

Pediatria i pielęgniarstwo pediatryczne

Wybrane zagadnienia

pod redakcją:

Macieja Kaczmarckiego

Krystyny Piskorz-Ogórek



wydanie I

Publikacja dla studentów
pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu
oraz absolwentów tych wydziałów

Wydawnictwo



Kraków 2014

Copyright © by Wydawnictwo „Help-Med” s.c. Kraków 2014

All rights reserved. Wszelkie prawa zastrzeżone

Wszelkie prawa zastrzeżone, zwłaszcza prawo do przedruku i tłumaczenia na inne języki. Żadna część tej książki nie może być w jakiegokolwiek formie publikowana bez uprzedniej pisemnej zgody autorów i wydawcy. Dotyczy to również sporządzania fotokopii, mikrofilmów, gromadzenia w pamięci komputerowej oraz powielania na nośnikach komputerowych.

Praca zbiorowa pod redakcją:

prof. zw. dr hab. n. med. Macieja Kaczmarskiego
dr n. med. Krystyny Piskorz-Ogórek

Sekretarz wydania

mgr Grzegorz Adamowicz

Redaktor prowadzący

dr n. med. Teresa Demitrescu

Korekta

mgr Dorota Bednarska

Skład i przygotowanie do druku

Wydawnictwo „Help-Med”

Wydanie pierwsze

ISBN 978-83-933064-5-9

Uwaga!

Wydawnictwo i autorzy dołożyli wszelkich starań, aby z niniejszego opracowania wyeliminować wszelkie nieścisłości, dotyczące zawartych informacji merytorycznych oraz nazw i dawek stosowanych leków lub preparatów. Zgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami terapii, o prawidłowym leczeniu dietetycznym i farmakologicznym, zarówno u dzieci, jak i u dorosłych, decyduje lekarz prowadzący.

Wydawnictwo „Help-Med” s.c.
30-444 Kraków-Libertów, ul. Zgodna 15
e-mail: biuro@help-med.pl
www.help-med.pl

Przedmowa

„Pediatria i pielęgniarstwo pediatryczne. Wybrane zagadnienia” – to pierwszy na polskim rynku wydawniczym podręcznik, w którym treści dostosowane są do standardów kształcenia studentów pielęgniarstwa. Podstawą do zaproponowanej zawartości tematycznej była analiza standardów kształcenia dla kierunku pielęgniarstwo pierwszego i drugiego stopnia oraz doświadczenie kliniczne i dydaktyczne autorów.

Książka jest adresowana przede wszystkim do studentów kierunku pielęgniarstwo, pielęgniarek pracujących na oddziałach dla dzieci, w środowisku nauczania i wychowania oraz w podstawowej opiece zdrowotnej. **Treści zawarte w podręczniku** mogą być pomocne dla innych osób sprawujących profesjonalną opiekę w procesie terapii dzieci.

Publikacja zawiera opis postępowania pielęgniarstwowego w wybranych chorobach, zaburzeniach i stanach zdrowia populacji wieku rozwojowego. W każdym rozdziale uwzględniono specyfikę choroby, jej rozpoznanie, metody leczenia oraz wybrane diagnozy i interwencje pielęgniarstwowo. Przedstawiono również zagadnienia związane z reakcją pacjentów na hospitalizację, wpływem choroby na rozwój dziecka oraz przygotowanie dziecka i rodziców do samoopieki.

Publikacja składa się z trzech części. W pierwszej części przedstawiono specyficzne problemy zdrowotne populacji wieku rozwojowego w kontekście hospitalizacji jako sytuacji trudnej dla dziecka i jego opiekunów, zasady racjonalnego żywienia dzieci i młodzieży oraz podstawy pielęgniarstwowo oceny stanu zdrowia dziecka.

Druga część omawia zagadnienia dotyczące wybranych chorób wieku rozwojowego, począwszy od chorób i stanów zagrażających życiu i zdrowiu wcześniaka i noworodka, poprzez choroby alergiczne, skóry, układu pokarmowego, sercowo-naczyniowego, dróg moczowych, choroby nowotworowe, choroby krwi oraz choroby reumatyczne. Omówiono ponadto próchnicę zębów i choroby przyzębia u dzieci oraz zakażenia HCV, HBV i HIV u dzieci i młodzieży, leczenie żywieniowe i leczenie bólu.

Trzecia część publikacji poświęcona została wybranym zaburzeniom rozwoju dzieci i młodzieży takim jak zaburzenia somatyczne, wady postawy, zespół nadpobudliwości ruchowej i zespół Aspergera. Każdy rozdział napisany został przez specjalistów – lekarzy, pielęgniarzy, psychologa, pedagoga, dietetykę. Zawiera treści dotyczące epidemiologii, etiologii, objawów, diagnostyki i leczenia poszczególnych chorób oraz przygotowania dziecka do wybranych zabiegów diagnostycznych, opieki w trakcie i po zabiegu, diagnozy i interwencje pielęgniarstwowo. Każdy rozdział kończą pytania sprawdzające wiedzę zawartą w rozdziale.

Ważnym atutem publikacji jest jej zakres tematyczny, który stanowi o statusie podręcznika jako podstawowego do nauki przedmiotu pediatria i pielęgniarstwo pediatryczne.

Autorzy mają nadzieję, że podręcznik będzie pomocny również dla pielęgniarek pracujących w oddziałach pediatrycznych, środowisku nauczania i wychowania, podstawowej opiece zdrowotnej oraz dla innych osób sprawujących profesjonalną opiekę nad dziećmi, np. dla pracowników socjalnych, psychologów, logopedów, pedagogów i innych terapeutów.

Dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek
*Krajowy konsultant w dziedzinie
pielęgniarstwa pediatrycznego*

I. Specyfika problemów zdrowotnych w populacji wieku rozwojowego i opieki nad dzieckiem

I.1. Hospitalizacja jako sytuacja trudna dla dziecka i rodziny.....	3
– dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek	
I.2. Pielęgniarska ocena stanu zdrowia dzieci i młodzieży.....	23
– dr n. med. Małgorzata Poznańska	
I.3. Racjonalne żywienie dzieci i młodzieży.....	37
– mgr dietetyki Anna Hinburg	

I.1. Hospitalizacja jako sytuacja trudna dla dziecka i rodziny

dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek

I.1.1. Hospitalizacja dziecka, prawa dziecka w szpitalu, prawa i obowiązki opiekunów

Choroba w życiu dziecka stwarza dla jego rozwoju dodatkowe, nietypowe i nieznane sytuacje, takie jak np. hospitalizacja. Hospitalizacja (łac. *hospitalis* – szpital) jest (wg definicji Słownika języka polskiego) umieszczeniem pacjenta w szpitalu lub pobytem pacjenta w szpitalu, leczeniem szpitalnym.

Powody hospitalizacji dziecka można podzielić na kilka grup:

1. **Nagłe zachorowanie dziecka**, w którym efektu terapeutycznego nie można osiągnąć w ramach leczenia ambulatoryjnego. W takiej sytuacji dziecko przyjmowane jest do szpitala na podstawie skierowania lekarza pediatry z podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).
2. Nagłe zachorowanie dziecka z objawami wskazującymi na zagrożenie życia. Dziecko przyjmowane jest do szpitala bez skierowania, po uprzednim dowiezieniu przez karetkę ratownictwa medycznego lub bezpośrednio przez rodziców własnym transportem.
3. Uraz spowodowany wypadkiem, oparzenie, odmrożenie lub zatrucie. W takich przypadkach pacjent najczęściej transportowany jest do szpitala środkiem transportu, działającym w ramach ratownictwa medycznego, tj. karetka pogotowia, transport lotniczy.
4. Pogorszenie stanu zdrowia dziecka przewlekle chorego, leczonego ambulatoryjnie w poradni specjalistycznej lub odbywającego okresowe kontrole w poradni specjalistycznej, a leczonego przez lekarza pediatrę z POZ. Dziecko jest skierowane wówczas do szpitala przez lekarza specjalistę bądź lekarza pediatrę z POZ.
5. Przyjęcia planowe w celu, wykonania diagnostyki szpitalnej bądź wykonania zabiegu operacyjnego. W takich sytuacjach pacjent trafia do szpitala ze skierowaniem, po uprzednim ustaleniu terminu przyjęcia. Należy zwrócić uwagę na fakt, że ta grupa pacjentów pediatrycznych jest znacznie liczniejsza od grupy pacjentów dorosłych, z uwagi na konieczność wykonywania licznych badań diagnostycznych w znieczuleniu ogólnym. Są to takie badania jak np. tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, badania endoskopowe, tj. gastroskopia, kolonoskopia itp.
6. **Planowe, cykliczne i wieloetapowe leczenie szpitalne dziecka** z chorobą przewlekłą lub wadami rozwojowymi. W takiej sytuacji częstotliwość pobytów w szpitalu wynika z planu leczenia, określonego podczas kolejnych, następujących po sobie hospitalizacji. Przykładami takiego pobytu są np. leczenie chorób nowotworowych z zastosowaniem chemioterapii, radioterapii czy też leczenie operacyjne wieloetapowe wad rozwojowych części twarzowej czaszki, tj. rozszczepy warg i podniebienia, wady genetyczne itp.

Dziecko będące w okresie intensywnego rozwoju psychofizycznego wymaga zaspokojenia podstawowych potrzeb psychicznych, **takich jak:** potrzeba więzi emocjonalnej z matką, miłości, poczucia bezpieczeństwa, aktywności poznawczej i ruchowej, zabawy, nauki. Dzieciństwo jest specyficznym okresem w życiu człowieka, gdyż w tym czasie następuje intensywny rozwój sfery biologicznej, psychicznej i społecznej. Rozwój ten przebiega w sposób indywidualny, a wpływ na niego mają predyspozycje osobnicze oraz wpływy środowiskowe. Dzieciństwo i występujące w tym okresie specyficzne zdarzenia, zostawiają swoje ślady w postaci zdobytej wiedzy o świecie oraz utrwalonych sposobów przeżywania tych zdarzeń. Duże znaczenie w rozpoczynającym się życiu młodego człowieka odgrywają sytuacje trudne oraz pierwsze próby ich pokonywania. **Taką trudną dla dziecka sytuacją** jest choroba i związany z nią pobyt w szpitalu.

Choroby o ciężkim przebiegu mogą ujemnie wpływać na rozwój fizyczny dziecka, a wiele chorób, zwłaszcza przewlekłych, może także oddziaływać na sferę rozwoju emocjonalnego i społecznego. **Choroby wieku dziecięcego** są różnie uwarunkowane, cechuje je różnorodny obraz kliniczny oraz odmienne następstwa przebytej choroby, wywierając odmienny i różnorodny wpływ na rozwój dziecka. Dzieci różnią się cechami osobniczymi, a więc również sposobem przeżywania takich samych zdarzeń i zachowania się pod ich wpływem. Dzieci różnią się nie tylko budową ciała i jego funkcjonowaniem, ale również wiekiem, rozwojem psychomotorycznym, płcią, środowiskiem rodzinnym, środowiskiem rówieśniczym, osiągnięciami szkolnymi itp. Znaczenie wpływu choroby na rozwój dziecka zależy przede wszystkim od tego, w jakim stopniu choroba zakłóca nie tylko czynności organizmu, ale i funkcjonowanie społeczne dziecka.

Medycyna, pediatria, pielęgniarstwo pediatryczne do niedawna skupiały się wyłącznie na czynniku chorobowym, czyli na samej chorobie. Współczesna pediatria i pielęgniarstwo pediatryczne, kładzie nacisk na opiekę holistyczną i zindywidualizowaną. W pojęciu tym zawiera się indywidualny sposób reagowania pacjentów na tę samą chorobę, indywidualnie uwarunkowane potrzeby bio-psycho-społeczne dziecka oraz rodziny w obliczu choroby i hospitalizacji dziecka. Czynniki psychologiczne i środowiskowe odgrywają szczególną rolę w przypadku hospitalizowanych dzieci, gdyż dzieciństwo jako faza rozwoju człowieka charakteryzuje się największą zależnością od środowiska.

Uwzględnienie tych zależności jest konieczne ze względu na decydujący ich wpływ, na przebieg choroby i jej konsekwencje w dalszym rozwoju dziecka. Współczesna pediatria i pielęgniarstwo pediatryczne uznają za konieczne zredukowanie stresu hospitalizacji oraz dbałość o psychikę małych pacjentów podczas hospitalizacji oraz leczenia choroby.

Każdy pobyt dziecka w szpitalu można i należy rozpatrywać jako sytuację trudną dla samego dziecka oraz jego rodziny. W zależności od tego, w jakim wieku jest dziecko, jaki jest rodzaj schorzenia oraz w jakim trybie dziecko trafiło do szpitala – sprawy związane z jego bezpieczeństwem należy rozpatrywać w różnych aspektach.

Podczas pobytu dziecka w szpitalu należy uwzględnić:

1. **Jego bezpieczeństwo zdrowotne** – zabiegi medyczne i pielęgnacyjne powinny być wykonywane ze starannością oraz uwzględnieniem np. rodzaju i rozmiaru sprzętu medycznego adekwatnego do wieku dziecka, bezpiecznego i planowo serwisowanego. Dziecko winno być **zabezpieczone przed bólem**, urazami i wypadkami w oddziale szpitalnym. W oddziale należy zabezpieczyć dostęp do leków i innych substancji oraz urządzeń niebezpiecznych dla dziecka, pamiętać o zabezpieczeniu łóżeczka dziecka przed wypadnięciem, zabezpieczeniu dziecka w znaki identyfikacyjne, należy przemyśleć konieczność i zasadność np. ilości wkłuć, formy leku itp. **Bardzo ważna jest umiejętność patrzenia „oczami dziecka”** na

to, co się dzieje z nim w szpitalu, zdolność do porozumienia się na jego poziomie percepcji, docenienie oraz wykorzystanie w praktyce umiejętności i gotowości do współpracy ze strony dziecka.

2. **Bezpieczeństwo emocjonalne dziecka – zapewnienie obecności rodziców** lub opiekunów, ograniczenie czasu oddzielenia dziecka od opiekunów do absolutnie niezbędnego, wyjaśnianie rzeczywistości „szpitalnej” poprzez przekazywanie dziecku zrozumiałej dla niego wiedzy. Na obecność rodziców podczas hospitalizacji dziecka należy spojrzeć z perspektywy praw rodzicielskich. Rodzice mają prawa rodzicielskie wobec własnych dzieci, a fakt hospitalizacji nie jest powodem ograniczenia tych praw. Należy zatem umożliwić rodzicom sprawowanie opieki nad ich dzieckiem przebywającym w oddziale szpitalnym.

W Ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. nr 52, poz. 417) zawarte są prawa, jakie powinny być zagwarantowane każdemu pacjentowi, w tym dziecku.

Za szczególnie istotne dla zaspokojenia potrzeb dzieci w szpitalu należy uznać:

1. **Prawo do informacji:** pacjent małoletni ma prawo do uzyskania od lekarza informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego, a od pielęgniarki w zakresie niezbędnym do prawidłowego przebiegu procesu pielęgnowania.
2. **Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych:** opiekun dziecka lub dziecko ma prawo do konsultacji m.in. z psychologiem lub psychiatrą, jeśli stwierdzi, że istnieje taka konieczność – zapewnia to ustawa.
3. **Prawo do tajemnicy:** istotne jest, by informacje związane z leczeniem, stanem zdrowia, sposobem leczenia udzielano wyłącznie osobom do tego uprawnionym, tj. opiekunom prawnym, sądom rodzinnym, a nie np. przedstawicielom dyrekcji szkoły.
4. **Prawo do intymności i godności pacjenta:** tam, gdzie jest to możliwe, dziecku powinna towarzyszyć bliska osoba; w stosunku do dzieci i młodzieży szczególnie należy dbać o zapewnienie przestrzegania warunków intymności przy wykonywaniu czynności wymagających obnażenia ciała, podczas badania przedmiotowego i podmiotowego, podczas załatwiania czynności fizjologicznych.
5. **Prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego:** dziecko ma prawo do stałego kontaktu osobistego, telefonicznego z bliskimi. To prawo determinuje warunki w szpitalach i oddziałach pediatrycznych, gdyż osobom opiekującym się, należy zapewnić, w miarę możliwości dobre warunki przebywania wraz z dzieckiem oraz wykorzystać czas wspólnego pobytu w szpitalu do prozdrowotnych działań edukacyjnych oraz do przygotowania opiekunów do opieki nad dzieckiem po wypisie ze szpitala.

Wiedza o prawach pacjenta powinna być upowszechniana, przekazywana małoletnim pacjentom w sposób rzeczywisty, przystępny oraz dostosowany do ich możliwości percepcji. Informacja o poziomie przestrzegania praw pacjentów w danym szpitalu może być użytecznym wskaźnikiem oceny jakości usług.

Europejska Karta Praw Dziecka w szpitalu

Karta została opracowana przez Krajowe Stowarzyszenie na rzecz Opieki nad Dziećmi w Szpitalu w Wielkiej Brytanii (National Association for the Welfare of Children in Hospital – NAWCH) i zaaprobowana przez 13 krajów na I Europejskiej Konferencji Stowarzyszeń na rzecz Dzieci w Szpitalu w 1988 r. Oczekuje na ratyfikację przez Polskę.

Prawo do możliwie najlepszej opieki medycznej jest podstawowym prawem zwłaszcza w odniesieniu do dzieci

1. **Dzieci powinny przebywać w szpitalu tylko wtedy**, gdy leczenie, którego wymagają, nie może być prowadzone w domu, ambulatoryjnie lub w oddziale dziennym.
2. Dzieci przebywające w szpitalu powinny mieć prawo do tego, aby cały czas przebywali razem z nimi rodzice lub stali opiekunowie.
3. Wszystkim rodzicom należy stworzyć możliwość pozostawania w szpitalu razem z dzieckiem, trzeba ich do tego zachęcać i pomagać. Rodzice, by mogli uczestniczyć w opiece nad dzieckiem, powinni być stale informowani o sposobie postępowania w oddziale i zachęceni do aktywnej współpracy.
4. Dzieci i rodzice powinni mieć prawo do uzyskiwania informacji w sposób odpowiedni do ich wieku i możliwości pojmowania. Należy starać się o zapobieganie i łagodzenie stresów fizycznych i emocjonalnych u dzieci w związku z ich pobytom w szpitalu.
5. Dzieci i rodzice mają prawo świadomie uczestniczyć we wszelkich decyzjach dotyczących opieki nad ich zdrowiem. Każde dziecko powinno być chronione przed zbędnymi zabiegami leczniczymi i badaniami.
6. Dzieci powinny przebywać w szpitalu z dziećmi o podobnych potrzebach rozwojowych. Nie należy umieszczać dzieci w oddziałach dla dorosłych. **Nie powinno być żadnych ograniczeń wiekowych** dla osób odwiedzających dzieci przebywające w szpitalu.
7. Dzieci powinny mieć pełną możliwość zabawy, odpoczynku i nauki dostosowanej do swego wieku i stanu zdrowia. Powinny przebywać w otoczeniu zaprojektowanym, urządzone i wyposażone z myślą o ich potrzebach oraz z personelem potrafiącym zaspokajać ich potrzeby.
8. Dziećmi powinien opiekować się personel, którego przygotowanie i umiejętności zapewniają zaspokajanie potrzeb fizycznych, emocjonalnych i rozwojowych dzieci i ich rodzin.
9. Zespół opiekujący się dzieckiem w szpitalu powinien zapewnić mu ciągłość leczenia.
10. Dzieci powinny być traktowane z taktem i zrozumieniem, a ich prawo do intymności powinno być zawsze szanowane.

I.1.2. Reakcja dzieci na hospitalizację

Reakcje dzieci na hospitalizację zależą od wielu czynników. Przede wszystkim reakcje te będą uzależnione od wieku dziecka, rodzaju choroby, przebiegu i intensywności leczenia oraz długości i częstotliwości hospitalizacji. **Zachowanie chorego dziecka** zależy w dużej mierze od tego jak funkcjonuje jego rodzina, jak szybko i na ile prawidłowo potrafi na nowo zorganizować wsparcie. Duży wpływ na zachowanie dziecka w szpitalu ma zrozumienie swojej choroby i obrazu choroby, jaki sobie dziecko zbuduje.

Czynniki determinujące reakcje dziecka na hospitalizację:

- wiek i poziom rozwoju bio-psycho-społecznego dziecka,
- odporność psychiczna na trudne sytuacje,
- wrażliwość układu nerwowego,
- okres pobytu w szpitalu,
- wcześniejsze doświadczenia związane z hospitalizacją,

- warunki pobytu w szpitalu,
- stosunek personelu do chorego dziecka i jego rodziny,
- kontakty dziecka z rodziną i rówieśnikami,
- sposób przygotowania dziecka do hospitalizacji,
- metody wychowawcze w rodzinie,
- rodzaj choroby, np. nowotworowa, i stosowane leczenie,
- postawy rodziców wobec dziecka i jego choroby.

Hospitalizacja jest sytuacją trudną zarówno dla małego pacjenta, jak i jego rodziców. Długotrwałe jej występowanie może prowadzić do zaburzeń procesów przystosowawczych, a w konsekwencji do zachwiania poczucia bezpieczeństwa, szczególnie u dzieci młodszych. Rozłąka może spowodować tzw. **lęk separacyjny** nawet u niemowląt < 6. m.ż. W tym wieku dzieci nie mają rozwiniętego jeszcze przywiązania, ale reagują na zmianę dźwięków, zapachów (zmiana rytmu snu, łaknienia i wydalania). **Najtrudniejszy dla dziecka jest okres** od 6. m.ż. do 3.-4. r.ż., kiedy to występuje najsilniejsze przywiązanie do matki.

Reakcje i odczucia dzieci na hospitalizację

Najczęściej przeżywanym uczuciem przez dziecko hospitalizowane jest lęk o różnej postaci i natężeniu. Podstawowymi przyczynami występowania lęku są: rozłąka z rodziną, ból i cierpienie związane z leczeniem oraz świadomość własnej choroby. Gdy dziecko jest narażone na odczuwanie lęku przez dłuższy czas może dojść do zaburzeń w jego zachowaniu i obniżenia jakości życia. Objawy lęku widoczne są we wszystkich sferach funkcjonowania dziecka. Na poziomie fizjologicznym lęk powoduje przyspieszenie bicia serca, przyspieszenie oddechu, bledność lub zaczerwienienie twarzy, potliwość, **bóle głowy, brzucha, bezsenność**, moczenie się. W sferze intelektualnej lęk wywołuje luki w pamięci, brak koncentracji i gonitwę myśli. W sferze uczuciowej objawia się wzmożonym napięciem, drażliwością, płaczącością lub przygnębieniem. W zachowaniu dziecka lęk może powodować podniesienie ogólnej ruchliwości, trudności w mówieniu, nerwowy śmiech, zgrzytanie zębami, tiki ruchowe, obgryzanie paznokci, ssanie palca. **Lęk utrzymujący się przez pewien okres** dodatkowo obniża naturalną odporność organizmu, a ciągłe pobudzenie prowadzi do wyczerpania psychicznego.

Przewlekły lęk powoduje u dziecka:

- utratę łaknienia,
- zaburzenia snu, bezsenność, koszmary senne,
- bóle brzucha, głowy,
- trudności wychowawcze,
- trudności w skupieniu uwagi i zapamiętywaniu,
- chwiejność emocjonalną,
- reakcje motoryczne, tj. dzieci „kulą się w sobie”, przykucają w kącie łóżeczka, chcą być niewidoczne, chowają się pod kołdrę.

W literaturze opisuje się siedem okresów rozwojowych w życiu dziecka, w których występują charakterystyczne reakcje na rozłąkę z rodzicami i na hospitalizację:

1. **Niemowlęta do 3. m.ż.** Rozpoznają zapach i dotyk matki, barwę jej głosu i rytm jej serca. Brak tych bodźców powoduje u dziecka dyskomfort psychiczny, pojawia się ogólna reakcja organizmu na zmianę środowiska w postaci niepokoju, zaburzeń rytmu snu, łaknienia,

wydalania. **Obecność matki** zaspokaja potrzebę obecności bliskiej osoby, daje poczucie bezpieczeństwa, działa kojąco, jest warunkiem prawidłowego rozwoju psychosomatycznego.

2. **Niemowlęta od 3. do 6. m.ż.** na brak matki reagują nagłą dezorientacją, zakłóceniem równowagi wewnętrznej, gwałtownym płaczem. Jeśli w tym okresie zabraknie obecności matki, pobyt w szpitalu może stać się silnym urazem psychicznym. **Młodsze niemowlę** reaguje na ból uogólnioną reakcją całego ciała, głośnym krzykiem i mimiką twarzy. **Starsze niemowlę** reaguje uogólnioną reakcją całego ciała i odsunięciem tej części, która jest raniąca, głośnym płaczem, mimiką twarzy ze złością oraz oporem fizycznym. Gorączka, duszność, brak apetytu, dyskomfort dla dziecka, pragnienie, oddzielenie od matki – szybko pogarszają stan ogólny i potęgują dolegliwości, natomiast troskliwość, ułatwienie oddychania, łagodzenie bólu, nawodnienie łagodzą dolegliwości. Stąd u niemowląt dobre lub złe samopoczucie ma wpływ na przebieg choroby, a z tzw. mowy ciała można je łatwo odczytać. **Małe dziecko**, które znajduje się w trudnej sytuacji, nie rozumie tego, co się z nim dzieje, odczuwa ból i przykre doznania oraz jeśli dołączy się brak stabilnej więzi z rodzicami i ochrony emocjonalnej z ich strony, dziecko jest zdezorientowane i płacze.
3. **Dziecko od 6.–18. m.ż.** Rozstanie z matką jest traumatycznym przeżyciem (dziecko zna już swoją matkę, rozpoznaje ją wizualnie, przy niej czuje się bezpiecznie, spokojnie). Brak bezpośredniej opieki matki, zwłaszcza w sytuacji zagrożenia, **wyzwała lęk separacyjny**. Zniknięcie matki z pola widzenia oznacza dla dziecka całkowity jej brak. Dziecko nie rozumie, że jeśli kogoś nie widzi, to nadal ta osoba istnieje i że mama wróci. Na brak matki reaguje płaczem, krzykiem, pobudzeniem psychoruchowym.
4. **Dziecko od 18 miesięcy do 4 lat.** Matka pełni w tym okresie najważniejszą funkcję, posiada największy autorytet, zaspokaja potrzebę jego wiedzy, zabawy, aktywności ruchowej, wyjaśnia pojęcia, uczy zachowań społecznych, daje poczucie bezpieczeństwa i miłości. **Przywiązanie do matki** w tym okresie jest bardzo silne, egoistyczne i zaborcze. Dziecko ufa matce bezgranicznie, a jej brak traktuje jako porzucenie, opuszczenie. U dziecka nasilają się lęki separacyjne. Stany lękowe mogą być tak silne, że **przybierają różne formy agresji** (krzyk, kopanie, bicie, plucie itp.) lub nawet **autoagresji** (rzucanie się na podłogę, bicie głową o ziemię itp.). Rozłąka dziecka z rodzicami jest w tym okresie najbardziej niebezpieczna. Najlepszym rozwiązaniem dla dziecka do 4 lat jest pobyt w szpitalu wraz z matką. Przede wszystkim u dzieci ujawnia się lęk przed bólem i strach przed zostaniem bez opiekuna (lęk przed opuszczeniem). Tylko bliska obecność rodziców może dać dziecku poczucie bezpieczeństwa. Należy pamiętać, że **poczucie bezpieczeństwa jest niezbędne** dla prawidłowego rozwoju naszego dziecka. Zapewniamy bezpieczeństwo poprzez ciągłą naszą obecność (matka, ojciec, bliski opiekun). Zapewnienie dziecku ciepła, dotyku, kołysanie go mogą w dużym stopniu zminimalizować skutki leczenia i umożliwić normalny rozwój dziecka. Niepokój odczuwany przez rodziców/opiekunów, a głównie matki, nasila lękliwość dziecka. Dlatego też jeśli rodzice nie potrafią poradzić sobie z odczuwanymi emocjami, to powinni skorzystać z pomocy psychologa dostępnego w oddziale lub w szpitalu. **U małych dzieci (1–5 lat)** czynniki wewnętrzne i zewnętrzne wpływają na przebieg choroby. **Dzieci powyżej 3. r.ż.** potrafią opowiedzieć o swoich doznaniach. Wszystkie małe dzieci odczuwają upośledzenie własnej witalności i ograniczenia, wynikające z leżenia w łóżku, diety, konieczności przyjmowania leków. W tej fazie rozwoju buntują się przeciw nowemu porządkowi i organizacji dnia, jakie narzuca im choroba. Umieją również odczytać informację o stanie swojego zdrowia z reakcji najbliższych osób (zaniepokojenie rodziców/opiekunów, zapłakane oczy itp.), odbierają więc sygnały lęku i niepokoju rodziców, co często utrudnia leczenie. Jednocześnie odczuwają bliskość rodziców, a być może również swoją uprzywilejowaną pozycję w stosunku do zdrowego rodzeństwa (dotyczy to zwłaszcza dzie-

ci pierworodnych, które zwykle muszą ustępować młodszemu rodzeństwu). Małe dziecko przebywające w szpitalu jest pochłonięte przez negatywne przeżycia i doznania. Dla dziecka nieprzyjemne i bolesne doznania wydają się nie do przecięcia. Dziecko nie wie, że nastąpi kres jego przeżyć, ponieważ nie potrafi oderwać się od tego, co aktualnie się dzieje. **Małe dziecko** nie ma świadomości choroby. Rodzice nie są w stanie wytłumaczyć dziecku, dlaczego jest w szpitalu, dlaczego czasem jest z dala od matki i dlaczego poddawane jest bolesnym zabiegom. Dopiero dziecko **około 2. r.ż.** wykazuje pierwsze oznaki poznawania swojej choroby. Zainteresowanie chorobą ogranicza się jednak głównie do przedmiotów związanych z chorowaniem. Natomiast **około 3. r.ż.** dziecko zaczyna nieco lepiej rozumieć, czym jest choroba, szczególnie, jeśli na jego ciele pojawiają się jakieś widoczne zmiany.

5. **Dzieci powyżej 4 r.ż.** są zdolne do oczekiwania na powrót matki. Są podatne na perswazje i tłumaczenia, skutki hospitalizacji bywają mniej dotkliwe niż u dzieci młodszych. **Oprócz potrzeby kontaktu z matką istnieje potrzeba kontaktu z rówieśnikami**, potrzeba zdobywania nowych umiejętności, sprawności, potrzeba działania, współzawodnictwa, potrzeba oceny, akceptacji, pochwały i zachęty. Matka spełnia rolę podpory moralnej we wszystkich działaniach. Rozwija się świadomość własnego ciała, rodzi się zatem lęk o nie, o jego utratę (np. wypadanie włosów w trakcie chemioterapii). Dzieci uczęszczające do przedszkola lub posiadające rodzeństwo łatwiej nawiązują kontakty z innymi dziećmi w szpitalu lub z personelem. **Dzieci w wieku przedszkolnym** podejmują pierwsze próby zrozumienia, dlaczego chorują, na czym polega choroba, poznają również, jakie ograniczenia z niej wynikają. W rozmowach z dzieckiem stwierdzić można, że najczęściej jako przyczynę swojego zachowania wskazują na jakieś konkretne zjawiska zewnętrzne (np. wiatr, pogoda). Niektóre dzieci uważają, że w ich przypadku doszło do zarażenia się od kogoś lub czegoś.
6. **Dzieci w wieku szkolnym.** Są już bardziej niezależne od rodziców, łatwiej znoszą rozstanie. Dzięki kontaktom z rówieśnikami i umiejętności wyrażania uczuć odraewują napięcie psychiczne związane z chorobą i szpitalem. **Okres szkolny** to okres aktywności fizycznej, a hospitalizacja tę aktywność ogranicza, co powoduje frustrację. Pojawia się agresywne zachowanie (tj. agresja słowna, stawianie oporu do próby ucieczki ze szpitala włącznie) lub nastrój przygnębienia. **U dzieci starszych** długotrwały pobyt w szpitalu może wywierać negatywne skutki w postaci nasilenia bierności w zachowaniu, zatracenia poczucia odpowiedzialności. Może to doprowadzić do zawężenia zainteresowań do środowiska szpitalnego i problemów choroby, rozluźnienia więzów rodzinnych i towarzyskich. **Dzieci szkolne i młodzież** mogą traktować chorobę jako punkt wyjścia do nowych rozważań. Wykazują zwykle duże zainteresowanie swoją chorobą, chcą zrozumieć chorobę i jej konsekwencje. **Do mechanizmów obronnych** w tym wieku zalicza się reakcję upozorowania, nieświadomy mechanizm obronny polegający na tym, że dziecko wykazuje zachowanie przeciwne do emocji, które aktualnie przeżywa (np. udaje, że jest odważne, w sytuacji, gdy naprawdę jest przerażone). Pobyt nastolatka w szpitalu powoduje częściowe wypadnięcie z pełnionych dotychczas ról społecznych. **Role pełnione przed hospitalizacją** wiązały się nie tylko z wymaganiami, ale były źródłem zaspokojenia potrzeb. Choroba dziecka i częste pobyty w szpitalu, mogą być także przyczyną wytworzenia się egocentrycznej postawy. Dziecko staje się **skupione nadmiernie na własnych potrzebach**, oczekuje od rodziny i najbliższych natychmiastowego zaspokojenia swoich pragnień, gorzej funkcjonuje i trudniej znosi swoją chorobę.
7. **Reakcje młodszych dzieci szkolnych (dzieci w wieku 6–8 lat).** W tym wieku dzieci potrafią już samodzielnie poszukiwać informacji na temat swojej choroby, próbują również zebrać posiadaną wiedzę w pewną logiczną całość. Informacje o swojej chorobie pozwalają dzieciom w wieku szkolnym podejmować działania w kierunku poradzenia sobie w sytuacji bycia chorym. Każda choroba przewlekła postrzegana jest przez dziecko jako coś złego,

co spotkało je za karę. Wszystkie obciążenia wynikające z bycia chorym, a więc leczenie, wszystkie zabiegi, odczucia bólu i lęku mogą utwierdzać dzieci w przekonaniu, że zrobiły coś złego. Choroba zmienia w życiu dziecka wszystkie dotychczasowe nawyki, wyrwa je ze świata, który był zrozumiały i stabilny, co u dzieci w wieku szkolnym wywołuje różne reakcje.

Zachowania przystosowawcze dzieci w tym wieku mogą przybierać dwie formy:

- u niektórych budzą agresję i złość kierowaną do wszystkiego i wszystkich, a zwłaszcza do rodziców,
- u innych mogą powodować wystąpienie objawów regresji przejawiającej się ssaniem palców, skubaniem ust i skórek wokół paznokci, przyjmowaniem embrionalnej pozycji w łóżku, a niekiedy także moczeniem się czy nawet mutyzmem wybiórczym.

Dziecko w tym wieku zdaje sobie sprawę z tego, że jest chore i chce o tym rozmawiać. **Gdy ma okazję wyrażać swoje uczucia**, nagłaśniać swoje myśli, dzielić się swoimi wątpliwościami, to zmniejsza się poczucie izolacji i osamotnienia. **Dzieci, które nie mają takich możliwości**, czują się samotne, pomimo stałej obecności najbliższych. Dziecko chce być samodzielne i wykonywać wszystkie ulubione czynności, zabawy, pragnie normalnego życia. Podstawową aktywnością dziecka jest bycie uczniem. Dzieci chcą się uczyć w szkole, mieć normalne obowiązki, odrabiać lekcje, mieć zajęcia plastyczne itp. Takie możliwości daje dziecku **szkoła przyszpitalna**, która powinna być w każdym szpitalu dziecięcym.

Te dzieci, które **unikają wypełniania zadań szkolnych**, wymagają zwrócenia szczególnej uwagi dorosłych. Czasami powodem takich zachowań jest zbyt duża pobłażliwość rodziców, skłonność do zwalniania dziecka z jakiegokolwiek wysiłku. Taka postawa rodziców nie tylko nie chroni dziecka i nie pomaga mu w znoszeniu trudów leczenia, ale może przyczynić się do pogłębienia trudności dziecka. W skrajnych sytuacjach dziecko może myśleć, że jest zbyt chore, a może nawet umrze, dlatego wszyscy przestają traktować je normalnie. Jeśli unikanie wypełniania obowiązku szkolnego wynika ze strony dziecka, może to być sygnałem zmęczenia, przeciążenia, smutku, przygnębienia. W takiej sytuacji potrzebna jest interwencja psychologa lub pedagoga bezpośrednio opiekujących się dzieckiem.

8. **Reakcje starszych dzieci szkolnych (dzieci w wieku 9–12 lat)**. Dzieci w tym wieku dążą do bycia niezależnym i mają potrzebę autonomii. Z potrzebą niezależności nie idzie jednak w parze odporność na frustracje. Jest to okres szczególnie nasilonej wrażliwości i dużej podatności na urazy psychiczne. Rozpoznanie choroby przewlekłej w tym wieku może mieć ogromny wpływ na wyobrażenia, jakie dziecko ma o sobie. W swoim życiu niejednokrotnie stykało się z różnymi chorobami, ma już więc świadomość, jakie mogą być konsekwencje choroby przewlekłej. Rozumie niektóre procesy fizjologiczne zachodzące w organizmie. Choroba nadal jest postrzegana jako kara za złe zachowania i myśli.

Dzieci chcą przede wszystkim zrozumieć to, co się wokół nich dzieje, zadają pytania i oczekują rzetelnych, jasnych i prawdziwych odpowiedzi. Choroba rodzi lęk, że coś trwale przestanie w organizmie funkcjonować. Niejednokrotnie rozładowanie przeżywanych emocji następuje poprzez zachowania agresywne. **Przejawy odczuwanej agresji** uwidaczniają się w dziecięcych rysunkach, rozmowach, zabawach z innymi dziećmi, opowiadaniach. Jest to również okres, w którym **dziecko szybko się uczy** i ma umiejętność przystosowania się do sytuacji, które wcześniej wywoływały lęk i frustrację. Stąd rodzice i pielęgniarki powinni wzmocnić pozytywny obraz dziecka, ośmielać go do werbalizowania swoich przeżyć i frustracji.

9. **Wiek szkolny 12–15 lat** to wczesny okres dojrzewania jest okresem niezwykle szybkiego wzrostu, rosnącej świadomości siebie i swego ciała. To również okres intensywnego uniezależniania i oddzielania się od dorosłych. W rzeczywistości jednak dziecko jest zawieszona pomiędzy dzieciństwem a dorosłością. Ma potrzebę demonstrowania, nieraz w bardzo

dramatyczny sposób, swojej samodzielności i niezależności, a potrzebuje opieki i wsparcia rodziców jak we wcześniejszym okresie. Takie rozdarcie nasila poziom odczuwanego stresu. Choroba wywołuje trudne do zaakceptowania zmiany w życiu młodej osoby nastawionej na realizowanie postawionych sobie wielu celów i planów na przyszłość. Odczucia dyskomfortu pogłębia znaczne ograniczenie kontaktu z rówieśnikami.

Dziecko w wieku 12–15 lat potrzebuje szczegółowych informacji na temat istoty choroby i leczenia, chce mieć poczucie wpływu na jego przebieg. Wyrazem buntu i braku zgody na chorobę jest jawnie demonstrowana złość i próby okazywania emocjonalnej niezależności od rodziny bądź bierność, uległość i podporządkowanie. Reakcje emocjonalne z reguły są zmienne. Wszystkie ograniczenia wynikające z leczenia, konieczność ciągłego podporządkowywania się licznym zaleceniom lekarskim i pielęgniarstwu, konieczność realizowania „cudzych” scenariuszy na to, jak mają wyglądać kolejne dni i tygodnie, pogłębiają poczucie utraty kontroli nad swoim życiem. Rodzice nie zawsze wyczuwają, na ile mają być pomocni i opiekuńczy, kiedy mają pozwalać dziecku na samodzielność, niezależność, kierowanie przebiegiem i zakresem opieki. Każdego dnia mogą pojawiać się spięcia i kłótnie. Szczególnie nasilone konflikty występują, jeśli rodzice są nadmiernie opiekuńczy, ich dobroć, chęć przejęcia całkowitej opieki nad dzieckiem, wyłączenie w najprostszyc czynnościach wywołuje wybuchy złości i agresji. Nastolatki niejednokrotnie poddają próbę swoich bliskich, zachowując się bardzo okrutnie. Potrzebują ich obecności, opieki i wsparcia, ale nieustająco testują ich wytrzymałość i bezwarunkową miłość.

10. **Dzieci w wieku młodzieńczym**. Stres spowodowany uświadomieniem sobie choroby powoduje reakcje bardziej zróżnicowane. Stany lękowe mogą mieć charakter depresyjny. Młodzi zwykle reaguje na chorobę buntem lub agresją i niechętnie poddaje się zabiegom terapeutycznym. W okresie dorastania następuje wyraźny wzrost zainteresowania własną chorobą. Wiedza o chorobie jest ciągle rozszerzana, weryfikowana i systematyzowana. Pojawiają się także pytania o sens doświadczania choroby oraz dokonywane są oceny własnego położenia życiowego, swojej aktualnej sytuacji.

11. **Wiek 15–18 lat to środkowy okres dojrzewania**. W tym okresie dziecko uzyskuje prawie całkowitą dojrzałość fizyczną, jak również dopracowuje się realistycznego obrazu siebie i własnego ciała. Nastolatki mają pełną świadomość skutków, jakie niesie choroba. Oczekują pełnego włączenia w proces leczenia, chcą mieć wpływ na decyzje, które zapadają, chcą móc dokonywać wyboru, aby mieć poczucie kontroli nad swoim życiem. **Poszukują informacji o swojej chorobie**, często stają się ekspertami w tej dziedzinie. Rozumieją istotę własnej choroby przewlekłej, znają działania leków, potrafią monitorować uboczne skutki leczenia, przestrzegają zaleceń lekarzy. Dzięki posiadanej wiedzy o chorobie odbudowują poczucie niezależności, potrafią sami o siebie zadbać. Jest to także okres chyba **najsilniejszych relacji z rówieśnikami**, które zostają w znacznym stopniu ograniczone, czy też czasami przerwane zachorowaniem. Oczekują wsparcia i zrozumienia ze strony rodziców, nie chcą uzależnienia od innych osób.

Najczęstsze reakcje u młodzieży w wieku 15–18 lat. W początkowym okresie towarzyszy im poczucie, że ich świat uległ całkowitej destrukcji, nic nie ciekawi tak jak kiedyś, niczego nie warto robić. Później są już w stanie na nowo spostrzegać otaczający świat. Utrata wolności, niezależności jest boleśnie odczuwana. Zmiany w wyglądzie swego ciała, brak siły, zmęczenie znacznie pogłębiają przygnębienie, mogą prowadzić do wystąpienia reakcji depresyjnych. **Trwałe następstwa leczenia** takie jak okaleczenia, blizny, endoprotezy czy amputacje, odbierane są jako poniżenie, znacznie pogarszają obraz własnej osoby i poczucie wartości, a zaakceptowanie ich rodzi się długo.

I.1.3. Potrzeby rozwojowe dziecka, a deprivacja potrzeb chorego dziecka

Świeżość, radość i pełna życia ekspansywność, to cechy dzieci i młodzieży. **Dzieciństwo powinno być beztrudne**, radosne i zdrowe, dlatego choroba dziecka jest trudna dla niego samego jako pacjenta, rodziców oraz dla personelu medycznego. **Dziecko chore** posiada małą odporność układu nerwowego, a jego równowaga psychiczna w niekorzystnych warunkach ulega zachwianiu, reakcja uczuciowa jest zwykle gwałtowna i silna.

Choroba dziecka jest czynnikiem utrudniającym zaspokajanie potrzeb psychospołecznych oraz powoduje powstanie zmian ogólnych, które ujemnie wpływają na jego psychikę. **Do zmian tych należą:** ograniczenie czynności życiowych i ogólnej wydolności organizmu, pojawienie się dolegliwości (np. ból, kaszel).

Pobyt w szpitalu zawsze naraża osobę chorą na izolację społeczną, pewien stopień ograniczenia i niemożności pełnego decydowania o sobie i swoich sprawach, na zmniejszenie aktywności i samodzielności oraz na uzależnienie od innych osób. **Hospitalizacji dzieci** zwykle towarzyszy ból psychiczny, samotność, a niekiedy rozłąka z rodziną. Skutki pobytu w szpitalu, zwłaszcza długotrwałego lub częstego, szczególnie mocno uwidoczniają się w przeżyciach i rozwoju dzieci. Niekiedy, **zwłaszcza w przypadkach małych dzieci**, mogą one być w znacznej mierze nieodwracalne i w sposób trwały zaburzać niektóre sfery ich rozwoju. **Najbardziej stresujący jest pierwszy pobyt dziecka w szpitalu.** Jest on obciążony ryzykiem dużego przeciążenia psychiki. Czynniki stresujące nakładają się na siebie i wzajemnie wzmacniają. Na niepewność nakłada się ból fizyczny, trudne emocje i ograniczenia, które wynikają z trybu życia i wymagań szpitalnych.

Aby jednak pobyt w szpitalu nie powodował zaburzeń w rozwoju dziecka, należy pamiętać, że w wieku rozwojowym ważne są dla jego rozwoju następujące potrzeby:

1. **Potrzeba kontaktu emocjonalnego, bliskości.** Potrzeba ta należy do najbardziej podstawowych. Kontakty z bliskimi, a w przypadku najmłodszych dzieci zwłaszcza z matką, warunkują prawidłowe funkcjonowanie dziecka. Jej niezaspokojenie powoduje pojawienie się u niego uczucia osamotnienia, odrzucenia, lęk przed opuszczeniem ze strony najbliższych. W skrajnych przypadkach pojawiają się lęki separacyjne, trudne zarówno dla dzieci, jak i rodziców. Z deprivacją, czyli trudnościami w zaspokajaniu potrzeb, mamy do czynienia w sytuacji hospitalizacji dziecka. Rozłąka z najbliższymi utrudnia zaspokajanie tej potrzeby przez rodziców (zwłaszcza gdy szpital znajduje się daleko od miejsca zamieszkania dziecka). Rodzice powinni wiedzieć, jak mocnym przeżyciem dla dziecka jest izolacja od rodziny i z być z nim tak często, jak to tylko możliwe.
2. **Potrzeba bezpieczeństwa.** Pobyt dziecka w szpitalu bez rodziców, choroba i sytuacje związane z przebiegiem leczenia powodują, że dziecku brakuje poczucia bezpieczeństwa, **jego miejsce zajmuje** poczucie zagrożenia i lęk. **Sytuacje lękotwórcze** (bolesne zabiegi, zagrożenie powikłaniami, kalectwem, śmiercią, niepełne informacje, nie do końca zrozumiałe, niewłaściwe zachowanie personelu medycznego) mogą prowadzić do utrwalenia postawy lękowej dziecka, utrudniającej proces leczenia i rehabilitacji. **Zaspokojenie tej potrzeby** to obecność rodziców okazujących dziecku pozytywne uczucia. Aby zniwelować nastawienia lękowe dziecka, rodzice powinni współpracować z personelem medycznym w oddziale. **Ważne jest wyjaśnianie dziecku** przez lekarza, pielęgniarkę i rodziców, na czym polegają zabiegi, a także wskazywanie ich korzyści dla dziecka. Należy też podjąć działania zapewniające dziecku warunki samorealizacji – inicjować aktywność dostępną dziecku, wzmacniać poczucie jego wartości, wskazywać, jakie działania będzie można podejmować w przyszłości.

3. **Potrzeba aktywności ruchowej.** Unieruchomienie, które często wiąże się z leczeniem, **może przybierać mniej lub bardziej rygorystyczne formy** – od nakazu leżenia w łóżku do unieruchomienia w gipsie czy na wyciągu. Dziecko, u którego (zwłaszcza w młodszych fazach rozwojowych) potrzeba aktywności ruchowej jest bardzo silna, traktuje unieruchomienie jako karę. Wyzwała to poczucie krzywdy i złość, izoluje od najbliższych i rówieśników, ogranicza poznawczo. **Należy wytłumaczyć dziecku konieczność i sens unieruchomienia**, zadbać o to, by unieruchomienie jak najmniej ograniczało dziecko. Ważne, by rodzice nie próbowali wyręczać we wszystkim chorego dziecka, które już i tak – poprzez samą chorobę – jest niesamodzielne i uzależnione od innych. **Szacunek wobec dziecka**, które jest osobą – podmiotem, wymaga od rodziców trudnej sztuki walki z własną nadopiekuńczością. **Tylko taka postawa pozwala** na mądre wdrażanie dziecka do samodzielności – fizycznej i psychicznej.
4. **Potrzeba kontaktu z rówieśnikami.** Potrzeba ta łączy się z uzyskaniem akceptacji przez grupę rówieśniczą. Problemy dotyczące zaspokojenia tej potrzeby wynikają z faktu, że wśród dzieci, zwłaszcza kilkunastoletnich, o atrakcyjności rówieśników decydują często wygląd zewnętrzny i sprawność ruchowa. Dzieci borykające się z chorobami przewlekłymi czy niepełnosprawnością nie spełniają tych „kryteriów”. Oczekują przyjaźni, nie litości i nie współczucia, pragną akceptacji i bliskości od rówieśników. Kontakty z rówieśnikami są niezbędne do prawidłowego rozwoju psychicznego, emocjonalnego, poznawczego i komunikacyjnego dziecka. Aby miały szansę zaistnieć, dziecko musi charakteryzować się samoakceptacją, odpornością emocjonalną, asertywnością. Praca nad kształtowaniem kontaktów interpersonalnych, pozwalających dziecku na rozszerzanie swojego świata o nowych znajomych (poznanych np. w szpitalu), zakłada ryzyko niepowodzeń, dlatego powinna odbywać się pod okiem rodziców wzmacniających prospołeczne zachowania dziecka.
5. **Potrzeba poznawcza (ciekawość poznawcza).** Ciekawość świata warunkuje rozwój. Dziecko powinno i musi rozwijać się we właściwym sobie tempie i w miarę swoich możliwości. Mimo choroby powinno uczyć się np. w szkole przyszpitalnej czy w trybie nauczania indywidualnego. Rodzice powinni też zadbać, by dziecko przebywające w szpitalu mogło rozwijać swoje zainteresowania. Dla dziecka, które przebywa w szpitalu i które nie może uczestniczyć w wielu zabawach z rówieśnikami, książki często zastępują mu świat zewnętrzny – przy nich dziecko odpoczywa i zapomina o bólu. Należy też pamiętać o osobistym i społecznym usamodzielnianiu dziecka na miarę jego możliwości wysiłkowych, np. poprzez samodzielne poruszanie się. Trzeba też wskazać dziecku nowe formy działań (traktowanych często jako zastępcze), w których może się realizować i osiągnąć sukces, np. w zakresie szeroko rozumianych działań plastycznych.
6. **Potrzeba indywidualności i godności.** Potrzeba indywidualności i godności jest istotna dla każdego człowieka. Zakłada traktowanie każdego z nas jako podmiotu, nie przedmiotu. Takie holistyczne podejście sprawia, że dziecko w szpitalu jest traktowane jako pełnoprawny partner lekarza, pielęgniarki, którzy rozmawiają z nim o jego chorobie, przekazując mu informacje zrozumiałym dla niego językiem. Mały pacjent nie może być traktowany przez personel medyczny jako „przypadek”. Czynniki jatrogenne, które się z tym wiążą, oznaczają nietaktowne informowanie dziecka o chorobie, nieuwzględnianie w procesie leczenia jego potrzeb i przeżyć psychicznych. Rodzice powinni stale czuwać nad dzieckiem i rozmawiać z lekarzami o jego stanie i potrzebach. Przede wszystkim powinni być oparciem dla dziecka, być z nim w chwilach lęku przed nieznanym, cierpienia i bólu.

I.1.4. Wpływ rodziny na zaspokajanie potrzeb dziecka hospitalizowanego

Rodzice jako pierwsi, świadomie bądź nieświadomie, przekazują dzieciom swój sposób podejścia do choroby i postępowania z nią. Reakcja dziecka na chorobę w dużej mierze zależy od postawy rodziców.

Reakcje rodziców, których dziecko zachorowało, mogą być bardzo różne:

- konstruktywne,
- zaprzeczające chorobie (towarzyszy im lęk, niski stan wiedzy o chorobie),
- depresyjno-pasywne (zamknięcie się w sobie, żal, podporządkowanie się chorobie dziecka),
- agresywne (rodzice dochodzą swoich praw, zgłaszają mnóstwo żądań, grożą personelowi medycznemu),
- aktywne,
- tzw. rytualizacja zachowań (zachowania mające zmniejszyć napięcie emocjonalne poprzez powtarzanie czynności pielęgnacyjnych).

Choroba, zwłaszcza przewlekła, dziecka lub niepełnosprawność jest dużym przeżyciem dla rodziców, a informacja o chorobie wymaga okresu, w którym rodzice przechodzą adaptację do sytuacji, w której są gotowi do współpracy w procesie leczenia dziecka.

Rozpatrując chorobę przewlekłą dziecka, należy uwzględnić:

- aspekt rozwojowy i związany z nim wpływ choroby na dalszy rozwój i realizację planów dziecka,
- aspekt społeczny, czyli rodzinny przekładający się na wpływ postaw rodziców na proces chorobowy i proces zdrowienia dziecka,
- zróżnicowanie klasyfikacji choroby jako choroby przewlekłej lub choroby wywołującej niepełnosprawność.

WHO definiuje niepełnosprawność jako – uszkodzenie organiczne, czyli wystąpienie nieprawidłowości w budowie ciała i funkcjach układów, wystąpienie upośledzenia sprawności, w wyniku organicznego uszkodzenia i upośledzenia pełnienia ról społecznych.

W Polsce za osobę niepełnosprawną uważa się taką, której psychiczny, fizyczny lub umysłowy stan zdrowia, w sposób trwały lub okresowy ogranicza, utrudnia lub w pełni uniemożliwia wykonywanie ról społecznych, w tym m.in. pracy zawodowej.

Choroba przewlekła

1. To zaburzenie o przedłużonym trwaniu, które może mieć charakter postępujący lub może spowodować przedwczesny zgon.
2. Wpływa na funkcjonowanie osoby pod względem fizycznym, intelektualnym, psychicznym, społecznym, w następstwie objawów, konieczności ich leczenia, absencji, marginalizacji, dyskryminacji.
3. Przebiega z okresami zaostrzeń i remisji, co ma istotne znaczenie w kwestii planowania wielospecjalistycznej opieki nad dzieckiem przewlekle chorym, gdyż opieka ta w okresie zaostrzenia choroby jest inna niż w okresie remisji, a jeszcze inna w okresie diagnostycznym, w którym zapada rozpoznanie choroby przewlekłej.

Fazy choroby przewlekłej dziecka przedstawiono graficznie na rycinie 1.

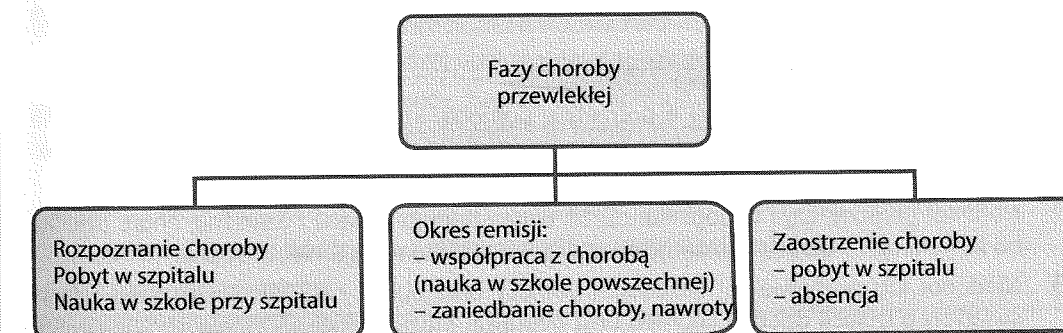
W pierwszej fazie choroby przewlekłej dziecka, czyli w okresie, w którym zapada diagnoza lekarska, rozpoczyna się okres przystosowania do choroby dla rodziców, opiekunów. W tym okresie wyróżnia się kilka typowych faz prowadzących do adaptacji do choroby dziecka i przystosowania do współdziałania w procesie leczenia [3]:

- **Faza I** – szok, wstrząs emocjonalny bezpośrednio po uzyskaniu diagnozy. Dominują wówczas silne uczucia negatywne oraz reakcje emocjonalne prowadzące do agresji i nieporozumień, wzajemnego obwiniania się oraz postawy roszczeniowej rodziców.
- **Faza II** – kryzys emocjonalny nazywany często okresem rozpaczki lub depresji. Dominują nadal uczucia negatywne, ale nie są już tak burzliwe. Często dochodzi do zakłóceń w relacjach pomiędzy rodzicami.
- **Faza III** – pozorne przystosowanie się do sytuacji. Wówczas następuje poszukiwanie nowych specjalistów, „cudownych leków”, poszukiwanie niekonwencjonalnych metod leczenia, mogących uzdrowić dziecko.
- **Faza IV** – konstruktywne przystosowanie się do sytuacji. Rodzice, opiekunowie są gotowi do współpracy w rozwiązywaniu problemów i racjonalnej pomocy dziecku. Zaczynają dominować uczucia pozytywne, które ukierunkowują opiekunów na właściwe działanie.

Sposób, w jaki rodzice radzą sobie w sytuacji choroby dziecka, zależy w dużej mierze od potencjału materialnego i niematerialnego rodziny.

Czynniki materialne to:

- sytuacja ekonomiczna rodziny,
- warunki mieszkaniowe,
- wyposażenie mieszkania, ułatwiające sprawowanie opieki nad dzieckiem w domu.



Rycina I.1. Fazy choroby przewlekłej dziecka

Czynniki niematerialne to:

- więzi rodzinne,
- wydolność psychofizyczna i opiekuńcza rodziny,
- wsparcie rodziny, znajomych, instytucji medycznych i niemedyceńskich.

Postawa rodzicielska to sposób postępowania rodziców, zachowania ich w stosunku do dziecka. Postawa rodzicielska to wyrażenie stosunku uczuciowego do dziecka i stosunku do jego zachowania. **Maria Ziemska różnicuje postawy rodzicielskie na dwie grupy, w zależności od ich wpływu na rozwój dziecka: prawidłowe i nieprawidłowe.**

Postawy prawidłowe:

- akceptacja dziecka,
- uznanie praw i obowiązków dziecka,
- rozumna swoboda,
- współdziałanie z dzieckiem.

Postawy nieprawidłowe:

- odtrącenie dziecka,
- postawa nadmiernie wymagająca,
- postawa nadmiernie chroniąca,
- postawa unikająca – zanedbująca.

Obuchowska I. (1999) wskazuje na fakt, że rodzice dziecka chorego lub niepełnosprawnego mogą przyjmować postawę izolacyjną lub integracyjną.

Postawa izolacyjna – to dążenie do wycofywania się z dotychczasowych kontaktów społecznych i niepodejmowanie nowych. Postawa taka jest negatywną reakcją na zaistniałą sytuację.

Postawa integracyjna – to dążenie rodziców do utrzymania dotychczasowych relacji i nawiązywanie nowych. Rodzice włączają się wówczas do działalności stowarzyszeń i organizacji pozarządowych wspomagających dzieci chore i innych rodziców.

Najwięcej pomocy w zakresie opieki świadczy choremu dziecku rodzina. Zatem wpływ rodziców, opiekunów na jakość życia dziecka chorego jest najwyższy. Realizacja zadań rodziny, w zakresie opieki nad chorym dzieckiem, może kształtować w rodzinie różne relacje.

Są to wg Taranowicz następujące relacje [4]:

1. Równowagi między udzielaną a potrzebną pomocą, która jest najbardziej korzystna dla obu stron. Chore dziecko uzyskuje tyle pomocy, ile jest potrzebne do prawidłowego funkcjonowania.
2. Nadmiar pomocy, czyli nadopiekuńczość, działa demobilizująco i uzależnia chore dziecko od innych, ograniczając tym samym jego rozwój. Jest to relacja niepożądana.
3. Niedobór lub pozbawienie niezbędnej pomocy oraz opieki nad dzieckiem. Taka relacja świadczy o izolacji dziecka chorego oraz postawie rodzicielskiej odrzucającej. Nie zawsze jest to relacja stała, niekiedy jest to okres przejściowy, sprzyjający aktywizacji do samoopieki, działający jako bodziec.

Wg N.K. Cohn wyróżnia się pięć etapów (stadiów) reakcji na chorobę [5]:

1. Stadium szoku psychicznego – trwa około 2–7 dni. Rodzice i/lub starsze dziecko nie chcą przyjąć do wiadomości zaistniałego faktu. Zaprzeczenie i wyparcie ma znaczenie obronne, gdyż człowiek, nie dopuszczając w pełni do świadomości zagrożenia, zmniejsza napięcie emocjonalne.

2. Stadium wyczekiwania wyleczenia – choroba postrzegana jest jako przeszkoda w realizacji zamierzonych celów dziecka lub jego rodziców. W tym stadium rodzice i dziecko mają nadzieję na wyleczenie, ale nie dostrzegają jednak swojej roli w pokonywaniu trudności i przywracaniu zdrowia. Jest to bierne „oczekiwanie na cud” z jednoczesnym stawianiem bardzo wysokich wymagań wobec personelu.
3. Stadium opłakiwania straty – rodzice małych dzieci cierpią nad stratą zdrowego dziecka, nie mogą pogodzić się z faktem, że jeszcze nie tak dawno ich dziecko było zdrowe, a teraz jest ciężko chore. W przypadku starszych dzieci do żalu rodziców dołącza się żal, rozpacz dzieci – gdyż z dnia na dzień zmieniło się całkowicie ich życie.
4. Stadium zachowania obronnego, które może mieć dwie formy: zachowania neurotyczne – występuje wtedy, gdy rodzice i dziecko nie dostrzegają, że choroba powoduje pewne ograniczenia. Nie stosują się do zaleceń i zasad leczenia. Zachowania zdrowe – to zachowanie nastawione na pozytywne działanie. Rodzice wraz z dzieckiem zaczynają walczyć z chorobą. Następuje konstruktywna adaptacja do zaistniałej sytuacji i współpraca z zespołem terapeutycznym w pokonywaniu trudności choroby.
5. Stadium końcowego przystosowania – na tym etapie choroba nie stanowi jedynej i najważniejszej cechy, ale jest jedną z wielu, z którą trzeba żyć przez niezbędny do pełnej remisji choroby okres.

Sposób radzenia sobie rodziców z chorobą dziecka zależy w dużym stopniu od wykorzystania przez nich zasobów wewnętrznych i zewnętrznych. To, czy rodzic poradzi sobie z chorobą dziecka, zależy w dużej mierze od tego, czy uzyska niezbędne wsparcie. Pomocne tu będą:

- współmałżonek, zespół terapeutyczny, stowarzyszenia rodziców dzieci z podobnymi chorobami,
- dobre relacje między współmałżonkami,
- zdolność rodziców do rozwiązywania problemów – pozytywne myślenie,
- poczucie skuteczności własnych działań.

Rodzice dotknięci chorobą dziecka wymagają różnorodnego wsparcia.

Wsparcie to wg Ziółkowskiej rodzaj społecznej interakcji, poprzez które jednostki udzielają sobie nawzajem rzeczywistej pomocy, tworzą sieć kontaktów interpersonalnych, spostrzeganych i ocenianych jako dostarczające akceptacji, troski i pomocy w chwilach potrzeby [6].

Biorąc pod uwagę charakter wsparcia świadczonego rodzinie z dzieckiem przewlekle chorym czy niepełnosprawnym, można wyróżnić wg A. Maciarz następujące jego rodzaje:

- psychiczne (zwane także emocjonalnym bądź psychoemocjonalnym),
- socjalno-wychowawcze,
- opiekuńczo-wychowawcze,
- rehabilitacyjne.

Wsparcie psychiczne często potrzebne rodzicom dzieci chorych to oddziaływanie skierowane na różne sfery życia psychicznego. Oddziaływanie na sferę emocjonalną ma na celu złagodzenie ich przykrych przeżyć i stanów emocjonalnych, spowodowanych chorobą dziecka, poprawę ich samopoczucia i wzmocnienie psychiczne. Oddziaływanie na emocje członków rodziny łączy się z oddziaływaniem na ich sferę poznawczą w celu kształtowania u nich adekwatnego obrazu dziecka i jego choroby, akceptacji dziecka oraz racjonalnego przystosowania się do jego sytuacji. Wsparcie psychiczne to również oddziaływanie na sferę dążeń rodziców w celu wzmocnienia ich motywacji do zapewnienia dziecku należytych warunków rozwoju i rehabilitacji oraz do

aktywnego udziału w tym procesie. **Potrzeba wsparcia psychicznego rodziców chorego dziecka istnieje stale**, nawet po zaakceptowaniu własnej choroby. Rodzice przechodzą stany psychicznego wyczerpania i zniechęcenia, zwątpienia w pomyślność leczenia dziecka oraz lęki związane z jego przyszłością. Sposoby udzielania psychicznego wsparcia są różne, od empatycznego okazania współczucia i zrozumienia jego przeżyć, prowadzenia z nim pocieszającej go rozmowy, po fachowe oddziaływanie psychoterapeutyczne. Kontakty i współdziałanie rodziców dzieci chorych i niepełnosprawnych mogą mieć miejsce w grupach samopomocowych.

Długotrwała walka z chorobą może wyzwać u rodziców zespół „wypalenia się”. Rodzic staje się zniechęcony, apatyczny, ma obniżoną motywację do leczenia i wspomagania rozwoju dziecka. Przeżywając taki stan rodzic zaniedbuje dziecko, traci cierpliwość i wyrozumiałość dla niego. Takie postępowanie jest dodatkowym czynnikiem stresogennym dla dziecka. Aby złagodzić objawy tego zespołu, skuteczną jest serdeczna rozmowa np. nauczyciela z rodzicem na temat dziecka. Nauczyciel powinien wyrazić pozytywne nastawienie emocjonalne do dziecka, wskazać jego dobre cechy i zachowania, okazać wyrozumiałość dla jego słabości i niedomagań. Dzięki temu rodzic ma spore szanse na uwolnienie się od zniechęcenia oraz odzyskanie chęci i sił do pełnienia opieki wychowawczej. Należy pamiętać, że bardzo ważny jest sposób rozmowy z rodzicami. Rodzic powinien być przekonany, że personel jest wobec niego życzliwy i chce być pomocny.

Wsparcie socjalno-usługowe – potrzebują rodziny żyjące w niedostatku materialnym, które nie są w stanie zaspokoić swoich podstawowych potrzeb egzystencjalnych i zapewnić choremu dziecku należytych warunków leczenia i rozwoju. Jest ono realizowane przez podmioty państwowe, społeczne (fundacje, stowarzyszenia, organizacje, grupy samopomocowe) oraz przez osoby indywidualne.

Wsparcie opiekuńczo-wychowawcze obejmuje dwa rodzaje działań:

- **edukację rodziców**, mającą na celu przekazywanie im wiedzy o chorym dziecku, o sposobach opiekuńczo-wychowawczego postępowania oraz kształtowanie u nich właściwych postaw wychowawczych, przygotowanie rodziców do samoopieki nad dzieckiem,
- **pomoc rodzicom** w pełnieniu opieki nad chorym dzieckiem i w jego wychowaniu.

Wsparcie rehabilitacyjne obejmuje pomoc rodzinie w zorganizowaniu właściwego leczenia i usprawniania dziecka, w zaopatrywaniu go w potrzebne pomoce rehabilitacyjne i właściwym zorganizowaniu warunków mieszkania. Rodzic włączony w proces rehabilitacji dziecka jest edukowany przez pedagoga w zakresie sposobów udzielania mu pomocy w nauce i rozwijania jego procesów poznawczych.

Logopeda przekazuje mu wiedzę o ćwiczeniach poprawiających mowę dziecka, rehabilitant instruuje o sposobach kontynuowania ćwiczeń fizycznych w warunkach domowych, a pielęgniarka o sposobach pielęgnacji, żywienia itp.

I.1.5. Rola szkoły szpitalnej w realizacji potrzeb rozwojowych dziecka

Bardzo ważne zadanie mają do spełnienia wychowawcy pracujący w przyszpitalnych placówkach oświatowych; zwłaszcza tam, gdzie charakter leczonych chorób wymusza długi pobyt w szpitalu.

Długotrwały pobyt dziecka w szpitalu przynosi skutki dalekosiężne: pacjent po powrocie do swego środowiska może napotkać trudności związane z ponownym wdrożeniem się do życia szkolnego. **Długa nieobecność w szkole** i spowodowane nią zaległości często powodują problemy z nauką i kłopoty z nadszczeniem za rówieśnikami. Dlatego bardzo ważne jest funkcjonowanie placówek oświatowych w szpitalach dziecięcych. Niezależnie od czasu pobytu dziecka w szpitalu szkoła ma na małego pacjenta korzystny wpływ, gdyż ciągłość zajęć szkolnych osłabia stres przebywania na oddziale. Zajęcia szkolne wypełniają czas dziecka, odwracają jego uwagę od problemów hospitalizacji, pozwalają lepiej zintegrować się z przebywającymi w szpitalu rówieśnikami i oczywiście likwidują problem zaległości w nauce.

Podobnie duże znaczenie ma organizowanie czasu pacjentów na oddziale – po zajęciach szkolnych – w ramach zabawy, zajęć świetlicowych, spacerów, wycieczek i zabaw na wolnym powietrzu. W tym przypadku podstawowe znaczenie ma praca nauczycieli – pedagogów, którzy mają bliski kontakt z dzieckiem podczas jego całego pobytu w szpitalu i poprzez właściwe postępowanie, kreowane indywidualnie wg cech pacjenta, mogą w zasadniczy sposób przyczynić się do lepszego zaspokojenia psychicznych potrzeb dziecka w trakcie hospitalizacji.

Pedagog może poświęcić pacjentowi więcej czasu niż personel medyczny, którego podstawowe zadania koncentrują się wokół procesu leczenia. Poprzez poznanie specyficznych cech dziecka, właściwy dobór form zabawy i motywowanie do aktywności, pedagog ułatwia pacjentowi integrację z innymi chorymi. Odpowiednie traktowanie dzieci i stała opieka zmniejszają ich obawy i strach. Pedagog wprowadza pacjenta w życie oddziału szpitalnego; oswaja dziecko z zasadami funkcjonowania w szpitalu; wyjaśnia potrzebę poddawania się badaniom, nawet przykrym, gdyż są potrzebne do powrotu do zdrowia. Uczciwe traktowanie dziecka, szczerść oraz informowanie, na poziomie dostosowanym do jego wieku i stopnia rozwoju, sprawiają, że pacjent nabiera zaufania nie tylko do wychowawcy, ale do całego personelu oddziału. Dziecko przyzwyczaja się do pedagoga i do świadomości, że zawsze może na niego liczyć co ułatwia mu przeżywanie codziennych problemów związanych z hospitalizacją.

Do podstawowych zadań pedagoga należy wymiana informacji z personelem medycznym; obserwacja pacjenta podczas wspólnych zajęć i przekazywanie wniosków z obserwacji, które mogą pomóc w procesie leczenia.

Organizując czas wolny dziecka pedagog dostosowuje rodzaj, poziom oraz intensywność zabawy lub innych zajęć, do możliwości dziecka; jego stanu zdrowotnego oraz wydolności – w oparciu o konsultacje z personelem medycznym. Dzięki takiemu podejściu wychowawcy mogą skutecznie opiekować się dziećmi i wypełniać czas hospitalizacji, zapewniając im aktywność uwzględniającą cechy indywidualne pacjentów. Ta aktywność, zabawa z rówieśnikami, wycieczki i zajęcia poznawcze; ruch na powietrzu; czas spędzany na zajęciach świetlicowych lub przygotowaniu do lekcji w szkole – **stanowią nieodłączny element procesu leczenia**. Skupiają uwagę pacjenta, likwidują nudę i bezczynność, pozwalają dziecku oderwać się od przykrych aspektów hospitalizacji, a często choćby na chwilę zapomnieć o chorobie. Praca wychowawców służy podniesieniu jakości życia dzieci w warunkach hospitalizacji, a kontakt z rodzicami umożliwia lepszą opiekę nad pacjentami.

Uwzględniając indywidualne potrzeby dziecka, wychowawca musi jednocześnie traktować wszystkich pacjentów na tych samych zasadach. Żadne dziecko, niezależnie od rodzaju jego choroby, ograniczeń czy deficytów, nie może odczuć, że traktowane jest w sposób specyficzny, gdyż mogłoby uznać, że odstaje od rówieśników i jest od nich gorsze.

Wychowawca poprzez swoją pracę tworzy bezpieczną atmosferę, zapewnia dziecku warunki funkcjonowania i rodzaje aktywności sprzyjające procesowi powrotu do zdrowia oraz łagodzące przykre strony hospitalizacji.

I.1.6. Przygotowanie dziecka do hospitalizacji

Umiejętne przygotowanie dziecka do pobytu w szpitalu z całą pewnością złagodzi poziom lęku i pozwoli małemu pacjentowi spojrzeć na fakt hospitalizacji bardziej przyjaźnie. Przygotowanie dziecka do hospitalizacji powinno być procesem planowym i wieloetapowym i interdyscyplinarnym. Jest to zadanie, które powinno być realizowane przez rodziców, wychowawców w przedszkolu, szkole oraz personel szpitali dziecięcych.

Etapy przygotowania dziecka do hospitalizacji:

1. **Zadanie dla rodziców** powinno być realizowane od najmłodszych lat jako tzw. edukacja do hospitalizacji, do leczenia. Nie należy dziecka straszyć lekarzem czy pielęgniarką np. „jak nie będziesz grzeczny, to dostaniesz zastrzyk” itp. Mniejszemu dziecku należy przekazać informacje o leczeniu w formie zabawy. Odgrywanie scenek z życia szpitala, takich jak: badanie lekarskie, pomiar temperatury ciała, robienie zastrzyków ukochanej lali, zakładanie wenflonu czy podawanie leków misiowi, sprawi, że dziecko, kiedy stanie się małym pacjentem, łatwiej podda trudom leczenia. **Pomocne mogą okazać się książeczki i bajki dla dzieci**, w których porusza się zagadnienia medyczne oraz problem hospitalizacji dzieci. Zawsze powinna takim zabawom towarzyszyć rozmowa z rodzicami.
2. Najlepszym sposobem przygotowania dziecka na pobyt w szpitalu jest opanowanie jego lęku przed nieznanym. Wiele szpitali stwarza obecnie możliwość, by dziecko zwiedziło szpital w ramach tzw. dni otwartych. Podczas takich wizyt dzieci mają okazję zobaczyć wyposażenie szpitala, jego wystrój oraz charakterystyczny ubiór personelu, mogą zapoznać się z ciekawymi badaniami, aparatami medycznymi itp. Dzieci mogą zwiedzić miejsca, w których potencjalnie będą mogły przebywać, jak zachorują, np. izbę przyjęć, pracownie diagnostyczne, kąciek zabaw. Należy utwierdzić dzieci o stałej obecności rodziców podczas leczenia szpitalnego, odwiedzinach rodziny czy możliwości kontaktu telefonicznego. Mały pacjent musi wiedzieć o wsparciu rodziny i czuć się bezpiecznie, ufając, że zawsze może porozmawiać lub pobyc z kimś najbliższym. Takie wizyty dzieci zdrowych w szpitalu mogą być organizowane przez personel szpitala we współpracy ze szkołami i przedszkolami.
3. Zajęcia w przedszkolu, szkole upowszechniające wiedzę dzieci na temat choroby, leczenia, szpitala w dostępnym dla dziecka sposób i w dostępnej formie.

Jeśli dziecko trafiło do szpitala w trybie nagłym, należy zrobić wszystko, aby nieco złagodzić dziecku lęk i stres pobytu w szpitalu. **Dziecko może zabrać ze sobą** jakąś miłą, niedużą zabawkę, do której było w domu przywiązane, bądź zabawkę niespodziankę, opakowaną jak prezent. Radość z rozpakowywania i znalezienia prezentu odwróci uwagę dziecka w pierwszej godzinie po przybyciu do szpitala.

Ważnym elementem staje się też dla dziecka posiadanie w szpitalu rzeczy, które mogą przypominać mu dom i pocieszać. Dobrze byłoby, żeby dziecko mogło mieć swoją własną, a nie szpitalną koszulę nocną czy pidżamę, dresik.

Młodsze dzieci powinny mieć ze sobą lalkę albo pluszową zabawkę, najlepiej misia „z rękami i nogami”. Gdy ktoś z personelu przychodzi zbadać dziecku tętno czy ciśnienie, może najpierw pokazać to na misiu, tak aby dziecko wiedziało, czego się spodziewać. (Psychologowie zalecają, żeby „pacjent” nie był ukochaną zabawką dziecka, ponieważ w razie zbyt silnej identyfikacji może ono dodatkowo obawiać się, że misiowi stanie się krzywda podczas „badań” albo że będzie musiało zostawić go samego na czas zabiegów). Dziecko powinno mieć również szczoteczkę i pastę do zębów, własną szczotkę do włosów i inne przybory toaletowe.

PYTANIA I ZAGADNIENIA SPRAWDZAJĄCE

1. Wymień aspekty bezpieczeństwa zdrowotnego i emocjonalnego dziecka hospitalizowanego.
2. Wymień czynniki determinujące reakcje dziecka na hospitalizację.
3. Wymień prawa dziecka w szpitalu.
4. Omów charakterystyczne dla poszczególnych okresów rozwojowych dziecka reakcje na hospitalizację i rozłąkę z rodzicami.
5. Wymień, jakie potrzeby rozwojowe dziecka mogą być zachwiane podczas pobytu w szpitalu i omów, co należy zrobić, aby pobyt w szpitalu nie spowodował zaburzeń w rozwoju dziecka.
6. Omów fazy prowadzące do adaptacji do choroby dziecka i przystosowania do współdziałania w procesie leczenia.
7. Omów etapy reakcji opiekunów na chorobę dziecka wg N.K. Cohn.
8. Omów rodzaje wsparcia rodziny i dziecka chorego.
9. Jaki jest wpływ szkoły szpitalnej na proces hospitalizacji dziecka.

Piśmiennictwo

1. Piskorz-Ogórek K. Opieka nad dzieckiem z chorobą nowotworową. W: Koper A. red. Pielęgniarstwo onkologiczne. PZWL, Warszawa 2011; s. 335-336 op. cit s. 336-337.
2. Obuchowska I. Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. WSiP, Warszawa 1999.
3. Taranowicz I., Majchrzak A., Kawczyńska-Butrym Z. Elementy socjologii dla pielęgniarek. Wyd. Czelej, Lublin 2000.
4. Piskorz-Ogórek K. Opieka nad dzieckiem z chorobą nowotworową. W: Koper A. red. Pielęgniarstwo onkologiczne. PZWL, Warszawa 2011; s. 334-335.
5. Appelt K., Jabłoński S., Smykowski B., Wojciechowska J., Ziółkowska B. Konstruowanie i ewaluacja projektów. Poprawa funkcjonowania osób z ograniczeniami sprawności i ich i środowisk. Wyd. Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2010.
6. Maciarz A. Dziecko przewlekle chore, opieka i wsparcie. Wyd. Akademickie Żak, Warszawa 2006.
7. Ustawa z 6.XI.2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. nr 52, poz. 417).
8. Piskorz-Ogórek K. (red.). Wybrane programy edukacji zdrowotnej w pediatrii. Wyd. Verlag Dashofer, Warszawa 2010.
9. Rybakowa M. (red.). Medycyna wieku młodzieńczego. Wydawnictwo Medyczne, Kraków 2001.
10. Piskorz-Ogórek K. Choroby przewlekle populacji wieku rozwojowego. W: Blak-Kaleta A. (red.) Praktyczny poradnik dla pielęgniarek. Verlag Dashofer, Warszawa 2012.

I.2. Pielęgniarska ocena stanu zdrowia dziecka

dr n. med. Małgorzata Poznańska

Pielęgniarska ocena stanu zdrowia dziecka jest jedną z metod gromadzenia danych, która stwarza możliwość poznania pacjenta, zidentyfikowania diagnoz pielęgniarskich i ustalenia planu opieki, czyli rodzaju interwencji pielęgniarskich. **Zakres danych** gromadzonych podczas badania powinien odzwierciedlać jego holistyczne postrzeganie, wraz z uwzględnieniem wszystkich sfer jego funkcjonowania. **Badanie przedmiotowe dziecka** pod względem metod i sposobów nie różni się od ogólnie przyjętych norm. **Ocena stanu zdrowia** dziecka powinna uwzględniać odrębności wieku rozwojowego. Bez zdobycia stosownej wiedzy w tym zakresie niemożliwe będzie odróżnienie przez badającego, czy **stwierdzony objaw** należy uznać za fizjologiczny dla danego wieku, czy też jest on objawem choroby. Wiedza dotycząca odrębności związanych z wiekiem **odróżnia badanie dziecka** od badania osoby dorosłej. **Pielęgniarka jest uprawniona** do wykonywania samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego, **świadczeń diagnostycznych** obejmujących między innymi wykonywanie badania fizykalnego, pod warunkiem uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa (**Rozporządzenie MZ** w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego z dnia 7 listopada 2007 r. (Dz.U. nr 210, poz. 1540).

Podstawowe metody badania to: oglądanie, **badanie palpacyjne** (omacywanie) oraz opukiwanie i osłuchiwanie. **Postępujemy się nimi** w wymienionej kolejności, z wyjątkiem badania brzucha, kiedy badanie palpacyjne powinno być poprzedzone osłuchiowaniem. W niektórych sytuacjach stan ogólny dziecka i/lub jego stan emocjonalny zmusza nas do zmiany kolejności tych metod, co nie może wpłynąć na zmniejszenie dokładności oceny pacjenta.

Na rozwój fizyczny dziecka składają się procesy wzrastania (prolifracji), różnicowania i dojrzewania. Wzrastanie to powiększanie się wymiarów i masy ciała w wyniku namnażania się komórek (hiperplazja) oraz ich rozrostu (hipertrofia). **Różnicowaniem określa się** zmiany zachodzące w strukturze komórek i tkanek. Dojrzewanie jest natomiast doskonaleniem struktury i funkcji poszczególnych narządów i układów, w wyniku czego organizm osiąga określone etapy rozwoju w określonym czasie. Prawidłowa ocena rozwoju fizycznego dziecka polega na określeniu wieku rozwojowego, inaczej – wieku biologicznego. Odnosi się go do wieku rzeczywistego dziecka, czyli do tzw. wieku metrykalnego.

Ocena wieku biologicznego powinna zawierać:

- wiek morfologiczny – pomiary ciała,
- wiek szkieletowy – wiek kostny,
- wiek zębowy,
- ocenę dojrzewania płciowego,
- rozwój psychiczny.

Średnia wyliczona z tych parametrów (wyrażona w latach) powinna być zgodna z wiekiem metrykalnym. **Różnice między poszczególnymi parametrami** nieprzekraczające 1 roku pozwalają uznać rozwój dziecka za harmonijny. **Różnice przekraczające 2 lata** są oznaką nieharmonijnego rozwoju – przyspieszenia bądź opóźnienia.

Całość badania przedmiotowego możemy podzielić na dwie części. W pierwszej opisujemy cechy charakteryzujące ogólnie stan pacjenta oraz składowe jego ciała, których ocena powinna być dokonana całościowo, druga część badania przedmiotowego dotyczy oceny poszczególnych części ciała oraz znajdujących się w ich obrębie narządów. Zakończeniem tej części jest badanie neurologiczne. Bez względu na rodzaj schorzenia, obserwowane objawy czy podawane dolegliwości, u każdego dziecka przeprowadzamy badanie całego ciała. Jest to podstawowa zasada postępowania, od której nie należy odstępować. **Na postawie pierwszego kontaktu z dzieckiem**, jego wyglądu i zachowania, pielęgniarka dokonuje wstępnej oceny stanu ogólnego.

W stanach zagrażających życiu należy ograniczyć badanie przedmiotowe i podmiotowe do niezbędnego minimum. W każdej sytuacji należy dążyć do nawiązania kontaktu z dzieckiem i jego rodzicami, wyrazić zrozumienie do zgłaszanych problemów. **W pediatrii współpraca między pielęgniarką a pacjentem** jest specyficzna, także ze względu na udział w procesie leczenia rodziców dziecka, którzy szczególnie w pierwszym okresie odgrywają istotną rolę podczas zbierania i przekazywania informacji. **Osoba badająca** powinna być opanowana, cierpliwa, uprzejma i kompetentna. **Pielęgniarka uzyskuje niezbędne dane od rodziców** lub opiekunów dziecka, a w przypadku pacjenta > 14. r.ż., istnieje możliwość uzyskania pewnych informacji bezpośrednio od niego.

Zasady przeprowadzania badania fizykalnego i podmiotowego dziecka

1. Uwagi ogólne dotyczące badania fizykalnego dziecka:

- Badanie należy rozpocząć**, gdy dziecko znajduje się w wygodnej dla siebie pozycji – leżąc płasko w okresie niemowlęcym, siedząc na kolanach matki w wieku kilku lat, stojąc w wieku szkolnym. **Zdjęcie ubrania** może być działaniem odbieranym przez dziecko jako zagrożenie, należy zatem robić to w miarę postępu badania, uwzględniając odczucia dziecka, jego wiek oraz poprosić obecnych rodziców o pomoc.
- Należy dać dziecku **czas na zaaklimatyzowanie się**, zapoznanie z personelem i otoczeniem; osoba badająca powinna przedstawić się pacjentowi i jego opiekunom, objaśnić zasady i cel badania, utrzymywać kontakt wzrokowy, schylając się do poziomu dziecka.
- Używać języka odpowiedniego do stopnia rozwoju dziecka**; włączać dziecko do zbierania wywiadu chorobowego przez zadawanie odpowiednich pytań. Nie należy narażać dziecka i jego opiekunów na udzielanie odpowiedzi na pytania, które mogą mieć charakter naruszający wzajemne zaufanie (pytania intymne, wstydlive, kłopotliwe). Nie należy używać przy rodzicach potencjalnie niepokojących określeń, nie wyjaśniając im tych pojęć.
- Badanie powinno odbywać się** w wygodnym, ciepłym pomieszczeniu z dobrym oświetleniem, wyposażonym w odpowiedni sprzęt do badania i pomiarów pacjenta. Przed przystąpieniem do badania fizykalnego osoba badająca powinna umyć i ogrzać ręce.
- Badane dziecko** powinno przebywać z rodzicami lub opiekunami. **Na życzenie pacjenta** (dzieci starsze, młodzież) można przeprowadzić badanie bez obecności rodziców (opiekunów). Osoba badająca powinna respektować opinię dziecka i jego potrzebę prywatności.
- W stanach zagrożenia życia** dziecka pielęgniarka powinna ograniczyć do minimum badanie podmiotowe i wraz z lekarzem skupić się na udzielaniu choremu właściwej pomocy medycznej.

2. Uwagi dotyczące rodziny:

- Osoba badająca powinna:** zaprosić rodziców do uczestnictwa w procesie oceny stanu zdrowia dziecka; wysłuchać uważnie i respektować zdanie rodziców, **zachęcać rodziców do wyrażania swoich wątpliwości i zadawania pytań**; odpowiadać na wątpliwości; wykorzystywać rozsądnie momenty ciszy, podkreślać ważną rolę rodziców w procesie planowania i realizowania opieki nad dzieckiem; skupić się na informacjach potrzebnych do rozwiązania problemu.
- Wskazane jest, aby zadawane pytania** przez osobę badającą były otwarte, co umożliwi uzyskanie pełniejszych informacji, a nie tylko odpowiedzi „tak” lub „nie”.
- W wywiadzie obejmującym stan zdrowia dziecka oraz ocenę bieżących dolegliwości, należy uwzględnić, dane dotyczące przeszłości pacjenta oraz dane ogólne, tj.:**
 - dane personalne:** imię i nazwisko dziecka, datę i miejsce urodzenia dziecka, płeć, adres zamieszkania, numer telefonu kontaktowy, dane personalne rodziców lub opiekunów, miejsce pracy i zawód rodziców,
 - dolegliwości oraz objawy**, z powodu których doszło do zgłoszenia się po pomoc w tym: rodzaj objawu, od kiedy występuje, jaki jest jego charakter, czy pojawił się po raz pierwszy, czy jest to nawrót, jak dziecko czuło się wcześniej oraz o możliwą przyczynę jego wystąpienia, czas wystąpienia pierwszych objawów, umiejscowienie, czynniki przyczyniające się do ich nasilenia lub ustąpienia; zróznicowanie dolegliwości głównych oraz dolegliwości towarzyszących i wszystkich innych problemów zdrowotnych,
 - aktualnie przyjmowane leki**, preparaty wielowitaminowe, witaminy (witamina D, K u małych dzieci), uwzględnić również leki dostępne bez recepty, zioła i suplementy,
 - przebyte choroby:** (w przypadku chorób zakaźnych, również o ewentualny kontakt z chorobą zakaźną – rodzeństwo, żłobek, przedszkole, szkoła), **alergie** (leki, pokarm, kurz itd., alergiczny nieżyt nosa), urazy, zatrucia, oparzenia i operacje,
 - przebieg rozwoju psychomotorycznego i rozwoju somatycznego** (przyrosty masy i wysokości ciała, pojawianie się uzębienia, wtórnych cech płciowych, mutacji u chłopców, menarche u dziewczynek), nawyki i zachowanie dziecka w środowisku,
 - ciąża**, czas jej trwania, stan zdrowia matki w tym okresie (z której ciąży pochodzi dziecko pod względem kolejności, czy przebieg ciąży był prawidłowy i w którym miesiącu występowały ewentualne powikłania, czy matka chorowała w czasie ciąży i w którym miesiącu ciąży, czy w czasie ciąży matka zażywała leki – jakie i w którym miesiącu, jaką pracę wykonywała matka w czasie ciąży, czy matka piła alkohol, paliła papierosy i w którym miesiącu ciąży, czy miała kontakt ze zwierzętami i jakimi, jeżeli dziecko nie było urodzone z pierwszej ciąży, należy zapytać jak przebiegały poprzednie ciąże i jak się zakończyły),
 - poród i jego przebieg** (gdzie odbył się poród – w szpitalu, w domu, czy w innym miejscu; jeżeli poza placówką służby zdrowia, to kto udzielał pomocy i odbierał poród, czy poród nastąpił o czasie, w wyznaczonym terminie) i stanu po urodzeniowego dziecka (ocena w skali Apgar, masa i inne pomiary, stosowane leki, kwalifikacja do grupy dyspanseryjnej)
 - dane możemy uzyskać nie tylko z wywiadu, ale również z „**Książeczki zdrowia dziecka**”,
 - dane dotyczące stanu zdrowia dziecka**, dotychczasowego rozwoju psychicznego, motorycznego, somatycznego dziecka (choć w rzeczywistości procesy te przebiegają równocześnie **dla łatwiejszego usystematyzowania danych pytamy oddzielnie**),

- **rozwój psychiczny** oceniamy pytając, w którym miesiącu dziecko zaczęło się uśmiechać (3. miesiąc), gaworzyć (4. miesiąc), wymawiać pierwsze słowa (9. miesiąc), wymawiać najprostsze zdania (20. miesiąc),
- **rozwój motoryczny** sprawdzamy, kiedy dziecko zaczęło unosić głowę (3. miesiąc), kiedy siadać (6.-7. miesiąc), wstawać (9. miesiąc), chodzić (12. miesiąc),
- **rozwój somatyczny** – wyrzynanie się pierwszych zębów (6. miesiąc) i przyrost masy ciała (przeciętnie 700 g/miesiąc przez pierwsze 5 miesięcy, a następnie 500 g/miesiąc do 1 r.ż., do 12. miesiąca powinno potroić masę urodzeniową).

Jeżeli nasz pacjent jest dzieckiem starszym pytamy o jego rozwój w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym (przyrost masy ciała i wzrostu, umiejętność bawienia się zabawkami, umiejętność zabawy z rówieśnikami, umiejętność zapamiętywania itp.) oraz szkolnym (łatwość uczenia się, chęć chodzenia do szkoły, ewentualne trudności, nawiązywanie kontaktów społecznych, odroczenie obowiązku szkolnego, powtarzanie klasy – z jakiej przyczyny itp.). **Ważne jest zadanie** pytania o rodzaj szkoły, do której dziecko uczęszcza (podstawowa, gimnazjum, średnia ogólnokształcąca, zawodowa, specjalna), co pozwala ocenić osiągnięcia szkolne w kontekście stawianych dziecku wymagań.

W tabeli I.1 przedstawiono główne etapy rozwoju dziecka od urodzenia do 4. roku życia.

3. Wywiad dotyczący działań profilaktycznych:

- **dane dotyczące żywienia dziecka, począwszy od okresu noworodkowego, a mianowicie:**
 - do którego tygodnia (miesiąca) życia dziecko było **karmione wyłącznie naturalnie**?
 - czy i jak długo dziecko było karmione w sposób mieszany (mleko matki i mieszanka na bazie mleka krowiego)?
 - od którego miesiąca życia dziecko było karmione sztucznie? (mleczne mieszanki humanizowane czy mleko krowie),
 - **kiedy do jadłospisu dziecka wprowadzono produkty uzupełniające:** soki owocowe, zupy, jarzynowe, mięso, żółtko, twaróg, produkty zawierające gluten?
 - **jeżeli dziecko jest na diecie eliminacyjnej**, jakie były przyczyny jej włączenia i okres stosowania, produkty wyłączone z żywienia, stosowane mieszanki i samopoczucie dziecka od czasu wprowadzenia diety?
 - **w celu sprawdzenia aktualnej diety niemowlęcia** zapisujemy, ile razy w ciągu dnia jest ono karmione, jakie produkty i w jakiej objętości otrzymuje na poszczególne posiłki;
- **szczerzenie ochronnych:** w tym termin ostatniego szczepienia; czy występowały reakcje po szczepieniach, jakie (reakcja miejscowa i gorączka w okresie 48 godz., płacz „nieutulony” itd.), w jakim czasie i po których szczepieniach,
- **układ hormonalny:** przebieg wzrostu, zaburzenia hormonalne,
- **układ neurologiczny:** drżenia, niepokojące ruchy, zawroty głowy, sen – godzina zasypiania i budzenia się, wywiad dotyczący rytuału zasypiania,
- **skóra i tkanka podskórna:** blizny, znamiona, nawyki higieniczne dziecka, problemy skórne, alergie,
- **głowa i szyja:** urazy i bóle głowy, sztywność karku, powiększone węzły chłonne; w tym wywiad szczegółowy w zakresie twarzy, który obejmuje: oczy, uszy, nos, jamę ustną, gardło (ostrość wzroku i słuchu, data ostatniego badania okulistycznego, laryngologicznego, stomatologicznego; przebyte stany zapalne i inne schorzenia, krwawienia, wydzieliny, bolesność, wyrzynanie się zębów),

- **klatka piersiowa:** ból, kaszel, duszność, dolegliwości i infekcje,
- **układ krążenia:** osłabienie i tolerancja/brak tolerancji wysiłku, wady wrodzone,
- **układ pokarmowy:** apetyt, ilość i rodzaj spożywanych posiłków, stosowanie specjalnych diet w tym czas karmienia naturalnego, łaknienie, nawyki żywieniowe, alergie i nietolerancja pokarmów, nudności, wymioty, zgaga, częstotliwość i ilość wypróżnień, ból oraz zakażenia pasożytami w przeszłości,
- **układ moczowo-płciowy:** częstość zakażeń układu moczowego, nietrzymanie moczu, zmiany patologiczne, skąpomocz, częstomocz, wielomocz, obecność patologicznej wydzieliny z pochwy lub brodawki, w tym wywiad ginekologiczny (data pierwszej i ostatniej miesiączki, obfitość krwawienia, czas trwania i częstotliwość występowania),
- **układ kostny, stawy i mięśnie:** ból, męczliwość, złamania, problemy z poruszaniem się, skrzywienia, asymetryczne ustawienia barków i łopatek, okrągłe plecy.

Wywiad rodzinny – ma znaczenie dla interpretacji niektórych nieprawidłowości w stanie zdrowia i rozwoju dziecka oraz ustalenia planu opieki:

Dane dotyczące:

- wieku i stanu zdrowia rodziców (aktualnego, choroby: przebyte, przewlekłe i nawracające)
- wieku, płci i stanu zdrowia rodzeństwa,
- stanu zdrowia domowników czy innych osób mieszkających wspólnie z dzieckiem, a także chorób występujących u tych osób, z którymi dziecko ma bezpośredni kontakt,
- występowanie w rodzinie chorób dziedzicznych i społecznych, a także chorób, które powtarzają się w danej rodzinie u osób spokrewnionych. Jeżeli zgłaszające się do nas dziecko wykazuje cechy nieprawidłowego rozwoju fizycznego i/lub psychicznego, dowiadujemy się, czy w bliższej lub dalszej rodzinie były osoby o podobnych cechach,
- sytuację społeczną i ekonomiczną rodziny (wykształcenie rodziców, warunki mieszkaniowe, ich zawód, miejsce pracy),
- nałogi w rodzinie tj. papierosy, używki, alkohol.

4. Ocena stanu ogólnego:

- określenie rodzaju nieprawidłowości i objawów klinicznych, które badający stwierdza przy pierwszym kontakcie z pacjentem, jeszcze przed dokonaniem szczegółowego badania fizykalnego:
- **świadomość** (przytomność) – stan prawidłowy (fizjologiczny) – dziecko jest przytomne, **ilościowe zaburzenia świadomości** obejmują: **zamroczenie** (chwilowa utrata świadomości z późniejszą pełną kontrolą otoczenia), **senność nasiloną** (kontakt słowny za pomocą pojedynczych słów), **stan przedśpiączkowy** (półśpiączki – brak kontaktu słownego, słaba reakcja źrenic na światło), **śpiączkę** (brak reakcji na bodźce, zniesienie odruchów) – stan zagrożenia życia; **jakościowe zaburzenia świadomości** – dziecko jest zdezorientowane co do czasu, miejsca i sytuacji, w jakiej się znajduje,
- **ocena czy dziecko sprawia wrażenie chorego** i w jaki sposób nawiązuje kontakt z otoczeniem – **wyraz twarzy** odzwierciedla stan psychoemocjonalny (strach, protest) oraz skutki choroby (ból, cierpienie), z wyrazu twarzy można wnioskować o ciężkości schorzenia. Pierwszymi sygnałami kontaktu dziecka z otoczeniem są **reakcje na dotyk**, a następnie wzrokowe, słuchowe, smakowe. **Oceniamy**, czy możliwe jest **nawiązanie z dzieckiem kontaktu** odpowiedniego do jego wieku metrykalnego oraz czy nawiązuje go łatwo, czy też niechętnie,

Tabela 1.1. Rozwój dziecka od urodzenia do 4. roku życia - wybrane główne etapy rozwoju dziecka

Wiek	Motoryka ogólna	Motoryka precyzyjna	Umiejętności językowe	Zabawa i nawiązywanie kontaktów towarzyskich
od urodzenia do 4. mies.	dziecko leżąc na brzuchu unoszą głowę i utrzymuje ją około 1 min	dziecko próbuje złapać rzeczy, trzyma wyciągnięte ręce i bawi się nimi oraz stopami; 1 mies. odruch chwytny; 3 mies. dłonie są przeważnie otwarte; 3 mies. - po włożeniu przedmiotu w ręce, wypuszcza go po krótkim czasie; 4 mies. sięga po rzeczy i podnosi je zgarbiając palcami	1. mies. - dziecko płacze, krzyczy; 2. mies. - dźwięki przypominające a lub e; odpowiada na głos lub ruch; uśmiecha się w odpowiedzi na dźwięki wydawane przez dorosłych i wydaje dźwięki	obserwuje otoczenie, uśmiecha się bezkrytycznie lub w odpowiedzi, rozpoznaje twarze bliskich; od momentu urodzenia do 1 mies. potrafi śledzić wzrokiem w kierunku w którym patrzy; od 2 do 4 mies. - śledzi wzrokiem w zakresie 180°, obraca głową, aby rozejrzeć się za głosami lub dźwiękami
od 4. do 8. mies.	dziecko trzyma głowę uniesioną i wyprostowaną bez wspomagania; obraca się wokół własnej osi; utrzymuje ciężar na nogach i może sprowadzić siebie do pozycji siedzącej; począwszy od 4. mies. dziecko jest zdolne do siadania przy pomocy innych; do 7. mies. dziecko jest zdolne do siadania bez pomocy	dziecko od 5 mies. samodzielnie wyciąga rączkę do zabawki dotykając ją, chwytając przedmioty; od 6-7 mies. przekłada rzeczy z jednej ręki do drugiej, precyzyjnie chwytając zabawkę całą powierzchnią dłoni	śmieje się głośno, wydaje dźwięki, używa dwusylabowych dźwięków, takich jak „da-da”, „ba-ba” naśladując wyrażenia, płacze gdy zostanie skarcone, rozpoznaje głos matki	dziecko jest egocentryczne, zaczyna odróżniać osoby znane od obcych; od 4 do 6 mies. - obserwuje tor, po którym spadają rzeczy, z łatwością reaguje na dźwięki, od 7 do 8 mies. rozpoznaje własne imię i uśmiecha się, kiedy je słyszy, zwraca na siebie uwagę, bawiąc się naśladując miękko twarzą oraz dźwiękami
od 8. do 12. mies.	siada z pozycji stojącej bez pomocy, po 9. mies. stoi trzymając za rękę; po 11. mies. rączkowanie stuleży tylko do zabawy, częściej przyjmuje pozycję pionową; po 12. mies. może chodzić trzymane za jedną rękę	10. mies. - pojawia się chwyt szczypcowy, może podnosić małe przedmioty, np. rodzynki; 11. mies. - trzymane przedmiot wędruje od środka dłoni do palców, ćwiczy odrzucanie przedmiotów, potrafi wkładać rzeczy do pojemnika, sprawia mu przyjemność wyciąganie ich z niego; 12 mies. - jest zainteresowane budowaniem wieży z 2 klocków, choć często rozpada się ona	reaguje na emocjonalny ton osoby dorosłej, wypowiada jedno lub dwa słowa, używa szerokiego zakresu dźwięków rozumie zastosowanie słowa „nie”	dziecko cieszy się aprobata, bawi się w chowanego, preferuje osobę mamy
od 12. do 15. mies.	chodzi samodzielnie przysiadając, wchodzi na schody, rzuca przedmiotami, zabiera zabawki z podłogi bez upuszczenia	buduje wieżę z 2-4 klocków, otwiera pudełko, wtyka palec w dziurę, odwraca strony książki, wskazuje odległe przedmioty, wyraża zainteresowanie ludzką twarzą	używa gwary, nazw znanych obrazów lub rzeczy; wskazuje na pożądaną rzecz lub sygnalizuje głosem pragnienia	bawi się w kosi - kosi łapci, uważa skupia na krótko, lubi samo się bawić lub przysiąść się innym zabawom, ma ulubioną zabawkę
od 15. do 24. mies.	dziecko chodzi samodzielnie coraz sprawniej, biega, popycha zabawki podczas chodzenia, wspina się po schodach i meblach, staje na jednej nodze	pije z kubka używając jednej ręki, używa łyżeczki bez rozlewania, rysuje pionowe kreski, buduje wieżę z 4 klocków	używa około 300 słów, używa zaimków, wymawia 3- lub 4-wyrazowe zdania, lubi historyjki, nie prosi o pomoc	nie rozróżnia dobra i zła, naśladuje rodziców i inne osoby, jest zaborcze, widzi siebie jako niezależną jednostkę, ważne są rytuały
2 lata	dziecko chodzi stabilnym krokiem, biega upadając kilkakrotnie, wchodzi i schodzi po schodach, skacze, kopie piłkę, jeździ na rowerze trójkołowym, rzuca piłką znad głowy	buduje wieżę z 5-8 klocków, przekręca gałkę, aby otworzyć drzwi, pije ze szklanki trzymanej w jednej ręce, ustawia ciąg kosterk, manipulując zabawkami	używa około 900-1500 słów; rozmawia zdaniami; zadaje logiczne pytania; podaje swoje nazwisko; rozmawia, nie zwracając uwagi na mawia, nie zwracając uwagi na to, czy ktoś jest obecny czy też nie; używa liczby mnogiej; powtarza dobrowolnie słowa i zdania; zadaje pytania typu „jak” i „dlaczego”; chwali się i plotkuje; opowiada historie, rozumie proste pytania, potrafi używać tyżki i widelca	potrafi podzielić się z rówieśnikami i dorosłymi, wykazuje zainteresowanie nowymi czynnościami, może mieć wyimaginowanego towarzysza zabaw, bierze udział w wyimaginowanych zabawach oraz naśladuje dorosłych
3 i 4 lata	pedałuje na rowerze trójkołowym, dobrze wspina się i skacze, chodzi ze zwiększoną koordynacją i równowagą, podskakuje na jednej nodze, potrafi częściowo się ubierać	nawleka koraliki, buduje wieżę z klocków, używa się, jak używać i jak doskonalić posługiwanie się nożyczkami, kopiuje figury składające się z okręgu i krzyżyka, trzyma palcami kredkę, odpina guziki z boku lub z przodu, sznurowuje buty, szcztokuje zęby, wykonuje proste rysunki	używa około 900-1500 słów; rozmawia zdaniami; zadaje logiczne pytania; podaje swoje nazwisko; rozmawia, nie zwracając uwagi na to, czy ktoś jest obecny czy też nie; używa liczby mnogiej; powtarza dobrowolnie słowa i zdania; zadaje pytania typu „jak” i „dlaczego”; chwali się i plotkuje; opowiada historie, rozumie proste pytania, potrafi używać tyżki i widelca	potrafi podzielić się z rówieśnikami i dorosłymi, wykazuje zainteresowanie nowymi czynnościami, może mieć wyimaginowanego towarzysza zabaw, bierze udział w wyimaginowanych zabawach oraz naśladuje dorosłych

Tabela I.2. Ocena świadomości przy użyciu zmodyfikowanej skali Glasgow

Otwieranie oczu			
Punkty	< 1. roku życia	> 1. roku życia	
4	spontaniczne	spontaniczne	
3	na głośny dźwięk	na polecenie słowne	
2	na ból	na ból	
1	bez reakcji	bez reakcji	
Odpowiedź ruchowa			
Punkty	< 1. roku życia	> 1. roku życia	
6	spontaniczna	spełnia polecenia	
5	lokalizuje bodziec bólowy	lokalizuje bodziec bólowy	
4	zgięciowe cofnięcie kończyn w odpowiedzi na ból	zgięciowe cofnięcie kończyn w odpowiedzi na ból	
3	nieprawidłowe/wzmoczone napięcie zginaczy w odpowiedzi na ból (sztywność w odkorowaniu)	nieprawidłowe/wzmoczone napięcie zginaczy w odpowiedzi na ból (sztywność w odkorowaniu)	
2	prężenia wyprostne w odpowiedzi na ból (sztywność odmóżdzeniowa)	prężenia wyprostne w odpowiedzi na ból (sztywność odmóżdzeniowa)	
1	bez reakcji	bez reakcji	
Odpowiedź słowna			
Punkty	< 23. miesiąca życia	2.-5. rok życia	> 5. roku życia
5	uśmiecha się, gaworzy	właściwe słowa i zwroty	świadoma rozmowa
4	placze, daje się uspokoić	nieodpowiednie słowa	zaburzona rozmowa
3	stały, nieadekwatny płacz, zawrozenie	stały płacz lub zawrozenie	nieodpowiednie słowa
2	pojękiwanie, pobudzenie lub niepokój	pojękiwanie	niezrozumiałe dźwięki
1	brak odpowiedzi	brak odpowiedzi	brak odpowiedzi

- **ułożenie ciała** (ułożenie dowolne – przyjmowanie przez dziecko **pozycji fizjologicznej** stosownie do wieku świadczy o zachowaniu fizjologicznej ruchomości poszczególnych elementów składowych ciała, **ułożenie przymusowe** – pozycja нефizjologiczna związana jest z ograniczeniem ruchomości całego ciała, albo pewnych jego odcinków – taka pozycja świadczy o rozwijającym się ostrym procesie chorobowym,
- **sposób poruszania się** – zwracamy uwagę na postawę ciała, swobodę poruszania się symetrię ruchów oraz **występowanie współruchów** (synkinezji – ruchom docelowym towarzyszą ruchy niepotrzebne),
- **ocena zgodności rozwoju** psychofizycznego z wiekiem metrykalnym – rozwój fizyczny i psychiczny dziecka powinien przebiegać harmonijnie i zgodnie z wiekiem metrykalnym. Rozwój badanego niemowlęcia porównujemy z ogólnie przyjętymi normami rozwoju psychicznego i ruchowego, stosownymi do wieku, u dzieci w wieku poniemowlęcym oceniamy zakres opanowanych przez dziecko czynności,
- **budowa ciała** – rozwój poszczególnych części ciała w różnych okresach życia jest nierównomierny i powoduje zmienność sylwetki oraz proporcji ciała dziecka. Zwracamy uwagę na wzajemne proporcje głowy, tułowia i kończyn,
- **oceny stanu odżywienia** dokonujemy na podstawie pomiaru masy i długości/wysokości ciała dziecka, odnosząc uzyskane wartości do wskaźnika masy ciała dla płci i wieku badanego (BMI) odczytywanego w tabelach wartości centylowych wskaźnika BMI,

► **wydolność narządowa:**

- **odwodnienie** – stan ten ocenia się przede wszystkim po wyglądzie twarzy i odkrytych części ciała. **Charakterystyczne cechy to:** zaostrzone rysy twarzy, zapadnięte ciemiączko (u niemowląt), zapadnięcie gałek ocznych, brak łez, suchość błon śluzowych jamy ustnej i języka, suchość oraz szorstkość skóry,
- **charakter głosu** – zwracamy uwagę, czy głos brzmi naturalnie (czysty, dźwięczny), czy jest ochryply, czy dziecko ma trudności w wypowiedaniu słów (np. w zapaleniu krtani czy też napadzie duszności astmatycznej), a może słycać w nim komponent nosowy,
- **ciepłota ciała** – wygląd twarzy i powłok skórnych (skóra zaczerwieniona) zazwyczaj świadczy o tym, że pacjent ma podwyższoną temperaturę. Ostatecznego potwierdzenia gorączki dokonuje się pomiarem ciepłoty ciała,
- **obrzęki** – dochodzi do nadmiernego zatrzymania wody poza łożyskiem naczyń i w przestrzeni pozakomórkowej. **Pod względem klinicznym** obrzęki dzieli się na miejscowe i uogólnione. **Obrzęki uogólnione** są związane albo ze zmniejszonym stężeniem białek krwi, albo stanowią objaw zastoinowej niewydolności krążenia. Stwierdza się je na twarzy, w kończynach (zwłaszcza dolnych), podbrzuszu (narządy moczowo-płciowe), w okolicy krzyżowo-lędźwiowej. **Obrzęki miejscowe** mają różnicowaną przyczynę (zapalne, alergiczne, urazowe, limfatyczne); występują w określonym regionie ciała,
- **skóra, tkanka podskórna, przydatki skórne** – oceniamy całą powierzchnię skóry, dostępne błony śluzowe (czerwień wargową, język, podniebienie) oraz przydatki skórne (włosy, rzęsy, brwi, paznokcie). **Najistotniejsze w ocenie są:** zabarwienie (naturalne, bledość, sinica, żółtaczka); charakter wykwitów, wysypki, potówki, blizny, rany, odleżyny; zmiany naczyń: deformacje naczyń tętniczych, limfatycznych, guzy naczyń (naczyniaki), podbiegnięcia krwawe (sińce); zmiany zabarwienia skóry (bielactwo); obrzęki; elastyczność skóry; nadmierna potliwość lub suchość,
- **inne cechy szczególne** np. zlewne poty, wymioty, zapach czy ciepłota ciała.

5. Ocena czynności życiowych i inne pomiary

- **ciśnienie tętnicze** – u dzieci > 3.-17. r.ż. zaleca się pomiar ciśnienia 1 raz w roku. **Wyniki pomiaru RR** odczytuje się na siatkach centylowych, różnią się one w zależności od wieku,

Tabela I.3. Wartości ciśnienia tętniczego u dzieci

Prawidłowe wartości ciśnienia tętniczego – RR	
Grupa wiekowa	Wartości RR (skurczowe/rozkurczowe) mm Hg
0-1	90/60
1-3	95/65
3-6	100/65
6-9	105/65
9-12	110/70
13-17	120/80

- **tętno** – u dzieci < 2. r.ż. tętno należy mierzyć nad koniuszkiem serca, tętno na tętnicy promieniowej może być mierzone u dzieci > 2. r.ż. **Pomiar u niemowląt i małych dzieci** należy przeprowadzać w ciągu całej, pełnej minuty ze względu na możliwość zaburzeń rytmu,

Tabela I.4. Prawidłowa częstość czynności serca u dzieci (zakres normy)

Grupa wiekowa	Czynność serca/minutę (dolna i górna granica)
do 1 m.ż.	100-180
do 6 m.ż.	100-140
od 6 m.ż. do 12 m.ż.	100-120
od 2 do 6 lat	90-110
od 7 do 10 lat	80-100
od 11 do 14 lat	70-90

► **oddech** – u niemowląt należy obserwować ruchy powłok brzusznych; badanie u starszych dzieci przebiega jak u dorosłych,

Tabela I.5. Prawidłowa częstość oddechów u dzieci (zakres normy)

Grupa wiekowa	Częstość oddechów/minutę
od urodzenia do 6 miesięcy	38-44
6 miesięcy do 2 lat	28-34
3 do 10 lat	26-32
od 10 lat do 18 lat	16-20

► **temperatura** – pomiar temperatury powinno się dokonywać w przewodzie słuchowym ze wewnętrznym, temperaturę ciała można także określić w ustach, w odbycie lub pod pachą. Pomiaru temperatury można dokonać termometrem elektronicznym (bezdotykowym na podczerwień) lub termometrem do pomiaru temp. w ustach, uchu. Za temperaturę prawidłową uznaje się temp. 37°C (pomiar w ustach), temp. 37,6°C (pomiar w odbycie) oraz 36,6°C (pomiar pod pachą). **Zależnie od metody pomiaru temperatury**, wartości prawidłowe mogą wykazywać wahania (np. różnica pomiarów temp. w odbycie/pod pachą wynosi około 1°C). **Należy wybrać jedną metodę pomiaru**, gdyż tylko taki pomiar daje możliwość wiarygodnego porównania temperatury,

► **inne pomiary** – wysokości i masy u wszystkich dzieci, a obwód główki u dzieci poniżej 2. roku życia, wyliczenie wskaźnika masy ciała (BMI) wg wzoru i interpretacja wyniku.

Tabela I.6. Wartości BMI u dzieci i młodzieży – interpretacja

BMI = masa w kg/(wzrost w metrach) ²	
BMI dzieci/młodzież	Interpretacja
< 5	niedbór masy ciała
5-85	masa ciała prawidłowa
≥ 85-95	nadwaga
≥ 95	otyłość

Tabela I.7. Technika pomiarów antropometrycznych

Pomiar długości/wysokości i masy ciała u dzieci. Pomiar obwodu głowy u dzieci < 2. r.ż.	
Pomiar	Technika wykonania pomiarów antropometrycznych
Masa ciała	małe dziecko – waga niemowlęca z dokładnością do 10 g
	dziecko starsze – waga lekarska z dokładnością do 100 g
Wysokość/długość ciała	do 18 miesięcy – mierzymy jako długość w pozycji leżącej na plecach liberometrem
	powyżej 18 miesięcy – mierzona w pozycji stojącej przy użyciu antropometru
Długość kończyny górnej	odległość między wyrostkiem barkowym łopatki a opuszką trzeciego palca
Długość kończyny dolnej	odległość między górną krawędzią spojenia łonowego a płaszczyzną podeszwy stóp
Długość tułowia	odległość między wcięciem jarzmowym rękojeści mostka w płaszczyźnie środkowej strzałkowej a górną krawędzią spojenia łonowego
Obwód głowy	mierzymy taśmą krawiecką (nierozciągliwą), przeprowadzoną przez największą wypukłość potyliczną oraz przez punkt położony na czole między guzami czołowymi
Obwód klatki piersiowej	mierzymy taśmą krawiecką (nierozciągliwą), przeprowadzoną przez spojenie trzonu mostka z wyrostkiem mieczykowatym i przez dolne kąty łopatek
Obwód ramienia	mierzymy taśmą przeprowadzoną poprzecznie w połowie swobodnie opuszczonego ramienia
Grubość fałdu skórno-tłuszczowego nad mięśniem trójgłowym ramienia	mierzymy tkankomierzem na tylnej powierzchni ramienia w połowie jego długości; fałd mierzony jest pionowo

6. Badanie szczegółowe obejmujące całe ciało

1. Głowa i szyja – w badaniu zwraca się uwagę na kształt, symetrię budowy i prawidłowość wysklepienia głowy. Oceniamy wielkość głowy oraz **proporcje części mózgowej czaszki do części twarzowej**. Oglądanie uzupełniamy **pomiarem obwodu głowy** (tzw. pomiar kapeluszykowy), którego wartość porównujemy z wartościami zależnymi od wieku, płci i wagi wg tabel lub siatek centylowych. Widoczne mogą być także **uwypuklenia** lub zapadnięcia w kościach czaszki, wykwyty na skórze, poszerzone naczynia, blizny, **u niemowląt ocenia się ciemiaczko** (głównie przednie, tylne), jego wiekość, czy jest zarośnięte czy nie; ciemiaczko może być płaskie (fizjologia), „zapadnięte”, uwypuklone lub tętniące.

2. Twarz – w ocenie szczegółowej, badanie przeprowadza się głównie przez oglądanie:

– **oczu** – ocena szerokości i symetrii szpar powiekowych, ruchomości gałek ocznych (ruch gałek ocznych za przesuwającym się przedmiotem z góry na dół i na boki); **powiek górnych i dolnych** (obecność obrzęków, skóra przy nasadzie rzęs). **Zwraca się uwagę na ewentualną obecność zez** (Cover test), **oczopląsu** (poziomy, pionowy), symetrię i zabarwienie tęczówek, **zabarwienie twardówek** (szczególnie zażółcenie), przebieg naczyń, obecność wylewów podspojówkowych (urazy, skaza krwotoczna) **oraz** na kształt, wielkość i symetrię **żrenic**;

- **nosa** – zwraca się uwagę na kształt, symetrię i budowę nosa, barwę skóry, drożność i zachowanie się nozdrzy przy oddychaniu, drożność można ocenić przy uciśnięciu z zewnątrz kolejno każdego przewodu i polecić dziecku wciągnąć powietrze;
- **uszu** – symetria i kształt małżowin, wygląd skóry, obecność/brak wydzieliny w przewodach słuchowych;
- **jamy ustnej i gardła** – ocenia się cechy morfologiczne (kształt, zabarwienie) błon śluzowych warg, języka, podniebienia, policzków i gardła, rodzaj i liczbę zębów (zębiny mleczne, mieszane, stałe); **u niemowląt i małych dzieci** – proces żąbkowania.

3. Skóra i tkanka podskórna – zabarwienie powłok skórnych (bładość, zaczerwienienie skóry uogólnione/miejscowe, zażółcenie skóry o różnym stopniu nasilenia – od słomkowego do pomarańczowego lub zielonkawego – spowodowane hiperbilirubinemią, zaburzenia pigmentacji (miejscowe niedobory melaniny, czyli bielactwo), obecność wykwitów skórnych (stwierdzenie ich wymaga dokładnego opisu ich lokalizacji i charakteru), ciepłota i wilgotność skóry, elastyczność skóry, przydatki skóry (badając włosy, oceniamy ich rozmieszczenie, gęstość, kolor i strukturę badając paznokcie, oceniamy zabarwienie, połysk i kształt płytek paznokciowych).

4. Klatka piersiowa – oceniamy kształt klatki piersiowej, tor oddechowy – z reguły mieszany piersiowo-brzuszny z przewagą brzuszno u niemowląt, a piersiowego u dzieci starszych, częstość oddechów, zaburzenia oddychania – duszność, szmery. Oglądając klatkę piersiową, należy ustalić liczbę oddechów w ciągu minuty i porównać do normy wiekowej.

5. Układ krążenia – (serce i naczynia obwodowe) obecność/brak zniekształcenia na powierzchni klatki piersiowej w okolicy serca, ocena tonów serca, miarowość akcji serca, liczba uderzeń na minutę oraz cechy tonów serca – czystość, głośność, akcentację obecność szmerów patologicznych i tarcia. Należy zwrócić uwagę, czy u badanego pacjenta występują objawy wskazujące na chorobę serca lub niewydolność krążenia (duszność, sinica, obrzęki).

6. Jama brzuszna – należy ocenić kształt brzucha i jego symetryczność. Kształt brzucha mogą zmieniać powiększone narządy (wątroba, śledziona i nerki), wzdęte jelita, zalegające masy kałowe, obecność płynu w jamie otrzewnej lub guza. Należy ocenić skórę i tkankę podskórną pępek, naczynia powłok skórnych.

7. Układ moczowo-płciowy – nerki są trudno dostępne w badaniu fizykalnym, ich powiększenie może być przyczyną asymetrii brzucha, również wypełniony pęcherz moczowy może być widoczny w linii pośrodkowej ciała ponad spojeniem łonowym. **U dziewcząt** należy ocenić wygląd sromu, ewentualną wydzielinę z pochwy. **U chłopców** ocenia się wielkość i kształt prącia miejsce ujścia cewki moczowej, obecność lub brak stulejki, obecność/brak jąder w mosznie, powiększenie jąder. W okresie pokwitania u obu płci ocenia się cechy tego procesu, wykorzystując klasyfikację wg Tannera.

8. Okolica odbytu – nieprawidłowości anatomiczne, stan zapalny, nadżerki, przetoki, żylaki

9. Układ kostno-stawowo-mięśniowy – zaczerwienienie skóry, bolesność, siłę mięśni, zakres ruchów czynnych, symetrię ciała, zakres ruchów, sposób chodzenia, ruchomość stawów, obniżone lub wzmożone napięcie mięśniowe, niedowład czy porażenie.

10. Ocena neurologiczna dziecka (słownictwo, pamięć, zdolności poznawcze), nerwów czaszkowych, głębokich i powierzchownych odruchów ścięgnistych, równowagi i koordynacji funkcji nerwów czuciowych i ruchowych oraz obecność odruchów rozwojowych (tabela I.8).

11. Ocena stanu wiedzy i umiejętności opiekunów/rodziców i starszych dzieci do samoopieki i samopielęgnacji.

Tabela I.8. Zestawienie wybranych odruchów u najmłodszych dzieci

Rodzaj odruchu	okres fizjologicznego występowania odruchu	Sposób badania odruchu i reakcja dziecka	Niesymetryczny odruch lub jego brak
Moro	słabnie do 3.-4. mies., zanika w 5. mies.	w odpowiedzi na bodziec dźwiękowy, uderzenie w podłogę lub szarpnięcie poduszki, na której leży niemowlę następuje pierwsza faza – dziecko wzdryga się gwałtownie poprzez wygięcie pleców w łuk, odchylenie główki do tyłu, energiczny wyprost nóg i rąk oraz rozłożenie dłoni, drugą fazą odruchu Moro jest szybkie przyciągnięcie przedramion do tułowia, objęcie się rękoma i zaciśnięcie piąstek	odruch niesymetryczny może wskazywać na złamanie obojczyka, uszkodzenie spłotu ramiennego lub niedowład połowiczny. Brak odruchu Moro u noworodka urodzonego o czasie jest objawem sugerującym uszkodzenie mózgu, podobnie jak utrzymywanie się odruchu po 5.-6. mies. życia
toniczny szyny asymetryczny	widoczny od dnia urodzin, ale może też pojawić się dopiero kilka tygodni później, utrzymuje się do 6. m.ż.	pomiar wykonuje się przez czynny lub bierny skręt głowy w jedną stronę o około 90° u dziecka leżącego na plecach – górna i dolna kończyna wyprostują się po stronie w którą zwrócona jest twarz dziecka, kończyny po stronie przeciwnej zginają się.	odruch toniczny szyny, w którym dziecko pozostaje w pozycji przymusowej, jest zawsze patologiczny i wskazuje na uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego.
chwytny w kończynach górnych i dolnych	fizjologicznie występuje do końca 3. m.ż., może utrzymywać się nawet do 5.-6. m.ż.; do końca 1. r.ż., występuje odruch chwytny stóp	ucisk na dłoń lub podeszwę, bada się umieszczając palec lub przedmiot w otwartej dłoni dziecka – piąstka dziecka zaciśnie się wokół palca, a próba usunięcia palca nasila chwyt. Odruch chwytny stóp, wywołuje się u leżącego na plecach dziecka, przez ucisk na część podeszwy stopy u nasady palców	jego zaniknięcie umożliwia wykorzystanie kończyn górnych do czynności podporowych oraz dowolnego chwytania. Odruch chwytny niewyciszony w odpowiednim momencie będzie mieć negatywny wpływ na koordynację motoryki małej, mowy i wydawania dźwięków.
chodu automatycznego	pojawia się w czwartej dobie po porodzie i utrzymuje się do 4. mies. życia	dziecko trzymane pod paszkami w pozycji stojącej delikatnie stawia stopy, na płaskiej powierzchni dziecko zaczyna maszerować	dziecko z opóźnionym rozwojem odruchu chodu automatycznego często ma trudności w skupieniu lub rozproszeniu uwagi i podstawowy problem związany z odmową lub nieprzyjmowaniem nowej informacji, ucieczki od niej
ssania	odruch obserwowany do ok. 4.-5. miesiąca, potem dziecko ssie wtedy, kiedy ma ochotę	drażnienie okolicy ust oraz środkowej części wargi górnej i dolnej za pomocą dotyku – pod wpływem którego usta składają się w ryjek dziecko zaczyna go mocno ssać	brak odruchu jest poważnym objawem świadczącym o głębokim zaburzeniu funkcji ośrodkowego układu nerwowego; jego przyczyną może być za krótkie lub przyrośnięte wędzidełko pod językiem
szukania	występuje od urodzenia do 3.-4. miesiąca	delikatne dotknięcie/poślaskotanie policzka dziecka palcem – dziecko zwraca twarz na bok w kierunku działania bodźca dotykowego; jest silniejszy podczas głodu.	potem jeszcze przez kilka miesięcy można zaobserwować tę reakcję podczas snu dziecka, nie występuje po karmieniu
Babińskiego	fizjologiczny może utrzymać się do 2.r.ż., najczęstiej zanika w drugim półroczu	dotknięcie lub poślaskotanie dziecka w stopę – palce naprężają się i gwałtownie prostują (paluch unosi się do góry), a stopa wykrzywia się do środka	po 2 r.ż. jest traktowany jako patologiczny i świadczy o uszkodzeniu drogi korowo-rdzeniowej.

PYTANIA I ZAGADNIENIA SPRAWDZAJĄCE

1. Omów cele dokumentowania wyników oceny stanu zdrowia dziecka.
2. Opisz zasady, których należy przestrzegać w czasie badania podmiotowego.
3. Wymień umiejętności językowe dziecka, z uwzględnieniem jego okresu rozwojowego.
4. Które z badań jako pierwsze powinna wykonać pielęgniarka podczas oceny 3-letniego dziecka?
5. Które z objawów zachowań społecznych powinna zaobserwować pielęgniarka u 6-miesięcznego niemowlęcia?
6. Przedstaw podstawowe pojęcia charakteryzujące rozwój fizyczny dzieci i młodzieży.
7. Na podstawie jakich parametrów dokonuje się oceny czynności życiowych dziecka.
8. Scharakteryzuj technikę wykonania pomiarów wysokości i masy ciała u dzieci.
9. Jakie badanie należy przeprowadzić w ocenie szczegółowej twarzy?
10. Na co wskazuje niesymetryczny odruch Moro?

Piśmiennictwo

1. Bożkova K. (red.). *Pediatrica praktyczna. 01 Bibl. Lekarza Rodzinnego*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 1999.
2. Demitrescu T. (red.). *Poradnik pediatri 2014*, Wyd. Help-Med, Kraków 2013.
3. Dyk D. (red.). *Badanie fizykalne w pielęgniarstwie*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2013.
4. Górajek-Jóźwik J. *Pielęgnowanie zindywidualizowane*. W: *Podstawy Pielęgniarstwa*, t.I. (red.) Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. Wyd. Czelej, Lublin 2004; 209–274.
5. Górajek-Jóźwik J. *Wybrane wzory pielęgnowania*. W: *Podstawy Pielęgniarstwa*, t.I. (red.) Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. Wyd. Czelej, Lublin 2004; 190–208.
6. Kawalec W., Mimanowski A. (red.). *Diagnostyka różnicowa najczęstszych objawów w praktyce pediatrycznej*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2003.
7. Krawczyński M. (red.). *Propedeutyka pediatrii*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.
8. Muscari M.E., Bernat K. (red. wyd. pol.) *Pediatrica i pielęgniarstwo pediatryczne*. Wyd. Czelej, Lublin 2010.
9. Obuchowicz A. (red.). *Badanie podmiotowe i przedmiotowe w pediatrii*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
10. Piskorz-Ogórek K. *Choroby przewlekłe w populacji wieku rozwojowego*. W: Blak-Kaleta A. (red.) *Praktyczny poradnik dla pielęgniarek*. Verlag Dashofer, Warszawa 2012.
11. Rakowska-Róźiewicz D. (red.). *Wybrane standardy i procedury w pielęgniarstwie pediatrycznym*. Wyd. Czelej, Lublin 2001.