocenia się także stan zdrowia psychospołecznego. Testy przesiewowe jak wyżej.

Bilans osiemnastolatka. Przeprowadza się w ostatniej klasie szkoły ponadgimnazjalnej w drugim semestrze roku szkolnego. W przypadku podjęcia przez ucznia pracy po ukończeniu szkoły – badanie dodatkowo przeprowadza lekarz medycyny pracy. Ocenia się stan zdrowia somatycznego i psychicznego pod kątem zdolności do dalszego kształcenia i nauki zawodu oraz zdrowia prokreacyjnego.

Troska o zdrowie i rozwój dzieci od pierwszych chwil ich życia - od momentu poczęcia, poprzez okres dzieciństwa i dorastania jest podstawowym zadaniem opieki pediatrycznej, także rodzicielskiej. Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami jest sprawowana przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę medycyny szkolnej oraz lekarza stomatologa. W czasie badań przesiewowych pielęgniarka ma możliwość przekazywania uczniowi wiedzy na temat m.in. zachowań zdrowotnych.

OCENA ROZWOJU DZIECI I MŁODZIEŻY

Rozwój dziecka przebiega według kolejno następujących po sobie zmianach w sferze somatycznej, psychicznej i społecznej. Zmiany te dokonują się od okresu noworodkowego, który to jest okresem przystosowania się organizmu do życia pozamacicznego. Okres niemowlęcy to etap o dużym tempie i dynamice rozwoju fizycznego i psychomotorycznego. Okres wczesnego dzieciństwa charakteryzuje się zwolnieniem tempa wzrastania na rzecz zwiększenia masy mięśniowej. Okres przedszkolny charakteryzuje mniejsze tempo rozwoju fizycznego. Okres szkolny to kształtowanie się i doskonalenie sprawności ruchowej, także rozpoczęcia okresu dojrzewania i dorastania. Okres młodzieńczy (adolescencji) stanowi zakończenie procesów dojrzewania psychicznego i emocjonalnego.

Ocena rozwoju fizycznego

Przebieg rozwoju fizycznego dziecka jest czułym miernikiem stanu jego zdrowia, dlatego też ocena jego rozwoju jest jednym z ważniejszych elementów badania lekarskiego. Pełną informację o wieku rozwojowym uzyskuje się oceniając wszystkie mierniki. Ocena ta polega na określeniu wieku rozwojowego i zawiera: ocenę wieku morfologicznego, wieku zębowego oraz ocenę dojrzałości płciowej. Różnice pomiędzy poszczególnymi parametrami nieprzekraczające 1 roku pozwalają uznać rozwój dziecka za harmonijny. Różnice powyżej 2 lat są oznaką nieharmonijnego rozwoju - jego przyspieszenia bądź opóźnienia.

Wiek morfologiczny (wiek sylwetki) i jego ocena dokonywana jest poprzez przeprowadzenie pomiarów antropometrycznych ciała, tj. długości/wysokości ciała, masy ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej (u dzieci do lat 3). Określenie „długość ciała” dotyczy dzieci niewspółpracujących z osobą wykonującą pomiar; określenie „wysokość ciała” - dotyczy dzieci współpracujących czyli powyżej ok.2 roku życia.

Wysokość ciała. Donoszony noworodek mierzy przeciętnie 50-52 cm, roczne dziecko mierzy około 75 cm. W drugim roku życia roczny przyrost wysokości ciała wynosi 10-12 cm, w 3-4 roku życia 6-8 cm, a w kolejnych latach – około 5 cm. W okresie skoku pokwitaniowego, szybkość wzrastania zwiększa się i wynosi średnio 10-13 cm na rok u chłopców i kończy się ok. 18 r.ż, 8 cm u dziewcząt i kończy się średnio ok. 16 r.ż.

Masa ciała. Pomiar masy ciała wykonuje się na wadze lekarskiej. Donoszony noworodek waży przeciętnie 3500 g, W 5 miesiącu życia niemowlę podwaja masę urodzeniową, w 10- 12 miesiącu życia ją potraja. W kolejnych latach dziecko przybiera na masie zwykle 2 kg na rok w okresie przedszkolnym, 3 kg w okresie szkolnym, a podczas skoku pokwitaniowego – średnio 5 kg rocznie.

Obwód głowy i klatki piersiowej. Dokonuje się u dzieci do 3 roku życia. Pomiaru dokonuje się taśmą centymetrową. Pomiaru głowy dokonuje się poprzez ułożenia taśmy przez środek guzów czołowych i potylicę, klatki piersiowej na wysokości dolnych kątów łopatek.

Wiek zębowy. Określa się na podstawie czasu wyrzynania się poszczególnych zębów. W 6-8 miesiącu życia pojawiają się pierwsze zęby mleczne -siekacze dolne i kolejno co 2 miesiące następne - siekacze górne przyśrodkowe, siekacze boczne górne i dolne, zęby przedtrzonowe, następnie kły i zęby trzonowe. Pod koniec 1 roku życia dziecko ma zwykle 6 zębów, a pełne uzębienie mleczne, w ilości 20 zębów – około 30 miesiąca życia. Około 6 roku życia następuje stopniowa wymiana zębów mlecznych na stałe w liczbie 32.

Ocena dojrzałości płciowej. Fizjologiczne granice dojrzewania płciowego wyznacza u dziewczynek okres od 8 do 16 roku życia, u chłopców od 10 do 18 roku życia. Dwa lata krańcowe okresu dojrzewania dla obu płci to pogranicze normy. Do oceny zaawansowania cech pokwitania służy 5- stopniowa skala Tannera. Ocenia się w niej stadia rozwoju piersi u dziewcząt (MI-MV), stadia rozwoju owłosienia łonowego u obu płci (PI-PV) oraz stadia rozwoju narządów płciowych u chłopców (GI-GV). Okres dojrzewania u dziewcząt kończy wystąpienie pierwszej miesiączki (menarche). Przeciętny wiek wystąpienia pierwszej miesiączki w Polsce wynosi 12 lat i 8 miesięcy.

Metody oceny rozwoju fizycznego

Porównanie wyników pomiarów z normami rozwojowymi przedstawionymi w tabelach norm, na siatkach centylowych, na morfogramach i tabelach BMI, są podstawowymi i jednocześnie najprostszymi metodami oceny rozwoju fizycznego dzieci. Przez porównanie wielkości badanych cech z danymi z tabeli, siatek, itd., odpowiadającymi płci i liczbie ukończonych lat, można stwierdzić, czy odpowiadają one normie lub jak duże jest opóźnienie bądź przyspieszenie rozwoju.

Siatki centylowe są graficzną metodą przedstawienia pozycji badanej cechy i jej zakresu zmienności w odniesieniu do wieku i płci. Na osi „X” zaznaczony jest wiek dziecka, na osi „Y” zaznaczone są wartości danej cechy np. kg, cm. Dalej zaznaczone są równoległe krzywe oznaczające poszczególne centyle (centum, łac. - sto). Górną granicę stanowi centyl 97, dolną centyl 3. Centyl 50 odpowiada medianie. Wartości między 3 a 10 centylem oraz między 90 a 97 centylem stanowią tzw. strefę obserwacyjną. Przedział 25-75 centyl określa tzw. wąską normę rozwojową (50 % populacji). Przedział 10-90 centyl określa szeroką normę rozwojową (80% populacji). Na siatkach centylowych można wyznaczyć wiek dla którego aktualny wzrost i masa ciała odpowiada **50 centylowi**.

Każda wizyta w poradni dziecięcej powinna skłaniać pielęgniarkę do sprawdzenia w książeczce zdrowia dziecka czas przeprowadzenia pomiarów masy ciała i wysokości ciała.

W razie ich braku w ciągu ostatniego roku u dzieci starszych, należy dokonać pomiarów, zanotować w książeczce zdrowia i nanieść dane na siatki centylowe.

Korzystanie z siatek centylowych W celu określenia pozycji centylowej danej cechy (np. masy ciała) należy wybrać siatkę centylową dla danej płci. Na osi poziomej znaleźć punkt odpowiadający wiekowi dziecka. Na osi pionowej – punkt odpowiadający wartości zmierzonej cechy. Z punktów tych przeprowadza się linie proste prostopadłe. Miejsce, w

którym się one przecinają wyznacza pozycję centylową dla danej cechy. Jeśli znaleziony punkt znajduje się na linii 25 centyla, to pozycję zapisuje się jako 25 centyl; jeśli w połowie odległości między dwiema liniami, np. między 25 a 50 centylem, to wynik ten zapisuje się jako 25-50 centyl lub 25/50 centyl; jeśli poniżej 3 centyla, to wynik zapisuje się ↓ 3 centyla, jeśli powyżej 97 centyla to wynik zapisuje się ↑97 centyla.

Na tle siatek można określić poziom rozwoju dziecka, prześledzić dynamikę rozwoju, gdy badanie tego samego dziecka było wykonywane kilkakrotnie w określonych odstępach czasu.

Ocena stanu odżywienia

Stan odżywienia jest to zespół cech somatycznych i biochemicznych ustroju będących wykładnikiem dostarczania składników pokarmowych, ich trawienia, wchłaniania i wykorzystania ich przez organizm. „Prawidłowo” szczupłe dziecko zwykle ma podobnych do siebie rodziców, jest aktywne, charakteryzuje się proporcjonalnością wysokości i masy ciała.

W celu oceny stanu odżywienia stosuje się wskaźnik względnej masy ciała: BMI (Body Mass Index) obliczany wg wzoru: **BMI= masa ciała (kg)/ wzrost (m²)**. Jest to liczba kilogramów przypadająca na metr kwadratowy ciała.

U dzieci i młodzieży jako normę przyjmuje się BMI od 5 centyla do 85 centyla. BMI > 85 centyla oznacza nadwagę, a BMI > 95 centyla – otyłość.

Termin prawidłowa masa ciała odnosi się do takiej masy ciała, z którą człowiek czuje się dobrze, w pełni sprawnie fizycznie i w pełni energii. Prawidłowa masa ciała to także pewien zakres wartości zawsze odnoszący się do konkretnej osoby o konkretnym wzroście, budowie ciała i określonym wieku. Dobre łaknienie traktowane jest jako wyraz dobrego stanu zdrowia. Niedożywienie jest wyrazem nieodpowiedniej podaży substancji spożywczych dla potrzeb rozwijającego się organizmu. U jego podstaw może tkwić przewlekły lub utajony proces chorobowy lub zaburzenia metaboliczne. Zaburzenia stanu odżywienia często są pierwszym, a nieraz jedynym, objawem choroby przewlekłej. Np. utrata masy ciała, apatia, senność, osłabienie, bledność powłok skórnych to typowe objawy niedokrwistości z niedoboru żelaza; utrata masy ciała to pierwsze objawy cukrzycy. Systematyczne pomiary masy ciała, wysokości ciała oraz nanoszenie wyników na siatki centylowe pozwalają na wychwycenie zaburzeń w rozwoju somatycznym.

ŻYWIENIE DZIECI I MŁODZIEŻY

Właściwe odżywianie się jest niezbędne dla prawidłowego funkcjonowania organizmu człowieka. Sposób odżywiania zależy od wielu czynników: wieku, rodzaju wykonywanej pracy, przyzwyczajzeń kulinarnych, pory roku. Ważne jest aby dieta (łac. diaeta - sposób życia) była urozmaicona, a spożywane pokarmy dostarczały organizmowi substancji odżywczych i regulujących. Żywienie jest nierozzerwalnie związane z istnieniem i stanowi podstawowy problem zdrowotny w życiu każdego człowieka.

Składniki pożywienia

Żywność, produkty żywnościowe ze względu na ich skład chemiczny dzieli się na białkowe, tłuszczowe, węglowodanowe, witaminowe.

Białka są materiałem budulcowym dla tkanek i składnikiem różnorodnych substancji ustroju - enzymów, hormonów. Zbudowane są z aminokwasów. 1 gram białka dostarcza 4 kcalorii. Udział w dziennej racji pokarmowej powinien wynosić 15 %. Jego źródłami są: mleko i jego przetwory, jaja, drób, ryby, mięso.

Tłuszcze są źródłem energii, witamin oraz niezbędnych nienasyconych kwasów tłuszczowych (omega 3, omega 6). 1 gram tłuszczu dostarcza 9 kcalorii. Udział w dziennej racji pokarmowej powinien wynosić 30%. Źródłami tłuszczów są: olej, oliwka (tłuszcze roślinne) masło (tłuszcze zwierzęce). Tłuszcze widoczne to: smalec, olej, masło. Tłuszcze niewidoczne (ukryte) to: tłuszcz zawarty w mięsie, mleku. Tłuszcze (lipidy) stanowią nośniki witamin: A,D,E,K i które rozpuszczają się w nich. Tłuszcze poprawiają wartości smakowe potraw, podnoszą ich sytość i kaloryczność. Gromadzone są w tkance podskórnej.

Węglowodany. Cukry proste łatwo rozpuszczają się w wodzie, mają słodki smak: glukoza (cukier gronowy), fruktoza (cukier owocowy) występują w owocach, warzywach, miodzie. Dwucukry to: sacharoza (cukier buraczany), laktoza (cukier mleczny) i maltoza. Wielocukry to: skrobia, występująca w ziemniakach, kukurydziej; glikogen (skrobia zwierzęca) oraz błonnik. 1 g glukozy dostarcza 4 kcal. Udział w dziennej racji pokarmowej powinien wynosić 55%. Źródłami węglowodanów są: cukier, słodycze, miód, przetwory zbożowe, warzywa.

Sole mineralne - jedne są materiałem budulcowym: wapń, fosfor, żelazo. Inne regulują przebieg procesów życiowych: potas, sód, chlor, jod. Wchodzą w skład budowy komórek, tkanek, płynów ustrojowych, enzymów, hormonów. Źródła: produkty pochodzenia roślinnego i zwierzęcego, woda oraz sól kuchenna.

Witaminy - są związkami organicznymi (*vita* – życie, *amina* – związek zasadowy). Są niezbędne dla prawidłowego metabolizmu ustroju. Nie są nośnikami energii ani składnikami budulcowymi. Organizm ludzki nie wytwarza witamin. Występują w różnych ilościach w produktach pochodzenia roślinnego i zwierzęcego. Dzieli się na rozpuszczalne w wodzie (witamina C, witaminy grupy B) i rozpuszczalne w tłuszczach (witaminy A,D,E,K). Witaminy warunkują utrzymanie prawidłowego stanu zdrowia i rozwoju organizmu.

Woda. Występuje w płynach ustrojowych i tkankowych Stanowi 2/3 masy ciała dorosłego i 3/4 masy ciała noworodka. Jest rozpuszczalnikiem składników pokarmowych, bierze udział w procesie trawienia, regulacji temp. ciała, usuwania z organizmu produktów przemiany materii. Źródłami wody są: napoje i produkty spożywcze. Dobowe zapotrzebowanie – u dorosłego ok. 2 - 2,5 l/dobę, u niemowlęcia 150 ml/ kg mc. Utrata z moczem wynosi ok.60%, pozostałe przez skórę, płuca oraz ze stolcem.

Racjonalne żywienie

Polega ono na systematycznym dostarczaniu składników odżywczych, witamin i soli mineralnych. Dzieci i młodzież powinni spożywać 5 posiłków dziennie, w odstępie ok. 3 godzin i o stałych porach. Ostatni posiłek powinien być spożywany ok. 2 godziny przed snem nocnym. Aby zapobiec monotonii żywienia należy stosować różnorodność surowców, technik kulinarnych (potrawy gotowane, smażone, duszone, pieczone), smaków i zapachów.

Pierwsze śniadanie Powinno stanowić 25% dziennej racji pokarmowej. Powinno dostarczać składniki pokarmowe umożliwiające wydatek energetyczny związany z pracą wykonywaną w ciągu dnia. W skład tego posiłku powinno wchodzić mleko, spożyte w formie zupy mlecznej, z różnymi dodatkami (musli, płatki) czy w postaci napoju, pieczywo z masłem, wędliną lub twarogiem lub gotowanym jajkiem oraz warzywami, np. rzodkiewką, sałatą, ogórkiem, papryką, kapustą pekińską, pomidorem.

Drugie śniadanie Powinno stanowić 10% dziennej racji pokarmowej. Zaleca się zjedzenie kanapki z żółtym serem, wędliną bądź pastą rybną, gotowane jajko oraz warzywa i owoce.

Obiad. Powinien stanowić 35% dziennej racji pokarmowej i składać z zupy i drugiego dania. Na obiad należy zjeść produkt białkowy wysokowartościowy, surowe lub gotowane warzywa i świeże owoce. Deser powinien stanowić zakończenie obiadu.

Podwieczorek. Powinien stanowić 10% dziennej racji pokarmowej. Można spożyć deser mleczny, ciasto z owocami lub ciasto drożdżowe, owoce, soki. Nie powinien być zbyt kaloryczny.

Kolacja. Powinna stanowić 20% dziennej racji pokarmowej i zawierać potrawy lekkostrawne, w tym produkt zawierający białko pełnowartościowe, warzywa i owoce. Podczas każdego posiłku i między posiłkami powinno się spożywać napoje, soki i wody mineralne w ilości 2 litrów w ciągu dnia.

W edukacji żywieniowej podstawą do określenia odpowiednich proporcji oraz ilości produktów z 5 podstawowych grup produktów spożywczych zastosowanie ma piramida zdrowego żywienia. U jej podstawy leży aktywność fizyczna oraz kontrola masy ciała.

Zasady żywienia

Różnorodność Polega na dostarczeniu organizmowi wszystkich składników niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania organizmu Zapewnia organizmowi odpowiednią ilość składników energetycznych i budulcowych, ale także witamin i soli mineralnych. Zróżnicowanie diety pozwala uniknąć nadmiernego spożywania pokarmów niekorzystnych ze zdrowotnego punktu widzenia, np. tłuszczów, soli. Produkty roślinne – warzywa surowe lub gotowane na parze, orzechy oraz nasiona roślin strączkowych. Dieta oparta na produktach roślinnych pozwala na zmniejszenie ryzyka zachorowania na choroby układu krążenia. Jako czynniki wpływające korzystnie wymienia się zrównoważoną zawartość witamin i soli mineralnych oraz błonniki, właśnie zawarte w produktach roślinnych.

Ograniczenie tłuszczów. Należy wybierać produkty o niskiej zawartości tłuszczów, chude mięso, ryby. Tylko od czasu do czasu można zjeść potrawy tłuste. Nie powinny one jednak być składnikiem codziennej diety.

Unikanie nadwagi. Utrzymanie prawidłowej masy ciała warunkuje dobre samopoczucie i sprawność fizyczną, zmniejsza ryzyko zachorowania na choroby takie jak: zawał mięśnia sercowego, nadciśnienie tętnicze.

Ograniczanie soli kuchennej i alkoholu. Nadmiar soli w diecie odpowiada za powstawanie oraz utrzymywanie się nadciśnienia tętniczego krwi. Alkohol jest trucizną komórek układu nerwowego, komórek wątroby, sprzyja także nadciśnieniu tętniczemu.

Przestrzeganie podstawowych zasad higieny. Przede wszystkim przed przygotowywaniem pożywienia należy umyć ręce. Ważną czynnością jest mycie zębów i płukanie jamy ustnej.

Żywność należy przechowywać w odpowiednich warunkach. Produkty, takie jak warzywa, owoce, jajka należy przed spożyciem starannie umyć. Kupując produkty żywnościowe należy sprawdzać ich termin ich przydatności do spożycia.

Nieprawidłowe odżywianie się i zaniedbywanie zasad higieny może doprowadzić do chorób układu pokarmowego – tasiemczycy, glistnicy, owsicy, choroby wrzodowej żołądka, zatruc pokarmowych, niedowagi, nadwagi i otyłości.

Żywnie dzieci i młodzieży należy postrzegać wielokierunkowo. Powinno być zgodne z aktualnymi zaleceniami. Dieta powinna być urozmaicona, uregulowana, umiarkowana, zindywidualizowana z respektowaniem apetytu. Prawidłowe żywienie powinno zapewniać dziecku właściwy rozwój fizyczny i intelektualny, zapobiegać niedoborom, a także stanowić profilaktykę wielu schorzeń, ujawniających się nie tylko w wieku niemowlęcym, ale i później w wieku dorosłym.

ZACHOWANIA ZDROWOTNE DZIECI I MŁODZIEŻY

Zachowania zdrowotne są jedną z kategorii zachowań ludzkich, które składają się na styl życia. Obserwując człowieka można w dużym stopniu stwierdzić jak on traktuje swoje zdrowie, chorobę, jak reaguje w sytuacjach z nimi związanych. Zgodnie z hasłem „Twoje zdrowie w Twoich rękach”, odpowiedzialność za stan zdrowia ponosi sama jednostka i jednocześnie ona sama podejmuje szereg działań na rzecz swojego zdrowia.

Zachowania zdrowotne to wszelkie zachowania (nawyki, zwyczaje, postawy, uznane wartości przez jednostki i grupy społeczne) w dziedzinie zdrowia i które wywołują określone – pozytywne lub negatywne skutki zdrowotne u osób, które je realizują. Wyróżnia się zachowania pro- i antyzdrowotne. Pierwsze z nich to zachowania sprzyjające zdrowiu, pozytywne. Zachowania antyzdrowotne są zachowaniami negatywnymi. Należą do nich: siedzący tryb życia, palenie papierosów, spożywanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, przemoc rówieśniczą.

Zachowania prozdrowotne

Oznaczają aktywność ruchową, racjonalne odżywianie, utrzymywanie dobrych relacji z innymi ludźmi, dbanie o czystość ciała i otoczenia, zachowanie bezpieczeństwa w ruchu drogowym, poddawanie się badaniom profilaktycznym, unikanie ryzykownych kontaktów seksualnych.

Aktywność ruchową (fizyczną) definiuje się jako każdy ruch ciała, który powstaje dzięki mięśniom szkieletowym i powoduje wydatek energetyczny. Jest czynnikiem warunkującym zdrowie i stanowi podstawową potrzebę człowieka w każdym okresie życia i kluczowym składnikiem zdrowego stylu życia. Szczególną rolę odgrywa w dzieciństwie i młodości, bo jest niezbędna do prawidłowego rozwoju fizjologicznego, psychicznego i społecznego. Codzienna aktywność fizyczna jest to każda forma ruchu wykonywana podczas prac domowych, przemieszczania się do szkoły, pracy. Aktywność planowana to uprawianie określonej dyscypliny sportu lub ćwiczeń fizycznych, takich jak: szybki marsz, marszobiegi, jazda na rowerze, aerobik, pływanie, ćwiczenia w wodzie, gimnastyka, gry zespołowe, gry sportowe, narciarstwo biegowe, taniec. Przyjmuje się, że optimum aktywności ruchowej stanowi co najmniej 60 min dziennie przez przynajmniej 5 dni w tygodniu. Umiarkowany wysiłek fizyczny jest ekwiwalentem szybkiego marszu z towarzyszącym uczuciem „zgrzania się” i nieznacznego braku tchu. Aktywność fizyczna w połączeniu ze zdrowym żywieniem jest warunkiem zachowania zdrowia w każdym wieku.

Racjonalne odżywianie się. Ma szczególny wpływ na rozwój dzieci i młodzieży, warunkuje ich zdrowie, zdolności uczenia się, aktywność ruchową i psychiczną. Przez racjonalne żywienie rozumie się dostarczenie dziecku w codziennych posiłkach odpowiedniej ilości energii, składników pokarmowych i regulujących oraz prawidłowe rozłożenie posiłków w ciągu dnia, w postaci 5 posiłków.

Odżywienie powinno być urozmaicone. Podstawą wyżywienia powinny być produkty o wysokiej zawartości węglowodanów złożonych, tj. pieczywo, kasze, makarony, płatki zbożowe i ziemniaki. Na drugim miejscu powinny być usytuowane warzywa, w tym nasiona roślin strączkowych oraz owoce. Udział warzyw powinien być dwukrotnie wyższy niż owoców. Trzecie miejsce powinny stanowić produkty mleczne: kefir, jogurt oraz sery twarogowe. Wszystkie wymienione produkty powinny być spożywane codziennie. Kilka razy w tygodniu powinny być spożywane drób i ryby oraz mięso wieprzowe lub wołowe. W ciągu całego dnia należy wypijać ok. 2 l. płynów.

Czystość ciała i otoczenia. Jest to kolejny podstawowy warunek zachowania zdrowia. Utrzymywanie skóry ciała w stałej czystości chroni ciało przed chorobami zakaźnymi i pasożytami. Woda w połączeniu z mydłem rozpuszcza pot, łój i usuwa warstwę kurzu, brudu i drobnoustrojów, ułatwia sen. Po wieczornym myciu należy przebrać się w nocną bieliznę. Codzienna wieczorna kąpiel, natrysk nie zwalnia od porannego mycia się. Rano można umyć się chłodną wodą i umyć twarz, ramiona, piersi, plecy i natrzeć skórę ręcznikiem. Ręce należy

myć kilkakrotnie w ciągu dnia, koniecznie po oddaniu moczu i stolca, po przyjściu ze szkoły, spaceru. Trzeba dbać o czystość włosów i paznokci. Używać własnych przyborów toaletowych i kosmetyków, pościeli i odzieży. W mieszkaniu dbać o czystość, odkurzać, wietrzyć je.

Utrzymywanie dobrych relacji z innymi ludźmi Warto starać się, aby każdy kontakt z innym człowiekiem był kontaktem pozytywnym. To oznacza uśmiech wobec znajomego i nieznanego. Każdego dnia można zrobić sobie samemu jakiś „prezent”, ale i zrobić coś dla innych. Słuchać co kolega, koleżanka mówi, utrzymywać z nim kontakt wzrokowy. Być asertywnym w kontaktach z innymi.

Zachowanie bezpieczeństwa w ruchu drogowym. Można je rozpatrywać w aspekcie prowadzącego pojazd i pieszego. Posiadając prawo jazdy jest się zobowiązanym do pogłębiania umiejętności z zakresu techniki jazdy, a w szczególności w okresie zmiennych, trudnych warunków drogowych, takich jak opady deszczu czy śniegu. Będąc pieszym należy: zbliżając się do przejścia obserwować drogę - lewa, prawa, lewa, przez obrót głowy tułowia, korzystać z przejścia dla pieszych, przechodzić tylko na zielonym świetle itp. Niestety przyczyną wypadków drogowych są nadmierna prędkość i błędy pieszego. Nie zwalnia to rodziców od troskliwej opieki i wzmożonej czujności wobec swojego dziecka. Dodatkowe zalecenia wynikają ze specyfiki środowiska (miasto, wieś) czy zachowania samego dziecka, np. gdy jest ono nadruchliwe.

Badania profilaktyczne. Dotyczą udziału dzieci w powszechnych profilaktycznych badaniach lekarskich. Mają one na celu ocenę stanu zdrowia, rozwoju somatycznego (fizycznego) i psychospołecznego, identyfikację środowiskowych czynników zagrożeń dla zdrowia i rozwoju, ocenę zachowań zdrowotnych (odżywianie, aktywność fizyczna, higiena osobista, nałogi), zaplanowanie leczenia lub profilaktyki. Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami sprawowana jest przez: pielęgniarkę w gabinecie medycznym w szkole, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, lekarza stomatologa w poradni stomatologicznej. Obecnie główną rolę w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami sprawuje pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania. Powinna ona być rzecznikiem zdrowia w szkole, doradcą i konsultantem medycznym dyrektora szkoły i nauczycieli oraz uczniów i ich rodziców.

Unikanie zachowań ryzykownych. Jest to dbanie o swoje zdrowie i obejmuje: zapobieganie wypadkom i urazom; unikanie ryzykownych kontaktów seksualnych, unikanie spożywania alkoholu, palenia tytoniu.

Zachowania antyzdrowotne

Wiedza na temat szkodliwości dymu tytoniowego jest powszechnie znana.

Liczba palącej młodzieży rośnie. W czasie dojrzewania duży wpływ na rozpoczęcie **palenia papierosów** mają rówieśnicy jak i palący rodzice.

Najczęstszą substancją psychoaktywną używaną przez polską młodzież jest **alkohol**, w tym piwo.

Leki psychoaktywne – nasenne, uspakajające bez zlecenia lekarskiego przyjmuje ok. 15% nastolatków.

Ryzykowane zachowania seksualne są ważną grupą zachowań z punktu widzenia skutków zdrowotnych Średni wiek inicjacji seksualnej w Polsce to 16,3 lat dla dziewcząt i 15,9 lat dla chłopców. Jednocześnie ok. 40% aktywnie seksualnie młodzieży stosuje mało skuteczne metody antykoncepcyjne. Nastolatków dotyczą również zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową – AIDS, WZW typu B, rzeźsistkowica, choroby grzybicze.

Siedzący tryb życia to wielogodzinne siedzenie w ławce szkolnej a potem w domu przy biurku podczas odrabiania zdań domowych i relaks przed telewizorem czy komputerem. Siedzący tryb życia sprawia, że z czasem organizm łatwo się męczy co w konsekwencji prowadzi do unikania ruchu, zwłaszcza u nastoletnich dziewcząt. Spowodowane jest to najprawdopodobniej mechanizmem obronnym chroniącym organizm przed zbyt nadmierną stratą energii w czasie wzmożonego rozwoju układu rozrodczego. Popularność siedzącego trybu życia niestety rośnie.

Nieprawidłowe nawyki żywieniowe prowadzą do nadwagi i otyłości. Młodzi ludzie spożywają mało owoców i warzyw, mleka i jego przetworów oraz ryb. W zamian w ich diecie można znaleźć duże ilości słodczy i słodkich napojów. Nieprawidłowe nawyki żywieniowe dotyczą nie tylko jakości spożywanych posiłków, ale także ich sposobu, np. niespożywanie pierwszego śniadania, zastępowanie drugiego śniadania słodyczami, późniejszej jedzenia kolacji. Etiologia zachowań ryzykownych jest bardzo złożona. Poza brakiem wiedzy na ich temat, sprzyjają im: wrogość i emocjonalne odrzucenie ze strony rodziców, nauczycieli, niepowodzenia w szkole, odrzucenie przez rówieśników, ale także temperament dziecka wyrażający się w potrzebie stymulacji i impulsywność. Również cechy środowiska społecznego, np. niezamożność, bezrobocie czy przestępczość sprzyjają zachowaniom antyzdrowotnym.

STYL ŻYCIA A ZDROWIE UCZNIÓW

Pojęcie stylu życia jest odnosi się do zachowań nie mających ze zdrowiem bezpośredniego związku. Termin ten jest różnie definiowany, np. **styl życia to zespół codziennych zachowań, swoistych dla danej zbiorowości lub jednostki**. Styl życia traktowany jest jako jeden z najważniejszych czynników wpływających na stan zdrowia człowieka.

Ważnym środowiskiem, w którym dziecko spędza wiele -13-16 lat jest szkoła. Z punktu widzenia zdrowia, szkoła powinna zapewniać uczniom: bezpieczeństwo higieniczne, tj. zabezpieczenie przed chorobami zakaźnymi i pasożytniczymi, kształtować u uczniów umiejętności i zachowania chroniące przed zakażeniem: utrzymywanie czystości rąk, prawidłowe zachowanie się w czasie kaszlu, kichania, oraz bezpieczeństwo fizyczne, tj. zabezpieczenie uczniów przed wypadkami, zatruciami, mimo że występowanie urazów u uczniów jest uwarunkowane specyficznymi cechami psychofizycznymi dzieci i młodzieży. **Środowisko społeczne szkoły tworzy cała społeczność szkoły** i która to wytwarza jednocześnie klimat na który składają się m.in. relacje między nauczycielami a uczniami, obowiązujące regulaminy, wymagania wobec uczniów ze strony nauczycieli i rodziców, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa psychicznego w szkole, m.in.: uwolnienia od przemocy fizycznej ze strony uczniów jak i dorosłych, zapewnienie porządku i przepływu informacji, ze strony pielęgniarki zapewnienie uczniom jako pacjentom prawa do intymności i tajemnicy dotyczącej ich zdrowia. Szansą na poprawę warunków środowiska szkolnego jest rozwijający się w ostatnich niemal dwudziestu latach ruch szkół promujących zdrowie. Najważniejszymi okresami, w których kształtują się zachowania związane ze zdrowiem są dzieciństwo i młodość. Okresem krytycznym jest dojrzewanie/dorastanie, bo z jednej strony utrwalają się wyuczone wcześniej zachowania prozdrowotne, a z drugiej pojawiają się zachowania ryzykowne. Zachowań zdrowotnych dzieci i młodzież uczy się najpierw w rodzinie.

Styl życia i samopoczucie Źródło: Oblacińska A., Woynarowska B.: Profilaktyczne badania lekarskie i inne zadania lekarza w opiece zdrowotnej nad uczniami. Instytut Matki i Dziecka. Warszawa 2002.

Należy wstawić „X” w kratkę po prawej stronie każdego stwierdzenia w zależności od tego jak często wykonuje się lub odczuwa się to, czego dotyczy pytanie.	Zawsze 4	Często 3	Czasami 2	Rzadko 1	Nigdy 0
Zachowania sprzyjające zdrowiu					
1. Śpię co najmniej 8 godzin każdej nocy					
2. Myję zęby co najmniej 2 razy dziennie					
3. Oglądam TV mniej niż 2 godziny dziennie					
4. Ćwiczę lub biegam, pływam, gram w piłkę					
5. Jem codziennie owoce					
6. Jem codziennie warzywa					
7. Piję codziennie 2 szklanki mleka lub jogurt					
8. Staram ograniczać jedzenie słodczy					
9. Jem codziennie śniadanie					
10. Nie palę papierosów					
11. Nie piję piwa, wina, wódki					
Zapobieganie wypadkom					
12. Zapinam pasy bezpieczeństwa w czasie jazdy samochodem					
13. Patrzę w obie strony zanim przejdę przez jezdnię					
14. Posiadam kartę rowerową, prawo jazdy					
15. Biorę leki tylko za pozwoleniem rodziców					
16. Mówię rodzicom dokąd wychodzę					
Samopoczucie					
17. Łatwo zasypiam i dobrze śpię					
18. Mam dobry apetyt					
19. Jest mi dobrze w mojej rodzinie					
20. Jest mi dobrze w mojej klasie					

PROBLEMY ZDROWOTNE DZIECI I MŁODZIEŻY

Problemy zdrowotne dzieci i młodzieży rozpatruje się w kontekście: indywidualnym, medycznym i psychosocjalnym. Każdy uczeń powinien świadomie uczestniczyć w ochronie swojego zdrowia. Rodzice ponoszą prawną i moralną odpowiedzialność za zdrowie swoich dzieci. Ochrona zdrowia powinna zapewnić odpowiednie medyczne działania lecznicze i profilaktyczne a szkoła powinna zapewnić właściwe środowisko fizyczne i społeczne sprzyjające uczeniu się.

Źródła problemów

Problem zdrowotny definiuje się jako zagadnienie wymagające rozwiązania, ale i także jako poważną trudność, dolegliwość, niedomaganie.

Nauka szkolna oraz dynamiczny rozwój psychofizyczny i społeczny stanowią źródła problemów zdrowotnych.

Okres wczesnoszkolny trwający od 7 roku życia do początku dojrzewania charakteryzuje się dojrzewaniem ośrodkowego układu nerwowego, szczególnie w zakresie wyższych czynności mózgowych. Zaczynają ujawniać się coraz wyraźniej różnice w budowie ciała w zależności od płci. Postępuje dalszy rozwój układu mięśniowego, wzrasta siła mięśni i sprawność ruchowa. Wzrasta odporność na zachorowania, chociaż nadal często występują zachorowania na choroby zakaźne i zakażenia, zwłaszcza dróg oddechowych.

Okres dojrzewania (pokwitania) określa się przedział wieku 8-16 lat u dziewcząt i 10-17 lat u chłopców. Medycyna interpretuje dojrzewania jako zjawisko biologiczne manifestujące się przyspieszeniem wzrastania i rozwojem cech płciowych. Z psychologicznego punktu widzenia okres ten, określaną jako dorastanie (adolescencja) postrzegany jest w szerszych granicach, zwłaszcza górnych, sięgając okresu młodzieńczego, czyli nawet 18- 21 roku życia. Dojrzewanie psychospołeczne. W zależności od wpływów środowiskowych, sięgać może nawet 25 roku życia. W okresie dojrzewania dokonuje się wiele przemian biologicznych, warunkujących uzyskanie zdolności do prokreacji; do zmian osobowości. Zmienia się sylwetka ciała, wygląd zewnętrzny, zachowanie i postawy. Przemiany te dokonują się nierzadko burzliwie, często z zakłóceniem dotychczas względnie stabilnego rytmu rozwoju i przyjętych kanonów postępowania.

Okres dorastania to wiek kształtowania potrzeb. Za nadrzędne w tym okresie życia uznaje się następujące potrzeby: poznawczą, kontaktu emocjonalnego, sensu życia i potrzebę

seksualną. Potrzeba seksualna jest całkiem nowa. Narastające napięcie wewnętrzne i niepokój stanowią sytuacje stresową. Potrzeba seksualna wyraża się dwójako: potrzebą więzi i potrzebą rozładowania seksualnego. Pierwsza, uwarunkowana psychospołecznie dominuje u dziewcząt i polega na dążeniu do posiadania osoby bliskiej, opiekuńczej zapewniającej poczucie bezpieczeństwa. Druga, uwarunkowana biologicznie pod wpływem układu neurohormonalnego, dominuje szczególnie u chłopców. Obecnie obserwuje się zwiększenie swobody seksualnej i liberalizację poglądów młodzieży na temat zachowań seksualnych.

Środowiskiem rozwoju dziecka jest rodzina, w której przychodzi ono na świat.

Rodzina z jednej strony zapewnia zaspokojenie potrzeb biologicznych i psychospołecznych, kształtuje uwarunkowane kulturowo także przyjęte zwyczajowo i uznane za obowiązujące wzory zachowań i szeroko rozumiane bezpieczeństwo a z drugiej strony, z różnych powodów, np. trudnej sytuacji ekonomicznej, może być źródłem nieprawidłowych wzorców.

Główne problemy

Urazowość. U dzieci i młodzieży zależy od płci, wieku i miejsca zamieszkania. Bez względu na stopień ciężkości urazu częściej występują u chłopców niż dziewcząt, niezależnie od wieku. Ze względu na stopień ciężkości i rodzaj potrzebnej opieki medycznej urazy dzieli się na: drobne- nie wymagające pomocy medycznej, urazy lekkie – leczone ambulatoryjnie, urazy ciężkie wymagające hospitalizacji i najcięższe – powodujące zgony. Od przeszło 40 lat urazy stanowią główną przyczynę zgonów u dzieci i młodzieży i ich liczba przewyższa czterokrotnie liczbę zgonów z jakiegokolwiek innej przyczyny.

Urazy spowodowane wypadkami drogowymi (komunikacyjnymi) obejmują dzieci w każdej grupie wiekowej. Są to wypadki samochodowe, w których dziecko jest pasażerem pojazdu, bądź użytkownikiem drogi bądź młodym kierowcą.

Urazy spowodowane jazdą rowerem – jest ich znaczna liczba, ponieważ jazda odbywa się po drogach przeznaczonych również dla samochodów.

Upadki są urazami, do których najczęściej dochodzi w domu. Miejscem upadków poza domem są powierzchnie boisk sportowych- trawa, piasek, beton, asfalt.

Utonięcia ich najczęstszymi miejscami są rzeki, glinianki i morze.

Oparzenia, po urazach komunikacyjnych i utonięciach są trzecią – przyczyną zgonów dzieci. Oparzenia płomieniami powstają najczęściej podczas pożarów wzniesionych w domu. Podobnie jak oparzenia gorącymi płynami, co ma miejsce np. w kuchni. Oparzenie prądem elektrycznym wynika np. przez wkładanie do gniazdka przedmiotu wykonanego z materiału

przewodzącego prąd. Oparzenia kontaktowe najczęściej dotyczą kończyn i są spowodowane gorącymi urządzeniami: żelazko, lokówka, toster, kuchnia węglowa, słoneczka.

Zatrucia są szczególnie częste: między 1 a 5 rokiem życia oraz w okresie dojrzewania. Najczęstszymi źródłami zatruc są: leki, środki czystości, rośliny. Jeśli dziecko zachowuje się w sposób nietypowy lub nie reaguje na polecenia, należy przypuszczać, że spożyło substancję toksyczną. U dzieci i młodzieży zatrucia są często spowodowane „eksperymentami” oraz próbami samobójczymi.

Zaburzenia emocjonalne. Mają bogatą symptomatologię. Najczęstszym objawem z tego zakresu jest **lęk**, jako naturalna reakcja na zagrożenie. U uczniów jego źródłem jest często ocenianie, wydawanie opinii, zwłaszcza negatywnych ze strony dorosłych- rodziców, nauczycieli. Jeśli dziecko słyszy o sobie negatywną opinię - jego samoocena jest podobna, żeby nie rzec tak sama. Zaczyna działać mechanizm "samospelniającej się przepowiedni". Dziecko, aby nie odczuwać dyskomfortu psychicznego, zaczyna postępować zgodnie z oceną, jaką mu przypisano i przejawiać adekwatne do niej zachowania. Jeżeli dziecko nie jest w stanie w "normalny" sposób uzyskać akceptacji rodziców, nauczycieli - ich zainteresowania, pozytywnej oceny - zaczyna starać się o to "okrężnymi drogami", aby zredukować swój lęk. Skuteczna jest czasem "ucieczka w chorobę".

Niektóre dzieci, aby zniwelować lęk płynący z braku poczucia bezpieczeństwa czy też wręcz odrzucenia - uciekają się do zachowań agresywnych, takich jak lęk - gniew - **agresja**. Dziecko agresywne wywołuje konflikty, bije inne dzieci, przezywa je, przedrzeźnia, niszczy przedmioty, jest aroganckie, narzuca swoją wolę, zachowuje się wrogo, z nienawiścią odnosi się do innych. Agresja może więc być fizyczna (niewerbalna) jak i słowna. Może być to też agresja z przeniesienia. Ma to miejsce wówczas, gdy dziecko, ze zrozumiałych względów, nie może skierować jej na przedmiot swojej złości (bo jest to na przykład osoba dorosła). Wówczas kieruje ją na osoby słabsze: inne dzieci, młodsze rodzeństwo, zwierzęta, przedmioty. Często dzieci używają zachowań agresywnych instrumentalnie, tzn. dla osiągnięcia założonych korzyści (rodzic idzie na ustępstwo aby zahamować wybuch agresji dziecka). Dlatego przed podjęciem działań wychowawczych warto zadać sobie pytanie: „**Dlaczego dziecko zachowuje się w ten sposób?, Co ono chce uzyskać?**” Kolejnym przejawem zaburzeń zachowania o podłożu w sferze emocjonalnej jest fobia szkolna, czyli odmowa pójścia do szkoły. Może mieć ona przyczyny bezpośrednie, ale u jej źródeł tkwi także lęk. Analizując sytuację konkretnego dziecka odmawiającego pójścia do szkoły, najczęściej dociera się do nieprawidłowości w życiu rodzinnym (zaburzone relacje między

rodzicami a dzieckiem lub pomiędzy małżonkami). Dziecko nie jest w stanie samo poradzić sobie z tą trudną sytuacją. Pojawiają się różnego rodzaju dolegliwości somatyczne, zaburzenia snu, utrata apetytu, a przede wszystkim ogromny lęk. Bywa, że dziecko boi się wyjść z domu i pójść do szkoły, chce jakby „kontrolować sytuację”. Czasami dziecko poprzez odmowę pójścia do szkoły sygnalizuje swoją obecność w rodzinie, nawet prawidłowej, ale zajętej innymi priorytetami np. zarabianiem coraz większych pieniędzy.

Zaburzenia odżywiania się. Stają się obecnie poważnym problemem klinicznym. Wg badań Instytutu Matki i Dziecka nadwaga i otyłość pojawia się u 7% dzieci w pierwszej dekadzie życia i 10% w drugiej. U dzieci miejskich częstość ta jest zdecydowanie wyższa niż u dzieci wiejskich. Do rozwoju otyłości prowadzi wiele czynników etiologicznych. Równanie: energia zgromadzona = energia przyjęta = energia spożytkowana, pozostaje zawsze aktualne.

Nadmierna podaż tłuszczów w pożywieniu nie pobudza procesu ich utleniania i prowadzi do biernego gromadzenia w postaci tkanki tłuszczowej. **Dieta ubogowęglowodanowa** oraz obfitująca w tłuszcze, przy tej samej wartości kalorycznej prowadzi do zmniejszenia gromadzenia glikogenu, pobudzając przyjmowanie pokarmów i usposabiając do tycia. Znany jest również wpływ czynników rodzinnych na rozwój otyłości, tj **nieprawidłowe zwyczaje żywieniowe i mała aktywność fizyczna**. Zaburzenia odżywiania się opisywane są w dwu głównych formach: **jadłowstrętu psychicznego- oraz żarłoczości psychicznej**. Ich początek przypada najczęściej na okres adolescencji. Zaburzenia te występują częściej u dziewcząt i młodych kobiet. Anorexia charakteryzuje się silnym lękiem przed otyłością lub zwiększeniem masy ciała, nawet w przypadku znacznego jej niedoboru, BMI < 17,5 kg/m², nieprawidłowym postrzeganiem własnego ciała, (sylwetki, masy ciała), po okresie pokwitania, wtórny zanik miesiączki utrzymujący się przez trzy kolejne miesiące. Bulimia nervosa przejawia się napadowym, nadmiernym przyjmowaniem pokarmów i następującym po nim poczuciem winy oraz podejmowaniem czynności zmierzających do usunięcia nadmiaru kalorii. Masa ciała zwykle nie jest zmniejszona.

Inne problemy

Wśród dzieci i młodzieży występuje wiele innych typowych dla wieku rozwojowego, zaburzeń/problemów zdrowotnych.

Zaburzenia wzrastania- niskorosłość- stanowiący problem dla chłopców; wysokorosłość – poważny problem szczególnie dla dziewcząt.

Zaburzenia dojrzewania płciowego-u dziewcząt np. bolesne miesiączkowanie, zespół napięcia przedmiesiączkowego, u chłopców np. zaburzenia układu moczowo- płciowego: wnetrostwo, stulejka.

Zaburzenia narządów zmysłów – wzroku i słuchu.

Zaburzenia zachowania, u młodszych dzieci to zwiększona aktywność, nieposłuszeństwo, upór, napady złości, u starszych dzieci i młodzieży, agresja fizyczna, kłamanie, kradzieże, wagarowanie, niszczenie cudzej własności, używanie alkoholu.

Przemoc rówieśnicza. Najczęściej polega ona na dręczeniu, dokuczaniu, prześladowaniu. Może mieć charakter bezpośredni, tj. z użyciem siły fizycznej – popychanie, bicie, płucie, kopanie, chowanie rzeczy. Bezpośrednie zastraszanie obejmuje działania słowne poprzez groźenie, poniżanie, wyśmiewanie. Zastraszanie pośrednie ma charakter relacyjny i oznacza- obmawianie, izolację ofiary, ignorowanie. Agresywne zachowania uczniów są nierzadko wynikiem braku więzi rodzinnej, braku poczucia własnej wartości i nieradzenia sobie z problemami. Ofiary przemocy szkolnej przeżywają głębokie uczucie poniżenia i upokorzenia, strachu i wstydu, czują się samotne i wykluczone ze społeczności szkolnej. Zjawisko przemocy w szkole jest wykroczeniem przeciwko prawom ucznia do życia w poczuciu bezpieczeństwa i ścigane z mocy prawa, począwszy od Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej przez Konwencję o Prawach Dziecka poprzez Rzecznika Prawa Dziecka. Agresor nie może czuć się bezkarny a ofiara ma prawo do pełnego poczucia bezpieczeństwa.

Każdy z problemów zdrowotnych wymaga pomocy i opieki lekarskiej, pielęgniarskiej a także pomocy nauczycieli i rodziców oraz czynnego udziału samych uczniów w zapobieganiu ich wystąpienia, korekcji i leczeniu.

DZIECKO W RODZINIE

Każda jednostka w ciągu swojego życia uczestniczy w dwóch rodzinach: macierzystej, której pochodzi i w tej którą sama zakłada. Po spędzeniu dzieciństwa i młodości w rodzinie i dojścia do wieku dojrzałego zdecydowana większość kobiet i mężczyzn zawiera małżeństwo.

Postawy rodzicielskie

Z chwilą przyjścia na świat dziecka, rodzice zaczynają grać rolę rodzica i odgrywają ją przez całe życie. Współcześnie role ojca i matki są coraz częściej komplementarne, tzn. rodzice zamiennie wykonują zadania opiekuńczo- wychowawcze wobec swoich dzieci. Małżonkowie pełniąc rolę rodziców zawsze „w jakiś sposób” odnoszą, zachowują się wobec swojego dziecka. To postępowanie określa się mianem **postawy rodzicielskiej**.

Rodzice o postawie akceptującej. Traktują swoje dziecko takie jakie ono jest, zgodnie z jego urodą, możliwościami umysłowymi i usposobieniem. Ci rodzice lubią swoje dziecko – głaszczą je, przytulają. Chwalą je ale i stawiają granice. W miarę rozwoju dziecka dają mu coraz szerszy margines swobody, ale czuwają nad nim. Małymi krokami pozwalają, aby działało na własną odpowiedzialność. Stosownie do możliwości dziecka, włączają je do podejmowania decyzji w najważniejszych sprawach rodzinnych: jak wydać pieniądze, jak spędzać wakacje itp. Troszczą się o bezpieczeństwo i jego zdrowie. Rodzice przejawiający właściwe postawy sprzyjają kształtowaniu się u dziecka zdolności do nawiązywania trwałej więzi uczuciowej, sprawiają że dziecko jest wesołe, przyjacielskie, bystre i odważne. Powodują, że jest ono ufne, zdolne do współdziałania, że podejmuje czynności i zadania z własnej inicjatywy, co sprzyja twórczości i pomysłowości, dają możliwość rozwijania w dziecku poczucia własnej wartości i pewności siebie.

Rodzice apodyktyczni, nadmiernie wymagający. Stawiają swojemu dziecku wygórowane wymagania. Narzucają jemu swoją wolę, nie liczą się z jego upodobaniami. Ustalone normy i zakazy domowe przestrzegają rygorystycznie. Zmuszają dziecko do wielu rzeczy, np. ma jeść wszystko, bo to jest zdrowe. Gdy dziecko otrzymuje oceny niższe od oczekiwanych przez rodziców – wyrażają dezaprobatę i gniew. Zaostrzają ograniczenia.

Rodzice nadopiekuńczy. Wyręczają dziecko we wszystkich czynnościach dnia codziennego, w myśl zasady, że jeszcze w życiu się napracuje. W stosunku do dziecka są bezkrytyczni, ich dziecko to wzór doskonałości. Ustawicznie kontrolują je, nawet wtedy, gdy się bawi. Ciągłe je upominają: „nie biegaj, bo się zmęczysz”, „uważaj, bo zrobisz sobie krzywdę”. Wybierają

mu kolegów, koleżanki. Tolerują wszelkie zachcianki. Gdy dziecko ma trudności w szkole – winny jest nauczyciel.

Rodzice przejawiający niewłaściwe postawy. Sprzyjają kształtowaniu się u dziecka takich cech jak: agresywność, nieposłuszeństwo, kłótniowość i kłamliwość. Powodują, że jest nieufne i bojaźliwe, zaczyna mieć trudności w nauce, jest bierne i bez inicjatywy. W niektórych przypadkach, dzieci z tych rodzin są ofiarami sekt, a w skrajnych przypadkach dochodzi do samobójstwa dziecka.

W postawach rodziców, także innych domowników (dziadków), wskazane jest zachowanie konsekwencji i wspólnego frontu wychowawczego.

Wieloaspektowy wymiar rodziny

Zdrowa, prawidłowo funkcjonująca rodzina utrzymuje różnorodne kontakty osobiste „wewnątrz domu” a także z bliższą i dalszą rodziną, osobami spokrewnionymi i niespokrewnionymi. Kontakty te wynikają z potrzeby oparcia społecznego i przynależności dającej poczucie bezpieczeństwa, ale także i z chęci uczestnictwa we wspólnej zabawie i wypoczynku. Spotkania rodzinne, takie jak rocznicowe, imieniny, czy święta kościelne są jednocześnie sposobem na umacnianie więzi, poczucie wspólnoty i przynależności.

Niezbywalną funkcją rodziny jest funkcja emocjonalno – ekspresyjna. Wzajemne więzi, miłość, stała wymiana uczuć – realizowane w rodzinie są podstawą trwałości życia rodzinnego, pozwalają przezwycięzać trudności i nadają sens życiu. Dzięki wzajemnej miłości i zrozumieniu poszczególni członkowie rodziny czują się bezpiecznie, a w trudnych chwilach życia pozarodzinnego (szkoła, praca zawodowa) oraz w zdarzeniach losowych – w chorobie, po stracie bliskiej osoby otrzymują wsparcie. Rodzina kształtuje u dziecka uwarunkowane kulturowo, ale także zwyczajowo i uznane za obowiązujące wzory zachowań. Stanowią one podstawę wzajemnego współżycia i kontroli. Podstawą przyjętych wzorów zachowania są normy obyczajowe, religijne, moralne i prawne. Mogą one być zróżnicowane w obrębie poszczególnych rodzin, ale także w poszczególnych okresach życia rodziny, np. mniejszy lub większy rygorizm czy liberalizm przy egzekwowaniu konkretnych wymogów wobec dzieci w zależności od wieku i płci.

Podobny stopień ważności pełni funkcja socjalizacyjna. Socjalizacja jest naturalnym procesem, który dokonuje się w życiu rodziny. Polega na przekazywaniu wartości i norm współżycia, obejmuje przygotowanie do samodzielnego pełnienia ról społecznych (roli

dziecka, siostry, brata, ucznia, pracownika). To w rodzinie współpraca, współdziałanie, wzajemna pomoc, ofiarność, poszanowanie praw i potrzeb każdego jej członków unaoczniają młodemu człowiekowi podstawowe relacje społeczne i przekazują zasady współżycia społecznego.

Rodzina zapewnia ciągłość biologiczną, ciągłość kulturową – przekazuje język, system wartości, cele życiowe oraz obowiązujące w danej kulturze normy religijne. Stanowi jedną z podstaw trwałości kulturowej i moralnej dla narodów zamieszkałych poza granicami własnej ojczyzny ale i dla narodów z różnych względów pozbawionych ojczyzny – wysiedlenie, uchodźstwo, emigracja.

POTRZEBY BIO - PSYCHOSPOŁECZNE

Twórcą teorii potrzeb był amerykański psycholog Abraham Maslow (1908 – 1970). Według tej teorii rozwój człowieka, jego dobrostan i poziom samorealizacji jest uwarunkowany właściwym zaspokajaniem potrzeb. W strukturze procesów psychicznych potrzeby zajmują miejsce na równi z zadaniami i procesami motywacyjnymi. Wszyscy ludzie mają podobne potrzeby, choć wcale nie identyczne.

Charakterystyka potrzeb

Rozwój człowieka, jego dobrostan a także poziom samorealizacji są uwarunkowane właściwym zaspokajaniem potrzeb. Pojęcie „**potrzeba**” oznacza taki brak, który występuje u człowieka i który musi być uzupełniany, aby mógł on żyć i osiągać dobrostan oraz coraz wyższy poziom realizacji swoich możliwości rozwojowych. Każde dziecko, małe, duże, zdrowe, chore czy niepełnosprawne ma określone potrzeby. Zakres i jakość tych potrzeb zależy od wieku dziecka, indywidualnych cech osobowości, warunków w jakich żyje i rozwija się, wpływów środowiska, oddziaływań wychowawczych itd. Potrzeby zaliczane są do podstawowych mechanizmów aktywizujących ludzkie działanie. Ich hierarchia i sposób zaspokajania stanowią o stylu życia człowieka. O tym, że potrzeby zajmują bardzo ważne miejsce w strukturze psychiki człowieka świadczy fakt, że ich niezaspokojenie, wywołuje frustrację a nawet zaburzenia psychiczne. Skutki doraźne frustracji powodują takie zmiany lub zaburzenia w zachowaniu dzieci i młodzieży jak: napady tzw. złego humoru, agresje. W przypadku długotrwałej i często powtarzającej się frustracji powstają trwałe skutki, takie jak: depresja, poczucie mniejszej wartości, poczucie niesprawiedliwości, arogancja.

Wszystkie potrzeby mają określoną siłę. Powoduje to jednocześnie, że każdy człowiek ma swoją hierarchię potrzeb. Potrzeby wyższego rzędu występują po zaspokojeniu potrzeb niższego rzędu. W piśmiennictwie hierarchia potrzeb przedstawiana jest w postaci piramidy. Na samym jej dole umieszczone są potrzeby biologiczne (fizjologiczne). Na kolejnej „drabinie” znajduje się potrzeba bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego. Na następnych „drabinach” znajdują się potrzeby psychospołeczne. Ludzie bardzo różnią się pomiędzy sobą hierarchią owych potrzeb. Niezależnie od indywidualnej hierarchii potrzeb, która stanowi jednocześnie trwałą cechę osobowości, istnieje też hierarchia kształtująca się doraźnie, w związku z aktualną sytuacją organizmu. Może tak być, że człowiek w pewnym momencie jest tak głodny lub śpiący, że potrzeba biologiczna wysunie się na pierwsze miejsce. Rozpatrując swoje funkcjonowanie lub zastanawiając się nad zachowaniem innych ludzi, warto sobie zdawać sprawę z tego dwoistego sposobu rozumienia hierarchii potrzeb: po pierwsze jako hierarchii typowej dla danego człowieka; po drugie hierarchii aktualnej, która jest sytuacyjna i przejściowa. Wrażliwość rodziców na potrzeby dziecka i gotowość do ich realizacji mają duże znaczenie dla jego emocjonalnego i społecznego rozwoju, a zwłaszcza rówieśniczej popularności, koleżeńskich kontaktów.

Potrzeby biologiczne i psychospołeczne

Potrzeby biologiczne są wrodzone. Ujawniają się wkrótce po urodzeniu. Wynikają bowiem z fizjologii organizmu ludzkiego. Ich zaspakajanie jest niezbędne dla utrzymania organizmu przy życiu. Należą do nich: potrzeba oddychania, odżywiania i przyjmowania płynów, wydalania, ruchu, termoregulacji, snu i wypoczynku, czystości ciała oraz niedoznawania bólu. Wśród nich najważniejsza staje się ta, która aktualnie nie jest zaspokojona.

Na granicy potrzeb biologicznych i psychospołecznych leżą potrzeba bezpieczeństwa, kontaktu emocjonalnego oraz seksualna.

Potrzeba bezpieczeństwa przez całe życie człowieka jest potrzebą elementarną. Jej zaspokojenie stwarza możliwość zaspokojenia innych potrzeb, tzw. wyższego rzędu. U podstaw tej potrzeby leży instynkt samozachowawczy. Jej zaspokojenie pozwala na rozszerzanie relacji z innym ludźmi.

Potrzeba kontaktu emocjonalnego polega na tym, że każdy człowiek od najwcześniejszego dzieciństwa potrzebuje bliskości psychicznej drugiego człowieka. Ta bliskość jest czymś niezbędnym. W pierwszych latach życia, dla małego dziecka, rozwijającego się w

prawidłowym środowisku, obie (wymienione wyżej) potrzeby są zaspokajane we kontakcie z matką, jaką najbliższą osobą, do której miłość jest niepodzielna. Dlatego tak ważne jest, aby małym dzieckiem zajmowała się jedna osoba – matka lub osoba pełniąca tę rolę. Przez pierwsze trzy lata człowiek fizjologicznie nie jest zdolny do rozdzielania miłości na kilka osób, a brak kontaktu emocjonalnego lub też wieloosobowa, ciągle zmieniająca się opieka nad dzieckiem bardzo szybko narusza jego poczucie bezpieczeństwa i prowadzi do zaburzeń (niestety nierzadko nieodwracalnych) w rozwoju psychofizycznym.

Potrzeba seksualna ujawnia się u człowieka w wieku dojrzewania, jej złożoność polega na tym, że rozwija się na podłożu biologicznym, ale w swej zasadniczej części posiada strukturę psychologiczną.

Potrzeby psychospołeczne Kształtują się w procesie indywidualnego rozwoju człowieka. Powstają i ujawniają się pod wpływem rozwoju człowieka i doświadczeń życiowych.

Potrzeba poznawcza – skłania każdego do rozszerzania wiedzy, interesowania się wszystkim co nowe. Potrzeba ta, u jednych występuje z dużą siłą, podczas gdy u innych jest słabo rozwinięta i daje się szybko zaspokoić.

Potrzeba działania – ma różny wymiar w zależności od wieku. W dzieciństwie jej podstawową jest zabawa, w wieku szkolnym nauka, u dorosłych praca.

Potrzeby materialne- oznaczają rozmaite pragnienia posiadania rzeczy, które wydają się atrakcyjne dla jednostki. Ważne jest jednak to, aby potrzeba posiadania rozmaitych dóbr nie stała się dominująca, nie przesłoniła innych wartości.

Potrzeba przynależności i miłości – człowiek potrzebuje akceptacji i przejawów serdeczności ze strony innych ludzi. Zaspokojenie tej potrzeby w największym stopniu zależy od ludzi z najbliższego otoczenia danego człowieka, oni bowiem najczęściej okazują mu serdeczność, miłość i przejawiają uznanie. Zaspokojenie tej potrzeby pozwala na uzyskiwanie poczucia własnej wartości.

Potrzeba szacunku – człowiek potrzebuje od innych oznak poważania go. Daje mu to poczucie bezpieczeństwa psychicznego.

Potrzeba samoakceptacji – akceptowanie samego siebie. Życzliwy i aktywny stosunek do siebie i innych ludzi możliwy jest tylko wtedy gdy lubimy siebie samego.

Potrzeba samorealizacji – polega na uzyskiwaniu wysokiego poziomu rozwoju różnorodnych możliwości, zarówno intelektualnych jak i estetycznych. Jej zaspokojenie polega na tym, że człowiek potrafi decydować o sobie, zmierzać do wybranych celów życiowych, wzbogacać życie innych ludzi.

Potrzeba wypoczynku i rozrywki. Ma bardzo szeroki zasięg od leżenia i tzw. nic nie robienia, snu po wysublimowane obcowanie ze sztuką. Potrzeba ta jest potrzebą złożoną kilku innych potrzeb: snu, aktywności i zabawy.

Zaspokajanie potrzeb psychospołecznych chroni przed sytuacjami stresowymi i pomaga zachować równowagę psychiczną.

POTRZEBY DZIECKA JAKO UCZNIA

Dziecko coraz dłużej przebywa poza domem, wzrasta jego samodzielność, kontaktuje się z dużą liczbą ludzi, korzysta ze środków komunikacji. Sytuacje te rodzą nowe potrzeby w zaspokojeniu których niezbędny jest udział rodziców. Są one następujące.

Spżycie śniadania przed wyjściem do szkoły. Uczeń codziennie przed wyjściem do szkoły powinien je zjeść w domu, spożyć bez pośpiechu, najlepiej z pozostałymi członkami rodziny. Posiłek po wielogodzinnej przerwie nocnej podnosi poziom glukozy we krwi a ta jest podstawowym składnikiem odżywczym dla mózgu. Najedzony uczeń ma lepsze samopoczucie w szkole, na lekcjach pracuje szybciej, popełnia mniej błędów, ma lepszą kondycję fizyczną, jest bardziej twórczy. Obowiązkiem rodziców jest także zadbanie, aby dziecko mogło codziennie spożyć posiłek w szkole.

Zapewnienie bezpieczeństwa w drodze do i ze szkoły, w domu, na zajęciach i poza szkołą. Sytuacje te stwarzać mogą wiele zagrożeń dla zdrowia i życia, związanych z np. udziałem w ruchu drogowym, dostępnością do leków, kontaktami z innymi ludźmi- namawianie do zakupu i używania substancji psychoaktywnych, zagrożenie przemocą ze strony rówieśników. Zadaniem rodziców jest zorganizowanie w pierwszych latach nauki opieki na dzieckiem np., w świetlicy szkolnej lub w domu oraz jak najwcześniejsze kształtowanie umiejętności bezpiecznych zachowań.

Wspieranie dzieci w osiąganiu sukcesów szkolnych. Wyraża się w realnych oczekiwaniach rodziców wobec ucznia, co sprzyja kształtowaniu jego poczucia własnej wartości, zapobiega zaburzeniom zdrowia psychicznego. Warunkiem dobrego komunikowania się rodziców z dziećmi jest „aktywne słuchanie” (skupienie uwagi, kontakt wzrokowy, zyczliwa postawa) a rozmowy powinny pomóc dziecku w rozwiązywaniu trudności i problemów. Pomoc dziecku w odkrywaniu zainteresowań i talentów są źródłem sukcesów w szkole i poza nią.

Wspóldziałanie ze szkołą. Wychowanie i edukacja szkolna dziecka jest procesem długofalowym, złożonym, w który uczestniczy wiele osób. Rodzice, uczniowie i nauczyciele,

wychowawcy powinni tworzyć „wspólnotę”, która ma podobne cele. Skuteczne jej funkcjonowanie wymaga wzajemności, jawności i komunikowania się.

EDUKACJA ZDROWOTNA W SZKOLE

Termin „edukacja” obejmuje wychowanie i kształcenie, lecz także wspieranie rozwoju, kształtowanie postaw. Edukacja zdrowotna polega na przekazywaniu wiedzy o zdrowiu, motywowaniu ucznia do prozdrowotnych zachowań, także na zachęcaniu do podejmowania czynności i wykonywaniu zabiegów na rzecz własnego zdrowia.

Podbudowę teoretyczną dla działań wychowawczych i edukacyjnych realizowanych na rzecz zdrowia tworzy i opracowuje pedagogika zdrowia. **Edukacja zdrowotna jest procesem, w którym człowiek uczy się dbać o zdrowie własne i swoich najbliższych.** Obejmuje całe życie człowieka, bowiem pojawiają się w nim różne, wciąż nowe problemy i potrzeby zdrowotne. Współczesna edukacja zdrowotna charakteryzuje się tym, że edukator pełni rolę doradcy, wspierającego uczenie się; edukowani (odbiorcy) są aktywni w tym procesie, uczą się m.in. przez doświadczenie; wybór celów wychowania do zdrowia jest uzależniony od potrzeb i oczekiwań edukowanych; stosuje się aktywizujące metody nauczania czyli oddziałujące na myśli, emocje i zmysły edukowanego. W nowoczesnej edukacji zdrowotnej eksponuje się pozytywne aspekty zdrowia: **Uczy się człowieka bycia zdrowym.**

Cechy i metody

Podstawowymi **metodami** nauczania pacjentów są wyjaśnianie, dyskusja, pogadanka, instruktaż, pokaz i ćwiczenia.

Wyjaśnienie Przy wyjaśnianiu należy używać słów zrozumiałych dla odbiorcy, unikać specjalistycznych pojęć i zwrotów, których edukowany nie rozumie. Najczęściej jest stosowane w czasie rozmowy, kiedy występuje wzajemna wymiana pytań.

Dyskusja jest metodą opartą na dialogu. Jest zbiorową i wzajemną wymianą myśli, której podstawą jest sformułowanie problemu. W edukacji zdrowotnej dyskusja ma na celu podjęcie decyzji w sprawach praktycznych lub wymianę doświadczeń. W szkole najbardziej przydatnym rodzajem dyskusji może być „giełda pomysłów- burza mózgów”. Jej celem ustalenie dużej liczby pomysłów rozwiązania jednego problemu. Można tu kształtować przekonanie, że w każdej sytuacji, w jakiej znajdzie się uczeń może być kilka możliwości

rozwiązania, ale przed podjęciem ostatecznej decyzji należy czasami dłużej się zastanowić i zainteresować problemem kompetentne osoby.

Pogadanka jest metodą wzbogacającą i porządkującą wiedzę. Edukator przygotowuje pytania, które kieruje do uczestników, uzupełnia odpowiedzi dodatkowymi wyjaśnieniami, wskazuje na praktyczne możliwości wykorzystania wiedzy.

Pokaz - jego celem jest kształtowanie w świadomości uczącego się modelu przez wzorcowe wykonanie czynności. Powinien być poprzedzony wyjaśnieniem, instruktażem, aby uniknąć mechanicznego naśladownictwa. Pokaz może być wykonany na stymulatorach, fantomie lub bezpośrednio na obiekcie.

Ćwiczenie jest metodą umożliwiającą powtarzanie poprawnie wykonywanych czynności, sprawności, a po powtarzaniu dochodzi do opanowania wybranych umiejętności.

W edukacji zdrowotnej istotne jest, aby informacje o zdrowiu, chorobie, niepełnosprawności oparte były na najnowszych doniesieniach naukowych a przekazywanie treści odbywało się przy użyciu różnorodnych metod, form i środków dydaktycznych.

Obszary edukacji

Zakres edukacji jest niemal nieograniczony. Obejmuje treści, które umożliwią nabycie umiejętności i radzenia sobie w zakresie zapewnienia komfortu w życiu codziennym, tj: zapewnienie warunków sprzyjających odpoczynkowi, utrzymanie ciała i otoczenia czystości, warunków dobrego snu, zapewnienie ilości i jakości posiłków; unikania narażenia na czynniki ryzyka, np. unikanie urazów, wykonywanie pomiarów: masy ciała, samobadanie piersi; przygotowanie do radzenia sobie w życiu z chorobą, poznanie metod zwalczania różnych dolegliwości; przygotowanie do korzystania z usług i instytucji ochrony zdrowia i opiekuńczych.

W szkole planując program edukacji zdrowotnej należy: zidentyfikować potrzeby – na podstawie zebrania oczekiwań i opinii uczniów, analizy problemów i zachowań zdrowotnych uczniów, obserwacji i opinii nauczycieli i rodziców; określić cel główny i cele cząstkowe. Te ostatnie stają się zadaniami do wykonania. Należy także określić to, co uczeń po zakończeniu programu powinien rozumieć, wiedzieć, odczuwać, umieć, co odpowiada nabyciu wiedzy, umiejętności i pozytywnej zmianie postaw; określić zasoby ludzkie – liczba zainteresowanych nauczycieli, przygotowanie nauczycieli, udział innych osób ze szkoły i z spoza szkoły; zasoby materialne- pomoce dydaktyczne, publikacje, możliwość kserowania, posiadanie i wykorzystanie sprzętu multimedialnego; zaplanować treści i metody edukacji. Od higieny

osobistej i otoczenia przez bezpieczeństwo, aktywność ruchową, wypoczynek, czas wolny do edukacji seksualnej i profilaktyki uzależnień; zaplanować ewaluację i jej narzędzie. Wyróżnia się ewaluację procesu – sprawdzenie: co udało się zrobić, co można poprawić; wyników- czy osiągnięto założone cele.

Nowoczesne podejście dydaktyczne i terapeutyczne i komunikowanie się – to nieodzowne warunki skutecznego oddziaływania edukatora do zdrowia. Osiągnięciu celów edukacji sprzyjają: autorytet edukatora - fakt, że jest cenionym za wiedzę i umiejętności, że prezentuje się przyjazną postawę w odniesieniu do uczniów.