

GIBANJE IN USTREZNA LEGA OTROKA Z NAJTEŽJO MOTNJO V DUŠEVNEM IN TELESNEM RAZVOJU

MOVEMENT AND APPROPRIATE POSITION OF A CHILD WITH SEVERE MENTAL AND PHYSICAL DEVELOPMENT HANDICAP

Zdenka Hitejc

UDK/UDC 616.899.2:616-007.1-053.2:615.852

DESKRIPTORJI: duševna zaostalost; razvojne nepravilnosti; gibalna terapija; otrok

DESCRIPTORS: mental retardation; developmental disabilities; exercise therapy; child

Izvleček – Avtorica najprej predstavi otroke s najtežjo motnjo v duševnem in telesnem razvoju. Skozi proces zdravstvene nege otrok teoretično izpostavi eno izmed življenjskih aktivnosti – gibanje in nameščanje v ustrezne lege. Pri predstavljenih otrocih se potrebe, ki izhajajo iz omejenosti gibanja, zelo izrazito pokažejo ter vplivajo na druge življenjske aktivnosti.

Namen prispevka je približati otroke ter predstaviti način rokovanja z njimi sedanjim in bodočim zdravstvenim delavcem.

Načrtovane negovalne intervencije zahtevajo strokovno znanje, človeški pristop in ustrezne pripomočke. Poudarjen je način, kako sledimo gibanju otroka, ki ga ni dovoljeno prehitevati, ampak je potrebno biti pripravljen sprejemati otrokov ritem, ki je počasnejši od našega. Avtorica predstavlja nekatere nujno potrebne pripomočke, ki spremljajo otroke skozi njihovo življenje, doma ali v ustanovi.

Abstract – The author presents children with severe mental and physical development handicap. In the frames of nursing care, one of life activities, i.e. movement and positioning in appropriate positions are described. In these children the needs deriving from restricted movement are very evident and influence all other life activities.

The purpose of the present article is to present handling these children require to present and future health workers.

Planned nursing interventions require professional knowledge, human approach and corresponding equipment. Stressed is the mode of following child's own movements which should not be overtaken but accepted in the frames of its own rhythm which is slower than ours. The author presents some of the necessary tools for these children in institutions and at home.

Uvod

Namen prispevka je predstaviti otroke z najtežjo motnjo v duševnem in telesnem razvoju sedanjim in bodočim zdravstvenim delavcem ter strokovnim delavcem in staršem približati način rokovanja z otroki, kar prispeva k boljšemu poznavanju in sprejemanju te populacije.

Gibanje je osnovna življenjska aktivnost, pogoj za to pa je harmonično delovanje mišic, kosti, hrustancev in drugega opornega tkiva ter senzoričnih organov. Skeletno mišičje vodi osrednje živčevje. To je večplastna in zapletena funkcija, ki je povezana z drugimi telesnimi funkcijami. Gibanje je hoteno ali nezavedno. Gibanje pomeni spreminjanje položaja delov telesa ali celotnega telesa. Na gibanje vplivajo (Kisner in sod., 1998) biološki, psihični, sociokulturni vplivi in vplivi okolja. Gibanje je eden od znakov človekovega razvoja, ki najbolj očitno zrcali kakovost delovanja živčevja.

Otroci z najtežjo motnjo v duševnem in telesnem razvoju ne morejo sami spreminjati položaja svojega telesa. Kakovost njihovega življenja je zmanjšana, saj se v gibanju prepletajo in povezujejo tudi druge aktivnosti:

- Zaradi skromnih intelektualnih sposobnosti in možnosti gibanja ne morejo zadovoljiti svojih potreb. Ostanjejo v pasivni legi, ki smo mu jo priredili (Kisner in sod., 1998).
- Komunikacija, ki je potrebna za socialne stike, je okrnjena.
- Osiromašeno je pridobivanje čutno-gibalnih izkušenj, ki so gibalo razvoja.
- Omejene so možnosti učenja skozi življenjske aktivnosti.

Opredelitev otrok z najtežjo motnjo v duševnem in telesnem razvoju

Medicinska definicija opredeljuje motnjo v duševnem razvoju kot sindrom, ki ga sestavlja vrsta posameznih znakov, med katerimi je pomanjkanje intelektualnih sposobnosti večkrat povezano z zmanjšano sposobnostjo prilagajanja socialnim situacijam. Etiološko je posledica poškodb možganov, ki nastanejo v nosečnosti, v obporodnem obdobju ali zgodnjem otroštvu.

Otroci so razvrščeni po Pravilniku o razvrščanju in razvidu otrok, mladostnikov in mlajših polnoletnih

oseb z motnjami v duševnem razvoju (Uradni list SRS, 18/1977):

- **Najtežja** motnja v duševnem razvoju otroci imajo tako slabo razvite umske sposobnosti, da so tako omejeni v svoji sposobnosti gibanja, govora in skrbi za svoje osnovne potrebe, da potrebujejo stalno varstvo, posebno oskrbo in nego (orientacijski IQ pod 20).

Motnjo v duševnem razvoju pogosto spremljajo še druge okvare oziroma bolezni. Posledica prizadetosti nezrelega osrednjega živčnega sistema je vzrok pogostim spremljevalcem motnje v duševnem razvoju, ena zelo pogostih je cerebralna paraliza.

Predstavljena skupina otrok ima poleg motnje v duševnem razvoju tudi cerebralno paralizo. Definicija cerebralne paralize po Ingranu (Dolenc, Veličkovič, 1990) je:

- Izraz cerebralna paraliza uporabljamo kot skupni izraz, s katerim opišemo skupino neprogresivnih motenj, ki se pojavijo pri majhnih otrocih, pri katerih je obolenje možganov povzročilo okvaro motorične funkcije. Okvarjena funkcija gibanja povzroči pareze, nehotene gibe, motnje v koordinaciji gibanja.

Poznamo več osnovnih oblik cerebralne paralize: spastična, diskinična, astatično-atonična, in kombinirana.

Za **spastično** obliko je značilna povišana mišična napetost. Gibi so trdi, okorni in počasni ter izvedeni z velikim naporom. Poznamo spastičnost ene končine, obeh zgornjih ali spodnjih končin, polovice telesa, najpogostejša pa je spastičnost vseh štirih končin. Prizadeto pa je lahko tudi mišičje obraza, jezika, medrebrnih mišic, prepone idr. Dlje časa zvišan tonus mišic določenih mišičnih skupin povzroči kontrakturo.

Pri **diskiničnih** oblikah je mišična napetost znižana, poviša pa se ob hotnih gibih. Otroci pa imajo številne nehotne kretnje. To so tremor, horeatični, atotični in distonični vzgibki. Gibi so hitri, brezciljni, sunkoviti in velikega obsega ter zelo otežujejo hotne gibe. Nastanejo zaradi hitrega nihanja mišičnega tona od nizkega k visokemu in obratno.

Pri **astatično-atoničnih** oblikah je napetost mišic močno znižana, kretnje so nekoordinirane in atakične.

Kombinirane oblike se kažejo v različnih kombinacijah zgoraj naštetih tipov.

Motnji v duševnem razvoju in motnji gibanja so pogosto pridružene še: epilepsija, motnje občutenja, motnje zaznavanja, motnje vida, motnje sluha, motnje govora, vedenjske motnje.

Ugotavljanje otrokovih potreb

Pri otrocih z motnjo v duševnem in telesnem razvoju, ki so omejeni v gibanju na področju drža oziroma lege telesa, koordinacije gibov ter motenj na področju senzibilitete in so popolnoma nepomični, moramo za gibanje in spreminjanje položajev telesa poskrbeti zdravstveni delavci. Otrokovo trenutno stanje, kronične bolezni, pa tudi kombinirane motnje, ki narekujejo njegove potrebe, nam morajo biti dobro znane; slediti pa moramo tudi dinamiki razvoja. Otroci, ki imajo najtežjo motnjo v duševnem in telesnem razvoju, ne morejo govoriti ali odgovarjati na naša vprašanja; pomagajo pa s svojo držo in gibanjem, ki ga moramo znati razbrati. Natančno poglobljeno spoznavanje otrokovih zmožnosti gibov in gibanja veliko napove. Skozi opazovanje in skupno gibanje ocenjujemo: držo telesa, položaj zgornjih ekstremitet, položaj spodnjih ekstremitet, držo glave, koordinacijo gibov, mišično napetost, prehode v položaj in iz njega, gibljivost v sklepih, funkcijo rok, spremembe na koži, odziv na gibanje ali spremembo položaja, pomanjkanje moči za gibanje, vpliv poškodbe na gibanje, najljubši položaj otroka, najljubšo aktivnost otroka.

Na otrokov razvoj najpomembneje vplivata:

- zgodnja razvojno-nevrološka obravnava,
- način rokovanja z otrokom.

Otrokove potrebe narekujejo način rokovanja, ki ima individualne zahteve in naslednje cilje:

1. Otrok s cerebralno paralizo **se uči** s čutili in ponavljanjem, tako kot zdrav otrok. Pri vsakodnevnih življenjskih aktivnostih zdravstveni delavci pri otroku spodbujamo izvajanje giba in veščin na pravilen način. Omogočimo normalni gib, ki ga občuti in s ponavljanjem utrdi. S tem otroka vodimo, da izboljšuje vzorce drža in gibov in tako se vzpostavlja primernejša mišična napetost in drža telesa.
2. Ključne točke za pravilno gibanje otroka so **položaj glave, medenice in hrbtenice**. Ne smemo vztrajati v izoliranem popravljanju položaja enega dela telesa, ne da bi upoštevali celoten vzorec gibanja otroka.
3. Pomembno je, da **vsi zdravstveni delavci**, ki delamo z otrokom poznamo pravilen način rokovanja, pravilno nameščanje v položaje v vseh življenjskih aktivnostih. Rokovanja se morajo naučiti tudi starši. Na ta način ima otrok več možnosti, da bo prej osvojil realno postavljene cilje (Škof, 1999). Pri nameščanju otroka v pravilne položaje imajo veliko in pomembno vlogo individualno prilagojeni pripomočki.
4. Način rokovanja pri vseh življenjskih aktivnostih lahko pospešuje ali zavira napredek otroka. Otrok ves dan potrebuje **ciljno in trajno pomoč**. Čim večkrat ponovi pravilne reakcije, več je možnosti za razvoj njegovega gibanja.

5. Način rokovanja in nameščanje v ustrezne lege preprečuje nastanek kontraktur (otrdelih sklepov) in deformacij ter razjed zaradi pritiska.

- Na nastanek razjed zaradi pritiska vpliva več zunanjih in notranjih dejavnikov. V osnovi pa so vedno prisotni naslednji: dalj časa trajajoč pritisk, strižna sila ter dejavniki tveganja, ki imajo veliko in pomembno vlogo pri nastanku razjed zaradi pritiska. Ti otroci so zelo ogroženi, ker so nepomični, inkontinentni, so pogosto anemični, niso motivirani za sodelovanje, imajo terapijo zaradi kombiniranih motenj ter akutnih zboleń, okvarjeno senzibiliteto in zmanjšano odpornost. Spreminjanje položajev je enostavna in učinkovita metoda razbremenitve pritiska ter preprečevanje delovanja strižne sile.
- Otrdelost sklepov (kontrakture) omejuje njihovo gibljivost. Nastane zaradi skrajšanja mišic, vezi in zmanjšanja sklepnih ovojníc. Kontrakture so posledica dolgotrajnega mirovanja. Fiziološki položaji sklepov zmanjšujejo nastanek kontraktur in tudi kasnejših deformacij ter ohranjanje funkcije sklepa.

6. Različni položaji omogočijo otroku **več različnih aktivnosti** in s tem več možnosti za različne izkušnje. Invalidski voziček otroku omogoči spremljanje dogajanja v sedečem položaju v zaprtih prostorih, nepogrešljiv pa je za sprehode ter ponuja paleto različnih aktivnosti na prostem. Otroka je vedno treba namestiti v tak položaj, da lahko spremlja dogajanje.

7. Pri namestitvi v položaje in njihovem spreminjanju moramo zdravstveni delavci čutiti otrokovo gibanje. Osnovni element sporazumevanja je dotik, ki ponuja veliko možnosti za **vzpostavitev odnosa**. Kakovost dotika je napoved, ki usmerja v prijetno ali neprijetno nadaljevanje. Za aktivnosti potrebujejo otroci pomoč, ki zahteva sledenje njihovim željam in razbiranje njegovih potreb na besedni ravni, za vse to pa je nujen ustvarjalen odnos med udeležencema.

Fiziološke spremembe, ki nastanejo zaradi zmanjšane možnosti gibanja, so:

- zmanjša se predihanost pljuč;
- hipotenzija;
- spremembe lokomotornega sistema: atrofije, osteoporoza, kontrakture, razjede zaradi pritiska;
- gibanje je odvisno od ortopedskih pripomočkov;
- produkcija temperature je znižana;
- oteženo odvajanje.

Anamnezo dopolnimo s pomočjo staršev ali drugih pomembnih oseb, ki otroka dobro poznajo. Ko zberemo in analiziramo vse podatke in jih uredimo, oblikujemo negovalno diagnozo (McFarland, 1993; Pajnikhar, 1999):

- nezmožnost vstajanja;
- nezmožnost obračanja;
- nezmožnost oblačenja;
- deficit v samonegi (izločanje, kopanje, osebna higiena);
- nezmožnost prehranjevanja;
- nezmožnost verbalne komunikacije;
- zvišana možnost nastanka razjed zaradi pritiska, kontraktur, osteoporoze;
- zvišana možnost nastanka okužb dihal;
- povečana možnost poškodb;
- bolečina.

Negovalne intervencije

Načrtovani postopki zdravstvene nege so vrsta dejavnosti medicinske sestre, s katerimi bo pomagala otroku k zadovoljevanju potreb po zdravstveni negi in za doseg ciljev. Medicinske sestre opravljamo naslednje načrtovane postopke, ki jih otroci ne zmorejo:

- ureditev varnega okolja,
- ureditev ustrezne posteljne enote,
- ureditev ustreznega položaja,
- spreminjanje položajev,
- preprečevanje kontraktur,
- preprečevanje razjed zaradi pritiska,
- uporaba ortopedskih pripomočkov,
- izvajanje osebne higiene v ustreznem položaju,
- hranjenje otroka v ustreznem položaju,
- fiziološki položaj sklepov,
- zmanjšajo možnost infekcije.

Zaradi posledic cerebralne paralize je zelo pomembno, da pri vseh življenjskih aktivnostih, ki jih zdravstveni delavci izvajamo z otrokom, upoštevamo pravi način rokovanja z njim.

Načela, ki jih zdravstveni delavci upoštevamo, so:

- Izogibajmo se sunkovitemu in nenadnemu premikanju otroka. Otroku moramo dati dovolj časa, da se pripravi na spremembo položaja.
- V primeru mišičnega krča pri otroku nikoli ne pritiskamo v nasprotno smer. Najbolje je, da nežno tresemo tisti del, ki je v krču, in s tem dosežemo, da se mišice sprostijo.
- Vedno pazimo, da nudimo otroku podporo, ki jo potrebuje. S tem preprečujemo možnost neprijetnih izkušenj pri otroku in odpravimo strah, ki pogosto povzroča mišične krče.

Pri skupnem gibanju mora medicinska sestra slediti otrokovemu ritmu; počakati mora na odgovor otroka in ne sme prehitevati njegovega gibanja. Gibanje mora biti usklajeno. Medicinska sestra mora delati z občutkom in se izogibati neustreznemu ravnanju, kot so: vlečenje, sunkovito obračanje, naglica. To je usklajeno gibanje v harmoniji premikanja teles brez naglice

delamo počasi in z občutkom. V gibanje je potrebno vključiti otrokove resurse. Upoštevati je potrebno tudi, da se otrok odziva in prilagaja na naše ravnanje (Škof, 1999).

Realni cilji zahtevajo prepoznavanje stanja in delo, ki sledi odgovorom na naslednja vprašanja (Klemenc, 1995):

- Kaj otrok lahko naredi?
- Česa otrok ne more narediti?
- Kako in kdaj otroku pomagamo?
- Kdaj otroku pustimo, da nekaj poskuša narediti sam?

Šele z gibanjem zaznavamo in dobimo informacijo. Resurse otroka ugotovimo s tipom in gibanjem ter s kombinacijo informacij, ki nam jo dajo čutila v gibanju. Zelo pomembno pa je, da se zavedamo, da zaradi naglice ne moremo slediti svojim občutkom in zgubimo najpomembnejše informacije, ki jih potrebujemo za strokovno humano delo. Delajmo z otrokom in ne na njem!

Postavitev ciljev

Negovalni cilji usmerjajo načrtovanje v zdravstveni negi in pomenijo reševanje negovalnih problemov. Cilj je opis fizičnega, psihičnega in socialnega stanja, ki ga želimo doseči v največji možni meri (Pajnikar, 1999).

S skupnim gibanjem in nameščanjem v ustrezno lego sledimo načrtovanemu ciljem, ki so usmerjeni k otroku (Hitejc, 2000). V nadaljevanju bom predstavila cilje v treh skupinah, ki se nanašajo na:

- I. razvoj otroka,
 - II. preprečevanje komplikacij,
 - III. spodbujanje aktivnega sodelovanja v dogajanju.
- I. Razvoj otroka omogoča:
 - dobra predihanost pljuč,
 - optimalen respiratorni status,
 - čista, nepoškodovana in zdrava koža otroka,
 - kontrola posameznih delov telesa,
 - izboljšana koordinacija gibov,
 - razvoj percepcije in občutek za lastno telo,
 - razvoj samostojnosti pri posameznih aktivnostih,
 - primerna nahranjenost otroka,
 - primerna obleka otroka,
 - naspanost in spočitost otroka.
 - II. Pravilen način rokovanja z otrokom preprečuje naslednje zaplete otrokovega stanja:
 - nastanek kontraktur, deformacij, razjed zaradi pritiska,
 - nastanek respiratornih infekcij,
 - zmanjšujejo možnost nastanka patoloških vzorcev gibanja in vpliv patoloških refleksov.

III. Otroku omogoča aktivno sodelovanje v dogajanju, ker ponuja:

- udobno obliko bivanja in sprostitev,
- svobodo gibanja,
- širi vidno polje,
- omogoča nabiranje izkušenj v aktivnostih.

Zavedati pa se moramo, da pripomočki, predvsem pa položaji otroka v pripomočkih, nimajo le pozitivnih učinkov, upoštevati moramo tudi negativno plat: manjši obseg gibov, manj gibanja vsega telesa, manj taktilnih – kinestetičnih občutkov, neugodje otroka (Bajde, 2000). Pretehtati moramo pozitivne in negativne učinke, vodi pa naj nas tista izbira, ki najbolj spodbudno vpliva na otroka.

V nadaljevanju bom predstavila nekatere pripomočke, ki so nepogrešljivi pri pravilnem načinu rokovanja z otrokom ter nameščanju v položaje. Pripomočki so pomembni, ker pomagajo zadržati položaj otroka, ki smo ga zdravstveni delavci priredili. Otrok je tako lahko dlje časa v pravilnem položaju, ki prispeva k njegovemu razvoju.

Uporaba pripomočkov

Izvajanje zdravstvene nege je pot za doseganje individualno zastavljenih ciljev. Prizadetost je odvisna od obsega možganske okvare. Na možgansko okvaro ne moremo vplivati, lahko pa vplivamo na njene posledice; predvsem z razvojno nevrološkim rokovanjem, ki ga vključujemo v vse dnevne aktivnosti. Položaji otroka pri vseh življenjskih aktivnostih so ključnega pomena za nadaljnji razvoj otroka. Poznati in uporabljati je potrebno načine, ki pri otroku izključujejo spastičnost ter sproščene otroke voditi iz enega položaja v drugega. Pripomočki naj otroku omogočijo čim boljši položaj, ki prispeva k izboljšanju gibanja.

Vsak pripomoček je potreben individualno izbrati za določenega otroka, izbrati z določenim namenom, ga stalno prilagajati in spreminjati glede na sposobnost gibanja in osebno razvoja (Bajde, 2000).

Najpogostejši pripomočki, ki jih otroci potrebujejo in uporabljajo, so naslednji.

Postelja

Za otroke z motnjo v duševnem in telesnem razvoju, ki so nepomični, je postelja najpomembnejši pripomoček, saj jim poleg nočnega počitka omogoča tudi položaje čez dan. Biti mora varna in udobna spremlevalka njihovega življenja. Izberemo posteljo z naslednjimi značilnostmi in lastnostmi:

- Postelja mora biti primerno velika (dolga in široka). Širša postelja od standardne omogoča lažje in udobno nameščanje v različne položaje.
- Možnost nastavljanja višine omogoča otroku večjo varnost, tistemu, ki otroka neguje, pa manj obremenitev pri delu.

- Dva do trikrat lomljeno ležišče omogoča lažje nameščanje v položaje, ki jih narekujejo potrebe otroka. Avtomatsko nastavljanje položajev terja od negovalca manj napora.
- Ležiščni vložek naj bo čvrst, raven in brez ugreznin ter preprost za čiščenje.
- Primerna zaščitna ograja naj bi bila zložljiva oziroma preprosta za odstranitev in ne sme omogočati poškodb (preširoke stranice, ki dovolijo možnost potiskanja glave ali udov med stranice...).
- Postelja mora biti preprosta za čiščenje in razkuževanje.
- Kolesca, ki omogočajo lažji transport, so dobrodošel dodatek.
- V prostor namestimo posteljo tako, da otroku omogočimo čim večje vidno polje in s tem spremljanje aktivnosti v prostoru.

Izbira perila in ureditev postelje morata zadostiti vsem strokovnim načelom ter omogočiti otroku prijetno in varno bivanje. Polkrožni valji, zaobljene blazine, klinaste in ovratne blazine so dobrodošli pripomočki za nameščanje v različne položaje v postelji. Pomagajo pri namestitvi in omogočajo večjo stabilnost položaja ter zmanjšujejo pritisk.

Voziček

Individualne značilnosti otroka z motnjo v duševnem in telesnem razvoju narekujejo izdelavo vozička, ki mora zadovoljiti potrebe otroka. Otroci v večini zmorejo le »pasivno sedenje«, pri čemer je položaj telesa odvisen izključno od oblike sedeža in naslanjala. Zato je nadvse pomembno, da je školjka izdelana glede na (pato)anatomske posebnosti otrokovega telesa, predvsem medenice, hrbtenice in glave. Pravilen sedež zagotovi dobro kontrolo telesa in prepreči nadaljnji razvoj deformacij in kontraktur. Podvozje vozička naj bo predvsem praktično, ker otroci niso sposobni samostojne vožnje.

Voziček ima več namenov: omogoča udobno sedenje ter različne aktivnosti v sedečem položaju; je nepogrešljiv pripomoček za gibanje in transport; omogoča dodatno obliko bivanja.

Pri prilagajanju vozička individualnim potrebam moramo slediti naslednjemu: kot, širina, višina in oblika hrbtne naslona, višina naslona za roke, oblika, širina in globina sedeža, višina in oblika sprednjega dela sedeža, višina in oblika zadnjega dela sedeža, razdalja med sedežem in vrhom kolesa, kot in višina podpore za stopala, položaj zadnjega kolesa, velikost in višina mizice.

Potrebe otroka pa narekujejo še dodatno opremo:

- dodatne pasove v obliki črke H,
- dodatne pasove za nadzor glave,
- dodatne pasove za fiksiranje nog.

Za vsakodnevno uporabo vozička je priporočljivo, da je preprosto zložljiv in lahek. Otrok naj v vozičku sedi varno in pravilno. Če je otrok utrujen, mu omogočimo počitek. Noge naj ima na nožnem podstavku, če je potrebno, pripete s pasovi. Če potiskamo voziček, je potrebno otrokove roke primakniti k telesu ali na mizico, da otrok komolcev ne potiska navzven. S tem otroka zavarujemo pred poškodbami. Kadar voziček miruje na mestu, je potrebno potegniti zavoro. Vedno omogočimo otroku široko vidno polje, da lahko opazuje in je z obrazom obrnjen proti središču dogajanja. Vzdrževanje vozička omogoča prijetno uporabo in izogibanje neprijetnostim. Preveriti je potrebno delovanje zavor in primerno napolnjenost zračnic z zrakom. Prepričati se je potrebno, da so vsi vijaki in matice čvrsto priviti.

Stol

Osnovne zahteve stolčka so: dovolj visoko naslonjalo za hrbet, nastavljivo naslonjalo za roke, primerne globoka sedna ploskev, naslonjalo za noge (nastavljivo, z ježki), lahko odstranljivo mizico, dodatni trakovi in pasovi.

Stol naj bo enostaven, preprost in vsaj delno prilagodljiv. Otroku naj omogoči kontrolo telesa in glave ter vzdrževanje ravnotežja. Otrok je v stolčku utesnjen, zato naj bo čas, ki ga prebije v njem, skrbno pretehtan in točno odmerjen. Čas, ki ga otrok preživi v stolčku, naj bo zanj zanimiv.

Fizioform

Fizioform je sistem klinastih blazin, ki ga uporabljamo za terapevtsko nameščanje otroka v ustrezne lege. Blazine so napolnjene s peno in oblečene v prevleke, na katere so nameščeni trakovi iz »ježkov« za pritrdjevanje. Različna razporeditev blazin omogoča različne položaje otroka. Osnovni elementi fizioforma so: osnovno ležišče (trikotne, ravne oblike), trikotne blazine različnih velikosti, klini, polkrožni valji, pravokotne blazine, trikotni valji, trakovi za pripenjanje (Jamnik, Hitejc, 1999).

Fizioform ima v primerjavi z drugimi pripomočki naslednje prednosti. V vozičku ali stolčku je otrok lahko le v sedečem položaju. Fizioform pa omogoča sedeč ali ležeč položaj otroka. Omogoča bivanje otroka v različnih prostorih ali na prostem, ker je lahek za prenašanje ter preprost za prevoz in razstavljanje. Čiščenje fizioforma je preprosto, ker ima ravne ploskve.

Otroci ne zmorejo sami spreminjati položaja svojega telesa, zato je potrebno, da je nameščanje v ustrezne lege timsko usklajeno in dokumentirano. Položaj otroka mora biti izbran glede na preventivno in terapevtsko indikacijo. Vsak položaj omogoča določene aktivnosti in s tem vpliva na razvoj otroka.

Hrbtni položaj otroka omogoča:

- zmanjšan ekstenzijski vzorec telesa,
- osrediščeno linijo telesa,
- omogoča soročno poseganje,
- sprošča,
- (kot eden od spreminjajočih položajev telesa) preprečuje spastičnost, kontrakture, deformacije, nastanek razjed zaradi pritiska.

Trebušni položaj otroku omogoča:

- kontrolo glave,
- osrediščeno linijo telesa,
- držanje rok skupaj in koordinaciji oko–roka.
- vizualno stimulacijo,
- zmanjšanje fleksijskih kontraktur v kolkih in kolenih.
- (kot eden od spreminjajočih položajev telesa) preprečuje spastičnost, kontrakture, deformacije, nastanek razjed zaradi pritiska.

Polsedeč in sedeč položaj otroku:

- olajša dihanje,
- omogoča koordinacijo gibov roka–oko,
- širi vidno polje,
- omogoči sprostitev,
- razvija kontrolo drže telesa,
- omogoči hranjenje,
- preprečuje spastičnost, kontrakture, deformacije, nastanek razjed zaradi pritiska,

Bočni položaj otroku omogoča:

- osrediščeno linijo telesa, izboljšano funkcijo rok;
- izboljšanje koordinacije oko–roka;
- omogoča hiter prehod v drenažni položaj;
- preprečuje spastičnost, kontrakture, deformacije, nastanek razjed zaradi pritiska;
- preprečuje aspiracijo pri bruhanju;
- preprečuje zadušitev pri nezavestnem otroku;
- preprečuje zadušitev pri otroku, ki ima epileptični napad.

Bočni položaj omogoča zelo hitro namestitev otroka v drenažni položaj, če pod osnovni element podložimo trikotno blazino. Drenažni položaj je potreben za preprečevanje kopičenja izločkov v dihalih.

Premeščanje otroka

Dvigala so koristna za dvigovanje in premikanje nepomičnih. Na tržišču so različna dvigala in od otrokovega stanja in velikosti je odvisno, za kakšno se odlo-

čimo. Pomembna je tudi velikost prostorov, kjer se bo dvigalo uporabljalo.

Namen dvigala je varno dvigovanje in lažji transport otroka iz prostora v prostor. Za delavce pa je dvigalo pripomoček, ki jim olajša delo. Preden dvigalo uporabimo za otroka, je potrebno tekoče obvladati vse njegove funkcije. Otroke je potrebno počasi navajati na dvigovanje in premeščanje z dvigalom, ker jim le tako lahko ponudimo še eno prijetno izkušnjo.

Sklep

Otrok z motnjo v duševnem in telesnem razvoju, ki ima cerebralno paralizo, ima posebne potrebe in zahteve po gibanju in nameščanju v ustrezne lege. Način, kako vključimo gibanje v vse življenjske aktivnosti, mora slediti razvoju otroka; poznati in uporabljati ga morajo vsi zdravstveni delavci, ki delajo z otrokom, naučiti pa se ga morajo tudi starši. Le ciljna in trajna pomoč prek vsega dneva lahko pospešuje otrokov napredek. Pripomočki, ki omogočajo namestitev v pravilne položaje, otroku izboljšajo kakovost življenja.

Vsakodnevna velika odgovornost je položena v roke vsem zdravstvenim delavcem in staršem, da s pravilnim rokovanjem ter nameščanjem v ustrezne lege spodbujajo najboljši razvoj, ki ga otrok lahko v danih okoliščinah doseže.

Literatura

1. Bajde S. Rokovanje z otrokom, mladostnikom in odraslim z motnjo v razvoju pri vsakodnevnih aktivnostih. Program Varuška, Tempus, 2000.
2. Dolenc T, Veličkovič T. Razvojno nevrološka obravnava – celostni pristop obravnave otroka s prizadetostjo po zgodnji možganski okvari. V: 12. spominski sestanek Metode Kramarjeve. Ljubljana: Društvo fizioterapevtov in delovnih terapevtov SR Slovenije, 1990.
3. Hitejc Z. Uporaba teorije Dorothy Orem v procesu zdravstvene nege otroka z motnjo v duševnem in telesnem razvoju. Obzor Zdr N 2000; 34: 121–7.
4. Jamnik I, Hitejc Z. Položajni pripomočki in pripomočki pri hranjenju. Zaključna naloga. Ljubljana: Program Varuška, Tempus, 1999.
5. Kisner N, Rozman M, Klasinc M, Pernat S. Zdravstvena nega. Ljubljana: Založba Obzorje, 1998: 50–6.
6. Klemenc B. Fizioterapija. Naša pot. Zbornik prispevkov ob deseti obletnici dela Centre Dolfke Boštjančič Draga – Ig. Draga, 1995.
7. McFarland KG. Uvod v študij negovalnih diagnoz. Kolaborativni center SZO, Maribor, 1993.
8. Pajnikhar M. Teoretične osnove zdravstvene nege. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 1999: 77–88.
9. Pravilnik o razvrščanju in razvidu otrok, mladostnikov in mlajših polnoletnih oseb z motnjami v telesnem in duševnem razvoju. Uradni list SR Slovenije št. 18/1977.
10. Škof I. Aplikacija teorije Dorothy Orem v proces zdravstvene nege otroka z motnjo v duševnem in telesnem razvoju. Diplomsko naloga. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, Oddelek za zdravstveno nego, 1999.