



You have downloaded a document from
RE-BUŚ
repository of the University of Silesia in Katowice

Title: Edukacja zdrowotna rodzin dzieci przewlekle chorych

Author: Alina Dworak

Citation style: Dworak Alina. (2008). Edukacja zdrowotna rodzin dzieci przewlekle chorych. "Chowanna" (Nr 2, (2008), s. 169-179).



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).



UNIwersYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

ALINA DWORAK

Edukacja zdrowotna rodzin dzieci przewlekle chorych

The health education of families having chronically ill children

Abstract: More and more families are facing the problem of chronic child illnesses. The author of the article raises the issue of the functioning of families having chronically ill children, and point out the necessity of the health education in these families.

Key words: education, family child, chronic illness.

Problematyka rodziny, jej struktura, pełnione przez rodzinę funkcje, dokonujące się wewnątrz rodziny przemiany czy problemy utrudniające jej funkcjonowanie od dawna były przedmiotem zainteresowania socjologów, pedagogów, psychologów, ekonomistów, polityków, organizacji społecznych, lekarzy.

Hasło WHO „Zdrowie zaczyna się w domu” zwraca uwagę na znaczącą rolę rodziny w ochronie zdrowia jej członków i konieczność podejmowania badań nad zdrowiem rodziny w aspekcie zdrowia jej członków (Lewicki, 2006, s. 104). Wpływ rodziny na zdrowie odbywa się wskutek kształtowania postaw wobec zdrowia jako pewnej wartości, zachowań prozdrowotnych, uwzględniania norm i zasad warunkujących zdrowie oraz zdobywania wiedzy zarówno o zdrowiu, jak i o chorobie. Istotnymi czynnikami warunkującymi zdrowie rodziny są także warunki materialne, struktura rodziny oraz wypełnianie jej funkcji (Tarano wicz, 2002, s. 105).

W historii polskiego narodu i państwa warunkiem prawidłowego funkcjonowania społeczeństwa jest zorganizowane życie rodziny o dużych możliwościach samoregulacyjnych (Kawula, Brągiel, Janke, 1998, s. 45). Definicja rodziny jako grupy społecznej brzmi: „Rodzina stanowi duchowe zjednoczenie szczupłego grona osób, skupionych we wspólnym ognisku domowym aktami wzajemnej pomocy i opieki, oparte na wierze w prawdziwą lub domniemaną łączność biologiczną, tradycję rodzinną i społeczną”. Grupę rodzinną wyróżnia wspólne zamieszkanie, wspólne nazwisko, wspólna własność, ciągłość biologiczna i wspólna kultura duchowa (Adamski, 2002, s. 29). Koncepcja rodzinnego cyklu życia według E.H. Eriksona to etapowość życia rodziny mająca istotne znaczenie dla rodzin z dziećmi, w których relacje między członkami rodziny w kolejnych fazach rozwojowych ulegają modyfikacji wraz ze zmianą potrzeb członków rodziny. Zmianom podlegać mogą także wzory życia i wzory zdrowotne rodziny (Przewoźnik, 2001, s. 99). System rodzinny stanowi układ dynamiczny, ulegający ciągłym zmianom, którym podlegają zarówno jego członkowie, jak i procesy wewnątrz i zewnątrz systemu. Rodzina nie jest systemem izolowanym, stawiane rodzinie przez państwo i społeczeństwo zadania dają jej prawo do otrzymania pomocy (Lewicki, 2006, s. 117).

Według J. Szczepańskiego, funkcje rodziny to: „Skutki wywołane przez działania czy zachowania się członków grupy w szerszej zbiorowości, bez względu na to, czy były zamierzone czy pożądanе” (2006, s. 120).

Rodzinę będącą strukturą złożoną można rozpatrywać z punktu widzenia socjologa jako grupę społeczną promującą zdrowie, postawy prozdrowotne, warunkującą siłę, prężność, zdrowie całego społeczeństwa; z punktu widzenia pedagoga – jako podmiot i przedmiot wychowania;

z punktu widzenia biologa – jako instytucję życiotwórczą; z punktu widzenia kościoła – jako wspólnotę ustanowioną przez Boga; z punktu widzenia psychologa – jako jedność współdziałających z sobą osób o różnych strukturach cech osobowości (P e c y n a, 1998, s. 7, 33).

Z. T y s z k a podaje rozbudowaną definicję funkcji rodziny: „To wyspecjalizowane oraz permanentne działania i współdziałania członków rodziny, wynikające z bardziej lub mniej uświadomionych sobie przez nich zadań, podejmowanych w ramach wyznaczonych przez obowiązujące normy i wzory, a prowadzące do określonych efektów głównych i pobocznych” (2006, s. 120).

W badaniach nad rodziną Z. T y s z k a wyznacza dziesięć pełnionych przez nią funkcji, obejmujących całość czynności rodziny. Są to funkcje: materialno-ekonomiczna, opiekuńczo-zabezpieczająca, prokreacyjna, seksualna, legalizacyjno-kontrolna, socjalizacyjna, klasowa, kulturalna, rekreacyjno-towarzyska, emocjonalno-ekspresyjna (1990, s. 199).

Ze względu na trwałość i zmienność funkcji rodziny F. A d a m s k i (2000, s. 37) wyróżnia funkcje:

- istotne (pierwszorzędne), niezbywalne funkcje, tj. prokreacja, socjalizacja, miłość,
- akcydentalne (drugorzędne), takie jak ekonomiczna, opiekuńcza, rekreacyjna, religijna, stratyfikacyjna.

Brak funkcji akcydentalnych nie powoduje większego uszczerbku dla rodziny i społeczeństwa.

Do najistotniejszych funkcji realizowanych przez rodzinę wobec chorego dziecka zaliczyć należy funkcję opiekuńczo-zabezpieczającą i socjalizacyjną. Gwarantują one dziecku poczucie bezpieczeństwa, harmonijny rozwój fizyczny, psychiczny, społeczny i duchowy, wdrażając je jednocześnie do pełnienia w przyszłości ról rodzinnych, kobiecych, męskich i zawodowych (P e c y n a, 2000, s. 15). Poszczególne funkcje cechuje dynamika, możliwość modyfikowania pod względem strukturalnym i pod wpływem czynników społecznych, politycznych, historycznych, religijnych, ekonomicznych (R o s t o w s k a, 2000). Wzajemna zależność między funkcjami rodziny a zdrowiem, sprawnością fizyczną jej członków jest oczywista i często bezpośrednia. Poszczególne funkcje odgrywają znaczącą rolę w przebiegu jakości i w efektach edukacji zdrowotnej dzieci. Rodzina wobec swych członków spełnia wcześniej zamierzone funkcje, rozumiane jako obowiązki, kierunki i skutki działania rodziny, podlegające aktualnym trendom społecznym (L e w i c k i, 2006, s. 120).

Dokonując analizy rodziny w aspekcie instytucjonalnym, stwierdzamy, że realizacja poszczególnych funkcji obejmuje całość czynności rodziny i może być determinowana środowiskiem społecznym, co z kolei może różnicować zakres poszczególnych funkcji.

Funkcje rodziny można skategoryzować zgodnie z realizacją potrzeb biologicznych, psychicznych, społecznych i hierarchii uwzględniającej ich trwałość i zmienność. Są zatem niezbywalne dla zdrowia i funkcjonowania jednostki i rodziny. Są powiązane ze skutkami wywołanymi działalnością i zachowaniami człowieka, a ujawniają się nie tylko w samej rodzinie, ale także poza nią jako pozytywne lub negatywne z punktu widzenia jednostki i społeczeństwa (Syrdek, 2002, s. 112–120).

Rodzina jest podstawowym czynnikiem kształtującym zdrowie, którego należy się doszukiwać w całej harmonii istoty człowieka, we wzajemnej współpracy wszystkich elementów, tj. umysłu, ciała, środowiska (Pielka, 2001, s. 466–467). Pojęcie „zdrowie rodziny” jest rozumiane jako suma arytmetyczna zdrowia jej członków, a dla odróżnienia „zdrowie rodzinne” rozumiane jest jako stan środowiska rodzinnego sprzyjającego lub niesprzyjającego zdrowiu i prawidłowemu rozwojowi psychosomatycznemu osób w nim przebywających (Grębowski, 1994). W 1983 roku A. Smith jako jeden z pierwszych autorów pracujących nad koncepcją zdrowia rodziny przedstawił cztery modele zdrowia. Model kliniczny i wywiązywania się z ról społecznych znajduje zastosowanie w ochronie zdrowia, koncentrując się na utrzymaniu trwałości. Modele adaptacyjny i eudajmoniczny koncentrują się na rozwoju. Znalazły one zastosowanie w promocji zdrowia (Przewoźniak, 2001, T. 2, s. 61). Zdrowie rodziny może być rozpatrywane jako „dynamiczny proces wynikający z aktywności rodziny zastosowanej do promocji zdrowia i opieki w osiąganiu dobrostanu (*well-being*), jako grupy i indywidualnie poszczególnych jej członków” (Przewoźniak, 2001, T. 2, s. 63). Związki między rodziną a zdrowiem są rozpatrywane w trzech wymiarach: znaczenia rodziny dla zdrowia jej członków, znaczenia rodziny w sytuacji choroby jej członka i znaczenia choroby któregoś z jej członków dla funkcjonowania rodziny (Baranowicz, 2006, s. 105).

Rodzina jako pierwsze środowisko wychowawcze i podstawowa instytucja realizuje określone funkcje w sferze zdrowia i choroby. To właśnie rodzina utrwała zachowania zdrowotne warunkujące zaspokojenie podstawowych emocjonalno-społecznych potrzeb miłości, akceptacji, uznania, bezpieczeństwa i kształtuje emocjonalny stosunek do zdrowia, świadomość zdrowotną, sposób postrzegania wartości zdrowia i jego ochrony (Skórzyńska, 1990, s. 204).

Choroba przewlekła dziecka powoduje zmiany w strukturze rodziny. Każdy indywidualny przypadek choroby i nieprawidłowości dezorganizuje życie rodziny, zmieniają się dotychczasowe relacje, rosną koszty materialne związane z leczeniem, a także koszty emocjonalne, społeczne (Wielgosz, 1995, s. 411; Augustyniak-Nawrot, 2001, s. 18). W Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów

Zdrowotnych wśród chorób wieku rozwojowego wymienione są schorzenia krótkotrwałe oraz długotrwałe, zwane chorobami przewlekłymi. Choroba przewlekła trwa dłużej niż trzy miesiące, jej przebieg jest ciągły lub dający nawroty. Dzieci wymagają długoterminowej opieki lekarsko-pielęgniarskiej, zwiększonego nadzoru rodziców i opiekunów (P e c y n a, 2000, s. 29–30). Długotrwałość choroby i jej leczenia, burzliwy przebieg, często z nagłym zagrażającym życiu pogorszeniem stanu zdrowia, zmiana wyglądu dziecka, zmiany skórne, wychudzenie lub otyłość cechują chorobę przewlekłą jako uciążliwą i trudną do zaakceptowania (G ó r a l c z y k, 1996, s. 30). Zdiagnozowanie choroby w okresie rozwojowym dziecka, czyli w okresie intensywnego rozwoju psychofizycznego, w czasie którego organizm podlega procesowi wzrostu, procesom biologicznym, jest wrażliwy na działanie wielu bodźców, zachwianie równowagi wewnętrznej i relacji z otaczającym środowiskiem zewnętrznym, zwiększa podatność na czynniki patogenne będące przyczyną zaburzeń procesów rozwojowych (M a c i a r z, 2001, s. 33, 42).

Jako niepożądane zjawisko w rozwoju dziecka choroba zaburza zdrowie dziecka, będące podstawą jego rozwoju, utrudnia lub uniemożliwia zaspokajanie potrzeb, narażając dziecko na sytuację trudną. Do zapewnienia dziecku długotrwałe choremu należytych warunków rozwoju konieczne są dodatkowe zabiegi opiekuńczo-pielęgniarskie, większe nakłady materialne, przygotowanie rodziców do procesu opiekuńczo-wychowawczego (M a c i a r z, 1996, s. 22; 2001, s. 7).

Dziecko chorujące przewlekle jest fizycznie słabsze, łatwiej się męczy, jest mniej odporne na wysiłek umysłowy, silniej przeżywa stresy i frustracje, co tłumaczy się poczuciem zależności od innych, izolacji od rodziny. Objawy wegetatywno-emocjonalne, obgryzanie paznokci, jękanie, ssanie palca, wzmożona drażliwość, zniechęcenie, bunt, rezygnacja, lęk przed przyszłością, zmienność nastrojów często towarzyszą zachowaniu dziecka. Dzieci z poczuciem lęku, bezsilności, bezradności, koncentrujące się na wartościach podstawowych wymagają zorganizowanej i systematycznej pomocy psychologiczno-pedagogicznej (G ó r a l c z y k, 1996, s. 31–32; P e c y n a, 2000, s. 37). Nasilenie i rozmiary zagrożeń rozwoju dziecka mogą dotyczyć różnych sfer rozwoju i zależą od obrazu klinicznego choroby, czynników środowiskowo-wychowawczych, czasu trwania choroby, przebiegu terapii (M a c i a r z, 2001, s. 19).

Choroba, będąca zmienną niezależną, wywołuje wiele zmian zarówno w sytuacji samego chorego, jaki i w funkcjonowaniu całej rodziny. Wzrasta aktywność rodziny w opiece nad chorym, pojawiają się trudności materialne, ograniczenie funkcjonalnej aktywności rodziny w sferze życia kulturalnego i towarzyskiego (K a w c z y ń s k a - B u t r y m, 1987, s. 22–23). Choroba przyczynia się do wzbogacenia wiedzy o zdrowiu i chorobie,

zmienia obraz własnej osoby, zmieniają się postawy wobec zdrowia i choroby (Z y c h, C e p u c h, 2002, s. 8–9).

Postępowanie rodziny z dzieckiem chorym przewlekle zależy od zasobu wiedzy o chorobie, jej przebiegu, znajomości potrzeb psychospołecznych dziecka, możliwości minimalizowania skutków choroby, co zdecydowanie pomoże dziecku żyć z chorobą, zrozumieć jej przyczyny, sposób i przebieg leczenia. Od rodziców dzieci chorych przewlekle wymaga się zapoznania z istotą choroby, przekonania do metod leczenia, przestrzegania zaleceń lekarza, stworzenia dziecku stosownych do jego potrzeb warunków mieszkaniowych, diety, wypoczynku. Efektywność leczenia, poprawa stanu zdrowia dziecka wymaga od rodziców pogodzenia się z faktem choroby ich dziecka, sprawowaniem opieki przez dłuższy czas i umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych (A n y s z k o, K o t t, 1988, s. 35; S z c z e p a n i k, 2000; A d a m s k a, D r ó ź d ź, P a w l a c z y k, 2002). Do istotnych elementów postępowania terapeutycznego wobec chorych przewlekle należy zaliczyć edukację pacjenta. Odpowiednie przygotowane i przeprowadzone działania edukacyjne sprawiają, że pacjent staje się rzeczywistym partnerem lekarza, uczestniczącym w ocenie własnych dolegliwości i efektów leczenia. Lekarz, pełniąc rolę przewodnika, ma zagwarantować pacjentowi poprawę jakości życia, poznanie choroby i opanowanie sposobów leczenia. Edukacja chorego jest procesem ciągłym, mającym dostarczyć choremu i jego rodzinie informacji, przeszkolenia, aby sam chory zastosował się do opracowanego przez lekarza indywidualnego planu leczenia.

Jeśli ludzie mają kontrolować własne zdrowie, dokonywać korzystnych zmian w środowisku, aktywnie uczestniczyć w procesie leczenia chorób i zapobiegania chorobom, muszą umieć i chcieć to robić, m.in. dzięki edukacji zdrowotnej (W o y n a r o w s k a, red., 2000, s. 423). W procesie socjalizacji i wychowania w rodzinie zachodzi kształtowanie określonych cech osobowości, nawyków, postaw, motywacji, przekazywanie wiedzy o zdrowiu i umiejętności jego umacniania. Ta praca nad zdrowiem, obejmująca kształtowanie zachowań, nawyków, czynności zdrowotnych, ma charakter pedagogiczny i nazwana jest wychowaniem zdrowotnym, którego główny cel to nabycie aktywnej postawy wobec własnego zdrowia i współtworzenie nowych wartości zdrowotnych (Z d u n k i e w i c z, 1979, s. 547).

Termin „edukacja zdrowotna” zastąpił wcześniej używane pojęcie „wychowanie zdrowotne” i określa współcześnie całość zagadnień dotyczących oddziaływań zdrowotnych, a zwolennicy tego podejścia: B. Woynarowska, M. Sokołowska, T. Williams, B.B. Jensen, terminem tym określają kierunek działań „do zdrowia”, eksponując zdrowie pozytywne, dobre samopoczucie i korzyści z tego wynikające (cyt. za: L e w i c k i, 2006, s. 21–22).

Edukacja do zdrowia dotyczy jednostki i ma na celu nabywanie wiedzy, kształtowanie przekonań i życiowych umiejętności oraz kształtowanie postaw predysponujących do zachowania się w sposób konieczny do zachowania i doskonalenia zdrowia (W o y n a r o w s k a, red., 2000, s. 418). Podejście tradycyjne do edukacji zdrowotnej sprowadza się do świadomego stwarzania sposobności do zaplanowanego uczenia się, które ma ułatwić dokonanie się wcześniej określonej zmiany zachowania. Tradycyjnie rozumiana edukacja zdrowotna pozostaje w ścisłym związku z zapobieganiem chorobom, jest nastawiona jedynie na mobilizację jednostek. W nowym rozumieniu edukacja zdrowotna traktowana jest jako środek możliwy do wykorzystania w celu uruchomienia wszystkich dostępnych sił społecznych na rzecz zmiany służącej zdrowiu (S ł o Ń s k a, M i s i u n a, oprac., 1993, s. 3–5).

A. Tannahil wymienił trzy modele edukacji zdrowotnej: zorientowany na chorobę, czynniki ryzyka, zdrowie (cyt. za W o y n a r o w s k a, red., 2000, s. 420). W modelu zorientowanym na chorobę podejmowane są działania zamierzone na grupy czynników stanowiących zagrożenie wystąpienia określonych chorób (*disease-oriented health education*). W modelu drugim działania są ukierunkowane na selekcję czynników zagrażających wystąpieniem kilku chorób jednocześnie (*risk factor-oriented health education*). Model trzeci można rozpatrywać jako najwłaściwszy wobec realizacji idei promocji zdrowia z uwagi na jego użyteczność z punktu widzenia efektywności oddziaływań w sferze zmiany zachowań (S y r e k, 1997, s. 30).

Z. Kawczyńska-Butrym zauważa, że nie wystarczy „naprawienie” zdrowia człowieka, ale ten stan trzeba jeszcze utrzymać, do czego niezbędna jest rodzina. W związku z tym zmieniło się nastawienie służby zdrowia do rodziny, którą zaczęto postrzegać jako wzmacniającego instytucjonalnie i profesjonalnie działania służby zdrowia partnera. Rodzina jest najważniejszym i podstawowym środowiskiem edukacji zdrowotnej, a jej cel to zachowanie i pomnażanie zasobów zdrowotnych i zapobieganie chorobom (K a w c z y Ń s k a - B u t r y m, 2001; L e w i c k i, 2006, s. 105). Edukacja chorego to proces ciągły, polegający na dostarczaniu odpowiednich informacji choremu i jego rodzinie, ich przeszkoleniu, aby mogli dostosować się do opracowanego przez lekarza planu leczenia. Edukacja zdrowotna jest zatem elementem promocji zdrowia, eliminującym czynniki ryzyka danej choroby, jej zaostrzeń lub powikłań (K u r z a w a, J ę d r a s - K ł u c j a s z, D o n i e c, 1999, s. 102).

Tworząc programy edukacyjne, zwrócono uwagę na konieczność rozszerzenia edukacji na najbliższe otoczenie pacjenta, tzn. rodziców, rodzeństwo. Żadne metody diagnostyczne i terapeutyczne nie przyniosą poprawy stanu zdrowia dziecka, jeśli rodzice chorych dzieci nie poznają

istoty choroby, nie spełnią wymogów leczenia i opieki nad dzieckiem, nie zdobędą umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Na rodzicach dzieci spoczywa obowiązek zapewnienia choremu właściwej opieki, urządzenia domu, systematycznego podawania leków, właściwej diety, dostosowania organizacji dnia rodziny do potrzeb dziecka chorego (Zubrzycka, 2002, s. 111; Kurzawa, Jędrys-Kłucjasz, Doniec, 1999, s. 105).

Edukacja zdrowotna stanowi zatem jedną z istotnych determinant zdrowia rodziny. „Zdrowa rodzina to taka grupa, która zachowuje zdolność do trwania, funkcjonowania mimo zachodzących zmian w jej obrębie i poza nią – to jednakże nie tylko możliwość wypełniania funkcji teźniejszych, lecz także przygotowania się do przyszłości” (Bożkowska, Sito, 1994). Włączenie choroby przewlekłej w życie codzienne, aby stała się jednym z realizowanych przez rodzinę zadań, jest istotnym sukcesem rodziny. W sytuacji pogodzenia się rodziny z chorobą następuje ulga, która daje możliwość dostrzeżenia odległych konsekwencji choroby i chorowania. Obowiązki związane z koniecznością zmian w codziennym życiu, planów, zamierzeń, zabezpieczenia socjalnego i finansowego nabierają istotnej rangi. Rodzice, wybiegając w przyszłość, planują kształcenie dziecka, zapewnienie mu dalszego rozwoju intelektualnego i psychospołecznego. Niejednokrotnie wymagane jest umiejętne dokonanie wyboru priorytetowych wartości przez członków rodziny (Góralczyk, 1996, s. 52–53).

Edukacja zdrowotna w rodzinie jest procesem złożonym, oddziałującym na różne sfery osobowości dzieci i młodzieży, a jego organizacja i przebieg warunkują m.in. poziom kompetencji rodziców w zakresie edukacji zdrowotnej oraz organizacji życia rodziny (Lewicki, 2006, s. 157). Celem edukacji chorego jest pokonanie jego uczucia osamotnienia w chorobie, przekonanie o możliwości kontroli objawów chorobowych i przebiegu choroby, utrwalenie umiejętności radzenia sobie w życiu i normalnej codziennej aktywności, a także minimalizacja kosztów osiągnięcia zamierzonego celu (Kurzawa, Jędrys-Kłucjasz, Doniec, 1999, s. 102). Proces edukacji składa się z dwóch zasadniczych elementów, z których pierwszy polega na przekazywaniu informacji umożliwiających pacjentowi nabywanie umiejętności praktycznych, a drugi na zmianie sposobu zachowania się pacjenta, który dzięki programowi samokontroli widzi potrzebę współdziałania z lekarzem (Adamska, Drózd, Pawlaczyk, 2002).

Rozpowszechniona w ostatnich latach pedagogizacja rodziny, polegająca na oddziaływaniach informacyjnych, udzielaniu porad, wskazówek wychowawczych, kształtowaniu wymaganych umiejętności, ma pomóc rodzicom dzieci niepełnosprawnych. Pedagogizacja prowadzona jest przez

stowarzyszenia rodziców, instytucje oświatowe, organizacje inwalidzkie, placówki służby zdrowia. Szczególną rolę przypisuje się stowarzyszeniom rodziców, którzy na spotkaniach w atmosferze zaufania, szczerości wymieniają wzajemnie doświadczenia, informacje o sposobie postępowania z dzieckiem chorym przewlekle, jego kształceniu, komunikowaniu się z nim czy korzystaniu ze służb i świadczeń socjalnych. W ramach działających stowarzyszeń wydawane są publikacje, poradniki, często tłumaczone z języków obcych.

Rodzina, przekazując potomstwu wiedzę i umiejętności, kształtuje odpowiednio postawy zdrowotne, uczy właściwych wyborów związanych z zachowaniami zdrowotnymi jako istotnego czynnika kształtującego zdrowie. Zdrowie jest wartością pożądaną, warunkującą funkcjonowanie jednostki w społeczeństwie i społeczeństwa jako całości. Dobrostan biopsychospołeczny warunkuje lepszą jakość życia. Zdiagnozowanie choroby przewlekłej dziecka wpływa deprymująco zarówno na rozwój biologiczny czy psychomotoryczny dziecka, jak i na funkcjonowanie rodziny, w której zakres zmian determinowany jest samą chorobą, jej przebiegiem, czasem trwania, objawami somatycznymi. Dlatego edukacja rodziny powinna stać się priorytetowym celem programów zdrowotnych. Edukacja zdrowotna prowadzona w rodzinie od najmłodszych lat dziecka pomaga jej członkom kształtować postawy zdrowotne, podejmować działania zapobiegawcze, a jednocześnie powinna ułatwić wprowadzenie koniecznych zmian w rodzinie w sytuacji pojawienia się choroby dziecka. Umiejętnie zaplanowany i przeprowadzony proces edukacyjny ma sprzyjać akceptacji choroby przez rodzinę i samego pacjenta.

Bibliografia

- Adamska B., Drózd Z., Pawlacyk B., 2002: *Problemy pielęgnacyjne i edukacyjne w opiece nad dzieckiem z alergią*. „Pediatria Praktyczna”, nr 10 (1), s. 139–142.
- Adamski F., 2000: *Rodzina. Wymiar społeczno-kulturowy*. Kraków.
- Anyszko R., Kott T., 1988: *Wychowanie dzieci w zakładzie leczniczym*. Warszawa.
- Augustyniak-Nawrot E., 2001: *Chorzy psychicznie korzystający z pomocy społecznej*. W: *Jakość życia w chorobie*. Red. E. Syrek. Kraków.
- Baranowicz K., 2006: *Pozadydaktyczne efekty edukacji integracyjnej dzieci niepełnosprawnych*. Łódź.
- Bożkowska K., Sito A., red., 1994: *Opieka zdrowotna nad rodziną*. Warszawa.
- Góralczyk E., 1996: *Choroba dziecka w twoim życiu*. Warszawa.
- Grębowski R., 1994: *Rodzinne aspekty zdrowego stylu życia*. „Problemy Rodziny”, nr 34 (5), s. 7–10.

- Kawczyńska-Butrym Z., 1987: *Choroba a funkcjonowanie rodziny. Analiza socjologiczna*. Lublin.
- Kawczyńska-Butrym Z., 2001: *Rodzina – zdrowie – choroba. Koncepcja i praktyka pielęgniarstwa rodzinnego*. Lublin.
- Kawula S., Brągiel J., Janke A.W., 1998: *Pedagogika rodziny*. Toruń.
- Kurzawa R., Jędrzyś-Kłucjasz U., Doniec Z., 1999: *Edukacja chorych na astmę i ich rodzin*. W: *Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży*. Red. H. Kosętko, J. Wyczęsany. Kraków.
- Lewicki Cz., 2006: *Edukacja zdrowotna – systemowa analiza zagadnień*. Rzeszów.
- Maciarz A., 1996: *Dziecko długotrwale chore. Poradnik opiekuńczo-wychowawczy*. Zielona Góra.
- Maciarz A., 1998: *Psychoemocjonalne i wychowawcze problemy dzieci przewlekle chorych*. Kraków.
- Maciarz A., 2001: *Pedagogika lecznicza i jej przemiany. Wybrane problemy*. Warszawa.
- Pecyna M.B., 1998: *Rodzinne uwarunkowania zachowania dziecka w świetle psychologii klinicznej*. Warszawa.
- Pecyna M.B., 2000: *Dziecko i jego choroba*. Warszawa.
- Pielka H., 2001: *Rodzina jako czynnik formujący zdrowie człowieka*. W: *Zdrowie. Istota, diagnostyka i strategie zdrowotne*. Red. I. Murawow. Radom.
- Przewoźniak L., 2001: *Wybrane zagadnienia socjologii i promocji zdrowia rodziny*. W: *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*. Red. A. Czupryna. Kraków.
- Rostowska T., 2000: *Co zagraża podstawowym funkcjom rodziny w Polsce*. „Problemy Rodziny”, nr 5 (233).
- Skórzyńska Z., 1990: *Psychologia dla rodziców*. Warszawa.
- Skórzyńska Z., 2002: *Opieka medyczna nad rodziną w zdrowiu i chorobie*. W: *Zdrowie publiczne*. Red. T.B. Kulik, M. Latalski. Lublin.
- Słońska Z., Misiuna M., oprac., 1993: *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*. Warszawa.
- Syrek E., 1997: *Teoretyczne standardy zdrowia dzieci i młodzieży a ich środowiskowe uwarunkowania w regionie górnośląskim. Studium pedagogiczno-społeczne*. Katowice.
- Syrek E., 2002: *Zaniedbania zdrowotne jako dysfunkcja opiekuńcza rodziny*. W: *Edukacja a życie codzienne*. T. 2. Red. A. Radziejewicz-Winnicki, przy współpr. E. Bielskiej. Katowice.
- Szczepanik R., 2000: *Rodzina wobec chorego dziecka*. „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze”, nr 8.
- Szczepański J., 2006: *Refleksje nad oświatą*. W: *Edukacja zdrowotna – systemowa analiza zagadnień*. Red. Cz. Lewicki. Rzeszów.
- Taranowicz I., 2002: *Rodzina a problemy zdrowia i choroby*. W: *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. Red. J. Barański, W. Piątkowski. Wrocław.
- Twardowski A., 1995: *Pomoc rodzinom dzieci niepełnosprawnych*. W: *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. Red. I. Obuchowska. Warszawa.
- Tyszką Z., 1990: *Poznańska szkoła badań nad rodziną*. [Centralny Program Badań Podstawowych]. Poznań.
- Tyszką Z., 2006: *System metodologiczny wieloaspektowej integralnej analizy życia rodzinnego*. W: *Edukacja zdrowotna – systemowa analiza zagadnień*. Red. Cz. Lewicki. Rzeszów.

- Wielgosz E., 1995: *Wychowywanie dzieci niesprawnych somatycznie* W: *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. Red. I. Obuchowska. Warszawa.
- Woynarowska B., red., 2000: *Zdrowie i szkoła*. Warszawa.
- Zdunkiewicz L., 1979: *Wychowanie zdrowotne*. W: *Biomedyczne podstawy rozwoju i wychowania*. Red. N. Wolański przy współpr. A. Siniarskiej. Warszawa.
- Zubrzycka R., 2002: *Działalność stowarzyszeń na rzecz dzieci z astmą oskrzelową i alergią oraz ich rodzin*. W: *Problemy pedagogiki specjalnej w okresie przemian społecznych*. Red. A. Pilecki. Lublin.
- Zych B., Cepuch G., 2002: *Chore dziecko w rodzinie*. „Magazyn Pielęgniarki i Położnej”, nr 11, s. 8–9.