

Skala Oceny Zachowań Noworodków Brazeltona

18 lipca 2020

Skala Oceny Zachowań Noworodków Brazeltona (1984) – po 30 min. Badanie reakcji na bodźce, odruchów, napięcia mięśniowego, czujności, tulenia się, zdolności wyciszania, uspokajania się po okresie niepokoju. → pomoc w wykrywaniu problemów neurologicznych. Nauczenie rodziców jak stosować skalę ma dobry wpływ na relacje rodzic – dziecko (wyczulenie na sygnały od dziecka).

Odruchy

1. przystosowawcze → przetrwanie → zanikające: ssanie, połykanie, odruch poszukiwawczy (obrócenie głowy w stronę dotykanego policzka); stałe: cofanie (reakcja na bolesny bodziec), reakcja źrenicy na światło; ** o. przystosowawcze, które nie są już konieczne do przetrwania: odruch chwytny,
2. prymitywne → sterują nimi prymitywne cz. Mózgu (rdzeń przedłużony, śródmózgowie – całkowicie ukształtowane w chwili porodu) : przestraszenie – odrzucenie rąk, wygięcie się (Moro), odruch Babińskiego. ** o. prymitywne zanikają ok. 6 mies. (działanie kory?)

Początkowe zdolności poznawcze: co noworodek widzi, słyszy i czuje

Noworodek potrafi: skupić wzrok (optymalna ogniskowa: 20-25 cm) – po kilku tygodniach potrafi wodzić wzrokiem, prawie od razu rozpoznaje twarz matki; słyszy dźwięki w zakresie typowym dla głosu ludzkiego, lokalizuje przedmioty na podstawie wydawanego przez nie dźwięku, rozróżnia odgłosy (głos matki); wyczuwa smaki (słodki, kwaśny, gorzki, słony), rozróżnia zapachy ciała (zapach matki). → pomoc w odnalezieniu się w świecie

Początkowe zdolności ruchowe: poruszanie się

1 mies.: uniesienie podbródka, 2 mies.: używanie rąk do zagarniania przedmiotów.

Dzień z życia niemowlęcia

Noworodek przejawia cyklicznie ($T=1,5-2h$) 5 stanów aktywności (stanów świadomości) – sen → płacz → jedzenie → patrzenie → sen itd....

Stan	Charakterystyka
Głęboki sen	Oczy zamknięte, regularny oddech, brak ruchu (+ sporadyczne drgnięcia)
Sen aktywny	Oczy zamknięte, nieregularny oddech, nieznaczne drgania, brak większych ruchów
Ciche wybudzenie	Oczy otwarte, brak znacznych ruchów, oddech regularny
Czynne wybudzenie	Oczy otwarte, ruchy głowy, kończyn i tułowia, nieregularny oddech
Płacz i hałasowanie	Oczy częściowo lub całkowicie zamknięte, energiczne ruchy, płacz, inne odgłosy

Sen

Noworodki przesypiają 90% czasu, 6-8 tyg. – oznaki rytmu dobowego (+il. Snu maleje, łączenie 2-3 cykli z pomięciem pełnego wybudzenia – potrafią przespać noc), do 6 mies. Sen ponad 14h (regularny, przewidywalny) i drzemki w ciągu dnia. → dotyczy to dzieci z kultur zachodnich

Zaburzenia snu (nieregularność): problem neurologiczny, kokaina zażywana przez matkę w ciąży.

Płacz

Noworodki płaczą 2-11% czasu (wyrażanie niezadowolenia). Płacz osiąga apogeum ok. połowy 2 mies. (potem intensywność maleje). Na początku płacz jest najbardziej intensywny wieczorami,

potem najintensywniejszy jest prze porą karmienia.

Funkcja płaczu – sygnalizowanie potrzeb, przywołanie innej osoby. → różne płacze = różne komunikaty (głód: płacz, cisza, oddech) ** A. Wiesenfeld – matki rozpoznają znaczenie płaczu tylko własnego dziecka

15-20% dzieci – płacz z powodu kolki (ok. 3 godziny dziennie – głównie popołudnia i wieczory). Kolki pojawiają się ok. 2 tyg. I znikają po 3-4 mies. (w sumie to nie wiadomo dlaczego).

Reakcja na płacz w powodu potrzeb fizjologicznych (głód, mokra pielucha) powinna być natychmiastowa. Natomiast reakcja na np. łagodny płacz przed drzemką uczy dziecko częstszego „stosowania” płaczu.

Lester – wcześniaki, których płacz w pierwszych dniach życia jest wysoki mają później niższe IQ.

Może się okazać, że lekarz odczyta męczący, przenikliwy płacz jako sygnał przepowiadający jakieś ukryte problemy fizyczne, lub lepiej oceni stopień długoterminowych skutków dla dzieci z podwyższonej grupy ryzyka

Jedzenie – czynność wykonywana przez noworodka

Dzień noworodka = 2 godzinne cykle (nawet 10 karmień dziennie); 1 mies. = ok. 5 karmień.

Pierś a butelka

	Pierś	butelka
Wartości odżywcze	+ przeciwciała (ochrona przed infekcjami żołądkowo – jelitowymi, chorobami, zakażeniami ukł. Oddechowego)	–
Rozwój	+ Nerwy, jelita	–
Wzrost	+ szybkie zwiększenie rozmiaru	–
Odporność	+ stymulacja funkcjonowania systemu immunologicznego	–

HIV	-przenoszony z mlekiem matki	+
-----	------------------------------	---

Dziecku wystarczy 1 karmienie piersią dziennie, aby mogło się prawidłowo rozwijać.

Inne kwestie związane z karmieniem

Dzieci do 4-6 miesiąca powinny odżywiać się mlekiem lub innym pokarmem płynnym. Potem korzystnie przyswajają mieszaninę mleka z pokarmem stałym. Wraz z upływem pierwszego roku można zwiększać proporcję pokarmu stałego do mleka.

Niewłaściwym krokiem związanym z karmieniem jest podawanie dziecku soku w porze drzemki lub przed snem – cukier może zaatakować wyrastające zęby.

Zmiany fizyczne

Podstawowe wzorce

Rozwój postępuje w kierunku cefalokaudalnym (głowowo-ogonowym; od głowy w dół) i proksymodystalnym (odśrodkowym; od tułowia na zewnątrz) – pierwszy ras opisał to Gessel ** np. dlatego dziecko najpierw podnosi główkę, a długo potem zaczyna chodzić.

Układ nerwowy

W chwili narodzin najlepiej rozwinięte są śródmózgowie i rdzeń przedłużony (uwaga, habituacja, spanie, czuwanie, wydalanie, ruchy głowy i szyi), a najgorzej kora mózgowa (postrzeganie, ruch ciała, abstrakcyjne myślenie, mowa). W momencie urodzenia neurony i kom. Glejowe są już obecne – rozwój polega na tworzeniu połączeń synaptycznych (więcej neuronów, dendrytów, wypustek). Największy przyrost dendrytów – kora mózgowa (1-2 r.ż. – waga mózgu zwiększa się trzykrotnie). Po pierwszym r.ż. zbędne ścieżki neuronalne zanikają ** W. Greenough – dodatkowe, „zbędne” neurony wykształcają się wg zaprogramowanych wzorców – organizm celowo buduje połączenia w nadmiarze – proces pozbywania się zbędnych struktur postępuje

wyniku codziennego doświadczenia – nieużywane drogi zanikają, wykorzystywane – wzmacniają się (nie wszystkie połączenia tworzą się na drodze eliminacji!). ** „przycinanie” połączeń nie następuje we wszystkich częściach mózgu jednocześnie (max połączeń „językowych” – 3 r.ż.; max poł. „wzrokowe” – 4 mies.).

Mielinizacja

przebiega w kierunku cefalokaudalnym i proksymodystalnym, najintensywniej do 2 r.ż., a trwa do końca okresu dojrzewania np. cz. Mózgu odpowiedzialne za ruch SA w pełni zmielinizowane dopiero ok. 6 r.ż.

Kości

Dłoń, nadgarstek, staw skokowy, stopa –mają mniej kości w momencie narodzin niż w okresie pełnej dojrzałości (nadgarstek: jendnolatek – 3 kości, dorosły – 9). Czaszka – kości oddzielone ciemiączkami (pozwalają na ściśnięcie głowy przy porodzie, umożliwiają mózgowi wzrost), zarastają koło 12-18 mies.

Kości dziecka zawierają więcej wody niż dorosłego, są bardziej elastyczne – potem kostnieją (kierunek proksymodystalny i cefalokaudalny).

Mięśnie

Praktycznie wszystkie włókna mięśniowe istnieją w momencie narodzin. Są małe, zawierają dużo wody – zmienia się to z wiekiem (kier. Cefalokaudalny i proksymodystalny).

Rozmiar i kształt ciała

W pierwszym roku dzieci zyskują 25 – 30 cm, waga ulega potrojeniu. Dziewczynki w wieku 2 a chłopcy w wieku 2,5 roku mają połowę swego dorosłego wzrostu.

Rozwój zdolności ruchowych

Robert Malina – podział zdolności ruchowych na 3 grupy: lokomocyjne (chodzenie, bieganie, skakanie), nielokomocyjne (pchanie, ciągnięcie, zginanie), manipulacyjne (chwytywanie, rzucanie, łapanie)

1. Thelen – dzieci zaczynają rytmicznie kopać nogą niedługo przed momentem, gdy dziecko zaczyna raczkować (a propos tego, że dzieci lubią sobie rytmicznie powtarzać proste czynności).

Wiek w miesiącach	Zdolności lokomocyjne	Zdolności nielokomocyjne	Zdolności manipulacyjne
1	Odruch automatycznego przebierania nogami	Nieznacznie unosi główkę; śledzi oczyma poruszające się wolno przedmioty	Trzyma włożone w dłoń przedmioty
2-3		Leżąc na brzuszku, potrafi unieść główkę pod kątem 90 st.	Zaczyna zagarniać znajdujące się w zasięgu wzroku przedmioty
4-6	Przekręca się; potrafi siedzieć; porusza się za pomocą rąk i nóg	W pozycji siedzącej trzyma prosto główkę	Sięga i chwyta przedmioty
7-9	Siedzi bez pomocy; raczkuje		Przenosi przedmioty z jednej do drugiej ręki
10-12	Potrafi podciągnąć się i stanąć; chodzi, podtrzymując się mebli (kursuje); później chodzi bez pomocy	Przykuca i schyla się	Pewne oznaki wyboru chwytu; trzyma w garści łyżkę, ale nie zawsze trafia jeszcze jedzeniem do buzi

13-18	Chodzi tyłem i krokiem dostawnym, biega (14-20 mies.)	Toczy piłkę w kierunku dorosłego	Składa 2 klocki; wkłada przedmioty do małych pojemników i wysypuje je
-------	---	----------------------------------	---

Objaśnienie wczesnego rozwoju fizycznego

Dojrzewanie i dziedziczenie

Cechami dziedziczonymi po rodzicach są np. wzrost, szerokość bioder, długość ramion, długość tułowia, tempo wzrostu.

Wpływy środowiska

Dieta

Matki, które źle się odżywiają w czasie ciąży częściej rodzą dzieci martwe lub takie, które nie przeżyją roku. Dieta nowonarodzonego dziecka ma szczególny wpływ na ukł. Nerwowy. Niedożywione dzieci rosną wolniej. Jeśli nastąpi poprawa w żywieniu – „nadganiają” rówieśników, choć i tak zostają stosunkowo małe. Braki w wyżywieniu powodują również mniejszą aktywność w odkrywaniu świata i kontaktach z rówieśnikami (badania Espinosy).

Praktyka

Dzieci pozbawione możliwości praktyki rozwijają umiejętności ruchowe o wiele wolniej i nie we właściwej kolejności. ** W. Dennis – badania na dzieciach z irańskich sierocińców – dzieci kładzione cały czas na plecach, bez możliwości przetoczenia się na brzuch (wynik: dzieci potrzebowały ok. roku więcej by nauczy się chodzić).

Dodatkowe treningi nie przyspieszają nauczania się przez dzieci podstawowych umiejętności motoryczno – lokomocyjnych.

Zdrowie

Choroby pierwszych dwóch lat

Statystyka – każde dziecko choruje ok. 7 razy w ciągu pierwszego roku życia (schorzenia dróg oddechowych), dzieci wychowywane w placówkach opieki dziennej (np. żłobki) zapadają na 2 razy więcej infekcji.

Śmiertelność niemowląt

Wskaźnik śmiertelności (USA, 1994) – 7,9/1000

2/3 zgonów w pierwszym mies. – związek z wadami wrodzonymi lub/i niską wagą urodzeniową

3/1000 przypadków zdarza się w pozostałym okresie życia – połowa jest wynikiem SIDS (zespół nagłej śmierci niemowląt – pozornie zdrowe dziecko umiera nieoczekiwanie)

USA, 1994 – 4180 niemowląt zmarło z powodu SIDS; wskaźnik SIDS są najwyższe w Nowej Zelandii i Australii, a najniższe z Japonii i Szwecji. Do grupy podwyższonego ryzyka należą wcześniaki, chłopcy, Afroamerykanie, dzieci bardzo młodych matek. Częściej umierają dzieci śpiące na brzuchu, szczególnie na puszystych kołdrach itd. Zalecenia Amerykańskiej Przychodni Pediatricznej aby układać dzieci do snu na boku lub na plecach przyniosło 12% spadek liczby przypadków śmierci łóżeczkowej, przy czym na terenach, gdzie restrykcje były bardzo konsekwentnie przestrzegane, liczba zgonów zmniejszyła się o 50%.

Palenie tytoniu podczas ciąży, lub palenie w obecności dziecka zwiększa 4 krotnie ryzyko SIDS.

Dzieci Afroamerykanek umierają na SIDS 2 razy częściej – powodem może być niepełne 9 mies. Ciąży, niska waga urodzeniowa.

Różnice indywidualne

Wcześnieiki

	Wiek w tygodniach, w którym czynność tę zdołało wykonać 50% badanych	
Kamienie milowe rozwoju	Wcześnieaki (<32 tygodnie)	Dzieci donoszone
Unosi lekko głowę	10	6
Przekłada przedmioty z ręki do ręki	36	23
Przekręca się	37	24
Czołga się	51	36
Staje samodzielnie	51	42

Fizycznie normalny wcześniak jest w stanie „dogonić” rówieśników w okresie 2-3 lat.

Chłopcy i dziewczynki

Dziewczynki przodują w aspekcie twardnienia kości; chłopcy mają więcej tkanki tłuszczowej, są ciężsi i dłużsi, są bardziej wrażliwi, ich śmiertelność jest większa [Wpisz cytata z dokumentu albo podsumowanie interesującej kwestii. Pole tekstowe można umieścić w dowolnym miejscu w dokumencie. Użyj karty Narzędzia pól tekstowych, aby zmienić formatowanie pola tekstowego cytatu.]

Niektóre badania wykazują, że chłopcy są bardziej aktywni.

Dzieci czarne [według „średniowiecznych” teorii] rozwijają się nieco szybciej (okres prenatalny oraz po urodzeniu), są troszkę wyższe, mają dłuższe nogi, są cięższe.

Niemowlęta azjatyckie osiągają sprawności nieco później.

Badania Freedmana –dzieci różnych kultur zachowują się inaczej (nawet przy badaniu odruchu Moro) – najbardziej drażliwi są mali Amerykanie (badania potwierdzili Kagan, a potem Chisholm) à zachowania dziecka postrzegane przez nas za „normalne” mogą być w dużym stopniu spowodowane typowymi dla naszej kultury modelami i przyjmowanymi założeniami

Jeśli potrzebujesz pomocy w pisaniu nowej pracy z pedagogiki, to polecamy serwis [pisanie prac z pedagogiki](#) - fachowa pomoc w pisaniu prac.