happy kids

BOOK

PORADNIK DLA
RODZICÓW
PRZEDSZKOLAKÓW

od malucha do starszaka

Family Service

www.familyservice.pl

Wszyscy wiemy, że życie bywa czasem chaotyczne i uciążliwe;
jest pełne wyzwań i obowiązków, które trzeba wypełniać każdego dnia.

Everyday me

EverydayMe nie tylko pomaga przełamać codzienną rutynę, ale również dostarcza wiele inspirujących pomysłów i rad. Znajdziesz tutaj również opinie kobiet takich jak Ty i będziesz mogła zamówić darmowe próbki produktów do przetestowania.

Wypróbuj oryginalne przepisy na smaczne potrawy, zainspiruj się najnowszymi trendami w dziedzinie makijażu i odkryj z nami swój niepowtarzalny styl. Przeczytaj recenzje swoich ulubionych produktów, które zamieszczają kobiety takie jak Ty.

Zarejestruj się i zamów darmowe próbki do przetestowania!

Poznaj ciekawe oferty, inspirujące rady, wskazówki dotyczące urody i sprytne pomysły, które odmienią codzienną rutynę – a wszystko to w jednym, wyjątkowym miejscu. Przeczytaj nasze artykuły, które poruszają wiele ciekawych tematów dotyczących dzieci! **www.everydayme.pl**

Zainspiruj się z nami!

Odwiedź www.everydayme.pl

od malucha do starszaka

Poradnik dla rodziców przedszkolaków

Zagadnienia zdrowotne
prof. dr hab. n. med. Barbara Kowalewska-Kantecka

Zagadnienia wychowawcze
prof. zw. dr hab. Edyta Gruszczyk-Kolczyńska

Family Service
PELARGOS

Wydawca:
Pelargos Sp. z o.o.
01-242 Warszawa, Al. Prymasa Tysiąclecia 46
tel.: 22 837 93 48, 837 96 85
faks: 22 837 98 58
e-mail: pelargos@pelargos.com.pl
www.familyservice.pl
Oberheim L2227 Luxembourg ©2014/1 ed.13

ISBN 978-83-63728-56-4
Wydanie trzynaste, zmienione
Warszawa, wrzesień 2014

Druk: QARTIS S.A.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Żadna część tej publikacji nie może być reprodukowana ani wykorzystywana w jakiejkolwiek postaci czy formie bez wyrażenia pisemnej zgody przez wydawcę. Wydawca nie ponosi odpowiedzialności za treść zamieszczonych reklam.
Poradnik bezpłatny

spis treści

www.familyservice.pl

1 ODPORNOŚĆ 4
Szczepienia ochronne 5
Hartowanie organizmu dziecka 6
Metody hartowania: 6
Kliniczne postacie alergii 8
Alergia skórna 8
Alergia pokarmowa 8
Alergia wziewna, czyli oddechowa 8
Alergia kontaktowa 8
Alergia mieszana lub uogólniona 8

2 ŻYWIENIE DZIECI ZDROWYCH 9
Dieta dziecka przedszkolnego 9
Żywienie dzieci w przedszkolu 12

3 BRAK ŁAKNIENIA 13
Gdy dziecko naprawdę straciło apetyt 13

4 PROBLEMY ZDROWOTNE 15
Zespoły bólowe 15
Bóle głowy 15
Bóle kończyn 16
Bóle brzucha 16
Najczęstsze zakażenia wieku przedszkolnego 16
Zapalenie zatok obocznych nosa 17
Gorączka 18
Kaszel 18
Antybiotyki 19
Probiotyki 20
Prebiotyki 20
Zapalenie ucha środkowego 20
Wysiękowe zapalenie ucha środkowego 20
Ocena niedosłuchu 22
Przewlekłe zapalenie migdałka gardłowego 22
Zakażenia przewodu pokarmowego 22
Wszawica 23
Czy można zapobiec zakażeniu? 23
Co robić gdy doszło już do zakażenia? 23
Pasożyty przewodu pokarmowego 24
Owsica (enterobiosis) 24
Glistnica (ascariosis) 24
Lamblioza 25
Toksokaroza (toxocarosis) 25
Włosogłówczyca (trichocephalosis) 26
Przewlekłe zaparcia 26
Nietrzymanie stolca (encopresis) 27
Nieprawidłowości zewnętrznych narządów płciowych u chłopca 28
Stulejka 28
Spodziectwo (hypospadiasis) 28
Wnętrostwo (cryptorchismus) 28
Dziecko otyłe 29
Zaburzenia snu 30
Zespół deficytu uwagi i nadpobudliwości 31
Próchnica zębów 31
Zaburzenia postawy 31

5 JEM SAM 32
Nauka dobrych manier przy stole 32
Jak kształtować nawyk właściwego zachowania się przy stole 32

6 KORZYSTAM Z ŁAZIENKI 34
Jak ukształtować w dziecku nawyk mycia rąk i zębów 34

7 UBIERAM SIĘ 36
Jak nauczyć dziecko samodzielnego ubierania się 36

8 SPRZĄTAM 38
Wdrażamy przedszkolaka do utrzymywania porządku wokół siebie 38
Jeszcze jeden powód, dla którego warto uczyć dziecko dbałości o ład i porządek 39

Twoja pociecha rośnie w oczach. Zadbaj o jej przyszłość już dzisiaj.

Premiopolisa „Start w życie" to unikalne połączenie ubezpieczenia z długoterminowym planem oszczędzania. Niezależnie od tego, co przyniesie przyszłość, Twoje dziecko otrzyma solidne wsparcie finansowe. Studia, pierwszy samochód, wkład na mieszkanie – potrzeb z pewnością nie zabraknie.

Z Premiopolisą zapewnisz swojemu dziecku łatwiejszy start w dorosłość. W ramach ubezpieczenia Twoje dziecko ma zapewnioną ochronę na wypadek ciężkiej choroby oraz na wypadek niezdolności do samodzielnej egzystencji, co może stanowić wsparcie finansowe na ewentualne leczenie lub rehabilitację dziecka. Twoje życie i zdrowie też mogą być objęte ubezpieczeniem – w razie poważnego zachorowania, niezdolności do pracy lub gdyby Ciebie zabrakło, Prudential będzie opłacał składki za Ciebie.

Premiopolisa „Start w życie" to nie tylko ochrona. Zawierając umowę, ustalasz minimalną gwarantowaną kwotę, jaką Twoje dziecko otrzyma po określonym przez Ciebie czasie – dzięki temu będzie mogło zrealizować swoje plany w przyszłości. Dodatkowo co roku oraz na koniec okresu ubezpieczenia masz możliwość uzyskania premii, które powiększą wartość oszczędności. Wypłacane pieniądze, które dziecko otrzyma na zakończenie umowy, nie podlegają 19-procentowemu podatkowi od zysków kapitałowych (zgodnie z aktualnymi przepisami) – to znaczna korzyść finansowa. **Zadbaj o przyszłość swojego dziecka już dziś.**

Więcej informacji i kontakt: www.prudential.pl

PRUDENTIAL

ubezpieczenia emerytury oszczędności

1 odporność

Odpornością nazywa się zjawisko immunologiczne, które polega na wytwarzaniu obrony organizmu przed czynnikami uszkadzającymi. Istnieje naturalna, wrodzona odporność organizmu, bez której życie byłoby niemożliwe. Opiera się ona na systemie odporności humoralnej i komórkowej (systemy te ściśle współpracują ze sobą).

Odporność komórkowa jest związana z tzw. komórkami immunologicznie kompetentnymi krążącymi we krwi lub związanymi z tkankami. Tworzą one wspólnie skomplikowany układ tzw. mediatorów (pośredników) reakcji immunologicznych. Odporność humoralna opiera się na pięciu immunoglobulinach tj. czynnych białkach o właściwościach przeciwciał. Nazwano je immunoglobulinami: G, M, A, D i E. (IgG, IgM, IgA, IgD, IgE). Jedna z nich – IgA – posiada również dodatkową frakcję wydzielniczą, która powleka ochronną warstwą błony śluzowe układu pokarmowego, oddechowego, moczowego oraz oka i kanalików łzowych. Daje to bezpośrednią obronę przed zakażeniem z zewnątrz. Krążące przeciwciała wiążą i neutralizują antygeny, które przenikną do organizmu mimo miejscowej, zewnętrznej bardzo skomplikowanej i różnorodnej obrony. IgA globulina pełni w tym systemie obronnym tylko częściową, pomocniczą rolę.

Odporność naturalna jest odpornością czynną. Do grupy tej zaliczmy odporność stymulowaną postępowaniem lekarskim, jak szczepienia, preparaty immunostymulujące lub tzw. działania nieswoiste, np. bańki czy hartowanie organizmu.

Odporność dzielimy na bierną i czynną. Przykładem biernej odporności jest przeniesienie gotowych przeciwciał od matki do dziecka poprzez krew pępowinową. Ma to miejsce w przypadku przeciwciał matki przeciwko chorobom zakaźnym, wobec których jest ona uodporniona, np. odry. Odporność ta zanika po około 4 miesiącach, wraz z rozpadem immunoglobulin przeniesionych przez łożysko matki.

W wybranych przypadkach możemy też podać gotowe przeciwciała (np. p/tężcowe). Ten typ działania nazywa się uodparnianiem biernym i powinien być zastrzeżony do nielicznych problemów klinicznych.

Kształtowanie odporności w kierunku korzystnym dla człowieka nazywa się jej stymulowaniem. Osiąga się ją poprzez zmuszanie organizmu do wytwarzania przeciwciał. Jest to aktywne tworzenie odporności, które osiągamy poprzez szczepienia ochronne. Powstają one po celowym podaniu osłabionych lub zabitych antygenów.

Istnieje też stymulowanie ogólne, to znaczy wzmacnianie nieswoistych sił odpornościowych, do czego zalicza się hartowanie organizmu i podawanie doustnie lub w iniekcji

preparatów odpornościowych. Należą do nich leki immunostymulujące, niektóre zioła czy bańki.

Szczepienia ochronne

Jest to jeden z kamieni węgielnych postępu w medycynie. Dzięki nim, niektóre z chorób, które dziesiątkowały ludzkość, zostały praktycznie zlikwidowane. Do chorób takich należy ospa prawdziwa, przeciwko której prowadzono przez dziesiątki lat powszechną akcję szczepień ochronnych. Obecnie ospa prawdziwa nie zagraża naszym dzieciom. Światowa Organizacja Zdrowia wykreśliła to zagrożenie z listy obowiązkowych szczepień ochronnych. Lista szczepień dzieli się na obowiązujące i zalecane. Stale przybywają nowe. Np. od połowy lat 90. wprowadzono w naszym kraju szczepienia przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, bardzo groźnej współcześnie chorobie przenoszonej przez krew. Jest ono aktualnie obowiązujące dla wszystkich noworodków. Dzieci starsze i osoby dorosłe szczepią się w sytuacjach zagrożeń, np. przed pójściem do szpitala, a przede wszystkim przed zabiegami chirurgicznymi. Od niedawna dostępna jest również szczepionka przeciwko zapaleniu wątroby typu A (WZW typ A), chorobie przenoszonej głównie drogą pokarmową, np. przez brudne ręce czy owoce. Wysoce wskazane jest zaszczepienie dziecka, jeszcze przed oddaniem do przedszkola, tą właśnie szczepionką.

Przełom wieków i pierwsze lata bieżącego XXI w. zaowocowały wieloma nowymi szczepionkami, które chronią przed groźnymi bakteriami wywołującymi ciężkie, uogólnione choroby z zapaleniem opon mózgowo – rdzeniowych. Należą do nich szczepionka przeciwko- Haemophilus influenzae typ B, przeciwko - Neisseria memingitidis grupy C - oraz grupy A i C, oraz przeciwko - Streptococcus pneumoniae.

Są też dostępne dwie szczepionki antywirusowe: przeciwko Rota-wirusowi –groźnemu patogenowi wywołującemu biegunki, czasami o ciężkim przebiegu, oraz przeciwko wirusowi ospy wietrznej. Niektóre z nich zostały już wpisane do szczepień obowiązkowych, jak szczepienie przeciw zapaleniu opon wywołanemu przez Haemophilus influenzae typ B (HiB).

ODKRYJ NASZE
FORUM I GRUPY
FamilyService.pl

Jeżeli Wasze dziecko nie było zaszczepione w niemowlęctwie, można uodpornić je przeciw wymienionym zakażeniom w wieku przedszkolnym 2-5 lat. Należy oczywiście skonsultować ten problem z lekarzem.

Aby wytworzył się odpowiedni poziom odporności, dawka szczepionki musi być podawana w przepisanych terminach i żadnego z kolejnych nie wolno opuścić. Jeżeli dziecko ciężko choruje, przebywa w szpitalu i wobec tego odstęp pomiędzy poszczególnymi daw-

kami szczepienia podstawowego wydłuża się znacznie ponad dwa miesiące, zachodzi konieczność powtórzenia całego cyklu szczepienia podstawowego.

Badanie lekarskie przed szczepieniem jest konieczne. Nie powinno się szczepić dzieci chorych (ostre schorzenia gorączkowe i biegunki). Przeciwwskazania do szczepień ustala też wyłącznie lekarz specjalista – pediatra. Niewiele szczepień obowiązkowych przypada na okres przedszkolny. Jest to przypominające szczepienie przeciwko błonicy, tężcowi i chorobie Heinego-Medina w 6 roku życia, przeciwko odrze w 7. roku.

Przeciw różyczce obowiązkowo są szczepione dzieci 13-letnie. To przyszłościowa prewencja urodzenia przez ich pokolenie dziecka z zespołem różyczki wrodzonej. Należy jednak rozważyć zaszczepienie naszego przedszkolaka przeciwko różyczce, bo istnieje możliwość przyniesienia różyczki do domu, gdy nasza pociecha zetknie się z nią w przedszkolu. Nigdy nie wiadomo, czy nie zapragniemy posiadać jeszcze jednego dziecka. Różyczka zaś jest bardzo groźną chorobą dla płodu, nie dając czasami zauważalnych objawów ciężarnej matce.

Hartowanie organizmu dziecka

Hartowaniem nazywamy systematyczne powtarzanie zabiegów i ćwiczeń fizycznych, które prowadzą do zwiększenia odporności na zimno i zmiany temperatury otoczenia, czyli do usprawnienia mechanizmów termoregulacji. Mechanizmy te zapewniają adaptację do zmieniających się warunków atmosferycznych. Jest to metoda znana od wieków i stosowana zwłaszcza w strefach zimnego klimatu. Stosuje się naturalne, zmienne bodźce termiczne (ciepłą i zimną wodę, ruch powietrza i słońca, ewentualnie śnieg), wspomagając reakcję ćwiczeniami fizycznymi. Bodźce te wywołują grę naczynioruchową – zwężania pod wpływem zimna, a następnie rozszerzania za przyczyną mechanizmów regulujących. Powoduje to swoistą „gimnastykę naczyniową" dotyczącą zarówno skóry jak i wszystkich narządów ciała. Korzystny efekt hartowania polega na usprawnieniu odpowiedzi odruchowej na działanie bodźców zewnętrznych takich jak zimno. W efekcie dzieci hartowane rzadziej się przeziębiają.

Metody hartowania:

1. Zabiegi wodne, polewanie ciała lub natrysk, rozpoczyna się od ciepłej wody o temperaturze 30ºC (przez ok. 30 sekund),

zmniejszając stopniowo temperaturę do 20-15ºC. Czas trwania natrysku lub polewania stopniowo przedłuża się do ok. 2 minut. Kąpiele stóp polegają na parokrotnym przekładaniu stóp z wody ciepłej o temperaturze 38ºC do naczynia z wodą o 10 stopni chłodniejszej, kończąc zawsze wodą zimną. Zabieg powtarza się przez 10 kolejnych dni, obniżając temperaturę wody codziennie o 1-2ºC, dochodząc po ok. 10 -14 dniach do temperatury 15ºC i czasu trzymania stóp do 30-60 sekund. Hartowanie stóp wpływa korzystnie na zmniejszenie zakażeń nosogardła. Mechanizm tego działania polega na zwiększeniu odporności stóp na oziębienia, co zmniejsza jednoczesny, odruchowy skurcz naczyń nosogardła. Skurcz naczyń zaś, poprzez niedokrwienie, sprzyja rozwojowi zakażenia.

2. Hartujące działanie świeżego powietrza jest wykorzystywane już u niemowląt, poprzez spanie czy leżakowanie na dworze we wszystkich porach roku. Dla dzieci przedszkolnych są to częściej zabawy, gry i spacery.

3. Kąpiele słoneczne należy stosować w godzinach rannych, najpóźniej do 10-tej lub popołudniu. Należy je dawkować ostrożnie. Zwykle zaczynamy od 4 minut i dochodzimy do 30 minut. Kąpiel słoneczną kończymy polewaniem lub kąpielą ochładzającą o temp 28ºC, co ma znaczenie hartujące.

Przy kąpielach słonecznych należy jednak pamiętać o zapobieganiu nadmiernemu nasłonecznieniu, dbać o nakrycie głowy i starać się o przebywanie dziecka w rozproszonych promieniach (pod parasolem lub w cieniu liści drzew). Należy używać kremów z filtrem dla dzieci.

Alergia

Terminem alergia określa się zmienioną odczynowość. Może ją wywołać każdy lek, składnik pokarmowy, ukąszenie owada czy pyłki zawarte w powietrzu. Alergie najczęściej wywołują składniki pokarmowe: antygeny mleka krowiego, jajo kurze, mąka pszenna, owoce cytrusowe, poziomki i truskawki. Alergenem lub antygenem nazywa się czynnik uczulający. W wyniku działania antygenu organizm wytwarza przeciwciała. Mogą one być wykryte w surowicy krwi. Najczęściej są związane z immunoglobulinami klasy IgE. Ze względu na rodzaj metody ich wykonywania dla poszczególnych antygenów popularnie nazywane badanie nazwano RASTAMI (od pierwszych liter angielskiej nazwy metody badania) np. dla mleka krowiego, sierści itd. Mierzyć też można ogólny poziom immunoglobuliny E. Jej podniesienie w stosunku do norm dla wieku świadczy o stanie zwiększonej gotowości danego człowieka do reakcji alergicznych. Można też mierzyć przeciwciała związane ze skórą za pomocą testów skórnych. Jednak w przeciwieństwie do badania przeciwciał krążących, testy skórne dać mogą fałszywe wyniki. Z tych powodów są badaniem jedynie orientacyjnym.

Częsta w okresie pierwszego kwartału życia skaza łojotokowa, manifestująca się wykwitami na skórze, jest rozpoznawalna jako skaza alergiczna. Tylko około 30 proc. tych dzieci jest kandydatami do rozwoju alergii. Alergia powtarzająca się u różnych członków tej samej rodziny określana jest mianem atopii. Im młodsze dziecko, tym częściej alergia ma charakter pokarmowy. Odróżnić ją trzeba od nietolerancji pokarmowych, aczkolwiek objawy kliniczne są często podobne. Około 10 proc. społeczeństwa dotknięte jest różnymi formami alergii. W miarę postępu technicznego oraz zanieczyszczenia środowiska odsetek ten wrasta.

Kliniczne postacie alergii

Alergia skórna

Charakteryzuje się wykwitami skórnymi o charakterze wyprysku alergicznego lub pokrzywki. Zmiany wypryskowe umiejscowione są na tułowiu i na kończynach szczególnie w zgięciach kolanowych i łokciowych. Podstawą wyprysku jest grudka wysiękowa na zapalnym podłożu.

Alergia pokarmowa

Zmiany chorobowe w postaci wysypki skórnej lub świądu oraz obrzęki, wymioty, wolne stolce lub kolkowe bóle brzucha zjawiają się po spożyciu pewnych posiłków. Alergie skórna i pokarmowa zjawiają się najwcześniej w życiu dziecka, nawet już w pierwszym roku.

Alergia wziewna, czyli oddechowa

Charakteryzuje się katarami siennymi, zwężeniem (obturacją) oskrzeli, tzw. zapaleniem spastycznym. Alergia oddechowa może charakteryzować się przewlekłym kaszlem, chrypką lub nawracającymi zapaleniami krtani.

Alergia kontaktowa

Powstaje w wyniku odpowiedzi alergicznej po bezpośrednim kontakcie skóry z antygenem najczęściej środkami piorącymi i charakteryzuje się zapalno-łuszczącymi zmianami skóry.

Alergia mieszana lub uogólniona

Charakteryzuje się ogólną odpowiedzią ustroju z obrzękami i reakcjami zapaści krążeniowo-oddechowej grożącymi życiu. Wystąpić może po lekach, ukąszeniach owadów i podaniu antygenu, na który dany osobnik jest uczulony.

2

żywienie dzieci zdrowych

„przestańcie jeść, dzieciaki,
zawołał Tatuś Muminka
- jedzenie zabieramy ze sobą”
„a czy możemy zjeść to,
co mamy w pyszczku?”
Tove Jansson „Tatuś Muminka i morze”

Dieta dziecka przedszkolnego

Słowo „dieta” oznacza naukowo kontrolowane odżywianie. Nie jest synonimem głodzenia ani odchudzania, choć w tym znaczeniu jest często używane i rozumiane.

Właściwe żywienie dzieci warunkuje optymalny, prawidłowy osobniczy rozwój dziecka zgodny z jego wrodzonym, zaplanowanym przez naturę programem. Prawidłowa dieta dziecka nie tylko jest warunkiem prawidłowego rozwoju fizycznego, ale i wyzwolenia odpowiednich do wrodzonego potencjału możliwości funkcji intelektualnych i emocjonalnych, od których zależy uczenie się i zachowanie.

Badania naukowe dowiodły, że właściwe żywienie dzieci ma nierozerwalny związek ze zdrowiem nie tylko w okresie rozwoju, ale i w życiu dorosłym. Prawidłowa dieta dziecka jest profilaktyką, czyli zapobieganiem chorobom wieku dorosłego, co odnosi się przede wszystkim do problemów otyłości i niedokrwiennej choroby serca.

Dieta dziecka w wieku przedszkolnym, jak zresztą w całym okresie rozwojowym, powinna być pełnowartościowa, tzn. powinna zawierać odpowiednią ilość dobrej jakości podstawowych składników odżywczych (białka, węglowodany, cukry, sole mineralne i witaminy). Ponieważ dziecko rośnie i zwiększa wagę ciała aż do ukończenia rozwoju, powinna ona uwzględniać nie tylko pokrycie potrzeb w zakresie energii i odnowy tkanek, ale także ich przyrost w całym okresie rozwoju i dojrzewania.

Nieracjonalne żywienie prowadzi do stanów niedoborowych, często – zwłaszcza w początkowych fazach – trudnych do wykrycia. Dziecko cierpiące z tego powodu jest apatyczne, smutne lub skore do agresji, ma kłopoty w skupieniu uwagi. Wytwarza się stan obniżonej odporności, zwiększając zachorowalność na choroby infekcyjne, opóźnia się rozwój motoryki oraz funkcji poznawczych. Stany niedoborowe dotyczyć mogą wielu składników odżywczych, ale też wybiórczo kilku lub jednego. Klasycznym przykładem skutku niedoborowej diety w zakresie żelaza jest niedokrwistość niedobarwliwa (z niedoboru żelaza). Łagodny niedobór żelaza może przetrwać aż do okresu przedszkolnego, daje bowiem nikłe objawy kliniczne. Dziecko jest „tylko” blade, ma gorszy apetyt, łatwo się męczy, jest niespokojne. Dzienne zapotrzebowanie na żelazo wynosi 10 mg. Pokrywają je produkty mięsne, jaja, warzywa i owoce.

Zasadą prawidłowego żywienia jest jego różnorodność i przestrzeganie zaleceń dziennego spożycia dla poszczególnych produktów*. Żywienie człowieka z jego oddzielną gałęzią dotyczącą żywienia dzieci, jest poważną dziedziną nauki światowej.

Profesor Wanda Szotowa, znakomity pediatra, zmarła w 2003 r., zajmująca się od lat 60. ub. wieku podstawami żywienia polskich dzieci, definiuje prawidłowe żywienie jako „dostarczanie odpowiedniej ilości energii w produktach spożywczych zawierających, odpowiednie ilości składników pokarmowych, w kilku dziennych posiłkach**".

Energia jest potrzebna organizmowi do wszystkich procesów ustrojowych utrzymujących życie, takich jak: krążenie krwi, oddychanie, trawienie, wydzielanie gruczołów i inne czynności metaboliczne łącznie ze wzrastaniem i dojrzewaniem. Organizm czerpie ją z metabolizowania pożywienia, czyli żywności.

W pożywieniu znajdują się drobne, podstawowe cząsteczki białek, tłuszczów i węglowodanów, które nazywamy składnikami pokarmowo-odżywczymi. Zaliczamy do nich również tzw. składniki regulujące – sole mineralne i witaminy. Uwalnianie składników pokarmowych z pożywienia odbywa się w przewodzie pokarmowym w wyniku procesu trawienia. Z białek pochodzą aminokwasy, z tłuszczów – kwasy tłuszczowe, z węglowodanów – cukier prosty, ze związków mineralnych poszczególne jony, np. żelazo, wapń czy fosfor. Te proste elementy służą organizmowi jako materiał energetyczny i budulcowy, który utrzymuje metaboliczne procesy życiowe, wzrastanie i rozwój dziecka.

Węglowodany mogą być proste, takie jak glukoza, fruktoza, dwucukry (np. sacharoza, czyli cukier z buraków lub trzciny cukrowej), jak też złożone: skrobia roślinna lub zwierzęca.

Tłuszcze składające się z kwasów tłuszczowych i cholesterolu mogą być pochodzenia roślinnego lub zwierzęcego.

Białka składają się z aminokwasów. Stanowią one przede wszystkim materiał budulcowy. Również mogą być pochodzenia roślinnego i zwierzęcego, choć tylko te ostatnie zawierają wszystkie aminokwasy tzw. niezbędne, które muszą być dostarczane z zewnątrz, ustrój ludzki bowiem nie potrafi ich wytworzyć.

Na podstawie badań naukowych określono, że dzienne zapotrzebowanie zdrowego 6-latka wynosi 1600-1800 kcal, co w przeliczeniu na 1 kg masy ciała wynosi 73 kcal/dobę.

Białko powinno dostarczać 12-13 proc. ogólnej ilości kalorii, co stanowi 2,3g na 1 kg masy ciała. W 60 proc. powinno być pochodzenia zwierzęcego, a główne jego źródła to nabiał (mleko i jego produkty), jaja oraz chude mięso z drobiu i ryb.

Tłuszcze powinny dostarczać od 30 do 32% dobowej ilości kalorii, co oznacza 2,5 g na 1 kg masy ciała na dobę. Tłuszcze zawarte w pożywieniu nie tylko stanowią najbardziej skoncentrowane źródło energii, ale są też ważnym składnikiem błon komórkowych. Poza tym są

* Zalecenia dziennego spożycia [RDA- Recommended Dietary Allowances] opracowywane są od wielu lat w USA, z rekomendacją Amerykańskiej Akademii Pediatrycznej (AAP). Zalecenia dziennego spożycia (RDA), stanowią układ odniesienia dla opracowywania modelu żywienia dla światowych organizacji FAO/WHO. Korzystają z nich również instytucje, które zajmują się żywieniem i żywnością w Polsce – Instytut Żywienia i Żywności, Instytut Matki i Dziecka oraz Komisja Żywienia Dzieci i Młodzieży Polskiej Akademii Nauk.

** Gorąco namawiamy rodziców do zapoznania się z pracą prof. Wandy Szotowej i jej zespołu z Zakładu Żywienia Dzieci i Młodzieży w IMiD pt. „Żywienie dzieci zdrowych", wydaną przez Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich w 1992 r i często wznawianą. Książka ta nie tylko tłumaczy podstawy naukowe odżywiania dzieci, ale zawiera też gotowe jadłospisy i wskazówki praktyczne.

one nośnikiem wielu witamin (A, D, E, K) oraz źródłem niezbędnych, nienasyconych kwasów tłuszczowych. U dzieci powyżej pierwszego roku życia w związku z nieprawidłową dietą dojść może do niedostatecznego spożycia niezbędnych wielonienasyconych kwasów tłuszczowych (WNKT).*** Bogatym źródłem kwasów tłuszczowych omega-3 są ryby, mięso i olej rzepakowy bez- lub niskoerukowy, zaś źródłem omega-6 są oleje roślinne i żółtka jaj.**** Ok. 5 g świeżego masła i olejów roślinnych pokrywa dzienne zapotrzebowanie organizmu na niezbędne nienasycone kwasy tłuszczowe.

Organizm ludzki nie potrafi sam wytwarzać kwasów tłuszczowych, dlatego podobnie jak większość witamin, muszą one być dostarczane wraz z pożywieniem. W żywności (np. w wyniku mrożenia lub smażenia) kwasy te niezwykle szybko utleniają się i tracą swoje właściwości. Dlatego dorosłym w celu suplementacji diety w kwasy omega-3 poleca się przyjmowanie gotowych preparatów dostępnych w aptekach. Dzieci natomiast mogą przyjmować naturalne nienasycone kwasy tłuszczowe w postaci tranu. Uwaga! Jeśli podajemy dzieciom tran nie należy stosować witaminy D w postaci osobnego preparatu. Uzupełnienie diety niemowląt i dzieci w kwasy omega-3 jest ważne dla prawidłowego rozwoju młodego organizmu.

Węglowodany – cukier i skrobia – powinny pokrywać 56-60 proc. dobowej ilości kalorii. Źródło ich powinny stanowić zboża i ziarna, takie jak pszenica, żyto, proso, jęczmień, kukurydza, owies, gryka i ryż. Grube kasze i razowe pieczywo powinno znajdować się w codziennym jadłospisie.

Białka zawarte w produktach zbożowych z uwagi na niepełny skład aminokwasów powinny być łączone z białkiem pochodzenia zwierzęcego. Produkty zbożowe posiadają wysoką kwasowość. Dlatego owoce i warzywa, które są zasadowe powinny być dla neutralizacji podawane równolegle.

ODKRYJ NASZE
FORUM I GRUPY
FamilyService.pl

Dieta uwzględniająca wymienione wyżej produkty teoretycznie zapewnia również dostateczną ilość witamin. Jednakże straty technologiczne związane z przygotowaniem posiłków mogą być bardzo wysokie, nawet do kilkudziesięciu procent. Szczególnie duże (50-75 proc.) dotyczą witaminy C.

Prawidłowo żywione przedszkolne dziecko w zasadzie nie potrzebuje suplementacji witaminowej. Jednak rodzice nie do końca mają rozeznanie, co ich dziecko zjada w przedszkolu i czy są mu dostarczane wystarczające ilości witamin. Ponadto suplementacja witaminowa jest wskazana w okresach zagrożeń chorobowych, rekonwalescencji, gorszego łaknienia. Bardzo przystępną i chętnie przez dzieci w tym wieku przyjmowaną formą witamin są preparaty wielowitaminowe w saszetkach lub rozpuszczalnych tabletkach.

*** Małgorzata Kozłowska - Wojciechowska „Rola kwasów tłuszczowych, steroli i stanoli roślinnych oraz błonnika w zapobieganiu miażdżycy", w: „Kardiologia zapobiegawcza" pod redakcją Marka Naruszewicza. Wyd. Verso s. c, Szczecin 2003.

**** Uwaga! Nie należy stosować margaryny, czyli roślinnych tłuszczy utwardzonych, ponieważ utwardzanie niszczy niezbędne nienasycone kwasy tłuszczowe, nie wolno też smażyć na maśle, bo pod wpływem wysokiej temperatury wytwarza się toksyczna akroleina oraz dochodzi do dużych strat witaminy A.

Dzienne normy spożycia składników pokarmowych dla dzieci w wieku 4-6 lat zalecane przez Instytut Matki i Dziecka

Składniki pokarmowe	Zalecana ilość
Kalorie	1400-1800
Białko ogółem	40-50 g
Tłuszcze	45-55 g
Węglowodany	200-255 g
Składniki mineralne:	**Zalecana ilość**
Wapń	0,8 g
Fosfor	1,0 g
Żelazo	10,0 mg
Magnez	150,0 mg
Jod	80,0 µg
Witaminy rozpuszczalne w tłuszczach:	**Zalecana ilość**
A	200 j.m.
D	500 j.m.
E	10 mg
Witaminy rozpuszczalne w wodzie:	**Zalecana ilość**
B1	0,8 mg
B2	1,0 mg
PP1	8,0 mg
B6	1,0 mg
B12	2,5 g
C	50,0 mg
Kwas foliowy	0,2 mg

Ostatnio popularyzuje się model zdrowego żywienia według piramidy żywienia śródziemnomorskiego. W diecie tej podstawą są produkty roślinne: kasze, ziarna zbóż, makarony, pieczywo, ziemniaki, warzywa i owoce, tłuszcze roślinne, produkty mleczne, sery, jogurty. Są to produkty do jedzenia codziennie. Natomiast ryby, drób, jajka i słodycze – kilka razy w tygodniu. Na szczycie tej piramidy, a więc do jedzenia najrzadziej, kilka razy w miesiącu lub częściej, za to w bardzo małych ilościach, znajduje się mięso czerwone.

Żywienie dzieci w przedszkolu

Zgodnie z zaleceniami opracowanymi w programach żywieniowych dziecko przebywające w przedszkolu 8-10 godzin powinno tam otrzymać 70-75% cało-dziennej racji żywieniowej w trzech posiłkach.

Na śniadanie: mleko, najlepiej jako zupę mleczną z dodatkami produktów zbożowych (makaron, kluski, kasze), napój gorący z mleka lub nie (kawa mleczna, kakao, herbata owocowa), pieczywo i dodatki do pieczywa: masło, wędliny, sery, jajka, pasty do kanapek oraz warzywa i owoce.

Na obiad: zupa, drugie danie i deser. Drugie danie to białko (mięso, ryby, ser, jajka), ziemniaki, kasza lub makaron, warzywa i desery owocowe, mleczne lub zbożowe oraz/lub kompot.

Podwieczorek: posiłek słodki, czyli ciasto domowe, kisiele, galaretki, świeże owoce lub przetwory owocowe.*****

Rodzice powinni interesować się, jakie posiłki są podawane ich dzieciom w przedszkolu, żeby kolacja w domu uzupełniała dobowe zapotrzebowanie na składniki odżywcze.

***** W Instytucie Matki i Dziecka od wielu już lat opracowywane są wskazówki odżywiania dzieci w przedszkolu, rozpowszechniane w całym kraju.

ynniki zewnętrz-
warzamy dziec-
ostawa wol-
dziecko be-

enia najczęściej
arza się różnymi
ć z tzw. dob-
pyt dużych porc
a ich w całości,
edzenie, strofo-
straszenie karą
e jedzące dzieci
bronny w posta-
i nie połykania,
wymiotują, inne
podaną porcją.
ą swoje kanap-
eciki do kieszeni
ne odchodzą od
nie połkniętym
otrafią tak poło-

łatwo zmywalne serwetki, nakrycie, ładny kolorowy talerz. Trzeba nauczyć dziecko jak najwcześniej korzystania ze sztućców, zasiadania do stołu do posiłku. Nie wolno się spieszyć.

Co jednak zrobić, gdy matka również pracuje, a trzeba dać dziecku śniadanie przed wyjściem i odprowadzeniem do przedszkola. Nie wolno jak wstać o 15-20 minut wcześniej, aby ta ilość czasu mogła być poświęcona na śniadanie – najlepiej wspólnie lub przynajmniej pod okiem jednego z rodziców.

Gdy dziecko naprawdę straciło apetyt

Pamiętajmy, nie ma „leków na apetyt". Natomiast zawsze jest jakiś powód, który wspólnie z lekarzem, a czasami nawet z pomocą psychologa, trzeba znaleźć. Przede wszystkim trzeba poszukać błędu w swoim postępowaniu.

Najczęściej sięga on pierwszego roku życia lub wczesnego okresu poniemowlęcego. Trzeba wejść głębiej w psychologiczne aspekty wychowywania. Zwykle zaczyna się od tego, że dziecko w ogóle nie chce zjeść posiłku lub w takiej ilości, jaką rodzice uważają za konieczne. Rozpoczyna się walka, w której żadna ze stron nie chce

ustąpić. Walka ta ma różny charakter: czasami jest to przekupywanie obietnicami: „jak zjesz, kupię ci prezent" czasami są to groźby: „ jak nie zjesz – będziesz chory", „ jak nie zjesz, staniesz się lekki jak suchy listek i porwie cię wiatr".

Gdy dziecko nadal się upiera, dochodzi do dalszego zdenerwowania, krzyku a nawet klapsów. Wtedy dziecko najczęściej zaczyna płakać, rozżala się nad sobą i o jedzeniu nie ma już mowy. Co robić w tej patowej sytuacji?

Przede wszystkim trzeba koniecznie wyciszyć siebie.

Zaś pierwszą poprawką w żywieniu, którą należy zastosować, jest urozmaicenie i zmiana diety. Dziecko ma przecież prawo lubić jakąś potrawę bardziej niż inne. Ma też prawo, by w jednym dniu być bardziej głodne, a w innym nie mieć ochoty na jedzenie. Podając posiłek, można mu pomóc przez pokrojenie kanapek na drobne kawałeczki (na jeden kęs) lub przelewając płatki czy kaszę z mlekiem do mniejszej miseczki.

Jeżeli po 15-20 minutach posiłek nie będzie zjedzony w całości, należy spokojnie zabrać i poczekać, do następnej pory jedzenia, lub aż samo poprosi. Oczywiście niczego, poza czystą wodą, nie podając w międzyczasie. Powtarzanie takiego postępowania przez kilka dni ma, ze względów wychowawczych, bardzo ważny cel. Ma mianowicie utwierdzić dziecko w przekonaniu, że nikt nie interesuje się jego jedzeniem i że metodą sprzeciwu nic dla siebie nie wywalczy. Powinno się tak postępować przy pierwszych demonstracjach niejedzenia. Zwykle dochodzi do nich między 2. - 3. rokiem życia, choć też często później.

Jeżeli niechęć do jedzenia utrwala się, trzeba skontaktować się z lekarzem. Dobrze jest spisać, co dziecko zjadło i wypiło w ciągu kilku kolejnych dni, by już pierwsza rozmowa była konkretna. Zostanie ono zbadane, zważone i zmierzone dla porównania osiągniętego rozwoju fizycznego z normami dla jego wieku.

Zwykle rozważa się kilka podstawowych powodów medycznych i zaleca wykonanie badań. Mają one na celu znalezienie przyczyny braku łaknienia. Do najczęstszych należą:

- popełniane w przeszłości błędy wychowawcze, dotyczące odżywiania dziecka;
- nieprawidłowa dieta, ze zbyt małą ilością warzyw, owoców i płynów prowadząca do zaparć;
- nietolerancje i alergie pokarmowe;
- zakażenia (drogi moczowe, górne drogi oddechowe);
- przerost wyrośli adenoidalnych (migdałek gardłowy nazywany również trzecim), utrudniający połykanie i oddychanie;
- pasożyty przewodu pokarmowego;
- niedokrwistość z niedoboru żelaza.

4 problemy zdrowotne

Spośród wielu problemów medycznych, które trapią rodziców dzieci przedszkolnych i wymagają konsultacji medycznych, wybraliśmy te, które dotyczą w mniejszym lub większym stopniu całej populacji przedszkolaków. Omówione zostały bardzo krótko, zwracamy jednak uwagę, że nie powinny one być lekceważone, ponieważ mają istotny wpływ na jakość życia i poczucie godności dziecka. Należą do nich:

1) zespoły bólowe;
2) zakażenia: gorączka, kaszel, zapalenie zatok obocznych nosa, zapalenie ucha środkowego, przewlekłe zapalenie migdałka gardłowego, zakażenia przewodu pokarmowego;
3) pasożyty przewodu pokarmowego;
4) przewlekłe zaparcia;
5) nietrzymanie stolca;
6) nietrzymanie moczu;
7) nieprawidłowości zewnętrznych narządów płciowych u chłopców;
8) dziecko otyłe;
9) zaburzenia snu;
10) dziecko nadpobudliwe;
11) próchnica zębów;
12) zaburzenia postawy.

Zespoły bólowe

Dzieci w wieku przedszkolnym najczęściej uskarżają się na bóle brzucha, głowy i kończyn. Charakter tych bólów jest różny, od pobolewań do ataków nasilonego bólu.

Nigdy nie wolno lekceważyć cierpienia dziecka i zawsze trzeba starać się wyjaśnić jego przyczynę.

Bóle mogą być objawem groźnej choroby, jak np. bóle brzucha przy ostrym zapaleniu wyrostka robaczkowego, lub napadzie kamicy nerkowej (może wystąpić nawet u kilkuletniego dziecka!), lub bóle głowy towarzyszące ostremu zapaleniu ucha środkowego, wysokiej gorączce czy przy wzroście ciśnienia śródczaszkowego (zapalenie opon mózgowych, guzy). Wskazówką jest zwykle stan ogólny dziecka i występowanie towarzyszących objawów zakażenia, które zwykle manifestuje się wysoką gorączką, wymiotami, pokładaniem się i osłabieniem.

Ale też niewielkie pobolewania, np. brzucha, mogą okazać się skutkiem obecności pasożytów lub choroby refluksowej przełyku. Zaś bóle głowy mogą wynikać z wady wzroku, łatwej do korekcji lub przewlekłego stanu zapalnego zatok czy ucha.

Bóle głowy

Występują u kilkuletnich dzieci przy infekcjach (zwłaszcza przebiegających z wysoką ciepłotą), zaburzeniach widzenia (nadwzroczność, niedowidzenie), migrenie, wzroście ciśnienia wewnątrzczaszkowego (zapalenie, guzy,

przedawkowanie witaminy A), napięciowych bólach głowy oraz różnego rodzaju lękach (przyczyny psychologiczne). Jednak z praktycznego punktu widzenia najczęściej przyczyną bólu głowy są zakażenia zatok przynosowych, nie skorygowane wady wzroku a także pasożyty przewodu pokarmowego. Bóle głowy wraz z objawami osłabienia są też jednym z objawów późnej fazy zakażenia Borelią spowodowanego przez kleszcze.

Bóle kończyn

Występują w przebiegu schorzeń tkanki łącznej i naczyń, w zakażeniach, martwicach aseptycznych i w chorobie nowotworowej. Najczęściej są to jednak bóle z przemęczenia mięśni lub przeciążenia aparatu mięśniowo-stawowo-więzadłowego w wyniku nie skorygowanych wad postawy lub kończyn oraz niestosownego obuwia. Najczęściej nazywane są one bólami wzrostowymi.

Bóle brzucha

Występują w tym okresie życia najczęściej. Mają one wiele określonych, wymagających leczenia przyczyn. Dziecko odczuwać je może nawet wtedy, gdy schorzenie toczy się poza układem pokarmowym. Przykładowo mogą występować w przebiegu płatowego zapalenia płuc, anginy, zapalenia zatok obocznych nosa, zakażeń i kamicy dróg moczowych oraz infekcji o innej lokalizacji.

Z medycznego punktu widzenia do najczęstszych przyczyn bólów brzucha zalicza się:

1. zakażenia przewodu pokarmowego i wtórne poinfekcyjne zaburzenia wchłaniania.
2. tzw. „ostry brzuch". Jest to określenie chirurgiczne, wskazując na konieczność szybkiej interwencji chirurgicznej. Najczęstszym jej powodem jest ostre zapalenie wyrostka robaczkowego. Objawy: wysoka ciepłota, wymioty, leniwa perystaltyka jelit (brak stolca), silny ból brzucha, najczęściej w prawym podbrzuszu, cierpiący wyraz twarzy dziecka. Podobne objawy wystąpić mogą przy ostrym zakażeniu w drogach moczowych lub ich zmniejszonej drożności (kamyk, piasek). Może też wystąpić niedrożność jelit.

We wszystkich wymienionych stanach konieczne jest badanie lekarskie, wykonanie badania krwi i moczu, czasem również badań obrazowych - ultrasonograficznego i radiologicznego.

Dziecko z wymienionymi wyżej objawami musi być zawiezione na dyżur chirurgii dziecięcej w trybie nagłym.

3. nietolerancja węglowodanów dotycząca dwucukrów, polega na niewydolności lub braku enzymu rozkładającego. Objawia się klinicznie wolnymi stolcami, bólami brzucha i wzdęciami.
4. schorzenia górnego odcinka przewodu pokarmowego, do których zalicza się: chorobę refluksową przełyku i zapalenie błony śluzowej żołądka z jego ewentualnym owrzodzeniem. Dla obu tych schorzeń częstymi objawami są: bóle brzucha, niepokój, brak apetytu, często uporczywy mogący prowadzić nawet do zaburzeń wzrastania.
5. pasożyty przewodu pokarmowego.

Najczęstsze zakażenia wieku przedszkolnego

Wirusowe, lotne zakażenia górnych dróg oddechowych i ucha środkowego należą do najczęstszych zakażeń tego okresu. Środowiska dziecięce, szczególnie w okresach jesienno-zimowych, sprzyjają rozprzestrzenianiu się zakażenia. Dochodzi do nich drogą kropelkową, przez rozsiewanie patogenów z oddechem, kaszlem i kichaniem zakażonego dziecka. Pierwsze objawy to właśnie obrzęk, przekrwienie i obfita śluzowa wydzielina w nosie i gardle. Objawy towarzyszące

to uczucie osłabienia, ogólne rozbicie, stany podgorączkowe, a często i znaczne podniesienie ciepłoty. Stan taki nazywany „przeziębieniem" trwa 4-6 dni i ustępuje zwykle bez powikłań, przy zastosowaniu jedynie leczenia objawowego. Rozumiemy przez to pozostawienie w domu, bańki, obfite pojenie, odsysanie lub wydmuchiwanie wydzieliny z nosa. Dobrze robią rozgrzewające napoje (herbata lipowa, gorące mleko z miodem). Należy podawać świeże soki owocowe (witamina C), preparaty wapnia i rutiny, które mają działanie uszczelniające naczynia. Bańki od wieków używane są jako doskonały lek przy przeziębieniach. Działanie ich polega na wywołaniu wynaczynienia krwi pod skórą. Krew ta następnie zostaje z powrotem wchłonięta – przez co osiąga się efekt działania bodźcowego. W użyciu są tradycyjne bańki szklane, które stawia się wywołując próżnię za pomocą ognia oraz nowsze tzw. bezogniowe (próżnię, osiąga się przez odciągnięcie powietrza specjalnym tłoczkiem).

Pozostawanie w domu, choć na 1-2 dni i wczesne rozpoczęcie leczenia objawowego to bardzo ważne działanie w początkowej fazie zakażenia dróg oddechowych. Pomaga ono organizmowi dziecka na szybsze zwalczenie go i w znacznym stopniu zapobiega pogłębieniu choroby i przechodzeniu jej w stan przewlekły.

Postępowanie takie jest też prewencją rozszerzania się zakażenia w grupie przedszkolnej. Jeżeli zakażenie okaże się silniejsze niż siły obronne dziecka – które nie potrafią go zlokalizować i zlikwidować, – rozszerza się ono na struktury pobliskie, to jest błonę śluzową zatok obocznych nosa, poprzez trąbkę Eustachiusza do ucha środkowego oraz w dół do krtani, tchawicy i oskrzeli. Następnym etapem jest uogólnienie zakażenia do krwi oraz narządów wewnętrznych, w pierwszej kolejności płuc. Zwykle dochodzi do nadkażenia bakteryjnego.

Zapalenie zatok obocznych nosa

Może powstać już u 2-4 letnich dzieci. Jest to bakteryjne powikłanie wirusowego zakażenia nosogardła. Z uwagi na łatwość dalszego rozprzestrzeniania się, jak również skłonność do przewlekania się procesu chorobowego, należy dążyć do szybkiego ich wyleczenia. Konieczna jest kuracja antybiotykowa. Objawy ostrego zapalenia zatok przynosowych to: wydzielina śluzowo-ropna w jamie nosowej, okresowe „zatkanie" (zaburzenia drożności), kaszel (głównie w nocy), stany podgorączkowe, bóle głowy, uczucie niepokoju, płaczliwość. Gdy objawy utrzymują się dłużej niż 12 tygodni, rozpoznaje się przewlekłe zapalenie zatok przynosowych. W wyniku przewlekle upośledzonej drożności nosa dziecko oddycha przez usta, chrapie w nocy, zaczyna mieć niewyraźną, nosową mowę. Ma śluzowo-ropną wydzielinę w jamach nosowych, która spływa również po tylnej ścianie gardła. Kaszle, traci apetyt, pochrząkuje, ma nieprzyjemny zapach z buzi. Przewlekłemu zapaleniu zatok sprzyjają zaburzenia odporności, przerost wyrośli adenoidalnych (trzeciego migdała), odpływ żołądkowo-przełykowy, alergia i astma oskrzelowa, a także wady anatomiczne, np. skrzywienie przegrody nosa, zespół nieruchomych rzęsek czy mukowiscydoza. Czynniki te powinny być zawsze zidentyfikowane i leczone przyczynowo. Przewlekłe zapalenie zatok jest leczeniem

WYMIENIAJ
DOŚWIADCZENIA Z INNYMI
MAMAMI ONLINE
FamilyService.pl

skojarzonym: chemioterapeutyki ogólnie oraz miejscowo leki podawane donosowo (obkurczające i ułatwiające ewakuację wydzieliny). Ważną też rolę odgrywa płukanie jam nosowych roztworem soli fizjologicznej czy morskiej wody w postaci sprayu.

Gorączka

Podniesiona ciepłota ciała u dziecka w wieku przedszkolnym najczęściej jest wyrazem zakażenia. Można ją spokojnie obserwować, gdy dziecko jest w dobrym stanie. Jeżeli nie towarzyszą jej objawy z górnych dróg oddechowych (katar, chrypka, kaszel czy ból gardła, wymioty lub luźne stolce) należy wykonać badanie ogólne moczu, a w wypadku nieprawidłowego wyniku – posiew.

Przez gorączkę (podniesioną ciepłotę) rozumiemy temperaturę ciała powyżej 38ºC. Stany podgorączkowe to ciepłota podniesiona do 37,5-38ºC. Powyżej 38,5ºC, należy obniżać ciepłotę. Zwykle zaczynamy od schłodzenia dziecka przez przetarcie całego ciała tamponem waty zwilżonym zimną wodą i spirytusem, lub chłodną kąpielą. Jeśli to nie pomaga, należy podać lek obniżający ciepłotę. Najczęściej stosuje się paracetamol w dawce 10 do 15 mg/kg, z możliwością powtórzenia dawki po 5-6 godzinach. Nie wolno zapominać o obfitym pojeniu dziecka. Gwałtownemu narastaniu ciepłoty towarzyszą dreszcze, zaś jej opadaniu zlewne poty. Pocące się dziecko, w toku obniżającej się gwałtownie ciepłoty, należy wytrzeć ręcznikiem i przebrać w świeżą pidżamę. W przypadku uporczywie utrzymującej się gorączki, po konsultacji z lekarzem możliwe jest włączenie innych leków przeciwgorączkowych np. ibuprofenu.

Jeżeli uprzednio, wysokiej ciepłocie towarzyszyły drgawki gorączkowe, obok leków obniżających ciepłotę należy stosować również luminal (dawkę zaleca lekarz).

Niebezpieczne dla dziecka jest, jeżeli wysokiej ciepłocie towarzyszy sztywność karku, uniemożliwiająca mu swobodne kręcenie głową lub jej przygięcie, drgawki lub zaburzenia świadomości, powtarzające się wymioty, silny ból brzucha, wysypka o charakterze zatorowym (wykwity przypominające ukąszenia pchły).

Wysoka ciepłota powyżej 41ºC jako jedyny objaw oraz opisane objawy towarzyszące stwarzają sytuację wymagająca pilnego wezwania karetki pogotowia, lub kontaktu z lekarzem w szpitalu.

Kaszel

Kaszel jest bardzo częstym objawem chorobowym u kilkuletnich dzieci. Może mieć przyczynę infekcyjną, w zakażeniu górnych dróg oddechowych, zatok przynosowych, przeroście migdałka gardłowego, zapaleniu oskrzeli, płuc czy kokluszu (parakokluszu).

Spływająca wydzielina w przebiegu przewlekłego zapalenia zatok przynosowych jest częstą przyczyną drażniącą w wywołaniu odruchu kaszlowego. Charakter kaszlu też jest różny: może być suchy szczekający jak przy zapaleniu krtani, wilgotny z odksztuszaniem jak w przewlekłym zapaleniu zatok czy tzw. zespole zatokowo-oskrzelowym. Koklusz, parakoklusz i inne tzw. atypowe zakażenia układu oddechowego dają kilkutygodniowe, uporczywe kaszle. Kaszel może mieć przyczynę pierwotną w zakażeniu pasożytami (np. glistą ludzką), nieprawidłowościach anatomicznych (np. zaburzenia ruchomości rzęsek), jak też występować z powodów psychicznych u dzieci nerwowych. Kaszel związany z czynnikami psychicznymi występuje często właśnie w sytuacjach stresu, przezwyciężania uporu dziecka, np. przez zmuszanie go do pójścia do przedszkola. Często towarzyszy mu płacz, a w końcu wymioty.

Ciało obce w drogach oddechowych też może być przyczyną przewlekłego kaszlu. Trzeba pamiętać, że niektóre zaaspirowane do oskrzeli ciała obce, jak np. kawałki orzecha, są niewidoczne w obrazie rentgenowskim płuc. Dlatego, gdy dziecko je orzechy, trzeba uważać, by się nie zachłysnęło.

Poza wyżej wymienionymi przyczynami, kaszel jest też u dużej grupy dzieci objawem związanym z alergią.

Dziecko kaszlące, zwłaszcza gdy sprawa przedłuża się powyżej 10 dni, powinno być zbadane przez lekarza dla ustalenia przyczyn i rozpoczęcia leczenia.

Antybiotyki

Antybiotyki wprowadziły przewrót w leczeniu zakażeń. Pozwoliły uratować zdrowie i życie setek milionów ludzi na całym świecie. Era antybiotyków rozpoczęła się dopiero w 1940 roku, kiedy to po raz pierwszy do leczenia chorych w szpitalu zastosowano penicylinę. Aż trudno sobie wyobrazić, że działo się to zaledwie 68 lat temu. Od tego czasu wykryto tysiące substancji, z których kilkadziesiąt wprowadzono do lecznictwa jako nowe antybiotyki. Wszystkie one zabijają lub hamują rozwój bakterii, a jednocześnie są dobrze tolerowane przez organizm człowieka.Działanie każdego antybiotyku charakteryzuje tzw. spektrum antybiotyczne, czyli zakres działania przeciw określonym drobnoustrojom, w stężeniu względnie nieszkodliwym dla komórek ustroju gospodarza. Antybiotyki należą do bardzo różnych grup chemicznych a mechanizm ich działania jest niezwykle zróżnicowany. Mają niestety jak większość leków poza działaniem dobroczynnym w sensie zwalczania zakażenia, również działania uboczne -niepożądane.

Podstawowym problemem klinicznym związanym ze stosowaniem antybiotyków jest wytwarzanie przez coraz liczniejszą grupę drobnoustrojów antybiotykooporności, która zmniejsza lub likwiduje ich skuteczność. Zjawisku temu sprzyja pochopne stosowanie antybiotyków, przede wszystkim ich nadużywanie.

Rodzice powinni pamiętać:

- Antybiotyki zawsze zaleca lekarz, który rozważa wskazania i dobiera właściwy antybiotyk podejrzewając przyczynę zakażenia po objawach klinicznych, lub wykonuje posiew.
- Nie wolno samowolnie skracać przepisanego przez lekarza okresu leczenia mimo, że nastąpiła poprawa ogólnego stanu dziecka. Takie postępowanie wpływa z jednej strony na „niedoleczenie" schorzenia, z drugiej sprzyja wytwarzaniu szczepów opornych na stosowany lek.
- W czasie kuracji antybiotykowej i kilka dni dłużej, należy podawać probiotyki, zapewniające utrzymanie prawidłowej flory jelitowej. Leczenie antybiotykami niszczy bowiem prawidłową florę bakteryjną przewodu pokarmowego sprzyjając rozwojowi szczepów patogennych.
- Bardzo częste u dzieci zakażenia wirusowe, zwykle nie wymagają leczenia antybiotykowego.
- Nie wolno samemu stosować antybiotyków, bo np. pozostało trochę z poprzedniej kuracji, która pomogła!
- Pozostałe resztki zawiesin antybiotykowych (najczęstsza postać leku dla małych dzieci) powinny być oddane do apteki, skąd trafią do właściwej utylizacji. Wyrzucenie antybiotyków ze śmieciami lub kanalizacją niebezpiecznie zanieczyszcza środowisko.

Niewłaściwie zastosowane antybiotyki mogą powodować skutki wręcz przeciwne do zamierzonych.

Probiotyki

Preparaty probiotyczne są to produkty zawierające żywe, ściśle określone drobnoustroje, które po zastosowaniu w odpowiedniej dawce, wywołują korzystne efekty zdrowotne w organizmie. Bakterie te stanowią fizjologiczną florę przewodu pokarmowego, potocznie nazwane są pałeczkami kwasu mlekowego: Lactobacillus i Bifidobakterium a także drożdże Saccharomyces boulardii. Uważa się, że flora bakteryjna przewodu pokarmowego tworzy złożony ekosystem, który stanowi naturalną barierę metaboliczną i immunologiczną, chroniącą jelito przed zasiedleniem przez bakterie patogenne. Noworodek rodzi się z jałowym przewodem pokarmowym, a karmienie pokarmem matki pozwala na kolonizowanie jego przewodu pokarmowego tymi właśnie „dobrymi„ bakteriami. Stanowi to jeden z kolejnych dowodów potwierdzających zdrowotne znaczenie karmienia naturalnego.

Probiotyki powinny być stosowane w zaburzeniach żołądkowo-jelitowych - biegunkach, w trakcie i po leczeniu antybiotykami, w stanach rekonwalescencji po przebytych chorobach, jak również w stanach obniżonej odporności.

Znanych i dostępnych na rynku, jest wiele preparatów probiotycznych zawierających pojedyncze lub kilka szczepów pałeczek kwasu mlekowego. Preparaty probiotyków są też dodawane do niektórych preparatów mlecznych i jogurtów.

Prebiotyki

Termin <prebiotyk > określa nie poddające się trawieniu składniki żywności, które selektywnie stymulują wzrost lub zwiększenie aktywności szczepów bakterii w jelicie grubym i dzięki temu wywierają korzystny efekt zdrowotny. Do składników tych należą oligosacharydy-galaktooligosacharydy(GOS) i fruktooligosacharydy (FOS). Występują one również w pokarmie kobiecym.

Naturalne oligosacharydy występują m.in. w owocach, w sałacie, zbożu, cebuli, czosnku, czy w bananach. Ułatwiają wchłanianie wapnia i fosforu, działają przeczyszczająco. Są również dodawane do mieszanek mlecznych, preparatów mlecznych dla dzieci starszych oraz do jogurtów.

Łączenie prebiotyku z probiotykiem daje wzajemne wzmocnienie korzystnego działania. Jest to szczególnie wskazane dla chorych, leczonych dzieci, zwłaszcza przy ograniczeniu diety, np. przy biegunkach czy wymiotach.

Zapalenie ucha środkowego

To stan zapalny struktur usznych, zazwyczaj z towarzyszącym wysiękiem. Jest to popularna i bardzo bolesna choroba wczesnego dzieciństwa. Często rozpoczyna się od pęcherzykowego zapalenia błony bębenkowej, sprawiającego dziecku ogromny ból. Rozróżnia się:

- zapalenie ucha ostre,
- zapalenia ucha środkowego z wysiękiem,
- przewlekłe zapalenie ucha środkowego.

Powszechne stosowanie antybiotykoterapii (choć w znaczącym procencie choroba ta leczy się samoistnie) doprowadziło do znaczącego zmniejszenia przewlekłych zapaleń ucha u dzieci.

Wysiękowe zapalenie ucha środkowego

Nawracające incydenty zapalenia ucha środkowego z wysiękiem występują u co najmniej

NOWOŚĆ!

Dietetyczny środek spożywczy specjalnego przeznaczenia medycznego

MULTILAC® Baby SYNBIOTYK

Synbiotyk w saszetkach dla dzieci od 4 m.ż.

by Twój Maluszek miał zdrowy brzuszek

Zawiera aż 9 żywych szczepów bakterii plus FOS (źródło energii umożliwiające ich lepsze namnażanie się)

Oparty na technologii ochrony bakterii Micro MURE®, dzięki której są one odporne na sok żołądkowy i docierają aktywne do jelit

Nie wymaga przechowywania w lodówce

- wspomagająco w trakcie i po antybiotykoterapii
- przy zaburzeniach czynnościowych jelit (np. zaparciach i biegunkach różnego pochodzenia)

www.multilac.pl

MultB/01.2013/04

30 proc. dzieci w wieku 1-7 lat. Głównym objawem jest upośledzenie słuchu.
Wysiękowemu zapaleniu ucha środkowego sprzyjają wielokrotne zakażenia górnych dróg oddechowych oraz zaburzenia czynności trąbki słuchowej.
Dziecko także demonstruje:
- opóźnienie w nauce języka,
- problemy zachowania,
- trudności w nauce i szkole.

Ostatnio w leczeniu zapalenia ucha z wysiękiem stosuje się dreniki wentylacyjne, które ułatwiają wentylację, a nie drenaż płynu. Pozostają w błonie bębenkowej przez około 12 miesięcy, po czym następuje samoistne ich wydalenie. Wprowadzenie dreników daje znaczną poprawę słuchu. Powikłaniem jest wysięk z ucha. Leczy się go kroplami do ucha z antybiotykiem i hormonami.

Ocena niedosłuchu

Badanie słuchu (audiogram) określa stopnie niedosłuchu w jednostkach zwanych decybelami (dB): lekka utrata to 20-40 dB, umiarkowana – 40-60 dB, a ciężka – 60-80 dB. Stopień niedosłuchu ma znaczny wpływ na trudności opanowania mowy. Głęboka głuchota odnosi się do utraty większej niż 80dB w paśmie częstotliwości mowy. Głuche dziecko nie potrafi nauczyć się mówić nawet z pomocą aparatu słuchowego.
Utrata słuchu przewodzeniowa polega na zakłóceniu przekazywania dźwięku z przewodu słuchowego do ucha środkowego (najczęściej z powodu nawracających zapaleń).

Przewlekłe zapalenie migdałka gardłowego

To częsta przyczyna zwężenia drożności górnych dróg oddechowych. Dziecko takie ma skłonność do częstych zakażeń dróg oddechowych i ucha środkowego. Charakterystycznym objawem jest chrapanie i spanie z otwartą buzią. Najlepszą metodą badania jest wykonanie nasofiberoskopii[*******], która wykaże stopień zatkania i wielkość wyrośla adenoidalnego w górnym gardle. Powiększenie migdałka gardłowego (trzeciego) wymaga leczenia. U pewnego procenta dzieci konieczne jest operacyjne usunięcie. Zabieg ten likwiduje przyczynę chrapania i nawracania zapaleń ucha środkowego.

Zakażenia przewodu pokarmowego

Zwykle manifestują się triadą objawów: bólami brzucha, biegunką, wymiotami, a czasem również wysoką gorączką. Spowodowane są najczęściej przez zakażenia rotawirusem, ale również innymi enterotropowymi wirusami, bakteriami czy pierwotniakami. Z bakterii najczęstsze są zakażenia paradurami (Salmonelloza) i czerwonką (Shigella). Gronkowce lub bakterie beztlenowe (po zjedzeniu zakażonych potraw, najczęściej lodów, ciastek, pasztecików) wywołują czasem masowe zatrucia z udziałem dzieci, często o groźnym przebiegu.
Zakażenie rotawirusem jest obecnie najczęstszą przyczyną biegunki u dzieci poza szpitalem, jak też zakażeń szpitalnych.
W zakażeniach przewodu pokarmowego ważne jest:
- wykrycie czynnika etiologicznego – wykonanie posiewu kału;
- obfite pojenie dziecka, najlepiej roztworem elektrolitów (gastrolitu), dla wyrównywania jonów traconych poprzez wolne stolce i wymioty;

[*******] Nasofiberoskopia polega na wprowadzeniu przez nos cewnika i ocenie jego położenia w gardle na powiększonym migdałku za pomocą obrazu USG.

- podanie probiotyków[*******];
- kontakt z lekarzem, który oceni, czy dziecko nie wymaga nawodnienia drogą dożylną i ewentualnie zastosuje dodatkową kurację.

Wszawica

Wszawica jest powszechnie problemem wstydliwym i wszyscy starają się schować głowę w piasek, myśląc, że we współczesnym dostatnim świecie jest to problem rozwiązany. Nic bardziej mylnego, gdyż nawet dziś, w najbardziej rozwiniętych krajach świata, wśród wszystkich warstw społecznych, od czasu do czasu dochodzi do „epidemii" wszawicy.

Jak dochodzi do zakażenia?

Zakażenie wszą głowową jest wyjątkowo łatwe. Zwykle podczas wakacji, gdy nasze pociechy przebywają ze sobą przez dłuższy czas i tak chętnie wymieniają się drobnymi przedmiotami codziennego użytku, spędzają czas we wspólnych łóżkach – wówczas może dojść do zakażenia. Wystarczy użycie grzebienia, szczotki do włosów czy spinek zarażonej osoby, by mały pasożyt osiedlił się na owłosionej części głowy.

Miejscami, w których najczęściej gnieżdżą się wszy są okolice karku, skroni i za uszami. Samiczka składa jaja (4-10 dziennie) przytwierdzając je kleistą substancją do nasady włosa. Od tego czasu potrzeba zaledwie kilku dni by z jajeczek (zwanych gnidami) powstały dorosłe osobniki, żywiące się krwią ludzką. Przekłuwając skórę głowy, wszy wydzielają toksyczną substancję powodującą świąd. Czasem swędzenie nie jest bardzo nasilone. W takich sytuacjach czesząc dziecko lub myjąc mu głowę odkrywany przypadkowo te małe pasożyty. We wczesnej fazie

zakażenia możemy dostrzec jedynie jajeczka przypominające białawe „skorupki" przytwierdzone bardzo silnie do włosów.

Czy można zapobiec zakażeniu?

Generalnie nie ma jednej, skutecznej metody zapobiegania inwazji. Ważne jest aby regularnie kontrolować głowę dziecka. Mycie głowy (2 razy na tydzień) i bieżąca kontrola są dobrym nawykiem higienicznym i w razie zakażenia powinny pomóc w szybkim rozpoznaniu sytuacji i podjęciu leczenia.

Co robić gdy doszło już do zakażenia?

Wszawica może być skutecznie zwalczona za pomocą dostępnych na rynku licznych preparatów farmakologicznych zawierających środki chemiczne, pestycydy i chemioterapeutyki. Niestety na świecie zaobserwowano już pierwsze przypadki oporności wszy na powszechne chemioterapeutyki co zaczyna być problemem. W przypadku braku efektu powszechnie dziś stosowanych środków dostępnych w większości przypadków, bez recepty, można się uciec do środka o całkowicie bezpiecznym profilu leczniczym, umożliwiającym stosowanie go u dzieci w każdym wieku, kobiet w ciąży

[*******] Probiotyki – to tzw. dobre bakterie, które przywracają prawidłową florę przewodu pokarmowego. Nazwy fabryczne to: lacidofil, enterol, trilac.

i karmiących piersią. Jest nią dimetikon – nietoksyczna substancja, która dzięki specjalnym właściwościom fizycznym blokuje oddechowe przetchlinki wszy prowadząc do ich eliminacji. Pamiętajmy, że wykrycie wszawicy u dziecka nakazuje nam szczegółową kontrolę wszystkich osób z najbliższego otoczenia dziecka i ewentualną terapię całej rodziny. Im wcześniej rozpoznamy zakażenie i wdrożymy leczenie, tym łatwiej i szybciej pozbędziemy się problemu i zapobiegniemy dalszemu szerzeniu się infekcji.

Pasożyty przewodu pokarmowego

Najczęściej występujące w naszym kraju inwazje pasożytnicze u dzieci to owsica, lamblioza i glistnica, a w dalszej kolejności zakażenie włosogłówką i toksokarozą.

Owsica (enterobiosis)

Jest najczęstszą inwazją pasożytniczą u dzieci, wywołuje ją owsik ludzki (oxyuris vermicularis). Jest to pasożyt występujący u ludzi. Wyglądem przypominają białe niteczki o długości do 1 cm. Samice wędrują nocą w okolice odbytu i tam składają duże ilości jaj. W wilgotnych i ciepłych warunkach okolicy odbytu już po 4-6 godzinach z otoczki jajowej mogą uwolnić się larwy. Wędrują one zwykle z powrotem do opuszki odbytu. Część larw pozostaje w otoczce jajowej i zostaje strzepana z pościeli do środowiska – kurzu domowego lub pod paznokciami drapiącego się dziecka jest przenoszona do ust. Najczęstszym źródłem zakażenia są jaja. Są one przenoszone za pośrednictwem zabrudzonych rąk, urządzeń sanitarnych, bielizny, ręczników i kurzu domowego.

Dostają się pod paznokcie drapiącego się dziecka i są przenoszone bezpośrednio do ust – jest to najczęstsza droga permanentnego samozakażenia.

Ogromna łatwość zakażenia i upowszechnianie jego źródeł przez wspomniane już rozsianie jaj w otoczeniu zakażonego dziecka sprawia, że chorują całe rodziny lub środowiska. Zakażają się całe grupy przedszkolne i klasy. Trwałość zakażenia jest wprost proporcjonalna do złych warunków higienicznych.

Najbardziej stałym objawem jest świąd okolicy odbytu. Jaja owsików mogą być wykryte za pomocą badania makroskopowego celofanowej taśmy przyklejonej rano na okolicę odbytu lub wymazu zrobionego pałeczką okręconą celofanem. Osobniki dorosłe można zobaczyć w stolcu gołym okiem.

Zarażenie owsicą może przebiegać bezobjawowo, częściej jednak pojawiają się objawy kliniczne, do których należy:

- nocny świąd okolicy odbytu, a nawet zmiany zapalno-uczuleniowe tej okolicy, które nasila drapanie;
- osłabienie, bladość, podkrążone oczy;
- brak apetytu, pobudzenie ruchowe, zgrzytanie zębami, brak koncentracji;
- niekiedy gorsze przybytki masy ciała.

Leczenie: podstawowym warunkiem osiągnięcia sukcesu leczniczego jest przeprowadzenie kuracji wszystkich zakażonych nawet bezobjawowo osób.

Najczęściej stosuje się – według wskazań lekarskich – Pyrantelum w dawce jednorazowej powtórzonej po dwóch tygodniach.

Zapobieganie: polega na przestrzeganiu zasad higieny osobistej, bardzo częstego mycia rąk, obcinania paznokci, częstej zmianie bielizny osobistej i pościelowej, prasowania jej gorącym żelazkiem, zwalczania kurzu domowego, mycia, odkurzania.

Glistnica (ascariosis)

Jest spowodowana przez glistę ludzką (ascaris lumbricoides). Człowiek zakaża się przez połknięcie larwy inwazyjnej w otoczce jajowej

pasożytów, które znajdują się w zanieczyszczonej ziemi. Z połkniętych jaj wylegają się larwy. Przedostają się one z jelita poprzez naczynia krwionośne lub chłonne do płuc, gdzie wzrastają. Następnie zostają odkrztuszone, połknięte z powrotem dostają się do jelita cienkiego, gdzie osiągają dojrzałość płciową i długość 25-30 cm. Jaja są wydalane z kałem, będąc źródłem dalszego zakażania przenoszonego przez brudne ręce, sanitariaty lub ręczniki. Glisty mogą opuszczać przewód pokarmowy gospodarza wraz z kałem, a nawet przez jamę ustną! Są podobne do dżdżownicy. Inwazja glisty nie należy do częstych u dzieci – z wyjątkiem tych, które lubią zabawy w ziemi.

Objawy kliniczne to najczęściej bóle brzucha, zgrzytanie zębami, często brak przybytków wagi lub chudnięcie. Mogą też występować objawy płucne – kaszel, plwocina podbarwiona krwią. W badaniu rentgenowskim znaleźć można nacieki płucne. U części zakażonych dzieci rozwijają się objawy alergiczne na antygeny glisty: obrzęki powiek, nieżyt nosa, zapalenie spojówek, a także wysypki skórne. Do rozpoznania dochodzi zwykle przez zauważenie wydalonej glisty lub jaj w badaniu makroskopowym kału. Leczenie według wskazań lekarza: pyrantelum, vermox lub zentel.

Lamblioza

Jest to częste u dzieci zakażenie pierwotniakiem należącym do wiciowców nazywanym Giardia lamblia lub Lamblia intestinalis. Zakażenie następuje przez połknięcie cysty, z której w górnym odcinku jelita cienkiego uwalniają się dwa trofoazoity, które przyczepiają się do błony śluzowej jelita – najczęściej dwunastnicy, ale też w części przypadków dróg żółciowych. Zakażone dziecko jest źródłem wydalania ogromnej ilości cyst, obliczanej na kilkadziesiąt milionów w 1 gramie kału. Stąd łatwość rozprzestrzeniania zakażenia w środowisku rodzinnym i dziecięcym. Łatwo przenosi się przez wodę – pobieraną z zanieczyszczonych źródeł.

Objawy: w postaciach przewlekłych zakażenia najbardziej charakterystyczne są na przemian biegunki i zaparcia, bóle brzucha w okolicy nadbrzusza, zgagi, odbijania, nudności, bóle głowy. Częsty jest brak apetytu, łatwość męczenia się i stany podgorączkowe. Chudnięcie, senność, osłabienie siły i masy mięśniowej. Zjawiają się zaburzenia trawienia i wchłaniania, niedokrwistość. Szczególne ciężkie objawy kliniczne występują u dzieci z niedoborami immunoglobulin.

Rozpoznanie: ustala się, znajdując w kale cysty lub obecność antygenu.

Leczenie: według wskazań lekarza (pochodne nitroimidazolu).

Toksokaroza (toxocarosis)

Chorobę wywołują larwy glist występujących w jelicie cienkim psów (Toxocara canis) lub kotów (Toxocara cati). Ma ona charakter inwazji wieloogniskowej. Historyczna nazwa: larwa trzewna wędrująca. Larwa łykana jest w postaci jaj inwazyjnych, z których wyzwala się i wędruje wraz z krwią do narządów wewnętrznych i wątroby, płuc, mięśni gładkich serca lub szkieletowych, a nawet do ośrodkowego układu nerwowego i oka. Inwazja ma ostry charakter kliniczny z burzliwymi objawami wysokiej gorączki, powiększenia wątroby, zmian zapalnych płuc, a także objawów ze strony układu nerwowego w postaci zespołów chorobowych zaburzeń równowagi, padaczko- czy guzopodobnych W naszym kraju brak jest danych epidemiologicznych dotyczących częstości występowania tego zakażenia w środowisku dziecięcym. Jednak aż 80 proc dotkniętych dzieci miało bli-

skie kontakty z młodymi psami, które – same zakażone – wydalają z kałem larwy inwazyjne, zarażające dzieci.

Leczenie: jest bardzo trudne i nie zawsze skuteczne. Musi być powtarzane zwłaszcza w inwazjach klinicznie nawracających.

Dlatego niezwykle ważne jest systematyczne odrobaczanie psów.

Włosogłówczyca (trichocephalosis)

Chorobę wywołuje nicień, włosogłówka ludzka (Trichocephalus trichiurus). Występuje najczęściej u dzieci ze środowisk wiejskich. Pasożyt ten wnika przednią częścią swego nitkowatego ciała pod nabłonek wyścielający do warstwy mięśniowej jelita grubego. Z tych względów powodować może miejscowe stany zapalne jelita. Wydalane w ogromnej ilości jaja (ok. 2 tysiące na dobę) nie są inwazyjne. Muszą trafić dopiero do gleby, gdzie w czasie około 3 tygodni, przy odpowiedniej wilgotności i dopływie tlenu, dojrzewa w nich larwa i czyni je inwazyjnymi. Zakażenie jajami inwazyjnymi następuje po połknięciu ich z zabrudzonych ziemią rąk. Najczęściej ma to miejsce u dzieci, które lubią zabawy w ziemi. Połknięta larwa wędruje do jelita grubego, po upływie 3 miesięcy osiąga dojrzałość i zakażenie można wykryć, znajdując wydalane z kałem jaja. Objawy kliniczne to przede wszystkim bóle brzucha, uporczywe biegunki lub biegunki na przemian z zaparciami, utrata łaknienia, niedokrwistość. Przy dłużej trwającej inwazji włosogłówką, zawsze dochodzi do zaburzeń w odżywianiu – pojawiają się niedobory masy ciała oraz wzrostu.

Rozpoznanie: opiera się na wykryciu w kale dziecka w badaniu pod mikroskopem charakterystycznych jaj – żółto brązowych o kształcie beczułek i przezroczystym, śluzowym czopie na obu biegunach.

Przewlekłe zaparcia

To stan, w którym oddawanie stolca jest rzadsze niż raz na 3 dni, zaś konsystencja jest twarda. Wypróżnieniom towarzyszy ból odbytu, powodujący lęk przed odda-

niem stolca. Nadmierne przepełnienie jelita grubego zalegającym kałem powoduje bóle brzucha.

Przyczyny zaparć u dzieci mogą być różnorodne. Do najczęstszych jednak zalicza się nieprawidłową dietę i tryb życia. Dieta sprzyjająca zaparciom jest ubogo-resztkowa i ubogo-błonnikowa: mało warzyw, owoców, grubo-ziarnistego pieczywa oraz zawiera zbyt mało płynów, a posiłki podawane są nieregularnie.

Sprzyjający zaparciom tryb życia: zbyt mało lub pozbawienie ruchu (unieruchomienie), zaburzenia sytuacyjne i psychogenne stresy, jak choćby rozpoczęcie zajęć w przedszkolu lub szkole czy nieodpowiednie warunki higieniczne (np. niezamykane boksy w ubikacjach przedszkola, brak papieru higienicznego, za krótki czas na wypróżnienie).

Do zaparć predysponują również ostre stany zapalne toczące się w okolicy odbytu, jak zapalenie okołoodbytnicze czy szczeliny odbytu.

Zaparcia towarzyszą też uszkodzeniom rdzenia kręgowego oraz wadom wrodzonym odbytu. Mogą też występować w schorzeniach metabolicznych, endokrynnych i genetycznych, jak w niedoczynności tarczycy i nadnerczy, mukowiscydozie. Zaparcia mogą też być wywołane zaburzeniami psychoneurologicznymi w przebiegu mózgowego porażenia dziecięcego oraz w zespołach upośledzenia umysłowego, np. w zespole Downa.

Pamiętać jednak trzeba, że u zdrowego dziecka czynniki psychiczne odgrywają znaczącą rolę w wytwarzaniu zaparć. Zaliczamy do nich nieprawidłowy trening higieniczny: zbyt wczesne, lub połączone z nieprzyjemnymi dla dziecka odczuciami, wysadzanie na nocnik, jak również celowe wstrzymywanie przez dziecko wypróżnienia (defekacji) przez dłuższy czas pobytu poza domem. Odruch defekacji może też zostać osłabiony przez długotrwałą, niewłaściwą dietę ubogo-resztkową, niedostateczną ilość płynów i ruchu oraz nadużywanie czopków.

Obok zaparcia prawdziwego, może też wystąpić zaparcie rzekome, które pojawia się jako wynik zbyt małej ilości pożywienia u dziecka głodzonego.

Leczenie: wymaga przede wszystkim rozpoznania przyczyny. Pierwszym etapem jest zwykle zmiana diety i trybu życia oraz, zgodnie z zaleceniami lekarskimi, zastosowanie leków pozwalających na prawidłowe opróżnianie jelita i powrót fizjologicznego odruchu wypróżnienia. W rzadkich przypadkach nieprawidłowości anatomicznych konieczne jest leczenie chirurgiczne.

Podobnie jak w wielu innych dziedzinach związanych z profilaktyką chorób bardzo ważne jest, by nie dopuścić do utrwalenia się zaparć. Stolec dziecka, również przedszkolnego i szkolnego, powinien być od czasu do czasu oglądany przez rodziców. Można zaobserwować wówczas nieprawidłowości: zbyt twardą jego konsystencję, śluz, świeżą krew, nie strawione cząstki pożywienia, a nawet pasożyty (glisty, owsiki czy fragmenty tasiemca). Dlatego sedesy starego typu tzw. półkowe są korzystniejsze, ze zdrowotnego punktu widzenia, ponieważ stolec zatrzymuje się na półce nie wpadając od razu do kanalizacji, jak to mam miejsce w sedesach nowego typu.

Nietrzymanie stolca (encopresis)

Nietrzymanie stolca to mimowolne jego oddawanie. Zdarza się w wieku, gdy większość dzie-

ci opanowała już tę umiejętność, co zwykle ma miejsce ok. 4 roku życia. W wieku 7 lat nietrzymanie kału dotyczy 1,5 proc. dzieci. Może być – podobnie jak nietrzymanie moczu – pierwotne i wtórne. Wtórne zdarzyć się mogą u dzieci przedszkolnych, którym nie odpowiadają warunki do oddawania stolca w czasie pobytu w przedszkolu. Większość dzieci nie trzymających stolec cierpi na przewlekłe zaparcia z następową bezwiedną defekacją. Dzieci, które nie mają przewlekłych zaparć, zwykle mają neurogenne zaburzenia zwieracza odbytu.

Nietrzymanie kału obserwuje się też u dzieci z zaburzeniami psychicznymi.

Przyczyny to często przedłużony czas zalegania masy pokarmowej w jelitach i niekonsekwentna nauka czystości, ale też brak urządzeń sanitarnych w szkole, negatywne doświadczenie z defekacją, biegunki, bolesne twarde stolce czy bolesne pęknięcia błony śluzowej odbytu.

Nietrzymanie kału występuje również u dzieci z wadami wrodzonymi, np. przy nieprawidłowym unerwieniu jelita tzw. chorobie Hirschsprunga czy anatomicznym zwężeniu odbytu. Mogą też do niego prowadzić przyczyny spoza przewodu pokarmowego, głównie metaboliczne – niedoczynność tarczycy i niektóre leki.

Nieprawidłowości zewnętrznych narządów płciowych u chłopca

Stulejka

Jest to stan nieodprowadzalności napletka, uniemożliwiający jego ściągnięcie. U noworodków i chłopców do 1-2 roku życia w czasie kąpieli zaleca się próby bardzo delikatnego ściągania napletka, co powoduje stopniowe jego rozciągnięcie. W 3. roku życia napletek powinien być już swobodnie odprowadzalny. Pod napletkiem można często zaobserwować nagromadzenie substancji zwanej mastką. Są to białawe, serowate wydzieliny, które należy delikatnie usunąć po ściągnięciu napletka.

Jeżeli u kilkuletniego synka napletek nadal nie daje się odciągnąć, należy skonsultować się z lekarzem, najlepiej chirurgiem. Nieumiejętne, domowe próby mogą zakończyć się rozerwaniem, czasem nawet w kilku miejscach, delikatnej tkanki. Powstałe w wyniku tych działań ściągające zrosty będą jeszcze większą przeszkodą w odciąganiu. Poza doświadczeniem, lekarz zwykle dysponuje też miejscowym znieczuleniem, przez co zabieg nie jest bolesny.

Spodziectwo (hypospadiasis)

Ujście cewki moczowej powinno znajdować się na szczycie żołędzi. Bywa jednak czasami przesunięte, w skrajnych przypadkach aż do podstawy prącia. Spodziectwo jest wyrazem wady rozwojowej cewki moczowej i zwieracza zewnętrznego. Stan nietypowego położenia ujścia cewki łatwo rozpoznać po kierunku strumienia moczu w stosunku do osi długiej prącia. Wszystkie przypadki spodziectwa wymagają konsultacji chirurgicznej i zabiegu operacyjnego rekonstrukcji cewki moczowej, który wykonuje się około 2-3 roku życia.

Wnętrostwo (cryptorchismus)

Wnętrostwem nazywamy nieobecność jednego lub obu jąder w mosznie. Jest to najczęściej spotykana nieprawidłowość narządów płciowych u chłopców, występuje z częstością 1 na 125.

Rozróżnia się kilka rodzajów wnętrostwa:

1. brzuszne (prawdziwe), gdy jądro znajduje się w jamie brzusznej i nie może być sprowadzone do moszny;
2. ektopiczne – umiejscowione poza zwykłą drogą zstępowania, np. udowe czy kroczowe;

3. niezstąpione jądro macalne w kanale lub widoczne w badaniu USG;
4. jądro wędrujące – daje się sprowadzić do moszny, ale wykazuje tendencje do cofania się do kanału pachwinowego.

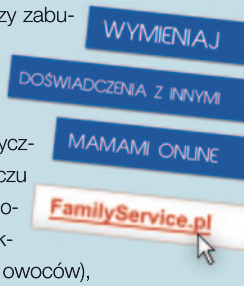
Męska gonada (jądro) wymaga do prawidłowego rozwoju, dojrzewania i możliwości tworzenia plemników temperatury niższej od temperatury ciała. Dlatego przypadki wnętrostwa wymagają leczenia chirurgicznego, wcześnie już w 1-2 roku życia.

Jedynym wyjątkiem jest tzw. jądro wędrujące, które zwykle samo schodzi do worka moszonowego, w takim przypadku można przyjąć pozycję wyczekującą. Należy jednak pilnie obserwować wielkość worka moszonowego i jego symetrię. Jeżeli przyczyną wędrowania jądra jest zbyt krótkie więzadło, trzeba je chirurgicznie wydłużyć.

Częstym niepokojem rodziców jest też długość prącia, w wieku 2-5 lat powinno to być od 5 do 6 cm (+ – 0,9 cm). Pomiaru dokonuje się po stronie grzbietowej z oparciem i naciśnięciem przez linijkę tkanki podskórnej w okolicy wzgórka łonowego. Nieprawidłowy wynik pomiaru to długość mniejsza niż 2-2,5 SD (odchylenie standardowe) od długości przyjętej za normę.

Dziecko otyłe

Problemem rodziców dzieci w wieku przedszkolnym jest częściej brak apetytu i niedowaga niż nadmiar wagi. Zaczęto jednak interesować się zagadnieniem nadmiaru wagi u dzieci, ponieważ, okazało się że aż 70 proc. ludzi otyłych w wieku dojrzałym, miewało problemy z nadwagą w okresie rozwojowym, najczęściej jako nastolatkowie. W Stanach Zjednoczonych od początku lat 70. pojawił się problem otyłości młodzieży i młodych dorosłych w związku z popularnością gotowej żywności i rozpowszechnieniem sposobu żywienia „w biegu" najczęściej za pomocą hamburgerów. Nie dotyczy to oczywiści sporadycznego ich spożycia. Otyłość dzielona jest na prostą (najczęstszą) i wtórną do schorzeń metabolicznych, ograniczenia aktywności ruchowej czy zaburzeń psychicznych.



Otyłość prosta związana jest z dostarczaniem zbyt dużej ilości pożywienia o wysokiej kaloryczności, ze zbyt dużą ilością tłuszczu i węglowodanów, z małą rozmaitością jedzenia, niedoborami włókna (pochodzącego z jarzyn i owoców), oraz ze zbyt małą ilością ruchu. Odgrywa też rolę przesiadywanie dziecka godzinami przed grami komputerowymi lub telewizorem, z pojadaniem słodyczy czy kanapek. Znaczenie przyczynowe ma też często „ucieczka w jedzenie", która jest sposobem rekompensowania sobie niepowodzeń w grupie rówieśniczej lub problemów rodzinnych związanych z brakiem miłości. „Ucieczka w jedzenie" jest też zapełnianiem nudy i braku zainteresowania dla swojej osoby. Jeżeli już pojawi się problem nadwagi (>90c), otyłości (>97)********, należy skorzystać z porady lekarza i zmienić zwyczaje jedzenia całej rodziny. Trzeba zapoznać się z polecanymi sposobami żywienia i wyborem odpowiednich produktów (chude mięso i nabiał, zlikwidowanie słodyczy, zwiększenie jarzyn i owoców). Całkowicie zlikwidować podjadanie między posiłkami. Zwiększyć ilość wypijanej przez dziecko niegazowanej wody.

Ważną też rzeczą jest przekonanie dziadków, że dziecko nie musi aż tak dobrze wyglądać i namówienie, aby zamiast czekoladek i innych smakołyków częstowali je owocami.

******** Siatki centylowe opracowane na dużych grupach dzieci obejmują tzw. normę populacyjną. Wartości powyżej 90c i poniżej 3c są nieprawidłowe.

Zaburzenia snu

Zdrowy, spokojny sen wymaga przestawienia z fazy aktywności dziennej do koniecznej dla wypoczynku fazy nocnego wyciszenia. Pamiętajmy, że dziecko do snu trzeba przygotować, pogodnie nastroić, nie budzić lęków i niepokoju. Lepiej coś opowiedzieć lub przeczytać, niż pokazać! Bajka przed snem powinna być spokojna, pogodna, budząca życzliwe skojarzenia. Nie może w niej być przemocy, „potworowatych" zwierząt i ostrych kolorów. Do obowiązków rodziców należy sprawdzenie, jakiego typu nowości i „paskudy" zjawiają się w telewizji w bajkach, które u dorosłych ludzi nawet mogą budzić niesmak.

Zaburzenia snu u dzieci polegają na niechęci do kładzenia się do łóżka, nocnych wybudzeniach, chodzeniu przez sen (sennowłództwo) oraz koszmarach nocnych.

Zdecydowaną niechęć a nawet opór przed kładzeniem do łóżka wykazuje co piąte dziecko w wieku 3-4 lat. Nie chcą przerywać zabawy, oglądania telewizji i kontaktu z rodzicami, którzy dopiero wieczorem mogą być razem z nim. Rodzice często zapominają, że dziecko do snu trzeba przygotować, wciągając je w powtarzany codziennie rytuał przygotowań do kąpieli, kolacji i udawania się na spoczynek.

Lęki i koszmary senne to epizody krzyku i płaczu z siadaniem, wymachiwaniem rękoma i przestraszeniem. Nocne wędrówki polegają na opuszczeniu łóżka i chodzeniu, a nawet wykonywaniu różnych czynności ze wsteczną niepamięcią. Neurolodzy twierdzą, że chodzenie przez sen (somnambulizm) dotyczy 15-40 proc. dzieci, z największym nasileniem między 4-8 rokiem życia. Zgrzytanie zębami to problem 15-90 proc. populacji. Moczenie nocne, które występuje jeszcze u 10 proc. 6-latków, należy również do problemów związanych z zaburzeniami snu.

Leczenie: polega na ustaleniu prawidłowych zasad dotyczących metod wychowawczych i higieny snu. Dla sukcesu konieczne jest zrozumienie ważności tego problemu i konsekwencja w ich realizacji.

Zespół deficytu uwagi i nadpobudliwości (Attention deficit hyperactivity disorder-ADHD)********

Charakteryzuje się nieumiejętnością odpowiedniego skupienia uwagi, jest połączony z impulsywnością i nadruchliwością. Dzieci te nie mają umiejętności wykonywania zleconych zadań i łatwo się rozpraszają. Nie potrafią nawet na chwilę skupić się, sprawiają wrażenie, że nie słyszą i nie rozumieją poleceń. Wykazują nadpobudliwość psychiczną, a jednocześnie wielką wrażliwość, bardzo łatwo je zrazić. Ruchliwość ich trudna jest do opanowania.

Chłopcy cierpią znacznie częściej niż dziewczynki. Ocenia się, że zespół nadpobudliwości dotyczy 2-4 proc. dzieci, co pozwala zaliczyć go do najczęstszych zaburzeń zachowania.

Próchnica zębów

Próchnica zębów i towarzyszące jej choroby przyzębia zaliczane są w naszym kraju do chorób społecznych, ze względu na częstotliwość ich występowania. Próchnica (caries dentium) to proces organiczny polegający na rozpadzie tkanki zębowej. W Polsce, niestety, procesy próchnicze dotyczą zębów mlecznych i bardzo wcześnie przenoszą się na uzębienie stałe. W badaniach ogólnokrajowych przeprowadzonych w 1995 roku stwierdzono, że 90 proc. 12-latków cierpi na próchnicę zębów. Choroby przyzębia, krwawienia, zapalenia dziąseł też dotyczą najmłodszych dzieci. Znane są cztery główne czynniki powodujące próchnicę:

1. bakterie w jamie ustnej rozkładające węglowodany,
2. obecność w jamie ustnej węglowodanów,
3. podatność zęba na odwapnienie,
4. tzw. stresy cukrowe – częstotliwość pojadania słodyczy i czas przebywania węglowodanów w jamie ustnej.

Higiena jamy ustnej: częste czyszczenie zębów, płukanie, używanie odpowiednich szczoteczek i past z fluorem, jak również, u starszych dzieci, nici dentystycznych do usuwania resztek z przestrzeni stycznych, to podstawowe metody zapobiegania próchnicy. W okolicach, gdzie woda jest pozbawiona fluoru, można go uzupełniać tabletkami według wskazań lekarza stomatologa.

Zaburzenia postawy

Problemem zdrowotnym dziecka przedszkolnego jest też jego postawa. Rozumiana jako stan układu kostno-stawowego i mięśniowego wykształca się w miarę pionizacji dziecka na przełomie pierwszego i drugiego roku życia. Fizjologiczne krzywizny kręgosłupa stabilizują się w miarę rozwoju układu mięśniowego. Dlatego w wieku przedszkolnym dość typowe jest odstawanie łopatek i uwypuklenie brzucha. W tym wieku jednak mogą być już zauważone nieprawidłowości. Najczęstsze nieprawidłowości postawy to: nadmierne pogłębienie krzywizn fizjologicznych, boczne skrzywienie kręgosłupa, nierówności kończyn dolnych, skręcenie osi kończyn dolnych, koślawe lub szpotawe ustawienie kolan.

Płaskostopie to koślawe ustawienie kości piętowej w stosunku do osi długiej kończyny oraz brak wyrobienia sklepienia poprzecznego i podłużnego stopy.

Najlepszą drogą zapobiegania i leczenia zaburzeń postawy są ćwiczenia rehabilitacyjne zwiększające siłę mięśniową oraz wczesna nauka pływania.

******** T. Wolańczyk, A. Kołakowski, M. Skotnicka „Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci", wyd. Biofilum, Lublin, 1999

Nauka dobrych manier przy stole

Warunkiem usamodzielnienia się dziecka jest jego zaradność i umiejętność wykonania czynności samoobsługowych, bez pomocy dorosłych. Jest to także wynik rozwijającego się własnego „Ja", szczególnie w zakresie samokontroli i rosnącej sprawności dziecka. W zakresie kształtowania się umiejętności zaliczanych do samoobsługi dotyczących jedzenia i właściwego zachowania się przy stole można wyróżnić następującą kolejność rozwojową:

- Szesnastomiesięczne dziecko umie już trzymać kubek dwiema rączkami i pić z niego. Próbuje także posługiwać się łyżką, chociaż trzyma ją nieporadnie i niosąc zupę do ust, rozlewa ją.
- Osiemnastomiesięczne dziecko (ma półtora roku) potrafi obiema rączkami utrzymać filiżankę napełnioną do połowy i pić z niej. Chce już samo jeść łyżeczką: domaga się tego, chociaż ciągle jeszcze posługuje się nią niesprawnie.
- Tuż przed ukończeniem drugiego roku życia dziecko (ma 21 miesięcy) potrafi trzymać małą filiżankę jedną ręką i pić z niej. O wiele lepiej radzi sobie z łyżką, chociaż trzyma ją chwytem nakładkowym.
- Trzylatek potrafi samodzielnie jeść. Doskonali te umiejętności w zabawie i z zapałem karmi lalki.
- Czterolatek (i dziecko starsze) sam je i pije, a także potrafi nakryć stół i odnieść naczynia.

Wynika z tego, że dzieci w wieku przedszkolnym mogą już samodzielnie spożywać posiłki. Mimo to, gdy mija szok adaptacyjny przedszkolaków, obserwuje się następującą sytuację. Kiedy nauczycielce uda się posadzić dzieci przy stolikach, to czekają one żeby je karmić. Nauczycielka ma usiąść obok dziecka i podawać kąski, a ono łaskawie zje. Ponieważ pani jest jedna, a dzieci dużo, niemożliwe jest spełnienie takich oczekiwań.

Jak kształtować nawyk właściwego zachowania się przy stole

Dotyczy to także nakrywania do stołu i sprzątania po każdym posiłku, a także siadania przy stole: dziecko ma bez upominania usiąść prosto na krześle, nie podpierając głowy, nie pokładając się na stole, nie zadzierając wysoko nóg itp. W trakcie posiłku dziecko ma zajmować się tym, co trzeba, a więc jedzeniem we właściwy sposób. Dziecko musi rozumieć, po co usiadło przy stole i czego się od niego oczekuje. Ważne są także formy grzecznościowe: Dziękuję... Było smaczne... Proszę... Przepraszam, nie chciałem...

Złe nawyki tworzą się, jeżeli jedzenie mylone jest z zabawą. Gdy dorosły biega za dzieckiem, wciskając mu do ust łyżkę z pokarmem albo zabawia dziecko i wykorzystuje każdy moment, by zmusić je do przełknięcia pokarmu. Takie udziwnienia są niepotrzebne i przynoszą fatalne skutki. Dobrych manier przy stole dziecko można nauczyć skutecznie, gdy dorosły:

- sam przestrzega ceremoniału jedzenia: nakrywa stół, a po posiłku sprząta ze stołu;
- zachowuje się przy stole tak, by stanowić dla dziecka wzór do naśladowania;
- jest pogodny, estetycznie je, nie grymasi, miło rozmawia w trakcie posiłku, potrafi podziękować za jego przyrządzenie;
- dopilnuje, aby dziecko usiadło przy nakrytym stole, a potem w odpowiednich momentach podpowie dziecku, co ono ma zrobić;
- nie będzie skąpić pochwał, jeżeli dziecko się dobrze zachowuje, a w nagrodę pozwoli zjeść dodatkowy deser (musi to być coś, co dziecko lubi).

Czasem konieczna bywa łagodna kara – na przykład wyproszenie od stołu. Jednak wspólne spożywanie posiłków nie może być dla dziecka udręką. Dziecko nie może opanować wszystkiego od razu w sposób doskonały. Dlatego dorośli muszą zachować umiar, wyczuć, co w danym momencie jest ważne i nie karcić dziecka za wszystko. Nie przeszkadza to być konsekwentnym w wymaganiach.

Jeżeli dziecko będzie dobrze zachowywać się przy stole, łatwiej będzie mu żyć z dorosłymi, gdyż będą postrzegać je jako sympatyczne, dobrze ułożone i mądre. Uniknie ono wielu sytuacji konfliktowych i niepotrzebnych napięć.

6 korzystam z łazienki

Jak ukształtować w dziecku nawyk mycia rąk i zębów

Trzylatki potrafią już – przy małej pomocy ze strony dorosłych – nie mocząc ubrania umyć twarz i ręce, a potem wytrzeć je ręcznikiem. Czterolatki same się myją i wycierają ręcznikiem, wymagają odrobiny wsparcia przy ubieraniu się, samodzielnie korzystają z toalety. Wynika z tego, że przedszkolaki nie powinny mieć z tym większego kłopotu. Tak jednak nie jest, nauczycielki narzekają, że dzieci są obecnie mniej samodzielne i dlatego wiele czasu muszą poświęcać na kształtowanie tych ważnych czynności samoobsługowych.

Kształtowanie u dziecka nawyku właściwego zachowania się w ubikacji jest trudne. Muszle klozetowe są zwykle dostosowane do rozmiarów dorosłych. Dla małego dziecka potrzebny jest więc podest i wkładka (w przedszkolach muszle są mniejsze i umieszczone niżej). Warto się o nie postarać, bo dziecko korzysta z ubikacji wiele razy dziennie, przez kilka lat.

Nauka sygnalizowania potrzeb fizjologicznych to jedno z najważniejszych zadań stojących przed dzieckiem w pierwszych latach życia. Są dzieci, które kontrolują oddawanie stolca i moczu pod koniec pierwszego roku życia. Większość jednak potrafi to robić o wiele później. W badaniach nad osiągnięciami czterolatków stwierdzono, że mniej niż połowa dzieci opanowała te czynności w stopniu zadawalającym.

Dzieci uczą się kontroli oddawania moczu i stolca na drodze kombinacji naśladownictwa dorosłych, pod wpływem uwag z ich strony, stosowanych kar i nagród. Jest wiele metod uczenia dzieci. Rodzicom szczególnie zainteresowanym tym problemem polecam porady J. Carr i ręczę za ich skuteczność.

Załatwianie potrzeb fizjologicznych wiąże się z przynależnością do płci: inaczej załatwiają się dziewczynki, a inaczej chłopcy. Nie można tego mylić, bo dziecko musi zachowywać się zgodnie z własną płcią. Może to być trudne dla samotnych matek wychowujących chłopców, albo dla samotnych ojców wychowujących dziewczynki. Jeżeli w najbliższym otoczeniu nie ma dziadka lub wujka, chłopiec może mieć zbyt mało wzorów męskich zachowań. Trzeba o tym pamiętać i mądrze ten problem rozwiązać. Ojców wychowujących samotnie dziewczynki namawiam do przemyślenia, do której z cioć trzeba się zwrócić, by nauczyła dziecko zachowywać się w ubikacji tak, jak damy zwykły to czynić. To ważne, gdyż przedszkolak powinien umieć poprawnie korzystać z ubikacji: zdjąć bieliznę, załatwić się, wytrzeć pupę i podciągnąć majteczki, a na koniec umyć i wytrzeć ręce. Każdej z tych czynności trzeba nauczyć z osobna. Jest ich sporo i dlatego dorosły

musi na początku podpowiadać dziecku, co kolejno powinno zrobić, a potem chwalić za samodzielne wykonanie. Radzę nie ograniczać się do wysadzania dziecka na nocnik. Przecież przebywając poza domem dziecko musi korzystać z sedesu. Dzieci nieprzyzwyczajone boją się tego. Kolejnym problemem w wychowaniu dzieci jest kształtowanie nawyku mycia rąk i twarzy, a także mycia zębów. Kłopot w tym, że dzieci nie odczuwają dyskomfortu z powodu brudnych rąk, nóg i twarzy. Najtrudniej jest z myciem zębów. Mimo „smacznych past" samo szczotkowanie zębów jest mało przyjemne. Nic dziwnego, że o konieczności mycia zębów trzeba dzieciom ciągle przypominać. Dopiero po latach przymuszania dziecka do codziennego mycia zębów tworzy się nawyk, co oznacza, że zaczyna mu przeszkadzać, gdy z jakiegoś powodu nie umyje zębów. Podobnie jest z kształtowaniem nawyku mycia się. Ważna jest więc systematyczność i cierpliwość – dorosły musi ciągle pilnować, przypominać i chwalić, gdy dziecko samo próbuje zadbać o siebie.

Problem także w tym, że młodsze i starsze przedszkolaki chętnie przekształcają mycie się w zabawę z wodą. Wynika to z faktu, że mają zbyt mało doświadczeń odnośnie tego, co z wodą można zrobić i w jaki sposób poddaje się ona zamierzeniom dziecka. Korzystają więc z każdej okazji do przelewania wody, nalewania jej do naczyń i wylewania, chlapania. Nie pomogą tu zakazy dorosłych. Napęd poznawczy jest tak silny, że przedszkolaki z radością wchodzą do każdej bodaj kałuży, rzucają do wody kamyki i z ciekawością patrzą, co się wówczas dzieje. Szczególnie atrakcyjne są dla dzieci zabawy z kolorową wodą, w trakcie malowania palcami lub pędzlem. Gdy woda jest brudna, lepiej widać, co się w nią dzieje i jakie zostawia ślady.

Analiza doświadczeń gromadzonych w takich „zakazanych" zabawach dowodzi, że są one niebywale kształcące, bo dziecko ma okazję ustalać, że:

- wody będzie więcej, jak się jej doleje i mniej, gdy trochę się jej wyleje;
- wody będzie tyle samo, gdy przeleje się ją z wysokiego naczynia do szerokiego, chociaż po przelaniu wydaje się jej więcej (lub mniej);
- woda zmienia kolor, jeżeli doda się do niej farby i można przewidzieć, jak to się stanie.

Dlatego, choć jest to kłopotliwe, trzeba dzieciom pozwalać bawić się wodą. Zamiast krzyczeć na dziecko, że nabrudzi i nachlapie, lepiej zorganizować zabawę w taki sposób, by nie była ona kłopotliwa. Można przecież zorganizować dla dziecka „kącik twórczy" (w którym dziecko może brudzić do woli), można także zawiesić na ścianie płytę pilśniową (pod nią położyć kawałek linoleum) i stworzyć miejsce, w którym może tworzyć malarstwo ścienne.

Namawiam także na większą tolerancję, gdy dziecko zabrudzi ubranko. Otóż dzieci najlepiej poznają swe otocznie poprzez osobiste doświadczenia. Te doświadczenie są także motorem rozwoju umysłowego. Dlatego dzieci mają naturalną potrzebę dotykania wszystkiego, przesuwania tego, co można przesunąć, rozbierania na części wszystkiego, co złożone. Na dodatek są szczególnie zainteresowane materiałami ciągłymi, gdyż te poddają się łatwo ich woli. Dlatego tak chętnie taplają się w wodzie i fascynuje je to, co da się ugniatać i przekształcać, na przykład glina, błoto i piasek (o plastelinie wszystko już wiedzą).

Jeżeli dorośli będą zbytnio karcić dziecko za to, że się ubrudziło, zniszczą jego napęd poznawczy. A to położy się cieniem na rozwoju umysłowym dziecka. Lepiej nauczyć dziecko, by do „brudnych" zabaw nakładało fartuszek lub bluzę i po zabawie myło ręce.

Jak nauczyć dziecko samodzielnego ubierania się

W kształtowaniu umiejętności samodzielnego ubierania i rozbierania się wiele zależy od tego, na ile dorośli pozwalają dziecku na samodzielne wykonanie czynności. Muszą być także zadowoleni z każdego przejawu samodzielności dziecka. Nie mogą ciągle poprawiać, strofować i pokazywać miną „że jest nie tak". Kiedy człowiek dopiero uczy się czegoś, to na początku zawsze jest niezdarny i nieuważny. Nadmierne korygowanie dziecięcych czynności spowoduje, że dziecko kojarzy czynność, której ma się nauczyć z niezadowoleniem dorosłego i przykrymi doznaniami. Zamiast ćwiczyć, będzie unikać wykonywania tego, co dorosły wymaga. Przewidując przykrości, będzie bronić się płaczem i wstrzymywaniem się od działania. Grozi to wyuczeniem bezradności dziecka.

Ucząc dzieci samodzielnego ubierania się i rozbierania trzeba pamiętać o tym, co znajduje się w ich możliwościach. Otóż dwuipółroczne dziecko jest już na tyle sprawne, że może samodzielnie założyć majteczki i spodenki, a także włożyć skarpety i buciki nie bacząc na którą nóżkę. Nie radzi sobie ono jeszcze ze sznurowadłami, klamerkami itp., a także trudno mu poradzić sobie z ubraniami, które mają guziki. Trzylatek próbuje rozpiąć guziki przy płaszczu tak: rozciąga zapięcie i wypycha palcem guziki z dziurek.

Trzeci i czwarty rok życia jest okresem doskonalenia się umiejętności samodzielnego ubierania się i rozbierania. Maluchy mają spore kłopoty z rozróżnianiem przodu i tyłu przy nakładaniu bluzy, piżamki, koszulki, kurtki itp. Jest im obojętne, na którą nogę zakładają but. Wiedzą, że trzeba nogi włożyć w nogawki, ale mylą im się przód z tyłem i często obie nogi wkładają do jednej nogawki. Wszystko to jest bardzo trudne, warto więc wprowadzić następujące ułatwienia:

- oznaczyć przód spodni i koszulki naszywając kółeczko, kokardkę;
- oznaczyć buty po wewnętrznej stronie tak, by dziecko na podłodze mogło złożyć w parę lewy i prawy bucik, a potem założyć na swoje stopy.

Ucząc dzieci ważnych umiejętności życiowych – takich jak samodzielne ubieranie i rozbieranie, a także porządne układanie ubrań – dorośli muszą być cierpliwi, systematyczni i konsekwentni. Nie udało się raz, to nic. Trzeba pochwalić dziecko za wysiłek i tak długo ćwiczyć – podpowiadać czynności, zachęcać do wykonania, podtrzymywać w dążeniu do celu – aż dziecku uda się go wykonać. Nie wolno zapomnieć o okazaniu radości z każdego dziecięcego sukcesu, bo zachęci je to do samodzielności.

Przedszkolaki mają silne poczucie własności (to moje, to mamy, to taty) i miejsca, gdzie mają się znajdować (to ma być na tej półce w szafie, to w łazience itd.). Doty-

czyć to może także dziecięcych ubrań, jeżeli dorośli o to zadbają. Można łatwo nauczyć dzieci, żeby układały swoje ubranka w wyznaczonych miejscach. Wystarczy, by dorosły przez jakiś czas, każdego wieczora, w miły dla dziecka sposób, pomagał mu układać zdejmowane ubranka. Potem, następnego dnia rano trzeba pokazać ułożone ubranka i stwierdzić, że tak jest wygodnie i ładnie, i że jest to także zasługa dziecka. Jeżeli jeszcze dorosły opowie innym o tym, co dobrego dziecko zrobiło, ręczę, że przestanie wieczorem rozrzucać ubrania.

Namawiam dorosłych, by – dla własnej wygody – kupowali dziecku ubrania nie krępujące ruchów i łatwe do zakładania (dziecko może je przy niewielkiej pomocy założyć samo) i nadające się do częstego prania. Takie ubranka są zwykle kolorowe, z przewagą naturalnych włókien i skonstruowane zgodnie z dziecięcą modą.

Z prawidłowości rozwojowych wynika bowiem, że dziecko w wieku przedszkolnym musi samo wszystkiego doświadczyć: dotknąć i przesunąć, turlać się po trawniku, wspinać się tam, gdzie ciasno itp. Co więcej, trzeba się martwić, gdy dziecko unika takiego osobistego poznawania otoczenia. Oznacza to bowiem, że ma słaby napęd poznawczy, a to może położyć się cieniem na rozwoju umysłowym dziecka. Jeżeli dorośli będą nadmiernie karcić dziecko za brudzenie się, mogą bezwiednie zniszczyć ten tak cenny napęd poznawczy dziecka. Dlatego nie warto i nie trzeba zbytnio denerwować się na dziecko za to, że pobrudziło ubranko.

Wdrażamy przedszkolaka do utrzymywania porządku wokół siebie

Już dwulatek lubi pomagać dorosłym w pracy domowej: dużo przy tym mówi, wszystkiego dotyka, zagląda w każdy kąt i bez przerwy pyta. Trzylatek potrafi wyręczać dorosłych w prostych czynnościach: podaje różne przedmioty (łyżki, widelce, zabawki) i umie przypilnować dziecko w wózku.

Pomaganie dorosłym sprawia małym i większym przedszkolakom wyraźną przyjemność. Jeżeli dorośli chcą tę wspaniałą cechę rozwinąć, muszą okazywać radość – nawet przesadnie – gdy maluch stara się pomóc, nawet wówczas, gdy czyni to niezdarnie. Potem, w obecności dziecka, mają głośno opowiadać innym o tym, co dobrego ono zrobiło i jakie to ważne i potrzebne. Dzięki temu dziecko zaczyna rozumieć, że pomaganie innym jest oczekiwaną powinnością i że może być dumne, jeżeli tak postąpi.

W trzecim roku życia dziecko potrafi już dostrzec ład i cieszyć się z niego, a bałagan kojarzy mu się z niewygodą i kłopotami. Dla dobra dziecka trzeba organizować wspólne sprzątanie:

- pokazywać dziecku, co i jak trzeba zrobić;
- podpowiadać następne czynności;
- okazywać radość, gdy uda mu się coś sensownie wykonać;
- nie karcić i wstrzymywać się od ciągłego poprawiania.

Na koniec należy wspólnie popatrzeć na posprzątany kąt i podkreślić, jak miło jest przebywać w posprzątanym mieszkaniu. Nie wolno także zapomnieć o podkreśleniu zasług małego pomocnika. W dobrze rozumianym interesie swoim i dziecka, dorosły nie powinien – nawet, gdy mu się śpieszy – wyręczać dziecka w pracach porządkowych. Czterolatki i dzieci starsze potrafią zrozumieć, co to znaczy pełnić dyżur i chętnie to robią, chociaż nauczycielka musi czasami małemu dyżurnemu o tym przypomnieć. Pięciolatki czują się wyróżnione, gdy mogą asystować nauczycielce i wyręczać ją w wielu czynnościach, a dyżury pełnią już z wielką odpowiedzialnością. Dla własnego dobra rodzice powinni się zainteresować tym, jak dziecko pełniło przedszkolny dyżur. Wówczas łatwiej będzie wdrożyć dziecko do obowiązków domowych.

Pomaganie innym trzeba połączyć z kształtowaniem u dzieci nawyku szanowania czyjegoś wysiłku. Dotyczy to zwyczajnych i codziennych spraw. Dziecko musi wiedzieć, że:

- trzeba wytrzeć buty, bo się nabrudzi i mama będzie musiała umyć podłogę, a to jest trudne i wymaga wysiłku;
- należy zamykać drzwi, bo może stać się katastrofa, a ponadto otwarte drzwi przeszkadzają innym;

- nie można rozrzucać przedmiotów, bo tworzy się bałagan i później trzeba sprzątać, a to jest kłopotliwe.

Już przedszkolne maluchy potrafią zrozumieć sens takich społecznych umów. Dla utworzenia nawyku szanowania wysiłku drugiego człowieka, dorośli muszą wykorzystywać każdą sytuację dla uświadamiania dziecku jakie to ważne.

Jeszcze jeden powód, dla którego warto uczyć dziecko dbałości o ład i porządek

W trakcie opanowania czynności samoobsługowych dziecko uczy się także mądrze organizować swoje czynności. Dowiaduje się, że pewnych sytuacji nie da się uniknąć. Dlatego lepiej nie buntować się i wykonać to, co trzeba szybko i sprawnie. Jeżeli dziecko pomogło w sprzątaniu, ma poczucie, że wykonało coś pożytecznego, jest chwalone i odczuwa komfort wygody. Te wspaniałe doznania dziecko przenosi na inne sytuacje zadaniowe, także w dziedzinie aktywności intelektualnych. Okazuje się, że:

- dzieci, które marudzą i ociągają się przy każdej czynności samoobsługowej przenoszą ten styl zachowania na sytuacje zadaniowe typu dydaktycznego: zbyt wolno układają przedmioty potrzebne do zajęć, zwlekają z wykonaniem poleceń, a na dodatek pokazują, jak wielką łaskę czynią nauczycielce;
- dzieci, które sieją bałagan (rzucą ręcznik byle gdzie, depczą po swoich ubraniach w szatni, przeciągają się przy stole i rozrzucają jedzenie itd.) bywają równie niestaranne w realizacji zadań typu intelektualnego: ciągle czegoś szukają, przesuwają, przestawiają i są tym tak pochłonięte, że tracą z pola widzenia sens zadania;
- dzieci, które przy wykonaniu czynności samoobsługowych dopraszają się pomocy przy niewielkim wysiłku, chociaż mogłyby poradzić sobie same, przenoszą ten nawyk na sytuacje zadaniowe typu intelektualnego: gdy zaczną realizować zadanie, zaczynają marudzić, szukają wzrokiem nauczycielki, a gdy ona spojrzy w ich kierunku pokazują swoją bezradność.

Dzieci, które tak się zachowują w sytuacjach życiowych, wymagają wsparcia i szczególnej opieki wychowawczej. Jeżeli nie uda się zmienić ich zachowań na lepsze w zakresie czynności samoobsługowych, to pojawią się następne kłopoty już typu intelektualnego. Z moich doświadczeń wynika, że o wiele łatwiej jest uczyć mądrego zachowania w konkretnych sytuacjach życiowych np. przy realizacji czynności samoobsługowych, niż w trakcie zajęć dydaktycznych. W trakcie zajęć dydaktycznych trzeba się przecież skupić na czynnościach intelektualnych. Dlatego radzę poważnie potraktować czynności samoobsługowe przedszkolaków.

POTWIERDZENIE OTRZYMANIA „PACZKI PRZEDSZKOLAKA”

Drodzy Rodzice,

otrzymaliście od nas bezpłatny zestaw „Paczka Przedszkolaka” z poradnikiem „Od malucha do starszaka”. Abyśmy mogli rozwijać nasze programy edukacyjne dla rodziców, prosimy o wypełnienie poniższej ankiety. Państwa opinie pozwolą nam przygotować kolejne atrakcyjne paczki dla Waszego przedszkola. Poniższa ankieta jest jednocześnie potwierdzeniem odbioru zestawu „Paczka Przedszkolaka”. Prosimy o odesłanie podpisanej ankiety na adres:
Pelargos Sp. z o.o., Al. Prymasa Tysiąclecia 46, 01-242 Warszawa.

imię

nazwisko

miejscowość

kod – poczta

ulica

nr domu nr mieszkania

telefon

e-mail

Pani/Pana data urodzenia

Wykształcenie

☐ podstawowe ☐ zawodowe ☐ średnie ☐ wyższe

Gdzie otrzymał/a Pan/Pani zestaw „Paczka Przedszkolaka”?
Proszę wpisać nazwę i adres przedszkola

.....

.....

Proszę ocenić atrakcyjność „Paczki Przedszkolaka”:

☐ bardzo atrakcyjna ☐ raczej atrakcyjna ☐ mało atrakcyjna ☐ nie podoba mi się

data podpis .....

Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z 29.08.1997 r. (Dz. U. Nr 101 pozycja 926 z późniejszymi zm.) informujemy, że Pani dane osobowe zbierane są w celach marketingowych i statystycznych przez Pelargos Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy Alei Prymasa Tysiąclecia 46 i będą udostępniane instytucjom oraz firmom różnych branż, a w szczególności oferującym produkty dla matki, dziecka i rodziny. Przysługuje Pani prawo wglądu do swoich danych zbieranych w ramach niniejszego formularza, a także prawo do ich poprawienia, oraz prawo wniesienia żądania zaprzestania przetwarzania danych, a podanie danych jest dobrowolne. Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Pelargos Sp. z o.o. na podany w niniejszym formularzu adres oraz numer telefonu, informacji handlowej w rozumieniu Ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. Nr 144 poz. 1204).
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu w celu określonym powyżej.

100% bieli Vizira w 1 kapsułce

Tylko 3 kroki do doskonałych efektów!

1 Włóż kapsułkę piorącą Vizir BEZPOŚREDNIO do bębna pralki.

2 Połóż na niej rzeczy do prania.

3 Rozpocznij cykl!

Każdy detergent należy przechowywać poza zasięgiem dzieci.

TO WIĘCEJ NIŻ ŁÓŻKO.
TUTAJ LUBIĘ BYĆ.

Ciesz się jeszcze bardziej.

~~Dzień~~ *Tydzień* świeżej pościeli.

Family Service