

Cuprins detaliat

Cuvânt înainte	v
Prefață	vii
Cuprins detaliat	xi
Consultanți și colaboratori	xxiii
Simboluri și abrevieri	xxxiii
1. Creșterea și dezvoltarea normale	1
Creșterea fizică și parametrii acesteia	2
Dezvoltarea fizică	4
Reperele dezvoltării	6
Dezvoltarea cognitivă	10
Dezvoltarea limbajului	12
Dezvoltarea socială	14
Teoriile psihologice ale atașamentului	16
Promovarea sănătății copilului și modele de promovare a sănătății	18
Vaccinările	22
2. Îngrijirea copiilor/tinerilor și a familiilor lor	25
Legătura cu familia	26
Comunicarea cu copilul și cu familia	28
Pregătirea familiei	30
Colaborarea cu frații pacientului	32
Folosirea în practică a modelelor de îngrijire a sănătății	34
Model de asociere în nursing	36
Cum se alcătuieste un plan de îngrijire	38
Evaluarea îngrijirii	40
Importanța jocului	42
Jocul obișnuit	44
Pregătirea și aplicarea metodei de joacă	46
Rolul jocurilor și atmosfera de spital	48
Imagistica ghidată	50
Educația și copilul bolnav	52
Educația și informarea pacientului și a părinților	54
Violența parentală	56
Cum se alcătuieste un prospect informativ pentru pacient	58

3.	Îngrijirea familiei și a copilului/tânărului spitalizat	61
	Evaluarea riscurilor	62
	Efectele internării în spital	64
	Pregătirea copiilor pentru internarea în spital	66
	Crearea unui mediu ambiant prietenos pentru copii și tineri	68
	Internarea în spital	70
	Participarea părinților la îngrijirea copilului	72
	Pregătirea pentru externarea din spital	74
<hr/>		
4.	Îngrijirea la domiciliu a copilului/tânărului și a familiei	75
	Consecințele prezenței unui copil sau tânăr bolnav la domiciliu	76
	Îngrijirea bolnavilor cronici la domiciliu	78
	Mijloacele de comunicare cu medicii specialiști	80
	Îngrijirea la domiciliu a copiilor dependenți de aparate	82
	Colaborarea cu diverse comunități etnice	84
	Cabinetul de pediatrie	86
<hr/>		
5.	Examinarea copilului bolnav	89
	Principiile evaluării stării fizice	90
	Măsurarea temperaturii	92
	Măsurarea frecvenței cardiace	94
	Măsurarea frecvenței respiratorii	96
	Măsurarea tensiunii arteriale	98
	Examinarea unui copil bolnav	100
	Recunoașterea unui copil bolnav	102
<hr/>		
6.	Îngrijirea copilului bolnav	103
	Managementul procedurilor medicale dureroase	104
	Mijloace de evaluare a durerii	106
	Îngrijirea preoperatorie	108
<hr/>		
7.	Cunoștințe de bază	111
	Dezinfecția mâinilor	112
	Profilaxia și controlul infecțiilor	114
	Echipamentul personal de protecție	116
	Echipamentul pacientului	118
	Cazarea pacientului	120
	Manipularea în siguranță și evacuarea deșeurilor	122
	Lenjeria de spital	124
	Necesitățile igienice ale copiilor	126
	Igiena cavității bucale	128
	Evaluarea unui copil care prezintă o plagă	130
	Alegerea unui pansament adecvat plăgii	132
	Îngrijirea ochilor	134

Îngrijirea urechilor	136
Escarele	138
Necesarul de lichide la copil	140
Monitorizarea echilibrului hidric	142
Evaluarea deshidratării	144
Prelevarea unei probe de sânge	146
Cateterizarea	148
Îngrijirea locului de inserție a unei canule periferice	150
Cateterizarea venoasă centrală cu cateter tunelizat	152
Administrarea de sânge și produse din sânge	156
Supravegherea unui cateter uretral	158
Îngrijirea copilului febril	160
Tehnici de manipulare și ridicare a copiilor	164
Traumatismele coloanei vertebrale cervicale	166
Mobilizarea și transportul copilului cu potențiale leziuni ale coloanei vertebrale	168
Examenul clinic și radiologic al unei posibile leziuni de coloaană vertebrală cervicală	170
Metode de imobilizare (contenție fizică)	172

8. 8.1. Probleme cutanate și boli infecțioase 175

Anatomia și fiziologia pielii	176
Leziuni termice la copil	178
Terapia de înlocuire a lichidelor pierdute în arsurile termice la copii	180
Arsuri: chirurgie reconstructivă	182
Scabia (râia)	184
Impetigo	186
Eczema (dermatita atopică)	188
Zona zoster	192
Acneea	194
Parotidita epidemică	196
Rujeola	198
Rubeola	200
Varicela	202
Herpesul simplu	204
Boala a cincea	206
Mononucleoza infecțioasă	208
Scarlatina	210
Boala mână-picior-gură	212
Virusul <i>Molluscum contagiosus</i>	214
Tusea convulsivă	216
Epidermofitiile	218
Oxiuriază	220
Pediculoza capului	222
Eritemul de scutec	224
Candidoza	226

Dermatita seboreică	228	
Psoriazisul	230	
Urticaria	232	
Pansarea arsurilor	234	
Adezivi pentru plăgi	236	
Suturarea plăgilor	238	
Bandajul tubular	240	
8.2. Afecțiuni neurologice	241	
Rolul și funcțiile sistemului nervos	242	
Copilul inconștient	244	
Epilepsia	246	
Tratamentul traumatismelor craniene	248	
Leziunile cerebrale dobândite	250	
Paralizia cerebrală	252	
Copilul paralizat	254	
Meningita	256	
Boala meningococică	258	
Îngrijirea copilului cu convulsii febrile	260	
Leziuni ocupatoare de spațiu	262	
Hipertensiunea intracraniană benignă	264	
Puncția lombară	266	
Evaluarea comei	268	
Observația neurologică	270	
8.3. Bolile aparatului respirator	273	
Anatomie și fiziologie	274	
Apneea	276	
Astmul bronșic	278	
Recunoașterea detresei respiratorii	282	
Bronșiolita	284	
Crupul	286	
Epiglotita	288	
Pneumonia	290	
Infecția cu virusul sincițial respirator	292	
Puls-oximetria	294	
Aspiratul nazofaringian	296	
Administrarea de oxigen (O ₂)	298	
Traheostomia – schimbarea tubului și curățarea stomei	300	
Traheostomia: aspirația	302	
Schimbarea tubului de traheostomie	304	
Aspirația orofaringiană și nazofaringiană	306	
Procedura de aspirație oro- și nazofaringiană	308	
Auscultația toracelui	310	
Fizioterapia toracică	312	
Drenajul toracic	314	
Folosirea unui umidificator	316	
Monitorizarea debitului expirator maxim	318	

8.4. Afecțiuni cardiovasculare	321	
Anatomia și fiziologia sistemului circulator		322
Insuficiența cardiacă congestivă	324	
Îngrijirea copilului cu insuficiență cardiacă congestivă	326	
Șocul	328	
Statusul cardiovascular	330	
Electrocardiograma	332	
8.5. Bolile gastrointestinale	335	
Anatomia și fiziologia sistemului gastrointestinal	336	
Structura și funcțiile principale ale ficatului		338
Apendicita	340	
Peritonita	342	
Stenoza pilorică	344	
Adenita mezenterică	346	
Gastroenterita	348	
Boala celiacă (enteropatia glutenică)		350
Constipația	352	
Sindromul de colon iritabil (SCI)		354
Boala Crohn	356	
Colita ulcerativă	358	
Boala Hirschsprung	360	
Herniile	362	
Atrezia esofagiană	364	
Atrezia biliară	366	
Obezitatea la copil	368	
Tratamentul obezității la copil		370
Hepatitele virale	372	
Hepatita acută virală A	373	
Hepatita acută virală B	374	
Hepatita virală C	378	
Cariile dentare	380	
Erucțiile	382	
Colicile infantile	384	
Rahitismul	386	
Ocluzia intestinală	388	
Îngrijirea nutrițională: calcularea necesarului alimentar și energetic la sugar	390	
Îngrijirea gastrostomei	392	
Sonda nazogastrică (NG) pe termen scurt	394	
Alimentația pe sondă enterală	396	
Alimentația pe sondă nazogastrică	398	
Cum schimbați o pompă de stomă	400	
8.6. Afecțiuni genito-urinare	403	
Anatomia și fiziologia sistemului renal		404

Sindromul nefrotic	406	
Insuficiența renală cronică	408	
Insuficiența renală acută	410	
Refluxul vezico-ureteral (RVU)	412	
Glomerulonefrita acută (GNA)	414	
Sindromul hemolitic-uremic (SHU)	416	
Circumcizia	418	
Transplantul renal la copil	420	
Puncția suprapubiană	422	
Recoltarea de urină pentru urocultură	424	
Recoltarea de urină pentru urocultură la sugar	426	
Compoziția normală a urinei	428	
Valori sanguine normale	430	
Principiile hemodializei	432	
Principiile dializei peritoneale	434	
8.7. Problemele sistemului reproducător	437	
Sistemul reproducător masculin	438	
Sistemul reproducător feminin	440	
Tulburările ciclului menstrual	442	
Pubertatea întârziată	444	
Pubertatea precoce	446	
Boli cu transmitere sexuală (BTS) la copii și tineri	448	
Contracepția	450	
Efectele chimioterapiei asupra fertilității	452	
Abuzul sexual	454	
Hidrocelul	456	
Criptorhidismul (testiculul necoborât)	458	
Hipospadias	460	
Examinarea organelor genitale feminine externe	462	
Examinarea organelor genitale masculine externe	464	
8.8. Bolile osteomusculare	467	
Oasele	468	
Mușchii scheletici	470	
Clasificarea fracturilor	472	
Tratamentul fracturilor	474	
Îngrijirea copilului cu fractură de femur	476	
Fractura de tibie și peroneu	478	
Fractura humerală supracondiliană	480	
Fractura de radius și ulnă	482	
Fracturile de metacarpiene și metatarsiene	484	
Fixarea externă	486	
Osteomielite acută	488	
Scolioza	490	

Artrita juvenilă idiopatică	492
Displazia de dezvoltare a șoldului	494
Piciorul strâmb congenital sau piciorul equinovarus	494
Sinovita tranzitorie de șold (șoldul inflammat)	498
Boala Perthes	500
Tracțiunea cutanată: aplicare și îngrijire (principii)	502
Tracțiunea Gallows: mod de aplicare și îngrijire (principii)	504
Îngrijirea locului de inserție a tijelor unui fixator extern	506
Îngrijirea copilului cu aparat ghipsat	508
Afectarea neurovasculară și sindromului de compartiment	510
Tracțiunea cu atelă Thomas	512
Îngrijirea unui copil cu bandaj în spica pentru șold	514
Extragerea firelor, tijelor sau șuruburilor	516
Urgențele ortopedice	518

8.9. Probleme otorinolaringologice și oftalmologice 521

Anatomia și fiziologia urechii	522
Anatomia și fiziologia nasului	524
Anatomia și fiziologia cavității bucale, faringelui și laringelui	526
Structurile importante ale ochiului	528
Otita medie acută	530
Otita medie cronică	532
Inserția unui tub de ventilație otică	534
Amigdalita și amigdalectomia	536
Adenoidectomia	538
Strabismul	540
Tratamentul chirurgical al strabismului	542
Îngrijirea postoperatorie după intervenția chirurgicală pentru strabism	544
Conjunctivita	546
Surditatea	548
Epistaxisul	550
Asistența în examenul ocular	552
Examinarea urechilor	554
Examinarea gâtului	556
Examinarea nasului	558

8.10. Hematologice și imunologie 561

Sângele	562
Protecția imunitară la copii	564

Anemia	566	
Siclemia	568	
Tratamentul siclemiei	570	
Hemofilia	572	
Purpura Henoch-Schönlein	574	
Purpura trombocitopenică idiopatică	576	
Talasemia	578	
Trombocitopenia	580	
Infecția cu HIV	582	
Deficiențe primare ale sistemului imunitar înnăscut la copil	584	
Deficiențe de anticorpi la copii	586	
Imunodeficiențele combinate severe la copil	588	
Îngrijirea copilului cu imunosupresie	590	

8.11. Probleme de oncologie 593

Probleme de fiziologie	594
Copilul cu cancer	596
Tumorile cerebrale la copil	598
Tumori osoase	600
Neuroblastomul	602
Rhabdomiosarcomul	604
Leucemia mieloidă acută (LMA)	606
Leucemia limfoblastică acută (LLA)	608
Tumora Wilms	610
Leucemia limfoblastică acută cu celule T	612
Limfomul	614
Transplantul de măduvă hematopoietică	616
Îngrijirea și pregătirea copilului și tânărului pentru efectuarea de investigații înainte și în timpul tratamentului pentru cancer	618
Tratamentul cancerului la copil	620
Siguranța chimioterapiei	622
Evaluarea necesităților copilului/tânărului cu cancer	624
Informațiile oferite copilului/tânărului și familiei sale	626

8.12. Tulburări endocrine și metabolice 629

Sistemul endocrin: anatomie și fiziologie	630
Diabetul zaharat de tip I la copil și adolescent	632
Cetoacidoza diabetică	634
Tratamentul cetoacidozei	636
Diabetul zaharat de tip II	638
Diabetul zaharat al tânărului cu debut la maturitate	640
Hipotiroidismul	642

Nanismul	644	
Statura înaltă	646	
Anomalii genetice ale metabolismului		648
Fenilcetonuria	650	
Galactozemia	652	
Mucopolizaharidozele	654	
Monitorizarea glicemiei	656	
Calcularea dozei de insulină și tipurile de insulină	658	
8.13. Afecțiunile nou-născutului	661	
Evaluarea nou-născutului imediat după naștere	662	
Circulația fetală	664	
Modificări apărute la naștere	666	
Fiziologia respiratorie neonatală	668	
Detresa respiratorie	670	
Afecțiuni respiratorii frecvente	672	
Hiperbilirubinemia neonatală	674	
Fiziologia neonatală: hematologia	676	
Hipoglicemia neonatală	678	
Controlul temperaturii corporale la nou-născut		680
Hipocalcemia	682	
Infecțiile neonatale	684	
Enterocolita necrotizantă	686	
Alimentația naturală	688	
Alimentația artificială	690	
8.14. Probleme genetice și congenitale	693	
Ereditatea mendeliană	694	
Fibroza chistică (FC): o afecțiune genetică		696
Reguli de îngrijire pentru copilul cu fibroză chistică	698	
Acondroplazia	700	
Distrofia musculară Duchenne (DMD)		702
Sindromul Down	704	
Sindromul Turner	706	
Neurofibromatoza tip I	708	
Osteogenesis imperfecta		
Meningocelul	710	
Mielomeningocelul	712	
Hidrocefalia	714	
Buza de iepure și palatoschizisul		718
Omfalocelul și gastroschizis	720	
Fistulă traheo-esofagiană	722	
Malformații cardiace congenitale	724	
Hiperpalzia congenitală suprarenaliană (sindromul adrenogenital)	728	

<hr/>		
9. Sănătatea mintală	731	
Anorexia nervoasă	732	
Bulimia	734	
Enurezis	736	
Encoprezis	738	
Depresia	740	
Automutilarea deliberată	742	
Comportamentul provocator	744	
Tulburarea cu deficit de atenție și hiperactivitate		746
Autismul	748	
Tulburările de anxietate	750	
Tulburările de conduită/comportament antisocial		752
Abuzul de substanțe	754	
<hr/>		
10. Copilul/tânărul cu boală cronică/dizabilitate	757	
Principii generalele în îngrijirea unui copil cu nevoi speciale	758	
Efectele psihologice ale unei boli cronice asupra copilului și familiei sale	760	
Durerea cronică la copii	762	
Tranziția de la secția de pediatrie la cea pentru adulți	764	
Program de timp liber/odihnă pentru familia unui bolnav cronic	766	
Complianța/ noncomplianța cu tratamentul		768
Colaborarea cu o echipă multidisciplinară		770
<hr/>		
11. Îngrijirile paliative	773	
Cum se anunță veștile rele	774	
Copilul/ tânărul și pierderea unei persoane apropiate	776	
Copilul/ tânărul în stadiul terminal		778
Îngrijirea paliativă	780	
<hr/>		
12. Îngrijirea copilului/tânărului în secția de terapie intensivă	783	
Căile respiratorii	784	
Acordarea asistenței în intubația traheală		786
Introducerea sondei nazofaringiene		788
Evaluarea eficienței funcției respiratorii		790
Evaluarea perfuziei capilare	792	
Monitorizarea hemodinamică	794	
Metode neinvazive de susținere a respirației		796
Metode invazive de susținere a respirației		798
Îngrijirea copilului ventilat	800	
Complicațiile intubației și ventilației		802
Transferul și recuperarea	804	

Creșterea fizică și parametrii acesteia

Modele de creștere

Creșterea are loc într-un model continuu, dar poate fi sporadică; cea mai rapidă rată a creșterii are loc în viața intrauterină, în primii doi ani de viață și în adolescență. Cu toate acestea, rata de creștere poate fi accelerată sau încetinită în funcție de starea de sănătate, modificări în alimentație sau de mediu.

Lungimea/înălțimea

- Lungimea unui sugar crește cu 12 cm în primele șase luni de viață.
- În primele 12 luni de viață, copilul a crescut în lungime cu aproximativ 50%, iar până la vârsta de doi ani, înălțimea copilului ajunge la 50% din cea pe care o va avea ca adult.
- După vârsta de doi ani, creșterea copilului în înălțime este de 5-7,5 cm/an.
- Adolescența aduce apoi „puseul de creștere”, după care înălțimea și greutatea sunt acumulate lent, până se ajunge la dimensiunile adultului.

Măsurare

- Lungimea unui sugar se măsoară cu pediometru. Se fixează poziția capului, iar partea de sprijin a picioarelor culisează.
- Înălțimea se măsoară atunci când copilul stă în picioare. Cereți copilului să se descalțe și să stea cât de drept poate, cu capul pe linia mediană, iar privirea în față, paralelă cu podeaua. Rezultate mai bune se obțin cu ajutorul unui stadiometru fixat pe perete.

Greutatea

- În medie, un sugar câștigă în greutate 600-800 g pe lună.
- La vârsta de șase luni, se dublează greutatea de la naștere.
- La vârsta de 12 luni, greutatea de la naștere se triplează.
- După vârsta de doi ani, câștigul în greutate este de trei kilograme/an.

Măsurare

- Sugarii trebuie cântăriți dezbrăcați, de preferat la aceeași oră, dacă este necesară repetarea cântăririi.

Perimetrul cranian

- Perimetrul cranian crește rapid în perioada de sugar; în primele șase luni de viață, perimetrul cranian crește cu 6-8 cm.
- În primul an de viață, există o creștere de 33% a tuturor dimensiunilor capului.
- Mărimea cutiei craniene este legată strâns de cea a creierului.

Măsurare

- Pentru a măsura perimetrele utilizați o panglică de măsurat din hârtie, mai degrabă decât una din material textil deoarece aceasta se poate întinde, producând rezultate inexacte.

- Măsurăți perimetrul cranian al sugarului în punctele circumferinței cele mai mari – adică deasupra sprâncenelor, lobului urechii și proeminența occipitală.

Suprafața corporală

- Este importantă pentru calcularea dozei anumitor medicamente.
- Odată cunoscute înălțimea și greutatea, se poate calcula suprafața corporală utilizând o nomogramă.

Lecturi suplimentare

Hockenberry, M.J., Wilson, D., Winkelstein, M.L., and Kline, N.E. (2003). *Wong's Nursing Care of infants and children*, 7th edn. Mosby, St. Louis

Dezvoltarea fizică

Factorii care influențează dezvoltarea și creșterea

- Factorii genetici/cromozomiali.
- Factorii rasiali.
- Factorii endocrini.
- Medicamente.
- Diferite afecțiuni: copiii se dezvoltă mai lent în timpul perioadelor de boală, dar după perioada de recuperare, ritmul creșterii se poate accelera pentru a recupera.
- Alimentația: copiii cu o nutriție deficitară cresc mai încet și nu ating parametrii așteptați; malnutriția poate avea un efect permanent asupra unor părți din creier și sistemul nervos.
- Factorii de mediu: capacitatea de a exersa abilitățile, cum ar fi mersul de-a bușilea, locomoția etc.

Măsurarea dezvoltării

Dezvoltarea este evaluată utilizând diferite scale. Există patru zone majore.

- *Fizic*: creștere, vedere, auz, locomoție și coordonare.
- *Cognitiv*: limbaj și înțelegerea acestuia.
- *Psihosocial*: adaptarea la societatea și cultura cărora aparține copilul.
- *Emoțional*: controlul sentimentelor și emoțiilor.

Diagramele Sheridan (1975) și Denver (1990), menționate în Bee (1997) au fost create pentru a arăta la ce să ne așteptăm în diferitele etape ale dezvoltării.

Diferențe ale ritmului de dezvoltare

În mod normal, ritmul de dezvoltare este caracteristic fiecărui copil.

Evaluarea dezvoltării

Asistenta de teren realizează această evaluare, aceasta putând fi făcută și de medicul de familie sau de cel pediatru și include:

- evaluarea locomoției sau dezvoltarea motorie generală, adică dezvoltarea mușchilor mari;
- evaluarea dezvoltării motorii fine sau abilităților de manipulare (dezvoltarea mușchilor mici);
- evaluarea auzului și vorbirii;
- evaluarea vederii;
- evaluarea dezvoltării sociale, de exemplu, alimentarea, îmbrăcarea și comportamentul social.

Pentru a evalua deviațiile de la normal, este necesar să cunoaștem mai întâi reperele dezvoltării normale. Dezvoltarea în perioada de la naștere la vârsta de 18 luni este foarte complexă. Iată jaloanele majore și vârsta aproximativă de apariție:

- | | |
|----------------|----------|
| • zâmbește | 1-2 luni |
| • râde | 6 luni |
| • stă în șezut | |
| • sprijinit | 6 luni |
| • nesprijinit | 8-9 luni |

- merge de-a bușilea 8-9 luni
- se ridică/merge 12 luni
- apucă obiecte cu două degete („pensa digitală”) 12 luni
- poate apuca obiecte fine 18 luni
- merge cu spatele 18 luni

Toate aspectele dezvoltării sunt înlănțuite, iar achizițiile se obțin secvențial. Un exemplu de dezvoltare secvențială este cea a deprinderilor motorii, care de obicei au o evoluție cranio-caudală, adică de la cap, spre degete, via (cranio-) coloana vertebrală (caudal). Controlul inițial al capului se dezvoltă înainte ca sugarul să poată fi capabil să stea în șezut independent; apoi urmează mersul de-a bușilea și după aceea apare controlul membrelor inferioare pentru a sta în poziție verticală și a merge.

Lecturi suplimentare

Bee, H. (1997). *The developing child*, 6th edn. London, Harper Collins.
 Hockenberry, M.J., Wilson, D., Winkelstein, M.L., Kline, N.E. (2003) *Wong's nursing care of infants and children*, 7th edn. St Louis, Mosby.
www.childdevelopmentinfo.com/development/

Repererele dezvoltării

Nou-născut

Susținut ventral, capul este mai jos decât planul corpului. Atunci când copilul este tras spre poziția șezând, capul rămâne în spate.

O lună

Postura și mișcările grosiere

- Atunci când copilul este pus în poziția șezândă, capul rămâne spre spate până când trunchiul este vertical, rămâne un moment drept apoi cade în față.
- Atunci când este pus în poziție șezândă, spatele se curbează.
- În suspensie ventrală, capul este menținut în același plan cu corpul, iar șoldurile sunt semiextinse.

Vederea și mișcările fine

- Pupilele reacționează la lumină.
- Închide strâns pleoapele atunci când sursa luminoasă este îndreptată spre el.
- Fixează și urmărește cu privirea obiectele.
- Urmărește figura mamei atunci când îl hrănește sau îi vorbește.

Auzul și limbajul

- Tresare la zgomote.
- Se oprește din plâns și (de obicei) se întoarce spre vocea liniștitoare din imediata lui apropiere.
- Plânge atunci când îi este foame sau scutecul este ud.
- Gângurește atunci când se simte bine.

Comportamentul social și joaca

- Suge viguros.
- Doarme aproape tot timpul când nu îi este foame sau nu este mișcat.
- Expresia rămâne vagă: mai târziu devine mai alert, progresând către zâmbetul social și vocalizări de răspunsuri la cinci-șase săptămâni.

Trei luni

Postura și mișcările grosiere

- Culcat pe spate, preferă să-și mențină capul pe linia mijlocie, cu mișcări încete ale membrelor.
- Dacă este tras în poziție șezândă, își susține capul.
- În suspensie ventrală, capul este menținut pe aceeași linie cu corpul.
- Culcat pe burtă, își ține capul, ridică toracele, își folosește antebrațele pentru a se ridica, iar fesele le menține plate.

Vederea și mișcările fine

- Din punct de vedere vizual este alert, își întoarce capul pentru a privi în jur.
- Își privește mâinile cum se mișcă și se joacă cu degetele.
- Își recunoaște biberonul și se bucură atunci când îl apropiați de el.
- Clipește defensiv, câteva secunde.
- Ține în mână pentru câteva secunde o jucărie care face zgomot, dar nu se uită la ea în același timp.

Auzul și limbajul

- Zgomotele puternice îl deranjează.
- Se liniștește sau zâmbește când aude vocea mamei.
- Când i se vorbește, emite sunete voioase; de asemenea, vocalizează când se joacă singur.
- Plânge când îi este foame sau scutecul este ud.

Comportamentul social și joaca

- Privește cu intensitate fața mamei când îl alăptează.
- Reacționează la situațiile familiare, arătându-se bucuros.
- Îi place să facă baie.
- Răspunde cu evidentă plăcere când cineva se joacă cu el.

Șase luni

Postura și mișcările grosiere

- Își ridică, în poziția culcat pe spate, capul pentru a-și privi picioarele la verticală și le prinde cu mâinile.
- Ținut de mâini, își încordează umerii și se trage singur pentru a sta în șezut.
- În poziție șezândă își ține capul drept și gâtul întins. Poate sta în șezut singur pentru scurt timp.
- Susținut stă în picioare, se sprijină pe picioare și „sare” în sus și în jos.
- Culcat pe abdomen, își ridică toracele și capul, sprijinindu-se pe brațele în extensie.

Vederea și mișcările fine

- Privește în toate părțile, mișcându-și capul și ochii cu lejeritate.
- Poate fixa un obiect de dimensiuni mici la 30 cm.
- Apucă obiectele cu ușurință și le trece dintr-o mână într-alta.
- Atunci când un obiect iese din câmpul lui vizual, nu îl urmărește cu privirea.

Auzul și limbajul

- Gângurește pentru el și pentru ceilalți.
- Emite silabe sporadic.
- Râde zgomotos sau chicotește.
- Plânge când este certat.
- Emite zgomote diferite în funcție de tonul vocii mamei lui.

Comportamentul social și jocul

- Aruncă și prinde jucării mici.
- Mișcă jucăria special pentru a emite diferite zgomote.
- Este prietenos cu persoanele străine, dar manifestă puțină neliniște când acestea se apropie prea repede.

12 luni***Postura și mișcările grosiere***

- Merge de-a bușilea, se târăște pe fese sau merge susținut.
- De obicei, este capabil să stea în poziție verticală, poate merge.

Vederea și mișcările fine

- Privește în direcția în care a dispărut jucăria.
- Recunoaște persoanele familiare la foarte mică distanță.

Auzul și limbajul

- Se întoarce imediat când este strigat pe nume.
- Înțelege câteva ordine simple asociate cu gesturi, de exemplu, „vino la mama”.

Comportamentul social și jocul

- Bea din cană.
- Face „pa-pa” și se joacă „uite, nu-i”.
- Ajută atunci când este îmbrăcat, de exemplu își ridică brațele când i se scoate bluza.

Lecturi suplimentare

Hockenberry, M.J., Wilson, D., Winkelstein, M.L., Kline, N.E. (2003) *Wong's nursing care of infants and children*, 7th edn. St Louis, Mosby.

MacGregor, J. (2000). *Introduction to the anatomy and physiology of children*. Routledge, London.

www.childdevelopmentinfo.com

Dezvoltarea cognitivă

Problema modului în care copilul învață a fost dezbătută detaliat, dar trebuie să știm că în primii ani de viață ai copilului, inclusiv perioada petrecută în uterul mamei, acesta va învăța mai mult ca în orice altă perioadă a existenței lui. Conceptul de „cunoaștere” este un subiect extrem de vast care acoperă memoria, atenția, limbajul, cunoașterea socială, raționamentul etc.

„Cunoașterea” este procesul prin care individul în dezvoltare se familiarizează cu lumea în care trăiește. În fond, copiii au capacitatea de a raționa abstract, de a gândi logic și de a organiza funcțiile intelectuale sau performanțele în structuri înalt ordonate.

Dezvoltarea cognitivă constă în modificări legate de vârstă care apar în activitățile mintale.

Natura versus educație

„Natură (genetică) versus educație (mediu)” reprezintă unul dintre cele mai contestate argumente în relația modificărilor dezvoltării legate de vârstă. Dezbaterea se bazează pe întrebarea „Care este cea mai bună explicație posibilă pentru mediul în care se produce dezvoltarea?” Poziția ideală este aceea că toate activitățile umane sunt atât produsul naturii (eredității), cât și al educației (mediului).

Teoriile învățării

Teoria dezvoltării cognitive a lui Piaget

Jean Piaget (1896-1980) a dezvoltat cea mai comprehensivă teorie a dezvoltării cunoașterii. Piaget vede copilul ca un organism adaptat la mediul său, procesul cunoașterii trecând printr-o serie de stadii ale dezvoltării. Aceste stadii sunt descrise ca fiind *universale* în toate culturile și *invariabile*, adică toți copiii trec prin aceleași stadii în aceeași succesiune, indiferent de problemele subiacente. În procesul învățării, copilul este văzut ca un individ izolat care se adaptează la lumea din jurul său prin:

- schematizare;
- asimilare;
- acomodare;
- echilibru.

Există patru stadii de dezvoltare cognitivă în acord cu teoria lui Piaget:

Stadiul	Vârsta
Senzorimotor	0-2 ani
Preoperațional	2-7 ani
Operațional concret	7-11 ani
Operațional formal	peste 11 ani

Teoria dezvoltării cognitive a lui Vygotski

Lev Vygotski (1896-1934) credea că un copil se naște într-o lume culturală complexă de relații sociale. El a propus două aspecte ale dezvoltării:

- linia naturală a creșterii organice și maturizării;
- îmbunătățirea culturală a funcției psihologice.

El a dezvoltat și conceptualizat *zona proximei dezvoltări*, care este distanța dintre nivelul dezvoltării actuale, așa cum este determinat de rezolvarea independentă de probleme și nivelul dezvoltării potențiale, așa cum este determinat prin rezolvarea de probleme sub îndrumarea adultului sau în colaborare cu colegii mai capabili.

Teoria lui Bruner

Bruner (1966) descrie trei moduri de reprezentare a lumii: activ, ionic și simbolic, el considerând că orice copil poate învăța orice, la orice vârstă, cu condiția să fie alese mijloacele și metodele de educație corespunzătoare.

Teoriile de procesare a informației

Această abordare a dezvoltării cognitive se bazează pe analogia între computer și mintea umană, aceasta din urmă fiind considerată asemănătoare unui sistem care manipulează simboluri în concordanță cu un set de reguli.

Lecturi suplimentare

Bukatko, D., Daehler, M.W. (2004). *Child development: a thematic approach*, 5th edn. Houghton Mifflin, New York.

Gross, R. (2005). *Psychology: the science of the mind and behaviour*; 5th edn. Hodder Arnold. London

Psi-Cafe. [www.psy.pdx.edu/PsiCafe/Cognitive Development](http://www.psy.pdx.edu/PsiCafe/Cognitive%20Development).

www.psy.pdx.edu/PsiCafe?Areas?Developmental/CogDev-Child#WhatIs

Dezvoltarea limbajului

Au fost emise mai multe teorii pentru a explica dezvoltarea limbajului. Se cunoaște că un copil deprinde orice progres în limbaj de-a lungul aceluiași perioade de dezvoltare. El începe prin a învăța elementele sonore ale limbajului, progresând către stadiul de „un cuvânt” și apoi „două cuvinte” rostite pentru a ajunge să utilizeze cuvinte în combinații integrând formele gramaticale adecvate. În jurul vârstei de trei ani, formează propoziții scurte, inteligibile pentru majoritatea dintre adulți, în cele din urmă progresând către utilizarea de propoziții ca și un adult. Teoreticienii susțin că limbajul este învățat la fel ca orice alt comportament și prin repetarea vocalizării copiilor, adultul consolidează pozitiv dezvoltarea limbajului. Unii cred că limbajul este o abilitate ereditară, copilul moștenind un mecanism genetic pentru deprinderea limbajului numit „mecanism de achiziție a limbajului” (LAD = Language Acquisition Device). De asemenea, s-a susținut că există perioade critice care determină universalitatea și caracterul invariant al procesului de dezvoltare a limbajului. Cu toate acestea, nu putem să ignorăm importanța influențelor sociale asupra dezvoltării limbajului; interacțiunile dintre părinte și copil stabilesc funcția de comunicare a vocalizării.

Lecturi suplimentare

Cusson, R.M. (2003). Factors influencing language development in preterm infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, **32**, 402-9.
www.childdevelopmentinfo.com/development/language_development.shtml

Dezvoltarea limbajului			
Vârstă	Dezvoltarea normală a limbajului	Dezvoltarea normală a vorbirii	Inteligibilitate
Sugar	Sunete guturale. Gângurit.	Sunete vocalice scurte. Emite silabe formate din vocale și consoane cu o anumită intonație.	
1 an	Pronunță primele 2-3 cuvinte. Imită sunete produse de animale.	Omite cele mai multe consoane finale și pe unele inițiale. Înlocuiește consoanele m, w, p, b, k, g, n, t, d și h cu alte sunete.	De obicei, nu mai mult de 25% inteligibile pentru un ascultător familiarizat.
2 ani	Utilizează propoziții cu 2-3 cuvinte. Are un vocabular de 250-300 de cuvinte. Începe să folosească împreună propozițiile simple formate din 2-3 cuvinte. Folosește cuvinte cum ar fi: eu, meu, tu.	Utilizează consoane înaintea vocalelor, dar inconstant și le înlocuiește. Se dezvoltă utilizarea cuvintelor și înțelegerea, dar aceasta rămâne în urma capacității de exprimare. Începe să înțeleagă mai mult ceea ce adultul îi spune direct lui.	50-65% din limbajul vorbit poate fi înțeles.
3 ani	Începe să folosească propoziții formate din 4-5 cuvinte, având un vocabular de aproximativ 900 de cuvinte. Utilizează cuvinte cum ar fi: unde, cum sau de ce. Utilizează pluralul, pronumele și prepoziții.	Pronunță consoanele b, t, d, j și g, dar r și l pot fi neclare. Adeseori, repetă fiecare cuvânt pe care îl învață.	75% din ceea ce pronunță este inteligibil.
4-5 ani	Vocabularul lui cuprinde acum 1500-2100 de cuvinte. Propozițiile sunt complete și mult mai corecte din punct de vedere gramatical.	Pronunță f și v. Încă mai stâlcește r, l, s, z, ci, și etc.	Tot ceea ce vorbește poate fi înțeles, cu toate că unele cuvinte pot să nu fie enunțate perfect.
5-6 ani	Au un vocabular de 3000 de cuvinte.	Încă poate pronunța neclar s, z, j.	

Dezvoltarea socială

Oamenii sunt animale sociale. În fiecare societate, copiii trebuie să învețe regulile comportamentelor și valorile pentru a se integra în grup. Aceasta se numește socializare; se realizează prin studiul observațional și învățare directă.

Regulile societății și standardele de comportament sunt numite „norme sociale”. Ele nu sunt înregistrate, dar încă ne conduc comportamentul și așteptările noastre în ceea ce privește comportamentul celorlalți. Copiii au tendința să învețe ca fapte. Normele sociale s-au dezvoltat și perpetuat deoarece ele conferă stabilitate societății.

Individul este solicitat:

- să autorecunoască, să dezvolte conceptul de sine și personalitatea;
- să intre în relații cu ceilalți: părinți, familie, soț/soție, și cu alții;
- să treacă dincolo de comportamentul persoanelor la intențiile lor și așteptările percepute.

Scopul final al socializării este de a oferi copiilor posibilitatea de a se autodisciplina, de a face un compromis între ceea ce doresc ei și ceea ce societatea cere de la ei. Socializarea este un proces care durează toată viața; este necesar să se deprindă noile norme ale fiecărui stadiu al vieții. Copilul se va obișnui să învețe noile regulile pentru a se juca în grup, la școală, universitate și la locul de muncă.

Pentru a înțelege dezvoltarea socială, trebuie reamintit că:

- dezvoltarea socială este strâns corelată atât cu dezvoltarea psihologică, cât și cu cea cognitivă;
- copiii fac parte dintr-o largă rețea de persoane și activități;
- dezvoltarea socială este influențată de relațiile copilului cu propria mamă și cu alte persoane, relații pe care copilul le dezvoltă din momentul nașterii.

Teoriile dezvoltării sociale

Au fost enunțate mai multe teorii despre dezvoltarea socială a copilului. Piaget (1932) a susținut că relațiile copiilor cu adulții sunt structurate pe o dimensiune verticală, ceea ce înseamnă că ele sunt inegale sau asimetrice. Prin contrast, el susține că relațiile copilului cu alți copii sunt mult mai echilibrate sau simetrice, fiind structurate în plan orizontal.

Identitate

Diferențierea propriului eu începe în perioada de sugar și continuă pe toată durata copilăriei, când au loc schimbări în dezvoltarea conceptului de self și a relațiilor cu ceilalți. Pe măsură ce copilul crește, descrierea propriului self devine mai complexă și până la adolescență, se dezvoltă o vedere mai coerentă asupra propriei persoane care integrează diferitele caracteristici.

Teoreticienii consideră factorii biologici, teoria învățării sociale, factorii dezvoltării cognitive, identitatea sexuală și teoriile social-cognitive extrem de importante în dezvoltarea identității. Mai mult, există mai multe teorii ce se referă la procesele ereditare de însușire sau de identificare a rolului sexual.

Etnicitate

Identitatea etnică poate fi considerată ca recunoașterea propriei etnicități, fiind strâns legată, și paralelă, cu etnicitatea dezvoltată la alte persoane. În jurul vârstei de 4-5 ani, copilul pare capabil să identifice diferențele fundamentale, iar la 8-9 ani înțelege în ce constă etnicitatea.

Relațiile cu ceilalți

Odată ce copilul și-a format un concept rudimentar despre propriul „eu” și s-au stabilit obiceiurile particulare, următorul stadiu este utilizarea propriilor abilități pentru a-și forma relații. Acestea se bazează pe interacțiuni, dar necesită integrarea propriei personalități cu ceilalți din jur. Tipurile de relații includ: relațiile parentale, relațiile familiale, relațiile cu propriii frați, cu soțul/soția, cu cei din jur, precum și relațiile sexuale.

Rezumatul dezvoltării sociale (adaptat după Keenan, 2002)

Vârsta	Repere
0-6 luni	În jurul vârstei de șase luni, sugarul este conștient de, și este interesat de alți copii.
6-12 luni	Sugarii arată interes pentru cei de aceeași vârstă.
12-24 luni	Se angajează în jocuri paralele, utilizează limbajul, dezvoltarea autoînțelegerii, primele dovezi ale comportamentului cum ar fi empatia, acționează în concordanță cu ceea ce dorește.
3 ani	Se joacă împreună cu alți copii, comportamentele sunt bazate pe dorință, apar ierarhiile dominante în grupurile de aceeași vârstă.
4 ani	Se angajează în jocuri asociative, pericol de conflicte socio-cognitive.
6 ani	Dorește să petreacă mai mult timp cu copiii de aceeași vârstă, arată interes, practică cu succes jocuri de coordonare.
7-9 ani	Scopul prieteniei este reprezentat de acceptarea în grup.
Adolescența timpurie	Prietenii sunt centrate pe „secrete” și intimitate, grupurile sunt organizate pe „bisericiuțe”, apar primele manifestări ale egocentrismului adolescentin.
Adolescența târzie	Prietenii oferă un sprijin emoțional crescut, egocentrismul adolescentin specific este în scădere.

Lecturi suplimentare

Schaffer, R. (2003). Social development. Blackwell, London.

Taylor, J., Woods, M. (2005). *Early childhood studies: a holistic introduction*, 2nd edn. Hodder Arnold, London.

National Electronic Library for Child Health. www.libraries.nelh.nhs.uk/childheslth

Teoriile psihologice ale atașamentului

Teoria atașamentului se suprapune peste teoriile comportamentale, biologice și interpersonale, și peste dezvoltarea cognitivă, vizând:

- descrierea caracterului relațiilor durabile între o persoană și alte persoane importante (adeseori, în cazul copilului, cel ce îl îngrijește);
- explicarea acestor relații în funcție de temperament, emoții și cunoaștere.

Tipuri de atașament

Atașamentul sigur

Acesta este evident în modul în care copilul răspunde îngrijitorului său – cu sensibilitate, empatie și afecțiune. Este vorba adeseori despre gradul de percepție, de înțelegere și de considerație față de cealaltă persoană, care poate duce la un comportament altruistic. Atunci când copilul vede că îngrijitorul său este responsabil, de încredere și disponibil, și el devine cooperant, se simte bine și dornic să exploreze noi situații.

Atașamentul nesigur

Acesta apare ca răspuns la inconsistență, nesiguranță și abuz sau neglijare din partea celui (celor) care îngrijește copilul:

- *anxios-ambivalent*: copilul este ostil și dependent când este supărat. Ca și în anxietatea de separație, apar reacții de protest, disperare și detașare când părinții părăsesc copilul, și de evitare atunci când aceștia se întorc;
- *anxios-evitant*: lipsa de încredere în obținerea unui răspuns de la îngrijitorii săi are ca rezultat un copil distant, care nu solicită sprijin când este supărat;
- *dezorganizat-dezorientat*: copilul demonstrează un amestec de furie, evitare și alte tulburări de comportament.

John Bowlby (1969) a propus un model de interacțiune între copil și proaspătul părinte, care influențează dezvoltarea înțelegerii de către copil, și legăturile lui cu aceștia. Programată genetic și instinctivă, această dezvoltare depinde, de asemenea, de gradul de atenție și îngrijire oferite de cel care are grijă de copil, servind ca ghid pentru așteptările sociale ale copilului, percepțiile și interacțiunile comportamentale, nu numai în copilărie, dar, de asemenea, în adolescență și perioada de adult.

Rezultatul constă în relații reciproce complexe. Fundamental pentru sănătatea psihică a copilului, forța și calitatea atașamentului emoțional al îngrijitorilor/părinților față de fiecare afectează abilitățile comportamentale și emoționale ale copilului. Mai mult decât atât, comportamentul copilului îi afectează, de asemenea, pe părinți.

Cele opt stadii de dezvoltare ale lui Erikson

Sugar	Încredere versus neîncredere. Are nevoie de confort maxim cu stare de nesiguranță minimă pentru a avea încredere în el însuși, în ceilalți și în mediu.
Copil mic	Autonomie versus rușine și dubiu. Muncește să stăpânească fizic mediul în timp ce își menține respectul de sine.
Preșcolar	Inițiativă versus vinovăție. Începe să inițieze, nu să imite, activități, se dezvoltă conștiența și identitatea socială.
Școlar	Sânguință versus inferioritate. Încearcă să-și dezvolte un simț al autovalorii prin redefinirea abilităților.
Adolescent	Identitate versus confuzie. Încearcă să integreze mai multe roluri (copil, frate, elev, sportiv, muncitor) în propria imagine sub presiunea modelelor și a celor din jur.
Adult tânăr	Intimitate versus izolare. Învăță să-și respecte angajamentele față de alții, cum ar fi soțul/soția, părinți sau partener.
Adult de vârstă mijlocie	Creație versus stagnare. Caută satisfacții prin intermediul productivității în carieră, familie și interes civic.
Adult vârstnic	Integritate versus disperare. Revizuirea realizărilor vieții, obișnuirea cu pierderile și pregătirea pentru moarte.

Lecturi suplimentare

Grossmann, K.E. Grossmann, K. (2003). University of human social attachment as an adaptive process. In *Attachment and bonding: a new synthesis* (Dahlem Workshop Report 92), (ed. C.S. Carter, L. Ahnert, K.E. Grossmann et al.). MIT Press, Boston, MA.

www.fu-berlin.de/dahlem/DWR%2092_Attachment/Chapter%2010.pdf

International Attachment Network (2002). *Questions and Answers*

www.attachmentnetwork.org/questions.html

Sondin, D.J. (2005). Attachment theory and psychotherapy. *The Therapist*, Jan/Feb.

www.daniel-sonkin.com/attachment_psychotherapy.htm