

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
Collegium Medicum
Im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy
Wydział Nauk o Zdrowiu
Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej

Katarzyna Cieślak

Nr. albumu: 246886

Praca licencjacka

na kierunku pielęgniarstwo

**Model opieki pielęgniarstwa wobec chorego z
mózgowym porażeniem dziecięcym.**

Praca wykonana pod kierunkiem

Dr n. med. Krystyna Kurowska

Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki

Pielęgniarskiej

Toruń 2012

Pracę przyjmuję i akceptuję

Potwierdzam złożenie pracy dyplomowej

.....

.....

*Pani dr n. med. Krystynie Kurowskiej
składam serdeczne podziękowania za nieocenioną pomoc w zakresie
przygotowania i redagowania pracy
oraz mojej rodzinie za cierpliwość i życzliwość.*



Fot.1[22]

...A osobę niepełnosprawną trzeba przede wszystkim dostrzec, zbliżyć się do niej i wtedy dopiero można zobaczyć w niej zwyczajnego człowieka, który tak samo jak my, ma uczucia, talent, ambicje, różne potrzeby i bardzo chce żeby go normalnie traktować. Lęk przed chorymi osobami wynika najczęściej z niewiedzy. Nie wiemy jak się zachować. Najchętniej byśmy się odwrócili - ten odruch też trzeba zrozumieć...

(A. Dymna-aktorka, prezes fundacji „Mimo wszystko”)

Spis treści

Wstęp	5
Rozdział I	
Współczesne trendy w pielęgniarstwie	7
Rozdział II	
Mózgowe porażenie dziecięce	12
1. Wyjaśnienie pojęcia i etiologia mózgowego porażenia dziecięcego.....	12
2. Klasyfikacja i objawy mózgowego porażenia dziecięcego.....	16
3. Rehabilitacja i terapia mózgowego porażenia dziecięcego.....	21
Rozdział III	
Model opieki pielęgniarstwiej wobec chorego z mózgowym porażeniem dziecięcym.....	27
1. Opis przypadku.....	27
2. Proces pielęgnowania.....	30
Podsumowanie	43
Bibliografia	45
Streszczenie	47

Wstęp

Każdego dnia spotykamy w otaczającym nas świecie osoby z mniejszą lub większą niepełnosprawnością. Świadomość i wiedza społeczeństwa dotycząca ludzi z dysfunkcjami pozwala na to, że nie dziwi nas osoba na wózku inwalidzkim, z białą laską na przejściu dla pieszych. Nadal jednak, zwracamy uwagę na rodziców z upośledzonym dzieckiem na placu zabaw, czy plaży. Co wtedy myślimy? Jaką prezentujemy postawę? Pierwszą z nich jest okazywanie litości nad biednymi kalekami. Druga postawa, zdecydowanie negatywna wynikająca z braku wrażliwości, to pogarda dla sprawnych inaczej. Na trzecią postawę, mianowicie próbę zrozumienia, stać naprawdę niewielu[21].

Rodzice dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym, któremu niejednokrotnie towarzyszy upośledzenie intelektualne przeszli trudną drogę od rozpaczki i bólu przez poszukiwanie winnych, chwytanie się różnych środków ratunku, zwątpienie, bezsilność, zmęczenie. Aż do akceptacji codziennego-pełnego trosk, ale i radości życia[7].

Rodzice dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym(skrót- MPD) nie chcą, aby ich dziecko było traktowane wyłącznie jako pacjent. Chcą, aby ich dziecko było szczęśliwe mimo swojej niepełnosprawności. Pragną, aby poziom życia ich dziecka i całej rodziny nie odbiegał od poziomu życia innych rodzin, „normalnych rodzin”.

Są rodziny, którym trudno pogodzić się z myślą, że ich dziecko jest niepełnosprawne. Upośledzenie, niezależnie od stopnia przygnębia większość rodziców. Akceptowanie swojego upośledzonego dziecka bywa tym trudniejsze, że nie zawsze środowisko społeczne, w którym dana rodzina funkcjonuje ma dla niej pełne zrozumienie. Część rodziców, z różnych względów, nie chce lub nie może otoczyć opieką swoich dzieci. Decyzja tych rodziców nie należy do naszej oceny. Wówczas całościową opieką nad tymi pacjentami zajmują się placówki opiekuńcze. Upośledzeni fizycznie i intelektualnie podopieczni domów opieki społecznej lub innych placówek opiekuńczych, w tym dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, są do siebie podobni pod względem dysfunkcji fizycznych, ale tak bardzo różni w sferze osobowości.

Dziecko niepełnosprawne potrzebuje takiego samego ciepła emocjonalnego i nakierowania matki, jak nieupośledzony rówieśnik. Wymaga jednak znacznie więcej czasu, więcej pomocy i większej wyrozumiałości. Jeżeli mu tego wszystkiego brakuje, wówczas dziecko niepełnosprawne nie potrafi sprostać wymogom otoczenia, dopasować się do niego w adekwatny sposób zgodnie ze swoimi możliwościami[1].

Głównym celem niniejszej pracy jest przedstawienie procesu pielęgnowania i roli pielęgniarki w opiece nad dzieckiem z MPD w placówce opiekuńczej. Często jest ona osobą będącą najbliższą, która w sposób fachowy i odpowiedzialny otacza opieką dziecko-zaspakajając jego liczne potrzeby bio-psycho-społeczne.

Praca nie ma charakteru badawczego. Opieram się w niej głównie na dostępnej literaturze oraz moim doświadczeniu zawodowym. Praca składa się z trzech części. Część I poświęcona jest współczesnym trendom w pielęgniarstwie, pozwalającym na indywidualną, holistyczną opiekę nad pacjentem. Ze szczególnym uwzględnieniem pacjenta z licznymi dysfunkcjami fizycznymi, jak i upośledzeniem intelektualnym, które często towarzyszy MPD. II część pracy przedstawia etiologię, objawy i metody usprawniania pacjenta z mózgowym porażeniem dziecięcym. Całość niniejszej pracy zamyka rozdział III, w którym przedstawiłam studium przypadku oraz proces pielęgnowania osoby z mózgowym porażeniem dziecięcym.

Rozdział I

Współczesne trendy w pielęgniarstwie.

„Nasza praca nie jest łatwa, ale w trudnych chwilach, pomyślmy, że w położeniu chorego może znaleźć się ktoś nam bliski lub nawet my sami. Zastanówmy się jaka opieka by nas wtedy satysfakcjonowała...”

(S. Wołynka)

Aby mówić o współczesnych trendach w pielęgniarstwie należy w pierwszym rzędzie przybliżyć pojęcie pielęgniarstwa. Pielęgniarstwo, współcześnie rozpatrywane jest jako działalność praktyczna, nauka i wiedza. Wszystkie te elementy składające się na definicję pielęgniarstwa charakteryzują się m. in. swoistymi metodami badania rzeczywistości na użytek szeroko pojętego pielęgniarstwa[8].

Pielęgniarstwo jest to :

- zawód (o charakterze opiekuńczym),
- dyscyplina naukowa (wykładana na poziomie akademickim),
- podsystemem ochrony zdrowia,
- przedmiot nauczania[3] .

Pielęgniarstwo jako zawód ma długą tradycję i solidne podstawy teoretyczne. Ma charakter opiekuńczy. Praca pielęgniarki polega na profesjonalnym pomaganiu wszystkim tym osobom, które tej opieki potrzebują i oczekują. W swojej pracy pielęgniarka wykorzystuje różne modele opieki np.: tradycyjny czy nowoczesny, wykorzystuje też różne formy jej sprawowania np.: samoopieka.

Pielęgniarstwo jako przedmiot nauczania realizowany jest na różnych poziomach kształcenia i doskonalenia zawodowego. Raz zdobyte wykształcenie nie wystarcza wobec ciągłych zmian i nowych zadań.

Pielęgniarstwo jako dyscyplina naukowa jest stosunkowo młoda. Zajmuje się ona bezpośrednią opieką nad pacjentem, promocją zdrowia, profilaktyką. Pielęgniarstwo obejmuje swym zasięgiem ludzi zdrowych, chorych fizycznie i psychicznie, niepełnosprawnych w różnych grupach wiekowych oraz w różnych miejscach ich przebywania. Przedmiotem naszej pracy jest więc indywidualna osoba, jej rodzina oraz społeczność lokalna, w której ona żyje.

Nieodłącznym elementem od teorii i założeń pielęgniarstwa jest praktyczne pielęgniarstwo czyli **pielęgnowanie**. Pielęgnowanie jest to asystowanie pacjentowi.

Współczesne pielęgniarstwo polega na całościowym podejściu do pacjenta i podopiecznego – a więc takiej opiece i pielęgnowaniu, które uwzględnia go jako osobę. Całościowe, holistyczne podejście dotyczy również sfery psychicznej pacjenta, jego potrzeb intelektualnych i duchowych. Ukierunkowanie pracy pielęgniarki zależy od rodzaju choroby czy niepełnosprawności pacjenta. Duże znaczenie ma wiek podopiecznego i jego ogólna sytuacja życiowa.

Ważnym elementem pracy pielęgniarki jest umiejętność dostrzegania potrzeb pacjenta, uświadomienie sobie w jakim zakresie potrzebuje on szczególnie naszej pomocy. Jest on więc podmiotem naszej pracy.

Zakres kompetencji pracy pielęgniarki to **promocja zdrowia**, czyli szerzenie oświaty zdrowotnej wśród pacjentów i osób zdrowych. Promocja zdrowia to też własny przykład pozytywnych postaw i zachowań. Praca pielęgniarki to również szeroko pojęta **profilaktyka**. Personel pielęgniarstwa bierze czynny udział w **procesie diagnozowania, leczenia, pielęgnowania i rehabilitacji**.

Na podniesienie jakości opieki nad pacjentem pozwala wprowadzony pod koniec lat 50-tych XX w. **proces pielęgnowania**. Proces pielęgnowania należy uznać za metodę, która pozwala na zapewnienie pacjentowi i jego rodzinie indywidualnej i ciągłej opieki. Warunkiem powodzenia we wdrażaniu procesu pielęgnowania do praktyki jest zapewnienie odpowiednich zasobów ludzkich i rzeczowych oraz szeroka wiedza, motywacja i umiejętność analizowania oraz krytycznego myślenia przez pielęgniarkę [6]. Pielęgnowanie z wykorzystaniem metody procesu pielęgnowania pozwala na opiekę całościową, celowe i dokładnie zaplanowane działania mające na celu poprawę stanu zdrowia lub utrzymanie dotychczasowego. Dzięki procesowi pielęgnowania opieka jest

ciągła i dynamiczna. Proces pielęgnowania można realizować w szeroko rozumianej profilaktyce, w chorobie, w stanie umierania i śmierci[23].

Proces pielęgnowania składa się z czterech etapów:

- rozpoznanie,
- planowanie,
- realizacja,
- ocena.

Na pierwszy etap, jakim jest **rozpoznanie** składa się gromadzenie i analiza danych oraz postawienie diagnozy pielęgniarstwa. Ten etap pozwala na ustalenie jaki jest stan bio-psycho-społeczny pacjenta, czy potrzebuje on fachowej pomocy pielęgniarstwa (jeśli nie, to czyjej). Na podstawie zgromadzonych danych od pacjenta i jego rodziny, dokonanych pomiarów i obserwacji oraz dostępnej dokumentacji pielęgniarstwo może postawić diagnozę. **Diagnoza pielęgniarstwa** pozwala w zwięzły i precyzyjny sposób przedstawić zachowania i reakcje pacjenta na aktualny stan zdrowia i sytuację w jakiej się znalazł. Podziału diagnozy pielęgniarstwa dokonuje się ze względu na:

- przedmiot diagnozy(indywidualna, grupowa, rodziny i społeczności lokalnej),
- rodzaj diagnozy(przyczynowa, prognostyczna, klasyfikacyjna, fazy i znaczenia).

Drugim etapem jest **planowanie opieki**. Ten etap pozwala na ustalenie celu, dobór osób i sprzętu potrzebnych do formułowania planu. Cele opieki powinny być realne do osiągnięcia, zrozumiałe dla wszystkich członków zespołu terapeutycznego, a także dla pacjenta. Cele muszą być odniesione w czasie, czyli musi być określony termin ich wykonania. Ważne jest również to, aby były one mierzalne i możliwe do udokumentowania. Cele opieki mogą dotyczyć całości potrzeb zdrowotnych pacjenta(cele ogólne), ale też mogą odnosić się do poszczególnych zabiegów pielęgniarstwa(cele szczegółowe).

Trzecim etapem procesu pielęgnowania jest **realizacja planu opieki**. Celem tego etapu jest wykonanie zaplanowanych działań opiekuńczych i edukacyjnych. Na efekt realizacji zaplanowanych działań mają wpływ kompetencje pielęgniarstwa, dostępne środki, organizacja pracy zespołu terapeutyczno-opiekuńczego oraz współpraca pacjenta i jego rodziny.

Czwarty, ostatni etap procesu pielęgnowania to **ocena**. Polega ona na porównaniu osiągniętych rezultatów opieki z założonymi celami. Ten krok w procesie pielęgnowania pozwala również na wyłapanie błędów i wypracowanie nowych, lepszych metod co prowadzi do poprawy jakości pracy pielęgniarstwa.

Ważną cechą procesu pielęgnowania jest możliwość dokumentowania jego poszczególnych etapów. Pozwala to na sprawny przekaz informacji o stanie zdrowia pacjenta i przebiegu procesu pielęgnowania między członkami zespołu interdyscyplinarnego.

Przed pielęgniarstwem w Polsce stanęło wiele wyzwań. Jak sprostać:

- wymaganiom współczesnego systemu ochrony zdrowia;
- rozbudzonym oczekiwaniom społecznym;
- wymaganiom podopiecznych;
- współczesnym koncepcjom pielęgnowania;
- wymogom Unii Europejskiej (profesjonalizm, wiedza z zakresu demokracji, rynku, kultury, stylu życia, podstawowych praw współczesnej Europy)?

Przemiany w wizerunku pielęgniarki nie wynikają tylko z przekształceń systemu ochrony zdrowia, są one wyrazem przyjętych humanistycznych wartości społecznych i moralnych. Mają też związek z potrzebą umacniania pozycji zawodowej oraz rozszerzenia kompetencji i zwiększenia samodzielności pielęgniarki[20].

Współczesna pielęgniarka jest nie tylko osobą pielęgnującą chorego, ale czuje się ona zawodowo odpowiedzialna za zdrowie pojedynczego człowieka oraz grupę społeczną, w której on funkcjonuje. Czuje się ona odpowiedzialna za zdrowie w sensie biopsychospołecznym, ale też duchowym. Uznaje się, że opieka zindywidualizowana jest najwłaściwszą formą zawodowego pielęgnowania; rozumie się ją jako prawo pacjenta i obowiązek pielęgniarki[4].

Zawodową sylwetkę pielęgniarki XXI w. wg WHO charakteryzuje: profesjonalizm zawodowy, dążenie do kształcenia ustawicznego, elastyczność wobec zmian otoczenia, umiejętność podejmowania decyzji, wyrażania własnych opinii, formułowania wniosków, komunikowania się z otoczeniem oraz umiejętność pracy w zespole interdyscyplinarnym[16]. Mimo tak wielu zmian, tak wielu nowych oczekiwań istotą naszego zawodu zostanie dawanie podopiecznemu poczucia bezpieczeństwa, wsparcie emocjonalne, zainteresowanie jego osobą, akceptacja i opiekuńczość. W pracy zawodowej wymagana jest od nas rzetelność, kompetencja, odpowiedzialność i profesjonalizm. Tego wszystkiego uczymy się przez cały czas aktywności zawodowej.

Zajmowanie się człowiekiem cierpiącym, z różnymi deficytami zdrowotnymi nie jest pracą jak każda inna. Fachowe pomaganie jest sztuką. Każde miejsce pracy pielęgniarki ma swoją specyfikę.

Na szczególną uwagę zasługują pielęgniarki pracujące w domach pomocy społecznej czy placówkach opiekuńczych dla osób przewlekle chorych, dla dzieci intelek-

tualnie upośledzonych. Pacjenci, podopieczni, mieszkańcy tych placówek spędzają w nich niejednokrotnie całe swoje życie. Bardzo często pielęgniarka, na przestrzeni miesięcy i lat, jest świadkiem nie poprawy i umacniania zdrowia, ale jego degradacji. Prawie wszystkie osoby opiekujące się niepełnosprawnymi doświadczyły granic swej pracy. Praca pielęgniarki z osobami niepełnosprawnymi umysłowo, którego przyczyną jest również mózgowo porażenie dziecięce bywa trudna i rodzi szereg pytań o sens swej pracy, o postawę rodziców dziecka. Bardzo często pada pytanie, co jest miernikiem tej pracy, skoro nie można uzyskać poprawy stanu zdrowia pacjenta.

Ważnym elementem, który często jest pomijany, a który niejednokrotnie nadaje na powrót sens pracy pielęgniarki w placówkach opiekuńczych jest zadowolenie podopiecznych. Standardy opieki nad osobami niepełnosprawnymi umysłowo są same w sobie trudnym zagadnieniem[15]. Opracowanie standardów, procedur pozwalających na ocenę satysfakcji podopiecznego jest trudne(ze względu na utrudniony kontakt), ale nie jest niemożliwe. Osoba niepełnosprawna umysłowo potrafi komunikować się na wiele sposobów.

Pomaganie osobie niepełnosprawnej, która ma nikłe szanse na powrót do zdrowia, albo z punktu widzenia dzisiejszego poziomu wiedzy medycznej nie ma ich wcale, jest trudnym zadaniem. Tym trudniejsze jest wówczas, kiedy podopieczny traktowany jest jako „przypadek”. Obok profesjonalnego medycznego podejścia do „historii choroby” bardzo ważne jest zrozumienie losu niepełnosprawnego, jego emocji. W placówkach opiekuńczych codzienne konkretne potrzeby człowieka na wózku inwalidzkim lub upośledzonego dziecka często odbiegają od teoretycznego opracowania jego problemów. Osoby niepełnosprawne umysłowo mają również zdolności intelektualne, chęć uczenia się, talenty na rozwój, których też należy zwrócić uwagę.

Współczesne pielęgniarstwo, praca na procesie pielęgnowania, holistyczne postrzeganie pacjenta to pojęcia, które wciąż jeszcze nie do końca znalazły zastosowanie w praktyce w placówkach opiekuńczych, domach pomocy społecznej, których mieszkańcami są osoby niepełnosprawne umysłowo.

Rozdział II

Mózgowe porażenie dziecięce.

1. Wyjaśnienie pojęcia i etiologia mózgowego porażenia dziecięcego.

Osoby niepełnosprawne żyją na całym świecie, we wszystkich grupach etnicznych oraz kulturach. Przyjmuję się, iż ziemię zamieszkują ponad pół miliarda osób niepełnosprawnych. Największą grupę stanowią ofiary różnego rodzaju wypadków- prawie 80 mln osób, chorzy cierpiący z powodu porażenia mózgowego to 15 mln[19].

Spółeczeństwa od zawsze składały się zarówno z jednostek silnych i zdrowych, jak i chorych i nie w pełni sprawnych. Zaburzenia ruchu i postawy znane były już w starożytności, pierwszy opis osób cierpiących na porażenie pojawił się w Egipcie. W XIX wieku natomiast powstała pierwotna deskrypcja jednej z postaci mózgowego porażenia dziecięcego – obustronnego niedowładu kurczowego, autorstwa angielskiego lekarza dr J. W. Little’a. Omawiany stan chorobowy przez wiele lat, zarówno w Polsce jak i na świecie zwany był „zespołem Little’a”. Termin „mózgowego porażenia” użyty został po raz pierwszy przez W. Osler’a trzydzieści lat po opublikowaniu monografii Little’a[10].

W specjalistycznej literaturze możemy znaleźć wiele pozycji poświęconych zagadnieniu mózgowego porażenia dziecięcego. Autorzy w swoich pracach wyjaśniają i interpretują owe zjawisko. Przykładem starszej definicji jest przedstawiony poniżej opis, pochodzący z książki Psychologia Defektologiczna pod redakcją Anny Wyszynskiej: Pojęciem „mózgowe porażenie dziecięce” (skrót – MPD) określa się przewlekłe, nie postępujące zaburzenie czynności ośrodkowego neuronu ruchowego, będące następstwem nieprawidłowego rozwoju lub uszkodzenia mózgu. Nie stanowi ono odrębnej jednostki chorobowej, lecz zespół objawów, spośród których na pierwszy plan wysuwa

się upośledzenie funkcji motorycznych. Nieprawidłowościom ruchowym towarzyszą z reguły inne objawy uszkodzenia mózgu, jak: wady wzroku i słuchu, zaburzenia czucia, niedorozwój umysłowy, zaburzenia mowy czy padaczka[17]. Współczesny opis omawianego schorzenia reprezentuje definicja autorstwa S. Mari Bogumiły Pecyny: Mózgowe porażenie dziecięce stanowi niepostępujący i nieustępujący zespół objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego w postaci niedowładów i porażań nerwów, stanów drgawkowych, upośledzenia rozwoju umysłowego oraz zaburzeń ze strony zmysłów i zachowania[14]. Inna definicja brzmi: Aktualnie mózgowe porażenie dziecięce to zbiorcze pojęcie – parasol – obejmujące różnorodne, zmieniające się wraz z wiekiem zaburzenia ruchu i postawy (porażenia, niedowłady, ruchy mimowolne, zaburzenia napięcia mięśniowego, zaburzenia równowagi), współistniejące z innymi objawami trwałego uszkodzenia mózgu (padaczka, upośledzenie umysłowe, zaburzenia mowy, wzroku, słuchu), znajdującego się w stadium niezakończonego rozwoju, a więc zaistniałe przed urodzeniem dziecka, w czasie porodu lub w pierwszych 3 latach życia[9]. Obydwa przywołane opisy dają pewien ogólny obraz tego, czym jest i przede wszystkim, czym objawia się mózgowe porażenie dziecięce. Owe definicje wymieniają szereg nieprawidłowości w fizycznym funkcjonowaniu osób z mózgowym porażeniem dziecięcym. Kolejny uwzględniony przeze mnie opis szereguje owe schorzenie, wskazuje jego istotę i wymienia możliwe niepożądane skutki jego występowania: Mózgowe porażenie dziecięce należy do zespołu zaburzeń organicznych i czynnościowych mózgu. Jest jednym z cięższych uszkodzeń układu nerwowego u dzieci. Uszkodzenia mózgu mogą być przyczyną upośledzenia umysłowego, dysfunkcji narządu ruchu, zaburzeń osobowości, różnych form nieprzystosowania społecznego oraz rozmaitych defektów nieznacznego stopnia[10]. Przywołane w niniejszej pracy definicje wyjaśniają i interpretują, czym według ich autorów jest mózgowe porażenie dziecięce, skupiają się one zarówno na przyczynach jak i potencjalnych skutkach owego schorzenia, czyli na ograniczeniach fizycznych rzutujących na ogólne funkcjonowanie i aktywność życiową osób na nie cierpiących. S. Maria Bogumiła Pecyna w jednej ze swoich książek powołuje się na słowa Romana Michałowicza, który jako przyczyny uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego będącego z kolei bezpośrednim powodem wystąpienia mózgowego porażenia dziecięcego wymienia różne, nieprawidłowe, chorobowe czynniki, które uszkodziły jeszcze nie w pełni ukształtowany, dopiero rozwijający się układ nerwowy. Zespół mózgowego porażenia dziecięcego pozostaje w związku przyczynowym z nieprawidłowo przebiegającym okresem prenatalnym, perinatalnym oraz noworodkowym[14].

Jak wynika z wcześniej wymienionych opisów mózgowego porażenia dziecięcego nie stanowi ono określonej, odrębnej jednostki chorobowej, lecz jest różnorodnym etiologicznie i klinicznie zespołem objawów chorobowych. Większość przypadków wiąże się przypuszczalnie z określonymi czynnikami ryzyka związanymi i powstałymi w czasie ciąży, w okresie okołoporodowym oraz w pierwszych latach życia dziecka.

Do podstawowych czynników będących przyczyną uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego w okresie prenatalnym są embriopatie (zmiany powstałe w okresie zarodkowym) oraz fetopatie (zmiany powstałe w okresie płodowym). Jako jeden z wielu powodów wystąpienia u jednostki mózgowego porażenia dziecięcego wymienia się uszkodzenie komórki jajowej lub plemnika biorących udział w zapłodnieniu. Równie niebezpieczne mogą być defekty genetyczne oraz uszkodzenia chromosomów. W okresie zarodkowym, gdy tworzą się narządy i układy, embriopatie mogą powodować opóźnienie rozwoju psychoruchowego i umysłowego. Do zaburzeń tych może dojść na skutek przebytych przez matkę chorób zakaźnych tj. świnki, różyczki, odry, ospy, półpaśca. Zakażenia wewnątrzmaciczne, wirusy oraz pasożyty mogą być przyczyną zapalenia mózgu oraz opon mózgowych płodu[14].

Szczególne znaczenie w powstaniu mózgowego porażenia dziecięcego ma niedotlenienie i niedokrwienie mózgu płodu. Przyczyn tego zjawiska można szukać m. in. w zakłóceniach wymiany gazowej u matki, zaburzeniach metabolicznych, zaburzeniach dyfuzji tlenu przez łożysko oraz wymiany tlenu między matką, a płodem.

Embriopatie i fetopatie mające wpływ na powstanie mózgowego porażenia dziecięcego związane są również z niepożądanym działaniem związków chemicznych. W tym miejscu wymienić należy działanie takich związków jak dym papierosowy, zażywany przez matkę alkohol, narkotyki czy różnego rodzaju leki. Bardzo niebezpieczne jest również promieniowanie jonizujące, a w szczególności naświetlania promieniami X[14].

Jeden z autorów zajmujący się mózgowym porażeniem dziecięcym zauważył, iż w przeszłości uważano, że jeżeli dojdzie do sytuacji, gdy jakiś czynnik wystąpi w stopniu niewystarczającym dla zaspokojenia potrzeb matki i jej nienarodzonego dziecka, konsekwencje tego przeważnie odczuwa matka, a nie dziecko. Dzisiaj wiadomo, że jest odwrotnie i stać się to może powodem uszkodzenia zdrowego mózgu u płodu[2]. Jak wynika z powyższych, przywołanych przeze mnie danych okres ciąży niesie ze sobą wiele niebezpieczeństw, które w konsekwencji mogą spowodować uszkodzenia ośro-

kowego układu nerwowego i tym samym przyczynić się do powstania mózgowego porażenia dziecięcego. Podsumowując powyższe treści warto zacytować słowa Małgorzaty Kościelskiej: Człowiek rodzi się także po 9 miesiącach już przebytej drogi rozwojowej, która mogła być mniej lub bardziej pomyślna i ma wpływ na dalsze losy życiowe[5].Pamiętać należy jednak o tym, że nie tylko czynniki przedporodowe, ale także okołoporodowe oraz poporodowe są częstą przyczyną występowania mózgowego porażenia dziecięcego.

Wyżej wspomniane uszkodzenia związane z okresem perinatalnym i noworodkowym, mogą być wywołane przez czynniki mechaniczne, fizyczne, chemiczne oraz metaboliczne. Niezwykle niebezpieczna w opisywanych okresach życia dziecka jest zamartwica, czyli zespół objawów charakterystycznych dla niedotlenienia lub niedokrwienia mózgu noworodka, a wśród nich wymienia się: zaburzenia świadomości, oddechu, napięcia mięśniowego, drgawki. Długotrwała i znacznie nasilona zamartwica jest przyczyną trwałego uszkodzenia mózgu. Kolejnym czynnikiem mogącym przyczynić się do powstania mózgowego porażenia dziecięcego jest martwica okołokomorowa czyli uszkodzenie okołokomorowej mózgowej istoty białej, która może być spowodowana wcześniej wspomnianą okołoporodową encefalopatią niedotleniowo – niedokrwinną (zamartwicą) lub krwawieniem okołokomorowym[9]. Niedotlenienie niesie ze sobą również niebezpieczeństwo wystąpienia wylewu śródczaszkowego w omawianych okresach życia dziecka. Wcześniactwo uważa się za czynnik zagrożenia przy zespole mózgowego porażenia dziecięcego. Ryzyko wystąpienia omawianego schorzenia występuje również u noworodków z chorobą hemolityczną związaną z niezgodnością głównych grup krwi lub czynnika Rh.

Przyczyn mózgowego porażenia dziecięcego można doszukiwać się w bardzo wielu czynnikach, często jednak nie można stwierdzić jego genezy. Niewątpliwie powinno się ograniczyć lub starać się całkowicie wyeliminować zachowania i czynniki niosące ryzyko nieprawidłowego rozwoju i zaburzeń w funkcjonowaniu jednostki.

2. Klasyfikacja i objawy mózgowego porażenia dziecięcego.

Na przestrzeni wielu lat pojawiło się bardzo dużo, różniących się od siebie definicji mózgowego porażenia dziecięcego, pojawiły się również liczne próby jego klasyfikacji. W zależności od przyjętych kryteriów oraz ze względu na bardzo złożony obraz objawów klinicznych i zmian neuropatologicznych wymienia się różne przykłady klasyfikacji omawianego schorzenia.

Przykładem starszej klasyfikacji jest podział wg zakresu i umiejscowienia porażenia czy niedowładu. Owa systematyka wyróżnia sześć postaci:

- monoplegia – porażenie jednej ręki lub nogi;
- hemiplegia – dotyczy obu kończyn po tej samej stronie ciała;
- triplegia – porażenie trzech kończyn;
- diplegia – obustronny, symetryczny niedowład;
- paraplegia – dotyczy tylko kończyn dolnych;
- quadriplegia – porażenie wszystkich czterech kończyn[17].

Ewa Mazanek w jednej ze swoich książek przywołuje klasyfikację mózgowego porażenia dziecięcego opracowaną przez Komitet Amerykański do Spraw Porażeń Mózgowych Dziecięcych:

- typ spastyczny;
- typ atetotyczny;
- sztywność mięśniowa;
- postać ataktyczna;
- postać mózgowa;
- postać drgawkowa;
- typ atoniczny lub hipotoniczny.

Wyżej wymieniona autorka wymienia również podział mózgowego porażenia dziecięcego według T. Ingrama, jest on oparty głównie o kryteria topograficzne:

- obustronne porażenie kurczowe (diplegia);
- porażenie połowicze (hemiplegia);
- obustronne porażenie połowicze (hemiplegia bilateralis);

- zespół mózdkowy (atalia);
- zespół pozapiramidowy (dyskinesiae);
- postaci mieszane[10].

W tym miejscu należy również przytoczyć bardzo popularny i często stosowany podział opracowany przez Hagberga, owa klasyfikacja wyróżnia następujące postaci mózgowego porażenia dziecięcego:

- postaci spastyczne (piramidowe);
- postaci pozapiramidowe (dyskinetyczne);
- postaci mózdkowe (ataktyczne)[9].

Prawidłowo opracowana klasyfikacji powinna być powtarzalna, specyficzna i mieć wartość prognostyczną, ma ona za zadanie szeregować i uporządkowywać kwestie związane z omawianym schorzeniem. Jednak różnorodność zaburzeń ruchowych oraz współistniejące z nimi objawy uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego spowodowało wyodrębnienie wielu różnych postaci mózgowego porażenia dziecięcego. Zjawisko MPD jest tak złożone, że niewątpliwie trudno jest opracować idealną klasyfikację, która w sposób rzetelny opisywałaby i oddawała sytuację każdej osoby na nie cierpiącej.

Objawy mózgowego porażenia dziecięcego mogą mieć różny charakter. Zależą one zarówno od lokalizacji uszkodzenia, jego stopnia jak i rozległości. Omawiane objawy mogą być zauważalne już u noworodka i przybierać różne formy, w sytuacji mniejszego uszkodzenia mogą one ujawnić się nieco później, w drugim – trzecim kwartale życia dziecka. Uszkodzenie mózgu jest powodem powstania zaburzeń ruchowych, mogą również pojawić się zaburzenia w rozwoju intelektualnym, mowy czy zachowania, częstym objawem współtowarzyszącym mózgowego porażenia dziecięcego jest epilepsja.

Biorąc pod uwagę umiejscowienie uszkodzeń mózgu oraz występujące objawy, mózgowie porażenie dziecięce możemy podzielić na:

Postacie spastyczne mózgowego porażenia dziecięcego oznaczają zaburzenia, w których upośledzone są ruchy dowolne, obejmujące zarówno stosunkowo proste czynności, jak i wysoce precyzyjne. Powodem tego, iż odpowiedzialne za omawiane czynności ruchowe drogi piramidowe, biegnąc od komory mózgowej do rdzenia i nerwów rucho-

wych, krzyżują się, uszkodzenie prawej półkuli mózgu jest przyczyną zaburzenia ruchów lewej połowy ciała i odwrotnie.

W opisywanej postaci mózgowego porażenia dziecięcego oprócz uszkodzeń dróg piramidowych odpowiedzialnych za ruch, uszkodzone mogą być również czynności czuciowe, które mogą powodować trudności z odczuwaniem ruchów oraz wibracji, co z kolei powoduje kłopoty z oceną i różnicowaniem kształtów, konsystencji czy wielkości trzymanego przez dziecko przedmiotu.

Kolejnym objawem spastycznej postaci mózgowego porażenia dziecięcego może być uszkodzenie dróg przewodzących bodźce wzrokowe z siatkówki oka do komory mózgowej, odpowiedzialnej za ich scalanie i różnicowanie. W konsekwencji owo uszkodzenie może być powodem ograniczenia pola widzenia u chorego dziecka.

Niedowład połowiczny prawo lub lewostronny należy do postaci lepiej rokujących. Dzieci cierpiące na omawiane zaburzenie prawie zawsze osiągają zdolność do samodzielnego chodzenia. Niestety gorzej przedstawia się sytuacja z posługiwaniem się kończyną górną. Zanim dziecko opanuje umiejętność chwytania to może mieć problemy ze zgiętym nadgarstkiem oraz przywiedzionym kciukiem, jest on jakby schowany w dłoni. Z tego powodu rozwój czynności chwytania może być zaburzony i opóźniony.

W późniejszym okresie rozwoju dziecka (5 – 8 rok życia) mogą pojawić się inne zaburzenia ruchu w obrębie kończyny górnej. Mają charakter niekontrolowanych, wolno wykonywanych ruchów, najczęściej palcami, lecz czasami także nadgarstkiem lub całą ręką.

W postaci niedowładu połowicznego ujawniają się również problemy z funkcjonowaniem kończyny dolnej, jednak owe trudności są zawsze mniejsze niż u kończyny górnej. Powodem tego jest fakt, iż ręka jest u człowieka narządem bardziej precyzyjnym i w związku z tym obszar kory mózgowej odpowiedzialnej za jej funkcjonowanie jest większy i uszkodzenie półkuli mózgu odbija się szczególnie na jej sprawności.

Stopień opisywanych przez mnie uszkodzeń, w mózgowym porażeniu dziecięcym pod postacią niedowładu połowicznego, może być bardzo różny. Niedowład połowiczny w stopniu lekkim charakteryzuje się tym, że dziecko używa chorej kończyny na równi ze zdrową, aczkolwiek wykonywane przez nią ruchy są mniej sprawne. O umiarkowanie wyrażonym niedowładzie połowicznym mówimy wówczas, gdy dziecko posługuje się

chorą kończyną jedynie jako pomocniczą, natomiast w stopniu ciężkim dziecko praktyczne nie używa chorej kończyny. Nadgarstek i palce są cały czas zamknięte.

Niedowład czterokończynowy w mózgowym porażeniu dziecięcym jest najcięższą postacią owego zespołu. W opisywanej postaci uszkodzone są w podobnym lub jednakowym stopniu obydwie półkule mózgowe. Objawy chorobowe dotyczą wszystkich kończyn z przewagą górnych. Przy niedowładzie czterokończynowym w stopniu lekkim dzieci osiągają zdolność samodzielnego chodzenia, jednak w stopniu umiarkowanym dzieci osiągają umiejętność postawy i chodu ze znacznym opóźnieniem (4 – 5 rok życia) i są one wysoce niedoskonałe. W postaci czterokończynowej mózgowego porażenia dziecięcego wyrażonej w stopniu znacznym dzieci przeważnie nie są zdolne opanować umiejętności utrzymania pozycji stojącej. Powodem takiej sytuacji są między innymi występujące u nich odruchy toniczne, mogą one trwać wiele lat lub nawet całe życie, są one związane z rozwojem czynności ruchowych noworodka. Niektóre z nich odnoszą się do wspomnianego okresu, inne zaś można zauważyć dopiero w wieku niemowlęcym. Owe odruchy w miarę dojrzewania ośrodkowego układu nerwowego i rozwoju dziecka znikają, stwierdzenie ich występowania w późniejszym wieku dowodzi, iż stanowią objawy uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, mające miejsce m.in. w mózgowym porażeniu dziecięcym[11].

Przykładem wyżej opisanych odruchów są odruchy toniczne szyjne. Powodują one zjawisko polegające na tym, iż skręt głowy dziecka na bok wywołuje wyprost kończyn w kierunku, w którym skręcona jest twarz i zgięcie tych kończyn, w kierunku, w którym zwrócona jest potylica. Natomiast zgięcie głowy dziecka do przodu jest powodem wyprostowania kończyn dolnych i zgięcia górnych, a odgięcie jej wywołuje wyprost kończyn górnych a zgięcie dolnych. Występowanie opisywanych odruchów jest bezpośrednią przyczyną trudności dziecka z opanowaniem umiejętności utrzymania pionowej postawy, gdyż każda zmiana pozycji głowy powoduje zmianę napięcia mięśni w kończynach.

Dzieci cierpiące na czterokończynową postać mózgowego porażenia dziecięcego mają trudności z nauką mowy, mogą opanować daną umiejętność z opóźnieniem lub nigdy jej nie przyswoić. Powodem owej sytuacji jest dotknięcie chorobą mięśni twarzy, połykania oraz języka. Oprócz trudności z mową może to również prowadzić do ubogiej mimiki lub wprost przeciwnie do nadmiernego wyrażania emocji takich jak śmiech czy

płacz. Mogą pojawić się trudności w zamykaniu ust oraz nadmierne wydzielanie ślinianek, co z kolei jest powodem wycieku śliny.

Następstwem uszkodzenia mózgu u dzieci z czterołożynową postacią mózgowego porażenia dziecięcego jest również małopłowie oraz padaczka.

Obustronny niedowład kurczowy to postać mózgowego porażenia dziecięcego, w której funkcje kończyn dolnych są bardziej uszkodzone niż kończyn górnych. Zdarza się również, że kończyny górne są całkowicie sprawne. Wymienia się różny stopień nasilenia zmian w kończynach dolnych: od objawów lekko wyrażanej spastyczności, poprzez umiarkowaną do znacznej.

Dzieci z niedowładem kurczowym charakteryzuje ustawienie kończyn dolnych w przywiedzeniu, wykazują tendencje do stawania na palcach lub wyprostu kolan przy niewielkim zgięciu bioder. Często jest również stawanie na ugiętych kolanach i przywiedzionych nogach. Dzieci z omawianą postacią mózgowego porażenia dziecięcego w większości przypadków z opóźnieniem opanowują umiejętność stania i chodzenia. Jednak u niektórych z nich spastyczność uniemożliwia samodzielne poruszanie się.

Większość dzieci z obustronnym niedowładem kurczowym jest w pełni sprawna umysłowo i jest w stanie o czasie przyswoić umiejętność mowy. Charakterystyczne dla tej postaci jest występowanie wady wzroku, zez. Padaczka natomiast jest czymś rzadkim.

Postać pozapiramidowa mózgowego porażenia dziecięcego jest rzadko spotykana. Charakteryzuje ją zmienność zachowania się napięcia mięśniowego oraz niekontrolowane ruchy mimowolne, najczęściej spotykane to:

- ruchy atetotyczne: stanowią powolne ruchy palców, głównie rąk. Palce nadmiernie wyprostowane przybierają niezwykle ułożenie;
- ruchy płasawicze: szybkie ruchy kończyn, nakładające się na ruchy dowolne;
- ruchy dystoniczne: mimowolne ruchy powodujące skręcanie i wyginanie różnych części ciała, głównie mięśni pasa barkowego i miednicy.

Współistniejącym zaburzeniem u dzieci z postacią pozapiramidową mózgowego porażenia dziecięcego jest często niedosłuch lub nawet pełna głuchota. Padaczka natomiast występuje rzadko.

Postać mózdkowa charakteryzuje się niemożnością lub trudnością w utrzymaniu równowagi oraz drżeniem rąk przy próbie chwytania. Dzieci z omawianą postacią wykazują opóźnienie w opanowywaniu chodu, zaczynają samodzielnie się przemieszczać między 2 a 5 rokiem życia. Chodzenie odbywa się przy szeroko rozstawionych nogach. W owej postaci charakterystyczne jest upośledzenie umysłowe.

Postacie mieszane mózgowego porażenia dziecięcego występują u dzieci wówczas, gdy posiadają one objawy charakterystyczne dla więcej niż jednej wyżej opisywanej postaci[9].

Przedstawione powyżej postaci mózgowego porażenia dziecięcego i przypisane im objawy są tylko ogólnie zarysowanymi problemami, z jakimi muszą borykać się osoby na nie cierpiące oraz ich opiekunowie czy rodzina. W niniejszej pracy niewątpliwie temat objawów nie został w pełni wyczerpany, należy pamiętać, iż każdy przypadek jest inny i charakteryzuje się odmiennymi, indywidualnymi cechami, wynikającymi z opisywanego schorzenia.

3. Rehabilitacja i terapia mózgowego porażenia dziecięcego.

Uszkodzenie mózgu, które powoduje porażenie mózgowie, najczęściej nie nasila się, lecz także nie ustępuje. Nie oznacza to jednak, że cierpiącemu na owe schorzenie dziecku nie można w żaden sposób pomóc. Leczenie porażenia mózgowego polega na określeniu stopnia posiadanych ograniczeń i w miarę możliwości redukcji ich skutków do minimum. Problem oceny poziomu intelektualnego u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym jest złożony. Rozwój funkcji poznawczych dziecka jest związany nierozdzielnie z rozwojem ruchowym[12]. Zanim przejdę do omawiania poszczególnych technik i metod rehabilitacji dzieci z mózgowym porażeniem warto przywołać parę definicji pojęcia rehabilitacji i tym samym wyjaśnić, czym ona jest i na czym polega. Kazimierz Jacek Zabłocki w jednej ze swoich książek pisze: Rehabilitacja polega na przywróceniu sprawności uszkodzonych organów jednostki lub usprawnieniu jej funkcji, przygotowaniu jej do samodzielnego radzenia sobie w życiu codziennym, do korzysta-

nia z różnych form kształcenia, do wykonywania pracy oraz na stworzeniu w środowisku społecznym i otoczeniu fizycznym odpowiednich warunków dla prawidłowego funkcjonowania tej jednostki[18]. Inna definicja autorstwa Anny Wyszynskiej brzmi: Rehabilitacja ... jest procesem, który ma na celu przywrócenie w jak największym stopniu zdolność do samodzielnego życia i pracy osobie z naruszoną sprawnością oraz włączenie jej w życie społeczne[17]. Autorka uważa, iż skuteczność rehabilitacji zależy od wielu czynników m. in. ekonomicznych, organizacyjnych, psychologicznych czy społecznych. W procesie rehabilitacji muszą brać udział: człowiek z naruszoną sprawnością, środowisko społeczne, w którym ma on zająć odpowiednie miejsce oraz osoby pomagające mu osiągnąć niniejszy cel.

Najważniejszym celem postępowania rehabilitacyjnego powinno być osiągnięcie przez dziecko możliwie jak największej samodzielności i samowystarczalności we wszystkich sferach życia. U dziecka z mózgowym porażeniem podstawowym problemem jest konflikt pomiędzy potrzebą rozwoju, a brakiem dostatecznych możliwości ruchowych. Podstawowym zadaniem usprawniania dziecka z omawianym schorzeniem powinno być, zatem wykształcenie prawidłowego mechanizmu odruchu postawy, umożliwiającego rozwój a następnie przystosowanie prawidłowych wzorców posturalnych i motorycznych do celów funkcjonalnych życia codziennego.

Do najbardziej popularnych metod rehabilitacji ruchowej dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym należą metody: Bobathów, Peto, Wojty, Faya oraz Domana.

Metoda Bobathów: obecnie nosi nazwę NDT-Bobath. Główne zasady opisywanej metody to:

- hamowanie odruchów patologicznych i normalizacja napięcia mięśniowego;
- dążenie do osiągnięcia prawidłowych ruchów poprzez przemieszczanie w przestrzeni tzw. punktów kluczowych – głowy, obręczy barkowej, obręczy biodrowej, co prowadzi do opanowania czynności zgodnych z sekwencją rozwojową;
- prowadzenie wszystkich ruchów wolno i kontrolowanie ich rękami terapeuty;
- umiejętne prowadzenie dziecka od jednej pozycji do drugiej;
- dostosowanie sposobów wspomagania ruchu dziecka do jego potrzeb i możliwości;
- współpraca z rodzicami podczas procesu usprawniania.

Metoda Peto: omawiana metoda łączy ze sobą usprawnianie ruchowe z nauką mówienia, stymulacją rozwoju umysłowego oraz terapią funkcjonalną. Rehabilitacja prowadzona jest przez jednego, odpowiednio wykształconego terapeutę. Ćwiczenia prowadzone są codziennie: dla młodszych dzieci przez 2 godziny, a dla starszych przez całe przedpołudnie. Owa metoda prowadzona jest według ściśle określonych zasad również rozkład dnia dziecka jest stały[10].

Metoda Wojty: głównym założeniem metody jest pobudzanie pól koordynacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym, w celu utrwalenia prawidłowego ruchu. Do sfer zwolnienia zalicza się:

- nadkłykieć przyśrodkowy na kończynie górnej;
- kłykieć przyśrodkowy kości udowej na kończynie dolnej;
- dalszy odcinek kości promieniowej na kończynie górnej;
- guz piętowy poniżej kostki bocznej na kończynie dolnej;
- wyrostek barkowy łopatki, dolny kąt łopatki i mięsień pośladkowy średni na tułowiu po stronie potylicznej;
- kość potyliczna i kąt zuchwy na głowie.

Metoda Faya: w owej metodzie wprowadzono do etapów rozwoju ruchowego trójstopniowe pełzanie. Najniższym jego stopniem jest pełzanie homologiczne – dolne i górne kończyny dziecka poruszają się jednocześnie. Drugi etap to homolateralne pełzanie – kończyna górna i dolna porusza się jednocześnie po tej samej stronie ciała. Ostatni etap to pełzanie heterolateralne – dziecko wykonuje ruchy kończynami naprzemiennie. W owej metodzie każde ćwiczenie powtarzane jest kilkakrotnie w ciągu dnia, aż do uzyskania przez dziecko pożądanego stopnia opanowania ruchu pełzania.

Metoda Domana: jest to kontynuacja powyżej opisanej metody Faya. Podstawowym założeniem w niniejszej metodzie jest twierdzenie, iż wzrost i rozwój mózgu jest procesem dynamicznym. Owy proces może być zatrzymany, zwolniony, ale także przyspieszony. By tego dokonać należy trenować mózg, czyli stymulować drogi sensoryczne, odpowiedzialne za przewodzenie informacji ze środowiska do mózgu oraz drogi motoryczne odpowiedzialne za wysyłanie informacji z mózgu do środowiska. Opierając się na założeniu, iż najważniejszą funkcją mózgu jest pośredniczenie między organizmem a jego otoczeniem, opracowano następujące zasady:

Pierwsza: dotyczy procedury dostarczającej mózgowi podstawowych bitów informacji. Jej celem jest zmagazynowanie informacji sensorycznych, przy czym procedury usprawniania są również wyłącznie sensoryczne.

Druga: wykorzystuje uzyskane bity do natychmiastowych reakcji mózgu. Procedury te są typu sensoryczno – motorycznego, tzn. każdy z podstawowych bitów informacji wymaga reakcji motorycznej, które powinny być dopasowane do wprowadzonej informacji sensorycznej.

Trzecia: zasada ta obejmuje procedury typu sensorycznego, niewymagających reakcji motorycznych. Stosuje procedury programujące mózg.

Czwarta: w owej zasadzie procedury mają charakter sensoryczno motoryczny. Umożliwia mózgowi reakcje na uprzednie zaprogramowanie.

Piąta: niniejsza zasada obejmuje procedury wpływające na fizjologiczną poprawę funkcjonowania mózgu.

W opisywanej metodzie wyróżnia się cztery następujące bloki usprawniająco – rozwojowe:

- rozwoju fizjologicznego;
- rozwoju intelektualnego;
- rozwoju społecznego;
- rozwoju fizycznego[14].

Uzupełnieniem powyższych metod rehabilitacyjnych i fizjoterapeutycznych jest zaopatrzenie pacjentów w odpowiedni sprzęt ortopedyczny i rehabilitacyjny. Obejmuje on cały szereg urządzeń stosowanych zarówno w procesie rehabilitacji jak i ułatwiających codzienne funkcjonowanie pacjenta takie jak wałki, piłki, maty do ćwiczeń, maty do hydromasażu, różne rodzaju wkładki do butów, obuwie ortopedyczne, protezy, gorsety, krzeselka rehabilitacyjne, indywidualne przyrządy pionizujące czy cała paleta wózków.

Niezwykle ważna w usprawnianiu dzieci z mózgowym porażeniem oprócz rehabilitacji jest niewątpliwie terapia. Terapia to specjalistyczne działania mające na celu niesienie pomocy dzieciom ujawniającym różnego rodzaju nieprawidłowości rozwoju i zachowania. Zaburzenia te koryguje się poprzez odpowiednie oddziaływania o charakterze psychologiczno – pedagogicznym oraz profilaktycznym i medycznym, są to głów-

nie działania zapobiegawczo – naprawcze, stymulująco – usprawniające czy korekcyjno – kompensacyjne, realizowane przez wykwalifikowanych terapeutów.

Poniżej przedstawione zostały przykłady terapii stosowanych u dzieci z mózgowym porażeniem:

Terapia zabawą J. Baran: celem niniejszej terapii jest usprawnianie funkcji percepcyjno – motorycznych i poznawczych małych dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. Twórca omawianej terapii uważał, iż zabawa jest podstawową formą aktywności dziecka, podkreślał, że dzięki niej uczy się ono, rozwija zainteresowania, zdobywa nowe umiejętności oraz informacje o otoczeniu. Program usprawniania zawiera:

- w części A – wybrane zabawy stymulujące sprawności manualne i koordynację wzrokowo ruchową;
- w części B – wybrane zabawy oddziałujące na procesy myślenia.

Wzory i obrazki – Metoda M. Frostig i D. Horne’a: metoda ma za zadanie rozwijanie u dzieci zdolności spostrzegania wzrokowego, a także rozwijanie koordynacji wzrokowo – ruchowej. Ćwiczenia w owej metodzie pogrupowane są w trzech poziomach:

- poziom podstawowy: zadania kształtujące koordynację wzrokowo – ruchową;
- poziom średni: zadania rozwijające orientację w stosunkach przestrzennych;
- poziom wyższy: ćwiczenia integrujące zdolności percepcyjne z wymaganiami stawianymi dziecku w szkole.

Metoda dobrego startu M. Bogdanowicz: jest to metoda oddziaływania terapeutycznego zawierająca syntezę elementów wzrokowych, słuchowych i ruchowych. W niniejszej metodzie wyodrębnia się trzy podstawowe rodzaje ćwiczeń:

- ruchowe, usprawniające analizator kinestetyczno – ruchowy;
- ruchowo – słuchowe, które angażują analizatory: kinestetyczno – ruchowy i słuchowy;
- ruchowo – słuchowo – wzrokowe, kształtujące trzy analizatory: kinestetyczno – ruchowy, słuchowy i wzrokowy[10].

W powyższym rozdziale niewątpliwie nie zostały przedstawione wszystkie formy rehabilitacji i terapii dzieci z mózgowym porażeniem, ale jedne z najważniejszych i najczęściej stosowanych.

Jak już wspominałam w niniejszej pracy rehabilitacja ma na celu przywrócenie niepełnosprawnemu dziecku zdolność do samodzielnego funkcjonowania, aby w życiu dorosłym mógł być pełnowartościowym członkiem społeczeństwa. W owym stwierdzeniu kryją się wszystkim nam znane funkcje i role takie jak założenie rodziny czy realizowanie się w pracy zawodowej, jednak to co nam wydaje się oczywiste dla osób chorych może być prawdziwym wyzwaniem, które bez prawidłowo przeprowadzonej rehabilitacji i terapii nie ma szans na realizację. Duży wpływ na osiągnięcie wysokiego stopnia sprawności ma poziom rozwoju umysłowego. Rozwój umysłowy dzieci z porażeniem mózgowym poddanych procesowi usprawniania psychoruchowego przed 4 rokiem życia jest znacznie wyższy niż u tych nie usprawnianych do tego czasu. Wiele małych dzieci z porażeniem mózgowym jest tylko opóźnionych w rozwoju poznawczym, a nie upośledzonych umysłowo[7]. W związku z tym jakże ważna jest wczesna diagnoza dziecka. Może być ona wstępnie postawiona ok. 1 r.ż., natomiast całkowitą pewność co do rozpoznania mózgowego porażenia dziecięcego uzyskuje się w wieku 18-24 miesięcy. Zbyt późne lub błędne rozpoznanie uszkodzenia mózgu ma negatywny wpływ zarówno na dziecko jak i na jego rodzinę. W sytuacji, kiedy diagnoza zostanie potwierdzona w sposób ostateczny, ważne jest wskazanie rodzicom dalszej drogi ich postępowania. W większości przypadków trudno jest dokonać jednoznacznej oceny możliwości rozwojowych dziecka, są one bowiem w znacznym stopniu zindywidualizowane[13]. Diagnoza powinna być przekazana przez lekarza zrozumiałym językiem obojgu rodzicom jednocześnie. Czas, miejsce i forma przekazania tak trudnej informacji ma ogromne znaczenie dla rodziców, ich psychiki i dalszego funkcjonowania całej rodziny.

Rozdział III

Model opieki pielęgniarskiej wobec chorego z mózgowym porażeniem dziecięcym.

1. Opis przypadku.

A.J. dziewczynka lat 6 przyjęta do domu pomocy społecznej z trudnych warunków socjalno-bytowych. Powodem natychmiastowego skierowania dziecka do placówki opiekuńczej była decyzja sądu, argumentowana ciężką chorobą dziewczynki oraz zaniedbaniem obowiązków opiekunów w stosunku do podopiecznej. Matka małoletniej A. była wielokrotnie leczona psychiatrycznie z powodu schizofrenii, nadużywała alkoholu oraz nie nawiązywała współpracy z kuratorem sądowym. W wyniku szoku po porodzie kolejnego dziecka popełniła samobójstwo. Ojciec odbywał wyrok w zakładzie karnym. Opiekę nad dziewczynką czasowo pełniła babcia.

Z analizy dostarczonej dokumentacji medycznej, orzeczenia psychologa, pedagoga oraz sądu uzyskano następujące informacje:

Rozpoznanie lekarskie:

- mózgowie porażenie dziecięce,
- stan po operacji przepukliny oponowo rdzeniowej z wodogłowiem,
- wszczepiona zastawka Pudenza,
- z uwagi na pęcherz neurogeny i odpływ pęcherzowo-moczowodowy V stopnia wykonana przetoka pęcherzowo-skórną (cystostomia),
- porażenie i niedorozwój obu kończyn dolnych,
- porażenie zwieraczy pęcherza moczowego oraz odbytu,
- umiarkowane upośledzenie umysłowe.

Pobyty w szpitalu

- 6.05 – 24.07.1994 r. Szpital Wojewódzki im. J. Bizuela w Bydgoszczy – Oddział Chirurgii Dziecięcej,
- 3.11 – 22.12. 1999 r. jw.,
- 6.06 – 27.06. 2000 r. Szpital Powiatowy w Tucholi – Oddział Dziecięcy,
- 27.06 – 25.08. 2000 r. Szpital Wojewódzki im. J. Bizuela w Bydgoszczy – Oddział Chirurgii Dziecięcej,
- 1.05 – 14.05.2001 r. jw.,
- 13.02 – 6.03.2002 r. Szpital Powiatowy w Tucholi- Oddział Dziecięcy,
- 9.10 – 31.10.2006 r. Wojewódzki Szpital im. Dr J. Bizuela – Oddział Chirurgii Dziecięcej,
- 08.03-17.03.2010 r. Szpital Uniwersytecki nr 2 – Oddział Chirurgii Dziecięcej z Pododdziałem Urologii i Leczenia Oparzeń,
- 17.03 – 09.04.2010r. Wojewódzki Szpital Dziecięcy w Bydgoszczy – Oddział Pediatrii i Endokrynologii.

Przyjmowane leki

- brak informacji

Przebyte zabiegi operacyjne

- 6.05.1994 r. – operacja plastyczna – zaopatrzenie przepukliny oponowo – rdzeniowej,
- 22.08.1994 r. – wszczepienie zastawki Pudenza,
- 19.07.2000 r. wymiana drenu obwodowego zastawki Pudenza,
- 2.08.2000 r. – wykonanie przetoki pęcherzowo- skórnej.

Wywiad rodzinny

- dziecko z ciąży III, poród II, uradzona o czasie, waga urodzeniowa 3200 g.
- członkowie rodziny: ojciec, rodzeństwo – czterech braci – przebywają w rodzinach zastępczych, nie utrzymują kontaktu z chorą,
- ważne wydarzenie rodzinne – samobójcza śmierć matki,
- choroby występujące w rodzinie- choroba psychiczna matki,
- nałogi w rodzinie- choroba alkoholowa matki,
- ograniczone wsparcie społeczne z powodu izolacji dziewczynki przez babcię.

Wywiad środowiskowy

- warunki socjalno-bytowe – trudne
- komunikacja – dziewczynka łatwo nawiązuje kontakt słowny, przy bacznej obserwacji otoczenia, nieustannie wraca do zdarzeń z domu rodzinnego (w opinii psychologa-dziewczynka opowiada historie nierealne-fantazjuje),
- edukacja – podopieczna jest objęta indywidualnym nauczaniem w zespole edukacyjno-terapeutycznym dla uczniów z upośledzeniem umysłowym umiarkowanym (nie czyta i nie pisze, liczy w zakresie dziesięciu, rozpoznaje przedmioty, chętnie słucha czytanego tekstu, potrafi opowiedzieć wysłuchane treści, operuje bogatym zasobem słów, chętnie śpiewa, zapamiętuje tekst),
- higiena osobista – wygląd zewnętrzny estetyczny.

Badania fizykalne – przeprowadzone w dniu przyjęcia i uzupełnione w pierwszym tygodniu pobytu w placówce opiekuńczej.

Stan biologiczny podopiecznej

Skóra pokryta licznymi zmianami (zadrapania, sączące zmiany ropne) spowodowane samouszkodzeniem. Skóra pokrywająca przepuklinę w okolicy krzyżowej zaniedbana higienicznie z odleżyną II stopnia, o wymiarach 2 na 3cm. Okolica bezpośrednio przylegająca do cystostomii (ok.5cm) zaczerwieniona, z wysiękiem surowiczym.

W obrębie kikutów kończyn dolnych występuje lekkie zasinienie i obrzęk. RR mierzone regularnie nie odbiega od normy (120/70 mmHg).

U podopiecznej występuje wzmożone łaknienie. Widoczna otyłość wskazuje na nieprawidłową dietę pod względem jakościowym i ilościowym. Nieregularne wypróżnienia powodują okresowe wycieranie śluzówki pęcherza moczowego.

Dziewczynka porusza się na wózku inwalidzkim po powierzchniach płaskich. Kończyny górne są ograniczone ruchowo z powodu braku aktywności fizycznej. Kończyny dolne są porażone i niewykształcone, okresowo występuje drżenie kończyn. Z powodu przepukliny w okolicy krzyżowej sylwetka ciała dziecka pochylona jest nieco do przodu.

Wzrok i słuch (wg dostępnej dokumentacji) prawidłowy.

Stan psychiczny i społeczny podopiecznej

Dziewczynka częściowo zorientowana co do miejsca i czasu, towarzyszy jej obniżony nastrój. Utrzymuje się lęk i smutek z powodu zmiany środowiska i nieobecności babci, z którą jest bardzo związana.

Stan wiedzy i umiejętności do samoopieki i samopielęgnacji

Podopieczna posiada małe umiejętności potrzebne do samoopieki i samopielęgnacji (na poziomie rozwoju i obecnego stanu zdrowia). Poziom wiedzy na temat choroby jest stosunkowo dobry.

2. Proces pielęgnowania

Diagnoza pielęgnarska

Podopieczna z mózgowym porażeniem dziecięcym, przyjęta do domu pomocy społecznej z trudnych warunków socjalno-bytowych. Stan psychofizyczny dziewczynki niezadawalający – przeżywa lęk, smutek i niepokój związany z nową sytuacją i miejscem zamieszkania. Kłopoty z zasypianiem i snem nocnym obniżają nastrój dziewczynki w ciągu dnia. Ograniczona aktywność ruchowa spowodowana porażeniem kończyn dolnych, niedostateczną rehabilitacją kończyn górnych, otyłością (BMI 25) oraz małą sprawnością poruszania się (jak na możliwości chorej) na wózku inwalidzkim. Ból spowodowany odleżyną na przepuklinie w okolicy krzyżowej nie pozwala dziewczynce na przyjęcie prawidłowej pozycji siedzącej na wózku. Zaparcia, które powodują wynicowanie śluzówki pęcherza moczowego przez cystostomie uniemożliwiają zakładanie worka urostomijnego. Liczne uszkodzenia naskórka, w skutek samookaleczenia, są źródłem zakażeń. Porażenie odbytu powoduje bezwiedne zanieczyszczenia, wymagane jest zakładanie pieluchomajtek, co naraża dziewczynkę na powstanie odparzeń i odleżyn. Porażone kikuty kończyn dolnych bez zabezpieczenia spoczywają na siedzisku wózka, co sprzyja niezamierzonym urazom. Brak umiejętności potrzebnych do samoopieki na aktualnym poziomie rozwoju spowodowany częstym wyręczaniem dziecka w prostych czynnościach. Izolacja społeczna dziewczynki w czasie jej pobytu pod opieką babci spowodowała opóźnienie w realizacji programu edukacyjnego przeznaczonego dla wieku i poziomu intelektualnego. Nie miała też możliwości rozwijania zainteresowań wokalnych i plastycznych.

Ocena:

W wyniku zrealizowania zaplanowanych działań pielęgniarских osiągnięto następujące cele:

u podopiecznej nastąpiła poprawa samopoczucia i nastroju, jest zorientowana w topografii nowego miejsca, zna i akceptuje nowych opiekunów, chętnie uczestniczy w terapii zajęciowej, bierze aktywny udział w lekcjach indywidualnego nauczania, chętnie rozmawia z psychologiem.

Nie udało się osiągnąć:

pełnej integracji z współmieszkańcami, nie pamięta imion dzieci z najbliższego otoczenia, zdecydowanie lepiej czuje się w towarzystwie opiekunów niż rówieśników, nie udało się wyeliminować samookaleczeń-dziewczynka w ten sposób sygnalizuje niezadowolony, nadal tęskni za babcią.

<p>Aktywność fizyczna:</p> <p>OBNIŻONA AKTYWNOŚĆ RUCHOWA SPOWODOWANA PORAŻENIEM KOŃCZYN DOLNYCH, NISKĄ SPRAWNOŚCIĄ KOŃCZYN GÓRNYCH I BRAKIEM MOTYWACJI PODOPIECZNEJ DO ĆWICZEŃ RUCHOWYCH</p> <p>Cel: zwiększenie aktywności ruchowej</p>	
Plan opieki	Czas realizacji
<p>Zachęcenie podopiecznej do aktywności ruchowej poprzez:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wyjaśnienie zalet i korzyści płynących dla podopiecznej z przeprowadzanych ćwiczeń, ich wpływu na zdrowie i kondycję psychofizyczną, - przekonywanie i mobilizacja chorej do aktywności, - dostosowanie metody rehabilitacji do stanu zdrowia dziewczynki, - przedstawienie rehabilitanta, - ćwiczenia rehabilitacyjne (wg wskazań rehabilitanta) w łóżku i poza nim, - racjonalne dawkowanie ruchu, - pomoc przy wykonywaniu czynności wymagających wysiłku, - zabezpieczenie kikutów kończyn dolnych podczas wykonywania ćwiczeń oraz spacerów poprzez wykorzystanie podpórek z gąbki, - zachęcanie do spacerów w towarzystwie opiekunów i współmieszkańców, - poinformowanie dotychczasowego opiekuna dziewczynki o konieczności wprowadzenia metod rehabilitacji i nie wyręczaniu podopiecznej w prostych czynnościach podczas odwiedzin, - podniesienie sprawności poruszania się na wózku inwalidzkim, 	<p>Pierwszy tydzień pobytu w placówce.</p> <p>Cel długoterminowy.</p>

Ocena:

W wyniku zrealizowania zaplanowanych działań osiągnięto następujące cele: dziewczynka rozumie potrzebę zwiększenia aktywności ruchowej, akceptuje osobę rehabilitanta, chętnie z nim współpracuje, wykonuje polecenia związane z ćwiczeniami, podopieczna pamięta o konieczności zabezpieczania kikutów kończyn dolnych przed przypadkowym uszkodzeniem, chętnie podejmuje próby ćwiczeń zwiększające sprawność poruszania się na wózku, dziewczynka sama inicjuje wyjścia na spacer, zaczyna nabierać wiary we własne możliwości, babcia stosuje się do zaleceń rehabilitanta.

<p>Sen: TRUDNOŚCI Z ZASYPIANIEM I PROBLEMY Z CIĄGŁOŚCIĄ SNEMU Z POWODU ZMIANY ŚRODOWISKA</p> <p>Cel: ułatwienie zasypiania, przesypanie całej nocy</p>	
Plan opieki	Czas realizacji
<p>Zapewnienie właściwych warunków do snu i odpoczynku poprzez:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dokładna obserwacja zachowań dziecka w ciągu dnia, - zmniejszenie niepokoju, zapewnienie dziewczynce poczucia bezpieczeństwa, - zapewnienie ciszy i spokoju, - zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w sali, - zachęcanie dziewczynki do większej aktywności fizycznej w godzinach popołudniowych i wieczornych, - ograniczenie bądź wyeliminowanie z godzin popołudniowych i wieczornych sytuacji stresujących dziecko, wpływających na stan emocjonalny, - zapewnienie podopiecznej wygodnego ułożenia w łóżku, - namawianie podopiecznej do nie podsypiania w ciągu dnia, - wybranie maskotki na noc, - podanie środków nasennych na zlecenie lekarza, 	<p>Pierwszy tydzień pobytu w placówce.</p>

Ocena:

W wyniku zrealizowania zaplanowanych działań pielęgniarskich osiągnięto następujące cele:

zapewniono podopiecznej odpowiednie warunki do snu, poczucie bezpieczeństwa, ciszę i spokój.

Nie udało się:

wyeliminować wszystkich czynników stresujących wpływających na stan emocjonalny dziewczynki oraz podsypiania w ciągu dnia. Na zlecenie lekarza włączono podopiecznej leki nasenne.

Odżywianie i wydalanie:	
PROBLEMY Z WYPRÓŻNIANIEM SPOWODOWANE OGRANICZONĄ AKTYWNOŚCIĄ I NIEPRAWIDŁOWĄ DIETĄ	
Cel: regularne wypróżnienia	
Plan opieki	Czas realizacji
<p>Modyfikacja diety i regulacja wypróżnień poprzez:</p> <ul style="list-style-type: none"> - poinformowanie dziewczynki o konieczności wprowadzenia diety (zmniejszenie masy ciała, zwiększenie aktywności, umożliwienie zakładania worka urostomijnego), - zapewnienie podopiecznej odpowiedniej pod względem jakościowym i ilościowym diety, - zorganizowanie spotkania podopiecznej z dietetykiem, - unikanie potraw zapierających, wzdymających, - dostarczenie odpowiedniej ilości płynów do picia, - zachęcenie podopiecznej do spożywania większej ilości warzyw, owoców, produktów zawierających błonnik, - poinformowanie dziewczynki o złych nawykach żywieniowych oraz niekorzystnym wpływie podjadania między posiłkami, - kontrola masy ciała, - po konsultacji z lekarzem wprowadzenie farmakologicznych środków przeczyszczających, lewatywy, w razie potrzeby manualne wydobycie stolca, - rozmowa z babcią dziewczynki na temat konieczności wprowadzenia diety oraz przestrzegania zasad zdrowego żywienia podczas odwiedzin, 	<p>Pierwszy tydzień pobytu w placówce.</p> <p>Cel długoterminowy.</p> <p>Co trzy miesiące.</p> <p>Do czasu uregulowania wypróżnień.</p> <p>Pierwszy tydzień pobytu w placówce.</p>

Ocena:

W wyniku zrealizowania zaplanowanych działań pielęgniarских osiągnięto następujące cele:

dziewczynka zrozumiała konieczność wprowadzenia diety i zmiany nawyków żywieniowych, podczas spotkania z dietetykiem zadawała dużo pytań dotyczących proponowanej diety, chętnie zjada przygotowane dla niej posiłki, uzyskano spadek masy ciała o 3 kg.

Częściowo udało się:

uregulować wypróżnienia-na zlecenie lekarza włączono leki przeczyszczające oraz w razie potrzeby manualne usunięcie stolca. Zapobiega to wycięciu śluzówki pęcherza moczowego i pozwala na regularne zakładanie worka urostomijnego.

Nie udało się:

przekonać babci dziewczynki o konieczności wprowadzenia diety, podczas odwiedzin karmi dziecko potrawami wysokokalorycznymi oraz słodyczami.

<p>Układ moczowy: MOŻLIWOŚĆ INFEKCJI DRÓG MOCZOWYCH Z POWODU PĘCHERZA NEUROGENNEGO I WYŁONIENEJ CYSTOSTOMII Cel: niedopuszczenie do powstania infekcji dróg moczowych</p>	
Plan opieki	Czas realizacji
<p>Zapobieganie infekcjom dróg moczowych poprzez:</p> <ul style="list-style-type: none"> - przestrzeganie zasad higieny podczas wymiany worka urostomijnego, - mycie i pielęgnacja okolic intymnych po każdej defekacji, - regularne opróżnianie worka zbiorczego do moczu, - zalecanie podopiecznej przyjmowanie odpowiedniej ilości płynów, - założenie karty bilansu płynów, - obserwacja obrzęków zwłaszcza na kikutach kończyn dolnych, - kontrola ciśnienia tętniczego krwi, - przeprowadzanie regularnego badania moczu, 	<p>Cel długoterminowy</p> <p>Raz w miesiącu</p>

Ocena:

W wyniku zrealizowania zaplanowanych działań pielęgnacyjnych osiągnięto następujące cele:

zmniejszono do minimum ryzyko wystąpienia infekcji układu moczowego, ciśnienie tętnicze krwi utrzymuje się w normie , obrzęki na kikutach kończyn dolnych nie występują, bilans płynów jest prawidłowy.

<p>Ból: DYSKOMFORT SPOWODOWANY ODLEŻYNĄ NA PRZEPUKLINIE W OKOLICY KRZYŻOWEJ ORAZ ZMIANAMI SKÓRNYMI WOKÓŁ UROSTOMII</p> <p>Cel: zmniejszenie dolegliwości bólowych, umożliwienie podopiecznej przyjęcie swobodnej pozycji siedzącej na wózku inwalidzkim oraz możliwość założenia worka urostomijnego</p>	
Plan opieki	Czas realizacji
<p>Zniwelowanie dolegliwości bólowych oraz wyleczenie zmian na skórze poprzez:</p> <ul style="list-style-type: none"> - stosowanie udogodnień odciążających ucisk oparcia wózka inwalidzkiego na przepuklinę, - regularne czynności pielęgnacyjne pozwalające na utrzymanie czystości na porowatej powierzchni skóry pokrywającej przepuklinę, - zastosowanie opatrunku na odleżynę, - obserwacja rany podczas regularnej zmiany opatrunku, - dbanie o regularne wypróżnienia zapobiegające wycisowaniu śluzówki pęcherza moczowego, - staranne oczyszczanie i osuszanie skóry wokół cystostomii, - regularne stosowanie środków ochronnych polecanych pacjentom ze stomią, 	<p>Pierwszy miesiąc pobytu w placówce.</p> <p>Cel długoterminowy.</p>

Ocena:

W wyniku zrealizowania zaplanowanych działań pielęgniarских osiągnięto następujące cele:

wyleczono odleżynę na przepuklinie w okolicy kości krzyżowej, założenie regulowanego oparcia przy wózku zmniejszyło ucisk na przepuklinę, staranna pielęgnacja skóry wokół cystostomii pozwoliła na regularne zakładanie worka stomijnego.

<p>Higiena osobista:</p> <p>TRUDNOŚCI W WYKONYWANIU CZYNNOŚCI ZWIĄZANICH Z SAMOOPIEKĄ I SAMOPIELĘGNACJĄ I BRAK ODPOWIEDNIEJ WIEDZY NA TEN TEMAT (na miarę możliwości podopiecznej)</p> <p>Cel: zapewnienie realizacji podstawowych czynności pozwalających na zaspokojenie potrzeb życiowych podopiecznej</p>	
Plan opieki	Czas realizacji
<p>Podniesienie umiejętności związanych z samoopieką i samopielęgnacją poprzez:</p> <ul style="list-style-type: none"> - poinformowanie dziewczynki o zaletach regularnie stosowanych zabiegów higienicznych np. mycie zębów, - wdrażanie prawidłowych nawyków higienicznych-toaleta poranna i wieczorna, - dostarczenie podopiecznej wszystkich niezbędnych przyborów i środków pielęgnacyjnych do codziennej toalety, dostosowanych do wieku, - pomoc w wykonywaniu podstawowych czynności higienicznych(podanie miski z wodą, przyborów toaletowych, nauka higieny jamy ustnej), - zapewnienie poczucia bezpieczeństwa i intymności podczas wykonywania czynności higienicznych, - obserwacja miejsc narażonych na powstanie odleżyn podczas toalety ciała, - regularna zmiana pieluchomajtek i higiena okolic intymnych zmniejszająca ryzyko wystąpienia odparzeń i odleżyn, - zmiana bielizny osobistej, pościelowej i ubrań w razie potrzeby 	<p>Cel długoterminowy</p>

Ocena:

W wyniku zaplanowanych działań osiągnięto następujące cele:

pacjentka stopniowo samodzielnie lub przy pomocy wykonuje czynności dnia codziennego i w miarę możliwości realizuje swoje potrzeby, stosuje się do zaleceń higienicznych.

<p>Edukacja: ZALEGŁOŚCI W PROGRAMIE NAUCZANIA PRZEWIDZINEGO DLA POZIO- MU EDUKACYJNO –TERAPEUTYCZNEGO PODOPIECZNEJ, BRAK MOŻLIWOŚCI ROZWOJU ZAINTERESOWAŃ, BRAK UMIEJĘTNOŚCI INTEGRACJI Z RÓWIEŚNIKIEM (spowodowane izolacją dziecka przez dotychczasowego opiekuna) Cel: umożliwienie podopiecznej udziału w zajęciach dydaktycznych, stworzenie możliwości rozwoju zainteresowań i nauka współżycia w społeczności rówieśni- ków</p>	
Plan opieki	Czas realizacji
<p>Uzupełnienie braków edukacyjnych, nauka funkcjonowania w grupie oraz rozwój zainteresowań poprzez:</p> <ul style="list-style-type: none"> - stworzenie odpowiednich warunków(dostosowanych do możliwości podopiecznej)do prowadzenia zajęć edukacyjnych, - na wniosek pedagoga i psychologa zmiana formy nauczania-z nauczania indywidualnego na nauczanie w zespole klasowym, - pomoc podopiecznej w przygotowaniu się do zajęć, - zaspokojenie potrzeby akceptacji, zrozumienia i bezpieczeństwa w czasie zajęć, - stopniowa integracja i poprawa relacji dziewczynki z rówieśnikami, - włączenie dziewczynki do życia klasowego, - eliminowanie sytuacji niepożądanych w klasie mogących mieć niekorzystny wpływ na dziewczynkę, - stworzenie okazji do pozytywnych zachowań na tle grupy: pochwały i zachęta do pokonywania trudności, - zachęcanie do udziału w zajęciach pozalekcyjnych o charakterze muzyczno – plastycznym, - rozmowa z dotychczasową opiekunką dziewczynki mająca na celu przedstawienie konieczności edukacji i kontaktu z rówieśnikami. 	<p>Cel długoterminowy.</p>

Ocena:

W wyniku zaplanowanych działań osiągnięto następujące cele:

dziecko chętnie bierze czynny udział w zajęciach lekcyjnych i pozalekcyjnych oraz uroczystościach klasowych i szkolnych, mimo tego, że skupia uwagę na krótki czas i wymaga stałego motywowania do pracy rozwija swoje zainteresowania, reprezentuje szkołę oraz placówkę opiekuńczą w środowisku lokalnym podczas przeglądów artystycznych i konkursów plastycznych, skorzystała z zaproszenia na zajęcia koła teatralnego – choć nie wyraziła jeszcze chęci systematycznego uczestnictwa.

Nie udało się:

w pełni zintegrować dziecka ze społecznością placówki, zdecydowanie lepiej czuje się wśród dzieci w pełni sprawnych, babcia dziewczynki nadal uważa, że dziecko wymaga indywidualnego toku nauczania.

Podsumowanie

Wybierając powyższy temat pracy, zamierzeniem moim było opracowanie planu opieki nad pacjentem z mózgowym porażeniem dziecięcym, przebywającym w placówce opiekuńczej. W mojej długoletniej pracy wśród osób niepełnosprawnych fizycznie i psychicznie obserwowałam, iż w centrum uwagi znajdowały się potrzeby biologiczne pacjenta, natomiast pomijane były, lub traktowane pobieżnie, potrzeby psychiczne, społeczne i duchowe – tak ważne dla prawidłowego rozwoju. Dzięki standaryzacji placówek i profesjonalnie przygotowanemu personelowi zmienia się podejście do osób niepełnosprawnych.

Z pośród wielu metod pracy pielęgniarki, wybrałam proces pielęgnowania. Uważam, że ta metoda w pełni pozwala na całościowe podejście do pacjenta i zapewni jemu i jego rodzinie indywidualną i ciągłą opiekę. Opieka nad pacjentem z mózgowym porażeniem dziecięcym polega na wychwyceniu deficytów różnych funkcji. W związku z tym, ważnym elementem w tworzeniu i realizowaniu planu opieki jest udział całego zespołu interpersonalnego.

Opisany w mojej pracy przypadek podopiecznej, umieszczonej w placówce opiekuńczej pozwala w pełni, na zobrazowanie wszystkich potrzeb związanych z jej niepełnosprawnością. Głównym celem opieki nad pacjentką, było uzyskanie jak najwyższej sprawności, samoopieki i samopielęgnacji. Obok tego, równie ważne była integracja podopiecznej z społecznością i jej czynny udział w życiu domu. Wszystkie zaplanowane działania były celami długofalowymi. Zostały zaakceptowane przez podopieczną.

Analizując efekty systematycznej pracy podopiecznej i personelu widać wyraźnie, że łatwiej rozwiązać problemy związane z zaspokojeniem potrzeb biologicznych. Usprawnienie pacjentki w sensie fizycznym, na zaplanowanym poziomie, zostało w pełni osiągnięte. Znacznie więcej czasu zajęły i trudniejsze do rozwiązania okazały się problemy związane z akceptacją nowego środowiska i jego mieszkańców. Społeczna izolacja dziewczynki przez dotychczasowego opiekuna, spowodowała duże trudności w nawiązywaniu kontaktów z rówieśnikami i akceptację nowych sytuacji.

Przypadek dziewczynki z mózgowym porażeniem dziecięcym, przyjętej do placówki opiekuńczej z bardzo trudnych warunków socjalno-bytowych, zaniedbanej fizycznie i emocjonalnie, jest przykładem na to, iż tylko zaplanowane, zorganizowane i

zintegrowane działania opiekuńcze, rehabilitacyjne i edukacyjne pozwalają osiągnąć usprawnienie dziecka, sukces wychowawczy i edukacyjny. Gwarancją tego sukcesu jest podmiotowe traktowanie każdego, bez wyjątku, człowieka z niepełnosprawnością oraz obdarzenie go należytym szacunkiem.

Przypadek dziewczynki z mózgowym porażeniem dziecięcym, przyjętej do placówki opiekuńczej z bardzo trudnych warunków socjalno-bytowych, zaniedbanej fizycznie i emocjonalnie, jest przykładem na to, iż tylko zaplanowane, zorganizowane i zintegrowane działania opiekuńcze, rehabilitacyjne i edukacyjne pozwalają osiągnąć usprawnienie dziecka, sukces wychowawczy i edukacyjny. Gwarancją tego sukcesu jest podmiotowe traktowanie każdego, bez wyjątku, człowieka z niepełnosprawnością oraz obdarzenie go należytym szacunkiem.

Bibliografia

1. Alexander van Der. *Wybrane aspekty psychologii osób niepełnosprawnych, Rozwój osobowości dziecka niepełnosprawnego umysłowo-jego wychowanie i nauczanie*. Wspólne tematy, 2000,11-12; 40-43.
2. Doman G. *Jak postępować z dzieckiem z uszkodzeniem mózgu*. Wydawnictwo „PROTEXT”, Poznań 1996; 232.
3. Górajek – Józwick J. *Filozofia i teoria pielęgniarstwa*. Czelej, Lublin 2007; 22.
4. Górajek – Józwick J, Kielbik Z. *Teoria, praktyka i organizacja. Triada współczesnego pielęgniarstwa*. Magazyn Pielęgniarki i Położnej nr.05/2007; 8.
5. Kościelska M. *Oblicza upośledzenia*. PWN, Warszawa 2000; 171.
6. Kózka M , Płaszewska – Żiwko L. *Diagnozy i interwencje pielęgniarские*. PZWL, Warszawa 2008; 34 .
7. Król M. *Mózgowe porażenie dziecięce*. Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2010; 6, 35.
8. Leśniewska-Sawicka M. *Metoda case study w pielęgniarstwie*. Wydawnictwo Medyczne BORGIS, Warszawa 2009; wprowadzenie.
9. Łosiowski Z. *Dziecko niepełnosprawne ruchowo. Część I. Wybrane zagadnienia neurorozwojowe i zespoły neurologiczne*. Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1997; 11,13,15,24-32.
10. Mazanek E. *Mózgowe porażenie dziecięce. Problemy psychologiczna – pedagogiczne*. Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa 2003; 7-8,12-13,75-76,82-84
11. Michałowicz R, Ślenzak J. *Choroby układu nerwowego dzieci i młodzieży*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1982; 48-49
12. Mihilewicz S. *Psychologiczno-pedagogiczne problemy wspomagania rozwoju dzieci niepełnosprawnych*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2010; 16
13. Parchomiuk M. *Rodzice dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym wobec sytuacji trudnych*. Wydawnictwo Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2007; 27.
14. Pecyna S.M.B. *Dziecko i jego choroba*. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2000; 202,203-205,222-224.
15. Smrokowska-Reichmann A. *Zadowolenie osób niepełnosprawnych umysłowo jako kryterium sprawnej nad nimi opieki*. Wspólne tematy 5/2000;13-17

16. Wrońska I., Krajewska-Kułak E. *Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa europejskiego*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007; 9
17. Wszyńska A. *Psychologia Defektologiczna*. PW N, Warszawa 1987; 16,145-146
18. Zabłocki J. K. *Dziecko niepełnosprawne jego rodzina i edukacja*. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 1999; 11
19. Zabłocki J. *Wprowadzenie do rewalidacji*. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 1997; 31
20. Ździebło K. *Przyszłość zawodu w opinii pielęgniarek*. Zdrowie publiczne, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, 2002;112(4)

Źródła internetowe

1. Baliński K., „*Ból odrzucenia, czyli o niepełnosprawności*”.
<http://www.racjonalista.pl/kk.php/s.3255>, 1.07.2011
2. <http://p/123rf.com/photo-5100190>, zdjęcie seryjne, 7.07.2011
3. [http://www.termedia.pl/Czasopismo/Przewodnik Lekarza/4/2005](http://www.termedia.pl/Czasopismo/Przewodnik_Lekarza/4/2005), 27.07.2011

Streszczenie

Tematem powyższej pracy jest model opieki nad pacjentem z mózgowym porażeniem dziecięcym. Plan opieki opracowano na podstawie przypadku pacjentki z mózgowym porażeniem dziecięcym, przebywającej w placówce opiekuńczej. Treść pracy została podzielona na trzy rozdziały.

I rozdział ukazuje, na podstawie literatury, współczesne trendy w pielęgniarstwie. Mówi o metodach pracy, które pozwalają na holistyczne podejście do pacjenta, uwzględniając jego sferę biologiczną, psychiczną, społeczną i duchową. Znaczną część rozdziału poświęcono diagnozie pielęgniarstwu oraz przedstawiono etapy procesu pielęgnowania. Zwrócono uwagę na proces pielęgnowania jako cykl, który może być powtarzany wielokrotnie, dzięki czemu znalazł zastosowanie jako metoda pracy w opiece nad osobami z MPD. Na końcu rozdziału przedstawiono rozważania dotyczące sytuacji rodzin osób z MPD i pracy pielęgniarki wśród niepełnosprawnych fizycznie i psychicznie, u których uzyskanie poprawy stanu zdrowia jest nielub niemożliwe.

II rozdział składa się z trzech części. W pierwszej z nich wyjaśniono pojęcie mózgowego porażenia dziecięcego oraz jego etiologię. Zwracając uwagę na to, iż MPD nie jest chorobą, ale jest zespołem objawów, których przyczyną jest trwałe uszkodzenie mózgu. Druga część tego rozdziału poświęcona jest klasyfikacji MPD oraz opisuje deficyty różnych funkcji takich jak: ruch, wzrok, mowa, funkcje poznawcze i emocjonalne. Ostatnia część II rozdziału poświęcona jest metodom rehabilitacji i terapii stosowanych w usprawnianiu osób z MPD. Przedstawiono również znaczenie wczesnego rozpoznania, które ma wpływ zarówno na poziom usprawnienia dziecka, ale też na sytuację rodziny pacjenta.

Ostatni rozdział zawiera opis przypadku oraz proces pielęgnowania pacjenta z MPD. W opisie przypadku wykorzystano informacje zawarte w dokumentacji medycznej, psychologicznej, pedagogicznej oraz orzeczeniu sądu. Umieszczono dane z wywiadu i badania fizykalnego. Drugą część stanowi diagnoza pielęgniarstwa i proces pielęgnowania. Rozpoznano problemy podopiecznej, ustalono cel opieki oraz jego realizację poprzez zaplanowane działania. Końcowy element rozdziału stanowi ocena, która jest porównaniem osiągniętych rezultatów opieki z założonymi celami.

Słowa kluczowe: mózgowie porażenie dziecięce, proces pielęgnowania

Summary

The subject of this dissertation is a nursing care model of CP patient. The model has been planned basing on the case of a patient with CP in residential care facility. This study consists of three chapters.

The first chapter, based on literature, presents modern trends in nursing. Listed methods of working include holistic approach to the patient, taking into consideration their biology, psychology, social aspects as well as their spiritual sphere. Large part of this section is dedicated to nursing diagnosis, explaining steps of nursing process. In this chapter, the attention is drawn to nursing process as a cycle that can be repeated many times and therefore can be used as a method of working while caring for CP patients. In the final part of this section the accent is on the situation of CP families as well as nurse's work with impaired physically and mentally patients, whose chances of improvement are nearly or completely impossible.

The second chapter is formed of three parts. The first one explains the definition and etiology of cerebral palsy term, taking into consideration the fact that cerebral palsy is not a disease but a set of symptoms caused by permanent brain damage. In the second part, the focus is on the CP classification and explanation of deficiency of various functions, such as: sight, mobility, speech, emotions and ability to recognize. Final part of the chapter is devoted to treatment methods used in the process of improvement as well as the importance of early diagnosis – which has a significant impact both on the level of improvement of the affected child and patient's family situation.

The final chapter of dissertation is dedicated to the case study and the care process of CP patient. The illustration of the case includes the data from the medical, psychological and pedagogical documentation as well as the court decision. Also the information from patient's history, doctor's interview and physical examination have been included. This is followed by nursing diagnosis and the description of care process. In conclusion, the assessment is outlined in a form of comparison between achieved results of care and given targets.

Key words: CP patient, care process.