

Vademecum sanitariusza
suplement

**Praca zbiorowa pod redakcją
dr n. med. Stanisława Ochudło
i mgr Tatiany Lewickiej**

Autorzy

mgr Justyna Szeffler – fizjoterapeuta

Oddział Neurologii Wieku Podeszłego

SP Centralny Szpital Kliniczny Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Violetta Gawenda – dietetyk

Oddział Neurologii Wieku Podeszłego

SP Centralny Szpital Kliniczny Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

mgr Tatiana Lewicka

Oddział Neurologii Wieku Podeszłego

SP Centralny Szpital Kliniczny Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

dr n. med. Stanisław Ochudło

Oddział Neurologii Wieku Podeszłego

SP Centralny Szpital Kliniczny Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

mgr Maria Dymarczyk – Pielęgniarka Przełożona

SP Centralny Szpital Kliniczny Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Spis treści

Wstęp	4
Moduł: Podstawy etyki zawodowej – Maria Dymarczyk	
Rozdział I Etyka zawodowa w pracy sanitariusza szpitalnego	5
Rozdział II Karta Praw Pacjenta	9
Moduł: Podstawy usprawniania ruchowego – Justyna Szeffler	
Rozdział I Anatomia i fizjologia narządu ruchu	12
Rozdział II Sposoby układania i przemieszczania pacjentów po udarach mózgu	20
Rozdział III Sposoby postępowania zapobiegające powstawaniu powikłań w chorobach układu oddechowego	31
Moduł: Podstawy wiedzy o rozwoju społecznym i emocjonalnym dziecka – Tatiana Lewicka	
Rozdział I Rozwój społeczny dzieci w okresie od niemowlęctwa do wczesnego dzieciństwa	37
Rozdział II Rozwój procesów emocjonalnych	41
Rozdział III Kształtowanie się życia emocjonalnego dzieci	44
Rozdział IV Reakcje dzieci na chorobę i pobyt w szpitalu – sposoby postępowania – co może zrobić sanitariuszka, aby ułatwić dziecku hospitalizację	47
Moduł: Podstawy żywienia dietetycznego dzieci i młodzieży – Violetta Gawenda	
Rozdział I Prawidłowe żywienie niemowląt i dzieci w wieku poniemowlęcym	52
Rozdział II Prawidłowe żywienie w wieku przedszkolnym	55
Rozdział III Żywienie dzieci w wieku szkolnym	57
Rozdział IV Żywienie nastolatków	58
Słowniczek	61
Bibliografia	64

Wstęp

W związku z dużym zainteresowaniem, jakie wzbudziło pierwsze wydanie „Vademecum sanitariusza” oraz odbierając krytyczne uwagi Czytelników, postanowiliśmy wydać suplement wzbogacony o rozdziały, których treść powinna poszerzyć wiedzę praktyczną osób szkolących się w zakresie pełnienia zadań opiekuńczych nad osobami przewlekle chorymi.

Na szczególną uwagę zasługuje pierwszy moduł Suplementu poświęcony etyce zawodowej.

Pomimo, iż Czytelnik znajdzie tutaj zaledwie zasygnalizowany problem i skrócone przedstawienie obowiązujących zasad wynikających z ogólnie przyjętych wartości moralnych, to - jak jestem przekonany - jest to kluczowe zagadnienie w pracy z chorym człowiekiem i wymaga rzetelnej zadumy każdego, kto podejmuje się pracy sanitariusza.

Drugi moduł Suplementu zawiera szereg bardzo praktycznych wskazówek dotyczących opieki nad chorymi po udarze mózgu. Udar mózgu jest chorobą naczyń ośrodkowego układu nerwowego i w Polsce stanowi najczęstszą przyczynę niepełnosprawności osób po czterdziestym roku życia.

Coroczna zachorowalność z powodu udaru mózgu wynosi w Polsce ok. 60 000 osób i wzrasta wraz z wiekiem, a w związku ze stale wydłużającą się przewidywalną długością życia, należy oczekiwać, że ilość chorych z udarem mózgu będzie w najbliższych latach stale wzrastała. Stąd dla sanitariuszy wynika konieczność dobrej znajomości sposobów pielęgnacji chorych, którzy przeżyli udar mózgu oraz umiejętność zapobiegania powikłaniom udaru.

Trzeci moduł Suplementu został poświęcony najmłodszej grupie społeczeństwa. Napływające do nas sygnały z ośrodków zajmujących się opieką nad przewlekle chorymi dziećmi oraz dziećmi z problemami rozwoju psychofizycznego, skłoniły nas do przedstawienia podstaw wiedzy z tego zakresu.

Mamy nadzieję, że Suplement będzie stanowił cenne uzupełnienie „Vademecum sanitariusza” i będzie przydatny sanitariuszom w codziennej pracy z chorymi.

Maria Dymarczyk

Moduł: Podstawy etyki zawodowej.

Rozdział I

Szpital jako środowisko pacjenta.

Cele operacyjne rozdziału: sanitariuszka zna definicję etyki zawodowej, zna podstawowe zasady etyki zawodowej, zna zadania sanitariusza wynikające ze znajomości etyki zawodowej, zna ogólnie przyjęte wartości moralne, rozumie konieczność podnoszenia kwalifikacji zawodowych.

Sanitariusz szpitalny czy też opiekun medyczny jest stanowiskiem, w którym szczególny nacisk kładzie się na profil psychologiczny osoby wykonującej ten zawód. Praca przy łóżku chorego obciąża często opiekuna nie tylko fizycznie, ale też psychicznie. Często też opiekun staje się powiernikiem dla osoby chorej oraz wsparciem w trudnych chwilach jakie niesie za sobą walka z chorobą. Niejednokrotnie też bywa wsparciem dla rodziny pacjenta. Dlatego też oprócz wiedzy i umiejętności praktycznych, które są istotne przy wykonywaniu różnych zabiegów pielęgnacyjnych, ważny jest takt, wrażliwość i przede wszystkim znajomość etyki zawodowej.

Każda grupa zawodowa kieruje się swoistym dla niej kodeksem zasad moralnych. Jednak tam, gdzie mamy do czynienia z ludzkim cierpieniem, z chorym człowiekiem – etyka zawodowa powinna być szczególnie obecna w każdych działaniach podejmowanych w kontakcie z pacjentem i jego rodziną.

Podstawą do rozważań na temat etyki zawodowej dla sanitariuszy szpitalnych czy opiekuna medycznego w szpitalu, niezależnie od określenia jakie nadamy osobom pracującym przy łóżku pacjenta jest **„Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej w Rzeczypospolitej Polskiej”**.

Etyka – to nauka o moralności ustalająca na podstawie przyjętych ocen i norm wartości moralnego postępowania. Inaczej mówiąc jest to ogół zasad i norm postępowania obowiązujący w danym środowisku.

Etyka zawodowa – wytycza określone obowiązki moralne zarówno dotyczące czynności wynikających bezpośrednio z wykonywania danego zawodu, ale także związanych z nim społecznych stosunków zawodowych.

Podstawowe zasady etyki zawodowej wynikają z ogólnie przyjętych wartości moralnych takich jak:

1. **Zasada dobroci** – należy umieć dostrzegać człowieka chorego całościowo, tzn. nie tylko jego dolegliwości natury fizycznej i przeciwdziałać im, ale jednocześnie zauważyć związane z chorobą i cierpieniem problemy psychiczne i duchowe.
2. **Zasada sprawiedliwości** – wymaga od pracowników równego traktowania wszystkich pacjentów, bez względu na pozycję społeczną, rasę, płeć, przekonania światopoglądowe i polityczne.
3. **Zasada poufności** – nakazuje zachowywanie w ścisłej tajemnicy informacji, które zdobywamy na temat naszych podopiecznych. Wynika to z szacunku i lojalności wobec tych, którymi się opiekujemy. Wszystkie informacje dotyczące zdrowia, przyzwyczaję chorego, spraw, które nam powierza w zaufaniu lub informacje, które słyszymy o pacjencie zupełnie przypadkowo np. w trakcie wizyt lekarskich lub zdawanych raportów są absolutnie poufne. Nie wolno przekazywać ich dalej znajomym, swojej rodzinie lub co gorsza czynić przedmiot żartów lub luźnych rozmów np. w autobusie. Obowiązuje wszystkich dyskretność. Nie należy także stawiać pacjentom kłopotliwych pytań osobistych i być ciekawskim. Należy również pamiętać o ochronie danych osobowych.
4. **Zasada prawdomówności** – wynika z niej obowiązek mówienia prawdy i nie wprowadzania pacjenta w błąd. Ta zasada ma jeden wyjątek. Nie należy przekazywać pacjentowi takiej prawdy, która mogłaby mu zaszkodzić lub spowodować pogorszenie stanu zdrowia. Należy tu zauważyć, że informacje o stanie zdrowia pacjenta rodzinie lub osobom upoważnionym może udzielać jedynie lekarz. Sanitariusz szpitalny może udzielić informacji na temat pielęgnacji chorego i potrzebnych do tego celu akcesoriów. W żadnym razie nie jest upoważniony do wypowiadania się na temat zdrowia pacjenta i jego samopoczucia.
5. **Zasada odpowiedzialności** – to bardzo ważne zagadnienie w życiu zawodowym. Oznacza ponoszenie pełnej odpowiedzialności za rezultaty naszych działań wobec pacjentów. Zasada ta ściśle wiąże się z zasadą nieszkodzenia.

Z przedstawionych wyżej rozważań wynikają pewne ściśle określone zadania. Oto najważniejsze z nich:

- Szanuj godność pacjenta i jego prawa.
- Nie szkodź swym postępowaniem, chroń podopiecznego przed krzywdą.
- Przyczyniaj się do dobra pacjenta uznając na równi potrzeby biologiczne, psychiczne, społeczne i duchowe.
- Świadczyć opiekę sprawiedliwie wobec każdego pacjenta.
- Uzyskane informacje o stanie zdrowia zachowaj w tajemnicy.
- Bądź odpowiedzialny za swoją pracę.

Wśród codziennych zajęć i obowiązków zawodowych wymienione powyżej zadania wydają się pozornie proste i oczywiste. Wybierając taki charakter pracy musimy zmierzyć się również z problemami wynikającymi z podjętych zobowiązań wobec pacjentów. Pomyślne rozwiązanie ich i zadowolenie pacjentów może dać nam wiele osobistej satysfakcji płynącej z pomocy drugiemu człowiekowi, który znalazł się w trudnej sytuacji.

Nie sposób nie wspomnieć tu także, że pacjent udręczony chorobą ma prawo być trudny w odbiorze, przykry, dokuczliwy, czasem nawet złośliwy. Znajomość przeżywanych przez niego stanów pozwoli przezwyciężać trudności, nie zniechęcać się, być wyrozumiałym i cierpliwym. Dlatego też tak ważna jest empatia wśród osób wykonujących taki charakter pracy.

Z uwagi na to, że nie jest to praca łatwa osoby, które chcą się podjąć takiego wyzwania powinna cechować:

- Życzliwość i uprzejmość.
- Cierpliwość i wyrozumiałość.
- Dyskretność.
- Wyczucie taktu.
- Kultura osobista.

Nie bez znaczenia jest również wygląd zewnętrzny osoby pracującej z pacjentem. Schłodny wygląd, uporządkowana fryzura, czyste i zadbane ręce, czysty mundur.

Wykonując codzienne obowiązki należy respektować prawo pacjenta do intymności i godności osobistej. Pacjent ma prawo do decydowania o sobie nawet w sytuacji choroby. Każda czynność, jaką planujemy powinna być poprzedzona komentarzem i wyjaśnieniem czemu służy.

W trakcie pobytu w szpitalu towarzyszy pacjentowi stres, niepewność, brak poczucia bezpieczeństwa. Umożliwienie kontaktu z rodziną złagodzić może napięcie.

Podnoszenie kwalifikacji zawodowych

Wszyscy pracownicy służby zdrowia, w tym również sanitariusz szpitalny zobowiązany jest do podnoszenia kwalifikacji zawodowych poprzez samokształcenie.

Komunikacja z pacjentem

W porozumiewaniu się z podopiecznym ważna jest rola żywego słowa. Dzięki rozmowie pomagamy pacjentowi opanować bezradność, lęk i niepewność. Życzliwa rozmowa przywraca poczucie bezpieczeństwa i wzbudza zaufanie do personelu. Okazując pacjentowi akceptację i szacunek sygnalizujemy mu jednocześnie gotowość do niesienia pomocy. Komunikaty dla pacjenta powinny być jasne i zrozumiałe. Ważne, chociaż często nie uświadamiane, są także pozawerbalne sposoby porozumiewania się, np. poprzez gesty, mimikę twarzy. Tu również przekaz musi być czytelny, pozbawiony sprzeczności, np. mówieniu „tak” nie może towarzyszyć przeczący ruch głową, wypowiedzanie życzliwych słów z przejawem agresji w tonie głosu lub przekazywanie dobrych wiadomości ze smutnym wyrazem twarzy.

Oprócz porozumiewania się ważna jest umiejętność słuchania tego, co pacjent do nas mówi, jakie komunikaty nam przesyła.

Współpraca z innymi zespołami

Opiekując się pacjentem można zauważyć zmiany cechujące nie tylko jego samopoczucie ale dotyczące cech fizycznych. Tak więc wykonując pewne czynności, np. toaletę obserwujemy skórę i zmiany jakie się pojawiły. Dobrze byłoby taką informację przekazać pielęgniarkę, lekarzowi, by można było zmodyfikować działania np. w kierunku profilaktyki odleżyn. Inny przykład: widoczne trudności w oddychaniu powodują konieczność podjęcia działań, które pacjentowi polepszą komfort, np. inne ułożenie w łóżku czy tlenoterapia. Umiejętna współpraca z całym zespołem służy dobru pacjenta. Obserwacja i przekazywanie ewentualnych spostrzeżeń jest bardzo ważne w opiece nad pacjentem. Każde z tych działań przyczynia się do powodzenia nie tylko procesu pielęgnowania, ale całego procesu leczenia jako wyniku wspólnych działań wielu grup: lekarzy, pielęgniarek, sanitariuszy. Te wszystkie działania przyczyniają się do tworzenia dobrej atmosfery w pracy, atmosfery współdziałania, w której centrum zawsze znajduje się pacjent potrzebujący naszej pomocy. Również wzajemne życzliwe relacje w zespole, solidarność w grupie, odpowiedzialność za realizację wspólnych zadań, wzajemna pomoc i zrozumienie jest sukcesem całego zespołu.

Rozdział II

Karta Praw Pacjenta.

Cele operacyjne rozdziału: sanitariuszka zna podstawowe akty prawne regulujące prawa pacjenta, sanitariuszka zna prawa pacjenta i potrafi stosować się do nich w praktyce

Podstawowe unormowania prawne

Wynikające z ustawy zasadniczej – Konstytucji z dn. 2.04.1997r. (Dz. U. nr 78, poz 483)

Określone w ustawach:

- Z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 91, poz. 408, z 1992r. nr 62, poz 315, z 1994r. nr 121, poz 591, z 1995r. nr 138, poz 682, z 1996r. nr 24, poz. 110, z 1997r. nr 104, poz. 661, nr 121, poz 769 i nr 158, poz. 1041 oraz z 1998r. nr 106, poz. 668 i nr 117, poz. 756).
- Z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. nr 111, poz. 535, z 1997r. nr 88, poz. 554 i nr 113, poz. 731).
- Z dnia 26 października 1995r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. nr 138, poz. 682).
- Z dnia 5 lipca 1996r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. nr 91, poz. 410 oraz z 1998r. nr 106, poz. 668).
- Z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodzie lekarza (Dz. U. nr 28, poz. 28 i nr 88, poz. 554 oraz z 1998r. nr 106, poz. 668).

I. Prawa pacjenta wynikające z bezpośredniego stosowania przepisów Konstytucji.

1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia – art. 68 ust. 1.
2. każdy obywatel ma prawo do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na warunkach i ze środków publicznych na warunkach i w zakresie określonych w ustawie – art. 68 ust. 2.

II. Prawa pacjenta w zakładzie opieki zdrowotnej, o których stanowi ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 1991r.

1. Pacjent zgłaszający się do zakładu opieki zdrowotnej ma prawo do natychmiastowego udzielenia mu świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, niezależnie od okoliczności – art. 7.
2. Pacjent w zakładzie opieki zdrowotnej ma prawo do:
 - a) Świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, a w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń – do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do świadczeń art. 19 ust.1 pkt 1, art. 20 ust. 1, pkt 1 i art. 26.

- b) Udzielania mu świadczeń zdrowotnych przez osoby uprawnione do ich udzielania, w pomieszczeniach i przy zastosowaniu urządzeń odpowiadających określonym wymaganiom fachowym i sanitarnym – art. 9 ust. 1 i art. 10.
- c) Informacji o swoim stanie zdrowia – art. 19 ust. 1 pkt 2.
- d) Wyrażenia zgody albo odmowy na udzielenie mu określonych świadczeń zdrowotnych po uzyskaniu odpowiedniej informacji – art. 19 ust. 1 pkt 3.
- e) Intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych – art. 19 ust. 1 pkt 4.
- f) Udostępniania mu dokumentacji medycznej lub wskazania innej osoby, której dokumentacja ta może być udostępniana – art. 18 ust. 3 pkt 1.
- g) Zapewnienia ochrony danych zawartych w dokumentacji medycznej dotyczącej jego osoby – art. 18 ust. 2.
- h) Dostępu do informacji o prawach pacjenta – art. 19 ust 6.

A ponadto w zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych, np. w szpitalu, sanatorium, zakładzie leczniczo-opiekuńczym, pacjent przyjęty do tego zakładu ma prawo do:

1. Zapewnienia mu:
 - Środków farmaceutycznych i materiałów medycznych – art. 20 ust. 1 pkt. 2 i art. 26.
 - Pomieszczenia i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia – art. 20 ust. 1 pkt. 3 i art. 26.
 - Opieki duszpasterskiej – art. 19 ust. 3 pkt 3.
2. Dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez siebie – art. 19 ust. 3 pkt. 1.
3. Kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz – art. 19 ust. 3 pkt 2.
4. Wskazanie osoby lub instytucji, którą zakład opieki zdrowotnej obowiązany jest powiadomić o pogorszeniu się stanu zdrowia pacjenta powodującego zagrożenie życia albo w razie jego śmierci – art. 20 ust. 2 i art. 26.
5. Wyrażenia zgody albo odmowy na umieszczenie go w tym zakładzie opieki zdrowotnej – art. 21 ust. 1 i art. 26.
6. Wypisania z zakładu opieki zdrowotnej na własne żądanie i uzyskania od lekarza informacji o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w tym zakładzie – art. 22 ust. 1 i 3 oraz art. 26.
7. Udzielenia mu niezbędnej pomocy i przewiezienia go do innego szpitala, w sytuacji, gdy pomimo decyzji uprawnionego lekarza o potrzebie niezwłocznego przyjęcia do szpitala nie może być do tego szpitala przyjęty – art. 21.
8. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych, pogotowia ratunkowego w razie wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia powodującego zagrożenie życia – art. 28.

Powyższe akty prawne regulują prawa pacjenta. Znajomość tych aktów znacząco ułatwia poruszanie w dość skomplikowanym świecie ustaw i rozporządzeń. W codziennej pracy sanitariusza mniejsze znaczenie ma czy znamy numer konkretnej ustawy czy artykułu. Istotny jest fakt, aby z tego labiryntu paragrafów umieć wyciągnąć wnioski, które ułatwią pracę z chorym i jasno wskażą, że pacjent ma prawa, które my musimy respektować. Nie zależnie od rasy, wyznania czy poglądów politycznych jesteśmy zobowiązani nieść choremu kompetentną opiekę medyczną i opiekować się nim szanując jego stan i odrębność.

Moduł: Podstawy usprawniania ruchowego.

Rozdział I

Anatomia i fizjologia narządu ruchu.

Cele operacyjne rozdziału: sanitariuszka zna budowę i fizjologię narządu ruchu, zna budowę anatomiczną kości, zna budowę anatomiczną mięśnia, zna rodzaje mięśni jakie są w organizmie człowieka, zna mechanizm pracy mięśnia.

Jedną z najbardziej uniwersalnych cech istot żywych jest ruch, można to dostrzec zarówno wewnątrz organizmu człowieka, jak i na zewnątrz. Patrząc na człowieka widzimy efekty pracy układu narządów ruchu, np. bieg, machanie ręką. Ze względu na budowę i właściwości układ narządów ruchu można podzielić na dwie części:

- Układ szkieletowy – część bierna
- Układ mięśniowy – część czynna

Ogólnie można powiedzieć, że oba te układy tworzą skomplikowany system dźwigni, dzięki któremu możemy:

- zmieniać położenie naszego ciała – wykonywać ruchy lokomocyjne
- zmieniać ułożenie części ciała względem siebie – np. zgiąć rękę, pochylić głowę
- utrzymać prawidłową postawę ciała
- znacznie osłabiać skutki działania różnego rodzaju przeciążeń.

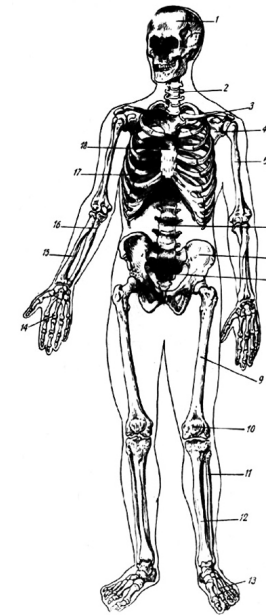
Układ kostny.

Szkielet dorosłego człowieka składa się z około 200 kości.

Podstawowym materiałem budulcowym szkieletu człowieka jest tkanka kostna oraz w mniejszym chrząstka.

Kość zbudowana jest z twardej i ścisłej masy. Powierzchnia kości składa się z istoty zbitiej, a wewnętrzna część to istota gąbczasta o budowie beleczkowatej. Trzon kości długiej – wewnątrz zbudowane z istoty gąbczastej pokryte istotą zbitą.

Okostna - błona łącznotkankowa pokrywająca kość. Składa się z dwóch warstw - ochronnej zewnętrznej, tkanki łącznej zbitiej i wewnętrznej - kościotwórczej, unerwionej i unaczynionej.



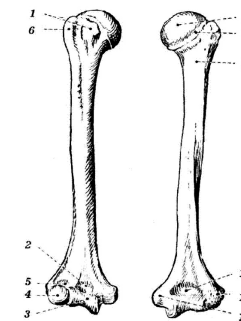
Szkielet od przodu (źródło – W. Sylwanowicz – Anatomia i fizjologia. PZWL Warszawa 1985)
1- czaszka, 2- część szyjna kręgosłupa, 3- obojczyk, 4- łopatka, 5- kość ramienna, 6- część lędźwiowa kręgosłupa, 7- kość miedniczna, 8- kość krzyżowa, 9- kość udowa, 10- rzepka, 11- strzałka, 12- kość piszczelowa, 13- stopa, 14- ręka, 15- kość promieniowa, 16- kość łokciowa, 17- klatka piersiowa, 18- mostek

Wielkość i kształt kości jest uzależniona od funkcji jaką pełni w organizmie. Ze względu na budowę zewnętrzną kości podzielono na kilka grup.

Pierwszą stanowią **kości długie** (długość kości wyraźnie przewyższa ich szerokość i grubość), występują przede wszystkim w kończynach.

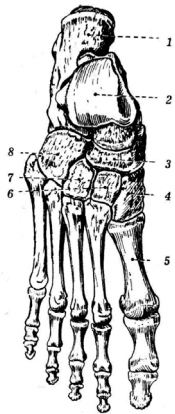
W ich budowie wyróżniamy

- część środkową
- trzon (o kształcie graniastosłupa lub walca)
- części końcowe - górne - koniec bliższy
- dolne - koniec dalszy



Kość ramienna prawa od przodu i od tyłu (źródło – W. Sylwanowicz – Anatomia i fizjologia. PZWL Warszawa 1985)
1- guzek mniejszy, 2- dół dziobaty, 3- błoczek, 4- główka, 5- dół promieniowy, 6- guzek większy, 7- głowa kości ramiennej, 8- szyjka anatomiczna, 9- szyjka chirurgiczna, 10- nadkłykieć boczny, 11- dół wyrostka łokciowego, 12- nadkłykieć przyśrodkowy

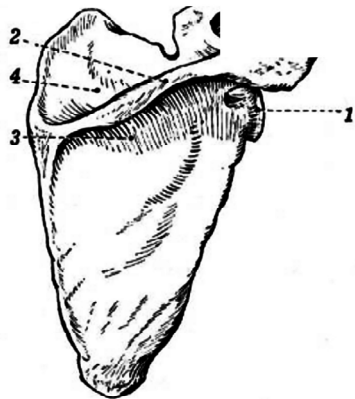
Drugą grupę stanowią kości krótkie, w których wszystkie trzy wymiary są podobne. Do tej grupy należą liczne kości stępu oraz nadgarstka.



Kości stopy (źródło – W.Sylwanowicz
– Anatomia i fizjologia. PZWL Warszawa 1985)
1- kość piętowa, 2- kość skokowa, 3- kość łódkowata,
4- kość klinowa przyśrodkowa, 5- kość śródstopia,
6- kość klinowata pośrednia, 7- kość klinowata
boczna, 8- kość sześcienna

Kości płaskie to kość sklepienia czaszki, łopatką. Długość i szerokość kości znacznie przewyższa ich grubość. Tego rodzaju kości pełnią przede wszystkim funkcje ochronne i krwiotwórcze.

Kształtem przypominają szerokie, wygięte, gdzie niegdzie cienkie płyty.



Łopatką prawa od tyłu (źródło – W. Sylwanowicz
– Anatomia i fizjologia. PZWL Warszawa 1985)
1- szyjka łopatką, 2- grzebień łopatką,
3- dół podgrzebieniowy, 4- dół nadgrzebieniowy,
5- wyrastek kruczy, 6- wyrastek barkowy

Kości różnokształtne: to kości części twarzowej czaszki, mają nieregularny, wielopostaciowy kształt.

Kości pneumatyczne: kość czołowa, sitowa, klinowa, skroniowa jamy kości wypełnione są powietrzem, które łączy się z powietrzem atmosferycznym.

Wewnątrz kości znajduje się jama szpikowa wypełniona szpikiem. Jest to miękka silnie ukrwiona masa, znajdująca się we wnętrzu jam szpikowych kości długich oraz w jamkach istoty gąbczastej.

U noworodków szpik ma kolor czerwony, a z wiekiem przez odkładanie się tłuszczu zmienia się na kolor żółty.

U dorosłych szpik koloru czerwonego występuje jedynie w: mostku, kręgach, żebrach, kościach czaszki, kościach miednicy i łopatkach oraz w nasadach kości długich. Wytwarza krwinki czerwone.

Połączenia kości.

Kości połączone są za pomocą połączeń ścisłych i połączeń wolnych.

Połączenia ścisłe - to połączenia całkowicie nieruchome lub o niewielkiej ruchomości. Powstają tam, gdzie zachodzi potrzeba wzmocnienia większego fragmentu szkieletu, np. okolica miednicy.

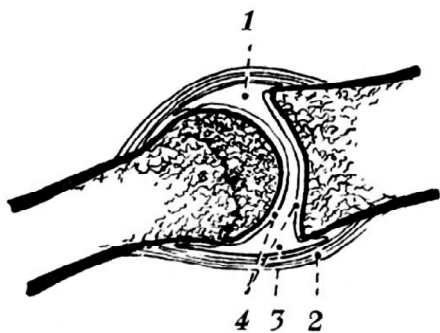
Połączenia ścisłe dzielą się na:

- włókniste - tkanką łączącą powierzchnie kostne jest tkanka łączna włóknista.
są to: - więzozrosty (więzadła żółte między łukami kręgów)
- szew (połączenia kości czaszki)
- wklonowanie (połączenie korzeni zębów w zębodole)
- chrząstkowe - materiałem łączącym jest chrząstka.
są to: - chrząstkozrost (występują w młodym wieku)
- spojenie (między kośćmi łonowymi, kręgami)
- kośćcizrost - materiałem łączącym jest tkanka kostna. Powstaje w starczym wieku w wyniku skostnienia połączeń ścisłych.

W tych miejscach, gdzie elementy szkieletu powinny zmieniać położenie względem siebie, funkcjonują połączenia ruchome, czyli stawy.

Stałe składniki stawu to:

- powierzchnie stawowe (wypukłe stanowią główkę stawową, wklęsłe panewkę stawową)
- chrząstki stawowe (zmniejsza tarcie przy przesuwaniu powierzchni stawowych)
- torebkę stawową (stanowi osłonę łącznotkankową końców kości)
- jamę stawową (przestrzeń pomiędzy powierzchniami stawowymi od zewnątrz zamknięta torebką)



Przekrój stawu (źródło – W. Sylwanowicz
– Anatomia i fizjologia. PZWL Warszawa 1985)
1- jama stawowa, 2- błona włóknista torebki
stawowej, 3- błona maziowa torebki,
4- chrząstka stawowa

Niestale składniki stawu to:

- więzadła stawowe (pasma przebiegające między dwoma kośćmi, na torebce stawowej wzmacniając ją)
- krążki stawowe (dzielą staw na dwie części)
- obrąbki stawowe (powiększa i pogłębia powierzchnię stawową).

Poszczególne stawy różnią się zadaniami, mają więc różną budowę i ruchomość.

Rozróżniamy kilka rodzajów stawów:

- wieloosiowe – wykonują ruchy we wszystkich płaszczyznach - staw barkowy, biodrowy
- dwuosiowe – mają mniejszą ruchomość, wykonują najczęściej ruch w dwóch płaszczyznach - staw nadgarstkowo - śródręczny
- jednoosiowe – umożliwiają ruch tylko w jednej płaszczyźnie - np. staw zawiasowy ramienno - łokciowy.

Układ mięśniowy.

Umięściny mięsne stanowią około 40% masy ciała a u kobiet około 35%.

Tkanka mięśniowa, składa się z włókien mięśniowych, zbudowanych z miocytów (zespołów komórek mięśniowych), posiadających zdolność do aktywnego kurczenia się.

Rodzaje tkanki mięśniowej:

- mięsień poprzecznie prążkowany
- mięsień gładki
- mięsień sercowy

Skurcz mięśnia jest możliwy dzięki występowaniu w nich miofibryli, czyli włókien kurczliwych zbudowanych z łańcuchów polipeptydowych.

Efektywność ruchu w mięśniach to efekt ścisłego ułożenia włókien mięśniowych, pomiędzy którymi nie występuje żadna inna tkanka.

Tkanki mięśniowe, **poprzecznie prążkowana serca i gładka** unerwione są przez

układ współczulny i działają **niezależnie od woli człowieka**.

Natomiast mięśnie **poprzecznie prążkowane**, unerwione somatycznie, **kurczą się zgodnie z wolą człowieka**.

Mięsień poprzecznie prążkowany szkieletowy - ten typ tkanki jest zbudowany z elementów strukturalnych, są komórki wielojądrzaste, nazwane włóknami mięśniowymi.

Włókno mięśniowe ma więc charakter syncytium, które powstało w wyniku zespolenia wielu komórek. Dlatego też w każdym włóknie występuje od kilkudziesięciu do kilkuset jąder, które są położone na obwodzie komórki, pod błoną sarkoplazmatyczną. Włókna mięśniowe mają kształt walcowaty, długość ich sięga od 1 do 5 cm, niekiedy zaś nawet do kilkunastu centymetrów.

Budowa wewnętrzna mięśni.

Wnętrze włókna wypełniają prawie całkowicie włókienka kurczliwe (miofibryle). Biegają one równolegle do siebie, wzdłuż długiej osi włókna, najczęściej zebrane w pęczki, odizolowane skąpą ilością sarkoplazmy.

Sarkoplazma zawiera czerwony barwnik - mioglobinę oraz znaczne ilości ziaren glikogenu.

W komórkach tkanki mięśniowej znajdują się liczne mitochondria, słabo rozwinięty układ Golgiego, zlokalizowany w pobliżu jądra oraz siateczka śródplazmatyczna gładka. Występuje ona w bezpośrednim sąsiedztwie włókien kurczliwych, tworząc bardzo regularny i skomplikowany układ kanalików podłużnych i poprzecznych. Za pośrednictwem systemu kanalików siateczki śródplazmatycznej odbywa się wymiana substancji między miofibrylami a środowiskiem zewnętrznym, przewodzenie bodźców skurczowych oraz transport jonów wapnia, niezbędnych do skurczu włókien mięśniowych.

Włókna mięśniowe dzieli się pod względem morfologicznym i czynnościowym na dwa podstawowe typy:

- włókna typu I - wolnokurczące się („ST” slow twitching)
- włókna typu II - szybko kurczące się („FT” fast twitching)

Włókna wolnokurczące zawierają wiele mitochondriów i duże stężenie mioglobiny (tzw. czerwone), co jest istotne, gdyż energię do skurczu czerpią z procesów tlenowych. Charakteryzują się one powolnym narastaniem siły skurczu i dużą wytrzymałością na zmęczenie.

Włókna szybko kurczące się (białe) zawierają mniejsze stężenie mioglobiny, kurczą się szybciej, ale są mniej wytrzymałe. Biorąc pod uwagę główne źródła energii z jakich korzystają, wyróżnia się wśród nich:

- włókna typu IIA – glikolityczno-tlenowe, wykorzystujące energię wytworzoną w procesie glikolizy w cytoplazmie oraz w procesie oksydatywnej fosforylacji w mitochondriach
- włókna typu IIB – glikolityczne, korzystające głównie z energii wytworzonej podczas glikolizy - liczba mitochondriów jest w nich mniejsza.

Mięśnie człowieka zawierają oba rodzaje włókien, a ich wzajemny stosunek jest różny u różnych ludzi. Budowa włókienek kurczliwych - miofibryli jest bardzo złożona. Nie mają one jednorodnej struktury, lecz składają się z jaśniejszych i ciemniejszych odcinków, leżących na przemian. Jaśniejsze odcinki zbudowane są z substancji pojedynczo załamującej światło - są to tzw. prążki izotropowe I, prążki ciemniejsze izotropowe jak i anizotropowe leżą we wszystkich miofibrylach na długiej osi włókna mięśniowego, wskutek czego powstaje wrażenie poprzecznego prążkowania całego włókna.

Mięsień gładki - działa niezależnie od woli i świadomości człowieka. Jest zdolny do ciągłego lecz bardzo powolnego kurczenia się. Jest elementem budowy naczyń, ścian przewodu pokarmowego, ścian moczowodów, pęcherza moczowego, cewki moczowej.

Włókna mięśnia sercowego - występuje tylko w mięśniu sercowym i choć przypomina budową mięśnia szkieletowego to wykorzystuje przede wszystkim procesy tlenowe i dzięki dobremu ukrwieniu jest zdolny do ciągłego wysiłku (okres odpoczynku tej tkanki to okres rozkurczu serca).

Budowa zewnętrzna mięśni.

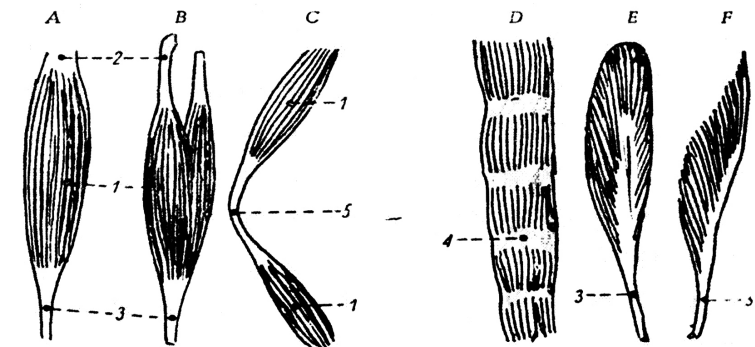
W mięśniu rozróżniamy dwie części:

- pierwszą stanowi kurczliwa masa mięśniowa o ciemnoczerwonym zabarwieniu, zbudowana z włókien mięśniowych, zwana brzuscem (center);
- drugą część to ścięgno barwy szaro - srebrzystej, składające się z niekurczliwych pasm tkanki łącznej włóknistej zbitej.

Ścięgna występują na obu końcach mięśnia i łączą go ze szkieletem. Ścięgna mięśni szerokich to cienkie, aczkolwiek mocne blaszki zwane rozciągami.

Mięsień przeważnie posiada jeden brzusiec, czasem może składać się z kilku, posiadających jedno wspólne ścięgno końcowe.

Poszczególne brzusce noszą wtenczas nazwę głów, a mięśnie odpowiednio: dwu-, trój-, lub czterogłowych. Każda z głów mięśnia ma przyczepy na różnych punktach kostnych.



Przekrój Układ włókien mięśniowych względem ścięgien (źródło – W. Sylwanowicz – Anatomia i fizjologia. PZWL Warszawa 1985)

A-m. wrzecionowaty, B- m. dwugłowy, C- m. dwubrzuścowy, D- m. prosty, E- m. pierzasty, F- m. półpierzasty, 1- brzusiec, 2- głowa, 3- ogon, 4- smuga ścięgnista, 5- ścięgno pośrednie

Podział mięśni według kształtów:

- długie – rozmieszczone są głównie na kończynach
- szerokie – posiadają płaski brzusiec oraz ścięgna w postaci szerokiej błony tzw. rozciąga
- krótkie – widoczne przy kręgosłupie albo dookoła stawów
- mieszane – do których zaliczane są również mięśnie okrężne, będące zwieraczami, jak np. mięsień okrężny oka lub mięsień okrężny ust

Mięśnie mają zdolność aktywnego kurczenia się, ale ich rozkurcz jest aktem biernym. Zwykle więc rozciągnięcie skurczonego mięśnia szkieletowego wymaga skurczu innego mięśnia-działającego **antagonistycznie**, to znaczy **przeciwnie**. Z tego względu wśród mięśni możemy wyróżnić dwie grupy mięśniowe:

- zginacze i prostowniki
- przywodziciele i odwodziciele.

Mięśnie, które wykonują te same czynności to tzw. **mięśnie synergistyczne**, należą do nich np. mięśnie międzyżebrowe-dzięki, którym możemy wykonać wdech lub mięśnie tułowia biorące udział w jego zginaniu.

Pośród wielu mięśni szkieletowych warto zwrócić uwagę na kilka:

- wśród mięśni głowy warto wymienić mięśnie żuchwowe (pozwalają na unoszenie żuchwy), mięśnie mimiczne (dzięki, którym nasza twarz jest pełna ekspresji)
- w szyi zwraca uwagę mięsień mostkowo-obończykowo-sutkowy, który uczestniczy w ruchach głowy
- do mięśni tułowia zaliczamy m.in. mięsień piersiowy większy (przywodzący i opuszczający ramię), mięśnie międzyżebrowe (biorą udział w oddychaniu),

mięsień prosty brzucha (umożliwia zginanie tułowia do przodu), przepona (największy i najsilniejszy mięsień oddechowy)

- w ruchach kończyny górnej ważną rolę odgrywa mięsień naramienny (odwodzący ramię do góry do poziomu barku)
- w muskulaturze kończyny dolnej warto zwrócić uwagę na mięsień pośladkowy wielki (prostuje udo w stawie biodrowym), mięsień czworogłowy uda (zgina udo w stawie biodrowym i prostuje w stawie kolanowym) oraz mięsień brzuchaty łydki (bierze udział w zginaniu kolana i stopy)

Rozdział II

Sposoby układania i przemieszczania pacjentów po udarach mózgu.

Cele operacyjne rozdziału: sanitariuszka zna przyczyny i objawy udaru, potrafi prawidłowo ułożyć kończyny z niedowładem, zna sposoby bezpiecznego przemieszczania pacjenta, potrafi zorganizować najbliższą przestrzeń pacjenta po udarze

Termin **UDAR** używa się dla określenia ostrych i nieodwracalnych (nieuleczalnych), neurologicznych objawów choroby naczyń mózgowych, która powoduje przerwanie dopływu krwi do mózgu.

Przyczyną udarów są zaburzenia krążenia w mózgu-

- 80% wywołany jest niedokrwieniem, czyli zamknięciem naczynia, które doprowadza krew do mózgu
- 20% udarów mózgu wywołane jest krwotokiem do mózgu, lub do przestrzeni pomiędzy mózgiem a czaszką

W Polsce notuje się około 75 tys. zachorowań rocznie.

Zachorowalność wzrasta dramatycznie wraz z wiekiem:

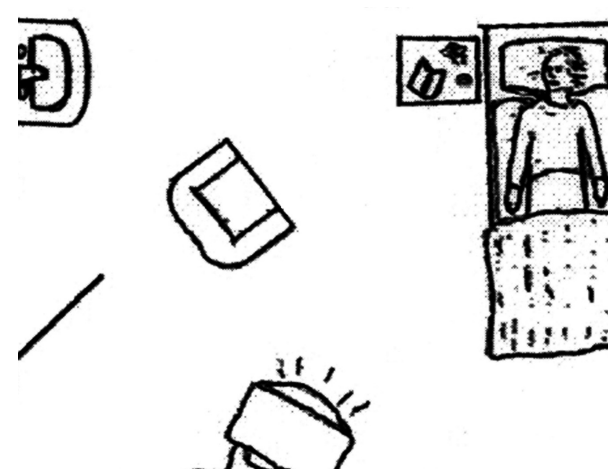
	45 a 55 r.ż.	~ 1 na 1000
po	65 a 75 r.ż.	~ 1 na 100 na rok
	po 85 r.ż.	~ 1 na 30

Pozycje ułożeniowe

Kontrolowanie pozycji w celu przygotowania do wykonywania wszelkich ruchów
Meble, szafki, stoliki, krzesła ustawione od strony „udarowej”

Czynności wykonywać od strony „udarowej”

Przy ciężkim niedowidzeniu lub zaniedbywaniu połowicznym – uwaga powinna być skierowana ku przodowi, w linii środkowej

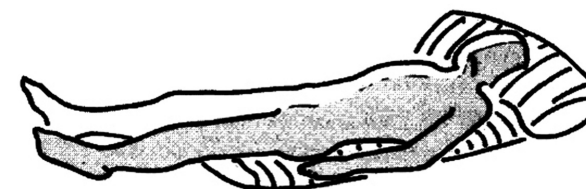


źródło: Poradnik fizjoterapeuty

W łóżku

Leżenie na wznak

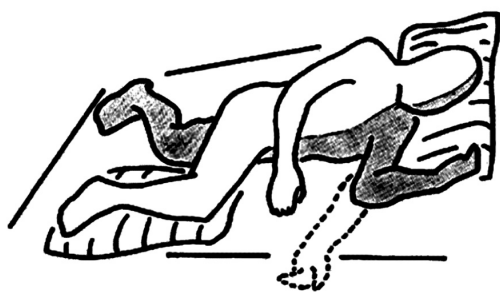
Materace poduszki powinny podtrzymywać ciało na całej długości, od łopatek do kolan, pod stronę „udarową” (zwiększamy płaszczyznę podparcia)



(źródło: Laidler P. Rehabilitacja po udarze mózgu PZWL Warszawa 1994)

Leżenie na stronie udarowej

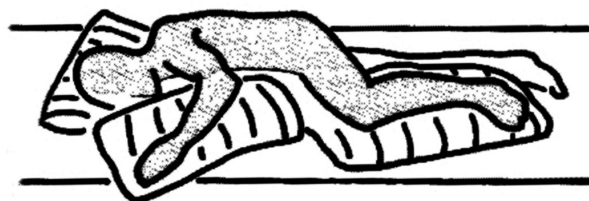
- bark wysunięty do przodu (przywiedziany), tak aby masa ciała podparta była płaszczyzną łopatki, zapobiegając uciskowi na staw ramienny,
- delikatna rotacja i wydłużenie tułowia
- „udarowa” noga w ułożeniu pośrednim w stawie biodrowym i lekkim zgięciu w stawie kolanowym



(źródło: Laidler P. :Rehabilitacja po udarze mózgu PZWL Warszawa 1994)

Leżenie na stronie zdrowej

- ręka porażona wysunięta do przodu z barkiem przywiedzionym
- noga w lekkim zgięciu w stawie biodrowym i kolanowym
- poduszki podtrzymujące masę ciała i utrzymujące ułożenie kończyn porażonych



(źródło: Laidler P. :Rehabilitacja po udarze mózgu PZWL Warszawa 1994)

Pozycja siedząca

fotel:

– z prostym oparciem

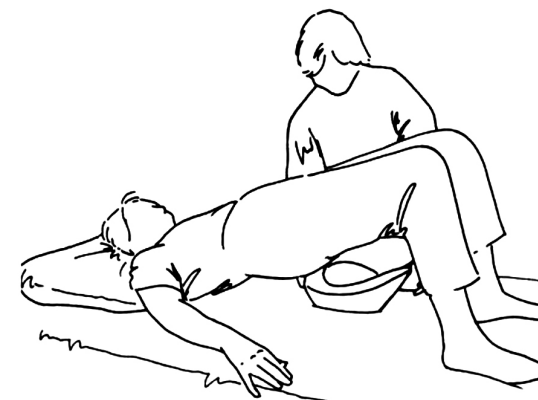
– z poręczami, odpowiednio wysokimi, żeby kolana i uda były zgięte pod kątem prostym, a stopy spoczywały na podłożu

- lekkie pochylenie tułowia do przodu z obiema rękami spoczywającymi na stole
- okolica krzyżowa wsunięta głęboko przy połączeniu oparcia z siedzeniem
- nadgarstek poziomo lub lekko uniesiony, palce w pozycji pośredniej

Ruchy w łóżku

Poruszanie się w łóżku

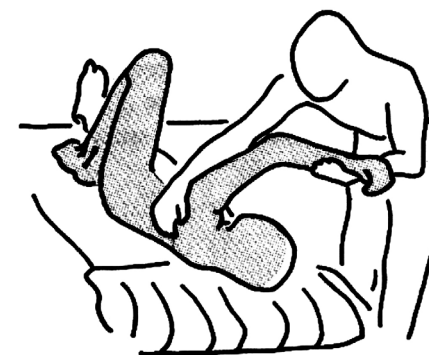
Pacjent wykonuje tzw „mostek”. Pomagamy w zgięciu stawu kolanowego nogi porażonej, tak aby oba stawy zgięły się przy stopach leżących płasko na łóżku i polecamy unieść miednicę nad pościel.



(źródło: E. Szałkiewicz – Zasady podnoszenia i przemieszczania pacjentów. Urban & Partner)

Przewrót na stronę sprawną

- zgięcie w stawach kolanowych
- podtrzymując rękę porażoną w ułożeniu do przodu- obrót pacjenta ręką podłożoną pod okolice łopatkową strony „udarowej”
- rotacja tułowia w odruchu wyrównawczym przenosi miednicę, która przechodzi do pozycji leżenia na boku
- ręka „udarowa” podpira się na łóżku



(źródło: Laidler P. :Rehabilitacja po udarze mózgu PZWL Warszawa 1994)

Obrót na stronę porażoną

- sanitariuszka staje po stronie „udarowej”
- usuwamy pościel
- kierujemy zdrowe ramię i bark nad ciałem pacjenta w kierunku obrotu
- ręka sprawna zabezpiecza pacjenta przed stoczeniem się z łóżka

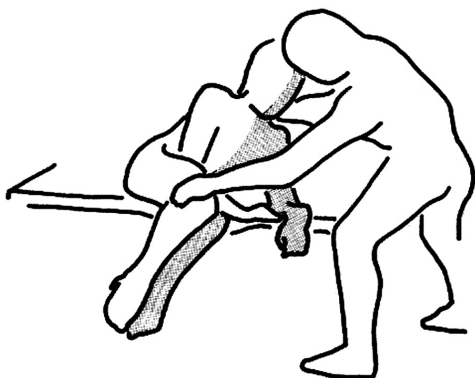


(źródło: Laidler P. :Rehabilitacja po udarze mózgu PZWL Warszawa 1994)

Siadanie z pozycji leżącej

Jest to czynność przenosząca masę ciała tak jak przy wstawaniu na stronę sprawną. Odbywa się od strony „udarowej”

- sanitariuszka staje z przodu
- chwytając swymi kolanami kolana pacjenta
- obejmuje rękami obie jego łopatki ułatwiając ruch w górę łóżka



(źródło: Laidler P. :Rehabilitacja po udarze mózgu PZWL Warszawa 1994)

Przesiadanie

pacjent przesiada się np. z łóżka na wózek inwalidzki, sedes. Drugie miejsce ustawione względem do pierwszego pod kątem prostym

Nie wolno podkładać ręki pod bark porażony ani pociągać za rękę „udarową”, ponieważ można spowodować uraz stawu ramennego

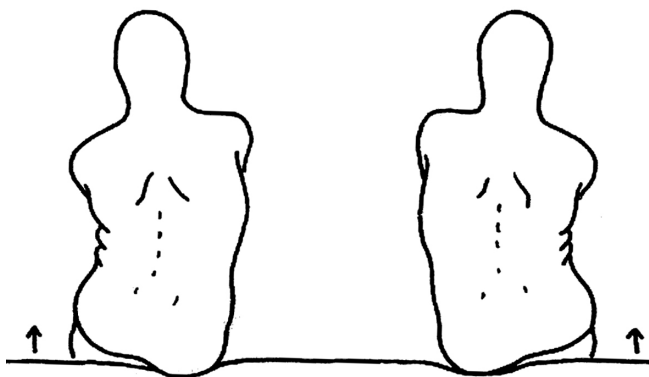
Przesiadanie się w stronę „udarową”

- sanitariuszka staje po stronie „udarowej”, nieco od przodu, stawiając swą stopę od strony pacjenta po wewnętrznej stronie stopy „udarowej”
- utrzymując stopę w lekkim odwiedzeniu, jednocześnie podpierając kolaniem zewnętrzną powierzchnię kolana tej samej nogi
- bliższe ramię, podłożone pod zdrową pachę, obejmuje i wywiera nacisk na tułów
- druga ręka obejmuje zewnątrz obręcz barkową strony „udarowej” unosząc tułów naciskiem na okolicę łopatkową (nie chwytamy za samą łopatkę)
- kończyny w obu stawach kolanowych są lekko zgięte, a pomagający wykonuje pacjentem obrót o 90° przenosząc go na drugie siedzenie, utrzymując środek ciężkości nad stopami aż do zakończenia tej czynności.



(źródło: Laidler P. :Rehabilitacja po udarze mózgu PZWL Warszawa 1994)

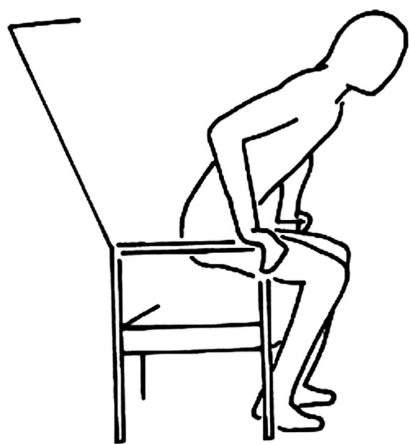
Wstawanie



(źródło: Laidler P. :Rehabilitacja po udarze mózgu PZWL Warszawa 1994)

Jeśli pacjent siedzi głęboko w krześle, zaczynamy od „wędrowania bioder”

- zaczyna się od wychylenia pacjenta do przodu, pomagając mu lekkim naciskiem w okolicy międzyłopatkowej, aż środek ciężkości znajdzie się nad stopami
- podparcie – poręcz krzesła nigdy osoba pomagająca
- stopy płasko na podłodze



źródło: Laidler P. :Rehabilitacja po udarze mózgu PZWL Warszawa 1994)

Podnoszenie, przesuwanie, obracanie pacjentów to czynności z którymi sanitariuszki borykają się kilkadziesiąt razy w ciągu dnia.

Są to czynności, które nieprawidłowo wykonane stanowią ogromne niebezpieczeństwo urazu pacjenta jak i sanitariuszki. Dlatego bardzo ważne jest ich prawidłowe wykonanie.

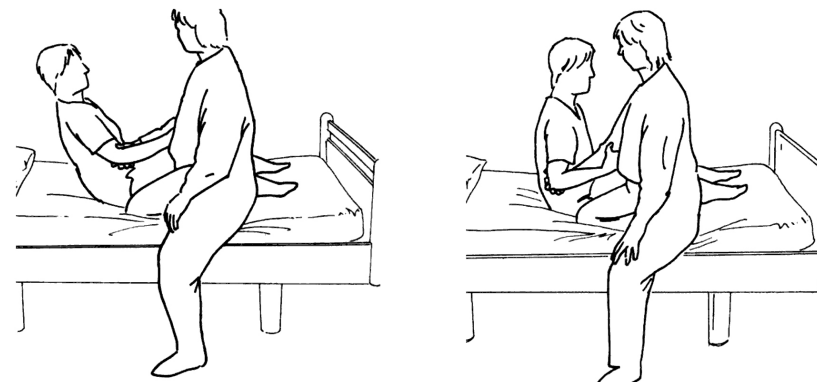
W tym celu należy przestrzegać kilku zasad:

- w celu lepszej kontroli zawsze należy podnosić do siebie, nie od siebie
- przed przystąpieniem do czynności sanitariuszka powinna zachęcić pacjenta do współpracy - uprzątnąć podłogę

Sadzanie pacjenta

Pacjent współpracujący i 1 sanitariuszka

- sanitariuszka ustawia łóżko w niskiej pozycji
- siada naprzeciwko pacjenta, stopą bliższą na kończynie dolnej, kolano na wysokości biodra pacjenta
- drugą nogę stawia na podłodze przy samym łóżku
- podaje bliższą kończynę górną pacjentowi, chwytają się za łokcie
- pacjent siada przytrzymując się ramienia sanitariuszki



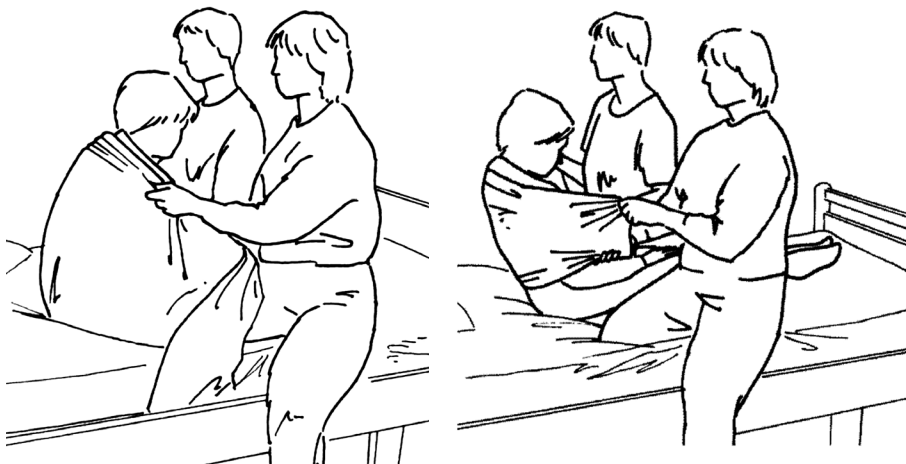
(źródło: E. Szwajkiewicz – Zasady podnoszenia i przemieszczania pacjentów. Urban & Partner)

Pacjent współpracujący i 2 sanitariuszki

- sanitariuszka ustawia łóżko w niskiej pozycji
- siadają naprzeciwko pacjenta, po obu jego stronach
- kończyną dolną bliższą pacjentowi, kolano na wysokości jego biodra,
- podają kończynę górną chwytając się z pacjentem za łokcie
- przenosząc swój ciężar ciała w tył, odpychając się nogą od podłogi, siadają na pięcie
- kończyną dolną dalszą stawiają na podłodze przy samym łóżku

Pacjent niewspółpracujący i 2 sanitariuszki

- sanitariuszka wykorzystuje prześcieradło, ręcznik na którym leży pacjent
- ustawienie jak wyżej
- pociągają pacjenta do siebie



(źródło: E. Szwalkiewicz – Zasady podnoszenia i przemieszczania pacjentów. Urban & Partner)

Podtrzymywanie pacjenta siedzącego

Czynność wykonywana przez 2 sanitariuszki

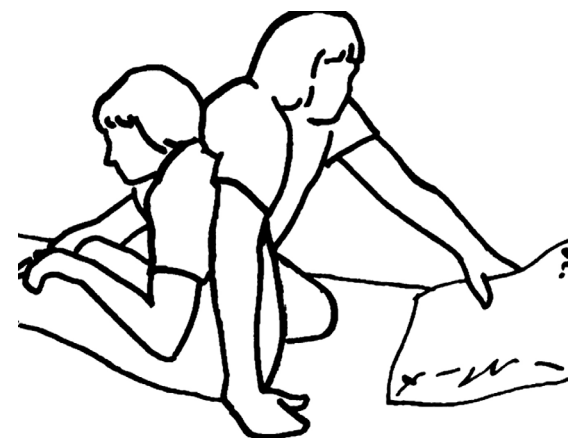
- jedna sanitariuszka przytrzymuje „objętego” pacjenta
- druga sanitariuszka poprawia łóżko



(źródło: E. Szwalkiewicz – Zasady podnoszenia i przemieszczania pacjentów. Urban & Partner)

Pacjent współpracujący i 1 sanitariuszka

- sanitariuszka przyjmuje pozycję jak do sadzania pacjenta
- układa swoje bliższe ramię skośnie za plecami pacjenta, a dłoń daleko po drugiej stronie łóżka
- drugą wolną ręką poprawia

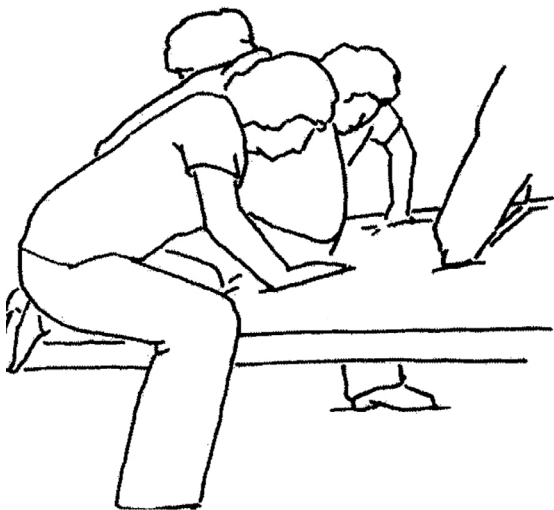


(źródło: E. Szwalkiewicz – Zasady podnoszenia i przemieszczania pacjentów. Urban & Partner)

Przesuwanie pacjenta w górę łóżka

Czynność wykonywana przez 2 sanitariuszki

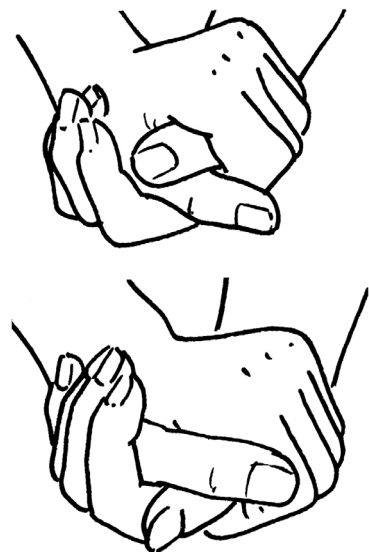
- sanitariuszki sadzają pacjenta i ustawiają się po obu stronach łóżka
- kończyny dolne od strony łóżka kładą na łóżku, na wysokości bioder pacjenta
- chwytają się za przedramiona pod udami pacjenta i przyciskają swoje ramię pod jego pachą
- ręce pacjenta spoczywają na plecach sanitariuszek
- rękę „wolną” układają na łóżku
- równocześnie odpychają się kończynami na zewnątrz łóżka i przesuwają się do przodu



(źródło: E. Szwałkiewicz – Zasady podnoszenia i przemieszczania pacjentów. Urban & Partner)

Udzielanie pomocy przy chodzeniu

Sanitariuszka powinna być ustawiona po słabszej stronie, blisko boku. Ramię pacjenta powinno być wyprostowane, a dłoń opiera się o dłoń sanitariuszki ze złączonymi kciukami. Drugą rękę sanitariuszka wykorzystuje do utrzymywania łokcia pacjenta w pozycji wyprostowanej, jednak bez bolesnego uchwytu za ramię lub wywierania ucisku pod pachą.



(źródło: E. Szwałkiewicz – Zasady podnoszenia i przemieszczania pacjentów. Urban & Partner)

Rozdział III

Sposoby postępowania zapobiegające powstawaniu powikłań w chorobach układu oddechowego.

Cele operacyjne rozdziału: sanitariuszka zna anatomie i fizjologię układu oddechowego, zna sposoby układania pacjenta ułatwiające odksztuszanie zalegającej wydzieliny w drogach oddechowych, zna sposoby postępowania w przypadku napadu astmy, zna sposoby zapobiegania powikłaniom płucnym po zabiegach operacyjnych

Układ oddechowy człowieka dzieli się na drogi oddechowe oraz płuca.

Drogi oddechowe obejmują jamę nosową, gardło, krtań, tchawicę oraz oskrzela górne, które wchodzi do parzystych płuc.

Wentylacja płuc polega na rytmicznych wdechach i wydechach.

Przewietrzanie płuc zapewniają ruchy ssąco-tłoczące klatki piersiowej. **Wdech** powodowany jest skurczem mięśni oddechowych-przepony rozpiętej na łuku żeber dolnych oraz **mięśni międzyżebrowych**, rozciągniętych na żebrach. Rozciągnięcie klatki piersiowej we wszystkich trzech kierunkach prowadzi do zwiększenia objętości płuc i wytworzenia podciśnienia zasysającego powietrze. **Wydech** jest aktem biernym. Rozluźnienie mięśni oddechowych powoduje, że sprężysta klatka piersiowa, a więc i płuca powracają do pierwotnych rozmiarów a lekkie nadciśnienie wytłacza wówczas powietrze z płuc.

Podczas spokojnego **wdechu** i **wydechu** dochodzi do wymiany około 500cm³ powietrza. Jest to tak zwana **objętość oddechowa**. Pogłębienie wdechu pozwala pobrać dodatkowe 2500cm³ powietrza – jest to **objętość uzupełniająca**. Z kolei pogłębienie wydechu pozwala na usunięcie z płuc 1200cm³ powietrza – **objętość zapasowa**.

Między stanem najgłębszego wdechu i wydechu wymieniane jest jednorazowo około 4200cm³ powietrza. Jest to tak zwana **POJEMNOŚĆ ŻYCIOWA PŁUC**. Jednak nawet najgłębszy wydech nie doprowadza do całkowitego zapadnięcia się płuc – wciąż zostaje w nich 1200cm³ powietrza zalegającego.

Dopiero gdy dodamy **pojemność życiową** i **zalegającą**, otrzymamy **CAŁKOWITĄ POJEMNOŚĆ PŁUC**.

W spoczynku wykonujemy średnio 16 oddechów na minutę, co daje wentylację minutową na poziomie 8dm³. W czasie wysiłku wartość ta może wzrosnąć prawie 20 razy.

Za regulację pracy układu oddechowego odpowiedzialny jest **ośrodek oddechowy** zlokalizowany w **rdzeniu przedłużonym**. Głównym czynnikiem powodującym przyspieszenie wentylacji jest wzrost stężenia dwutlenku węgla we krwi.

Na sprawność wymiany gazowej mają wpływ także czynniki zewnętrzne. Oprócz zanieczyszczeń środowiskowych, dla zdrowia i prawidłowego funkcjonowania układu oddechowego groźne mogą być stany zapalne oskrzeli oraz płuc.

Podczas zapalenia oskrzeli, bądź też zapalenia płuc następuje obrzęk błony śluzowej, która produkuje nadmierną ilość śluzu. Towarzyszy temu zwężenie dróg oddechowych i uciążliwy kaszel. Zapalenie mogą wywołać drobnoustroje – wirusy lub bakterie, ale także dym papierosowy lub smog.

Coraz częstszym schorzeniem jest natomiast astma. Astmatycy cierpią z powodu ataków świszczącego kaszlu i duszności wywołanych zwężeniem górnych dróg oddechowych. Większość ataków astmy jest skutkiem alergii – nadwrażliwości układu oddechowego na tzw. alergen, którymi mogą być pyłki roślin, roztocza kurzu domowego, itp.

Pacjent przebywający w szpitalu, i którego można zaobserwować problemy ze strony układu oddechowego (kaszel, duszność, itp.) może poczuć się znacznie lepiej jeżeli zastosujemy u niego tzw. pozycje drenażowe.

Należy jednak pamiętać, że decyzję o zastosowaniu pozycji drenażowej może podjąć tylko lekarz.

Pielęgniarka i sanitariuszka mogą taką pozycję zastosować w uzgodnieniu z lekarzem.

Pozycje drenażowe – to specjalne ułożenie pacjenta ułatwiające mu odkrztuszenie wydzieliny. Przed przyjęciem pozycji należy polecić pacjentowi wypicie szklanki herbaty, pielęgniarka może podać na zlecenie lekarza lek ułatwiający odkrztuszenie. Następnie należy odczekać 15 - 20 minut.

Układanie stosujemy rano przed lub 2 godziny po śniadaniu i kolacji zaczynając od 5 min i stopniowo zwiększając czas do max 20 min.

Zastosowanie :

- przewlekłe zapalenie oskrzeli
- rozstrzenie oskrzeli
- rozedma płuc
- astma oskrzelowa
- zapalenie płuc
- ropień płuc
- gruźlica płuc

Propozycje ułożeń

- w leżeniu na boku prawym, lewym; kończyna górna pod głową



(źródło :Woźniewski M. Rosławski A.: Fizjoterapia oddechowa. - AWF we Wrocławiu 1999)

- w leżeniu tyłem z poduszką pod głową



(źródło :Woźniewski M. Rosławski A.: Fizjoterapia oddechowa. - AWF we Wrocławiu 1999)

- obrót na brzuch podkładając równocześnie dłonie pod brodą



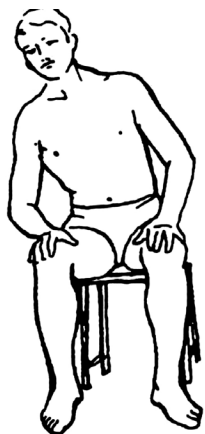
(źródło :Woźniewski M. Rosławski A.: Fizjoterapia oddechowa. - AWF we Wrocławiu 1999)

- w leżeniu przodem, pod miednicą pacjenta układamy koc zwinięty w walek



(źródło :Woźniewski M. Rosławski A.: Fizjoterapia oddechowa. - AWF we Wrocławiu 1999)

- w siadzie pacjent wykonuje skłony tułowia na prawo, na lewo, do przodu i do tyłu



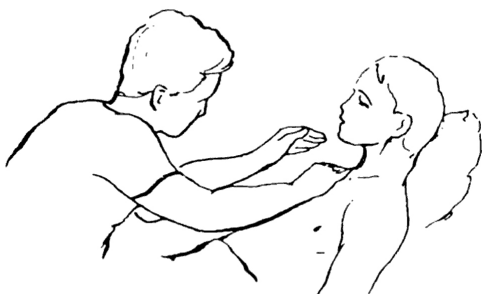
(źródło :Woźniowski M. Rosławski
A.: Fizjoterapia oddechowa.
- AWF we Wrocławiu 1999)

Efektywny kaszel – w celu skuteczniejszego odkrztuszenia wydzieliny z drzewa oskrzelowego. Polecamy pacjentowi wykonanie głębokiego wdechu nosem, długiego wydechu przez usta z równoczesnych kilku etapowym kaszlem. Powtarzamy około 10 razy.

Oklepywanie – wykonuje się po obu stronach klatki piersiowej od szczytu płuc kończąc na wysokości nerek. Dłonie ułożone w chwycie tzw. „łódeczka”. Przód klatki piersiowej opukuje się opuszkami palców wzdłuż przebiegu żeber w kierunku szczytu płuc. Czas oklepywania to 2 -3 min.

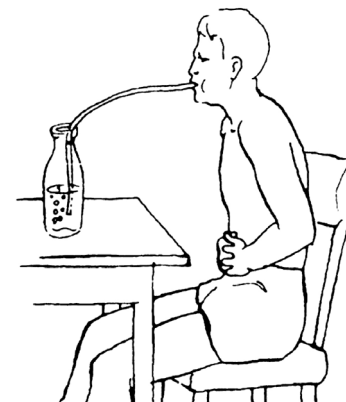
Przeciwwskazania:

- niewydolność oddechowa
- niedawny krwotok płucny
- inne (według lekarza)



(źródło :Woźniowski M. Rosławski
A.: Fizjoterapia oddechowa.
- AWF we Wrocławiu 1999)

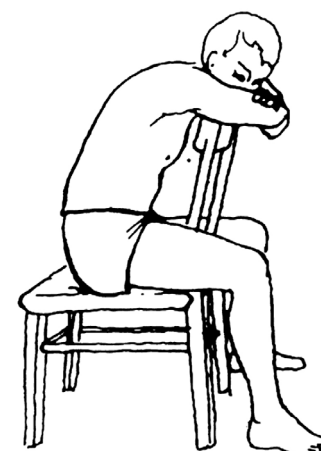
Ćwiczenia w celu wydłużenia oddechu – przygotowujemy pacjentowi butelkę z wodą i słomkę. Polecamy spokojnie dmuchać przez słomkę, tworząc jak najwięcej i najdłuższą bańki.



(źródło: Woźniowski M. Rosławski A.,: Fizjoterapia oddechowa. - AWF we Wrocławiu 1999)

Pozycje przy ataku duszności astmy oskrzelowej

Zalecamy pacjentowi usiąść na krześle twarzą do oparcia, podpierając na nim przedramiona, głowę skracając w bok. Pozycja ta ma na celu rozluźnienie mięśni. Ewentualnie możemy polecić pacjentowi siad na piętach, głowa zwrócona w bok



(źródło: Woźniowski M. Rosławski A.,: Fizjoterapia oddechowa. - AWF we Wrocławiu 1999)

W celu zapobiegania powikłaniom płucnym zaleca się:

- po operacjach chirurgicznych:
 - pozycje półsiedzącą z podpartymi plecami (pozycja ta sprzyja obniżeniu przepony)
 - ćwiczenia oddechowe odpowiednim torem (żebrowym lub przeponowym)
 - ćwiczenia efektywnego kaszlu
 - oklepywanie klatki piersiowej
- po operacjach kardiochirurgicznych:
 - pozycje półsiedzącą lub siedzącą
 - ćwiczenia oddechowe torem przeponowym
 - ćwiczenia efektywnego kaszlu (w siadzie, stabilizując klatkę piersiową)
 - oklepywanie klatki piersiowej
 - pozycje drenażowe
- po operacjach w chirurgii przewodu pokarmowego:
 - pozycje półsiedzące
 - ćwiczenia efektywnego kaszlu
 - oklepywanie klatki piersiowej
 - ćwiczenia oddechowe odpowiednim torem w zależności od operacji (np. wycięcie pęcherzyka żółciowego – tor przeponowy, wycięcie wyrostka robaczkowego – tor żebrowy)
- po operacjach ginekologicznych:
 - pozycje półsiedzące
 - ćwiczenia efektywnego kaszlu (w czasie ćwiczeń polecamy pacjentce trzymać ranę po obu stronach i w czasie kaszlu przybliżać jej brzegi)
 - oklepywanie klatki piersiowej
 - ćwiczenia oddechowe torem żebrowym, po upływie 4 dni dokładamy ćwiczenia torem przeponowym

Tatiana Lewicka

Moduł: Podstawy wiedzy o rozwoju społecznym i emocjonalnym dziecka.

Rozdział I

Szpital jako środowisko pacjenta.

Cele operacyjne rozdziału: sanitariuszka wie co to jest rozwój społeczny, wie jak przebiega rozwój społeczny dziecka od okresu niemowlęstwa od wczesnego dzieciństwa, wie w jakich środowiskach następuje uspołecznienie dziecka, zna wpływ najbliższego środowiska dziecka na jego rozwój społeczny.

Zjawiska rozwoju społecznego i uczuciowego pozostają ze sobą w tak ścisłych współzależnościach, że ich rozróżnienie jest bardzo trudne.

Przez rozwój społeczny najczęściej rozumie się :

„ ... szereg zmian, jakie dokonują się w osobowości jednostki, powodując to, iż jednostka ta staje się zdolna do konstruktywnego uczestniczenia w życiu i działalności społeczeństwa. ...”

Z obiektywnego punktu widzenia człowiek już od chwili swych narodzin wpływa na innych i podlega ich wpływom, fakt ten jednak nie od razu odzwierciedla się w jego zachowaniu.

W pierwszym okresie życia dziecko nie dostrzega specyficznego charakteru bodźców społecznych – ludzi traktuje na równi z bodźcami fizycznymi, nie zna też społecznych funkcji przedmiotów, z którymi się styka.

Umiejętność odróżniania ludzi od innych elementów środowiska dziecko osiąga pod koniec **trzeciego miesiąca życia** i odtąd można mówić o pierwszych interakcjach społecznych i umiejętności odróżniania bodźców społecznych od niespołecznych.

Na zbliżenie się osoby dorosłej niemowlę odpowiada tzw. **kompleksem ożywienia**, na który składają się: uśmiech, wokalizacja, ruchy kończyn i całego ciała.

Innym przejawem narodzin zainteresowania ludźmi jest to, że poczynając od czwartego miesiąca życia dziecko często reaguje płaczem na oddalenie się osoby dorosłej, a uspokaja się w odpowiedzi na jej głos i widok.

Na początku wieku **poniemowlęcego** dziecko szuka towarzystwa ludzi najbliższych, szczególnie dorosłych. Podchodzi do nich, uśmiecha się zagaduje, natomiast kontakty z rówieśnikami przybierają charakter badawczy. Dzieci podchodzą do rówieśników, dotykają, popychają, pociągają za ubranie, często dochodzi do próby sił.

W okresie **przedszkolnym** dzieci uczą się współżycia społecznego – biorą udział w zabawach grupowych, podporządkowują się prawom obowiązującym w grupie i poleceniom dorosłych.

W miarę tego, jak u rozwijającego się dziecka powiększają się sprawności psychiczne i fizyczne oraz gromadzi wiedza o świecie rzeczy, wzrasta dla niego coraz bardziej znaczenie sytuacji ludzkich, społecznych.

W kontaktach międzyludzkich na pierwszy plan wysuwają się dorośli, początkowo głównie w życiu rodzinnym, później także w szkole.

W wieku 7-8 lat więź dziecka z rodzicami nadal jest bardzo silna. Dziecko nadal chętnie przebywa w ich towarzystwie, bawi się z nimi, do rodziców zwraca się ze wszystkimi swoimi kłopotami i poszukuje ich pomocy. Poważniejsze niż dotąd znaczenie dla dziecka ma autorytet rodziców. We wcześniejszych okresach (niemowlęstwo, wiek przedszkolny) dziecko ujmowało w swych przeżyciach osobowość rodziców przede wszystkim emocjonalnie i intuicyjnie, reagowało głównie na dostrzeżone zachowania się matki lub ojca.

Obecnie reakcjom emocjonalnym zaczyna towarzyszyć intelektualna ocena postępowania rodziców i innych dorosłych. Dziecko podejmuje krytykę, jeszcze na ogół subiektywną w osądach, zabarwioną nastrojem chwili, wyznaczonym przez to, czy rodzice spełniają ich oczekiwania, czy też nie.

Oprócz rodziców i nauczycieli w życiu dziecka pojawiają się także inni dorośli: dziadkowie, dalsi krewni, pracownicy szkoły, itd. Krąg kontaktów społecznych dziecka coraz bardziej się poszerza; występują w nim także osoby obce, przypadkowo spotkane. Czasami są to kontakty sporadyczne, bez większego znaczenia, ale bywa, że dostarczają dziecku silnych wrażeń, są źródłem doświadczeń, które wpływają na dalszy rozwój dziecka.

W życiu dziecka w młodszym wieku szkolnym duże znaczenie w rozwoju społecznym zajmują rówieśnicy, z którymi kontakt staje się stopniowo coraz ważniejszy. W okresie tym możemy mówić o pewnym rozwarstwieniu – inne potrzeby dziecka zaspakajają dorośli, inne rówieśnicy.

Dorośli przede wszystkim troszczą się o dziecko, pomagają mu, stanowią dla niego autorytet, rówieśnicy są głównie towarzyszami zabaw, gier i innych rodzajów aktywności. W tym okresie zazwyczaj dziecko nie nawiązuje z rówieśnikami głębszego i trwałego kontaktu psychicznego.

Potrafią bawić się z każdym, nie znając się bliżej i nic o sobie nie wiedząc.

Dotyczy to także życia szkolnego – dzieci raczej nie wybierają sobie koleżanek i kolegów; siedzą w ławce z tym, z kim poleci nauczycielka i na ogół godzą się na zmiany jakie ona zaproponuje.

Taki stosunek do rówieśników jest uwarunkowany m.in. właściwościami intelektualnymi dzieci w tym okresie, zwłaszcza w pierwszej fazie młodszego wieku szkolnego.

Dziecko nie potrafi jeszcze przeprowadzić analizy właściwości psychicznych koleżanek i kolegów, dostrzega jedynie ich konkretne zachowania, nie potrafi natomiast ocenić ogólnie ich cech i postaw.

Lata 9–10 niosą za sobą przełom w relacjach dziecka z otoczeniem społecznym.

Dotąd silnie związane z rodzicami, zwraca się początkowo w sposób całkowity w kierunku nauczyciela, a następnie w stronę rówieśników. Towarzyszy temu wyraźnie zaznaczony negatywizm wobec dorosłych. Silna potrzeba przynależności do grupy rówieśniczej czyni z większości dzieci w tym okresie jednostki bardzo sugestywne, wzajemnie wpływające na siebie, a kontrsugestywne w stosunku do rodziców.

Dziecko stara się dostosowywać swoje czynności i pragnienia do potrzeb grupy, wzrasta jego wrażliwość na dezaprobatę. Sprzecznosc wymagań rodziców i rówieśników budzi refleksję moralną, zmusza do bardziej świadomych wyborów. Pojawiają się uczucia normatywne, reguły ulegają uwewnętrznieniu.

Biorąc pod uwagę powyższe spostrzeżenia i liczne prace z dziedziny psychologii można stwierdzić, że proces uspołeczniania dziecka przebiega w trzech podstawowych środowiskach:

- rodzinie,
- szkole
- środowisku koleżeńskim.

Rodzina stanowi najbliższe otoczenie dziecka i mieści w sobie liczne źródła uczuć. Dodatni wpływ na rozwój społeczny dziecka wywierają modele aktywności zawodowej i społecznej rodziców, które przyjmują różną formę. Rozmowy na ten temat, a nieraz bezpośrednia obserwacja pracy zawodowej i społecznej rodziców, mogą skłaniać dziecko do podejmowania różnorodnych rodzajów aktywności dostępnych mu w ramach działalności na terenie szkoły i organizacji dziecięcych.

Modelem, który wpływa niekorzystnie na proces socjalizacji dziecka ma postawa wzajemnej wrogości występująca między rodzicami, rodzeństwem lub innymi członkami rodziny, a także postawa egoizmu rodzinnego.

Egoizm rodzinny przejawia się troską o zaspakajanie potrzeb rodziny, w dążeniu do zapewnienia jej jak najlepszych warunków życia przy równoczesnym braku zrozumienia dla potrzeb innych ludzi, obojętności dla wszelkich spraw środowiska społecznego, które nie wiążą się bezpośrednio z interesami rodziny.

Pod wpływem tego rodzaju postaw rodziców dziecko ustosunkowuje się niechętnie do otoczenia, unika kontaktów, wyraża się lekceważąco o kolegach, którzy są gorzej ubrani, mają skromniejsze zasoby finansowe, itp.

Wpływ na proces socjalizacji dziecka ma także organizacja życia rodzinnego. Szereg czynności, które są związane z utrzymaniem porządku, przygotowaniem posiłku, opieką nad młodszym rodzeństwem, itp. powinny stać się udziałem dziecka.

W ten sposób przewyższamy skłonności egoistyczne, które przejawiają się w sądach, że rodzice powinni spełniać wszelkie pragnienia dziecka, ono natomiast nie jest zobowiązane do żadnych świadczeń na rzecz rodziny.

Wpływ środowiska rodzinnego na rozwój społeczny dziecka stał się przedmiotem badań i wielu eksperymentów.

Zajmowała się tym tematem m.in. Ludwika Mołojec-Wojciechowska, która wyróżniła cztery rodzaje środowisk wychowawczych:

- środowisko rodzinne wychowujące dziecko w sposób planowy, celowy, systematyczny – określone mianem „dobrej rodziny”
- środowisko rodzinne z przewagą okolicznościowego i przypadkowego wpływu wychowawczego – rodzina zaniedbująca
- dom dziecka z przewagą planowego, celowego i systematycznego wychowania – dobry dom dziecka
- dom dziecka nie zapewniający należytej opieki wychowawczej – zaniedbujący dom dziecka

Wyniki badań wykazały, że najwyższy poziom rozwoju społecznego osiągnęły dzieci z „dobrej rodziny”, najniższy zaś z takiego domu dziecka, w którym nie miały one odpowiedniej opieki – zaniedbujący dom dziecka.

Dzieci wychowywane w środowisku rodzinnym łatwiej przystosowują się do pracy w szkole niż wychowankowie domu dziecka, które mają trudności w nawiązywaniu kontaktów społecznych zarówno z rówieśnikami, jak też nauczycielami.

Drugim środowiskiem wychowawczym staje się szkoła. Dziecko staje się członkiem społeczności szkolnej, w której obowiązuje system norm regulujących postępowanie ucznia i stawia przed nim szereg wymagań i zadań. Uczeń nawiązuje różne liczne kontakty z nauczycielami, jak też z kolegami oddziałujące w dużym stopniu na proces socjalizacji. Ponieważ dziecko nawiązuje nowe kontakty społeczne pewnemu rozluźnieniu ulegają jego więzi z rodziną.

Rozdział II

Rozwój procesów emocjonalnych.

Cele operacyjne rozdziału: sanitariuszka potrafi samodzielnie określić co to jest emocja, zna rodzaje emocji, potrafi zdefiniować inne rodzaje emocji, zna źródła powstających uczuć i emocji.

Człowiek nie tylko poznaje rzeczywistość, lecz również w określony sposób ustosunkowuje się do niej.

Czynności psychiczne, które polegają na odzwierciedlaniu stosunku do rzeczywistości określa się jako procesy emocjonalne.

Jest to jedno z wielu określeń terminu emocje, ponieważ psychologia miała i wciąż ma kłopoty ze zdefiniowaniem tego terminu.

Emocja jest subiektywnym stanem psychicznym, uruchamiającym priorytet dla związanego z nią programu działania. Jej odczuwaniu towarzyszą zwykle zmiany somatyczne, ekspresje mimiczne i pantomimiczne oraz zachowania.

Emocje zalicza się do pierwotnych funkcji psychicznych człowieka, wspólnych ludziom i zwierzętom znajdującym się na wyższych poziomach rozwoju ewolucyjnego.

Uczucia odzwierciedlają zarówno wartość życiowej sytuacji dla człowieka, jak i wynikający stąd jego do niej stosunek.

Wg badaczy uczucia mają swoje źródła w konkretnych sytuacjach, przedmiotach, zdarzeniach i osobach, z jakimi człowiek styka się w codziennym życiu.

Jeżeli występują przedmioty i zdarzenia, które zna, z którymi wiąże się już jakieś jego doświadczenia, rozpoznaje je jako ważne i budzące przyjemne bądź przykre uczucia.

Boimy się sytuacji groźnych powtarzających się w życiu, ponieważ są nam znane jako niebezpieczne, a przeżywamy radość w innych, gdy co pewien czas ponawiamy w nich swój udział.

Są to **bezpośrednio działające źródła uczuć**, które wywołują przeżycia emocjonalne.

Istnieją także **pośrednie źródła uczuć**.

Różnorodne przeżycia emocjonalne aktywizują się w organizmie człowieka, gdy przypomina sobie zdarzenia z przeszłości, obrazy nieobecnych osób, kiedy czyta i rozumie opisy losów innych ludzi zarówno rzeczywistych, jak i stworzonych przez powieściopisarzy.

Treść naszych wyobrażeń i myśli również wywołuje pojawienie się procesów emocjonalnych.

Jednym ze źródeł powstawania uczuć są procesy fizjologiczne i potrzeby naszego organizmu. Biologicznym źródłem uczuć są np. potrzeby fizjologiczne.

Potrzeba pożywienia wywołuje specyficzne uczucie głodu.

Procesy fizjologiczne, stanowiące podstawę uczuć, są skomplikowane. Stwierdzono, że dużą rolę w procesie powstawania i przebiegu uczuć odgrywają ośrodki podkorowe. Współdziałają one z wegetatywnym układem nerwowym, powodując rozmaite zmiany w akcji serca, w działalności wątroby, stosownie do przeżywanych emocji.

Niezależnie od wielkiej różnorodności, uczucia można dzielić na przeciwstawne sobie grupy.

Tę właściwość uczuć nazywamy **biegunowością**. Możemy więc wyliczyć uczucia przeciwstawne, jak: radość – smutek, wesołość – zmartwienie.

W związku z tym wszystkie uczucia możemy podzielić na uczucia przyjemne i nieprzyjemne. Do przyjemnych należy zaliczyć zadowolenie, radość, miłość, itp. Do nieprzyjemnych należy uczucie strachu, przygnębienie, rozpacz, wstręt.

Uczucia przyjemne nazywamy również dodatnimi, ponieważ w nich uwidacznia się dodatni, afirmujący stosunek człowieka do przedmiotów wywołujących te uczucia. Uczucia nieprzyjemne natomiast nazywamy ujemnymi, gdyż w nich wyraża się ujemny, negatywny stosunek człowieka do przedmiotów wywołujących te uczucia. Innym podziałem uczuć ze względu na przeciwstawne właściwości jest podział na uczucia o charakterze czynnym i biernym.

Uczucia o charakterze czynnym wyzwalają energię, podnoszą aktywność, pchają człowieka do działania. Taki warunek spełniają uczucia entuzjazmu, uniesienia. Natomiast uczucie rezygnacji, zniechęcenia, apatii hamują naszą energię, obniżają zdolność do działania, dlatego też nazywamy je uczuciami biernymi.

Poszczególne stany emocjonalne różnią się długością i siłą przeżywania.

Z tego względu wyróżnia się nastroje, afekty i namiętności.

Nastroje

są procesami o stosunkowo słabym natężeniu, trwają niekiedy przez dłuższy czas, towarzyszą człowiekowi podczas jego działań i odpoczynku; nie zawsze zdajemy sobie sprawę, jakie są ich źródła. W nastrojach uczucia nie są skierowane na określony przedmiot. Na nastrój wywiera wpływ stan fizyczny, jak np. zmęczenie lub niedomaganie w zakresie zdrowia; prawidłowe funkcjonowanie organizmu sprzyja powstawaniu nastrojów pogodnych. Wpływają na nastroje również niepowodzenia lub sukcesy w głównej dziedzinie działalności człowieka. Tak np. przykrości w pracy mogą wywoływać nastroje przygnębienia.

Afekty

stanowią grupę przeżyć wywołanych przez różnorodne zdarzenia i sytuacje zewnętrzne. Znamioną cechą afektów jest to, że pojawiają się stosunkowo szybko i nagle; mają niekiedy charakter gwałtownego wybuchu. Najłatwiej obserwuje się to w wypadku takich emocji, jak strach i gniew. Powstający proces bardzo szybko przybiera na sile nadając zachowaniu się człowieka charakter eksplozywności. Gdy afekt osiąga dużą siłę, procesy poznawcze tracą swoją rolę w kierowaniu zachowaniem się, uczucie dominuje nad nimi i człowiek działa kierowany głównie uczuciem. Mówi się wówczas o „działaniu w afekcie”, z którego przebiegu nie zawsze zdajemy sobie sprawę i którego skutków nie jest się w stanie przewidzieć. Nie pozwala bowiem na to napięcie emocjonalne. Afekt może być poważnym wstrząsem dla osoby przeżywającej go, przeżycie tego typu wygasa powoli, a ponieważ aktywność organizmu jest wtedy bardzo intensywna, gdy proces zakończy się, człowiek odczuwa stan ogólnego znużenia.

Namiętności

to uczucia, które mają trzy znamienne właściwości: dużą intensywność, znaczną siłę napięcia i długie okresy trwania. Znajduje w nich odzwierciedlenie wyraźnie pozytywny stosunek do pewnych przedmiotów, działań i celów, mających dla danej jednostki doniosłe znaczenie w życiu – w przeciwieństwie do afektów nie charakteryzują się one „wybuchowością”. Ujawniają się przede wszystkim w sytuacjach, w których występują ważne cele i działania, nie górują nad procesami świadomości, kierującymi aktywnością człowieka. Tak więc w przypadku namiętności mamy do czynienia z silnym zaangażowaniem emocjonalnym danej osoby w podejmowane przez nią czynności, prowadzące do realizacji celu, przy czym stale obecna jest kontrolująca je, organizująca i planująca funkcja świadomości.

Ze względu na źródła uczuć wyróżnia się najczęściej uczucia intelektualne, moralno-społeczne i estetyczne.

Uczucia intelektualne pojawiają się w procesie poznania rzeczywistości, w jego przebiegu i treści. Wśród nich wymienia się z kolei ciekawość i zainteresowanie, wyrażają one badawczy stosunek do rzeczywistości, zawierający się w najogólniejszym pytaniu: „Jaki jest świat?” Ciekawość jest uczuciem wyzwalałym u dzieci i dorosłych krótkotrwałe raczej, dorywcze i zmienne działania zmierzające do uzyskania informacji o przedmiotach, ludziach, zdarzeniach, itp. Zainteresowania natomiast są znacznie bardziej stałe, niekiedy towarzyszą ludziom przez całe ich dojrzałe życie. Pobudzają do systematycznej i wytrwałej działalności poznawczej skierowanej na jakąś dziedzinę rzeczywistości.

Uczucia moralno-społeczne powstają w warunkach współżycia i współdziałania ludzi, rozwijają i kształtują w toku uczestnictwa jednostki początkowo w życiu rodziny i szkoły, następnie w rozmaitych innych grupach społecznych zarówno małych, kilkusobowych, jak i bardzo licznych.

W uczuciach tej kategorii odzwierciedlają się różnorodne ustosunkowania ludzi do siebie i wszelkich wartości wytwarzanych w działalności społecznej.

Wartości te można najogólniej ująć w trzech podstawowych kategoriach:

- działanie i dokonujące się w nim kontakty między ludźmi
- twórczość ludzi w zakresie dóbr materialnych, moralnych, światopoglądowych, itp.
- ustosunkowanie się jednostki do siebie jako członka grupy

Uczucia moralno-społeczne są pozytywne oraz negatywne. Są to zawsze uczucia bardzo złożone, ale zawsze można w nich zauważyć jakiś charakterystyczny proces emocjonalny stanowiący ich dominantę. Wśród pozytywnych uczuć moralno-społecznych wyróżnia się uczucia życzliwości i przywiązania, braterstwa i solidarności. Szczególnie złożonym tego rodzaju uczuciem jest patriotyzm.

W dziedzinie negatywnych uczuć moralno-społecznych znajdują się takie, jak wrogość, nienawiść, zawiść i różnorodne odmiany uczuć agresywnych, z których typowy jest gniew.

Uczucia estetyczne odzwierciedlają stosunek do przedmiotów, których cechą jest piękno. I one mają swoisty składnik poznawczy przejawiający się w rozumieniu dzieł sztuki: utworów literackich, muzycznych czy plastycznych.

Rozdział III

Kształtowanie się życia emocjonalnego dzieci.

Cele operacyjne rozdziału: sanitariuszka wie jak przebiega rozwój emocjonalny dziecka, zna różnorodność stanów emocjonalnych dziecka, zna wpływ środowiska na kształtowanie się życia emocjonalnego u dzieci, zna pojęcie inteligencji emocjonalnej.

Proces kształtowania się podstaw późniejszego, bardzo skomplikowanego życia psychicznego dokonuje się w dwu okresach: w niemowlęctwie i w wieku ponimowlęcym.

W niemowlęctwie (pierwszy rok życia) na szczególne wyróżnienie zasługuje początkowy miesiąc życia dziecka.

Noworodek wymaga bowiem wyjątkowo wszechstronnej i intensywnej opieki matki. W tym czasie niemal gwałtownie dokonuje się proces przystosowania się organizmu do zewnętrznych warunków fizycznych. Kontakt niemowlęcia z otoczeniem jest

początkowo bardzo ograniczony, dopiero stopniowo rozszerza się i doskonali.

Przyczynia się do tego przede wszystkim niski poziom rozwojowy narządów odbiorczych (receptorów), które nie od razu reagują na wiele podniet. Te właściwości poznawczego, informacyjnego kontaktu ze środowiskiem są jedną z podstawowych przyczyn ograniczoności i braku różnicowania przeżyć emocjonalnych, pojawiających się u noworodka i niemowlęcia.

W przemianach **pierwszego roku życia** niezwykle trudno różnicować pod względem charakteru reakcje emocjonalne. Najwyraźniejsze są reakcje dwóch głównych kategorii: uczucia przyjemne i uczucia przykre. Takie stany organizmu, jak głód, odczuwanie zimna, niewygodne ułożenia ciała, stanowią powód występowania przeżyć emocjonalnych o ujemnym zabarwieniu. Reakcje wywołane stanami zaspokojenia biologicznych potrzeb, ciepło, wygodna pozycja ciała – mają charakter przyjemnych, dodatnich przeżyć.

Procesy emocjonalne w okresie ponimowlęcym są bardziej skomplikowane i często subtelniejsze. Przyczynia się do tego rozwój całego organizmu dziecka, wszystkich podstawowych funkcji. Rośnie sprawność motoryczna, doskonali się aktywność sensomotoryczna i intelektualne poznanie świata. Dziecko zdobywa coraz więcej doświadczeń poznawczych i wiedzy o otoczeniu, które osiąga w bezpośrednich z nim kontaktach.

Znamienną cechą uczuć w tym okresie jest fakt, że uczucia i ich wyrażanie stają się coraz mniej żywiołowe i impulsywne, czasem – na miarę możliwości dziecka – gwałtowne. Są jednak jeszcze żywe i szczere, co właśnie decyduje o wdzięku i uroku zdrowego dziecka, wychowującego się w korzystnych warunkach wychowawczych. Uczucia nadal są zmienne, szybko przechodzą w biegunowo przeciwstawne: radość w rozpacz i smutek, gniew nagle wygasa, a agresja przechodzi od razu w tliwie i łagodne zachowanie się wobec tej samej osoby. Reakcje emocjonalne są nadal związane głównie z pojawieniem się potrzeb biologicznych i ich zaspokojeniem oraz krótkotrwałymi zachciankami i zaciekawieniem.

Dziecko w **wieku 3-7 lat** rozszerza teren swojej naturalnej i spontanicznej aktywności.

Dom rodzinny pozostaje nadal głównym jego środowiskiem, ale większość dzieci wiele czasu przebywa w przedszkolu, przez co skraca się ich pobyt w rodzinie. Decyduje to o dość dużym jego usamodzielnieniu i dają okazję do uzyskiwania nowych doświadczeń. Nowym źródłem przeżyć emocjonalnych staje się zmiana rodzaju i wzrost wymagań, jakie dziecku stawia otoczenie. Wymaga to rozwoju i doskonalenia dojrzałości emocjonalnej.

Psychologowie zgodnie twierdzą, że w wieku przedszkolnym znaczna większość dzieci przeżywa wielkie bogactwo różnorodnych, zróżnicowanych uczuć.

Do charakterystycznych cech okresu przedszkolnego należy również wyraźnie za

chodząca zmiana niektórych reakcji emocjonalnych, w porównaniu z okresem niemowlęstwa.

Dziecko w wieku przedszkolnym już nie cieszy się w sytuacjach, które poprzednio wywoływały radość, w innych budzących grozę, przestaje się bać.

Dziecko w wieku **wczesnoszkolnym** zaczyna funkcjonować w trzech podstawowych środowiskach, które określają jego aktywność. Jest to dom, szkoła i grupa rówieśnicza. Środowiska te stają się źródłami uczuć dodatnich i ujemnych.

Uczucia radości pojawiają się w młodszym wieku szkolnym w wielu podobnych sytuacjach, jak te, które są właściwe okresowi przedszkolnemu. Obecnie są to jednak przeżycia bardziej złożone, choć źródła pozostają takie same.

W młodszym wieku szkolnym pojawia się tendencja świadomego manipulowania uczuciami nieszczerymi, udawania doznań emocjonalnych, mimo że się ich w rzeczywistości nie przeżywa. W okresie przedszkolnym, jeżeli takie zjawiska u niewielkiej liczby dzieci występowały, było to raczej udawanie przekorne, dziecko bowiem jawnie demonstrowało igrząc z dorosłymi na przykład, że udaje radość, zmartwienie czy ból.

Teraz chodzi o przekonujące zasugerowanie otoczeniu, że się jest naprawdę radosnym i zadowolonym, mimo że przeżywa się niechęć lub w ogóle pozostaje się nie wzruszonym.

Uczucia moralno-społeczne kształtują się w okresie młodszoszkolnym w szerszych niż do tej pory środowiskach i w toku bardziej różnorodnej aktywności dzieci. Główne źródła tych uczuć nadal tkwią w rodzinie, ale coraz większą rolę pełni szkoła, która daje sposobność do złożonych interakcji z rówieśnikami, młodszymi i starszymi kolegami, jak również znaczną liczebnie i charakterologicznie zróżnicowaną grupą dorosłych, przede wszystkim nauczycieli-wychowawców.

Aby rozwój uczuciowy dziecka przebiegał w sposób harmonijny rodzice muszą znać ich przeżycia i reakcje uczuciowe. Dzięki obserwacji, analizie ich wypowiedzi i bliskiemu kontaktowi z dzieckiem rodzice mogą zdobyć orientację, jakie uczucia przeżywają dzieci, w jakich sytuacjach występują te uczucia, jaki jest ich wyraz zewnętrzny i jak wpływają na działanie. Prawidłowe relacje w rodzinie prowadzą do rozwoju dziecka emocjonalnie inteligentnego.

Po raz pierwszy termin inteligencja emocjonalna pojawił się w literaturze fachowej w latach dziewięćdziesiątych XX w.

Wprowadził go Daniel Goleman w swojej książce „Inteligencja emocjonalna”.

Inteligencja emocjonalna - pojęciem tym zaczęto określać stopień rozwoju procesów emocjonalnych, który kieruje naszymi zachowaniami.

Zwrócono uwagę, że dziecko emocjonalnie inteligentne potrafi:

- wczuwać się w uczucia drugiego człowieka, okazywać empatię

- kontrolować własne uczucia
- pokonywać trudności i własne życiowe problemy
- adaptować się do zmian
- szanować drugiego człowieka
- akceptować różnorodności

Wychowanie dziecka emocjonalnie inteligentnego to suma wszystkich rodzicielskich poczynań, podczas których staramy się stworzyć i utrzymać równowagę w relacjach z dziećmi. Powinniśmy działać w sposób, który wyeksponuje ważność uczuć i pomoże nam oraz naszym dzieciom radzić sobie z całą gamą emocji dzięki odpowiednio rozwiniętemu poczuciu samokontroli. Dzieci potrzebują takiej umiejętności żeby właściwie rozwijać się w pozytywnym, kształcącym i oferującym im pewne możliwości środowisku. Przeciwnieństwem takiego postępowania jest działanie pod wpływem impulsów lub przyzwolenie, by emocje dominowały w naszych poczynaniach do tego stopnia, że tracimy kontrolę nad swoim zachowaniem – Daniel Goleman nazywa taki stan „porwaniem emocjonalnym”.

Rozdział IV

Reakcje dzieci na chorobę i pobyt w szpitalu - sposoby postępowania - co może zrobić sanitariuszka, aby ułatwić dziecku hospitalizację.

Cele operacyjne rozdziału: sanitariuszka wie w jaki sposób dziecko reaguje na pobyt w szpitalu w zależności od jego wieku, potrafi interpretować zachowania dziecka przebywającego w szpitalu, potrafi zorganizować najbliższe otoczenie dziecka w sposób zmniejszający negatywne emocje, potrafi zagospodarować dziecku czas wolny.

W życiu każdego dziecka, niezależnie czy jest to dziecko całkiem małe czy też większe, zdarza się sytuacja, kiedy z powodu występującej choroby konieczny jest pobyt dziecka w oddziale szpitalnym.

W zależności od wieku dziecka, czy jest to niemowlę, czy dziecko w wieku szkolnym, możemy spodziewać się różnych reakcji - od gwałtownego protestu połączonego z głośnym krzykiem po reakcję wycofania-widzimy, że dziecko jest na bardzo ciche i spokojne, nie wykazuje zainteresowania najbliższym otoczeniem. Z poprzednich rozdziałów wiadomo w jaki sposób przebiega rozwój społeczny i emocjonalny dziecka, jakie środowiska wywierają wpływ na prawidłowy rozwój dziecka w sferze psychicznej.

Choroba i pobyt w szpitalu jest dla dziecka stanem szczególnym. Aby móc we właściwy sposób skierować działania na niesienie pomocy dziecku, warto krótko zastanowić się czym dla „malucha” bądź też dziecka starszego jest hospitalizacja.

Dziecko, które z powodu choroby znajduje się w szpitalu, zostaje nagle wyrwane ze swojego naturalnego i bezpiecznego środowiska jakim jest dom i rodzina. Zostaje przeniesione do obcego pomieszczenia, gdzie każdy sprzęt i mebel nie przypomina jego otoczenia-obce zapachy, kolory. Nie ma też wokół niego osób najbliższych-większość swojego czasu dziecko będzie w czasie hospitalizacji spędzać z obcymi ludźmi - lekarze, pielęgniarki, sanitariuszki. Którzy jakkolwiek są przyjaźnie i życzliwie nastawieni do dziecka – nie są jego rodziną. W chwili obecnej, na szczęście, już wiele placówek leczniczych zapewnia możliwości pobytu matki z dzieckiem w trakcie hospitalizacji. Nie jest to jednak możliwe we wszystkich przypadkach-dlatego też dzieci czują się często opuszczone, zagubione i pozbawione możliwości zaspokojenia potrzeby miłości i bezpieczeństwa. Poza tym często proces leczenia łączy się z różnymi nieprzyjemnymi dla dziecka i bolesnymi badaniami, istoty których ono nie pojmuje.

W **okresie niemowlęstwa** nie ma specyficznych reakcji na chorobę czy strach przed zranieniem. Młodsze niemowlęta reagują na ból uogólnioną reakcją całego organizmu, w tym głośnym krzykiem i mimiką twarzy. W przypadku starszych dzieci, oprócz reakcji uogólnionej możemy zaobserwować reakcje ukierunkowane – odsuwanie części ciała, która jest raniona (np. wyrywanie rączki przed zrobieniem zastrzyku), złość oraz opór fizyczny.

Niemowlęta poniżej 3 miesiąca życia dość dobrze znoszą krótką hospitalizację, jeżeli towarzyszy im opiekun zaspokajający ich podstawowe potrzeby fizyczne. Pomiędzy 4 a 6 miesiącem życia niemowlęta zaczynają rozpoznawać matkę i ojca, nabywają zdolności „autoidentyfikacji”- strach przed obcymi. Z tego powodu dzieci mogą odczuwać duży strach przed rozstaniem z rodzicami i pobytem w szpitalu.

Aby w miarę możliwości niwelować ujemne skutki pobytu w szpitalu można podjąć bardzo proste a jednak skuteczne działania:

- należy spędzić trochę czasu w polu widzenia dziecka w czasie, gdy są z nim rodzice – pozwoli to dziecku rozpoznać cię jako osobę „nieobcą”, nie wywołującą reakcji lękowych
 - należy dbać o dziecko- zapewnić mu komfort i wygodę, dbać o jego higienę i zaspokajanie głodu
 - w otoczeniu dziecka powinny znaleźć się jego ulubione zabawki
- należy nawiązywać z dzieckiem jak najczęściej kontakt werbalny i niewerbalny – uśmiech skierowany do dziecka, mówienie do dziecka
- zapewnienie dziecku poczucia bezpieczeństwa – wszystkie czynności higienicz-

no-pielęgnacyjne wykonywać delikatnie i spokojnie, nie wprowadzać nerwowej atmosfery.

Świadomość własnego ciała u dziecka w **wieku wczesnodziecięcym** jest ograniczona, szczególnie w zakresie identyfikacji granic własnego ciała, dlatego wszelkie procedury medyczne prowadzą do wytworzenia poczucia lęku. Małe dzieci reagują na ból w sposób podobny do niemowląt, a wcześniejsze doświadczenia mogą wpłynąć na ich późniejsze reakcje, dzieci mogą być smutne jeśli tylko przeczuwają, że zaraz doznają bólu.

Pierwotnym mechanizmem małego dziecka na sytuacje stresowe, takie jak hospitalizacja jest regresja – wycofanie. Większość małych dzieci zostaje, przynajmniej czasowo, odseparowanych od swoich rodziców, co dzieci odbierają jako porzucenie – wiek 18 miesięcy to szczyt strachu przed rozstaniem. Hospitalizacja może prowokować strach przed rozstaniem, który przebiega w trzech fazach:

1. **protest** – dziecko płacze za rodzicami, słownie lub fizycznie atakuje innych, stara się znaleźć rodziców, przytula się do nich i nie daje uspokoić
2. **zwątpienie** – dziecko przestaje interesować się otoczeniem zabawą, przejawia pasywność, depresję i utratę apetytu
3. **odseparowanie** – (negacja) – dziecko zaczyna wykazywać powierzchowne zainteresowanie, ale pozostaje odizolowane, faza ta zazwyczaj występuje u dzieci długo odseparowanych od rodziców rzadko występuje u dzieci hospitalizowanych.

Jako osoba, która opiekuje się dzieckiem wprowadź pewne sposoby postępowania, które ułatwią dziecku pobyt w szpitalu:

- pozwól dziecku na wyrażanie protestu i zaaklimatyzowanie się w nowym miejscu
- zaproponuj, aby rodzice przynieśli dziecku jego ulubioną zabawkę, kocyk lub przedmiot, który kojarzy się silnie z rodzicami
- bądź z dzieckiem szczerą w rozmowach na temat czasu, kiedy rodzic wróci
- spróbuj dowiedzieć się jakich sformułowań używa dziecko i stosuj je w rozmowie z nim
- zapewnij komfort fizyczny i poczucie bezpieczeństwa
- jeżeli znasz poziom rozwoju ruchowego dziecka, promuj jego samodzielność – samodzielne jedzenie, korzystanie z toalety, ubieranie się, itp.
- Jak najczęściej nawiązuj z dzieckiem kontakt werbalny – w ten sposób rozwijasz jego słownictwo

W wieku **przedszkolnym** dzieci mają problem z oddzieleniem siebie od świata zewnętrznego. Jako przyczynę choroby postrzegają całkowicie nie związane z nią zjawiska. W psychice dziecka przeważa tzw. „myślenie magiczne”, które powoduje, że dzieci często postrzegają chorobę jako karę.

Pierwotnym mechanizmem obronnym małego dziecka na sytuacje stresowe w tym na hospitalizację jest regresja (wycofanie). Strach przed uszkodzeniem ciała i bólem prowadzi do leku przed zabiegami medycznymi. Hospitalizację odbierają jako karę, a oddzielenie od rodziców jako brak miłości.

Spróbuj ułatwić dziecku pobyt w szpitalu poprzez:

- współpracuj z pielęgniarką w zakresie wyjaśniania dziecku na czym polegają badania wykonywane u niego
- staraj się być obecna przy dziecku w czasie wykonywanych zabiegów
- nagradzaj za odwagę
- zainicjuj zabawę w lekarza i pacjenta-pozwól dziecku używać do zabawy przedmiotów związanych z pracą lekarza, np. pozwól posłuchać słuchawkami jak bije serce
- promuj u dziecka samodzielność
- przekonaj dziecko, że choroba nie jest karą i ono nie jest odpowiedzialne za chorobę
- zapewnij komfort fizyczny i psychiczny
- mów do dziecka w sposób prosty, nie używaj niezrozumiałych słów i sformułowań

Dzieci w **wieku szkolnym** za przyczynę chorób uważają czynniki zewnętrzne, mają świadomość odrębności różnych chorób, np. wiedzą, że nowotwór jest poważniejszy od przeziębienia. Dzieci w wieku szkolnym mają problemy z ograniczaniem wolności, mogą mieć kłopoty z wyrażaniem swoich myśli słowami a świadomość własnego ciała może utrudniać prowadzenie nad nimi opieki.

Do pierwszorzędowych mechanizmów obronnych zalicza się **reakcję upożerowania**, nieświadomy mechanizm obronny polegający na tym, że dziecko prezentuje zachowanie przeciwne do emocji, które aktualnie przeżywa. Typowo dziecko udaje, że jest odważne, podczas gdy w rzeczywistości jest wystraszone. Reakcja na separację dzieci w wieku szkolnym polega na okazywaniu osamotnienia, znudzenia, izolacji i depresji. Mogą również okazywać agresję i drażliwość, a także brak chęci do kontaktów z rodzeństwem czy rówieśnikami. Dzieci także często odczuwają stres przed uszkodzeniem ciała i bólem, który wynika ze strachu przed chorobą, niepełnosprawnością i śmiercią.

Twój sposób postępowania może ułatwić dziecku rozstanie z rodzicami. Postaraj się podjąć poniższe kroki:

- zachęcaj dziecko do wyrażania swoich myśli oraz do zabaw z rówieśnikami
- zachęcaj dziecko do rysowania, składania klocków
- używaj gier edukacyjnych
- zapewnij możliwość prawidłowych kontaktów międzyludzkich

Obawy **nastolatka** związane z hospitalizacją dotyczą zmian wyglądu zewnętrznego, rozłąki z przyjaciółmi, pojmowania choroby jako kary (wiek 12-14 lat), ograniczenia niezależności – konieczność pozostawania w szpitalu.

Do pierwszorzędowych mechanizmów obronnych zalicza się **zaprzeczenie i przeniesienie** – przerzucenie uwagi z niepożądanego obiektu lub uczucia na inne, łatwiejsze do zaakceptowania. Utrata kontroli wiąże się z utratą poczucia tożsamości i wzrostem poczucia zależności, co może wywołać u nastolatka reakcje o charakterze odrzucenia, braku współpracy, samoobrony, gniewu lub frustracji. Osoby takie mogą unikać kontaktów z otoczeniem, nawet ze swoją grupą rówieśniczą. Obawa przed okaleczeniem i przemiany płciowe manifestują się przez zadawanie licznych pytań, odrzucenie innych osób, poddawanie w wątpliwość prawidłowości postępowania leczniczego, skargi o charakterze psychosomatycznym. Odizolowanie, zwłaszcza od grupy rówieśniczej, może wywołać dalsze wycofywanie się, poczucie osamotnienia i znudzenia.

Spróbuj podjąć poniższe kroki, aby ułatwić proces leczenia:

- nawiązuj z nastolatkami kontakt na ich poziomie
- ustal granice postępowania
- możesz udzielić porad dotyczących zagadnień zdrowotnych – higieny osobistej, odżywiania
- wspieraj kontakty z rówieśnikami
- promuj wsparcie ze strony rodziny

Moduł: Podstawy żywienia dietetycznego dzieci i młodzieży.

Rozdział I

Prawidłowe żywienie niemowląt i dzieci w wieku poniemowlęcym.

Cele operacyjne rozdziału: sanitariuszka wie jakie jest znaczenie naturalnego karmienia, zna właściwości odżywcze mleka matki, wie jakie pokarmy wprowadza się do diety dzieckaw zależności od jego wieku, zna produkty mogące wywołać alergię u dziecka

Mleko matki jest naturalnym pokarmem, a karmienie dziecka piersią przez pierwsze 4 miesiące daje mu ogromne korzyści.

Siara pojawia się tuż po porodzie, przeźroczysta, rzadka wydzielina gruczołów piersiowych matki jest bogata w przeciwciała podnoszące odporność noworodka na choroby. Wydzielane później gęstsze mleko może aż do 6 miesiąca życia w pełni pokrywać potrzeby żywieniowe niemowlęcia.

Mleko matki zawiera wszystkie potrzebne dziecku białka, witaminy i składniki mineralne. Pokarm dostarcza niezbędnych, nienasyconych kwasów tłuszczowych, które są ważnym składnikiem ludzkiego mózgu i systemu nerwowego, przyczynia się również do wzrostu naturalnej odporności na infekcję.

Dzieci karmione piersią rzadko cierpią na zapalenie żołądka i jelit. Są też mniej podatne na zakażenie płuc, uszu i dróg moczowych. Rzadziej zapadają na choroby alergiczne, na przykład astmę, problemy skórne.

Bliski kontakt matki z dzieckiem podczas karmienia ma również ogromny wpływ na rozwój osobowości zarówno dziecka jak i matki. Udowodniono również, że niemowlęta karmione piersią lepiej się rozwijają, a jako dzieci w wieku szkolnym mają lepsze wyniki w nauce.

Jakość naturalnego żywienia dziecka zależy w znacznej mierze od sposobu odżywiania się jego matki. Dieta kobiet w czasie laktacji powinna być urozmaicona, bogata w białko (nabiał, wędliny), surowe warzywa, owoce, tłuste ryby, pełnowartościowe produkty zbożowe, dodatkowe porcje witamin. Ważnym elementem jest spożywanie znacznej objętości płynów (ponad 1 l. dziennie, a w okresie letnim 2 l. na dzień). Najbardziej polecane są woda mineralna, soki, mleko i przetwory mleczne, słaba herbata.

W czasie laktacji należy unikać: kawy, mocnej herbaty, potraw ostro przyprawionych, produktów wzdymających (fasola, bób, kapusta, czereśnie, wiśnie).

Stosowanie monotonnej, ubogiej diety może być przyczyną niedożywienia matki, zmniejszenia lub nawet całkowitego zaprzestania produkcji jej mleka.

U dzieci między 4-6 miesiącem życia możemy zacząć wprowadzać pokarmy o konsystencji stałej. Powinny one być lekkostrawne i nie mogą wywoływać reakcji alergicznych. Początkowo nie jest zbyt ważne, czy pożywienie stałe w pełni zaspokaja potrzeby żywieniowe dziecka, ponieważ otrzymuje jeszcze pokarm matki, co gwarantuje zaspokojenie podstawowych potrzeb jego organizmu. Jako pierwsze pożywienie stałe, podajemy dziecku rozklejony ryż z dodatkiem własnego pokarmu lub modyfikowanego mleka. Następnie wprowadzamy soki owocowe i warzywno-owocowe z jabłek, marchwi, dyni. Należy pominąć szpinak, rzepę oraz buraki przynajmniej do 6 miesiąca życia dziecka, ponieważ warzywa te zawierają azotany, które w niektórych okolicznościach mogą wywoływać u niemowląt niedokrwistość. Owocami i warzywami wprowadzanymi w 5-tym miesiącu życia są: ziemniaki, seler, por, pietruszka, owoce dzikiej róży, czarne jagody. Jest to również czas na wprowadzanie zup bez mięsa. Tłuszcz, który możemy dodać do zup jarzynowych powinien być wysokogatunkowy. Może być nim masło, oliwa z oliwek lub olej rzepakowy.

Od 6-miesiąca życia żywienie dziecka wzbogaca się o nasiona roślin strączkowych (z soją włącznie), pomidory, kalafior, cebulę, śliwki, morele, brzoskwinie, białe winogrona, czarną i czerwoną porzeczkę oraz mięso gotowane (mięso kurczaka, indyka, królika, cielęcinę, jagnięcinę, wołowinę). Ważne jest aby zupy jarzynowe z mięsem nie zawierały wywarów. Nie należy solić potraw dla niemowląt, nadmiar soli może spowodować odwodnienie organizmu.

Zwiększając ilość i różnorodność pożywienia między 6-9 miesiącem życia dziecka możemy zacząć wprowadzać żółtko jaja kurzego (dobrze ugotowane). Zaleca się podawanie początkowo 0,5 żółtka co drugi dzień. Całe żółtko można wprowadzić dopiero od 8-ego miesiąca życia niemowlęcia. Dodaje się je do zup jarzynowych.

W 10-tym miesiącu życia do jadłospisu dziecka wchodzi owoce, banany, mandarynki, marakuja, ananas. Możemy zacząć podawać produkty zbożowe zawierające gluten (wszelkiego rodzaju kasze, przetwory pszenicy, żyta, jęczmienia i owsa, zwykłe makarony, pieczywo, ciasto, herbatniki), wędliny.

W 11- miesiącu życia żywienie wzbogaca się o twarożki, kefiry, jogurty i całe jaja podawane 3-4 razy w tygodniu.

Należy zwrócić uwagę, aby nowe produkty wprowadzać początkowo w niewielkich ilościach (1 łyżeczka) i stopniowo zwiększać (wciągu kilku dni). Następną istotną

sprawą jest wprowadzanie wszelkich nowych pokarmów pojedynczo. W razie wystąpienia objawów ich złej tolerancji łatwiej będzie skojarzyć i wycofać je z diety naszego dziecka.

Najlepiej nie przyprawiać potraw, mogą one drażnić przewód pokarmowy niemowlęcia i powodować biegunki. Zaleca się ponadto, aby dzieciom przed 12-stym miesiącem życia nie podawać mleka krowiego, które jest ubogie w żelazo, nie można też ich żywić mlekiem odtłuszczonym, bo produkty te zawierają za mało witaminy A i D oraz są zbyt niskokaloryczne.

Żywnienie dziecka które ukończyło **pierwszy rok życia** zaczyna przypominać właściwie żywienie osób dorosłych. Dziecko może jeść już wszystko, jeśli jest to miękkie, soczyste i ma odpowiednią temperaturę. Nowe pokarmy jakie się wtedy pojawiają w jego jadłospisie to pomarańcze, truskawki, ryby, orzechy, czekolada, kakao. Późne wprowadzanie tych artykułów podyktowane jest wysokim ryzykiem wywołania alergii na te produkty. Do posiłków możemy podać sok pomarańczowy rozcieńczony z wodą w proporcjach 1:1, by wspomógł adsorpcję żelaza, szczególnie wówczas gdy nie podajemy mięsa. Minimum raz dziennie wprowadzamy produkty pochodzenia zwierzęcego lub 2 razy dziennie produkty ze źródeł roślinnych. Do jadłospisu wchodzi potrawy duszone i pieczone.

Większości przypadków apetyt dziecka zmniejsza się po ukończeniu pierwszego roku życia. Konsekwencją takiego stanu bywa żywienie dziecka „przy okazji” żywienia osób dorosłych. Najczęściej popełniane błędy to zbyt małe spożycie warzyw i owoców, nadmiar słodczy czy podawanie nie modyfikowanego mleka krowiego. Skutkiem tego jest brak pełnego pokrycia zapotrzebowania dobowego na wapń, witaminę D, żelazo, jod. Nadmiar słodczy, słodkich soków oraz spożywanie przekąsek przy ograniczeniu aktywności fizycznej może stać się przyczyną nadwagi i otyłości w późniejszym wieku.

Dzieci w wieku 1 – 3 lat Powinny spożywać 4 posiłki na dobę. Nie należy zmuszać dziecka do jedzenia pamiętając, że żołądek jest niewiele większy od jego piąstki. Posiłki powinny być skomponowane w taki sposób by pokrywały zapotrzebowanie organizmu na wszystkie składniki odżywcze.

Ograniczyć należy spożycie tłuszczu zwierzęcego (łój, słonina).

Wybierać chude gatunki mięs (drób, cielęcina, ryby).

Nie podawać dziecku twardych margaryn, do 3-ego roku życia używać wyłącznie masła.

Unikać potraw smażonych, ciężkostrawnych, wzdymających

Do jadłospisu należy włączyć duże ilości warzyw i owoców.

Nie używać soli i nie dosładzać potraw i napojów

Do 3-ego roku życia podawać mleko modyfikowane, wzbogacone w żelazo zamiast zwykłego mleka krowiego.

Potrawy nieznanne dziecku powinny być wprowadzane pojedynczo i w małych ilościach. Dobrze jest zacząć od nich posiłek, gdy nasze pociechy są jeszcze głodne. Pamiętaj, że posiłki powinny być urozmaicone i kolorystycznie zestawione, a spożywane w miłej i rozluźnionej atmosferze, mają zbawienny wpływ na procesy trawienne.

Rozdział II

Prawidłowe żywienie w wieku przedszkolnym.

Cele operacyjne rozdziału: sanitariuszka wie jaki przedział wiekowy obejmuje wiek przedszkolny, zna zapotrzebowanie kaloryczne dzieci w wieku przedszkolnym, wie jaka ilość posiłków jest zalecana w tym wieku,.

Żywnienie dzieci w wieku przedszkolnym (tak jak w innych okresach życia) powinno być oparte na dziennej racji pokarmowej opracowanej na podstawie ustalonych norm żywienia dla danej grupy wieku.

Okres przedszkolny obejmuje dzieci w wieku 4-6 lat

W wieku przedszkolnym tempo wzrostu stopniowo obniża się, (czemu często towarzyszy zmniejszenie apetytu), ale w dalszym ciągu wysokie jest zapotrzebowanie na składniki budulcowe, dlatego pożywienie dzieci w tym wieku musi być bogate w wysokowartościowe białko (pochodzenia zwierzęcego), odpowiednio dużą ilość wapnia i innych składników mineralnych oraz witamin.

Według aktualnie panujących poglądów zalecane pokrycie energii powinno wynosić od 1400-1700 kcal na dzień. Białko powinno pokrywać ok. 12% zapotrzebowania energetycznego (w tym ok. 60% białka zwierzęcego), tłuszcz ok. 30%, a węglowodany od 56-58%. Dzieciom w wieku przedszkolnym nie należy podawać tłuszczów utwardzonych, tj. margaryn zawierających duże ilości kwasów tłuszczowych nienasyconych w postaci trans. Należy stosować w umiarkowanej ilości masło, oleje roślinne i uzupełniać je śmietaną i śmietanką. Węglowodany z powszechnie stosowanych zbóż trzeba uzupełniać warzywami i owocami.

Poza potrawami trudno strawnymi i tłustymi oraz ostrymi przyprawami, dzieci w wieku przedszkolnym mogą jadać już wszystkie inne produkty i potrawy.

W żywieniu dzieci należy zwracać uwagę na regularność oraz liczbę podawanych posiłków w ciągu dnia. Dziecko powinno jadać 4-5 posiłków dziennie. Bardzo ważne są godziny podawania - powinny być stałe, a przerwy między nimi niezbyt długie, najlepiej 3 godziny, jednak nie więcej niż 4, zapewnia to lepsze wykorzystanie składników pokarmowych z pożywienia. Jedzenie w zbyt długich odstępach czasu wpływa

niekorzystnie na metabolizm, dochodzi do znacznego spadku poziomu glukozy we krwi, co wpływa na zmniejszenie wydolności fizycznej i umysłowej, obniżenie zdolności koncentracji, rozdrażnienie itp.

Oprócz trzech zasadniczych posiłków (śniadanie, obiad, kolacja) wskazane jest spożywanie II śniadania i podwieczorku.

Pierwsze śniadanie – podstawą pierwszego śniadania powinno być mleko podawane w formie zupy mlecznej z dodatkiem kaszy lub płatków zbożowych, względnie napoju mlecznego (kakao, kefir, jogurt). Ponadto należy podawać mieszane pieczywo z niewielką ilością masła i wysokowartościowego produktu białkowego (twaróg, ser podpuszczkowy, jaja, pasta lub wędlina, ryba), a także surowe warzywa lub owoce.

Drugie śniadanie – dobrze by było, aby drugie śniadanie miało formę posiłku gorącego a nie tylko postać kanapki. Koniecznym dodatkiem uzupełniającym powinny być owoce lub warzywa.

Obiad – jest głównym posiłkiem w ciągu dnia i powinien składać się z 2-3 dań. Istotne jest, żeby występował w nim wysokowartościowy produkt białkowy oraz warzywa zarówno w postaci gotowanej (składnik zup) i surowej (dodatek do II dania).

Podwieczorek – jest posiłkiem uzupełniającym w skład którego powinno wchodzić mleko np. napój lub deser mleczny, podwieczorek może również składać się z warzyw lub owoców.

Kolacja – nie powinna być jedzona później niż na 2 godz. przed położeniem się spać, aby procesy trawienia nie zakłócały nocnego odpoczynku. Produkty wchodzące w skład kolacji powinny być łatwostrawne.

Powyższe racje żywieniowe są spełniane przez większość przedszkoli. Niestety niektórzy rodzice wręcz domagają się aby ich dzieci nie piły mleka, nie jadły mięsa czy surówek. Zupełnie zrozumiałe jest to w sytuacji gdy dziecko jest uczulone na niektóre potrawy (np. białko). Często jednak zdarza się, że „uszczipienie diety” jest wynikiem uległości rodzica na prośby swojej pociechy. Drodzy rodzice, ustępowanie dziecku w tej kwestii nie sprzyja jego zdrowiu. Nawet 3,4latek , gdy mu się często i sugestywnie tłumaczy, jak wspierać dla jego zdrowia, siły i urody są np. surówki zaczyna je po trochu próbować zjadać – a to pierwszy krok do wyrabiania właściwych nawyków żywieniowych.

Rozdział III

Żywnienie dzieci w wieku szkolnym.

Cele operacyjne rozdziału: sanitariuszka wie jak należy zapewnić dziecku w wieku szkolnym właściwą dietę, wie jaka powinna być właściwa ilość posiłków, wie jak skomponować właściwy jadłospis,.

Na żywienie dzieci w wieku szkolnym trzeba zwrócić szczególną uwagę, ponieważ popełniamy więcej błędów niż w żywieniu dzieci małych. Małemu dziecku poświęca się więcej uwagi, ściślej przestrzega regularności posiłków, kontroluje dokładnej jakości i ilości pożywienia. Dzieci w wieku szkolnym uważa się za samodzielne jeżeli chodzi o sposób odżywiania. Jest to podejście zgoła niesłuszne, gdyż dziecko w wieku szkolnym rozpoczyna okres wyťažonej pracy w szkole, które można porównać do pracy ludzi dorosłych. Poza tym znajduje się ono w okresie wzrostu i rozwoju, co wiąże się ze zwiększonym zapotrzebowaniem na składniki pokarmowe niezbędne do budowy organizmu i zapewnia dziecku potrzebnej ilości energii na bieżące potrzeby.

Dlatego żywienie dzieci w wieku szkolnym powinno być oparte na ustalonych do tego wieku, dziennych racjach pokarmowych i właściwym rozkładzie posiłków w ciągu dnia, dostosowanych do warunków dziecka.

Dziecko powinno wyjść do szkoły po zjedzeniu pierwszego posiłku. Podstawą pierwszego posiłku powinno być mleko w każdej postaci i pieczywo mieszane z masłem i serem lub jajkiem czy wędliną i do tego dodatki owocowo-warzywne np. pomidory, papryka, rzodkiewki, ogórki, owoce, soki owocowe itp. Wskazany jest także dodatek dżemu lub miodu, który wpływa na urozmaicenie posiłku dziecka.

Drugie śniadanie odgrywa istotną rolę w żywieniu dzieci szkolnych. Już po 2-3 godzinach pracy szkolnej dziecko powinno otrzymać drugie śniadanie dla wyrównania utraconej energii. Spadek glukozy we krwi poniżej przeciętnej normy występuje szybciej u dzieci spożywających posiłki w dużych odstępach czasu, co objawiać się może zmęczeniem, obniżoną zdolnością koncentracji i uwagi.

Drugim śniadaniem zabieranym przez dziecko do szkoły powinno być pieczywo mieszane (bułka, pieczywo pełnoziarniste, chleb graham razowy) z dodatkiem masła i produktu zawierającego pełnowartościowe białko (ser, jaja, mięso, wędlina, ryba) oraz owoce lub warzywa w zależności od sezonu. Napój pod postacią ciepłego mleka, kawy mlecznej, koktajlu powinno otrzymywać dziecko w każdej szkole.

Pierwsze i drugie śniadanie łącznie powinno zapewnić dziecku 35-40% wartości dziennej racji pokarmowej.

Obiad – dziecko powinno spożywać obiad świeżo przygotowany zaraz po przyjściu ze szkoły lub zjeść go w stołówce szkolnej. Spożywanie obiadu wieczorową porą nie jest dobre dla naszego dziecka, ponieważ cały ciężar spożycia (obiad to posiłek główny) przesuwamy na godziny wieczorne. Nie należy również podawać dziecku na obiad jedynie potraw odgrzewanych, należy łączyć wcześniej przygotowane ze świeżymi surówkami lub świeżo ugotowanymi ziemniaczkami itp.

Kolacja – dobór potraw na kolację uzależniamy od godziny spożytego obiadu. Po wcześniejszym obiedzie kolacja powinna być bardziej pożywna i dostosowana do odpowiedniej pory roku. Na kolację nadają się różnego rodzaju sałatki, makarony, naleśniki z różnymi dodatkami, potrawy z warzyw, ryby duszone, gotowane lub wędzone.

Rozdział IV

Żywnienie nastolatków.

Cele operacyjne rozdziału: sanitariuszka wie jakie jest zapotrzebowanie na składniki odżywcze w wieku pokwitania, wie jakie jest zapotrzebowanie kaloryczne w zależności od wieku, wie jakie problemy żywieniowe występują w okresie pokwitania.

W wieku pokwitania młodzież ma zwiększone zapotrzebowanie na wszystkie substancje odżywcze. Kalorie i białka są odpowiedzialne za zdrowe i silne mięśnie, zaś białko, wapń, fosfor i witamina D za właściwy rozwój układu kostnego.

Między 2 a 20 rokiem życia zwiększa się masa i siła mięśni, kości się wydłużają, wzrost zwiększa się ponad trzykrotnie, a waga nawet dziesięciokrotnie.

Zapotrzebowanie na kalorie u dzieci jest różne

- 1200 kcal u jedenastolatka,
- 1600 kcal u piętnastolatka,
- 2100 kcal u szesnastoletniej dziewczynki i
- 2700 kcal u chłopca w tym samym wieku.

Ilość pokarmu, którego potrzebuje dziecko, by zaspokoić swoje potrzeby, zależy od jego wzrostu, wagi, płci i poziomu aktywności.

Dziewczęta w okresie dojrzewania zaczynają rosnać wcześniej niż chłopcy, dlatego szczytowy moment zapotrzebowania na składniki odżywcze występuje u nich dwa lata wcześniej. W tym okresie bardzo istotne jest dostarczanie organizmowi znacznych ilości wapnia. Nastolatki potrzebują przynajmniej 3 szklanek mleka oraz 50 g sera lub szklankę jogurtu dziennie. Wapń występuje w rybach wraz

z jadalnymi ościami (np. sardynki), pełnoziarnistych produktach zbożowych, orzechach, zielonych warzywach liściastych. Dodawany jest też do niektórych płatków śniadaniowych.

Wiele nastolatków często jada poza domem, mogą więc same wybierać to na co mają ochotę. Najczęściej są to ogromne ilości tłustych i słodkich produktów np. chrupki, czekolada, hamburgery. Piją dużo słodkich napojów gazowanych. Hamburgery oraz chrupki choć są źródłem białka i niektórych witamin zawierają mało błonnika, wapnia, witaminy A i C. Zamiast tego jest w nich dużo soli i kalorii.

Większość dziewcząt w okresie dojrzewania jest szczególnie przewrażliwiona na punkcie własnego ciała. Często na własną rękę stosują diety odchudzające, co w konsekwencji prowadzi do niedoboru żelaza, anemii, a nawet anoreksji.

Otyłość bywa problemem zarówno dziewcząt jak i chłopców, dlatego nastolatki z nadwagą powinny uprawiać sport, zdrowo się odżywiać, zamiast stosować diety.

Dlatego ważne jest, aby przynajmniej w domu młodzież karmiona była zdrowo. Należy zapewnić im mnóstwo owoców, warzyw, ryb, pieczywa pełnoziarnistego, w tym także warzyw strączkowych, takich jak groch, fasola, soczewica czy soja która ma wysokie walory odżywcze, zastępuje białko pochodzenia zwierzęcego (białko mleka krowiego).

Wiele nastolatków nie jada śniadań. Mogą przez to czuć się ospałe i mieć kłopoty z koncentracją. Nawet bardzo lekkie śniadanie złożone z jogurtu o niskiej zawartości tłuszczu ze świeżymi owocami lub płatkami zbożowymi i soku owocowego jest lepsze niż pusty żołądek.

Planując:

I śniadanie powinniśmy uwzględnić takie produkty jak mleko, pieczywo z masłem, serem, mięsem lub wędliną, jajka, twaróg, miód, surowe warzywa i owoce

II śniadanie powinno być zjedzone po trzech godzinach lekcyjnych i składać się z kanapki lub rogalika, owocu, jogurtu

Obiad – w tej grupie wiekowej konieczne jest zwiększenie porcji produktów energetycznych tj. potraw mącznych, ziemniaków, warzyw, oraz podawanie pełnowartościowych produktów białkowych pochodzenia zwierzęcego (mięso, nabiał, ryby)

Podwieczorek – może zawierać produkty mleczne Np. koktajle mleczno-owocowe lub warzywne, budynie, kisiele, owoce

Kolacja – może być mniej obfita niż obiad, ale zawierać powinna produkty białka zwierzęcego i roślinnego oraz warzywa

Jadłospis powinien być urozmaicony, posiłki estetyczne podane, aby zachęcały do jedzenia i kształtowały prawidłowe nawyki żywieniowe.

Należy zwrócić szczególną uwagę na eliminowanie słodczy, które nie tylko mogą zepsuć apetyt, ale jedzenie ich zbyt często może źle wpłynąć na zęby oraz być przyczyną otyłości.

Dlatego będąc rodzicami starajmy się, aby w tak ważnym okresie życia jakim jest dojrzewanie, uświadamiać naszemu dziecku, że prawidłowe odżywianie oraz aktywność fizyczna, może zawążyć na ich zdrowiu i dobrej kondycji w przyszłości.

Słowniczek:

Afekty – stanowią grupę przeżyć wywołanych przez różnorodne zdarzenia i sytuacje zewnętrzne. Znamioną cechą afektów jest to, że pojawiają się stosunkowo szybko i nagle; mają niekiedy charakter gwałtownego wybuchu.

Choroba – jest takim stanem organizmu, kiedy to czujemy się źle, a owego złego samopoczucia nie można jednak powiązać z krótkotrwałym, przejściowym uwarunkowaniem psychologicznym lub bytowym, lecz z dolegliwościami wywołanymi przez zmiany strukturalne lub zmienioną czynność organizmu. Przez dolegliwości rozumiemy przy tym doznania, które są przejawem nieprawidłowych zmian struktury organizmu lub zaburzeń regulacji funkcji narządów.

Cięśnienie tętnicze krwi – siła jaką przepływający strumień krwi wywiera na ściany elastycznych naczyń krwionośnych, wartość zależy od siły skurczu serca, oporu naczyniowego oraz stanu wypełnienia łożyska naczyniowego i lepkości krwi, pomiaru zwykle dokonuje się na tętnicy ramiennej

Emocja – jest subiektywnym stanem psychicznym, uruchamiającym priorytet dla związanego z nią programu działania. Jej odczuwaniu towarzyszą zwykle zmiany somatyczne, ekspresje mimiczne i pantomimiczne oraz zachowania.

Etyka – to nauka o moralności ustalająca na podstawie przyjętych ocen i norm wartości moralnego postępowania. Inaczej mówiąc jest to ogół zasad i norm postępowania obowiązujący w danym środowisku.

Etyka zawodowa – wytycza określone obowiązki moralne zarówno dotyczące czynności wynikających bezpośrednio z wykonywania danego zawodu, ale także związanych z nim społecznych stosunków zawodowych.

Higiena osobista – dział higieny człowieka na którą składa się higiena skóry i jej wytworów, higiena poszczególnych układów i narządów, higiena psychiczna, higiena narządów zmysłów. Zgodnie z definicją opracowaną przez higienistów „celem higieny osobistej człowieka jest dążenie do uzyskania jak najlepszego samopoczucia i zdrowia osiągalnego dla danej jednostki w najkorzystniejszych dla niej warunkach”.

Inteligencja emocjonalna – określać stopień rozwoju procesów emocjonalnych, który kieruje naszymi zachowaniami.

Nagłe zatrzymanie krążenia – NZK – polega na ustaniu czynności pracy serca, co wiąże się z brakiem krążenia krwi.

Namiętności – to uczucia, które mają trzy znamienne właściwości: dużą intensywność, znaczną siłę napięcia i długie okresy trwania.

Nastroje – są procesami o stosunkowo słabym natężeniu, trwają niekiedy przez dłuższy czas, towarzyszą człowiekowi podczas jego działań i odpoczynku

Obserwacja – polega na świadomym postrzeganiu przez obserwującego, za pomocą narządów zmysłów zmian zachodzących u pacjenta.

Odleżyna – miejscowa martwica skóry, tkanki podskórnej a także mięśniowej, rodzaj owrzodzenia powstałego na skutek ucisku spowodowanego zbyt długim pozostawieniem pacjenta w tej samej pozycji

Odparzenia – powstają tam gdzie dwie powierzchnie skóry stykają się ze sobą i są narażone na ocieranie

Odżywianie – polega na dostarczeniu organizmowi drogą układu pokarmowego środków żywnościowych i płynów w ilości odpowiedniej do stanu zdrowia pacjenta, odżywianie należy do podstawowych potrzeb biologicznych człowieka

Potrzeba – czynnik motywujący człowieka do aktywności, które mogą te potrzebę zaspokoić, inaczej jest to odczuwalny brak czegoś, który powoduje, podejmuje się działania zmierzające do zapełnienia tego braku

Pozycje drenażowe – to specjalne ułożenie pacjenta ułatwiające mu odkrztuszanie wydzieliny.

Rozwój społeczny – szereg zmian, jakie dokonują się w osobowości jednostki, powodując to, iż jednostka ta staje się zdolna do konstruktywnego uczestniczenia w życiu i działalności społeczeństwa

Tętno – tętnem nazywa się spowodowane przez skurcz wyczuwalne uderzenie o ścianę naczynia fali krwi, która przewędrowała układ tętniczy, tętno wyczuwa się tam, gdzie tętnice przebiegają powierzchownie, pomiaru tętna najczęściej dokonuje się na tętnicy promieniowej

Udar mózgu – nagłe ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu powstałe w wyniku zaburzenia krążenia mózgowego i utrzymujące się ponad 24 godziny. Udar mózgu może być krwotoczny (wywołany wylewem krwi do mózgu) lub niedokrwienny (wywołany zatrzymaniem dopływu krwi do mózgu)

WHO - Światowa Organizacja Zdrowia, WHO (ang. World Health Organization) – jedna z organizacji działających w ramach ONZ. Zadaniem WHO jest działanie na rzecz zwiększenia współpracy między państwami w dziedzinie ochrony zdrowia i zwalczania epidemii chorób zakaźnych, a także ustalanie norm dotyczących składu lekarstw i jakości żywności. Organizacja dąży również do zapewnienia opieki medycznej ludności świata oraz zmniejszenia śmiertelności niemowląt.

Zdrowie – (WHO) określiła zdrowie jako „stan pełnego, dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko jako brak choroby lub zniedołężnienia”. W ostatnich latach definicja ta została uzupełniona o sprawność do „prowadzenia produktywnego życia społecznego i ekonomicznego”.

Bibliografia:

1. *Bochenek A., Reicher M.: Anatomia i fizjologia człowieka.* Warszawa 1990, PZWL
2. *Chłopkiewicz M.: Osobowość dzieci i młodzieży.* Warszawa 1980, WSiP
3. *Szwalkiewicz E.: Zasady podnoszenia i przemieszczania pacjentów.* Urban & Partner
4. *Elias M. J., Tobias S. E., Friedlander B. S.: Dziecko emocjonalnie inteligentne.* Poznań 1998, Wydawnictwo Moderski i S-ka
5. **Encyklopedia popularna PWN.** Warszawa 1992
6. *Filipczuk H.: Poznaj swoje dziecko.* Warszawa 1976, Nasza Księgarnia
7. *Gerstmann S.: Rozwój uczuć.* Warszawa 1976, WSiP
8. *J. Strelau J.: Psychologia – podręcznik akademicki T. 2.* Gdańsk 2000, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne
9. **Karta Praw Pacjenta określona w ustawach o zakładach opieki zdrowotnej**
10. **Każde dziecko może jeść właściwie.** Media Rodzina
11. **Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej,** Katowice 2004.
12. *Kopaliński W.: Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych wyd. XVII.* Warszawa 1989,
13. *Laidler P.: Rehabilitacja po udarze mózgu.* PZWL Warszawa 1994
14. *Woźniewski M., Rosławski A.: Fizjoterapia oddechowa.* AWF we Wrocławiu 1999
15. *Łyszkowska M.: Żywienie dzieci.* Emu
16. *Muscari M. E.: Pediatria i pielęgniarstwo pediatryczne.* Lublin 2005, Czelej
17. *Nowacki T.W.: Zarys psychologii.* Warszawa 1979, WSiP
18. *Sadowski B.: Zarys biologii, anatomii i fizjologii człowieka.* Warszawa 1971, PWN
19. *Skorny Z.: Proces socjalizacji dzieci i młodzieży.* Warszawa 1976, WSiP
20. *Strus D.: Zmiany rozwojowe w zakresie emocjonalnym u dziecka - materiały* dostępne w internecie
21. *Witkowska S.: Odżywianie niemowląt i dzieci starszych.* PZWL Warszawa 1889
22. *Włodarski Z., Matczak A.: Wprowadzenie do psychologii.* Warszawa 1987, WSiP
23. *Zahradniczek K.: Wprowadzenie do pielęgniarstwa - podręcznik dla szkół medycznych.* PZWL Warszawa 1996.
24. *Żebrowska M. (red.): Psychologia rozwojowa.* Warszawa 1982, PWN