

și indulcență. Carnea se dă sub formă fiartă sau sub formă de chiftele, 4—5 ori săptămânal. Peștele și în general carnea albă sînt bine tolerate. Meniul se completează cu fructe crude sau preparate sub formă de compot sau pireuri.

La această vîrstă se introduce în alimentația copilului și piinea albă, semialbă și neagră. Cantitatea totală de piine consumată nu va depăși 150 g pe zi. Pentru a varia gustul alimentelor, acestea se pot prepara și corecta cu suc de roșii, sucuri de fructe, borș, acid lactic sau smîntînă.

Carnea grasă de porc și de berbec, vînatul, mîncărurile cu sos și cu ceapă prăjită, fasolea, linte, mazărea uscată nu sînt recomandate la această vîrstă. Băuturile alcoolice, cafeaua neagră și ceaiul tare sînt interzise.

Alimentația copilului trebuie însoțită de o muncă de educație pentru formarea unor deprinderi sănătoase și igienice de alimentație, ca: respectarea orarului meselor, spălarea mîinilor înainte de masă, mestecarea completă a alimentelor etc.

De la vîrsta de un an, copiii mîncă la masă așezați pe un scaunel de mărime adecvată, într-un loc luminos al camerei. Masa va fi acoperită cu față de masă, iar mîncarea va fi servită sub formă atractivă, apetisantă. De la vîrsta de 1 an copilul trebuie obișnuit să mînce singur, la început cu lingurița, apoi cu furculița. În timpul mesei trebuie să se păstreze o atmosferă calmă, liniștită. Atenția copilului nu trebuie sustrasă cu povești sau jocuri. Scenele violente pentru forțarea copilului trebuie evitate. Copilul alimentat cu sila varșă de multe ori alimentele și i se formează reflexe negative față de alimentație.

Pofta de mîncare a copilului este variabilă; dacă la una dintre mese mîncă mai puțin, nu trebuie silit să primească toată porția, în schimb dacă este vorba numai de un capriciu sau starea de inapetență este durabilă, atunci se va insista ferm să consume rația primită.

Se va insista asupra însușirii corecte a modului de utilizare a tacîmurilor.

URMĂRIREA DEZVOLTĂRII COPILULUI

Unul din fenomenele cele mai caracteristice ale copilăriei este creșterea. Creșterea este un proces foarte complex, care cuprinde alături de creșterea proporțională propriu-zisă și dezvoltarea organismului, precum și diferențierea lui ca structură și ca funcții.

Asistenta trebuie să cunoască bine particularitățile morfo-funcționale caracteristice fiecărei perioade a copilăriei, pentru a

putea aprecia dezvoltarea fizică a copilului în raport cu vîrsta și pentru a nu le pretinde eforturi exagerate în cursul procedurilor de investigație și de tratament la care trebuie supuși. Asistenta trebuie să cunoască de la ce vîrstă poate fi ținut copilul în poziția șezînd sau în ortostatism, care sînt mișcările pe care le poate pretinde sau admite copilului și cum să-și calculeze dozele de medicamente în raport cu vîrsta, dezvoltarea și greutatea corporală.

Factorii care influențează creșterea sînt exogeni, endogeni și patologici.

Factorii exogeni sînt reprezentați prin condițiile de mediu, alimentație, macroclimat, microclimat, anotimp, exerciții fizice și regim educativ.

Pentru ca creșterea normală să fie asigurată, alimentația trebuie să conțină toate principiile alimentare în cantități suficiente în raport cu vîrsta copilului. Orice abatere de la necesitățile reale ale organismului copilului duce la tulburări în creștere, manifestate întii prin staționarea dezvoltării ponderale, urmată de cea staturală. S-a constatat că cele mai frecvente tulburări de creștere apar în cursul primelor 3—4 săptămîni, datorită insuficienței cantitative sau calitative a laptelui matern, precum și între 3 și 5 luni, datorită greșelilor de alimentație, în special la copiii ținuti sub alimentație mixtă.

O influență negativă asupra dezvoltării copilului o au locuința nesănătoasă, întunecoasă, umedă și nivelul scăzut de cunoștințe sanitare al mamei.

Factorii endogeni care influențează creșterea din primele luni ale sarcinii sînt reprezentați prin hormonii materni. După naștere, în prima perioadă a copilăriei, hipofiza și timusul au acțiune preponderentă. Acțiunea lor nu se desfășoară izolat, ci în concordanță cu celelalte glande endocrine, sub influența sistemului nervos central. Pe măsură ce acțiunea timusului scade, se intensifică aceea a glandei tiroide. În perioada pubertății, influența complexului cortico-gonadic devine preponderentă. Succesiunea fazelor de dezvoltare se desfășoară la fete mai repede cu 1—2 ani, astfel și pubertatea apare la ele mai repede.

Factorii patologici tulbură creșterea normală atît în viața intrauterină, cît și în diferitele perioade ale copilăriei. Astfel, bolile infecțioase virotice ale mamei, razele X aplicate în timpul sarcinii, intoxicațiile cronice grave ale mamei, ca alcoolismul, intoxicația saturnină etc., pelagra, precum și subalimentația în cursul gravidității influențează în sens negativ dezvoltarea fătului.

În perioada primei copilării, tulburările de nutriție acute și cronice, tulburările endocrine, malformațiile congenitale ale inimii,

afecțiunile rinichiului și ale sistemului nervos central determină rămânerea în urmă a dezvoltării.

Creșterea și dezvoltarea copilului sînt legate organic de vîrstă, față de care prezintă anumite particularități caracteristice. Ținînd cont de aceasta, epoca copilăriei se împarte în mai multe perioade :

— *Perioada de nou-născut* cuprinde primele 30 de zile după naștere.

— *Perioada de sugar* durează de la 1 lună la 1 an.

— *Perioada de copil mic* durează de la 1 an la 3 ani.

— *Perioada de preșcolar* durează de la 3 la 7 ani.

— *Perioada de școlar* durează de la 7 la 15 ani.

În *perioada de nou-născut*, pentru primele zile este caracteristică „scăderea fiziologică”. Aceasta reprezintă 5—10% din greutatea corporală de la naștere. Din ziua a 5-a, greutatea începe să crească, revenind în a 10-a — a 12-a zi la cea de la naștere. De la această vîrstă copilul prezintă o creștere staturală și ponderală rapidă. Pînă la terminarea perioadei de nou-născut greutatea crește în medie cu 500 g, iar lungimea cu 4 cm. Funcțiile de relație sînt aproape inexistente în această perioadă. Nou-născuții dorm mult, perioadele de veghe sînt scurte, dar agitate, cu mișcări dezordonate și necoordonate.

În *perioada de sugar*, creșterea staturală continuă în ritm rapid. În primul trimestru greutatea sugarului crește în medie cu 750 g pe lună, în trimestrul al II-lea cu 500 g pe lună, iar în trimestrul al III-lea cu 250 g pe lună. Aprecierea greutății se face prin cîntărire zilnică în primele două luni, săptămînal pînă la sfîrșitul primului trimestru și bilunar pînă la vîrsta de 1 an. Sugarul eutrofic își dublează în general greutatea de la naștere în luna a 5-a și și-o triplează la 1 an. Creșterea în greutate se face uniform. Devierile în plus sau în minus sînt posibile de la o zi la alta. Dacă scăderea greutății corporale nu depășește 50 g nu constituie un motiv de alarmă.

Creșterea în lungime este expresia creșterii scheletice. În luna a 2-a și a 3-a, sugarul crește cu 3 cm, în luna a 4-a cu 2 cm, începînd din luna a 5-a pînă la 1 an cu 1 cm lunar. Talia se mărește astfel pînă la sfîrșitul primului an cu 20—27 cm.

În această perioadă se dezvoltă și funcțiile locomotorii, se formează cel de-al doilea sistem de semnalizare, se întăresc funcțiile de relație și se lărgeste cîmpul de cunoaștere al sugarului. Perioada de veghe se lungeste progresiv, apar primii dinți și se dezvoltă funcția digestivă, ceea ce permite trecerea la o alimentație mai variată.

Începînd din luna a 2-a, sugarul ținut în poziție verticală își menține capul și-l ridică pentru scurt timp, dacă este culcat în decubit ventral.

Între 3 și 4 luni, sugarul își ridică trunchiul timp de 2—3 minute, sprijinindu-se pe antebrațe. Mișcările mîinilor sînt încă necoordonate, dar le întinde după obiectele atractive, colorate. La auzul glasului și vederea persoanelor adulte, copilul se învionează, își mișcă membrele, zimbește și de la 3 luni începe să scoată sunete. Manifestă atenție în fața situațiilor noi pentru el, se liniștește cînd i se vorbește sau aude o muzică. La 4—5 luni ține capul drept cînd este ridicat, recunoaște persoanele apropiate și apucă obiectele cu siguranță. De la 4 la 4 1/2 luni sugarul se întoarce de pe spate pe abdomen; culcat în decubit ventral se sprijină pe coate. La 5 luni prinde jucăriile cu o singură mîină și poate să le țină timp mai îndelungat, șade sprijinit. Din poziția dorsală poate să se întoarcă, rostogolindu-se în decubit ventral. Întoarce capul în direcția zgomotelor. La 6 luni poate să țină cîte un obiect în fiecare mîină. La această vîrstă șade nesprijinit și începe să se tîrască, ceea ce constituie un moment important al dezvoltării sale. Mișcările complexe din timpul tîririi îi întăresc musculatura și creează condițiile necesare pentru următoarele etape ale dezvoltării motorii: ridicarea și mersul. În această perioadă recunoaște membrii familiei și deosebește persoanele necunoscute. Manifestă stările de dispoziție prin sunete diferențiate. În jurul vîrstei de 7—8 luni, copilul începe să stea în picioare, sprijinindu-se de marginea țarcului; în luna a 8-a, cu sprijinul mîinilor se ridică singur și pășește în jurul țarcului, susținîndu-se cu ambele mîini; la 9 luni copilul merge, dacă este susținut de ambele mîini, iar la 10—11 luni înaintează, sprijinindu-se pe speteaza unui scaunel cu două mîini și apoi numai cu o singură mîină. Pînă la sfîrșitul primului an sugarul merge singur, cu corpul puțin aplecat, membrele superioare întinse, picioarele îndepărtate, pentru a-și lărgi baza de susținere în vederea asigurării echilibrului.

Interesul sugarului față de mediul înconjurător crește. El urmărește mișcările adultului și începe să le imite. La cererea adultului execută cîteva acțiuni simple: ține paharul sau ceașca în mîină, bea singur. Dezvoltarea scoarței cerebrale îi facilitează dezvoltarea vorbirii și începe să lege percepțiile vizuale de cele acustice. În această perioadă trebuie să se înceapă procesul educativ în vederea formării deprinderilor igienice (folosirea oliței la 6 luni) și în vederea formării și dezvoltării limbajului, începînd cu cuvintele bisilabice.

Această perioadă a copilăriei se caracterizează deci prin dependența copilului de mediul înconjurător și necesitatea îngrijirilor speciale.

Perioada de copil mic se caracterizează prin scăderea ritmului de creștere față de perioadele anterioare. Talia copilului se mărește de la 1—2 ani cu 10—12 cm. Cître sfîrșitul anului al 2-lea, copilul are

talia de 85 cm și greutatea de 12 kg. Se modifică proporțiile între cap, trunchi și membre. Extremitatea cefalică, care constituie 1/4 din lungimea corpului la nou-născut, la vârsta de 2 ani se reduce la 1/5. Crește lungimea relativă a membrilor inferioare și superioare. Se completează prima dentiție a copilului, se dezvoltă activitatea sa motorie și se diferențiază. În timpul mersului se schimbă ținuta, copilul merge drept, cu mâinile lângă trunchi, poate să alerge și să sară. La 1 an și 8 luni urcă și coboară scările singur, se urcă pe scaun, mergând în echilibru pe o scândură. Mișcărilor mâinilor devin mai complexe și sigure, având un scop determinat.

De la 2—3 ani copilul crește în lungime anual 10 cm. Puterea de observație și capacitatea de imitație a copilului se întăresc. Se dezvoltă limbajul și vocabularul se îmbogățește repede, ajungând la 3 ani să cunoască 500—600 de cuvinte. Vorbirea face posibilă lărgirea relațiilor cu lumea înconjurătoare. Pe baza limbajului, relațiile copilului cu adultul se intensifică, vorbirea devenind coordonatorul comportamentului. Reflexele condiționate se formează relativ ușor, realizându-se prin acestea o serie de deprinderi igienice, ca utilizarea oliței, spălarea mâinilor înainte de masă, alimentarea independentă etc. La vârsta de 3 ani, controlul voluntar al sfincterelor trebuie definitiv instalat.

În perioada de preșcolar, intensitatea procesului de creștere scade treptat. Creșterea staturală se reduce la 5 cm pe an, de la vârsta de 4 ani. La 5 ani copilul ajunge, în medie, să-și dubleze lungimea de la naștere. Adaosul în greutate de la 4—5 ani este de 1,5—2 kg pe an. Extremitatea cefalică la vârsta de 6 ani reprezintă numai 1/6 din lungimea corpului. La această perioadă se continuă dezvoltarea din ce în ce mai complexă a sistemului nervos central, locomoția și vorbirea se perfecționează, copilul este din ce în ce mai independent. Deprinderile igienice și regulile elementare de educație sunt însușite, jocul devine un mijloc important de educație.

Pentru o bună dezvoltare, în această perioadă este foarte importantă crearea condițiilor optime de mediu, prin organizarea unui regim de viață sănătos, care să-i respecte particularitățile de vârstă și individuale.

În perioada de școlar, se accelerează dezvoltarea membrilor, apar dinții definitiv. Maturizarea zonelor corticale contribuie la coordonarea mai fină a mișcărilor mâinilor și ochilor, permițând dobândirea unor mișcări mai complexe ca învățarea scrisului, etc. Creșterea este la început mai lentă, la începerea maturității sexuale (11—12 ani la fete, 13—14 ani la băieți) se accelerează din nou, atît în lungime (5—7 cm pe an), cît și în greutate (3—4 kg pe an). Acest ritm de dezvoltare se menține timp de 2—3 ani. Sub influența fac-

torilor de creștere endogeni, apare o diferență de creștere la cele două sexe. Fetele sînt mai înalte și au greutatea corporală mai mare decît băieții. Această diferență se menține între vîrsta de 10—16 ani.

ÎNGRIJIREA COPILULUI PREMATUR

Se numește prematur copilul născut viu, indiferent de durata sarcinii, care la naștere are greutatea sub 2500 g, lungimea sub 47 cm și necesită măsuri speciale de îngrijire.

Particularitățile anatomo-funcționale ale prematurului sînt:

— greutatea corporală mai scăzută;

— talie și perimetre reduse;

— deficiențe morfologice de dezvoltare, ceea ce îi imprimă un aspect exterior caracteristic;

— dezvoltarea incompletă a funcțiilor organismului.

Lund în considerare greutatea corporală a nou-născutului prematur, se deosebesc trei grade ale prematurității:

a) prematur de gradul I, cu greutatea corporală între 2000—2500 g;

b) prematur de gradul al II-lea, cu greutatea corporală între 1500—2000 g;

c) prematur de gradul al III-lea, cu greutatea corporală între 1000—1500 g.

Lungimea imaturului este sub 47 cm, perimetrul cranian sub 33 cm, iar cel toracic sub 30 cm. Diferența între perimetrul cranian și toracic este mai mare de 3 cm.

Capul prematurului este mic, de formă sferică, fontanelele și suturile sînt larg deschise, oasele craniului sînt moi. Fruntea este încrețită, fața mică, gura neproportional de mare, bărbia ascuțită, ceea ce dă feței un aspect triunghiular. Urechile sînt fără relief, gîtul și membrele sînt subțiri, unghiile moi, uneori nu ating marginea liberă a falangelor. Toracele este mic, abdomenul mare, evazat, cu peretele subțire, orificiile inghinale și ombilicale deschise, fapt care favorizează apariția herniilor. Țesutul adipos subcutanat este foarte slab dezvoltat, aproape inexistent; pielea este catifelată, uscată, de culoare roz, prin tegumente se observă vasele subcutanate. Prematurul este acoperit abundent cu lango, în special pe frunte, față și spate. Testiculele de obicei nu sînt coborîte în scrot, la fete vulva este întredeschisă, labiile mari nefiind complet dezvoltate, nu acoperă pe cele mici.

Prematurii dorm mult, mișcărilor lor sînt lente, glasul slab, avînd un caracter de scîncet. Respirația este accelerată, superficială și neregulată, cu accidente frecvente de apnee. Cu cît prematurul este